



TÜRKİYE CUMHURİYETİ  
MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**AMBULANS ÇALIŞANLARINDA İŞ DOYUMU,  
TÜKENMİŞLİK, DEPRESYON VE ANKSİYETE İLİŞKİSİ  
“FETHİYE ÖRNEĞİ”**

HAZIRLAYAN  
NESLİHAN YILMAZ TOPRAK  
YÜKSEK LİSANS TEZİ

SAĞLIK HİZMETLERİNDE İLETİŞİM ANABİLİM DALI

DANIŞMAN  
DOÇ. DR. EROL OZAN

MANİSA-2019





TÜRKİYE CUMHURİYETİ

MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**AMBULANS ÇALIŞANLARINDA İŞ DOYUMU, TÜKENMİŞLİK,  
DEPRESYON VE ANKSİYETE İLİŞKİSİ “FETHİYE ÖRNEĞİ”**

HAZIRLAYAN

NESLİHAN YILMAZ TOPRAK

YÜKSEK LİSANS TEZİ

SAĞLIK HİZMETLERİNDE İLETİŞİM ANABİLİM DALI

DANIŞMAN

DOÇ. DR. EROL OZAN

JÜRİ ÜYELERİ

PROF.DR. EROL ÖZMEN

PROF.DR. ESRA ENGİN

MANİSA

2019

Ambulans Çalışanlarında İş Doyumu, Tükenmişlik, Depresyon ve Anksiyete  
İlişkisi "Fethiye Örneği"

**Öğrenci:** Neslihan YILMAZ TOPRAK

**Danışman:** Doç. Dr. Erol OZAN

Bu tez çalışması 07.08.2019 tarihinde jürimiz tarafından "Sağlık Hizmetlerinde İletişim Programı" nda yüksek lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

**Tez Danışmanı:**

Doç. Dr. Erol OZAN

(imza)

Manisa CBÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü  
Sağlık Hizmetlerinde İletişim Anabilim Dalı

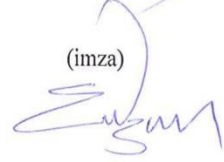


**Üye :**

Prof. Dr. Erol ÖZMEN

(imza)

Manisa CBÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü  
Sağlık Hizmetlerinde İletişim Anabilim Dalı

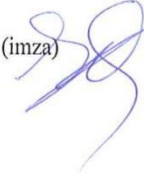


**Üye:**

Prof. Dr. Esra Engin

(imza)

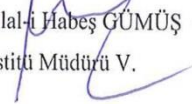
Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi  
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı



Bu tez, Manisa Celal Bayar Üniversitesi Lisansüstü Eğitim ve Öğretim Yönetmeliği'nin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri tarafından başarılı bulunmuştur.

07.08.2019

Prof. Dr. Bilal-i Habeş GÜMÜŞ  
Enstitü Müdürü V.



T.C  
YÜKSEKÖĞRETİM KURULU  
ULUSAL TEZ MERKEZİ

## TEZ VERİ GİRİŞ FORMU

Referans No	10282304
Yazar Adı / Soyadı	NESLİHAN YILMAZ TOPRAK
T.C.Kimlik No	30452217374
Telefon	5559919812
E-Posta	nesli112@hotmail.com
Tezin Dili	Türkçe
Tezin Özgün Adı	AMBULANS ÇALIŞANLARINDA İŞ DOYUMU, TÜKENMİŞLİK, DEPRESYON VE ANKSİYETE İLİŞKİSİ "FETHİYE ÖRNEĞİ"
Tezin Tercümesi	AMBULANS ÇALIŞANLARINDA İŞ DOYUMU, TÜKENMİŞLİK, DEPRESYON VE ANKSİYETE İLİŞKİSİ "FETHİYE ÖRNEĞİ"
Konu	İletişim Bilimleri = Communication Sciences
Üniversite	Manisa Celal Bayar Üniversitesi
Enstitü / Hastane	Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Anabilim Dalı	Sağlık Hizmetleri İletişim Anabilim Dalı
Bilim Dalı	
Tez Türü	Yüksek Lisans
Yılı	2019
Sayfa	176
Tez Danışmanları	DOÇ. DR. EROL OZAN
Dizin Terimleri	
Önerilen Dizin Terimleri	112, iş doyum, tükenmişlik, anksiyete ve depresyon

11.08.2019

İmza:.....



## I. BEYAN

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

Neslihan YILMAZ TOPRAK

## II. TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim süresince bilgi ve deneyimlerini bizlerle paylaşarak yol gösteren, her aradığımda çağrılarima cevap veren, hazırladığım bu çalışma süresince bilgi ve deneyimi ile çalışmama destek veren değerli hocam, tez danışmanım Doç. Dr. Erol OZAN'a,

Eğitimimde akademik gelişmeme katkıda bulunan ve iletişimde en önemli unsurun karşdakini anlamak olduğunu öğreten Ana Bilim Dalı Başkan'ı değerli hocam, Prof. Dr. Erol ÖZMEN'e,

Tez çalışmam sırasında tüm sorularıma sıklımadan yanıt veren, sabırlı, içten yaklaşımları ile bana yardımcı olan Öğr. Gör. Mahmut BELER'e,

Tez çalışmam sürecince manevi desteğini hiçbir zaman esirgemeyen, yanımda olup bana destek olan hayat arkadaşım Hüseyin TOPRAK'a

En içten saygı ve sevgilerimle sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Neslihan YILMAZ TOPRAK

# İÇİNDEKİLER

Sayfa No

<b>I. BEYAN</b> .....	<b>HATA! YER İŞARETİ TANIMLANMAMIŞ.</b>
<b>II. TEŞEKKÜR</b> .....	<b>VI</b>
<b>2. ABSTRACT</b> .....	<b>2</b>
<b>3. GİRİŞ VE AMAÇ</b> .....	<b>1</b>
<b>4. GENEL BİLGİLER</b> .....	<b>5</b>
<b>4.1. AMBULANS SAĞLIK HİZMETLERİNİN KAVRAMI, ÖNEMİ ve TARİHÇESİ</b> .....	<b>5</b>
4.1.1. Ambulans Sağlık Hizmetlerinin Kavramı .....	5
4.1.2. Ambulans Sağlık Hizmetlerinin Önemi .....	7
4.1.3. Ambulans Sağlık Hizmetleri Tarihçesi .....	8
4.1.4. Dünyada Ambulans Sağlık Hizmetleri.....	9
4.1.5. Türkiye’de Ambulans Sağlık Hizmetleri .....	10
4.1.5.1. Türkiye’de ambulans sağlık hizmetleri işleyiş süreci .....	11
4.1.5.2. Ambulans hizmetlerinin organizasyonel yapısı.....	12
4.1.5.2.1. Merkez teşkilatı .....	12
4.1.5.2.2. Taşra teşkilatı .....	12
4.1.5.2.2.1. İl ambulans servisi başhekimliği .....	13
4.1.5.2.2.2. 112 Komuta kontrol merkezi.....	13
4.1.5.2.2.3. Acil yardım istasyonları .....	14
<b>4.2. İŞ DOYUMU TANIMI VE KURAMLARI</b> .....	<b>14</b>
4.2.1. Gereksinim Kuramları .....	15
4.2.2. Bilişsel (Süreç) Kuramları .....	16
4.2.3. Pekiştirme Kuramları.....	17



4.2.4. Sosyal Öğrenme Kuramları .....	17
4.2.5. İş Doyumunu Etkileyen Faktörler .....	17
4.2.5.1. İş doyumunu etkileyen bireysel özellikler.....	18
4.2.5.2. İş doyumunu etkileyen çevresel ya da örgütsel özellikler.....	20
4.2.6. İş Doyumu Sonuçları.....	21
4.2.7. İş Doyumsuzluğu Sonuçları .....	22
4.2.7.1. Bireysel sonuçlar .....	23
4.2.7.2. Örgütsel sonuçlar.....	23
4.2.8. Sağlık Hizmetlerinde İş Doyumu .....	23
<b>4.3. TÜKENMİŞLİK KAVRAMI.....</b>	<b>24</b>
4.3.1. Tükenmişliğin Tanımı .....	24
4.3.2. Maslach'ın Tükenmişlik Tanımı .....	26
4.3.2.1. Duygusal tükenme .....	26
4.3.2.2. Duyarsızlaşma .....	26
4.3.2.3. Kişisel başarıda (yeterlilik) azalma hissi.....	27
4.3.3. Tükenmişlik Sendromunu Etkileyen Faktörler .....	28
4.3.3.1. Bireysel faktörler.....	29
4.3.3.2. Örgütsel faktörler.....	29
4.3.4. Tükenmişlik Belirtileri .....	30
4.3.5. Tükenmenin Evreleri.....	31
4.3.5.1. Şevk ve coşku evresi .....	32
4.3.5.2. Durağanlaşma evresi .....	32
4.3.5.3. Engellenme evresi .....	32
4.3.5.4. Umursamazlık evresi.....	32
4.3.6. Tükenmişlik Sonuçları .....	32
4.3.7. Tükenmişlik ve 112 Personeli .....	33
4.3.8. Tükenmişliği Önleme ve Baş Etme Yöntemleri.....	34
<b>4.4. ANKSİYETE .....</b>	<b>36</b>
4.4.1. Tanım ve Tarihçesi.....	36
4.4.2. Anksiyete Kuramları .....	37
4.4.3. Anksiyete Düzeyleri .....	38
4.4.4. Anksiyete Neden Olan Faktörler.....	39

4.4.5. Anksiyete Bozuklukları .....	40
<b>4.5. DEPRESYON .....</b>	<b>40</b>
4.5.1. DSM-5 Tanı Ölçütleri .....	41
4.5.2. Depresyonun Belirtileri .....	42
4.5.2.1. Bilişsel belirtiler .....	42
4.5.2.2. Duygusal belirtiler .....	42
4.5.2.3. Davranışsal belirtiler .....	43
4.5.2.4. Fiziksel belirtiler.....	43
4.5.2.1. Fizyolojik belirtiler .....	43
4.5.3. Depresyonun Nedenleri .....	44
4.5.3.1. Biyolojik nedenleri .....	44
4.5.3.2. Psikolojik nedenleri .....	44
4.5.3.3. Genetik nedenler.....	45
4.5.4. Depresyondaki Risk Faktörleri.....	45
<b>5. GEREÇ VE YÖNTEM.....</b>	<b>47</b>
<b>5.1. ARAŞTIRMANIN AMACI VE TİPİ.....</b>	<b>47</b>
<b>5.2. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE SÜRESİ.....</b>	<b>47</b>
<b>5.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ .....</b>	<b>47</b>
<b>5.4 ARAŞTIRMA SORULARI.....</b>	<b>48</b>
<b>5.5 ARAŞTIRMANIN BAĞIMLI &amp; BAĞIMSIZ DEĞİŞKENLERİ.....</b>	<b>48</b>
<b>5.6. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI.....</b>	<b>48</b>
5.6.1. Kişisel Bilgi Formu (Ek.4) .....	49
5.6.2. Minnesota İş Doyum Ölçeği (MİDÖ) (Ek.5) .....	49
5.6.3. Maslach Tükenmişlik Ölçeği (MTÖ) (Ek.6).....	50
5.6.4. Hastane Anksiyete-Depresyon Ölçeği (HAD, Hospital Anxiety and Depression Scale) (Ek.7) .....	51
<b>5.7 VERİ TOPLAMA YÖNTEMİ.....</b>	<b>51</b>
<b>5.8 VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ.....</b>	<b>52</b>

<b>5.9 ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI .....</b>	<b>52</b>
<b>5.10 ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ .....</b>	<b>53</b>
<b>6. BULGULAR .....</b>	<b>54</b>
<b>6.1. AMBULANS ÇALIŞANLARININ KİŞİSEL BİLGİLERİ .....</b>	<b>54</b>
<b>6.2. AMBULANS ÇALIŞANLARININ İŞ DOYUMLARI .....</b>	<b>58</b>
6.2.1. Ambulans Çalışanlarının İş Doymu Düzeyleri.....	58
6.2.2. Ambulans Çalışanlarının İş Doymunu Etkileyen Faktörler .....	59
<b>6.3. AMBULANS ÇALIŞANLARININ TÜKENMİŞLİK DÜZEYİ.....</b>	<b>74</b>
6.3.1. Ambulans Çalışanlarının Tükenmişlik Düzeyleri .....	74
6.3.2. Ambulans çalışanlarının tükenmişliğini etkileyen faktörler .....	75
<b>6.4. AMBULANS ÇALIŞANLARININ ANKSİYETE-DEPRESYON DÜZEYİ .....</b>	<b>90</b>
6.4.1. Ambulans Çalışanlarının Anksiyete-Depresyon Düzeyleri.....	90
6.4.2. Ambulans Çalışanlarının Anksiyete-Depresyon Düzeyleri Etkileyen Faktörler .....	91
<b>6.5. AMBULANS ÇALIŞANLARINDA İŞ DOYUMU, TÜKENMİŞLİK, DEPRESYON, ANKSİYETE İLİŞKİSİ .....</b>	<b>100</b>
6.5.1. Ambulans Çalışanlarının İş Doymu ve Tükenmişlik İlişkisi .....	101
6.5.2. Ambulans Çalışanlarının İş Doymu ve Anksiyete-Depresyon İlişkisi.....	102
6.5.3. Ambulans Çalışanlarının Tükenmişlik ve Anksiyete- Depresyon İlişkisi .	103
<b>7. TARTIŞMA .....</b>	<b>105</b>
<b>7.1.AMBULANS ÇALIŞANLARININ KİŞİSEL BİLGİLERİNİN YORUMLANMASI .....</b>	<b>106</b>
<b>7.2.AMBULANS ÇALIŞANLARININ İŞ DOYUMLARININ YORUMLANMASI .....</b>	<b>108</b>
<b>7.3. AMBULANS ÇALIŞANLARININ TÜKENMİŞLİK DÜZEYİNİN YORUMLANMASI .....</b>	<b>115</b>

<b>7.4. AMBULANS ÇALIŞANLARININ ANKSİYETE - DEPRESYON DÜZEYİNİN YORUMLANMASI .....</b>	<b>122</b>
<b>7.5. AMBULANS ÇALIŞANLARINDA İŞ DOYUMU, TÜKENMİŞLİK, DEPRESYON, ANKSİYETE İLİŞKİSİNİN YORUMLANMASI .....</b>	<b>127</b>
7.5.1. Ambulans Çalışanlarının İş Doymu ve Tükenmişlik İlişkisinin Yorumlanması .....	127
7.5.2. Ambulans Çalışanlarının İş Doymu ve Anksiyete-Depresyon İlişkisinin Yorumlanması .....	128
7.5.3. Ambulans Çalışanlarının Tükenmişlik ve Anksiyete- Depresyon İlişkisinin Yorumlanması .....	128
<b>8.SONUÇ VE ÖNERİLER.....</b>	<b>130</b>
<b>9.KAYNAKLAR .....</b>	<b>135</b>
<b>10.EKLER.....</b>	<b>157</b>
<b>EK.1 ENTİTÜ YÖNETİM KURULU ONAYI .....</b>	<b>157</b>
<b>EK.2 ETİK KURUL ONAYI .....</b>	<b>157</b>
<b>EK.3 KURUM İZİNİ.....</b>	<b>159</b>
<b>EK.4 KİŞİSEL BİLGİ FORMU .....</b>	<b>160</b>
<b>EK.5 MİNNESOTA İŞ DOYUM ÖLÇEĞİ (MİDÖ).....</b>	<b>162</b>
<b>EK.6 MASLACH TÜKENMİŞLİK ÖLÇEĞİ (MTÖ) .....</b>	<b>164</b>
<b>EK.7 HASTANE ANKSİYETE-DEPRESYON ÖLÇEĞİ (HAD, HOSPİTAL ANXIETY AND DEPRESSION SCALE) .....</b>	<b>165</b>
<b>EK.8 ÖLÇEK İZİNLERİ .....</b>	<b>168</b>
<b>EK.9 ORJİNALLİK RAPORU .....</b>	<b>169</b>
<b>11.ÖZGEÇMİŞ.....</b>	<b>170</b>

## IV. TABLO DİZİNİ

Tablo 1. Ambulans çalışanlarının bireysel özelliklerinin dağılımı .....	55
Tablo 2. Ambulans çalışanlarının meslek ve iş yaşamı özelliklerinin dağılımı.....	56
Tablo 3. Mesleği sevme durumlarının dağılımı .....	57
Tablo 4. Ambulans çalışanlarının içsel doyum, dışsal doyum ve genel doyum puan ortalamalarının dağılımı .....	58
Tablo 5. Ambulans çalışanlarının iş doyum düzeylerinin dağılımı .....	59
Tablo 6. Minnesota iş doyum ölçeği boyutlarının katılımcıların cinsiyet değişkenine göre değerlendirilmesi.....	59
Tablo 7. Minnesota iş doyum ölçeği boyutlarının katılımcıların yaş grubu değişkenine göre değerlendirilmesi .....	60
Tablo 8. Minnesota iş doyum ölçeği boyutlarının katılımcıların medeni durum değişkenine göre değerlendirilmesi .....	61
Tablo 9. Minnesota iş doyum ölçeği boyutlarının katılımcıların çocuk sahibi olma değişkenine göre değerlendirilmesi .....	61
Tablo 10. Minnesota iş doyum ölçeği boyutlarının katılımcıların gelir düzeyini algılama değişkenine göre değerlendirilmesi.....	62
Tablo 11. Gelir düzeyini algılama değişkenine göre genel doyum ve dışsal doyum boyutlarının çoklu karşılaştırma sonuçları* .....	63
Tablo 12. Gelir düzeyini algılama değişkenine göre içsel doyum boyutunun Mann-Whitney U testi karşılaştırma sonuçları* .....	63
Tablo 13. Minnesota iş doyum ölçeği boyutlarının katılımcıların eğitim değişkenine göre değerlendirilmesi.....	64
Tablo 14. Minnesota iş doyum ölçeği boyutlarının katılımcıların meslek/iş değişkenine göre değerlendirilmesi .....	65
Tablo 15. Minnesota iş doyum ölçeği boyutlarının katılımcıların çalışma yılı değişkenine göre değerlendirilmesi .....	66
Tablo 16. Çalışma yılı değişkenine göre iş doyum düzeylerinin ikili Mann-Whitney U testi karşılaştırma sonuçları* .....	67

Tablo 17. Minnesota iş doyumu ölçeği boyutlarının katılımcıların aylık çalışma saati fazlası tutulan nöbet sayısı değişkenine göre değerlendirilmesi .....	68
Tablo 18. Minnesota iş doyumu ölçeği boyutlarının katılımcıların çalışma biçimi değişkenine göre değerlendirilmesi .....	69
Tablo 19. Minnesota iş doyumu ölçeği boyutlarının katılımcıların meslek/iş seçimi değişkenine göre değerlendirilmesi .....	69
Tablo 20. Minnesota iş doyumu ölçeği boyutlarının katılımcıların aynı mesleği/işi tekrar seçebilme değişkenine göre değerlendirilmesi .....	70
Tablo 21. Aynı mesleği tekrar seçebilme değişkenine göre genel doyum ve dışsal doyum düzeylerinin çoklu karşılaştırma sonuçları* .....	71
Tablo 22. Aynı mesleği tekrar seçebilme değişkenine göre içsel doyum düzeylerinin Mann-Whitney U testi karşılaştırma sonuçları* .....	71
Tablo 23. Minnesota iş doyumu ölçeği boyutlarının katılımcıların mesleği bırakmayı isteme değişkenine göre değerlendirilmesi .....	72
Tablo 24. Mesleği bırakmayı isteme değişkenine göre genel doyum ve dışsal doyum düzeylerinin çoklu karşılaştırma sonuçları* .....	72
Tablo 25. Mesleği bırakmayı isteme değişkenine göre içsel doyum düzeylerinin Mann-Whitney U testi karşılaştırma sonuçları* .....	73
Tablo 26. Minnesota iş doyumu ölçeği boyutlarının katılımcıların takdir / teşekkür belgesi alma değişkenine göre değerlendirilmesi .....	73
Tablo 27. Ambulans çalışanlarının duygusal tükenme, duyarsızlaşma, kişisel başarıda azalma ve genel tükenmişlik puan ortalamalarının dağılımı.....	74
Tablo 28. Maslach tükenmişlik ölçeği boyutlarının katılımcıların cinsiyet değişkenine göre değerlendirilmesi .....	75
Tablo 29. Maslach tükenmişlik ölçeği boyutlarının katılımcıların yaş grubu değişkenine göre değerlendirilmesi .....	76
Tablo 30. Maslach tükenmişlik ölçeği boyutlarının katılımcıların medeni durum değişkenine göre değerlendirilmesi .....	77
Tablo 31. Maslach tükenmişlik ölçeği boyutlarının katılımcıların çocuk sahibi olma değişkenine göre değerlendirilmesi .....	78
Tablo 32. Maslach tükenmişlik ölçeği boyutlarının katılımcıların gelir düzeyini algılama değişkenine göre değerlendirilmesi .....	78
Tablo 33. Maslach tükenmişlik ölçeği boyutlarının katılımcıların eğitim değişkenine göre değerlendirilmesi.....	79

Tablo 34. Maslach tükenmişlik ölçeği boyutlarının katılımcıların meslek/iş değişkenine göre değerlendirilmesi .....	80
Tablo 35. Meslek/iş değişkenine göre duygusal tükenmişlik düzeylerinin çoklu karşılaştırma sonuçları* .....	81
Tablo 36. Meslek/iş değişkenine göre duyarsızlaşma ve kişisel başarısızlık düzeylerinin Mann-Whitney U testi karşılaştırma sonuçları* .....	81
Tablo 37. Maslach tükenmişlik ölçeği boyutlarının katılımcıların çalışma yılı değişkenine göre değerlendirilmesi .....	82
Tablo 38. Çalışma yılı değişkenine göre duygusal tükenmişlik düzeylerinin çoklu karşılaştırma sonuçları* .....	83
Tablo 39. Çalışma yılı değişkenine göre duyarsızlaşma düzeylerinin Mann-Whitney U testi karşılaştırma sonuçları* .....	83
Tablo 40. Maslach tükenmişlik ölçeği boyutlarının katılımcıların aylık çalışma saati fazlası tutulan nöbet sayısı değişkenine göre değerlendirilmesi .....	84
Tablo 41. Maslach tükenmişlik ölçeği boyutlarının katılımcıların çalışma biçimi değişkenine göre değerlendirilmesi .....	85
Tablo 42. Çalışma biçimi değişkenine göre duygusal tükenmişlik düzeylerinin çoklu karşılaştırma sonuçları* .....	85
Tablo 43. Maslach tükenmişlik ölçeği boyutlarının katılımcıların meslek seçimi değişkenine göre değerlendirilmesi .....	86
Tablo 44. Maslach tükenmişlik ölçeği boyutlarının katılımcıların aynı mesleği tekrar seçebilme değişkenine göre değerlendirilmesi .....	87
Tablo 45. Aynı mesleği tekrar seçebilme değişkenine göre genel tükenmişlik ve duygusal tükenme düzeylerinin çoklu karşılaştırma sonuçları* .....	88
Tablo 46. Aynı mesleği tekrar seçebilme değişkenine göre duyarsızlaşma ve kişisel başarısızlık düzeylerinin Mann-Whitney U testi karşılaştırma sonuçları* .....	88
Tablo 47. Maslach tükenmişlik ölçeği boyutlarının katılımcıların mesleği bırakmayı isteme değişkenine göre değerlendirilmesi .....	89
Tablo 48. Mesleği bırakmayı isteme değişkenine göre genel tükenmişlik ve duygusal tükenme düzeylerinin çoklu karşılaştırma sonuçları* .....	89
Tablo 49. Maslach tükenmişlik ölçeği boyutlarının katılımcıların takdir / teşekkür belgesi alma değişkenine göre değerlendirilmesi .....	90
Tablo 50. Ambulans çalışanlarının anksiyete (HAD-A) ve depresyon (HAD-D) puan ortalamalarının dağılımı .....	91

Tablo 51. Ambulans çalışanlarının anksiyete-depresyon risklerinin dağılımı.....	91
Tablo 52. HAD ölçeği boyutlarının katılımcıların cinsiyet değişkenine göre değerlendirilmesi.....	92
Tablo 53. HAD ölçeği boyutlarının katılımcıların yaş değişkenine göre değerlendirilmesi.....	92
Tablo 54. HAD ölçeği boyutlarının katılımcıların medeni durum değişkenine göre değerlendirilmesi.....	93
Tablo 55. HAD ölçeği boyutlarının katılımcıların çocuk sahibi olma değişkenine göre değerlendirilmesi.....	93
Tablo 56. HAD ölçeği boyutlarının katılımcıların gelir düzeyini algılama değişkenine göre değerlendirilmesi.....	93
Tablo 57. HAD ölçeği boyutlarının katılımcıların eğitim değişkenine göre değerlendirilmesi.....	94
Tablo 58. HAD ölçeği boyutlarının katılımcıların meslek/iş değişkenine göre değerlendirilmesi.....	94
Tablo 59. Meslek/iş değişkenine göre anksiyete düzeylerinin çoklu karşılaştırma sonuçları* .....	95
Tablo 60. HAD ölçeği boyutlarının katılımcıların çalışma yılı değişkenine göre değerlendirilmesi.....	95
Tablo 61. Çalışma yılı değişkenine göre anksiyete düzeylerinin çoklu karşılaştırma sonuçları* .....	96
Tablo 62. HAD ölçeği boyutlarının katılımcıların aylık çalışma saati fazlası tutulan nöbet sayısı değişkenine göre değerlendirilmesi .....	96
Tablo 63. HAD ölçeği boyutlarının katılımcıların çalışma biçimi değişkenine göre değerlendirilmesi.....	97
Tablo 64. Çalışma biçimi değişkenine göre anksiyete düzeylerinin çoklu karşılaştırma sonuçları* .....	97
Tablo 65. HAD ölçeği boyutlarının katılımcıların meslek/iş seçimi değişkenine göre değerlendirilmesi.....	98
Tablo 66. HAD ölçeği boyutlarının katılımcıların aynı mesleği/işi tekrar seçebilme değişkenine göre değerlendirilmesi .....	98
Tablo 67. Aynı mesleği/işi tekrar seçebilme değişkenine göre anksiyete ve depresyon düzeylerinin çoklu karşılaştırma sonuçları* .....	99



Tablo 68. HAD ölçeği boyutlarının katılımcıların mesleği/işi bırakmayı isteme değişkenine göre değerlendirilmesi .....	99
Tablo 69. Mesleği/işi bırakmayı isteme değişkenine göre anksiyete – depresyon düzeylerinin çoklu karşılaştırma sonuçları* .....	100
Tablo 70. HAD ölçeği boyutlarının katılımcıların takdir / teşekkür belgesi alma değişkenine göre değerlendirilmesi .....	100
Tablo 71. İş doyumunu ile Tükenme alt boyutları arasındaki ilişkiler .....	101
Tablo 72. Anksiyete-depresyon ile iş doyumunun alt boyutları arasındaki ilişkiler	102
Tablo 73. Anksiyete-depresyon ile tükenmişlik alt boyutları arasındaki ilişkiler ...	103



## V. SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

**AABT:** Acil Ambulans Bakım Teknikeri (Paramedik)

**AÇM:** Acil Çağrı Merkezi

**ASH:** Acil Sağlık Hizmetleri

**ASHİ:** Acil Sağlık Hizmetleri İstasyonu

**ASKOM:** Acil Sağlık Hizmetleri Koordinasyon Merkezi

**ATS:** Acil Tıp Sistemi

**ATT:** Acil Tıp Teknisyeni

**CPR :** Kardiyo Pulmoner Resusitasyon

**DSM V:** Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı

**HAD:** Hastane Anksiyete-Depresyon Ölçeği

**KHK:** Kanun Hükmünde Kararname

**KKM:** Komuta Kontrol Merkezi

**MİDÖ:** Minnesota İş Doyum Ölçeği

**MTÖ:** Maslach Tükenmişlik Ölçeği

**Tezin Başlığı:** Ambulans Çalışanlarında İş Doyumu, Tükenmişlik, Depresyon ve Anksiyete İlişkisi “Fethiye Örneği”

**Öğrencinin Adı:** Neslihan YILMAZ

**Danışmanı:** Doç. Dr. Erol OZAN

**Anabilim Dalı:** Sağlık Hizmetlerinde İletişim

## 1.ÖZET

**Amaç:** Bu çalışmada Fethiye’deki ambulans çalışanlarının iş doyumu, tükenmişlik, depresyon ve anksiyete ilişkisinde bireysel özelliklerin etkisini ölçmek amaçlanmaktadır.

**Yöntem:** Tanımlayıcı ve analitik olan çalışmamız Muğla İli Fethiye İlçesinde bulunan 5 farklı 112 Acil Sağlık Hizmetleri İstasyonlarında 01.02.2019 – 02.03.2019 tarihleri arasında yapılmıştır. Veri toplama aracı olarak Kişisel Bilgi Formu, Minnesota İş Doyum Ölçeği, Maslach Tükenmişlik Ölçeği, Hastane Anksiyete-Depresyon Ölçeği kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde, tanımlayıcı istatistiksel analizler, Student-t, Mann Whitney U, One-Way ANOVA, Tukey HSD, Kruskal Wallis Testleri ve değişkenler arasındaki ilişkilerin değerlendirilmesinde Pearson Korelasyon Analizi kullanılmıştır.

**Bulgular:** Çalışmaya katılanların %57,3’ünün kadın, %48,3’ünün 30 yaş ve altında, %50,6’sının gelir düzeyinin kısmen yeterli, %43,8’sinin ön lisans mezunu, %65,2’sinin çalışma biçiminin 24 saat, %50,6’sının çalışma yılının 6-10 yıl olduğu, %80,9’unun mesleği isteyerek seçtiği, %41,6’sının mesleği bırakmayı istediği görülmektedir. Ambulans çalışanlarının genel doyum puan ortalamaları  $3,16 \pm 0,730$  (Min-Mak:1,00-5,00), genel tükenmişlik puan ortalamaları  $33,42 \pm 14,039$  (Min-Mak:0-65), anksiyete puan ortalamaları  $8,26 \pm 3,947$  (Min-Mak:0-17), depresyon puan ortalamaları  $7,17 \pm 4,051$  (Min-Mak: 0-15) olarak bulunmuştur.

**Sonuç:** Ülke genelinde ambulans çalışanlarının çalışma koşullarını iyileştirmeye yönelik ulusal düzeyde geniş katılımlı çalışmalar yapılması önerilmektedir.

**Anahtar Sözcükler:** 112, iş doyumu, tükenmişlik, anksiyete ve depresyon.

**Dissertation Title:** The Relation Of Job Satisfaction, Burnout, Depression And Anxiety Of Ambulance Staff “Fethiye Example”

**Student's Name:** Neslihan YILMAZ

**Supervisor:** Doç. Dr. Erol OZAN

**Department:** Communication in Healthcare Services

## **2. ABSTRACT**

**Objective:** In this study, it is aimed to evaluate the effect of individual features in relation to job satisfaction, fatigue, depression and anxiety of ambulance staff in Fethiye.

**Methodology:** Our descriptive and analytical study was performed in 5 different 112 emergency health service stations which are located in Fethiye the district of Muğla province between 01.02.2019–02.03.2019. Personal Information Form, Minnesota Job Satisfaction Scale, Maslach Burnout Inventory, Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) were used as data collection device. For data evaluation, descriptive statistical analysis, Student-t, Mann Whitney U, One-Way ANOVA, Tukey HSD, Kruskal Wallis Tests and for relation evaluation between variables, Pearson Correlation Analysis were used.

**Findings:** It is seen that 57.3% of survey participants are women, 48.3% are under 30 years old, 50.6% of them have partially sufficient income, 43.8% have two-year associate degree, 65.2% are working with 24-hour work, 50.6% have 6-10 year experience, 80.9% chose their job willingly, 41.6% want to leave their profession. It is found that ambulance staff's average satisfaction score is  $3,16\pm 0.730$  (Min/Max:1.00/5.00), average burnout score is  $33.42\pm 14.039$  (Min/Max:0/65), average anxiety score  $8.26\pm 3.947$  (Min/Max:0/17), average depression score  $7.17\pm 4.051$  (Min/Max: 0/15)

**Conclusion:** It is advised that there should be studies with countrywide broad participation about healing of working conditions of ambulance staff in all around the country.

**Key Words:** 112, Job Satisfaction, Burnout, Anxiety and Depression

### 3. GİRİŞ ve AMAÇ

Her insan yaşamının belli bir döneminde bir kaza veya aniden ortaya çıkan bir sağlık sorunu sonucu büyük acılar çekebilir, sakat kalabilir, yaşamı tehlikeye girebilir. Böyle durumlarda, zamanında ve doğru olarak yapılan acil tıbbi bakım ve müdahalelerle kişinin durumu kontrol altına alınarak; durumunun kötüye gitmesi, yaralanmalarının şiddetinin artması, yeni yaralanma oluşumu ve en önemlisi de yaşamsal tehlikeleri önlenir. Bütün bunlar için iyi bir Acil Tıp Sistemi (ATS) gereklidir (Urgancı 2018).

Modern anlamda 112 acil sağlık hizmetleri; Dünya’da 1970’lerde, ülkemizde ise 1990’larda kurulmaya başlanmış ve gelişimini sürdürmektedir. Nitelikli bir sağlık sunumunun en belirgin göstergelerinden biri olarak kabul edilen 112 acil sağlık hizmetleri çalışanları; ilkyardım, hastaneye ulaşmadan önceki acil sağlık hizmetleri ve son olarak da hastane acil servisleri olmak üzere üç unsurdan oluşmaktadır. Hasta veya yakınlarından gelen acil yardım çağrısının alınması ile birlikte hemen harekete geçilerek, hasta ya da yaralıya en hızlı şekilde ulaşarak olay yerinde acil tıbbi bakımın verilmesi, bu sayede hasta/yaralının durumu kontrol altına alınarak sakatlıkları önlemesi, yaşama tutunması ve yine en kısa sürede acil servise naklini sağlayarak tıbbi tedavi için zaman kazandırması bakımından, hastane öncesi acil sağlık hizmetleri yani bu alanda çalışan 112 acil sağlık hizmetleri çalışanları önemli bir yere sahiptir (Urgancı 2018; Erbay 2012).

Hastane öncesi acil sağlık bakım alanı, hem yoğun stres yaşayan bireylere hizmet verilmesi hem de sık olarak ölümlerle, yaşamı tehdit edici kazalarla ve kritik olgularla karşılaşılması nedeniyle diğer iş ortamlarından daha fazla iş stresinin yaşandığı bir ortam olarak değerlendirilmektedir (Ward 2006). Ambulans çalışanları sıklıkla hızlı karar vermek, hızlı hareket etmek ve ölüm ile yaşam arasındaki hastalara çoğunlukla uygun olmayan ortamlarda, seyircilerin meraklı bakışları altında tıbbi bakım yapmak zorunda kalmaktadır. Ambulans hizmetleri işin niteliği gereği stresli olduğu varsayımına dayandığı için ambulans çalışanları “yüksek riskli” bir meslek grubu olarak tanımlanmaktadır (Tokuç ve ark. 2011).

Acil sağlık hizmeti bir ekip işidir, hasta ve yakınları ile temasa geçen her meslek mensubunun etkili iletişim yöntemlerini iyi bilmesi ve yeri geldiğinde kullanabilmesi gereklidir. Etkili iletişim acil sağlık hizmetleri gibi dinamik yerler için lüks sayılmamalıdır. Yaralıları / hastaları değerlendirme ve ilk müdahalenin iletişim becerileri eşliğinde yapılması acil müdahale sırasında karşılaşılan szly ya da fiziksel şiddet, yanlış tedavi vb. istenmeyen durumlarıneme lilde azaltacağı unutulmamalıdır (Polat 2016).

Günümüzde ruh ve beden sağlığını olumsuz yönde etkileyen en büyük faktör şüphesiz ki “stres” olgusudur. “Stres”, kişinin fiziki ve beşeri çevresindeki olumsuz faktörler sebebiyle, fiziksel ve ruhsal gücünün çok üstünde sarf ettiği gayrettir (Cüceloğlu 1994:321).

Çalışma alanı olarak sahada olmaları, çıktıkları görevin belirsiz olması, olay yerinde stresli, panik ve bazen de şiddete yönelebilecek hasta ve hasta yakınlarının arasında hastayı değerlendirmek zorunda kalmaları çalışanların stres ve motivasyonunu dolayısıyla tükenmişlik ve iş doyumlarını etkilemektedir (Düzova 2015).

Yalnız bireyleri değilr gtleri de ilgilendiren, kişilerde var olan gücün ve eldeki kaynakların fazlaca harcanması enerjinin bitmesiyle beraber çalışanların, verimliliklerini ve işlerliklerini olumsuz yönde etkileyen bir durum olan tükenmişlik terimi, ilk kez gönüllü sağlık çalışanları arasında görülen yorgunluk, hayal kırıklığı ve iş bırakma durumlarını tanımlamak için 1974 yılında Freudenberger tarafından "başarısız olma, yıpranma, enerji ve güç kaybı veya karşılanamayan istekler sonucu bireyin i kaynaklarında tükenme durumu" şeklinde yapılmıştır. Alanda en çok kabul gören alışmalar Maslach tarafından yapılmıştır. Maslach'a göre tükenmişlikte üç temel etmen mevcuttur: Duygusal tükenmişlik, duyarsızlaşma, düşük kişisel başarı hissi. Tkenmişlikte ilk olarak duygusal tükenme ortaya çıkar. Duygusal tükenme, kişinin kendini sürekli yorgun hissetmesi, duygusal olarak yıpranma, iş için gerekli zihinsel gücü bulamama olarak tanımlanabilir. Bu aşamayı takiben duyarsızlaşma gelişmektedir. Duyarsızlaşma, çalışanın yardım alan kişilere birer insan yerine kişiliği olmayan nesnelere gibi davranmasıdır. Tükenmişliğin son aşaması ise bireysel beceri ve başarıda azalma şeklinde görülmektedir. Kişisel başarısızlık da kişinin kendini işinde başarısız ve yetersiz hissetmesidir (Okyay 2009; Demir 2010).

Tükenmişlik sağlık iletişimini engelleyen sebepler arasında kabul edilirken, iletişim problemleri de tükenmişliğe neden olabilmektedir ve tükenmişlik hızlı

iletişim ve etkileşim ortamında çalışan meslek mensuplarında daha fazla görülürken, hem çalışanı hem de kurumları olumsuz şekilde etkilemektedir. Problemlerin ilk görüldüğü andan itibaren ele alınması, çalışanlar arasında ve iş ortamında iletişim engellerini ortadan kaldırarak iyi iletişim alanı oluşturabilmek tükenmişliği azaltmada etkili unsurlardadır. Etkili ve sağlıklı iletişim memnuniyeti artırıp tükenmişlik oranını azaltmaktadır. Ayrıca yapılan araştırmalarda iletişim ile iş doyumunu arasında güçlü bir bağ olduğu görülmüştür. Takım üyeleri arasında işbirliği ve iletişimin artmasının motivasyonu yükselteceği ve bununda tüm personelin işlevselliğini artıracığı görülmüştür. (Yüksel 2005; Kaya N. K., 2010; Uludağ 2011).

Yönetici ile iş gören arasındaki iletişimin kalitesi ve sağlık personellerinin takım üyeleri arasındaki işbirliği ve iletişimin güçlendirilmesinin personellerin moralini yükselteceği bununda işlevsellikle birlikte hizmet kalitesinin artmasında önemli etken olacağı görülmüştür (Yüksel 2005, Tappen 2005).

İş doyumunu ise kişinin işinden sağladığı maddi ve manevi doyumunu, fiziksel ve zihinsel açıdan iyi olması durumunu ifade eder. İş doyumunu kişilik, değer yargıları, inançlar, beklentiler, sosyo-kültürel çevre, tecrübe, yaş, eğitim düzeyi, zekâ gibi bireysel ve işin yapısı, zorluğu, ücret, terfi imkânı gibi işe bağlı faktörler etkilemektedir (Demir 2010).

Tükenmişliğin azalmasında önemli rolü olan iş doyumunu ya da doyumsuzluk durumunun, işgücü devrini, işe devamsızlığı, işten yakınmayı ve diğer önemli personel konuları yakından etkilediği belirtilmektedir. Temel olarak kişinin beklentileri ve mevcut gerçeklik arasındaki farka bağlıdır. Bu nedenle kişinin işinden bekledikleri ve işin ona verdiklerini bulmak önemlidir (Çınar ve Kavlak 2009).

Acil sağlık hizmetlerinde çalışanlarda, yoğun iş yükü, ağır ve ölümcül hastalara bakım verme, hızlı karar verme ve hızlı hareket etme zorunluluğu, gerektiğinde hasta ve yakınlarına duygusal destek vermek zorunda kalınması ve hastalardan çeşitli hastalıkların bulaşma riski gibi nedenler işle ilgili stres ve gerginliğe yol açmaktadır. Bunun yanında personel ve malzeme yetersizliği, hizmetin dengesiz dağılımı gibi nedenler de çalışanlarda gerginlik yaratmaktadır. İşe bağlı gerginlik ve stres kişide depresyon, anksiyete, çaresizlik duyguları gibi ruhsal ve baş ağrısı, kaslarda gerginlik, uykusuzluk, dikkat eksikliği gibi fizyolojik etkilere yol açmaktadır (Tokuç ve ark. 2011).

112 acil sağlık ekibi işleri nedeniyle sürekli zor durumda olan hastalara hizmet vermekte, doğal afet, felaket gibi kriz durumlarında aktif görev almaktadırlar.

Mesleklerinden kaynaklı zorluklar zamanla sağlıkçının yıpranmasına, tükenmesine, ruhsal bozukluklar yaşamasına neden olmaktadır.

Bu çalışmanın amacı; sağlık sisteminin vitrini konumunda olan ve sağlık sunumunu zor şartlar altında gerçekleştiren 112 acil sağlık hizmetleri ambulans çalışanlarının iş doyumunu, tükenmişlik, anksiyete ve depresyon ilişkisinin belirlenmesidir.





## **4. GENEL BİLGİLER**

### **4.1. AMBULANS SAĞLIK HİZMETLERİNİN KAVRAMI, ÖNEMİ ve TARİHÇESİ**

#### **4.1.1. Ambulans Sağlık Hizmetlerinin Kavramı**

Tıp biliminde acil, hastanın/yaralının zaman kaybetmeden tıbbi bakım uygulamalarına gereksinimi olduğu anlamı taşımaktadır. Organizasyonun görevlerini, bütünlüğünü ve işleyişini olumsuz etkileyen bir takım etkenlere karşı vücudun geliştirdiği düzeltici ve önleyici faaliyetlerin yetmemesi sonucunda oluşan duruma da, acil durum denilmektedir. Günümüzde ambulans hizmetleri, sağlık personeli tarafından olay yerinde yapılan acil müdahaleler ile hastanın/yaralının en uygun şartlarda ve en kısa sürede gerekli müdahaleyi yapabilecek acil müdahale imkânlarına sahip hastane acil servisine sevkini ve bu kritik anda verilen sağlık hizmetlerini içermektedir. Yaşamı tehdit eden kritik zamanlarda sağlık hizmetlerine zamanında ve kolay ulaşabilmek toplumların en zaruri ihtiyaçlarından birisidir (Gezgin 2015).

İnsanlar sağlıklarını tehdit eden acil bir durum yaşadıklarında kendi imkânlarıyla sağlık kuruluşlarına gidemediklerinde ambulans hizmetlerinden yararlanmaktadırlar. Ambulans hizmetleri, sağlığı tehdit eden acil durumlarda çok büyük öneme sahiptirler (Gezgin 2015).

Sağlık; Sağlık kavramında kişilerin fiziksel, ruhsal yönden tam bir iyilik halinde olmaları ve yaşamlarını çevreye uyumlu olarak devam ettirmeleri yer almaktadır. Ayrıca toplumu oluşturan bireylerin hastalık, rahatsızlık, sakatlıklarının olmaması ile o toplumdaki bireylerin fiziksel, zihinsel, sosyal ve ekonomik açıdan uyum içinde olmaları durumudur. Hasta; Herhangi bir durumdan dolayı yaralanan/hastalanan ve acil sağlık hizmetine ihtiyacı olan kişidir.

Acil Sağlık Hizmetleri (ASH); Acil hastalık/yaralanma durumlarında, konusunda özel eğitim almış ekipler tarafından, tıbbi araç ve gereç desteği ile olay yerinde, nakil sırasında, sağlık kurum ve kuruluşlarında sunulan tüm sağlık

hizmetlerini kapsamaktadır (<http://www.acilafet.gov.tr>, Erişim tarihi: 15 Aralık 2018).

İstasyon; Ambulans ekiplerinin hazır bulunduğu Komuta Kontrol Merkezi (KKM) tarafından değerlendirilen acil çağruların telsiz ya da telefon ile bu ekiplere bildirildiği birimlerdir.

Acil Tıp Teknisyeni(ATT); Sağlık hizmetleri alanında vazife gören nispeten yeni sayılabilecek bir meslek grubudur. ATT'nin açılımı acil tıp teknisyenidir. Ancak genel olarak sağlık sektöründe ve toplumda ATT'nin diğer adı paramedik olarak kabul görmüştür ve bu şekilde de adlandırılmaktadır. ATT'ler ilk ve acil yardım konularında hizmet verdiği için; bedenen sağlıklı, zorlu durumlarda soğukkanlılığını koruyabilen, el ve göz koordinasyonu yeterince gelişmiş, hasta, yaralı ve kazazedeye gerekli ilk ve acil yardımı yapabilecek bilgi ve beceriye sahip olmalıdır (<https://www.attder.org.tr>, Erişim tarihi: 15 Aralık 2018).

Acil Ambulans Bakım Teknikeri (AABT) (Paramedik); Hastane öncesi Acil Sağlık Hizmetlerinde, acil tıbbı müdahale yetkisine sahip olan, olay yerinden hastaneye ulaşıncaya kadar geçen sürede hastanın hayati bulgularını stabil hale getiren veya getirmeye çalışan ve bu durumu devam ettiren, yetkisi kapsamındaki ilaç ve tıbbı aletleri kullanan sağlık profesyonellerine "AABT, paramedik" denilmektedir (<https://www.adu.edu.tr>, Erişim tarihi: 15 Aralık 2018).

Komuta Kontrol Merkezi (KKM); Ambulans sağlık hizmetlerinin sağlanması sistemin ana yöneticisi Komuta Kontrol Merkezi'dir. İl Ambulans Servisi Başhekimliği 'ne bağlı bir birimdir. Acil çağrı merkezine (AÇM) gelen ve sağlıkla ilgili olan aramalar KKM ye yönlendirilir, gelen çağrı acil ise ona uygun ambulans zaman kaybetmeksizin olay yerine yönlendirilir ve gerekli durumlarda sevk koordinasyonu ve hasta nakli yönetimi yapılır. Bütün bu sistemin sorumlusu o günkü nöbetçi danışman hekimdir. KKM tarafından gelen çağrılar karşılanır. Yapılmış olan çağrıya gerekli ise uygun sayıda ve nitelikte ambulans ekibi yönlendirilir. Gelen çağrı ve verilen sağlık hizmetine yönelik her durum kayıt altına alınarak arşivlenir (112 Acil Çağrı Merkezleri Kuruluş, Görev Ve Çalışma Yönetmeliği. T.C. Resmi Gazete, 16 Mayıs 2014, sayı: 29002).

Ekip; 112 Acil sağlık hizmetlerinde sahada yaralı/hastaya müdahalelerde bulunan her bir ambulansa çalışanlarıyla birlikte ekip denilmektedir (Tanrıverdi 2012). Ekipler standartta üç kişiden oluşur arka kabinde iki sağlık personeli genelde

ATT/AABT ve ön kabinde bir sürücü bulunur. Sürücü sağlık personeli ya da normal şoför olabilmektedir.

Ambulans; Ambulans sözcüğü Türkçeye İngilizce ‘ambulance’ kelimesinden geçmiştir. Kelimenin kökeni Latince ‘ambulare’ kelimesidir. Yürümek ya da hareket etmek olarak tanımlanır. Kelimenin ilk orjinal hali bir ordunun peşinde hareket eden hareketli hastane anlamında kullanılmıştır (Bresnahan KA, Fowler J 1995).

Şuan ise olay yerinden hasta/yaralıyı hastaneye ulaştırmak ya da hastaneler arasında hasta/yaralının sevkini yapmak için kullanılan yönetmelikle belirlenen özel donanıma sahip motorlu araçlardır. Genellikle beyaz renkli, üzerlerinde ışıklı ve ses sistemi olan sirenleri bulunmaktadır. Üzerlerindeki kırmızı şerit “Acil Yardım” ambulansı mavi şerit ise “nakil ambulansı” olduğu anlamına gelmektedir. (Düzova 2015).

#### **4.1.2. Ambulans Sağlık Hizmetlerinin Önemi**

Kaza ve yaralanmalarda ölümlerin %10’unun ilk 3-5 dakika içinde; %60’ının da ilk 30 dakika içinde gerçekleştiği belirlenmiştir. Bu durum birçok ülkede ilkyardım uygulamasının planlı bir şekilde hayata geçirilmesi gerektiğini öngörmüştür. Olay yerinde doğru ilkyardım uygulamaları ve doğru yöntemle taşıma ölüm oranlarını büyük ölçüde azaltacağı görülmüştür (Demirhan 2003).

Ülkemizde ambulans hizmetlerinin en çok kullanıldığı vakalardan biri trafik kazalarıdır. Trafik kazaları ülkemizde yoğun olarak yaşanmakta ve bu kazalarda ciddi maddi manevi kayıplar oluşmaktadır. Bununla birlikte TÜİK verilerine göre 2003 yılından itibaren nüfus artışına paralel olarak kaza sayısında artış görülmekte, ölümlü ve yaralanmalı kaza sayısında da artış görülmektedir. Verilere göre 2003 yılından itibaren 100 bin araç başına düşen ölü sayısında azalma var fakat yaralı sayısı aynı istikrarda devam etmemekte ve son 5 senede ciddi artış yaşandığı görülmektedir. (<http://www.tuik.gov.tr>, Erişim tarihi: 15 Aralık 2018)

Türkiye’de ortalama yaşam kalitesinin artması ve beraberinde yaşam beklentisinin yükselmesi ile beraber yaşlı nüfus oranı artacaktır. Bununla beraber toplumların giderek yaşlanması ile sağlık hizmetlerinde sorunlar daha çok görülmeye başlanmıştır. Acil servise hizmet almak için gelenlerin öyküleri incelendiğinde yaşlı hastaların toplumun %15’ini oluşturduğu ve bu oranın %25’lere çıkacağı belirtilmektedir (Nur 2008). Ülkemizde ambulans hizmetinden yararlananların büyük bir kısmı tıbbi nedenlerden dolayı bu hizmete başvurmaktadır. Ayrıca 65 yaş ve

üstünün acil ambulans servislerine en çok başvuran yaş grup oldukları görülmektedir. (<http://www.tuik.gov.tr>, Erişim tarihi: 15 Aralık 2018).

#### 4.1.3.Ambulans Sağlık Hizmetleri Tarihçesi

İnsanlık tarihinin bilinen en eski zamanına ait savaşlar, kazalar ve afetler neticesinde yaralanan ve acil sağlık problemleri ile karşı karşıya kalan yaralı/hastalar açısından farklı tıbbi müdahaleler gerçekleştirilmiştir.

Hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinin tarihteki değişimi şu şekilde inceleyebilir (Batı 2012):

- 1500: Good Samaritan şarap ve yağ kullanarak yolun kenarında bulunan yaralılara tedavi uygulamıştır.
- 1732: ilk kez ağızdan ağza suni teneffüs bir maden işçisi tarafından yapılmıştır.
- 1860: ABD’de doğru ve etkin taşıma uçan ambulanslarla yapılmıştır.
- 1865 – 1869: ABD’de ilk sivil ambulans halkın hizmeti sunulmuştur.
- 1878: Londra’da ilk sivil ambulans halkın hizmeti sunulmuştur.
- 1881-1882: İskoçya ve İngiltere’de kilise yardım örgütleri ilkyardım teşkilatlanmasını oluşturmuşlar ve ilk ambulans halkın hizmetine sunulmuştur.
- 1897: Londra’da ilk tam zamanlı ambulans servisi halkın hizmete sunulmuştur.
- 1915: Arnavutluk’tan Sırp ordusunun geri çekilmesi sırasında bilinen ilk tıbbi hava taşımacılığı yapılmıştır. Birinci Dünya Savaşı sırasında Sırp Hugh Owen-Thomas tarafından yapılan atel ile femur fraktürleri engellenmiştir.
- 1920: Gönüllü kurtarma ekipleri New Jorsey, Virginnie, Roanoke sahillerinde ilk kez kurulmuştur.
- 1958: Ağızdan ağza suni solunumun diğer yöntemlere göre daha iyi olduğu Dr. Peter Safar tarafından tespit edilmiştir. Kalp masajı ile ağızdan ağza suni solunumun etkinliğinin gösterilmesi için acil bakım sistemleri kurulmuştur.
- 1960: Kardiyo Pulmoner Resusitasyonun (CPR) etkin olduğu tespit edilmiştir.

- 1966: “Kaza Sonucu Ölüm ve Sakatlık Modern Toplumun ihmal Hastalığı” adlı makale Ulusal Araştırma Konseyi tarafından yayımlanmış ve bu makale ile acil servis oluşumu hızlanmıştır.
- 1968: Newyork’ta ilk mobil koroner yoğun bakım ünitesi halkın hizmetine sunulmuştur.
- 1970: Cincinnati Üniversitesi’nde Acil Tıp Anabilim dalı açılmıştır.
- 1975: Akademik Acil Tıp Derneği doktorlarına Acil sağlık hizmetleri eğitim programı planlanmıştır.
- 1984: Çocuk acil sağlık hizmetleri halkın hizmetine sunulmuştur.
- 1990: Travma bakım algoritması geliştirmek ilgili yasa onaylanmıştır.
- 1991: Ambulans hizmetleri akreditasyon komitesince standartlar oluşturulmuştur.

#### **4.1.4. Dünyada Ambulans Sağlık Hizmetleri**

Ambulans hizmetlerinin önceki bölümünde anlatılan tarihsel gelişiminde organizasyon yapısına bakıldığında o ülke içinde yerel şartlara özel bazı temel farklılıklar olduğu görülmektedir. Mesela Kanada ve Amerika vb. ülkelerde polis, itfaiye ve ambulans hizmetlerinin tek bir merkezden yönetildiği ve tüm acil çağrıların özel eğitim almış personellerce karşılanarak gerekli ekibin çağrı gelen alana yönlendirildiği ve güvenlik sistemlerinin daha dikkat çekici olduğu bir yapı olduğu görülmektedir. Ambulans hizmetlerinde eğitim seviyelerine göre tıbbi sorumlulukları farklılık gösteren paramedikler görev alıyor ve itfaiye istasyonları dışında bulunan hastanelere bağlı bulunan ambulanslar mobil çalışmaktadır. Doktorlar aldıkları eğitim ve uygulamalarla sadece tıbbi kontrol görevini yerine getirmektedirler. Sistemde genel olarak üç çeşit ambulans, iki sağlık personeli mevcuttur.

Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerin ambulans hizmetini kullanımları ve toplumun ambulans kullanım oranları sosyo-ekonomik, kültürel ve yerel şartlara bağlı olarak farklılık göstermektedir. Dünya çapında ambulans hizmetleri il ya da bölge düzeyinde komuta kontrol sistemlerinin sevk ve idaresiyle 7/24 aralıksız hizmet vermektedir (Sofuoğlu 2007).

Hollanda’nın 80 civarında devlet ve özel sektöre ait ambulans hizmeti bulunmaktadır. Ülke 26 bölgeden oluşmaktadır. Her bölgeye 112 numarası ile irtibat kurulabilecek bir komuta kontrol merkezi oluşturulmuştur. Hizmet kalitesi açısından belirledikleri standart, vakaların % 90’ına 15 dakika içerisinde cevap

verilebilmesidir. Tüm travma merkezlerinde dört hastane ambulansı, bir tane özel kurtarma ambulansı ve bir tane helikopter bulunmaktadır. On ayrı gruptan oluşan bu doktorlu ekipler, ülke genelinde hizmet sunmakta ve hastaneyi sokağa götürmektedirler. Hastalar, hastaneye gitmeden hayati riskleri ortadan kaldırılmakta ve %80'i doktorlu ambulans ekipleriyle hastaneye nakil edilmektedirler (Duis and Werken 2003).

#### **4.1.5. Türkiye’de Ambulans Sağlık Hizmetleri**

1986 yılında ülkemizde Acil Sağlık Sistemi’nin temelleri atılmış ve Hızır Acil Şeklinde isimlendirilmiştir. 1994 yılında da 112 Acil Sağlık Hizmetleri şeklinde halkın hizmetine açılmıştır.

Hastane öncesi Acil Sağlık Hizmetlerinin tarihsel gelişimi şu şekildedir (Batu 2012);

- 1961: Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun çıkarılmıştır; basamaklı hizmet, sevk sistemi, tam gün yasası, entegre hizmet ve ekip hizmeti bu kanunla getirilmiştir.
- 1982: 1982 Anayasasının 41. ve 56. Maddeleri değiştirilmiş ve düzenlenmiştir; çevrenin korunması, sağlık hizmetleri ve ailenin korunması planlanmıştır.
- 1986: 077 Hızır Acil Servis açılmıştır.
- 1993: İlk ve Acil Yardım (Acil Tıp) yeni uzmanlık dalı olarak kabul edilmiştir.
- 1994: 112 Acil Yardım ve Kurtarma hizmete açılmıştır.
- 1996: İlk Yardım ve Acil Bakım Teknisyenliği bölümüne öğrenci kaydı başlamıştır.
- 2000: Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği değiştirilmiş ve düzenlenmiştir.
- 2004. AABT ve ATT’lerin atamaları gerçekleştirilmiştir.
- 2007: Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği’ne ATT ve AABT yetki ve sorumlulukları dahil edilmiştir.
- 2009: AABT ve ATT’lerin Çalışma Usul ve Esaslarına Dair Tebliğ tekrar düzenlenmiştir.

Günümüz acil sağlık hizmetlerinin acil tıbbına uygun şekilde hizmet verebilmesi sadece eğitilmiş ve kalıcı bir ekiple mümkün olabilmektedir.

#### 4.1.5.1. Türkiye’de ambulans sağlık hizmetleri işleyiş süreci

Ülkemizde on beş yıldır hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinde hızlı bir gelişim ve değişim görülmektedir. Acil sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi için yürütölen bir takım faaliyetler neticesinde, 2008 yılında helikopter ambulanslar Ankara’da hizmete başlamıştır (Kayser 2008). Ülke genelinde AABT ve ATT’ler 112 Acil Yardım ambulanslarında görev yapmaya başlamışlardır. Sağlık hizmet sektöründeki diğer mesleklerle karşılaştırıldığında, yasal yetki ve sorumlulukları çok hızlı ve detaylı bir şekilde düzenlenmiştir.

Ülkemizde acil sağlık hizmetlerinin işleyiş i ise şekilde yapılmaktadır: hizmete ulaşmada ilk aşama KKM’ne yapılan çağrıdır. Çağrı merkeze ücretsiz aranabilen 112 numarasıyla düşer. KKM hizmeti doğru şekilde verebilmek için olayın durumu yeri şekli yaralı/hasta sayısı vb. benzeri bilgilere ulaşmaktadır. KKM bilgiler doğrultusunda ambulans gereklimidir diye değerlendirmektedir. KKM hekimi gerekli değilse ambulans yönlendirmeme yetkisine sahiptir. Gerekli ise vakanın durumuna yaralının sayısına göre en yakın ambulans ekibi telsiz ya da telefon yoluyla olay yerine yönlendirilir. Ayrıca vakanın durumuna göre KKM diğer kuruluşları da bilgilendirir. KKM tarafından yönlendirilen ambulans ekibi en kısa zamanda olay yerine ulaşır ve gerekli acil yardım uygulamalarını edindiği bilgilere göre gerçekleştirir. Gerekliyse hastanın hastaneye naklini sağlar değilse yaptığı uygulamalar hakkında KKM’ye bilgi verir. Hastanın nakli sırasında hastanın stabilizasyonunu korur ve KKM’nin hastanın durumuna göre uygun gördüğü hastaneye hastanın naklini yapar. Acil servis hastanın ihtiyaç duyacağı tetkik ve tedavileri önceden hazırlar ve hasta gelince uygulanır. Hastanın başka bir hastaneye nakli gerekiyorsa KKM’nin belirleyeceği uygun sağlık kuruluşuna hastanın nakli ambulans ile sağlanır. Acil sağlık hizmeti sunan tüm kamu kurum ve kuruluşları, özel hukuk tüzel kişiler ve gerçek kişiler ve bunlar tarafından oluşturulan sağlık kurum ve kuruluşları, Merkeze düzenli şekilde, aylık olarak gerekli istatistiksel bildirimini yaparlar.

(<http://www.mevzuat.gov.tr/Metin.aspx?MevzuatKod=7.5.4798&MevzuatIliski=0>,

Erişim tarihi:16.12.2018).

#### **4.1.5.2. Ambulans hizmetlerinin organizasyonel yapısı**

Ambulans hizmetlerinin zaman içerisinde ki değişim ve gelişim aşamasına baktığımızda organizasyon yapısı ülkeler arasında değişiklikler göstermektedir.

Ülkemizde de dünyada ki gelişmelere paralel olarak özellikle on beş yılda ASH' da önemli gelişmeler yaşanmıştır. Toplumların sağlık gereksinimlerine göre devamlı bir değişim ve gelişim içinde olan ASH ülkemizde de 1980 sonlarında başlamış ve 2011 yılında 11.10.2011 tarih ve 663 sayılı Kanun Hükmünde Kararname (KHK) ile şuan ki durumuna ulaşmıştır (Düzova 2015).

##### **4.1.5.2.1. Merkez teşkilatı**

Acil sağlık hizmetlerinin ülke genelinde kesintisiz olarak hizmet vermesi, ekip bütünlüğü ile yürütülmesi ve kısa zamanda ulaşılabilir olması önceliklidir. Acil sağlık hizmetlerinin bu esaslara göre Sağlık Bakanlığı'nın koordinasyonunda kamu ya da özel tüm kurum ve kuruluşların katılımı ile tek bir merkezden yönetilmesini sağlamak amacıyla, hizmetin yürütülmesi için acil sağlık hizmetleri oluşturulmuştur (Gezgin 2015).

Acil sağlık hizmetinin yürütülmesi için Sağlık Bakanlığı'nca görevleri ve üyeleri belirlenen Acil Sağlık Hizmetleri Danışma Kurulu, Acil Sağlık Hizmetleri Bölge Eğitim Araştırma ve Uygulama Merkezi ve müdürlüklerce İl Acil Sağlık Hizmetleri Koordinasyon Merkezi (ASKOM) birimleri kurulmuştur. (<http://www.mevzuat.gov.tr/Metin.Aspx?MevzuatKod=7.5.4798&MevzuatIliski=0>, Erişim tarihi: 16.12.2018).

##### **4.1.5.2.2. Taşra teşkilatı**

İllerde, bakanlıklar ve bağlı kuruluşların taşra teşkilatının en üst yöneticileri, görev alanları ile ilgili olarak valiye karşı sorumludurlar. Taşra teşkilatı genelindeki hizmetlerin bütünlüğünün ve uyumunun sağlanması amacıyla, Kanun Hükmünde Kararname ile İl Sağlık Müdürü, ilin en üst amiri konumunda ki valinin sağlık müşaviri ve bakanlığın validen sonra ildeki en üst yöneticisi olarak belirlenmiştir. Sağlık müdürlüğü, ASH'nin yürütülmesinden sorumlu olduğu gibi kamu ve özel tüm sağlık kuruluşlarının koordinasyonunu sağlamakla da yükümlüdür. Sağlık müdürlüğü il genelindeki sağlık hizmetlerinin yürütülmesini sağlar ve değerlendirir. İl ve ilçe sağlık müdürlüğü bakanlıkça yürütülen görevleri il ve ilçe bazında yerine getirir, yapılan yeniliklere uyumu sağlar ve gerekli yaptırımları uygular. Taşra teşkilatında



yer alan ASH birimleri destek hizmet ve temel hizmet birimlerinden oluşur. İllerde faaliyet gösteren tüm ASH birimleri ve hizmetle ilgili diğer birimler verdikleri hizmet açısından il sağlık müdürlüğüne karşı sorumlu ve İl Ambulans Servisi Başhekimliği aracılığıyla, Acil Sağlık Hizmetleri Şube Müdürlüğü illerde hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinin yönetimini sağlamaktadır (Yılmaz 2014).

#### **4.1.5.2.2.1. İl ambulans servisi başhekimliği**

112 Acil hizmetlerinin düzenli bir şekilde çalışması, İl Ambulans Servisi Başhekimliğinde yürütülen işlemlere, Komuta Kontrol Merkezi'ne ve 112 İstasyonlarındaki işleyişe bağlıdır.

İl Ambulans Servisi Başhekimlikleri ASH'nin hizmet birimlerinin temelidir. Çünkü 112 ASH'nin sevk ve idaresinin yapıldığı ana merkezdir. İl Ambulans Servisi Başhekiminin tıp doktoru olması gerekmektedir. “İl düzeyindeki tüm ambulans hizmetlerinin organizasyonu, uygulanması ve bakanlıkça belirlenen amaçlar doğrultusunda çalışmalarının değerlendirilmesi ve denetlenmesi konusunda Sağlık Müdürlüğüne bağlı çalışır.

#### **4.1.5.2.2.2. 112 Komuta kontrol merkezi**

İlde acil hastalık ve yaralanma afet vb. olaylarda, ambulans talep etmek için acil çağrı tek bir merkeze yapılmaktadır. Ülkemiz için acil çağrı merkezinin telefon numarası 112'dir. 112 numarası sabit ve ankesörlü telefonlardan, cep telefonlarından ücretsiz olarak aranabilmektedir ([www.ankara112.gov.tr](http://www.ankara112.gov.tr), Erişim tarihi 18.12.2018).

Ülkemizde “Tek Acil Çağrı Numarası” oluşturma çalışmaları; 2003 yılında, Hollanda Hükümeti ile T.C. İçişleri Bakanlığı'nın işbirliği ile MATRA Projeleri kapsamında başlanmış, 06 Nisan 2005 tarihinde Antalya pilot il olarak belirlenmiş ve 05.10.2009 da uygulama başlamıştır. KKM'nin ülkedeki genel adı, “Çağrı merkezidir”. KKM, sadece acil çağrılarının ulaştığı bir merkezdir ve gelen çağrıyı kayda alarak en uygun ekiplere yönlendirecek teknolojik alt yapısı mevcuttur. Çağrı merkezinde insan kaynaklı olumsuzlukları minimuma düşürecek bir elektronik haberleşme programı bulunmaktadır (Ayten 2015).

KKM, il ambulans servisi başhekimliğine bağlı olarak çalışır. KKM, nüfusa, yıllık acil sağlık çağrı sayılarına, istasyon sayılarına ve ilin özelliklerine göre yeterli sayıdaki çalışanı, teknik donanımı ve yazılım alt yapısı ile birlikte uygun fiziki şartlarda kurulur (Kıdak ve ark. 2009).

#### **4.1.5.2.2.3. Acil yardım istasyonları**

Komuta kontrol merkezi tarafından değerlendirilen acil vaka çağrılarının telsiz ya da telefon ile bildirildiği 112 ambulans ekiplerinin hazır bulunduğu birimlere acil yardım istasyonu denir. İstasyonlar, acil sağlık hizmeti sunmak ve tıbbi müdahalede bulunmak amacıyla müdürlüğün teklifi ve valiliğin onayı ile hizmete açılır. İhtiyaç halinde il sınırları dışında da valiliklerin teklifi ve Sağlık Bakanlığının onayı ile istasyon hizmete açılabilir.

Ambulans istasyonları birçok ülkede sağlık kuruluşları, itfaiye binaları veya bu işe uygun binalarda hizmet vermekte ve buldukları bölgenin merkezi bir konumuna yerleştirilmişlerdir. İstasyonlarda acil sağlık hizmetleri üzerine eğitim almış sağlık ekibi ve tıbbi donanıma sahip ambulanslar hizmet vermektedir. Uluslararası standartlara göre bir ambulans ekibi kendi bölgesinde olay yerine kentsel alanında 10 dakika içinde, kırsal alanında 20 dakikada içinde vakaya adresinde olmalıdır. Ayrıca aynı bölgede birden fazla vaka olma ihtimali olabileceğinden iç içe geçmiş daireler sistemi şeklinde istasyonların hizmet vereceği sınırlar belirlenmelidir. (Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik, T.C. Resmî Gazete, 15 Mart 2007, sayı: 26463).

## **4.2. İŞ DOYUMU TANIMI VE KURAMLARI**

Günün en az üçte birinde iş alanında kalınmıyor olması iş hayatının insan hayatında önemli bir alana sahip olduğunu göstermektedir. Fakat yapılan işin kişi için ne ifade ettiği, kişiyle iş arasındaki ilişkinin temelinde oluşan olumlu veya olumsuz olaylar, kişinin ifa ettiği işten alacağı doyum da etkilemektedir. Çalışma şartları, işin kalitesi, işe duyduğu ilgi, işini severek yapması; kişinin işiyle ilgili olarak olumlu ya da olumsuz duygulara girmesine neden olabilmektedir (Kuşdil ve ark. 2004).

İş hayatı, kişinin yaşamının önemli bir bölümünü oluşturduğundan, iş doyumunu ile iyi olma hali arasında kuvvetli bir ilişkinin varlığı, kişilerin işin kontrolüne ve karar verme kısmına dâhil olmalarının da iş doyumuna katkısı olduğu görülmektedir. İş doyumunu; bireylerin mutlu, başarılı ve üretken olmaları için en önemli faktör olduğu görülmektedir (Balkar 2017).

İş doyumunu tanımı ilk kez 1920’li senelerinde yapılmıştır, ancak önemli bir kavram olduğu 1940’lı senelerde anlaşılabilmiştir. İş doyumunu 18.yy sonlarıyla

19.yy arasında çalışan kişilerin sendikalaşmaları ile medya gelmiştir ve 19.yy sonlarında Taylor iş doyumunu sürecinin tanımı yapmıştır. İş doyumunu kavramı özellikle zamanımızda olabildiğince önemlidir, bu kavramın önemli olmasının iki nedeni vardır; bu nedenlerin birincisi kişinin ruhsal ve fiziksel sağlığına direkt etki eden yaşam doyumudur. İkincisi ise üretkenlik mevzuuyla ilgilidir. İş doyumsuzluğunun oluşturduğu dolaylı faktörler (stres, uyumsuzluk gibi) bireyi olumsuz bir biçimde etkilemekte ve bireyin çalışma başarısını azaltmaktadır (Çelebi 2014).

Kurum ve kuruluşların çalışanların iş doyumlarıyla yakinen ilgilenmesi, kişilerin doyum sağlayabilmelerini önemsemesi, çalışanların verimli, üretken ve sağlıklı olmasına yarar sağlayacağı için toplumun huzur ve mutluluğuna da olumlu yönde katkı sağlanabilecektir. Geçirilen zamanın kaliteli bir biçimde kullanılması kişinin işinden sağladığı doyum düzeyi ile bağlantılıdır. İş hayatında, bireyin davranışlarını belirleyen çeşitli etmenler mevcuttur. Örgütlerde çalışan personelin iş doyumunun araştırılmasında güdülenme kuramları kullanılmaktadır. Güdülenme kuramları;

- Gereksinim kuramları,
- Süreç kuramları,
- Pekiştirme kuramı ve
- Sosyal öğrenme kuramı olarak dört başlıkta incelenecektir (Eroğlu 2015).

#### **4.2.1.Gereksinim Kuramları**

Çalışan kişilerin aynı işte, aynı iş şartlarında ve durumlarda güdülenmelerinde oluşan farklılıkları ortaya çıkarmaya yarayan araştırmaları oluşturmaktadır. Bu kuramda bilim adamları daha ayrıntılı inceleme yapmak için gereksinim önceliklerine göre ihtiyaçları gruplamış ve bunları fizyolojik gereksinimler, sosyal gereksinimi, güvenlik gereksinimler, kendini gerçekleştirme gereksinimi, saygınlık gereksinimi olarak belirleyerek her birini ayrı ayrı inceleyerek konuyu ifade etmeye çalışmışlardır. Belirtilen ihtiyaçlar bireyin doğrudan kendisine bağlı olanlar genel doyum faktörleri, iş alanına ait ihtiyaçlar ise örgütsel faktörler olarak adlandırılmıştır.

Genel doyum etkenler; fizyolojik (yiyecek içecek vb.), sosyal (iyi ilişkiler, sevgi, ait olma), güvenlik (rahatlık, devamlılık, desteklenme, güvenlik), kendini gerçekleştirme (gelişme, yaratıcılık, ilerleme) ve saygınlık (kendine saygı, kendine güven, statü, prestij) biçiminde açıklanabilir.

Örgütsel etkenler; fizyolojik (ödemeler, kafeterya, iyi bir iş ortamı), sosyal (birlikte iyi çalışan iş gurupları, arkadaşça denetim, profesyonel ilişkiler), güvenlik (güvenli iş şartları, örgütsel imkânlar, iş güvenliği), kendini gerçekleştirme (anlamalı bir iş, yaratıcılık için imkanlar, işte hedeflerine ulaşma, örgütte yükselme) ve saygınlık (sosyal tanınma, unvan, yüksek pozisyonlu iş, işte alınan geri bildirim) biçiminde ifade edilebilir (Lal 2014).

#### **4.2.2. Bilişsel (Süreç) Kuramları**

Bilişsel kuramlar; davranış üstünde güdülenmeden önceki birbiri ile ilişkili bilişsel etkenler üzerinde yoğunlaşmaktadır. Bilişsel süreç kuramları, bu konu üstünde inceleme de bulunan bilim insanlarınca genel olarak; denklik kuramı, beklenti kuramı ve amaç saptama kuramı başlıkları olarak incelenmiştir.

Bu kuram Adams'ın eşitlik (Denklik), Vroom'un beklenti (Ümit), Edvin A. Locke ve Gary P. Latham amaç şeklinde ele almıştır. Victor Vroom'un beklentiyi, değerlilik derecesine göre bireyi heveslendirdiği, ümit neticesinin olumlu olma yönündeki inancı, araçsallık, çalışanın verimliliği gibi konularda iş alanında arzuladığı yere gelme halidir. Adams'ın Denklik kuramında ise personelin girdi-çıkıtı oranının, başka personelle girdi-çıkıtı oranı ile karşılaştırılması neticesinde kendi çıkıtısı diğerlerinden veya kendi çabasından düşük ise iş doyumsuzluğu olabileceğini söylemiştir. Edvin A.Locke ve Gary P.Latham personelin bir amacı olursa buna bağlı olarak çok daha fazla çalışacağı ve amacını gerçekleştirdiğinde iş doyumunun olacağını, ulaşmadığında ise iş doyumsuzluğu olacağını belirtmiştir.

Beklenti teorisinde; personelin isteklendirilmesi neticesinde çalışma talebinde olumlu bir gelişme sağlanacağı fikri ön planda tutulmuştur. Personelin çalışma isteğini sağlayacak durumlardan biri olan ödüllendirme burada devreye sokulmaktadır. Fakat verilecek olan ödül tüm personel için aynı derecede mühimsenmeyebilir. Personelin başarılı olduğu takdirde alacağı ödülün niteliğini bilmesi ve o ödülü önemli görmesi de gereklidir.

Denklik teorisinde; aynı ya da birbirine yakın işlerde çalışan personellerin işten elde ettikleri girdiyi diğer personellerin elde ettikleriyle kıyasladıkları ve kendi elde ettiklerinin benzerlerinden daha düşük olduğunu öğrenmeleri sonucunda işe karşı heveslerinin azaldığı motivasyonlarının ve performanslarının azaldığı belirlenerek bu olayın iş doyumunu da olumsuz yönde etkilediği görülmüştür.

Amaç saptama teorisinde ise; personellerin yüksek hedeflerinin varlığı personeli isteklendirdiğini belirtilerek, kişinin hedefini yakalamak için daha yüksek performansla çalışacağı ve hedefine ulaşan kişinin aynı anda iş doyumuna da ulaşacağı görülmüştür (Derin 2007).

#### **4.2.3. Pekiştirme Kuramları**

İncir'in personellerin iş doyumunu üzerine bir araştırma kitabında yazdığına göre; personelin kurumun belirlediği davranışı yapmasını sağlaması amacıyla kurum, ödül ve ceza ölçütlerini uygulamakta ise cezalandırma usulünün tercih edilmemesinin çok daha iyi neticeler çıkardığını belirtmiştir. Ayrıca davranış değişimini olumlu, pekiştirme metodu ile yükseltmeyi; söndürme ve cezalandırma metodu azaltmayı hedeflemesi daha başarılı neticeler çıkaracağını belirtmiştir.

Personelin, istenen ve olumlu davranışlar sergiliyor olması tüm kurumların istediği bir durumdur. Personellerde olumlu davranışların geliştirilmesi ve sürekliliğinin sağlanması için yöneticinin ve kurumun çalışanı bu davranışların kazanılması için motive edecek maddi ve psikolojik ödüllendirmelerle ödüllendirmesi en önemli uygulama seçenekleridir (İncir 1990; Lal 2014).

#### **4.2.4. Sosyal Öğrenme Kuramları**

Sosyal öğrenme kuramını Bandura ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir ve birey davranışlarının çeşitli bireysel ve çevresel faktörlerin karşılıklı etkileşimi ile öğrenilerek ortaya çıktığı bilgisi kabul edilmektedir. Davranışların birçoğu; sosyal çevreyi gözleyerek, taklit ederek, tarafların karşılıklı iletişimi ile öğrenilir. Çalışanlar içinde yaşadıkları ortamdaki kişilerin davranışlarından direkt etkilenmektedirler ve davranışları bu etkileşim neticesinde meydana gelir. İş doyumunun da ise çalışan personelin çevreyi izlemesi, gözlemlemesi, karşılaştırması sonucu öğrendiği görülmektedir (Çetinkanat 2000).

#### **4.2.5. İş Doyumunu Etkileyen Faktörler**

Personelin işleriyle ilgili davranışları, işlerine karşı psikolojik deneyimleri özellikle bu zamanda önem arz eden noktalardandır. İş doyumunu, personelin yaptığı işi, iş ortamını ve iş ortamındaki çalışma yaşamını değerlendirmesi neticesi meydana gelen duygusal tepkimedir. Literatür incelemelerinde iş doyumunu etkileyen etkenlerin bazı araştırmalarda tek boyutlu bazı araştırmalarda ise çok boyutlu olarak

ele alınıp incelendiği bunun yanında bazı araştırmalarda yedi başlık altına toplandığı görülmüştür. Araştırmada genel olarak bütün etki faktörlerini içine alacak şekilde iki başlık altında toplanmıştır. Bunlar bireysel ve örgütsel faktörlerdir (Çelebi 2014).

İş doyumunu oluşturan etkenlerin temelinde personelin psikolojik, fizyolojik ve sosyal ihtiyaçları bulunmaktadır. Bunlar işin kendisi, türü, fiziki koşulları, gerektirdiği bilgi ve beceri düzeyi, ücreti, amacı, iş seçimi, güvenlik, iletişim, bağlılık gibi birçok faktörden meydana gelmektedir. Her personelin bu etkenlere vereceği değer farklı olabilir. Bir personel için en değerli etken ücret iken, bir diğeri için terfi olanakları olabilir. Herhangi bir personelin tatmin olduğu koşullardan bir diğeri tatmin olmayabilir. Bunun nedeni personelin algı seviyelerindeki farklılıktır. İş doyumunu bir tutum olduğuna göre algı seviyelerindeki farklılıklar davranışlarda da farklılıklara neden olacağı için, algılamaları farklı olan personelin iş doyumları da farklı olacaktır (Çalışkan 2014).

#### **4.2.5.1. İş doyumunu etkileyen bireysel özellikler**

Yaşam doyumunu en çok etkileyen faktörlerden biride iş doyumunu olduğu için bireysel açıdan büyük öneme sahiptir. Fakat çalışanların bireysel özellikleri iş doyumunu değişik biçimlerde etki etmektedir. İnsanların bireysel özellikleri, değer yargıları, inançları birbirinden çok farklıdır. İnsanın bireysel özellikleri, sosyal ve kültürel ortamı ve eğitim seviyesi yapacağı işi belirlemektedir. İnsandan insana değişiklik gösteren değerler ve beklentilere ilintili olarak iş doyum ya da doyumsuzluğunun olmasında ki farklılıklar oluşmaktadır (Erdoğan 2016).

Yaş ile iş doyumunu arasındaki ilişkiye bakıldığında; çalışanlarda yirmili yaşların bitişinde işe yeni başlayan ve otuzlu yaşın bitişinde iş doyumunun en düşük seviyede olduğu görülmektedir. Genç çalışanların beklentilerinin çok yüksek olması, bireyin enerjik olması sebebiyle çokça çalışıp, yeni çalışma alanında sorunlarla baş etme metotlarını daha öğrenmemiş olmaları bundan dolayı genç yaşlarda yüksek iş doyumuna erişilemediği görülmektedir. (Lal 2014).

Erkeklerle ve kadınlara toplum eliyle farklı sorumluluklar yüklenmesi, farklı ortamlarda farklı roller almaları (anne, baba, eş), ve düşünce biçimindeki değişiklikler iki tarafın iş doyumlarının çeşitli olmasına yol açmıştır. Cinsiyet faktörünün iş doyumunda farklılığa neden olabileceği, aynı özellikteki işte, kadınların çok daha az beklentilere sahip olmaları sebebiyle erkeklerle oranla daha

fazla doyum alabilecekleri görülmüştür. Fakat cinsiyet değişkeni ile ilgili iş doyumunda tam cevap alınamamış araştırmalarda mevcuttur (Behlül 2015).

İş tatmininin en önemli etmenlerinden biri de eğitimidir. Çalışmalarda eğitim düzeyi ile iş doyumunu arasındaki ilişki araştırıldığında bu ilişkinin tutarlılığının her zaman aynı olmadığını görülmüştür. Eğitim düzeyi arttıkça bazı bireylerin bilgi ve becerilerini kullanarak yüksek iş doyumuna ulaşabildikleri, bazılarının ise iş beklentilerinin çok yüksek olması ve bu beklentilerin gerçekleşme durumunun olmaması da iş doyumunun düşük olmasında etken olduğu görülmektedir. (Balkar 2017).

Zekâ düzeyi ile iş doyumunu arasında tek başına önemli bir ilişki bulunmamıştır ve zekâ seviyesine uygun bir işin yapılıp yapılmaması açısından zekânın iş doyumunda önemli bir etmen olduğu görülmüştür. Birçok meslek ve iş için belli bir zekâ seviyesinin gerektiği, bu seviyeye uymayan işlerde doyumsuzluk olduğu tespit edilen araştırmalarla görülmüştür. Zekâ, pek çok meslek ve iş için belirli bir zekâ seviyesinin lüzumlu olduğu, bu seviyeden sapsmaların kişide iş doyumsuzluğuna neden olduğu kanıtlanmıştır (Baykurt 2015).

İş doyumunu toplumda saygınlığı çok olan mesleklerde yüksek olduğu görülmüştür. Kurum ve kuruluş içinde de mevcut konumu bakımından yüksek olan çalışanın düşük olana oranla iş doyumunu daha fazladır. Çalışan yönetimde ne kadar fazla söz hakkına sahipse o kadar çok iş doyumuna ulaşmaktadır. Kurumda yönetici pozisyonunda olanların iş doyumunu diğer çalışanlardan daha yüksek olduğu görülmüştür (Lal 2014).

Çalışanların kişilikleriyle iş doyumları arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmalar, iş doyumunu yüksek çalışanların esnek bir yapıya ve kararlı kişilik yapısı olan, iş doyumunu düşük ya da olmayan çalışanlarınsa ütopyik amaçları olan, çevresindeki zorluklara yenilen ve kişilik yapısı katı olan bireyler oldukları görülmüştür. Öz benliği ve özgüveni yükselten çalışanlar işlerinde doyuma ulaşmaya daha mehillidir. Gerçekleştirilen bazı incelemelerde genellikle yeteneği az olan ve ortamına uyum sağlayamayan çalışanların iş doyumsuzluğu yaşadıkları tespit edilmiştir. (Öztürk 2017).

Medeni durum ile ilgili çalışmalar sağlık çalışanları açısından evliliğin, iş doyumunu seviyesini artırmada ve stresle baş edebilme durumuna yardım ettiği görülmektedir. Bazı araştırmalar evli olan sağlık personellerinin iş doyumunun daha yüksek olmasını düzenli yaşama haline bağlamıştır. (Behlül 2015).

#### 4.2.5.2. İş doyumunu etkileyen çevresel ya da örgütsel özellikler

İş doyumunu etkileyen etkenlerin büyük bir çoğunluğunu örgütsel etkenlerden meydana gelmektedir. Bunlar terfi, ücret, iletişim, fiziki koşullar, yönetim, denetim, çalışma saatleri, takdir edilme, sosyal çevre ve kişinin dış ortam ile iletişimi gibi etkenlerdir.

Çalışanların görevlerinin tam belirlenmemiş olması, hangi işi nasıl yapacakları, kimlerden ne isteyecekleri, kime karşı sorumlu oldukları konularında problem olması çalışanda iş doyumusuzluğuna sebep olan etkenlerdir. Çalışanların ifa ettikleri işle ilgili belirsizlik, karışıklık yaşamaları iş doyumunu düşürürken, yapılan işin özümsemesi, kabiliyetlerini kullanmasına imkan vermesi, ilerlemeye, gelişmeye ve kendini göstermesine müsait olması iş doyumunu yükselten etkenler arasındadır (Behlül 2015).

İş doyumunu düzeyini çoğaltan en önemli etkenlerden biride ücrettir. Ücret, çalışanlarca sadece ekonomik bir getiri olmamakta, emeğinin ve örgüte katkılarının bir bedeli olarak görülmektedir. Tatmin edici şekilde alınan ücret, çalışanın iş alanında kendini iyi hissetmesine neden olur. Yetersiz ücretle çalışan ise çalıştığı yere karşı olumsuz bir davranış içinde olacaktır. Bu sebeple ücretin iş doyumuna etkisi inkâr edilemeyecek kadar fazla olduğu görülmektedir (Balkar 2017).

İş kaybette durumu iş doyumunu etkileyen bir etkidir. İş alanının da güvenli olma hali çalışan için tehdit olan sağlığını etkileyen olumsuz her yönüyle incelenmesi gereken bir durumdur. Bu sağlık personeli için çalışılan alanın sağlıklı olmasını da gerektiren bir olaydır. Dış ortamdan gelebilecek tehlikelere karşıda korunabilmeli ve güvenli olmalıdır (Lal 2014).

Çalışanların gerek grup içinde gerek grup dışında yaptıkları işlerin ödüllendirilmesi iş doyumunu etkileyen önemli bir etkidir. İnsan oluşu gereği takdir edilmeyi ve övülmeyi ister. Bunun için de sıklıkla özel çabalar harcar ve bu çabalarının sonucunu da almak isterler. Burada iş kuruma düşmektedir. Çalışanın bu çabalarının sonucunda mükâfatlandırılması çalışanın iş doyumunu artıracaktır (Öztürk 2017).

Çalışanların birlikte çalıştıkları insan grupları iş doyumlarını etkilemektedir. Her iş ortamında biçimsel ve biçimsel olmayan bazı gruplar mevcuttur. Çalışanlar çoğunlukla başarılı olan bir gruba dâhil olup ve hayata bakışına en yakın bireylerle birlikte çalışmayı isterler ve bu olay çalışanın iş doyumunu seviyesine iyi yönde etki eder. Çalışanlar, yaptıkları iş bedeli olarak sadece ücret veya başarı kazanmak



istememektedirler. Bu çalışanların iş ortamındaki arkadaşlarıyla sosyal temaslarının pozitif olması, iş doyumunu düzeylerinin artmasında büyük öneme sahiptir (Çelik 2010).

İş doyumunu ve iletişim arasında bir bağlantı olduğu düşünülmektedir. Çalışanların yöneticileriyle dikey iletişimi ile diğer çalışanlarla yatay iletişimlerinin resmi ya da gayri resmi olması, iş doyumunu seviyesini etkilemektedir. Resmi iletişim, önceden kuralları belirlenmiş ve işletme sırası mevcut tüm çalışanlar arasında bilgi alış verişinin olduğu iletişim çeşididir. Bazen kurum işlerin hızlandırılması, verimlilik oranının yükseltilmesi için resmi olmayan iletişim de kullanılabilir. Bu iletişime gayri resmi iletişim denilmektedir. Gayri resmi iletişim daha çok çalışanlar arasındaki söylenti, dedikodu ve yalandan oluşabilmektedir. Çalışanlar kendileriyle ilgili ortaya çıkarılan söylentiler ya da dedikodular sebebiyle, diğer çalışanlarla arasında soğukluk oluşabilmektedir (Güner 2007).

#### **4.2.6. İş Doyumu Sonuçları**

Çalışanın işine karşı hissettiği olumlu duygu olarak ifade edilebilen iş doyumunu; bireyin gerçekleştirdiği iş neticesi elde ettiklerinin, işten umduklarına göre daha fazla olduğu anlarda ortaya çıkmaktadır. Bu durum çalışanın işini mutlu, severek ve huzurlu bir biçimde yaptığının ispatı şeklinde görülebilir. İş doyumunu ya da doyumsuzluğu çalışanların ruhsal ve fiziksel sağlıklarını etkileyebilir, bununla birlikte iş alanının verimi, tasarruf, ekonomik gelişmişlik, toplumsal huzur gibi birçok alanda etkili olan iş doyumunu yok sayılamayacak kadar önemlidir (Düzova 2015).

İş doyumuna ulaşmış kişilerin, işyerine olan olumlu yararları artmakta ve çalışma düzeni ile alakalı olarak aşağıdaki olumlu sonuçlar ortaya çıkmaktadır:

Motivasyonu artar, morali iyi olan çalışan sorumluluklarının da farkındadır ve bu sebeple işlerini isteyerek ve severek yapar.

Çalışanlar, grup kurallarına daha fazla uyum sağlayabilmektedir.

Kurumun zor zamanlarında daha çok çabayla çalışarak yardımda bulunurlar.

Diğer kişilerle iletişimleri daha olumludur.

Kuruma bağlılığı eksizdir.

İş doyumunu; işe gelmeme, geç kalma, davranış bozuklukları, işten ayrılma gibi olumsuz tutumları da olumlu yönde etkileyerek iş yerinin başarısını artırır (Demir 2010).

Yaşam doyumu ile iş doyumu arasında da olumlu bir bağ mevcuttur. İnsan yaşamında ki önemli faktörlerden bir tanesi de iş hayatıdır. İnsanın hayatını tanzim edebilmek için işin sağladığı maddi, sosyal ve manevi kazanımlara gereksinimi vardır.

Toplumlarda işsiz insanların çoğunlukta olması çalışan kişilerin düzensiz iş hayatları o toplumda sosyal ve ekonomik sıkıntıların ortaya çıkmasına neden olabilmektedir (Baran 2009).

#### **4.2.7. İş Doyumsuzluğu Sonuçları**

İş doyumunun sonuçları, çalışanların fiziksel ve ruhsal sağlığını, kurumun verimliliğini ve başarısını, kurumun iş alanını, çalışanların verimliliğini ve kurumun kararını değiştirebilecek kadar önemli bir mevzudur. Zamanımız yönetim şekli kurumun başarısını insan kapsamında değerlendirmeli ve iş doyumunu da kurumlar açısından sosyal sorumluluk düşüncesiyle ve etik değerlere bağlı bir şekilde yükseltebilmelidir (Sarıkamış 2006).

Çalışanların iş doyum seviyesi çalışanların özel hayatı, yaşam tatmini, sağlığı, isteğine, güç ve başarısı ile yakından ilişkilidir. İş doyumunun az olması çalışanların işlerinden uzaklaşmasına sebep olarak işe karşı kayıtsız ve uyumsuz olmasına sebep olduğu görülmektedir (Öztürk 2017).

İnsanlarla bire bir yakın ilişki içinde bulunan bir meslek olan sağlık personelleri, kişilerin sağlık ihtiyaçlarını gidermek, birinci olarak hastaların gereksinim duyduğu tıbbi tedavi ve bakımlarında, hastaların iyilik durumuna dönmelerini sağlamak için tüm olanakları tedarik etmelidirler. Sağlık halinin kişi yaşamının süreğenliği için yapılan girişimlerde, tedavi, teşhis ve bakım da yanlış yapma toleransının mümkün olmadığı bir meslektir. Hastanın yanında hasta sahipleriyle de devamlı bilgi alışverişi ya da soruların yanıtlanması, eğitimlerinin verilmesi sırasında birçok beklentiler ile karşılaşmaktadır. Bu kadar önemli ve yaşamsal bütünlüğün devamlılığı için bir görevin ve çalışma şartlarının yoğun, yorucu ve süreyle ölçülmediği bir hizmet sektöründe çalışanların, iş motivasyonlarının azalması, sağlıklarında bozulma, uyku, enerji düşüklüğü, işten rahatsız olma, yeni iş imkânlarının oluşturulması, işi bırakma, nöbet ve icaplarla biyolojik sürenin karışması, özellikle sağlık alanında görülen mobbing, fiziki şiddet gibi problemlerdir (Baykurt 2015).

#### **4.2.7.1. Bireysel sonuçlar**

Kurumda kendisini ilgilendiren kararların alınmasında fikri alınmayan ve başkalarının hedeflerine katkı yapan bir araç özelliği yüklenen insan, toplumlarında kendi kendisine, grubuna ve giderek içinde yaşadığı topluma yabancılaşan bir insana dönüşür (Demir 2010).

Çalışana yapıcı ve yaratıcı performansını gösterecek bir alan oluşturulmalıdır. Bu şekilde bir alan, yalnızca kişinin kendisini ilgilendiren ve etkileyen mevzularda kararlara ortak olması ile sağlanabilecektir. Kişi çalıştığı kurumda vücut gücünü kullanırken, aynı anda fikri gücünden faydalanıldığını bilmekteyse ve kuruma karşı yabancılaşma hissinden kendisini büyük oranda sıyrarak, ürettiği iş anlamlı olacak ve kurumun hedefleri ile basitçe bütünleşecek, yabancılaşma hissi kaybolacaktır (Demir 2010).

#### **4.2.7.2. Örgütsel sonuçlar**

Kişide açlık hissi “mide sancısı” veya “halsizlik” şeklinde kendini belli ederse, kötü moralde kendini düşük doyum, işi ağırdan alma, huzursuzluk, hırçınlık gibi kendini belli eder. Düşük iş doyumunu büyük bir ihtimalle, işçi giriş çıkışının fazla olması neticesinde ortaya çıkıyor bu da erişmiş bir iş gücünün elden gitmesi demektir (Demir 2010).

Kötü moralin kuruma zararlarını şu şekildedir. Kişinin kötü moral nedeniyle işi ağırdan alması, iş duraksatmaları, çok fazla işe gelmeme ve gecikmeler, işçi giriş çıkışındaki fazlalık, iş üretiminde azalma, iş yerindekilerle olumsuz iletişim, çalışanlar içinde huzursuzluk, iş kurallarına uymama hali görülmektedir. Kişiler birçok durumlarda, kendilerini minimum veya hiç katkıları olmayan bir sistem içerisinde kendilerini bulabilmektedirler. Yeni çalışma şekli çalışanlar içinde tedirginliklere ve kendilerinden meydana gelen dirençlere neden olmaktadır. Bu reddetme bazı durumlarda çoğunlukla ortaya çıkan işe gelmeme, geç gelme, emirlere uymama, işin geç ve kalitesiz yapılması biçiminde kendini gösterebilmektedir (Baykut 2015).

#### **4.2.8. Sağlık Hizmetlerinde İş Doyumu**

Mesleklerin kendine özgü özellikleri ve zorlukları mevcuttur, bundan dolayı iş doyumunu her meslekte önemli bir yere sahiptir. Sağlık personelleri görevlerini çok zor şartlar içinde yerine getiren kişilerdir. Özellikle acil sağlık hizmeti veren personelin

büyük stres içinde görevlerini yapmaları, sağlık personellerinin iş şartlarının ağırlığı, nöbetler sebebiyle düzensiz çalışma zamanları, çalışanların sağlıklarını olumsuz bir şekilde etkilediği görülmektedir. Hukuksal riskler, yöneticilerce verilen kararlar neticesi mesleki saygınlığın azalması, sağlık politikalarındaki yanlışlıklar ve az ücret sağlık personelinin iş doyum seviyesinin düşmesi sebep olduğu görülmektedir.

Sağlık personelleriyle yapılan iş doyumunu araştırmalarında çoğunlukla hemşire ve hekimlere ağırlık verilmiş ve bu meslek guruplarının iş doyum seviyesinin düşük olduğu görülmüştür. Sağlıktaki yöneticilerin iş doyum düzeyinin yüksek olduğu bulunmuştur. Gerçekleştirilen birçok çalışmada iş doyumunun cinsiyet, yaş, eğitim düzeyi, medeni durum, zekâ, meslek ve hizmet süresi gibi bireysel özelliklerin yanında, yapılan işin içeriği, ücret, yönetim politikası, kişiler arası ilişkiler, gelişme ve yükselme imkânları ve çalışma koşulları gibi örgütsel ve çevresel faktörlerden de etkilendiği belirtilmektedir (Düzova 2015).

Literatürde yakın zamana kadar ambulans çalışanlarının iş doyumuna yönelik araştırmacılar tarafından pek çalışma yapılmadığı görülmektedir. 7 gün 24 saat kesintisiz hizmet verilen bu birimlerde işle ilgili sağlık problemlerinin artması, personele yönelik psikolojik, sözlü ve fiziksel şiddetin zamanla artması üzerine araştırmacılar bu alana daha çok önem vermeye başlamışlardır. Atan ve Tekingündüz tarafından ambulans çalışanları üzerinde yapılan bir çalışmada; “Çalışanların duygusal tükenmişlik, duyarsızlaşma, bireysel başarı, algılanan iş stresi ve tatmin seviyelerinin bazı çalışanlarda özelliklere göre farklılık gösterip göstermediği” yönündeki araştırmada eğitim durumu, görev süresi ve meslek demografik özelliklerinin farklılaşmaya sebep olduğu neticesi elde edilmiştir. Özellikle mesleğe yeni başlayan personellerde tükenmişlik seviyesinin fazla olduğu, sonrasında tükenmişlik seviyesinin azaldığı fakat meslekte çalışma yılı arttıkça tükenmişlik seviyesinin tekrar artmaya başladığı neticesine ulaşmışlardır (Düzova 2015).

### **4.3. TÜKENMİŞLİK KAVRAMI**

#### **4.3.1. Tükenmişliğin Tanımı**

Tükenmişlik kavramı olarak Amerika’da 1970’li yıllarda, işlerinden dolayı müşteri hizmetleri personellerinin yaşadıkları ruhsal çöküntüyü anlatmak için kullanılmıştır. Araştırmalar gösteriyor ki tükenmişlik kavramı 1970’li yıllardan

öncede bilinmekte ve kullanılmaktadır. Greene'nin bir mimarın ruhsal sıkıntıları sebebiyle işini bırakarak Afrika ormanlarına yerleşmesini konu alan 1961 yılında yazdığı "Bir Tükenmişlik Olayı" isminde bir kitabı mevcuttur. Tükenmişlik ilk kez bu kitapta yer almıştır (Ceylan 2013).

Tükenmişlik ile ilgili literatürde fazlaca çalışma bulunmaktadır. Bu çalışmaların her biri tükenmişliği başka bir açılarından incelemekte ve buna uygun tanımlamalar yapmaktadırlar. Tükenmişlik kavramı ile ilgili çok fazla tanım vardır. Tanımlardan bir ya da birkaçını referans almak gerekirse Freudenberger'e göre tükenmişlik kavramının tanımı "Ne yaparsanız yapın, ne denli sıkı çalışırsanız çalışın durumda bir değişik, farklılık yaratamayacağınız duygusunun sonucunda gelişen bir teslimiyettir." Birey hedeflerine ve çabalarına rağmen gerçekleştiremeyeceği ve ulaşamayacağı birtakım noktaların varlığına inanır ve bunu kanıksarsa tükenmişlik sendromu mevcut demektir (Turgut 2014).

Pines ve Aranson tükenmişliği, "duygusal ortamlara ve duygusal talepler gerektiren durumlara uzun süre maruz kalmaktan kaynaklanan fiziksel, duygusal, ruhsal ve zihinsel tükenme" şeklinde tanımlamaktadırlar. Psiko-dinamik ve varoluşçu perspektifleri birleştiren Pines, bireylerin meslek karar sürecinde psiko-dinamik nedenlerden etkilendiğini söylemektedir. Bu fikre göre, psiko-dinamik nedenleri benzerlik gösteren bireyler aynı meslekleri tercih ederken, farklı olan bireylerse değişik meslek branşlarına yönelebilmektedir. Diğer bir söyleyişle, mesleği idareci olan bireyler, aynı psiko-dinamik nedenlere sahipken, bu bireyler ile mesleği hemşirelik olan bireyin psiko-dinamik nedenleri değişik olmaktadır. Bu psiko-dinamik nedenler, bireylerin tercih ettikleri meslek branşına yüksek ümitlerle başlamasına neden olmaktadır. Aşırı ümit ve hedefler, bireylerin işlerinin varoluşçu olmasından dolayıdır.

Özyurt tükenmişliği "belirli bir süre içinde oluşan ve sonunda acı çeken bireyin ruhsal, fiziksel ve zihinsel olarak resmen kendini bitmiş hissettiği an şeklinde tanımlamaktadır" (Ertuğrul 2010).

Demirtaş ve Güneş, tükenmişliği, öznel şekilde yaşanan, duygusal isteklerin aşırı olduğu alanlarda uzun zaman çalışmadan dolayı, fiziksel yıpranma çaresizlik, düş kırıklığı, umutsuzluk duygusu, olumsuz bir kendilik kavramının oluşması, iş yerine, iş arkadaşlarına ve hayata karşı olumsuz davranışlar gibi bulguların görüldüğü bir olay olarak tanımlanabilmektedir (Ertuğrul 2010).

Yıpranma, yorgunluk gibi kavramlardan değişik şekilde gösterilen tükenmişlik sendromu; kişiler, sağlık teşkilatı ve diğer örgütsel yapılar açısından çok büyük öneme sahiptir. Bu önemin sebebi, tükenmişliğin üretilen işin özelliğinden ya da çalışılan alandan kaynaklanan çok kapsamlı bir sendrom şeklinde görülebilmektedir (Demirbaş 2006).

#### **4.3.2. Maslach'ın Tükenmişlik Tanımı**

Tükenmişliğin en çok kabul gören diğer bir tanımı da, aynı zamanda kendi ismiyle anılan Maslach Tükenmişlik Ölçeği (MTÖ)'ni de geliştirmiş olan Christina Maslach tarafından yapılmıştır. Christina Maslach tükenmişliği; "iş gereği yoğun duygusal taleplere maruz kalan ve sürekli diğer insanlarla yüz yüze çalışmak durumunda olan kişilerde görülen fiziksel bitkinlik, uzun süreli yorgunluk, çaresizlik ve umutsuzluk duygularının, yapılan işe, hayata ve diğer insanlara karşı olumsuz tutumlarla yansması ile oluşan bir sendrom şeklinde tanımlamıştır" (Düzova 2015). Tükenmişlik Maslach tarafından, iş ortamındaki kronikleşmiş duygusal ve kişiler arası stres etkenlerine kişinin devamlı verdiği tepki olarak görülmüş ve duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve bireysel başarı eksikliğine ilişkin duyguları grupladığı üç ayrı boyutta ele alınmıştır (Ergin 1992; Kaba 2012).

##### **4.3.2.1. Duygusal tükenme**

Maslach duygusal tükenmenin güçsüzlük, halsizlik, yorgunluk, bireyin özgüven ve coşkusunun eksilmesiyle karakterize olduğunu söylemiştir. İşe bağlı olarak bireyin kendini aşırı dolmuş ve tüketilmiş şekilde yetindiğini göstermektedir (Demir 2004).

Tükenmişliğin kişisel stres durumudur. Çalışanların duygusal ve fiziksel olarak kendilerini fazla yıpranmış ve yorgun hissetmelerini, fiziksel ve duygusal kaynaklarında azalmayı anlatır ve tükenmişliğin belirleyici ve en temel unsuru olarak kabul edilmektedir. Duygusal tükenme, kişinin işine kendini verememesine, hizmet verdiği bireylere olan sorumluluk hissini azalmasına sebep olabilir.

##### **4.3.2.2. Duyarsızlaşma**

Duyarsızlaşma bileşeni, tükenmişliğin bireyler arası boyutunu ifade eder ve kişinin hizmet sunduğu kişilere birer birey olarak değil nesneymiş gibi, duygudan mahrum davranış ve tutumlar göstermesi olarak görülür. Duyarsızlaşan birey, hizmet

verdiği bireylere karşı katı, kaba, soğuk, ilgisiz, aşağılayıcı, hümanist olmayan davranışlar gösterebilir, onların isteklerini göz ardı edebilir, umursamaz tutumlar sergileyebilir.

Maslach, duyarsızlaşmayı hizmet sunulan insanlardan uzaklaşma, katı ve hatta hiç insani olmayan şekilde iletişim kurmak şeklinde belirtmektedir. Mesafenin artmasıyla diğer bireylerin isteklerini önemsemeyen bir davranış ve diğer bireylerin hislerini yok sayma şeklinde olmaktadır. Duyarsızlaşma başlayan birey, diğer insanları küçük düşürücü hareketler sergileyebilmektedir. Onlara saygılı ve nazik davranışı kabul etmezler, onların isteklerini önemsemez. Diğer insanlara karşı aldırma, nefret hissetme ve onlardan uzaklaşmayı da içeren hareket, insani olmama ile belirlir.

Duygusal tükenme içinde olan kişi, diğer kişilerin problemlerine çözüm aramada kendini zayıf ve yetersiz hisseder. Üstündeki duygusal ağırlığı azaltmak için devamlı şekilde kaçış yolları arar. Diğer kişilerle olan iletişimlerini en az düzeye indirir. Bu duyarsızlaşmanın ilk göstergeleridir. Kişinin hizmet sunduklarına karşı duygusuz şekilde tutumlar göstermesidir. Duyarsızlaşma başka kişilere karşı negatif ve alaycı davranışları anlatmaktadır. İnsanlarla iletişim minimize olduğu aşamadır. Kişi müşterilere, hastalara veya işinden dolayı karşılaştığı insanlara duyarsızlaşır, kişilere sanki bir objeymiş gibi davranır. Küçük düşürücü bir üslup kullanma, katı kaidelere göre çalışma ve insanlardan devamlı kötülük geleceğini zannetme duyarsızlaşmanın semptomları içinde mevcuttur (Yakın 2014).

#### **4.3.2.3. Kişisel başarıda (yeterlilik) azalma hissi**

Bireyin işindeki yeterlilik ve başarı duygularını ifade eder. Bireyin kendini olumsuz değerlendirme meylinde olması olarak da tanımlanabilir. Bireysel başarıda düşme hisseden kişi, kendini işinde yetersiz hisseder ve işine olan isteğini yitirmeye başlar. Birey zamanla hiçbir şeyle mücadele edemeyeceğini düşünmeye başlar ve netice olarak da kendine olan güvenini yitirir.

Bireysel başarı, bireyin işindeki yeterlik ve başarı duygularını tarif etmektedir. Bireysel başarısızlık ise, kişinin yaptığı işte başarısız ve yetersiz şekilde değerlendirmesini tarif eder. Bu kısımda kişi başarısızlık hisleri ile doludur. Diğerleri için oluşturduğu olumsuz düşünce tarzı, kişinin kendisi hakkında da olumsuz düşünmesine yol açabilir. Kişi bu düşüncesinden ve yanlış hareketlerinden ötürü kendini suçlar. Kimsenin onu sevmediği konusunda his geliştirebilmektedir. Kendisiyle

ilgili başarısız kararını verir. İşte bu anda tükenmişliğin üçüncü kısmı olan düşük kişisel başarı hissi medya çıkabilir. Kişilerin kendilerini değerlendirmelerinin negatif bir nitelik kazanmasının neticesi olarak işinde ve işi sonucu muhatap olduğu insanlarla iletişiminde başarısızlık ve yetersizlik duyguları görülebilir. İşinde ilerleme olmadığında, hem de gerilediğini farz eden bu bireyler kendilerini suçlu hissedebilirler (Koçak 2009).

İnsanlar başarısızlık hissine kapıldığında giderek artan bir yetersizlik duygusu da yaşanabilmektedir. Amaçları gerçekleştirmede herkesin önüne her çeşit engelin çıkabildiği herkesin bu konuda müşterek tutum geliştirdiği bilinmektedir. Küçük başarılar önemsiz ve anlamsız olarak görülmekte, farklılık için yeteneklere duyulan özgüven yok olduğu gibi diğer bireylerin güvenlerinin de yok olduğu hissedilebilmektedir (Armutçuk 2010).

#### **4.3.3. Tükenmişlik Sendromunu Etkileyen Faktörler**

Sıklıkla gerçek ile ümit edilen arasındaki uyumsuzluğun çok olduğu durum şeklinde tanımlanan tükenmişliğin nedenleri kişinin beklentileriyle ilgilidir. Bu zamana kadar yapılmış çalışmaların sonucu tükenmişliğe neden olan çok fazla sebep olduğunu belirtmektedir. Örgütsel, kişisel, demografik, sebeplerin yanında iş yükü, iş hayatında çözülemeyen kültür farklılıkları ve stres gibi faktörler tükenmişliğe neden olarak gösterilmektedir. Neden olan etmenler araştırmacılar tarafından değişik gruplara ayrılmıştır. Bu etmenleri inceleyen Cordes ve Dougherty'e göre tükenmişliğin en önemli nedenleri üç grupta incelenmektedir. Bu nedenler;

“Kişisel karakteristiklerin yol açtığı nedenler: kişide var olan bireysel özelliklerin sahip olduğu etmenler (erkek-bayan olma, evli-bekâr olma, yaş)

Organizasyon yapısına bağlı nedenler: işveren ve çalışılan kurumun özelliklerinin meydana getirdiği nedenler( işin yapısı, ödül ve cezalandırmaların verilme şekli ve uygulamadaki adaletsizlikler)

İşin kendisinden ve görevden kaynaklanan nedenler: işin ya da görevin kendisinde oluşan etmenler ki buradaki en önemli etmen çalışan ile müşteri arasındaki iletişim ve bu iletişimden meydana gelen nedenler, işteki görev karışıklığı, aşırı yüklenme ve çatışmalardır” (Dülger 2014).

Maslach, ise tükenmişliğe etki eden ve bireysel nedenlerden daha önemli gördüğü örgütsel nedenleri, kontrol, iş yükü, adalet, ödül ve değerler olarak sınıflamıştır (Maslach ve ark. 2001,Kaba 2014 ).



#### **4.3.3.1. Bireysel faktörler**

Bireysel tükenmişlik faktörleri insanın sahip olduğu, kimi zaman tükenmişliğe ortam hazırlayan, kimi zaman tükenmişliği artıran ya da tükenmişliği azaltan hususlardan oluşmaktadır. Aynı işte çalışan iki kişi biri tükenmişlik sendromunda iken diğeri işini severek yapmaya devam edebilir. Tükenmişliği etki eden kişisel özellikler stres düzeyi, yaş, işe bağlılık, cinsiyet, mesleki kıdem, medeni durum, etnik yapı, empati, eğitim düzeyi, kişilik özellikleri, kendilik kavramı, duygusal kontrol, bireysel motivasyon ve beklentilerdir. Yeni işe başlayanların tecrübeli çalışanlara göre, bekârların evlilere göre, çocuksuz olanların çocuk sahibi olanlara göre çok daha fazla tükenmişlik yaşadıkları çalışmalarda görülmüştür(Karayaka 2017, Demirkaya 2014).

Yapılan araştırmalarda; cinsiyet, yaş, eğitim, sosyal destek, medeni durum ve beklentiler bireylerin tükenmişliğinde önemi büyüktür. Kadınların erkeklere oranla daha fazla duygusal tükenme, erkeklerin ise kadınlara oranla daha fazla duyarsızlaşma ve bireysel başarıda azalma hissi yaşadıkları görülmüştür. Tükenmişliğin genç yaşlarda hayallerin aşırı yüksek olması nedeniyle olduğu görülmüştür (Yılmaz 2014).

#### **4.3.3.2. Örgütsel faktörler**

İşin niteliği, işteki rol, haftalık çalışma saati, iş gerilimi, rol karmaşası ve belirsizliği, otonomi, hasta sayısı, örgütsel destek yokluğu, ödül-ceza yönteminin yanlışlığı, idari baskı, çalışma şekli, ücret, örgütsel işleyişteki hatalar, ev-iş çatışması, işin fazla performans gerektirmesi, iş ortamının atmosferi, iş yükü, ulaşımın kötü olması, iş ortamındaki iletişim biçimi, ailesel, ekonomik ve toplumsal nedenler şeklinde sıralanabilir. Maslach ve Leiter (1997) tarafından yapılan sınıflama çerçevesinde tükenmişlik üzerinde etkisi olduğu düşünülen örgütsel (çevresel) nedenler, iş yükü, ödüller, kontrol, adalet, aidiyet ve değerler başlıkları altında incelenmiştir (Karakaya 2017, Maslach ve Leiter 1997).

İş yükü; İş yükündeki artış duygusal tükenmeyle doğrudan bağıntılıdır. Yeterli süresi ve desteği olmayan kişi duygusal tükenmeye maruz kalır. İş yükünün ağır olması çalışana devamlı daha çok çalışması gerektiğini düşündürür. İşten beklenenle çalışanın performansı arasında ters yönde bir bütünleşme gerçekleşir. İş yükünün çokluğu, kişinin çalışma yaşamıyla birlikte sosyal ve aile yaşamını da olumsuz yönde etki edebilecektir (Maslach 2011).

Kontrol Eksikliği; çalışan bireyi olumsuz şekilde etkileyen bir diğer durumsa kontrol eksikliğidir. Araştırmalar kontrol eksikliği ile aşırı düzeyde stresin bağıntılı olduğunu söylemektedirler. Çalışana tecrübelerini ve düşüncelerini iş ortamın paylaşma imkânı sağlanmamasından kaynaklanmaktadır (Maslach 2011).

Ödüller; ödüllendirmenin noksanlığı maddiyatın yanında bir çok kez manevi manada ön plana çıkmaktadır. Özellikle de insana hizmet sunulan alanlarda çalışanlara başvuran hastalar (müşteriler, danışanlar) hasta olduklarından veya zorlu halde olduklarından düşük enerjilerini çalışanlara aksettirirler. İyileşme olduktan sonra da hiçbir pozitif iletişimde bulunmadan çalışanları negatif hislerle baş başa bırakırlar. Çalıştığı alan içerisinde ödüllendirilmeyen çalışanlar ise tükenmeye daha eğilimli hale gelmektedirler (Maslach 2011).

Aidiyet; insanlar yaşamları boyunca sosyal bir canlı oldukları için kendilerini devamlı bir gruba ait hissetme gereksinimi duyarlar. Bu gereksinimden dolayı çevrelerindeki diğer bireylerle sürekli etkileşim içine girerler. Çalışma alanında da birey ve iş arkadaşlarının iletişimi, çalışanın isteklenmesi açısından çok büyük öneme sahiptir. (Ardıç ve Polatçı 2009).

Adalet; tükenmişlikte yeni bir alan olarak belirlenen adalet beşinci faktör olarak belirlenmiştir. Düşmanlık ve kızgınlık sıklıkla adaletsiz uygulanan davranışlardan oluşmaktadır (Maslach, 2011). Kurumun çalışana sergilediği adaletsiz davranışlar, bireyin kendisini diğer çalışanlardan kötü ve daha niteliksiz hissetmesine sebep olabilmektedir. Adalet kavramı “kurumun çalışanlar için eşit ve tutarlı kurallara sahip olması” anlamına gelmektedir (Ardıç ve Polatçı 2009).

Değerler; değerlerin çatışma halinde bireyin çalıştığı ortamdaki değerleriyle, kurumunkilerin birbirleriyle aynı olmaması durumun da oluşur. Çalışan ne yapması lazım ve ne yapmak istediğiyle ilgili büyük bir karışıklık yaşayabilir. Çalışma yaşamında değerler, çalışanın işle olan ilişkisi, performansını ve motivasyonunu önemli aşamada etkileyecek bir yere sahiptir. Kurumun istekleriyle çalışan kişi arasında oluşan beklenti uyumsuzlukları tükenmişliği yanında getirebilmektedir (Maslach, 2011).

#### **4.3.4. Tükenmişlik Belirtileri**

Tükenmişlik belirtileri genel olarak fiziksel belirtiler, duygusal belirtiler ve davranışsal belirtiler şeklinde incelenmiştir.

Tükenmişliğin fiziksel semptomları içinde hipertansiyon, sindirim sistemi problemler (ülser, gastrit vb.), kısırlık, entelektüel fonksiyon bozuklukları, koroner arter hastalıkları, uyku bozuklukları ve bağışıklık sisteminde oluşan bozukluklar sayılabilmektedir (Kalemoğlu ve Keskin, 2002). Bunlara ek olarak sık ve yoğun baş ağrıları, enerji kaybı, kronik soğuk algınlığı, solunum güçlükleri ve kilo kaybı da tükenmişlik durumu yaşayan kişilerde sık rastlanan fiziksel semptomlardır (Kaçmaz 2005).

Birçok araştırma sonucunda tükenmişliğin fiziksel sağlık ile bağlantılı olduğunu görülmüştür. İş yaşamında tükenmişlik yaşayan bireylerin çokça fiziksel şartlardan yakındıkları, çokça rahatsızlandıkları, ağrılardan ve uyku sorunlarından bahsettikleri görülmüştür (Saraçoğlu 2013).

Tükenmişliğin duygusal belirtilerine bakıldığında ise çalışanlarda en çok duygusal semptom olarak depresyon yapılan araştırmalarda görülmektedir. Bunun yanında duygusal bitkinlik, sinirlilik hali, kaygı, çaresizlik ve suçluluk duyguları da görülebilmektedir. Tükenen bireylerde ağlama hali, umutsuzluk, sürekli gözlerin dolması, mutsuzluk ve yalnızlık algısı mevcuttur. Tükenmişlik sendromu yaşayan çalışan işten eve bütün bu tükenme duygusunun zıttı olarak neşeli ve mutlu bir durumda gelebilmektedir (Kahill 1988; Saraçoğlu 2013).

Tükenmişlik sendromunun diğer duygusal semptomları içinde ise karar vermekte yetersizlik hali, sabırsızlık, değersizlik, huzursuzluk, çökkünlük, hayal kırıklığı, benlik saygısında azalma, eleştirilere karşı aşırı duyarlılık ve eleştiriler karşısında sinirlilik hali, apati ve boşluk hisleri de olabilmektedir (Kaçmaz, 2005).

Davranışsal belirtilerde ise; kişinin toplumdaki insanlarla girdiği etkileşim sonucu yaşadığı tükenmişlik halidir. Toplumun verdiği tepki veya empoze ettiği bir takım temel kaideler kişinin strese girmesine sebep olmaktadır. Bu hem günlük hayatta söz konusu olabilmektedir hem de iş hayatında çalıştığı insanlarla ve hizmet verdiği insanlarla paylaşımlarında kişi için bir baskı ögesi oluşturabilmektedir (Turgut 2014).

#### **4.3.5. Tükenmenin Evreleri**

Brodsky ve Edelwich'a göre tükenmişlik zamanla oluşan bir durumdur. Evrelerinin sırayla olması şart değildir. Evre atlanıp veya bir evrede kalabilir hastalıktır (Elgin 2017).

#### **4.3.5.1. Şevk ve coşku evresi**

Bu evrede kişide gerçek olmayan mesleki beklentiler, aşırı ümitlenme durumu ve enerji yükselişi görülebilmektedir. Kişi işine her şeyden çok önem verir. Uykusuz kalması, zor koşullarda çalışması yaşamında diğer gereksinimlerine şans tanımadan entegre olmaya çalışmaktadır (Kaçmaz 2005).

#### **4.3.5.2. Durağanlaşma evresi**

Bu evrede ümitler iyice azalmış, durağanlığa geçilmiş, idealist durumdan işi önemsemez duruma geçilmiştir. İş yaşamında daha önce önemsemediği mevzularda huzursuzluk hissetmeye başlamıştır. Kişinin sorguladığı hayatında işten başka herhangi bir aktivite yapmıyor olmak, çalıştığı işte çalışanın amaçlarına ve iş doyumuna ulaşamamaktadır (Şenel ve ark. 2013, Elgin 2017).

#### **4.3.5.3. Engellenme evresi**

İnsanlara hizmet sunmak fikriyle işe başlamış çalışan mevcut olumsuz çalışma düzeninin iyileştirilmesinin ne kadar zor olduğunu fark edince, kendisini engellenmiş hissedebilmektedir.

#### **4.3.5.4. Umursamazlık evresi**

Çalışmalarda görülmüş ki işi yavaşlatma veya işi her gün aynı sıradan şeyler biçiminde değerlendirmek, sızlanmalar, sık tartışmalar, umursamaz davranmak tükenmişlik semptomlarıdır. İleri derecedeki inançsızlık, umutsuzluk, sonuçsuz döngü çalışanın mesleğini sadece ekonomik ve sosyal güvence için yapmakta, işinden zevk duymamaktadır. Çalışan kendisini dilediği gibi ortaya koyamadığı için problemlili ve ümitsizdir (Güllüce 2006).

#### **4.3.6. Tükenmişlik Sonuçları**

Tükenmişlik sendromunun kişinin kendisine, iş çevresine, sosyal ve aile içi ilişkilerini etkileyen neticeleri mevcuttur. Tükenmiş kişilerde en çok görülen olay işi bırakma ya da iş performansında azalma şeklinde görülmüştür (Maslach ve ark., 2001).

Tükenmişliğin kişinin kendisine yansıyan sonuçları içinde en çok karşılaşılan olay kararsızlık ve dikkat dağınıklığıdır. Eksik yetkilendirmeler, örgütsel rollerdeki belirsizlikler, çaresizlik veya aşırı iş yükü gibi etmenler insanın hızlı ve doğru karar

vermelerine engel olmaktadır. Bu kararsızlık da iş gücünde azalmaya ve kişinin kendine olan güveninde düşmeye neden olmaktadır. Dikkat eksikliği ve konsantrasyonun azalması da tükenmişlik sendromunun önemli sonuçlarından biridir. Bu olayı yaşayan insanların verdiği kararlarda hatalar yaptığı, çok fazla önemli noktayı atladıkları görülmektedir (Saraçoğlu 2013).

Tükenmişlik sendromu sağlıkla ilgili neticeleri insanlarda kaçınılmazdır. Uzun zamanda yüksek tansiyon, enerji kaybı, baş ağrıları, iştahsızlık ve kilo kaybı görülebilmektedir. Yöneticiler arasında psikolojik olarak, uzun süre tükenmişlik sendromu yaşayanlar, tükenmişlik yaşamayan yöneticilere göre daha çok depresyon, sinirlilik hali ve endişeden yakınırken psikosomatik semptomlardan da daha çok yakındıkları görülmüştür (Wisniewski ve Gargiulo 1991).

#### **4.3.7. Tükenmişlik ve 112 Personeli**

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı anabilim dalının 2007 senesinde yaptığı bir araştırmada I. basamak sağlık çalışanlarının tükenmişlik oranlarını incelemiştir. Bulgulara göre kadınların erkeklere nispeten çok daha fazla duygusal tükenme yaşadıkları, 29 yaş altındaki personelin 30-33 yaş aralığına göre bireysel başarıdan daha mahrum oldukları, çalışma zamanı uzadıkça tükenmişlik düzeyinin arttığı görülmektedir (Kaya ve ark. 2007).

Bir başka çalışmada ani ölümlerle karşılaşma, şiddet, travma yaşama, aşırı kalabalık ve bunların acil servisin stresli alanında devamlı olduğu bunların da tükenmişlikle direkt ilişkili olduğundan söz edilmektedir (Saraçoğlu 2013).

İskoç ambulans çalışanları ile yapılan bir tükenmişlik araştırmasında psikopatoloji, sosyal destek, müdahale edilen vakalarda karşılaşılan kaza ve travmalar, başa çıkma yöntemleri ve iş doyumu gibi birçok etmen tükenmişlikle bağlantısı incelenmiştir. Tükenmişliğin, iş doyumu düşüklüğü, uzun süre serviste çalışma, olaylar arasında kendini iyileştirme zamanının olmaması ve travmatik vakalara çok fazla karşılaşma ile bağıntılı olduğu görülmüştür (Alexander ve Klein 2001).

Ambulans personellerinde iş ile ilgili destek eksikliği ya da yoksunluğu ve yanlış iletişim gibi psiko-sosyal etmenlerin tükenmişlik, yorgunluk ve travma sonrası reaksiyonla bağıntılı olduğu görülmüştür. Ambulans çalışanlarında psiko-sosyal etmenlerinin incelendiği çalışmada ise katılımcıların büyük çoğunluğunda

tükenmişliğin bulgularından uyku sorunları, baş ağrısı ve en az iki sağlık problemi bildirildiği görülmüştür (Aasa ve ark. 2005).

Almanya'da ambulans personelleri üzerinde yapılan bir çalışmada tükenmişlik düzeyleri yüksek olan çalışanların işlerinden daha az doyum aldıkları ve daha fazla fiziksel yakınmaları olduğu görülmüştür. Zaman baskısı gibi işle ilgili etkenler ve sosyal yaşamındaki zamanı kaliteli değerlendirememesi olgusu ambulans personellerinde daha fazla duygusal tükenmişliğe neden olmaktadır (Gross ve ark. 2004).

İnsani yardım kuruluşu çalışanlarının istekli olarak dâhil olduğu bir çalışmada sosyal, dini ve örgütsel desteğin tükenmişlik ile bağlantısı araştırılmıştır. Yüksek tükenmişlik riski katılımcıların % 40 civarında görülmektedir. Katılımcıların en az 1/4 kadarı bireysel başarı eksikliği, 1/5 kadarı duygusal tükenmişlik ve 1/10 kadarı ise duyarsızlaşma alt boyutlarında yüksek sonuç görülmüştür. Bununla birlikte katılımcıların sadece % 3.6'sı her üç boyutta da yüksek sonuç almışlardır. Çalışmadaki en dikkat çekici kısım ise tükenmişliğin en önemli demografik sonucunun yaş olduğudur. Daha genç yaştaki çalışanlarının daha yüksek tükenmişlik düzeyleri olduğu görülmüştür (Eriksson ve ark. 2009).

#### **4.3.8. Tükenmişliği Önleme ve Baş Etme Yöntemleri**

Tükenmişlik sendromu ile baş edebilmek için ilk olarak sorunun mevcudiyetini ve önemini farkında olmak gerekir. Bu farkındalık ile tükenmişlikle baş edebilmek için örgütsel ve bireysel düzeyde bazı teknikler kullanılabilir. Tükenmişlik gizlice ilerleyen bir sağlık problemi olsa da tedavisi mümkün olmayan bir hastalık değildir. Bunun için tükenmişlik sendromu ile savaşta birey ve örgüt için çok önemlidir. Bu savaşta; yöntemi planlama, belirleme ve uygulama mesuliyeti sanki örgütte gibi gözükse de, hem bireysel hem de örgütsel yöntemlerin birlikte kullanılmasıyla, daha iyi sonuçlara ulaşılacağı açıktır. Tükenmişlikle baş etmede kullanılacak birtakım teknikler şu şekilde sıralanabilir:

- Bireyin meslek seçiminde; bireysel özelliklerine, uzun vadeli planlarına uygun olmasına dikkat edilmesi,
- Personelin sorumluluklarının ve rollerinin idareci tarafından net bir biçimde belirtilmesi,
- Personelin işle ilgili alınan kararlarda söz hakkının sağlanması,
- Personellere terfi fırsatlarının verilmesi,

•İşlerin personel için anlamlı olması ve becerilerini geliştirebilme imkânı verilmesi,

•Çalışma takvimlerinin, personellerin istekleri ve iş dışı mesuliyetleri göre düzenlenmesi,

•Fiziksel aktivite yapma ve doğal ürünlerle beslenme,

•İş dışı hobilerin geliştirilmesi,

•Personeli daha iyi organizasyon ve etkili zaman yönetimi konusunda bilgilendirme,

•Personele, düşüncelerini ve duygularını paylaşma fırsatı sağlama,

•Bireysel öncelik ve değerlerinin yeniden düzenlenmesi (Çağlıyan 2007).

Örgütsel düzeyde mücadeleye bakıldığında; üretilen işten iyi sonuç elde etmek ve iş doyumunu sağlamak personelin başarısı için önemli bir adımdır. İş yoğunluğu ne kadar fazla olursa olsun üretilen işin tatmin etmesi çalışanın mücadelesini kendi içinde meşrulaştırmasını sağlayıp tükenmişlikten uzak tutacaktır. Örgüt ve birey etkileşimi sonucuyla çıkan bu durum örgüt yöneticileri tarafından çalışan memnuniyetine yönelik anketlerle ortaya çıkarılabilir. Böylece bir problem tespit edilirse müdahale imkânı da olmuş olur (Turgut 2014).

Bireysel mücadeleye bakıldığında ise tükenmişliğin temelini kişinin beklentilerine bağlı olduğu görülmektedir. Tükenmiş insanda yaşam şekliinden ilişkilerinden beklentilerine ulaşamaması bağlı ağır yorgunluk ve hayal kırıklığı mevcuttur. Bireyin hayalleri gerçekleşme imkânı olmayacak kadar yüksekse ve birey aşırı ısrarcıysa mutsuzluk huzursuzluk ve sıkıntı içinde yaşamaya başlar. İçinde devamlı bir çatışma yaşar. Buna istinaden de bireyin işlevselliği, öz kaynakları ve yaşam enerjisi hızla tükenmeye başlar (Izgar 2001). İnsanın gizlice oluşan bu tükenmişlikte olup olmadığını bilebilmesi için Freudenberg ve Richelson kendisine şu soruları yöneltmesini istemektedirler;

- Kendinizi devamlı başarılı olmak zorunda mı düşünüyorsunuz?
- Sıkılmadan işleri yapmak için her zaman işe heyecan katma isteğiniz olur mu?
- Sizin için yaşamınızın herhangi bir kısmı diğerlerinden daha mı önemlidir?
- Diğer insanlarla samimi olmamanın eksikliğini hissediyor musunuz?
- Sizin için gevşemek sakinlemek güç müdür?
- Herhangi bir konuda fikirleriniz sert midir?
- Düşünlerinizi esnekleştirmede zorluk yaşıyor musunuz?
- Yaptığınız işlerle kendinizi çok mu fazla özdeşleştiriyorsunuz?

- İşler geri kaldığında kendi başarısızlığın olarak görüyorsun?
- İnsanların seni nasıl gördüğü senin için çok fazla önemli midir?
- Kendinizi çok fazla ciddiye alır mısınız?
- Gelecek hedeflerinizin ne kadarı belirli?
- Uzun vadeli işleriniz ve hemen yapılması gerekenler arasında gidip gelmek gibi karışıklık yaşadığını oluyor mu?

Buradaki soruların birçoğunun cevabı “evet” ise araştırmacılar “ne zaman ve nasıl” bu vaziyete geldiğinin sorgulanması gerektiğini söylemektedirler (Freudenberger ve Richelson 1994).

#### 4.4. ANKSİYETE

##### 4.4.1. Tanım ve Tarihçesi

Anksiyete, her insanın hayatının belirli dönemlerinde zaman zaman deneyimlediği ve genellikle fizyolojik semptomların eşlik ettiği, benliğin kendini tehdit altında hissettiği, hoş olmayan korku ve endişe duygusu olarak tanımlanmaktadır (Ünsal 2008). Freud, Lopez Ibor 1894’te manevi sıkıntı halini “angusta vital” olarak adlandırmış ve Almancada “angst” sözcüğü, İngilizcede de “anxiety” anlamında kullanılmıştır (Taparlı 2004).

Anksiyete bozukluğu istenmeyen belirtileriyle başka duygu durum bozukluklarından ayrılan bir bozukluktur. Bunaltı ya da kaygı olarak da adlandırılmakta ve fizyolojik olarak çarpıntılar, hızlı nefes alma, nefes almada güçlük, elde ve ayakta titreme, fazla terleme gibi belirtiler vermektedir. Psikolojik olarak ise heyecanlar, sıkıntılar, birden çok kötü bir şeyler olacağı korkusu ve hissi olabilmektedir (Karamustafalıoğlu ve Yumrukçal 2011).

Çoğunlukla korku ile birbirinin yerine kullanılmakta olan anksiyete, bireyin güvenlik örüntüsüne ya da değer sistemi bir tehditten dolayı yaşanan belirsiz bir huzursuzluk ve endişe duygusudur. Birey olayı (örn. Cerrahi, kanser) tanımlayabilse de gerçekte kendine yönelik tehdit, olayda yaşanan endişe ve huzursuzluk ile ilgili olmakta ve olay tehdidin kendisini değil özünü oluşturmaktadır (Erdemir 2005; Ünsal 2008).

Korku, anksiyete olmadan ortaya çıkabildiği gibi ve anksiyete de korku olmadan görülebilir. Klinik olarak, kişinin bir olaya tepkisinde korku ve anksiyete birlikte olabileceği, örneğin; cerrahi bir operasyon ihtimali olan bir kişinin ağrı korkusu ve



olası bir kanser teşhisinden dolayı da anksiyete yasayabileceği ifade edilmektedir (Unsal 2008). İki duyusal cevap arasındaki farkın, anksiyetenin kronik ve korkunun ise akut olduğu belirtilmektedir (Gülçiçek 2000; Şensoy 2006).

#### **4.4.2. Anksiyete Kuramları**

Anksiyete, iki kuramsal yaklaşımla ele alınmaktadır. Bunlardan ilki bilişsel kuramdır. Bilişsel kuramı ile birey davranışının gelişiminde anksiyetenin önemine dikkat çeken ilk kuramcı Sigmund Freud'tur. Anksiyeteyi ilk önce (1895 yılında) libido yoksunluğu ve doyumsuzluğundan olduğunu belirterek, anksiyetenin gelecekle ilgili endişe duygusu olduğu halde, temel kaynağı geçmişte yaşananlarla çatışmalardan oluşan karmaşık örüntüler olduğunu ileri sürmüştür. Freud 1923 yılında ikinci anksiyete kuramında anksiyetenin, tehlike anında korunmanın işaret olduğunu ileri sürdüğü, daha sonra ise, egonun bastırılması ile ortaya çıkan bir iç tehlike olarak kabul ettiğini söylemektedir. Freud'a göre anksiyete; objektif, moral ve nörotik anksiyete olarak ele alınmaktadır (Karaman 2008).

**Nörotik Anksiyete:** Tehlikenin asıl sebebi bireyin içinde olup, içgüdülerin özellikle bastırılmış saldırganlık güdülerinden meydana gelmektedir. Bireyin bastırılmış saldırganlık ve cinsel duygularının sebep olduğu bir iç tehlikeden kaynaklanmakta olup, patolojik bir olaydır.

**Moral Anksiyete:** Bireyin duyduğu içsel utanma, suçluluk, vicdan azabı gibi duyguların neden olduğu manevi bir sıkıntı halidir. Bireyin duygu, düşünce ve belleğindeki çatışmalar ve çelişkiler neticesinde ortaya çıkmaktadır.

**Objektif veya Gerçek Anksiyete:** Herhangi bir tehdit veya tehlike varsa geçici olarak oluşur. Bireyin uyanık olmasını sağlayarak uyumunu kolaylaştırır. Tehlikenin gerçek sebebi bireyin dışındadır. Bu tür anksiyete normal ve gerçekçi olarak algılanır. Nörotik savunma mekanizmalarına gerçek bir tehdit veya tehlike söz konusu olduğunda baş etme sırasında ihtiyaç yoktur. Tehdit ve tehlike sona erdiğinde anksiyete de yok olur. Bazı durumlarda tehdit ve tehlike birey hayatı için güven kaybettirici olabilmektedir. Anksiyete bireye zarar veren ve yük olan bir olay olabileceğinden birey, anksiyete ile savaşında da yetersiz kalmakta ve yaşam tarzı anksiyeteyi engelleyecek şekildeyse davranış bozuklukları ortaya çıkabilmektedir.

Anksiyete ile ilgili ikinci kuram ise koşullama kuramıdır. Koşullama kuramının temsilcileri olan Spencer, Miller ve Taylor ise, anksiyetenin meydana geliş sebebinden daha fazla nasıl yayıldığı üzerine çalışmışlardır. Bu kurama göre,

anksiyetenin patolojik veya normal olma özelliğini, tehdit duygusunun kaynağı değil süresi, yoğunluğu, dış tehlikenin derecesi ve önemi belirlemektedir. Ayrıca bu kuramda anksiyetenin davranışlar üzerine olumlu etkileri olduğu söylenmektedir.

Harry Sullivan anksiyeteyi, bir bireyin güvenliğine karşı olan hayali ya da gerçek tehditler neticesinde oluşan bir gerginlik deneyimi olarak tanımlamaktadır. Ona göre, diğerleri tarafından kabul edilmek güvene, edilmemek ise anksiyeteye sebep olmaktadır (Sertbaş ve Bahar 2004).

Karen Horney, bireyin düşman bir çevre içinde dünyaya geldiğini ve yalnızlığını algıladığı andan itibaren sıkıntısının da farkına vardığını söyleyerek, temel anksiyete kavramını ortaya çıkarmıştır. Örneğin, çocuk küçük yaşta duygusal yoksunluk yaşıyorsa, bu ona ümitsizlik, yalnızlık korkusu, düşmanca duygular besleme ve anksiyete olarak geri dönmektedir (Karaman 2008).

Adler'e göre normal anksiyete objektif bir yetersizliğin farkındalığıdır ve bireyin kendi ispat dürtüsünün engellenmesine sonucu oluşmaktadır. S. Stack göre anksiyete, kişilik kavramı ve birilerine bağımlılık sonucu oluştuğunu ifade etmektedir (Öz 2004).

Eric Fromm'a göre, anksiyetenin kaynağında kültürel ve toplumsal farklılıklar önemli bir yere sahiptir. Hızlı değişen gelişen teknoloji ile kişilerarası rekabet artmış, kişi kendisini güvensiz ve yalnız hissetmeye başlamıştır. Belli bir sınıra kadar gelen bu olay ise, anksiyeteye sebep olmaktadır (Öz 2004).

#### **4.4.3. Anksiyete Düzeyleri**

Anksiyete düzeyi bireysel farklılıklara ve günlük yaşam tecrübelerine göre, değişebilmektedir. Anksiyete bulguları en hafif gerginlik ve tedirginlik duygusundan başlayarak, panik derecesine kadar çıkabileceğini belirten Hay, anksiyeteyi dört düzeyde belirtmektedir (Gülçiçek 2000; Karaman 2008).

**Hafif Anksiyete:** Bireyin duyduğu, gördüğü ve etrafında olup bitenlerin farkında olduğu, yaratıcılığın, öğrenme düzeyinin arttığı ve duyarlı, katılımcı olduğu görülmektedir. Buna paralel olarak problem çözme yeteneği çok iyi gelişmiştir. Konuşma şiddeti ve hızı, konuşma içeriği belli bir uyum içindedir.

**Orta Düzeyde Anksiyete:** Bireyin kavrama, algılama ve iletişim becerileri giderek azalmakta, anksiyete yasamasına sebep olan durumu algılama düzeyi artmaktadır. Çevreye ilgisi giderek azalmıştır. Hafif düzeyde anksiyete yasayan bireylere göre, problem çözme yeteneği daha azdır. Kan basıncı, Kas gerginliği,

solunum ve nabız da artma, mide rahatsızlıkları, kalp çarpıntısı, terleme gibi hafif somatik bulgular görülmektedir.

**Yüksek Düzeyde Anksiyete:** Birey çevresinde olan biteni algılamada zorlanmaya başlamıştır. Kavrama ve algılama yetisi iyice azalmakta olan birey, yaşadığı küçük bir ayrıntı ya da ayrıntılar üzerine dikkatini yoğunlaştırmaktadır. Detaylar ve olaylar arasında ilişki kurmakta güçlükler söz konusudur. Dispne, çarpıntı, dispeptik şikâyetler, göğüs ağrısı bas ağrısı, , istemli kas tonüsünde gerginlik ve artış vardır. Problem çözme yeteneği yok sayılacak kadar azalmıştır.

**Panik Düzeyde Anksiyete:** Anksiyetenin en yoğun yaşandığı durumdur. Bireyin bütün dikkati dağılmıştır. Çevresel risklere karşı cevapsızdır. Boğulma, Dispne, tıkanma hissi, bas dönmesi, çarpıntı, baygınlık hissi, göğüs ağrısı gibi bulguların yanında ölüm korkusu ya da kontrol kaybı ile kendini belli etmektedir. Anksiyete düzeyi artıkça; uykusuzluk, reflekslerde artma, halsizlik, ani irkilme, sık idrara çıkma, dikkat eksikliği, bulantı- kusma, terleme, unutkanlık, hareketsiz kalamama, vücut sıcaklığında artma, taşikardi, sinirlilik ve gerginlik gibi belirtiler çoğunlukla vardır (Öz 2004; Karaman 2008).

Stres yaratan durumlara uzun zaman maruz kalma halinde bireyi psikososyal ve fizyolojik anlamda negatif yönde etkileyen bir diğer duygulanım durumunun anksiyete olduğu belirtilmektedir. Anksiyete (endişe, kaygı, sıkıntı), “stres sonucu oluşan aşırı enerjiye karşı psikolojik bir cevap” olarak tanımlanmaktadır (Robinson 1990). Yaşanan anksiyetenin süresi uzun ve şiddeti yoğun olduğu zaman, bireyde psikolojik, fizyolojik ve zihinsel düzeyde farklılıklar ortaya çıkmaktadır (Demir 2003).

#### **4.4.4. Anksiyete Neden Olan Faktörler**

Anksiyete belirtileri ve klinik durum bireylere bağlı olup, bazı hastalarda terleme ve çarpıntılar olabilmektedir. Bazı bireylerde ise kusma, bulantılar, boşluk duyguları olabilmektedir. Yine bazı bireylerde daire, gaz ağrıları gibi sindirim sistemi belirtileri mevcuttur. Birçok vakada sık sık idrara çıkma, göğüste sıkışma hissi, yüzeysel solunum gibi bulgular olabilmekte bunların hemen hemen hepsi visseral reaksiyonlardır. Bazı hastalarda kas gerginliği daha çok görülür. Bu tip vakalarda kas katılığından ya da spazmından, boyun tutukluğu ve baş ağrısı da olabilmektedir (Elgin 2017).

#### **4.4.5. Anksiyete Bozuklukları**

Ayrılma kaygısı bozukluğu; bireyin bağlandığı kişilerden ayrılmasıyla alakalı, gelişimsel olarak uygun olmayan ve aşırı seviyede bir korku ya da kaygı duyması şeklinde tanımlanmaktadır (DSM V).

Seçici konuşmazlık (Mutizm); bireyin başka olaylarda konuşuyor olmasına rağmen, konuşmanın beklendiği özgül toplumsal yerlerde (örn. okulda), devamlı bir şekilde, konuşamıyor olma hali şeklinde tanımlanmaktadır (DSM V).

Özgül fobi; özgül bir obje ya da olayla ilgili olarak belirgin bir kaygı ya da korku duyma (örn. Yükseklik, Uçağa binme, hayvanlar, kan görme, iğne) şeklinde tanımlanmaktadır (DSM V).

Toplumsal kaygı bozukluğu (Sosyal Fobi); bireyin, başkaları tarafından değerlendirileceği bir ya da birden fazla toplumsal olayda bariz bir kaygı ya da korku duyması şeklinde tanımlanmaktadır.

Panik bozukluğu; asıl özelliği, birden ortaya çıkan ve zaman zaman yineleyen, kişiyi dehşet ortamında bırakan yoğun sıkıntı ya da korku nöbetleridir. Bireylerin birçok kez “kriz” olarak adlandırdığı bu nöbetlere panik atak adı verilmektedir. Panik Atağı, aniden başlar, gittikçe şiddetlenir ve 10 dakika da şiddeti en yoğun seviyeye çıkar; çoğu zaman 10-30 dakika (seyrek olarak da 1 saate kadar) sürdükten sonra kendi kendine geçer.

Agorafobi; bazı olaylar veya objelerden mantıksız ve aşırı şekilde korkma haline denilmektedir (örn. toplu taşıma araçlarına binme, açık alanda bulunma, kapalı alanda bulunma).

Yaygın Kaygı Bozukluğu; bireyin en az altı aylık bir zamanın çoğu gününde, bazı olaylar ya da etkinliklerle (işte ya da okulda başarı olabilme gibi) alakalı olarak, aşırı kaygı ve kuruntu (kaygılı beklenti) hissetmesi şeklinde tanımlanmaktadır (DSM V).

#### **4.5. DEPRESYON**

Depresyon bireyin kendini ümitsiz ve çaresiz hissetmesi olarak tarif edilmektedir. Depresyon tanımında bireyin üzgün, hüznü, genel olarak isteksiz, hayattan zevk almama, uyku bozuklukları, moral bozukluğu, unutkanlık, sinirlilik, dalgınlık, gergin olma hali mevcuttur. Bir başka bakışla kendine güvenin azalmasıyla depresyon görülme ihtimalinin arttığı söylenmektedir (Elgin 2017).

Literatür'de "Depresyon uzun bir zaman devam eden ve birey yaşamını olumsuz yönde etkileyen ümitsizlik, hayattan haz almama hali" olarak tanımlanmaktadır. Ayrıca yalnızlık, suçluluk, düş kırıklığı, değersizlik hissi ve üzüntü duyguları ile tanımlanmaktadır. Bu durumdaki bireylerde intihara yönelim vardır (Demir 2014).

Depresyon, geçmişten günümüze bilinen en eski psikiyatrik hastalıklardan birisidir. Tıp literatüründe ise depresyonu ilk tanımlayan Hipokrates olarak bilinmektedir. Hipokrates depresyonu kara safra fazlalığı ile açıkladığı için "melaine chole" olarak isimlendirmiştir (Jadhav 1996).

Soranus'un psikolojik hastalıkların klinik tedavisinde hastalarına tiyatro oyunlarını gösterip, rol teklif ettiğinde melankolideki hasta komediyi; manideki hastanın trajediyi tercih ettiği görülmüştür. 19. YY Fransız psikiyatristler bu rahatsızlığın döngülü olabileceğini "folie circulaire" terimi ile belirtmişlerdir.

Sonraki yıllarda DSM-III'le birlikte belirti kümelerinin varlığına istinaden tanı koyma aşamasına gelmiştir (Elgin 2017).

Kızlarda ve erkeklerde depresyon görülme oranı çocukluk döneminde eşit iken, ergenlik döneminde kızlarda depresyona girme oranı iki katına çıkmaktadır. Kadınlarda depresyonun daha çok görülmesinde, hormonal etkenler, gebelik, abortus, doğum sonrası dönem, menopoz öncesi ve menopoz büyük öneme sahiptir (Elgin 2017).

Kişinin depresyonda diyebilmek için belirtilerin en az iki hafta görülmesi gerekir. DSM-V-TR depresyonun şiddetini hafif, orta ve şiddetli olarak üç gruba ayırmaktadır (DSM-V).

#### **4.5.1. DSM-5 Tanı Ölçütleri**

Çok uzun zaman psikiyatri dünyasına rehber eden DSM- IV yerini son yıllarda DSM-5'e bırakmıştır. DSM-5'te Depresyon Bozuklukları ismi altında bulunan depresyonun tanı ölçütlerinde herhangi bir değişim olmamıştır. Depresyon daha ayrıntılı incelenmiş ve farklı alt gruplara bölünmüştür. "Bunlar sırayla (APA 2013):

1. Yıkıcı Duygu durumu Düzenleyememe Bozukluğu
2. Yeğin (Majör) Depresyon Bozukluğu
3. Süre giden Depresyon Bozukluğu (Distimik)
4. Aybaşı Öncesi Disfori Bozukluğu
5. Maddenin/İlacın Yol Açtığı Depresyon Bozukluğu
6. Başka Bir Sağlık Durumuna Bağlı Depresyon Bozukluğu

7. Tanımlanmış Diğer Bir Depresyon Bozukluğu

8. Tanımlanmamış Depresyon Bozukluğu”

#### **4.5.2. Depresyonun Belirtileri**

Depresyonun belirtileri dört alanda gruplandırılmıştır. Bunlar;

- Bilişsel semptomlar
- Duygusal semptomlar
- Davranışsal semptomlar
- Fiziksel semptomlar
- Fizyolojik semptomlar

##### **4.5.2.1. Bilişsel belirtiler**

Sözel ifade gücü aşırı yavaşlamıştır ve konuşmak için çok fazla güç harcıyor gibidirler. Özellikle ağır depresyonu olan hasta bireyler konuşmayı tek tek kelimeler ile devam ettirir, hatta kimi zaman asla konuşmazlar. Nadiren de olsa sorulara tek bir kelime ile cevap verme ve geç cevap verme eğilimleri vardır (Gezer 2008). Depresyondaki kişiler yaşamında ters giden her durumun sorumlusu olarak kendisini görmekte, diğerleriyle işbirliği içinde olma olasılığını düşünmemektedir. Bu yüzden bu bireyler şuan ve gelecekle ilgili düşüncelerinde kaygı duyarlar. Devamlı tekrarlayan özkıyım ve ölüme ait düşünceler, fobiler yan bulgular olarak görülmektedir. Basit durumlarda bile istikrarsızdırlar, önceden verdikleri kararlara pişman olmaktadır. Sürekli unutkanlıktan şikâyet ederler. Ama gerçek bir bellek problemi bulunmamaktadır. Zaman değerlendirmesi ve algılaması ruhsal duruma göre değişebilmektedir (Yakın 2014).

##### **4.5.2.2. Duygusal belirtiler**

Depresyon semptomları bireyin çok yoğun duygusallık yaşaması olarak tanımlanır. Depresyonun en bariz semptomu üzgün olma durumudur. Genellikle üzüntü, çaresizlik, karamsarlık, mutsuzluk, hayal kırıklığı olarak tarif edilir. Duygusal çökme yaşayan bireyler karar almaktan, bir işe girmekten, bir şeye ilgi göstermekten kaçınırlar. Değersizlik hissi, öz kıyım düşünceleri ve ağlama krizleri mevcuttur. Depresyondaki bireylerin duygularında gün içinde değişiklikler olmaktadır. Günün erken saatleri duyguların en fazla yaşandığı anlardır. Akşam

vakitlerinde duygular genellikle belli bir düzen içerisinde olmaktadır. Depresyondaki bireyler genellikle kaygı duygusu içindedirler (Yakın 2014).

#### **4.5.2.3. Davranışsal belirtiler**

Depresyonla birlikte hareketlerde bir yavaşlama, azalma ve isteksizlik görülür. Birey yeni bir davranışı sürdürme ya da başlatma konusunda güçsüz ve ilgisizdirler. Depresyon düzeyi ağır ise aktivite de azalma hatta aşırı ileri derecede olur ise hasta birey kamburu çıkmış bir şekilde oturup ve sert bir yüz ifadesiyle yere bakıyor şeklinde olabilir. Tekdüze ve yavaş bir ses tonuyla konuşabilir. Bütün davranışı aşırı bir gücü gerektiriyor olabilir. Bireyler depresyondayken yürüyüşünde yavaşlama, mimiklerinde azalma, başı öne düşük, gözleri yerde ve elleri kucaklarında ortama karşı tepkisiz dururlar. Hareketlerdeki isteksizliğin ve yavaşlamanın aksi hali olarak nadiren ağır depresyondaki bireylerde bariz bir psikomotor ajitasyon da olabilir (Gezer 2008).

#### **4.5.2.4. Fiziksel belirtiler**

Bireyin fiziksel semptomları arasında iştahsızlık en fazla görülen semptomlardandır. Bazı bireyler hiç bir şey yemek istemezken, bazı bireyler tiksinseler de yemek yemeye zorlar kendilerini. Uykusuzluk ve uyku bozuklukları depresyon belirtilerinin bir başka önemli özelliklerindedir. Birey çok erken vakitlerde uyanabilir. Cinsel istek ve arzuların da ciddi azalmalar mevcuttur. Fiziksel semptomlar arasında cinsel isteksizlik yaşayan birey kendisini tüm cinsel olaylara kapatır. Depresyondaki birey, günlük aktiviteleri yapmak mecburiyetinde kaldığında ise çok daha fazla yorulur (Yılmaz 2014).

#### **4.5.2.1. Fizyolojik belirtiler**

Uyku problemleri depresyondaki bireyler için ortak bir belirtidir (% 90 hastada insomnia) ve genellikle görülen ilk belirtiler arasında yer alır. Depresyonlu bireylerde çok fazla uyuma veya uykusuzluk görülebilir ve bunun neticesinde de uyku problemleri görülebilmektedir, ama en fazla uykusuzluk mevcuttur. Uyuyamama, uykuyu devam ettirememeye ya da sabahları yorgun, bitkin ve erken saatte uyanma biçiminde sorunlar görülür. Cinsel istek kaybı da depresyonda ortaya çıkan genel bir semptomdur. Erkeklerde genellikle libidonun ve cinselliğin düştüğü ya da çoğunlukla bittiği görülmektedir (Gezer 2008).

İştah ciddi şekilde azaldığı için aşırı şekilde birey kilo verir, enerji azlığı, halsizlik, güçsüzlük ve çabuk yorulma şikâyetleri olur (Öztürk 1997; Küllü 2008). Nadiren iştah kaybının yerine aşırı iştah artışı da görülebilir, ama genel olarak iştahsızlık mevcuttur. Aşırı iştah artışında birey güya içinde olan bir boşluğu doldurmak istercesine devamlı yemek yiyebilir (Gezer 2008).

#### **4.5.3. Depresyonun Nedenleri**

Depresyonun ortaya çıkmasında birden fazla risk faktörü mevcuttur. Ailesel faktörler, depresif kişiliğe yatkınlık, düşük eğitim seviyesine sahip olmak, kadın olmak, olumsuz yaşam şartları, sosyal çevrenin yeterli olmaması, bedensel engelinin varlığı kişinin depresyon tanısı almasında etkilidir. Aynı zamanda psikiyatrik problemlerde kişinin depresyon hastası olmasında büyük öneme sahiptir. 18-44 yaşlar aralığında olmak, bekârlık ve işsizlik depresyona neden olan etkenler arasındadır (Ünal ve Özcan 2000).

##### **4.5.3.1. Biyolojik nedenleri**

Depresyonun biyolojik sebeplerinin en önemlisi kalıttır. Ailesinde depresyon hastalığı geçirmiş kişinin olması o kişinin de depresyon hastalığına yakalanacağı demek değildir. Ama ailede depresyon öyküsünü var ise o kişide depresyon hastalığı açısından risk ihtimalini yüksek denilebilmektedir (Gezer 2008).

Ayrıca yapılan birçok araştırmada beyin hücrelerinde var olan biyojenik aminlerin (homovalinik asit, 5-OH indol asetik asit, vb.) depresyon hastalarının idrar, kan ve beyin sıvılarındaki değerlerinin normalin dışında olduğu tespit edilmiştir. Başta serotonin ve norepinefrin olarak isimlendirilen nörotransmitterlerin üretim, salınım, geri alım gibi faaliyetlerinde olan sorun ile depresyon ve başka duygulanım problemlerinin ortaya çıkabileceği düşünülmektedir (Yakın 2014).

##### **4.5.3.2. Psikolojik nedenleri**

Araştırmalar da stresli durumların genellikle depresyonun ilk başında etkili olduğu sonra ortaya çıkan ataklarda bir etkisi olmadığı görülmüştür. Bu kurama göre birinci atağa eşlik eden stres beyinde kalıcı izlere neden olmakta ve bu da hastalığın tekrar görülmesine neden olmaktadır. Zamanla strese neden olan olay ortadan kalkar ise de depresyon kendiliğinden tekrar edebilmektedir. Erken yaşta baba ve annenin



kaybı söz konusu ise hayatın diğer yıllarında depresyon görülme olasılığı fazladır. Kişi eşini kaybetmişse depresyon görülme ihtimali çok daha fazladır (Mercan 2014).

Önceden geçirilen psikiyatrik hastalıkların depresyonun başlamasında ya da tekrar görülmesinde önemli bir yere sahip olduğu yapılan araştırmalarda görülmüştür (Ünal ve ark. 2002).

#### **4.5.3.3. Genetik nedenler**

Depresyonda genetik yatkınlığın olduğu yapılan araştırmalar sonucunda kabul edilen bir gerçektir. Genetik yatkınlık olmaksızın bazı hasta bireylerde çevresel etkenler de depresyona neden olabilmektedir. Yapılan araştırmalarda ağır depresyonu olan bireylerin birinci derece yakınlarında depresyon hastalığının görülme ihtimali normal topluma göre daha fazladır. Depresyon hastalığına yakalanma ihtimali tek yumurta ikizlerinin birinde depresyon görülmüşse diğerinde görülmesi % 50 ihtimal dâhilindedir. Bu çalışmalar sonucunda da depresyona genetik yatkınlığın mevcut olduğunu göstermektedir (Mercan 2014).

#### **4.5.4. Depresyondaki Risk Faktörleri**

Depresyon birçok risk faktörü sonucunda oluşmaktadır. Başlıca faktörler bireyin cinsiyeti, genetik yapısı, kişilik özellikleri, etnik yapı, çocukluk zamanındaki yaşantıları gibi faktörlerdir. Kadın olmak, eğitim durumu, ailevi yük ve sorumluluklar, sosyal çevre ve kişiler arası iletişim yetersizliği, bedensel engeller depresyon için belli başlı risk etkenleri olarak kabul edilmektedir. 18–44 yaş arasında bulunmak, bekâr ve işsiz olmak, düşük sosyoekonomik düzey de depresyon için başka risk faktörleridir (Ertuğrul 2010).

Yaş: Depresyonun yaşlılar ve çocuk da görülme oranının daha az olduğu, ortalama başlama yaşının 40 olduğu ve 20 ile 50 yaş arasında farklılık göstermektedir. Depresyon hastalığı için %1.7 65 yaş üstünde, %3.2; 75 yaş üstünde, %0.5 79 yaş üstünde; primer depresyon hastalığı için %1.8; sekonder depresyon hastalığı için %1.9 gibi oldukça düşük prevalans hızları görülmüştür. Sosyal hayatın değişmesine bağlı şekilde yaşlardaki depresyonun hastalığının arttığı görülmektedir. Son yıllarda yapılan araştırmalarda 20 yaş altın da olan bireylerde depresyon teşhisinde artış olduğu görülmektedir. Kadınlarda 35-45 yaşlar aralığında, erkeklerde ise 55-70 yaşlar aralığında depresyonun en fazla teşhis edildiği görülmektedir (Elgin 2017).

Cinsiyet: Depresyonun epidemiyolojisiyle ilgili yapılan araştırmalarda kadınlarda depresyon hastalığı görölme sıklığı erkeklere oranla takribi 2 kat fazla olduğu görölmektedir.

Yapılan bazı araştırmalarda da depresyon sıklığı kadınlarda daha yüksek oranlarda bulunmuştur. Ülkemizde yapılan araştırmalarda da depresyon görölme sıklığı kadınlarda erkeklere göre daha fazla görölmüştür (Doğan 2000).

Medeni Durum: Birçok araştırmada boşanmış ve dul olan kişilerde depresyon daha sık görölmektedir. Bazı göröşlere göre bekarların evlilerden daha çok depresyona girdiği öne sürölmüştür. Mutsuz evliliklerde ki bireylerde depresyon görölme riski artmaktadır. Boşanmış olan erkeklerde depresyonun en yüksek görölme oranı boşanma sonrasındaki ilk 6 ay olarak bilinmektedir (Doğan 2000).

Erken Dönem Çocukluk Yaşantıları: Çalışmaların büyük çoğunluğunda çocuklara sevginin hissettirilmesi verilmesi, olumlu duyguların hissettirilmesi depresyon hastalığının önüne geçtiği ama anne-babadan ayrılmanın depresyon riskini artırdığı görölmüştür. Spitz, ikinci altı ayında anneden ayrılan bebekler de açık depresif semptomlar gözlemlemiştir. Bireyi biçimlendiren zamanlarda yaşanan kayıp ve ayrılıkların, ya çocukta depresif yapı oluşmasına ya da ilkel savunma düzeneği kullanarak depresyondan korunabileceği algısına yönlendiğini gözlemlemiştir (Yakın 2014).

Çocukluk Dönemi Yaşantıları: Çocukluk ağındaki depresyon hastalığı, çocuğun kişiler arası ve kişilik oluşumunu direk etkileyeceğinden tedavisinin çok daha önemli olduğu belirtilmektedir. Bebeklerde depresyonla pek fazla karşılaşılmamakla beraber, bebek depresyonu bebek ve bakıcısı arasındaki problemi belirtmektedir. Bebek ile bakıcı arasındaki ilişki iyi yapılanmamıştır veya ayrılık, ölüm gibi sebeplerle zedelenmiştir. Farklı bir olay ise; bebeğin ihtiyaçlarına “bakıcı” tarafından tam anlamıyla yanıt verilememesidir. Burada “bakıcı” olarak belirtilen yalnızca bir bedel karşılığında bebekle ilgilenen kişi değil, bebeğin bakımını yüklenmiş olan anne, anneanne, abla vb. gibi akrabalarda kastedilmiştir (Yakın 2014).

## 5. GEREÇ VE YÖNTEM

### 5.1. ARAŞTIRMANIN AMACI VE TİPİ

Araştırma Fethiye'deki ambulans çalışanlarının iş doyumu, tükenmişlik, depresyon ve anksiyete ilişkisinin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır. Tanımlayıcı ve analitik bir araştırmadır.

### 5.2. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE SÜRESİ

Araştırma, Muğla İli Fethiye İlçesinde bulunan 5 farklı 112 Acil Sağlık Hizmetleri İstasyonlarında (Merkez 1 No'lu ASHİ, Göcek 2 No'lu ASHİ, Çamköy 4 No'lu ASHİ, Ölüdeniz 7 No'lu ASHİ, Üzümlü 8 No'lu ASHİ) 01.02.2019 – 02.03.2019 tarihleri arasında yapılmıştır.

FETHİYE İLÇE 112 ASHİ İSTASYONLARI							
112 ASHİ İstasyonu	Doktor	Paramedik	ATT	Hemşire	Sağlık Memuru	Şoför	Toplam
Fethiye (1 No'lu)	5	0	8	6	2	5	26
Ölüdeniz	0	4	9	0	0	2	15
Çamköy (4 No'lu)	0	5	9	0	0	1	15
Üzümlü	0	4	9	0	0	2	15
Göcek	0	5	8	1	0	4	18
<b>Toplam</b>	<b>5</b>	<b>18</b>	<b>43</b>	<b>7</b>	<b>2</b>	<b>14</b>	<b>89</b>

### 5.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ

Araştırmanın evrenini Muğla ili Fethiye ilçe sınırları içinde bulunan 5 farklı 112 Acil Sağlık Hizmetleri İstasyonunda görev yapan 89 ambulans çalışanı oluşturmuştur. Özel ambulans firmaları araştırmaya dâhil edilmemiştir. Araştırmada

tam sayım yöntemi kullanılmıştır. Araştırma, çalışmaya katılma konusunda gönüllü olan 89 kişi ile yürütülmüştür. Çalışmaya katılım hızı %100'dür.

#### **5.4 ARAŞTIRMA SORULARI**

1: Ambulans çalışanlarının kişisel özellikleri ile iş doyum düzeyleri arasında ilişki var mıdır?

2: Ambulans çalışanlarının kişisel özellikleri ile tükenmişlik düzeyleri arasında ilişki var mıdır?

3: Ambulans çalışanlarının kişisel özellikleri ile anksiyete - depresyon düzeyleri arasında ilişki var mıdır?

4: "Ambulans çalışanlarının iş doyum, tükenmişlik ve anksiyete - depresyon düzeyleri arasında ilişki var mıdır?"

#### **5.5 ARAŞTIRMANIN BAĞIMLI & BAĞIMSIZ DEĞİŞKENLERİ**

Araştırmanın bağımlı değişkenlerini; MİDÖ-İçsel Doyum, MİDÖ-Dışsal Doyum, MTÖ-Duygusal Tükenmişlik (MTÖ-DG), MTÖ-Duyarsızlaşma (MTÖ-DY), MTÖ-Kişisel Başarı (MTÖ-KB), Anksiyete (HAD-A) ve Depresyon (HAD-D) puanları oluşturmaktadır.

Araştırmanın Bağımsız Değişkenlerini ise kişisel bilgi formunda yer alan cinsiyet, yaş, medeni durum, çocuk sahibi olma durumu, gelir düzeyi, eğitim düzeyi, unvanı, çalışma süresi, çalışma biçimi, mesai dışı tutulan nöbet sayısı, mesleği isteyerek seçme durumları ve çalışmalarının motive edilmesi ile ilgili maddeler oluşturmaktadır.

#### **5.6. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI**

Araştırma verilerinin elde edilmesinde, Kişisel Bilgi Formu (Ek.3), Minnesota İş Doyum Ölçeği (MİDÖ) (Ek.4), Maslach Tükenmişlik Ölçeği (MTÖ) (Ek.5), Hastane Anksiyete-Depresyon Ölçeği (HAD, Hospital Anxiety and Depression Scale) (Ek.6) kullanılmıştır.

### 5.6.1. Kişisel Bilgi Formu (Ek.4)

Araştırmacılar tarafından literatür taranarak geliştirilen Kişisel Bilgi Formunda katılımcıların cinsiyet, yaş, medeni durum, çocuk sahibi olma durumu, gelir düzeyi, eğitim düzeyi, unvanı, çalışma süresi, çalışma biçimi, mesai dışı tutulan nöbet sayısı, dinlenme düzenleri ve çalışmalarının motive edilmesi ile ilgili maddeler yer almaktadır. Ayrıca katılımcılara meslek seçimi ile ilgili 3 soru yöneltilmiştir.

### 5.6.2. Minnesota İş Doyum Ölçeği (MİDÖ) (Ek.5)

Weiss, Dawis, England & Lofquist (1967) tarafından geliştirilmiş olan ve Baycan tarafından (1985) Türkçeye çevrilip, geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmış olan (Cronbach Alpha = 0.77) bir ölçektir. Ölçek; içsel ve dışsal doyum faktörlerini içeren, 1'den 5'e değişen 5'li likert tipi puanlamaya sahip 20 maddeden oluşmaktadır. Ankette bulunan içsel doyum faaliyet, bağımlılık, değişkenlik, sosyal statü, moral, güvenlik, sosyal hizmet, yetki, yetenek kullanma, sorumluluk, yaratıcılık ve başarı hissi; dışsal doyum yönetici-denetim, yönetici-karar verme, kurum politikası, ücret politikası, terfi, çalışma şartları, ekip uyumu ve onura edilme faktörlerini kapsamaktadır.

Puanlama 1= Hiç memnun değilim, 2= Memnun değilim, 3= Kararsızım, 4= Memnunum ve 5= Çok memnunum şeklinde yapılmaktadır. Ölçekte ters soru bulunmamaktadır.

İçsel doyum: 1, 2, 3, 4, 7, 8, 9, 10, 11, 15, 16, 20

Dışsal doyum: 5, 6, 12, 13, 14, 17, 18, 19

Genel doyum: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20

Maddelerini içermektedir. Genel doyum puanı 20 maddeden elde edilen puanların toplamının 20'ye, içsel doyum puanı içsel faktörleri oluşturan maddelerden elde edilen puanların toplamının 12'ye, dışsal doyum puanı ise dışsal faktörleri oluşturan maddelerden elde edilen puanların toplamının 8'e bölünmesiyle elde edilmektedir.

İçsel, dışsal ve toplam doyum için 1-5 arasında değişen puanlar elde edilmektedir. Elde edilen puanlar; 1,00-2,33 Düşük düzeyde iş doyumu, 2,33-3,66= Orta düzeyde iş doyumu ve 3,66-5,00= Yüksek düzeyde iş doyumu olarak yorumlanmaktadır. Ölçeğin nötr doyum puanı 3' tür. Ölçekten alınan puan 3' ten

küçük ise iş doyumu düşük, 3'ten büyük ise iş doyumu yüksek olarak değerlendirilmektedir.

Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 100, en düşük puan 20 olup, orta noktaya düşen 60 ise nötr doyumunu ifade etmektedir. Puanların 20'ye yaklaşması doyum düzeyinin düştüğünü, 100'e yaklaşması ise doyum düzeyinin yükseldiğini göstermektedir.

Minnesota İş Doyumu Ölçeği, iş doyumunu işin kendisi ve organizasyonel boyutları ile bir bütün olarak değerlendirmesi ve ölçeğin sağlık çalışanları ile yapılan araştırmalarda sıkça kullanılmasından dolayı tercih edilmiştir.

### **5.6.3. Maslach Tükenmişlik Ölçeği (MTÖ) (Ek.6)**

1981 yılında Maslach ve Jackson tarafından geliştirilmiş daha sonra 1992 yılında Ergin tarafından Türkçe 'ye çevrilmiştir. 2006 yılında ise Çapri tarafından geçerlik ve güvenilirlik ölçümleri yapılmıştır. Çam tarafından hemşire grubunda geçerlilik ve güvenilirliği denenmiştir (Cronbach alfa değerleri duygusal tükenmişlik için 0,81, duyarsızlaşma için 0,70 ve kişisel başarısızlık için ise 0,77 bulunmuştur). Ölçek, tükenmişliği “duygusal tükenmişlik (MTÖ-DG)”, kişisel başarı (MTÖ-KB)” ve “duyarsızlaşma (MTÖ-DY)” olmak üzere üç alt boyutta inceleyen 22 maddeden oluşmaktadır. “Duygusal tükenme” kişinin kendini mesleği tarafından tüketilmiş hissetmesi, ümitsizlik, gerginlik, huzursuzluk gibi duygularında artma; “duyarsızlaşma ” kişinin yaptığı işe karşı duygusuz, umursamaz olması, işi ruhu ile değil bedeni ile yapması, çalıştığı kişilere birer nesne gibi davranması; “kişisel başarıda azalma” kişinin başarısının, kendine olan güven duygusunun azaldığını, işin de gerilediğini hissetmesidir.

Duygusal tükenme (emotionalexhaustion)” alt ölçeği 9 (1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 ve 20), “duyarsızlaşma (depersonalisation)” alt ölçeği 5 (5, 10, 11, 15 ve 22) ve “kişisel başarısızlık (personalaccomplishment)” alt ölçeği 8 maddeden (4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 ve 21) oluşmaktadır. Puanlama sistemi “0 – hiçbir zamanı” ve “4 – her zamanı” temsil etmek üzere 5’li Likert tipi bir ölçektir. Ölçeğin kişisel başarı alt boyutu, ters kodlanmıştır, bu doğrultuda, 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21 numaralı maddeler, ters çevrilmiştir (Baysak, 2010). Puanlar her alt ölçek için ayrı ayrı hesaplanmaktadır. Alt ölçeklerden elde edilen puanlar için kesme değeri olmadığından tükenme var ya da yok biçiminde bir ayırım yapılamamaktadır.

Tükenmişliği yaşamakta olan bireylerde DT ve DYS puanlarının yüksek, KB puanlarının düşük olması beklenmektedir.

#### **5.6.4. Hastane Anksiyete-Depresyon Ölçeği (HAD, Hospital Anxiety and Depression Scale) (Ek.7)**

Anksiyete ve depresyon yönünden riski belirlemek, düzeyini ve şiddet değişimini ölçmek amacıyla Zigmond ve Snaith tarafından 1983 yılında geliştirilmiş ve geçerlilik-güvenirliliği yapılmıştır. Anksiyete (HAD-A) ve depresyon (HAD-D) alt ölçeklerini içermektedir. Ölçek bir kendini-bildirim ölçeğidir ve yedisi anksiyete ve yedisi depresyon belirtilerini araştıran toplam 14 maddeden oluşmaktadır. Dörtlü Likert tipi ölçüm sağlamaktadır. Ölçeğin Türkçe formunun geçerlilik ve güvenirliliği Aydemir ve arkadaşları tarafından 1997 yılında yapılmıştır. Cronbach alfa katsayısı anksiyete alt ölçeğinde 0,8525, depresyon alt ölçeğinde 0,7784 olarak belirlenmiştir (Aydemir ve ark. 1997).

Puanlama her madde için değişik biçimdedir. 1., 3., 5., 6., 8., 10., 11. ve 13. Maddeler giderek azalan şiddet gösterirler ve puanlama 3, 2, 1, 0 biçimindedir. Öte yandan, 2., 4., 7., 9., 12. ve 14. maddeler ise 0,1, 2, 3 biçiminde puanlanırlar. Anksiyete alt ölçeği için 1., 3., 5., 7., 9., 11. ve 13. maddelerin puanları toplanırken ; depresyon alt ölçeği için ; 2., 4., 6., 8., 10., 12. ve 14. maddelerin puanları toplanır. Hastaların her iki alt ölçekten alabilecekleri en düşük puan 0 iken en yüksek puan 21'dir. HADÖ'ünün Türkçe formunun kesme noktaları anksiyete alt ölçeği (HAD-A) için 10, depresyon alt ölçeği (HAD-D) için 7 olarak saptanmıştır (Aydemir ve ark. 1997).

HAD klinik dışı gruplarda da kullanılabilir olması, anksiyeteve depresyonu hızlı tarayabilen kullanışlı, pratik bir ölçek olması ve bedensel belirtilere ilişkin madde içermemesi sadece duygu düşünce alanı belirtilerini taraması nedeniyle yeğlenmiştir.

### **5.7 VERİ TOPLAMA YÖNTEMİ**

Araştırmada kullanılan veri toplama araçları gönüllü katılımcılarla çalıştıkları istasyonlarda işlerini aksatmayacak zamanlarda yüz yüze uygulanmıştır. Bir anket uygulaması yaklaşık 30 dakika sürmüştür. Ölçeklerin en başında araştırmanın amacının,

araştırmacının ve tez danışmanının e-posta adreslerinin olduğu ve araştırmaya katılım şartının gönüllülük olduğunu belirten bilgilendirme yazısı bulunmaktadır. Ayrıca verilecek cevapların doğru ya da yanlış olarak değerlendirilmeyeceği belirtilmiş olup boş madde bırakılmaması adına ricada bulunulmuştur.

## **5.8 VERİLERİN DEğERLENDİRİLMESİ**

Verilerin analizi için SPSS 22.0 programında veri tabanı oluşturulmuştur. Veriler Kolmogrov-Simirnov ve Shapiro Wilks testleri uygulanarak normallik analizleri ve Levene testi uygulanarak homojenite analizi yapılmıştır.

Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistikler, hipotez testleri ve ilişkisel analiz kullanılmıştır. Tanımlayıcı tablolarda kategorik veriler için sıklık (n) ve yüzdelik (%) değerleri, sayısal veriler için aritmetik ortalama (X), standart sapma (Ss), minimum ve maksimum değerler kullanılmıştır. Ortalamalar arası farklılığın incelenmesinde hipotez testleri kullanılmıştır. İki bağımsız grup ortalamasının karşılaştırmasında parametrik şartları karşılayan verilerde iki ortalama arasında farkın önemlilik testi (independent sample t testi), parametrik şartları karşılamayan verilerde ise iki bağımsız grup karşılaştırması (Mann-Whitney U testi) kullanılmıştır. Üç ve üstü bağımsız grup ortalamalarının karşılaştırmasında parametrik şartları karşılayan verilerde tek yönlü varyans analizi (ANOVA), parametrik şartları karşılamayan verilerde Kruskal Wallis H testi uygulanmıştır. İlişkisel analizde ölçek ve alt ölçeklerin toplam puanları sürekli değişken olarak kabul edildiği için pearson iki yönlü korelasyon analizi kullanılmıştır.

Tüm karşılaştırmalarda 0,05 önemlilik düzeyi olarak kabul edilmiştir.

## **5.9 ARAşTIRMANIN SINIRLILIKLARI**

Araştırma gönüllü katılım sağlayan Muğla İli Fethiye İlçesinde bulunan 5 farklı 112 Acil Sağlık Hizmetleri İstasyonlarında alışan ambulans çalışanlarına uygulanmış olup, bir istasyonun tamamına anket uygulayabilmek için 4 gün boyunca aynı istasyona gitmek gerekmektedir. Araştırmada toplanan veriler Kişisel Bilgi Formu, Minnesota İş Doyum leği (MİDÖ), Maslach Tükenmişlik leği (MTÖ), Hastane Anksiyete-Depresyon leği (HAD, Hospital Anxiety and Depression Scale) ile elde edilen verilerle sınırlıdır.



## 5.10 ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ

Araştırmanın yapılabilmesi için öncelikle Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitü Yönetim Kurulu(Ek-1) ve Etik Kurulu'ndan (Ek-2) ve Muğla İl Sağlık Müdürlüğü'nden çalışmanın uygulandığı 112 Acil Sağlık Hizmetleri İstasyonları için yazılı izin (Ek-3) alınmıştır. Ayrıca araştırmaya katılan ambulans çalışanlarına gerekli açıklamalar yapılarak sözlü onamları alınmıştır.



## **6. BULGULAR**

Araştırmada elde edilen sonuçlar; Kişisel Bilgiler (6.1), İş Doyumu (6.2), Tükenmişlik Düzeyi (6.3), Anksiyete-Depresyon Düzeyi (6.4), İş Doyumu, Tükenmişlik, Depresyon, Anksiyete İlişkisi (6.5) olmak üzere beş başlık altında verilmiştir.

### **6.1. AMBULANS ÇALIŞANLARININ KİŞİSEL BİLGİLERİ**

Ambulans çalışanlarının kişisel bilgileri; bireysel özellikler (Tablo 1), mesleki ve iş yaşam özellikleri (Tablo 2) ve mesleği sevme özellikleri (Tablo 3) olarak verilmiştir.

**Tablo 1. Ambulans çalışanlarının bireysel özelliklerinin dağılımı**

<b>Bireysel özellikler</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Cinsiyet</b>		
Kadın	51	57,3
Erkek	38	42,7
<b>Yaş Grupları</b>		
30 yaş altı	43	48,3
31-40 yaş arası	34	38,2
41-50 yaş arası	10	11,2
51 yaş ve üzeri	2	2,3
<b>Medeni durum</b>		
Bekar	17	19,1
Evli	62	69,7
Boşanmış	10	11,2
<b>Çocuğu olma durumu</b>		
Yok	30	33,7
Var	59	66,2
1 çocuk	25	28,1
2 çocuk	27	30,2
3 çocuk	6	6,7
4 çocuk	1	1,1
<b>Gelir düzeyi</b>		
Yeterli	27	30,3
Kısmen yeterli	45	50,6
Yetersiz	17	19,1
<b>Toplam</b>	<b>89</b>	<b>100,0</b>

Çalışmaya katılanların bireysel özellikleri incelendiğinde (Tablo 1); yarısından fazlasının (%57,3) kadın cinsiyette olduğu, yaş ilerledikçe ambulans çalışanlarının sayısal olarak azaldığı belirlenmiştir. Evli olan çalışanların çoğunluğu (%69,7) oluşturduğu, %66,3'ünün çocuğu olduğu, çocuğu olan ambulans çalışanlarının da daha çok tek çocuğu (%28,1) ya da iki çocuğu (%30,3) olduğu görülmüştür. Katılımcıların gelir düzeylerini tanımlamaları istendiğinde yarısı (%50,6) kısmen yeterli bulduklarını bildirmiştir. Yeterli olarak değerlendirenler katılımcıların %30,3'ünü, yetersiz olarak değerlendirenler ise katılımcıların %19,1'ini oluşturmuştur (Tablo 1).

**Tablo 2.Ambulans çalışanlarının meslek ve iş yaşamı özelliklerinin dağılımı**

Mesleki özellikler	N	%
<b>Eğitim durumu</b>		
Lise mezunu	22	24,7
Ön lisans / Yüksekokul mezunu	39	43,8
Lisans mezunu	24	27,0
Yüksek lisans mezunu	4	4,5
<b>Meslek /iş</b>		
Acil Tıp Teknisyeni (ATT)	43	48,3
Acil Ambulans Bakım Teknikeri (AABT)	18	20,2
Hemşire	7	7,9
Sağlık Memuru	2	2,2
Doktor	5	5,6
Şoför	14	15,8
<b>Çalışma Yılı</b>		
1-5 yıl	15	16,9
6-10 yıl	45	50,6
11-15 yıl	23	25,8
16-20 yıl	6	6,7
<b>Nöbet sayısı</b>		
Nöbet tutmayan	34	38,2
Bir nöbet tutan	17	19,1
İki nöbet tutan	17	19,1
Üç nöbet tutan	9	10,1
Dört nöbet tutan	7	1,9
Beş nöbet tutan	5	5,6
<b>Çalışma biçimi</b>		
Sürekli gündüz mesaisi (08. <sup>00</sup> -17. <sup>00</sup> )	21	23,6
12 saatlik vardiya (08. <sup>00</sup> -20. <sup>00</sup> /20. <sup>00</sup> -08. <sup>00</sup> )	10	11,2
24 saat nöbet	58	65,2
<b>Toplam</b>	<b>89</b>	<b>100,0</b>

Ambulans çalışanlarının çoğunluğunun (%43,8) eğitiminin ön lisans ya da yüksekokul mezunu olduğu görülmektedir. Yüksek lisans mezunları ise ambulans çalışanlarının en küçük grubunu (%4,5) oluşturmaktadır. Meslek dağılımı

incelendiğinde katılımcıların yarıya yakınının (%48,3) “Acil Tıp Teknisyeni” unvanı ile çalıştığı, ikinci sırada ise (%20,2) “Acil Ambulans Bakım Teknikeri” unvanı olan çalışanların bulunduğu görülmektedir. Ambulans çalışanlarının normal mesai yükü dışında %38,2’sinin aylık çalışma saati fazlası nöbet tutmadığı, en çok nöbet tutan (%5,6) grubun ise ayda beş nöbet tuttıkları, çalışanların çoğunluğunu (%65,2) 24 saat nöbet usulü ile çalışan ambulans çalışanlarının oluşturduğu belirlenmiştir (Tablo 2).

**Tablo 3. Mesleği sevme durumlarının dağılımı**

Mesleği sevme durum	N	%
<b>Meslek seçimi</b>		
İsteyerek	72	80,9
İstemededen	17	19,1
<b>Aynı mesleği seçme</b>		
İsterim	35	39,3
Kararsızım	28	31,5
İstemem	26	29,2
<b>Mesleği bırakma</b>		
İsterim	37	41,6
Kararsızım	25	28,1
İstemem	27	30,3
<b>Takdir / Teşekkür belgesi</b>		
Alan	29	32,6
Almayan	60	67,4
<b>Toplam</b>	<b>89</b>	<b>100,0</b>

Çalışmada mesleğini isteyerek seçenlerin oranı oldukça yüksek (%80,9) olarak belirlenmiştir. Fakat “Mesleğinizi bugün seçmek ister miydiniz?” sorusuna “evet, isterim” diye cevap verenlerin oranında azalma olduğu (%39,3) görülmektedir. “Mesleğinizi bırakmak ister misiniz?” sorusuna “hayır istemem” şeklinde cevap verenlerin de %30,3, bırakmayı isteyenlerin oranının ise %41,6 olduğu görülmüştür. Kurumu tarafından takdir ya da teşekkür belgesi ile ödüllendirilenlerin oranının %32,6 olduğu, %67,4’ünün ise ödüllendirilmediği görülmektedir (Tablo 3).

## 6.2. AMBULANS ÇALIŞANLARININ İŞ DOYUMLARI

Ambulans çalışanlarının iş doyumlarına ilişkin bulguları; iş doyumunu düzeyleri ve iş doyumunu etkileyen faktörler olmak üzere 2 alt başlık halinde incelenmiştir.

### 6.2.1. Ambulans Çalışanlarının İş Doyumu Düzeyleri

Ambulans çalışanlarının iş doyumları Minnesota İş Doyum Ölçeği kullanılarak belirlenmiştir. Ölçeğin bu çalışma için cronbach's alfa güvenilirlik katsayısı 0.928 olarak belirlenmiştir. Bu sonuca göre ölçeğin güvenilirlik değerlerinin yüksek ve kabul edilebilir olduğu gözlemlenmektedir. Minnesota İş Doyum Ölçek puanlarına ait bulgular Tablo 4'de verilmiştir.

**Tablo 4. Ambulans çalışanlarının içsel doyum, dışsal doyum ve genel doyum puan ortalamalarının dağılımı**

<b>Minnesota İş Doyum Ölçeği</b>	<b>Minumum</b>	<b>Maksimum</b>	<b>Aritmetik ortalama</b>	<b>Standart sapma</b>
İçsel doyum	1,00	4,83	3,44	0,703
Dışsal doyum	1,00	5,00	2,73	0,922
Genel doyum	1,00	4,90	3,16	0,730

Ambulans çalışanlarının içsel doyum puanlarının ortalama  $3,44 \pm 0,703$  (Min-Mak:1,00-4,83) olarak, dışsal doyum puanlarının ortalama  $2,73 \pm 0,922$  (Min-Mak:1,00-5,00) olarak ve genel doyum puanlarının ortalama  $3,16 \pm 0,730$  (Min-Mak:1,00-5,00) olarak belirlendiği görülmektedir. Ölçekten alınan puan 3'ten küçük ise iş doyumunu düşük, 3'ten büyük ise iş doyumunu yüksek olarak değerlendirilmektedir. Bu sonuca göre değerlendirme yapıldığında genel doyumun ve içsel doyumun yüksek, dışsal doyumun düşük olduğu görülmektedir.

**Tablo 5. Ambulans çalışanlarının iş doyum düzeylerinin dağılımı**

Doyum Düzeyi	N	%
Düşük seviyede iş doyumunu	10	11,2
Orta seviyede iş doyumunu	58	65,2
Yüksek seviyede iş doyumunu	21	23,6
<b>Toplam</b>	<b>89</b>	<b>100,0</b>

Ambulans çalışanlarının %11,2'si düşük seviyede, %65,2'si orta seviyede ve %23,6'sı yüksek seviyede iş doyumuna sahiptir (Tablo 5).

### 6.2.2. Ambulans Çalışanlarının İş Doyumunu Etkileyen Faktörler

Çalışmanın birinci sorusu doğrultusunda “Katılımcıların kişisel özellikleri ile iş doyumunu düzeyleri arasında ilişki var mıdır? Bu araştırma sorusuna cevap almak amacıyla Minnesota İş Doyum Ölçeği ve alt ölçek puanları ambulans çalışanlarının kişisel özelliklerine göre karşılaştırılmıştır.

**Tablo 6. Minnesota iş doyum ölçeği boyutlarının katılımcıların cinsiyet değişkenine göre değerlendirilmesi**

Değişkenler		N	X	Ss	U/t	P
İçsel doyum	Kadın	51	3,32	0,810	770,500	0,099
	Erkek	38	3,61	0,486		
Dışsal doyum	Kadın	51	2,61	0,917	-1,496	0,138
	Erkek	38	2,90	0,914		
Genel doyum	Kadın	51	3,03	0,806	-1,917	0,058
	Erkek	38	3,33	0,583		

Tablo 6'daki analiz sonuçları incelendiğinde genel doyum düzeyleri açısından kadın ve erkek çalışanlar arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır ( $t = -1,917$ ;  $p = 0,058$ ). Alt boyutlar için de elde edilen sonuçlara göre kadın ve erkeklerin iş doyumları arasında farklılık bulunmamaktadır. İçsel doyum ( $U = 770,500$ ;  $p = 0,099$ ) ve dışsal doyum ( $t = -1,496$ ;  $p = 0,138$ ) sonuçları bunu kanıtlamaktadır.

**Tablo 7. Minnesota iş doyum ölçeği boyutlarının katılımcıların yaş grubu değişkenine göre değerlendirilmesi**

	Değişkenler	N	X	Ss	H/F	P
<b>İçsel doyum</b>	24 yaş ve ↓	5	3,68	0,446	4,032	0,672
	25-30 yaş	38	3,30	0,741		
	31-35 yaş	17	3,50	0,672		
	36-40 yaş	17	3,57	0,817		
	41-45 yaş	6	3,56	0,332		
	46-50 yaş	4	3,73	0,524		
	51 yaş ve ↑	2	3,13	1,001		
<b>Dışsal doyum</b>	24 yaş ve ↓	5	2,90	1,044	1,286	0,273
	25-30 yaş	38	2,52	0,725		
	31-35 yaş	17	2,71	1,029		
	36-40 yaş	17	2,81	1,186		
	41-45 yaş	6	3,42	0,465		
	46-50 yaş	4	3,37	1,104		
	51 yaş ve ↑	2	2,56	0,619		
<b>Genel doyum</b>	24 yaş ve ↓	5	3,37	0,683	0,976	0,447
	25-30 yaş	38	2,99	0,658		
	31-35 yaş	17	3,19	0,778		
	36-40 yaş	17	3,27	0,918		
	41-45 yaş	6	3,50	0,274		
	46-50 yaş	4	3,59	0,749		
	51 yaş ve ↑	2	2,90	0,849		

Tablo 7’deki analiz sonuçları incelendiğinde genel doyum düzeyleri açısından yaş grubu değişkenine göre ambulans çalışanlarının arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır ( $t= 0,976$ ;  $p=0,447$ ). Alt boyutlar içinde elde edilen sonuçlara göre farklı yaş gruplarının iş doyumları arasında farklılık bulunmamaktadır. İçsel doyum ( $H=4,032$ ;  $p=0,672$ ) ve dışsal doyum ( $t=1,286$ ;  $p=0,273$ ) sonuçları bunu kanıtlamaktadır.



**Tablo 8. Minnesota iş doyumunu ölçęęi boyutlarının katılımcıların medeni durum değişkenine göre değerlendirilmesi**

Değişkenler	N	X	Ss	H/F	P	
<b>İçsel doyum</b>	Bekar	17	3,55	0,579	0,185	0,912
	Evli	62	3,43	0,686		
	Boşanmış	10	3,33	1,003		
<b>Dışsal doyum</b>	Bekar	17	2,74	0,910	0,642	0,725
	Evli	62	2,77	0,861		
	Boşanmış	10	2,51	1,322		
<b>Genel doyum</b>	Bekar	17	3,23	0,623	0,299	0,742
	Evli	62	3,17	0,709		
	Boşanmış	10	3,01	1,041		

Tablo 8’deki analiz sonuçları incelendiğinde medeni duruma göre çalışanların genel doyum düzeylerinin arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır (F=0,299; p=0,742). Alt boyutlar içinde elde edilen sonuçlara göre de medeni durum değişkenine göre iş doyumları arasında farklılık bulunmamaktadır. İçsel doyum (H=0,185; p=0,912) ve dışsal doyum (H=0,642; p=0,725) sonuçları bunu kanıtlamaktadır.

**Tablo 9. Minnesota iş doyumunu ölçęęi boyutlarının katılımcıların çocuk sahibi olma değişkenine göre değerlendirilmesi**

Değişkenler	N	X	Ss	U/t	P	
<b>İçsel doyum</b>	Var	59	3,43	0,700	860,000	0,828
	Yok	30	3,46	0,719		
<b>Dışsal doyum</b>	Var	59	2,80	0,926	0,971	0,334
	Yok	30	2,60	0,915		
<b>Genel doyum</b>	Var	59	3,18	0,738	0,378	0,707
	Yok	30	3,12	0,726		

Tablo 9’deki analiz sonuçları incelendiğinde çocuk sahibi olan ve olmayan çalışanların genel doyum düzeylerinin arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır (t=0,378; p=0,707). Alt boyutlar içinde elde edilen sonuçlara göre de çocuk sahibi olan ve olmayanların iş doyumları arasında farklılık bulunmamaktadır. İçsel doyum (U=860,000; p=0,828) ve dışsal doyum (t=0,971; p=0,334) sonuçları bunu kanıtlamaktadır.

**Tablo 10. Minnesota iş doyum ölçęęi boyutlarının katılımcıların gelir düzeyini algılama değişkenine göre değerlendirilmesi**

Değişkenler		N	X	Ss	H/F	P
<b>İçsel doyum</b>	Yeterli	27	3,77	0,684	18,199	<b>0,000</b>
	Kısmen yeterli	45	3,33	0,667		
	Yetersiz	17	3,23	0,677		
<b>Dışsal doyum</b>	Yeterli	27	3,32	0,900	13,522	<b>0,000</b>
	Kısmen yeterli	45	2,64	0,732		
	Yetersiz	17	2,04	0,874		
<b>Genel doyum</b>	Yeterli	27	3,59	0,715	9,307	<b>0,000</b>
	Kısmen yeterli	45	3,05	0,647		
	Yetersiz	17	2,76	0,656		

Tablo 10'daki analiz sonuçları incelendiğinde ambulans çalışanlarının gelir düzeylerini algılama biçimlerinin çalışanların genel doyum düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık oluşturmuştur ( $F=9,307$ ;  $p=0,000$ ). Gelir düzeyini algılama düzeyi iyileştikçe iş doyumunu düzeyi de artmaktadır. Alt boyutlar içinde elde edilen sonuçlara göre de gelir düzeyini algılama değişkenine göre iş doyumları arasında farklılık bulunmaktadır. İçsel doyum ( $H=18,199$ ;  $p=0,000$ ) ve dışsal doyum ( $F=13,522$ ;  $p=0,000$ ) sonuçları bunu kanıtlamaktadır. Genel doyum düzeyinde olduğu gibi gelir düzeyini algılama düzeyi iyileştikçe içsel doyum ve dışsal doyum düzeyleri de artmaktadır.

Gelir düzeyini algılama değişkeninde belirlenmiş olan önemliliğin kaynağını araştırmak için genel doyum ve dışsal doyum alt boyutu için Tukey HSD oklu karşılaştırma metodu kullanılmış ve sonuçlar Tablo 11'de verilmiştir. İçsel doyum alt boyutunda belirlenmiş olan önemliliğin kaynağı gruplar arasında ikili Mann-Whitney U testi yapılarak belirlenmiş ve Tablo 12'de verilmiştir.

**Tablo 11. Gelir düzeyini algılama değişkenine göre genel doyum ve dışsal doyum boyutlarının çoklu karşılaştırma sonuçları\***

Doyum düzeyleri	Gruplar (I)	Gruplar (J)	Ortalama	P
			fark (I-J)	
Genel doyum	Yeterli	Kısmen yeterli	0,54037	<b>0,004</b>
		Yetersiz	0,83671	<b>0,000</b>
Dışsal doyum	Yeterli	Kısmen yeterli	0,6819	<b>0,002</b>
		Yetersiz	1,27996	<b>0,000</b>
	Kısmen yeterli	Yetersiz	0,59477	<b>0,032</b>

\* Sadece anlamlı çıkan farklılıklar verilmiştir.

Genel doyum düzeyleri açısından karşılaştırma yapıldığında; gelir düzeyini yeterli algılayan çalışanların kısmen yeterli algılayan ( $p=0,004$ ) ve yetersiz algılayan çalışanlardan ( $p=0,000$ ) daha yüksek olduğu görülmektedir. “Dışsal doyum” açısından değerlendirme yapıldığında ise gelir düzeyini yeterli olarak değerlendiren çalışanların kısmen yeterli bulan çalışanlar ( $p=0,002$ ) ve yetersiz bulan çalışanlardan ( $p=0,000$ ), ayrıca gelir düzeyini kısmen yeterli olduğunu düşünen çalışanların da gelir düzeyini yetersiz olarak algılayan çalışanlardan ( $p=0,032$ ) daha yüksek dışsal doyumlarının olduğu belirlenmiştir (Tablo 11).

**Tablo 12. Gelir düzeyini algılama değişkenine göre içsel doyum boyutunun Mann-Whitney U testi karşılaştırma sonuçları\***

Doyum düzeyleri	Gruplar	Gruplar	U	P
İçsel doyum	Yeterli	Kısmen yeterli	374,500	<b>0,007</b>
		Yetersiz	124,500	<b>0,011</b>

\* Sadece anlamlı çıkan farklılıklar verilmiştir.

İçsel doyum açısından değerlendirme yapıldığında gelir düzeyini yeterli olarak algılayan ambulans çalışanlarının gelir düzeyini kısmen yeterli ( $p=0,007$ ) ve yetersiz olarak değerlendiren ( $p=0,011$ ) çalışanlardan daha yüksek içsel doyumlarının olduğu belirlenmiştir (Tablo 12).

**Tablo 13. Minnesota iş doyum ölçęęi boyutlarının katılımcıların eğitim değişkenine göre değerlendirilmesi**

Değişkenler	N	X	Ss	H/F	P	
<b>İçsel doyum</b>	Lise	22	3,33	0,668	4,120	0,249
	Önlisans/Yüksekokul	39	3,36	0,767		
	Lisans	24	3,63	0,609		
	Yüksek lisans	4	3,71	0,722		
<b>Dışsal doyum</b>	Lise	22	2,66	0,943	0,052	0,984
	Önlisans/Yüksekokul	39	2,76	0,972		
	Lisans	24	2,76	0,871		
	Yüksek lisans	4	2,75	0,941		
<b>Genel doyum</b>	Lise	22	3,07	0,724	0,440	0,725
	Önlisans/Yüksekokul	39	3,12	0,787		
	Lisans	24	3,28	0,649		
	Yüksek lisans	4	3,33	0,805		

Tablo 13'deki analiz sonuçları incelendiğinde farklı eğitim düzeyinde olan ambulans çalışanların genel doyum düzeylerinin arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır ( $F=0,440$ ;  $p=0,725>0,05$ ). Alt boyutlar içinde elde edilen sonuçlara göre de eğitim düzeyi değişkenine göre iş doyumları arasında farklılık bulunmamaktadır. İçsel doyum ( $H=4,120$ ;  $p=0,249>0,05$ ) ve dışsal doyum ( $F=0,052$ ;  $p=0,984>0,05$ ) sonuçları bunu kanıtlamaktadır.

**Tablo 14. Minnesota iş doyum ölçęęi boyutlarının katılımcıların meslek/iş değişkenine göre değerlendirilmesi**

Değişkenler		N	X	Ss	H/F	P
<b>İçsel doyum</b>	ATT	43	3,35	0,669	6,320	0,276
	Paramedik	18	3,52	0,732		
	Hemşire	7	3,02	1,010		
	Sağlık Memuru	2	3,75	1,061		
	Doktor	5	3,85	0,273		
	Şoför	14	3,44	0,703		
<b>Dışsal doyum</b>	ATT	43	2,55	0,792	2,286	0,053
	Paramedik	18	2,83	0,869		
	Hemşire	7	2,23	1,272		
	Sağlık Memuru	2	3,31	0,972		
	Doktor	5	2,75	0,906		
	Şoför	14	2,33	0,986		
<b>Genel doyum</b>	ATT	43	3,03	0,661	1,810	0,120
	Paramedik	18	3,24	0,745		
	Hemşire	7	2,71	1,016		
	Sağlık Memuru	2	3,58	1,025		
	Doktor	5	3,41	0,475		
	Şoför	14	3,51	0,699		

Çalışmada mesleki/iş farklılığı olan ambulans çalışanların genel doyum düzeylerinin arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır ( $F=1,810$ ;  $p=0,120$ ). Alt boyutlar içinde elde edilen sonuçlara göre de mesleki ünvan değişkenine göre iş doyumları arasında farklılık bulunmamaktadır. İçsel doyum ( $H=6,320$ ;  $p=0,276$ ) ve dışsal doyum ( $F=2,286$ ;  $p=0,053$ ) sonuçları bunu kanıtlamaktadır (Tablo 14).

**Tablo 15. Minnesota iş doyumu ölçeği boyutlarının katılımcıların çalışma yılı değişkenine göre değerlendirilmesi**

Değişkenler	N	X	Ss	H	P	
<b>İçsel doyum</b>	5 yıl ve altı	15	3,89	0,506	19,135	<b>0,000</b>
	6-10 yıl	45	3,36	0,752		
	11-15 yıl	23	3,22	0,620		
	16 yıl ve üzeri	6	3,82	0,504		
<b>Dışsal doyum</b>	5 yıl ve altı	15	3,39	0,838	20,263	<b>0,000</b>
	6-10 yıl	45	2,66	0,859		
	11-15 yıl	23	2,22	0,768		
	16 yıl ve üzeri	6	3,58	0,701		
<b>Genel doyum</b>	5 yıl ve altı	15	3,69	0,579	19,135	<b>0,011</b>
	6-10 yıl	45	3,08	0,741		
	11-15 yıl	23	2,82	0,602		
	16 yıl ve üzeri	6	3,73	0,464		

Tablo 15'deki analiz sonuçları incelendiğinde ambulans çalışanlarının 112 ASHİ'deki çalışma yıllarının genel doyum düzeylerini etkilediği (H=19,135; p=0,011) görülmektedir. Alt boyutlarında çalışma yıllarına göre farklılık oluşturduğu belirlenmiştir. İçsel doyum (H=19,135; p=0,000) ve dışsal doyum (H=20,263; p=0,000) sonuçları bunu kanıtlamaktadır.

Çalışma yılı değişkeninde belirlenmiş olan önemliliğin kaynağını araştırmak için gruplar arasında ikili Mann-Whitney U testi yapılarak belirlenmiş ve Tablo 16'da verilmiştir.

**Tablo 16. Çalışma yılı değişkenine göre iş doyum düzeylerinin ikili Mann-Whitney U testi karşılaştırma sonuçları\***

Doyum düzeyleri	Gruplar	Gruplar	U	P
<b>İçsel doyum</b>	5 yıl ve altı	6-10 yıl	191,000	<b>0,012</b>
		11-15 yıl	70,500	<b>0,002</b>
<b>Dışsal doyum</b>	5 yıl ve altı	6-10 yıl	177,000	<b>0,006</b>
		11-15 yıl	51,000	<b>0,000</b>
	6-10 yıl	16 yıl ve üzeri	51,500	<b>0,012</b>
	11-15 yıl	16 yıl ve üzeri	13,000	<b>0,001</b>
<b>Genel doyum</b>	5 yıl ve altı	6-10 yıl	165,000	<b>0,003</b>
		11-15 yıl	46,000	<b>0,000</b>
	6-10 yıl	16 yıl ve üzeri	62,000	<b>0,031</b>
	11-15 yıl	16 yıl ve üzeri	13,500	<b>0,001</b>

\* Sadece anlamlı çıkan farklılıklar verilmiştir.

Çalışmada; 5 yıl ve daha az süredir çalışanların 6-10 yıl çalışanlardan ( $p=0,012<0,05$ ) ve 11-15 yıl arası çalışanlardan ( $p=0,002<0,05$ ) daha yüksek “içsel doyuma” sahip olduğu belirlenmiştir (Tablo 16).

“Dışsal doyum” düzeyi açısından yapılan incelemede 5 yıl ve daha az süredir çalışanların 6-10 yıl çalışanlardan ( $p=0,006$ ) ve 11-15 yıl çalışanlardan ( $p=0,000$ ) daha yüksek doyuma sahip oldukları görülmektedir. Benzer şekilde 16 yıl ve daha fazla süredir çalışanların 6-10 yıl çalışanlardan ( $p=0,012$ ) ve 11-15 yıl çalışanlardan ( $p=0,001$ ) daha yüksek doyuma sahip oldukları görülmektedir (Tablo 16).

Çalışma yılı farklı olan ambulans çalışanlarının “genel iş doyum” düzeyinde ortaya çıkan farklılık incelendiğinde; 5 yıl ve daha az süredir çalışanların 6-10 yıl çalışanlardan ( $p=0,003$ ) ve 11-15 yıl çalışanlardan ( $p=0,000$ ) daha yüksek doyuma sahip oldukları görülmektedir. Benzer şekilde 16 yıl ve daha fazla süredir çalışanların 6-10 yıl çalışanlardan ( $p=0,031$ ) ve 11-15 yıl çalışanlardan ( $p=0,001$ ) daha yüksek doyuma sahip oldukları görülmektedir (Tablo 16).

**Tablo 17. Minnesota iş doyum ölçęi boyutlarının katılımcıların aylık çalışma saati fazlası tutulan nöbet sayısı değişkenine göre değerlendirilmesi**

Değişkenler	n	X	Ss	H/F	P	
<b>İçsel doyum</b>	Nöbet tutmayan	34	3,35	0,714	6,320	0,276
	Bir nöbet tutan	17	3,42	0,848		
	İki nöbet tutan	17	3,74	0,646		
	Üç nöbet tutan	9	3,17	0,677		
	Dört nöbet tutan	7	3,61	0,565		
	Beş nöbet tutan	5	3,42	0,257		
<b>Dışsal doyum</b>	Nöbet tutmayan	34	2,78	0,796	3,128	<b>0,012</b>
	Bir nöbet tutan	17	2,75	0,981		
	İki nöbet tutan	17	3,25	1,089		
	Üç nöbet tutan	9	2,44	0,616		
	Dört nöbet tutan	7	2,29	0,603		
	Beş nöbet tutan	5	1,73	0,778		
<b>Genel doyum</b>	Nöbet tutmayan	34	3,13	0,701	1,613	0,166
	Bir nöbet tutan	17	3,15	0,840		
	İki nöbet tutan	17	3,54	0,778		
	Üç nöbet tutan	9	2,88	0,621		
	Dört nöbet tutan	7	3,08	0,53		
	Beş nöbet tutan	5	2,74	0,46		

Aylık çalışma saati fazlası tutulan nöbet sayılarının farklılığına göre ambulans çalışanların genel doyum düzeyleri ( $F=1,613$ ;  $p=0,166$ ) ve içsel doyum düzeyleri ( $H=6,320$ ;  $p=0,276$ ) anlamlı bir fark göstermemektedir. Buna karşılık dışsal doyum düzeyleri anlamlı farklılık ( $F=3,128$ ;  $p=0,012$ ) göstermektedir (Tablo 17).

Aylık çalışma saati fazlası tutulan nöbet sayısının ambulans çalışanlarının dışsal doyumda belirlenen farklılığın kaynağı Tukey HSD çoklu karşılaştırma metoduyla araştırılmıştır. Bu fark 2 nöbet/ay (ölçek puan ortalaması 3,25) tutanlar ile 5 nöbet/ay (ölçek puan ortalaması 1,73) tutanlar arasındaki farktan kaynaklanmaktadır ( $p=0,011$ ). Nöbet sayısı arttıkça, dışsal doyum azalmaktadır.



**Tablo 18. Minnesota iş doyumunu ölçeği boyutlarının katılımcıların çalışma biçimi değişkenine göre değerlendirilmesi**

Değişkenler		n	X	Ss	H/F	P
<b>İçsel doyum</b>	Gündüz mesaisi	21	3,20	0,861	4,292	0,117
	12 saatlik vardiya	10	3,82	0,498		
	24 saat nöbet	58	3,47	0,645		
<b>Dışsal doyum</b>	Gündüz mesaisi	21	2,69	0,875	1,905	0,155
	12 saatlik vardiya	10	3,26	1,086		
	24 saat nöbet	58	2,66	0,896		
<b>Genel doyum</b>	Gündüz mesaisi	21	2,99	0,821	2,396	0,097
	12 saatlik vardiya	10	3,59	0,671		
	24 saat nöbet	58	3,14	0,687		

Tablo 18'deki analiz sonuçları incelendiğinde çalışma biçimi farklılığı olan ambulans çalışanların genel doyum düzeylerinin arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır ( $F=2,396$ ;  $p=0,097$ ). Alt boyutlar içinde elde edilen sonuçlara göre de farklı çalışma biçimlerine göre iş doyumları arasında farklılık bulunmamaktadır. İçsel doyum ( $H=4,292$ ;  $p=0,117$ ) ve dışsal doyum ( $F=1,905$ ;  $p=0,155$ ) sonuçları bunu kanıtlamaktadır.

**Tablo 19. Minnesota iş doyumunu ölçeği boyutlarının katılımcıların meslek/iş seçimi değişkenine göre değerlendirilmesi**

Değişkenler		N	X	Ss	U/t	P
<b>İçsel doyum</b>	İsteyerek	72	3,53	0,686	365,500	<b>0,010</b>
	İstemedenden	17	3,06	0,661		
<b>Dışsal doyum</b>	İsteyerek	72	2,77	0,969	0,865	0,389
	İstemedenden	17	2,56	0,683		
<b>Genel doyum</b>	İsteyerek	72	3,23	0,744	1,896	0,061
	İstemedenden	17	2,86	0,600		

Mesleği isteyerek seçen ve istemedenden tercih eden ambulans çalışanların genel doyum düzeylerinin arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır ( $F=1,896$ ;  $p=0,061$ ). Benzer şekilde mesleği isteyerek seçen ve istemedenden seçen katılımcıların dışsal doyumları arasında farklılık ( $F=0,865$ ;  $p=0,389$ ) bulunmamaktadır. Bu sonuç mesleği farklı şekilde seçen ambulans çalışanlarının iş doyumlarının da farklı olması beklentisini doğrulamamıştır. Buna karşılık katılımcıların içsel doyum düzeyleri anlamlı farklılık ( $U=365,500$ ;  $p=0,010$ ) göstermektedir. Farklılık “mesleği isteyerek

seçen katılımcıların içsel doyumununun mesleği istemeden tercih edenlere göre daha yüksek olmasından” kaynaklanmıştır.

**Tablo 20. Minnesota iş doyum ölçeği boyutlarının katılımcıların aynı mesleği/işi tekrar seçebilme değişkenine göre değerlendirilmesi**

Değişkenler	N	X	Ss	H/F	P	
<b>İçsel doyum</b>	İsterim	35	3,88	0,474	25,106	<b>0,000</b>
	Kararsızım	28	3,31	0,552		
	İstemem	26	2,99	0,775		
<b>Dışsal doyum</b>	İsterim	35	3,26	0,960	13,560	<b>0,000</b>
	Kararsızım	28	2,55	0,720		
	İstemem	26	2,21	0,681		
<b>Genel doyum</b>	İsterim	35	3,64	0,621	19,401	<b>0,000</b>
	Kararsızım	28	3,01	0,556		
	İstemem	26	2,68	0,661		

Tablo 20’deki analiz sonuçları incelendiğinde ambulans çalışanlarının aynı mesleği tekrar seçebilme değişkenine göre “genel doyum” düzeylerinin arasında anlamlı bir fark bulunmaktadır (F=19,401; p=0,000). Alt boyutlar içinde elde edilen sonuçlara göre iş doyumları arasında farklılık bulunmaktadır. “İçsel doyum” (H=25,106; p=0,000) ve “dışsal doyum” (F=13,560; p=0,000) sonuçları bunu kanıtlamaktadır.

Tablo 20’de belirlenmiş olan önemliliğin kaynağını araştırmak için genel doyum ve dışsal doyum alt boyutu için Tukey HSD çoklu karşılaştırma metodu kullanılmış ve sonuçlar Tablo 21’de verilmiştir. İçsel doyum alt boyutunda belirlenmiş olan önemliliğin kaynağı gruplar arasında ikili Mann-Whitney U testi yapılarak belirlenmiş ve Tablo 22’de verilmiştir.

**Tablo 21. Aynı mesleği tekrar seçebilme değişkenine göre genel doyum ve dışsal doyum düzeylerinin çoklu karşılaştırma sonuçları\***

Doyum düzeyleri	Gruplar (I)	Gruplar (J)	Ortalama fark (I-J)	P
Genel doyum	İsterim	Kararsızım	0,63000	<b>0,000</b>
		İstemem	0,95637	<b>0,000</b>
Dışsal doyum	İsterim	Kararsızım	0,70625	<b>0,003</b>
		İstemem	1,05755	<b>0,000</b>

\* Sadece anlamlı çıkan farklılıklar verilmiştir.

Tablo 21’de görüldüğü gibi aynı mesleği seçmeyi istemeyen ve seçme konusunda kararsız olan ambulans çalışanlarının genel doyum ve dışsal doyum düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık oluşmamış ( $p>0.05$ ), bunun dışında bütün gruplar arasında anlamlı farklılık olduğu ( $p<0.05$ ) belirlenmiştir. Farklılıklar aynı mesleği seçmeyi isteyen ambulans çalışanların diğer gruplardaki ambulans çalışanlardan daha yüksek dışsal doyum ve genel iş doyumunu düzeyine sahip olmasından kaynaklanmıştır.

**Tablo 22. Aynı mesleği tekrar seçebilme değişkenine göre içsel doyum düzeylerinin Mann-Whitney U testi karşılaştırma sonuçları\***

Doyum düzeyleri	Gruplar	Gruplar	U	P
İçsel doyum	İsterim	Kararsızım	219,500	<b>0,000</b>
		İstemem	147,000	<b>0,000</b>

\* Sadece anlamlı çıkan farklılıklar verilmiştir.

Tablo 22’de görüldüğü gibi içsel doyum düzeyindeki farklılık; aynı mesleği seçmeyi isteyen ambulans çalışanların diğer gruplardaki ambulans çalışanlardan daha yüksek içsel doyum düzeyine sahip olmasından kaynaklanmıştır.

**Tablo 23. Minnesota iş doyumunu ölçeği boyutlarının katılımcıların mesleği bırakmayı isteme değişkenine göre değerlendirilmesi**

Değişkenler		N	X	Ss	H/F	P
İçsel doyum	İsterim	37	3,01	0,736	27,103	<b>0,000</b>
	Kararsızım	25	3,58	0,405		
	İstemem	27	3,92	0,501		
Dışsal doyum	İsterim	37	2,31	0,745	10,032	<b>0,000</b>
	Kararsızım	25	2,79	0,754		
	İstemem	27	3,26	1,020		
Genel doyum	İsterim	37	2,73	0,681	17,707	<b>0,000</b>
	Kararsızım	25	3,26	0,477		
	İstemem	27	3,65	0,653		

Ambulans çalışanlarının mesleği bırakmayı isteme değişkenine göre genel doyum düzeylerinin arasında anlamlı bir fark bulunmaktadır (F=17,707; p=0,000). Alt boyutlar içinde elde edilen sonuçlara göre iş doyumları arasında farklılık bulunmaktadır. İçsel doyum (H=27,103; p=0,000) ve dışsal doyum (F=10,032; p=0,000) sonuçları bunu kanıtlamaktadır (Tablo 23).

Mesleği bırakmayı isteme değişkeninde belirlenmiş olan önemliliğin kaynağını araştırmak için genel doyum ve dışsal doyum alt boyutu için Tukey HSD çoklu karşılaştırma metodu kullanılmış ve sonuçlar Tablo 24’de verilmiştir. İçsel doyum alt boyutunda belirlenmiş olan önemliliğin kaynağı gruplar arasında ikili Mann-Whitney U testi yapılarak belirlenmiş ve Tablo 24’de verilmiştir.

**Tablo 24. Mesleği bırakmayı isteme değişkenine göre genel doyum ve dışsal doyum düzeylerinin çoklu karşılaştırma sonuçları\***

Doyum düzeyleri	Gruplar (I)	Gruplar (J)	Ortalama fark (I-J)	P
Genel doyum	İsterim	Kararsızım	0,63000	<b>0,000</b>
		İstemem	0,95637	<b>0,000</b>
Dışsal doyum	İsterim	Kararsızım	0,70625	<b>0,003</b>
		İstemem	1,05755	<b>0,000</b>

\* Sadece anlamlı çıkan farklılıklar verilmiştir.

Tablo 24’de görüldüğü gibi mesleği bırakmayı istemeyen ve bırakma konusunda kararsız olan ambulans çalışanlarının genel doyum ve dışsal doyum düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık oluşmamış (p>0.05), bunun dışında bütün gruplar

arasında anlamlı farklılık olduğu ( $p<0.05$ ) belirlenmiştir. Farklılıklar mesleği bırakmayı isteyen ambulans çalışanlarının diğer gruplardaki ambulans çalışanlarından daha düşük dışsal doyum ve genel iş doyumuna düzeyine sahip olmasından kaynaklanmıştır.

**Tablo 25. Mesleği bırakmayı isteme değişkenine göre içsel doyum düzeylerinin Mann-Whitney U testi karşılaştırma sonuçları\***

Doyum düzeyleri	Gruplar	Gruplar	U	P
İçsel doyum	İsterim	Kararsızım	219,500	<b>0,000</b>
		İstemem	147,000	<b>0,000</b>

\* Sadece anlamlı çıkan farklılıklar verilmiştir.

Tablo 25’de görüldüğü gibi mesleği bırakmayı istemeyen ve bırakma konusunda kararsız olan ambulans çalışanlarının içsel doyum düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık oluşmamış ( $p>0.05$ ), bunun dışında bütün gruplar arasında anlamlı farklılık olduğu ( $p<0.05$ ) belirlenmiştir. Farklılık; mesleği bırakmayı isteyen ambulans çalışanlarının diğer gruplardaki ambulans çalışanlarından daha düşük içsel doyum düzeyine sahip olmasından kaynaklanmıştır.

**Tablo 26. Minnesota iş doyumunu ölçeceği boyutlarının katılımcıların takdir / teşekkür belgesi alma değişkenine göre değerlendirilmesi**

Değişkenler	N	X	Ss	U/t	P	
İçsel doyum	Alan	29	3,43	0,842	818,000	0,648
	Almayan	60	3,45	0,633		
Dışsal doyum	Alan	29	2,94	1,038	1,510	0,135
	Almayan	60	2,63	0,851		
Genel doyum	Alan	29	3,24	0,881	0,702	0,165
	Almayan	60	3,12	0,650		

Takdir / teşekkür belgesi alan ve almayan çalışanların genel doyumları arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır ( $t= 0,702$ ;  $p=0,165$ ). Alt boyutlar içinde elde edilen sonuçlara göre takdir / teşekkür belgesi alan ve almayan ambulans çalışanlarının iş doyumları arasında farklılık bulunmamaktadır. İçsel doyum ( $U=818,000$ ;  $p=0,648$ ) ve dışsal doyum ( $t=1,510$ ;  $p=0,135$ ) sonuçları bunu kanıtlamaktadır (Tablo 26).

### 6.3. AMBULANS ÇALIŞANLARININ TÜKENMİŞLİK DÜZEYİ

Ambulans çalışanlarının tükenmişliklerine ilişkin bulguları; tükenmişlik düzeyleri ve tükenmişliği etkileyen faktörler olmak üzere 2 alt başlık halinde incelenmiştir.

#### 6.3.1. Ambulans Çalışanlarının Tükenmişlik Düzeyleri

Ambulans çalışanlarının tükenmişliklerinin belirlenmesinde Maslach Tükenmişlik Ölçeği (MTÖ) kullanılmıştır. Ölçeğin bu çalışma için cronbach's alfa güvenilirlik katsayısı 0.854 olarak belirlenmiştir. Bu sonuca göre ölçeğin güvenilirlik değerlerinin yüksek ve kabul edilebilir olduğu gözlemlenmektedir. Maslach Tükenmişlik Ölçeği (MTÖ) puanlarına ait bulgular Tablo 27'de verilmiştir.

**Tablo 27. Ambulans çalışanlarının duygusal tükenme, duyarsızlaşma, kişisel başarıda azalma ve genel tükenmişlik puan ortalamalarının dağılımı**

Tükenme	Puan aralığı	Min-Mak	Aritmetik ortalama	Standart sapma
Duygusal Tükenme	0-36	0-36	16,39	8,423
Duyarsızlaşma	0-20	0-17	6,73	4,451
Kişisel Başarıda Azalma	0-32	0-32	10,29	6,568
Genel Tükenmişlik	0-88	0-65	33,42	14,039

Ölçeğin Duygusal Tükenme Boyutunda 36 puan üzerinden alt ölçek puan ortalaması  $16,39 \pm 8,423$  (Min-Mak:0-36) olarak bulunmuştur. Katılımcıların duygusal tükenme şiddetinin düşük olduğu görülmektedir (Tablo 27).

Ölçeğin Duyarsızlaşma Boyutunda 20 puan üzerinden alt ölçek puan ortalaması  $6,73 \pm 4,451$  (Min-Mak:1-17) olarak bulunmuştur. Katılımcıların duyarsızlaşma şiddetinin çok düşük olduğu görülmektedir (Tablo 27).

Ölçeğin Kişisel Başarıda Azalma Boyutunda 32 puan üzerinden alt ölçek puan ortalaması  $10,29 \pm 6,568$  (Min-Mak:0-32) olarak bulunmuştur. Bu veriler değerlendirildiğinde katılımcıların kişisel başarılarında azalma duygusunun oldukça düşük olduğu görülmektedir (Tablo 27).

Ölçeğin genel tükenmişlik puanları 88 puan üzerinden ölçeğin puan ortalaması ise  $33,42 \pm 14,039$  (Min-Mak:0-65) olarak bulunmuştur (Tablo 27).

### 6.3.2. Ambulans çalışanlarının tükenmişliğini etkileyen faktörler

Çalışmadaki ikinci soru doğrultusunda “katılımcıların kişisel özellikleri ile tükenmişlik düzeyleri arasında ilişki var mıdır? Bu araştırma sorusuna cevap almak amacıyla Maslach Tükenmişlik Ölçeği ve alt ölçek puanları ambulans çalışanlarının kişisel özelliklerine göre karşılaştırılmıştır.

**Tablo 28. Maslach tükenmişlik ölçeği boyutlarının katılımcıların cinsiyet değişkenine göre değerlendirilmesi**

Değişkenler		N	X	Ss	U/t	P
<b>Duygusal</b>	Kadın	51	18,55	7,844	2,914	<b>0,005</b>
<b>Tükenme</b>	Erkek	38	13,50	8,401		
<b>Duyarsızlaşma</b>	Kadın	51	6,94	4,474	919,500	0,681
	Erkek	38	6,45	4,488		
<b>Kişisel Başarıda</b>	Kadın	51	9,94	5,914	959,500	0,937
<b>Azalma</b>	Erkek	38	10,76	7,412		
<b>Genel</b>	Kadın	51	35,43	14,230	1,582	0,117
<b>Tükenmişlik</b>	Erkek	38	30,71	13,493		

Cinsiyete göre genel tükenmişlik düzeyleri arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır ( $t=1,582$ ;  $p=0,117$ ). Elde edilen sonuçlara göre kadın ve erkeklerin tükenmişlik alt boyut puanları arasındaki farklılıklar; duygusal tükenme ( $t=2,914$ ;  $p=0,005$ ), duyarsızlaşma ( $U=919,500$ ;  $p=0,681$ ) ve kişisel başarısızlık için ( $U=959,500$ ;  $p=0,937$ ) belirlenmiştir (Tablo 28). Bu durumda ambulans çalışanlarının cinsiyetlerinin farklı olması iş doyumlarının da farklı olması beklentisini kısmen doğrulamıştır. Kadınların duygusal tükenmişlikleri erkeklerden daha fazla olarak değerlendirilmiştir.

**Tablo 29. Maslach tükenmişlik ölçeği boyutlarının katılımcıların yaş grubu değişkenine göre değerlendirilmesi**

Değişkenler	N	X	Ss	H/F	P	
<b>Duygusal Tükenme</b>	24 yaş ve ↓	5	20,80	7,328	1,783	0,113
	25-30 yaş	38	18,55	7,116		
	31-35 yaş	17	15,76	8,113		
	36-40 yaş	17	14,00	10,891		
	41-45 yaş	6	12,83	9,196		
	46-50 yaş	4	8,25	3,775		
	51 yaş ve ↑	2	17,00	4,243		
<b>Duyarsızlaşma</b>	24 yaş ve ↓	5	10,20	4,604	8,588	0,198
	25-30 yaş	38	7,53	3,991		
	31-35 yaş	17	6,18	4,544		
	36-40 yaş	17	5,82	5,089		
	41-45 yaş	6	4,66	4,501		
	46-50 yaş	4	4,00	2,708		
	51 yaş ve ↑	2	7,00	7,071		
<b>Kişisel Başarıda Azalma</b>	24 yaş ve ↓	5	10,00	2,915	2,151	0,905
	25-30 yaş	38	10,42	5,958		
	31-35 yaş	17	10,12	6,873		
	36-40 yaş	17	8,94	8,043		
	41-45 yaş	6	11,33	5,046		
	46-50 yaş	4	11,50	8,583		
	51 yaş ve ↑	2	16,00	6,568		
<b>Genel Tükenmişlik</b>	24 yaş ve ↓	5	41,00	13,267	1,422	0,216
	25-30 yaş	38	36,50	12,640		
	31-35 yaş	17	32,06	11,924		
	36-40 yaş	17	28,76	17,394		
	41-45 yaş	6	28,83	13,963		
	46-50 yaş	4	23,75	10,905		
	51 yaş ve ↑	2	40,00	25,456		

Tablo 29'daki analiz sonuçları incelendiğinde yaş grubu değişkenine göre ambulans çalışanlarının genel tükenmişlik düzeyleri arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır (F=1,422; p=0,216). Elde edilen sonuçlara göre yaş gruplarının tükenmişlik alt boyut puanları arasındaki farklılıklar; duygusal tükenme (F=1,783;



p=0,113), duyarsızlaşma (H=8,588; p=0,198) ve kişisel başarıda azalma boyutu için (H=2,151; p=0,905) olarak belirlenmiştir.

**Tablo 30. Maslach tükenmişlik ölçeği boyutlarının katılımcıların medeni durum değişkenine göre değerlendirilmesi**

Değişkenler		N	X	Ss	H/F	p
<b>Duygusal Tükenme</b>	Bekâr	17	17,47	7,194	0,202	0,818
	Evli	62	16,24	8,842		
	Boşanmış	10	15,50	8,276		
<b>Duyarsızlaşma</b>	Bekâr	17	7,176	4,096	0,616	0,735
	Evli	62	6,74	4,602		
	Boşanmış	10	5,90	4,483		
<b>Kişisel Başarıda Azalma</b>	Bekâr	17	10,12	4,567	2,188	0,335
	Evli	62	9,81	6,682		
	Boşanmış	10	13,60	8,262		
<b>Genel Tükenmişlik</b>	Bekâr	17	34,76	12,622	0,200	0,819
	Evli	62	32,79	14,573		
	Boşanmış	10	35,00	13,992		

Medeni durum değişkeni çalışanların genel tükenmişlik düzeylerini etkilememektedir (F=0,200; p=0,819). Alt boyut açısından değerlendirme yapıldığında bekâr, evli ve boşanmış ambulans çalışanlarının tükenmişlik puanları arasında farklılık oluşmamıştır. Duygusal tükenme (F=0,202; p=0,818), duyarsızlaşma (H=0,616; p=0,735) ve kişisel başarıda azalma (H=2,188; p=0,335) alt boyutunda hesaplanan değerler bu sonucu kanıtlamaktadır (Tablo 30).

**Tablo 31. Maslach tükenmişlik ölçeği boyutlarının katılımcıların çocuk sahibi olma değişkenine göre değerlendirilmesi**

Değişkenler		N	X	Ss	U/t	P
<b>Duygusal</b>	Var	59	15,83	8,919	-0,883	0,380
<b>Tükenme</b>	Yok	30	17,50	7,366		
<b>Duyarsızlaşma</b>	Var	59	6,68	4,729	850,500	0,764
	Yok	30	6,83	3,957		
<b>Kişisel Başarıda</b>	Var	59	10,36	7,348	839,000	0,689
<b>Azalma</b>	Yok	30	10,17	4,786		
<b>Genel</b>	Var	59	32,86	14,548	-0,517	0,606
<b>Tükenmişlik</b>	Yok	30	34,50	13,153		

Çocuk sahibi olan ve olmayan çalışanların genel tükenmişlik düzeyleri arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır ( $t=-0,517$ ;  $p=0,606$ ). Alt boyut puanları arasındaki farklılıklar; duygusal tükenme ( $t=-0,883$ ;  $p=0,380$ ), duyarsızlaşma ( $U=850,500$ ;  $p=0,764$ ) ve kişisel başarıda azalma için ( $U=839,000$ ;  $p=0,689$ ) olarak belirlenmiştir.

**Tablo 32. Maslach tükenmişlik ölçeği boyutlarının katılımcıların gelir düzeyini algılama değişkenine göre değerlendirilmesi**

Değişkenler		N	X	Ss	H/F	P
<b>Duygusal</b>	Yeterli	27	13,56	8,368	2,408	0,096
<b>Tükenme</b>	Kısmen yeterli	45	17,29	7,707		
	Yetersiz	17	18,53	9,612		
<b>Duyarsızlaşma</b>	Yeterli	27	5,93	4,615	1,634	0,442
	Kısmen yeterli	45	6,67	4,045		
	Yetersiz	17	8,18	5,151		
<b>Kişisel</b>	Yeterli	27	11,44	9,709	0,009	0,996
<b>Başarıda</b>	Kısmen yeterli	45	9,82	4,759		
<b>Azalma</b>	Yetersiz	17	9,71	4,312		
<b>Genel</b>	Yeterli	27	30,93	15,536	0,823	0,442
<b>Tükenmişlik</b>	Kısmen yeterli	45	33,78	12,624		
	Yetersiz	17	36,41	15,273		

Gelir düzeyini algılama durumlarına göre ambulans çalışanlarının genel tükenmişlik düzeylerinin arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır ( $F=0,823$ ;  $p=0,442$ ). Elde edilen sonuçlara göre katılımcıların tükenmişlik alt boyut puanları arasındaki farklılıklar; duygusal tükenme ( $F=2,408$ ;  $p=0,096$ ), duyarsızlaşma

( $H=1,634$ ;  $p=0,442$ ) ve kişisel başarıda azalma için ( $H=0,009$ ;  $p=0,442$ ) olarak belirlenmiştir (Tablo 32).

**Tablo 33. Maslach tükenmişlik ölçeği boyutlarının katılımcıların eğitim değişkenine göre değerlendirilmesi**

Değişkenler		n	X	Ss	H/F	P
<b>Duygusal Tükenme</b>	Lise	22	14,95	8,655	0,883	0,453
	Önlisans/Yüksekokul	39	17,69	8,718		
	Lisans	24	16,33	7,938		
	Yüksek lisans	4	12,00	6,928		
<b>Duyarsızlaşma</b>	Lise	22	6,91	4,471	0,517	0,915
	Önlisans/Yüksekokul	39	6,69	4,323		
	Lisans	24	6,88	4,875		
	Yüksek lisans	4	5,25	4,646		
<b>Kişisel Başarıda Azalma</b>	Lise	22	13,68	7,435	7,355	0,061
	Önlisans/Yüksekokul	39	9,72	5,826		
	Lisans	24	8,33	5,784		
	Yüksek lisans	4	9,00	8,406		
<b>Genel Tükenmişlik</b>	Lise	22	35,55	13,592	0,682	0,565
	Önlisans/Yüksekokul	39	34,10	13,386		
	Lisans	24	31,54	14,964		
	Yüksek lisans	4	26,25	19,138		

Tablo 33'deki analiz sonuçları incelendiğinde farklı eğitim düzeyinde olan ambulans çalışanların genel tükenmişlik düzeylerinin arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır ( $F=0,682$ ;  $p=0,565$ ). Elde edilen sonuçlara göre katılımcıların tükenmişlik alt boyut puanları arasındaki farklılıklar; duygusal tükenme ( $F=0,883$ ;  $p=0,453$ ), duyarsızlaşma ( $H=0,517$ ;  $p=0,915$ ) ve kişisel başarıda azalma için ( $H=7,355$ ;  $p=0,061$ ) olarak belirlenmiştir.

**Tablo 34. Maslach tükenmişlik ölçeği boyutlarının katılımcıların meslek/iş değişkenine göre değerlendirilmesi**

Değişkenler		N	X	Ss	H/F	P
<b>Duygusal Tükenme</b>	ATT	43	18,93	6,819	6,137	<b>0,000</b>
	Paramedik	18	18,11	7,813		
	Hemşire	7	18,71	11,543		
	Sağlık Memuru	2	8,00	5,657		
	Doktor	5	13,80	7,981		
	Şoför	14	7,36	6,084		
	<b>Duyarsızlaşma</b>	ATT	43	7,65	3,891	11,835
Paramedik		18	7,17	5,193		
Hemşire		7	7,86	5,429		
Sağlık Memuru		2	7,00	0,000		
Doktor		5	5,00	4,301		
Şoför		14	3,36	3,754		
<b>Kişisel Başarıda Azalma</b>		ATT	43	10,07	5,561	12,438
	Paramedik	18	7,44	5,159		
	Hemşire	7	10,29	5,619		
	Sağlık Memuru	2	7,50	9,192		
	Doktor	5	7,20	6,140		
	Şoför	14	16,14	8,457		
	<b>Genel Tükenmişlik</b>	ATT	43	36,65	11,493	1,753
Paramedik		18	32,72	16,312		
Hemşire		7	36,86	18,907		
Sağlık Memuru		2	22,50	14,849		
Doktor		5	26,00	15,166		
Şoför		14	26,86	14,040		

Tablo 34'deki analiz sonuçları incelendiğinde meslek/iş farklılığı olan ambulans çalışanların genel tükenmişlik düzeylerinin arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır ( $F=1,753$ ;  $p=0,132$ ). Tükenmişlik alt boyut puanları arasındaki farklılıklar; duygusal tükenme ( $F=6,137$ ;  $p=0,000$ ), duyarsızlaşma ( $H=11,835$ ;  $p=0,037$ ) ve kişisel başarıda azalma için ( $H=12,438$ ;  $p=0,029$ ) olarak belirlenmiştir.

Farklı meslek/işe sahip ambulans çalışanlarının duygusal tükenme düzeylerinde belirlenen farklılığın kaynağı Tukey HSD çoklu karşılaştırma yöntemiyle araştırılmıştır (Tablo 34). Duyarsızlaşma ve kişisel başarısızlık alt ölçeklerinde

mesleki unvan değişkenine göre belirlenmiş olan önemliliğin kaynağını araştırmak için gruplar arasında ikili Mann-Whitney U testi yapılarak belirlenmiş ve Tablo 35’de verilmiştir.

**Tablo 35. Meslek/iş değişkenine göre duygusal tükenmişlik düzeylerinin çoklu karşılaştırma sonuçları\***

Tükenmişlik	Gruplar (I)	Gruplar (J)	Ortalamalar arası fark (I-J)	P
<b>Duygusal Tükenme</b>	Şoför	ATT	-11,57309	<b>0,000</b>
		Paramedik	-10,75397	<b>0,001</b>
		Hemşire	-11,35714	<b>0,017</b>

\* Sadece anlamlı çıkan farklılıklar verilmiştir.

Analiz sonucunda şoför olarak çalışanların duygusal tükenmişlik düzeylerinin; ATT (p=0,000), paramedik (p=0,001) ve hemşire (p=0,017) unvanına sahip ambulans çalışanlarından daha az tükenme olmasından kaynaklandığı belirlenmiştir (Tablo 35).

**Tablo 36. Meslek/iş değişkenine göre duyarsızlaşma ve kişisel başarısızlık düzeylerinin Mann-Whitney U testi karşılaştırma sonuçları\***

Doyum düzeyleri	Gruplar	Gruplar	U	p
<b>Duyarsızlaşma</b>	Şoför	ATT	122,000	<b>0,001</b>
		Paramedik	69,500	<b>0,030</b>
<b>Kişisel Başarıda Azalma</b>	Şoför	ATT	162,500	<b>0,010</b>
		Paramedik	47,000	<b>0,002</b>
		Doktor	12,500	<b>0,034</b>

\* Sadece anlamlı çıkan farklılıklar verilmiştir.

Tablo 36’da görüldüğü gibi meslek/iş farklılığına göre duyarsızlaşma alt boyutunda şoför unvanı ile çalışanların duyarsızlaşma düzeylerinin ATT (p=0,001) ve paramedik (p=0,030) unvanına sahip ambulans çalışanlarından daha az olmasından kaynaklandığı belirlenmiştir (Tablo 36). Kişisel başarısızlık alt boyutunda da şoför unvanı ile çalışanların kişisel başarıda azalma düzeylerinin ATT (p=0,010), paramedik (p=0,002) ve doktor (p=0,034) unvanına sahip ambulans çalışanlarından daha çok olmasından kaynaklandığı belirlenmiştir (Tablo 36).

**Tablo 37. Maslach tükenmişlik ölçeği boyutlarının katılımcıların çalışma yılı değişkenine göre değerlendirilmesi**

Değişkenler	N	X	Ss	H/F	P
<b>Duygusal Tükenme</b>	5 yıl ve altı	15	11,27	9,483	4,063 <b>0,010</b>
	6-10 yıl	45	17,27	6,874	
	11-15 yıl	23	19,35	9,418	
	16 yıl ve üzeri	6	11,33	5,854	
<b>Duyarsızlaşma</b>	5 yıl ve altı	15	4,87	5,027	7,317 <b>0,026</b>
	6-10 yıl	45	6,47	3,992	
	11-15 yıl	23	8,87	4,654	
	16 yıl ve üzeri	6	5,17	2,994	
<b>Kişisel Başarıda Azalma</b>	5 yıl ve altı	15	12,27	8,900	0,697 0,706
	6-10 yıl	45	10,07	5,782	
	11-15 yıl	23	9,65	6,242	
	16 yıl ve üzeri	6	9,50	7,556	
<b>Genel Tükenmişlik</b>	5 yıl ve altı	15	28,40	13,948	2,050 0,113
	6-10 yıl	45	33,80	12,950	
	11-15 yıl	23	37,87	14,965	
	16 yıl ve üzeri	6	26,00	15,139	

Tablo 37'deki analiz sonuçları incelendiğinde 112 ASHİ'ndeki çalışma yılı değişkeni ambulans çalışanların genel tükenmişlik düzeylerinde anlamlı bir farklılık oluşturmamıştır ( $F=2,050$ ;  $p=0,113$ ). Katılımcıların tükenmişlik alt boyut puanları arasındaki farklılıklar; duygusal tükenme ( $F=4,063$ ;  $p=0,010$ ), duyarsızlaşma ( $H=7,317$ ;  $p=0,026$ ) ve kişisel başarıda azalma için ( $H=70,697$ ;  $p=0,706$ ) olarak belirlenmiştir.

Meslekte çalışma yılları farklı olan ambulans çalışanlarının duygusal tükenme düzeylerinde belirlenen farklılığın kaynağı Tukey HSD çoklu karşılaştırma testi (Tablo 38), duyarsızlaşma alt ölçeğinde belirlenen farklılığın kaynağı ise gruplar arasında ikili Mann-Whitney U testi yapılarak (Tablo 39) araştırılmıştır.

**Tablo 38. Çalışma yılı değişkenine göre duygusal tükenmişlik düzeylerinin çoklu karşılaştırma sonuçları\***

Tükenmişlik	Gruplar (I)	Gruplar (J)	Ortalamalar arası fark (I-J)	P
Duygusal Tükenme	5 yıl ve altı	11-15 yıl	-8,08116	<b>0,016</b>

\* Sadece anlamlı çıkan farklılıklar verilmiştir.

Analiz sonucunda 5 yıl ve daha az süredir çalışanların duygusal tükenmişlik düzeylerinin 11-15 yıl çalışanlardan (p=0,016) daha az olmasından kaynaklandığı belirlenmiştir (Tablo 38).

**Tablo 39. Çalışma yılı değişkenine göre duyarsızlaşma düzeylerinin Mann-Whitney U testi karşılaştırma sonuçları\***

Doyum düzeyleri	Gruplar	Gruplar	U	P
Duyarsızlaşma	6-10 yıl	16 yıl ve üzeri	91,500	<b>0,014</b>

\* Sadece anlamlı çıkan farklılıklar verilmiştir.

Duyarsızlaşma alt boyutunda 6-10 yıldır çalışanların duyarsızlaşma düzeylerinin 16 yıl ve üzeri (p=0,014) çalışan ambulans çalışanlarından daha az olmasından kaynaklandığı belirlenmiştir (Tablo 39).

**Tablo 40. Maslach tükenmişlik ölçeği boyutlarının katılımcıların aylık çalışma saati fazlası tutulan nöbet sayısı değişkenine göre değerlendirilmesi**

Değişkenler	N	X	Ss	H/F	P	
<b>Duygusal Tükenme</b>	Nöbet tutmayan	34	18,59	7,940	1,949	0,095
	Bir nöbet tutan	17	14,00	8,344		
	İki nöbet tutan	17	13,00	8,789		
	Üç nöbet tutan	9	16,89	9,545		
	Dört nöbet tutan	7	21,14	6,149		
	Beş nöbet tutan	5	13,60	7,092		
<b>Duyarsızlaşma</b>	Nöbet tutmayan	34	7,00	4,703	10,129	0,072
	Bir nöbet tutan	17	5,12	4,211		
	İki nöbet tutan	17	5,29	3,738		
	Üç nöbet tutan	9	7,33	4,444		
	Dört nöbet tutan	7	10,29	4,680		
	Beş nöbet tutan	5	9,20	2,280		
<b>Kişisel Başarıda Azalma</b>	Nöbet tutmayan	34	10,03	6,279	3,162	0,675
	Bir nöbet tutan	17	12,65	7,044		
	İki nöbet tutan	17	9,71	7,695		
	Üç nöbet tutan	9	11,00	5,831		
	Dört nöbet tutan	7	8,43	5,884		
	Beş nöbet tutan	5	7,40	5,030		
<b>Genel Tükenmişlik</b>	Nöbet tutmayan	34	35,62	14,625	1,104	0,365
	Bir nöbet tutan	17	31,76	13,595		
	İki nöbet tutan	17	28,00	13,481		
	Üç nöbet tutan	9	35,22	12,667		
	Dört nöbet tutan	7	39,86	15,784		
	Beş nöbet tutan	5	30,20	11,862		

Aylık çalışma saati fazlası tutulan nöbet sayılarının farklılığına göre ambulans çalışanların genel tükenmişlik düzeyleri ( $F=1,104$ ;  $p=0,365$ ) arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır. Katılımcıların tükenmişlik alt boyut puanları arasındaki farklılıklar; duygusal tükenme ( $F=1,949$ ;  $p=0,095$ ), duyarsızlaşma ( $H=10,129$ ;  $p=0,072$ ) ve kişisel başarıda azalma için ( $H=3,162$ ;  $p=0,675$ ) olarak belirlenmiştir (Tablo 40).



**Tablo 41. Maslach tükenmişlik ölçeği boyutlarının katılımcıların çalışma biçimi değişkenine göre değerlendirilmesi**

Değişkenler		N	X	Ss	H/F	P
<b>Duygusal Tükenme</b>	Gündüz mesaisi	21	20,00	8,905	7,360	<b>0,001</b>
	12 saatlik vardiya	10	8,40	8,771		
	24 saat nöbet	58	16,47	7,318		
<b>Duyarsızlaşma</b>	Gündüz mesaisi	21	7,57	5,482	4,691	0,096
	12 saatlik vardiya	10	4,10	5,280		
	24 saat nöbet	58	6,88	3,779		
<b>Kişisel Başarıda Azalma</b>	Gündüz mesaisi	21	9,81	5,988	3,847	0,146
	12 saatlik vardiya	10	15,30	9,581		
	24 saat nöbet	58	9,60	5,879		
<b>Genel Tükenmişlik</b>	Gündüz mesaisi	21	37,38	15,854	1,696	0,189
	12 saatlik vardiya	10	27,80	14,536		
	24 saat nöbet	58	32,95	13,085		

Tablo 41'deki analiz sonuçları incelendiğinde çalışma biçimi farklılığı olan ambulans çalışanların genel tükenmişlik düzeylerinin arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır (F=1,696; p=0,189). Tükenmişlik alt boyut puanları arasındaki farklılıklar; duygusal tükenme (F=7,360; p=0,001) anlamlı farklılık bulunurken, duyarsızlaşma (H=4,691; p=0,096) ve kişisel başarıda azalma için (H=3,847; p=0,146) anlamlı farklılık belirlenmemiştir.

**Tablo 42. Çalışma biçimi değişkenine göre duygusal tükenmişlik düzeylerinin çoklu karşılaştırma sonuçları\***

Tükenmişlik	Gruplar (I)	Gruplar (J)	Ortalamalar arası fark (I-J)	P
<b>Duygusal Tükenme</b>	12 saatlik vardiya	Gündüz mesaisi	-11,60000	<b>0,001</b>
		24 saat nöbet	-8,06552	<b>0,010</b>

\* Sadece anlamlı çıkan farklılıklar verilmiştir.

Analiz sonucunda 12 saatlik vardiya ile çalışanların duygusal tükenmişlik düzeylerinin gündüz mesaisi ile çalışanlardan (p=0,001) ve 24 saat nöbet usulü ile çalışanlardan (p=0,010) daha az olmasından kaynaklandığı belirlenmiştir (Tablo 42).

**Tablo 43. Maslach tükenmişlik ölçeği boyutlarının katılımcıların meslek seçimi değişkenine göre değerlendirilmesi**

Değişkenler		N	X	Ss	U/t	P
<b>Duygusal</b>	İsteyerek	72	15,64	8,484	-1,759	0,082
<b>Tükenme</b>	İstemededen	17	19,59	7,575		
<b>Duyarsızlaşma</b>	İsteyerek	72	6,28	4,303	418,500	<b>0,043</b>
	İstemededen	17	8,65	4,743		
<b>Kişisel Başarıda Azalma</b>	İsteyerek	72	9,68	6,635	364,500	<b>0,010</b>
	İstemededen	17	12,88	5,754		
<b>Genel Tükenmişlik</b>	İsteyerek	72	31,60	13,577	-2,595	<b>0,011</b>
	İstemededen	17	41,12	13,720		

Tablo 43'deki analiz sonuçları incelendiğinde mesleği isteyerek seçen ve istemededen tercih eden ambulans çalışanların genel tükenmişlik düzeylerinin arasında anlamlı bir fark bulunmaktadır ( $t=-2,595$ ;  $p=0,011$ ). Benzer şekilde duyarsızlaşma alt boyutunda ( $U=418,500$ ;  $p=0,043$ ) ve kişisel başarıda azalma alt boyutunda ( $U=364,500$ ;  $p=0,010$ ) mesleği isteyerek seçen ve istemededen seçen katılımcıların tükenmişlikleri arasında farklılık bulunmaktadır. Ancak duygusal tükenme alt boyutunda ( $t=-1,759$ ;  $p=0,082$ ) mesleği isteyerek seçen ve istemededen seçen katılımcıların tükenmişlikleri arasında farklılık bulunmamaktadır.

Analizler değerlendirildiğinde mesleği istemededen tercih edenlerin mesleği isteyerek tercih edenlere göre daha yüksek tükenmişlik göstermelerinden kaynaklanmıştır.

**Tablo 44. Maslach tükenmişlik ölçeği boyutlarının katılımcıların aynı mesleği tekrar seçebilme değişkenine göre değerlendirilmesi**

Değişkenler		N	X	Ss	H/F	P
<b>Duygusal Tükenme</b>	İsterim	35	11,00	7,408	17,887	<b>0,000</b>
	Kararsızım	28	18,25	5,282		
	İstemem	26	21,65	8,461		
<b>Duyarsızlaşma</b>	İsterim	35	4,77	3,941	12,202	<b>0,002</b>
	Kararsızım	28	7,32	4,00		
	İstemem	26	8,73	4,661		
<b>Kişisel Başarıda Azalma</b>	İsterim	35	8,94	7,689	6,057	<b>0,048</b>
	Kararsızım	28	10,21	5,977		
	İstemem	26	12,19	5,154		
<b>Genel Tükenmişlik</b>	İsterim	35	24,71	12,290	17,363	<b>0,000</b>
	Kararsızım	28	35,79	10,813		
	İstemem	26	42,58	12,750		

Tablo 44'deki analiz sonuçları incelendiğinde ambulans çalışanlarının aynı mesleği tekrar seçebilme değişkenine göre genel tükenmişlik düzeylerinin arasında anlamlı bir fark bulunmaktadır ( $F=17,363$ ;  $p=0,000$ ). Alt boyutlar değerlendirilmesinde, duygusal tükenme ( $F=17,887$ ;  $p=0,000$ ), duyarsızlaşma ( $H=12,202$ ;  $p=0,002$ ) ve kişisel başarıda azalma ( $H=6,057$ ;  $p=0,048$ ) düzeyleri arasında farklılık bulunmaktadır.

Aynı mesleği yeniden seçebilme değişkeninde belirlenmiş olan önemliliğin kaynağını araştırmak için genel tükenmişlik ve duygusal tükenme alt boyutu için Tukey HSD çoklu karşılaştırma metodu kullanılmış ve sonuçlar Tablo 45'de verilmiştir. Duyarsızlaşma ve kişisel başarıda azalma alt boyutunda belirlenmiş olan önemliliğin kaynağı gruplar arasında ikili Mann-Whitney U testi yapılarak belirlenmiş ve Tablo 46'da verilmiştir.

**Tablo 45. Aynı mesleği tekrar seçebilme değişkenine göre genel tükenmişlik ve duygusal tükenme düzeylerinin çoklu karşılaştırma sonuçları\***

Tükenmişlik	Gruplar (I)	Gruplar (J)	Ortalama fark (I-J)	P
<b>Genel tükenmişlik</b>	İsterim	Kararsızım	-11,07143	<b>0,000</b>
		İstemem	-17,86264	<b>0,000</b>
<b>Duygusal tükenme</b>	İsterim	Kararsızım	-7,25000	<b>0,001</b>
		İstemem	-10,65385	<b>0,001</b>

\* Sadece anlamlı çıkan farklılıklar verilmiştir.

Tablo 45’de görüldüğü gibi aynı mesleği seçmeyi isteyen ambulans çalışanlarının, genel tükenmişlik düzeylerinin mesleği seçme konusunda kararsız olan ( $p=0,000$ ) ve aynı mesleği seçmeyi istemeyen ( $p=0,000$ ) ambulans çalışanlarından daha az olduğu belirlenmiştir. Benzer şekilde aynı mesleği seçmeyi isteyen ambulans çalışanlarının, mesleği seçme konusunda kararsız olan ( $p=0,001$ ) ve aynı mesleği seçmeyi istemeyen ( $p=0,001$ ) ambulans çalışanlarından duygusal tükenmişlik düzeylerinin de daha az olduğu belirlenmiştir.

**Tablo 46. Aynı mesleği tekrar seçebilme değişkenine göre duyarsızlaşma ve kişisel başarısızlık düzeylerinin Mann-Whitney U testi karşılaştırma sonuçları\***

Tükenmişlik	Gruplar	Gruplar	U	P
<b>Duyarsızlaşma</b>	İsterim	Kararsızım	313,000	<b>0,014</b>
		İstemem	233,500	<b>0,001</b>
<b>Kişisel Başarıda Azalma</b>	İsterim	Kararsızım	236,500	<b>0,000</b>
		İstemem	142,000	<b>0,000</b>
	Kararsızım	İstemem	243,500	<b>0,037</b>

\* Sadece anlamlı çıkan farklılıklar verilmiştir.

Tablo 46’da görüldüğü gibi aynı mesleği tekrar seçmeyi isteyen ambulans çalışanlarının duyarsızlaşma düzeylerinin mesleği seçme konusunda kararsız olan ( $p=0,014$ ) ve aynı mesleği seçmeyi istemeyen ( $p=0,001$ ) ambulans çalışanlarından daha düşük olduğu belirlenmiştir. Benzer şekilde kişisel başarısızlık düzeylerinin mesleği seçme konusunda kararsız olan ( $p=0,000$ ) ve aynı mesleği seçmeyi istemeyen ( $p=0,000$ ) ambulans çalışanlarından, ayrıca mesleği seçme konusunda kararsız olan çalışanların da aynı mesleği seçmeyi istemeyen ( $p=0,037$ ) ambulans çalışanlarının kişisel başarıda azalma düzeylerinden daha düşük olduğu belirlenmiştir.

**Tablo 47. Maslach tükenmişlik ölçeği boyutlarının katılımcıların mesleği bırakmayı isteme değişkenine göre değerlendirilmesi**

Değişkenler		N	X	Ss	H/F	P
<b>Duygusal Tükenme</b>	İsterim	37	21,03	7,676	15,976	<b>0,000</b>
	Kararsızım	25	15,72	6,478		
	İstemem	27	10,67	7,401		
<b>Duyarsızlaşma</b>	İsterim	37	8,19	4,748	0,809	0,368
	Kararsızım	25	7,00	3,523		
	İstemem	27	4,48	4,042		
<b>Kişisel Başarıda Azalma</b>	İsterim	37	11,46	6,021	2,598	0,107
	Kararsızım	25	9,12	4,919		
	İstemem	27	9,78	8,364		
<b>Genel Tükenmişlik</b>	İsterim	37	40,68	13,034	12,714	<b>0,000</b>
	Kararsızım	25	31,84	10,590		
	İstemem	27	24,93	13,272		

Tablo 47'deki analiz sonuçları incelendiğinde ambulans çalışanlarının mesleği bırakmayı isteme değişkenine göre genel tükenmişlik düzeylerinin arasında anlamlı bir fark bulunmaktadır (F=12,714; p=0,000). Alt boyutlar içinde duygusal tükenme (F=15,976; p=0,000), duyarsızlaşma (H=0,809; p=0,368) ve kişisel başarısızlık (H=2,598; p=0,107) sonuçları elde edilmiştir. Mesleği bırakmayı isteme değişkeninde belirlenmiş olan önemliliğin kaynağını araştırmak için genel tükenmişlik ve duygusal tükenme alt boyutu için Tukey HSD çoklu karşılaştırma metodu kullanılmış ve sonuçlar Tablo 48'de verilmiştir.

**Tablo 48. Mesleği bırakmayı isteme değişkenine göre genel tükenmişlik ve duygusal tükenme düzeylerinin çoklu karşılaştırma sonuçları\***

Doyum düzeyleri	Gruplar (I)	Gruplar (J)	Ortalama fark (I-J)	P
<b>Genel Tükenmişlik</b>	İsterim	Kararsızım	8,83568	<b>0,020</b>
		İstemem	15,74975	<b>0,000</b>
<b>Duygusal Tükenme</b>	İsterim	Kararsızım	5,30703	<b>0,016</b>
		İstemem	10,36036*	<b>0,000</b>

\* Sadece anlamlı çıkan farklılıklar verilmiştir.

Tablo 48'de görüldüğü gibi mesleği bırakmayı isteyen ambulans çalışanlarının mesleği bırakma konusunda kararsız olan (p=0,020) ve mesleği bırakmayı istemeyen

(p=0,000) ambulans çalışanlarından daha fazla genel tükenmişlik bildirmiştir. Benzer şekilde mesleği bırakmayı isteyen ambulans çalışanlarının duygusal tükenmeleri, mesleği bırakma konusunda kararsız olan (p=0,016) ve mesleği bırakmayı istemeyen (p=0,000) ambulans çalışanlarının duygusal tükenme düzeylerinden daha fazladır.

**Tablo 49. Maslach tükenmişlik ölçeği boyutlarının katılımcıların takdir / teşekkür belgesi alma değişkenine göre değerlendirilmesi**

Değişkenler		N	X	Ss	U/t	P
<b>Duygusal</b>	Alan	29	14,00	9,200	-1,891	0,062
<b>Tükenme</b>	Almayan	60	17,55	7,840		
<b>Duyarsızlaşma</b>	Alan	29	6,07	4,869	755,500	0,315
	Almayan	60	7,05	4,256		
<b>Kişisel Başarıda</b>	Alan	29	11,27	7,302	749,000	0,288
<b>Azalma</b>	Almayan	60	9,85	6,200		
<b>Genel</b>	Alan	29	31,28	16,215	-1,000	0,080
<b>Tükenmişlik</b>	Almayan	60	34,45	12,879		

Tablo 49'daki analiz sonuçları incelendiğinde genel tükenmişlik düzeyleri açısından takdir / teşekkür belgesi alan ve almayan çalışanlar arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır (t=-1,000; p=0,080). Tükenmişlik alt boyut puanları arasındaki farklılıklar; duygusal tükenme (t=-1,891; p=0,062), duyarsızlaşma (U=755,500; p=0,315) ve kişisel başarıda azalma için (U=749,000; p=0,288) belirlenmiştir.

#### **6.4. AMBULANS ÇALIŞANLARININ ANKSİYETE-DEPRESYON DÜZEYİ**

Ambulans çalışanlarının anksiyete-depresyon düzeylerine ilişkin bulgular; anksiyete-depresyon düzeyleri ve anksiyete-depresyon düzeylerini etkileyen faktörler olmak üzere 2 alt başlık halinde incelenmiştir.

##### **6.4.1. Ambulans Çalışanlarının Anksiyete-Depresyon Düzeyleri**

Ambulans çalışanlarının anksiyete - depresyon düzeylerinin belirlenmesinde Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği (HAD) kullanılmıştır. Ölçeğin bu çalışma için cronbach's alfa güvenilirlik katsayısı 0.837 olarak belirlenmiştir. Bu sonuca göre

ölçeğin güvenilirlik değerlerinin yüksek ve kabul edilebilir olduğu gözlemlenmektedir. Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği (HAD) puanlarına ait bulgular Tablo 50’de verilmiştir.

**Tablo 50. Ambulans çalışanlarının anksiyete (HAD-A) ve depresyon (HAD-D) puan ortalamalarının dağılımı**

HAD	Puan aralığı	Min-Mak	Aritmetik ortalama	Standart sapma
Anksiyete (HAD-A)	0-21	0-17	8,26	3,947
Depresyon (HAD-D)	0-21	0-15	7,17	4,051

Ölçeğin anksiyete boyutunda 21 puan üzerinden alt ölçeğin puan ortalaması  $8,26 \pm 3,947$  (Min-Mak:0-17) olarak bulunmuştur. Ölçeğin depresyon boyutunda 21 puan üzerinden alt ölçeğin puan ortalaması  $7,17 \pm 4,051$  (Min-Mak: 0-15) olarak bulunmuştur (Tablo 50).

**Tablo 51. Ambulans çalışanlarının anksiyete-depresyon risklerinin dağılımı**

HAD	Risk yok		Risk var	
	N	%	n	%
Anksiyete (HAD-A)	66	74,2	23	25,8
Depresyon (HAD-D)	47	52,8	42	47,2

Çalışmada ambulans çalışanlarının %25,8 (n=23)’inin anksiyete riski altında ve %47,2 (n=42) depresyon riski altında olarak belirlenmiştir (Tablo 51).

#### **6.4.2. Ambulans Çalışanlarının Anksiyete-Depresyon Düzeyleri Etkileyen Faktörler**

Çalışmadaki üçüncü soru doğrultusunda “*katılımcıların kişisel özellikleri ile anksiyete - depresyon düzeyleri arasında ilişki var mıdır? Bu araştırma sorusuna cevap almak amacıyla* Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği ve alt ölçek puanları ambulans çalışanlarının kişisel özelliklerine göre karşılaştırılmıştır.

**Tablo 52. HAD ölçeği boyutlarının katılımcıların cinsiyet değişkenine göre değerlendirilmesi**

Değişkenler		N	X	Ss	t	P
<b>Anksiyete (HAD-A)</b>	Kadın	51	9,69	3,592	4,335	<b>0,000</b>
	Erkek	38	6,34	3,611		
<b>Depresyon (HAD-D)</b>	Kadın	51	7,51	3,972	0,920	0,360
	Erkek	38	6,71	4,165		

Kadın ve erkek ambulans çalışanlarının anksiyete düzeyleri arasında ( $t=4,335$ ;  $p=0,000$ ) anlamlı bir fark belirlenirken depresyon düzeyleri arasında ( $t=0,920$ ;  $p=0,360$ ) anlamlı bir fark bulunamamıştır (Tablo 52).

**Tablo 53. HAD ölçeği boyutlarının katılımcıların yaş değişkenine göre değerlendirilmesi**

Değişkenler		N	X	Ss	F	P
<b>Anksiyete (HAD-A)</b>	24 yaş ve ↓	5	9,60	2,191	1,760	0,118
	25-30 yaş	38	9,11	3,930		
	31-35 yaş	17	7,82	3,522		
	36-40 yaş	17	7,88	4,314		
	41-45 yaş	6	5,83	3,545		
	46-50 yaş	4	4,25	3,304		
	51 yaş ve ↑	2	11,00	5,657		
<b>Depresyon (HAD-D)</b>	24 yaş ve ↓	5	8,20	2,280	0,790	0,580
	25-30 yaş	38	7,63	4,010		
	31-35 yaş	17	7,00	3,536		
	36-40 yaş	17	6,71	4,985		
	41-45 yaş	6	5,83	3,764		
	46-50 yaş	4	4,50	3,697		
	51 yaş ve ↑	2	10,50	6,364		

Tablo 53'deki analiz sonuçları incelendiğinde yaş grubu değişkenine göre ambulans çalışanlarının anksiyete düzeyleri arasında ( $F=1,760$ ;  $p=0,118$ ) ve depresyon düzeyleri arasında ( $F=0,790$ ;  $p=0,580$ ) anlamlı bir fark bulunamamıştır.



**Tablo 54. HAD ölçeği boyutlarının katılımcıların medeni durum değişkenine göre değerlendirilmesi**

Değişkenler		N	X	Ss	F	P
<b>Anksiyete (HAD-A)</b>	Bekâr	17	7,94	3,561	1,796	0,172
	Evli	62	8,68	4,072		
	Boşanmış	10	6,20	3,360		
<b>Depresyon (HAD-D)</b>	Bekâr	17	6,88	3,516	0,075	0,927
	Evli	62	7,19	4,230		
	Boşanmış	10	7,50	4,116		

Tablo 54'deki analiz sonuçları incelendiğinde medeni duruma göre çalışanların anksiyete düzeyleri arasında ( $F=1,796$ ;  $p=0,172$ ) ve depresyon düzeyleri arasında ( $F=0,075$ ;  $p=0,927$ ) anlamlı bir fark bulunamamıştır.

**Tablo 55. HAD ölçeği boyutlarının katılımcıların çocuk sahibi olma değişkenine göre değerlendirilmesi**

Değişkenler		N	X	Ss	t	P
<b>Anksiyete (HAD-A)</b>	Var	59	8,53	4,095	0,894	0,374
	Yok	30	7,73	3,648		
<b>Depresyon (HAD-D)</b>	Var	59	7,31	4,272	0,444	0,658
	Yok	30	6,90	3,633		

Tablo 55'deki analiz sonuçları incelendiğinde çocuk sahibi olan ve olmayan çalışanların anksiyete düzeyleri arasında ( $t=1,796$ ;  $p=0,172$ ) ve depresyon düzeyleri arasında ( $t=0,075$ ;  $p=0,927$ ) anlamlı bir fark bulunamamıştır.

**Tablo 56. HAD ölçeği boyutlarının katılımcıların gelir düzeyini algılama değişkenine göre değerlendirilmesi**

Değişkenler		n	X	Ss	F	P
<b>Anksiyete (HAD-A)</b>	Yeterli	27	7,56	4,041	1,986	0,143
	Kısmen yeterli	45	9,07	3,738		
	Yetersiz	17	7,24	4,116		
<b>Depresyon (HAD-D)</b>	Yeterli	27	5,96	3,947	1,745	0,181
	Kısmen yeterli	45	7,69	3,919		
	Yetersiz	17	7,71	4,384		

Tablo 56'deki analiz sonuçları incelendiğinde gelir düzeyini algılama durumlarına göre ambulans çalışanlarının anksiyete düzeyleri arasında ( $F=1,986$ ;

p=0,143) ve depresyon düzeyleri arasında (F=1,745; p=0,181) anlamlı bir fark bulunamamıştır.

**Tablo 57. HAD ölçeği boyutlarının katılımcıların eğitim değişkenine göre değerlendirilmesi**

Değişkenler		n	X	Ss	F	P
<b>Anksiyete (HAD-A)</b>	Lise	22	7,59	4,636	1,725	0,168
	Önlisans/Yüksekokul	39	9,26	3,385		
	Lisans	24	7,63	4,179		
	Yüksek lisans	4	6,00	1,155		
<b>Depresyon (HAD-D)</b>	Lise	22	7,59	4,458	1,126	0,343
	Önlisans/Yüksekokul	39	7,62	3,675		
	Lisans	24	6,54	4,384		
	Yüksek lisans	4	4,25	2,363		

Tablo 57'deki analiz sonuçları incelendiğinde farklı eğitim düzeyinde olan ambulans çalışanların anksiyete düzeyleri arasında (F=1,725; p=0,168) ve depresyon düzeyleri arasında (F=1,126; p=0,343) anlamlı bir fark bulunamamıştır.

**Tablo 58. HAD ölçeği boyutlarının katılımcıların meslek/iş değişkenine göre değerlendirilmesi**

Değişkenler		N	X	Ss	F	P
<b>Anksiyete (HAD-A)</b>	ATT	43	9,35	3,670	4,946	<b>0,001</b>
	Paramedik	18	8,83	3,276		
	Hemşire	7	9,86	3,761		
	Sağlık Memuru	2	7,50	0,707		
	Doktor	5	5,40	3,647		
	Şoför	14	8,26	3,611		
<b>Depresyon (HAD-D)</b>	ATT	43	7,77	3,847	0,639	0,070
	Paramedik	18	7,11	3,740		
	Hemşire	7	7,29	4,821		
	Sağlık Memuru	2	5,00	4,243		
	Doktor	5	5,20	3,834		
	Şoför	14	6,36	4,924		

Tablo 58'deki analiz sonuçları incelendiğinde meslek/iş farklılığı olan ambulans çalışanların anksiyete düzeyleri arasında (F=4,946; p=0,001) anlamlı bir farklılık

belirlenirken depresyon düzeyleri arasında ( $F=0,639$ ;  $p=0,070$ ) anlamlı bir fark bulunamamıştır.

Farklı meslek/işe sahip ambulans çalışanlarının anksiyete düzeylerinde belirlenen farklılığın kaynağı Tukey HSD çoklu karşılaştırma metoduyla araştırılmıştır (Tablo 59).

**Tablo 59. Meslek/iş değişkenine göre anksiyete düzeylerinin çoklu karşılaştırma sonuçları\***

Değişkenler	Gruplar (I)	Gruplar (J)	Ortalamalar arası fark (I-J)	P
<b>Anksiyete (HAD-A)</b>	Şoför	ATT	-1,09774	<b>0,000</b>
		Paramedik	-1,27116	<b>0,013</b>
		Hemşire	-1,65142	<b>0,020</b>

\* Sadece anlamlı çıkan farklılıklar verilmiştir.

Analiz sonucunda şoför olarak çalışanların anksiyete düzeylerinin ATT ( $p=0,000$ ), paramedik ( $p=0,013$ ) ve hemşire ( $p=0,020$ ) unvanına sahip ambulans çalışanlarından daha az olmasından kaynaklandığı belirlenmiştir (Tablo 59).

**Tablo 60. HAD ölçeği boyutlarının katılımcıların çalışma yılı değişkenine göre değerlendirilmesi**

Değişkenler		N	X	Ss	F	P
<b>Anksiyete (HAD-A)</b>	5 yıl ve altı	15	6,20	3,278	3,869	<b>0,012</b>
	6-10 yıl	45	9,02	3,354		
	11-15 yıl	23	8,96	4,676		
	16 yıl ve üzeri	6	5,00	4,000		
<b>Depresyon (HAD-D)</b>	5 yıl ve altı	15	6,47	4,719	1,170	0,326
	6-10 yıl	45	7,40	3,525		
	11-15 yıl	23	7,83	4,469		
	16 yıl ve üzeri	6	4,67	4,227		

Tablo 60'daki analiz sonuçları incelendiğinde 112 ASHİ'deki çalışma yılı değişkeni ambulans çalışanların anksiyete düzeyleri arasında ( $F=3,869$ ;  $p=0,012$ ) anlamlı bir farklılık belirlenirken depresyon düzeyleri arasında ( $F=1,170$ ;  $p=0,326$ ) anlamlı bir fark bulunamamıştır.

Meslekte çalışma yılları farklı olan ambulans çalışanlarının anksiyete düzeylerinde belirlenen farklılığın kaynağı Tukey HSD çoklu karşılaştırma metoduyla araştırılmıştır (Tablo 61).

**Tablo 61. Çalışma yılı değişkenine göre anksiyete düzeylerinin çoklu karşılaştırma sonuçları\***

Değişkenler	Gruplar (I)	Gruplar (J)	Ortalamalar arası fark (I-J)	P
<b>Anksiyete (HAD-A)</b>	5 yıl ve altı	6-10 yıl	-2,82222	<b>0,014</b>
		11-15 yıl	-2,75652	<b>0,030</b>
	16-20 yıl	6-10 yıl	-4,02222	<b>0,016</b>
		11-15 yıl	-3,95652	<b>0,024</b>

\* Sadece anlamlı çıkan farklılıklar verilmiştir.

Analiz sonucunda 5 yıl ve daha az süredir çalışanların anksiyete düzeylerinin 6-10 yıl çalışanlar (p=0,014) ile 11-15 yıl çalışanlardan (p=0,030) ve 16-20 yıl çalışanların 6-10 yıl çalışanlar (p=0,016) ile 11-15 yıl çalışanlardan (p=0,024) daha az olmasından kaynaklandığı belirlenmiştir (Tablo 61).

**Tablo 62. HAD ölçeği boyutlarının katılımcıların aylık çalışma saati fazlası tutulan nöbet sayısı değişkenine göre değerlendirilmesi**

Değişkenler		N	X	Ss	H/F	P
<b>Anksiyete (HAD-A)</b>	Nöbet tutmayan	34	9,12	3,582	1,173	0,329
	Bir nöbet tutan	17	6,71	5,034		
	İki nöbet tutan	17	8,53	3,727		
	Üç nöbet tutan	9	6,78	2,863		
	Dört nöbet tutan	7	8,57	4,117		
	Beş nöbet tutan	5	9,00	3,937		
<b>Depresyon (HAD-D)</b>	Nöbet tutmayan	34	7,82	4,049	2,227	0,817
	Bir nöbet tutan	17	6,29	5,193		
	İki nöbet tutan	17	6,88	3,672		
	Üç nöbet tutan	9	6,56	1,810		
	Dört nöbet tutan	7	6,86	4,140		
	Beş nöbet tutan	5	8,20	4,712		

Aylık çalışma saati fazlası tutulan nöbet sayılarının farklılığına göre ambulans çalışanların anksiyete düzeyleri arasında ( $F=1,173$ ;  $p=0,329$ ) ve depresyon düzeyleri arasında ( $H=2,227$ ;  $p=0,817$ ) anlamlı bir fark bulunamamıştır.

**Tablo 63. HAD ölçeği boyutlarının katılımcıların çalışma biçimi değişkenine göre değerlendirilmesi**

Değişkenler		N	X	Ss	F	P
<b>Anksiyete (HAD-A)</b>	Gündüz mesaisi	21	9,00	3,834	5,728	<b>0,005</b>
	12 saatlik vardiya	10	4,50	2,506		
	24 saat nöbet	58	8,64	3,883		
<b>Depresyon (HAD-D)</b>	Gündüz mesaisi	21	7,52	4,760	0,863	0,426
	12 saatlik vardiya	10	5,60	4,452		
	24 saat nöbet	58	7,31	3,710		

Tablo 63'deki analiz sonuçları incelendiğinde çalışma biçimi farklılığı olan ambulans çalışanların anksiyete düzeyleri arasında ( $F=5,728$ ;  $p=0,005$ ) anlamlı bir farklılık belirlenirken depresyon düzeyleri arasında ( $F=1,170$ ;  $p=0,326$ ) anlamlı bir fark bulunamamıştır.

Farklı çalışma biçimi olan ambulans çalışanlarının anksiyete düzeylerinde belirlenen farklılığın kaynağı Tukey HSD çoklu karşılaştırma metoduyla araştırılmıştır (Tablo 64).

**Tablo 64. Çalışma biçimi değişkenine göre anksiyete düzeylerinin çoklu karşılaştırma sonuçları\***

Değişkenler	Gruplar (I)	Gruplar (J)	Ortalamalar arası fark (I-J)	P
<b>Anksiyete (HAD-A)</b>	12 saatlik	Gündüz mesaisi	-4,50000	<b>0,007</b>
	vardiya	24 saat nöbet	-4,13793	<b>0,005</b>

\* Sadece anlamlı çıkan farklılıklar verilmiştir.

Analiz sonucunda 12 saatlik vardiya ile çalışanların anksiyete düzeylerinin gündüz mesaisi ile çalışanlardan ( $p=0,007$ ) ve 24 saat nöbet usulü ile çalışanlardan ( $p=0,005$ ) daha az olmasından kaynaklandığı belirlenmiştir (Tablo 64).

**Tablo 65. HAD ölçeği boyutlarının katılımcıların meslek/iş seçimi değişkenine göre değerlendirilmesi**

Değişkenler		N	X	Ss	T	P
<b>Anksiyete (HAD-A)</b>	İsteyerek	72	8,00	3,922	-1,276	0,205
	İstemedен	17	9,35	3,983		
<b>Depresyon (HAD-D)</b>	İsteyerek	72	6,89	3,974	-1,346	0,182
	İstemedен	17	8,35	4,286		

Tablo 65'deki analiz sonuçları incelendiğinde mesleği/işi isteyerek seçen ve istemedен tercih eden ambulans çalışanların anksiyete düzeyleri arasında ( $t=-1,276$ ;  $p=0,205$ ) ve depresyon düzeyleri arasında ( $t=-1,346$ ;  $p=0,182$ ) anlamlı bir fark bulunamamıştır.

**Tablo 66. HAD ölçeği boyutlarının katılımcıların aynı mesleği/işi tekrar seçebilme değişkenine göre değerlendirilmesi**

Değişkenler		N	X	Ss	F	P
<b>Anksiyete (HAD-A)</b>	İsterim	35	6,37	3,126	7,578	<b>0,001</b>
	Kararsızım	28	9,46	3,697		
	İstemem	26	9,50	4,310		
<b>Depresyon (HAD-D)</b>	İsterim	35	5,11	3,445	9,037	<b>0,000</b>
	Kararsızım	28	8,86	3,865		
	İstemem	26	8,12	3,933		

Tablo 66'daki analiz sonuçları incelendiğinde ambulans çalışanlarının aynı mesleği tekrar seçebilme değişkenine göre anksiyete düzeyleri arasında ( $F=7,578$ ;  $p=0,001$ ) ve depresyon düzeyleri arasında ( $F=9,037$ ;  $p=0,000$ ) anlamlı farklılık belirlenmiştir.

Aynı mesleği yeniden seçebilme değişkeninde belirlenmiş olan önemliliğin kaynağını araştırmak için Tukey HSD çoklu karşılaştırma metodu kullanılmış ve sonuçlar Tablo 67'de verilmiştir.

**Tablo 67. Aynı mesleği/işi tekrar seçebilme değişkenine göre anksiyete ve depresyon düzeylerinin çoklu karşılaştırma sonuçları\***

Değişkenler	Gruplar (I)	Gruplar (J)	Ortalama fark (I-J)	P
<b>Anksiyete (HAD-A)</b>	İsterim	Kararsızım	-3,09286	<b>0,004</b>
		İstemem	--3,12857	<b>0,004</b>
<b>Depresyon (HAD-D)</b>	İsterim	Kararsızım	--3,74286	<b>0,000</b>
		İstemem	-3,00110	<b>0,007</b>

\* Sadece anlamlı çıkan farklılıklar verilmiştir.

Tablo 67’de görüldüğü gibi aynı mesleği/işi seçmeyi isteyen ambulans çalışanlarının anksiyete düzeylerinin mesleği seçme konusunda kararsız olan ( $p=0,004$ ) ve aynı mesleği seçmeyi istemeyen ( $p=0,004$ ) ambulans çalışanlarının anksiyete düzeylerinden düşük olduğu belirlenmiştir. Benzer şekilde mesleği tekrar seçmeyi isteyen çalışanların depresyon düzeyleri mesleği seçme konusunda kararsız olan ( $p=0,000$ ) ve aynı mesleği seçmeyi istemeyen ( $p=0,007$ ) çalışanların depresyon düzeylerinden düşük olduğu belirlenmiştir.

**Tablo 68. HAD ölçeği boyutlarının katılımcıların mesleği/işi bırakmayı isteme değişkenine göre değerlendirilmesi**

Değişkenler		N	X	Ss	F	P
<b>Anksiyete (HAD-A)</b>	İsterim	37	9,57	4,133	7,202	<b>0,001</b>
	Kararsızım	25	8,68	3,682		
	İstemem	27	6,07	2,999		
<b>Depresyon (HAD-D)</b>	İsterim	37	8,43	4,266	7,011	<b>0,002</b>
	Kararsızım	25	7,72	3,076		
	İstemem	27	4,93	3,720		

Tablo 68’deki analiz sonuçları incelendiğinde ambulans çalışanlarının mesleği/işi bırakmayı isteme değişkenine göre anksiyete düzeyleri arasında ( $F=7,202$ ;  $p=0,001$ ) ve depresyon düzeyleri arasında ( $F=7,011$ ;  $p=0,002$ ) anlamlı farklılık belirlenmiştir.

Mesleği/işi bırakmayı isteme değişkeninde belirlenmiş olan önemliliğin kaynağını araştırmak için Tukey HSD çoklu karşılaştırma metodu kullanılmış ve sonuçlar Tablo 69’da verilmiştir.

**Tablo 69. Mesleği/işi bırakmayı isteme değişkenine göre anksiyete – depresyon düzeylerinin çoklu karşılaştırma sonuçları\***

Değişkenler	Gruplar (I)	Gruplar (J)	Ortalama fark (I-J)	P
<b>Anksiyete (HAD-A)</b>	İstemem	İsterim	-3,49349	<b>0,001</b>
		Kararsızım	-2,60593	<b>0,034</b>
<b>Depresyon (HAD-D)</b>	İstemem	İsterim	-3,50651	<b>0,001</b>
		Kararsızım	-2,79407	<b>0,026</b>

\* Sadece anlamlı çıkan farklılıklar verilmiştir.

Tablo 69’da görüldüğü gibi mesleği/işi bırakmayı istemeyen ambulans çalışanlarının anksiyete düzeylerinin mesleği bırakmayı isteyen (p=0,001) ve mesleği bırakma konusunda kararsız olan (p=0,034) ambulans çalışanlarının anksiyete düzeylerinden farklılık gösterdiği belirlenmiştir. Benzer şekilde mesleği bırakmayı istemeyen depresyon düzeylerinin ambulans çalışanlarının mesleği bırakmayı isteyen (p=0,001) ve aynı mesleği seçmeyi istemeyen ve mesleği bırakma konusunda kararsız olan (p=0,026) ambulans çalışanlarının depresyon düzeylerinden farklılık gösterdiği belirlenmiştir.

**Tablo 70. HAD ölçeği boyutlarının katılımcıların takdir / teşekkür belgesi alma değişkenine göre değerlendirilmesi**

Değişkenler		N	X	Ss	T	P
<b>Anksiyete (HAD-A)</b>	Alan	29	7,76	3,582	-0,829	0,409
	Almayan	60	8,50	4,119		
<b>Depresyon (HAD-D)</b>	Alan	29	6,66	3,967	-0,830	0,409
	Almayan	60	7,42	4,102		

Tablo 70’deki analiz sonuçları incelendiğinde açısından takdir / teşekkür belgesi alan ve almayan çalışanların anksiyete düzeyleri arasında (t=-0,829; p=0,409) ve depresyon düzeyleri arasında (t=-0,830; p=0,409) anlamlı bir fark bulunamamıştır.

## **6.5. AMBULANS ÇALIŞANLARINDA İŞ DOYUMU, TÜKENMİŞLİK, DEPRESYON, ANKSIYETE İLİŞKİSİ**

Araştırmanın dördüncü sorusu “Ambulans çalışanlarının iş doyumunu, tükenmişlik ve anksiyete - depresyon düzeyleri arasında ilişki var mıdır?” Bu araştırma sorusuna



cevap almak amacıyla Minnesota İş Doyum Ölçeği, Maslach Tükenmişlik Ölçeği ve Hastane Depresyon-Anksiyete Ölçeğinin ve alt boyutlarının ilişkisel düzeylerine bakılmıştır.

### 6.5.1.Ambulans Çalışanlarının İş Doyumu ve Tükenmişlik İlişkisi

Araştırmada tükenmişlik ve iş doyumunun ilişkisel düzeylerine bakılmıştır. Değişkenler arasındaki ilişkileri gösteren korelasyon analizi bulguları Tablo 71’de verilmiştir.

**Tablo 71. İş doyumunu ile Tükenme alt boyutları arasındaki ilişkiler**

İş Doyumu	Tükenme					
	Duygusal Tükenme		Duyarsızlaşma		Kişisel Başarıda Azalma	
	r	P	R	p	r	P
<b>İçsel Doyum</b>	-0,582**	<b>0,000</b>	-0,508**	<b>0,000</b>	-0,376**	<b>0,000</b>
<b>Dışsal Doyum</b>	-0,560**	<b>0,000</b>	-0,541**	<b>0,000</b>	-0,120	0,264
<b>Genel Doyum</b>	-0,619**	<b>0,000</b>	-0,567**	<b>0,000</b>	-0,277**	<b>0,008</b>

\* Korelasyon 0.05 düzeyinde anlamlıdır (2 yönlü)

\*\* Korelasyon 0.01 düzeyinde anlamlıdır (2 yönlü)

Tükenmenin “Duygusal tükenme” alt boyutu ile genel iş doyumunu arasında negatif yönde orta şiddette anlamlı bir ilişki vardır ( $r=-0,619$ ;  $p<0.01$ ), duygusal tükenme puanları arttıkça genel iş doyum puanlarının azaldığı gözlemlenmiştir. Benzer şekilde tükenmenin duygusal tükenme alt boyutu ile iş doyumunun içsel doyum alt boyutu arasında negatif yönde orta şiddette anlamlı bir ilişki ( $r=-0,582$ ;  $p<0.01$ ), dışsal doyum alt boyutu arasında negatif yönde orta şiddette anlamlı bir ilişki ( $r=-0,560$ ;  $p<0.01$ ) vardır. Duygusal tükenme puanları arttıkça içsel doyum ve dışsal doyum puanlarının azaldığı gözlemlenmiştir (Tablo 71).

Tükenmenin “Duyarsızlaşma” alt boyutu ile genel iş doyumunu arasında negatif yönde orta şiddette anlamlı bir ilişki vardır ( $r=-0,567$ ;  $p<0.01$ ), duyarsızlaşma puanları arttıkça genel iş doyum puanlarının azaldığı gözlemlenmiştir. Benzer şekilde tükenmenin duyarsızlaşma alt boyutu ile iş doyumunun içsel doyum alt boyutu arasında negatif yönde orta şiddette anlamlı bir ilişki ( $r=-0,508$ ;  $p<0.01$ ), dışsal doyum alt boyutu arasında negatif yönde orta şiddette anlamlı bir ilişki ( $r=-$

0,541;  $p < 0.01$ ) vardır, Duyarsızlaşma puanları arttıkça içsel doyum ve dışsal doyum puanlarının azaldığı gözlemlenmiştir (Tablo 71).

Tükenmenin “kişisel başarıda azalma” alt boyutu ile genel iş doyumunu arasında negatif yönde zayıf şiddette anlamlı bir ilişki vardır ( $r = -0,277$ ;  $p < 0.01$ ), kişisel başarıda azalma puanları arttıkça genel iş doyum puanlarının azaldığı gözlemlenmiştir. Benzer şekilde tükenmenin kişisel başarıda azalma alt boyutu ile iş doyumunun içsel doyum alt boyutu arasında negatif yönde zayıf şiddette anlamlı bir ilişki ( $r = -0,376$ ;  $p < 0.01$ ) vardır. Kişisel başarıda azalma puanları arttıkça içsel doyum puanlarının azaldığı gözlemlenmiştir. Kişisel başarıda azalma ile dışsal doyum alt boyutu arasında anlamlı bir ilişki ( $r = -0,120$ ;  $p > 0.05$ ) belirlenmemiştir (Tablo 71).

Bu sonuçlar, ambulans çalışanlarının iş doyumları ile tükenmişlik düzeyleri arasında ilişki olma beklentisini kısmen doğrulamıştır.

### 6.5.2. Ambulans Çalışanlarının İş Doyumu ve Anksiyete-Depresyon İlişkisi

Araştırmada iş doyumunu ve anksiyete-depresyonun ilişkisel düzeylerine bakılmıştır. Değişkenler arasındaki ilişkileri gösteren korelasyon analizi bulguları Tablo 72’de verilmiştir.

**Tablo 72. Anksiyete-depresyon ile iş doyumunun alt boyutları arasındaki ilişkiler**

HAD	İş Doyumu					
	İçsel Doyum		Dışsal Doyum		Genel Doyum	
	r	P	R	p	R	p
HAD-A	-0,391**	0,000	-0,333**	0,001	-0,394**	0,000
HAD-D	-0,552**	0,000	-0,413**	0,000	-0,527**	0,000

\* Korelasyon 0.05 düzeyinde anlamlıdır (2 yönlü)

\*\* Korelasyon 0.01 düzeyinde anlamlıdır (2 yönlü)

HAD ölçeği anksiyete alt boyutu ile genel iş doyumunu arasında negatif yönde zayıf şiddette anlamlı bir ilişki vardır ( $r = -0,394$ ;  $p < 0.01$ ), anksiyete puanları arttıkça genel iş doyumunu puanlarının azaldığı gözlemlenmiştir. Benzer şekilde anksiyete alt boyutu ile iş doyumunun içsel doyum alt boyutu arasında negatif yönde zayıf şiddette anlamlı bir ilişki ( $r = -0,391$ ;  $p < 0.01$ ), dışsal doyum alt boyutu arasında negatif yönde zayıf şiddette anlamlı bir ilişki ( $r = -0,333$ ;  $p < 0.01$ ) vardır. Anksiyete

puanları arttıkça içsel doyum ve dışsal doyum puanlarının azaldığı gözlemlenmiştir (Tablo 72).

HAD ölçeği depresyon alt boyutu ile genel iş doyumunu arasında negatif yönde orta şiddette anlamlı bir ilişki vardır ( $r=-0,527$ ;  $p<0.01$ ), depresyon puanları arttıkça genel iş doyumunu puanlarının azaldığı gözlemlenmiştir. Benzer şekilde depresyon alt boyutu ile iş doyumunun içsel doyum alt boyutu arasında negatif yönde orta şiddette anlamlı bir ilişki ( $r=-0,552$ ;  $p<0.01$ ), dışsal doyum alt boyutu arasında negatif yönde orta şiddette anlamlı bir ilişki ( $r=-0,413$ ;  $p<0.01$ ) vardır. Depresyon puanları arttıkça içsel doyum ve dışsal doyum puanlarının azaldığı gözlemlenmiştir (Tablo 72).

Bu sonuçlar, ambulans çalışanlarının iş doyumunu ile anksiyete-depresyon düzeyleri arasında ilişki olma beklentisini kısmen doğrulamıştır.

### 6.5.3. Ambulans Çalışanlarının Tükenmişlik ve Anksiyete- Depresyon İlişkisi

Araştırmada tükenmişlik ve anksiyete-depresyonun ilişkisel düzeylerine bakılmıştır. Değişkenler arasındaki ilişkileri gösteren korelasyon analizi bulguları Tablo 73’de verilmiştir.

**Tablo 73. Anksiyete-depresyon ile tükenmişlik alt boyutları arasındaki ilişkiler**

HAD	Tükenme					
	Duygusal Tükenme		Duyarsızlaşma		Kişisel Başarıda Azalma	
	R	P	R	p	R	p
HAD-A	0,593**	0,000	0,436**	0,000	0,020	0,855
HAD-D	0,509**	0,000	0,429**	0,000	0,267*	0,012

\* Korelasyon 0.05 düzeyinde anlamlıdır (2 yönlü)

\*\* Korelasyon 0.01 düzeyinde anlamlıdır (2 yönlü)

HAD ölçeği anksiyete alt boyutu ile tükenmenin duygusal tükenme alt boyutu arasında pozitif yönde orta şiddette anlamlı bir ilişki ( $r=0,593$ ;  $p<0.01$ ), duyarsızlaşma alt boyutu arasında pozitif yönde orta şiddette anlamlı bir ilişki ( $r=0,436$ ;  $p<0.01$ ) vardır. Anksiyete puanları arttıkça duygusal tükenme ve duyarsızlaşma alt ölçek puanlarının da arttığı gözlemlenmiştir. Anksiyete alt boyutu

ile kişisel başarıda azalma alt boyutu arasında anlamlı bir ilişki belirlenmemiştir (Tablo 73).

HAD ölçeği depresyon alt boyutu ile tükenmenin duygusal tükenme alt boyutu arasında pozitif yönde orta şiddette anlamlı bir ilişki ( $r=0,509$ ;  $p<0.01$ ), duyarsızlaşma alt boyutu arasında pozitif yönde orta şiddette anlamlı bir ilişki ( $r=0,509$ ;  $p<0,01$ ) vardır. Depresyon puanları arttıkça duygusal tükenme ve duyarsızlaşma alt ölçek puanlarının da arttığı gözlemlenmiştir. Depresyon alt boyutu ile kişisel başarıda azalma alt boyutu arasında pozitif yönde zayıf şiddette anlamlı bir ilişki ( $r=0,267$ ;  $p<0,01$ ) vardır. Depresyon puanları arttıkça kişisel başarıda azalma alt ölçek puanlarının da arttığı gözlemlenmiştir (Tablo 73).

Bu sonuçlar, ambulans çalışanlarının iş doyumları ile anksiyete-depresyon düzeyleri arasında ilişki olma beklentisini kısmen doğrulamıştır.

## 7. TARTIŞMA

Sağlık personelleri içerisinde mesai saatinin neredeyse tamamını dışarıda acil sağlık hizmeti vererek geçiren ambulans çalışanları tüm sağlık çalışanlarına göre daha dezavantajlı bir grup haline gelmektedir (Tokuç ve ark. 2011). Yaşam ile ölüm arasında hızlı hareket etmek ve gerekli tıbbi bakımı güvenli olmayan ortamlarda vermek zorunda olan acil tıp çalışanları, kazalar, ciddi yaralanmalar, ölümler, şiddet olayları ve cinayetler gibi yoğun stres içeren olaylarla meslekleri gereği sık karşılaşmakta, ayrıca hasta ve hasta yakınlarından şiddet görebilmektedirler. Acil tıp çalışanlarında travma sonrası stres belirtileri, tükenmişlik, anksiyete ve depresyon belirtileri de yaygın olarak saptanmaktadır (Ayrancı ve ark. 2002).

İlgili literatür incelendiğinde örneklem grubu olarak ambulans çalışanlarına yönelik olarak yapılan çalışmaların sınırlı sayıda olduğu görülmektedir. Tokuç ve arkadaşları (2011) “Edirne’de Ambulans Çalışanlarının Anksiyete, Depresyon ve İşe Bağlı Gerginlik Düzeyleri”, Çınar ve Kavlak (2009) “İzmir İlinde Çalışan Ambulans ve Acil Bakım Teknikerlerinde İş Doyumunun ve Buna Etki Eden Faktörlerin İncelenmesi”, Çelebi (2014) “Çanakkale 112 Acil Sağlık Hizmetleri İstasyonlarında Görev Yapan Sağlık Çalışanlarının Şiddetle Karşılaşma Durumu ve Bu Durumun Tükenmişlik Sendromu Üzerine Etkisi”, Yılmaz (2006) “Denizli İlinde Görevli 112 Personelinin Geçirdikleri İş Kazaları”, Kaba (2012) “Eskişehir İlinde Çalışan İlk Ve Acil Yardım Teknikerleri Ve Acil Tıp Teknisyenlerinin Stres, Tükenmişlik Ve İş Doyumlarının Etik Açısından Değerlendirilmesi”, Yeşil (2010) “112 Acil Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Sağlık Çalışanlarında Ruhsal Travma Ve İlişkili Sorunların Yaygınlığı”, Düzova (2015) “112 Acil Sağlık Hizmetleri’nde Çalışan Personelin İş Doyumu: Ankara İli Örneği”, Urgancı (2018) “İstanbul 112 Acil Sağlık Hizmetleri Çalışanlarının Mesleki Tükenmişlik Düzeyleri, Algılanan Stres Düzeyi Ve Stresle Başa Çıkma Stilllerinin Evlilik Doyumunu Yordama Gücü”, Saraçoğlu (2016) “Ambulans Personelinde Travma, Tükenmişlik Ve Yaşam Doyumu İlişkisinde Başa Çıkma Yollarının Etkisi”, Atan ve Tekingündüz (2014) “Ambulans Çalışanlarının (112) Tükenmişlik, Algılanan İş Stresi Ve İş Tatminlerinin Kişisel Özelliklere Göre

İncelenmesi” konulu çalışmaların bulunduğu görülmektedir. Çalışmamız da ise Muğla ili Fethiye ilçesinde görev yapan ambulans çalışanlarında iş doyumu, tükenmişlik, depresyon ve anksiyete ilişkisinde bireysel özelliklerin etkisinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

## **7.1.AMBULANS ÇALIŞANLARININ KİŞİSEL BİLGİLERİNİN YORUMLANMASI**

Araştırmada ambulans çalışanlarının yarısından fazlasının (%57,3) kadın cinsiyette olduğu, yaş ilerledikçe ambulans hizmetlerinde çalışanlarının sayısal olarak azaldığı, evli olan çalışanların çoğunluğu (%69,7) oluşturduğu, %66,3 katılımcının çocuğunun olduğu ve bu gruptaki ambulans çalışanlarının daha çok tek çocuğu (%28,1) ya da iki çocuğu (%30,3) olduğu, katılımcıların yarısının (%50,6) gelir düzeylerini kısmen yeterli olarak tanımladıkları görülmüştür (Tablo 1).

Ambulans çalışanlarının çoğunluğunun (%43,8) eğitiminin ön lisans ya da yüksekokul mezunu olduğu görülmektedir. Yüksek lisans mezunları ise ambulans çalışanlarının en küçük grubunu (%4,5) oluşturmaktadır. Meslek/iş dağılımında katılımcıların yarıya yakınının (%48,3) “Acil Tıp Teknisyeni” ünvanı ile çalıştığı, ikinci sırada ise (%20,2) “Acil Ambulans Bakım Teknikeri” ünvanı olan çalışanların bulunduğu görülmektedir. Aylık çalışma saati dışında ambulans çalışanlarının %38,2’sinin fazla mesai nöbeti tutmadığı, en çok nöbet tutan (%5,6) grubun ise ayda beş nöbet tuttıkları, çalışanların çoğunluğunu (%65,2) 24 saat nöbet usulü ile çalışan ambulans çalışanlarının oluşturduğu belirlenmiştir (Tablo 2).

Çalışmada mesleğini isteyerek seçenlerin oranı oldukça yüksek (%80,9) olarak belirlenmiştir. Fakat “Mesleğinizi bugün seçmek ister miydiniz?” sorusuna “evet, isterim” diye cevap verenlerin oranında (%39,3) azalma olduğu görülmektedir. “Mesleğinizi bırakmak ister misiniz?” sorusuna “hayır istemem” şeklinde cevap verenlerinde %30,3, bırakmayı isteyenlerin oranının ise %41,6 olduğu görülmüştür. Kurumu tarafından takdir ya da teşekkür belgesi ile ödüllendirilenlerin oranının %32,6 olduğu, %67,4’ünün ise ödüllendirilmediği görülmüştür (Tablo 3).

Araştırmamıza katılan ambulans çalışanlarının %43,8’i ön lisans ya da yüksekokul mezunu, %48,3 Acil Tıp Teknisyeni ve %20,2’si Acil Ambulans Bakım Teknikeri kadrosunda çalıştığını görülmektedir. Eğitim durumları ile çalıştıkları kadro arasındaki farkın sebebi olarak görevde yükselme sınavlarını personelin

kazanmasına rağmen çalıştığı istasyonda kadrosunun yükseltilmemesi ve uygun yerler yerine çalışma şartlarının ağır ve merkezlere uzak istasyonlara kadrolar açılması olabileceği düşünülmektedir.

Tokuç ve arkadaşlarının 2011 yılında Edirne ili ambulans çalışanları örnekleminde yaptığı araştırmasında katılımcıların %70.4'ünün kadın cinsiyette, yaş ortalamasının 24.8±3.5 yıl ve %67.6'sının evli olduğu rapor edilmiştir.

Çınar ve Kavlak'ın İzmir ilinde çalışan ambulans çalışanları ve Acil Bakım Teknikerleri örnekleminde yaptığı çalışmada katılımcıların %53.7'sinin erkek cinsiyette, %41.8'inin 24- 29 yaş grubunda, %35.8'inin evli olduğu, %77.6'sı iki yıllık yüksek okul bitirdiği, %62.7'si 0-5 yıl bu meslekte çalıştığı bildirilmiştir.

Kaba'nın 2012 yılında Eskişehir ilinde çalışan ilk ve acil yardım teknikerleri ve acil tıp teknisyenleri örnekleminde yaptığı çalışmada katılımcıların %63,4'ünün kadın cinsiyette, yaş ortalamasının 26,64±2,54, %62,5'inin evli, %57,1'inin çocuk sahibi, %51,8'inin eğitiminin lise düzeyinde, %79,5'inin mesleğini isteyerek seçen, %88,4'ünün mesleğinden memnun olan bireyler olduğu görülmektedir.

Düzova'nın 2015 yılında Ankara ili 112 Acil Sağlık Hizmetleri örnekleminde yaptığı çalışmada ambulans çalışanlarının %61,5'inin kadın cinsiyette, %53'ünün 25-34 yaş aralığında, %38'inin eğitim düzeyinin önlisans, çoğunluğunun (%37) 5-10 yıl arasında çalışma hayatı olan, %41'inin mesleklerini seven, %46'sının acil tıp teknisyeni ünvanı ile çalışan bireyler olduğu bildirilmiştir.

Urgancı'nın 2018 yılında İstanbul 112 acil sağlık hizmetleri çalışanları örnekleminde yaptığı çalışmaya katılanların %59,3'ünün kadın cinsiyette, %43,4'ünün 26-33 yaş aralığında, %60,3'ünün çocuk sahibi olduğu ve çoğunluğunun (%32) bir çocuğu olduğu, %38,3'ünün ATT ünvanı ile çalıştığı, %36,1'inin çalışma yılının ise 5-10 yıl arasında olduğu rapor edilmiştir.

Saraçoğlu'nun 2016 yılında İstanbul ili 112 acil sağlık hizmetleri biriminde çalışan ambulans personeli örnekleminde yaptığı çalışmada katılımcıların %58,6'sının kadın cinsiyette, yaş ortalamasının 27,52, %51,2'sinin evli, %43,8'inin eğitiminin yüksek okul mezunu olduğu görülmüştür.

Yeşil'in 2010 yılında Bursa ili 112 acil sağlık hizmetleri çalışanları örnekleminde yaptığı çalışmada katılımcıların %50,8'inin erkek cinsiyette, %62,7'sinin evli, %43,7'sinin eğitiminin lise düzeyinde, %43'ünün ATT ünvanı ile çalışan, %84,6'sının mesleğini isteyerek seçen, %49,2'sinin 2 yıldan daha fazla süredir acil sağlık hizmetlerinde çalışan bireyler olduğu bildirilmiştir.

Farklı illerde görev yapan ambulans çalışanları örneklemlerinde yapılan çalışmalardan elde edilen kişisel özellikleri karşılaştırıldığında, değişik illerdeki ambulans çalışanlarının benzer profile sahip olduğu görülmektedir.

## **7.2.AMBULANS ÇALIŞANLARININ İŞ DOYUMLARININ YORUMLANMASI**

Sağlık çalışanlarının işlerine karşı geliştirdikleri olumlu tutum yaşamlarında önemli bir yere sahiptir. Yapılan birçok araştırma kişinin işini sevmediği ve işinde doyuma ulaşamadığı durumlarda ne tür problemlerin ortaya çıkabileceğini göstermiştir. Bu nedenle kişinin çalıştığı yerde iş doyumunu yakalaması oldukça önemlidir. Sağlık çalışanlarının iş doyumlarıyla alakalı yapılan araştırmalarda özellikle doktorların ve hemşirelerin incelendiği söylenebilir (Yılmaz 2014).

Minnesota iş doyum ölçeğinin nötr doyum puanı 3'tür. Minnesota İş Doyum Ölçeğinden alınan puanlar 3'ten küçük ise iş doyumunu düşük, 3'ten büyük ise iş doyumunu yüksek olarak değerlendirilmektedir. Fethiye örneklemindeki ambulans çalışanlarının içsel doyumlarının yüksek (3,44), dışsal doyumlarının düşük (2,73) ve genel iş doyumlarının yüksek (3,16) olduğu görülmektedir (Tablo 4). İçsel doyum kişinin kendisiyle ilgili, dışsal doyum ise yönetim ile ilgili doyumunu ifade etmektedir. Sonuçlardan görüleceği gibi ambulans çalışanlarının kendileri ile ilgili iş doyumları yönetime bağlı iş doyumlarından daha yüksektir. Ambulans çalışanlarının %11,2'si düşük seviyede, %65,2'si orta seviyede ve %23,6'sı yüksek seviyede iş doyumuna sahip oldukları belirlenmiştir (Tablo 5).

112 Acil Sağlık Hizmetleri çalışanlarının iş doyumlarını belirlemeye yönelik olarak yapılan çalışmalarda Çınar ve Kavlak 2009 yılında genel iş doyumunu (3,60), içsel doyumunu (3,76) ve dışsal doyumlarının (3,35) yüksek olduğunu, Düzova 2015 yılında ise genel iş doyumunun (2,47), ve dışsal doyumlarının (2,97) düşük, içsel doyumlarının (3,31) yüksek olduğunu bildirilmektedir. Fethiye örnekleminde elde edilen iş doyumunu düzeyleri ile karşılaştırdığımızda Çınar ve Kavlak'ın çalışmasında dışsal doyumun daha yüksek olduğu, Düzova'nın çalışmasında ise içsel doyum ve genel iş doyumun daha düşük olduğu görülmektedir.

112 dışında olan Acil Sağlık Hizmetleri çalışanlarının iş doyumlarını belirlemeye yönelik olarak yapılan çalışmalarda Öztürk 2017 yılında genel iş doyumunun (2,94) düşük, içsel doyumunun (3,12) yüksek ve dışsal doyumunun (2,68) düşük



olduğunu; Çam ve arkadaşları 2005 yılında genel iş doyumu (3,4) yüksek, içsel iş doyumu (3,4) yüksek ve dışsal iş doyumu (3,3) yüksek olduğunu bildirmektedirler. Fethiye örnekleminde elde edilen iş doyumu düzeyleri ile karşılaştırdığımızda Öztürk'ün çalışmasında genel iş doyumunun düşük olduğu, Çam ve arkadaşlarının çalışmasında ise dışsal doyumunda yüksek olduğu görülmektedir. Mesleki doyum her meslekte önemlidir. Sağlık hizmetlerinin insanı konu alması, bu yüzden çok dikkatli hata toleransının olmaması ve sürekli çalışmayı gerektirmesi nedeniyle, sağlık alanında çalışanlarda iş doyumunun daha da önemli olduğu açıktır.

İnsanlar için iş yaşamı sadece maddi bir takım kazanımların olduğu çevreler değil, aynı zamanda bazı rollerin üstlenildiği sosyal alanlardır. İş doyumu, çalışanların işleri ile ilgili geliştirdikleri olumlu ya da olumsuz tüm duygu, düşünce ve tutumlarını ifade etmektedir. Dolayısıyla iş doyumu, çalışanlar tarafından yapılan işin kalitesi ve verimliliği üzerinde oldukça etkili bir belirleyicidir (Kaba 2012). İş doyumuna etki eden bireysel faktörler; yaş, cinsiyet, eğitim, statü, sosyo- kültürel çevre, kişiliktir. İş doyumuna etki eden kurumsal faktörler; kurumun işleyişi ve politikaları, fiziksel koşullar, ücret, kurumda yükselme olanaklarıdır (Çimen ve Şahin 2000). Çalışmanın birinci sorusu ("Katılımcıların kişisel özellikleri ile iş doyumu düzeyleri arasında ilişki var mıdır?) cevaplamak amacıyla Minnesota İş Doyum Ölçeği ve alt ölçek puanları ambulans çalışanlarının kişisel özelliklerine göre karşılaştırılmıştır.

Hem kadınlar hem de erkekler için prestij, gelir, özerklik ve öğrenme olanakları iş doyumunun belirleyicileridir. Ancak bu durum yine de kadınlarla erkeklerin işleri ile ilgili duyguların aynı olduğu anlamına gelmemektedir. Kadınların ev işlerindeki sorumlulukları bir rol çatışmasına yol açmakta ve bu nedenle de pek çok kadın iş sorumluluğu az olan ve böylece bu çatışmayı azaltan işleri tercih edebilmektedirler. Bu tür işlerde de sahip oldukları yetenek ve becerileri tümüyle kullanamamaktadırlar. Bu nedenle hem seçilen işlerin çeşidinin hem de iş hayatına hazırlanırken alınan eğitimin niteliğinin kadınlarla erkekler arasında erkeklerin lehine bir farklılık yaratacağı açıktır. Bütün bu etkenler bir arada düşünüldüğünde kadınların iş doyumlarının da farklı olması beklenmektedir (Çimen ve Şahin2000). Çalışmamızda kadın ve erkeklerin genel iş doyumları, içsel doyumları ve dışsal doyumları arasında önemli bir farklılık ( $p>0,05$ ) belirlenmemiştir (Tablo 6). Araştırma sonuçları ile benzer şekilde Demir 1995'te, Piyal ve arkadaşları 2000'de, Kaba 2012'de, Yelboğa 2008'de, Gedik ve arkadaşları 2004'te, Serinken ve arkadaşları 2004'te ve Düzova

2015'teki çalışmalarında kadın ve erkeklerin iş doyumları arasında farklılık bulunmadığını bildirmektedirler. Buna karşılık Çimen ve Şahin sağlık personelinin iş doyumunu üzerine yaptıkları çalışmada erkeklerin iş doyumlarının kadınlardan daha yüksek olduğunu saptamışlardır.

Yaş faktörü; iş doyumunu ile ilgili araştırmalarda en çok baz alınan demografik etkenlerden biridir. Kişinin yaşı, kişinin kararları, tutum ve davranışlarında belirleyici rol oynamaktadır (Balkar 2017). İş doyumunu üzerinde yaş faktörünün etkisini araştıran Demir (1995), Gedik ve arkadaşları (2004), Serinken ve arkadaşları (2004) ile Karakaya (2017) çalışmalarında yaş faktörünün önemli bir farklılık ( $p>0,05$ ) oluşturmadığını bildirmektedir. Araştırmamızda da benzer sonuçlara ulaşılmış ve yaş faktörü ambulans çalışanlarının iş doyumları üzerinde etkili olmamıştır (Tablo 7). Araştırma sonuçlarından farklı olarak Tor ve Esengün (2011), Yıldız ve arkadaşları (2003) çalışanların yaşı ilerledikçe deneyimlerinin artmasına bağlı olarak doyum düzeyinin yükseldiği bildirmişlerdir. Benzer araştırmalarda genç yaş grubunda olan çalışanların işe girişteki beklenti ve ideallerinin çalıştıkları iş yerinde karşılanmadığını görerek doyumsuzluk yaşadıklarını belirtilmektedir.

Yetişkinlerin hayatının büyük kısmını iş ve aile hayatı oluşturmaktadır. Evlilik bireye düzenli bir hayat sağlamanın yanı sıra belli sorumluluklar da yüklemektedir. Eşlerin cinsellik ya da kişisel ihtiyaçlarını karşılamasının yanı sıra arkadaşlık, dostluk, aşk, sevgi, koruma, korunma, sırdaşlık sağlayarak toplumda yer edinmek sosyalleştirmeyi üst seviye çıkarmak için evlilik önemlidir. “Evlilik, toplumda kişinin psikolojik, fiziksel ve sosyal ihtiyaçlarını karşıladığı resmi bir kurumdur. Bu kurumun çeşitli sebeplerle kurulamaması veya kurulan bu ailenin yıkılması bu ihtiyaçların karşılanmasını aksatır. Bu zamanla kişide fiziksel ve ruhsal problemlere yol açabilir. Evdeki doyumsuzluk ve problemler ister istemez iş hayatına yansır ve iş doyumunu azaltır (Erdoğan 2016). İş doyumunu üzerinde medeni durum faktörünün önemli bir farklılık oluşturmadığı ( $p>0,05$ ) belirlenmiştir (Tablo 8). Benzer sonuçlar Demir (1995), Serinken ve arkadaşları (2004) tarafından da bildirilmektedir.

Araştırmamız kapsamında, çocuk sahibi olanlar ile çocuk sahibi olmayan çalışanların iş doyum düzeyleri arasında anlamlı bir fark ( $p>0,05$ ) bulunmamaktadır (Tablo 9). Kaya ve Oğuzöncül 2016 yılında Elazığ ilinde aile hekimliği merkezleri, toplum sağlığı merkezi (TSM) ve verem savaş dispanseri (VSD) personeline yaptığı çalışmada, Tözün ve arkadaşlarının 2008 yılında hekimlerde yaptığı çalışmada çocuğu olan hekimler ile çocuk sahibi olmayan hekimlerin iş doyumları arasında fark

olmadığını bildirmişlerdir. Çalışmamızda elde edilen veriler diğer araştırma sonuçlarını destekler niteliktedir. Çift etken kuramına göre; iş doyumunu doğrudan işle ilgili faktörlere bağlı olup, iş dışındaki faktörler ise iş doyumsuzluğunu etkilemektedir. Bu nedenden dolayı çocuk sahibi olmanın iş doyumunu etkilememesi beklenen sonuçtur. Çocuk sahibi olmanın, iş doyumunu düzeyini etkilediğini gösteren çalışmalarda vardır. Aydın ve Akan (2010), çocuk sahibi olan ebelerin, Çimen ve Şahin (2000) çocuk sahibi olan sağlık personelinin, Gezer (2008) ise çocuk sahibi olan hemşirelerin çocuk sahibi olmayanlardan daha fazla iş doyumunu yaşadıkları belirtilmiştir.

Ücret iş doyumunu artıran en önemli faktördür. Ücret, kişinin yaşamını idame ettirebilmesi için emeğinin karşılığı olarak gerekli maddi kaynağı elde etmesi, toplumdaki konumunu göstermesi ve beklentileri doğrultusunda ulaşacağı iş doyumunu yönünden önemli bir araçtır. Yeterli miktarda alınan ücret, çalışanın kendisini iş ortamında iyi hissetmesini sağlar. Ücretlerin beklenenden az olması, yetersiz zamlar veya enflasyon karşısında satın alma gücünün azalması, çalışanların parasal yükümlülüklerini yerine getirememelerine neden olmaktadır. Bu durum da çalışanların işten aldıkları doyumunu oldukça etkilemektedir. Yetersiz ücretle çalışan kuruma karşı olumsuz bir tutum sergileyecektir. Dolayısıyla ücretin iş doyumunu üzerindeki etkisi yadsınamayacak kadar önemlidir (Balkar 2017). Literatür bilgi ile uyumlu olarak çalışmamızda gelir düzeyini yeterli olarak algılayan ambulans çalışanlarının genel iş doyumunu, içsel doyum ve dışsal doyum düzeylerinin ( $p < 0,05$ ) diğer ambulans çalışanlarından daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 10-11-12). İş doyumunu belirlemeye yönelik olarak yapılan diğer çalışmalarda da benzer şekilde kişilerin, gelir düzeyi arttıkça, iş doyumunun arttığı ( $p < 0,05$ ) bulunmuştur (Erbil ve Bostan 2004; Havle ve ark. 2008; Tözün ve ark. 2008; Kaya ve Oğuzöncül 2016). Bu sonuçlar, araştırma sonuçlarını destekler niteliktedir. Artan ücretin yaşam kalitesini arttırmışından dolayı, yüksek gelire sahip olanların, iş doyumları yüksek bulunmuş olabilir. Bu sonuçlardan farklı olarak literatürde, gelir düzeyinin iş doyumunu etkilemediğini bildiren araştırma sonuçları da mevcuttur (Demir 2010).

Eğitim, iş tatmininin en önemli faktörlerinden birisidir. Öğrenim seviyesi yükseldikçe sorumluluk alabilme, kararlarını etki altında kalmadan verebilme ve uygulayabilme imkanı artmaktadır. Bu da, çalışanların monotonluk ve bıkkınlık durumlarını bertaraf ederek, işi sahiplenmelerine yardımcı olmakta ve dolayısıyla iş tatmininin artmasına neden olmaktadır. Literatür incelendiğinde genel olarak eğitim

düzeşinin artışının iş doşumu arttırdığını ( $p < 0.05$ ) görölmektedir (Oğuzöncöl ve ark. 2005, Erşan ve ark. 2013). Bu sonuçlardan farklı olarak Demir (2003) , Kınık (2007) ve Ciğerci (2004) eğitim düzeşinin iş doşumunu etkilemediğı bildirmektedir. Araştırmamızda da eğitim düzeşini farklılığının iş doşumu düzeşlerini etkilemediğı ( $p > 0,05$ ) görölmektedir (Tablo 13). Araştırma sonuçları Demir, Kınık ve Ciğercinin bildirimleri ile uyumlu, Oğuzöncöl ve Kaya, Sevimli, İşcan, Erşan ve arkadaşlarının bildirimlerinden farklı olarak değerlendirilmiştir.

Araştırmalar toplum tarafından kabul gören, saygınlığı yüksek, bağımsız çalışma şansı veren ve doğrudan insanlarla ilgilenen mesleklerde iş doşumunun yüksek olduğunu göstermektedir (Çimen ve Şahin 2000). Toplum olarak hem meslek gruplarına, hem de kurum içindeki belirli mesleklere davranışlar farklı olabilir. Bu durum çalışanlar tarafından farklı algılanabilir ve iş doşumlarının da farklı bir şekilde etkilenmesine neden olabilmektedir (Saygılı ve Çelik 2011). Farklı meslek gruplarının iş doşumları arasındaki farklılıkları inceleyen çalışmalarda; Oğuzöncöl ve Kaya (2005) hizmetli ve diğer olarak çalışan grubun, iş doşumlarının doktor ve yardımcı sağlık personelinde anlamlı derecede düşük olduğunu; Ciğerci (2004) ise hemşirelerin diğer sağlık personellerinden iş doşumlarının düşük olduğunu, Düzova (2015) Acil tıp teknisyenleri ve paramediklerin iş doşumlarının arasında farklılık olduğunu bildirmektedirler. Bu çalışmalardan farklı olarak literatürde mesleki unvan farklılığının iş doşumunu etkilemediğini bildiren araştırma sonuçları da bulunmaktadır (Durmuş ve Günay 2007; Erdoğan ve Biçer 2009). Araştırmamızda da meslek/iş farklılığı olan ambulans çalışanların genel doşum düzeşlerinin arasında anlamlı bir fark ( $p > 0,05$ ) belirlenmemiştir (Tablo 14).

Kişinin iş yaşantısındaki tecrübesi iş doşumunda etkilidir. Mesleki çalışma yılının iş doşumu üzerindeki etkisi literatürde farklı şekillerde yorumlanmaktadır. Bu görüşlerden birincisinde iş yaşamına yeni başlamış olan çalışanların işle ilgili beklentilerinin yüksek olması nedeniyle yüksek iş doşumuna ulaşma çabası içerisinde olmaları ve yüksek beklentilerle işe başlayan bireylerin de zamanla katı gerçeklerle yüzleşmek zorunda kalmasıdır. Bu nedenle mesleki çalışma yılı az olanların iş doşumları daha yüksek olması beklenmektedir (Kanbay 2010). Gürbüz ve arkadaşları 2000 yılında birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan sağlık personellerinden toplam çalışma süresi bir yıldan az olanlarda iş doşumu en yüksek, 5- 9 yıl çalışanlarda ise iş doşumu düzeşini en düşük bulmuşlardır. Özkaya ve arkadaşları (2008) bir üniversitede görev yapan akademik ve idari personellerden 1-5

yıl arası çalışanların iş doyumlarının en yüksek olduğunu bildirmektedir. Çınar ve Kavlak (2009) Ambulans ve Acil Bakım Teknikerlerinin görev yaptığı kurumda çalışma süreleri arttıkça iş doyumlarının düştüğünü bildirmektedir.

Mesleki çalışma yılı ile ilgili ikinci görüşe göre de uzun süre çalışan bireylerin edindiği tecrübe ve bu süre içerisinde işleriyle bütünleşmelerinden dolayı işle uyumlarının daha fazla olması ve bu durumun iş doyumlarını arttırmasıdır (Yalnız 2010). Çimen ve arkadaşları (2002) Türk Silahlı Kuvvetleri sağlık personelinin hizmet süresi yükseldikçe iş doyumunun arttığını; Aydın ve Kutlu (2001) hemşirelerin çalışma süresi arttıkça iş doyum düzeyinin arttığını; Özaltın ve arkadaşları (2002) askeri tabiplerin hizmet süresi arttıkça iş doyumunun arttığını bildirmektedirler. Benzer şekilde meslekteki toplam çalışma süresinin iş doyumunu üzerindeki etkisi de araştırmalarda incelenmiştir. Yapılan araştırmalarda, meslekte yeni olanların daha uzun yıllar çalışanlara göre daha az iş doyumunu yaşadıkları belirlenmiştir (Sevimli ve İşcan 2005; Kocabıyık ve Çakıcı 2008; Kaba 2012). Araştırmamızda 5 yıl ve daha az süredir görev yapan ambulans çalışanlarının iş doyumunu, içsel doyum ve dışsal doyum düzeylerinin daha yüksek olduğu ( $p<0,05$ ) görülmektedir (Tablo 15-16). Bu nedenle araştırmamız bulguları Kanbay'ın (2010), Gürbüz ve arkadaşlarının (2000), Özkaya ve arkadaşlarının (2008), Çınar ve Kavlak'ın (2009) bildirimleriyle uyumlu; Çimen ve arkadaşlarının (2002), Aydın ve Kutlu'nun (2001), Özaltın ve arkadaşlarının (2002), Behlül'ün (2015), Kocabıyık ve Çakıcı'nın (2008), Sevimli ve İşcan'ın (2005), ve Kaba'nın (2012) bildirimleri ile farklı olarak değerlendirilmiştir. Çalışanların meslekte hizmet yılı sürelerinin artması sonucu sorunların çözümünde daha tecrübeli olmaları ve işe ilişkin beklentilerin karşılanmış olması tükenmişlik düzeylerinde azalma ve iş doyumunu düzeyinde artma sağlamış olabilir.

İş ortamındaki fiziksel şartlar, çalışanların performanslarını, motivasyonlarını, verimliliklerini ve iş doyumlarını önemli derecede etkileyen şartlardır. Beden gücünün çok kullanılması, yapılan işin tehlikeleri iş doyumunu önemli ölçüde etkilemektedir (Öztürk 2017). İşin zor olması ve iş yükünün ağırlığı çalışanların sahip olduğu kapasitelerini zorlayarak verimin düşmesine sebep olacaktır. Aşırı ağır, yorucu ve yıpratıcı işleri yapmak toplumun takdir duygularını kazanmak için yeterli olmamaktadır. Çalışan kişi bireysel özellik ve niteliklerinin üzerinde bir işi yapmak zorunda kalırsa, bu durum sıkıntı, moral bozukluğu ve iş doyumsuzluğunu ortaya çıkaracaktır. Araştırmamızda aylık çalışma saati fazlası tutulan fazla nöbet

sayılarının ambulans çalışanlarının dışsal doyum düzeylerinde farklılık yarattığı görülmektedir (Tablo 17). Nöbet sayısı arttıkça, dışsal doyum azalmaktadır. Bu farklılık özellikle ayda 5 nöbet tutanlar ile ayda 2 nöbet tutanlar arasında farklılıktan kaynaklanmaktadır. Aksoy ve Polat (2013) hemşirelerin aylık nöbet sayısı arttıkça iş doyumunu azaldığını bildirmektedir. Arıkan (2004) ayda 5 ve daha fazla nöbet tutan hemşirelerin iş doyumunda azalma olduğunu belirtmiştir. Kahraman ve arkadaşlarının (2011) hemşirelerin gece çalışma oranı arttıkça iş doyumunun düştüğünü, Aslan ve arkadaşlarının (1997) sık nöbet tutmanın hemşirelerde iş doyum düzeyini düşürdüğünü saptamaları araştırmamızın bulgularını destekler niteliktedir. Kaya ve Oğuzöncül (2016) ise tutulan nöbet sayısının iş doyumunu etkilemediğini bildirmektedir.

Gündüz çalışanların ve gece ve gündüz karma saatlerde çalışanların, gece çalışanlara göre iş doyumunu daha yüksektir. Kahraman ve arkadaşları (2011) gece çalışma oranı arttıkça iş doyumunu puan ortalamalarının düştüğünü bildirmektedir. Aydın ve Kutlu'nun (2001) yaptıkları bir çalışmada gündüz çalışan hemşirelerin iş doyumlarının, gece ve değişen vardiya ile çalışan hemşirelere göre daha yüksek bulunduğu; Şanlı'nın (2006) hemşirelerle benzer şekilde vardiyalı çalışma sistemi olan polislerle yaptığı çalışmasında ise, günlük çalışma sistemi 08.00-17.00 olan polislerin iş doyumlarının, günlük çalışma sisteminin 12.00-24.00 olan polislerin iş doyumlarına göre anlamlı derecede fazla olarak saptandığı bildirilmektedir. Vardiyalı çalışmanın hemşirelerde olduğu gibi farklı meslek grubunda da iş doyumunu olumsuz etkilediği söylenebilir. Tilev ve Beydağ (2014) çalışma şekli ile iş doyumunu arasında ilişki bulunarak bu çalışmalardan farklılık göstermektedir. Araştırmamızda da çalışma biçimi ambulans çalışanların iş doyumunu düzeylerini etkilememektedir (Tablo 18-19).

Genel olarak insanlar sevdikleri işler ile ilgilendikleri zaman daha az yorgunluk duyarlar. Yaptıkları işin zorluklarına daha rahat karşı koyabilirler. Bu bakımdan kendi seçtiği meslekte ve bölümde çalışmak kişilerin daha verimli çalışmasını sağlayacaktır. Keskin ve Yıldırım (2006) mesleğinden memnun olduğunu ifade eden hemşirelerin iş doyumunun daha yüksek olduğunu; Kahraman ve arkadaşları (2011) mesleği kendine 'çok uygun' bulanların ve mesleğin geleceği hakkında iyimser olanların iş doyum düzeylerinin diğerlerine göre ileri derecede yüksek olduğunu bildirmektedirler. Bu görüşü destekler şekilde araştırmamızda aynı mesleği tekrar seçmeyi isteyen ambulans çalışanlarının diğer gruplardaki ambulans çalışanlarından

daha yüksek içsel doyum, dışsal doyum ve genel iş doyumunu düzeyine sahip oldukları görülmektedir (Tablo 20-22).

Çalışanın işinden ayrılmasını etkileyen en önemli unsurun iş doyumunu olduğu bilinmektedir. İşten ayrılma ile iş doyumunu arasındaki ters bir ilişki söz konusudur (Erdoğan 1997). İş görenlerin işten ayrılma niyetleriyle ilgili pek çok çalışma yapılmış olup, buradan yola çıkarak işten ayrılma niyetinin çalışanların işlerinden doyum alamamaları durumunda tepki olarak gösterdikleri yıkıcı ve aktif eylemler olarak tanımlamak mümkündür. Araştırmamızda mesleği bırakmayı isteyen ambulans çalışanların diğer gruplardaki ambulans çalışanlardan daha düşük içsel doyum, dışsal doyum ve iş doyumunu düzeyine sahip oldukları görülmektedir (Tablo 23-25). Akyol (2007) hemodiyaliz biriminde çalışan hemşire ve teknisyenlerin, işten ayrılma niyeti ile iş doyumunu arasında anlamlı bir ilişki bulunduğunu belirlemiştir. Araştırmamızın bulguları literatür ile uyumlu olarak değerlendirilmiştir.

Çalışanlar yaptıkları iş karşılığında takdir görmeyi beklemektedir. İçsel doyum açısından motive ve onore edici girişimler çalışanların iş doyumlarını artıran faktörlerdir (Tozkoparan 2013). Piyal ve arkadaşları (2000) sağlık çalışanlarının en az doyuma ulaştıkları iş doyumunun ücret ve ödüllendirme olduğunu belirlemişlerdir. Fakat araştırmamızda kurumu tarafından takdir / teşekkür belgesi ile ödüllendirilmenin ambulans çalışanlarının iş doyumlarını etkilemediği ( $p>0,05$ ) görülmektedir (Tablo 26).

### **7.3. AMBULANS ÇALIŞANLARININ TÜKENMİŞLİK DÜZEYİNİN YORUMLANMASI**

Meslekler arasında en fazla görülen tükenmişlik insanlarla yüz yüze iletişim halinde olan ve hizmet veren kişilerde görülür. Özellikle de sağlık çalışanları arasında tükenmişlik oldukça fazla görülmektedir (Yılmaz 2014). Tükenmişliğin çalışma hayatına etkileri azalan mesleki başarı, iletişimde yetersizlik, müracaatçı ya da hastalara gösterilen yetersiz ilgi, devamsızlık ve iş değiştirme isteği şeklinde sıralanabilir (Özkan 2012). Sağlık personelinin tükenmişliğini inceleyen araştırmalara bakıldığında iletişimde yetersizlik sorunu yaşayanların sorun yaşamayanlara göre duygusal tükenme ve duyarsızlaşma puanlarının daha yüksek olduğu görülmüştür. Hastalarla olumlu yönde iletişime geçen personelin daha düşük düzeyde duygusal tükenme yaşadığı sonucuna ulaşılmıştır (Kebapçı 2011).

Travmanın yanı sıra öncelikli olarak acil yardım çalışanları olmak üzere sağlık alanında çalışan personelde tükenmişlik sendromu da çok sık rastlanan bir olgudur. Hem yoğun ve stresli çalışma koşullarında çalışan hem de sıklıkla başkalarının yaşadığı travmatik durumlara şahit olan sağlık personelinde tükenmişlik sendromu görülme olasılığı yüksektir (Maslach 1981). Ambulans çalışanlarının tükenmişlik düzeyleri Maslach Tükenmişlik Ölçeği kullanılarak değerlendirilmiştir. Ölçeklerden elde edilen puanlar için kesme değeri olmadığından tükenme var ya da yok biçiminde bir ayırım yapılamamaktadır. Araştırmamızda ambulans çalışanlarının genel tükenmişlik puanları 88 puan üzerinden  $33,42 \pm 14,039$  (Min-Mak:0-65) olarak bulunmuştur (Tablo 27). Türkiye’de aynı ölçek formu kullanılarak yine farklı sağlık çalışanlarından örneklemeler ile yapılmış olan tükenmişlik konulu çalışmalar mevcuttur. Sağlık müdürleri ile yapılan bir araştırmada, müdürlerin Maslach Tükenmişlik Ölçeğinde ortalama “43” puan aldığı kaydedilmiştir (Keskin ve ark. 2010). Diyaliz merkezi çalışanlarında ise tükenmişlik puanı doktorlarda “43.69” ve hemşirelerde “47.67” olarak hesaplanmıştır (Ayraller ve ark. 2011). Bir başka araştırma da ruh sağlığı çalışanları ile yürütülmüş; psikiyatristlerin toplam tükenmişlik ortalamaları “52.87”, psikologların ortalamaları “44.96” ve hemşirelerin ise “51.36” olarak kaydedilmiştir (Oğuzberk ve Aydın 2008). Genel olarak ülkemizde sağlık alanında çalışanlarda tükenmişlik sorunu olduğu gözlenmektedir. Fakat literatürdeki çalışmalar ile karşılaştırıldığında çalışmamızdaki sonuçlar diğerlerinden düşük olarak değerlendirilmiştir.

Tükenmişlik; çalışanların hizmet verdikleri kişilere birer insan yerine nesne gibi davranmalarıyla (duyarsızlaşma), enerji eksikliği ve bireyin duygusal kaynaklarının bittiği hissine kapılmasıyla (duygusal tükenme) ve sorunun üstesinden başarı ile gelme ve kendini yeterli bulmada azalma (kişisel başarıda düşme) olarak ortaya çıkmaktadır (Yılmaz 2014). Araştırmamızda duyarsızlaşma şiddetinin (6,73) çok düşük olduğu, duygusal tükenme şiddetinin düşük olduğu (16,39) ve kişisel başarılarında azalma duygusunun oldukça düşük olduğu (10,29) görülmektedir (Tablo 27). Ambulans hizmetleri ile benzer çalışma ortamı olarak düşünülen acil hizmetlerde çalışan sağlık personelleri ile yapılan çalışmalarda Akpınar ve Taş (2011) Kocaeli ilindeki acil servis çalışanlarının duygusal tükenme puan ortalamasını 18,31; duyarsızlaşma puan ortalamasını 7,36 ve kişisel başarı puan ortalamasını 27,56 olarak rapor etmektedir. Kebapçı ve Akyolcu (2011) acil birimlerde çalışan hemşirelerin duygusal tükenme puan ortalamasını 18,39;



duyarsızlaşma puan ortalamasını 7,41 ve kişisel başarı puan ortalamasını 9,85 olarak belirlemişlerdir. Kaba (2012) Eskişehir ilinde çalışan ilk ve acil yardım teknikerleri ve acil tıp teknisyenlerinin duygusal tükenme puan ortalamasını 12,16; duyarsızlaşma puan ortalamasını 4,16; kişisel başarıda azalma puan ortalamasını ise 10,18 olarak bulunmuştur. Fethiye örneklemindeki ambulans çalışanlarının duyarsızlaşma ve duygusal tükenme şiddetleri ve kişisel başarılarında azalma duygusunun benzer örneklere göre oldukça düşük olduğu görülmektedir.

Tükenmişlik farklı alanlarda görev yapan sağlık çalışanları ile yapılan çalışmalarda da araştırılmıştır. Kemeröz (2017) psikiyatri kliniğinde çalışan hemşirelerin duygusal tükenme puan ortalamasını 18,46; duyarsızlaşma puan ortalamasını 5,99 ve kişisel başarı puan ortalamasını 21,79 olarak bildirmektedir. Öztürk ve arkadaşları hemşirelerin orta düzeyde duygusal tükenme ve duyarsızlaşma yaşadıklarını, kişisel başarı yönünden ise yüksek düzeyde tükenmişlik yaşadıkları sonucuna ulaşmıştır. Kurçer (2005), Harran Üniversitesi Tıp Fakültesinde çalışan doktorların tükenmişlik düzeyleri düşük olurken, kişisel başarı hislerinde yetersiz hissetmedikleri görülmüştür. Sumeli (2011), Özel Bir Hastane Çalışanlarının tükenmişlik düzeylerinin orta, iş doyumlarının ise düşük ve orta düzeyde olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Çam ve Baysal hemşirelerin, duygusal tükenme puan ortalamasını 26,81; duyarsızlaşma puan ortalamasını ise 6,95 ve kişisel başarı puan ortalamasını ise 35,32 olarak belirlenmiştir. Çam ve Baysal'ın (2008) psikiyatrist ve psikologlarla yaptıkları çalışmada, duygusal tükenme puan ortalaması 17,78, duyarsızlaşma puan ortalaması ise 4,16 ve kişisel başarı puan ortalamasını ise 34,21 olarak saptanmıştır.

Bugün sağlık sektöründe çalışanlar tükenmişliğe yol açan çeşitli faktörlerle karşı karşıyadır. Çalışanın, yaşadığı bu tükenmişliğin etkilerini en aza indirmesi, onunla mücadele edebilmesi ve belki de tükenmişliği yönetebilmesi için, kendisinde bu durumu yaratan faktörleri bilmesi ve tanımlayabilmesi büyük önem taşımaktadır (Işıkhani 2004). Çalışmamızın ikinci sorusunu (Katılımcıların kişisel özellikleri ile tükenmişlik düzeyleri arasında ilişki var mıdır?) cevaplamak amacıyla Maslach Tükenmişlik Ölçeği ve alt ölçek puanları ambulans çalışanlarının kişisel özelliklerine göre karşılaştırılmıştır.

Araştırmamıza katılan ambulans çalışanlarının duygusal tükenmişlik düzeyleri cinsiyete göre farklılık göstermektedir. Farklılık belirlenen bu boyutta kadınların tükenmişlik düzeyinin erkeklerden daha fazla olduğu ( $p=0,005$ ) belirlenmiştir (Tablo

28). Tükenmişlik ile ilgili literatür tarandığında kadınların erkeklere göre duygusal tükenmişliklerinin daha fazla olduğu, erkeklerin ise daha katı olup duyarsızlaşma boyutunu daha kolay hissettikleri bildirilmektedir (Demirbaş 2006, Öztürk ve ark.2018). Bu sonuçlar araştırmamız bulgularını desteklemektedir. Diğer yandan her iki cinsiyet arasında tükenmişlik ve iş doyumunu düzeyleri açısından önemli bir fark bulunmadığını rapor eden araştırmacılar da bulunmaktadır. Atan ve Tekingündüz (2014) ambulans çalışanlarının; Sayıl ve ark. (1997) Ankara Üniversitesi hastanelerinde çalışan doktor ve hemşirelerin; Demir (1995) Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastaneleri çalışanlarının; Çam ve arkadaşları (2005) bir ruh sağlığı hastanesinde çalışan hekim ve hemşirelerin; Yakın (2014) Eğitim ve Araştırma Hastanesinde çalışan hekim dışı sağlık çalışanlarının tükenmişlik düzeylerinde cinsiyete göre önemli fark olmadığını bildirmektedirler. Kadınların iş dışındaki yaşamlarında toplumsal rol ve sorumluluklarının fazla olması tükenmişlik düzeylerinin erkeklere göre daha yüksek olmasının nedeni olabilir.

Demografik değişkenlerden yaşın tükenmişlik üzerinde etkisi olmaktadır. Tükenmişlikle yaş arasındaki ilişki iş tecrübesi ve hayata dair edinilen birtakım tecrübelerle anlamlı olmaktadır (Günay 2016 ). Çalışmamızda en yüksek tükenmişlik en genç ve en yaşlı grupta bulunmaktadır. Fakat yaş değişkeni tükenmişlik düzeyleri üzerinde anlamlı bir farklılığa neden olmamıştır (Tablo 29). Ambulans çalışanları örneğinde yapılan bir diğer çalışmada (Atan ve Tekingündüz 2014) bu araştırma sonuçları ile uyumlu olarak yaş değişkeninin tükenmişlik üzerinde etkili olmadığı bildirilmektedir.

Tükenmişliğe etki eden bireysel faktörlerden birisi de; bireyin özel hayatıdır. Çalışmalar medeni durum ve çocuk sayısının tükenmişlik düzeyini etkilediğini söylemektedir. Evli olanların bekarlara göre daha doyumlu oldukları bildirilmektedir (Özen ve Mirzeoğlu 2006). Aile bireylerinin desteğinin ve sevgisinin alınması bireye işinin zorlukları ile mücadele edebilme gücünü verebilmektedir (Güllüce 2006). Çalışmamızda ambulans çalışanlarının medeni durumları tükenmişlikleri üzerinde etkili olmamıştır (Tablo 30)

Karadağ ve ark.(2001) çalışmalarında çocuk sahibi olan hemşirelerin duygusal tükenmişliği daha az yaşadığı ve kendilerini başarılı olarak algıladıkları bulunmuştur. Aslan ve ark.(2000) evli ve çocuğu olan hemşirelerin daha az duygusal tükenmeyi yaşadıklarını ve kendilerini arkadaşlarından daha başarılı algıladıklarını saptamışlardır. Başka bir çalışmada iş ortamı dışında çocuklarıyla paylaşım ve

iletişimin aile desteği, sorun çözme becerilerini geliştirdiği ve bununda tükenmişlikten koruyucu rolü olduğu vurgulanmaktadır. Demir ve ark.(2003) ise çocuk bakımı ile ilgili sorun yaşayan hemşirelerin duygusal tükenme ile kişisel başarı düzeyinin yüksek olduğunu belirtmektedirler. Bu bildirimlerden farklı olarak bu araştırmamızda çocuk sahibi olan ve olmayan çalışanların tükenmişlik düzeyleri arasında önemli bir fark belirlenmemiştir (Tablo 31). Ambulans çalışanlarında yapılan başka bir çalışmada da (Atan ve Tekingündüz 2014) benzer sonuçlar elde edilmiştir.

Gelir durumunun düşük olması tükenmişliği etkileyen faktörlerden biridir. Yapılan çalışmalarda genel olarak gelir düzeyinin düşüklüğü tükenmişlik düzeyini artırdığı saptanmıştır (Demir ve ark. 2003; Gülalp ve ark. 2008; İlhan ve ark. 2008; Mollaoğlu ve ark.2005; Oğuzberk ve Aydın 2008; Şenturan 2009; Taze 2008; Çimen 2002, Ergin 1993, Ay ve ark. 2004, Dizer ve ark. 2008). Çalışmamızda gelir düzeyini yetersiz olarak tanımlayan ambulans çalışanlarının tükenmişlikleri diğerlerinden daha yüksek olmakla birlikte gelir düzeyini algılama durumlarının tükenmişlik düzeyleri üzerinde önemli bir etkisi belirlenmemiştir (Tablo 32).

Eğitim seviyesi yüksek olan bireylerin işlerinde çok fazla sorumluluk almaları ve beklentilerinin de yüksek olması tükenmişliğin daha fazla yaşanmasına sebep olmaktadır (Demirbaş 2006, Sat 2011). Tükenmişlik için en riskli grup olarak lisans mezunları tanımlanmaktadır. Lisans mezunlarında duyarsızlaşma yüksek olurken kişisel başarı puanları düşük olmaktadır ve duygusal tükenmeye de eğilim fazladır. Araştırmamızda ise literatür bilgisinden farklı olarak eğitim seviyesinin yükselmesi tükenmişliğin artmasına neden olmamış hatta yüksek lisans mezunlarının tükenmişliklerinin en düşük seviyede olduğu görülmüştür. Fakat farklı eğitim düzeyinin ambulans çalışanların tükenmişlik düzeyleri üzerindeki etkisi önemli olarak değerlendirilmemiştir (Tablo 33). Benzer şekilde Demirbaş (2006), Öztürk (2018), Altay ve arkadaşları (2010) ve Dolunay (2001) tarafından tükenmişlik araştırması yapılmış olup bu çalışmalarda sonuçlarımız ile benzerlik göstermektedir.

Ambulans hizmetlerinde görev yapan farklı meslek/işe sahip olan çalışanlar arasında şoför grubunun duygusal tükenmişlik ve duyarsızlaşma düzeylerinin diğerlerinden daha düşük, kişisel başarıda azalma düzeylerinin ise daha yüksek olduğu görülmektedir (Tablo 34-36). Şoförlerin tıbbi açıdan herhangi bir sorumluluğu olmaması nedeniyle stres ve buna bağlı tükenmişlik düzeyleri daha düşük çıkmış olabileceği düşünülmektedir.

Çalışma süresinin tükenmişlik düzeyi üzerindeki etkisini inceleyen çok sayıda çalışma bulunmaktadır. Çalışmalarda aylık çalışma sürelerinin artışı sonucu ile bireylerin dinlenmeye ayırdıkları zamanın azaldığı, DT ve D düzeylerinde yükselme, KB düzeylerinde ise düşme olduğu, dolayısıyla tükenmişlik düzeyinin arttığı bildirilmektedir (Altay ve ark. 2010, Serinken ve ark. 2004). Araştırmamızda katılımcıların çalışma yıllarının tükenmişlik üzerindeki etkisi incelendiğinde özellikle duyarsızlaşma ve duygusal tükenme düzeylerinde önemli farklılık olduğu görülmektedir (Tablo 37). 11-15 yıl çalışanların duygusal tükenme (Tablo 38) ve 16 yıl ve üzeri süredir çalışanların duyarsızlaşma düzeylerinin (Tablo 39) yüksek olduğu görülmektedir. Demir'in (1995) çalışmasında duygusal tükenmeyi 21 yıl veya daha fazla; duyarsızlaşmayı 5 yıl veya daha az; kişisel başarı duygusunda azalmayı 16 – 20 yıl arasında süredir hizmet verenlerin yaşadıkları belirlenmiştir. Araştırma bulguları benzer değildir. Meslekte uzun süre çalışanlarda ruhsal, duygusal, fiziksel sorunlardan kaynaklı tükenmişlik düzeyinin yükseldiği düşünülmektedir.

İş ile ilgili olarak tükenmişliğe en çok neden olabilecek değişkenler çalışma saatlerinin fazla olması, nöbet usulü çalışma ve iş yükünün ağır olmasıdır (Alimoğlu ve Dönmez 2005; Aslan ve ark. 2000; Demir ve ark. 2003; Erol ve ark. 2007; Günüşen ve Üstün 2008; Günüşen ve Üstün 2009; Mollaoğlu ve ark. 2003; Mollaoğlu ve ark. 2005; Oğuzberk ve Aydın 2008; Özyurt ve ark., 2006; Taycan ve ark. 2006). Literatürde de nöbet ve vardiya şeklinde çalışan hemşirelerin düzensiz çalışma saatleri sonucu biyolojik saatlerinin değiştiği, uyku ihtiyaçlarını karşılayamadıkları ve gece daha fazla hastaya bakım vermek durumunda kaldıkları, bunun da tükenmişlik üzerinde etkili olduğu belirtilmektedir. Çalışmamızda fazla mesai için tutulan aylık nöbet sayılarının farklılığı ambulans çalışanların tükenmişlik düzeyleri üzerinde etkili olmamıştır (Tablo 40). Demir (1995) ise çalışmasında çalışma saatlerinin duygusal tükenmişliği etkilemediği, duyarsızlaşmayı etkilediği kişisel başarı duygusunda azalma düzeylerini ise etkilemediğini bildirmektedir. Yıldız (2009) yaptığı çalışmada nöbet tutanların nöbet tutmayanlara göre daha çok tükenmişliğe yakalandığını belirtmiştir.

Vardiyalı çalışma saatlerinin yaşam düzenini bozduğu, uykusuzluğa neden olduğu ve fiziksel olarak zorlayıcı olduğu söylenmektedir. Çalışmamızda 12 saatlik vardiya ile çalışanların duygusal tükenmişliklerinin daha az olduğu görülmektedir (Tablo 41-42).

Mesleği isteyerek seçmek, çalışma yaşamında motive olmayı ve iş doyumunu da beraberinde getirmektedir. Stres ve tükenmişliği yaşamak açısından sevdiği işi yapan çalışanların bu durumla baş edebilmeleri daha kolay olmaktadır (Turgut 2014). Çalışmamızda mesleği isteyerek seçen çalışanların duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarısızlık ve tükenmişliği, mesleği istemeden tercih edenlerden daha düşük şiddette yaşadıkları görülmektedir (Tablo 43). Araştırma sonuçlarını destekleyen çalışmalar vardır (Kırılmaz ve ark 2003, Taycan ve ark 2006, Tekin, Yakın 2014, Kaba 2012).

Aynı mesleği tekrar seçerdim diyen ambulans çalışanlarının duygusal tükenme ( $p=0,000$ ), duyarsızlaşma ( $p=0,002$ ) ve kişisel başarıda azalma ( $p=0,048$ ) ve tükenmişlik düzeylerinin diğer ambulans çalışanlarından düşük olduğu görülmektedir (Tablo 44-45-46). Kaba'nın (2012) çalışmasında da mesleğinden memnun olmayan katılımcıların daha fazla duygusal tükenme ve kişisel başarıda azalma hissi yaşadıkları değerlendirilmiştir. Sayıl ve arkadaşları (1997) "mesleğe devam etme isteğini" "meslekten memnuniyet" olarak değerlendirdikleri araştırmada, meslekten memnuniyeti az olanlarda duygusal tükenmenin daha fazla yaşandığını bildirmektedirler. Çalışma sonuçları birbirlerini destekler niteliktedir.

Katılımcılar eğer iş yerlerinde bir takım memnuniyetsizlikler yaşıyorsa mesleği değiştirmeyi düşünebilirler (Turgut 2014). Mesleği bırakmayı isteyen ambulans çalışanlarının tükenmişliklerinin diğerlerinden daha fazla olduğu (Tablo 47) ve tükenmişlik boyutları içinde de en çok duygusal tükenmişliklerinin fazla olduğu sonucuna varılmıştır (Tablo 48). Bu da ambulans çalışanlarının yaşadıkları tükenmişliği, görev yaptıkları birime veya sahip oldukları mesleğe bağladıklarını göstermektedir. Sonuç literatürle benzerlik göstermektedir

Verdiği emeğe karşılık fazla ödül verilen çalışan kendini oldukça şanslı hissederken, daha az ve ya hiç ödül alamayan çalışanlar ise kendilerini örgüt içerisinde değersiz hissetmeye başlar. Bu sebeplerden dolayı üst yönetim çalışanların yüksek performansını, başarı ve verimliliklerini tespit etmeli, bireyin hak ettiği maddi ve manevi uygun ödüllendirmeyi sağlamalıdır. Gerekli ödüllendirme yapılmadığı takdirde çalışanlarda motivasyon eksikliği, stres, iş doyumsuzluğu, değersizlik ve tükenmişlik görülebilir (Günay, 2016). Araştırmamızda ise takdir ve teşekkür belgesi almanın tükenmişlik üzerinde etkisi belirlenmemiştir (Tablo 49).

#### 7.4. AMBULANS ÇALIŞANLARININ ANKSİYETE - DEPRESYON DÜZEYİNİN YORUMLANMASI

Acil sağlık hizmetlerinde çalışanlarda, yoğun iş yükü, ağır ve ölümcül hastalara bakım verme, hızlı karar verme ve hızlı hareket etme zorunluluğu, gerektiğinde hasta ve yakınlarına duygusal destek vermek zorunda kalınması ve hastalardan çeşitli hastalıkların bulaşma riski gibi nedenler işle ilgili stres ve gerginliğe yol açmaktadır. Bunun yanında personel ve malzeme yetersizliği, hizmetin dengesiz dağılımı gibi nedenler de çalışanlarda gerginlik yaratmaktadır. İşe bağlı gerginlik ve stres kişide depresyon, anksiyete, çaresizlik duyguları gibi ruhsal ve baş ağrısı, kaslarda gerginlik, uykusuzluk, dikkat eksikliği gibi fizyolojik etkilere yol açmaktadır (Tokuç ve ark. 2011).

Depresyon birçok meslekte olduğu gibi sağlık çalışanlarında da görülmektedir. Vardiyalı çalışanlar, uyku ve uyanıklık arasında sürekli değişim yaşadıklarından ve tek vardiya çalışanlara kıyasla sosyal yaşamlarındaki değişiklikten kaynaklanan pek çok ruhsal ve fiziksel problemle karşı karşıya gelmektedirler. Kişiler yaşadıkları fiziksel ve sosyal sorunların dışında psikiyatrik problemlerle de yüz yüze kalmaktadırlar. Depresyon ve anksiyete bozuklukları yaşayan kişiler aynı zamanda uykusuzluğun getirmiş olduğu bellek ve konsantrasyon bozuklukları da tecrübe edinebilirler (Selvi ve ark. 2010). Fethiye örneklemindeki ambulans çalışanlarının %25,8 (n=23)'inin anksiyete riski altında ve %47,2 (n=42) depresyon riski altında olarak belirlenmiştir (Tablo 51). Çalışmamızda ambulans çalışanlarının anksiyete düzeylerinin 21 puan üzerinden 8,26 (Min-Mak:0-17), depresyon düzeylerinin 21 puan üzerinden 7,17 (Min-Mak: 0-15) olarak bulunmuştur (Tablo 50). Edirne örnekleminde yapılan bir diğer çalışmada ise (Tokuç ve ark 2011) ambulans çalışanlarının yaklaşık 1/5'inde anksiyete riski, yaklaşık 1/3'ünde depresyon riski saptanmıştır. Bennet ve ark. (2004) aynı ölçeği kullanarak İngiltere'de ambulans çalışanlarında yaptığı çalışmada anksiyete riskini benzer şekilde (%22) bulmuş ancak depresyon riskini bu çalışmaya göre daha düşük (%10) bulmuştur. Streud ve ark. (2006) Norveç'te ambulans personeline yaptığı çalışmada ise hem anksiyete hem de depresyon riskini bu çalışmaya göre daha düşük bulmuştur (sırasıyla %11 ve %7.2) (12). Bennet ve Sterud'un sonuçlarının bu çalışmanın sonuçlarından farklı olmasının nedenleri çalışma gruplarının daha geniş olması ve HADÖ kesme noktalarının hem anksiyete hem de depresyon için 11 olarak alınması olabilir.

Ambulans dışı sağlık personelleri ile yapılan çalışmalarda; Demiral ve arkadaşları (2006), üniversite hastanesinde çalışan hekimlerde depresyon sıklığı %27,4, anksiyete sıklığı %19,0 olarak bulunmuştur. Bu bulgular sağlık çalışanlarının anksiyete ve depresyon açısından riskli olduklarını göstermektedir. Çalışmamızdan elde edilen sonuçlar da bu bulguyu desteklemektedir. Sağlık çalışanlarında yüksek düzeyde depresyon ve anksiyete olmasının nedenlerinin belirlenmesi, koruma ve önleme politikalarının geliştirilmesinde yönlendirici olabilir.

Depresyon ve anksiyetenin etiyolojisini açıklamaya yönelik çalışmalarda tek bir risk etkeni sorumlu tutulmamakta, genetik yapı, çevreyle olumsuz etkileşim ve bunun zamanlaması önemli bulunmaktadır (Ertuğrul 2010). Çalışmamızdaki üçüncü sorusu doğrultusunda “katılımcıların kişisel özellikleri ile anksiyete - depresyon düzeyleri arasında ilişki var mıdır?”. Bu soruyu cevaplamak amacıyla Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği ve alt ölçek puanları ambulans çalışanlarının kişisel özelliklerine göre karşılaştırılmıştır.

Araştırmamızda kadın ve erkek ambulans çalışanlarının anksiyete düzeyleri arasında ( $p=0,000$ ) anlamlı bir fark belirlenirken depresyon düzeyleri arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (Tablo 52). Kadınların anksiyete düzeyleri erkeklerden daha fazla olarak değerlendirilmiştir. Bu durum kadınların genel kaygı düzeylerinin erkeklerden daha yüksek olması ve kadınların erkeklerden daha fazla duygularına odaklanmaları ile açıklanabilir. Tokuç ve arkadaşlarının (2011) Edirne ilinde görev yapan ambulans çalışanları ile yaptığı çalışmada ise kadın ve erkeklerin anksiyete ve depresyon düzeyleri arasında farklılık belirlenmemiştir. İki çalışmanın sonuçları birbirlerinden farklı olarak değerlendirilmiştir.

Literatürde hemşirelerle yapılan çalışmalar incelendiğinde, anksiyete ve depresif belirtiler ile yaş arasında fikir birliği olmadığı, bazı çalışmalarda anksiyete ve depresif belirtilerin yaştan etkilendiği (Saygın ve ark 2011, Demiral ve ark 2006), bazı çalışmalarda ise etkilenmediği (Akyüz 2015, Özgür ve ark 2008, Kızılırmak ve Demir 2016) bildirilmiştir. Çalışmamızda da yaş grubu değişkeni ambulans çalışanlarının anksiyete ve depresyon düzeylerini etkilememiştir (Tablo 53). Bu sonuçlardan farklı olarak çalışmada anksiyete (11,00) ve depresyon düzeylerinin (10,50) en çok 51 yaş ve üzeri grupta olduğu görülmektedir. Literatürde anksiyetenin ileri yaş gruplarındaki çalışanlarda daha alt yaş gruplarında çalışanlara göre daha yüksek düzeyde olduğu bildirilmektedir. Ankara’da yapılan bir araştırmada, 46 ve üzeri yaş grubunda olan hemşirelerin anksiyete puan ortalamaları yaş grubu daha

genç olan hemşirelerin anksiyete puan ortalamalarına göre yüksek olduğu sonucu bulunmuştur (Görgülü 1998). Çalışanların yaşları arttıkça anksiyete düzeyleri de yükselmektedir. Bu durum çalışma yaşamında çalışırken karşılaşılan olumsuzlukların çalışma süresi ile ve dolayısıyla yaşla birlikte artması ile açıklanabilir.

Yapılan çalışmalarda, medeni durum ile ilgili farklı sonuçlar olduğu görülmektedir. Bazı çalışmalarda, medeni durum ile anksiyete ve depresif belirti düzeyi arasında ilişki olduğu (Altıntoprak ve ark. 2008, Kızılırmak ve Demir 2016), bazı çalışmalarda ise böyle bir ilişki söz konusu olmadığı (Akyüz 2015, Özgür ve ark. 2008, Gökçen ve ark. 2013, Tokuç ve ark. 2011, Saygın ve ark. 2011) bildirilmiştir. Çalışmamızda ambulans çalışanlarının medeni durumları anksiyete ve depresyon düzeylerinin de farklılık oluşturmamıştır (Tablo 54).

Yapılan bazı çalışmalarda, çocuk sahibi olma ile depresif belirti durumu arasında ilişki saptanırken (Özgür ve ark. 2008.), bazı çalışmalarda çocuk sahibi olma ile depresif belirti durumu arasında ilişki saptanmamıştır (Akyüz 2015, Başpınar ve ark. 2016). Saygın ve arkadaşları (2011) çocuğu olmayanlarda çocuğu olanlara göre, anksiyete düzeyleri anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Çalışmamızda ise çocuk sahibi olan ve olmayan ambulans çalışanlarının anksiyete ve depresyon düzeyleri arasında farklılık belirlenmemiştir (Tablo 55). Araştırmamız sonuçları Akyüz ve arkadaşlarının bildirimleri ile uyumlu, diğer araştırma sonuçlarından farklı olarak değerlendirilmiştir.

Yapılan bir çalışmada orta ve üstü ekonomik algının, sağlık çalışanlarında psikolojik, sosyal ve çevre alanlarında yaşam kalitesini arttırıcı bir değişken olduğu saptanmıştır (Aras ve Uskun 2015). Ekonomik durumun günlük yaşamın çoğu alanında hemşirelere kolaylık, imkan ve duygusal destek sağlayabileceği göz önüne alındığında, gelir düzeyini algılama biçimlerinin anksiyete ve depresyon düzeyleri üzerinde etkili olması beklenen bir sonuçtur. Araştırmamızda gelir düzeyini algılama biçimleri ambulans çalışanlarının anksiyete ve depresyon düzeylerini etkilememiştir (Tablo 56).

Hegney ve arkadaşları (2014) hastanede çalışan hemşirelerde ön lisans mezunu hemşirelerin lisans mezunu hemşirelere göre daha fazla anksiyete ve depresif belirtiler yaşadıklarını bildirmelerine karşın, eğitim düzeyi ile anksiyete ve depresif belirtiler ile bir ilişki saptamamışlardır. Benzer şekilde yapılan diğer çalışmalarda da, mezun olunan okul ile anksiyete ve depresif belirtiler arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (Özgür ve ark. 2008, Yılmaz 2006). Çalışmamızda da eğitim düzeyi



farklılığı ambulans çalışanlarının anksiyete ve depresyon düzeylerini etkilememiştir (Tablo 57).

Kişinin sağlığı ile yaptığı iş arasında sürekli aktif bir ilişki vardır. Çalışmak kişiyi fiziksel ve ruhsal yönden sağlıklı bir konuma getirmekte ve fiziki ve ruhsal yönünü geliştirmektedir. Ancak çalışma ortamındaki olumsuz faktörler fiziki ve ruhsal durumu olumsuz etkileyebilmektedir (Saygın ve ark-2011) Sağlık personelinin mesleki zorlukları anksiyeteyi artırıcı etmenler arasında yer aldığı düşünülmektedir. Meslek/iş farklılığının anksiyete düzeyleri üzerinde etkili olurken ( $p=0,001$ ) ve depresyon düzeyi üzerinde etkisi görülmemiştir (Tablo 58). Anksiyete düzeyindeki farklılık şoför olarak çalışanların anksiyete düzeylerinin daha düşük olmasından kaynaklanmaktadır (Tablo 59). Şoför kadrosunda çalışan ambulans görevlileri diğer ekip elamanlarına göre daha az mesleki zorluk yaşamaktadırlar. Şoförlerin tıbbi açıdan herhangi bir sorumluluğunun olmaması anksiyetelerinin düşük olmasında etkili olmuş olabilir.

Literatür incelendiğinde, çalışma yılının artmasına bağlı olarak hemşirelerin ruhsal durumlarının olumsuz etkilendiği bildirilmiştir (Muşlu ve ark. 2012, Taycan ve ark. 2006). Araştırmamızda 112 ASHİ'deki çalışma yılı anksiyete düzeyleri üzerinde etkili olurken ( $p=0,012$ ) depresyon düzeyi üzerinde etkisi görülmemiştir (Tablo 60). Çalışmamızda anksiyete düzeyi en fazla olan grup 6 ile 15 yıl süredir çalışanlar olarak belirlenmiş ve bu grup içinde yer alan ambulans çalışanlarının daha az (5 yıl ve daha az) süre çalışanlar ve daha fazla (16-20 yıl) süre çalışanlara göre daha fazla anksiyeteye sahip olmasından kaynaklandığı görülmektedir (Tablo 61). Özgür ve ark.'nın (2008) hemşireler üzerinde yaptıkları çalışmada, mesleki çalışma yılının artması ile ruhsal belirti düzeylerinin azaldığı belirlenmiştir.

Aylık çalışma saati fazlası tutulan nöbet sayıları anksiyete ve depresyon düzeyini etkilememiştir (Tablo 62). Fakat hiç fazla nöbet tutmayan ve 5 den fazla nöbet tutan ambulans çalışanlarının hem anksiyete hem de depresyon puanlarının diğerlerinden daha yüksek olduğu görülmektedir. Çeler ve arkadaşları (2015) yaptıkları çalışmada tutulan fazla nöbet sayısının depresyona neden olmadığını bildirmektedir. Buna karşın uzun çalışma saatleri ve nöbet sayısındaki fazlalığın depresyon ile ilişkili olduğunu bildiren çalışmalar da vardır (Özyurt ve ark. 2006).

Genellikle vardiya/gece çalışması sonrasında anksiyete düzeylerinin yüksek olması beklenir (Bıçakcıefe 2010). Vardiyalı çalışanlar, uyku ve uyanıklık arasında sürekli değişim yaşadıklarından ve tek vardiya çalışanlara kıyasla sosyal

yaşamlarındaki değişiklikten kaynaklanan pek çok ruhsal ve fiziksel problemle karşı karşıya gelmektedirler (Selvi ve ark. 2010). Depresyon birçok meslekte olduğu gibi sağlık çalışanlarında da görülmektedir. Depresyon ve aksiyete bozuklukları yaşayan kişiler aynı zamanda uykusuzluğun getirmiş olduğu bellek ve konsantrasyon bozuklukları da tecrübe edinebilirler (Yılmaz 2014). Araştırmamızda 12 saatlik vardiya ile çalışanların anksiyete düzeylerinin diğerlerinden daha düşük olduğu ( $p=0,005$ ) buna karşılık depresyon düzeyinin etkilenmediği görülmektedir (Tablo 63-64).

Mesleğin istenerek seçilmesi; şartların yetersizliği ya da iş yükü fazlalığı gibi bir dizi olumsuz stres faktörlerine rağmen işte devamlılık ve motivasyonun en temel besleyicisidir (Çeler ve ark. 2015). Mesleğini istemeden tercih eden ambulans çalışanlarının hem anksiyete hem de depresyon puanları daha yüksektir fakat mesleği seçme şekli ambulans çalışanlarının anksiyete – depresyon düzeylerin de farklılık oluşturmamıştır (Tablo 65). Yapılan çalışmalarda, mesleki memnuniyetin anksiyete ve depresif belirti düzeyini etkilediği bildirilmiştir (Muşlu ve ark. 2012, Taycan ve ark. 2006). Yılmaz ve ark. (2006) yaptıkları çalışmada, memnuniyet durumu ile ruhsal belirti düzeyleri arasında anlamlı bir fark saptamamışlardır. Bulgularımızın literatürle uyumlu olduğu söylenebilir. Mesleği seçmedeki isteklilik iş yaşamından memnun olma durumu ile uyumluluk göstermektedir. Aynı mesleği tekrar seçebileceğini belirten ambulans çalışanlarının anksiyete ( $p=0,001$ ) ve depresyon ( $p=0,000$ ) düzeyleri diğerlerinden daha düşük olarak belirlenmiştir (Tablo 66-67). Yine bu bulgulara paralel olarak mesleğini bırakmayı düşünen ambulans çalışanlarının anksiyete ( $p=0,001$ ) ve depresyon ( $p=0,002$ ) düzeylerinin diğer ambulans çalışanlarından daha yüksek olduğu görülmektedir (Tablo 68-69). Aynı mesleğini tekrar seçebileceğini belirten ambulans çalışanlarının anksiyete ve depresyon düzeyleri düşük olarak belirlenmişken mesleğini bırakmak isteyenlerin anksiyete ve depresyon düzeyleri yüksek olarak değerlendirilmiştir. Diğer yandan mesleği isteyerek tercih eden ve etmeyen ambulans çalışanlarının anksiyete ve depresyon düzeyleri arasında farklılık belirlenmemiştir.

Gerekli ödüllendirme yapılmadığı takdirde çalışanlarda motivasyon eksikliği, stres, iş doyumsuzluğu, değersizlik ve tükenmişlik görülebilir (Günay 2016). Bu nedenle ödüllendirme yapılan ve yapılmayan ambulans çalışanlarının anksiyete ve depresyon düzeylerinin farklı olması beklenmektedir. Fakat araştırmamızda takdir / teşekkür belgesi alan ve almayan çalışanların anksiyete ve depresyon düzeyleri

arasında önemli bir farklılık belirlenmemiştir (Tablo 70). Bu sonuç beklentileri karşılamamıştır.

## **7.5. AMBULANS ÇALIŞANLARINDA İŞ DOYUMU, TÜKENMİŞLİK, DEPRESYON, ANKSİYETE İLİŞKİSİNİN YORUMLANMASI**

Sağlık çalışanlarının diğer mesleklerde olduğu gibi yaşadıkları problemler kişilerin yaşamlarını olumsuz etkilemektedir. Özellikle hastalarla yüz yüze çalışan kişiler zaman zaman tükenmişlik, depresyon ve iş doyumsuzluğu yaşamaktadırlar. Uygun olmayan çalışma şartları, kişisel beklentilerin gerçekleşmemesi, bireysel yatkınlıklar, günlük yaşamlarına ve yakınlarına zaman ayıramama gibi faktörler sonucunda çalışan kişi fiziksel veya ruhsal tepkiler vermeye başlar. Sağlık çalışanlarının özel ya da kamu hastanelerinde tükenmişliğe bağlı olarak yaşadığı depresyon veya iş doyumsuzluğuna bağlı olarak gelişen tükenmişlik ve depresyon belirtileri son yıllarda oldukça hızlanmıştır. Tükenmişlik, depresyon ve iş doyumsuzluğu sonucunda yaşam kalitesinde düşüşler yaşayan kişiler, işlerine karşı olumsuz tutumlar sergileyebilmektedirler (Yılmaz 2014).

### **7.5.1. Ambulans Çalışanlarının İş Doymu ve Tükenmişlik İlişkisinin Yorumlanması**

Tükenmişlikle iş doymu arasındaki ilişki kesin sınırlarla birbirinden ayrılamamaktadır. Bir kişinin işinden hoşnutsuzluğu tükenmişliğin sonucudur ve iş üzerinde odaklanmıştır. Araştırmamızda “duygusal tükenme” ve “Duyarsızlaşma” ile iş doymu, içsel doym ve dışsal doym arasında negatif yönde orta şiddette ( $p<0.01$ ) anlamlı ilişkiler vardır (Tablo 71). Yani ambulans çalışanlarının duygusal tükenmeleri ve duyarsızlaşmaları arttıkça genel iş doymu, içsel doym ve dışsal doymuları azalmaktadır. Buna karşın “kişisel başarıda azalma” hissi ile iş doymu ve içsel doym arasında negatif yönde zayıf şiddette ( $p<0.01$ ) ilişkiler vardır. Yani kişisel başarıda azalma duygusu arttıkça iş doymu ve içsel doym azalmaktadır. Kişisel başarıda azalma duygusu dışsal doymu etkilememiştir. Ölçek puanları arasındaki korelasyonlar, duygusal tükenme, duyarsızlaşma, kişisel başarıda azalma ve iş doymundaki düşüş duygularının sıklıkla bir arada yaşandığını düşündürmektedir.

İş doyumu ve tükenmişlik arasında var olan ilişki hemşirelerle yapılan çalışmalarda sınırlı sayıda bulunmaktadır. Araştırmaların çoğunda duygusal tükenme ile iş doyumu arasında negatif bir ilişki bulunmuştur. Ülkemizde acil servis çalışanlarıyla yapılan kapsamlı bir çalışmada ise bu bilgi doğrulanmıştır. Bu çalışmada elde edilen bilgiler arasında duygusal tükenme ve duyarsızlaşma arttıkça iş doyumunun azaldığı, kişisel başarı arttıkça iş doyumunun da arttığı bulunmuştur (Kavlu ve Pınar, 2009). Atlandı (2010), ise çağrı merkezinde müşteri temsilcilerinin tükenmişlik düzeyleri ile iş doyumları arasında negatif yönlü anlamlı bir ilişki bulmuştur. Yani tükenmişlikleri ile tükenmişlik alt boyutları düştükçe iş doyumlarının arttığı gözlemlenmiştir. Araştırmamız sonuçları literatür bilgi ile uyumlu olarak değerlendirilmiştir.

#### **7.5.2. Ambulans Çalışanlarının İş Doymu ve Anksiyete-Depresyon İlişkisinin Yorumlanması**

Ambulans çalışanlarında anksiyete düzeyleri ile iş doymu, içsel doyum ve dışsal doyum arasında negatif yönde zayıf şiddette ( $p<0.01$ ); depresyon düzeyi ile iş doymu, içsel doyum ve dışsal doyum arasında negatif yönde orta şiddette ( $p<0.01$ ) bir ilişki vardır (Tablo 72). Yani anksiyete ve depresyon arttıkça iş doyumunun, içsel doyum ve dışsal doyumun azaldığı gözlemlenmiştir.

Ölçek puanları arasındaki korelasyonlar, anksiyete ve depresyon ile iş doyumundaki düşüş duygularının sıklıkla bir arada yaşandığını düşündürmektedir.

#### **7.5.3. Ambulans Çalışanlarının Tükenmişlik ve Anksiyete- Depresyon İlişkisinin Yorumlanması**

Çalışan birey yoğun iş yükü, adaletsiz muamele, emeğinin karşılığını alamama gibi birçok olumsuz faktöre maruz kalabilir. Bunun sonucu olarak tükenmişlik yaşamaya daha yatkın hale gelebilir. Yapılan araştırmalarda tükenmişliğin sonuçları bireyin hayatını fazlasıyla etkilemektedir. Birey ciddi fiziksel ve zihinsel sorunların yanında psikolojik problemlerle de karşı karşıya kalmaktadır. Bu problemler arasında psikosomatik rahatsızlıklar, depresif belirtilerde artış, konsantrasyon eksikliği ve uykusuzluk yer alır. Günümüze kadar yapılan çalışmalarda depresyonun sağlık çalışanlarında topluma göre daha sık görüldüğü açıklanmıştır. Bazı bilim adamları

depresyonla tükenmişlik arasında anlamlı bir ilişki olduğunu ileri sürerken bazıları tükenmişlik ve depresyonun birbirinden farklı iki klinik görünüm olduğunu ileri sürmüşlerdir (Çimen ve Aydın 2006). Fransa’da yapılan bir araştırmada 1200 sağlık çalışanı arasında kadınların %6.5’inde, erkeklerin %9.4’ünde depresyon ve tükenmişliğin birlikte görüldüğü bulunmuştur (Kavlu ve Pınar 2009). Ülkemizde askeriyede görev yapan hemşirelerin tükenmişlik ve depresyonları arasındaki ilişkiyi araştıran bir çalışmada depresyon ve tükenmişlik arasında kuvvetli bir bağın var olduğu, fakat her ikisinin de farklı klinik görüntülerinin olduğu diğer çalışmaları desteklemektedir. Tükenmiş çalışan umudunu kaybetmeye başlarken depresif belirtilerinde artış yaşamaktadır (Bakir ve ark. 2010).

Çalışmamızda anksiyete ve depresyon ile duygusal tükenme ve duyarsızlaşma arasında pozitif yönde orta şiddette ( $p<0.01$ ), anlamlı ilişkiler vardır. Yani anksiyete ve depresyon düzeyleri arttıkça duygusal tükenme ve duyarsızlaşma düzeyleri de artmaktadır. Depresyon ve anksiyete düzeyi ile kişisel başarıda azalma arasında anlamlı bir ilişki belirlenmemiştir (Tablo 73).

## 8.SONUÇ ve ÖNERİLER

Çalışmaya katılanların %57,3'ünün kadın olduğu, %48,3'ünün 30 yaş ve altında olduğu, %69,7'sinin evli olduğu, %66,2'sinin çocuğu olduğu, %50,6'sının gelir düzeyinin kısmen yeterli olduğu, %43,8'sinin ön lisans mezunu olduğu, %48,3'ünün Acil Tıp Teknisyeni olduğu, %50,6'sının çalışma yılının 6-10 yıl olduğu, %38,2'sinin aylık çalışma saati dışında nöbet tutmadığı, %65,2'sinin çalışma biçiminin 24 saat olduğu, %80,9'unun mesleği isteyerek seçtiği, %31,5'sinin aynı mesleği seçme durumunda kararsız olduğu, %41,6'sının mesleği bırakmayı istediği, %67,4'ünün takdir/teşekkür almadığı görülmektedir.

Ambulans çalışanlarının genel doyumunu ve içsel doyumunun yüksek, dışsal doyumunun düşük olduğu belirlenmiştir. Çalışanlarının %11,2'sinin düşük seviyede, %65,2'sinin orta seviyede ve %23,6'sının yüksek seviyede iş doyumuna sahip olduğu görülmektedir.

Ambulans çalışanlarının gelir düzeyini algılama düzeyi iyileştikçe iş doyumunu da artmaktadır. Gelir düzeyini yeterli algılayan çalışanların genel doyumunun kısmen yeterli algılayan ve yetersiz algılayan çalışanlardan daha yüksek olduğu görülmüştür. Gelir düzeyini yeterli bulan çalışanların dışsal doyumunun kısmen yeterli bulan çalışanlar ve yetersiz bulan çalışanlardan daha yüksek, ayrıca gelir düzeyini kısmen yeterli bulan çalışanların da gelir düzeyini yetersiz bulan çalışanlardan daha yüksek dışsal doyuma sahip olduğu belirlenmiştir. Gelir düzeyini yeterli olarak algılayan ambulans çalışanlarının gelir düzeyini kısmen yeterli ve yetersiz olarak değerlendiren çalışanlardan daha yüksek içsel doyumlarının olduğu belirlenmiştir.

Ambulans çalışanlarının 112 ASHİ'deki çalışma yıllarının genel doyum düzeylerini etkilediği ve 5 yıl ve daha az süredir çalışanların diğerlerine göre daha yüksek içsel doyuma sahip olduğu belirlenmiştir. 5 yıl ve daha az süredir çalışanların dışsal doyumunun 6-10 yıl çalışanlardan ve 11-15 yıl çalışanlardan daha yüksek olduğu görülmekte. Benzer şekilde 16 yıl ve daha fazla süredir çalışanların 6-10 yıl çalışanlardan ve 11-15 yıl çalışanlardan daha yüksek doyuma sahip oldukları

görülmektedir. Genel iş doyumunda ise 5 yıl ve daha az süredir çalışanların 6-10 yıl çalışanlardan ve 11-15 yıl çalışanlardan daha yüksek doyuma sahip oldukları görülmektedir. Benzer şekilde 16 yıl ve daha fazla süredir çalışanların 6-10 yıl çalışanlardan ve 11-15 yıl çalışanlardan daha yüksek doyuma sahip oldukları görülmektedir.

Aylık çalışma saati fazlası tutulan nöbet sayısı arttıkça, personelin dışsal doyumunun azaldığı görülmüştür.

Ambulans çalışanlarında mesleğini isteyerek seçen katılımcıların içsel doyumunun meslek tercihini istemeden yapanlara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Ambulans çalışanlarında aynı mesleği tekrar seçerim diyenlerin içsel doyum düzeyleri daha yüksek bulunmuştur. Mesleği bırakmayı isteyen çalışanların diğer gruplara göre daha düşük içsel doyum, dışsal doyum ve genel iş doyumuna düzeyine sahip oldukları belirlenmiştir.

Ambulans çalışanlarının duygusal tükenme şiddetinin düşük, duyarsızlaşma şiddetinin çok düşük ve kişisel başarılarında azalma duygusunun oldukça düşük olduğu görülmüştür.

Çalışmamızda kadınların duygusal tükenmişliklerinin erkeklerden daha fazla olduğu belirlenmiştir.

Çalışmamızda şoför olarak çalışanların duygusal tükenmişlik düzeyinin ATT, paramedik ve hemşire unvanına sahip ambulans çalışanlarından daha az olduğu belirlenmiştir. Şoför olarak çalışanların duyarsızlaşma düzeylerinin ATT ve paramedik unvanına sahip ambulans çalışanlarından daha az olduğu ve kişisel başarısızlık alt boyutunda da şoför olarak çalışanların kişisel başarıda azalma düzeylerinin ATT paramedik ve doktor unvanına sahip ambulans çalışanlarından daha az olduğu belirlenmiştir.

112 ASHİ'de 5 yıl ve daha az süredir çalışanların duygusal tükenmişlik düzeylerinin 11-15 yıl çalışanlardan daha az, 6-10 yıldır çalışanların duyarsızlaşma düzeylerinin 16 yıl ve üzeri çalışanlardan daha az olduğu belirlenmiştir.

Araştırmamızda çalışma biçimi farklılığı ile duygusal tükenmişlik düzeylerinin arasında anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir. 12 saatlik vardiya ile çalışanların duygusal tükenmişlik düzeylerinin gündüz mesai ve 24 saat nöbet usulü çalışanlardan daha az olduğu belirlenmiştir.

Ambulans çalışanlarında meslek tercihini istemeden yapanların meslek tercihini isteyerek yapanlara göre daha yüksek tükenmişlik gösterdikleri belirlenmiştir. Aynı mesleği tekrar seçmeyi isteyen çalışanların genel tükenmişlik ve duygusal tükenmişlik düzeyleri aynı mesleği seçme konusunda kararsız olan ve seçmeyi istemeyen çalışanlardan daha az olduğu belirlenmiştir. Aynı mesleği tekrar seçmeyi isteyen çalışanların duyarsızlaşma ve kişisel başarıda azalma düzeylerinin aynı mesleği seçme konusunda kararsız olan ve seçmeyi istemeyen çalışanlardan daha düşük olduğu belirlenmiştir.

Araştırmamızda mesleği bırakmayı isteyen çalışanların genel tükenmişlik ve duygusal tükenmişlik düzeyleri mesleği bırakma konusunda kararsız olan ve mesleği bırakmayı istemeyen çalışanlara göre daha fazla olduğu belirlenmiştir.

Ambulans çalışanlarının %25,8'inin anksiyete riski altında, %47,2'sinin depresyon riski altında olduğu belirlenmiştir. Kadınların anksiyete düzeyleri erkeklerden daha fazla olarak değerlendirilmiştir.

Araştırmamızda meslek/iş farklılığı olan ambulans çalışanlarının anksiyete düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık görülmüş ve şoför unvanı ile çalışanların anksiyete düzeylerinin ATT, Paramedik ve hemşire unvanına sahip ambulans çalışanlarından daha az olduğu belirlenmiştir.

Araştırmamızda 5 yıl ve daha az süredir ambulanda çalışanların anksiyete düzeylerinin 6-10 yıl çalışanlar ile 11-15 yıl çalışanlardan ve 16-20 yıl çalışanların 6-10 yıl çalışanlar ile 11-15 yıl çalışanlardan daha az olduğu belirlenmiştir. 12 saatlik vardiya ile çalışanların anksiyete düzeylerinin gündüz mesai ve 24 saat nöbet usulü ile çalışanlardan daha az olduğu belirlenmiştir.

Çalışmamızda aynı mesleği tekrar seçmeyi isteyen çalışanların anksiyete ve depresyon düzeylerinin mesleği seçme konusunda kararsız olan ve aynı mesleği seçmeyi istemeyen ambulans çalışanlarından düşük olduğu görülmüştür.

Ambulans çalışanlarından mesleği bırakmayı istemeyenlerin anksiyete ve depresyon düzeylerinin mesleği bırakmayı isteyenlerden ve mesleği bırakma konusunda kararsız olanlardan düşük olduğu görülmüştür.

Çalışmamızda tükenmenin “duygusal tükenme” ve “Duyarsızlaşma” alt boyutları ile iş doyumunun “içsel doyum, dışsal doyum ve genel iş doyum” alt boyutları arasında negatif yönde orta şiddette anlamlı bir ilişki vardır. Buna bağlı olarak duygusal tükenme ve duyarsızlaşma puanları arttıkça içsel doyum, dışsal doyum ve genel doyum puanlarının azaldığı görülmektedir. Ayrıca “kişisel başarıda



azalma” alt boyutu ile genel iş doyumunu ve içsel doyum alt boyutu arasında negatif yönde zayıf şiddette anlamlı bir ilişki vardır. Kişisel başarıda azalma puanları arttıkça içsel doyum puanlarının azaldığı gözlemlenmiştir.

Çalışmamızda HAD ölçeği anksiyete alt boyutu ile içsel, dışsal ve genel doyum alt boyutları arasında negatif yönde zayıf şiddette anlamlı bir ilişki vardır. Anksiyete puanları arttıkça iş doyumunu alt boyutlarının puanlarının azaldığı görülmüştür. Ayrıca depresyon alt boyutu ile içsel, dışsal ve genel doyum alt boyutları arasında negatif yönde orta şiddette anlamlı bir ilişki vardır. Depresyon puanları arttıkça iş doyumunu alt boyutlarının puanlarının azaldığı görülmüştür

Araştırmamızda HAD ölçeği anksiyete alt boyutu ile duygusal tükenme ve duyarsızlaşma alt boyutları arasında pozitif yönde orta şiddette anlamlı bir ilişki vardır. Anksiyete puanları arttıkça duygusal tükenme ve duyarsızlaşma puanlarının arttığı görülmüştür. Ayrıca depresyon alt boyutu ile duygusal tükenme ve duyarsızlaşma alt boyutları arasında pozitif yönde orta şiddette; kişisel başarıda azalma alt boyutu ile pozitif yönde zayıf şiddette anlamlı bir ilişki vardır. Depresyon puanları arttıkça tükenmişlik puanlarının da arttığı görülmüştür.

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- Ambulans çalışanlarının çalışma koşullarında dışsal doyumlarını düşüren etmenlerin belirlenerek giderilmesine yönelik çalışmalar yapılabilir.
- Başarılı personelin kurum tarafından ödüllendirilmesi takdir/teşekkür belgesinden ziyade maaş ve döner sermayede artış şeklinde yapılabilir.
- Aylık çalışma saati üstünde tutulan fazla mesailer yönetime aktarılarak çözüm üretilmeye çalışılmalıdır.
- Ambulansta 5 yıl ve üzeri çalışan personellerde iş doyumunu düşüren ve anksiyete oranını artıran sebeplere yönelik çalışma yapılabilir.
- Acil sağlık hizmetlerinde çalışanların tüm meslek gruplarının çalışma biçimi 24 saat yerine 12 saat vardiya şeklinde düzenlenebilir.
- Mesleği isteyerek seçme ve mesleği bırakma isteği tükenmişlik, anksiyete ve depresyon düzeyini doğrudan etkilediği için hastane öncesi acil sağlık hizmetleri eğitimi veren okullarda konunun önemine ilişkin çalışmalar yapılabilir
- Ambulansta çalışan kadın personellerin kolayca ulaşılabilir aile çocuk vb. konularda destek alabilecekleri danışmanlık merkezleri müdürlükler bazında oluşturulabilir.

- Ambulans çalışanlarında depresyon riski yüksek bulunmuştur, bunun sebeplerine yönelik çalışma yapılabilir.
- Acil sağlık hizmetlerinin işlevselliğinin ve hizmet kalitesinin yükseltilmesinde önemli rol oynayacağı ve iş doyumuna katkı sağlayacağı için hizmet içi eğitim süreçlerine belli periyotlarla iletişim becerileri eğitimleri eklenerek daha etkili hale getirilebilir.



## 9.KAYNAKLAR

Aasa U., Brulin C., Angquist K. A. ve Bergkvist M. B. Work-related psychosocial factors, worry about work conditions and health complaints among female and male ambulance personnel. Scandinavian Journal of Caring Sciences. 2001, 19 (Suppl 3), s: 251-258.

Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik Resmî Gazete 15 Mart 2007 Sayı: 26463.

Akpınar A.T., Taş Y. Acil Servis Çalışanlarının Tükenmişlik ve İş Doyum Düzeyleri Arasında İlişkiyi Belirlemeye Yönelik Bir Araştırma, Türkiye Acil Tıp Dergisi,2011; 11(4), 161-165.

Aksoy N, Polat C, Akdeniz Bölgesindeki Bir İlde Üç Farklı Hastanenin Cerrahi Birimlerinde Çalışan Hemşirelerin İş Doyumu ve Etkileyen Faktörler, Hemşirelikte eğitim ve araştırma dergisi 2013;10 (2): 45-53.

Akyol, D.A., Hemodiyaliz Sağlık Çalışanlarının Hasta Bakım Uygulamaları ve İş Doyumlarının İncelenmesi, Nefroloji Hemşireliği Dergisi, cilt 3,sayı 2, 2006-2007, s 62-68.

Akyüz İ. Hemşirelerin Tükenmişlik ve Depresyon Düzeylerinin Çalışma Koşulları ve Demografik Özellikler Açısından İncelenmesi, İşletme ve İktisat Çalışmaları Dergisi Cilt 3, Sayı 1, 2015, ss.21-34.

Alexander D. A. ve Klein S. Ambulance personnel and critical incidents: Impact of accident and emergency work on mental health and emotional well-being. The British Journal of Psychiatry. 2001, 178(Suppl.1), s: 76-81.

Altay B. Gönener D., Demirkıran C. Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Tükenmişlik Düzeyleri ve Aile Desteğinin Etkisi, Fırat Tıp Dergisi, sayı 15(1): 2010, s:10-16.

Altıntoprak A.E, Karabilgin S, Çetin Ö, Kitapçioğlu G, Çelikkol A. Hemşirelerin iş ortamlarındaki stres kaynakları; depresyon, anksiyete ve yaşam kalitesi düzeyleri: yoğun bakım ve yataklı birimlerde hizmet veren hemşireler arasında yapılan bir karşılaştırma çalışması. Türkiye'de Psikiyatri Dizini; 2008;10(1):9-17.

Ambulanslar ve Acil Sağlık Araçları İle Ambulans Hizmetleri Yönetmeliği 07.12.2006. Sayı: 26369.

Aras D, Uskun E. Hemşirelerin çalışma ortamı riskleri ve yaşam kalitesi ile ilişkisi, Tıp Araştırmaları Dergisi 2015;13(2):62-69

Ardıç K., Polatçı S. Tükenmişlik Sendromu ve Madalyonun Öbür Yüzü: İşle Bütünleşme, Erciyes Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 32. Sayı, 2009, s: 21-46.

Arıkan F. Diyaliz hemşirelerinin işe bağlı stres, tükenmişlik ve doyum düzeylerinin incelenmesi. Afyon Kocatepe Üniversitesi: Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, (danışman: Prof. Dr. Ç. Gökçe), Afyon, 2004.

Armutçuk A. Denizli Devlet Hastanesinde Çalışmakta Olan Hekim Dışı Sağlık Personelinde Tükenmişlik Sendromu ve İlişkili Değişkenler, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Pamukkale Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Ö. Sevinç). Denizli, 2010.

Aslan H., Çoşkun S., Alpaslan N., Erdamar N., Berber B., Ünal N. Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesinde Çalışan Hemşirelerde Tükenme, İşe Bağlı Gerginlik, A Tipi Kişilik ve Mükemmellik, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi,2000; 25(3): 135-142.

Aslan S.H, Aslan R.O, Kesepera C. Kocaeli'nde bir grup sağlık çalışanında işe bağlı gerginlik, tukenme ve iş doyumunu. Toplum ve Hekim Dizini, 1997; 12(82):24-29.

Atan M ve Tekingundz S. Ambulans alışanlarının (112) Tukenmişlik, Algılanan İş Stresi Ve İş Tatminlerinin Kişisel zelliklere Göre İncelenmesi. NWSA-Social Sciences, 3C0121, sayı 9(3), 2014; 54-69.

Atlandı D. ağrı Merkezi alışanlarında Tukenmişlik Ve İş Doyumu Düzeylerinin İncelenmesi, Marmara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, (Danışman: Prof. Dr. P. Tınaz), 2010.

Ay S, Güngör N, zbaşaran F. Manisa il merkezi sağlık ocaklarında çalışan personelin sosyo-demografik özelliklerinin tukenmişlik düzeyleri üzerine etkisi. IX. Ulusal Halk Sağlığı Kongre Kitabı; 3-6 Kasım, Ankara; 2004.

Aydın M, Akan N. Mersin belediye sınırları içinde çalışan ebelerin mesleki doyumunu. Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, sayı 3(1), 2010;15-21.

Aydın R, Kutlu Y. Hemşirelerde iş doyumunu kişilerarası çatışma eğilimi ile ilgili değişkenler ve iş doyumunun çatışma eğilimi ile olan ilişkisini belirleme. C.. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2001; 5(2). 37-45

Ayraller A, Göksan Yavuz B, Bakım B, Karamustafalıoğlu O. Diyaliz nitesinde alışan Sağlık Ekibinde Tukenmişlik Sendromu. JAREM 2011; 1.sayı s: 52-6

Ayrancı , Yenilmez , Günay Y ve ark. Çeşitli sağlık kurumlarında ve sağlık meslek gruplarında şiddete uğrama sıklığı. Anadolu Psikiyatri Dergisi,2002, 3: s 147-154.

Ayten S. Denizli İlinde 112 Komuta Merkezine Yapılan Aramalar ve Acil Ambulans Hizmetlerinin Kullanımının Değerlendirilmesi, Pamukkale Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Uzmanlık Tezi, (Danışman: Prof. Dr. M. Serinken). Denizli, 2015.

Bakir, B., M, Ozcan, C., Cetin, M., Fedai, T. The association between burnout, and depressive symptoms in a Turkish military nurse sample. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni. Sayı 20(2), 2010, s:160-163.

Balkar Ö. E., İş Doyumu ve Sağlık Çalışanları, Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans tezi, (Danışman: Prof. Dr. M. F. Gezgin). İstanbul, 2017.

Batı S. Sağlık Bakanlığı'na Bağlı Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetlerinde Görev Yapan Personelin Hastalara Müdahalelerinin Hastane Öncesi Acil Tıbbi Bakım Yetişkin ve Çocuk Uygulama Kılavuzu Akış Şemalarına Uygunluğunun Değerlendirilmesi, Selçuk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. F. Kara). Konya, 2012.

Baykurt Ö, İş Doyumu ve Sağlık Çalışanları Manisa Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi Çalışanları Örneği, Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, (Danışman: Prof. Dr. M. F. Gezgin). İstanbul 2015.

Baran M. Hemşirelerde Öfke Düzeyinin İş Doyumuna Etkisi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, (Danışman: Prof. Dr. A. Okanlı), Erzurum, 2009.

Başpınar R, Cihan F, Kutlu R. Tıpta uzmanlık öğrencisi hekimlerde depresyon sıklığı ve etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi. Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Dergisi. 2016;7(25):1-9

Behlül S, Sağlık Çalışanlarında İş Doyumu ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi İstanbul İli Örneği, İstanbul Bilim Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Ç. Dikmen). İstanbul, 2015.

Bennett P, Williams Y, Page N, Hood K, Woollard M. Levels of mental health problems among UK emergency ambulance workers. Emergency Medicine Journal 2004; 21: 235-36.

Bıçakçıefe M, Çalışma Yaşamı ve Anksiyete, TAF Preventive Medicine Bulletin, 2010: 9 (4), s 367 374.

Bresnahan KA, Fowler J. Emergency medical care in Turkey: Current status and future directions. Ann Emerg Med, 1995; 26: 1995, s: 357-360.

Ceylan A. Çalışan Kadınların Tükenmişlik Düzeylerinin Belirlenmesi Edirne Örneği, Trakya Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Projesi, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. S. Bilir Güler). Edirne, 2013.

Ciğerci Y. Afyon Bölgesinde Çeşitli Sağlık Kuruluşlarında Çalışmakta Olan Cerrahi Hemşirelerinin İş Doyum Düzeylerinin ve Bunları Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi, Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. G. Akbulut), Afyon, 2004.

Cüceloğlu D. İnsan ve Davranışı. Psikolojinin Temel Kavramları. İstanbul: Remzi

Kitabevi,1994, s 312.

Çağlıyan Y. Tükenmişlik Sendromu ve İş Doyumuna Etkisi (Devlet ve Vakıf Üniversitelerindeki Akademisyenlere Yönelik Alan Araştırması, Kocaeli Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, (Danışman: Doç. Dr. M. F. Güner), Kocaeli, 2007.

Çalışkan S, Hemşirelerde İş Doyumu ve Bunu Etkileyen Faktörlerin belirlenmesi, Türk Hava Kurumu Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, (Danışman: Prof. Dr. A. Mavili Aktaş). Ankara, 2014.

Çam O, Akgün E, Babacan GA, Bilge A, Keskin GÜ. Bir ruh sağlığı ve hastalıkları hastanesinde çalışan hekim ve hemşirelerin klinik ortamlarını değerlendirmeleri ile iş doyumları arasındaki ilişkinin incelenmesi. Anadolu Psikiyatri Dergisi. 2005; 6: 213- 220

Çelebi B, Çalışanlarda Tükenmişlik ve İş Doyumu (Alanya Devlet Hastanesi Hemşireleri Örneği), Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, (Danışman: Prof. Dr. M. F. Gezgin). İstanbul, 2014.

Çeler A, Kara İ.H, Baltacı D, Çeler H, Tıp Fakültesi'ndeki Araştırma Görevlilerinde Depresyon Düzeyinin İş Doyumu ile İlişkinin İncelenmesi, Konuralp Tıp Dergisi 2015;7(3):125-133.

Çelik P. İş Görenlerin Motivasyon Düzeyleri ve İş Tatmini, Akdeniz Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek lisans Tezi, (Danışman: Yrd. Doç. H. Doğan), Antalya, 2010.

Çetinkanat C. Örgütlerde Gütülenme ve İş Doyumu, Anı Yayıncılık, 1. Basım, Ankara, 2000, s: 9-30.

Çimen M ve Şahin İ; bir kurumda çalışan sağlık personelinin iş doyum düzeyinin belirlenmesi, Hacettepe sağlık idaresi dergisi, 2000; 5(4):53-67.

Çimen M. Maslach tükenmişlik ölçeği sağlık personeli Türkiye normlarının silahlı kuvvetler sağlık personeli tükenmişlik puanları ile karşılaştırmalı olarak incelenmesi. Toplum ve Hekim Dizini, 2002:cilt 17, sayı 3, s 212-216.

Çınar İ, Kavlak O; Ambulans ve Acil Bakım Teknikerlerinde İş Doyumu, Akademik Acil Tıp Dergisi 2009, 8 (3): 33-37

Demir, A. Hemşirelerin Vardiya ile Çalışmalarının Anksiyete ve Arteryal Kan Basıncına Etkisinin ve Çalışma Ortamında Stres Oluşturan Faktörlerin İrdelenmesi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Doktora Tezi, (Danışman: Yard. Doç. Dr. L. Dinç). Ankara, 2003.

Demir A, Ulusoy M, Ulusoy M.F. Investigation of factors influencing burnout levels in the professional and private lives of nurses. International Journal of Nursing Studies, 2003, 40(8): 807-827.

Demir, S. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastaneleri Çalışanlarının Tükenmişlik ve İş Doyumu Düzeylerinin Bazı değişkenler Açısından incelenmesi, Atılım Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, (Danışman: Prof. Dr. Ö. Ünver). Ankara 2010.

Demir, A. Hemşirelikte Tükenmişliğe Bir Bakış, Erzurum Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, Cilt 7, Sayı 1, 2004, s:10.

Demir A. Hemşirelerin Tükenmişlik Düzeyleri ve Tükenmişliği Etkileyen Bazı Faktörlerin İncelenmesi. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü



Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, (Danışman: Yard. Doç. Dr. K. Buldukoğlu), Sivas, 1995.

Demiral Y, Akvardar Y, Ergör A, Ergör G. Üniversite Hastanesinde Çalışan Hekimlerde İş Doyumunun Anksiyete ve Depresyon Düzeylerine Etkisi. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, sayı 3, 2006; 157-164.

Demirbaş A. Üç Farklı Hastanenin Yöneticilerinin ve Klinikte Çalışan Sağlık Personelinin Tükenmişlik Durumları, Ankara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Ö. R. Önder ). Ankara 2006.

Demirhan N. Türkiye’de 112 İlk ve Acil Yardım Hizmetleri ve Afetlerdeki Rolü, 1.Basım, Nobel Tıp Kitapevleri, İstanbul, 2003, s.56.

Demirkaya S. Hastane Acil Servislerinde Çalışan Sağlık Personelinin İş Yükü ve Tükenmişlik İlişkisi. Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, (danışman: Prof. Dr. M. Ateş). İstanbul, 2014.

Derin, N., Devlet Hastanelerinde Çalışan Sağlık Personelinin İş Doyum Düzeyleri ve Etkileyen Faktörler, Eskişehir Osman Gazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, (Danışman: G. Terakye), Eskişehir, 2007.

Dizer B, İyigün E, Kılıç S Yoğun Bakım Hemşirelerinin Tükenmişlik Düzeylerinin Belirlenmesi Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi 2008;12(1-2):1-11.

Doğan O. Depresyonun Epidemiyolojisi, Duygu durum Dizisi, 2000, 1.sayı, 1.cilt, s29-38.

Dolunay A.B. Keçiören İlçesi “Genel Liseler Ve Teknik-Ticaret-Meslek Liselerinde Görevli Öğretmenlerde Tükenmişlik Durumu” Araştırması. Ankara Üniversitesi Tıp fakültesi Mecmuası Cilt 55, Sayı 1, 2002, s:51-62.

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

Dülger V. Tükenmişlik Sendromu ve iş Doyumuna Etkisi, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, (Danışman: Prof. Dr. M. F. Gezgin). İstanbul, 2014.

Düz A. G, Sağlık Çalışanların da Tükenmişlik Sendromunun Kişilik Özellikleri İle Olan İlişkisi, Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, (Danışman: Prof. Dr. Ü. Uzunçarşılı) İstanbul, 2015.

Düzova S, 112 Acil Sağlık Hizmetleri'nde Çalışan Personelin İş Doyumu: Ankara İli Örneği, Atılım Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı, Sağlık Kuruluşları Yöneticiliği Yüksek Lisans Tezi, (Prof. Dr. D. Tengilimoğlu), Ankara, 2015

Ebrinc S., Acikel C., Basoglu C. Yanık merkezi hemşirelerinde anksiyete, depresyon, iş doyumunu, tükenme ve stresle başa çıkma: Karşılaştırmalı bir çalışma. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2002;3(3):162–168.

Elgin, R.F. Kocaeli Tıp Fakültesi Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Sağlık Personelinde Anksiyete, Depresyon ve Tükenmişlik Düzeyi, Üsküdar Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, (Danışman: Doç Dr. C. Taş). İstanbul, 2017.

Erbay H, Hastane öncesi acil tıpta hastanın müdahaleyi reddetmesi: kuramsal değerlendirme ve bir alan çalışması, Çukurova Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, (Danışman: Yard. Doç. Dr. S.) Adana, 2012.

Erbil N, Bostan Ö. Ebe ve hemşirelerde iş doyumunu, benlik saygısı ve etkileyen faktörler. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, cilt 7, sayı 3, 2004; 56-66.

Erdemir F. Hemşirelik Tanıları El Kitabı. 7. Basım. Nobel Tıp Kitabevleri. İstanbul, 2005.

Erdoğan H, "Hemşirelikte İş Doyumu ile İşten Ayrılma Düşüncesi Arasındaki İlişki". Uluslararası Katılımlı V. Ulusal Hemşirelik Kongresi Kitabı, 2–4 Temmuz İzmir, 1997.

Erdoğan Ö, Çalışma hayatında Tükenmişlik ve İş Doyumu, Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, (Danışman: Prof. Dr. M. F. Gezgin). İstanbul, 2016.

Erdoğdu M, Biçer O. Osmaniye ilinde çalışan sağlık personelinin iş tatmininin, öz-yeterlilik düzeyinin ve bunlara etki eden faktörlerin incelenmesi, Okan Üniversitesi Sosyal Bilimler Fakültesi,( Danışman: Yrd. Doç. Dr. O. BİÇER), İstanbul, 2009.

Ergin C. Doktor ve Hemşirelerde Tükenmişlik ve Maslach Tükenmişlik Ölçeğinin Uyarlanması, 7. Ulusal Psikoloji Kongresi Bilimsel Çalışmaları, Türk Psikologlar Derneği Yayınları, Ankara, 1992, s:143-154.

Eriksson C. B., Björck J. P., Larson L. C., Walling S. M., Trica G. A., Fawcett J., Abernethy A. D. ve Foy D. W. Social support, organisational support, and religious support in relation to burnout in expatriate humanitarian aid workers. *Mental Health, Religion & Culture*. 2009, 12.Sayı, (Suppl 7), s: 671-686.

Eroğlu B. Sağlık Kurumlarındaki Sağlık Çalışanlarında İş Doyumunun İncelenmesi, Medipol Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, (Danışman: Prof. Dr. O. E. Hayran), İstanbul, 2015.

Erol A, Sarıçiçek A, Gülseren Ş. Asistan hekimlerde tükenmişlik: İş doyumu ve depresyonla ilişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2007;8 (4):241-247.

Erşan E.E., Yıldırım G, Doğan O, Doğan S., Sağlık çalışanlarının iş doyumu ve algılanan iş stresi ile aralarındaki ilişkinin incelenmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, sayı 14, 2013; s:115-121.

Ertuğrul E. Üniversite Uygulama ve Araştırma Hastanesinde Çalışan Hemşire, Ebe, Sağlık Memuru ve Acil Tıp Teknisyenlerinin Tükenmişlik Ve Depresyon Düzeyinin Değerlendirilmesi. Zonguldak Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, (Danışman: Doç. Dr. F. N. Ayoğlu). Zonguldak, 2010.

Erol A, Akarca, F., Değerli, V., Sert, E., Delibaş, H., Gülpek, D. ve Mete, L. Acil Servis Çalışanlarında Tükenmişlik ve İş Doyumu, Klinik Psikiyatri, 2012, 15. sayı, ss: 103-110.

Freudenberger H.J., Geraldine R., Tükenmişliğe Rağmen Nasıl Yaşanabilir? - Stresle Basa Çıkma, Olumlu Bir Yaklaşım, Türk Psikologlar Derneği Yayınları, 2. Sayı, Ankara, 1994, s.65,

Gedik HÜ, Baruş N, Ellez M. Ambulans ve acil bakım teknikerliği programı mezunlarının iş durumlarının saptanması, Paramedik Sempozyumu, 24-27, Kasım, Poster Sunumu, Gaziantep, 2004.

Gezer, E. Stres Veren Yaşam Olaylarının, Öğretim Elemanlarının, Depresyon ve Tükenmişlik Düzeylerine Etkisi, Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. F. Yenel). Ankara, 2008.

Gezgin M. F. Türkiye’de 112 Acil Yardım Ambulanslarında Görev Yapan Sağlık Personellerinin Hasta ve Hasta Yakınlarıyla Yaşadıkları Sorunlar ve Çözüm Önerileri. Gelişim Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, (Danışman: Prof. Dr. O. Z. Orhan ). İstanbul, 2015.

Gökçen C, Zengin S, Oktay M.M., Alpak G, Al B, Yıldırım C. Burnout, job satisfaction and depression in the healthcare personnel who work in the emergency department, Anatolian Journal of Psychiatry, 2013;14:122-128.

Görgülü R. S. Hemşirelerin anksiyete düzeylerinin saptanması ve hemşireleri iş ortamında etkileyen stresörlerin tanımlanması. Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora tezi, (Danışman: Prof. Dr. L. Birol), Ankara, 1998.

Gülalp B., Karcıoğlu Ö, Sarı A. Köseoğlu Z. Burnout: need help?. Journal of Occupational Medicine and Toxicology, sayı 3(32), 2008, s: 1-5.

Gülçiçek S. Tanı ve Tedaviye Yardımcı Ağrılı Uygulamalarda Anne Varlığının Çocuğun Ağrı ve Anksiyetesi Üzerine Etkisi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Doktora Tezi, (Danışman: Doç. Dr. S. Savaşer). İstanbul.2000.

Güllüce A. Mesleki Tükenmişlik ve Duygusal Zekâ Arasındaki İlişki, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, (Danışman: Doç. Dr. Ö. F. İşcan). Erzurum.2006.

Günay, A. Kabin Ekiplerinde İş Doyumu ve Tükenmişlik Sendromu, Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sivil Havacılık Yönetimi Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, (Danışman: Prof. Dr. E. Eroğlu),2016, Eskişehir

Güner A. R. Sağlık Hizmetlerinde Örgütsel Bağlılık ve İş Tatmini. Akdeniz Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, (Danışman: Prof. Dr. A. Kuruüzüm ).Antalya, 2007.

Günüşen N. Üstün B. Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Tükenmişlik Düzeyi ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi, Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, sayı 11, 2008, 48-59.

Günüşen, N., Üstün, B. Turkish nurses perspectives on a programme to reduce burnout. *International Nursing Review*, 2009; 56, 237-242.

Gürbüz, Y, Karavuş, M., Cebeci, D., Akdaş, A.: Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Sağlık Personeli'nin İş Tatmini Düzeyleri, 3. Ulusal Sağlık ve Hastane Yönetimi Sempozyumu Bildiri Kitabı, Ankara, 2000.

Gross C., Joraschky P., Pöhlmann K. Secondary traumatization and burnout in ambulance services - first results of a longitudinal study. *Journal of Psychosomatic Research*.2004, s:56.

Havle N, İlnem M.C., Yener F, Gümüş H. İstanbul'da çalışan psikiyatristlerde tükenmişlik, iş doyum ve bunların çeşitli değişkenlerle ilişkisi. *Düşünen Adam Dergisi* 2008;21:4-13.

Hegney DG, Craigie M, Hemsworth D, Osseiran Moisson R, Aoun S, Francis K, Drury V. Compassion satisfaction, compassion fatigue, anxiety, depression and stress in registered nurses in Australia: study 1 results. *Journal of Nursing Management*. 2014; 22(4):506-18.

Işıkhan V. Çalışanlarda Tükenmişlik Sendromu, TÜSAD Eğitim Kitapları Serisi, (Editörler: Gülhan, M., ve Yılmaz, Ü.), 31. Bölüm, 2004; s:366-390.

Izgar H. Okul Yöneticilerinde Tükenmişlik, Nobel Yayıncılık, 2001, Ankara, 1. Basım, s:12.

İncir, G. Çalışanların İş Doyumu Üzerine Bir İnceleme, Milli Prodüktivite Merkezi Yayınları, 401. Yayın, Ankara, 1990.

Jadhav, S. The cultural origins of western depression. The International Journal of Social Psychiatry, 42. Sayı, 1996, s: 269-286.

Kaba H. Eskişehir İlinde Çalışan İlk ve Acil Yardım Teknikerleri ve Acil Tıp Teknisyenlerinin Stres, Tükenmişlik ve İş Doyumlarının Etik Açısından Değerlendirilmesi, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, (Danışman: Prof. Dr. Ö. Elçioğlu). Eskişehir, 2012.

Kaçmaz, N. Tükenmişlik (burnout) Sendromu, İstanbul Tıp Fakültesi Dergisi, 68. Sayı, 2005, s: 29-32.

Kahill, S. Symptoms of professional burnout: A review of the empirical evidence. Canadian Psychology/Psychologie Canadienne, 1988, 29 (suppl 3), s: 284-297.

Kalemoğlu, M., Keskin, Ö. Acil Servis Çalışanlarındaki Stres Faktörleri ve Tükenmişlik, Ulusal Travma Dergisi. 2002, 8. Sayı, s:215-219.

Kanbay A. Hemşirelerin İş Doyumu ve Örgütsel Bağlılığı. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. N. Bahçecik), İstanbul, 2010.

Karadağ F, Karagöz N, Ateşçi F.Ç, Denizli ilinde çalışan hemşirelerde tükenme düzeyi. Nöropsikiyatri Arşivi, 2001; 38(4): 208-214

Karamustafaloğlu O. Yumrukçal H. Depresyon ve Anksiyete Bozuklukları. Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni, cilt 45, sayı 2, İstanbul, 2011, s.65-74.

Karakaya, H. Psikiyatri Kliniğinde Çalışan Hemşirelerde İş Doyumu, Tükenmişlik Düzeyi ve İlişkili Değişkenlerin İncelenmesi, Okan Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, (Danışman: Doç. Dr. F. Oflaz). İstanbul, 2017.

Kahraman G, Engin E, Dülgerler Ş, Öztürk E. Yoğun Bakım Hemşirelerinin İş Doyumları ve Etkileyen Faktörler Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi, sayı 4(1),2011; 12-18.

Karaman, N. Cerrahi girişim uygulanan adölesanlar ile anne/ babalarının anksiyete düzeyleri arasındaki ilişki ve anksiyete nedenlerinin incelenmesi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. R. Acaroğlu). İstanbul.2008.

Kavlu, İ., Pınar, R. Acil servislerde çalışan hemşirelerin tükenmişlik ve iş doyumlarının yaşam kalitesine etkisi. Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences, 2009; 29(6): 1543-1555.

Kaya F ve Oğuzöncül A.F., Birinci Basamak Sağlık Çalışanlarında İş Doyumu ve Etkileyen Faktörler, Dicle Tıp Dergisi, 2016; 43 (2): 248-255.

Kaya, N, Kaya H, Ayık S, Uygur E, Bir Devlet Hastanesinde Çalışan Hemşirelerde Tükenmişlik. Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi, 2010; cilt 7, sayı1, 410-419.

Kaya M., Üner S., Karanfil E., Uluçay R., Yüksel F. ve Yüksel M. Birinci Basamak Sağlık Çalışanlarının Tükenmişlik Durumları, TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 2007, 6. Sayı (Suppl 5), s:357-363.

Kayser, B. 2008, Ülkemizde acil sağlık hizmetleri ve acil sağlık hizmetleri istasyonları, IV. Paramedik Sempozyumu Kitapçığı, 25-27 Nisan, Ankara, 14-16 s.

Kebapçı A., Akyolcu N. Acil Birimlerde Çalışan Hemşirelerde Çalışma Ortamının Tükenmişlik Düzeyine Etkisi, Türkiye Acil Tıp Dergisi 11. sayı(2),2011, s: 59-67.

Keskin G, Çınar Z, Alparslan Ö, Özmercan V. Türkiye'deki il sağlık müdürlerinin liderlik davranışlarının iş doyumları ve tükenmişlik düzeyleri üzerine etkileri II. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi, Antalya 2010.

Keskin G., Yıldırım G. Ö. Hemşirelerin kişisel değerlerinin ve iş doyumlarının incelenmesi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2006, 22 (1), 119-133.

Kıdak L, Keskinoğlu P, Sofuoğlu T, Ölmezoğlu Z. İzmir ilinde 112 acil ambulans hizmetlerinin kullanımının değerlendirilmesi. Genel Tıp Dergisi 2009; 19(3): 113-119.

Kınık S. Kişilik Özellikleri İle İş Doyumu Arasındaki İlişkinin İncelenmesi, Osmangazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, (Danışman: Doç. Dr. S. Turan), Eskişehir, 2007

Kırılmaz, Y. A., Çelen Ü., Sarp N, İlköğretim 'de Çalışan bir Öğretmen Grubunda Tükenmişlik Durumu Araştırması, İlköğretim-Online, 2003; 2 (1), 2-9, <http://www.ilkogretim-online.org.tr>.

Kızıllırmak M, Demir S. Hastanede çalışan hemşirelerde depresyon ve yaşam kalitesinin incelenmesi. TAF Preventive Medicine Bulletin, 2016; 15 ( 2): 131-140.

Kocabıyık, Z.O, Çakıcı E, Sağlık çalışanlarında tükenmişlik ve iş doyumunu, Anatolian Journal of Psychiatry, 2008; 9, s:132-138.

Koçak R., Okul Yöneticilerinin Mesleki Tükenmişlik Düzeylerinin Bazı Değişkenler Açısından İncelenmesi, Fırat Üniversitesi, Sosyal Bilimler Dergisi, Cilt 1, Sayı 1, 2009, s: 65-83.

Kullu Z. Özürlü Çocuğa Sahip Ebeveynlerde Depresyon Durumunun Değerlendirilmesi. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, (Danışman: Doç. Dr. A.Öztürk) Kayseri, 2008.

Kurçer MA, Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Hekimlerinin İş Doyumu ve Tükenmişlik Düzeyleri, Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 2005;2(3):10-15.



Kuşdil M.E., Bayram N., Aytaç S., Bilgen N., Çalışma Yaşamında Bireylerin Yaptıkları İşe İlişkin Duygularının İş Stres Tepkileri Üzerine Etkisi, Endüstri İlişkileri ve İnsan Kaynakları Dergisi, Cilt 6, Sayı 1, Bursa, 2004, s: 208.

Lal K. Hemşirelerde Tükenmişlik ve İş Doyumu (Aksaray ve Ortaköy devlet Hastanesi Hemşireleri Örneği), Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, (Danışman: Prof. Dr. M. F. Gezgin). İstanbul, 2014.

Maslach C., Schaufeli WB., Leiter MP., Job Burnout, Annu Rev Psychol, 52. Sayı,2001, s: 397-422.

Maslach C, Leiter MP. The Truth About Burnout: How Organizations Cause Personal Stress and What to Do About It, United States of America: Jossey Publishers, 1997.

Maslach, C. Burnout and engagement in the workplace: New perspectives. The European Health Psychologist. 13. Sayı, (Suppl 3), 2011, s: 44-47.

Maslach, C. ve Jackson, E. S. The measurement of experienced burnout. Journal of Occupational Behaviour,1981; 2, 99-113.

Mercan S, Kardeşler, Travmanın Kuşaktan Kuşağa Aktarımı ve Ebeveynlerin Rolü. Kardeşi Anla(t)mak. Eds. Nesli Keskinöz Bilen, İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları, Psike İstanbul Psikanaliz Kitaplığı, 2014, sf 93-114.

Mollaoğlu, M., Yılmaz, M. ve Kars, T. Hemşirelerde tükenmişlik (burnout) sendromu. Toplum ve Hekim, 2003; 18 (4), 288-292.

Mollaoğlu, M., Kars Fertelli, T. ve Özkan Tuncay, F. Hemşirelerde otonomi ve tükenmişlik düzeylerinin incelenmesi. Toplum ve Hekim, 2005; 20(4), 259-266.

Muşlu C, Baltacı D, Kutanis R, Kara İ.H. Birinci basamak ve hastanede çalışan hemşirelerde anksiyete, depresyon ve hayat kalitesi. Konuralp Tıp Dergisi. 2012;4(1):17-23

Nur N. Yaşlılar Tarafından Kullanılan 112 Acil Sağlık Hizmetlerinin Değerlendirilmesi, Turkish Journal Of Geriatrics, Sayı;1, Cilt; 11, 2008; s: 47.

Oğuzberk, M., Aydın, A., Ruh Sağlığı Çalışanlarında Tükenmişlik, Klinik Psikiyatri, sayı 11, 2008; 167-179.

Oğuzöncül ve Kaya, Sevimli F, İşcan ÖF. Bireysel ve iş ortamına ait etkenler açısından iş doyumunu. Ege Akademik Bakış-Ekonomi, İşletme, Uluslararası İlişkiler ve Siyaset Bilimleri Dergisi 2005; 5: s 55-64,

Okyay N, Emniyet teşkilatına bağlı okullardan mezun olup çevik kuvvet şube müdürlüğünde görev yapan polislerin psikolojik hizmet algıları, iş doyumunu ve tükenmişlik düzeyinin incelenmesi, Çukurova Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek lisans tezi, (Danışman: Prof. Dr. T. Akbaş), Adana, 2009.

Özaltın, H., Kaya S, Demir C, Özer M, Determining the Level of Job Satisfaction of Physicians Working at Turkish Military Forces. Gülhane Medical Journal, 2002, 44(4): 423-427

Öz F. Sağlık Alanında Temel Kavramlar. İmaj İç ve Dış Ticaret A.Ş., 1.basım, Ankara, 2004.

Özen, G. ve Mirzeolu, N. Bir spor örgütünde çalışan spor uzmanlarının tükenmişlik ve örgütsel bağlılıklarının incelenmesi, Spor Yönetimi ve Bilgi Teknolojileri Dergisi, Elektronik Dergi, sayı 1 (1),2006; 12-17.

Özgür G, Yıldırım S, Aktaş N. Bir Üniversite Hastanesinin Ameliyathane Ve Yoğun Bakım Hemşirelerinde Ruhsal Durum Değerlendirmesi. Cumhuriyet Üniversitesi Yüksek okul Dergisi, sayı 12(2), 2008; 21-30.

Özkan C. Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde araştırma görevlisi olarak çalışan doktorlarda tükenmişlik sendromunu etkileyen faktörler. Psikiyatri Anabilim Dalı, Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi,(Danışman: Doç dr. A. Yazıcı), Mersin, 2012.

Özkaya M.O., Yakın V, Ekinci T. Stres düzeylerinin çalışanların iş doyumunu üzerine etkisi Celal Bayar üniversitesi çalışanları üzerine ampirik bir çalışma. Yönetim ve Ekonomi Dergisi, cilt 15 sayı 1,2008;163-180.

Öztürk, H., Avan, H., Nacar, D. Acil Sağlık Hizmetleri Personelinin Tükenmişlik Düzeyinin Belirlenmesi. Kahramanmaraş ili Örneği, International Journal of Academic Value Studies , 2018; Vol:4, Issue:19; pp:304-310.

Öztürk M. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. 3. Basım, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 1997, s:61.

Öztürk T, Acil Servislerde Çalışan Hekim dışı Sağlık Çalışanlarının İş Doyumu ve Performansları Üzerine Bir Araştırma, Okan Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. O. Yazar). İstanbul, 2017.

Öztürk, S., Özgen, R., Şişman, H., Baysal, D., Sarıakçalı, N., Aslaner, E., Kum P, Gürel D, Gezer D, Akıl Y, Yıldızbaş R, Bir Üniversite Hastanesi'nde Çalışan Hemşirelerin Tükenmişlik Düzeyi ve Sosyal Desteğin Etkisi. Cukurova Medical Journal, 2014; 39(4), 752-764

Özyurt A, Hayran O, Sur H. Predictors of burnout and job satisfaction among Turkish physicians. Oxford Journals Medicine 2006;99:161-9.

Piyal B, Çelen Ü, Şahin N. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde Çalışanların İş Doyumu, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası, sayı 53(4), 2000, s:241-250,

Polat O. İlk yardımda iletişim becerileri, Ankara Üniversitesi, Tıp Anabilim Dalı, Akademik sunumlar, 2016, <http://aciltip.medicine.ankara.edu.tr/>

Robinson L, Stress and Anxiety. Nursing Clinics of North America, 1990; 25: 935-943.

Saraçoğlu B. Ambulans Personelinde Travma, Tükenmişlik ve Yaşam Doyumu İlişkisinde Başa Çıkma Yollarının Etkisi. Okan Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, (Danışman: Yard. Doç.Dr. S. Arıkan). İstanbul, 2013.

Saraçoğlu B, Eroğlu Arıkan s. Acil Yardım Çalışanlarında Travma, Tükenmişlik ve Yaşam Doyumu İlişkilerinde Stresle Başa Çıkmanın Moderatörlük Rolü. Türk Psikoloji Dergisi, Aralık 2016, 31 (78), 45-57

Sarıkamış Ç. Örgüt Kültürü ve Örgütsel İletişim, Anadolu Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, (Danışman: Prof. Dr. E. Eroğlu). 2006.

Sat S, Örgütsel ve Bireysel Özellikler Açısından İş Doyumu ile Tükenmişlik Düzeyi Arasındaki İlişki: Alanya'da Banka Çalışanları Üzerinde Bir İnceleme, Çukurova Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, (Danışman: Prof. Dr. Ü. Ay), Adana,2011.

Saygılı, M, Çelik Y., Hastane Çalışanlarının Çalışma Ortamlarına İlişkin Algıları İle İş Doyum Düzeyleri Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi. 2011; 14.1, 40-68.

Saygın M, Yaşar S, Çetinkaya G, Kayan M, Özgüner MF, Korucu CÇ. Radyoloji çalışanlarında depresyon ve anksiyete düzeyleri. Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2011;2(3):139-144.

Sayıl I, Haran S, Ölmez Ş., Özgüven H.D., Ankara Üniversitesi Hastanelerinde Çalışan Hemşirelerin Tükenmişlik Düzeyleri, Kriz Dergisi, 1997; 5(2), 71-77.

Selvi Y., Özdemir, P. G., Özdemir, O., Aydın, A., Beşiroğlu, L. Sağlık çalışanlarında vardiyalı çalışma sisteminin sebep olduğu genel ruhsal belirtiler ve yaşam kalitesi üzerine etkisi. Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi, 2010; 23(4), 238-243.

Serinken M, Erdur B, Tomruk Ö, Coşkun E, Kuru Ö. Acil sağlık hizmetlerinde görevli hekimlerde tükenme sendromu. Türkiye Acil Tıp Dergisi 2004;4:19-23.

Sertbaş G. Bahar A. Anksiyete ve Anksiyete Baş Etmede Hemşirelik Girişimleri. Hemşirelik Forumu Dergisi, 5. Sayı, 2004, s: 39-44.

Sevimli, F. ve İşcan, ÖF., Bireysel ve iş ortamına ait etkenler açısından iş doyumunu, Ege Academic Review, 5(1),2005; s: 55-64

Sofuoğlu T, Erol O, Topaçoğlu H. Ambulans ekipleri standardizasyonu, 1.basım, Acil Ambulans Hekimleri Derneği, İzmir; 2009, s 9-10.

Sofuoğlu T, Dünya’da Ambulans Servislerinin Gelişimi. III. Ambulans Rallisi ve Acil Sağlık Hizmetleri Kongre Kitabı, Ankara, 22-26 Ekim 2007, s.14-16.

Sterud T, Ekeberg O, Hem E. Health Status in the ambulance services: a systematic review. BMC Health Services Research, 2006; 6, 82-92

Sumeli F., Özel Bir Hastanede Çalışanların Tükenmişlik ve İş Doyumu Düzeylerinin Bazı Değişkenler Açısından İncelenmesi, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi,2011.

Şanlı S. Adana ilinde çalışan polislerin iş doyum ve tükenmişlik düzeylerinin bazı değişkenler açısından değerlendirilmesi, Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, (Prof. Dr. T. Akbaş), Adana, 2006.

Şenel B., Şenel M.,Gümüştekin G. E. Kamu Sektöründe Çalışanların Duygusal Zekâlarının Tükenmişliklerine Etkisi, Akademik Bakış Dergisi, Uluslar arası hakemli Sosyal Bilimler E- Dergisi, 34. Sayı, 2013, s: 5.

Şensoy Ü. Anksiyete ve Panik Atak. 1. Basım, Morpa Yayınları, İstanbul, 2006.

Şenturan L, Gülseven Karabacak B, Ecevit Alpar Ş, Sabuncu N. Hemodiyaliz Ünitelerinde Çalışan Hemşirelerin Tükenmişlik Düzeyi, Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, 2009; 2(2), 33-45.

Tanrıverdi H. Köksal G. 112 Acil Sağlık Hizmetleri Yönetimi, 1.basım, Beta yayınevi: İstanbul; 2012, s:25

Taparlı Z. Yoğun Bakım Ünitelerinde Çalışan Hemşirelerin Anksiyete Düzeyleri ve Nedenlerinin Belirlenmesi. Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi (Danışman: Yrd. Doç. Dr. G. Öztunç). Adana. 2004.

Tappen Ruth M. Nursing Leadership and Management: Concepts and Practice. 3.rd Ed. Philadelphia: Davis. 1995.

Taycan O., Kutlu L., Çimen S., Aydın N. Bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerde depresyon ve tükenmişlik düzeyinin sosyodemografik özelliklerle ilişkisi. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 7(2), 2006; 100-108.

Taze S. Acil servis ve yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin tükenmişlik düzeylerinin belirlenmesi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi (Danışman: Prof. Dr. N. Sabuncu). İstanbul. 2008.

T.C Resmi Gazete. 112 Acil Çağrı Merkezleri Kuruluş, Görev Ve Çalışma Yönetmeliği. 16 Mayıs 2014. Sayı: 29002.

Ten Duis H. J., Van Der Werken C. Trauma Care Systems En The Netherlands, International Journal Of The Care Of The Injured, Cilt 34, Sayı 9, 2003, s:723.

Tilev S., Beydağ K.D. Hemşirelerin İş Doyum Düzeyi Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi dergisi,2014; 3 (1),140-147.

Tokuç B, Turunç Y, Ekuklu G , Edirne’de Ambulans Çalışanlarının Anksiyete, Depresyon ve İşe Bağlı Gerginlik Düzeyleri. Türk Tabipleri Birliği Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi,2011; 42: 39-44.

Tor S.S., Esengün K., Örgütlerde İş Tatminini Etkileyen Demografik Faktörler ve Verimlilik: Karaman Gıda Sektöründe Bir Uygulama. KMÜ Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi,2011; 13 (20): 53-63, 2011.

Tozkoparan G. İş Yaşamında Stresin Çalışan Doyumu ve Performansına Etkileri, Altın Nokta Yayınevi, İzmir 2013.

Tözün M, Çulhacı A, Ünsal A. Aile hekimliği sisteminde birinci basamak sağlık kurumlarında çalışan hekimlerin iş doyumunu. TAF Preventive Medicine Bulletin 2008;7:377-384,

Turgut F. Tükenmişlik Sendromuna Etki Eden Faktörler (Antalya 112 Acil Çağrı Merkezi Çalışanları Örneği), Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, (Danışman: Prof. Dr. M. F. GEZGİN). İstanbul, 2014.

Uludağ, A. Doktor-Hasta İletişimi Açısından Hastanelerde Hekim Seçme Uygulaması: Karşılaştırmalı Bir Çalışma. Konya: Selçuk Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Doktora Tezi, (Danışman: Prof. Dr. A. Kalender), Konya 2011.

Urgancı Ç. İstanbul 112 Acil Sağlık Hizmetleri Çalışanlarının Mesleki Tükenmişlik Düzeyleri, Algılanan Stres Düzeyi Ve Stresle Başa Çıkma Stillerinin Evlilik Doyumunu Yordama Gücü. Aydın İnsan ve Toplum dergisi, 4. Sayı, 2018, s:35-60.

Ünal S., Küey L., Güleç C., Bekaroğlu M., Evlice Y. E., Kırılı S. Depresif Bozukluklarda Risk Etkenleri. Klinik Psikiyatri Dergisi, 2002, 5. sayı, s:8-15.

Ünal S., Özcan E. Depresyonda Hazırlayıcı, Ortaya Çıkarıcı ve Koruyucu Etkenler.

Anadolu Psikiyatri Dergisi, 2000, 1. Sayı, s 41-48.

Ünsal S. Yoğun Bakım Hemşirelerinde Ölüm Hakkındaki Düşünceleri ve Yaşadıkları Anksiyetenin Karşılaştırılması. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi (Danışman: Prof. Dr. N. Sabuncu). İstanbul, 2008

Yakın, G. İstanbul Dr. Lütfi Kırdar Eğitim Ve Araştırma Hastanesinde Çalışan Sağlık Personellerinin (Hemşire, Ebe, Sağlık Memuru ve Acil Tıp Teknisyeni) Depresyon ve Tükenmişlik Düzeylerinin Değerlendirilmesi. Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, (Danışman: M. Tıgılı). İstanbul, 2014.

Yalnız, H. Ebelerde İş Doyumunun İş Stresine Etkisi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, (Doç. Dr. B. Karaca Saydam), İzmir, 2010.

Yelboğa A. İnsan kaynakları bölümünde çalışanların iş doyumlarındaki farklılıkların incelenmesi. Yönetim Dergisi, 2008; 61: 125-42.

Yeşil A. 112 Acil Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Sağlık Çalışanlarında Ruhsal Travma Ve İlişkili Sorunların Yaygınlığı. Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, (Danışmanı: Prof. Dr. A. T. Aker), Kocaeli 2010.

Yıldız H., Hemşirelerin Tükenmişlik Düzeylerinin ve Problem Çözme Becerilerinin İncelenmesi, Gazi Üniversitesi, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, , (Danışman: Doç. Dr. M. Gönen). Ankara, 2009.

Yıldız Kırılmaz, A, Çelen Ü, Sarp N, A Study on Teacher Burnout with a Group of Primary School Teachers. Primary School- Online, 2003; 2(1): s 2-9.

Yılmaz S, Hacıhasanoğlu R, Çiçek Z. Hemşirelerin genel ruhsal durumlarının incelenmesi, Türk Tabipler Birliği Sürekli Tıp Eğitim Dergisi, 2006; 15(6): s 92-97.

Yılmaz Z.Ü. Sağlık Çalışanlarının Tükenmişlik, Depresyon ve İş Doyumu Düzeylerinin İncelenmesi, Haliç Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. P. S. Bıkmaz). İstanbul,2014.

Yüksel İ, İletişimin iş tatmini üzerindeki etkileri “bir işletmede yapılan görgül çalışma” Doğu Üniversitesi Dergisi, 2005; 6(2), s 291-306

Ward C. L, Lombard C. J, Gwebushe N, Critical incident exposure in South African emergency services personnel: prevalence and associated mental health issues, Emerg Med J 2006;23:226–231.

Wisniewski L., Gargiulo, R. M. Occupational stress and burnout among special educators: A review of the literature. Journal of Special Education, 1991, 31(suppl 3), s: 325-347.



## 10.EKLER

### EK.1 ENSTİTÜ YÖNETİM KURULU ONAYI

Evrak Tarih ve Sayısı: 11/01/2019-E.3712



T.C.  
MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ  
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü

Sayı : 28233352-302.14.01-  
Konu : Neslihan Yılmaz'ın tez konusu.

#### SBE SAĞLIK HİZMETLERİNDE İLETİŞİM ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞINA

Enstitümüzün 10.01.2019 tarih ve 1/32 sayılı Yönetim Kurulu Toplantısında, Sağlık Hizmetlerinde İletişim Anabilim Dalı Tezli Yüksek Lisans Programı 171351003 numaralı öğrencisi Neslihan YILMAZ'ın tez konusunun, etik kurul onayı alınması kaydı ile "**Ambulans Çalışanlarında İş Doyumu, Tükenmişlik, Depresyon ve Anksiyete İlişkisi: Fethiye Örneği**" olarak belirlenmesine **OY BİRLİĞİ** ile karar verildi.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

**e-imzalıdır**

Prof. Dr. Bilal-i Habeş GÜMÜŞ  
Enstitü Müdürü V.



## EK.2 ETİK KURUL KARARI

T.C.  
Manisa Celal Bayar Üniversitesi  
Tıp Fakültesi Sağlık Bilimleri Etik Kurulu  
Karar Formu

KARAR TARİH / NO	16 / 01 / 2019 / 20.478.486				
ARAŞTIRMANIN ADI	Ambulans Çalışanlarında İş Doyumu, Tükenmişlik, Depresyon ve Anksiyete İlişkisi "Fethiye Örneği"				
SORUMLU ARAŞTIRMACI	Doç. Dr. Erol OZAN - MCBÜ Tıp Fakültesi Psikiyatri AD				
ARAŞTIRMA EKİBİ	Hemşire Neslihan YILMAZ				
ARAŞTIRMANIN NİTELİĞİ	UZMANLIK TEZİ <input type="checkbox"/>	YÜKSEK LİSANS-DOKTORA TEZİ <input checked="" type="checkbox"/>	AKADEMİK AMAÇLI <input type="checkbox"/>		
DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	08 / 01 / 2019 / Tarih ve 1121 Sayılı; araştırma dosyası				
KARAR BİLGİLERİ	Araştırma dosyası incelenmiş, bilimsel ve etik açıdan <b>UYGUN</b> olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.				
Unvanı/Adı/Soyadı	Araştırma ile İlgisiz Olan Üye	Toplantıya Katılmayan Üye	Unvanı /Adı /Soyadı	Araştırma ile İlgisiz Olan Üye	Toplantıya Katılmayan Üye
Prof. Dr. Zeki ARI Tıbbi Biyokimya AD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Doç. Dr. Serdar TOK Spor Bilimleri Fakültesi	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Prof. Dr. Murat DEMET Psikiyatri AD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dr. Öğr. Üyesi Selim ALTAN Tıp Tarihi ve Etik AD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prof. Dr. Betül ERSOY Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dr. Öğr. Üyesi Nurgül Güngör TAVŞANLI Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebellek Bölümü	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prof. Dr. Beyhan Cengiz ÖZYURT Halk Sağlığı AD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mukadder YILMAZER Avukat	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Doç. Dr. Tuğba ÇAVUŞOĞLU Farmakoloji AD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sivil Üye Hüseyin TUNÇAY	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>Etik Kurulumuzun kararı yukarıda belirtilmiştir. <u>Araştırmanız Her Hangi Bir Aşamada Etik Kurulumuzun "İzleme – Denetleme" Görevi Gereği Lüzumu Halinde Haberli / Habersiz Olarak Denetlenebilir.</u> Araştırma Başvuru Formunun Taahhütname – Bölüm E kısmında belirtilmiş olan hususların dikkate alınarak istenilen bilgilerin Etik Kurulumuza zamanında iletilmesi konusunda bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.</p>					
<p>Prof. Dr. Zeki ARI Başkan</p>					

## EK.3 KURUM İZİNİ



T.C.  
MUĞLA VALİLİĞİ  
İl Sağlık Müdürlüğü



GÜNLÜDÜR

Sayı : 34271092-020  
Konu : Araştırma İzni/ATT Neslihan  
YILMAZ

VALİLİK MAKAMINA

Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Hizmetleri İletişim Bölümü yüksek lisans öğrencisi olup, aynı zamanda Fethiye 4 Nolu Acil Sağlık Hizmetleri İstasyonunda görevli ATT Neslihan YILMAZ'ın, "Ambulans Çalışanlarında İş Doymu, Tükenmişlik, Depresyon ve Anksiyete İlişkisi Fethiye Örneği" konulu çalışmasını Şubat 2019 - Mart 2019 tarihleri arasında, Fethiye İlçesinde bulunan Merkez 1 Nolu ASHİ, Göcek 2 Nolu ASHİ, Çamköy 4 Nolu ASHİ, Ölüdeniz 7 Nolu ASHİ, Üzümlü 8 Nolu ASHİ'de yapabileceği hususunu;

Olurlarınıza arz ederim.

e-imzalıdır.  
Dr. İskender GENÇER  
İl Sağlık Müdürü

OLUR  
.../.../2019  
e-imzalıdır.  
Turgut ÇELENKOĞLU  
Vali a.  
Vali Yardımcısı

Ek: İlgili Yazısı (Çalışmaya Dair Başvuru Belgeleri)

Muğla İl Sağlık Müdürlüğü

Telefon: Faks No: 02522143685

e-Posta: hatice.ogun@saglik.gov.tr İnternet Adresi: mugla@saglik.gov.tr

Bilgi için: Hatice OĞUN

HEMŞİRE

Telefon No: 02522141105/1180

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden Good9005-2979-4dfe-b07a-8ba629774bfb kodu ile erişebilirsiniz.  
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

## **EK.4 KİŞİSEL BİLGİ FORMU**

Değerli katılımcılar;

Çalışmamızın amacı 112 Çalışanlarında İş Doyumunu ve İlişkili Etmenleri belirlemektir. Anket verileri Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Hizmetlerinde İletişim yüksek lisans bölümü bitirme tezi için kullanılacaktır. Aşağıda belirtilen sorulara samimiyetle yanıt verilmesi önemlidir, katkılarınızdan dolayı teşekkür ederim.

Neslihan YILMAZ  
Manisa Celal Bayar Üniversitesi  
Sağlık Bilimleri Enstitüsü  
Sağlık Hizmetlerinde İletişim  
Yüksek Lisans Öğrencisi

Tez Danışmanı  
Doç. Dr. Erol OZAN  
Manisa Celal Bayar Üniversitesi  
Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı

### **1. Cinsiyetiniz**

- 1)Kadın
- 2)Erkek

### **2. Yaşınız:.....**

### **3. Medeni durumunuz**

- 1) Bekar
- 2) Evli
- 3) Boşanmış (Ayrı yaşıyor)
- 4) Dul (Eşi Ölmüş)

### **4.Çocuğunuz var mı?**

- 1)Var (Kaç tane: .....)
- 2)Yok

### **5. Gelir düzeyinizi nasıl tanımlarsınız?**

- 1)Yeterli
- 2)Kısmen yeterli
- 3)Yetersiz

### **6.Eğitim Durumunuz? (Lütfen en son diploma aldığınız okulu dikkate alınız)**

- 1)Lise mezunu
- 2)Ön lisans (Yüksekokul) mezunu
- 3)Lisans mezunu
- 4)Yüksek Lisans
- 5)Doktora mezunu

### **7.Unvanınız**

- 1) Acil Tıp Teknisyeni

- 2) Acil Ambulans Bakım Teknikeri (Paramedik)
- 3) Hemşire
- 4) Sağlık Memuru
- 5) Doktor
- 6) Şoför
- 7) Diğer...

**8. Kaç yıldır 112 ASHİ'de çalışıyorsunuz? .....yıldır**

**9. 1 ayda normal nöbet sayınızın dışında, fazla mesai için kaç tane nöbet tutuyorsunuz? .....tane tutuyorum**

**10. Çalışma biçiminiz?**

- 1) Sürekli gündüz mesaisi (08:00-17:00)
- 2) 12 saatlik vardiya (08:00-20:00 ya da 20:00-08:00)
- 3) 24 saat nöbet

**11. Mesleğinizi isteyerek mi seçtiniz?**

1. Evet
2. Hayır

**12. Bugün seçme şansınız olsaydı yine aynı mesleği seçer miydiniz?**

1. Evet
2. Kararsızım
3. Hayır

**13. Bugün koşullarınız uygun olsa mesleği bırakır mısınız?**

1. Evet
2. Kararsızım
3. Hayır

**14. Kurumunuzdan takdir ya da teşekkür belgesi aldınız ?**

1. Evet
2. Hayır

## EK.5 MİNNESOTA İŞ DOYUM ÖLÇEĞİ (MİDÖ)

Aşağıda işinizi ifade eden cümlelerden ne derece memnun olduğunuzu belirtiniz.

İfadeler	Hiç Memnun Değilim	Memnun Değilim	Karasızım	Memnunum	Çok Memnunum
1-Beni her zaman meşgul etmesi bakımından					
2-Tek başıma çalışma olanağımın olması bakımından					
3-Ara sıra değişik şeyler yapabilme şansım olması bakımından					
4-Toplumda “saygın bir kişi” olma şansını bana vermesi bakımından					
5-Yöneticimin, ekibindekileri kişileri yönetme tarzı bakımından					
6-Yöneticimin, karar vermedeki yeteneği bakımından					
7-Vicdanıma aykırı olmayan şeyler yapabilme şansımın olması bakımından					
8-Bana sabit bir iş sağlaması bakımından					
9-Başkaları için bir şeyler yapabilme olanağına sahip olmam bakımından					
10-Kişilere ne yapacaklarını söyleme şansına sahip olmam bakımından					
11-Kendi yeteneklerimi kullanarak bir şeyler yapabilme şansımın olması bakımından					
12-İş ile ilgili alınan kararların uygulanmaya konması bakımından					
13-Yaptığım iş karşılığında aldığım ücret bakımından					
14-İş içinde terfi olanağımın olması bakımından					

15-Kendi kararlarımı uygulama serbestliğini bana vermesi bakımından					
16-İşimi yaparken kendi yöntemlerimi kullanabilme şansını bana sağlaması bakımından					
17-Çalışma şartları bakımından					
18-Çalışma arkadaşlarımla birbirleri ile anlaşmaları bakımından					
19-Yaptığım iyi bir iş karşılığında takdir edilmem bakımından					
20-Yaptığım iş karşılığında duyduğum başarı hissi bakımından					

## EK.6 MASLACH TÜKENMİŞLİK ÖLÇEĞİ (MTÖ)

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.	Hiçbir zaman	Yılda birkaç kez	Ayda birkaç kez	Haftada birkaç kez	Hergün
1. "Kendini işimden duygusal olarak uzaklaşmış hissediyorum."					
2. "İşgününün sonunda kendimi bitkin hissediyorum."					
3. "Sabah kalkıp yeni bir işgünü ile karşılaşmak zorunda kaldığımda kendimi yorgun hissediyorum."					
4. "Hastalarımın pek çok şey hakkında neler hissettiklerini anlayabilirim."					
5. "Bazı hastalarım onlar sanki kişilikten yoksun bir objeymiş gibi davrandığını hissediyorum."					
6. "Bütün gün insanlarla çalışmak benim için gerçekten bir gerginliktir."					
7. "Hastalarımın sorunlarını etkili bir şekilde hallederim."					
8. "İşimin beni tükettiğini hissediyorum."					
9. "İşimle diğer insanların yaşamlarını olumlu yönde etkilediğimi hissediyorum."					
10. "Bu mesleğe başladığımdan beri insanlara karşı katılaştığımı hissediyorum."					
11. "Bu iş beni duygusal olarak katılaştırdığı için sıkıntı duyuyorum."					
12. "Kendimi çok enerjik hissediyorum."					
13. "İşimin beni hayal kırıklığına uğrattığını düşünüyorum."					
14. "İşimde gücümün üstünde çalıştığımı hissediyorum."					
15. "Bazı hastaların başına gelenler gerçekten umurumda değil."					
16. "Doğrudan insanlarla çalışmak bende çok fazla strese neden oluyor."					
17. "Hastalarım rahat bir atmosferi kolayca sağlayabilirim."					
18. "Hastalarımınla yakın ilişki içinde çalıştıktan sonra kendimi ferahlamış hissediyorum."					
19. "Bu meslekte pek çok değerli işler başardım."					
20. "Kendimi çok çaresiz hissediyorum."					
21. "İşimde duygusal sorunları bir hayli soğukkanlılıkla hallederim."					
22. "Hastaların bazı problemleri için beni suçladıklarını hissediyorum."					



**EK.7 HASTANE ANKSİYETE-DEPRESYON ÖLÇEĞİ (HAD,  
HOSPITAL ANXIETY AND DEPRESSION SCALE)**

Hastane Anksiyete Depresyon ölçeği

Cinsiyeti: \_\_\_ / \_\_\_ / 20 \_\_\_

Doğum yıl / Yaşı:

Bu anket sizi daha iyi anlamamıza yardımcı olacak. Her maddeyi okuyun ve son birkaç gününüzü göz önünde bulundurarak nasıl hissettiğinizi en iyi ifade eden yanıtın yanındaki dairenin içini işaretleyin. Yanıtınız için çok düşünmeyin, aklınıza ilk gelen yanıt en doğrusu olacaktır.

1. Kendimi gergin, *'patlayacak gibi'* hissediyorum.
  - Çoğu zaman
  - Birçok zaman
  - Zaman zaman, bazen
  - Hiçbir zaman
  
2. Eskiden zevk aldığım şeylerden hala zevk alıyorum.
  - Aynı eskisi kadar
  - Pek eskisi kadar değil
  - Yalnızca biraz eskisi kadar
  - Neredeyse hiç eskisi kadar değil
  
3. Sanki kötü bir şey olacaktı gibi bir korkuya kapılıyorum.
  - Kesinlikle öyle ve oldukça da şiddetli
  - Evet, ama çok da şiddetli değil
  - Biraz ama beni endişelendirmiyor.
  - Hayır, hiç öyle değil
  
4. Gülebiliyorum ve olayların komik tarafını görebiliyorum.
  - Her zaman olduğu kadar
  - Şimdi pek o kadar değil
  - Şimdi kesinlikle o kadar değil
  - Artık hiç değil
  
5. Aklımdan endişe verici düşünceler geçiyor.
  - Çoğu zaman

- Birçok zaman
- Zaman zaman ama çok sık değil
- Yalnızca bazen
6. Kendimi neşeli hissediyorum.
- Hiçbir zaman
- Sık değil
- Bazen
- Çoğu zaman
7. Rahat rahat oturabiliyorum ve kendimi gevşek hissediyorum.
- Kesinlikle
- Genellikle
- Sık değil
- Hiçbir zaman
8. Kendimi sanki durgunlaşmış gibi hissediyorum.
- Hemen hemen her zaman
- Çok sık
- Bazen
- Hiçbir zaman
9. Sanki içim pır pır ediyormuş gibi bir tedirginliğe kapılıyorum.
- Hiçbir zaman
- Bazen
- Oldukça sık
- Çok sık
10. Dış görünüşüme ilgimi kaybettim.
- Kesinlikle
- Gerektiği kadar özen göstermiyorum
- Pek o kadar özen göstermeyebiliyorum
- Her zamanki kadar özen gösteriyorum
11. Kendimi sanki hep bir şey yapmak zorundaymışım gibi huzursuz hissediyorum.
- Gerçekten de çok fazla

- Oldukça fazla
- Çok fazla değil
- Hiç değil

12. Olacakları zevkle bekliyorum.

- Her zaman olduğu kadar
- Her zamankinden biraz daha az
- Her zamankinden kesinlikle daha az
- Hemen hemen hiç

13. Aniden panik duygusuna kapılıyorum.

- Gerçekten de çok sık
- Oldukça sık
- Çok sık değil
- Hiçbir zaman

14. İyi bir kitap, televizyon ya da radyo programından zevk alabiliyorum.

- Sıklıkla
- Bazen
- Pek sık değil
- Çok seyrek

## EK.8 ÖLÇEK İZİNLERİ

Re: Saygı Değer Hocam İyi Günler



Ömer Aydemir <soaydemir@gmail.com>

Cum 30.11.2018, 20:31

Siz

Merhaba Neslihan  
Tez araştırmamda Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeğini kullanmandan memnuniyet duyarım.

Kolaylıklar diliyorum.

Ömer Aydemir

neslihan yilmaz <nesli112@hotmail.com> şunları yazdı (30 Kas 2018 15:29):

İsmim Neslihan YILMAZ  
Celal Bayar Üniversite Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Hizmetlerinde İletişim Yüksek Lisans öğrencisiyim.

112 Acil Sağlık Hizmetlerinde çalışan personelin iş doyumunu etkileyen faktörler üzerine bir tez çalışmaktayım. İziniz olursa sizin Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirliğini yapmış olduğunuz "Hastane Anksiyete ve Depresyon" adlı ölçeği kullanmak istiyorum. Ölçeği gönderir ve kullanmamıza izin verirseniz minnettar olurum.

Saygılarımla.



mahire olcay cam <mahire.olcay.cam@ege.edu.tr>

Cum 14.12.2018, 13:35

Siz

Neslihan Yılmaz,  
Geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını yapmış olduğum "Maslach Tükenmişlik Ölçeğini" araştırmamda kullanabilirsiniz.  
Kolaylıklar dilerim.  
Prof.Dr.M.OLCAY ÇAM.



EGE Üniversitesi

www.ege.edu.tr

**Prof. Dr. MAHİRE OLCAY ÇAM**  
Hemşirelik Fakültesi / Hemşirelik Bölümü / Ruh Sağlığı ve  
Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı  
Tel:  
02323115509

**Kimden:** "neslihan yilmaz" <nesli112@hotmail.com>  
**Kime:** "mahire olcay cam" <mahire.olcay.cam@ege.edu.tr>  
**Gönderilenler:** 13 Aralık Perşembe 2018 18:45:25  
**Konu:** Saygı değer Hocam İyi Günler

İsmim Neslihan YILMAZ  
Celal Bayar Üniversite Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Hizmetlerinde İletişim Yüksek Lisans öğrencisiyim.

112 ambulans çalışanlarında iş doyumunu etkileyen faktörler üzerine bir tez çalışmaktayım. İziniz olursa sizin geçerlilik ve güvenilirlik uyarlamasını yapmış olduğunuz "Maslach Tükenmişlik" ölçeğini kullanmak istiyorum. Ölçeği gönderir ve kullanmamıza izin verirseniz minnettar olurum.

RE: Saygı Değer Hocam İyi Günler



Asli Baycan Binark <asli@aslibaycan.com>

Cum 30.11.2018, 01:40

Siz

Kullanabilirsiniz

From: neslihan yilmaz [nesli112@hotmail.com]  
Sent: Thursday, November 29, 2018 5:16 PM  
To: Asli Baycan Binark  
Subject: Saygı Değer Hocam İyi Günler

İsmim Neslihan YILMAZ  
Celal Bayar Üniversite Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Hizmetlerinde İletişim Yüksek Lisans öğrencisiyim.

112 Acil Sağlık Hizmetlerinde çalışan personelin iş doyumunu etkileyen faktörler üzerine bir tez çalışmaktayım. İziniz olursa sizin "Minnesota İş Doyum" adlı ölçeğinizi kullanmak istiyorum. Ölçeği gönderir ve kullanmamıza izin verirseniz minnettar olurum.

Saygılarımla.

## EK.9 ORJİNALLİK RAPORU

T.C.  
MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
YÜKSEK LİSANS/DOKTORA TEZ ÇALIŞMASI ORJİNALLİK RAPORU  
SAĞLIK HİZMETLERİNDE İLETİŞİM ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞI'NA

Tez Adı: Ambulans Çalışanlarında İş Doyumu, Tükenmişlik, Depresyon ve Anksiyete İlişkisi "Fethiye Örneği"

Tezime ilişkin 10/07/2019 tarihinde yapılan Turnitin adlı intihal tespit programından aşağıda belirtilen filtrelemeler uygulanarak alınmış olan orijinallik raporuna göre, tezin benzerlik oranı % 19'tür.

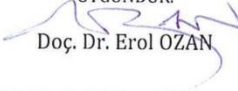
Belirtilen azami benzerlik oranlarına göre tez çalışmamın herhangi bir intihal içermediğini; aksinin tespit edileceği muhtemel durumda doğabilecek her türlü hukuki sorumluluğu kabul ettiğimi ve yukarıda vermiş olduğum bilgilerin doğru olduğunu beyan ederim.

Tarih ve İmza  
10.07.2019



Adı Soyadı :Neslihan YILMAZ  
Öğrenci No :171351003  
Anabilim Dalı : SAĞLIK HİZMETLERİNDE İLETİŞİM  
Programı : SAĞLIK HİZMETLERİNDE İLETİŞİM

DANIŞMAN ONAYI  
UYGUNDUR.

  
Doç. Dr. Erol OZAN

## 11.ÖZGEÇMİŞ

<b>Adı</b>	NESLİHAN	<b>Soyadı</b>	YILMAZ TOPRAK
<b>Doğum Yeri</b>	KÖYCEĞİZ	<b>Doğum Tarihi</b>	20/01/1990
<b>Uyruğu</b>	TC	<b>Tel</b>	5559919812
<b>E-mail</b>	<a href="mailto:neslihan12@hotmail.com">neslihan12@hotmail.com</a>		

### Eğitim Düzeyi

	<b>Mezun Olduğu Kurumun Adı</b>	<b>Mezuniyet Yılı</b>
Tezsiz Yüksek Lisans	Celal Bayar Üniversitesi	2018
Lisans	Muğla Üniversitesi	2012
Lise	Fethiye Sağlık Meslek Lisesi	2008
İlköğretim	Köyceğiz Atatürk İlköğretim Okulu	2004

### İş Deneyimi

<b>Görevi</b>	<b>Kurum</b>	<b>Süre (Yıl - Yıl)</b>
ATT	Muğla İl Sağlık Müdürlüğü	2009/ Halen çalışıyorum
Usta Öğretici	Özel Yasemin MTSK	2012/2014
Mentörlük	Fethiye SHMYO/ Paramedik	2016/2018
Yetişkin ve Öğrenci Koçluğu		2017/ Devam ediyorum
ASOS Eğitimliği	Acil Sağlık Hiz. Gen. Müd.	2014

<b>Yabancı Dilleri</b>	<b>Okuduğunu Anlama*</b>	<b>Konuşma*</b>	<b>Yazma*</b>
İngilizce	Orta	Orta	orta

### Yabancı Dil Sınav Notu#

<b>Y</b>	<b>ÜD</b>	<b>IE</b>	<b>TO</b>	<b>TO</b>	<b>TO</b>	<b>FC</b>	<b>CA</b>	<b>CP</b>
S	LTS	EFL IBT	EFL PBT	EFL CBT	E	E	E	E

<b>DS</b>								

	<b>Sayısal</b>	<b>Eşit Ağırlık</b>	<b>Sözel</b>
<b>ALES</b>	61,61	67,05	72,41

<b>Program</b>	<b>Kullanma Becerisi</b>
MS OFFİCE	İyi
SPSS	Orta

