

**T.C.  
ERCIYES ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
Halk Sağlığı Anabilim Dalı**

**NİĞDE DEVLET HASTANESİ'NDE ÇALIŞAN  
HEMŞİRELERİN TÜKENMİŞLİK DÜZEYLERİNİN  
BELİRLENMESİ**

**Hazırlayan  
Dilek BOZOT KAYASAN**

**Danışman  
Prof. Dr. Osman CEYHAN**

**Yüksek Lisans Tezi**

**Eylül 2015  
KAYSERİ**

**T.C.  
ERCIYES ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
Halk Sağlığı Anabilim Dalı**

**NİĞDE DEVLET HASTANESİ'NDE ÇALIŞAN  
HEMŞİRELERİN TÜKENMİŞLİK DÜZEYLERİNİN  
BELİRLENMESİ**

**(Yüksek Lisans Tezi)**

**Hazırlayan  
Dilek BOZOT KAYASAN**

**Danışman  
Prof. Dr. Osman CEYHAN**

**Eylül 2015  
KAYSERİ**

## BİLİMSEL ETİĞE UYGUNLUK

Bu çalışmadaki tüm bilgilerin, akademik ve etik kurallara uygun bir şekilde elde edildiğini beyan ederim. Aynı zamanda bu kural ve davranışların gerektirdiği gibi, bu çalışmanın özünde olmayan tüm materyal ve sonuçları tam olarak aktardığımı ve referans gösterdiğimi belirtirim.

**Tezi Hazırlayan**

Dilek BOZOT KAYASAN



## YÖNERGEYE UYGUNLUK ONAYI

“Niğde Devlet Hastanesi’nde Çalışan Hemşirelerin Tükenmişlik Düzey Belirlenmesi” adlı Yüksek Lisans tezi, Erciyes Üniversitesi Lisansüstü Tez Önerisi ve Tez Yazma Yönergesi’ne uygun olarak hazırlanmıştır.

**Tezi Hazırlayan**

Dilek BOZOT KAYASAN

**Danışman**

Prof. Dr. Osman CEYHAN

**Halk Sağlığı Anabilim Dalı Başkanı**

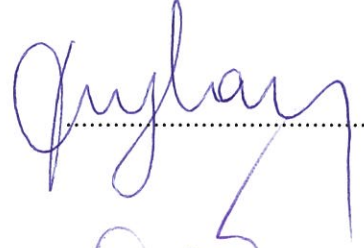
Prof. Dr. Osman GÜNAY

**Prof. Dr. Osman CEYHAN** danışmanlığında **Dilek BOZOT KAYASAN** tarafından hazırlanan “**Niğde Devlet Hastanesi’nde Çalışan Hemşirelerin Tükenmişlik Düzeylerinin Belirlenmesi**” adlı bu çalışma jürimiz tarafından Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü **Halk Sağlığı** Anabilim Dalında **Yüksek Lisans** tezi olarak kabul edilmiştir.

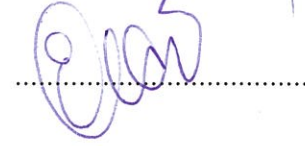
..../.../2015

**JÜRİ**

Danışman : Prof. Dr. Osman CEYHAN



Üye : Doç. Dr. Elçin BALCI



Üye : Yrd. Doç. Dr. Zeliha KAYA ERTEN



**ONAY:**

Bu tezin kabulü Enstitü Yönetim Kurulunun .....tarih ve ..... sayılı kararı ile onaylanmıştır.

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

Prof. Dr. Saim ÖZDAMAR

Enstitü Müdürü

## TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim ve bu araştırmanın her aşamasında rehberlik eden, bilgi ve deneyimlerini esirgemeyen değerli hocam Sayın, Prof. Dr. Osman CEYHAN'a, bir süre danışmanlığımı yapan değerli hocam Doç. Dr. Elçin BALCI'ya, başta Anabilim Dalı Başkanımız Prof. Dr. Osman GÜNAY olmak üzere anabilim dalının tüm öğretim üyelerine, Niğde Üniversitesi Zübeyde Hanım Sağlık Yüksekokulu öğretim üyelerinden değerli hocalarım Doç. Dr. Nalan BEŞER GÖRDELES'e ve Yrd. Doç. Dr. Figen ARI İNCİ 'ye, Biyoistatistik Anabilim Dalında Araştırma Görevlisi olan Gözde ERTÜRK'e, çalışmam boyunca her an yanımda olan ve desteklerini esirgemeyen eşim ve kızıma, yaşamımın her döneminde bana duydukları güven için aileme sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

**Dilek BOZOT KAYASAN,**

**Eylül 2015, KAYSERİ**

# NİĞDE DEVLET HASTANESİ'NDE ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN TÜKENMİŞLİK DÜZEYLERİNİN BELİRLENMESİ

**Dilek BOZOT KAYASAN**  
**Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü**  
**Halk Sağlığı Anabilim Dalı**  
**Yüksek Lisans Tezi, Eylül 2015**  
**Danışman: Prof. Dr. Osman CEYHAN**  
**ÖZET**

Araştırma, Niğde Devlet Hastanesi'nde çalışan hemşirelerin tükenmişlik düzeylerini belirlemek, mesleki ve sosyodemografik değişkenler açısından incelemek amacıyla yapılmıştır. Araştırmanın evrenini 15/09/2014 ve 15/11/2014 tarihleri arasında Niğde Devlet Hastanesi'nde çalışan 350 hemşire oluşturmuştur. Araştırmada evrenin tamamına ulaşılmaması hedeflenmiş, 248 kişiye (%70.8) ulaşılmıştır. Veriler; sosyodemografik ve mesleki özellikler soru formu ve Maslach Tükenmişlik Ölçeği (MTÖ) kullanılarak toplanmıştır. Verilerin istatistiksel analizinde, Shapiro Wilks Testi, Mann-Whitney U Testi, Kruskal Wallis Test istatistiği, Tukey Test istatistiği kullanılmıştır. Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin yaş ortalaması  $33.1 \pm 6.5$  yıldır. Hemşirelerin %79.4'ü kadın, %46.8'i lisans mezunudur. Hemşirelerin %72.6'sı evli ve %29.4'ünün hiç çocuğu yokken %10.5'i 3 ve üzeri çocuğa sahiptir.

Hemşirelerin meslekteki görev süreleri dağılımında en yüksek oranı (%27.8) 0-5 yıl arasında çalışan hemşireler, en düşük oranı (%3.6) 26 ve üzeri yıl çalışan hemşireler oluşturmuştur. Araştırmamıza katılan hemşirelerin ortalama duygusal tükenmişlik (DT) puanları  $18.5 \pm 7.4$ , duyarsızlaşma (D) puanları  $6.2 \pm 4.1$  ve kişisel başarı (KB) puanları  $12.1 \pm 5$  olarak bulunmuştur. Yani duygusal tükenmişlik (DT) düzeylerinin yüksek, duyarsızlaşma (D) düzeylerinin orta ve kişisel başarısızlık düzeylerinin ise yüksek olduğu saptanmıştır. Hemşirelerde yaş ilerledikçe ve meslekteki görev süreleri arttıkça tükenmişlik daha az görülmektedir. Kadın hemşirelerin tükenmişlik puanları daha yüksektir. Çalışma saatleri fazla olan ve çalışma koşullarından memnun olmayan hemşireler tükenmişliği daha çok yaşamaktadırlar. Ekonomik ve duygusal açıdan tatmin olmayan hemşirelerin tükenmişlik puanları daha yüksek bulunmuştur.

Hemşireler, çalışma koşullarının yetersizliği, çalışma saatlerinin ve iş yükünün fazla olması, ücretlerin yeterli olmayışı gibi nedenlerden dolayı tükenmişlik yaşamaktadırlar. Bu sonuçlar doğrultusunda, çalışma koşullarının düzeltilmesi, ekonomik yetersizliklerin giderilmesi, çalışma saatlerinin ve iş yükünün azaltılması, hizmetiçi eğitimlerin yapılması önerilebilir.

**Anahtar kelimeler:** Hemşire, Maslach Tükenmişlik Ölçeği, Hastane, Duygusal Tükenme, Tükenmişlik

## **NIĞDE BURNOUT OF NURSES WORKING IN PUBLIC HOSPITALS TO DETERMINE THE LEVEL**

**Dilek BOZOT KAYASAN**  
**Erciyes University, Institute of Health Sciences**  
**Department of Public Health**  
**Master of Science Dissertation, August 2015**  
**Supervisor: Prof. Dr. Osman CEYHAN**

### **ABSTRACT**

The research was conducted with the aim of determining the level of exhaustion of the nurses working at Niğde State Hospital in terms of professional and socio-demographic varieties. The universe of research is composed of 350 nurses who work at Niğde State Hospital between 15/09/2014 and 15/11/2014. The research was aimed to reach the whole universe and 248 people (70.8 %) were interviewed. The data were collected by using questionnaire form of the socio-demographic and professional characteristics and Maslach Exhaustion Scale. Shapiro Wilks Test, Mann Whitney U Test, Kruskal Wallis Test Statistic and Tukey Test Statistics was used at the statistical analysis of the data. The average age of the nurses who participated in the research is  $33.1 \pm 6.5$  years. 79.4% of the nurses were female and 46.8% had Bachelor's degree. 72.6 % of the nurses were married. 29.4% had no children while 10.5% had 3 or more children.

In the range of the service durations of the Nurses ,the highest percentage (27.8%) is made up of those having been working for 0-5 years and the lowest percentage (3.6%) is made up of those having been working for 26 or more years. The average emotional exhaustion scores of the nurses who took part in the research are  $18.5 \pm 7.4$ , desensitisation scores are  $6.2 \pm 4.1$  and personal success scores are  $12.1 \pm 5.0$ . In other words, it is found out that their emotional exhaustion levels are high, desensitisation levels are average and personal failure levels are high. When the nurses get older and their period of service in the profession increase, exhaustion is seen less often. The exhaustion scores of female nurses are much higher. The nurses who have more working hours and are not satisfied with the working conditions are exposed to exhaustion more often. Besides, the exhaustion scores of the nurses, who are not satisfied economically and emotionally, are determined much higher.

The nurses are exposed to exhaustion because of inadequate working conditions, too long working hours and excessive work-load, low wages etc. According to these results, it can be recommended to improve working conditions, to fill the economic inadequacy, to decrease working hours and to lighten the workload and to participate in in-service-training

**Keywords :** Nurse, Maslach Exhaustness Scale, Hospital, Emotional Exhaustion, Exhaustion



## İÇİNDEKİLER

### NİĞDE DEVLET HASTANESİ'NDE ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN TÜKENMİŞLİK DÜZEYLERİNİN BELİRLENMESİ

İÇ KAPAK.....	i
BİLİMSEL ETİĞE UYGUNLUK.....	ii
YÖNERGEYE UYGUNLUK ONAYI.....	iii
KABUL ONAY.....	iv
TEŞEKKÜR.....	v
ÖZET.....	vi
ABSTRACT.....	vii
İÇİNDEKİLER.....	viii
KISALTMALAR.....	x
TABLolar LİSTESİ.....	xi
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	5
2.1. TÜKENMİŞLİK KAVRAMI.....	5
2.2. MASLACH'IN TÜKENMİŞLİK MODELİ.....	6
2.3. TÜKENMİŞLİĞE ETKİ EDEN FAKTÖRLER.....	13
2.3.1. Çevresel (Organizasyonel) Nedenler.....	13
2.3.2. Bireysel Faktörler.....	15
2.4. TÜKENMİŞLİĞİN DERECELERİ.....	17
2.5. TÜKENMİŞLİĞİN EVRELERİ.....	17
2.6. TÜKENMİŞLİĞİN BELİRTİLERİ.....	18
2.7. TÜKENMİŞLİK SENDROMUNU ÖNLEME VE BAŞETME YOLLARI.....	19
2.7.1. Bireysel yöntemler.....	19
2.7.2. Kurumsal Yöntemler.....	20
2.8. TÜKENMİŞLİK SONUCUNDA ORTAYA ÇIKAN DURUMLAR.....	21

2.9.TÜKENMİŞLİK VE HEMŞİRELİK .....	22
2.9.1. Hemşirelerin İş Stresinin farkında Olmaları: .....	23
2.9.2.Hemşirelerin Olası Stres Kaynakları: .....	23
2.9.3. Hemşirelik Mesleğinin Stres Kaynakları: .....	24
2.9.4.Hemşirenin Baş Etme Stratejileri ve Mekanizmaları: .....	25
2.9.5.Hemşirelerin Bireysel Farklılıkları: .....	25
<b>3. GEREÇ VE YÖNTEM</b> .....	<b>26</b>
3.1. EVREN VE ÖRNEKLEM .....	26
3.2. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI, VERİLERİN TOPLANMASI VE DEĞERLENDİRİLMESİ.....	26
3.2.1. Veri Toplama Araçları .....	26
3.2.1.1.Kişisel Bilgi Formu .....	26
3.2.1.2. Maslach Tükenmişlik Ölçeği .....	26
3.2.2. Ön Uygulama.....	27
3.2.3. Verilerin Toplanması .....	28
3.2.4. Verilerin Değerlendirilmesi .....	28
3.3. ETİK KONULAR VE İZİNLER .....	28
<b>4. BULGULAR</b> .....	<b>29</b>
<b>5. TARTIŞMA VE SONUÇ</b> .....	<b>500</b>
<b>KAYNAKLAR</b> .....	<b>66</b>
<b>EKLER</b> .....	<b>76</b>
EK 1. BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU .....	76
EK 2: KİŞİSEL BİLGİ FORMU .....	77
EK 3: MASLACH TÜKENMİŞLİK ÖLÇEĞİ .....	79
EK 4: ETİK KURUL SAYFASI .....	80
<b>ÖZGEÇMİŞ</b> .....	<b>82</b>

## **KISALTMALAR**

**D** : D

**DT** : Duygusal Tükenme

**KBD** : Kişisel Başarıda Düşme

**KB** : Kişisel Başarı

**MTÖ** : Maslach Tükenmişlik Ölçeği

**THD** : Türk Hemşireler Derneği

## TABLOLAR LİSTESİ

<b>Tablo 4.1.</b> Araştırma Grubundaki Hemşirelerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı.....	29
<b>Tablo 4.2.</b> Araştırma Grubundaki Hemşirelerin Bazı Özelliklerine Göre Dağılımı (Devamı) .....	30
<b>Tablo 4.3.</b> Araştırma Grubundaki Hemşirelerin Bazı Özelliklerine Göre Dağılımı (Devamı) .....	31
<b>Tablo 4.4.</b> Araştırma Grubundaki Hemşirelerin Bazı Özelliklerine Göre Dağılımı (Devamı) .....	32
<b>Tablo 4.5.</b> Araştırma Grubundaki Hemşirelerin Çalışma Özelliklerine Göre Dağılımı.....	33
<b>Tablo 4.6.</b> Araştırma Grubundaki Hemşirelerin Çalışma Özelliklerine Göre Dağılımı.....	34
<b>Tablo 4.7.</b> Araştırma Grubundaki Hemşirelerin Tükenmişlik Puanlarının Dağılımı.....	34
<b>Tablo 4.8.</b> Araştırma Grubundaki Hemşirelerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Duygusal Tükenme, Duyarsızlama ve Kişisel Başarı Puan Ortalamalarının Dağılımı .....	35
<b>Tablo 4.9.</b> Araştırma Grubundaki Hemşirelerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Duygusal Tükenme, Duyarsızlama ve Kişisel Başarı Puan Ortalamalarının Dağılımı .....	36
<b>Tablo 4.10.</b> Araştırma Grubundaki Hemşirelerin Bazı Özelliklerine Göre Duygusal Tükenme, Duyarsızlama ve Kişisel Başarı Puan Ortalamalarının Dağılımı .....	37
<b>Tablo 4.11.</b> Araştırma Grubundaki Hemşirelerin Öğrenim Durumu ve Mesleği Tercih Etme Nedenlerine Göre Duygusal Tükenme, Duyarsızlama ve Kişisel Başarı Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	38
<b>Tablo 4.12.</b> Araştırma Grubundaki Hemşirelerin Bazı Özelliklerine Göre Duygusal Tükenme, Duyarsızlama ve Kişisel Başarı Ortalamalarının Dağılımı .....	40

<b>Tablo 4.13.</b> Araştırma Grubundaki Hemşirelerin Mesleki Özelliklerine Göre Duygusal Tükenme, Duyarsızlama ve Kişisel Başarı Ortalamalarının Dağılımı .....	41
<b>Tablo 4.14.</b> Hemşirelerin Mesleki Özelliklerine Göre Duygusal Tükenme, D ve KB Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	42
<b>Tablo 4.15.</b> Araştırma Grubundaki Hemşirelerin Bazı Özelliklerine Göre Duygusal Tükenme, Duyarsızlama ve Kişisel Başarı Ortalamalarının Dağılımı .....	44
<b>Tablo 4.16.</b> Araştırma Grubundaki Hemşirelerin Çalışma Özelliklerine Göre Duygusal Tükenme, Duyarsızlama ve Kişisel Başarı Ortalamalarının Dağılımı.....	45
<b>Tablo 4.17.</b> Araştırma Grubundaki Hemşirelerin bazı Özelliklerine Göre Duygusal Tükenme, Duyarsızlama ve Kişisel Başarı Puan Ortalamalarının Dağılımı .....	46
<b>Tablo 4.18.</b> Araştırma Grubundaki Hemşirelerin Mesleklerinden Ekonomik ve Duygusal Açından Tatmin Olma Durumlarına Göre Duygusal Tükenme, Duyarsızlama ve Kişisel Başarı Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	48

## 1. GİRİŞ VE AMAÇ

İnsan yaşamında çalışma, önemli bir yere sahiptir. Çalışma yaşamı; bireye toplum içinde belli bir rol, yer ve ekonomik yarar sağlamaktadır. Bireyin işinden sağladığı doyum, hem kendi mutluluğu hem de verdiği hizmetin kalitesini yükseltme açısından önemlidir. Günümüzde birey iç ve dış çevreden kaynaklanan birçok uyarıcıyla karşılaşmakta ve bundan olumlu ya da olumsuz etkilenmektedir (1). Semptomları duygusal tükenmişlik (DT), engellenme duygusu, öfke, sinizm, verimsizlik ve beceriksizlik gibi duygulardan oluşan tükenmişlik problemi, sağlık alanında daha fazla ilgi çekmiştir (2). Tükenmişlik insanlara yardım hizmeti sunan ve duygusal taleplerin yoğun olduğu ortamlarda uzun süre çalışan kişilerde daha çok görülmektedir (3). Sağlık çalışanları, işleri gereği hastalık, ağrı, acı çekme, ölüm, yalnızlık, güçsüzlük gibi olumsuz durumları olan bireylerle çok sık karşılaşmakta ve bu bireylere destekleyici bakım hizmeti vermektedirler. Bu durumlarda sorumlu kalan sağlık çalışanları “tükenmişlik” yönünden en çok risk taşıyan meslek gruplarının içerisinde (4). Sağlık sektörü çalışanları, Tükenmişlik Sendromu ile en sık karşılaşan grupların başında gelmektedir. Tarihsel gelişim süreci incelendiğinde, geçmişteki kar amacı gütmeyen hastanelerin yerini, günümüzde kar amacı güden, rekabet eden ve müşteri memnuniyetine büyük önem veren özel hastanelerin aldığı görülmektedir. Sağlık kuruluşlarının müşterileri olan hastalar, kendisine sunulan hizmeti değerlendirirken; ya sağlık kurumunun fiziksel şartlarına ya da hizmet sunumundaki psikolojik sürece ağırlık vermektedir. Çünkü hastaların genelde sağlık personelinin teknik bilgisini ölçme imkânı bulunmamaktadır. Bu sebeple hastalar, kendisiyle iyi iletişim kuran hekim ve hemşirenin, kaliteli hizmet verdiğini düşünmektedir. Bu durumun farkında olan hastane idarecileri ise sağlık çalışanlarını, hastalara karşı sürekli olarak olumlu tutum sergileme yönünde zorlamaktadır. Ayrıca iş yerindeki yoğun tempo ve stres de bu zorlamaya eklenince sağlık çalışanları, tükenmişlik duygusuna kapılabilmektedir. Bununla birlikte, sağlık sektörü, verilen hizmetin niteliği itibarıyla diğer sektörlerden farklılık

göstermekte; hizmet sunumu sırasında daha fazla empati kullanımını gerektirmektedir. Ayrıca etkili bir hizmet verebilmek için, sağlık personelinin çoğu zaman duygularını yoğun biçimde kullanması gerekmektedir. Fakat uzun süreli ve yoğunluğu yüksek duygunun kullanımı, tükenmişlik riskini artırabilmektedir. Özellikle hemşireler böyle durumlarda, ruhsal sağlıklarını korumada zorlanabilmektedir (5).

Tükenmişlik daha çok insanlarla yüz yüze ilişki gerektiren, duygusal gereksinimlerin yoğun olduğu mesleklerde ortaya çıkmaktadır (6,7).Tükenmişlik sonucunda fiziksel yıpranma, çaresizlik, olumsuz tutum, enerji azalması, motivasyon eksikliği, olumsuz benlik kavramının gelişmesi, işten ayrılma, iş performansında azalma, iş doyumsuzluğu,aşırı stres, depresyon, hasta ve ailesinin ihmal edilmesi, niteliksiz bakım gibi belirtiler gözlenebilmektedir (6). Tükenmişlik, hemşirenin tüm yaşamını olumsuz yönde etkilemenin dışında, birlikte çalıştığı diğer hemşirelere, ekip üyelerine, hastalara, hemşirenin ailesine ve sonuçta tüm topluma olumsuz etkilerde bulunmaktadır (6).

Hemşirelerin çeşitli stresörlerle çok sık karşılaşması, stresöre maruziyetin uzun sürmesine stresörle etkin baş edememesi tükenmişlik yaşanmasına neden olmaktadır (6).Hemşirelikte iş stresi ile ilgili yapılan çalışmalar incelendiğinde; hemşirelerin kendi uygulamalarını yönetmek için bağımsızlık ve otonomiye sahip olmaması, verdikleri hizmet üzerinde kontrol sağlayamaması, karar verme yetkisi olmamasına rağmen kararın yarattığı sonuçlara maruz kalması, görev tanımlarının belirsizliği, hemşireliğin geleneksel olarak bir kadın mesleği olması, hasta sayısının fazlalığı, buna karşın personel sayısının yetersiz olması, kronik ve ilerleyici hastalığı olan kişilere bakım vermesi, terminal dönemdeki hastayla karşı karşıya olması, çalışma temposunun hızlı oluşu, eksik ve yetersiz malzeme, düşük ücret, vardiya değişikliği, çalışma saatlerinin uzun oluşu, terfi imkanının sınırlı olması, iş gerçekleriyle iş beklentileri arasındaki farklılıktan doğan hayal kırıklığı, hekimler, hastalar, hasta aileleri, meslektaşlar, denetleyenlerle iletişim ve ilişki sorunlarının yaşanması, ödül sistemindeki yetersizlikler, çarpıklıklar, haksızlıklar, destek sistemlerin yetersizliği stres yaratan durumlar olarak karşımıza çıkmakta ve bunlar hemşirelerde tükenmişliğe yol açmaktadır (8, 9).

Tükenmişlik sendromu terimi, 1974 yılında Freudenberger tarafından; gönüllü sağlık çalışanları arasında görülen yorgunluk, hayal kırıklığı ve iş bırakma durumlarını

tanımlamak için ortaya atılmıştır. Freudenberger, bu durumu, enerji, güç veya kaynaklar üzerinde aşırı talepler oluşturarak başarısızlığa uğramak, yıpranmak ve yorulup tükenmek” şeklinde tanımlanmıştır (10,11). Tükenmişlik terimi, “iş stresi”, “bitkinlik”, “yabancılaşma” veya “depresyon” ile eşanlamlı değildir. Orantısız ölçüde yüksek efor (zaman, duygusal katılım ve empati) ve yetersiz kazanıma (negatif sonuç) ek olarak stresli çalışma koşullarının (yüksek beklenti) yol açtığı görülmektedir (12). Tükenmişlik konusunda genel çerçevede birbirine yakın fakat ifade olarak birbirinden farklı kimi tanımlar yer almaktadır. Freudenberger’den sonra konuya ilişkin çalışmaları ve özellikle tükenmişliğe ilişkin geliştirdiği ölçek nedeniyle en fazla anılan teorisyen olan Maslach’a göre tükenmişlik, iş yerindeki stres artırıcı unsurlara karşı bir tepki olarak uzun sürede ortaya çıkan psikolojik bir sendromdur (13). Maslach’ın tükenmişlik modeline göre bu tepkiler duygusal tükenme (DT), duyarsızlaşma (D) ve kişisel başarıda düşme (KBD) olarak üç boyutta sınıflandırılmaktadır (14, 15). Maslach tarafından yapılan sınıflama geniş bir şekilde kabul görmüş ve çalışmaların %90’ından fazlasında Maslach Tükenmişlik Ölçeği (MTÖ) kullanılmıştır (14,15). Duygusal tükenme, kişinin kendisini duygusal yönden, aşırı yıpranmış, tükenmiş, hissetmesidir. Duygusal tükenme yaşayanlarda aşırı fiziksel ve psikolojik yorgunluk görülür (16). D, başkalarına olumsuz tutumlar içerir. Kişinin hizmet verdiği kişilere bir insan değil de nesne gibi davranmasıyla kendini gösterir. Kişisel başarı (KB) ise yeterlilik ve başarıyla üstesinden gelme duyguları tanımlar ve kişinin kendini olumlu değerlendirmesiyle ilgilidir (1). KB eksikliği, bireyin kendisiyle ilgili değerlendirmelerinin olumsuz bir nitelik kazanması biçiminde belirir (17).

Veri tabanlarında tarama yapıldığında özellikle son 20 yıldır tükenmişlik üzerine yapılan çalışmaların hızlı bir şekilde artmaya başladığı görülmektedir (14). 1970’li yılların ortalarında başlayan tükenmişlik çalışmalarından bugüne kadar 5500’den fazla çalışma yayınlanmıştır. 1980’li yıllarda 1990’lı yılların ortalarına kadar tanımlayıcı ve kesitsel çalışmalara yoğunlaşmış, 1990’lı yılların ikinci yarısından itibaren longitudinal çalışmalar gündeme gelmiştir (14).

Türkiye’de tükenmişlikle ilgili çalışmalara 1992 yılında başlanmıştır. Bununla birlikte Ergin tarafından 1996’da yapılan çalışma ulusal düzeyde olması, bütün sağlık meslek gruplarını ve bütün bölgeleri içermesi, büyük örnekleme yapılan ilk ve tek çalışma olması nedeniyle önemlidir. Bu çalışmada sağlık çalışanları içinde hekimlerin ve



Özellikle hemşirelerin tükenmişlik yönünden en riskli grup olduğu belirtilmektedir (14,18). Ülkemizde ve dünyada bu konuda yapılan araştırmalara bakıldığında, ilk deneysel çalışmalar yalnız direkt kiilikle ilgili olduğu yönündeyken, son yıllarda yapılan çalışmalar genelde organizasyonel faktörlerin neden olduğu tükenmişlik üzerine odaklanmaktadır. Bu konuda diğer bir görüş de hem organizasyonel ve hem de kişisel sorunların tükenmişliğe neden olduğu ve tükenmişliğin çok boyutlu kompleks bir fenomen olduğu yönündedir (9).

Bu alıma Niğde Devlet Hastanesi'nde çalışan hemşirelerin tükenmişlik düzeylerini belirlemek, mesleki ve sosyo demografik değişkenler açısından incelemek amacıyla yapılmıştır.

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. TÜKENMİŞLİK KAVRAMI

En genel tanımıyla bir kişinin yaşamını devam ettirebilmek için belirli bir ücret karşılığında gerçekleştirdiği faaliyete iş denilir (19). İnsanlar iş yaşamına atılarak toplum içinde belli bir rol, statü ve ekonomik güç elde etmenin yanı sıra zaman ve iş baskısı, sağlığı tehdit edecek ortamlarda çalışma, kişiler arası çatışmalar gibi etkenler nedeniyle fiziksel ve ruhsal bazı güçlükler yaşamaya başlamaktadırlar. "Tükenmişlik" olarak adlandırılan bu durum enerjinin aşırı talepler nedeniyle tükenmesi, giderek artan bir stres süreci ve ideallerin yitimi olarak özetlenebilir (9). Tükenmişlik, hastalarla yoğun ilişki içinde olan kişilerde görülen duygusal yıpranma, yabancılaşma ve kişisel başarısının azalmasıyla giden bir sendromdur (20).

Tükenmişlik kavramı ilk kez 1974 yılında Freudenberger' in yazdığı bir makale ile literatüre girmiştir. Burada tükenmişlik "mesleki bir tehlike" olarak nitelendirilmiştir. Freudenberger tükenmişliği, "başarısız olma, yıpranma, aşırı yüklenme sonucu güç ve enerji kaybı veya karşılanamayan istekler sonucu bireyin iç kaynaklarında tükenme durumu" olarak tanımlamaktadır (10). Tükenmişlik iş doyumunun azalması, işe gelmeyi istememe durumunun yaşanması, enerjinin bitmesi, başarının azalması anlamına gelmektedir. Freunderberger tükenmişliğin genellikle insanlar ile yüz yüze çalışılan mesleklerde (eğitim, sağlık, finans sektörleri) çok görüldüğünü belirtmiştir (10).

Profesyonellerin işleri gereği karşılaştıkları kişilere karşı duyarsızlaşmaları, duygusal yönden kendilerini tükenmiş hissetmeleri ve KB ve yeterlilik duygularının azalması şeklinde ortaya çıkar. Çalışılan grubun özellikleri, çevresel koşullar, çalışma koşulları gibi kuruma ait bazı bireysel özelliklerle ilişkili olarak gelişir.

Tükenmişlik duygularının, bu tür sorunların yaşandığı ortamlarda her profesyonelde görülme olasılığı vardır (21).

Maslach ve Jackson tükenmişliği DT, D ve KBD oluşan, “üç bileşenli bir psikolojik sendrom” şeklinde ifade etmişlerdir (15,22). Maslach, duygusal tükenmenin halsizlik, yorgunluk, güçsüzlük, takatsizlik, kişinin özgüveninin, işine karşı ilgi ve coşkusunun azalması veya yitimi olduğunu söylemiş; tükenmeyi işinin özgün anlamı ve amacından uzaklaşması ve hizmet götürdüğü insanlarla artık gerçekten ilgilenemiyor olması biçiminde belirtmiştir (12).

## 2.2. MASLACH’IN TÜKENMİŞLİK MODELİ

Tükenmişlik kavramına ilişkin literatür incelendiğinde, bu kavram ile ilgili değişik bilim adamlarının birçok model oluşturdukları görülmektedir. Maslach tükenmişliği, kişinin profesyonel iş yaşamında ve diğer insanlarla olan ilişkilerinde olumsuzluklara yol açan özsaygı yitimi, kronik yorgunluk, çaresizlik ve umutsuzluk duygularının gelişimi ile birlikte seyreden fiziksel, duygusal ve entelektüel tükenmeyle karakterize bir sendrom olarak tanımlamıştır (23). Bu modele göre tükenmişliğin, duygusal tükenme, D ve başarı duygusunun azalması olmak üzere üç farklı alt-boyutu bulunmaktadır (20, 24-26).

Duygusal Tükenme (Emotional Exhaustion): Sıklıkla tükenmişliğin ilk bulgusudur (27). “Duygusal tükenme” kişinin mesleği tarafından tüketilmiş ya da aşırı yüklenilmiş olma duygularını “D” kişinin bakım ve hizmet verdiklerine karşı bu kişilerin kendilerine özgü birer birey olduklarını dikkate almaksızın duygudan yoksun biçimde tutum ve davranışlar sergilemesini “KB noksanlığı” ise bireylerin sorunların üstesinden gelememe ve kendini yetersiz görme durumlarını dile getirmektedir (28). Enerji eksikliği ve bireyin duygusal kaynaklarının bittiği hissine kapılmasıyla ortaya çıkar. Duygusal tükenme kişinin, yaptığı iş nedeniyle aşırı yüklenilmiş ve tüketilmiş olma duygularıdır (29). Bu duygusal yorgunluğu yaşayan kişi, hizmet verdiği kişilere geçmişte olduğu kadar verici ve sorumlu davranmadığını düşünür. Gerginlik ve engellenmişlik duygularıyla yüklü olan birey için ertesi gün yeniden işe gitme zorunluluğu büyük bir endişe kaynağıdır (13,21). İşine karşı başlangıçta heyecan duyan, neler yapabileceği konusunda idealist düşüncelere sahip bir bireye, hiç beklenmedik bir

şekilde duygusal tükenme yerleşebilir. Ancak, yöneticileri ve çalışma arkadaşları bu durumu, bireyin çok çalışmasının doğal bir sonucu olarak değerlendirebilirler (27). Duygusal tükenmeyi yaşayan birey, kendini diğer insanların sorunlarını çözmede güçsüz hisseder. Üzerindeki duygusal yükü hafifletmek için kaçış yolları kullanır ve insanlarla olan ilişkilerini asgari düzeye indirir. Örneğin duygusal tükenmeyi yaşayan çalışanlar çevrelerine karşı duyarsızlaşırlar. Birey, insanlarla arasına seviye koymayı seçerek diğerlerinin hislerine, duygularına soğuk ve kayıtsız kalır. İnsanlara karşı geliştirilen bu soğuk, ilgisiz ve katı tutum; tükenmişlik belirtisinin ikinci alt boyutu olan duyarsızlaşmaya geçişe sebep olur (19).

D (Depersonalization): D, tükenmişlikte kişiler arası ilişkilerin bozulmasına, kişilere yönelik olumsuz, katı tutumlara, işte duyarsızlaşmaya neden olur (19). D, çalışanların hizmet verdikleri kişileri bir obje gibi algılamalarına neden olur. Çalışanlar, etkileşim içerisinde oldukları diğer insanlara ve kuruma karşı mesafeli, umursamaz ve alaycı bir tavır içerisinde olabilirler (19,27).

D ile diğerlerinden bilişsel bir uzaklaşmaya yönelen bireyin kendini uzaklaştırması, aslında duygusal tükenmişliğe yönelik bir tepki, bir anlamda kişinin kendini koruma stratejisidir. Ancak bu kadar negatif olmak, insanın iyi halini ve etkin çalışma kapasitesini ciddi anlamda yok edici bir etki yaratabilmektedir (30). Duygusal tükenme yaşayan birey, daha önce benzer bir durumla karşılaşan çalışanların yapmış oldukları gibi, yöneticisi ve çalışma arkadaşlarıyla D yaratan bir ilişki içine girer. Diğerlerinden ayrık davranır, ilişkileri alaycı bir tarz alır. Böylelikle iş arkadaşları ve organizasyona karşı duyarsızlık hisseder. Tükenmişlik kurbanı yöneticiler, organizasyonları için özellikle tehlikelidirler, çünkü böyle yöneticiler, tükenmişliği kendilerine bağlı olarak çalışanlara da bulaştırarak dalga etkisi oluştururlar (27). Küçültücü bir dil kullanma, insanları kategorize etme, katı kurallara göre iş yapma ve başkalarından sürekli kötülük geleceğini sanma, duyarsızlaşmanın diğer belirtileri arasındadır (19). D kavramı “Burnout” literatüründe tanımlandığı gibi tükenmeyi takiben oluşan genel bir reaksiyon olmayıp, tükenme ile birlikte gelişip kompleks yapı gösteren bir kavramdır (9).

Azalan KB Duygusu (Feeling of reduced personal accomplishment): Tükenmenin bu üçüncü boyutunda, bakım verenler, diğerlerine olan tutum ve düşüncelerinden dolayı suçluluk ve sıkıntı hissederler (9). Tükenmişliğin üç boyutlu yapısı pek çok araştırma ile

desteklenmekte ancak tükenmişliğin özünde “duygusal tükenme” boyutunun bulunduğu, D ve KB düşmesinin buna eşlik eden değişkenler olduğu ileri sürülmektedir (9,27) .

Zamanla sorunlarla başa çıkamayan birey, önceleri başkalarına yüklediği olumsuz tutum ve davranışları artık kendine yüklemeye başlar. Kendini, karşısına çıkan sorunların çözümünde yetersiz olarak hissetmeye başlar. Bireyin duygusal olarak tükenmesi ve duyarsızlaşması sonucunda iş yaşamında başarılı olma ve iş için yeterli olma hissini azalması ile karakterize bir durumdur (30).

Çoğu birey kariyerine, mesleğe ve topluma önemli katkıda bulunacağı beklentisi ile başlar. Ancak birkaç yıl sonra, bu beklentileri yaşayamadığının farkına varır (27).

Çalışanın hedefleri ve yapabilecekleri arasında oluşan farka sistemden kaynaklanan pek çok neden katkıda bulunabilir:

- Eğitim sürecinde iş ortamında bulunmanın yol açtığı gerçeklikten uzak ve yüksek beklentiler,
- Organizasyonel prensip ve kurullarla çalışanlar üzerindeki kısıtlamalar ,
- Bireyin görevini yerine getirebilmesi için gereken kaynakların yetersizliği,
- Çalışanların birbirleriyle uyum içinde olmamaları nedeniyle zaman zaman ortaya çıkan geçimsizlikler,
- Bireyin başarısı hakkında geribildirim alamaması

Bireyin gerçekçi olmayan ve yüksek beklentileri ile gerçekler arasındaki fark, KB algısında düşmeye neden olur (27).

Tükenmişlik sendromu, kronik bir strese karşı cevap olarak ortaya çıkar. Sonu olmayan yoğun bir emosyonel stres karşısında tolerans yavaş yavaş tükenir. Bakım veren, iş ortamında onun hareketlerini değiştirmesine neden olan ani bir değişiklik olmamasına rağmen bu problemleri neden yaşadığına anlam veremez. Sorunun iş olmadığına inanır. Halbuki sorun iş stresidir. Sorun kendinde veya diğer insanlarda aranır. Eğer bu problemlerin tek bizde olduğuna inanıyorsak tükenmişliğin nedenini kendimize atfetmemiz daha kolay olmaktadır. Bu yüzden de paylaşılmaz. Böyle bir inanış “çoğulcu cahillik (pluralistic ignorance)” fenomeniyle sonuçlanır. “Benim çektiğim

acıları kimse bilemez, çünkü onlar çok mutlular ben de bu yüzden mutluymuşum gibi yapacağım ve onlar sıkıntılarımın haberdar olamayacaklar” bu şekilde herkes taktığı maskeleriyle gerçek tepkilerini paylaşmaktan kaçınır. Bu stresi yalnızca kendilerinin çektiğine inanarak yaşarlar. Tükenmişlik sendromunu yaşayan kişilerin çoğunda bu inanış vardır. Bu nedenle profesyonel yardım talebinde bulunmazlar (9). Her ne kadar tükenme hissi tükenmişliğin mutlak bir kriteri olsa da, tek başına yeterli değildir. Eğer sadece bireyin tükenme hissine odaklanılırsa, bu olguya geniş bir açıyla bakma imkanı ortadan kalkar. Dolayısıyla tükenme hissi tükenmişliğin stres boyutunu yansıtmakla birlikte, bir bireyin tükenme boyutu ile o bireyin işi arasındaki kritik ilişkiyi yakalamakta yetersiz kalır (27).

Bu bağlamda, çalışma hayatında, tükenmişlik, stres, iş doyumu\doyumsuzluğu, depresyon gibi birbirlerinin nedeni ya da sonucu olabilecek kavramlar arasındaki ilişkileri şöyle değerlendirmek mümkündür:

#### **a. Stres**

Her geçen gün hızla artan rekabet koşullarında işletmeler hayatta kalabilmek için en değerli varlıklarına çalışanlarına yatırım yapmaktadırlar. Örgütlerin başarı veya başarısızlıkları şüphesiz ki çalışanların stressiz olmalarıyla doğrudan ilgilidir (31). Bu sebeple, çalışanların yaşamlarının önemli bir bölümünü geçirdikleri iş yerlerinin incelenmesi ve örgütsel stres faktörlerinin ortaya konulması gerekmektedir (31). Örgütsel strese gerektiği kadar önem verilmediği durumlar çalışanlarda iş tatminsizliğine yol açacaktır. İlk kez 1930’larda Hans Selye tarafından ortaya atılan stres kavramı “Bireyin herhangi bir fiziksel veya psikolojik uyarıcı karşısında gerekli uyumu sağlayabilmek için ruhsal ve bedensel olarak harekete geçmesi, tepki göstermesi” olarak tanımlanmaktadır (27,31,32).

Stresin ne olduğu ile strese neden olan etkenlerin farkını bilmek önemlidir. Aileden, işyerinden, arkadaşlardan, devletten kaynaklanan türlü baskı ve istekler dış stres kaynaklarıdır. Bireyin kendi içindeki baskı ve beklentileri ise, iç stres kaynaklarını oluşturmaktadır. İç stres kaynakları; hırs, maddecilik, rekabet ve hırçınlıktır. Çoğu kez iç stres kaynakları, dış stres kaynaklarından daha etkilidir. Tüm dış ve iç baskılar, beklentiler, stres kaynaklarıdır (31). Bünyenin bu kaynaklardan gelen baskılara karşı

gösterdiği tepki strestir. İnsan bünyesinin hoş olsun veya olmasın, dış isteklere karşı biyokimyasal bir tepki gösterdiği, herkesin bildiği bir gerçektir. Stres kaynakları farklı olsa bile, biyolojik tepki genellikle aynıdır (31).

Stres, çift yönlü bir olgudur. Bu bakımdan her ne kadar olumsuz bir boyutta düşünülse de, olumlu bir değere de sahiptir. Performansı düşürdüğü gibi artırabilmesi de söz konusudur. Organizmadaki birçok psikolojik ve fizyolojik durumun neden ve sonuçları vardır. Bu nedenle stresin temel yapısını (istekleri, tepkileri ve sonuçları) inceleyerek anlamak gereklidir (31).

Stres etmenlerini (stresörler) şöyle gruplandırmak mümkündür.

- Fiziksel :Travma, şiddetli egzersiz, gürültü, ısı, nem, çevre kirliliği, cerrahi girişimler vb.
- Sosyal: Birey-çevre ilişkisi-çatışması,
- Psikolojik: Hayal kırıklığı, izolasyon vb.

Bunlarla beraber adaletsiz, keyfi performans değerlendirmeleri, ücret eşitsizlikleri, esnek olmayan kurallar, rol çatışması ve rol belirsizliği, beceri yetersizliği, bilginin azlığı ve uygun olmaması, çok fazla bilgi, karar verememe, gerçekçi olmayan hedefler, aşırı yüklenme, yeterli destek bulamama, çatışmacı durumlar, rekabet, yetki olmadan verilen sorumluluklar, iş kaynaklı stresin nedenleri olarak sayılabilmektedir (27).

Selye (1974), organizmanın herhangi bir stres durumunda bozulan dengesinin uyumunu sağlayabilmek için bir bütün halinde tepki göstermesine ‘Genel Adaptasyon Sendromu ‘ adını vermiştir. Buna göre, genel adaptasyon sendromu, üç dönemde ele alınmaktadır.

1. Alarm Dönemi: bu dönemde canlı, dış uyararı stres olarak algılamakta, şoka ya da kontrşoka girmektedir. Şok durumunda vücut ısısı ve kan basıncı düşer, kalp duracakmış gibi olur. Bunun hemen ardından kontrşok durumu gelir. Canlı organizma savaşıyor ya da kaçarak kendini korumaya çalışır (27).

2. Direnç (Adaptasyon) Dönemi : Vücut direnci normalin üzerine çıkar. Ancak stres verici durumdan kaçmak ya da uyum sağlamak zorunda olduğundan, başka stresörlere karşı direnci düşer. Eğer bu dönem başarı ile aşılsa, organizma normal koşullarına geri döner; aksi takdirde kuvvetten düşerek çöker (27).

3. Tükenme Dönemi: Stres verici durum çok ciddi olup uzun sürerse, organizma tükenme aşamasına gelir. Bazen bu dönemde alarm dönemi belirtileri görülebilir. Her organizmanın durumu farklı olmakla beraber, devam eden ve baş edilemeyen stresler dengenin bozulmasına, uyum enerjisinin bitmesine ve ardından tükenme ve bitkinlik nöbetlerine neden olur (27).

Tükenmişlik belirti ve bulgularına karşı uyanık olmalı, tükenmişliğin olumsuz belirtilerinin farkında olmalı, stresle baş etme öğrenilmelidir. Çünkü stresle etkin bir şekilde baş etme ortaya çıkabilecek tükenmişliğe karşı korur (33).

### **b. İş Doyumu**

İş, insanların sosyal, ekonomik ve psikolojik gereksinimlerinin karşılanması, yaşamlarının anlamlı bir şekilde sürdürülmesi için gerekli faktörlerden birisidir. (34). Bireyin işi, yaşamına anlam katan en önemli doyum alanlarından biridir. İş doyum; çalışanların iş ve iş yaşamındaki beklentilerine ulaştıkları zaman duydukları olumlu duygusal bir durumdur (21).

İş doyumunu her meslek için önemlidir. Sağlık alanında çalışan bireyler açısından bakıldığında, sağlık hizmetlerinin insanı konu alması, çok dikkat ve sürekli çalışmayı gerektirmesi nedeniyle iş doyumunun daha da önemli olduğu açıktır. Sağlık hizmetlerinin sunumunda en büyük insan gücünü günün 24 saati hizmet vermesi bakımından hemşireler oluşturduğundan, hemşirelerde iş doyumunu daha da önemlidir (21).

İş doyumunun cinsiyet, yaş, işte kalma süresi, meslek, eğitim, statü, kişilik, sosyo kültürel çevre, zekâ ve yetenek gibi bireysel faktörlerin yanı sıra çalışma ortamının fiziksel özellikleri, ödüllendirme ve ücret düzeyi, özendirme, birlikte çalışılan işgörenler, ast-üst ilişkileri, ilerleme imkânları, kararlara katılma ve iletişim gibi örgütsel faktörlerin etkilediği belirtilmektedir (35,36).

Çalışma ortamındaki doyum, çalışanların sadece fiziksel ve zihinsel durumunu değil, aynı zamanda bireysel, fizyolojik ve ruhsal durumunu da etkiler. Çalışma ortamında doyumsuzluk yasayan birey, olumsuz duygulara yönelecek, bedensel, ruhsal ve sosyal



sağlığı bozulacaktır. Bunun sonucunda bireyde isten uzaklaşma, işi terk etme, sık sık iş değiştirme gibi iş doyumsuzluğu ve tükenmişliği yaşayacaktır (21).

Birçok araştırmacı tarafından işteki psikolojik sağlığın en önemli göstergelerinden birisi olarak kabul edilen iş doyumu ile tükenmişlik kavramları birbirinden farklıdır (27).

İş doyumu ve tükenmişlik ayrımında önemli olan, bu ikisi arasında sıklıkla saptanan negatif bir korelasyonun nasıl ifade edileceğidir. Tükenmişlik, bireylerin işlerinde doyumsuz olmalarına mı neden olmaktadır yoksa doyumda bir düşüklük tükenmişliğin öncüsü mü olmaktadır? Hem tükenmişlik, hem de iş doyumsuzluğu karşılıklı olarak kötü çalışma koşulları gibi başka faktörlerden de köken alabilir (27).

Tükenmişlik ile iş doyumu arasındaki ilişkinin incelendiği araştırmaların çoğunda, iş doyumu ile tükenmişliğin DT ve D alt boyutları arasında ilişki olduğu anlaşılmakla birlikte, KB duygusunda azalma söz konusu olduğu durumlarda, araştırma bulgularının tutarlı olmadığı belirlenmiştir. Tükenmişliğin KB alt boyutu ile iş doyumu arasında bir ilişki olduğunun saptandığı araştırmaların büyük çoğunluğunda, bu ilişkinin, iş doyumu ile diğer iki alt boyut arasındaki ilişkiden daha düşük düzeyde olduğu görülmüştür (27). İşçilerin tükenmişlik puanları ile genel iş doyum düzeylerinin karşılaştırılması sonucunda elde edilen bulgular bu düşünceleri desteklemektedir. Buna göre iş doyumu ile DT ve D alt boyutları arasında negatif bir korelasyon olduğu, ancak KB alt boyutu ile de hafif bir pozitif korelasyon görüldüğü ifade edilmektedir (27).

### **c. Depresyon**

Depresyon toplumda sık görülen bir bozukluktur, tanımlanması Hipokrat dönemine kadar uzanır (37). Doktorlar ve psikologlar tarafından tedavi gerektiren bir durumu tanımlamak için kullanılan depresyon sözcüğü, günlük hayatta üzüntü, hayal kırıklığı, karamsarlık gibi duyguları ifade etmektedir. Depresyon, bireyde en az iki hafta süren karamsarlık, iştahsızlık, sıkıntı ve keder duygularına neden olmaktadır. Fiziksel boyutta uyku problemleri, iştah azalmasına bağlı kilo kaybı, enerji kaybı gibi sorunlar söz konusudur. İntihar olasılığı da bu bireylerde oldukça yüksektir (27).

Tükenmişlikle depresyonun benzer oldukları düşünülse de bu iki kavram arasında önemli farklar mevcuttur. Depresyon klinik bir sendromdur. Buna karşın tükenmişlik,

bireyin iş ilişkilerindeki krizi ifade etmektedir. Depresyon genel olarak bireyin yaşamını tüm boyutları ile etkilemektedir. Tükenmişlik ise iş ortamındaki sosyal yaşamın kalitesini olumsuz etkileyen bir durumdur. Bu nedenle her iki kavram, psikolojik alanda birbirinden farklıdır (27).

Diğer tükenmişlik modelleri şunlardır; Cherniss Tükenmişlik Modeli, Leiter Tükenmişlik Modeli, Suran ve Sheridan Tükenmişlik Modeli, Edelvich Tükenmişlik Modeli, Pearlman ve Hartman Tükenmişlik Modeli ve Pines Tükenmişlik modelidir (38).

### **2.3.TÜKENİŞLİĞE ETKİ EDEN FAKTÖRLER**

Tükenmişliği hazırlayan etkenler çevresel ve bireysel nedenler adı altında iki başlık altında incelenebilir (8,39,40). Bugüne kadar yapılan çalışmalar, “demografik özellikler ve kişilik ” gibi faktörlerden ziyade örgütsel (çevresel) faktörlerin tükenmişlik üzerinde daha etkili olduğunu göstermiştir (41).

#### **2.3.1. Çevresel (Organizasyonel) Nedenler**

Çalışma koşulları ve çalışma ortamının özellikleri, işin niteliği ve aşırı iş yükü, çalışanlar arasındaki ilişkiler, çalışanın karşılamak zorunda olduğu taleplerin birbiri ile çatışması, tükenmişliğe neden olan çevresel faktörlerin en önemlilerindedir (39, 40).

**İşin Niteliği ve Aşırı İş Yükü:** Aşırı iş yükünün olduğu işlerde tükenmişlik riskinin yüksek olduğu gözlenmiştir. Hizmet verilen kişi sayısı arttıkça verilen hizmetin hem kalitesi düşmekte hem de miktarı azalmaktadır. Tükenmişliğin ilerleyen seviyelerinde bu kişiler, hizmet verdiği insanlara bağırarak ya da kovmak gibi hareketlerde bulunabilirler (42).

**Çalışma Süresi:** Çalışma süresiyle tükenmişlik arasında ters yönlü bir ilişki vardır. Süre arttıkça, tükenmişlik azalmaktadır. İşe yeni başlayanlarda tükenmişlik daha fazla görülmektedir (40, 42).

**Kontrol Eksikliği ve Kararlara Katılmama:** Kontrol eksikliği üstlerin, ne yapılacağı, ne zaman ve nasıl yapılacağını başka bir yol için fırsat bırakmadan kesin

olarak söylemelerinden ve çalışana insiyatif bırakmamalarından kaynaklanır. Yaptığı işle ilgili kararlarda söz sahibi olamamak tükenmişlik sebeplerden biridir (40,42). Kararlara katılım ise; bireyin çalıştığı kurumun karar verme sürecinde etkisinin olup olmaması veya bu etkinin derecesi olarak tanımlanabilmektedir. Yöneticilerin zaman azlığı veya söz konusu işe bulaşmama isteği ile karar vermekten kaçındığı durumlar bulunmaktadır. Ancak, karar verme sürecine katkı vermek istediği halde engellendiğinde ve özellikle kendisini doğrudan etkileyecek konularda fikrinin sorulmadığı, sadece sonuçların bildirildiği durumlarda birey kızgınlık ve stres yaşamaktadır. Çünkü çalışan bireylerin kendilerini güvenli hissedebilmeleri için, kişiliklerinin dikkate alındığını bilmeye ihtiyaçları vardır (27).

**Rol Çatışması ve Rol Belirsizliği:** Çalışana fazla sorumluluk ve birden fazla rol verilmesi rol çatışmasına neden olacaktır. Çalışanın üstlendiği rolün belirlenmemiş olması, rol belirsizliğine de neden olacaktır. Yetersiz eğitim, bozuk iletişim ya da kısıtlı bilgi saklama gibi nedenlerle yapılması gereken işlerin niteliği, yetki ve sorumluluk sınırları, performans değerlendirme ölçütleri konusunda eksik bilgilendirmenin ortaya çıkması da rol belirsizliğine neden olmakta ve tükenmişliğe ortam hazırlamaktadır (8,40).

**Çalışma Ortamındaki İlişkiler:** Sosyal destek, iş arkadaşları ile ilişkiler, kurum içi ilişkiler iş tatmini, kişinin başarısını ve psikolojik durumunu etkileyen faktörlerdir. Üstün veya çalışma arkadaşlarının sağladığı desteğin azlığı D ve KB duygusunun azalmasına yol açmaktadır (42,43).

**Çalışma Şartları ve Kurumsal Yapı ile ilgili Nedenler:** İşyerinde kişiler arası çatışma, haftalık çalışma saati, çalışma saatlerinin esnek olması, vardiyalı çalışma düzeni, gece mesaisi, yükselme olanaklarının kısıtlı olması, iş geleceğinin belirsizliği, örgüt politikalarının adil ve eşitlikçi olarak algılanmayışı ve rekabetin engellenmesi tükenmişliğe katkıda bulunan etmenlerdir. Kaynak yetersizliği, eleman azaltılması ve bürokratik işlemler pek çok kurumda görevlilerin işlerini önemli ölçüde artırmakta ve tükenmişliğe katkıda bulunmaktadır (40). Yoğun iş talepleri ve aşırı iş yükü DT, kaynakların yetersizliği, amir ve çalışma arkadaşlarının sağladığı desteğin azlığı ise D ve KB duygusunun azalmasına yol açmaktadır (8,43).

**Ödüllendirme:** Bireyin işi ile arasındaki bu uyumsuzluk, mesleğinde kazandığı başarılar için ödüllendirilmemesidir. Bireyler ücretlerin dondurulması, geçici istihdamların yarattığı anksiyete, sözleşmeli işlerde maaşların gecikmeli olarak ödenmesinin neden olduğu yetersiz maddi ödüllendirme ve finansal desteğin olmaması gibi tatsız durumlarla yüz yüze kalabilmektedirler (27).

**Topluluğun Dağılması:** Hemşireler ekip halinde çalıştıkları için, mutluluğu, başarıyı, rahatı ve eğlenceyi sevdikleri, saydıkları diğer bireyler ile paylaştıklarında işlevlerini daha iyi yerine getirirler. Çalışma çevresi için en yıkıcı olan şey, işyerindeki kronik çözümlenmemiş çatışmalardır. Bu tekrarlayan çatışmalar, olumsuz duygular, korku ve düşmanca tavırların ortaya çıkmasına neden olarak sosyal desteği zayıflatır (15, 27). Çalışma ortamında iş arkadaşlarının destekleyici bir atmosfer oluşturması, tükenmişlikle mücadelede son derece önemlidir. İş arkadaşları ve yöneticilerinden gelen destek ile birey tükenmişlikle daha iyi mücadele edebilir ama iş arkadaşları ve yöneticiler aynı zamanda tükenmişliğin nedeni de olabilirler (27).

**Adil Muamele Görmemek:** Adil davranış göstermeyen organizasyonlarda çalışan bireyler güvenlerini kaybetmektedirler. Bir organizasyonda iş yükü ve ödenen maaşlar arasında uyumsuzluk varsa, rüşvet vb. söz konusu ise, değerlendirme ve özendirmeler uygunsuz olarak yapılıyorsa adaletsizlikten bahsedilebilir. Eğer çözüm arayışlarında her iki taraf da dinlenmiyorsa, bu da adaletsizlik olarak algılanabilir. Organizasyonlarda adalet anlayışının olmaması iki yolla tükenmişliği doğurabilir: 1. Adil olmayan davranışa maruz kalmak, duygusal kızgınlık ve tükenme yaratabilir, 2. Adaletsizlik, iş yeri hakkında derin sinizm duygularının oluşmasına neden olabilir (15, 27).

### 2.3.2. Bireysel Faktörler

Tükenmişlikle ilgili araştırmalarda, bireysel özelliklerden bazıları tükenmişlik ile ilişkili bulunmakla birlikte bu ilişki, tükenmişlik ile Organizasyonel faktörlerin ilişkisi kadar büyük ölçüde değildir. Bu da tükenmişliğin bireysel olmaktan ziyade sosyal bir olgu olduğuna işaret etmektedir (15,27). Farklı özelliklere sahip bireyler, çalışma ortamının dinamiklerinden farklı düzeylerde etkileneceklerdir .Bu bağlamda bireysel faktörler, aynı organizasyonel tükenmişlik etkilerine maruz kaldıkları halde neden bazı bireylerin

tükenmişlik yaşarken diğer bazılarının yaşamadığını belirleyen bir gösterge olarak da kabul edilebilir (27).

Çalışanların kişilik yapısı, demografik özellikleri, kişisel beklentileri ve motivasyonu, stresle başa çıkma yeteneği, aile yapısı ve aile ilişkileri gibi bireysel faktörler de tükenmişliğe neden olan önemli etmenlerdir (40, 42).

- Yaş: Tükenmişlik yaşlı çalışanlarda düşük iken, gençlerde daha fazla görülmektedir. Yaş ilerledikçe insanlar daha dengeli, tecrübeli, olgun ve tükenmişliğe daha dirençli hale gelmektedir (40,42,44). Tükenmişliğin gençlerde daha fazla görülmesinin sebebi gençlerin işle ilgili problemlerle başa çıkmak için yeterli tecrübelerinin bulunmaması, mesleğe bağlılığın henüz oluşmamasıyla da açıklanabilir (40,42).
- Cinsiyet: Çalışmalardan elde edilen bulgular, duygusal tükenmeyi kadınların; KB duygusundaki azalmayı ise erkeklerin daha fazla yaşadıklarını göstermiştir (40,42).
- Medeni Durum: Yapılan araştırmalara göre, bekarların evlilere göre daha çok tükenmişlik sorunu ile karşı karşıya kaldığı görülmüştür. Genç, bekar, çocuksuz kişilerde, evli, yaşlı ve çocuklulara göre tükenmenin daha yüksek düzeyde yaşandığı bildirilmektedir (40,42).
- Eğitim: Eğitim düzeyi yüksek kişiler, diğerlerine oranla olayları daha geniş kapsamlı ele almakta, her boyutu ile inceleyerek karar vermekte ve sorumlulukları artmaktadır. Bu durum tükenmişliği artırabilmektedir (40,42).
- Kişilik Yapısı ve Beklentiler: Kendini işine adayan, hırslı, rekabetçi zaman endişesi duyan A tipi kişilik yapısındaki insanlar tükenmişliğe daha yatkındır.
- Sabırsız, hoşgörüsüz insanlar tükenmişlikle mücadelede başarısız olurlar. Kolay kızıp öfkelenedikleri, hemen tepki verdikleri için hizmet verdiği kişilere karşı kolayca duyarsızlaşabilmektedirler (40,42,44).

Kişilik ve beklentilerle ilgili bir diğer önemli nokta, işlerine çok bağlı olan ve çalışma hayatları ve önemli ilgi alanlarını oluşturan kimselerde görülen yüksek tükenmişlik

düzeyleridir. Bu kişilerin işlerine aşırı önem vermeleri kendi üzerlerinde baskı yaratmakta ve dolayısıyla tükenmişliğe yol açabilmektedir (40,42,44).

#### 2.4. TÜKENMİŞLİĞİN DERECELERİ

Tükenme; hafif, orta ve şiddetli olmak üzere üç düzeyde incelenebilmektedir. Buna göre, birey her bir düzeyde farklı davranış ve tutumlar gösterir (27).

**1. Hafif Tükenme :** Bireyde kısa süren sinir, alınganlık, bitkinlik hissi ve kaygı gibi belirtiler vardır.

**2. Orta Derecede Tükenme:** Bireyde hafif tükenme belirtileri biraz daha şiddetli olarak görülmektedir.

**3. Şiddetli Düzeyde Tükenme:** Migren, ülser, kronik soğuk algınlığı, depresyon, yüksek tansiyon gibi birtakım fiziksel rahatsızlıklar söz konusudur (27).

#### 2.5. TÜKENMİŞLİĞİN EVRELERİ

Edelwich tükenmişlik sendromunun 4 aşamada gerçekleştiğini öngörmektedir (40,42,44).

- **İdealist coşku ve hayal kırıklığı dönemi:** Çalışma motivasyonu, heyecan ve beklentilerin en yoğun olduğu dönemdir. Ancak kişi övgü beklerken çok sık eleştirilerle karşılaşması ve bu durumla baş edememesinin sonucunda durgunluk dönemine girmeye başlar.

- **Durgunluk Dönemi:** Beklentilerin gerçekleşmemesi sonucu hayal kırıklığı yaşanır. Kişi için iş önemini yitirmeye başlamıştır. Kişi severek hizmet veremez, iş doyumunu azalmıştır.

- **Engellenme Dönemi:** Kişi yaşadıklarını tekrar değerlendirmeye başlar. Duygusal, davranışsal ve fiziksel sorunların ortaya çıktığı dönemdir. Bu dönemde işin değersiz olduğu düşünölmeye başlanır.

- **Apati Dönemi:** İlgisizliğin en yoğun yaşandığı dönemdir. İşe geç gelme, işten kaçma, duyarsız davranma, her zaman yaptığının dışında bir şey yapmama ve sürekli işinden yakınma, eğilimleri vardır (40,42,44).

## 2.6.TÜKENMİŞLİĞİN BELİRTİLERİ

Bireyde tükenme durumunda ortaya çıkabilecek başlıca belirtiler şunlardır:

**Fizyolojik Belirtiler:** Kendini çok yorgun hissetme, halsizlik, fiziksel olarak enerji kaybı yaşama, sık baş ağrıları, bulantı kusma, diyare gibi gastrointestinal şikayetler, iştahsızlık yada aşırı yeme, kilo kaybı kas krampları, bel ağrısı ve uyku bozuklukları, solunum güçlüğü, kronik soğuk algınlığı, psikosomatik hastalıklar., koroner kalp rahatsızlıkları, yüksek kolesterol, deri şikayetleri gibi belirtiler sıralanabilir (23,45).

**Davranışsal Belirtiler:** Çabuk öfkelenme, işe gitmeyişi, hatta nefret etme, birçok konuyu şüphe ve endişe ile karşılama, alınganlık, iş doyumsuzluğu, özgüven ve öz saygıda azalma, unutkanlık, hareketli olmayış, bazı şeyleri sürekli ertelemek, yansıtma, ani sinirlenme ve engellenme, kolay ağlama, önemsiz baskılar, işlerin onun taşıyabileceğinden fazlaymış gibi gelmesi, bağırmanın çağırmanın görülmesi, başarısızlık hissi, hastalara tek tip davranma, küçümseme ve alay etme, davranışta katı olma, benlik imajının bozulması şeklinde ifade edilebilir (45).

**Örgütsel Belirtiler:** Hastadan kaçma, sık sık hatalar yapmak, işe geç gitmek veya gitmemek, takdir edilmediğini düşünme, hizmet kalitesinde bozulma, görev ve kurallarla ilgili karışıklık, görevlilere güvenmeme, kuruma yönelik ilgi azlığı, örgütlenmede yetersizlik, idarenin kendisini desteklemediğini düşünme, performansının sonucunu görmediğini düşünme, rol çatışması, yöneticilere ve meslektaşlara karşı kızgınlık, değişime direnç, iş veriminde düşme, işi bırakma. Örgüt açısından tükenmişlik yaşayan kişinin hizmet kalitesinin ve veriminin düşmesi, iş günü kaybına neden olduğu gibi müşteri konumunda olan hastaların şikayetlerinde de artışlara neden olabilmektedir. Bu durum ise örgütsel etkinliğin sağlanmasında zafiyet oluşturmaktadır (45).

**Sosyal Belirtiler:** Çevresine karşı negatif duygu ve tavırlar içinde olma, her şeyi olumsuz değerlendirme, insanlara karşı ilgisiz, alaycı ve suçlayıcı davranma, sürekli gergin ve huzursuz olma, işlerini sürekli aksatma, ağır davranışlar sergileme olarak sıralanabilir. Bu nedenlerden dolayı kişiler, genellikle iş arkadaşları ve amirleri tarafından sevilmezler. Sürekli sorunlardan şikayet etmeleri, aile ve yakın ilişkilerine daha çok yansır. Sonuç olarak tükenmişlik yalnız bireyi değil, çevresini, arkadaşlarını ve işten ayrılmayla sonuçlanabileceği için ülke ekonomisini de etkilemektedir (45).

## **2.7. TÜKENMİŞLİK SENDROMUNU ÖNLEME VE BAŞETME YOLLARI**

Tükenmişlik tablosu ilerledikçe giderilmesi daha zorlaşacağından, bu sendromla mücadelede esas olan, tükenmişliğe yol açan etmenlerin baştan giderilmesidir. Ancak bu yapılamıyorsa, tükenmişlik erken dönemde saptanarak giderilmeye çalışılmalıdır (27).Tükenmişlik sendromu ile mücadele edebilmek için ilk olarak böyle bir problemin varlığını ve önemini kabul etmek gerekmektedir. Daha sonra sendrom ile mücadele için bireysel ve kurumsal bazı yöntemler kullanılabilir (19,46).

### **2.7.1. Bireysel yöntemler**

- Bakış açısının, düşünce sisteminin, değerler sıralamasının değiştirilmesi ve geliştirilmesi, mantıksız inançların, otomatik düşüncelerin, olumsuz algıların fark edilmesi ve düşüncelerin yeniden yapılandırılması ,
- İşe başlamadan önce yapılacak işin zorluklarının ve risklerinin öğrenilmesi, sorumluluk alanlarının sınırlarının bilinmesi, iş yükünün gerçekçi boyutlarda tutulması,
- Tükenme belirtilerinin bilinmesi, duyguların ve sorunların paylaşılması gerektiğinde yardım istenmesi, uyku süresinin iyi planlanması,
- Özel yaşamda iş konuşmalarından uzaklaşılması, iş çıkışı rahatlatıcı, zevk verici aktivitelerde bulunulması, günlük yaşamda nükteye, mizah dergilerine, yer verilmesi, evde sakinleşip dinlenilebilecek bir rahatlama köşesinin oluşturulması, düzenli egzersizlerin yapılması, aileye ve sosyal yaşama zaman ayrılması,



- İş dışındaki yaşam alanlarının geliştirilmesi, tatil ve dinlenme olanaklarının kullanılması, işyerindeki rutin alışkanlıkların bırakılması, monotonluğun azaltılması,
- Aynı yerde çalışan kişilerin iş dışı konularda konuşmaları ve birlikte güzel vakit geçirmeleri,
- Uyumlu bir ekip çalışması içinde olmaları, aralarında eşit görev dağılımının olması, birlikte çalışmadan doğan sorunların zamanında, kronikleşmeden çözülmesi,
- İşte karşılaşılan sorunların ve duygusal zorlukların paylaşılacağı destekleyici grupların oluşturulması, daha kıdemli çalışanların, işe yeni başlayanlara rehberlik etmeleri ve rol modeli olmaları (1,14,23),
- Bireyin yaşamında aile ve akrabalar önemli olup onların varlığı, desteği takdirleri ile işi dışında var olduğunu hissetmesini sağlar.

### 2.7.2. Kurumsal Yöntemler

Maslach ve Jackson (1986) ve Izgar (2001) 'a göre tükenmişlikle başa çıkmada kurumda uygulanabilecek yollar şöyle özetlenebilir: (19)

- **Güdüleyici bir rol oynayan hizmet içi eğitim imkânları oluşturmak:** Böylece hem kişi kendini geliştirir, kişisel doyum gerçekleşir, moral artar, hem hizmetin kalitesi yükselir, hem de kişinin kuruma bağlılığı artar.
- **Adil ve planlı bir şekilde düzenlenen yükselme olanakları sağlamak:** Yöneticilerin bu konuda bilmesi gereken, iş görenlerin en az dolgun ücret kadar yükselme şansı aradığıdır.
- **Kurum ortamında değişiklikler yapmak:** Değişime kapalı kurumlarda yaşanan durgunluk, kurumu tembelleğe sürükler ve çalışanlar için bir tükenme nedenidir.
- **Kurumsal geliştirme programları:** Kurumsal geliştirmenin amacı sadece kurumun etkinliği ve sağlamlığını arttırmak değil, kurum üyelerinin ihtiyaç ve mutluluğunu sağlamak, kurumda iyi insan ilişkileri kurulmasına imkân vermektir.

- **Yetki devrinin yaygınlaştırılması:** Çalışanlar üst düzey yöneticiler ile personel arasında kaldıkça tükenmişlik yaşamaları kaçınılmazdır, çünkü sorumlulukları altında çözmeleri gereken birçok sorun ve almaları gereken kararlar varken çoğu zaman karar yetkileri yoktur.
- **Çatışma yönetimi:** Bir kurumun dinamizmini, değişme ve gelişmesini çatışma yönetimi sağlar. Aksi halde kurumun durağanlaşması, hatta yok olması kaçınılmaz olur. Yönetimin görevi çatışmayı yok etmek değil, ancak etkin olarak yönetmektir. Yönetici kurumsal değişme ve gelişme için zaman zaman çatışmayı desteklemelidir. Tükenmişlik bu çatışmalardan doğrudan etkilenmektedir. Kurumsal çatışma kaçınılmaz olduğuna göre yönetimin çatışmayı kontrol etmesi çok önemlidir.
- **Çalışanları makul hedeflere yönlendirmek:** Çalışanlar için hedef belirlemek yerine, hedefleri kendilerinin belirlemelerini sağlamak tükenmişlikle mücadelede önemli bir yöntemdir.
- **Kurum-çevre ilişkileri:** Kurum ile çevrenin ilişkilerinin başarısız olması çalışanlar üzerinde bir baskı unsuru olduğu için tükenmede etken bir rol oynar. Kurum-çevre ve çalışanların kurum içindeki kaynaşmaları önemlidir.

## 2.8. TÜKENMİŞLİK SONUCUNDA ORTAYA ÇIKAN DURUMLAR

Tükenmişlik çalışanlar için psikolojik ve fizyolojik rahatsızlıklara sebep olmaktadır. Maslach, Tükenmişlik sendromunun ilk belirtileri olarak enerji kaybı, performanstaki düşüş, verilen görevlerin başarılı bir şekilde yapılmasındaki yetersizlikler, hedef odaklı ortak iş gruplarında isteksizliğin ortaya çıktığını ifade etmektedir (47).

Fizyolojik olarak ortaya çıkan belirtiler; baş ağrısı, kolestrol yükselmesi, uyuşukluk hali, uyku bozuklukları, fiziksel olarak tükenmişlik hissi ve bunların sonucunda da alkol ve uyuşturucu kullanımı gelmektedir (47,48). Tükenmişlik yaşayan bireylerde yanlış beslenme alışkanlığından dolayı sağlık sorunları görülebilir (49). Bireyin fizyolojik olarak ifade edilen olumsuz karşılaşılması halinde kendisinden beklenen işleri verimli şekilde yapamayacak, performans düşüklüğü olacak, ortaya koyduğu iş çıktıları ne kendisini ne de yöneticilerini memnun edecektir.

Psikolojik olarak ortaya çıkan belirtiler ise sinirlilik hali, tedirginlik, huzursuzluk, hayata karşı olumsuz bakış açısı, arkadaşlık ve yardımseverlik duygularının azalması, paranoyak düşünceler ve depresyon hali olarak ifade edilmektedir (47). Duygusal açıdan yorgun kişi, evde de gergin, rahatsız ve fiziksel olarak yorgun olacaktır. Artan tartışma ve rahatsızlıklar aile krizlerine, ciddi evlilik sorunlarına neden olabilecektir (50).

Organizasyonlar için tükenmişlik, iş görenlerin hizmet verdikleri kişilerin ihtiyaçlarını tam olarak karşılayamamaları, onlara karşı kaba ve incitici davranışlar içine girmeleri sebebiyle müşteri memnuniyetsizliğinin ve şikâyetlerinin artması sonucunu doğuracaktır. Bunun yanı sıra çalışanların işe gelmemeleri, çalışma saatlerinde iş yerlerinde olmamaları, iş gücü devir hızı oranlarının artması, işe alım maliyetlerinin ve yeni çalışanlar için eğitim maliyetlerinin artması, yaptıkları işe kendilerini verememeleri ve ardından gelen performans düşüklüğü örgütler için yüksek maliyetlere sebep olacaktır (51).

## **2.9.TÜKENMİŞLİK VE HEMŞİRELİK**

Tükenmişliğin, Freudenberg tarafından ilk olarak gönüllü sağlık çalışanları arasında görülen yorgunluk, hayal kırıklığı ve işi bırakma ile karakterize bir durumu tanımlamak için ortaya atılmış olması tükenmişliğin sağlık sektöründe büyük risk teşkil ettiğinin bir göstergesidir (52). Farklı meslek grupları üzerine yapılan birçok araştırma sonucunda, tükenmişliğin, en yaygın olarak hemşirelerde yaşandığı görülmüştür. Tükenmişliğin oluşmasında etkili olan işle ilgili etkenler, çalışmada stres yaratan durumlardır. Hastane ortamında hemşirelerin çeşitli stresörlerle çok sık karşılaşması, uzun sürmesi ve baş edememesi tükenmişlik sendromunun yaşanmasına neden olmaktadır. Bunun sonucu olarak tükenmişlik hem bireysel hem de örgütsel düzeyde sorunlarla ortaya çıkmaktadır (9,53). Hemşirelikte stres yaratan faktörler olarak ağrı ve ölümle çok sık karşılaşma, aşırı iş yükü, karar verme yetkisinin olmaması, rol belirsizliği, ücretin yetersiz olması, toplumda mesleğin saygınlığının olmaması, bütüncül bakım verememe, vardiya yöntemiyle çalışma, personel eksikliği, hasta ve aileleriyle çatışma olarak belirtilmektedir (9,54). Ülkemizde ve dünyada yapılan iş stresi ile ilgili çalışmalara yer verilerek bu model açıklanmıştır (9).

### **2.9.1. Hemşirelerin İş Stresinin farkında Olmaları:**

Hemşireler yaptıkları işin olası stresli doğasının farkında olmalıdır. Kişi, stresin ne kadar farkında olursa, onu tanımlamak ve yönetmek için o kadar hazır olacağından pozitif bir girişimdir. Üzüntülü, depresif ve stresli hemşire muhtemelen daha fazla hata yapacak, kişilerarası ilişkileri olumsuz etkilenecek ve organizasyonel yetersizliğe katkıda bulunacaktır (9).

### **2.9.2. Hemşirelerin Olası Stres Kaynakları:**

Modelde altı majör olası kurumsal stres kaynakları gösterilmiştir. Bunlar; yöneticiler, kurum politikaları, işin imajı, ödül sistemleri ve insan kaynaklarıdır. Bu bölümde ayrıca ev, aile, arkadaş, ekonomik, dinlenme gibi stresörler de yer almaktadır. İşle ilgili stres, kişinin sosyal yaşamını etkilemektedir. Hemşirelikte iş stresi ile ilgili yapılan çalışmalar incelendiğinde ortaya çıkan stres kaynakları şunlardır;

- Hemşirelerin kendi uygulamalarını yönetmek için bağımsızlık ve otonomiye sahip olmaması,
- Hemşirelerin verdikleri hizmet üzerinde kontrol sağlayamaması, karar verme yetkisi olmamasına rağmen kararın yarattığı sonuçlara maruz kalması,
- İşteki görev tanımlarının belirsizliği, rol karmaşası-çatışması,
- Hemşirelerin geleneksel olarak bir kadın mesleği olması,
- Hasta sayısının fazlalığı, buna karşın personel sayısının yetersiz olması,
- İş yükünün fazla olması,
- Hemşireliğin doğası gereği bakımından kayıp, anksiyete, kızgınlık, doğum ve ölüm gibi durumları ele alması, kronik ve ilerleyici hastalığı olan kişilere bakım vermesi, terminal dönemdeki hastayla karşı karşıya olması,
- Çalışma ortamındaki uyaranlar ve çalışma temposunun hızlı oluşu,
- Eksik ve yetersiz malzeme, bozuk araç-gereçlerle çalışma,

- Ekonomik zorluklar, düşük ücret, vardiya değişikliği, çalışma saatlerinin uzun oluşu, terfi imkanının sınırlı olması,
- İş gerçekleriyle iş beklentileri arasındaki farklılıktan doğan hayal kırıklığı, kişinin hedeflerinin gerçekçi olmaması, hekimler, hastalar, hasta aileleri, meslektaşlar, denetleyenlerle iletişim ve ilişki sorunlarının yaşanması, iletişim kopukluğu, çatışmaların yaşanması,
- Ekip çalışmasının yetersiz olması,
- Çalışanın potansiyelini ya da performansını değerlendirmeyen örgütsel yapının olması, mesleki beklentilerin gerçekleştirilememesi,
- Ödül sistemindeki yetersizlikler, çarpıklıklar, haksızlıklar, Terfi ile ilgili sorunların ve belirsizliklerin olması
- Çalışmaları sonucu kişinin beklediği onayı, saygıyı, olumlu geri bildirim alamaması,
- Destek sistemlerinin yetersizliği (8,9).

### **2.9.3. Hemşirelik Mesleğinin Stres Kaynakları:**

Kişi stresörü tehdit edici uyarın, mücadele edilmesi gereken bir fırsat olarak algılayabilir. Stresörün nasıl algılandığını; olası stresörlerin sayısı, yoğunluğu, kişinin benlik saygısını tehdit etme derecesi, korku ve anksiyete gibi zihnin psikolojik durumu, gereksinimler, tutumlar, problemlerle mücadele etme isteği, kişisel özellikler, eğitim, bilgi, yeterlilik, beceri, yöneticilerin ve diğerlerinin desteği gibi bir çok faktör etkiler (8,9).

#### **2.9.4.Hemşirenin Baş Etme Stratejileri ve Mekanizmaları:**

Tükenmişlikte kişinin algılanan stresi azaltmak ve stresin etkilerini yönetmek için kullandığı baş etme yollarının etkinliği önemlidir. Sorunun nedenini anlamaya ve bu sırada hissedilen duygulara yönelmeyi sağlayan duygusal odaklı ve stres yaratan sorunun kaynağını değiştirmeye yönelmeyi içeren sorun odaklı ve stres yaratan sorunun kaynağını değiştirmeye yönelmeyi içeren sorun odaklı baş etme yöntemleri kullanılabilir (8).

#### **2.9.5.Hemşirelerin Bireysel Farklılıkları:**

Bireysel özellikler, kişinin güçlü ve zayıf yönleri, olası motivasyon ve demotivasyon kaynakları, gereksinimleri, benlik kavramı, ne kadar kontrol edebildiğini düşündüğünü içerir. Kişinin bireysel yapısı, problemlerle başa çıkma yolları, emosyonlarını gösterme ve kontrol etme şekli gibi özelliklerin tükenmişlik için önemi vardır. Tükenmişliğe eğilimi olanlar insanlarla ilgilenmede zayıf ve girişken olmayan sessiz, kaygılı, yardım ilişkisinde zorlukları olan, ilişkilerinde sınır koymayan ayrıca sabırsız ve toleransı düşük olan kişilerdir (8,9).

## **3. GEREÇ VE YÖNTEM**

### **3.1. EVREN VE ÖRNEKLEM**

Araştırmanın evrenini 15/09/2014 ve 15/11/2014 tarihleri arasında Niğde Devlet Hastanesi'nde çalışan hemşireler oluşturmuştur. Niğde Devlet Hastanesi 300 yataklı, 27 birimden oluşan, hemşireleri 08-08 ve 08-16 şiftlerinde çalışan bir hastanedir. Araştırmada evrenin tamamına ulaşılması hedeflenmiş, bu nedenle örneklem hesabı yapılmamıştır. Araştırma evrenini 350 hemşire oluşturmaktadır, ancak araştırmanın uygulanması sırasında en az 2 ziyaret sonrasında ulaşılabilen 40 hemşirenin izinli olması, 50 hemşirenin araştırmaya katılmak istememesi ve 12 hemşirenin yaptığı anketin geçersiz kabul edilmesi nedeniyle 248 hemşire (%70.8) ile tamamlanmıştır.

### **3.2. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI, VERİLERİN TOPLANMASI VE DEĞERLENDİRİLMESİ**

#### **3.2.1. Veri Toplama Araçları**

Araştırmada veri toplama aracı olarak; sosyo demografik ve mesleki özellikler soru formu ve MTÖ kullanıldı.

##### **3.2.1.1. Kişisel Bilgi Formu**

Kişisel bilgi formu, araştırmacı tarafından literatür taraması ve mesleki deneyim ile oluşturulan 24 sorudan oluşmaktadır (19,27).

##### **3.2.1.2. Maslach Tükenmişlik Ölçeği**

Ölçek, Ergin 1992 tarafından Türkçe'ye uyarlanmış olup MTÖ 22 ifadeden oluşmaktadır. İfadeler, DT, D ve KBD olmak üzere 3 boyutu kapsamaktadır. Maslach Tükenmişlik Ölçeğinin kullanılması, tükenmişlik araştırmalarında sık kullanılması ve

yüksek güvenilirliği olması nedeniyle tercih edilmiştir. Ölçeğin, Cronbach alpha değerinin DT boyutunun 0.90, D boyutunun 0.79, KBD boyutunun 0.71 olduğu belirtilmektedir (55). Bizim yaptığımız çalışmada bu değerler; DT 0.87, D 0.84, KBD 0.85 olarak bulunmuştur.

MTÖ, 7'li yanıt aralığından oluşan Likert türü bir MTÖ, 7'li yanıt aralığından oluşan Likert türü bir ölçektir, ancak Türkçe'ye uyarlanırken 5'li yanıt aralığına indirilmiştir. Türkçe'ye uyarlanmış ölçekte 22 ifade bulunmaktadır. Tükenmişliği belirlenmesi düşünülen bireylerden, her bir ifadeyi 0."Hiçbir zaman", 1. "Nadiren", 2." Bazen", 3." Çoğu Zaman", 4."Her Zaman" seçenekleri yönünden değerlendirerek birini işaretlemeleri istenmektedir. "İşimden soğuduğumu hissediyorum" ifadesi Duygusal Tükenmeye, "Hastalarım sanki insan değillermiş gibi davrandığımı hissediyorum" ifadesi Dya, "Bu işte kayda değer birçok başarı elde ettim" ifadesi Düşük KB alt boyutlarına örnek olarak gösterilebilir.

Ölçekte 1,2,3,6,8,13,14,16,20 numaralı ifadeler DT, 5,10,11,15,22 numaralı ifadeler D, 4,7,9,12,17,18,19,21 numaralı ifadeler KBD boyutunu belirlemeye yöneliktir. KBD alt boyutu tersine puanlanmaktadır.

Ölçeğin her üç boyutu ayrı olarak değerlendirilmektedir. DT ve D boyutlarından alınan puanların yüksek, KBD boyutundan alınan puanların düşük olması tükenmişlik durumunun yüksek olduğunu göstermektedir. Her bir ifade 0-4 arasında değer almaktadır. Toplam puanlar DT boyutunda 0-36; D boyutunda 0-20; KB (KB) boyutunda 0-32 arasında değişmektedir. DT için; 0-11 puan arası düşük, 12-17 puan arası orta, 18 ve üzeri puan yüksek risk olarak, D için; 0-5 puan arası düşük, 6-9 puan arası orta risk ve 10 ve üzeri puan yüksek risk olarak kabul edildi. KBD için; 0-21 puan yüksek, 22-25 puan arası orta, 26 ve üzeri puan düşük risk olarak değerlendirildi (56).

### **3.2.2. Ön Uygulama**

Araştırma evrenin sınırlı olması ve evrenin tümüne ulaşılması hedeflendiğinden, ön uygulama için araştırma grubundan ayrı bir uygulama grubu seçilmedi. Veri toplama formunun anlaşılabilirliği ve işlevselliğini saptamak için yoğun bakım ünitesinde çalışan 20 hemşireye 15-20 Eylül 2014 tarihleri arasında sözel ve yazılı onamları alınarak ön



uygulama yapıldı. Ön uygulama sonrasında veri toplama formunda değişiklik yapılmadığı için ön uygulamaya alınan hemşireler araştırma kapsamına dahil edildi.

### **3.2.3. Verilerin Toplanması**

Veriler, Eylül-Kasım 2014 tarihleri arasında Niğde Devlet Hastanesi Klinikleri'nde çalışan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 248 hemşireden literatür incelenerek geliştirilmiş olan veri toplama formları kullanılarak elde edildi.

Araştırmanın uygulanabilmesi için Niğde Devlet Hastanesi Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürlüğü'nden resmi izin alınmıştır. Çalışmaya katılan hemşirelere çalışmanın amacı ile ilgili bilgi içeren yazılı onam formu okutularak yazılı ve sözel onamları alındı. Veriler, araştırmaya katılmayı kabul eden hemşirelerle araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yöntemiyle ve iş yoğunluğu olan birimlerde anketler bırakılıp bir süre sonra geri alınarak toplandı. Hemşirelerin birbirleri arasındaki etkileşimi önlemek için yalnız görüşüldü. Uygulama 8-16 şiftinde gerçekleştirildi, ortalama 10-15 dakika sürdü.

### **3.2.4. Verilerin Değerlendirilmesi**

Verilerin değerlendirilmesi IBM SPSS 22 istatistik paket programı kullanılarak gerçekleştirildi. Araştırmadan elde edilen verilerin dağılımına Shapiro Wilks Test istatistiği ile bakıldı. İki bağımsız grup karşılaştırmasında Mann-Whitney U Test istatistiği kullanıldı. İki'den fazla grup karşılaştırılmasında Kruskal Wallis Test istatistiği kullanıldı. Çoklu karşılaştırmalarda Tukey Test istatistiği kullanıldı. Anlamlılık düzeyi  $p < 0.05$  kabul edildi.

## **3.3. ETİK KONULAR VE İZİNLER**

Bu araştırma için Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurul Onayı ve Niğde Devlet Hastanesi Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürlüğü'nün izni alındı. Araştırmacılardan çalışmanın amacı ile ilgili bilgi içeren yazılı onam formu okutularak yazılı ve sözel onamları alındı.

## 4. BULGULAR

**Tablo 4.1.** Araştırma Grubundaki Hemşirelerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı

Özellikler (n=248)	Sayı	%
<b>Yaş Grubu</b>		
18-25	35	14.1
26-33	86	34.7
34-41	107	43.1
42 ve üzeri	20	8.1
<b>Cinsiyet</b>		
Kadın	197	79.4
Erkek	51	20.6
<b>Medeni Durum</b>		
Evli	180	72.6
Bekar	57	23.0
Boşanmış	11	4.4
<b>Çocuk Sahibi Olma Durumu</b>		
Yok	73	29.4
1	43	17.3
2	106	42.7
3 ve üzeri	26	10.5

Tablo 4.1' de Niğde Devlet Hastanesi'nde çalışan hemşirelerin sosyo-demografik özellikleri incelendiğinde hemşirelerin % 79.4'ünün kadın olduğu, yaş grubu en fazla %43.1 oranında 34-41 yaş arası olduğu tespit edildi. Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin yaş ortalaması  $33.1 \pm 6.5$  yıl olarak tespit edildi. Hemşirelerin %72.6'sı evli ve %29.4'ünün hiç çocuğu yokken %10.5'i 3 ve üzeri çocuğu olduğu bulundu.

**Tablo 4.2.** Araştırma Grubundaki Hemşirelerin Bazı Özelliklerine Göre Dağılımı  
(Devamı)

<b>Özellikler (n=248)</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>
<b>Tanı Aldığı Hastalık</b>		
Endokrin Sistemi Hastalıkları	12	4.8
Sindirim Sistemi Hastalıkları	1	0.4
İskelet Sistemi Hastalıkları	11	4.4
Kalp-damar Sistemi Hastalıkları	9	3.6
Sinir Sistemi Hastalıkları	5	2.0
Boşaltım Sistemi Hastalıkları	2	0.8
Solunum Sistemi Hastalıkları	6	2.4
Hastalığı yok	193	77.8
Birden Fazla Hastalık	9	3.6
<b>Yakınlarının Tanı Aldığı Hastalık</b>		
Endokrin Sistemi Hastalıkları	21	8.5
Sindirim Sistemi Hastalıkları	1	0.4
İskelet Sistemi Hastalıkları	2	0.8
Kalp-damar Sistemi Hastalıkları	21	8.5
Sinir Sistemi Hastalıkları	1	0.4
Boşaltım Sistemi Hastalıkları	4	1.6
Solunum Sistemi Hastalıkları	4	1.6
Hastalığı yok	164	66.1
Birden Fazla Hastalık	30	12.1
<b>Sigara Kullanma Alışkanlığı</b>		
İçiyor	76	30.6
İçmiyor	156	62.9
İçmiş –Bırakmış	16	6.5

Tablo 4.2'deki veriler incelendiğinde, hemşirelerin % 77.8'inin tanı almış hastalığının olmadığı, yakınlarının da % 66.1'inin tanı almış hastalığı olmadığı ; hemşirelerin % 3.6'sının da birden fazla tanı almış hastalığı olduğu, yakınlarının da %12.1'inin yakınlarının tanı almış hastalığı olduğu saptandı. Hemşirelerin sigara kullanma

alışkanlığı değerlendirildiğinde %30.6'sının sigara kullandığı ve %6.5'inin sigarayı içip bıraktığı tespit edildi.

**Tablo 4.3.** Araştırma Grubundaki Hemşirelerin Bazı Özelliklerine Göre Dağılımı  
(Devamı)

<b>Özellikler (n=248)</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>
<b>Öğrenim Durumu</b>		
Sağlık Meslek Lisesi Mezunu	43	17.3
Önlisans	87	35.1
Lisans	116	46.8
Lisansüstü	2	0.8
<b>Meslekteki Görev Süresi</b>		
0-5 yıl	69	27.8
6-10 yıl	58	23.4
11-15 yıl	45	18.1
16-25 yıl	67	27.0
26 ve üzeri	9	3.6
<b>Mesleği Tercih Etme Nedeni</b>		
Sevdiğim İçin	50	20.2
Ailem İstedığı İçin	46	18.5
Tesadüf	29	11.7
Mecburiyet	44	17.7
İş İmkkanı	79	31.9

Tablo 4.3.'de, hemşirelerin %17.3'ünün eğitim durumunun sağlık meslek lisesi mezunu olduğu, %35.1'inin önlisans, %46.8'inin lisans, %0.8'inin lisansüstü olduğu bulundu. Hemşirelerin meslekteki görev süreleri incelendiğinde % 27.8'inin meslekte 0-5 yıl arasında,%3.6'sının meslekte 26 ve üzeri yılda olduğu tespit edildi. Hemşirelerin mesleği tercih etme nedenleri araştırıldığında mesleği sevdiği için tercih edenlerin oranı %20.2 olduğu saptandı.

**Tablo 4.4.** Araştırma Grubundaki Hemşirelerin Bazı Özelliklerine Göre Dağılımı

<b>Özellikler (n=248)</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>
<b>Daha Önce Başka Kurumda Çalışma Durumu</b>		
Evet	166	66.9
Hayır	82	33.1
<b>Şu Anki Çalıştığı Kurumdaki Görev Süresi</b>		
0-5 yıl	142	57.3
6-10 yıl	54	21.8
11-15 yıl	21	8.5
16-25 yıl	26	10.5
26 ve üzeri	5	2
<b>Çalıştığı Bölüm</b>		
Amilyathane	21	8.5
Acil servis	40	16.1
Yoğunbakım	55	22.2
Diyaliz	9	3.6
Dahili servis	79	31.9
Cerrahi servis	33	13.3
İdari bölüm	11	4.4
<b>Halen çalışmakta olduğu bölümde görev süresi</b>		
0-5 yıl	200	80.6
6-10 yıl	31	12.5
11-15 yıl	9	3.6
16-25 yıl	8	3.2
<b>Çalışmakta Olduğu Bölümde Pozisyonu</b>		
Sorumlu Hemşire	25	10.1
Servis Hemşiresi	103	41.5
Ameliyathane Hemşiresi	21	8.5
Yoğun Bakım Hemşiresi	53	21.4
Acil Servis Hemşiresi	39	15.7
Diyaliz Hemşiresi	7	2.8
<b>Çalıştığı kliniğe atanma durumu</b>		
Kendi isteğimle seçtim	85	34.3
İdare tarafından atandım	163	65.7

Tablo 4.4 'deki veriler incelendiğinde, hemşirelerin %69.9'unun daha önce başka kurumda çalıştığı, %57.3'ünün şu anki çalıştığı kurumda görev yılının 0-5 yıl aralığında olduğu, %31.9'unun dahili servislerde çalıştığı, %80.6'sının halen çalışmakta olduğu bölümdeki görev süresinin 0-5 yıl aralığında olduğu, %41.5'inin servis hemşiresi olduğu ve %34.3'ünün çalıştığı kliniği kendi isteği ile seçtiği tespit edildi.

**Tablo 4.5.** Araştırma Grubundaki Hemşirelerin Çalışma Özelliklerine Göre Dağılımı

<b>Özellikler (n=248)</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>
<b>Aylık Ortalama Çalışma Saati</b>		
160 saat ve altı	56	22.6
161-185 saat	130	52.4
186-200 saat	38	15.3
200 saat ve üzeri	24	9.7
<b>Çalışma Şekli</b>		
Sürekli gündüz çalışan	61	24.6
Vardiya değişimli çalışan	187	75.4
<b>Bir Mesai Süresinde Bakım Verilen Hasta Sayısı</b>		
Sorumlu hemşire olduğu için hasta bakmayan		
1-10 hasta	25	10.1
11-40 hasta	102	41.1
41 ve üzeri hasta bakan acil servis	82	33.1
	39	15.7

Tablo 4.5’ de, hemşirelerin %22.6’sının 160 saat ve altı çalıştığı, %9.7’sinin 200 saat ve üzeri çalıştığı tespit edildi. Hemşirelerin %75.4’ünün vardiyalı çalıştığı, %73.0’ının sağlık personeli sayısının yetersiz olduğunu söylediği saptandı. Hemşirelerin %41.1’inin 1-10 hastaya baktığı tespit edildi.

**Tablo 4.6.** Araştırma Grubundaki Hemşirelerin Çalışma Özelliklerine Göre Dağılımı

Özellikler (n=248)	Sayı	%
<b>Çalıştığı Bölümde Sağlık Personeli Sayısı Yeterli Mi ?</b>		
Yeterli	67	27
Yetersiz	181	73
<b>Çalışma Koşullarından Memnun Olma Durumu</b>		
Memnun		
Memnun değil	31	12.5
Kısmen memnun	101	40.7
	116	46.8
<b>Ekonomik Açıdan Tatmin Olma Durumu</b>		
Tatmin olan	46	18.5
Tatmin olmayan	102	41.1
Kısmen tatmin olan	100	40.3
<b>Duygusal Açıdan Tatmin Olma Durumu</b>		
Tatmin olan	47	19.0
Tatmin olmayan	100	40.3
Kısmen tatmin olan	101	40.7

Tablo 4. 6' de, hemşirelerin %73.0'nın sağlık personeli sayısının yetersiz olduğunu söylediği saptandı. Hemşirelerin %12.5'inin çalışma koşullarından memnun olduğu, % 18.5 'inin ekonomik açıdan tatmin olduğu, %19.0'nın duygusal açıdan tatmin olduğu bulundu.

**Tablo 4.7.** Araştırma Grubundaki Hemşirelerin Tükenmişlik Puanlarının Dağılımı

	Ortalama $\pm$ standart sapma	Dağılım Aralığı	Referans Aralığı
Duygusal Tükenme	18.5 $\pm$ 7.4	1-36	0-36
Duyarsızlaşma	6.2 $\pm$ 4.1	0-20	0-20
Kişisel Başarı	12.1 $\pm$ 5	0-36	0-32

Tablo 4.7'de hemşirelerin tükenmişlik puanlarının dağılımı incelendiğinde; hemşirelerin ortalama DT puanları 18.5 $\pm$ 7.4, D puanları 6.2 $\pm$ 4.1 ve KB puanları 12.1 $\pm$ 5 olarak

bulundu. Araştırmamıza katılan hemşirelerin DT düzeylerinin yüksek, D düzeylerinin orta ve kişisel başarısızlık düzeylerinin ise yüksek olduğu saptandı.

**Tablo 4.8.** Araştırma Grubundaki Hemşirelerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Duygusal Tükenme, Duyarsızlaşma ve Kişisel Başarı Puan Ortalamalarının Dağılımı

Özellikler (n=248)	Sayı	Duygusal Tükenme	Duyarsızlaşma	Kişisel Başarı
		Medyan (min-max)	Medyan (min-max)	Medyan (min-max)
<b>Yaş Grubu</b>				
18-25	35	19(6-35)b	9(0-18)	13(4-36)ab
26-33	86	20(4-36)b	6(0-18)	14(2-28)b
34-41	107	18(1-34)ab	5(0-20)	12(1-22)a
42 ve üzeri	20	13(1-28)a	3(0-9)	10(0-17)ab
<i>p</i>		0.006	0.05	0.007
<b>Cinsiyet</b>				
Kadın	197	19(1-36)	6(0-20)	13(0-36)
Erkek	51	15(4-33)	5(0-15)	11(1-25)
<i>p</i>		0.024	0.990	0.087

\*Aynı harfler benzerliği, farklı harfler farklılığı yansıtır.

Tablo 4.8’da hemşirelerin sosyo-demografik özelliklerine göre DT, D ve KB puan ortalamalarının dağılımı incelendiğinde, katılımcıların DT ve KBD puan ortalamaları ile yaş grupları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Hemşirelerin yaş ilerledikçe, DT puan ortalamaları düşük, KB puan ortalamaları yüksek çıkmıştır, DT ve KBD puan ortalamaları en düşük 42 ve üzeri yaş grubunda bulunmuştur. D puan ortalamalarıyla yaş grupları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ( $p>0.05$ ).

Katılımcıların DT puan ortalamaları ile yaş grupları arasındaki ilişki incelendiğinde, 18-25 yaş grupları ile 26-33 yaş grupları arasında fark olmamakla beraber 18-25 yaş gruplarıyla 42 ve üzeri yaş grupları arasında anlamlı bir fark bulunmaktadır ( $p<0.05$ ). 26-33 yaş grupları ile 34-41 yaş grupları arasında fark yoktur ( $p>0.05$ ), 26-33 yaş gruplarıyla 42 ve üzeri yaş grupları arasında anlamlı bir fark bulunmaktadır ( $p<0.05$ ). Yani genç hemşireler, duygusal tükenmişliği daha çok yaşamaktadırlar.



Katılımcıların KB puan ortalamaları ile yaş grupları arasındaki ilişki incelendiğinde, 18-25 yaş grubuyla 26-33 yaş grubu arasında anlamlı bir fark bulunmaktadır ( $p<0.05$ ), diğer yaş gruplarıyla bir fark bulunmamaktadır ( $p>0.05$ ). 26-33 yaş gruplarıyla 34-41 yaş grupları arasında anlamlı bir ilişki vardır ( $p<0.05$ ), 26-33 yaş grubunun diğer yaş gruplarıyla arasında anlamlı bir ilişki yoktur ( $p>0.05$ ). Genç hemşirelerin KBD puan ortalamaları yaşlı hemşirelere göre daha yüksektir, yani daha tükenmişlerdir.

Katılımcıların cinsiyetlerine göre D, DT ve KB puan ortalamalarının dağılımı incelendiğinde, DT ile cinsiyetleri arasında anlamlı bir fark olmakla beraber, D ve KB puan ortalamaları arasında fark yoktur ( $p>0.05$ ). Yani duygusal tükenmişliği kadınlar erkeklere göre daha çok yaşamaktadırlar.

**Tablo 4.9.** Araştırma Grubundaki Hemşirelerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Duygusal Tükenme, Duyarsızlaşma ve Kişisel Başarı Puan Ortalamalarının Dağılımı

Özellikler (n=248)	Sayı	Duygusal Tükenme	Duyarsızlaşma	Kişisel Başarı
		Medyan (min-max)	Medyan (min-max)	Medyan (min-max)
<b>Medeni Durum</b>				
Evli	180	18.5(1-36)	5(0-18)a	12(0-27)
Bekar	57	19(4-35)	8(0-18)b	14(2-36)
Boşanmış	11	23(13-36)	11(1-20)ab	12(3-20)
<i>p</i>		0.59	0.000	0.75
<b>Çocuk Sahibi Olma Durumu</b>				
Yok	73	20(4-35)	7(0-18)b	14(2-36)b
1 çocuk	43	18(5-36)	5(0-20)a	11(3-21)ab
2 çocuk	106	19(1-36)	5(0-18)a	13(2-27)ab
3 ve üzeri çocuk	26	17(1-27)	4.5(0-15)a	10(0-20)a
<i>p</i>		0.061	0.000	0.012

\*Aynı harfler benzerliği, farklı harfler farklılığı yansıtır.

Tablo 4.9’de hemşirelerin sosyo-demografik özelliklerine göre duygusal tükenme, D ve KB puan ortalamalarının dağılımı incelendiğinde, katılımcıların medeni durumlarıyla DT ve KB puan ortalamaları arasında istatistiksel anlamda fark bulunmamıştır ( $p>0.05$ ).

D puan ortalamaları ile medeni durumları arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır ( $p<0.05$ ). Evli ile bekar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır, diğer gruplar

arasında fark yoktur. Evli hemşirelerin D puan ortalamaları bekar ve boşanmışlara göre daha düşüktür. Yani evli hemşireler tükenmişliği daha az yaşamaktadırlar.

Katılımcıların DT puan ortalamalarıyla çocuk sahibi olma durumları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ( $p>0.05$ ). D ve KB puan ortalamaları ile çocuk sahibi olma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır ( $p<0.05$ ).

D puan ortalamalarıyla çocuk sahibi olma durumları arasındaki ilişkiye bakıldığında, çocuğu olmayanlarla diğer gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ( $p<0.05$ ), çocuğu olanlar arasında fark yoktur. Yani çocuğu olmayanlarda D puan ortalaması en yüksektir, duygusal tükenmişliği daha çok yaşamaktadır.

KB puan ortalamalarıyla çocuk sahibi olma durumları arasındaki ilişkiye bakıldığında, çocuğu olmayanlarla 3 ve üzeri çocuğu olanlar arasında anlamlı bir fark farken, 1 çocuğu olanlarla 2 çocuğu olanlar ve 3 ve üzeri çocuğu olanlar arasında çocuk sayısına göre değerlendirildiğinde anlamlı bir fark bulunmamaktadır ( $p>0.05$ ). Yani çocuğu olmayanların KB puan ortalamaları daha yüksek çıkmıştır, kişisel başarısızlığı daha çok yaşamaktadırlar.

**Tablo 4.10.** Araştırma Grubundaki Hemşirelerin Bazı Özelliklerine Göre Duygusal Tükenme, Duyarsızlaşma ve Kişisel Başarı Puan Ortalamalarının Dağılımı

Özellikler (n=248)	Sayı	Duygusal Tükenme	Duyarsızlaşma	Kişisel Başarı
		Medyan (min-max)	Medyan (min-max)	Medyan (min-max)
<b>Sigara Kullanma Alışkanlığı</b>				
İçiyor	76	19(4-36)	6.5(0-20)	13(1-36)
İçmiyor	156	19(1-36)	6(0-18)	13(1-27)
İçmiş-Bırakmış	16	15.5(2-28)	5.5(0-12)	13(0-20)
<i>p</i>		0.463	0.126	0.709
<b>Tanı Aldığı Hastalık</b>				
Var	55	18(0-36)	5(0-14)	12(1-20)
Yok	193	19(1-36)	6(0-20)	13(0-36)
<i>p</i>		0.506	0.21	0.254

Tablo 4.10’de hemşirelerin bazı özelliklerine göre D, DT ve KB puan ortalamalarının dağılımı incelendiğinde, sigara kullanma alışkanlıkları ile D, DT ve KB puan ortalamalarının arasında anlamlı bir fark olmadığı gözlemlenmiştir ( $p>0.05$ )

Katılımcıların, tanı aldığı hastalık olup olmaması incelendiğinde, tanı aldığı bir hastalığı olanlarla D, DT ve KB puan ortalamalarının arasında anlamlı bir fark olmadığı gözlemlenmiştir ( $p>0.05$ )

**Tablo 4.11.** Araştırma Grubundaki Hemşirelerin Öğrenim Durumu ve Mesleği Tercih Etme Nedenlerine Göre Duygusal Tükenme, Duyarsızlaşma ve Kişisel Başarı Puan Ortalamalarının Dağılımı

Özellikler (n=248)	Sayı	Duygusal Tükenme	Duyarsızlaşma	Kişisel Başarı
		Medyan (min-max)	Medyan (min-max)	Medyan (min-max)
<b>Öğrenim durumu</b>				
Sağlık meslek lisesi mezunu	43	18(1-28)a	6(0-14)ab	12(1-21)ab
Önlisans	87	17(2-33)a	5(0-14)a	10(0-25)a
Lisans	116	21(1-336)b	6(0-20)b	14(1-36)b
Lisansüstü	2	19(12-26)ab	6.5(5-8)ab	14.5(13-16)ab
<i>P</i>		0.000	0.010	0.000
<b>Mesleği Tercih Etme Nedeni</b>				
Sevdiğim İçin	50	15(1-31)a	5(0-15)	10.5(1-20)a
Ailem İsteddiği İçin	46	21(5-36)b	7(0-18)	14(2-27)b
Tesadüf	29	20(6-35)b	6(0-15)	12(2-24)ab
Mecburiyet	44	18.5(4-34)ab	6(0-20)	12.5(4-23)ab
İş İmkkanı	79	21(1-36)b	5(0-18)	14(0-36)b
<i>p</i>		0.001	0.101	0.001

\*Aynı harfler benzerliği, farklı harfler farklılığı yansıtır.

Tablo 4.11. Hemşirelerin öğrenim durumları ile D, DT ve KB puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır ( $p<0.05$ ).

DT puan ortalamaları ile öğrenim durumları incelendiğinde, sağlık meslek lisesi mezunu ile lisans mezunu arasında anlamlı bir ilişki varken, sağlık meslek lisesi mezunuyla önlisans ve lisansüstü mezun arasında bir fark yoktur ( $p>0.05$ ). Yani DT puan ortalamaları lisans mezunu hemşirelerde daha yüksek çıkmıştır, lisans mezunu hemşireler diğer hemşirelere göre duygusal tükenmişliği daha çok yaşamaktadırlar.

D puan ortalamaları ile öğrenim durumları incelendiğinde, önlisans mezunu ile lisans mezunu arasında anlamlı bir fark varken, diğer mezun grupları arasında anlamlı bir fark yoktur ( $p>0.05$ ). Yani D puan ortalamaları lisansüstü mezun hemşirelerde daha yüksektir ve en duyarsız mezun grubudur.

KB puan ortalamaları ile öğrenim durumları incelendiğinde, önlisans mezunu ile lisans mezunu arasında anlamlı bir fark varken, diğer mezun grupları arasında anlamlı bir fark yoktur ( $p>0.05$ ). Yani önlisans mezunu hemşirelerin KB puan ortalamaları en düşüktür ve diğer gruplara göre daha az tükenmiştir.

Katılımcıların mesleği tercih etme nedenleri ile DT ve KB puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmaktadır ( $p<0.05$ ). D puan ortalamalarıyla mesleği tercih etme nedenleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ( $p>0.05$ ).

DT puan ortalamaları ile mesleği tercih etme nedenleri incelendiğinde, sevdiği için tercih edenlerle ailesi istediği için tercih edenler, tesadüfen tercih edenler ve iş imkanı için tercih edenler arasında anlamlı bir fark gözlemlenirken ( $p<0.05$ ), sevdiği için tercih edenlerle mecburiyetten tercih edenler arasında fark yoktur ( $p>0.05$ ). Yani mesleği sevdiği için tercih edenlerin DT puan ortalamaları daha düşüktür, tükenmişliği daha az yaşamaktadırlar.

KB puan ortalamaları ile mesleği tercih etme nedenleri incelendiğinde, sevdiği için tercih edenlerle ailesi istediği için tercih edenler, iş imkanı için tercih edenler arasında anlamlı bir fark vardır ( $p<0.05$ ), sevdiği için tercih edenlerle mecburiyetten ve tesadüfen tercih edenler arasında anlamlı bir fark yoktur ( $p>0.05$ ). Yani mesleği sevdiği için tercih edenleri KB puan ortalamaları daha düşüktür, kişisel başarısızlığı daha az yaşamaktadırlar.

**Tablo 4.12.** Araştırma Grubundaki Hemşirelerin Bazı Özelliklerine Göre Duygusal Tükenme, Duyarsızlaşma ve Kişisel Başarı Puan Ortalamalarının Dağılımı

Özellikler (n=248)	Sayı	Duygusal Tükenme	Duyarsızlaşma	Kişisel Başarı
		Medyan (min-max)	Medyan (min-max)	Medyan (min-max)
<b>Meslekteki Görev Süresi</b>				
0-5 yıl	69	20(4-35)ab	8(0-18)ab	14(1-36)
6-10 yıl	58	17.5(4-36)ab	5(0-18)a	11.5(2-27)
11-15 yıl	45	21(4-36)b	7(1-16)b	13(5-25)
16-25 yıl	67	18(1-34)a	5(0-20)a	12(0-22)
26 ve üzeri yıl	9	13(4-26)ab	4(0-7)ab	13(6-17)
<i>p</i>		0.007	0.000	0.07
<b>Daha Önce Başka Kurumda Çalışma Durumu</b>				
Evet	166	19(1-36)	5.5(0-20)	12(1-25)
Hayır	82	19(2-36)	6(0-18)	13(0-36)
<i>p</i>		0.227	0.276	0.106

\*Aynı harfler benzerliği, farklı harfler farklılığı yansıtır.

Tablo 4.12. hemşirelerin bazı özelliklerine göre D, DT ve KB puan ortalamalarının dağılımı incelendiğinde, katılımcıların meslekteki görev süreleri ile DT ve D puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmaktadır ( $p<0.05$ ). KB puan ortalamaları ile meslekteki görev süreleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ( $p>0.05$ ).

DT puan ortalamaları ile meslekteki görev süreleri arasındaki ilişki incelendiğinde, 11-15 yıl arasında çalışanlarla 16-25 yıl arasında çalışanlar arasında anlamlı bir fark varken, ( $p<0.05$ ) diğer gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır ( $p>0.05$ ). Yani hemşirelerin meslekteki görev süreleri arttıkça duygusal tükenmişliği daha az yaşamaktadırlar.

D puan ortalamaları ile meslekteki görev süreleri arasındaki ilişki incelendiğinde, 11-15 yıl arasında çalışanlarla 6-10 yıl ve 16-25 yıl arasında çalışanlar arasında anlamlı bir fark varken, ( $p < 0.05$ ) 11-15 yıl arasında çalışanlarla 0-5 yıl arasında çalışanlarla ve 26 ve üzeri yıl çalışanlar arasında anlamlı bir fark yoktur ( $p > 0.05$ ). Yani 26 ve üzeri yıl çalışan hemşirelerin D puan ortalamaları en düşüktür, diğer gruplara göre daha duyarlıdır.

Katılımcıların daha önce başka kurumda çalışıp çalışmaması ile D, DT ve KB puan ortalamaları arasında fark bulunmamaktadır ( $p > 0.05$ )

**Tablo 4.13.** Araştırma Grubundaki Hemşirelerin Mesleki Özelliklerine Göre Duygusal Tükenme, Duyarsızlaşma ve Kişisel Başarı Puan Ortalamalarının Dağılımı

Özellikler (n=248)	Sayı	Duygusal Tükenme	Duyarsızlaşma	Kişisel Başarı
		Medyan (min-max)	Medyan (min-max)	Medyan (min-max)
<b>Şu Anki Çalıştığı Kurumdaki Görev Süresi</b>				
0-5 yıl	142	19(1-35)	6(0-18)	13(1-36)
6-10 yıl	54	20(4-36)	6(0-18)	12(2-27)
11-15 yıl	21	18(1-36)	5(0-20)	11(1-27)
16-25 yıl	26	18.5(2-31)	3.5(0-12)	12.5(0-20)
26 ve üzeri yıl	5	12(5-26)	5(3-6)	16(6-17)
<i>p</i>		0.154	0.083	0.630
<b>Halen Çalışmakta Olduğu Bölümde Görev Süresi</b>				
0-5 yıl	200	19(1-36)	6(0-20)	13(0-36)
6-10 yıl	31	18(4-31)	5(0-13)	12(3-22)
11-15 yıl	9	16(11-32)	3(0-9)	11(8-16)
16-25 yıl	8	12(9-27)	3.5(0-12)	15.5(6-20)
<i>p</i>		0.060	0.114	0.971

Tablo 4.13. de katılımcıların şu anki çalıştıkları kurumdaki görev süreleri ile D, DT ve KB puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark gözlemlenmemiştir ( $p > 0.05$ ).

Katılımcıların, halen çalışmakta oldukları bölümdeki görev süreleri ile D, DT ve KB puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark gözlemlenmemiştir ( $p>0.05$ ).

**Tablo 4.14.** Hemşirelerin Mesleki Özelliklerine Göre Duygusal Tükenme, Duyarsızlaşma ve Kişisel Başarı Puan Ortalamalarının Dağılımı

Özellikler (n=248)	Sayı	Duygusal Tükenme	Duyarsızlaşma	Kişisel Başarı
		Medyan (min-max)	Medyan (min-max)	Medyan (min-max)
<b>Çalıştığı bölüm</b>				
Ameliyathane	21	18(8-29)	6(0-17)ab	16(5-26)b
Acil Servis	40	21(5-36)	6(0-18)ab	12(1-20)a
Yoğunbakım	55	19(6-33)	7(0-18)b	14(3-27)ab
Diyaliz	9	18(6-32)	3(0-10)ab	10(6-22)ab
Dahili Servis	79	18(1-35)	5(0-15)ab	12(2-36)a
Cerrahi Servis	33	21(1-36)	6(0-20)ab	12(0-25)ab
İdari Bölüm	11	13(4-28)	3(0-7)a	11(4-21)ab
<i>p</i>		0.05	0.002	0.007
<b>Çalışmakta olduğu Bölümde pozisyonu</b>				
Sorumlu Hemşire	25	15(4-28)	4(0-12)	11(4-21)a
Servis Hemşiresi	103	19(1-36)	5(0-20)	12(0-36)a
Ameliyathane Hemşiresi	21	18(8-29)	6(0-17)	16(5-26)b
Yoğunbakım Hemşiresi	53	19(6-33)	7(0-18)	14(3-27)ab
Acil Servis Hemşiresi	39	2(5-36)	6(0-18)	12(1-20)a
Diyaliz Hemşiresi	7	18(6-32)	3(1-10)	11(8-22)ab
<i>p</i>		0.143	0.05	0.003

\*Aynı harfler benzerliği, farklı harfler farklılığı yansıtır.

Tablo 4.14. hemşirelerin mesleki özelliklerine göre D, DT ve KB ortalamalarının dağılımı incelendiğinde, katılımcıların çalıştıkları bölümlerle DT puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır ( $p>0.05$ ). Katılımcıların çalıştıkları bölümlerle D ve KB puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark gözlemlenmiştir ( $p<0.05$ ).

D puan ortalamalarıyla çalıştıkları bölüm arasındaki ilişki incelendiğinde, yoğunbakımda çalışanlarla idari bölümde çalışanlar arasında anlamlı bir ilişki varken,

diğer bölümler arasında anlamlı bir ilişki yoktur ( $p>0.05$ ). Yani yoğunbakım hemşirelerinin D puan ortalamaları en yüksektir ve duyarsızlaşmayı en çok yaşayan gruptur.

KB puan ortalamalarıyla çalıştıkları bölüm arasındaki ilişki incelendiğinde, ameliyathanede çalışanlarla acil serviste çalışanlar arasında, ameliyathanede çalışanlarla dahili servislerde çalışanlar arasında anlamlı bir fark görülmektedir, ( $p<0.05$ ) diğer servislerde çalışanlar arasında anlamlı bir fark görülmemektedir ( $p>0.05$ ). Yani KB puan ortalamaları en yüksek ameliyathane çalışanlarında, en düşük diyaliz çalışanlarında görülmektedir. Kişisel başarısızlığı en çok diyaliz çalışanları yaşamaktadır.

D ve DT puan ortalamaları ile katılımcıların çalışmakta oldukları pozisyonlar arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır ( $p>0.05$ ). KB puan ortalamaları ile katılımcıların çalışmakta oldukları pozisyonlar arasında anlamlı bir fark bulunmaktadır ( $p<0.05$ ).

KB puan ortalamaları ile pozisyonlar arasındaki ilişkiye bakıldığında, ameliyathane hemşiresiyle servis hemşiresi, sorumlu hemşire ve acil servis hemşiresi arasında anlamlı bir ilişki varken, ( $p<0.05$ ) yoğunbakım hemşiresinin ve diyaliz hemşiresinin diğer pozisyonlardaki hemşirelerle aralarında anlamlı bir ilişki yoktur ( $p>0.05$ ). Yani kişisel başarısızlığı en az ameliyathane hemşiresi yaşamaktadır.



**Tablo 4.15.** Araştırma Grubundaki Hemşirelerin Bazı Özelliklerine Göre Duygusal Tükenme, Duyarsızlaşma ve Kişisel Başarı Puan Ortalamalarının Dağılımı

Özellikler (n=248)	Sayı	Duygusal Tükenme	Duyarsızlaşma	Kişisel Başarı
		Medyan (min-max)	Medyan (min-max)	Medyan (min-max)
<b>Çalıştığı Kliniğe Atanma Durumu</b>				
Kendi İsteğimle Seçtim	85	18(1-34)	5(0-20)	12(1-24)
İdare Tarafından Atandım	163	19(2-36)	6(0-18)	13(0-36)
<i>P</i>		0.015	0.404	0.115
<b>Aylık Ortalama Çalışma Saati</b>				
160 Saat ve Altı	56	17(1-29) <sup>a</sup>	5(0-15)	13(3-21)
161-185 Saat	130	19(1-35) <sup>ab</sup>	6(0-20)	12(0-36)
186-200 Saat	38	18.5(4-36) <sup>ab</sup>	5.5(0-13)	14(4-23)
200 Saat ve Üzeri	24	22(4-36) <sup>b</sup>	5.5(0-16)	13.5(2-21)
<i>p</i>		0.003	0.174	0.503

\*Aynı harfler benzerliği, farklı harfler farklılığı yansıtır.

Tablo 4.15. hemşirelerin çalıştıkları kliniğe kendi isteğiyle atanenlarla DT puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark vardır ( $p < 0.05$ ). D ve KB puan ortalamaları ile çalıştıkları servise kendi isteğiyle atanenler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ( $p > 0.05$ ). Yani idare tarafından atanenlerin DT puan ortalamaları daha yüksek çıkmıştır ve duygusal tükenmişliği daha çok yaşamaktadır.

Katılımcıların aylık çalışma saatleri ile DT puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır ( $p < 0.05$ ). Katılımcıların aylık çalışma saatleri ile D ve KB puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark yoktur ( $p > 0.05$ ).

Katılımcıların aylık çalışma saatleri ile DT puan ortalamaları arasındaki ilişkiye bakıldığında, 160 saat ve altı çalışanlarla 200 saat ve üzeri çalışanlar arasında anlamlı bir fark vardır ( $p < 0.05$ ), diğer gruplar arasında anlamlı bir fark yoktur ( $p > 0.05$ ). Yani ayda 200 ve üzeri saat çalışan hemşireler daha yüksek düzeyde DT yaşamaktadırlar.

**Tablo 4.16.** Araştırma Grubundaki Hemşirelerin Çalışma Özelliklerine Göre Duygusal Tükenme, Duyarsızlaşma ve Kişisel Başarı Puan Ortalamalarının Dağılımı

Özellikler (n=248)	Sayı	Duygusal Tükenme	Duyarsızlaşma	Kişisel Başarı
		Medyan (min-max)	Medyan (min-max)	Medyan (min-max)
<b>Çalışma Şekli</b>				
Sürekli Gündüz Çalışan	61	18(2-32)	5(0-12)	13(0-21)
Vardiya Değişimli Çalışan	187	20(1-36)	6(0-20)	13(1-36)
<i>p</i>		0.053	0.002	0.236
<b>Bir Mesai Süresinde Bakım Verilen Hasta Sayısı</b>				
Sorumlu Hemşire Olduğu İçin Hasta Bakmayan	25	15(4-28)	4(0-12)a	11(4-21)
1-10 Hasta	102	19(4-33)	6(0-18)b	14(3-36)
11-40 Hasta	82	19(1-36)	5(0-20)ab	12(0-25)
41 ve Üzeri Hasta Bakan Acil Servis	39	21(5-36)	6(0-18)ab	12(1-20)
<i>p</i>		0.085	0.009	0.268

\*Aynı harfler benzerliği, farklı harfler farklılığı yansıtır.

Tablo 4.16.'da hemşirelerin çalışma özelliklerine göre DT, D ve KB puan ortalamalarının dağılımı incelendiğinde, katılımcıların çalışma şekliyle DT ve KB puan ortalamaları arasında anlamlı bir yoktur ( $p>0.05$ ). D puan ortalamaları ile katılımcıların çalışma şekli arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır ( $p<0.05$ ). Yani vardiya değişimli çalışan hemşirelerin D puan ortalamaları daha yüksek çıkmıştır, daha tükenmişlerdir.

Katılımcıların bir mesai süresinde baktıkları hasta sayısı ile DT ve KB puan ortalamaları arasında anlamlı bir yoktur ( $p>0.05$ ). D puan ortalamaları ile katılımcıların bir mesai süresinde baktıkları hasta sayısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır ( $p<0.05$ ).

D puan ortalamalarıyla bir mesai süresinde baktıkları hasta sayısı arasındaki ilişki incelendiğinde, sorumlu hemşire olduğu için hasta bakmayanlarla 1-10 hasta bakanlar arasında anlamlı bir ilişki varken, diğer gruplar arasında fark yoktur ( $p>0.05$ ). Yani D

puan ortalamaları sorumlu hemşire olduğu için hasta bakmayan hemşirelerde en düşük çıkmıştır ve en az tükenmişliği yaşayan gruptur.

**Tablo 4.17.** Araştırma Grubundaki Hemşirelerin bazı Özelliklerine Göre Duygusal Tükenme, Duyarsızlaşma ve Kişisel Başarı Puan Ortalamalarının Dağılımı

Özellikler (n=248)	Sayı	Duygusal Tükenme	Duyarsızlaşma	Kişisel Başarı
		Medyan (min-max)	Medyan (min-max)	Medyan (min-max)
<b>Sağlık Personeli Sayısı Yeterli Mi?</b>				
Yeterli	67	14(2-34)	5(0-14)	12(0-21)
Yetersiz	181	20(1-36)	6(0-20)	13(1-36)
<i>p</i>		0.000	0.003	0.009
<b>Çalışma Koşullardan Memnun Olma Durumu</b>				
Memnun	31	12(2-32)a	5(0-9)a	11(0-21)a
Memnun değil	101	23(4-36)b	7(0-20)b	15(1-36)b
Kısmen memnun	116	17(1-33)a	5(0-14)a	11(1-23)a
<i>p</i>		0.000	0.000	0.001

\*Aynı harfler benzerliği, farklı harfler farklılığı yansıtır.

Tablo 4.17. Hemşirelerin bazı özelliklerine göre D, DT ve KB puan ortalamalarının dağılımı incelendiğinde, katılımcılardan sağlık personeli sayısının yeterli olduğunu düşünenlerde D, DT ve KB puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır ( $p < 0.05$ ). Yani sağlık personeli sayısının yeterli olduğunu söyleyenler daha az DT ve D yaşamaktadırlar ancak kişisel başarısızlığı daha çok yaşamaktadırlar.

Katılımcılardan, çalışma koşullarından memnun olma durumları ile D, DT ve KB puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark vardır ( $p < 0.05$ ). Yani çalışma koşullarından memnun olmayanların D, DT ve KB puan ortalamaları daha yüksektir, hemşireler D ve duygusal tükenmişliği daha çok, kişisel başarısızlığı daha az yaşamaktadırlar.

Katılımcıların, DT puan ortalamaları ile çalışma koşullarından memnun olma durumları arasındaki ilişki incelendiğinde, çalışma koşullarından memnun olmayanlarla memnun

olanlar ve kısmen memnun olanlar arasında anlamlı bir fark vardır ( $p<0.05$ ), çalışma koşullarından memnun olanlarla kısmen memnun olanlar arasında anlamlı fark yoktur ( $p>0.05$ ). Bu fark çalışma koşullarından memnun olmayanların DT puanlarının en yüksek çıkmasından kaynaklanmaktadır ve duygusal tükenmişliği en çok yaşayan gruptur.

Katılımcıların, D puan ortalamaları ile çalışma koşullarından memnun olma durumları arasındaki ilişki incelendiğinde, çalışma koşullarından memnun olmayanlarla memnun olanlar ve kısmen memnun olanlar arasında anlamlı bir fark vardır ( $p<0.05$ ), çalışma koşullarından memnun olanlarla kısmen memnun olanlar arasında anlamlı fark yoktur ( $p>0.05$ ). Bu fark çalışma koşullarından memnun olmayanların D puanlarının en yüksek çıkmasından kaynaklanmaktadır ve duyarsızlaşmayı en çok yaşayan gruptur.

Katılımcıların, KB puan ortalamaları ile çalışma koşullarından memnun olma durumları arasındaki ilişki incelendiğinde, çalışma koşullarından memnun olmayanlarla memnun olanlar ve kısmen memnun olanlar arasında anlamlı bir fark vardır ( $p<0.05$ ), çalışma koşullarından memnun olanlarla kısmen memnun olanlar arasında anlamlı fark yoktur ( $p>0.05$ ). Bu fark çalışma koşullarından memnun olmayanların KB puanlarının en yüksek çıkmasından kaynaklanmaktadır ve kişisel başarısızlığı en az yaşayan gruptur.

**Tablo 4.18.** Araştırma Grubundaki Hemşirelerin Mesleklerinden Ekonomik ve Duygusal Açından Tatmin Olma Durumlarına Göre Duygusal Tükenme, Duyarsızlaşma ve Kişisel Başarı Puan Ortalamalarının Dağılımı

Özellikler (n=248)	Sayı	Duygusal Tükenme	Duyarsızlaşma	Kişisel Başarı
		Medyan (min-max)	Medyan (min-max)	Medyan (min-max)
<b>Ekonomik Açından Tatmin Olma Durumu</b>				
Tatmin olan	46	16.5(2-32)a	5(0-18)a	12(0-21)a
Tatmin olmayan	102	22(4-36)b	6(0-20)b	13(2-36)b
Kısmen tatmin olan	100	18(1-33)a	6(0-15)ab	13(1-24)ab
<i>p</i>		0.000	0.017	0.038
<b>Duygusal Açından Tatmin Olma Durumu</b>				
Tatmin olan	47	12(1-31)a	4(0-15)a	9(0-20)a
Tatmin olmayan	100	23(7-36)b	7(0-20)b	14.5(2-36)b
Kısmen tatmin olan	101	18(1-32)b	6(0-15)a	13(3-24)b
<i>p</i>		0.000	0.000	0.000

\*Aynı harfler benzerliği, farklı harfler farklılığı yansıtır.

Tablo 4.18. Hemşirelerin ekonomik ve duygusal açıdan tatmin olma durumlarına göre D, DT ve KB puan ortalamalarının dağılımı incelendiğinde, katılımcılardan ekonomik olarak tatmin olma durumu ile D, DT ve KB puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır ( $p < 0.05$ ). Yani ekonomik açıdan tatmin olmayanların D, DT ve KB puan ortalamaları diğer gruplara göre yüksek çıkmıştır ve  $D_{y1}$  ve duygusal tükenmişliği daha çok, kişisel başarısızlığı daha az yaşamaktadırlar.

DT puan ortalamaları açısından incelendiğinde, ekonomik açıdan tatmin olmayanlarla olanlar ve kısmen olanlar arasında anlamlı bir fark varken, ekonomik açıdan memnun olanlarla kısmen memnun olanlar arasında fark yoktur ( $p > 0.05$ ).

D puan ortalamaları açısından bakıldığında, ekonomik açıdan tatmin olanlarla olmayanlar arasında anlamlı bir fark gözlemlenirken ( $p < 0.05$ ), ekonomik açıdan tatmin olmayanlarla kısmen olanlar arasında anlamlı bir fark yoktur ( $p > 0.05$ ).

KB ortalamaları açısından incelendiğinde; ekonomik açıdan tatmin olanlarla olmayanlar arasında anlamlı bir fark gözlemlenirken, diğer gruplar arasında fark yoktur ( $p>0.05$ ).

Katılımcılardan duygusal açıdan tatmin olma durumu ile D, DT ve KB puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır ( $p<0.05$ ). Yani duygusal açıdan tatmin olmayanların D, DT ve KB puan ortalamaları diğer gruplara göre yüksek çıkmıştır ve Dyi ve duygusal tükenmişliği daha çok, KBsızlığı daha az yaşamaktadırlar.

DT puan ortalamaları ile duygusal açıdan tatmin olma durumlarına bakıldığında, duygusal açıdan tatmin olanlarla olmayanlar arasında anlamlı bir fark varken, duygusal açıdan tatmin olmayanlarla kısmen tatmin olanlar arasında anlamlı bir fark yoktur ( $p>0.05$ ).

D puan ortalamaları ile duygusal açıdan tatmin olma durumlarına bakıldığında, duygusal açıdan tatmin olanlarla olmayanlar arasında anlamlı bir fark varken, duygusal açıdan tatmin olanlarla kısmen tatmin olanlar arasında anlamlı bir fark yoktur ( $p>0.05$ ).

KB ortalamaları ile duygusal açıdan tatmin olma durumlarına bakıldığında, duygusal açıdan tatmin olanlarla olmayanlar arasında anlamlı bir fark varken, duygusal açıdan tatmin olmayanlarla kısmen tatmin olanlar arasında anlamlı bir fark yoktur ( $p>0.05$ ).

## 5. TARTIŞMA VE SONUÇ

Araştırma grubumuzdaki hemşirelerin yaş gruplarına göre dağılımında en yüksek oranı (%43.1) 34-41 yaş grubu oluşturmakta olup yaş ortalaması  $33.1 \pm 6.5$  yıl (min 19, max 53) ve %79.4'ü kadındır (Tablo 4.1). Şentürk'ün (57) yoğun bakım hemşirelerinin tükenmişlik düzeyleri ile uyku kalitesi arasındaki ilişkinin incelendiği çalışmada hemşirelerin yaş grubuna göre dağılımında %54.7'sinin 27-35 yaş aralığında olduğu, %62.3'ünün kadın olduğu bulunmuştur. Kılıç ve arkadaşlarının (58) Kilis Devlet Hastanesi'nde çalışan hemşirelerin tükenmişlik düzeylerinin belirlenmesine yönelik yaptıkları çalışmada hemşirelerin yaş ortalamaları  $30.28 \pm 4.49$  yıl ve %85.2 sinin kadın olduğu saptanmıştır. Yine Ayraller ve arkadaşlarının (59) diyaliz ünitesinde çalışan sağlık ekibine yaptıkları çalışmada hemşirelerin %87.9'u kadın, yaş ortalamaları  $32.60 \pm 6.23$  yıl olduğu bulunmuştur. Çalışma grubumuzdaki hemşirelerin yaş ortalaması, yaş grubuna göre dağılımı ve cinsiyet dağılımı bu çalışmalarla benzerlik göstermektedir. Bu çalışmada hemşirelerin 34-41 yaş grubunda yoğunlaşmasının nedeni eğitim düzeylerinin yüksek olmasından kaynaklanabilir. Araştırmamızdaki katılımcıların çoğunluğunun kadın olması, ülkemizde erkek hemşirelerin 2007 yılından itibaren çalışmaya başlamasından kaynaklanmış olabilir.(60)

Bu araştırmada hemşirelerin %72.6'sı evli, %23.0' ı bekar, %4.4' ü boşanmış ve hemşirelerin %29.4' ünün çocuksuz, %17.3' ünün bir çocuklu, %42.7' sinin 2 çocuklu ve %10.5' inin 3 ve üzeri çocuklu olduğu görülmüştür(Tablo 4.1). Baykan ve arkadaşlarının (61) aile hekimlerinin tükenmişlik durumları ve ilişkili faktörleri belirlemeye yönelik yaptıkları çalışmada; katılımcıların %93'ü evli ve % 7.7'sinin çocuğu olmadığı bulunmuştur. Şenturan ve arkadaşlarının (62) hemodiyaliz ünitelerinde çalışan hemşirelere yaptıkları çalışmada; %52.9'unun evli, %41.7'sinin bekar, %3.2'sinin boşanmış ve %42.1'inin çocuğu olduğunu bulunmuştur. Atan ve arkadaşlarının (51) ambulans çalışanlarına yapmış oldukları çalışmada;%78.6'sı evli ve %65.2'sinin çocuğu olduğu bulunmuştur. Peru'da yapılmış bir çalışmada katılımcıların

%60.2'si evli, %33.3'ü bekar olduğu, %28'inin çocuğu olmadığı bulunmuştur (63). Çalışma grubumuzdaki hemşirelerin medeni durum ve çocuk sahibi olma durumlarının dağılımı bu çalışmalarla benzerlik göstermektedir. Dizer ve arkadaşların (64) yoğun bakım hemşirelerine uyguladıkları bir çalışmada %44'ünün evli, %53.6'sının bekar, %1.2'sinin dul, %1.2'sinin boşanmış olduğunu ve %71.4'ünün çocuğu olmadığını bulmuştur. Bu çalışma araştırmamızla farklılık göstermektedir. Katılımcıların çoğunluğunun çocuğu olmamasının nedeni %56.0'ının bekar olmasından kaynaklanabilir.

Araştırma grubumuzdaki hemşirelerin kendi ifadelerine göre %77.8'inin tanı aldığı bir hastalığının olmadığı, %66.1'inin yakınlarında tanı konulmuş bir hastalığı olmadığı saptanmıştır (Tablo 4.2). Akçalı ve arkadaşlarının (20) İç Anadolu Bölgesi'nde anesteziyoloji ve algoloji çalışanlarında tükenmişlik durumu çalışmalarında katılımcıların %25.3'ü sağlık probleminin olduğu saptanmıştır. Baykan ve arkadaşlarının (61) aile hekimlerinin tükenmişlik durumları ve ilişkili faktörleri belirlemeye yönelik yaptıkları çalışmada katılımcıların %37.8'inin tanı konmuş herhangi bir kronik hastalığının olmadığı bulunmuştur. Sayıl ve arkadaşlarının (65) Ankara Üniversitesi Hastaneleri'nde doktor ve hemşirelere yaptıkları çalışmada %69.1'inin tanı konulmuş bir hastalığının olmadığı, %65.5 'inin ailesinde bir hastalığın olmadığı bulunmuştur. Yine Ergin ve arkadaşlarının (6) dahili kliniklerde görev yapan hemşirelere uyguladıkları çalışmada kendilerinin %82.1'nde ve yakınlarının %50.0'ında önemli bir hastalık olmadığı bulunmuştur. Araştırmamızdaki hemşirelerin kendilerinde ve yakınlarında tanı aldıkları bir hastalık olup olmasına dair bulguları bu çalışmaların bulgularıyla benzerlik göstermektedir.

Bu çalışmada yer alan hemşirelerin sigara kullanma alışkanlığı değerlendirildiğinde %30.6'sı halen sigara içmekte, %62.9'u hiç sigara içmemiştir, %6.5'i ise sigara içip bırakmıştır (Tablo 4.2). Muşlu ve arkadaşlarının (66) yaptıkları bir çalışmada hemşirelerin %60.0'ının sigara içmemekte, %12.0'ının sigara içmiş-bırakmış, %28.0'ının sigara içmekte olduğu bulunmuştur. Beyhan ve arkadaşlarının (67) Doğu Akdeniz bölgesindeki anestezi hekimlerine yaptıkları çalışmada, katılımcıların %23.9'u sigara içiyor, %76.1'i sigara içmiyor bulunmuştur. Şahin ve arkadaşlarının (68) acil ve yoğunbakımda çalışan hemşirelerle yaptıkları çalışmada hemşirelerin %52.9'u sigara içmiyor, %10.7'si bırakmış, %36.4'ü aktif içici olduğu bulunmuştur. Ülkemizde



yapılan ve 4110 sağlık çalışanını kapsayan bir çalışmada günde 15 tane veya üstünde sigara içme oranı pratisyen hekimlerde %53, uzman hekimlerde %41.6, ebe-hemşirelerde %23.5 olarak bulundu (69). Bu çalışmalar bizim çalışmamızla benzerlik göstermektedir. Sağlık çalışanları arasında yüksek boyutta sigara içilmesi, her zaman bilginin davranışa yansımadağının iyi bir göstergesidir (70).

Araştırma grubumuzdaki hemşirelerin öğrenim durumlarına göre dağılımında en yüksek oranı (%46.8) lisans mezunu hemşireler oluşturmakta olup, sağlık meslek lisesi mezunu oranı %17.3, %35.1'inin önlisans, %0.8'inin lisansüstü olduğu bulunmuştur (Tablo 4.3). Kebapçı ve arkadaşının (71) acil birimlerde çalışan hemşirelere yaptıkları çalışmada en yüksek oranı (%43.1) lisans mezunu hemşireler oluşturmakta olup, sağlık meslek lisesi mezunu oranı %34.8, %18.1'inin önlisans, %3.7'sinin lisansüstü olduğu bulunmuştur. Bu çalışmanın sonuçları bizim araştırma sonuçlarımızla benzerlik göstermektedir. Altuntaş ve arkadaşlarının (72) yönetici hemşirelere yaptıkları çalışmada hemşirelerin %13.6'sı sağlık meslek lisesi mezunu, %37.4'ü ön lisans mezunu, %31'i lisans mezunu, %17.8' lisansüstü mezun olduğu bulunmuştur. Bu çalışma lisansüstü mezunun çok olması ve en yüksek oranın ön lisans mezunun oluşturması nedeniyle farklılık göstermektedir. Araştırmada lisansüstü mezunun diğer araştırmalara oranla yüksek çıkmasının nedeni diğer araştırmanın yönetici hemşirelere uygulanmasından kaynaklanabilir.

Bu çalışmadaki hemşirelerin mesleği tercih etme nedenleri araştırıldığında en yüksek oranı (%31.9) iş imkanından dolayı seçtikleri, mesleği sevdikleri için tercih edenlerin oranı ise %20.2 olduğu saptanmıştır (Tablo 4.3). Öztürk ve arkadaşlarının (73) Kayseri ilinde görev yapan sağlık idarecilerine yaptıkları çalışmada katılımcıların %80.6'sı mesleği severek seçmişlerdir. Bizim araştırmamızdan farkı katılımcıların çoğunun hekimlerden (%50.4) oluşmasından kaynaklanabilir.

Araştırmamızdaki katılımcıların, meslekteki görev süreleri dağılımında en yüksek oranı (%27.8) 0-5 yıl arasında çalışan hemşireler, en düşük oranı (%3.6) 26 ve üzeri yıl çalışan hemşireler oluşturmuştur (Tablo4.3). Çin'de yapılmış bir araştırmada hemşirelerin görev süreleri dağılımında 1-10 yıl arasında çalışanların oranı; %62.3, 21-30 yıl arasında çalışanların oranı; %17.2, 30 yıldan fazla çalışanların oranı %0.08 olarak bulunmuştur (74). Yıldırım ve arkadaşlarının (75) sağlık çalışanlarına yaptıkları bir

çalışmada 1-5 yıl arasında çalışanlar %27, 6-10 yıl arasında çalışanlar %28, 21 yıl ve üzeri çalışanlar %8.7 olarak bulunmuştur. Bu çalışmalar araştırmamızdaki hemşirelerin meslekte görev süreleri dağılımıyla benzerlik göstermektedir. Çin'de ve ülkemizde yapılan çalışmaların bulgularının benzerlik göstermesi, her iki ülkede de hemşirelerin emeklilik yaşının benzer olmasından kaynaklanabilir.

Bu çalışmadaki hemşirelerin %69.9'unun daha önce başka kurumda çalıştığı, %57.3'ünün şu anki çalıştığı kurumda görev yılının 0-5 yıl aralığında, %2'sinin 26 ve üzeri yıl olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.4). Güven'in (20) cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelere yaptığı çalışmada hemşirelerin %30.4'ü daha önce başka bir kurumda çalışmıştır. Bu çalışma araştırmamızla farklılık göstermektedir. Yörükoğlu'nun (42) özel bir hastanede çalışan sağlık personeline yaptığı bir çalışmada, katılımcıların kurumdaki toplam çalışma sürelerinin dağılımı, 1 yıl altı %19.3, 1-5 yıl arası %53.1, 11 yıl ve üzeri %16.0 olarak bulunmuştur. Bu çalışma özel bir hastanede yapılmasına rağmen bizim çalışmamızla benzerlik göstermektedir.

Çalışmamıza katılan hemşirelerin %31.9'unun dahili servislerde, %3.6'sının diyalizde, %22.2'sinin yoğunbakımlarda, %8.5'ini ameliyathanede, %13.3'ünün cerrahi servislerde, %16.1'i acil servislerde, %4.4'ünün idari bölümde çalıştığı bulunmuştur (Tablo4.4). Barutçu ve arkadaşının (45) Denizli'de yaptığı bir araştırmada hemşirelerin %20.3'ü dahili kliniklerde, %20.3'ü cerrahi kliniklerde, %20.3'ü yoğun bakımda, %39.1'i poliklinikler ve diğer yerlerde çalıştıkları bulunmuştur. Bu çalışmadaki veriler araştırma grubumuzdaki hemşirelerin çalıştıkları servislerdeki dağılımına benzerdir. Her iki çalışmada devlet hastanesinde yapılmış olmasından kaynaklanabilir.

Hemşirelerin %80.6'sının halen çalışmakta olduğu bölümde görev süresinin 0-5 yıl aralığında, %3.2'sinin 16-25 yıl aralığında olduğu bulunmuştur (Tablo 4.4). Kebapçı ve arkadaşlarının çalışmasında (71) hemşirelerin halen çalışmakta oldukları bölümdeki sürelerinin dağılımı en yüksek (%84) 0-5 yıl arası, en düşük (%3.03) 15-25 yıl arası bulunmuştur. Bu çalışmanın sonuçları araştırma grubumuzun dağılımıyla benzerdir.

Araştırmamıza katılan hemşirelerin çalışmakta oldukları bölümdeki pozisyonlarının dağılımında en yüksek oranı (%41.5) servis hemşireleri, en düşük oranı (%2.8) diyaliz hemşireleri, %8.5 oranında ise ameliyathane hemşireleri oluşturmaktadır (Tablo 4.4).

Taycan ve arkadaşlarının (37) bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelere yaptığı çalışmada hemşirelerin %55.8'ini servis hemşireleri, %9.3'ünü ameliyathane hemşireleri oluşturmaktadır. Bu çalışmanın bulguları bizim çalışmamızın pozisyon dağılımı ile benzerlik göstermektedir.

Hemşirelerin çalıştıkları kliniğe kendi isteğiyle atananların oranı %34.3 iken, idare tarafından atananların oranı %65.7'dir (Tablo 4.4). Akyüz'ün (76) hemşireler üzerinde yaptığı çalışmada hemşirelerin %59.8'i çalıştığı kliniğe kendi isteğiyle atanmıştır. Bu çalışmanın sonuçları araştırmamızın sonuçları ile benzerdir.

Çalışmamıza katılan hemşirelerin %52.4'ünün bir ayda 161-185 saat aralığında, %9.7'sinin bir ayda 200 saat ve üzeri, %22.6'sının bir ayda 160 saat ve altında, %15.3'ünün bir ayda 186-200 saat aralığında çalıştıkları tespit edilmiştir (Tablo 4.5). Özçakar ve arkadaşlarının (77) yaşlılara bakım veren hemşirelere yaptıkları çalışmada katılımcıların %10.4'ü günde 8 saatin altında, %11.3'ü günde 8 saat, %78.3'ü günde 8 saatin üzerinde çalıştıkları bulunmuştur ve çalışmamızın sonuçları ile benzerdir.

Hemşirelerin %75.4'ü vardiya değişimli, %24.6'sı sürekli gündüz çalışmaktadır (Tablo 4.5). Ürdün'de yapılan bir çalışmada (79) hemşirelerin %47.5'i gündüz, %52.5'i vardiya değişimli çalışmaktadır. Bu çalışma bizim çalışmamızla benzerdir. Şahin ve arkadaşlarının (69) yaptığı çalışmada hemşirelerin %53.6'sı sadece nöbetli, %3.6'sı sadece gündüz mesaisinde, %42.6'sı gündüz ve bazen nöbet tutarak çalışmaktadır. Bu çalışmada ki hemşirelerin çalışma şekli araştırmamızla benzer değildir. Bunun nedeni hastane yönetimlerinin farklı olmasından kaynaklanabilir.

Hemşirelerin %73.0'ı çalıştıkları bölümdeki personel sayısının yeterli olmadığını beyan etmişlerdir (Tablo 4.5). Yörükoğlunun (42) özel bir hastanedeki sağlık personelinde yaptığı çalışmasında çalışılan bölümde sağlık personelinin yetersiz olduğunu söyleyenler %59.7'dir. Bu çalışma araştırma grubumuzun dağılımıyla benzerlik göstermiştir. Bu sonuç Türkiye genelinde sağlık personeli açığının olmasından kaynaklanabilir.

Bu çalışmadaki katılımcıların, bir mesai süresinde %10.1'i sorumlu hemşire olduğu için hasta bakmamakta, %41.1'i 1-10 hasta bakmakta, %33.1'i 11-40 hasta bakmakta, %15.7'si acil serviste çalıştığı için 41 ve üzeri hasta bakmakta olduğu bulunmuştur

(Tablo 4.5). Akyüz'ün (76) çalışmasında hemşireler günde %25.6'sı 0-4 hastaya, %20.7'si 5-7 hastaya, %41.5'i 8-10 hastaya, %12.2'si 11 ve üzeri hastaya bakmaktadır. Bu çalışmanın sonuçları araştırmamızla farklılık göstermektedir. Akyüz'ün çalışması (76) eğitim ve araştırma hastanesinde yapıldığı için hemşirelerin çalışma şekli ve koşulları , hastane olanakları bizim araştırmamızı yaptığımız devlet hastanesinden farklı olmasından kaynaklanıyor olabilir.

Hemşirelerin %40.7'si çalışma koşullarından memnun değil, %12.5'i memnun, %46.8'i kısmen memnundur. (Tablo 4.6). Taycan ve arkadaşlarının (37) bir üniversite hastanesinde yaptıkları çalışmada hemşirelerin %37.8'si çalışma koşullarından memnun, %50.7'si kısmen memnun, %11.6'sı memnun değildir. Bu çalışmanın bulguları araştırma grubumuzun dağılımıyla benzer değildir. Araştırma grubumuzdaki hemşirelerin çalışma koşullarından memnun olmaması ekonomik yetersizliklerden ve personel eksikliğinden kaynaklanmaktadır.

Çalışmamıza katılan hemşirelerin, %18.5'i ekonomik açıdan tatmin olduğunu, %19'u duygusal açıdan tatmin olduğunu beyan etmişlerdir (Tablo 4.6). Süloğlu'nun (12) diyaliz merkezlerinde yaptığı çalışmada hemşirelerin %19.1'i ekonomik açıdan tatmin olduğu bulunmuştur. Bu çalışmanın sonuçları araştırmamızdaki hemşirelerin ekonomik açıdan tatmin olma durumlarının dağılımıyla benzerlik göstermektedir.

Araştırmamıza katılan hemşirelerin ortalama DT puanları  $18.5 \pm 7.4$ , D puanları  $6.2 \pm 4.1$  ve KB puanları  $12.1 \pm 5$  olarak bulundu. Araştırmamıza katılan hemşirelerin DT düzeylerinin yüksek, D düzeylerinin orta ve kişisel başarısızlık düzeylerinin ise yüksek olduğu saptandı (Tablo 4.7). Yunanistan'da yapılmış bir çalışmada (79) hemşirelerin ortalama DT puanları  $18.7 \pm 9.3$ , D puanları  $12.7 \pm 7.7$  ve KB puanları  $32.2 \pm 10.3$  olarak bulundu. Bu çalışmanın sonuçları araştırma grubumuzun DT puanıyla benzerlik, D ve KB puanlarıyla farklılık göstermektedir. İran'da yapılmış bir araştırmada (81) hemşirelerin ortalama DT puanları  $10.94 \pm 4.24$ , D puanları  $2.14 \pm 1.89$  ve KB puanları  $24.61 \pm 7.07$  olarak bulunmuştur. Bu çalışmadaki bulgular araştırma grubumuzun puan ortalamalarından oldukça farklıdır. Akpınar ve arkadaşının (81) acil servis çalışanlarına yaptığı çalışmada ortalama DT puanları 18.31, D puanları 7.36 ve KB puanları 27.56 olarak bulunmuştur. Bu çalışmanın bulguları KB puan ortalaması hariç araştırmamızın bulgularıyla benzerdir. Günüşen ve arkadaşının (82) bir üniversite hastanesinde çalışan

hemşirelere yaptığı çalışmada hemşirelerin ortalama DT puanları  $18.63 \pm 6.74$ , D puanları  $4.83 \pm 3.50$  ve KB puanları  $20.71 \pm 3.67$  olarak bulundu. Bu çalışmadaki D puan ortalaması hariç diğer bulgular araştırmamızın sonuçları ile benzerlik göstermektedir. Erci ve arkadaşlarının (83) koruyucu sağlık hizmetlerinde görev yapan hemşire ve ebelere yaptığı çalışmada, ortalama DT puanları  $23.60 \pm 9.52$ , D puanları  $9.10 \pm 5.92$  ve KB puanları  $32.83 \pm 7.74$  olarak bulunmuştur. Bu çalışmadaki KB puan ortalaması hariç diğer bulgular araştırmamızın sonuçları ile uyum sağlamaktadır. Genel olarak literatür değerlerine bakıldığında, araştırmamızdaki bulgular yurt dışında yapılmış araştırmalardan farklı, ülkemizde yapılmış olan araştırmalara benzerdir.

Araştırma grubumuzdaki katılımcıların yaş grupları ile DT puan ortalamaları ve KB puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p < 0.05$ ), D puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmamıştır ( $p > 0.05$ ) (Tablo 4.8). Hemşirelerin yaş ilerledikçe, DT puan ortalamaları düşük, KB puan ortalamaları yüksek çıkmıştır, DT ve KB puan ortalamaları en düşük 42 ve üzeri yaş grubunda bulunmuştur. Kaya ve arkadaşlarının (84) yaptığı çalışmada hemşirelerin yaş gruplarına göre DT puanları incelendiğinde; en yüksek puan ortalaması 25 ve altı yaş grubunda bulundu ve yaş ilerledikçe DT puan ortalamalarının düştüğü görüldü. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu. Bu çalışmanın bulguları araştırmamızla uyumludur. Demir'in (21) yaptığı çalışmada ise 31-40 yaş arası çalışanların duygusal tükenmeyi diğer yaş gruplarına göre daha yüksek düzeyde yaşadıkları, duyarsızlaşmanın 42-50 yaş arası çalışanlarda diğer yaş gruplarına göre daha yüksek düzeyde olduğu, KB duygusunda azalmanın da 31-40 yaş grubu çalışanlarda diğer yaş gruplarına göre daha yüksek bulunmuştur ve yaş değişkenine göre DT, D ve KB duygusunda azalma puanları arasında fark bulunmamıştır. Bu çalışmanın bulguları araştırmamızla benzememektedir. Basım ve arkadaşının (85) yaptığı çalışmada tükenmişliğin duygusal tükenme ve D puan ortalamalarıyla yaş arasında anlamlı bir fark olmadığı, KB puan ortalamaları incelendiğinde; en düşük yaş grubuyla diğer grupların arasında anlamlı fark olduğu bulunmuştur. Bu çalışmanın bulguları bizim araştırmamızın bulgularıyla benzer değildir. Sonuç olarak diğer araştırmalarda değerlendirildiğinde, hemşirelerde yaş ilerledikçe DT azalmaktadır. Kişilerin yaş ilerledikçe olaylar karşısında daha olgun davranması, beklentilerinin daha az olması, geçmiş deneyimlerinin hayata bakışlarını etkilemesi ve mesleklerini benimsemiş olmalarından kaynaklanabilir. Yaş ilerledikçe hemşirelerin kendilerini mesleklerinde daha yeterli ve başarılı hissetmelerinin KB

puanını artırdığı söylenebilir. Ayrıca yaşla beraber çalışma koşullarının hafiflemesi daha çok gündüz saatlerinde çalışmaya başlama olarak düşünülebilir.

Katılımcıların, cinsiyetlerine göre DT, D ve KB puan ortalamalarının dağılımı incelendiğinde, DT ile katılımcıların cinsiyetler arasında anlamlı bir fark olmakla beraber, D ve KB puan ortalamaları arasında fark yoktur ( $p>0.05$ )(Tablo 4.8). Yani duygusal tükenmişliği kadınlar erkeklere göre daha çok yaşamaktadırlar. Süloğlu'nun (12) çalışmasında hemşirelerin DT, D ve KB puanlarının cinsiyete göre istatistiksel karşılaştırılmasında anlamlı bulunmamıştır. Bu çalışmanın sonuçları araştırmamızdan farklılık göstermektedir. Tunç'un çalışmasında (27) cinsiyet değişkenine göre duygusal tükenme alt boyutunda grupların puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Yani kadınlar erkeklere göre daha fazla duygusal tükenme yaşamaktadırlar ve çalışmamızla uyumlu bir sonuçtur. Yine aynı çalışmada erkekler ile kadınların D düzeyleri arasında anlamlı fark yoktur ve çalışmamızla benzer sonuç vermiştir. Bu çalışmada düşük KB alt boyutunda, grupların puan ortalamaları arasında anlamlı fark olduğu bulunmuştur ve çalışmamızdan farklı bir sonuçtur. Kaya'nın (84) çalışmasında cinsiyetin sadece duygusal tükenme açısından kadın ve erkek hemşire grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu bulunmuştur. Ergin'in (86) hekim ve hemşirelerin tükenmişliği ile ilgili çalışmasında kadınların erkeklerden daha fazla duygusal tükenme yaşadıkları bulunmuştur. Ayrıca Kocabıyık'ın (87) çalışmasında erkeklerin kadınlara göre daha az duygusal tükenme yaşadıklarını bulunmuştur. Bu çalışmaların sonuçları araştırmamızı desteklemektedir. Bu konudaki genel görüş, kadınların cinsiyet rolleri gereği karşılarındaki insanları daha fazla gözetmeleri ve önem vermelerinin, duygusal tükenmelerini artırdığı biçimindedir (88).

Hemşirelerin medeni durumlarıyla DT ve KB puan ortalamaları arasında istatistiksel anlamda fark bulunmamıştır, D puan ortalamalarıyla aralarında anlamlı bir fark vardır. D puan ortalamaları açısından bakıldığında, evli ile bekar arasında fark vardır, diğer gruplar arasında fark yoktur ( $p>0.05$ )(Tablo 4.9). Evli hemşirelerin D puan ortalamaları bekar ve boşanmışlara göre daha düşüktür. Yani evli hemşireler tükenmişliği daha az yaşamaktadırlar. Basım ve arkadaşının (89) yaptığı çalışmada hemşirelerin medeni durumları ile tükenmişlik puanları arasında fark bulunmamıştır, evli hemşirelerin duygusal tükenme puanları bekarlardan fazla bulunmuş ancak bu fark anlamlı çıkmamıştır. Bu çalışmanın bulguları araştırmamızın bulgularıyla benzer değildir.

Çavuş ve arkadaşlarının (90) yaptığı çalışmada medeni durum ile duygusal tükenme, KB ve D alt boyutları arasında anlamlı bir ilişkisi tespit edilememiştir. Bu çalışmanın sonuçları da araştırmamızın sonuçlarını desteklememektedir.

Araştırma grubumuzdaki hemşirelerin DT puan ortalamalarıyla çocuk sahibi olma durumları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ( $p>0.05$ ). D ve KB puan ortalamaları ile çocuk sahibi olma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır ( $p<0.05$ ). Çocuğu olmayanların D puanları daha yüksek, KB puanları da daha yüksektir. Çocuğu olmayanlar duygusal tükenmişliği daha çok, kişisel başarısızlığı daha az yaşamaktadır. Dizer ve arkadaşlarının (64) yaptığı çalışmada hemşirelerin çocuk sahibi olma durumlarına göre tükenmişlik puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmamıştır ve araştırmamızın sonuçlarından farklıdır. Metin ve arkadaşının (1) yaptığı çalışmada hemşirelerin çocuk sahibi olma durumlarına göre D puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur, bu özelliğiyle araştırmamıza benzerdir, ancak bu çalışmada 1 çocuğu olanlar daha fazla tükenmişlik yaşamaktadır, bu özelliğiyle araştırmamızdan farklıdır. Güven'in (19) çalışmasında hemşirelerin çocuk sahibi olma durumuna göre tükenmişlik alt puanlarına bakıldığında çocuğu olmayanlarda duygusal tükenme ve D'nin istatistiksel olarak daha yüksek olduğunu bulmuştur, araştırmamızı desteklemektedir, ancak çocuğu olanlarda KB puanını yüksek bulmuştur. Bu sonuç araştırmamızın sonuçları ile benzer değildir. Başka bir insanın sorumluluğunu almanın duyarsızlaşmaya neden olduğu ve duyarsızlaşmanın zamanla KB puanını olumsuz etkileyebileceği düşünülmektedir.

Katılımcıların sigara kullanımlarıyla DT, D ve KB puan ortalamalarının arasında anlamlı bir fark olmadığı gözlemlenmiştir ( $p>0.05$ )(Tablo 4.10). Gül ve arkadaşlarının (91) yaptığı çalışmada katılımcıların sigara kullanımı ile tükenmişlik puanları arasında anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur. Beyhan ve arkadaşlarının (67) yaptığı çalışmada sigara kullanımının DT puanlarını etkilemediği bulunmuştur. Bu çalışmaların bulguları araştırmamızdaki bulguları desteklemektedir. Sağlık çalışanında sigara kullanma nedeninin stresten ve sıkıntıdan ziyade sosyal faktörlerden (çevre, arkadaş grupları), özentisi, heves, keyif ve zevkten kaynaklandığı düşünülebilir.

Hemşirelerin tanı aldıkları hastalıklar ile DT, D ve KB puan ortalamalarının arasında anlamlı bir fark olmadığı gözlemlenmiştir ( $p>0.05$ )(Tablo 4.10). Güven (19)

çalışmasında araştırmaya katılan hemşirelerin tanılanmış bir hastalığı bulunma durumlarına göre elde ettikleri duygusal tükenme, D ve KB alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark gözlememiştir. Bu çalışmanın bulguları bizim çalışmamızın bulgularına benzerdir. Buna karşın, Taycan ve arkadaşlarının (37) yaptığı çalışmada tanı konulmuş hastalığı olan hemşirelerde duygusal tükenmenin daha fazla olduğunu söylemişlerdir. Bizim çalışmamızda tanı aldıkları hastalıklar ile D, DT ve KBD puan ortalamaları arasında farkk çıkmamasının nedeni, tanılanmış hastalık varlığı kişilerin beyanına göre alındığı için varolan hastalıkların dikkatten kaçtığı düşünülebilir.

Hemşirelerin öğrenim durumları ile DT, D ve KB puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır ( $p<0.05$ )(Tablo 4.10). Çalışmamızda hemşirelerde öğrenim durumunun artmasıyla duygusal tükenmişliği, duyarsızlaşmayı daha yüksek düzeyde yaşadıklarını ve kişisel başarılarının arttığı görülmektedir. Duygusal tükenmişliğin ve duyarsızlaşmanın yüksek düzeyde çıkmasını, Türkiye’de halen çalışmakta olan hemşirelerin üç ayrı düzeyde okuldan mezun olmasına ancak bu üç ayrı düzeydeki okuldan mezun hemşirelerin görev, yetki, sorumluluk ve ünvanlarının aynı olmasına bağlayabiliriz (92). KB puanlarının artması ise eğitim ve öğretimle beraber bilgi, beceri ve birikimlerinin de artmasıyla gerçekleşmiştir. Bizim çalışmamıza benzer bir çalışmada Atan ve arkadaşının ambulans çalışanlarına yaptığı çalışmadır. Bu çalışmada eğitim durumu ile D ve DT puanları arasında anlamlı fark bulunmuştur ve eğitim düzeyi arttıkça D ve DTte artmıştır. Ankara’da yapılmış bir çalışmada (93) eğitim durumuyla DT, D ve KB puanları arasında fark bulunamamıştır. Yine Güven’in (19) çalışmasında hemşirelerin eğitim durumuyla DT, D ve KB puanları arasında fark bulunamamıştır. Bu çalışmalar araştırmamızdan farklı sonuç vermiştir.

Katılımcıların mesleği tercih etme nedenleri ile DT ve KB puan ortalamaları arasında anlamlı fark gözlenmiş, D puan ortalamaları ile mesleği tercih etme nedenleri arasında anlamlı fark gözlemlenmemiştir ( $p>0.05$ )(Tablo 4. 11). Mesleği istemeden seçme (sevmeyerek), iş imkanından ve aile istediği için seçme hemşirelerde duygusal tükenmişliği artırdığı ve kişisel başarıyı düşürdüğü söylenebilir. Ayrıca hemşirelik eğitiminin lisede başlaması nedeniyle bireyin bilinçsizce, ailesi istediği için ve iş imkanı olduğu için mesleği seçtiği düşünülebilir. Meslek seçimini bilinçli ve isteyerek yapanların mesleğinde başarılı olduğu ve tükenmişliği daha az yaşadığı söylenebilir.



Hemşirelerin meslekteki görev süreleri ile DT ve D puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark vardır, KB puan ortalamaları arasında fark yoktur ( $p>0.05$ ). Hemşirelerin meslekteki görev süreleri arttıkça duygusal tükenmişliği daha az yaşamaktadırlar. 26 ve üzeri yıl çalışan hemşirelerin D puan ortalamaları en düşüktür, diğer gruplara göre daha duyarlıdır. Daha önce başka kurumda çalışıp çalışmamaları ile DT, D ve KB puan ortalamaları arasında fark yoktur ( $p>0.05$ )(Tablo 4.12). Ergin ve arkadaşlarının (86) yaptığı çalışmada, hemşirelerin meslekteki görev süreleri ile DT puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur, D ve KB alt puanlarının tükenmişliği etkilemediği görülmüştür. Bu çalışmanın bulguları bizim çalışmamızla kısmen benzemektedir. Tunç'un (27) çalışmasında meslekteki toplam çalışma süresi ile DT puanları arasında anlamlı fark olduğu, 5-9 yıl arasında çalışanlarla 15 yıl ve üzeri çalışanlar arasında DT puan ortalamalarına göre fark olduğu bulunmuştur. Bu çalışmanın bu bulgusu araştırmamızla benzerdir. Bu çalışmada meslekte görev süresi değişkenine göre D ve KB puan ortalamaları arasında fark bulunmamıştır ve araştırmamızdan farklı sonuç vermiştir. Hemşirelerin meslekteki görev süreleri arttıkça mesleklerine daha fazla bağlanmaları, mesleklerini benimsedikleri, iş koşullarına uyum sağladıkları ve stresle daha kolay başa çıkabildikleri düşünülebilir.

Hemşirelerin şu an çalışmakta oldukları kurumdaki görev süreleri ve halen çalışmakta oldukları bölümde görev süreleri tükenmişliği etkilememiştir (Tablo 4.13). Aksütü'nün (30) çalışmasında hemşirelerin kurumdaki çalışma süreleri tükenmişlik puanlarını etkilemediği bulunmuştur. Şentürk'ün (57) çalışmasında hemşirelerin çalışmakta oldukları bölümde görev süreleri ile tükenmişlik puanları arasında fark bulunmamıştır. Bu araştırmaların sonuçları çalışmamızı desteklemektedir.

Katılımcıların çalıştıkları bölümlerle DT puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır ( $p>0.05$ ). Katılımcıların çalıştıkları bölümlerle D ve KBD puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark gözlemlenmiştir ( $p<0.05$ )(Tablo 4.14). yoğun bakım hemşirelerinin D puan ortalamaları en yüksektir ve duyarsızlaşmayı en çok yaşayan gruptur. KB puan ortalamaları en yüksek ameliyathane çalışanlarında, en düşük diyaliz çalışanlarında görülmektedir. Kişisel başarısızlığı en çok diyaliz çalışanları yaşamaktadır. Kaya ve arkadaşlarının (84) yaptığı çalışmada hemşirelerin çalıştıkları bölüm ile tükenmişlik puanları arasında anlamlı fark bulunmadı. Bu çalışma bizim araştırmamızdan farklıdır. Metin ve arkadaşının (1) yaptığı çalışmada

hemşirelerin çalıştıkları bölüme göre DT puan ortalamaları arasında fark bulundu, bu farkın cerrahi birimleri ile yoğun bakım ve acil servis arasındaki farktan kaynaklandığı bulundu. D ve KB puan ortalamaları arasında fark bulunamadı. Bu çalışmanın bulguları çalışmamızdan farklıdır. Bunun nedeni yoğunbakım, acil ve ameliyathane gibi birimlerde daha komplike vakalar olmasından ve hemşirelerin iş yükünün fazla olmasından kaynaklanabilir.

DT ve D puan ortalamaları ile katılımcıların çalışmakta oldukları pozisyonlar arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır ( $p<0.05$ ). KB puan ortalamaları ile katılımcıların çalışmakta oldukları pozisyonlar arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır ( $p<0.05$ )(Tablo 4.14). Kişisel başarısızlığı en az ameliyathane hemşiresi yaşamaktadır. Taycan ve arkadaşlarının (37) yaptığı çalışmada hemşirelerin çalışma pozisyonlarıyla duygusal tükenme ve D puan ortalamaları arasında fark yokken, KB puan ortalamaları arasında fark vardır. Bu çalışmanın sonuçları araştırmamızın sonuçlarıyla paralellik göstermektedir. Acil servis hemşiresinin KB puan ortalamasının sorumlu hemşireden düşük çıkmasının nedeni, acil servislerde çalışan hemşireler, yoğun tempo nedeniyle yaşanan aşırı yorgunluğa maruz kalmakta ve bu durum sürekli olduğunda , hemşirelerin iş doyumlarının azalması ve bunun tükenmişlikle sonuçlanmasıdır.

Katılımcılardan çalıştıkları kliniğe atanma durumlarına göre DT puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark vardır ( $p<0.05$ ). D puan ortalamaları ile çalıştıkları kliniğe atanma durumları arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır ( $p>0.05$ ). Katılımcılardan çalıştıkları kliniğe kendi isteğiyle atanlarla KB puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık yoktur ( $p>0.05$ )(Tablo 4.15). D puan ortalama puanı idare tarafından atanarlarda daha yüksek çıkmıştır ve duygusal tükenmişliği daha çok yaşamaktadır. Muşlu ve arkadaşlarının (66) yaptığı çalışmada ise kliniğe atanma durumu ile DT, D ve KB puanları arasında fark bulunmuştur. Yine Taycan ve arkadaşlarının (37) yaptığı çalışmada da kliniğe atanma durumuyla DT, D ve KB puanları arasında fark bulunmuştur. Bu çalışmalar araştırmamıza DT puan ortalaması bakımından benzer, D ve KB yönünden farklılık göstermektedir. Çalıştığı kliniğe kendi isteğiyle atanarlarda tükenmişliğin az görülmesi, yaptığı işi severek ve isteyerek yapmasına bağlanabilir.

Katılımcıların aylık çalışma saatleri ile DT puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır ( $p<0.05$ ). Katılımcıların aylık çalışma saatleri ile D ve KB puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark yoktur( $p>0.05$ )(Tablo 4.15). Ayda

200 ve üzeri saat çalışan hemşireler daha yüksek düzeyde DT yaşamaktadırlar. Helvacı ve arkadaşının (47) yaptığı çalışmada haftalık çalışma saatleri DT puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki varken, haftalık çalışma saatleri ile D ve KB puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark yoktur. Bu çalışma bizim çalışmamızla benzerdir. Taycan ve arkadaşlarının (37) yaptığı çalışmada bizim çalışmamıza benzer, hemşirelerin aylık çalışma saatleriyle DT puan ortalamaları arasında fark bulunmuş, D ve KB puan ortalamaları arasında fark bulunmamıştır ve haftada 40 saat çalışanların DT puan ortalamasının 46-50 saat arasında çalışanlarınkinden daha düşük olduğu saptanmıştır. Kebapçı ve arkadaşlarının (71) yaptığı çalışmada da aylık çalışma saati arttıkça DT ve D düzeylerinde anlamlı derecede artış olduğu bulunmuştur. Bizim araştırmamıza sadece DT ve KB puan ortalamaları açısından benzerdir. Aylık çalışma saatleri fazla olan hemşirelerin, yoğun çalışma temposu ve fazla iş yükünün mesleki yeterliliğini arttırdığını ancak yeterince dinlenememe, sosyal ve kültürel yaşamlarının sınırlı olmasına bağlı olarak yaşanan fiziksel ve psikolojik yorgunluğun tükenmişliğin gelişimine neden olduğunu düşündürmektedir (71).

Hemşirelerin çalışma şekliyle (sürekli gündüz – vardiya şekli) DT ve KB puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark yoktur ( $p>0.05$ )(Tablo 4.16). D puan ortalamaları ile katılımcıların çalışma şekli arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır ( $p<0.05$ ). Vardiya değişimli çalışan hemşirelerin D puan ortalamaları daha yüksek çıkmıştır, daha tükenmişlerdir. Taycan ve arkadaşlarının (37) yaptığı çalışmada ise hemşirelerin çalışma şekliyle tükenmişlik puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur. Akyüz'ün (76) yaptığı çalışmada da hemşirelerin çalışma şekliyle tükenmişlik puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur. Yine Dizer ve arkadaşlarının (64) çalışmasında çalışma şekliyle tükenmişlik puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur. Bu çalışmaların bulguları araştırmamızın bulgularıyla ters düşmektedir. Yörükoğlu'nun (42) çalışmasında çalışma şekliyle duygusal tükenme, D ve KB puanı arasında anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur. Çalışmamızla D puan ortalamaları ile çalışma şekli arasındaki ilişkinin benzerliği vardır. Vardiyalı çalışan hemşireler kendileri için önemli olan diğer kişilerle iletişimlerini azaldığı için sosyal izolasyona maruz kalmakta, aile ve arkadaş çevrelerinden uzaklaşmakta, sosyal ve aile içi rollerini yerine getirmekte güçlük yaşamaktadırlar (94-97). Çünkü sosyal yaşam ve aile ile ilgili aktivitelerin çoğu akşam saatlerinde veya hafta sonlarında düzenlendiğinden sosyal içerikli eğlence ve kültürel

etkinliklere katılmaları veya arkadaş ilişkileri kurmaları güçleşmektedir (98). Dolayısıyla tükenmişliğe maruz kalmaktadırlar.

Katılımcıların bir mesai süresinde baktıkları hasta sayısı ile DT ve KB puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark yoktur ( $p>0.05$ ). D puan ortalamaları ile katılımcıların bir mesai süresinde baktıkları hasta sayısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır ( $p<0.05$ )(Tablo 4.16). D puan ortalamaları sorumlu hemşire olduğu için hasta bakmayan hemşirelerde en düşük çıkmıştır ve en az tükenmişliği yaşayan gruptur. Akyüz'ün (76) yaptığı çalışmada da hemşirelerin bir mesai süresinde baktıkları hasta sayısı ile tükenmişlik puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur. Oğuzberk ve arkadaşının (25) çalışmasında ise bir mesai süresinde baktıkları hasta sayısı ile DT puan ortalaması arasında fark bulunmuş, D ve KB puan ortalaması arasında fark bulunmamıştır. Şenturan'ın (62) çalışmasında ise hemşire başına düşen hasta sayısı ile tükenmişlik puan ortalamaları arasında fark bulunmamıştır. Bu çalışmalar araştırmamızdan farklı sonuçlar vermiştir. Bizim araştırmamızın farklı sonuç vermesini, araştırmamızı yaptığımız devlet hastanesinin sağlık personelinin az olmasına, bulunduğu ilde özel hastane sayısının tek olmasına ve dolayısıyla hasta yoğunluğuna bağlanabilir.

Katılımcılardan sağlık personeli sayısının yeterli olduğunu düşünenlerle DT, D ve KB puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır ( $p<0.05$ ) (Tablo 4.17). Sağlık personeli sayısının yeterli olduğunu söyleyenler daha az DT ve D yaşamaktadırlar ancak kişisel başarısızlığı daha çok yaşamaktadırlar. Yörükoğlu'nun (42) çalışmasında bizim çalışmamızın aksine sağlık personeli sayısının yeterli olduğunun düşünülmesine göre kişilerin duygusal tükenme, D ve KB puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır. Bu çalışma araştırmamızla özel hastane olmasından dolayı benzerlik göstermemektedir. Özel hastanelerde çalışan hemşirelerde daha az tükenmişlik görülmektedir. Altuntaş ve arkadaşlarının (72) yaptığı çalışmada da özel hastanelerde çalışan hemşirelerin D ve DT puanları devlet hastanesi ve üniversite hastanesine göre düşük, KB puanları ise yüksek bulunmuştur.

Katılımcılardan, çalışma koşullarından memnun olma durumları ile DT, D ve KB puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark vardır ( $p<0.05$ )(Tablo 4.17). Çalışma koşullarından memnun olmayanların D, DT ve KB puan ortalamaları daha yüksektir,

hemşireler D ve duygusal tükenmişliği daha çok, kişisel başarısızlığı daha az yaşamaktadırlar. Güven'in (19) çalışmasında çalışma koşullarından menmun olma durumları ile DT, D ve KB puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. Araştırmamızla benzerlik göstermektedir. Taycan ve arkadaşlarının (37) yaptığı çalışmada çalışma koşullarından menmun olma durumları ile DT, D ve KB puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. Yine Akyüz'ün (76) yaptığı çalışmada da çalışma koşullarından menmun olma durumları ile DT, D ve KB puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. Bu çalışmalar araştırma grubumuzdaki bulguları desteklemektedir. Tunçel ve arkadaşlarının (99) yaptığı çalışmada ise hemşirelerin çalışma koşullarından menmun olma durumları ile DT, D puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur, KB puan ortalaması arasında fark bulunmamıştır. Erci ve arkadaşlarının (100) yaptığı çalışmada birimden memnuniyetin duygusal tükenmeyi etkilediği, D ve KB'yı etkilemediği bulunmuştur. Araştırmamızdan bu çalışmalar farklı sonuç vermiştir.

Araştırma grubumuzdaki hemşirelerin ekonomik olarak tatmin olma durumu ile DT, D ve KB puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır ( $p<0.05$ )(Tablo 4.18). Ekonomik açıdan tatmin olmayanların D, DT ve KB puan ortalamaları diğer gruplara göre yüksek çıkmıştır ve duyarsızlaşmayı ve duygusal tükenmişliği daha çok, kişisel başarısızlığı daha az yaşamaktadırlar. Süloğlu'nun (12) çalışmasında hemşirelerin maddi anlamda tatmin olma durumları ile tükenmişlik puanları arasında anlamlı fark bulunmuştur. Bu çalışma araştırmamızla benzerlik göstermektedir. Emeğinin karşılığını almadığını düşünen hemşirelerin ekonomik açıdan tatmin olmadığı ve tükenmişliğe yatkın oldukları düşünülebilir. Ayraller ve arkadaşlarının (59) yaptığı çalışmada ise sadece D tükenmişlik puan ortalamaları ile ekonomik tatmin olma durumu arasında fark bulunmuştur. Bu çalışmanın bulguları araştırmamızdan farklıdır.

Katılımcılardan duygusal açıdan tatmin olma durumu ile DT, D ve KB puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır ( $p<0.05$ )(Tablo 4.18). duygusal açıdan tatmin olmayanların D, DT ve KB puan ortalamaları diğer gruplara göre yüksek çıkmıştır ve D'yı ve duygusal tükenmişliği daha çok, kişisel başarısızlığı daha az yaşamaktadırlar. Araştırma grubumuzdaki hemşirelerin yoğun stres

altında çalışması, iş yükünün fazla olması ve çalışma koşullarından menmun olmamalarından dolayı duygusal açıdan tatmin olamadıkları düşünülebilir.

Sonuç olarak;

1.-Araştırmamıza katılan hemşirelerin ortalama duygusal tükenme puanları  $18.5 \pm 7.4$ , D puanları  $6.2 \pm 4.1$  ve KB puanları  $12.1 \pm 5$  olarak bulunmuştur. Yani DT düzeylerinin yüksek, D düzeylerinin orta ve kişisel başarısızlık düzeylerinin ise yüksek olduğu saptanmıştır.

2-Hemşirelerde yaş ilerledikçe ve meslekteki görev süreleri artıkça tükenmişlik daha az görülmektedir.

3- Çalışma saatleri fazla olan, çalışma koşullarından menmun olmayan ve idare tarafından atanan hemşireler tükenmişliği daha çok yaşamaktadırlar.

4- Ekonomik ve duygusal açıdan tatmin olmayan hemşirelerin tükenmişlik puanları daha yüksek bulunmuştur.

Bu sonuçlar doğrultusunda çalışma koşullarının düzeltilmesi, ekonomik yetersizliklerin giderilmesi, çalışma saatlerinin ve iş yükünün azaltılması, hizmetiçi eğitimlerin yapılması, hemşirenin göreve hangi serviste başlamak istediğine dair fikrinin alınması ve genç hemşirelerin de iş yoğunluğu az ve gündüz saatlerinde çalıştırılması önerilebilir.

## KAYNAKLAR

1. Metin Ö, Özer F. Hemşirelerin Tükenmişlik Düzeyinin Belirlenmesi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2007;10:58-66
2. Çapri B, Gündüz B, Gökçakan Z. Maslach Tükenmişlik Envanteri-öğrenci Formu'nun Türkçe'ye Uyarlaması: Geçerlik ve Güvenirlilik Çalışması. Çukurova Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi 2009;1:134-147
3. Denizoğlu S, Yılmaz B, Akyıl R, Akyıl M. Atatürk Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesinde Çalışan Diş Hekimleri ve Hemşirelerin Mesleki Durum Değerlendirilmesi, Bölüm II: Tükenmişlik. Atatürk Üniv. Diş Hek. Fak. 2005;15:43-53
4. Kılıç T, Aytemiz Seymen O. Sağlık Sektöründe, Tükenmişlik Sendromuna Etki Eden Faktörlerin Analizi Ve Bir Araştırma. Yönetim ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi 2011; 16:47-67
5. Aslan Ş, Özata M. Duygusal Zeka ve Tükenmişlik Arasındaki İlişkilerin Araştırılması: Sağlık Çalışanları Örneği. Erciyes Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi 2008; 77-97.
6. Ergin D, Celasin N, Akış Ş ve ark. Dahili Kliniklerde Görev Yapan Hemşirelerin Tükenme ve Empatik Beceri Düzeyleri ve Bunları Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi 2009;11:49-64.
7. Sertöz Ö, Binbay T, Mete H. Tükenmişliğin Nörobiyolojisi: Hipotalamus-Pituitier-Adrenal Ekseni ve Diğer Bulgular. Türk Psikiyatri Dergisi 2008; 19: 318-328
8. Kaçmaz N. Hemşirelerde İş Stresi ve Tükenmişlik, İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Hemşirelik Dergisi 2005;8:67-77
9. Sinat Ö. Psikiyatri Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin Tükenmişlik Düzeylerinin Araştırılması, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 2007:102
10. Freudenberger, H.J. Staff Burnout. J. Soc. Issues 1974;30:159- 165.
11. Freudenberger, H.J., The Staff Burnout Syndrome in Alternative Institutions. Psychother. Theory Res. Pract 1975; 12:73- 82.

12. Süloğlu A. Diyaliz Merkezlerinde alışan Doktor ve Hemşirelerde Tükenmişlik Sendromu, Uzmanlık Tezi, Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Koordinatörü ve ocuk Sağlığı Ve Hastalıkları Klinik şefi Uzm. Dr. Sami Hatipoğlu, İstanbul, 2009:69
13. Arı G, Bal E. Tükenmişlik Kavramı: Birey ve Örgütler Açısından Önemi. Yönetim ve Ekonomi 2008; 15:131-148
14. Günüşen N, Üstün B. Türkiye’de İkinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde alışan Hemşire ve Hekimlerde Tükenmişlik: Literatür İncelemesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi 2010; 3: 40-51
15. Maslach C, Schaufeli, W.B. & Leiter, M.P. Job Burnout. Annual Review of Psychology 2001; 52: 397-422.
16. Altun İ. Burnout And Nurses’ Personal And Professional Values. Nurs Ethics 2002;9:269-278.
17. Yakut H, Kapısız S, Durutuna S, Evran A. Sağlık Alanında alışma Yaşamında Tükenmişlik. The Journal Of Gynecology- Obstetrics And Neonatology 2013;10:1564-1571.
18. Ergin C. Maslach Tükenmişlik Ölçeğinin Türkiye Sağlık Personeli Normları. 3P Dergisi 1996; 4: 28-33.
19. Güven S. Cerrahi Kliniklerde alışan Hemşirelerin Mizah Tarzları ile Tükenmişlik Düzeyleri Arasındaki İlişkinin Saptanması, Jukes Lisans Tezi, Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik ve Sağlık Hizmetleri Bölümü, Ankara 2013:76
20. Akçalı D, Dayanır H, İlhan M ve ark. İç Anadolu Bölgesinde Anesteziyoloji Ve Algoloji alışanlarında Tükenmişlik Durumu. Klinik alışma 2010;22:79-85.
21. Demir S. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastaneleri alışanlarının Tükenmişlik ve İş Doyumu Düzeylerinin Bazı Değişkenler Açısından İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Atılım Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Kurumları İşletmeciliği Anabilim Dalı, Ankara 2010:93
22. Ardıç K, Polatçı S. Tükenmişlik Sendromu Akademisyenler Üzerinde Bir Uygulama. Gazi Üniversitesi İktisadi Ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi 2008;10:69-96



23. Maslach C, Jackson SE. Manuel Maslach Burnout Inventory. 2nd ed, Consulting Psychologists Pres, Palo Alto, California 1981;1-17.
24. Armutçuk A, Sevinç Ö , Bozkurt A ve ark. Denizli Devlet Hastanesi'nde Çalışan Hekim Dışı Sağlık Personelinde Tükenmişlik Düzeyi Ve İlişkili Faktörler. Pamukkale Tıp Dergisi 2011; 4: 15-20
25. Oğuzberk M, Aydın A. Ruh Sağlığı Çalışanlarında Tükenmişlik. Klinik Psikiyatri 2008; 11: 167-179
26. Gosseries O, Demertzı A ve ark. Burnout İn Healthcare Workers Managing Chronic Patients With Disorders Of Consciousness. Brain İnjury, November 2012;26:1493-1499.
27. Tunç T. Doktor ve Hemşirelerde Tükenmişlik ile Rol Çatışması ve Rol Belirsizliği Arasındaki İlişki :Bir Üniversite Hastanesi Örneği, Yüksek Lisans Tezi, Sakarya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sakarya 2008:169
28. Havle N, İlnem M, Yener F, Gümüş H. İstanbul'da Çalışan Psikiyatristlerde Tükenmişlik, İş Doyumu ve Bunların Çeşitli Değişkenlerle İlişkisi. Düşünen Adam 2008; 21: 4-13
29. Sünter A, Canbaz S, Dabak Ş ve ark. Pratisyen Hekimlerde Tükenmişlik, İşe Bağlı Gerginlik ve İş Doyumu Düzeyleri. Genel Tıp Dergisi 2006; 16: 9-17
30. Aksütü S. Sağlık Çalışanlarında Duygusal Zeka ve Tükenmişlik İlişkisi, Yüksek Lisans Tezi, Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Yönetimi Anabilim Dalı Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi Bilim Dalı, İstanbul, 2013: 73
31. Özkaya O, Yakın V, Ekinci T. Stres Düzeylerinin Çalışanların İş Doyumu Üzerine Etkisi. Celal Bayar Üniversitesi Çalışanları Üzerine Ampirik Bir Araştırma. Yönetim ve Ekonomi 2008; 15: 163-179
32. Balcı A. Öğretim Elemanının iş Stresi Kuram ve Uygulama. Nobel Yayın Dağıtım Ankara, 2000
33. Tel H. Stresi Azaltmanın ve Tükenmişlikten Kaçınmanın Yolları. Atatürk Üniv. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 1999;2:27-33

34. Çetin H, Zetter S, Taş S, Çaylak M. İş Doyumu Ve Çalışanların Demografik Özellikleri Arasındaki İlişkilerin Belirlenmesi: Antalya Atatürk Devlet Hastanesi Örneği. Akdeniz İ.İ.B.F. Dergisi 2013;26:145-163.
35. Tatlı H, Kaya H, Halisdemir N. Bingöl İl Merkezinde Bulunan Hastanelerde Görev Yapan Hekimlerin İş Doyumlarının Değerlendirilmesi. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2008; 15:151-161
36. Ünal S, Karlıdağ R, Yoloğlu S. Hekimlerde Tükenmişlik ve İş Doyumu Düzeylerinin Yaşam Doyumu Düzeyleri İle İlişkisi.Klinik Psikiyatri 2001;4:113-118.
37. Taycan O, Kutlu L, Çimen S, Aydın N. Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerde Depresyon ve Tükenmişlik Düzeyinin Sosyo Demografik Değişkenlerle İlişkisi. Anatolian Fournal Of Psychiatry 2006; 6: 100-108
38. Güllüce A. Mesleki Tükenmişlik ve Duygusal Zeka Arasındaki İlişki, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Erzurum Üniversitesi, 2006, Erzurum.
39. Çavuşoğlu İ. Endüstri Meslek Liselerinde Çalışan Öğretmenlerin Tükenmişlik Düzeyleri İle Bazı Kişisel Değişkenler Arasındaki İlişki (Bolu İli Örneği), Yayınlanmamış, Yüksek Lisans Tezi, Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Bolu, 2005.
40. Çimen M. Türk Silahlı Kuvvetleri Sağlık Personelinin Tükenmişlik, İş Doyumu,Kuruma Bağlılık ve İşten Ayrılma Niyetlerine İlişkin Bir Alan Araştırması. T.C. Genelkurmay Başkanlığı Gülhane Askeri Tıp Akademisi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Ankara,2000.
41. Leiter M.P, Maslach C. The Impact of Interpersonal Environment on Burnout and Organizational Commitment. Journal Of Organizational Behavior.1988;9: 297-308.
42. Yörükoğlu S. Özel Bir Hastanede Çalışan Sağlık Personelinin Rol Çatışması, Rol Belirsizliği ve Tükenmişlik Düzeylerinin Belirlenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul 2008:93
43. Eğrigözlü E. Hemşirelerde İş Kontrolü, Kontrol İsteği ile Tükenmişlik ve Fiziksel Sağlık Arasındaki İlişkiler, Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstirüsü, Psikoloji Anabilim Dalı, Ankara, 2002.

44. Koç H. Yoğun Bakım Ünitesi Hemşirelerinde Stres Etkenleri ve Tükenmişlik Sendromu, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Hastane ve Sağlık Kuruluşları Yönetimi Bilim Dalı, İstanbul,1988.
45. Barutçu E, Serinkan C. Günümüzün Önemli Sorunlarından Biri Olarak Tükenmişlik Sendromu ve Denizli’de Yapılan Bir Araştırma. Ege Akademik Bakış 2008;8:541-561
46. Budak G, Sürgevil O. Tükenmişlik ve Tükenmişliği Etkileyen Örgütsel Faktörlerin Analizine İlişkin Akademik Personel Üzerinde Bir Uygulama. D.E.Ü. İ.İ.B.F. Dergisi 2005;20 :95-108
47. Helvacı I, Turhan M. Tükenmişlik Düzeylerinin İncelenmesi: Silifke’de Görev Yapan Sağlık Çalışanları Üzerinde Bir Araştırma. İşletme ve İktisat Çalışmaları Dergisi 2013;1:58-68
48. Davis D, DNSc RN, Bonnie K ve ark. A Comparison Of Burnout Among Oncology Nurses Working In Adult And Pediatric Inpatient And Outpatient Settings. Oncology Nursing Forum 2013;40:303-312.
49. Örmen U. Tükenmişlik Duygusu ve Yöneticiler Üzerinde Bir Uygulama, Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İngilizce İşletme Ana Bilim Dalı, İstanbul 1993
50. Aktaş E. Anestezi ve Dahili Klinik Çalışanlarında Depresyon ve Tükenmişlik Sendromu Açısından Karşılaştırılması,Uzmanlık Tezi, Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Anestezi ve Reanimasyon Anabilimdalı, Diyarbakır 2013.
51. Atan M, Tekingündüz S. Ambulans Çalışanlarının (112) Tükenmişlik, Algılanan İş Stresi ve İş Tatminlerinin Kişisel Özelliklere Göre İncelenmesi. NWSA-Social Sciences, 2014;9:54-69.
52. Karsavuran S. Sağlık Sektöründe Tükenmişlik: Ankara’daki Sağlık Bakanlığı Hastaneleri Yöneticilerinin Tükenmişlik Düzeyleri. H.Ü. İktisadi Ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi 2014;32:133-165
53. Solmuş T. İş Yaşamında Duygular ve Kişilerarası İlişkiler, Tükenmişlik, Beta Basım Yayım Dağıtım A.Ş., İstanbul,2004; 101-111.

54. Çetinkaya A, Özbaşaran F. Üniversite Hastanesi'nde Görev Yapan Hemşirelerin İş Doyumu Düzeyleri ve Etkileyen Faktörler. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2004;20: 57-76
55. Ergin C. Doktor ve Hemşirelerde Tükenmişlik ve Maslach Tükenmişlik Ölçeğinin Uyarlanması, Türk Psikologlar Derneği Yayınları, Ankara, 1992; 143-154.
56. Tunçel Y, Kaya M, Kuru R ve ark. Onkoloji Hastanesi Yoğun Bakım Ünitesinde Hemşirelerin Tükenmişlik Sendromu. Türk Yoğun Bakım Derneği Dergisi 2014 ;12: 57-62
57. Şentürk S. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Tükenmişlik Düzeyleri İle Uyku Kalitesi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi.Bozok Tıp Dergisi 2014;4:48-56.
58. Kılıç M, İpekçi N, Dokur M, Kaya S. Kilis Devlet Hastanesi'nde Çalışan Hemşirelerin Tükenmişlik Düzeylerinin Belirlenmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 2015;18:1
59. Ayraller A, Yavuz B, Bakım B, Karamustafalıoğlu O. Diyaliz Ünitesinde Çalışan Sağlık Ekibinde Tükenmişlik Sendromu. Diyaliz Çalışanlarında Tükenmişlik Sendromu. JAREM 2011;1:52-6
60. Hemşirelik Kanunu, TC. Resmi Gazete, 2 Mayıs 2007, sayı:5634.
61. Baykan Z, Çetinkaya F, Naçar M ve ark. Aile Hekimlerinin Tükenmişlik Durumları ve İlişkili Faktörler. Türk Aile Hekimliği Dergisi 2014;18:121-132.
62. Şenturan L, Karabacak B, Alpar Ş ve ark. Hemodiyaliz Ünitelerinde Çalışan Hemşirelerin Tükenmişlik Düzeyi. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, 2009,2:33-43.
63. Ayala E and Carnero A. Determinants Of Burnout In Acute And Critical Care Military Nursing Personnel:A Cross-Sectional Study From Peru, 2013;8:1-7.
64. Dizer B, İyigün E, Kılıç S. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Tükenmişlik Düzeylerinin Belirlenmesi. Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi 2008;12:1-11.
65. Sayıl I, Haran S, Ölmez Ş ve ark. Ankara Üniversitesi Hastanelerinde Çalışan Doktor ve Hemşirelerin Tükenmişlik Düzeyleri. Kriz dergisi 5:71-77.

66. Muşlu C, Baltacı D, Kutanis R, Kara İ. Birinci Basamak Ve Hastanede Çalışan Hemşirelerde Anksiyete, Depresyon ve Hayat Kalitesi. Konuralp Tıp Dergisi 2012;4:17-23.
67. Beyhan S, Güneş Y, Türktan M, Özcengiz D. Doğu Akdeniz Bölgesindeki Anestezi Hekimlerinde Tükenmişlik Sendromunun Araştırılması. Turk Anaesth Reanim 2013;41:7-13.
68. Şahin D, Önal Ö, Sütlü S, Kılınç A, Mutluay D. Acil Servis Ve Yoğunbakımda Çalışan Hemşirelerde Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. MAKÜ Sag. Enst. Derg. 2014;2:81-92.
69. Çalışkan D, Çulha G, Sarışen Ö, Karpuzoğlu S, Tunçbilek A. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğrenci Ve Çalışanlarının Sigara İçme Durumu Ve Etkili Faktörler. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası 2005; 58:124-31.
70. Tezcan S, Yardım N. Türkiye’de Çeşitli Sağlık Kurumlarında Doktor, Hemşire ve Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Sigara İçme Boyutu. Tüberküloz ve Toraks Dergisi 2003; 51: 390-397
71. Kebapçı A, Akyolcu N. Acil Birimlerde Çalışan Hemşirelerde Çalışma Ortamının Tükenmişlik Düzeylerine Etkisi. Türkiye acil tıp dergisi 2011;11:59-67
72. Altuntaş S, Seren Ş, Baykal Ü. Yönetici Hemşirelerin Tükenme Düzeyleri Ve Etkileyen Faktörler. Hemşirelikte Eğitim Ve Araştırma Dergisi 2009;6:16-21.
73. Öztürk A, Tolga Y, Şenol V, Günay O. Kayseri İlinde Görev Yapan Sağlık İdarecilerinin Tükenmişlik Düzeylerinin Değerlendirilmesi. Erciyes Tıp Dergisi 2008;30:92-99.
74. Wang X , Kunaviktikul W, Wichaikhum O. Work Empowerment And Burnout Among Registered Nurses In Two Tertiary General Hospitals. Journal Of Clinical Nursing 2013;22:2896-2903.
75. Yıldırım A, Hacıhasanoğlu R. Sağlık Çalışanlarında Yaşam Kalitesi Ve Etkileyen Değişkenler. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi 2011;2:61-68.
76. Akyüz İ. Hemşirelerin Tükenmişlik Ve Depresyon Düzeylerinin Çalışma Koşulları Ve Demografik Özellikler Açısından İncelenmesi. İşletme ve İktisat Çalışmaları Dergisi 2015;3(1):21-35.

77. Özçakar N, Kartal M, Dirik G et al. Burnout And Relevant Factors In Nursing Staff: What Affects The Staff Working In An Elderly Nursing Home. Turkish Journal Of Geriatrics 2012;15:266-272.
78. Hamaideh S. BURNOUT, Social Support, And Job Satisfaction Among Jordanian Mental Heath Nurses. Issues In Mental Health Nursing 2011;32:234-242.
79. Fradelos E, Mpelegrinos S, Mparo Ch et al. Burnout Syndrome Impacts On Quality Of Life In Nursing Professionals: The Contribution Of Perceived Social Support. Prog Health Sci 2014;4:102-109.
80. Moghaddasi J, Mehralian H, Aslani Y et al. Burnout Among Nurses Working In Medical And Educational Centers In Shahrekord, Iran. Iranian Journal Of Nursing And Midwifery Research 2013;18:294-297.
81. Akpınar A, Taş Y. Acil Servis Çalışanlarının Tükenmişlik İle İş Doyum Düzeyleri Arasındaki İlişkiyi Belirlemeye Yönelik Bir Araştırma. Türkiye Acil Tıp Dergisi 2011;11:161-165.
82. Günüşen N, Üstün B. Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Tükenmişlik Düzeyi Ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2008;11:48-59.
83. Erci B, Tortumluoğlu G. Koruyucu Sağlık Hizmetlerinde Görev Yapan Hemşire ve Ebelerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Tükenmişlik Düzeyine Etkisi.Uluslararası Katılımlı VI. Ulusal Hemşirelik Kongresi Bildiri Özet Kitabı, 22. Sözel Bildiri, 14-16 Mayıs 1998, Gata HYO, Ankara.
84. Kaya N, Kaya H, Ayık S, Uygur E. Bir Devlet Hastanesi'nde Çalışan Hemşirelerde Tükenmişlik. Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi 2010;7:401-419.
85. Basım H. N, Şeşen H. Mesleki Tükenmişlikte Bazı Demografik Değişkenlerin Etkisi: Kamu'da Bir Araştırma. Ege Academic Review 2006;6:15-23.
86. Ergin C. Doktor ve Hemşirelerde Tükenmişlik Ve Maslach Tükenmişlik Ölçeği'nin Uyarlanması. VII. Ulusal Psikoloji Kongresi Bilimsel Çalışmaları. Ankara:VII Ulusal Psikoloji Kongresi Düzenleme Kurulu Ve Türk Psikologlar Derneği Yayını 1993:134-154.

87. Kocabıyık Z.O, Çakıcı E. Sağlık Çalışanlarında Tükenmişlik ve İş Doyumu. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2008;9:132-138.
88. Dikmetaş E, Top M, Ergin G. Asistan Hekimlerin Tükenmişlik ve Mobbing Düzeylerinin İncelenmesi. Türk Psikiyatri Dergisi 2011;22:1-20.
89. Basım N, Şeşen H. Mesleki Tükenmişlikte Bazı Demografik Değişkenlerin Etkisi: Kamu'da Bir Araştırma. Ege Akademik Bakış Dergisi 2006;6:15-23
90. Çavuş M, Gök T, Kurtay F. Tükenmişlik: Meslek Yüksekokulu Akademik Personeli Üzerine Bir Araştırma Ç.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi 2007;16:97-108.
91. Gül Ş, Gül H, Oruç A ve Ark. Radyasyon Onkolojisi Kliniği Çalışanlarında Depresyon ve Tükenmişlik Düzeylerinin Sosyodemografik Özelliklerle İlişkisinin Değerlendirilmesi. J Kartal TR 2012 ;23:11-17.
92. Demir A. Hemşirelikte Tükenmişliğe Bir Bakış. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 2004;7:1-10
93. Demirtas U, Cetin M, Ozturk G et al. A Study on the Relationships Between Burnout Status and Organizational Commitment. Demirtas et al., J Psychiatry 2015;18:1-5.
94. THD (Türk Hemşireler Derneği). 7 gün-24 saat / Hasta Başında Türkiye'de Hemşirelerin Çalışma Koşulları 2008, Ankara.
95. Yıldız AN, Gedikli FG, Küçükbiçer B. Vardiyalı çalışmalarda iş sağlığı ve güvenliği konuları. Türkiye İşçi Sendikaları Konfederasyonu Yayını, Aydoğdu Ofset 2012, Ankara.
96. Gedikli FG. Otomotiv Sektöründe Faaliyet Gösteren Bir İşyerinde Vardiya Sistemi İle Yapılan Çalışmanın Sağlık ve Güvenlik Üzerine Etkileri, Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, Türkiye 2008.
97. Hughes R, P Stone. The Perils of Shift Work; Evening Shift, Night Shift, And Rotating Shifts: Are They For You? AJN 2004; 104: 62.
98. Çalık K, Aktaş S, Bulut H, Anahtar E. Vardiyalı ve Nöbet Sistemi Şeklindeki Çalışma Düzeninin Hemşireler Üzerine Etkisi. Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi 2015;1:33-45

99. Tunçel Y, Kaya M, Kuru R ve ark. Onkoloji Hastanesi Yoğun Bakım Ünitesinde Hemşirelerin Tükenmişlik Sendromu. Türk Yoğun Bakım Derneği Dergisi 2014;12:57-62.
100. Erci B, Aydın İ, Tortumluoğlu G. Koruyucu Sağlık Hizmetlerinde Görev Yapan Hemşire ve Ebelerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Tükenmişlik Düzeyleri. Atatürk Üniv. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2000;3:10-15.



## **EKLER**

### **Ek 1 BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU**

#### **Değerli meslektaşlarım,**

Katılacak olduğunuz bu çalışma Niğde Devlet Hastanesinde çalışmakta olan hemşirelerin tükenmişlik düzeylerini belirlemek için yapılan bir araştırmadır. Araştırmanın adı ‘‘Niğde Devlet Hastanesi’nde Çalışan Hemşirelerin Tükenmişlik Düzeylerinin Belirlenmesi’’ dir.

Niğde Devlet Hastanesinde çalışan hemşirelerin tükenmişlik düzeylerini belirlemek, mesleki ve sosyo demografik değişkenler açısından incelemek ve belirlenen sorunlara yönelik çözüm önerileri geliştirmek amacıyla yapılan bu çalışma 2014 Eylül -2015 Mayıs ayları içerisinde gerçekleştirilecektir.Araştırmaya 350 kişinin alınması planlanmaktadır.Araştırma kişilere yüz yüze görüşme tekniği ile anket formunun doldurulması şeklinde yapılacaktır.Bu anket çalışmasına katılmak sizin isteğinize bağlı olup, istediğiniz zaman, bir cezaya veya yaptırıma maruz kalmaksızın ve hiçbir hakkınızı kaybetmeksizin, araştırmaya katılmayı reddedebilirsiniz ve araştırmadan çekilebilirsiniz.Kimliğinizi ortaya koyacak kayıtları kesinlikle gizli tutulacaktır, kamuoyuna açıklanmayacaktır, araştırma sonuçlarının yayımlanması halinde bile kimliğiniz gizli kalacaktır.

Katılımınız ve desteğiniz için şimdiden teşekkür ederim.

#### **ARAŞTIRMA SÜRESİNCE 24 SAAT ULAŞILABİLECEK KİŞİ**

Adı, Soyadı: Dilek BOZOT KAYASAN

Telefonu:05386591321

#### **GÖNÜLLÜ OLURU**

Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana, yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama, aşağıda adı belirtilen kişi tarafından yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabilceğimi ve kendi isteğime bakılmaksızın araştırmacı tarafından araştırma dışı bırakılabileceğimi biliyorum.Söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcının Adı Soyadı:

Açıklamayı Yapan Kişinin Adı Soyadı:

İmzası:

İmzası:

Tarih:

Tarih:

## Ek 2 KİŞİSEL BİLGİ FORMU

Değerli meslektaşlarım bu araştırmaya katılmanız halinde; kimliğinizi belirtmenize gerek yoktur, toplanan veriler yalnızca araştırma amaçları için kullanılacaktır. Araştırmanın sunumunda kurum kimliğine yönelik açıklama yer almayacaktır. Bu araştırmanın değeri, cevaplarken göstereceğiniz samimiyet ve dikkate bağlıdır. Zaman ayırarak araştırmaya yapacağınız değerlik atkılarınızdan dolayı teşekkür ederim.

Gönüllü olarak araştırmaya katıldığınızı belirtmek için aşağıdaki kutucuğu imzalayınız.

Saygılarımla;

Dilek BOZOT KAYASAN

### SOSYO DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER VE MESLEKİ ÖZELLİKLER SORU FORMU

#### Sosyo Demografik Özellikler

1)Yaşınız.....

2)Cinsiyetiniz: 1.)Kadın 2.)Erkek

3)Medeni Durumunuz:1.)Evlili 2.)Bekar 3.)Boşanmış

4)Çocuk sahibi olma durumunuz:

1.)Yok 2.)1 3.)2 4.)3 ve daha fazla

5)Tanı konulmuş herhangi bir hastalığınız var mı?

1.)Evet (Belirtiniz.....) 2.) Hayır

6)Birinci derece yakınlarınızda önemli bir hastalık var mı? (Anne,baba,eş,kardeş,çocuk)

1.)Evet (Belirtiniz.....) 2.) Hayır

7)Sigara kullanıyor musunuz?

1)Evet 2)Hayır 3)Bırakmış

#### Mesleki Durum Bilgileri

8)Öğrenim Durumunuz?

1.)Sağlık Meslek Lisesi 2.)Önlisans 3.)Lisans 4.)Lisansüstü

9)Meslekteki Görev Süreniz:.....

10)Mesleğinizi tercih etme nedeniniz:.....

11)Daha önce başka bir kurumda çalıştınız mı? 1.)Evet 2.)Hayır

12)Şu an çalıştığınız kurumdaki görev süreniz:.....

13)Çalıştığınız Bölüm:

- 1.)Ameliyathane                      2.)Acil Servis                      3.)Yoğun Bakım  
4)Diyaliz                              5.)Dahili Servisler                      6.)Cerrahi Servisler

14)Halen çalışmakta olduğunuz bölümde görev süreniz:.....

15) )Halen çalışmakta olduğunuz bölümde çalışma pozisyonunuz:

- 1.)Sorumlu hemşire                      2.)Servis hemşiresi                      3.)Ameliyathane Hemşiresi  
4.)Yoğunbakım Hemşiresi                      5.)Acil Servis Hemşiresi                      6.)Diyaliz Hemşiresi  
7.)Diğer.....

16)Çalıştığınız kliniğe nasıl atandınız?

- 1.)Kendi isteğimle seçtim                      2.)İdare tarafından atandım

17)Aylık ortalama çalışma saatiniz:.....

18)Çalışma şekliniz:

- 1)Sürekli gündüz                      2)Vardiya değişimli                      3.)Diğer.....

19)Çalıştığınız bölümde sağlık personeli sayısı yeterli olduğunu düşünüyor musunuz?

- 1.)Evet                                      2.)Hayır

20)Bir mesai süresinde günlük bakım verdiğiniz ortalama hasta sayınız.....?

21)Çalışma koşullarından memnun musunuz?

- 1)Evet                                      2.)Hayır                                      3.)Kısmen

22)Memnun değilseniz memnun olmama nedenleriniz? (Birden çok eçenek işaretleyebilirsiniz)

- 1.)Ortamdaki iletişim sorunu                                      2.)Sosyal olanakların yetersizliği  
3.)Ortamdaki fiziksel koşulların uygunsuzluğu                                      3.)Ekonomik yetersizlikler  
5.)Görevde yükselememe                                      6.)Diğer.....

23)Mesleğiniz ekonomik açıdan sizi tatmin ediyor mu?

- 1.)Evet                                      2.)Hayır                                      3.)Kısmen

24) )Mesleğiniz duygusal açıdan sizi tatmin ediyor mu?

- 1.)Evet                                      2.)Hayır                                      3.)Kısmen

## Ek 3

## MASLACH TÜKENMİŞLİK ÖLÇEĞİ

Aşağıda, kişilerin ruh durumlarını ifade ederken kullandıkları bazı cümleler verilmiştir. Lütfen her bir cümleyi dikkatle okuyarak hangi sıklıkta hissettiğinizi size uyan seçeneğe işaret koyarak belirtiniz .	Hiç Bir Zaman	Çok Nadir	Bazen	Çoğu Zaman	Her Zaman
1. İşimden soğuduğumu hissediyorum.					
2. İş dönüşü kendimi ruhen tükenmiş hissediyorum.					
3. Sabah kalktığımda, bir gün daha bu işi kaldıramayacağımı hissediyorum.					
4. İşim gereği karşılaştığım insanların ne hissettiğini hemen anlarım					
5. İşim gereği karşılaştığım insanlara sanki insan değillermiş gibi davrandığımı fark ediyorum.					
6. Bütün gün problemlili insanlarla uğraşmak benim için gerçekten çok yıpratıcı.					
7. İşim gereği karşılaştığım insanların sorunlarına en uygun çözüm yollarını bulurum.					
8. Yaptığım işten yıldığımı hissediyorum.					
9. Yaptığım iş sayesinde insanların yaşamına katkıda bulunduğuma inanıyorum					
10. Bu işte çalışmaya başladığımdan beri insanlara karşı sertleştim					
11. Bu işin beni giderek katılaştırmasından korkuyorum.					
12. Çok şeyler yapabilecek güçteyim.					
13. İşimin beni kısıtladığımı hissediyorum.					
14. İşimde çok fazla çalıştığımı hissediyorum.					
15. İşim gereği karşılaştığım insanlara ne olduğu umurumda değil					
16. Doğrudan doğruya insanlar ile çalışmak bende çok fazla stres yaratıyor.					
17. İşim gereği karşılaştığım insanlarla aramda rahat bir hava yaratırım.					
18. İnsanlarla yakın bir çalışmadan sonra kendimi canlanmış hissediyorum.					
19. Bu işte bir çok kayda değer başarı elde ettim.					
20. Yolun sonuna geldiğimi hissediyorum.					
21. İşimdeki duygusal sorunlara serin kanlılıkla yaklaşıyorum.					
22. İşim gereği karşılaştığım insanların bazı problemlerini sanki ben yaratmışım gibi davrandıklarını hissediyorum.					

## Ek 4

## ETİK KURUL SAYFASI

ERCIYES ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU				
ETİK KURULUN ADI		: ERCİYES ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU		
AÇIK ADRES		: Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Melikgazi/KAYSERİ		
TELEFON		: 0 352 437 49 10 - 11		
FAKS		: 0 352 437 52 85		
E-POSTA		: byancar@erciyes.edu.tr		
BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI		Niğde Devite Hastanesi'nde Çalışan Hemşirelerin Tükenmişlik Düzeylerinin Belirlenmesi	
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜNÜN KODU			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI		Prof.Dr. Osman Ceyhan	
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI		Halk Sağlığı	
	KOORDİNATÖRÜN UNVANI/ADI/SOYADI		Prof.Dr. Osman Ceyhan	
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ		Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı/Kayseri	
	DESTEKLEYİCİ			
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMCİLCİSİ			
	ARAŞTIRMA FAZI		FAZ 1. <input type="checkbox"/> FAZ 2. <input type="checkbox"/> FAZ 3. <input type="checkbox"/> FAZ 4. <input type="checkbox"/>	
	ARAŞTIRMANIN TÜRÜ		Yeni Bir Etkileşim <input type="checkbox"/> Yüksek Doz Araştırması <input type="checkbox"/> Diğer İse Belirtiliniz <input checked="" type="checkbox"/> X	
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER		TEKMERKEZ <input checked="" type="checkbox"/> X ÇOKMERKEZ <input type="checkbox"/> ULUSAL <input checked="" type="checkbox"/> X ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>		
DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	BELGE ADI	Tarih	Versiyon Numarası	Dili
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>	
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	BELGE ADI	Açıklama		
	TÜRKÇE ETİKET ÖRNEĞİ			
	SİGORTA			
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ			
	BIYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU			
	HASTA KARTI/GÜNLÜKLERİ			
	ILAN			
YILLIK BİLDİRİM				
SONUÇ RAPORU				

Etik Kurul Başkanının  
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Ruhan DÜŞÜNSEL  
İmza:

**ASLI GİBİDİR**  
T.C.  
ERCIYES ÜNİVERSİTESİ  
1923  
Fakülte Şefi  
**Babri YANCAR**

DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	GÜVENLİK BİLDİRİMLERİ	<input type="checkbox"/>
	DİĞER	<input type="checkbox"/>

**ASLI GİBİDİR**  
**T.C.**  
**ERCIYES ÜNİVERSİTESİ**  
**FACULTY OF MEDICINE**  
**Bahri YANCAR**  
**Fakülte Sekreteri**

KARAR BİLGİLERİ	Karar No : 2014/497	Karar Tarihi : 15.08.2014
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup, araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.	

**ERCIYES ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU**

ÇALIŞMA ESASI	Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu
---------------	--

ETİK KURUL BAŞKANI/UNVANI/ADI/SOYADI : Prof. Dr. Ruhan DÜŞÜNSEL

ETİK KURUL ÜYELERİ						
Unvanı / Adı/Soyadı Ek Üyeligi	Uzmanlık Dalı	Kurumu	Cinsiyeti	İlişki (*)	Katılım (**)	İmza
Prof. Dr. Ruhan DÜŞÜNSEL	Çocuk Sağ. ve Hast.	E.Ü. Tıp Fak.	E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/> X	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/> X	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Sami AYDOĞAN	Fizyoloji	E.Ü. Tıp Fak.	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/> X	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Karamehmet YILDIZ	Anest. ve Rean.	E.Ü. Tıp Fak.	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/> X	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Salih KÜK	Tıbbi Parazitoloji	E.Ü. Tıp Fak.	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/> X	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Kemal DENİZ	Patoloji	E.Ü. Tıp Fak.	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/> X	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/> X	
Doç. Dr. Musa KARAKÜKÇÜ	Çocuk Sağ. ve Hast.	E.Ü. Tıp Fak.	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/> X	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Hüseyin ARINÇ	Kardiyoloji	Kayseri Eğitim Hastanesi	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/> X	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Erdem KILIÇ	Ağız, Diş ve Çene Cerrahisi	E.Ü. Diş Hek. Fak.	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/> X	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Aydın ÜNAL	İç Hastalıkları	E.Ü. Tıp Fak.	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/> X	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Yard. Doç. Dr. Afra YILDIRIM	Radyoloji	E.Ü. Tıp Fak.	E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/> X	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/> X	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Yard. Doç. Dr. Zafer SEZER	Farmakoloji	E.Ü. Tıp Fak.	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/> X	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Yard. Doç. Dr. Ferhan ELMAL	Biyoistatistik	E.Ü. Tıp Fak.	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Av. Zafer Tuğrul SARIASLAN	Avukat	Hukuk Müşaviri	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/> X	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Ecz. Şükran TERZİ	Eczacı	Serbest Eczacı	E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/> X	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/> X	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Serkan KARACA	Sivil Üye	Öğretmen	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/> X	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	

Etik Kurul Başkanının  
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Ruhan DÜŞÜNSEL  
İmza:

## ÖZGEÇMİŞ

### KİŞİSEL BİLGİLER

Adı, Soyadı : Dilek BOZOT KAYASAN  
Uyruğu : Türkiye (T.C)  
Doğum Tarihi ve Yeri : 31/05/1986. Çamardı  
Medeni Durumu : Evli  
Tel : 05534655355  
email : dolunay\_\_dilek@hotmail.com  
Yazışma Adresi : Ahipaşa Mah. Uzun Sok. Özenç Plaza 35/4  
Merkez/NİĞDE

### EĞİTİM

Derece	Kurum	Mezuniyet Tarihi
Lisans	Niğe Üniversitesi Zübeyde Hanım Sağlık Yüksekokulu	2009
Lise	Niğe Atatürk Lisesi (YDA)	2004

### İŞ DENEYİMLERİ

Yıl	Kurum	Görev
2011- Halen	Niğe Devlet Hastanesi	Hemşire
2010-2011	Erciyes Ün. Tıp Fakültesi	Hemşire
2009-2010	Niğe Yaşam Tıp Merkezi	Hemşire

### YABANCI DİL

İngilizce