



**T.C.  
İSTANBUL AREL ÜNİVERSİTESİ  
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ  
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI**

**YOĞUN BAKIM HEMŞİRELERİNİN HASTALARLA  
İLİŞKİLERİNDE DUYGUSAL EMEK OLARAK EMPATİ**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**Pervin TUNÇ  
95003022**

**Danışman: Doç. Dr. Margörit Rita KRESPI BOOTHBY**

**İSTANBUL, 2012**

## YEMİN METNİ

Yüksek lisans tezi olarak sunduğum “Yoğun Bakım Hemşirelerinin Hastalarla İlişkilerinde Duygusal Emek Olarak Empati” başlıklı bu çalışmanın, bilimsel ahlak ve geleneklere uygun şekilde tarafımdan yazıldığını, yararlandığım eserlerin tamamının kaynaklarda gösterildiğini ve çalışmanın içinde kullanıldığıkları her yerde bunlara atıf yapıldığını belirtir ve bunu onurumla doğrularım.

23 Ocak 2012

Pervin TUNÇ

## ÖZET

### YOĞUN BAKIM HEMŞİRELERİNİN HASTALARLA İLİŞKİLERİNDE DUYGUSAL EMEK OLARAK EMPATİ

Pervin Tunç

Yüksek Lisans Tezi, Sosyal Bilimler Enstitüsü

Danışman: Doç. Dr. Margörit Rita KRESPI BOOTHBY

Ocak, 2012- 140 sayfa

Bu araştırmada empatik bakım vermeleri beklenen sağlık mesleklerinden biri olan “yoğun bakım hemşireleri” ne odaklanılmıştır. Yoğun bakım hemşireleri hasta ile empatik etkileşimleri sırasında ve öncesinde empatik olabilecek bilişsel ve duygusal reaksiyonlar geliştirerek “Derinlemesine Davranış” yoluyla duygusal emek üretirler. Duygusal Emek olarak *Derinlemesine Davranış*, bazı aktörlerin sahnede rol yapmasına benzemektedir. Öte yandan Duygusal Emek olarak *Yüzeysel Davranış*, uygun bilişsel ve duygusal bağlantı olmadan hastaya karşı empatik davranışlar gösteriyormuş gibi sahici olmayan davranışlar geliştirmektedir.

Bazı durumlarda hem derinlemesine hem yüzeysel davranışın birlikte kullanıldığı da gözlenmektedir. Hastalara karşı Derinlemesine davranışı tercih etmelerine rağmen, yoğun bakım hemşireleri hastanın duygusal ve bilişsel ihtiyaçlarının anlaşılmasının o anda mümkün olmadığı durumlarda yüzeysel davranış metodunu kullanabilmektedirler. Bunların ötesinde, yoğun bakım hemşirelerinin hasta ile ilişkilerinde empati süreçlerini kullandıklarında hastalara daha fazla fayda sağladıkları ileri sürülebilir.

Bu amaçla, kavrama yönelik olarak yapılan literatür çalışması ışığında geliştirilen hipotezler, gerçekleştirilen bir araştırmada test edilmiştir. İstanbul’da bir kamu hastanesinde gerçekleştirilen araştırmanın örnekleme, 116 hemşireden oluşmaktadır. Örnekleme; 26 sorudan oluşan Duygusal Emek Ölçeği; 20 sorudan oluşan Empati Eğilim Ölçeği ile birlikte demografik soruları da içeren bir anket uygulanmıştır.

Yataklı Hasta Servisi hemşirelerine göre, Yoğun Bakım hemşirelerinin yaşam kalitesi ile ilgili algılamaları daha olumsuz olacaktır öngörüsü

desteklenmiştir. Ancak, araştırmanın hipotezlerinden, yataklı hasta servis hemşirelerine göre yoğun bakım hemşirelerinin empati düzeylerinin daha yüksek olacağı öngörüsü; yataklı hasta servisi ve yoğun bakım hemşirelerinin empati düzeyleri arttıkça duygusal emek stratejilerinden derinlemesine davranış ve samimi davranış düzeyleri artacaktır öngörüsü, yataklı hasta servisi ve yoğun bakım servisi hemşirelerinin empati düzeyi arttıkça duygusal emek stratejilerinden yüzeysel davranış düzeyleri azalacaktır öngörüsü analizler sonucu red edilmiştir.

Sonuçlar ayrıca, bakım verilen hasta sayısı ile hemşirelerin empati eğilim düzeyleri arasında; hemşirelerin çalışma sistemi ile duygusal emek boyutlarından duygusal çaba arasında anlamlı farklılıklar saptanmıştır.

Bu çalışmanın bulguları, yoğun bakım hemşirelerinin empati düzeylerinin daha yüksek olmadığı, duygusal emek stratejilerinden derinlemesine davranışı daha fazla kullanmadıkları ve yaşam kalitesi algılamalarının daha olumsuz olduğunu göstermiştir. Hemşirelerin, iş ortamına ait bazı stres kaynaklarından etkilendiğini ancak görevlerini yaparken duygusal emek vermeye ve bunu yaparken de duygusal kaynaklarını tüketmeye devam ettiklerini düşündürmüştür.

**Anahtar Kelimeler:** Empati, Duygusal Emek, Yüzeysel Davranış, Derinlemesine Davranış

## **ABSTRACT**

### **THERAPEUTIC EMPATHY AS EMOTIONAL LABOR IN THE INTERACTION OF INTENSIVE CARE UNIT NURSES WITH PATIENTS**

**Pervin TUNÇ**

**Master Thesis, Psychology Department**

**Supervisor: Doç. Dr. Margörit Rita KRESPI BOOTHBY**

**January, 2012 – 140 pages**

The focus of this thesis was on intensive care nurses as professionals who are expected to be empathic caregivers. They engage in such emotional labor through deep acting by generating empathetic emotional and cognitive reactions before and during consultations with the patient.

Deep acting as an emotional labor is similar to the stage-acting of some actors. On the other hand, surface acting as an emotional labour refers to forging empathic behaviors towards the patients in the absence of consistent emotional and cognitive reactions.

In some situations, the use of both deep acting and surface acting has been observed although intensive care nurses prefer deep acting they may rely on surface acting, when immediate understanding of emotional and cognitive needs of patients is impossible. Moreover, it has been argued that intensive care nurses are more beneficial to patients when they engage in the process of empathy during their consultations with patients.

For this purpose, a number of hypotheses that are developed in the light of the literature review were tested in the present study the sample of the present study which was carried out in a public hospital in İstanbul consisted of 116 nurses. The participants completed two questionnaires including of the Emotional Labor Scale of which consisted of 26 questions and the Empathy Scale which consisted of 20 questions and a number of demographic questions.

One of the hypotheses that the intensive care nurses would perceive quality of their life less positively than inpatient clinic nurses was supported by the data. However, the hypothesis that the empathy levels of intensive care nurses would be higher than inpatient clinic nurses, the hypothesis that as the

empathy levels of inpatient clinic and intensive care nurses increased, the levels of deep acting as an emotional labor would increase and the hypothesis that as the empathy levels of inpatient clinic and intensive care nurses increased, the levels of surface acting as an emotional labor would increase, were refused on the basis of the analyses.

Results have also shown that the empathy levels of nurses in general were negatively related to the number of patients cared, and that one of the dimensions of emotional labor, emotional effort was related to the working patterns of the nurses.

The results of the present study have indicated that intensive-care nurses do not have a higher level of empathy, and they do not use deep acting more than inpatient clinic nurses, but they have perceived their quality of life more negatively. It can be concluded that nurses in general may be affected by some sources of stress related to their working environment but while they perform their duties, they continue to exhaust their emotional resources.

**Key Words:** Empathy, Emotional Labour, Surface Acting, Deep Acting

# İÇİNDEKİLER

<b>YEMİN METNİ</b> .....	<b>i</b>
<b>ÖZET</b> .....	<b>ii</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>iv</b>
<b>İÇİNDEKİLER</b> .....	<b>vi</b>
<b>EKLER LİSTESİ</b> .....	<b>ix</b>
<b>ŞEKİLLER LİSTESİ</b> .....	<b>ix</b>
<b>TABLULAR LİSTESİ</b> .....	<b>ix</b>
<b>ÖNSÖZ</b> .....	<b>x</b>
<b>GİRİŞ</b> .....	<b>1</b>
<b>1. BÖLÜM TERAPÖTİK İLETİŞİM</b> .....	<b>2</b>
1.1 Terapötik İletişim Becerileri.....	2
1.1.1 Empati.....	5
1.1.1.1 Empati ve özdeşim.....	11
1.1.1.2 Empati döngüsü (Empathic cycle).....	12
1.1.1.3 Hasta-Hemşire İlişkisinde Empati ve Önemi.....	13
<b>2. BÖLÜM- DUYGUSAL EMEK</b> .....	<b>17</b>
2.1 Duygusal Emek Kavramı.....	17
2.2 Hasta-Hemşire İlişkisinde Duygusal Emek ve Önemi .....	21
2.3 Duygusal Emeğin Öncelleri.....	23
2.3.1 Bireysel Faktörler .....	23
2.3.1.1 Cinsiyet .....	23
2.3.1.2 Duygulanım.....	27
2.3.1.3 Empati.....	30
2.3.1.4 Kendini Düzenleme.....	30
2.3.1.5 Duygusal Zekâ .....	31

2.3.2 Örgütsel Faktörler .....	33
2.3.2.1 Duygusal Davranış Kuralları .....	33
2.3.2.2 Otonomi .....	38
2.3.2.3 Sosyal Destek .....	39
2.3.3 Etkileşim Özellikleri .....	41
2.3.3.1 Süre .....	41
2.3.3.2 Sıklık .....	42
2.3.3.3 Çeşitlilik .....	42
2.4 Duygusal Emek ile İlgili Temel Yaklaşımlar .....	43
2.4.1 Hochschild Yaklaşımı .....	43
2.4.2 Ashforth ve Humphrey Yaklaşımı .....	46
2.4.3 Morris ve Feldman Yaklaşımı .....	48
2.4.4 Grandey Yaklaşımı .....	50
2.5 Duygusal Emek Stratejileri .....	52
2.5.1 Yüzeysel Davranış .....	52
2.5.2 Derinlemesine Davranış .....	53
2.5.3 Duyguların Doğal Yolla Sergilenmesi (Samimi Davranış) .....	55
2.6 Duygusal Emek Davranışlarının Yol Açtığı Sonuçlar .....	56
2.6.1 Olumlu Sonuçlar .....	56
2.6.2 Olumsuz Sonuçlar .....	58
2.6.2.1 Tükenmişlik .....	59
2.6.2.2 İş Doyumu .....	61
<b>3. BÖLÜM -DAVIS'in KLİNİK EMPATİ KAVRAMI VE DUYGUSAL EMEK İLİŞKİSİ .....</b>	<b>61</b>
3.1 Empatik Süreç .....	63
3.2 Kişisel ve Kişilerarası İlişkiler .....	64
3.3 Öncüller ve Geri Besleme Döngüsü .....	65
3.4 Hasta ve Doktor Sonuçları .....	65



3.5 Duygusal Emek ve Davranış Methodları .....	66
3.6 Rol Yapma Metodu.....	67
3.7 Yüzeysel ve Derin Davranışın Uygulanması .....	68
3.8 Araştırmanın Önemi .....	69
3.9 Araştırmanın Amacı.....	70
3.10 Araştırmanın Hipotezleri .....	72
<b>4. BÖLÜM- YÖNTEM .....</b>	<b>72</b>
4.1 Araştırmanın Modeli.....	72
4.2 Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	72
4.3 Araştırmada Kullanılan Ölçekler .....	73
4.3.1 Genel Bilgi Formu .....	74
4.3.2 Duygusal Emek Ölçeği .....	74
4.3.3 Empatik Eğilim Ölçeği .....	74
4.4 İşlem .....	76
4.5 İstatiksel Analiz .....	77
<b>5. BÖLÜM- BULGULAR.....</b>	<b>77</b>
5.1 Demografik ve Mesleki Özellikler .....	77
5.2 Demografik ve Mesleki Özelliklere göre Empatik Eğilim Düzeyleri ve Duygusal Emek Faktörleri.....	82
5.3 Araştırmanın Hipotezleri ile İlgili Bulgular.....	86
5.4 Duygusal Emek Ölçeğinin Geçerliliği ve Güvenirliliği.....	88
<b>6. BÖLÜM -TARTIŞMA.....</b>	<b>90</b>
6.1 Demografik ve Mesleki Özellikler .....	91
6.2 Araştırmanın Hipotezleri ile İlgili Bulgular.....	103
6.3 Duygusal Emek Ölçeğinin Geçerliliği ve Güvenirliliği.....	107
<b>7. BÖLÜM - SONUÇ VE ÖNERİLER .....</b>	<b>110</b>
<b>KAYNAKÇA.....</b>	<b>119</b>

## **EKLER LİSTESİ**

EK - 1 Genel Bilgi Formu .....	133
EK - 2 Duygusal Emek Davranışları Ölçeği.....	136
EK - 3 Empatik Eğilim Ölçeği.....	138
EK - 4 Araştırma İzni .....	139

## **ŞEKİLLER LİSTESİ**

Şekil 1 Grandey'in Duygusal Emek Modeli.....	52
Şekil 2 Klinik Empatinin Süreç Modeli.....	62

## **TABLolar LİSTESİ**

Tablo 1 Hemşirelerin Sosyo-Demografik Özellikleri.....	78
Tablo 2 Hemşirelerin Mesleki Özellikleri .....	79
Tablo 3 Hemşirelerin Sosyal Yaşam ve Yaşam Kalitesi Özellikleri .....	81
Tablo 4 Demografik ve Mesleki Özelliklerine göre Empatik Eğilim Düzeyleri .....	83
Tablo 5 Duygusal Emek Faktörlerinin Demografik ve Mesleki Özellikler Açısından Karşılaştırılması.....	84
Tablo 6 Hemşirelerin Çalıştıkları Üniteler açısından Empati Düzeylerinin Karşılaştırılması.....	86
Tablo 7 Empatik Eğilim Puanlarına Göre Duygusal Emek Faktörleri Analizleri .....	87
Tablo 8 Hemşirelerin Empati Eğilim Düzeylerine Göre Duygusal Emek Stratejilerinin- Kay-Kare Testi Sonuçları.....	87
Tablo 9 Yoğun Bakım ve Servis Hemşirelerinin Yaşam Kalitesi Ortalamaları açısından Karşılaştırılmasına Yönelik t Testi .....	88
Tablo 10 Kaiser-Meyer-Olkin ve Bartlett Testi Sonuçları .....	88
Tablo 11 Döndürülmüş Faktör Matrisi .....	89

## ÖNSÖZ

Bilincinin yerine geldiği ilk andan itibaren hastanın farkında olduğu ilk gördüğü şey başucundaki hemşirenin yüz ifadesidir. Kendisi ile ilgili ilk bilgileri hemşirenin yüzünden okumaya çalışır. Yaşıyor, hala burada, duyuyor, canlı ve kendisine sevgi ile bakan bir çift göz görüyor. Bunlar hastanın yaşadığına dair ilk farkındalıklarıdır. Hemşire bir adım ötedeki kapıdan dışarı çıktığında, bu defa kapıda bekleyen aynı hastanın ailesinin umut dolu keşfedici bakışları ile karşılaşır. Tezimi Yoğun bakım ünitesinde birlikte çalıştığım ve başka bir insanı yaşatma azmi ve sorumluluğu taşıyan tüm yoğun bakım hemşirelerine ithaf ediyorum.

Gerekli izinleri sağlayan İstanbul İl Sağlık Müdürlüğüne ve çalışmamın gerçekleşmesinde desteklerinden dolayı Hastane yönetici ve hemşirelerine teşekkür ediyorum.

Eğitimim boyunca beni sürekli destekleyen, yüreklendiren canım anneme, varlığı ile anlam katan biricik oğlum Deniz'e sonsuz teşekkür ediyorum.

Araştırmamın istatistiksel analizleri ile ilgili her türlü yardımı sağlayan Sayın Yrd. Doç. Dr. İbrahim Demir' e teşekkür ediyorum.

Birlikte yol aldığım değerli dostlarıma, bu çalışmada duygusal emeği geçen burada adını saymadığım pek çok kişiye, ayrıca Psikoloji bilimine şimdiye değin yaptıkları katkılarla bu tezin ortaya konmasında kaynak olarak başvurduğum tüm bilim insanlarına şükranlarımı sunuyorum.

Yaptığım tüm çalışmalarımdaya bıkmadan usanmadan bana yol gösteren, benden güven ve sevgisini esirgemeyen, tezimin oluşma ve gerçekleşmesine görüşleriyle değer katan sayın Prof. Dr. Ali Gitmez' e teşekkür ediyorum.

Çalışma üzerindeki titizliği ve desteği için danışmanım Sayın Hocam Doç. Dr. Margörit Rita Krespi Boothby'e teşekkürlerimi sunarım.

Pervin TUNÇ

İstanbul,2012

## GİRİŞ

Sağlık durumları kritik olan hastaların sağlıklarını yeniden kazanmaları, birçok durumlarda da ölümlerinin hastanede olması nedeni ile ev ortamından uzakta olan hastalar fiziksel bakım açısından olduğu kadar, psikolojik destek açısından da hastane personeline bağımlı kalmaktadırlar (Henderson, 1978). Hemşirelik, bireylerin fiziksel, sosyal ve duygusal gereksinmelerini tanımaya, bunların karşılanmasına, bireyin bağımlı durumdan bağımsız duruma ulaşmasına odaklanan bir bakım mesleğidir (Özcan, 2006). Yoğun bakım gerektiren hastalara fiziksel, sosyal ve psikolojik yardım sağlayan profesyonel sağlık çalışanlarının başında da “Yoğun Bakım” hemşireleri gelmektedir.

Yaşamın kurtarılması ve yaşamsal faaliyetlerin sürdürülmesi gibi temel görevlerinin yanı sıra, bütüncül hasta bakımı anlayışı kapsamında psikolojik ihtiyaçlarını da karşılamak, ailesine destek olmak ve onların baş etme mekanizmalarını harekete geçirmelerine yardımcı olmak yoğun bakım hemşiresinin görevleri arasındadır. Bununla birlikte, Kritik bakım ünitelerinde çalışan hemşireler, diğer alanlarda çalışan hemşirelere göre hastasına daha fazla zaman ayırmak ve yakın temas halinde olmak durumundadır. Bu yakın temas zorunluluğu hastanın fiziksel, sosyal ve duygusal olarak daha fazla hemşireye bağımlı olmasından kaynaklanmaktadır.

Hemşirelik mesleği, bakım işlevini, hasta ya da sağlıklı bireylerle kurduğu kişiler arası ilişkiler yoluyla yerine getirmektedir. Mesleki ortamlarda hemşire ve hasta arasındaki ilişkinin niteliği ise yardım edici özellik taşımaktadır. Bu ilişkinin odağında hastanın duyguları, düşünceleri, sorunları, deneyim, gereksinim ve hedefleri bulunur. Bu etkileşim, bireylerin gelişmesine, olgunlaşmasına katkıda bulunuyor ve sorunlarla baş etme becerilerinin gelişimine katkıda bulunuyorsa, tedavi edici (terapötik) nitelikte olduğu kabul edilir (Shives ve Isaacs, 2002).

Yoğun Bakım Üniteleri en az hastalar kadar çalışanlar açısından da stres yaratıcı ünitelerdir. Yoğun Bakım ünitelerinde çalışan hemşireler, çalışma koşullarındaki farklılıklar nedeni ile çeşitli stres kaynaklarına daha fazla maruz kalmaktadırlar. Yoğun Bakım hemşireleri, diğer sağlık çalışanlarından ve insanlardan farklı olarak, daha fazla ölüm olaylarına ve acı çeken insanların özel anlarına tanık olurlar. Hastanın canını acıtan tıbbi girişimleri uygulama

zorunluluğu hemşirede suçluluk, korku, gerginlik, hayal kırıklığı, güçsüzlük gibi duyguları yaşamasına neden olabilir. Bu özel durumlar Yoğun Bakım hemşiresi için duygusal yük getirmektedir.

Hastanın sağlığını yeniden kazanması ve memnuniyeti sağlık sektörünün en temel beklentilerinden biridir. Hizmeti alan hasta ile hizmeti sunan sağlık personeli arasında ilişki fiziksel, zihinsel emeğin yanı sıra duygusal emek de gerektirmektedir. Bu rolün fark edilmesi ise sağlık örgütleri ile Hasta ve Hasta Yakınlarının sağlık hizmeti veren çalışanlardan beklentilerinin artmasını beraberinde getirmiştir. Duygusal emek kavramının çıkış noktası buraya dayanmaktadır.

## **1. BÖLÜM TERAPÖTİK İLETİŞİM**

### **1.1 Terapötik İletişim Becerileri**

Hastanın, sağlığını kazanma sürecindeki kaygısının nedeni, öznel gerilim, korku, sinirlilik ve endişelenme duygularıdır. Ailesinden ve ev ortamından ayrılma ile oluşan kontrol kaybı, tanıdık olmadığı uygulamalar, cerrahi aletler, ölüm, ağrı ve hastane prosedürleri hastanın korkusunu arttırmaktadır. Aileyi bir bütün olarak düşündüğümüzde anksiyeteyi sadece hasta için değil hasta yakınları için de düşünebiliriz. Hem hasta hem de hasta yakınlarının hastaneye yatmaya bağlı oluşan anksiyetesini azaltmak ya da ortadan kaldırmak için Yoğun Bakım hemşirelerin duygularının farkında olması ve onları yönetmesi beklenmektedir. Sosyal psikolojik süreçlerin pek çoğunu ikili ilişki temelinde incelemek mümkündür. Dolayısıyla, insan davranışlarının büyük çoğunluğu, genelde kişilerarası, özelde de ikili ilişkiler yoluyla şekillenmekte, sürdürülmekte ve değişmektedir (Hovardaoğlu, 2008).

Zorlayıcı yaşam olaylarını izleyen dönüm noktalarını “Kriz” olarak tanımlayabiliriz. Kriz her insanın yaşamında karşılaşılabileceği doğal süreçlerdir. Ancak uygun şekilde ele alınmazsa psikolojik sorunlara neden olabilir (Sayıl, 1977).

İnsana yardım mesleğindeki kişi, eğitilmiş bir ruh sağlığı uzmanı olmasa bile, yardım etmedeki temel davranışların birçoğunu yapabilir. İnsanlar krizdeyseler, atılacak ilk adımlardan biri, kendilerini tam olarak ifade etmeleri için onlara fırsat vermektir. Bu durumda duyarlı bir şekilde dinlemek, duymak

ve anlamak en önemli unsurlardır. Bir insanın içinde bulunduğu kriz, yardımcı olan kişiyle bir ya da iki kere irtibata geçmekle çözümlenirse de, böyle irtibatlar daha sonra yardımın alınmasına açık bir kapı bırakmaya zemin hazırlayabilir. Krizdeki kişi anlaşılmadığını ve kabul edilmediğini hissettiği takdirde, durum daha da ciddileşerek kişi “tekrar normale dönme” umudunu kaybedebilir ve gelecekte yardım araştırmaktan vazgeçebilir. Gerçek destek, ilgi ve sahiplenmeden verilen samimiyet, krizin üzerine gitmek ve çözmek için bir şeyler yapması konusunda kişiyi motive edebilecek köprülerin kurulmasında alınacak uzun bir yoldur. Sıkıntı içinde olan insanların,” her şey düzelecek” gibi sahte güvencelere gereksinimleri yoktur. İlgi gösteren bir insanın varlığı ve psikolojik ilişki, iyileşmenin oluşmasında çok daha başarılı olabilir. Moreno (1934) gruplarda itilen ve yalnız kalan kişilere gerekli yardım yapılmasıyla, bu kişilerin grupta tutunmalarının sağlanabileceğini göstermektedir. Moreno, Darwin’in kuramındaki güçlü, olanlar yaşamaya devam ederler, güçsüz olanlar yok olurlar anlayışının aksine insanlara zayıf anlarında yardım edilerek güçsüz olanların yaşamalarına katkıda bulunulabileceğini ifade etmiştir. Bu da ancak zayıf durumdaki insana yakın olarak, empati göstererek ve derinlemesine duygusal yakınlık ile sağlanabilir.

Hemşirenin hasta bakımı sürecinde görevlerinden biri de hastaya psikolojik danışmanlık yapmaktır. İleri psikolojik eğitime sahip olmayan kişiler gerçekliği, empatik anlayışı, hem kişisel hem de mesleki ilgiyi terapötik yönden yorumlayarak bu yaklaşımdan yarar sağlayabilirler.

Psikolojik danışmanlık becerisi, danışmaya ihtiyacı olan kişinin problemini özgürce ortaya koymasına yardım ederek onun, problemini objektif olarak görmesine ve eyleme geçmesine imkân sağlayan yöntem, teknik ve aşamalarını uygulayabilme becerisidir. Danışman bu becerileri uygulayabildiği ve başkalarına öğretebildiği takdirde yardım ilişkisi amacına ulaşmış demektir (Danish ve diğ., 1974/1994). “ Psikolojik danışmanlık becerileri, bireyin hayatla ilgili birtakım özel kararlar almalarını kolaylaştırmada, yakını kaybetmiş bir kişiye yardımcı olmada, çocuklar ve ergenlerle çalışmada, ailelere problemlerini çözme konusunda yardımcı olmada, psikiyatrik zorluklar ve bu zorluklar hakkında karar verirken bir başka uzmana ne zaman danışılması gerektiği konusunu tartışmada işe yaramaktadır” (Burnard, 1992, 83). Bunların yanı sıra, insanın yaşamsal kriz anı olan hastalık anında hasta-

hemşire ilişkisinde de terapötik iletişim becerilerinin kritik bir önem taşıdığı söylenebilir. Sağlık sorunu yaşayan hasta birey kriz yaşamaktadır ve hemşire hastası ile ilgili krizi yönetebilmek için terapötik becerileri kullanabilir.

Temelde insan insana ilişkilerin nasıl olması gerektiğini öne süren Rogers (1993)'ın terapötik iletişim becerilerini kapsayan birey merkezli kuramının kaygı bozuklukları, alkol problemi, psikosomatik problemler, fobilerle çalışma, kişilerarası güçlükler, depresyon, kanserli hastalarla çalışma ve kişilik bozuklukları ile çalışmada etkili olduğunu ortaya koymuştur. İnsana yardım meslekleri (hemşirelik, tıp, eğitim, din adamlığı, rehberlik) çeşitli krizlerde ilk başvuru olan kişilerdir. Birey merkezli yaklaşım istenmeyen gebelik, hastalık veya sevdiği birini kaybetme gibi bazı yaşam olaylarını göz önünde bulundurmaktadır.

Birey merkezli yaklaşımın altta yatan felsefesi danışanın sahip olduğu mesajı derinlemesine anlayabilmektir. Empatik anlayış, içinde bulunulan zaman üzerinde odaklanma ve danışanın sahip olduğu tüm değerlere saygı gösterme kültürel farklılık gösteren danışanlar ile çalışmada esastır. Terapistin empatiyi sadece basit “duygu ve içerik yansıtma” yapması beklenmez; bunun da ötesine geçerek çeşitli şekillerde davranışlarıyla da gösterilmesi gerekir (Bohart ve Greenberg, 1997). Bu empatik anlayış direkt veya dolaylı olarak yapılabilir. Empatik yaklaşım gösteren Hemşire güven verici ve yüreklendirici bir ortam yaratabildiği takdirde hasta, büyük bir olasılıkla hemşirenin kendisiyle gerçekten ilgilendiğini hissedecektir. Hasta için bu ilişki, hem güçleri hem de sınırları ile birlikte kendini daha çok kabullenmeyi ve hastalık sürecindeki zorluklarla başa çıkmayı öğrenmek için kullanılabilir.

Terapötik işbirliği ise danışanın mevcut sorunları üzerine, tedavi işini yürütmek üzere danışan ve danışman arasında kurulan bir ilişkiler bütünlüğünü ifade eder. Danışan danışman arasındaki bu tedavi edici iletişim süreci, terapötik iletişim kavramı doğrultusunda şekillenerek kendine özgü bir yapı oluşturur. Terapötik ilişkinin, belli koşullara dayandığı sürece, tek başına tedavi edici etkisinin olduğunu düşünebiliriz.

Terapötik koşulları yerine getirebilmek için terapötik becerileri bilmek ve kullanmak gerekmektedir. Olumlu terapötik ilişkide ve kişilerarası ilişkilerde bulunması gereken temel koşullar, Rogers (1961), Carkhuff ve Berenson (1967) tarafından empati, saygı, saygınlık ve somutluk olarak ileri

sürülmektedir. Aşağıda terapötik ilişkide ve kişilerarası ilişkilerde bulunması gereken temel koşullardan empati kavramını inceleyeceğiz.

### 1.1.1 Empati

Eşduyum ya da empati yunanca “empathia” kelimesinden köken almaktadır. Burada "em" ya da "en" ön ekinin karşılığı , "..de" ya da "..in içinde, içerde"; "pathia" nın karşılığı ise "hissetme" anlamına gelmektedir. Sharma (1992), eşduyumun tarihte ilk olarak Aristo'nun Rhetoric adlı eserinde yer aldığını bildirmiştir (Gülseren, 2001). Empati kavramının temeli, felsefe ve estetiğe dayanmaktadır. Psikoloji ve psikiyatri alanında ilk olarak 1897 yılında Theodor Lipps ve daha sonra 1918 yılında Southard tarafından kullanıldığı kabul edilir (Mahrer, 1999:187 Akt: Atilla, 2007: 70). Lipps, (1897) einfühlung“u şöyle tanımlamıştır: Bir insanın, kendisini karşısındaki bir nesneye örneğin bir sanat eserine yansıtması, kendini onun yerinde hissetmesi ve bu yolla o nesneyi kendi içine alarak-absorbe ederek, özümseyerek-anlaması sürecine “einfühlung” adı verilir (Barnes ve Thagard, 2007, Akt: Atilla, 2007).

Literatürde empatinin pek çok tanımına ve açıklamasına rastlanabilir. Kehret (2001)' e göre, empati bir insanın diğerine sevgi ve şefkatle yaklaşması için gerekli bir elemandır. “Empati bir insanın kendisini karşısındakinin yerine koyarak onun duygu ve düşüncelerini doğru bir şekilde algılamasıdır” (Dökmen, 2003). Bir başka deyişle diğer insanların iç dünyalarının farkına varmaya “empati kurma” diyebiliriz. “Empati kurduğumuz zaman, karsımızdaki insanın kendine ve dünyaya bakış tarzını fark etmiş oluruz” (Dökmen, 2004:129).

Rogers'ın empati anlayışı bugün çoğunluğun üzerinde uzlaştığı bir tanıma dönüşmüştür. Bu empati tanımı üç temel öğeden oluşmaktadır:

1 Empati kuracak kişi, kendisini karşıdaki kişinin yerine koymalı, olaylara onun bakış açısıyla bakmalıdır. 2 Empati kurulan kişinin duygularını ve düşüncelerini doğru olarak anlamak gerekmektedir. 3 Empati kuran kişinin, zihinde oluşan empatik anlayışı, empati kurulan kişiye iletmesidir (Pişkin, 1989; Dökmen, 1996, Akt: Halıcıoğlu, 2004).

Empatinin bireyin doğuştan getirdiği özellik ya da sonradan da kazanılabileceğine ilişkin farklı yaklaşımlar da söz konusudur. Empatinin



doğuştan gelişimi üzerine en detaylı çalışma Hoffman (1982) tarafından yapılmıştır. Hoffman, bebeklikten itibaren empatinin doğal bir ilerleyişi olduğunu fark etmiştir. Yeni doğan bebekler başka bir bebeğin ağlamasına tepki olarak ağlamaktadırlar. Bu tepki empatik cevabın ilk başlangıcı sayılabilir. Burada empatinin doğuştan gelen bir beceri olduğuna dair vurgu yapılmaktadır. Bir yaşındaki bir çocuk bir başkasının düşüp ağlamaya başladığını gördüğünde kendisi de o sıkıntıyı hisseder. Kendine yönelik duygular gibi doğru empati için çocukların benliklerinin diğerlerinden farklı olduğunu anlamaları gerekir. Çocuklarda bir yaşından itibaren kişisel farkındalık geliştikçe empati yetenekleri de ilk kez gelişmeye başlar (Ergin, 2003).

Empati, genel olarak bireyin doğuştan gelen özellikleriyle yakından ilişkili bir kavram olmakla birlikte, empatik yeteneklerin sonradan da geliştirilebileceği ifade edilmektedir. Yani yetişkin bireylerin, empati kabiliyetleri eğitim yoluyla daha ileri düzeylere taşınabilmektedir (Gürüz ve Eğinli, 2008).

Empati konusuna bir başka yaklaşım da, kavramın duygu bulaşması (emotional contagion) ve empatik ilgi (empathetic concern) olmak üzere iki değişkenli bir yapı şeklinde incelenmesidir (Miller ve ark., 1995, Akt: Kruml ve Geddes, 2000). Duygu bulaşması, başkalarının duygu gösterimlerini taklit etme eğilimi olarak tanımlanabilir. Bir insanın başka bir insanla iletişim kurarken, istem dışı olarak onun beden hareketleri, ses tonu ve mimikleri ile kendisinininkileri uyumlu hale getirmesi davranışıdır (Seçer, 2005). Empatik ilgi ise başkalarının duygularını paylaşmaksızın onlara ilgi göstermeyi veya yardımcı olmayı ifade eder. Duygu bulaşmasında kişinin karşı tarafa odaklanması, onun duygularına karşı duyarlı olması ve aynı duyguları hissetmesi söz konusudur. Empatik ilgide ise aynı duyguları hissetme söz konusu değildir. Kişi karşı tarafı anlar ve sorunun çözümü konusunda ona yardımcı olur. Ancak herhangi bir duygu paylaşımı söz konusu olmaz. Empati yalnızca bilişsel düzeyde gerçekleşir. Empatik yaklaşıma duygusal emek açısından bakacak olursak duygusal bulaşma olgusu derinlemesine davranışı, empatik ilgi ise yüzeysel davranışı beraberinde getirmektedir. Kruml ve Geddes (2000), yaptıkları çalışmada duygu bulaşmasının işgörenlerde derinlemesine davranış gösterimini arttırdığı ve duygusal çelişki hissini

azalttığı sonucunu elde etmişlerdir. Diğer taraftan, ABD’de 285 otel personeli üzerinde yapılan başka bir çalışmada duygu bulaşmasının tükenmişlikle ilgili olduğu tespit edilmiştir. Bu durum başkalarının duygularından kolaylıkla etkilenebilen bireylerin tükenmişlik yaşama ihtimallerinin kolay etkilenmeyenlere göre daha fazla olacağı görüşüyle açıklanmıştır. Aynı çalışmada duygusal bulaşmanın duygusal çelişki yaşama ihtimalini azalttığı görüşü de destek bulamamıştır (Chu, 2002).

Bu açıklamalar doğrultusunda empati, sadece terapi ve danışma ortamlarında değil tüm ilişkilerde kullanılabilir. Özellikle bireyin fiziksel olarak hasta olduğu, sağlığını kaybettiği kriz dönemlerinde empati insanı hayata bağlayan bir can simidi olabilir. En yakınınındaki hemşire tarafından anlaşıldığını, olduğu gibi kabul edildiğini görmek ve en bakımsız, en bağımlı, en aciz, en güçsüz, en zayıf, en kirli, en mahrem, en çirkin anlarına tanık olan hemşire tarafından olduğu gibi kabul edilmek hastayı yaşama bağlayan, yaşamak için nedenlerinin olduğunu anladığı bir süreçtir. Waxman’ın 1983 yılında yaptığı bir araştırmaya göre öğretmenin öğrencileri ile empati kurması halinde öğrencilerin motivasyonlarının ve başarı oranlarının arttığı görülmüştür (Waxman, 1983). Benzer şekilde paralellik kurduğumuzda hemşirenin empati gösterdiği hasta, hayata bağlanacak, yaşamak için daha büyük bir motivasyon hissedecektir. Bu duyguların da iyileşme sürecini ve bağışıklık sistemini olumlu yönde etkileyeceğini tahmin etmek zor olmayacaktır.

Doğaları gereği, bütün insanlar karşısındakini anlama konusunda eşit düzeyde başarılı olamayabilirler. Kişilerin başkalarıyla olan ilişkilerinde ne derece empatik olabildiklerini ifade eden üç empati basamağı vardır. Bunlar sırasıyla; onlar basamağı, ben basamağı ve sen basamağıdır. Onlar basamağı empatinin en zayıf olduğu iletişim şeklini ifade eder. Bu basamaktaki kişi karşı tarafın duygu ve düşüncelerini önemsemez, kendi duygu ve düşüncelerini de dile getirmez. Yalnızca, toplumun genel değer yargılarından yola çıkarak yorumlarda bulunur. Ben basamağındaki kişiler ise genel olarak ben-merkezcidirler ve karşısındakini anlamaya çalışmak yerine onu eleştirmeyi veya akıl vermeyi tercih ederler. Sen basamağı ise empatinin gerçekleştiği basamaktır. Yani sen basamağındakiler, kendilerini karşı tarafın yerine koyarak olaylara onların gözlükleriyle bakar; toplumun veya kendisinin değil de, doğrudan söz konusu kişinin duygu ve düşünceleriyle ilgilenirler. Kişinin hangi

empati basamağında bulunduğu, insanlarla olan iletişiminin kalitesini ve başkalarını anlayabilme becerisini ortaya koyduğu gibi duygusal emek süreci üzerinde de doğrudan etkili olabileceği gibi söylenebilir. Örneğin, onlar basamağındaki bir sağlık profesyoneli, hastaların sorunlarını önemsemeyecek ve çözmek adına herhangi bir sorumluluk hissetmeyecek iken; sen basamağındaki bir sağlık profesyoneli, hastanın duygu ve düşüncelerini anlayarak sorunların çözümü konusunda uygun davranış şeklini kolayca geliştirebilecektir (Dökmen, 1996).

Empatinin bileşenlerinin neler olduğu konusunda araştırmacılar arasında, bazı görüş farklılıkları vardır. Örneğin, Hoffman' a (1978) göre empatinin bilişsel, duygusal ve güdüsel (motivasyonel) olmak üzere üç bileşeni vardır. Bazı araştırmacılar empatinin bilişsel yönünü, bazıları ise duygusal yönünü vurgulamaktadır. Fakat çoğunluğun (Truax ve Carkhuff, 1967; Feschbach, 1975; Iannotti, 1975; Brems, 1988; Dökmen, 1988; Pecukonis, 1990; Poresky,1990) üzerinde uzlaştığı görüş, empatinin bilişsel ve duygusal bileşenlerden oluştuğu yolundadır.

Empati; bilişsel açıdan, başkalarının düşüncelerini, niyetlerini, ihtiyaçlarını, duygularını vb. anlamaktan oluşan bir süreçtir. Bilişsel empati, bireyin karşısındaki kişiyle aynı duyguları yaşamadan onun duygularını anlayabilmesidir. Empatinin bu bileşeninde birey karşısındaki kişinin düşüncelerini hem sözel hem de sözel olmayan ipuçları sayesinde anlar. Empatinin duygusal bileşeni, kişinin kendisini başkasının yerine koyarak, kişinin iç dünyasını, düşüncelerini, hissettiklerini algılaması ve bunun sonucunda, paylaşmanın ortaya çıktığı bir süreçtir. Bu anlamda empatinin en önemli yönüdür. Empatinin duygusal yönü ele alınmadığında, empati, sadece diğer bireyin yaşantısını tanımlama becerisi haline gelir.

Bir insanın karşısındaki kişi ile empati kurabilmesi için gerekli olan öğeleri şöyle sıralayabiliriz: Öncelikle empati kuracak kişi kendisini karşısındakinin yerine koymalı, olaylara onun bakış açısıyla bakmalıdır. Empati kurmuş sayılmamız için, karşımızdaki kişinin duygularını ve düşüncelerini doğru olarak anlamamız gereklidir. Karşımızdakinin yalnızca duygularını veya yalnızca düşüncelerini anlamış olmak yeterli değildir. Son olarak ise empati kuran kişinin zihninde oluşan empatik anlayışın, karşıdaki kişiye iletilmesi davranıştır. Karşımızdaki kişinin duygularını ve

düşüncelerini tam olarak anlasak bile eğer anladığımızı ifade etmezsek empati sürecini tamamlamış sayılmayız.

Rogers'e göre, psikolojik danışma ortamında empatinin etkili olmasının temel nedeni, empati ile karşılaşan hastanın yalnızlıktan kurtulmasıdır. Empatik yaklaşım gören kişi insan olduğunu ve yalnız olmadığını hisseder (Rogers, 1983). Kendisinin anlaşıldığını hissetmeyen, empatik ilişki kurulmayan hasta, beni kimse anlamadığına göre "ben normal bir insan değilim", "ve buna değer değilim" duygusuna kapılacaktır. Bunun tam karşıtı olan durumda aynı hasta kendisinin anlaşıldığını hissettiğinde, kendisi ile empatik ilişki kurulduğunda, bir başkası tarafından yargılanmadığında "ben normal bir insanım" duygusunu yaşayacaktır. Bu düşüncelerle hasta kendisini tanımaya başlayacak ve kendisini kabul etmesini sağlayacaktır (Rogers, 1983). Empati, insanın kendisini sevmesini ve kendini değiştirebilmek gücüne ve, potansiyelini kendisine teslim etme gücüne sahip olmak demektir. Borke empati için sosyal uyuma katkıda bulunan temel insan özelliklerinden biri olduğunu söylemiştir.

Rogers (1957)' a göre danışmanın üç temel özelliğe sahip olması gerekir. Bunlardan en önemlisi özellikle danışana empatik anlayış göstermektir. Empatik anlayış danışmanın kendini danışanın yerine koyup, onun yaşamını, bütün ayrıntılarıyla sanki danışanmış gibi anlamasını ve hissetmesini gerektirir. Bunu yapan danışman, danışana "seni tamamıyla anlıyorum" mesajını verir. Empatik anlayış gelişmeden kurulan bir ilişkide danışan, "Bu kişi beni gerçekten tanısa, bana saygı ve sevgi duyamaz!" kuşkusu içindedir. Böylece empatik anlayışın tam yer aldığı bir ilişkide danışanda, "Bu kişi benim dediğimi gerçekten anlıyor ve bununla birlikte beni seviyor ve sayıyor" duygusu hâkim olur. Çünkü empatik anlayış bireyin uzun süre bastırıldığı ve bilincinden ittiği duygu ve isteklerin farkına varmasını sağlar (Cüceloğlu, 2008).

Rogers'a göre empati terapiler için bir ön koşul olmaktan çok temel nitelikte bir terapötik yapıdır. Terapist terapötik bir tutum içinde olmaktan çok hastaya yönelmeye ve onu anlamaya çalışır. Bu nedenle kişilerarası etkileşim yönetici/ yönlendirici nitelikte değildir. Rogers empatiyi, terapistin hastanın dünyasını, sanki o imiş gibi ("sanki" duygusunu hiç kaybetmeden) anlaması olarak tanımlamıştır (Bozart, 1999, Akt: Gülseren, 2001).

Empati danışmanın rutin olarak kullandığı yapmacık bir teknik değildir. Daha çok empatik anlayış ile kastedilen, danışanların birlikte derin bir şekilde danışanın subjektif dünyasını anlamasıdır. Psikolojik danışmanlar, danışanın duygularına benzeyen kendi duygularına başvurarak danışanın subjektif dünyasını paylaşabilirler. Ancak bunu yaparken kendi kişilik bütünlüklerini de koruyabilmelidirler. Rogers, danışmanın kendi kişiliğinin özgünlüğünü kaybetmeden, danışanın özel dünyasını kendi gördüğü ve hissettiği şekilde yakalayabildikleri takdirde büyük bir olasılıkla yapıcı değişikliklerin oluşacağını ileri sürmüştür. Empati danışanın;

1-yaşantılarına ilgi göstermesi ve bunlara değer vermesinde

2-eski deneyimlerini yeni görüş açısından değerlendirmesinde

3-kendilerine ait bakış açılarını ve dünya görüşlerini değiştirmesinde ve

4-karar verme ve eyleme geçme konusunda kendilerine güvenlerinin artması konusunda yardımcı olmaktadır.

Terapotik süreçte danışmanın başlıca görevlerinden biri, içinde bulunulan zamanda gelişen etkileşimleri ortaya çıkararak danışanın deneyimlerini ve duygularını duyarlı ve doğru bir şekilde anlamaktır. Amaç, danışanların kendilerine daha yakın olmaları, daha yoğun ve derin hissetmeleri ve içlerindeki uyumsuzluğun farkına vararak bunları çözümlenmeleridir. Doğru empati açıkça gösterilen duyguların farkına varılmasından ziyade, danışanın yaşadığı daha belirsiz duygulara doğru gittiğinin bilinmesi önemlidir. Bu durum Duygusal Emek ve temelindeki duygusal çaba demektir. Empatik anlayış içinde danışman, danışanın subjektif deneyimini fark etmesi için çaba göstermektedir.

Empati konusunda yapılmış olan çalışmaların sonuçlarına göre kadınların erkeklerden daha çok empati gösterdikleri ve kadınların insanlara bakım ve destek sağlama konusunda daha yardımsever tutumlar sergiledikleri gösterilmiştir. Başka bir çalışmada Truax ve arkadaşları (1974) pratisyen hekimlerin, tıp dışı meslek grupları ve diğer sağlık personelinde daha yüksek oranda empati, sıcaklık ve sahip olma özellikleri gösterdiklerini bulmuşlardır (Newton ve ark.,2000, Hojat ve ark., 2002, Akt: Gönüllü, 2007). Bir başka araştırmada empatinin, iletişim becerileri (Nadler ve Nadler, 2000), cinsiyet (Giesbrecht, 1998; Kaliuposka, 1994; Myyrg ve Helkama, 2001), yardım etme davranışı (Eisenberg ve ark. 1998; Litvack ve ark. 1997), ile ilişkisinin

çalışıldığı görülmektedir (Akt: Duru, 2002). Danışmanın empatik yaklaşımı, danışanların kendilerini anlamalarını ve korkularının ve inançlarının açıklığına kavuşturulmasını sağlamaktadır.

#### **1.1.1.1 Empati ve özdeşim**

Empati ve özdeşim kavramlarının zaman zaman karıştırıldığı görülmektedir. Özdeşim ve empatinin birbiri ile karıştırılmaması önemlidir. Yatakta yatan hastayı kendi annesi yerine koyan hemşirenin kritik bir anda eli ayağının birbirine dolanması, ellerinin titremesi ve işini doğru yapamaması ve kendi öznel duyguları içinde hemşirenin kendini kaybetmesi özdeşim kavramına verilebilecek bir örnektir.

Özdeşim, bir kişinin birçok yönleri ile bir başka kişiye benzemesi yoluyla gerçekleşen, otomatik, bilinç dışı işleyen zihinsel bir süreçtir. Greenson (1994) empatiyi, geçici ya da kısmi özdeşim yolu ile bir başka kişiyi anlamının bir yolu olarak tanımlamıştır. Böylece empati, karmaşık psikolojik durumların özgül olarak algılanmasına ayarlanmış bir kavrayış biçimi olarak da ele alınmıştır. Buna karşın Buie (1981), empati sürecinin özdeşime bağlı olmadığını belirtmiştir. Örtüşmekle birlikte empati özdeşimden farklıdır. Özdeşimde klinisyenin yalnızca hastanın duygusal durumunu anlamakla kalmayıp bunu hissetmeye devam etmesi temel farklılıklardan biridir (Shea ve Öztürk, 1998). Empatide ise böyle bir süreklilik söz konusu değildir. Empati yapılabilmesi için, hissettikleri açısından terapistin ne hasta ne de kendi tarafında sürekli kalmaması, esnek ve gereksinimlere uygun biçimde yer değiştirebilmesi önemlidir. Empatinin sağlanabilmesi için de, hastada özdeşime dayalı kişiler arası sürecin anlaşılması gerekir. Ancak, özdeşim yalnızca bilinç dışı olabileceği ve empati içeren yanıt her zaman bir bilinçli bileşen içereceğinden, ikisinin karşılıklı etkileşimlerinin anlaşılabilmesi için daha fazla çaba gereklidir. Özdeşim hasta gibi hissetmeyi olası kılar, ancak kesinleştirmez (Natterson, 1991).

Bir kişi, karşısındakinin hissettiklerini hissetmeye çalışırken, onunla özdeşim yaparsa, onun semptomlarını olduğu gibi yaşayabilir veya bu semptomların yarattığı sıkıntılı durumdan kaçınabilir. Her iki durumda da karşıdaki kişiye yardım etmeyi engeller ve karşıdaki kişiyi anlamak için, onun yaşadıklarını yaşamak gerekli değildir. Özdeşim bilinçdışı çalışan ve bireyin

kendisini başka birine göre biçimlediği zihinsel bir mekanizmadır. Bu anlamda özdeşleşme empati değil, diğer bireyle kuvvetli bir duygusal bağ oluşturmak için diğeri gibi olma ve onun gibi davranma eylemidir. Özdeşleşmede iki kişi aynı benliği paylaşırken, empatide iki ayrı benlik birlikte var olmaktadır (Natterson, 1991).

Empati ve özdeşim arasındaki ilişki konusundaki güncel bilgilerimiz, gelecekte özdeşim ile bağlantılı bir empati anlayışının kuramsal olarak gelişeceğini düşündürmektedir. Bu tür çalışmalarda, empati sahibi ya da görece empati sahibi olmayan ebeveynlerin çocuklarında empatinin gelişiminde özdeşimin rolünün anlaşılması ve bu konuda gözlemlere dayalı araştırmaların yapılması yararlı bilgiler sağlayabilir (Buie, 1981; Basch, 1983, Akt: Gülseren, 2001).

#### **1.1.1.2 Empati döngüsü (Empathic cycle)**

Empati birbirini izleyen evrelerden oluşur: hastadan duygu ya da ifadenin alınması, empati yapıldığında bunun hastaya iletilmesi ve hastanın kendisi ile eşduyum yapıldığı ya da anlaşıldığının farkına varması. Bu süreç "empati döngüsü" olarak tanımlanır ve şu evrelerden oluşur; (1) hasta bir duygusunu ifade eder, (2) klinisyen bu duyguyu tanır, (3) klinisyen bu duyguyu tanıyıp aldığını hastaya ifade eder, (4) hasta duygusunu iletmiş olduğunu fark eder, (5) hasta duygusunu iletmiş olduğunu fark ettiğini terapistte geri bildirir (Barrett ve Lennard, 1993). Hastanın iç ifadeleri, terapist tarafından algılananlara yaklaşık olarak uymuşsa ve uygun bir sonuç çıkarılmışsa empati sürecinin tamamlandığı söylenebilir (Buie, 1981). Bu evrelerde, karşılaşılan güçlükler bu yazının konusu olmayacaktır ancak hemşirenin hasta ile terapötik iletişim halinde iken harcadığı duygusal emek düzeyi konusunda bize çarpıcı detay verebileceği düşünülerek başka bir araştırmanın temelini oluşturulabilir.

Greenson (1994), empati yapabilmek için terapistin hissettiklerinin, hastanın hissettiği duygu ve dürtülere yakın olması; ancak, bunu hastaya açıkça belli etmemesi gerektiğini ileri sürmüştür. Buna göre veriler empati yaparak toplanmalı, ancak tepki kısıtlı tutulmalıdır. Hastanın benlik gücünü ve ne zaman girişimde bulunacağını belirlemek için de terapistin empati yapması gerekir. Bu döngünün tamamlanması ile empati süreci daha duyarlı olmaya başlar. Miller' (1989) e göre empati sürecinde terapist, elde ettiği bilgilerle

duygusal iletişimi konusunda hastayı giderek daha doğru biçimde algılayabilir. Bu şekilde döngü tamamlanır (Basch, 1983, Akt: Gülseren, 2001).

### **1.1.1.3 Hasta-Hemşire İlişkisinde Empati ve Önemi**

Hastalık gibi nedenlerle bireyin özbakım ihtiyaçlarını karşılayamadığı durumlarda, birey adına bu sorumluluğu hemşire üstlenir. Bu nedenle insan, hemşirelik uygulamalarının merkezini oluşturur. İnsanın çok boyutlu bir canlı olmasının özelliklerine bağlı olarak hemşirelik mesleği insanı anlamak, bilmek üzerine kurulmuş bir disiplin olup, hümanistik yaklaşımları da içermektedir. Hemşirelik bir yardım mesleği olması itibari ile empati hemşirelik bakımının dolayısıyla yardım edici ilişkinin en temel bileşenidir (Terakye, 1998).

Hemşirelik literatüründe, hemşire-hasta ilişkisi; verilmesi amaçlanan tüm bakımın en önemli noktasıdır (Terakye, 1998). Eğer hemşireler hastaları birer birey olarak kabul etmez ve onların düşüncelerine değer vermezse, hemşire hastanın ihtiyaçlarını hastanın bakış açısıyla değerlendiremezse, hastanın sorunlarının objektif olarak saptanması ve giderilmesi mümkün olmaz ve hastalar hemşirelere güvenmezler (Terakye, 1998). Hemşire –hasta ilişkisinin önemli bir amacı da, hastanın ihtiyaçlarını belirlemek ve gerekli bakımı sunmaktır. Özellikle yoğun bakımlarda takip edilen kritik hastaların duygularını, düşüncelerini ve ihtiyaçlarını ifade etme problemi için de hemşire, hastasını dinlemek ve bunun hasta için ne anlama geldiğini anlamak zorundadır. Bu da ancak empatik ilgi ve beceri ile olur. Hemşireler yüksek düzeyde empati sergilemedikleri zaman hastaların duygu ve düşüncelerini anlamaları mümkün olmayacaktır.

Sosyal çevresiyle iç dünyası arasındaki dengede ortaya çıkan sorunlar nedeniyle bireyler sağlıklı kişilerarası ilişkiler geliştirebilmek için çevresiyle bir yardım ilişkisi içinde olmaya yönelir. Bu yardım ilişkisi içinde yardım edenler; yasal olarak belirlenmiş olan meslekler, profesyonel olmayanlar, gönüllüler ve günlük yaşamda yardım edenler olarak düşünülebilir. Egan (1975)' a göre tıp alanında hiçbir doktor hastasının bedeni ile ilgilenirken onu hemen başka bir insan ilişkileri uzmanına göndermez. Benzer şekilde hemşire hasta ilişkisinde, hastanın fiziksel ve sosyal ihtiyaçlarına yönelik tedavi ve bakım yaparken, psikolojik ihtiyaçları için hastayı başka bir meslek uzmanına



yönlendirmez. Çünkü hastanın tüm ihtiyaç alanlarına yönelik faaliyetleri sırasında terapötik ilişkiye odaklanmıştır.

Tedavi ve bakım fonksiyonlarını yürüten hemşire aynı zamanda danışman (terapist) rolünü de üstlenmektedir. Tüm bu faaliyetleri yürütürken, sürekli iletişim halinde bulunan hemşirelerin, hastanın duygusal gereksinimlerini karşılayabilmek ve yardım edebilmek için empati becerisine ihtiyaç vardır. Empatik olmak ise iyi bir dinleyici olmaktan öte bir şeydir. Empati içeren yanıt her zaman bir bilinçli bileşen içereceğinden, ikisinin karşılıklı etkileşimlerinin anlaşılabilmesi için daha fazla çaba gereklidir. Bu süreç danışmanın yardım edici rolünden kaynaklanan duygusal emeğini içermektedir.

Hemşireler hastalara empatik bir tutumla yaklaştıklarında onların gereksinimlerini daha doğru saptayabilir ve olumlu sonuçlar elde edebilir. Çünkü hemşire tarafından anlaşıldığını hisseden birey önemsendiğini, ona güvenildiğini ve değer verildiğini düşünür. Bu nedenle hemşirelerin empatik duyarlılığa sahip olmaları ve hastaları daha iyi düzeyde anlayabilmeleri için empatik iletişim becerilerini kazanmış olmaları gerekmektedir. Empatinin etkin kullanımı hastanın memnuniyetini ve genel sağlık durumunu da olumlu yönde etkiler. Erken taburcu olarak daha kısa sürede üretken olan bireyin mutluluğu artarken ekonomik kazancıda artmış olur (Mete, 2005). Yapılan araştırmalara göre, hastaları ile sıcak, ilgili, saygılı ve olumlu yaklaşım ile doyurucu ilişkiler kurabilen empati düzeyi yüksek hemşireler, mesleki yaşantılarında mutlu, güvenli ve kendilerini değerli bulmaktadır. Bunun sonucunda da hemşireler mesleki doyuma ulaşmaktadır. İşinde doyumlu çalışan hemşirelerin aynı zamanda verdikleri bakımın niteliği de yüksek olacaktır (Demerouti, 2000).

Halpern (2001)'e göre; 1-Empati, hastaları semptomları, endişeleri hakkında daha fazla konuşmaya istekli hale getirir. Böylece tıbbi bilgi toplama ve buna bağlı olarak daha doğru teşhis ve daha iyi bakım sağlanmasını kolaylaştırmaktadır. 2- Empati hastanın yeniden otonomi kazanmasını ve kendi tedavisinde öz yeterliliklerinin artırılması ile katılımlarını sağlanmasına yardım etmektedir. 3-Empati hastanın iyileşmesini direk olarak etkileyen terapötik etkileşimlere yol açar (Halpern, 2001, Akt: Eric ve ark., 2005). Özetle bağlantıya geçme ve empati geliştirme bakım için temel bir durumdur ve hekim-hasta potansiyel terapötik ilişkilerini arttırmaktadır (Peabody, 1927; Spiro, 1992, Akt: Eric ve ark., 2005)

Ağrılı, anksiyeteli, öfkeli, depresif hastalara karşı hemşirelerin tutumunu inceleyen bir araştırmada hemşirelerin sözel tepkilerinin hastaları etkilediği saptanmıştır. Bir başka araştırmada ise empatik eğitim almış hemşirelerin, kontrol grubundaki hemşirelere göre bakım verdikleri hastalara daha az düşmanlık gösterdikleri bulunmuştur (Öz, 1992) .

Empati tedavinin bir parçası olarak empati ihtiyacı göz önünde tutulduğunda, doktorlar hastaları ile empati kurmayı öğrenmek zorundadırlar. Öteki insanlar ile empati kurma becerisi geliştirebilmek için insanın sabırlı, ilgili ve hastanın özel dünyasına girme konusunda istekli olması gerekmektedir (Halpern, 2001, Akt: Eric ve ark., 2005). Buna karşın empati geliştirmeye istekli çağdaş doktorların yüzyüze oldukları pek çok engel söz konusudur. Bunlar ağır iş koşulları, empatiye ve insancıl olmaya değer verilmemesidir (Kash,1989; Greenberg, 2010; Testerman,1996; Akt. Larson ve ark., 2005). Ayrıca Halpern'in araştırması farklı sağlık profesyonellerinin hasta bakımının duygusal yönleri ve şefkat eğitimi deneyimlerinin yetersiz olduğunu göstermektedir (Baile, 2000; Clark, 2001, Akt: Larson ve ark., 2005). Larson ve Yao (2005) empatiyi daha iyi anlamak ve daha önemlisi de bu süreç içinde psikolojik ve davranışsal faaliyetlerin çerçevesini çizmek ve duygusal emek davranış boyutlarının psikolojik ve davranışsal metodları açısından empatiyi daha iyi anlamamız gerektiğine işaret etmektedirler. Bu durum doktorun günlük uygulamalarında empatiyi daha iyi birleştirmesine yardımcı olacağını belirtmişlerdir.

1990'lı yıllarda yayınlanan literatürlerde hemşirelerde empati seviyesinin düşük olduğu ifade edilmiştir (Pişmişoğlu, 1997). Reynolds (1999) ise, empatinin halen birçok klinik alanda tam olarak kullanılmadığını bildirmiştir. Yapılan araştırma bulgularına göre, hastaları ile sıcak, ilgili, saygılı ve olumlu yaklaşım ile doyurucu ilişkiler kurabilen empati düzeyi yüksek hemşireler, mesleki yaşantılarında oldukça mutlu, güvenli ve kendilerini değerli bulmaktadırlar. Bu da hemşirelere mesleki doyumunu getirecek, işinde doyumlu çalışan hemşire ise kaliteli bir hemşirelik bakımı verebilecektir (Taşdemir, 1999)

Brown ve Hunter (1987) çeşitli sağlık kurumlarında çalışan hastane yöneticileri, psikiyatristler, yoğun bakım ve ameliyathane hemşirelerinin empatik iletişim becerilerini araştırmışlardır. Araştırma sonucunda empati ile

kişilerarası uyum arasında yüksek bir ilişki bulunmuş, ayrıca bütün grupta psikiyatri servisinde çalışanların empatik iletişim becerileri ve kişilerarası uyumları anlamlı bir şekilde daha iyi bulunmuştur (Brown ve Hunter, 1987).

Aştı ve Turgay (1996), yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin eğitim durumları ile empati düzeylerini karşılaştırdıkları araştırmada, bunlar arasında anlamlı bir ilişki bulunamadığını, ancak lisans mezunu hemşirelerin daha yüksek empati puanı aldıklarını, hemşirelerin çalıştıkları birim ile empatik becerileri arasında anlamlı bir fark bulunmadığını bildirmişlerdir (Aştı, 1996) .

Olson (1995) 'un 140 hasta ve 70 hemşire ile yaptığı araştırmada, hemşirenin empatik tepkileri ile hastanın algıladığı empati ve üzüntüsü arasındaki ilişkiyi incelemiş, hemşirenin empatik anlayışını ifade etme düzeyi ile hastanın kendisinin empatik olarak anlaşıldığını hissetmesi arasında pozitif yönde ve hastanın üzüntüsü arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Aynı çalışmada, hemşirenin empatik tepkileri sonucunda hastanın bir hemşire tarafından anlaşıldığını ve kabul edildiğini fark etmesi durumunda, anksiyetesi, depresyonu ve öfkesinin azaldığı fark edilmiştir (Olson, 1995) .

Literatürde empati/iletişim eğitiminin hemen herkese yararlı olabileceği, fakat belirli alanlarda çalışan kişilerin bu tür eğitime özellikle ihtiyacı olduğu belirtilmektedir. Empati eğitiminde, yararlanabileceğine inanılan gruplar arasında tıp öğrencileri, ticaret alanında çalışanlar, evli çiftler, öğretmenler, sosyal çalışmacılar, hemşireler, psikiyatristler, psikologlar ve danışmanlar gelmektedir. Doğuştan var olan ve bir kişilik özelliği olduğu kabul edilen empati, yardım meslekleri arasında çok önemli bir role sahiptir. Çünkü empati içtenlik, sıcaklık, kendini açma, yakınlık gösterme gibi beceri ve koşullarla ilişkili bir kavramdır. Bu açıdan bakıldığında empati yoğun bakım hemşireleri için vazgeçilmez bir iletişim becerisidir. Empati doğrudan öğretilemediği için eğitimsel yaşantılar yoluyla dolaylı olarak geliştirilebilmektedir. Bireyler, empatiyi engelleyen davranışlar konusunda bilgilendirildiğinde, önyargılarını ve korkularını fark ederek iletişim becerilerini zenginleştirebilmektedir (Öz, 1992). Yine yapılan araştırmalarda empatik eğilimi yüksek olan kişilerin hemşirelik mesleğini seçme eğilimlerinin daha fazla olduğu belirtilmektedir. Sonuç olarak yapılan araştırmalar sonucunda, empati düzeyi yüksek olan hemşirelerin hastasını anlama düzeyi ve

yardımcılığının, empati düzeyi düşük hemşirelerden daha iyi olduğu görülmüştür (Baillie, 1996).

## 2. BÖLÜM- DUYGUSAL EMEK

### 2.1 Duygusal Emek Kavramı

Kavramı ilk kez ele alan Hochschild (1983), işgörenlerin büyük kısmının iş yerinde duygularını denetleyerek önceden belirlenmiş kalıplar dâhilinde müşterilere sunduklarını, bunu işlerinin bir parçası olarak ve belirli bir ücret karşılığında yaptıklarını ifade etmiş; bu olguyu ise duygusal emek olarak adlandırmıştır (Hochschild, 1983).

Bireyler günlük yaşantılarında sıklıkla gerçek duygularını olduğu gibi yansıtmak yerine toplumsal normlara uygun düşecek tepkiler vermeyi tercih eder ve bu yüzden duygularını denetim altında tutarlar. Duygusal tepkilerini işlerinin bir parçası olarak kullanmaları gerektiğinde ise söz konusu duygu denetimini belirli bir ücret karşılığında yapmış olurlar. Duyguları artık işlerinin bir parçasıdır ve iş yerindeki başarıları duygularını nasıl kullandıklarıyla yakından ilişkilidir. Duygusal emek, işi gereği müşterilerle birebir iletişim halinde olan işgörenlerin duygusal tepkilerini örgüt için kabul edilebilir şekle sokmak veya örgüt amaçlarıyla uyumlu duygu gösterimleri yaratmak amacıyla harcadıkları çaba şeklinde tanımlanabilir.

Hochschild (1983), bireylerin duygusal emek sarfederken iki mekanizmadan birini kullandıklarını belirtmiştir. Bunlar; yüzeysel davranış (surface acting) ve derinlemesine davranıştır (deep acting). Bunlara ek olarak Ashforth ve Humphrey Duyguların Doğal Yolla Sergilenmesi (samimi davranış) kavramını ortaya atmıştır. Yüzeysel davranışta birey, yalnızca davranışlarını değiştirir ve şartların gerektirdiği duygu ifadelerini gerçekte öyle hissetmediği halde öyleymiş gibi gösterir. Yani burada kişinin duyguları ile davranışları aslında birbiriyle uyum içinde değildir. Kişinin göstermek zorunda olduğu duygu gerçekte hissetmekte olduğundan çok farklıdır. Bu durumda birey, duygusal davranış kurallarının gerektirdiği davranışı gösterir ama kendi duyguları değişmez. Derinlemesine davranışta ise bireyin duygularını düzenleyerek, o anda yansıtması gereken duyguyu gerçekte de hissetmesi için çaba sarfetmesidir. Yani sergilemek zorunda olduğu duyguyla aslında hissettiği

duygu birbirinden farklı olduğu halde, kişi öncelikle duygularını değiştirmek ve şartlara uydurmak yolunu seçer. Böylece duygularıyla davranışları arasında doğal bir uyum meydana gelir. Yazar, özellikle yüzeysel davranış göstererek sürekli hissetmediği şekilde davranan bireylerin duygusal çelişki yaşayacaklarını ifade etmiştir. Bununla birlikte, hem yüzeysel davranışın hem de derinlemesine davranışın işgörenler için zahmetli olduğunu, stres ve tükenmişlik gibi bir takım olumsuz sonuçlara yol açtığını öne sürmüştür (Hochschild, 1983).

Hastalar sağlıklarını tekrar kazanma süreçlerinde zaten hassas ve incinebilir durumdadırlar. Tüm bu süreçlerde sağlık personelinin sarfettiği duygusal emek sağlık kuruluşu ve hasta açısından değer kazanmaktadır. Sağlık hizmeti sırasında hastalar ile daha yoğun etkileşim içinde olan Hemşire etkili iletişim sayesinde, bakımın kalitesini belirleyebilir. (Hemsley ve ark., 2001). Mesleğin doğası gereği, hemşireler empati becerisine sahip olmalıdır. Empati sayesinde hemşire kendisini hastasının yerine koyarak, onun duygu ve düşüncelerini anlamaya çaba gösterirken, aslında derinlemesine davranışta olduğu gibi kendi duygularını da düzenleyerek, o anda yansıtması gereken duyguyu gerçekte de hissetmesi için çaba sarfetmektedir. Yani sergilemek zorunda olduğu duyguyla aslında hissettiği duygu birbirinden farklı olduğu halde, empati aracılığı ile hemşire duygularını değiştirmek ve şartlara uydurmak yolunu seçmektedir. Yüksek empatik eğilime sahip kişilerin daha olumlu ve uyum deneyimleri yaşamış oldukları varsayılır ve düşük empatik eğilim özelliği taşıyan kişilere göre daha az duygusal emek sarf etmeleri beklenmektedir.

Hasta üzerinde olumlu duygular oluşturup iyi bir izlemin bırakabilmeleri ve hastaları psikolojik olarak destekleyebilmeleri için sağlık çalışanlarının işlerini yaparken belirli bir takım duygu ifadeleri kullanmaları gerekmektedir. Sağlık çalışanlarının kendi duyguları aracılığı ile hastaların duygularını etkilemeye çalışmaları sağlık sektöründe beklenen ve istenen bir durumdur. Hasta bakımı sırasında güler yüz görmek hastaların duyguları üzerinde olumlu etkisinin olduğunu, tersi durumun ise hastaların duyguları ve iyileşme süreci üzerinde nasıl olumsuz etkisinin olabileceğini tahmin edebiliriz. Hemşirenin kendini iyi hissettiği neşeli bir anında hastasına olumlu duygular göstermesi kolay olmakta iken hemşirenin üzgün, bitkin, yorgun,

uykusuz olduğu anlarda da hastasına aynı güler yüzü görtermesi beklenmektedir. Hemşirenin ruh hali ne olursa olsun hastalara yakın ve güleryüzle yaklaşması hem hasta, hem hasta yakınları, hem sağlık kurumunun yöneticileri, hemde diğer sağlık çalışanlarının beklentileri arasındadır. Florance Nightingale imajı ile (elinde lambası ile aydınlık dağıtan iyilik meleği) hemşirenin hastalara ve yakınlarına hangi davranışları sergileyeceğini önceden belirleyerek, bu davranışları yapılan işin bir parçası olarak zorunlu hale getirmektedir.

Duygusal emek, yoğun bakım ve kritik hasta bakım hemşiresinin hasta bakım faaliyetleri içinde görünmez bir şekilde zaten mevcuttur. Yoğun bakımdaki durumu kritik hastanın bakımı sırasında hemşirenin fiziksel, zihinsel emeğinin yanı sıra önemli duygusal emek harcamasının sonuçları ile ilgili olarak, bu duygular uygun şekilde yönetilmedikçe ve desteklenmedikçe, hemşirenin verdiği duygusal emeğin mesleki strese yol açabileceğini ve sonunda tükenmişlik sendromuna kadar varabileceği tespitini de yapmak yerinde olacaktır (Slayt, 2009). Bu potansiyel tehlike açısından hemşirelerin sarfettikleri duygusal emek düzeyleri ile empati düzeyleri arasındaki ilişkiyi saptamamız sağlık hizmetleri sektöründe emek veren çalışanlara katkıda bulunulacağı düşünölmektedir.

Duygusal emek tipik olarak evde bakıma ait kadına özgü bir durum olarak tarif edilir. Duygusal bakım kültürümüzde cinsiyetçi kalıp yargıları ve ekonomik koşullarda duygusal emeğin değerinin küçümsenmesine yönelik doğal bir süreç olarak görülür (Persaud, 2004; Oakley, 1974; Totterdell and Holman, 2003; Glomb et al.,2004 Akt. Gray, 2008). Hemşirenin görünmez duygusal bakımı genellikle cinsiyetçi kalıp yargılarla değerlendirilir.(Albert, 1989; Duncombe and Marsden, 1998, Akt: Gray, 2008). Hem kadın hem de erkek hemşireler cinsiyetçi roller ve duygusal emeğin cinsiyetçi ayrımı ile kısıtlanırlar. Özellikle bu durum hastaya uzaklık, yakınlık duyguların ifade edilmesinde söz konusu olmaktadır. Örneğin psikiyatri kiliniğinde erkek hemşirelerin tehlikeli ve “kötü” hastaların kontrol edilmesinde ataerkil rolü yerine getirdiği öne sürölür. Dahası psikiyatri servisinde hemşireler işlerini yaparken hem bakım görevi hem de sosyal kontrol rolü oynarlar. Çünkü bunun hasta bakımında çözümlenmemiş duygusal baskı ve strese sebep olacağı öne sürölür. Psikiyatri hastalarının hem bakımı hem de kontrolünün yetkisi sağlık

sisteminde eşitsizliğe ve sıkıntıya yol açacağı rapor edilmiştir. Özellikle terapötik ideallerin ve günlük sosyal kontrol uygulamaları arasında tutarsızlık yarattığı iddia edilmektedir (Handy, 1990; Cropanzamo ve ark., 2003; Newton, 1995, Akt: Benjamin ve Smith, 2008).

Yüzyıllar boyu, gerek doğu, gerekse batı kültürlerinde kadının, bakım sağlayıp koruyan, yardım eden rolü ağır bastığı için, “duygusal emek” ve “duygu işçiliği” kavramı daha fazla olarak hemşireler üzerinde yapılan çalışmalarla açıklanmaya çalışılmış ve hemşirelikteki duygusal emek kavramı kalıcı bir popülerlik kazanmıştır (Bolton, 2001). Ancak verilen hizmetin teknik bir boyutu da söz konusu olduğunda verilen hizmetin duygusal boyutu çoğunlukla ihmal edilebilmekte, hatta bu ihmal durumunun; işin layığı ile yerine getirilebilmesi için ve duygulardan arınmış olarak işe tam olarak odaklanılabilmesi açısından gerekli olduğu da ileri sürülebilmektedir (Smith ve Gray, 2000) .

Duygusal emek bakım veren ile bakım alan arasındaki ilişkiyi içerir. Mesleki ve bakım emeğinin değerinin göz önüne alınması ile bir mal veya hammadde olarak görülebilir. James (1989) duygusal emeğin cinsiyetçi doğasını sağlık bakım ortamına uyarlamış ve bakım emeğinin kadının aile içindeki emeğinin ve pozisyonundan doğal olarak esinlendiğini tartışmıştır. Dolayısıyla duygusal emek değerinin bir mal olarak değeri azımsanmış ve küçümsenmiştir. Duygusal emeğin görünmezliği ve aile içindeki bakım ile özdeşleştirilmesi onu kararsız, çelişkili bir duruma getirmiştir. Aile içindeki bakımın ideolojik olarak değerinin çekici olabileceğini söylerken düşük statü durumu gerçeğini değiştirmiyor (James, 1989).

Bakım ise ötekileri destekleyen ve ihtiyaçlarına cevap veren zihinsel, duygusal ve fiziksel çaba olarak tanımlanabilir (Benner and Wrubel 1989; Watson, 1990; Swanson, 1993, Akt: Henderson, 2001). Hemşirenin ana ikilemini, toplumun bakımın değerini küçümsediği ve toplumda ihtiyaç olan bakım hizmetini vermek zorunda olması olarak tanımlayabiliriz (Reverby, 1987). Bakım kadın emeği olarak görülmekte, anlaşılmakta ve bu şekilde değer verilmektedir. Kişisel duygusal yatırım, kıymeti bilinmeyen ve değer verilmeyen bir durumdur. Ancak açıkça görülüyor ki bakım duyguyu kapsamaktadır. Duygu ise kişisel hassasiyeti ve incinebilirliği kapsamaktadır. Öyleyse hemşirenin hasta bakımında duyguları ile dâhil olma kararı

profesyonel olarak faydalarının yanı sıra kişisel bir maliyeti de söz konusudur (Henderson, 2001).

## **2.2 Hasta-Hemşire İlişkisinde Duygusal Emek ve Önemi**

İnsan bilindiği gibi biyolojik, psikolojik ve sosyal yapısı ile bir bütündür. Bir insanın sağlıklı olabilmesi için bu bütünün parçalarını oluşturan fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hali içinde olması gerekir. Hasta bu bütünlüğü hastane dışında kendisi ve yakınlarının desteği ile sürdürürken hastane ortamında ise ekip anlayışı ile yaklaşan sağlık ekibi elemanlarının işbirliği ile sürdürebilir. Sağlık hizmetlerinin her aşamasında, hasta, yaralı ve yakınlarına psikolojik destek önemlidir. Hastanın iyileşme sürecinin hızlandırılması sadece fiziksel süreçlerin değil aynı zamanda, hasta ve hastanın duygularının işin içine girmesini gerektirmektedir.

Hemşirenin hasta ile yakın teması olduğu zamanlar artan gerginlik duyguları ile karakterize edilir. Hemşirelik bakımı tedavinin yaşamsal bir ögesidir (Milliward, 1995). Hastanın duygusal ve fiziksel olarak iyi olması için hemşirenin bakımı, yardımı ve desteği gerekir. Ayrıca bakım duyguları içerir. Hemşirelik kişilerarası ilişkilerde oryantasyon merkezli hasta bakımı kavramının ayırt edici özelliğindeki önemli bir durumdur (Milliward, 1995). Buna karşın bakım bir bakıma tercih edilen bir durum olarak bireyin duygusal dahil olma ve yalıtılma seçimine bir dereceye kadar aracılık eder (Hochschild, 1983). Aynı zamanda duygusal emek iş performansının gerekli bir ögesidir. Bu kavram pek çok araştırmacı tarafından hemşirelik alanına özel olarak uygulanmıştır (Smith, 1992; Froggatt, 1998, Akt: Henderson, 2001).

Hochschild (1983) hemşirenin çalışması ile uçuş personelinin çalışması arasındaki paralelliğinin önemli olduğunu söylemektedir. Hissedilen gerçek duyguların ve otantik tutumun her iki meslekte de benzerlik gösterdiğini söylemektedir. Her ikisi de müşterilerine pozitif ve güven verici ve sakinleştirici bir şekilde davranmak zorunda olduklarını söylemektedir. Her iki meslek mensupları müşterilerine özen gösterdiğini ve güvende oldukları hissini veririler (Henderson, 2001). Hochschild'in uçuş görevlileri gibi hemşirenin kendi de duygularını bastırmak veya harekete geçirebilmesi için, tam tersi duygular içinde olsa bile hastalarını desteklemesi gerektiğine, güvende ve rahat bir ortamda olmalarını sağlamaları gerektiğini belirtmektedir.



Hemşire işinden evine dönerken iş ile ilgili her şeyi geride bırakıp, duygu ve düşüncelerine yönelik düğmesini kapatmayı deneme yanılma yolu ile öğrenir. Ancak bu durum hastadan izole olmaya ve yüzeysel davranmaya götürmez mi? Bu yapmacık durum ise yabancılaşmaya neden olmaz mı? Ya da hemşire sistematik çaba ve deneyim ile kendi duygularını fark etmeyi hem kendisi hem de hasta ile terapötik olarak duygusal dâhil olmayı öğrenemez mi? Bu soruların cevapları bizi hemşirelerin belirli klinik ortamlarda duygusal durumlarla başa çıkma stratejilerini geliştirmeye yönelik istekli olduklarını gözlemlemeye götürür. Hemşirelerin hasta bakımı sırasında zaman zaman bunaldığını tarif ederek çeşitli durumlarda düğmesini açma ve kapatma gibi metaforlar kullandığını görüyoruz. Hemşireler duygusal talepleri yönetmek için çizgiyi çekerek bariyer koyduklarını ifade ediyorlar (Froggott, 1998).

Henderson'un araştırmasında, hemşireler hasta bakımında uyguladıkları duygusal yalıtmanın tersi olan duygusal dâhil olmanın değeri konusunda farklı bakış açılarına sahip olduklarını belirtmiştir. Henderson (2001) bu bakış açısındaki farklılıkların hemşirelerin benlik algılarına bağlı olduğunu belirterek bazı hemşirelerin hasta bakımında kendilerini her zaman duygusal olarak yalıtılmış ve objektif olarak gördüklerini, hastalara yaklaşımlarında kendilerini, gereksinimlerini ve kişiliklerini koruma ihtiyacı olmasının gerekli olduğunu belirttiklerini ifade etmiştir. Pek çok hemşire bu tutumu nasıl oluşturduklarını şöyle ifade etmektedir. Hasta ile duygusal dâhil olmayı ve duygusal yalıtımı kişilik yapılarında yer alan sabit bir durum olarak görmediklerini, hastanın özel durumuna ve koşullara bağlı olarak gelişen bir süreç olduğunu söylemektedirler. Bazı hemşirelerin ise duygusal olarak olaya dâhil olmadıklarında hastalara nasıl davranacaklarını bilemeyeceklerini ve hasta-hemşire ilişkisinde birbirlerinden bir şey öğrenemeyeceklerini belirtmiştir (Henderson, 2001).

Hemşireler duygusal dâhil olma veya kendini duygusal olarak yalıtma konusunda konuşmaya isteklidir. Hemşirenin kendi farkındalığı ne kadar artarsa hasta ile daha fazla duygusal bağlantıyı beraberinde getirme olasılığı o derecede fazla artar. Hemşire ve hasta arasındaki duygusal dâhil olmasının derecesi hasta ve hemşirenin karşılaştığı ortamın durumu ve bağlamına bağlı olarak değişmektedir. Bu durum hemşirenin ve hastanın geçmiş deneyimlerine bağlı olarak sezgisel bir şekilde ortaya çıkmaktadır. Böylece hemşire söz

konusu hastaya daha önceki mesleki veya özel hayatında karşılaştığı benzer hasta veya durumla ilgili duygusal durum ile bağlantılı olarak davranmaktadır (Henderson, 2001). Duyguların empatik yaklaşımdan önce, sonra ve daha sonraki hasta bakımı süreçlerinde sürekli yer aldığını görmekteyiz.

Hemşirelerin çoğunluğu duygusal dâhil olmanın önemini tartışırken önemli bir azınlığı ise duygusal yalıtılmışlığın ve objektifliğin gereği üzerinde durmaktadırlar. Bu yeni bir bulgu değildir. Daha fazla duygusal talebin olduğu durumlarda, yoğunluk, ilişkinin uzunluğu ve ciddiyeti duygusal yalıtma/duygusal dâhil olmanın arasındaki dengeyi yönetmeyi daha fazla beraberinde getirmektedir. Bazı hemşireler duygusal yalıtmanın terapötik ilişkilerinde önemli olduğunu söylüyor. Bir psikiyatri hemşiresi şunu söylüyor: “Kendimi belirli dereceye kadar yalıtmanın hasta için her hangi bir empati ve sempati duymadığımı göstermez. Ama her zaman duygusal objektif/yalıtılmış davranmanın iyi olduğunu söyleyemem” demektedir (Henderson, 2001).

## **2.3 Duygusal Emeğin Öncelleri**

Duygusal emeğin öncelleri genel olarak üç başlık altında toplanmıştır. Bunlar; bireysel faktörler, örgütsel faktörler ve etkileşim özellikleridir.

### **2.3.1 Bireysel Faktörler**

#### **2.3.1.1 Cinsiyet**

Cinsiyet farklılığı bireylerin toplumsal rollerini belirleyen temel unsurlardan biri olarak kabul edilir. Kadın ve erkek davranışları ile ilgili toplumsal beklentiler bireylerin küçük yaşlardan itibaren cinsiyet temeline dayalı bir farklılaşmayla yetiştirilmesine neden olur. Bu durum kadınlarda ve erkeklerde duygu yönetimi ve duyguların gösterimiyle ilgili belirgin farklılıklara yol açar. Örneğin birçok kültür kadınların mutluluk, üzüntü ve korku gibi duygularını göstermelerini normal karşılarken öfke gösterimlerini bastırmaları gerektiğini öngörür. Erkekler içinse öfke gösterimleri normal kabul edilmekle birlikte, statülerini sağlamlaştıracak veya onları daha güçlü kılacak bir araca bile dönüşebilmektedir (Solmuş, 2004). Bu durum kadınların duygu yönetimine erkeklerden daha sık başvurmak zorunda kalıyor olmaları şeklinde yorumlanabilir.

Cinsiyete bağılı olarak toplumsal rollerde görülen farklılaşmanın örgütsel yaşantıda etkisini göstermemesi beklenemez. Hochschild (1983), iş yaşamında hemen herkesin duygusal emek gösterdiğini ancak bunun çoğunun kadınlardan beklendiğini ifade etmiştir. Kadınların doğaları gereği başkalarının ihtiyaçlarına karşı duyarlı olma, duygularını kontrol etme ve olumlu duygusal tepkiler verebilme gibi konularda erkeklere oranla daha başarılı olduklarını belirtmiştir. Ona göre, pozitif duyguların gösterilmesini gerektiren hizmet işlerinde kadınlar, erkeklerden daha yeteneklidir. Hatta bazı meslek dallarında cinsiyet temelli bir ayırım söz konusudur. Örneğin hemşirelik mesleği bunlardan biridir ve hosteslerin çok büyük bir çoğunluğu kadındır. Bunun gibi hosteslik, sekreterlik gibi işler de çoğunlukla kadınların yerine getirdiği, başka bir ifadeyle “kadın işi” olarak algılanan işlerdir. Elbette bunları yapan erkekler de vardır. Ancak yazara göre, kadınlar bu konularda erkeklere oranla daha başarılıdır. Diğer taraftan, Hochschild’in (1983) hostesler üzerinde yaptığı araştırmada, yolcuların bebekleriyle veya çocuklarla ilgilenme ve yemek servisi gibi hizmetlerin çoğunlukla kadınlar tarafından yerine getirildiği, erkek personelin bu konularda isteksiz davrandığı tespit edilmiştir. Bu anlamda, kadın ve erkek arasındaki klasik iş bölümü anlayışı örgüt ortamına da nispeten yansımış gözükmektedir. Özetlemek gerekirse, yazara göre, kadınların duygularının yönetilmesinde daha başarılı olmaları onları duygusal emek konusunda erkeklere oranla daha yetkin kılmakta; bu da duygusal emek gerektiren işlerde çoğunlukla kadınların çalışıyor olmasını büyük ölçüde açıklamaktadır.

Cinsiyet farklılıklarının duygusal emek üzerindeki etkileriyle ilgili çeşitli sonuçlar elde edilmiştir. ABD’de çeşitli meslek gruplarından 522 kişilik bir örneklem üzerinde gerçekleştirilen bir araştırma Hochschild’in iddialarını destekler yönde sonuçlar vermiştir. Bu çalışmaya göre, kadınlar iş yerinde erkeklere oranla daha fazla zamanlarını insanlarla etkileşim halinde geçirmektedirler. Ayrıca Hochschild’in belirttiği mesleklerin büyük oranla kadınlar tarafından yerine getirildiği de doğrudur. Diğer taraftan, kadınların işyerinde olumsuz duygularını bastırma ve tükenmişlik yaşama eğilimleri daha fazla gözükmektedir (Erickson ve Ritter, 2001). Havayolu şirketlerinin telefonla satış ve uçuş personelleri üzerinde yapılan başka bir araştırmada da, yoğun biçimde duygusal emek gerektiren bu işlerin kadınlar tarafından daha başarılı olarak yerine getirildiği ve bu yüzden firmaların eleman seçimi

sırasında özellikle kadınları tercih ettikleri ortaya konmuştur (Taylor ve Tyler, 2000). Wharton ve Erickson da (1993), kadınların gerek evde gerekse iş yerinde erkeklere göre daha yoğun olarak duygu yönetimine başvurduklarını ifade etmişlerdir. Wharton ve Erickson da (1993), Yazarlara göre aile yaşantıları klasik kadın-erkek iş bölümüne dayanan erkeklerin aşırı rol yüklenmesi veya rol çatışması yaşama olasılıkları düşmekte; çünkü erkekler, kadınların fiziksel ve duygusal olarak aile yükünün çoğunu üstlenmelerinin faydasını görmekteyler. ABD’de öğretmenler üzerinde yapılan bir araştırmada, öğrencilerin kadın öğretmenlerin derslerine katılım oranlarının daha yüksek olduğu tespit edilmiş; bu durum kadınların öğretmenlik gibi duygusal emek gerektiren işlerde daha başarılı olmalarına bağlanmıştır. Bununla birlikte kadın öğretmenlerin varlığının öğrenci performansını geliştirdiği tespit edilmiştir (Meier ve ark., 2006).

Duygusal emek literatüründe, olumsuz duyguların bastırılıp olumlu duyguların sergilenmesini gerektiren işlerde kadınların daha başarılı olduğu yönünde genel bir inanış olduğu ortadadır. Bununla birlikte olumsuz duyguların gösterimini gerekli kılan mesleklerde ise erkeklerin daha başarılı olacakları düşünülmektedir (Hochschild, 1983; Erickson ve Ritter, 2001). Ancak hizmet işlerinin çok az bir kısmı olumsuz duyguların sergilenmesini içermektedir. Polisler, özel korumalar veya vergi tahsildarları, gibi, karşı tarafta korku hissi uyandıran meslekleri icra edenler toplam hizmet çalışanları içinde çok büyük bir grubu temsil etmemektedirler.

Cinsiyet faktörünün duygusal emek davranışlarının başarısı üzerinde belirleyici olabilmesi örgütler açısından nasıl değerlendirilecektir? Kadınlık-erkeklik esasına dayanan işe alma faaliyetleri veya belirli pozisyonlara yerleştirilecek işgörenlerde böyle bir ayrıma gidilmesini önermek uygun gözükmemektedir. Bunun yerine Grandey, erkeklerin duygu yönetimi konusunda daha fazla eğitime ihtiyaç duyabileceklerini ifade etmiştir (Grandey, 2000). Örgüt içi eğitimler bu anlamda müşteri ilişkileri performansını geliştirebilecektir.

Duygusal emek geleneksel olarak kadının emeği ve ailedeki annelik rolü ile tanımlanmaktadır. Bu durum özellikle bakım veren kadının Florence Nightingale prototipi ile imajını yansıtmaktadır. (Smith, 1992, Akt: Gray, 2008). Bütünüyle doğal bir davranış olan duygusal bakım tanımlaması

duygusal emeğin kültürdeki küçümsenmesi,cinsiyet kalıp yargılarının ve ekonomik koşulların etkisi altındadır (Persaud, 2004; Oakley, 1974; Totler dell ve Holman, 2003; Glamb ve diğ., 2004, Akt: Gray, 2008).

Gray (2008) 16 hemşire ile yarı yapılandırılmış derinlemesine görüşme yaparak veriler toplamıştır. Çalışmasında hemşirenin duygusal emeğinin tanımını, duygusal emeğin hemşirelik sürecinde rutin yönlerini, geleneksel ve modern hemşirelik imajını sağlık hizmetinde duygusal emeği dâhil olan cinsiyetçi ve mesleki engellerini tartışmıştır (Gray, 2008). Duygusal emek geleneksel olarak aile içindeki anne rolü ve kadının emeği ile özdeşleştirildiğini, bu özelliğin özellikle bakım olgusunu feminen imajını önemli derecede yansıttığını söylemiştir (Smith, 1992, Akt: Gray, 2008).

Öğrenci hemşirelerle yapılan çalışmalarda hemşireler duyguların hasta bakımında yer almasını zorunlu olduğunu belirtmektedir. Çünkü hemşire Florence Nightingale gibi iyilik meleği olarak tasvir edilir. Böylece, hemşirenin duygusal emeği ağırlıklı olarak kadın emeği olarak görülür (Feminen emek) (James, 1989; Smith, 1992; Cropanzano ve diğ., 2003; Zaph ve Holz, 2006, Akt: Gray, 2008).

Özellikle öğrenci hemşireler tarafından geleneksel imajlar iki uçta görünmektedir. Bunlardan biri anne figürüne benzeyen, hastaların rahat ettirilmesini sağlayan “doğal bakıcı “ imajıdır. Bazı öğrenciler hasta bakımı ile çocuk bakımının bağlantısını kurarlar. Hemşirenin doğal bakıcı imajı hasta ile hemşire arasındaki duygusal engelleri otomatik olarak yıktığını söylerler. Öte yandan pek çok kişi doğal bakıcının ve Florance Nightingale nin bir meslek olarak oluşmasının daha zor olduğunu düşünmektedirler. Hemşirenin bir iyilik meleği veya küçük iyi kadın imajını cinsiyet ayrımcılığı olarak şiddetle red edilmesi gerektiğini belirtmektedirler (Smith,1992; Diefendorff ve Richard, 2003, Akt: Gray, 2008).

Hemşireliğin tipik imajı, iyilik meleği ve doğal bakıcılar olarak görülmeleri, bunun doğal olarak varolması ya da sonradan kazanılması tartışması ve sağlık hizmetlerinde cinsiyet eşitsizliğini gündeme getirmiştir. Tipik hemşire imajında hemşirelerin duygusal emeği profesyonel bir iş olarak tanınmıyor ve onun yerine kadının işinin bir parçası olarak küçümsenmesine yol açıyor. Bu da duygusal emeğin önünde engeller oluşturmaktadır. Hemşire olmak yapılan sözlü sınavlarda tüm hemşireler duygusal emeğin önündeki

engellerden bahsetmişlerdir. Sağlık hizmetlerindeki cinsiyet eşitsizliğinin aslında toplumsal yapıdaki cinsiyet eşitsizliğinden kaynaklandığı ve bunun bir yansıması olduğu söylenebilir. (James, 1989; Lawyer, 1991; Allan ve Barber, 2005, Akt: Gray, 2008). Genç ve deneyimli hemşireler, doktorlar, öteki sağlık çalışanları, yönetici hemşireler tarafından duyguların “zayıflık” olarak görüldüğü konusunda hem fikir olduklarını vurgulamışlardır (Gray, 2008).

Genellikle hemşirelik kadın olmak ile ilgili ve kadın işi olarak görüldüğünden pek çok erkek hemşirenin psikiyatri servislerinde çalışmayı tercih ettikleri gözlenmektedir (Gray, 2008). Genel olarak hemşirelik hastanın yıkanması ve hasta ile fiziksel temasın olduğu feminen kadınsı emek olarak görülmektedir. Kadın hemşireler hasta bedeninin duygusal emekçileri ve doğal bakıcıları olarak görülürken erkek hemşireler psikiyatri servisinde fiziksel saldırılar ile uğraşmak zorunda kalan duygusal emek gerektirmeyen işler yapan profesyoneller olarak görülmektedirler. Psikiyatri hemşireliği gibi alanların erkek hemşirenin daha iyi yapabileceği maskülen bir durum olduğu görülmektedir. Erkek hemşireler kendilerini hastanın zihinsel rahatsızlıklarına çözüm üretme konusunda ve fiziksel olarak daha güçlü olmak zorunda olduklarını düşünmektedirler. Bedensel ve zihinsel cinsiyetçilik ve kadın-erkek olmanın hemşireliğin duygusal emeğinin sonuçları olarak görülmektedir.

Cinsiyetçiliğin sağlık hizmetlerinde ve sağlık yapısında mevcut olduğu görülmektedir. Duyguların ifadesinin zayıflık olarak hemşirelik mesleğini atfedilmesinin duygusal emeğin önündeki engel olarak görülmektedir. Duyguların ifadesi zayıflık olarak görüldüğü sürece bundan hastalar ve sağlık sisteminin zarar göreceği düşünülmelidir.

### **2.3.1.2 Duygulanım**

Duygulanım kavramı, insanların devamlı olarak içinde yaşadıkları bir ruhsal durumu betimlemekle ilgilidir. Buna göre, bazı bireylerin ruh hali, sürekli bir şekilde belirli duyguların etkisindedir ve bu kimseler karşılına çıkan tüm insanlara veya olaylara bu duyguların etkisi altında tepki gösterme eğilimindedirler (Morris ve Feldman, 1996). Bir başka ifadeyle duygulanım, bireylerin genel olarak her şeye ve herkese karşı belirli bir duygusal eğilimle yaklaşımları olarak da açıklanabilir. Duygulanım, olumlu duygulanım ve olumsuz duygulanım olmak üzere iki türüdür. Olumlu duygulanım, hayata

karşı genellikle olumlu; olumsuz duygulanım ise olumsuz bir bakış açısına sahip olmayı ifade eder (Grandey ve ark., 2002). Olumlu duygulanım bireylerde istekli, canlı ve atik davranışlarla kendini gösterirken olumsuz duygulanım genel bir öfke, bıkkınlık veya kaygı hali olarak düşünülebilir (Morris ve Feldman, 1996).

Bazı yazarlar, karakteristik olarak olumlu ya da olumsuz duygulanıma sahip olmanın duygusal emek açısından önemli olduğunu ifade etmekte; duygulanımı duygusal emeğin öncellerinden biri olarak kabul etmektedirler. Burdan yola çıkarak da duygusal emek, hemşirenin kendi duygularını kullanarak hastanın duygularını etkileme olgusu olarak düşünülebilir. Bu durumda hemşirenin genel ruh halinin, sarf edeceği duygusal emek, bunun sarf edilme şekli ve yaratacağı etkiler üzerinde belirleyici olabileceğini düşünmek yanlış olmayacaktır. Konu hakkında yapılan çalışmalar, olumlu duygulanımın olumlu duygularla, olumsuz duygulanımın ise olumsuz duygularla ilişkili olduğunu; ayrıca olumsuz duygulanımın stres düzeyini artırdığını ortaya koymaktadır (Brotheridge ve Grandey, 2002; Grandey ve ark., 2002). Morris ve Feldman (1996), duygusal davranış kurallarının olumsuz duyguların gösterimini gerektirdiği durumlarda, olumlu duygulanım sahibi bireylerin duygusal çelişki yaşama ihtimallerinin yüksek olacağını öne sürmektedirler. Bunun gibi, duygusal davranış kurallarının olumlu duyguların sergilenmesini gerekli kıldığı işlerde ise olumsuz duygulanım sahibi olanların duygusal çelişki yaşama ihtimalleri yüksek olacaktır. Grandey, Dickter ve Sin' e (2004) göre ise, olumsuz duygulanım sahibi biri olumsuz bir dünya görüşüne sahiptir ve karşılaştığı durumların çoğunu olumsuz olarak algılar. Örneğin, olumsuz duygulara sahip bir hemşirenin hastaların en basit isteklerini bile onların aşırı talepkar olduklarına dair bir anlam yükleyip savunmacı tavırlar içerisine girebilir ve böylece hastada kötü duygular, örneğin suçluluk duyguları uyandırabilirler. Yazarlar, yaptıkları araştırmada olumsuz duygulanım düzeyi yüksek olan işgörenlerin müşterilerin tavırlarını saldırgan olarak tanımlama eğilimlerinin yüksek olduğunu tespit etmişlerdir. Ayrıca çalışmada, olumsuz duygulanıma sahip olanların stres ve tükenmişlik düzeylerinin de diğerlerine oranla daha fazla olduğu gözlenmiştir ( Grandey ve ark., 2004). Bir başka çalışmada ise olumlu duygulanımın yüzeysel davranışla ters, derinlemesine davranışla ise doğru orantılı olduğu sonucuna varılmıştır ( Gosserand ve

Diefendorff, 2005). Bu durum Morris ve Feldman'ın (1996) iddiasını doğrular gözükmektedir. Yani olumlu duygulanıma sahip hemşireler, olumlu duyguları sergilerken yüzeysel değil derinlemesine davranış gösterecekler; böylece duygusal çelişki de yaşamayacaklardır (Morris ve Feldman, 1996).

Yüzeysel duygu gösterimlerinin özellikle duygusal tükenme ve duygusal kopmalarla daha fazla ilişkili olduğu, derinlemesine duygu sergilemelerinin ise daha fazla kişisel başarı ile olumlu olarak ilişkili olduğu, derinlemesine duygu gösterimlerinin, çalışan ve müşteri için daha fazla yarar sağladığı vurgulanmıştır (Brotheridge ve Grandey, 2002). Gerçekte var olan olumlu duyguların gösterimi ise müşterinin ilişki kalitesini daha yüksek algılamasına yol açabilecek, güven, tatmin ve bunun sonucu bağlılığın oluşması daha fazla mümkün olabilecektir.

Diğer taraftan hissedilen ve gösterilen duygular arasındaki tutarsızlıklar, çalışan açısından bir tehdit niteliğindedir (Glomb ve Tews, 2004). Gerçekte hissedilmeyen ve var olmayan olumlu duyguların varmış gibi ifade edilmesi hizmet veren kişide zamanla kendisine olan saygısında bir azalma, duygusal tükenme, işe ve/veya kendisine yabancılaşmaya neden olabilecektir. Uygun olan duygunun ortaya konulması, esas duygunun bastırılması anlamına geldiğinden, duygusal uyumsuzluk, tatminsizlik, aşırı rol yüklenmişlik hissi, tükenme ve duygularını bastırmaktan ötürü pek çok hastalığa daha fazla yakalanma tehlikesi söz konusu olabilecektir (Mann, 2005). Yüksek derecede “duygu işçiliği” gereklerinin, yüksek derecede “tükenme” yarattığı (Brotheridge ve Grandey, 2002), ve işlerini yaparken olumlu bir ruhsal durum içinde olan çalışanların sonraki üç ay içinde daha az işe devamsızlık yaptıklarını ortaya koymuştur (Telman ve Ünsal, 2004).

Diğer taraftan hissetmediği duyguları varmış gibi gösteren hemşireden hizmet alan hasta ise, deneyimleri ile bunu hissedebilecek ve bu durum ilişki kalitesini olumsuz etkileyebilecektir. Bunun için işe uygun insan istihdam etmenin yanı sıra iş doyumunun sağlanarak ve sürekli kılınarak hemşirelerin sağlık hizmetleri sırasında göstereceği olumlu duygu durumlarının teşvik edilmesi önem kazanmaktadır. Ancak daha da önemlisi yapılan iş hasta ile yoğun etkileşimi gerektiriyorsa istihdam edilen hemşirenin hastanın duygularına hitap edebilecek, gerçekten yardıma hazır ve gönüllü kişilik yapılarındaki kişilerden seçilmesi hasta bakımı ve ilişkilerin kalitesinin yüksek



algılanması bakımından önem kazanmaktadır. Yüksek iş doyumuna sahip hemşireler de gerçekten mutlu birer çalışan olacaklarından, onların yüzeysel ve aldatici bir şekilde ortaya koymaları gereken olumlu duygu ifadelerine ihtiyaçları olmayabilecektir.

### **2.3.1.3 Empati**

Literatürde duygusal emek kavramıyla bağdaştırılan bir diğer öncel de empatidir. Bazı yazarlar, bireylerin empati kurabilme becerilerinin duygusal emek davranışları üzerinde etkili olabileceğini ifade etmektedirler. Konunun duygusal emekle ilişkisini ortaya koyabilmek için empati kavramından bölüm 1.1.1 de bahsedilmiştir.

### **2.3.1.4 Kendini Düzenleme**

Kendini düzenleme, bireylerin davranışlarını dış çevrenin durumuna göre ayarlamaları ile ilgili genel bir eğilimi ifade etmektedir. Bazı kimseler, içinde buldukları ortamın şartlarına göre davranışlarını değiştirme, o ortamdaki insanların genel eğilimlerine uygun davranma yönünde bir yaklaşıma sahiptirler. Kendini düzenleme düzeyi yüksek olan böyle kimseler, dış çevrelerine karşı çok duyarlıdır ve farklı durumlarda farklı davranabilirler. Kendini düzenleme düzeyi düşük olanlar ise ortam şartları ne olursa olsun kendileri gibi davranma eğilimindedirler. Davranışlarının dış çevre koşullarından etkilenme düzeyi oldukça düşüktür ve bu anlamda genel bir tutarlılık gösterirler (Robbins ve Coulter, 2007). Başka bir şekilde ifade etmek gerekirse kendini düzenleme, kişinin sosyal uyarıcılara karşı tetikte olması ve bu uyarıcıların davranışlarına yön vermesine izin vermesi eğilimidir. Bu anlamda, kendini düzenleme eğilimi yüksek olanlar davranışlarını içinde buldukları durumun gereklerine göre adapte ederken, düşük olanlar böyle bir adaptasyona gerek duymaz ve genel olarak her şartta aynı davranırlar (Miller ve Cardy, 2000).

Kendini düzenleme düzeyi düşük kimselerin duygusal emek gerektiren işlerde diğerlerine oranla daha fazla zorlanacağı düşünülmektedir. Çünkü kendini düzenleme düzeyi düşük olanların gerçek duygularını bastırıp duygusal davranış kurallarına uygun davranmaları kolay olmayacaktır. Bu yüzden de bu kimselerin duygusal emek harcama düzeyleri de stres düzeyleri de fazla olacaktır (Grandey, 2000). Wharton (1999), duygusal emek gerektiren işlerde,

kendini düzenleme düzeyinin tükenmişlikle ilişkisini incelemiş ve kendini düzenleme düzeyi yüksek olanların tükenmişlik düzeylerinin diğerlerine oranla daha düşük olduğunu tespit etmiştir.

Kendini düzenleme düzeyinin, işgörenlerin duygusal emek gösterirken hangi stratejiden yararlanacakları konusunda da belirleyici olduğu düşünülmektedir. Yapılan çalışmalar kendini düzenleme düzeyi yüksek olanların daha çok yüzeysel davranış gösterme eğiliminde olduklarını ortaya koymaktadır (Diefendorff ve ark., 2005). Kendini düzenleme düzeyi yüksek olanların yüzeysel davranış gösteriyor olmalarına rağmen tükenmişlik düzeylerinin düşük olması ilginçtir. Çünkü duygusal emekle ilgili çalışmalar genel olarak, yüzeysel davranışın tükenmişlik düzeyini arttırdığı yönünde sonuçlar vermektedir.

#### **2.3.1.5 Duygusal Zekâ**

Sosyal zekânın bir türü olan duygusal zekâ, kişinin kendisine ve başkalarına ait duyguları gözlemlemek ve muhakeme etmek suretiyle elde ettiği bilgiyi, düşünce ve davranışları yönetmek için kullanabilme yeteneği olarak tanımlanmaktadır (Salovey ve Mayer, 1990).

Duygular tüm insanlar için ortak olmasına rağmen, bireyler belirgin şekilde duyguları nasıl yaşadıkları, nasıl geliştirdikleri, kişinin içinde nasıl bir yük oluşturduğu konusunda birbirilerinden farklılıklar gösterirler. Örneğin içsel olarak kendi duyguları ile nasıl başa çıkarlar ya da kişiler arasında ötekilerin duygularını nasıl yönetirler. Duygusal zekâ özelliği bu düşünce için bilimsel bir altyapı sağlamaya yardım ettiği söylenebilir (Mikolajczak ve ark., 2007).

Son yıllardaki çalışmaların birçoğu duygusal emek sürecini incelemeye yöneliktir. Özellikle hemşirelerin farklı duygusal zekâ özelliklerinin onların duygusal emek boyutlarını kullanımlarını farklılaştırıp farklılaştrmadığını ve bu duygusal emek boyutlarının iş stresi (somatik hastalıklar ve tükenme sendromunun seviyesi) üzerinde duygusal zekâ etkisine aracılık edip etmediğini araştırmıştır.

Duygusal zekâ duygusal emek sürecini pek çok yoldan etkileyebilmektedir. Birinci olarak yüksek duygusal zekâ bireylere pozitif duygusal deneyimleri teşvik etmekte pozitif düşünme yatkınlığı kazandırmaktadır. Aynı zamanda Duygusal zekâ negatif düşünme ve kişinin

deneyimlerinden caydırma yatkınlığı da kazandırmaktadır (Mikolajczak ve ark., 2007). Haciz memuru ve cenaze levazımatçısı gibi pek az meslek dışında kurumsal gösterim kuralları pozitif duyguların gösterilmesini ve negatif duyguların bastırılmasını gerektirmektedir. Bundan dolayı yüksek duygusal zekâya sahip insanların gösterilmesi gereken duyguları gösterirken duygusal zekâları düşük olanlardan daha az duygusal çaba sarfetmeleri gerekecektir. İkinci olarak Duygusal Zeka özelliği ayrıca empati ögesini ve öteki insanların duygularını yönetme yeterliliği ögesini kapsamaktadır. Duygusal zekâsı yüksek olanlarda karşı taraf için istenen durumu yaratmak, diğerlerine göre daha beklenen bir durumdur. Birincisi bundan dolayı müşterilerin negatif duyguları ile daha az karşılaşılacaktır. Böylece duygusal zekâsı düşük olanlara göre daha az duygusal uyumsuzluk yaşayacaklardır.

Duygusal zekânın duygusal emek gerektiren işlerde çalışanlara sağlayacağı avantajlar çok yönlüdür. Yukarıdaki tanımlamaya dayanarak öncelikle, duygusal zekâsı yüksek bireylerin karşı tarafın duygularını anlayabilme ve düşüncelerini yönlendirebilme kabiliyetleri dolayısıyla müşteri ilişkileri konusunda daha başarılı olacaklarını düşünmek yanlış olmayacaktır. Bununla birlikte duygusal zekâsı yüksek insanların kendi duyguları üzerinde de daha yüksek bir farkındalık düzeyi ve kontrol yeteneğine sahip oldukları görülmektedir. Duygusal zekâsı yüksek bir bireyler, mevcut duygusal durumlarını işinin gerektirdiği forma kolayca sokabilme yeteneğine sahiptir (Salovey ve Grewal, 2005). Hastanın duygularını doğru analiz edebilen, kişisel duygu durumunu bununla uyumlu hale getirebilen hemşirelerin doğru duygusal tepkileri kolaylıkla verebilmeleri ve duygusal emek gerektiren işlerde daha başarılı olmaları beklenebilir. Dolayısıyla duygusal zekânın bireylere duygusal emek sürecinde yüzeysel davranmaktan ziyade derinlemesine davranış gösterebilmeleri konusunda yardımcı olduğunu söyleyebiliriz. Brotheridge (2006), Kanada'da gerçekleştirdiği ve yarı zamanlı işlerde çalışmakta olan 188 üniversite öğrencisini kapsayan çalışmasında duygusal zekânın duygusal emekle ilişkisini incelemiştir. Bu çalışmanın sonuçlarına göre, duygusal zekâsı yüksek bireyler duygusal emek gösterimini işlerinin doğal bir parçası olarak algılama ve kişiler arası ilişkilerde derinlemesine davranış sergileme eğiliminde olmaktadır. Derinlemesine davranışta birey, duygularını gözden geçirerek işi gereği sergilemesi gerektiğini düşündüğü duyguyu bizzat

yaşamaya çalışmaktadır. Duygusal zekânın bu anlamda bireylere sağladığı esneklik durumu duygusal emek sürecinde, işgörenlere önemli bir avantaj sağlayacaktır. Derinlemesine davranış bireylerin duygusal emeğe bağlı olarak yaşamaları muhtemel stresi minimum düzeye indirmektedir. Yapılan çalışmalar da duygusal zekâsı yüksek bireylerin işe bağlı stres düzeylerinin diğer işgörenlere oranla düşük olduğunu ortaya koymaktadır (Lopes ve ark., 2006).

## **2.3.2 Örgütsel Faktörler**

### **2.3.2.1 Duygusal Davranış Kuralları**

İnsanlarla karşılıklı iletişim kurmayı gerektiren hemen her meslek grubunda veya örgütte, karşı tarafa gösterilmesi gereken duyguları ve davranışları belirleyen kuralların varlığından söz edebiliriz. Duygusal davranış kuralları, iş yerinde uygun duygu gösterimlerini standardize eden kurallardır (Ekman, 1973, Akt: Diefendorff ve ark., 2005). Bu kuralların varlığı müşteri ilişkilerine önceden tahmin edilebilirlik ve eşbiçimlilik kazandırır. Bu sebeple hizmet kalitesini belirli standartlara bağlamak isteyen örgütler, duygusal davranış kurallarının oluşturulması ve uygulanması konularına özel önem verirler.

Duygusal davranış kuralları örgütten örgüte farklılık gösterebilir. Yani her örgüt kendi yapısına uygun olarak farklı davranış kuralları oluşturur ve bunlardan faydalanır. Bu doğal bir durumdur. Ancak, örgüt içinde bu kuralların oluşumu hem örgütsel ve mesleki normlardan hem de toplumsal kültürden tam anlamıyla bağımsız olarak gerçekleşmez. Hemşireler yüksek düzeyde kişilerarası iletişimin olduğu ortamda çalışırlar. Daha da ötesinde Hizmet Sektörünün en yaşamsal alanında görev yapmaktadırlar, duygusal emekçiler olarak da tanımlanırlar ve hemşireler duygusal Gösterim Kurallarına uygun davranırlar (Mikolajczak ve ark., 2007).

Bu çalışmanın temel varsayımı duygusal emeğin farklı kültürlerde ve farklı ülkelerde kendini benzer yollarla ifade etmesidir. Ancak bu durum, bu farklılık sağlık hizmetlerinde görev yapan hemşire için geçerli değildir. Hasta bakımının sosyal ve psikolojik özelliklerinde pek çok değişiklik olmasına rağmen duygusal emeğin hasta yaşamında ki terapötik değeri ve önemi korunmaktadır (Brotheridge and Lee, 2002; Diefendorff and Richard, 2006). Sağlık kuruluşlarında duygusal emeğin incelenmesi görevi sağlık çalışanları

için gerekli olan duygusal emek stratejilerinin değerlendirilmesini gerektirir. Bu hemşirenin kendi ve hastanın duygularını nasıl yönettiğini ve hemşirenin hasta bakımındaki kaçınılmaz zor süreçlerin üstesinden nasıl gelebileceğine dair becerileri içerir.

Bu çalışma hemşirenin duygusal emeğine bağlı olan tekniklerin, becerilerin, terapötik değerini dökümente etmeye yardımcı olacaktır. Bu yolla duygusal emeği açıklığa kavuşturma hasta bakım standartlarını sürdürmeye ve geliştirmeye yardımcı olacaktır ( Benjamin ve Smith, 2008). Hasta hakları kavramı, sağlık çalışanı- hasta ilişkisinde ortaya çıkan haklar kavramını ifade eder ve 1 Ağustos 1998’de yürürlüğe giren Hasta Hakları Yönetmeliği’nde “Hasta Hakları” “Temel İnsan Hakları’nın sağlık hizmetleri alanına yansıtılması şeklinde tanımlanmaktadır. Hasta Hakları, “sağlık hizmetlerinden faydalanma ihtiyacı bulunan fertlerin, sırf insan olmaları vasfıyla sahip buldukları ve T.C. Anayasası, milletlerarası antlaşmalar, kanunlar ve diğer mevzuat ile teminat altına alınmış bulunan haklarını” ifade eder (Hasta Hakları Yönetmeliği).

Hasta Hakları (1998) kavramındaki en önemli sorun hastanın kişilik haklarının çiğnenmesinin önlenmesidir. Bu hak hastanın kişilik haklarına zarar getirecek tutum ve davranışlardan sağlık çalışanlarının kaçınmasını gerektirir (Cantürk, G: “Hasta Hakları Temelinde Aydınlatılmış Onam”). Kişinin hastalanıp tıbbi destek ve bakıma muhtaç olması ve bu nedenle olarak niteliğini tam olarak değerlendirme ve denetleme şansına sahip olmadığı karmaşık sağlık sistemi örgütlenmeleri ile karşılaşması, temel hakları açısından onu güçsüz, güvensiz ve duyarlı bir konuma sürüklemektedir. Bu karmaşık süreçte, tıbbi uygulamalar sırasında kişinin onuru ve bütünselliği kolaylıkla zedelenebilmektedir (Alptekin ve Demirel, 2011).

Hasta hakları alanındaki gelişmeler, modern hemşirelik uygulamalarında da etkili olmaktadır. Hemşirenin hasta haklarını savunucu rolü, günümüzde hemşirelerin gelişen çağdaş rollerinden biri sayılmaktadır. Hemşirelerin hasta haklarını savunucu rolü, temelini insan haklarından alan ve gelişen çağdaş bir roldür. Bu rolü hemşireye, hastanın sağlık sistemi içinde haklarının çiğnendiği ya da önemsenmediği durumlarda hastanın savunuculuğunu yapma sorumluluğu vermektedir. Savunuculuk; hastanın sorunlarını ele almayı, hastanın sağlık ekibine kendi durumu ile ilgili soru

sormasını, sağlık ekibi üyelerine de hastaya zaman ayırma konusunda uyarıda bulunmayı öğretir. Savunuculuğun ilk amacı, bireyi/ hastayı bağımsızlaştırmaktır. Bağımsızlığı sağlamak için bireyi/hastayı içinde bulunduğu durumla ilgili hakları konusunda bilgilendirmek, aldığı kararlarda desteklemek, bireyin/hastanın çıkarını korumak ve güvenlik altına almak önemlidir. Savunuculuğun ikinci amacı; sistemi hasta hakları konusunda daha duyarlı, denetimli, haksızlıkların üzerine giden ve ilgili hale getirmektir. Bu rol, temelini insan haklarından ve hasta haklarından alır. Birey/hastanın sağlık sistemi içinde haklarını nasıl kullanacağını öğretir, hakkını aramada yetersiz kaldığı durumlarda hakkını savunur (Ardahan, 2003).

Sağlık kuruluşlarında Sağlık hizmeti sunumu, kişilerin yaşam kalitesini ve mutluluğunu doğrudan etkileyen bir alan olarak görülmesi gerekmektedir. Bu nedenle, sağlık kuruluşlarında kaliteli hizmet sunumunun standardize edilmesi ve sürekli hizmetin iyileştirilmesi için sistemlerin kurulması konusunda çalışmalar mevcuttur. Ulusal ve uluslar arası sağlık hizmeti kalite standartlarının oluşturulması ve sağlık hizmetlerinde memnun hasta/çalışan modeli yaratmanın gerekliliğine işaret edilmektedir. Bu standartları sağlamak için sağlık kuruluşlarında akredidasyonun, hasta odaklı ve organizasyonel odaklı standartlarının sağlık sektöründeki öneminin bilinmesi gerekliliği vurgulanmaktadır. Sağlık kuruluşlarının temel amacı, hasta bakımındır. Bu kapsamda her hastanın ihtiyacının tanımlanarak en uygun bakımın verilmesi, yüksek standartlarda bir planlama ve koordinasyon gerektiğine işaret edilmektedir.

Bir sağlık kuruluşunun Kalite El kitabında geliştirilmesi gereken standartlar konusunda benzer sağlık problemi olan ve bakım gereksinimi olan hastaların, kurumun tümünde aynı kalitede bakım alma hakkına sahip olduğunu belirtmiştir. Bu nedenle, hemşirelik bakımının standart hale getirilerek bakım planlarının ve talimatların dökümanete edilmesini ve kadroların eğitilmesi gerektiğine vurgu yapmıştır. Hasta bakımını verecek tüm profesyonel sağlık kadrolarının niteliklerinin, yetkinliklerinin ve ehliyetlerinin, iş tanımları konusunda net olması gereğinden bahsetmiştir. Aynı Kalite el kitabında Hemşirelik hizmetleri standartları belirlenmesi, yetkin biri tarafından yönetilmesi, bu standartta işe alım, oryantasyon, eğitim ve tüm kurum çalışanlarının değerlendirilerek nitelikleriyle uyumlu klinik hizmet

sağlamalarının ve ehliyetlerinin değerlendirilmesi gerektiği belirtilmektedir. Oryantasyon sürecinde genel oryantasyon eğitimi, işbaşı oryantasyonu ve hizmet içi eğitim olarak personelin oryantasyon süreci tamamlanması gerektiği vurgulanmaktadır (Çakmak, 2009).

Kısaca özetlemek gerekirse sağlık kuruluşlarının diğer kuruluşlardan farklı özelliklere sahip olduğunu dolayısıyla verilen hizmetin kendine özgü olduğunu buna bağlı olarak da duygusal emeğin sağlık çalışanları içindeki Hemşirenin hasta ile kişilerarası ilişkilerindeki terapotik potansiyel “Yeni Hemşirelik “ kavramının temel özelliği olduğunu belirtmek yerinde olacaktır. Yeni hemşirelik kavramı hastalar ve hemşireler için pozitif sonuçlar doğuracaktır (Hunter and Smith, 2007). Bu görüşü eleştirenler ise Yeni Hemşirelik Kavramının bazı bakımlardan hatalı olabileceğini ve hemşire rolüne çok fazla yük getireceğini söylemektedirler (Brotheridge ve Grandey, 2002). Pekâlâ, bu yeni hemşirelik kavramı gelecekteki tartışma konularından biri olacaktır. Bugün ve gelecekte Hemşirenin, Hasta ve yakınları için yararlı olacak duygu durumu ve empatik iletişim yaklaşımına daha fazla uygun davranması beklenecektir. Hemşirelerin hasta bakımında iki farklı performansı mevcuttur. Birinci olarak mesleği ile ilgili olarak ilgili bilim dalındaki yetkinlikleri, teknolojiyi kullanımı vb olarak sıralanabilir. İkincisi de insan ilişkilerini yönetme, daha doğru bir söylemle hasta ve yakınları ile ilişki becerileri geliştirmeleri ile ilgilidir.

Duygusal davranış kuralları, örgüt içinde uyulması gereken zorunlu kurallar şeklinde açıkça belirlenmiş olabilirler. Bu durumda işgörenlerin hangi durumlarda müşterilere nasıl davranacakları örgüt tarafından kendilerine öğretilir. Örneğin sağlık kuruluşlarında çalışan hemşirelerin hastaları ile iletişimleri boyunca karşılaşılabilecekleri belli başlı durumlar ve bunlara vermeleri gereken yanıtlar da yönetici hemşireler tarafından önceden saptandığını ve hasta hakları ve hasta memnuniyeti departmanları tarafından izlenmektedir.

Duygusal davranış kuralları örgüt tarafından açıkça belirlenmemiş de olabilir. Örgüt içinde paylaşılan informel normlar şeklinde de varolabilirler. Gösterilmesi beklenen davranış şekillerinin açıkça belirlenmediği böyle durumlarda, işgörenler sergilemeleri gereken davranışlar konusunda farklı anlayışlar içerisinde olabilirler (Diefendorff ve ark., 2006). Müşterinin nasıl

memnun edileceği ise büyük oranda hizmet sunanın sorumluluğuna bırakılmaktadır. Eğer işgören işinde tecrübe ve yetenek sahibi ise bu durum sorun yaratmayabilir. Ancak durum bunun tersiyse veya söz konusu olan, belirli bir hizmet standardı tutturulması gereken büyük bir işletmeyse, davranış kurallarına bu kadar geniş bir sınır çizmek olumlu sonuç vermeyebilir. Davranış kuralları yeterince net değilse işgörenlerin hangi durumda nasıl davranacakları büyük oranda kendi inisiyatiflerine kalacaktır. Dolayısıyla bu durum örgüt içindeki duygu gösterimlerinde çeşitliliğe yol açacaktır. Spesifik olarak belirlenmiş davranış kuralları ise standartları açıkça ortaya koyacak ve işgörenlerin örgütün beklentilerine uygun davranarak daha iyi iş çıkarmalarına yardımcı olacaktır (Diefendorff ve Gosserand, 2003).

Bir sağlık kuruluşunda duygusal davranış kurallarının var olması tek başına istenilen davranışların elde edilmesi için yeterli olmamaktadır. Duygusal davranış kurallarının uygulanabilirliğini sağlamak için yapılabilecek şeylerin başında hemşirelerin özellikle de yoğun bakım hemşirelerinin hasta-hemşire ilişkileri konusunda okul süreçlerinde ve mezuniyet sonrası sürekli eğitim programı çerçevesinde yeterli eğitim almalarını sağlamak olmalıdır. Pek çok hemşire işlerine ait duygusal gereksinimleri nasıl ifade edecekleri ile ilgili derin bir hayal kırıklığı yaşadıklarını söylemektedirler. Hasta bir çocuğun öldüğüne tanık olduğunda ağladığını ancak yöneticisi tarafından dışını sıkmasının gerektiğini belirttiğini ifade etmektedir. Bu durumun hemşirelik mesleği için uygun olmadığını ve. Duygularını dışarıdan görünmeyecek şekilde gizlemesi ile ilgili davranış geliştirmesinin epey bir zaman harcadığını ve zorlandığını belirtmektedir. Aynı hemşire, yönetici hemşirenin duygularını kontrol etme davranışının sonuçlarının hemşireyi daha bilinçli bir uygulayıcı yaptığını ve hastalarına daha fazla yardım eder hale getirileceği ifadesini kullanmaktadır. Hastasının ölümü ile ağlayan hemşire, okuldaki eğitim sırasında zaman yönetimi, kaynakların yönetimi, para yönetimi gibi pek çok şeyi yönetme becerisi öğrendiğini, ancak duygularını nasıl yönetebileceği konusunda hiç bir bilgiye sahip olmadığını söylemektedir (Henderson, 2001).

Henderson (2001) hemşirelerle yaptığı çalışmada, hemşirelik eğitimi sırasında tansiyon ölçme gibi mekanik bilgileri öğrendiklerini ancak hasta ile duygusal ilişkileri sırasında, kişisel duyguları çöküntüye uğradığında zarar



verici etkilerine karşı kendilerini nasıl koruyabileceklerine dair bir eğitim almadıklarını belirtmişlerdir (Henderson, 2001).

Bir örgütte duygusal davranış kurallarının uygulanmasını sağlamak için bazı destekleyici faaliyetlere ihtiyaç vardır. Duygusal davranış kurallarının uygulanabilirliğini sağlamak için yapılabilecek şeylerden biri de, işe alma sürecinde bu kuralları uygulayabilme becerisi yüksek kişilerin seçimi olabilir (Sutton ve Rafaeli, 1988). Kişilik özellikleri ile örgütün davranış kuralları arasındaki uyum, bireylerin bu kurallara uyum göstermesini kolaylaştıracaktır. Bununla birlikte, örgüt içinde verilecek eğitimlerle de duygusal davranış kurallarının işgörenlere öğretilmesi mümkündür. Bir başka yöntem ise duygusal davranış kurallarına ne ölçüde uyulduğunun denetlenerek ödül ve ceza sistemleri yardımıyla, işgörenlerin bu kurallara uymaya teşvik edilmesidir (Sutton ve Rafaeli, 1988; Gosserand ve Diefendorff, 2005). Başka bir görüşe göre, işgörenlerin örgütün duygusal davranış kurallarına uyum gösterme derecelerini etkileyen bir başka etken duygusal davranış kurallarına duydukları bağlılıktır (Gosserand ve Diefendorff, 2005). Duygusal davranış kurallarına duyulan bağlılık, bir işgörenin örgütün istediği duyguları sergilemek için çaba sarf etmesi, bu duyguları sergilemek konusunda ısrarcı olması ve zor koşullarda bile davranış kurallarının dışına çıkmaması olarak tanımlanmaktadır. Buna göre, işgörenlerin duygusal davranış kurallarına olan bağlılıkları arttıkça derinlemesine ve yüzeysel davranış gösterme oranları da artmaktadır (Gosserand ve Diefendorff, 2005).

### **2.3.2.2 Otonomi**

Otonomi, bir işgörenin işinin gerektirdiği görevleri yerine getirirken ne derecede bağımsız ve özgür davranabildiğini; kendi işini planlama ve kullanacağı yöntemleri belirleme konusunda ne ölçüde serbestîye sahip olduğunu ifade eder (Hackman ve Oldham, 1976). Duygusal emekte önemli olan, işgörenlerin karşı tarafa sergiledikleri duyguları ile yarattıkları etki olduğuna göre, burada otonomi, işgörenlerin örgütün davranış kurallarını kendi özgün stillerine uyarlayabilme yetkileri; yani kişisel ilişkilerinde daha iradi davranabilmeleri şeklinde de tanımlanabilir (Morris ve Feldman, 1996).

Esasında duygusal emek kavramı, işgörenlerin duygusal tepkilerinin örgüt tarafından yönetiliyor olması olgusu üzerine kuruludur. Oysaki otonomi

düzeıı yüksek işğörenlerin o anki duygusal durumlarıyla uyuşmadığı zaman örgütsel davranış kurallarını ihlal etme eğiliminde olacıkları söylenilebilir (Morris ve Feldman, 1996). Bu durumda örgüt, kişilerin davranış kurallarına kendi istekleriyle uyum göstermeleri veya söz konusu kurallarla kişisel duygularının paralel seyretmesini sağlamak için farklı araçlardan faydalanabilir. Öte yandan araştırma sonuçları otonomi düzeyinin iş doyumunu, stres ve tükenmişlikle ilişkisinde yüksek otonominin faydalarını vurgular yöndedir.

Kişilerin duygusal tepkilerinin örgüt tarafından katı kurallara bağlandığı durumlarda duygusal emeğin olumsuz sonuçlarının kuvvetlendiğı, işğörelere belli oranda kendi duygusal tepkileri üzerinde denetim sahibi olma yetkisinin verildiğı durumlarda ise söz konusu olumsuz sonuçların hafifletilebildiğı sonucu çıkmaktadır. Bununla birlikte, sağlık hizmet sektöründe, sağlık çalışanlarının hasta ve yakınları ile kişilerarası ilişkilerinin belirli standartlara bağlanması ve bu şekilde hizmet kalitesinin yükseltilmeye çalışılması da oldukça yaygın bir eğilimdir. Bu durumda, duygusal emek gösterimini gerektiren sağlık hizmetlerinde hemşirelere tanınacak otonominin dozajı, dikkatlice belirlenmesi gereken önemli bir konu olarak karşımıza çıkmaktadır.

### **2.3.2.3 Sosyal Destek**

Karşılaşılan sorunlarla mücadelede tek başına yetersiz kalan birey, önce yakın çevresinden, aile ve arkadaşlarından destek aramaktadır. İnsanların, yaşamında önemli bir yeri olan gerektiğinde kişiye duygusal maddi ve bilişsel yardım sağlayan tüm kişiler ile sağlığı korumaya yarayan sosyal destek sistemleri olarak kabul edilmektedir. Sosyal destek sistemleri yaşam güçlükleri ile başa çıkmada kişinin en önemli yardımcılarıdır. Sağlığı bozuk insanlarla yoğun ve teke tek bir ilişkiye girmeleri, acı çekme, ağrı, ümitsizlik gibi olumsuz duygularla sık sık karşılaşmaları, hemşirelerin ruh sağlığını olumsuz yönde etkilemektedir (Terakye, 1989).

1992 yılında Sorias tarafından Sosyal destek kavramını stres altındaki ya da güç durumdaki bireyin eş, aile, arkadaş gibi yakınları tarafından sağlanan maddi, manevi yardım olarak tanımlamıştır (Sorias, 1992). Sosyal destek kavramı üzerinde en fazla söz edilenler maddi, duygusal ve bilişsel destekler olmuştur.

**Maddi Destek**, Günlük hayatın devamını gerçekleştirmek için başkaları tarafından sağlanan eylem ve araçlardır. Örneğin para ya da eşya ödünç verme, iş olanağı sağlama gibi davranışlardır. Maddi destek kişinin sorununu doğrudan doğruya çözüme gibi bir fayda sağlar (Ünsal, 1996).

**Duygusal Destek**, Bireyin sevgi, şefkat, saygı, empati ve bir gruba ait olmak gibi temel sosyal gereksinimlerini karşılamaya yöneliktir. Duygusal destek bireylerin psikolojik sağlığı ile yakından ilişkilidir (Sorias, 1988).

**Zihinsel Destek**, Bireye, kişisel ve çevresel sorunlarla ilgili olarak bilgi, öneri ve rehberlik etme davranışlarını kapsamaktadır (Ünsal, 1996).

Sosyal destek işlevleri birbirini kapsayabilmektedir. Örneğin duygusal destek sağlayan bir ilişki hem maddi hemde zihinsel destek sağlayabilir. Caplan (1981) sosyal desteğin bireyin dış koşullara uyumunu kolaylaştırdığını söylemektedir.

Çevreden sosyal destek almak, problemlerin başkalarıyla paylaşılabilmesini ve konuya daha farklı ve objektif yaklaşımlardan faydalanabilmeyi sağlaması bakımından iş stresiyle başa çıkmada oldukça faydalı bir yöntem olarak karşımıza çıkar (Robbins ve Judge, 2007). İşgörenlerin, özellikle, strese yol açan konular hakkında bilgi sahibi olan diğer örgüt elemanlarından alacakları sosyal desteğin duygusal emekle gelen olumsuz etkileri hafifletmede yardımcı olacağı düşünülmektedir. İş arkadaşları veya yöneticilerden sağlanan sosyal desteğin duygusal emekle ilişkisi üzerine görüşler de genel olarak bu yöndedir.

Grandey de (2000) işyerinde sosyal destekle birlikte oluşan olumlu havanın, işgörenlerden sürekli olumlu tepkilerin verilmesinin beklendiği hizmet faaliyetlerinde, daha az duygusal emek gösterimini beraberinde getireceğini ifade etmiştir. İşyerinde kişiler arası gerginliğin zaten başlı başına bir stres kaynağı olduğu düşünülürse, müşterilere sürekli güler yüzlü ve anlayışlı davranması gereken bir işgörenin, işini zaten gergin bir ortamda gerçekleştirmeye çalışırken göstereceği duygusal eforun da daha fazla olacağını düşünmek yanlış olmayacaktır. Yani duygusal emek araştırmacılarının ortak görüşü sosyal desteğin duygusal emeğin zararlı etkilerini hafifletici bir faktör olduğu yönündedir (Güçlü, 2001).

Benjamin (2008) ve Smith (2008) Psikiyatri Servisinde çalışan hemşirelerle mülakatlar yapmıştır. Hemşirelerin psikiyatri hastalarının

davranışlarını kestirememelerine bağlı olarak her an şiddet ile karşılabileceklerini ve bu nedenle de iş stresi yaşadıklarını belirttiklerini ifade etmişlerdir. Hemşirelerin iş streslerini yeterince meslektaşları ile paylaşmadıkları ve boşaltmadıkları bu nedenle ev ortamlarına taşımak zorunda kaldıklarını belirtmişlerdir (Benjamin ve Smith, 2008).

### **2.3.3 Etkileşim Özellikleri**

Bireysel ve örgütsel faktörlerin yanı sıra, işgörenlerin müşterilerle etkileşim sürecini karakterize eden etkileşim faktörleri de duygusal emek davranışları üzerinde etkili olmaktadır. Müşterilerle iletişimin genel hatlarını belirleyen bu özellikler süre, sıklık ve çeşitliliğidir.

#### **2.3.3.1 Süre**

Süre, işgörenlerin her bir müşteriyle etkileşiminin ne kadar zaman aldığıyla ilgilidir. Verilen hizmetin niteliğine uygun olarak müşterilerle temasın süresi de değişecektir. Örneğin bir süpermarket görevlisi için müşteriyle temasın süresi çok kısa veya çoğu zaman yalnızca bir gülümsemeden ibaret olabilir. Oysa bir hemşire için durum bunun tam tersidir. Etkileşimin süresi günler, haftalar hatta yıllar olabilir. Bir uçuş görevlisi için ise bu durum her bir uçuşun süresiyle sınırlıdır. Hizmetin niteliğinin yanı sıra hizmet sunulan müşterinin tipi de bazen etkileşimin süresi üzerinde etkili olabilmektedir. Örneğin bazı hastalar diğerlerine göre daha titiz veya zor olabilirler ki bu da hemşirenin onlarla ilgilenmesi gereken süreyi uzatabilir. Tıpkı her hastanın hastalığını farklı süreçlerle yaşayabildiğini ön kabul olarak gördüğümüzde, her hastanın hastalık sürecinde hastalığını algılaması, kabullenmesi, ihtiyaçlarını dile getirmesi, iyileşme süreçlerindeki farklılıkları da beraberinde getirecektir. Hasta ve hastalık süreçlerindeki bu farklılıklar hemşirenin onlarla ilgilenme süresini de etkileyecektir.

Süre faktörünün duygusal emekle bağlantısı, işgörenlerin duygularını bastırmak veya duruma uyumlu hale getirebilmek için sarf ettikleri çabanın da süresini ifade ediyor oluşuyla ilgilidir (Grandey, 2000). Yani örgütün belirlediği duyguları sergileyebilmek adına sarf edilecek olan çaba müşteriyle iletişimin uzunluğuna göre daha fazla veya az olacaktır. Pek çok hemşire hastanın güvenliği ve rahatlığı için her zaman ulaşılabilir durumda bulunmakta ve 24 saat kesintisiz olarak her an çağırılmaya hazır olmak

anlamında sürekli temas halinde olmaktadır (Gray,2008). Bu durum üst düzeyde bir duygusal emek gerektirmektedir.

### **2.3.3.2 Sıklık**

Bir işgörenin müşterilerle ne sıklıkta temas kurması gerektiği yapılan işin niteliğine göre farklılık gösterir. Kimi mesleki roller çok kısa zaman aralıklarıyla kimileri ise daha seyrek olarak etkileşime girmeyi gerektirir. Bu ise bir işte bireylerden ne sıklıkta duygusal emek harcamalarının beklendiği ile ilgilidir. Morris ve Feldman'a (1996) göre bir iş ne sıklıkta duygu gösterimini gerektiriyorsa, örgütün işgörenlerin duygusal tepkileri üzerindeki belirleyici etkisi de o ölçüde büyük olacaktır. Yapılan iş ne kadar sık duygu gösterimini gerektiriyorsa örgütteki duygusal davranış kurallarının sayısı da o kadar fazla olacaktır. Yoğun bakım gibi Özel hasta ünitelerinde hasta bakımında hasta ile etkileşimin sıklığı oran olarak artmaktadır. Hemşire kritik hastanın durumunu mesleki gözlemlerinin yanı sıra, monitörler aracılığı ile ( kan gazlarının takibi, labratuar takipleri, kan basınçları takipleri, idrar takibi ve daha pek çok takip) ile de takip etmektedir. Bu nedenle hastası ile etkileşim sıklığı yoğun olmaktadır. Dolayısıyla hemşirenin yaptığı iş ne kadar sık duygu gösterimini gerektiriyorsa sağlık kuruluşunda duygusal davranış kurallarının sayısı da o kadar fazla olacaktır (Morris ve Feldman, 1996).

### **2.3.3.3 Çeşitlilik**

Örgütlerin işgörenlerden göstermelerini beklediği duyguları genel bir sınıflamayla üç gruba ayırabiliriz: Bütünleştirici duygular, ayrıştırıcı duygular ve duyguları maskeleyen (Wharton ve Erickson, 1993). Bunları sırasıyla, olumlu duygular sergilemek, olumsuz duygular sergilemek ve nötr davranmak olarak tanımlayabiliriz.

Birçok işyeri işgörenlerden müşterilere güler yüzlü ve anlayışlı davranmalarını bekler. Bu durum işyerinde bütünleştirici yani olumlu duygular sergilemeye örnektir. Bununla birlikte, örneğin, polislik mesleği zaman zaman bazı kimselere karşı öfkeli ve korkutucu davranmayı gerektirebilir ki bu da ayrıştırıcı yani olumsuz duygulara örnek verilebilir. Duygusal maskeleyen ile kastedilen şey ise karşı tarafa olumlu veya olumsuz hiçbir duygusal mesaj vermemekle ilgilidir. Örneğin terapistler ve hâkimler bu guruba girer (Grandey, 2000). Bazı meslekler ise bünyesinde bu üç türün hepsinin

gösterimini de kapsayabilir. Örneğin bir öğretim görevlisi gün içinde hem öğrencilerde ilgi uyandırabilmek için olumlu duygular, hem disiplini sağlayabilmek için olumsuz duygular hem de profesyonel bir görünüm sağlamak için nötralize edilmiş tavırlar sergilemek durumundadır. Sergilemek zorunda olduğu duyguların çeşitliliği ise kişinin duygusal emek düzeyini etkileyecektir. Kişinin sergilemesi gereken duyguların çeşitliliği ne kadar fazlaysa o ölçüde fazla duygusal emek sarfetmesi gerekecektir. (Morris ve Feldman, 1996). Yoğun bakım hemşireleri de gün boyunca hastalarda güven ve umut uyandırabilmek için olumlu duygular, hem de hastaların acılarından etkilenmekte olan kendi duygularını maskeleyen durumundadırlar. Buna karşın hemşirenin hastalara karşı olumsuz duyguları göstermeleri pek uygun değildir.

## **2.4 Duygusal Emek ile İlgili Temel Yaklaşımlar**

Duygusal emek kavramı ilk kez, Arlie Russell Hochschild'in "The Managed Heart" kitabında ele alınmış (Hochschild, 1983) ve bundan sonra birçok araştırmacının ilgisini çekerek çeşitli açılardan incelenmiştir. Üzerinde pek çok araştırma yapılmakla birlikte, duygusal emek konusunda geliştirilen dört temel yaklaşımdan bahsedilebilir. Bunlar Hochschild yaklaşımı, Ashforth ve Humphrey yaklaşımı, Morris ve Feldman yaklaşımı, Grandey yaklaşımıdır.

### **2.4.1 Hochschild Yaklaşımı**

Hochschild'e (1979) göre birçok meslek dalı bireylerin duygularını yöneterek önceden belirlenmiş kalıplar dâhilinde müşterilere sunmalarını gerektirmektedir. Bu meslekleri icra edenler için ise duyguları, çalışma yaşamlarının önemli bir parçası olmakta; sarfettikleri duygusal emek iş yerindeki performanslarını doğrudan etkileyen bir faktör halini almaktadır. Özellikle hizmet sektöründe, müşteriye yansıtılması gereken duygular başlı başına işin büyük bir bölümünü oluşturmaktadır. Dolayısıyla bireylerin başarısı duygularını ne kadar iyi yönetebildikleriyle yakından ilişkilidir. Yazara göre, kişilerin duygularını iş yerinde bu denli yoğun olarak kullanmaları duyguların da artık işgücü piyasasında alım-satım değeri olan bir meta haline gelmesi anlamına gelmektedir. Şüphesiz, hizmet faaliyetleriyle uğraşan kimselerin varlığı işgücü piyasasında yeni bir durum değildir. Ancak bugün yeni olan şey

bu işlerin yapılış şeklinin birileri tarafından baştan aşağı düzenlenmesi ve sosyal ilişkilerin şeklinin ayrıntılı olarak belirlenmesidir. Dolayısıyla bugünün dünyasında duygusal emekten bahsedilmesinin temelinde yatan sebep, işgörenlerin duygu ifadelerinin kendi inisiyatiflerinde olmaktan çıkarılıp bir takım kurallara bağlanmış olması ve bireylerin işyerinde sarfettikleri emeğin önemli bir kısmının duygularıyla ilgili olmasıdır (Hochschild, 1983).

Duygusal emek pek çok meslekte istihdam şartı olarak tarif edilir ve Hocschild (1983) “Yönetilen Kalp” adlı kitabında duyguların ticarileşmesinden bahsetmektedir. Hocschild duygusal emeği dışarıdan gözlenebilir şekilde bedensel gösterim ve gözlenebilen mimikler yaratmak suretiyle duyguları yönetilebilmesi olarak tarif eder. Duygusal emek ötekilerde uygun duygusal bir durum yaratabilmek için duyguların bastırılması veya uyarılmasını gerektirir. Bu tür bir mesleki çalışma zihinsel ve duygusal koordinasyonu gerektirir ve bazen de kişinin kişisel kaynaklarını çekerek tüketerek kullanır. Hocschild (1983) bu kavramı aydınlatmak için uçuş personelinin örnek olarak kullanmıştır. Uçuş personelinin iş performansının bir parçası olarak belirli duygusal gösterimlerin gerekli olması şeklinde tarif eder (Henderson, 2001).

Sosyal hizmetli, kreş görevlisi, doktor, avukat, öğretmen, satış temsilcisi, çağrı merkezi çalışanı, hemşire, polis, tahsildar, garson, turizm sektörü çalışanları gibi mesleklerde işgörenler kişilerarası ilişkileri yoğun yaşamaktadırlar ve paylaşım içinde oldukları kişilerin duygusal durumlarına etkide bulunabilmek için çaba harcamaktadırlar. (Hochschild, 1983, Akt: Eroğlu, 1995).

Hochschild (1983)'in tanımına göre duygusal emek, işgörenlerin duygularını düzenleyerek dışarıdan gözlemlenebilecek yüz ve beden hareketleriyle karşı tarafa yansıtma hareketleridir. Duygusal emek bir ücret karşılığında sarfedilir ve bu nedenle değişim değeri vardır. Örgütler, işgörenlerden hangi durumlarda hangi duyguları sergilemelerini beklediklerini duygusal davranış kurallarıyla ortaya koyarlar. Bu kurallar örgütsel hedeflere ulaşabilmek için işgörelere kılavuzluk etmek ve davranışlarını örgüt amaçlarıyla uyumlu hale getirmek amacını taşırlar (Hochschild, 1983).

Hochschild, bireylerin duygusal emek sarfederken iki mekanizmadan birini kullandıklarını belirtmiştir. Bunlar; yüzeysel davranış (surface acting) ve derinlemesine davranıştır (deep acting). Yüzeysel davranışta birey, yalnızca

davranışlarını değiştirir ve şartların gerektirdiği duygu ifadelerini, gerçekte öyle hissetmediği halde gösterir. Yani burada kişinin duyguları ile davranışları aslında birbiriyle uyum içinde değildir. Kişinin göstermek zorunda olduğu duygu gerçekte hissetmekte olduğundan çok farklıdır. Bu durumda birey, duygusal davranış kurallarının gerektirdiği davranışı gösterir ama kendi duyguları değişmez. Derinlemesine davranışta ise bireyin duygularını düzenleyerek, o anda yansıtması gereken duyguyu gerçekte de hissetmesi için çaba sarfetmesidir. Yani sergilemek zorunda olduğu duyguyla aslında hissettiği duygu birbirinden farklı olduğu halde, kişi öncelikle duygularını değiştirmek ve şartlara uydurmak yolunu seçer. Böylece duygularıyla davranışları arasında doğal bir uyum meydana gelir. Yazar, özellikle yüzeysel davranış göstererek sürekli hissetmediği şekilde davranan bireylerin duygusal çelişki yaşayacaklarını ifade etmiştir. Bununla birlikte, hem yüzeysel davranışın hem de derinlemesine davranışın işgörenler için bir çaba gerektirdiğini, stres ve tükenmişlik gibi bir takım olumsuz sonuçlara yol açtığını öne sürmüştür (Hochschild, 1983).

Yazar, çalışmasında duygusal emek gerektiren işlerin üç temel özelliği olduğunu ifade etmiştir: Birincisi insanlarla yüz yüze veya sözlü olarak iletişimi içeriyor olmaları, ikincisi bu işlerde çalışanların, karşı tarafın duygularını etkilemek durumunda olmaları ve üçüncüsü işverenlerin çalışanların duygusal aktiviteleri üzerinde denetim sahibi olmalarıdır. Buradan yola çıkarak, yazar, meslekleri duygusal emek gerektirenler ve gerektirmeyenler şeklinde gruplandırmıştır. Çalışmasında, duygusal emek gerektiren mesleklerin büyük oranda kadınlar tarafından icra edildiğini, bunun ise kadınların duygu yönetimi konusunda erkeklere oranla daha başarılı olmalarından kaynaklandığını öne sürmüştür (Hochschild, 1983).

Duygusal emek sağlık kuruluşlarında hastanın duygularının yönetimine yardımcı olacak, bireyselleştirilmiş ancak deneyimlenmiş duygusal davranışları gerektirir (James, 1993; Smith and Gray 2000; Smith and Lorantzan, 2007; Allan and Smith, 2005, Akt: Benjamin ve Smith, 2008).

Duygusal emeğin sarfedilmesine ilişkin Mesleki farklılıklara sağlık hizmetlerinden çarpıcı bir örnek vermek gerekirse; Gray (2008)' in çalışmasında ki hemşirelerin bazıları doktorların hastalarına uzak kişilerarası ilişkileri ile ilgili güçlü düşüncelerini belirtmişlerdir. Birinci basamak sağlık



hizmetlerinde çalışan hemşire şunları anlatıyor: “Doktorların hastalar ve diğer sağlık çalışanları ile iletişimleri sırasında duyguları konusunda önceden belirlenmiş kalıplarla yanlış eğitim aldıklarını düşündüğünü söylemektedir. Doktorluğun hemşirelikten daha bireyci bir meslek olduğunu ve doktorların hastalar için daha az ulaşılabilir durumda olduklarını belirtmektedir. Tıp mesleklerinde duyguların bir kenara konulduğunu, teşhis ve tıbbi tedavi hizmetlerinde sadece hemşirelerin hastaların duygularından sorumlu olduğuna dair yazılmamış kurallar olduğunu vurgulamaktadır. Doktorların bu tür şeylerden kendisini uzak tuttuğunu ve hemşireleri hastanın duygusal problemleri ile baş başa bıraktıklarını belirtmektedir (Gray, 2008).

Başka bir hemşire şunu söylüyor. Hastaya bir tanı koyma aşamasında duyguların sağlık profesyoneline yol göstereceğini belirtmektedir. Bir ekip olarak doktor ve hemşirelerin tıpkı bir aile gibi olduklarını vurgulamaktadır. Duygusal emeğin ayrışması hemşireler, doktorlar ve öteki sağlık çalışanları tarafından yürütülen duygusal emeğin algılanmasını kesinlikle etkilemektedir. Hemşirenin söylediği “aile gibi” imajı aslında toplumda yaygın olan objektif-erkek (doktor), subjektif-female(hemşire) kalıp yargılarını güçlendirmektedir. Doğrusu duygusal emeğin varsayıldığı meslekler, doktor ve hemşireler, açısından bazı kısıtlılıklar taşımaktadır (Gray, 2008).

#### **2.4.2 Ashforth ve Humphrey Yaklaşımı**

Hochschild (1983)'e göre, işgörenler yüzeysel veya derinlemesine davranış gösterirlerken belirli bir çaba sarf ederler. Ashforth ve Humphrey (1993), işgörenlerin bir süre sonra bu duruma alışabileceklerini öne sürmektedirler. Yani ister yüzeysel ister derinlemesine davranarak olsun işi gereği sürekli duygusal emek sarf eden işgörenler belirli bir zaman sonra bu davranışları otomatikman ve herhangi bir çaba sarf etmelerine gerek kalmadan gösterebileceklerdir. Bununla birlikte yazarlara göre, bir işgören herhangi bir durumda sergilemesi gereken duyguyu zaten hissediyor da olabilir. Bu durumda ne rol yapmasına (yüzeysel davranış) ne de duygularını düzenleyerek duruma uyumlu hale getirmeye çalışmasına (derinlemesine davranış) gerek yoktur. Gerçekte hissettiği duyguyu yansıtması yeterlidir. Böylece, Hochschild'in yüzeysel ve derinlemesine davranışına ek olarak Ashforth ve Humphrey samimi davranış (genuine emotion) kavramını ortaya atmışlardır.

Örneğin Bebekleri çok seven hemşirenin, bebeklerin bakımı sırasında zorlanma yaşamadan onlara şefkatli davranabilir, ihtiyaçlarını kavrayabilir, empati kurabilir. Bununla birlikte, yazarlar, duygusal emeğin bir çeşit izlenim yönetimi olarak da düşünülebileceğini; çünkü duygusal emek gösteren işgörenin, karşı tarafta belirli bir izlenim oluşturmak için davranışlarını kasıtlı olarak yönlendirdiğini ifade etmişlerdir. Yazarlara göre duygusal emek sürecinde hangi davranış türünün gösterildiğinin yanı sıra gösterilen davranışın ne ölçüde samimi algılandığı da önemlidir. Çünkü bu durum davranışın kalitesini ifade eder ve karşı tarafta nasıl bir etki uyandıracakını belirler (Ashforth ve Humphrey, 1993).

Ashforth ve Humphrey (1993)'in duygusal emek konusuna yaklaşımlarını farklılaştıran noktalardan biri de sosyal kimlik teorisini duygusal emek kavramına uyarlamış olmalarıdır. İşgören kendini kurum tarafından belirlenen duygusal davranış kuralları ile ne kadar özdeşleşiyorsa o oranda samimi duygusal davranışlar gösterecektir ve duygusal uyumsuzluk yaşamayacaktır. Söz konusu teoriye göre bireyler kendilerini ve başkalarını bir takım sosyal grupların parçaları olarak algırlar ve içinde buldukları sosyal grubun özelliklerini kendi özellikleriymişçesine benimserler. Yazarlara göre işgörenlerin örgütün davranış kurallarını benimsemesi ve örgütsel rolleriyle özdeşleşmeleri duygusal emeğin yol açtığı zararlı sonuçları hafifletici bir etkiye sahiptir.

Duygusal emeğin fonksiyonel yanlarına örnek olarak Ashforth ve Humphrey (1993) duygusal davranış kurallarına uymanın kişilerin performanslarını arttırdığını ve öz yeterlilik duygularını geliştirdiğini ifade etmişlerdir. Yazarlara göre duygusal davranış kuralları müşteri ilişkilerini önceden tahmin edilebilir hale getirir ve ilişki esnasında yaşanabilecek aksaklıkları engeller. Böylece müşterilerle iletişimin geliştirilmesine, dolayısıyla müşteri ilişkileri performansına katkıda bulunurlar. Yükselen performans ise kişilerin işlerinin gereklerini başarıyla yerine getirebileceklerine olan inançlarını, yani öz yeterlilik duygularını besler. Bu yaklaşıma göre duygusal davranış kuralları işgörenlerin iş yerindeki davranışlarını her ne kadar sınırlandırıyor olsa bile yine de onlara bir miktar serbesti de tanır. Bu da kişilerin iş ilişkilerine kendilerine ait bir şeyler katabilmelerine müsaade ederek kendilerini ifade etme becerilerini geliştirmelerini sağlar. Bütün bu olumlu

yanlarının yanı sıra yazarlar, duygusal emeğin işgörenler açısından bir takım olumsuz sonuçlarının da olabileceğini ifade etmişlerdir. Bu noktada Ashforth ve Humphrey de tıpkı Hochschild'in belirttiği gibi, gösterilen ve hissedilen duygular arasındaki uyumsuzluğun yarattığı duygusal çelişki üzerinde durmuşlardır. Kişilerin yaşadığı bu çelişkinin bir süre sonra kendi davranışlarını sahte bulmalarına ve kendilerini ikiyüzlü hissetmelerine neden olabileceğini; bunun da özsaygı yitimi, depresyon ve yabancılaşma gibi sonuçlar doğuracağını öne sürmüşlerdir.

### **2.4.3 Morris ve Feldman Yaklaşımı**

Duygusal emek konusunda geliştirilen üçüncü yaklaşım Morris ve Feldman (1996) yaklaşımıdır. Morris ve Feldman'ın tanımıyla duygusal emek, kişiler arası ilişkilerde örgütün istediği duyguları sergileyebilmek için sarf edilen çaba, planlama ve kontroldür. Bu yaklaşıma göre bireyin sergilemesi gereken duygu ile o anda hissettiği duygu örtüşüyor olsa bile, tam anlamıyla örgütün istediği duygusal davranışı sergileyebilmesi için belirli bir miktar çaba sarfetmesi gerekir. İster derinlemesine, ister yüzeysel, ister samimi davranış gösteriyor olsun, bir işgörenin iş yerinde duygularını kullanması demek duygusal emek gösteriyor olması demektir. Çünkü burada kişinin hissettiği duyguyu nasıl dışa vurduğu konusu da önemlidir. Kişi göstermek zorunda olduğu duyguyu gerçekte hissediyor olsa bile bu hislerini hangi davranışlarla karşı tarafa yansıtacağı kişinin inisiyatifıyla değil duygusal davranış kurallarıyla belirlenir. Dolayısıyla duyguları örgütün arzu ettiği davranışlara dökebilmek de bir emek işidir (Morris ve Feldman, 1996).

Morris ve Feldman duygusal emeği dört boyutlu bir kavram olarak ele almışlardır. Bu boyutlar; uygun duygusal davranışın gösterilmesindeki sıklık, gerekli davranış kurallarına gösterilen dikkat, gösterilmesi gereken duyguların çeşitliliği ve gerçekte hissedilmeyen duyguların gösterimi ile yaşanan duygusal çelişki olarak tanımlanmıştır. Aşağıda öncelleri, boyutları ve sonuçlarıyla Morris ve Feldman'ın duygusal emek modeli gösterilmiştir.

*Duygusal davranış gösterimindeki sıklık*, yapılan işin ne sıklıkta duygu gösterimini gerekli kıldığıyla ilgilidir. Bir işin yapısı ne kadar sık duygu gösterimini gerektiriyorsa, örgütteki duygusal davranış kurallarının sayısı da o ölçüde fazla olacaktır (Morris ve Feldman, 1997, Akt: Öz, 2007).

**Gerekli davranış kurallarına gösterilen dikkat** arttıkça doğru duyguyu sergileyebilmek için harcanacak olan psikolojik ve fiziksel çaba da artacaktır. Modele göre davranış kurallarına gösterilen dikkat iki unsurdan etkilenmektedir. Bunlar, duygusal davranışın süresi ve yoğunluğudur. Duygusal davranışın süresi, işgörenlerin müşteriyle etkileşimlerinin ne kadar sürdüğüyle ilgilidir. Duygusal davranışın yoğunluğu ile kastedilen ise gösterilmesi gereken duyguların ne kadar önemli veya güçlü olduklarıdır. Buna göre, etkileşimin süresi ve sergilenmesi gereken duyguların yoğunluğu arttıkça sarf edilecek olan duygusal emek de artacaktır (Morris ve Feldman, 1997, Akt: Öz, 2007).

**Gösterilmesi gereken duyguların çeşitliliği** de duygusal emekle doğru orantılı olarak gelişir. Yani kişinin görevi gereği sergilemesi gereken farklı duyguların sayısı ne kadar fazlaysa duyguları ve davranışları üzerindeki kontrolü o ölçüde fazla olacak, dolayısıyla daha fazla duygusal emek sarf edecektir. Bu boyutla ilgili belirlenen önceller hizmet sunularının gücü ve görev çeşitliliğidir. Bunun ile bağlantılı olarak, bir işgörenin sahip olduğu görevlerin çeşitliliği iş yerinde göstermesi gereken duygu çeşitliliğini de arttıracaktır (Morris ve Feldman, 1997, Akt: Öz, 2007).

**Duygusal çelişki**, bireyin yerine getirmesi zorunda olduğu duygusal tepkiyle gerçekte hissettiği duygunun birbirinden farklı olması halinde içine düştüğü durumdur. Modele göre bireyler gerçek hisleriyle örtüşmeyen duyguları gösterirken daha fazla duygusal emek sarf etmektedirler (Morris ve Feldman, 1997, Akt: Öz, 2007).

Morris ve Feldman, duygusal emeğin duygusal tükenmişlik ve iş doyumunu açısından sonuçlarıyla ilgilenmişlerdir. Modelde, duygusal davranışın gösterilmesindeki sıklık, gerekli davranış kurallarına gösterilen dikkat, gösterilmesi gereken duyguların çeşitliliği ve gerçekte hissedilmeyen duyguların gösterimi ile yaşanan duygusal çelişkinin tükenmişlikle doğru orantılı olduğunu; yani duygusal emeğin bütün boyutlarındaki artışın tükenmişliği de artıracaklarını öne sürmüşlerdir. Bununla birlikte yalnızca duygusal çelişkinin iş doyumuyla ters orantılı olduğu iddia edilmiştir. Modelin hipotezlerini bir araştırma ile test eden Morris ve Feldman, bu iddialarını destekler yönde sonuçlar elde etmişlerdir (Morris ve Feldman, 1997, Akt: Öz, 2007).

#### 2.4.4 Grandey Yaklaşımı

Duygusal emek konusuna dördüncü yaklaşım da Grandey (1999) tarafından geliştirilmiştir. Duygusal emeği hem duyguların hem de davranışların örgüt amaçlarına hizmet edecek şekilde düzenlenmesi olarak tanımlayan Grandey, konu hakkında yapılmış önceki çalışmaları bütünleştirerek yeni bir duygusal emek modeli geliştirmiştir. Yazara göre duygusal emek kavramı, daha önce bahsedilen yaklaşımların herhangi biriyle tam olarak açıklanamamaktadır. Diğer araştırmacılar konuya farklı açılardan yaklaşmış ve geliştirmişlerdir. Ancak duygusal emeğin gerçek anlamda kavramsallaştırılması bütün bu yaklaşımların bir senteziyle gerçekleşebilecektir. Modelin birinci özelliği daha önceki yaklaşımların bir birleşimi niteliğini taşıyor olmasıdır. İkinci özelliği ise duygu düzenlemesi kavramının modele dâhil edilmiş olmasıdır (Grandey, 1999).

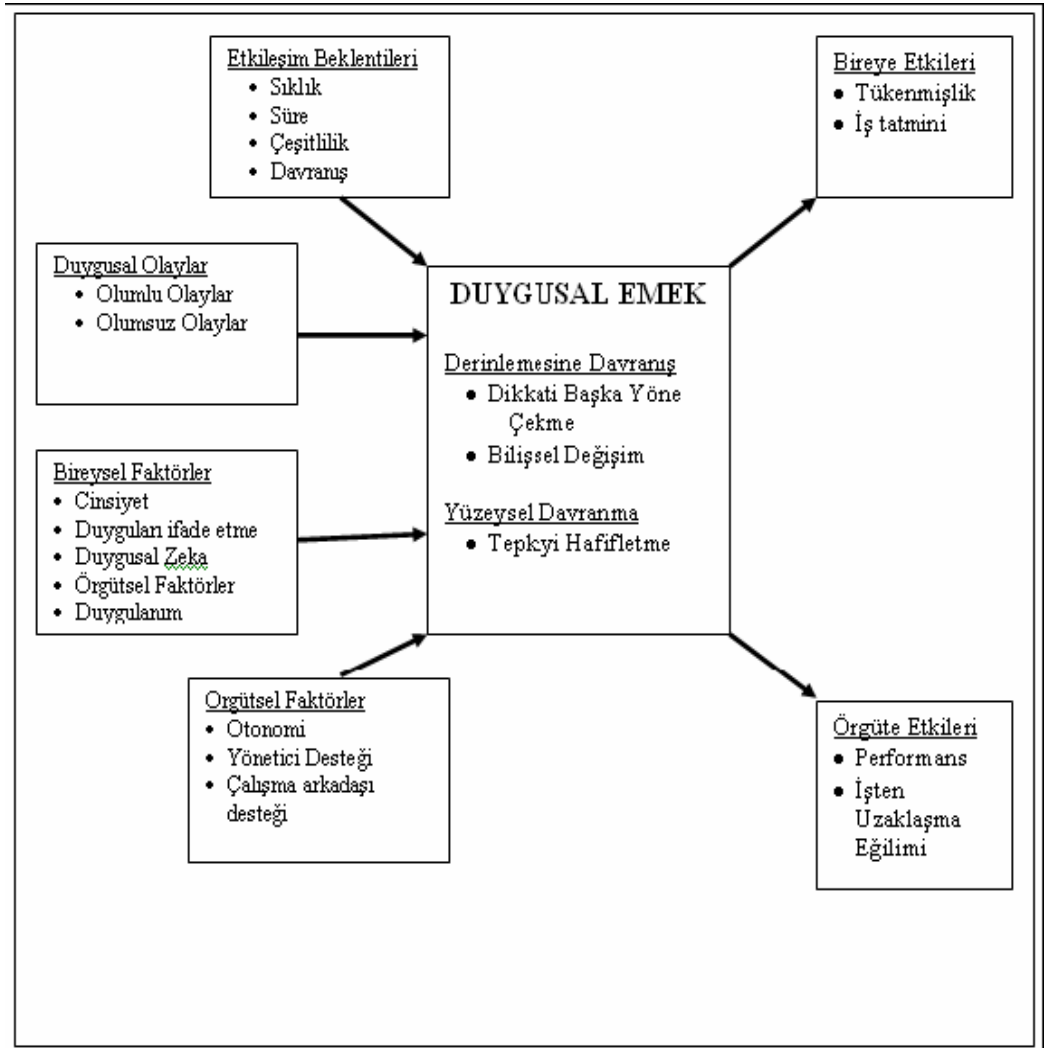
Modelin öncelleri etkileşim beklentileri ve duygusal olaylar şeklinde iki gruba ayrılmıştır. Etkileşim beklentilerindeki sıklık, süre ve çeşitlilik aynı zamanda Morris ve Feldman'ın modelindeki değişkenlerdir. Grandey (1999)'e göre de müşteri etkileşiminin özellikleri, gösterilmesi gereken duyguları ve örgütün bu konudaki beklentilerini belirleyici özelliğe sahiptir. Böylece sıklık, süre ve çeşitlilik özelliklerinin etkisiyle oluşturulan davranış kuralları da bu gruba dâhil edilmiştir. Grandey, yaşadığı bazı önemli duygusal olayların kişiyi duygularını düzenleyebilmek için daha fazla emek sarf etmeye sevk edeceğini öne sürmüştür. Bu olaylar ailevi meseleler, yakınlarının birinin hastalanması veya ölümü gibi bireyin özel yaşantısıyla ilgili olabileceği gibi iş yaşamına ilişkin de olabilir. Bu tarz olumsuz olaylar, işgörenin iş yerinde uygun davranışlar sergileyebilmek için kendisini daha fazla zorlamasına ve daha fazla stres yaşamasına sebep olabilir. Bununla birlikte, yaşanan olumlu duygusal olaylar ise kişinin örgütün istediği doğrultuda davranmasını kolaylaştırıcı etkide bulunacaktır (Şekil 1).

Duygu düzenlemesi, kişinin herhangi bir uyarana karşılaştığında duygularını kontrol etmesi ve duygusal dengesini sağlayarak duruma uygun tepkiler geliştirmesidir. Grandey yaklaşımına göre de işgörenlerin iş yerinde yaptıkları şey uygun duyguları sergileyebilmek için duygularını düzenlemeleridir. Konunun bu kısmı ileride daha ayrıntılı olarak açıklandığından burada ayrıca ele alınmayacaktır.

Yazar, modelin moderatörlerini bireysel ve örgütsel olmak üzere iki grupta incelemiştir. Bireysel faktörlerden biri cinsiyettir. Grandey de kadınların erkeklere oranla daha fazla duygusal emek gösterdiklerini vurgulamaktadır. Modele göre bireylerin duygulanım şekilleri ve duygusal zekâları da duygusal emek sarfetme düzeyleri üzerinde etkili olabilmektedir. Bununla birlikte yazar, duyguları üzerindeki otonomileri ellerinden alınan işgörenlerin bir takım olumsuz sonuçlarla karşılaşmasının kaçınılmaz olduğunu ifade etmektedir. Modelde, yönetici ve iş arkadaşı desteğinin örgüt içinde olumlu bir çalışma ortamı yaratacağı ve duygusal emeğin olumsuz sonuçlarını hafifleteceği öne sürülmüştür. Grandey, doktora tez çalışması kapsamında bir üniversitenin idari personeli üzerinde, 168 kişiyi kapsayan bir araştırma gerçekleştirmiştir. Bu araştırmada, yönetici ve iş arkadaşlarından destek görmenin stresi azaltıcı ve yüzeysel davranış göstermenin iş doyumu üzerindeki olumsuz etkisini hafifletici bir faktör olduğu yönünde sonuçlar elde etmiştir (Grandey, 2000). Grandey (2000), çalışmasının sonucunda yüzeysel davranış ve tükenmişlik arasında doğru orantılı bir ilişki tespit etmiştir. Yüzeysel davranmak kişilerin tükenmişlik seviyelerini artırır gözükmektedir. Buna karşılık, iş doyumuyla ise ters orantılı çıkmıştır. Yani iş yerinde sürekli sahte duygu ifadeleri sergileyen işgörenlerin iş tatminleri de düşük seyretmektedir.

Ayrıca, duygusal emek ve işten uzaklaşma eğilimi arasında doğru yönlü bir ilişki saptanmıştır. Bu durum, duygularını sürekli denetim altında tutmak zorunda olan işgörenlerin içinde buldukları durumu değiştirme çabası olarak açıklanmıştır. Müşteri ilişkileri performansı açısından ise yüzeysel davranışın olumsuz, derinlemesine davranışın ise olumlu etkiye sahip olduğu tespit edilmiştir. Bu ise, yüzeysel davranışların müşteriler tarafından fark edilmesi ve iletişimde samimiyet duygusunu zedelemesi şeklinde yorumlanmıştır (Grandey, 2000).

**Şekil 1 Grandey'in Duygusal Emek Modeli**



Kaynak: Grandey, 2000:101.

## 2.5 Duygusal Emek Stratejileri

### 2.5.1 Yüzeysel Davranış

Yüzeysel davranış, bireylerin, gerçek hislerini değiştirmedikleri halde, duygu gösterimlerini kontrol ederek beklentilere uyumlu hale getirdikleri davranış biçimi şeklinde tanımlanabilir (Grandey, 2003; Brotheridge ve Grandey, 2002). İşgörenlerin iş ortamında dışarıya yansıtmakta olduklarından farklı duygular hissediyor olmaları halinde ortaya çıkan davranış türüdür. Burada birey, göstermek zorunda olduğu davranışa odaklanır ve gerçek duygularını dışarıya belli etmemeye çalışır. Başka bir ifadeyle yüzeysel davranışta, işgörenlerin gerçek duygularını değil yalnızca davranışlarını

değiştirmeleri söz konusudur ve bunu da örgütün kurallarına uyarak işlerini korumak adına yaparlar (Grandey, 2003).

Yüzeysel davranış genellikle olumsuz duyguları bastırıp davranışa dökmek veya olumlu duygular içerisindeymiş gibi davranmaya çalışmakla ilgilidir. Çünkü işgörenlerden genelde beklenen müşterilere karşı olumlu tavırlar sergilemeleridir (Diefendorff ve ark., 2005). Bir işgörenin zor veya saldırgan bir müşteri karşısında öfkesini belli etmeden güler yüzlü tutumunu korumaya çalışması yüzeysel davranışa örnektir. Burada önemli nokta işgörenin gerçek duygularıyla sergilediği duyguların tamamen birbirinden farklı olmasıdır. Güler yüzlü davranışın sebebi yalnızca duygusal davranış kurallarına uyum gösterme zorunluluğudur. Birey sergilediği duyguları gerçekte deneyimlemez; yalnızca “öyleymiş gibi” davranır. Yüzeysel gösterim, kurumun gösterim kuralları ile uyumlu olabilecek ancak görünüşte gösterim davranışları sergilemektir. Örneğin gerçek duyguları saklamak veya hissetmediği duyguları hissediyormuş gibi rol yapmak. Yüzeysel gösterim genellikle duygusal çatışmanın artmasında ve bununla bağlantılı olabilecek tükenmişlik sendromu ve depresyon çözümünde fonksiyonel olmayan bir strateji olarak görülmektedir (Grandey, 2003).

### **2.5.2 Derinlemesine Davranış**

Derinlemesine davranışta kişi gerçek hislerini kendisinden beklenen davranışlarla uyumlu hale getirmeye çalışır (Grandey, 2003). Başka bir ifadeyle bu davranış türünde birey, göstermek durumunda olduğu duyguyu bizzat deneyimlemeye çalışmaktadır (Diefendorff ve ark., 2005). Derinlemesine davranışın yüzeysel davranıştan farklı tarafı, bu yöntemde sadece davranışların değil duyguların da davranış kurallarına uyumlu hale getirilmesidir. Yukarıdaki örneğe geri dönersek, işgörenin karşısındaki müşteriyle empati kurması, onu zor ve agresif hale getiren koşulları anlamaya çalışarak olumlu duygularla yaklaşması derinlemesine davranıştır diyebiliriz.

Hochschild (1983), derinlemesine davranış göstermenin belli başlı iki yöntemi olduğunu ifade etmiştir. Birinci yöntem, işgörenin kendisini sergilemek durumunda olduğu duyguyu hissetmeye zorlamasıdır. Burada birey, herhangi bir duyguyu bastırmaya çalışabilir. Örneğin öfkesini yenerek sakin davranmayı başarabilir. Ya da göstermesi gereken duyguyu gerçekte de



yaşamak için çaba sarf eder. Olumsuzluklara rağmen neşesini kaybetmeyen insanlar buna örnektir. İkinci yöntem ise kişilerin kendilerinden göstermeleri beklenen duyguyu hissedebilmek için aldıkları eğitimi ya da geçmiş deneyimlerini kullanmalarıdır. Örneğin Hochschild'ın (1983) çalışmasında, hosteslere, yolcuları evlerine gelen birer konuk olarak düşünüp buna uygun davranmaları gerektiğinin söylendiği belirtilmiştir. Böylece bir hostes herhangi bir sorunla karşılaştığında, aldığı eğitim doğrultusunda misafir gözüyle gördüğü yolcuya doğru şekilde davranmakta zorlanmaz. Ya da kötü duygular içindeki biri, geçmişte yaşadığı mutlu bir olayı düşünerek içinde bulunduğu ruh halini değiştirebilir ve bu şekilde müşteri ilişkilerinde örgütün beklediği standartları sağlayabilir (Hochschild, 1983).

Görüldüğü gibi, derinlemesine davranışta -yüzeysel davranışta olduğu gibi- duygular ve davranışlar arasında uyumsuzluk söz konusu değildir. Davranışların gerçek duygularla destekleniyor oluşu ise müşteri ilişkilerine samimiyet kazandırır. Hochschild'e göre duygusal emekçiler duygusal çatışmanın sahip olduğu iki stratejinin seçimi ile karşı karşıdır. Burada derinlemesine davranma gösterim kuralları ile uyumlu olabilecek şekilde ve kişinin içsel duygularını derinlemesine düzenlemesi girişiminden oluşmaktadır. Çalışanın duygusal durumunu bu şekilde dönüştürmesi kişinin dikkatini başka yöne çevirme (Örneğin çalışanın dikkatini mevcut durumun olumlu yönüne yöneltmesi) veya bilişsel değişim (durumu daha pozitif yönü ile yeniden değerlendirmek) davranışları ile başarılabilir.

Daha ötesinde Yüzeysel Davranış teorik olarak duygusal bitkinliği önleyeceği varsayılmasına rağmen (ör. Hochschild, 1983) son araştırmalar bu düşünce ile ilgili farklı sonuçlar ortaya koymuştur (Örneğin, Brotheridge and Lee,2003). Buna rağmen tükenmişlik sendromu ile Derinlemesine gösterim arasındaki korelasyon, tükenmişlik sendromu ile Yüzeysel davranma arasındaki korelasyondan daha zayıf olarak bulunmuştur. Yani Derinlemesine Gösterim Yüzeysel Gösterimden daha az zararlıdır (Mikolajczak ve ark., 2007).

### 2.5.3 Duyguların Doğal Yolla Sergilenmesi (Samimi Davranış)

Ashforth ve Humphrey (1993), bireylerin rol gereklerini yerine getirmeleri için her zaman “rol” yapmaları gerekmediğini, bazı durumlarda gerçek duygularıyla sergilemeleri gereken duyguların birbirinin aynı olabileceğini ifade etmişlerdir. Samimi davranış, işgörenlerin yansıtmak durumunda oldukları duyguları hâlihazırda zaten hissediyor olmaları durumunda ortaya çıkan davranış türüdür. Ashforth ve Humphrey (1993), bu davranış türünde kişinin çok az duygusal emek harcadığını ifade etmişlerdir. Morris ve Feldman’a (1996) göre ise kişi yansıtmak zorunda olduğu duyguyu zaten hissediyor olsa bile, bu duyguyu örgütün istediği davranışlarla yansıtabilmek için yine de belli bir miktar emek harcamak zorundadır (Morris ve Feldman, 1996).

Duygu işçisi, duygularını yüzeysel olarak, derinlemesine ve gerçekten olduğu şekliyle olmak üzere üç farklı şekilde ortaya koyabilmektedir. Buna göre Olumlu duyguların yüzeysel gösterimi, yoğun bakımda hemşirenin duygularını kontrol altında tutarak, kendisi kötü bir ruh halinde iken bile veya içinden gelmeyerek ve gerçek olmayan bir şekilde hastaya gülyüz göstermesidir. Bu durum hemşirenin sürekli olarak gerçek duygularını gizlemesinin sonucu olarak, daha fazla duygusal tükenme ve daha fazla duygusal uyumsuzluk ile karşı karşıya getirmektedir (Chu ve Murrmann, 2006).

Olumlu duyguların derinden (içten) gelen gösteriminde ise yoğun bakım hemşiresi duygu ve düşüncelerini kontrol altında tutmakta, önceki deneyimlerinden de yararlanıp olumlu duyguları çağrıştırarak, hayal ederek ve uygun olanı seçerek sadece fiziksel olarak olumlu ifade takınmakla kalmayıp duygularını olumlu olana doğru yönlendirebilmektedir.

Gerçek olumlu duyguların gösteriminde ise hemşire, hastaya karşı rol yapmamakta, gerçekten kendisi yardıma hazır ve olumlu duygular içinde olduğu için böyle olumlu davranmaktadır. Örneğin pediatri servisindeki bir hemşirenin rolünü duygusal işçi olarak tanımlayabiliriz. Anne ve babasının kendisini hastanede terk edip gittiklerini düşünerek ağlayan bir çocuğa anlayış ile yaklaşması ve ona empati göstermesi hemşirenin sergilemesi gereken davranıştır. Bu hemşirenin, çocukları seviyormuş gibi yapmayıp da gerçekten çocukları seven onlara hoşgörü ve şefkat ile yaklaşan bir kişi olması,

hemşirenin işe uygun olan bu kişilik özelliğinden dolayı, hem çalışma hayatından daha fazla doyum sağlamasına, hem de o servisten hizmet alan çocukların daha fazla mutlu olmasına neden olacaktır. Hatta hemşirelerin onlarca yıldır metaforik olarak “beyaz melekler” ya da “kutsal meslek” şeklinde tanımlanmaları da sağlık hizmetlerindeki duygu işçiliğini işaret etmektedir.

## **2.6 Duygusal Emek Davranışlarının Yol Açtığı Sonuçlar**

### **2.6.1 Olumlu Sonuçlar**

Duygusal emeğin neden olabileceği olumlu sonuçlar üzerinde pek fazla durulmamıştır. Oysa duygusal emek, hem işgörenler hem de işletmeler açısından bir takım faydaları da beraberinde getirmektedir. Konuya işgörenler açısından bakacak olursak, iş yerinde belirli bir takım duygusal davranış kuralları dâhilinde davranmanın kişinin işini daha başarılı bir şekilde yapabilmesine yardımcı olduğunu, böylece bireyin performansını artırdığını söyleyebiliriz. Bu da işgörenin müşteriye karşı doğru yaklaşımı geliştirebilmesi ve müşteri memnuniyetini garantilemesine yardımcı olmaktadır. Ashforth ve Humphrey de (1993) duygusal davranış kurallarının işgörenlerle müşteriler arasında oluşması muhtemel problemleri engellediğini ifade etmişlerdir (Ashforth ve Humphrey, 1993).

Yazarlara göre, duygusal davranış kuralları işgörenlerin görevlerini başarıyla yerine getirmelerine yardımcı olmakta; bu da bireylerin öz yeterlilik düzeylerini geliştirmektedir. Yeterlilik düzeyi yüksek insanlar zor durumlarla başa çıkabilmek konusunda kendilerine daha çok güvenmekte ve iş stresine karşı daha dayanıklı olmaktadır (Robbins ve Judge, 2007).

Literatürde genel olarak duygusal emeğin iş doyumuyla ters orantılı olduğu görüşü hâkim olsa da Morris ve Feldman’a (1996) göre bunun tersi de mümkündür. Yazarlara göre, duygusal emek gösterimi bütün işgörenler için iş doyumunu azaltıcı bir etken değildir. Bazıları bunu doğallıkla yapar ve zarar görmez. Wharton da (1999) duygusal emek gerektiren ve gerektirmeyen meslekler arasında yapmış olduğu karşılaştırmalı araştırmada duygusal emek harcayan işgörenlerin iş doyumlarının daha fazla olduğu sonucunu elde etmiştir. Yazara göre insanlarla iletişimi gerektiren işler bazı işgörenler açısından daha ilginç ve tatmin edici bulunabilmektedir. Bu da işgörenlerin iş

doyumunu olumlu yönde etkilemektedir. Wharton'a (1999) göre bu sonucun ortaya çıkmasının en büyük nedeni, duygusal emek gerektiren hizmet işlerinde eleman seçimine özel önem veriliyor olmasıdır. Kişisel özellikleri işin yapısına en uygun elemanları seçmek, duygusal emek konusunda zorluk yaşamamalarını ve olumsuz etkilerden korunmalarını sağlamaktadır.

Böylece hemşirelerin duygusal emeği ile ilgili olarak sadece çalışma ortamlarında güçlü duygular yaşamıyorlar ayrıca uygulamalarını geliştirmek ve düzeltmek için duygularını bilinçli bir şekilde kullanıyorlar. Bu dürüstlük, azim ve dayanıklılık gerektiren üst düzeyde bir beceridir. Bu derece kişisel yatırımın pozitif ve negatif sonuçlarının olması sürpriz değildir. Henderson'nun araştırmasında yer alan hemşireler için bu tür çalışmanın kişisel maliyetini sorguladığımızda Meslekleri ile ilgili tercihlerinin sonucu olarak hemşirelerde büyük değişiklikler olduğunu belirttiler. "Eğer sekreter veya başka bir mesleğim olsaydı bu farkındalığım olmayacaktı. Hemşirelik bilgi ve becerilerim ile evliliğimde sorun olduğunda anlaşma ve yardım istemeyi biliyorum. Şimdi daha güçlü bir insanım ve bunu hayatımda da uyguluyorum. Hemşire olmadığınızı hiç hatırlamıyorsunuz. Hemşirelik pek çok insanı tanıma, samimi olma ve başka bir alanda hiçbir zaman deneyimlemeyeceğim fırsatları ve ayrıcalıkları verdi bana. Bunun tersi olarak hemşirelerin pek çoğu hemşireliğin kendileri üzerinde önemli etkiler olduğunu hissettiklerini söylediler. Bu ilişkiler birbirine dayanmaktadır ve birbirlerini geliştirmektedirler. Başka bir anlatım ile kişinin benliği ve hemşirenin benliği sürekli olarak etkileşim halinde ve birbirini değiştirmektedir. Bir hemşire diyor ki: Beni hemşire yapan şeyin ne olduğunu düşündüğümde hemşireyi ben yapan şeyi düşünüyorum sanırım. Birbirinden etkilendiğini söyleyebilirim. Sanırım birini diğerinden ayırt etmek mümkün olmayacaktır. Bu birbiri ile ilişkili durum tüm yönleri ile çalışıyor (Henderson, 2001).

Görüldüğü gibi duygusal emek göstermek mutlaka olumsuz etkilere maruz kalmak anlamına gelmemekte, hemşirenin yaptığı işten doyum sağlamasını da beraberinde getirebilmektedir. Duygusal emek yalnızca belirli bir takım olumsuz şartlar altında hemşirenin sağlığını tehdit etmektedir. Yukarıda, duygusal emeğin öncelleri bölümünde sıralanan faktörlere bağlı olarak etkisinin yönü değişebilmektedir.

### 2.6.2 Olumsuz Sonuçlar

Duygusal emek araştırmalarının çoğu bu olgunun iřęörenderde yol açabileceği olumsuz sonuçlar üzerinde yoğunlaşmıştır. İlk olarak Hochschild, “The Managed Heart” adlı eserinde, duygusal emek gösteriminin iřęörenderde olumsuz bir takım duyguları beraberinde getireceğini ifade etmiştir. Hochschild’e (1983) göre, bazı iřęörendeler kendilerini işleriyle tam anlamıyla özdeşleştirirler. Bu kimseler örgütsel rollerini fazlaca benimsemişlerdir. İlk bakışta iyi bir şeymiş gibi görülen bu durum uzun vadede bir takım sakıncaları da beraberinde getirir. Bu insanlar, örgütün elde ettiği her başarıdan kendilerine pay çıkarıp doyum sağlarlar. Ancak, yöneltilen her eleştiri veya kaydedilen her başarısızlığı ise kişisel algılama hatasına düşerler. Yazara göre bu kimselerin tükenmişlik yaşama ihtimalleri oldukça yüksektir. Kimileriye kendilerini işlerinden tamamen yabancılaştırmışlardır. Bu tür iřęörendelerin tükenmişlik yaşama ihtimalleri diğerlerine nazaran daha düşüktür ancak bir süre sonra sürekli rol yapıyor hissine kapılma ve samimiyet duygularını yitirme tehlikesiyle karşı karşıya kalırlar. Kişinin gerçek duygularından uzaklaşarak kendisini sürekli yapay duygular sergileyen biri olarak algılaması ve kendisine olan saygısını yitirmesi gibi unsurlar da duygusal emeğin yol açtığı psikolojik sorunlar arasında gösterilmektedir. Bunların yanı sıra, yazara göre bir iřęörendenin sergilediği duygularla gerçekte hissettiği duyguların birbirinden farklı olması durumunda yaşadığı duygusal çelişki de birey için oldukça rahatsız edicidir. Morris ve Feldman (1996) da duygusal çelişkinin varlığını duygusal tükenme ve iş doyumunun düşmesiyle ilişkilendirmişlerdir. Ashforth ve Humphrey (1993) ise duygusal çelişkinin sonunda bireyleri depresyona ve işten uzaklaşmaya yönelteceğini ileri sürmüşlerdir.

Wharton (1999), işyerinde kişilerden beklenen duygusal emeğin bir baskı unsuru haline gelerek strese neden olabileceğini belirtmektedir. Duygusal emeğin işe bağlı stresi artırdığı yönünde ampirik bulgular da mevcuttur (Pugliesi ve Grandey, 1999). Ancak, araştırmacıların ortak görüşü duygusal emeğin olumsuz etkilerinin her şartta ve her iřęörende için geçerli olmayacağıdır. Yani olumsuz etkiler bir takım ortamsal ve kişisel faktörlere bağlı olarak kendisini gösterecek veya göstermeyecektir. Duygusal emekle ilişkilendirilen bir başka olgu ise kurumdan ayrılma niyetidir. Ülkemizde gerçekteştirilen ve bankacılık sektöründen 255 iřęörende kapsayan bir çalışmada, işyerinde gerçek

duyguları gizleme zorunluluğunun işten ayrılma niyetini artırdığı sonucu elde edilmiştir. Söz konusu araştırma sonuçlarına göre derinlemesine davranma, işten ayrılma niyetini azaltıcı bir faktördür (Öz, 2007).

Duygusal emeğin sonuçları çoğunlukla iki temel başlık altında incelenmektedir. Bunlar; tükenmişlik ve iş doyumudur. Araştırmacılar genel olarak duygusal emeğin tükenmişlik ve iş doyumunu üzerindeki etkileriyle ilgilenmişlerdir. Bu çalışmada da duygusal emeğin yol açtığı olumsuz sonuçlar ağırlıklı olarak bu iki kavramla bağlantılı biçimde ele alınmaktadır.

### **2.6.2.1 Tükenmişlik**

Günümüz koşullarında hizmet çalışanları meslekleri ne olursa olsun aldıkları ücretin karşılığında kendi duygularını kullanarak karşı tarafın duygularını yönlendirme görevini de yerine getirmek durumundadırlar ve buna bağlı olarak işgörenlerin duygusal kaynaklarının tükendiğini ve mevcut ruhsal durumlarının, içinde buldukları şartları kaldırmada yetersiz kalmaları riski ile de karşı karşıyadırlar.

Duygusal emeğin işgörenler üzerindeki olumsuz etkilerinin en önemlisi tükenmişliktir. Bilindiği gibi tükenmişlik işgören sağlığını tehdit eden önemli bir olgu olarak kabul edilmektedir. Bireyin çalışma ortamıyla arasındaki etkileşim sonucu ortaya çıkan tükenmişlik olgusu, kişinin ruhsal ve fiziksel enerjisinin tükenişi olarak da ifade edilebilmektedir. Tükenmişliğe yol açan, uzun dönemli iş stresidir. Ancak, tükenmişliğin diğer örgütsel stres unsurlarından farklı tarafı, işgörenlerin işleri gereği insanlarla sık ve yoğun bir etkileşim içinde olmaları sonucunda ortaya çıkmasıdır (Akça, 2008). Bu olgu yukarıdaki tanımla birleştirildiğinde, tükenmişliğin, işgören - müşteri iletişiminin işgören için duygusal bir takım yükümlülükleri de beraberinde getirdiği; yani duygusal emek gösteriminin yoğun olarak yaşandığı iş gruplarında yaşanma olasılığının daha yüksek olduğu görülmektedir.

Grandey (1999), yapmış olduğu çalışmada duygusal emekle tükenmişlik arasında doğru yönlü bir ilişki olduğunu; duygusal emeğin işgörenlerde tükenmişliğe yol açtığını tespit etmiştir. Söz konusu çalışmada yüzeysel davranışın duygusal tükenme ve duyarsızlaşmayla doğru, kişisel başarı duygusuyla ise ters orantılı bir ilişkiye sahip olduğu yönünde sonuçlara ulaşmıştır. Başka bir çalışmada ise Grandey (2003), duygusal emeğin

duygusal tükenme ile ilişkisini araştırmış ve buradan da öncekine benzer sonuçlar elde etmiştir. Grandey'e (2003) göre bir işgörenin iş yerinde gösterdiği duygusal emek nedeniyle duygusal tükenme yaşaması iki ana nedene bağlıdır: 1- Duygusal çelişki yaşamının kişide yarattığı gerilim, 2- Kişinin müşterilere karşı sürekli rol yapması dolayısıyla duygusal kaynaklarının tükenmesi. Bu çalışmanın sonuçlarına göre de yüzeysel davranış, işgörende duygusal tükenmeye yol açmaktadır. Derinlemesine davranış ise duygusal tükenmeyle ilişkili çıkmamıştır. Yazar, bu durumu derinlemesine davranış sergilemenin işgörene sağladığı geri dönüşümlerin, onun duygusal kaynaklarını beslediği görüşüne dayandırmıştır. Yani kişinin derinlemesine davranış göstermekle duygusal çelişki yaşamaktan kurtulması veya müşterilerden olumlu geribildirim alması gibi nedenler, onu duygusal tükenme yaşamaktan koruyabilmektedir.

Kruml ve Geddes de (2000) duygusal emek gösterirken yüzeysel davranış sergileyenlerin duygusal tükenme oranlarının daha yüksek olduğunu tespit etmişlerdir. Ülkemizde yapılan başka bir çalışmada ise bu bulguların tam tersi sonuçlar elde edilmiştir. Kamu ve özel sektöre bağlı hastanelerde çalışan 159 hemşire üzerinde gerçekleştirilen bu araştırmada duygusal emek kullanımı ile duygusal tükenme ve duyarsızlaşma arasında herhangi bir ilişki bulunamazken, duygusal emeğin kişisel başarıyı arttırdığı yönünde sonuçlar elde edilmiştir (Seçer, Tınar, 2004). Bunun yanı sıra Wharton (1993), duygusal emek içeren ve içermeyen meslek grupları üzerinde gerçekleştirmiş olduğu karşılaştırmalı çalışmada duygusal emek gösteren işgörenden tükenmişlik düzeyleriyle diğerleri arasında herhangi bir farklılık olmadığını tespit etmiştir.

Sağlık Sektöründe ile ilgili Litaratürde, sağlık çalışanın sahici olmayan davranışları kendisini içsel olarak emtatik olmaya dönüştürmesinde etkili olmadığında sorunlar baş gösterdiğinden bahsedilmiştir. Zoppi ve Epstein (2002) bu durumu "varlık ilişkisi gözetken" yaklaşım olarak tarif etmiştir. Bu yaklaşım hastanın soyut olarak anlaşılmasının vurgulandığı ve aynı zamanda empatik sürecin kişisel-işsel sonuçlarının ortaya çıkmasına neden olur (Zoppi ve diğ. 2002, Akt: Larson ve diğ., 2005). Bu durum empatik bakımın gelişmesini desteklemek için derinlemesine davranışın artma ihtiyacının var olduğunu ortaya çıkaracaktır. Empatinin dahil olduğu Bilişsel ve duygusal efor zaten fazlası ile kullanılmış psikolojik kaynakları zorlayarak tükenmişlik

sendromuna katkıda bulunur (Sotile, 2003, Akt: Larson ve diğ., 2005). Öte yandan hastanın doktor tarafından gerçekten duygusal olarak anlaşılması doktorun hastası ile ilişkilerinde ve klinik etkileşiminden mesleki iş doyumunu sağlamasına neden olacaktır.

### **2.6.2.2 İş Doyumu**

İş doyumunu, bireyin işine yönelik duygu ve düşünceleriyle ilgili bir kavramdır ve esas olarak kişinin iş yerinden beklentilerini ve işine karşı tutumunu ifade eder. Genel bir tanımlamayla iş doyumunu, kişinin işine karşı olumlu duygu ve tutumlara sahip olması şeklinde ifade edilebilir (Keser, 2007). Tüm işgörenler işyerinde yaşadıkları olaylar sonucunda zaman içinde işlerine yönelik kişisel bir takım duygular ve tutumlar geliştirirler. İşte bir işgörenin, yaşadığı deneyimler sonucu işine karşı ortaya çıkan ruhsal durumu olumlu ise o kişinin işinden doyum sağladığını; olumsuz ise sağlayamadığını söyleyebiliriz (Barutçugil, 2004).

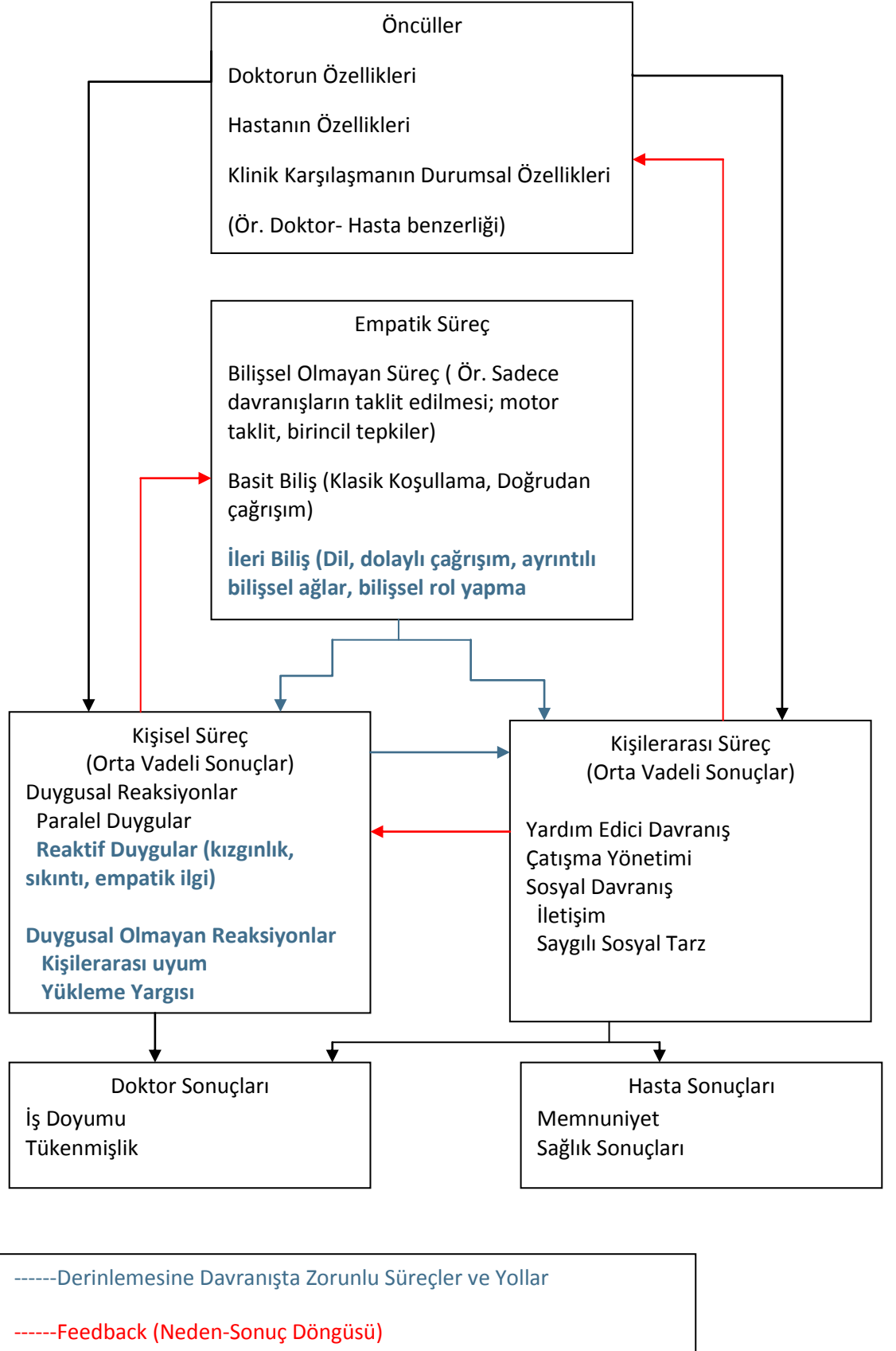
## **3. BÖLÜM -DAVIS'in KLİNİK EMPATİ KAVRAMI VE DUYGUSAL EMEK İLİŞKİSİ**

Şekil 2'de detayları vurgulanan, Davis'in teorisi empati sürecini ve hasta-doktor iletişiminin muhtemel sonuçlarını özetlemektedir. Böyle bir çerçeveye adapte etmenin doktora empatiyi tıp uygulamalarında daha iyi anlamasını ve daha iyi kullanmasına yardımcı olacağına inandığını söylemiştir.

Davis tarafından öne sürülen bir psikolojik süreç olarak empati duygusal, bilişsel, davranışsal mekanizmaların toplamını kapsamakta ve empati kurulanın gözlenen deneyimlerine tepki vermeyi kapsamaktadır. Şekil 2 klinik durumla ilgili olan mekanizmaları göstermektedir. Ayrıca bireysel ve kişilerarası ilişkilerde etkili olan hasta-hekim üzerindeki uzun ve kısa vadeli etkileri göstermektedir. Süreç modelinin özü empatik süreçler ve onların bireyin içindeki ve kişilerarası sonuçlarıdır. Empatik süreç bireyin içinde meydana gelen farklı psikolojik aktiviteleri içermektedir.



Şekil 2 Klinik Empatinin Süreç Modeli



Kaynak: Davis,1980,1994

*Empatik süreç ve kişisel sonuçlar (Mavi, boldface) ve onları birbirine bağlayan çizgiler ( mavi, kalın çizgiler) derinlemesine davranışta önemli bir rol oynar. Yüzeysel davranış duygusal gösterim kurallarını karşılamak için baskın hale geldiği zaman Empatik süreç ve kişisel sonuçlar daha zayıf ve çarpıtılmış olma eğilimindedirler. İleri biliş, artmış reaktif duygular (empatik ilgi ve endişe gibi) ,hasta hakkında daha fazla kişilerarası uyumluluk ve daha iyi yükleme yargısı yanı sıra kişilerarası sonuçları etlileyebilecek yollar, derinlemesine davranışın özelliklerinin tanımıdır. Bu model Davis'in örgütsel modeline dayanmaktadır (Davis, 1994).*

Şekil 2 aynı zamanda empatik sürecin bilişsel, duygusal ve davranışsal değişikliklere yol açtığını göstermektedir. Doktor ve hastanın karakter özellikleri gibi öncül faktörler klinik ortam doktorun içsel ve dışsal aktivitelerini dolaylı ve dolaysız olarak etkilemekte olduğunu belirtmektedir. Empati genellikle devam eden yorum, kişilerarası sonuçlarını (sosyal davranış) bu da kişinin içsel sonuçlarını ve öncüllerini etkileyecektir ve bireyin içindeki sonuçların empatik süreci değiştirebileceğini öne sürmektedir. Model empatik süreç ve bireysel sonuçların derinlemesine davranışta önemli bir role sahip olduğunu belirtmektedir. Gerekli gösterim kurallarını karşılamak için kullanılan yüzeysel davranış metodu baskın olduğu zaman empatik süreç ve bireysel sonuçlarda zayıflama veya çarpıtılma eğilimi gösterebileceğini vurgulamaktadır (Larson ve Yao, 2005).

### **3.1 Empatik Süreç**

Doğal bir ortamda (ör. Hastanın agresyonuna tanık olma) gözlemci ilk önce empatik sürece dâhil olur. Empatik süreç dâhil olunan bilişsel sürecin karmaşıklığına bağlı olarak gruplandırılabilir. En çok temel seviyede taklit ve birincil reaksiyonlar gibi bilişsel olmayan süreçler benzer duygusal sonuçlar yaratmada sorumludur (Hoffman, 1984, Akt: Larson ve diğ., 2005). Örneğin derin depresyonda olan hastalar doktora depresif duyguların yansımaya neden olacaktır. Empatik sürecin bir sonraki adımı basit bilişselliği kapsar. Klasik koşullanma ve direk çağrışım her ikisi de gözlemcinin geçmişteki benzer duyguları deneyimlemesi düşüncesine dayanmaktadır. Örneğin hasta geçmişte deneyimlediği benzer duyguları hatırlatan yüz mimikleri gösterebilir. Empatik sürecin daha ileri seviyesi, dil, ileri çağrışım ve rol yapmadır (Hoffman, 1984, Akt: Larson ve diğ., 2005). Önce gözlemcinin (doktorun)

hastanın kullandığı kelimelerden ipuçlarının yakalanması ve empatik olarak cevap vermesi şeklinde olduğu söylenebilir. Örneğin hasta kendi durumu hakkında daha fazla bilgi aktarırsa doktor hastayı daha iyi anlayabilir. Rol yapma gözlemcinin (doktorun) hedefinin (hastanın) bakış açısını aktif bir şekilde hayal etmesi ve buna uygun bir şekilde davranması empatik sürecin en ileri aşamasıdır. Davis'in modelinden yola çıkarak hemşirenin empatik sürecine bu modeli adapta edebiliriz. Hemşirenin Bilişsel rol yapması, düşünceler, niyetler hakkında sonuç çıkarmayı gerektirken, duygusal rol yapma duygular hakkında sonuç çıkarmasını gerektirir. Örneğin hemşire hastanın içinde bulunduğu durumu veya hastanın ne düşündüğünü ve hissettiğini hayal eder.

### **3.2 Kişisel ve Kişilerarası İlişkiler**

Davis (1994) empatik sürecin doktorun (gözlemcinin) hasta ile ilgili olarak nasıl düşüneceğini, hissedeceğini (kişisel, içsel sonuçlar) ve davranacağını (kişilerarası sonuçlar) etkilediğini söylemektedir. Davis'in modelinde gözlemci yerine hemşireyi adapta ederek benzer durumları yorumlayabiliriz. Kişisel-içsel süreçler Duygusal veya duygusal olmayan reaksiyonlar olarak ikiye ayrılır. Duygusal Reaksiyonlar Paralel ve Reaktif duyguları içerir. Paralel duygular genellikle hastanın duygularının yeniden üretilmesi, taklit edilmesidir. Öte yandan Reaktif duygular gözlemcinin yani hemşirenin cevaplarıdır ve hasta tarafından genellikle deneyimlenmez. Örneğin kaygılı hasta ile karşılaşmasında hemşirenin kaygısı paralel duygulardır. Öte yandan haksız muamele yapan hasta karşısında hemşirenin kızgınlığı reaktif duygulardır. Kişisel sıkıntı ve empatik ilgi (başkalarına hissedilen şefkat) diğer iki reaktif duygulardır (Davis, 1994, Akt: Larson ve diğ., 2005). Genel olarak reaktif duygular üretmek daha ileri bilişsel süreçler gerektirir (Ör. Rol yapma). Duygusal Olmayan Reaksiyonlar ise öteki insanlar hakkında inanç veya değerlendirme ve düşünce biçimleridir. Klinik bir ortamda, duygusal olmayan sonuçlar tipik olarak hemşirenin hastanın düşüncelerini, duygularını ve kişisel özelliklerini hatta hastanın davranışları ve yargıları hakkında tahmin yapmasıdır.

Kişilerarası Süreçte ise empati, örneğin yardım edici davranışlar ya da saldırganlık ve sosyal davranışlar gibi davranışsal özelliğini ön plana çıkarır.

Yazarlar, hasta-doktor ilişkisinde, anlayışlı sosyal tarz (ör. Sıcaklık, duyarlılık, olumlu bakış açısı ve hatta sabır) sosyal davranışlar ana ilgi alanı olduğunu söylemektedir (Davis, 1994, Akt: Larson ve diğ., 2005). Empatik süreç ve kişisel-içsel sonuçlar yardım etme davranışını artırır, saldırganlık duygularını azaltır, çatışmadan kaçınmayı teşvik eder ve iyi iletişimi artırır ve anlayışlı sosyal tarzı geliştirir. Buna ilave olarak empatik süreç yardım edici davranış alışkanlığı geliştiren hastanın durumunu anlamak (rol yapma yoluyla) gibi kişilerarası sonuçları direk olarak etkilemektedir.

### **3.3 Öncüller ve Geri Besleme Döngüsü**

Öncül faktörler Empatik süreci ve sonuçlarını ortaya çıkaracak muhtemel durumu arttıracak veya azaltacak kişinin ve durumun karakteristik özelliklerini içerir. Yine Davis'in modelini klinik empati gösteren hasta-hemşire ilişkisine adapte ettiğimizde; Örneğin hemşirenin durumsal empatisi veya özgeçmişinin rol yapmasının ne kadar kolay olup olmayacağı durumunu belirleyebileceğini söyleyebiliriz. Ya da belirli durumlara nasıl reaksiyon gösterebileceğinin belirlenmesinden bahsedebiliriz. Pek çok insan hoşlandığı insanlara daha kolay bir şekilde empatik davranır. Bazen bir durum o kadar güçlüdür ki kişisel karakteristik özelliklerin önemi olmaz.

Kişisel-içsel sonuçları, empatik sürece bağlayan kırmızı oklar kişisel-içsel sonuçların peşisıra empatik süreci tetikleyebileceğini gösterir (Eisenberg ve diğ., 1991, Akt: Eric ve diğ., 2005). Örneğin hastanın durumu ile ilgili kaygı (duygusal reaksiyona paralel) hisseden hemşire duygusal ve bilişsel rol yapmayı başlatabilir. Bu durum hemşirenin hastasını anlamayı arttıracaktır ve dolayısıyla kişilerarası uyumu ortaya çıkartacaktır. Kişilerarası sonuçlar ayrıca kişisel-içsel sonuçları ve öncülleri etkiler (şekil 2'deki döngüde görüldüğü gibi). Örneğin hastayı sakinleştiren iyi iletişim ayrıca hemşirenin kendi stresini yatıştırmasına (ör. Reaktif duygular) ve durumun değiştirilmesine yardım eder (ör. Hasta artık o kadar da üzgün değildir) (Larson ve Yao, 2005).

### **3.4 Hasta ve Doktor Sonuçları**

Davis ve arkadaşları özgün sosyal davranışların algılanması yoluyla doktorun kendisinin hem de hastasının sonuçları üzerinde etkisinin olabileceğini ileri sürmüşlerdir (ör. yalnızlık, kaygı). Benzer şekilde modelimizdeki hemşirenin iletişim becerisi ve sosyal tarzı hasta memnuniyeti

ve sağlık sonuçları üzerinde direk olarak etkisi olacaktır. Bu tedavi sonuçlarının iyileşmesine neden olan empati bulguları ile tutarlıdır (Di Blasi ve diğ., 2003, Akt: Larson ve diğ., 2005). Sosyal davranış ayrıca hemşirenin mesleği hakkında nasıl hissettiği durumunu etkiler. Suchman ve Matthews (1998) bakım boyutları ile ilgili tartişmalarında şunları ifade etmiştir; Terapotik ilişkinin anlamından sadece hasta yararlanmaz aynı zamanda bu ilişkiden hemşire (doktor) de fayda sağlar. Bu hemşirenin (doktorun ) öteki insanlar gibi hasta ile ruhsal bağlantısında bulunabilen yaşamın amacı ve anlamını araması nedeni ile olmaktadır. Ek olarak hemşireler (doktor) sıklıkla hayatın ve ölümin duygusal yükünden rahatsız olurlar. Bazı hemşireler (doktorlar) ihtiyaç duyulmayı insanlar üzerinde otorite ve ilgi şeklinde yaşayabilirler. Her iki durumda da hemşire (doktor) hasta ötesi ilişki ile ihtiyaçlarını karşılar. Bu açıkça empatik sosyal davranışın olumlu etkisinin hemşirenin (doktorun ) iş doyumuna neden olabileceğini göstermektedir.

Ancak empatik süreçle uğraşmanın zararlı sonuçları da vardır; duygusal reaksiyonlar, özellikle kişisel endişe, ayrıca iletişimi kontrol etme çabası duygusal tükenmeye neden olur. Hasta – Hemşire (Doktor) sonuçları üzerinde bireysel ve kişilerarası sonuçların etkileri doğrudan ve birikimlidir. Bunların ötesinde modeli kanıtlamak için daha fazla çalışma gerek olup tıp akademisyenlerinin analizleri ile klinik empatinin tartişılması için bir platform sağlayacaktır. Halpern'e göre hasta ile hekim arasında empati ne bağımsız düşünce ne de sadece duygusal birleştirmediir. Atfetme, yükleme doğru algılama yada paralel duygular kendi başına empati değildir ancak tüm sürecin parçalarıdır. Empati, hayal etmenin eşlik ettiği bir duygu, çağrışım olarak ayırıcı duygusal sürecin yapılması, yankılama, bağlam yaratma modudur. Bu rol yapmanın doğasının tetikler ( Larson ve Yao, 2005).

### **3.5 Duygusal Emek ve Davranış Methodları**

Duygusal emeği bir psikolojik yaklaşım, iş yerinde kişilerarası ilişkiler sırasında profesyonel olarak gösterilmesi arzu edilen duyguların gösterilmesi ve deneyimlenmesinin düzenlenme süreci tanımını olarak ele aldık (Morris, 1996; Hochschild, 1983; Asforth, 1993; Smith, 1992, Akt: Larson ve diğ., 2005). Empati hem işsel hem de duygu yönetimini kapsamaktadır. Bir hemşire

(doktor) duygusal emek olarak hasta için empatik imaj tasarlamak için kişisel biliş ve duygusal değişim doğurmak için psikolojik kaynaklarını kullanır.

Duygusal emek araştırmalarının çoğunluğu spesifik bir özelliği olmayan hizmet sektöründeki duygusal emek için yapılmıştır. Hâlbuki bazı literatürler duygusal emeği profesyonel meslekler özellikle de hemşirelik mesleği için araştırmışlardır (Smith, 1991; James, 1992, Akt: Larson ve diğ., 2005). Hemşirelerin besleyici ve hoşgörölü olma beklentisi işverenlerin isteklerinden ziyade profesyonel hasta bakım standartları ve hasta beklentilerinden kaynaklanır.

### **3.6 Rol Yapma Metodu**

Rol yapma duygusal emeğin doğasında mevcuttur. Bireyler ya beden duruşunu, yüz mimiklerini, ya da sesini duygusal gösterim kurallarına uygun olarak uyarlayarak davranmak için sahte bir şekilde düzenler ya da göstermesi gereken duygusal gösterim kurallarını gerçekten hissetmek için deneyimlemeye çalışır. Birincisi yüzeysel ikincisi derinlemesine davranış olarak adlandırıldığını daha önce belirtilmişti. Derinlemesine ve yüzeysel davranış her ikiside duygu düzenlemesi gerektirir ancak farklı odak noktasında olur.

Hasta bakımında bütüncül yaklaşımın önemini giderek önem kazanması ile empati bugünkü hasta-hemşire ilişkilerinin kritik bir parçasıdır. Diğer Hizmet çalışanları gibi hemşirenin hasta ile etkileşimde belirli davranışlarını düzenlemesi beklenmektedir. Ancak tedavi edici empati hasta hemşire ilişkisinde basitçe verilmesi yetersizdir. Empatik tedavi beklentisinin karşılanabilmesi için hastaların hastanın hem duygusal hemde bilişsel reaksiyonlarını anlayabilme ihtiyacındadır. Eğer empatik süreci duygusal emek olarak ve gösterim kuralları olarak belirli sosyal davranışların hastanın beklentisi olarak göz önünde bulundurursak, yüzeysel davranış hemşirenin empati gösteren davranışlar uygulayan ve bunu ilgili empatik süreç veya kişisel-içsel sonuçlar olmadan yapar. Öte yandan derinlemesine davranışta hemşire (doktor) aktif bir şekilde kendini empatik sürece dâhil eder ve kişisel-içsel sonuçları meydana getirir. Oluşan kişisel süreçler ise doğal olarak hastanın empati gösteren hemşireden (doktor) beklentileri ile uyumlu sosyal davranışları üretir (bakınız, şekilde mavi bölümler). Halpern (2001) 'in

duygusal muhakeme düşüncesi empatide derinlemesine davranış ile aynı doğrultudadır. Empati için temel konu bir şeyin deneyimlenmesinin nasıl bir his olduğunu hayal etmektir (Halpern, 2001, Akt: Larson ve diğ., 2005).

### **3.7 Yüzeysel ve Derin Davranışın Uygulanması**

Empati ihtiyacı salt iletişim becerisinin ötesine geçer. Buna karşın hastanın bilişsel ve duygusal olarak anlaşılması olmaksızın etkili bir şekilde kullanılmasının değerini dışlamaz. Havens (2000), empatik sürecin (özellikle rol yapma sürecinde) kullanılmasındaki ve empatik ilginin uyandırılmasındaki zorlukları kabul eder (Havens, 2000; Larson ve diğ., 2005). Havens bakım verenin duygularının hemen değişmeyebileceğini ama süreç içinde tam da söylediğimiz gibi derin davranışta olduğu gibi değişim göstereceğini kabul eder. O ayrıca bakım verenin asla bütünüyle hastayı anlayamayacağını söyler. Havens bakım verenin hastaya yardım etmek için hastayı bilişsel ve duygusal olarak tamamen anlayamasa bile umut vermek ve hastanın bakış açısını değiştirmek için stratejiler gerçekleştirmesini gerekli bulur. Bu stratejiler yüzeysel davranış olarak değerlendirilebilir. Havens empatik yaklaşımın olmadığı ya da eksik olduğu durumlarda bu davranışsal taktiklerin kullanılmasını yine de işe yarar görmektedir. Bu düşüncüyü, yüzeysel davranışın değerini empatiyi tedavi ile birleştirilmesinde kanıtlamıştır.

Yazarlar yüzeysel ve derinlemesine davranışın aynı anda kullanılabileceğini söylemektedirler. Yüzeysel ve derinlemesine davranışları uygulama sırasında bunlardan biri durumun dinamiğine uygun olarak diğerine dönüşebilir, böylece ötekinin uygulanmasını takviye etmiş olur. Araştırma verileri yüzeysel davranışın derinlemesine davranışa göre daha düşük iş doyumuna neden olduğunu söylemektedir (Brotheridge, 2002, Akt: Larson ve diğ., 2005). Yüzeysel ve Derinlemesine Davranış metodlarının uygulanmasının iş doyumunu ve tükenmişliğe duyarlılık açısından uzun vadede sonuçları bilinmemektedir. Yazarlar, yüzeysel davranışın bazı hemşireler (doktorlar) için derin davranış kadar etkili olacağı konusunda şüpheli olacağını ve hasta bakımı için bir değer ihtiva etmeyen (hastada umut uyandırmak) yüzeysel davranış doktorun insancılıktan uzaklaşmasına ve tükenmişliğe yol açabileceğini söylemektedirler. Hemşirenin (Doktorun) bu iki davranış metodunu kullanmasına rağmen, empati duygusal emek, çaba, kendini adama ve sabır

gerektirir. Zoppi ve Epstein (2002) bakımın şefkatli bir davranış olduğunu ve hastayı sevmeden de oluşabileceği şeklinde yorum yapmıştır (Zoppi ve Epstein, 2002).

Yukarıda kısaca bahsedilen duygusal emek yaklaşımlarının her biri konu hakkında araştırma yapan bilim adamlarınca incelenmiştir. Birçok araştırmacı bu yaklaşımlardan birini esas almak suretiyle duygusal emek üzerine çalışmalar yapmışlardır. Görüldüğü gibi, yaklaşımlar birbirlerini geliştirici niteliktedir. Yazarlar, daha çok konunun farklı kavramlarla ilişkisini kurarak geliştirmişler, ancak temel noktalarda hemen hemen aynı görüşleri savunmuşlardır.

### **3.8 Araştırmanın Önemi**

Hastalar kendileriyle empatik iletişim kurulduğunda, anlaşıldıklarını ve kendilerine önem verildiğini hissetmektedirler. Bu nedenle Hasta-Hemşire ilişkilerinde yalnızca doğru davranışları sergilemenin yeterli olmadığı, hemşirelerinin doğru duygusal tepkileri göstermelerinin de beklendiği günümüz koşullarında, duygusal emek kavramı, özellikle yoğun bakım hemşireleri için önem arz etmektedir. Diğer insanlar tarafından doğru anlaşılma ve önem verilme ise, hastayı rahatlatmakta ve güven duygusunu geliştirmektedir. Dolayısıyla yargılanmadığını, eleştirilmediğini hisseden hasta kendini iyi hissetmektedir ve bunun da tedavi sürecini olumlu bir şekilde hızlandıran bir faktör olduğunu söyleyebiliriz. Empati sadece kendisiyle empati kurulana yararı olan bir etkinlik değildir. Empati, empati kuran hemşire için de önemlidir. Empatik eğilim ve becerileri yüksek olan hemşirelerin hastaları ile daha az çatışma yaşayacaklarını ve onların daha az duygusal emek sarfetmek zorunda kalacaklarını söyleyebiliriz.

Hizmet sunumu esnasında sarf edilen duygusal çaba, çalışanlar üzerinde fiziksel veya duygusal tükenmişlik, mesleğe bağlılık, iş tatmini, iş stresi, iş-aile çatışması, meslekten ve/veya iş yerinden ayrılma isteği gibi psikolojik bazı etkiler bırakabilmektedir. Duygusal emek yoğun ise hemşirenin memnuniyeti artar mı? Hasta bakımında hemşirenin gösterdiği empatinin hasta üzerinde terapötik etkiye sahip olduğu aşikârdır ancak hemşire bu durumdan ne kadar memnundur. İki muhtemel sonuç doğabilir. Birincisi hemşire daha az yıpranacak; ikincisi hemşire daha çok yıpranacaktır. Empati eğilimleri düşük



hemşirelerin hasta bakımı sırasında hastaya daha az yararlı olabilecekleri ve kendilerini daha fazla yıpratabilecekleri üzerinde durulması gereken bir konudur. Empati düzeyini artırmak için yapılan eğitimler acaba işe yarıyor mu? Doğru bir iyileştirme yöntemi sağlamakta mıdır? Empatik olmayan yaklaşım her ne kadar hasta bakımı sırasında hastayı iyileştirici görünsede derinlemesine hasta ile duygusal ilişkiye girmediği için yararlı olmayacağı ve hemşirede tatminsizlik duygusu yaratarak sağlığını bozabileceği düşünülmektedir. Hemşirelerde ve Doktorlarda empati geliştirmeye çalışmak, büyük oranda sağlık çalışanlarını zorlamak olabilir mi? Bu ise duygusal emek davranışlarının yol açtığı olumlu ve olumsuz etkilerden kaynaklanmaktadır. Hasta bakımı kalitesinin yükselmesi, kritik durumdaki hastaların yaşama döndürülmesindeki artış, hasta memnuniyetinde artış gibi olumlu sonuçların yanı sıra; iş doyumsuzluğu, tükenmişlik, psikolojik ve fizyolojik rahatsızlıklar, yabancılaşma gibi birçok olumsuz etkisi dolayısıyla da yoğun bakım hemşirelerinin ve kurumlarının hayatında önemli bir rol oynamaktadır. Bu çalışma Türkiye’de bu alanda yapılan az sayıda çalışmadan biri olması dolayısıyla ülkemizde konuyla ilgili literatürün oluşumuna katkıda bulunması ve yoğun bakım hemşirelerinin duygusal emek davranışlarının ve hasta ile iletişim kurma biçimi (Düşük ve Yüksek Epati) arasındaki ilişkiye odaklanması açısından önem arz etmektedir.

### **3.9 Araştırmanın Amacı**

Bilimsel ve teknolojik gelişmelere rağmen hala insan insana iletişim teşhis ve tedavi hizmetlerinin temelini oluşturmaktadır. Bu çalışmada durumu kritik ve yoğun bakım gerektiren hasta ile yakın iletişim halinde bulunan hemşirenin empati eğilimlerinin değerlendirilmesi ve hasta-hemşire arasındaki terapötik ilişkiye katkısı incelenmektedir.

Grandey’in teorisine ek olarak duygusal emeğin sağlık hizmetlerine özgü yönlerini tam olarak incelenebilmesi için Davis’in modeli de araştırmaya dâhil edilmiştir.

Duygusal emek kavramı, hizmet sırasında örgütün istediği duyguların ifadesi olduğu kurumsal yönetim açısından çok iyi bilinmektedir. Ancak tıp alanında bu durum birebir genel olarak tıp camiasında yeterince takdir görmez. Bu çalışmada duygusal emek ile Hasta-Hemşire arasındaki empatinin

psikolojik süreci arasındaki paralellik araştırılacaktır. Hemşirenin zihinsel ve davranışsal süreçlerinin açıkça belirtilmesi suretiyle hasta-hemşire ilişkilerini vurgulayan klinik empatiyi göz önüne alarak duygusal emek kavramı ile ilişkisi irdelenmiştir.

Araştırmada strese ilişkin empatinin koruyucu özelliğinin açıklanması konusunda pek çok açıklık getirmesi amaçlanmıştır. Bununla birlikte Özellikle empatik eğilimin duygusal emek stratejilerine aracılık edip etmediği araştırılmıştır. Araştırma Hemşirelik bakım emeğindeki empati düzeyinin duygusal emek arasındaki ilişkisi analiz edilerek, hemşirenin duygusal emek stratejileri ve rol oynayan etmenler arasındaki ilişkiyi saptamak amacıyla gerçekleştirilmiştir.

Tüm bu duygusal emek süreçlerinin Yoğun Bakım Hemşirelerinin empati düzeylerinin duygusal emek davranışları üzerindeki etkilerini ortaya koyduğu düşünülmektedir. Bu amaçla gerçekleştirilen çalışmada, Yoğun Bakım Hemşirelerinin duygusal emek gösterimleriyle birlikte empati eğilim düzeyleri de ölçülmüş; böylece, duygusal emek davranışlarının hemşirelerin empati eğilim düzeyleri ile ilişkisi incelenmiştir.

Genel amaca bağlı olarak aşağıdaki sorulara cevap aranacaktır.

1. Yoğun Bakım ve Yataklı Hasta Servis hemşireleri yaptıkları işin gereği olarak sağlık sisteminin beklediği duygusal davranış kalıplarına, derinlemesine, yüzeysel ve samimi davranış, uyma davranışı göstermekte midir?
2. Yoğun Bakım ve Yataklı Hasta Servis Hemşirelerin demografik ve mesleki özellikleri empatik eğilim düzeyini etkilemekte midir?
3. Yoğun Bakım ve Yataklı Hasta Servis Hemşirelerinin demografik ve mesleki özellikleri duygusal emek boyutlarını etkilemekte midir?
- 4-Yoğun Bakım ve Yataklı Hasta Servis Hemşirelerinin Empatik Eğilim Düzeyleri ile Duygusal Emek Stratejileri arasında ilişki var mıdır?
- 5.Yoğun Bakım ve Yataklı Hasta Servis Hemşirelerinin yaşam kaliteleri ne kadar farklıdır?

### **3.10 Araştırmanın Hipotezleri**

H1: Yataklı Hasta Servisi Hemşirelerine göre, Yoğun Bakım hemşirelerinin terapötik empati düzeyleri daha yüksek olacaktır.

H2: Yataklı Hasta Servisi hemşirelerinin terapötik empati düzeyleri arttıkça duygusal emek stratejilerinden Derinlemesine Davranış ve Samimi Davranış düzeyleri artacaktır.

H3: Yoğun Bakım Hemşirelerinin terapötik empati düzeyleri arttıkça duygusal emek stratejilerinden Derinlemesine Davranış ve Samimi Davranış düzeyleri artacaktır.

H4: Yataklı Hasta Servisi hemşirelerinin terapötik empati düzeyleri arttıkça duygusal emek stratejilerinden Yüzeysel Davranış düzeyleri azalacaktır.

H5: Yoğun Bakım Hemşirelerinin terapötik empati düzeyleri arttıkça duygusal emek stratejilerinden Yüzeysel Davranış düzeyleri azalacaktır.

H6: Yataklı Hasta Servisi Hemşirelerine göre, Yoğun Bakım hemşirelerinin yaşam kalitesi ile ilgili algılamaları daha olumsuz olacaktır.

Bu araştırmada ayrıca Duygusal emek ölçeğinin geçerliliği ve güvenilirliği de incelenmiştir. Ülkemizde daha önce sağlık alanında doktorlar ile yapılan duygusal emek araştırmalarında duygusal emek ölçeğinin geçerlilik ve güvenilirliği incelenmiştir. Bu araştırmada ise sağlık alanında ilk defa hemşireler ile bu ölçeğin geçerliliği ve güvenilirliği yapılmıştır.

## **4. BÖLÜM- YÖNTEM**

### **4.1 Araştırmanın Modeli**

Araştırma tarama modeli ile yapılmıştır. Araştırmanın değişkenleri, empati bağımsız değişken olarak ele alınmış olup, duygusal emek boyutları ise bağımlı değişken olarak araştırmaya dahil edilmiştir. Bununla birlikte bu kavramların karşılıklı etkileşimleri de söz konusu olup birbirlerini etkilemektedir.

### **4.2 Araştırmanın Evreni ve Örnekleme**

Araştırmanın evreni, Türkiye genelinde Hastanelerin Yoğun bakım servislerinde çalışan tüm hemşirelerdir. Araştırmanın çalışma evreni ise

İstanbul il merkezinde araştırma yapılan hastanedeki yoğun bakım ve yataklı hasta servislerinde çalışan hemşirelerdir. Bu araştırma, İstanbul-Küçükçekmece ilçesinde bir kamu hastanesinde yapılmıştır. Söz konusu hastane 300 yataklı olup, Yoğun Bakımlarda yaklaşık 90, Yataklı Servislerde ise yaklaşık 80 hemşire çalışmaktadır. Bu hastanede hemşirelik hizmetleri yönetim ve denetimi hastane başhemşireliği tarafından yürütülmektedir. Kuruluşu henüz 2 yılı tamamlamamış hastanenin Kalite/akreditasyon çalışmaları halen devam etmektedir. Hemşireler 08.00–16.00 ve 16.00–08.00 şeklinde vardiyalı sistemle çalışmaktadırlar. Çalışma süresi genellikle haftada 40 saattir. Ancak çeşitli nedenlerle personel sayısının yetersizliğine bağlı olarak kliniğin durumuna göre hemşireler daha fazla saat çalışılabilmektedirler.

Kalp Damar Cerrahisi Yoğun bakımlarda hemşire başına 2–3 hasta, Kardiyoloji Yoğun Bakımlarda 4–5 hasta, Yataklı Servislerde ise 10–13 hasta düşmektedir. Hemşirenin bakım verdiği hasta sayısı yoğun bakımların niteliklerine ve ihtiyaçlarına göre değişmektedir. Yoğun bakım ünitelerinde hasta refakatçısı kabul edilmemektedir. Ancak yataklı hasta servislerinde hasta refakatçileri hasta odalarında hasta yanında kalmaktadırlar.

Çalışmanın ana kitlesini İstanbul- Küçükçekmece ilçesinde kamu kapsamında hizmet vermekte olan hastanede çalışmakta olan yoğun bakım ve Yataklı Servis hemşirelerinden oluşturmaktadır. Ana kitle olarak yoğun bakım hemşirelerinin seçilmesinin sebebi, bu mesleğin Hochschild (1983) tarafından duygusal emek gösterimini en fazla gerekli kılan mesleklerden biri olarak belirtilmesidir. Hastanedeki bütün hemşireler araştırma hakkında bilgilendirilmişler ve sözlü onamları alınmıştır (N: 118). 71 Yoğun Bakım Hemşiresi ile 47 yataklı servis hemşiresi araştırmaya katılmayı kabul etmiştir. Yoğun bakım hemşirelerinin duygusal emek ve empati seviyelerini Yataklı Hasta Servisinde çalışan hemşireler ile karşılaştırmak amacıyla örneklem 2 gruba ayrılmıştır.

#### **4.3 Araştırmada Kullanılan Ölçekler**

Araştırmada hemşirelerin sosyodemografik özelliklerini belirlemek için geliştirilen bilgi formunun (EK 1) yanında iki ayrı ölçek kullanılmıştır. Bunlar; Duygusal Emek Ölçeği (EK 2) ve Empatik Eğilim Ölçeği (EK 3) dir. Verilerin toplanması bizzat araştırmacı tarafından yapılmıştır.

#### 4.3.1 Genel Bilgi Formu

Yaş, medeni durum, eğitim durumu, hemşire olarak çalışma süresi, kurumda çalışma süresi, çalışma şekli, çalıştığı servis, aylık nöbet sayısı, günlük bakım verdiği hasta sayısı, meslek seçme nedeni, iş ortamında en çok karşılaştığı sorunlar ve mesleği bırakma ya da tekrar seçme olanağı olsaydı kararının ne olacağı sorularını içerecek şekilde oluşturulan tanıtıcı bilgi formudur.

#### 4.3.2 Duygusal Emek Ölçeği

Çalışmada kullanılan ölçeklerden ilki duygusal emek ölçeğidir. Bu ölçek Grandey'in (1999), Brotheridge ve Lee'nin (1998) çalışmasından yararlanarak geliştirdiği ve doktora tez çalışmasında kullandığı soruların Türkçeye çevrilmesiyle elde edilmiştir. Bu aşamada ölçek, araştırmacıyla birlikte üç kişi tarafından dilimize çevrilmiştir. Daha sonra üç farklı kişiden bu çevirileri kontrol etmeleri istenmiş ve hangi ifadelerin ölçekteki orijinal ifadeyi en iyi şekilde karşıladığı sorulmuştur. Sonrasında ise ölçek, araştırmacı tarafından son haline kavuşturulmuştur.

Ölçek 26 sorudan oluşmaktadır. Duygusal emeğin üç boyutu olan *Derin Davranış, Yüzeysel Davranış ve Duyguların Doğal Yolla İfadesi* (samimi davranış) kavramlarını ölçmek üzere geliştirilmiştir. Anketteki derin davranış sorularına örnek olarak "Göstermek zorunda olduğum duyguları gerçekten yaşamaya çalışırım", yüzeysel davranış sorularına örnek olarak "İşim gereği sergilemek zorunda olduğum duyguları gerçekten hissediyormuşum gibi davranırım" ve samimi davranış sorularına örnek olarak ise "İşimin gerektirdiği olumlu duyguları hastalara kolaylıkla sergilerim" şeklinde ifadeler yer almaktadır. Anket beşli Likert tipinde hazırlanmıştır. Cevaplayıcılardan ölçekteki ifadeleri ne ölçüde yaşadıklarını belirtmeleri; hiçbir zaman, nadiren, bazen, sıklıkla ve her zaman seçeneklerinden kendilerine en uygun olanı seçmeleri istenmiştir.

#### 4.3.3 Empatik Eğilim Ölçeği

Empati Eğilim Ölçeğinin ölçtüğü davranış; "tanıdık olmayan ve uzaktaki bireylerin duygularını anlama, sorunu olan bireylerle ilişki kurma, başkalarının olumlu duygusal yaşantılarından etkilenme eğilimi" olarak tanımlayabiliriz (Öner, 2006). Günümüzde empatinin ölçümü konusunda

kullanılmakta olan çeşitli ölçekler vardır. Empatinin tanımı konusundaki zorluklar, geliştirilen ölçeklerin de güvenilirlik açısından gözden geçirilmesine neden olmuştur. Jarski ve ark. (1985) ise "Hornblow Eşduyum Ölçeği", "Hogan Eşduyum Ölçeği", "Carkhuff- Truax Eşduyumlu Anlayış Ölçeği" ve "Barrett- Lennard İlişki Ölçeği" ile karşılaştırmalı olarak yaptıkları çalışmada gözlemcinin değerlendirmesine dayalı olarak yapılan eşduyum ölçümlerinin birbiri ile oldukça ilişkili olduğunu; ancak, eşduyumun kendini değerlendirme yöntemi ile elde edilen sonuçları ile gözlemcinin değerlendirmesine dayalı sonuçları arasında anlamlı bir ilişki bulunmadığını bildirmişlerdir. Bu konu, eşduyumun işleyişi ve ölçümü konusunda yanıtlanmayı bekleyen bir sorun olarak durmaktadır.

Ülkemizde eşduyumun ölçümü ile ilgili olarak Dökmen tarafından geliştirilen "Empatik Beceri Ölçeği" ve "Empatik Eğilim Ölçeği" bulunmaktadır (Dağ, 1993). Her iki ölçeğin de geçerli ve güvenilir olduğu bildirilmiştir. Davis (1983) ölçek düzeyinde eşduyumun (empati) sosyal işlevsellik, benlik saygısı, duygusal olma ve diğer kişilere duyarlılık gibi değişik boyutları bulunduğunu belirtmiştir. Yazar, kişiler arası tepkiselliği değerlendirdiği bir çalışmada da bu görüşü destekleyen bulgulara ulaştığını bildirmiştir (Gülseren, 2001). Sayın Üstün Dökmen ile irtibata geçilerek gerekli izin alındıktan sonra Empatik Eğilim Ölçeği kullanılmıştır.

E.E.Ö 20 maddeden oluşmuş, Likert tipi 5'li dereceleme ölçeğidir. Bireyler maddeleri okuyup, maddelerin kendileri için ne kadar geçerli olduğuna, "Tamamen Uygun"=5, " Oldukça Uygun"=4, "Kararsızım"=3, "Oldukça Aykırı"=2, "Tamamen Aykırı"=1 seçeneklerini içeren bir dereceleme üzerine işaretleme yaparak karar verirler. Her bir madde için işaretlediği sayı, bireyin o maddeye ilişkin puanını belirlemektedir. Pozitif maddelerde işaretlenen rakam doğrudan, negatif maddeler ise tersine çevrilerek puanlama yapılır. Empatik eğilim ölçeğinde bazı ifadeler kişilerin "evet" deme eğilimlerini önlemek için negatif yazılmıştır ve tersine dönmüş ifadelerdir. Evet deme eğilimini önlemek için 3, 6, 7, 8, 11, 12, 13, 15. sırada yer alan ifadeler tersten yazılmıştır. Bu maddelere ilişkin puanlama; Tamamen aykırı 5puan, Oldukça aykırı 4 puan, Kararsızım 3 puan, Oldukça uygun 2 puan, Tamamen uygun 1 puan olarak belirlenmiştir. Bu ölçekten elde edilen en düşük

puan 20, en yüksek puan ise 100'dür. Empatik Eğilim Puanları: Düşük (45–67), Orta (68–78), Yüksek (79–95) dir.

Toplam puan deneklerin empatik eğilim puanlarını ifade eder. Puanın yüksek olması, empatik eğilimin yüksek olduğunu; düşük olması empatik eğilimin düşük olduğunu gösterir. Güvenilirlik çalışmasında, Dökmen (1988) E.E.Ö'ni 70 kişilik üniversite öğrencilerinden oluşan gruba 3 hafta arayla iki defa uygulamış ve bu iki uygulamadan elde edilen puanlar arasında korelasyon 0.82 olarak bulmuştur. Bireylerin tek ve çift maddelerden aldıkları puanlar arasındaki korelasyon 0.86 olarak bulunmuştur. Geçerliliği Dökmen (1988) tarafından yapılmıştır, 24 kişilik üniversite öğrencisi gruba Empatik Eğilim Ölçeğini ve Edwards Kişisel Tercih Envanteri'nin “Duygularını Anlama” alt ölçeğini uygulamış, her iki uygulamadan alınan puanlar arasındaki korelasyonu 0.68 olarak bulmuştur. Söz konusu “Duygularını Anlama” adlı bölümde, kişinin kendini başkalarının yerine koyma ve onların duygularını anlama ihtiyacına ne ölçüde sahip oldukları ölçülmeye çalışılmıştır.

#### **4.4 İşlem**

İstanbul İl Sağlık Müdürlüğüne araştırmanın yapılacağı hastanede araştırma izni verilmesine ilişkin hususu belirten yazı ile başvurulmuştur. İstanbul İl sağlık müdürlüğü ve Valilikçe 02.06.2011–02.09.2011 tarihleri arasında onaylanan izin sonrasında kamu hastanesinde araştırma çalışmalarına başlanmıştır. Araştırma başlamadan önce araştırmacı ile İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü arasında çalışmanın kapsamı dışına çıkılmaması konusunda bir protokol imzalanmıştır (EK 4). Çalışma ilgili protokol kapsamında yürütülmüştür. İlgili hastanenin Başhekimlik ve Başhemşirelik Departmanı ile iletişime geçilerek araştırmanın amacı ve kapsamı hakkında bilgi verilmiştir. Hastane yönetiminin çalışmadan elde edilecek bilimsel bilgiye ve sağlık hizmetlerine kazandıracığı fayda konusuna ilgi göstermiş ve gerekli yönetimsel desteği göstermişlerdir. Çalışmaya katılımda gönüllülük ilkesi dikkate alınarak hareket edilmiştir.

Önceden belirlenmiş araştırma günlerinde araştırmanın amacı hakkında ünite sorumlu hemşireleri ile toplantı sırasında bilgilendirme yapılmış, sözel onay alındıktan sonra isim belirtilmeden formların doldurulması amacıyla dağıtılmıştır. Yıllık izin, diğer benzer izinler ve vardiyalı çalışma nedeni ile

formlar 10 gün ara ile 4 defada toplanmıştır. Bu şekilde dağıtılan 180 adet anket formununun 140 tanesi geri dönmüş, bunlardan 116 tanesi kullanılabilir bulunarak değerlendirmeye alınmıştır.

#### **4.5 İstatiksel Analiz**

Demografik bilgiler dağılım, ortalama, yüzdeler gibi betimleyici istatistikler kullanılarak incelenmiştir. Duygusal Emegin boyutları ve empati değişkenleri arasındaki ilişkileri incelemek için t-testi, Anova ve Kay Kare istatistikleri kullanılmıştır. Empatik Eğilim Ölçeği puanlamaya göre, hemşirelerin toplam empatik eğilim puanları hesaplanmıştır. Hemşirelerin empatik eğilim ve puanları persentil metodu kullanılarak düşük, orta ve yüksek olmak üzere gruplanmıştır (birinci grup için birinci kartil, ikinci grup için kartiller arası genişlik, üçüncü grup için üçüncü kartil değeri temel alınmıştır).

Duygusal Emek Ölçeğinin yapı geçerliliği ve güvenilirliğini incelemek için Caizer-Meyer-Olkin Testi, Temel Bileşin Analizi ve Cronbach Alpha Katsayısı kullanılmıştır. Veriler SPSS 15 paket programı kullanılarak analiz edilmiştir.

## **5. BÖLÜM- BULGULAR**

### **5.1 Demografik ve Mesleki Özellikler**

Çalışma kapsamına giren hemşirelerin sosyo-demografik özellikleri Tablo 1’de görülmektedir. Buna göre, hemşirelerin; %54,2’si (20–25 yaş), %26,3’ü (26–30 yaş), %12,7’si (31–35 yaş), %4,2 si (36–40 yaş) %2,5 i ( 41–45 yaş) grubundadır. Hemşirelerin yarıdan fazlası 20–25 yaş grubundadır (Tablo 1). Öğrenim düzeylerine göre incelendiğinde, hemşirelerin; %21,2’si Sağlık Meslek Lisesi, %13,6’ı Önlisans, %53,4’ü Lisans ve %11,9’u ve Yüksek Lisans/Doktora mezunudur. Hemşirelerin çoğunluğunun Lisans mezunu olduğu görülmektedir. Hemşirelerin %34,7 ’i evli, %62,7’si bekârdır (Tablo 1).



**Tablo 1 Hemşirelerin Sosyo-Demografik Özellikleri**

	<b>Sayı</b>	<b>Yüzde</b>
<b>Yaş</b>		
20–25	64	54.2
26–30	31	26.3
31–35	15	12.7
36–40	5	4.2
41–45	3	2.5
Toplam	118	100.0
<b>Öğrenim Durumu</b>		
Sağlık Meslek Lisesi	25	21.2
Önlisans	16	13.6
Lisans	63	53.4
Yüksek Lisans/Doktora	14	11.9
Toplam	118	100.0
<b>Medeni Durum</b>		
Evli	41	34.7
Bekâr	74	62.7
Diğer (Birlikte Yaşama)	3	2.5
Toplam	118	100.0
<b>Çocuk Sayısı</b>		
Çocuğu Yok	92	78.0
1 Çocuk	15	12.7
2 Çocuk	9	7.6
3 Çocuk ve Yukarısı	2	1.7
Toplam	116	100.0

Araştırmamıza katılan hemşirelerin mesleki özellikleri analiz edildiğinde hemşirelerin %24,6'sı Kardiyoloji Yoğun Bakım Ünitesinde, %7,6'sı Pediatri Yoğun Bakım Ünitesinde, %26,3'ü Kalp Damar Cerrahisi Yoğun Bakım Ünitesinde, % 1,7 si Kronik Yoğun Bakım Ünitesinde, %34,7 si Yatan Hasta Servislerinde, % 5,1'i Diğer servislerde çalışmaktadır. Hemşirelerin %17,8'i (sıfır-bir) yıl, % 61,0'i (iki-beş) yıl, % 5,9'u (altı-sekiz) yıl, % 15,3'ü (dokuz ve üzeri) yıldan beri çalışmaktadır. Ünitelerde çalışma şekillerine göre hemşirelerin, %16,9'u Sürekli Gündüz, %5,1'i Sürekli Gece, %78,0'i Vardiya Değişimli olarak görev yapmaktadır (Tablo 2).

Hemşirelerin %38,1'i günde (bir-üç) hastaya, %27,1'i (4–5) hastaya, %8,5'i (altı-dokuz) hastaya, %26,3'ü (10 ve üzeri) hastaya bakmaktadır. Hemşirelerin %56,8'si çalıştığı üniteyi seçme nedeni olarak tayin/atama olduğunu, %37,3'ü kendi isteği olduğunu, %5,9'u diğer nedenler ile oluşunu ifade etmişlerdir. Hemşirelerin %52,5'i mesleğini isteyerek seçtiğini, %47,5'i istemeyerek seçtiğini belirtmiştir ( Tablo 2).

**Tablo 2 Hemşirelerin Mesleki Özellikleri**

<b>Çalıştığı Bölüm</b>			<b>Mesleği Bırakma İsteği</b>		
Kardiyoloji Yoğun Bakım	29	24.6	Evet	37	31.4
Pediyatri Yoğun Bakım	9	7.6	Hayır	118	100.0
Kalp, Damar Cer. Yoğ. Bakım	31	26.3	Toplam		
Kronik Yoğun Bakım	2	1.7			
Yatan Hasta Servisi	41	34.7			
Diğer	6	5.1			
Toplam	118	100.0			
<b>Toplam Çalışma Süresi (Yıl)</b>			<b>Çalışılan Ünitenin Uygunluğu</b>		
0-1 Yıl	21	17.8	Evet, Çok Uygun	10	8.5
2-5 Yıl	72	61.0	Oldukça Uygun	30	25.4
6-8 Yıl	7	5.9	Fark etmez	19	16.1
9 Yıl ve Üzeri	18	15.3	Hayır, Uygun Değil	40	33.9
Toplam	118	100.0	Hayır, Hiç Uygun Değil	19	16.1
			Toplam	118	100.0
<b>Bölümde Çalışma Süresi</b>			<b>Uygun Değilse Nedeni</b>		
0-1 Yıl	92	78.0	Kişisel Memnuniyetsizlik	8	6.8
2-5 Yıl	24	20.3	Çalışma Koşulları Yetersiz	36	30.5
9 yıl ve üzeri	2	1.7	Hastane Koşulları Yetersiz	3	2.5
Toplam	118	100.0	İnsan İlişkileri	2	1.7
			Hepsi	3	2.5
			Cevap Vermeyen	66	55.9
			Toplam	118	100.0
<b>Çalışma Şekli</b>			<b>Çalıştığı Üniteden Memnuniyet</b>		
Sürekli Gündüz	20	16.9	Çok Memnunum	10	8.5
Sürekli Gece	6	5.1	Oldukça Memnun	39	33.1
Vardiya Değişimli	92	78.0	Fark etmez	17	14.4
Toplam	118	100.0	Hayır, Memnun Değilim	37	31.4
			Hayır, Hiç Memnun Değilim	15	12.7
			Toplam	118	100.0
<b>Haftalık Çalışma Saati</b>			<b>Üniteden Memnuniyetsizlik Nedenleri</b>		
40-50 Saat	97	82.2	Çalışma Ortamının Yoğunluğu	6	5.1
51-60 Saat	16	13.6	Ekip Üyeleri İle Yaşanan İletişim	3	2.5
61-70 Saat	5	4.2	Güçlükleri	2	1.7
Toplam	118	100.0	Olumsuz Fiziksel Koşullar	1	0.8
			Ağrı ve Ölüm Vakalarının Fazlalığı	45	38.1
			Hepsi	61	51.7
			Cevapsız	118	100.0
<b>Baktığı Hasta Sayısı/Gün</b>			<b>Güçlükler Karşısında Planlananlar</b>		
1-3 Hasta	45	38.1	Güçlükler İle Başa Çıkmaya Devam	82	69.5
4-5 Hasta	32	27.1	Etmek	12	10.2
6-9 Hasta	10	8.5	Başka Bölümlere Transfer Edilmek	6	5.1
10 ve Üzeri Hasta	31	26.3	Profesyonel Psikoloji Yardım Almak	18	15.3
Toplam	118	100.0	Diğer	118	100.0
<b>Çalıştığı Üniteyi Seçme Nedeni</b>			<b>Sorunların Kimle Paylaşıldığı</b>		
Tayin/Atama	67	56.8	Ailem ile	12	10.2
Kendi İsteği	44	37.3	Arkadaşlarım ile	55	46.6
Diğer	7	5.9	Hastane Yöneticileri ile	11	9.3
Toplam	118	100.0	Ailem ve Arkadaşlarım	18	15.3
			Ailem, Arkadaşlarım ve Yöneticiler ile	6	5.1
			Kimse İle Paylaşmıyorum	11	9.3
			Diğer	5	4.2
			Toplam	118	100.0
<b>Mesleği İsteverek Seçme</b>			<b>Hizmet İçi Eğitim</b>		
Evet	62	52.5	Evet	93	78.8
Hayır	56	47.5	Hayır	25	21.2
Toplam	118	100.0	Toplam	118	100.0
<b>Mesleği Yeniden Seçme</b>			<b>Mesleki Yavın Takibi</b>		
Evet	17	14.4	Sürekli Okurum	21	17.8
Kararsız	36	30.5	Arada Bir Okurum	91	77.1
Hayır	65	55.1	Hiç Okumam	6	5.1
Toplam	118	100.0	Toplam	118	100.0
			<b>Dernek/Vakıf/Sendika Üyeligi</b>		
			Evet	78	66.1
			Hayır	40	33.9
			Toplam	118	100.0

Hemşirelerin %8,5'i çalıştığı ünitenin kendisine çok uygun olduğunu, %25,4'ü oldukça uygun olduğunu, %16,1'i farketmez olduğunu, %33,9'u uygun olmadığını, %33,9'u hiç uygun olmadığını ifade etmiştir. Çalıştığı ünitenin kendisine uygun olmamasının nedenlerini, hemşirelerin %6,8'i kişisel memnuniyetsizlik, %30,5'i çalışma koşullarının yetersiz olduğunu, %2,5'i hastane koşullarının yetersiz olduğunu, %1,7'i insan ilişkilerindeki problemler olduğunu, %2,5'i hem kişisel memnuniyetsizlik, hem çalışma koşullarının yetersizliği, hem hastane koşullarının yetersizliği, hem de insan ilişkilerindeki problemlerden kaynaklandığını belirtmişlerdir. 66 hemşire bu soruya cevap vermemiştir ( Tablo 2).

Çalıştıkları üniteden memnuniyetsizlik nedenleri ile ilgili olarak, hemşirelerin %5,1'i çalışma ortamının yoğun olduğunu, %2,5'i Ekip Üyeleri İle Yaşanan İletişim Güçlüklerini, %1,7'si Fiziksel Koşulların olumsuzluğunu , %0,8'i Ağrı Durumları ve Ölüm Vakalarının Fazlalığını neden olarak göstermişlerdir. Yine hemşirelerin %38,1'i hem çalışma ortamının yoğunluğunu hem Ekip Üyeleri İle Yaşanan İletişim Güçlüklerini hem Ağrı Durumları ve Ölüm Vakalarının Fazlalığı çalıştıkları üniteden memnuniyetsizlik nedenleri olarak sıralamışlardır. Hemşirelerin % 51,7'si bu soruya cevapsız bırakmıştır. Güçlükler Karşısında hemşirelerin %69,5'i Güçlükler İle Başa Çıkmaya Devam Etmek, %10,2'si Başka Bölümlere Transfer Edilmek, %5,1'i Profesyonel Psikoloji Yardım Almak, %15,3'ü Diğer çözüm olasılıklarına başvurmak istediklerini belirtmişlerdir ( Tablo 2).

Hemşirelerin Sosyal Yaşam ve Yaşam Kalitesi Özelliklerine bakıldığında %38,1'i Sosyal Aktivitelere Katılabildiklerini, %61,9'u katılamadıklarını belirtmişlerdir. %2,5'i spor faaliyetlerine, %9,3'ü kültür faaliyetlerine, %15,3'ü Hobi Faaliyetlerine, %6,8'i Kişisel Gelişim, Kurs ve Programlarına, %13,6'sı ise hem Spor hem Kültür hem de Hobi faaliyetlerine katıldıklarını belirtmişlerdir. %52,5'i ise hiçbir faaliyete katılmadığını ifade etmiştir. Sosyal Aktivitelere hemşirelerin %0,8'i Maddi Nedenler ile %17,8'i Yorgunluk nedeni ile %16,9'u Vakit Olmaması nedeni ile %31,4'ü Hem Yorgunluk hemde vakit olmaması nedeni ile %5,1'i Maddi Nedenler, Yorgunluk ve Vakit olmaması nedeni ile %2,5'i diğer nedenler ile katılamadıklarını belirtmişlerdir (Tablo 3).

**Tablo 3 Hemşirelerin Sosyal Yaşam ve Yaşam Kalitesi Özellikleri**

Sosyal Aktivitelere Katılım	Sayı	Yüzdelerik %
Evet	45	38.1
Hayır	73	61.9
<b>Toplam</b>	<b>118</b>	<b>100.0</b>
<b>Gelişimi Destekleyici Faaliyetler</b>		
Spor Faaliyetleri	3	2.5
Kültür Faaliyetleri	11	9.3
Hobi Faaliyetleri	18	15.3
Kişisel Gelişim Kurs ve Programları	8	6.8
Spor, Kültür ve Hobi Faaliyetleri	16	13.6
Hiç Birine Katılmıyorum	62	52.5
<b>Toplam</b>	<b>118</b>	<b>100.0</b>
<b>SosyalAktivitelereKatılmama Nedenleri</b>		
Maddi Nedenler	1	0.8
Yorgunluk	21	17.8
Vakit Olmaması	20	16.9
Yorgunluk ve Vakit Olmaması	37	31.4
Hepsi	6	5.1
Diğer Nedenler	3	2.5
<b>Toplam</b>	<b>118</b>	<b>100.0</b>
<b>Mesleğin Sağlık Yönünden Etkisi</b>		
Çok Olumlu	2	1.7
Olumlu	7	5.9
Normal	19	16.1
Olumsuz	64	54.2
Çok Olumsuz	26	22.0
<b>Toplam</b>	<b>118</b>	<b>100.0</b>
<b>Mesleğin Aile/Özel Yaşama Etkisi</b>		
Olumlu	2	1.7
Normal	19	16.1
Olumsuz	61	51.7
Çok Olumsuz	36	30.5
<b>Toplam</b>	<b>118</b>	<b>100.0</b>
<b>Mesleğin Kazanç Yönünden Etkisi</b>		
Olumlu	17	14.4
Normal	76	64.4
Olumsuz	17	14.4
Çok Olumsuz	8	6.8
<b>Toplam</b>	<b>118</b>	<b>100.0</b>
<b>Mesleğin Kişisel Gelişim ve İşin Kalitesine Katkısı</b>		
Çok Olumlu	4	3.4
Olumlu	14	11.9
Normal	59	50.0
Olumsuz	29	24.6
Çok Olumsuz	12	10.2
<b>Toplam</b>	<b>118</b>	<b>100.0</b>
<b>Mesleğin Uyku Yönünden Etkisi</b>		
Olumlu	1	0.8
Normal	14	11.9
Olumsuz	42	35.6
Çok Olumsuz	61	51.7
<b>Toplam</b>	<b>118</b>	<b>100.0</b>
<b>Çalışma Saatlerinin Yaşama Etkisi</b>		
Çok Olumlu	1	0.8
Olumlu	3	2.5
Normal	13	11.0
Olumsuz	45	38.1
Çok Olumsuz	56	47.5
<b>Toplam</b>	<b>118</b>	<b>100.0</b>

Mesleğin, yaşamı sağlık yönünden nasıl etkilediği konusunda Hemşirelerin %1,7' si çok olumlu , %5,9' u olumlu, %16,1' i normal, %54,2' si olumsuz, %22' si çok olumsuz olarak etkilediğini belirtmişlerdir. Mesleğin Aile/Özel yaşamını nasıl etkilediği konusunda Hemşirelerin, %1,7' si olumlu, %16,1' i normal, %51,7' si olumsuz, %30,5' i çok olumsuz olarak etkilediğini belirtmişlerdir. Mesleğin kazanç yönünden yaşamını nasıl etkilediği konusunda Hemşirelerin, %14,4' ü olumlu, %64,4' ü normal, %14,4' ü olumsuz, %6,8' i çok olumsuz olarak etkilediğini belirtmişlerdir. Mesleğin işin kalitesi ve kişisel katkısı yönünden yaşamını nasıl etkilediği konusunda Hemşirelerin, %3,4' ü çok olumlu ,%11,9' u olumlu, %50,0' si normal, %24,6' ı olumsuz, %10,2'si çok olumsuz olarak etkilediğini belirtmişlerdir. Mesleğin uyku yönünden yaşamını nasıl etkilediği konusunda Hemşirelerin, %0,8' i olumlu, %11,9' u normal, %35,6' sı olumsuz, %51,7' si çok olumsuz olarak etkilediğini belirtmişlerdir. Çalışma saatlerinin Yaşamınızı Nasıl etkilediği konusunda Hemşirelerin, %0,8' i çok olumlu ,%2,5' i olumlu, %11,0' i normal, %38,1' i olumsuz, % 47,5'i çok olumsuz olarak etkilediğini belirtmişlerdir (Tablo 3).

## **5.2 Demografik ve Mesleki Özelliklere göre Empatik Eğilim Düzeyleri ve Duygusal Emek Faktörleri**

Araştırmaya katılanların Empatik Eğilim ortalamaları mesleği seçme şekli, mesleği bırakma eğilimi, eğitim durumu ve çalışma sistemi açısından istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılık göstermediği sonucuna varılmıştır (Tablo 4).

Buna karşılık hemşirelerin bakım verdikleri hasta sayısına göre empati eğilimleri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir (F= 3.749; sd= 3,102; p= 0.013). Hangi hemşire grubunun ortalamasının diğerinden farklı olduğu Tukey post hoc testi ile incelenmiş ve 1-3 hasta bakan hemşirenin ortalaması 4-5 hasta bakan hemşirenin ortalamasından, 6-9 hasta bakan hemşirenin ortalaması 4-5 hasta bakan hemşirenin ortalamasından, 10 ve üzeri hasta bakan hemşirenin ortalaması 4-5 hasta bakan hemşirenin ortalamasından yüksek bulunmuştur (p<0,05) (Tablo 4).

**Tablo 4 Demografik ve Mesleki Özelliklerine göre Empatik Eğilim Düzeyleri**

Değişken	N	Ortalama (SS)	F/t (SD)
<b>Mesleği Seçme Şekli</b>			
İsteyerek	55	68,89 (7,997)	t=-0,466 (104)
İstemeyerek	51	69,65 (8,715)	
<b>Mesleği Bırakma Eğilimi</b>			
Evet	71	68,77 (8,300)	t=-0,845 (104)
Hayır	35	70,23 (8,391)	
<b>Bakım Verilen Hasta Sayısı</b>			
1-3 Hasta	44	70,20 (8,282)	F= 3,749(3) *
4-5 Hasta	30	65,27 (6,586)	
6-9 Hasta	7	73,00 (4,082)	
10 ve Üzeri	25	71,32 (9,655)	
Total	106	69,25 (8,319)	
<b>Eğitim Durumu</b>			
Sağlık Meslek Lisesi	23	70,60 (9,242)	F=1,669 (3)
Ön Lisans	14	69,42 (6,477)	
Lisans	57	67,84 (7,961)	
Yüksek Lisans	12	73,16 (9,301)	
Total	106	69,25 (8,318)	
<b>Çalışma Sistemi</b>			
Sürekli Gündüz	19	70,84 (6,04)	F=0,417 (2)
Sürekli Gece	6	69,00 (10,30)	
Vardiya Değişimli	81	68,90 (8,68)	
Total	106	69,25 (8,32)	

\*p< 0,05

Araştırmaya katılanların Yüzeysel Davranış, Duygusal çaba, Derinlemesine Davranış faktör ortalamaları medeni durumları, mesleği bırakma eğilimleri, eğitim durumu, bakım verdikleri hasta sayısı açısından istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılık göstermediği sonucuna varılmıştır (Tablo 5).

Çalışma sistemi açısından Yüzeysel davranış, Duygusal çaba ve Derinlemesine davranış puanları varyans analizi ile incelenmiş, Duygusal çaba dışında diğer iki faktörde istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunamamıştır. Yüzeysel davranış için istatistiksel sonuç (F=1.424; sd=2,102; p=0.246) Duygusal çaba için istatistiksel sonuç (F=5.579; sd=2,104; p=0.005), Derinlemesine davranış için istatistiksel sonuç (F=2.121; sd=2,106; p=0.125) 'dir. Duygusal çaba bakımından çalışma düzeninin hangi grup ortalamasının diğerinden farklı olduğu Tukey post hoc testi ile incelenmiş ve sürekli gündüz görev yapan hemşirelerin ortalamasının sürekli gece ve vardiya değişimi yapan hemşirelerin ortalamalarına göre daha yüksek bulunmuştur (Tablo 5).

**Tablo 5 Duygusal Emek Faktörlerinin Demografik ve Mesleki Özellikler Açısından Karşılaştırılması**

<b>Değişken</b>	<b>N</b>	<b>Ortalama (SS)</b>	<b>F/t (SD)</b>
<b>Medeni Durum</b>			
<b>Yüzeysel Davranış</b>			
Evli	36	2,5787 (90368)	t= .674 (100)
Bekâr	66	2,4520 (90901)	
<b>Duygusal Çaba</b>			
Evli	36	3,4583 (95150)	t= .805 (102)
Bekâr	68	3,3125 (83908)	
<b>Derinlemesine Davranış</b>			
Evli	36	3,2778 (99043)	t= 1,183 (104)
Bekâr	70	3,0429 (95624)	
<b>Mesleği İsteyerek Seçme</b>			
<b>Yüzeysel Davranış</b>			
Evet	52	2,4391 (,87449)	t= -,719 (103)
Hayır	53	2,5660 (,93218)	
<b>Duygusal Çaba</b>			
Evet	54	3,4491 (,80150)	t= 1,132 (105)
Hayır	53	3,2594 (,92762)	
<b>Derinlemesine Davranış</b>			
Evet	57	3,1579 (,88440)	t= ,195 (107)
Hayır	52	3,1218 (1,05001)	
<b>Mesleği Bırakma Eğilimi</b>			
<b>Yüzeysel Davranış</b>			
Evet	73	2,5571 (0,93509)	t= 0,92 (103)
Hayır	32	2,3802 (0,82222)	
<b>Duygusal Çaba</b>			
Evet	74	3,3919 (0,90099)	t= 0,655 (105)
Hayır	33	3,2727 (0,79393)	
<b>Derinlemesine Davranış</b>			
Evet	73	3,2192 (1,00802)	t= 1,215 (107)
Hayır	36	2,9815 (0,85429)	
<b>Hasta Sayısı</b>			
<b>Yüzeysel Davranış</b>			
1-3 Hasta	41	2,3618 (,8332)	F= 1,469 (3)
4-5 Hasta	28	2,8036 (,8265)	
6-9 Hasta	8	2,4167 (1,2848)	
10 ve üzeri Hasta	28	2,4345 (,9288)	
Toplam	105	2,5032 (,9019)	
<b>Duygusal Çaba</b>			
1-3 Hasta	43	3,3547 (,7891)	F= 0,472 (3)
4-5 Hasta	30	3,3417 (,8317)	
6-9 Hasta	8	3,6875 (,9234)	
10 ve üzeri Hasta	26	3,2692 (1,0293)	
Toplam	107	3,3551 (,8674)	
<b>Derinlemesine Davranış</b>			
1-3 Hasta	43	3,1783 (,7812)	F= 0,447 (3)
4-5 Hasta	30	3,2444 (,9178)	
6-9 Hasta	8	3,1667 (1,2724)	
10 ve üzeri Hasta	28	2,9643 (1,17709)	
Toplam	109		
<b>Eğitim</b>			
<b>Yüzeysel Davranış</b>			
Sağlık Meslek Lisesi	20	2,6916 (0,7785)	F= 0,697 (3)
Ön Lisans	13	2,6410 (0,7988)	
Lisans	59	2,4576 (0,9789)	

Yüksek Lisans/Doktora	13	2,2820 (0,8232)	
Toplam	105	2,5031 (0,9019)	
<b>Duygusal Çaba</b>			
Sağlık Meslek Lisesi	22	3,5113 (0,6834)	F= 1,492 (3)
Ön Lisans	14	3,5714 (0,6963)	
Lisans	59	3,3305 (0,9631)	
Yüksek Lisans/Doktora	12	2,9375 (0,7696)	
Toplam	107	3,3551 (0,8674)	
<b>Derinlemesine Davranış</b>			
Sağlık Meslek Lisesi	23	3,3188 (0,8070)	F= 0,413 (3)
Ön Lisans	14	3,1428 (0,9759)	
Lisans	58	3,1091 (1,0305)	
Yüksek Lisans/Doktora	14	2,9761 (0,9470)	
Toplam	109	3,1406 (0,9625)	
<b>Çalışma Sistemi</b>			
<b>Yüzeysel Davranış</b>			
Sürekli Gündüz	19	2,79 (0,72)	F=1,424 (2)
Sürekli Gece	5	2,17 (0,93)	
Vardiya Değişimli	81	2,46 (0,93)	
Toplam	105	2,50 (0,90)	
<b>Duygusal Çaba</b>			
Sürekli Gündüz	19	3,89 (0,65)	F=5,579 (2)*
Sürekli Gece	4	2,75 (1,21)	
Vardiya Değişimli	84	3,26 (0,85)	
Toplam	107	3,36 (0,87)	
<b>Derinlemesine Davranış</b>			
Sürekli Gündüz	20	3,42 (0,86)	F=2,121 (2)
Sürekli Gece	5	2,47 (1,07)	
Vardiya Değişimli	84	3,12 (0,97)	
Toplam	109	3,14 (0,96)	
<b>Mesleği Bırakma Eğilimi</b>	Düşük %	Yüksek %	
<b>Yüzeysel Davranış</b>			
Düşük Empati	45,2	59,4	X2= 1,787 (1)
Yüksek Empati	54,8	40,6	
<b>Duygusal Çaba</b>			
Düşük Empati	44,6	57,6	X2= 1,540 (1)
Yüksek Empati	44,6	42,4	
<b>Derinlemesine Davranış</b>			
Düşük Empati	45,2	61,1	X2= 2,440 (1)
Yüksek Empati	54,8	38,9	

\*  $p < 0,01$

Hemşirelerin Duygusal Emek Stratejileri ve Mesleği Bırakma Eğilimi arasında iki değişken vardır. Her iki değişkene ait cevaplar sınıflama ölçeğinde toplanmış olup, veriler süreksizdir. Farklı Duygusal Emek Stratejilerine sahip yoğun bakım hemşirelerinin Mesleği Bırakma Eğilim düzeylerinin önemli bir değişme gösterip göstermediğidir. Hemşirelerin Mesleği Bırakma Eğilimi düşük ve yüksek düzeyleri açısından Yüzeysel davranış, Duygusal Çaba ve Derinlemesine davranış faktörlerinin düşük ve yüksek toplam puanları arasında fark olup olmadığı kay kare analizi ile incelenmiş ve tablo 5’de görüldüğü gibi istatistiksel olarak bir fark olmadığı belirlenmiştir



### 5.3 Araştırmanın Hipotezleri ile İlgili Bulgular

Hemşirelerin empatik eğilim puan ortalaması  $69.25 \pm 8.31$  'dir. (Ranj: 49 – 92) Hemşirelerin %39'u düşük, %39'u orta, %11,9'u yüksek empatik eğilim puanlarına sahip olduğu görülmektedir. %10.2'si ise empatik eğilim ölçeğinin bazı sorularını cevaplamadıkları için araştırma dışında bırakılmıştır.

Yataklı Hasta Servisi ve Yoğun Bakım Ünitesi hemşirelerinin terapötik empati düzeylerinin (H1) birbirinden farklı olup olmadığını test etmek için bağımsız gruplar "t testi uygulanmıştır.

1. Hipotez Yataklı Hasta Servisi hemşirelerine göre, Yoğun Bakım Hemşirelerinin terapötik empati düzeyleri daha yüksek olacağını öngörmüştü. Bu hipotezi test etmek için bağımsız gruplar testi uygulanmıştır. Bulgular Tablo 7' de ayrıntılı olarak görüldüğü gibi istatistiksel olarak bir fark olmadığı belirlenmiştir. Böylelikle, H1 hipotezi rededilmiştir.

**Tablo 6 Hemşirelerin Çalıştıkları Üniteler açısından Empati Düzeylerinin Karşılaştırılması**

Empati Düzeyi	N	Ortalama (SS)	F/t (SD)
<b>Çalıştıkları Bölüm</b>			
Yoğun Bakım	73	69,03 (8,476)	t= 0,417 (104)
Yataklı Servis	33	69,76 (8,182)	

Katılımcıların duygusal emek boyutlarının yoğun bakım ve yataklı servis hemşirelerinin çalıştıkları ünite faktörüne bağlı olarak farklılık göstermediği sonucuna ulaşılmıştır

2. Hipotez Yataklı Hasta Servisi hemşirelerinin terapötik empati düzeyleri arttıkça duygusal emek stratejilerinden Derinlemesine Davranış ve Samimi Davranış düzeylerinin artacağını öngörmüştü. 3. Hipotez ise Yoğun Bakım Hemşirelerinin terapötik empati düzeyleri arttıkça duygusal emek stratejilerinden Derinlemesine Davranış ve Samimi Davranış düzeylerinin artacağını öngörmüştü. Hemşirelerin çalıştıkları ünitelere bağlı olarak empati düzeylerinde fark olmadığı dolayısıyla da duygusal emek faktörlerinde de istatistiksel olarak bir fark olmadığı belirlenmiştir. Böylelikle, H2 ve H3 hipotezleri rededilmiştir ( Tablo 8).

**Tablo 7 Empatik Eğilim Puanlarına Göre Duygusal Emek Faktörleri Analizleri**

Değişken	N	Ortalama (SS)	F/t (SD)
<b>Yüzeysel Davranış</b>			
Düşük Empati	43	2,6008 (0,8924)	0,843 (2)
Orta Empati	40	2,3667 (0,8804)	
Yüksek Empati	14	2,6190 (0,9231)	
Toplam	97	2,5069 (0,8903)	
<b>Duygusal Çaba</b>			
Düşük Empati	43	3,1802 (0,8060)	2,676 (2)
Orta Empati	42	3,3512 (0,8887)	
Yüksek Empati	14	3,7679 (0,6826)	
Toplam	99	3,3359 (0,8415)	
<b>Derinlemesine Davranış</b>			
Düşük Empati	45	3,0741 (0,7910)	0,482 (2)
Orta Empati	42	3,1984 (1,0042)	
Yüksek Empati	14	3,3333 (1,0377)	
Toplam	101	3,1617 (0,9148)	
<b>Çalıştıkları Bölüm</b>			
<b>Yüzeysel Davranış</b>			
Yoğun Bakım	69	2,5628 (,87171)	t= 0,937(103)
Yataklı Hasta Servisi	36	2,3889 (,95950)	
<b>Duygusal Çaba</b>			
Yoğun Bakım	72	3,3958 (,78694)	t= 0,694(105)
Yataklı Hasta Servisi	35	3,2714 (1,02069)	
<b>Derinlemesine Davranış</b>			
Yoğun Bakım	72	3,2037 (,81756)	t= 0,953(107)
Yataklı Hasta Servisi	37	3,0180 (1,19914)	

4. Hipotez Yataklı Hasta Servisi hemşirelerinin terapötik empati düzeyleri arttıkça duygusal emek stratejilerinden Yüzeysel Davranış düzeylerinin azalacağını öngörmüştü. 5. Hipotez ise Yoğun Bakım Hemşirelerinin terapötik empati düzeyleri arttıkça yüzeysel davranış düzeylerinin azalacağını öngörmüştü. Bulgular tablo 9’ da ayrıntılı olarak görüldüğü gibi istatistiksel olarak bir fark olmadığı belirlenmiştir. Böylelikle, H4 ve H5 hipotezleri rededilmiştir (Tablo 9).

**Tablo 8 Hemşirelerin Empati Eğilim Düzeylerine Göre Duygusal Emek Stratejilerinin- Kay-Kare Testi Sonuçları**

Değişken	Düşük Empati %	Yüksek Empati %	Toplam %	X2 (SD)
<b>Yüzeysel Davranış</b>				
Düşük Empati	41,9	57,4	50,5	2,315 (1)
Yüksek Empati	58,1	42,6	49,5	
<b>Duygusal Çaba</b>				
Düşük Empati	58,1	42,9	49,5	2,273 (1)
Yüksek Empati	41,9	57,1	50,5	
<b>Derinlemesine Davranış</b>				
Düşük Empati	57,8	44,6	50,5	1,722 (1)
Yüksek Empati	42,2	55,4	49,5	

6. Hipotez Yataklı Hasta Servisi Hemşirelerine göre, Yoğun Bakım hemşirelerinin yaşam kalitesi algılamaları daha düşük olacağını öngörmüştü Araştırmaya katılanların Yaşam kalitesi ortalamalarının Hemşirelerin Yoğun bakım ünitesinde ve yataklı hasta servisinde çalışıyor olmalarına bağlı olarak anlamlı derecede farklılık gösterdiği sonucuna varılmıştır.

**Tablo 9 Yoğun Bakım ve Servis Hemşirelerinin Yaşam Kalitesi Ortalamaları açısından Karşılaştırılmasına Yönelik t Testi**

Değişken	N	Ortalama (SS)	F/t (SD)
Yaşam Kalitesi			
Yoğun Bakım	77	22.5065 (3,3349)	—2.536 (116)
Yataklı Hasta Servisi	41	24.1220 (3,2186)	

#### 5.4 Duygusal Emek Ölçeğinin Geçerliliği ve Güvenirliliği

Duygusal emek ölçeği üzerinde yapılan analizde Kaiser-Meyer-Olkin örnekleme yeterliliği istatistiği 0,855 olarak hesaplanmıştır. Bu değer verilerin faktör analizi için yeterli düzeyde uygun olduğunu göstermektedir. Aynı şekilde, Bartlett küresellik testi değeri de 0.000 olarak hesaplanmıştır. Bu da verilerin faktör analizine uygun olduğunu doğrulamaktadır (Tablo 10).

**Tablo 10 Kaiser-Meyer-Olkin ve Bartlett Testi Sonuçları**

<b>Kaiser-Meyer-Olkin Örnekleme Yeterliliği İstatistiği</b>		,855
<b>Bartlett Küresellik Testi</b>	Yaklaşık Ki-Kare	443,005
	Serbestlik Derecesi	55
	Anlamlılık	,000

Temel bileşenler yöntemi ve varimax dönüştürme tekniği sonucunda 3 faktörlü bir yapıya ulaşılmıştır. Çapraz yüklenen ve düşük yükleme değerine (< 0,40) sahip olan sorular bu yapıdan çıkartılmıştır. Böylece kalan 13 soru toplam varyansın % 64,802 açıklamıştır. Buna göre, 1. faktör varyansın % 40.137'nü, 2. faktör %15.286'sini, 3. faktör %9.379'nu açıklamaktadır (Tablo 11).

Değişkenler arasındaki korelasyonların faktör analizine uygun olup olmadığını anlamak için Kaiser-Meyer-Olkin örnekleme yeterliliği istatistiği ve Bartlett küresellik testinden faydalanılabilir. Kaiser-Meyer-Olkin değerinin 0,50'den aşağı olması kabul edilemez. Bu değer, 0,50 ve 0,60 arasında

olması kötü, 0,60 ve 0,70 arasında olması orta, 0,70 ve 0,80 arasında olması iyi, 0,80'in üzerinde olması ise verilerin faktör analizi için mükemmel olması şeklinde yorumlanmaktadır. Bartlett tesinde ise p değerinin 0,05 anlamlılık derecesinden düşük olması, değişkenler arasında faktör analizi yapmaya elverişli bir ilişki olduğu anlamına gelmektedir (Sipahi ve diğerleri, 2008; 79–80). Duygusal emek ölçeği üzerinde yapılan analizde Kaiser-Meyer-Olkin örnekleme yeterliliği istatistiği 0,855 olarak hesaplanmıştır. Bu değer verilerin faktör analizi için yeterli düzeyde uygun olduğunu göstermektedir. Aynı şekilde, Bartlett küresellik testi değeri de 0.000 olarak hesaplanmıştır. Bu da verilerin faktör analizine uygun olduğunu doğrulamaktadır.

**Tablo 11 Döndürülmüş Faktör Matrisi**

	Yüz. Davranış	Duy. Çaba	Derin. Dav.
10 Gerçekte hissetmediğim duyguları hissediyormuş gibi yaparım.	0,661		
19 İşimi yaparken, gerçek ruh halimle uyuşmayan duygular sergilerim.	0,760		
20 Hastalarla uygun şekilde ilgilenebilmek için rol yaparım	0,808		
21 Başkalarına göstermem gereken duyguları hissedebilmek için çok çaba sarf ederim	0,821		
24 İşim için sergilemem gereken duyguları sergilemek üzere bir maske takarım.	0,739		
25 Hastalardan gerçek duygularımı saklarım	0,700		
15 Hastalarla ilgilenirken, bunaldığımı veya rahatsız olduğumu belli etmemeye çalışırım.		0,846	
16 İyi hissediyormuşum rolü yaparım		0,706	
17 Bir gösteri ya da performans sergilerim.		0,713	
18 İşimi iyi yapabilmek adına duygularımı kontrol altında tutarım.		0,681	
6 İşim gereği sergilemek zorunda olduğum duyguları gerçekten hissediyormuşum gibi davranırım.			0,743
7 Duygularımın dışı vurumunu kontrol etmek için çaba gösteririm.			0,830
8 İş yerinde doğru davranışları sergileyebilmek için iyi bir aktör olmaya çalışırım			0,759

**Duygusal Emek Ölçeği Güvenilirlik Analizleri:** Aşağıda, duygusal emek ölçeğinden elde edilen her bir faktörün güvenilirlik analizi sonucu yer almaktadır.

Analiz sonucu elde edilen birinci faktör 10. 19. 20. 21. 24 ve 25. sorulardan oluşmaktadır. Konu hakkındaki literatür ışığında, bu faktör **Yüzeysel**

**Davranış** boyutunu ölçtüğü görüşüne varılmıştır. Ölçekten elde edilen “yüzeysel davranış” boyutu, bir hemşirenin hastasıyla iletişimi sırasında, göstermek durumunda olduğu duyguları aslında hissetmemesine rağmen sergilemesiyle ilgilidir. Faktörü oluşturan soruların toplamından yeni bir değişken tanımlanmış ve “Yüzeysel Davranış” olarak isimlendirilmiştir. Yapılan güvenilirlik analizinde faktörün Cronbach’s Alpha değeri 0,870 olarak tespit edilmiştir. Yukarıda da açıklandığı gibi bu oran güvenilirlik açısından kabul edilir düzeydedir

Elde edilen ikinci faktör 15, 16, 17 ve 18. sorulardan oluşmaktadır. Bu faktör “Duygusal Çaba Harcama” şeklinde adlandırılmış ve bu şekilde çalışmaya dâhil edilmiştir. “**Duygusal çaba harcama**” boyutu, hemşirelerin hastalarla iletişimleri sırasında, doğru duygusal tepkileri verebilmek adına duygu gösterimlerini yönetme gayretlerini ifade etmektedir. Faktörün güvenilirlik analizi sonucu elde edilen değer olan 0,786 ise güvenilirlik açısından kabul edilebilir bir düzeydir.

Üçüncü faktör, ölçekteki 6. 7. ve 8. sorulardan meydana gelmektedir. Bu ifadeler duygusal emeğin derinlemesine davranış boyutunu ölçmektedirler. Bu sebeple bu faktör “**Derinlemesine Davranış**” olarak tanımlanmıştır. “Derinlemesine davranış” boyutu, bir hemşirenin gerçek duygularını, hastasına göstermek durumunda olduğu duygularla uyumlu hale getirmesi ile ilgilidir. Faktörün Cronbach’s Alpha değeri 0,776’dır. Bu değer çok yüksek olmamakla birlikte, yukarıda da ifade edildiği gibi, soru sayısının az olduğu bu gibi durumlarda kabul edilebilir bir rakamdır.

## 6. BÖLÜM -TARTIŞMA

Son yıllarda sağlık hizmetlerinde üzerinde durulan Empatik Eğilim hasta bakımı ve tedavisinde terapötik öneme sahip bir kavramdır. Hemşirelerin hasta ile yeterli düzeyde empati kurabilme becerisine sahip olmaları; hastayı doğru anlama, gereksinimlerini tanıma ve kaliteli hemşirelik bakımı uygulamaları yönünden önemli bir ölçüttür. Empatik eğilimin empatik beceriyi arttırdığı, beceri ve duyarlılığı geliştirmesi sayesinde de hemşirenin hastaya vereceği bakımın daha kaliteli olacağı düşünülebilir. Hemşireler hastalara

empatik bir tutumla yaklaştıklarında onların gereksinimlerini daha doğru saptayabilir ve olumlu sonuçlar elde edebilirler. Hemşire tarafından anlaşıldığını hisseden birey önemsendiğini ona güvenildiğini ve değer verildiğini düşünür. Bu durumda hemşirenin bireye ulaşması kolaylaşır, dolayısıyla bireyselleşmiş bakım ve olumlu tedavi edici ortam sağlanmış olur (Mete ve Gerçek, 2005).

Empati gerek hemşirelik gerekse yoğun bakım hemşireliği için büyük önem taşımaktadır. Hemşirelik bir yardım mesleği olması nedeni ile genel olarak hastaya yardım sağlık alanında arzu edilen bir durum olarak kabul edilir. Empati eğiliminin başka bir insana yardım etme ve tedavi etme olasılığını arttırdığı da kabul edilir. Yoğun bakım hemşirelerinin hastalara empati gösterebilmeleri yoğun duygusal emek harcamalarını beraberinde getirdiği düşünülmektedir. Sağlık çalışanlarının empatik davranmayı etkin kullanması ve bununla ilişkili olarak duygusal emek sarfetmeleri hastanın memnuniyetini ve genel sağlık durumunu olumlu yönde etkileyeceğini düşünebiliriz.

Bu araştırma, yoğun bakım hemşirelerinde empatik eğilim ile duygusal emek boyutları arasındaki ilişkiyi saptamak amacıyla sağlık hizmetleri alanında gerçekleştirilen ilk araştırmadır.

## **6.1 Demografik ve Mesleki Özellikler**

Çalışmada hemşirelerin %39'u düşük, (%39) orta düzeyde ve (%11,9) yüksek empatik eğilim göstermesi hemşirenin temel sorumluluklarından olan hastaya yardım etme davranışının genel olarak düşük, orta ve yüksek düzeyde olduğunu düşündürmektedir. Araştırmamızdaki hemşirelerin ancak (%11,9)'u yüksek düzeyde empatik eğilim göstermektedirler

Konu ile ilgili yapılmış diğer araştırmaları incelediğimizde Manav (2008) çalışmasında hemşirelerde empatik eğilim puan ortalaması (EEPO)  $72.07 \pm 8.26$  (Min: 45, Max: 95) olarak bulunmuştur. Sevimligül' ün (2002) hemşirelerin empatik eğilim ve beceri düzeylerini incelediği çalışmasında EEPO  $68.14 \pm 6.46$ , Tutuk ve ark.'nın (2002) hemşirelik öğrencilerinin iletişim becerisi ve empati düzeylerini inceledikleri çalışmada EEPO 69.55 ve Pişmişoğlu' nun (1997) bir devlet hastanesinde çalışan hemşirelerin empati düzeylerini incelediği çalışmasında EEO  $70.07 \pm 8.39$  bulunmuştur.

Çalışmadan elde edilen sonuç, söz konusu çalışmaların sonuçlarıyla benzerlik göstermektedir. Dökmen (2006) empatik eğilim ile yardım etme davranışı arasında olumlu bir ilişki olduğunu ve empatik eğilimi yüksek insanların daha fazla yardım davranışı gösterdiklerini belirtmektedir (Dökmen, 2006). Öz (1998) hemşirelerin hastaya yardımcı olabilmelerinin, empatik eğilime sahip olmaları ve empatik becerilerini yeterli düzeyde geliştirmeleri ile mümkün olacağını vurgulamaktadır (Öz, 1998). Yani empati eğiliminin yüksek olması ile yardım edici davranış arasında olumlu bir ilişki vardır.

Hemşirelerin mesleği isteyerek seçme durumuna göre empatik eğilim puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak, anlamlılık saptanmadı. Bu bulgu meslek seçiminin empatik eğilimini etkileyeceği düşüncesini istatistiksel olarak doğrulamayan bir sonuçtur.

Literatürde mesleğe isteyerek girmenin empatik eğilim düzeyini etkilediğini gösteren araştırmalar bulunmaktadır. Akgöz ve arkadaşlarının (2005)'nin Uludağ Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi'nde çalışan hekimlerin empatik eğilimlerini incelediği, Murat, Özgan ve Arslantaş (2005)'in öğretmen adaylarının kendilerine ders veren öğretim elemanlarının empatik tutumlarına ilişkin algıları ile ders başarıları arasındaki ilişkiyi incelediği, Çiçek (2006)'in sağlık çalışanlarının mesleği isteyerek seçenlerin empatik eğilim düzeylerinin yüksek olduğu bulgusuna ulaşılmıştır. Taşdemir (1999) de çalışmasında benzer sonuçlar elde etmiştir. Çiçek (2006)'in çalışmasında ise mesleğini kendi isteğiyle seçen hemşirelerin EEP ileri derecede anlamlı farklılık saptanmıştır. Pişmişoğlu (1997) da mesleğini kendi isteğiyle seçen hemşirelerin EEP yüksek olduğunu bulmuştur. Bir başka çalışmada EEP mesleği isteyerek seçenlerde daha yüksek bulunmuştur (Cengiz, 2008).

Bu sonuçlar, bu araştırmanın sonuçlarıyla paralellik göstermemektedir. Dökmen'e göre (2002), kişilerin ilgi duydukları alanlara yönelmeleri, hem bu alanda başarı göstermelerini hem de daha empatik olabilmelerini sağlar. Yukarıda bahsedilen araştırma sonuçları ile literatür taraması sonucu mesleği kendi istekleriyle gönüllü olarak seçenlerin, mesleğini isteyerek seçmeyenlere göre daha empatik davrandıkları görülmektedir. Mesleği isteyerek seçmenin; mesleğe ilgi duymayı ve kabullenmeyi sağladığı, bu sebeple de mesleğin

gerektirdiği beceri ve tutumları da göstermeyi kolaylaştırdığı ve empatik olmayı sağladığı şeklinde yorumlanabilir.

Akgöz ve arkadaşları (2005), Öz (1998) çalışmalarında, empatik eğilimi yüksek olan kişilerin hemşirelik mesleğini seçme eğilimlerinin daha fazla olduğu belirtilmektedir. Yaşar (1993) empatik eğilimlerinin bir başka deyişle empati kurma potansiyellerinin yüksek olması, insanlara yönelik güçlü gereksinimleri olan kişilerin yardım mesleğine yöneldiklerinin bir kanıtı olabileceğini belirtmiştir. Akgöz ve arkadaşları (2005), mesleğini isteyerek seçenlerin, geğmişe dönebilse mesleğini yeniden tercih edecek olanların, mesleki bilgi ve becerilerini kullanabildiğini düşünenlerin empatik eğilimlerini anlamlı olarak daha yüksek bulmuşlardır.

Diğer taraftan bu araştırma sonuçları ile paralellik gösteren araştırmalarda mevcuttur. Dizer ve İyigün (2007) ‘ünün araştırmasında mesleğini isteyerek seçen hemşirelerin empatik eğilim puanları, kısmen isteyerek ve istemeyerek seşenlere göre daha yüksek bulunmasına rağmen istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanamamıştır (İyigün, 2007). Ergül (1995)’ün Sağlık Meslek Lisesi öğrencilerinin benlik algı düzeyleri ile empatik eğilim ve empatik beceri düzeyleri arasındaki ilişkiyi incelediği araştırması ile Pınar (2004)’ın doğum salonunda çalışan ebe ve hemşirelerin empati beceri düzeyleri ve etkileyen faktörleri incelediği araştırmasında ise, mesleği seçme şekli ile empatik eğilim puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Mesleği istemeyerek seşenler ile isteyerek seşenler arasında farkın olmamasına ilişkin; başlangıçta mesleği istemeden seştikleri halde, mesleğe başladıktan sonra mesleklerini benimsemiş ve kabullenmiş olabilecekleri şeklinde yorumlanabilir.

Mesleği bırakma eğilimi gösteren hemşirelerin, göstermeyenlere oranla empatik eğilim düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık göstermediği sonucu elde edilmiştir.

Ünal (1997)’in psikolojik danışma ve rehberlik eğitimi alan öğrencilerin empatik eğilimlerinde gözlenen değişmeleri, Akgöz ve arkadaşları (2005)’nın Uludağ Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi’nde çalışan hekimlerin empatik eğilimlerini inceledikleri araştırma bulgularına göre, mesleğini sevenlerin empatik eğilimlerinin anlamlı olarak daha yüksek olduğu bulunmuştur. Ancak; Taşdemir (1999)’in Ege Üniversitesi Uygulama ve



Araştırma Hastanesi'nde çalışan hemşirelerin empatik eğilim ve iş doyumu düzeyleri arasındaki ilişkiyi incelediği, Pınar (2004)'ın doğum salonunda çalışan ebe ve hemşirelerin empati beceri düzeyleri ve etkileyen faktörleri inceledikleri araştırma sonuçlarına göre ise, araştırma grubunu oluşturan ebe ve hemşirelerin meslekten memnuniyet durumları ile empati beceri puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığı bulunmuştur.

Mesleği, koşulları uygun olduğunda bırakma niyeti taşıyan hemşirelerin yine de Empatik Eğilim düzeyleri anlamlı derecede düşüklük göstermemesi, anlam arz etmektedir. Çalıştığınız üniteye yaşadığınız güçlükler karşısında ne yapmayı planlıyorsunuz sorusuna hemşirelerin 82 si “Güçlüklerle Başa Çıkmaya Devam Etmek”, 36 sı ise “Başka Bölümlere Transfer Edilmek” ve Profesyonel Psikolojik Destek Almak” gibi seçenekleri işaretlemişlerdir. Bu durum hem hemşirelerin koşullar uygun olduğunda mesleği bırakmayı düşünseler bile güçlükler ile başa çıkmaya devam ederek, çaba göstermeye devam ettiklerini belirtmişlerdir. Sonuç olarak hemşirelerin mesleği bırakmalarını düşündürecek olumsuz koşullara rağmen duygusal emek vermeye devam ettiklerini düşünebiliriz.

Hemşirelerin eğitim durumuna göre Yüksek Lisans/doktora eğitimi alanların empatik eğilim puan ortalamaları, diğer gruplardan yüksektir ancak istatistiksel olarak, anlamlılık saptanmamıştır.

Pişmişoğlu (1997) ve Öz (1992)'ün çalışmasında, lisans mezunu hemşirelerin empatik eğilimlerinin SML ve önlisans mezunlarına göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Manav (2008) yaptığı çalışmada ise Hemşirelerin öğrenim durumlarına göre EEPO arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmazken ( $p>0.05$ ), empatik beceri puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Bu bulguya göre hemşirelerin öğrenim durumu empatik eğilimi etkilememekte, ancak empatik beceriyi etkilemektedir. Bir başka araştırma da Eğitim durumu ile empatik eğilim toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı yönde bir ilişki bulunmamıştır (Cengiz, 2008). Öte yandan Çiçek (2006)'in çalışmasında lisans eğitimi alan grubun empatik eğilim düzeyleri, sağlık meslek lisesinde eğitim gören gruba göre ileri derecede anlamlı yüksek bulunmuştur.

Taşdemir (1999)'in çalışmasında da bizimle aynı doğrultuda sonuç elde edilmiştir. Sağlık meslek lisesi ile önlisans ve önlisans ile lisans eğitimi

alanların empatik eğilim puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunamamıştır (Çiçek, 2006).

Sağlık meslek lisesi ile önlisans ve önlisans ile lisans eğitimi alanların empatik eğilim puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmayışını empati eğiliminin eğitim yolu ile geliştirilebilir olması şeklinde yorumlayabiliriz. Genel olarak okullarda empati eğitiminin yer almaması ya da yetersiz bir şekilde yer alması hemşirelerin eğitim düzeylerine göre farklılık oluşturmadığını ya da oluşan farklılığın mesleki ve kişisel gelişim süreçlerinden kaynaklandığını düşünebiliriz. Bu durum; araştırma grubunun mesleki eğitiminin ve gelişiminin katkısını gösterdiğini düşünebiliriz.

Araştırmadaki sürekli gündüz çalışan grubun duygusal çaba düzeyleri sürekli gece ve vardiya sistemi ile çalışan hemşirelere göre daha yüksek olduğunu hatırlarsak, ayrıca bu grubun genellikle gündüz ve sorumlu düzeyinde çalışan yönetici hemşireleri oluşturduğunu düşünürsek çıkan sonuç anlamlı olacaktır. Ancak diğer gruplarda anlamlı farklılık görülmemesi ise kişisel etkileşim yoluyla katkı sağlamalarından kaynaklanmış olabilir.

Hemşirelerin çalışma şekli empati eğilim ortalamaları birbirinden istatistiksel olarak farklı bulunmamıştır. Pişmişoğlu (1997) ve Taşdemir (1999) de hemşirelerle yürüttükleri çalışmalarında empatik eğilimin çalışma şekline göre değişmediğini belirlemişlerdir. Uygun (2006) ve Pınar (2004) yaptıkları çalışmalarda, hemşirelerin çalışma şekli ile empatik becerileri arasında, Sevimligül (2002) ve Manav (2008) ise çalışma şekli ile empatik eğilim ve empatik beceri arasında anlamlı bir ilişki olmadığı sonucuna varmıştır. Ay'ın (1999) yaptığı çalışmada da araştırma grubundaki hemşirelerin vardiyalı çalışma-çalışmama durumları ile empatik beceri puanları karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Bu çalışmanın sonuçları diğer çalışmaların sonuçları ile uyumlu çıkmıştır. Buna göre, hemşirelerin çalışma şekillerinin empatik eğilim ve beceri düzeylerini etkilemediği söylenebilir.

Hemşirelerin bakım verdikleri hasta sayısına göre empati eğilimleri istatistiksel olarak anlamlı olup olmadığı Varyans analizi ile incelenmiştir. İnceleme sonucunda hemşirelerin Empati Eğilim ortalamaları birbirinden istatistiksel olarak farklı bulunmuştur. Hangi hemşire grubunun ortalamasının diğerinden farklı olduğu Tukey post hoc testi ile incelenmiş ve 1-3 hasta bakan

hemşirenin ortalaması 4-5 hasta bakan hemşirenin ortalamasından, 6-9 hasta bakan hemşirenin ortalaması 4-5 hasta bakan hemşirenin ortalamasından, 10 ve üzeri hasta bakan hemşirenin ortalaması 4-5 hasta bakan hemşirenin ortalamasından yüksek bulunmuştur .

Empatik eğilimin klinik ortama bağlı olarak nasıl farklılıklar gösterdiğinin anlaşılabilmesi için yapılan literatür çalışmalarında bazı bulgulara rastlanmıştır. Manav (2008) çalışmasında Dâhiliye, Cerrahi Pediatri, Yoğun Bakım, Poliklinik ve Acil Servis Hemşirelerin baktıkları hasta sayısı incelendiğinde, %5,5'inin günde bir-dört hastaya, %28,8'inin beş-on hastaya, %38'inin onbir-yirmi hastaya, %27,6'sının yirmi bir-kırk hastaya baktığı görülmektedir. Buna göre hemşirelerin yaklaşık üçte ikisi, bir çalışma gününde 11-40 hastaya bakmaktadır. Hemşirelerin bir günde baktıkları ortalama hasta sayısına göre empatik eğilim ve beceri düzeyleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Manav (2008) 'ın çalışmasında günde bir-dört hastaya baktığını söyleyen hemşirelerin (138,55±13.83) empatik beceri puanının en düşük, 21-40 hastaya baktığını ifade edenlerin (146,26± 23.26) empatik beceri puanının en yüksek çıkması ilginç bir sonuçtur (Manav, 2008). Pınar'ın (2004) yaptığı çalışmada da ebe ve hemşirelerin bir çalışma gününde baktıkları hasta sayısı ile empatik eğilim ve beceri puanları arasında anlamlı bir ilişki olmadığı tespit edilmiştir.

Hasta sayısı arttıkça hemşirenin empatik iletişim süresinin artacağı düşünüleceğinden bu durum üst düzeyde bir duygusal emek gerektirmektedir. Ancak tersinden düşündüğümüzde hasta sayısının fazlalığına bağlı olarak hemşirenin göstereceği empatik iletişimi azalma ile yüz yüze kalacaktır. Yine Yoğun Bakımda hasta ile hemşirenin etkileşim sıklığı yoğun olmaktadır. Hemşirenin yaptığı iş ne kadar sık duygu gösterimini gerektiriyorsa duygusal emek yoğunluğu da o kadar fazla olacaktır. Aynı şeyi Yoğun bakım hemşirelerinin hastaya gün boyunca duygusal emek çeşitliliği göstermek zorunda kalmaları için de söyleyebiliriz. Hastalarda güven ve umut uyandırabilmek için olumlu duygular, hem de hastaların acılarından etkilenmekte olan hemşire kendi duygularını da maskeleyen durumundadır. Buna karşın hemşirenin hastalara karşı olumsuz duyguları göstermeleri pek uygun değildir.

Çalışmada, hemşirelerin %62,6'sı ilgiye daha fazla ihtiyacı olduğunu düşündüğü hastalara gereken süreyi ayıramadıklarını ifade etmiştir. Hastalara gerekli süreyi ayıramadığını belirten hemşirelerin %25,5'i, "Hasta sayısı fazla, ilgilenemiyorum", %71,4'ü "Rutin işler fazla yoğun, hemşire sayısı az, hasta sayısı çok" diyerek gerekçelerini belirtmişlerdir. Buna göre hemşirelerin tamamına yakını 'ilgiye daha fazla ihtiyacı olduğunu düşündükleri hastaya gerekli süreyi ayıramayışlarına hasta sayısının fazla olmasını neden olarak göstermişlerdir (Manav, 2008).

Araştırmamızdaki hastanede 1-3 hastaya ve 4-5 hastaya bakım veren hemşireler yoğun bakımda çalışmaktadırlar. Yoğun bakım özel takip ve bakım gerektiren üniteler olduğu için hemşire başına düşen hasta sayıları belli standartlarda tutulması gereken ünitelerdir. 4-5 hastaya bakım veren yoğun bakım hemşirelerinin empati eğilim düzeylerinin azalmasını hasta sayısının ve yoğun bakım standartlarının üzerinde iş yükünün artmasına bağlı olduğu düşünülebilir. İş yükünün artışına bağlı olarak hemşirenin rutin işlere daha fazla süre ayıracağını ve hasta merkezli yaklaşıma daha az süre ayırmak zorunda kalmasına bağlı olarak hastaya daha düşük empatik eğilim göstermeleri beklenen bir durumdur. Bu durum araştırmada istatistiksel olarak da anlamlıdır.

Araştırmanın alt amaçlarına yönelik sorulardan biri ise Yoğun Bakım Hemşirelerinin demografik ve mesleki özellikleri duygusal emek boyutlarını etkilemekte midir? Buna bağlı olarak yapılan analizlerde, örneklemin demografik değişkenlerden çalışılan ünite durumu, medeni durum, mesleği isteyerek seçme, mesleği bırakma eğilimi, eğitim durumu, hasta sayısı durumuna göre duygusal emek boyutlarının hiçbirinde, bu değişkenlere bağlı olarak istatistiksel olarak farklılık olmadığı görülmüştür. Hemşirelerin çalışma sistemine göre duygusal emek boyutlarında ise istatistiksel olarak farklılık görülmüştür.

Litaratür araştırmalarına bakıldığında Köksel (2009) 'in doktorlarla yaptığı araştırmasında, Demografik değişkenlerle ilgili olarak yapılan analizlerde, duygusal emek boyutlarının hiçbirinde, bu değişkenlere bağlı olarak farklılık olmadığı sonucu elde edilmiştir. Yani, örneklemin cinsiyet, medeni durum, yaş, mevcut iş yerinde çalışma süresi ve toplam çalışma süresi gibi özelliklerine bağlı olarak duygusal emek faktörlerinde herhangi bir

değişiklik gözlemlenmemiştir. Duygusal emek boyutlarının demografik faktörlere göre farklılık göstermemesi diğer araştırmalarda da gözlemlenen bir durumdur. Seçer ve Tınar (2004) tarafından gerçekleştirilen çalışmada da örneklemin yaş, eğitim durumu, kıdem, medeni durum ve toplam çalışma süresi gibi demografik özelliklerine bağlı olarak duygusal emek boyutlarında herhangi bir farklılık tespit edilmemiştir. Öz (2007) ve Uysal (2007) ise çalışma süresinin derinlemesine davranışı etkilediği yönünde sonuçlar elde etmişlerdir. Söz konusu araştırmaların sonuçlarına göre, çalışma süresinin artması işgörenlerde derinlemesine davranış gösterme eğilimini de artırmaktadır. Ancak örneklemelerin diğer demografik özelliklerine bağlı olarak duygusal emek boyutlarında farklılık gözlemlenmemiştir. Öte yandan, Çaldağ (2010) tarafından gerçekleştirilen çalışmada meslekten ayrılma niyetine göre duygusal emek derin ve yüzeysel davranışlar, meslekten ayrılma niyeti üzerinde anlamlı bir etkiye sahip bulunmamışken duyguların doğal yolla ifadesi, meslekten ayrılma niyeti ile ters yönde ilişkili bulunmuştur.

Çalışılan üniteye bağlı olarak Duygusal emek boyutlarının nasıl farklılıklar gösterdiğinin anlaşılabilmesi için daha fazla sayıda araştırmaya ihtiyaç var gibi görünmektedir. Literatürde özellikle yoğun bakım ünitelerinde ve yataklı hasta servislerinde çalışan hemşirelerinin duygusal emek düzeylerini karşılaştırmalı olarak inceleyen çalışmaya rastlanmamıştır.

Mesleği kendi isteğiyle seçenlerin, mesleki amaçlarını belirleyerek bu doğrultuda ilerledikleri için daha fazla duygusal emek sarfetmeye istekli olabilecekleri söylenebilir. Ayrıca sevdiği ve istediği işi yapan kişilerin, işin getirdiği derinlemesine davranış gösterebilecekleri ve buna istekli olacakları düşünülebilir. Literatürde özellikle yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerinin mesleği isteyerek seçme durumuna göre duygusal emek düzeylerini inceleyen çalışmaya rastlanmamıştır Duygusal emek boyutlarının klinik ortama bağlı olarak nasıl farklılıklar gösterdiğinin anlaşılabilmesi için daha fazla sayıda araştırmaya ihtiyaç var gibi görünmektedir.

Meslekten ayrılma niyetine göre, derinlemesine davranış, duygusal çaba ve yüzeysel davranışlar üzerinde anlamlı bir etkiye sahip bulunmamıştır.

İşten ayrılma niyeti ile ilgili yapılmış bir araştırmanın sonuçları ile ilgili şunları aktarabiliriz. Derinlemesine davranış işe bağlılık durumunu arttır ve işten ayrılma niyetini azaltır, öte yandan tersi yüzeysel davranış için de

geçerlidir (Öz, 2007). Öz' ün araştırmasında sadece duyguları bastırma işten ayrılma niyetini azalttığını ve derinlemesine davranışının arttırdığını göstermiştir. Bu sonuç literatür ile uyumludur ve yüzeysel davranış duygusal emek üzerinde derinlemesine davranışa göre terst etkiye sahiptir (Cote ve Morgan, 2003; Grandey, 1999, Akt: Öz, 2007).

Çaldağ (2010) tarafından gerçekleştirilen çalışmada meslekten ayrılma niyetine göre duygusal emek derin ve yüzeysel davranışlar, meslekten ayrılma niyeti üzerinde anlamlı bir etkiye sahip bulunmamışken duyguların doğal yolla ifadesi, meslekten ayrılma niyeti ile ters yönde ilişkili bulunmuş olmasını, duyguların doğal yolla ifadesi arttıkça, meslekten ayrılma niyeti azalmaktadır şeklinde yorumlayabiliriz. Çünkü birey zorlanmaksızın, iş akışıyla duygularını ifade edecek bu durumda da iş tatmini oluşacağından, meslekten ayrılma niyeti azalacaktır. Bizim araştırmamızda “Bugün koşullarınız uygun olsa mesleği bırakırmısınız” sorusuna hemşirelerin 71’ i evet, 35’ i ise hayır cevabını vermiştir. Araştırmamızda Duygusal emek boyutlarından duyguların doğal yolla ifade faktörü araştırma kapsamı dışında kaldığını hatırlarsak yani duyguların doğal yolla ifadesi azaldıkça, meslekten ayrılma niyetinin artacağı söylenebilir. Dolayısıyla duyguların doğal yolla ifadesi arttıkça birey zorlanmaksızın, iş akışıyla duygularını ifade edecek bu durumda da iş tatmini oluşacağından, meslekten ayrılma niyeti azalacaktır sonucundan yola çıkarak duyguların doğal yolla ifadesi faktörünün neden araştırma dışında kaldığını açıklayabiliriz.

Çalışanlar Kurumun beklentilerini karşılamak için duygularını bastırarak duygusal uyumsuzluk yaşarlar. Duygusal uyumsuzluk bireyi psikolojik olarak etkilemektedir. Psikolojik olarak birey duyarsızlaşma ve duygusal tükenme ve de kalp krizi gibi fizyolojik sorunlar yaşarlar. (Dormann ve Zapf, 2004; Schaubroeck ve Jones, 2000; Grandey, 1999; Gross ve Levenson, 1997; Zapf, 2006, Akt: Öz, 2007). Bu tür olumsuz durumlarla yüz yüze kalan çalışanlar bu tip kurumların içinde kalmaktan kaçınacaklardır. Böylece işten ayrılma niyetleri artacaktır. Ayrıca duyguları bastırarak çalışanlar duygularını doğal yolla ifade edemezler, sahici davranamazlar. Sahici davranmayan çalışanlar kendilerini kurumdan kopuk olarak hissedecekler ve ayrıca çalışma istekleri azalacaktır. Böylece çalışanların işten ayrılma niyetleri artmış olacaktır (Godwyn, 2006, Akt: Öz, 2007).

Derinlemesine davranışta işten ayrılma niyeti arasında pozitif bir ilişkiden bahsedilebilir. Derinlemesine davranışta çalışanlar gerekli duyguları içtenlikle hissetmek için çaba harcar. Bundan dolayı çalışanlar duygularını değiştirmek ihtiyacı içinde değildirler. Çalışanın hissettiği duygular ile gösterdiği duygular arasında her hangi bir farklılık yoktur ve hastalar bunu kolaylıkla hissederler. Bu durum hemşire açısından kendisine geri dönen olumlu bir iş performansına neden olur. Ayrıca başarılı olma duygusu çalışanların kişisel yeterlilik ve değerlilik hissetmelerine neden olur (Zapf, 2006). Bu tür olumlu duygular çalışanların kurumlarına karşı daha olumlu tutumlar geliştirmelerine yardım edecektir. Dolayısıyla çalışanların işten ayrılma niyetleri azalacaktır (Öz, 2007).

Yüzeysel davranış arttıkça, mesleğe duygusal bağlılık azalacaktır. Hemşirelerin sergilediği yüzeysel davranışlar arttıkça mesleğe duygusal bağlılıklarının azalmakta olduğunu söyleyebiliriz. Çünkü hissetmeden yapılan bir güler yüz hem hemşireye zor gelebilir hem de hasta tarafından hissedilebilir. Bu da doyumun sağlanamadığı özellikte kişiler arası ilişki demektir. Benzer şekilde Çaldağ' ın araştırmasında derin davranış, mesleğe duygusal bağlılıkla pozitif yönde ilişkili bulunmuştur. Derin davranış arttıkça, mesleğe duygusal bağlılık yükselecektir. Samimi olarak sergilenen duygular, hasta ve yakınlarında memnuniyete, bu memnuniyet, hemşiye geri dönerek onda iş tatmininin artmasına neden olacaktır. Artan iş tatmini ise hemşirenin mesleğine bağlanması ile sonuçlanacaktır. Derin davranıştan daha üst düzeydeki duygusal emek davranış anlamına gelen duyguların doğal yolla ifadesi, mesleğe duygusal bağlılık üzerinde anlamlı etkiye sahip bulunmamıştır. Bu sonuç beklenildiği gibi olmamıştır (Çaldağ, 2010). Meslekten ayrılma niyetine göre, derinlemesine davranış, duygusal çaba ve yüzeysel davranışlar üzerinde anlamlı bir etkiye sahip bulunmamıştır

Hemşirelerin eğitim durumlarına göre derinlemesine davranış, duygusal çaba ve yüzeysel davranışlar üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkiye sahip bulunmaması ve benzer şekilde Çaldağ'ın çalışmasında Duygusal emek öğrenim düzeyi açısından fark göstermemesini benzer sonuçlar olarak değerlendirebiliriz. Duygusal Emek Davranışı hasta bakımı sırasında olması gereken (işin gereği) bir durum olarak ortaya konduğunda demografik verilerden bağımsızlık göstermektedir. Yoğun bakım hemşireleri hasta bakımı

sırasında almış oldukları eğitimden bağımsız olarak rol gereklerine uygun şekilde davranmaya çalışmaktadırlar diyebiliriz.

Hemşirelerin çalışma sistemi açısından Yüzeysel davranış, Duygusal çaba ve Derinlemesine davranış puanları varyans analizi ile incelenmiş, “duygusal çaba” dışında diğer iki faktörde istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır. Duygusal çaba bakımından çalışma düzeninin hangi grup ortalamasının diğerinden farklı olduğu Tukey post hoc testi ile incelenmiş ve sürekli gündüz görev yapan hemşirelerin ortalamasının sürekli gece ve vardiya değişimi yapan hemşirelerin ortalamalarına göre daha yüksek bulunmuştur.

Sürekli gündüz görev yapan hemşirelerin diğer sürekli gece ve vardiya değişimli çalışan hemşirelere göre daha fazla duygusal çaba göstermiş olmalarını klinik ortamlardaki hasta kabulü ve taburcu işlemleri sirkülasyonun hızlı oluşu, klinik rutin takiplerin ve tedavilerin gündüz saatlerinde ağırlıklı olarak düzenlenmesi, hasta yakınlarının hastasını ziyaretleri ve sağlık personeli ile olan iletişim yoğunlukları, hastane yönetim ve organizasyon faaliyetlerinin ağırlıklı olarak gündüz saatlerinde olması ve hasta merkezli olmayan diğer pek çok rutin iş akışının gündüz vardiyalarında meydana gelmesi ile birlikte hemşire için iş yükü artmaktadır. “Duygusal çaba harcama” boyutu, hemşirelerin hastalarla iletişimlerinde sırasında, doğru duygusal tepkileri verebilmek adına duygu gösterimlerini yönetme gayretlerini ifade etmektedir. Gündüz çalışan Hemşireler klinik ortamda doğru duyguları sergilemek adına diğer vardiyalarda çalışan hemşirelere oranla daha fazla çaba sarf ettiklerini düşünmektedirler.

Gündüz vardiyasında çalışan hemşirelerin hem “duyguların doğal yolla ifadesi” faktörünün araştırma dışı kalması hem de duygusal çaba harcama düzeylerinin aynı anda yüksek oluşu, duyguların doğal yolla ifade edilememesi hemşireler için daha fazla çabayı gerektiriyor olması şeklinde yorumlayabiliriz. Literatürde Duygusal Çaba’ nın, burnout ve somatik şikayetler ile pozitif olarak ilişkili olduğunu göstermiştir. Buna karşın uzun vadede yüzeysel davranış derinlemesine davranıştan daha zararlıdır (Mikolajczak, 2007).

Duygusal Davranış farklarının hangi gruplar arasında olduğunu bulmak amacıyla yapılan testin sonuçlarına göre yüzeysel davranışta 1–3 Hasta sayısında, 6–9 Hasta sayısında, 10 ve Üzeri hasta sayısında ve 4–5 Hasta sayısından daha az olduğu belirlenmiştir. Duygusal çaba farklarının hangi



gruplar arasında olduğunu bulmak amacıyla yapılan testin sonuçlarına göre 1–3 Hasta sayısında, 4–5 hasta sayısında, 10 ve Üzeri hasta sayısında ve 6–9 Hasta sayısından daha az olduğu belirlenmiştir. Derinlemesine farkların hangi gruplar arasında olduğunu bulmak amacıyla yapılan testin sonuçlarına göre 1–3 Hasta sayısında, 4–5 hasta sayısında, 6–9 Hasta sayısından, 10 ve üzeri hasta sayısında belirlenmiştir.

Hemşirelerin duygusal emek faktörleri durumuna göre faktörlerin istatistiksel olarak anlamlı olup olmadığı Varyans analizi ile incelenmiştir. İnceleme sonucunda hemşirelerin yüzeysel davranış, duygusal çaba, derin davranış ortalamaları ortalamaları birbirinden istatistiksel olarak farklı bulunmamıştır.

Araştırmada 1–3 hastaya ve 4–5 hastaya bakım veren hemşireler yoğun bakımda çalışmaktadırlar. Yoğun bakım özel takip ve bakım gerektiren üniteler olduğu için hasta sayıları belli standartlarda tutulması gereken ünitelerdir. 4–5 hastaya bakım veren Kardiyoloji yoğun bakım hemşirelerinin hasta sayısının artışına bağlı olarak yüzeysel davranışlarının arttığını gözlemliyoruz. İş yükünün artışına bağlı olarak hemşirenin rutin işlere daha fazla zaman ayıracağını ve hasta merkezli yaklaşıma daha az zaman ayırmak zorunda kalmasına bağlı olarak yüzeysel davranış düzeyi artmış olabilir. Ancak bu istatistiksel olarak anlamlı değildir. Literatürde özellikle yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin duygusal emek düzeylerini karşılaştırmalı olarak inceleyen çalışmaya rastlanmamıştır. Duygusal emek boyutların klinik ortama bağlı olarak nasıl farklılıklar gösterdiğinin anlaşılabilmesi için daha fazla sayıda araştırmaya ihtiyaç var gibi görünmektedir.

Hemşirelerin Mesleği Bırakma Eğilimi düşük ve yüksek düzeyleri açısından Yüzeysel davranış, Duygusal Çaba ve Derinlemesine davranış faktörlerinin düşük ve yüksek toplam puanları arasında fark olup olmadığı ki kare analizi ile incelenmiş ve istatistiksel olarak bir fark olmadığı belirlenmiştir. Mesleği bırakma eğilimi düşük hemşirelerin oranı, düşük yüzeysel davranışı olanlarda 45,2%, düşük duygusal çabası olanlarda 44,6% ve düşük derinlemesine davranışı olanlarda 45,2% olduğu görülmektedir. Bununla birlikte mesleği bırakma eğilimi düşük hemşirelerin oranı, yüksek yüzeysel davranışı olanlarda 54,8% , yüksek duygusal çabası olanlarda 44,6% ve yüksek derinlemesine davranışı olanlarda 54,8% olduğu görülmektedir.

Mesleği Bırakma Eğilimi yüksek hemşirelerin oranı, düşük yüzeysel davranışı olanlarda 59,4% ,düşük duygusal çabası olanlarda 57,6 % ve düşük derinlemesine davranışı olanlarda 61,1 % olduğu görülmektedir. Bununla birlikte mesleği bırakma eğilimi yüksek olan hemşirelerin oranı, yüksek yüzeysel davranışı olanlarda 40,6 %, yüksek duygusal çabası olanlarda 42,4% ve yüksek derinlemesine davranışı olanlarda 38,9 % olduğu görülmektedir.

Yüksek derin davranış puanları düşük mesleği bırakma eğilim puanlarına neden olur. Derin davranış puanlarında artış, düşük mesleği bırakma eğilim puanlarına neden olur. Bu durum teoriye göre beklenen bir durumdur ve araştırmamızın sonuçları ile uyumludur. Duygusal emek iş yerinde kendisinden beklenen duyguları gösterebilmesi için gereken duygusal yatırım olarak tarif edildiğinde, gösterilen duygular ile beklenen duygular arasında duygusal uyumsuzluk olduğunda duygusal kaynakların tüketilmesi ve tükenme sendromu ile sonuçlanır (Brotheridge ve Lee, 2003). Yüksek düzeyde duygusal emek sarfeden sağlık çalışanları düşük iş doyumu, duygusal ve fiziksel sağlığın bozulması, aile ve sosyal ilişkilerin bozulması, iş performansında düşme ve işten ayrılma niyetlerinin artmasına neden olacaktır (Mikolajczek, 2007).

## **6.2 Araştırmanın Hipotezleri ile İlgili Bulgular**

“Yataklı Hasta Servisi Hemşirelerine göre, Yoğun Bakım hemşirelerinin terapötik empati düzeyleri daha yüksek olacaktır” şeklinde ifade edilen 1. Hipotez test edilmiştir. Araştırmaya katılanların Empatik Eğilim ortalamaları çalıştıktıkları üniteye göre, Yoğun Bakımda çalışan hemşirelerin Yataklı Hasta Servislerinde çalışanlara bağlı olarak istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği sonucuna varılmıştır.

Manav (2008)’in araştırmasında hemşirelerin çalıştıktıkları bölüme göre empatik eğilim ve empatik beceri puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Pişmişoğlu (1997) ve Manav (2008)’ in çalışmalarının sonuçları bizim çalışmamızı destekler nitelikte olup, çalışılan hasta ünitesinin empatik eğilim ve beceri düzeyini etkilemediği yönündedir. Ancak Ay (2007) çalışmasında, çalışılan bölüm ile empatik beceri arasında bir ilişki saptamış ve cerrahi kliniğinde çalışan hemşirelerin empatik beceri puanının, onkoloji, ortopedi ve dâhiliye kliniğinde çalışan hemşirelerin empatik beceri puanlarından yüksek olduğunu bulmuştur (Ay, 2007).

Cengiz (2008) çalışmasında hemşirelerin çalıştıkları hasta ünitelerine göre empatik eğilim puanlarını Genel Cerrahi Kliniğine bağlı çalışanlar, İç Hastalıklarına bağlı servis ve polikliniklerde çalışanlar ile tüm Yoğun Bakım Üniteleri'nde çalışanlara göre, istatistiksel olarak anlamlı yükseklikte bulmuştur. Burada dikkati çeken yoğun bakım hemşirelerinin empati eğilim puanları diğer servislerde çalışan hemşirelere göre daha düşük olmasıdır (Cengiz,2008). Turgay ve Aştı, hemşirelerin çalıştıkları klinik ile empati becerileri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptamamışlardır (Turgay ve Aştı, 1996).

Yoğun bakım hemşirelerinin daha fazla empati eğilimi göstermeleri bu üniteye hastanın bakımı için doğası gereği beklenen bir durum iken araştırma bulguları bu yönde olmamıştır. Yoğun bakım ortamı hemşirelerin üzerinde önemli bir etki yaratmaktadır. Stres yaratan olayların yoğunluğu ve kritik hasta bakımı hemşireler üzerinde depresyona kadar varan olumsuz etkiler yaratmakta ve kişilerarası ilişkilerde etkinliği azaltmaktadır. Kanımızca yoğun bakımda çalışan hemşirelerin empati eğilimlerinin yataklı servis hemşirelerine göre farklılık göstermemesi bu ünitelerde acil olayların yoğun olması ve ölümcül hasta sayısının daha fazla olması etkili olabilir. Ancak yapılan bireysel görüşmelerde yoğun bakımlardaki hemşire başına düşen hasta sayısının uluslararası standartların üzerinde olduğunu belirtmeleri aynı zamanda Kalite/akreditasyon çalışmaları nedeniyle yoğun bakım hemşirelerinin bir yandan da bakıma ayırdıkları zamanın yanı sıra form doldurma ve malzeme takibi gibi işlere zaman ayırmak zorunda olmaları, iş yüklerini arttırdığı ve özel hayatlarının yok denecek kadar olduğu azaldığı bilgilerinden yola çıkarak yoğun bakımda çalışan hemşirelerin empati eğilimlerinin yataklı servis hemşirelerine göre farklılık göstermemesi nedenini açıklayabilir.

Yoğun bakım ünitesinde hem yüzeysel davranış hem de duygusal çaba harcama ve derinlemesine davranış düzeylerinin, yataklı servis hemşirelerinin yüzeysel davranış, duygusal çaba harcama ve derinlemesine davranış düzeyleri ile benzerlik göstermesi her iki hemşire grubunun empati eğilim düzeyleri arasında farklılık göstermemesi nedeniyle olduğu şeklinde yorumlanabilir. Bir başka deyişle hemşire gruplarının empati düzeyleri arasında farklılık görülmemesi ve buna bağlı olarak hemşirelerin kullandıkları duygusal emek

stratejilerinin duygusal emek boyutlarında her iki grup içinde farklılık göstermemesi durumunu açıklamaktadır.

Yataklı Hasta Servisi ve Yoğun Bakım hemşirelerinin terapötik empati düzeyleri arttıkça duygusal emek stratejilerinden derinlemesine davranış ve samimi davranış düzeyleri artacaktır şeklinde öngörülen H2 ve H3 test edilmiş ve istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermediği sonucuna ulaşılmıştır. Böylelikle H2 ve H3 hipotezleri rededilmiştir.

Empatik eğilimi yüksek hemşirelerin yüzeysel davranış gösterme puanlarının daha düşük olması beklenen bir durumdur. H4: yataklı hasta Servisi ve yoğun bakım hemşirelerinin terapötik empati düzeyleri arttıkça duygusal emek stratejilerinden Yüzeysel Davranış düzeyleri azalacaktır şeklinde öngörülen H4 ve H5 test edilmiş ve istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermediği sonucuna ulaşılmıştır. Böylelikle H4 ve H5 hipotezleri rededilmiştir.

Empati ile duygusal emek arasında ilişkiyi inceleyen literatür bulgularına bu araştırma süreci boyunca rastlanmamıştır.

Empatik eğilimi yüksek hemşirelerin derinlemesine davranış puanlarının daha yüksek çıkması beklenen bir durumdur. Araştırmamızın sonuçları istatistiksel olarak bu bulgular ile uyumlu olmamıştır. Empatik eğilimi yüksek hemşirelerin duygusal çaba puanlarının daha yüksek çıkması beklenen bir durum değildir. Araştırmamızın sonuçları bu bulgular ile de uyumlu değildir. Hemşireler hem yüksek empati eğilimi gösterirken hem de yüksek duygusal çaba göstermektedirler. Bu durumu hemşirelerin iş yüküne bağlı olarak her ortamda ve çeşitli problemliler durumlarda da fazladan hasta bakımı ile ilgili duygusal emek üretmeye devam ettikleri duygusal çaba gösterdikleri şeklinde yorumlayabiliriz.

Hasta sayısının standartların üzerinde olması, hasta bakımı dışındaki fazladan görevler hemşirelerin arzu ettikleri halde istedikleri derinlemesine ve duyguların doğal yolla ifade edilmesi stratejilerini kullanamamalarına neden olabilir. Literatürde duyguların doğal yolla ifade edilmesi stratejisinin faktör analizi sırasında kapsam dışında kalması bu şekilde açıklanabilir. Duyguların doğal yolla ifade edilmesi boyutunun yerine “Duygusal çaba harcama” boyutu elde edilmiştir. Hemşirelerin hastalarla iletişimlerinde sırasında, doğru duygusal

tepkileri verebilmek adına duygu gösterimlerini yönetme gayretlerini ifade etmektedir.

Literatürde yüzeysel ve derinlemesine davranışın aynı anda kullanılabilmesi söylenmektedirler. Yüzeysel ve derinlemesine davranışları uygulama sırasında bunlardan biri durumun dinamiğine uygun olarak diğerine dönüşebileceğini, böylece ötekinin uygulanmasını takviye edebileceğini belirtmektedirler. Araştırma verileri yüzeysel davranışın derinlemesine davranışa göre daha düşük iş doyumuna neden olduğunu söylemektedir (Brotheridge, 2002, Akt: Larson ve diğ., 2005). Yoğun bakım hemşirelerinin yaklaşık % 75' i Meslek Yaşamlarının sağlık, aile ve özel yaşama zaman ayırma, uyku ve düzen, çalışma saatleri' vardiya yönünden kendilerini olumsuz ve çok olumsuz olarak etkilediklerini belirtmişlerdir. Yoğun Bakım hemşirelerinin Meslek Yaşamlarının sağlık, aile ve özel yaşama zaman ayırma, uyku ve düzen, çalışma saatleri, vardiya yönünden kendilerini olumsuz ve çok olumsuz olarak algılamaları yataklı hasta servis hemşirelerine göre anlamlı derecede farklılık göstermesinin ve meslekten ayrılma niyetlerinin yoğunluğuna rağmen duygusal emek vermeye devam ettiklerini, kendilerinden beklenen ve kendilerinin de arzu ettiği derinlemesine davranış yerine yüzeysel davranış boyutunu kullandıklarını ve bunun sonucu olarak mesleğinden memnuniyetsizlik duyabileceği şeklinde yorumlayabiliriz.

Araştırmaya katılanların Yaşam Kalitesi ortalamaları çalıştıkları üniteye göre anlamlı derecede farklılık gösterdiği sonucuna varılmıştır. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Yaşam Kalite ortalamasının daha düşük olduğu sonucuna varılmıştır. Tablo incelendiğinde Yaşam kalitesi ortalamasının "p" değerlerinin 0,05 seviyesinin altında olduğu görülmektedir. Yaşam kalitesi anlamlılık düzeyi 0,013'dür. Araştırmaya katılanların yaşam kalitesi ortalamalarının hemşirelerin yoğun bakım ünitesinde ve yataklı hasta servisinde çalışıyor olmalarına bağlı olarak anlamlı derecede farklılık gösterdiği sonucuna varılmıştır. Böylece H6 desteklenmiştir.

Üstün'ün (2009) çalışmalarında ise hemşirelerin en çok yaşadıkları stresörlerin başında hemşire yetersizliği, çalışma hayatının sosyal hayatı olumsuz etkilemesi, ödüllendirmenin yetersiz olması, öfkeli hastaya ve sürekli istekte bulunan hastaya yaklaşımda zorlanma olduğu şekline bulgulara rastlamıştır. Bu sonuçlar bizim araştırmamızdaki bulguları destekler

niteliktedir. Hemşirelerin iş yükünün artmasının nedeni, ilgili sağlık kuruluşunun Özel dal hastanesi olması ve Göğüs ve Damar Cerrahisi alanında hastaların teşhis ve tedavisinin kendine özgü acil, riskli durumlara daha fazla sahip olması olduğu düşünülebilir. Aynı zamanda Kalite/akreditasyon çalışmaları nedeniyle yoğun bakım hemşirelerinin bir yandan da bakıma ayırdıkları zamanın yanı sıra form doldurma ve malzeme takibi gibi işlere zaman ayırmak zorunda olmaları iş yüklerinin artmış olabileceği algısını geliştirmiş olabilir. Hemşire yetersizliğine bağlı olarak iş yükü artmış hemşirenin yüzeysel davranış gösterme olasılığı artacağını düşünebiliriz. Yaptıkları işten memnun olmayan hemşirelerin hem bakım verdikleri hastalardan hem de mesleki sorumluluklarından uzaklaştığı bildirilmektedir (Demerouti ve ark. 2000). Aynı zamanda çalışma hayatındaki iş yükleri nedeniyle hemşirenin sosyal hayatını olumsuz etkilemesi yüzeysel davranma olasılığını arttıracakı beklenebilir.

### **6.3 Duygusal Emek Ölçeğinin Geçerliliği ve Güvenirliliği**

Araştırmanın sonuçları duygusal emek faktörleri analizine bağlıdır. Çünkü araştırma sonuçları duygusal emek boyutlarının faktörlerine dayalı olarak yorumlanmaktadır.

Literatüre göre işgörenler, duygusal emek gösterirken üç farklı mekanizmadan birini kullanmaktadırlar. Bunlar; derinlemesine davranış, yüzeysel davranış ve duyguların doğal yolla ifade edilmesi (samimi davranış) dir. Derinlemesine davranış, işgörenin gerçek hislerini göstermek zorunda olduğu davranışlarla uyumlu hale getirmesidir. Yüzeysel davranış, işgörenin gerçek hisleri farklı olduğu halde kendisinden beklenen duygu ifadesini göstermesidir. Samimi davranış ise, işgörenin gerçek duygularıyla yansıtmak zorunda olduğu duyguların zaten aynı olması durumunda ortaya çıkan davranış türüne verilen addır.

Duygusal emek, bir takım olumlu sonuçları beraberinde getirebilmektedir. Örneğin, duygusal davranış kuralları sayesinde hastalara karşı doğru davranışları sergilemek, hemşireler arasında oluşması muhtemel pürüzleri en aza indirebilir ve böylece kaliteli hasta bakımı performansını artırabilir. Dolayısıyla, hemşirelerin sağladıkları hasta memnuniyeti sağlık hizmetlerini ve sağlık kuruluşunu olumlu etkileyecektir. Olumlu taraflarının

varlığına karşın, duygusal emek hemşireler açısından bir takım olumsuz sonuçları da beraberinde getirebilmektedir. Bilindiği gibi duygular son derece kişiye özel olgulardır ve bunların dışarıdan yönlendirilmesi bazıları için oldukça rahatsız edici olabilmektedir. Hasta bakımının özellikleri, hemşirelerin kişisel özellikleri ve sağlık kuruluşunun beklentilerine bağlı olarak duygusal emek; işinden doyum sağlamama, tükenmişlik, yabancılaşma ve işe bağlı stres gibi önemli bazı olumsuzluklara yol açabilmektedir. Duygusal emeğin olumsuz sonuçları genellikle yüzeysel davranışla ilişkilendirilmektedir. Kişilerin hissettikleri duygularla gösterdikleri duyguların birbirinden farklı olmasının, duygusal çelişki yaşamalarına yol açacağı; bunun da olumsuz sonuçları beraberinde getireceği düşünülmektedir. Bahsedilen olumsuz sonuçlar içerisinde üzerinde en fazla durulanlar ise iş doyumsuzluğu ve tükenmişliktir. Bunun sebebi bu iki olgunun, sonuçları itibariyle sağlık kuruluşu, hasta hem de hemşireler açısından oldukça önemli oluşudur.

Bu çalışmada, sağlık sektöründe duygusal emek kullanımı ile, empati eğilimi ilişkisi açıklanmaya çalışılmıştır. Bu amaçla İstanbul'da, kamu sektörüne bağlı hastanede çalışan yoğun bakım hemşireleri üzerinde bir alan çalışması gerçekleştirilmiştir. Hemşirelik mesleğinin doğası gereği, hemşire ve hasta yüz yüze iletişim kurmak mecburiyetindedirler. Bilindiği gibi, hemşireler gün boyunca çok sayıda hastayla ilgilenmekte, dolayısıyla insan ilişkilerinin oldukça yoğun olarak yaşandığı bir iş ortamına sahip olmaktadır. Bu hemşire hasta etkileşimine bağlı kişilerin duygularını yönetmeleri, dolayısıyla hemşirenin duygularını yönetmeleri üzerine kuruludur.

Hasta bakımı sırasında hemşire hem sosyal hem mesleki hem de sağlık kuruluşunun standartlarına uymak zorundadırlar. İlave olarak da yoğun bakım ünitesinin yoğun iletişimin beraberinde getirdiği duygusal yükün de fazla olduğu söylenilebilir. Başka bir ifadeyle, hemşirelerin, işlerini yaparken fiziksel ve zihinsel olarak gösterdikleri emeğin yanı sıra, önemli düzeyde de duygusal emek göstermeleri kaçınılmaz gözükmektedir.

116 hemşireden oluşan örnekleme; Grandey'in (1999) geliştirdiği ve 26 sorudan oluşan Duygusal Emek Ölçeği ile birlikte demografik soruları da içeren bir anket uygulanmıştır. Duygusal emek ölçeği üzerinde yapılan faktör analizi, ölçeğin geliştirilip kullanıldığı orijinal çalışmadan farklı sonuçlar vermiştir. Grandey (1999) tarafından, ABD'de bir üniversitenin akademik

olmayan personeli üzerinde gerçekleştirilen bir çalışma için geliştirilen bu ölçek; yüzeysel davranış, derinlemesine davranış ve samimi davranış olmak üzere üç boyutu ölçmektedir. Bizim çalışmamız kapsamında gerçekleştirilen analizde ise üç boyutlu bir yapı ortaya çıkmıştır. Bu üç boyut arasında yüzeysel davranış ve derinlemesine davranış boyutları mevcuttur. Ancak, duyguların doğal yolla ifadesi (samimi davranış) boyutunu ölçen ifadeler analiz dışında kalmıştır. Bunların dışında; duygusal çaba harcama olmak üzere farklı bir boyut daha elde edilmiştir.

Duyguların doğal yolla ifadesi, bir başka deyişle samimi davranış boyutunu ölçen faktörün analiz dışında kalma nedeni, araştırma yapılan hastanenin kuruluşunun henüz tamamlanmış olması ve kalp damar cerrahisi gibi kritik özel dal hastanesi olmasından kaynaklanan extra iş yükünden kaynaklanıyor olabilir. Araştırma sırasında hemşirelerle bireysel görüşmeler sırasında yeni bir hastane olmasına bağlı olarak kuralların, standartların belirlenmesi ve kalite belgesi çalışmalarına yönelik olarak daha önce çalıştıkları hastanelere oranla fazladan pek çok iş yapmak zorunda kaldıklarına dair ifadelere rastlanmaktadır. Hasta bakımına yönelik rollerinin yanı sıra hemşirelerin fazladan iş yüklerine bağlı olarak duygusal emek stratejilerinden duyguların doğal yolla ifade etme stratejisini kullanma oranları düşük kalmış olabilir. İş yerindeki yerine getirilmesi gereken belirli kurallar çalışanın yerine getirmesi gereken bir rol olarak algılanır ve ötekiler ise fazladan bir rol olarak algılanır. Fazladan rol yapma gereklilikleri fazladan davranış talebi olarak yorumlanır. Bundan dolayı bu fazladan gereklilikler sırasında, çalışanlar sahici davranamazlar. Öte yandan, rol gereklilikleri ise kurallara uygun bir şekilde yerine getirilir. (Diefendorff, Richard ve Croyle, 2006).

Duygusal gösterim kurallarının algılanmasındaki farklılıklar farklı duygusal emek stratejilerinin oluşmasına neden olur. Çalışanların duygusal gösterim kurallarına yönelik algılamaları arttıkça daha fazla duygusal emek sarfetme ihtiyacı duyuyorlar. Bu durumun, iki ülke arasındaki kültürel farklılıklardan kaynaklanıyor olabileceği düşünülmektedir. Bununla birlikte, ölçek sağlık sektörüne özel olarak geliştirilmiş de değildir. Bu nedenle, boyutların sağlık sektörünün kendine has yapısı dolayısıyla farklılaşması da mümkündür. Elde edilen bu üç boyut üzerinde yapılan güvenilirlik analizleri, boyutların güvenilir olduğu sonucunu vermiştir.



## 7. BÖLÜM - SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırmanın bulgularını genel olarak özetlemek gerekirse:

1-Araştırmanın birinci hipotezi, yataklı hasta servisi hemşirelerine göre, yoğun bakım hemşirelerinin terapötik empati düzeyleri daha yüksek olacağı idi. Yapılan analizlerde, empati düzeylerinin bu değişkenlere bağlı olarak farklılık olmadığı sonucu elde edilmiştir. Yani, örneklemin çalışılan ünite özelliklerine bağlı olarak empati düzeylerinde herhangi bir değişiklik gözlemlenmemiştir. Böylece H1 hipotezi reddedilmiştir. Empati düzeylerinin çalışılan üniteye göre farklılık göstermemesi diğer araştırmalarda da gözlemlenen bir durumdur.

2- Araştırmanın ikinci hipotezi yataklı hasta servisi hemşirelerinin terapötik empati düzeyleri arttıkça, derinlemesine ve samimi davranış düzeylerinin artacağı idi. Faktör analizi sırasında Duyguların doğal yolla ifadesi (samimi davranış) zaten en başında kapsam dışında kalmıştı. Yapılan analizde, yataklı hasta ünitelerinde çalışan hemşirelerin terapötik empati düzeyleri arttıkça derinlemesine davranışın artmadığı tespitini yaparsak öyleyse yüzeysel davranış ortalamaları da azalmayacaktır şeklinde yorumlayabiliriz. Yüzeysel davranış, gerçekte hissedilmeyen duyguların sergilenmesi davranışı olarak birçok kişiye zorlayıcı gelebilmektedir. Duygusal emek boyutların çalışılan üniteye bağlı olarak nasıl farklılıklar gösterdiğinin anlaşılabilmesi için daha fazla sayıda araştırmaya ihtiyaç var gibi görünmektedir. Literatürde yataklı servis ve yoğun bakımı ünitelerini karşılaştırmalı olarak inceleyen fazla çalışmaya rastlanmamıştır.

3- Araştırmanın üçüncü hipotezi yoğun bakım hemşirelerinin terapötik empati düzeyleri arttıkça, derinlemesine ve samimi davranış düzeylerinin artacağı idi. Yapılan analizde, yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin terapötik empati düzeyleri arttıkça derinlemesine davranışın artmadığı tespitini yaparsak öyleyse yüzeysel davranış ortalamaları da azalmayacaktır şeklinde yorumlayabiliriz. Yüzeysel davranış, gerçekte hissedilmeyen duyguların sergilenmesi davranışı olarak birçok kişiye zorlayıcı gelebilmektedir

4- Yüzeysel davranış ile empati arasındaki ilişki beklenen yönde çıkmamıştır. Araştırmanın dördüncü hipotezi yüzeysel davranış ile empati arasında arasında negatif yönlü bir ilişki olduğunu ifade etmekteydi. Terapötik empati eğilim düzeylerinin artmasına bağlı olarak yüzeysel davranışların

azalacağına ilişkin konunun anlaşılabilmesi için daha fazla sayıda araştırmaya ihtiyaç var gibi görünmektedir. Literatürde empati ile yataklı hasta servisi hemşirelerinin ilişkini inceleyen çalışmaya rastlanmamıştır.

5- Araştırmanın beşinci hipotezi yoğun bakım hemşirelerinin yüzeysel davranış ile terapötik empati arasında negatif yönlü bir ilişki olduğu idi. Ancak, bu çalışmada yüzeysel davranışla empati arasında güçlü bir bağ kurulamamıştır. Bu, beklenen yönde bir sonuç değildir. Derinlemesine davranış, iletişim kurulan diğer tarafı anlamaya çalışmakla ilgilidir. Böylece, doğası gereği empati içeren bir davranış tipi olduğunu söylemek yanlış olmayacaktır. Duygusal emek gösterirken derinlemesine davranış stratejisini kullanma eğilimine sahip olmanın, işgörenin hizmet sunduğu kişilere karşı hissizleşmesi, onları birer insandan çok objeymiş gibi görmesi anlamına gelen duyarsızlaşmayı azaltması tahmin edilebilir bir sonuçtur.

6-Araştırmanın altıncı hipotezi yataklı hasta servisi hemşirelerine göre yoğun bakım hemşirelerinin yaşam yaşam kalitesi ile ilgili algılamaları daha olumsuz olacaktır şeklinde öngörülmüştü. Beklendiği gibi yoğun bakım hemşirelerinin yaşam kalitesi ile ilgili algılamaları daha olumsuz çıkmıştır. Yoğun bakımlardaki iş ortamına ait bazı stres kaynaklarından etkilendiğini düşündürmüştür.

Bu araştırmada, hasta bakımında duygusal emek kullanımı ile bunun hemşirenin empati eğilimi arasındaki ilişkisi açıklanmaya çalışılmıştır. Bu amaçla İstanbul Küçükçekmece’de, kamu sektörüne bağlı bir hastanede çalışan hemşireler üzerinde bir alan çalışması gerçekleştirilmiştir. Hemşirelik mesleğinin doğası gereği, hizmet sunan ile sunulan, yani hemşire ve hasta yüz yüze iletişim kurmak mecburiyetindedirler. Bilindiği gibi, birçok hemşire gün boyunca çok sayıda hastayla ilgilenmekte, dolayısıyla insan ilişkilerinin oldukça yoğun olarak yaşandığı bir iş ortamına sahip olmaktadır.

Böyle düşünüldüğünde, mesleklerini icra ederken hem sosyal hem mesleki hem de örgütsel normlara uymak zorunda olan hemşireler için, söz konusu yoğun iletişimin beraberinde getirdiği duygusal yükün de fazla olduğu söylenilebilir. Başka bir ifadeyle, hemşirelerin, hasta bakımı sırasında fiziksel ve zihinsel olarak gösterdikleri emeğin yanı sıra, önemli düzeyde de duygusal emek göstermeleri kaçınılmaz gözükmektedir. Bu noktadan hareketle çalışma, hemşireler üzerinde gerçekleştirilmiştir. Çalışmada anket yöntemi

kullanılmıştır. 116 hemşireden oluşan örnekleme; Grandey'in (1999) geliştirdiği ve 26 sorudan oluşan Duygusal Emek Ölçeği, empati eğilim ölçeği ile birlikte demografik soruları da içeren bir anket uygulanmıştır.

Yoğun bakım Hemşirelerinin genel olarak duygusal emek stratejilerini etkileyen diğer faktörlerin de varlığı bilinmekle birlikte bu araştırmada konu kapsamına alınmamıştır. Duygusal emek stratejilerini etkileyen diğer faktörler üzerinde kuramsal açıklamalar bölümünde aktarılmış olup bu çalışmanın ana konusu olmamıştır. Duygusal emek kavramının Sağlık sektörü açısından geçerli olup olmaması günümüzde artık tartışılmamaktadır ancak duygusal emek stratejilerinden hangisinin (yüzeysel davranış, derinlemesine davranış ve duyguların doğal yolla ifade edilmesi; samimi davranış) hasta bakımında geçerli olup olamayacağı tartışma konusu olabilir. Duyguları hastanın iyiliği için işin içine karıştırmayalım diyenler bir tarafta, hasta bakımında duygular işin içinde olmalı diyenler öbür tarafta vaziyetlerini almaktadırlar. Farklı görüşler olsada bu çalışmada hemşirelik mesleği özellikle de Yoğun Bakım Hemşireliği için yoğun duygusal emek gerektiren bir meslek olarak değerlendirilmiştir. Bu kapsam dahilinde duygusal emek ile birlikte empati ve duygusal emek ile olan ilişkisi araştırma konusuna dahil edilmiştir.

Hemşirelerden duygusal olarak besleyici ve hoşgörülü olmaları beklentisi, işverenlerin isteklerinden ziyade, profesyonel hasta bakım standartları ve hasta beklentilerinden kaynaklanmaktadır. Hasta bakımında bütüncül yaklaşımın öneminin giderek değer kazanması ile empati bugünkü hasta-hemşire ilişkilerinin kritik bir parçası olmaya devam etmektedir.

Diğer hemşirelerden daha fazla olarak yoğun bakım hemşirelerinin hasta ile etkileşimde davranışlarını kendilerinden beklenen şekilde adapta etmeleri ve hastaya empatik yaklaşımları beklenmektedir. Ancak terapötik empatinin hasta hemşire ilişkisinde basitçe verilmesi yeterli olmamaktadır. Terapötik Empatik beklentinin karşılanabilmesi için hemşirelerin hastanın hem duygusal hemde bilişsel reaksiyonlarını anlayabilmesi gerekmektedir. Eğer empatik süreci duygusal emek olarak ve gösterim kuralları olarak belirli sosyal davranışların hastanın beklentisi olarak göz önünde bulundurursak, duygusal emek boyutlarından biri olan yüzeysel davranış stratejisi sayesinde hemşire empatik süreç veya kişisel-içsel sonuçlar olmadan hasta ile ilişki kurar. Öte yandan derinlemesine davranış gösteren hemşire aktif bir şekilde kendini empatik

sürece dâhil eder ve kişisel-içsel sonuçları meydana getirir. Oluşan kişisel süreçler ise doğal olarak hastanın hemşireden empatik beklentileri ile uyumlu sosyal davranışları üretir.

Hasta bakımında hemşirelerin duygusal emekleri yaşamsal bir öge olarak görülmektedir. Yine sağlık hizmetlerindeki örneklerle hastalar için yaşamsal bir önemi olan duygusal emek stratejilerinin vazgeçilmez olduğu durumları bize göstermektedir. Hemşirelik bakımı ve duygusal emeğin hemşirelik mesleğinin tam kalbinde olduğu düşünülmelidir (Smith, 2005).

Literatüre göre çalışanlar, duygusal emek sarfederken, derinlemesine davranış, yüzeysel davranış ve duyguların doğal yoldan gösterilmesi stratejilerini kullanmaktadırlar. Duygusal emek, bir takım olumlu sonuçları beraberinde getirebilmektedir. Duygusal davranış kuralları sayesinde hastalara karşı doğru davranışları sergilemek, hemşirenin hastası ile arasında terapötik empati iletişiminin gerçekleşmesi sayesinde kaliteli hasta bakımının sağlanmasını ve böylece kişisel performansını artırabilir. Bazı olumlu sonuçlarına karşın, duygusal emek çalışanlar için bir takım olumsuz sonuçları da beraberinde getirebilmektedir. Hasta sayısının standartların üzerinde olması, hasta bakımı dışındaki fazladan görevler hemşirelerin arzu ettikleri halde istedikleri duygusal davranış stratejilerini kullanamamalarına neden olmaktadır. Hasta bakımının özellikleri, hemşirenin kişisel özellikleri ve sağlık hizmet örgütlerinin beklentilerine bağlı olarak duygusal emek; işinden doyum sağlamama, tükenmişlik, yabancılaşma ve işe bağlı stres gibi önemli bazı olumsuzluklara yol açabilmektedir. Duygusal emeğin olumsuz sonuçları genellikle yüzeysel davranışla ilişkilendirilmektedir. Kişilerin hissettikleri duygularla gösterdikleri duyguların birbirinden farklı olmasının, duygusal çelişki yaşamalarına yol açacağı; bunun da olumsuz sonuçları beraberinde getireceği düşünülmektedir. Bahsedilen olumsuz sonuçlar içerisinde üzerinde en fazla durulan ise bakım sürecinde hastanın sağaltımında değeri olan empatik iletişimin eksikliğine bağlı olarak hastaya yabancılaşma şeklinde sonuçlar doğurmaktadır. Sonuçları itibariyle hem hasta hem de hemşire açısından oldukça önemli oluşudur.

Hasta ile empatik iletişimde hastanın durumu ile ilgili kaygı (duygusal reaksiyona paralel) hisseden hemşire duygusal ve bilişsel rol yapmayı başlatabilir. Bu durum hemşirenin hastasını anlamayı arttıracaktır ve

dolayısıyla kişilerarası uyumu ortaya çıkartacaktır. Kişilerarası sonuçlar ayrıca kişisel-işsel sonuçları ve öncülleri etkiler. Hastayı sakinleştiren empatik iletişim ayrıca hemşirenin kendi stresini yatıştırmasına aynı zamanda hastanın kaygısının azaltılmasına yardım eder.

***Araştırmanın Kısıtlılıkları;*** Araştırmanın en önemli kısıtı, duygusal emek ölçeğinin, profesyonel çalışmalarla dilimize uyarlamasının yapılmamış olmasıdır. Kullanılan ölçek, Amerika Birleşik Devletleri'nde; oradaki kültürel yapı ve yaşam biçimi baz alınarak geliştirilmiştir. Daha önce de bahsedildiği gibi duygusal emek konusu, Türkiye'de üzerinde çok fazla çalışılmamış bir konudur. Bu yüzden, kavramın bizim ülkemize ve kültürümüze en uygun düşecek şekilde nasıl ölçülebileceği henüz netlik kazanmamıştır. Kavramın ülkemizde daha sağlıklı bir şekilde ölçülebilmesi için bir duygusal emek ölçeği geliştirme çalışmasının yapılması önemli görülmektedir.

Araştırmanın bir diğer kısıtı, Yoğun Bakım Hemşirelerinin çalışma koşullarının yoğunluğu ve vardiyalı çalışma sistemi nedeni ile dolayısıyla, anketlerin cevaplanması birkaç haftalık bir sürece yayılmıştır. 180 anket formu dağıtılmış, 140 tanesi geri dönmüş ve 116 tanesi araştırmaya uygun bulunmuştur. Dolayısıyla araştırma örneklemini planlanan sayıdan daha küçük olmuştur. Ancak bu geri dönüş oranını sağlayabilmek için, birçok hemşirenin anketi cevaplarırken bizzat yanında refakat edilerek ve sorularına cevap verilerek anketi sağlıklı bir şekilde doldurmaları için yardımcı olunmuştur. Araştırma, örneklemini oluşturan hemşirelerin cevapları ile sınırlıdır. Tek kurumda yapıldığı için çalışma genellenemez. Bu çalışma sadece özel dal hastanesine uygulanmıştır. Dolayısıyla tüm sağlık hizmetleri sektörüne genellenemez. Gelecekteki araştırmalar, özel dal hastanesi ile karşılaştırmak amacıyla öteki sağlık hizmetlerine uygulanabilir. Hemşireler ile görüşmeler sırasında kısıtlı zamana rağmen yine de araştırmaya katılım göstermekte gönüllü oldukları gözlenmiştir. Ancak anket uygulamaları sırasında bir yandan kritik hasta bakımını sürdürürken bir yandan anket sorularını cevaplamaları verilen cevaplar açısından sağlıklı olmayabilir. Bu problemi çözmek için sağlık kurumlarında yapılan araştırmalar için kurumun ve ilgili bakanlıkların özel bir düzenleme yapması ihtiyacı mevcuttur.

Araştırmanın bir diğer kısıtı da formların doldurulması sırasında hasta bakımının devam etmesi ve kısıtlı zaman nedeniyle hemşirelerin sosyal yaşam

ve yaşam kalitesi özelliklerini yordamak amacıyla kullanılan formun yeterli soruları ihtiva etmemesidir. İlerideki çalışmalarda Dünya Sağlık Örgütü'nün geliştirdiği 27 sorudan oluşan “Yaşam Kalitesi Ölçeği” kullanılabilir. (WHOQOL Group, 1998). Eser ve ark. (1999) tarafından Türkçe'ye çevirilerek geçerlilik–güvenilirlik çalışması yapılmıştır. (Eser ve ark.,1999).

Literatürde de derinlemesine davranış ile empati eğilimi arasında çok net ilişkiler kurabilen çalışmalara rastlanmamıştır. Araştırmanın sonuçları, araştırmanın yapıldığı sağlık sektörü ile bağlantılı olarak düşünülmelidir. Bütün sağlık hizmet sektörüne genellenemezler. Ülkemizde, duygusal emek davranışlarının, duygusal emek gösterirken seçilen stratejilerin hemşirelere ve hastalara olan etkisinin tam olarak anlaşılabilmesi için daha birçok çalışmaya ihtiyaç vardır. Konunun farklı ünitelerde ve sağlık meslek gruplarında araştırılması, sonuçların karşılaştırmalı olarak değerlendirilebilmesine imkân verecektir. Bu çalışma, ülkemizde duygusal emek üzerine yapılan öncü çalışmalardan biri olmakla birlikte; hemşirelerin duygusal emek davranışlarını konu alan ilk çalışma olma özelliğine sahiptir. Bu yüzden, elde edilen sonuçların bu alanda yapılacak başka çalışmalarla da desteklenmesi faydalı olacaktır. Araştırma, tek bir hastanede gerçekleştirilmiş, böylece oldukça sınırlı bir örnekleme ulaşılabilmektedir. Başka hastanelerde yapılacak çalışmaların veya daha büyük örneklerle elde edilecek verilerin bu sonuçları destekleyip desteklemeyeceği henüz bilinmemektedir.

Hemşirelerin %38,1'i günde (bir-üç) hastaya, %27,1'i (4-5) hastaya, %8,5'i (altı-dokuz) hastaya, %26,3'ü (10 ve üzeri) hastaya bakmaktadır. Buna göre Yoğun Bakımlarda çalışan hemşireler Yoğun Bakım Ünitesinin niteliğine göre 1-3 ve 4-5 hasta bakımından sorumlu olurken öte yandan Yatan Hasta Servis hemşireleri yaklaşık günde 10'nun üzerinde hastanın bakımından sorumludur. Gelecekteki araştırmalarda istatistiksel olarak 6-9 ve 10 hasta ve üzeri gurubun birleştirilmesi ve analizlerinin yapılması ile daha farklı sonuçlar çıkarabileceği düşünülebilir.

**Önerilere gelince** sağlık kuruluşlarında gelecekteki çalışmalar öteki sağlık çalışanları ve hastaları da içermelidir. Duygusal emeğin cinsiyet, kültür, kişilik ve profesyonel engelleri daha detaylı çalışılmalı ve dökümante edilmelidir. Hemşirelikte ve sağlık kuruluşlarında duygusal emeğin farklı türlerinde de daha ileri karşılaştırılmalı araştırmalar yapılmalıdır. Bu ileri

araştırmalar duyguların sağlık hizmetlerini nasıl koruduğunun resmini bize gösterecektir. Örneğin hemşirelerin, doktorların, terapistlerin ve öteki sağlık personelinin çalışmalarındaki farklı duygusal emek çalışmalarına bakmak gerekir. Bu duygusal emeği açıklığa kavuşturacak ve sağlık hizmetlerinde ulaşılabilir bakım tekniklerinin geliştirilmesine katkıda bulunacaktır (Smith, 1992; Hunter ve Smith, 2007). Daha ileri araştırmalar ile duygusal emeğin cinsiyetçi doğasını ve sözde ataerkil mesleklerin (doktorlar gibi) eğitiminde günlük uygulamalarında araştırılması yapılmalıdır.

Hasta bakımı esnasında ve sonrasında çeşitli tipte duygular açığa çıkmaktadır. Özellikle hemşire- hasta etkileşiminin yüksek olduğu hizmetlerde Yoğun Bakım Hemşirelerinin hem kendi duygularını hem de hastasının duygularını yönetebilmesi “ilişki kalitesi” açısından önem taşımaktadır. Bu tez hemşirelerin hasta bakımı ile ilgili her ortamda ve çeşitli problemlilerde da duygusal emek üretmeye devam ettiklerini göstermiştir. Yoğun bakım hemşirelerinin duygusal emekleri içsel ve dışsal baskılara rağmen hasta, hasta yakınları ve meslektaş ilişkilerini desteklemeye devam etmektedir. Bunu yaparken sağlık kuruluşları da hasta bakımında hemşirenin duygusal emeklerini kullanmaya devam etmektedir. Ancak diğer taraftan duygulara yönelik olarak hizmet görmek, özellikle hizmet verenin kendinde var olmayan olumlu duyguları takınarak hizmet vermesi, zamanla işgöreni yıpratacak ve işe ve/veya kendisine yabancılaşma ve tükenme baş gösterebilecektir.

Hemşirelerin verimli olarak çalışmalarını sağlayacak etmenlerin başında yaşam kalitesi gelmektedir. alışanlarını mutlu etmeyen sistemler yararlananlar için de etkin olamaz. Sağlık bütünsel bir kavramdır, yaşamın hiçbir öğesinden ayrı düşünülmez. Bu yaklaşım kapsamında sağlık kuruluşlarında çalışan hemşirelerin yaşam kalitelerini yükseltilmeye yönelik olarak, mesleklerinden kaynaklanan olumsuzluklar nlenmeye çalışılmalı; özlük hakları düzeltilmeli, kendine zaman ayırabilme, yeterli uyku ve dinlenme olanağı sağlanmalıdır. Özellikle yoğun bakım hemşirelerinde yaşam kalitesi algılamasının daha kötü bulunduğu için, bunu etkileyen uzun çalışma saatleri, yorucu iş temposu, kendine zaman ayıramama ve sosyal aktivitelere katılamama gibi ve yaşam kalitesinin bozulmasına dair bileşenlerin incelendiği daha ileri araştırmalar yapılmasında yarar görülmektedir.

Hemşirelerin demografik ve mesleki özellikleri istatistiksel olarak anlamlı fark oluşturmazken yaşam kaliteleri açısından anlamlı farklılık oluşturmasının nedenini hemşirelerin mesleki bilgi ve beceriler ile işlerini yapmaya devam ettiklerini ancak bunu yaşam kalitelerini bozmak pahasına yaptıklarını söyleyebiliriz. Çalışmanın duygusal emeğin bir yandan hastanın duygusal ihtiyaçlarının karşılanmasında vazgeçilmez bir olgu iken diğer yandan sağlık personelinin potansiyel istismarı durumunun açıklığa kavuşturulması gerektiği konusunda bundan sonraki araştırmacılara fayda sağlayacağı düşünülmektedir (Gray, 2008).

Duygusal davranış kurallarının uygulanabilirliğini sağlamak için yoğun bakım hemşirelerinin hasta-hemşire ilişkileri konusunda okul süreçlerinde ve mezuniyet sonrası sürekli eğitim programı çerçevesinde yeterli eğitim almaları sağlanmalıdır. Hemşireler okuldaki eğitimleri sırasında zaman yönetimi, kaynakların yönetimi, para yönetimi gibi pek çok şeyi yönetme becerisi kazandıkları gibi duygularını nasıl yönetebileceği ve duygusal gereksinimlerini nasıl ifade edebilecekleri, stresleri ile başa çıkabilme becerileri konusunda da eğitim almaları sağlanmalıdır.

Yöneticilerin, Yoğun Bakımda çalışan hemşirelere özel bir önem vermesi, iş doyumlarının sağlanması, hatta ekstra yetkilerle donatılması, hemşirenin hasta ile iletişimini olumlu etkileyebilecek ve hastalar tarafından ilişki kalitesinin yüksek algılanmasına neden olabilecektir. Yoğun Bakım Hemşirelerinin duygu ağırlıklı işçiliği, onların insan ilişkileri bakımından daha iyi donatılmasını gerektirmekte ve Yoğun Bakım Ünitelerinde görev alacak hemşirelerin işe alınırken, duygulara yönelik hizmet verip veremeyeceklerinin önceden belirlenmesi özel bir önem arz etmektedir. Çünkü Yoğun Bakım Hemşiresi Ölüm riski yüksek hastalara kritik bir konumda hizmet vermekte ve hastanın iyileşme ve yaşama yeniden sarılmasını belirleyebilecek ilişki kalitesinin düzeyini ciddi bir biçimde etkileyebilmektedir. Hemşireler artık mesleki rollerinin bir parçası olarak, hasta bakımı sırasında bir takım duygusal mesajlar vermek, kendi duygularını kullanarak hastanın duygularını etkilemek görevini de üstlenmiş bulunmaktadır. İşte duygusal emek bu noktada ortaya çıkmakta hemşirelerin işlerinin bir parçası olarak duygu gösterimlerini hasta bakımı standartlarına uygun hale getirmeleri anlamına gelmektedir.



Son olarak, yoğun bakım hemşirelerinin araştırma sırasında çalıştıkları hastanede yoğun bakım sürelerinin yanı sıra daha önceki kurumlardaki yoğun bakım çalışma sürelerinin de sorgulanması empati ile yoğun bakım hemşirelerinin empati düzeyleri arasında farklı sonuçlar doğurabileceği de düşünülebilir. Bununla birlikte gelecekteki araştırmalarda duygusal emek ve empati konusunda hemşirelerle yüzyüze daha kapsamlı görüşmeler yapmak önem arz etmektedir. Hedef gruplara uygulanan nitel araştırma yöntemleri yanı sıra derinlemesine görüşme metodunun uygulanması da daha sağlıklı sonuçların oluşmasına katkıda bulunacaktır.

## KAYNAKÇA

Alptekin, K., Demirel S . *Hasta Hakları*.

<http://www.saglik.gov.tr/extras/hastahaklari/hastahaklari.doc> 10,08,  
2011

Akça, F. (2008). Örgütsel Tükenmişlik ve Stres. M. Özdevecioğlu, H.

Karadal (Ed.),*Örgütsel Davranışta Seçme Konular: Organizasyonların Karanlık Yönleri ve Verimlilik Azaltıcı Davranışlar*, Ankara: İlke Yayınevi.

Akgöz, S., Özçakır A., Atıcı, E. ve ark. (2005). The Emphatic of Phisicians Employing in Health, Application an Research Center of Uludağ Universty. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 13 (2), 97–104.

Ardahan, M. (2003). Hemşirelerin Savunuculuk Rolü, Cumhuriyet Üniversitesi, *Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 7 (2), 23–27

Ashforth, B. E., Humphrey, R. H. (1993). Emotional Labor in Service Roles: The Influence of Identity. *Academy of Management Review*, 18 (1), 88–115.

Aştı, N.,Turgay, M. (1996). Yoğun Bakım Ünitelerinde Çalışan Hemşirelerin Empatik Becerileri ile Hastaya Bütüncül Yaklaşımlarını İçeren Aktiviteleri Arasındaki İlişki. *32.Ulusal Psikiyatri Kongresi*. GATA, Ankara, 25–28 Eylül 1996

Ay A. F. (2007). *Temel Hemşirelik Kavramlar, İlkeler ve Uygulamalar*, İstanbul: Medikal Yayıncılık.

Baillie, L. A. ( 1996). Phenomenological Study Of The Nature of Empathy. *Journal of Advanced Nursing*, 24(6), 1300–1308.

- Barutçugil, İ. (2004). *Stratejik İnsan Kaynakları*, İstanbul: Kariyer Yayıncılık.
- Bolton, S. C. (2001). Changing Faces: Nurses as Emotional Jugglers, *Sociology of Health and Illness*, 23 (1), 85–100.
- Bohart, A.C., Greenberg, L.S. (1999). *Empathy and Psychotherapy: An Introductory Overview*, Washington: American Psychiatric Press.
- Brotheridge, C. M., Grandey, A. A. (2002). Emotional Labor and Burnout: Comparing Two Perspectives of ‘People Work, *Journal of Vocational Behavior*, 60, 17–39.
- Brotheridge, C. M., Lee, R. T. (2002). Testing a conservation of resources model of the dynamics of emotional labor. *Journal of Occupational Health Psychology*, 7 (1), 57–67.
- Brotheridge, C. M. (2006). The Role of Emotional Intelligence and Other Individual Difference Variables in Predicting Emotional Labor Relative to Situational Demands, *Psicothema*, 18, 139–144.
- Burnard, P. (1992). *Effective Communication Skills for Health Professionals*, London: Chapman and Hall.
- Çaldağ, M. A. (2010). *Duygusal Emek Davranışlarının Sağlık Çalışanlarında İş Sonuçlarına Etkisi*. Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Konya
- Cantürk, G. Hasta Hakları Temelinde Aydınlatılmış Onam.  
<http://teb.medicine.ankara.edu.tr/egitim/donemler/donem2/kanittip/Hastahaklari-hekimhaklari.ppt> 25, 08, 2011
- Caplan, G. (1981). Mastery of Stress. *Psychosocial Aspects American Journal Psychiatry*, 138(4), 413- 420.

- Carkhuff, R., R., Berenson, B. G. (1967). *Beyond Counseling and Therapy*.  
New York: Holt, Rinehart and Winston,
- Cengiz, S. (2008). *Hemşirelerde Empatik Eğilim ve İş Doyumu İlişkisi*,  
Yüksek Lisans Tezi. M.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü. İstanbul
- Çiçek, A. (2006). *Sağlık Çalışanlarının Empatik Eğilim ve Becerilerinin  
Değerlendirilmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi, Sağlık  
Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Chu, K. H. L. (2002). *The Effects of Emotional Labor on Employee Work  
Outcomes*. Yayınlanmamış Doktora Tezi, Virginia Polytechnic  
Institute and State University, Virginia.
- Chu, K. H. L., Murrmann S. K. (2006). Development and Validation of the  
Hospitality Emotional Labor Scale. *Tourism Management*, 27(6),  
1181–1191
- Corey, G. (2005). *Psikolojik Danışma ve Psikoterapi Kuram ve Uygulamaları*.  
Ankara: Mentis Yayıncılık.
- Cüceoğlu, D. (2008). *İnsan ve Davranış, Psikolojinin Temel Kavramları*.  
Ankara: Remzi Kitabevi
- Çakmak, G. (2009). *Sağlık Kuruluşlarında Kalite ve Akreditasyon Yönetim  
Rehberi*. İstanbul: Eflatun Matbaacılık.
- Danish, S. J., D’Augelli A. R. ve Hauer A. L. (1994). *Yardım becerileri: Temel  
egitim programı* ( F. Akkoyun, Çev.). Ankara: Form Ofset.
- Demerouti, E., Bakker A. B., Nachreiner, F., Shaufeli, W. B. (2000) A model  
of burnout and life satisfaction amongst nurses. *Journal of Advanced  
Nursing*, 32(2), 454–464.

- Diefendorff, J. M., Gosserand, R. H. (2003). Understanding the Emotional Labor Process: A Control Theory Perspective. *Journal of Organizational Behavior*, 24(8), 945–959.
- Diefendorff, J. M., Croyle, M. H., Gosserand, R. H. (2005). The Dimensionality and Antecedents of Emotional Labor Strategies. *Journal of Vocational Behavior*, 66, 339–357.
- Diefendorff, J. M., Richard, E. M., Croyle, M. H. (2006). Are Emotional Display Rules Formal Job Requirements? Examination of Employee and Supervisor Perceptions. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 79, 273–298.
- Dökmen, Ü. (1996). *Sanatta ve Günlük Yaşamda İletişim Çatışmaları ve Empati*. İstanbul: Sistem Yayınları.
- Dökmen, Ü. (1998). Empatinin Yeni Bir Modele Dayanılarak Ölçülmesi ve Psikodrama ile Geliştirilmesi. *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 21 (1–2), 155–168.
- Dökmen, Ü. (2002). *İletişim Çatışmaları ve Empati*. İstanbul: Sistem Yayıncılık.
- Dökmen, Ü. (2004). *Evrenle Uyumlaşma Sürecinde Varolmak, Gelişmek, Uzlaşmak*. İstanbul: Sistem Yayıncılık.
- Duru, E. (2002). Öğretmen Adaylarında Empatik Eğilim Düzeyinin Bazı Psikososyal Değişkenler Açısından İncelenmesi. *Pamukkale Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 2 (12), 21–34
- Egan, G. (1975). *Psikolojik Danışmaya Giriş: Kişilerarası İlişkiler Kurmada ve Kişisel Yardım Hizmetleri Vermede Sistematik Bir Model*. (F. Akkoyun, Çev.). California: Brooks/Cole Publishing Company.

- Eser, E., Fidaner, C., Eser, S.Y., Elbi, H., Göker, E. (1999). Psychometric properties of the WHOQOL-100 and WHOQOL-BREF. *J Psychiatry Psychol Psychopharmacol*, 7, 23–40.
- Erickson, R. J., RITTER, C. (2001). Emotional Labor, Burnout, and Inauthenticity: Does Gender Matter? *Social Psychology Quarterly*, 64 (2), 146–163.
- Ergin, H. (2003). *İletişim Becerileri Eğitim Programı'nın Okul Öncesi Dönem Çocuklarının İletişim Beceri Düzeylerine Etkisi*. Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul,
- Gosserand, R. N., Diefendorff, J. M. (2005). Emotional Display Rules and Emotional Labor: The Moderating Role of Commitment. *Journal of Applied Psychology*, 90 (6), 1256–1264.
- Gönüllü, Ş. (2007). *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesinde Paralel Yürütülen Farklı Eğitim Sistemleriyle Öğrenim Gören Dönem 5 Öğrencilerinin "Empati" Beceri Düzeyleri*. Tıp Eğitimi ve Bilişimi Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Grandey, A. A. (1999). *The Effects of Emotional Labor: Employee Attitudes, Stress and Performance*. Doktora Tezi, Colorado State University, Colorado.
- Grandey, A. A. (2000). Emotion Regulation in the Workplace: A New Way to Conceptualize Emotional Labor. *Journal of Occupational Health Psychology*, 5 (1), 95–110.
- Grandey, A. A., Tam, A. P., Brauburger, A. L. (2002). Affective States and Traits in the Workplace: Diary and Survey Data From Young Workers. *Motivation and Emotion*, 26 (1), 31–55.

- Grandey, A. A. (2003). When 'The Show Must Go On': Surface Acting and Deep Acting as Determinants of Emotional Exhaustion and Peer-Rated Service Delivery. *Academy of Management Journal*, 46 (1), 86–96.
- Grandey, A. A., Dickter, D.N., Sin, H. P. (2004). The Customer is not Always Right: Customer Aggression and Emotion Regulation of Service Employees. *Journal of Vocational Behavior*, 25(3), 397–418.
- Gray, B., Smith, P. (2009). Emotional Labour and the Clinical Settings of Nursing Care: The Perspectives of Nurses in East London. *Nurse Education in Practice*, 9(4), 253–261.
- Gray, B. (2008). The Emotional Labour of Nursing-Defining and Managing Emotions in Nursing Work. *Nurse Education Today*, 29(2), 168–175.
- Gülseren, Ş. (2001). Eşduyum (Empati): Tanımı ve Kullanımı Üzerine Bir Gözden Geçirme. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 12(2), 133–145.
- Gürtüz, D., Eğinli, A. T. (2008). *İletişim Becerileri: Anlamak- Anlatmak- Anlaşmak*, Ankara: Nobel Yayın Dağıtım.
- Hacıoğlu, İ. U. (2004). *Annelerin Empatik Beceri Düzeyi İle Çocuk Yetiştirme Tutumları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Hackman, J. R., Oldham, G. R. (1976). Motivation Through the Design of Work: Test of a Theory. *Organizational Behavior and Human Performance*, 168(2), 250–279.
- Halpern, J. (2001). *From Detached Concern to Empathy: Humanizing Medical Practice*. New York, NY: Oxford University Press

- Hazzard, M. E. (1978). *Critical Care Nursing*. Garden City: Medical Examination Pub. Co.
- Hemsley, B., Sigafoos, J., Balandin, S. (2001). Nursing the patient with severe communication impairment. *Journal of Advanced Nursing*, 35(6), 827–835.
- Henderson, A. (2001). Emotional Labor and Nursing: an under- Appreciated aspect of caring work. *Nursing Inquiry*, 8(2), 130–138.
- Henderson, V., Nite, G. (1978). *Death and Dying, Principles and Practice of Nursing*. London: Collir Macmillian Publishers
- Hochschild, A. R. (1979). Emotion Work, Feeling Rules and Social Structur. *American Journal of Sociology*, 85(3), 551–575.
- Hochschild, A. R. (1983). *The Managed Hearth: Commercialization of Human Feelin*. Berkeley: University of California Press.
- Hogg, M. A., Vaughan, G. M. (2005). *Sosyal Psikoloji*. (P. Yıldız ve A. Gelmez, Çev.). Ankara: Ütopya Yayınevi.
- Hovardaoğlu, S. (2008). Kişilerarası İlişkiler ve Davranış Bozuklukları. *A.Ü. D.T.C.F. Psikoloji Bölümü, Kriz Dergisi*, 3 (1–2), 4–9.
- Keser, A. (2007). İş Tatmininden Yaşam Tatminine Bireysel Tatmin. T. Solmuş (Edt.), *Endüstriyel Klinik Psikoloji ve İnsan Kaynakları Yönetimi*. İstanbul: Beta.
- Kruml, S.M., Geddes, D. (2000). Exploring the Dimensions of Emotional Labor: The Heart of Hochschild's Work. *Management Communication Quarterly*, 14 (8), 8–49.



- Larson, E .B.,Yao, X. (2005). Clinical Empathy As Emotional Labor İn The Patient-Physician Relationship. *American Medical Association*, 293 (2), 1100–1106.
- Lopes, P. N., Grewal, D., Kadis, J., Gall, M., Salovey, P. (2006). Evidence That Emotional Intelligence is Related to Job Performance and Affect and Attitudes at Work. *Psicothema*, 18, 132–138.
- Manav, A. İ. (2008). *Hemşirelerin Empati Eğilim ve Becerilerinin Değerlendirilmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Mersin,
- Mann, S. (2005). A Health-Care Model of Emotional Labour: An Evaluation of the Literature and Development of a model. *Journal of Health Organization and Manegement*, 19 (4/5), 304–317.
- Meier, K. J., Mastracci, S.H., Wilson, K. (2006). Gender and Emotional Labor in Public Organizations: An Empirical Examination of the Link to Performance. *Public Administration Review*, 66 (6), 899–909.
- Mete, S., Gerçek, E. (2005). PDÖ Yöntemiyle Eğitim Gören Hemşirelik Öğrencilerinin Empatik Eğilim ve Becerilerinin İncelenmesi. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 9(2), 11–17.
- Mikolajczak, M.,Menil, C., Luminet, O. (2007). Explaining the protective effect of trait emotional intelligence regarding occupational stres: Exploration of Emotional Labour Processes. *Journal of Research in Personality*, 41(5), 1107–1117.
- Miller, J. S., Cardy, R. L. (2000). Self-Monitoring and Performance Appraisal: Rating Outcomes in Project Teams. *Journal of Organizational Behavior*, 21(6), 609–626.

- Moreno, J. L. ( 1934). Who Shall Survive? *Nevous and Mental Disease Monograph*, 58, 363-369.
- Morris, J.A., Feldman, D. C. (1996). The Dimensions, Antecedents and Consequences of Emotional Labor. *Academy of Management Review*, 21 (4), 986–1010.
- OlsonL, J. K. (1995). Relationships Between Nurse-Expressed Empathy, Patient- Perceived Empathy and Patient Distress. *Journal of Nursing Scholarship*, 27(4), 317–322.
- Öner, N. (2006). *Türkiye 'de Kullanılan Psikolojik Testlerden Örnekler*, İstanbul: Boğaziçi Üniversitesi Yayınevi.
- Öz, F. (1998). Son sınıf hemşirelik öğrencilerinin empatik eğilimleri, Empatik becerileri ile akademik başarıları arasındaki ilişki. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2 (2), 32–38.
- Öz, E. Ü. (2007). *Duygusal Emek Davranışlarının Çalışanların İş Sonuçlarına Etkisi*. İstanbul: Beta.
- Özcan, A. (2006). *Hemşire- Hasta İlişkisi ve İletişim*. Ankara: Sistem Ofset
- Peabody, F. W. (1927). The care of the patient. *JAMA*, 88, 877–882.
- Pınar, G. (2004). *Doğum Salonunda Çalışan Ebe ve Hemşirelerin Empati Beceri Düzeyleri ve Etkileyen Faktörler*. Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Pişmişoğlu, E. K. (1997). *Bir Devlet Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Empati Düzeylerinin İncelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.

- Pugliesi, K. (1999). The Consequences of Emotional Labor: Effects on Work Stres, Job Satisfaction and Well-Being. *Motivation and Emotion*, 23 (2), 125–154.
- Reynolds, W., Scott, B. (1999). Empathy: A Crucial Component of the Helping Relation. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 6, 363-370.
- Robbins, S. P., Coulter, M. (2007). *Management*. New Jersey: Pearson Prestice Hall.
- Robbins, S. P., Judge, T. A. (2007). *Organizational Behavior*. New Jersey: Pearson Prestice Hall.
- Rogers, C. (1961). *On Becoming A Becoming A Person: A Therapist's View of Psychotherapy*. Boston: Houghton Mifflin.
- Rogers, C. R. (1983). Empatik Olmak, Değeri Anlaşılmamış Bir Varoluş Őekliidir. (F. Akkoyun, Çev.). *Ankara Őniversitesi Eğitim Bilimleri FakŐltesi Dergisi*, 16(1), 103–124.
- Salovey, P., Mayer, J. D. (1990). Emotional Intelligence. *Imagination, Cognition, and Personality*, 9(3), 185–211.
- Salovey, P., Grewal, D. (2005). The Science of Emotional Intelligence. *Current Directions in Psychological Science*, 14 (6), 281–285.
- Sayıl, I. (1977). Psikiyatride Kriz, Krize MŐdahale Kavramı ve Bir Uygulama, *A.Ő. Tıp Fak. Mec.*, 30, 353-363.
- Seçer, Ő., Tınar, M. Y. (2004). *İş Yerinde TŐkenmiřlik Kaynağı Olarak Duygusal Emek: Hemşireler Őzerinde Yapılan Bir Araştırma*. 9. Ulusal Ergonomi Kongresi Bildiriler, Denizli.

- Seçer, Ş. (2005). *Çalışma Yaşamında Duygular ve Duygusal Emek: Sosyoloji, Psikoloji ve Örgüt Teorisi Açısından Bir Değerlendirme*. İktisat Fakültesi Sosyal Siyaset Konferansları, Prof. Dr. Nevzat Yalçıntaş'a Armağan Özel Sayısı, 50. Kitap, İstanbul: İÜ Yayınevi, 813–834.
- Sevimligül, A. (2002). *Hemşirelerin Empatik Eğilim ve Empatik Beceri Düzeylerinin İncelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sivas.
- Sharma, R. M. (1992). Empathy: A retrospective on its development in psychotherapy. *Australian and New Zealand Journal of Psychotherapy*, 26(3), 377–390.
- Shives, L.R., Isaacs A. (2002) *Basic concepts of Psychiatric-Mental Health Nursing*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Slâyt, L.C. ( 2009). Death, empathy and self preservation: emotional labour of caring for families of the critically ill in adult intensive care. *Journal of Clinical Nursing*, 18(9), 1267–1275
- Smith, P., Gray, D (2000). The Emotional Labour of Nursing: How Student and Qualified Nurses Learn to Care, *South Bank University, London, Aktaran, Mann S. , (2005), A Health-Care Model of Emotional Labour: An Evaluation of the Literature and Development of a model. Journal of Health Organization and Manegement*, 19 (4/5), 304–317
- Solmuş, T. (2004). *İş Yaşamında Duygular ve Kişilerarası İlişkiler: Psikoloji Penceresinden İnsan Kaynakları Yönetimi*. İstanbul: Beta.
- Sorias, O. (1998). Sosyal Destek Kavramı. *Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 27(1), 353- 357.

- Sorias, O. (1992). Hasta ve Sağlıklı Öğrencilerde yaşam stresi, sosyal destek ve ruhsal hastalık ilişkisinin incelenmesi. *Psikoloji Seminer Dergisi*, 9(2), 33-40.
- Taşdemir, G. (1999). *Ege Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi'nde Çalışan Hemşirelerin Empatik Eğilim ve İş Doyumu Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
- Taylor, S., Tyler, M. (2000). Emotional Labour and Sexual Difference in the Airline Industry. *Work Employment Society*, 14 (1), 77–95.
- Telman, N., Ünsal, P. (2004). *Çalışan Memnuniyeti*. İstanbul: Epsilon.
- Terakye, G. (1998). Hasta Hemşire İlişkileri. Ankara: Zirve Ofset Ltd.
- Terakye, G. (1989). *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Öğrencilerinde Benlik Saygısı ve Ruhsal Durum Etkileşiminin Değerlendirilmesi*. XXV. Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi, Mersin, 144- 146.
- Ünsal, P. (1996). *Bir İş Ortamına Algılanan Sosyal Desteğin Kaynaklarına Cinsiyet ve Mesleğe Göre İncelenmesi*. IX. Psikoloji Kongresi, İstanbul, 315–327
- Uysal, A. A. (2007). *Öğretmenlerde Gözlenen Duygusal Yaşantı Örüntülerinin ve Duygusal İşçiliğin Mesleki İş Doyumu ve Tükenmişlik Üzerine Etkisi*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Muğla Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Muğla.
- Yaşar, İ. (1993). *Hemşirelik Öğrencilerinin ve Hemşirelerin Psikolog İhtiyaç Örüntüleri ve Empati Düzeyleri*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Ankara.

Waxman, H. C. (1983). Effect of teachers' empathy on students' motivation. *Psychological Reports*, 53, 489–490.

Wharton, A. S. (1993). The Affective Consequences of Service Work: Managing Emotions on the Job. *Work and Occupations*, 20 (2), 205–232.

Wharton, A. S. (1999). The Psychosocial Consequences of Emotional Labor. *The Annals of the American Academy of Political and Social Science*, 561(1), 158–176.

Wharton, A. S., Erickson, R. J. (1993). Managing Emotions on the Job and at Home: Understanding the Consequences of Multiple Emotional Roles. *Academy of Management Review*, 18(3), 457–486.

Zapf D., Holz, M. (2006). On the positive and negative effects of emotion work in organizations. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 15(1), 1–28.

Zoppi, K., Epstein, R. M. (2002). Is communication a skill? Communications behaviors and being in relation. *Family Med*, 24(2), 23–31.

## **EKLER**

İl Sağlık Müdürlüğü 'nün araştırma ile ilgili Onay yazısı ektedir.

## EK - 1 Genel Bilgi Formu

### YÖNERGE

Değerli Meslektaşlarım, bu araştırmanın yapılma amacı, hemşirelerin Sağlık Kuruluşlarında sarf ettikleri “Duygusal Emek” düzeylerini ve “Empati” Düzeylerini tespit etmektir. Sonuçlar bilimsel amaçlı olarak kullanılacağı ve gizli tutulacağı için kişi veya kurum isimlerinin belirtilmesine gerek yoktur. Kendinize uygun seçeneğin üzerine X İşareti ile işaretlemeniz beklenmektedir. Çalışmanın başarısı vereceğiniz yanıtların doğruluğuna bağlıdır. Vakit ayırdığınız için teşekkür ederim.

#### 1- Çalıştığınız Bölüm:

- a)Kardiyoloji Y.B.Ü      b) Acil Y.B.Ü      c) Yeni doğan Y.B.Ü  
d) Cerrahi Y.B.Ü      e) Çocuk Y.B.Ü      f) Kalp Damar Cerrahisi Y.B.Ü  
g) Nöroloji Y.B.Ü h) Yatan Hasta Servisi      ı) Diğer

#### 2- Yaşınız? .....

#### 3- Medeni Durumunuz

- a) Evli      b) Bekâr      c) Diğer

#### 4- Çocuk Sayısı

- a) Çocuğu yok      b) 1 çocuk      c) 2 Çocuk      d) 3 çocuk ve yukarısı

#### 5- Öğrenim Durumunuz?

- a) Sağlık Meslek Lisesi      b) Ön lisans      c) Lisans      d) Yüksek Lisans/Doktora

#### 6- Meslekteki çalışma süreniz

- a) 0-1 yıl      b) 2-5 yıl      c) 6-8 yıl      d) 9 yıl ve üzeri

#### 7- Şu anda çalıştığınız Ünitelerde çalışma süreniz

- a) 0-1 yıl      b) 2-5 yıl      c) 6-8 yıl      d) 9 yıl ve üzeri

#### 8- Çalışma Şekliniz

- a) Sürekli Gündüz      b) Sürekli gece      c) Vardiya Değişimli

#### 9- Çalışma saatiniz?.....saat/hafta



**10- Çalıştığınız Ünite de hemşire başına düşen ortalama hasta sayısı kaçtır?.....**

**11- Çalıştığınız Ünite de çalışmayı seçme nedeniniz nedir?**

- a) Tayin/Atama                  b) Kendi İsteği                  c) Diğer ( Belirtiniz)  
.....  
.....

**12- Mesleğinizi isteyerek mi seçtiniz?**

- a) Evet    b) Hayır

**13- Bugün koşullarınız uygun olsaydı yine hemşirelik mesleğini seçer miydiniz?**

- a) Evet    b) Kararsızım                  c) Hayır

**14- Bugün koşullarınız uygun olsa mesleği bırakır mısınız?**

- a) Evet    b) Hayır

**15- Çalıştığınız Ünite size uygun bir çalışma ortamı mı?**

- a) Evet, Çok uygun                  b) Oldukça uygun                  c) Fark etmez  
d) Hayır, Uygun değil                  e) Hayır, Hiç uygun değil

**16- Yanıtınız hayır ise nedenini açıklar mısınız?**

.....  
.....

**17- Çalıştığınız ünite ile ilgili hizmet için eğitim aldınız mı?**

- a) Evet    b) Hayır

**18- Mesleğinizle ilgili kendi gelişiminizi destekleyici yayınları takip ediyor musunuz?**

- a) Sürekli Okurum                  b) Arada bir okurum                  c) Hiç okumam

**19- Mesleğiniz ile ilgili herhangi bir dernek/vakıf/sendika üye misiniz?**

- a) Evet    b) Hayır

**20- Çalıştığınız üniteden memnun musunuz?**

- a) Çok memnunum                  b) Oldukça memnunum                  c) Farketmez  
d) Hayır, memnun değilim                  e) Hayır, Hiç memnun değilim

**21- Yanıtınız hayır ise nedenleri(Birden fazla yanıtlayabilirsiniz)**

- a) Kritik durumdaki hastalara bakım vermek  
b) Çalışma ortamının yoğunluğu  
c) Çalışma şekli (vardiya sistemi)  
d) Ekip üyeleri ile yaşanan iletişim güçlükleri  
e) Olumsuz fiziksel koşullar

- f) Malzeme ve eleman yetersizliği
- g) Sürekli dikkat gerektiren işlerle uğraşmak
- h) Ağrı durumları ve ölüm vakalarının fazlalığı

**22- Çalıştığınız ünite de yaşadığınız güçlükler karşısında ne yapmayı planlıyorsunuz?**

- a) Güçlüklerle/sorunlarla başa çıkmaya devam etmek
- b) Başka bölüme transfer edilmek
- c-Profesyonel Psikolojik destek alma
- d) Diğer

**23- İşinizde karşılaştığınız sorunları kiminle paylaşıyorsunuz?**

- a) Ailemle
- b)Arkadaşlarımla
- c)Hastane Yöneticileriyle
- d) Kimse ile Paylaşmıyorum
- e) Diğer

**24- Çalışma süreniz dışında sosyal aktivitelere katılabiliyor musunuz?**

- a) Evet,
- b) Hayır

**25- Sosyal yaşamınızla ilgili kendi gelişiminizi destekleyici hangi faaliyetlere katılıyorsunuz?**

- a) Spor aktiviteleri
- b) Kültür faaliyetleri
- b) Hobi faaliyetleri
- c) Kişisel Gelişim Kurs ve programları
- d) Hiç birine katılmıyorum

**26- Sosyal aktivitelere katılamıyorsanız hangi nedenler ile katılamıyorsunuz?**

- a) Maddi nedenler
- b) Yorgunluk
- c) Vakit olmaması
- d) Diğer Nedenler (belirtiniz) .....

**27- Mesleğiniz yaşamınızı nasıl etkiliyor?**

	(1) Çok olumlu	(2) Olumlu	(3) Normal	(4) Olumsuz	(5) Çok Olumsuz
1)Sağlık Yönünden					
(2)Aile/özel yaşama zaman ayırma Yönünden					
(3) Gelir/Kazanç Yönünden					
(4)İşin kalitesi ve site katkısı yönünden					
(5) Uyku düzeni yönünden					
(6) Çalışma saatleri/Vardiya yönünden					

## EK - 2 Duygusal Emek Davranışları Ölçeği

Aşağıda, çalıştığınız serviste hasta ve hasta yakınları ile girdiğiniz etkileşimlerle ilgili olarak bazı ifadeler yer almaktadır. Bu ifadelere şu anda çalıştığınız servisteki hasta ve hasta yakınları etkileşim anlarını düşünerek yanıtlayınız. Sizin için uygun kutucuğa (X) işareti koyunuz.

		Hiçbir Zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Her Zaman
1	Gerçekte hissettiğimden farklı şekilde davranırım.					
2	Benden beklenen duyguları hissedebilmek için kendimi zorlarım					
3	İşimin gerektirdiği olumlu duyguları hastalara kolaylıkla sergilerim					
4	Hastalara uygun şekilde karşılık verebilmek için gerçek tepkilerimi bastırırım					
5	Kendimi kötü hissediyorken bile güler yüzlü ve cana yakın davranırım.					
6	İşim gereği sergilemek zorunda olduğum duyguları gerçekten hissediyormuşum gibi davranırım.					
7	Duygularımın dışı vurumunu kontrol etmek için çaba gösteririm.					
8	İş yerinde doğru davranışları sergileyebilmek için iyi bir aktör olmaya çalışırım					
9	Gerçek duygularımı göstermemeye çalışırım.					
10	Gerçekte hissetmediğim duyguları hissediyormuşum gibi yaparım.					
11	Gerçekte hissetmediğim bir duyguyu gösterebilirim					
12	Diğerlerine göstermem gereken duyguları gerçekte de hissetmek için çaba harcarım.					
13	Hastaların duygularına doğallıkla ve kolayca karşılık veririm.					
14	İşimin gerektirdiği duyguları sergilediğime inanılması için çaba harcarım.					
15	Hastalarla ilgilenirken, bunaldığımı veya rahatsız olduğumu belli etmemeye çalışırım					
16	İyi hissediyormuşum rolü yaparım					
17	Bir “gösteri” ya da “performans” sergilerim.					
18	İşimi iyi yapabilmek adına duygularımı kontrol altında tutarım.					

19	İşimi yaparken, gerçek ruh halimle uyuşmayan duygular sergilerim.					
20	Hastalarla uygun şekilde ilgilenebilmek için rol yaparım.					
21	Başkalarına göstermem gereken duyguları hissedebilmek için çok çaba sarf ederim.					
22	Göstermek zorunda olduğum duyguları, gerçekten yaşamaya çalışırım.					
23	İşimi yapmak için sergilemem gereken duyguları gerçekten de hissederim					
24	İşim için doğru duyguları sergilemek üzere bir maske takarım.					
25	Hastalardan gerçek duygularımı saklarım.					
26	Kurumumun benden göstermemi istediği duyguları göstermeye çalışırım.					

### EK - 3 Empatik Eğilim Ölçeği

Lütfen Soruları dikkatlice okuduktan sonra ilgili cümleleri ne derecede yaşadığınıza ve hissettiğinize göre değerlendirip cevap veriniz. Sizin için uygun kutucuğa (X) işareti koyunuz.

		Hiçbir Zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Her Zaman
1	Çok sayıda dostum var					
2	Film seyredirken bazen gözlerim yaşarır					
3	Sıklıkla kendimi yalnız hissedirim					
4	Bana dertlerini anlatırlar yanımdan ferahlamış olarak ayrılırlar					
5	Başkalarının problemleri, beni kendi problemlerim kadar ilgilendirir					
6	Duygularımı başkalarına iletmede güçlük çekerim					
7	İnsanların film seyrederken ağlamaları tuhafıma gider					
8	Birisiyle tartışırken bazen, dikkatim onun söylediklerinden çok vereceğim cevaplar Üzerine yoğunlaşır					
9	Çevrede çok sevilen bir insanım					
10	Televizyondaki filmler mutlu sona ulaşıncaya kadar rahatlarım					
11	Düşüncelerimi başkalarına iletmede güçlük çektiğim olur					
12	İnsanların çoğu bencildir					
13	Sinirli bir insanım					
14	Genellikle insanlara güvenirim					
15	İnsanlar beni tam olarak anlamıyorlar					
16	Girişken bir insanım					
17	Bir yakınımın dertlerini anlatmak beni rahatlatır					
18	Genellikle hayatımdan memnunum					
19	Yakınlarım bana sık sık dertlerini anlatırlar					
20	Genellikle keyfim yerindedir					

#### **EK - 4 Araştırma İzni**

İl Sağlık M¼d¼rl¼ę¼ 'n¼n araştırma ile ilgili Onay yazısı ektedir.

## ÖZGEÇMİŞ

### KİŞİSEL BİLGİLER

ADI VE SOYADI : Pervin Tunç  
DOĞUM YERİ VE TARİHİ : İstanbul – 23.06.1960  
E-MAIL : [pervintunc@arel.edu.tr](mailto:pervintunc@arel.edu.tr)  
ADRES (EV) : Gürsel Mah. Tümluç Sok. No:65  
Kat:3 No:9Kağıthane /İSTANBUL  
ADRES (İŞ) İstanbul Arel Üniversitesi  
K.Çekmece  
TELEFON (EV/CEP) 0532 675 14 31/0212 320 47 42  
(İŞ) : (0212) 540 96 96/192

### EĞİTİM DURUMU

2011 - Arel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü  
Psikoloji Anabilim Dalı/ Yüksek Lisans  
1994–1998 Boğaziçi Ün./Fen Ed.Fak./ Felsefe Bölümü  
1984–1988 İstanbul Üniversitesi/ Florence Nightingale  
Hemşirelik Fakültesi  
1975–1978 İzzet Ünver Lisesi

YABANCI DİL : İngilizce - İyi Derece

### İŞ TECRÜBESİ

2011 - Devam Ediyor: Öğretim Görevlisi  
İstanbul Arel Üniversitesi, MYO, Sağlık  
Kurumları İşletmeciliği

