

**TÜRKİYE CUMHURİYETİ
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**SAĞLIK ÇALIŞANLARININ SOSYAL SORUN ÇÖZME BECERİLERİNİN
İNCELENMESİ**

Nilda DURAN

**DİSİPLİNLER ARASI SOSYAL PSİKIYATRİ ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

DANIŞMAN

Prof. Dr. Veli DUYAN

2015-ANKARA

**Türkiye Cumhuriyeti
Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü**

Disiplinlerarası Sosyal Psikiyatri Anabilim Dalı Tezli Yüksek Lisans Programı
çerçevesinde yürütülmüş olan bu çalışma aşağıdaki jüri üyeleri tarafından **Yüksek Lisans Tezi**
olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 27.07.2015

Jüri Başkanı.....
Prof.Dr. Engin TURAN
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Üye.....
Prof.Dr.Veli DUYAN
Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
Sosyal Hizmet Bölümü
(Danışman)

Üye.....
Yrd.Doç.Dr.Filiz DEMİRÖZ
Hacettepe Üniversitesi
Sosyal Hizmet Bölümü

İÇİNDEKİLER

Kabul ve Onay	ii
İçindekiler	iii
Önsöz	v
Simgeler ve Kısaltmalar	vi
Çizelgeler	vii
1. GİRİŞ	1
1.1. İlgili Kavramlar	2
1.1.1. Sağlık Kavramı ile İlgili Genel Değerlendirme	2
1.1.2. Sağlık Çalışanının İşlevi	2
1.1.3. Sağlığın Korunması ve Geliştirilmesine Etki Eden Faktörler	3
1.1.3.1. Dünya’da Sağlık Durumu ve Sağlıktaki Eşitsizlikler	4
1.1.3.2. Türkiye’ de Sağlık Durumu ve Sağlıkta Eşitsizlikler	5
1.1.4. Sağlık Çalışanlarının Sağlığı	6
1.2. Sorun Çözme Kavramı ve Unsurları	8
1.2.1. Sorun Kavramının Tanımlanması	8
1.2.2. Çözüm Kavramının Tanımlanması	9
1.2.3. Sorun Çözme Kavramının Tanımlanması	10
1.2.4. Sorun Çözmenin Bileşenleri	12
1.2.5. Sosyal Sorun Çözme Modelinin Değerlendirilmesi	13
1.2.5.1 Sorun Yönelimi	14
1.2.5.1.1. Olumlu Sorun Yönelimi	15
1.2.5.1.2. Olumsuz Sorun Yönelimi	16
1.2.6. Sorun Çözme Tarzları	16
1.2.6.1. Kaçınan Sorun Çözme Tarzı	16
1.2.6.2. Dürtüsel Dikkatsiz Sorun Çözme Tarzı	17
1.2.6.3. Akılcı Sorun Çözme Tarzı	17
1.3. Sorun Çözme ve Sağlık Çalışanı	18
1.4. Araştırmanın Amacı	20
1.5. Araştırmanın Önemi	21

1.6. Araştırmanın Sınırlılıkları	22
1.7. Tanımlar	22
2. GEREÇ VE YÖNTEM	23
2.1. Araştırmanın Evreni	23
2.2. Veri Toplama Araçları	23
2.2.1. Anket	23
2.2.2. Sosyal Sorun Çözme Envanteri	24
2.3. Süre ve Olanaklar	24
2.4. Verilerin Analizi	25
3. BULGULAR	26
4. TARTIŞMA	42
5. SONUÇ VE ÖNERİLER	49
ÖZET	52
SUMMARY	54
KAYNAKLAR	56
EKLER	61
Ek 1	61
Ek 2	63
Ek 3	65
Ek 4	67
ÖZGEÇMİŞ	69

ÖNSÖZ

Bu araştırma, İzmir’de kamu hastanesinde çalışan sağlık çalışanının demografik özelliklerine göre sosyal sorun çözme becerilerinin belirlenmesi ve sağlık çalışanlarının sorun çözme becerilerinin geliştirilmesi için neler yapılabileceğini ortaya koymak üzere planlanmıştır.

Tez konusunun belirlenmesinden, tezin ana hatlarının oluşturulması, analizlerinin yapılması ve geliştirilmesine kadar her sürecinde en büyük desteği sunan değerli danışman hocam Prof. Dr. Veli DUYAN’a sonsuz teşekkürlerimi sunuyorum.

Çalışmam için verilerin toplanması sürecinde desteklerini esirgemeyen değerli çalışma arkadaşlarıma, her türlü sıkıntıda yanımda olan, beni güçlendiren, yoğun çalışma dönemlerimde manevi desteğini en fazla hissettiğim sevgili Umut GÖKÇE’ye minnettarım. Bu çalışmanın geliştirilmesinde bilgisini ve desteğini esirgemeyen Necati DURAN’a, yardım çağrıma her zaman yanıt veren Semiha ŞAHUTĞOLU, Nazan Deniz TURAN ve Emre KALAYCI’ ya çok teşekkür ederim. Çalışma dönemlerimde ve hayatımın her alanında her zaman manevi desteğini hissettiren, sevgisinden güç aldığım aileme, sosyal desteğini her zaman hissettiğim arkadaşlarıma sonsuz teşekkürler.

SİMGELER VE KISALTMALAR

G-SSÇE	Gözden Geçirilmiş Sosyal Sorun çözme Envanteri
SPSS	Statistical Package for Social Sciences
SS	Standart sapma
SSÇE	Sosyal Sorun çözme Envanteri
TDK	Türk Dil Kurumu
WHO	Dünya Sağlık Örgütü

ÇİZELGELER

Çizelge 3.1. Cinsiyete İlişkin Bulgular	26
Çizelge 3.2. Yaşa İlişkin Bulgular	26
Çizelge 3.3. Medeni Durumuna İlişkin Bulgular	27
Çizelge 3.4. Mesleğe İlişkin Bulgular	27
Çizelge 3.5. Eğitim Durumuna İlişkin Bulgular	27
Çizelge 3.6. Mesleki Deneyim Yılına İlişkin Bulgular	28
Çizelge 3.7. Bulunduğu Kurumda Çalışma Süresine İlişkin Bulgular	28
Çizelge 3.8. Sosyal Sorun Çözme Becerileri Alt Ölçeklerine İlişkin Bulgular	29
Çizelge 3.9. Alt ölçeklerin puanlara göre Gruplandırılmasına ilişkin Frekans Bulguları	30
Çizelge 3.10. Alt ölçeklerin puanlara göre Gruplandırılmasına ilişkin Yüzdelik Bulguları	30
Çizelge 3.11. Cinsiyete göre Sosyal Sorun Çözme	31
Çizelge 3.12. Yaş Gruplarına Göre Sosyal Sorun Çözme	32
Çizelge 3.13. Medeni Duruma Göre Sosyal Sorun Çözme	34
Çizelge 3.14. Meslek Gruplarına Göre Sosyal Sorun Çözme	35
Çizelge 3.15. Eğitim Duruma Göre Sosyal Sorun Çözme	37
Çizelge 3.16. Deneyim Yılına Göre Sosyal Sorun Çözme	38
Çizelge 3.17. Kurumda Çalışma Süresine Göre Sosyal Sorun Çözme	40

1. GİRİŞ

Yazındaki kaynaklar incelendiğinde dünyada son dönemlerde ortaya çıkan politik, ekonomik, toplumsal değişikliklerin yansıması olarak; sağlık sektörü, sağlık hizmetleri ve bu alanda görev yapan sağlık çalışanları üzerinde olumsuz yönde çok ciddi etkileri olduğu gözlenmiştir. Bu değişiklikler, sağlığın korunup geliştirilmesini, hastaların tedavi sürecinde birinci derecede aktif rol oynayan sağlık çalışanlarının çalışma koşullarını daha da kötüye gitmesine neden olmuştur.

Sağlık çalışanları, sağlık hizmeti sundukları toplumsal katmanlar için işlevsel ve faydalı hizmet verememekle birlikte çalışma koşullarının kısıtlandığı zor durumlarla karşı karşıya bırakılmıştır. Bu durum, sağlık sektöründe görev yapan sağlık çalışanlarının fiziksel, kimyasal, biyolojik, ergonomik tehlikelerle daha sık karşılaşmasını arttırmakla beraber; insana ve özellikle de hasta konumunda olan kişiye odaklanmış bir hizmette, mesleğin içeriği, gereği açısından alınan sorumluluk ve iş stresi, yetersizlik ve çaresizlik duygusunu daha da arttırarak, dayanılması zor koşullara ulaşmıştır. Sağlık çalışanları için bu koşullarda sorun çözme becerileri daha da önem kazanmıştır. Bahsedilen nedenler göz önüne alınarak planlanan bu araştırma, kamu hastanesindeki sağlık çalışanlarının demografik özelliklerine göre sosyal sorun çözme becerilerini belirlemek amacıyla gerçekleştirilmesi planlanmıştır.

Araştırmanın kuramsal çerçevesi kapsamında, sağlık/sağlık çalışanı kavramları ile son dönemde sağlık sisteminde gerçekleşen değişimin sağlık çalışanına nasıl yansıdığı ve sorun çözme becerilerinin bu durumdaki önemi ile ilgili literatürde yer alan çalışmalara değinilecektir.

1.1. İlgili Kavramlar

1.1.1. Sağlık Kavramı ile İlgili Genel Değerlendirme

Sağlığın en sık kullanılan tanımı 1948 yılında Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından yapılmıştır. Bu tanıma göre sağlık, yalnızca hastalık ya da sakatlıkların olmaması değil, fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hali içerisinde olma durumudur (<http://www.who.int/about/definition/en/print.htm> ,28.04.2015)

Temel Sağlık Hizmetleri Bildirgesi'nden (1978) bu yana sağlık sorunlarına “toplumsal iyilik” tanımını benimsemenin doğru olduğu belirtilmektedir (Akt: Piyal, 2011, s.: 14). Sağlık sorunları, sağlık hizmetine erişimin bir insan hakkı olduğu (Toplumsal Eşitlik), sağlığı etkileyen çevresel etmenlerin göz önünde bulundurulması gerektiği (Çevreyle Bütünlük), kişinin çevresinden soyutlanamayacağı, insan yaşamının doğum öncesinden ölüme kadar bir bütün olduğu (Yaşamın Bütünlüğü) bakış açısıyla ele alınmaktadır (Piyal,2011, s.: 14).

Toplumun sınıflar arasındaki yaşanan tüm ilişkiler ve iletişim sağlık kavramı ile birlikte yürür. Toplumsal yaşamın her katmanında ve toplumun sağlıklı olması önemli bir kavramdır. Kişi ve toplumun içinde yer aldığı her durumda “iyi” ya da “kötü” durumda sağlık tanımının var olması, sağlığın yaşamın en önemli unsurlarından biri olmasını sağlar. Yaşamın her evresinde ve her durumunda var olması sebebiyle sağlık, kişi ve toplumun yaşamıyla eş değerdir. Yaşamla eşdeğerliği nedeniyle sağlık bütünsel bir kavramdır, yaşamın hiçbir alanından bağımsız düşünülmez. Her yönüyle sağlık, diğer tüm zıtlıkları ile birlikte hayatın içinde yer alır (Aksakoğlu, 1999, s.:24).

1.1.2. Sağlık Çalışanının İşlevi

Sağlık hizmetlerinin işleyişi, toplum ihtiyaçlarını etkin, esnek, yaratıcı biçimde karşılanmasını, sağlık hizmetleri ile ilgili mesleki açıdan donanımlı, yüksek sorun

çözme becerisine sahip olan ve psikolojik açıdan sağlıklı davranışlar sergileyebilen sağlık çalışanlarının bulunmasını gerektirir (Ülker, 1995).

Sağlık kavramıyla iç içe olmasından kaynaklı sağlık çalışanı da yaşamın her anında işlevsel olarak bulunur. Toplumsal ve kişisel her eylem ve dönüşümde sağlık çalışanının da var olması sebebiyle, sağlık çalışanı her eylem ve her koşulda “iyi” ile, hatta görevi sebebiyle daha da fazla, “kötü” ile iç içedir ve sağlık tehlikesi diğer kişilere göre daha fazladır (Aksakoğlu, 1999, s.: 25).

Sağlık sisteminin toplum içinde var olması gerekliliği sebebiyle sağlık çalışanı da toplum içinde yer alma gerekliliği vardır. Yaşamın her evresi sağlık çalışanını ve sağlık sektörünü birebir ilgilendirir ve içinde yer almayı gerektirir. Sağlık çalışanı, hastalığı toplum içinde ve toplum yaşamında ne kadar çok içinde yer alırsa, ne kadar hızlı tespit olanağına sahip olabilirse; sağlık ile ilgili problemleri o kadar kolay ve erken belirleme olanağına ve de oluşan tabloları da kolayca saptama ve giderme olanağına da sahip olabilir. Bu nedenle de sağlık çalışanı her türlü tehlikeye karşı herkes kadar , çoğu zamanda daha fazla açıktır (Aksakoğlu, 1999, s.: 25-26).

Sağlık ve sağlık hizmeti politikaları, sadece sağlık profesyonellerinin emeklerinin ve müdahalelerinin ve sadece tıp bilimindeki gelişmelerin bir ürünü olarak değil daha geniş sosyal, ekonomik ve politik değişim süreçlerinin bir ürünü olarak algılanmalıdır (Lister, 2008, s.: 9).

Bu nedenle çalışmada, sağlığın korunması ve geliştirilmesine etki eden faktörleri incelememizin, sağlık çalışanlarının çalışma koşulları içerisinde yaşadıkları, karşılaştıkları sorunları daha iyi anlamamıza yardımcı olacağı düşünülmektedir.

1.1.3. Sağlığın Korunması ve Geliştirilmesine Etki Eden Faktörler

1970'li yıllarından itibaren dünyada neoliberal anlayış ve politikaların hızlı ilerlediği dönemler olmuştur. Bu politikanın ülkenin yönetiminde egemen olmasına şart olarak,

sosyal devlet anlayışı ve politikalarından giderek uzaklaşmıştır (Akdur ,1999, s.: 6).

Günümüzde sağlık alanında yaşanan sorunlar asıl olarak neoliberal politikaların doğrudan bir sonucu olarak ortaya çıkmaktadır. Sağlığa ayrılan kamu kaynaklarının azaltılmasına ve kamu kaynaklarının özel kesime aktarılmasına dayanan neoliberal politikalar, günümüzde sağlık hizmetlerinde yaşanan sorunların da temelinde yatmaktadır (Soyer, 2003; Akdur, 2008;).

Sağlıkta genel olarak iki temel reformdan söz edilebilir. Birincisi 1970’li yıllarından itibaren uygulanan ve ekonomik harcamaları kısıtlamaya yönelik gözlenen reform, ikincisi ise 1990’lı yıllarından itibaren uygulanan ve piyasaya yönelik alternatifler üretmek, yaymak ve idare etmek amacıyla sağlık sistemlerini yönlendiren, bir başka ifade ile metalaştıran bir politikadır (Soyer, 2003 Lister, 2008; Sefer, 2008;).

1.1.3.1. Dünya’da Sağlık Durumu ve Sağlıktaki Eşitsizlikler

Dünya’daki sağlık süreci değerlendirildiğinde, toplam ölümlerin %25’inin önlenabilir hastalıklarının neden olduğu belirtilmektedir. 830 milyon kişi sağlık hizmetlerine ulaşamamakta ve benzer sayıda kişi de yetersiz beslenmektedir. Bu duruma ek olarak kronik sağlık sorunları da milyonlarca kişiyi etkilemektedir (WHO, 2002: 117).

Bunun yanında sağlık için yapılan harcamalar arttıkça küresel hastalıkların arttığı belirtilmiştir. Daha da önemlisi tıp biliminde ve ilaç sektöründeki tüm ilerlemelere, pek çok ülkede harcamaların çok yüksek olmasına karşın sağlıktaki eşitsizlikler devam etmekte ve giderek artmaktadır (WHO, 2009: 118).

Hem sosyokültürel, sosyoekonomik yapıdaki hem de sağlıktaki eşitsizlikler çok önemli bir sorun haline gelmiştir. Diğer taraftan ülkelerarasındaki bu eşitsizlikler coğrafi bölgelere, kır kent farkına, toplumsal cinsiyete, farklı cinsel tercihleri olanlara ve ırka dayalı olarak toplumlar içerisinde de yaşanmaktadır. Yoksulluğun

kadınlaşması hastalığının en temel biri olarak gösterilmektedir. Yoksulluğun büyük bir kısmını (%70) kadınların oluşturduğu belirtilmiştir. HIV/AIDS hastaları yanında, ruhsal rahatsızlığı olanlar ve yaşlılar ayrımcılığa uğrayan en önemli iki sınıf olduğu bildirilmiştir (Lister, 2008, s: 7 -9).

Hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerdeki sağlık reformları bu eşitsizlikleri yok etmeyi amaçlamıştır. Buna rağmen sağlık sektörü için planlanan reformların eşitsizlikleri ortadan kaldırmaktan bir yana dursun, azaltamadıkları, hatta daha çok arttırdıkları ifade edilmiştir. Bunun yanı sıra bu reformlar, sağlıkta ortaya çıkan sorunları çözememekte, var olan sorunları kamuda yapılacak sağlık hizmeti masraflarını hatalı yönlendirme tehlikesi olduğu ve bu nedenle sağlık ihtiyaçlarını karşılamaktan daha çok politik ve ideolojik nedenlerden ortaya çıkan politikalar oldukları vurgulanmaktadır (Soyer, 2003; Akdur, 2008; Lister, 2008; Yenimahalleli ve Uğurluoğlu, 2010).

1.1.3.2. Türkiye’ de Sağlık Durumu ve Sağlıkta Eşitsizlikler

Sağlık sektöründeki politika tercihleri ve neoliberal politikaları her alanda egemen kılması sebebiyle Türkiye’de de dünyada izlenen değişimler yaşanmıştır. Hızla artan sağlık harcamalarına karşın sağlık sektöründe de tahmin edilen değişiklikler gözlenememiş, sağlıkta eşitsizlikler giderek artmıştır. Sağlık politikalarının uygulamasıyla birlikte sağlıkta özelleştirme stratejilerinin, katkı paylarının artması ve bütün bunların yanında yaşamı daha da sağlıksız duruma getiren, işsizliğin, yoksulluğun artması, gelir dağılımının eşitsizliği gibi sosyoekonomik sorunlar sebebiyle sağlık harcamalarında artışa paralel olarak sağlık hizmetlerinde de beklenen artış gözlenmemiştir (Sefer, 2008; Yenimahalleli ve Uğurluoğlu, 2010; Belek, 2011).

Sağlık sektöründe neoliberal politikaların uygulanmaya devam etmesi, sağlığı sosyal devlet anlayışı içerisinde bir hak olarak görünmemesi; devletin bu sorumluluğu gerçekleştirme anlayışından uzaklaştığı ve bu eşitsizlikleri ortadan

kaldırılmasının mümkün olmadığı düşünülmektedir. Gelişmiş ve gelişmekte olan ülke uygulamaları işlevsellik, verimlilik, eşitlik ve etkililik ideolojisinde olan neoliberal sağlık politikalarının öne sürdükleri amaçlara ulaşabildiğini (veya ulaşabileceğini) ifade eden göstergelerin olmadığı görülmektedir. Bütün bunların değerlendirildiğinde bu politikalarda ısrarcı olunması ile sağlık ve sağlık hizmetlerine ulaşmada eşitsizlik ve haksızlıkların yok edilmesi yerine daha da artmasına neden olmaktadır (Soyer, 2003; Akdur, 2008; Yenimahalleli ve Uğurluoğlu, 2010).

1.1.4. Sağlık Çalışanlarının Sağlığı

Sağlık tanımında ortaya çıkan değişikliklerle doğru orantılı olarak sağlık sektörünün de yükü giderek artmakta ve toplumun daha çok içinde yer almasını gerekmektedir. Bu durum sağlık çalışanının sorunlarını ve riskini daha da artırmaktadır (Aksakoğlu, 1999, s.:26). Son yıllara politikaların hem ülke düzeyindeki etkileri, hem de sağlık politikalarında gözlenen paralel yöndeki değişiklikler sağlık çalışanlarının ruhsal yönden olumsuz yöne etkileyen çok önemli risk etkenleri karşı karşıya bırakmıştır. (Tel ve ark., 2003; Kaya ve ark., 2007; Caruso 2013).

Türkiye'deki sağlık çalışanlarının çalışma temposu inanılmaz boyutlara ulaşmıştır. Çalışma yaşamındaki bu değişim sonucu, çalışanların kişisel davranışlarında da değişiklikler ortaya çıktığı, stres düzeylerinin arttığı, iş yükünün arttığı, iş doyumunun azaldığı, öfke kontrolünde problem yaşandığı ve sağlık üzerine etkili diğer faktörleri olumsuz yönde etkilediği gösterilmiştir (Annagür, 2010; Kaya, 2011; Keskin ve ark., 2011).

Sağlık çalışanları çalışma ortamlarında fizik, biyolojik, ergonomik, kimyasal, psikolojik ve sosyal güvenlik ile ilgili pek çok risk veya sağlık sorunu ile karşılaşmaktadır. Bu durum sağlık çalışanlarının görevleri ile ilgili risklerin diğer meslek gruplarına çok daha çeşitli olmasına yol açmaktadır. Mesleki risklerin çeşitlenmesi nedeniyle sağlıklarının daha çok olumsuz etkilenmesine yol açmaktadır. Sağlık çalışanı karşılaştığı mesleki risklere baktığımızda; uzun süreli ve kesintisiz

çalışma süresinden başlayıp, güvencesiz çalışma, ergonomik olmayan çalışma ortamı, belirsizlik, strese ve şiddete kadar giden birçok risk faktörüyle karşılaşmaktadırlar (Akdur, 2008; Soyer, 2011; Azap, 2013; Caruso, 2013).

Çalışma ortamında süreklilik gösteren ve sıklıkla tekrar eden stresli yaşantıların, uzun çalışma saatleri, yoğun bakım hastası ile çalışma; kaslarda gerginlik, migren, uyku sorunları, koroner arter hastalıkları, yorgunluk gibi fiziksel sağlık sorunlarına; tükenme sendromu, anksiyete, çaresizlik, depresyon, alkol ve madde kullanımında artış gibi ruhsal sorunlara; sık tekrarlanan olumsuz yaşam olayları şiddete maruz kalma, şaşkınlık, kızgınlık, çaresizlik, korku, tükenmişlik, güven kaybı kendini suçlama gibi olumsuz duyguların eşlik ettiği ruhsal travmalara; iş veriminde azalma, işe devamsızlık, iş doyumsuzluğu, işle ilgili kendine güvende azalma, işi bırakma, aile içi ilişkilerde bozulma, kişilerarası iletişim sorunları gibi mesleki ve sosyal sorunlara yol açtığı vurgulanmıştır (Ergin, 1995; Soyer, 1999; Erickson 2000; Arnetz J.E., Arnetz B.B., 2001; Kaptanoğlu ve ark., 2003; Tel ve ark., 2003; Kaya ve ark. , 2007; Dünder ve Gökçe, 2008; Önsüz ve ark., 2008; Tezel ve ark., 2009; Kaplan ve ark., 2011; Kaya, 2013).

Sağlıklı, güvenli iş ortamı ve güvenli istihdam, ruhsal, fiziksel ve sosyal bütünlük özellikle sağlık çalışanları arasında çok önemlidir. Başka insanların sağlığı ile ilgilenmeyi görev edinmiş olan sağlık çalışanının sağlığı, özellikle vurgulanması, önemsenmesi gereken önemli bir konudur. Çünkü strese bağlı rahatsızlıklar, gerginlikler, sıkıntılar, kişilerin çalışma ortamındaki verimliliklerini olumsuz etkilemekte, bakım verdikleri kişilere zarar verme ihtimalini arttırabilmektedir. Bir başka taraftan da hastanın duygu durumunu olumsuz etkileyerek, tedavi sürecini de olumsuz yönde değiştirebilmektedir (Şahin ve Batıgün 1997; Azap, 2013). Bu nedenle; sağlık çalışanının, bedensel, psikolojik, sosyal ve ergonomik açıdan sağlıklı olması, sağlığı bozulmuş hasta ve yakınlarında yaşam kalitesinde olumlu yönde etkileyecektir.

1.2. Sorun Çözme Kavramı ve Unsurları

1.2.1. Sorun Kavramının Tanımlanması

Türk Dil Kurumu (TDK, 2015), sorunu; araştırılıp öğrenilmesi, düşünülüp çözümlenmesi, bir sonuca bağlanması gereken durum, mesele, problem, olarak tanımlamaktadır (<http://tdk.gov.tr>, 16.04.2015).

Sorun kişinin ulaşmak istediği bir amaca ulaşmamasına neden olan engeller var olduğu zaman ortaya çıkar. Sorunun süresi, basit veya karmaşık olması değişkenlik gösterebilir (Cüceloğlu, 2000).

Sorun D’Zurilla (1988), tarafından kişinin iç ya da dış isteklere tepki vermekte çektiği zorluk olarak tanımlanmaktadır. Sorun; kişinin amaca ilerleme sürecinde engellenme ile karşı karşıya kaldığı bir çatışma durumu olarakda belirtilmiştir.

Bir problem veya problemlili durum; uyarlanır işlevsellik için cevap bekleyen fakat engellerden dolayı bu durumla karşı karşıya kalmış insanlara etkili cevapların acil olarak ortaya çıkmadığı veya sağlanamadığı herhangi bir yaşan olayı veya durum olarak tanımlanır. Problemlili durumdaki bu talep çevreden veya kişinin içinden; insanın kişisel ve çevresel dinamiklerden kaynaklanabileceğidir (D’Zurilla, Nezu ve Maydeu-Olivares, 2004; s:12).

Sorun sadece kişiye özel olmayıp, bir ya da birden fazla insan arasında da çeşitli nedenlerden kaynaklanan sorunlar olabilmektedir. Birden fazla insan arasında ki iletişim alışverişi ya da çeşitli faktörlerden kaynaklanan nedenlerden dolayı sorunlar ortaya çıkabilmektedir. Kişilerarası sorun, insanlar arasında beklentiler ve duygusal talepler arasındaki anlaşmazlığın meydana getirdiği engellerin gerçek yaşama yansımaları ile ortaya çıkabilmektedir (D’Zurilla, Nezu ve Maydeu-Olivares, 2004, s.:13).

Sorunların boyutları engellere göre değişebilmektedir. Bundan dolayı sorun ile engel arasında bir ilişki olduğu söylenebilir. Engeller, yenilik, bilinmezlik, tahmin edilemezlik, isteklerin uyuşmaması, yetenek eksikliği ve kaynak sınırlılığından oluşabilir. Bazı özel sorunlar, tek defalık zamanla sınırlı olaylar (işe gideceği treni kaçırmak, akut hastalıklar vb.), aralıklara tekrar eden durumların yaşanması (üstlerden arzu edilmeyen isteklerin gelmesi, belli aralıklarla şiddet görme vb.), kronik ya da devam eden durumlar (devam eden ağrı, yalnızlık hissi, can sıkıntısı vb.) gibi durumlardan kaynaklanabilir (D’Zurilla, Nezu ve Maydeu-Olivares, 2004, s.: 13).

Jacobson&aMargolin,(1979) kişiler arası problemi, engellerin ilişkideki iki veya daha fazla kişinin davranışsal istekleri ve beklentilerindeki uyuşmazlıklar olduğu, gerçek hayatın özel bir türü olarak tanımlamaktadır (D’Zurilla, Nezu ve Maydeu-Olivares, 2004, s.:13).

1.2.2. Çözüm Kavramının Tanımlanması

Türk Dil Kurumu (TDK, 2015), çözümü, bir sorunun çözülmesinden alınan sonuç, hal olarak tanımlamaktadır (<http://tdk.gov.tr>, 16.04.2015).

Bir çözüm, belirli problemlili bir duruma uygulandığında sorun çözme sürecinin üretimi ve sonuçlarının olduğu durum özelinde başa çıkarak karşılık verme modelidir. Etkili bir çözüm, problemlili durumun yarattığı manevi zararın azaltıldığı ve değiştirilerek daha iyiye taşındığı, aynı zamanda negatif sonuçların azaltılırken pozitif sonuçların artırılması ile problem çözme hedeflerinin başarılmasıdır. İlgili sonuçlar hem kişisel hem de sosyal sonuçları ve de kısa süreli hem de uzun süreli olanları içermektedir (D’Zurilla, Nezu ve Maydeu-Olivares, 2004, s:13).

Kişilerarası problemde etkili çözüm ise, çatışmaların ve anlaşmazlıkların tüm tarafları tatmin edecek ve kabul edilebilir sonuçları sağlayacak bir şekilde çözülmesidir. Bu sonuçlar, tüm ilgili tarafların refahını ve çıkarını barındıran bir

görüş birliği, uzlaşma veya anlaşma içermelidir (D’Zurilla, Nezu ve Maydeu-Olivares, 2004, s :13).

1.2.3. Sorun Çözme Kavramının Tanımlanması

Sorun çözme ise D’Zurilla ve Goldfried (1971), tarafından “problemlili bir durumla başa çıkabilmek için etkili seçenekleri oluşturma ve bu seçeneklerden en etkili olacağı düşünülen birini seçmeyi içeren bilişsel ve davranışsal bir süreç” olarak tanımlanmaktadır. Bir başka anlatımla kişinin günlük hayatında karşılaştığı ve o an etkili bir tepki vermenin mümkün olmadığı baş etme yöntemi olan sorun çözme, bireyin kendini sorguladığı bilişsel-davranışsal bir süreçtir (D’Zurilla, Nezu ve Maydeu-Olivares, 2004, s :12).

Oğuzkan (1974) sorun çözmeyi kişinin yeni gelişen olay yada olaylara yönelik daha önceki ilişkileri ortaya çıkmasını sağlama, yeni ilişkiler kurma ve belirlenen hedefe göre belli bir sonuç elde etme olduğu belirtilmiştir. Ozankaya (1975) ise sorun çözmeyi karmaşık bir durumla karşılaşan kişinin, bu durumun üstesinden gelip hedefe ulaşabilmesi için göstermesi gereken girişim ve ansal bileştirme becerisi olduğu ifade edilmiştir (Duyan ve Gelbal, 2011, s :8).

Bir başka tanımda ise ,sorunun çözümü kişinin kendisi ve çevresi sebebiyle zorluklara adapte olabilmesi için gerekli olan bilişsel, duyuşsal ve davranışsal süreçler olarak belirtilmiştir (Heppner ve Krauskopf, 1987, s.: 375).

Fredericks (1993)’e göre sorun çözme belirlenen hedefe ulaşmaya engel olan güçlükleri yok etmeye yönelik gösterilen bir dizi çabaya işaret etmektedir. Sorun çözmenin etkili bir öğrenme ve kişisel becerileri geliştirme yoludur (Kaptan ve Korkmaz, 2002, s:184).

Sorun çözme bilişsel-davranışsal bir beceri ve aynı zamanda dayanıklılık göstergesidir. Dayanıklı biri karşılaştığı problemleri etkili bir biçimde ele alıp

çözümüne kavuşturabilecektir. Aynı zamanda sorun çözme önemli bir kişisel baş etme kaynağıdır, yaşamda karşılaştıkları problemleri çözebilen kimselerin baş etme ve psikolojik uyum düzeyleri daha yüksektir (Eskin, 2009, .s.: 25).

DZurilla ve Goldfried (1971) tarafından geliştirilen dört aşamalı sorun çözme modeline göre sorun çözme sürecinin aşamaları şunlardır:

- a) Problemin Tanımlanması: kişinin problemleri anlaması, sorunu spesifik ve somut bir biçimde tanımlanması aşamasıdır. Amaç ve kabul edilebilir sonuçlar belirlenir.
- b) Alternatif Çözümler Üretme: bu problemlere etkili “çözümler” veya onlarla baş etmenin yollarını bulması için çabaladığı bilişsel aktivitelere işaret eder, kişilerden alternatif çözümler üretmeleri istenir. Önerilen bütün çözümler dikkate alınır.
- c) En İyi Çözümü Seçme (Karar Verme): Olası her çözümün bedeli ve ödülü değerlendirilir. Ödül bedel oranı en iyi olan çözüm seçilir ve uygulama için plan yapılır.
- d) Çözümün gerçekleştirimi ve doğrulaması: davranışsal aktiviteleri işaret eder. Yapılan plan uygulanır ve değerlendirilir. Beklenen sonuca ulaşılmamış ise yeniden başa dönülür ve süreç tekrarlanır (D’Zurilla, Nezu ve Maydeu-Olivares, 2004, s.14).

Sorunla karşılaşan birey onu tüm yönleriyle ele almalı, en doğru çözüm seçeneğini seçmeli ve uygulamalıdır. Bu bağlamda kişilerarası sorun çözme çatışmalara, tüm bileşenler için kabul edilebilir veya tatmin edici çözümler tanımlayan veya bulan bilişsel-kişilerarası süreç olarak ifade edilebilir. Dolayısıyla, bu bakış açısına göre, kişilerarası sorun çözme ‘kazan-kaybet’ ten ziyade , çatışmaları çözmek için bir ‘kazan-kazan’ yaklaşımıdır (D’Zurilla, Nezu ve Maydeu-Olivares, 2004, s:13).

D'Zurilla ve ark. önerdiği modelde sorun çözümü, problem ve çözüm olmak üzere üç ana kavramdan oluşmaktadır. Aynı zamanda, sorun çözme ile sorunun

gerçekleştirmesi arasındaki farkı görmek teori, araştırma ve pratik için de önemlidir. Sunulan tanımlar daha önce Davis (1966), D’Zurilla ve Goldfried (1971), D’Zurilla ve Nezu (1982, 1999) ve Skinner (1953) tarafından tartışılmış kavramları temel almıştır (D’Zurilla, Nezu ve Maydeu-Olivares, 2004, s:12).

Sorun çözme, sorunsal bir durumu en etkin şekilde çözebilme ve sorunun neden olduğu duygusal sıkıntıyı azaltma ya da her ikisi amacıyla gerçekleştirilir (D’Zurilla, Nezu ve Maydeu-Olivares, 2004).

1.2.4. Sorun Çözmenin Bileşenleri

Sorun çözmenin bilişsel, metabilişsel ve güdüsel yönlerinden bahsedilebilir. Sorun çözmenin bilişsel yönü; farklı çözümleri düşünebilme, adım adım hedefe ulaşabilme, sonucu düşünebilme sosyal olaylarda neden sonuç ilişkisini düşünebilme ve olaylara başkalarının bakış açılarını görerek başka açılardan bakabilmeyi kapsamaktadır (Eskin, 2009, s.: 29-34).

Sorun çözmenin metabilişsel yönü, problem çözme alternatiflerini değerlendirebilme ve yorumlama yeteneği olarak tanımlanır. Buna sorun çözmenin yönetilmesi de denebilir. Kişi sorun çözme ile ilgili gerçekleştirdiği her aşamayı değerlendirmeli ve o aşamadan sonra hata ve doğrular yaptığını analiz etmelidir (Eskin, 2009, s.: 35).

Sorun çözmenin güdüsel yönü ise kişinin problem duruma ilgi duyup duymaması ile ilgilidir. Güdüsel yön önemlidir çünkü problem durumla ilgili kişinin herhangi bir işlemde bulunabilmesi için onu harekete geçirecek olan şey, ilgidir (Eskin, 2009, s.: 37).

Bu tanım sosyal sorun çözmenin bilinçli, akılcı, emek gösterilmesi gereken ve amaca yönelik bir eylem olduğuna işaret eder. Sorun çözmenin amaçlarına bağlı olarak, bu süreç sorunu etkin çözebilmek için değiştirmeyi ve sorunun yarattığı

ruhsal sıkıntıyı azaltmayı hedeflemiştir.

1.2.5. Sosyal Sorun Çözme Modelinin Değerlendirilmesi

Sosyal sıfatı sorun çözme çalışmasını herhangi belirli tip bir problemle kısıtladığını anlamına gelmez. Sadece gerçek yaşamın sosyal çevresinde kişinin uyarlanır işlevselliğini etkileyen sorun çözümü ile ilgilendiğimiz gerçeğini vurgulamaktadır. Sosyal sorun çözme çalışması, kişisel olmayan problemler, kişisel veya içsel problemler, kişilerarası problemler ve de topluluk ve toplum problemleri de dahil olmak üzere kişilerin işlevselliğini etkileyebilecek tüm problemlerle ilgilenir. Bu bölümde anlatılan sosyal sorun çözme modeli aslında D’Zurilla ve Goldfried (1971) tarafından ortaya koyulmuş ve sonrasında D’Zurilla, Nezu ve Maydeu-Olivares (2002) tarafından genişletilmiş ve revize edilmiştir (D’Zurilla, Nezu ve Maydeu-Olivares, 2004, s :11).

Bu çalışmadaki sosyal sorun çözme teorisi sorun çözme ve çözümü gerçekleştirme kavramlarını ayrı tutar. Bu süreçler kavramsal olarak farklıdır ve farklı beceri gruplarını gerektirir. Sorun çözme belirli bir probleme çözümler bulma sürecine işaret ederken, çözümü gerçekleştirme uygun çözümlerin problemlili duruma uygulanması durumu olarak tanımlanır. Sorun çözme becerilerinin genel olduğu kabul edilir, oysaki çözüm gerçekleştirme becerilerinin problemin türüne ve çözüme bağlı olarak değişen durumlarda çeşitlilik göstermesi beklenir. Çünkü problem çözme becerileri ile çözüm gerçekleştirme becerileri her zaman ilişkili değildir, birbirlerinden farklıdır. Dolayısıyla, bazı bireyler zayıf sorun çözme becerilerine sahipken, güçlü çözüm gerçekleştirme becerileri ortaya koyabilirler veya bunun tam tersi gerçekleşebilir. Çünkü her iki beceri grubu içinde etkili işlevsellik ve sosyal beceri gereklidir (D’Zurilla, Nezu ve Maydeu-Olivares, 2004, s:13).

Sosyal sorun çözme kavramı doğal çevrede veya “gerçek dünya” da oluşan problemlerin çözüm sürecini işaret eder (D’Zurilla ve Nezu, 1982) .Gerçek yaşamdaki sorun çözme sonuçlarının, sorun yönelimini ve sorun çözme yöntemi

şeklindeki, kısmi olarak bağımsız, iki genel süreç tarafından büyük oranda belirlendiği kabul edilmiştir. Sorun yöneliminin iki boyutu ve sorun çözme tekniğinin üç yöntemi aşağıdaki şekilde de göreceğiniz şimdiki modeli ortaya koyar. Yapıcı ve etkili problem çözme olumlu sorun yönelimi olanaklarının ve rasyonel sorun çözmenin olduğu, muhtemelen olumlu sonuçların üretileceği bir süreci tarif eder. İşlevsiz veya etkisiz sorun çözme ise olumsuz sorun yöneliminin dürtüsel-dikkatsizlik veya kaçınma yöntemine katkıda bulunduğu her ikisinde de muhtemelen olumsuz sonuçlar üretildiği bir süreci gösterir. Dahası, ilk sonuçlar olumsuz olduğunda veya tatmin edici olmadığında, iyi sorun çözenler daha iyi bir çözüm bulmak veya problemi daha gerçekçi hedeflerle yeniden tanımlamak için ısrarcı davranması, yeniden işleyip kullanılır hale getirmesi veya sorun çözme sürecine geri dönecek olması daha muhtemeldir. Örneğin, belirli bir sağlık probleminin tedavi edilemez olduğunu öğrendikten sonra kişi, sorun çözme hedeflerini acıyı olabildiğince azaltacak yaşam kalitesini olabildiğince yükseltecek şekilde değiştirebilir. Tam tersi olarak, işlevsiz boyutlarda yüksek ve yapıcı boyutlarda düşük özelliklere sahip zayıf problem çözenlerin, ilk değerlendirmeleri olumsuz olduğunda, hiçbir şey yapmaması veya umutsuzca birilerinin gelip problemlerine çözmek için yardım etmesini beklemesi muhtemelen daha olasıdır (D’Zurilla, Nezu ve Maydeu-Olivares, 2004, s :17).

Bu teorinin önemli hipotezlerinden biri sosyal sorun çözmenin tek bir yapılanma olduğundan ziyade, her ne kadar ilişkilide olsa, çok boyutlu bir yapılanma olduğudur. Modelde, sosyal sorun çözme becerisinin iki genel boyutu olduğu ifade edilmiştir. Bunlardan biri sorun yönelimi diğeri de sorun çözme becerileridir (D’Zurilla, Nezu ve Maydeu-Olivares, 2004, s: 14).

1.2.5.1 Sorun Yönelimi

Sosyal sorun çözme modeline göre, kişinin ilk aşamada sorun durumla karşılaşması ve bireyde oluşan tepkiler önemlidir. Sorun yönelimini “yaşamdaki sorunlar ve bu sorunları çözme konusundaki kişisel yetenekleri hakkındaki kişinin inançları, değerlendirmeleri ve duygularını yansıtan görece kalıcı bilişsel-duyuşsal şemaları

içeren ‘meta bilişsel süreç’ olarak tanımlamaktadırlar. Bu şemalar bir kişinin yaşamdaki sorunlarla ilgili genel inançlarını, değer biçmelerini, hislerini ve sorun çözme becerisini yansıtır Belirli durumlarda bireyin sorun çözme performansını kolaylaştırabilir ya da engelleyebilir Bu süreç sosyal sorun çözmedeki önemli bir motivasyonel işleve hizmet etmektedir (D’Zurilla, Nezu&Maydeu-Olivares , 2004, s.:14).

Kişinin karşılaştığı soruna ilk anda gösterdiği bilişsel ve duyuşsal tepkileri içeren güdüsel bir süreç olarak sorun yönelimini sergiledikten sonra insanların çoğunlukla iki farklı yaklaşım tarzı sergiledikleri ifade edilmiştir. Modele göre insanlar bir sorunla karşılaştıklarında işlevsel, yapıcı veya işlevsel olmayan şekilde iki farklı tepki verirler. Yapıcı tepkiler olumlu sorun yönelimi, işlevsel olmayan tepkilerde olumsuz sorun yönelimi olarak adlandırılmaktadır (Nezu ve Nezu 2001, s.:188).

1.2.5.1.1. Olumlu Sorun Yönelimi

D’Zurilla, Nezu ve Maydeu-Olivares, (2004), olumlu ve olumsuz problem yönelimlerine sahip kimselerde bir takım özellikler saymaktadır.

Olumlu sorun yönelimi olan kimseler;

(a) problemleri doğru bir şekilde algılar ve doğru tanımlarlar; (b) problemlerin neden kaynaklandığını doğru bir şekilde belirlerler; (c) problemlere meydan okurlar; (d)problemlerin genellikle çözülebileceğine inanırlar; (e) başarılı sorun çözmenin zaman ve çaba alacağı inanırlar; (f) sorunlardan kaçınmak yerine hayatta karşılaştıkları sorunları çözebilmek için problemleri başarıyla çözmek için yetenekleri olduğuna dair inançları (öz-yeterlilik) vardır (D’Zurilla, Nezu ve Maydeu-Olivares , 2004, s.:15).

Sorun yöneliminde zaten kişi söz konusu bilişler, duyuşlar ve inançlar sayesinde sorunlarla karşılaştığında belirli bir yönde davranmaktadır. Sorunlar karşısında yapıcı

bir yönelime veya yaklaşıma sahip biri problem çözme için gerekli çaba ve yetenekleri sergilemek konusunda başarılı olabilmektedir (Eskin, 2009, s.: 53).

1.2.5.1.2. Olumsuz Sorun Yönelimi

D’Zurilla, Nezu ve Maydeu-Olivares (2004), olumsuz problem yönelimine sahip kimselerde ortak olan özellikleri şu şekilde açıklamışlardır;

(a) problem ortaya çıktığında görmezden gelirler veya gözden kaçırlar; (b) problemlerin nedenlerini doğru şekilde atfedemezler. Yanlış olarak kendilerine veya dışsallaştırıp başkalarına atfederler; (c) sorunu psikolojik, sosyal, ekonomik iyi oluşa yani varlıklarına önemli bir tehdit olarak algırlar; (d) sorunların çözümünün tamamen çok zor olduğunu düşünürler; (e) sorunu başarıyla çözecek yetenekleri olduğundan şüphe duyma ve (f) problemlerle karşı karşıya geldiğinde kolayca yılma hayal kırıklığı, ve üzgün olma (düşük engelleme toleransı) konusunda genel bir eğilimleri vardır (D’Zurilla, Nezu ve Maydeu-Olivares, 2004, s. :15).

Olumlu sorun çözme yönelimli kimseler işlevsel olan akılcı sorun çözme tarzını kullanmakta olumsuz sorun yönelimi ise işlevsel olmayan dürtüsel- dikkatsiz ve kaçınan sorun çözme tarzlarını kullanmaktadır (D’Zurilla, Nezu ve Maydeu-Olivares, 2004 , s :15).

1.2.6. Sorun Çözme Tarzları

1.2.6.1. Kaçınan Sorun Çözme Tarzı

Kaçınan sorun çözme tarzı işlevsel olmayan bir tarzdır. Kaçınan sorun çözme tarzı erteleme, pasiflik veya eylem içinde olmama ve bağımlılık olarak karakterize edilir. Kaçınan problem çözücü sorunla karşı karşıya gelmektense kaçınmayı tercih eder,

sorun çözümünü olabildiğince erteler, problemlerin kendi kendilerini çözmesini bekler ve kendi problemini çözme sorumluluğunu başka insanlara yüklemeye çalışır (D’Zurilla, Nezu ve Maydeu-Olivares, 2004 ; Nezu ve Nezu, 2001).

1.2.6.2. Dürtüsel Dikkatsiz Sorun Çözme Tarzı

Dürtüsellik-dikkatsizlik yöntemi sorun çözme stratejilerini tekniklerini uygulayan aktif çabalar olmasına rağmen işlevsiz bir sorun çözme tarzıdır. Bunlar sığ, dürtüsel, dikkatsiz, aceleye gelen ve sonuçları değerlendirilmemiş çabalardır. Bu yöntemi kullanan kişi genellikle sadece birkaç çözüm düşünür ve sıklıkla dürtüsel olarak aklına ilk gelen düşünce ile devam eder. Buna ek olarak, alternatif çözüm seçeneklerini görmez ve olası sonuçları düşünmeden hareket ederler. Genellikle dürtüsel dikkatsiz sorun çözme tarzına sahip kimseler huzursuzluk, belirsizlik ve olumsuz duygulara karşı dayanabilme dirençleri azdır (D’Zurilla, Nezu ve Maydeu-Olivares, 2004; Nezu ve Nezu, 2001).

1.2.6.3. Akılcı Sorun Çözme Tarzı

Akılcı sorun çözme tarzı yapıcı sorun çözme yöntemidir ve etkili sorun çözme becerilerinin rasyonel, temkinli ve sistematik uygulaması olarak tanımlanır. Akılcı sorun çözme tarzını kullanan kişiler dört özel sorun çözme becerisi kullanırlar. Bu model, , problem tanımı ve formülasyonu, alternatif çözümlerin üretilmesi, karar verme ve çözüm gerçekleştirimi ve doğrulanmasını içeren dört ana maddeden oluşur (D’Zurilla, Nezu ve Maydeu-Olivares, 2004 ; Nezu, 2004).

Problem tanımı ve formülasyonunda, sorun çözücü, olabilecek problem hakkında birçok belirli ve somut gerçeği toplayarak, talep ve engelleri belirleyerek ve gerçekçi hedefleri tespit ederek, durumu daha iyiye değiştirerek, durumu kabul ederek ve duygusal sıkıntıları en aza indirgeyerek problemi anlamak ve daha iyi anlaşılmasını sağlamak için çaba sarf eder (D’Zurilla, Nezu ve Maydeu-Olivares, 2004 ; Nezu, 2004).

Alternatif çözümlerin üretilmesinde, kişi sorun çözme hedefleri üzerine odaklanır ve olabilecek birçok çözümü belirlemeye çalışır (D’Zurilla, Nezu ve Maydeu-Olivares, 2004; Nezu, 2004).

Karar vermede, sorun çözücü farklı çözümlerin sonuçlarını tahmin eder, onları değerlendirir ve karşılaştırır ve daha sonra en iyi veya potansiyel olarak en etkili çözümü seçer. Böylece verilmiş karar daha sağlıklı olacak ve çözümün başarısı daha yüksek olacaktır (D’Zurilla, Nezu ve Maydeu-Olivares, 2004 ; Nezu, 2004).

Son aşama olan seçilen çözümün uygulanması ve değerlendirmede ise önemli unsur seçilen çözümün uygulanması hayata geçirilmesi ve elde edilen sonuçların değerlendirilmesidir (D’Zurilla, Nezu ve Maydeu-Olivares, 2004 ; Nezu, 2004).

Varılan çözüm uygulandıktan sonra kişinin beklentilerini tam olarak karşılar ise sorun çözme sürecini sonlandırır, bazen uygulanan çözüm tüm alternatiflerin yeterince değerlendirilmemesi gibi durumlardan dolayı çözüm seçeneği kişinin beklentilerine ve sorunun tam olarak çözümüne katkı sunmamış olabilir böyle bir durumda bu durumun nedenleri araştırılıp sorun çözme süreci tekrar ele alınabilir (D’Zurilla, Nezu ve Maydeu-Olivares, 2004 ; Nezu, 2004).

Buradan hareketle Nezu (2004) problem çözme terapisinde amaçları şu şekilde belirlemektedir; (a) pozitif problem yöneliminin sağlanması; (b) negatif problem yöneliminin azaltılması; (c) akılcı problem çözme tarzının arttırılması; (d)dikkatsiz ve dürtüsel sorun çözme tarzını azaltılması ve (e) kaçınan sorun çözme tarzının azaltılması.

1.3. Sorun Çözme ve Sağlık Çalışanı

Bir sorunun çözümü; sorunlu durumu etkin çözebilmek için işlevsel alternatifleri oluşturma ve bu alternatiflerden en uygun olacağı düşünülen çözümü seçmeyi içeren bilişsel ve davranışsal bir süreç” olarak tanımlanmaktadır (D’Zurilla, Nezu ve

Maydeu-Olivares, 2004, s.:12).

Bireyin problemle ilgili farklı seçenekleri göz önüne alarak, değişik çözüm seçenekleri arasında bilişsel geçişleri yaparak, yaratıcı çözümler üretebilmesini gerektirir (Eskin, 2009, s: 95). Sorun çözme yeteneğinin, ruh sağlığının önemli bir bileşeni olduğunu ve sorun çözme yeteneğindeki herhangi bir yetersizliğin, ruhsal sağlamlık ve psikopatoloji ile ilgili olduğunu ifade etmiştir (Nezu ve Roman, 1988).

Sorun çözme becerisinin, kişileri bir dizi ruhsal problemlerden koruyan önemli bir koruyucu faktör olduğu ifade edilmiştir (Eskin ve Aycan, 2009, s :7). Sorun çözme ile psikopatoloji veya uyumsuz davranışlar arasındaki ilişkiler uzun süredir araştırılmaktadır. Literatürde sorun çözme becerisinin, kişinin sağlıklı bir şekilde yaşayabilmesi ve ruh sağlığını koruyabilmesi için gerekli olduğu vurgulanmış ve sorun çözme becerisi ile ruhsal sağlık arasında çok yakın ilişki olduğu belirtilmiştir (Nezu ve Wilkins 2005; Eskin ve ark., 2008; Tezel ve ark., 2009; Tokuç ve ark., 2009; Yetiş 2010).

Sorun çözme bütün sağlık çalışanları uygulamaları açısından olması gereken ve etkin hasta bakımının ve profesyonel iş hayatında yeteneklerin gelişiminin de önemli unsurudur (Tezel ve ark., 2009). Mesleki uygulamaları sırasında hemşirelerin verimli ve etkin bakım verebilmesi için sorun çözme yeteneklerini en iyi şekilde kullanması gerekmektedir (Yılmaz ve ark., 2009 s.: 39). Hemşirelerin sorun çözme becerisi arttıkça olumsuz duygu ve düşüncelerle baş etme düzeyleri artırılabilmesinin, etkin sağlıklı alternatifler üretebilmesinin ve sağlık bakım hizmetinin işleyişini daha verimli hale gelmesinin olası olduğu bildirilmiştir. (Tezel ve ark. 2009).

Sorunları çözebilen çözebileceğini düşünüp ona göre davranan kimseler, genelde böyle düşünmeyen kimselerden daha az ruhsal sorun yaşadığını belirtmektedir (Eskin, 2009, s: 87). Özellikle sağlık çalışanlarının son yıllarda karşılaştıkları değişiklikler bedensel, ruhsal, kimyasal, biyolojik ve ergonomik riskleri, arttırmakla beraber; insanla, özellikle de hasta konumuna geçmiş kişilerle çalışan, görevi gereği üstlenilen psikososyal stresi; yetersizlik ve çaresizlik duygusunu daha çok arttırarak

baş edilmesi daha güç hale getirmiştir (Ergin 1995; Kasapoğlu 1999; Dünder ve Gökçe, 2008). Sağlık çalışanları için bu koşullarda baş etmesi gereken sorunlar karşısında sorun çözme becerileri daha da önem kazanmıştır.

Bir psikolojik kurgu olarak sorun çözme, psikolojik sıkıntıların nedenlerini anlamada önemli bir kavramsal çerçeve sunmakta ve böylece birçok ruhsal rahatsızlığı anlayabilmemizi ve nedenleri hakkında çıkarsamalarda bulunabilmemizi sağlamaktadır (Eskin, 2009, s.: 87). Bu nedenle, sağlık çalışanlarının çalışma koşullarında sorun çözme becerilerinin belirlenmesine yönelik araştırmalara da ihtiyaç olduğu düşünülmektedir.

1.4. Araştırmanın Amacı

Bu araştırma ile İzmir İli Kamu Hastaneleri Birliği Kuzey Genel Sekreterliği İzmir Bornova Türkan Özlhan Devlet Hastanesi bünyesinde çalışan sağlık çalışanlarının demografik özelliklerine göre sosyal sorun çözme becerileri arasında farklılık olup olmadığı belirlenmesi amaçlanmaktadır.

Araştırmanın genel amacına bağlı olarak aşağıdaki alt amaçlar incelenecektir:

- Sağlık çalışanlarının cinsiyet durumu ile sosyal sorun çözme becerileri arasında ilişki var mıdır?
- Sağlık çalışanlarının yaşı ile sosyal sorun çözme becerileri arasında ilişki var mıdır?
- Sağlık çalışanlarının eğitim durumu ile sosyal sorun çözme becerileri arasında ilişki var mıdır?
- Sağlık çalışanlarının medeni durumu ile sosyal sorun çözme becerileri arasında ilişki var mıdır?

- Sağlık çalışanlarının meslekleri ile sosyal sorun çözme becerileri arasında ilişki var mıdır?

- Sağlık çalışanlarının mesleki deneyim yılı ile sosyal sorun çözme becerileri arasında ilişki var mıdır?

- Sağlık çalışanlarının bulundukları kurumda çalışma süresi ile sosyal sorun çözme becerileri arasında ilişki var mıdır?

1.5. Araştırmanın Önemi

Dünyanın hemen her yerinde olduğu gibi, Türkiye’de de sağlık, en önemli ve en büyük sektörlerden biridir. Sağlık çalışanının sorun yönelimleri, sorun çözme becerileri, toplumun da sağlıkla ilgili tutumları üzerinde etkili olmaktadır. Bu beceriler tüm insanlar için önemli iken insan sağlığıyla ilgilenen sağlık çalışanlarıdır için daha da önem kazanır. Dolayısıyla, sağlık çalışanını anlayabilmek, hem sağlık çalışanlarının sorunlarını değerlendirirken daha bilinçli olmasını, hem de bakım verdikleri hasta ve aileleri açısından katkı sağlayacaktır.

Literatür incelendiğinde ülkemizde sorun çözme ile ilgili farklı birtakım çalışmalara rastlanmıştır. Sorun çözme becerilerinin değerlendirildiği çalışmaların ise daha çok hemşire (Abaan ve Alıntoprak, 2005; Erzincanlı, 2010; Başar, 2011; Tercanlı 2011; Nazlı, 2013; Polat, 2013; Başol , 2014), hasta (Özgüven ve ark., 2003; Eskin ve ark.2006; Yetiş, 2010), öğrenci grupları (Tezel ve ark., 2009; Gezer ve Kantek, 2010; Başar, 20011; Lau, 2014;) ile yapılmış olup sağlık çalışanlarının incelendiği çalışmaların sınırlı olduğu düşünülmektedir. Yapılan literatür taraması sonucu Türkiye’de sağlık çalışanlarının sosyal sorun çözme becerilerini incelemeye yönelik herhangi bir araştırma ile karşılaşılmamıştır.

Yapılan diğer birçok araştırma sağlık çalışanının birçok alandaki değişikliklerle de baş etmek zorunda kaldığını ortaya koymuştur, işte bu aşamada uygulanması

amaçlanan araştırma sağlık çalışanlarının baş etmek zorunda kaldıkları sorunları nasıl ele aldıkları ve nasıl çözdüklerini ele alacaktır. Araştırma konusu ve niteliği açısından daha sonra yapılacak olan birçok araştırmalara ve sağlık ile ilgili literatüre katkı sağlayacak olması nedeniyle oldukça değerlidir.

1.6. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma, İzmir İli Kamu Hastaneleri Birliği Kuzey Genel Sekreterliği İzmir Bornova Türkan Özilhan Devlet Hastanesi bünyesinde çalışan sağlık çalışanları ile sınırlı olması; 304 sağlık çalışanına ulaşılması hedeflenmiş fakat gönüllü katılım, nöbet- yıllık izin gibi nedenlerle 223 sağlık çalışanına ulaşılmıştır. Araştırma için veri toplama izin süresinin (Nisan- Haziran) 3 ayı kapsaması araştırmanın diğer sınırlılığıdır.

1.7. Tanımlar

Sağlık Çalışanı: İzmir İli Kamu Hastaneleri Birliği Kuzey Genel Sekreterliği İzmir Bornova Türkan Özilhan Devlet Hastanesi bünyesinde çalışan sağlık çalışanlarıdır.

Sosyal Sorun Çözme: İzmir İli Kamu Hastaneleri Birliği Kuzey Genel Sekreterliği İzmir Bornova Türkan Özilhan Devlet Hastanesi bünyesinde çalışan sağlık çalışanları hakkında sosyal sorun çözme becerilerinin ifade etmektedir.

2. GEREÇ VE YÖNTEM

2.1. Araştırmanın Evreni

Bu araştırma; İzmir İli Kamu Hastaneleri Birliği Kuzey Genel Sekreterliği İzmir Bornova Türkan Özilhan Devlet Hastanesi bünyesinde çalışan sağlık çalışanlarının demografik özelliklerine göre sosyal sorun Çözme becerileri arasında farklılık olup olmadığı belirlenmesi amacıyla yapılan nicel bir araştırma olup tanımlayıcı olarak gerçekleştirilmiştir (Karasar, 2005).

Araştırmanın çalışma evrenini, İzmir İli Kamu Hastaneleri Birliği Kuzey Genel Sekreterliği İzmir Bornova Türkan Özilhan Devlet Hastanesi 304 sağlık çalışanı oluşturmaktadır. Araştırmada örneklem seçimine gidilmemiş olup İzmir İli Kamu Hastaneleri Birliği Kuzey Genel Sekreterliği İzmir Bornova Türkan Özilhan Devlet Hastanesi'nde görev yapan sağlık çalışanları araştırma kapsamına alınmıştır.

Araştırmaya katılımda gönüllülük ilkesinin yer alması, en az bir sene kurumda çalışma, izin durumları gibi nedenlerden dolayı 304 sağlık çalışanı arasından 223 sağlık çalışanına ulaşılabilmektedir. Meslekler hekim (uzman- pratisyen), hemşire , sağlık memuru, teknisyen (acil tıp – röntgen) olarak sınıflandırılmıştır.

2.2. Veri Toplama Araçları

2.2.1. Anket

Araştırmada kullanılan ilk veri toplama aracı literatür ve benzer çalışmalardan yararlanılarak araştırmacı tarafından hazırlanan araştırmaya katılan bireyleri tanımlayıcı bilgilerinin içerdiği formdur. Tanıtıcı özellikler soru formunda araştırmaya katılanlara yönelik sosyo-demografik verilerin tespitini amaçlayan sorular

bulunmaktadır. Formda çalışanın sosyo-demografik özelliklerini tanımaya yönelik olarak; sağlık çalışanlarının yaş, meslek, cinsiyet, medeni durum, , eğitim durumu, mesleki deneyim yılı ve çalıştığı kurumda görev süresi ile ilgili soruları içeren sorular yer almaktadır. Soru kâğıdı, görüşmecilerin rahatlıkla anlayıp bilgi verebileceği biçimde hazırlanmıştır.

2.2.2. Sosyal Sorun Çözme Envanteri

D’Zurilla ve Nezu (1990) tarafından geliştirilen Sosyal Sorun Çözme Envanteri insanların sosyal sorun çözme becerilerini değerlendiren geçerli ve güvenilir bir ölçme aracıdır. 353 üniversite öğrencisi üzerinde uygulanan ölçeğin güvenirliği Cronbach Alpha değeri sorun yönelim ölçeği için 0.93 (biliş alt ölçeği için 0.85, duyuş alt ölçeği için 0.69 ve davranış alt ölçeği için 0.88), sorun çözme becerileri ölçeği için 0.93 (sorun tanımlaması ve formülasyonu alt ölçeği için 0.72, seçenek çözümlerin oluşturulması alt ölçeği için 0.76, karar verme alt ölçeği için 0.84 ve çözümü gerçekleştirme ve doğrulama alt ölçeği 0.78) ve sosyal sorun çözme envanterinin tamamı için 0.95 olarak bulunmuştur. Geçerlik için yapılan açıklayıcı faktör analizi sonuçlarına göre, envanterin iki boyutu olduğu; birinci faktöre ait toplam değişkenliği açıklama oranı % 24.597, ikinci boyutun da % 9.178 ve toplamda % 33.775 olarak bulunmuştur. Yapılan çalışma sonucu Sosyal Sorun Çözme Envanterinin Türk toplumu için geçerli ve güvenilir olduğu belirlenmiştir 1, 3, 4, 5, 6, 7, 9, 11, 14, 15, 17, 18, 21, 22, 23, 24, 28, 30, 31, 40, 42, 43, 45, 47, 48, 54, 56, 59, 60, 63, 64, 67, 68, 69 ve 70. maddelerin puanlaması (4=0, 3=1, 2=2; 1=3; 0=4) olarak yapılmıştır. (Duyan ve Gelbal, 2008).

2.3. Süre ve Olanaklar

Yapılan değerlendirmeler ile araştırma konusunun belirlenmesinden sonra, araştırma konusu ile ilgili gerekli literatür taraması için kaynak toplanmıştır, elde edilen kaynakların taranmasından sonra araştırmanın amacına uygun olarak bir envanter

belirlenmiş ve bir soru kağıdı oluşturulmuştur. Sosyal Sorun Çözme Envanteri ve soru kağıdı, araştırma kapsamında yer alan Ankara Üniversitesi Etik Kurulu'nun ve araştırmanın yapılacağı Sağlık Bakanlığı Etik Kurulu Kurulu'nun gerekli izinler alındıktan sonra araştırma grubuna alınan tüm sağlık çalışanlarına araştırmanın amacı, katılımın gönüllü olacağı ve bilgilerin gizli kalacağı belirtilecek konusunda güvence verilerek, araştırmaya katılan sağlık çalışanlarından aydınlatılmış onam alınmıştır. Sağlık çalışanlarının araştırmanın içeriği, amacı ve uygulanışı ile ilgili bilgiler verildikten sonra sağlık çalışanlarının soru kağıdı ve envanteri gönüllü olarak doldurduklarına dair bir 'muafakatname' gerekli açıklama yapılarak imzalatılmıştır.

Araştırmanın masrafları araştırmacı tarafından karşılanmıştır.

2.4. Verilerin Analizi

Öncelikle Sosyal Sorun Çözme Envanteri puanlama sistemi ile hesaplanmıştır, daha sonra envanterin hesaplanması sonucunda elde edilen verilerden grafik çıkarılmıştır. Anket ve Sosyal Sorun Çözme Envanteri ile elde edilen veriler SPSS 19 programı ile işlenerek veri tabanı hazırlanmıştır. Araştırmanın amacı doğrultusunda veriler, değişkenlerin niteliğine göre yüzde, ortalama, standart sapma değerleri belirlenmiş; değişkenler arasında anlamlı bir fark olup olmadığı ve anlamlılık düzeyi t ve F istatistiksel analizleri kullanılarak çözümlenmiştir. Anlamlılık değerinin $p < 0.05$ olduğu durumlar istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

3. BULGULAR

Bu araştırmada elde edilen bulgular sağlık çalışanlarının demografik özelliklerine göre sosyal sorun çözme becerileri düzeyleri arasındaki ilişkiye dair bulgular yer almaktadır.

Çizelge 1’ de sağlık çalışanlarının cinsiyet durumuna ilişkin bulgular yer almaktadır.

Çizelge 3.1. Cinsiyete İlişkin Bulgular

Cinsiyet	Sayı	Yüzde
Kadın	164	73,5
Erkek	59	26,5
Toplam	223	100,0

Çizelge 1’den de anlaşılacağı üzere araştırmaya katılanların 164 ‘n (%73,5) kadın ve 59’unu (%26,5) erkekler oluşturmuştur.

Kadınların çoğunlukta olmasının nedeni; örneklemenin çoğunluğunun hemşirelerden oluşması hemşirelik mesleğinin kadın mesleği olarak görülmesinden kaynaklanmış olabilir. Ayrıca hastanede çalışan personelin çoğu kadınlardan oluşmaktadır.

Çizelge 2’ de sağlık çalışanlarının yaş durumuna ilişkin bulgular yer almaktadır.

Çizelge 3.2. Yaşa İlişkin Bulgular

Yaş Durumu	Sayı	Yüzde
18-30	33	4,8
31-40	82	36,8
41-50	87	39,0
51-62	21	9,4
Toplam	223	100,0

Ort= 39,63 ss=9,005 En kk= 18 En byk=62

Çizelge 2’ de görüldüğü üzere, yapılan araştırmaya 18-30 yaş arası 33 (%14,8), 31-40 yaş arası 82 (%36,4), 41-50 yaş arası 87 (%39,0), 51-62 yaş arası 21 (%9,4) kişi

olmak üzere toplam 223 kişi katılmıştır. Bir başka ifadeyle, sağlık çalışanlarının yaşı 18 ile 62 arasında olup yaş ortalaması 39,63' dur.

Çizelge 3' de sağlık çalışanlarının medeni durumuna ilişkin bulgular yer almaktadır.

Çizelge 3.3. Medeni Durumuna İlişkin Bulgular

Medeni Durum	Sayı	Yüzde
Evli	160	71,7
Bekar	31	13,9
Boşanmış	32	14,3
Toplam	223	100,0

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarını medeni durumu incelendiğinde 160 (%71,7) evli, 31 (%13,9) bekar, 32 (% 14,3) boşanmış olduğu görülmektedir.

Çizelge 4' de sağlık çalışanlarının mesleki durumuna ilişkin bulgular yer almaktadır.

Çizelge 3.4. Mesleğe İlişkin Bulgular

Meslek	Sayı	Yüzde
Sağlık Memuru	29	13,0
Hemşire	99	44,4
Hekim	64	28,7
Teknisyen	31	13,9
Toplam	223	100,0

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının meslekleri incelendiğinde 29 (% 13,0) sağlık memuru, 99 (% 44,4) hemşire, 64 (28,7) hekim, 31 (13,9) teknisyen olduğu görülmektedir.

Çizelge 5' de sağlık çalışanlarının eğitim durumuna ilişkin bulgular yer almaktadır.

Çizelge 3.5. Eğitim Durumuna İlişkin Bulgular

Eğitim Durumu	Sayı	Yüzde
Lise	16	7,2
Yüksekokul/Üniversite	154	69,1
Yüksek Lisans / Doktora	53	23,8
Toplam	223	100,0

Çizelge 5' de görüldüğü üzere, araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının 16 (% 7,2)

lise mezunları, 154 (%69,1)Yüksekokul/Üniversite mezunları, 53 (% % 23,8) Yüksek Lisans / Doktora oluşturmaktadır. Araştırma kapsamındaki uzman hekimlerin eğitim durumları doktora olarak değerlendirilmiştir. En düşük eğitim düzeyine sahip olanlar ise, lise mezunlarıdır.

Çizelge 6' da sağlık çalışanlarının mesleki deneyim yılına ilişkin bulgular yer almaktadır.

Çizelge 3.6. Mesleki Deneyim Yılına İlişkin Bulgular

Deneyim Yılı	Sayı	Yüzde
1-5	29	13,0
6-10	30	13,5
11-15	30	13,5
16-20	41	18,4
21-25	46	20,6
26-30	34	15,2
31 ve üzeri	13	5,8
Toplam	223	100,0

Ort= 17,7 ss=9,377 En küçük= 1 En büyük=40

Çizelge 6' da görüldüğü üzere, yapılan araştırmaya 1-5 yıl arası 29 (%13,0), 6-10 yıl arası 30 (%13,5), 11-15 yıl arası 30 (%13,5), 16-20 yıl arası 41 (%18,4), 21-25 yıl arası 46 (% %20,6), 26-30 yıl arası 34 (% 15,2), 31 yıl ve üzeri arası 13 (% 5,8) kişi olmak üzere toplam 223 kişi katılmıştır. Bir başka ifadeyle, sağlık çalışanlarının mesleki deneyim yılı 1 ile 40 arasında olup deneyim yılı ortalaması17,7'dir.

Çizelge 7' de sağlık çalışanlarının bulunduğu kurumda çalışma sürelerine ilişkin bulgular yer almaktadır.

Çizelge 3.7. Bulunduğu Kurumda Çalışma Süresine İlişkin Bulgular

Deneyim Yılı	Sayı	Yüzde
1-5	107	48,0
6-10	36	16,1
11-15	32	14,3
16-20	38	17,0
21 ve üzeri	10	4,5
Toplam	223	100,0

Ort= 8,37 ss=6,986 En küçük= 1 En büyük=30

Çizelge 7’ de görüldüğü üzere, yapılan araştırmaya 1-5 yıl arası 107 (%48,0), 6-10 yıl arası 36 (%16,1), 11-15 yıl arası 32 (%14,3), 16-20 yıl arası 38 (%17,0), 21 ve üzeri 10 (% 4,5) kişi olmak üzere toplam 223 kişi katılmıştır. Bir başka ifadeyle, sağlık çalışanlarının kurumda çalışma süresi 1 ile 30 arasında olup kurumda çalışma süresi ortalaması 8,37’dir.

Özet olarak; araştırmaya dahil olan sağlık çalışanlarının; cinsiyet açısından çoğunluğunun kadın (%73.5),yaş ortalamasının 39,63 olduğu; çoğunun evli olduğu (%71,7) ; çoğunluğunun hemşire (% 44,4) ;eğitim seviyelerinin çoğunluğunun üniversite mezunu (% 69,1); kurumda çalışma süresi açısından çoğunluğunun 1-5 yıl arasında (%48,0) olduğunu belirtilebilir.

Çizelge 3.8. Sosyal Sorun Çözme Becerileri Alt Ölçeklerine İlişkin Bulgular

Alt Ölçek	Ortalama	SS	En Küçük Değer	En Büyük Değer
Biliş	19,25	4,51	6	33
Duyuş	15,55	6,90	1	30
Davranış	14,02	7,02	1	30
Tanımlama	28,29	6,59	3	40
Seçenek	24,40	5,23	3	36
Karar	20,57	4,87	7	33
Çözüm	24,25	4,66	3	35

Yukarıdaki çizelgede ölçeğin alt seçenek puanlarının tanımlayıcı istatistikleri yer almaktadır. Çalışma grubundaki veriler incelendiğinde Biliş değişkeninin 6 ve 33 arasında değişim gösterdiği ve puan ortalamasının 19,25 (ss=4,51); Duyuş değişkeninin 1 ve 30 arasında değişim gösterdiği ve puan ortalamasının 15,55 (ss=6,90); Davranış değişkeninin 1 ve 30 arasında değişim gösterdiği ve ortalamasının 14,02 (ss=7,02); Tanımlama değişkeninin 3 ve 40 arasında değişim gösterdiği ve puan ortalamasının 28,29 (ss=6,59); Seçenek değişkeninin 3 ve 36 arasında değişim gösterdiği ve puan ortalamasının 24,40 (ss=5,23); Karar değişkeninin 7 ve 33 arasında

değişim gösterdiği ve puan ortalamasının 20,57 (ss=4,87); Çözüm değişkeninin 3 ve 35 arasında değişim gösterdiği ve ortalamasının 24,25 (ss=4,66) olduğu görülmektedir.

Çizelge 3.9. Alt ölçeklerin puanlara göre Gruplandırılmasına ilişkin Frekans Bulguları

	Alt Ölçekler						
Puan Aralıkları	Biliş	Duyuş	Davranış	Tanımlama	Seçenek	Karar	Çözüm
1-10	9	62	86	3	6	3	2
11-20	131	102	91	21	107	46	35
21-25	65	44	32	47	77	70	88
26-30	16	15	14	65	30	84	87
31-40	2	-	-	87	3	20	11
Toplam	223	223	223	223	223	223	223

Katılımcılar alt ölçeklerden aldıkları puanlara göre 1-10, 11-20, 21- 25, 26-30, 31-40 olarak gruplandırılmıştır. Her alt ölçeğe ait gruplara düşen katılımcı sayısı Çizelge 9’da sunulmuştur.

Çizelge 3.10. Alt ölçeklerin puanlara göre Gruplandırılmasına ilişkin Yüzdelik Bulguları

	Alt Ölçekler						
Puan Aralıkları	Biliş	Duyuş	Davranış	Tanımlama	Seçenek	Karar	Çözüm
1-10	4,0	27,8	38,6	1,3	2,7	1,3	0,9
11-20	58,7	45,7	40,8	9,4	48	20,6	15,7
21-25	29,1	19,7	14,3	21,1	34,5	31,4	39,5
26-30	7,2	6,7	6,3	29,1	13,5	37,7	39
31-40	,9	-	-	39	1,3	9	4,9
Toplam	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Her alt ölçeğe ait gruplara düşen katılımcı sayısına denk gelen yüzdelik değerleri Çizelge 10’da sunulmuştur.

Çizelge 11’ de araştırma kapsamına alınan sağlık çalışanının cinsiyete göre sosyal sorun çözme bilgileri verilmiştir.

Çizelge 3.11. Cinsiyete göre Sosyal Sorun Çözme

Alt Ölçekler	Cinsiyet	N	Ortalama	Standart Sapma	İstatistik
Biliş	Kadın	164	19,42	4,34	t = ,936
	Erkek	59	18,78	4,97	p = ,350
Duyuş	Kadın	164	15,70	6,70	t = ,523
	Erkek	59	15,15	7,46	p = ,602
Davranış	Kadın	164	13,83	6,89	t = ,683
	Erkek	59	14,56	7,45	p = ,495
Tanımlama	Kadın	164	28,26	6,47	t = -,110
	Erkek	59	28,37	6,99	p = ,912
Seçenek	Kadın	164	24,38	5,02	t = -,092
	Erkek	59	24,46	5,83	p = ,927
Karar	Kadın	164	20,55	4,69	t = -,097
	Erkek	59	20,63	5,42	p = ,923
Çözüm	Kadın	164	24,23	4,52	t = -,103
	Erkek	59	24,31	5,10	p = ,918

Çizelge 11’ de görüldüğü gibi; biliş ($t=,936$; $p>0.05$), duyuş ($t=,523$; $p>0.05$), davranış ($t=,683$; $p>0.05$), tanımlama ($t=-,110$; $p>0.05$), seçenek ($t=-,092$; $p>0.05$), karar ($t=-,097$; $p>0.05$), çözüm ($t=-,103$; $p>0.05$) alt ölçekleri cinsiyet açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur.

Özet olarak, kadınlar ve erkekler arasında sosyal sorun çözme düzeylerinin farklılaşmadığı görülmektedir ($p>0.05$).

Çizelge 12’ de araştırma kapsamına alınan sağlık çalışanının yaş gruplarına göre sosyal sorun çözme bilgileri verilmiştir.

Çizelge 3.12. Yaş Gruplarına Göre Sosyal Sorun Çözme

	Yaş Grupları	Sayı	Ort	ss	İstatistik	P
Biliş	18-30	33	20,27	4,16	F= 1,625	,185
	31-40	82	19,63	4,87		
	41-50	87	18,82	4,10		
	51-62	21	17,95	5,01		
	Toplam	223	19,25	4,51		
Duyuş	18-30	33	16,73	6,08	F= ,851	,467
	31-40	82	16,04	7,01		
	41-50	87	14,89	7,13		
	51-62	21	14,62	6,78		
	Toplam	223	15,56	6,90		
Davranış	18-30	33	15,97	5,91	F= 4,190**	,007
	31-40	82	15,43	7,29		
	41-50	87	12,21	6,45		
	51-62	21	13,00	8,28		
	Toplam	223	14,02	7,03		
Tanımlama	18-30	33	26,79	6,63	F= 1,384	, 249
	31-40	82	27,79	6,16		
	41-50	87	28,99	6,89		
	51-62	21	29,71	6,81		
	Toplam	223	28,29	6,60		
Seçenek	18-30	33	23,42	5,14	F= ,777	,508
	31-40	82	24,30	4,84		
	41-50	87	24,59	5,50		
	51-62	21	25,57	5,78		
	Toplam	223	24,40	5,23		
Karar	18-30	33	21,06	5,07	F= ,343	,794
	31-40	82	20,62	5,14		
	41-50	87	20,22	4,58		
	51-62	21	21,10	4,96		
	Toplam	223	20,57	4,88		
Çözüm	18-30	33	24,18	5,10	F= ,365	,779
	31-40	82	24,05	4,53		
	41-50	87	24,23	4,62		
	51-62	21	25,24	4,89		
	Toplam	223	24,25	4,67		

Yapılan istatistiksel analiz sonucunda; biliş (F=1,625;p>0.05), duyuş (F=,851;p>0.05), tanımlama (F=1,384;p>0.05), seçenek (F=,77;p>0.05), karar (F=343;p>0.05), çözüm (F=,365; p>0.05) değişkenleri açısından önemli farklılık göstermezken, davranış

değişkeni yaş arasında istatistiksel olarak pozitif yönde anlamlı derecede farklı bulunmuştur ($F=4,190; p<0.05$).

Davranış alt ölçeği ise yaş gruplarına göre farklılaşmaktadır. Farkın hangi yaş grupları arasında olduğunun tespiti için yapılan Post-doc LCD testine göre 41-50 yaş aralığındaki grubun davranış alt ölçeği puanları daha küçük gruplarından anlamlı şekilde daha düşüktür. Diğer yaş grupları arasında ise fark yoktur.

Çizelge 13' de araştırma kapsamına alınan sağlık çalışanının medeni durumuna göre sosyal sorun çözme bilgileri verilmiştir.

Çizelge 3.13. Medeni Duruma Göre Sosyal Sorun Çözme

	Medeni Durum	Sayı	Ort	ss	İstatistik	P
Biliş	Evli	160	19,51	4,56	F = 1,184	,308
	Bekar	31	19,03	4,07		
	Boşanmış	32	18,19	4,63		
	Toplam	223	19,25	4,51		
Duyuş	Evli	160	15,64	7,20	F= ,103	,902
	Bekar	31	15,03	5,42		
	Boşanmış	32	15,66	6,80		
	Toplam	223	15,56	6,90		
Davranış	Evli	160	14,06	7,20	F= ,361	,698
	Bekar	31	14,68	6,36		
	Boşanmış	32	13,19	6,92		
	Toplam	223	14,02	7,03		
Tanımlama	Evli	160	28,90	5,92	F = 3,084*	,048
	Bekar	31	25,81	4,84		
	Boşanmış	32	27,66	6,92		
	Toplam	223	28,29	6,60		
Seçenek	Evli	160	24,81	4,95	F= 2,681	,071
	Bekar	31	22,45	6,32		
	Boşanmış	32	24,28	5,21		
	Toplam	223	24,40	5,23		
Karar	Evli	160	20,71	4,98	F= ,455	635
	Bekar	31	20,65	4,72		
	Boşanmış	32	19,81	4,58		
	Toplam	223	20,57	4,88		
Çözüm	Evli	160	24,63	4,36	F= 2,550	,080
	Bekar	31	22,61	6,51		
	Boşanmış	32	23,94	3,72		
	Toplam	223	24,25	4,67		

Yapılan istatistiksel analiz sonucunda; biliş ($F=1,184; p>0.05$), duyuş ($F=,103; p>0.05$), davranış ($F=,361; p>0.05$), seçenek ($F=2,681; p>0.05$), karar ($F=,425; p>0.05$), çözüm ($F=2,550; p>0.05$), değişkenleri açısından önemli farklılık göstermezken, tanımlama değişkeni ile medeni durum arasında istatistiksel olarak pozitif yönde anlamlı derecede farklılık bulunmuştur ($F=3,084; p<0.05$).

Tanımlama alt ölçeğinde bekarlar evlilere göre daha düşük puanlar almışlardır.

Çizelge 14’ de araştırma kapsamına alınan sağlık çalışanının mesleklerine göre sosyal sorun çözme bilgileri verilmiştir.

Çizelge 3.14. Meslek Gruplarına Göre Sosyal Sorun Çözme

	Meslek Grupları	Sayı	Ort	ss	İstatistik	P
Biliş	Sağlık Memuru	29	18,14	3,30	F = 2,116	,099
	Hemşire	99	18,90	4,60		
	Hekim	64	20,36	4,75		
	Teknisyen	31	19,13	4,43		
	Toplam	223	19,25	4,51		
Duyuş	Sağlık Memuru	29	15,52	5,57	F= 1,724	,163
	Hemşire	99	14,49	6,98		
	Hekim	64	16,94	7,43		
	Teknisyen	31	16,13	6,34		
	Toplam	223	15,56	6,90		
Davranış	Sağlık Memuru	29	14,00	6,93	F= 4,494*	,004
	Hemşire	99	12,25	6,50		
	Hekim	64	15,92	7,48		
	Teknisyen	31	15,77	6,65		
	Toplam	223	14,02	7,03		
Tanımlama	Sağlık Memuru	29	26,69	6,61	F=5,060*	,002
	Hemşire	99	29,04	6,00		
	Hekim	64	29,58	6,11		
	Teknisyen	31	24,74	8,04		
	Toplam	223	28,29	6,60		
Seçenek	Sağlık Memuru	29	23,66	6,29	F=3,002*	,031
	Hemşire	99	24,83	4,56		
	Hekim	64	25,20	5,23		
	Teknisyen	31	22,10	5,66		
	Toplam	223	24,40	5,23		
Karar	Sağlık Memuru	29	19,76	5,36	F=3,633*	,014
	Hemşire	99	19,82	4,52		
	Hekim	64	22,22	4,92		
	Teknisyen	31	20,35	4,83		
	Toplam	223	20,57	4,88		
Çözüm	Sağlık Memuru	29	23,10	5,00	F=3,652	,013
	Hemşire	99	24,41	3,50		
	Hekim	64	25,41	4,92		
	Teknisyen	31	22,42	6,28		
	Toplam	223	24,25	4,67		

Yapılan istatistiksel analiz sonucunda; biliş ($F=2,116;p>0.05$), duyuş ($F=1,724;p>0.05$), değişkenleri açısından önemli farklılık göstermezken, davranış ($F=4,494;p<0.05$), tanımlama, ($F=5,060;p<0.05$), seçenek ($F=3,002;p<0.05$), karar ($F=3,633;p<0.05$), çözüm ($F=3,652;p<0.05$), değişkenleri ve meslek grupları arasında istatistiksel olarak pozitif yönde anlamlı derecede farklı bulunmuştur. Hemşirelerin davranış alt ölçeği puanları diğer meslek gruplarına göre anlamlı şekilde daha düşüktür (Ort: 12,25).

Yapılan Post-doc LCD testine göre;

Davranış alt ölçeğindeki farklılık; hemşirelerin hekim ve teknisyenlerden anlamlı derecede farklı bulunmuştur.

Tanımlama alt ölçeğindeki farklılık; sağlık memurları hekimlerden anlamlı derecede daha düşük puanlar almışlardır. Hekim, sağlık memuru ve teknisyenlerden; hemşireler teknisyenlerden; teknisyenler, hekim ve hemşirelerden anlamlı derecede farklı bulunmuştur.

Seçenek alt ölçeğindeki farklılık; teknisyenler hekim ve hemşirelerden anlamlı derecede farklı bulunmuştur.

Karar alt ölçeğinde ki farklılık; hekimler sağlık memurları ve hemşirelerden anlamlı derecede farklı bulunmuştur.

Çözüm alt ölçeğindeki farklılık; sağlık memurları hekimlerden; teknisyenler hekim ve hemşirelerden anlamlı derecede farklı bulunmuştur.

Çizelge 15' de araştırma kapsamına alınan sağlık çalışanının eğitim durumuna göre sosyal sorun çözme bilgileri verilmiştir.

Çizelge 3.15. Eğitim Duruma Göre Sosyal Sorun Çözme

	Eğitim Durumu	Sayı	Ort	ss	İstatistik	P
Biliş	Lise	16	18,31	4,08	F = ,821	,441
	Yüksekokul/Üniversite	154	19,15	4,58		
	Yüksek Lisans/Doktora	53	19,83	4,43		
	Toplam	223	19,25	4,51		
Duyuş	Lise	16	18,38	4,08	F= 2,498	,085
	Yüksekokul/Üniversite	154	14,94	7,02		
	Yüksek Lisans/Doktora	53	16,51	7,01		
	Toplam	223	15,56	6,90		
Davranış	Lise	16	15,38	4,67	F= 2,494	,085
	Yüksekokul/Üniversite	154	13,32	6,98		
	Yüksek Lisans/Doktora	53	15,64	7,53		
	Toplam	223	14,02	7,03		
Tanımlama	Lise	16	26,19	6,02	F = ,970	,381
	Yüksekokul/Üniversite	154	28,34	6,82		
	Yüksek Lisans/Doktora	53	28,79	6,06		
	Toplam	223	28,29	6,60		
Seçenek	Lise	16	23,69	4,16	F= ,339	,713
	Yüksekokul/Üniversite	154	24,33	5,42		
	Yüksek Lisans/Doktora	53	24,83	5,00		
	Toplam	223	24,40	5,23		
Karar	Lise	16	22,75	3,84	F= 3,022	,051
	Yüksekokul/Üniversite	154	20,09	4,98		
	Yüksek Lisans/Doktora	53	21,32	4,64		
	Toplam	223	20,57	4,88		
Çözüm	Lise	16	23,31	3,89	F= ,678	,509
	Yüksekokul/Üniversite	154	24,17	4,70		
	Yüksek Lisans/Doktora	53	24,77	4,78		
	Toplam	223	24,25	4,67		

Çizelge 15’de görüldüğü gibi; biliş ($F=,821;p>0.05$), duyuş ($F=2,498;p>0.05$), davranış ($F=2,494;p>0.05$), tanımlama ($F=,970;p>0.05$), seçenek ($F=,339;p>0.05$), karar ($F=3,022;p>0.05$), çözüm ($F=,678;p>0.05$) alt ölçeklerinde eğitim durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur.

Özet olarak, eğitim durumu ve sosyal sorun çözme düzeylerinin farklılaşmadığı görülmektedir ($p>0.05$).

Çizelge 16’ da araştırma kapsamına alınan sağlık çalışanının deneyim yılına göre sosyal sorun çözme bilgileri verilmiştir.

Çizelge 3.16. Deneyim Yılına Göre Sosyal Sorun Çözme

	Deneyim Yılı	Sayı	Ort	ss	İstatistik	P
Biliş	1-5	29	19,79	5,07	F = 4,628*	,000
	6-10	30	21,23	3,78		
	11-15	30	19,23	5,20		
	16-20	41	18,10	4,16		
	21-25	46	20,85	3,39		
	26-30	34	17,15	4,14		
	31 ve üzeri	13	17,00	5,12		
	Toplam	223	19,25	4,51		
Duyuş	1-5	29	16,10	7,13	F= 2,329*	,034
	6-10	30	18,73	6,24		
	11-15	30	16,07	6,49		
	16-20	41	15,20	7,58		
	21-25	46	15,76	6,09		
	26-30	34	13,15	7,30		
	31 ve üzeri	13	12,54	5,99		
	Toplam	223	15,56	6,90		
Davranış	1-5	29	17,07	6,51	F= 3,836*	,001
	6-10	30	16,30	6,78		
	11-15	30	14,53	7,27		
	16-20	41	14,71	7,15		
	21-25	46	13,24	6,71		
	26-30	34	10,71	6,64		
	31 ve üzeri	13	10,08	5,30		
	Toplam	223	14,02	7,03		
Tanımlama	1-5	29	27,97	7,27	F= ,719	,635
	6-10	30	26,50	5,54		
	11-15	30	27,77	4,89		
	16-20	41	28,24	7,36		
	21-25	46	29,41	6,56		
	26-30	34	28,71	7,12		
	31 ve üzeri	13	29,46	7,28		
	Toplam	223	28,29	6,60		

Çizelge 3.16. Deneyim Yılına Göre Sosyal Sorun Çözme (devamı)

Seçenek	1-5	29	24,66	5,07	F= ,807	,566
	6-10	30	23,00	4,15		
	11-15	30	24,53	4,87		
	16-20	41	24,15	5,55		
	21-25	46	25,57	4,56		
	26-30	34	23,97	6,51		
	31 ve üzeri	13	24,62	6,25		
	Toplam	223	24,40	5,23		
Karar	1-5	29	22,14	4,73	F= 1,732	,115
	6-10	30	21,17	5,17		
	11-15	30	19,10	4,85		
	16-20	41	20,66	5,42		
	21-25	46	21,28	3,17		
	26-30	34	19,15	5,87		
	31 ve üzeri	13	20,08	3,99		
	Toplam	223	20,57	4,88		
Çözüm	1-5	29	24,79	5,52	F= ,615	,718
	6-10	30	24,13	4,45		
	11-15	30	23,97	4,04		
	16-20	41	23,63	4,31		
	21-25	46	24,89	4,10		
	26-30	34	23,56	5,58		
	31 ve üzeri	13	25,46	5,21		
	Toplam	223	24,25	4,67		

Yapılan istatistiksel analiz sonucunda; tanımlama ($F=,719; p>0.05$), seçenek ($F=807; p>0.05$), karar ($F=,115; p>0.05$), çözüm ($F=,615; p>0.05$) değişkenleri açısından önemli farklılık göstermezken, biliş ($F=4,628; p<0.05$), duyuş ($F=2,329; p<0.05$) ve davranış ($F=3,836; p<0.05$) değişkeni ile deneyim yılı süresi arasında istatistiksel olarak pozitif yönde anlamlı derecede farklılık bulunmuştur.

Çizelge 17’ de araştırma kapsamına alınan sağlık çalışanının süresine göre sosyal sorun çözme bilgileri verilmiştir.

Çizelge 3.17. Kurumda Çalışma Süresine Göre Sosyal Sorun Çözme

	Çalışma Süresi	Sayı	Ort	ss	İstatistik	P
Biliş	1-5	107	19,72	4,48	F = ,726	,575
	6-10	36	18,94	4,67		
	11-15	32	19,25	4,87		
	16-20	38	18,50	4,36		
	21 ve üzeri	10	18,20	3,85		
	Toplam	223	19,25	4,51		
Duyuş	1-5	107	15,73	6,82	F= ,804	,523
	6-10	36	15,86	7,21		
	11-15	32	15,97	7,30		
	16-20	38	15,42	6,82		
	21 ve üzeri	10	11,80	5,75		
	Toplam	223	15,56	6,90		
Davranış	1-5	107	15,29	6,59	F =2,804**	,027
	6-10	36	13,89	7,94		
	11-15	32	13,91	7,52		
	16-20	38	11,76	6,10		
	21 ve üzeri	10	9,90	7,45		
	Toplam	223	14,02	7,03		
Tanımlama	1-5	107	27,81	5,98	F= 1,500	,203
	6-10	36	27,53	5,94		
	11-15	32	28,00	8,12		
	16-20	38	29,61	7,32		
	21 ve üzeri	10	32,10	6,24		
	Toplam	223	28,29	6,60		
Seçenek	1-5	107	24,14	4,50	F= ,738	,567
	6-10	36	24,00	5,10		
	11-15	32	24,06	6,97		
	16-20	38	25,37	5,50		
	21 ve üzeri	10	26,10	5,90		
	Toplam	223	24,40	5,23		
Karar	1-5	107	21,07	5,01	F= 1,322	,263
	6-10	36	20,17	4,71		
	11-15	32	19,06	5,17		
	16-20	38	21,08	4,72		
	21 ve üzeri	10	19,60	2,80		
	Toplam	223	20,57	4,88		
Çözüm	1-5	107	24,23	4,50	F= ,078	,989
	6-10	36	24,00	4,59		
	11-15	32	24,19	6,43		
	16-20	38	24,45	3,49		
	21 ve üzeri	10	24,80	4,83		
	Toplam	223	24,25	4,67		

Yapılan istatistiksel analiz sonucunda; biliş ($F=,726;p>0.05$), duyuş ($F=,804;p>0.05$), tanımlama ($F=1,500;p>0.05$), seçenek ($F=738;p>0.05$), karar ($F=1,322;p>0.05$), çözüm ($F=,078;p>0.05$), değişkenleri açısından önemli farklılık göstermezken, davranış değişkeni ($F=2,804;p<0.05$) ile kurumda çalışma süresi arasında istatistiksel olarak pozitif yönde anlamlı derecede farklılık bulunmuştur.

Davranış alt ölçeği ise kurumda çalışma süresine göre farklılaşmaktadır. Kurumda çalışma süresi arttıkça davranış alt ölçeğinden alınan puanlar azalmıştır.

4. TARTIŞMA

Yapılan araştırma, bu çalışma alanında tek olma niteliği taşımaktadır, daha önce sağlık çalışanlarının sosyal sorun çözme becerilerini ele alan araştırma yapılmamıştır. Sağlık çalışanlarının sorun çözme becerilerinin çok boyutlu ele alınmasıyla, uzun vadede sağlık çalışanlarının yaşadıkları sorunlara neden olan çözüm becerilerinin eksik yönlerinin ayrıntılı bir şekilde ortaya koyulmasının mümkün hale geleceği düşünülmektedir. Yapılan araştırma soruna yaklaşımı farklı yönleri ile ele alınması halinde, sağlık çalışanlarının sorun çözme mekanizmalarını yararlı bir şekilde kullanmaları sağlanabilir. Araştırma ile sağlık çalışanlarının sorun çözme becerilerindeki eksikliklerin bilinmesi ile bu yönde eğitim programlarının hazırlanması büyük önem taşımaktadır. Araştırma sonucu elde edilen bulgular sağlık çalışanlarına yönelik hazırlanacak olan eğitim programlarının içeriğini ve hedefini belirlemekte, bu programların daha faydalı olmasına katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Bu bölümde araştırmadan elde edilen bulgular literatürdeki ilgili kaynaklar ışığında tartışılmıştır.

Sağlık Çalışanları üzerinde Sosyal Sorun Çözme Envanteri ile yapılmış bir çalışmaya literatürde rastlanılmadığı için SSÇE ile ilgili bir karşılaştırma yapılamamıştır. Bu nedenle yapılan araştırma literatürdeki bilgiler ışığında, çoğunlukla hemşirelerin problem çözme becerileri ile karşılaştırılıp, tartışılmıştır.

Araştırma kapsamındaki sağlık çalışanlarının tanıtıcı özelliklere ilişkin sonuçlara bakıldığında, sağlık çalışanlarının yetişkinlik döneminde oldukları, yaş ortalaması 39,63; %73,5 kadın; %75,4'u 31-50 yaş aralığında; % 71,7 evli; %44,4 hemşire; % 69,1yüksekokul üniversite mezunu; %48,0 1-5 yıl aralığında bulunduğu kurumda çalışıyor olduğu belirlenmiştir.

Kadınların çoğunlukta olmasının nedeni; örneklemin büyük bir kısmının hemşirelerden oluşması hemşirelik mesleğinin kadın mesleği olarak görülmesinden

kaynaklanmış olabilir. Ayrıca hastanede çalışan personelin çoğu kadınlardan oluşmaktadır.

Araştırmanın sonucunda cinsiyet değişkeni ve sosyal sorun çözme becerileri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır. Benzer olarak Başar (2011), Nazlı (2013) ,Küçük (2013), Başol (2014), hemşirelerin problem çözme beceri düzeyleri ile ilgili yaptıkları tez çalışmalarında da çalışmamıza benzer sonuçlar bulunmuştur. Ancak Başar (2011), Başol (2014),Küçük (2013)çalışmaların da örneklemin hemen hepsinin kadınlardan oluştuğu; , Nazlı (2013) çalışmasının cinsiyet dağılımı açısından çalışmamızla benzerlik gösterdiği gözlenmiştir. Bu çalışma bulgularının aksi yönde sonuçlar elde eden çalışmalar da bulunmaktadır D’Zurilla ve ark. (1998) ‘ı sosyal sorun çözme becerilerinin yaş ve cinsiyete göre farklılıklarını inceleyen çalışmasında tüm yaş grupları için geçerli cinsiyet farklılığının yalnızca olumlu sorun yönelimi ve olumsuz sorun yönelimi boyutları için geçerli olduğu saptanmıştır. Erkekler kadınlara göre, olumlu sorun yöneliminden daha yüksek, olumsuz sorun yöneliminden daha düşük puan almıştır. Polat (2004)'ün hemşirelerin problem çözme becerileri ile atılganlıkları arasındaki ilişkinin incelendiği tez çalışmasında erkeklerin, toplam sorun çözme becerileri puan ortalamalarının, rasyonel sorun çözme becerisi ve olumlu sorun yönelimi puan ortalamalarının kadınlardan daha iyi olduğu, kadınların ise; kaçınan sorun çözme becerisi, dürtüsel-dikkatsiz sorun çözme becerisi ve olumsuz sorun yönelimi puan ortalamaları erkeklere göre daha yüksek bulunmuştur. Her iki çalışmada da erkeklerin soruna yaklaşım ve değerlendirme süreçlerinin kadınlara göre daha olumlu olduğunu ifade etmişlerdir. Bizim yaptığımız çalışmada cinsiyetler arasında sorun çözme becerileri arasında fark çıkmamasını kadın ve erkeğe verilen iş yükü arasında ayırım gözetilmemesini gösterebiliriz.

Araştırmanın sonucunda yaş değişkeni ve sosyal sorun çözme becerileri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır. Davranış alt ölçeği yaş gruplarına göre farklılaştığı saptanmıştır.41-50 yaş aralığındaki grubun davranış alt ölçeği puanları daha küçük yaş gruplarından anlamlı şekilde daha düşüktür. Daha büyük yaş grupları arasında ise fark saptanmamıştır. İncelenen pek çok çalışmada yaş değişkenini ve

sosyal sorun çözme arasında anlamlı bir farklılık etkeni olup olmaması konusunda tam bir fikir birliğinin olmadığı görülmektedir.

Literatürde bu konuyu destekleyen bulgular yer almaktadır. Kelleci ve Gölbaşı (2004)'nin üniversite hastanesinde çalışan hemşireler ile ilgili çalışmada hemşirelerin yaş grupları arasında ki Problem Çözme Ölçeği puan ortalamaları değerlendirildiğinde ;30 yaş ve altı hemşire grubunun, 31 ve üzeri yaş grubuna göre sorun çözme konusunda daha başarılı buldukları ve aradaki bu farkın istatistiksel olarak da anlamlı olduğu belirlenmiştir. Pettigrew (1993)'in çalışmasında 20-30 yaş grubunda ki hemşirelerin sorun çözme de daha başarılı, daha güvenli olduklarını, sorunlara çözümler üretirken daha farklı alternatifler bulduklarını ifade etmişlerdir. Buna karşılık pek çok çalışmada da sosyal sorun çözme düzeylerinin yaşla beraber pozitif yönde arttığı öne sürülmektedir (Polat, 2004; Erzincanlı, 2010; Tercanlı, 2011; Nazlı, 2013; Başol, 2014). Farklı olarak D'Zurilla (1998) 'de sosyal sorun çözme becerilerinin yaş ve cinsiyete göre farklılıklarını inceleyen çalışmasında; sosyal sorun çözme becerisi genç yetişkinlikten(17-20 yaş) orta yaşa (40-55 yaş) doğru artarken ileri yaşlarda düştüğünü saptamıştır. Yine orta yaşlılar ileri yaşlılarla karşılaştırıldığında, orta yaşlılar olumlu sorun yönelimi ve akılcı problem çözme tarzları ileri yaşlılardan daha yüksek puan aldığını saptamıştır. D'Zurilla (1998) 'nın araştırmasının sağlık çalışanlarından farklı bir örneklem grubundan oluşması sebebiyle bulguların farklılığının olası bir sonuç olduğu düşünülebilir.

Araştırmanın sonucunda medeni durum ve sosyal sorun çözme becerileri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır Sorun Tanımlaması ve formülasyonu alt ölçeğinde bekarlar evlilere göre daha düşük puanlar almışlardır. Bu sonucu destekleyen başka çalışmalar bulunmaktadır. Kelleci ve Gölbaşı (2004), Polat (2004), Başar (2011), Nazlı (2013), çalışmada da çalışmamıza benzer sonuçlar bulunmuştur. Çalışmamızda çıkan bu sonucu evli bireylerin hem iş hayatında hem de evlilikte sorumlulukların artması, yeni bir yaşam biçiminin getirdiği problemlerle karşılaşma gibi durumların sağlık çalışanlarının sorun çözme sırasında kişinin problemleri anlaması, sorunu belirli ve somut bir biçimde tanımlama, yorumlama yaparken daha başarılı olduğunu düşündürmektedir.

Bu çalışma bulgularının aksi yönde sonuçlar elde eden çalışmalar da bulunmaktadır. Polat (2004), Tercanlı (2011) çalışmalarında bekâr hemşirelerin problem çözme becerilerinin diğer hemşirelere göre daha yüksek olduğu; Başol (2014) , Erzincanlı (2010) çalışmalarında ise hemşirelerin medeni durumun, problem çözme becerisini etkilemediği belirlenmiştir.

Araştırmanın sonucunda meslek değişkeni ve sosyal sorun çözme becerileri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır Meslekler açısından bakıldığında davranış alt ölçeğinde hemşirelerin puan ortalamasının en düşük olduğu saptanmıştır. Ayrıca hemşirelerin hekim ve teknisyenlerden anlamlı şekilde daha düşük puanlar aldığı saptanmıştır. Sorunun tanımlanması ve formülasyonu alt ölçeğinde hekimlerin sağlık memuru ve teknisyenlerden; hemşirelerin de teknisyenlerden anlamlı şekilde daha yüksek puanlar almıştır. Seçenek çözümlerinin oluşturulması alt ölçeğinde ise teknisyenler, hekim ve hemşirelerden anlamlı şekilde daha düşük puanlar almışlardır. Karar verme alt ölçeğinde ise hekimler sağlık memuru ve hemşirelerden anlamlı şekilde daha yüksek puanlar almışlardır. Bu durumun çalışma ortamında hekimlerin karar verici ve yönetici konumda olmaları ile bağlantılı olduğunu göstermektedir. Çözümü gerçekleştirme ve doğrulama alt ölçeğinde ise hekimler sağlık memuru ve teknisyenlerden; hemşirelerde teknisyenlerden anlamlı şekilde daha yüksek puanlar almışlardır. Sosyal Sorun çözme becerileri toplam puan ortalamaları açısından meslek grupları arasında en yüksek puanların hekimlerin alındığı belirlenmiştir. Çalışmamızın bulguları ile ilişkili olarak Nur (2011)kamu hastanesinde çalışan sağlık çalışanının iş doyumunu ve stres ilişkisi adlı çalışmasında hemşirelik mesleği diğer meslekler içerisinde en stresli meslek olarak olduğu belirtilmiştir. Hemşirelerden sonra stres puan ortalamaları yükseklik sırasına göre teknisyen, pratisyen hekim, diğer sağlık personeli ve uzman doktorlar izlemektedir. Sağlık çalışanlarının iş doyumunu değerlendirildiğinde en düşük puan ortalaması alan meslekler hemşire ve teknisyenlerin olduğu belirtilmiştir. Sırasıyla hekim, diğer sağlık personeli ve uzman doktorların en yüksek iş doyumunu puan ortalamalarına sahip meslekler olduğu bildirilmiştir. Bu bağlamda hemşirelerin ve teknisyenlerin daha çok kendilerine verilen görevleri yapmaları, söz hakkına sahip olmamaları, kendilerini çalışma alanında değersiz olarak görmeleri ile ilişkilendirilebilir. Benzer olarak Piyal ve ark. (2002)'nın

sağlık çalışanlarının iş doyumu ile ilgili yaptığı çalışmasında hemşirelerin 'İş Doyumu Ölçeği' puan ortalamasının en az ve grup ortalamasından çok düşük olduğu saptanmıştır. Tel ve ark (2003) 'nın sağlık çalışanlarının stres yaşantıları ve baş etme durumları ile ilgili çalışmasında ise hekim ve hemşirelerin işe bağlı gerginlik puanlarının diğer sağlık çalışanlarından daha yüksek olduğu saptanmıştır. Çalışmamızın ve literatürdeki bilgiler ışığında sağlık çalışanlarının bedensel, ruhsal ve sosyal yönden sağlığını çalışma saatlerinin uzunluğu, ücretlerin yetersiz olması, iş yükünün çok fazla olması, düşük profesyonel statü, çatışmalı kişilerarası ilişkiler, mesleki bilgi yetersizliği, ve bununla ilişkili görevi yerine getirmedeki sorunlar ve çalışma ortamında çeşitli risklerle karşı karşıya kalmanın sosyal sorun çözme becerilerini olumsuz etkilediği düşünülmektedir.

Araştırmanın sonucunda eğitim değişkeni ve sosyal sorun çözme becerileri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır. Benzer olarak Kelleci ve Gölbaşı (2004), Polat (2004), Başar (2011), Küçük (2013), Başol (2014), çalışmalarında eğitim düzeyi ile sosyal sorun çözme becerisi arasında fark olmadığını tespit etmişlerdir. Bu çalışma bulgularının aksi yönde sonuçlar elde eden çalışmalar da bulunmaktadır. Tercanlı (2011) hemşirelerin ilgili çalışmasında lisans düzeyinde öğrenim gören hemşirelerin problem çözme becerilerinin diğer gruplara göre daha yüksek olduğu belirtilmiştir. Farklı olarak Erzincanlı (2010), Nazlı (2013) çalışmalarında hemşirelerinin eğitim düzeyi açısından lisans mezunu olan hemşirelerin problem çözme becerilerinin, lise mezunlarına göre daha düşük bulunmuştur. Yaptığımız çalışmada elde ettiğimiz sonucu ise, araştırmaya katılan bireylerin meslek grupları arasındaki eğitim düzeyleri arasında fark olmaması, araştırmaya katılan bireylerin çoğunluğunun lisans mezunu olması ile ilişkilendirilebiliriz.

Araştırmanın sonucunda biliş, duyuş ve davranış alt ölçekleri ve deneyim yılı süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede farklı bulunmuştur. Duyuş davranış alt ölçeğinde deneyim yılı süresi arttıkça sağlık çalışanlarının aldığı puan ortalamalarının düştüğü saptanmıştır. Kelleci ve Gölbaşı (2004)'nın çalışmasında hemşireler arasından genç ve beş yıldan daha az suredir çalışanların sorun çözme becerileri açısından kendilerini diğer gruplara göre daha iyi algıladıkları bildirilmiştir.

Başol (2014)Araştırmaya katılan hemşirelerin görev süresi arttıkça problem çözme becerilerinin düştüğü saptanmıştır. Bu çalışma bulgularının aksi yönde sonuçlar elde eden çalışmalar da bulunmaktadır. Erzincanlı (2010), Tercanlı (2011), Nazlı (2013) çalışmalarında hemşirelerin mesleki deneyim yılı arttıkça problem çözme beceri düzeyi algılarında arttığı belirlenmiştir. Polat (2004), Başar (2011), Nazlı (2013), Küçük (2013) 'ün araştırmaya katılan hemşirelerin mesleki deneyim yılına göre problem çözme becerileri arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmadığını tespit etmişlerdi. Bu sonuçlar çalışmanın bulgularını desteklememektedir.

Araştırmanın sonucunda davranış alt ölçeği ile sağlık çalışanlarının bulunduğu kurumda çalışma süresine göre sosyal sorun çözme beceriler arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede farklı bulunmuştur. Sağlık çalışanlarının bulunduğu kurumda çalışma süresi arttıkça davranış alt ölçeğinden alınan puanlar azaldığı saptanmıştır.

41-50 yaş aralığındaki grubun davranış alt ölçeği puanları daha küçük gruplarından anlamlı derecede düşük bulunması ile bu sonuca paralel olarak bulunduğu kurumda çalışma süresi, mesleki deneyim yılı arttıkça sağlık çalışanlarının aldığı puan ortalamalarının düşük bulunması, özellikle son dönemde sağlık sistemindeki değişimle ilişki olabileceği düşünülmektedir. Bu bağlamda sağlık çalışanları üzerinde yapılan araştırmaların bu düşüncayı desteklediği söylenebilir. Tel ve ark (2003) çalışmasında belirtildiği üzere, sağlık çalışanlarında işe bağlı gerginlik yaratan durumların iş yükünün fazla olması, ekip çalışmasının olmaması, iletişim sorunları, personel ve malzeme yetersizliği, hata yapma korkusu gibi durumlar olduğunu ortaya koymuşlardır. Piyal ve ark. (2004) 'nın ' çalışmasında ücret ve ödül sisteminin de görülen değişime paralel olarak iş doyumunu ve doyumsuzluğunu ters orantılı olarak etkileyen en önemli unsurlar olduğu vurgulanmıştır. Hastane çalışanları arasında iş doyumunun düşük ve iş doyumsuzluğunun yüksek olduğunu belirtmişlerdir. İş doyumunu en çok azaltan etmen çalışanların gelişmesi, iş doyumsuzluğunu en çok artıran etmenler de birimler arası ilişkiler, fiziksel koşullar ve örgüt kültürü olduğunu saptamışlardır. Tokuç ve ark. (2009) ambulans çalışanları ile yaptıkları çalışmada, riskli ortamlarda çalışmanın ve işe bağlı gerginliklerin yüksek olduğu ve bu gerginlik ruhsal veya bedensel sağlık sorunları ortaya çıktığı ifade

edilmiştir.

Sağlık çalışanlarının yaşlarının ve çalışma sürelerinin artmasıyla beraber; yaşadıkları, stresli yaşam olaylarının arttığını, tükenmişlik, depresif duygu durum gibi ruhsal problemler ile karşılaştıklarını ve sosyal sorun çöze becerilerini olumsuz etkilediğini düşündürmektedir.

Nezu ve Wilkins (2005) sorun çözme ve depresyon ile ilgili çalışmasında sorun çözme becerisi ile ruhsal sağlık arasında sıkı bir ilişki olduğunu ifade etmişlerdir. Düşük sorun çözme becerisine sahip kişilerin depresyon açısından riskli grupta olduklarını; bunun yanı sıra baş etme yöntemlerini işlevsel, etkili kullanabilen, sorun çözme becerisi yüksek olan kişilerin depresyonun olumsuz sonuçları ile daha iyi baş çıktıklarını belirtmişlerdir.

Literatürdeki bilgiler değerlendirildiğinde sağlık çalışanlarının ağır fiziksel ruhsal travması, karmaşık sağlık sorunu olan hastalar ve ailelerinin ihtiyaçlarını karşılık verebilmek ve bu süreçte akılcı, etkin ve hızlı kararlar alabilme özelliklerine sahip olmasını gerektirir. Bu nedenle sağlık çalışanlarının etkin, işlevsel sorun çözme becerisine sahip olması ve psikolojik açıdan sağlıklı olması sağlık bakımını olumlu etkileyecek önemli bir etken olduğu düşünülmektedir.

5. SONUÇ VE ÖNERİLER

Sağlık çalışanlarının demografik özelliklerine göre sosyal sorun çözme becerilerini belirlemek amacıyla gerçekleştirilen araştırmanın aşağıda sonuçları verilmiştir.

Araştırma kapsamındaki sağlık çalışanlarının tanıtıcı özelliklere ilişkin sonuçlara bakıldığında, sağlık çalışanlarının yetişkinlik döneminde oldukları, yaş ortalaması 39,63; %73.5 kadın; %75.4'ü 31-50 yaş aralığında; % 71,7 evli; %44,,4 hemşire; % 69,1yüksekokul üniversite mezunu; %48,0 1-5 yıl aralığında bulunduğu kurumda çalışıyor olduğu belirlenmiştir.

Araştırmamızın sonucunda cinsiyet değişkeni ile sosyal sorun çözme becerileri arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır.

Araştırmanın sonucunda yaş değişkeni ve sosyal sorun çözme becerileri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır. Davranış alt ölçeği yaş gruplarına göre farklılaştığı saptanmıştır, 41-50 yaş aralığındaki grubun davranış alt ölçeği puanları daha küçük yaş gruplarından anlamlı şekilde daha düşük bulunmuştur. Daha büyük yaş grupları arasında ise fark saptanmamıştır.

Araştırmanın sonucunda medeni durum ve sosyal sorun çözme becerileri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır Sorun Tanımlaması ve Formülasyonu alt ölçeğinde bekarlar evlilere göre daha düşük puanlar almışlardır.

Araştırmanın sonucunda meslek değişkeni ve sosyal sorun çözme becerileri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır.

Meslekler açısından bakıldığında davranış alt ölçeğinde hemşirelerin puan ortalamasının en düşük olduğu saptanmıştır. Ayrıca hemşirelerim hekim ve teknisyenlerden anlamlı şekilde daha düşük puanlar aldığı saptanmıştır. Sorunun tanımlanması ve formülasyonu alt ölçeğinde hekimlerin sağlık memuru ve

teknisyenlerden; hemşirelerin de teknisyenlerden anlamlı şekilde daha yüksek puanlar almıştır. Seçenek özömlerinin oluşturulması alt ölçeğinde ise teknisyenler, hekim ve hemşirelerden anlamlı şekilde daha düşük puanlar almışlardır. Karar verme alt ölçeğinde ise hekimler sağlık memuru ve hemşirelerden anlamlı şekilde daha yüksek puanlar almışlardır. özümü gerçekleştirme ve doğrulama alt ölçeğinde ise hekimler sağlık memuru ve teknisyenlerden; hemşirelerde teknisyenlerden anlamlı şekilde daha yüksek puanlar almışlardır. Sosyal Sorun özme becerileri toplam puan ortalamaları açısından meslek grupları arasında en yüksek puanların hekimlerin alındığı belirlenmiştir.

Araştırmanın sonucunda eğitim düzeyi ile sosyal sorun çözme becerileri arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır Araştırmanın sonucunda biliş, duyuş ve davranış alt ölçekleri ve deneyim yılı süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede farklı bulunmuştur.

Duyuş davranış alt ölçeğinde deneyim yılı süresi arttıkça sağlık çalışanlarının aldığı puan ortalamalarının düştüğü saptanmıştır. Araştırmanın sonucunda davranış alt ölçeği ile sağlık çalışanlarının bulunduğu kurumda çalışma süresine göre sosyal sorun çözme beceriler arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede farklı bulunmuştur. Sağlık alışanlarının bulunduğu kurumda çalışma süresi arttıkça davranış alt ölçeğinden alınan puanlar azaldığı saptanmıştır.

- Tüm meslek gruplarını kapsayan güncel ve bilimsel bilgi ve uygulamaları içeren düzenli eğitimler düzenlenmeli ve eğitimde kurumlar arası süpervizyon sistemi getirmelidir.
- Sağlık çalışanlarına stresle başa etme yöntemlerinin, etkili sorun çözme, kişilerarası iletişim becerilerinin geliştirilmesine yönelik ve kurumsal yapıda ekip ve örgütlü çalışma konularında eğitimler verilmelidir;
- Sağlık çalışanlarına, fiziksel ve ruhsal açıdan sağlıklı yaşam ve en uygun

şartlarda çalışma ile buna uygun davranış geliştirme konusunda eğitimler verilmelidir;

- Sağlık politikaları içerisinde, çalışma koşullarının fiziksel, ruhsal, sosyal, ergonomik açıdan geliştirilmesine etki edebilecek, bu konuda yetki almalarını sağlayacak bir yönetim politikası ve hareket planı uygulanmalı ve bu plana sağlık çalışanlarının aktif katılımı sağlanmalıdır;
- Sağlık çalışanlarının katılımını olduğu bu kurumsal örgütlenmede süreklilik sağlanmalıdır.
- Sağlık çalışanları açısından tüm meslek gruplarını, kamu ve özel sektörde kapsayan kapsamlı ve karşılaştırmalı çalışmalar yapılması önerilebilir.

ÖZET

Sağlık Çalışanlarının Sosyal Sorun Çözme Becerilerinin İncelenmesi

Bu araştırma hastanede çalışan sağlık çalışanlarının demografik özelliklerine göre sosyal sorun çözme becerilerinin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır. Araştırmanın verileri, İzmir’de, kamu hastanesinde çalışan 223 sağlık çalışanından elde edilmiştir. Araştırmada, sağlık çalışanlarının demografik özelliklerini elde etmek için “Demografik Bilgi Formu” uygulanmıştır. Sosyal Sorun Çözme becerilerinin belirlenmesi için, Duyan ve Gelbal (2008) tarafından Türkçe ‘ye uyarlanan, “Sosyal Sorun Çözme Envanteri” (SSÇE) kullanılmıştır.

Verilerin girişi, analizi ve sınıflandırılmasında SPSS 19 programı kullanılmış ve değişkenlerin niteliğine göre yüzde, ortalama ve standart sapma değerleri belirlenmiştir. Değişkenler arasında anlamlı bir farklılık olup olmadığının belirlenmesi için T ve F istatistiksel analizleri kullanılmıştır.

Araştırmanın sonuçlarına göre, cinsiyet ve eğitim durumu ile sosyal sorun çözme arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Sorunun tanımlaması ve formülasyonu alt ölçeğinde bekarlar evlilere göre daha düşük puanlar almıştır. 41 -50 yaş aralığındaki grubun davranış alt ölçeği puanları, daha küçük yaş gruplarından anlamlı şekilde daha düşüktür. Deneyim yılı ve bulunduğu kurumda çalışma süresi arttıkça davranış alt ölçeğinden alınan puanların azaldığı saptanmıştır. Meslekler açısından bakıldığında, hemşirelerin davranış alt ölçeği puan ortalamasının en düşük olduğu saptanmıştır. Ayrıca hemşirelerin, hekim ve teknisyenlerden anlamlı şekilde daha düşük puanlar aldığı saptanmıştır. Sorunun tanımlaması ve formülasyonu alt ölçeğinde, hekimler, sağlık memuru ve teknisyenlerden; hemşireler de, teknisyenlerden önemli derecede daha yüksek puanlar almıştır. Seçenek çözümlerin oluşturulması alt ölçeğinde ise, teknisyenler, hekim ve hemşirelerden anlamlı şekilde daha düşük puanlar almıştır. Öte yandan, karar verme alt ölçeğinde ise, hekimler, sağlık memuru ve hemşirelerden anlamlı şekilde daha yüksek puanlar almıştır. Buna ek olarak, çözümü gerçekleştirme

ve doğrulama alt ölçeğinde ise, hekimler, sağlık memuru ve teknisyenlerden; hemşireler de, teknisyenlerden anlamlı şekilde daha yüksek puanlar almışlardır. Sorun çözme becerileri açısından, meslek grupları arasında en yüksek puanların hekimler tarafından alındığı gözlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Sağlık çalışanı, sorun çözme becerileri, sorun yönelimi, sosyal sorun çözme

SUMMARY

Analysis of Social Problem Solving Skills of Health Workers

This study was performed to determine social problem solving skills of health workers working in a hospital based on their demographic characteristics. The research data were obtained from 223 health workers who working in a public hospital in İzmir. In the study, "Demographic Data Form" was used to take the demographic characteristics of the health workers. "Social Problem Solving Inventory" (SPSI), which has been adapted to Turkish by Duyan and Gelbal (2008), was used to determine the social problem solving skills.

SPSS 19 software was used in entry, analysis and classification of the data and percentage, mean and standard deviation were calculated according to variable types. T, F statistical analyzes was used to determining whether there is a significant difference between the variables or not.

According to the survey, there is not a significant relation between the gender and educational background with social problem solving. Single received lower score than married in problem definition and formulation subscale. Behaviour subscale scores of 41-50 age group was determined as lower than the younger age groups. While the experience year and working time in the organization are increasing, behaviour subscale scores were observed to be reduced. When looked In terms of the professions, the mean score of the behaviour subscale of the nurses was found as the lowest. It was also found that the nurses has been scored significantly lower than the doctors and the technicians. In problem definition and formulation subscale, the doctors scored considerably higher than the health officers and the technicians, and also the nurses substantially higher than the technicians. In generation of alternatives subscale, the technicians scored significantly lower than the doctors and the nurses. On other hand, the doctors dramatically received a higher point than the health officers and the nurses in decision making subscale. In addition, according to solution

implementation and verification subscale, while the doctors scored substantially higher than the officers and the technicians, the nurses received a higher score than the technicians. In terms of problem solving skills within professional groups, it has been observed that the highest scores was received by the doctors.

Keywords: Health worker, problem orientation, problem solving skills, social problem solving

KAYNAKLAR

- ABAAN, S., ALTINTOPRAK, A.(2005). Hemşirelerde problem çözme becerileri: Öz değerlendirme sonuçlarının analizleri. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 62- 76.
- AKBOLAT, M., IŞIK, O. (2012). Sağlık Çalışanlarının Duygusal Zekâ Düzeylerinin Motivasyonlarına Etkisi. *DpujssNumber*, 32:109-123
- AKDUR, R. (2008). Cumhuriyetten Günümüze Türkiye'de Sağlık. 12.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Kitabı, Ankara.
- AKDUR, R.(1999). Türkiye Cumhuriyeti'nin 75. Yılında Türkiye’de Sağlık Politikaları. İstanbul: TÜBA Yayınları, s.:46-60.
- AKSAKOĞLU, G. (1999). Toplum Sağlığı Ve Sağlık Çalışanlarının Sağlığı Arasındaki İlişki Sağlık Çalışanlarının Sağlığı 1. Ulusal Kongresi Kongre Kitabı, Ankara.
- ANNAGÜR, B. (2010). Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet: risk faktörleri, etkileri, değerlendirilmesi ve önlenmesi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2: 61-173.
- ARNETZ J.E., ARNETZ B.B. (2001). Violence to wards health cares taffand possible effects on the quality of patient care. *SocSciMed*; 52: 417-427
- AZAP, Ö. (2013). Türkiye’de Sağlık Çalışanlarının Sağlığı: Güncel Durum. Sağlık Çalışanlarının Sağlığı 4. Ulusal Kongresi Kongre Kitabı, Ankara.
- BAŞAR, G. (2011). Hemşirelerde ve hemşirelik öğrencilerinde problem çözme ve iletişim becerilerinin değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Bilgi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- BAŞOL, E. (2014).Yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin otonomi kişilik özellikleri ve problem çözme becerilerinin belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Türk Hava Kurumu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- BELEK, İ. (2011). Sağlıkta Eşitsizlik Konusunda Yöntem 3.Kent Ve Sağlık Sempozyum Kitabı ‘Eşitsizlikler Kaçınılmaz Mıdır?’,Ed: Gözler, E. E. Bursa.
- CARUSO, C.C. (2013). Negative Impacts of Shift Work and Long Work Hours. *Association of Rehabilitation Nurses Rehabilitation Nursing*, 39:16–25
- CÜCELOĞLU, D. (2000). “İnsan ve Davranışı”. İstanbul: Remzi Kitabevi.
- ÇELEN, Ü., PİYAL B., KARAODU B.G. DEMİR M. (2004). Ankara Onkoloji Eğitim Hastanesinde çalışanların iş doyumu. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 3: 295-318
- DUYAN, V., GELBAL, S. (2008). Sosyal Sorun Çözme Envanterinin Türkçeye Uyarlama Çalışması.. *Toplum ve Sosyal Hizmet Dergisi*, 19: 1-2
- DÜNDAR C., GÖKÇE, T. (2008). Samsun Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesinde çalışan hekim ve hemşirelerde şiddete maruziyet sıklığı ve kaygı düzeylerine etkisi. *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 15: 25-28.

- D’ZURİLLA, T. J. (1988). Problem solving therapies. Handbook of Cognitive Behaviour Therapies. London: Guilford Publications. 85-135
- D’ZURİLLA, T. J. (1986). Problem-solving therapy: a social competence approach to clinical intervention. New York: Springer.
- D’ZURİLLA, T. J., GOLDFRIED, M. R. (1971). Problem solving and behavior modification. *Journal of Abnormal Psychology*, **78**: 107–126.
- D’ZURİLLA, T.J., NEZU, A.M. (2001). Problem solving therapies. Handbook of Cognitive-Behavioral Therapies. Ed.:D. K.S. New York: Guilford Press
- D’ZURİLLA, T. J., NEZU, A. M. (1999). Problem- solving therapy: A social competence approach to clinical intervention. (2nd ed.). New York: Springer.
- D’ZURİLLA, T. J., NEZU, A. M. (1990). Development and preliminary evaluation of the Social Problem-Solving Inventory. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*. **2**: 156-163.
- D’ZURİLLA, T. J., NEZU, A. M. (1982). Social problem solving in adults. Advances in cognitive behavior al research and therapy. Ed.:P.C. Kendall. New York: Academic Press, p.:201-244
- D’ZURİLLA, T.J., NEZU, A.M., MAYDEU-OLÍVARES, A. (2004). Social Problem Solving: Theory and Assessment. Social problem solving: theory, research, and training, Ed.: T. J. D’Zurilla; E. C. Chang; L. J Sanna. Washington, DC: American Psychological Association, p.: 11-27
- D’ZURİLLA, T. J., MAYDEU-OLÍVARES, A., KANT, G. L. (1998). Age and gender differences in social problem-solving ability. *Personality and Individual Differences*. **25**: 241-252.
- ERİCKSON, L., WILLIAM-EVANS, S.A. (200). Attitudes of emergency nurses regarding patient assaults. *J Emerg Nurs*. **26**: 210-215.
- ERZİNCANLI, S. (2010). Hemşirelerin eleştirel düşünme eğilimleri ve problem çözme becerilerinin incelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- ESKİN, M. (2009). Sorun Çözme Terapisi. Ankara: HYB Basım Yayın.
- ESKİN, M., AYCAN, Z. (2009). Gözden geçirilmiş sosyal sorun çözme envanterinin Türkçe ’ye (TR-SSÇE-G) uyarlanması güvenirlik ve geçerlik analizi. *Türk Psikoloji Yazıları*. **12(23)**: 1-10
- ESKİN, M., AKOĞLU, A., UYGUR, B. (2006). Ayaktan tedavi edilen psikiyatri hastalarında travmatik yaşam olayları ve sorun çözme becerileri intihar davranışıyla ilişkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, **17(4)**: 266-275
- ESKİN, M., ERTEKİN, K., HARLAK, H., DEREBOY, Ç. (2008). Lise öğrencisi ergenlerde depresyonun yaygınlığı ve ilişkili olduğu etmenler. *Türk Psikiyatri Dergisi*, **19(4)**: 382-289
- GEZER, N., KANTEK, F. (2010). Bir sağlık yüksek okulunda öğrencilerin eleştirel düşünme ve problem çözme becerilerinin incelenmesi. *International conference on new trends*

in education and their implications, 186-190

- HEPPNER, P.P, KRAUSKOPF, C. J.(1987).An information –processing approach to presonel problem solving. *The counseling psychologist*.**15**:371-447
- KAPTAN, F. ve KORKMAZ, H. (2002). Türkiye’de Hizmet Öncesi Öğretmenlerin Problem Çözme Becerilerine Yönelik Algıları Üzerine Bir İnceleme. *Journal of QafqazUniversity*, **9**: 183-188.
- KARASAR, N.(2005). Bilimsel araştırma yöntemi: kavramlar-ilkeler-yöntemler.Ankara: Nobel.
- KASAPOĞLU, M. A. (1999). Sağlık Sosyolojisi, Türkiye’den Araştırmalar. Ankara: Sosyoloji Derneği Yayınları.
- KAYA, M., GENÇ, B.,KAYA B., PEHLİVAN, E. (2007).Tıp fakültesi ve sağlık yüksekokulu öğrencilerinde depresif belirti yaygınlığı ,stresle başa çıkma tarzlarını etkileyen faktörler. *Türk Psikiyatri Dergisi*,**18(2)**: 137-146
- KAPTANOĞLU, C., YENİLMEZ, Ç., AYRANCI, Ü., GÜNAY, Y. (2003). Çeşitli sağlık kurumlarında ve sağlık meslek gruplarında şiddete uğrama sıklığı. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, **3**: 147- 154.
- KELLEÇİ, M., GÖLBAŞI, Z.(2004). Bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin problem çözme becerilerinin bazı değişkenler açısından incelenmesi. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **8(2)**: 1-8.
- KESKİN, G., GÜMÜŞ, A., ENGİN, E. (2011). Bir grup sağlık çalışanında öfke ve mizaç özellikleri: İlişkisel bir inceleme. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, **24**: 199-208
- KÜÇÜK, İ. (2013). Hastane ortamında yönetici hemşirelerin problem çözme becerilerini etkileyen bazı faktörler. Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- LAU, Y. (2014). Factors Affecting The Social Problem-Solving Ability of Baccalaureate Nursing Students. *Nurse Education Today*, **34**: 121–126
- LİSTER, J.(2008). Sağlık Politikası Reformu Yanlış Yolda Mı Gidiyoruz? Küresel “Sağlık Reformu” Endüstrisinin Eleştirel Kılavuzu. İstanbul: İnsev Yayınları.
- NAZLI, S.(2013). Hemşirelerde duygusal zeka ve problem çözme becerileri arasındaki ilişkinin İncelenmesi: “Konya ili Örneği”. Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- NEZU, A. M. (2004). Problem solving and behavior the rapyrevisited. *Behavior Therapy*, **35**: 1-33.
- NEZU, A. M., NEZU, M. N. (2001). Problem solving therapy. *Journal of Psychotherapy Integration*. **11(2)**: 187-205
- NEZU, A. M., RONAN, G.F.(1988). Social problem solving as a moderatör of stres related depressive semptoms: A prospective analysis. *Journal of Clinical Psychology*. **35(2)**: 134-138

- NEZU, A.M., WILKINS, V.M. (2005). Problem Solving-Depression. Encyclopedia of Cognitive Behavior Therapy. Ed.: A. Freeman. New York, USA: Springer Science Business Media
- NUR, D. (2011). Kamu Hastanelerinde Çalışan Sağlık Personelinde İş Doyumu ve Stres İlişkisi. *Klinik Psikiyatri*, **14**: 230-240
- ÖNSÜZ, F., HIDIRLIOĞLU, S., GÜRBÜZ, Y., TOPUZOĞLU, A., KARAVUŞ, M. (2008). Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Asistan Doktorların Örgütsel Stres Düzeylerinin Değerlendirilmesi. *New/Yeni Symposium Journal*, **46(1)**: 23-34.
- ÖZGÜVEN, H., SOYKAN, Ç., HARAN, S., GENÇÖZ, T. (2003). İntihar Girişiminde Depreyon ve Kaygı Belirtileri ile Problem Çözme Becerileri ve Algılanan Sosyal Desteğin Önemi. *Türk Psikoloji Yazıları*, **18(52)**: 1-11
- PETTIGREW, A.C., KING, M.O. (1993). A comparison between scores on Kirtons' inventory for nursing students and a general student population. *PsycholRes*, **73**:1,339-345.
- PIYAL, B. (2011). Halk Sağlığı .Ed.: Piyal, B. Ankara: Ankara Üniversitesi Uzaktan Eğitim Yayınları
- PIYAL, Y.B., PİYAL, B., YAVUZ, İ., YAVUZ, A. (2002). Sosyal Sigortalar Kurumu Ankara Eğitim Hastanesinde çalışanların iş doyumu. *Kriz Dergisi*, **10(1)**: 45-56.
- POLAT, H. (2013). Hemşirelerin problem çözme becerileri ile atılabilirlikleri arasındaki ilişkinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Programı, Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı
- SOYER, A. (2011). "Sağlıkta Dönüşüm" ve Kamu Sağlık Çalışanları. Sağlık Çalışanlarının Sağlığı 3. Ulusal Kongresi Kongre Kitabı, Ankara.
- SOYER, A. (2003). 1980'den Günümüze Sağlık Politikaları. *Praksis*, **9**: 301-319.
- ŞAHİN, N.H., BATIGÜN, A. (1997). Bir Özel Hastane Sağlık Personelinde İş Doyumu ve Stres. *Türk Psikoloji Dergisi*, **12(39)**: 57-71,
- TAN, M., POLAT, H., ŞAHİN AKGÜN, Ş.Z. (2012). Hemşirelerin çalışma ortamlarına ilişkin algılarının değerlendirilmesi. *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi*, **4**: 67-78
- TEL, H., KARADAĞ, M., TEL, H., AYDIN, Ş. (2003). Sağlık çalışanlarının çalışma ortamındaki stres yaşantıları ile baş etme durumlarının belirlenmesi. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, **3**: 13-23.
- TERCANLI, N. (2011). Hemşirelerin algıladıkları sosyal destek ile problem çözme becerisi arasındaki ilişki. Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- TEZEL, A., ARSLAN, S., TOPAL, M., AYDOĞAN, Ö., KOÇ, Ç., ŞENLİK, M. (2009). Hemşirelik öğrencilerinin problem çözme becerileri ve depresyon düzeylerinin incelenmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **12(4)**:1-10
- TOKUÇ, B., TURUNÇ, Y., EKUKLU, G. (2009). Edirne'de ambulans çalışanlarının anksiyete, depresyon ve işe bağlı gerginlik düzeyleri. *Türk Tabipler Birliği Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi*, 39-44

- TÜRK DİL KURUMU. (2015). Sorun Kelimesinin anlamı. Güncel Türkçe Sözlük, [Erişim:http://tdk.gov.tr/index.php?option=com_gts&arama=gts&guid=TDK.GTS.55421ee537ee13.49843723] ErişimTarihi:16.04.2015.
- TÜRK DİL KURUMU. (2015). Çözüm Kelimesinin anlamı. Güncel Türkçe Sözlük, [Erişim:http://tdk.gov.tr/index.php?option=com_gts&arama=gts&guid=TDK.GTS.55421f51afaf43.39366103] Erişim Tarihi:16.04.2015.
- ÜLKER, S. (1995). Hemşirelikte Etkinliğe Doğru Eylem. Ankara: Aydoğdu Ofset.
- WILBURN, S.Q. (2004). Eijkemans G. Preventing need lestick injuries among health care workers: A WHO–ICN collaboration. *Int J Occup Environ Health*, **10**: 451–456.
- WHO. (2002). QuantifyingSelectedMajorRiskstoHealth. The World Health Report (2002). Erişim: [[http://www.who.int/whr/2002/en/.](http://www.who.int/whr/2002/en/)] Erişim Tarihi: 28.04.2015.
- WHO. Sağlık Tanımı. Erişim: [<http://www.who.int/about/definition/en/print.html>] ErişimTarihi:28.04.2015.
- YENİMAHALLELİ, Y.G. (2011). Sağlıkta Neoliberal Dönüşüm Ve Eşitsizliklere Etkisi. Kent Ve Sağlık Sempozyumu Eşitsizlikler Kaçınılmaz Mıdır? Sempozyum Kitabı , Bursa
- YENİMAHALLELİ, Y.G., UĞURLUOĞLU, E. (2010). Neoliberalizm, küreselleşme ve sağlık. *Ankara Üniversitesi Dikimevi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Dergisi*, **9**: 1-10
- YETİŞ, Ö.Y. (2010). Üniversite öğrencilerinde kişilik bozukluğu yaygınlığı ve sorun çözme becerileri ile ilişkisinin incelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Maltepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- YILMAZ, E., KARACA, F. VE YILMAZ E. (2009). Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin Problem Çözme Becerilerinin Bazı Değişkenler Açısından İncelenmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **12 (1)**, 38-48.

EKLER

Ek 1

Onam Formu

SAĞLIK ÇALIŞANLARININ SOSYAL SORUN ÇÖZME BECERİLERİNİN İNCELENMESİ BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU

Önemli bir yaşam becerisi olan sosyal sorun çözme, en güçlü bireysel farklılık değişkenlerindendir. Sosyal sorun çözme, insanların sorun durumlarla etkili bir biçimde baş edebilmelerini sağlamaktadır. Sosyal sorun çözme bir bireyin günlük yaşamda karşılaştığı özgül sorun durumları için etkili ve uyum sağlayıcı baş etme tepkilerini keşfetme veya icat etme girişimleridir.

Bu beceriler tüm insanlar için önemli iken bazı meslekler için daha da önem kazanır. Bu meslek gruplarından biriside sağlık çalışanlarıdır. Sözü edilen gerekçeler göz önüne alınarak tasarlanan bu çalışma, sağlık çalışanlarının sorun yönetim ve sosyal sorun çözme becerilerini belirlemek amacıyla gerçekleştirilmesi planlanmıştır.

Bu araştırmayı, Ankara Üniversitesi Disiplinlerarası Sosyal Psikiyatri Bölümü'nde yürütmekte olduğum yüksek lisans tezi kapsamında Ankara Üniversitesi Etik Kurulu ve Sağlık Bakanlığı Etik Kurulu Kurulu tarafından aldığım izinle yapmaktayım.

İlişikteki anketleri sağlık personelinin demografik özelliklerine göre sosyal sorun çözme becerilerini incelemek için hazırlanmıştır. Araştırmanın amacı sağlık çalışanlarının karşılaştıkları sorunlar ve sosyal sorun çözme becerileri arasındaki ilişkiyi ve farklılıkları belirlemek olduğundan bireysel değerlendirme yapılmayacaktır. Sizden istenen bilgiler sadece araştırma için kullanılacak ve tamamen gizli kalacaktır.

Araştırmaya katılmanız sadece sizin gönüllü olmanıza bağlıdır ve bu konuda hiçbir zorunluluğunuz bulunmamaktadır. Çalışmanın herhangi bir aşamasında hiçbir neden

göstermeksiniz ayrılabilirsiniz. Katılmayı kabul ederseniz araştırmacı tarafından “görüşme formu (kişisel bilgiler), sosyal sorun çözme envanteri, araştırmada kullanılan formlar toplam 20-45 dakikanızı alacaktır. Çalışmanın değerlendirilmesi sırasında isminiz kaydedilmeyecek, size bir kod numarası verilecek, kayıtlarınız bu kod numarası ile saklanacak ve hiçbir şekilde adınız anılmayacak ya da başka bir yerde belirtilmeyecektir. Bu cevaplar kesinlikle gizli kalacaktır. Çalışmada yer alan görüşme formu ve ölçekteki tüm soruların gerçeğe uygun olarak cevap verilmesi araştırma sonuçlarının bilimsel ve güvenilir olması açısından önemlidir.

Araştırmanın gönüllü olur-onam formunu okudum. Araştırma ile ilgili istediğim tüm açıklamalar yeterli yapılmıştır ve tüm sorularıma tatmin edici cevaplar verilmiştir. Araştırmaya kendi rızamla gönüllü olarak katılmak istiyorum.

Gönüllünün adı-soyadı Tarih:

İmzası

Bu araştırma ile ilgili yukarıda yer alan ve istenen diğer bilgiler katılımcıya tarafımdan açıklanmıştır ve yazılı onamını aldım.

Araştırmacının adı-soyadı İmzası Tarih:

Ek 2

Tanıtıcı Bilgi Formu ve Sosyal Sorun Çözme Envanteri ile İlgili Örnek Sorular

SAĞLIK ÇALIŞANLARININ SOSYAL SORUN ÇÖZME BECERİLERİNİN İNCELENMESİ

EK I. GÖRÜŞME FORMU-1

1. BİREYİ TANITICI BİLGİLER

Aşağıdaki her bir sorunun karşısındaki seçeneğin üzerine x işareti koyarak yanıt veriniz.

1. Kaç yaşındasınız? ()
2. Cinsiyetiniz K () E ()
3. Medeni Durumunuz? Evli ()
Bekâr ()
Ayrı yaşıyor ()
Boşanmış ()
Eşi ölmüş ()
4. Mesleğiniz ?.....
5. Hekim iseniz Pratisyen Hekim ()
Uzman Hekim ()
6. Çocuk sahibi olma durumunuzu; var ise sayısını, parantez içine belirtiniz.
a) Varçocuk
b) Yok (7. soruya geçiniz) ()
7. Eğitim durumunuzu belirtiniz.
Lise mezunu ()
Üniversite/yüksekokul mezunu ()
Yüksek lisans / doktora mezunu ()
8. Mesleki deneyim yılınız? ()

9. Bulunduğunuz kurumda çalışma süreniz? ()

10. Ekleme istediğiniz başka bir şey var mı?

.....

EK II. Sosyal Sorun Çözme Envanteri

Sosyal Sorun Çözme Envanteri ile ilgili örnek sorular

N o	Seç	İfade
1	()	Bir sorunu kısa sürede ve pek fazla çaba harcamadan çözemediğimde, aptal ya da yetersiz olduğumu düşünme eğilimindeyim.
2	()	Çözmek gereken bir sorunum olduğunda, yaptığım şeylerden biri, sorun hakkında sahip olduğum tüm bilgileri incelemek ve neyin en uygun veya önemli olduğuna karar vermeye çalışmaktır.
27	()	Bir sorunu çözmeye çalıştığım, sıklıkla yaratıcı olmaya ve orijinal ya da geleneksel olmayan çözümler bulmaya çalışırım.
43	()	Bir sorunu çözmeye çalıştığım, sıklıkla kendimi açıkça düşünemeyecek kadar altüst hissederim.
45	()	Bir sorun için en iyi çözümün ne olduğuna karar vermeye çalıştığım, genellikle her bir çözüm seçeneğinin artı ve eksilerini değerlendirmek için zaman ayırmam.
69	()	Uyguladığım bir çözüm, sorunumu tatmin edici bir şekilde çözemediğinde, bunun neden işe yaramadığını incelemek için zaman ayırmam.
70	()	İş karar vermeye geldiğinde, fazla düşünmeden hareket ettiğimi düşünüyorum.

PUANLAMA

Alt Ölçekler	Madde No	Toplam Puan
Biliş	01 + 06 + 10 + 12 + 18 + 37 + 51 + 59 + 63 + 67	
Duyuş	04 + 09 + 17 + 24 + 43 + 47 + 48 + 50 + 54 + 68	
Davranış	03 + 15 + 21 + 23 + 26 + 31 + 40 + 42 + 56 + 64	
Tanımlama	02 + 13 + 16 + 20 + 38 + 39 + 41 + 44 + 58 + 66	
Seçenek	08 + 11 + 27 + 28 + 29 + 30 + 34 + 52 + 62 + 65	
Karar	05 + 07 + 25 + 32 + 45 + 53 + 57 + 60 + 61 + 70	
Çözüm	14 + 19 + 22 + 33 + 35 + 36 + 46 + 49 + 55 + 69	

Ek 3

Etik Kurul Kararı



GİZLİ

T.C.
ANKARA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Genel Sekreterlik

Sayı : 85434274-50.04.04- 16134

Konu :

Ankara

10 Mart 2014

Sayın Nilda DURAN
Sağlık Bakanlığı Bornova Türkan Özlhan Devlet Hastanesi
Ankara Caddesi 4.Sanayi Girişi No:35/A
Bornova/İZMİR

İlgi : 13/02/2014 tarihli başvurunuz.

“Sağlık Çalışanlarının Sosyal Sorun Çözme Becerilerinin İncelenmesi” başlıklı teziniz ile ilgili olarak Ankara Üniversitesi Etik Kurulunun 27/02/2014 tarihli toplantısında alınan 164/1085 sayılı kararının bir örneği ilişikte gönderilmektedir.
Bilgilerinizi saygılarımla rica ederim.

Prof.Dr.Erkan İBİŞ
Rektör

EKLER :

1- Karar Örneği (1 sayfa)

GİZLİ

ANKARA ÜNİVERSİTESİ
ETİK KURULU
KARAR ÖRNEĞİ

Karar Tarihi : 27/02/2014

Toplantı Sayısı : 164

Karar Sayısı : 1085

1085-Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü yüksek lisans öğrencilerinden **Nilda Duran**'ın "Sağlık Çalışanlarının Sosyal Sorun Çözme Becerilerinin İncelenmesi" başlıklı tezine ilişkin 13/02/2014 tarihli "İnsan Üzerinde Yapılan Klinik Dışı Araştırmalar Başvuru Formu" Etik Kurulumuzca incelenmiştir.

Yapılan görüşmeler ve incelemeler sonucunda, **Nilda Duran**'ın "Sağlık Çalışanlarının Sosyal Sorun Çözme Becerilerinin İncelenmesi" başlıklı tezinin, araştırma protokolüne uyulması ve etik onay tarihinden itibaren geçerli olması koşuluyla uygulanmasının etik açıdan uygun olduğuna oybirliği ile karar verildi.

ASLININ AYNIDIR

27/02/2014


Aynur AKAY
Genel Sekreterlik
Şube Müdürü

Ek 4

Kurum İzin Yazısı

7.4.2014



T.C. Sağlık Bakanlığı
İzmir Kuzey
Kamu Hastaneleri Birliği
Genel Sekreterliği

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
İzmir İli Kamu Hastaneleri Birliği Kuzey Genel Sekreterliği

Şube : İdari Hizmetler Başkanlığı
Sayı : 67938315
Konu : Yüksek Lisans
Tez Çalışması Hk.

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
İZMİR KUZEY GENEL SEKRETERLİĞİ
Tarih: 04.04.2014 11:48
Giden Evrak / 9122
İlgili birim : EĞİTİM HİZMETLERİ BİRİMİ

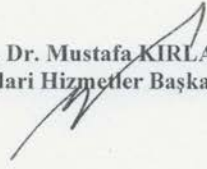
0220149122

BORNOVA TÜRKAN ÖZİLHAN DEVLET HASTANESİ YÖNETİCİLİĞİNE

Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans öğrencisi Nilda DURAN'ın "Sağlık Çalışanlarının Sosyal Sorun Çözme Becerilerinin İncelenmesi" konulu tez çalışmasını, Hastanenizde yapması Genel Sekreterliğimizce uygun görülmüş olup, Olur yazımız ekinde sunulmuştur.

Gereğini bilgilerinize rica ederim.

Uzm. Dr. Mustafa KIRLANGIÇ
İdari Hizmetler Başkanı V.



EK:
Olur yazısı (1 sayfa)
Tez evrakları (8 sayfa)

Etk. Hems. B. Tezine
07.04.2014

07.04.2014

Poligon mah. 123/11 Sk. No:6
35140 Karabağlar • İZMİR
Tel: 444 35 01 • Fax: 0 (232) 246 90 86
www.ikkh.gov.tr
Not • Cevabi yazılarınızda yazının tarih ve sayısını bildiriniz.

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
BORNOVA TÜRKAN ÖZİLHAN DEVLET HA
STANESİ
Tarih: 07.04.2014 10:22
Gelen evrak
2014-2131



Sağlığınız mutluluğumuzdur...



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
İzmir İli Kamu Hastaneleri Birliği Kuzey Genel Sekreterliği

Şube : İdari Hizmetler Başkanlığı
Sayı : 67938315 / 51
Konu : Yüksek Lisans
Tez Çalışması hk.

GENEL SEKRETERLİK MAKAMINA

Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans öğrencisi Nilda DURAN'ın, "Sağlık Çalışanlarının Sosyal Sorun Çözme Becerilerinin İncelenmesi" konulu tez çalışmasını, Genel Sekreterliğimize bağlı Bornova Türkan Özilhan Devlet Hastanesi ve Bergama Dr. Faruk İlker Devlet Hastanesinde yapabilmesi hususunda;

Gereğini tensiplerinize arz ederim.

Uzm. Dr. Mustafa KIRLANGIÇ
İdari Hizmetler Başkanı V.

OLUR.

03/04/2014

Prof. Dr. Osman Nuri DİLEK
Genel Sekreter

Poligon mah. 123/11 Sk. No:6
35140 Karabağlar • İZMİR
Tel: 444 35 01 • Fax: 0 (232) 246 90 86
www.ikkh.gov.tr

Bilgi için:
Eğitim Birimi / N.KILIÇ
Tel: 444 35 01 / 1242-1239

★ Not • Cevabi yazılarınızda yazının tarih ve sayısını bildiriniz.

Sağlığınız mutluluğumuzdur...

ÖZGEÇMİŞ

Adı Soyadı: Nilda DURAN

Doğum Yeri ve Tarihi: HATAY/1984

E-Posta : nildadrn@gmail.com

Eğitim Bilgileri

Program	Bölüm/Anabilim Dalı	Yıl
Yüksek Lisans	Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Disiplinler arası Sosyal	2010-
Lisans	Hacettepe Üniversitesi E d e b i y a t Fakültesi Psikoloji Bölümü	2002-2006

İş Deneyimler

Psikolog	İzmir Bornova Türkan Özilhan Devlet Hastanesi	2013-Halen
Psikolog	İzmir Dr. Faruk İlker Bergama Devlet Hastanesi	2011-2013
Psikolog	Kayseri Bünyan Devlet Hastanesi	2009-2011
Psikolog	Dr.Ekrem Tok Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi (Adana)	2007-2009
Psikolog	Özel Velican Yaşlı Bakımevi (Ankara)	2006-2007

Staj Deneyimi

- Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı Davranış Nörolojisi Birimi (Lisans, Eylül, 2005-Gönüllü,)

- Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı (Lisans, Ağustos, 2005-Gönüllü)

Projeler

- ‘Gazetelerde Yayımlanan Sağlık Haberlerinin Nitelikleri ve İnsanların Bu Haberleri Algılayış Biçimleri’ konulu araştırma projesi (2011)
- Alzheimer hasta ve yakınlarına yönelik gönüllü olarak gerçekleştirilen evde destek projesi (2005).
- Hacettepe Üniversitesi Deneysel Psikoloji Laboratuvarında yürütülen Alzheimer projesi kapsamında gönüllü olarak yapılan huzurevi ziyaretleri ve nöropsikolojik test uygulamaları.(2005-2006)

Eğitimler

- Cinsellik ve Cinsel Tedaviler Eğitimi (CETAD-Cinsel eğitim Tedavi Araştırma Derneği, Eylül 2011-Mart 2013)
- Bilişsel Davranışçı Terapi Temel İlkeleri Eğitimi (Doç. Dr. Hakan Türkçapar,2007-2008)
- Transaksiyonel analiz eğitimi (Psikolog Dr. Azmi Varan)
- Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri (Psikolog Dr. Sedat Işıklı)
- Tematik Algı Testi (Psikolog Dr. Arzu Aydın)

Üyelikler

- Türk Psikologlar Derneği
- Alzheimer Derneği
- Şizofreni Dostları Derneği

İlgi Alanları

Cinsel İşlev Bozuklukları, Kadın Refahı, Toplumsal Cinsiyet