

**T.C.  
BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**HEMŞİRELİK VE SAĞLIK HİZMETLERİ BÖLÜMÜ**



**CERRAHİ KLİNİKLERDE ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN MİZAH  
TARZLARI İLE TÜKENMİŞLİK DÜZEYLERİ ARASINDAKİ  
İLİŞKİNİN SAPTANMASI**

**Sevil GÜVEN**

**Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Programı**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**Ankara-2013**

## TEŞEKKÜR

Tez danışmanım olarak, çalışmamın her aşamasında; planlanmasında, yürütülmesinde ve rapor edilmesinde içtenlik ve sabırla katkıda bulunan, destek olan Doç.Dr. Hayriye ÜNLÜ'ye

Tez çalışmam için gerekli izin ve desteği veren Başkent Üniversitesi Ankara, Konya, Adana Hastaneleri ve Başkent Üniversitesi İstanbul Uygulama ve Araştırma Merkezi Başhekimlikleri ve Hemşirelik Hizmetleri Müdürlükleri'ne

Yüksek lisans eğitimim boyunca manevi desteklerini esirgemeyen, devamlılığını sağlayabilmem için gerekli izinleri veren, hoşgörüyü cömertçe gösteren, yol gösteren Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi Hemşirelik Hizmetleri Müdürü Ziyafet UĞURLU, Müdür Yardımcısı Nurdan KURAL, Blok Sorumlusu Elif AKYÜZ Sorumlu hemşirem Ebru AZIZAĞAOĞLU'na

İş yoğunlukları içerisinde araştırmaya katılmayı kabul eden cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelere

Tez çalışmam süresince maddi ve manevi desteklerini esirgemeyen her ihtiyacım olduğunda yanımda olan canım annem, sevgili abim, anlayışlı eşim ve sabırlı arkadaşlarıma en içten dileklerle teşekkür ediyorum.

**T.C.  
BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**HEMŞİRELİK VE SAĞLIK HİZMETLERİ BÖLÜMÜ**



**CERRAHİ KLİNİKLERDE ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN MİZAH  
TARZLARI İLE TÜKENMİŞLİK DÜZEYLERİ ARASINDAKİ  
İLİŞKİNİN SAPTANMASI**

**SEVİL GÜVEN**

**Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Programı**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**Tez Danışmanı:  
Doç.Dr. Hayriye ÜNLÜ**

**Ankara-2013**

## ÖZET

**Güven, S. Cerrahi Kliniklerde Çalışan Hemşirelerin Mizah Tarzları ile Tükenmişlik Düzeyleri Arasındaki İlişkinin Saptanması. Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Programı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2013**

Araştırma, Cerrahi kliniklerinde çalışan hemşirelerin mizah tarzları ile tükenmişlik durumları arasındaki ilişkiyi saptamak amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Araştırma kapsamına Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi, Başkent Üniversitesi Konya, Adana ve İstanbul Uygulama ve Araştırma Merkezlerinin cerrahi kliniklerinde çalışan lisans mezunu 250 hemşire alınmıştır. Araştırmada Sosyo-Demografik ve Mesleki Özellikleri saptamaya yönelik Soru Formu, Maslach Tükenmişlik Ölçeği, Mizah Tarzları Ölçeği kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesi SPSS 15.0 istatistik paket programı kullanılmıştır. Verilerin istatistiksel analizlerinde, yüzde ve frekansları hesaplamaları, betimsel istatistik yöntemleri, Kruskal Wallis H ve Wilcoxon, Pearson Momentler Çarpım Korelasyon Katsayıları hesaplanması, Tek Yönlü Varyans %91,6'sı kadın, %69,2'si 20-29 yaş aralığında, %60.0'ı bekar, %89.2'si çekirdek aileye sahip, %62.8'si mesleği isteyerek seçmiş, %69.6'sının başka bir kurumda iş deneyimi mevcuttur. Hemşirelerin %60.0'ı yapmış oldukları işten memnun olduklarını belirtirken %41.2'si tükenmişlik hissettiklerini, %69.2'si mizahın tükenmişlikle baş etmede etkili bir yöntem olduğunu düşündüklerini belirtmişlerdir. Çalışmamızda şu anda çalıştığı işten memnun olmayan hemşirelerin duyarsızlaşma ve duygusal tükenme alt boyutları ortanca değerleri , işinden memnun olan hemşirelerin ise kişisel başarı alt boyutu ortanca değeri daha yüksektir. Mizahın tükenmişliği önlemede etkili bir yöntem olarak gören hemşirelerde duygusal tükenme ve duyarsızlaşma ortalamaları daha düşük, kişisel başarı ortalamaları daha yüksektir. Saldırgan ve Kendini yıkıcı mizah tarzlarını kullanan hemşirelerde duyarsızlaşmanın arttığı, kişisel başarının azaldığı saptanmıştır. Araştırmada hemşirelerin tükenmişlik yaşadıkları ve mizah kullanımının tükenmişliği azaltmada bir yöntem olarak kullanılabileceği belirlenmiştir.

**Anahtar Kelimeler:** Cerrahi Hemşireliği, Mizah Tarzı, Tükenmişlik

## ABSTRACT

**Güven, S. Determining of the Relationship between the Humor Styles and Burnout Levels of the Nurses Working in Surgical Clinics. Başkent University, Institute of Health Sciences, Program of Nursing for Surgical Diseases, MA Thesis, Ankara 2013.**

This study was made to define the relationship between the humor styles and burnout levels of the nurses working in surgical clinics. The research included 250 university graduate nurses employed in surgical clinics within the Practice and Research Centers of Başkent University Ankara Hospital, Başkent University Konya, Ankara and Istanbul. For this research, the Questionnaire for Defining Socio-Demographic and Occupational Qualities, Maslach Burnout Questionnaire and Humor Styles Questionnaire were used. SPSS multi-task statistics program was used to evaluate the data. Kruskal Wallis H and Wilcoxon, Pearson Moment Correlation Coefficient and ANOVA (which is one of the One-Way Variance Analyses) were used to calculate the percentage and frequency in the statistical analysis of the data. According to the research results, 91,6 % of the nurses were female, 69,2 % in 20-29 age span, 60,0 % were single, 89,2 % had a nuclear family, 62,8 % chose the job willingly and 69,6 % had work experience in another institution. 60.0 % of the nurses stated that they were satisfied with their job, 41,2 % expressed burnout and 69,2 % expressed that they believed humor was an efficient method to cope with burnout. In our study, nurses not satisfied with their job ranked high in the subcategory of desensitization and emotional burnout while those with job satisfaction ranked high in the subcategory of personal success. Nurses who think humor as an efficient method to prevent burnout ranked lower in the category of emotional burnout and desensitization but higher in personal success. It was observed that desensitization increased and personal success decreased in nurses who use aggressive and self-defeating humor styles. The research found out that nurses do experience burnout and humor can be employed as a method to reduce it.

**Key words:** Surgical Nursing, Humor Style, Burnout

# İÇİNDEKİLER

Sayfa No:

## İç Kapak

## Kabul-onay sayfası

Özet.....	IV
Abstract.....	V
İçindekiler.....	VI
Kısaltmalar ve simgeler dizini.....	IX
Tablolar dizini.....	X
1.Giriş.....	1
1.1.Problemin Tanımı.....	1
1.2. Araştırmanın Amacı.....	3
1.3.Araştırma Soruları.....	3
2.Genel Bilgiler.....	4
2.1.Tükenmişlik Kavramı .....	4
2.2.Tükenmişlik Modelleri.....	5
2.2.1.Maslach'ın Tükenmişlik Modeli.....	5
2.2.2. Cherniss Tükenmişlik Modeli.....	6
2.2.3. Suran ve Sheridan'ın Tükenmişlik Modeli.....	7
2.2.4. Edelwich'in Tükenmişlik Modeli.....	8
2.2.5. Perlman ve Hartman 'ın Tükenmişlik Modeli.....	9
2.3. Tükenmişliğin Sebepleri.....	11
2.4. Tükenmişliği Önleme ve Başetme.....	11
2.4.1. Bireysel Yöntemler.....	11
2.4.2.Kurumsal Yöntemler.....	12
2.5. Hemşirelerde Tükenmişlik.....	13
2.6. Mizah Kavramı .....	15
2.7.Genel Mizah Kuramları.....	16
2.8.Mizah Tarzları.....	17

2.8.1.Katılımcı Mizah.....	18
2.8.2.Kendini Geliştirici Mizah.....	18
2.8.3.Saldırgan Mizah.....	19
2.8.4.Kendini Yıkıcı Mizah.....	19
2.9.Olumlu ve Olumsuz Mizah.....	19
2.9.1. Mizahın Olumlu Yanları.....	20
2.9.2.Mizahın Olumsuz Yanları.....	21
2.10. Hemşirelikte Tükenmişlik ve Mizah Arasındaki İlişki.....	21
<b>3.Gereç ve Yöntem.....</b>	<b>23</b>
3.1.Araştırmanın Şekli.....	23
3.2.Araştırmanın Gerçekleştirildiği Yer ve Özellikleri.....	23
3.3.Araştırmanın Evreni ve Örnekleme.....	23
3.4.Verilerin Toplanması.....	24
3.4.1. Veri Toplama Araçları.....	24
3.4.1.1. Sosyo-Demografik ve Mesleki Özellikler Soru Formu.....	24
3.4.1.2.Maslach Tükenmişlik Ölçeği.....	24
3.4.1.3. Mizah Tarzları Ölçeği.....	25
3.4.2. Veri Toplama Formları Ön Uygulaması.....	26
3.4.3. Veri Toplama Formlarının Uygulanması.....	26
3.4.4. Verilerin Değerlendirilmesi.....	26
3.4.5. Araştırmanın Etik Yönü.....	27
<b>4.Bulgular.....</b>	<b>28</b>
<b>5.Tartışma .....</b>	<b>45</b>
<b>6.Sonuçlar ve Öneriler.....</b>	<b>52</b>
6.1.Sonuçlar.....	52
6.2.Öneriler.....	59
<b>Sınırlılıklar.....</b>	<b>60</b>
<b>Kaynakça.....</b>	<b>61</b>
<b>Ekler.....</b>	<b>70</b>

Ek 1. Sosyo demografik ve Mesleki Özellikler Soru Formu

- Ek 2. Maslach Tükenmişlik Ölçeği
- Ek 3. Mizah Tarzlar Ölçeği
- Ek 4. Tıp ve Sağlık Bilimleri Araştırma Kurulu resmi izin yazısı
- Ek 5. Uygulama izin yazısı
- Ek 6. Uygulama izin yazısı
- Ek 7. Gönüllü Denek Bilgilendirme ve Onay Formu



## **KISALTMALAR VE SİMGELER**

**DT:** Duygusal Tükenme

**D:** Duyarsızlaşma

**KB:** Kişisel Başarı

**MTÖ:** Maslach Tükenmişlik Ölçeği

## TABLolar DİZİNİ

## Sayfa

### No:

<b>Tablo 1:</b> Hemşirelerin Sosyo demografik ve Mesleki Özellikleri .....	28
<b>Tablo 2:</b> Hemşirelerin Maslach Tükenmişlik Ölçeği Alt Boyutlarının Dağılımı.....	30
<b>Tablo 3:</b> Hemşirelerin Sosyo demografik ve Mesleki Özelliklerine göre Maslach Tükenmişlik Ölçeği Alt Boyutlarının Dağılımı.....	31
<b>Tablo 4:</b> Hemşirelerin Mesleki Özelliklerine Göre Maslach Tükenmişlik Ölçeği Alt Boyutlarının Dağılımı.....	34
<b>Tablo 5:</b> Maslach Tükenmişlik Ölçeği Alt boyutları İle Hemşirelerin Meslekteki ve Kurumdaki Çalışma Süreleri Arasındaki İlişki.....	35
<b>Tablo 6:</b> Hemşirelerin Maslach Tükenmişlik Ölçeği Alt Boyutlarına Göre Mizah Tükenmişliği Önlemede Etkili Bir Yöntem Olarak Görme Durumlarının Dağılımı.....	36
<b>Tablo 7:</b> Hemşirelerin Mizah Tarzları Kullanım Durumlarının Dağılımı.....	37
<b>Tablo 8:</b> Hemşirelerin Sosyo demografik ve Mesleki Özelliklerine Göre Mizah Tarzlarının Dağılımı.....	38
<b>Tablo 9:</b> Hemşirelerin Mizah Tarzları İle Meslekteki ve Kurumdaki Çalışma Süreleri Arasındaki İlişki.....	42
<b>Tablo 10:</b> Hemşirelerin Tükenmişlikleri ve Mizah Tarzları Arasındaki İlişki.....	43

# 1.GİRİŞ

## 1.1 Problemin Tanımı

Çalışmak insan hayatının önemli bir parçasıdır. Çalışma yaşamında birey çeşitli stres kaynaklarıyla karşılaşmaktadır. İş yaşamına bağlı sürekli ve yoğun stres; ruhsal ve fiziksel sağlığı olumsuz etkilemekte, iş verimini azaltmakta, görev ve sorumlulukların aksamasına neden olmakta ve kurumun işleyişini olumsuz etkilemektedir. Stresin uzun sürmesi bireylerde tükenmişlik oluşturmaktadır (Demirbaş, 2006; Sönmez, 2006).

Yıldırım (2007) tükenmişliği özellikle, insanlarla yoğun iletişim gerektiren meslek gruplarında, mesleğin doğası gereği yaşanan stresle başa çıkamama sonucunda gözlenen fizyolojik ve duygusal alanlarda hissedilen tükenme hissi ile kendini ortaya koyan bir durum olarak tanımlamaktadır.

Bir sendrom olarak bilinen tükenmişliğin hemen her meslek grubunda yaşandığı belirtilmekle birlikte daha çok insanlarla yüz yüze ilişki gerektiren mesleklerde özellikle sürekli başkalarının sorunları ve beklentileriyle uğraşan sağlık çalışanlarında yaşandığı bildirilmektedir (Sönmez, 2006; Demirbaş, 2006; Sinat, 2007; Oğuzberk ve Aydın, 2008; Dinç,2008; Günüşen ve Üstün, 2010; Altay ve ark., 2010; Kowalski ve ark., 2010 ; Gustafson ve ark., 2010).

Demirbaş'ın 2006'da üç farklı hastanede yapmış olduğu çalışmada; sağlık çalışanlarının sık sık mesleğin ve çalışma koşullarının güçlüklerinden yakındıkları, mesleği çok stresli buldukları, isteyerek yapmadıkları, meslekten ayrılma düşüncesini yoğun olarak yaşadıkları ve işe devamsızlık yapma eğiliminde olduklarını belirtmektedir.

Yenidoğan ve pediatri yoğun bakımda çalışan hemşire ve hekimlerin tükenmişlik düzeylerini belirlemek amacıyla yapılan bir çalışmada; hemşirelerin hekimlere göre tükenmişlik düzeyleri daha yüksek bulunmuştur (Lazaridou ve ark, 2011). Yapılan bir başka çalışmada hemşirelerin çalıştıkları kliniklerin duygusal tükenmişliklerini etkilediği ve cerrahi kliniklerinde çalışan hemşirelerin duygusal tükenmişlik düzeyinin diğer kliniklerde çalışan hemşirelere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır (Özkan, 2008).

Kowalski ve ark.'nın (2010) 959 hemşire ile yaptığı tükenmişlik çalışmasında olumlu çalışma atmosferinin arttırılmasıyla hemşirelerin iş yükleriyle daha kolay baş

edebildikleri, daha az emosyonel yorgunluk hissettikleri ve dolayısıyla kendilerini daha az tükenmiş hissettiklerini belirtmişlerdir. Çalışma yaşamında tükenmişliği önlemeye yönelik özellikle bireysel yöntemlerden olumlu yanları görme, sorunları içselleştirmeme, zaman yönetimi, solunum kontrolü, dinlenme ve gevşeme egzersizleri, doğru beslenme, egzersizler, uyku, iş değiştirme gibi birçok yöntem vardır. Mizahta bunlardan biridir. (Maslach ve Zimbardo, 1982)

Boyle ve Reid (2004) mizahın fiziksel sağlığı olumlu etkilediği, olumlu duygu durumu oluşturduğu, ruhsal sağlığa önemli katkıda bulunduğu ve stresin olumsuz etkilerine karşı baş etmede etkili bir yöntem olduğunu belirtmektedirler. Rankin-Box (1997) sağlık çalışanlarının çalışma veriminin artırılmasında mizahın çok etkili olduğunu belirtirken; Blickendersderfer (1999) gülmenin sağlık çalışanlarının karşılaştıkları olumsuz durumlara uyum yeteneğini ve hoşgörüyü arttırdığını belirtmektedir.

Hemşirelerin mizah kullanma durumlarını saptamaya yönelik yapılan bir çalışmada (Kurki ve İsola, 2001) hemşire hasta ilişkisinde mizahı kullanmanın çeşitli süreçlerde baş etmeyi kolaylaştırdığı, hemşirelerin zorlu durumları mizah sayesinde yönetebildiği, hemşireler arasında mizah içeren iletişimin olumlu çalışma atmosferi oluşturduğu saptanmıştır. Wooten (1996) yaptığı deneysel çalışmada 6 saatlik mizah kursu alan deney grubunun güç ve kontrol duygusunun arttığını ve tükenmenin bazı belirtilerinin bu grupta azaldığını saptamıştır.

Hemşirelerde tükenmişlik durumlarına ilişkin yapılan çalışmalarda hemşirelerin sosyo demografik özellikleri ile tükenmişlik veya çalışma ortamları ve iş yükü ile tükenmişlik arasındaki ilişkinin incelendiği görülmektedir. Hemşirelikte mizahın kullanımına ilişkin yapılan çalışmalar incelendiğinde mizahın daha çok hemşirelik eğitiminde kullanıldığı ve araştırıldığı görülmektedir (Wooten, 1996; Beck, 1997; Rankin-Box, 1997; Sayıl ve ark., 1997; Blickendersderfer, 1999; Kurki ve İsola, 2001; Aydın, 2005; Demirbaş, 2006; Sönmez, 2006; Yıldırım, 2007; Sinat, 2007; Oğuzberk ve Aydın, 2008; Dinç, 2008; Sahraihan ve ark., 2008; Karagöz, 2009; Gustafson ve ark., 2010; Günüşen ve Üstün, 2010; Altay ve ark., 2010; Kowalski ve ark., 2010; Lazaridou ve ark., 2011). Ülkemizde hemşirelerin tükenmişlik durumları ile çalışma ortamlarında mizah tarzlarının kullanımı arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalara rastlanmamıştır.

Çalışma sonucunda elde edilecek bulguların hemşirelerde tükenmişliği azaltmada ve olumlu bir çalışma atmosferi oluşturmada ve çalışma ortamında

hemşirelerin desteklenmesinde rehber olabileceği ve verilen hizmet kalitesini arttırabileceği düşünülmektedir.

### **1.2. Araştırmanın Amacı**

Bu çalışma cerrahi kliniklerinde çalışan hemşirelerin mizah tarzları ile tükenmişlik durumları arasındaki ilişkiyi saptamak amacıyla gerçekleştirilmiştir.

### **1.3.Araştırma Soruları**

- 1.** Cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin, Sosyo demografik ve Mesleki özellikleri ile tükenmişlik durumları ve mizah tarzları arasında anlamlı ilişki var mıdır?
- 2.** Cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin Maslach Tükenmişlik Ölçeği alt boyutları ile Mizah Tarzları Ölçeği alt boyutları arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Tükenmişlik Kavramı

En genel tanımıyla bir kişinin yaşamını devam ettirebilmek için belirli bir ücret karşılığında gerçekleştirdiği faaliyete iş denilir. Kişi için işin taşıdığı ekonomik önemin yanı sıra sosyal ve duygusal önem de dikkatle üzerinde durulması gereken bir konudur. İş yaşamında çalışanların yaşadıkları tükenmişlik; 1970'li yıllardan itibaren özellikle stres kavramı ile ilgili yapılan çalışmalarda tükenmişlik kavramının da birlikte ele alındığı görülmektedir. Yapılan çalışmalar, tükenmişliğin bireyin yaşadığı ve olumsuz duygusal yaşantıları içeren bir olgu olduğunu göstermiştir (Abacı ve ark., 2004; Demirbaş, 2006; Sönmez, 2006; Yıldırım, 2007; Sahraihan ve ark., 2008; Kowalski ve ark., 2010).

1974 yılında Freudenberger tarafından ilk kez literatüre giren tükenmişlik kavramı çalışanların iş ortamında iş yükünün artması, gereksiz görev yeri değişimleri, ekip ruhunun olamaması, uzun süre iş stresine maruz kalma sonucunda ortaya çıkan strese karşı tepki olarak tanımlanmaktadır. Tükenmişlik iş doyumunun azalması, işe gelmeyi istememe durumunun yaşanması, enerjinin bitmesi, başarının azalması anlamına gelmektedir. Freunderberger tükenmişliğin genellikle insanlar ile yüz yüze çalışılan mesleklerde (eğitim, sağlık, finans sektörleri) çok görüldüğünü belirtmiştir. (Freudenberger, 1974).

Maslach ve Jackson (1981) tarafından tükenmişlik; bireyde fiziksel bitkinlik, uzun süreli yorgunluk, çaresizlik ve umutsuzluk duyguları ile oluşan çalıştığı işe, yaşama ve diğer insanlara yönelik olumsuz tutumları da kapsayan fiziksel ve zihinsel, psikolojik boyutları olan bir belirti olarak ifade edilmiştir.

Farber (1991)'a göre tükenmişlik kavramı; iş ortamından kaynaklanan yoğun baskı, mekanikleşme, aşırı yoğunlukta çalışma, anlamsız gerekçelerle işten uzaklaştırma ve aşırı stresin neden olduğu kontrolsüz tepkiler olarak tanımlanmaktadır.

Tükenmişlik durumu birden bire gelişen bir durum değildir. Zaman içinde çeşitli basamaklarda gelişen bir durumdur (Arı ve Bal, 2008). Tükenmişlik kavramı ile ilgili kaynaklarda stresin üç basamağının alarm, direnç ve tükenme olduğu belirtilmiştir. Alarm döneminde kişi herhangi bir dışsal uyarıcıyı stres oluşturucu bir etmen olarak algılar. Fiziksel ve psikoloji sınırlarının zorlandığını düşünen birey, bu uyarandan uzaklaşarak veya onunla mücadele içine girerek yeniden denge düzeyini korumak için çabalar. Fiziksel ve duygusal enerjinin harekete geçirilerek stres etmeninin olumsuz

etkilerine karşı çıkıldığı direnç döneminin ardından, başa çıkma süreci başarılı bir biçimde genel uyum sağladığı için direnç aşaması sona erer. Uyarıcı ok Őiddetli ve kişi olumsuz faktörleri ortadan kaldıramamıŐ eŐ zamanlı olarak stres etmenine uzun süre maruz kalmıŐ ise, bir sonraki dönem olan tükenme dneimine geçiş olur (Torun, 1997).

## **2.2.Tükenmişlik Modelleri**

Tükenmişlik kavramına ilişkin literatür incelendiğinde, bu kavram ile ilgili değişik bilim adamlarının birçok model oluŐturdukları görülmektedir. Bu modeller; Maslach Tükenmişlik Modeli, Cherniss Tükenmişlik Modeli, Suran ve Sheridan Tükenmişlik Modeli, Scott ve Meier Tükenmişlik Modeli, Edelwich ve Brodsky Tükenmişlik Modeli, Pearlman ve Hartman Tükenmişlik Modelidir.

### **2.2.1.Maslach'ın Tükenmişlik Modeli**

Maslach tarafından geliştirilen bu modelde tükenmişlik; genel olarak insanlarla yakın çalışan meslek dallarında, çalışanların karşılaştıkları diğer kişilere karşı duyarsızlaşmaları, duygusal yönden kendilerini tükenmiş hissetmeleri ve kişisel başarı ve yeterlik duygularında azalma olarak nitelenmektedir (Aksoy, 2007). Bu modele göre tükenmişliğin, duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve başarı duygusunun azalması olmakzere  farklı alt-boyutu bulunmaktadır (Maslach, 1982).

*Duygusal Tükenme (Emotional exhaustion)*:Bu alt boyut tükenmişliğin kişisel stresle ilişkili olarak “Kişinin duygusal ve fiziksel kaynaklarında azalmayı” belirtmektedir. (Maslach ve ark. 2001; Wright ve Douglas, 1997: Akt. Budak ve Sürvegil, 2005) Duygusal tükenme, tükenmişlik sendromunun birinci aŐamasıdır. Yoğun stres ve baskı altında çalışan kişi kendisinin ve diğer insanların duygusal beklentilerini karŐılayamaz ve duygusal tükenmişlik yaşar (Martin, 2007). Duygusal tükenmişlik yaşayan kişi, sorunlarla baş etmede ve çözümler bulmada güçsüzlük ve yetersizlik duygusu yaşar. Taşıdığı duygusal yükü en aza indirmek için sürekli kaçmaya yönelir. İnsanlarla ilişkilerini iŐini yapmaya yetecek olan en düşük seviyede indirger (Martin, 2007).

Duygusal tükenme içerisinde olan birey, hizmet verdiği diğer insanlara yardımcı olurken, kendisinden beklenen ve bazen de iŐinin de bir parçası olan psikolojik ve duygusal taleplerin fazlalığı sebebiyle enerji eksikliği yaşar ve duygusal kaynakların bittiği duygusuna kapılır. Bu duygusal yoğunluğu yaşayan birey hizmet verdiği

insanlara daha önceden sunduğu seviyede verici ve sorumlu davranmadığını düşünür ve yetersizlik duygusuna kapılabilir. Gerginlik ve engellenmişlik duyguları yaşar. Ertesi gün işe gitme zorunluluğu büyük sıkıntı yaratır. Duygusal tükenmeyi yaşayan birey, kendini diğer insanların sorunlarını çözmede güçsüz hisseder. Üzerindeki duygusal yükü hafifletmek için kaçış yolları kullanır ve insanlarla olan ilişkilerini asgari düzeye indirir. Örneğin duygusal tükenmeyi yaşayan çalışanlar çevrelerine karşı duyarsızlaşırlar (Maraşlı,2005). Birey, insanlarla arasına seviye koymayı seçerek diğerlerinin hislerine, duygularına soğuk ve kayıtsız kalır. İnsanlara karşı geliştirilen bu soğuk, ilgisiz ve katı tutum; tükenmişlik belirtisinin ikinci alt boyutu olan duyarsızlaşmaya geçişe sebep olur (Öktem, 2009).

*Duyarsızlaşma (Depersonalization):* Duyarsızlaşma, tükenmişlikte kişiler arası ilişkilerin bozulmasına, kişilere yönelik olumsuz, katı tutumlara, işte duyarsızlaşmaya neden olur (Maslach ve ark., 2001; Wright ve Douglas, 1997: Akt. Budak ve Sürvegil, 2005). Duyarsızlaşma, çalışanların hizmet verdikleri kişileri bir obje gibi algılamalarına neden olur. Çalışanlar, etkileşim içerisinde oldukları diğer insanlara ve kuruma karşı mesafeli, umursamaz ve alaycı bir tavır içerisinde olabilirler. Küçültücü bir dil kullanma, insanları kategorize etme, katı kurallara göre iş yapma ve başkalarından sürekli kötülük geleceğini sanma, duyarsızlaşmanın diğer belirtileri arasındadır (Öktem, 2009).

*Azalan Kişisel Başarı Duygusu (Feeling of reduced personal accomplishment):* Kişisel başarı, kişinin sahip olduğu yeterlik ve başarı duygularını ifade etmektedir. Bu aşamada birey yoğun bir şekilde başarısızlık duygusu yaşamaktadır (Izgar, 2001) ve kendisini olumsuz değerlendirme eğilimindedir. Duygusal ve fiziksel olarak tükenen, diğer insanlara ve kendisine yönelik olumsuz tutum barındıran bireyler, çalıştıkları işlerin gerektirdiği talepleri yerine getiremediklerinden bireysel yeterlik duygusunda azalma olabilir. Bu açıdan, kişisel başarı duygusunun azalması diğer iki aşamayla birlikte görülür (Maslach ve Zimbardo, 1982 ; Maslach, Schaufeli, Leiter, 2001).

### **2.2.2. Cherniss Tükenmişlik Modeli**

Tükenmişlik kavramına önemli katkıları olan araştırmacılardan biri olan Cary Cherniss, 1980 yılında tükenmişlik ile ilgili farklı bir model geliştirmiştir. Cherniss bu modelde tükenmişliği, “İşle ilgili stres kaynaklarına bir tepki olarak başlayan, başa çıkma davranışlarını içeren ve iş ile psikolojik ilişkiyi kesme davranışlarıyla son bulan



bir süreç” olarak nitelendirmiştir. Model tükenmişliğin sebeplerini açıklamanın ötesinde tükenmişlik ile ilgili olarak verilen tepkileri ve tükenmişlikle başa çıkma yollarını da kavramsal olarak açıklamaya çalışmıştır (Yıldırım, 1996). Bu model, tükenmişliğin temelinde stresin önemli bir faktör olduğunu ve stresle baş edememenin tükenmişliğe sebep olduğunu belirtmektedir. Tükenmişlik, zamana yayılmış bir süreç sonunda ortaya çıkan bir olgudur. Gerek çevreden gelen beklentiler gerekse bireyin kendiden beklentileri baş edebilme gücünden daha fazla ise, bu durum strese neden olur. Birey, stresle başa çıkmak için ilk olarak stres kaynağını ortadan kaldırmayı seçmektedir. Eğer başarılı olmazsa stresle başa çıkma tekniklerine başvurarak rahatlama yoluna gitmektedir. Eğer birey tekrardan başarısızlık yaşarsa, bu kez artan duygusal yükü yeniden dengeye sokabilmek için, işe dair psikolojik ilişkisine son verme yolunu seçmektedir (Şanlı, 2006: Akt. Teltik, 2009).

### **2.2.3. Suran ve Sheridan'ın Tükenmişlik Modeli**

Suran ve Sheridan'ın (1985) geliştirmiş olduğu model gözlem ve tecrübeleri merkeze alarak oluşturulmuş bir modeldir. Erken ve orta yetişkinlik döneminde gelişimsel olarak benzer özelliklere sahip dört basamağın, ayrıntılı bir şekilde incelenmesi konusunu temele alarak önermelerde bulunan modeldeki basamaklar şu şekildedir (Aksoy, 2007);

*1. Basamak; Kimlik, Rol Karmaşası:* Profesyonel gelişim ile ilgili konuların etkin olarak dikkate alınması, lisenin son sınıfında ve üniversitenin ilk yıllarında başlamaktadır. Kişisel ve mesleki kimlik rollerinin olduğu bu zaman dilimi, psikolojik gelişim açısından kritik bir dönemdir.

*2. Basamak: Yeterlilik, Yetersizlik:* Profesyonelin kimlik süreci, bireyin işindeki yeterlilik duygusunu ifade etmesi ve kişisel-sosyal yaşamını etkili bir şekilde birleştirmesi ile tamamlanmaktadır.

*3. Basamak: Verimlilik, Durgunluk:* Çıraklığın tamamlanmasıyla, profesyonel birey sistemden özgür hale gelmekte ve meslek süreci başlamaktadır. Bu süreç otuzlu yaşlar ile başlayan ve otuzlu yaşların sonlarına kadar devam eden bir süreçtir.

*4. Basamak: Yeniden Oluşturma, Hayal Kırıklığı:* Orta ve ileri otuzlu yaşlardan, orta ve ileri kırklı yaşlara kadar geçen zaman bireyin erken seçimlerini sorguladığı bir dönemdir.

Bu teoride elli yaşın sonuna kadar olan tükenme durumu ele alınmıştır, fakat ek olarak tükenmenin daha sonraki gelişim dönemlerinde ortaya çıkma ihtimalinde olduğu ifade edilmiştir (Gürbüz, 2008).

Modeldeki tüm basamaklar, tükenmişliğin oluşumunda etkili olan yaşam tarzını içermektedir. Suran ve Sheridan (1985)'a göre tükenmişlik, her basamakta yaşanma olasılığı bulunan çatışmaların çözüme kavuşmaması ve bitirilmemiş iş olarak kalması ile ortaya çıkmaktadır.

#### **2.2.4. Edelwich'in Tükenmişlik Modeli**

Edelwich tükenmişlik sendromunun aşama aşama geliştiğini ve bunun dört aşaması bulunduğunu belirtmiştir. Bu aşamalar (Kaçmaz, 2005):

*Şevk ve Coşku Evresi (Enthusiasm):* Bu evrede yüksek bir umutluluk, enerjide artma ve gerçekçi olmayan boyutlara varan mesleki beklentiler sergilenmektedir. Kişi için mesleği her şeyin önündedir, uykusuzluğa, gergin çalışma ortamlarına, kendine ve yaşamın diğer yönlerine zamanını ve enerjisini ayıramayarak uyum sağlama çabasıdadır.

*Durağanlaşma Evresi (Stagnation):* Bu evrede artık istek ve umutlulukta bir azalma olur. Mesleğini uygularken karşılaştığı güçlüklerden, daha önce umursamadığı ya da yadsıdığı bazı noktalardan giderek rahatsız olmaya başlamıştır. Sorgulanmaya başlanan “işten başka bir şey yapmıyor olmaktır”. Zira, mesleği kuramsal ve pratik tüm yönleri ile kişinin varoluşunu tamamen dolduramamıştır.

*Engellenme Evresi (Frustration):* Başka insanlara yardım ve hizmet etmek için çalışmaya başlamış olan kişi, insanları, sistemi, olumsuz çalışma koşullarını değiştirmenin ne kadar zor olduğunu anlar. Yoğun bir engellenmişlik duygusu yaşar. Bu noktada 3 yoldan biri seçilmektedir. Bunlar; adaptif savunma ve başa çıkma stratejilerini harekete geçirme, maladaptif savunmalar ve başa çıkma stratejileri ile tükenmişliği ilerletme, durumdan kendini çekme veya kaçınmadır.

*Umursamazlık Evresi (Apathy):* Bu evrede, çok derin duygusal kopma ya da kısırlaşma, derin bir inançsızlık ve umutsuzluk gözlenmektedir. Mesleğini ekonomik, sosyal güvence için sürdürmekte, ondan zevk almamaktadır. Böyle bir durumda iş yaşamı kişi için bir doyum ve kendini gerçekleştirme alanı olamamakta, kişiye ancak sıkıntı ve mutsuzluk veren bir alan haline dönüşecektir.

### 2.2.5. Perlman ve Hartman 'ın Tükenmişlik Modeli

Perlman ve Hartman (1982) göre tükenmişlik “kronik duygusal strese verilen ve üç bileşenden oluşan bir yanıttır”. Bu modelde, kişisel değişkenler ve bireyin çevresini yorumlayan bilişsel/algısal bir odağa sahiptir. Bu modele göre, tükenmenin üç boyutu, stresin üç temel semptom kategorisini yansıtmaktadır (Aksoy, 2007; Teltik, 2009).

Bunlar;

- Fiziksel semptomlar üzerinde odaklaşan fizyolojik boyut (fiziksel tükenme),
- Tutum ve duygular üzerinde odaklaşan duygusal-bilişsel boyut (duygusal tükenme),
- Semptomatik davranışlar üzerinde odaklaşan davranışsal boyuttur.

Model bireysel özelliklerin ve kurumsal/sosyal çevrenin tükenmenin etkisi ve algılanmasında önemli olduğunu göstermektedir. Stresi etkin ve etkin olmayan başa çıkma yolları etkilemektedir. Modelin dört aşaması bulunmaktadır (Çavuşoğlu, 2005): Birinci aşamada stresin oluşumudur. Stresin oluşumunda iki temel durum mevcuttur. Bireyin beceri ve yetenekleri, algısal ve gerçek kurumsal talepleri karşılamak için yetersiz olabilir ya da iş bireyin istek, ihtiyaç ve değerleri ile örtüşmeyebilir. Başka bir deyişle stres, birey ve iş çevresi arasındaki uyumsuzluk veya çelişki olması durumunda oluşmaktadır. İkinci aşama bireyin algıladığı stres düzeyini içermektedir. Strese yol açan birçok durum, bireyin kendini stres altında algılaması ile sonuçlanır. Birinci aşamadan ikinci aşamaya geçiş, rol ve kurumsal değişkenlere olduğu kadar, bireyin geçmişi ve kişiliğine de dayanmaktadır. Üçüncü aşama, strese verilen üç temel tepki kategorisini içermektedir. Dördüncü aşama da stresin sonuçlarını temsil etmektedir.

Tükenmişlik verilen hizmetin niteliğinde ve niceliğinde bozulmaya yol açtığı gibi hizmeti veren bireylerin sağlığını da olumsuz etkilemektedir. Tükenmişlik ile ilgili belirtiler literatürde şu şekilde sıralanmıştır (Izgar, 2001; Arı ve Bal, 2008):

#### a. Fiziksel Belirtiler

- Yorgunluk ve bitkinlik hissi
- Sık sık baş ağrısı
- Uykusuzluk
- Canlılığı kaybetmek
- Solunum güçlüğü
- Uyuşukluk
- Kilo kaybı

- Genel ağrı ve sızılar
- Yüksek kolesterol
- Koroner kalp rahatsızlığı oranının artışı
- Çok sık görülen soğuk algınlığı ve gripler

#### **b. Davranışsal Belirtiler**

- Çabuk öfkelenme
- İşe gitmek istememe hatta nefret etme
- Birçok konuyu şüphe ve endişe ile karşılama
- Ani tepki verme ve eleştiriye aşırı duyarlılık
- İş doyumsuzluğu, işe geç gelmeler
- İlaç, alkol ve tütün vb. alma eğilimi ya da alımında artma
- Öz saygısı ve öz güvende azalma
- Çevre ile ilişkilerde bozulma
- İzolasyon, uzaklaşma, içe kapanma ve sıkıntı
- Teslimiyet, güncellik, suçluluk, içlerlemişlik
- Hevesin kırılması, çaresizlik, kolay ağlama, konsantrasyon güçlüğü
- Unutkanlık, hareketli olmayış
- Yansıtma
- Kendi kendine zihinsel uğraş içinde olma
- Rol çatışması, görev ve kurallarla ilgili karışıklık
- Kuruma yönelik ilginin kaybı
- Bazı şeyleri erteleme ya da sürüncemede bırakma
- Başarısızlık hissi
- Çalışmaya yönelmede direniş
- Arkadaşlarla iş konusunda tartışmaktan kaçınma, alaycı ve suçlayıcı olma

#### **c. Psikolojik Belirtiler**

- Aile sorunları
- Uyku düzensizliği
- Depresyon
- Psikolojik hastalıklar

### **2.3. Tükenmişliğin Sebepleri**

Tükenmişlik, birden fazla ve kaynağı birbirinden farklı birçok etmenin bir araya gelmesiyle meydana gelir. Bireyler karakterlerindeki, davranışlarındaki ya da üretkenliklerindeki sorunlar sebebiyle tükenebilirler (Jennings, 2008).

Mermann (1990) tükenmişlik için kişisel risk faktörlerini şöyle belirlemiştir (Akt. Izgar, 2001):

- Mükemmel olmaya çalışma
- Duyguları bastırma
- Aşırı isteklere “hayır” deme problemi
- Sorumlu ve güçsüz hissetme
- Tatil yapma güçlüğü
- Güven azlığı
- Saplantılı, baskıcı kişilik özelliği
- Problemler hakkında konuşmama isteği

### **2.4. Tükenmişliği Önleme ve Başetme**

Tükenmişliği önleme ve tükenmişlikle başa çıkmada alınabilecek en etkili yöntem tükenmişliğe neden olan etmenlerin azaltılması ve tespit edilerek hızla müdahale edilmesidir (Öktem, 2009). Tükenmişlik sendromu ile mücadele edebilmek için ilk olarak böyle bir problemin varlığını ve önemini kabul etmek gerekmektedir. Daha sonra sendrom ile mücadele için bireysel ve kurumsal bazı yöntemler kullanılabilir (Budak, 2005).

Çam (1995) tükenmişliği önleme ve baş etme yönünde yürütülecek çalışmaları 3 ana başlık altında toplamıştır. Bunlar:

- Bireysel bazda alınabilecek önlemler
- Görev ve rol yapısındaki değişiklik ve gelişmeler
- Yönetim ve kurumsal önlem ve değişiklikler

#### **2.4.1. Bireysel Yöntemler**

Tükenmişlikle bireysel olarak mücadele etmede kullanılacak yöntemlerden bazıları; kendini tanıma, gerçekçi ve ulaşılabilir hedefler belirleme, işin yapılış tarzını değiştirme, psikolojik geri çekilme (insanlarla etkileşimlerde katılımın azaltılması), işe

ara verme, kendi kendine diyalog kurma (iç konuşma), olumlu yanları görme, sorunları içselleştirmeme, zaman yönetimi, solunum kontrolü, dinlenme ve gevşeme egzersizleri, doğru beslenme, egzersizler, uyku, mizah duygusu ve gülme, iş değiştirme olarak sıralanabilir (Maslach ve Zimbardo, 1982).

Taormina ve Law (2000) “Hemşirelikte Tükenmişliği Önleme” ye ilişkin yapmış olduğu bir çalışmada tükenmişliğin iş eğitimi, kurumsal anlama, meslektaş desteği ve geleceğe yönelik bakışı önemli ölçüde etkilediğini ve kişilerarası iletişim becerileri arttıkça, tükenmişliğinde azaldığını belirtilmişlerdir.

Tükenmişlik sendromu ile baş edebilecek yöntemler oluşturmak, bunları uygulamak için bireysel kontrol sağlamak çok önemlidir. İş ortamını kontrol etme olasılığının az olduğu yerlerde bu durum daha da öncelik kazanır.

Izgar (2001)’a göre kişisel olarak tükenmişlikle başa çıkma yolları şöyle özetlenebilir:

- Ulaşılması imkânsız hedefler yerine gerçekleştirilebilir şansı olan hedefler belirlemek,
- Yorgunluktan kaçınmak, kısa süreli dinlenme imkânları sağlamak, molalar vermek,
- Monotonluğu azaltmak, izin kullanmak,
- Kişinin kendini tanıması ve ihtiyaçlarının farkında olması,
- Kişinin kendini gerçekleştirme ve iç görü geliştirerek çevresiyle ilişkiler kurması

#### **2.4.2. Kurumsal Yöntemler**

Sosyal destek, insanların birbirlerine çeşitli yönlerden yardım ve rahatlık sağlamasına dayanan ilişkileri kastetmektedir. Kişiyi önemseyen ve kişiye yardımcı olabilen ya da olmak isteyen insanlar varsa; kişi, stresle daha etkili bir biçimde başa çıkabilir. Diğer insanlar, kişinin kendisi için her zaman sağlayamayacağı birçok şeyi (yeni bilgiler ve görüşler, yeni becerilerde eğitim, onay ve dönüt, tavsiye, duygusal destek, sosyal karşılaştırma ve araç gereç yardımı) sağlayabilirler (Maslach ve Jackson, 1986).

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

- *Güdüleyici bir rol oynayan hizmet içi eğitim imkânları oluşturmak:* Böylece hem kişi kendini geliştirir, kişisel doyum gerçekleşir, moral artar, hem hizmetin kalitesi yükselir, hem de kişinin kuruma bağlılığı artar.

- *Adil ve planlı bir şekilde düzenlenen yükselme olanakları sağlamak:* Yöneticilerin bu konuda bilmesi gereken, iş görenlerin en az dolgun ücret kadar yükselme şansı aradığıdır.
- *Kurum ortamında değişiklikler yapmak:* Değişime kapalı kurumlarda yaşanan durgunluk, kurumu tembelliğe sürükler ve çalışanlar için bir tükenme nedenidir.
- *Kurumsal geliştirme programları:* Kurumsal geliştirmenin amacı sadece kurumun etkinliği ve sağlamlığını arttırmak değil, kurum üyelerinin ihtiyaç ve mutluluğunu sağlamak, kurumda iyi insan ilişkileri kurulmasına imkân vermektir.
- *Yetki devrinin yaygınlaştırılması:* Çalışanlar üst düzey yöneticiler ile personel arasında kaldıkça tükenmişlik yaşamaları kaçınılmazdır, çünkü sorumlulukları altında çözmeleri gereken birçok sorun ve almaları gereken kararlar varken çoğu zaman karar yetkileri yoktur.
- *Çatışma yönetimi:* Bir kurumun dinamizmini, değişme ve gelişmesini çatışma yönetimi sağlar. Aksi halde kurumun durağanlaşması, hatta yok olması kaçınılmaz olur. Yönetimin görevi çatışmayı yok etmek değil, ancak etkin olarak yönetmektir. Yönetici kurumsal değişme ve gelişme için zaman zaman çatışmayı desteklemelidir. Tükenmişlik bu çatışmalardan doğrudan etkilenmektedir. Kurumsal çatışma kaçınılmaz olduğuna göre yönetimin çatışmayı kontrol etmesi çok önemlidir.
- *Çalışanları makul hedeflere yönlendirmek:* Çalışanlar için hedef belirlemek yerine, hedefleri kendilerinin belirlemelerini sağlamak tükenmişlikle mücadelede önemli bir yöntemdir.
- *Kurum-çevre ilişkileri:* Kurum ile çevrenin ilişkilerinin başarısız olması çalışanlar üzerinde bir baskı unsuru olduğu için tükenmede etken bir rol oynar. Kurum-çevre ve çalışanların kurum içindeki kaynaşmaları önemlidir.

## **2.5. Hemşirelerde Tükenmişlik**

Sağlık alanı; yıkıcı seviyede stresler yaşayan ve sorunları olan insanlara hizmet vermenin zorluğu ile birlikte, bu alanda görev yapanların günlük yaşamlarında sıklıkla strese sebep olan olaylarla karşı karşıya kalmaları sebebiyle, diğer iş ortamlarından farklılık göstermektedir. (Yıldız, Yolsal ve Güven, 2003). Sağlık çalışanları, yoğun iş yükü, ağır ve ölümcül hastalara bakım verme, gerektiğinde hasta ve yakınlarına duygusal destek vermek zorunda kalma gibi nedenlerle işle ilgili stres ve gerginlik yaşamaktadırlar (Canbaz ve ark., 2005).

Sağlık hizmetindeki yetersizlikler, hizmetin ve personelin dengesiz dağılımı da çalışanlarda düş kırıklığı ve gerginlik yaratmaktadır. İşe bağlı gerginlik ve tükenme, kişide depresyon, anksiyete, çaresizlik duyguları gibi ruhsal, baş ağrısı, kaslarda gerginlik, uykusuzluk gibi fizyolojik etkilere yol açmaktadır. Bunun yanı sıra tükenmişliğin; işte verimi ve üretimi düşürme, iş doyumunu azaltma, işe gecikme, özür uydurarak hiç gelmeme ya da işi tamamen bırakma, sonuçta deneyimli personelin elde tutulamaması gibi kurumsal sonuçları da vardır (Aslan, 2006).

Araştırmalar sağlık kurumlarında çalışan kişilerde tükenmişliğin yoğun olarak yaşandığını göstermektedir (Izgar, 2001; ILO 2002; Aydın, 2005). Sağlık personeli özellikle hemşireler, sağlık kurumları içerisinde görevlerinin doğası olarak, insan yaşamını tehdit eden bir mesleklerinin olması, zaman baskısı, özellikler modern çağda kullanılan aletlerin teknolojik nitelikte olması ve bu aletlerin her aşamada yoğunca kullanılması, çok fazla insanla iletişim içerisinde olmak ve bu iletişimi devam ettirmek durumunda olmaları, çatışma doğurmaya uygun bir ortamda çalışmak zorunda olmaları, ölümle sık karşılaşmaları, iş yükünün çok olması gibi birçok stres etmenine maruz kalırlar (Aydın, 2005). Tükenmişlikle ortaya çıkan sorunlar hemşirelerin üretkenliğinin azalmasına, iş doyumsuzluğuna ve profesyonelliğe engel oluşturmaktadır. Hemşirelikte yaşanan tükenmişlikten kurum, hemşireler, hemşirelik mesleği, hizmet alan bireyler ve ülke ekonomisi etkilenmektedir (Arı ve Bal, 2008). Hemşirelikte tükenmişliğe yol açan faktörler; işle ilgili, bireysel ve kurumsal olmak üzere üç grupta incelenmektedir.

Kurumsal faktörler; rol belirsizliği, yöneticilerden destek alamama, iş güvensizliği, kararlara katılmama, katı politikalar, uzun çalışma saatleri, ekip üyeleriyle yaşanan çatışmalar, yoğun hasta etkileşimleri, işyerindeki sosyal desteğin azlığı, bürokrasi, kariyer beklentilerinin karşılanmamasıdır.

Tükenmişliğe yol açan işle ilgili faktörler; iş yükü, az iş, vardiyalı çalışma, çalışma süresi, maaş, statü, prestij, işin çok yönlülüğü, işin fiziksel ve zihinsel güçlüğü, zaman baskısı, sınırlamalar, işin fiziksel koşullarıdır (Jackson ve Schuler, 1983).

Hemşirelikte tükenmişliğe yol açan bireysel faktörleri, yaş, eğitim, cinsiyet, sağlık, kişilik, stresle başa çıkma yeteneği oluşturmaktadır (Kuloğlu, 1996; Brewer ve Shapard, 2004; Kaya ve Ark., 2010). Özellikle genç yaşta ve iş konusunda yeterli deneyime sahip olmama bu konuda öne çıkan değişkenlerdir (Kaya ve Ark., 2010). Yapılan çalışmalarda deneyim arttıkça bireylerin kişisel başarı duygularının arttığı duygusal tükenme ve duyarsızlaşmalarının azaldığı bildirilmektedir (Brewer ve



Shapard, 2004; Kaya ve Ark., 2010). Bireyin stresle başa çıkma becerisi, atılganlık düzeyi, benlik saygısı, iletişim becerileri, özel yaşamından ve özellikle işyerinden aldığı sosyal destek tükenmişliği azaltan faktörlerdir. (Öz ve Hiçdurmaz, 2010).

## 2.6. Mizah Kavramı

Mizahı anlamaya yönelik ortaya konan her bir tanımın, mizahın bir yönünü ele aldığı, bireysel farklılığa ışık tutacak ve mizahı bütün yönleriyle açıklayabilecek ortak paydada toplanmadığı kabul edilmektedir. Bu belirsizlik mizah teorileri ve mizah duygusu için de geçerlidir (İlhan, 2005). En genel tanımı ile Mizah, olaylar ve durumların eğlenceli yönünü görebilme becerisidir. Bir başka deyişle mizah duygusu, bir kimsenin gülünç olan bir şeyi görebilme, algılayabilme ya da anlatma yeteneğidir. Diğer bir ifadeyle mizah üretme, mizahtan hoşlanma, yorumlama ve anlayış yeteneğidir (İlhan, 2005). Platon'a göre mizah, "şaka kılıfı altında gerçeği söyleme" dir (Akt: Aslan, 2006). Üstünlük teorileri, stresli bir duruma karşı mizahi bir tepkiye eşlik eden üstünlük, özsaygı ve güven duygusu üzerine temellendirilmiştir (İlhan, 2005).

Freud (1998), mizahın kullanımındaki farklılığı iki başlık altında toplar; kasıtsız ve kasıtlı espriler. Freud'a (1998) göre, kasıtsız espriler doğaçlama yapılı ve mizahın dışında herhangi bir amaca hizmet etmez. Bir esprinin amacı kendisi olmadığında, yani kasıtlı olduğunda hizmet edebileceği iki amaç vardır; düşmanlık (saldırganlık, hiciv ya da savunma amacına hizmet eder) ya da cinsellik. Bu iki amaçla yapılan espri, kişiye bilinç dışına ittiği ve bastırıldığı duygu ve düşünceleri ifade etme fırsatı verir (Akt: İlhan, 2005).

Maslow'a (1954) göre mizah duygusu, kendini gerçekleştirmiş bir kişinin özelliklerindedir. Kendini gerçekleştirmiş bireylerin tümü, diğer insanlardan farklı olarak düşmanca olmayan ve felsefi bir mizah duygusuna sahiptirler. Örneğin; onlar mizahı; düşmanca, kendini üstün görme ya da cinsel amaçlı kullanmak yerine, mazoşistçe olmadan kendisiyle dalga geçebilme ve başkalarını eğlendirme amacıyla kullanırlar (Akt: İlhan, 2005).

Literatürde mizah duygusunun (sense of humor) herkesçe kabul edilebilen bir tanımının yapılmasının güç olduğu belirtilmektedir.( Kruger, 1996; Kurki, 2001; Martin, 2007; Yerlikaya, 2007). Martin'e (2004) göre bu durumun temel sebebi, mizahın; bilişsel, duyuşsal, davranışsal, fiziksel ve sosyal açıdan oldukça karmaşık bir olgu olmasıyla ilişkilidir (Akt:İlhan, 2005). Modern psikolojide, mizah duygusu, var

olan kişisel özellikleri devam ettirme olarak tanımlanmaktadır. (İlhan, 2005). Araştırmacılar mizah duygusunu bazen bir alışlagelmiş davranış örüntüsü (sık sık gülme, espriler yapıp başkalarını eğlendirme, başkalarının yaptığı esrilere gülme eğilimi gibi), bazen bir mizaç (duyguyla ilişkili karakter özellikleri, neşeli bir insan olma) ya da bir beceri (bilişsel bir yetenek, mizah yaratabilme, başkalarını güldürebilme, esprileri anlayabilme ve akılda tutabilme becerisi ), estetik bir davranım (belirli tip mizahtan hoşlanmak), bir tutum (mizaha ve komik insanlara karşı olumlu tutumda olmak), bir dünya görüşü (hayata gülümseyerek bakmak) ve sorunlarla baş etme stratejisi (sıkıntılı durumlara karşı mizahi bakış açısını sürdürmek) anlamına gelecek şekillerde kullanmışlardır.

Eysenck (1972), mizah duygusunun üç farklı anlamına işaret etmektedir. Birincisi, bir kişinin bizim yaptığımız aynı şeylere gülmesi (uymacı anlamında); ikincisi, bir kişinin çok fazla gülmesi ve kolayca eğlenmesi ve üçüncüsü, başka insanlara eğlenceli şeyler söylemek ve onları eğlendirmek (üretici anlamında) o kişinin yaşamının ve ruhunun bir parçası olmasıdır (Akt: İlhan, 2005).

## **2.7.Genel Mizah Kuramları**

Gülme ve mizahı açıklamaya çalışan kişiler, öncelikle “insan neden güler?” sorusuna yanıt aramaya çalışmışlardır; onların bu soruya verdikleri yanıtlar ise ilk mizah ve gülme kuramlarını oluşturmuştur (Aslan, 2006). Eflatun’dan Bergson’a kadar bir çok kuramcı ve filozof, pek çok mizah, gülme ve komedi teorileri geliştirmişlerdir. Martin’e (1998) göre, bu teorilerin büyük bir çoğunluğu mizah duygusundaki bireysel farklılıklara değinmemişlerdir. Onlar daha çok, “mizah deneyimi ile mizah algısı ne tür zihinsel, duygusal ve güdüsel süreçler içerir?” sorusuna cevap aramışlardır (Akt: İlhan, 2005).

Moran’a (1996) göre, günümüzde mizahı açıklayan çok sayıda teoride, mizahın temel olarak iki karakteristik özelliğine vurgu yapılmaktadır. Birincisi, mizah baskıyı, gerginliği azaltıcı bir etki sağlar. İkincisi, mizah bir durum ya da olay hakkında tekrar yorum yapmamızı sağlar (Akt: İlhan, 2005).

Freud, rüyalar ve şakalar arasında benzerlik ve analogiler kurarak söz ve bilinçdışının ilişkisini içeren bir teori kurmuştur; Freud’a göre, her ikisi de açıkça ifade edemediklerimizi dolaylı yollarla anlatma özelliğine sahiptir, mizah bilinçdışı ile aynı özelliğe sahiptir (Akt: Fidanoğlu, 2006). Freud’un mizah teorisi üzerindeki düşünceleri

iki eserinde yer almaktadır, Bunlar; “Espriler ve Bilinçdışıyla İlişkileri” isimli kitabı ve “Mizah” başlıklı makalesidir (Akt: İlhan, 2005).

Freud’a göre, tüm gülünecek durumlar için insanlar belli bir ruhsal enerji ayırmışlardır. Komik, çocukluğa ait kaybedilen gülmeyi tekrar kazanma olarak tanımladığı, başkalarında ve kendimizdeki çocuksu gülme davranışlarıdır (Akt: İlhan, 2005). Bu enerji belli bir ruhsal durumda harcanmak için ayrılmış, ama gerekli olmamıştır. Bu gereksiz enerji daha sonra gülme biçiminde kullanılır. Freud, espri yaparken, bastırılmış veya yasaklanmış duygu ve düşünceler için kullanılacak olan enerjiyi, komik durumlara tepki verirken düşünmek için kullandığımız fazla enerjiyi, mizah için ise duygularımızca kullanılmayan enerjiyi harcadığımızı söylemektedir (Akt: Aslan, 2006).

Şakalar bize, normal şekilde ifade edemediğimiz ve bilinç dışında hapsedtiğimiz cinsellik ve saldırganlık dürtülerimizi kelimelerle oynayarak yani onları kısaltarak, birleştirerek, yer değiştirerek ifade etme imkanı verir (Akt: İlhan, 2005). Böylece normalde bu dürtüleri bastırmaya yarayan enerji açıkta kalır ve kahkahaya dönüşür. Freud, iki tür şakadan bahseder: Saf şakalar ve kasıtlı şakalar. Saf şakaların etkisi basit bir gülümseme iken, kasıtlı şakalar ise insanların kahkahalara boğulmasıdır. Kasıtlı şakalar, müstehcen ve sinsî hikayeler içermektedir. Kasıtlı esprilerde üç kişiye ihtiyaç vardır: Espriyi yapan, saldırının nesnesi olan ve zevki üreten (Akt: Fidanoğlu, 2006). Son olarak Freud (1998), üçüncü kategoride ele aldığı mizahı, şaka ve komikten ayırır ve hoş olmayan duygusal durumlardan kurtulmak için kullandığımız bir çeşit savunma mekanizması olarak tanımlar (Akt: İlhan, 2005).

Diğer taraftan; uyumsuzluk kuramı gülmeyi açıklayan bilişsel bir kuram olarak görülebilir (Aslan, 2006). Bu yaklaşıma göre mizah, normalde birbirinden tamamen farklı olan fikirleri, kavramları ya da durumları şaşırtıcı yada beklenmedik bir şekilde bir araya getirir (Fidanoğlu, 2006). Psikanalitik teoriler duygu ve motivasyon üzerine vurgu yaparken, uyumsuzluk teorileri mizahın bilişsel elemanları üzerine odaklanmışlardır. Bu yaklaşıma göre mizah, normal olarak bir araya gelen iki farklı düşünce, fikir, kavram ya da beklenmedik/şaşırtıcı bir durumu içerir (İlhan, 2005).

## **2.8.Mizah Tarzları**

Günlük yaşamda mizah kullanımının, uyumlu ya da uyumsuz ve bireyin kendi içinde ya da kişiler arası oluşuna göre belirlenecek 4 farklı tarz vardır. Bu tarzlar aynı

zamanda mizahın kullanımında bireysel farklılıkları ifade etmektedir (Akt: İlhan, 2005). Bu mizah tarzlarından ikisi, psikolojik olarak iyi olma durumu açısından olumlu ve sağlıklı, ikisi de psikolojik olarak iyi olma durumu açısından olumsuz ve sağlıksız mizah tarzlarıdır (Erickson ve Feildstein, 2007).

### **2.8.1.Katılımcı Mizah**

Katılımcı mizah anlayışı başkalarını eğlendirmek, gevşetmek için mizah (şaka yapma, fıkra anlatma, komik şeyler söyleme, zeki latifeler gibi) kullanma kabiliyetini içeren kişilerarası uyumlu bir mizah türüdür (Hampes, 2006). Bu tip mizaha sahip olan kişiler; kişiler arası ilişkilerde gerilimi azaltmak, başkalarını eğlendirmek, ilişkileri kolaylaştırmak ve şaka yapmak için eğlenceli şeyler söyleme eğilimindedirler. Temel olarak düşmanlık içermeyen, kişiler arası ilişkileri geliştirmek için mizahın tolerans aracı olarak kullanıldığı bir tarzdır. Katılımcı mizah, neşelilik, öz saygı, samimiyet, tatmin edici ilişki ve pozitif duyguların baskınlığı gibi ruh halleriyle olumlu yönde ilişkilidir (Martin ve ark., 2004). Ayrıca katılımcı mizah, kendini gerçekleştirmeyle, psikolojik iyi olma haliyle de olumlu yönde ilişkilidir, ancak katılımcı mizah depresyon ve sinirlilik haliyle olumsuz yönde ilişkilidir (Erickson ve Feildstein, 2007).

### **2.8.2.Kendini Geliştirici Mizah**

Kendini geliştirici mizah anlayışı; genel anlamda hayata nükteli bir bakış açısını, hayatın uyuşmazlıkları tarafından sık sık eğlendirilme eğilimini, stres ve sıkıntı anında bile komik bir perspektif koruyabilmeyi içeren kişinin zihninde oluşan boyuttur (Hampes, 2006). Bu mizah tarzını kullanan kişiler, mizahı sadece mizahi görüşlerini devam ettirmek için değil, aynı zamanda başkaları olmadığı zamanlarda hatta, hayatın zorluklarına, stres ve uyuşmazlıklara karşı bir başa çıkma aracı olarak kullanma eğilimindedirler.

Kendini Geliştirici Mizah; kişiler arası ilişkilere odaklanmadan daha çok, intapsiiktir. Bu yüzden, katılımcı mizah kadar dışadönüklük ile güçlü bir ilişkiye sahip değildir. Bu mizah tarzı daha çok, depresyon, anksiyete, daha genel olarak nevrozizm gibi olumsuz duygularla negatif yönde; deneyime açıklık, öz saygı ve öznel iyi oluşla pozitif yönde ilişkilidir (Martin ve ark., 2003). Kendini Geliştirici Mizah tarzı da Katılımcı Mizah tarzı gibi neşelilik ve kendini gerçekleştirme ile olumlu, sinirlilikle olumsuz yönde ilişkilidir (Erickson ve Feildstein, 2007).

### **2.8.3.Saldırgan Mizah**

Saldırgan mizah anlayışı, kişiler arası uygun olmayan, iğneleyici alay, sataşma, dalga geçme, düşmanlık, küçük düşürmeyi içermektedir (Hampes, 2006). Saldırgan mizah, başkalarının karakterine ve tavırlarına odaklanmaktadır (Saroglou ve Anciaux, 2004). Bu mizah tarzına sahip olan kişilerin mizahı kullanmadaki amacı; istihza (alay), sataşma, karşısındakini küçük düşürme, cinsel yada ırkçı içerikli bir tarzla insanları eleştirmek yada onları baskı altında tutmaktır. Saldırgan mizah, nevrotizm, özellikle düşmanlık, kızgınlık ve saldırganlık ile pozitif yönde; yumuşak başlılık ve sorumluluk gibi kişilik özellikleriyle negatif yönde ilişkilidir (Martin ve ark., 2003).

### **2.8.4.Kendini Yıkıcı Mizah**

Dördüncü mizah türü kendine yöneltilmiş, diğerlerine yakın olabilmek ve kendini başkalarına kabul ettirmek için kendini aşağılama pahasına komik şeyler anlatma ve yapma, kendini başkalarının maskarası yapma, kendisiyle alay edildiğinde ya da aşağılandığında diğerleriyle gülmeyi kapsayan bir mizah türü olan kendini yıkıcı mizahdır (Hampes, 2006). Bu mizah tarzına sahip olan kişiler, kendini küçük düşürme ve kendisiyle alay etme yoluyla başkalarını eğlendirmeyi amaçlarlar. Aynı zamanda bu kişiler, problemlerini yapıcı bir şekilde çözmekten kaçınmak ya da olumsuz duygularının altında yatan asıl nedenleri gizlemek için de bu mizaha başvururlar. Kendini Yıkıcı Mizah, depresyon, ve anksiyete gibi olumsuz duygularla ve kişilik özelliklerinden nevrotizm ile pozitif yönde; tatminkar ilişkiler, öznel iyi oluş ve öz saygı ile negatif yönde ilişkilidir (Martin ve ark, 2003)

### **2.9.Olumlu ve Olumsuz Mizah**

Mizah üzerinde yapılan çağdaş psikolojik araştırmalar, mizah duygusunun psikolojik sağlık ve iyilik durumunu geliştiren olumlu ve istenir bir kişilik özelliği olduğunu belirtmektedir (Houston ve ark., 1998; Herzog ve Strenay, 2008). Herzog ve Strenay (2008) yüksek bir mizah duygusuna sahip olan bireylerin; iyimserlik, kendini kabul, özgüven ve özerklik gibi olumlu bir takım özelliklere sahip olduklarını ifade etmektedir.

### 2.9.1. Mizahın Olumlu Yanları

Olumlu mizah, daha pozitif düşüncelerle ve çevreden gelen bilgileri daha gerçekçi bir şekilde kavrama yoluyla stresin yıkıcı etkilerini yumuşatan bir başa çıkma stratejisidir(Goddart ve Patton, 2006). Mizah, bireylerin zor ya da korkutucu durumlarda olumsuz duyguların etkisinde kalmaması için bir savunma yöntemi olarak ortaya çıkar. Savunma, gelişmiş ve gelişmemiş olmak üzere iki grupta incelenebilir. Gelişmiş savunma, sentezler oluşturur, özgüveni geliştirir ve stresi hafifletir. Gelişmemiş savunma ise, olayları inkâr eder ve karmaşıklığa sebep olur. Olumlu mizah tarzları (katılımcı mizah, kendini geliştirici mizah) gelişmiş bir savunma, olumsuz mizah tarzları (saldırgan mizah, kendini yıkıcı mizah) ise gelişmemiş bir savunma olarak düşünülmektedir(Erickson ve Feildstein, 2007).

Mizah ve onun sonucu olan kahkahanın beden sağlığı üzerindeki olumlu etkisine ilgi 1979 yılında Norman Counins tarafından yazılan “Anatomy of an Illness” adlı kitap ile başlamıştır. Yazar tarafından, karakterin yakalandığı “Ankilozan Spondilit” adlı ölümcül hastalıktan kurtulmasında “umut, kahkaha, sevgi, inanç” gibi olumlu duyguların oynadığı büyük role dikkat çekilmiştir (Erickson ve Feildstein, 2007). Yüzyıllardır dünyanın pek çok yerinde, mizahın, sağlık ve iyi oluş üzerinde faydalı olduğuna inanılır. Mizahın, fiziksel sağlığa faydalı olduğun öne süren iki temel görüş vardır. Bir görüşe göre, gülmenin etkisiyle kalp-damar hareketlerinde artma, kaslardaki gerginlikte azalma gibi fizyolojik değişiklikler bağışıklık sistemi üzerinde olumlu etki sağlar. Diğer görüşe göre, gülmenin fiziksel hastalık ya da rahatsızlıklara karşı ağrı eşiğini artıran beta-endorfin gibi salgıları uyardığı yönündedir. Gülmenin, fiziksel sağlık üzerinde doğrudan etkili olduğunu söyleyen görüşlere karşın, mizah duygusu ile fiziksel sağlık arasında dolaylı birtakım bağlar olduğunu söyleyen görüşler de ortaya atılmıştır (İlhan, 2005).

Yapılan çalışmalarda, hastaların ağrı tepkilerinde mizahın etkisi araştırılmıştır. Önce, hastalara her gün belli saatlerde komedi filmleri izlettirilmiştir, daha sonra ağrıya dayanma seviyeleri ölçülmüştür. Elde edilen bulgulara göre hastaların ağrıya dayanma seviyelerinde artma tespit edilmiştir(Cogan ve diğerleri, 1987, Hudak ve diğerleri, 1991).

## **2.9.2.Mizahın Olumsuz Yanları**

Kuiper, Grimshaw, Letie ve Kirsch (2004), mizah duygusunun saldırgan ve kendini yıkıcı mizah tarzlarını da içermesinden dolayı mizahın sadece olumlu psikolojik sağlık üzerinde etkisi olmadığına dikkat çekmişlerdir. Martin ve ark. (2003), diğer kişilerle alay etmeyi, küçük düşürmeyi içeren saldırgan mizah tarzını kullanan kişilerin daha az güvenilir olduğu gibi daha kaba davranma eğiliminde olduklarını belirtirken, etrafındaki diğer kişilere kendini kabul ettirmek için kendini aşağılama özeliği taşıyan kendini yıkıcı mizah tarzını kullanan kişilerin durumlar karşısında amaçsızlık, kaygı ve duygusal güvensizlik sergileyebileceklerini belirtmişlerdir.

## **2.10. Hemşirelikte Tükenmişlik ve Mizah Arasındaki İlişki**

Modern çağda stres ve onun yaratmış olduğu tükenmişlik ile baş edebilmek için bir takım yöntemlere ihtiyaç duyulmuştur çünkü stres sonucunda oluşan tükenmişlik bireylerin fiziksel ve ruhsal sağlıklarını ve yaşam kalitesini etkilemektedir.

Evrensel olarak var olan ve birey için özellikle tükenmişlikle mücadelede birçok faydası olan mizah, bireylerin maruz kaldığı stres deneyimlerini daha farklı algılamalarını ve durumu daha olumlu değerlendirmelerini sağlayabilir. Bu sayede duygu yükünü ve bunun birey üzerindeki zararlarını engeller ve birey için rahatlatıcı bir etkide bulunur (Kruger, 1996).

Lazarus ve Folkman (1984)'ın geliştirmiş olduğu Bilişsel model, bireyin yaşadıklarına göstermiş olduğu tepkilerde üç farklı boyutun önemine dikkat çekmektedir. Bu boyutlar; olayların algılanması, anlamlandırılması ve yorumlanmasıdır. Öğrenilmiş ve genellikle bilinçsizce/bilinçdışı gerçekleşirler. Olumsuz ve yıkıcı etkileri olan düşünceler olumsuz duyguları, olumlu ve yapıcı düşünceler ise olumlu duyguların ortaya çıkmasında kolaylaştırıcı etkiye sahiptirler. Yaşanılan olumsuz duyguları ortadan kaldırmak için bu duyguları ortaya çıkaran arka plandaki düşünceler ve inanç sistemlerinin belirlenmesi ve bunların işlevsel olanlarla yer değiştirilmesi gerekmektedir. Bu düşünce olumlu alternatif düşünce olarak adlandırılmaktadır (Kruger, 1996).

Mizah bu bilişsel model içinde pragmatik parçadır. Mizah duyguların altında yatan ve sebebi olan düşünceleri değiştirir. Bu sayede birey, deneyimlediği ve tükenmesine sebep olan olayları olumlu ve gerçekçi bir bakış açısıyla ele alarak işleme

fırsatı bulur. Böylece kişi, geçmişteki işlevsiz ve olumsuz düşünce kalıplarını terk ederek daha işlevsel olanları kişisel yapı sistemide entegre eder. Bu sayede birey, daha olumlu duygular taşımaya başlar. Mizahın en belirgin ruhsal faydası bireyi herşeyin kategorikleştirildiği ve doğrusallaştırıldığı kazan ya da kaybet dünyasından kurtararak daha işlevsel ve gerçekçi bir dünya görüşü ve bilişsel yapılanma ile algılanmasını sağlamaktadır, bir başka deyişle, mizah, bireye zarar veren duygusal tepkileri en aza indirgeyerek bireyin dış dünyaya ve karşılaştığı uyaranlara daha tarafsız bakabilmesini sağlar. (Kuiper ve ark., 2010)

Mizah, hemşire hasta etkileşiminde en az kullanılan kaynaklardan birisidir (Astedt-Kurki ve Liukkonen, 1994). Hemşirelikte mizah son yıllarda literatürde yerini almış konulardan biridir. Astedt-Kurki ve Liukkonen (1994) hemşirelikte mizahı çalışan ilk bilim insanları arasındadırlar. Astedt-Kurki ve Liukkonen yaptıkları bir çalışmada hemşireler arasında çalışma ortamında mizahı kullanmalarının iş stresini azaltmada önemli olduğunu vurgulamışlardır.

Warner (1991) yaptığı bir çalışmada öğrencilerde mizah kullanımının kaygı ve stresi azalttığını, baş etmeyi arttırdığını saptamıştır.

Fitch ve ark. (2008)' a göre hasta olmak, özellikle ölüm riski bulunması, hasta bireyler ve hasta yakınları için baş edilmesi güç, stres oluşturan unsurlardır. Hasta ve ona bakım veren hemşirelerin stresle baş etmede ve stresin yıkıcı etkilerini en aza indirmede kullandığı yöntemlerden birisi mizahtır.



## 3.GEREÇ VE YÖNTEM

### 3.1.Araştırmanın Şekli

Araştırma cerrahi kliniklerinde çalışan hemşirelerin mizah tarzları ile tükenmişlik düzeyleri arasındaki ilişkiyi saptamak amacıyla tanımlayıcı olarak gerçekleştirilmiştir.

### 3.2.Araştırmanın Gerçekleştirildiği Yer ve Özellikleri

Araştırma, Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi ve Başkent Üniversitesi Konya, Adana, İstanbul Uygulama ve Araştırma Merkezlerinde yapılmıştır. Araştırma kapsamına bu hastanelerin, cerrahi klinik, cerrahi yoğun bakım üniteleri ve cerrahi poliklinikleri ve ameliyathanelerinde çalışan lisans mezunu hemşireler alınmıştır. Bu hemşireler daha önce mizah tarzı ve tükenmişlik konusunda eğitim almamışlardır.

Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi'nin yatak sayısı 288, burada çalışan hemşire sayısı 323 olup bunlardan 116'sı cerrahi kliniklerinde çalışan lisans mezunu hemşirelerdir.

Başkent Üniversitesi Adana Uygulama ve Araştırma Merkezi'nin yatak sayısı 561'dir, burada 265 hemşire çalışmakta olup, bunlardan 80'i lisans mezunu ve cerrahi kliniklerinde hizmet vermektedir.

Başkent Üniversitesi Konya Uygulama ve Araştırma Merkezi'nin yatak sayısı 200'dür ve bu kurumda çalışan lisans mezunu hemşire sayısı 10 olup bunların sadece 6'sı cerrahi kliniklerinde çalışmaktadır.

Başkent Üniversitesi İstanbul Uygulama ve Araştırma Hastanesi'nin yatak sayısı 149 olup burada çalışan hemşirelerin 52'si cerrahi alanında çalışan lisans mezunu hemşirelerdir.

### 3.3.Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi ve Konya, Adana, İstanbul Uygulama ve Araştırma Merkezlerinin cerrahi kliniklerinde çalışan lisans mezunu hemşireler oluşturmuştur. Araştırmada evrenin tamamına ulaşılması hedeflenmiş, bu nedenle örneklem hesabı yapılmamıştır. Araştırma evrenini 254 hemşire oluşturmaktadır, ancak araştırmanın uygulanması sırasında Başkent Üniversitesi İstanbul Uygulama ve Araştırma Merkezi'nde çalışan lisans mezunu 4 hemşireye izinli oldukları için ulaşılamamış araştırma 250 lisans mezunu hemşire ile tamamlanmıştır.

### **3.4.Verilerin Toplanması**

#### **3.4.1. Veri Toplama Araçları**

Veri toplama araçları araştırmacı tarafından literatür incelenerek oluşturulmuştur. Çalışmada Sosyo-Demografik ve Mesleki Özellikler Soru Formu, Maslach Tükenmişlik Ölçeği, Mizah Tarzları Ölçeği kullanılmıştır (Ek 1),(Ek 2),(Ek 3)

##### **3.4.1.1. Sosyo Demografik ve Mesleki Özellikler Soru Formu**

Hemşirelerin mesleki ve sosyo demografik özellikleri ilgili literatür incelenerek oluşturulan 20 soru ile toplanmıştır.(Ek 1)

##### **3.4.1.2.Maslach Tükenmişlik Ölçeği**

Ölçek, Ergin (1992) tarafından Türkçe'ye uyarlanmış olup Maslach Tükenmişlik Ölçeği (MTÖ) 22 ifadeden oluşmaktadır. İfadeler, Duygusal Tükenme (DT), Duyarsızlaşma (D) ve Kişisel Başarıda Düşme (KB) olmak üzere 3 boyutu kapsamaktadır. Maslach Tükenmişlik Ölçeğinin kullanılması, tükenmişlik araştırmalarında sık kullanılması ve yüksek güvenilirliği olması nedeniyle tercih edilmiştir. Ölçeğin, Cronbach alpha değerinin Duygusal Tükenme Boyutunun 0.90, Duyarsızlaşma boyutunun 0.79, Kişisel Başarıda Düşme boyutunun 0.71 olduğu belirtilmektedir.

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

Ölçekte 1,2,3,6,8,13,14,16,20 numaralı ifadeler Duygusal Tükenmişlik, 5,10,11,15,22 numaralı ifadeler Duyarsızlaşma, 4,7,9,12,17,18,19,21 numaralı ifadeler

Kişisel Başarıda Azalma boyutunu belirlemeye yöneliktir. Kişisel başarıda azalma alt boyutu tersine puanlanmaktadır.

Ölçeğin her üç boyutu ayrı olarak değerlendirilmektedir. Duygusal Tükenme ve Duyarsızlaşma boyutlarından alınan puanların yüksek, Kişisel Başarıda Düşme boyutundan alınan puanların düşük olması Tükenmişlik durumunun yüksek olduğunu göstermektedir. Her bir ifade 0-4 arasında değer almaktadır. Toplam puanlar Duygusal Tükenme boyutunda 4-36; Duyarsızlaşma boyutunda 4-20; Kişisel Başarı boyutunda 4-32 arasında değişmektedir. Puanlar minimuma yaklaştıkça tükenmişliğin azaldığı, maksimuma yaklaştıkça arttığı kabul edilmektedir.

### **3.4.1.3. Mizah Tarzları Ölçeği**

Mizah Tarzları Ölçeği (Humor Styles Questionnaire) Martin ve Puhlik-Doris (1999) tarafından dört farklı mizah tarzını ölçmek amacıyla 60 madde olarak geliştirilmiş daha sonra Martin, Puhlik-Doris, Larsen, Gray ve Weir (2003) tarafından revize edilerek madde sayısı 32'ye düşürülmüş, kendini değerlendirme ölçeğidir.

Mizah Tarzları Ölçeği'nin maddelerine verilen yanıtlar, “Kesinlikle Katılmıyorum” ile “Tamamıyla Katılıyorum” arasında değişen yedili yanıt aralığı şeklinde tasarlanmıştır. Mizah Tarzları Ölçeği'nin ikisi olumlu, ikisi olumsuz mizah kullanımını ölçmek üzere tasarlanmış dört alt boyutu vardır. Bu alt ölçekler; Kendini Geliştirici Mizah (Self Enhancing Humor), Katılımcı Mizah (Affiliative Humor), Kendini Yıkıcı Mizah (Self Defeating Humor) ve Saldırgan Mizah (Aggressive Humor)'tır. Bir bölümü ters puanlanan 8'er maddeden oluşan her bir alt boyutta yer alan sorular bireylerin sahip olduğu mizah duygusunun belirtilen boyutlar açısından nasıl farklılaştığını ölçmeye yöneliktir.

Ölçeğin Türkçeye uyarlayan Yerlikaya çalışmasında elde edilen Türkçe formunda yer alan tüm maddelerin orijinal formda yer aldıkları faktörlere 0.32 ile 0.75 arasında değişen faktör yükleri olduğunu belirtmiştir. Ölçeğin Türkçeye uyarlama çalışmasında her bir alt ölçeğe ilişkin olarak elde edilen Cronbach alfa iç tutarlık katsayıları Katılımcı Mizah için 0.74, Kendini Geliştirici Mizah için 0.78, Saldırgan Mizah için 0.69, Kendini Yıkıcı Mizah için 0.67 olarak belirtilmiştir.

### **3.4.2. Veri Toplama Formları Ön Uygulaması**

Veri toplama formunun anlaşılabilirliği ve işlevselliğini saptamak için cerrahi kliniklerde çalışan 20 hemşireye 1-5 Ocak 2012 tarihleri arasında sözel ve yazılı onamları alınarak ön uygulama yapılmıştır. Ön uygulama sonrasında veri toplama formunda değişiklik yapılmadığı için ön uygulamaya alınan hemşireler araştırma kapsamına dahil edilmiştir.

### **3.4.3. Veri Toplama Formlarının Uygulanması**

Veriler, Ocak-Nisan 2012 tarihleri arasında cerrahi klinik, cerrahi yoğun bakım üniteleri, cerrahi poliklinikler ve ameliyathanelerde çalışan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 250 lisans mezunu hemşireden literatür incelenerek geliştirilmiş olan veri toplama formları kullanılarak elde edilmiştir.

Araştırmanın uygulanabilmesi için Başkent Üniversitesi Tıp ve Sağlık Bilimleri Araştırma Kurulu'ndan resmi izin alınmıştır. Çalışmaya katılan hemşirelere çalışmanın amacı ile ilgili bilgi içeren yazılı onam formu okutularak yazılı ve sözel onamları alınmıştır. Veri toplama formları araştırmaya katılmayı kabul eden hemşirelerle araştırmacı tarafından yüz yüze görüşülerek doldurulmuştur. Hemşirelerin birbirleri arasındaki etkileşimi önlemek için yalnız görüşülmüştür. Uygulama 8-16 şifinde gerçekleştirilmiş, ortalama 15-20 dakika sürmüştür.

### **3.4.4. Verilerin Değerlendirilmesi**

Verilerin değerlendirilmesi SPSS 15.0 istatistik paket programı kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Araştırmaya katılan hemşirelerin demografik özelliklerini belirleyebilmek için betimleyici istatistiklerde yüzde ve frekanslar kullanılmıştır. Ayrıca, kullanılan Maslach Tükenmişlik Ölçeğinin cinsiyete, farklı yaş gruplarına, hemşirelerin medeni durumlarına, aile yapılarına, çocuk sahibi olma durumlarına, ekonomik duruma göre alt gruplarına, bir hastalıkları olup olmaması durumuna, çalıştıkları pozisyona, çalıştıkları ortamdaki memnuniyetlerine ve mesleklerini isteyerek seçip seçmeme durumuna göre farklılaşp farklılaşmadığının belirlenebilmesi için, betimleyici istatistik yöntemleri ve parametrik olmayan fark testlerinden Kruskal Wallis H ve Wilcoxon testleri kullanılmıştır. Bu hesaplamalar ölçeğin her bir alt boyutu için tekrarlanmıştır. Ayrıca, hemşirelerin kurumda ve meslekte geçirdikleri süre ile tükenmişlik puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olup olmadığını

belirleyebilmek için Pearson Momentler Çarpım Korelasyon Katsayıları hesaplanmıştır. Son olarak tükenmişlik ölçeğinin puanları ile mizah tarzları arasındaki ilişkinin belirlenebilmesi için Pearson Momentler Çarpım Korelasyon Katsayıları hesaplanmıştır. Mizah tarzı ölçeğinin; hemşirelerin cinsiyet, yaş grupları, medeni durum, aile yapısı, çocuk sahibi olma ve ekonomik durum, tanılanmış hastalığı bulunma, çalıştıkları pozisyon, çalıştıkları ortamdaki memnuniyet ve mesleği isteyerek seçme durumuna göre farklılaşıp farklılaşmadığının belirlenebilmesi için Pearson Momentler Çarpım Korelasyon Katsayıları, tek yönlü varyans analizlerinden ANOVA kullanılmıştır.

#### **3.4.5. Araştırmanın Etik Yönü**

Araştırmanın yapılabilmesi için Başkent Üniversitesi Tıp ve Sağlık Bilimleri Araştırma Kurulundan 20.12.2011 tarih, B.30.2.BŞK.0.05.05.05/050.01.08.01-906 sayı ile resmi izin alınmıştır (Ek 4), Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi ve Başkent Üniversitesi Konya, Adana ve İstanbul Uygulama ve Araştırma Merkezlerinin yazılı izin alınmıştır (EK5,6). Araştırmaya katılan hemşirelere araştırmanın amacı açıklanarak aydınlatılmış yazılı onamları alınmıştır (Ek 7 )

## 4. BULGULAR

Bu bölümde araştırmadan elde edilen bulgulara yer verilmiştir.

**Tablo 1: Hemşirelerin Sosyo demografik ve Mesleki Özellikleri (n=250)**

	Sayı	%
<b>Cinsiyet</b>		
Kadın	229	91.6
Erkek	21	8.4
<b>Yaş</b>		
20-29 yaş	173	69.2
30 ve üzeri yaş	77	30.8
<b>Medeni Durum</b>		
Evli	100	40.0
Bekar	150	60.0
<b>Aile Yapısı</b>		
Çekirdek Aile	223	89.2
Geniş Aile	27	10.8
<b>Çocuk Sahibi Olma Durumu</b>		
Var	81	32.4
Yok	169	67.6
<b>Gelir-Gider Durumu</b>		
Gelir-giderden az	91	36.4
Gelir-gidere denk	141	56.4
Gelir-giderden fazla	18	7.2
<b>Tanılanmış Sağlık Sorunu</b>		
Var	53	21.2
Yok	197	78.8
<b>Mesleği Seçme Durumu</b>		
İsteyen	157	62.8
İstemeyen	93	37.2
<b>Daha Önce Başka Kurumda Çalışma Durumu</b>		
Çalışan	76	30.4
Çalışmayan	174	69.6
<b>İş Pozisyonu</b>		
Sorumlu Hemşire	54	21.6
Servis Hemşiresi	98	39.2
Ameliyathane Hemşiresi	64	25.6
Yoğun Bakım Hemşiresi	34	13.6
<b>Meslekten Dolayı Kendini Tükenmiş Hissetme Durumu</b>		
Her zaman Hisseden	103	41.2
Bazen Hisseden	87	34.8
Hissetmeyen	60	24.0
<b>Çalışma Ortamından Memnuniyet Durumu</b>		
Memnun Olan	150	60.0
Memnun Olmayan	100	40.0
<b>Tükenmişliği Önlemede Mizahı Etkili Bir Yöntem Olarak Görme Durumları</b>		
Gören	173	69.2
Görmeyen	77	30.8

Hemşirelerin sosyo demografik ve mesleki özelliklerine ait bilgiler Tablo 1’de yer almaktadır. Hemşirelerin 229’u (%91.6) kadın, 21’i (%8.4) erkek olup; %69.2’si 20-29 yaş aralığında ve %60.0’i bekarıdır. Çalışmaya katılan hemşirelerin çoğunluğu (%89.2) çekirdek aileye sahip olduklarını ifade etmiştir.

Hemşirelerin %67.6’sının çocuk sahibi olmadıkları, %56.4’ü gelir gider dengesinin eşit olduğu, %78.88’i ise tanılanmış bir sağlık sorunları olmadığı belirlenmiştir.

Hemşirelerin çoğunluğu (%62.8) mesleği isteyerek seçmişlerdir. Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin %69.6’sının başka bir kurumda iş deneyimi olduğu saptanmıştır. Hemşirelerin %21.6’sı sorumlu hemşire, %39.2’si servis hemşiresi, %25.6’sı yoğun bakım hemşiresi ve %13.6’sı ameliyathane hemşiresi olarak çalıştığı saptanmıştır.

Hemşirelerin %60.0’ı yapmış oldukları işten memnun olduklarını belirtirken %41.2’si her zaman tükenmişlik hissettiklerini ifade etmiştir. Araştırmaya katılan hemşirelerin çoğu (%69.2) mizahın tükenmişlikle baş etmede etkili bir yöntem olduğunu düşündüklerini belirtmişlerdir.

Hemşirelerin meslekte ve kurumda çalışma sürelerine bakıldığında; meslekte çalışma sürelerinin 6 ay ile 24 yıl arasında değiştiği, kurumda çalışma sürelerinin 15 gün ile 48 ay arasında değiştiği, haftalık çalışma sürelerinin ise 1 saat ile 60 saat arasında olduğu saptanmıştır. Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin bir shift/nöbette bakım verdiği hasta sayısı 1 ile 23 kişi ( $\bar{X}=7.09$ ,  $SS=4.3$ ) arasında değişmekte olup halen çalışmakta oldukları klinikteki görev süreleri 6 ay ile 15 yıl arasında ( $\bar{X}=4.21$ ,  $SS=3.4$ )değiştiği görülmektedir.

**Tablo 2: Hemşirelerin Maslach Tükenmişlik Ölçeği Alt Boyutlarının Dağılımı (n=250)**

<b>MTÖ Alt Boyutları</b>	<b><math>\bar{X}</math></b>	<b>SS</b>	<b>(min-max)</b>
<b>Duygusal Tükenme</b>	25.65	7.79	(9-45)
<b>Duyarsızlaşma</b>	9.52	3.33	(5-23)
<b>Kişisel Başarıda Azalma</b>	30.40	4.61	(19-40)

Tablo 2’de hemşirelerin MTÖ alt boyutlarının dağılımı yer almaktadır. Maslach Tükenmişlik Ölçeğine göre, araştırma kapsamına alınan hemşirelerin duygusal tükenmişlik hissetme ortalaması 25.65 ( $\pm 7.79$ ) , duyarsızlaşma hissetme ortalaması 9.52 ( $\pm 3.33$ ) ve kişisel başarıda azalma ortalaması 30.40 ( $\pm 4.61$ ) olduğu saptanmıştır.



**Tablo 3: Hemşirelerin Sosyo demografik ve Mesleki Özelliklerine göre Maslach Tükenmişlik Ölçeği Alt Boyutlarının Dağılımı (n=250)**

Sosyo demografik ve Mesleki Özellikler	MTÖ Alt Boyutları						
	n	Duygusal Tükenme		Duyarsızlaşma		Kişisel Başarıda Azalma	
		Ortanca (min-max)	p	Ortanca (min-max)	p	Ortanca (min-max)	p
<b>Cinsiyet</b>							
Kadın	229	17(1-36)	0.079	4(0-18)	0.218	22(11-32)	0.111
Erkek	21	14(0-29)		3(0-13)		25(17-30)	
<b>Yaş</b>							
20-29 yaş	173	17(0-36)	0.047*	4(0-18)	0.149	22(11-32)	0.005*
30 ve üzeri yaş	77	16(1-30)		4(0-12)		25(12-32)	
<b>Medeni Durum</b>							
Evli	100	16.5(1-36)	0.228	3(0-18)	p<0.001	24(11-32)	0.004*
Bekar	150	17(0-36)		5(0-13)		22(11-32)	
<b>Aile Yapısı</b>							
Çekirdek Aile	223	17(0-36)	0.239	4(0-18)	0.191	22(11-32)	0.186
Geniş Aile	27	19(1-35)		5(0-13)		22(12-31)	
<b>Çocuk Sahibi Olma Durumu</b>							
Var	81	15(1-35)	0.020*	3(0-12)	p<0.001	24(12-32)	p<0.001
Yok	169	17(0-36)		5(0-18)		22(11-32)	
<b>Gelir-Gider Durumu</b>							
Gelir-giderden az	91	17(0-32)	0.652	4(0-12)	0.426	23(12-32)	0.262
Gelir-gidere denk	141	17(1-36)		4(0-18)		22(12-32)	
Gelir-giderden fazla	18	16(2-36)		4(1-13)		21.5(11-31)	
<b>Tanılanmış Sağlık Sorunu</b>							
Var	53	19(1-36)	0.139	4(0-13)	0.615	23(11-32)	0.627
Yok	197	16(0-36)		4(0-18)		22(11-32)	
<b>Mesleği İsteyerek Seçme Durumu</b>							
İsteyen	157	16(0-32)	p<0.001	3(0-13)	p<0.001	23(11-32)	0.005*
İstemeyen	93	20(8-36)		5(0-18)		21(11-31)	
<b>İş Pozisyonu</b>							
Servis Hemşiresi	98	17(0-34)	0.031*	4(0-13)	0.191	25.5(15-32) <b>a</b>	p<0.001
Sorumlu Hemşire	54	13(2-36) <b>d</b>		3(0-18)		22(11-32) <b>a.b.c</b>	
Yoğun Bakım Hemşiresi	34	18(3-36)		5(0-13)		22(14-32) <b>b</b>	
Ameliyathane Hemşiresi	64	18(4-30) <b>d</b>		4(0-11)		21(12-29) <b>c</b>	

\*p<0.05

**a,b,c:**kişisel başarı alt boyutunda gruplar arası farklılık

**d:**duygusal tükenme alt boyutunda gruplar arası farklılık

Hemşirelerin sosyo demografik ve mesleki özelliklerine göre MTÖ alt boyutlarının dağılımı Tablo 3'te yer almaktadır. Elde edilen bulgulara göre duygusal tükenme alt boyutunda yaşı 30 ve üzeri olan hemşireler ile 20-29 yaş arasında olan hemşireler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ( $p<0.05$ ). 20-29 yaş grubunda bulunan hemşirelerin duygusal tükenme ortanca değeri [17(1-36)], 30 ve üzeri yaş grubunun ortanca değerinden [16(1-30)] daha yüksektir. Kişisel başarı alt boyutunda yaşı 30 ve üzeri olan hemşireler ile 20-29 yaş grubu olan hemşireler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ( $p<0.05$ ). 30 ve üzeri yaş grubunda bulunan hemşirelerin kişisel başarı alt boyutunda ortanca değeri [25(12-32)], 20-29 yaş grubunun ortanca değerinden [22(11-32)] daha yüksektir.

Duyarsızlaşma alt boyutunda evli olan hemşireler ile bekar olan hemşireler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ( $p<0.01$ ). Bekar hemşirelerin duyarsızlaşma alt boyutunun ortanca değeri [5(0-13)], evli hemşirelerin ortanca değerinden [3(0-18)] daha yüksektir. Kişisel başarı alt boyutunda evli olan hemşireler ile bekar olan hemşireler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ( $p<0.05$ ). Bekar hemşirelerin kişisel başarı alt boyutunda ortanca değeri [24(11-32)], evli hemşirelerin ortanca değerinden [22(11-32)] daha yüksektir.

Çocuk sahibi olma durumuna göre MTÖ alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır. Buna göre; duygusal tükenme alt boyutunda çocuk sahibi olan hemşireler ile çocuk sahibi olmayanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ( $p<0.05$ ). Çocuk sahibi olmayan hemşirelerin duygusal tükenme ortanca değeri [17(0-36)], çocuk sahibi olan hemşirelerin ortanca değerinden [15(1-35)] daha yüksektir. Duyarsızlaşma alt boyutunda çocuk sahibi olan hemşireler ile çocuk sahibi olmayanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ( $p<0.01$ ). Buna göre çocuk sahibi olmayan hemşirelerin duyarsızlaşma alt boyutunda ortanca değeri [5(0-18)], çocuk sahibi olan hemşirelerin ortanca değerinden [3(0-12)] daha yüksektir. Kişisel başarı alt boyutunda çocuk sahibi olan hemşireler ile çocuk sahibi olmayanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ( $p<0.01$ ). Buna göre çocuk sahibi olan hemşirelerin kişisel başarı alt boyutunda ortanca değeri [24(12-32)], çocuk sahibi olmayan hemşirelerin ortanca değerinden [22(11-32)] daha yüksektir.

Mesleği isteyerek seçme durumuna göre MTÖ alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır. Elde edilen bulgulara göre duygusal tükenme alt

boyutunda mesleğini isteyerek seçen hemşireler ile istemeyerek seçen hemşireler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ( $p<0.01$ ). Mesleğini isteyerek seçen hemşirelerin duygusal tükenme ortanca değeri [16(0-32)], mesleğini istemeden seçen hemşirelerin ortanca değerinden [20(8-36)] daha düşüktür. Duyarsızlaşma alt boyutunda mesleğini isteyerek seçen hemşireler ile istemeyerek seçen hemşireler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ( $p<0.01$ ). Buna göre mesleğini isteyerek seçen hemşirelerin duyarsızlaşma alt boyutunda ortanca değeri [3(0-13)], mesleğini istemeden seçen hemşirelerin ortanca değerinden [5(0-18)] daha düşüktür. Kişisel başarı alt boyutunda mesleğini isteyerek seçen hemşireler ile istemeyerek seçen hemşireler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ( $p<0.01$ ). Mesleğini isteyerek seçen hemşirelerin kişisel başarı alt boyutunda ortanca değeri [23(11-32)], mesleğini istemeden seçen hemşirelerin ortanca değerinden [21(11-31)] daha yüksektir.

İş pozisyonuna göre MTÖ alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır. Buna göre Duygusal tükenme ve duyarsızlaşma alt boyutları için sorumlu hemşire olarak çalışan hemşirelerin duygusal tükenme alt boyutu ortanca değeri [13(2-36)], ile duyarsızlaşma alt boyutu ortanca değeri [3(0-18)] diğer pozisyonlarda çalışan hemşirelere göre istatistiksel olarak daha düşük olduğu saptanmıştır ( $p<0.05$ ). Diğer pozisyonlarda çalışan hemşireler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p>0.05$ ). Diğer taraftan kişisel başarı alt boyutunda servis ve yoğun bakım hemşire grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır.

Duygusal tükenme alt boyutu ortanca değeri [18(4-30)] en yüksek olan hemşire grubu ameliyathane hemşiresi olarak çalışan gruptur. Bu grubu yoğun bakım hemşire grubu izlemektedir. Duyarsızlaşma alt boyutu ortanca değeri en yüksek [5(0-13)] olan hemşire grubu yoğun bakım hemşiresi iken duyarsızlaşma alt boyutu ortanca değeri en düşük olan [3(0-18)] hemşire grubu sorumlu hemşire grubudur. Ayrıca kişisel başarı alt boyutu ortanca değeri [21(12-29)] en düşük olan hemşire grubu ameliyathane hemşiresi olarak çalışan gruptur. Bu grubu servis hemşiresi grubu izlemektedir.

**Tablo 4: Hemşirelerin Mesleki Özelliklerine Göre Maslach Tükenmişlik Ölçeği Alt Boyutlarının Dağılımı (n=250)**

Mesleki Özellikleri	n	MTÖ Alt Boyutları								
		Duygusal Tükenme		p	Duyarsızlaşma		p	Kişisel Başarıda Azalma		p
		$\bar{X}$	SS		$\bar{X}$	SS		$\bar{X}$	SS	
<b>Meslekten Dolayı Kendini Tükenmiş Hissetme Durumu</b>										
Her zaman Hisseden	103	30.66	6.97	<b>0.001*</b>	10.41	3.54	<b>0.001*</b>	29.49	4.43	<b>0.001*</b>
Bazen Hisseden	87	24.17	5.72		9.41	3.06		29.93	4.69	
Hissetmeyen	60	19.21	5.92		8.15	2.85		32.66	4.10	
<b>Çalışma Ortamından Memnuniyet Durumu</b>										
Memnun Olan	150	22.34	6.68	<b>0.001*</b>	8.78	2.99	<b>0.001*</b>	31.28	4.58	<b>0.001*</b>
Memnun Olmayan	100	30.62	6.62		10.64	3.51		29.10	4.36	

\* $p \leq 0.01$

Tablo 4’te hemşirelerin mesleki özelliklerine göre MTÖ alt boyutlarının dağılımı yer almaktadır. Buna göre, duygusal tükenme alt boyutu, duyarsızlaşma alt boyutu, kişisel başarıda azalma alt boyutu ortalamalarına göre kendini tükenmiş hisseden ya da hissetmeyenler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır. MTÖ alt boyutları ile çalışma ortamından memnun olanlar ile olmayanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirlenmiştir ( $p \leq 0.01$ ).

Duygusal tükenme alt boyutunda kendisini tükenmiş hissedenlerin ortalaması 30.66( $\pm 6.97$ ) iken bazen tükenmiş hissedenlerin ortalamaları 24.17( $\pm 5.72$ ) ve tükenmiş hissetmeyenlerin ortalamaları ise 19.21( $\pm 5.92$ )’dir. Duyarsızlaşma alt boyutunda ise kendisini tükenmiş hissedenlerin ortalaması 10.41( $\pm 3.54$ ) iken bazen tükenmiş hissedenlerin ortalamaları 9.41( $\pm 3.06$ ) ve tükenmiş hissetmeyenlerin ortalamaları ise 8.15( $\pm 2.85$ )’dir. Diğer taraftan, kişisel başarı alt boyutu için kendisini bazen ya da tükenmiş hissetmeyenlerin kendisini her zaman tükenmiş hissedenlerden ortalamaları daha yüksektir. Bu alt boyutta kendisini tükenmiş hissedenlerle bazen tükenmiş

hissedenler arasında anlamlı bir fark saptanmazken; tükenmiş hissetmeyenlerin ortalamaları 32.66( $\pm$ 4.10)'dır ve istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek fark belirlenmiştir.

Duygusal tükenme alt boyutunda çalıştıkları işten memnun olan hemşireler ile olmayan hemşireler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ( $p \leq 0.01$ ). İşinden memnun olmayan hemşirelerin duygusal tükenme alt boyut ortalaması (30.62 $\pm$ 6.62), işinden memnun olan hemşirelerin ortalamalarından (22.34 $\pm$ 6.68) daha yüksektir. Duyarsızlaşma alt boyutunda çalıştıkları işten memnun olan hemşireler ile olmayan hemşireler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ( $p \leq 0.01$ ). Buna göre işinden memnun olan hemşirelerin duyarsızlaşma alt boyut ortalamaları (8.78 $\pm$ 2.99), işinden memnun olmayanların ortalamalarından (10.64 $\pm$ 3.51) daha düşüktür. Kişisel başarı alt boyutunda çalıştıkları işten memnun olan hemşireler ile olmayan hemşireler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ( $p \leq 0.01$ ). İşinden memnun olan hemşirelerin kişisel başarı alt boyut ortalamaları (31.28 $\pm$ 4.58), işinden memnun olmayanların ortalamalarından (29.10 $\pm$ 4.36) daha yüksektir.

**Tablo 5: Maslach Tükenmişlik Ölçeği Alt boyutları İle Hemşirelerin Meslekteki ve Kurumdaki Çalışma Süreleri Arasındaki İlişki (n=250)**

Meslekteki ve Kurumdaki Çalışma Süresi	MTÖ Alt boyutları		
	Duygusal Tükenme	Duyarsızlaşma	Kişisel Başarı
	rs	rs	rs
Meslekteki görev süresi	-0.066	-0.102	0.192(**)
Kurumdaki Görev Süresi	-0.011	-0.007	0.046
Haftalık ortalama çalışma saati	0.172(**)	0.157(*)	-0.138(*)

\* $p < 0.05$  ; \*\* $p < 0.01$

MTÖ alt boyutları ile hemşirelerin meslekteki ve kurumdaki çalışma süreleri arasındaki ilişki Tablo 5'te yer almaktadır. Araştırmaya katılan hemşirelerin meslekteki görev süresi ile duygusal tükenme alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ( $rs = -0.066$ ,  $p > 0.05$ ) araştırmaya katılan hemşirelerin haftalık ortalama çalışma süreleri ile duygusal tükenme alt boyutları arasında istatistiksel olarak

anlamli bir iliŒki bulunmaktadir ( $rs=0.172, p<0.01$ ). HemŒirelerin haftalik ortalama alıŒma süreleri arttika duygusal tkenmiŒlikleri artmaktadır.

AraŒtırmaya katılan hemŒirelerin meslekteki görev süresi ile duyarsızlaŒma alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamli bir iliŒki bulunmamaktadır. ( $rs=-0.102, p >0.05$ ); araŒtırmaya katılan hemŒirelerin haftalik ortalama alıŒma süreleri ile duyarsızlaŒma alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamli bir iliŒki bulunmaktadir ( $rs=0.157, p<0.05$ ). HemŒirelerin haftalik ortalama alıŒma süresi arttika duyarsızlaŒma artmaktadır.

AraŒtırmaya katılan hemŒirelerin meslekteki görev süresi ile kiŒisel baŒarı alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamli pozitif bir iliŒki bulunmaktadir ( $rs =0.192, p<0.01$ ). Buna göre meslekteki alıŒma süresi arttika kiŒisel baŒarı alt boyutuda artıŒ göstermektedir. AraŒtırmaya katılan hemŒirelerin haftalik ortalama alıŒma süreleri ile kiŒisel baŒarı alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamli negatif bir iliŒki bulunmaktadir ( $rs=-0.138, p<0.05$ ). Haftalik ortalama alıŒma süreleri arttika kiŒisel baŒarı dŒmektedir.

**Tablo 6: HemŒirelerin Maslach TkenmiŒlik leği Alt Boyutlarına Göre Mizahı TkenmiŒliđi nlemede Etkili Bir Yöntem Olarak Görme Durumlarının Dağılımı (n=250)**

MTÖ Alt Boyutları	Mizahı TkenmiŒliđi nlemede Etkili Bir Yöntem Olarak Görme Durumları		
	Gören Ortanca (min-max)	Görmeyen Ortanca (min-max)	p
Duygusal Tükenme	16(0-36)	18(1-36)	<b>0.020*</b>
DuyarsızlaŒma	4(0-13)	4(0-18)	0.373
KiŒisel BaŒarıda Azalma	23(12-32)	21(11-32)	<b>0.029*</b>

**\*p<0.05**

Tablo 6'da hemŒirelerin MTÖ alt boyutlarına göre mizahı tkenmiŒliđi önlemede etkili bir yöntem olarak görme durumlarının dağılımı yer almaktadır. Elde edilen bulgulara göre duygusal tükenme alt boyutunda mizahı etkili bir yöntem olarak gören hemŒireler ile görmeyen hemŒireler arasında istatistiksel olarak anlamli bir fark saptanmıŒtır ( $p<0.05$ ). Mizahı etkili bir yöntem olarak gören hemŒirelerin duygusal

tükenme ortanca değeri [18(1-36)], görmeyen hemşirelerin ortanca değerinden [16(0-36)] daha yüksektir. Duyarsızlaşma alt boyutunda mizahı etkili bir yöntem olarak gören hemşirelerle görmeyen hemşireler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p>0.05$ ). Kişisel başarı alt boyutunda mizahı etkili bir yöntem olarak gören hemşireler ile görmeyen hemşireler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ( $p<0.05$ ). Buna göre mizahı etkili bir yöntem olarak gören hemşirelerin kişisel başarı alt boyut ortanca değeri [21(11-32)], görmeyen hemşirelerin ortanca değerinden [23(12-32)] daha düşüktür.

**Tablo 7: Hemşirelerin Mizah Tarzları Kullanım Durumlarının Dağılımı (n=250)**

Mizah Tarzları	$\bar{X}$	SS	(Min-Max)
<b>Katılımcı Mizah</b>	39.12	7.64	(11-56)
<b>Kendini Geliştirici Mizah</b>	33.85	9.04	(12-56)
<b>Saldırgan Mizah</b>	21.48	7.29	(8-43)
<b>Kendini Yıkıcı Mizah</b>	25.10	8.11	(9-70)

Hemşirelerin mizah tarzları kullanım durumlarının dağılımı Tablo 7’de yer almaktadır. Elde edilen bulgulara göre katılımcı mizah tarzını kullanan hemşirelerin ortalaması 39.12( $\pm 7.64$ ), kendini geliştirici mizah tarzını kullanan hemşirelerin ortalaması 33.85( $\pm 9.04$ ), saldırgan mizah tarzını kullanan hemşirelerin ortalaması 21.48( $\pm 7.29$ ), kendini yıkıcı mizah tarzını kullanan hemşirelerin ortalaması 25.10( $\pm 8.11$ )’dir.

**Tablo 8: Hemşirelerin Sosyo demografik ve Mesleki Özelliklerine Göre Mizah Tarzlarının Dağılımı (n=250)**

		Mizah Tarzları											
Sosyo demografik ve Mesleki özellikler	n	Katılımcı Mizah			Kendini Geliştirici Mizah			Saldırgan Mizah			Kendini Yıkıcı Mizah		
		$\bar{X}$	SS	p	$\bar{X}$	SS	p	$\bar{X}$	SS	p	$\bar{X}$	SS	p
<b>Cinsiyet</b>													
Kadın	229	39.40	7.74	0.054	33.79	9.17	0.724	21.78	7.19	<b>0.028*</b>	24.92	7.72	0.253
Erkek	21	36.04	5.84		34.52	7.59		18.14	7.68		27.04	11.69	
<b>Medeni Durum</b>													
Bekar	150	39.8	7.10	0.087	34.46	8.97	0.196	22.32	7.12	<b>0.024*</b>	26.23	8.52	<b>0.007**</b>
Evli	100	38.11	8.32		32.95	9.11		20.21	7.38		23.41	7.18	
<b>Mesleği İsteyerek Seçme Durumu</b>													
İsteyen	157	39.87	7.25	<b>0.044*</b>	35.64	8.40	<b>0.001**</b>	21.00	7.52	0.183	25.04	8.59	0.881
İstemeyen	93	37.86	8.14		30.82	9.31		22.27	6.84		25.20	7.28	
<b>İş Pozisyonu</b>													
Sorumlu Hemşire	54	38.09	9.29	0.463	33.25	10.05	0.933	20.25	8.40	0.396	22.24	6.82	<b>0.023*</b>
Servis Hemşiresi	98	39.44	7.00		33.86	8.14		22.19	6.85		25.65	8.33	
Yoğun Bakım Hemşiresi	34	40.01	7.45		33.98	9.90		21.82	7.26		25.64	7.84	
Ameliyathane Hemşiresi	64	38.14	6.89		34.52	8.45		20.70	6.62		27.05	9.07	
Görmeyen	77	36.57	7.65		29.81	8.18		21.72	7.07		24.74	7.91	

\*p<0.05 ; \*\*p<0.01



**Tablo 8: Hemşirelerin Sosyo demografik ve Mesleki Özelliklerine Göre Mizah Tarzlarının Dağılımı (n=250) (devamı)**

		Mizah Tarzları											
Sosyo demografik ve mesleki özellikler	n	Katılımcı Mizah			Kendini Geliştirici Mizah			Saldırgan Mizah			Kendini Yıkıcı Mizah		
		$\bar{X}$	SS	p	$\bar{X}$	SS	p	$\bar{X}$	SS	p	$\bar{X}$	SS	p
<b>Meslekten Dolayı Kendini Tükenmiş Hissetme Durumu</b>													
Her zaman Hisseden	103	39.00	8.13	0.974	32.24	10.06	0.026*	21.52	6.71	0.045*	25.68	8.79	0.440
Bazen Hisseden	87	39.25	7.28		34.18	7.85		22.68	7.32		25.17	7.59	
Hissetmeyen	60	39.15	7.40		36.15	8.36		19.65	7.90		24.00	7.65	
<b>Çalışma Ortamından Memnuniyet Durumu</b>													
Memnun Olan	150	40.00	7.20	0.026*	35.44	8.36	0.001**	21.30	7.17	0.646	25.64	8.16	0.196
Memnun Olmayan	100	37.81	8.12		31.47	9.53		21.74	7.48		24.29	8.01	
<b>Tükenmişliği Önlemede Mizahı Etkili Bir Yöntem Olarak Görme Durumları</b>													
Gören	173	40.26	7.38	0.001**	35.65	8.84	0.001**	21.36	7.40	0.721	25.26	8.22	0.637
Görmeyen	77	36.57	7.65		29.81	8.18		21.72	7.07		24.74	7.91	

\*p<0.05;\*\*p<0.01

Tablo 8’de hemşirelerin sosyo demografik ve mesleki özelliklerine göre mizah tarzlarının dağılımı yer almaktadır. Kadın ve erkek hemşirelerin Katılımcı Mizah alt boyutu , Kendini Geliştirici Mizah alt boyutu ve Kendini Yıkıcı Mizah alt boyutundan elde ettikleri ortalamalar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p>0.05$ ). Kadın ve erkek hemşirelerin Saldırgan Mizah alt boyutu ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ( $p<0.05$ ). Buna göre, kadın hemşirelerin bu alt boyut ortalamaları ( $\bar{X}=21.78$ ,  $SS=7.19$ ) erkek hemşirelerin ortalamalarından ( $\bar{X}=18.14$ ,  $SS=7.68$ ) daha yüksektir.

Evli ve bekar hemşirelerin Katılımcı Mizah ve Kendini Geliştirici Mizah alt boyutlarından elde ettikleri ortalamalar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ( $p>0.05$ ). Diğer taraftan, evli ve bekar hemşirelerin Saldırgan Mizah alt boyutundan elde ettikleri ortalamalar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ( $p<0.05$ ). Buna göre, evli hemşirelerin bu alt boyuttan elde ettikleri ortalama ( $\bar{X}=22.33$ ,  $SS=7.12$ ) bekar hemşirelerin elde ettikleri ortalamaya ( $\bar{X}=20.21$ ,  $SS=7.38$ ) göre daha yüksektir. Kendini Yıkıcı Mizah alt boyutunda evli ve bekar hemşirelerin elde ettikleri ortalamalar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ( $p<0.05$ ). Buna göre, evli hemşirelerin bu alt boyuttan elde ettikleri ortalama ( $\bar{X}=26.23$ ,  $SS=7.18$ ) bekar hemşirelerin elde ettikleri ortalamaya ( $\bar{X}=23.41$ ,  $SS=8.52$ ) göre daha yüksektir.

Mesleğinin isteyerek seçen ve seçmeyen hemşirelerin Katılımcı Mizah alt boyutu ve Kendini Geliştirici Mizah alt boyutu ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ( $p<0.05$ ). Buna göre, mesleklerini isteyerek seçen hemşirelerin Katılımcı Mizah alt boyutundan elde ettikleri ortalama ( $\bar{X}=39.87$ ,  $SS=7.25$ ) istemeyerek seçen hemşirelerin elde ettikleri ortalamadan ( $\bar{X}=37.86$ ,  $SS=8.14$ ) daha yüksektir. Mesleğini isteyerek seçen hemşireler Katılımcı Mizah tarzını daha çok kullanmaktadır. Mesleklerini isteyerek seçen hemşirelerin kendini geliştirici mizah alt boyuttan elde ettikleri ortalama ( $\bar{X}=35.64$ ,  $SS=8.40$ ) istemeyerek seçen hemşirelerin elde ettikleri ortalamaya ( $\bar{X}=30.82$ ,  $SS=9.31$ ) göre daha yüksektir. Bu sonuca göre mesleğini isteyerek seçen hemşireler Kendini Geliştirici Mizah tarzını daha çok kullanmaktadırlar.

Farklı pozisyonlarda çalışan hemşirelerin Katılımcı Mizah alt boyutu, Kendini Geliştirici Mizah alt boyutu ve Saldırgan Mizah alt boyutundan elde ettikleri ortalamalar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmazken ( $p > 0.05$ ) Kendini Yıkıcı Mizah alt boyutundan elde ettikleri ortalamalar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirlenmiştir ( $p < 0.05$ ). Sorumlu hemşirelerin Kendini Yıkıcı Mizah alt boyuttan elde ettikleri ortalama ( $\bar{X}=22.24$ ,  $SS= 6.82$ ) yoğun bakımda çalışan hemşirelerin elde ettikleri ortalamadan ( $\bar{X}= 25.65$ ,  $SS=8.33$ ) daha düşüktür ( $p < 0.05$ ).

Buldukları kurumdan memnun olan ve olmayan hemşirelerin Katılımcı Mizah alt boyutu ve Kendini Geliştirici Mizah alt boyutunda elde ettikleri ortalamalar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ( $p < 0.05$ ). Buna göre, buldukları kurumdan memnun olan hemşirelerin katılımcı mizah alt boyut ortalamaları ( $\bar{X}= 40.00$ ,  $SS= 7.20$ ) memnun olmayan hemşirelerin ortalamalarına ( $\bar{X}= 37.81$ ,  $SS=8.12$ ) göre daha yüksektir. Buldukları kurumdan memnun olan hemşireler Katılımcı mizah tarzını daha çok kullanmaktadır. Buldukları kurumdan memnun olan hemşirelerin bu alt boyut ortalamaları ( $\bar{X}=35.44$ ,  $SS=8.36$ ) memnun olmayan hemşirelerin ortalamalarına ( $\bar{X}=31.47$ ,  $SS=9.13$ ) göre daha yüksektir. Buldukları kurumdan memnun olan hemşireler Kendini Geliştirici Mizah tarzını buldukları kurumdan memnun olmayanlara göre daha çok kullanmaktadır.

Mesleklerinden dolayı kendilerini tükenmiş hisseden ve hissetmeyen hemşirelerin Kendini Geliştirici Mizah ve Saldırgan Mizah alt boyutlarından elde ettikleri ortalamalar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır. Buna göre, mesleklerinden dolayı kendilerini tükenmiş hissetmeyen hemşirelerin kendini geliştirici mizah alt boyutu ortalaması ( $\bar{X}=36.15$ ,  $SS=8.36$ ) tükenmiş hisseden hemşirelerin elde ettikleri ortalamaya ( $\bar{X}=32.24$ ,  $SS=10.06$ ) göre daha yüksektir ( $p < 0.05$ ). Saldırgan Mizah alt boyutunda tükenmiş hissedenlerin ortalaması ( $\bar{X}=21.52$ ,  $SS=6.71$ ), hissetmeyenlerin ortalamasına göre ( $\bar{X}=19.65$ ,  $SS=7.90$ ) daha yüksektir.

Mizahı tükenmişliği önlemede etkili bir yöntem olarak gören hemşireler ile görmeyen hemşirelerin Katılımcı Mizah alt boyutu ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ( $p < 0.05$ ). Buna göre, mizahı tükenmişliği önlemede etkili bir yöntem olarak gören hemşirelerin bu alt boyut ortalamaları ( $\bar{X}=40.26$ ,

SS=7.38) görmeyen hemşirelerin ortalamalarından ( $\bar{X}$ =36.57, SS=7.65) daha yüksektir. Ayrıca, Katılımcı Mizah alt boyuttunda mizahı tükenmişliği önlemede etkili bir yöntem olarak gören hemşireler ile görmeyen hemşireler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirlenmiştir ( $p<0.05$ ). Buna göre, mizahı tükenmişliği önlemede etkili bir yöntem olarak gören hemşirelerin ortalamaları ( $\bar{X}$ =35.65, SS=8.85) görmeyen hemşirelerin ortalamalarından ( $\bar{X}$  = 29.82, SS =8.18) daha yüksektir.

**Tablo 9: Hemşirelerin Mizah Tarzları İle Meslekteki ve Kurumdaki Çalışma Süreleri Arasındaki İlişki (n=250)**

Meslekteki ve Kurumdaki Çalışma Süresi	Mizah Tarzları			
	Katılımcı Mizah	Kendini Geliştirici Mizah	Saldırgan Mizah	Kendini Yıkıcı Mizah
	rs	rs	rs	rs
Meslekteki görev süresi	<b>-0.149*</b>	-0.010	0.008	-0.092
Kurumdaki Görev Süresi	<b>-0.136*</b>	-0.049	-0.059	-0.042
Haftalık ortalama çalışma saati	0.029	0.097	0.103	<b>-0.130*</b>

\* $p < 0.05$

Hemşirelerin mizah tarzları ile meslekteki ve kurumdaki çalışma süreleri arasındaki ilişki Tablo 9’da verilmiştir. Hemşirelerin görev süreleri ( $rs=-0.149$ ,  $p<0.05$ ) ve kurumdaki görev süreleri ( $rs=-0.136$ ,  $p<0.05$ ) ile katılımcı mizah kullanımları arasında anlamlı negatif bir ilişki saptanmıştır. Hemşirelerin mesleklerindeki görev süreleri ve buldukları kurumda geçirdikleri görev süreleri arttıkça Katılımcı Mizah kullanım durumları azalmaktadır. Hemşirelerin haftalık ortalama çalışma saatleri Kendini Yıkıcı Mizah alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı ve negatif bir ilişki belirlenmiştir ( $p<0.05$ ). Hemşirelerin haftalık ortalama çalışma saatleri arttıkça ( $rs = -0.130$ ,  $p<0.05$ ) kendini yıkıcı mizah kullanım durumu azalmaktadır.

**Tablo 10: Hemşirelerin Tükenmişlikleri ve Mizah Tarzları Arasındaki İlişki (n=250)**

	Duygusal Tükenme		Duyarsızlaşma		Kişisel Başarı Azalma	
	rs	p	rs	p	rs	p
<b>Katılımcı Mizah</b>	-0.044	0.490	-0.096	0.130	0.179	<b>0.004*</b>
<b>Kendini Geliştirici Mizah</b>	-0.277	<b>p&lt;0.001**</b>	-0.179	<b>0.005*</b>	0.369	<b>p&lt;0.001**</b>
<b>Saldırgan Mizah</b>	0.122	0.055	0.295	<b>p&lt;0.001**</b>	-0.318	<b>p&lt;0.001**</b>
<b>Kendini Yıkıcı Mizah</b>	-0.006	0.929	0.236	<b>p&lt;0.001**</b>	-0.157	0.013

**\*p <0.05; \*\*p <0.01**

Tablo 10’da hemşirelerin tükenmişlikleri ve mizah tarzları arasındaki ilişki yer almaktadır. Buna göre, araştırmaya katılan hemşirelerin katılımcı mizah tarzları ile duygusal tükenme alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki belirlenmemiştir ( $rs=-0.044$ ,  $p>0.05$ ). Kendini geliştirici mizah tarzları ile duygusal tükenme arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki belirlenmiştir ( $rs=-0.277$ ,  $p <0.01$ ). Hemşirelerin kendisini geliştirici mizah kullanımları arttıkça duygusal tükenmeyi daha az yaşadıkları saptanmıştır. Saldırgan mizah tarzları ile duygusal tükenme arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki belirlenmemiştir ( $rs=0.122$ ,  $p >0.05$ ). Kendini yıkıcı mizah tarzları ile duygusal tükenme alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ( $rs=-0.006$ ,  $p >0.05$ ).

Araştırmaya katılan hemşirelerin katılımcı mizah tarzları ile duyarsızlaşma alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ( $rs=-0.096$ ,  $p>0.05$ ); kendini geliştirici mizah tarzları ile duyarsızlaşma alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki belirlenmiştir ( $rs= -0.179$ ,  $p<0.01$ ). Hemşirelerin kendini geliştirici mizahı kullandıkça duyarsızlaşmaları azalmaktadır. Saldırgan mizah tarzları ile duyarsızlaşma alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki belirlenmiştir ( $rs=0.295$ ,  $p <0.01$ ). Hemşirelerin saldırgan mizah tarzları arttıkça duyarsızlaşmaları da anlamlı seviyede artmaktadır. Kendini yıkıcı mizah tarzları ile duyarsızlaşma alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki belirlenmiştir ( $rs=0.236$ ,  $p <0.01$ ). Hemşirelerin kendini yıkıcı mizah tarzları arttıkça duyarsızlaşmaları da anlamlı seviyede artmaktadır.

Araştırmaya katılan hemşirelerin katılımcı mizah tarzlarıyla kişisel başarı arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır. ( $r_s=0.179$ ,  $p<0.05$ ). Hemşirelerin Katılımcı mizah tarzları arttıkça kişisel başarı alt boyut puanları artmaktadır. Kendini geliştirici mizah tarzları ile kişisel başarı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki belirlenmiştir ( $r_s=0.369$ ,  $p<0.01$ ). Hemşirelerin kendini geliştirici mizah tarzları arttıkça kişisel başarı alt boyutundan elde ettikleri puanlar da artmaktadır. Saldırgan mizah tarzları ile kişisel başarıda azalma arasında istatistiksel olarak anlamlı ve negatif bir ilişki belirlenmiştir ( $r_s= -0.318$ ,  $p<0.01$ ). Hemşirelerin saldırgan mizah tarzları arttıkça kişisel başarı puanları da anlamlı seviyede azalmaktadır. Kendini yıkıcı mizah tarzları ile kişisel başarıda azalma arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif bir ilişki bulunmaktadır ( $r_s =-0.157$ ,  $p<0.05$ ). Hemşirelerin kendini yıkıcı mizah kullanımları arttıkça kişisel başarı puanları da anlamlı seviyede azalmaktadır.

## 5.TARTIŞMA

Bu bölümde cerrahi kliniklerinde çalışan hemşirelerin demografik özellikleri ile tükenmişlik düzeylerinin ve tükenmişlik düzeyleri ile mizah tarzları arasındaki ilişki tartışılmıştır.

- Hemşirelerin %41,2'si kendisini her zaman, %34,8'si bazen tükenmiş hissetmektedirler (Tablo 1). Elde edilen bulgular literatürle paralellik göstermektedir. Literatürde tükenmişliğin hemen her meslek grubunda yaşandığı belirtilmekle birlikte daha çok insanlarla yüz yüze ilişki gerektiren mesleklerde özellikle sürekli başkalarının sorunları ve beklentileriyle uğraşan sağlık çalışanlarında daha fazla yaşandığı bildirilmektedir.(Sönmez, 2006; Demirbaş, 2006; Sinat, 2007; Oğuzberk ve Aydın, 2008; Dinç, 2008; Günüşen ve Üstün, 2010; Altay ve ark., 2010; Kowalski ve ark.,2010; Gustafson ve ark., 2010). Demirbaş (2006) yapmış olduğu bir çalışmada; sağlık çalışanlarının sık sık mesleğin ve çalışma koşullarının güçlüklerinden yakındıkları, mesleği çok stresli buldukları, isteyerek yapmadıkları, meslekten ayrılma düşüncesini yoğun olarak yaşadıkları ve işe devamsızlık yapma eğiliminde olduklarını belirtmektedir. Ayrıca Güneş ve Üstün (2008) yaptıkları bir çalışmada farklı üniversite hastanelerinden seçmiş oldukları sağlık çalışanlarında tükenmişliğin yoğun yaşandığını saptanmışlardır.
- Hemşirelerin %69,2'si mizahın tükenmişliği önlemede etkili olduğunu düşünmektedirler (Tablo 1). Bu bulgular Meyer'in 1997 yılında elde ettiği bulgularla paralellik göstermektedir. Meyer'e göre de mizah iş ortamlarında iletişimi artırarak çalışanların uğradıkları şiddeti azaltmakta ve yaşadıkları tükenmişliği en aza indirmektedir. Aynı şekilde Henman'a (2001) göre de mizah, kişinin baskın olma duygusunu artırarak yaşadığı stresi ve tükenmişlik seviyesini azaltmaktadır.
- Hemşirelerin maslach tükenmişlik ölçeği alt boyutları dağılımına baktığımızda; hemşirelerin kişisel başarıda azalma ve duygusal tükenmeyi en fazla yaşadıkları saptanmıştır (Tablo 2). Elde edilen bulgular literatürle paralellik göstermektedir. Altay ve ark.(2010) yaptığı bir çalışmada hemşirelerin kişisel başarıda azalmayı ve duygusal tükenmeyi en fazla yaşadığı, duyarsızlaşmayı en az yaşadığını saptamışlardır. Metin ve Özer (2007) ve Ergin ve ark(2009) hemşirelerin duygusal tükenme ve kişisel başarıda azalmayı en fazla yaşadıklarını belirtmişlerdir

- Hemşirelerin cinsiyetlerine göre maslach tükenmişlik ölçeği alt boyutlarının dağılımı Tablo 3'te verilmiştir. Buna göre cinsiyetlere göre duygusal tükenme, duyarsızlaşma, kişisel başarı alt boyutları arasında bir fark saptanmamıştır. Sucuoğlu ve Kuloğlu (1996) ve Sayıl ve Ark.'nın (1997) yaptıkları çalışmalarda cinsiyet ile tükenmişlik arasında anlamlı bir fark bulunmadığını belirtmişlerdir. Maslach ve ark. (2001) cinsiyet değişkeninin tükenmişlik için önemli bir belirleyici olmadığını, bazı çalışmalarda kadınlarda, bazı çalışmalarda erkeklerde tükenmişliğin daha yüksek olduğunu belirtmiştir. Diğer taraftan Kaya ve arkadaşları (2010) yapmış oldukları bir çalışmada cinsiyetin hemşirelikte tükenmişlik yaşamada önemli bir etken olduğunu belirtmişler ve kadınların erkeklerden daha kolay tükenmişlik yaşadığını ifade etmişlerdir. Aryee (1993) değişik meslek gruplarındaki kadınlarda tükenme düzeyinin eşlerine göre daha yüksek olduğunu, kadınların tükenmeyi iş ve iş dışı etmenlerin, eşlerinde ise sadece işle ilgili etmenlerin etkilediğini belirtmiştir. Ergin (1993) yaptığı çalışmada, kadınların duygusal tükenmeyi, erkeklerin ise kişisel başarı duygusunu daha fazla yaşadığını belirtmiş; kadınların cinsiyet rolleri gereği karşısındaki insanları daha fazla gözetmeleri ve önem vermelerinin duygusal tükenmelerini arttırdığı yönünde olduğunu vurgulamıştır. (Ergin,1993). Sağlık ve sosyal hizmet sendikası'nın 2012 yılında yaptığı Türkiye'de sağlık çalışanlarının tükenmişlik araştırması sonuçlarına göre duygusal tükenme alt boyutunun cinsiyetler arası farklılık gösterdiği ve kadınların duygusal tükenmeyi erkeklerden daha fazla yaşadığı ve kişisel başarıyı daha az hissettikleri belirtilmiştir.
- Duygusal Tükenme alt boyutunda 20-29 yaş grubu hemşirelerde daha fazla tükenme gözlenirken diğer alt boyutlarda (Duyarsızlaşma, Kişisel Başarı) anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (Tablo 3). Bu sonuç yaş ilerledikçe bireyin deneyiminin, kendine güvenin artmasıyla ve baş etme davranışlarının geliştirmesi ile açıklanabilir (Taycan ve ark,2006). Brewer ve Shapard (2004) yaş ve deneyimin tükenmişliğe olan etkisini belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada genç yaşta ve deneyimi az olan çalışanların daha fazla tükenmişlik yaşadıklarını belirtmişlerdir. Karadağ ve arkadaşlarının (2001) yaptığı bir çalışmada, yaş arttıkça duygusal tükenme ve duyarsızlaşmanın azaldığı, kişisel başarı puanının arttığı saptanmıştır. Demir ve arkadaşları (2003) hemşirelerin çalışma yılı arttıkça kişisel başarı düzeyinin yükseldiğini belirtmişlerdir. Sağlık ve sosyal hizmet sendikası 'nın 2012 yılında yaptığı Türkiye'de sağlık çalışanlarının



tükenmişlik araştırması sonuçlarına göre üç alt boyutta da yaş grupları açısından anlamlı farklılık bulunmuştur. Duygusal tükenme ve Duyarsızlaşma alt boyutları ortalamalarına bakıldığında yaş ilerledikçe ortalamaların düştüğü görülmektedir. Yaş ilerledikçe tükenmişlik düzeyleri düşmektedir. Bununla birlikte kişisel başarı boyutunda yaş ilerledikçe, kişisel başarı ortalamasının da yükseldiği belirtilmektedir.

- Çalışmamızda medeni durum değişkenine göre Duygusal Tükenme alt boyutunda bekarlar ile evliler arasında anlamlı farklılık saptanmazken, Duyarsızlaşma alt boyutunda bekar olanların ve Kişisel Başarı alt boyutlarında evli olanların ortanca değeri istatistiksel anlamı seviyede daha yüksektir (Tablo 3). Bu bulgular Güneş ve Üstün'ün (2008) elde ettikleri bulgular ile çelişmektedir. Güneş ve Üstün (2008) yapmış oldukları çalışmada yaş ve medeni duruma göre hemşireler arasında tükenmişlik yönünden farklılık saptanmamıştır. Taycan ve ark.(2006) yaptıkları çalışmada bekar hemşirelerin kişisel başarı açısından evlilere göre kendilerini daha yetersiz hissettikleri ve çocuğu olmayanların olanlara göre kişisel başarılarının daha düşük olduğunu belirtmişlerdir. Altay ve ark. (2010) yaptıkları çalışmada evli olan hemşirelerle bekar hemşireler arasında bir fark olmadığını belirtmişlerdir. Aynı çalışmada evli hemşirelerde Duygusal tükenme ve kişisel başarı puan ortalamaları bekar hemşirelere göre yüksek olduğu; hemşirelerin medeni durumu ile aile destek düzeyi ve tükenmişlik düzeyi alt boyutları arasında anlamlı bir fark bulunduğu saptanmıştır.
- Hemşirelerin aile yapılarına göre tükenmişlik düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar saptanmamıştır (Tablo 3). Stewart ve Arklie'nin (1994) yaptığı çalışmada sosyal destek arttıkça iş doyumunun arttığı, iş stresi ve tükenmişliğin de azaldığı belirtilmektedir. Aynı çalışmada problemlili aileye sahip olmak ve çocuk bakımıyla ilgili sorun yaşamamanın hemşireler için ana stresörler olduğu saptanmıştır. Evans ve Steptoe (2002) 233 hemşire ve 134 muhasebeci üzerinde yaptığı çalışmada, evdeki sorumluluklar arttıkça her iki grubunda anksiyete puanlarının yükseldiğini belirtmektedir. Benzer olarak; Pongruenghant ve Tyson (2000) 200 hemşire üzerinde yaptıkları çalışmada, ev ve iş ortamında çatışma yaşayan hemşirelerin, stres düzeylerinin yükseldiği ve iş doyumunun azaldığı belirtilmektedir. Metin ve Özer'in (2005) yaptığı çalışmada çekirdek ailede yaşayan hemşirelerde ve bir çocuğu olanlarda duyarsızlaşma puan ortalamasının, mesleğini değiştirmek isteyen hemşirelerde ise

duyarsızlaşma ve duygusal tükenmişlik puan ortalamasının daha yüksek olduğunu belirtmişlerdir.

- Hemşirelerin çocuk sahibi olma durumuna göre tükenmişlik alt boyutlarına bakıldığında çocuğu olmayanlarda Duygusal Tükenme ve Duyarsızlaşmanın istatistiksel olarak daha yüksek olduğu, çocuğu olanlarda ise Kişisel Başarının daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 3). Fidanoğlu (2006) başka bir kişinin sorumluluğunu almanın kişilerarası ilişkileri geliştirerek kişisel başarı duygusunu arttırdığını belirtmiştir. Taycan ve ark.(2006) hemşirelerle yapmış olduğu araştırmada kişisel başarı puanının çocuğu olanlarda daha yüksek olduğunu saptamıştır. Bu sonuçlar çalışmamızla paralellik göstermektedir. Demir ve arkadaşları (2003) çocuk bakımıyla ilgili sorun yaşayan hemşirelerin duygusal tükenme ve kişisel başarı düzeyinin yüksek olduğunu belirtmektedirler.
- Araştırmaya katılan hemşirelerin gelir gider durumlarına göre elde ettikleri Duygusal Tükenme, Duyarsızlaşma, Kişisel Başarı alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (Tablo 3). Yapılan çalışmalar hemşirelerin ekonomik durumlarının tükenmişliklerini etkilediği belirtilirken(Demir ve ark, 2003; Metin ve Özer, 2007; İlhan ve ark., 2008) bizim çalışmamızda ekonomik düzeyin tükenmişliği etkilemediği saptanmıştır. Metin ve Özer (2007) hemşirelerle yaptıkları bir çalışmada aldığı ücreti yetersiz bulan hemşireler duyarsızlaşma alt boyutunda daha fazla tükenmişlik yaşadıklarını belirtmişlerdir. Taycan ve Ark.(2006) çalışmalarında aylık kazancının yeterli olduğunu düşünenlerde tükenmişlik oranları daha düşük olduğunu belirtmişlerdir.
- Araştırmaya katılan hemşirelerin tanılanmış bir hastalığı bulunma durumlarına göre elde ettikleri Duygusal Tükenme, Duyarsızlaşma, Kişisel Başarı alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (Tablo 3). Bu durumun araştırma kapsamına alınan hemşirelerin tanılanmış hastalıklarının az sayıda olmasından kaynaklanabileceği düşünülebilir. Demir ve arkadaşları (2003) sağlık sorunu yaşayan ve aldığı sağlık hizmetinden hoşnut olmayan hemşirelerin duygusal tükenme ve duyarsızlaşma düzeyinin yüksek olduğunu belirlemişlerdir. Taycan ve arkadaşları (2006) tanı konulmuş ve tedavi görmekte olduğu bir fiziksel hastalığı olan hemşirelerde duygusal tükenmenin daha fazla olduğunu belirtmektedir. Taycan ve arkadaşları (2006) sağlık sorunları ile tükenmişlik düzeyi arasındaki çift yönlü bir ilişkinin bulunduğunu ve sağlık

probleminin tükenmişlik riskini artıracaklarını, tükenmişlik sendromunun ise sağlık problemlerini ortaya çıkaracağını belirtmektedir.

- Hemşirelerin mesleği isteyerek seçme durumlarına göre tükenmişlik düzeylerine bakıldığında, Duygusal Tükenme ve Duyarsızlaşmanın mesleğini istemeden seçen hemşirelerde daha yüksek olduğu, mesleğini isteyerek seçen hemşirelerde ise Kişisel Başarının daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 3). Yapılan çalışmalarda mesleği isteyerek seçmenin tükenmişlik düzeyini etkileyen önemli bir etken olduğunu belirtmektedir (Tunç, 2005, Altuğ ve ark, 2006, Sinat, 2007). Altay (2010) yaptığı bir çalışmada yakınlarının etkisi ile mesleğini seçen hemşirelerde duygusal tükenmenin en yüksek, kendi isteği ile seçenlerde ise en düşük olduğunu saptamıştır. Bir başka çalışmada mesleğini ve çalıştığı bölümü kendi isteği ile seçen, mesleği kendine uygun bulan ve iş yaşamından memnun olan hemşirelerde depresyon ve tükenmişlik oranlarının daha düşük olduğu belirtilmektedir (Taycan ve ark.2006).
- Sorumlu hemşirelerinin Duygusal tükenme alt boyutunda ortanca değeri en düşük, Kişisel başarı alt boyutunda ortanca değeri en yüksek olduğu saptanırken, yoğun bakım ve ameliyathane hemşirelerinin ise Duygusal tükenme ve Duyarsızlaşma alt boyutlarında ortanca değeri en yüksek, Kişisel başarı alt boyutunda ortanca değeri en düşük olduğu saptanmıştır (Tablo 3). Metin ve Özer (2007)'in hemşirelerle yapmış olduğu çalışmada cerrahi klinikler, yoğun bakım ve acil servislerde çalışan hemşirelerde duygusal tükenmenin daha fazla olduğunu belirtmişlerdir. Bu sonuçlar bizim sonuçlarımızla paralellik gösterirken yapılan bir başka çalışmada cerrahi kliniklerinde çalışan hemşirelerin mesleki sorumluluk alanının daha keskin sınırlarla çizilmiş, ekip içinde hiyerarşinin ve iş bölümünün daha net olması ve radikal tedavilerin uygulanması nedeni ile kendilerini daha başarılı gördükleri belirtilmektedir (Taycan ve ark. 2006).
- Çalışmamızda şu anda çalıştığı işten memnun olmayan hemşirelerin duyarsızlaşma ve duygusal tükenme alt boyutlarında, işinden memnun olan hemşirelerin ise kişisel başarı alt boyutunda elde ettikleri sıra ortalamaları daha yüksektir (Tablo 4 ) ve meslekteki görev süresi ile kişisel başarı alt boyutu arasında anlamlı pozitif bir ilişki saptanmıştır. Çalışmada ayrıca haftalık çalışma süresi ile duygusal tükenme ve duyarsızlaşma alt boyutları arasında anlamlı pozitif ilişki, kişisel başarı alt boyutu ile anlamlı negatif bir ilişki belirlenmiştir (Tablo 5). Bu bulgular, Duquette ve arkadaşlarının (1994) elde ettikleri bulgular ile benzerlik göstermektedir. Duquette ve arkadaşları (1994) mesleki

deneyim artıkça tükenmişliğin azaldığını ve kişisel başarı duygusunun arttığını belirtmiştir. Çalışmada hemşirelerin uzun süre, aynı koşullarda çalışmalarının ve deneyim kazanmalarının bu sonuca neden olabileceği belirtilmiştir. Canbaz, Sünter ve Dabak (2005) çalışmalarında çalışma şartları zorlaştıkça (nöbet sayısı) hemşirelerin tükenmişlik düzeylerinin anlamlı seviyede arttığını ifade etmişlerdir. Bir başka çalışmada da kendini yetersiz ve başarısız hissetmenin daha çok mesleğe yeni başlayanlarda ortaya çıktığı, deneyim kazanma ile birlikte kişinin kendisini başarılı hissettiği bu nedenle çalışma yılı arttıkça kişisel başarı puanları da arttığı belirtilmektedir (Taycan ve ark.2006).

- Cinsiyete göre Katılımcı Mizah alt boyutu, Kendini Geliştirici Mizah alt boyutu ve Kendini Yıkıcı Mizah alt boyutundan elde ettikleri puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmazken, kadın hemşirelerin Saldırgan Mizahı erkek hemşirelerden daha fazla kullandıkları saptanmıştır (Tablo 8). Bu sonucun araştırma kapsamına alınan erkek hemşire sayısının az olmasından kaynaklanabileceği düşünülmüştür. Yerlikaya (2007) lise öğrencileriyle yaptığı çalışmada erkek öğrencilerin Saldırgan Mizah ve Kendini Yıkıcı Mizah alt boyutlarından aldıkları puanların kız öğrencilerin aldıkları puanlardan daha yüksek olduğunu saptamış ve kız öğrencilerin erkek öğrencilere göre günlük yaşamlarında mizahı hem kendileri hem de diğerleri için zararlı olmayan bir tarzda kullandıklarını belirtmiştir. Akkaya (2011) çalışmasında Katılımcı Mizah ve Kendini Geliştirici Mizah tarzının erkek öğrenciler tarafından daha fazla kullanıldığını belirtmiştir. Aslan (2006)'ın öğretmenler üzerinde yaptığı araştırmada ise, cinsiyetin mizah tarzları açısından tek başına etkili bir değişken olmadığı saptanmıştır ve bu durumu öğretmenlerin mizah tarzlarının farklılık göstermemesinin, mizah anlayışı üzerindeki kültürel farklılıklardan doğabileceğini belirtmektedir.
- Evli hemşirelerin Saldırgan Mizah ve Kendini Yıkıcı Mizah alt boyutundan elde ettikleri ortalamalar bekar hemşirelere göre daha yüksek bulunmuştur (Tablo 8). Bu sonuca hemşirelerin daha düzensiz ve vardiyalı çalışmalarının, evlilik düzenlerinin olumsuz çalışma koşullarından etkilenmesinin neden olabileceği düşünülmüştür.
- Hemşirelerin mesleklerindeki görev süreleri ve buldukları kurumda geçirdikleri görev süre arttıkça Katılımcı Mizah kullanım durumları azaldığı saptanmıştır (Tablo 9). Erickson ve Feildstein (2007) Katılımcı mizahın kendini gerçekleştirme, psikolojik iyi

olma haliyle pozitif depresyon ve sinirlilik haliyle negatif ilişkisinin olduğunu belirtmektedir. Sağlık çalışanı olarak hemşireler yoğun iş yükü altında ve ağır ölümcül hastalara bakım vermekte ve yoğun stres yaşamaktadırlar (Canbaz ve ark. 2005). Çalışmamızda hemşirelerin katılımcı mizahı daha az kullanmalarına yoğun iş yükünün ve stresli ortamlarda çalışmalarının neden olabileceği düşünülmüştür. Sepetçi (2010) öğretmenlerle yapmış olduğu bir çalışmada mesleki kıdem süreleri daha fazla olan öğretmenlerde katılımcı mizah tarzının daha fazla kullanıldığını belirtmiştir.

- Mizahın tükenmişliği önlemede etkili bir yöntem olarak gören hemşirelerde duygusal tükenme daha düşük, kişisel başarı durumlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Katılımcı mizah tarzı kullanımı arttıkça kişisel başarının arttığı, Kendini geliştirici mizah tarzı kullanımı arttıkça duygusal tükenmenin ve duyarsızlaşmanın azaldığı, kişisel başarının arttığı, Saldırgan ve Kendini yıkıcı mizah tarzlarını kullanımı arttıkça duyarsızlaşmanın arttığı, kişisel başarının azaldığı saptanmıştır (Tablo 8,10). Literatürde (Hampes,2006) Katılımcı mizahın kişiler arası gerilimi azaltma, başkalarını eğlendirme ve ilişkileri kolaylaştırma etkisi olduğu belirtilmektedir. Çalışmamızda Katılımcı mizahın taşıdığı bu özellikler nedeniyle kişisel başarıyı arttırdığı düşünülmektedir.

Hampes (2006)'a göre Kendini geliştirici mizah kullanan kişiler, mizahı sadece mizahi görüşlerini devam ettirmek için değil, aynı zamanda başkalarının desteği olmadığında hayatın zorluklarına, stres ve uyuşmazlıklara karşı bir baş etme aracı olarak kullanma eğilimindedirler. Kendini Geliştirici mizahın bu özellikleri nedeniyle çalışmamızda Kendini geliştirici mizah tarzı kullananlarda duygusal tükenmişlik ve duyarsızlaşmanın azaldığı, kişisel başarının arttığı düşünülmektedir.

Saldırgan Mizah Tarzı incelendiğinde Saldırgan mizah anlayışının kişiler arası uygun olmayan iğneleyici, alay, sataşma, dalga geçme, küçük düşürme gibi özelliklerinin olduğu görülmektedir. Kendini Yıkıcı Mizah Tarzının özelliklerine bakıldığında ise kendine yöneltilmiş, diğerlerine yakın olabilmek ve kendini başkalarına kabul ettirmek için kendini aşağılama pahasına komik şeyler anlatma ve yapma, kendini başkalarının maskarası yapma, kendisi ile alay edildiğinde ya da aşağılandığında diğerleriyle gülme olduğu görülmektedir ( Saroglou ve Anciaux , 2004 , Hampes, 2006 ). Çalışmamızda bu iki olumsuz mizah tarzının kullanımının, duyarsızlaşmaya ve kişisel başarıda azalmaya neden olabileceği düşünülmüştür.

## 6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

### 6.1.SONUÇLAR

Cerrahi kliniklerinde çalışan hemşirelerin mizah tarzları ile tükenmişlik düzeyleri arasındaki ilişkinin saptanması amacıyla yapılan bu çalışmadan elde edilen sonuçlar aşağıda verilmiştir:

- Hemşirelerin 229'u (%91,6) kadın, 21'i (%8.4) erkek olup; çoğunluğu (%69,2) 20-29 yaş aralığındadır ve %60.0'ı bekar. Çalışma kapsamına alınan hemşirelerin %89.2'sinin çekirdek aileye sahip olduğu, %67.6'sının çocuk sahibi olmadıkları, %56.4'ü gelir gider dengesinin eşit olduğu, %78.82'si ise tanılanmış bir sağlık sorunları olmadığı belirlenmiştir (Tablo 1).
- Hemşirelerin çoğunluğu (%62.8) mesleği isteyerek seçtiği, %69.6 'sının başka bir kurumda iş deneyimi olduğu saptanmıştır. Araştırma kapsamına alınan 250 hemşirenin %21.6 'sı sorumlu hemşire , %39.2'si servis hemşiresi, %25.6'sı yoğun bakım hemşiresi ve %13.6'sı ameliyathane hemşiresi olarak çalıştığı belirlenmiştir ( Tablo 1).
- Hemşirelerin meslekte ve kurumda çalışma sürelerine bakıldığında; meslekte çalışma sürelerinin 6 ay ile 24 yıl arasında değiştiği, kurumda çalışma sürelerinin 15 gün ile 48 ay arasında değiştiği, haftalık çalışma sürelerinin ise 1 saat ile 60 saat arasında olduğu saptanmıştır. Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin bir shift/nöbette bakım verdiği hasta sayısı 1 ile 23 kişi ( $\bar{X}=7.09$ ,  $SS=4.3$ ) arasında değişmekte olup halen çalışmakta oldukları klinikteki görev süreleri 6 ay ile 15 yıl arasında ( $\bar{X}=4.21$ ,  $SS=3.4$ )değiştiği görülmektedir (Tablo 1).
- Hemşirelerin %60.0'ı yapmış oldukları işten memnun olduklarını belirtirken %41.2'si tükenmişlik hissettiklerini ifade etmişlerdir. Araştırmaya katılan hemşirelerin çoğu %69.2'si mizahın tükenmişlikle baş etmede etkili bir yöntem olduğunu düşündüklerini belirtmişlerdir (Tablo 1).
- Çalışmamızda hemşirelerin maslach tükenmişlik ölçeği alt boyutları dağılımına baktığımızda; hemşirelerin kişisel başarıda azalma ve duygusal tükenmeyi en fazla yaşadıkları saptanmıştır (Tablo 2).
- Duygusal tükenme alt boyutunda yaşı 30 ve üzeri olan hemşireler ile 20-29 yaş arasında olan hemşireler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ( $p<0.05$ ). 20-29 yaş grubunda bulunan hemşirelerin duygusal tükenme ortanca değeri [17(1-36)], 30

ve üzeri yaş grubunun ortanca değerinden [16(1-30)] daha yüksektir. Kişisel başarı alt boyutunda yaşı 30 ve üzeri olan hemşireler ile 20-29 yaş grubu olan hemşireler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ( $p<0.05$ ). 30 ve üzeri yaş grubunda bulunan hemşirelerin kişisel başarı alt boyutunda ortanca değeri [25(12-32)], 20-29 yaş grubunun ortanca değerinden [22(11-32)] daha yüksektir (Tablo 3).

- Duyarsızlaşma alt boyutunda evli olan hemşireler ile bekar olan hemşireler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ( $p<0.01$ ). Bekar hemşirelerin duyarsızlaşma alt boyutunun ortanca değeri [5(0-13)], evli hemşirelerin ortanca değerinden [3(0-18)] daha yüksektir. Kişisel başarı alt boyutunda evli olan hemşireler ile bekar olan hemşireler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ( $p<0.05$ ). Bekar hemşirelerin kişisel başarı alt boyutunda ortanca değeri [24(11-32)], evli hemşirelerin ortanca değerinden [22(11-32)] daha yüksektir (Tablo 3).
- Çocuk sahibi olma durumuna göre MTÖ alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ( $p<0.05$ ). Buna göre; duygusal tükenme alt boyutunda çocuk sahibi olan hemşireler ile çocuk sahibi olmayanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ( $p<0.05$ ). Çocuk sahibi olmayan hemşirelerin duygusal tükenme ortanca değeri [17(0-36)], çocuk sahibi olan hemşirelerin ortanca değerinden [15(1-35)] daha yüksektir. Duyarsızlaşma alt boyutunda çocuk sahibi olan hemşireler ile çocuk sahibi olmayanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ( $p<0.01$ ). Buna göre çocuk sahibi olmayan hemşirelerin duyarsızlaşma alt boyutunda ortanca değeri [5(0-18)], çocuk sahibi olan hemşirelerin ortanca değerinden [3(0-12)] daha yüksektir. Kişisel başarı alt boyutunda çocuk sahibi olan hemşireler ile çocuk sahibi olmayanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ( $p<0.01$ ). Buna göre çocuk sahibi olan hemşirelerin kişisel başarı alt boyutunda ortanca değeri [24(12-32)], çocuk sahibi olmayan hemşirelerin ortanca değerinden [22(11-32)] daha yüksektir (Tablo 3).
- Mesleği isteyerek seçme durumuna göre MTÖ alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır. Elde edilen bulgulara göre duygusal tükenme alt boyutunda mesleğini isteyerek seçen hemşireler ile istemeyerek seçen hemşireler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ( $p<0.01$ ). Mesleğini isteyerek seçen hemşirelerin duygusal tükenme ortanca değeri [16(0-32)], mesleğini istemeden seçen hemşirelerin ortanca değerinden [20(8-36)] daha düşüktür. Duyarsızlaşma alt boyutunda mesleğini isteyerek seçen hemşireler ile istemeyerek seçen

hemşireler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ( $p<0.01$ ). Buna göre mesleğini isteyerek seçen hemşirelerin duyarsızlaşma alt boyutunda ortanca değeri [3(0-13)], mesleğini istemeden seçen hemşirelerin ortanca değerinden [5(0-18)] daha düşüktür. Kişisel başarı alt boyutunda mesleğini isteyerek seçen hemşireler ile istemeyerek seçen hemşireler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ( $p<0.01$ ). Mesleğini isteyerek seçen hemşirelerin kişisel başarı alt boyutunda ortanca değeri [23(11-32)], mesleğini istemeden seçen hemşirelerin ortanca değerinden [21(11-31)] daha yüksektir (Tablo 3).

- İş pozisyonuna göre MTÖ alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır. Buna göre Duygusal tükenme ve duyarsızlaşma alt boyutları için sorumlu hemşire olarak çalışan hemşirelerin duygusal tükenme alt boyutu ortanca değeri [13(2-36)], ile duyarsızlaşma alt boyutu ortanca değeri [3(0-18)] diğer pozisyonlarda çalışan hemşirelere göre istatistiksel olarak daha düşük olduğu saptanmıştır ( $p<0.05$ ) (Tablo 3).
- Duygusal tükenme alt boyutu ortanca değeri [18(4-30)] en yüksek olan hemşire grubu ameliyathane hemşiresi olarak çalışan gruptur. Bu grubu yoğun bakım hemşire grubu izlemektedir. Duyarsızlaşma alt boyutu ortanca değeri en yüksek [5(0-13)] olan hemşire grubu yoğun bakım hemşiresi iken duyarsızlaşma alt boyutu ortanca değeri en düşük olan [3(0-18)] hemşire grubu sorumlu hemşire grubudur. Ayrıca kişisel başarı alt boyutu ortanca değeri [21(12-29)] en düşük olan hemşire grubu ameliyathane hemşiresi olarak çalışan gruptur. Bu grubu servis hemşiresi grubu izlemektedir (Tablo 3).
- Duygusal tükenme alt boyutu, duyarsızlaşma alt boyutu, kişisel başarıda azalma alt boyutu ortalamalarına göre kendini tükenmiş hisseden ya da hissetmeyenler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır( $p\leq 0.01$ ) Duygusal tükenme alt boyutunda kendisini tükenmiş hissedenlerin ortalaması 30.66( $\pm 6.97$ ) iken bazen tükenmiş hissedenlerin ortalamaları 24.17( $\pm 5.72$ ) ve tükenmiş hissetmeyenlerin ortalamaları ise 19.21( $\pm 5.92$ )'dir. Duyarsızlaşma alt boyutunda ise kendisini tükenmiş hissedenlerin ortalaması 10.41( $\pm 3.54$ ) iken bazen tükenmiş hissedenlerin ortalamaları 9.41( $\pm 3.06$ ) ve tükenmiş hissetmeyenlerin ortalamaları ise 8.15( $\pm 2.85$ )'dir. Diğer taraftan, kişisel başarı alt boyutu için kendisini bazen ya da tükenmiş hissetmeyenlerin kendisini her zaman tükenmiş hissedenlerden ortalamaları daha yüksektir (Tablo 4).
- Duygusal tükenme alt boyutunda çalıştıkları işten memnun olan hemşireler ile olmayan hemşireler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ( $p\leq 0.01$ ). İşinden



memnun olmayan hemşirelerin duygusal tükenme alt boyut ortalaması (30.62±6.62), işinden memnun olan hemşirelerin ortalamalarından (22.34±6.68) daha yüksektir. Duyarsızlaşma alt boyutunda çalıştıkları işten memnun olan hemşireler ile olmayan hemşireler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ( $p \leq 0.01$ ). Buna göre işinden memnun olan hemşirelerin duyarsızlaşma alt boyut ortalamaları (8.78±2.99), işinden memnun olmayanların ortalamalarından (10.64±3.51) daha düşüktür. Kişisel başarı alt boyutunda çalıştıkları işten memnun olan hemşireler ile olmayan hemşireler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ( $p \leq 0.01$ ). İşinden memnun olan hemşirelerin kişisel başarı alt boyut ortalamaları (31.28±4.58), işinden memnun olmayanların ortalamalarından (29.10±4.36) daha yüksektir (Tablo 4).

- Araştırmaya katılan hemşirelerin haftalık ortalama çalışma süreleri ile duygusal tükenme alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ( $r_s = 0.172, p < 0.01$ ). Hemşirelerin haftalık ortalama çalışma süreleri arttıkça duygusal tükenmişlikleri artmaktadır (Tablo 5).
- Araştırmaya katılan hemşirelerin haftalık ortalama çalışma süreleri ile duyarsızlaşma alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ( $r_s = 0.157, p < 0.05$ ). Hemşirelerin haftalık ortalama çalışma süresi arttıkça duyarsızlaşma artmaktadır (Tablo 5).
- Hemşirelerin meslekteki görev süresi ile kişisel başarı alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif bir ilişki bulunmaktadır ( $r_s = 0.192, p < 0.01$ ). Buna göre meslekteki çalışma süresi arttıkça kişisel başarıda azalma ortalamalarında da artış göstermektedir. Araştırmaya katılan hemşirelerin haftalık ortalama çalışma süreleri ile kişisel başarı alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif bir ilişki bulunmaktadır ( $r_s = -0.138, p < 0.05$ ). Haftalık ortalama çalışma süreleri arttıkça kişisel başarıda azalma ortalamaları düşmektedir (Tablo 5).
- Duygusal tükenme ve Kişisel başarıda azalma alt boyutlarında mizahın etkili bir yöntem olarak gören hemşireler ile görmeyen hemşireler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ( $p < 0.05$ ) Mizahı etkili bir yöntem olarak gören hemşirelerin duygusal tükenme ortanca değeri [18(1-36)], görmeyen hemşirelerin ortanca değerinden [16(0-36)] daha yüksektir. Mizahı etkili bir yöntem olarak gören hemşirelerin kişisel başarı alt

boyut ortanca değeri [21(11-32)], görmeyen hemşirelerin ortanca değerinden [23(12-32)] daha düşüktür (Tablo 6).

- Hemşirelerin mizah tarzları kullanım durumlarına göre katılımcı tarzını kullanan hemşirelerin ortalaması 39.12( $\pm$ 7.64), kendini geliştirici mizah tarzını kullanan hemşirelerin ortalaması 33.85( $\pm$ 9.04), saldırgan mizah tarzını kullanan hemşirelerin ortalaması 21.48( $\pm$ 7.29), kendini yıkıcı mizah tarzını kullanan hemşirelerin ortalaması 25.10( $\pm$ 8.11)'dir (Tablo 7).
- Kadın ve erkek hemşirelerin Saldırgan Mizah alt boyut ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ( $p < 0.05$ ). Kadın hemşirelerin bu alt boyut ortalamaları ( $\bar{X}$ =21.78, SS=7.19) erkek hemşirelerin ortalamalarından ( $\bar{X}$ =18.14, SS=7.68) daha yüksektir (Tablo 8).
- Evli ve bekar hemşirelerin Saldırgan Mizah alt boyut ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ( $p < 0.05$ ). Buna göre, evli hemşirelerin bu alt boyut ortalamaları ( $\bar{X}$  =22.33, SS= 7.12) bekar hemşirelerin ortalamalarına ( $\bar{X}$  =20.21, SS=7.38) göre daha yüksektir. Kendini Yıkıcı Mizah alt boyutunda evli ve bekar hemşirelerin ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ( $p < 0.05$ ). Buna göre, evli hemşirelerin bu alt boyut ortalamaları ( $\bar{X}$ = 26.23, SS= 7.18) bekar hemşirelerin ortalamalarından( $\bar{X}$  = 23.41, SS =8.52) daha yüksektir (Tablo 8).
- Mesleğinin isteyerek seçen ve seçmeyen hemşirelerin Katılımcı Mizah alt boyutu ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ( $p < 0.05$ ). Buna göre, mesleklerini isteyerek seçen hemşirelerin Katılımcı Mizah alt boyut ortalamaları ( $\bar{X}$ = 39.87, SS= 7.25) istemeyerek seçen hemşirelerin ortalamalarından ( $\bar{X}$ = 37.86, SS= 8.14) daha yüksektir. Mesleğini isteyerek seçen hemşireler Katılımcı Mizah tarzını daha çok kullanmaktadır (Tablo 8).
- Mesleğinin isteyerek seçen ve seçmeyen hemşirelerin, Kendini Geliştirici Mizah alt boyutu ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ( $p < 0.05$ ). Buna göre, mesleklerini isteyerek seçen hemşirelerin ortalamaları ( $\bar{X}$ = 35.64, SS= 8.40) istemeyerek seçen hemşirelerin ortalamalarından ( $\bar{X}$  = 30.82, SS =9.31) daha yüksektir. Bu sonuca göre mesleğini isteyerek seçen hemşireler Kendini Geliştirici Mizah tarzını daha çok kullanmaktadır (Tablo 8).

- Farklı pozisyonlarda çalışan hemşirelerin Kendini Yıkıcı Mizah alt boyutu ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirlenmiştir ( $p < 0.05$ ). Sorumlu hemşirelerin Kendini Yıkıcı Mizah alt boyut ortalamaları ( $\bar{X} = 22.24$ ,  $SS = 6.82$ ) yoğun bakımda çalışan hemşirelerin ortalamalarından ( $\bar{X} = 25.65$ ,  $SS = 8.33$ ) daha düşüktür ( $p < 0.05$ ) ( Tablo 8).
- Buldukları kurumdan memnun olan ve olmayan hemşirelerin Katılımcı Mizah alt boyut ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ( $p < 0.05$ ). Buna göre, buldukları kurumdan memnun olan hemşirelerin bu alt boyut ortalamaları ( $\bar{X} = 40.00$ ,  $SS = 7.20$ ) memnun olmayan hemşirelerin ortalamalarına ( $\bar{X} = 37.81$ ,  $SS = 8.12$ ) göre daha yüksektir. Buldukları kurumdan memnun olan hemşireler Katılımcı mizah tarzını daha çok kullanmaktadır. Ayrıca, buldukları kurumdan memnun olan ve olmayan hemşirelerin Kendini Geliştirici Mizah alt boyutu ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirlenmiştir ( $p < 0.05$ ). Buna göre, buldukları kurumdan memnun olan hemşirelerin bu alt boyut ortalamaları ( $\bar{X} = 35.44$ ,  $SS = 8.36$ ) memnun olmayan hemşirelerin ortalamalarından ( $\bar{X} = 31.47$ ,  $SS = 9.13$ ) yüksektir. Buldukları kurumdan memnun olan hemşireler Kendini Geliştirici Mizah tarzını buldukları kurumdan memnun olmayanlara göre daha çok kullanmaktadır (Tablo 8).
- Mesleklerinden dolayı kendilerini tükenmiş hissedenden ve hissetmeyen hemşirelerin Kendini Geliştirici Mizah alt boyut ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ( $p < 0.05$ ). Buna göre, mesleklerinden dolayı kendilerini tükenmiş hissetmeyen hemşirelerin bu alt boyut ortalamaları ( $\bar{X} = 36.15$ ,  $SS = 8.36$ ) tükenmiş hissedenden hemşirelerin ortalamalarına ( $\bar{X} = 32.24$ ,  $SS = 10.06$ ) daha yüksektir ( Tablo 8).
- Mizahı tükenmişliği önlemede etkili bir yöntem olarak gören hemşireler ile görmeyen hemşirelerin Katılımcı Mizah alt boyut ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ( $p < 0.001$ ). Buna göre, mizahı tükenmişlikle mücadele etmede etkili bir yöntem olarak gören hemşirelerin bu alt boyut ortalamaları ( $\bar{X} = 40.26$ ,  $SS = 7.38$ ) görmeyen hemşirelerin ortalamalarından ( $\bar{X} = 36.57$ ,  $SS = 7.65$ ) daha yüksektir. Ayrıca, Katılımcı Mizah alt boyutu ve mizahı tükenmişliği önlemede etkili bir yöntem olarak gören hemşireler ile görmeyen hemşirelerin ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı seviyede fark belirlenmiştir ( $p < 0.001$ ). Buna göre, mizahı tükenmişliği

önlemede etkili bir yöntem olarak gören hemşirelerin ortalamaları ( $\bar{X}=35.65$ ,  $SS=8.85$ ) görmeyen hemşirelerin ortalamalarına ( $\bar{X}=29.82$ ,  $SS=8.18$ ) daha yüksektir (Tablo 8).

- Hemşirelerin Katılımcı Mizah alt boyutu, mesleklerindeki görev süreleri ( $rs= -0.149$ ,  $p=0.018$ ) ve buldukları kurumda geçirdikleri görev süreleri ( $rs =-0.136$ ,  $p= 0.032$ ) arasında istatistiksel olarak anlamlı ve negatif yönde ilişki saptanmıştır. Hemşirelerin mesleklerindeki görev süreleri, buldukları kurumda geçirdikleri görev süreleri arttıkça Katılımcı Mizah kullanım durumları azalmaktadır. Hemşirelerin Kendini Yıkıcı Mizah alt boyutu ortalamaları ile çocuk sahibi olma durumları( $rs=-0.136$ ,  $p = 0.032$ ) ve haftalık ortalama çalışma saatleri ( $rs= -0.130$ ,  $p= 0.039$ ) arasında istatistiksel olarak anlamlı ve negatif bir ilişki belirlenmiştir (Tablo 9).
- Kendini geliştirici mizah tarzları ile duygusal tükenme alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki belirlenmiştir ( $rs= -0.277$ ,  $p <0.01$ ). Hemşirelerin kendisini geliştirici mizah kullanımları arttıkça daha az duygusal tükenme yaşamaktadırlar. Saldırgan mizah tarzları ile duyarsızlaşma alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki belirlenmiştir ( $rs= 0.295$ ,  $p <0.01$ ). Kendini yıkıcı mizah tarzları ile duyarsızlaşma alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki belirlenmiştir ( $rs= 0.236$ ,  $p <0.01$ ) (Tablo 10).
- Araştırmaya katılan hemşirelerin katılımcı mizah tarzlarıyla kişisel başarı alt boyutları arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır. ( $rs=0.179$ ,  $p<0.05$ ). Hemşirelerin Katılımcı mizah tarzları arttıkça kişisel başarı alt boyut ortalamaları artmaktadır. Kendini geliştirici mizah tarzları ile kişisel başarı alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki belirlenmiştir ( $rs=0.369$ ,  $p<0.01$ ). Hemşirelerin kendini geliştirici mizah tarzları arttıkça kişisel başarı alt boyutu ortalamaları da artmaktadır. Saldırgan mizah tarzları ile kişisel başarı alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı ve negatif bir ilişki belirlenmiştir ( $rs=-0.318$ ,  $p<0.01$ ). Hemşirelerin saldırgan mizah tarzları arttıkça kişisel başarı ortalamaları anlamlı seviyede azalmaktadır. Kendini yıkıcı mizah tarzları ile kişisel başarı alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif bir ilişki bulunmaktadır ( $rs =-0.157$ ,  $p<0.05$ ). Hemşirelerin kendini yıkıcı mizah kullanımları arttıkça kişisel başarı ortalamaları anlamlı seviyede azalmaktadır (Tablo 10).

## 6.2.ÖNERİLER

Bu çalışma sonuçlarına göre aşağıdaki önerilerde bulunulmuştur;

- Hemşirelerin tükenmişlik kavramı konusunda hizmetiçi eğitimlerle bilinç düzeyleri arttırılmalı
- Uygun ödüllendirme yöntemleri ve pozitif geri bildirimlerle hemşirelerin tükenmişlikleri azaltılmalı
- Hemşirelerin tükenmişlikle baş etmeye yönelik iletişim becerileri hizmet içi eğitimle güçlendirilmeli
- Hemşirelerin tükenmişlik düzeyleri ve nedenleri belli aralıklarla belirlenmeli, etkili mizah kullanımını sağlanmalı
- Hemşirelik mesleğinin isteyerek tercih edilebilen bir meslek olması için topluma tanıtımının arttırılması

Tükenmişlik yaşamayan hemşireler; sağlıklı/hasta birey, ailesi, toplum ve sağlık ekibi üyeleri ile olumlu ilişkiler kurabilecek ve dolayısı ile bakım kalitesi artacaktır. Bu çalışmanın sonuçlarının, mizahla bağlantılı tükenmişliği önleme ve çözümlenme stratejilerinin geliştirilmesinde, yararlı olabileceği düşünülmektedir.

## **SINIRLILIKLAR**

- Tükenmişlik kavramı ile ilgili yurtiçi ve yurtdışı çalışmaların fazla olmasına rağmen; mizah tarzlarının hemşirelik üzerine etkisi bulunan çalışmaların az olması nedeniyle bu kavramla ilgili yurtiçi ve yurtdışı kaynakların sınırlı olması.

## KAYNAKÇA

1. Abacı, N., İşmen, A. E., Yıldız, S. (2004). Psikolojik Danışmanların İdeal Özellikleri ile Yılgınlık Düzeylerinin Karşılaştırılması, *Eğitim Yönetimi Dergisi*,10 (37), 8-25.
2. Akgün, E. (2006). Çatışma çözümü eğitiminin hemşirelerin çatışma çözüm becerisi yöntemi ve tükenmişlik düzeyine etkisinin incelenmesi. Psikiyatri Hemşireliği Programı, Doktora Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. İzmir, Türkiye.
3. Akkaya, M. (2011). Sınıf öğretmenlerinin sınıf yönetme becerileri ile mizah tarzları arasındaki ilişkinin incelenmesi. Sempozyum : 20. Ulusal Eğitim Bilimleri Kurultayı.Pegem, İstanbul.
4. Aksoy, U. (2007). Eskişehir İli Özel Eğitim Okullarında Çalışan Öğretmenlerin Tükenmişlik Düzeylerinin Değerlendirilmesi, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Eskişehir.
5. Alacacıoğlu, A., Yavuzsen, T., Diriöz, M., Öztop, İ.,ve Yılmaz, U. (2009). Burnout in nurses and physicians working at an oncology department, *Psycho-Oncology*, 18, 543–548.
6. Altay, B., Gönerer, D., ve Demirkıran, C.(2010).Bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin tükenmişlik düzeyleri ve aile desteğinin etkisi, *Fırat Tıp Dergisi* ,15(1): 10-16
7. Altuğ, İ.Y., Susur, A., Keskin, S., Balcı, Y. ve Seber, G. (2006). Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde çalışan hekimlerde tükenmişlik düzeyleri, *Osmangazi Tıp Dergisi*,28(2), 91-101.
8. Arı, G. S.,ve Bal, E. Ç. (2008). Tükenmişlik kavramı: birey ve örgütler açısından önemi,*Yönetim ve Ekonomi*, 15(1), 131-148.
9. Aryee, S.(1993). Dual-corner couples in Singapore: An eximination of work and nonwork source of their experienced burnout.*Human Relations*,46(12):1441
10. Aslan, H. (2006). Ortaöğretim kurumlarında görev yapan öğretmenlerin öğrenilmiş güçlülük düzeylerine ve cinsiyetlerine göre mizah tarzlarının incelenmesi, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Çukurova Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.
11. Ashforth, B. E. & Lee, R. T., (1997). A longitudinal study of burnout among supervisors and managers: Comparisons between the Leiter and Maslach (1988) and

- Golembiewski et al. (1986) models. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 54(3), 369–398.
12. Astedt-Kurki, P., & Liukkonen, A. (1994) Humour in nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 20, 183-188.
  13. Aydın, A. (2005). Hemşirelik ve Mizah , *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 9 (1).
  14. Basım, H.N., ve Şeşen, H. (2006). Mesleki tükenmişlikte bazı demografik değişkenlerin etkisi: Kamu’da bir araştırma. *Ege Academic Review*, 6(2), 15-23.
  15. Başol, G., Altay, M., (2009). Eğitim yöneticisi ve öğretmenlerin mesleki tükenmişlik düzeylerinin incelenmesi, *Educational Administration: Theory and Practice*, Vol. 15, Issue 58, pp: 191-216.
  16. Beck, C.T.(1997). Humor in nursing practice : a phenomenological study, *International Journal of Nursing Studies*, Vol. 34, No. 5, 346352.
  17. Blickensderfer, L.(1999).Someday we’ll laugh about this, *Nursing Management*, 30(8),45-47
  18. Boyle, G. , & Reid ,J. (2004). Relationship Humour to Health: A psychometric investigation,*British Journal of Health Psychology* , pp.51-54
  19. Brewer, E.W.,& Shapard, L.(2004). Employeeburnout: A meta-analysis of the relationshipbetween age or years of experience. *Human Resource Development Review* 3 (2): 102- 123.
  20. Budak, G. ve Sürgevil, O. (2005). Tükenmişlik ve tükenmişliği etkileyen örgütsel faktörlerin analizine ilişkin akademik personel üzerinde bir uygulama. *D.E.Ü. İ.İ.B.F. Dergisi*, 20 (2), 95-108.
  21. Canbaz S, Sünter T, Dabak Ş, Öz H, ve Peşken Y. Hemşirelerde tükenmişlik sendromu, iş doyumunu ve işe bağlı gerginlik. *Hemşirelik Forumu* 2005; 4:30-34.
  22. Colom, G., G., Alcover, C., T, Sanchez-Curto, C., Zárata-Osuna, J. (2011). Study of the effect of positive humour as a variable that reduces stress. relationship of humour with personality and performance variables, *Psychology in Spain*, Vol. 15. No 1, 9-21.
  23. Çam, O. (1992). Tükenmişlik Envanterinin Geçerlik ve Güvenilirliğinin Araştırılması, *7. Ulusal Psikoloji Kongresi Bilimsel Çalışmaları*, Hacettepe Üniversitesi, Editörler: R. Bayraktar ve İ. Dağ, Ankara, ss. 155 – 160.



24. am, O. (1995). *Tükenmişlik sendromu*. Saray Medikal yayıncılık. Bornova, İzmir. 13-80.
25. avuşoğlu, İ. (2005). Endüstri Meslek Liselerinde alışan Öğretmenlerin Tükenmişlik Düzeyleri İle Bazı Kişisel Değişkenler Arasındaki İlişki (Bolu İli Örneği), Yayınlanmamış, Yüksek Lisans Tezi, Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü , Bolu.
26. Demir, A., Ulusoy, M., ve Ulusoy, M.F. (2003). Investigation of factors influencing burnout levels in the professional and private lives of nurses. *International Journal of Nursing Studies*, 40, 807-827.
27. Demirbaş A. (2006). Üç Farklı Hastanede alışan Yöneticilerin ve Klinikte alışan Sağlık Personelinin Tükenmişlik Durumlarının Araştırılması , Yüksek Lisans Tezi , Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü , Ankara
28. Din, K. (2008).Yardıma Mesleklerinde Tükenmişlik Sendromu , Dönem Projesi , Ankara Üniversitesi , Sosyal Bilimler Enstitüsü , Ankara.
29. Duquette A, & Kerouac S, & Sandhu, B ve diğ. (1994). Factors related to nursing burnout: a review of empirical knowledge. *Issues Mental Health Nursing* 15(4): 337-358.
30. Ehrenberg, D.B.(1991). Playfulness and humor in the psychoanalytic relationship,*Group*, 15 (4), 225-233.
31. Ergin , C. (1992).Doktor ve hemşirelerde tükenmişlik ve maslach tükenmişlik ölçeğinin uyarlanması, *Türk Psikologlar Derneği Yayınları*, Ankara, 143-154.
32. Ergin, D.,Şen, N.,Akış, Ş., Altan, Ö.,Bakırloğlu, Ö., Bozkurt, S., (2009) *Dahili Kliniklerde Görev Yapan Hemşirelerin Tükenme ve Empatik Beceri Düzeyleri ve Bunları Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi*, Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, *Cilt:4, Sayı:11,50-63*
33. Erickson, S. J.,&Feildstein, S. W. (2007). Adolescent Humor and Its Relationship to Coping, Defense Strategies, Psychological Distress and Well-Being, *Child Psychiatry and Human Development*, 37, 3, 255-271
34. Ersoy F, Edirne T, ve Yıldırım R.C. (2001). Tükenmişlik ( Burn-Out) Sendromu. *Sürekli Tıp Eğitim Dergisi*, 10: 2.

35. Evans, O. & Steptoe, A. (2002). The contribution of gender-role orientation, work factors and home stressors to psychological well-being and sickness absence in male and female-dominated occupational groups. *Social Science & Medicine*, 54, 481-492.
36. Farber, B.A.(1991). *Crisis in Education: Stress and Burnout in the American Teacher*, Jossey-Bass, San Francisco, CA, p:37-74
37. Fidanoğlu, O. (2006). Evlilik uyumu, Mizah tarzı ve Kaygı düzeyi arasındaki ilişki , Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
38. Fitch, M.I. (2008). Promoting Seniors Mental Health In Cancer Care: A Guide for Front-line Care Providers ,Retrieved November 02 ,2012 from [www.bcpqa.bc.ca](http://www.bcpqa.bc.ca)
39. Freud, S. (1905). *Jokes and their relation to the unconscious*. W.W. Norton & Co., 1960.chapter:2-3
40. Freudenberger, H. J. (1974). Staff burnout. *Journal of Social Issues*, 30, 159-165.
41. Goddard, R.,& Patton, W. (2006) Coping With Stress in the Australian Job Network:Gender Differences. *Journal of employment counseling* 43(3):pp. 135-144.
42. Gustafson ,G. ,&Eriksson , S. , &Strangberg , G . , & Norberg , A. (2010) , Burnout and perceptions of conscience among healthcare personel :A pilot study , *Nursing Ethics* (17) 1, 23-38
43. Gündüz, B., (2005). İlköğretim Öğretmenlerinde Tükenmişlik, *Mersin Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*,1-1, ss. 152-166.
44. Güneş, N.,ve Üstün, B. (2008). Bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin tükenmişlik düzeyi ve etkileyen faktörlerin incelenmesi, *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, Cilt 11, Sayı 4.,
45. Günüşen, N. ,ve Üstün, B. (2010) . Türkiye’de ikinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hemşire ve hekimlerde tükenmişlik : Literatür incelemesi , *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*,[http://www.deu.edu.tr/UploadedFiles/Birimler/18280/40-51\\_pdf.](http://www.deu.edu.tr/UploadedFiles/Birimler/18280/40-51_pdf.), Erişim Tarihi : 2-09-2011
46. Gürbüz, Z.(2008). Kars İlinde Görevli Okul Öncesi Öğretmenlerinin İş Tatmin Düzeyleri ve Mesleki Tükenmişlik Düzeylerinin İncelenmesi, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü,İstanbul.
47. Hampes, V.P. (2006). The Relation Between Humor Styles and Empathy, *Europe’s Journal of Psychology*, 6(3), 34-45.

48. Henman, L. D. (2001). Humor as a coping mechanism: Lessons from POWs. *Humor*, 14(1): 55–82.
49. Herzog, T., R., & Strevey, S., J. (2008). Contact With Nature, Sense of Humor, and Psychological Well-Being, *Environment and Behavior* 40 (6), 747-776
50. Houston, D.M. & McKee, K.J. & Carroll, L. & Marsh, H. (1998) Using humour to promote psychological wellbeing in residential homes for older people. *Aging & Mental Health*, 2 (4). pp. 328-332.
51. ILO,(2002), *ILO Nursing Personnel Convention No.149* , International Labour Office, Geneva
52. Izgar, H. (2001). *Okul Yöneticilerinde Tükenmişlik*, Ankara: Nobel Yayın Dağıtım.Bölüm1-2.
53. İlhan, T. (2005). Öznel İyi Oluşa Dayalı Mizah Tarzları Modeli, Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
54. İlhan, M.N., Durukan, E., Taner, E., Maral, İ. Ve Bumin, M.A. (2008). Burnout and its correlates among nursing staff: questionnaire survey. *Journal of Advanced Nursing*, 61(1), 100–106.
55. Jackson, S., E. & Schuler R., E.(1983). Preventing Employee Burnout, *AMACOM Periodicals Division*.
56. Jennings, B.M.(2008). Work Stress and Burnout Among Nurses: Role of the Work Environment and Working Conditions. *Work Stress & Burnout for Nurses. Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US). Hughes RG, editor. Apr. Chapter 26.*
57. Kaçmaz, N. (2005). Tükenmişlik (Burnout) Sendromu, *İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi. Dergisi*; 68: 29-32.
58. Karadağ F, Karagöz N, Ateşçi F.Ç ve ark. (2001). Denizli ilinde çalışan hemşirelerde tükenme düzeyi. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 38(4): 208-214
59. Karagöz ,O. (2009). İlköğretim Türkçe Öğretmenlerinin Mizah Tarzları İle Tükenmişlik Düzeyleri Arasındaki İlişki, Maltepe Üniversitesi , Sosyal Bilimler Enstitüsü, Eğitim A.B.D, İstanbul
60. Kaya, N., Kaya, H., Erdoğan Ayık, S. ve Uygur, E.,(2010). Bir devlet hastanesinde çalışan hemşirelerde tükenmişlik, *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 7(2), 401-419.

61. Kılınç, A. (2007). Üstünlük Kuramı Bağlamında Harp ve Mizah , *Milli Folklor Dergisi*, 19 (73), 2007.
62. Kowalski, C. , & Ommen , O. ,& Driller, E. ,& Ernstmann , N. ,& Wirtz , M., & Köhler, T. , et al. (2010) Burnout in nurses – the relationship between social capital in hospitals and emotional exhaustion ,*Journal of Clinical Nursing* , 1654–1663
63. Kruger, A. (1996). The nature of humor in human nature: Cross-cultural commonalities. *Counseling Psychology Quarterly*, 9, 235-241.
64. Kurki, P., & Isola, A. (2001), Humour Between Nurse and Patient and Staff: analysis nurses' diaries, *Journal of Advanced Nursing*, 35 (3), pp452-458
65. Kuiper, N., A., & Kirsh, G., A.,& Leite, C., (2010), Reactions to Humorous Comments and Implicit Theories of Humor Styles, *Europe's Journal of Psychology*, 6(3), 236-266.
66. Kuiper, N.A., & Grimshaw, M., & Leite, C., & Kirsh, G. (2004). Humor is not always the best medicine: Specific components of sense of humor and psychological well-being. *Humor: International Journal of Humor Research* (Special issue on Humor and Physical Health), 17, 135-168.
67. Lazaridou, C. , & Agakidou, E. ,& Diamanti, E., & Agakidis, C. (2011) Burnout in doctors and nurses working in neonatal and pediatric intensive care units in a General Hospital, *Aristotle University Medical Journal*, 38(3)
68. Lazarus, R .S.,&Folkman, S, (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. New York: Springer, Chapter 8.
69. Lewin, J.E. & Sager, J.K. (2007). A Process Model of Burnout Among Salespeople: Some New Thoughts. *Journal of Business Research*, 60(12), 1216-1224.
70. Maraşlı, M. (2005). Bazı özelliklerine ve öğrenilmiş güçlülük düzeylerine göre lise Öğretmenlerinin tükenmişlik düzeyleri. *Türk Tabipler Birliği Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi*, 23 (3), 27-33.
71. Martin, R. A., &Puhlik-Doris, P. &Larsen, G., &Gray, J. & Weir, K. (2003). Individual differences of uses of humor and their relation to psychological well-being: Development of the humor styles questionnaire, *Journal of Research in Personality*. 37 (1), 48–75.
72. Martin, R. A. (2007), *Psychology of Humour: an integrative approach*, Elsevier Academic Press, California, Chapter 2.

73. Maslach, C. (1982). *Burnout: The Cost Of Caring*, New Jersey: Prentice-Hall, Chapter 3.
74. Maslach C, Zimbardo P.G. (1982). *Burnout - the cost of caring*, New Jersey: Prentice-Hall, Inc., Englewood Cliffs.
75. Maslach, C. & Jackson, S.E., (1981). The measurement of experienced burnout, *Journal Of Occupational Behaviour*. Vol. 2.pp:99-113.
76. Maslach, C.,& Schaufeli, W, B. & Leiter, M.P. (2001). Job Burnout, *Annual Review Psychology*, 52 , 397-422.
77. Metin, Ö. ve Özer, G.(2007). Hemşirelerin tükenmişlik düzeylerinin belirlenmesi, *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2007; 10: 1
78. Meyer, J. C. (1997). Humor in member narratives: Uniting and dividing at work. *Western Journal of Communication*, 61(2): 188–208.
79. Mutlu, İ. (2009).Okul Yöneticilerinin liderlik stilleriyle öğretmenlerin tükenmişlik düzeyleri arasındaki ilişki (Ankara İli Örneği), Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Gazi Üniversitesi.
80. Oğuzberk, M. , ve Aydın, A.(2008). Ruh sağlığı çalışanlarında tükenmişlik ,*Klinik Psikiyatri*,11:167-179
81. Öktem, Ö.(2009). İlköğretimde görev yapan öğretmenlerin tükenmişlik düzeylerinin bazı değişkenlere göre incelenmesi (Afyonkarahisar-Sandıklı Örneği), Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi.
82. Öz, F., ve Hiçdurmaz, F., (2010). Stresle başetmede önemli bir yol: Mizahın kullanımı, *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*; 13: 1.
83. Özgür, G., Yıldırım, S., ve Aktaş, N., (2008). Bir üniversite hastanesinin ameliyathane ve yoğun bakım hemşirelerinde ruhsal durum değerlendirmesi, *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 12(2), 21-30.
84. Özkan, Ş. (2008). Rol çatışması ve rol belirsizliğinin hekim ve hemşirelerin tükenmişlik düzeyleri üzerine olan etkileri, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Kurumları Yönetimi Programı Yüksek Lisans Tezi, Ankara
85. Pongruengphant R, &Tyson P.D. (2000). When nurses cry: coping with occupational stress in Thailand. *Internatioanal Journal of Nursing Studies*, 37: 535-539.
86. Rankin –Box, D. (1997). Fun and Health, *Complement Theory Nursing Midwifery*,3(6):149-151

87. Sağlık ve sosyal hizmet sendikası ( 2012) Türkiye’de sağlık çalışanlarının tükenmişlik araştırması.,[http://www.saglikksen.org.tr/files/sendikamızdan/kadrogenelgesi//tükenmişlik\\_araştırması.pdf](http://www.saglikksen.org.tr/files/sendikamızdan/kadrogenelgesi//tükenmişlik_araştırması.pdf), erişim tarihi:14 Kasım 2012.
88. Sahraian, A., & Fazelzadeh ,A. ,& Mehdizadeh. , A.R, & Toobae ,S.,(2008), Burnout in Hospital Nurses: a Comparison of internal, Surgery, Psychiatry and Burns Wards, *International Nursing Review* , pp.62–67
89. Saraglou, V., &Anciaux, L. (2004). Liking sick humor: Coping styles and religion as predictors, *Humor*, 17/3, 257-277.
90. Sayıl, I.,Haran, S.,Ölmez, Ş., ve Özgüven, H.,(1997). Ankara Üniversitesi Hastanelerinde çalışan doktor ve hemşirelerin tükenmişlik düzeyleri, *Kriz Dergisi* ,5 (2): 71-77
91. Sinat, Ö. (2007). Psikiyatri Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerde Tükenmişlik Düzeyinin Araştırılması, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Psikiyatri Hemşireliği ABD, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
92. Stewart M.J.,&Arklie M. (1994). Work satisfaction, stressors and support experienced by community health nurses, *Can J Public Health*.May-Jun;85(3):180-4.
93. Sucuoğlu B,ve Kuloğlu N., (1996). Özürlü çocuklarla çalışan öğretmenlerde tükenmişliğin değerlendirilmesi. *Türk Psikoloji Dergisi*, 11(36): 44-60.
94. Sönmez, D. (2006). Acil servislerde çalışan hemşirelerin tükenmişlik düzeylerinin belirlenmesi, Yüksek lisans tezi , Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara
95. Taormina R.J,& Law CM. (2000). Approaches to preventing burnout: the effects of personal stress management and organizational socialization..*Journal of Nursing Management*. 8(2):89-99.
96. Taycan ,O., Kutlu, L., Cimen, S.,ve Aydın, N. (2006.)Bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerde depresyon ve tükenmişlik düzeyinin sosyo-demografik özelliklerle ilişkisi. *Anatolian Journal of Psychiatry*; 7: 100-108
97. Telkit, H. (2009). Okul öncesi öğretmenlerinin mesleki yeterlilik algılarının iş doyumu ve tükenmişlik düzeyleriyle ilişkisinin belirlenmesi, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
98. Torun, A. (1997) . *Stres ve Tükenmişlik* , Ed. Suna Tevruz, Endüstri ve örgüt psikolojisi, Türk Psikologlar Derneği ve Kal- Der Kalite Derneği , Detamat Basım, 2006, 3. Baskı, s: 43-50
99. Tümkaya, S. (2006). İş ortamı ve mizah yoluyla başa çıkmanın öğretim elemanlarındaki tükenmişlikle ilişkisi, *Kuram ve Uygulamada Eğitim Bilimleri*, 6(3), 889-921.

100. Warner, S.L. (1991). Humor: A coping response for student nurses, *Archives of Psychiatric Nursing*, 5 (1), 10–16
101. Wotten, P.(1996). Humor an Antidot efor Stress, *Holistic Nursing Practice*, 10(2),pp49-55
102. Yerlikaya, E. (2003). Mizah tarzları ölçeği (Humor styles questionnaire) uyarlama çalışması , Yüksek Lisans Tezi, Çukurova Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Adana.
103. Yerlikaya, N. (2007). Lise öğrencilerinin mizah tarzları ile stresle başa çıkma tarzları arasındaki ilişkinin incelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Çukurova Üniversitesi , Sosyal Bilimler Enstitüsü, Eğitim A.B.D, Adana
104. Yıldırım, F.(1996). Banka çalışanlarında iş doyumunu ve algılanan rol çatışması ile tükenmişlik arasındaki ilişki, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara Hacettepe Üniversitesi.
105. Yıldırım, S.(2007).Anaokulu Öğretmenlerinde Tükenmişlik Düzeyi ve Umutsuzluk Düzeyleri Arasındaki İlişki , Yüksek lisans tezi , Yeditepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü , Eğitim A.B.D ,İstanbul
106. Yıldız N, Yolsal N, Ay P,ve Kıyan A. (2003) İstanbul Tıp Fakültesinde çalışan hekimlerde iş doyumunu. *İstanbul Tıp Fakültesi Mecmuası* 66:34-41.

## Ek 1. Sosyo demografik ve Mesleki Özellikler Soru Formu

### SOSYO DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER

- 1-Cinsiyet :  Kadın  Erkek
- 2-Yaş :  20-29  30-39  40 ve üzeri
- 3-Medeni Durumunuz :  Bekar  Evli  Boşanmış/ Dul
- 4- Aile Yapısı :  Çekirdek Aile  Geniş aile  Parçalanmış Aile
- 5- Çocuk sahibi olma durumu :  Var (Belirtiniz)  Yok
- 6- Gelir Durumunuz :  Gelir , giderden az  Gelir, gidere denk  Gelir , giderden fazla

### 7) Tanı almış herhangi bir hastalığınız var mı?

- Evet(Belirtiniz).....
- Hayır

### MESLEKİ DURUM BİLGİLERİ

#### 7- Mezun olduğunuz okul

- Sağlık meslek lisesi  Lisans mezunu

#### 8-Meslekteki görev süreniz: .....

- 9- Mesleği seçme durumu :  İsteyerek  İstmeden

- 10- Daha önce başka bir kurumda çalışma durumunuz :  Var  Yok

#### 11- Bulduğunuz kurumdaki görev süreniz : .....

#### 12- Haftalık ortalama çalışma saatiniz : .....

#### 13- Bir shift/Nöbette bakım verdiğiniz hasta sayısını:.....

#### 14- Halen çalışmakta olduğunuz klinikteki görev süreniz : .....

#### 15- Halen çalışmakta olduğunuz klinikte çalışma pozisyonunuz:

- Sorumlu Hemşire  Servis Hemşiresi
- Yoğun Bakım Hemşiresi  Ameliyathane Hemşiresi



**16-Şuandaki çalışma ortamındaki memnuniyet durumunuz:**

- Memnunum (soru 17'e geçiniz)     Memnun değilim

**17- Memnun olmama nedeninizi belirtiniz**

.....

**18-Meslekten dolayı kendini tükenmiş hissetme durumunuz:**

- Evet hissediyorum
- Hayır (Soru 19'a geçiniz)
- Bazen (Belirtiniz)

**19- Sizce tükenmişliği önlemenin en etkili yolu nedir?**

.....

**20- Kendiniz tükenmiş hissettiğinizde ne yapıyorsunuz?**

.....

**21-Sizce tükenmişliği önlemede mizah etkili bir yöntem midir?**

- Evet (açıklayınız).....
- Hayır (açıklayınız).....

## Ek 2. Maslach Tükenmişlik Ölçeği

<b>YÖNERGE</b> Her bir ifadeyi ne sıklıkla yaşadığınızı uygun yanıt aralığının karşısına “X” işareti koyarak belirtiniz	<b>HİÇBİR ZAMAN</b>	<b>NADİREN BAZEN</b>	<b>ÇOĞU ZAMAN</b>	<b>HER ZAMAN</b>
1. İşimden soğuduğumu hissediyorum				
2. İş dönüşü kendimi ruhen tükenmiş hissediyorum.				
3. Sabah kalktığımda, bir gün daha bu işi kaldıramayacağımı hissediyorum.				
4. Hastalarımın neler hissettiklerini hemen anlarım				
5. Hastalarımın sanki insan değillermiş gibi davrandığını hissediyorum.				
6. Bütün gün insanlarla uğraşmak benim için çok yıpratıcı.				
7. Hastalarımın sorunlarına en uygun çözüm yollarını bulurum.				
8. Yaptığım işten yıldığımı hissediyorum.				
9. Yaptığım iş sayesinde insanların yaşamına katkıda bulunduğumu hissediyorum.				
10. Bu işte çalışmaya başladığımdan beri insanlara karşı daha sert davranıyorum.				
11. Bu işin giderek beni katılaştırmasından korkuyorum.				
12. Çok şeyler yapabilecek güçteyim.				
13. İşimin beni kısıtladığını hissediyorum.				
14. İşimde çok fazla çalıştığımı hissediyorum.				
15. Hastalarımın ne olduğu umurumda değil.				
16. Doğrudan insanlarla çalışmak beni çok yıpratıyor.				

<b>17.</b> Hastalarımla aramda rahat bir ortam yaratırım.					
<b>18.</b> İnsanlarla yakın bir çalışmadan sonra kendimi canlanmış hissedirim.					
<b>19.</b> Bu işte kayda değer birçok başarı elde ettim.					
<b>20.</b> Yolun sonuna geldiğimi hissediyorum.					
<b>21.</b> İşimdeki duygusal sorunlara serinkanlılıkla yaklaşıyorum.					
<b>22.</b> Hastalarımın bazı problemlerini sanki ben yaratmışım gibi davrandıklarını hissediyorum.					

### Ek 3. Mizah Tarzlar Ölçeği

İnsanlar mizahı çok farklı biçimlerde yaşar ve dışa vururlar. Aşağıda mizahı yaşanabileceği farklı biçimleri ifade eden cümleler yer almaktadır. Lütfen her bir cümleyi dikkatle okuyarak o ifadeye ne ölçüde katıldığınızı ya da katılmadığınızı belirtin. Lütfen mümkün olduğunca dürüst ve tarafsız olarak yanıtlamaya çalışın.

Yanıtlarınız için aşağıdaki değerlendirme ölçeğini temel alın:

	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Biraz Katılmıyorum	Kararsızım	Biraz Katılıyorum	Katılıyorum	Tamamıyla katılıyorum
1. Genellikle çok fazla gülmem ya da başkalarıyla şakalaşmam.							
2. Moralim bozuk olduğunda genellikle kendimi mizahla neşelendirebilirim.							
3. Birisi hata yaptığında çoğunlukla onunla bu konuda dalga geçerim.							
4. İnsanların benimle dalga geçmelerine ya da bana gülmelerine gereğinden fazla izin veriyorum.							
5. İnsanları güldürmek için çok fazla uğraşmam gerekmez – doğuştan esprili bir insan gibiyimdir.							
6. Tek başıma bile olsam çoğunlukla yaşamın gariplikleriyle eğlenirim.							
7. İnsanlar asla benim mizah anlayışım yüzünden gücenmez ya da incinmezler.							
8. Kendimi yermem ailemi ya da arkadaşlarımı güldürüyorsa eğer,							

çoğunlukla bu işi kendimden geçerek yaparım.							
<b>9.</b> Başımından geçen komik şeyleri anlatarak insanları pek güldürmem.							
<b>10.</b> Üzgün ya da mutsuzsam, kendimi daha iyi hissetmek için genellikle o durumla ilgili gülünç bir şeyler düşünmeye çalışırım.							
<b>11.</b> Espri yaparken ya da komik bir şey söylerken genellikle karşımdakilerin bunu nasıl kaldıracağını pek önemsemem.							
<b>12.</b> Çoğunlukla kendi güçsüzlüklerim, gaflarım ya da hatalarımla ilgili gülünç şeylerden söz ederek, insanların beni daha çok sevmesini ya da kabul etmesini sağlamaya çalışırım.							
<b>13.</b> Yakın arkadaşlarımla çok sık şakalaşır ve gülerim.							
<b>14.</b> Yaşama karşı takındığım mizahi bakış açısı, benim olaylar karşısında aşırı derecede üzülmemi ya da kederlenmemi önler.							
<b>15.</b> İnsanların, mizahı başkalarını eleştirmek ya da aşağılamak için kullanmalarından hoşlanmam.							
<b>16.</b> Çoğunlukla kendi kendimi kötüleyen ya da alaya alan espriler yapmam.							
<b>17.</b> Genellikle fıkra anlatmaktan ve insanları eğlendirmekten hoşlanmam.							
<b>18.</b> Tek başıyysam ve mutsuzsam, kendimi neşelendirecek gülünç şeyler düşünmeye çalışırım.							
<b>19.</b> Bazen öyle komik şeyler gelir ki aklıma bunlar insanları incitebilecek, yakışık almaz şeyler olsa bile, kendimi tutamam söylerim.							
<b>20.</b> Espri yaparken ya da komik olmaya çalışırken çoğunlukla kendimi gereğinden fazla eleştiririm.							
<b>21.</b> İnsanları güldürmekten hoşlanırım.							
<b>22.</b> Kederli ya da üzgünsem genellikle mizahi bakış açımı kaybederim.							
<b>23.</b> Bütün arkadaşlarım bunu yapıyor olsa bile, bir başkasıyla alay edip ona gülerlerken asla onlara eşlik etmem.							
<b>24.</b> Arkadaşlarımla ya da ailemle birlikteyken çoğunlukla							

hakkında espri yapılan ya da dalga geçilen kişi ben olurum.							
<b>25.</b> Arkadaşlarımla çok sık şakalaşmam.							
<b>26.</b> Tecrübelerime göre bir durumun eğlendirici yanlarını düşünmek, sorunlarla başa çıkmada çoğunlukla etkili bir yoldur.							
<b>27.</b> Birinden hoşlanmazsam çoğunlukla onu küçük düşürmek için hakkında espri yapar ya da alay ederim.							
<b>28.</b> Sorunlarım varsa ya da üzgünsem, çoğunlukla gerçek duygularımı, en yakın arkadaşlarım bile anlamasın diye, espriler yaparak gizlerim.							
<b>29.</b> Başkalarıyla birlikteyken genellikle aklıma söyleyecek esprili şeyler gelmez.							
<b>30.</b> Neşelenmek için başkalarıyla birlikte olmam gerekmez, genellikle tek başımayken bile gülecek şeyler bulabilirim.							
<b>31.</b> Bir şey bana gerçekten gülünç gelse bile, birini gücendirecekse eğer, buna gülmem ya da bununla ilgili espri yapmam.							
<b>32.</b> Başkalarının bana gülmesine izin vermek; benim, ailemi ve arkadaşlarımı neşelendirme tarzımdır.							