

T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**HEMŞİRELERDE TÜKENMİŞLİK (BURNOUT) SENDROMUNUN
ARAŞTIRILMASI**

Hemşirelik Programı

DOKTORA TEZİ

Araş.Gör. M. Olcay ÇAM

İZMİR - 1991

T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELERDE TÜKENMİŞLİK (BURNOUT) SENDROMUNUN
A R A Ş T I R I L M A S I

Hemşirelik Programı

DOKTORA TEZİ

Araş.Gör.M.Olcay ÇAM

Danışman Öğretim Üyesi:Yrd.Doç.Dr.Armağan YÜREKLİ

İZMİR - 1991

İ Ç İ N D E K İ L E R

Sayfa No

İÇİNDEKİLER	ii
TABLOLAR DİZİNİ	xi
GRAFİKLER DİZİNİ	xvi
BÖLÜM I	
G İ R İ Ş	1
1.1. Araştırmanın Amacı	3
1.2. Konu İle İlgili Genel Bilgiler	5
1.2.1. Burnout'un Nedenleri	5
1.2.2. Burnout'un Belirtileri	9
1.2.3. Burnout'un Tanımları	13
1.2.4. Burnout'un Evreleri	19
1.2.5. Burnout Süreci (Seyri)	22
1.2.6. Burnout Kavramı İle İlişkili Kavramlar	30
1.2.7. Burnout'u Önleme ve Baş Etme Yolları	40
1.2.8. Burnout'un Sonuçları	48
1.2.9. Burnout'un Sosyal Psikolojik Bir Yaklaşımla Analizi	49
1.2.10. Hemşirelikte Burnout	64
1.2.11. Türkiye'de Hemşirelik	65
1.2.12. Kavram ve Tanımlar	71

BÖLÜM II

GEREÇ VE YÖNTEM	72
2.1. Araştırmanın Tipi	72
2.2. Araştırmanın Yapıldığı Yerler	72
2.2.1. Sosyal Sigortalar Kurumu İzmir Tepecik Hastanesi	73
2.2.2. Sağlık Bakanlığı Atatürk Sağlık Sitesi Devlet Hastanesi	75
2.2.3. Ege Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi	77
2.3. Araştırmanın Evreni	79
2.4. Araştırmanın Süresi	80
2.5. Araştırmanın Örnek Sayısı ve Örnek Seçim Yöntemi	80
2.6. Veri Toplama Tekniği	82
2.6.1. Ön Uygulama	82
2.6.2. Araştırma Örneklemindeki Hemşirelere Anket Formlarının Uygulanması	82
2.6.3. Hemşirelerin Arkadaşlarına Anket Formunun Uygulanması	83
2.7. Maslach Burnout Envanterinin Tanıtımı.	83
2.7.1. MBI'ın Güvenirliği	85
2.7.2. MBI'ın Geçerliği	86
2.8. Araştırmada Kullanılan Formlar ve Formların Değerlendirilmesi	87
2.9. Araştırmada MBI'ın Kullanımı	90
2.9.1. MBI'ın Türkçe Formunun Oluşturulması	90

	<u>Sayfa No</u>
2.9.2. MBI'ın Güvenirliği	91
2.9.3. MBI'ın Geçerliği	91
2.10. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri	93
2.10.1. Araştırmanın Bağımlı Değişkenleri . . .	93
2.10.2. Araştırmanın Bağımsız Değişkenleri. . .	93
2.11. Hipotezler	94
2.12. Araştırma Bulgularının Analizi	94
2.13. Araştırmanın Sınırlılıkları	98

BÖLÜM III

B U L G U L A R	100
3.1. Deneklerin Özellikleri	100
3.1.1. Deneklerin Temel Özelliklerinin İncelenmesi	100
3.1.2. Hemşirelerin alışma Durumlarının İncelenmesi	101
3.1.3. Hemşirelerin Meslekleri İle İlgili Görüşleri ve Sosyal Destek Sağladıkları Alanlar İle Kendi Sağlık Algılarının İncelenmesi	104
3.2. Hemşirelerin alışma Ortamlarındaki Özelliklerin, Mesleki Yaşamları Üzerindeki Etkileri	109
3.3. Bağımsız Değişkenlerle, Bağımlı Değişkenler Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi	111

3.3.1. Hemşirelerin Özellikleri İle MBI	
Subskalaları Arasındaki İlişkiler . . .	111
3.3.1.1. Hemşirelerin Yaşları İle MBI-EE, DP,	
PA Subskala Puanları Arasındaki	
İlişkilerin İncelenmesi	111
3.3.1.2. Hemşirelerin Medeni Durumları İle MBI-	
EE, DP, PA Subskala Puanları	
Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi. .	114
3.3.1.3. Hemşirelerin Çocuk Sahibi Olup Olmama	
Durumu İle MBI-EE, DP, PA Subskala	
Puanları Arasındaki İlişkilerin	
İncelenmesi	115
3.3.1.4. Hemşirelerin Eğitim Durumu İle MBI-EE,	
DP, PA Subskala Puanları Arasındaki	
İlişkilerin İncelenmesi	116
3.3.1.5. Hemşirelerin Hizmet Yılı İle MBI-EE,	
DP, PA Subskala Puanları Arasındaki	
İlişkilerin İncelenmesi	117
3.3.1.6. Hemşirelerin Çalışmakta Oldukları	
Hastane İle MBI-EE, DP, PA Subskala	
Puanları Arasındaki İlişkilerin	
İncelenmesi	120
3.3.1.7. Hemşirelerin Çalıştıkları Bölüm İle	
MBI-EE, DP, PA Subskala Puanları	
Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi. .	123
3.3.1.8. Hemşirelerin Üstlendikleri Görev İle	
MBI-EE, DP, PA Subskala Puanları	
Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi. .	124

3.3.1.9.	Hemşirelerin Haftalık Çalışma Süreleri İle MBI-EE, DP, PA Subskala Puanları Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi.	125
3.3.1.10.	Hemşirelerin Çalışma Şekli İle MBI-EE, DP, PA Subskala Puanları Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi .	127
3.3.1.11.	Hemşirelerin Mesleği Kendileri İçin Uygun Bulup Bulmama Durumları İle MBI-EE, DP, PA Subskala Puanları Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi .	131
3.3.1.12.	Hemşirelerin Meslekten Memnuniyet Durumları İle MBI-EE, DP, PA Subskala Puanları Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi	133
3.3.1.13.	Hemşirelerin Mesleki Gelecek Algıları İle MBI-EE, DP, PA Subskala Puanları Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi.	135
3.3.1.14.	Hemşirelerin Üstlerden Destek Görme Durumu İle MBI-EE, DP, PA Subskala Puanları Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi.	138
3.3.1.15.	Hemşirelerin Hastalarından Destek Görme Durumu İle MBI-EE, DP, PA Subskala Puanları Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi	140

3.3.1.16.	Hemşirelerin Meslektaş Destegi Görme Durumu İle MBI-EE, DP, PA Subskala Puanları Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi	141
3.3.1.17.	Hemşirelerin Kendi İş Verimleri Konusundaki Görüşleri İle MBI-EE, DP, PA Subskala Puanları Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi	142
3.3.1.18.	Hemşirelerin Çalışma Ortamından Memnuniyet Durumları İle MBI-EE, DP, PA Subskala Puanları Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi	144
3.3.1.19.	Hemşirelerin Kendi Sağlıklarını Algılayışları İle MBI-EE, DP, PA Subskala Puanları Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi	147
3.4.	Hemşirelerle İlgili Özelliklerin, MBI Subskala Puanlarını Etkileme Durumları İle MBI Subskala Ölçümleri Arasındaki Bağıntının ve MBI Subskala Puanlarını Etkileyen Faktörlerin Önem Derecelerinin İncelenmesi	149
3.4.1.	Araştırma Kapsamındaki Değişkenler İle MBI-EE Subskala Puanları Arasındaki Bağıntının ve EE Subskala Puanlarını Etkileyen Faktörlerin Önem Derecelerinin İncelenmesi	149

3.4.2. Araştırma Kapsamındaki Değişkenler İle MBI-DP Subskala Puanları Arasındaki Bağıntısının ve DP Subskala Puanlarını Etkileyen Faktörlerin Önem Derecelerinin İncelenmesi	151
3.4.3. Araştırma Kapsamındaki Değişkenler İle MBI-PA Subskala Puanları Arasındaki Bağıntısının ve DP Subskala Puanlarını Etkileyen Faktörlerin Önem Derecelerinin İncelenmesi	153

BÖLÜM IV

TARTIŞMA VE SONUÇ	155
A-) TARTIŞMA	155
4.1. Hemşireler İle İlgili Özelliklerin İncelenmesi	155
4.2. Hemşirelerin Meslekleri ve Çalışma Ortamları İle İlgili Görüşlerinin İncelenmesi	159
4.3. Araştırma Kapsamında İncelenen Değişkenler İle MBI-EE, DP, PA Subskala Puanları Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi	173

4.4. Hemşirelerle İlgili Özelliklerin, MBI Subskala Puanlarını Etkileme Durumları İle MBI Subskala Ölçümleri Arasındaki Bağıntının ve MBI Subskala Puanlarını Etkileyen Faktörlerin Önem Derecelerinin (Basamaklı Regresyon Analizi Sonuçları) İncelenmesi	190
4.4.1. Araştırma Kapsamındaki Değişkenler İle MBI-EE Subskala Puanları Arasındaki Bağıntının ve EE Subskala Puanlarını Etkileyen Faktörlerin Önem Derecelerinin (Basamaklı Regresyon Analizi Sonuçları) İncelenmesi	192
4.4.2. Araştırma Kapsamındaki Değişkenler İle MBI-DP Subskala Puanları Arasındaki Bağıntının ve DP Subskala Puanlarını Etkileyen Faktörlerin Önem Derecelerinin (Basamaklı Regresyon Analizi Sonuçları) İncelenmesi	194
4.4.3. Araştırma Kapsamındaki Değişkenler İle MBI-PA Subskala Puanları Arasındaki Bağıntının ve PA Subskala Puanlarını Etkileyen Faktörlerin Önem Derecelerinin (Basamaklı Regresyon Analizi Sonuçları) İncelenmesi	196
B-) SONUÇ	197
B.1. ÖNERİLER	203

	<u>Sayfa No</u>
Ö Z E T	206
S U M M A R Y	210
K A Y N A K L A R	213
E K L E R	
EK I. Hemşirelerle İlgili Tanıtıcı Bilgileri ve Meslekleriyle İlgili Görüşlerini Belirlemek Üzere Oluşturulan Soru Formu	229
EK II. MBI'ın Türkçeleştirilmiş Formu	232
EK III. İş Arkadaşlarının Görüşlerine Başvurmak Üzere Düzenlenmiş, MBI Formu	234
EK IV. MBI'nın Puanlama Anahtarı	235
EK V. Burnout Literatürünün Özeti	236
EK VI. Tablolar	239
6.1. Hemşirelerin Maslach Burnout Envanteri Maddelerine Verdikleri Yanıtlar	239
6.2. Maslach Burnout Envanteri İle İlgili Sonuçlar	242
Ö Z G E Ç M İ Ş	247

T A B L O L A R D İ Z İ N İ

<u>Tablo No</u>	<u>Sayfa No</u>
1. Hemşirelerin Temel Özelliklerinin Dağılımı	100
2. Hemşirelerin Çalışma Durumlarına Göre Dağılımı	101
3. Hemşirelerin Meslekleri İle İlgili Görüşlerinin Dağılımı	104
4. Hemşirelerin Kendi Sağlık Algıları ve Sosyal Destek Aldıkları Alanların Dağılımı	108
5. Hemşirelerin Çalışma Ortamlarındaki Özelliklerin, Mesleki Yaşamları Üzerindeki Etkilerinin Dağılımı	109
6. Yaş İle MBI Subskala Puanlarının Karşılaştırılması	111
7. Hemşirelerin Medeni Durumlarına Göre MBI Subskala Puanlarının Dağılımı	114
8. Hemşirelerin Çocuk Sahibi Olup Olmama Durumuna Göre MBI Subskala Puanlarının Dağılımı	115
9. Hemşirelerin Eğitim Durumuna Göre MBI Subskala Puanlarının Dağılımı	116

10. Hemşirelerin Hizmet Yılı İle MBI Subskala Puanlarının Karşılaştırılması	117
11. Hemşirelerin Çalıştıkları Hastaneye Göre MBI Subskala Puanlarının Dağılımı	120
12. Hemşirelerin Çalıştıkları Bölüme (Dahili/Cerrahi Bölümü) Göre MBI Subskala Puanlarının Dağılımı	123
13. Hemşirelerin Hastanede Üstlendikleri Göreve Göre MBI Subskala Puanlarının Dağılımı	124
14. Hemşirelerin Haftalık Çalışma Sürelerine Göre MBI Subskala Puanlarının Dağılımı	125
15. Hemşirelerin Çalışma Şekline Göre MBI Subskala Puanlarının Dağılımı	127
16. Hemşirelerin Mesleği Kendileri İçin Uygun Bulup Bulmama Durumlarına Göre MBI Subskala Puanlarının Dağılımı	131
17. Hemşirelerin Meslekten Memnuniyet Durumlarına Göre MBI Subskala Puanlarının Dağılımı	133
18. Hemşirelerin Mesleki Gelecek Algılarına Göre MBI Subskala Puanlarının Dağılımı	135

19. Hemşirelerin Ustlerinden Destek Görme Durumuna Göre MBI Subskala Puanlarının Dağılımı	138
20. Hemşirelerin Hastalarından Destek Görme Durumuna Göre MBI Subskala Puanlarının Dağılımı	140
21. Hemşirelerin Meslektaşlarından Destek Görme Durumuna Göre MBI Subskala Puanlarının Dağılımı	141
22. Hemşirelerin Kendi İş Verimleri Konusundaki Görüşlerine Göre MBI Subskala Puanlarının Dağılımı	142
23. Hemşirelerin Çalışma Ortamlarından Memnuniyet Durumlarına Göre MBI Subskala Puanlarının Dağılımı	144
24. Hemşirelerin Kendi Sağlıklarını Algılama Durumuna Göre MBI Subskala Puanlarının Dağılımı	147
25. Araştırma Kapsamındaki Değişkenler İle EE Subskalası Arasında Yapılan Basamaklı (Stepwise) Çoklu Regresyon Analizi Sonuçları	149
26. Araştırma Kapsamındaki Değişkenler İle DP Subskalası Arasında Yapılan Basamaklı (Stepwise) Çoklu Regresyon Analizi Sonuçları	151

27. Araştırma Kapsamındaki Değişkenler İle PA Subskalası Arasında Yapılan Basamaklı (Stepwise) Çoklu Regresyon Analizi Sonuçları	153
---	-----

EK TABLOLAR

6.1.1. Hemşirelerin Emosyonel Tükenme Subskalası Maddelerine Verdikleri Yanıtların Dağılımı	239
6.1.2. Hemşirelerin Depersonalizasyon Subskalası Maddelerine Verdikleri Yanıtların Dağılımı	240
6.1.3. Hemşirelerin Kişisel Başarı Subskalası Maddelerine Verdikleri Yanıtların Dağılımı	241
6.2.1. MBI-EE, DP, PA Subskalalarının Ortalama, Varyans, Standart Sapma, Minimum, Maximum Puanları Dağılımı	242
6.2.2. MBI-EE (Emosyonel Tükenme) Subskalası Maddelerinin Ortalama, Varyans, Standart Sapmaları İle Maddelerin Total Puanla Korelasyonu, Total Varyansa Maddelerin Katkıları ve Güvenirlik İndeksi Tablosu.	243
6.2.3. MBI-DP (Depersonalizasyon) Subskalası Maddelerinin Ortalama, Varyans, Standart Sapmaları İle Maddelerin Total Puanla Korelasyonu, Total Varyansa Maddelerin Katkıları ve Güvenirlik İndeksi Tablosu.	244

Tablo NoSayfa No

6.2.4. MBI-PA (Kişisel Başarı) Subskalası Maddelerinin Ortalama, Varyans, Standart Sapmaları İle Maddelerin Total Puanla Korelasyonu, Total Varyansa Maddelerin Katkıları ve Güvenirlik İndeksi Tablosu	245
6.2.5. Hemşirelerin Kendi Yanıtları İle Arkadaşlarının Yanıtlarının Karşılaştırılması	246
6.2.6. MBI Subskalaları Arasındaki Korelasyonlar	246

G R A F İ K L E R D İ Z İ N İ

<u>Grafik No</u>	<u>Sayfa No</u>
1. Hemşirelerin Yaşları İle MBI Subskala Puanları Arasındaki İlişki	116
2. Hemşirelerin Hizmet Süreleri İle MBI Subskala Puanları Arasındaki İlişki. .	118
3. Hemşirelerin Çalıştıkları Hastaneler İle MBI Subskala Puanları Arasındaki İlişki.	122
4. Hemşirelerin Çalışma Şekilleri İle MBI Subskala Puanları Arasındaki İlişki. .	130
5. Hemşirelerin Mesleki Gelecek Algısı İle MBI Subskala Puanları Arasındaki İlişki	137
6. Hemşirelerin Çalışma Ortamlarından Memnuniyet Durumları İle MBI Subskala Puanları Arasındaki İlişki	146

Ş E K İ L L E R D İ Z İ N İ

<u>Şekil No</u>	<u>Sayfa No</u>
1. İşteki Stres Kaynakları ve Sonuçları .	7
2. Burnout'u Değerlendirmek İçin Bir Model	8

BÖLÜM I

G İ R İ Ő

Dünya Sağlık Örgütü sağlığı; fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden iyilik hali olarak belirtmiştir (36, 109, 123). Toplumdaki tüm bireyleri olduğu gibi çalışan bireyleri de bu kapsamın dışında tutmak düşünülemez.

Bireylerin, fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden iyilik halinde olmalarının sağlanması için, sağlıklı durumdan sapmalarını iyi değerlendirmek gerekir.

Genelde çalışan bir kişinin sağlığı, özelde hemşirelerin sağlığı ile çalışma yaşamları arasındaki ilişkilerin iki yönlü etkileşimde olduğu görülür. Çalışma yaşamı bireyin sağlığını etkileyebildiği gibi, çalışanın sağlığında çalışma yaşamını etkileyebilmektedir. Sağlıklı bireyin bir diğer tanımını Freud, "sevebilen ve çalışabilen bir birey" olarak yapmıştır. Bu tanımla birlikte, sağlıklı bir kişiden daha verimli çalışıp daha nitelikli bir üretim yapabilmesi beklenir (82).

Ülkemizde sağlık hizmetlerinin yürütülmesinde bir çok olumsuzluklar -örneğin nitelikli ve yeterli sayıda personelin bulunmaması, yeterince finans kaynaklarının olmaması ve bunun sonucunda oluşan, ücret düşüklüğü, araç-gereç eksiklik ve yetersizliği gibi pek çok

etkenin ortaya çıkması şeklindeki olumsuzluklar- hemşirelerin çalışma yaşamını kötü yönde etkilemektedir (3, 4, 11, 28, 42, 46, 47, 48, 49, 63, 80, 95, 117, 118).

Sürekli olumsuz koşullarda çalışma, hemşirenin verdiği hizmetin, niteliğinde ve niceliğinde bozulmaya yol açabilir. Bunun yanı sıra, bu etkiler birey olarak hemşirenin sağlığını etkileyebilir. Bu etkileniş hemşirenin insanlara ve hastalarına karşı sevecenliğini ve onlar için bir şeyler yapabilme kapasitesini azaltabilir. Sürekli gerilim altında devam eden çalışma yaşamı, hemşirenin sosyal yaşantısı üzerinde de olumsuz etkilere yol açabilmektedir (68, 69, 71, 93, 94).

Bu bilgiler ışığında, sürekli çeşitli gerilimler altında bulunduğu ortaya çıkabilecek sonuçların neler olabileceği ya da böyle bir duruma karşılık olan kavramın ne olduğu literatürde arandığında, tükenmişlik "Burnout" kavramı ile karşılaşılmıştır. Daha sonra böyle bir genomenin ölçülmesinde kullanılan bir ölçüm aracının geliştirilmiş olduğu görülmüştür (6, 10, 15, 25, 37, 39, 41, 57, 58, 69, 107).

"Burnout" verilen hizmetin niteliğinde ve niceliğinde bozulmaya yol açar, hizmeti veren bireylerin sağlıklarını da olumsuz etkiler. Bunun yanı sıra özellikle ülkemizin böylesine sınırlı olanakları ile yetişen insan gücünün hizmet alanından uzaklaşmasına yol açar. Bu nedenlerle "burnout" fenomeni önemli görülerek üzerinde çalışılmaya karar verilmiştir (3, 31, 95).

"Burnout" kavramı ile ilgili bazı bilgiler verildikten sonra, bu konuda geliştirilmiş bulunan aracın (Maslach Burnout Inventory-MBI) kullanılabilir olup olmadığının saptanmasına gidilmiştir. Bu nedenle bir hemşire örnekleme kapsamında, geçerlik ve güvenilirliği incelenmiştir. Daha sonra, Hemşirelerle ilgili değişkenler (yaş, hizmet süresi, çalıştıkları hastane, çalışma şekli, çalışma süreleri, vs.) envanterle ilişkileri araştırılmıştır.

1.1. ARAŞTIRMANIN AMACI

Az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde yetersiz sağlık hizmetlerinin çok çeşitli etkileri olduğu görülmektedir. Bu etkilerden biri de, sağlık hizmeti alanında yeterli sayıda ve nitelikte insan gücünün olmayışı olup, bu nedenle, sağlık hizmetinin niteliği düşmektedir. Sağlık hizmetinin niteliğindeki bu düşüklüğün yanı sıra, mevcut sağlık görevlilerinde sorumluluk ve görevleri artmakta, ancak yetkileri sınırlı kalmaktadır. Acaba artan yüklerle birlikte; genelde sağlık görevlilerinde, özelde, alanımız olan hemşirelikte ne türlü etkiler olmaktadır.

Bu özden giderek, ülkemizde, hemşirelik mesleğinin bugünkü sorunları göz önüne alınacak olursa, meslek üyelerinin bir tükenmişlik-"burnout" sendromunu yaşaya-

bilecekleri varsayımından yola çıkılarak aşağıdaki amaçlar doğrultusunda bu araştırma planlanmıştır.

1- "Burnout"un ölçüm aracı olan Maslach Burnout Envanteri (MBI)'nin kullanılabilir olup olmadığına ilişkin bilgi edinmek.

2- Hemşirelerin "burnout"larıyla ilişkili olarak;

- Emosyonel Tükenme (Emotional Exhaustion=EE)

- Yabancılaşma (Depersonalization=DP)

- Kişisel Başarı (Personal Accomplishment =PA) boyutlarındaki puanlarını elde etmek.

3- Hemşirelerin tükenmişlikleriyle ilişkili olarak EE, DP ve PA puanları ile bazı bağımsız değişkenler (yaş, eğitim, medeni durum, hizmet süresi, çalışılan kurum, yapılan görev, çalışma şekli gibi) arasındaki ilişkileri incelemek.

4- Hemşirelerin, tükenmişlikleriyle ilişkili olarak, EE, DP ve PA puanları ile mesleğe ilişkin tutumları, çalışma ortamını algılayışları ve desteklenmelerine ilişkin algılamaları arasındaki ilişkiyi araştırmak.

5- Hemşirelerle ilgili araştırma kapsamındaki tüm değişkenlerin, EE, DP ve PA puanları üzerindeki etkililik önem derecelerini saptamak.

1.2. KONU İLE İLGİLİ GENEL BİLGİLER

1.2.1. BURNOUT'UN NEDENLERİ

"Burnout"un nedenleri araştırıldığında bir çok nedenden söz edilmiş olduğu görülmüştür. Bu nedenler öncelikle çevresel ve kişisel nedenler olarak ele alınıp, şu şekilde sıralanabilir :

- Çevresel Nedenler

-İşin niteliği- kötü prognozlu hastalarla çalışma, kurumun tipi (akut ya da kronik hastalara bakım verme), işteki rol, haftalık çalışma saati, kurumun özellikleri, iş yükü, hizmeti alan kişilerin doğrudan bakımıyla geçirilen zamanın miktarı, çok güç hasta problemleri, iş gerilimi, akran desteğinin düşük düzeyleri, ilerleme fırsatlarının olmaması, rol karmaşası, rol belirsizliği, rol netliğinin ve örgütsel desteğin olmayışı, ödüllendirilmeyen iş koşulları, çalışma şekli, mesleğin ilerlemeler için açık olup olmaması, hemşirelikte başarının ne olduğunun net olmayışı, hemşire-hasta oranı, iş ilişkileri, hemşire-hasta ilişkileri, çalışanların toplanma sıklığı, iş aralarının (molaların) olup olmaması, hastalarla doğrudan temasta bulunup bulunmama, diğer işler ve yönetimle ilgili işlerle geçirilen zamanın miktarı, idari baskı, yetersiz ücret, aşırı kırtasiye işi, yetersiz eğitim, hastalar ve süpervizörler tara-

ından gerekli takdiri görememe, önemli kararlara katılmayıp, organizasyonun hizmeti alanların gereksinimlerini karşılayamayışı, örgütsel işleyişteki kusurlar, ev-iş çatışması, işin yüksek performans gerektirmesi, iş ortamının atmosferi -yüksek ses, kötü ulaşım, kasvetli ve monoton görsel düzenleme, uyarı ve farklılığın eksikliği, özerkliğin (otonominin) eksikliği, hizmet verilenlerin nitelikleri- yaş, cinsiyet, sahip olunan problem tipleri, sıklığı, başhemşire liderlik tarzları, iş ortamındaki iletişim örüntüsü, yetersiz görevli, yetersiz araç, bozuk-tanımlanmış hiyerarşi, ailesel, ekonomik ve toplumsal etkenlerdir (9, 10, 24, 35, 41, 53, 54, 57, 67, 68, 69, 84, 94).

- Kişisel Nedenler

- Yaş, evlilik, aile statüsü, çocuk sayısı, eğitim, kendini işine adayan ve işine aşırı bağlanma, işkolik olma, bireyin verme için gereksinimi olan bir birey olması, kişisel beklentiler, motivasyonlar, bireyin ego gücü ve kişilik, kişilik karakteristiklerinin özgün bir seyri olan dayanıklılık, yaşam olayları, A tipi kişilik (hırs, rekabet vs özelliklerle) özelliklerinin bulunması, öz-saygı, engellenme eşiğinin düzeyi, deneyim, emosyonel denge durumu, informal destek, kendindeki değişimi farkedemeyişi, kendi kendisi için koyduğu sınırlamalar, kişisel yaşamdaki stresler (9, 10, 35, 37, 41, 53, 54, 55, 57, 68, 69, 78, 84).

Stresin Kaynakları

- 1- İşin iç faktörleri
 - İş yükü
 - Ölüm ve ölü
- 2- İşteki ilişkiler
 - Sosyal destek
 - Geri bildirim (Feed-back)
 - Karar verme
- 3- Organizasyonun rolü
 - Rol çatışması
 - Rol belirsizliği
- 4- Meslek hayatındaki gelişme
 - İlerleme (yükselme) ümidi
 - Statü
- 5- Ev-İş çatışması
 - Aşırı emosyonel katılım
 - Evde yer alan problemler

Algıladıkları

HEMŞİRE

Becerileri:

- Tepkiler
- Pozitif Sonuçlar
- Sağlıklı hemşireler
- Sağlıklı hizmetler
- İş doyumunu ve motivasyonun yüksek düzeyleri
- Negatif Sonuçlar
- "Burnout"
- Bozulmuş sağlık ve düşük ahlak
- Niteliksiz hizmet

ŞEKİL 1 : İşteki Stres Kaynakları ve Sonuçları[#]
(#Hingley, P.; Harris, P., "Burn-out at senior level", Nursing Times, 30, 1986'dan alınmıştır) (54).

Çevresel Stresörler

- İç
- Niceliksel Yükleme
- Niteliksel Yükleme
- Açıklanmamış Değişiklikler
- İş Şemaları
- Yetersiz Araç

Yapı ve İklim (Hava/Atmosfer)

- Zayıf İletişim
- Katılımın Yetersizliği
- Bozuk-Tanımlanmış Hiyerarşi

İçin Rolü

- Rol Çatışması
- Rol Bulanıklığı
- İnsanların Sorumluluğu
- Yönetmel Destekçin Yetersizliği
- Statünün Düşüklüğü

Meslek Hayatında İlerleme

- Eksik İlerleme
- Ağır İlerleme
- Haksızlık
- Uygun hazırlanmışlığı
- Yetersizliği
- Meslek Hayatında Fırsatların Yetersizliği

Örgüt Dışı Faktörler

- Aile
- Ekonomi
- Toplum
- Yaşam Olayları
- Suç
- Değer Değişiklikleri

İlişkiler

- Üstlerle
- Personellerle
- Yardımcı Çalışanlarla
- Hastalarla
- Yöneticilerle

Disfonksiyonel Stresin Sonuçları

Subjektif

- Karamsarlık
- Yorgunluk
- Anksiyete
- Suçluluk

Davranışsal

- Artmış Kazalar (Sakarlıklar)
- Bozuk Konuşma

Bilişsel

- Karar Vermede Güçsüzlük
- Konsantrasyon Güçlüğü
- Unutkanlık

Fizyolojik

- Artmış Kan Basıncı
- Yüksek Kolesterol
- Koronar Hastalık

Organizasyonel

- İşe Gelme
- İşi Bırakma
- Düşük Üretkenlik
- Bağlılıkta Azalma
- İş Doyumsuzluğu

S t r e s

Kişisel Stresörler

- Gereksinimler
- İstekler
- Arzu Derecesi/ Başarı
- Emosyonel Denge
- Deneyim
- Etenklik
- Bulanıklık (Karmaşa)
- Tolerans
- Öz-Sayı
- A Tipi Davranış Ürüntüsü

ŞEKİL 2 : Burnout'u Değerlendirmek İçin Bir Model*

(Rowland, H.S., Rowland, B.L., Nursing administration handbook. Second Edition, 1985'den alınmıştır)

1.2.2. BURNOUT'UN BELİRTİLERİ

"Burnout"un belirtileri araştırıldığında, çok çeşitli belirtilerle ortaya çıktığı görülmüştür. Belirtilerin çok çeşitliliği "burnout"un sinsi bir süreç oluşu, yansımalarının bireylerdeki çeşitlilik kadar farklı varyasyonla yayılabileceği yönündeki görüşlerle ilişkili olduğu ileri sürülmüştür. "Burnout" ile ilgili literatüre dayanarak belirtiler şu şekilde sıralanabilir :

- Fiziksel Belirtiler

- Yorgunluk ve bitkinlik hissi
- Kolay kolay geçmeyen bir soğuk algınlığı ve gripler
- Sık baş ağrıları
- Gastrointestinal bozukluklardan sıkıntı çekme
- Uykusuzluk
- Solunum güçlüğü ve taşipne
- Kilo kaybı
- Uyuşukluk
- Deri şikayetleri (kızarıklıklar, Galvanic-elektrik çarpmasına benzer deri yanıtı)
- Genel ağrı ve sızılar
- Yüksek kolesterol
- Koroner kalp rahatsızlığı insidansının artışı.

- Davranışsal Belirtiler

- Çabuk öfkelenme, ani irritasyon ve engellenme belirtileri, apatik ve negativizm gösterme
- İşe gitmek istemeyiş hatta nefret etme
- Bir çok konuyu şüphe ve endişe ile karşılama
- Alınganlık, takdir edilmediğini düşünme
- İş doyumsuzluğu, işe geç gelmeler, gelmemeler
- İlaç (özellikle trankilizan) alkol ve tütün vs. almaya eğilim ya da alımda artma
- Öz-saygı ve öz-güvende azalma
- Evlilik, aile çatışmaları ile aile ve arkadaşlardan uzaklaşma
- İzolasyon, uzaklaşma, içe kapanma ve sıkıntı
- Teslimiyet, gücensizlik, suçluluk, içermişlik
- Hevesin kırılması (çaresizlik), kolay ağlama, konsantrasyon güçlüğü
- Unutkanlık, hareketli olamayıp
- Yansıtma, entellektüalize etme
- Kendi kendine zihinsel uğraş içinde olma, bakımın teknik yönleri ile zihinsel uğraşma
- Örgütlemeye yetersizlik
- Rol çatışması, görev ve kurallarla ilgili karışıklık (konfüzyon)
- Görevlilere fazla güvenmeme veya onlardan kaçınma
- Kuruma yönelik ilginin kaybı
- Bazı şeyleri erteleme ya da sürüncemede bırakma

- Başarısızlık hissi
- Çalışmaya yönelmede direnç
- Hastalara tek tip davranma, küçümseme ve alay etme, düşünüşde katılık, değişime direnç
- Hastalara karşı pozitif duyguların kaybı
- Hasta ile ilişkiyi erteleme, hastayla yüz yüze ve telefon görüşmelerine direnç gösterme
- Arkadaşlarla iş konusunda tartışmaktan kaçınma, alaycı olma ve suçlayıcı olma
- Hemşirelerin sık sık işi bırakmayı düşünmeleri
- Hemşireler, idarenin onları desteklemediğini ya da onların iş performansını anlamadıkları duygularıyla, iş çevresine, akranlarına ve yöneticilerine karşı kızgınlık şeklinde yansıtma.
- Benlik imajı, emosyonel durumdaki dalgalanmalarla etkilenerek, negatif yönde değişmeye başlaması (6, 10, 37, 56, 64, 70, 73, 84, 94).

"Burnout" ile ilgili literatür ışığında sıralanan belirtilerle birlikte, Freudenberger, "Burnout" sürecindeki bu gidişi şöyle anlatmaktadır. "Çabuk öfkelenme, ani irritasyon ve engellenme belirtileriyle, duyguları ele almak güçleşir, kolay ağlar, önemsiz baskılar, onun taşıyabileceğinden fazlaymış gibi gelir, bağırma, çağırma görülür. Çabuk öfkelenme ile şüpheli bir tutum görülür. Şüphe ve alınganlık artar, böylece başkalarının

kendisini aldattığını düşünmeye başlar. Paranoid durum, aynı zamanda, omnipoten duygusuna yol açabilir. Tükenmiş kişi, tümüyle diğerlerinin yapamadığını kendisinin yapabildiğine inanmaya başlar. Gittikçe kendisine aşırı güven duymaya başlar ve süreç içinde diğerlerinin tümüne ahmakmışlar gibi bakar, fikir uçuşmalarını içeren, risk-alma davranışı, kendi deyimleriyle çılgınca boyutlara varabilir. Bunlar trankilizanları aşırı şekilde kullanarak çözüm aramaya çalışırlar.

Kişinin görünüşü gittikçe kapalı bir kutu gibi olmaya başlar. Kişi, aşırı katı, inatçı ve esnekliğini yitirmeye başlar. Hemen hemen hiç ikna edilemez, o herkesten iyisini bildiğine inanır. İlerleme ve yapıcı değişim olmaz. Çünkü değişim diğer bir adaptasyon anlamındadır ve daha fazla değişim yorar.

Diğer bir davranışsal gösterge, sözelleşen negatif tutumdur. Herkesin kendi çıkarı için çalıştığına inanmaya başlar, kötü davranma ve surat asma görülür.

Kişinin bakışları, hareketleri ve görüntüsü depresedir. Kendisini korumak için böyle görünür. Karşıdaki insanlar ne olup bittiğini bilmezler ancak bireydeki bazı değişikliklerin olduğunu farkedebilirler. Çoğu kez, çalışılan yerde harcanan zamanın artmasına karşın başarı düşer. Birey sanki gidecek bir yeri yokmuş gibi başı boş dolaşmakta ve davranmaktadır. Aslında da çoğu zaman gidecek yeride olmaz çünkü işine fazlaca kendisini kattığından arkadaşlarının çoğunu da kaybetmiş durumdadır" (41).

1.2.3. BURNOUT'UN TANIMLARI

Çoğunlukla "burnout" tarif edilmiş ve bir semptom örüntüsü olarak tanımlanmıştır. Semptomlar çoğunlukla, fiziksel, emosyonel ve davranışsal kategorileri içermiştir.

"Burnout" semptomları; birbirinin üstüne eklenmişliği, birbirine geçmişliği gibi pek çok şekliyle fenomenin kompleks bir görünüşüdür. Semptomların çok çeşitli olmasına karşın, bu "burnout"un sinsi doğasını ayrıntılı olarak açıklayan bir bütünlük olarak görülür. Böylece "burnout"u deneyimleyen kişi, genelde, kişisel mesleki doyumsuzluk ve yorgunluğun karmaşık bir duygusunu fark eder. İşe gitmeyi istememe, yüklenmişlik, terslik ve tahammülsüzlük duygusu, güçlü bir şekilde kendinden şüphelenme hissi ve bazen kendilik imajına uygun olmayan tarzlarda davranma, şeklinde belirir (23).

"Burnout"a ilişkin duyguların tartışmasında çekilen acının gözle görünür ve belirgin delillerinin olmasından dolayı, çalışanlar, meslektaşları ve arkadaşlarıncı, inkar edilen bir tutumla sık karşılaşır. Duyguların bu inkarının bedeli, soğuma hissinin gelişmesi ile ödenebilir.

"Burnout" sürecinin deneysel olarak doğrulanmış bilimsel modeli tamamlanmış değildir, bu süreç, bir ya da iki travmatik olayın bir sonucu olarak oluşmaz, ancak ruhun genel bir erozyonuna kadar gidecek sinsilikte-

dir. "Burnout" süreci, değişiklik göstermeyen bir ilerleme ve kesin sonuca götüren sayısız olay ya da kararların tedrici (göreceli) bir yaygınlığıdır (23).

"Burnout", bireyin ters giden bir şeyin olduğunu ve buna inanmayı reddeder olduğunda gelişen bir durumdur (23).

Yukarıdaki açıklamaların yapıldığı kaynakta, bu açıklamalarla birlikte "Burnout" şöyle tanımlanmıştır.

"Burnout", kişisel kaynakların sona dayandığı, normal günlük olaylar karşısında sürekli bir ümitsizlik ve negativizmin yer aldığı, enerjinin bir tükenişidir (23).

Ayrıca aşağıdaki elemanları içerdiği de belirtilmiştir.

- İşe ilişkin bir kişisel başarısızlık duygusu şeklinde görülen azalmış enerji,
- Küçük bir kazanç ya da ödül için kişiden olağan üstü verim beklenmesi,
- Bir ümitsizlik ve çaresizlik duygusu,
- İşlev görmenin alternatif tarzlarını algılayamama,
- Kendisi ve diğerleriyle, işine ve kurumuna ilişkin alaycılık ve negativistlik: Bir öz tükenmişlik duygusu (23).

Bir diğer kaynakta, yazar; "burnout"un tanımını araştırırken "tanımlar" yerine, "sıfatlar"la karşılaştım. Sonuç olarak, değişimi imkansız görünen durumların

insan ruhuna çizdiği şeylerin birikiminin, bir sonucu olduğunu gördüm. Bunun bir "mesleksel otizm" olduğu şeklindeki açıklamalarla karşılaştım." demektedir (107).

Aynı yazar, bazı hemşirelerin "burnout"u; "hemşire kendini bir robot gibi ve boşlukta hisseder", "bir eziklik, bir ezilmişlik hissi", "bir hayal kırıklığı", vs. şeklinde ifade ettiklerini belirtmiştir. Bu kaynakta ayrıca şu bilgilerde yer almaktadır (107).

Hemşirelerin çoğunda görülen "burnout", kelimesi kelimesine insan ruhunun kolapsıdır. "Burnout", kesin bir etiolojinin tanımlanamadığı, sinsi bir süreçtir. "Burnout", aynı zamanda teslimiyettir. İşin dış gerçekleri karşısında kişisel haklarından feragat etmesidir. Duruma engel olmaya çalışılmaz, bu bazen uyum gibi görülebilir, yaratıcılık felce uğrar, daha iyisi için uğraş verilmez. "Burnout", gücün yetersizliğe teslim edilmesidir. Bu sizin ne yaparsanız yapın, nasıl yaparsanız yapın, ne kadar sıkı çalışırsanız çalışın, tüm bunlara karşın, durumda bir değişiklik, farklılık yaratamadığınız algısının yarattığı teslimiyettir. "Burnout"un üzücü yönlerinden biri hemşirenin, hastasına karşı uygun-suz tarzda konuşmasından rahatsızlık duymamasıdır (107).

"Burnout" ile ilgili bir başka görüşe göre; "Burnout" "ne baş edemeyen bir birey, ne bir işin kapsamındaki taleplerin yüklülüğü, ne de organizasyon sınırlamalarıdır, tüm bu birimlerin kompleks bir ilişkisidir-yani bir stres denklemdir." "Burnout", ilerleyi-

ci bir stres sürecidir (6, 17, 56, 73, 106, 121).

Bu görüş kapsamında yer alan Cherniss'in bu konudaki görüşleri, bir kaynakta şöyle yer almaktadır.

Cherniss, aşırı stres ya da doyumsuzluğa tepkiyle işten geri çekilme diye de tanımlar. "Burnout"u aşırı bağlılığın bir rahatsızlığı olarak görür (6).

Cherniss "burnout"u, iş stresine yanıt olarak, işe-ilişkin tutum ve davranışlarda negatif değişiklikler gösterme olarak tanımladı. Cherniss "burnout"u, kliente (hasta hizmeti alan) ilginin kaybı ve bitkinliğin yanı sıra, artan hayal kırıklığını, kötümserliği, kaderciliği, kişinin işine motivasyonunun, bağlılığının ve işteki gayretinin azalmasını, ilgisizliği, negativistliği, sık iritabiliteyi, iş arkadaşları ve klientlere kızgınlığı, kişinin işteki iyiliği ve huzuruyla ilgili zihinsel uğraşlarını, sistem ve klientleri suçlayarak başarısızlığını rasyonalize etme eğilimini, değişikliğe direncini, katılığın artışı ve yaratıcılığın kaybını içeren bir olgu olarak tanımlamaktadır. Cherniss'in "burnout"a bakışı aynı zamanda; iş stresine bir yanıt olarak, motivasyonel, duygusal, tutumsal ve davranışsal değişiklikleri sağlayan tüm bunların bileşkesine eş değer bir baskıdan söz eder. Cherniss, "burnout"un geçici yorgunluk ve zorlanma ile toplumsallaşma ve işi bırakmaya neden olan tutumsal değişikliklerden farklı olduğunu da belirtmiştir (34).

Bir diğer kaynakta "Burnout"; stresle ilişkili

olarak görülüp şöyle tanımlanmıştır. "İşte strese karşı gösterilen maladaptive reaksiyonları tanımlamak için kullanılan bir terimdir" (106).

Benzer şekilde bir başka kaynakta, "burnout"; çalışanları psikolojik olarak içe çekilmeye iten, onların savunmalarını tedricen aşan, stresli bir iş çevresinin kümülatif (yığışım) etkilerinin bir fenomeni olarak tanımlanmaktadır (53).

Sözlükte "burnout" kelimesinin karşılığına bakıldığında; "Burnout, bazen fiziksel hastalıklarla karakterize olan, değişmeden kalan, işe ilişkin stresin kronik bir periyodundan sonra, ruhsal ve fiziksel enerji azalması durumu için kullanılan popüler bir terimdir. Sağlık profesyonelleri hastalarına karşı, saygı ve ilgilerini kaybederler, hastalarına alaycı, insanlık dışı bir şekilde davranırlar ve onlara küçültücü tarzda hitap ederler. Hemşirelik mesleği için "burnout"un nedenleri; sıklıkla stres yüklü olmayı hatta bazen tehlike içinde olmayı da içeren çalışma koşullarının varlığı, destek azlığı, sağlık bakım ekibi içinde karşılıklı saygıya dayalı ilişkinin yetersizliği, doktor ücretleriyle karşılaştırıldığında, düşük ücret almayı, shift değişikliği ve uzun sürelerle aralıksız çalışmayı ve bu uzun süreli periyotlarda sürekli nitelikli bakım verme sorumluluğunu taşımaktan kaynaklanan baskıyı hissetmeyi, hastanelerde buna karşın yetersiz personelin bulunmasını, iş gerçekleri ve iş beklentileri arasındaki farktan kay-

naklanan hayal kırıklığı ve engellenmeyi hissetmektir" şeklinde açıklanmış olduğunu görüyoruz (41).

Maher; "burnout"u, tükenmeyi, psikosomatik hastalığı, uykusuzluğu, iş ve klientlere karşı negatif tutumu, işe gelmemeyi, alkol ya da diğer ilaç kullanımını, suçluluğu, kötümserliği, ilgisizliği ve depresyonu içeren, kompleks bir sendrom olarak tanımladı". Maher, bağımlılığın, "burnout" insidansı için can alıcı bir değişken olduğunu, enerjinin bol kullanımı sonucu önemli enerji eksikliği görüldüğü şeklinde görüşünü belirtmiştir (34).

Maslach'a göre "burnout"; fiziksel tükenme, kronik yorgunluk, çaresizlik ve ümitsizlik hisleri, negatif bir benlik-"self" kavramının gelişmesi ve iş, yaşam ve diğer insanlara yönelik olumsuz tutumlarla belirginleşen, fiziksel, emosyonel ve mental bir tükenme sendromudur (6, 18, 58, 67, 68).

Görüldüğü gibi "burnout" konusunda yapılan tanımlamalar oldukça değişik yönlere odaklaşabilmektedir. Bununla birlikte, bir stres süreci olarak görmeye eğilimin fazlalığı dikkati çekiyor. Tam bir operasyonel "burnout" tanımının eksikliğinin olası nedeni, çok kompleks oluşumları içermesindedir (6, 9, 10, 18, 25, 34, 40, 69, 72).

1.2.4. BURNOUT'UN EVRELERİ

Bir çok araştırmacının "burnout"u evrelere ayırmaları farklı farklıdır. Bu farklılığın kaynağı, insan davranışlarını tanımlamanın, gruplamanın güçlüğündendir. Tüm bireylerin durum ve koşullara tolerans düzeyleri çeşitlidir. Konuyu bu kapsamla düşünmek gerekir. Bu gereklilikle birlikte, "burnout"un evreleri için (düzey, tip ve durumların tanımlanmasına göre çeşitli şekillerde gruplandırılarak) şu şekillerdeki modeller önerilmiştir (10, 23).

Maslach, "burnout"u şu şekilde düzeylere ayırmıştır.

- 1- Fiziksel yorgunluk ve bitkinlik hissi
- 2- İş ve hastalardan soğuma, uzaklaşma şeklinde psikolojik yorgunluk
- 3- Kendi kendinden şüphelenmeyi içeren ruhsal (spiritual) yorgunluk (10).

Tanner tarafından geliştirilen bir diğer bakış açısına göre; "burnout" 5 düzeyle incelenmektedir.

- 1- Çok az bir rahatsızlığın bulunmasına karşın, fiziksel olarak iyilik içinde olma
- 2- Uyku, yeme ve içme düzensizlikleri ile belirginleşen irritabilite
- 3- Zihinsel sıkıntı ve dikkat alanında daralma
- 4- Yaşam tarzı ya da meslekte değişiklik
- 5- Güç ve yeteneklerde kayıp olduğunu algılama (10).

Edelwich "burnout" sendromunun aşama aşama geliştiğini ön görmekte ve bunun 4 aşamada gerçekleştiğini savunmaktadır.

- 1- Heves (idealistik coşku) ve hayal kırıklığı
- 2- Durgunlaşma
- 3- Engellenme
- 4- Apati (duygusuzlaşma, ilgisizleşme) (6, 21).

1- İdealistik Coşku : Fazla enerji, yüksek umut ve beklentiler zamanıdır. İş yaşamıdır ve yaşam bakım vermedir. Bu düzeyde bakım veren, fazla enerji, yüksek prensipler ve seçtiği mesleğin amaçlarına ulaşmak için şiddetli motivasyon göstermeye eğilimlidir. Sıklıkla, mesleki eğitim sürdürmeye ısrarlı bir istek vardır. Enerji dolu bir gayret vardır. Bu bireyler, övülecekken sık sık ön yargıyı, prensipleri, hükümleri ve amaçlarla ilgili sorularla karşılaşır. Bu durumda, gayretle çalışan birey "burnout"un durgunluk düzeyine girmeye başlar. Sıklıkla çalışmaya başladıktan bir yıl sonra ortaya çıkar.(6).

2- Durgunluk : Hizmeti veren işi yavaşlatmayı düşünür ve mevcut enerji düzeyi düşmeye başlar. Motivasyon azalır. Artık ön yargıların, prensiplerin, kıdemliliğin, idealistik şevk düzeyindeki dinçlikle peşine düşülmez. Bu periyotta çalışan muhtemelen, görevle ilgili beklentilerinde hayal kırıklığı yaşamaya başlar. Hizmet mesleklerinde "Burnout"u anlatanlar, durgunluğun "yolun

sonuna gelme", "son", "ölüm" ve "tünelin sonunda bir ışık görememe" gibi olduğunu tipik olarak işaret etmişlerdir. Bu devam ettiğinde çalışan hizmeti daha fazla sevmez. İşten alınan doyum şahsi ihtiyaçlar kadar büyük görünmemektedir. İş dışındaki ilgiler (arkadaşlık, spor, boş zaman aktiviteleri, kendi ailesi ve evi gibi) çok önemli hale gelebilir. Kramer'e göre "balayı bitmiştir" (6).

3- Engellenme : Hizmet verenin engellenme düzeyi ile birlikte gerçekliği yeniden değerlendirmeye başlar. Zaman geçtikçe, birey, mesleğin yüksek yardım amaçlarını başarma gayretlerinin engellendiğini düşünür. Amaçlar, sıklıkla engellenmiştir, gerçekleştirilememiştir. Engellenme iki kaynaktan ortaya çıkar. Birincisi, hizmet verenin hasta gereksinimlerini gideremeyerek engellenmesi, ikincisi, sıklıkla hizmet verenin, hasta ihtiyaçlarını doyurmak için kendi ihtiyaçlarını gözden çıkarmasından dolayı engellenmiş olmasıdır. Böyle süreçlerin var olduğu ve devam ettiği durumlarda, bundan sonra "burnout"un 4. evresine girilir (6).

4- Apati : İlgisizlik, hizmet verenin, hastalara bakım sağlama girişimlerinin her yönüne yansır. Hizmet veren "görevin bir iş, işinde bir görev" olduğunu görme eğilimindedir. Bu aynı zamanda ilerlemiş bir baş etmede olabilir. Sıklıkla, apatinin tipik belirtileri, geç gelme ve hasta randevularını erken bitirmedir. Genellikle, hizmet verende "vaz geçmiş (teslim olmuş)"

bir hava vardır. Mekanik olma, rutinlerin korunması açıktır. Bu, profesyonelce yardım sağlamak için enerjinin azlığıyla baş edebilme gayretidir. İlgisizlik, süren engellenmelerin yıkıcılığının üstesinden gelebilmek için hizmet verenin son girişimi, son çare gibi görünür. "Burnout" sürecinde ifade edilmesi güç düzey olan ilgisizlik düzeyi, sıklıkla, yakınmalar, çekişmeler ve genel iş doyumsuzluğu şemsiyesine sığınmadan başka bir şey değildir (6).

1.2.5. BURNOUT SÜRECİ (SEYRİ)

"Burnout" süreci, "burnout"u deneyimleyen bireylerle ilgili olarak, aşağıdaki örnekler şeklinde sunulmuştur.

ÖRNEK I.

"Son zamanlarda ailemde, işimde ve tüm yaşamımda büyük bir bozulma oldu. Sanırım kendime gelmem için aylar gerekecek. Genelde gece, sorumlu bir pozisyonda çalışmaktayım. Zaman zaman üstlerimin desteğinin azlığını hissederdim. Fazlasıyla strese maruzdum ancak baş edebiliyordum. Bu durum hoşuma gitmemekle birlikte, iş performansım etkilenmiyordu. Bir gece arkadaşım ile konuşurken paroksizmal taşikardi atağı geçirdim. Çok şiddetli idi, tahminen 160'tı nabız ve beni çok korkuttu. 30 saniye sürdü. Sık palpitasyonlar vardı ve doğal olarak

çok anksiyözüm.

Sabah doktoruma gittiğimde, pek bir şey bulamadı. Bir şeye canımın sıkılıp sıkılmadığını sordu. Bir şeye de canım sıkılmamıştı. Bu sırada tekrar palpitationslarımlarımın sayısı arttı. Eve çok zor döndüm. Deprese olduğumu ileri süren doktoruma sonra tekrar geldim. Kendimi deprese hissetmiyordum ancak sağlığımdan endişeliydim. Doktorum bir antidepresan yazmıştı. Bunlar benim fiziksel semptomlarımda çok az farklılık yaptı. Halen çalışmaktayım ancak kendimi iyi hissetmiyorum. Bu arada bir başka doktora gittim. Bir çok tetkik yapıldı. Anormal bir şey görülmedi. Deprese olduğum yönündeki görüş bende ağırlık kazanmakla birlikte, aslında hasta olduğumu düşünüyordum. Çevremdekilere de öfkeleniyordum. Beni nevrotik bir kimse olarak görüyor oldukları için. Bir süre işten uzak kalıp antidepresan aldım. Sonra anksiyöz olduğumda diazem aldım. Çalışmaya başladığımda, gözlerim dolu doluydu ve sendrom tekrar başladı. Kardiak izlemeye alındım. Bu sırada sırtımdan başlayıp epigastriuma yerleşen retrosternal göğüs ağrısı gelişti. Midem bulanıyordu. Peptik ülser şüphesi ile buna uygun ilaç verilerek eve döndüm.

Acı devam ediyordu, ümitsizdim. Kendi durumuma saatlerce ağladım. Bir gece paroksizmal taşikardi ve göğüs ağrısı ile uyandım. Bu sırada işten bir kaç gün uzakta idim. Acile başvurmak zorunda kaldım. Yine pek bir şey bulunamadı. Yapılan tetkikler peptik ülseri doğ-

rulamıyordu.

Belkide işle ilgili bilinç dışı sıkıntılar, uykunun sürekli eksikliği, işten doyumсуuzluk ve hayal kırıklığı bu durumun nedenidir. Bence bu bir hastalıktır. Uzun bir süre kendimi tanıyamadım. Bu durum bana acı veriyordu. Sık sık anksiyete ve çaresizlik nöbetleri geliyordu. Annem ya da eşimin rahatlatması ve ağlamayla dinliyordu. Ailem beni asla yalnız bırakmadı ve periyotların arası uzamaya başladı. Zaman zaman diazem alıyorum şimdi 7 haftalığına işten uzakta bulunuyorum. Doktorum işe dönmem için halen zaman olduğunu söylüyor.

Ben nevroitik bir kişi değilim. Çalışırken güç durumların üstesinden geliyordum, amirimin hiç bir şikayeti yoktu.

Bana ne olmuştu? Bu tükenme; ümitsizlik duyguları, yararsızlık ve yetersizliğe inanılarak yaşamadır. Ön belirtilerin tanınması ve baskıların hafifletilmesinin yararı olacağına inanıyorum. Bu yazıyı yazmanın bile bana yararı oldu, şöyleki, meslektaşlarımla diğerlerinden kopma noktasına gelmeden bazı semptomlarını tanımlarında yardımcı olacağımı düşünüyorum." (79).

ÖRNEK II.

Altı yıllık deneyimli bir fizyoterapist işi bırakmadan bir süre önceki duygularını şu şekilde anlatır.

"Tümüyle işi bırakmayı istediğim zamanlar çok olmuştu. Benim için ilginç olanı, bunu işimin ilk yılında da düşündüğümü hatırlamamdır. Ancak daha sonraki yıllarda arttığından eminim. Hasta randevularını kaçırmaya başladım. Küçük bir unutmadan dolayı kendimle mücadele ettim. Hasta isimleri ve tedaviye ne zaman alacağım gibi önemli şeyleri unuttum. Bazen; hastanın aldığı tedavinin tipinin ne olduğunu bile unuttum. Sonra anksiyöz ve konfüze oldum. İş bağlantılarını erteleyerek, taleplerle baş etmeye çalıştım. Ancak gittikçe desorganize ve panik içine giriyordum. Yardım sağlamak için yönelebileceğim bir şey yoktu. Sanırım benim esas problemim yardıma gereksinimi olan herhangi birisine "hayır" diyemememdi. Böylelikle arttıkça artan iş aldım. Şimdi bunun kötüye gitme sebebim olduğunu fark ediyorum. Bu, yılın başlarında, küçük bir sinir bozukluğu gibiydi. Yoğunlaşıyordum. Halen bazı şeyleri unutuyorum. Her şeyi yapmak için benim tüm kaotik gayretlerim iş görmedi. Gözlerimde bir tik oluştu. Göz kırpyordum ve görünür hiç bir sebep olmaksızın ağlamaya başlıyordum. O zaman yardıma gereksindiğimi anladım. Yapabileceğim tek şey, bunların sebebi olan işten vazgeçmekti. Şimdi işi niçin bırakıyor olduğumu anlayabildiniz mi?" (6).

ÖRNEK III.

Bir psikiyatrist mesleki taleplerin bir hayli strese sebep olduğunu ve sonunda kendi sağlığını nasıl kemirdiğini şu şekilde belirtiyor.

"Ne olduğunu fark etmiyordum. Ancak daha fazla hasta görmek istemediğimi fark ettim. Onları gördüğümde gerçektende onların problemlerini dinlemekten hoşlanmıyordum. Gittikçe uysal, alıngan ve öfkeli olduğümü fark ettim. Özellikle görünür bir sebep yokken ani öfke ve kızgınlık patlamalarım olduğunda iş arkadaşlarım buna dikkatimi çekti. Diğer bir şey doğru düşünemiyordum. Sanırım bunun enerjimi harcamış olmam ve yıpranmış olma duygularıyla ilişkisi vardı. İşe geç gelmeye başladım, bir kaç vaka aldım ve olgunlaşmadan terapiyi bitirdim. Doğrusu daha da kötüye gidiyordum." (6).

ÖRNEK IV.

Sorumlu bir hemşire acıyla kendi deneyimini şöyle anımsar.

"Kendinize ne olduğunu gerçekten bilemezsiniz. Arkadaşlarım, ailem ve iş arkadaşlarımda tümü çok küçük şeyler için öylesine öfkeli hale geldiğimi söylüyorlardı ve bunu görüyordum. Kızmamaya çok gayret ettim. Susmanın ve sessiz kalmanın benim için en iyisi olduğunu düşünüp gayret ediyordum. Ancak her şey gittikçe kötüleşiyordu. Gittikçe konsantrasyon güçlüklerim olmaya başladı, hatta işteki rutin işleri bile unuttuğum oluyordu.

İçimden küçük bir ses, hatta şimdi bile zaman zaman bana "bavulunu topla, sen üstesinden gelemeyeceksin" diyor. Bir ilerleme gösterdiğinde, bu daha fazla sorumluluk alacağın anlamındadır. Her nasılsa, görüşmelerde, toplantılarda paylaşmaya başladım. Kendimi kontrol edemiyordum, göz yaşlarım boşalıyordu. Sınıra ulaştığın hissinin, böyle olgun, yaşlı ve sorumlu bir hemşirede görülmesi tuhaf olabilir." (6).

ÖRNEK V.

Geri zekalılarla ilgili özel bir bakım ünitesinin yöneticisi, içinde yaşadığı durumu şöyle anlatır.

"Problemlerin bir çığ gibi ortaya çıktığı zamanlar vardır. Onların hepsi bir araya gelmişlerdir ve hepsininde çok hızlı bir şekilde halledilmesi gerekmektedir. Öncelikle hangisini çözmeye gayret edeceğim diye düşünürsünüz. Ancak, size öfkeleniren ve huzursuz eden bir çok engellenmeler vardır. Hiç biri en önce yapılacak konumda değildir. Sonradan çözüm ayrı yük ve talep getirir. Bu sırada kendimde fazlaca bir gerilim oluştuğunu fark ettim. Baş ağrılarım olur ve ara sıra dayanamadığımda da bağırırım. Problemlerle cesaretle yüzleşmem gittikçe güçleşir. Korkunç olanı ise kendi problem ve güçlüklerimi anlatabileceğim herhangi birisinin olmamasıdır. İşimin bu tipteki tüm baskılarını cesaretle karşılamak zorundayım. Gittikçe kamçılanıyorum ve gittikçe ajite oluyorum. Bazen herhangi bir basit şeyin

dahi üstesinden gelemeyebileceğimi düşünürüm." (6).

ÖRNEK VI.

Bir uğraş terapisti şunları anlatır.

"Bu sonsuz bir şekilde tekrarlanarak canını dişine takarak çalışıp, çabalamaktır. Biz kendimiz, onlarla baş etmemiz gereken talepleri -yeni görevli ve yeni hastaların bir siklusu- içinde kendimizi sarıp, sarmalanmış buluruz. Çoğu zaman, kendimi ruhsal olarak kapana kısılmış ve diğerlerine yardım etme gayretlerimde başarısız olarak hissediyorum. Yaşantımın etkilerinden biri, mekanikleşmeye, hizmet ve bakımın talepleri nedeniyle tam bir robot gibi olmaya başladığımdır. Mekanikleşerek, her şeyi düşük performansla ele alıp, yapabilmekteyim. Böyle zamanlar, çok düşük performanslı periyodlarım oluyor. Böyle zamanlarda şeyleri doğru yapmaya ve söylemeye özel çaba gösteririm. Bu da çalışmamın kalitesini düşürür. Tüm bunların bana kişisel maliyeti "içsel haykırışın" bir çeşidi olur. Güçsüz tahminlerde bulunduğumu ve baştan savucu taktikleri benimsediğimi fark ediyorum. Gerçektende böylelikle nereye gitmekte olduğumu bilmiyorum." (6).

ÖRNEK VII.

Bir hemşire durumunu "diğer kişilerin problemlerini saatler, günler ve aylarca görüp, dinledikten sonra, içinizdeki bazı şeyler ölüme gidebilir ve siz artık bakım veremezsiniz. Yani bu sizin daha çok deskte oturmayı ve kırtasiye işi yapmayı, hastaların yanına gitmeyi değil, onların sizinle konuşmasını tercih ederek konuşmanızdır" şeklinde anlatır ve diğer bir hemşire deneyimini şöyle ifade eder. "Hastalardan herkesi küçümsemeye başladım ve onları hor gördüğümü saklamıyorum ve gittikçe kendimin daha az bakım verir olduğumu ve burada çocuklara gerçekten negatif duygular duyar olduğumu fark ettim" der (121).

"Burnout" için ip uçları, hastaları tanımlamak için kullanılan dilde bulunabilir. Ya da hemşire stresli durumlarda fazlasıyla çözümleyici ve özet konuşarak, entellektüalize ederek, kendi duygularını ayırmaya eğilim gösterir. "Bu, onun primer düşünce sürecinin tam bir görünümüdür." gibi bir ifadeyi bir psikiyatri hemşiresinin sık kullanımı.

Diğer bir ip ucu, hastalarla yakınlaşmayı azaltmadır. Hastalarla görüşmelerin konferans salonu ya da hemşire deskinde yapılması, hatta hastaların görüşme isteklerinin açıkça reddedilmesi şeklinde olabilir. Diğer bir tarz, kitabi olmaktır. Kuralları katı bir şekilde uygulamaktır. Bir başka yol, işlerini yürütürken, küçültücü şakalar, espriler yaparak yürütmedir (121).

1.2.6. BURNOUT KAVRAMI İLE İLİŞKİLİ KAVRAMLAR

"Burnout" ile ilişkili kavramlar araştırıldığında mevcut kaynaklarda aşağıdaki bilgilerin yer aldığı görülmüştür.

"Maslach'ın açıkladığı 3 bölümlü "burnout" sendromu, geleneksel iş stresi teorilerinden açık bir uzaklaşmadır. Bu 3 komponentin EE bölümü bir dereceye kadar, sağlam bir stres değişkenine benziyor. DP, insana hizmet mesleklerinde görev alan kişiler için bir dereceye kadar özgü olduğu var sayılan bir stres reaksiyonu olarak, geleneksel iş stresi literatüründe sınınamamış olan, tamamen yeni bir yapıdır. PA eksikliği duyguları eski ve yeni bilgilerle ilgili uçlar arasında bulunan bir kavramdır. EE, DP ve PA duyguları anlamlı psikolojik reaksiyonlardır ve MBI ile güvenilir şekilde ölçülebilmektedirler. "Burnout" araştırmacıları, eğer iş stresi incelemelerinde geleneksel bir bakış açısını benimserlerse, ilerlemelerin olması mümkün olamaz. Bunun yerine "burnout" sendromunun özgün yönleri vurgulanacak olursa, geniş bir araştırma ve ilerleme alanına sahip olunulacaktır" demektedir" (57).

Bu bilgilerin yanı sıra, Depersonalizasyon kavramı ile ilgili olarak, diğer bazı kaynaklarda daha geniş bilgilerin yer aldığı görülmüştür. Bu konudaki aydınlatıcı bilgiler aşağıdadır.

Depersonalizasyonda hastalar ifade edilmek isten-

diğinde, onları isimlerinden çok obje adları kullanarak ve onları tedavi edilecek objeler olarak görerek ifade eder (57).

Depersonalizasyon, Maslach tarafından "hizmet alanlara karşı, uzaklaşmış, katı ve hatta insancıl olmayan tarzda yanıt" olarak tanımlanmaktadır. Uzaklaşmanın sınırı, duygunun geçemeyeceği kadar fazla olduğunda, depersonalizasyon ortaya çıkar. Uzaklaşmanın artmasıyla diğerlerinin ihtiyaçlarına aldırmazlık etmeyen bir tutum ve onların duygularına sert bir şekilde aldırmama gelir. Depersonalizasyonu yaşayan kişi, diğer insanlara dejenere ve küçük düşürücü davranışta bulunabilir, onlara karşı saygılı ve bireysel olan davranışı reddedebilir, onların istek ve taleplerini göz ardı edebilir ya da onlara uygun yardım, bakım ya da hizmet sağlamada yetersiz olabilir. Bu diğerlerine karşı aldırmazlık, hostilete ve onlardan uzaklaşmayı da içeren diğer yazarlarca tanımlanan insancıl olmama (dehumanizasyon) ile benzerdir" (40).

Depersonalizasyon (DP) kavram olarak, genelde, diğerlerine ilgi göstermemeyi, uzaklaşmayı, aldırmazlık etmemeyi ve hostileteyi içeren negatif reaksiyonlar olarak yorumlanmaktadır. Bireyin kendisini ve kendi hizmet verdiklerini insancıl olmayan tarzda algılamasıdır (40, 106).

Depersonalizasyon ile ilgili olarak yapılan ileri çalışmalarda 4 faktörün önemli olduğu sonucuna varıl-

mıştır. Bu faktörler şunlardır.

Faktör 1 - Bireyleri kendisinden uzaklaştıracak şekilde davranmaya yatkınlıktır.

Faktör 2 - Diğerlerine düşmanca (hostilite içinde) davranma ve diğerlerine karşı olumsuz negatif reaksiyonlar vermedir.

Faktör 3 - İlgisizlik, diğerlerine ilgi göstermeme.

Faktör 4 - Reddetme diye adlandırılır ve diğerlerine ilgi göstermede bir yoksunluğa denk düşer.

Böylelikle bu 4 faktör, Maslach tarafından tanımlanan depersonalizasyonun yönlerini göstermektedir. Bununla birlikte, bu veriler, insanlara karşı reaksiyonların tek bölümlü ya da tek bir yapı olmaktan çok, çok bölümlü olarak tanımlanmak zorundadır. Depersonalizasyon kavramı, "burnout" literatüründe tanımlandığı gibi tükenmeyi takiben oluşan genel bir reaksiyon olmayıp, tükenmeyle birlikte gelişip kompleks bir yapı gösteren bir kavramdır (40).

"Burnout"la İlişkili Olarak Bireysel Tipin Rolü:

Bu konudaki analiz;"feeling" (duygulu) tiplerin insana hizmet alanlarında yoğunlaştığı görüşüyle birlikte, kişilik tipinin altında yatan herhangi bir etkinin ne olduğunun belirlenmesi gerekmektedir. Bunu sağlamak için; Enerji Deplasyonu İndeksi ile kişilerin diğer insanlara karşı reaksiyon tipi arasındaki ilişkinin duygulu "feeling" ve düşünceye yönelik "thinking" tip-

ler için ayrı ayrı yapılmasını gerektirir. İndeks ve ilgisizlik, reddetme faktörleri arasındaki negatif ilişkilere dayanarak, bu iki faktör, başkalarına ihtiyaç ve ilgi duyma şeklinde yeniden birlikte değerlendirilmiştir. Depersonalizasyon ile ilgili olarak belirlenen 4 faktörün ve düşünen tiplerden, çok duygulu tiplerin enerji azalması ile daha fazla bağlantılı olduğu görülmüştür. Bu Maslach'ın tanımladığı depersonalizasyon ile ilişkili olarak, belirli iş ortamlarında tip konsantrasyonunun bir sonucu olduğu şeklindedir. İçinde insan bulunan iş ortamlarında, çevresel taleplerin esas kaynağı oluşturması ve o ortamda "thinking" tiplerinde bulunmalarına karşın, "feeling" tiplerin bunu daha fazla yaşamaları daha olasıdır (40).

Tiplerle ilgili Jungien (Carl Jung tipolojisi) açıklamalara göre "reversal-tersine çevirme" olarak adlandırılan bir süreç söz konusudur. Bu "burnout"u deneyimleyen bireyin tipinin zıddı ya da bizim beklediğimizin tersi davranabileceği anlamındadır. Bu "tersine çevirme" sürecinin, insana hizmet alanında çalışan duygulu tipler için fazlasıyla görülmektedir (40).

Sonuç olarak, "burnout" yaşantısı içinde iken gözlenenlerin ve beliren reaksiyonların, o örnekteki belirli Jungien tipin farklılaşan konsantrasyonu tarafından etkilenebileceği söylenebilir (40).

Diğer bir kavram, Çözülmüş İlgi-"Detached Concern" kavramı olup, "güç bir durum olarak, insanlara

yardım ve tedavi ederken, onlardan uzak durma şeklindeki paradoksal bir pozisyon" şeklinde tanımlanmıştır (88).

Diğer bir kaynakta, "burnout" kavramı ile ilişkili kavramlar kapsamında iki tanımlamanın yer aldığı görülmüştür. Bu kavramlar ve tanımları aşağıda görülmektedir.

Mesleki Depresyon : Oswin'in mesleki depresyon tanımı, görevlinin iş başarısındaki eksiklikten acı çekmesi, aşırı yorulmuş olması, etkisizlik ve hayal kırıklığı duygularını ve anlamsız öfke duygularından acı çekilmesi şeklindedir. Oswin sonuçta; mesleki depresyonu, şeyleri (iş) daha iyi yapmak için tüm girişimlerden vaz geçme ve girişimlerin yararsız olduğunu benimseyerek, problemlerin pekişmesi olduğu şeklinde belirtti (34).

"Burnout" kavramı ile ilişkili görülen diğer bir kavramda, **Kişisel Başarı** kavramı olup, "kişinin görevinde dikkate değer sonuçlar elde etmede ve diğerlerinin yaşantısını olumlu yönde etkileme yönündeki doyum" olarak tanımlanmıştır. "Burnout" süresince bu duyumun eksikliği söz konusudur. Ayrıca bu olgu aynı zamanda "burnout" sendromunun bir bileşenidir (34, 35).

"Burnout" ile ilişkili kavramlar olarak belirlemekle birlikte, "burnout"la ayırıcı özelliklerinin saptanmasında yarar görülerek, bu konuda üzerinde araştırmalar yapılmış bulunan iki kavram, iş doyumsuzluğu ve

depresyon-mesleki depresyon kavramlarıdır. Bu konuda, kaynaklarda yer alan aydınlatıcı bilgiler bulunmakta olup, Firth tarafından yapılan bir araştırmadan söz edilmektedir. Bu araştırma için deneklere, MBI (Maslach Burnout Envanteri), BDI (Beck Depresyon Envanteri) ve BDI'dan adapte edilmiş -Mesleki Depresyon Skalası uygulanmıştır. Sonuç olarak, depresyonun ve mesleki depresyonun bazı yönlerinin "burnout"un bazı yönleriyle benzeştiği ancak çeşitli faktör farklarını içermesiyle aynı şey olmadığı elde edilmiştir. Aynı konuyu, Chernis, depresyon kavramında güçlü bir şekilde aşan bir "burnout" kavramsallaşması yönüyle tartışmıştır. Aynı kaynakta, Meier, Firth ve diğerlerinin bu bakış açısını destekler sonuçlar elde ettiği vurgulanmıştır (31, 32).

Yukarıda bahsedilen, Firth'ün çalışmasının daha ileri aşamalarında, kişilik faktörü incelenmiştir. Sonuçta yapılan açıklamalar "kızgınlık, depresyonun iyi tanımlanmış bir komponentidir. Kızgınlık, "burnout"un bir yönü olarak da tanımlanmıştır. Kişilikle ilgili olarak, hostilitayı kendine yöneltenlerde, geniş kapsamıyla depresyonu, dar kapsamla, mesleki depresyonun daha sık, depersonalizasyonu yaşamalarınınsa, daha az olası olacağı beklenmektedir" demektedir (32).

"Ayrıca mesleki depresyon maddelerinin (itemlerinin) MBI'nın, Emosyonel Tükenme subskalası ile anlamlı düzeyde ilişkili, DP ve PA subskalalarıyla ilişkili olmayışı, farklılığın göstergesidir." şeklindeki açıklama-

maların yanı sıra, "depresyon ve "burnout" farklı eti-yolojilere sahiptirler, ancak görüntüleri (manifestations) benzerdir. Benzer sonuçları olmasına karşın farklı gelişimsel sıralarının olması, farklı kavramlar olarak görülmeye ve isimlendirilmeye neden olur." açıklamaları da eklenmiştir (32, 34, 75).

Yukarıda bahsedildiği üzere, "burnout" kavramı ile ilişkili diğer bir kavram, "iş doyum ve doyumsuzluğu"dur.

İş doyum; çalışanın işinde mutlu olma ve doyum bulma derecesi olarak tanımlanmıştır. İş doyumsuzluğu, bu doyumun olmayışıdır (25).

İş doyumunun bileşenleri;

- Beceri çeşitliliği
- Görevin önemi (anlamı)
- Otonomi
- Görevliden feedback
- Hizmeti alanlardan feedback, olarak belirtilmiştir.

Bir süre sonra Sarata tarafından (1972) üç bileşen daha eklenmiştir. Bunlar;

- Görev kimliği
- Katılım (iştirak etme)
- Öğrenme'dir.

Bir kaynakta, sağlık bakımı ortamlarındaki meslek özellikleriyle daha çok ilişkili olarak, iş doyumunun 6 bileşeninden söz edilmiştir (102).

Bu bileşenler;

- Ücret
- Otonomi
- Görevin gerekleri
- Örgütsel gereklilikler
- Etkileşim, iletişim
- İş prestiji ya da statüsü.

İş doyumunu ve doyumsuzluğu ile ilgili genel bilgiler ışığında, iş doyumsuzluğu ile "burnout" kavramları arasındaki ayırıcı özellikleri belirlemek amacıyla yapılan bir araştırma kapsamında deneklere, MBI ve JDS (iş doyumsuzluğu skalası) uygulanmıştır. Sonuç olarak, MBI subskalaları ve JDS puanları karşılaştırıldığında, iş doyumunun, EE ve DP ile orta şiddette, PA ile az miktarda pozitif yönde ilişkili olduğu görülmüştür (25).

Bir diğer kaynakta ise bu konuda şu bilgiler yer almaktadır.

- "Burnout; hem içsel, negatif, psikolojik deneyimleri hemde işten motivasyon, enerji azlığı ya da bıkkınlığı genel olarak ikisininide ima eden bir terim olarak doyumsuzluktan ayrılmaktadır" (31).

"Burnout" değişkenlerini iş doyumsuzluğundan ayıran bir faktör, "burnout"un iş stresinden kaynaklanan psikolojik zorlanmayla karakterize olmasıdır. Bu zorlanma hem hastalara karşı davranış değişikliklerini hem de işe bağlılık ve işin kalitesindeki değişiklikleri içeren

semptomları ile geniş bir şekilde tartışılmıştır (31).

Şimdiye kadar elde edilen mevcut bilgiler ışığında, "iş doyumunun, 'burnout' için geçerli bir indikatör olduğu ancak aynı şey olmadığı" belirtilebilir (23, 24, 25, 68, 69, 102).

Yukarıda belirtildiği üzere, iş doyumsuzluğu, "burnout"la ilişkili fakat ondan farklı bir kavramdır. İş doyumunu ve işe bağlılık kavramları da "burnout" ile ilişkili kavramlardır.

Literatür bilgileri ışığıyla, iş doyumunu ve işe bağlılığın birbirlerinden farklı olduğu belirtilmektedir.

İş doyumunu, işe bağlılıktan ayrılmalıdır. İşine bağlı bir kişi, işini ciddi bir şekilde ele alır. Böyle kişilerin işlerinde önemli değerler tehlikeye girerse, bunların mizaç ve duyguları işlerindeki yaşantılarıyla önemli bir ölçüde etkilenir ve bu kişiler işleriyle zihinsel olarak uğraşırlar. Böylece işine fazlasıyla bağlı bir kişi, diğer bir kişiye göre; aynı ya da benzer diğer iş yaşantılarına daha fazla uç reaksiyonlar gösterir ve büyük bir olasılıkla aşırı doyumlu ya da doyumsuzluk duygularını yaşar. İşe bağlılık ve iş doyumunu arasında pozitif bir ilişki vardır (23).

"Burnout"un saptanması konusunda, kullanılan MBI ile ilgili olarak, belirtilmesinde yarar bulunan ve literatürde tartışılmış olan bir diğer konu; MBI maddelerine verilen yanıtları, sosyal olarak istenen yanıtı

verme eğilimlerince çarpıtılabilir olup olmadığıdır. Bu yönde bir araştırma yapılmıştır. Bu amaçla, deneklere hem MBI, hemde Crowne-Marlove Sosyal Olarak İstenebilirlik Skalası (SD) tamamlanmıştır. Analizler, MBI subskalalarından hiç birisinin 0.05 düzeyinde SD skalası ile anlamlı düzeyde ilişkili olmadığını göstermiştir (68, 69).

Yukarıda belirtilen bilgilerle birlikte, "burn-out" sendromu ve bunun çeşitli değişkenlerle ilişkilerinin araştırılmış olduğu dikkati çekmektedir.

Bu değişkenler; vaka yükü, iletişim örüntüsünün rolü, hizmet verilenlerin doğrudan bakımında geçirilen zamanın miktarı, hizmet verilenlerin problemlerinin zor olması, iş gerilimi, akran desteğinin düzeyi, ilerleme fırsatlarının olmaması, kişilik, kişisel beklentiler, motivasyonlar, öğretmenlik mesleği, yöneticiler, sosyal hizmet çalışanları, iş doyumsuzluğu, düşük iş performansı, kişinin işi bırakmaya niyeti, aile problemleri, iş arama davranışının ve en sonunda işten ayrılma konusu şeklindeki değişkenlerdir (68, 69).

Tüm bu değişkenlerin "burnout" sendromu ile çeşitli şekillerde ilişkileri olduğu saptanmıştır (68, 69).

1.2.7. BURNOUT'U ÖNLEME VE BAŞ ETME YOLLARI

"Burnout"u önleme ve üstesinden gelme yönünde yürütülecek çalışmalar 3 ana başlık altında toplanmaktadır.

1- Görevlideki değişiklik ve gelişmeler; bu kapsamda daha çok bireysel bazda yapılabilecekler yer alır.

2- Görey ve rol yapısındaki değişiklik ve gelişmeler.

3- Yönetim ve örgütlenişle ilgili önlem ve değişiklikler (10).

"Burnout"u önlemek ve üstesinden gelmek için esas olan; problemin varlığını ve önemini kabul etmektir (72).

Görevlideki Değişiklik ve Gelişmeler

Çalışanları daha gerçekçi amaçları benimsemeleri yönünde cesaretlendirmek. Böylece, çalışan bir bireyin kendi kendisiyle ilgili beklentilerinde azalma sağlanabilir. Kişinin kendisi, tutumları, karar verme ve problem çözme yaklaşımları ile ilgili kognitif değişiklikler yapması, değerlerini, algılarını ve beklentilerini netleştirmesi sağlanabilir (10, 84).

Çalışanın duygularını ifade ediş tarzını değiştirmesi, baş etme kapasitelerini geliştirmesi ya da modifiye ederek, büyüme potansiyellerini arttırması cesaretlendirilebilir. Haz verecek alternatif kaynakları

sağlayabilecek, yeni amaçlar edinebilmeleri için cesaretlendirilebilir (10, 84).

Kısa süreli amaçlar için, duyarlı feedback mekanizmaları ve monitor kullanma, gelişim için çalışana yardımcı olabilir (10).

Zaman zaman çalışma ve yönetim teknikleri görevliye öğretilir (10). İletişim becerilerini kuvvetlendirmek ve netliği geliştirmek için bazı stratejiler öğretilir (84). Hemşireler için önemli bir öneri olarak şöyle denmektedir; "asla imkansızın peşinde koşmayıp, yapılabilecekler için uğraşınız ve bilinizki ancak bu şekilde, idealleriniz bozulmadan kalabilir ve yeni bir gün için gerekli gücü böylelikle sağlayabilirsiniz. Bu konuda gerektiğinde hayır diyebilmek önemlidir" (56).

Çalışanın karar alma süreci çerçevesinde iken, kendisini daha fazla ortaya koyabilmesi için, kendisine fırsat ve cesaret verilebilir (10).

Stresin yüksek düzeylerini deneyimleyen görevli için konsültasyon veya danışmaya yoğunlaşmış bir çalışma programı örgütlenebilir (10).

Çalışanların ego tiplerinin belirlenip, bu tipleri göstermelerindeki kişisel problemleri ile ilgilenmek gerekebilir. Örneğin kendini feda eden ebeveyn tipini benimseyen (6, 72, 121).

Destek gruplarının oluşumu ve gelişimi ile çevre değişim kaynakları için cesaretlendirmeye gidilebilir.

Bazı spor aktiviteleri, müzik çalışmaları gibi etkinliklerin evre ve destek sağlayıcı özelliklerinden yararlanılabilir (6, 10, 72).

Fiziksel bakım kapsamında; düzenli egzersiz programlarına katılma, sigarayı bırakma, alkol alımının kontrol edilmesi, sağlık bilgisinde artış sağlanması, diet değişiklikleri yapma, öz-bakım sorumluluğunu arttırma gibi alanlar yer alabilir (6, 37, 84).

"Burnout"la tükenen, aynı zamanda bir emosyonel ve mental tükenmedir. Tükenmenin bu tipi uyumaya engel olur. "Burnout"u yağayan birey daha fazla ruhsal yk ve yorgunluğu yüklenmeyi değil, bundan uzaklaşıp bilişsel ve fiziksele yönelmek ister. Bu nedenledirki meditasyon yoga gibi i gözleme (introspeksiyona) yönelik olmayan, koşma, tenis, yüzme gibi fiziksel aktivitelere gerek vardır (37).

Rekreasyon alanında, düzenli rekreasyonel aktiviteler belirleyip, bunları geliştirme yer alabilir. Relaksasyon becerileri öğrenilip, düzenli yapılabilir (6, 37, 84).

Çevresel etkiler kapsamında, çevresel uyarılar yönünden iş ortamında görsel, dokunsal ve işitsel değişiklikler oluşturulabilir (84).

Görev ve Rol Yapısı Değişikliği

Hizmet verilenlerin sayısı sınırlanarak veya görevli sayısı arttırılarak, görevli-hasta oranları düşük tutulabilir (10, 88, 121).

En iyi bakımın sağlanabilmesi için zor görevler ve hizmet verilenler özelliklerine göre ayrılaştırılabilir. Belirli görevlilerin sürekli hasta bakımında yer almalarını önlemek için rotasyon ya da kısa sürelerle çalışma yoluna gidilebilir (10, 37, 121).

Ödüllendirilen ve ödüllendirilmeyen karşıt aktiviteler için ayrı günler düzenlenebilir (10).

Çalışanların önerilerini almak için kendi problemleri üzerinde konuşabilecekleri ve gerektiğinde desteklenebilecekleri resmi ve gayri resmi programlar oluşturulabilir (88, 121).

Görevlinin görev yerinden uzaklaşmadan dolayı suçluluk duymalarını azaltmak için izin isteklerinin onaylanır olduğu hissettirilebilir. Ayrıca molalara -"timeout"lara izin veren çalışma şekli oluşturulabilir (10, 121).

Çalışanlar "burnout" konusundaki deneyim, duygu ve düşüncelerini belirtme, ayrıştırma ve paylaşabilmeleri için desteklenebilir. Motivasyon artışı ve çalışanların kendi beklentilerinin belirlenmesi için cesaretlendirilmeleri gerekebilir (37, 121).

Mümkün olduğunca gönüllü yardımcı personel kullanılabilir. Esnek bir tatil şeması düzenlenebilir. Görevlinin çalışma saatleri sınırlanabilir. Sürekli değişim ya da durgunluk örüntülerinden kaçınılabilir. Tam karşılığı olacak şekilde ücret yapısı benimsenebilir. Zaman zaman geri çekilme fırsatları -workshoplar gibi- sunula-

bilir (10, 37, 88).

Yönetim ve Örgütlenme İle İlgili Önlemler, Değişiklikler

Belirli bir hizmet alanında çalışacak bireylerin gönüllüğünün ayırımına varmak için bir eğitim programı oluşturulabilir. Böylece bu konuda isteksiz olanlar ilk elde elenmiş olacaktır. Bu eğitim programı, katılanlar arasında gerçekçi bir şekilde işine bağlı olacaklar ile kendini adayacak düzeyde gerçek dışı değerlendirmelere sahip olanları ayırt etmeyi sağlayabilir. Bu insanlar iyi insanlar olabilir ancak onların bireysel motivasyonları uygun görülmebilir. Bu sırada kişilik özellikleri ve sağlık durumlarının uygunluğu değerlendirilebilir (37).

İzin ve zaman konusunda katı davranmama bireyde istek ve gereksinimlerine duyarlı davranıldığı duygusunu uyandırarak, işine ve size karşı duyarlılığı sağlamış olabilirsiniz (37).

Bireyin kendisini bir grubun üyesi olarak algılaması çok önemlidir. Bu grubun üyelerinin birbirinden uzaklaşmasına izin verilmemesi anlamındadır. Böylelikle bireydeki "burnout"a ilişkin değişimler erken fark edildiği gibi oluşumuda engellenebilir (37).

BAŞ ETME YOLLARI

"Burnout"u yaşayan bireye öncelikle, uzun bir dinlenme için, bir isteğinin olup olmadığı sorulmalıdır. Hak ettiğinden daha fazla bir süre için de izin verilebilir.

Bir kişinin "burnout"un üstesinden gelebilmesinde son derece önemli olan bir olgu da, destektir. "Burnout" durumu bir yönüyle bir idealin kaybı sonucunda olduğundan bu durumda ilgi ve desteğe daha fazla gereksinim duyulur. İdealizminiz, gönüllü olarak belli bir kuruma girmenize yol açan önemli bir motivasyonunuz ise, ve bunu kaybetmiş iseniz, bu durumda "burnout" yas (keder) dinamikleriyle seyredecektir. Yeni aktiviteler ve çevrenizde yeni insanlar bularak bu kaybın yerini doldurmanız için zamana gereksiniminiz olacaktır (37).

Başkalarıyla kendi yaşantılarınızı paylaşın ve çalışanlarında birbirleriyle paylaşımları olduğunu düşünün (37).

Çalışanlarınızın bir grup çalışmasına katılmalarına izin vermeniz oldukça yararlı olabilir, çünkü bu bir öğrenim deneyimi olup, duygusal bir deneyim değildir. Bir workshop, bir seminer bireyi motive edebilir. Bu, çalışanların azalan bataryalarının yeniden yüklenmesi ve dinlenmesi için sağlanan en iyi yollardan biridir (37).

Yönetici hemşireler, "burnout"un önlenmesi konusunda dikkatli olmalı, kararlarında aşırı merkeziyetçi

olmamalıdır. Direktiflerinin görevliler üzerindeki etkilerini düşünmeden kesinlikle uygulamaya yönelmemelidirler. Örgüt ve işleyişteki felsefe açık ve net olmalıdır (56).

Ayrıca, yönetici hemşireler, "burnout"u önleme ya da giderme konusunda örgütsel yaklaşımların geliştirilmesini sağlamak için çok özgün bir konumdadırlar. Hatta sağlık kurumları için uygulanabilen bir anti-burnout programını oluşturmak üzere özelleşmiş bir yönetici hemşire tanımlanmaktadır (83).

Süpervizörler için, önceki süpervizörlerin zorluk çektikleri yönleri içeren, eğitim ve gelişim programları oluşturulabilir. Kurum içinde formal eğitim için çeşitli yollar aranabilir. Feedback -geri bildirim sağlamak ve gelişime yol açmak için monitor (izleme ve gözleme) sistemleri geliştirilebilir. Olumsuz bir şekilde gelişen yarışma durumlarının oluşmasından kaçınılabılır (10).

Yöneticiler olarak, çalışanların kişisel problemlerinden çok, kurumlar ve örgütsel işleyişin kontrolüne daha fazla önem verilmeli, kurum içinde baskın olan iletişim şekli gözden geçirilerek, ilişkilerin ilerletilmesi yönünde değişiklikler sağlanabilmelidir (53, 83).

Yöneticiler olarak, hizmeti ve bakımı verenlere yönelik hizmetler gözden geçirilerek (iş için sağlığın uygunluğu, psikolojik hizmetler, beslenme, sağlık hizmetleri-taramalar, kontroller, stres-azaltma programla-

rı, gürültü, fiziksel koşullar, meslek gelişimi olanakları, kreş, ulaşım, vs.) ihmal edilmiş alanları, eksiklikleri saptayarak, giderilmesi yoluna gidilebilir. Ayrıca hemşirelik yönetimi olarak, felsefe ve amaçların belirlenmesi, onay metotlarının saptanması yararlı olabilir. Hemşirelik pratiğinin tüm alanlarındaki kararların alınma sürecinde, çalışanlara katılma fırsatlarının sağlanması yararlı olabilir (83).

"Burnout"un önlenmesi yolunda yapılabileceklerle ilgili bilgilerin, genel bir çerçevesi belirlendikten sonra, "burnout"la baş edebilme gayretinin son bir aşaması olarak, müdahale-girişim, aşamasından söz edilebilmektedir (6).

Müdahale, etkilenen bireyler adına diğerlerinin yardımı ya da bu bireylerin kendi kendilerine yardımla bazı şeyler yapabilmelerinin sağlanması için, yetki gerektirir. Müdahaleler bir kaç şekilde yapılabilir. Bunlardan bazıları; problem çözme, duygusal süreç ya da duyguların düzenlenmesi ve kullanışlı sosyal destek sistemlerinden yararlanma ya da yararlandırılma gibi kolektif baş etme çabalarını içerebilir. Bu konuda kolektif tarzda yürütülen aktif bir süreç en iyisi gibi görünmektedir. Farklı müdahale seçenekleri;

Sorumluluklarını bu işleri yürütebilecek olan, başka kimselere bırakma, iş arkadaşlarından bir grupla birleşme, çeşitli yeni gruplarda yer alma, iş tanımında değişiklik oluşturma, bir danışmana ya da psikiyatriste

baş vurma, çalışmayı bırakmayı planlama, yeni bir iş arama ve nihayet işi bırakma şeklindeki seçeneklerdir (53, 72, 83).

1.2.8. BURNOUT'UN SONUÇLARI

"Burnout"un sonuçlarının neler olduğu araştırıldığında, çeşitli bilgilerle karşılaşılmaktadır. Bu kapsamda, işi savsaklama, aksatma, çalışılan ortamdaki işin fazlalığını ve ağırlığını bilerek ve ortamdaki uzaklaştığında işin yükünü diğer arkadaşlarının yüklenmek durumunda kalacağını bile bile ortamdaki uzaklaşma eğiliminin görülmesi, çalma ve hırsızlık (bir çalışmada her yıl milyarlarca dolar olduğu tahmin edilen hırsızlık ve çalma oranlarının doğrudan "burnout"la ilişkisi saptanmıştır.) eğilimleri, hastalıktan kaynaklanan nedenlerle işe gelmemelerdeki artış, işe geç gelmelerdeki artış, işi bırakma eğilimi ya da niyetindeki artış, hizmetin niteliğinde bir bozulma, işe zaman zaman izinsiz gelme, ya da izin sonunda izni uzatma eğilimi, evraklarla ilgili sahtekarlıklar, işte ve iş dışında genel olarak insan ilişkilerinde bozulma ve uyumsuzluklar, eş ve aile bireylerinden uzaklaşmaya ve aile kutlamalarına katılmamayı eğilim, düşük iş performansı, iş doyumsuzluğu, yeni bir meslek için eğitim alma, azalmış verim ve düşük performanstan kaynaklanan hasta kalış süresindeki artma (maddi ve manevi yük oluşturarak), işteki

kaza ve yaralanmalarda artma, orderları erteleme, medikasyon hatalarında artma (sonuçta ölümlerin bile olabilmesi), hasta yakınlarının şikayetlerinde artma, şeklindeki sonuçlardan söz edildiği görülmüştür (25, 31, 57, 68, 69, 83).

1.2.9. BURNOUT'UN SOSYAL PSİKOLOJİK BİR YAKLAŞIMLA ANALİZİ^x

Modern toplumun gerekleri, ailenin yıkılışı ve topluluk duygusunda azalışına yol açmıştır. Bir çok gereksinim kurumsal yollarla giderilmeye başlanmıştır. Hizmetlerin alanı ve alıcıların sayısının artması, bu hizmetlerin genel ve sıradan yapıldığı, insancılıktan uzak tarzda yapıldığı eleştirilerini de doğurmuştur. Bu konu irdelendiğinde; çalışanlarda geniş insan kitleleriyle yoğun ve içten çalışmalarının istendiğini, bu insanların psikolojik, sosyal ve fiziksel problemleriyle ilgilenmeleri ve bazılarında tedavi, bazılarında yardım sağlamalarının beklendiğini görürüz. Bu mesleklerin diğer yönleri ise yapılması sıkıntı veren, bozulmuş bir durumun giderilmesini içeren işlerle çalışmayı gerektirmesidir. Mesleki etkileşimin bu tipi, yıpratıcı ve yorucu olabildiği gibi, kişisel stres ve bu yöndeki duyguların güçlü bir şekilde ortaya çıkışına da yol

^x Bu bölüm tümüyle 58 nolu kaynaktan alınmıştır.

açar. Bu durumda çalışanlar; hizmet verdiklerine ve hastalarına daha bir uzak ve objektif tarzda davranarak, kendilerini psikolojik olarak daha fazla yüklenmeden korurlar. İnsanlara yardım ederken ya da onları iyileştirirken arada bir mesafe bırakma sürecine (ki bu süreç karşılıklı bir süreç olup, "detachment concern"-soğuk ilgi- olarak kavramlaştırılmıştır) girerler. Bu sosyal hizmet alanlarında da yaşanmasına karşın tıp mesleklerinde daha açık bir şekilde tanınabilmektedir. Her iki alan içinde böyle sorunlarla baş etmeyle ilgili kesin (açık) bir eğitim yoktur. Bu konudaki eksiklikten dolayı, göreve başlandığında sorun oluşmakta daha sonrasında da "burnout" süreci başlamaktadır.

"Burnout", çalışanın çalıştıkları insanlara ilgisinin kaybolmasını içerir. Fiziksel tükenmeye ek olarak profesyonelin hastalarına uzun bir süre en ufak pozitif bir duygu, sempati ya da ilgi duymadığı bir emosyonel tükenmeyle de karakterizedir. Sıklıkla insanları çok alaycı ve insancıl olmayan tarzda algılama gelişir, daha sonra onlara küçük düşürecek tarzda hitap edilir ve bu şekilde hizmet edilir. Bu sürecin sonucunda, o insanların, problemlere nasıl olsa layık oldukları görüşü gelişir, bu bireylerin kendilerini aldattıkları düşünülerek suçlanırlar. Sonuçta, verilen hizmetin niteliğinde bir bozulma görülür. Tükenmiş olan profesyonel, görevinin gerektirdiği emosyonel stresleri başarılı bir şekilde ele alamamaktadır. Baş etmedeki bu başarısızlık bir

çok şekilde görüntülenebilir. Örneğin, çalışandaki ah-lak düşüklüğü, düşük performans, işe gelmeme, işi bı-rakmada bir faktör olarak görülür. Genelde tepki, ya görev değişikliği, yönetsel işlere yönelme ya da tü-müyle işi bırakmadır.

Bunun ötesinde bireysel tepkiler olarak, sıklık-la alkol ve ilaç kullanımı artar.

Toplumda sıklıkla bu bireylerin katı ve soğuk bireyler olduğu belirtilir ve bunların bazısı kişisel başarısızlıkları olduğu inançlarından dolayı, psikiyat-rik tedavi veya danışmanlığa baş vururlar. Görevde bu emosyonel stres giderilemezse, daha sonra evde kendini gösterir. Sıklıkla, evlilik ve aile çatışması yaşanır. Birey, böylesine yorucu bir günden sonra tüm insanlar-dan uzaklaşmayı ister, ancak yalnızlık yönüyle bu istek, genelde aile ve arkadaşları harcama anlamındadır.

Son zamanlara dek, bu önemli sosyal problem üze-rine yapılmış araştırma yok gibidir. Hizmet meslekleri arasında bu hemen hemen bir tabudur.

"Burnout" üzerinde öncü çalışmalar Freudenberger ile Maslach ve arkadaşlarınınca yapılmıştır.

Maslach'ın ilk çalışması, "burnout" sendromunun sosyal ve psikolojik yönlerini ortaya çıkarmaya yönelik olmuştur. Bu kapsamda öncelikle, kamu çalışanlarının karşılaştıkları kişiler arası stresler, bu streslerle baş etmek için çalışanların hazırlanması, hizmet alan-larla arada mesafe bırakmak için kullanılan özel teknik-

ler ile bu tekniklerin etkileri belirlenmeye çalışılmıştır. İlk çalışmanın örnekleme; çalışanların çok geniş bir çeşitliliğini içermiştir. Sosyal Hizmet Uzmanları, doktorlar, klinik psikologlar, avukatlar, çocuk bakıcıları, psikiyatri hemşireleri, hapishane personelleri, öğretmenler, yöneticiler gibi. Hizmet mesleklerinde bu çok çeşitliliğe karşın, emosyonel stresin bu kaynağına karşı yanıtta, dikkate değer benzerlikler olduğu görülmüştür.

BİREYSEL BAŞ ETME TEKNİKLERİ

Bunlar, çeşitli sözlü ve sözsüz teknikler olup şunlardır.

- 1- Diğer insanları daha az insan olarak görme (küçümseme)
- 2- Diğer insanlarla ilişkiyi incelemeye yönelme
- 3- Emosyonel yüklenme alanını ve yoğunluğunu azaltma.

Tüm bu teknikler sonuçta hizmet alanların harcanmasına neden olur.

ÇÖZÜLMENİN ANLAMLARI : İnsanları tanımlamada kullanılan terimlerde, onları daha çok obje gibi ve daha az insan gibi görme yönünde bir değişikliktir. Bu terimlerin bazıları, "Onlar büsbütün hayvan" şeklinde küçültücü olabileceği gibi, "zavallı" şeklinde genelliği ve yaygınlığı ifade eden kısa terimler şeklinde olabilir. Objeye gibi değerlendirmenin diğer bir şekli de, on-

larla içinde bulunulan fonksiyonel ilişkideki terimlerle (örneğin güçlü bir avukatın müşterilerini "dosyam" diye belirtmesi veya ünlü bir doktorun hastalarını "vak'a" veyahutta o andaki problemleriyle "koroner" hastası şeklinde) belirtmesidir. Hizmet verilen kişilerle görüşmede, mesafeliliği sağlamak için, mesleki dil kapsamıyla görüşülür.

Entellektüalizasyon-Mantıksallaştırma: Bireyin durumunun daha çok entellektüellik daha az kişisel terimlerle ele alınmasını içeren bir tekniktir. Hizmet çalışanları, diğer insanları soyut nitelikleriyle ele alarak durumu objektifleştirebilir. Böylelikle daha az duygusal bir şekilde hareket edebilirler. Bir psikiyatri hemşiresi hastasını ele alırken belirli bir hastalığı sergileyen bir birey olarak değil, hastanın problemlerine daha çok analitik yönden yaklaşabilir.

Ortamsal Sınırlamalar : Sıklıkla, hizmet çalışanları görevleri ve kişisel yaşamları arasına kesin bir sınır koyarlar. Nadiren, ailesel ve kişisel korkularını iş arkadaşlarıyla paylaşırlar, eşleri ve arkadaşlarıyla anlaşıyorlardır. Görevlerinin ne olduğunu anlatmayı istemezler, sorulduğunda "devlet memuruyum" gibi kısa ve genel yanıtlar verirler. Bu tarzda davranış yaşanan emosyonel stresin alanını daraltmaya yöneliktir.

Psikolojik Olarak İçe Çekilme : Diğer bir teknik, kişinin diğer insanlarla stresli etkileşimlerinde psiko-

lojik katılımını azaltmasıdır. Bu teknik çok çeşitli şekillerde uygulanır. İnsanlara daha fazla yaklaşmayarak, göz temasından sakınarak ya da buna uygun zemin bırakmayarak, en alt düzeyde etkileşimi sürdürerek, diğer insanlarla kendisini fiziksel olarak uzak tutmak açık bir yaklaşımdır. Psikolojik içe çekilme; yüzeysel genelleştirmeler ve hazır, genelleşmiş yanıtlar gibi daha çok kişisel olmayan şekillerle etkileşime girmeylede belirginleşir. Hizmet çalışanı, hizmet verdiklerine veya hastaya, normal terapi seansını veya formay görüşmeyi uzatarak, zamanı kısıtlı harcayarak, diğer görevli üyelerle görüşme ve konuşmaya daha fazla zaman harcayarak, daha az zaman verirler.

Psikolojik içe çekilmenin daha az netlikle görüldüğü diğer teknikler :

- Düşük performans
- Görevlerden kaçınarak ("o benim görevim değil" yanıtlarıyla)
- Kuralların arkasına sığınma (bu durumda kurallar, acı verici kararlardan sorumlu tutulmaktan korunmaya ve hizmet verilenlerle bireysel bağlanmayı önlemeye yarar).

Sosyal Teknikler : Hizmet çalışanı sıklıkla kendi arkadaşlarına yönelir. Güç bir durumdan sonra, diğer görevli üyelerden öneri ve teselli almaya çalışılır. Bu teknik, güç bir durumdan uzaklaşmayı sağladığı gibi, entellektüel bir mesafeyle durumun üstesinden gelmeye

de yarar. Diğer bir sosyal teknik, mizahın kullanılmasıdır. Stresli bir olay hakkında şakalar yapma, gülme, çalışanın hissettiği anksiyeteyi ve gerilimi azaltmanın bir yoludur. Bu aynı zamanda durumu daha gayri ciddi, daha az mücadele gerektiren bir durum olarak görmeyi sağlar.

BURNOUT KONUSUNDA KOŞULLARLA İLGİLİ FAKTÖRLER

Oran : Çalışanın etkileşimini, hizmet verdiği kişilerin sayısı büyük oranda belirler. Bu sayının artması durumunda, genel sonuç, çalışanın aşırı bilişsel, duymusal ve emosyonel yüklenimidir. Zamanın büyük bir kısmı hizmet alanlarla doğrudan temas içinde geçirildiğinde, hizmet verenin işinde ara vermeye ve kontrol edilmediği bir durumda bulunmaya fırsatı olmayacaktır. Bir çalışanın çalışma saatlerinin miktarı büyük oranda, o kişinin yorgunluk, sıkıntı, stres vs. duyumu ile ilişkilidir. Bu nedenle bir kişiden uzun süre çalışma beklenmesi, "burnout" insidansının artmasına yol açar. Hizmet verilenlerle olan temasın niteliği kötü olduğunda, özellikle doğrudur. Bu durumlarda geçici geri çekilme fırsatları yaratılarak ve aşırı stres ortamlarında sürekli çalıştırılmayarak çalışanın iş yükü azaltılabilir. İçe çekilmenin en olumlu şekli, molalardır. Molalar, sadece işi kısa sürelerle bırakmayı değil daha çok bir ventilasyon sağlar. Molalarla, geçici bir emosyonel rahatlama sağlanırken bile, iyi hasta bakımının sürdürülmesi fırsatı da

yaratılır. Molaların onaylanmasıyla birlikte, uygulanma olanağının olmadığı koşullarda iş ortamından uzaklaşma -kaçma şeklinde bir olumsuzluk ortaya çıkar. Bu, işleri yürütecek yeterli eleman bulunmamasından dolayı, hizmet alanların harcanması anlamına gelir. Ayrıca bunun suçluluğunu da çalışan yüklenmiş olur. Bu suçluluğun kaybolması durumu ise "burnout"un yaşanıyor olduğu anlamındadır.

Sosyal-Mesleki Destek Sistemleri : Çalışanların katıldıkları, formal ve informal programlarda, problemler tartışılır, öneri ve destek alınabilir. Bu da iş stresinin daha başarılı bir şekilde üstesinden gelmeye yarayan bir yoldur. Kendini aktif bir şekilde ifade eden, inceleyen ve kişisel duygularını iş arkadaşlarıyla paylaşanlar arasında "burnout" insidansı düşüktür. Bu tipteki bireyler yalnızca içlerini dökmekle kalmaz aynı zamanda, hastalarıyla ilişkilerini anlama, yeni bakış açısı geliştirme, diğerlerinden yararlı feedback alma şeklindeki fırsatları da elde etmiş olurlar. Özel çalışan toplantıları, workshop'lar gibi bir araya gelmeler yararlıdır.

Kişiler-Arası İlişkilerdeki Beceriler Konusunda Eğitim : Şimdiye kadar yapılan araştırma sonuçları bu konuda, eğitime gereksinim olduğunu göstermiştir.

Yönetim Açısından Ortamsal Stresin Açıklaması : Hizmet çalışanlarının sağladığı bakım ve hizmetin nite-

liği bozulduğunda, çoğu zaman, iş çevrelerinden ziyade, insanlar suçlanır. Eksiklik, bu duruma yol açan hem hastanın hem de görevlinindir. Bu yanlış çıkarsamanın sosyal-psikolojik süreçlerini incelemeden önce, böyle bir tutumun en açık sonuçlarını irdeleyelim.

Çalışanlar kendileriyle ilgili olarak küçümseyici sözleri daha fazla söylemeye başlarlar, kendi kendilerine bu iş için uygun olup, olmadıklarını sorarlar, bazı niteliklerini (öz-güven, mizah duyumu, dengeli bakış açısı gibi) kaybettiklerini düşünmeye başlarlar. Maaş durumu, bireyin en iyi gelişiminin bir aracı olarak görüldüğünden, önemli bir faktördür.

Hizmetlerin çoğunun para ile verildiğini bilen hizmeti alanların, hesap sorucu oluşları, hizmet çalışanlarının onlara karşı hostilite ve gücenmelerini geliştirir. Ahlaki değerlerin gündeme gelişi kolaylaşır. Sonuç olarak, acaba, suç, hizmeti alanlarda ya da görevlilerde mi yoksa azımsanmış, göz ardı edilmiş ortam özelliklerinin bu koşulu sağlıyor olmasında mıdır?

Yapılan tüm araştırmalar "burnout"un analizinde; kişisel değişkenlerin konu dışı tutulamamasına karşın, problemin en iyi şekilde anlaşılmasını, işe ilişkin streslerin, sosyal ve durumsal kaynaklarının anlaşılmasının sağlayacağıdır. Araştırma sonuçları; bizi, "kötü insan" belirlemesindeki kısır döngüden uzaklaştırıp, pek çok iyi insanın işlev gördüğu kötü ortamlardaki, işlevsel ve yapısal karakteristikleri açığa çıkarmaya

yöneltir. Varildeki çürük elmalar, bizi, varilin kendisini incelememize yöneltiyor.

Konunun araştırmacılarca bu bakış açısıyla değerlendirilmesine karşın, acaba neden çalışanlar sorumluluğu kendilerinde bulmaya yöneliktirler? Çeşitli önyargı ve tutkular, kültürel değerler, yönetsel reaksiyonlar, böyle bir konunun görüşülemeyişitabu oluşu gibi faktörler vardır.

Birinci olarak "Burnout Sendromu", akutun tersine kronik strese bir tepki olarak görülür. Rutinin nispeten durgunluğuna karşın, emosyonel baskı süreklidir. Bu sürekli stres hizmet çalışanının toleransını gittikçe azaltacak şekilde değiştirir. Hizmet alan ile veren arasında problemler ortaya çıktığında, ortamsal istikrarsızlık göze çarpmaz, gözlenen, o anda yaşananlar göze çarpar. Böylelikle problemlere ya hizmeti alan ya da kendisi neden olmuştur diye düşünür. Eğer kişi, bu tepkinin diğerlerince paylaşılmadığını hissediyorsa, bunun kendisine özgü olduğuna inanması daha olasıdır. Ayrıca hiç bir profesyonel, profesyonel olmadığını düşündürecek duygu ve düşüncelerini açıklamaktan hoşlanmaz, bundan kaçınır ve inkar etmeye çalışır. Sanki profesyonelce olmadığı şeklindeki düşüncelerini silmek istercesine işinde kontrol ve daha iyisini yapma ya da yapıyor görünme davranışları sergiler. Bu türden yanıtlar yönetici kadrosunda biçimselliğe önem verme şeklinde de sergilenebilmektedir. Yöneticiler bir kusur olduğunda işe

kendilerinininde karışacağından çekinerek kusuru kurumda bulmaktan çok, görevi iyi yapamayan insanlarda bulmaya yöneliktirler. İdarecilerdeki ön yargılar, çalışanların bir kısmının tembel olduğu inancı ve idareci olarak en önemli görevin en iyi çalışanı göreve almak olduğu düşüncesi vardır. Eğer bir çalışan, işle ilgili emosyonel bir stresten söz açacak olursa, genel yanıt "konu nedir, aranızda bunu bile halledemediniz mi?" dir. Bu türde bir yanıt, çalışanın anlaşmaya yönelik eğilimini engellediği gibi aksi yönde bir eğilimin oluşmasına ve pekişmesine neden olabilmektedir.

Çalışanlar, çoğu zaman, ortamsal koşullardan acı çekerken, kendi problemlerinin sebebi olarak hizmet alanları görürler. Bu tepki, "kurbanın suçlanması" diye adlandırılır ve tüm dünyada insanların hak ettiklerini buldukları inancından geliştiği var sayımına dayanır.

Sorunlardan sorumlu tutulmanın hizmeti alanın olmasını, çağdaş halk sağlığı teorilerinin benimsenmeyip, teşhis ve tedaviye yönelik geleneksel tıp modelini benimsemeye de benzetilebilir. Tek bir bireyle uğraşılabilir, benzer bir grup bireyle uğraşılabilir ancak tüm bireylerin görülmesi gerekliliği zordur. Tutulan kayıtlar, toplumsal nitelikli olayları değil daha çok kısa, tek tek olgu ve durumları sorgular. Kayıtlarda göze çarpıcı şeyler vardır onları ortaya çıkaran koşulların listesi ve bunlarla ilgili bir şeyler yazılacak yer yoktur. Görevli hizmet alan oranları hızla büyürken,

kurumsal yapı daha fazla formalleşir ve standartlaşır. Böyle kayıtlar yalnızca bireysel farkları gizlemekle kalmaz, aynı zamanda, geçmişteki kayıtlarla şimdiki kayıtlar arasında sahte bir tutarlılığın oluşmasını sağlar.

"Burnout" sendromunun özünde bulunan diğer bir nitelik, çalışanların hizmet alanlarla ilgili algısının pozitif ve insancıl kutuptan, negatif ve insancıl olmayan kutba doğru değişmesidir. Hizmet alanlar daha alaycı ve küçültücü terimlerle ele alınır ve hizmeti verende, hizmet verdiğinin, insan olarak, değer ve kapasitesinin düşük olduğu kanısı gelişmeye başlar. Ahlaki değerlendirmenin bu süreci, biz ve onlar arasındaki farkların vurgulanması ve abartılması gayretleriyle daha fazla kapsanır. Çalışanlar negatif algılamalarında şu dört yönün etkisinde gibi görünüyor. Bunlar; -problemlerin odağı, -pozitif feedback'in eksikliği, -emosyonel stres düzeyi, -hizmet alanların coşku ve değişime yatkınlığıdır. Hizmetteki ilişkinin özü, hizmeti gereksinen ve bunu veren arasındaki ilişki oluşudur. Eğer hizmet verilenin, hizmet almaya gereksinimi olmazsa, o durumda zaten ilişki olmayacaktır ya da sonlanacaktır. Bu profesyoneller açısından hizmet verdikleri kimseleri kötü zamandaki kadar fazla olarak, iyi zamanda görme fırsatlarının azlığıyla ilgilidir. Bu sürecin insanları bir bütün olarak ele almayı değil problemlere yoğunlaşmayı gerektirdiğinden ve sürekli oluşundan dolayı, ça-

lısanların insan doğasına daha alaycı bir bakış geliştirmeleri de bir sürpriz değildir.

Hizmet verilenlerin problemlerine özel bir ilgi gösterilmesi, hizmet alanların sayısını arttırabilecektir. Bunun sonucu, mevcut zamanın, çok ciddi ve önemli problemlere harcanmasıdır. Hizmet alanların yaşamlarının pozitif yönlerine zaman harcama, kısacası yapılamayan bir lüktür. Bu çalışanın, ormanı görüp, ağaçları görmemesi duyumu içinde, tek bir bireyi eksik bilmesi ve anlamasının kaçınılmazlığı anlamına gelir.

"Burnout" sendromuyla ilgili diğer bir yön, çalışanların hizmet alanlardan yalnızca negatif feedback almalarıdır. Çalışanlar sıklıkla şikayet ve eleştiriler işitirler hatta bazen hostile sözlerin ya da tehditlerin hedefi olurlar. Böyle feedback bazen çalışanların hataları için uygun olabilirken, çoğu zamanda uygun düşmemektedir. Sonuçta çalışanda, kızgınlık, korku ve engellenme gibi duyguların oluşumuna neden olurlar. Çalışan, hizmet verdiklerinin problemlerini çözmek için daha az güce sahip olacaktır. Hizmet alanlar ancak çok iyi yapılan işler için minimal düzeyde pozitif feedback verirler, onlara göre çalışan bu işleri yapmak zorundadır, onun için para almaktadır. Hizmet mesleklerine insanların daha mutlu ve sağlıklı yaşamaları için giren, çalışanlar açısından pozitif feedback'in eksikliği ya da bu doğrultudaki başarılarına indirilen "darbeler" yenilir, yutulur, şeyler değildirler.

Hizmet alanların negatif algılanmaları, aynı zamanda onlarla ilişki içindeyken yüklenilen emosyonel stres düzeyinde bir işlevidir. Örneğin, fiziksel ya da sözel olarak bozuk durumda olanlar, çok sayıda probleme sahip olanlar, ölümün eşiğindeki hastalar gibi.

Sonuç olarak, hizmet alanların algılanışı onlardaki değişim ve uyumlulukla ilişkilidir. Eğer hizmeti alan, çalışanın yaptıklarını takdir etmezse, pozitif feedback vermezse, insanca davranmazsa, çalışan açısından da bu tipteki kimseye insancıl davranmama ve negatif tutumlar geliştirme kolaylaşacaktır. Ayrıca, çalışanın gayretleri, hizmet alanların yaşamlarında takdirle karşılanan değişiklik oluşturmazsa, çalışan bu defa problemler için hastaları suçlayarak, onları doğal olarak kusurlu, değişime dirençli, kötü ve güçsüz kişiler gibi görerek, başarısızlık ve etkisizlik duygularını geçiştirebilir. Bu durumda profesyonel sadece para için orada bulunmaktadır ve esas konusu para olmaktadır.

BURNOUT'LA BAŞA ÇIKMA

Baş etme tekniklerinin bazısı bireysel bazısı kurumsal niteliklidir.

Bireysel tekniklerden biri, hastalardan uzaklaşmadır. Bu, molalar, fiziksel ve psikolojik geri çekilmeler, uzun tatillerle yapılabilir. Bazen fiziksel temas olmasına karşın, gerçek bir ilişki kurulmayarak da yapı-

labilir. Uzaklaşmanın diğler boyutu insanları önemsemeyerek tüm insan ilişkilerinden uzaklaşmasıdır. Bu, çalışmanın herhangi birisinden, herhangi bir şey işitmek istemediğı zamandır. Bedeli ise aile ve arkadaş ilişkilerinde bozulmadır. En iyi alternatif, tek başına yapılan aktivitelerle -en basitinden yürüyüş olabilir, ev ve iş arasındaki rutinin baskısını azaltmadır. Güvenilen bir kimseyle birlikte olunması, bir rahatlama sağlayabileceğı gibi yeni bir bakış açısı ve bilgi ile de yararlı olur. Yaygınlık ve paylaşılma duygusu, akran ilişkilerinde sorumluluğı geliştirir. Kişi kendini daha az izole hisseder. Sonuçta, akranlar, kişinin hizmet verdiklerinde çoğunlukla göremediğı pozitif feedback'i sağlar. Benzer etki, örgütlenmiş sosyal-mesleki destek sistemleriyle de sağlanabilir. Bunlar, formal olarak örgütlenmiş gruplarla olacağı gibi -öğlen arası, iş gününün sonu gibi zamanlarda bir araya gelerek, informal gruplarlada gerçekleştirilebilirler.

Bu konudaki diğler bir yol, hizmet verilenlerle yalnızca kurum içinde ilgilenmekten çok, onların ev çevreleriyle de ilişkiye girmeyi içerir. Böylelikle kısır ofis ortamında rolle sınırlı etkileşim tarzı aşılmış olur.

Bu yazının altında yatan tez, sosyal psikolojinin, "Burnout Sendromu"nun dinamiklerinin anlaşılmasında yardımcı olacak, teorik modelleri, metodolojiyi ve genel bir oryantasyonu sağlayabileceğidir. "Burnout"

sendromunun esası, psikolojik stresin kendisinde bulunan değil, ancak hizmet verenler ve alanlar arasındaki sosyal ilişkiden doğan stresin belirli bir tipi, olarak belirmesidir. "Burnout" sendromu için çeşitli teorik çerçevelerin yararlı bir şekilde bir dereceye kadar başarılı olarak kullanılabilmesi önemlidir. Bununla birlikte, var oluş modellerinin yeni kullanımı bu açıdan dikkate değerdir. "Burnout" sendromuyla ilgili olarak, yardım edene kimin yardım edeceği şeklindeki her zaman güncel olan bu probleme yeni çözümler sunabilme açısından, sosyal psikoloji alanı yol gösterici olabilecektir.

1.2.10. HEMŞİRELİKTE BURNOUT

Hemşirelikte "burnout"un nedenleri sıklıkla, stres yüklülüğü, tehlikeli iş koşullarını, destek yoksunluğunu, sağlık bakım ekibi içinde karşılıklı sorumluluk taşıyan ilişkilerin eksikliğini, doktor ücretleriyle karşılaştırıldığında düşük ücret düzeyini, shift değişikliği ve uzun saatler çalışmayı, hastanelerde yetersiz personel olmasını, uzun periyodlar boyunca, sürekli yüksek düzeylerde bakım verme sorumluluğunun gerilimi, sınırlı terfi olanakları ve iş gerçekleriyle, iş beklentileri arasındaki farklılıktan doğan engellenme ve hayal kırıklığını içerir (18, 41, 106).

Hemşirelik, sağlık bakım ortamlarında etkisinde kaldıkları özgün ve yoğun stresörler yüzünden "burnout"

için yüksek risk grubu olan bir meslektir (83).

Hemşirelikte "burnout"un önemi, bir sağlık profesyoneli olarak hemşirenin hastalarına karşı, saygı ve ilgisini kaybetmesine yol açmasındandır. Daha sonra hastalara alaycı, insanlık dışı bir şekilde davranmaya ve onlara küçültücü tarzda hitap etmeye neden olmasındandır. Diğer bir deyişle "burnout" trajedisinin özelliği, "burnout"u yaşayanların çatışmalarının orjinal anlam ve amacından uzaklaşabilir olmalarıdır (53).

Hemşirelik mesleğinin içeriğine ve amacına ters düşen böyle bir duruma neden olan etkenler çok çeşitlidir. Ülkemiz koşullarındaki olası etkenler diğer ülkelerinkinden bazı farklılıklar gösterebilir. "Burnout" fenomeni için evrensel olan bazı kriterler bilinmekle beraber, ülkemize özgü koşulların ve etkenlerin neler olabileceği konusunda ileri araştırmalara gerek vardır. Bu bilgiler ışığında ülkemiz koşullarında hemşireliği genel olarak değerlendirmek uygun olacaktır.

1.2.11. TÜRKİYE'DE HEMŞİRELİK

Mesleklerin en önemli özelliklerinden biri, toplumların gelişmesi ve ilerlemesine katkıda bulunmak üzere toplumsal nitelikli belirli işlevleri yerine getirmeleridir. Bu hemşirelik için de böyledir.

Dünya Sağlık Örgütü Hemşirelik Uzman Komitesi

hemşireliğin tanımını şöyle yapmaktadır. Hemşire; temel bir eğitim programını tamamlamış olan ve ülkesinde hastalığın önlenmesi, hastanın bakımı ve sağlık düzeyinin yükseltilmesi için hemşirelik alanında sorumluluk almaya yeterli ve yetkili kişidir (3, 85).

Böyle bir tanım ışığında, Türkiye'deki hemşire iş gücü ve gereksinimi incelendiğinde, sayısal yetersizlikle birlikte, niteliksel bir yetersizlikle de karşılaşılır. Dünyadaki az gelişmiş ya da gelişmekte olan tüm ülkelerde de durum benzerdir. Durumun böyle olmasının nedenleri çok çeşitlidir. Bu nedenlerden birisi hemşirelerin meslek yaşamlarınının kısa sürmesidir (36). Böylece bir kısır döngü oluşmakta, göreve başlayan hemşire bir süre belirli becerileri kazandığı halde, iş yükü ve çalışma koşullarıyla ilgili nedenlerden dolayı, meslekten erken ayrılabilir. Görevde kalanların durumunun, koşullarının ne olduğu, mesleğin kendilerini nasıl etkilediği ise şimdiki araştırmanın konusunu oluşturmaktadır.

Genel kapsamıyla sağlık personeli azlığı ve bununla birlikte devam eden hekim ve hemşire azlığı nedeniyle, birey ve ailelerin tıp ve hemşirelik hizmetlerinin yeterince karşılanamadığı, hastalık stresi sırasında, birey ve aileye yeterli tıp ve hemşirelik hizmetlerinin sağlanamadığı bir gerçektir. Bu gerçek devlet, tıp, hemşirelik otorite ve kuruluşlarınca ve özellikle de hasta olan sade vatandaşca çeşitli şekillerde dile

getirilmektedir (3, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 95, 120).

Dünya Sağlık Örgütü'nce yapılan çalışmalarda, 10.000 kişilik toplumda 100 kişinin geniş kapsamlıya sağlık görevlisi olması bu 100 kişinin % 60'ının da sağlık ve yardımcı sağlık personelini oluşturması gerekmektedir. Sağlık ve yardımcı sağlık personeli alanında Dünya Sağlık Örgütü standartlarına göre 3/1 oranında yetersizliğimiz bulunmaktadır. Bu eksikliğin mesleklere göre dağılımı ise şöyledir. Doktor % 40, hemşire % 70, sağlık teknisyeni % 48, diş hekimi % 48 oranında eksikliği varken, eczacılarda % 28 oranında fazlalık bulunmaktadır (3).

Yukarıda verilen bilgiler ışığında sağlık iş gücü alanındaki genel yetersizliğin yanı sıra, hemşire sayısındaki yetersizliğimizin oldukça önemli boyutlarda olduğu görülmektedir (3, 46, 49, 63).

Avrupa topluluğu ülkeleri ile karşılaştırıldığında bizim ülkemizde bir doktor ve bir hemşireye düşen nüfus sayısının oldukça fazla olduğu görülmektedir (95).

Ülkemizde 1984 yılında hemşire-ebe sayısı ihtiyacımız 75.500 iken, mevcut hemşire-ebe sayısı 62.000 idi. 1989'da ulaşılmak istenen sayı 112.000 olarak belirlenmiştir (65).

Sayısal yetersizliğimizin bu kadar fazla olması topluma sunulan sağlık hizmetinin yeterince yerine getirilememesine neden olması kaçınılmazdır. Kişi başına

düŒen iŒ yükü artmaktadır. Verim ve hizmetin kalitesi böylece düŒmektedir. HemŒirelerimiznin niteliksel yetersizliği bulunduğu bir çok alıŒmada belirtilmiŒtir (19, 20, 29, 30, 44, 62, 91, 97, 112, 113).

Sağlık Meslek Liselerine devam eden öğrencilerin yaŒları, geldikleri sosyal sınıflar ve henüz kendi kimlik sorunları bulunan ergenler iken hastane ve hastalar ile karŒılaŒmalarının yarattığı sorunlar, bir çok makale, yazı ve 12 Mayıs HemŒirelik Haftaları kapsamındaki konuşmalarda dile getirilmiŒtir (5, 63, 80, 98, 114, 115).

Sağlık Meslek Lisesi ğrencilerinin uygulamalarının bir çok yerde, hastanelerin açığına kapatma Œeklinde yürütülmesi, Sağlık Meslek Lisesi yöneticilerinin meslekten olmaması, yatılı okullar olmaları ve ders dıŒı saatlerin öğrencilerin gelişimine katkıda bulunacak Œekilden uzak ve sınırlı bulunması önemli sorunlardandır (80, 98, 114).

HemŒirelik ğrencileri için önemli sorunlardan bir diğeri de teorik bilgi ile pratik uygulamalar arasındaki uyumsuzluklardır (13, 22, 109, 114).

Bu tip sorunların öğrencilerin benlik saygısı üzerinde çeŒitli etkileri olmaktadır. Öğrenci meslek yaşamına baŒladığında, belirli bir güvenle mesleğini uygulayamamakta, bu yönde bir çok sıkıntı çekmektedir (60).

HemŒirelik eğiticilerinin sayısının yetersizliği ve bir öğretmene düŒen ğrenci sayısının fazla olma-

sı, diğ er bir sorundur. Aynı şekilde, hemşirelik yüksek okullarında da öğrenci sayısının fazla olması, uygulama alanlarıyla ilgili sorunlar ve sık program değişikliklerinin olumsuz etkileri görülmektedir.

Hemşirelik okullarını bitiren öğrenciler, mesleki yaşama başladığında da bir çok sorunla karşılaşmaktadır. Çalışma ortamına uyum ve hizmet-içi eğitim programları bir çok yerde yapılmamakta ya da niteliği düşük olmaktadır. Ayrıca mesleğin gelişimine çok yönlü yararlar sağlayabilecek, sürekli eğitim programları da yürütülememektedir. Hemşire otoriteleri, hemşirelerin niteliğini çok geniş kapsamla yükselten sürekli eğitim gibi üst düzey programlamaların bulunmasının gerekliliği vurgulanmaktadır (2, 26).

Ancak bugün ülkemizde, hemşireler bir çok mesleki sorunlarla birlikte yaşamakta ve çabalarının büyük kısmı bu doğrultudadır. Hemşireler meslekle ilgili sorunlarını şöyle sıralamışlardır.

1- Çalışma Koşullarıyla İlgili Sorunlar

a) Yönetimle ilgili sorunlar (Başhemşireliğin başhekimliğe bağlı çalışması, görev yetki ve sorumlulukların bilinmemesi, mesleki uğraşlar dışında işlerle uğraşma, denetleme-ödüllendirme mekanizmasının işlememesi, terfi ettirilmeme, malzeme eksikliği ya da uygun olmaması, izinler konusunun sorun oluşturması, atamaların başhekimlikçe yapılması gibi) (42, 90, 115).

b) Fiziksel ortamla ilgili sorunlar (Hastane-

lerin çalışanlarının sağlığına yönelik önlemlerinin yetersizliği ya da yokluğu, uykusuzluk, beslenme sorunları, molaların olmaması) (4, 42, 118).

c) Hemşireliğin bakım ile ilgili sorunları- (Özel hastalara özel bakım istenmesi, sayısal ve niteliksel nedenlerle yardımcı personelden yararlanamayıp, vs.) (42).

d) Ekonomik sorunlar (117).

2- Sosyal Statü ile İlgili Sorunlar - Mesleğe toplumun bakışı ve kadın mesleği olmaktan gelen etkiler (80, 91, 113).

3- Yan Olanaklar ile İlgili Sorunlar - Kurumun personeline verdiği değer, iş yaşamında sağladığı olanakların yanı sıra, sosyal yaşamda sağladığı olanaklar ile de belirlenir. Lojman sorunu olanların niteliği ve sayısal azlığı, kreş sorunu, ulaşım sorunu, giyim sorunu, sağlık tesisleri, dinlenme tesisleri, misafirhane olanakları gibi (28).

Yukarıda özetlenerek sunulan sorunların, hemşireler üzerinde, mesleki doyumsuzluk, motivasyon ve verim düşüklüğü, bakımın niteliğinde düşme gibi çeşitli etkileri olabileceği düşünülebilir.

Ayrıca Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ve Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO)'nün "İş ve İşçi Sağlığını tüm mesleklerdeki çalışan kişilerin fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden en iyi düzeye ulaştırılması ve devamının sağlanması" şeklinde tanımlamışlardır (120).

Yukarıda bahsedilen bir çok sorun ve koşul karşısında, hemşirelerin etkileniş şekilleri nasıl olacaktır? Mesleki ideal ve heyecan, üzerinde böylesi bir mesleki yaşam, nasıl etkilemektedir?

1.2.12. KAVRAM VE TANIMLAR

Stres : Psikolojik, sosyal, kültürel ya da fizik ajanların organizmada oluşturduğu değişiklik durumudur. Bir görüşe göre stres; organizmanın stres verici etkenlere gösterdiği fizyolojik ya da psikolojik tepkidir. Bir başka görüşe göre stres, organizmanın çevreye uyumu için ödemek zorunla olduğu bedeldir (105). Diğer bir görüşe göre ise stres, bir bireyin baş etme kaynaklarını tüketen herhangi bir taleptir (76) ve sürekli devam eden stresin sonucunda anksiyete ve depresyon artar ve tükenmişlik-"Burnout" ortaya çıkar (76).

TÜKENMİŞLİK-"BURNOUT" : Fiziksel tükenme, kronik yorgunluk, çaresizlik ve ümitsizlik hisleri, negatif bir benlik-"self" kavramının gelişmesi ve iş, yaşam ve diğer insanlara yönelik olumsuz tutumlarla belirginleşen, fiziksel, emosyonel ve mental bir tükenme sendromudur (6, 18, 58, 67, 68, 69, 88).

Depersonalizasyon : Bireyin kendisini ve kendi hizmet verdiklerini insancıl olmayan tarzda (dehumanize) algılaması ile hizmet verdiklerine karşı, uzaklaşmış, katı ve insancıl olmayan şekilde yanıt vermesidir (40, 106).

BÖLÜM II

GEREÇ VE YÖNTEM

2.1. ARAŞTIRMANIN TİPİ

Farklı statüye sahip olan, S.S.K. İzmir Tepecik Hastanesi, Sağlık Bakanlığı Atatürk Sağlık Sitesi Devlet Hastanesi ve Ege Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanelerinde çalışıp, yatak başı hemşirelik hizmeti veren hemşirelerin, mesleklerini uygulamalarının meslekleriyle ilgili olarak kendilerini ne şekilde etkilediğini belirlemek ve Tükenmişlik-"Burnout" kavramı ile ilgili olarak geliştirilmiş olan, MBI'ın kullanılabilir olup olmadığı yönünden inceleyerek, tükenmişlik-"Burnout" ile ilgili olabilecek bazı değişkenleri belirlemek amacı ile yapılmış betimsel ve analitik bir çalışmadır.

2.2. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YERLER

Bu araştırma Sosyal Sigortalar Kurumu İzmir Tepecik Hastanesi, Sağlık Bakanlığı Atatürk Sağlık Sitesi Devlet Hastanesi ve Ege Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nde yapılmıştır.

2.2.1. SOSYAL SİGORTALAR KURUMU İZMİR TEPECİK HASTANESİ

Araştırma verilerinin toplandığı tarihlerde bu hastanenin hemşirelik hizmetleri yönetim şeması şöyledir.

Başhekimlik

Başhemşirelik

Başhemşire Yardımcıları

(5 kişi)

Sorumlu Hemşireler (27 kişi)

(Süpervizörler) (6 kişi)

Servis Hemşireleri (145 kişi)

Hemşirelik İdaresi ve Hemşire Sayısı : Bu hastanede toplam 184 hemşire çalışmakta olup başhemşire ile birlikte 6 hemşire, idareci konumundadır. Servis sorumlu hemşirelerinden 6'sı süpervizör olarak hemşirelik idaresini temsilen sırayla nöbet tutmaktadırlar (12).

Çalışma Sistemi : Hastanede nöbet şeklinde çalışılmaktadır. Ancak nöbet öncesi 8 saat çalıştıktan sonra nöbete devam edilmekte olup (16 saat nöbet) nöbet parası alındığı gerekçesiyle nöbet sonrası yarım gün çalıştırılarak, yasal izin kullanma hakkı verilmemekte-

dir. Hemşirelerin uzun saatler görevde bulunmalarından kaynaklanan bazı sorunları giderebilmek amacıyla, nöbet sonrası gün için iki saatlik bir idari izin ve senelik izinden kesilmek koşuluyla her yarım gün için 2'şer saat olmak üzere, yarım gün izinlilik sağlanmaya çalışılmakta idi. Böylece, hemşireler haftada ortalama en az 62 saat çalıştırılmaktadırlar (12).

Hizmet-İçi Eğitim : Bu hastanede zaman zaman hizmet-içi eğitim programları yürütülmüştür. Araştırmanın yürütüldüğü dönem içinde, "Kanser Hemşireliği" ve "Hastane Enfeksiyonları" konulu seminerler, hizmet-içi eğitim amacı ile planlanıp, uygulanmıştır (12).

Kreş : Hastanenin, sadece gündüz çocuk bakımını üstlenen kreşi mevcuttur. Ancak tüm hemşireler ve çalışan personelin çocukları için yeterli olmadığı belirtilmiştir (12).

Ulaşım Sistemi : Hastanenin çalışanlarına sağladığı bir ulaşım sistemi bulunmamaktadır (12).

Lojman : Bekar hemşireler için lojman mevcut olup bir odada 3-4 kişi kalmaktadır (12).

Yatak Sayısı : 750 yataklı olan hastanenin 550 yatağı erişkin hastalar için, 200 yatağı ise çocuk hastalıkları için ayrılmıştır. Hemşire başına düşen yatak sayısı 4.08'dir (12).

2.2.2. SAĞLIK BAKANLIĞI ATATÜRK SAĞLIK SİTESİ DEVLET HASTANESİ

Araştırma verilerinin toplandığı tarihlerde bu hastanede hemşirelik hizmetleri şeması şöyledir :

Başhekimlik

Başhemşire

Başhemşire		Klinik
Yardımcıları	Süpervisör	Sorumlu Hemşireleri
(6 kişi)	(2 kişi)	(33 kişi)

Hemşirelik İdaresi ve Hemşire Sayısı : Bu hastanede toplam 383 hemşire çalışmakta olup 9 tanesi yönetici konumundadır. Başhemşire dışında 6 başhemşire yardımcısı ve 2 süpervisör hemşirelik yönetimini temsilen sıra ile nöbete kalmaktadır (124).

Çalışma Sistemi : Hastanede nöbet şeklinde çalışılmaktadır. Nöbetler hafta içi 16 saatlik, hafta sonu 24 saatliktir. Hafta sonu tutulan nöbet izni bir gün olarak verilmektedir. Haftada ortalama 44 saat çalışılmaktadır (124).

Hizmet-İçi Eğitim : Bu hastanede hizmet-içi eğitim programları bir süre yapılmış, daha sonra bırakılmıştır. Eğitim programları önce merkezi bir şekilde yapılmış fakat iş yoğunluğu ve nöbet izinlerinde olan hemşirelerin derslere devamını pek sağlayamadıkları için klinik alanlara indirgenerek yapılmaya başlanmıştır-

tır. Bu yöntemle eğitim programlarına katılımın arttığı gözlenmiştir (124).

Kreş : Hastanenin kreşi 0-6 yaş bütün çocukları kapsamakla birlikte, gereksinimi sağlayacak kapasitede olmayıp, sıralama yolu uygulanmakta, fakat tüm hastane genelinde 100 kadar anne çocuğunu kendi olanaklarıyla baktırmak durumunda kalmaktadır. Bu hastanede de kreş gündüz mesaisi boyunca hizmet verebilmektedir (124).

Ulaşım Sistemi : Hastanenin çalışanlarına sağladığı ulaşım olanağı yoktur (124).

Lojman : Devlet Hastanesi'nde bekar hemşireler için lojman olarak hastanenin en üst katı tahsis edilmiş olup odalarda 3 veya 4 kişi kalmaktadırlar. Tuvalet ve banyoları odaların dışında olup ortak olarak kullanılmaktadır (124).

Yatak Sayısı : 740 yataklı olan hastanede hemşire başına düşen yatak sayısı 1.9'dur (124).

2.2.3. EGE ÜNİVERSİTESİ ARAŞTIRMA VE UYGULAMA HASTANESİ

Araştırma verilerinin toplandığı tarihlerde bu hastanenin hemşirelik hizmetleri idari şeması şöyledir:

Başhekimlik

Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü

Cerrahi Bilimler
Bölüm Başhemşireliği

Dahili Bilimler
Bölüm Başhemşireliği

Klinik Başhemşiresi
(11 kişi)

Klinik Başhemşiresi
(12 kişi)

Hemşire (317 kişi)

Hemşire (280 kişi)

Hemşirelik İdaresi ve Hemşire Sayısı : Bu hastanede hemşirelik hizmetlerinde çalışan toplam 622 hemşire mevcut olup, 25 tanesi yöneticilik görevi yapmaktadır. Gece çalışma dilimleri için hemşirelik yönetimin-den görevli bulunmamaktadır (111).

Çalışma Sistemi : Nöbet sistemi uygulanmaktadır. Nöbetler 12, 16 ve 24 saatlik olarak kliniklere göre değişmektedir. Ancak tüm hemşireler haftalık ortalama 40 saat çalışmaktadırlar (111).

Hizmet-İçi Eğitim : Hastanede iki yıldır hizmet-içi eğitim programları tüm hastane çapında merkezi ola-

arak uygulanmakta, 7-8 derslik programlar yaklaşık iki ay içerisinde tamamlanmaktadır. Derslere katılımı arttırmak için derse devam edemeyenlere ek bir ders daha yapılmaktadır (111).

Kreş : Hastanenin kreşi 3 yaş ve üzerindeki çocukları kabul edebilmekte ancak tüm çalışanları kapsayacak bir kapasiteye sahip olmayıp sadece gündüz hizmeti vermektedir. 3 yaşın altındaki çocuklar için Rektörlük kreşinden yararlanılmakta, bu da yeterli gelmemekte bazı hemşireler çocuk bakım sorunlarını kendileri halletmek durumunda kalmaktadır (111).

Ulaşım Sistemi : İşe gidiş ve dönüşler için ulaşım sistemi vardır. Ancak, mesaisi 7.00'de başlayıp, 15.00'de biten birimler için kurumun sağladığı ulaşım aracı olmadığı gibi, vardiya çalışan ve gece evlerine dönenler için de servis olanağı yoktur. Mevcut araç ve personel sayısının yetersizliği ile gündüz çalışanların bir kısmına yanıt verilebilmektedir (111).

Lojman : Ege Üniversitesi Hastanesi'nde bekar hemşireler için hemşire lojmanı vardır. Odalar iki kişilik olup banyo ve tuvaletleri odaların içindedir. Binanın fizik görünümü ve olanakları yeterli görünmektedir (111).

Yatak Sayısı : 1700 yataklı olan hastanede hemşire başına düşen yatak sayısı 2.7'dir (111).

2.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ

Araştırma; İzmir il merkezinde, yataklı tedavi kurumu niteliğine sahip, statü, işleyiş, yönetsel ayrılık ve ulaşma kolaylıkları göz önüne alınarak seçilen 3 (S.S.K.Tepecik Hastanesi, Ege Ü.Tıp Fak.Araştırma ve Uygulama Hastanesi, Atatürk Sağlık Sitesi) ayrı hastanede yapılmıştır. Özel konumları nedeni ile askeri hastaneler araştırma kapsamı dışında bırakılmıştır. Doğrudan hasta bakımı verme ile tükenmişlik-"Burnout" arasında bir ilişki olduğu bilindiği için yataklı tedavi kurumları seçilmiştir (25, 37, 53, 67). Aynı gerekçe ile, bu üç hastanede görev yapan hemşirelerden, doğrudan hasta bakımı ile yatak başı hizmetinin verildiği bölümlerde çalışan hemşireler araştırma kapsamına alınmış, ameliyathane, poliklinik, laboratuvar gibi birimlerdeki hemşireler bu kapsam dışında tutulmuştur. Hemşirelerde, Sağlık Meslek Lisesi ve Hemşirelik Yüksek Okulu mezunu olmaları gözetilmiştir. Yardımcı hemşireler araştırma kapsamı dışında tutulmuştur. Ayrıca anket sorularına verecekleri yanıtları etkileyeceği düşünülerek, ruh hastalığı tanısı almış hemşireler araştırma kapsamı dışında bırakılmışlardır.

2.4. ARAŞTIRMANIN SÜRESİ

Bu araştırma 1988-89 yılı içinde planlanarak, ön uygulama Haziran 1989 tarihinde Ege Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nde; araştırma örnekleme için yapılan çalışma ise Ağustos-Eylül 1989 tarihlerinde Sosyal Sigortalar Kurumu Tepecik Hastanesi, İzmir Atatürk Sağlık Sitesi Devlet Hastanesi ve Ege Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nde yapıldı. Geçerlik için hemşirelerin arkadaşlarına anket formunun uygulanması ise, aynı kurumlarda Ekim 1989 tarihinde yapılarak tamamlandı.

Verilerin toplanması, değerlendirilmesi ve yazılması Aralık 1990 tarihinde tamamlandı.

2.5. ARAŞTIRMANIN ÖRNEK SAYISI VE ÖRNEK SEÇİM YÖNTEMİ

Araştırmanın örneklemini oluşturacak hemşireleri saptamak amacıyla, hastane başhemşireleri ile önceden görüşülerek, hemşire listeleri sağlanmıştır. Alınan listelere göre, araştırma sınırlılıkları içerisinde yer almak koşuluna uygun olacak şekilde, Atatürk Sağlık Sitesi'nde toplam 200, S.S.K.Tepecik Hastanesi'nde 147 ve Ege Ü.Hastanesi'nde ise 421 hemşire araştırmanın evreni olarak belirlenmiştir.

Örnekleme girecek hemşire sayısını belirlemek için, olayın evrende görülme sıklığının bilinmediği du-

rumlarda uygulanan formülden yararlanılmıştır (110)

$$\text{Örneklem için } n = \frac{T}{1 + \frac{(T-1) \cdot \left(\frac{d}{t}\right)^2}{p(1-p)}}$$

Formülde;

n= Örnekleme girecek kişi sayısı

T= Evrendeki sınırlı sayıdaki kişi sayısı

d= Sonuçta bulunacak oranın \pm sapma miktarı
(0.05)

t= Belirli serbestlik derecesinde ve belirli
ven düzeyinde teorik t değeri (1.96)

p= İncelenecek olayın görülme sıklığı tahmin
biliniyorsa yazılır, bilinmiyorsa tarafı
olabilmek için % 50 oranı kullanılır.

Buna göre Atatürk Sağlık Sitesi'nden 73, S.Ş. Tepecik Hastanesi'nden 51 ve Ege Ü.Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nden 152 hemşire olmak üzere toplam 276 hemşire araştırma örneklemini oluşturmaktadır. Deneyimin seçimi, olasılıklı örnek seçim yöntemlerinden yararlanılarak yapılmıştır (59, 108, 110). Hemşireler çalıştıkları bölüme (Dahili ve Cerrahi Bölümler) ve işlendikleri göreve (servis sorumluluğu, servis hemşireliği ve özel bakım hemşireliği) göre tabakalanmıştır. Daha sonra, deneklere birer sıra numarası verilerek rastgelelenmiş olup, tesadüfi sayılar tablosundan yararlanılmıştır.

deneklerin seçimi yapılmıştır. Ayrıca yedek deneklerde belirlenerek gerektiğinde baş vurulmuştur (61, 100).

2.6. VERİ TOPLAMA TEKNİĞİ

2.6.1. ÖN UYGULAMA

Araştırmanın ön uygulaması, formlar Haziran 1989 tarihinde, Ege Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nde, çeşitli servislerde çalışan 15 hemşireye araştırmacı yanlarında iken doldurtulmuştur.

Ön uygulama, oluşturulan ilk anket formunda anlaşılabilen veya yeterince net olmayan soruların saptanmasında ve MBI maddelerinin psikolinguistik yönden incelenmesi ile uygulamadaki güçlüklerin saptanmasını sağlaması açısından önemlilik kazanmıştır.

2.6.2. ARAŞTIRMA ÖRNEKLEMİNDEKİ HEMŞİRELERE ANKET FORMLARININ UYGULANMASI

Araştırmacı, ön uygulama sonucunda elde ettiği bilgiler ışığında, anket formunu ve skalayı tekrar değerlendirerek oluşturduğu ölçüm aracını -ki bu araç iki kısımdan oluşmakta idi. Anket sorularını içeren bir form ile MBI maddelerini içeren, aynı anket formuna ilişkin diğer bir form- saptanan örnekleme uygulandı. Araştırmanın uygulaması, araştırmacı tarafından has-

tanelere gidilerek Ağustos ve Eylül 1989 tarihleri arasında tamamlandı.

2.6.3. HEMŞİRELERİN ARKADAŞLARINA ANKET FORMUNUN UYGULANMASI

Bu uygulama için denekler, araştırma kapsamında-ki hemşireler arasından (her üç hastaneden eşit ağırlıkta olmak üzere) yaklaşık dörtte birini içerecek şekilde, tesadüfi örnekleme yöntemi ile, tesadüfi sayılar tablosundan yararlanılarak seçilmiştir.

Bu uygulamanın yapıllş amacı; birlikte geçerlik için, kriter ölçüsü olarak, hemşirelerin iş arkadaşlarının görüşüne baş vurulmasıdır. Bu nedenle seçilen hemşirelerin, birlikte çalıştıkları iş arkadaşları, MBI'ın üçüncü şahsa göre düzenlenmiş şeklini arkadaşlarını değerlendirerek tamamlamışlardır (Ek 3) (61, 68, 69, 100, 116).

Uygulama Ekim 1989 tarihi içinde araştırmacı tarafından hastanelere gidilerek yapılmıştır.

2.7. MASLACH BURNOUT ENVANTERİNİN TANITIMI

Bu araç, "burnout" ile ilgili çok çeşitli araştırmalar yaparak bir otorite durumunda olan Christina Maslach tarafından geliştirilmiştir. Kendi adıyla anı-

lan Maslach Burnout Envanteri olarak literatüre geçmiştir.

Maslach Burnout Envanteri; yaşanan burnout'un 3 boyutunu değerlendiren, 3 subskalayı içeren bir araçtır (68, 69).

Emosyonel tükenme subskalası 9 maddeden oluşmuş olup, kişinin işi tarafından tüketilmiş ve aşırı yüklenilmiş olma duygularını tanımlar (68, 69).

Depersonalizasyon subskalası 5 maddeden oluşmuş olup, kişinin bakım ve hizmet verdiklerine karşı, bireylerin kendilerine özgü birer varlık oldukları dikkate alınmaksızın ve duygudan yoksun şekilde davranışlarını tanımlar.

Kişisel başarı subskalası 8 maddeden oluşmuş olup, insanlarla çalışan bir kimsede yeterlilik ve başarıyla üstesinden gelme duygularını tanımlar.

Her üç subskalanında düşük, orta ve yüksek düzeylerde değerlendirmeleri yapılabilir.

Tüm subskalalarla ilgili olarak yaşanan duyguların yaşanma sıklığı, likert tipi ölçekleme yöntemi ile belirtilerek, sıklaştıkça artan puanlama ile "0"dan "6"ya değişen puanlamaların sonuçlarına dayanılarak değerlendirilir.

Tüm çalışmaların sonucunda, "burnout", düşük, orta ve yüksek düzeylerde yaşanan duygu dağılımı ile sürekli bir değişken olarak, kavramlaşmaktadır. "Burnout" var olan ya da var olmayan diye 2'ye ayrılan bir

değişken olarak görülmemiştir.

"Burnout"un yüksekliği EE ve DP subskalalarındaki yüksek puanı, PA subskalasındaki düşük puanı yansıtır.

"Burnout"un orta düzeyi, her 3 subskaladaki orta düzeyi yansıtır.

"Burnout"un düşük düzeyi, EE ve DP subskalasındaki düşük, PA subskalasındaki yüksek puanları yansıtır.

"Burnout"un bu 3 yönü arasındaki ilişkiyle ilgili olarak, her subskalanın puanı ayrı ayrı değerlendirilir ve tek bir total puanla birleştirilemez. Sonuç olarak, her birey için, 3 ayrı puan hesaplanır (68, 69).

2.7.1. MBI'ın Güvenirliği

MBI'ın güvenirligi için iç tutarlılık Cronbach's α katsayısıyla saptanmıştır (N=1316). Subskalalar için güvenirlilik katsayıları ve standart sapmaları aşağıdadır.

	<u>Güvenirlilik Katsayısı</u>	<u>Standart Sapması</u>
EE için	.90	3.80
DP için	.79	3.16
PA için	.71	3.73'dür (68, 69).

Her subskalanın test-re-test güvenirlilik katsayısı, her subskala için aşağıdaki gibidir.

EE için .82, $p < 0.01$

DP için .60, $p < 0.01$

PA için .80, $p < 0.01$ 'dir (68, 69).

Bir başka örnekleme test re-test güvenirlik katsayısı;

EE için .60

DP için .54

PA için .57'dir (68, 69).

2.7.2. MBI'nin Geçerliği

MBI'nin Birlikte Geçerliği (Convergent Validity), bir kaç şekilde sınanmıştır. Birincisi, bireyin MBI puanları o bireyi en iyi tanıyan kişilerin (eş veya iş arkadaşı gibi) değerlendirmeleri ile yapılmıştır. İkincisi; MBI puanlarının, "burnout" yaşantısına katkıda bulunacağı beklenen belirli iş karakteristikleriyle ilişkisinin sınanması şeklinde yapılmıştır. Üçüncüsü, MBI puanları "burnout"la ilişkili olduğu var sayılan çeşitli sonuçların (bireyin insan ilişkilerinde bozulma, işten ayrılmayı düşünme, sık sık işe gelmeme gibi) ölçümleriyle karşılaştırılarak yapılmıştır (68, 69).

Bireyin deneyiminin dışsal doğrulaması için arkadaşlarına baş vurulduğunda, elde edilen puanlar ile bireylerin kendi değerlendirmeleri arasındaki ilişki EE ($r=0.41$, $p < 0.01$) ve DP ($r=0.57$, $p < 0.01$) için anlamlı bulunmuştur. Bireyin dışsal doğrulaması için eşlerine baş vurulduğunda, elde edilen değerlendirmeler

ile bireylerin kendi değerlendirmeleri arasında korelasyonlar -EE puanı yüksek bireyi eşleri, sınırlı ve gergin ($r=0.34$, $p<0.001$) olarak, PA puanı yüksek bireyi eşleri, neğeli ve mutlu ($r=0.25$, $p<0.01$) olarak değerlendirerek -yüksek bulunmuştur (68, 69).

2.8. ARAşTIRMADA KULLANILAN FORMLAR VE FORMLARIN DEğERLENDİRİLMESİ

Araştırma formlarında aşağıdaki konularda sorular sorulmuştur. Form I'de yer alan sorular şunlardır (Ek 1).

- Hemşirelere İlişkin Özel Tanıtıcı Bilgi ve Sorular :
 - Çalıştığı kurum
 - Yaş
 - Medeni durumu
 - Çocuğunun olup olmadığı
 - Eğitimi
 - Hizmet süresi
 - Görevi
 - Çalıştığı klinik
 - Haftada ortalama kaç saat çalıştığı
 - En uzun süre ile çalışma şekli
 - Bakım vermek durumunda olduğu hasta sayısı
- Hemşirelerin Meslekleriyle İlgili Düşünceleri :
 - Mesleği isteyerek mi seçtiği

- Meslekten memnuniyeti
- Mesleği ne sıklıkla eleştirdiği
- Mesleği kendisine uygun bulup, bulmadığı
- Mesleki verimi konusundaki düşüncesi
- Mesleğin kişiliğine katkısı konusundaki düşüncesi
- Öğrenim çabasının olup, olmadığı
- Mesleği yapıyor olmasındaki nedenler
- Mesleki gelecek konusundaki görüş
- Üstlerden değer görmeleri konusundaki görüş
- Hastalardan değer görmeleri konusundaki görüş
- Meslektaşlardan değer görmeleri konusundaki görüş
- Sosyal destek görme konusundaki görüş
- Genelde sağlığını algılayış
- Çalışma Ortamıyla İlgili Olarak Mesleği Uygulamayı Aşağıdaki Bazı Değişkenlerin Ne Şekilde Etkilediğini Belirleyen Sorular :
 - Araç-gereç durumu
 - Hemşire sayısı
 - Hemşirelerin bilgi ve beceri durumu
 - Hasta-hemşire ilişkileri
 - Hekim-hemşire ilişkileri
 - Hemşire-hemşire ilişkileri
 - Hemşirelerin görev ve sorumluluklarınının bugünkü durumu
 - Genelde çalışma ortamından memnuniyet durumunu içermektedir.

Bu kapsamıyla anket formunda toplam 28 soru bulunmaktadır. Tanıtıcı bilgiler dışındaki sorular, çoktan seçmelidir (Ek 1).

Form II'de MBI maddeleri ile ilgili olarak 22 soru sorulmuştur (Ek 2). MBI'ın sunumu, orijinal M.B.I. yönergesi doğrultusunda, likert tipine uygun olarak hazırlanmış orijinal değerlendirme olan, "0-6" rakamları arasında değişen sıklık yanıtı puanları, her madde için ayrı ayrı değerlendirilerek maddenin karşısındaki boşluğa yazılması şeklinde uygulanmıştır.

Hemşireler tarafından bu şekilde tamamlanan formlar, orijinal değerlendirme anahtarı doğrultusunda her subskala için ayrı ayrı puanlar elde edilerek değerlendirilmiştir (Ek 4). Araştırma kapsamı içinde, özellikle her subskala için elde edilen ham puanlar üzerinde analizler yapılmıştır.

Hemşirelerin Arkadaşlarına Uygulanan Form :

Hemşirelerin arkadaşlarına, MBI'ın üçüncü kişiye göre düzenlenmiş şekli sunulmuştur (Ek 3). Hemşirelerin kendilerinin yukarıda belirtildiği gibi doldurdıkları şekilde, bu kez arkadaşları, denek olan hemşireleri değerlendirerek, "0-6" puan arası değişen sıklık puanlarını, maddenin önündeki boşluğa kaydetmişlerdir. MBI'ın orijinal değerlendirme anahtarı doğrultusunda, belirtilen puanlar değerlendirilerek, her subskala için ayrı ayrı puanlar elde edilmiştir (Ek 4).

2.9. ARAŞTIRMADA MBI'IN KULLANIMI

MBI'ın araştırmada kullanılabilmesi için öncelikle Türkçe formu oluşturulmuştur. MBI türkçeleştirildikten sonra, geçerlik ve güvenilirliği açısından test edilmiştir.

2.9.1. MBI'IN TÜRKÇE FORMUNUN OLUŞTURULMASI

Öncelikle araştırmacı tarafından Türkçe'ye çevrildikten sonra, aynı zamanda iyi İngilizce bilen 10 öğretim görevlisi tarafından da Türkçe'ye çevrilmiştir. Türkçeleşen formun çeviri geçerliği geriye-çevirme tekniği ile sınanmıştır. Bu nedenle Türkçe'yi ve İngilizce'yi iyi bilen -(biri dil bilimci olmak üzere)- 5 kişi tarafından tekrar İngilizce'ye çevrilmiştir. Bu çeviriler kıyaslanmış, testin bazı maddelerinin çevirisinde bazı değişiklikler yapılmıştır. Yinelemelerden kaçınılması için bu çalışmalar sırasında test maddelerinin özgün sırası değiştirilerek görünüm geçerliği (face validity) sağlanmış, böylelikle deneysel Türkçe form elde edilmiştir.

Daha sonra, araştırmanın ön uygulaması, Ege Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi'nde görevli 15 hemşire ile yapılmıştır. Ön uygulama ile elde edilen bilgileride içeren Türkçe form elde edilmiştir.

2.9.2. MBI'IN GÜVENİRLİĞİ

MBI'ın güvenirligi, bu çalışmada Kuder Richardson 20. güvenirlilik katsayısı hesaplanarak ve yarıya bölme tekniği kullanılarak incelenmiştir.

Bulunan korelasyon katsayıları aşağıdaki gibidir.

EE subskalası için, Kuder Richardson 20 güvenirlilik katsayısı 0.80,

DP subskalası için, Kuder Richardson 20 güvenirlilik katsayısı 0.71,

PA subskalası için, Kuder Richardson 20 güvenirlilik katsayısı 0.71'dir. MBI subskalalarının yarıya bölme tekniği ile elde edilen güvenirlilik katsayıları (Spearman-Brown düzeltmesi) ile, EE subskalası için 0.84, DP subskalası için 0.78 ve PA subskalası için 0.72 olarak bulunmuştur (Ek 6, Tablo 6.2.2., 6.2.3., 6.2.4.).

2.9.3. MBI'IN GEÇERLİĞİ

Ölçeğin geçerliğinin incelenmesinde birlikte geçerlik tekniği (Convergent Validty) kullanılmıştır. Bu amaçla, hemşirelerin kendilerinin MBI maddelerine verdikleri yanıtlarla, aynı hemşirelerle birlikte çalışan iş arkadaşlarının, denek olan hemşireyi değerlendirerek, MBI maddelerine verdikleri yanıtlar incelenmiştir. Her iki gruptaki, MBI'ın her üç subkala puanları karşılaştırılmış olup, grupların ortalamaları arasında, her üç

subskala ile ilgili olarak anlamlı bir fark olmadığı (EE subskalası için $t:0.46$, $p>0.01$, DP subskalası için $t:-0.79$, $p>0.01$, PA subskalası için $t:0.85$, $p>0.01$) saptanmıştır (Ek 6, Tablo 6.2.5.).

Bu şekilde, deneklerin kişisel deneyim ya da yaşıntılarının dışsal (External Validation) geçerlemesi elde edilmiştir (69, 116).

Ayrıca, MBI subskalaları arasındaki interkorelasyonlar incelenmiştir. Böylece, DP subskalası ile EE subskalası arasındaki korelasyon ($r:0.574$, $p<0.01$), PA subskalası ile EE subskalası arasındaki korelasyon ($r:-0.286$, $p<0.01$) ve PA subskalası ile DP subskalası arasındaki korelasyon ($r:-0.264$, $p<0.01$) anlamlı bulunmuştur (Tablo 14).

Tablo 14'de belirtildiği gibi elde edilen korelasyonlar, Maslach'ın orijinal çalışmasındaki korelasyon katsayıları ile büyük bir benzerlik göstermektedir (Ek 6, Tablo 6.2.6.) (69).

Sonuç olarak, elde edilen bulgular ışığında, MBI-Maslach Burnout Envanteri-in geçerliği ve güvenilirliğinin yeterli düzeyde olduğu ve "Burnout" sendromunu ya da fenomenini ölçmek amacıyla kullanılabileceği söylenebilir. Ancak, bu çalışmanın sınırlı bir örnekleme yürütüldüğü göz önüne alınarak, bu aşamada ölçeğin yapılacak yeni çalışmalara gereksinmesinin olduğunu belirtmekte de yarar vardır. Özellikle, geçerlik çalışmaları açısından, yığışimli geçerlik sağlanabilmesi gerektiği kanısı uyanmış durumdadır.

2.10. ARAŞTIRMANIN BAĞIMLI VE BAĞIMSIZ DEĞİŞKENLERİ

2.10.1.ARAŞTIRMANIN BAĞIMLI DEĞİŞKENLERİ

Hemşirelerin, MBI itemlerine verdikleri yanıtlarla elde edilen subskala puanları bağımlı değişkenlerdir.

2.10.2.ARAŞTIRMANIN BAĞIMSIZ DEĞİŞKENLERİ

Hemşirelerin, sosyo-demografik özellikleri (yaş, eğitim, hizmet süresi, medeni durum, çocuk sayısı), çalışılan hastane, bölüm, çalışma süresi, şekli, üstlenilen görev, mesleği sevme ve meslekten memnuniyet durumu, mesleği eleştirme sıklığı, mesleği kendisi için uygun bulma durumu, iş verimi, mesleğin katkısı konusundaki görüş, öğrenim çabası, gelecek algısı, üstlerden, hastadan ve meslektaşdan destek görme durumu, çalışma ortamından memnuniyet durumu, mesleği uygulama nedeni, sağlık algısı, çalışma ortamıyla ilgili (araç-gereç durumu, hemşire sayısı, hemşirelerin bilgi ve beceri durumu, hasta-hemşire ilişkileri, hekim-hemşire ilişkileri, hemşire-hemşire ilişkileri, hemşirelerin görev ve sorumluluklarının bugünkü durumu) özellikler bağımsız değişkenlerdir.

2.11. HİPOTEZLER

1- "Burnout"u ölçmede kullanılan Maslach Burnout Envanteri (MBI),bu amaçla kullanılabilir.

2- Hemşirelerin "burnout"a ilişkin olan; EE, DP ve PA puanları; onların yaşları, eğitimleri, çocuklarının olup olmaması, hizmet süreleri, haftalık çalışma saatleri, çalışma şekilleri ile ilişkili olacaktır.

3- Hemşirelerin "burnout"a ilişkin olan; EE, DP ve PA puanlarını; onların mesleklerine ilişkin tutumları, çalışma ortamını algılayışları ve desteklenmeleri etkileyecektir.

4- Hemşirelerin "burnout"a ilişkin olan; EE, DP ve PA puanları, çalıştıkları hastanelere göre farklı olacaktır.

5- Hemşirelerin "burnout"a ilişkin olan; EE, DP ve PA puanları çalıştıkları bölüme (Dahili ve Cerrahi bölümler) ve üstlendikleri göreve göre (sorumlu, servis ve özel bakım hemşiresi) farklılık gösterecektir.

2.12. ARAŞTIRMA BULGULARININ ANALİZİ

Anket formu ve MBI-EE, DP, PA puanlamaları araştırmacı tarafından değerlendirildi, kodlandı ve kodlama formlarına işlendi. Min-Max ve tutarlılık kontrolleri yapılarak Bilgisayar Bilimleri Bölümü'nde IBM bilgisa-

yarında dökümleri yaptırıldı. Elde edilen tüm veriler, değişik amaçlara yönelik olarak, aşağıda belirtildiği şekilde analiz edildi.

1- Hemşirelerin temel özellikleri, (yaş, eğitim, medeni durum, çocuğun olup olmaması durumu, çalışılan hastane, hastanede üstlenilen görev, çalışılan bölüm, haftalık çalışma süresi, çalışma şekli, bakım verdikleri hasta sayısı -gece ve gündüz), hemşirelerin meslekleriyle ilgili görüşleri (mesleği sevme durumu, meslekten memnuniyet durumu, mesleği eleştirme sıklığı, mesleği kendisi için uygun bulma durumu, mesleğin kendisi için katkısı konusundaki görüş, öğrenim çabasının olup olmaması durumu, öğrenim çabasının şekli, mesleği uygulama nedenleri, hemşirelerin kendi verimi konusundaki görüşleri, üstlerden, hastalardan, meslektaşlardan ve çevreden destek görme durumu, mesleki gelecek algısı), çalışma ortamından memnuniyet, kendi sağlık algıları ile ilgili görüşleri ve çalışma ortamlarındaki özellikleri (araç-gereç durumu, hemşire sayısı, hemşirelerin bilgi ve beceri durumu, hasta-hemşire, hemşire-hemşire, hekim-hemşire ilişkileri, mesleğin bugünkü konumu) incelemek için, yüzde dağılımları elde edilmiştir.

2- Hemşireler örneğinde, MBI-EE, DP ve PA subskalalarının güvenilirlik katsayılarını elde etmek üzere; ortalamalar, varyans ve standart sapmalarla birlikte her itemin ilgili olduğu skalanın total puanla korelasyonları, total varyansa maddelerin katkıları ile

güvenirlilik indexleri ayrı ayrı hesaplanmıştır (Ek 6, Tablo 6.2.2,3,4). Her subskala için ayrı ayrı hesaplanmak üzere Kuder-Richardson 20 formülü uygulanarak, güvenirlilik katsayıları elde edilmiştir. İki yarı test korelasyon katsayıları hesaplanıp, Spearman-Brown düzeltmesi ile düzeltilerek güvenirlilik katsayıları tekrar sınınanmıştır (Ek 6, Tablo 6.2.2., 6.2.3., 6.2.4.).

Ayrıca hemşirelerin MBI-EE, DP ve PA subskala maddelerine verdikleri yanıtların yüzde dağılımları elde edilmiştir (Ek 6, Tablo 6.1.1., 6.1.2, 6.1.3.).

3- MBI'ın geçerliği ile ilgili olarak, hemşirelerin kendilerinin MBI itemlerine verdikleri yanıtlarla, iş arkadaşlarının, denek olan hemşireyi değerlendirerek MBI itemlerine verdikleri yanıtlar karşılaştırılmıştır. Her subskala için ayrı ayrı iki grubun ortalamaları arasındaki farkın önemli olup olmadığı "t testi" ile değerlendirilmiştir (Ek 6, Tablo 6.2.5.).

4- MBI-EE, DP, PA subskalaları arasındaki iç ilişkiler, korelasyon katsayıları elde edilerek incelenmiştir (Ek 6, Tablo 6.2.6.).

5- Hemşirelerin yaşları ve hizmet sürelerinin MBI-EE, DP, PA subskala puanları arasındaki ilişkilerin yönünü ve derecesini saptayabilmek için regresyon ve korelasyon testleri kullanılmıştır.

6- Hemşirelerle ilgili bazı değişkenlerin (medeni durum, çocuk sahibi olup olmama durumu, eğitim durumu, çalışılan hastane, çalışılan bölüm, üstlenilen gö-

rev, haftalık çalışma süresi, çalışma şekli, üstlerden, hastalardan ve meslektaşlardan destek görme durumu, iş verimi konusundaki görüş, sağlık algısı, çalışma ortamından memnuniyet, mesleki gelecek algısı, mesleği kendisi için uygun bulma, meslekten memnuniyet) MBI-EE, DP, PA subskala puan ortalamaları üzerinde gösterdiği farklılıklar "varyans analizi" kullanılarak değerlendirildi.

7- Araştırma kapsamındaki değişkenler (yaş, medeni durum, çocuk sahibi olup olmama durumu, eğitim durumu, çalışılan hastane, hizmet süresi, hastanede üstlenilen görev, çalışılan bölüm, haftalık çalışma süresi, çalışma şekli, gündüz ve gece hasta sayıları, mesleği sevme durumu, meslekten memnuniyet durumu, mesleği eleştirme sıklığı, mesleği kendine uygun bulma durumu, iş verimi, mesleğin katkısı konusundaki görüş, öğrenim çabasının olup olmaması durumu, mesleği uygulama nedenleri, mesleki gelecek algısı, üstlerden, hastalardan, meslektaşlardan destek görme durumu, araç-gereç durumu, hemşire sayısı, hemşirelerin bilgi ve beceri durumu, hasta-hemşire, hekim-hemşire, hemşire-hemşire ilişkileri, mesleğin bugünkü konumu, çalışma ortamından memnuniyet, sağlık algısı) ile MBI-EE, DP, PA subskala puanları arasındaki bağıntıyı ve MBI subskala puanları üzerindeki etkililik önem dereceleri basamaklı regresyon testi ile her subskala için ayrı ayrı incelenmiştir.

2.13. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI

Araştırma, İzmir il merkezinde ve yataklı tedavi kurumu niteliğindeki, statü, işleyiş, yönetsel ayrılık ve ulaşım kolaylıkları göz önüne alınarak seçilen, 3 ayrı hastane ile sınırlıdır. Diğer bir sınırlama, bu hastanelerde doğrudan hasta bakımı veren hemşirelerle, (ameliyathane, poliklinik gibi birimlerdeki hemşirelerin kapsam dışında tutulmasıyla) getirilmiştir. Hemşirelerin Sağlık Meslek Lisesi ve Hemşirelik Yüksek Okulu mezunu olmaları gerekli görülmüştür. Yardımcı hemşireler araştırma kapsamı dışında tutulmuştur. Ayrıca anket sorularına verecekleri yanıtları etkileyebileceği düşünülerek, ruh hastalığı tanısı almış hemşireler araştırma kapsamı dışında bırakılmışlardır. Ayrıca, araştırmanın yürütülmesi sırasında ortaya çıkan bir sınırlama ise, araştırmacının bir çok kez rastlantısal olarak seçilen deneklerin yanıtlamaya dirençleri ya da bulunamamaları (-hatta bazı defalarda anket formlarını iptal etmeleri şeklinde yansıyarak ortaya çıkan dirençleri) halinde yedek listeye baş vurmak durumunda kalmasıyla ortaya çıkmıştır. Bu durumun, "burnout"u deneyimleyen hemşirelerin, bir kısmının kapsam dışında kalmasına yol açarak bir sınırlama oluşturması olasıdır (9, 17, 25, 33, 53, 74).

Diğer bir sınırlama, deneklerin toplumsal olarak istenen yanıtı verme davranışlarının oluşturduğu sınır-

lamadır. Bu konuda; Maslach ve Jackson toplumsal olarak istenebilirlik skalası ve MBI birlikte uygulanmış olup, bu durumun MBI'ı önemli düzeyde etkilemediği sonucuna ulaşmışlardır. Buna karşın, bu araştırma kapsamındaki denekler için, bu konuda net bir şey söylenemediğinden dolayı, söz konusu olabilir (9, 34).

BÖLÜM III

B U L G U L A R

3.1. DENEKLERİN ÖZELLİKLERİ

3.1.1. DENEKLERİN (HEMŞİRELERİN) TEMEL ÖZELLİKLERİNİN İNCELENMESİ

TABLO 1 : Hemşirelerin Temel Özelliklerinin Dağılımı

ÖZELLİKLER	S	%
<u>Yaş</u>		
26 yaş ve /	123	44.57
26 - 35 yaş	139	50.36
36 yaş ve /	14	5.07
<u>Medeni Durumu</u>		
Bekar	127	46.01
Evli	144	52.17
Dul	4	1.45
Boşanmış	1	0.36
<u>Mezun Olduğu Okul</u>		
Sağlık Meslek Lisesi	206	74.64
Hemşirelik Yüksek Okulu	70	25.36
<u>Çocuğu</u>		
Y o k	165	59.78
V a r	111	40.22
<u>T o p l a m</u>	<u>276</u>	<u>100.00</u>

Tablo 1'de görüldüğü gibi, hemşirelerin çoğunluğunu % 50.36 ile 26-35 yaş grubu oluşturmaktadır. Yaş

ortalaması, 26.64 \pm 5.16'dır.

Hemşirelerin medeni durumlarına bakıldığında evli hemşireler % 52.17 ile çoğunluğu oluşturmaktadır. Hemşirelerin eğitim durumları incelendiğinde; araştırma kapsamındaki hemşirelerin % 74.64'ü Sağlık Meslek Lisesi, % 25.36'sı ise Hemşirelik Yüksek Okulu mezunlarından oluşmaktadır.

Hemşirelerin çocuk sahibi olup olmama durumu incelendiğinde, çoğunluğunun (% 59.78 ile) çocuğunun bulunmadığı görülmüştür (Tablo 1).

3.1.2. HEMŞİRELERİN ÇALIŞMA DURUMLARININ İNCELENMESİ

TABLO 2 : Hemşirelerin Çalışma Durumlarına Göre Dağılımı

DEĞİŞKENLER	S	%
<u>Çalıştığı Hastane</u>		
S.S.K. Tepecik Hastanesi	51	18.48
Devlet Hastanesi	73	26.45
Ege Üni.Hastanesi	152	55.07
<u>Hizmet Süresi</u>		
1 yıl ve daha az	33	11.96
1 - 5 yıl	82	29.71
6 - 10 yıl	96	34.78
11 yıl ve daha fazla	65	23.55
<u>Görevi</u>		
Sorumlu Hemşire	30	10.87
Servis Hemşiresi	180	65.22
Cerrahi Yoğun Bakım Hemşiresi	32	11.59
Dahiliye Yoğun Bakım Hemşiresi	34	12.32
<u>Çalıştığı Bölüm</u>		
Cerrahi Tıp Bilimleri Bölümü	149	53.99
Dahili Tıp Bilimleri Bölümü	127	46.01

(Tablo arkada devam ediyor)

Tablo 2 (Devamı)

Değişkenler	S	%
<u>Haftalık Ortalama Çalışma Süresi</u>		
40 saat	147	53.26
41 - 49 saat	35	12.68
50 - 58 saat	38	13.77
59 - 67 saat	17	6.16
68 ve daha fazla saat	39	14.13
<u>Çalışma Şekli</u>		
Sürekli Gündüz	50	18.12
Sürekli Gece	31	11.23
Bazen Nöbet	146	52.90
Vardiya	17	6.16
Gündüz + Gece	32	11.59
<u>Gündüz Bakım Verilen Hasta Sayısı</u>		
Gündüz hastası olmayan	32	11.59
1 - 10	135	48.91
11 - 20	79	28.62
21 - 30	29	9.78
31 - 40	2	0.72
41 - 50	1	0.36
<u>Gece Bakım Verilen Hasta Sayısı</u>		
Gece hastası olmayan	51	18.48
1 - 10	47	17.03
11 - 20	27	9.78
21 - 30	56	20.29
31 - 40	51	18.48
41 - 50	25	9.06
51 - 60	10	3.62
61 - 70	7	2.54
71 - 80	2	0.72
T o p l a m	276	100.00

Tablo 2'de görüldüğü gibi, araştırma kapsamında-ki hemşirelerin çoğunluğunu % 55.07 ile Ege Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nde çalışan hemşireler oluşturmaktadır.

Hemşirelerin çoğunluğunun hizmet süresi % 34.78 ile 6-10 yıl arasındadır. Hizmet süresinin ortalaması 7.09 ± 4.77'dir. Hemşirelerin hastane içinde üstlendikleri görev dağılımına bakıldığında, araştırma kapsamındaki hemşirelerin çoğunluğunun, % 65.22 ile servis hemşiresi olarak çalıştığı görülmektedir (Tablo 2).

Hemşirelerin çoğunluğu, % 53.99 ile Cerrahi bölümlerde çalışmaktadırlar. Hemşireler, haftada ortalama çalışma süreleri yönünden incelendiğinde; hemşirelerin yarısının, % 53.26 ile haftada 40 saat çalıştığı görülmektedir. Hemşireler çalışma şekli yönünden incelendiğinde, yarısının % 52.90 ile bazen nöbet tutarak çalıştıkları görülmektedir.

Hemşireler bakım vermek durumunda oldukları hasta sayısı yönünden incelendiğinde; gündüz bakım verilen hasta sayısında en yüksek oranın % 48.91 ile 1-10 arası hasta grubunda, gece bakım verilen hasta sayısında ise en yüksek oranın % 20.29 ile 21-30 arası hasta grubunda olduğu görülmektedir (Tablo 2).

3.1.3. HEMŞİRELERİN MESLEKLERİ İLE İLGİLİ GÖRÜŞLERİ VE
SOSYAL DESTEK SAĞLADIKLARI ALANLAR İLE KENDİ
SAĞLIK ALGILARININ İNCELENMESİ

TABLO 3 : Hemşirelerin Meslekleri İle İlgili
Görüşlerinin Dağılımı

DEĞİŞKENLER	S	%
<u>Mesleği Seçme Durumu</u>		
İsteyerek seçen	170	61.59
İstemiyerek seçen	106	38.41
<u>Meslekten Memnuniyet Durumu</u>		
Memnun	66	23.91
Kısmen memnun	152	55.07
Memnun değil	58	21.01
<u>Mesleği Eleştirme Sıklığı</u>		
Çoğunlukla	96	34.78
Bazen	152	55.07
Nadiren	25	9.06
Hiçbir zaman	3	1.09
<u>Mesleği Kendisi İçin Uygun Bulma Durumu</u>		
Çok uygun bulan	28	10.14
Uygun bulan	174	63.04
Uygun bulmayan	61	22.10
Hiç uygun bulmayan	13	4.71
<u>Kendi İş Verimleri Hakkındaki Görüşleri</u>		
Çok iyi	42	15.22
İyi	183	66.30
Ne iyi, ne kötü	48	17.39
Kötü	3	1.09
<u>Mesleğin Kendilerine Katkısı Hakkındaki Görüşleri</u>		
Çok katkısı var	34	12.32
Katkısı var	166	60.14
Katkısı yok	56	20.29
Hiç katkısı yok	20	7.25

(Tablo arkada devam ediyor)

Tablo 3 (Devamı)

Değişkenler	S	%
<u>Öğrenim Çabası</u>		
Yanıtsız	1	0.36
Öğrenim çabası olan	102	36.96
Öğrenim çabası olmayan	173	62.68
<u>Öğrenim Çabasının Şekli</u>		
Çabası olmayan	173	62.68
Hizmet-içi eğitim	7	2.54
Seminer, kursa katılma	20	7.25
Kitap, dergi okuma	49	17.75
Mesleki görüşme	7	2.54
Seminer, kursa katılma ve kitap, dergi okuma	15	5.43
Hizmet-içi eğitim ve kitap, dergi okuma	1	0.36
Kitap, dergi okuma ve mesleki görüşme	4	1.45
<u>Mesleği Uygulama Nedenleri</u>		
Mesleği sevme	52	18.84
Ekonomik nedenler	150	54.35
Toplumsal nedenler	37	13.41
Sevme ve ekonomik nedenler	113	4.71
Ekonomik ve toplumsal nedenler	19	6.88
Sevme ve toplumsal nedenler	2	0.72
Sevme, ekonomik ve toplumsal nedenler	3	1.09
<u>Üstlerden Değer Görme Konusundaki Görüşleri</u>		
Olumlu	94	34.06
Kısmen olumlu	132	47.83
Olumsuz	50	18.12
<u>Hastadan Değer Görme Konusundaki Görüşleri</u>		
Olumlu	185	67.03
Kısmen olumlu	84	30.43
Olumsuz	7	2.54
<u>Meslektaş Desteği Görme Konusundaki Görüşleri</u>		
Olumlu	55	19.93
Kısmen olumlu	156	56.52
Olumsuz	65	23.55
<u>Mesleki Gelecek Algıları</u>		
İyimser	114	41.30
Kötümser	162	58.70
<u>Genelde Çalışma Ortamından Memnuniyetleri</u>		
Memnun	68	24.64
Kısmen memnun	161	58.33
Memnun değil	47	17.03
Toplam	276	100.00

Tablo 3'de görüldüğü gibi, hemşirelerin çoğunluğu % 61.59 ile mesleğini isteyerek seçmiştir. Hemşirelerin yarısı % 55.07 ile meslekten "kısmen memnun" olduklarını belirtmişlerdir. Benzer şekilde hemşirelerin yarısı % 55.07 ile mesleği bazen eleştirdikleri ve % 34.78'i ise mesleği çoğunlukla eleştirdikleri şeklinde görüş bildirmişlerdir. Hemşirelerin mesleği kendileri için ne ölçüde uygun bulup bulmadıklarına bakıldığında, çoğunluğu % 63.04 ile uygun bulduklarını belirtmişlerdir. Hemşirelerin kendi iş verimleri konusundaki görüşleri; çoğunluğunun % 66.30 ile "iyi" olduğu şeklindedir. % 17.39'u ise iş verimlerinin "ne iyi, ne kötü" olduğu şeklinde bir görüşe sahiptirler. Hemşirelerin çoğunluğu, % 60.14 ile mesleğin kendilerine (kişiliklerine) olumlu yönde katkısı olduğu fikrindedirler. Hemşireler, öğrenim çabaları yönünden incelendiğinde, çoğunluğunun % 62.68 ile öğrenim çabasının olmadığı görülmüştür. Öğrenim çabası gösterenlerin ise bu çabayı ne şekilde gösterdikleri incelendiğinde, en yüksek oranla (% 17.75) kitap, dergi okuma şeklinde, bir çaba gösterdikleri saptanmıştır (Tablo 3).

Hemşirelerin mesleği uygulama nedenleri saptanmaya çalışıldığında; hemşirelerin yarısının % 54.35 ile, ekonomik nedenlerle, bunu azalarak takip eden oranla (% 18.84) mesleği sevme ve toplumsal nedenlerin (% 13.41) öncelik kazanan nedenler olduğu görülmüştür (Tablo 3).

Hemşirelerin değer görüp, destek aldıkları alanlar gözden geçirildiğinde; üstlerden alınan desteği, hemşirelerin % 47.83'ü "kısmen olumlu", % 34.06'sı "olumlu" değerlendirmişlerdir. Hastalardan alınan desteği, hemşirelerin çoğunluğu % 67.03 ile "olumlu" değerlendirmişlerdir. Meslektaşlardan alınan destek konusunda, hemşirelerin yarısı % 56.52 ile "kısmen olumlu" şeklinde görüş belirtmişlerdir. Hemşirelerin çoğunluğu % 58.70 ile mesleki gelecekleri konusunda "kötümser" oldukları şeklinde görüş bildirmişlerdir. Hemşirelerin çalışma ortamlarından memnuniyet durumları incelendiğinde, % 58.33'ü "kısmen memnun" olduğunu, % 17.03'ü ise "memnun olmadığını" belirtmişlerdir (Tablo 3).

TABLO 4 : Hemşirelerin Kendi Sağlık Algıları ve Sosyal Destek Aldıkları Alanların Dağılımı

DEĞİŞKENLER	S	%
<u>Sosyal Destek Alınan Alanlar</u>		
Hiç kimse	7	2.54
Anne, baba, kardeş	66	23.91
Eş	89	32.25
Arkadaş	57	20.65
Akraba	2	0.72
İdareci	4	1.45
Anne, baba, kardeş, eş ve arkadaş	7	2.54
Anne, baba, kardeş ve eş	16	5.80
Anne, baba, kardeş ve arkadaş	16	5.80
Eş ve arkadaş	12	4.35
<u>Hemşirelerin Kendi Sağlık Algıları</u>		
Yanıtsız	2	0.73
Çok iyi	13	4.71
İyi	142	51.45
Ne iyi, ne kötü	102	36.95
Kötü	17	6.16
T o p l a m	276	100.00

Tablo 4'de görüldüğü gibi, hemşirelerin sosyal destek sağladıkları alanlar, öncelikle % 32.25 ile "eş", sonra % 23.91 ile "anne, baba, kardeş", daha sonra % 20.65 ile "arkadaş" şeklinde dağılmıştır.

Hemşireler, kendi sağlık algılarını, % 51.45 ile "iyi", % 36.95 ile "ne iyi, ne kötü" şeklinde değerlendirmişlerdir (Tablo 4).

3.2. HEMŞİRELERİN ÇALIŞMA ORTAMLARINDAKİ ÖZELLİKLERİN, MESLEKİ YAŞAMLARI ÜZERİNDEKİ ETKİLERİ

TABLO 5 : Hemşirelerin Çalışma Ortamlarındaki Özelliklerin, Mesleki Yaşamları Üzerindeki Etkilerinin Dağılımı

ETKİLER	Araç-Gereç Durumu		Hemşire Sayısı		Hasta-Hemşire İlişkileri		Hekim-Hemşire İlişkileri		Hemşire-Hemşire İlişkileri		Hemşirelerin Bilgi ve Beceri Durumu		Mesleğin Bugünkü Durumu	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Olumlu	95	34.42	55	19.93	120	43.48	108	39.13	136	49.28	121	43.84	83	30.07
Ne Olumlu Ne Olumsuz	74	26.81	63	22.83	128	46.38	124	44.93	107	38.77	122	44.20	131	47.46
Olumsuz	107	38.77	158	57.25	28	10.14	44	15.94	33	11.96	33	11.96	62	22.46
Toplam	276	100.00	276	100.00	276	100.00	276	100.00	276	100.00	276	100.00	276	100.00

Araştırma kapsamına giren hemşireler, çalışma ortamlarındaki araç-gereç durumunun mesleki yaşamlarını etkileyişi konusunda, % 38.77'si araç-gereç durumunun çalışmalarını olumsuz etkilediğini, % 34.42'si olumlu, % 26.81'i ise araç-gereç durumunun çalışmalarını ne olumlu ne olumsuz etkilediklerini belirtmişlerdir. Hemşire sayısı konusundaki görüşleri sorulduğunda; hemşirelerin % 57.25'i hemşire sayısının olumsuz etkisinden, % 22.83'ü ne olumlu ne olumsuz etkisi olduğundan, % 19.93'ü ise olumlu etkisi oldu-

ğunu belirtmişlerdir.

Tablo 5'de görüldüğü gibi araştırma kapsamına giren hemşirelere, hasta-hemşire ilişkilerinin mesleki yaşamları üzerindeki etkisi konusundaki görüşleri; % 46.38'i "ne olumlu, ne olumsuz" etki, % 43.48'i "olumlu", % 10.14'ü ise "olumsuz" etkisi olduğu şekilde dağılmıştır.

Aynı tabloda görüldüğü gibi, hemşirelerin, hekim-hemşire ilişkilerinin mesleki yaşamları üzerindeki etkisi konusundaki görüşleri; % 44.93'ü "ne olumlu, ne olumsuz", % 39.13'ü "olumlu", % 15.94'ü "olumsuz" etkisi olduğu şekilde dağılmıştır. Benzer şekilde, hemşire-hemşire ilişkilerinin, mesleki yaşamları üzerindeki etkileri konusundaki görüşleri; % 49.28 "olumlu", % 38.77 "ne olumlu, ne olumsuz", % 11.96 "olumsuz" etkisi olduğu şeklindedir.

Hemşirelerin bilgi ve beceri durumlarının mesleki yaşamları üzerindeki etkileri konusundaki görüşleri; % 44.20 "ne olumlu, ne olumsuz", % 43.84 "olumlu", % 11.96 "olumsuz" etkisi olduğu şeklindedir (Tablo 5).

Hemşirelik mesleğinin bugünkü durumunun mesleki yaşam üzerindeki etkileri konusunda hemşirelerin % 47.46'sı "ne olumlu, ne olumsuz", % 30.07 "olumlu", % 22.46'sı ise "olumsuz" etkileri olduğu şeklindedir (Tablo 5).

3.3. BAĞIMSIZ DEĞİŞKENLERLE, BAĞIMLI DEĞİŞKENLER ARASINDAKİ İLİŞKİLERİN İNCELENMESİ

3.3.1. HEMŞİRELERİN ÖZELLİKLERİ İLE MBI SUBSKALALARI ARASINDAKİ İLİŞKİLER

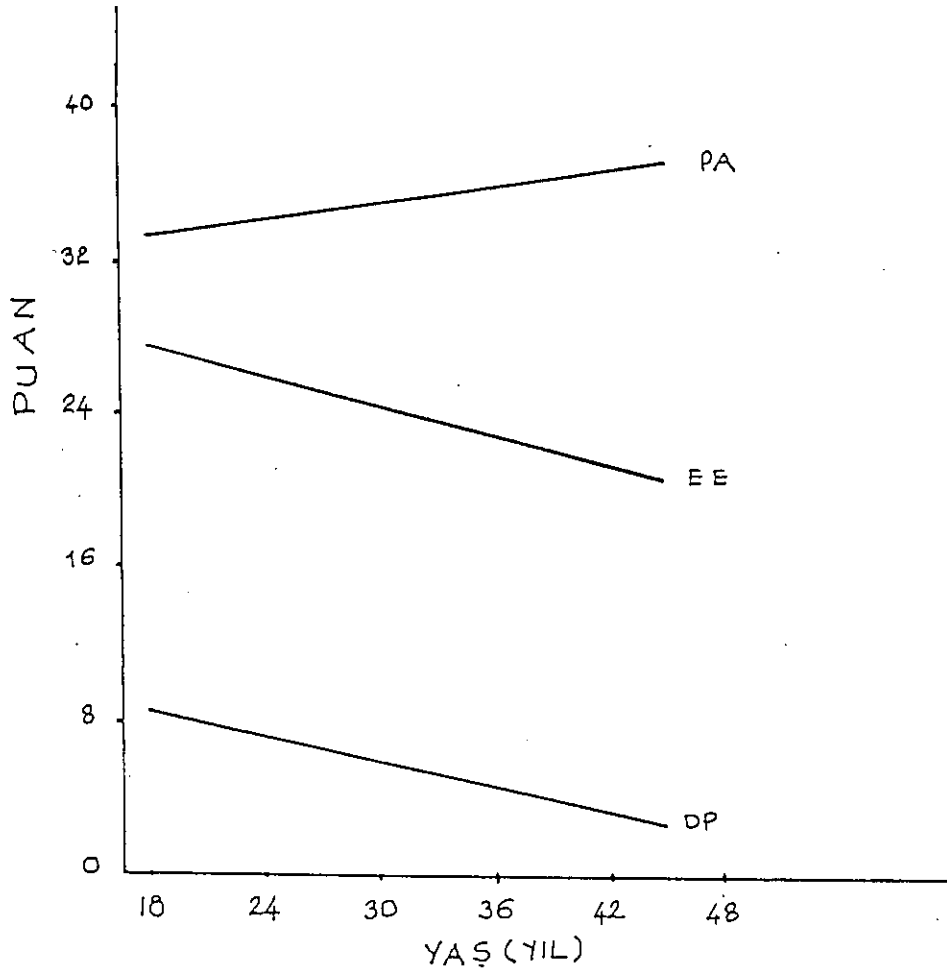
3.3.1.1. Hemşirelerin Yaşları İle MBI-EE, DP, PA Subskala Puanları Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi

TABLO 6 : Yaş İle MBI Subskala Puanlarının
Karşılaştırılması

	Yaş İle EE Puanı		Yaş İle DP Puanı		Yaş İle PA Puanı	
\bar{x}	26.64	26.808	26.64	6.953	26.64	35.322
S	5.163	10.512	5.163	6.328	5.163	8.197
N	276	276	276	276	276	276
Doğrusal Regresyon Denklemi	$y=34.86-0.302x$		$y=13.77-0.2559x$		$y=29.61+0.2144x$	
Korelasyon Katsayısı:	$-0.148, p < 0.05$		$r=-0.209, p < 0.01$		$r=0.135, p < 0.05$ Not: Doğrusallık- tan ayrılış önem kontrolü ile	

Hemşirelerin yaşları ile MBI subskalaları arasındaki ilişkinin yönünü ve derecesini saptayabilmek için regresyon ve korelasyon analizleri yapılmıştır. Bu ilişkiler her sabskala için ayrı ayrı incelenecek olursa,

EE subskalası ile ilgili olarak, regresyon katsayısı 0.302, korelasyon katsayısı -0.148 olarak saptanmıştır ve $p < 0.05$ düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Tablo 6). İki değişken arasındaki ilişki negatif yöndedir. Bir başka deyişle yaş arttıkça EE puanı azalmaktadır. Grafik 1'de yaş ile EE puanı arasındaki ilişkinin dağılımı ve regresyon doğrusu verilmiştir.



GRAFİK 1 : Hemşirelerin Yaşları İle MBI Subskala Puanları Arasındaki İlişki

DP subskalası puanları ile yaş arasındaki iliş-

kinin regresyon katsayısı 0.2559, korelasyon katsayısı -0.209 olarak saptanmıştır ve $p < 0.01$ düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Tablo 6). İki değişken arasındaki ilişki negatif yöndedir. Yaş arttıkça DP puanı azalmaktadır. Grafik 1'de, yaş ile DP puanı arasındaki ilişkinin dağılımı ve regresyon doğrusu verilmiştir.

PA subskalası puanları ile yaş arasındaki ilişkinin regresyon katsayısı 0.2144, korelasyon katsayısı 0.135 olarak saptanmıştır ve $p < 0.05$ düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Korelasyon katsayısının anlamlı olup olmadığını belirlerken, sınırda bir katsayı oluşu nedeniyle doğrusallıktan ayrılış önem kontrolü yapılarak sonuç elde edilmiştir (Tablo 6). İki değişken arasındaki ilişki pozitif yöndedir. Yaş arttıkça, PA puanı, diğer bir deyişle, başarılilik hissi artmaktadır. Grafik 1'de, yaş ile PA puanı arasındaki ilişkinin dağılımı ve regresyon dağılımı görülmektedir.

3.3.1.2. Hemşirelerin Medeni Durumları İle MBI-EE, DP, PA Subskala Puanları Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi

TABLO 7 : Hemşirelerin Medeni Durumlarına Göre MBI Subskala Puanlarının Dağılımı

Subskalalar	Medeni Durumu	N	\bar{x}	Ss	Varyasyon Kaynağı	Serbestlik Derecesi	Kareler Toplamı	Kareler Ortalaması
EE	Bekar	127	27.78	10.79	Gruplararası	3	566	189
	Evlü	144	25.83	10.15	Grupiçi	272	29825	110
	Dul	4	33.75	11.79	Genel	275	30391	
	Boşanmış	1	16.00	---		$F=1.72$, $p>0.05$		
DP	Bekar	127	7.669	6.560	Gruplararası	3	222.6	74.2
	Evlü	144	6.278	6.096	Grupiçi	272	10787.7	39.7
	Dul	4	10.250	4.113	Genel	275	11010.4	
	Boşanmış	1	0.00	---		$F=1.87$, $p>0.05$		
PA	Bekar	127	35.126	8.136	Gruplararası	3	110.3	36.8
	Evlü	144	35.382	8.302	Grupiçi	272	18366.0	67.5
	Dul	4	37.000	7.528	Genel	275	18476.3	
	Boşanmış	1	45.000	---		$F=0.54$, $p>0.05$		

Tablo 7'de görüldüğü gibi, MBI subskala puanları ile medeni durum arasındaki farkın önemli olmadığı yapılan varyans analizleri ile (EE için $F=1.72$, $p>0.05$, DP için $F=1.87$, $p>0.05$ ve PA için $F=0.54$, $p>0.05$) bulunmuştur.

3.3.1.3. Hemşirelerin Çocuk Sahibi Olup Olmama Durumu İle MBI-EE, DP, PA Subskala Puanları Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi

TABLO 8 : Hemşirelerin Çocuk Sahibi Olup Olmama Durumuna Göre MBI Subskala Puanlarının Dağılımı

Subskalalar	Çocuğu Olup Olmama Durumu	N	\bar{x}	Ss	Varyasyon Kaynağı		Serbestlik Derecesi		Kareler Toplamı		Kareler Ortalaması	
					Gruplararası	1	525	Grupiçi	274	29866	Genel	275
EE	Çocuğu Olan	165	27.94	10.47								525
	Olmayan	111	25.13	10.40								109
DP	Çocuğu Olan	165	7.479	6.317								113.5
	Olmayan	111	6.171	6.290								39.8
PA	Çocuğu Olan	165	35.048	7.917								30.8
	Olmayan	111	35.730	8.616								67.3

Tablo 8'de, hemşirelerin çocuk sahibi olup olmama durumları ile MBI subskala puanları arasındaki ilişkiler görülmektedir. EE subskala puan ortalamalarının çocuğu olan hemşirelerde artış şeklinde değiştiği görülmektedir ($F=4.82, p<0.05$). Diğer subskala puan ortalamaları arasındaki fark, yapılan varyans analizinde (DP için $F=2.85, p>0.05$ ve PA için $F=0.46, p>0.05$) önemli bulunmamıştır.

3.3.1.4. Hemşirelerin Eğitim Durumu İle MBI-EE, DP, PA Subskala Puanları Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi

TABLO 9 : Hemşirelerin Eğitim Durumuna Göre MBI Subskala Puanlarının Dağılımı

Subskalalar	Eğitim Durumu	N	\bar{x}	Ss	Varyasyon Kaynağı		Serbestlik Derecesi	Kareler Toplamı	Kareler Ortalaması
					Gruplararası	1			
EE	S.M.L.	206	26.77	10.19	Gruplararası	1	1	1	1
					Grupiçi	274	30389	111	
	H.Y.O.	70	26.93	11.47	Genel	275	30391		
$F=0.01, p>0.05$									
DP	S.M.L.	206	7.267	6.404	Gruplararası	1	80.1	80.1	39.9
					Grupiçi	274	10930.3		
	H.Y.O.	70	6.029	6.048	Genel	275	11010.4		
$F=2.01, p>0.05$									
PA	S.M.L.	206	35.194	8.528	Gruplararası	1	13.4	13.4	67.4
					Grupiçi	274	18462.9		
	H.Y.O.	70	35.700	7.176	Genel	275	18476.3		
$F=0.20, p>0.05$									

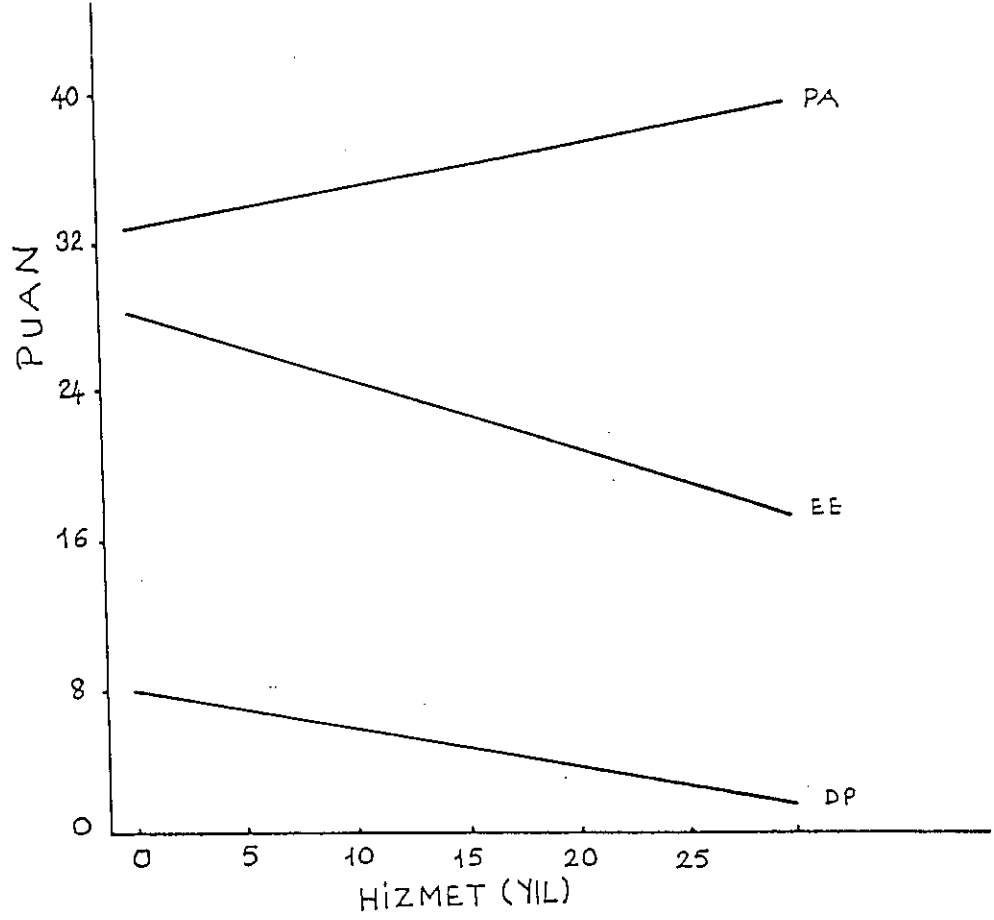
Tablo 9, MBI subskala puanlarını eğitim durumunun etkilemediğini göstermektedir. Bu durum yapılan varyans analizi ile (EE için $F=0.01, p>0.05$, DP için $F=2.01, p>0.05$, PA için $F=0.20, p>0.05$) önemli bulunmamıştır.

3.3.1.5. Hemşirelerin Hizmet Yılı ile MBI-EE, DP, PA Subskala Puanları Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi

TABLO 10 : Hemşirelerin Hizmet Yılı ile MBI Subskala Puanlarının Karşılaştırılması

	Hizmet Yılı ile EE Puanı		Hizmet Yılı ile DP Puanı		Hizmet Yılı ile PA Puanı	
\bar{x}	7.087	26.808	7.087	6.953	7.087	35.322
S	4.767	10.512	4.767	6.328	4.767	8.197
N	276	276	276	276	276	276
Doğrusal Regresyon Denklemi	$y=29.52-0.382x$		$y=8.659-0.2408x$		$y=33.654+0.235x$	
Korelasyon Katsayısı	$-0.173, p < 0.05$		$r=-0.181, p < 0.01$		$r=0.138, p < 0.05$	

Hemşirelerin, hizmet süresi ile MBI subskalaları arasındaki ilişkinin yönünü ve derecesini saptayabilmek için regresyon ve korelasyon analizleri yapılmıştır. Bu ilişkiler her üç subskala için ayrı ayrı incelendiğinde; EE subskalası ile ilgili olarak, regresyon katsayısı 0.382, korelasyon katsayısı -0.173 olarak saptanmıştır ve $p < 0.05$ düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Tablo 10). İki değişken arasındaki ilişki negatif yöndedir. Bir başka deyişle, hizmet süresi arttıkça, EE puanı azalmaktadır. Grafik 2'de hizmet süresi ile EE puanı arasındaki ilişkinin dağılımı ve regresyon doğrusu verilmiştir.



GRAFİK 2 : Hemşirelerin Hizmet Süreleri İle MBI Subskala Puanları Arasındaki İlişki

DP subskalası puanları ile hizmet süresi arasındaki, regresyon katsayısı 0.2408, korelasyon katsayısı -0.181 olarak saptanmıştır ve $p < 0.01$ düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Tablo 10). İki değişken arasındaki ilişki negatif yöndedir. Hizmet süresi arttıkça, DP puanı azalmaktadır. Grafik 2'de hizmet süresi ile DP puanı arasındaki ilişkinin dağılımı ve regresyon doğrusu verilmiştir.

PA subskalası puanları ile hizmet süresi arasın-

daki regresyon katsayısı 0.235, korelasyon katsayısı 0.138 olarak saptanmıştır ve $p < 0.05$ düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Tablo 10). İki değişken arasındaki ilişki pozitif yöndedir. Hizmet süresi arttıkça PA puanı, diğer bir şekilde başarıllılık hissi artmaktadır. Grafik 2'de hizmet süresi ile PA puanı arasındaki ilişkinin dağılımı ve regresyon doğrusu verilmiştir.

3.3.1.6. Hemşirelerin Çalışmakta Oldukları Hastane İle MBI-EE, DP, PA Subskala Puanları Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi

TABLO 11 : Hemşirelerin Çalıştıkları Hastaneye Göre MBI Subskala Puanlarının Dağılımı

Subskalalar	Hastaneler	N	\bar{x}	Ss	Varyasyon Kaynağı		Serbestlik Derecesi		Kareler	
					Gruplararası	Grupiçi	Toplamı	Ortalaması		
EE	S.S.K.	51	30.75	9.59	2	1009	2	1009	504	
	DEVLET	73	25.32	10.39	273	29382	273	29382	108	
	EGE Ü.	152	26.20	10.61	275	30391	275	30391		
							$F=4.69, p < 0.01$			
DP	S.S.K.	51	9.137	7.119	2	299.7	2	299.7	149.8	
	DEVLET	73	6.562	5.944	273	10710.7	273	10710.7	39.2	
	EGE Ü.	152	6.408	6.108	275	11010.4	275	11010.4		
							$F=3.82, p < 0.05$			
PA	S.S.K.	51	33.373	9.150	2	417.8	2	417.8	208.9	
	DEVLET	73	37.055	6.906	273	18058.5	273	18058.5	66.1	
	EGE Ü.	152	35.145	8.315	275	18476.3	275	18476.3		
							$F=3.16, p < 0.05$			

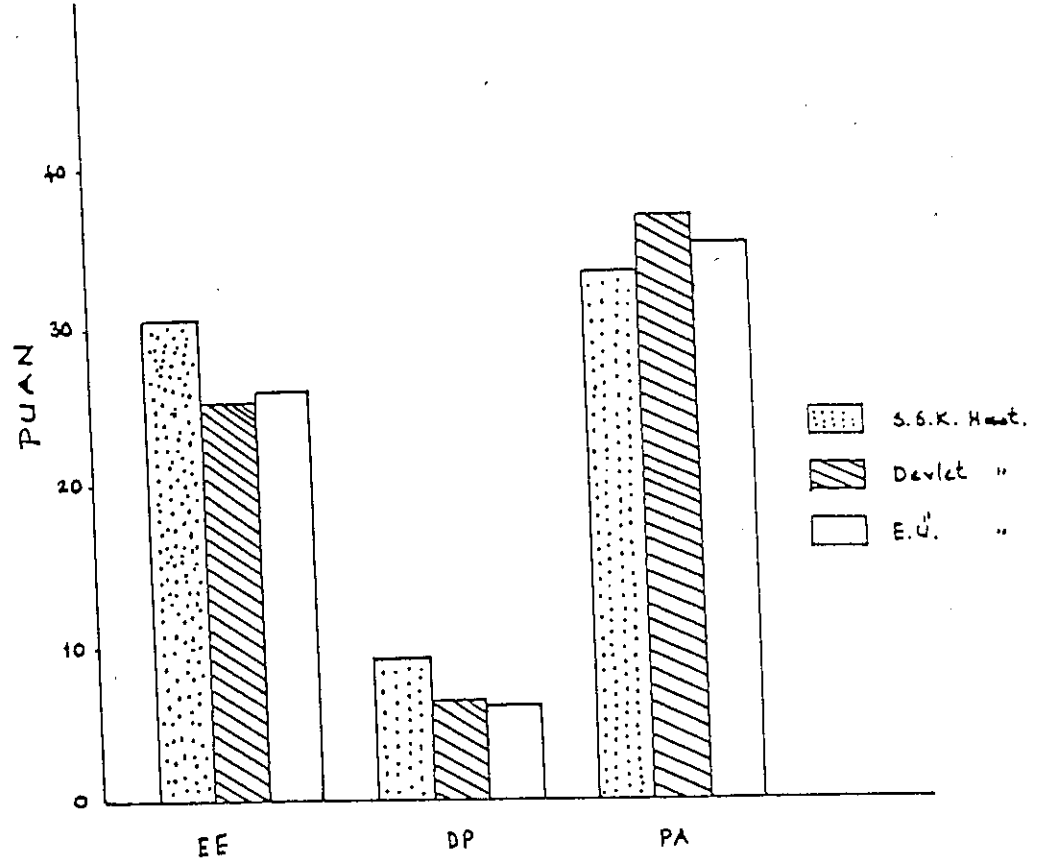
Tablo 11 ve Grafik 3, MBI subskala puanlarını çalışılan hastanenin etkilediğini göstermektedir. EE subskala puan ortalaması, S.S.K. Tepecik Hastanesi'nde en yüksek düzeydedir. Daha sonra sıra ile azalarak, Ege Ü. Hastanesi ve Devlet Hastanesi gelmektedir. Her üç hastane arasında puan ortalamaları arasındaki fark varyans analizinde önemli bulunmuştur ($F=4.69, p < 0.01$). Yapılan ileri analizde, S.S.K. Tepecik Hastanesi hemşirelerinin puan ortalamaları Devlet Hastanesi hemşirelerinin puan ortalamalarından anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($t=2.124,$

$p < 0.05$). Aynı zamanda, S.S.K. Hastanesi hemşirelerinin puan ortalamaları, Ege Üniversitesi Hastanesi hemşirelerinin puan ortalamalarından da yüksek bulunmuştur ($t:2.068$, $p < 0.05$).

Ege Üniversitesi ve Devlet Hastanesi hemşirelerinin, EE subskala puan ortalamaları arasındaki fark önemli değildir ($t:0.42$, $p > 0.05$).

DP subskala puan ortalamaları hastanelere göre değişmekte olup, S.S.K. Tepecik Hastanesi'nde diğer iki hastaneye göre daha yüksektir. Her üç hastanedeki hemşirelerin DP subskalası puan ortalamaları arasındaki fark varyans analizinde ($F:3.82$, $p < 0.05$) önemli bulunmuştur (Tablo 11, Grafik 3).

PA subskala puan ortalamaları da hastanelere göre değişiklik göstermektedir. Her üç hastanedeki görevli hemşirelerin PA subskalası puan ortalamaları arasındaki fark varyans analizinde ($F:3.16$, $p < 0.05$) önemli bulunmuştur (Tablo 11, Grafik 3).



GRAFİK 3 : Hemşirelerin Çalıştıkları Hastaneler İle MBI Subskala Puanları Arasındaki İlişki

3.3.1.7. Hemşirelerin Çalıştıkları Bölüm İle MBI-EE, DP, PA Subskala Puanları Arasındaki

İlişkilerin İncelenmesi

TABLO 12 : Hemşirelerin Çalıştıkları Bölüm (Dahili/Cerrahi Bölümü) Göre MBI Subskala Puanlarının Dağılımı

Subskalalar	Çalışılan Bölümler	N	\bar{x}	Ss	Varyasyon Kaynağı	Serbestlik Derecesi	Kareler Toplamı	Kareler Ortalaması
EE	Cerrahi	149	26.26	10.46	Gruplararası	1	97	97
	Dahili	127	27.45	10.58	Grupiçi	274	30294	111
					Genel	275	30391	
						$F=0.87, p>0.05$		
DP	Cerrahi	149	6.409	6.076	Gruplararası	1	95.7	95.7
	Dahili	127	7.591	6.577	Grupiçi	274	10914.7	39.8
					Genel	275	11010.4	
						$F=2.40, p>0.05$		
PA	Cerrahi	149	35.711	8.641	Gruplararası	1	49.0	49.0
	Dahili	127	34.866	7.651	Grupiçi	274	18427.3	67.3
					Genel	275	18476.3	
						$F=0.73, p>0.05$		

Tablo 12 MBI Subskala puanlarını çalışılan bölümün etkilemediğini göstermektedir. MBI'nın her üç subskalasında puan ortalamaları, hemşirelerin Cerrahi ve Dahili bölümlerde çalışmaları tarafından etkilenmemektedir. Bu durum yapılan varyans analizinde (EE için $F=0.87, p>0.05$, DP için $F=2.40, p>0.05$, PA için $F=0.73, p>0.05$) önemli bulunmamıştır.

3.3.1.8. Hemşirelerin Üstlendikleri Görev İle MBI-EE, DP, PA Subskala Puanları Arasındaki

İlişkilerin İncelenmesi

TABLO 13 : Hemşirelerin Hastanede Üstlendikleri Göreve Göre MBI Subskala Puanlarının Dağılımı

Subskalalar	Üstlenilen Görevler	N	\bar{x}	Ss	Varyasyon Kaynağı	Serbestlik Derecesi	Kareler Toplamı	Kareler Ortalaması
EE	Sorumlu H.	30	26.33	11.01	Gruplararası	3	787	262
	Servis H.	180	25.99	10.39	Grupiçi	272	29603	109
	Cerr.Y.B.H.	32	27.16	9.63	Genel	275	30391	
	Dahl.Y.B.H.	34	31.21	10.88		F=2.41, p > 0.05		
DP	Sorumlu H.	30	7.233	6.836	Gruplararası	3	58.8	19.6
	Servis H.	180	6.956	6.391	Grupiçi	272	10951.6	40.3
	Cerr.Y.B.H.	32	5.875	5.259	Genel	275	11010.4	
	Dahl.Y.B.H.	34	7.706	6.576		F=0.49, p > 0.05		
PA	Sorumlu H.	30	35.633	7.313	Gruplararası	3	80.3	26.8
	Servis H.	180	35.200	8.305	Grupiçi	272	18396.0	67.6
	Cerr.Y.B.H.	32	36.594	8.699	Genel	275	18476.3	
	Dahl.Y.B.H.	34	34.500	8.076		F=0.40, p > 0.05		

Tablo 13 MBI subskala puan ortalamalarının hastanede üstlenilen görev ile ilişkili olarak değişmediğini göstermektedir. Hastanede üstlenilen görev; sorumlu hemşire, servis hemşiresi, cerrahi yoğun bakım ya da dahili yoğun bakım hemşiresi şeklinde değiştiği halde, MBI subskala puan ortalamaları arasında fark görülmemiştir. Bu durum varyans analizinde (EE için F=2.41, p > 0.05, DP için F=0.49, p > 0.05, PA için F=0.40, p > 0.05) önemli bulunmamıştır.

3.3.1.9. Hemşirelerin Haftalık Çalışma Süreleri ile MBI-EE, DP, PA Subskala Puanları

Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi

TABLO 14 : Hemşirelerin Haftalık Çalışma Sürelerine Göre MBI Subskala Puanlarının Dağılımı

Subskalalar	Haftalık Çalışma		N	\bar{x}	Sb	Varyasyon Kaynağı	Serbestlik Derecesi	Kareler Toplamı	Kareler Ortalaması
	Saati	Sb							
EE	40	147	26.55	10.14	Gruplararası	4	1073	268	
	41 - 49	35	24.57	11.33	Grupiçi	271	29318	108	
	50 - 58	38	26.00	10.93	Genel	275	30391		
	59 - 67	17	25.00	9.69					
	67 - \uparrow	39	31.36	10.28					
DP	40	147	6.776	6.269	Gruplararası	4	325.6	81.4	
	41 - 49	35	5.714	5.528	Grupiçi	271	10684.8	39.4	
	50 - 58	38	6.079	4.999	Genel	275	11010.4		
	59 - 67	17	7.353	7.566					
	67 - \uparrow	39	9.410	7.376					
PA	40	147	35.014	8.347	Gruplararası	4	212.7	53.2	
	41 - 49	35	36.857	8.272	Grupiçi	271	18263.6	67.4	
	50 - 58	38	36.579	6.895	Genel	275	18476.3		
	59 - 67	17	34.235	9.418					
	67 - \uparrow	39	34.359	8.251					

Tablo 14 MBI subskala puan ortalamalarını haftalık çalışma süresinin etkileyip etkilemediğini göstermektedir. Tablo incelendiğinde, EE subskalası puan ortalamaları çalışma süresine göre farklılaşarak, çalışma süresi arttıkça, EE subskalası puan ortalamaları da artmaktadır. Bu durum yapılan varyans analizinde önemli bulunmuştur ($F=2.48$, $p < 0.05$).

DP ve PA subskala puan ortalamaları haftalık çalışma suresine gore farklılık gostermemektedir. Bu durum yapılan varyans analizinde (DP için $F:2.06$, $p > 0.05$ ve PA için $F:0.79$, $p > 0.05$) nemli bulunmamıştır (Tablo 14).

3.3.1.10. Hemşirelerin Çalışma Şekli İle MBI-EE, DP, PA Subskala Puanları Arasındaki

İlişkilerin İncelenmesi

TABLO 15 : Hemşirelerin Çalışma Şekline Göre MBI Subskala Puanlarının Dağılımı

Sub- skalalar	Çalışma Şekli	N	\bar{x}	Ss	Varyasyon Kaynağı	Serbestlik Derecesi	Kareler Toplamı	Kareler Ortalaması
EE	Gündüz	50	22.54	10.49	Gruplararası	4	1871	468
	Gece	31	27.10	11.24	Grupiçi	271	28519	105
	Nöbet	146	27.69	9.98	Genel	275	30391	
	Vardiya	17	23.06	9.74		$F=4.45, p < 0.01$		
	Gündüz+Gece	32	31.16	10.44				
DP	Gündüz	50	5.060	5.611	Gruplararası	4	576.2	144.0
	Gece	31	8.032	6.631	Grupiçi	271	10434.2	38.5
	Nöbet	146	6.849	6.076	Genel	275	11010.4	
	Vardiya	17	5.471	5.547		$F=3.74, p < 0.01$		
	Gündüz+Gece	32	10.125	7.465				
PA	Gündüz	50	37.360	7.663	Gruplararası	4	705.9	176.5
	Gece	31	32.484	9.197	Grupiçi	271	17770.4	65.6
	Nöbet	146	35.301	8.179	Genel	275	18476.3	
	Vardiya	17	38.176	4.246		$F=2.69, p < 0.05$		
	Gündüz+Gece	32	33.469	8.736				

Tablo 15 ve Grafik 4'de görüldüğü gibi, MBI subskala puan ortalamaları çalışma şekline göre değişiklik göstermektedir. EE subskala puan ortalamaları; gündüz çalışıp, gece nöbete devam eden hemşire grubunda en yüksek olup, azalan sıra ile sürekli nöbet şeklinde, daha sonra sürekli gece çalışma ve vardiya, en son olarak sürekli gündüz çalışan hemşire grubu ile devam etmektedir. Çalışma şekli ile EE subskalası puan ortalamaları arasındaki fark yapılan varyans

analizinde önemli bulunmuştur ($F:4.45$, $p < 0.01$).

Yapılan ileri analizde; sürekli gündüz çalışan grubun, EE puan ortalamaları sürekli nöbet şeklinde çalışan grubun puan ortalamalarından anlamlı olarak düşük bulunmuştur ($t:2.23$, $p < 0.05$). Benzer şekilde, sürekli gündüz çalışan grubun, EE puan ortalamaları, gündüz çalıştıktan sonra gece nöbete devam eden grubun puan ortalamalarından anlamlı olarak düşük bulunmuştur ($t:2.59$, $p < 0.05$).

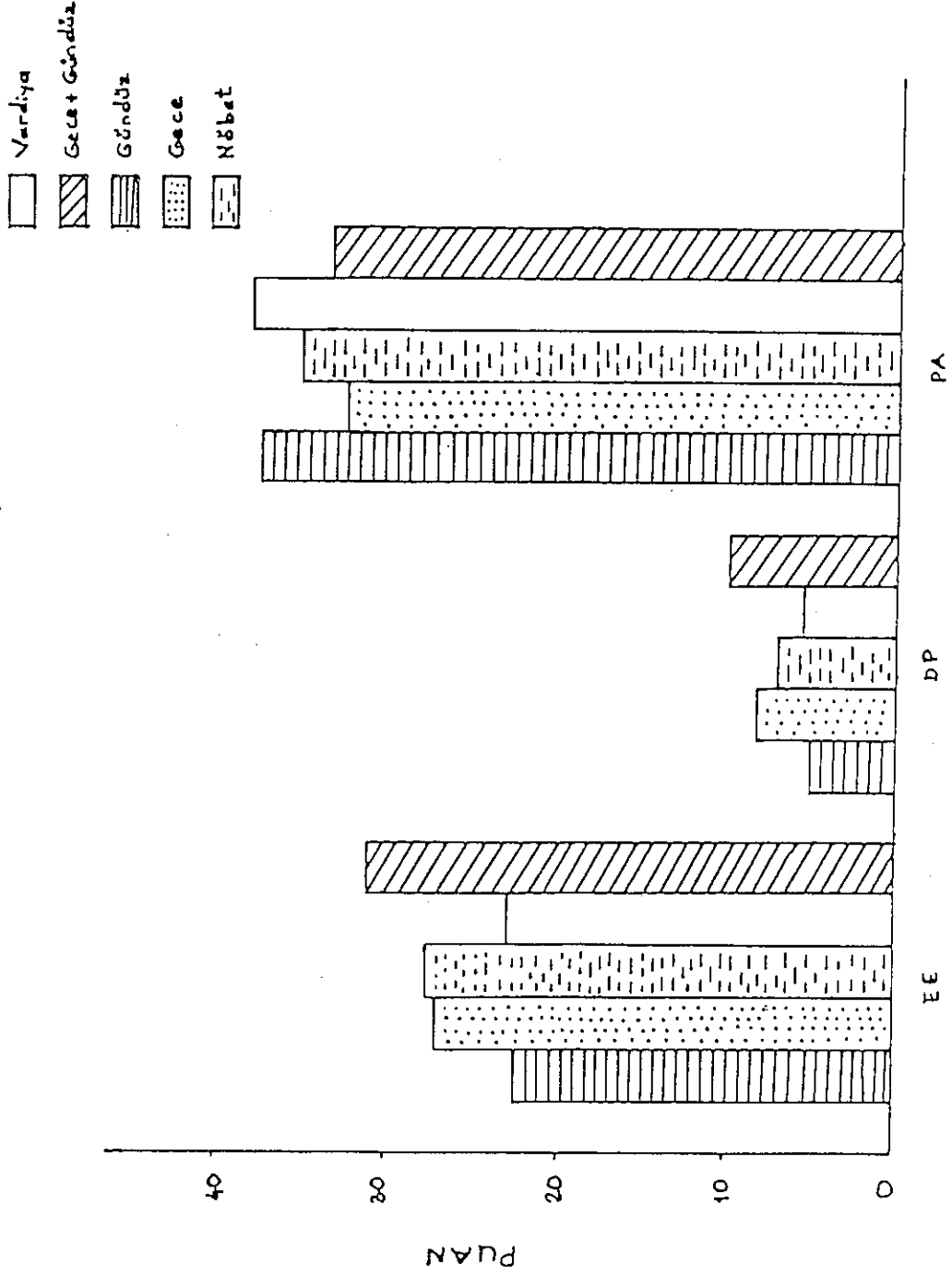
DP subskala puan ortalamalarında çalışma şekline göre farklılaşmaktadır. DP subskalası puan ortalamaları, en yüksekten azalarak devam eden sıra ile; önceliği gündüz çalıştıktan sonra geceye devam eden grup aldıktan sonra, sürekli gece çalışma, sürekli nöbet tutarak çalışma ve en son olarak sürekli gündüz çalışma grubu şeklinde sıra izlemiştir. Bu fark yapılan varyans analizinde önemli bulunmuştur ($F:3.74$, $p < 0.01$) (Tablo 15).

Yapılan ileri analizde, sürekli gündüz çalışan grubun DP subskala puan ortalamaları, gündüz çalıştıktan sonra geceye devam eden grubun puan ortalamalarından anlamlı olarak düşük bulunmuştur ($t:2.40$, $p < 0.02$). Vardiya şeklinde çalışma grubunun puanları da, gündüz çalıştıktan sonra geceye devam eden gruba göre düşük bulunmuştur ($t:1.75$, $p < 0.1$). Ayrıca gündüz çalışan grubun DP puan ortalamaları sürekli çalışan gruba göre düşük bulunmuştur ($t:1.38$, $p < 0.2$).

PA subskala puan ortalamaları çalışma şekline

göre farklılık göstermektedir. Başarılılık hissini, en az sürekli gece çalışan gruptaki hemşireler, sonra sırası ile gündüz çalıştıktan sonra gece nöbete devam edenler, daha sonra sürekli nöbet şeklinde çalışanlar, sürekli gündüz çalışanlar ve en son olarak vardiya şeklinde çalışanlar hissetmektedirler. Ortalamalar arasındaki bu fark, yapılan varyans analizinde önemli bulunmuştur ($F:2.69$, $p < 0.05$) (Tablo 15).

Yapılan ileri analizde vardiya şeklinde çalışan grubun PA puan ortalamaları, gündüz çalıştıktan sonra geceye devam eden grubun PA puan ortalamalarından anlamlı olarak yüksektir ($t:1.828$, $p < 0.1$). Gündüz çalışan grubun PA puan ortalamaları ise sürekli gece çalışan grubun PA puan ortalamalarından yüksektir ($t:1.782$, $p < 0.1$). Nöbet şeklinde çalışan grup vardiya şeklinde çalışan grupla karşılaştırıldığında vardiya şeklinde çalışan grubun PA puan ortalamaları anlamlı olarak yüksektir ($t:1.684$, $p < 0.1$).



GRAFİK 4 : Hemşirelerin Çalışma Şekilleri ile MBI Subskala Puanları Arasındaki İlişki

3.3.1.11. Hemşirelerin Mesleği Kendileri İçin Uygun Bulup Bulmama Durumları İle MBI-EE, DP, PA

Subskala Puanları Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi

TABLO 16 : Hemşirelerin Mesleği Kendileri İçin Uygun Bulup Bulmama Durumlarına Göre MBI Subskala Puanlarının Dağılımı

Sub- skalalar	Mesleği				Varyasyon Kaynağı	Serbestlik Derecesi	Kareler Toplamı	Kareler Ortalaması
	Uygun Bulma Durumu	N	\bar{x}	Ss				
EE	Çok Uygun	28	19.643	7.766	Gruplararası	3	5862.0	1954.0
	Uygun	174	24.937	9.230	Grupiçi	272	24528.8	90.2
	Uygun Değil	61	33.459	10.712	Genel	275	30390.8	
	Hiç Uyğ.Değil	13	36.077	10.316				
						F=21.67, p<0.01		
DP	Çok Uygun	28	5.357	5.539	Gruplararası	3	467.0	155.7
	Uygun	174	6.322	5.970	Grupiçi	272	10543.4	38.8
	Uygun Değil	61	8.934	6.575	Genel	275	11010.4	
	Hiç Uyğ.Değil	13	9.538	8.922				
						F=4.02, p<0.01		
PA	Çok Uygun	28	38.929	5.597	Gruplararası	3	983.8	327.9
	Uygun	174	35.891	8.129	Grupiçi	272	17492.5	64.3
	Uygun Değil	61	32.361	8.606	Genel	275	18476.3	
	Hiç Uyğ.Değil	13	33.846	8.009				
						F=5.10, p<0.01		

Tablo 16'da görüldüğü gibi MBI subskala puan ortalamaları, hemşirelerin mesleği kendileri için uygun bulma durumuna göre değişiklik göstermektedir.

EE subskala puan ortalamaları; mesleği kendisi için "hiç uygun bulmayan" grupta en yüksek, azalarak devam eden ortalamalarla "uygun değil" grubu, devamında "uygun" yanıtını veren grup ve en az puan ortalamaları ile "çok uygun" yanıtını veren hemşire grubu şeklinde değişmektedir. Mesleği kendisi için uygun bulma durumu ile EE subskalası puan ortalamaları arasındaki fark yapılan varyans analizinde önemli bulunmuştur ($F=21.67$, $p<0.01$).

DP subskalası puan ortalamaları da, mesleği uygun bulma durumuna göre farklılaşmaktadır. DP subskalası puan ortalamaları, en yüksekten azalarak devam eden sıra ile; mesleği kendisi için "hiç uygun görmeyen"ler grubunu, mesleği "uygun bulmayan"lar grubu, sonra "uygun" gören grup ve son olarakda "çok uygun" olduğunu düşünenlerin grubu izlemiştir. Bu fark yapılan varyans analizinde önemli bulunmuştur ($F=4.02$, $p<0.01$) (Tablo 16).

PA subskala puan ortalamaları hemşirelerin mesleği kendileri için uygun bulup bulmamalarına göre farklılık göstermektedir. Başarılilik hissini en fazla mesleği kendisi için "çok uygun" gören gruptaki hemşireler duymakta olup, azalan puan ortalamaları ile bu grubu "uygun" görenler grubu, sonra "hiç uygun bulmayan"lar grubu ve son olarak, "uygun olmadığı"ni düşünen grup izlemektedir. Ortalamalar arasındaki bu fark yapılan varyans analizinde önemli bulunmuştur ($F=5.10$, $p<0.01$) (Tablo 16).

3.3.1.12. Hemşirelerin Meslekten Memnuniyet Durumları ile MBI-EE, DP, PA Subskala Puanları Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi

TABLO 17 : Hemşirelerin Meslekten Memnuniyet Durumlarına Göre MBI Subskala Puanlarının Dağılımı

Sub- skalalar	Memnuniyet Durumu	N	\bar{x}	Ss	Varyasyon Kaynağı	Serbestlik Derecesi	Kareler Toplamı	Kareler Ortalaması
EE	Memnun	66	19.606	8.053	Gruplararası	2	6514.3	3257.1
	Kısmen Memnun	152	27.158	9.085	Grupiçi	273	23876.5	87.5
	Memnun Değil	58	34.086	11.236	Genel	275	30390.8	
						$F=37.24, p<0.01$		
DP	Memnun	66	4.985	5.559	Gruplararası	2	452.2	226.1
	Kısmen Memnun	152	7.112	6.277	Grupiçi	273	10558.2	38.7
	Memnun Değil	58	8.776	6.754	Genel	275	11010.4	
						$F=5.85, p<0.01$		
PA	Memnun	66	37.970	7.718	Gruplararası	2	678.5	339.2
	Kısmen Memnun	152	34.849	8.008	Grupiçi	273	17797.8	65.2
	Memnun Değil	58	33.552	8.627	Genel	275	18476.3	
						$F=5.20, p<0.01$		

Tablo 17'de görüldüğü gibi, MBI subskala puan ortalamaları, hemşirelerin meslekten memnuniyet durumlarına göre değişiklik göstermektedir.

EE subskala puan ortalamaları, meslekten memnun olmadığını belirten grupta en yüksek olup, bu ortalamayı azalarak, meslekten kısmen memnun olduğunu belirten grup izlemiştir. EE puan ortalamaları en düşük olan grup ise meslekten memnun olduğunu bildiren gruptur. EE subskalası puan ortalamaları arasındaki fark yapılan varyans analizinde önemli bulunmuştur ($F=37.24$, $p<0.01$).

DP subskalası puan ortalamaları da, meslekten memnuniyet durumuna göre değişmektedir. DP subskalası puan ortalaması en yüksek grup, meslekten memnun olmadığını belirten gruptur. Bunu azalarak, meslekten kısmen memnun olduğunu belirten grup izlemiştir. DP puan ortalamalarının en düşük olduğu grup ise meslekten memnun olduğunu belirten gruptur. Grupların ortalamaları arasındaki bu fark yapılan varyans analizinde önemli bulunmuştur ($F=5.85$, $p<0.01$) (Tablo 17).

PA subskala puan ortalamaları, hemşirelerin meslekten memnun olma durumlarına göre değişiklik göstermektedir. Hemşireler arasında başarılilik hissini, en fazla mesleğinden memnun olduğunu belirtenler hissetmekte olup, bunu meslekten kısmen memnun olduğunu belirtenler izlemektedirler. Başarılilik hissini en az hissedenler ise meslekten memnun olmadığını belirtenler olmuştur. Hemşirelerin meslekten memnuniyet durumuna göre PA puan ortalamaları arasındaki fark, yapılan varyans analizinde önemli bulunmuştur ($F=5.20$, $p<0.01$) (Tablo 17).

3.3.1.13. Hemşirelerin Mesleki Gelecek Algıları ile MBI-EE, DP, PA Subskala Puanları Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi

TABLO 18 : Hemşirelerin Mesleki Gelecek Algılarına Göre MBI Subskala Puanlarının Dağılımı

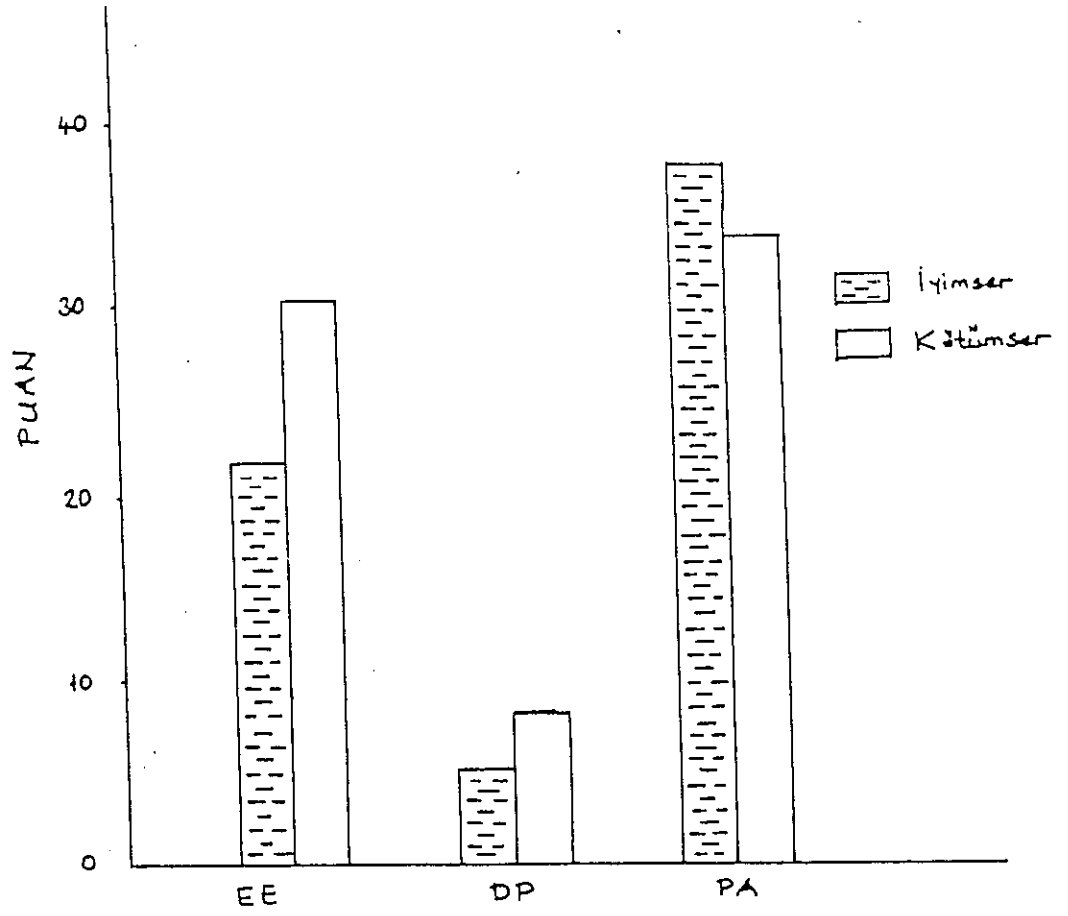
Sub- skalalar	Mesleki Gelecek Algısı	N	\bar{x}	Ss	Varyasyon Kaynağı	Serbestlik Derecesi	Kareler Toplamı	Kareler Ortalaması
EE	İyimser	114	21.719	8.967	Gruplararası	1	5029.3	5029.3
	Kötümser	162	30.389	10.055	Grupiçi	274	25361.5	92.6
					Genel	275	30390.8	
						F=54.34, p<0.01		
DP	İyimser	114	5.272	5.599	Gruplararası	1	548.8	548.8
	Kötümser	162	8.136	6.556	Grupiçi	274	10461.6	38.2
					Genel	275	11010.4	
						F=14.37, p<0.01		
PA	İyimser	114	37.632	6.793	Gruplararası	1	1035.6	1035.6
	Kötümser	162	33.698	8.714	Grupiçi	274	17440.7	63.7
					Genel	275	18476.3	
						F=16.27, p<0.01		

Tablo 18 ve Grafik 5, MBI subskala puan ortalamalarının, hemşirelerin mesleki gelecekleri konusundaki görüşleri tarafından etkilenişini yansıtmaktadır. Tablo incelendiğinde, EE subskalası ile ilgili olarak, hemşireler mesleki geleceklerini iyimser olarak değerlendirmiyorlarsa, EE puan ortalamaları az olmaktadır. Kötümser olarak değerlendirme durumunda artmaktadır. Bu farkın önem-

liliği, varyans analizinde gör÷lmektedir (F:54.34, $p < 0.01$) (Tablo 18).

DP subskala puan ortalamaları da EE subskalasına benzer şekilde olup, mesleki gelecekleri konusunda iyimser olanların DP puan ortalamaları, kötümser olanlara göre azdır. Bu fark yapılan varyans analizinde önemli bulunmuştur (F:14.37, $p < 0.01$) (Tablo 18).

PA subskala puan ortalamaları, mesleki gelecek algısının iyimser veya kötümser oluşuna göre farklılaşmaktadır. Bu farklılaşma, mesleki gelecek konusunda iyimser olanların puan ortalamalarının yüksek, kötümser olanların puan ortalamalarının düşük oluşu şeklindedir. Bu fark yapılan varyans analizinde önemli bulunmuştur (F:16.27, $p < 0.01$) (Tablo 18).



GRAFİK 5 : Hemşirelerin Mesleki Gelecek Algısı İle
MBI Subskala Puanları Arasındaki İlişki

3.3.1.14. Hemşirelerin Üstlerden Destek Görme Durumu İle MBI-EE, DP, PA Subskala Puanları

Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi

TABLO 19 : Hemşirelerin Üstlerinden Destek Görme Durumuna Göre MBI Subskala Puanlarının Dağılımı

Sub- skalalar	Üstlerin Desteginin Etkisi	N	\bar{x}	Ss	Varyasyon Kaynağı	Serbestlik Derecesi	Kareler Toplamı	Kareler Ortalaması
EE	Olumlu	94	24.89	10.20	Gruplararası	2	2346	1173
	Kısmen Olumlu	132	28.85	10.50	Grupiçi	273	28045	103
	Olumsuz	50	32.94	8.96	Genel	275	30391	
						$F=11.42, p<0.01$		
DP	Olumlu	94	5.489	5.559	Gruplararası	2	375.8	187.9
	Kısmen Olumlu	132	7.326	6.299	Grupiçi	273	10634.6	39.0
	Olumsuz	50	8.720	7.234	Genel	275	13010.4	
						$F=4.82, p<0.01$		
PA	Olumlu	94	36.532	6.842	Gruplararası	2	208.6	104.3
	Kısmen Olumlu	132	34.712	8.785	Grupiçi	273	18267.7	66.9
	Olumsuz	50	34.660	8.810	Genel	275	18476.3	
						$F=1.56, p>0.05$		

Tablo 19, MBI subskala puan ortalamalarının, üstlerden alınan destek tarafından ne şekilde etkilendiğini göstermektedir. Tablo incelendiğinde, EE subskalası için üstlerden destek alındığı oranda, EE puan ortalamalarında düşme olduğu görülmektedir. Bu durum yapılan varyans analizinde önemli bulunmuştur ($F:11.42$, $p < 0.01$).

DP subskala puan ortalamaları da EE subskala puan ortalamalarına benzer şekilde, üstlerden destek alındığı oranda azalmaktadır. Bu durum varyans analizinde önemli bulunmuştur ($F:4.82$, $p < 0.01$) (Tablo 19).

Tablo 19 PA subskalası puan ortalamalarının, üstlerden alınan destek tarafından olumlu etkilenecek arttığını yansıtmaktadır. Ancak bu durum varyans analizinde önemli bulunmamıştır ($F:1.56$, $p > 0.05$).

3.3.1.15. Hemşirelerin Hastalarından Destek Görme Durumu ile MBI-EE, DP, PA Subskala Puanları

Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi

TABLO 20 : Hemşirelerin Hastalarından Destek Görme Durumuna Göre MBI Subskala Puanlarının Dağılımı

Sub- skalalar	Hasta Desteginin Etkisi	N	\bar{x}	Ss	Varyasyon Kaynağı	Serbestlik Derecesi	Kareler	
							Toplamı	Kareler Ortalaması
EE	Olumlu	185	25.48	10.22	Gruplararası	2	988	494
	Kısmen Olumlu	84	29.52	10.37	Grupiçi	273	29403	108
	Olumsuz	7	29.29	14.56	Genel	275	30391	
						F=4.59, p<0.01		
DP	Olumlu	185	6.157	5.726	Gruplararası	2	381.8	190.9
	Kısmen Olumlu	84	8.726	7.015	Grupiçi	273	10628.6	38.9
	Olumsuz	7	6.714	9.232	Genel	275	11010.4	
						F=4.90, p<0.01		
PA	Olumlu	185	36.314	8.091	Gruplararası	2	673.8	336.9
	Kısmen Olumlu	84	33.643	7.595	Grupiçi	273	17802.5	65.2
	Olumsuz	7	29.286	12.711	Genel	275	18476.3	
						F=5.17, p<0.01		

Tablo 20'de görüldüğü gibi, MBI subskala puan ortalamalarının her üç subskala içinde, hemşirelerin hasta tarafından takdir ve teşvik görme durumunun etkisine göre değişmektedir. Bu değişiklik, hastadan olumlu yanıt görüldüğünde EE ve DP puan ortalamalarında düşme, PA puan ortalamalarında yükselme şeklinde olmaktadır. Bu durum yapılan varyans analizinde her üç subskala için de (EE için F=4.59, p<0.01, DP için F=4.90, p<0.01 ve PA için F=5.17, p<0.01) önemli bulunmuştur.

3.3.1.16. Hemşirelerin Meslektaş Desteği Görme Durumu İle MBI-EE, DP, PA Subskala Puanları Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi

TABLO 21 : Hemşirelerin Meslektaşlarından Destek Görme Durumuna Göre MBI Subskala Puanlarının Dağılımı

Sub- skalalar	Meslektaş		N	\bar{x}	Ss	Varyasyon Kaynağı	Serbestlik Derecesi	Kareler Toplamı	Kareler Ortalaması
	Desteğinin Etkisi	Desteğinin Etkisi							
EE	Olumlu	Olumsuz	55	24.80	10.48	Gruplararası	2	277	139
	Kısmen Olumlu	Olumsuz	156	27.33	10.24	Grupiçi	273	30114	110
			65	27.25	11.12	Genel	275	30391	
								$F=1.26, p > 0.05$	
DP	Olumlu	Olumsuz	55	6.055	6.335	Gruplararası	2	55.5	27.7
	Kısmen Olumlu	Olumsuz	156	7.186	6.196	Grupiçi	273	10954.9	40.1
			65	7.154	6.660	Genel	275	11010.4	
								$F=0.69, p > 0.05$	
PA	Olumlu	Olumsuz	55	36.291	6.699	Gruplararası	2	66.5	33.2
	Kısmen Olumlu	Olumsuz	156	35.019	9.153	Grupiçi	273	18409.8	67.4
			65	35.231	6.848	Genel	275	18476.3	
								$F=0.49, p > 0.05$	

Tablo 21, MBI subskala puan ortalamalarından, meslektaş desteğinin etkisi ile değişiklik görülmediğini göstermektedir. Bu durum yapılan varyans analizinde her üç subskala için de, (EE subskalası için $F=1.26, p > 0.05$, DP için $F=0.69, p > 0.05$ ve PA için $F=0.49, p > 0.05$) önemli bulunmamıştır.

3.3.1.17. Hemşirelerin Kendi İş Verimleri Konusundaki Görüşleri İle MBI-EE, DP, PA Subskala

Puanları Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi

TABLO 22 : Hemşirelerin Kendi İş Verimleri Konusundaki Görüşlerine Göre MBI Subskala Puanlarının Dağılımı

Sub- skalalar	İş Verimi Düzeyi	N	\bar{x}	Ss	Varyasyon Katsayısı	Serbestlik Derecesi	Kareler	
							Toplamı	Ortalaması
EE	Çok iyi	42	24.10	11.78	Gruplararası	3	1657	552
	İyi	183	26.07	9.96	Grupiçi	272	28734	106
	Ne iyi, ne kötü	48	31.87	9.83	Genel	275	30391	
	Kötü	3	29.00	14.80				
						F=5.23, $p < 0.01$		
DP	Çok iyi	42	4.524	6.001	Gruplararası	3	731.0	243.7
	İyi	183	6.689	5.848	Grupiçi	272	10279.4	37.8
	Ne iyi, ne kötü	48	10.083	7.089	Genel	275	11010.4	
	Kötü	3	7.000	10.440				
						F=6.45, $p < 0.01$		
PA	Çok iyi	42	39.452	8.232	Gruplararası	3	2800.2	933.4
	İyi	183	36.066	7.037	Grupiçi	272	15676.1	57.6
	Ne iyi, ne kötü	48	28.896	9.028	Genel	275	18476.3	
	Kötü	3	35.000	5.196				
						F=16.20, $p < 0.01$		

Tablo 22, MBI subskala puan ortalamalarının hemşirelerin kendi iş verimleri konusundaki görüşleri ile ne şekilde etkilendiğini göstermektedir. EE subskalası ile ilgili olarak, hemşireler kendi iş verimlerini olumlu buldukları oranda, EE puan ortalamaları azalmaktadır. Ortalamalar arasındaki bu fark varyans analizinde önemli bulunmuştur ($F:5.23$, $p < 0.01$).

DP subskala puan ortalamaları da EE puan ortalamalarına benzer şekilde olup, hemşireler kendi iş verimleri konusunda olumlu düşündükleri oranda DP puan ortalamalarında azalma olmaktadır. Bu durum varyans analizinde önemli bulunmuştur ($F:6.45$, $p < 0.01$) (Tablo 22).

PA subskala puan ortalamaları hemşirelerin kendi iş verimi konusundaki görüşleri tarafından etkilenecek, hemşireler iş verimlerini olumlu buldukları oranda PA puan ortalamaları artmaktadır. Aradaki bu ilişkinin anlamlılığı yapılan varyans analizinde önemli bulunmuştur ($F:16.20$, $p < 0.01$) (Tablo 22).

3.3.1.18. Hemşirelerin Çalışma Ortamından Memnuniyet Durumları İle MBI-EE, DP, PA Subskala Puanları Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi

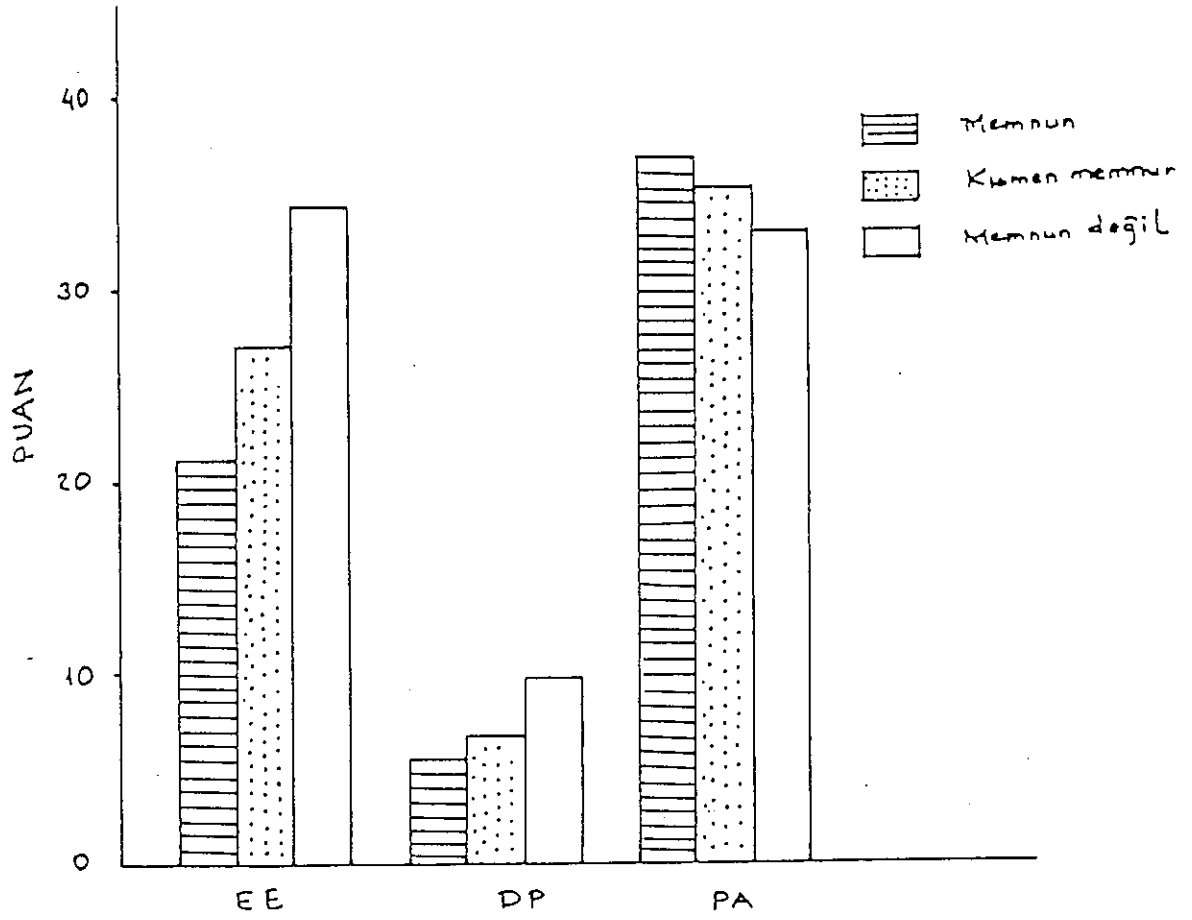
TABLO 23 : Hemşirelerin Çalışma Ortamlarından Memnuniyet Durumlarına Göre MBI Subskala Puanlarının Dağılımı

Sub- skalalar	Çalışma Ortamından Memnuniyet	N	\bar{x}	Ss	Varyasyon Kaynağı	Serbestlik Derecesi	Kareler Toplamı	Kareler Ortalaması
EE	Memnun	68	20.838	8.667	Gruplararası	2	5209.1	2604.5
	Kısmen Memnun	161	27.087	10.107	Grupiçi	273	25181.7	92.2
	Memnun Değil	47	34.489	9.093	Genel	275	30390.8	
						F=28.24, p<0.01		
DP	Memnun	68	5.529	5.610	Gruplararası	2	548.5	274.3
	Kısmen Memnun	161	6.702	6.021	Grupiçi	273	10461.9	38.3
	Memnun Değil	47	9.872	7.450	Genel	275	11010.4	
						F=7.16, p<0.01		
PA	Memnun	68	36.926	7.492	Gruplararası	2	477.7	238.8
	Kısmen Memnun	161	35.385	8.352	Grupiçi	273	17998.6	65.9
	Memnun Değil	47	32.787	8.177	Genel	275	18476.3	
						F=3.62, p<0.05		

Tablo 23 ve Grafik 6, MBI subskala puan ortalamalarının, çalışma ortamından memnun olma durumu ile ilgili olarak değiştiğini göstermektedir. EE subskalası ile ilgili olarak, çalışma ortamından memnuniyet arttıkça, EE puan ortalamalarında azalma görülmektedir. Bu durum yapılan varyans analizinde önemli bulunmuştur (F:28.24, $p < 0.01$).

DP subskala puan ortalamaları da EE subskala puan ortalamalarına benzer olup, çalışma ortamından memnuniyet arttıkça, DP puan ortalamaları da azalmaktadır. Bu durum da yapılan varyans analizinde önemli bulunmuştur (F:7.16, $p < 0.01$) (Tablo 23).

PA subskala puan ortalamaları, ortamdaki memnuniyet durumuna göre değişmekte olup, ortamdaki memnuniyet arttıkça, PA subskala puan ortalamaları da artmaktadır. Bu artış yapılan varyans analizinde önemli bulunmuştur (F:3.62, $p < 0.05$) (Tablo 23).



GRAFİK 6 : Hemşirelerin Çalışma Ortamlarından Memnuniyet Durumları İle MBI Subskala Puanları Arasındaki İlişki

3.3.1.19. Hemşirelerin Kendi Sağlıklarını Algılayışları İle MBI-EE, DP, PA Subskala Puanları
Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi

TABLO 24 : Hemşirelerin Kendi Sağlıklarını Algılama Durumuna Göre MBI Subskala Puanlarının Dağılımı

Sub- skalalar	Sağlık Algısı	N	\bar{x}	Ss	Varyasyon Kaynağı	Serbestlik Derecesi	Kareler	
							Toplamı	Ortalaması
EE	Yanıtızsız	1	21.00	---	Gruplararası	4	2020	505
	Çok iyi	13	24.31	12.69	Grupiçi	270	28087	104
	İyi	142	24.75	10.30	Genel	274	30107	
	Ne iyi, ne kötü	102	29.10	9.68				
	Kötü	17	33.53	10.39				
								F=4.86, p < 0.01
DP	Yanıtızsız	1	1.000	---	Gruplararası	4	369.5	92.4
	Çok iyi	13	6.462	6.628	Grupiçi	270	10592.4	39.2
	İyi	142	6.000	5.789	Genel	274	10961.9	
	Ne iyi, ne kötü	102	8.294	6.585				
	Kötü	17	8.000	7.746				
								F=2.35, p > 0.05
PA	Yanıtızsız	1	1.000	---	Gruplararası	4	1441.4	360.4
	Çok iyi	13	38.077	5.649	Grupiçi	270	16959.3	62.8
	İyi	142	35.894	7.978	Genel	274	18400.7	
	Ne iyi, ne kötü	102	34.294	8.297				
	Kötü	17	36.118	6.373				
								F=5.74, p < 0.01

Tablo 24, MBI subskala puan ortalamalarının, hemşirelerin kendi sağlıklarını algılayışları tarafından ne şekilde etkilendiğini göstermektedir. Tablo incelendiğinde, EE subskalası ile ilgili olarak, hemşireler sağlıklarını iyi olarak algıladıkları oranda, EE subskala puan ortalamaları da azalmaktadır. Bu durum yapılan varyans analizinde önemli bulunmuştur (F:4.86, $p < 0.01$).

DP subskalası puan ortalamalarında, hemşirelerin kendi sağlıklarını iyi değerlendirenlerin, kötü değerlendirenlere göre düşük olduğu görülmekle birlikte yapılan varyans analizinde bu önemli bulunmamıştır (F:2.35, $p > 0.05$) (Tablo 24).

PA subskalası puan ortalamalarının, hemşirelerin kendi sağlıklarını değerlendirme şekilleriyle etkilenecek; hemşirelerin kendi sağlıklarını iyi değerlendirdikleri durumda PA puan ortalamalarının yüksek, kötü değerlendirdiklerinde daha düşük olduğu görülmektedir. Bu fark yapılan varyans analizinde önemli bulunmuştur (F:5.74, $p < 0.01$) (Tablo 24).

3.4. HEMŞİRELERLE İLGİLİ ÖZELLİKLERİN, MBI SUBSKALA PUANLARINI ETKİLEME DURUMLARI İLE MBI SUBSKALA ÖLÇÜMLERİ ARASINDAKİ BAĞINTININ VE MBI SUBSKALA PUANLARINI ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN ÖNEM DERECELERİNİN İNCELENMESİ

3.4.1. ARAŞTIRMA KAPSAMINDAKİ DEĞİŞKENLER İLE MBI-EE SUBSKALA PUANLARI ARASINDAKİ BAĞINTININ VE EE SUBSKALA PUANLARINI ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN ÖNEM DERECELERİNİN İNCELENMESİ

TABLO 25 : Araştırma Kapsamındaki Değişkenler İle EE Subskalası Arasında Yapılan Basamaklı (Stepwise) Çoklu Regresyon Analizi Sonuçları

Faktörler	1	2	3	4	5	6	7
	12.5998	7.4782	2.6525	-4901	2.1739	-0.6683	4.9840
Meslekten Memnuniyet	T-Ratio	7.26 8.68 (p<0.01)	5.53 6.28	3.79 4.07	2.85 3.00	3.07 3.25	2.97 3.17 2.70
Ortamdaki Memnuniyet	T-Ratio		4.42 4.80 (p<0.01)	4.17 4.69	3.59 4.05	3.44 3.92	3.27 3.72 2.97 3.37
Mesleğin Uygunluğu	T-Ratio			3.95 4.60 (p<0.01)	3.75 4.45	3.63 4.34	3.42 4.09 3.25 3.91
Mesleki Gelecek	T-Ratio				4.1 3.54 (p<0.01)	3.8 3.24	3.7 3.19 3.2 2.79
Hizmet Süresi	T-Ratio				-0.28 -2.59 (p<0.01)	-0.27 -2.51	-0.27 -2.55
Sağlık Algısı	T-Ratio					1.61 2.17 (p<0.05)	1.65 2.24
Mesleği Eleştirme Sıklığı	T-Ratio						-1.88 -2.18 (p<0.05)

Araştırma kapsamındaki değişkenlerin (hastane, yaş, hizmet süresi, medeni durum, çocuk sahibi olup olmama durumu, eğitim durumu, hastanede üstlenilen görev, çalışılan bölüm, haftalık çalışma süresi, çalışma şekli), gündüz hasta sayısı, gece hasta sayısı, mesleği sevme durumu, meslekten memnuniyet durumu, mesleği eleştirme sıklığı, mesleği kendine uygun bulma durumu, iş verimi, mesleğin katkısı konusundaki görüş, öğrenim çabasının olup olmaması, mesleği uygulama nedenleri, mesleki gelecek algısı, üstlerden, hastalardan ve meslektaşlardan destek görmenin etkisi, araç-gereç durumu, hemşire sayısı, hemşirelerin bilgi ve beceri durumu, hasta-hemşire, hekim-hemşire, hemşire-hemşire ilişkileri, mesleğin bugünkü konumu, çalışma ortamından memnuniyet, kendi sağlık algısı) MBI-EE subskalası ile arasındaki ilişkiler incelenmiş olup, yapılan basamaklı çoklu regresyon analizi sonuçlarına göre, yukarıda sayılan değişkenlerden EE puanını önemli düzeyde etkileyebilen faktör sayısı 7'dir (Tablo 25).

Tablo 25'de regresyon katsayıları kullanıldığında EE puanının tahmini formülü,

$$y = 4.9840 + 2.56 \text{ Meslekten memnuniyet} + 2.97 \text{ Ortamdan memnuniyet} + 3.25 \text{ Mesleği uygun bulma} + 3.2 \text{ Mesleki gelecek algısı} - 0.27 \text{ Hizmet süresi} + 1.65 \text{ Sağlık algısı} - 1.88 \text{ Mesleği eleştirme sıklığı} \text{ şeklindedir.}$$

Çalışmada ele alınıp basamaklı çoklu regresyon analizinde, MBI-EE subskala puanları üzerinde önemli dü-

zeyde etkili bulunan faktörler önem sırasına göre; meslekten memnuniyet ($t:8.68$, $p<0.01$), ortamdan memnuniyet ($t:4.80$, $p<0.01$), mesleğin uygunluğu ($t:4.60$, $p<0.01$), mesleki gelecek algısı ($t:3.54$, $p<0.01$), hizmet süresi ($t:-2.59$, $p<0.01$), sağlık algısı ($t:2.17$, $p<0.05$), mesleği eleştirme sıklığı ($t:-2.18$, $p<0.05$) şeklindedir.

3.4.2. ARAŞTIRMA KAPSAMINDAKİ DEĞİŞKENLER İLE MBI-DP SUBSKALA PUANLARI ARASINDAKİ BAĞINTININ VE DP SUBSKALA PUANLARINI ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN ÖNEM DERECELERİNİN İNCELENMESİ

TABLO 26 : Araştırma Kapsamındaki Değişkenler İle DP Subskalası Arasında Yapılan Basamaklı (Stepwise) Çoklu Regresyon Analizi Sonuçları

		1	2	3	4	5
		2.588	-1.503	4.867	7.987	6.480
Hasta-		2.64	2.43	2.34	2.25	2.09
Hemşire	T-Ratio	4.68	4.38	4.28	4.16	3.88
İlişkisi		(p<0.01)				
İş			2.17	1.95	1.84	1.71
Verimi	T-Ratio		3.62	3.29	3.14	2.93
			(p<0.01)			
Yaş				-0.217	-0.217	-0.236
	T-Ratio			-3.12	-3.17	-3.45
				(p<0.01)		
Mesleği				-1.55	-1.43	
Eleştirme	T-Ratio			-2.89	-2.67	
Sıklığı				(p<0.01)		
Üstten Değer						1.25
Görme	T-Ratio					2.49
Durumu						(p<0.05)

Araştırma kapsamındaki değişkenlerin (hastane, yaş, hizmet süresi, medeni durum, çocuk sahibi olup olmama durumu, eğitim durumu, hastanede üstlenilen görev, çalışılan bölüm, haftalık çalışma süresi, çalışma şekli, gündüz hasta sayısı, gece hasta sayısı, mesleği sevme durumu, meslekten memnuniyet durumu, mesleği eleştirme sıklığı, mesleği kendine uygun bulma durumu, iş verimi, mesleğin katkısı konusundaki görüş, öğrenim çabasının olup olmaması, mesleği uygulama nedenleri, mesleki gelecek algısı, üstlerden, hastalardan ve meslektaşlardan destek görmenin etkisi, araç-gereç durumu, hemşire sayısı, hemşirelerin bilgi ve beceri durumu, hasta-hemşire, hekim-hemşire, hemşire-hemşire ilişkileri, mesleğin bugünkü konumu, çalışma ortamından memnuniyet, kendi sağlık algısı) MBI-DP subskalası ile arasındaki ilişkiler incelenmiş olup, yapılan basamaklı çoklu regresyon analizi sonuçlarına göre, yukarıda sayılan değişkenlerden DP puanını önemli düzeyde etkileyebilen faktör sayısı 5'tir (Tablo 26).

Tablo 26'daki regresyon katsayıları kullanıldığında DP puanının tahmini formülü,

$$y = 6.480 + 2.09 \text{ Hasta-hemşire ilişkisi} + 1.71 \text{ İş verimi} - 0.236 \text{ Yaş} - 1.43 \text{ Mesleği eleştirme sıklığı} + 1.25 \text{ Üstlerden destek görme durumu, şeklindedir.}$$

Çalışmada ele alınıp basamaklı regresyon analizinde MBI-DP subskala puanları üzerinde önemli düzeyde etkili bulunan faktörler önem sırasına göre; hasta-hemşire ilişkileri ($t:4.68$, $p < 0.01$), iş verimi ($t:3.62$,

$p < 0.01$), yaş ($t: -3.12$, $p < 0.01$), mesleği eleştirme sıklığı ($t: -2.89$, $p < 0.01$), üstlerden değer görme durumu ($t: 2.49$, $p < 0.05$) şeklindedir.

3.4.3. ARAŞTIRMA KAPSAMINDAKİ DEĞİŞKENLER İLE MBI-PA SUBSKALA PUANLARI ARASINDAKİ BAĞINTININ VE PA SUBSKALA PUANLARINI ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN ÖNEM DERECELERİNİN İNCELENMESİ

TABLO 27 : Araştırma Kapsamındaki Değişkenler İle PA Subskalası Arasında Yapılan Basamaklı (Stepwise) Çoklu Regresyon Analizi Sonuçları

		1	2	3	4
		44.97	48.70	51.41	52.61
İş Verimi	T-Ratio	-4.73	-4.44	-4.24	-4.19
		-6.16	-5.88	-5.63	-5.61
		(p < 0.01)			
Hasta-Hemşire İlişkisi	T-Ratio		-2.60	-2.32	-2.27
			-3.73	-3.31	-3.27
		(p < 0.01)			
Mesleğin Uygunluğu	T-Ratio			-1.62	-1.60
				-2.40	-2.40
		(p < 0.05)			
Gece Hasta Sayısı	T-Ratio				-0.54
					-2.36
		(p < 0.05)			

Araştırma kapsamındaki değişkenlerin (hastane, yaş, hizmet süresi, medeni durum, çocuk sahibi olup olmama durumu, eğitim durumu, hastanede üstlenilen görev, çalışılan bölüm, haftalık çalışma süresi, çalışma şekli,

gündüz hasta sayısı, gece hasta sayısı, mesleği sevme durumu, meslekten memnuniyet durumu, mesleği eleştirme sıklığı, mesleği kendine uygun bulma durumu, iş verimi, mesleğin katkısı konusundaki görüş, öğrenim çabasının olup olmaması, mesleği uygulama nedenleri, mesleki gelecek algısı, üstlerden, hastalardan ve meslektaşlardan destek görmenin etkisi, araç-gereç durumu, hemşire sayısı, hemşirelerin bilgi ve beceri durumu, hasta-hemşire, hekim-hemşire, hemşire-hemşire ilişkileri, mesleğin bugünkü konumu, çalışma ortamından memnuniyet, kendi sağlık algısı) MBI-PA subskalası ile arasındaki ilişkiler incelenmiş olup, yapılan basamaklı çoklu regresyon analizi sonuçlarına göre yukarıda sayılan değişkenlerden, PA puanını önemli düzeyde etkileyen faktör sayısı 4'tür (Tablo 27).

Tablo 27'deki regresyon katsayıları kullanıldığında PA puanının tahmini formülü,

$$y = 52.61 - 4.19 \text{ İş verimi} - 2.27 \text{ Hasta-hemşire ilişkisi} - 1.60 \text{ Mesleği uygun bulma} - 0.54 \text{ Gece hasta grubu,}$$

şeklindedir.

Çalışmada ele alınıp basamaklı çoklu regresyon analizinde, MBI-PA subskala puanları üzerinde önemli düzeyde etkili bulunan faktörler önem sırasına göre; iş verimi konusundaki görüş ($t: -6.16$, $p < 0.01$), hasta-hemşire ilişkileri ($t: -3.73$, $p < 0.01$), mesleğin uygunluğu ($t: -2.40$, $p < 0.05$), gece hasta sayısı ($t: -2.36$, $p < 0.05$) şeklindedir.

BÖLÜM IV
TARTIŞMA VE SONUÇ

A-) TARTIŞMA

4.1. HEMŞİRELER İLE İLGİLİ ÖZELLİKLERİN İNCELENMESİ

Araştırma kapsamına giren hemşirelerin % 50.36'sı 26-35 arası yaş grubunda, % 44.57'si 25 yaş ve altındaki grupta yer almaktadır. Diğerleri 36 yaş ve üzerindedir. Hemşirelerin yaş ortalaması 26.6 ± 5.16 'dır (Tablo 1).

Hemşirelerin medeni durumları incelendiğinde, % 52.17'si evli, % 46.01'i bekardır. Diğerleri dul ya da boşanmıştır (Tablo 1). Hemşirelerin çoğunluğunun evli olması, İzmir kenti demografik özelliklerine uygunluk göstermektedir (27). Ayrıca, hemşirelerle ilgili olarak Arsoy'un araştırma bulgularına da benzerdir (3).

Hemşirelerin % 59.78'inin çocuğu vardır (Tablo 1). Bu oran, benzer örnekleme çalışmış bulunan Arsoy'un bulgularına uygunluk gösterir (3).

Hemşirelerin % 74.64'ü Sağlık Meslek Lisesi mezunu, % 25.36'sı ise Hemşirelik Yüksek Okulu mezunudur (Tablo 1). Bu oranlar Sever'in ve Arsoy'un bulgularına uygunluk göstermektedir (3, 101).

Araştırma kapsamına giren hemşirelerin % 34.78'inin hizmet süresi 6-10 yıl arası, % 29.71'inin hizmet süresi 1-5 yıl arası, % 11.96'sının hizmet süresi 1 yıldan az ve % 23.55'inin ise 11 yıl ya da üzerinde hizmetleri vardır. Tüm hemşireler için hizmet süresi 7.08 ± 4.76 'dır (Tablo 2). Arsoy'un bulgularına uygunluk göstermektedir (3).

Araştırma kapsamındaki hemşirelerin çalıştıkları kurumlara göre dağılımları incelendiğinde, hemşirelerin % 55.07'si Ege Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nde, % 26.45'i Devlet Hastanesi'nde, % 18.48'i ise S.S.K.Tepecik Hastanesi'nde çalışmaktadır. Hemşirelerin, hastanede üstlendikleri görevlere göre dağılımları ise şöyledir; % 65.22'si servis hemşiresi olarak, % 23.91'i yoğun bakım hemşiresi, % 11.96'sı ise sorumlu hemşire olarak çalışmaktadır (Tablo 2).

Hemşirelerin çalıştıkları bölümlere göre oranları ise, hemşirelerin % 53.99'u Cerrahi bölümlerde, % 46.01'i ise Dahili bölümlerde çalışmaktadır. Sever'in araştırmasındaki Cerrahi bölümlerde görevli hemşire oranının fazlalığıyla benzer olup, bunun nedeni ise Cerrahi bölümlerin daha fazla hemşireyi gerektirdiğinden dolayı olduğu düşünülebilir (Tablo 2) (101).

Araştırma kapsamındaki hemşirelerin haftalık çalışma saatlerine bakıldığında, hemşirelerin % 53.26'sı haftada 40 saat, % 14.13'ü 68 saat ve üzerinde, % 13.77'si 50-58 saat, % 12.68'i 41-49 saat arasında,

% 6.16'sı ise 59-67 saat arasında çalışmaktadır (Tablo 2). Hemşirelerin yarısı 40 saat hizmet verdiklerini belirtmişler ise de, % 14.13 gibi azımsanmayacak bir oranda hemşire, 68 saat ve üzerinde çalıştıklarını belirtmişlerdir. Bu orana % 6.16 ile 59-67 saat arası ve % 13.77 oranında 50-58 saat arası çalışanları eklersek hemşirelerin % 34.50'sinin bireyi zorlayacak düzeyde fazla süre ile çalışmakta oldukları görülmektedir (Tablo 2). Arsoy'un çalışmasında hemşirelerin % 70'i çalışma saatlerini olumsuz iş faktörü olarak değerlendirmiştir ve hemşirelerin % 50'si 40 saatin üzerinde çalıştıklarını belirtmişlerdir (3). Hemşirelerin fazla saatlerle çalışmalarının "burnout" olgusu açısından bir risk faktörü olduğu belirtilmiş olup, şimdiki örneklem içinde önemli bir faktör özelliği taşıdığı dikkati çekmektedir (8, 17, 21, 72, 84).

Araştırma kapsamına giren hemşirelerin çalışma şekillerine göre incelendiğinde, hemşirelerin yarısının (% 52.90) bazen nöbet tutarak, % 18.12'si sürekli gündüz çalışarak (bu bölümde yer alan hemşirelerin % 10.87'sini sorumlu hemşireler oluşturmaktadır), % 11.59'u sürekli gündüz çalışmakla birlikte gece nöbetlerine de devam ederek, aralıksız çalışmaktadırlar (bu bölümde yer alan hemşirelerin tümü S.S.K. Tepecik Hastanesi'nde çalışmaktadırlar) (Tablo 2).

Hemşirelerin, çalışma şekillerinin "burnout" olgusu açısından önemli bir etken olduğu belirtilmiştir (72, 84).

Hemşirelerin bakım verdikleri hasta sayısı incelendiğinde, hemşirelerin % 48.91'i 1-10 arası hastaya, % 28.62'si 11-20 hastaya bakım vermektedirler. Hemşirelerin % 11.59'u gece çalıştıklarından gündüz hastaları olmadığını belirtmişlerdir. Aynı şekilde, gece bakım verilmek zorunda olunulan ortalama hasta sayısı incelendiğinde, hemşirelerin % 20.29'u 21-30 arasında hastaya, % 18.48'i 31-40 arası hastaya bakım vermektedirler. Bu iki grup birlikte değerlendirilirse, hemşirelerin % 39.00'u 21-40 arası hastaya gece bakım vermek durumundadırlar. Hemşirelerin % 18.48'i ise gündüz çalıştıkları için gece hastaları olmadığını belirtmişlerdir (Tablo 2).

Yukarıdaki bilgiler ışığında, gündüz ve gece bakım verilen hasta sayılarının değişiklik gösterdiğini ve gece bakım verilen hasta sayısının daha fazla olduğunu belirtilebilir. Bu bilgilerle birlikte, hemşireler, iş merkezli çalıştıkları gerekçesiyle serviste bulunan tüm hastaları, bakmak durumunda oldukları hastalar olarak belirtmişlerdir.

Sonuç olarak, hemşireler iş merkezli çalışmakta ve fazla sayıda hastaya bakım vermek durumundadırlar. Arsoy'un çalışmasında da hemşirelerin % 46'sı hasta sayısını "çok fazla" bulduğunu belirtmişlerdir. Arsoy'un örnekleme daha fazla hastayı içeren S.S.K.Kurumunu içermediği de göz önünde bulundurulursa, bulguların birbirlerine çok fazla benzer olduğu görülür (3).

Hemşirelerin doğrudan hasta bakımı vererek çalışmaları, özellikle de uzun saatler bu koşullarla çalışmaları ve vak'a yüklerinin fazla olması "burnout" olgusu açısından önemli etkenlerdendir (57, 64, 72, 84, 88). Şimdiki örnekleme ile ilgili bulgular, bu etkenler açısından dikkat çekici özellikler taşımaktadır.

4.2. HEMŞİRELERİN MESLEKLERİ VE ÇALIŞMA ORTAMLARI İLE İLGİLİ GÖRÜŞLERİNİN İNCELENMESİ

Araştırma kapsamındaki hemşirelere mesleklerini isteyerek seçip seçmedikleri sorulduğunda, alınan yanıtlar, hemşirelerin % 61.59'unun isteyerek, % 38.41'inin ise istemeyerek bu mesleği seçtiğini göstermektedir (Tablo 3). Hemşirelerin çoğunluğunun mesleğini isteyerek seçmiş olması ile birlikte, % 38.41 gibi azımsanmayacak bir oranda hemşire grubunun ise, insana hizmet gibi bir alanda istemeden çalışıyor olması düşündürücü görünmektedir. Ülkemizde meslek seçiminde uygun tercih ve fırsat olanaklarının olmaması bu konuda etkili bir faktör olabilir (89). Arsoy'un çalışmasında, hemşirelerin mesleği isteyerek seçenlerin oranı % 51.2, istemeyerek seçenler ise % 47.6 oranındadır. İki çalışmanın bulguları benzerlik göstermektedir. Arsoy'un çalışmasındaki oranlamanın bir miktar farklılığı, seçilen örneklem içinde S.S.K. Kurumu hastanesinin bulunmayışından kay-

naklanabilir (3). Saruhan'ın çalışmasında ise Sağlık Meslek Lisesi öğrencilerinin % 59'u mesleği isteyerek seçtiklerini belirtmişlerdir. Bu bulgu, şimdiki araştırmamızın bulgularına uygunluk göstermektedir (98). Benzer şekilde, Saltık'ın çalışmasında da hemşirelerin % 54'ünün mesleğini istemeden yürüttüğü şeklinde bulgular elde edilmiştir (96).

Araştırma kapsamındaki hemşirelerin meslekten memnuniyet durumu incelendiğinde, hemşirelerin % 55.07'si kısmen memnun gibi ortalama bir yanıt vermiş olup, % 23.91'i memnuniyetini, % 21.01'i ise memnuniyetsizliğini belirtmiştir (Tablo 3). Hemşirelerin % 21.01'i memnuniyetsizlikle çalışmakta, % 55.07'i ise kısmi memnuniyetle çalışmaktadır (Tablo 3). Bu bilgilerin mesleği istemeyerek seçen hemşirelerin oranıyla bütünlük sağlamakta olduğu görülmektedir.

Mesleği eleştirme sıklığının artışı ile "burnout" süreci arasında bir ilişki olduğu belirtilmiştir (37). Bu nedenle hemşirelerin mesleklerini eleştirme sıklıkları sorulmuştur. Alınan yanıtlarda; % 55.07'sinin bazen, % 34.78'inin çoğunlukla yanıtları dikkat çekicidir. Geri kalanı nadiren ya da hiçbir zaman yanıtlarıdır (Tablo 3). Bu oranlar, hemşirelerin sıklıkla mesleği eleştiriyor olduklarını göstermekte olup, bu potansiyelin "burnout" sürecinin hangi aşamasında yer aldığına saptanması için ileri araştırmalara gerek vardır. Bu bulgularla, sadece böyle bir potansiyelin mevcut olabildiği

düşünülebilir.

İnsanların, mesleğini kendisi için uygun bulup, bulmamaları, çalışma yaşamını etkileyen önemli faktörlerden birisidir.

Böyle bir genel bilgiye dayanarak, hemşirelere mesleklerini kendileri için uygun bulup bulmadıkları sorulmuştur. Alınan yanıtlar hemşirelerin % 63.04'ünün uygun bulduğu, % 10.14'ünün çok uygun bulduğu şeklinde ayrılarak, hemşirelerin % 73.18'i gibi yüksek bir oranla, mesleklerini kendileri için uygun bularak çalışmaktadırlar. Diğer yanıtların % 22.10'u uygun değil, % 4.71'i ise hiç uygun değil şeklindedir. Denilebilir ki hemşirelerin 1/4'i mesleğini kendisi için uygun bulmadığı halde çalışmaktadırlar (Tablo 3). Arsoy'un çalışmasının bulguları ile uygunluk göstermektedir (3).

Mesleği isteyerek seçme, meslekten memnuniyet, mesleği eleştirme sıklığı ve mesleği kendisi için uygun bulma ile ilgili sorulara verilen yanıtlar birlikte değerlendirilir ise, hemşirelerin yaklaşık 3/4'ünün mesleği benimsediği, yaklaşık 1/4'inin ise mesleği benimsemedikleri sonucuna ulaşılabılır. Genel olarak değerlendirildiğinde bu sonuç olumludur. Ancak, insanla çalışılan bir alanda yer alan kimseler olarak, hemşirelerin dörtte birinin benimsemeden çalışmaları, üzerinde durulması gereken bir durumu oluşturmaktadır.

Bu durum ile ilgili olarak, tüm hemşireler için özellikle yukarıda belirtilen mesleği benimsemeden ya-

pan hemşireler için yapılabilecek şeyler vardır. Bunlar arasında; çalışma şekli, saatleri, koşulları, hasta sayısı, ulaşım gibi çalışma ile ilgili özellikler ile birlikte, sürekli eğitim, hizmet-içi ve oryantasyon eğitim programları, danışma merkezleri gibi organizasyonlar iş görebilir (9, 23, 57, 64, 74, 84, 88). Yukarıda sayılan faktörler "burnout" süreci açısından önemli faktörlerden bazılarıdır. Bu açıdan hemşirelerin "burnout" sürecini yaşamadan önce, bu süreç içine girmemeleri en etkili yollardan biri oluşu ile de dikkat gerektirmektedir.

"Burnout" süreci ile ilişkili kavramlardan birisi, kişinin kendi başarı durumu konusundaki görüşüdür (68, 69).

Maslach Burnout Envanteri kapsamındaki PA subskalasında bu konu ayrıntılı olarak yer almaktadır (68, 69).

Şimdiki araştırmada, hemşirelerin genel olarak kendi iş verimleri konusundaki görüşleri sorulmuştur. Bu sorunun sorulmasının iki amacı vardır. Birincisi, verilen yanıtlardaki içtenliğin saptanmasıdır, diğeri ise skalanın anlaşılabilirliği konusunda netlik kazanılmasıdır. Elde edilen sonuçlar doyurucudur (Tablo 3, 22).

Yukarıdaki bilgilerle birlikte, hemşirelerin kendi iş verimi konusundaki görüşleri incelendiğinde, hemşirelerin % 15.22'si iş verimlerini çok iyi, % 66.30'u iyi olarak değerlendirmişlerdir. Cevaplar olumluluk taşınması açısından birlikte değerlendirilirse % 81.52 gibi bir oranla iş verimi konusundaki görüşleri olumludur.

Hemşirelerin % 17.39'u bu soruya, "ne iyi, ne kötü" yanıtını vererek, bir olumsuzluk taşıdıklarını göstermişlerdir. Bu konuda genel olarak hemşireler, kendilerinin verimli çalıştıkları yolundaki görüşlerini belirtmişlerdir.

Bununla birlikte, hemşirelik mesleğinde bir çok konuda kesin sınırlar belirlenmemiş olmasından dolayı, başarının ne olduğu daima net değildir (9, 32). Buna karşın yukarıdaki bulgular hemşirelerin yapabileceklerini mümkün olan sınırlar içinde yaptığını ve ondan memnun olduğunu da belirtmektedir. MBI-EE subskalası ile ilgili olarak sorulan "Her gün gücünün üstünde çalıştığı duygusunu" yaşamaları ile ilgili verilen yanıtlar birlikte değerlendirilirse, bir paralellik dikkati çekmektedir (Ek 6, Tablo 6.1.1.).

Mesleğin kişilik üzerinde olumlu etkiler yapıp yapmaması, meslekle ilgili motivasyonel bir yön olarak ortaya çıkmaktadır. Motivasyon, "burnout" süreci açısından önemli bir özellik olup süreci yavaşlatıcı bir nitelik taşımaktadır. Bunun karşıtı ise engellenme-Frustration olup, "burnout" sürecinde hızlandırıcı bir özellik taşır (66).

Bu bilgiler ışığında, mesleğin olumlu katkılarının motive edici özellikler taşıyacağı düşünülerek, hemşirelere, mesleğin kişiliklerine katkısı olup olmadığı sorulmuştur. Alınan yanıtlar; hemşirelerin % 72.46'sının bu konuda olumlu görüşler taşıdığı, % 27.54'ünün ise

olumsuz görüşler taşıdığını göstermektedir (Tablo 3).

Daha önce belirtildiği gibi, tüm örneklemin 1/4 gibi bir oranının mesleği benimsememe özellikleri taşıdığı şeklindeki görüşlerine uygunluk göstermektedir.

Hemşirelerin, araştırma periyodundaki mevcut motivasyonlarının bir göstergesi olabileceği düşünülerek; kendilerine meslekleriyle ilgili herhangi bir öğrenim çabalarının olup, olmadığı ve bir öğrenim çabası oldu ise ne şekilde bir çaba olduğu sorulmuştur. Verilen yanıtlar incelendiğinde, hemşirelerin % 36.96'sı böyle bir çabasının olduğunu, % 62.68'i ise böyle bir çabasının olmadığını belirtmiştir (Tablo 3).

Öğrenim çabası olanların, ne şekilde bir çabaları olduğu incelendiğinde; hemşirelerin % 17.75'i "kitap, dergi okuma" gibi bireysel olarak, kendi kendine yapılan aktiviteleri belirtmiştir, bu oranı % 7.25 oranı ile seminer ve kursa katılma gibi kurum veya kurumlar arası aktiviteler ile oluşturulan bir öğrenim çabası izlemektedir. Hemşirelerin % 5.43'ü seminer ve kursa katılmanın yanında kitap, dergi okuduklarını belirtmişlerdir (Tablo 3). Bu gruptaki hemşirelerin çoğunluğunun Hemşirelik Yüksek Okuluna devam eden öğrenciler olduğu araştırmacının dikkatini çekmiştir.

Öğrenim çabası ile ilgili bulgular, hemşirelerin motivasyon, kendini yenileme, yeni bilgiler edinme, kurum tarafından ve üstlerden teşvik görme, eğitim programları oluşturma gibi konularda bazı eksikliklerin ol-

duğunu düşündürebilir.

Ayrıca "burnout"u önleyen bir faktör olarak belirtilen "yeterli bilgi ve beceriye sahip olma" özelliği yönünden değerlendirildiğinde öğrenim çabası ile ilgili bulgularda çaba göstermeyen grubun yüzdesinin yüksekliği dikkat çekicidir (76).

Hemşirelerin "mesleği uygulama nedenleri"nin mesleki yaşamları üzerinde çeşitli etkileri olabileceği düşünülmüştür. Bu amaçla "mesleği uygulama nedenleri" sorulmuştur. Alınan yanıtların çoğunluğunu (% 54.35) ekonomik nedenler oluşturmaktadır. Diğer yanıtların % 18.84'ü "mesleği sevdiği" içindir ve % 13.41'i ise toplumsal nedenleri öncelikli olarak belirtmişlerdir (Tablo 3). Günümüz koşullarında ekonomik nedenlerin öncelikli olması, beklenebilen bir sonuç olarak değerlendirilebilir.

İnsan yaşamında, sosyal desteğin önemi bir çok çalışmada vurgulanmıştır (16, 17, 21, 53, 72, 103, 104). Ayrıca, hemşirelerle ilgili "burnout" araştırmalarında, diğer mesleklerde olduğu gibi hemşirelikte de üstlerden, hastadan ve meslektaşlardan alınan sosyal destek önemlidir (9, 32, 33, 53).

Bu bilgiler ışığında, hemşirelerin üstlerden, hastalardan ve meslektaşlardan destek alıp almadıklarını saptamak amacı ile, dolaylı bir şekilde sorulan "Üstlerinizden"- "Hastalarınızdan"- "Meslektaşlarınızdan değer ve teşvik görme durumunuz mesleki yaşamınızı ne

şekilde etkiliyor?" şeklindeki 3 ayrı soru ile bu konu irdelenmeye çalışılmıştır. Sorunun dolaylı şekilde sorulmasındaki amaç; özellikle üstlerle ilgili olarak, bu konudaki sorulara verilen yanıtların daha fazla içtenlik taşıması ve üstlerden çekinme, etkilenme gibi faktörlerin etkisini azaltmaktır.

Üstlerden destek görme ile ilgili soruya hemşirelerin verdikleri yanıtlar incelendiğinde; hemşirelerin % 47.83'ü "kısmen olumlu" yanıtını, % 34.06'sı "olumlu", % 18.12'si "olumsuz" yanıtlarını vermişlerdir. Sorunun dolaylı sorulmasına karşın, yanıtlarda en yüksek oranın "kısmen olumlu" şeklindeki seçenekte yer alması, üstlerle ilgili pek görüş belirtme niyetinde olmama ya da olumsuz bir şey söylemekten kaçınma şeklindeki eğilimle etkilenmiş olabilir. Otorite karşısında boyun eğici özellikler taşıyan insanların çoğunlukta olduğu ülkemiz koşulları düşünülürse, bununla birlikte, hemşirelerin 1/4'inin bu konuda olumsuz görüşlerini belirtebilmiş olmaları, gerçekte bu oranın daha fazla olduğunu yansıtmaktadır (45, 122). Araştırmacının gözlemleri de hemşirelerin üstleri tarafından yeterince desteklenmediği şeklindedir. Arsoy'un çalışmasında bu konudaki bulgular benzerlik göstermektedir (3). Arsoy'un çalışması üstlerden desteğin işi bırakma düşünceleri ile ilişkili olduğunu da göstermiştir (3).

Şimdiki çalışmanın ileri analizlerinde, üstlerden alınan desteğin, MBI subskalaları ile ilişkisi in-

celenmiştir. EE (F:11.42, $p < 0.01$) ve DP (F:4.82, $p < 0.01$) subskalaları ile anlamlı düzeyde ilişkili olduğu görülmüştür (Tablo 19).

Benzer şekilde, üstlerden sağlanan desteğin "burnout" süreci üzerinde etkili olduğu bir çok araştırmacı tarafından vurgulanmıştır (9, 10, 24, 25, 31, 52, 68, 74, 84).

Destek ile ilgili sorulardan bir diğeri, meslektaş desteğinin etkisi olup, hemşirelerin bu soruya verdikleri yanıtlar incelendiğinde; hemşirelerin % 56.52'si "kısmen olumlu" yanıtını vermiş olup, kesin bir şey söylemekten kaçınmışlardır. Diğer yanıtlar % 23.55 oranı ile "olumsuz" ve % 19.93 oranı ile "olumlu" yanıtlarıdır. Bu bulgular, hemşirelerin birbirlerinden yani meslektaşlarından destek görmeleri konusunda net bir şey belirtilememesine yol açmıştır. Bir miktar olumsuzluk taşıdığı görülmektedir.

Kaynaklarda meslektaş ve diğer görevlilerden alınan desteğin, etkili bir sosyal destek olduğu, "burnout"u azaltıcı yönde etkili olduğu belirtilmiştir (9, 17, 25, 33, 43, 57, 74, 77).

Şimdiki araştırmanın ileri analizlerinde, meslektaş desteğinin, MBI subskalaları ile ilişkileri incelenmiş olup, her üç subskala ile de aralarında (EE için F:1.26, $p > 0.05$, DP için F:0.69, $p > 0.05$, PA için F:0.43, $p > 0.05$) anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (Tablo 21).

Tüm bu bilgiler ışığında, bu örneklem için, hemşirelerin birbirlerini yeterince desteklemedikleri ve birbirlerini desteklemenin kendilerine ve mesleki yaşamlarına sağlayacağı olumluluklardan yeterince yararlanamadıkları belirtilebilir. Ayrıca, destek kapsamındaki diğer bir soru, genel bir soru olup, "güç bir durumda kaldığınızda, kime başvurursunuz" şeklindedir. Bu soruya verilen yanıtlar incelendiğinde, hemşirelerin % 32.25'i destek alınan kişi olarak "eş"ini belirtmiş, % 23.91'i "anne, baba, kardeş" şeklinde birinci derece yakınlarını belirtmiş, % 20.65 gibi bir oranda hemşire ise arkadaşlarını, destek alabilecekleri kişi olarak belirtmiştir (Tablo 4). Bu konuda alınan yanıtlar incelendiğinde, ailenin bir çok gereksinimi karşılayarak etkili olduğu belirtilebilir (23, 103, 104).

"Burnout" yaşantısının geleceğe bakış açısını etkilediği belirtilmiştir. "Burnout" sendromu, genelde depresyondan, özelde "mesleki depresyon"dan farklıdır. Bu farklılık, görünüşünden ya da yansımalarından kaynaklanmayıp, oluşum sürecinin farklılığından kaynaklanmaktadır. Depresyonda bireyin tüm yaşantısı olumsuz bakış açılarıyla etkilenmektedir. Depresyon, ruhsal bir rahatsızlık olduğundan bireyin iş görememesi, çalışamaması söz konusudur. "Burnout" sendromunda ise olayın orijini, ne öz-saygı, öz-güven, benlik gibi kavramlarda değil, mesleki yaşamdadır. Mesleki yaşamın, öz-saygı, öz-güven gibi bireysel olgular üzerinde olumsuz etkile-

ri söz konusudur (32, 68, 69).

Hemşirelerin "hastalarından aldıkları destekle" ilgili soruya verdikleri yanıtlar incelendiğinde, hemşirelerin çoğunluğu (% 67.03) hasta tarafından desteklendiklerini belirtmişlerdir. Hemşirelerin % 30.43'ü ise hastadan aldıkları desteğin etkisini "kısmen olumlu" olarak belirtmişlerdir. "Olumsuz" yanıtları % 2.54 gibi çok az bir oran içermektedir (Tablo 3).

Araştırmanın ileri analizlerinde, hastadan alınan desteğin, MBI subskalaları ile ilişkileri incelenmiş olup, her üç subskala ile de (EE için $F:4.59$, $p < 0.01$, DP için $F:4.90$, $p < 0.01$ ve PA için $F:5.17$, $p < 0.01$) anlamlı düzeyde ilişkili olduğu görülmüştür (Tablo 20).

Yukarıdaki bilgilerden hemşirelerin hastaları tarafından desteklendikleri ve bu durum hemşirelerin "burnout"u yaşamalarını azaltıcı bir faktör olarak görünmektedir.

Hastadan alınan desteğin bireyin iş başarısı konusundaki algılarını belirleyen bir faktör olduğu belirtilmiştir (25).

Hastadan alınan desteğin "burnout" üzerinde önleyici bir faktör olduğu da belirtilerek, şöyle denmektedir; "Diğer görevli ve süpervizörlerden pozitif destek alma etkili bir sosyal destek sağlayabilir ancak bu başarı duygusunu, hastadan alınan destek kadar etkilemez." (9, 25).

Bu bilgiler ışığında,örneklemin oluşturulması aşamasında belirlenen sınırlamalardan birisi, hemşirelerin herhangi bir ruh hastalığı tanısı almış olmamalarıdır. Ayrıca, şu anda çalışıyor olmaları koşulunun aranması ise, bireyin toplumsal, mesleki işlevselliğini yerine getirebiliyor olması anlamındadır.

Yukarıda belirtilen bilgilere dayanarak, hemşirelere mesleki geleceklerini nasıl algıladıkları sorulmuştur. Alınan yanıtlar incelendiğinde; hemşirelerin % 58.70'i mesleki geleceklerini "kötümser", % 41.30'u ise "iyimser" algıladıklarını belirtmişlerdir (Tablo 3).

Örneklemdaki hemşirelerin yaş ortalamasının 26.64 ± 5.163 olduğu düşünülürse, genç bir grubun, mesleki gelecekleri konusunda "kötümser" olmaları dikkat çekici olmaktadır. Meslekten, çalışma ortam ve koşullarından kaynaklanan etkilerin önemli olduğu görüşü olmaktadır.

Çalışmanın ileri analizlerinde, mesleki gelecek algısı ile MBI subskala puanları arasındaki ilişkiler incelenmiş olup, her üç subskala ile de (EE için $F:54.34$, $p < 0.01$, DP için $F:14.37$, $p < 0.01$, PA için $F:16.27$, $p < 0.01$) yüksek düzeyde anlamlı ilişkiler bulunmuştur (Tablo 18).

Hemşirelerin çalışma ortamlarıyla ilgili özelliklerin "burnout" sendromu ile ilişkisi olduğu belirtilmiştir. Bu özelliklerin bazıları; çalışma saatleri, siftler, iş merkezli ya da hasta merkezli çalışma, ye-

tersiz görevli ve araç-gereç ile çalışma, çeşitli ilişkiler (hemşire-hemşire, doktor-hemşire, hasta-hemşire gibi), iş statüsüyle ilgili özellikler, iş yükü, sık sık değişen shiftler, iş ortamının fizik koşulları, hastalardan kaynaklanan özellikler, hastalarla doğrudan ilişki içinde bulunma sıklığı, süresi gibi özellikler, kurumun hemşirelik hizmetlerine bakış açısı şeklindeki özelliklerdir (8, 9, 10, 23, 24, 25, 53, 57, 64, 74, 84, 88).

Yukarıda belirtilen iş ortamıyla ilgili özelliklerin genel olarak hemşireler tarafından nasıl değerlendirildiğini saptamak amacıyla, hemşirelere "Genelde, çalışma ortamınızdan memnun musunuz?" şeklinde bir soru sorulmuştur. Alınan yanıtlar incelenecek olursa, hemşirelerin % 58.33'ü "kısmen memnun" olduklarını, % 24.64'ü "memnun" olduklarını, % 17.03'ü ise "memnun olmadıklarını" belirtmişlerdir (Tablo 3). "Kısmen memnun" olduğunu belirten grubun oranı yüksektir. Bu bulgular, hemşirelerin iş ortamlarıyla ilgili bazı özellikler konusundaki (araç-gereç durumu, hemşire sayısı, hekim-hemşire ilişkileri, hemşire-hemşire ilişkileri, hemşirelerin bilgi ve beceri durumu, mesleğin bugünkü durumu) görüşleri ile birlikte değerlendirildiğinde, paralellikler dikkati çekmektedir (Tablo 5).

Araştırmanın ileri analizlerinde, hemşirelerin çalışma ortamlarından memnuniyet durumlarının, MBI subskalaları ile ilişkileri incelenmiş olup, çalışma orta-

mından memnuniyet durumunun her üç subskala ile de (EE için $F:28.24$, $p < 0.01$, DP için $F:7.16$, $p < 0.01$, PA için $F:3.62$, $p < 0.05$) anlamlı düzeyde ilişkili olduğu görülmektedir (Tablo 23).

Sağlık tanımı ile bireyin fiziksel, ruhsal ve sosyal iyilik hali ifade edilmektedir (36, 109, 122).

"Burnout" sinsi bir süreç olarak bireyin, hem fiziksel, hem ruhsal, hem de toplumsal yönleri üzerinde çeşitli etkilerde bulunmaktadır. Bu etkiler kesin bir şekilde ortaya çıkmayıp, bireysel özelliklerle de etkilenerek değişik şekillerde yansımalar bulmaktadır. Bireyler birşeylerin bozuk gitmekte olduğunu fark etmekte ancak bu şudur diye açıkça ortaya koyamamaktadırlar (15, 37, 102). Tezin ilk sayfalarında genel bilgiler başlığı altında, belirtiler ve seyir bölümlerinde, bireydeki fiziksel, ruhsal ve toplumsal etkilenişler ayrıntılı bir şekilde sunulmuştur.

Yukarıda belirtilen bilgilerle sağlığın bir çeşit etkilenişi olarak ele alınan "burnout" sendromu ile hemşirelerin kendi sağlıklarını algılayışları birlikte incelenmiştir. Bu amaçla hemşirelere kendi sağlık algı-ları sorulmuştur. Alınan yanıtlar incelendiğinde, hemşirelerin % 51.45'i "iyi" şeklinde, % 36.95'i "ne iyi, ne kötü" şeklinde yanıtlar vermişlerdir (Tablo 4). Bu yanıtların % 36.95 gibi bir oran içeren kısmının "burn-out" sendromu açısından bir potansiyel taşıyan grup olması olasıdır.

Araştırmanın ileri analizlerinde, hemşirelerin kendi sağlıklarını algılayışları ile, MBI subskala puanları arasındaki ilişkiler incelenmiş olup, hemşirelerin kendi sağlık algıları ile MBI-EE (F:4.86, $p < 0.01$) ve PA (F:5.74, $p < 0.01$) subskalaları arasında yüksek düzeyde anlamlı ilişkiler olduğu görülmüştür. DP subskalası ile (F:2.35, $p > 0.05$) anlamlı bir ilişki görülmemiştir (Tablo 24).

4.3. ARAŞTIRMA KAPSAMINDA İNCELENEN DEĞİŞKENLER İLE MBI-EE, DP, PA SUBSKALA PUANLARI ARASINDAKİ İLİŞKİLERİN İNCELENMESİ

Yaş ile EE subskalası puanları arasında elde edilen korelasyon katsayısı, $r = -0.148$, $p < 0.05$ 'dir. Yaş arttıkça EE puanının azaldığı görülmektedir (Tablo 6, Grafik 1).

Yaş ile DP subskalası puanları arasında elde edilen korelasyon katsayısı, $r = -0.209$, $p < 0.01$ 'dir. Yaş arttıkça DP puanında bir miktar azaldığı görülmektedir (Tablo 6, Grafik 1).

Yaş ile PA subskalası puanları arasında elde edilen korelasyon katsayısı, $r = 0.135$, $p < 0.05$ 'tir. Yaşla birlikte, PA puanında bir miktar artma görülmektedir (Tablo 6, Grafik 1).

Sever'in araştırma bulguları yaş ile stres kaynaklarının değiştiğini göstermiştir (101). Emosyonel

tükenme subskalasının, stres skalası ile bazı benzerlikler gösterdiği belirtilmiş olduğundan, özellikle yaş ile EE-Emosyonel tükenme subskalası arasında negatif yönde bir ilişki olacağı beklenir (54, 56).

Daha önceki çalışmalarda, yaşın EE, DP ve PA subskalaları ile ilişkili olduğu, daha genç olanların EE, DP skalası puanlarının daha yüksek, PA puanlarının düşük olmaya eğilimli olduğu görülmüştür (8, 9, 23, 68, 73).

Freudenberger ise genellikle meslek yaşamının ilk yıllarında "burnout"un daha fazla görüldüğünü belirtmiştir (37). Bu bilgiler, şimdiki araştırma bulguları ile uygunluk içindedir.

Medeni durum ile MBI subskalaları arasında ilişki incelendiğinde; medeni durum ve EE puanı arasında varyans analizi sonuçlarına göre ($F:1.72$, $p > 0.05$) bir ilişki bulunmamıştır. Aynı şekilde, medeni durum ve DP puanı arasında yapılan varyans analizi sonuçlarına göre ($F:1.87$, $p > 0.05$) bir ilişki görülmemiştir. Aynı sonuç PA puanı ile ilgili olarak da ($F:0.54$, $p > 0.05$) elde edilmiştir (Tablo 7).

Arsoy'un çalışmasında, medeni durum ile işten ayrılma niyeti arasında anlamlı bir ilişki bulunamaması bu araştırmanın bulgularıyla benzerdir (3).

Bundan önceki araştırmalarda medeni durumun "burnout" subskalalarıyla ilişkileri bazı değişiklikler göstermekle birlikte, bir kaynakta medeni durum ile

"burnout" arasında bir ilişki olmadığı belirtilmiş olup bu bulgu şimdiki araştırma bulgularına uygunluk göstermektedir (74). Diğer araştırmaların bulguları ise; bir çalışmada MBI'nın sadece PA subskalasının medeni durumla ilişkisi olduğu görülmüştür (9). Diğer bir çalışmada, medeni durumun sadece EE ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Aynı çalışmada, EE puanı bekar ya da boşanmış olanlarda yüksek olarak bulunmuştur (8). Evlilerin, ayrılmış ve boşanmışlara göre "burnout"unun düşük oluşu, ailenin bir çok gereksinimi karşıladığı sonucuna götürmektedir denilmektedir (23). Ancak bizim toplumumuzda, bekar ya da boşanmış veya hatta dul olduğunda zamanlarda da birey yalnız yaşamadığından ailenin bir çok gereksinimi karşılama görevinin devam ediyor olmasından dolayı, medeni durumun MBI subskalalarıyla ilişkisi bulunmamış olabilir.

Çocuk sahibi olup olmama durumunun MBI subskalalarıyla ilişkisi incelendiğinde; sadece EE subskalası puanlarıyla ilişkili olduğu ($F:4.82, p<0.05$), (DP subskalası için $F:2.85, p>0.05$, PA subskalası için $F:0.46, p>0.05$) görülmüştür (Tablo 8).

Bir araştırmada, çocuğun olup olmaması değil, çocuk sayılarının "burnout" ile ilişkisi incelenmiş olup, çocuk sayısının EE ve DP subskalalarında puan artışı, PA subskalasında puan azalışı ile ilişkili olduğu bulunmuştur (9).

Mezuniyet durumunun MBI subskalalarıyla ilişkisi

olup olmadığı incelendiğinde; EE subskalası ile ilgili olarak $F:0.01$, $p>0.01$, DP subskalası ile ilgili olarak $F:2.01$, $p>0.05$ ve PA subskalası ile ilgili olarak $F:0.20$, $p>0.01$, sonuçlarıyla her üç subskala ile de ilişkisi olmadığı görülmüştür (Tablo 9).

Daha önceki araştırmalarda değişik bulgular elde edilmiştir. Bir çalışmada, eğitim durumu ile "burnout" subskalaları arasında ilişki olmadığı görülmüştür (74). Bu çalışmanın bulguları şimdiki araştırma bulgularına uygunluk göstermektedir. Diğer bir çalışmada, eğitim düzeyi arttıkça EE puanlarında artma, DP puanlarında ise azalma görülmüştür (8).

Ayrıca Sever'in araştırmasında eğitim düzeyi ile stres puanları arasında bir ilişki bulunamamıştır. Benzer şekilde Arsoy'un çalışmasında işten ayrılma niyeti ile eğitim düzeyi arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (3, 101). Bu bulgular, şimdiki araştırma bulgularını destekler niteliktedir.

Hizmet süresi ile EE subskala puanları arasında elde edilen korelasyon katsayısı $r=-0.173$, $p<0.05$ 'dir. Hizmet süresi ile EE puanı arasında negatif bir ilişki izlenmektedir (Tablo 10, Grafik 2).

Hizmet süresi ile DP subskala puanları arasında elde edilen korelasyon katsayısı, $r=-0.181$, $p<0.01$ 'dir. Hizmet süresi ile DP puanları arasında negatif bir ilişki gözlenmektedir (Tablo 10, Grafik 2).

Hizmet süresi ile PA subskala puanları arasında

elde edilen korelasyon katsayısı, $r=0.138$, $p < 0.05$ 'dir. Hizmet süresi ile PA puanı arasında zayıf bir şekilde pozitif yönde bir ilişki görülmektedir (Tablo 10, Grafik 2).

Arsoy'un çalışmasında hemşirelerin hizmet süreleri ile işten ayrılma niyetleri arasında önemli bir ilişki olduğu bulunmuştur (3). Bu bulgu, şimdiki araştırmanın bulgularıyla uygunluk oluşturmaktadır.

Daha önceki diğer bir çalışmada, hizmet süresi ile EE ve DP subskalası puanları ile negatif yönde ilişki bulunmuştur. PA yönünden anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (8). EE ve DP subskalası ile ilgili bulgular, şimdiki araştırmanın bulgularına uygunluk göstermektedir. PA subskalası ile ilgili bulgular ise uygunluk göstermemektedir.

Hemşirelerin çalışmakta oldukları hastaneler ile, MBI subskalaları arasında ilişki olup olmadığı incelendiğinde;

EE subskalası puanlarıyla çalışılmakta olan hastane arasında anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür ($F:4.69$, $p < 0.01$) (Tablo 11). Yapılan ileri analiz sonuçlarına göre, bu anlamlılık; S.S.K. Hastanesi ve Devlet Hastanesi hemşirelerinin puanlarıyla ilgili olarak ($T=2.124$, $p < 0.05$) ve S.S.K. Hastanesi ile Ege Üniversitesi Hastanesi hemşirelerinin puanlarıyla ilgili olarak elde edilen ($T=2.068$, $p < 0.05$) sonuçlarından kaynaklanmaktadır (Tablo 11).

DP subskalası puanlarıyla çalışılmakta olunan hastane arasında da anlamlı bir ilişki bulunmaktadır (F:3.82, $p < 0.05$) (Tablo 11). Yapılan ileri analiz sonuçlarına göre bu anlamlılık; S.S.K. Hastanesi ve Ege Üniversitesi Hastanesi hemşirelerinin EE puan ortalamalarından elde edilen ($T=1.60$, $p > 0.05$) ve S.S.K. Hastanesi ve Devlet Hastanesi hemşirelerinin EE puan ortalamalarından elde edilen ($T=1.53$, $p > 0.05$) ile, Devlet Hastanesi ve Ege Üniversitesi Hastanesi hemşirelerinin EE puan ortalamalarından elde edilen ($T=0.108$, $p > 0.05$) sonuçlarla somutlaşmamıştır. Benzer şekilde, PA subskalası puanları ile çalışılmakta olunan hastane arasında da anlamlı bir ilişki bulunmuştur (F:3.16, $p < 0.05$) (Tablo 11). Yapılan ileri analiz sonuçlarına göre bu anlamlılık (S.S.K. Hastanesi, Devlet Hastanesi için elde edilen $T=1.76$, $p > 0.05$, S.S.K. Hastanesi, Ege Üniversitesi Hastanesi için elde edilen $T=0.79$, $p > 0.05$ ve Devlet Hastanesi, Ege Üniversitesi Hastanesi için elde edilen $T=1.07$, $p > 0.05$) sonuçlarla) somut bir şekle dönüşmemiştir. Ancak bilgisayar çıktıları incelendiğinde, ortalamaları etkilememekle birlikte, her iki subskala ile ilgili olarak S.S.K.Hastanesi hemşirelerinin puanlarından kaynaklandığı izlenimi alınmaktadır.

Çalışılan ortamın ve çalışılan hastanenin "burn-out" süreci açısından önemli bir faktör olduğu belirtilmiştir (17, 53, 84, 88).

Sever'in araştırmasında çeşitli hastanelerde

stres kaynaklarında bazı farklılaşmalar olduğu bulgusu, şimdiki araştırmanın bulgularıyla paralellik göstermektedir (101). Ayrıca iş ortamındaki iş stresörlerinin EE puanlarının yüksek düzeyleriyle ilişkili bulunmaktadır (25). Bu bilgiler, bulgularımızla uygunluk içinde olup, özellikle EE puanları ile ilgili ileri analizlerin sonuçları benzerdir (Tablo 11). Arsoy'un çalışmasında da hemşirelerin % 63.2'si işten ayrılmak istemekte olup, nedenler olarak ön sırada çalışma koşullarını belirtmişlerdir (3).

Hemşirelerin hastane içinde aldıkları görev ile MBI subskalaları arasındaki ilişki incelendiğinde; EE subskalasına ilişkin olarak $F:2.41$, $p > 0.01$, DP subskalasına ilişkin olarak $F:0.49$, $p > 0.05$, PA subskalasına ilişkin olarak $F:0.40$, $p > 0.05$, sonuçlarıyla her 3 subkala ile de ilişkili olmadığı görülmüştür (Tablo 13).

İşten ayrılma niyeti ile "burnout" arasında kuvvetli bir ilişki olduğu belirlenmiştir (68, 69). Arsoy'un çalışmasında hastanede üstlenilen görev ile işten ayrılma niyeti arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamış olması, şimdiki araştırmanın bulgularıyla bütünlük sağlamaktadır (3). Sever'in çalışmasında, hemşirelerin hastanede üstlendikleri görevin stres puanlarını etkilemediği bulgusu, şimdiki araştırma bulgularıyla uygunluk içindedir (101).

Hemşirelerin hastane içinde Dahili ve Cerrahi bölümlerde çalışıyor olmalarının, MBI subskalaları ile

ilişkisinin olup olmadığı incelendiğinde;

EE subskalası için $F:0.87$, $p > 0.05$,

DP subskalası için $F:2.40$, $p > 0.05$,

PA subskalası için $F:0.73$, $p > 0.05$, sonuçlarıyla bir ilişki olmadığı görülmüştür (Tablo 12).

İşten ayrılma niyeti ile "burnout" arasında kuvvetli bir ilişki olduğu belirlenmiş olup, işten ayrılma niyetinin "burnout" sürecinin bir sonucu olduğu belirlenmiştir (68, 69). Arsoy'un çalışmasında, işten ayrılma niyeti konusunda, çalışılan bölümün önemli bir değişken olmadığı saptanmıştır (3). Benzer şekilde, Sever'in araştırmasında çalışılan bölüm, stres puanlarında bir değişim oluşturmamıştır (101). Kronik stresin bir sonucu olarak görülen "burnout" olgusunda da benzer sonucun elde edilmiş olması, çalışılan bölüm ve üstlenilen görev gibi değişkenler dışındaki nedenlerin daha etkili olduğu düşüncesine götürebilir (6, 17, 53, 56, 73, 106). Nitekim, araştırma bulgularımız bu doğrultudadır. Çünkü, çalışılan hastane, çalışma şekli, çalışma süresi, meslekleriyle ilgili görüşleri, mesleki gelecek algıları, meslekten memnuniyet, mesleği kendisi için uygun bulma, çalışma ortamından memnuniyet gibi değişkenlerin subskalalar ile istatistikî olarak anlamlı olduğu bulunmuştur.

Hemşirelerin haftada ortalama çalışma sürelerinin, MBI subskalalarıyla ilişkileri şöyledir :

EE subskalası puanları ile ortalama çalışma süresi arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($F:2.48$,

$p < 0.05$) (Tablo 14). Yapılan ileri analiz sonuçlarına göre bu anlamlılık; 40 saat çalışan gruptaki hemşirelerin, EE puan ortalamaları ile 67 saat ve üzerinde çalışan hemşirelerin EE puan ortalamaları arasındaki farkın önemliliğinden kaynaklanmaktadır ($T=1.9$, $p < 0.1$).

DP ve PA subskalası puanları ile ortalama çalışma süresi arasında anlamlı ilişkiler bulunmamıştır (DP için $F:2.06$, $p > 0.05$, PA için $F:0.79$, $p > 0.05$) (Tablo 14).

Hastalarla direkt temasta bulunma sıklığı ve süresinin, özellikle iş stresörleri ile ilgili olarak EE puanlarıyla ilişkili olduğu belirtilmiştir (9, 25). Bu bilgi, EE subskalası ile ilgili bulguya uygunluk göstermektedir. Ayrıca bazı kaynaklardan elde edilen bilgiye göre, çalışma süresinin DP puanlarında artış ve PA puanlarında azalışa yol açması gerekirken, şimdiki araştırmada bu yönde bulgu elde edilmemiştir (23, 84, 88). Ebelerle ilgili olarak yapılan bir çalışmada ise, çalışma süresinin, sadece EE subskalası ile ilişkili diğer iki subskala ile ilişkili olmadığı görülmüştür. Bu çalışmanın bulguları, şimdiki çalışmanın bulgularıyla daha fazla uygunluk göstermektedir (9).

Hemşirelerin çalışma şekillerinin, MBI subskalaları ile ilişkisi incelenerek şu sonuçlar elde edilmiştir :

EE subskala puanları ile çalışma şekli arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($F:4.45$, $p < 0.05$) (Tablo

15). Yapılan ileri analiz sonuçlarına göre bu anlamlılık; üç kaynaktan meydana gelmektedir. Birinci kaynak; sürekli gündüz çalışan hemşirelerin EE puan ortalamaları ile sürekli gündüz çalışıyor olmakla birlikte, gece nöbetlere devam etmek durumunda olan özellikle S.S.K. Tepecik Hastanesi'nde kaynaklanan grupta yer alan hemşirelerin EE puan ortalamaları arasındaki farkın önemliliğidir ($T=2.59$, $p<0.05$). İkinci kaynak; sürekli gündüz çalışan hemşirelerin EE puan ortalamaları ile nöbet usulü çalışan hemşirelerin EE puan ortalamaları arasındaki farkın önemli oluşudur ($T=2.23$, $p<0.05$). Üçüncü kaynak ise sürekli gündüz çalışan hemşirelerin EE puan ortalamalarının, vardiya değişimli çalışan hemşirelerin puan ortalamaları arasındaki farkın önemli oluşundandır ($T=1.925$, $p<0.1$).

DP subskalası puanları ile çalışma şekli arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($F=3.74$, $p<0.05$) (Tablo 15). Bu anlamlılığın nereden kaynaklandığı irdelendiğinde; 3 kaynağın varlığı görülmüştür. Bu kaynaklar öncelik sırasına göre; sürekli gündüz çalışan hemşirelerin DP puan ortalamaları ile sürekli gündüz çalışmanın yanı sıra, gece nöbetlere de devam etmek durumunda bulunan gruptaki hemşirelerin DP puan ortalamaları arasındaki farkın önemli olmasındandır ($T=2.40$, $p<0.02$). İkinci kaynak ise sürekli gündüz çalışan hemşirelerin EE puan ortalamaları ile nöbet şeklinde çalışanların puan ortalamaları arasında-

ki farkın önemli oluşudur ($T=1.384$, $p<0.2$). Diğer kaynak ise vardiya değişimli çalışan hemşirelerin DP puan ortalamalarının, sürekli gündüz çalışmanın yanı sıra, gece nöbetlere de devam etmek durumunda olan hemşirelerin DP puan ortalamaları arasındaki farkın önemli oluşudur ($T=1.745$, $p<0.1$).

PA subskala puanları ile çalışma şekli arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($F=2.69$, $p<0.05$) (Tablo 15). Yapılan ileri analiz sonuçlarına göre bu anlamlılık, altı kaynaktan kaynaklanmaktadır. Bu kaynaklar öncelik sıralarına göre :

1- Vardiya değişimli çalışan grup ile sürekli gündüz çalışmanın yanı sıra gece nöbetlere de devam eden grupların PA puan ortalamaları arasındaki farkın önemliliği ile ($T=1.828$, $p<0.1$);

2- Sürekli gündüz çalışan grup ile sürekli gece çalışan grupların PA puan ortalamaları arasındaki farkın önemliliği ($T=1.782$, $p<0.1$) ile;

3- Nöbet şeklinde çalışan grup ile vardiya değişimli çalışan grupların PA puan ortalamaları arasındaki farkın önemliliği ($T=1.684$, $p<0.1$) ile;

4- Sürekli gündüz çalışan grup ile, sürekli gündüz çalışmanın yanı sıra gece nöbetlere de devam eden gruptaki hemşirelerin PA puan ortalamaları arasındaki farkın önemliliği ile ($T=1.481$, $p<0.2$);

5- Sürekli gece çalışan grup ile nöbet şeklinde çalışan gruptaki hemşirelerin PA puan ortalamaları ara-

sındaki farkın önemliliği ile ($T=1.209$, $p<0.2$);

6- Sürekli gündüz çalışan grup ile, nöbet şeklinde çalışan gruptaki hemşirelerin PA puan ortalamaları arasındaki farkın önemliliği ($T=1.169$, $p<0.2$) iledir.

Çalışma şeklinin "burnout" süreci açısından önemli bir faktör olduğu belirtilmiştir (9, 23, 74, 84, 88). Araştırma bulgularımız, bu bilgilerle uygunluk göstermektedir.

Hemşirelerin, mesleklerini benimseme durumları önemlidir. Bu durumun "burnout" süreci ile ilişkili olabileceği düşünülerek, hemşirelere bu kapsam içinde, "mesleği kendisi için uygun bulup, bulmadığı" ve "meslekten memnun olup olmadığı" şeklinde iki soru sorulmuştur. Alınan yanıtların MBI subskala puanları ile ilişkilerinin olup olmadığı incelenmiştir. Hemşirelerin mesleği kendileri için uygun bulup bulmama durumları ile MBI subskalaları arasında istatistiki yönden yüksek düzeyde anlamlı (EE için $F=21.67$, $p<0.01$, DP için $F=4.02$, $p<0.01$ ve PA için $F=5.10$, $p<0.01$) ilişkilerin bulunduğu görülmüştür (Tablo 16). Benzer şekilde, hemşirelerin meslekten memnuniyet durumları ile MBI subskalası arasında her üç subskala ile ilgili olarak da, istatistiki yönden yüksek düzeyde anlamlı (EE için $F=37.24$, $p<0.01$, DP için $F=5.85$, $p<0.01$ ve PA için $F=5.20$, $p<0.01$) ilişkilerin bulunduğu görülmüştür (Tablo 17).

Mesleki yönden ilerleme olanaklarının bulunmasının, geleceğe bakışı, mesleki coşkuyu etkileyeceği ve

bu yöndeki olumsuzlukların ise "tükenmişlik" olgusu ile ilişkili olduğu belirtilmiştir (16). Bu görüşle, hemşirelere mesleki gelecekleri konusunda iyimser mi, kötümser mi oldukları sorulmuştur. Daha sonra bu amaç doğrultusunda, MBI subskalaları ile ilişkileri incelenmiştir. Sonuç beklentilere uygun olup, her üç sabskala ile de (EE için $F=54.34$, $p<0.01$, DP için $F=14.37$, $p<0.01$, PA için $F=16.27$, $p<0.01$) istatistiki yönden yüksek düzeyde anlamlı ilişkileri olduğu görülmüştür (Tablo 18).

Üstlerden değer ve teşvik görme durumunun, mesleki coşkuyu etkileyeceği, bu yöndeki olumsuzlukların ise, bu coşkuyu söndürerek, bir "burnout" sürecinin yaşanmasında etkili olacağı belirtilmiştir (9, 10, 25, 31, 35, 57, 68, 72, 74, 84). Bu bilgi ile, hemşirelerin üstlerinden destek (değer ve teşvik görme şeklinde) görüp görmeme durumlarını saptamak amacıyla soru sorulmuştur. Elde edilen bilgilerin MBI subskalaları ile ilişkileri incelenmiş olup, EE subskalası ($F=11.42$, $p<0.01$) ve DP subskalası ile ($F=4.82$, $p<0.01$) istatistiki yönden anlamlı, PA subskalası ile ise ($F=1.56$, $p>0.05$) anlamsız bir ilişki olduğu görülmüştür (Tablo 19).

Üstlerden alınan destek etkili bir sosyal destek sağlayabilir, ancak başarı duygusunu hastadan alınan destek kadar etkilemez (25). Bu bilgi, üstlerden desteğin EE subskalası ile ilişkili olup, PA ile ilişkili olmamasını açıklayabilir. Firth'ün çalışmasında da üstlerden destek görme, EE ile istatistiki olarak yüksek dü-

zeyde anlamlı bir şekilde ilişkili bulunmuştur (35). Bu konuda ayrıca, işe bağlı çalışanların üstlerden daha fazla destek alabildikleri, bu desteğin olmadığı durumlarda ise hastaya yönelmenin arttığı belirtiliyor (25). Başhemşirelerin liderlik tarzlarının da, çalışanların üstlerinden destek sağlamaları ve "burnout" süreçleri ile ilgili bir değişken olduğu belirtilmiştir (24). Bu konudaki görüşlerden bir başkası, üstlerden destek görmeyen görevlinin cesaretsizliği ile ilgili olabileceği şeklindedir. Üstlerin destekleyici oluşları aşağıdaki özellikleri ile yakından ilgilidir. Bunlar ;

- Kişisel ilgi ya da sıcaklık
- Empati, dikkat ve dinleme becerileri,
- Savunuculuğun olmamasıdır (35).

Bir yönetici, çalışanlarına mümkün olduğunca kendisiyle konuşması için zaman, fırsat, yer sağlayarak ulaşmaya çalışmalıdır (94).

Yukarıdaki bilgiler ışığında, hemşirelerin hastadan değer görme durumları incelenmiştir. Bu konuda elde edilen bulgular, hastadan değer ve teşvik görme durumunun, MBI'nın her üç subskala (EE için $F=4.59$, $p<0.05$, DP için $F=4.90$, $p<0.05$, PA için $F=5.17$, $p<0.05$) ile de istatistiksel olarak anlamlı yönde ilişkileri olduğu görülmüştür (Tablo 20).

Hizmeti alanın desteğinin, EE ve DP puanlarında artışa, PA puanında azalışa yol açtığı belirtilmiştir (9). Ayrıca, hastadan alınan destek, bireyin başarı

duygusu ile olumlu yönde ilişkili olup, hatta bireyin iş başarısı konusundaki algılarını belirleyen kritik bir faktör olduğu belirtilmiştir (25). Yukarıdaki bulgular, bu bilgilerle uygunluk içindedir. Ayrıca, üstlerden alınan destek ile hastadan alınan destek karşılaştırıldığında, üstlerden, çok, hastadan destek alındığı görülmektedir. Bu durumda üstlerin destek sağlama (verme) konusundaki özelliklerden ya da hemşirelerin destek alma konusundaki özelliklerden kaynaklanabilir. Bu konuda daha ileri incelemelere gerek olduğu kanısı uyanmaktadır.

Meslektaşlardan destek görme durumunun, mesleki yaşamı ve iş streslerini karşılamada etkili bir değişken olarak, "burnout" sürecinin yaşanmasında önemli bir faktör olduğu belirlenmiştir (9, 25, 57, 74). Etkili bir sosyal destek olarak beliren meslektaş desteğinin önemi vurgulanmıştır (17, 25).

Yukarıdaki bilgiler ışığında, hemşirelerin birbirinden sağladığı destek durumu incelenmiştir. Bu konuda elde edilen bulgular, hemşirelerin birbirinden destek görme durumunun, MBI'nın her üç subskalası ile de (EE subskalası için $F=1.26$, $p>0.05$, DP subskalası için $F=0.69$, $p>0.05$, PA subskalası için $F=0.49$, $p>0.05$) istatistiki olarak anlamlı yönde ilişki bulunmamıştır (Tablo 21).

Bu örneklem için, hemşirelerin birbirlerini desteklemedikleri ve bu nedenle bulguların önceki bilgilerle uygunluk göstermediği görülmüştür. Arsoy'un bu konudaki bulguları benzerdir (3). Hemşirelerin birbirlerini

yeterince desteklememelerinin çok çeşitli nedenleri olabilir. Bu konuda daha ayrıntılı çalışmalara gerek olduğu düşünülmektedir.

Hemşirelerin kendi iş verimleri konusundaki görüşleri ile MBI subskalaları arasındaki ilişki incelenerek, her üç subskala ile ilgili olarak (EE için $F=5.23$, $p<0.05$, DP için $F=6.45$, $p<0.05$ ve PA için $F=16.20$, $p<0.05$) anlamlı ilişkiler elde edilmiştir (Tablo 22).

Hemşirelikte başarının ne olduğu daima net değildir (9). Ancak bununla birlikte, hemşirelerin kendi iş verimleri konusundaki görüşleri büyük oranda, hastadan aldıkları destekle etkilenmektedir (25). Ayrıca bireyin yakınlarından ve çevreden sağladıkları destek, bireyin başarı duygusunu etkilemektedir (57). Araştırma kapsamındaki hemşirelerin hastaları tarafından desteklendikleri ve "güç bir durumda kaldıklarında" eş ve birincil akrabalarından destek görenlerin fazla olduğu da dikkate alınırca, iş verimleri konusunda "iyi" düşünenlerin çoğunlukta olması, birbirleriyle uygun düşen bulgulardır. Bu kapsam içinde, hemşirelerin iş verimleri konusundaki görüşlerinin MBI subskalaları ile yüksek düzeyde anlamlı ilişkilerinin olması, yukarıdaki bilgilerle bir bütünlük oluşturmaktadır. Hemşirelerin iş verimleri konusundaki görüşlerinin sorulması, bir yönüyle de PA subskalası itemlerine verilen yanıtlar arasında tutarlılık olup olmadığını da test etmektedir (61, 100, 116).

Çalışma ortamından memnuniyet durumunun, mesleki

yaşam üzerinde etkili bir değişken olacağı düşünülmektedir. Çalışma ortamından memnun olmama, bir çok nedenle birlikte olup, böyle bir değişkenin "burnout" süreci ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir (7, 14, 15, 16, 39, 76, 77, 78, 87, 99, 102, 106). Bu düşünce ile hemşirelere ortamlarından memnun olup, olmadıkları sorulmuştur (Tablo 3). Daha sonra memnuniyet durumlarının, MBI subskalaları ile ilişkileri incelenmiş olup, yapılan analizler her üç subskala ile de ilgili olarak (EE için $F=28.24$, $p<0.01$, DP için $F=7.16$, $p<0.01$ ve PA için $F=3.62$, $p<0.05$) istatistiksel açıdan anlamlı ilişkileri olduğu görülmüştür (Tablo 23).

Arsoy'un çalışmasında, hemşirelerin "bir gün işinizden ayrılırsanız bunun nedeni ne olabilir" şeklindeki soruya verdikleri yanıtlar incelendiğinde, önceliği çalışma koşulları almış olup devamında doyumsuzluk, ekonomik yetersizlik, stres, vs. yanıtları bulunmaktadır (3). İşten ayrılma durumunun "burnout" sürecinin bir fonksiyonu olduğu belirtilmiştir (23, 25, 68, 69, 86). Bu bilgilerle, şimdiki çalışmada, çalışma ortamından memnuniyetin, "burnout" süreci ile ilişkili olduğu sonucu bir paralellik göstermektedir.

Dünya Sağlık Örgütü sağlığı, "yalnız hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, aynı zamanda fiziksel, psikolojik ve sosyal yönden tam bir iyilik hali" olarak tanımlamaktadır (36, 109, 122). Sağlık kavramı bu kapsamda ele alındığında, "tükenmişlik"- "burnout" sendromunda,

biyopsikososyal bir varlık olarak tanımlanan insanın, bu üç alanda da zarar görmesi söz konusudur (23, 25, 37, 38, 40, 70, 86, 93, 121). Hemşirelerin kendi sağlıklarını algılayışlarının, bu kapsam içinde önemli olacağı düşünülerek, sağlıklarını nasıl algıladıkları sorulmuştur. Daha sonra, hemşirelerin kendi sağlıklarını algılayışları ile MBI subskalaları arasındaki ilişkiler incelenmiştir. Elde edilen sonuçlara göre, hemşirelerin kendi sağlıklarını algılayışları ile EE subskalası ($F=4.86$, $p < 0.01$) ve PA subskalası ($F=5.74$, $p < 0.01$) arasında istatistiki açıdan anlamlı DP subskalası ($F=2.35$, $p > 0.05$) arasında ise anlamsız bir ilişki bulunduğu görülmüştür (Tablo 24).

4.4. HEMŞİRELERLE İLGİLİ ÖZELLİKLERİN, MBI SUBSKALA PUANLARINI ETKİLEME DURUMLARI İLE MBI SUBSKALA ÖLÇÜMLERİ ARASINDAKİ BAĞINTININ VE MBI SUBSKALA PUANLARINI ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN ÖNEM DERECELERİNİN (BASAMAKLI REGRESYON ANALİZİ SONUÇLARI) İNCELENMESİ

Hemşirelerin, MBI puanlarını bir çok değişkenin etkilediği bilinmektedir. Bu değişkenler, bireysel ve çevresel değişkenler başlıkları altında toplanabilir. "Burnout" sürecinde bireysel değişkenlerin önemi bilinmekle birlikte, çevresel değişkenlerin daha önemli değişkenler olduğu bir çok çalışmada vurgulanmıştır (3,

17, 25, 53, 84, 88).

Hemşirelerle ilgili bireysel değişkenler kapsamında yaş, eğitim, medeni durum, çocuk sahibi olup olmama durumu, hizmet süresi gibi temel değişkenler yer alabilmektedir (8, 9, 23, 25, 31, 57, 68, 73, 74, 106).

Yukarıda sayılan değişkenler, şimdiki araştırma kapsamında da yer almıştır (Tablo 6, 7, 8, 9, 10).

Şimdiki araştırma kapsamında, hemşirelerin meslekleriyle ilgili bazı görüşleri de incelenmiştir. Bu görüşler, bir yönüyle bireysel değişkenler olup, diğer yönüyle ise çevresel değişkenler tarafından etkilenen değişkenler özelliğindedir. Hemşirelerin meslekleriyle ilgili görüşleri; mesleği isteyerek seçip seçmediği, mesleğini eleştirme sıklığı, mesleği uygulamaktan memnun olup olmadığı, mesleği kendisi için uygun bulup bulmadığı, iş verimi konusundaki görüşü, mesleği uygulama nedeni, öğrenim çabasının olup olmaması durumu gibi alanlardaki görüşleri içermektedir. Ayrıca, hemşirelerin genel olarak ortamlarından memnun olup olmadıkları ve kendi sağlıklarını ne şekilde algıladıkları da incelenmiştir (Tablo 3, 16, 17, 22, 23, 24).

Hemşirelerle ilgili çevresel değişkenler kapsamında; hemşirelerin çalıştıkları hastane, hastanede çalıştıkları bölüm ve üstlendikleri görev, çalışma süresi ve çalışma şekli, çalışma ortamında üstlerinden, hastalarından ve meslektaşlarından aldıkları destek, yakınlarından aldıkları destek, çalışma ortamındaki araç-gereç

durumu; hemşire sayısı, hemşirelerin bilgi ve beceri durumu, çalışma ortamındaki hasta, hekim ve hemşirelerle ilişkiler, bakım verilen hasta sayısı gibi değişkenler yer almaktadır (Tablo 5, 11, 12, 13, 14, 15, 19, 20, 21).

Yukarıda sayılan değişkenlerin önemi bir çok kaynakta vurgulanmıştır (9, 10, 17, 24, 25, 33, 57, 68, 72, 74, 84, 88).

Bu kapsamla araştırma içeriğindeki tüm değişkenlerin, MBI subskalaları ile ilişkileri incelenmiş ve bu değişkenlerin, MBI subskala puanları üzerindeki etki dereceleri belirlenmeye çalışılmıştır.

4.4.1. ARAŞTIRMA KAPSAMINDAKİ DEĞİŞKENLER İLE MBI-EE SUBSKALA PUANLARI ARASINDAKİ BAĞINTININ VE EE SUBSKALA PUANLARINI ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN ÖNEM DERECELERİNİN (BASAMAKLI REGRESYON ANALİZİ SONUÇLARI) İNCELENMESİ

MBI-EE subskala puanlarını etkileyen faktörler birlikte değerlendirilerek, etkililik önem dereceleri incelendiğinde (basamaklı regresyon analizi sonuçları) (Tablo 25); sırası ile meslekten memnuniyet ($t=8.68$, $p<0.01$), ortamdaki memnuniyet ($t=4.80$, $p<0.01$), mesleğin uygunluğu ($t=4.60$, $p<0.01$), mesleki gelecek algısı ($t=3.54$, $p<0.01$), hizmet süresi ($t=-2.59$, $p<0.01$), sağlık algısı ($t=2.17$; $p<0.05$), mesleği eleştirme sık-

lığı ($t=-2.18$, $p<0.05$) şeklindeki 7 faktör yer almıştır.

Bu sonuçlarla birlikte, diğer faktörlerin MBI-EE subskala puanlarını etkileyebilecek olanları ile ilgili olarak doğru ya da ters yönde anlamlı korelasyon veren faktörler; sadece yaş ($r=-0.148$, $p<0.05$) ve hizmet süresi ($r=-0.173$, $p<0.05$) faktörleri olup, EE subskalası puanlarıyla ters yönde ilişkilidirler (Tablo 6, 10, Grafik 1, 2).

Ayrıca faktörlerin bir kısmı, varyans analizi ile incelenerek, farklı gruplar arasında, EE subskalası puanlarında anlamlı farklar olup olmadığı incelenmiş olup, farklılık gösteren grupların bulunduğu faktörler; çocuk sahibi olup, olmama durumu ($F=4.82$, $p<0.05$), çalışılan hastane faktörü ($F=4.69$, $p<0.01$), çalışma şekli ($F=4.45$, $p<0.05$), çalışma süresi ($F=2.48$, $p<0.05$), üstlerden değer görme durumu ($F=11.42$, $p<0.01$), hastalardan değer görme durumu ($F=4.59$, $p<0.05$), çalışma ortamından memnuniyet ($F=28.24$, $p<0.01$), kendi sağlıklarını algılayış ($F=4.86$, $p<0.01$), mesleki gelecek algısı ($F=54.34$, $p<0.01$), iş verimi ($F=5.23$, $p<0.05$), meslekten memnuniyet durumu ($F=37.24$, $p<0.01$), mesleği uygun bulup bulmama durumu ($F=21.67$, $p<0.05$) konusundaki faktörlerdir (Tablo 8, 11, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 22, 23, 24).

Ancak puanlar üzerindeki etkililik önem dereceleri (basamaklı regresyon analizi sonuçları) incelendiğin-

de; sırası ile meslekten memnuniyet ($t=8.68$, $p < 0.01$), ortamdaki memnuniyet ($t=4.80$, $p < 0.01$), mesleğin uygunluğu ($t=4.60$, $p < 0.01$), mesleki gelecek algısı ($t=3.54$, $p < 0.01$), hizmet süresi ($t=-2.59$, $p < 0.01$), sağlık algısı ($t=2.17$, $p < 0.05$), mesleği eleştirme sıklığı ($t=-2.18$, $p < 0.05$) şeklindeki 7 faktör, daha ön sıralarda yer almışlardır (Tablo 25).

4.4.2. ARAŞTIRMA KAPSAMINDAKİ DEĞİŞKENLER İLE MBI-DP SUBSKALA PUANLARI ARASINDAKİ BAĞINTININ VE DP SUBSKALA PUANLARINI ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN ÖNEM DERECELERİNİN (BASAMAKLI REGRESYON ANALİZİ SONUÇLARI) İNCELENMESİ

MBI-DP subskala puanlarını etkileyen faktörler birlikte değerlendirilerek, etkililik önem dereceleri incelendiğinde (basamaklı regresyon analizi sonuçları) (Tablo 26); sırası ile hasta-hemşire ilişkisi ($t=4.68$, $p < 0.01$), iş verimi ($t=3.62$, $p < 0.01$), yaş ($t=-3.12$, $p < 0.01$), mesleği eleştirme sıklığı ($t=-2.89$, $p < 0.01$), üstlerden değer görme durumu ($t= 2.49$, $p < 0.01$) yer almıştır.

Bu sonuçlarla birlikte diğer faktörlerden MBI subskala puanlarını etkileyenlerle ilgili olarak doğru ya da ters yönde anlamlı korelasyon veren faktörler; sadece yaş ($r=-0.209$, $p < 0.01$) ve hizmet süresi ($r=-0.181$, $p < 0.01$) faktörleri olup, DP subskalası ile

ters yönde ilişkilidirler (Tablo 6, 10, Grafik 1, 2).

Ayrıca faktörlerin bir kısmı, varyans analizi ili incelenerek, farklı gruplar arasında, DP subskalası puanlarında anlamlı farklar olup olmadığı incelenmiş olup, farklılık gösteren grupların bulunduğu faktörler; çalışılan hastane ($F=3.82$, $p < 0.05$), çalışma şekli ($F=3.74$, $p < 0.05$), üstlerden değer görme durumu ($F=4.82$, $p < 0.01$), hastalardan değer görme durumu ($F=4.90$, $p < 0.05$), çalışma ortamından memnuniyet durumu ($F=7.16$, $p < 0.01$), mesleki gelecek ($F=14.37$, $p < 0.01$), iş verimi ($F=6.45$, $p < 0.05$), meslekten memnuniyet durumu ($F=5.85$, $p < 0.05$) ve mesleği uygun bulma durumu ($F=21.67$, $p < 0.05$) konusundaki Faktörlerdir (Tablo 11, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 22, 23). Ancak puanlar üzerindeki etkililik önem dereceleri (basamaklı regresyon analizi sonuçları) incelendiğinde; sırası ile hasta-hemşire ilişkisi ($t=4.68$, $p < 0.01$), iş verimi ($t=3.62$, $p < 0.01$), yaş ($t=-3.12$, $p < 0.01$), mesleği eleştirme sıklığı ($t=-2.89$, $p < 0.01$), üstlerden değer görme durumu ($t=2.49$, $p < 0.01$) şeklindeki 5 faktör daha ön sıralarda yer almışlardır (Tablo 26).

4.4.3. ARAŞTIRMA KAPSAMINDAKİ DEĞİŞKENLER İLE MBI-PA SUBSKALA PUANLARI ARASINDAKİ BAĞINTININ VE PA SUBSKALA PUANLARINI ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN ÖNEM DERECELERİNİN (BASAMAKLI REGRESYON ANALİZİ SONUÇLARI) İNCELENMESİ

MPI-PA subskala puanlarını etkileyen faktörler birlikte değerlendirilerek, etkililik önem dereceleri incelendiğinde (basamaklı regresyon analizi sonuçları) (Tablo 27); sırası ile iş verimi ($t=-6.16$, $p<0.01$), hasta-hemşire ilişkisi ($t=-3.73$, $p<0.01$), mesleğin uygunluğu ($t=-2.40$, $p<0.01$), gece hasta sayısı ($t=-2.36$, $p<0.05$) yer almıştır.

Bu sonuçlarla birlikte, diğer faktörlerden MBI-PA subskala puanlarını etkileyenlerle ilgili olarak doğru ya da ters yönde anlamlı korelasyon veren faktörler; yaş ($r=0.135$, $p<0.05$) ve hizmet süresi ($r=0.138$, $p<0.05$) faktörleri olup, PA subskalası ile doğru yönde ilişkilidirler (Tablo 6, 10, Grafik 1, 2).

Ayrıca faktörlerin bir kısmı, varyans analizi ile incelenerek, farklı gruplar arasında, PA subskalası puanlarında anlamlı farklar olup olmadığı incelenmiş

sanat, özellikle MBI-PA Dörtüç Formu ...

Hemşirelerin MBI-PA ...

olup, farklılık gösteren grupların bulunduğu faktörler; çalışılan hastane ($F=3.16$, $p<0.05$), çalışma şekli ($F=2.69$, $p<0.05$), hastadan destek görme durumu ($F=5.17$, $p<0.05$), çalışma ortamından memnuniyet ($F=3.62$, $p<0.05$), kendi sağlığını algılama durumu ($F=5.74$, $p<0.01$), mesleki gelecek algısı ($F=16.27$, $p<0.01$), iş verimi ($F=16.20$, $p<0.05$), meslekten memnuniyet durumu ($F=5.85$, $p<0.05$), mesleği uygun bulma durumu ($F=5.10$, $p<0.05$) konusundaki faktörlerdir (Tablo 11, 15, 16, 17, 18, 20, 22, 23, 24). Ancak puanlar üzerindeki etkililik önem dereceleri (basamaklı regresyon analizi sonuçları) incelendiğinde; sırası ile iş verimi ($t=-6.16$, $p<0.01$), hasta-hemşire ilişkisi ($t=-3.73$, $p<0.01$), mesleğin uygunluğu ($t=-2.36$, $p<0.05$) şeklindeki 4 faktör deha ön sıralarda yer almışlardır (Tablo 27).

B-) S O N U Ç

Tüm araştırma bulguları sonucunda;

1- Maslach Burnout Envanteri'nin kullanılabilir olup olmadığını saptamak amacıyla, güvenilirliği ve geçerliği ile ilgili bazı analizler yapılmıştır. Bu kapsamda, öncelikle MBI'nın Türkçe formu oluşturulmuştur. Hemşirelerin MBI'nın her maddesine verdikleri yanıtların

yüzde dağılımları elde edildikten sonra, maddeler için ortalamalar, varyanslar ve standart sapmalar elde edilmiştir. MBI'nın güvenilirliğini sınamak için, Kuder-Richardson 20. formülü ve yarıya bölme tekniği kullanılarak her üç subskala için ayrı ayrı güvenilirlik katsayıları elde edilmiştir. Elde edilen sonuçlar; EE subskalası için, Kuder-Richardson 20. formülüne göre güvenilirlik katsayısı 0.80, DP subskalası için güvenilirlik katsayısı 0.71 ve PA subskalası için güvenilirlik katsayısı ise 0.71'dir. MBI subskalalarının yarıya bölme tekniği ile saptanan korelasyon katsayılarının Spearman-Brown düzeltilmesi yapıldıktan sonra elde edilen güvenilirlik katsayıları ise, EE subskalası için 0.84, DP subskalası için 0.78 ve PA subskalası için 0.72 olarak saptanmıştır.

MBI'nın geçerliliği ile ilgili olarak birlikte geçerlik (Convergent Validity) tekniği kullanılmıştır. Bu amaçla, hemşirelerin kendilerinin MBI maddelerine verdikleri yanıtlarla, aynı hemşirelerle birlikte çalışan iş arkadaşlarının denek olan hemşireyi değerlendirerek, MBI maddelerine verdikleri yanıtlar karşılaştırılmıştır. Her iki grubun, MBI subskala puan ortalamaları arasında, her üç subskala ile ilgili olarak anlamlı bir fark olmadığı -EE subskalası için $t=0.46$, $p>0.01$, DP subskalası için $t=-0.79$, $p>0.01$, PA subskalası için $t=0.85$, $p>0.01$ - görülmüştür. Bu şekilde, deneklerin kişisel deneyim ya da yaşantılarının dışsal geçerlemesi (External Validity) elde edilmiştir. MBI

subskalaları arasındaki interkorelasyonlar incelendiğinde, Maslach'ın orijinal örnekleminin, subskalalar arasındaki interkorelasyonlarla, yüksek benzerlikler göstermektedir.

Elde edilen bilgiler; MBI'nin geçerliği ve güvenilirliğinin yeterli düzeyde olduğunu göstermektedir. Ancak, bu çalışmanın sınırlı bir örnekleme yürütüldüğü göz önüne alınarak, yeni çalışmalara gereksinim olduğunu belirtmekte yarar vardır.

2- Hemşirelerin sosyo-demografik özellikleri incelendiğinde, hemşirelerin yaş ortalaması 26.6 olup, standart sapması 5.16'dır. Hemşirelerin çoğunluğu evli (% 52.17) ve çocuk sahibi (% 59.78) dir. Çoğunluğu, Sağlık Meslek Lisesi mezunudur. Hemşirelerin % 53.26'sı haftada 40 saat, diğerleri 40 saatin üzerinde çalışmaktadırlar. Hemşirelerin çalışma şekilleri incelendiğinde yarısının (% 52.90) bazen nöbet tutarak, % 11.59'u gündüz çalıştıktan sonra gece nöbetlerine de devam etmektedirler. Hemşirelerin çoğunluğu (% 61.59'u) mesleği isteyerek seçmiştir.

3- Hemşirelerin yaşları ve hizmet süreleri ile MBI-EE ve DP subskalası puanları arasında ters yönlü, PA subskalası puanları arasında doğru yönlü bir ilişki saptanmıştır.

4- Hemşirelerin medeni durumları ile MBI subskalaları arasında ilişki saptanamamıştır.

5- Hemşirelerin çocuk sahibi olup olmama durumu ile MBI'nın sadece, EE subskalası arasında ilişki olduğu saptanmıştır.

6- Hemşirelerin eğitim durumu, hastanede çalıştıkları bölüm ve üstlendikleri görev ile MBI subskalaları arasında bir ilişki olmadığı saptanmıştır.

7- Hemşirelerin çalıştıkları hastane ile MBI subskala puanları arasında, her üç subskala ile ilgili olarak anlamlı düzeyde ilişkiler olduğu saptanmıştır.

8- Hemşirelerin çalışma şekilleri ile MBI subskala puanları arasında anlamlı düzeyde ilişkiler olduğu saptanmıştır. Sürekli gündüz çalışan hemşirelerin EE ve DP puan ortalamaları, sürekli gündüz çalışıp gece devam eden ve nöbet tutarak çalışan hemşirelerin puan ortalamalarından daha düşüktür. PA puan ortalamaları, çalışma şekli yoğunlaştıkça azalmaktadır.

9- Hemşirelerin çalışma süreleri ile MBI-EE ve DP subskala puanları arasında anlamlı, PA subskala puanları arasında ise anlamsız bir ilişki olduğu saptanmıştır.

10- Hemşirelerin üstlerinden destek görme durumunun MBI subskala puanları ile ilişkileri incelenmiş olup, EE ve DP subskala puanları ile yüksek düzeyde anlamlı, PA subskala puanları ile ise anlamsız yönde ilişkili olduğu saptanmıştır.

11- Hemşirelerin hastalarından destek görme durumunun, MBI subskala puanları ile ilişkileri incelenmiş

olup, her üç subskala ile de anlamlı yönde ilişkileri olduğu görülmüştür.

12- Hemşirelerin birbirlerinden (meslektaşlarından) destek görme durumlarının, MBI subskala puanlarıyla ilişkileri incelendiğinde, her üç subskala puanları ile de anlamlı yönde ilişkileri olmadığı görülmüştür.

13- Hemşirelerin, çalışma ortamlarından memnuniyet durumlarının, MBI subskala puanları ile ilişkileri incelendiğinde, her üç subskala puanları ile yüksek düzeyde anlamlı ilişkileri olduğu saptanmıştır.

14- Hemşirelerin kendi sağlıklarını algılama durumları ile, MBI subskala puanları arasındaki ilişki incelendiğinde, EE ve PA subskala puanları ile yüksek düzeyde anlamlı, DP subskala puanları ile anlamsız yönde ilişkileri olduğu bulunmuştur.

15- Hemşirelerin mesleklerini kendileri için uygun bulma durumları ile MBI subskala puanları arasındaki ilişki incelendiğinde; her üç subskala puanları ile yüksek düzeyde anlamlı ilişkilerin olduğu bulunmuştur.

16- Hemşirelerin meslekten memnuniyet durumları ile MBI subskala puanları arasındaki ilişki incelendiğinde, her üç subskala puanları ile ilgili olarak yüksek düzeyde anlamlı ilişkilerin bulunduğu saptanmıştır.

17- Hemşirelerin mesleki geleceğe bakışları ile MBI subskala puanları arasındaki ilişki incelendiğinde, her üç subskala puanları ile ilgili olarak, yüksek düzeyde

anlamli ilişkiler bulunduğu saptanmiştır.

18- Hemşirelerin kendi iş verimleri konusundaki görüşleri ile MBI subskala puanları arasındaki ilişkiler, her üç subskala puanları ile ilgili olarak anlamli bulunmuştur.

19- MBI subskala puanlarını etkileyebilecek faktörler birlikte değerlendirildiğinde, her subskala ile ilgili faktörlerin etkililik önem dereceleri aşağıda gösterilmiştir ;

EE subskala puanlarını etkileyebilecek faktörler birlikte değerlendirildiğinde, EE puanlarını etkileyen faktörlerin etkililik önem derecelerine göre sıralanışları; meslekten memnuniyet durumu, ortamdan memnuniyet durumu, mesleği uygun bulma durumu, mesleki gelecek algısı, hizmet süresi, kendi sağlıklarını algılama durumu ve mesleği eleştirme sıklığı şeklinde-dir.

DP subskala puanlarını etkileyebilecek faktörler birlikte değerlendirildiğinde, DP puanlarını etkileyen faktörlerin etkililik önem derecelerine göre sıralanışları; hasta-hemşire ilişkisi, iş verimi, yaş, mesleği eleştirme sıklığı, üstlerden değer görme durumu şeklinde-dir.

PA subskala puanlarını etkileyebilecek faktörler birlikte değerlendirildiğinde, PA puanlarını etkileyen faktörlerin etkililik önem derecelerine göre sıralanışları; iş verimi, hasta-hemşire ilişkisi, mesleğin uygunluğu, gece hasta sayısı şeklinde-dir.

B.1. ÖNERİLER

Araştırmada elde edilen sonuçlara göre aşağıdaki önerilerin değerlendirilmesi, hemşirelik mesleğinin gelişimi açısından önem taşımaktadır ;

1- "Burnout"-tükenmişlik sendromunun (Fenomeninin) incelenmesinde kullanılmakta olan, Maslach Burnout Envanteri (MBI), şimdiki araştırmada, bir hemşire örnekleminde, türkçeye uyarlandıktan sonra kullanılmış olup, geçerlik ve güvenilirliği incelenmiştir. Elde edilen veriler, envanterin kullanılabilir olduğunu göstermiştir. Ancak, envanterin farklı örneklerde de kullanılarak, geçerlik ve güvenilirliği ile ilgili çalışmaların yapılması uygundur. Bu nedenle, envanter sadece araştırma amacıyla kullanılabilir.

2- Envanterin farklı meslek gruplarında uygulanarak, genelde ülkemiz koşulları ve bir çok meslek için ne ölçüde kullanılabilir olduğunun belirlenmesi yararlı olacaktır.

3- Sağlık hizmetlerinde önemli yeri bulunan hemşirelerin, kendilerinden beklenen hizmetlerin nitelik ve niceliğinin arttırılabilmesi için, görevlerinin, sorumluluklarının, sınırlarının neler olduğu, hem yasalarla güvence altına alınmalı, hem de bunun sağlanması için eğitim programları (hizmet-içi, sürekli, oryantasyon gibi) yürütülmelidir.

4- Hemşirelerin kendi sağlıklarını olumsuz yönde etkileyen faktörlerin saptanması ve giderilmesi ile ilgili çalışmaların yürütülmesine gerek vardır.

5- Şimdiki araştırma sonuçlarından da elde edildiği üzere, "burnout"-tükenmişlik fenomeni ile ilgili olduğu saptanan değişkenler üzerinde (özellikle çalışma ortamı ve koşullarla ilgili olarak) iyileştirme çabaları gösterilmelidir.

6- "Burnout"-tükenmişlik fenomeni ile ilgili olabilecek başka değişkenlerin belirlenmesi ile ilgili yeni araştırmalara gerek vardır.

7- Şimdiki araştırma sonuçlarından elde edildiği üzere, hemşirelerin "burnout" sürecine girmemelerinde önemli bir faktör olan meslektaş desteği ile ilgili ileri araştırmaların yapılması uygundur.

8- Yönetici hemşirelerin iletişim şekillerinin gözden geçirilerek, gerektiğinde izin verici, dinleyici, kısıtlayıcı olmayan bir iletişim şeklinin sürdürülmesi yararlı olabilir.

9- Yönetici hemşirelerin belirli aralıklarla hemşirelerle bireysel ya da grup halinde formal ya da informal toplantılar yapmaları yararlı olabilir.

10- Hemşirelerin, birim ya da görev değişikliği gibi, kendilerini ilgilendiren konulardaki kararlara katılımı sağlanmalıdır.

11- "Burnout"-tükenmişlik fenomeni ile ilgili kavramların öğrenilmesi ve bu sürecin yaşanması ile ilgili ipuçlarının öğrenilerek, bu konularda tedbirli ve duyarlı olunması gereklidir.

12- "Burnout"-tükenmişlik konusunda, farklı gruplarla workshoplar yaparak, kurumlarda birer "burnout" hemşiresi yetiştirilerek eğitimleri süreklileştirildiği gibi, kurumlarında işleyişlerinin sağlanması yönünde çabalara gerek vardır.

13- Hemşirelerin kreş, lojman ve ulaşım sorunları gibi sosyal gereksinimlerinin giderilmesi ile ilgili gelişmeler, hemşirelerin yüklenmişliklerini azaltabilir.

14- "Burnout"-tükenmişlik sendromunun yaşanmamasını, önlenmesini ya da yaşandığında üstesinden gelenebilmesini sağlayacak örgütlenmelere gidilmesi ile ilgili yolların açılması için, ileri araştırmalara gerek vardır. Bu gereklilikler, yerine getirildiğinde, hemşirelerin doyumlu ve nitelikli hizmetler sunma olanakları doğabilir, "burnout" sürecinin yaşanmaması sağlanabilir. Sonuç olarak, ülkemizin sınırlı olanakları ile yetiştirilen hemşirelerin, verimli bir şekilde çalışmalarını sağlanabilir. Böylece yetişmiş, nitelikli hemşirelerin sağlayacağı iş gücünün kaybı önenebilir.

Ö Z E T

Araştırma; tükenmişlik-"Burnout" fenomeninin, hemşirelerle ilgili çeşitli değişkenler arasındaki ilişkileri saptamak amacı ile yapılmıştır. Bu amaca ulaşmak için, öncelikle, tükenmişlik-"burnout" fenomeninin saptanmasında kullanılan MBI'nın (Maslach Burnout Inventory) şimdiki araştırma kapsamı içinde kullanılabilir olup olmadığı sınıanmıştır.

Araştırma kapsamına Yenişehir S.S.K. Hastanesi, Atatürk Sağlık Sitesi Devlet Hastanesi ve Ege Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nde görevli hemşireler arasında, saptanan denek sayısına ulaşınca kadar, 1.8.1989 ve 1.10.1989 tarihleri arasında çalışan hemşireler alınmış ve araştırma 276 denekle yürütülmüştür.

Aynı deneklerin, hemşire arkadaşları tarafından değerlendirilmeleri ile ilgili çalışma 1-30.10.1989 tarihleri arasında yürütülmüştür.

Bu araştırmanın veri toplama bölümünde üç form uygulanmıştır. Formlardan birincisi, deneklerin temel özellikleri ile hemşirelerin meslekleriyle ilgili bazı görüşlerini saptayıcı bir özellik göstermektedir (Ek 1). İkinci form ise, MBI maddelerini içermektedir (Ek 2). Denek olan hemşirelerin arkadaşlarına uygulanan form

ise, MBI'nin üçüncü şahsa göre düzenlenmiş şekildeki maddeleri içermekte olup toplam 74 hemşireye uygulanmıştır (Ek 3).

Birinci formda 28 soru, ikinci formda 22 soru olmak üzere toplam 50 soru sorulmuştur. Birinci formdaki 28 sorudan 22'si çoktan seçmeli olup diğerleri açık uçludur. İkinci form ise MBI'nin 22 maddesine ayrı ayrı çoktan seçmeli bir şekilde seçeneklerin işaretlenmesi şeklindedir.

Formlar deneklere kliniklerde, araştırmacı ile birlikte iken, denekler için uygun bir zamanda, tek tek uygulanmıştır.

Verilerin analizinde; yüzde dağılımları, aritmetik ortalama ve standart sapmalar gösterilmiştir. Uygun olan yerlerde, varyans analizi, t testi, korelasyon ve basamaklı regresyon analizleri uygulanmıştır. MBI'nin güvenilirliği ile ilgili olarak, Kuder-Richardson 20. formülü ve yarıya bölme tekniği kullanılmış olup; EE subskalası için Kuder-Richardson 20. güvenilirlik katsayısı .80, DP subskalası için güvenilirlik katsayısı .71, ve PA subskalası için güvenilirlik katsayısı .71'dir. Yarıya bölme tekniği ile elde edilen katsayının Spearman-Brown düzeltmesi ile saptanan güvenilirlik katsayıları ise, EE subskalası için .84, DP subskalası için .78 ve PA subskalası için .72 olarak saptanmıştır.

MBI'nin geçerliği ile ilgili olarak birlikte geçerlik (Convergent Validity) tekniği kullanılmıştır. Bu

amaçla, hemşirelerin kendilerinin MBI maddelerine verdikleri yanıtlarla, iş arkadaşlarının denek olan hemşireyi değerlendirerek, MBI maddelerine verdikleri yanıtlar karşılaştırılmıştır. Her iki grubun MBI subskala puan ortalamaları arasında, her üç subskala ile ilgili olarak anlamlı bir fark olmadığı -EE subskalası için $t=0.46$, $p>0.01$, DP subskalası için $t=-0.79$, $p>0.01$, PA subskalası için $t=0.85$, $p>0.01$ - saptanmıştır.

Araştırma sonuçlarına göre; MBI'nın her üç subskalası ile anlamlı ilişkiler içinde olan değişkenler; yaş, hizmet süresi, çalışılan hastane, çalışma şekli, hastadan alınan destek durumu, çalışma ortamından memnuniyet, iş verimi ve mesleki gelecek algısı şeklindeki değişkenlerdir. MBI'nın her üç subskalası ile de aralarında ilişki bulunmayan değişkenler; medeni durum, eğitim durumu, çalışılan bölüm (Dahili ya da Cerrahi bölümler), hastanede üstlenilen görev ve meslektaş desteği şeklindeki değişkenlerdir. MBI'nın bazı subskalaları ile ilişkili olan değişkenler ve ilişkili oldukları subskalalar ise şunlardır : Çocuk sahibi olma durumu, EE subskalası ile ilişkili, çalışma süresi ve üstlerden destek görme durumu EE ve DP subskalası ile ilişkili, kendi sağlık algısı ile EE ve PA subskalası ilişkili bulunmuştur.

MBI subskala puanlarını etkileyebilecek faktörler birlikte değerlendirildiğinde, her subskala ile ilgili faktörlerin etkililik önem dereceleri aşağıda

gösterilmiştir.

EE subskala puanlarını etkileyebilecek faktörler birlikte değerlendirildiğinde, bu faktörler önem derecelerine göre sıralandıklarında sırası ile; meslekten memnuniyet durumu, ortamdaki memnuniyet durumu, mesleği uygun bulma durumu, mesleki gelecek algısı, hizmet süresi, kendi sağlıklarını algılama durumu ve mesleği eleştirme sıklığı şeklindedir.

DP subskala puanlarını etkileyebilecek faktörler birlikte değerlendirildiğinde, bu faktörler önem derecelerine göre sıralandıklarında sırası ile; hasta-hemşire ilişkisi, iş verimi, yaş, mesleği eleştirme sıklığı ve üstlerden değer görme durumu şeklindedir.

PA subskala puanlarını etkileyebilecek faktörler birlikte değerlendirildiğinde, bu faktörler önem derecelerine göre sıralandıklarında sırası ile; iş verimi, hasta-hemşire ilişkisi, mesleğin uygunluğu, gece hasta sayısı şeklindedir.

Yukarıdaki bilgiler ışığında, bazı önerilerde bulunulmuştur.

S U M M A R Y

"Burnout" is an important phenomenon, because it decreases the nurses' work productivity, work motivation and leads to their feeling emotionally drained from their profession. On the other hand, "burnout" leads to a deterioration in the quality and quantity of nursing care received by the patients.

The purpose of the study was to test the relationships between sample characteristics and the MBI (Maslach Burnout Inventory).

In order to achieve this purpose, firstly, it was necessary to determine whether or not the MBI could be used for this sample. Therefore, the MBI was examined for reliability and validity.

Reliability of the MBI was confirmed by use of Kuder-Richardson Form 20. and split-half techniques.

According to Kuder-Richardson Form 20, the MBI subscales's reliability coefficients were:reliability coefficient of Emotional Exhaustion subscale was 0.80; it was 0.71 for depersonalization subscale and for Personal Accomplishment subscale it was 0.71.

According to split-half technique, after the Spearman-Brown formula was applied, the MBI subscales were:reliability coefficient of emotional exhaustion

subscale was 0.84, depersonalization subscale was 0.74, and Personal Accomplishment subscale was 0.72.

The validity of the MBI was confirmed by use of convergent validity. For convergent validity, the nurse's MBI scores and the scores obtained from a person who knew her well (e.g nurse's co-workers) were compared.

No significant relations was found between the two groups. Results of these were;

for EE subscale ----- $t = 0.46, p > 0.01,$

for DP subscale ----- $t = -0.79, p > 0.01,$

for PA subscale ----- $t = 0.85, p > 0.01.$

A sample of nurses (N=276) was randomly obtained from three hospitals located in İzmir. The data were collected in the period between August 1989-October 1989.

Nurses responded to a self-administered Questionnaire and the MBI.

Showing a general agreement with previous research, "burnout" was significantly related with some variables. These were: age, length of time in nursing, hospital, nurse shift, support received from patients, contentment from work setting, work productivity, perspectives on the future of her profession.

No significant relationships were found between marital status, level of education, work status in the hospital, support received from colleagues and total scores on the MBI subscales.

Some variables were related to particular sub-

scales of the MBI but not all. These were: Whether or not she has children with EE subscale; working hours and the supervisor support received with the EE and DP subscales; perception of one's own health with the EE and PA subscales.

Concerning the data, percentage, the two way "F" test with one way analysis of variance, student's "t" test, the correlation and stepwise multiple regression test were used in some analyses.

This study points to the following suggestions: The MBI should be used and should also be tested the correlations of the MBI between different samples of their many different variables.

K A Y N A K L A R

1. Aksayan, S., "Ebelerin bilgi düzeyi ve iş doyumu", II.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, 22-25 Mayıs, 1990, İstanbul Üni.Tıp Fak.Halk Sağlığı Ana-bilim Dalı, İstanbul, 1990.
2. Aksoy, G., "Hemşirelikte sürekli eğitim", I.Ulusal Hemşirelik Eğitimi Sempozyumu, 11-12 Eylül, 1986, İstanbul Üni.Flor.Nigh.Hemş.Y.O., İstanbul:Halil Matb., 1988, ss.177-184.
3. Arsoy, G., Yataklı tedavi kurumlarında çalışan hemşirelerin işten ayrılma niyetleri ve bunu etkileyen etmenlerin incelenmesi. (Bilim Uzmanlığı Tezi), Ege Üni.Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, 1989.
4. Atalay, M., "12-18 Mayıs 1987 Hemşirelik Haftası'nda Sivas ili etkinlikleri", T.H.D., 37, 3, (1987), ss.44-48.
5. Bahar, Z., "Temel sağlık hizmetlerinde hemşirelik nasıl olmalı?", T.H.D., 35, 1, (1985), ss.37-41.
6. Bailey, R.D., "The burnt-out helper", Coping with stress in caring. Oxford:Blackwell Scientific Publications Ltd., 1985, pg.28-45.

7. Barnett, C.W., Hopkins, W.A., Jackson, R.A.,
"Burnout experienced by recent pharmacy graduates of Mercer University", Amer.J.of Hosp.Pharm., 43, 11, (1986), pg.2780-2784.
8. Bartz, C., Maloney, J.P., "Burnout among intensive care nurses", Res.in Nurs.and Health, 9, 2, (1986), pg.147-153.
9. Beaver, R.C., Sharp, E.S., Cotsonis, G.A., "Burnout experinced by nurse-midwives", J.of Nurse-Midwifery, 31, 1, (1986), pg.3-15.
10. Beemsterboer, J., Baum, B.H., "Burnout:definitions and health care management", Social Work in Health Care, 10, 1, Fall, (1984), pg.97-110.
11. Belek, İ., "Sağlık alanında çalışanların sağlığı", II.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, 22-25 Mayıs, 1990, İstanbul Üni.Tıp Fak.Halk Sağlığı Ana-bilim Dalı, 1990.
12. Birituna, F., S.S.K.İzmir Tepecik Hastanesi Başhemşiresi, Özel Görüşme, 1989.
13. Birol, L., "Hemşirelik eğitiminde teorik bilgi ile uygulama arasındaki farklılık", T.H.D., 34, 4, (1984), ss.3-5.
14. Bissel, K.E.P., Feather, R.E., Ryan, D.M., "Helping and students survive burn-out in staff instutionalized in chronic psychiatric patients care facilities", Perspectives in Psychiatric Care, 22, 3, (1984), pg.108-114.

15. Ewechler, O.K., "Help for the burned-out nurse",
Nursing Outlook, 33, 4, (1985), pg.181-182,
185.
16. Constable, J.F., Russel, D.W., "The effect of social
support and work environment upon burnout
among nurses", J.of Human Stress, 12, 1,
(Spring 1986), pg.20-26.
17. Cronin-Stubbs, D., Rooks, C.A., "The stress, social
support and burnout of critical care nurses",
The Results of Research, Heart & Lung, 14, 1,
(1985), pg.31-39.
18. Dağ, İ., "Psikoterapide terapist üzerindeki stress
kaynakları ve burnout fenomeni", Ankara, 1988,
(22 Aralık 1987'de Hacettepe Üni.'de seminer
sunumudur).
19. Dağlı, C., Hemşirelerin bebek beslenmesine ilişkin
bilgi düzeylerinin saptanması ve bunu etkile-
yeceği düşünülen bazı etkenlerin incelenmesi.
(Bilim Uzmanlığı Tezi), Ege Üni.Sağlık Bilim-
leri Enstitüsü, İzmir, 1984.
20. Dereli, N., Kan transfüzyonu konusunda hemşirelerin
bilgi düzeyini arttırmada modüler eğitimin
etkinliğinin saptanması. (Bilim Uzmanlığı Te-
zi), Ege Üni.Sağlık Bilimleri Enstitüsü,
İzmir, 1985.

21. Dignam, J.T., Barrera, M., West, S.G., "Occupational stress, social support and burnout", Amer.J. of Comm.Psychology, 14, 2, (1986), pg.177-193.
22. Doğan, H., Yalçınkaya, Ş., Güngör, G., Aykan, S. ve ark., "Panel:sağlık meslek liselerinde eğitim ve uygulama sorunları", T.H.D., 35, 3, (1985), ss.16-30.
23. Dolan, N., "The relationship between burnout and job satisfaction in nurses", Jour.of Advanced Nursing, 12, 1, (Jan 1987), pg.3-12.
24. Duxbury, M.L., Armstrong, G.D., Drew, D.J., Henly, S. J., "Head nurse leadership style with staff nurse burnout and job satisfaction in neonatal intensive care units", Nurs.Res., 33, 2, (1984), pg.97-101.
25. Eisenstat, R.A., Felner, R.D., "Toward a differentiated view of burnout:personal and organizational mediators of job satisfaction and stress", Amer.Jour.of Comm.Psychology, 12, 4, (1984), pg.411-430.
26. Erefe, İ., "Hemşirelikte sürekli eğitimin yolları ve yöntemleri", I.Ulusal Hemşirelik Eğitimi Sempozyumu, 11-12 Eylül 1986, İstanbul Üni.Flor. Nigh.Hemş.Y.O., İstanbul:Halil Matb., 1988, ss.185-200.

27. Erefe, İ., Kocaman, G., Bahar, Z., Bayık, A., Aydemir, G., İzmir anakentinde aile ve toplum nitelikleri açısından sağlık sorunlarının ve sağlık önceliklerinin araştırılması , Ege Üni.Rektörlüğü Araştırma Fonu Proje No:Hem/002, İzmir, 1988.
28. Erişgen, Z., "Hemşirelik mesleği sorunları-yan olanakları ile ilgili sorunlar", T.H.D., 37, 2, (1987), ss26-28.
29. Ertuğ, H., Hemşirelerin sitostatik ilaçlar hakkındaki bilgi düzeylerinin saptanması , (Bilim Uzmanlığı Tezi), Ege Üni.Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, 1986.
30. Eşer, İ., Hemşirelerin sigaranın zararlı etkilerine ilişkin bilgi düzeylerinin saptanması , (Bilim Uzmanlığı Tezi), Ege Üni.Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, 1984.
31. Firth, H., Britton, P., "Burnout:absence and turnover amongst British nursing staff", Jour.of Occu. Psych., 62, 00-00, (1989), pg.1-5.
32. Firth, H., Britton, P., "Professional depression burnout and personality in longstay nursing", Int.J.Nurs.Stud., 24, 3, (1987), pg.227-237.
33. Firth, H., Mc Intee, J., Mc Keown, P., Britton, P., "Interpersonal support amongst nurses at work", Jour.of Advan.Nurs., 11, 3, (1986), pg.273-282.

34. Firth, H., Mc Intee, J., Mc Keown, P., Britton, P.,
"Burnout and professional depression: related
concepts?", Jour. of Advan. Nurs., 11, 6,
(1986), pg.633, 641.
35. Firth, H., Mc Keown, P., Mc Intee, J., Britton, P.,
"Burnout, personality and support in long-
stay nursing", Nursing Times, 83, 32, (1987),
pg.55-57.
36. Fişek, N.H., Halk sağlığına giriş. Ankara:Çağ Matb.,
1983, ss.135.
37. Freudenberger, H.J., "Staff burn-out", Jour. of
Social Issues, 30, 1, (1974), pg.159-165.
38. Friedman, R., "Making family therapy easier for the
therapist: burnout prevention", Family Process,
24, 4, (Dec.1985), pg.549-553.
39. Gallivan, M., "Nurse burnout: a cooling issue",
Hospitals, 60, 5, (March 1986), pg.95.
40. Garden, A.M., "Depersonalization: a valid dimension
of burnout?", Human Relations, 40, 9, (1987),
pg.545-560.
41. Glense, W.D., Mosby's medical and nursing dictionary.
Second Edition, St. Louis, Missouri: Mosby Comp.,
1986, pg.167.
42. Görgülü, S., "Hemşirelik ve iş ortamı stresörleri",
T.H.D., 39, 1, (1990), ss.23.
43. Gray-Toft, P., Anderson, J.E., "Stress among hospital
nursing staff: its causes and effects", Soc. Sci.
Med., 15 A, (1981), pg.639-647.

44. Gültür, H., Kardio-pulmoner arrest geçiren hastalarda yapılması gereken işlemlere ilişkin hemşirelerin bilgi düzeylerinin saptanması , (Bilim Uzmanlığı Tezi), Ege Üni.Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, 1985.
45. Gündüz, S., "Otoriter baba yanlış rolde", Cumhuriyet Gazetesi, 12 Kasım 1990, ss.15.
46. Güreli, N., "80 hastaya bir hemşire", Milliyet Gazetesi, 16 Kasım 1990, ss.2, 10.
47. Güreli, N., "Jet eğitim sancısı", Milliyet Gazetesi, 17 Kasım 1990, ss.2, 13.
48. Güreli, N., "Tıp eğitilmiş hizmetliler", Milliyet Gazetesi, 18 Kasım 1990, ss.2, 10.
49. Güreli, N., "32 saat nöbet", Milliyet Gazetesi, 19 Kasım 1990, ss.2, 10.
50. Güreli, N., "Yarının hemşiresi iddialı", Milliyet Gazetesi, 20 Kasım 1990, ss.2, 10.
51. Güreli, N., "Hemşirenin gücü", Milliyet Gazetesi, 2 Aralık 1990, ss.3, 14.
52. Güreli, N., "Hemşireye fakülte", Milliyet Gazetesi, 3 Aralık 1990, ss.2, 10.
53. Hare, J., Pratt, C.C., Andrews, D., "Predictors of burnout in professional and paraprofessional nurses working in hospitals and nursing homes", Int.J.Nurs.Stud., 25, 2, (1988), pg.105-115.
54. Hingley, P., Harris, P., "Burn-out at senior level", Nursing Times, 30, (July 1986), pg.28-29.

55. "İşini sevmek de 'hastalık'", Hürriyet Gazetesi, 29 Aralık 1988, ss.1, 11.
56. Iveson, I.J., "Banishing the burnout syndrome", Nursing Mirror, 156, 18, (May 4-1983), pg.43.
57. Jakson, S.E., Schwab, R.L., Schuler, R.S., "Toward an understanding of the burnout phenomenon", Jour.of Applied Psychology, 71; 4, (1986), pg.630-640.
58. Jones, J.W., The burnout syndrome. Illinois:London House Press, 1981, pg.30-35.
59. Kaptan, S., Bilimsel araştırma teknikleri ve istatistik yöntemleri. Ankara:Tekışık Matb., 1982.
60. Karadağlı, A., Üç farklı sağlık meslek lisesindeki öğrenci hemşirelerin benlik-saygısı düzeylerinin incelenmesi , (Yayınlanmamış Doktora Çalışması), 1990.
61. Keleş, R., Toplumbilimlerinde araştırma ve yöntem. Türkiye ve Ortadoğu Amme İdāresi Enstitüsü Yayınları, No:152, Ankara:Sevinç Matb., 1976.
62. Kırlangıç, M., Hemşirelerin ruh hastalığı ve hastalarına karşı tutumlarının araştırılması , (Bilim Uzmanlığı Tezi), Ege Üni.Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, 1984.
63. Koç, S., Hotun, N., Pektekin, Ç., Genç, B., "Panel: Ülkemizde hemşireliğin konumu", T.H.D., 36, 3, (1986), ss.35-42.

64. Kövecses, J.S., "Burnout-doesn't have to happen",
Nursing 80, (October, 1980), pg.15-17.
65. Kum, E., "Hemşirelikte önlisans eğitimi", T.H.D.,
37, 1, (1987), ss.6-10.
66. Lamb, H.R., "Staff burnout in work with long-term
patients", Hospital and Community Psychiatry,
30, 6, (June 1979), pg.396-398.
67. Maslach, C., "The client role in staff burn-out",
Jour.of Social Issues, 34, 4, (1978), pg.111-
124.
68. Maslach, C., Jackson, S.E., "The measurement of
experienced burnout", Jour.of Occupational
Behavior, 2, (1981), pg.99-113.
69. Maslach, C., Jackson, S.E., Manual maslach burnout
inventory. Second Edition, Palo Alto,
California:Consulting Psychologists Press,
1981.
70. Maslach, C., Jackson, S.E., "Burned-out cops and
their families", Psychology Today, 12, 12,
(May 1979), pg.59-62.
71. Maslach, C., Pines, A., "Burnout:the loss of human
caring", Experiencing Social Psychology,
(1979), pg.308.
72. Mayou, R., "Burnout", British Medical Journal,
(Clin.Res.), 295, 6593, (1 Aug.1987), pg.
284-285.

73. Mc Carthy, P., "Burnout in psychiatric nursing",
Jour.of Advan.Nurs., 10, 4, (1985), pg.305-
310.
74. Mc Cranie, E.W., Lambert, U.A., Lamber, C.E., "Work
stress, hardiness and burnout among hospital
staff nurses", Nursing Research, 36, 6,
(1987), pg.374-378.
75. Meier, S.T., "Toward a theory of burnout", Human
Relations, 36, 10, (1983), pg.899-910.
76. Milne, D., Burdet, C., Beckett, J., "Assessing and
reducing the stress and strain of psychiatric
nursing", Nursing Times, 82, 7, (1986), pg.
59-62.
77. Munley, S.A., "Sources of hospice staff stress and
how to cope with it", Nursing Clinics of
North America, 20, 2, (June 1985), pg.343-355.
78. Nagy, S., Davis, L.G., "Burnout:a comparative
analysis of personality and environmental
variables", Psychological Reports, 57, (1985),
pg.1319-1326.
79. "Nurses in society:burnout", Nursing Mirror, 158, 5,
(Feb 1, 1984), pg.25-26.
80. Öz, F., "Hemşirelik mesleği sorunları-sosyal statü
ile ilgili sorunlarımız", T.H.D., 37, 2,
(1987), ss.15-34.

81. Özen, Ş., Hastane enfeksiyonları ve önlenmesi konusunda yardımcı personelin bilgi düzeyini geliştirme ve standart eğitimin karşılaştırılması , (Bilim Uzmanlığı Tezi), Ege Üni.Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, 1984.
82. Öztürk, O., Ruh sağlığı ve hastalıkları. 2. Baskı, Ankara:Meteksan Ltd.Şti., 1982.
83. Patric, P.K.S., "Organizational burnout programs", The Jour.of Nursing Administration, 14, 6, (June 1984), pg.16-21.
84. Patric, P.K.S., "Burnout:job hazard for health workers", Hospitals, 16, (1979), pg.87-90.
85. Pektekin, Ç., "Yurdumuzde hemşirelik eğitimi ve sorunları", T.H.D., 36, 3, (1986), ss.38-40.
86. Perlman, B., Hartman, E.A., "Burnout:summary and future research", Human Relations, 35, 4, (1982), pg.283-305.
87. Phipps, L., "Stress among doctors and nurses in the emergency department of a general hospitals", CMAJ, 139, 5, (Sept.1, 1988), pg.375-376.
88. Pines, A., Maslach, C., "Characteristics of staff burnout in mental health settings", Hospital and Community Psychiatry, 29, 4; (1978), pg.233-237.
89. Pişiren, P., "Hemşirelik eğitiminde meslek sevgisinin önemi", I.Ulusal Hemşirelik Kongresi, 13-14 Eylül 1985, Ege Ü.Hemş.Y.Ö., İzmir:Ege Üni.Basımevi, 1988, ss.107-110.

90. Platin, N., "Hemşirelerin sekiz saatlik çalışma sürelerinin içeriği", T.H.D., 32, 2-3, (1982), ss.52-61.
91. Platin, N. ve ark., "Hemşire ve hemşirelik nedir?", T.H.D., 34, 2, (1984), ss.3-9.
92. Postacıoğlu, Z., Prostat ameliyatı olan hastaların ameliyat sonrası bakımına ilişkin hemşirelerin bilgi düzeylerinin saptanması , (Bilim Uzmanlığı Tezi), Ege Ü.Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, 1984.
93. Price, D.M., Murphy, P.A., "Emotional depletion in critical care staff", Jour.of Neurosurgical Nursing, 17, 2, (1985), pg.114-118.
94. Rowland, H.S., Rowland, B.L., Nursing administration handbook. Second Edition, Maryland:An Aspen Publication, 1985, pg.406-411.
95. Sağlık Sosyal Yardım Bakanlığı. Araştırma Planlama ve Koordinasyon Kurulu Başkanlığı. Türkiye sağlık personeli. S.S.Y.B.Yayın No:525, 1987, Ankara, 1988.
96. Saltık, A., "Edirne merkezinde görevli hemşirelerin mesleklerine ve hekim-hemşire ilişkilerine ilişkin değerlendirmeleri", II.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, 22-25 Mayıs 1990, İstanbul Üni.Tıp Fak.Halk Sağlığı Anabilim Dalı, 1990.

97. Sarıkaya, A., Hemşirelerin hastanın ameliyat öncesi hazırlık ve bakımına ilişkin bilgi düzeylerinin saptanması , (Bilim Uzmanlığı Tezi), Ege Üni.Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, 1984.
98. Saruhan, A., Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Sağlık Meslek Lisesi hemşirelik bölümü öğrenci hemşirelerin mesleği hakkındaki görüşleri ve bu mesleği seçmelerindeki etmenler , (Bilim Uzmanlığı Tezi), Ege Ü.Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, 1986.
99. Savicki, V., Cooley, E., "The relationship of work environment and client contact to burnout in mental health professionals", Jour.of Counselling and Development, 65, (January 1987), pg.249-252.
- 100.Sencer, M., Sencer, Y., Toplumsal araştırmalarda yöntem bilim. Türkiye ve Ortaadoğu Amme İdaresi Enstitüsü Yayınları, No:172, Ankara:Doğan Basımevi, 1978.
- 101.Sever, A., Tedavi hizmetlerinde çalışan hemşirelerin işlevlerini yerine getirirken karşılaştıkları sorunlar ve yaşadıkları stresin araştırılması , (Bilim Uzmanlığı Tezi), İstanbul Üni.Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 1988.

102. Slavitt, D.B., Stamps, P.L., Piedmant, E.B., Haase, A.M.B., "Nurses' satisfaction with their work situation", *Nursing Research*, 27, 2, (1978), pg.114-120.
103. Sorias, O., "Sosyal desteklerin ruhsal sağlığı koruyucu etkisinin bir grup depresif hasta ile sağlıklı kontrol grubu üzerinde incelenmesi", XXIII.Ulusal Psikiyatri Nörolojik Bilimler Kongresi'nde sunulmuş serbest bildiri, İstanbul, 1987.
104. Sorias, O., "Sosyal desteğin değerlendirilmesi:I-kullanılan ölçüm araçlarının gözden geçirilmesi", *Seminer Psikoloji Dergisi*, 6, (1988), ss.19-26.
105. Sorias, S., "Stresle ilgili kavramlar ve stresin psikiyatrik bozukluklardaki önemi", *Ege Ü. Tıp Fak.Derg.*, 26, 2, (1987), ss.885-889.
106. Stevens, G.B., O'Neill, P., "Expectation and burn-out in the developmental disabilities field", *Amer.J.of Community Psychology*, 11, 6, (1983), pg.615-627.
107. Storlie, F.J., "Burnout:the elaboration of a concept", *Amer.J.of Nurs.*, (December 1979), pg.2108-2110.
108. Sümbüloğlu, K., *Sağlık bilimlerinde araştırma teknikleri ve istatistik*. Ankara:Çağ Matb., 1978.

109. Tokgöz, N., "Sağlıklı gençlik", T.H.D., 35, 3, (1985), ss.34-35.
110. Topsever, Y., Araştırma yöntemleri ders notları. (Yüksek Lisans Ders Notları), Ege Üni. İzmir, 1983.
111. Tuçtüre, R., Ege Üni.Tıp Fak.Araştırma ve Uygulama Hastanesi Başhemşireliği, Özel Görüşme, İzmir, 1989.
112. Ulufer, F., Hemşirelerin ağız ve kas yoluyla ilaç verilmesine ilişkin bilgi düzeylerinin saptanması ile uygulamadaki hatalar ile bunların nedenlerinin belirtilmesi, (Bilim Uzmanlığı Tezi), Ege Üni.Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, 1985.
113. Ulusoy, F., "Hemşireliğin meslekleşmesi", T.H.D., 39, 1, (1990), ss.13-16.
114. Uyer, G., "Hemşirelik Eğitimi", T.H.D., 31, 4, (1981), ss.21-24.
115. Uyer, G., "Hemşireliğin bugünü ve yarını", T.H.D., 36, 3, (1986), ss.8-15.
116. Uysal, Ş., Ege Üni.Edebiyat Fakültesi Öğretim Üyesi, Özel Görüşme, İzmir, 1990.
117. Uysal, T., Oğuz, Z., "Hemşirelik mesleğinin sorunları", T.H.D., 37, 2, (1987), ss.15-22.
118. Ünalan, H., "Çalışma ortamında hemşirelerin sağlığına yönelik hizmetler", T.H.D, 37, 3, (1987), ss.34-36.

119. Velioğlu, P., Hemşirelikte bilimselleşmeye doğru.
İstanbul:Bozak Matb., 1982.
120. Velioğlu, P., "Sağlık ve hemşirelik bakımı", Cumhuriyet Gazetesi, 17 Mayıs 1990, ss.2.
121. Wilson, H.S., Kneisl, C.R., "Burnout as a consequence of empathy", Psychiatric nursing.
California:Addison-Wesley Publishing Comp., 1979, pg.58-59.
122. Yavuzer, H., "Ana-baba ve çocuk", Ailede çocuk eğitimi. İstanbul:Remzi Kitabevi, 1986.
123. Yıldırım, F., "Türkiye'de hemşireliğin ve hemşirenin konumu", Nablz Dergisi, 1, (Kasım 1987), ss.5.
124. Yıldırım, G., Atatürk Sağlık Sitesi Devlet Hastanesi Başhemşire Yardımcısı, Özel Görüşme, İzmir, 1989.

EK I.

HEMŞİRELERLE İLGİLİ TANITICI BİLGİLERİ VE
MESLEKLERİYLE İLGİLİ GÖRÜŞLERİNİ BELİRLEMEK
ÜZERE OLUŞTURULAN SORU FORMU

Açıklama : Bu çalışma, siz hemşirelerin meslekleriyle ilgili olarak kar-
şılaştıkları güçlükleri saptamak, deneyimlerinizden yararlanarak, çeşitli çözüm
yollarının bulunabilmesine katkıda bulunmak amacı ile hazırlanmıştır. İçten ve
durumu olduğu gibi yansıtmanız araştırma sonuçlarının güvenilirliğini sağlayacak-
tır. Tüm soruları yanıtlamanız gerekmektedir.
İlginiz için teşekkür ederim.

Denek No :

- 1- Kaç yaşındasınız? Açıkça belirtiniz (.....)
a- 25 yaş ve altı
b- 26 - 35 yaş arası
c- 36 yaş ve üzeri
 - 2- Medeni durumunuzu belirtiniz.
a- Bekar
b- Evli
c- Dul
d- Boşanmış
e- Diğer(.....)
 - 3- Çocuğunuz var mı?
a- Evet
b- Hayır
 - 4- Kaç çocuğunuz var? Sayı olarak belirtiniz.: (.....)
a- 0
b- 1-3
c- 4-9
 - 5- Mezun olduğunuz hemşirelik okulu hangisidir?
a- Sağlık Meslek Lisesi
b- Hemşirelik Yüksek Okulu
 - 6- Kaç yıllık hemşiresiniz? Yıl olarak belirtiniz.: (.....)
a- 1 yıldan az
b- 1 - 5 yıl
c- 6-10 yıl
d- 11 yıl ve üzeri
 - 7- Çalışmakta olduğunuz kurumun adını belirtiniz.
a- S.S.K. Hastanesi
b- Devlet Hastanesi
c- Ege Ü.Hastanesi
 - 8- Çalışmakta olduğunuz kurumda halen aşağıdaki görevlerden hangisini üstlen-
mektesiniz?
a- Servis Sorumlu Hemşiresi
b- Servis Hemşiresi
c- Özel Bakım (Yoğun Bakım) Hemşiresi
 - 9- Halen çalışmakta olduğunuz klinik hangisidir?
- | | |
|-----------------------------------|---------------------------|
| 1- Nöroloji | 10-Gastroenteroloji |
| 2- Psikiyatri | 11-Koronar Bakım |
| 3- İç Hast. | 12-Hemodiyaliz Ünitesi |
| 4- Fizik Tedavi | 13-Nöroşifürji |
| 5- Enfeksiyon Hast.
(İntaniye) | 14-Kalp-Damar Cerrahi. |
| 6- Dermatoloji | 15-H.E.E. |
| 7- Acil | 16-GGZ |
| 8- Göğüs | 17-Kadın Doğum |
| 9- Çocuk Sağlığı | 18-Üroloji |
| | 19-Genel Cerrahi |
| | 20-Çocuk Cerrahisi |
| | 21-Ortopedi |
| | 22-Plastik Cerrahi |
| | 23-Cerrahi Yoğun
Bakım |

- 10- Haftada ortalama kaç saat çalışıyorsunuz? (.....)
- a- 40 saat
b- 41 - 49 saat
c- 50 - 58 saat
d- 59 - 67 saat
e- 68 ve üstü saat
- 11- En uzun süre ile çalışma şekliniz nasıldır?
- a- Sürekli gündüz
b- Sürekli gece
c- Bazen nöbet
d- Vardiya değişimli
e- Diğer (belirtiniz)
- 12- Ortalama olarak bakım vermek durumunda olduğunuz hasta sayısı nedir?
- Gündüz: Gece:
- 13- Mesleğinizi isteyerek mi seçtiniz?
- a- Evet b- Hayır
- 14- Şu anda hemşirelik mesleğini yapmaktan memnun musunuz?
- a- Memnunum b- Kısmen memnunum c- Memnun değilim
- 15- Mesleğinizi ne sıklıkla eleştirirsiniz? (Olumsuz açıdan)
- a- Çoğu zaman b- Bazen c- Çok az d- Hiçbir zaman
- 16- Sizce hemşirelik mesleği size ne derece uygun bir meslek?
- a- Çok uygun b- Uygun c- Uygun değil d- Hiç uygun değil
- 17- Mesleğinizi uygulamadaki veriminiz (iş veriminiz) konusunda ne düşünüyorsunuz?
- a- Çok iyi b- İyi c- Ne iyi ne kötü d- Kötü e- Çok kötü
- 18- Sizce hemşirelik mesleğini uygulamanız sizin kişisel gelişiminize ne derece katkıda bulunuyor?
- a- Oldukça çok katkıda bulunuyor b- Katkıda bulunuyor c- Katkıda bulunmuyor d- Hiç katkıda bulunmuyor
- 19- Son üç ay içinde mesleki gelişiminize katkıda bulunduğunuzu düşündüğünüz herhangi bir öğrenim çabanız oldu mu? (Hizmetiçi eğitim kursu, seminer, kitap, dergi okuma, meslektaşlarınızla mesleki görüşme gibi)
- a- Evet b- Hayır
(Evet ise) Açıkça belirtiniz:
- 20- Hemşirelik mesleğini yapıyor olmanızdaki en önemli neden sizce nedir?
- a- Mesleği sevmek b- Ekonomik nedenler c- Toplumsal nedenler (İş, statü sahibi olma) d- Diğer (Belirtiniz)
- 21- Genel olarak, mesleki geleceğinizi düşündüğünüzde kendinizi nasıl hissediyorsunuz?
- a- İyimser b- Karamsar
- 22- Çalışmalarınız konusunda üstlerinizin sizi takdir etmeleri ve cesaretlendirmeleri konusunda ne düşünüyorsunuz?
- a- Oldukça olumlu b- Ne olumlu ne olumsuz c- Olumsuz

- 23- Hastalarınızın onlara verdiğiniz bakım konusunda sizi takdir etmeleri ve cesaretlendirmelerine ilişkin olarak ne düşünüyorsunuz?
 a- Olumlu b- Ne olumlu ne olumsuz c- Olumsuz
- 24- Çalışmalarınız sırasında veya dışında meslektaşlarınızdan ne derece destek görüyorsunuz?
 a- Oldukça çok c- Ne çok, ne az (Orta düzeyde)
 b- Çok d- Az
 e- Çok az
- 25- Genç olarak, yaşamınızda güç bir durumda kalıp yardıma gereksinim duyduğunuzda en çok kimlerden yardım istersiniz?
 a- Anne, baba ve kardeşlerimden e- İdarecilerimden
 b- Eşimden f- Hiçkimseden
 c- Arkadaşlarımdan g- Başka, diğerlerinden (Belirtiniz)
 d- Akrabalarımın
- 26- Aşağıdaki durumların, çalışma ortamınızla ilgili olarak, mesleğinizi uygulamanızda ne şekilde etkileri olduğunu belirtiniz.
- | | Olumlu | Ne Olumlu
Ne Olumsuz | Olumsuz |
|---|--------|-------------------------|---------|
| a- Araç-gereç durumu | | | |
| b- Hemşire sayısı | | | |
| c- Hemşirelerin bilgi ve beceri durumu | | | |
| d- Hasta-hemşire ilişkileri | | | |
| e- Hasta-hemşire ilişkileri | | | |
| f- Hemşire-hemşire ilişkileri | | | |
| g- Hemşirelerin görev ve sorumluluklarının
bağlı olduğu durumu | | | |
- 27- Genelde, şu andaki çalışma ortamınızdan memnun musunuz?
 a- Memnunuz
 b- Kısmen memnunuz
 c- Memnun değilim
- 28- Genelde, sağlığınız konusunda ne düşünüyorsunuz?
 a- Çok iyi
 b- İyi
 c- Ne iyi, ne kötü
 d- Kötü
 e- Çok kötü

EK II.

MBI'ın TÜRKÇELEŞTİRİLMİŞ FORMU

YÖNERGE : Aşağıda, kişilerin ruh durumlarını ifade ederken kullandıkları bazı cümleler verilmiştir. Her cümlelerin başında hangi sıklıkta hissedildiğinin işaretleneceği bir boşluk bırakılmıştır. Sıklık 0-6 rakamları arasındaki rakamlarla belirtilecektir. Toplam 22 cümle vardır. Mutlaka her cümle için, en uygun sıklığa denk düştüğünü düşündüğünüz rakamı, yazmanız gerekmektedir. İlginiz için teşekkür ederim.

SIKLIK İÇİN PUANLAMA REHBERİ

0	1	2	3	4	5	6
HİÇBİR ZAMAN	YILDA birkaç	AYDA birkaç kez	AYDA birkaç kez	HAFTADA birkaç kez	HAFTADA birkaç kez	HERGÜN

Örneğin:

Sıklık Puanı

0 - 6 Cümle

"Kendimi çok enerjik hissediyorum."

Not: Hergün kendisini çok enerjik hissettiğini düşünen bir kimsenin "6" rakamını boş kısma yazması, bu duyguyu ayda birkaç kez hissettiğini düşünen bir başka kimsenin ise "3" rakamını ya da bu duyguyu haftada birkaç kez hissettiğini düşünen bir bireyin ise de "5" rakamını yazması gerekmektedir.

0	1	2	3	4	5	6
HİÇBİR ZAMAN	YILDA birkaç kez yada daha az	AYDA birkaç kez yada daha az	AYDA birkaç kez	HAFTADA bir kez	HAFTADA birkaç kez	HERGÜN

Hangi Sıklıkta Cümleler

0 - 6

- 1- "Kendimi işimden duygusal olarak usaklaşmış hissediyorum."
- 2- "İçgününün sonunda kendimi bitkin hissediyorum."
- 3- "Sabah kalkıp, yeni bir iş günü ile karşılaşmak zorunda kaldığımda, kendimi yorgun hissediyorum."
- 4- "Hastalarımın pek çok şey hakkında neler hissettiklerini kolayca anlayabilirim."
- 5- "Bazı hastalarımın 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 katılaştım."
- 11- "Bu işin beni duygusal olarak katılaştırdığı için sıkıntı duyuyorum."
- 12- "Kendimi çok enerjik hissediyorum."
- 13- "İşimin beni hayal kırıklığına uğrattığını düşünüyorum."
- 14- "İçimde gücümün üstünde çalıştığımı hissediyorum."
- 15- "Bazı hastaların başına gelenler, gerçekten umurunda değil."
- 16- "Doğrudan insanlarla çalışma bende çok fazla stres yaratıyor."
- 17- "Hastalarımın rahat bir atmosferi kolayca sağlayabilirim."
- 18- "Hastalarımınla yakın ilişki içinde çalıştıktan sonra kendimi ferahlanmış hissediyorum."
- 19- "Bu meslekte pek çok değerli işler buğurdım."
- 20- "Kendimi çok çaresiz hissediyorum."
- 21- "İçimde duygusal sorunları bir hayli soğukkanlılıkla hallederim."
- 22- "Hastaların bazı problemleri için beni suçladıklarını hissediyorum."

EK III.

İŞ ARKADAŞLARININ GÖRÜŞLERİNE BAŞVURMAK ÜZERE
DÜZENLENMİŞ, MBI FORMU

YÖNERGE : Aşağıda, kişilerin ruh durumlarının ifadesinde kullanılan bazı cümleler verilmiştir. Her cümlenin başında, o duygunun hangi sıklıkta görüldüğünü işaretlemek için bir boşluk bırakılmıştır. Sıklık, 0 ve 6 arası rakamlarla belirtilecektir. Her cümlenin karşısına, değerlendirceğiniz arkadaşınız için, sizce en uygun yanıtı, rakamla yazmanız gerekmektedir. Toplam 22 cümle vardır. Mutlaka, her cümle için, bir yanıt vermeniz gerekmektedir.
İlginiz için teşekkür ederim.

0	1	2	3	4	5	6
HİÇ BİR ZAMAN	YILDA	AYDA	AYDA	HAFTADA	HAFTADA	HER CÜM
	Bir kaç kez yada daha az	Bir kaç kez yada daha az	Bir kaç kez	Bir kez	Bir kaç kez	Her zaman

Hangi Sıklıkta Cümleler

- 1- 0-6
- 1- ---- "Kendisinin işinden duygusal olarak uzaklaştığı hissediliyor."
- 2- ---- "İşgününün sonunda bitkin olduğu hissediliyor."
- 3- ---- "Sabah işe geldiğinde yorgun olduğu hissediliyor."
- 4- ---- "Hastalarının pek çok şey hakkında neler hissettiklerini kolayca anlatabilmektedir."
- 5- ---- "Bazı hastalarına onlar sanki kişilikten yoksun bir objeymiş gibi davrandığı hissediliyor."
- 6- ---- "Bütün gün insanlarla çalışmak onun için gerçekten bir gerginliktir."
- 7- ---- "Hastalarının sorunlarını etkili bir şekilde halleder."
- 8- ---- "İşinin onu tükettiği hissediliyor."
- 9- ---- "İşle diğer insanların yaşamlarını olumlu yönde etkilediği gözlemleniyor."
- 10- ---- "Heraber çalışmaya başladığımızdan beri, insanlara karşı katılaştığı gözlemleniyor."
- 11- ---- "Bu işin onu, duygusal olarak katılaştırdığı için sıkıntı duyduğu hissediliyor."
- 12- ---- "Çok enerjik olduğu gözlemleniyor."
- 13- ---- "İşinin onu hayal kırıklığına uğrattığı gözleniyor."
- 14- ---- "İşinde gücünün üzerinde çalıştığı gözleniyor."
- 15- ---- "Bazı hastaların başına gelenler, onun gerçekten umurunda değil."
- 16- ---- "Doğrudan insanlarla çalışma, onda çok fazla stres yaratıyor."
- 17- ---- "Hastalarına rahat bir atmosferi kolayca sağlar."
- 18- ---- "Hastalarıyla yakın ilişki içinde çalıştıktan sonra kendisini feda etmiş hissettiği gözlenir."
- 19- ---- "Mesleğinde başarılı bir kişidir."
- 20- ---- "Kendisini çok çaresiz hissettiği gözleniyor."
- 21- ---- "Hastalarının duygusal sorunlarına bir hayli soğukkanlılıkla halleder."
- 22- ---- "Hastalarının bazı problemleri için onu suçladıklarını hissettiğini belirtir."

MBI Scoring Key

Emotional Exhaustion Subscale (EE)

Directions: Line up the item numbers on this key with the same numbers on the survey form. Looking at the unshaded items only, add the scores in the "How Often" column and enter the total in the "EE" space at the bottom of the form.

HOW OFTEN
0-6
1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____
9. _____
10. _____
11. _____
12. _____
13. _____
14. _____
15. _____
16. _____
17. _____
18. _____
19. _____
20. _____
21. _____
22. _____

Categorization: Emotional Exhaustion	
	Frequency
High	27 or over
Moderate	17 - 26
Low	0 - 16

Depersonalization Subscale (DP)

Directions: Line up the item numbers on this key with the same numbers on the survey form. Looking at the unshaded items only, add the scores in the "How Often" column and enter the total in the "DP" space at the bottom of the form.

HOW OFTEN
0-6
1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____
9. _____
10. _____
11. _____
12. _____
13. _____
14. _____
15. _____
16. _____
17. _____
18. _____
19. _____
20. _____
21. _____
22. _____

Categorization: Depersonalization	
	Frequency
High	13 or over
Moderate	7 - 12
Low	0 - 6

Personal Accomplishment Subscale (PA)

Directions: Line up the item numbers on this key with the same numbers on the survey form. Looking at the unshaded items only, add the scores in the "How Often" column and enter the total in the "PA" space at the bottom of the form.

HOW OFTEN
0-6
1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____
9. _____
10. _____
11. _____
12. _____
13. _____
14. _____
15. _____
16. _____
17. _____
18. _____
19. _____
20. _____
21. _____
22. _____

Categorization: Personal Accomplishment	
	Frequency
High	0 - 31
Moderate	32 - 38
Low	39 or over

*Scores in brackets are derived from EE and DP.

MBI Scoring Key

Emotional Exhaustion Subscale (EE)

Directions: Line up the item numbers on this key with the same numbers on the survey form. Looking at the unshaded items only, add the scores in the "How Often" column and enter the total in the "EE" space at the bottom of the form.

HOW OFTEN
0-6

1. _____
 2. _____
 3. _____
 4. _____
 5. _____
 6. _____
 7. _____
 8. _____
 9. _____
 10. _____
 11. _____
 12. _____
 13. _____
 14. _____
 15. _____
 16. _____
 17. _____
 18. _____
 19. _____
 20. _____
 21. _____
 22. _____

Categorization: Emotional Exhaustion	
	Frequency
High	27 or over
Moderate	17 - 26
Low	0 - 16

Depersonalization Subscale (DP)

Directions: Line up the item numbers on this key with the same numbers on the survey form. Looking at the unshaded items only, add the scores in the "How Often" column and enter the total in the "DP" space at the bottom of the form.

HOW OFTEN
0-6

1. _____
 2. _____
 3. _____
 4. _____
 5. _____
 6. _____
 7. _____
 8. _____
 9. _____
 10. _____
 11. _____
 12. _____
 13. _____
 14. _____
 15. _____
 16. _____
 17. _____
 18. _____
 19. _____
 20. _____
 21. _____
 22. _____

Categorization: Depersonalization	
	Frequency
High	13 or over
Moderate	7 - 12
Low	0 - 6

Personal Accomplishment Subscale (PA)

Directions: Line up the item numbers on this key with the same numbers on the survey form. Looking at the unshaded items only, add the scores in the "How Often" column and enter the total in the "PA" space at the bottom of the form.

HOW OFTEN
0-6

1. _____
 2. _____
 3. _____
 4. _____
 5. _____
 6. _____
 7. _____
 8. _____
 9. _____
 10. _____
 11. _____
 12. _____
 13. _____
 14. _____
 15. _____
 16. _____
 17. _____
 18. _____
 19. _____
 20. _____
 21. _____
 22. _____

Categorization: Personal Accomplishment*	
	Frequency
High	0 - 31
Moderate	32 - 38
Low	39 or over

* Scored in opposite direction from EE and DP.

BURNOUT LİTERATÜRÜNÜN ÖZETİ

Author(s)	Year	The "burnoutee(s)"	Definition of burnout	Type of Paper					Antecedents/ causes		Solutions/ remedies	
				Descriptive	Narrative of Research	Statistical Presentation of Research	Individual	Role/org./ System	Individual	Role/org./ System	Individual	Role/org./ System
Freudenberger, H.J.	1974	"Freeclinic"	To fail, wear out, becomes exhausted because of excessive demands on energy strength, and resources					X			X	
Ginsburg, S.G.	1974	Upwardly moving business executives	Response to chronic stress of "making it to the top" as a business executive	X				X	X		X X	
Freudenberger, H.J.	1975	Staff at alternative institutions	To fail, wear out, becomes exhausted by making excessive demands on energy, strength and resources	X				X	X		X	
Maslach, C.	1976	Health and social service professionals	Distancing, cynical or negative attitudes, detachment		X			X	X		X X	
Warnath, C.F. & Shelton, J.L.	1976	Full-time professional counselors	Loss of commitment for work	X				X	X		X	
Armstrong, K.L.	1977	Social Services/Protective services With child abuse focus	Constellation of 13 symptoms		X				X		X	
Berkeley Planning Associates	1977	Child abuse workers	Estrangement from clients, co-workers, job and agency					X	X	X	X X	
Brown, C., Holder, W., Giles, D., and Schmolke, L.	1977	Protective services workers	Symptoms of absenteeism, turnover, plus others						X		X	
Collins, G.R.	1977	Christian helping professionals	Exhaustion due to the demands of people in need	X					X	X	X X	
Freudenberger, H.J.	1977	Child-Care workers	To fail, wear out, becomes exhausted because of excessive demands on energy, strength, resources					X	X		X X	
Freudenberger, H.J.	1977	Members of nonhelping/nonmental health organizations	Fatigue, depression, irritability, bored, overworked, rigidity, inflexibility	X				X			X	
Justice, E., Justice, R.	1977	Child-care workers	Not caring, depersonalization of clients	X					X		X X	
Maslach, C.	1977	Human service providers	Loss of concern characterized by physical/emotional exhaustion, cynical, and dehumanized perceptions		X				X		X X	
Maslach, C. & Pines, A.M.	1977	Workers in day-care settings	Loss of concern, physical exhaustion, emotional exhaustion, cynicism, and dehumanization		X				X		X X	
Mattingly, M.A.	1977	Clinical child-care workers	Painful and personally destructive response to excessive stress	X				X	X		X X	
Mitchell, M.D.	1977	Organizational development practitioners	Progressive process of fatigue and depletion of personal resources	X				X			X	
Point-Counterpoint	1977	Social workers		X					X		X	
Kahn, R.	1978	Those who work	Syndrome of inappropriate attitudes towards clients and self, often associated with uncomfortable physical and emotional symptoms with deterioration of performance						X		X	

Author(s)	Year	The "burnoutee(s)"	Definition of burnout	Type of Paper					Antecedents/ causes		Solutions/ remedies	
				Descriptive	Narrative of Research	Statistical Presentation of Research	Individual	Role/Org./ System	Individual	Role/Org./ System		
Larson, G.C., Gilbertson, D.L. & Powell, J.A.	1978	Psycho-therapists	Lowered job performance	X					X		X	
Maslach, C.	1978	Helping professionals	Loss of caring, emotional exhaustion from stress of interpersonal contact, cynicism/dehumanizing		X				X		X	
Maslach, C.	1978	Professionals in human service institutions	Loss of concern for clients, emotional exhaustion, cynical and dehumanized perceptions, inability to cope with chronic emotional stress of the job		X				X		X	
Maslach, C. & Jackson, S.	1978	Legal services attorneys	Syndrome of emotional exhaustion, little concern, sympathy, or respect for clients, cynicism and negative attitudes, lowered job performance, dehumanized perception of clients		X			X	X	X	X	
Pines, A.M. & Maslach, C.	1978	Mental-health professionals	Syndrome of physical and emotional exhaustion, negative self-concept, negative job attitudes, and loss of concern and feeling for clients		X				X	X	X	
Seiderman, S.	1978	Child-care staff	Depletion of personal resourcefulness, flexibility, and positive energy, individuals ordinarily possess	X				X	X	X	X	
Daley, M.R.	1979	Child protective services	A reaction to job related stress that varies in nature with the intensity and duration of the stress itself	X				X	X	X	X	
Daley, M.R.	1979	Child welfare worker	Wearing out, feeling estrangement	X				X	X		X	
Gann, M.L.	1979	Social service worker	Syndrome of emotional exhaustion and cynicism			X		X	X	X	X	
Hunkel, R.	1979	Professionals	Depletion of personal energy, loss of vitality, the gradual decrease of commitment to the work or home environment	X				X	X	X		
McGuire, W.H.	1979	Teachers		X					X		X	
Maslach, C.	1979	Health-care professionals	Loss of concern for when one is working, physical exhaustion/illness, emotional exhaustion		X			X	X	X	X	
Maslach, C.A. Jackson, S.I.	1979	Policemen	Emotional exhaustion and cynicism, negative feelings towards others and self, detachment, self appraisal of lowered job productivity		X				X	X		
Maslach, C. & Pines, A.	1979	Professionals	A total emotional and physical exhaustion		X			X	X	X	X	
Kets, P.	1979	Educators	Physical, emotional and attitudinal exhaustion			X		X	X	X	X	
Meyer, J.H.	1979	Professional workers	Psychological state of mind; person feels overworked, overwhelmed, alienated from staff, clients, and self		X			X	X	X	X	

Author(s)	Year	The "burnoutee(s)"	Definition of burnout	Type of Paper					Antecedents/ causes		Solutions/ remedies	
				Descriptive Narrative of Research	Statistical Presentation of Research	Individual	Role/Org./System	Individual	Role/Org./System	Individual	Role/Org./System	
Patrick, P., K.S.	1979	Health workers	Emotional exhaustion, negative attitudes, sense of personal devaluation in response to continuous work related stress	X			X	X	X	X		
Perlman, B. & Hartman, E.A.	1979	Human service providers	Exhaustion, lowered job performance, and anger toward self, work, and/or clients	X			X	X	X	X		
Teacher Burnout	1979	Teachers	Feeling locked into a job routine	X				X	X	X		
Cherniss, C.	1980	Public-sector professionals	Changes in professional attitudes and behavior, Decline in trust, decline in idealism, withdrawal from work		X		X	X	X	X		
Shubin, S.	1978	Nurses	Total detachment or over-involvement on the job	X			X	X	X	X		
Cherniss, C., Egantios, E.S., Wacker, S. & O'Dowd, B.	1979 press	Public professionals	Three changes in professional attitudes and behavior, Decline in trust, decline in idealism, withdrawal from work	X			X	X		X		
Cleve, J.	1979	Helping professionals	Syndrome with up to 14 symptoms	X			X	X	X	X		
Edelwich, J., Bradsky, A.	1980	Helping professionals	A syndrome marked by disillusionment, loss of enthusiasm, stagnation, frustration, and apathy			X	X	X	X	X		
Perlman, B. & Hartman, E.A.	1980	Mental health administrators	Exhaustion, lowered job performance, and anger toward self, work, and/or clients				X	X	X	X		
Pines, A. & Maslach, C.	1980	Day-care center staff	Syndrome of emotional exhaustion, cynicism, gradual loss of concern for others, callous and dehumanized attitudes towards others			X		X	X	X		
Vash, C.L.	1980	Human service administrators	Detached, unhappy, loss of enthusiasm, effectiveness, and efficiency, physiological and behavioral deterioration	X				X	X	X	X	
Westerhouse, M.A.	1980	Teachers	Could not obtain definition				X	X	X	X	X	
Maslach, C. & Jackson, S.E.	1981	Human service professionals	Exhaustion, depersonalization, lowered productivity			X						
Perlman, B. & Hartman, E.A.	1981	People-contact professionals	Lowered job productivity emotional or physical exhaustion, and an anger or cynicism manifested toward self or others exhibited in a variety of ways	X				X	X	X	X	

TABLE 6.1.2. Hemşirelerin Depersonalizasyon Subskalası Maddelerine Verdikleri Yanıtların Dağılımı

S I K L I K	Hastaları Obje Gibi Görme Hissi		İnsanlara Karşı Katılıştığına Hissetme		Katılıştığı Duygusundan Sıkıntı Duyma		Umursamadıklarına Hissetme		Hastalarını Suçlandıranın Hissetme	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Hiç bir zaman - 0 -	152	55.07	122	44.20	120	43.48	197	71.38	128	46.38
Yılda bir kez - 1 -	50	18.12	29	10.51	33	11.96	43	15.58	58	21.01
Yılda bir kaç kez - 2 -	24	8.70	40	14.49	21	7.61	14	5.07	21	7.61
Ayda bir kaç kez - 3 -	29	10.51	27	9.78	33	11.96	8	2.90	20	7.25
Haftada bir kez - 4 -	7	2.54	7	2.54	8	2.90	4	1.45	18	6.52
Haftada bir kaç kez - 5 -	10	3.62	17	6.16	18	6.52	1	0.36	20	7.25
Her gün - 6 -	4	1.45	34	12.32	43	15.58	9	3.26	11	3.99
T o p l a m	276	100.00	276	100.00	276	100.00	276	100.00	276	100.00

6.2. MASLACH BURNOUT ENVANTERİ İLE İLGİLİ SONUÇLAR

TABLO 6.2.1. MBI-EE, DP, PA Subskalalarının Ortalama, Varyans, Standart Sapma, Minimum, Maximum Puanları Dağılımı

Subskalalar	U y g u l a m a					
	N	\bar{x}	Ss	Min	Max	Varyans
EE	276	26.808	10.512	2.000	50.000	110.41
DP	276	6.953	6.328	0.000	26.000	39.77
PA	276	35.322	8.197	1.000	48.000	59.90

TABLO 6.2.2. MBI-EE (Emosyonel Tükenme) Subskalası Maddelerinin Ortalama, Varyans, Standart Sapmaları İle Maddelerin Total Puanla Korelasyonu, Total Varyansa Maddelerin Katkıları ve Güvenirlik Indexi Tablosu

Maddeler	\bar{x}	S	Ss	Maddenin		Total Varyansa Maddelerin Katkısı	Güvenirlik Indexi
				Total Puan İle Korelasyonu	Total		
Meslekten duygusal uzaklaşma	2.22	3.74	1.93	0.644	13.085	0.119	
Bitkinlik hissi	4.79	2.04	1.43	0.580	8.691	0.079	
Sabahları yorgun kalkma	3.54	3.64	1.91	0.668	13.385	0.121	
Gerginlik hissi	2.11	3.88	1.97	0.637	13.197	0.120	
Tükenme hissi	3.68	4.17	2.04	0.734	15.749	0.143	
Hayal kırıklığı	2.42	4.11	2.03	0.669	14.247	0.129	
Gücünün üzerinde çalışma	4.20	3.94	1.99	0.504	10.521	0.095	
Stres verici bulma	2.71	3.95	1.99	0.639	13.350	0.121	
Çaresizlik hissi	1.18	2.54	1.59	0.489	8.186	0.074	

Not: Bu bilgiler ışığında, EE subskalası için Kuder Richardson 20. formülüne göre güvenirlilik katsayısı=0.80'dir. İki yarı test güvenirlilik katsayısının Spearman-Brown düzeltilmesi yapılarak $(r = \frac{nr_1}{1+(n-1)r_1})$ elde edilen güvenirlilik katsayısı ise 0.84'dür.

TABLO 6.2.3. MBI-DP (Depersonalizasyon) Subskalası Maddelerinin Ortalama, Varyans, Standart Sapmaları İle Maddelerin Total Puanla Korelasyonu, Total Varyansa Maddelerin Katkıları ve Güvenirlilik İndeksi Tablosu

Maddeler	\bar{x}	S	Ss	Maddenin		Total Varyansa Maddelerin Katkısı	Güvenirlilik İndeksi
				Total Puan İle Korelasyonu	Total Varyansa		
Hastaları obje gibi görme	1.04	2.23	1.49	0.628	5.908	0.149	
Hastalara karşı katılaştığını hissetme	1.84	4.57	2.14	0.827	11.150	0.280	
Katılaştığı sıkıntısını duyma	2.01	5.17	2.27	0.816	11.707	0.294	
Hastaları umursamama	0.62	1.74	1.32	0.403	3.351	0.084	
Hastalar tarafından suçlanma	1.44	3.38	1.84	0.661	7.656	0.192	

Not : Bu bilgiler ışığında, DP subskalası için Kuder-Richardson 20. formülüne göre güvenirlilik katsayısı=0.71'dir. İki yarı test güvenirlilik katsayısının, Spearman-Brown düzeltilmesi yapıldıktan sonra elde edilen güvenirlilik katsayısı ise; $r=0.78$ 'dir.

TABLE 6.2.4. MBI-PA (Kişisel Başarı) Subskalası Maddelerinin Ortalama, Varyans, Standart Sapmaları İle Maddelerin Total Puanla Korelasyonu, Total Varyansa Maddelerin Katkıları ve Güvenirlilik İndeksi Tablosu

Maddeler	\bar{x}	S	Ss	Maddenin		Total Varyansa Maddelerin Katkısı	Güvenirlilik İndeksi
				Total Puan İle Korelasyonu	Total Varyansa		
Hastaları kolayca anladığını hissetme	5.08	2.07	1.44	0.485	5.400	0.090	
Hastaların sorunlarını etkili bir şekilde hallettiği hissi	4.86	2.15	1.46	0.613	6.952	0.116	
İnsanların yaşamını olumlu etkilediği hissi	4.38	3.51	1.87	0.599	8.685	0.145	
Kendisini enerjik hissetme	4.01	3.04	1.74	0.534	7.213	0.120	
Hastalarına rahat bir atmosfer sağlama	4.53	2.55	1.60	0.672	8.299	0.139	
Ferahlama Hissi	5.17	1.88	1.37	0.467	4.963	0.083	
Kendisini başarılı bulma	3.41	3.76	1.94	0.628	9.427	0.157	
Soğukkanlılık hissetme	4.11	3.75	1.94	0.598	8.961	0.150	

Not : Bu bilgiler ışığında, PA subskalası için Kuder-Richardson 20. formülüne göre güvenirlilik katsayısı=0.71'dir. İki yarı test güvenirlilik katsayısının Spearman-Brown düzeltilmesi yapıldıktan sonra elde edilen güvenirlilik katsayısı ise; $r=0.72$ 'dir.

TABLO 6.2.5. Hemşirelerin Kendi Yanıtları İle Arkadaşlarının Yanıtlarının Karşılaştırılması

Subskalalar	Uygulamadan Seçilerek Oluşturulan Örneklem			Deneklerin Arkadaşlarının Oluşturduğu Örneklem			t
	N	\bar{x}	Ss	N	\bar{x}	Ss	
EE	74	26.59	10.48	74	26.11	8.88	0.46 ^{**}
DP	74	6.703	5.954	74	7.284	4.853	-0.79 ^{**}
PA	74	35.216	8.136	74	34.189	8.512	0.85 ^{**}

** p 0.01

TABLO 6.2.6. MBI Subskalaları Arasındaki İnterkorelasyonlar

	EE	DP
DP	0.574 ^{**} (0.52)	
PA	-0.286 ^{**} (-0.22)	-0.264 ^{**} (-0.26)

N=276, ** p 0.01

Not: Parantez içindeki korelasyon katsayıları Maslach'ın orijinal örnelemi kapsamındaki korelasyon katsayılarıdır (69).

Ö Z G E Ç M İ Ş

Ar.Gör.M.Olcay ÇAM

1961 yılında Malatya'da doğdu. İlkokulu Malatya'da bitirdi. Ortaokul ve lise öğrenimini İstanbul'da Kadıköy Kız Lisesi'nde tamamladı. 1978-79 öğretim yılında Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu'na girdi. 1981-1982 öğretim yılında mezun oldu. 1983-1986 yılları arasında Dokuz Eylül Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nde hemşire olarak görev yaptı. Aynı süre içinde, 1982-1984 yılları arasında Psikiyatri Hemşireliği alanında Yüksek Lisans çalışmasını tamamladı. 1984-1986 yılları arasında doktora derslerini alarak 1986 yılında doktora yeterlilik sınavına girdi. Sınavda yeterlilik göstermesiyle doktora tezi çalışmalarına başladı ve devam etti. 1987 yılında Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu'na, Psikiyatri Hemşireliği alanında, Araştırma Görevlisi olarak girdi. Halen aynı görevi sürdürmektedir.

Evli ve 1 çocuk annesidir.