

T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

DANS VE HAREKET TERAPİSİ YÖNTEMLERİNİN
KULLANIMININ, HEMŞİRELERİN MESLEKİ
TATMİN, TÜKENMİŞLİK VE EŞDUYUM
YORGUNLUĞU DÜZEYLERİNE ETKİSİNİN
İNCELENMESİ

Yağmur ÇOLAK

YÜKSEK LİSANS TEZİ

2018-ANTALYA

T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

DANS VE HAREKET TERAPİSİ YÖNTEMLERİNİN
KULLANIMININ, HEMŞİRELERİN MESLEKİ
TATMİN, TÜKENMİŞLİK VE EŞDUYUM
YORGUNLUĞU DÜZEYLERİNE ETKİSİNİN
İNCELENMESİ

Yağmur ÇOLAK

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN
Prof. Dr. Kadriye BULDUKOĞLU

İKİNCİ DANIŞMAN
Prof. Tuğçe TUNA

“Kaynakça gösterilerek tezinden yararlanılabilir”

2018-ANTALYA

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğüne;

Bu çalışma jürimiz tarafından Hemşirelik Anabilim Dalı Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Programı'nda yüksek lisans tezi olarak kabul edilmiştir. 22/06/2018

İmza

TezDanışmanı : Prof. Dr. Kadriye BULDUKOĞLU
Akdeniz Üniversitesi



Üye : Doç.Dr. İlkay BOZ
Akdeniz Üniversitesi




Üye : Dr. Öğr. Üyesi Azize ATLI ÖZBAŞ
Hacettepe Üniversitesi



Üye : Dr. Öğr. Üyesi Saliha HALLAÇ
Akdeniz Üniversitesi



Üye : Dr.Öğr.Üyesi Dudu KARAKAYA
Akdeniz Üniversitesi



Bu tez, Enstitü Yönetim Kurulunca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulu'nun/...../..... tarih ve/..... sayılı kararıyla kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Narin DERİN

Enstitü Müdürü

ETİK 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 beyan ederim.

Öğrenci

Yağmur ÇOLAK



Tez Danışmanı

Prof. Dr. Kadriye BULDUKOĞLU



TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim süresince içtenliğini hiç bir zaman esirgemeyen, sonsuz sabrı ve hoşgörüsüyle motivasyon kaynağı oluşturan, bilgi ve tecrübesiyle cesaretlendiren, etik değerlere bağlılığını ve hemşirelik felsefesine bakış açısını örnek aldığım, değerli tez danışmanım Prof. Dr. Kadriye BULDUKOĞLU'na,

Farklı ve benzersiz tutumuyla her zaman ilham kaynağı oluşturan, destekleyici yaklaşımıyla eğitim sürecime katkı sağlayan değerli eğitimcim ve ikinci tez danışmanım Prof. Tuğçe TUNA'ya,

Tez uygulaması süresince teorik ve pratik deneyimlerini paylaşan, bu süreçte varlığını her zaman yanımda hissettiğim, sunduğu süpervizyon desteğiyle bana güç ve güven veren, sevgili Uzman Dans ve Hareket Terapisti Sevin Seda GÜNEY'e,

Öğretici ve içten tutumuyla yardımını esirgemeyen, çalışmamın istatistik desteğini tüm titizliğiyle sağlayan kıymetli hocam Prof. Dr. Ayşe KURUÜZÜM'e

Yüksek lisans eğitimime katkı sağlayan, yol gösteren, emeği geçen bütün hocalarıma,

Araştırmaya katılmayı kabul eden ve değerli vakitlerini ayıran tüm meslektaşlarıma,

Yüksek lisans öğrenimim süresince destek olan değerli çalışma arkadaşlarıma ve yöntemcilerime,

Öğrenimim süresince değerli yardımlarını esirgemeyen Sağlık Bilimleri Enstitüsü çalışanlarına,

Bütün yaşantım boyunca her zaman ve koşulsuz yanımda olan, emeklerine sonsuz saygı duyduğum, bana olan inançlarını hiç bir zaman kaybetmeyen sevgili annem, babam ve abime, bu zor süreçte sabrını, desteğini ve şefkatini esirgemeyen yol arkadaşım Cem YILMAZER'e sevgi, saygı ve teşekkürlerimi sunarım.

ÖZET

Amaç: Bu çalışma dans ve hareket terapisi yöntemlerinin kullanımının, hemşirelerin mesleki tatmin, tükenmişlik ve eşduyum yorgunluğu düzeylerine etkisinin incelenmesi amacıyla yapılmıştır.

Yöntem: Bu araştırma birinci aşaması tanımlayıcı, ikinci aşaması ise ön test- son test düzeninde yarı deneysel yöntemin kullanıldığı bir pilot çalışmadır. Birinci aşamada örneklem grubunu oluşturan 118 hemşirenin verileri incelenmiştir. İkinci aşamada ise amaçlı örnekleme yöntemi kullanılarak uygulama grubu oluşturulmuştur. Hemşirelerden, düşük mesleki tatmin, yüksek tükenmişlik ve eşduyum yorgunluğuna sahip olanlar uygulamaya davet edilmiştir. İkinci aşama kapsamında sekiz oturumdan oluşan program, Akdeniz Üniversitesi Hastanesi'nde Nisan-Mayıs 2017 tarihlerinde uygulanmıştır. Veriler “Kişisel Bilgi Formu”, “Çalışanların Yaşam Kalitesi Ölçeği”, “Dans ve Hareket Terapisi Yöntemleri Uygulaması Değerlendirme Formu” ve “Anı Kutusu” yöntemi kullanılarak toplanmıştır. Uygulanan program süpervizyonla yürütülmüştür. Bu pilot uygulama çalışması sekiz hemşire ile tamamlanmıştır. Veriler, SPSS 20.0 paket programında analiz edilmiştir.

Bulgular: Araştırmada hemşirelerin mesleki tatmin, tükenmişlik ve eşduyum yorgunluğu düzeylerinin, yaş, çocuk sahibi olma durumları, mesleğini isteyerek seçme ve vardiyalı çalışma düzeninden etkilendiği bulunmuştur. Bunun yanı sıra mesleki tatmin ve tükenmişlik arasında ters yönlü ve güçlü bir ilişki olduğu ($r=-0.618$; $p=0.000$), tükenmişlik ile eşduyum yorgunluğu seviyeleri arasında pozitif ve anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ($r=0.580$; $p=0.000$). Uygulanan programın, hemşirelerin ortalama mesleki tatmin düzeyini arttırdığı, tükenmişlik ve eşduyum yorgunluğu düzeylerini azalttığı anlaşılmıştır ancak bu sonuç kanıtlanamamıştır.

Sonuç: Bu çalışmada dans ve hareket terapisi yöntemlerinin kullanımının hemşirelerin mesleki tatmin, tükenmişlik ve eşduyum yorgunluğu düzeyleri için etkili bir yöntem olduğu söylenebilir. Bu programın, psikiyatri hemşireliği uygulamalarında, hemşirelerin mesleki tatmin düzeyini artırma, tükenmişlik ve eşduyum yorgunluğunu önleme ve iyileştirme çalışmalarında kullanılması ve konuya ilişkin kanıt düzeyi yüksek araştırmalar yapılması önerilir.

Anahtar Kelimeler: dans terapi, eşduyum yorgunluğu, psikiyatri hemşireliği, tükenmişlik, yaşam kalitesi

ABSTRACT

Objective: This study is carried out to investigate the impact of employing dance and movement therapy method on the compassion satisfaction, burnout and compassion fatigue levels of nurses.

Method: This research is a pilot study employing the quasi-experimental method in which the first stage is descriptive and the second is of the pretest-posttest design. In the first stage, the data of 118 nurses, the sample group, was examined. In the second stage, the practice group was formed by using sampling method. Nurses with low compassion satisfaction, high burnout and compassion fatigue was invited to the practice. Within the scope of the second stage, the program, consisting of eight sessions, was carried out at the Hospital of Akdeniz University in April-May 2017. The data was collected using “Personal Information Form”, “Employee’s Quality of Life Scale”, “Evaluation Form for the Application of Dance and Movement Therapy Methods” and “Memory Box”. The program applied was conducted under supervision. This pilot study was concluded with 8 nurses. The data was analyzed in the SPSS 20.0 package software.

Result: In the study, it has been found out that the compassion satisfaction, burnout and compassion fatigue levels of nurses were affected by age, having children, selecting their professions willingly and shift working. Furthermore, it has been determined that there is an inverse and strong relationship between compassion satisfaction and burnout ($r = -0.618$; $p=0.000$), and a positive and meaningful relationship between burnout and compassion fatigue levels ($r =0.580$, $p=0.000$). It was understood that the program carried out increased the compassion satisfaction level, and decreased the burnout and compassion fatigue levels of nurses, however, this conclusion could not be proved.

Conclusion: In this study, it can be said that employing dance and movement therapy methods is efficient for the compassion satisfaction, burnout and compassion fatigue levels of nurses. It is recommended to employ this program in psychiatric nursing practices and in studies carried out to prevent burnout and compassion fatigue, and improve compassion satisfaction levels of nurses, and to carry out researches which has high levels of evidence relevant to the matter.

Key Words: dance therapy, compassion fatigue, psychiatric nursing, burnout, quality of life.

İÇİNDEKİLER

ÖZET	i
ABSTRACT	ii
İÇİNDEKİLER	iii
TABLolar	vi
ŞEKİLLER	viii
SİMGELER ve KISALTMALAR	ix
1. GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Araştırmanın Amacı	1
1.2. Araştırmanın Varsayımları	2
1.3. Araştırmanın Hipotezleri	2
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Hemşirelerde Yaşam Kalitesinin Temel Göstergesi Olarak Mesleki Tatmin, Tükenmişlik ve Eşduyum Yorgunluğuna Genel Bakış	3
2.1.1. Mesleki Tatmin	3
2.1.2. Tükenmişlik	4
2.1.3. Eşduyum Yorgunluğu	6
2.2. Sanat Terapisi ve Yaratıcı Süreç	9
2.3. Dans Ve Hareket Terapisinin Tarihsel Sürecine Genel Bakış	12
2.4. Dans ve Hareket Terapisinin Teorik Temelleri	15
2.4.1. Dans ve Hareket Terapisinde Temel Kavramlar	17
2.4.2. Dans ve Hareket Terapisinde Modeller, Yaklaşımlar ve Yöntemler	19
2.5. Dans ve Hareket Terapisinin Uygulamada Kullanımı	25
2.6. Psikiyatri Hemşireliğinde Dans ve Hareket Terapi Yöntemlerinin Kullanımı	27
3. GEREÇ ve YÖNTEM	32
3.1. Araştırmanın Tipi	32
3.2. I. Aşama	32
3.2.1. Araştırmanın Yeri	32
3.2.2. Araştırmanın Değişkenleri	32
3.2.3. Evren ve Örneklem Özellikleri	33

3.2.4. Güç Analizi	33
3.2.5. Veri Toplama Araçları	36
3.2.6. Ön Uygulama	37
3.2.7. Verilerin Toplanması	37
3.2.8. Araştırmanın Etik Yönü	37
3.2.9. Verilerin Değerlendirilmesi	38
3.3. II. Aşama	38
3.3.1. Araştırmanın Yeri	38
3.3.2. Araştırmanın Değişkenleri	39
3.3.3. Evren ve Örneklem Özellikleri	39
3.3.4. Güç ve Etki Büyüklüğü	40
3.3.5. Veri Toplama Araçları	41
3.3.6. DHTY oturumlarının yapılandırılması	41
3.3.7. Süpervizyon ve İşleyişi	43
3.3.8. Ön uygulama	44
3.3.9. Verilerin Toplanması	47
3.3.10. Araştırma Uygulama Aşamaları	47
3.3.11. Verilerin Değerlendirilmesi	51
3.4. Araştırmanın Sınırlılıkları	51
3.5. Araştırmanın Güçlü Yanları	51
4.BULGULAR	52
4.1. Araştırmanın I. Aşamasına Ait Bulgular	52
4.2. Araştırmanın II. Aşamasına Ait Bulgular	65
5.TARTIŞMA	72
5.1. Araştırmanın I. Aşamasına Ait Tartışma	72
5.2. Araştırmanın II. Aşamasına Ait Tartışma	77
6.SONUÇ ve ÖNERİLER	81
6.1. Sonuç	81
6.2. Öneriler	82
KAYNAKLAR	84
EKLER	
EK-1. Kişisel Bilgi Formu	
EK-2. ÇYKÖ	

EK-3. DHTY Uygulaması Değerlendirme Formu

EK-4. Anı Kutusu

EK-5. Dans ve Hareket Terapisi Yöntemleri Sertifikası

EK-6. Dans ve Hareket Terapisi Yöntemleri Programı

EK-7. Süpervizyon Formu

EK-8. Aydınlatılmış Onam Formu

EK-9. Araştırma Uygulama İzni

EK-10. Etik Onay

EK-11. Ölçek Kullanım İzni

ÖZGEÇMİŞ

114



TABLULAR DİZİNİ

Tablo 2.1. Laban hareket analizi efor ögeleri	21
Tablo 2.2. Mesleki tatmini yükseltme, Tükenmişlik ve eşduyum yorgunluğuyla başetme stratejileri ile hemşirelik müdahalelerinin karşılaştırılması	29
Tablo 2.3. Terapi uygulamalarında hemşirenin rolü	30
Tablo 3.1. Araştırmada kullanılan test tiplerine göre gerçekleşen güç analizi sonuçları	34
Tablo 3.2. ÇYKÖ uygulamasına ait alpha güvenirlik değerleri	37
Tablo 3.3. Kullanılan istatistiksel programlar ve analizlerin alanlara göre dağılımı	38
Tablo 3.4. Hemşirelerin ÇYKÖ alt ölçeklerine ait puan ortalamaları	39
Tablo 3.5. Ön uygulama takvimi ve süpervizyon süreleri	44
Tablo 3.6. Ön uygulamaya katılan hemşirelere ait tanıtıcı ve mesleki özellikler	45
Tablo 3.7. Ön uygulamaya katılan hemşirelerin ÇYKÖ öntest - sontest puan ortalamaları	45
Tablo 3.8. DHTY ön uygulama programı anı kutusu temaları	46
Tablo 3.9. Uygulama grubuna davet edilen hemşirelerin çalışmaya katılım durumları	48
Tablo 4. 1. Normallik testi	52
Tablo 4.2. Hemşirelerin tanıtıcı özellikleri	53
Tablo 4.3. Hemşirelerin mesleki özellikleri	54
Tablo 4.4. Hemşirelerin yaşa göre ÇYKÖ puanları dağılımı	55
Tablo 4.5. Hemşirelerin cinsiyete göre ÇYKÖ puanları dağılımı	56
Tablo 4.6. Hemşirelerin medeni durumuna göre ÇYKÖ puanları dağılımı	56
Tablo 4.7. Hemşirelerin çocuk sayısına göre ÇYKÖ puanları dağılımı	57
Tablo 4.8. Hemşirelerin eğitim durumuna göre ÇYKÖ puanları dağılımı	58
Tablo 4.9. Hemşirelerin mesleği isteyerek seçme durumlarına göre ÇYKÖ puanları dağılımı	59
Tablo 4.10. Hemşirelerin şu an çalıştıkları bölüme göre ÇYKÖ puanları dağılımı	60

Tablo 4.11. Hemşirelerin çalışma saatlerine göre ÇYKÖ puanları dağılımı	61
Tablo 4.12. Hemşirelerin çalıştıkları pozisyona göre ÇYKÖ puanları dağılımı	62
Tablo 4.13. Hemşirelerin mevcut bölümde çalışma süresine göre ÇYKÖ puanları dağılımı	63
Tablo 4.14. Hemşirelerin toplam çalışma yılına göre ÇYKÖ puanları dağılımı	64
Tablo 4.15. Hemşirelerin mesleki tatmin, tükenmişlik ve eşduyum yorgunluğu düzeyleri arasındaki ilişki	64
Tablo 4.16. DHTY uygulanan hemşirelere ilişkin tanıtıcı ve mesleki özellikler	66
Tablo 4.17. DHTY programına katılan hemşirelerin ÇYKÖ ön test ve son test puanları	67
Tablo 4.18. DHTY programına katılan hemşirelerin ÇYKÖ ön test ve son test puan ortalamaları	68
Tablo 4.19. DHTY programı değerlendirme formuna ilişkin bulgular	69
Tablo 4.20. DHTY programı anı kutusu ifadeleri	70
Tablo 4.21. DHTY programı uygulaması oturumlarından örneklendirme	71

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1.1. Eşduyum Stresi ve Yorgunluğu Modeli	8
Şekil 3.1. Araştırmanın Akış Şeması	35
Şekil 3.2. Araştırma Uygulama Süreci	50



SİMGELER ve KISALTMALAR

ADTA: Amerika Dans Terapisi Birliği

ÇYKÖ: Çalışanların Yaşam Kalitesi Ölçeği

DHT : Dans ve Hareket Terapisi

DHTY: Dans ve Hareket Terapisi Yöntemleri

LHA : Laban Hareket Analizi

KHP : Kestenberg Hareket Profili

1.GİRİŞ

1.1.Problemin Tanımı ve Önemi

Hemşirelik insanların yaşamının en zorlu dönemlerinde onların yanında olan sürekli ağrı, acı ve güçsüzlüklerin yaşandığı ortamlarda bakım sunan manevi açıdan yüklü bir meslektir. Böylesine zorlu koşullarda hemşireliğe katkı sağlayan özelliklerden biri ve en önemlisi empatik bakım verebilme becerisidir (Pektekin, 2013). Empati yapabilme becerisi, başkalarına yardım etmede önemli bir ağırlığa sahiptir (Figley,2002; Hiçdurmaz ve İnci, 2015). Empati sayesinde hemşireler hastaların değer yargılarını, endişelerini anlayabilir, kendilerini merhametli olabilme yönünde motive edebilir ve hastalarıyla terapötik iletişim kurmaya istekli olurlar (Rego ve ark., 2010; Gök, 2015). Figley (2002), şefkatli ve empatik olabilmenin bir bedeli olduğunu vurgulamış, bu durumu ‘Compassaion Fatigue’ olarak ifade etmiştir (Figley, 2002a). Araştırmada kavramın Türkçe karşılığı olarak ‘Eşduyum Yorgunluğu’ kullanılmıştır. Eşduyum yorgunluğu en genel tanımıyla acı çeken insanlar ile çalışan kişilerde görülen duygusal, psikolojik ve ruhsal yıpranma olarak açıklanmıştır (Figley,2002a; Lombardo ve Eyre, 2011). Eşduyum yorgunluğu, tükenmişlik ile birlikte bulunabilir, ancak birbirinden farklı kavramlardır. Tükenmişlik kişinin gündelik yaşam ile başa çıkma yeteneğinin tükenmesi nedeniyle duygusal ve zihinsel anlamda ortaya çıkan yorgunluk halidir. Bireyin tükenmişlik deneyimi işi bırakmasının hemen ardından düzelebilirken, eşduyum yorgunluğu koşulları değiştirmekle ortadan kalkmaz (Figley, 2002a). Bu bağlamda tükenmişliğin temel bileşenlerinden biri olarak iş doyumunu da göz önüne almak gerekmektedir. İş doyumunun azalması kişinin hayatındaki olumsuz yaşam olaylarıyla ve kişilik özellikleriyle de birleşince, genellikle, huzursuzluk, öfke, anksiyete, depresyon, yorgunluk gibi öznel duygulanımlara ve çeşitli fizyolojik sorunlara yol açmaktadır (Batıgün ve Şahin, 2006; Yıldırım, 2010).

Bu temel bilgiler ışığında; hemşirelerin beden ve ruh sağlığını korumak, onları çalışma hayatının ve işyerinin zorlu koşullarından, toplumsal kaynaklı zararlı etkenlerden uzak tutmak son derece önemli, ancak zor bir hedeftir. Bu hedefe ulaşabilmek için iş doyumсуuzluğu, tükenmişlik ve eşduyum yorgunluğunun risk faktörlerini ve belirtilerini tanımanın ilk adım olacağı, önleme, iyileşme süreçlerini uygulayabilmenin de bir sonraki adım olacağı öngörülmüştür (Figley, 2002a). Tükenmişlik, eşduyum

yorgunluğu ve mesleki tatmin üzerinde bu nitelikte bir etkinin dans ve hareket terapisi yöntemleri (DHTY) ile mümkün olacağı düşünülmektedir. DHTY zihin, beden ve ruhun bütünleşmesi ve iyileştirilmesine dayanan bir alandır. Bu bağlamda DHTY, beden ve hareketi bir etkileşim ve müdahale aracı olarak kullanarak değişime teşvik etmektedir. DHTY'nin çatı alanı olan sanat terapisi temelli uygulamaların, hemşirelerin tükenmişlik düzeyini azalttığı saptanmıştır (İtalia ve ark., 2008; Salzano ve ark., 2013; Usluoğlu ve ark., 2015). Buna göre DHTY kullanımının özellikle sağlık alanında çalışan profesyonellerin desteklenmesinde etkili olabileceği öngörülmüştür. Ülkemizde hemşireler ile DHTY kullanılarak mesleki tatmin, tükenmişlik ve eşduyum yorgunluğu konusunda yapılan herhangi bir uygulamaya rastlanmadığından, bu çalışmanın alanda yapılan ilk uygulama olduğu düşünülmektedir. Bu çalışmada dans ve hareket terapisi yöntemlerinin kullanımının, hemşirelerin mesleki tatmin, tükenmişlik ve eşduyum yorgunluğu düzeylerine etkisinin incelenmesi amaçlanmıştır.

1.2. Araştırmanın Varsayımları

Varsayım 1: Hemşireler mesleki tatmin, tükenmişlik ve eşduyum yorgunluğu yönünden risk altındadır.

Varsayım 2: Hemşireler mesleki tatminlerini yükseltmek, tükenmişlik ve eşduyum yorgunluğu ile başetmek ister.

1.3. Araştırmanın Hipotezleri

1.H₁: Hemşirelerin tanıtıcı ve mesleki özelliklerinin, mesleki tatmin, tükenmişlik ve eşduyum yorgunluğu düzeylerine etkisi vardır.

2.H₁: Hemşirelerin mesleki tatmin, tükenmişlik ve eşduyum yorgunluğu düzeyleri arasında ilişki vardır.

3.H₁: DHTY uygulanan hemşirelerin uygulama sonrası mesleki tatmin düzeyleri uygulama öncesinden yüksektir.

4.H₁: DHTY uygulanan hemşirelerin uygulama sonrası tükenmişlik düzeyleri uygulama öncesinden düşüktür.

5.H₁: DHTY uygulanan hemşirelerin son-test eşduyum yorgunluğu düzeyleri ön-testlerinden düşüktür.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Hemşirelerde Yaşam Kalitesinin Temel Göstergesi Olarak Mesleki Tatmin, Tükenmişlik ve Eşduyum Yorgunluğuna Genel Bakış

Hemşireler sağlık insan gücünün önemli bir bölümünü oluşturan, hasta gereksinimlerini belirleyen, bakımı planlayan, uygulayan, bakımın etkinliğini değerlendiren ve aynı zamanda sağlık ekibi üyelerinin koordinasyonunu sağlayan bir meslek grubudur. Hemşireler bunca sorumluluk, çalışma koşulları ve alanı bakımından da çok fazla riske maruz kalmaktadır (Tilev & Beydağ, 2014). Sonuçta hemşireler, bu riskler ile baş edemeleri taktirde, düşük mesleki tatmin, tükenmişlik ve eşduyum yorgunluğu ile karşılaşmaları kaçınılmaz olmaktadır.

2.1.1. Mesleki Tatmin

Mesleki tatmin kavramı literatürde iş doyumunu olarak da geçmektedir. Bu kavram Locke (1976) tarafından kişinin işiyle ilgili deneyimlerini değerlendirmesi sonucu oluşan pozitif bir duygu olarak tanımlanmıştır. Mesleki tatmin, birçok etkenle birleşerek, çalışanın yaşama bağlılığı ve mesleğine olan bakış açısını etkilemektedir (Çetinkanat, 2000). Soyut bir kavram olan mesleki tatmin genellikle işi sevme, işe bağlılık, işe kendini coşkuyla verme olarak da ifade edilmektedir (İncir, 1985).

Reitz (1987), performansın mesleki tatmini etkilediğini ve iş doyumsuzluğunun fiziksel ve ruhsal hastalıklara yol açabildiğini belirtmiştir. Hemşirelerde yüksek mesleki tatmin; yüksek moral, kurumsal, mesleki bağlılık ve hemşirelikte kalma kararında etkilidir. Hemşirelerin mesleki tatmin seviyesinin işten ayrılma durumunda önemli etken olduğu görülmüştür. Ayrıca mesleki tatmin, hasta bakım kalitesinde de önemli bir unsurdur (Türkistanlı ve ark., 1999).

Ülkemizde yapılan çalışmalarda, hemşirelerin mesleki tatminlerinin orta düzeyde (Tilev ve Beydağ, 2014; Aylaz ve ark., 2017), ortanın biraz üzerinde ya da düşük düzeyde olduğu (Aslan ve Akbayrak, 2002; Keskin ve Yıldırım, 2006) saptanmıştır. Bu çalışmalardan anlaşıldığı üzere hemşirelerin mesleki tatmin oranlarını yüksek seviyede değildir. Bu bağlamda çalışanların iş doyum düzeyini etkileyen faktörler incelenmelidir. Bu faktörler bireysel ve örgütsel olarak gruplanabilir. Bireysel faktörler ya da kişisel faktörler, bireylerin farklı düzeyde doyum elde etmelerini

sağlayan etkenlerdir. Yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, hizmet süresi, medeni durum ve benzeri etkenlerdir. Örgütsel faktörler ise iş ve niteliği, yönetim tarzı ve denetim, ücret, gelişme ve yükselme olanakları, çalışma şartları, birlikte çalışılan kişiler ve örgütsel ortam olarak gruplandırmaktadır (Türkistanlı ve ark., 1999). Hemşirelerin mesleki tatmin düzeylerinin yükseltilmesi ve kurumlarına bağlılıklarının artırılması, hasta bakım kalitesini ve hasta memnuniyetini de artıracaktır. Yapılan bir çalışmada, hemşirelerin işten ayrılmalarını önlemek ve bu bağlamda mesleki tatmin ve kurumsal bağlılıklarını artırmak üzere hemşirelik hizmetleri yönetimi ve kurum yöneticileri ile birlikte yeni stratejiler geliştirme ve süreç iyileştirme çalışmaları önerilmiştir. Özellikle yöneticilerin, hemşirelerin kurumsal bağlılıklarını artırmaya yönelik çalışanların görüşlerini alarak yeni stratejiler geliştirmelerinin büyük önem taşıdığı vurgulanmıştır (İntepeler ve ark., 2014). Bu bağlamda, duygularını ifade etme, farkındalık geliştirme, motivasyon sağlama gibi konularda DHT oturumlarının, bireylerin ruhsal sürecinde destek olacağı düşünülmüştür.

2.1.2. Tükenmişlik

Tükenmişliğin “mesleki bir tehlike” olarak ilk klinik tanımlamalarından biri, Herbert Freudenberger tarafından yapılmıştır. Freudenberger tükenmişliği; “Başarısız olma, yıpranma, enerji ve güç kaybı veya karşılanamayan istekler sonucu bireyin iç kaynaklarında tükenme durumu” şeklinde ifade etmiştir (Akt. Budak & Sürvegil, 2005). Tükenme kavramı, ilk olarak Freudenberger tarafından gönüllü sağlık çalışanları arasında görülen yorgunluk, hayal kırıklığı ve işi bırakma durumlarını tanımlamak için ortaya atılmış ve daha sonra Maslach ve Jackson tarafından geliştirilmiştir (Maslach ve ark., 2001).

Maslach’a göre tükenmişlik, iş ile ilişkili duygusal kaynakların tükenmesi, çalışanın ruhsal düzeyde işinden uzaklaşmasına ve kişisel başarı algısının düşmesine ve işte başarılı olmadığı inancına yol açar. Tükenmişliğin çalışanlar için temel sonuçları, çalışanın sunduğu hizmetin kalitesinde bozulma, uykusuzluk, alkol ve madde kullanımında artış, evlilik ve aile sorunları ile ilişkili fiziksel tükenmedir (Maslach & Jackson, 1981). Tükenmişlik düzeyi fazla olduğunda bireylerin zorlukları yenme güçleri olumsuz yönde etkilenebilir ve bu yüzden eşduyum yorgunluğuna daha açık durumda olabilirler (Figley, 2002a).

Mesleki tükenmişliği etkileyen faktörler bireysel, sosyal, iş ve çevreyle ilgili olmak üzere ayrıştırılmaktadır. Tükenmişliği etkileyen bireysel ve sosyal özellikler arasında cinsiyet, yaş (Ergin, 1995; Schaufeli, Maslach, & Marek, 1993; Çimen & Ergin, 2003; Kavlu & Pınar, 2009), eğitim, medeni durum, çalışma süresi, sosyal destek (Arı & Bal, 2008), kişilik ve beklentiler (Çimen & Ergin, 2003) yer almaktadır. Bireylerde tükenmişliği etkileyen iş ve örgütle ilgili faktörler öncelikle iş yükü, kontrol, ödüller, aidiyet, adalet ve değerler olarak belirlenmektedir (Çam, 1995; Maslach ve Leiter, 1997; Arı & Bal, 2008). Tükenmişlik duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarıda azalma olmak üzere üç boyutta incelenmiştir.

Duygusal Tükenme: Bu boyutta yaşanan tükenme, bireyde yorgunluk haline, enerji kaybına ve duygusal yıpranmaya yol açmaktadır. Bu boyut tükenmişliğin içsel boyutu olmakla birlikte en riskli boyutu olarak ifade edilmiştir. Duygusal tükenme yaşayan birey iş yaşantısında sorumluk duygusunun azaldığını varsayar ve bu durumdan kaynaklı yaşadığı gerginlik nedeniyle birey için işe gitmek bir stres kaynağıdır (Maslach & Leiter, 1997; Budak ve Sürvegil, 2005; Arı & Bal, 2008).

Duyarsızlaşma: Duyarsızlaşma, kişinin alaycı, küçümseyen, katı, duygusuz ve kayıtsız bir tutum içerisinde iş yaşantısına devam etmesidir. (Maslach, Schaufeli, & Leiter, 2001; Arı & Bal, 2008). Çalışanlar, hem hizmet sundukları kişilere hem de çalıştıkları kuruma karşı mesafeli, umursamaz ve kinayeli bir tavır sergilemektedirler. Bu durumu rahatsız edici olarak algılamazlar ve insanları kategorize ederek, katı kurallar çerçevesinde çalışırlar. Bu boyut, tükenmişliğin kişilerarası boyutunu ifade etmektedir (Budak & Sürvegil, 2005; Arı & Bal, 2008).

Kişisel Başarıda Azalma: Bu kavram “kişinin kendisini olumsuz değerlendirme eğiliminde olması”nı ifade etmektedir. Kişisel başarıda düşme hisseden birey kendisini yetersiz hisseder, yetkin bir birey olmadığını düşünerek motivasyonunda düşme yaşamaktadır. Bu boyutta birey kendisine ilişkin değerlendirmelerinde genel bir olumsuzluk hisseder, işinde ilerleme kaydetmediğini, hatta gerilediğini, harcadığı çabanın bir işe yaramadığını ve çevresinde bir fark yaratmadığını düşünür. Sonuç olarak birey işinde ya da etkileşim içinde bulunduğu insanlarla ilişkilerinde genel bir yetersizlik ve başarısızlık hissetmeye başlamıştır (Maslach & Leiter, 1997; Arı & Bal, 2008).

Tükenmişlik belirtilerinin iyi bilinmesi ve erken tanınması ve önlem alınması oldukça önemlidir. Tükenmişlik belirtileri kişiden kişiye farklılık gösterebilir. Ancak bu belirtiler genel olarak duygusal, davranışsal ve fiziksel olmak üzere üç alt başlığa ayrılabilir. Önemli belirtiler; motivasyon eksikliği, değersizlik hissi, kaygı, kendini soyutlanmış hissetme, çabuk öfkelenme, tatminsizlik, konsantrasyon bozuklukları, bilişsel becerilerde güçlükler yaşama, engellenmişlik hissi ve sinirlilik, özgüvende azalma, çevreye karşı düşmanlık duygusu, güçsüzlük, enerji kaybı, iş ile ilgili ümitsizlik, hayata karşı negatif tutumlar geliştirme, depresyon, işi yavaşlatma, kişilere hatalı müdahaleler, iş tatminsizliği, yeni bir meslek eğitimi alma eğilimi, işe geç gitme ve gitmemeler, örgütsel bağlılıkta azalma, işten ayrılma, enerji kaybı, uyku bozuklukları, nefes darlığı, mide problemleri, yorgunluk ve bitkinlik hissi, baş ağrısı, uyuşukluk şeklinde sıralanmıştır (Çam, 1995; Ardiç ve Polatçı, 2008).

Tükenmişlikle başetmede çalışma ortamında stresörlerin düzenlenmesi gerekli olmakla birlikte, tükenmişliği önlemeye yönelik girişimlerin çoğu bireye yönelik olmaktadır. Çünkü bireyin stresle baş etme becerisi, atılganlık düzeyi, benlik saygısı, empati becerisi, özel yaşamından ve özellikle işyerinden aldığı sosyal destek bireyi tükenmişlikten koruyabilmektedir. Bireye yönelik girişimler baş etme becerilerini geliştirmek, sosyal ve duygusal destek kaynakların kullanımını artırmak, bireyin içsel güçlerini harekete geçirmek, sağlığını geliştirmesine destek olmak ve bireyin kendini tanımasının, mizah duygusunun ve iyimserliğinin geliştirilmesine yardımcı olmak olarak sıralanmıştır (Özbaş, 2014).

Bireyin bedenine ve yaşantısına zarar veren tükenmişlik, duyguların bastırılmasının bir sonucu olabilmektedir. Bu durumda duyguların ifade edilmesi tükenmişliği iyileştirmede önemli bir faktördür. Sözlerle ifade edilemeyen duyguları dışa vurmak zor olmaktadır. Bastırılan duygular, hayatın bir döneminde beklenmedik şekilde meydana çıkmaktadır. Sanat terapi duyguların ifade edilmesi, farkındalık kazanma ve tükenmişliği aşma konusunda olanak sunmaktadır (Göktepe, 2016).

2.1.3.Eşduyum Yorgunluğu

Günümüzde yaşam süresinin uzamasına paralel olarak uzayabilen hastalık deneyimi, bireyle doğrudan ya da dolaylı olarak ilgilenen herkesin yaşamını değiştirmektedir. Hasta birey için bu sürenin uzaması, aynı zamanda bakım ve tedavi sağlayıcı için de

sürenin uzamasına ve bu yardım edicilerin hastaların acı çekme ve ölüm süreçlerinde onlarla daha fazla birlikte olmalarına yol açmaktadır. Kronik hastalığı olan bireylere, hiçbir zaman tam olarak iyileşemeyeceklerini fark ederek bakım vermek, bakım vericilerin eşduyum yorgunluğu adı verilen çeşitli sorunlar yaşamalarına neden olmaktadır (Hiçdurmaz & İnci, 2015). Eşduyum yorgunluğu kavramı ilk olarak “coping with compassion fatigue” yani “eş-duyum yorgunluğu ile baş etme” başlığı ile bir hemşirelik dergisinde Joinson (1992) tarafından ortaya konmuş, sonrasında kavram daha da yaygınlaşmıştır (Figley, 2002).

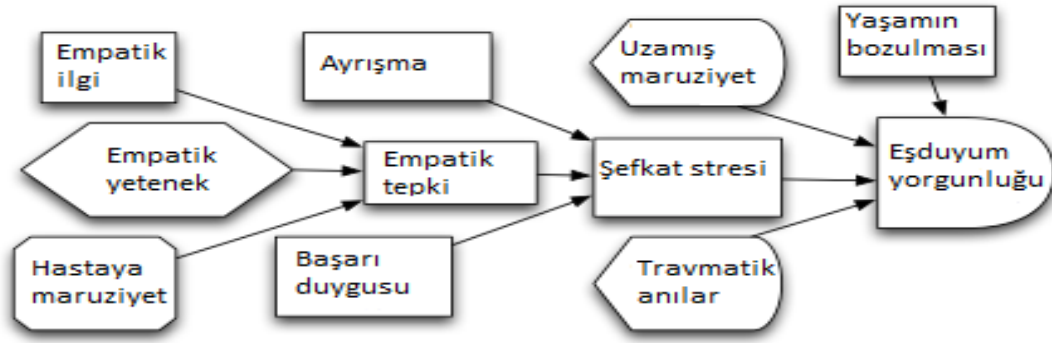
Figley, eşduyum yorgunluğunu, birey için önemli bir diğer kişinin yaşadığı travmatize edici olayları bilmekten kaynaklanan doğal davranış ve duygu, travmaya uğramış birine yardım etme ya da yardım etmeyi istemekten kaynaklanan stres olarak tanımlamaktadır. Birey başkalarına yardım ederken, kendi iç dünyası eşduyum yorgunluğu nedeniyle mağdur olur, yani acı çeker (Figley, 2002).

Figley, eşduyum yorgunluğunu; hastaların travmasıyla birlikte ortaya çıkan kaygı ve gerilimi,

- Travmatik olayları yeniden yaşama,
- Travmatik olayları anımsamadan kaçınma/uyuşma,
- Kalıcı uyarılma olarak tanımlamıştır.

Kriz yaşayan bireylerle çalışmak, yardım edenlerin kendi duygularını yok saymasını ve hizmet verirken kendi tepkilerini kapatmasını gerektirir. Pek çok çalışan birey duygularını kapatmaktadır. Zaman içinde, bu durum meslek üyesinin kendi duygusal alanından kopması ile sonuçlanabilir. Depresyon, empati hissetme becerisinde azalma ve güçlü duyguları tolere etmede zorlanma görülebilir (Figley, 2002a).

Figley (2002) eşduyum yorgunluğuna neden olan faktörleri; **empatik yetenek, empatik ilgi, hastaya maruziyet, empatik tepki, şefkat stresi, başarı duygusu, ayrışma, uzamış maruziyet, travmatik biriktirmeler ve yaşamın bozulması** olarak belirlemiştir. Eşduyum yorgunluğuna neden olan süreç Şekil 1.1’ de verilmiştir.



Şekil 1.1. Eşduyum Stresi ve Yorgunluğu Modeli

Figley CR. Compassion fatigue: Psychotherapists' chronic lack of self care. *Journal of clinical psychology*, 2002; 58(11), 1433-1

Şekil 1.1' de verilen süreç hastaya doğrudan maruziyet yoluyla, hastanın acı çekmesinin duygusal enerjisini deneyimlemeye başlayarak, empatik ilgi ve yetenek ile empatik tepkiyi oluşturmaktadır. Empatik tepki, yardım edenin empatik anlayış yoluyla acı çekenin acısını azaltmak için göstereceği gayretin düzeyidir. Daha sonra ayrışabilme ve başarı duygusu ile hareket edilmektedir. Bireyin ayrışma ve başarı duygusunu kullanma becerisi, bireydeki şefkat stresi düzeyini belirlemektedir. Başarı duygusu, yardım edenin hastaya yardım etme çabalarından memnun olma düzeyini gösterir. Ayrışma ise, yardım edenin hizmet verirken kendisini hastanın acısından ayrıştırabilme düzeyi olarak kabul edilir. Ayrışma ve başarı duygusu, bu nedenle şefkat stresini azaltmaktadırlar. Ancak önlenemeyen şefkat stresi sonrasında, uzayan maruziyet, travmatik olaylar ve çeşitli yaşamsal aksaklıklar ile birleşerek kişide eşduyum yorgunluğuna neden olmaktadır (Figley, 2002).

Eşduyum yorgunluğunun semptomlarını duygusal, fiziksel ve iş ile ilgili olmak üzere gruplara ayırmak mümkündür. *İş ile ilgili olanlar*; bazı hastalarla çalışmaktan korkma ve kaçınma, hasta ve ailesine karşı empati yeteneğinde azalma, hemşirenin sıklıkla kendini hasta hissetmesi ve keyifsiz olmasıdır. *Fiziksel boyutta*; baş ağrıları, sindirim sıkıntıları, kas gerginliği, kilo alma/verme durumları, uykusuzluk, yorgunluk ve kardiyak belirtiler görülür. *Duygusal olarak ise*; ruhsal durumda değişimler, huzursuzluk, sinirlilik, aşırı hassasiyet, anksiyete, madde kullanımı, depresyon, öfke ve kızgınlık ile birlikte konsantrasyon, odaklanma ve yargılama sorunları görülmektedir (Lombardo & Eyre, 2011; Gök, 2015).

2.2.Sanat Terapisi ve Yaratıcı Süreç

Amerikan Sanat Terapi Topluluğu (AATA)'na göre sanat terapisi (2018) , yaratıcı süreç, psikolojik teori ve bireylerin deneyimini içeren psikoterapötik bir ilişki içinde, bireylerin, ailelerin ve toplumların hayatlarını zenginleştiren bütüncü bir ruhsal sağlık ve insani hizmet alanıdır. Sanat terapisi bilişsel ve duyuşsal/motor işlevleri geliştirmek, benlik saygısı, öz farkındalık, duyuşsal esnekliği arttırmak, içgörüyü, sosyal becerileri geliştirmek, çatışmaları ve sıkıntıyı azaltıp veya çözümlenerek toplumsal ve çevreyle ilgili değişimi harekete geçirmek için kullanılır (<https://arttherapy.org/about-art-therapy/>, Erişim tarihi: 28 Ocak 2018).

Sanat terapisi özellikle II. Dünya savaşının ardından hızlı bir gelişim göstermiştir. Bu gelişim süreci üç dönem altında incelenmektedir. Klasik dönem ya da birinci dönem (1900 yılların başları) sanatın bir terapi olarak kullanılması fikrinin geliştiği, sanatla ifadenin farkedildiği dönemdir. İkinci ya da orta dönem ise sanat terapi konusunda derneklerin kurulup, yayınların yapıldığı süreçtir. Üçüncü dönem ise sanat terapisinde profesyonelleşmenin devam ettiği, teorik temeller üzerine çalışıldığı, yasal değişikliklerin yapıldığı ve bir tedavi yöntemi olarak sanat terapisinin aktif kullanıldığı dönemdir (Killick ve Schaverien, 2003; Göktepe, 2015). Ülkemizde sanat terapisi alanında önemli gelişmeler 1950'li yıllarda Dr. Süleyman Velioğlu ve Dr. Kazım Dağyolu'nun koordinatörlüğünü yürüttüğü İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde Sanat Psikopatoloji Laboratuvarı'nın kurulması ile başlamıştır (Kaya, 2013). Sanat Psikoterapileri Derneği'nin kurulması ise 2012 yılında gerçekleşmiştir (<http://www.sanatpsikoterapileriderneği.org> , Erişim Tarihi: 3 Mart 2018).

Sanat terapinin tanımından anlaşıldığı üzere, yaratıcı süreç bu alanın temel unsurlarından biridir. Sanat terapisi, yaratıcılık ve dışavurumluluk esasına dayandığı için çeşitli sanat alanlarıyla kullanımı mümkün olmuştur. Yaratıcılık, tanımlaması güç bir kavram olmakla beraber eğitim-öğretim, felsefe, psikoloji, edebiyat, sanat ve teknoloji gibi birçok farklı disiplinin, üzerinde teoriler ürettiği çok boyutlu bir olgudur (Vexliard, 1966; Rouquette, 2007).

Psikanalitik görüşe göre yaratıcılık bilin dışı çatışmadan meydana gelir. Yani "ben"in kontrolünü esnetebilir, bilinçdışı tepkilerini sanat aracılığıyla yeniliğe dönüştürebilir ve bunun yardımıyla birey kendi iç çatışmalarını çözebilir. Freud bu durumu kısaca

'katarsis' olarak tanımlamıştır. Bunun yanısıra Freud, baskılanmış olan istek ve arzuların, yüceltme mekanizması çerçevesinde sanat ürününe aktarılmış olduğunu savunmuştur (Freud,1979). Geleneksel psikoanalitik yaklaşımlar, sanatı bastırma mekanizmasının bir sonucu olarak görmüş olup, ego psikolojisi üzerine yapılan çalışmalar yaratıcılık sürecinin anlaşılmasında önemli rol oynamıştır (Yavuzer, 1996). Örneğin, Ernst Kris "Ego hizmetinde regresyon" kuramıyla, sanatta görülen regresyonun geri dönüşebilir, geçici ve kontrol edilebilir olduğunu ileri sürmüştür (Akt. Soygür, 1999). Regresyon, insanın kendisi için gerekli olan bir şeyi bulmak üzere çabalamasıdır (Jung, 2015). Bu bağlamda ego kontrolünde regresyon oldukça ciddi bir süreçtir. Bu süreç şöyle bir örnekle açıklanabilir: Ego kontrolünde yapılan gerileme bir dalgıcın su altına dalıp sünger avcılığı yapması gibi tehlikeli ve riskli bir iştir. Ne kadar çok derine dalarsa o kadar çok dokunulmamış ve büyük süngerleri çıkarabilme imkânına, aynı oranda da vurgun yeme riskine sahiptir (Özakkaş, 2008). Bu durumla bir çok sanat terapi uygulamasında karşı karşıya gelmek mümkündür. Bireyler için farkındalık sağlamak amacı, onların herhangi bir travmasının ortaya çıkmasına neden olabilmektedir. Bu nedenle kontrollü bir şekilde ilerleme sağlanmalıdır. Diğer bir açıdan ise regresyonun engellendiği durumlara dikkat etmek gerekmektedir. Ego kontrolünün bir sonucu olan estetik kaygı regresyonu engellemektir. Bu durumda bireylerden ilk olarak çizim, resim ya da bir hareket yapılması istenildiğinde en iyi bildiklerini çizmek, en çok kullanılan hareketi göstermek istedikleri veya çizim ya da hareket yapmaktan kaçındıkları görülmüştür. Burada yaratıcı süreçten bahsedilememektedir. Yaratıcı süreç devreye girmeden de doğru veriler elde etmek mümkün olmamaktadır (Güney, 2009; Eren, 2012; May, 2015).

Yaratıcı süreçle ilgili diğer bir önemli görüş ise C.G. Jung tarafından geliştirilmiştir. Jung'a göre yaratıcı süreç arketiplerin, bilinç altında canlanmasıyla yola çıkmaktadır. Bilinçaltını biçimlendiren, arketipler kolektif bilinç dışına aittir (Jung, 2016). Kolektif bilinçdışı kavramı, bireysel bilinçdışının aksine toplumsal, evrensel ve kökü daha eskiye dayanan bilinçdışını ifade etmektedir. Kolektif bilinçdışı, içinde arketipleri barındıran, insanlığın ortak kültürünü yansıtan evrensel hafıza niteliği taşır (Vexliard, 1966).

Varoluşçu yaklaşımın önde gelen isimlerinden Rollo May ise yaratıcılık üzerine önemli düşünceler ortaya koymuştur. May'e göre yaratıcılık kendiliğindenlik ve sınırlamalar arasındaki gerilimden doğar (May, 2015). Böylelikle sanatsal yaratım maddesel bir gereksinimden çıkışını almaz; bulanık, belirsiz duygulara netlik, açıklık kazandırır. Yaratma sürecindeki rahatsızlık ve stres son olarak doyuma ulaşır. Yaratma, özetle bir açığa çıkarılmadır. Bu açığa çıkarılanın izleyene, okura, alıcıya iletilmesiyle, onlarda da benzer duyguları uyandırmasıyla tamamlanır (Büyükdüvenci, 2006). Yaşam süresince insanın dinamik dengelerinde ortaya çıkan kararsızlıklar, çatışmalar ve dengesizlikler sık karşılaşılan durumlardır. İnsanın dinamik dengesini içsel ya da dışsal bir etken olarak bozabilen bu durumlar, bütünlüğe ulaşma ve bunu sürdürme gayretinin bir diğer yansıması olan sanat ürününün üretilme sürecini aktive eder (Kırlı, Güney, Başar, & Başar).

Yaratıcılık genel olarak sanatsal üretimlerle bağdaştırılsa da insanın anlatım biçimlerinin bir çok çeşidi vardır. Örneğin bir hareket, çevremizdekilerle farklı bir ilişki kurma anlamına gelen, olağan davranış biçimlerinin ötesine geçen bir formdaysa, bu hareket 'yaratıcı' olarak tanımlanır. Yaratıcılık aslında, insanın algı ve duygularının yanı sıra, anılar, imgeler ve arzuları kapsayan iç dünyanın zenginliği ile bir iletişim kurmasıdır. Bebekliğin ilk anlarından itibaren düşünmeden gelişen, insanın doğal dürtülerinden biri ve psikolojik sağlığın bir belirtisidir (Garcia ve ark., 2018).

Bu bilgilerden yola çıkarak bireyde yaratıcılık sonucunda ortaya çıkan eylemler yorumlanabilir. Bu yorumlamalar herhangi bir formülasyon içermeden bireyin kendi dünyasında olan bir özelliğin farkına varmasına yardımcı olur. Bu özellikler bazen geçmiş bir an, bazen saplantılı bir düşüncenin engelleyici baskısı, bazen acı veren bir durum olabilir (Eracar, 2013). Silvano Arieti, yaratıcılığın son aşamasının 'geçmişteki travmatik olayların hatırlanması ve yeniden canlandırılması' olduğunu vurgulamıştır (Akt. Cebeci, 2004).

Yaratıcılığın bedenle olan ilişkisi ise oldukça içiçedir. Winnicott bebeğin kendi bedeni ile oynamasını yaratıcılığın ilk halleri olarak görür (Winnicott, 2007). İnsan bedeni canlı bir varlık olarak, nabız, solunum gibi fonksiyonları farklı kas gruplarının hareketleriyle gerçekleştirir. Korku, öfke, neşe gibi duygular insan bedeni üzerinde etkilidir. Örneğin, boğazda düğümlenme hissi, göğüste çarpıntı, yumruğun sıkılması,

nefes alıp verme hızı duygulara göre verilen bazı bedensel etkilerdir. Bu bağlamda içsel değişimlerin her biri kendisini bir hareket olarak ifade etmektedir (Garcia ve ark., 2018). Bireylerin yaratma nedenleri ise; yaşamı bir oyun gibi algılamak, yaşamsal sorunlara şaka duygusuyla yaklaşabilmek, yaşama ve sanatına yukarıdan bakabilmek, yaşamsal çelişkileri fark edip dengeleme ve uzlaştırma olgunluğunda olmak, ölüme meydan okumak ve daha çok sevilme arzusunda olmak, kişiliğini bulabilmek, kendini dengelemek, yaşamını anlamlı kılmak için yaratmak, ilgi çekmek, önemsenmek olarak anlaşılmıştır (Ezici, 2005).

Tüm yaratıcı eylemler, koreografi, bilim ya da araştırma ve bir yaratıcı süreç içinde meydana gelir. Bu süreç genellikle hazırlık, kuluçka, aydınlatma ve değerlendirmeden oluşan dört zamanlı bir durum olarak kabul edilir. Bu dört aşamalı süreç, dans ve hareket terapisi (DHT) ve diğer sanat terapilerinin bir özelliğidir. Süreçte düzenli bir döngü kavramı beklenmemektedir. Ancak uygulanabilir herhangi bir modelde olduğu gibi süreç, kişinin düşüncelerini düzenlemesine yardımcı olmaktadır. Terapi sırasında birden fazla durum vardır ve herhangi bir terapi seansında, aydınlanma gerçekleşebilir ve değerlendirilebilir. Terapi sürecinde bazı durumlar tekrar yaşanabilir, gözlemlenebilir ancak her seferinde farklı bir perspektiften geçirilir. Sonuç olarak, bazı duygu ve düşünceler için artan netlik ve yeniden şekillendirebilme yeteneği kazanılabilir (Meekums, 2010).

DHT, temelinde yaratıcılığı barındıran sanat terapi yöntemlerinden biridir. Yaratıcılığın kullanım amacı özetle, içte olanın dışa yansıtılmasını sağlayarak farkındalık kazandırmak ve kişinin kendi gerçekliğiyle uzlaşabilmesini, içsel-dışsal bütünlük sağlamasını desteklemektir.

2.3. Dans ve Hareket Terapisinin Tarihsel Sürecine Genel Bakış

Beden hareketinin, özellikle dansın, bir katartik ve "terapötik" araç olarak kullanılması, dansın kendisi kadar eskidir. Dans, ilk çağlarda beslenme ve uyku kadar önemsenmiştir. Arkeologların çalışmalarına göre dansın 5-9 bin yıllık bir geçmişi vardır ve sosyal bir iletişim aracı olarak kullanılmıştır (Levy, 1988; Chodorow, 2013). İkel toplumlar, güçsüzlüğü azaltmak ve kaygıyı kontrol etmek için dans ve benzeri hareketler kullanmıştır. Örneğin, Eskimolarda dans, fiziksel güç kaynağı ve avlanan hayvanın cesaretini elde etmek için yapılmıştır. Tarımda verimin artması için yapılan

danslar da başka bir örnektir (Lewis, 1994). Dans, bireylere kendilerini ifade etme, başkalarına duygularını iletme ve doğayla başa çıkma olanakları sağlamıştır. Dans ritüelleri kişisel bütünleşmeyi sağlar ve bireyin toplumla olan entegrasyonuna yardımcı olur (Levy, 1988).

Dans terapinin izlerine 1900'lü yılların başlarında rastlamak mümkündür. Kökenini modern danstan alan dans ve hareket terapisinin birçok öncüsü modern dansçılardan oluşmuştur. Modern dansın ilk öncüleri kendi kişisel deneyimlerini ve duygudurumlarının yanısıra, evrensel temaları da ileten yeni ve yaratıcı kendini ifade edebilme arayışlarına yönelmişlerdir (Levy, 1988; Malchiodi,2005). Dans ve hareket terapisi gelişim sürecinde bir çok öncü kişiden etkilenmiştir. Modern dans hareketini ve dolayısıyla dans terapisini önemli derecede etkileyen Francois Delsarte (1811-1871), kariyerine bir opera şarkıcısı olarak başlamış, ancak sesini kaybetmesinin ardından tiyatro sanatçıları ile ilgilenmiştir. Delsarte, aktör ve şarkıcılar için kendilerini doğal ifade edebilecekleri jest sistemlerini araştırmış ve düzenlemiştir. Doğal insan hareketi üzerine yaptığı çalışmalar sayesinde çeşitli yaşam alanlarındaki insanları günlük yaşantısında gözlemlemiştir. Delsarte gözlemlerine dayanarak insanların biliçdışı, dışavurumsal hareketlerini yönettiğine inandığı ilkeler formüle etmiş ve bu ilkeleri insan davranışlarını yorumlamada kullanmıştır. (Arnaud ve ark., 1893). Isora Duncan, Delsarte'nin eserlerini geliştirerek ve Antik Yunan tiyatrosundaki etkileyici jestleri temel alarak yeni bir hareket dilini oluşturma girişiminde bulunmuştur. Ruth St. Denis, Ted Shawn ile birlikte, modern dans gelişim kavramlarını ve tekniklerini geliştiren Denishawn Dans Okulunu kurmuştur. Bir çok önemli isimle beraber en büyük dans terapisti Marian Chace de, bu okulda yetişmiştir (Levy, 1988; Malchiodi, 2005).

Dans ve hareket terapisinde önemli bir kavram olan *otantik hareket*, Mary Whitehouse tarafından, Mary Wigman'ın doğaçlama hareketlerinden kaynaklanarak ortaya atılan, dans terapisi disiplinindeki terapötik potansiyeli taşıyan modern dans hareketinin özünü oluşturmuştur. Otantik hareket kavramı, Jung'un *aktif imajinasyon* kavramıyla ilişkilidir (Whitehouse ve Pallaro, 2007; Farah, 2016). Mary Wigman ise hareket felsefecisi olan Rudolph Laban'ın meslektaşısı ve öğrencisidir. Rudolph Laban'ın dans ve hareket terapisine katkısı hem teorik hem de analitik olmuştur. Özgün bir öğretim tekniğiyle hareketin yapısını ve analizini sunmaktadır. Laban'ın geliştirdiği 'Efor

Analizi' sistemi dans terapistleri için hareketin niceliksel ayrıntılarını ifade etmede bir dil oluşturmuştur (Hackney, 2002).

Psikanalitik düşüncenin ortaya çıkması dans ve hareket terapisinin etkilerinin anlaşılmasına katkı sağlamıştır. Psikanalistler bilinçaltının ifadesini sözelleştirmeye teşvik ederken, dansçılar bunun yerine beden hareketlerini kullanmaya başlamışlardır. Kendini ifade etme ve keşfetme üzerine odaklanma, dans terapistleri ve modern dansçılar tarafından kişinin "içsel dansı" ile temas kurması olarak belirtilmiştir. Birçok kişi tarafından içsel dansın gelişmesini cesaretlendirmek, bilinçaltının vücut hareketi yoluyla ortaya çıkmasını sağlamak anlamına gelmektedir (Levy, 1988).

Dansın psikiyatride kullanımı II. Dünya Savaşı sonrasında, 1940'lı yıllarda Amerikalı dansçı ve öncü dans terapisti Marian Chace'in St. Elizabeth Hastanesi'nde yaptığı çalışmalar ile başlamıştır. Dansın iyileştirici gücünü o dönemlerde şizofreni hastalarıyla olan çalışmalarında da kullanan Chace, dansın bir terapi yöntemi olarak gelişip günümüzde uygulanan haline dönüşmesine öncü olmuştur. Marian Chace, DHT'yi, hastanın hareket modellerine tepki olarak müdahale eden ilişkisel bir terapötik yöntem olarak düşünmüştür (Chase, 1993; Çatay, 2013). Dans terapisi öncüleri dans/hareket etme gücünü bir psikoterapi olarak keşfetmeye devam ettikçe, kişiliğin doğasını ve dansın kişilik üzerindeki etkilerini daha fazla anlamaya başlamışlardır. Bu durum, dans terapi uygulamalarını destekleyerek, psikoloji alanında araştırma çalışmalarına yol açmıştır. Böylece, dans terapisi disiplini, modern dans hareketinin mevcut grup kuramları ve bireysel psikoloji ve psikoterapi ile birleşmesiyle 1940 ve 1950'lerde gelişmiştir (Levy, 1988).

Daha sonra 1966 yılında Amerika' da ilk kez Amerika Dans Terapisi Birliği (American Dance Therapy Association, ADTA) kurulmuştur. Birliğin American Journal of Dance Therapy adında bir yayın organı vardır (<https://adta.org/faqs>, Erişim tarihi: 9 Şubat 2018) Ülkemizde ise 1 Ekim 2012 tarihinde Sanat Psikoterapileri Derneği kurulmuştur. Sanat Psikoterapileri Derneği, fiziksel, ruhsal ve sosyal sağlık için güçlü bir araç olarak kabul edilen yaratıcı sanatların, ülkemizde psikoterapötik amaçlarla kullanılmasına katkı sağlamayı hedeflemektedir (<http://www.sanatpsikoterapileriderneği.org>, Erişim Tarihi: 9 Şubat 2018).

2.4.Dans ve Hareket Terapisinin Teorik Temelleri

Psikanalitik teori ve analitik psikoloji, sanat terapisi uygulamalarını tarih boyunca etkilemiştir. Sanat terapi, psikanalitik teoriden gelen psikodinamik psikoterapi yöntemine ve daha çok analitik psikoterapi kuramına dayanmaktadır. Psikodinamik psikoterapiler; terapötik ittifak geliştirir, aktarım analizi yapar ve semptomları dikkate alarak ortaya çıkabilecek çatışmaları inceler. Analitik psikoterapi, terapide sanat kullanımını, bilinçdışı unsurları açıklamada bilinçli bir yol olduğu için destekler (Corsini ve Wedding, 2012).

Freud'un nörotik hastalar, histeri, rüyalar üzerine çalışmaları ve topografik kuramı, yaratıcılık ve sanat ürünü üzerindeki bilinçdışının etkisinin anlaşılmasına katkı sağlamıştır (Jung, 1997). Freud düşlerin yorumlanmasında, soyut ve renksiz bir ifadenin resimsel ve somut bir ifadeye dönüşebileceğini ifade etmiştir, ancak sözel sembolizmin önceliğini savunmuştur. Düş yorumlanmasında ilk ve ana yöntem olarak kişinin sözel ifadelerinin olması gerektiğini savunup, simge kullanımının yardımcı kaynak olduğunu ifade etmiştir (Freud, 1992).

Freud'un görüşlerinden etkilenmesine karşın kendi kavramlarıyla çalışmayı tercih eden Jung, bilinç dışını tanımlarken de farklı görüşler belirtmiştir. Freud'un, -öznenin bilincinde olmadığı, bastırılan, unutulmuş bilinç dışı- tanımının üzerine kolektif bilinç dışının var olduğunu öne sürmüştür. Jung'un çalışmalarında arketipler yani ilksel imgeler, semboller son derece önemli olmuştur. Jung'un geliştirdiği arketip ve semboller dans ve hareket terapisi uygulamalarında karşımıza çıkabilmektedir. Çünkü Jung'a göre binlerce yıl öncesine ilişkin bir işaret, bir arketip bugün insanların düşlerinde, bilinçaltında ortaya çıkabilir. Dans ve hareket terapisinde de bilinç dışı kavramı ve bilinç dışının etkilediği düşünceler son derece önemlidir (Jung, 1997; Jung, 2009).

Arketip teorileri ve kolektif bilinçaltı da sanat alanında popüler olan analitik yaklaşıma katkı sağlamıştır. Bu yaklaşım, rüyaların ve fantezilerin içeriğini vurgulamaktadır ve bireyin olası anlamları keşfetmesine, aydınlatmasına yardımcı olmaktadır. Birçok psikoanalitik kavram sanat terapisi uygulamasına dahil edilmiş olmakla birlikte en önemlileri, transferans, kendiliğinden ifade, aktif imajinasyon, geçiş alanı ve nesnesi kavramları olmuştur (Malchiodi, 2005). Bedenin yaratıcı potansiyelini, bilinçdışına

ulaşmak için önemli bir araç olarak kullanabilme fikri Jung'un *aktif imgelem* yönteminden kaynaklanmıştır. Duyguları beden ve psişe arasında dinamik bir köprü, diyalektik bir etkileşim aracı olarak formüle eden Jung, beden hareketlerini bilinçdışı ifade etme yöntemlerinden birisi olarak tanımıştır (Higgins, 1993;Çatay, 2013).

Malchiodi'nin (2005) aktarımına göre; Naumburg, hastaların kendiliğinden olan çizimlerinin, bilinç dışı düşüncelerin ve duygularının yansıması ve temsili olduğunu belirtmiştir. Bu anlamda kişi tarafından oluşturulan imgeler, bilinçli olarak tanınmayan şeyleri anlamının bir yolu olarak kullanılır. Alana katkılarından dolayı tanınan bir başka sanat terapisti olan Edith Kramer ise, sanat ifadesinin, saldırganlığın ve diğer olumsuz davranışların, düşüncelerin ve duyguların, süblimasyon kaynağı olarak kullanılmasını önermiştir. Levick, sanatsal bir ifadenin, bireyin savunma mekanizmalarını belirlemede yararlı olduğunu ileri sürerken, Winnicott sanatı bir geçiş nesnesi olarak görmüştür (Malchiodi, 2005). Bu uygulayıcıların gözlemleri, psikoanalitik düşünceyi yansıtmaktadır ve psikodinamik teorilerin sanat terapisini nasıl desteklediğine ilişkin bir fikir oluşturmaktadır.

Bu bağlamda sanat terapilerinin bir çeşidi olan DHT; zihin, beden ve ruhun bütünleşmesine bağlı olan ve sağlığın iyi olmasına dayanan bir alandır. Bu bütünleşme azaldığında çeşitli psikolojik ve fiziksel bozukluklar gelişebilir. Dans ve hareket terapisi psikoterapinin bir formudur, hareketi bir etkileşim ve müdahale aracı olarak kullanır ve değişime teşvik eder (Malchiodi, 2005).

DHT'yi destekleyen teorik prensipler aşağıdaki gibi sıralanabilir:

- Beden ve zihin etkileşimde bulunur, böylece hareketteki bir değişme genel işlevselliği etkiler.
- Hareket, kişiliği yansıtır.
- Terapötik ilişki, sözsüz iletişimle de sağlanabilir. Örneğin, terapistin, bireyin hareketini yansıtması yoluyla olabilir.
- Hareket sembolik bir işlev içeriyor olabilir ve bilinçaltı süreçlerin kanıtı olabilir.
- Doğaçlama hareket, danışanın yeni var olma yolları denemesini sağlar.

- DHT sözel olmayan, harekete dayalı bir takım farkındalıklar sayesinde erken nesne ilişkilerinin tanınmasına ve tekrarlanarak onarılmasına izin verir (Meekums, 2010).

2.4.1. Dans ve Hareket Terapisi ile İlgili Kavramlar

DHT'nin kavramsal boyutu oldukça geniş olmakla beraber bu çalışmada ağırlıklı olarak kullanılan ve çalışmanın temelini oluşturan kavramlar hakkında kısaca bilgi verilmiştir.

Aktarım/Karşıt Aktarım: Aktarım bireyin erken dönem/çocukluk ilişkilerini, genellikle anne- baba veya önemli kişilere karşı duygu ve tutumlarını, şimdi ilişki kurduğu kişi/terapist ile yeniden yaşamasıdır. Kişi şu an ilişki kurduğu kişilere çocukluk dönemindeki algı ve duygulara göre değerlendirip davranış sergilemektedir. Kişinin aktarım şemaları bilinçdışı olarak ortaya çıkmaktadır. Karşıt aktarım ise en kısa tanımıyla bireyin/hastanın aktarımına karşın hekimin/terapistin/araştırmacının geliştirdiği bilinçdışı tepkidir (Danacı, 2009; Sharf, 2014).

İmge: Carl G. Jung imgenin, bilinçdışı faaliyetiyle ilişkili ve bu faaliyetin ürünü olarak bilinçte ansızın ortaya çıkabileceğini, biraz sanrı tarzında olduğunu ancak bunun klinik bir tablo içermediğini belirtmiştir. İmgenin dış gerçeklikte geçerliliği yoktur. Ancak daha önemlisi 'iç' gerçekliği temsil eden büyük bir psikolojik değeri vardır. İmge, psişik durumun bütün halinde yoğunlaşmış ifadesidir. Sadece veya ağırlıklı olarak bilinçdışının ifadesi değildir. Hem bilinçdışını hem de anlık bilinç durumunu temsil eden bir kümeleşmeden oluşan üründür. İmgenin anlamı, bilinç veya bilinç dışından hareketle değil, bunların karşılıklı ilişkisinden hareketle yorumlanır (Jung, 2016).

Kinestetik empati: DHT literatüründe uzun süredir dile getirilen ve uygulamasında kullanılan temel bir kavramdır. Empati, bir kişinin diğerini anlamasıdır. Başkasının iç hayatını deneyimleme girişimidir. Ötekinin durumunu bilme, diğerinin durumu hakkında bilgi sahibi olma ve buna göre hareket etme anlamına gelmektedir. Empati sürecine katılan her iki bireyin deneyiminde yaygın olan unsurlardan kaynaklanır (Dökmen, 2016). DHT'nin psikoterapiye önemli katkılarından biri olarak düşünülen bu yapı; sözsüz iletişim, bedensel hareket, dans ve sözlü ifade içeren terapötik ilişkinin dinamiklerini sentezlemektedir. Dans terapisti, kinestetik empatiyi kullanarak, süreç

bloke edildiğinde veya kesildiğinde danışanın kendini geliştirmesini kolaylaştırır. Aynı zamanda, her terapist kişinin hislerine ve duygularına açık olmasını ve hareketinde tanıdığı durumların farkında olmasını ister. Dans terapisti, empatik bir şekilde, bedende köklenmiş öznel bir deneyime katılır. Terapist, kendi hareketleri aracılığıyla danışanın deneyimini yansıtır. Dans terapisti, danışan ile ortak olarak hareket ederek bir diyalog hareketine başlar ve iletişim, hem sözsüz hem de sözlü ifadeyi desteklemektedir. Savunma davranışlarını çözmeye, hastanın yaşamının çelişkili yönlerini keşfetmeye ve spontan ifade hareketinin ortaya çıkmasına yardımcı olan bir güven ve güvenlik ortamı oluşturulur. Bu şekilde dans terapisti, bireyin kendisiyle olan iletişimini kolaylaştırarak, farkındalık sağlamaya yardımcı olur (Fischman, 2009).

Hareket ve duygulanım: DHT, bireyin kas ve solunum aktivitelerinin yeni kombinasyonlarını denemesine olanak tanımaktadır. Duyguları düzenlemeye ve modüle etmeye yardımcı olarak, destekleyici bir ortamda bedensel-duygusal ifadelerin alternatiflerini anlama fırsatı sunmaktadır. DHT'nin etkililiği, bedensel deneyimleri ortaya çıktıklarında fark etmeye çalışmakla ilgilidir. DHT, duyu ve anlamın bir araya geldiği noktada çalışmaktadır. Beden ve hareketle birlikte çalışmak veya odaklanmak, ruh ve bedenin bütünleşmesini artırmaktadır. Dans terapisti, saygı ve güven ortamında yeni duygusal deneyimlerin geliştiği güvenli çevrede gözlemci olarak bulunmaktadır. Bir dans terapisti bölünmüş veya donuk bir benliğin bu yönlerini kavrar ve karşılar. Danışanın repertuarında olan, hareketleri, sesleri ve duyguları farkederek ve eksik veya kaybedilmiş olanları danışanın kabiliyetlerine uygun olarak yeniden yapılandırabilir (Fischman, 2009). DHT etkileşim seçenekleri sunarak beden ve içgörü arasındaki ilişkileri biçimlendirmektedir (Malchiodi, 2005).

Geçiş alanı-üçüncü alan: Bu alan anne-bebek arasındaki temel yaratıcılığa izin veren, benlik varlığının algılanması anlamına gelen bir alandır. Bebek artık başkalarının varlığının farkındadır ve bağımsızlığının tanınması gereken bir süreçtedir. Bu süreçte yaşanan anne- bebek ilişkilerinin, yetişkinlik döneminde karşılaşılan pek çok sorunun temeli olduğu düşünülmektedir (Sharf, 2014). Bu araştırmada hareket etkileşimleri sayesinde, dans terapisti ile bireyin arasında, iç dünyanın açıldığı ve paylaşıldığı geçiş alanı oluşur (Fischman, 2009).

2.4.2. Dans ve Hareket Terapisinde Modeller, Yaklaşımlar ve Yöntemler

Dans ve Hareket Terapisinin temelini oluşturan bazı önemli model, yaklaşım ve yöntemler bulunmaktadır. Bunlar Marian Chase Modeli, Laban Hareket Analizi (LHA), Bartenieff İlkeleri ve Kestenberg Hareket Profili (KHP)'dir.

Marian Chase Modeli

Marian Chase, dansçı, performans sanatçısı ve bir koreografdır. Chase, dansın bir iletişim biçimi olduğunu düşünerek, bu düşüncesi üzerinde yoğunlaşmış ve çalışmıştır. Bir dans eğitmeni olarak geçirdiği süre boyunca, hareketin insanlar üzerindeki etkilerini farketmeye başlamıştır. Chase, psikolojik bozukluğu olan bireylerle hastanelerde çalışmış ve bu kişilerle çalışmanın yollarını geliştirmeye başlamıştır. Marian Chase, vücut hareketi, sembolizm, terapötik hareket ilişkisi ve ritmik aktivitenin unsurlarını kullanarak, ısınmadan temanın gelişimine ve daha sonra kapanışa akan bir grup dinamiği yaratmıştır. Olağandışı ruh hallerinde bile, karşılaştığı bireylerin açıklığa kavuşturulabilecek hareket özelliklerine sahip olduğunu ve tüm grubun dahil olabileceği bir temaya dönüştüğünü fark etmiştir (Chase, 1993).

Laban Hareket Analizi

LHA, Rudolf Laban (1879 - 1958) tarafından geliştirilen insan hareketini gözleme, açıklama, notasyon yapma ve yorumlama yöntemidir. Rudolf Laban (1879-1958) Macar kökenli dansçı, koreograf ve kuramcıdır. Dans ile fiziksel ve zihinsel terapi çalışmalarında yaygın olarak kullanılan bir model geliştirmiştir. Beden bölümlerinin nasıl hareket ettiğini, desteklendiğini veya etkilendiğini gözlemiştir. Bu gözlemler sonucu vücut hareketinin altında yatan modelleri oluşturmuştur (Santos, 2013). Aynı zamanda kişinin kendi benliğini, kendi ile diğerlerini ve kendi ile dünya arasındaki bağlantıları incelemektedir (Hackney, 2002).

LHA, birbiriyle ilişkili dört bileşene dayanan, hareketin nitel yönlerini tanımlayan bir sistemdir. Bu dört bileşen literatürde beden, mekan (alan), efor, şekil (form) olarak yer almaktadır (Malchiodi, 2005; Sutil, 2013; Garcia ve ark., 2018). Ancak beşinci bileşenden söz eden kaynak da bulunmaktadır (Santos, 2013). Beşinci bileşen olan 'ilişki' kavramı, kişinin kendisi, başkaları ve çevre ile etkileşim biçimlerini tanımlar.

Bir notasyon (*labanotation*) yöntemi içeren LHA, bedenin tüm özelliklerinin birbirleriyle nasıl etkileşim halinde olduğunu, jest, duruş ve hareketin nasıl oluştuğunu

inceler. Laban, başlangıçta Warren Lamb ile birlikte efor/şekil bileşenlerini oluşturmuştur. Daha sonra ise Irmgard Bartenieff bu alandan kaynak alarak çalışmalarını sürdürmüştür (Levy, 1988).

Laban'a göre hareket bir ihtiyacı karşılamaya ya da çevreyle başetmeye yöneliktir. İnsanların hareket özellikleri çevreyle kurdukları ilişki tarzını ve problem çözme yöntemlerini yansıtır. Bazıları bir probleme doğrudan ve çabuk hareketlerle yaklaşırken, diğerleri daha dolaylı ve yavaş bir yol izleyebilir. LHA'nın bileşenleri *beden*, *beden bölümleri*, *mekan (alan)* ve *efor* olarak tanımlanmıştır (Hackney, 2002).

Beden: Hareket eden insan vücudunun yapısal ve fiziksel özelliklerini açıklar. Vücut bölümlerinden hangisinin hareket ettiği ve hareketlerinin vücut merkeziyle nasıl ilişkili olduğu sorusuyla ilgilidir (Santos, 2013).

Beden bölümleri: Dış bölümler, baş, omuzlar, göğüs kafesi, kalça, sırt, kollar, eller, bacaklar, ayak ve iç bölümler, kalp, ciğerler, kaslar, kemikler ve eklemler gibi bölümlerdir. Beden hareketleri ise; esneme, bükülme, dönme, yükselme, alçalma ve düşme şeklindedir. Hareket kalitesi gözönüne alındığında bu gruba durma, yığılma, sallanma, titreme de dahil edilebilir (Tokinan, 2008).

Mekan (Alan): Mekan iki ana bölgeden oluşur. Bunlar genel alan ve kişisel alan (kinesfer)'dir. Mekân öğeleri ise, seviye, boyut, düzlemler ve üç boyutlu şekillerdir (Garcia ve ark. 2018).

Efor: Efor, hareketin, alan, ağırlık, zaman ve akış olmak üzere dört dinamiğini tanımlamaktadır. Her hareket faktörü, iki karşıtlık olasılığına sahiptir. Alanın mekân kullanımı "doğrudan" (iki nokta arasındaki en kısa mesafe) veya "dolaylı" (dairesel) olabilir, ağırlık kullanımı "güçlü" (daha fazla güç kullanarak) veya "hafif" (daha az güçle) olabilir, zaman kullanımı "hızlı" (ani) veya "yavaş" (sürekli) ve hareketin kolaylığını veya kısıtlamasını temsil eden "bağlı" veya "serbest" olabilir. Bu özellikler Tablo 2.1'de verilmiştir (Levy, 1988; Hackney, 2002; Sutil, 2013).

Tablo 2.1. Laban hareket analizi efor ögeleri

Efor Ögeleri	Bileşeni
Alan	Doğrudan Dolaylı
Ağırlık	Güçlü Hafif
Zaman	Ani Yavaş
Akış	Bağlı Serbest

Bir hareket faktörü veya ögesi, bir başka faktöre bağımlıdır ve bu ögeleri ayırmak mümkün değildir. Hareket unsurlarının yoğunluğu ve birleşimleri değişebilir. Böylece, bir hastanın/bireyin hareketini gözlemlerken, hangi hareket faktörlerinin veya ögelerinin, daha büyük hareket yapılandırması ve bağlamının bir parçası olarak bulunduğu anlaşılabilir. Efor kullanılırken, hareket özellikleri çoğunlukla kişilik özellikleriyle ilişkili olarak tartışılır. Hareketler bu şekilde tartışıldığında daha anlam taşımaktadır. Bununla birlikte, bu durum yanıltıcı da olabilir ve gerçekte bireyin hareket davranışına özgü olmayan duygusal tutarsızlıkları ifade edebilir. Bu nedenle efor terminolojisinin olası yargı tutumlarına karşı dikkatli olunmalıdır. Örneğin, dolaylı bir alan kullanımı, mutlaka boşluk veya yaşamla doğrudan başa çıkamama anlamına gelmez, aksine belirli bir başa çıkma tarzı için bir tercihtir. Benzer şekilde, ağırlığın kullanımında, çoğunlukla 'güç' hareketlerini yapan bir bireyin, "hafiflik" kullanan bireyden daha güçlü veya daha iddialı bir kişilik içermesi gerekmez (Levy, 1988). Her birey eforları farklı şekilde birleştirir, buradaki detaylar kişinin hareket biçimindeki dışavurumcu niteliklerini belirtmektedir (Garcia ve ark., 2018).

Şekil: Kendine özgü veya alandaki bir hedefe yönelttiği beden üzerine odaklanır. Bedeni mekana uyarlama ve mekanda biçim alışı ile ilgilenir. Şekil bileşenin iki ana özelliği vardır: *Akış*, vücut merkezinden uzaklaşıp ilerlemeyeceğine bakılmaksızın, kendi kendine odaklanan hareketi tanımlar. Küçülme ve gerdirme gibi tanımlayıcıları kullanır. *Mekansal Şekillendirme* terimi ise, 'uzanmak' gibi tanımlayıcıları kullanarak alandaki bir hedefe odaklanan hareketlerle ilgilidir (Santos, 2013).

Bartenieff İlkeleri

Irmgard Bartenieff, LHA'nın geçmişi ve gelişiminde önemli bir rol oynamıştır. Kendisi Rudolf Laban'ın öğrencisi olarak, LHA'yı, fizyoterapist olarak kariyeriyle bütünleştirmiştir. Bartenieff, vücut hareket eğitiminde 'Bartenieff Fundamentals' olarak bilinen kendi yaklaşımını oluşturmuştur. Bartenieff'in oluşturduğu bu yaklaşım, aynı zamanda bireylerin üç eş zamanlı etkinlik algısını birleştirmelerini sağlamaktadır. Bunlar, solunum, kastaki değişimler ve duygulardır. Bartenieff, hastalarını destekleyen ve benliğin fiziksel, duygusal deneyimlerinin entegrasyonunu kolaylaştıran hareket dizileri yaparak, beden süreçlerinde kişisel bir duyarlılık geliştirmeleri için teşvik etmiştir (Levy, 1988).

Bartenieff Yaklaşımının Temel İlkeleri aşağıdaki gibi sıralanmıştır:

- 1. Beden Bağlantıları (Body Connectivity):** Vücudun her noktası birbirine bağlıdır ve tüm bölümler birbiriyle ilişkilidir. Bedenin bir parçasındaki değişim, bütünü değiştirir.
- 2. Nefes Desteği (Breath Support) :** Nefes hayat ve hareket getirir. Tüm yaşam süreçleri ve dolayısıyla tüm hareketler için fizyolojik bir destektir.
- 3. Köklenme/ Topraklanma (Grounding):** Toprak, zeminde kalma ve hareket etme desteği sağlar. İnsanlar, yeryüzüne ve yerçekimine karşı hareket ederler.
- 4. Gelişimsel Süreç (Developmental Progression):** Temel vücut bağlantıları, yaşamın erken dönemlerinde aşamalı bir gelişimsel ilerleme yoluyla oluşturulur. Bu temel bağlantılar, zamana ve şartlara göre işlev görür.
- 5. Niyet (Intent):** Beden bağlantılar niyetten etkilenir. Niyet nöromüsküler sistemi düzenler. Niyetin netliği, vücuda bu niyeti yerine getirmek için motor kalıbı bulmasına olanak tanır.
- 6. Karmaşıklık (Complexity):** Hareket çok yönlüdür. Herhangi bir hareket olayında daima birden fazla şey olmaktadır. Her hareket efor, alan, beden, şekil bileşenleri ile bütüncül bir sistemdir.
- 7. İç-Dış (Inner-Outer):** İçsel dürtü dış formda ifade edilir. Dış dünyadaki katılım, iç tecrübeyi etkiler. Kısacası, dış dünyada yaşanan içe yansımakta ve bu durumda iç dünyada dış kısmı yansıtmaktadır. Hareket anlamlıdır.
- 8. Fonksiyon-Anlatım (Function-Expression):** Hareketin işlevsel ve ifade edici yönleri samimi bir ilişki içindedir.

9. Durağanlık-Hareketlilik (Stability-Mobility): Stabilize edici ve harekete geçirici öğeler etkili hareket üretmek için sürekli etkileşime girer.

10. Egzersiz-Geri Kazanım (Exertion-Recuperation): Egzersizi takip eden gerikazanım, vücudun kendisini yenilemek ve hareket canlılığını korumak için kullandığı aktif bir doğal döngüdür.

11. Deyimselleştirme (Phrasing): Hareket bir ifade içerisinde olur. Kas hareketinin kinetik zincirleri başlama anında kurulur ve bu ifadeyi tamamlamak için birbirini takip eder. Koordineli hareket üretirken kas dizilemesi kas gücünden daha önemlidir.

12. Kişisel Eşsizlik (Personal Uniqueness): Hareket modeli yaşam gibi, benzersiz bir kişisel yolculuktur (Hackney, 2002).

Kestenberg Hareket Profili

KHP, dans/hareket terapistlerinin hareket gözlemlene yoluyla gelişimsel nitelikleri incelemelerini sağlayan bir değerlendirme aracıdır. Bu hareket profili, hareketle ilgilenen bir psikiyatrist ve psikanalizci olan Dr. Judith Kestenberg tarafından oluşturulmuştur. Bu değerlendirme, Laban ve Lamb'ın Efor / Şekil sistemi çalışmalarına dayanan, hareket özelliklerini gelişimsel bir bakış açısıyla organize etmektedir. Anna Freud'un gelişimsel değerlendirmesi (Koch ve ark., 2001) Kestenberg için çalışmalarının başlangıcında bir çerçeve sağlamıştır. KHP, normal gelişmeyi daha iyi anlamak, gelişimsel sorunları önlemek ve tedavi etmek ve klinik tanı sağlamak amacıyla bebeklik çağındaki çocukların hareket davranışlarının gelişimini ölçmek için oluşturulmuştur. KHP bebeklerin yanısıra, çocuk ve erişkinlerin hareketlerini değerlendirmek için kullanılabilir. KHP, bir dizi insan hareketinin oluşturduğu frekansları ölçen, gelişimsel ve klinik sorunların ve kişilik özelliklerinin yorumlanmasını sağlayan bir araçtır. Bu profil içerisinde iki sistem vardır. Birinci sistem, hareket modellerinin hissi ve özünü değerlendiren Gerilim(tansiyon)-Akış/Efor sistemidir. İkinci ise, Şekil-Akış/Biçimlendirme sistemidir, hareketin şeklini veya yapısını ve ilişkisel gelişimini değerlendirir. Her iki sistem, gelişimsel ilerlemeye dayanır. Bir fetus/yenidoğana özgü olan hareketlerden başlayarak, yetişkine özgü olan hareketlerin tümünü kapsar (Koch ve ark., 2001; Hastie, 2006; Powell, 2008).

KHP'ye göre bu iki sistemde hangi tür hareketlerin değerlendirildiğinin açıklaması şöyledir: Gerilim-Akış/Efor sistemi (Sistem I), bireyin ihtiyaçlarını, dürtülerini, duygulanımını, karakterini, öğrenme stillerini, savunmalarını ve baş etme

mekanizmalarını değerlendirmek ve tanımlamak için kullanılır. Şekil-akış/biçimlendirme sistemi (Sistem II) nesnelere ve bireyler gibi çevresel uyaranlara ilişkin basit ve karmaşık yolları değerlendirir ve açıklar. Sistem I, hareketin dinamik nitelikleriyle ilgiliyken, sistem II, hareketi ifade etmek için yapı sağlayan hareket yönleriyle ilgilidir (Koch ve ark., 2001).

Koch, (2011) aktarımına göre, Kestenberg, bebeklerin çocukların doğduktan hemen sonra tam efor göstermediklerini, belli özelliklere sahip 'ritimler' olarak nitelendirdiği şeye sahip olduklarını dile getirmiştir. Ona göre bebek, değişen ihtiyaçlarına göre değişim gösteren oldukça kaotik hareketlere sahiptir. Bu kaotik harekete sahip olan bebeği düzenleyen ilk ritim oral emme ritmidir. Bu emme ritmi, vücuda ilk düzenli ve organize yapısını veren her yenidoğanda doğuştan gelen bir reflekstir. Ritimler, gerilim/akış değişiklikleri, bebeğin vücudundaki gerginlik ve gevşemenin değişmesi sonucu oluşur. Kestenberg özellikle ebeveyn/çocuk etkileşimi ve ilişkilerinin kalitesine aracılık eden bedensel süreçlerle ilgilenmiştir. Kestenberg, yaşamın ilk beş yılı boyunca gelişen on temel ritim olduğunu ve bu ritimlerin yetişkinlikte bilinçaltının bir ifadesi olarak rol oynamaya devam edeceğini ifade etmiştir.

Kestenberg'in kas gerilimi (tension)/akış ritmi olarak tanımladığı on temel ritim açıklanmıştır. Bunlardan ilk gelişimsel ritim emme (*sucking*) refleksi olup bu ritim rahatlatıcıdır ve stresli durumlarda kendilerini sakinleştirmeye çalışan yetişkinlerde görülebilir. Bir sonraki gelişimsel ritim, ilk "savaşan (*fighting*)" ritim olan ısırma (*bitting*), yani keskin değişikliklerdir. Örneğin, odaklanmak için insanlar ayaklarının biriyle hafifçe vurmaya başladığında ya da bir kurşun kalemi ısırma başladığında bu ritim vardır. Isırma ritmi ayrışma, kategorizasyon ve seçim için kullanılır. Tüm savaş (*fighting*) ritimleri bir sonraki aşamaya geçişi sağlar. Bir sonraki ise büküm (*twisting*) ritmidir ve anal dönem başlangıcıdır. Ardından gerinme/serbest bırakma (*straining/releasing*) ritmi gelir. Burada bir ıkmadan, bağırsak hareketlerinden söz edilebilir. Yine bu dönemde güçlü sıkma, gerilim ve daha sonra rahatlama süreci vardır. Bu sürecin ardından koşma-sürüklenme (*running- drifting*), başlama- durdurma (*starting- stopping*) yine bu süreçte örnek olarak idrar tutmayı öğrenme, koştuktan sonra düşmeden durabilme verilebilir. Buradan sonraki ritimler ise salınma (*swaying*), doğum/dalgalanma (*birthing/ surging*), sıçrama (*jumping*) ve son olarak ani bir sıçrama/çarpma (*sporting/ramming*) ritmi bulunmaktadır. Her evre içinde

anlayışlı(*indulgent*)/ ve savaşan (*fighting*) ritimler vardır (Koch ve Sossin, 2013; Rautner & Koch, 2017). Bu analiz sisteminde ritimler sıralı olarak görünse de, iç içe geçmiş durumdadır. Ancak bir yetişkinin beden hareketlerinde baskın olan ritimler belli bir gelişimsel dönemde takılmanın göstergesi olarak değerlendirilir. Kestenberg'e ait dokuz hareket profili vardır. Kas gerilim/akış ritimleri bir profile ait olup bu profil içerisinde bulunan bir bölümü temsil etmektedir (Koch & Sossin, 2013).

2.5.Dans ve Hareket Terapisinin Uygulamada Kullanımı

Performans ve eğitici yönüyle başarılı modern dansçılar, dansın potansiyel faydalarını farkederek, dans ve hareketin psikoterapi olarak kullanılması yönünde farkındalık sağlamıştır (Levy, 1988). DHT ile ilgili kurumlar, DHT'yi tanımlamışlardır.

Birleşik Krallık Dans ve Hareket Psikoterapisi Kurumu (ADMT, UK) Dans Terapisini; "*Hareketlerin ve dansın psikoterapötik uygulaması ile bireyin kişisel, duygusal, fiziksel, sosyal gelişimini ve farkındalığını yaratıcı bir süreç çerçevesinde sanatla deneyimlemesi*" olarak tanımlamaktadır. Dans terapisinin temeli, kişinin hareketlerinin, düşünce sistemini ve hislerini yansıttığı prensibine dayanır. Kişinin hareketlerinin algılanması, fark edilmesi ve hareket repertuarının genişletilmesi sonucu, bu sürece tanıklık eden dans terapisti, kişinin farkındalığının artmasına, yeni hareket algıları oluşturmaya ve böylece duygularında ve sözel iletişimde yeni iletişim mekanizmaları geliştirebilmesine yardımcı olur (<https://admp.org.uk/>, Erişim Tarihi: 8 şubat 2018). ADTA ise, dans / hareket terapisini, kişinin duygusal, sosyal, bilişsel ve fiziksel entegrasyonunu geliştirmek için hareketin psikoterapötik kullanımı olarak tanımlar (<https://adta.org/faqs>, Erişim tarihi: 9 Şubat 2018).

Goodill S. W (2005) tarafından DHT'nin uygulamada beş öz niteliğini belirtmiştir. Bunlar,

1. Zihin, beden, duygu, yaratıcılık ve maneviyata entegrasyon,
2. Terapötik sürece gevşeme, nefes egzersizi ve imgelemin dahil edilmesi,
3. Dokunma, aynalama, eşzamanlılık ve bedende empati kullanımı,
4. Fiziksel ve duygusal başa çıkmanın yeni yollarına yönelik kolaylık sağlanması,
5. Duygusal sağaltımın teşvik edilmesidir.

Psikoloji bilimi ve psikoterapi pratiği uzun bir süre zihni ve bedeni ayrı değerlendirmiş ve zihnin daha üstte olduğunu düşünmüştür. Ancak nöropsikoloji alanındaki ilerleme

ve farklı psikoterapi pratikleri sonucu oluşan bilgi birikimi, artık beden ve zihin arasındaki çok boyutlu ve iki yönlü bağlantıların anlaşılmasına yardımcı olmuştur. Bu bağlamda dans/hareket terapisi beden ve zihin arasındaki bağlantı temeline dayanan önemli bir yöntemdir (Çatay, 2013). Ayrıca, DHT'yi diğer psikososyal destek müdahalelerinden ayıran dört özellik vardır. Bunlar,

1. Vücudun psikoterapötik sürece dahil edilmesi,
2. Bireyin vücuduyla olumlu bir ilişki kurulabilmesi ve bunun için teşvik edilmesi,
3. Sağlığı desteklemek için yaratıcı hareket ifadesinin kullanılmasıdır (Goodill S. W., 2005).

DHT'nin temel kullanım özellikleri ise aşağıdaki gibi açıklanabilir.

- Terapötik ilişki ortaya çıktıkça harekete odaklanılır. Dışavurumcu, iletişimsel ve uyarlamalı davranışlar, grup veya bireysel yaklaşım için dikkate alınır.
- Dansın temel unsuru olan beden hareketi, DHT için, hem değerlendirme aracı hem de müdahale yöntemidir.
- Zihinsel sağlık, rehabilitasyon, tıbbi, eğitim ve adli düzenlemelerde ve huzurevlerinde, günlük bakım merkezlerinde, hastalıkların önlenmesinde, sağlığın teşviki ve geliştirilmesinde ve özel uygulamalarda kullanılabilir.
- Gelişimsel, tıbbi, sosyal, fiziksel ve psikolojik bozuklukları olan bireyler için etkilidir. Bireysel, çift, aile ve grup terapi formatlarında her yaştan, ırk ve etnik kökenden insanlarla birlikte kullanılabilir (<https://adta.org/faqs>, Erişim tarihi: 10 Şubat 2018).

Zihin, duygular ve vücut birbiriyle ilişkili bir sistem olduğuna göre zihin hakkında, bedeni gözlemleyerek bilgi edinebilmek mantıklıdır. Beden ve hareket biçimi kişinin duygu ve hisleri hakkında bilgi vermektedir. Aynı zamanda bir kişinin geçmişiyle ilgili fikirde verebilir. Örneğin, depresyon hastalarında belirgin bir beden tipi vardır, ruh halinin bedene yansması farkedilebilir. Loman ve Foley 1996 göre "... Yaşanmışlıklar bedende saklanır ve beden hareketlerine yansır". Hem fiziksel hem de duygusal deneyimler, insanların yaşamlarında izler bırakmaktadır. Hareket araştırması, bireyin gelişim özellikleri, baş etme stratejileri ve kişilik yapının hakkında bilgi vermektedir (www.kestenbergmovementprofile.org/ , Erişim Tarihi: 5 Mayıs 2018). DHT duyguların ifade edilmesi konusunda önemli bir fırsat

tanılmaktadır. Söz ile ifade edilemeyen ve düşünceler ile açıklanamayan duygulara ulaşılmasını sağlar (Göktepe,2016).

DHT birçok hastalık sürecinde veya farkındalık için uygulanabilir. Örneğin, duygu durum bozuklukları, şizofreni, yeme bozuklukları, ve anksiyete bozukluklarının yanı sıra, otistik çocuklar, yaşlı hastalar, öğrenme güçlüğü olan çocuklar, cinsel ve fiziksel tacize uğrayanlar, travma kurbanları ve bağımlılarda uygulanmaktadır. DHT tüm yaş gruplarında kullanılabilir. Burada amaç, kişiyi bulunduğu işlev durumundan daha ileri bir düzeye götürebilmektir (Güney, 2009; Chodorow, 2013; Sarıkaya ve ark., 2017).

Bu bilgiler doğrultusunda DHT'nin geniş bir kitleye uygulanabildiği anlaşılmaktadır. DHT yalnızca tedavi amaçlı olarak değil, sağlığın geliştirilmesi, ruhsal sorunların iyileştirilmesi, zihin-beden bütünlüğünün sağlanması içinde kullanılmaktadır. Bu durumda hemşirelerin ve doktor, öğretmen, polis, avukat gibi meslek gruplarının sıkça yaşadığı tükenmişlik ve eşduyum yorgunluğu ile başetmelerinde yardımcı olacak önemli bir destek programı olduğu söylenebilir. DHT'nin pozitif etkisi sayesinde bireylerin mesleklerinden aldığı iş doyumunun artabileceği düşünülmektedir. Tükenmişlik ve eşduyum yorgunluğu önlenemediği ya da iyileştirilmediği takdirde, hemşireler için önemli risk oluşturmakta ve çeşitli sağlık sorunlarına yol açmaktadır (Figley, 2002a). Bu bağlamda mesleki tatmin, tükenmişlik, eşduyum yorgunluğu kavramlarını açıklamak ve hemşirelerin meslek yaşamına yansımalarını gözden geçirmek gerekmektedir.

2.6. Psikiyatri Hemşireliğinde Dans ve Hareket Terapi Yöntemlerinin Kullanımı

Psikiyatri Hemşirelerinin rol ve sorumlulukları kapsamında, meslektaşlarının iş yaşamına bağlı karşılaştığı güçlüklerle başetmelerini destekleme, güçlendirme ve yönlendirme gibi işlevler yer almaktadır. Bu sorumluluklar yasal olarak da tanımlanmıştır. Bunlar arasında hastanede çalışan hemşirelerin yaşadığı iş stresi hakkında duygularını ifade etmesine ve problemlerini çözmelerine yardımcı olma, destek grupları oluşturma ve sürdürülebilir fonksiyonları önemli yer tutmaktadır. Bunun yanı sıra, psikiyatri hemşireleri, meslektaşlarının mesleki ve kişisel benlik saygılarını, girişimciliğini artırmak için gerekli terapötik grup çalışmalarını planlayabilmelidir (Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik, 19 Nisan 2011).

Mesleki tatmini geliştirme, tükenmişlik ve eşduyum yorgunluğunu önlemede hemşirelik müdahaleleri kullanılabileceği düşünülmektedir. Mesleki tatmin, daha çok örgütsel faktörlere bağlı olsa da bireysel düzeyde yapılabilecek girişimler bulunmaktadır. Mesleki tatminsizlik, hayal kırıklığı, stres, saldırganlık ya da içe kapanma gibi bireysel sonuçlara neden olmaktadır (Samadov, 2006). Tablo 2.2’de mesleki tatminsizliğin olumsuz sonuçlarını azaltmak ve mesleki tatmini geliştirmek için yapılacak girişimler verilmiştir. Tükenmişliği önlemeye ilişkin müdahale çalışmaları bireysel yada örgütsel olabilmektedir (Maslach ve Goldberg,1998). Yassen (1995) eşduyum yorgunluğunun önlenmesinin üç düzeyde gerçekleştirilebileceğini öne sürmektedir (Akt. Figley, 2002). Tükenmişlik ve eşduyum yorgunluğuna ilişkin müdahale yöntemleri Tablo 2.2’de gösterilmiştir. Bu yöntemler hemşirelik tanıları ve girişimleriyle örtüşmektedir. Hemşirelik Girişimleri Sınıflaması (NIC), hemşirelerin yaptığı uygulamaları tanımlayan kapsamlı standart bir dildir (Bulechek ve ark.,2017). Müdahale yöntemleri planlama ve uygulama aşamalarında NANDA Hemşirelik Tanıları listesinden ve NIC Hemşirelik Girişimlerinden faydalanılmasının hemşirelerin çalışmalarını yürütmesinde daha etkin olabilmelerini sağlayacağı düşünülmektedir.

Tablo 2.2. Mesleki tatmini yükseltme, tükenmişlik ve eşduyum yorgunluğuyla başetme stratejileri ile hemşirelik müdahalelerinin karşılaştırılması

ÇYKÖ alt boyutları	NANDA Hemşirelik Tanıları****	NIC Hemşirelik Girişimleri*****
Mesleki tatmin*		
<ul style="list-style-type: none"> Motivasyonu Güçlendirme Stresin azaltılması İletişim becerilerinin geliştirilmesi Mesleki eğitim programları İşyeri sosyal ilişkilerinin güçlendirilmesi Duyguların açığa çıkarılması 	<ul style="list-style-type: none"> Başetmede güçlendirilmeye hazır oluş Bilgi düzeyini güçlendirmeye hazır oluş Dayanma gücünde bozulma 	<ul style="list-style-type: none"> Başetmeyi güçlendirme Beden imgesini güçlendirme Destek grubu Öz farkındalığı güçlendirme
Tükenmişlik**		
<ul style="list-style-type: none"> Başetme becerilerinin artırılması Kendini tanıma Destek kaynakları kullanabilme Duyguların ifadesinin sağlanması Gevşeme tekniklerinin kullanımı 	<ul style="list-style-type: none"> Etkisiz başetme Güçlenmek için desteklenmeye hazır oluş Öz bakımında güçlendirilmeye hazır oluş 	<ul style="list-style-type: none"> Terapi grubu oluşturma Ansiyetenin azaltılması Benlik saygısını güçlendirme Sanat terepisi
Eşduyum Yorgunluğu***		
Birincil;		
<ul style="list-style-type: none"> Eğitim, Farkındalık çalıştayları Öz-bakım planları 	<ul style="list-style-type: none"> Stres yüklenmesi 	
İkincil;		
<ul style="list-style-type: none"> Destek grupları Süpervizyon Konsültasyon 	<ul style="list-style-type: none"> Sosyal etkileşimde bozulma 	
Üçüncül;		
<ul style="list-style-type: none"> Bilgilendirme Müdahaleler Bireysel terapi(Sanat, müzik ve ya hareket kişilerin duygusal yaşamlarındaki dışavuruma destek olur) 	<ul style="list-style-type: none"> Ümidi güçlendirmeye hazır oluş 	

*(Erşan ve ark. 2013; Samadov 2006; Eroğluer K. 2011)

** (Maslach ve Goldberg, 1998; Göktepe, 2016)

*** (Akt. Figley, 2002)

**** (Carpenito-Moyet, 2012)

***** (Bulechek ve ark., 2017)

Tablo 2.2 incelendiğinde hemşirelik müdahaleleri ile mesleki tatmini yükseltme, tükenmişlik ve eşduyum yorgunluğunu önleme stratejilerinin birbirini destekler nitelikte olduğu görülmektedir. İleri düzey hemşirelik uygulamalarında ise hemşire bir terapist olarak işlev görmektedir. Bunun için hemşireler ek olarak bireysel

terapi alanında eğitim almış olmalıdır. Hemşireler aldıkları terapi eğitimleriyle hem kendi mesleki ve kişisel davranışlarını geliştirir hemde hasta ya da bireylere karşı müdahale yöntemlerini artırabilir (Frisch ve Frisch, 2002). Hemşirenin sanat terapi ve DHT uygulamalarında rolleri Fortinash ve Worret (2008) tarafından Tablo 2.3’ de açıklanmıştır.

Tablo 2.3. Terapi uygulamalarında hemşirenin rolü

Terapi	Tanım	Hemşirenin Rolü
Sanat Terapisi	Öz-farkındalığın artırılması ve anlaşmazlıkların çözülmesi için sanatın kullanımı	Hastanın sanatı nasıl kullandığını gözlemek, esere karşı sözel yanıtlar vermesi için teşvik etmek, sanat eserinin içeriğine ve bunun hastanın kendi sorunuyla nasıl ilişki kurduğunu not etmek <i>NOT:</i> Bu bir sanat yarışması değil, sadece her bir hastanın kendini basitçe ifade etmesi olduğu için sanat eserinin veya hastanın sanatsal becerisinin kalitesi üzerine yorum yapmamalısınız.
Hareket/Dans Terapisi	Duyguları ifade etmek, gerginlikler üzerinde çalışmak, gelişmiş bir beden imajı oluşturmak için, ritmik hareketlerle ve müziğe karşı verilen tepkiyle beden farkındalığına ulaşmak ve sosyal etkileşim kazanmak için hareketin (vücut dilinin) kullanımı	Etkinliğe katılmak, tüm hastaları gözlemek ve katılım göstermeleri için cesaretlendirmek ve mümkün olduğu zaman tartışma yapmaya teşvik etmek <i>NOT: Hastanın dans etme becerisi bu etkinliğin odak noktası değildir.</i>

Tablo 2.3 incelendiğinde temel hemşirelik yaklaşımları ile örtüşen ve ortak hedefleri bulunan sanat terapi ve DHT uygulamalarında hemşirelinin rol ve sorumlulukları belirtilmiştir. Hemşireler bu terapi sürecinde terapist olarak veya danışanın izlem ve değerlendirilmesinde rol alabilirler. Amerikan Hemşireler Birliği (ANA,2007) de

hemşirelerin bazı özel koşulları sağladığında grup terapisti olabileceğini belirtmektedir. Bu özel koşullar yüksek lisans eğitimi, grup terapisine ilişkin teorik bilgi ve süpervizyon desteğidir. Ayrıca terapötik gruplara liderlik yapma, bir hemşirelik uygulamasıdır (Townsend, 2016).

Hemşire-terapist için DHT'nin genel amacı, yaratıcılık kaynağı olarak bedeni ele almak olup, bu yolla bedeni deneyimlemek üzere kişinin hareket kapasitesini artırmaktır. Bir yaratıcı hemşirelik müdahalesi olarak DHT, benlik saygısının geliştirilmesi, duyguların düzenlenmesi, kişilerarası ilişkileri ve dayanışmayı geliştirmeyi amaçlamaktadır. Hemşire-terapist yaratıcı süreci desteklemektedir. DHT, bireylerin fiziksel, hayali, duygusal ve bilişsel alanlarını birbiriyle entegre olduğu bir benliğe yönlendirmektedir. Ayrıca hemşire-terapist, DHT uygulamasında yer alan ve hareketi deneyimleyen bireylere, kişisel ve kişilerarası hareket özellikleriyle ilgili geribildirimde bulunmaktadır. Bu geri bildirimler ile hareketin, kişi için hangi anlamı taşıdığını anlamaya çalışarak aynı zamanda kişinin de farkındalığına destek olmayı amaçlamaktadır (Chinn ve Watson, 1994).

Bu bilgiler doğrultusunda hemşirelik girişimlerinin DHT'yi desteklediği ve ortak bir zeminde buluştukları anlaşılmaktadır. DHT'nin uygulama alanlarında hasta veya meslektaşların güçlendirilmesinde kullanımı mümkün görülmektedir. DHT, bazı özel koşullar sağlandığını takdirde hemşirelik uygulamalarında aktif yer alabilecektir. Bu özel koşullar arasında yüksek lisans eğitimi, sertifika programı, süpervizyon desteği yer almaktadır. Bu benzerliği öğrencilik döneminde/ eğitiminde farkedilen ve bu konuda beceri kazanan hemşirelerin varlığı, uygulamada kullanılması yönünde itici bir güç olabilir. Bu bağlamda çalışma alanında kullanım konusunda hemşireleri cesaretlendirme potansiyeli taşıması ve ülkemizde DHT'nin kullanıldığı ilk hemşirelik uygulaması olması nedeni ile özgün ve orijinaldir.

3.GEREÇ ve YÖNTEM

3.1.Araştırmanın Tipi

Bu araştırma, birinci aşaması tanımlayıcı yöntemin, ikinci aşaması öntest- sontest düzeninde yarı deneysel yöntemin kullanıldığı pilot çalışma niteliğinde bir araştırmadır (Erdoğan ve ark., 2014).

3.2. I.Aşama

Araştırmanın bu aşamasında hemşirelerin mesleki tatmin, tükenmişlik ve eşduyum yorgunluğu düzeyleri ve etkileyen faktörler belirlenmiştir.

3.2.1. Araştırmanın Yeri

Araştırma Akdeniz Üniversitesi Hastanesi'nde yapılmıştır. Hastane yönetiminden alınan bilgiye göre, dahili birimlere ait 16, cerrahi bilimlere ait 14 klinik bulunmaktadır. Bu kliniklerin dışında sekiz yoğun bakım, iki ameliyathane ve poliklinik birimleri ile hemşirelik hizmetleri yönetim birimi vardır. Akdeniz Üniversitesi Hastanesi'nde bulunan hemşirelerin çalışma saatleri, 8-16, 16-08, 08-20, 20-08 şifti olarak uygulanmaktadır. Hemşireler, kadrolu ve sözleşmeli sistem olmak üzere iki farklı çalışma sistemi ile istihdam edilmektedir. Kurumda hemşirelerin bilimsel faaliyetlere katılımı desteklenmekte, kurum tarafından hizmet içi eğitimler düzenlenmekte ve hemşireler günü etkinlikleri yapılmaktadır. Ancak bilim, sanat dalında ya da sosyal alanda hemşirelerin mesleki tatmin, tükenmişlik ve eşduyum yorgunluğu düzeylerine olumlu etki sağlamak amacıyla düzenlenen, sürekli ve düzenli olarak uygulanabilen bir çalışma programı bulunmamaktadır.

3.2.2. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı Değişkenler: Bu araştırmanın bağımlı değişkenleri, “*Hemşirelerin mesleki tatmin, tükenmişlik ve eşduyum yorgunluğu düzeyi*” olarak belirlenmiştir.

Bağımsız Değişkenler: Bu aşamanın bağımsız değişkenleri, “*eğitim düzeyi, çalışılan birim, çalışma yılı, çalışma saatleri, çalışılan pozisyon, yaş, medeni durum, çocuk sayısı*” olarak belirlenmiştir.

3.2.3. Evren ve Örneklem Özellikleri

Çalışmanın evrenini Akdeniz Üniversitesi Hastanesinde çalışan 670 hemşire oluşturmuştur. Araştırmanın örneklem sayısının hesaplanmasında GPower3.1 programı kullanılmıştır. Araştırmanın örneklem sayısı hesaplanırken t testi için 0.85 güç ve 0.05 hata payı alınmış ve örneklem büyüklüğü 118 kişi olarak tespit edilmiştir. Olası kayıplar (drop-out) gözönüne alınarak çalışmaya katılmayı kabul eden 123 hemşireye veri toplama araçları uygulanmıştır. Formlardan beşi eksik doldurulduğundan çalışma dışında bırakılmıştır. Çalışmanın bu aşaması 118 kişi üzerinden gerçekleştirilmiştir.

Bu araştırmanın alınma ölçütleri;

- Araştırmaya katılmayı kabul etme,

Bu araştırmanın çıkarılma ölçütleri;

- Formların eksik ya da hatalı doldurulması
- Araştırmadan çekilme hakkını kullanma olarak belirlenmiştir.

3.2.4. Güç Analizi

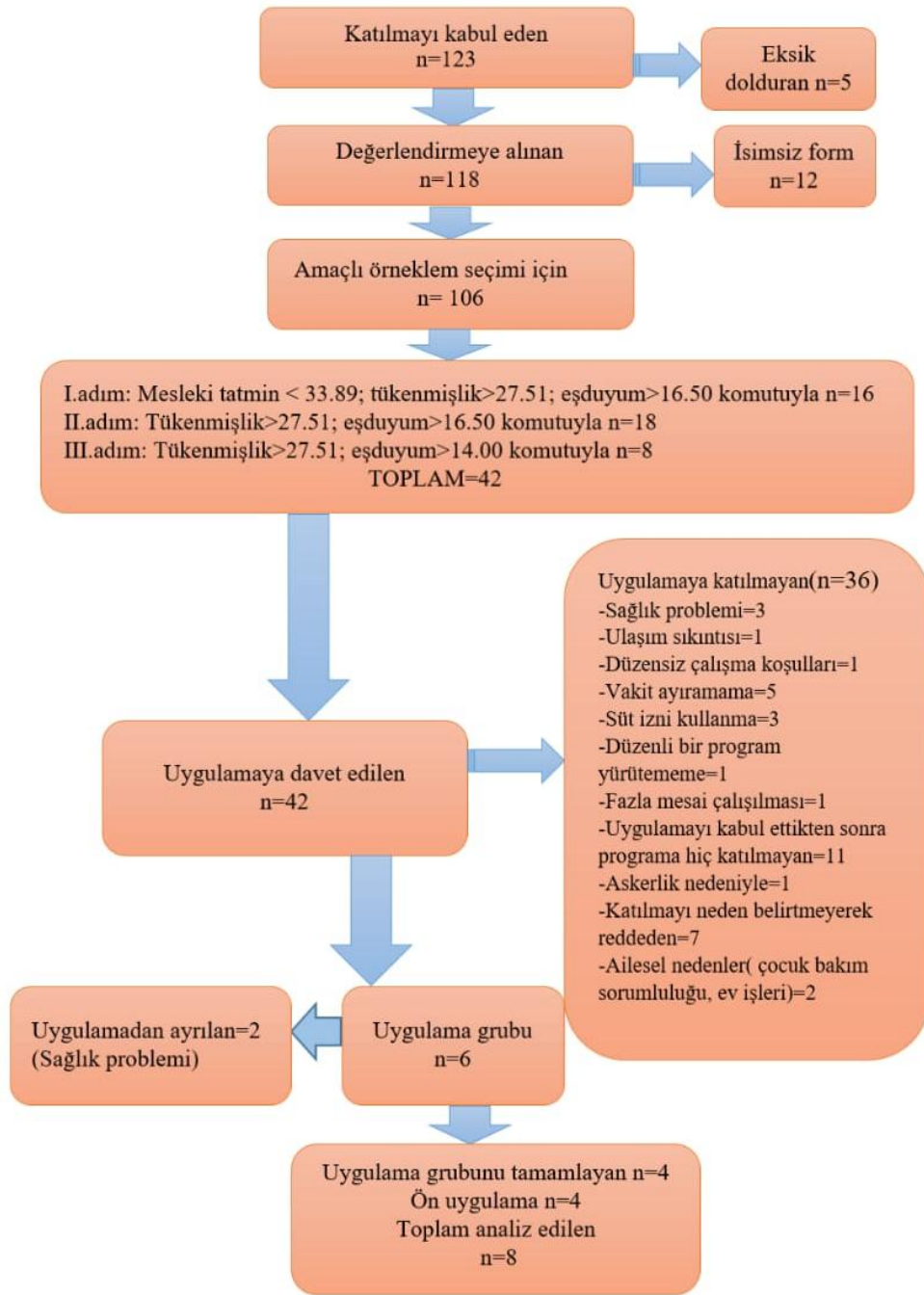
Güç analizi (power analysis), güvenilirliği, geçerliliği yüksek bir araştırma planlamayı ve araştırma sonucunda alınacak kararların geçerliliğini, güvenilirliğini ve duyarlılığını garanti altına almayı sağlayan bir yöntemdir. Güç analizi araştırmalarda iki temel işlevi yerine getirir. İlk olarak araştırmanın planlama aşamasında tahmini parametrelere dayalı olarak örnek hacmin ve alınacak kararların beklenen gücünün hesaplanmasıdır. İkinci olarak araştırma planına göre sonuçlandırılan bir çalışmada ulaşılan kararların gerçekleşen gücünü hesaplamaktır (Özdamar, 2003). Bu çalışmada güç analizi yukarıda belirtilen iki amaç için kullanılmıştır. Öncelikle araştırmanın örneklem büyüklüğünün belirlenmesinde kullanılmış ve 0.85 güç, 0.05 tip I hata payı ile örneklem büyüklüğü 118 olarak bulunmuştur. Araştırmada t testi ve tek yönlü ANOVA, Man-Whitney U, Kruskal Wallis testleri için güç analizi ayrı ayrı GPower 3.1 ile SPSS (IBM SPSS Statistics 20)'den elde edilen parametre değerleri kullanılarak yapılmıştır. Güç analizi sonucunda elde edilen bulgular Tablo 3.1'de verilmiştir.

Tablo 3.1: Araştırmada kullanılan test tiplerine göre gerçekleşen gc analizi sonuçları

Test Tipi	Test Sayısı	Gerçekleşen Gc Aralığı
t testi	5	0.80-1.00
ANOVA	2	1.00
Kruskal vallis	3	0.89-1.00
Man-Whitney U	1	0.28*

* *Man-Whitney U testi cinsiyete göre yapılan analizde kullanılmış olup, örneklem sayısında kadın (n=113) ve erkek (n=5) dağılımının yetersiz olması nedeniyle gc analizi sonucu düşük çıkmıştır.*

Sonuç olarak çalışmaya 42 kişinin katılmasına karar verilmiştir. Araştırmanın rneklem şeması şekil 3.1’de sunulmuştur.



Şekil 3.1. Örneklem şeması

3.2.5. Veri Toplama Araçları

Bu aşamanın veri toplama araçları, Kişisel Bilgi Formu(Ek-1), Çalışanlar için Yaşam Kalitesi Ölçeği (Ek-2)'dir.

Kişisel Bilgi Formu

Form, katılımcıların sosyodemografik özellikleri ve mesleki bilgilerini belirlemek amacıyla araştırmacı tarafından literatüre (Kavlu & Pınar, 2009; Günüşen ve Üstün, 2010; Yeşil ve ark., 2010; Hiçdurmaz & İnci, 2015) dayanarak hazırlanmış olup, toplam 14 sorudan oluşmuştur. Bunlar katılımcıların; yaş, cinsiyet, medeni durum, çocuk sayısı, eğitim durumu, mesleği isteyerek seçme durumu, çalışmakta olduğu birim, çalışma saatleri, pozisyon, çalışma yılı ve çalışılan önceki bölümler gibi tanıtıcı ve mesleki özelliklerini belirleyen sorulardır(Ek-1).

Çalışanlar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği

Çalışanların Yaşam Kalitesi Ölçeği, B. Hudnall Stamm tarafından mesleki tatmin, eşduyum yorgunluğu ve tükenmişlik belirtilerini saptamak amacıyla 2005 yılında geliştirilmiştir. 30 madde ve üç alt ölçekten oluşan bir öz bildirim değerlendirme aracıdır. Mesleki tatmin (compassion satisfaction), çalışanın kendi mesleği veya işiyle ilgili bir alanda yardıma ihtiyacı olan bir başka kişiye yardım etmesi sonucunda duyduğu tatmin ve memnuniyet duygusunu ifade eder. Bu alt ölçekten alınan yüksek puan yardım eden olarak memnuniyet veya tatmin duygusunun düzeyini gösterir. Ölçekteki 3, 6, 12, 16, 18, 20, 22, 24, 27, 30. maddeler mesleki tatmini ölçen maddelerdir. Ölçeğin Alpha güvenilirlik değeri. 87'dir. İkinci alt ölçek olan tükenmişlik (burnout) alt ölçeği, umutsuzluk, iş yaşamında oluşan sorunlarla başa çıkmada zorluk yaşanmasıyla ortaya çıkan tükenmişlik duygusunu ölçen bir testtir. Bu ölçekten alınan yüksek puan, tükenmişlik düzeyinin yüksek olduğunu gösterir. Ölçeğin Alpha güvenilirlik değeri. 72'dir. Ölçekteki 1, 4, 8, 10, 15, 17, 19, 21, 26, 29. maddeler tükenmişliği ölçen maddelerdir. Üçüncü ölçek olan eşduyum yorgunluğu (compassion fatigue) alt ölçeği, stres verici olayla karşılaşma sonucunda ortaya çıkan belirtileri ölçmek için oluşturulmuş bir testtir. Ölçeğin Alpha güvenilirlik değeri. 80 olarak belirlenmiştir. Ölçekteki 2, 5, 7, 9, 11, 13, 14, 23, 25, 28. Maddeler bu durumu ölçmek için geliştirilmiş maddelerdir. Bu ölçekten alınan yüksek puan, eşduyum yorgunluğu düzeyinin yüksek olduğunu gösterir. Ölçekten elde edilen puanların

değerlendirilmesi aşamasında 1, 4, 15, 17 ve 29. maddeler ters çevrilerek hesaplanması gereken maddelerdir. Ölçekteki maddelerin değerlendirilmesi "Hiçbir zaman" (0) ile "Çok sık" (5) arasında değişen altı basamaklı bir çizelge üzerinden yapılmıştır (Yeşil ve ark., 2010)(Ek-2). Bu çalışmada ölçeğin güvenirlik değerleri ise Tablo 3.2' de özetlenmiştir.

Tablo 3.2. ÇYKÖ uygulamasına ait Alpha güvenirlik değerleri

ÇYKÖ Alt Ölçek Boyutları	Ölçek geçerlik güvenirlik çalışmasındaki değerleri	Bu çalışmadaki değerleri
Mesleki tatmin	0.87	0.90
Tükenmişlik	0.72	0.76
Eş duyum yorgunluğu	0.80	0.82

3.2.6. Ön uygulama

Bu aşamanın ön uygulaması, Aydınlatılmış Onam Formu (Ek-8), Kişisel Bilgi Formu (Ek-1) ve Çalışanlar için Yaşam Kalitesi Ölçeği (Ek-2)'nin anlaşılabilirliği ve uygulanabilirliğini test etmek üzere yapılmıştır. Ön uygulama sürecinde bir problem yaşanmamıştır.

3.2.7. Verilerin Toplanması

Bu aşamada araştırmacı, Akdeniz Üniversitesi Hastanesinde çalışmakta olan 670 hemşireye bireysel olarak ulaşmış ve araştırmaya katılmaya davet etmiştir. Kabul eden 123 hemşireye araştırmacı tarafından Aydınlatılmış Onam Formu (Ek-8) okutulup anlamaları sağlandıktan sonra imzalatılmıştır. Ardından doldurmaları için Kişisel Bilgi Formu (Ek-1) ve ÇYKÖ (Ek-2) verilerek doldurmaları istenmiş ve daha sonra yapılacak olan DHTY programına davet edilebilecekleri söylenmiştir. Hemşirelerin formları doldurmaları yaklaşık 10 dakika sürmüştür.

3.2.8. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın yapılabilmesi için etik onay Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan (24.02.16, karar no: 146) (Ek-10), araştırma uygulama izni Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Başhekimliği'nden alınmıştır (Ek-9). Araştırmada kullanılacak ölçek için kullanım izin yazısı Uzm. Psikolog Aslı Yeşil'den alınmıştır (Ek-11). Araştırmaya katılmayı kabul eden bireylerden aydınlatılmış onam (Ek-3) alınmıştır.

3.2.9. Verilerin Değerlendirilmesi

Bu aşamada, Kişisel Bilgi Formu (Ek-1) ve ÇYKÖ (Ek-2) uygulanan 118 hemşireye ilişkin veriler değerlendirilmiştir. Verilerin değerlendirmesinde, Mann-Whitney U testi, Kruskal Wallis testi, One Way ANOVA, t testi ve ki kare testi kullanılmıştır. Normalliği değerlendirmek için Kolmogorov-Smirnov Normallik testi, varyans homojenliğini değerlendirmek için de Levene testi kullanılmıştır. Değişkenler arasındaki ilişkiyi değerlendirmek amacıyla korelasyon analizi yapılmıştır. Kullanılan istatistiksel programlar ve analizlerin alanlara göre dağılımı Tablo 3.3’de verilmiştir.

Tablo 3.3. Kullanılan istatistiksel programlar ve analizlerin alanlara göre dağılımı

İstatistik Yapılan Alanlar	Kullanılan İstatistiksel Yöntemler
Araştırmanın örneklem büyüklüğü, güç analizi ve etki büyüklüğü	G*Power programı
Ölçeğin güvenilirliği	Cronbach alpha
Örneklem seçimi	SPSS programı
Normallik testi	Kolmogorov-Smirnov
I.aşamamın verilerinin değerlendirilmesi	Mann-Whitney U, Kruskal Wallis, One Way ANOVA, Ki kare ve t testi
Varyans homojenliğinin değerlendirilmesi	Levene Test

3.3. II. Aşama

Bu aşama ön test-son test düzeninde yarı-deneysel olarak gerçekleştirilen pilot uygulama çalışmasıdır. Araştırmanın bu aşamasında eşduyum yorgunluğu ve tükenmişlik düzeyi yüksek, mesleki tatmin düzeyi düşük hemşireler belirlenmiş, bu hemşirelere DHTY uygulanmıştır.

3.3.1. Araştırmanın Yeri

DHTY oturumları Akdeniz Üniversitesi Hastanesi tarafından sağlanan kurum içinde bulunan mor salonda yapılmıştır. Mor salon yaklaşık 35 m²’lik bir büyüklükte zemini halı ile kaplı boş bir alana sahiptir. Uygulama sırasında mor salona ses sistemi kurulmuştur. Her katılımcıya birer mat sağlanmıştır. Katılımcılar odaya galoş ya da yedek çorap ile alınmışlardır.

3.3.2. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı Değişkenler: Bu araştırmanın bağımlı değişkenleri, “*Hemşirelerin mesleki tatmin, tükenmişlik ve eşduyum yorgunluğu düzeyi*” olarak belirlenmiştir.

Bağımsız Değişkenleri: Bu aşamanın bağımsız değişkenleri, “*Dans ve hareket terapisi yöntemleri, eğitim düzeyi, çalışılan birim, çalışma yılı, çalışma saatleri, çalışılan pozisyon, yaş, medeni durum, çocuk sayısı*” olarak belirlenmiştir.

3.3.3. Evren ve Örneklem Özellikleri

Bu aşamanın evrenini, 106 kişi oluşturmaktadır. I. aşamada 118 kişiden 12’si forma ismini yazmadığı için uygulamaya davet edilemeyeceğinden II. aşama için uygulama grubunun belirlenmesinde 106 kişiden toplanan veriler ile çalışılmıştır. Bu aşama için amaçlı örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Uygulama grubu, t testinde iki bağımlı grubun 0.5 etki büyüklüğü, 0.05 hata payı ve 0.90 güç ile hesaplanması sonucu 36 kişi olarak hesaplanmıştır. Uygulama grubu hemşirelerin ‘Çalışanlar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği’nden aldıkları puan ortalamaları hesaplandıktan sonra, örneklem içerisinde mesleki tatmin düzeyi düşük, tükenmişlik ve eşduyum yorgunluğu düzeyi yüksek olan alınma ve çıkarılma ölçütleri dikkate alınarak seçilen 36 kişiden oluşturulmuştur. Olası kayıplar (drop-out) göz önüne alınarak araştırmaya 42 kişi davet edilmiştir. Bu aşamada ‘Çalışanlar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği’ne ait alt ölçeklerden alınan puanlar her bir kişi için ayrıca hesaplanmıştır. Bu alt ölçekler, mesleki tatmin, eşduyum yorgunluğu ve tükenmişlik düzeyidir. Bir sonraki adımda katılımcıların alt ölçeklerden aldığı puanların genel ortalamaları hesaplanmıştır (Tablo 3.4).

Tablo 3.4. Hemşirelerin ÇYKÖ alt ölçeklerine ait puan ortalamaları (n=106)

ÇYKÖ Alt Ölçek Boyutları	Ortalama Puanlar $\bar{X} \pm SS$
Mesleki tatmin	33.89±8.64
Tükenmişlik	27.51±5.58
Eşduyum yorgunluğu	16.50±8.26

Uygulama grubunun belirlenmesinde randomizasyonun sağlanması üç adımda gerçekleşmiştir. SPSS (IBM SPSS Statistics 20) programında aşağıdaki komutlar yazılarak uygulama grubu oluşturulmuştur.

I.adım: Mesleki tatmin < 33.89 ve tükenmişlik > 27.51 ve eşduyum > 16.50 komutuyla bu şartları sağlayan 16 kişi belirlenmiştir. Belirlenen 16 kişi düşük mesleki tatmin, yüksek tükenmişlik ve eşduyum yorgunluğuna sahip kişilerdir. İlk olarak araştırmaya davet edilecek gruptur.

II.adım: Tükenmişlik > 27.51 ve eşduyum > 16.50 komutuyla bu şartları sağlayan 34 kişi belirlenmiştir. Ancak birinci aşamadaki 16 kişi buraya dahildir. Bu nedenle burada belirlenen kişi sayısı 18'dir.

III.adım: Tükenmişlik > 27.51 ve eşduyum $> 14.00^*$ komutuyla bu şartları sağlayan kişi sayısı 42'dir. (*)Bu değer ölçek geçerlik güvenirlik araştırmasında bulunan en yüksek değer olduğu için bu aşamada dikkate alınmıştır. Önceki aşamada bulunan kişiler bu grupta mevcuttur. Bu nedenle burada eklenen yeni kişi sayısı 8'dir. Araştırmaya alınacak toplam kişi sayısı 36 olması nedeniyle kalan 6 kişi olası kayıp (drop-out) olarak belirlenmiştir.

Bu araştırmanın alınma ölçütleri;

- Araştırmaya katılmayı kabul etme,
- ÇYKÖ alınan puanının *mesleki tatmin* < 33.89 , *tükenmişlik* > 27.51 , *eşduyum yorgunluğu* > 14.00 düzeylerinde olması şeklinde belirlenmiştir.

Bu araştırmanın çıkarılma ölçütleri;

- İki oturumdan fazlasına katılmama,
- Araştırmadan çekilme hakkını kullanma,
- Uygulama öncesi son altı hafta içinde veya uygulama süresince benzer başka bir programda bulunma,
- Ruhsal bir hastalığa sahip olma,
- Dans ve hareket terapisi yöntemleri uygulamasını kısıtlayacak fiziksel bir engelle sahip olma olarak belirlenmiştir.

3.3.4. Güç ve Etki Büyüklüğü

Araştırmanın bu aşaması için uygulama grubu, t testinde iki bağımlı grubun 0.5 etki büyüklüğü, 0.05 hata payı ve 0.90 güç ile hesaplanması sonucu 36 kişi olarak bulunmuştur. Olası kayıplar (drop-out) göz önüne alınarak araştırmaya 42 kişi davet edilmiştir.

3.3.5. Veri Toplama Araçları

Araştırmanın bu aşamasında veri toplama araçları, Çalışanlar için Yaşam Kalitesi Ölçeği (Ek-2), DHTY Uygulaması Değerlendirme Formu (Ek-3) ve Anı Kutusu (Ek-4)' dur.

DHTY Uygulaması Değerlendirme Formu

DHTY Uygulaması Değerlendirme Formu, ön uygulama sonrası bir gereksinim olduğuna karar verilerek araştırmacı tarafından oluşturulmuştur. Bu form, katılımcılara yönlendirilen beş sorudan oluşmaktadır. Katılımcıların çalışma ile ilgili duygu ve düşüncelerini aktardıkları bir veri toplama formudur(Ek-3).

Anı Kutusu

Anı kutusunun amacı, ön uygulama ve uygulamaya katılan hemşirelerin DHTY oturumlarında yaşanan süreçlerde, belleğinde kalan anıları aktarmalarını sağlamaktır. DHTY programına katılan hemşirelerden hatırlamış oldukları duygu, düşünce, nesne, imge veya hareketi birer kelime ile ifade edip, anı kutusuna yazmaları önerilmiştir. Her bir katılımcı, hatırladığı anısını not kâğıdına yazıp, katladıktan sonra grup çemberinin ortasında bulunan kutunun içerisine atmıştır. Katılımcıların anı kutusuna bıraktıkları not sayısında kısıtlama yapılmamıştır. Son olarak bütün anılar yazılıp, kutunun içerisine atıldıktan sonra paylaşımına geçilmiştir. Anı kutusunda biriken notlar tek tek açılıp grupla paylaşılmıştır. Anı kutusu duyguların paylaşılması için bir araçtır. Bu yöntem aracılığıyla katılımcılara, geçmişe yönelik duygularını da ifade edebilme fırsatı tekrar sağlanmıştır. Anı kutusu, yalnızca son oturumda oluşturulmuştur. Araştırmacı, anı kutusundan çıkan ifadeleri olduğu gibi aktarmıştır. Bu yöntemin görseli Ek-4' de sunulmuştur.

3.3.6. Dans ve Hareket Terapisi Yöntemleri Oturumlarının Yapılandırılması

Bu çalışmanın uygulanabilmesi için araştırmacı, Mimar Sinan Güzel Sanatlar Üniversitesi ve Safir Eğitim ve Psikolojik Danışmanlık Merkezi iş birliği ile düzenlenen “Dans ve Hareket Terapisi Yöntemleri Sertifikası” programına katılmıştır. Bu program (98 saat), dans terapisi alanlarından teorik ve uygulamalı modüller içermektedir. Araştırmacı Haziran 2016 tarihinde eğitim sürecini tamamlamış ve Dans ve Hareket Terapisi Yöntemleri Sertifikasını almaya hak kazanmıştır(Ek-5). Konunun özelliği nedeniyle bu çalışmada Dans ve Hareket

Terapisti olan bir ikinci danışman ile çalışılmıştır. Araştırmacı, ikinci danışman Mimar Sinan Güzel Sanatlar Üniversitesi Öğretim Üyesi Prof. Tuğçe Tuna ve süpervizyon desteği sağlayan Uzman Dans ve Hareket Psikoterapisti Sevin Seda Güney ile birlikte, Dans ve Hareket Terapisi Yöntemleri programını yapılandırmıştır. Dans ve hareket terapisi oturumları yapılandırılırken planlanan her oturum, bir önceki oturumun süreci değerlendirilerek grubun dinamiğine uygun olacak şekilde planlanmıştır. Oturumların içeriği, grubun dinamiğini ve ihtiyaçlarını gözetenek oluşturulmuştur. Ön uygulama ve uygulamada çalışılan grubun genel özellikleri aynı olduğu için uygulama, ön uygulama programı referans alınarak yürütülmüştür. Ancak program aynı olsa da grupta uygulanışı ve etkisi farklı olabilmektedir. Bunun nedeni, Dans ve Hareket Terapisi yöntemlerinin bireyin ve grubun ihtiyaçlarını dikkate alarak yürütülen bir çalışma olmasıdır. Aynı zamanda terapi gruplarında grup yapısının öncelikli işlevi grubun devamını ve güven ortamını oluşturmaktır. Bu nedenle önemli olan hedef öğretilerden çok gruptaki bireylerin güven ortamını hissetmesidir (Güçray ve ark., 2009). Her bireyin veya grubun birbirinden farklı olduğu göz önüne alındığında önceden oluşturulan bir programın değişmemesi bireylerin varlığının gözetilmediği anlamına gelmektedir. Rogers'a (1967) göre grup yaşantısı, "büyük bir özgürlük ve çok az yapılanma" gerektirmektedir. Danışan bu durumda kendini özgür hissetmektedir ve bu süreçte yeni düşünme ve davranma yollarını keşfetme şansı bulmaktadır (Akt.Fehr, 2000). Bu bağlamda çalışmada hazırlanan ve uygulanan oturumun hedef, kapsam ve kazanımları Ek-6'de verilmiştir. Kazanımlar oturum sürecinde veya bitiminde veya daha sonra da gerçekleşebilir. Dans ve hareket terapisi program süreci bireylere bırakılan birer tohum olarak algılanabilir. Bunun ne zaman dönüşeceği kişilere göre değişmektedir. Oturumlarda sözel veya sözel olmayan, kişiler arası veya kişi-içi aktivitelere yer verilmiştir. Oturumlar sürecince müzik, hareket, resim gibi araçlar kullanılmıştır. Son oturumda katılımcıların geçmiş oturumları hatırlamaları ve duygularını ifade edebilmeleri amacıyla anı kutusu kullanılmıştır. Katılımcılar oturumlara rahat edebilecekleri kıyafetler ile çağrılmıştır. Çalışma salonunda matlar üzerinde çember oluşturularak yerlerini almışlardır. Oturum programının akışına göre katılımcılar egzersizlere davet edilmiştir. Her oturum kendi içinde beş parçalı bölüme ayrılmıştır. Bunlar, ısınma, bırakma, tema, merkeze getirme, kapanış olarak sıralanmaktadır. Oturumlar oluşturulurken "LHA, Bartenief İlkeleri, KHP, Marian Chace" modelinden faydalanılmıştır.

3.3.7. Süpervizyon ve İşleyişi

Bu araştırmada DHTY uygulaması süpervizyonla yürütülmüştür. Çalışmada süpervizyon alınmasının nedeni, grupla psikolojik bir çalışma yürütmenin bazı olumsuz sonuçlarını ortadan kaldırmak veya azaltmaktır. Araştırmacı grupla danışma sürecinde, katılımcılara karşı olumlu, ya da olumsuz bazı duygular yaşayabilir. Katılımcıya ilişkin objektifliğini kaybedebilir veya bağdaşım içinde olmayabilir. Bu nedenlerden dolayı yardıma ihtiyaç duyabilmektedir. Süpervizyon kısaca; danışanın kendisinden daha üst düzeyde olan, alanda yetişmiş bir kişi tarafından denetlenmesi ve farkındalık kazandırılması olarak tanımlanmaktadır (Yılmaz & Acar, 2015).

Süpervizyon seansı bir önceki oturumun değerlendirmesi ve bir sonraki oturumun hazırlığını içermektedir. Bu seansların süresi 60 dakikadır. Oturumların özetinin yazılması ve bu özetin süpervizyon seanslarında kullanılması süreci kolaylaştırıcı bir araç olmuştur. Araştırmacı oturumlarda aldığı bu süreç notları ile süpervizyon almış ve süreç notları yalnızca süpervizyon esnasında kullanılmıştır. Araştırmaya katılan bireylerin mahremiyetlerinin korunması gerektiğinden başka bir amaçla kullanılmayacaktır. Süreç notlarının faydaları, oturum esnasında fark edilmeyenlerin sonradan fark edilmesi ve grup süreciyle ilgili farklı bir bakış açısına erişme olanağının sağlanması olarak sıralanabilir.

Süpervizörün farklı bir ilde bulunması nedeniyle bu çalışmada süpervizyon internetten Skype programı üzerinden alınmıştır. Bu amaçla süpervizör ile araştırmacı karşılıklı olarak yüz yüze ve başka hiçbir uyarın olmayacak şekilde bilgisayar başında bir araya gelmiştir. Bu bağlamda teknoloji, süpervizyon uygulamalarına ilişkin doğrudan katkı sağlamıştır. İlk zamanlardaki ses ve görüntü kayıtlarına ilave olarak günümüz süpervizyon uygulamaları telefon, bilgisayar, video-konferans ve internetin kullanımını kapsamaktadır. Bu gelişmeler zaman ve mekân kısıtlamalarını ortadan kaldırmıştır (Yılmaz ve Acar, 2015). Ön uygulama süresince süpervizyon seansları uzman dans ve hareket psikoterapisti Sevin Seda Güney ile yürütülmüştür. Uygulamada ise süpervizyon seansları ikinci tez danışmanı Tuğçe Tuna ile ilerlemiştir. Bu süreçte Sevin Seda Güney tarafından da bir kez klinik süpervizyon alınmıştır. Süpervizyon seansları süreç notları üzerinden ilerlemiştir. Ancak danışanın süreci daha kolay toparlayabilmesi için her süpervizyon oturumu belirli sorular ile şekillenmiştir. Bunlar süpervizyon formunda(Ek-7) yer almaktadır.

3.3.8. Ön Uygulama

Araştırmada bu aşamanın ön uygulaması, Anı Kutusu (Ek-4) ve yapılandırılan Dans ve Hareket Terapisi Yöntemleri Programının (Ek-6) anlaşılabilirliği ve uygulanabilirliğini test etmek üzere yapılmıştır. Ön uygulama yöntemde belirtilen alan özelliklerini taşıyan ve araştırmacı tarafından düzenlenen bir odada yürütülmüş ve ön uygulama, oturumlar ve süpervizyon seansları ile gerçekleştirilmiştir. Ön uygulamaya Akdeniz Üniversitesi hastanesinde çalışan ve katılmayı kabul eden dört hemşire alınmıştır. Ön uygulamaya alınan hemşireler, uygulamaya alınmamıştır. Katılımcılar oturuma geldiğinde öncelikle Kişisel Bilgi Formu (Ek-1) ve Çalışanlar için Yaşam Kalitesi Ölçeğini (Ek-2) doldurmuşlardır. Katılımcıların formları doldurması yaklaşık 10 dakika sürmüştür. Ardından DHTY programının birinci oturumuna geçilmiştir. Tüm oturumlardan önce hazırlık süpervizyonu ve sonrasında değerlendirme süpervizyonu alınmıştır. Araştırmacı her oturumun sonunda süpervizyona hazırlık için süreç notları yazmıştır. Bu notlara oturumlarda yaşananları, başa çıkmakta zorlandıkları durumları, öz değerlendirmelerini aktarmıştır. Katılımcılar bu seanslarda matlar üzerinde daire kurarak salonda yerlerini almışlardır. Oturumların içeriğine göre hareket, nefes egzersizleri, müzik ve resim gibi araçlardan yararlanılmıştır. Ön uygulama oturumlarının tarihleri ve süpervizyon süreleri Tablo 3.5’ de belirtilmiştir. Ön uygulamaya katılan hemşirelere ait tanıtıcı ve mesleki özellikler Tablo 3.6’ da verilmiştir.

Tablo 3.5. Ön uygulama takvimi ve süpervizyon süreleri

DHTY Oturumları	Oturum süresi	Ön Uygulama	Hazırlık süpervizyon süresi	Değerlendirme süpervizyon süresi
1. Oturum	60'	27.09.16	60'	30'
2. Oturum	60'	03.10.16	30'	30'
3. Oturum	60'	09.10.16	30'	30'
4. Oturum	60'	16.10.16	30'	30'
5. Oturum	60'	24.10.16	30'	30'
6. Oturum	60'	02.11.16	30'	30'
7. ve 8. Oturum	120'	08.11.16	30'	30'

Tablo 3.6: Ön uygulamaya katılan hemşirelere ait tanıtıcı ve mesleki özellikler (n=4)

Tanıtıcı ve Mesleki Özellikler	1. hemşire	2. hemşire	3. hemşire	4. hemşire
Yaş	33	28	27	28
Cinsiyet	Kadın	Kadın	Kadın	Kadın
Medeni durum	Evli	Evli	Bekar	Evli
Çocuk sahibi olma durumu	1	0	0	1
Eğitim durumu	Lisans	Yüksek lisans	Lisans	Lisans
Mesleği İsteyerek Seçme Durumu	Hayır	Evet	Evet	Hayır
Mevcut bölümde çalışma süresi	1 yıl 6 ay	5 yıl	4 yıl	5 ay
Hemşirelikte çalışma süresi	8 yıl 6 ay	5 yıl 2 ay	4 yıl 6 ay	4 yıl
Çalışma Saatleri	Gündüz veya gece	Gündüz veya gece	Gündüz veya gece	Gündüz
Pozisyon	Klinik hemşiresi	Klinik hemşiresi	Klinik hemşiresi	Klinik hemşiresi
Halen çalışılan birim	Pediyatrik-Onkoloji	Pediyatrik-Onkoloji	Pediyatrik-onkoloji	Organ nakli
Geçmişte çalışılan birimler	Kardiyovasküler cerrahi Yoğun bakım	Kalp damar ve göğüs cerrahi servis	Aile hekimliği Yenidoğan yoğun bakım	Kadın doğum servisi Üroloji

DHTY Programı (Ek-6) uygulanan hemşirelere çalışma sonrasında tekrar ÇYKÖ (Ek-2) uygulanmıştır. Ön uygulamaya katılan hemşirelerin ÇYKÖ ön test ve son test puan ortalamaları Tablo 3.7’ de verilmiştir.

Tablo 3.7. Ön Uygulamaya katılan hemşirelerin ÇYKÖ öntest-sontest puan ortalamaları (n=4)

ÇYKÖ Alt Ölçek Boyutları	Ön test $\bar{X} \pm SS$	Son test $\bar{X} \pm SS$
Mesleki tatmin	38.25±2.87	39.00±6.32
Tükenmişlik	22.50±5.74	13.25±2.06
Eşduyum yorgunluğu	29.25±5.73	18.00±9.05

DHTY kullanımının ÇYKÖ alt ölçeklerinden tükenmişlik ve eşduyum yorgunluğu ortalamasını düşürerek, diğer alt ölçek olan mesleki tatmin ortalamasını yükselterek olumlu bir etkide bulunduğunu ifade etmek mümkündür.

DHTY ön uygulamasının son oturumunda katılımcılar ile anı kutusu oluşturulmuştur. Bu anı kutusunda yer alan ifadeler Tablo 3.8’ de verilmiştir.

Tablo 3.8: DHTY ön uygulama programı anı kutusu ifadeleri

Bir nesneyi canlandırma	Rahatlama/Boyun masajı(2)*	Resimle ifade(2)*	Kafamız bir uçan balon
Uyumlanma	Bulut	Dans etmenin ne kadar iyi hissettirdiği	Kuş, güneş, ağaç, salıncak
Tanık olmak	Nefes almak(3)*	Vücudumu hiç kullanmadığımı farkettim	Durup düşünmek, hissetmek
Orkestra Şef'inin Çubuğu	Dokunmak	Kuş ve rüzgâr olmak	Farketmek
Paylaşmak	Bedenime iyi davranmak	Dinlenen müzikler	Şimdi ve burada
Farklı bedenleri duymak	Bedenle konuşmak	Farkındalığı fark edebilmek	

(*)Anı kutusundan çıkan ifadelerin tekrarlanma sayısı

Anı kutusu ifadeleri olduğu gibi aktarılmıştır. Bu ifadeler katılımcılar ile karşılıklı olarak terapötik süreçte anlamlandırılmaktadır.

Programın anlaşılabilirliği ve uygulanabilirliği konusunda problem yaşanmamıştır. Süpervizyon seansları herhangi bir aksaklık yaşanmadan, planlandığı gibi yürütülmüştür. Katılımcıların, oturumlara gelebilmeleri ve kapanışa katılabilmeleri için son iki oturum birleştirilip aynı gün yapılmıştır. Ayrıca uygulama takvimi ile ilgili düzenleme yapılmıştır. Katılımcıların özel durumları (ailevi sebepler, nöbete çağırılma gibi kontrol edilemeyen gelişmeler) dikkate alınarak çalışma takviminde değişikliğe gidilmiştir. Çalışma takvimi önceden belli olmasına rağmen katılımcılar bazı oturumlara gelememiştir. Bazı oturumlara katılımı sağlamak için yeniden tarih belirlenmiştir ve belirlenen tarihler katılımcılara önceden telefon aracılığıyla duyurulmuş, onayları alınmıştır. Ancak böyle bir değişiklik esas uygulamada mümkün olmadığı için herhangi bir takvim değişikliği yapılmamıştır. Bunun nedeni çalışma odasının uygunluğunun kısıtlı olmasıdır. Bu durum dikkate alınarak uygulama takvimi yapılırken bazı düzenlemelere gereksinim olduğu açığa çıkmıştır. Bu düzenlemeler aşağıda maddeler halinde verilmiştir:

- Çalışma takvimi büyük çoğunluğu etkileyecek olağanüstü durumlar olmadığı sürece değişmeyecek,
- Hemşirelere programa devam etmenin önemi vurgulanacak,
- Hemşireler mesailerini uygulama takvimine göre düzenleyecek.

Katılımcıların duygu ve düşüncelerinin yazılı olarak alınmasının önemli olduğu anlaşıldığından uygulama sonrasında kullanılmak üzere DHTY Uygulaması Değerlendirme Formu (Ek-3) oluşturulmuştur. DHTY oturumlarının yapı ve işleyişi sırasında değişiklik olmadığı için ön uygulamaya alınan dört hemşireye ait tüm veriler asıl uygulamaya eklenmiştir.

3.3.9. Verilerin Toplanması

Bu aşamada uygulamanın yapılabilmesi için Akdeniz Üniversitesi Hastanesinden araştırma uygulama izni (Ek-9) alınmıştır. DHTY uygulama süreci Nisan- Mayıs 2017 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. DHTY programını tamamlayan hemşirelere ÇYKÖ (Ek-2) ve DHTY Uygulaması Değerlendirme Formu (Ek-3) uygulanmıştır.

3.3.10. Araştırmanın Uygulanması

Araştırma uygulama aşamasında öncelikle riskli grup olarak belirlenen 42 kişi aranarak DHTY programına davet edilmişlerdir. Katılımı sağlamak amacıyla kişilere Salı-Çarşamba-Perşembe günlerinden birine katılabilme seçeneği sunulmuştur. Araştırma planlama aşamasında, 42 kişinin katılımı durumunda üç ayrı grup yürütülmesi planlanmıştır. Ancak katılımcı sayısının altı kişi olması nedeniyle tek grup olarak araştırmaya devam edilmiştir. Belirlenen 42 kişinin anket numaraları; 1-4-8-9-10-11-16-19-20-21-23-24-35-37-38-40-41-44-47-50-52-54-57-59-60-63-64-66-68-72-73-80-81-83-86-87-89-91-94-95-98-102'dir. Bu kişilerin çalışmaya katılım durumları Tablo 3.9' de belirtilmiştir.

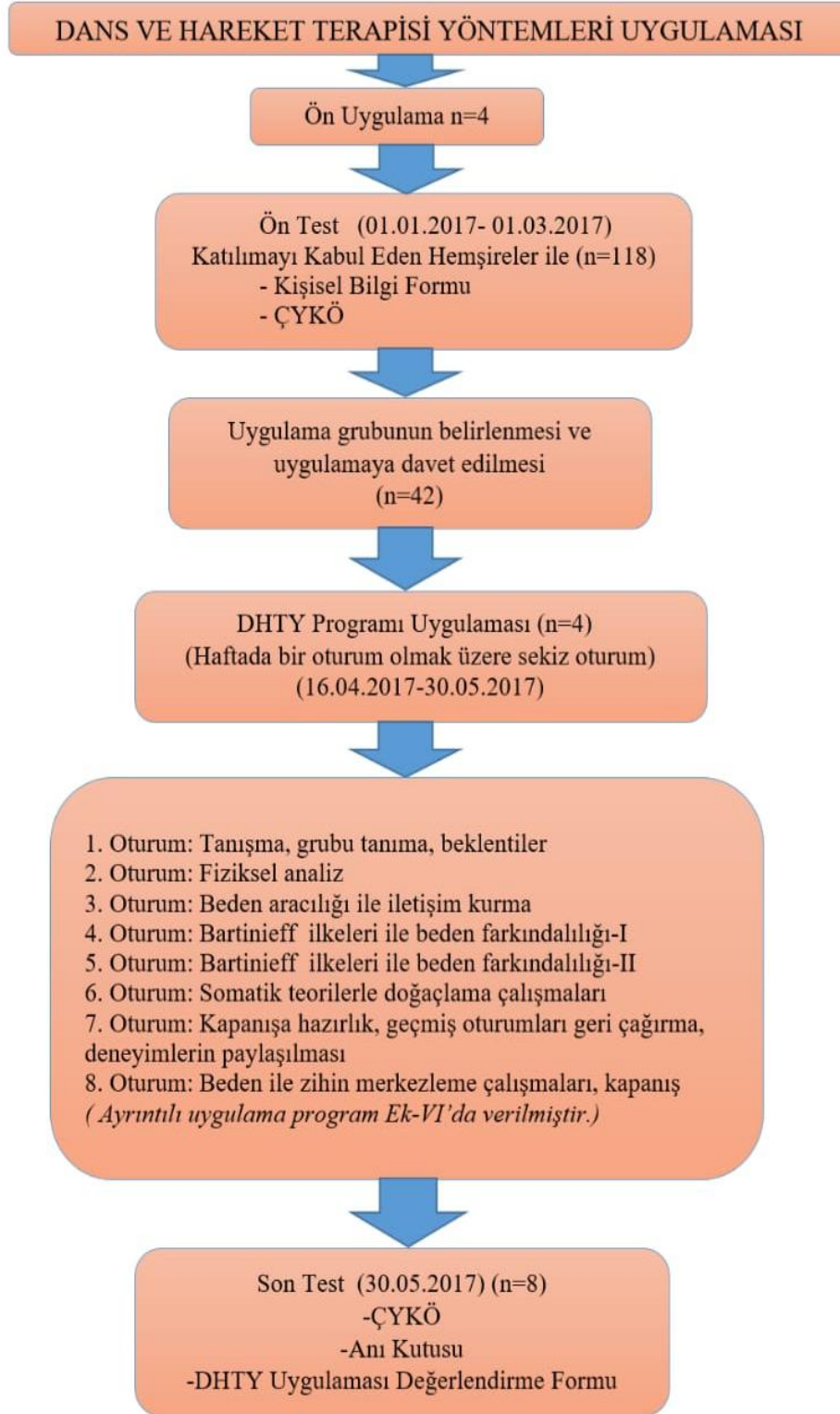
Tablo 3.9. Uygulama grubuna davet edilen hemşirelerin çalışmaya katılım durumları (n=42)

Anket No	Katılım Durumu	Anket No	Katılım durumu	Anket No	Katılım durumu
1	Katılmak istemedi.	38	Katılımı kabul etti. Tamamlayamadı.	68	Süt izninde olduğu için katılmadı.
4	Katılımı kabul etti. Tamamlayamadı.	40	Riskli gebelik olması nedeniyle katılamadı.	72	Katılmak istemedi.
8	Katılımı kabul etti daha sonra dönüş yapmadı, ulaşamadı.	41	Özel ve sosyal nedenlerle katılmadı (çocuk, spor).	73	Vakit ayıramayacağını için katılmadı.
9	Katılımı kabul etti daha sonra iletişime geçmedi, ulaşamadı.	44	Katılımı kabul etti ve programı tamamladı.	80	Katılmak istemedi.
10	Katılımı kabul etti, vazgeçti.	47	Katılmak istedi, oturumlara gelmedi.	81	Süt izninde olduğu için katılmak istemedi.
11	Katılımı kabul etti. Oturumlara gelmedi.	50	Katılmak istemedi.	83	Katılımı kabul etti ve programı tamamladı.
16	Katılmak istemedi.	52	Yol problemi nedeniyle katılmadı.	86	Sağlık problemi nedeniyle katılmadı.
19	Katılımı kabul etti. Oturumlara gelmedi.	54	Katılımı kabul etti. Oturumlara gelmedi.	87	Katılımı kabul etti oturumlara gelmedi.
20	Katılımı kabul etti ve programı tamamladı.	57	Vakit ayıramayacağını için katılmadı.	89	Katılımı kabul etti ve programı tamamladı.
21	Katılımı askere gideceği için kabul etmedi.	59	Katılımı kabul etti ancak oturumlara katılmadı.	91	Süt izninde olduğu için gelemeyeceğini belirtti.
23	Katılımı mesai saatlerine uymadığı için kabul etmedi.	60	Katılmak istemedi (mesai saatlerinin fazla olduğunu ve vardiyalı çalıştığı için).	94	Yoğun olduğu için katılmak istemedi.
24	Katılımı vakit ayıramayacağı için kabul etmedi.	63	Katılımı klinik değişikliği ve zaman sıkıntısı nedeniyle kabul etmedi.	95	Hamilelik süreci sıkıntılı olduğu için kabul etmedi.
35	Katılmak istemedi.	64	Çocuk bakım sorumluluğundan dolayı katılmak istemedi.	98	Katılmayı kabul etti. Oturumlara gelmedi.
37	Katılımı düzenli gelemeyeceği gerekçesi ile kabul etmedi.	66	Katılmak istemedi.	102	Katılmayı kabul etti. Oturumlara gelmedi.

DHTY uygulamasına Akdeniz Üniversitesi Hastanesi B Blok Mor Salonda programa katılmayı kabul eden altı kişi ile başlanmıştır. Araştırma uygulama süreci Şekil 3.2' de gösterilmiştir. Uygulama sürerken araştırmadan çıkarılma ölçütleri gereğince iki ve daha fazla oturuma katılmayan iki katılımcı çalışma dışı bırakılmıştır. Uygulama katılım koşullarını sağlayan dört hemşire ile sonlandırılmıştır. Uygulama sekiz hafta

süresince her hafta Çarşamba günü saat 17' de 60 dakika süreyle gerçekleştirilmiştir. Son oturumda anı kutusu uygulaması yapılmıştır. Buradan çıkan ifadeler bulgular bölümünde yer verilmiştir. Araştırmacı ifadeleri olduğu gibi aktarmıştır ve tekrarlayan ifadeleri sayısal olarak belirtmiştir. Uygulamanın son oturumunun ardından katılımcılara son test veri toplama araçları ÇYKÖ ve DHTY Uygulaması Değerlendirme Formu uygulanmış ve uygulama süreci tamamlanmıştır. Ön uygulamaya katılan dört kişi ile programı sekiz kişi tamamlamıştır.





Şekil 3.2. Araştırma Uygulama Süreci

3.3.11.Verilerin Değerlendirilmesi

Bu aşamada DHTY programı uygulama sonrasında YKÖ (Ek-2), DHTY Uygulaması Değerlendirme Formu (Ek-3), Anı Kutusundan (Ek-4) elde edilen veriler incelenmiştir.

3.4.Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu çalışmanın uygulama aşamasında bazı sınırlılıklar ortaya çıkmıştır. Bunlar;

- Araştırma tasarımından kaynaklı bir problem olmamasına rağmen uygulama grubundaki katılımcı sayısının hedeflenen sayıdan dūřuk olması,
- DHTY sekiz hemşire ile tamamlandığından bulguların yalnızca uygulandığı grup ile sınırlı olması,
- Çalıřmanın tek bir merkezde yūritūlmūř olmasıdır.

3.5.Arařtırmanın Gūlū Yanları

- Arařtırmanın bir mūdahale yōntemi geliřtirmeyi amaçlaması,
- Bu amaç doęrultusunda kullanılan yōntemin ōzgūn olması,
- Çalıřmanın sūpervizyon desteęi alınarak yūritūlmesi,

Bu çalıřmanın gūlū yanları olarak kabul edilmiřtir.

4.BULGULAR

Dans ve hareket terapisi yöntemlerinin kullanımının, hemşirelerin mesleki tatmin, tükenmişlik ve eş duyum yorgunluğu düzeylerine etkisini incelemek amacıyla iki aşamalı yapılan bu araştırmanın bulguları I. aşama ve II. aşamaya ait olmak üzere ayrı ayrı verilmiştir.

4.1.Araştırmanın I. Aşamasına Ait Bulgular

Araştırmanın bu aşamasında hemşirelerin tanıtıcı ve mesleki özellikleri ile mesleki tatmin, tükenmişlik ve eşduyum yorgunluğu düzeyleri ve etkileyen faktörlere ilişkin bulgulara yer verilmiştir. Araştırmanın verilerini değerlendirirken öncelikle normal dağılıma sahip olup olmadığını belirlemek amacıyla Kolmogorov simirnov normallik testi yapılmıştır (Tablo 4.1).

Tablo 4.1. ÇYKÖ'nin normallik testi (n=118)

	Mesleki tatmin	Tükenmişlik	Eşduyum yorgunluğu
z	0.660	0.675	0.945
p	0.777	0.753	0.334

Alt ölçeklerin tümünde $p>0,05$ olduğundan araştırmanın değişkenleri normal dağılmaktadır.

Araştırmanın örneklem grubuna toplam 118 hemşire katılmıştır. Hemşirelerin tanıtıcı özellikleri Tablo 4.2 de verilmiştir.

Tablo 4.2. Hemşirelerin tanıtıcı özellikleri (n=118)

Tanıtıcı Özellikleri	n	%
Cinsiyet		
Kadın	113	95.8
Erkek	5	4.2
Yaş $\bar{X}\pm SS$	31.52± 6.52	
19-30	61	51.7
31-50	57	48.3
Medeni durum		
Bekar	74	62.7
Evli	44	37.3
Çocuk sahibi		
Yok	63	53.4
1 çocuk	29	24.5
2 çocuk	26	22.1
Eğitim durumu		
Lise ve önlisans	11	9.3
Lisans	88	74.6
Lisansüstü	19	16.1
Toplam	118	100.0

Tablo 4.2’de verilen hemşirelere ait özellikler incelendiğinde, büyük çoğunluğun (%95.8) kadın olduğu saptanmıştır. Hemşirelerin %62.7’si bekar ve %53.4’ü çocuk sahibi değildir. Hemşirelerin eğitim düzeyi incelendiğinde %74.6’sının lisans mezunu olduğu görülmektedir. Araştırmaya katılan hemşirelerin yaş aralığı 19-30(%51.7) ve 31-50(%48.3) olarak gruplandırılmış olup bu gruplarda bulunan hemşire sayısı birbirine yakın düzeydedir.

Tablo 4.3. Hemşirelerin mesleki özellikleri (n=118)

Hemşirelerin mesleki özellikleri	n	%
Mesleği seçme isteği		
Evet	64	54.2
Hayır	54	45.8
Mevcut bölümde çalışma süresi		
5 yıldan az	81	68.6
5 yıl ve üstü	37	31.4
Hemşirelikte çalışma süresi		
5 yıldan az	30	25.4
5-10 yıl	44	37.3
10 yıldan fazla	44	37.3
Çalışma Saatleri		
Gündüz	34	28.8
Vardiyalı	84	71.2
Pozisyon		
Sorumlu hemşire	16	13.5
Klinik hemşiresi	89	75.4
Poliklinik hemşiresi	7	5.9
Diğer	6	5.1
Şu an çalışılan birimler		
Dahili	47	39.8
Cerrahi	36	30.5
Yoğun bakım	18	15.3
Ameliyathane	5	4.2
Acil	12	10.2
TOPLAM	118	100.0

Tablo 4.3’de hemşirelerin mesleki özellikleri verilmektedir. Çalışmaya katılan hemşirelerin %54.2 si mesleğini isteyerek seçmiştir. Şu an bulunduğu bölümde beş yıldan fazla çalışan hemşire sayısı oranı %37’dir. Katılımcıların hemşirelikte çalışma süresine bakıldığında %25.4’ünün beş yıldan az çalışma süresine sahip olduğu görülmektedir. Hemşirelerin %71.2’si vardiyalı çalışmaktadır. Sadece gündüz çalışan hemşire oranı %28.8’dir. Araştırmaya katılan hemşirelerin %75.4 kliniklerde görev

almaktadır. Hemşirelerin görev yaptığı birimler incelendiğinde en az katılımın (%4.2) ameliyathane alanından olduğu görülmektedir.

Araştırmaya katılan hemşirelerin ÇYKÖ ilişkin bulguları tanımlayıcı hipotezler ve bulgular doğrultusunda incelenmiştir.

Hemşirelerin yaşına göre ÇYKÖ bulguları

Hipotezler:

1.H₁: 19-30 yaş grubu ile 31-50 yaş grubunun mesleki tatmin düzeyleri arasında fark vardır.

2.H₁ 19-30 yaş grubu ile 31-50 yaş grubunun tükenmişlik düzeyleri arasında fark vardır.

3.H₁: 19-30 yaş grubu ile 31-50 yaş grubunun eşduyum yorgunluğu düzeyleri arasında fark vardır.

Tablo 4.4. Hemşirelerin yaşa göre ÇYKÖ puanları dağılımı (n=118)

Yaş Grupları	ÇYKÖ Alt Ölçekleri		
	Mesleki tatmin Ort ±SS	Tükenmişlik Ort ±SS	Eşduyum yorgunluğu Ort ±SS
19-30	32.63±7.83	19.91±6.61	18.23±8.49
31-50	34.49±9.82	16.98±6.20	15.05±7.77
t	-1.127	2.482	2.115
p	0.262	0.014	0.037
Hipotezin kabul durumu	1.H ₁ red	2.H ₁ kabul	3.H ₁ kabul

Tablo 4.4 incelendiğinde 19-30 yaş arası çalışan hemşirelerin 31-50 yaş arasında çalışanlara göre tükenmişlik ve eş duyum yorgunluğu düzeyi daha fazladır(p<0,05). Mesleki tatmin düzeylerinde ise fark yoktur. Buna göre 2.H₁ ve 3.H₁ hipotezleri doğrulanmıştır.

Hemşirelerin cinsiyetine göre ÇYKÖ bulguları

Hipotezler:

1.H₁: Hemşirelerin cinsiyetinin mesleki tatmin düzeyleri üzerinde etkisi vardır.

2.H₁: Hemşirelerin cinsiyetinin tükenmişlik düzeyleri üzerinde etkisi vardır.

3.H₁:Hemşirelerin cinsiyetinin eşduyum yorgunluğu düzeyleri üzerinde etkisi vardır.

Tablo 4.5. Hemşirelerin cinsiyete göre ÇYKÖ puanları dağılımı (n=118)

Cinsiyet	ÇYKÖ Alt Ölçekleri		
	Mesleki tatmin	Tükenmişlik	Eşduyum Yorgunluğu
	Ort ±SS	Ort ±SS	Ort ±SS
Kadın	33.22±8.86	18.69±6.55	16.82±8.36
Erkek	40.60±5.31	14.20±5.63	13.80±5.71
Man-WhitneyU	138.5	172.5	228.5
p	0.054	0.141	0.470
Hipotezin kabul durumu	1.H1 red	2.H1 red	3.H1 red

Tablo 4.5 incelendiğinde hemşirelerin cinsiyetlerinin mesleki tatmin, tükenmişlik ve eş duyum yorgunluğu üzerinde etkisinin olmadığı anlaşılmıştır(p>0.05). Buna göre tüm hipotezler reddedilmiştir.

Hemşirelerin medeni durumuna göre ÇYKÖ bulguları

Hipotezler:

- 1.H1: Evli ve bekâr hemşirelerin mesleki tatmin düzeyleri arasında fark vardır.
- 2.H1: Evli ve bekâr hemşirelerin tükenmişlik düzeyleri arasında fark vardır.
- 3.H1: Evli ve bekâr hemşirelerin eşduyum yorgunluğu düzeyleri arasında fark vardır.

Tablo 4.6. Hemşirelerin medeni durumuna göre ÇYKÖ puanları dağılımı (n=118)

Medeni durum	ÇYKÖ Alt Ölçekleri		
	Mesleki tatmin Ort ±SS	Tükenmişlik Ort ±SS	Eşduyum yorgunluğu Ort ±SS
Evli	33.59±9,30	18.05±6.29	15.85±7.22
Bekâr	33.43±8.16	19.25±6.98	18.11±9.71
t	0.096	0.957	-1.443
p	0.924	0.340	0.152
Hipotezin kabul durumu	1.H1 red	2.H1 red	3.H1 red

Tablo 4.6 incelendiğinde hemşirelerin medeni durumlarının mesleki tatmin, tükenmişlik ve eşduyum yorgunluğu düzeyleri üzerinde istatistiksel olarak etkili olmadığı görülmüştür(p>0.05). Buna göre 1.H1, 2.H1, 3.H1 hipotezleri reddedilmiştir.

Hemşirelerin çocuk sayısına göre ÇYKÖ bulguları

Hipotezler:

1.H₁: Hemşirelerin çocuk sayılarına göre oluşturulan 3 grubun en az 2'si mesleki tatmin düzeyleri bakımından birbirinden farklıdır.

2.H₁: Hemşirelerin çocuk sayılarına göre oluşturulan 3 grubun en az 2'si tükenmişlik düzeyleri bakımından birbirinden farklıdır.

3.H₁: Hemşirelerin çocuk sayılarına göre oluşturulan 3 grubun en az 2'si eşduyum yorgunluğu düzeyleri bakımından birbirinden farklıdır.

Tablo 4.7. Hemşirelerin çocuk sayısına göre ÇYKÖ puanları dağılımı (n=118)

Çocuk Sayısı	ÇYKÖ Alt Ölçekleri		
	Mesleki tatmin Ort ±SS	Tükenmişlik Ort ±SS	Eşduyum yorgunluğu Ort ±SS
Yok	32.33±8.73	19.50±7.02	18.39±8.74
1 çocuk	34.10±8.23	17.27±5.78	13.79±6.54
2 çocuk	35.80±9.63	17.42±5.98	15.80±8.05
f	1.508	1.616	3.399
p	0.226	0.203	0.037*
Hipotezin kabul durumu	1.H ₁ red	2.H ₁ red	3.H ₁ kabul

**Post-Hoc test*

Tablo 4.7'de hemşirelerin çocuk sayısına göre oluşturulan gruplar incelendiğinde çocuk sahibi olma durumu veya sayısının mesleki tatmin ve tükenmişlik düzeyleri üzerinde etkisi yoktur. Ancak eşduyum yorgunluğu düzeyinde bir farklılık olduğu görülmüştür ($p=0,037<0,05$). Bu farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek amacıyla Post-Hoc testi yapılmıştır. Yapılan Levene testinde 3 grubun varyansı birbirine eşit çıktığı için (Levene istatistiği=1,364 , $p=0,260$) post-hoc testlerden hassaslığı en fazla olan Scheffe testi yapılmıştır. Bunun sonucunda; çocuğu olmayanlar ile 1 çocuğu olanlar arasında eşduyum yorgunluğu açısından bir farklılık olduğu görülmüştür. Çocuğu olmayanların eşduyum yorgunluğu düzeyi daha yüksek bulunmuştur. Buna göre 3.H₁ hipotezi doğrulanmıştır.

Hemşirelerin eğitim durumuna göre ÇYKÖ bulguları

Hipotezler:

1.H₁: Hemşirelerin eğitim düzeyine göre oluşturulan 3 grubun en az 2'si mesleki tatmin düzeyleri bakımından birbirinden farklıdır.

2.H₁: Hemşirelerin eğitim düzeyine göre oluşturulan 3 grubun en az 2'si tükenmişlik düzeyleri bakımından birbirinden farklıdır.

3.H₁: Hemşirelerin eğitim düzeyine göre oluşturulan 3 grubun en az 2'si eşduyum yorgunluğu düzeyleri bakımından birbirinden farklıdır.

Tablo 4.8. Hemşirelerin eğitim durumuna göre ÇYKÖ puanları dağılımı (n=118)

Eğitim Durumu	ÇYKÖ Alt Ölçekleri		
	Mesleki tatmin	Tükenmişlik	Eşduyum Yorgunluğu
	Ort ±SS	Ort ±SS	Ort ±SS
Lise ve ön lisans	30.18±11.49	20.63±8.09	15.90±8.22
Lisans	33.14±8.76	18.64±6.41	16.87±8.41
Lisansüstü	37.26±6.59	16.57±6.13	16.31±8.02
X ²	4.108	2.687	0.032
p	0.128	0.261	0.984
Hipotezin kabul durumu	1.H ₁ red	2.H ₁ red	3.H ₁ red

Tablo 4.8'de eğitim düzeyine göre oluşturulan grupların alt ölçeklerden aldığı ortalama puanlar incelendiğinde lisansüstü grubun mesleki tatmin düzeyinin, lise ve ön lisans grubunun ise tükenmişlik düzeylerinin yüksek olduğu görülmektedir. Ancak istatistiksel olarak incelendiğinde anlamlı bir farklılık yoktur. Sonuç olarak eğitim düzeyinin kişilerin mesleki tatmin, tükenmişlik ve eşduyum yorgunluğu düzeyine etkisi yoktur. Buna göre 1.H₁, 2.H₁, 3.H₁ hipotezleri reddedilmiştir.

Hemşirelerin mesleği isteyerek seçme durumlarına göre ÇYKÖ bulguları

Hipotezler:

1.H₁: Hemşirelerin mesleği isteyerek seçme durumları ortalama mesleki tatmin düzeyi üzerinde etkilidir.

2.H₁: Hemşirelerin mesleği isteyerek seçme durumları ortalama tükenmişlik düzeyi üzerinde etkilidir.

3.H₁: Hemşirelerin mesleği isteyerek seçme durumları ortalama eşduyum yorgunluğu düzeyi üzerinde etkilidir.

Tablo 4.9. Hemşirelerin mesleği isteyerek seçme durumlarına göre ÇYKÖ puanları dağılımı(n=118)

Mesleği İsteyerek Seçme Durumu	ÇYKÖ Alt Ölçekleri		
	Mesleki tatmin Ort ±SS	Tükenmişlik Ort ±SS	Eşduyum yorgunluğu Ort ±SS
Evet	35.85±7.70	17.70±6.33	17.07±8.87
Hayır	30.77±9.40	19.44±6.74	16.24±7.55
t	3.227	-1.443	0.546
p	0.002	0.152	0.586
Hipotezin kabul durumu	1.H1 kabul	2.H1 red	3.H1 red

Tablo 4.9 incelendiğinde mesleği isteyerek seçme durumuhemşirelerin mesleki tatminleri üzerinde etkili bulunmuştur($p<0,05$). Mesleğini isteyerek seçenlerin tükenmişlik ve eşduyum yorgunluğu düzeyleri düşük olmasına rağmen istatistiksel olarak incelendiğinde mesleği isteyerek seçme durumunun tükenmişlik ve eşduyum yorgunluğu düzeyi üzerinde etkisi yoktur. Buna göre 1.H1 hipotezi doğrulanmıştır.

Hemşirelerin şu an çalıştıkları birime göre ÇYKÖ bulguları

Hipotezler:

- 1.H1: Hemşirelerin şu anda çalıştıkları birimlere göre oluşturulan 5 grubun en az 2'sinin mesleki tatmin düzeyleri birbirinden farklıdır.
- 2.H1: Hemşirelerin şu anda çalıştıkları birimlere göre oluşturulan 5 grubun en az 2'sinin tükenmişlik düzeyleri birbirinden farklıdır.
- 3.H1: Hemşirelerin şu anda çalıştıkları birimlere göre oluşturulan 5 grubun en az 2'sinin eşduyum yorgunluğu düzeyleri birbirinden farklıdır.

Tablo 4.10. Hemşirelerin şu an çalıştıkları bölüme göre ÇYKÖ puanları dağılımı (n=118)

Şu an Çalışılan Bölümler	ÇYKÖ Alt Ölçekleri		
	Mesleki Tatmin Ort ±SS	Tükenmişlik Ort ±SS	Eşduyum Yorgunluğu Ort ±SS
Dahili	33.18±8.72	18.85±6.15	18.12±8.21
Cerrahi	33.63±8.69	17.47±6.04	14.63±8.37
Yoğun bakım	31.77±10.63	19.33±7.82	17.77±6.54
Ameliyathane	35.80±7.12	17.60±4.21	16.00±6.81
Acil	36.50±8.05	19.33±8.68	15.91±10.70
χ^2	1.712	0.707	3.941
p	0.789	0.951	0.414
Hipotezin kabul durumu	1.H ₁ red	2.H ₁ red	3.H ₁ red

Tablo 4.10. incelendiğinde yoğun bakım bölümünde çalışan hemşirelerin mesleki tatmin düzeyi diğer bölümlerde çalışan hemşirelere oranla düşük görülmektedir. Acil ve ameliyathanede çalışan hemşirelerin ise mesleki tatmin düzeyinin daha yüksek olduğu görülmüştür. Yoğun bakım ve acil serviste çalışan hemşirelerin tükenmişlik düzeyi diğer bölümlere göre daha yüksektir. Eş duyum yorgunluğu ise yoğun bakım ve dahili birimlerde daha yüksek oranda olduğu görülmektedir. Ancak bu durum istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Sonuç olarak; hemşirelerin heln çalıştıkları bölümlerin mesleki tatmin, tükenmişlik ve eş duyum yorgunluğu düzeylerine istatistiksel olarak etkisi yoktur. Buna göre 1.H₁, 2.H₁, 3.H₁ hipotezleri reddedilmiştir.

Hemşirelerin çalışma saatlerine göre ÇYKÖ bulguları

- 1.H₁: Hemşirelerin çalışma saatlerinin mesleki tatmin düzeyleri üzerinde etkisi vardır.
- 2.H₁: Hemşirelerin çalışma saatlerinin tükenmişlik düzeyleri üzerinde etkisi vardır.
- 3.H₁: Hemşirelerin çalışma saatlerinin eşduyum yorgunluğu düzeyleri üzerinde etkisi vardır.

Tablo 4.11. Hemşirelerin çalışma saatlerine göre ÇYKÖ puanları dağılımı (n=118)

Çalışma Saatleri	ÇYKÖ Alt Ölçekleri		
	Mesleki tatmin Ort ±SS	Tükenmişlik Ort ±SS	Eşduyum yorgunluğu Ort ±SS
Gündüz	35.00±8,65	16.58±5.68	16.11±7.01
Vardiyalı	32.94±8,92	19.27±6.75	16.92±8.76
t	1.145	-2.041	-0.481
p	0.254	0.043	0.632
Hipotezin kabul durumu	1.H ₁ red	2.H ₁ kabul	3.H ₁ red

Tablo 4.11. incelendiğinde gündüz ile vardiyalı çalışan hemşirelerin tükenmişlik düzeyleri arasında fark vardır($p<0.05$). Vardiyalı çalışan hemşirelerde tükenmişlik oranı daha yüksektir. Vardiyalı ile gündüz çalışan hemşirelerin mesleki tatmin ve eşduyum yorgunluğu düzeylerinde anlamlı bir farklılık yoktur. Buna göre 2.H₁ hipotezi doğrulanmıştır.

Hemşirelerin çalıştıkları pozisyona göre ÇYKÖ bulguları

Hipotezler:

- 1.H₁: Hemşirelerin çalıştıkları pozisyona göre oluşturulan 4 grubun en az 2'sinin mesleki tatmin düzeyleri birbirinden farklıdır.
- 2.H₁: Hemşirelerin çalıştıkları pozisyona göre oluşturulan 4 grubun en az 2'sinin tükenmişlik düzeyleri birbirinden farklıdır.
- 3.H₁: Hemşirelerin çalıştıkları pozisyona göre oluşturulan 4 grubun en az 2'sinin eşduyum yorgunluğu düzeyleri birbirinden farklıdır.

Tablo 4.12. Hemşirelerin çalıştıkları pozisyona göre ÇYKÖ puanları dağılımı (n=118)

Pozisyon	ÇYKÖ Alt Ölçekleri		
	Mesleki tatmin	Tükenmişlik	Eşduyum Yorgunluğu
	Ort ±SS	Ort ±SS	Ort ±SS
Sorumlu Hemşire	36.06±9.19	15.75±6.36	14.12±7.00
Klinik Hemşire	32.87±8.80	19.00±6.38	16.74±8.51
Poliklinik Hemşiresi	35.00±10.27	15.00±6.16	16.28±5.12
Diğer	34.83±7.67	22.50±7.55	23.33±8.47
χ^2	2.245	6.515	4.735
p	0.523	0.089	0.192
Hipotezin kabul durumu	1.H ₁ red	2.H ₁ red	3.H ₁ red

Tablo 4.12 incelendiğinde klinik hemşirelerinin sorumlu ve poliklinik hemşirelerine göre düşük mesleki tatmin, yüksek tükenmişlik oranına sahip olduğu görülmektedir. Ancak bu durum istatistiksel olarak anlamlı değildir. Hemşirelerin çalıştıkları pozisyonun mesleki tatmin, tükenmişlik ve eşduyum yorgunluğu düzeylerine istatistiksel olarak etkisi yoktur. Buna göre 1.H₁, 2.H₁, 3.H₁ hipotezleri reddedilmiştir.

Hemşirelerin mevcut bölümde çalışma süresine göre ÇYKÖ bulguları

Hipotezler:

- 1.H₁: Hemşirelerin mevcut bölümde çalışma süresinin ortalama mesleki tatmin düzeyi üzerinde etkisi vardır.
- 2.H₁: Hemşirelerin mevcut bölümde çalışma süresinin ortalama tükenmişlik düzeyi üzerinde etkisi vardır.
- 3.H₁: Hemşirelerin mevcut bölümde çalışma süresinin ortalama eşduyum yorgunluğu düzeyi üzerinde etkisi vardır.

Tablo 4.13. Hemşirelerin mevcut bölümde çalışma süresine göre ÇYKÖ puanları dağılımı (n=118)

Mevcut Bölümde Çalışma Yılı	ÇYKÖ Alt Ölçekleri		
	Mesleki tatmin Ort ±SS	Tükenmişlik Ort ±SS	Eşduyum yorgunluğu Ort ±SS
5 yıldan az	32.79±9.06	18.84±6,92	17.32±8.74
5 yıl ve üstü	35.16±8.27	17.75±5.70	15.32±7.04
t	-1.354	0.831	1.219
p	0.178	0.408	0.225
Hipotezin kabul durumu	1.H ₁ red	2.H ₁ red	3.H ₁ red

Tablo 4.13 incelendiğinde halen çalıştığı bölümde çalışma süresinde 5 yıldan az ile 5 yıl ve üstü çalışanların mesleki tatmin, tükenmişlik ve eşduyum yorgunluğu düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunamamıştır(p>0.05). Buna göre 1.H₁, 2.H₁, 3.H₁ hipotezleri reddedilmiştir.

Hemşirelerin toplam çalışma yılına göre ÇYKÖ bulguları

Hipotezler:

- 1.H₁: Hemşirelikte çalışma yılına göre oluşturulan 3 grubun en az 2'si mesleki tatmin düzeyleri bakımından birbirinden farklıdır.
- 2.H₁: Hemşirelikte çalışma yılına göre oluşturulan 3 grubun en az 2'si tükenmişlik düzeyleri bakımından birbirinden farklıdır.
- 3.H₁: Hemşirelikte çalışma yılına göre oluşturulan 3 grubun en az 2'si eşduyum yorgunluğu düzeyleri bakımından birbirinden farklıdır.

Tablo 4.14. Hemşirelerin toplam çalışma yılına göre ÇYKÖ puanları dağılımı (n=118)

Hemşirelikte Çalışma Süresi	ÇYKÖ Alt Ölçekleri		
	Mesleki tatmin	Tükenmişlik	Eşduyum yorgunluğu
	Ort ±SS	Ort ±SS	Ort ±SS
5 yıldan az	33.86±7.64	18.36±7.12	18.50±8.48
5-10 yıl	33.29±8.32	20.25±5.83	17.27±9.17
10 yıldan fazla	33.54±10.23	16.84±6.53	14.88±6.90
f	0.037	3.086	1.901
p	0.964	0.049*	0.154
Hipotezin kabul durumu	1.H ₁ red	2.H ₁ red	3.H ₁ red

*Post-Hoc testi yapılmıştır.

Tablo 4.14. incelendiğinde tükenmişlik düzeyi için $p=0,049 < p=0,05$ olmasına rağmen çok yakın bir değer olduğu için Post-Hoc testi yapılmıştır. Gruplar arasında anlamlı farka rastlanmadığı için, hemşirelerin çalışma yılının mesleki tatmin, tükenmişlik ve eş duyum yorgunluğu düzeylerine istatistiksel olarak etkili olmadığı görülmüştür. Buna göre 1.H₁, 2.H₁, 3.H₁ hipotezleri reddedilmiştir.

Mesleki Tatmin, Tükenmişlik ve Eşduyum Yorgunluğu Düzeyleri Arasındaki İlişki Yaşam kalitesi ölçeği alt boyutları olan mesleki tatmin, tükenmişlik ve eşduyum yorgunluğu düzeyleri arasındaki ilişki verilen hipotezler doğrultusunda incelenmiştir.

H₀: Hemşirelerin mesleki tatmin, tükenmişlik ve eşduyum yorgunluğu düzeyleri arasında ilişki yoktur.

H₁: Hemşirelerin mesleki tatmin, tükenmişlik ve eşduyum yorgunluğu düzeyleri arasında ilişki vardır.

Tablo 4.15. Hemşirelerin mesleki tatmin, tükenmişlik ve eşduyum yorgunluğu düzeyleri arasındaki ilişki(n=118)

Değişken	Tükenmişlik	Eşduyum yorgunluğu
Mesleki tatmin	-0.618**	-0.139
Tükenmişlik	-	0.580**

Tablo 4.15 incelendiğinde mesleki tatmin ile tükenmişlik arasında ters yönlü ve güçlü bir ilişki bulunmaktadır($r=-0,618$; $p=0,000$). Mesleki tatmin ve eşduyum yorgunluğu düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır($r=-0,139$; $p=0,134$). Hemşirelerin tükenmişlik seviyeleri ile eşduyum yorgunluğu seviyeleri

arasında pozitif ve anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir($r=0,580$; $p=0,000$). Buna göre H_1 hipotezi doğrulanmıştır.

4.2. Araştırmanın II. Aşamasına Ait Bulgular

Bu bölümde DHTY uygulanan hemşirelere ait tanıtıcı ve mesleki özellikler ile yaşam kalitesi düzeyleri ve uygulama sonrası bulgular yer almaktadır. Araştırma kapsamında yapılan amaçlı örnekleme yöntemi sonucu çalışmaya davet edilen hemşirelerden uygulamayı kabul eden dört hemşire ve ön uygulama katılan dört hemşire olmak üzere toplam sekiz hemşireyle DHTY programı pilot uygulaması tamamlanmıştır. Tablo 4.16’de hemşirelerin tanıtıcı ve mesleki özellikleri yer almaktadır.



Tablo 4.16. DHTY Uygulanan hemşirelere ilişkin tanıtıcı ve mesleki özellikler (n=8)

Tanıtıcı ve Mesleki Özellikler	KATILIMCILAR							
	1. Hemşire	2. Hemşire	3. Hemşire	4. Hemşire	5. Hemşire	6. Hemşire	7. Hemşire	8. Hemşire
Yaş	35	26	27	41	33	28	27	28
Cinsiyet	Kadın	Kadın	Kadın	Kadın	Kadın	Kadın	Kadın	Kadın
Medeni durum	Evlü	Bekar	Evlü	Evlü	Evlü	Evlü	Bekar	Evlü
Çocuk sahibi	2	0	0	1	1	0	0	1
Eğitim durumu	Yüksek lisans	Lisans	Lisans	Lisans	Lisans	Yüksek lisans	Lisans	Lisans
Mesleği seçme isteği	Evet	Evet	Hayır	Hayır	Hayır	Evet	Evet	Hayır
Mevcut bölümde çalışma süresi	4 ay	1,5 yıl	8 ay	9 yıl	1,5 yıl	5 yıl	4 yıl	5 ay
Hemşirelikte çalışma süresi	13 yıl 2 ay	3 yıl	4 yıl 8 ay	19 yıl	8 yıl 6 ay	5 yıl 2 ay	4 yıl 6 ay	4 yıl
Çalışma Saatleri	Gündüz	Vardiya	Vardiya	Gündüz	Vardiya	Vardiya	Vardiya	Gündüz
Pozisyon	Sorumlu hemşire	Klinik Hemşire	Klinik hemşire	Sorumlu hemşire	Klinik hemşiresi	Klinik hemşiresi	Klinik hemşiresi	Klinik hemşiresi
Şu an çalışılan birim	Kadın Doğum Polikliniği	Organ Nakli	Onkoloji	Onkoloji	Pediyatrik-Onkoloji	Pediyatrik-Onkoloji	Pediyatrik-onkoloji	Organ nakli
Geçmişte çalışılan birimler	Beyin Cerrahisi Kalp-Damar Göğüs Cerrahisi Yip kliniği Ortopedi Kadın doğum polikliniği	Ameliyathane Organ Nakli	Pediyatri yb Onkoloji	Kalp-Damar yb Kvc yb Genel cer. Kliniği Yönetim Süpervizör Onkoloji	Kardiyovasküler cerrahi Yoğun bakım	Kalp damar ve göğüs cerrahi servisi	Aile hekimliği Yenidoğan yoğun bakım	Kadın doğum servisi Üroloji

Tablo 4.16 incelendiğinde uygulamaya katılan hemşirelerin tamamı kadındır. Yaşları sırasıyla 26 ve 41 arasında değişmektedir. Hemşirelerden altı kişisi evli ve dördü çocuk sahibidir. Hemşirelerin ikisi yüksek lisans mezunudur. Hemşirelerden dördü, mesleğini isteyerek seçmiştir. Mevcut bölümünde en çok çalışan hemşire dokuz yıldır çalışmaktadır. Hemşirelikte çalışma yılına bakıldığında en az üç yıl, en çok 19 yıl çalışılmıştır. Hemşirelerden ikisi sorumlu hemşire, diğerleri ise klinik hemşiresidir. Geçmişte çalışılan bölümlere bakıldığında ise cerrahi kliniklerin ağırlıklı olduğu görülmektedir.

Dans Ve Hareket Terapisi Yöntemleri Uygulanan Hemşirelerin Yaşam Kalitesi Bulguları ve Öntest- Sontest Karşılaştırması

DHTY programına katılan hemşirelerin uygulama öncesi ve sonrası ÇYKÖ ilişkin düzeyleri Tablo 4.17, buna ilişkin ortalamalar ise Tablo 4.19’da gösterilmiştir.

Tablo 4.17. DHTY programına katılan hemşirelerin ÇYKÖ ön test ve son test puanları(n=8)

Hemşire No	Mesleki tatmin		Tükenmişlik		Eşduyum yorgunluğu	
	Ön test	Son test	Ön test	Son test	Ön test	Son test
1	43	48	36	15	21	19
2	42	47	32	15	28	19
3	18	38	31	19	30	22
4	31	36	35	24	26	25
5	40	33	24	16	29	28
6	34	47	26	13	36	19
7	40	41	26	11	30	6
8	39	35	14	13	22	19

Tablo 4.17 incelendiğinde, DHTY uygulanan hemşirelerin mesleki tatmin düzeyinde artma, tükenmişlik ve eşduyum yorgunluğu düzeylerinde azalma görülmektedir. Bu bağlamda DHTY’ nin hemşirelerin mesleki tatmin, tükenmişlik ve eşduyum yorgunluğu üzerinde etkili olduğu söylenebilir. Ancak sonuçlar istatistiksel olarak kanıtlanamamıştır bu nedenle genellemez özelliindedir.

Tablo 4.18. DHTY programına katılan hemşirelerin ÇYKÖ ön test ve son test puan ortalamaları(n=8)

ÇYKÖ Alt Boyutları	Ön test X±SS	Son test X±SS
Mesleki tatmin	35.87±8.27	40.62±6.02
Tükenmişlik	28.00±7.15	15.75±4.09
Eşduyum yorgunluğu	27.75±4.80	19.62±6.45

Tablo 4.18 incelendiğinde DHTY uygulanan hemşirelerin ÇYKÖ alt ölçeklerinden olan tükenmişlik ve eşduyum yorgunluğu ortalamasının azaldığı, diğer alt ölçek olan mesleki tatmin ortalamasını yükseldiği görülmektedir. DHTY uygulamasının hemşirelerin yaşam kalitesine olumlu bir etkide bulunduğunu ifade etmek mümkündür.

DHTY Programına İlişkin Değerlendirmeler

DHTY Programı sonrasında değerlendirme, son oturumda Anı Kutusu (Ek-4) ve DHTY Uygulaması Değerlendirme Formu(Ek-3) uygulanarak yapılmıştır. DHTY Uygulamasına ilişkin bulgular Tablo 4.19’de yer almaktadır. DHTY uygulamasının son oturumunda katılımcılar ile anı kutusu oluşturulmuştur. Anı kutusunda yer alan ifadeler Tablo 4.20’ de verilmiştir. DHTY programı uygulamasına ilişkin oturumlardan örneklendirmenin yapıldığı Tablo ise 4.21’ de verilmiştir.

Tablo 4.19. DHTY programı değerlendirme formuna ilişkin bulgular (n=4)

<i>Oturumlar öncesinde ve sonrasında bedeninizde yaşadığınız deneyimler hakkında verebilir misiniz?</i>	<p>-Gergin, yorgun geldiğim oturumdan, mutlu, hafiflemişim gevşemiş ve anı yaşamış olmaktan hoşnut bir bedenle ayrıldım.</p> <p>-Nefesimi ne kadar tuttuğumu fark ettim.</p> <p>-Oturum sonunda vücudumu dinlemiş, onunla soru/cevap yapmış hissettim.</p> <p>-Bedenimi fark etmeyi öğrendim.</p> <p>-Bedenimin bana olan mesajlarını görmezden geliyordum?</p> <p>-Bedenimde hiç aklıma gelmeyen bölgelerin tepkilerini öğrendim. Müziğin bile farkında olmadığımı anladım.</p> <p>-Güven ya da güvensizlik iç dünyamda ayırt etmeye yardımcı</p> <p>-Huzuru bulmak için çalışmalar artırılmalı</p> <p>-Resim çizildiğinde bile nelerle karşılaştığımı fark ediyorsun</p> <p>-Sağ kolumdan başparmağıma kadar olan ağrı azalma oldu.</p> <p>-Kendimi gevşemiş ve rahatlamış hissettim.</p> <p>-Oturum öncesi stresli ve yorgun hissederken, oturum sonrası bedende rahatlama, dinginlik hissediyorum. Sanki bıraksalar bir 8 saat daha çalışırım.</p>										
<i>Oturumlar sonunda iyilik halini 1 ve 10 arasında değerlendirecek olursak; oturum öncesi ve oturum sonrası ortalama puanınız nasıldır?</i>	<table><thead><tr><th><i>Oturum öncesi</i></th><th><i>Oturum sonrası</i></th></tr></thead><tbody><tr><td>3</td><td>9</td></tr><tr><td>6</td><td>9</td></tr><tr><td>4</td><td>8</td></tr><tr><td>1</td><td>9</td></tr></tbody></table>	<i>Oturum öncesi</i>	<i>Oturum sonrası</i>	3	9	6	9	4	8	1	9
<i>Oturum öncesi</i>	<i>Oturum sonrası</i>										
3	9										
6	9										
4	8										
1	9										
<i>Bu tür çalışmalar hakkında ne düşünüyorsunuz?</i>	<p>-Olması gerektiğini düşünüyorum. Yararlı farkındalık yarattığı için önemli, kronik hasta ile çalışan hemşire grubu için olumlu bir uygulama</p> <p>-Güven- huzur- temas bunların farkındalığı için, insanın kendini tanıması için bir tercih olmalı</p> <p>-Kesinlikle hemşirelerin böyle bir çalışmaya ihtiyacı olduğunu düşünüyorum.</p> <p>-Çok faydalı olduğunu ve devam edilmesi gerektiğini düşünüyorum. Daha fazla kişiye ulaşılması gerekir.</p>										
<i>Bu çalışmanın geniş kitlelere ulaşması için neler önerirsiniz?</i>	<p>-Grupların liderlerinden başlanmalı, küçük gruplar şeklinde olumluluklar neticesinde, bir rutin program dahilinde sürekliliği sağlanabilir.</p> <p>-Eğitimin artırılması gerekiyor özellikle hemşire grubuna ulaşılmalı ve bir şekilde eğitimler, terapiler yapılmalı</p> <p>-Hastane yönetiminin bu çalışmalarını desteklemesi ve gerekli koşulları sağlamasını öneriyorum.</p> <p>-Hastanelerde farklı zamanlarda bu tür oturumlar yapılabilir.</p>										
<i>Paylaşmak ve iletmek istedikleriniz?</i>	<p>-Bu çalışmaların artmasını ve devam etmesini öneriyorum.</p> <p>-Bu oturumunların bizlerle yapılmasından dolayı kendimi şanslı görüyorum, teşekkür ederim.</p> <p>-Yoğun emek isteyen bir çalışma, benim ruhuma dokundu, iyi geldi, teşekkür ederim.</p> <p>-Grup çalışmalarının kurumsal, rutin hale gelmesini görmek isterim.</p>										

Tablo 4.20 de verilen form ön uygulama sonrasında ihtiyaç olarak belirlenerek uygulanmıştır. Gruba genellenemeyeceği için yalnızca fikir vermek amaçlı sunulmuştur. Herhangi bir niteliksel ya da sayısal analiz yapılmamıştır.

Tablo 4.20. DHTY programı anı kutusu ifadeleri (n=8)

Farkında olmak (2)*	Karanlık	Müzik (4)*	Tanıkmak(2)*
Emek (2)*	Zaman	Mesafe	Sınırları görmek
Harekete geç	Denge	Süpürebilmek (4)*	Hayal etmek
Dokunmak(2)*	Resim çizmek (3)*	Rahatlama	Özveri
Korku	Hisset	Arkana bakma	Ağaç
İç dünyaya yolculuk	Anı yaşa (2)*	Yabancılık	Vücut
Ben	Dinlemek	Güven	Ağrı
Beklenti	Nefes (6)*	Temas	Anlaşılmamak
Umutlu olmak	Tanımak	Yargılamamak	Farkındalığı fark edebilmek
Bir nesneyi canlandırma	Rahatlama/Boyun masajı(2)*	Kuş ve rüzgâr olmak	Şimdi ve burada
Uyumlanma	Bulut	Paylaşmak	Kuş, güneş, ağaç, salıncak
Kafamız bir uçan balon	Bedenime iyi davranmak	Vücudumu hiç kullanmadığımı farkettim	Durup düşünmek, hissetmek
Orkestra Şef'inin Çubuğu	Dans etmenin ne kadar iyi hissettirdiği	Farklı bedenleri duymak	Bedenle konuşmak

(*)Anı kutusundan çıkan kelimelerin tekrarlanma sayısı

Tablo 4.20'de oluşturulan anı kutusu ifadeleri yer almaktadır. Bu ifadeler bireylerin son oturum da dahil olmak üzere, bu süreçte, etkilendikleri veya hatırladıkları, egzersiz ya da bir tema olabilir. Bu ifadelerin her biri, hemşireler için özeldir. Bu kelimelerden herhangi bir çıkarım yapılması, DHTY uygulamasına ve terapötik sürece aykırıdır. Bu veriler, sadece hemşireler ile karşılıklı olarak terapötik süreç içerisinde yorumlanabilir.

DHTY oturumları süresince yaşanan süreçler kapalı grup çalışması ve mahremiyetin korunması gerekçesiyle tamamıyla paylaşılmamaktadır. Ancak kişilerin gizliliği korunarak oturumlar işlenen süreçlerden bazı örnekler ve oturumlar da öne çıkan ana temalar Tablo 4.21 'de özetlenerek verilmiştir.

Tablo 4.21. DHTY Programı Uygulaması Oturumlarından Örneklendirme

1. oturum	<ul style="list-style-type: none">• Bedenin unutulmuş alanları, An'da farkındalık, İş yaşantısının zihni aşırı meşgul etmesi
2. Oturum	<ul style="list-style-type: none">• Kendilerini nasıl hissettikleri sorulduğunda; <i>Yılgın, uykulu, iyi, yorgun,</i>• Yıldız-cenin pozisyonu sonrası; <i>güven, endişe, korku, heyecan</i>• Hayali bir resim çizme egzersizi sonrası; <i>Ağaç, bebek, geçmişte ki hatalar, ağaç, ev ve battaniye, yine güneş ve orman</i> ifade edilmiştir.
3. Oturum	<ul style="list-style-type: none">• Kendi kendine masaj: <i>Ağrı ve gevşeme</i>• <i>Denge, sınırlar, farkındalık</i> temaları
4. Oturum	Oturum sonunda neleri bırakmak isterdik yönergesine gelen yanıtlar; <i>yorgunluk, uykusuzluk, large hemovak dren, çocukların sınavı, güvensizlik, beyaz kod</i> kelimeleri ifade edilmiştir.
5. oturum	Katılımcılara çeşitli resimler gösterildi kişilerden bu resimleri incelemeleri ve daha sonra onlardan birini harekete geçirmeleri istendi. Seçilen resimler; <i>koşan adam, tavşan, ağaç, karınca oldu.</i> Bu resimler ve resimleri canlandırma sırasında yaşanan deneyimler grupla paylaşıldı.
6. Oturum	Alanda yürüme sırasında eşlik eden ritimli bir müziğe grup kendiliğinden, doğaçlama bir biçimde eller bacaklara ve ayaklar yere vurularak ritim oluşturarak eşlik etti. Daha sonra bu ritim süpürme hareketlerine dönüştü (Grubun en çok rahatlama gösterdiği egzersiz). Burada <i>güvensizlik, ağrılarımız, geçmişe takılıp kalma, hayal kırıklarımız</i> ifadeleri gelmiştir. Sonra katılımcılar ile daire oluşturuldu ve bazı yönergeler konuşuldu. Güçlü yönlerimiz nelerdir? Bu seansta bazı duyguları süpürdük, peki bedenimizde neresi en çok güçlüdür? <i>Beyin, kalçalarımız, burnum ve ellerim</i> kelimelerini ifade ettiler. Daha sonra 'Bu güçlü fiziksel yönlerimizden başka hangi duygusal yönümüz güçlüdür?' sorusuna ise <i>Kahkaha, umut, sabır ve inancımız</i> kelimeleri gelmiştir.
7. oturum	Bebek hareketleri, 'çeşitli nedenlerle değişimlere uğramadan önce bedenimiz konusu üzerine düşünme ve paylaşım.
8. Oturum	Oturumlar sonunda anı kutusu yapıldı. Burada kişilerin akıllarında kalan dikkatleri çeken hatırladıkları egzersiz, kelime, an vs. yazmaları istendi. Küçük kâğıtlara anılar bırakan katılımcıların bu anıları grubun isteği ile paylaşıldı. Ortak anılan egzersiz süpürme egzersizi oldu. Bu hareketle birlikte sanki bazı şeylerin uzaklaştığı hissi olduğunu ifade ettiler. Tekrar bu egzersiz yapıldı ve <i>yorgunluk, hastalık, mutsuzluk, umutsuzluk, kullanılmışlık, geçmişte yapılan hatalar, güvensizlik</i> gibi ifadeler süpürüldü. Ardından nefes egzersizi ile kapanışa geçildi. Son söylemler, teşekkürler, katkılar alındı.

Tablo 4.21'de hemşirelerin oturumlarda ifade ettiği duygulara ve süreçte yaşanan örneklere yer verilmiştir.

5. TARTIŞMA

Araştırmaya katılan hemşirelerin, mesleki tatmin, tükenmişlik ve eşduyum yorgunluğu düzeyleri ve DHTY kullanımının bu düzeyler üzerindeki etkisi değerlendirilmiştir. Bunun yanısıra DHTY programının değerlendirilmesine ilişkin verilerinde tartışılmasına karar verilmiştir. Bu bağlamda iki aşamalı yürütülen bu çalışmadan elde edilen sonuçlar iki başlık altında verilmiştir.

- Araştırmanın I. Aşamasına Ait Tartışma
- Araştırmanın II. Aşamasına Ait Tartışma

5.1. Araştırmanın I. Aşamasına Ait Tartışma

Hemşirelerin çalışma yaşamının kalitesi hasta bakım kalitesi için oldukça önemlidir ve hasta- memnuniyetini etkilemektedir. Çalışanların yaşam kalitesinin pozitif göstergesi mesleki tatmin iken, negatif göstergeleri tükenmişlik ve eşduyum yorgunluğudur (McHugh ve ark., 2011).

Bu çalışmada hemşirelerin bazı tanıtıcı ve mesleki özellikleriyle ÇYKÖ alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı sonuçlara ulaşılmıştır. Çalışmada 19-30 yaş grubunda olan hemşirelerin tükenmişlik ve eşduyum yorgunluğu düzeyinin, 31-50 yaş grubuna göre yüksek olduğu saptanmıştır ($p < .05$). Benzer şekilde Kaya ve ark.'nın (2010) bir devlet hastanesinde çalışan hemşirelerin tükenmişlik düzeyi üzerine yaptıkları çalışmada genç yaşta ve mesleğe yeni başlamış hemşirelerin tükenmişlik düzeylerinin yüksek olduğu saptanmıştır. Ancak konuyla ilgili literatürde karşıt sonuçlar bulunmaktadır. Günüşen & Üstün (2008) bir üniversite hastanesinde çalışan hemşireler ile Metin & Özer (2007) ise sağlık profesyonelleriyle yaptığı çalışmada hemşirelerin tükenmişlik düzeyi ile yaş grupları arasında ilişki saptamamıştır. Literatürde farklı sonuçlar olmasına rağmen pek çok çalışmada (Ergin, 1995; Schaufeli, Maslach, & Marek, 1993; Çimen & Ergin, 2003; Taycan ve ark., 2006; Kavlu & Pınar, 2009, Kaya ve ark., 2010) yaş ve tükenmişliğin ilişkili olduğu anlaşılmıştır. Bunun nedeni olarak hemşirelerin deneyimsiz ve genç olması sebebiyle baş etme becerilerini etkin kullanamaması düşünülmüştür. Nitekim Taycan ve ark. (2006) hemşirelerde depresyon ve tükenmişlik düzeyinin sosyo- demografik özelliklerle ilişkisini incelemiş oldukları çalışmada yaştaki artışa bağlı olarak hemşirelerin kendilerini mesleklerinde daha yeterli ve başarılı hissettikleri sonucuna

ulaşmıştır. Bu görüşü Brewer & Shapard (2004) meta-analiz çalışmasında, genç yaşta olan ve mesleki olarak tecrübesiz bireylerde tükenmişliğin daha sık ve ağır seyrettiğini saptayarak desteklemiştir. Yaş faktörü ve eşduyum yorgunluğu ilişkisine bakıldığında ise bu ilişkiyi değerlendiren bir çalışmaya rastlanmamıştır. Ancak eşduyum yorgunluğu ile birlikte anılan dolaylı travma, ikincil travma sonrası stres bozukluğu kavramına ilişkin risk faktörleri incelendiğinde, genç ve deneyimsiz hemşirelerin daha hassas olduğu savunulmaktadır ve bu nedenle genç hemşirelerin eşduyum yorgunluğu bakımından riskli olduğu düşünülmektedir (Çolak ve ark., 2012). Bu durum deneyimli çalışanların etkili bir şekilde bilişsel ve davranışsal başatma becerilerini kullanabilmeleriyle açıklanabilir.

Hemşirelerin yaşam kalitelerini etkileyen diğer bir özellik ise çocuk sahibi olma durumudur. Bu çalışmada çocuk sahibi olmayan hemşirelerin, eşduyum yorgunluğu düzeyi yüksek bulunmuştur ($p < .05$). Eşduyum yorgunluğu ve çocuk sahibi olma durumunun ilişkisini inceleyen çalışmaya rastlanmadığından karşılaştırma yapılamamıştır. Ancak çocuk sahibi olmanın tükenmişlikle ilişkisine değinen çalışmaya rastlanmıştır. Kavlu & Pınar'ın (2009), acil servislerde çalışan hemşirelerin tükenmişlik ve iş doyumlarının yaşam kalitesine etkisini inceledikleri çalışmada çocuk sahibi olmayan hemşirelerin duygusal tükenmişlik puanlarının daha yüksek olduğu belirtilmiştir. Bu durumun, çocuk sahibi olmanın sosyal destek sağlaması ve çocuk yetiştirmenin pozitif ve umut verici duygu oluşturmasıyla ilişkili olduğu düşünülebilir.

Bu çalışmada önemli bir diğer bulgu mesleğini isteyerek seçmiş olan hemşirelerin mesleki tatmin düzeyinin, mesleğini istemeyerek seçen hemşirelere göre daha yüksek olmasıdır ($p < .05$). Kundak ve ark. (2015) hemşirelik mesleğinde iş tatmini ve motivasyonla ilgili çalışmalarında, mesleğini kendi isteğiyle seçen hemşirelerde iş tatmini düzeyinin daha yüksek olduğunu saptamıştır. Buna göre mesleğini isteyerek seçme durumunun hemşirelerin motivasyonunu etkileyerek, mesleki tatmin düzeyini arttırdığı düşünülebilir. Bireylerin mesleğini isteyerek seçmemesi ve bunun sonucunda işini severek yapmaması, bireylerdeki anksiyete düzeyini artırır (Durmuş ve Günay, 2007). Bu durumun tükenmişlik ve eşduyum yorgunluğuna yol açabileceği düşünülmektedir.

Bir diğerk önemli bulgu ise vardiyalı çalışan hemşirelerin tükenmişlik düzeyinin gündüz çalışanlara göre daha yüksek olduğunun saptanmış olmasıdır ($p < .05$). Çalışmadaki bu bulgular literatür bilgileri ile benzerlik göstermektedir. Kavlu ve Pınar (2009) acil servislerde çalışan hemşirelerin tükenmişlik ve iş doyumlarının yaşam kalitesine etkisini inceledikleri çalışmada, vardiya usulü çalışan hemşirelerde tükenmişlik alt boyutu olan kişisel başarısızlık puanlarını daha yüksek bulmuştur. Tekir ve ark. (2016) sağlık çalışanları üzerinde yaptıkları çalışmada, nöbet tutarak çalışanların, gündüz çalışanlara göre tükenmişlik düzeyinin yüksek olduğunu bulmuştur. Hemşirelerde vardiyalı çalışmanın bazı olumsuz sonuçları oluşmaktadır. Çalık ve ark. (2015) vardiyalı çalışmanın, hemşireler üzerinde fizyolojik, psikolojik sağlıkları, sosyal yaşamları ve kendi güvenlikleri üzerinde olumsuz etkileri olduğunu saptamıştır. Buna göre vardiyalı çalışmanın hemşirelerin tükenmişlik oranını yükselttiği ve yaşam kalitesini olumsuz etkileyerek çeşitli sorunlara yol açtığı düşünülebilir.

Cinsiyetin mesleki tatmin, tükenmişlik ve eşduyum yorgunluğu düzeyine etkisinin olmadığı görülmüştür. Bu sonuç çalışmanın bu bölümüne sadece beş erkek hemşirenin katılmış olması ile açıklanabilir. Ancak literatürde kadın veya erkek olmanın mesleki tatmin, tükenmişlik ve eşduyum yorgunluğuna etkisinin olduğunu vurgulayan çalışmalar bulunmaktadır. Örneğin, Kuzulugil (2012) bir kamu hastanesinin tüm çalışanları ile yürüttüğü çalışmasında kadınların mesleki tatmin düzeyinin daha fazla olduğunu bildirmiştir. Buna benzer sonuç saptayan bir diğerk çalışma ise Roney ve Acri (2018) tarafından pediatri hemşireleri ile yapılmış olup, bu çalışmada cinsiyet ve mesleki tatmin arasında anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır. Cinsiyet ve mesleki tatmin düzeyi arasındaki bu ilişkiyi ise, kadınların erkeklere oranla daha fazla mesleki tatmin düzeyini kanıtlama eğiliminde olmasıyla açıklamıştır (Roney ve Acri, 2018). Mangoulia ve ark. (2015) ise psikiyatri hemşireleri ile yaptığı araştırmasında, kadın olmanın eşduyum yorgunluğu düzeyini artırdığını bulmuştur. Bu bulguya benzer olarak, Coşkun ve ark. (2015) psikiyatri hemşireleri ile yürüttüğü çalışmasında kadınlarda eşduyum ve tükenmişlik düzeyinin yüksek olduğunu saptamıştır. Yeşil ve ark. (2010) sağlık çalışanları ile yaptığı çalışmasında, kadın katılımcıların eşduyum ve tükenmişlik oranının daha yüksek olduğunu saptamıştır. Bu bilgilere dayalı olarak

kadınların, mesleki tatmin düzeyinin yüksek olduğunu ve tükenmişlik ve eşduyum yorgunluğu konusunda hassas ve riskli grup olduğu söylenebilir.

Hemşirelerin eğitim düzeyinin mesleki tatmin, tükenmişlik ve eşduyum yorgunluğu düzeyine etkisinin olmadığı saptanmıştır ($p > .05$). Başkale ve ark. (2016) hemşireler ile yapmış oldukları çalışmada eğitim durumunun etkisiz olduğunu saptamıştır. Potter ve ark. (2010) ise lisans ve lisansüstü eğitim düzeyine sahip olan hemşirelerin, eşduyum yorgunluğu ve tükenmişlik için yüksek riskli grup olduğunu, ancak durumun istatistiksel olarak anlamlı olmadığını ifade etmiştir. Bu bulgulardan farklı olarak Hinderer ve ark. (2014) çalışmalarında, daha yüksek eğitim düzeyine sahip hemşirelerin mesleki gelişim fırsatları sınırlı olduğu için mesleki tatmin düzeyinin düşük, tükenmişlik düzeyinin yüksek olduğunu saptamıştır. Coşkun ve ark. (2015) ise, lise mezunlarında eşduyum yorgunluğu ve tükenme puanı daha düşük, mesleki tatmin puanını daha yüksek olarak saptamıştır. Bu bilgiler ışığında eğitim düzeyi ile ilgili farklı sonuçların olduğu anlaşılmaktadır.

Hemşirelerin şu an çalıştıkları bölüm göz önünde bulundurulduğunda yoğun bakım bölümünde çalışan hemşirelerin mesleki tatmin düzeyi diğer bölümlerde çalışan hemşirelere oranla düşük görülmektedir. Acil ve ameliyathanede çalışan hemşirelerin ise mesleki tatmin düzeyinin daha yüksek olduğu görülmüştür. Yoğun bakım ve acil serviste çalışan hemşirelerin tükenmişlik düzeyi diğer bölümlere göre daha yüksektir. Eşduyum yorgunluğunun ise yoğun bakım ve dahili birimlerde daha yüksek oranda olduğu görülmektedir. Ancak bu durum istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Hooper ve ark., (2010) farklı bölümlerde çalışan hemşirelerin mesleki tatmin, tükenmişlik ve eşduyum yorgunluğu düzeylerinde anlamlı bir farklılık bulamamıştır. Bu bulgudan farklı olarak Koşucu ve ark. (2017) ise hemşirelerin çalıştıkları bölümün mesleki tatmin (iş doyumunu) üzerinde etkili olduğunu belirtmiştir. Metin ve Özer (2007) hemşirelerin tükenmişlik düzeyinin belirlenmesi üzerine yaptığı çalışmada, çalışılan bölümün tükenmişliğin alt boyutu olan duygusal tükenme üzerinde etkili olduğunu saptamıştır. Bu çalışmanın bulguları ile kıyaslandığında farklı sonuçlar olduğu görülmektedir.

Bu bulgulara dayanarak hemşirelerin yaşam kalitesinin, yaş, çocuk sahibi olma durumları, mesleğini isteyerek seçme ve vardiyalı çalışma düzeninden etkilendiği

söylenbilir. Ayrıca bu çalışmada, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, çalışılan bölüm ve pozisyon, çalışmakta olunan bölümdeki çalışma süresi ve toplam çalışma yılının hemşirelerin yaşam kalitesi üzerinde etkili olmadığı saptanmıştır.

Araştırmaya katılan hemşirelerin, mesleki tatmin ve tükenmişlik düzeyleri arasında ters yönlü ve güçlü bir ilişki olduğu bulunmuştur ($r=-0.618$; $p=0.000$). Polat ve Erdem de (2017) sağlık çalışanları ile yürüttükleri çalışmada, mesleki tatmin ile tükenmişlik arasında negatif ve güçlü bir ilişki olduğunu bulmuştur. Bu durumda tükenmişlik düzeyini azaltmada, mesleki tatmin düzeyini artırmak da bir yöntem olabilmektedir. Hinderer ve ark., (2014) hemşirelerde mesleki tatmini arttıran stratejileri inceleyerek, tükenmişlik ve eşduyum yorgunluğunun azaltılabileceğini belirtmiştir.

Hemşirelerin tükenmişlik ve eşduyum yorgunluğu arasında pozitif ve anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($r=0.580$; $p=0.000$). Polat ve Erdem (2017) tarafından yapılan çalışma bu sonucu desteklemektedir. Hemşirelerin mesleki tatmin ve eşduyum yorgunluğu arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($r=-0.139$; $p=0.134$). Ancak Polat & Erdem (2017), çalışmasında mesleki tatmin oranının arttıkça, eşduyum yorgunluğunun azaldığını saptamıştır. Smart ve ark.'da (2014) sağlık çalışanları ile yaptığı araştırmada mesleki tatmin ve eşduyum yorgunluğu arasında negatif yönlü ilişki saptamıştır.

Sonuç olarak hemşireler için mesleki tatmin, tükenmişlik ve eşduyum yorgunluğu düzeyleri yaşam kalitelerini etkileyebilmektedir. Hemşireler baş etme stratejisi olarak kurumdan ayrılmak, hemşireliği bırakmak, bölüm değişikliği, tam-zamanlıdan yarı-zamanlı çalışma saatlerine geçmek, vardiyaları değiştirmek ve çalışılan gün sayısını sınırlamak gibi stratejiler geliştirmektedir (Yoder, 2010). Bu bilgiler doğrultusunda, hemşirelerin beden ve ruh sağlığını korumak, onları çalışma hayatının, işyerinin fiziki yapısı, toplumsal kaynaklı zararlı etkenlerinden uzak tutmak son derece önemli ve zor bir hedeftir. Bu hedefe ulaşabilmek için iş doyumsuzluğu, tükenmişlik ve eşduyum yorgunluğunun risk faktörlerini ve belirtilerini tanımanın ilk adım olacağı, bir sonraki adımın ise önleme, iyileşme süreçlerini belirleyebilme ve uygulayabilme olduğu öngörülmüştür (Figley,2002a). Hinderer ve ark. (2014) tükenmişlik ve eşduyum yorgunluğunu azaltmak için iki önemli strateji öngörmüştür. Bunlar maruz kalmanın azaltılması ve başa çıkma stratejilerinin geliştirilmesidir. Sanat terapisi, işyerinde stresle mücadele ve duygusal destek, öz-farkındalık ve anlam sağlama fırsatları

sunarak şefkat yorgunluğunu azaltmanın etkili bir yoludur (Kometiani, 2017). Bu araştırma ile tükenmişlik, eşduyum yorgunluğu ve mesleki tatmin üzerinde bu nitelikte bir etkinin DHTY ile mümkün olduğu görülmüştür.

5.2. Araştırmanın II. Aşamasına Ait Tartışma

İşyerinde çalışanların sağlığı, yalnızca fiziksel sağlıkla sınırlı değildir. Çalışanların duygusal ve psikolojik sağlığı da ele alınmalıdır. Bakım verenler için bütünsel bakım göz ardı edilirse, yaşanan iş stresi yorgunluğa, işten ayrılmaya, depresyona, tükenmişliğe, hastalığa ve hatta hastanın zarar görmesine yol açabilir (Kometiani, 2017). Hemşireler, hızlı iş temposu, talepkâr çalışma koşulu, artan rol yükümlülükleri ve yüksek beklentiler de dahil olmak üzere yoğun stres etkisine maruz kalmaktadır. Bu bağlamda “holizm” kavramından söz etmek mümkündür. Bütüncül bakım, herkes için üst düzey sağlık sonuçlarına ulaşmak amacıyla fiziksel, duygusal, sosyal, aile ve genel çevreyi önemsemek anlamına gelir (ISNA Bulletin , 2017). Bu çalışmada hemşireler için bütüncül bakım sağlamak ve başetme stratejisi geliştirmek, farkındalık oluşturmak, özbakımı desteklemek amacıyla DHTY kullanılmıştır. DHTY uygulamalarında bireylerin yaşam kalitesi, benlik saygısı ya da bir hastalık ile baş etme becerisinin artması gibi olumlu faydalar bildirilmiştir (Strassel ve ark.,2011).

DHT'nin ve dansın sağlıkla ilgili psikolojik sonuçlar üzerindeki etkileri üzerine yapılan bir meta analiz çalışmasında, DHT'nin birçok klinik ortamda etkili bir müdahale olduğu öne sürülmektedir. Yaşam kalitesi, esenlik, duygudurum, duygulanma, beden imgesi ve özellikle depresyon ve anksiyetede azalma için destek olduğu bulunmuştur (Koch, Kunz, Lykou, & Cruz, 2014). Bräuningner (2012), DHT'nin stres düzeyi yönetimi üzerinde etkisini incelediği çalışmasında, katılımcıların olumsuz baş etme becerilerini azalttığını, uzun vadede ise olumlu baş etme becerilerini geliştirdiğini vurgulamıştır. Ülkemizde ise yalnızca DHT'nin uygulandığı bir çalışmaya rastlanmamıştır. Ancak son yıllarda sanat terapileri alanında çalışmalar yapılmaya başlandığı görülmektedir (Göktepe, 2014; Karataş, 2016; Altınçapa ve ark., 2018). Literatürde mesleki tatmin, tükenmişlik ve eşduyum yorgunluğu düzeyi üzerinde DHTY'nin kullanıldığı bir çalışmaya rastlanmadığından sonuçlar karşılaştırılamamaktadır. Bununla birlikte DHTY uygulamasının kullanımının ülkemizde psikiyatri hemşireliği uygulamalarına katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Psikiyatri hemşireliğinin temel girişimleri arasında terapi grubu, öz-

farkındalığı güçlendirme, destek grubu, anksiyetenin azaltılması, başetmeyi güçlendirme, benlik saygısını güçlendirme ve sanat terapisi bulunmaktadır (Bulechek ve ark. 2017). Buna göre DHTY uygulamasının psikiyatri hemşireliği girişimleri ile örtüştüğü anlaşılmaktadır.

Bu çalışmada DHTY uygulamasının, hemşirelerin mesleki tatmin düzeylerini yükselttiği, tükenmişlik ve eşduyum yorgunluğu düzeylerini azalttığı görülmüştür. Ancak çalışmaya katılan hemşire sayısının az olması nedeniyle sonuçlar genellenemez özelliktedir. DHTY özgün bir başetme stratejisi olmasına rağmen programı sadece sekiz hemşire tamamlayabilmiştir. Hemşireler, çalışma koşulları, sağlık sorunları, vakit ayıramama, süt izni kullanma, düzenli bir program yürütememe, ailesel sorumluluklar gibi nedenlerle çalışmaya katılmamış, katılanların ikisi ise sağlık sorunlarından dolayı çalışmayı sürdürememiştir. Bu durum dışında katılmama nedenini açıklamayan, bir programa dahil olmak istemeyen hemşireler de bulunmaktadır. Bu bulgular tükenmişlik ve eşduyum yorgunluğu belirtileriyle ilişkilendirilebilir.

Araştırmanın yürütülmesi sırasında hemşirelerin çoğunun veri toplama araçlarını doldurmaktan kaçınma, çalışmaya karşı ilgisizlik gibi davranışlarının olduğu gözlemlenmiştir. Bu davranışlar hemşirelerin mevcut çalışmaya karşı isteksiz olduğunu düşündürmüştür. Hemşireler sürekli araştırmalara dahil edildiklerini, araştırmacı tarafından kendilerinin yalnızca veri aracı olarak görüldüğünü, yapılan çalışmaların araştırmacının akademik kariyeri dışında kimseye katkı sağlamadığını düşündüklerini ifade etmişlerdir. Araştırmaların çoğuna yöneticilerinin ısrarı ile katıldıklarını belirtmişlerdir. Bu durumun, hemşirelik araştırma alanının güvenilirliği açısından ciddi bir problem olduğu düşünülmektedir. Bu problemin çözümü için, hemşirelerin araştırmalarda katılımcı olmasının yanısıra kullanıcısı olmasını sağlamak gerekmektedir. Bunun için araştırma sonuçlarının hemşireler ile paylaşılması bir başlangıç olabilir.

Bu çalışmaya davet edilen hemşire grubu, örneklem içinden seçilen düşük mesleki tatmin düzeyine sahip, tükenmişlik ve eşduyum yorgunluğu yüksek olan hemşirelerden oluşmuştur. Bu nedenle hemşirelerin çalışmaya katılmak istememelerinin ya da düşük katılım göstermelerinin nedeni riskli grupta olmalarına

bağlı olabilir. Hemşirelerin, tükenmişlik ve eşduyum yorgunluğunun bir sonucu olan motivasyon düşüklüğü, öz bakımı bırakma, isteksizlik gibi belirtiler nedeniyle çalışmaya katılmadığı düşünülmüştür. Bu durumda hemşireler farklı bir strateji ile katılım sağlanması yönünde desteklenmelidir. Nitekim Özbaş'ın (2017) tükenmişlik düzeyi üzerine yapılan psikodrama temelli çalışmasında, bir kurumda bulunan hemşirelerin araştırmaya katılmak istememesi nedeniyle kurum değişikliğine gidilmiştir. Ayrıca çalışma esnasında örgütsel destek alınarak, hemşirelerin çalışmaya katılımı konusunda destek sağlanmıştır. Bir diğer çalışmada (Eracar, 2013) hemşireler arasında şefkat yorgunluğunu en aza indirmek için örgütsel destek girişimlerinin araştırılması vurgulanmıştır. Bu nedenle örgütsel desteğin hemşireler için düzenlenen bu tür girişimlere katkı sağlanması için önemli bir dış etken olduğu düşünülmektedir. Kurumların özbakımı teşvik etmeleri, bu tür destekleyici yöntemlerin uygulanabilmesi için gereklidir (Smart ve ark., 2014). Kurum ve yönetici desteğinin düşük düzeyde olması, hemşirelerin yaşadığı tükenmişlik ve şefkat yorgunluğunun önemli bir nedeni olmaktadır. Yüksek düzeyde kurum ve yönetici desteğinin olması ise mesleki tatmin oranının artmasına katkı sağlamaktadır (Hunsaker ve ark., 2015). Bu bağlamda sağlığın teşviki ve geliştirilmesi davranışlarına katılımın desteklenmesi, hemşirelerin eşduyum yorgunluğuna ve tükenmişliğe karşı mücadelede iyi olmalarına ve mesleki tatmin düzeyinin artırılmasına katkıda bulunabilir (Neville & Cole, 2013).

Bu çalışmanın DHTY kullanılan aşamasını sadece sekiz hemşire tamamlamasına rağmen ulaşılan sonuçlar anlamlı ve değerlidir. DHT'nin etkinliğine ilişkin kanıtların incelendiği bir çalışmada, DHT alanında yapılan birçok araştırmanın zayıf istatistiksel kanıtlara dayanmasına rağmen, terapötik yararlarının olduğu vurgulanmıştır. Ayrıca DHT'nin bir tedavi alternatifi olarak kullanılabilmesi önerilmiştir (Strassel ve ark.,2011). Kometiani (2017) bir çocuk hastanesinde çalışanlar ile yürüttüğü çalışmasında, grubun kısıtlı büyüklüğüne ve bir pilot araştırma çalışmasının sağladığı sınırlı nicel verilere rağmen, bu gruba katılmanın faydalarının, katılımcıların kendi sözlerinden ve resimlerinden anlaşılacağını vurgulamıştır. Sanat terapisi uygulamalarında bu bilgilerin hem sağlık çalışanları hem de kurum için değerli olduğunu ifade etmiştir. Bu çalışmada katılımcıların sözel ifadelerinin yanısıra yazılı kanıt oluşturmak adına hemşirelerin çalışmaya ilişkin görüşleri değerlendirme formu aracılığıyla talep edilmiştir. Değerlendirme formunda paylaşılan görüşler DHTY'nin

hemşireler üzerindeki etkisi hakkında bilgi vermektedir. Bu bağlamda bu çalışmaya katılan hemşirelerin görüşleri, anı kutusu ve çalışma oturumlarında öne çıkan bazı kavramların çalışmanın değerlendirilmesinde önemli olduğu düşünülmektedir. Bu bilgiler incelendiğinde DHTY'nin mesleki tatmin, tükenmişlik ve eşduyum yorgunluğu düzeylerindeki olumlu etkisi ile örtüşen verilerin olduğu anlaşılmaktadır.

DHTY uygulaması etkin olarak beden ve hareket odaklıdır. Bu çalışmada hemşirelerin bazı duyguları ve ruhsal sıkıntıları güvenli bir grup ortamında kendiliğinden paylaşarak, onlara duygularını yeniden anlamlandırma fırsatı sağlanmıştır. Bu durum DHTY'nin bir katarsis olarak işlev görmesinden kaynaklanmaktadır (Punkanen ve ark., 2014). Bu çalışma sırasında hemşirelerin tükenmişlik ve eşduyum yorgunluğu kaynaklarının sözel ifadesinin yanısıra, DHTY uygulama sürecinde çalışma ortamında karşılaştıkları durumlara verdikleri bedensel ve duygusal yanıtların farkına vardıkları gözlemlenmiştir. DHTY bireylerin ifade edemediği ya da farkında olmadığı duygu ve düşüncelerinin tanınmasına yardımcı olmaktadır (Garcia, Plevin, & Macagno, 2018).

DHTY programın değerlendirilmesine ilişkin bulgular, programın sont test dışında bir diğer göstergesidir. Bu bulgular, program değerlendirmesinde, araştırmacının aktarımı dışında bir yöntem ile elde edilmiş olması nedeniyle farklıdır ve önemlidir. Uygulama grubunda bulunan hemşirelerin ifadesiyle, program hakkında bilgi edinilmektedir. Bu bilgiler doğrultusunda, hemşirelerin tamamının, kendilerine ilişkin bir konuda farkındalık kazandığını, oturum sonrasında iyilik halinin arttığını ifade etmek mümkündür. Bunun yanısıra hemşireler bu tür çalışmaların yaygınlaşması gerektiğini, bu tür programların bir ihtiyaç olduğunu ve yönetimin bu çalışmaları desteklemesi gerektiğini ifade etmişlerdir. Bu bilgiler, programın yararlı olduğunu ve kurumsal destek ile kolaylıkla uygulanabileceğini ve kabul göreceğini düşündürmektedir.

Sonuç olarak DHTY kullanımı, öngörülen biçimde, terapötik ilişki içerisinde hemşirelerin farkındalık geliştirmesine, duygularını ve beden hareketlerini tanımlamasına, ifade edebilme ve yeniden anlamlandırma özelliği kazandırarak, zihin ve beden ve ruh bütünlüğünün sağlanmasına katkıda bulunmuştur. Bu deneyimler ışığında DHTY'nin hemşirelerin mesleki tatmin, tükenmişlik ve eşduyum yorgunluğu düzeylerini olumlu etkilediği söylenebilir.

6.SONUÇ ve ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Bu çalışma dans ve hareket terapisi yöntemlerinin kullanımının hemşirelerin mesleki tatmin, tükenmişlik ve eşduyum yorgunluğu düzeylerine etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır. Ulaşılabilen literatür doğrultusunda hemşirelik alanında dans ve hareket terapisi yöntemlerinin kullanıldığı ilk çalışma olması açısından özgündür. Ayrıca mesleki tatmin, tükenmişlik ve eşduyum yorgunluğu düzeyi üzerinde bir hemşirelik müdahalesi olarak literatürdeki çalışmalardan farklıdır. Bu araştırmada elde edilen sonuçlar aşağıda verilmiştir:

- Hemşirelerin tanıtıcı ve mesleki özelliklerine göre, mesleki tatmin, tükenmişlik ve eşduyum yorgunluğu düzeylerinin farklılaşıp farklılaşmadığı incelendiğinde,
 - 31-50 yaş aralığındaki hemşirelerin, 19-30 yaş aralığındaki hemşirelerden daha az tükenmişlik ve eşduyum yorgunluğu yaşadığı,
 - Çocuk sahibi olmayan hemşirelerin eşduyum yorgunluğu düzeyinin yüksek olduğu,
 - Mesleğini isteyerek seçen hemşirelerin mesleki tatmin oranının yüksek olduğu,
 - Vardiyalı çalışan hemşirelerin tükenmişlik oranının gündüz mesaisinde çalışan hemşirelere göre yüksek olduğu görülmüştür.

Bu sonuç, 1.H₁ hipotezini doğrulamaktadır. Hemşirelerin tanıtıcı ve mesleki özelliklerinin, mesleki tatmin, tükenmişlik ve eşduyum yorgunluğu düzeyine etkisinin olduğu düşünülmektedir.

- Hemşirelerin mesleki tatmin ile tükenmişlik düzeyi arasında ters yönlü ve güçlü bir ilişki, tükenmişlik düzeyi ve eşduyum yorgunluğu düzeyi arasında ise pozitif ve anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür. Bu sonuç 2.H₁ hipotezini doğrulamaktadır. Buna göre hemşirelerin mesleki tatmin, tükenmişlik ve eşduyum yorgunluğu arasında ilişki olduğu düşünülmektedir.
- DHTY uygulamasına katılan hemşirelerin mesleki tatmin düzeyini artmış, tükenmişlik ve eşduyum yorgunluğu düzeylerini azalmıştır. Bu bağlamda,

hemşire sayısı yetersiz olmasına rağmen 3.H₁, 4.H₁, 5.H₁ hipotezlerinin doğrulandığı söylenebilir. Katılım hemşire sayısının yetersiz olması nedeniyle istatistiksel yönden doğrulanamamış olmakla birlikte, DHTY uygulaması hemşirelerin mesleki tatmin puan ortalaması yükseltmiş, tükenmişlik ve eşduyum yorgunluğu ortalamaları azaltmıştır.

- Hemşireler, DHTY programının değerlendirilmesine ilişkin olumlu geribildirimde bulunmuşlardır. Alınan geribildirimler, ön test- son test sonuçlarıyla örtüşmektedir.

6.2. Öneriler

Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda öneriler aşağıdaki dört başlık altında sunulmuştur.

Araştırma alanına ilişkin:

- Ülkemizde mesleki tatmin, tükenmişlik ve eşduyum yorgunluğunu etkileyen faktörleri tanımlayan çalışmaların planlanması,
- Hemşirelerin mesleki tatminini yükseltme, tükenmişlik ve eşduyum yorgunluğunu önleme ve iyileştirmeye yönelik müdahale çalışmalarının planlanması ve belirlenen müdahale çalışmalarında DHTY'ne yer verilmesi,
- DHTY'nin mesleki tatmin, tükenmişlik ve eşduyum yorgunluğu üzerine etkisinin değerlendirildiği deneysel çalışmaların planlanması önerilmektedir.
- DHTY uygulamasını değerlendirirken ölçek kullanımı dışında farklı yöntemlerinde kullanılması,
- Bu çalışmada uygulamayı tamamlayan hemşire sayısının düşük kalması ve araştırma sonucunun kanıt düzeyinin zayıf olması nedeniyle DHTY'nin kullanıldığı kanıt düzeyi yüksek çalışmaların planlanması önerilmektedir.

Uygulama alanına ilişkin:

- DHTY kullanılarak ülkemizde yürütülecek sonraki çalışmalarda, katılımcı sayısının yeterli düzeyde kalabilmesini sağlayan önlemlerin alınması
- Hemşireler ile düzenli ve uzun süre bir çalışma yürütebilmenin zorlayıcı yönlerinin göz önünde bulundurulması,
- Psikiyatri hemşirelerinin rol ve sorumlulukları arasında, meslektaşlarının güçlendirilmesi, desteklenmesi ve yönlendirilmesi amacıyla terapötik grup

çalışmaları planlayabilmesi yer almaktadır. Bu nedenle bu çalışmada olduğu gibi,

- Psikiyatri hemşirelerinin bilgi ve donanımlarını çeşitlendirmesi ve geliştirmesi,
- Uygulama alanında DHTY'yi kullanması önerilmektedir.

Yönetim alanına ilişkin:

Hemşirelerin mesleki tatmin, tükenmişlik ve eşduyum yorgunluğu bakımından riskli bir meslek grubunda yer almaları nedeniyle, hasta-hemşire-kurum açısından negatif sonuçları tanımak ve önlemek amacıyla,

- Konuya ilişkin belirtilerin tanınması için farkındalık sağlama çalışmalarının planlanması,
- İyileştirme programlarının düzenlenmesi ve desteklenmesi,
- Genç hemşirelerde tükenmişlik ve eşduyum yorgunluğunun yüksek olması nedeniyle, başetme becerilerini geliştiren eğitim planlamalarının yapılması önerilmektedir.

Eğitim alanına ilişkin,

Hemşirelik eğitiminde,

- Hemşirelerin mesleki tatmin, tükenmişlik ve eşduyum yorgunluğu düzeylerinin bireysel ve toplumsal etkilerine ilişkin farkındalık sağlanması,
- DHTY'nin kullanımına ilişkin bilgilere yer verilmesi önerilmektedir.

KAYNAKLAR

Altınçapa B, Kaya BY, Eren N. Inter-model dışavurumcu grup sanat terapisinin hemşirelik son sınıf öğrencilerinin stresle başa çıkma düzeylerine etkisi. Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2018; 4(1), 11-19.

Ardıç K, Polatçı S. Tükenmişlik sendromu akademisyenler üzerinde bir uygulama. Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi. 2008; 10(2), 69-96.

Arı GS, Bal EÇ. Tükenmişlik kavramı:birey ve örgütler açısından önemi. Yönetim ve Ekonomi. 2008; 15(1), 131-148.

Arnaud A, Delsarte F,Gerald MD. Delsarte System of Oratory. (Editör: E. S. Werner) New York: Wehman Bros, 1893.

Aslan Ö, Akbayrak N. Hemşirelerde İş Doyumu. Modern Hasta Yönetimi Dergisi. 2002; 6(2), 29-35.

Aylaz R, Aydoğmuş N, Yayan E. H. Hemşirelerin İş Doyumu Düzeylerinin Belirlenmesi. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 2017; 6(1), 12-17.

Batıgün AD, Şahin NH. İş Stresi ve Sağlık Psikolojisi Araştırmaları için iki Ölçek:A-Tipi Kişilik ve iş Doyumu Türk Psikiyatri Dergisi, 2006, 17(1), 25-32

Başkale H, Günüşen NP, Serçekuş P. Bir Devlet Hastanesinde Görev Yapan Hemşirelerin Çalışan Yaşam Kalitesi Düzeylerinin ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. Pamukkale Tıp Dergisi, 2016, 9(2), 125-133.

Bräuning I. The efficacy of dance movement therapy group on improvement of quality of life: A randomized controlled trial. The Arts in Psychotherapy, 2012; 39, 296–303.

Brewer EW, Shapard L. Employee Burnout: A Meta-Analysis Of The Relationship Between Age or Years of Experience. Human Resource Development Review, 2004; 3(2),102-123.

Budak G, Sürvegil O. Tükenmişlik ve Tükenmişliği Etkileyen Örgütsel Faktörlerin Analizine İlişkin Akademik Personel Üzerinde Bir Uygulama. D.E.Ü İ.İ.B.F. Dergisi,2005; 20(2), 95-108.

Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM, Wagner CM. Hemşirelik Girişimleri Sınıflaması (NIC) Çeviren: F. Erdemir, S. Kav, & A. A. Yılmaz Nobel Tıp Kitabevleri, Ankara, 2017.

Büyükdüvenci S. Sanat ve değer. Felsefe ve sosyal bilimler, 2006, 47-50.

Carpenito-Moyet L J. Hemşirelik Tanıları El Kitabı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, 2012.

Cebeci O. Psikanalitik Edebiyat Kuramı. İstanbul: İthaki, 2004.

Chase M. Foundation of Dance/Movement Therapy: The Life and Work of Marian Chase. (Editör: S. L. Sandel, S. Chaiklin, & A. Lohn) ADTA, 1993.

Chodorow J. Dance therapy and depth psychology: The moving imagination. New York & London: Routledge Taylor & Francis Group, 2013.

Chinn PL, Watson J. Art and aesthetics in nursing. Jones & Bartlett Learning, 1994.

Corsini R J, Wedding D. Modern Psikoterapiler Çeviren: E. Güzelyazıcı, S. D. Çiftçi, M. Türkoğlu, İstanbul: Kaknüs Psikoloji, 2012.

Coşkun S, Şarlak K, Taştan H. Psikiyatri Hemşirelerinde Öğrenilmiş Güçlük Düzeyi ve İş Yaşamı Kalitesi: Karşılaştırmalı Bir Çalışma. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi,2015; 4(1), 84-101.

Çalık KY, Aktaş S, Bulut HB, Anahar EÖ. Vardiyalı ve Nöbet Sistemi Şeklindeki Çalışma Düzeninin Hemşireler Üzerine Etkisi. HSP, 1(1), 2015; 33-45.

Çam O. 1995. Tükenmişlik. İzmir: Saray, 1995.

Çatay Z. Bedenin Bilincini Harekete Geçiren bir Yöntem olarak Dans /Hareket Terapisi. Sanat Psikoterapileri Derneği, 2013.

Çetinkanat C. Örgütlerde güdülenme ve iş doyumunu Anı Yayıncılık, Ankara, 2000.

Çolak B, Şişmanlar Ş G, Karakaya, I, Etiler N, Biçer Ü. Çocuk Cinsel İstismarı Olgularını Değerlendiren Meslek Gruplarında Dolaylı Travmatizasyon. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 2012, 13, 51-58.

Çimen M, Ergin C. Türk Silahlı Kuvvetleri Sağlık Personelinin Tükenmişlik Düzeylerinin İncelenmesi. Gülhane Tıp Dergisi, 2003; 43(2), 169-176.

Danacı A.E, Aktarım Ve Karşı-Aktarım. ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi. 2009; 10(3), 55-58

Dökmen Ü. Sanatta ve Günlük Yaşamda İletişim Çatışmaları ve Empati, Remzi Kitabevi, İstanbul, 2016.

Durmuş S, Günay O. Hemşirelerde iş doyumunu ve anksiyete düzeyini etkileyen faktörler. Erciyes Tıp Dergisi, 2007;29(2)139-146.

Eracar N. Sözden Öte: Sanatla Terapi ve Yaratıcılık, 3P, İstanbul, 2013.

Erdoğan S, Nahcivan N, Esin N.M. Hemşirelikte Araştırma, süreç uygulama ve kritik. İstanbul: Nobel Kitabevleri; 2014 s: 87-129.

Eren N. Farklı Psikoterapi Ekollerinin Sanat ve Yaratıcılığa Yaklaşımları. Sanat Psikoterapileri Derneği, 2012.

Ergin C. Akademisyenlerde Tükenmişlik ve Çeşitli Stres Kaynaklarının İncelenmesi. Hacettepe Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Dergisi, 1995; 12 (1-2), 37-50.

Eroğluer K. Örgütsel iletişim ile iş tatmini unsurları arasındaki ilişkiler: kuramsal bir inceleme. Ege Akademik Bakış, 2011, 11(1): 121-136.

Erşan EE, Yıldırım G, Doğan O, Doğan S. Sağlık çalışanlarının iş doyumunu ve algılanan iş stresi ile aralarındaki ilişkinin incelenmesi. Anatolian Journal of Psychiatry/Anadolu Psikiyatri Dergisi, 2013, 2-14

Ezici A K. Sanatçının Kişiliği ve Yaratma Psikolojisi. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 2015; 6, 122-127.

Farah MH. Jung's Active Imagination in Whitehouse's Dance: notions of body and movement. *Psicologia USP*, 2016; 27(6), 542-552. doi:http://dx.doi.org/10.1590/0103-656420150121

Fehr SS. Grup Terapisine Giriş: Grup Terapistleri İçin Rehber Kitap Çeviren F. Zengin, Sistem yayıncılık, İstanbul, 2000.

Figley CR. Compassion fatigue: psychotherapists' chronic lack of self care. *Journal of Clinical Psychology*. 2002; 1434-1441.

Figley CR. Treating compassion fatigue. Routledge: New York, (2002a).

Fischman D. Therapeutic relationships and kinesthetic empathy. H. W. Sharon Chaiklin içinde, *The art and science of dance/movement therapy: Life is dance* Taylor & Francis, New York; 2009; s. 33-53.

Fortinash KM., Worret P. A. *Psychiatric Mental Health Nursing*. Mosby, Canada, 2008.

Freud S. *Sanat Ve Sanatçılar Üzerine Çeviren: K. Şipal*. 5. Baskı, Bozak Yayınları, İstanbul, 1979.

Freud S. *Düşlerin Yorumu II*, (Çeviren: E. Kapkın) İstanbul: Payel Yayınevi, 1992.

Frisch NC, Frisch LE. *Psychiatric Mental Health Nursing*. New York: Delmar, 2002.

Garcia ME, Plevin M, Macagno P. *Yaratıcı Hareket ve Dans*. Editör: Z. Çatay Çevirön: E. Salman. İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları, İstanbul; 2018.

Goodill SW. *An introduction to medical dance/movement therapy: Health care in motion*. Jessica Kingsley Publishers, London; 2005.

Gök G A. Merhamet etmenin dayanılmaz ağırlığı: hemşirelerde merhamet yorgunluğu. *Süleyman demirel üniversitesi iktisadi ve idari bilimler fakültesi dergisi*. 2015; 20(2): 299-313.

Göktepe AK. *Dışavurumcu Sanat Terapinin Üniversite Öğrencilerinde Akış Durumu Ve Psikolojik İyi Oluş Üzerindeki Etkisi*. Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2014, İstanbul.

Göktepe AK. Sanat Terapi. Nesil, İstanbul, 2015.

Göktepe AK. Tükenmişlik Sendromu. Nesil Yayın Grubu, İstanbul, 2016

Güçray SS, Çekici F, Çolakkadıoğlu O. Psiko-eğitim Gruplarının Yapılandırılması ve Genel İlkeleri. Mersin Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, 2009; 5(1), 134-153.

Güney M. Sanat Terapileri. Türkiye Klinikleri J Psychiatry-Special Topics, 2009; 2(2), 84-90.

Günüşen N, Üstün B. Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Tükenmişlik Düzeyi Ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2008;11(4), 48-58

Hackney P. Making connections: Total body integration through Bartenieff fundamentals. Routledge, New York, 2009.

Hastie SC. The Kestenberg movement profile. Creative arts therapies manual: A guide to the history, theoretical approaches, assessment, and work with special populations of art, play, dance, music, drama, and poetry therapies. Editör: S. L. Brooke, Charles C Thomas, U.S.A; 2006.

Hiçdurmaz D, İnci FA. Eşduyum yorgunluğu; tanımı, nedenleri ve önlenmesi. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar.2015; 7(3), 295-303.

Higgins LG. Dance Therapy and Depth Psychology: The Moving Imagination by Joan Chodorow. Dance Research: The Journal of the Society for Dance Research, 1993; 11(1), 87-90.

Hinderer KA, T.VonRueden K, Friedmann E, McQuillan KA, GilmoreR, Kramer B, Murray M. Burnout, compassion fatigue, compassion satisfaction, and secondary traumatic stress in trauma nurses. Journal of Trauma Nursing, 2014; 21(4), 160-169.

Hooper C, Craig J, Janvrin DR, Wetsel MA. Reimels E. Compassion Satisfaction, Burnout, and Compassion Fatigue Among Emergency Nurses Compared With Nurses in Other Selected Inpatient Specialties. Journal of Emergency Nursing. 2010; 36(5), 420-427

Hunsaker S, Chen HC, Maughan D, Heaston S. Factors That Influence the Development of Compassion Fatigue, Burnout, and Compassion Satisfaction in Emergency Department Nurses. *Journal of Nursing Scholarship*. 2015; 47(2),186-194.

İncir G. Çalışanların Motivasyonuna Genel Bakış. MPM Yayınları, Ankara; 1985.

İntepeler ŞS, Güneş N, Bengü N, Yılmazmış F. Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin İş Doyumu ve Kurumsal Bağlılıklarındaki Değişim. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 2014; 7(1), 2-6.

ISNA Bulletin, Running on Empty: Compassion Fatigue in Nurses and Non-Professional Caregivers. *The Bulletin*, 2017; 44(1), 10-14.

Italia S, Favara-Scacco C, Di Cataldo AD, Russo G. Evaluation and art therapy treatment of the burnout syndrome in oncology units. *Psycho Oncology*, 2008; 17(7), 676-680.

Jung CG. Jung: Psikoterapi Pratiği. Çeviren: S. Türk, Kaknüs Yayınları, İstanbul; 2015.

Jung CG. Analitik psikoloji. Çeviren: E. Gürol, Payel Yayınevi, İstanbul; 1997.

Jung CG. İnsan ve Sembolleri. Çeviren: A. N. Babaoğlu, Okyanus Yayınları, İstanbul; 2009.

Jung CG. Analitik Psikoloji Sözlüğü. Çeviren: N. Nirven, Pinhan Yayıncılık, İstanbul; 2016.

Karataş E. Yapılandırılmış grup sanat terapisi programının 15-18 yaş aralığındaki gençlerin mutluluk düzeyleri, duygularını ifade etme eğilimleri, duygu düzenleme güçlükleri ve psikiyatrik belirtilerine etkisi. T.C. İstanbul arel üniversitesi sosyal bilimler enstitüsü psikoloji anabilim dalı: 2016, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

Kavlu İ, Pınar R. Acil Servislerde Çalışan Hemşirelerin Tükenmişlik ve İş Doyumlarının Yaşam Kalitesine Etkisi. *Türkiye Klinikleri*, 2009; 29(6), 1543-1545.

Kaya B Y. Çalıştayı Uygulama Çalışma Grubu Raporu. Sanat Psikoterapileri Derneği, 2013.

Kaya N, Kaya H, Ayık SE, Uygur E. Bir devlet hastanesinde çalışan hemşirelerde tükenmişlik, Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi. 2010; 7(1), 401-419.

Keskin G, Yıldırım G Ö. Hemşirelerin Kişisel Değerlerinin ve İş Doyumlarının İncelenmesi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 2006; 22(1), 119-133.

Killick K, Schaverien, J. Art, Psychotherapy and Psychosis. Çeviren: B. Büyükkal, Yelkovan, İstanbul; 2003.

Kırlı S, Güney M, Başar N E, Başar T. Psikoterapide Sanatın Kullanımı. özel baskı, İstanbul.

Koch S C. Movement Analysis in Dance Therapy: Semantics Of Movement Qualities, Rhythm And Shape According To Laban And Kestenber. Acta Universitatis Carolinae/ Kinanthropologica, 2011; 47(2).

Koch SC, Sossin KM. Kestenber movement analysis. A. Cienki, E. Fricke, S. Ladewig, D. McNeill, S. Tebendorf içinde, Body - Language - Communication: An International Handbook on Multimodality in Human Interaction, De Gruyter Mouton; 2013; 958-973.

Koch SC, Cruz RF, Sharon W. Goodill. The Kestenber Movement Profile: Performance of Novice Raters. American Journal of Dance Therapy, 2001; 23(2), 71-87.

Koch S, Kunz T, Lykou S, Cruz R. Effects of dance movement therapy and dance on health-related psychological outcomes: A meta-analysis. The Arts in Psychotherapy, 2014; 41, 46-64.

Kometiani MK. Creating a vital healing community: A pilot study of an art therapy employee support group at a pediatric hospital. The Arts in Psychotherapy, 2017; 54, 122-127.

Koşucu S N, Gökteş S. B, Yıldız T. Cerrahi ve dahiliye servislerinde çalışan hemşirelerin işe bağlı gerginlik ve iş doyumunu düzeylerinin değerlendirilmesi. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 2017; 42(4), 675-681.

Kundak Z, Taş HÜ, Keleş A, Eğicioğlu H. Bir Üniversite Hastanesinde Hemşirelik Mesleğinde İş Tatmini ve Motivasyon. Kocatepe Tıp Dergisi, 2015; 16, 1-10.

Kuzulugil Ş. Kamu hastaneleri çalışanlarında iş tatminini etkileyen faktörlerin incelenmesine yönelik bir araştırma. İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi Dergisi, 2012; 41(1), 129-141.

Levy FJ. (1988). Dance/Movement Therapy. A Healing Art. AAHPERD Publications, PO Box 704, Waldorf, 1988.

Lewis P. (1994). Theoretical Approaches in Dance-movement Therapy (Cilt 1). Kendall/Hunt Publishing Company, 1994.

Locke EA. The Nature and Causes of Job Satisfaction. The handbook of industrial and organizational psychology. USA: John Wiley and Sons, 1976.

Lombardo B, Eyre Caryl. Compassion Fatigue: A Nurse's Primer. The Online Journal of Issues in Nursing, 2011, 16(1),3.

Malchiodi CA. Expressive Therapies. New York: The Guilford Press, 2005.

Maslach C, Goldberg J. Prevention of burnout: nexperspectives. Applied Preventive Psychology, 1998; 7, 63-74.

Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced burnout. Journal of Occupational Behaviour, 2, 1981; 99-113.
<http://www.aagbi.org/sites/default/files/Maslach.pdf>

Maslach C, Leiter MP. The Truth About Burnout: How Organizations Cause Personal Stress and What to Do About It. San Francisco: Jossey-Bass,1997.

Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. (2001). "Job Burnout". Annual Review of Psychology, 2001; (52), 397-422.

May R. Yaratma Cesareti. İstanbul: Metis, 2015.

McHugh MD, Kutney-Lee A, Cimiotti J P, Sloane DM, Aiken LH. Nurses' Widespread Job Dissatisfaction, Burnout, and Frustration with Health Benefits Signal Problems For Patient Care, Health Affairs, 2011; 30(2), 202-210

Meekums B. Dance movement therapy: A creative psychotherapeutic approach. London: Sage, 2010. <http://ebookcentral.proquest.com/lib/akdeniz-ebooks/detail.action?docID=254677>.

Metin Ö, Özer FG. Hemşirelerin Tükenmişlik Düzeyinin Belirlenmesi. Atatürk Üniversitesi. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2007; 10(1) 58-66.

Neville K, Cole D. The relationships among health promotion behaviors, compassion fatigue, burnout, and compassion satisfaction in nurses practicing in a community medical center. Journal of Nursing Administration, 2013; 43(6), 348-354.

Özakkaş T. Bütüncül Psikoterapi. 3. Baskı. Litera Yayıncılık, İstanbul, 2008.

Özbaş AA. Psikodrama Temelli Psikolojik Güçlendirme Programının Onkoloji Hemşirelerinin Güçlenme Algıları Ve Tükenmişlik Düzeyleri Üzerine Etkisi . Kayseri: Doktora Tezi,2014.

Özdamar K. Modern Bilimsel Araştırma Yöntemleri. Eskişehir: Kaan Kitabevi, 2003.

Pektekin Ç. Hemşirelik felsefesi, kuramlar-bakım modelleri ve politik yaklaşımlar. İstanbul Tıp Kitabevi: İstanbul, 2013.

Polat FN, Erdem R. Merhamet Yorgunluğu Düzeyinin Çalışma Yaşam Kalitesi ile İlişkisi: Sağlık Profesyonelleri Örneği. Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi. 2017; 26, 291-312.

Potter P, Deshields T, Divanbeigi J, Berge J, Cipriano D, Norris L, Olsen S. Compassion Fatigue and Burnout: Prevalence Among Oncology Nurses. Clinical Journal of Oncology Nursing, 2010; 14(5), 56-62

Powell MA. Assessment in dance/movement therapy practice: A state of the field survey. (Doctoral dissertation, Drexel University, College of Nursing and Health Professions, Creative Arts in Therapy Program, 2008.

Punkanen M, Saarikallio S, Luck G. Emotions in motion: Short-term group form Dance/Movement Therapy in the treatment of depression: A pilot study. *The Arts in Psychotherapy*, 2014; 41, 493–497.

Rautner H, Koch SC. Psychology of the Embrace: How Body Rhythms Communicate the Need to Indulge or Separate. *Behavioral Sciences*, 2017; 7(4), 80. doi:10.3390/bs7040080

Rego A, Godinho L, Mcquenn A, Cunha, M. Emotional Intelligence and Caring Behaviour in Nursing. *The Service Industries Journal*, 2010; 30(9), 1419–1437.

Reitz HJ. *Behavior in Organizations*. U.S.A: Irwin Inc, 1987.

Roney LN, Acri MC. The Cost of Caring: An Exploration of Compassion Fatigue, Compassion Satisfaction, and Job Satisfaction in Pediatric Nurses. *Journal of Pediatric Nursing*, 2018; 40, 74-80.

Rouquette ML. *Yaratıcılık*. Çeviren: İ. Yerguz, Dost Kitabevi, Ankara; 2007.

Salzano AT, Lindemann E, Trotsky LN. The effectiveness of collaborative art making task on reducing stress in hospice caregivers. *The Arts in Psychotherapy*, 2013; 45-52.

Samadov S. İş Doyumu Ve Örgütsel Bağlılık: Özel Sektörde Bir Uygulama. Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı Yönetim ve Organizasyon Programı Yüksek Lisans Tezi, 2006 (Danışman Prof. Dr. Gülay Budak)

Santos LC. *Laban Movement Analysis: A Bayesian Computational Approach to Hierarchical Motion Analysis and Learning*. University of Coimbra. Doctoral dissertation, 2013.

Sarıkaya NA, Ayhan CH, Sukut Ö. Farklı Gruplarda Dans ve Hareket Terapisinin Kullanımı ve Etkileri. *G.O.P. Taksim E.A.H*, 2017; (3), 1-5.

Schaufeli WB, Maslach C, Marek T. *Professional Burnout; Recent Developments in Theory and Research*. London: Taylor&Francis Group, 1993.

Sharf R S. *Psikoterapi ve Psikolojik Danışma Kuramları-Kavramlar ve Örnek Olaylar*. 5. Baskı, Çeviren N. V. Acar, Ankara: Nobel Yayıncılık, 2014.

Smart D, English A, James J, Wilson M, Darath KB, Childers B, Magera C. Compassion Fatigue And Satisfaction: A Cross-Sectional survey Among US Healthcare Workers. *Nursing and Health Sciences*. 2014; 3, 3-10.

Soygür H. Sanat ve "delilik". *Klinik psikiyatri*, 1999; 124-133.

Strassel JK, Cherkin DC, Steuten L, Sherman KJ, Vrijhoef HJA Systematic Review of the Evidence for the Effectiveness of Dance Therapy. *Alternative Therapies*, 2011; 17(3), 50-59.

Sutil NS. Rudolf Laban and Topology: a Videographic Analysis. *Space and Culture*, 2013; 16 (2), 173-193. doi:<https://doi.org/10.1177/1206331213475776>

Taycan O, Kutlu L, Çimen S, Aydın N. Hemşirelerde Depresyon Ve Tükenmişlik Düzeyinin Sosyodemografik Özelliklerle İlişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2006;7, 100-108.

Tekir Ö, Çevik C, Arık S, Ceylan G. Sağlık Çalışanlarının Tükenmişlik, İş Doyumu Düzeyleri Ve Yaşam Doyumunun İncelenmesi. *Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 2016; 18(2), 51-63

Tilev S, Beydağ KD. Hemşirelerin İş Doyum Düzeyi. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, 2014; 1(3), 140-147.

Tokinan BÖ. Yaratıcı dans etkinliklerinin motivasyon, özgüven, özyeterlik ve dans performansı üzerindeki etkileri. İzmir: DEÜ Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, 2008.

Townsend MC, Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliğinin Temelleri Kanıta Dayalı Uygulama Bakım Kavramları, Çeviri Editörleri: Celale Tangül Özcan, Nermin Gürhan, 6. Baskı, Akademisyen tıp kitabevi, Ankara, 2016.

Türkistanlı E, Dönmez Z, Şahin E. SSK Ege Doğumevi ve Sağlık Bakanlığı İzmir doğumevinde çalışan hemşire ve ebelerin çalışma koşullarından memnuniyetleri. VII. Ulusal Hemşirelik Kongresi Kitabı, 1999; 273-279 Erzurum.

Usluoğlu F, Gündüz B, Çağlayan E. Yaratıcılığa Dayalı Tükenmişlikle Başağıkma Programının Hemşirelerin Tükenmişliklerini Azaltamadaki Etkisi: Bir Grup Çalışması Örneği. *International Journal of Human Sciences*, 2015; 12(1), 1312-1318.

Vexliard A. Yaratıcılık teorileri ve eğitim. Ankara Üniversitesi Dil ve Tarih-Coğrafya Fakültesi Felsefe Bölümü Dergisi, 1966; 4, 107-153.

Whitehouse MS, Pallaro P. *Authentic Movement: Moving the Body, Moving the Self, Being Moved: a Collection of Essays, Volume Two*. Editör: P. Pallaro, London: Jessica Kingsley Publishers, 2007.

Winnicott D. *Playing and reality*. Çeviri: T. Birkan, İstanbul: Metis Yayınları,2007.

Yavuzer HS. *Yaratıcılık*. İstanbul: Boğaziçi Üniversitesi, 1996.

Yeşil A, Ergün Ü, Amasyalı C, Er F, Olgun NN, Aker AT, Çalışanlar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği Türkçe Uyarlaması Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. *Nöropsikiyatri Arşiv Dergisi*, 2010; 111-117

Yıldırım MH, İçerli L. Tükenmişlik Sendromu: Maslach ve Kopenhag Tükenmişlik Ölçeklerinin Karşılaştırmalı Analizi. *Organizasyon ve Yönetim Bilimleri Dergisi*, 2010; 2(1), 123-131.

Yılmaz O, Acar, NV. Psikolojik danışman eğitiminde süpervizyonun önemi ve grupla psikolojik danışmadaki rolü. *Abant İzzet Baysal Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 2015; 15(1), 342-356.

Yoder EA. Compassion fatigue in nurses. *Applied Nursing Research*, 2010; 23, 191–197.

EKLER

EK-1: Kişisel Bilgi Formu

1. Adınız Soyadınız: 2. Yaşınız:
3. Cinsiyetiniz: 1. Kadın
 2. Erkek
4. Medeni durumunuz: 1. Evli
 2. Bekar
5. Çocuk sayınız: Var.....(Belirtiniz) Yok (Diğer soruya geçiniz)
6. Eğitim durumunuz: 1. Lise
 2. Önlisans
 3. Lisans
 4. Yüksek Lisans
 5. Doktora ve Üstü.....(Belirtiniz)
7. Mesleğinizi isteyerek mi seçtiniz: Evet Hayır
8. Şu anda Çalışmakta Olduğunuz Birim: Dahili Birim:(Belirtiniz)
 Cerrahi Birim:(Belirtiniz)
 Yoğun Bakım Birimi:.....(Belirtiniz)
 Ameliyathane
 Acil Servis
9. Çalışma saatleriniz: 08-16 16-08 Her ikisi
10. Çalışma pozisyonunuz: Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü Sorumlu Hemşire Klinik Hemşiresi Poliklinik Hemşiresi
11. Şu an çalıştığınız birimde çalışma yılınız: (Yıl / Ay)
12. Hemşirelikte yılınız :..... (Yıl / Ay)
13. Meslek yaşamınız boyunca çalıştığınız bölüm ve süreleri aşağıdaki çizelgede belirtiniz:

Çalışılan Bölüm	Süresi (yıl/ ay)

14. Araştırmanın ikinci bölümü konusunda haberleşme sağlayabilmek için iletişim bilgileriniz:

Cep Tel. :

E-posta :

Teşekkür Ederim.

EK-2: Çalışanlar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği(ÇYKÖ)

Türkçe Uyarlaması

Yaptığımız işin veya mesleğin gereği olarak insanlara yardım etmek, onların yaşantılarıyla doğrudan temasa geçmemizi sağlar. Duygularımızı ya da yaşanan acıyı paylaşabilmemiz ve hissedebilmemiz yardım ettiğimiz kişinin olumlu ve olumsuz yanlarından veya durumundan etkilenecektir. Mesleğinizin özelliklerinden kaynaklanabilecek olumlu ve olumsuz deneyimleriniz hakkında sorular sormak istiyoruz. Lütfen, her soruyu içinde bulunduğunuz durumu göz önüne alarak değerlendiriniz. GEÇTİĞİMİZ SON BİR AYDAKİ duygu ve düşüncelerinizi dikkate alarak içinde bulunduğunuz durumu ne kadar sıklıkla yaşadığımızı, aşağıdaki çizelgede belirtilen 0 ile 5 arasındaki rakamlardan herhangi birini seçerek yanıtlayınız.

Katkılarınız için teşekkür ederiz.

0=Hiçbir zaman 1=Nadiren 2=Bazı zamanlar 3=Sıkça 4=Sık Sık 5=Çok Sık

	0	1	2	3	4	5
1. Kendimi mutlu hissediyorum.						
2. Yardım ettiğim kişiler zihnimi aşırı meşgul ediyor.						
3. İnsanlara yardım edebiliyor olmaktan memnun oluyorum.						
4. Başkalarıyla ilişki kurabildiğimi hissediyorum.						
5. Ani ya da beklenmedik ses duyunca sığıyorum ya da ürküyorum.						
6. Başkalarına yardım ettikten sonra kendimi daha güçlü hissediyorum.						
7. Yardım eden rolümle kendi özel hayatımı birbirinden ayırmakta zorlanıyorum.						
8. Yardım ettiğim kişilerin yaşadığı çok acı bir olay uyumun bozulmasına neden oluyor.						
9. Yardım ettiğim kişilerin yaşadığı stresin bana da geçebileceğini düşünüyorum.						
10. Yardım eden olarak kendimi kapana sıkışmış gibi hissediyorum.						
11. Yardım için yaptığım çalışmalarımın dolayı zaman zaman kendimi zorda hissediyorum.						
12. İşimi seviyorum.						
13. Yardım eden olmamın sonucunda kendimi çökkün hissediyorum.						
14. Yardım ettiğim kişilerin başlarından geçen çok acı yaşantıları sanki kendim yaşıyormuş gibi hissettiğim oluyor.						
15. Bana güç veren inançlarım var.						
16. Bildiğim yardım yöntemlerini ne kadar çok kullanabilirsem o kadar iyi hissediyorum.						
17. Her zaman olmak isediğim gibi bir insanım.						
18. İşim beni tatmin ediyor.						
19. Kendimi tükenmiş hissediyorum.						
20. Yardım ettiğim kişiler ve onlara yaptığım yardımlarla ilgili olumlu düşünce ve duygular taşıyorum.						
21. Yaptığım işin yoksunluğu veya yardım ettiğim kişilerin çokluğu gibi nedenlerle kendimi tükenmiş hissediyorum.						
22. İşimde yaptıklarıyla bir fark yaratabileceğime inanıyorum.						
23. Bana, yardım ettiğim insanların korku verici yaşantılarını hatırlattığı için çeşitli etkinlik ve durumlarda bulunmaktan kaçınıyorum.						
24. Yardım edebildiğim durumlardan gurur duyuyorum.						
25. Yardım etmemin sonucu olarak sıkıntı verici veya korkutucu düşüncelerim oluyor.						
26. Çalışma sisteminden dolayı kendimi çıkmaza girmiş gibi hissediyorum.						
27. Yardım eden olarak kendimi “başarılı” hissediyorum.						
28. Travma mağdurlarıyla yaptığım çalışmaların önemli bölümlerini hatırlayamıyorum.						
29. Çok hassas bir insanım.						
30. Bu işi seçtiğim için mutluyum.						

EK-3: DHTY Uygulaması Değerlendirme Formu

1. Oturumlar öncesinde ve sonrasında bedeninizde ne gibi farkındalıklar oldu?

Deneyimlerinizi kısaca anlata bilirmisiniz?

2. Oturumlar sonunda iyilik hali 1 ve 10 arasında değerlendirildiğinde, oturum öncesi ve sonrası ortalama puanınız nasıl değerlendirirsiniz?

3. Bu tür çalışmalar hakkında ne düşünöyorsunuz?

4. Bu çalışmaların geniş kitlelere ulaşması için neler önerirsiniz?

5. Paylaşmak ve iletmek istedikleriniz ?

EK-4: Anı Kutusu



EK-5: DHTY Sertifası



EK-6: Dans ve Hareket Terapisi Yöntemleri Programı
1.Oturum: Tanışma, grubu tanıma, beklentiler

Hedef	Kapsam	Kazanım
Grup üyelerinin birbirleriyle tanışması	Tanışma	Grup üyeleri birbirini tanıır.
Grupla karşılıklı tanışma	Grubu tanıma	Grup üyeleri grup kurallarını bilir.
Programın tanıtılması	İhtiyaçları belirleme	Grup üyeleri terapötik kuralları sıralayabilir.
Güven ortamı oluşturabilme	Beklentiler	Grup üyeleri nefese ve bedene odaklanabilir.
Nefese ve bedene odaklanabilme	Terapötik kurallar	Grup üyeleri karşılıklı beklentileri bilir.
Beklentilerin açığa kavuşturulması	An'da farkındalık	Grup üyeleri 'şimdi ve burada' kavramını bilir.
'Şimdi ve burada' kavramının tanıtılması	Nefes egzersizi	Grup üyeleri programı tanıır.
	Tanışma oyunu(bedenin herhangi bölümünü harekete geçirerek isim söyleme)	Grup üyeleri An'da farkında olabilmeyi tanıır ve ilerleyen süreçte bu beceriyi geliştirebilir.
	Egzersiz (Bedenin çeşitli bölümleri ile havaya hayali şekiller çizme)	
	Beden-nefes ilişkisi	
	Oturumun sonlandırılması	

2.Oturum: Fiziksel analiz

Hedef	Kapsam	Kazanım
Bir önceki oturumun hatırlanması	Fiziksel Analiz Kronik ağrı, postür analizi, Fiziksel alışkanlık farkındalığı)	Grup üyeleri nefes egzersizi yapabilir.
Nefes egzersizini deneyimleme	Fiziksel alışkanlıkların günlük yaşantı üzerindeki etkisi tartışma,	Grup üyeleri kendi bedenlerinde üzerinde farkındalık kazanır.
Beden ve kendi bedenini tanıyabilme	Bedenin zihin üzerine, zihnin beden üzerine etkisinin tartışılması	Grup üyeleri herhangi bir durum karşısında beden tepkilerinin farkındadır.
Beden ve zihin ilişkisini örnekleyebilme	Yerde nefes egzersizi, esneme	Grup üyeleri An'da hissettiği duyguların farkında olabilmeyi bilir.
Kişinin hissettiği duyguları, istekleri, şüpheleri ve korkularının farkında olabilmesi	Egzersiz (İkili partner olma ve öncelikle bir kişinin aktif hareket ettiğini daha sonra diğerinin onu sadece parmak teması ile takip etmesi, sonra yer değiştirme, paylaşım)	Grup üyeleri An'da hissettiği duyguların farkında olabilmeyi bilir.
Gerginliği ve kaygıyı azaltmada ve gevşemeyi sağlayabilme	Egzersiz ayakta iken nefes alma, sonra kendine masaj yapma, sonra çember oluşturma ve sağ el bedende göğüs hizasında sol el solundaki bireyin sırtında olacak şekilde nefes alışverişine devam ederek kapanışa geçiş, paylaşım	Grup üyeleri kaygı ve gerginlik karşısında gevşeme tekniklerini bilir.
İç gözlem yaparak kendileriyle ilgili sahip oldukları bilgileri genişletebilmesi	Efor kontrolü	Grup üyeleri kendileriyle ilgili yeni özellikler keşfedebilir.
Bedenin yapıcı kaynaklarının harekete geçirilmesi	Bırakma teması üzerine çalışma	Grup üyeleri duygularını ifade edebilme becerisi geliştirir.
Beden hareketlerinin duygu ve düşünce üzerinde etkisinin deneyimlenmesi	Kapanış egzersizi (süpürme oyunu)	Grup üyeleri beden hareketlerinin duygu düşünce üzerine etkisini bilir.
Empatinin kullanılabilmesi		Grup üyeleri duygu ve düşüncelerimizi bedeni nasıl etkilediğini bilir. Grup üyeleri empati kurabilme yeteneği geliştirir.

3.Oturum: Beden aracılığı ile iletişim kurma

Hedef	Kapsam	Kazanım
Bir önceki oturumun hatırlanması	Beden Aracılığı ile İletişim Kurma (Bireyin kendi ve öteki beden ile iletişimi, gözlem çalışmaları)	Grup üyeleri nefes egzersizini yaparak gevşeyebilir.
Nefes egzersizi ile gevşeyebilme	Nefes egzersizi	Grup üyelerinin egzersizler yardımıyla kaygı ve rahatsızlığı azalır.
Kaygı ve rahatsızlığın azaltılması	Esneme hareketleri(cenin-yıldız pozisyonu)	Grup üyeleri kendilerinin etkileyen geleneksel kuralların farkındadır.
Katılımcıların birbirlerine yakınlaşmalarını engelleyen geleneksel toplumsal davranışların farkında olabilmesi	Kendi kendine masaj	Grup üyeleri birbirleriyle olan uyum-uyumsuzluk sürecinin farkındadır.
Güven ve uyumun desteklenmesi	Denge (Alanda yürüme, hiç konuşmadan anlaşabilme ve bir eş bularak sırt sırta denge çalışılması)	Grup üyeleri birbirleriyle iletişim içindeyken kişisel sınırlarını fark edebilir.
Katılımcıların kişisel sınırlıklarını tanımlayabilmesi eğer isterse ifade edebilmesi	Oturum sonunda paylaşım	Grup üyelerinin egzersizler yardımıyla duygularını ifade etmeleri kolaylaşır.
Katılımcıların rahatlamalarına, duygularını daha fazla ifade edebilmelerine ve dolayısıyla kendilerini açmalarına yardımcı olunması	Kapanış egzersizi (nefes çalışması)	Grup üyeleri egzersizler yardımıyla kendileriyle ilgili yeni özellikler fark edebilir.
Kendi kişiliklerinde farkında olmadıkları yönlerin (kör alan) açığa çıkarmada yardımcı olabilme		

4.Oturum: BartiniEFF ilkeleri ile beden farkındalığı-I

Hedef	Kapsam	Kazanım
Bir önceki oturumun hatırlanması	BartiniEFF temel hareket analiz sistemi ile beden farkındalığı-I	Grup üyeleri beden farkındalığı kazanır.
Grubun biçimlenmesine katkı sağlama	12 temel hareket prensibi ile bedeni tanıma	Grup üyeleri güven-güvensizlik üzerine kendi farkındalıklarını kazanır.
İç görü geliştirebilme	Güven alıp verebilmek(Baş boyun bölgesinin taşıma üzerine çalışarak)	Grup üyeleri boyun açma egzersizi yardımıyla gevşer.
Güven duygusu üzerine farkındalık çalışılması	Boyun açma egzersizi	Grup üyeleri efor taşıma üzerinde çalışarak kişisel farkındalık kazanır.
Gevşemeyi sağlamak	Pekiştireç(sırt-sırta denge)	Grup üyeleri oturma sonunda iç görü geliştirebilirler.
Grubun kaynaklarının harekete geçmesi	Oturum sonunda paylaşım	Grup üyeleri kendilerini rahatlatacak bedensel çalışmalarını bilir.
Denge ve sınırlar üzerine duyguların ifade edilmesi	Kapanış egzersizi(süpürme egzersizi)	Grup üyeleri denge ve sınırlılıklar üzerine duygularını ifade eder.

5.Oturum: Bartineff ilkeleri ile beden farkındalığı-II

Hedef	Kapsam	Kazanım
Bir önceki oturumun hatırlanması	Bartineff temel hareket analiz sistemi ile beden farkındalığı-II	Grup üyeleri nefes egzersizi ile gevşeyebilir.
Nefes egzersizi ile gevşeyebilme	Nefes egzersizi	Grup üyeleri beden farkındalığı kazanır.
Katılımcıların kendileri hakkında daha derin bilgiler edinmesi sağlayabilmek	12 temel hareket prensibi ile bedeni tanıma	Grup üyeleri bedensel değişim süreçlerinin farkındadır.
Süreci açıklığa kavuşturma	Video gösterimi(bebeklik hareketleri)	Grup üyeleri güven-güvensizlik üzerine kendi farkındalıklarını kazanır.
Güven duygusu üzerine farkındalık çalışılması	Egzersiz (güven yürüyüşü)	Grup üyeleri kendileriyle ilgili yeni bilgiler kazanır.
Değişkenlerle başa çıkabilme ve adaptasyon mekanizmalarını üzerine çalışma	Kendimiz için güvenli alan (Bir başkasına merhamet duyduğumuzda veya kurtarıcı rolünderken nasıl etkileniriz? Örneğin, koşan bir çocuğu gördüğümüzde endişeye kapıldığımızda nasıl hissederiz? Ya da hasta bireylerle çalışırken nasıl etkileniriz?)	Değişkenlerle başa çıkabilme ve adaptasyon mekanizmalarının geliştirebilir.
	Oturum sonunda paylaşım	

6.Oturum: Somatik teorilerle doğaçlama çalışmaları

Hedef	Kapsam	Kazanım
Bir önceki oturumun hatırlanması	Somatik teorilerle doğaçlama çalışmaları	Grup üyeleri 'şimdi ve burada' ilkesine uygun davranış geliştirirler.
Şimdi ve burada olabilmeye odaklanma	Çeşitli resimlerin (doğa, canlı, cansız vb.) incelenmesi ve bu resimlerden bir figürün harekete geçirilmesi	Grup üyeleri kendileriyle veya yaşantılarıyla ilgili olumsuz düşünceleri bırakabilir.
Katılımcılar arasındaki etkileşimi güçlendirmek	Ritim ile doğaçlama	Grup üyeleri kendileriyle ilgili olumlu özelliklerini görünür hale getirebilir.
Grup etkileşimini kolaylaştırmak	Egzersiz(Yerine Koyma- Süpürme	Grup üyelerinin özgüven düzeyi yükselir.
Grupun kaynaklarının harekete geçmesi	egzersizi ile bıraktığımız duyguların açtığı boşluklar yerine neler koymak isteriz?)	Grup üyeleri düşünce, duygu ve hareket arasında bağlar kurabilir.
Nefes egzersizi uygulayabilme	Kapanış(nefes egzersizi)	Grup üyeleri yaratıcı yöntemler, dans, müzik ve oyun aracılığıyla güvenli bir ortamda içsel kaynaklara ulaşabilir.
Düşünce, duygu ve hareket arasında bağlar kurabilme		
Yaratıcı yöntemler, dans, müzik ve oyun aracılığıyla güvenli bir ortamda içsel kaynaklara ulaşabilme		

7.Oturum: Kapanışa hazırlık, geçmiş oturma, geçmiş oturma, deneyimlerin paylaşılması

Hedef	Kapsam	Kazanım
Bir nceki oturma hatırlanması	Kapanışa hazırlık	Grup yeleri kazandığı becerilerin farkındadır ve bu kazanımları uygulayabilir.
Yeni öğrenmeden ziyade artık kazanılan davranışlar ve becerilerin uygulanmasına ve adaptasyonuna odaklanma	Geçmiş oturma geri ağırma Deneyimlerin paylaşılması	Grup yeleri düşünce ve hislerin ifade edilebilmesi ve bu hislerle başa çıkabilme becerisi kazanır.
Düşünce ve hislerin ifade edilebilmesi ve bu hislerle başa ıkabilme	Beden ile zihin merkezleme alışmaları Egzersiz(Kendi kendine masaj)	Grup yeleri programın sonlanacağına kendilerini hazırlar.
Değişkenlerle başa çıkabilme ve adaptasyon mekanizmalarının gelişimi,		
Oturumların sonlanacağının tekrar bildirilmesi		

8.Oturum: Beden ile zihin merkezleme çalışmaları, kapanış

Hedef	Kapsam	Kazanım
Programı sonlandırırken hayatlarına kaldıkları yerden devam etmelerinde onlara itici güç olma ve güç kazandırma	Bir önceki oturumun hatırlanması Duygu ve düşüncelerin paylaşımı	Grup üyeleri kazanımlarının farkındadır. Grup üyeleri anılarını paylaşır.
Adaptasyon mekanizmalarının gelişimini destekleme	Grupun seçtiği egzersizin uygulanması (süpürme egzersizi)	Grup üyeleri duygularını ve hislerini ifade eder.
Grup üyelerini ortak kararı ile geçmiş oturumlarda yapılan egzersizlerden birini tekrarlama	Egzersiz (Anı kutusu oluşturma)	Grup üyelerinin sürece adaptasyonu kolaylaşır.
Grup üyelerini geçmiş ya da şu an ki oturumda ifade etmek istediği duyguları ve hisleri paylaşması için davet etme, cesaretlendirme	Sonuçlandırma, paylaşım Kapanış(nefes egzersizi)	Grup üyeleri sürece olan görüşlerini ifade eder.
Geri bildirim alınması		Grup üyeleri her kapanışın bir başlangıç olduğunun ve bize kapılar açtığıının farkındadır.
Grubu sonlandırma		

EK-7: Süpervizyon Formu

- DHTY oturumunun özetinin açıklanması (oturumun nasıl gerçekleştiği, katılan kişi sayısı, oturumun süresi gibi özelliklerin sunulması)
- DHTY oturumunda daha çok neye/nelere odaklanıldı?
- Araştırmacının, katılımcılar ile olan duygusal ilişkisi nasıldı? (Aktarım, karşı-aktarım durumu var mı?)
- DHTY oturumunda katılımcılar ile olan ilişkiyle ilgili düşünceler ve deneyimlerin paylaşılması
- DHTY oturumun etkili ve etkisiz yanları nelerdi?(İç süpervizör geliştirme)
- Araştırmacının oturum süresince kendine yönelik hissettiği duygu-durum değişiklikleri var mıydı? (Araştırmacının farkındalığını değerlendirme)
- Bir sonraki oturum için planlanmış programın değerlendirilmesi
 - Grup süreci için uygun mu?
 - Değişiklik yapılması gerekir mi?

EK-8: Aydınlatılmış Onam Formu
Değerli meslektaşım,

Adım Yağmur Çolak. Akdeniz Üniversitesi Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Yüksek Lisans Programı'nda lisansüstü öğrenimime devam etmekteyim. Yüksek Lisans tezimde, Hemşirelerin mesleki tatmin, tükenmişlik ve eşduyum yorgunluğu sorunlarına ilişkin "*Dans ve Hareket Terapisi Yöntemleri*" kullanarak, iyileştirici bir çalışma yapmayı planladım. Bu amaç doğrultusunda öncelikle; "*Kişisel Bilgi Formu ve Çalışanların Yaşam Kalitesi Ölçeği*" kullanarak durum saptama çalışması, ardından "*Dans ve Hareket Terapisi Yöntemleri*"nin kullanıldığı sekiz oturumluk bir müdahale programı yürüteceğim. Oturumlar, her biri 60'ar dakika ve haftada bir kez olmak üzere, toplam sekiz hafta devam edecek gruplar halinde yürütülecektir. Bu çalışma boyunca sizden elde edilecek kişisel bilgiler ve oturumlar boyunca yaşanan süreçler, araştırma dışında herhangi bir amaçla kullanılmayacak ve gizliliği korunacaktır. Çalışmaya katılmak gönüllük esasına bağlıdır. Katılımınız ve ilginiz için çok teşekkür ederim.

Yüksek Lisans Öğrencisi Yağmur Çolak
Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Yüksek Lisans Programı

Katılımcının İmzası:

Tarih:

EK-9: Araştırma Uygulama İzni



T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü



Sayı : 57830559-302.99-E.43801
Konu : Mor Salon kullanma talebi-Yağmur
ÇOLAK

31/03/2017

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI BAŐKANLIđINA

İlgi : 30/03/2017 tarihli ve 34787957-744.99-E.42901 sayılı yazı,

Anabilim Dalınız Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği yüksek lisans programı öğrencisi **Yağmur ÇOLAK'ın** yüksek lisans tez projesi ile ilgili Hastanemiz B Blok Mor salonu kullanma talebi Baőhekimliđimizce ilgede kayıtlı yazı ile uygun görölmüŐtür.

Bilgilerinizi ve konunun adı geçen öğrenci ile danışman öğretim üyesine duyurulması hususunda gereğini rica ederim.

e-imzalıdır
Prof.Dr. Narin DERİN
Müdür


EK-10:Etik Onay


T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU


2016

KARAR


ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Morfoloji Binası A Blok 1. Kat No: A1-05 Kampüs /ANTALYA
	TELEFON	0 (242) 249 69 54
	FAKS	0 (242) 249 69 03
	E-POSTA	etik@akdeniz.edu.tr
SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Prof.Dr.Kadriye BULDUKOĞLU	
ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Dans ve Hareket Terapisi Yöntemlerinin Kullanımının, Hemşirelerin Mesleki Tatmin, Tükenmişlik ve Eşduyum Yorgunluğu Düzeylerine Etkisinin İncelenmesi	
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 146	Tarih: 24.02.2016
	Yukarıda bilgileri verilen çalışmanın yapılmasında bilimsel ve etik açısından sakınca olmadığına oy birliği ile karar verilmiştir. Araştırmacıya çalışmalarında başarılar dileriz.	


Prof.Dr. Arda TAŞATARGİL
Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanı

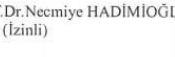

Prof.Dr. Arda TAŞATARGİL
Başkan


Öğr. Gör. Dr. M. Levent ÖZGÖNÜL
Başkan Yardımcısı


Prof. Dr. Can CEVİKOL
Üye


Prof. Dr. Murat CANPOLAT
Üye


Prof. Dr. Dilara İNAN
Üye (İznil)


Prof. Dr. Necmiye HADİMİOĞLU
Üye (İznil)


Prof. Dr. Gülay ÖZBİLİM
Üye (İznil)



Doç. Dr. Gülsüm Özge BAYSAL
Üye

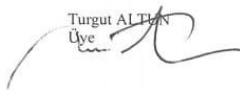

Doç. Dr. Mehtap TÜRKAY
Üye


Doç. Dr. Doğa TÜRKKAHRAMAN
Üye


Doç. Dr. Ali Berkant AVCI
Üye


Doç. Dr. Dijle KİPMEN KORGUN
Üye


Av. Mustafa AÇIKEL
Üye (İznil)


Turgut ALTIN
Üye

EK-11: Ölçek Kullanım İzni

On Thursday, December 24, 2015 5:53 PM, yagmur çolak <yagmur__yagjiyo@hotmail.com> wrote:

Akdeniz Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Yüksek Lisans Programı öğrencisiyim. Halen tez önerisi yazma aşamasındayım ve "Dans ve Hareket Terapisinin, Hemşirelerin Mesleki Tatmin, Tükenmişlik ve Eşduyum Yorgunluğu Düzeyine Etkisi" başlıklı tez çalışmamda siz ve arkadaşlarınız tarafından Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılan "Çalışanlar İçin Yaşam Kalitesi" ölçeğini kullanabilmem konusunda izninizi ve ölçeğe ulaşabilmem konusunda desteğinizi almak istiyorum. Danışmanım Psikiyatri Hemşireliği öğretim üyesi, Prof.Dr. Kadriye BULDUKOĞLU ve kendi adıma çalışmalarınızda kolaylıklar diler, ilginiz için şimdiden teşekkür ederim.

Y.L Öğr. Hem. Yağmur ÇOLAK
Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği

ÇYK makale.pdf

[Zip olarak indir](#) [OneDrive'a kaydet](#)

Merhaba

Ölçeği kullanmanızdan çok memnun oluyum. Hatta tezin sonucunu merak ettim diyebilirim. Çünkü aynı zamanda psikodrama asistan terapistim.

Psikodrama tezini yazıyorum.

Ölçeğin makalesini maile ekliyorum. Makalenin ekinde ölçek maddeleri de var. Oradan ölçeğe ulaşabilirsiniz.

İyi çalışmalar.

Aslı YEŞİL

Uzman Psikolog

İstanbul Üniversitesi Adli Tıp Enstitüsü Doktora Programı

Bursa Halk Sağlığı Müdürlüğü.

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	Yağmur	Uyruğu	TC
Soyadı	ÇOLAK	Tel no	-
Doğum tarihi	04.10.1990	e-posta	yagmur__yagiyo@hotmail.com

Eğitim Bilgileri

Mezun olduğu kurum	Mezuniyet yılı
Lise	Bahçelievler Cumhuriyet Lisesi 2007
Lisans	Gazi Üniversitesi 2012
Yüksek Lisans	Akdeniz Üniversitesi Devam ediyor

İş Deneyimi

Görevi	Kurum	Süre (yıl-yıl)
Hemşire	Gazi Üniversitesi Hastanesi	(4 ay)2012
Hemşire	Akdeniz Üniversitesi Hastanesi	2012- halen

Yabancı Dilleri	Sınav türü	Puanı
İngilizce	Yökdil (2018)	66,25

Proje Deneyimi

Proje Adı	Destekleyen kurum	Süre (Yıl-Yıl)
-		

Bilimsel Etkinlikler: Türkiye Organ Nakli Kuruluşları Koordinasyon Derneği XI. Kongresi Transplantasyon'16, Transplantasyon Hemşireliği Kursu, Renal Transplantasyon Kurs Eğitimcisi

Burslar-Ödüller:-

Yayınlar ve Bildiriler: