



T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
ACİL TIP HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

ACİL SERVİSTE ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN TÜKENMİŞLİK VE İŞ DOYUMU DÜZEYLERİNİN ETİK DUYARLILIKLA İLİŞKİSİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Cansu ATMACA PALAZOĞLU

**Samsun
Haziran-2016**



T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
ACİL TIP HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

ACİL SERVİSTE ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN TÜKENMİŞLİK VE İŞ DOYUMU DÜZEYLERİNİN ETİK DUYARLILIKLA İLİŞKİSİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Cansu ATMACA PALAZOĞLU

Danışman
Doç. Dr. Zeliha KOÇ

Samsun
Haziran-2016

T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Cansu ATMACA PALAZOĞLU tarafından Doç. Dr. Zeliha KOÇ danışmanlığında hazırlanan Acil Serviste Çalışan Hemşirelerin Tükenmişlik ve İş Doyumu Düzeylerinin Etik Duyarlılıkla İlişkisi başlıklı bu çalışma jürimiz tarafından 01 / 06 / 2016 tarihinde yapılan sınav ile Acil Tıp Hemşireliği Anabilim Dalında Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Başkan: Doç. Dr. Zeliha KOÇ.....
Ondokuz Mayıs Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü

Üye: Yrd. Doç. Dr. Serap TOPATAN.....
Ondokuz Mayıs Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü

Üye: Yrd. Doç. Dr. Nurşah BAŞOL.....
Gaziosmanpaşa Üniversitesi
Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı

ONAY:

Bu tez, Enstitü Yönetim Kurulunca belirlenen ve yukarıda adları yazılı jüri üyeleri tarafından uygun görülmüştür.

01 / 06 / 2016

Doç. Dr. Aydın HİM
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

TEŞEKKÜR

Öncelikle, desteğini benden hiçbir zaman esirgemeyen, tüm yüksek lisans eğitimim boyunca bana her konuda bilgi ve tecrübeleriyle yol gösteren, ilgi ve sevgisini daima hissettiğim danışman hocam Sayın Doç.Dr. Zeliha KOÇ'a,

Yüksek lisans eğitimime büyük katkıları bulunan Acil Tıp Hemşireliği Anabilim Dalı öğretim üyeleri Prof.Dr.Yücel YAVUZ, Prof.Dr.Ahmet BAYDIN, Doç.Dr.Latif DURAN, Doç.Dr.Türker YARDAN, Doç.Dr.H.Ufuk AKDEMİR, Doç.Dr.Celal KATI'ya,

Eğitimim sırasında sonsuz sevgi, sabır ve desteğini benden esirgemeyen eşim İbrahim Salih PALAZOĞLU'na,

Hayatım boyunca attığım her adımda yanımda olan yardımlarını ve desteklerini esirgemeyen, bana güç veren ve bu günlere gelmemde en büyük pay sahibi olan annem Mevlüde ATMACA, babam Şükrü ATMACA ve kardeşim Burak ATMACA'ya,

Çalışma hayatım ve yüksek lisans eğitimim esnasında beni her anlamda destekleyen Ortopedi Servis Sorumlusu Özgür ŞAFAK, arkadaşlarım Eylem ÇAKMAK, Zeynep BULUT, Eray DURAL, Meryem İMAMOĞLU, Merve KÖROĞLU, Merve MUHSİR, Asena Beyza ŞAHİN, Zeynep ÇOLAK'a,

Birlikte yürüdüğümüz bu zorlu yolda beni yalnız bırakmayan Esra DANACI'ya,

Sonsuz teşekkürlerimi bir borç bilirim...

Bu tez Ondokuz Mayıs Üniversitesi BAP Komisyonu tarafından PYO.SSY.1904.15.008 proje numarası ile desteklenmiştir.

ÖZET

ACIL SERVİSTE ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN TÜKENMİŞLİK VE İŞ DOYUMU DÜZEYLERİNİN ETİK DUYARLILIKLA İLİŞKİSİ

Amaç: Acil serviste çalışan hemşirelerin tükenmişlik ve iş doyumunu düzeylerinin etik duyarlılıkla ilişkisini belirlemek amacıyla kesitsel bir araştırma olarak planlanmıştır.

Materyal ve Metot: Araştırma 24.07.2015-28.04.2016 tarihleri arasında Tokat il ve ilçelerindeki hastanelerin acil servislerinde çalışan 236 hemşirenin katılımıyla gerçekleştirilmiştir. Veriler araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda geliştirilen hemşireleri tanıtıcı bilgi formu ile “Ahlaki Duyarlılık Anketi”, “Maslach Tükenmişlik Ölçeği” ve “Minnesota İş Doyum Ölçeği” kullanılarak toplanmıştır. Verilerin analizinde frekans, yüzde, ortalama, standart sapma, ortanca (min-max), Shapiro Wilk testi, Kruskal Wallis testi, Mann Whitney U testi ve Spearman korelasyon analiz testi kullanılmıştır.

Bulgular: Araştırmaya katılan hemşirelerin %52,5’ini kadınların, %47,5’ini erkeklerin oluşturduğu, %53,4’ünün evli, %46,6’sının bekar olduğu, %53,4’ünün lisans, %27,5’inin sağlık meslek lisesi mezunu olduğu belirlenmiş olup yaş ortalamaları $28,4 \pm 6,0$ ’dır. Hemşirelerin Ahlaki Duyarlılık Anketi toplam puan ortalaması $90,4 \pm 18,1$, Maslach Tükenmişlik Ölçeği toplam puan ortalaması $53,0 \pm 11,3$ ve Minnesota İş Doyum Ölçeği genel doyum puan ortalaması $3,0 \pm 0,5$ olarak saptandı. Ahlaki Duyarlılık Anketi puanı ile Maslach Tükenmişlik Ölçeği puanı arasında çok zayıf negatif bir korelasyon ($r = -0,158$, $p = 0,015$), Maslach Tükenmişlik Ölçeği puanı ile Minnesota İş Doyum Ölçeği puanı arasında düşük negatif bir korelasyon ($r = -0,335$, $p < 0,001$) bulunmuştur.

Sonuç: Çalışma kapsamına alınan hemşirelerin Ahlaki Duyarlılık Anketi puanı arttıkça, Maslach Tükenmişlik Ölçeği puanının azaldığı, etik duyarlılığı düşük olan hemşirelerin tükenmişlik düzeylerinin de düşük olduğu belirlendi. Ayrıca hemşirelerin Maslach Tükenmişlik Ölçeği puanları arttıkça Minnesota İş Doyumu Ölçeği puanlarının azaldığı, tükenmişlik düzeyi yüksek olan hemşirelerin iş doyumunun da düşük olduğu belirlendi.

Anahtar Kelimeler: Acil servis; etik duyarlılık; hemşire; iş doyumunu; tükenmişlik

**Cansu ATMACA PALAZOĞLU, Yüksek Lisans Tezi
Ondokuz Mayıs Üniversitesi Samsun, Haziran-2016**

ABSTRACT

RELATION OF BURN OUT AND JOB SATISFACTION LEVELS OF EMERGENCY SERVICE NURSES WITH ETHICAL SENSITIVITY

Aim: A cross sectional research was planned in order to determine the relation of burn out and job satisfaction levels of emergency service nurses with ethical sensitivity.

Material and Method: The research was conducted between 24.07.2015-28.04.2016 with the participation of 236 nurses working in emergency services of Tokat city and districts. The data was collected by using nurse introductory information form developed in line with literature, Moral Sensitivity Survey, Maslach Burnout Scale and Minnesota Job Satisfaction Scale. In the analysis of data, frequency, percentage, average, standard deviation, median (min-max), Shapiro Wilk test, Kruskal Wallis test, Mann Whitney U test and Spearman correlation analysis test.

Results: Among the nurses who participated to the study, 52.5% were women and 47.5% were men, that 53.4% were married and 46.6% were single, that 53.4% were university graduates and 27.5% were vocational health high school and their age averages were 28.4 ± 6.0 . Moral Sensitivity Survey total point averages of nurses were 90.4 ± 18.1 , Maslach Burnout Scale total point averages were 53.0 ± 11.3 and Minnesota Job Satisfaction Scale general point averages were determined as 3.0 ± 0.5 . A very low negative correlation was determined between Moral Sensitivity Survey point and Maslach Burnout Scale ($r = -0.158$, $p = 0.015$) and a low negative correlation was determined between Maslach Burnout Scale point and Minnesota Job Satisfaction Scale ($r = -0.335$, $p < 0.001$).

Conclusion: It was determined that as the moral sensitivity survey point of the nurses in the scope of the research increased, Maslach Burnout Scale point decreased, while nurses with low ethical sensitivity had also low burnout levels. Besides, it was also determined that as Maslach Burnout Scale points of nurses increased Minnesota Job Satisfaction Scale points decreased and nurses with high burnout level had low job satisfaction.

Keywords: Burnout; emergency service; ethical sensitivity; job satisfaction; nurse

Cansu ATMACA PALAZOĞLU, Master Thesis
Ondokuz Mayıs University Samsun, June-2016

SİMGELER VE KISALTMALAR

ADA : Ahlaki Duyarlılık Anketi

ANA : American Nursing Association (Amerikan Hemşireler Birliği)

DSÖ : Dünya Sağlık Örgütü

ICN : International Council of Nursing (Uluslararası Hemşireler Konseyi)

MİDÖ : Minnesota İş Doyum Ölçeği

MTÖ : Maslach Tükenmişlik Ölçeği



İÇİNDEKİLER

ÖZET	iv
ABSTRACT	v
SİMGE VE KISALTMALAR	vi
İÇİNDEKİLER	vii
1.GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	3
1.3. Araştırmanın Soruları	3
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Sağlık Bakım Sistemi	4
2.1.1. Sağlık Ekibi	4
2.1.2. Sağlık Ekibinde Hemşirenin Rolü	5
2.1.3. Sağlık Bakım Sisteminin Sorunları	7
2.2. Tükenmişlik	7
2.2.1. Tükenmişliği Etkileyen Faktörler	9
2.2.2. Tükenmişliğin Belirtileri	11
2.2.2. Tükenmişliğin Sonuçları	11
2.3. İş Doyumu	12
2.3.1. İş Doyumunu Etkileyen Faktörler	12
2.3.2. İş Doyumunun Sonuçları	14
2.3.3. İş Doyumsuzluğunun Sonuçları	15
2.4. Etik	15
2.4.1. Etik Türleri	15
2.4.1. Etik İlkeler	16
2.5. Etik Sorunlar ve Çözüm Önerileri	17
2.6. Etik Duyarlılık	18
2.6.1. Etik Duyarlılık ile İlişkili Kavramlar	19
2.7. Hemşirelerde Tükenmişlik ve İş Doyumu ile Etik Duyarlılığı Belirlemeye Yönelik Çalışmalar	23
3. MATERYAL METOT	26
3.1. Araştırmanın Şekli	26
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	26
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	27

3.4. Verilerin Toplanması	27
3.5. Veri Toplama Araçları	28
3.5.1. Hastayı Tanıtıcı Bilgi Formu	28
3.5.2. Ahlaki Duyarlılık Anketi	28
3.5.3. Maslach Tükenmişlik Ölçeği	31
3.5.4. Minnesota İş Doyum Ölçeği	32
3.6. Verilerin Değerlendirilmesi	33
3.7. Araştırmanın Etik Boyutu	34
3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları	34
4. BULGULAR	35
4.1. Acil Serviste Çalışan Hemşirelerin Sosyo-demografik Özellikleri ile Çalışma Yaşamına İlişkin Bulgular	35
4.2. Ahlaki Duyarlılık Anketi'ne (ADA) İlişkin Bulgular	37
4.3. Maslach Tükenmişlik Ölçeği'ne (MTÖ) İlişkin Bulgular	49
4.4. Minnesota İş Doyum Ölçeği'ne (MİDÖ) İlişkin Bulgular	56
5. TARTIŞMA	64
5.1. Acil Serviste Çalışan Hemşirelerin Çalışma Yaşamına İlişkin Özelliklerinin Tartışılması	64
5.2. Ahlaki Duyarlılık Anketi'ne (ADA)İlişkin Bulguların Tartışılması	66
5.3. Maslach Tükenmişlik Ölçeği'ne (MTÖ) İlişkin Bulguların Tartışılması	67
5.4. Minnesota İş Doyum Ölçeği'ne (MİDÖ) İlişkin Bulguların Tartışılması.....	70
5.5. Ahlaki Duyarlılık Anketi, Maslach Tükenmişlik Ölçeği ve Minnesota İş Doyum Ölçeği Arasındaki İlişkinin Tartışılması	72
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	74
6.1. Sonuçlar	74
6.2. Öneriler	75
KAYNAKLAR	76
EKLER	87
Ek -1 Anket Formu	87
Ek-2 Ahlaki Duyarlılık Anketi	89
Ek-3 Maslach Tükenmişlik Ölçeği	95
Ek-4 Minnesota İş Doyum Ölçeği	97
Ek-5 Etik Kurul Onayı	99
Ek-6 Hastane İzinleri	100

Ek-7 Ahlaki Duyarlılık Anketi Kullanım İzni	103
Ek-8 Maslach Tükenmişlik Ölçeği Kullanım İzni	104
Ek-9 Minnesota İş Doyum Ölçeği Kullanım İzni	105
ÖZGEÇMİŞ	106



1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Günümüzde çalışan bireyler iş yaşamında çözümlenmesi gereken birçok problemle karşı karşıya kalmaktadırlar (Basım ve Şeşen, 2006; Sönmez, 2006). Diğer birçok sistemde olduğu gibi sağlık bakım sisteminde de yaşanan bu problemlere bağlı olarak tükenmişliğin artması ve iş doyumunun azalması çalışan bireylerin işten uzaklaşmalarına neden olabilmekte bu durum hizmet sunulan birey, aile ve toplumu olumsuz yönde etkileyebilmektedir (Kaçmaz, 2005; Basım ve Şeşen, 2006; Sönmez, 2006).

Sağlık bakım sistemi içerisinde özellikle hemşireler çalışma saatlerinin fazlalığı, çalışan hemşire sayısının az olması, hizmet sunulan hasta sayısının fazla olması, nöbet usulü çalışma, yetersiz ücret, yöneticiler tarafından değer ve takdir görememe, meslektaşları tarafından yeterince desteklenmeme gibi faktörlere bağlı olarak tükenmişlik yaşayabilmekte ve iş doyumları azalabilmektedir (Günüşen ve Üstün, 2010).

Tükenmişlik özellikle hemşirelik gibi insana doğrudan hizmet veren mesleklerde sık karşılaşılan bir durumdur. Tükenmişlik, bireyin kişisel olarak yaşadığı bir durum olmasına karşın, çalışma hayatında bireyin üretkenliğinin azalmasına, üstlenmiş olduğu mesleki sorumluluklarını yerine getirirken zorluklar yaşamasına ve kurumun verimliliğinin düşmesine neden olabilmektedir (Kaçmaz, 2005; Basım ve Şeşen, 2006; Sönmez, 2006).

Tükenmişlik kavramı ilk kez 1974 yılında Herbert Freudenberger tarafından “başarısız olma, yıpranma, enerji ve güç kaybı veya karşılanamayan istekler sonucu bireyin iç kaynaklarında tükenme durumu” olarak tanımlanmıştır (Freudenberger, 1974). Tükenmişlik kavramı daha sonra 1981 yılında Christina Maslach tarafından daha da geliştirilerek (Kaçmaz, 2005), “fiziksel bitkinlik, kronik yorgunluk, çaresizlik ve ümitsizlik duyguları yaşayan bireyde olumsuz bir benlik kavramının gelişmesiyle beraber bireyin iş yaşamına ve diğer insanlara karşı olumsuz tutumu ile belirginleşen fiziksel, duygusal ve zihinsel bir sendrom” olarak açıklanmıştır (Demir, 2004).

Çalışma ortamında tükenmişlik kavramı ile ilişkili bir diğer kavramda iş doyumudur (Tözün ve ark., 2008; Uzunkaya, 2010). İş doyumunu özellikle son yıllarda önemi giderek artan kişilerin başarılı, mutlu ve üretken olabilmelerinde önemli rol

oyunayan bir faktördür (Sünter ve ark., 2006; Tözün ve ark., 2008). İş doyumu; çalışanın yaptığı işten hoşnutluk duyması, işinin ihtiyaçları ve kişisel değerleriyle örtüştüğünü fark etmesi sonucu ortaya çıkan duygu olarak tanımlanabilmektedir (Tözün ve ark., 2008; Uzunkaya, 2010). Bununla birlikte tükenmişlik duygusu, yapılan iş ile ilgili kişisel ya da mesleki memnuniyetsizlik nedeniyle ortaya çıkarken, iş doyumu yapılan işin doğası, karşılaşılan durumların çeşitliliği, yasalarca tanınan özerklik, mesleki beceri ve yetenekleri kullanabilme gibi faktörlerden etkilenebilmektedir (Kaba, 2012).

Çalışma yaşamında karşılaşılan problemler tüm sektörlerde olduğu gibi sağlık bakım sistemi içerisinde yer alan hemşireleri de etkilemekte, tükenmişlik düzeyini arttırmakta, iş doyumunu azaltmakta, birey/aile ve topluma sunulan bakımın kalitesini etkileyerek etik problemlere neden olabilmektedir (Kaba, 2012). Etik latin kökenli olan “ethos” sözcüğünden gelmekte, ahlak ve moral sözcükleriyle eş anlamlı olarak kullanılmaktadır (Babadağ, 1991; Ege ve Pasinlioğlu, 2000; Karaöz, 2000; Kaba, 2012). Etik; bireysel ve toplumsal davranış kurallarını düzenleyen, ahlaki bakımdan iyi ya da kötü, doğru ya da yanlış olanın niteliğini ve temellerini araştıran bir felsefe dalıdır (Babadağ, 1991; Ege ve Pasinlioğlu, 2000; Karaöz, 2000; Elçigil ve ark., 2011; Kaba, 2012).

Sağlık bakım sistemi içerisinde zaman zaman birey ve ailesi ile ilgili bir takım etik problemler yaşanabilmekte ve sağlık bakım profesyonellerinin yaşanan bu problemleri çözümleyebilmeleri için uygun karar vermeleri gerekebilmektedir. Bu doğrultuda bir sağlık bakım profesyonelinde etik sorunu ayırt edebilme yeteneği olarak tanımlanan etik duyarlılığın gelişmiş olması son derece önemlidir (Pekcan, 2007).

Etik duyarlılık, uzmanların bakım verdikleri kişileri anlamak ve merhametli bir şekilde yanıt verebilmek için kullandıkları bir yöntem ve kapasitedir (Weaver ve Morse, 2006). Etik duyarlılık, bireyin sözlü ya da sözlü olmayan davranışlarını yorumlamayı ve uygun yanıt verebilmeyi gerektirmektedir. Etik duyarlılık eğitim ile geliştirilir. Mesleki yeterliliği sürdürme ve mesleğin etik kodlarına uygun davranışları sergilemekle devam ettirilir (Pekcan, 2007; Orgun, 2008).

Acil serviste çalışan hemşirelerin tükenmişlik düzeyleri ve iş doyumlarını belirlemeye yönelik olarak yapılmış olan bazı çalışmalarda tükenmişlik ve iş doyumu arasında negatif bir ilişki olduğu, tükenmişlik düzeyi arttıkça iş doyumunun azaldığı bildirilmiştir (Sönmez, 2006; Kavlu, 2008; Kavlu ve Pınar, 2009; Çalışkan, 2010;

Uzunkaya, 2010; Gökmen, 2013; Karadağ, 2013; Karahaliloğlu, 2013; Uzun, 2013; Çelebi, 2014; Lal, 2014). Bu durum hemşirelerin bakım verdikleri birey ve ailesini anlamalarını, sözlü/ sözlü olmayan davranışlarını yorumlayabilmelerini ve var olan ihtiyaçlarını merhametli bir şekilde karşılayabilmelerini olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Bu bağlamda acil serviste çalışan hemşirelerin tükenmişlik ve iş doyumunu düzeylerinin etik duyarlılıklarıyla olan ilişkisini belirlemek son derece önemlidir. Literatürde bu konuya yönelik çalışmalar incelendiğinde, acil serviste çalışan hemşirelerin tükenmişlik ve iş doyumunu düzeylerinin etik duyarlılıkla ilişkisini belirleyen herhangi bir araştırmaya rastlanılmamaktadır. Bu araştırmanın çıkış noktasını oluşturmuştur.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu çalışma, acil serviste çalışan hemşirelerin tükenmişlik ve iş doyumunu düzeylerinin etik duyarlılıkla ilişkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

1.3. Araştırmanın Soruları

1. Acil serviste çalışan hemşirelerin sosyo-demografik ve mesleki özellikleri nelerdir?
2. Acil serviste çalışan hemşirelerin tükenmişlik düzeyleri nedir?
3. Acil serviste çalışan hemşirelerin iş doyum düzeyleri nedir?
4. Acil serviste çalışan hemşirelerin etik duyarlılık düzeyleri nedir?
5. Acil serviste çalışan hemşirelerin sosyo-demografik ve mesleki özellikleri tükenmişlik, iş doyumunu ve etik duyarlılıklarını etkilemekte midir?
6. Acil serviste çalışan hemşirelerin tükenmişlik ve iş doyum düzeyleri ile etik duyarlılıkları arasında ilişki var mıdır?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Sağlık Bakım Sistemi

Sağlıklı yaşam her bireyin temel hakkıdır. Günümüzde sağlık kavramı farklı şekillerde tanımlanmış olmakla birlikte en çok kabul gören tanım Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından yapılan tanımdır. DSÖ sağlığı; “yalnızca hastalık ve sakatlığın olmaması değil, fiziksel, mental ve sosyal olarak tam bir iyilik hali” olarak tanımlamaktadır (WHO, 2000; Birol, 2005; Ay, 2007). Bu tanımda geçen iyilik halini gerçekleştirilebilmek amacıyla sunulan sağlık bakımının amacı; sağlığı geliştirmek, korumak, hastalanan bireyleri tedavi ve rehabilite etmektir (Tekin, 2010; Şenyüz, 2015).

Sağlık bakım sistemi, sosyal sistemler içerisinde en karmaşık sistem özelliğini taşımakla birlikte (Avşar, 2010; Okursoy, 2010), tıbbi tedavi, tıbbi bakım, rehabilitasyon ve destek hizmetlerin topluma sunulmasını içeren oldukça geniş bir kavramdır (Sabuncu ve ark., 1996). Sağlık sistemi biyo-psikososyal bir varlık olan insanın sağlıklı, mutlu, üretken ve kaliteli bir yaşam sürdürebilmesi için ülke genelinde var olan ve toplumun katılımı ile oluşan bir sistemdir. Sağlık bakım sistemi yoğun bir yapıya sahip olmakla birlikte, bu sistem içerisinde sistemin hastalıkları önlemek ve sağlık bakımını yükseltmek yerine hastalığa odaklanmış olması, bakım kalitesini yükselten standartların yetersiz uygulanması, hizmette istenilen koordinasyonun sağlanamaması, tüketicinin sağlık bakım hizmetlerine istenilen düzeyde katılamaması, hizmeti sunanlar ile bu hizmeti alanlar arasında iletişim ve işbirliği sağlanamaması ve sağlık bakım hizmetinin yüksek maliyete sahip olması gibi birçok problem yaşanmaktadır (İnanç, 1998; Alpar, 2008).

2.1.1. Sağlık Ekibi

Ekip, ortak bir amaç doğrultusunda uzmanlıklarını birbirleriyle paylaşmak üzere bir araya gelmiş, her biri farklı bilgi ve beceri düzeyine sahip üyelerin oluşturduğu grup olarak tanımlanmaktadır (Özdemir, 1999; Kanan, 2002; Öğüt ve Kaya, 2011). Sağlık ekibi ise birey, aile ve topluma kaliteli sağlık bakım hizmeti sunabilmek amacıyla, farklı sağlık bakım profesyonellerinin bir araya gelerek bilgi, beceri ve deneyimlerini paylaştıkları ve ortak kararlar aldıkları bir gruptur (Asai ve ark., 2001; Kanan, 2002; Stepans ve ark., 2002; Özçelik, 2009; Taylan, 2013).

Sağlık bakım sunum sistemi içerisinde etkin bir ekip çalışması için roller belirlenmeli ve belirlenen bu roller ekibin amaç ve hedefleri ile uyumlu olmalıdır. Ekip üyelerinin her biri kişisel bilgi ve becerilerini kullanmada bağımsız olmalı ve iş bölümü yapmalıdır (Özçelik, 2009). Ekibin uyum ve başarısı üyelerin rol ve görev tanımlamalarının yapılmasına, tanımlanan bu rol ve görevlerin en üst düzeyde yerine getirilmesine bağlıdır (Erdemir, 1998). Kaliteli ve istenilen düzeyde bir sağlık bakım hizmeti sunulabilmesi için ekip üyeleri birbirine güvenmeli, yaptıkları uygulamalar konusunda birbirlerini bilgilendirmeli ve eleştiriye açık olmalıdırlar (İnanç, 1998).

2.1.2. Sağlık Ekibinde Hemşirenin Rolü

Hemşirelik mesleği, değişen ve gelişen rol ve sorumlulukları doğrultusunda insanın var olduğu her ortamda ihtiyaç duyulan bir meslektir (Ay, 2007). Geleneksel bakış açısıyla değerlendirildiğinde, geçmişte hemşireler hekime yardım eden ve onun planladığı tedaviyi uygulayan, kurumun politikaları tarafından yönlendirilen bir meslek olarak görülmesine karşın, günümüzde tüm sağlık ekibi üyeleri ile birlikte çalışan, ekip içinde kendine özgü görev alanları olan ve özel eğitim gerektiren profesyonel bir meslek olarak algılanmaktadır (Ay, 2007; İlgililer, 2009).

Hemşirelik birey, aile ve topluma yardım sunan bir meslek olmakla birlikte bireyin sağlık ve esenliğine katkıda bulunur. Hemşirelik hizmetleri toplumun başka bir üyesi tarafından karşılanamayan hizmetlerdir. Bu nedenle hemşireliğin sağlık bakım hizmeti alan insanlar için yaşamsal bir önemi vardır. Hemşirelik mesleğinin üç temel ögesi bakım, tedavi ve koordinasyondur. Bakım, sadece bakım vermenin üstünde bir kavram olup, görev edinmek, önemsemek gibi kavramları da içinde barındırmaktadır (Ulusoy, 2000).

Hemşire, sağlık ekibinin bir üyesi olarak hastanın yeterli ve etik bir bakım almasını sağlamakla yükümlüdür. Hemşirenin birinci işlevi koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici bakım hizmetini birey, aile ve topluma sunmak ve bu hizmeti yönetmektir. Hemşirenin ikinci işlevi hastaları, hizmet sunanları ve sağlık bakım personelinin eğitimidir. Hemşirenin üçüncü işlevi sağlık ekibinin etkin bir üyesi olarak çalışmaktır. Hemşirenin dördüncü işlevi ise eleştirel düşünme ve araştırmalar yoluyla hemşirelik uygulamalarını geliştirmektir (Ulusoy, 2000).

Sağlık bakım sunum sistemi içerisinde hemşirelerin mesleki işlevlerini yerine getirirken üstlendiği rollerden bazıları şunlardır;

Bakım verici rolü: Hemşire bakım verici rolünü yerine getirirken birey merkezli çalışır. Klinik karar verme becerisini kullanır. Bireyin ihtiyaçlarını belirler. Belirlediği bu ihtiyaçları karşılamak için gerekli uygulamaları planlar, uygular ve değerlendirir (Ay, 2007). Bakım verici rolü doğrultusunda bireyi biyo, psiko, sosyo-kültürel yönden bir bütün olarak ele alır (Erdemir, 1998).

Eğitici rolü: Hemşire, birey ve ailesinin öğrenme ihtiyaçlarını belirler. Eğitim-öğretim sürecinde bireyi ve içinde bulunduğu durumu gözönünde bulundurur. Hasta ve ailesinin bakıma etkin katılımını sağlar. Öğrenmeyi destekler ve bireyde meydana gelen davranış değişikliğini değerlendirir (Erdemir, 1998). Eğitici rolü doğrultusunda uygun eğitim yöntemlerini kullanır. Bununla birlikte hemşire, meslek adayları ve mensuplarının eğitiminden de sorumludur (Ay, 2007).

Araştırmacı rolü: Hemşirelikte pek çok bilginin kaynağı bilimsel araştırmalardır (Özçelik, 2009). Hemşire, daha iyi bir bakım ve hizmet sunabilmek için yeni bilgileri araştırır, öğrenir ve uygular. Hemşirelik alanında yapılan araştırmalar, yeni bilgilerin uygulamaya aktarılmasını ve uygulamaların etkinliğinin değerlendirilmesini, mesleğin bilimsel bilgi içeriğinin artırılmasını sağlar (Ay, 2007).

Yönetici rolü: Hemşireler hasta bakımının koordine edilmesinden ve yönetiminden sorumludur (Ay, 2007). Hemşire birey ve ailesinin sağlığını geliştirmek ve korumak için elindeki kaynakları tanımlar. Sorumlulukları doğru kişiye-doğru zamanda delege eder. Hemşirelik aktivitelerini koordine eder. Sağlık kurumunu bireye, bireyi de sağlık kurumuna karşı temsil eder (Erdemir, 1998).

Karar verici rolü: Hemşire hasta birey üzerinde mesleki bir uygulama gerçekleştirmeden önce, bireyin tıbbi durumunu, birey ve ailesinin beklentilerini, sahip oldukları olanakları ve üyesi olduğu ekibin görüşünü değerlendirir. Eleştirel düşünme ve karar verme becerilerini kullanır (Taylan ve ark., 2012).

Savunucu rolü: Bu rol, temelini insan haklarından ve hasta haklarından alır. Savunuculuğun ilk amacı, sağlıklı/hasta bireyi bağımsızlaştırmak, ikinci amacı ise sistemi hasta hakları konusunda daha duyarlı, denetimli ve ilgili hale getirmektir. Hemşire sağlıklı/hasta bireye haklarını nasıl kullanacağını öğretir. Hakkını aramada yetersiz kaldığı durumlarda onun hakkını savunur (Ardahan, 2003).

2.1.3. Sağlık Bakım Sisteminin Sorunları

Tübitak 2002 yılında yayınladığı “Vizyon 2023 Projesi”nde sağlık bakım sistemi ile ilgili sorunları örgütlenme ile ilgili sorunlar, yönetim/işletme ile ilgili sorunlar, insan kaynakları ile ilgili sorunlar, finansmanla ilgili sorunlar, sağlıkla ilgili sorunlar, hizmet sunumu ile ilgili sorunlar olmak üzere altı başlık altında toplamıştır (Tübitak Vizyon 2023 Projesi, 2015).

Örgütlenme ile ilgili sorunlara “sağlık örgütlenmesinin kırsal kesimi tam kapsamaması”, yönetim/işletme ile ilgili sorunlara “mevzuatta belirtilmiş olmasına karşın halkın sağlık hizmetlerine katılımının yetersiz olması”, insan kaynakları ile ilgili sorunlara “personel dağılımının dengesiz olması”, finansman ile ilgili sorunlara “sağlık için ayrılan kamu kaynaklarının yetersiz olması”, sağlık ile ilgili sorunlara “spor ve egzersiz alışkanlığının yetersiz olması”, hizmet sunumu ile ilgili sorunlara da “birinci, ikinci, üçüncü sağlık bakım hizmetleri arasındaki ilişkinin kopuk olması” örnek verilebilir (Tübitak Vizyon 2023 Projesi, 2015).

2.2. Tükenmişlik

Tükenmişlik (burn-out) kavramı ilk olarak gönüllü sağlık çalışanlarında görülen yorgunluk, hayal kırıklığı ve işi bırakmayla karakterize bir durumu tanımlamak amacıyla Herbert Freudenberger tarafından kullanılmıştır (Kırılmaz ve ark., 2003; Kaçmaz, 2005; Çapri, 2006; Metin ve Özer, 2007; Şıklar ve Tunalı, 2012). 1974 yılında Freudenberger, “Journal of Social Issues” dergisinde yayınlanan makalesinde tükenmişliğin tanımını yaparak bu kavramın profesyonel literatüre girmesini sağlamıştır (Demir, 2004; Taycan ve ark., 2006; Metin ve Özer, 2007; Ardiç ve Polatçı, 2008; Kaya, 2014; Öztürk ve ark., 2014). Freudenberger tükenmişliği “başarısız olma, yıpranma, enerji ve gücün azalması veya tatmin edilemeyen istekler sonucunda bireyin

iç kaynaklarında meydana gelen tükenme durumu” olarak tanımlamıştır (Ardıç ve Polatçı, 2008; Şıklar ve Tunalı, 2012; Kaya, 2014; Öztürk ve ark., 2014).

Christina Maslach tarafından yapılan çalışmalarda ise tükenmişlik kavramı daha ayrıntılı olarak ele alınmış ve tükenmişliğin günümüzde oldukça yaygın bir şekilde kabul gören tanımı yapılmıştır (Kaçmaz, 2005; Metin ve Özer, 2007; Ardıç ve Polatçı, 2008). Maslach’a (1981) göre tükenmişlik “iş gereği yoğun duygusal taleplere maruz kalan ve sürekli diğer insanlarla yüz yüze çalışmak durumunda olan kişilerde görülen fiziksel bitkinlik, uzun süreli yorgunluk, çaresizlik ve umutsuzluk duygularının, yapılan işe, hayata ve diğer insanlara karşı olumsuz tutumlarla yansması ile oluşan bir sendrom” dur (Demir, 2004; Kaçmaz, 2005; Taycan ve ark., 2006; Metin ve Özer, 2007; Yavuzylmaz ve ark., 2007; Ardıç ve Polatçı, 2008; Öztürk ve ark., 2014).

Maslach ve Jackson (1981) tükenmişliği; duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarıda azalma olmak üzere üç başlık altında ele almışlardır (Demir, 2004; Kaçmaz, 2005; Sünter ve ark., 2006; Taycan ve ark., 2006; Yavuzylmaz ve ark., 2007; Ardıç ve Polatçı, 2008). Tükenmişlik sendromunun ilk ve en önemli belirleyicisi olan duygusal tükenmişlik de; kişi yaptığı işten yorulmaya başlamakta ve kendini duygusal olarak aşırı yüklenilmiş ve tükenmiş hissetmektedir. Duyarsızlaşma; kişinin hizmet ve bakım verdiği bireylere karşı duygudan yoksun tutum ve davranış göstermesiyle, hizmet alan kişilere birer nesne gibi davranmasıyla kendini gösterir. Kişisel başarıda azalma ise; bireyin problemlerin üstesinden gelememesi ve kendini yeterli görememesi durumudur (Maslach ve Jackson, 1981; Demir, 2004; Kaçmaz, 2005; Ardıç ve Polatçı, 2008; Dikmetaş ve ark., 2011; Ertürk ve Keçecioğlu, 2012).

Tükenmişliğin nedenlerini ve ortaya çıkma sürecini açıklamak amacıyla birçok farklı model ileri sürülmüştür (Bahar, 2006). Cary Cherniss (1980); “Tükenmişliği aşırı bağlılığın bir sonucu olarak, aşırı stres ya da doyumsuzluğa tepki olarak işten geri çekilme durumu” olarak tanımlamıştır (Bahar, 2006; Barutçu ve Serinkan, 2008; Çelebi, 2014). Cherniss tükenmişliği, zamana yayılan bir süreç sonunda ortaya çıkan bir durum olarak ele almış ve tükenmişliği stresle bağdaştırmıştır (Bahar, 2006; Çelebi, 2014; Kaya, 2014).

Pines ve Aranson da (1988); “tükenmişliği bireyleri duygusal anlamda sürekli tüketen ortamların; bireyler üzerinde yol açtığı fiziksel, duygusal ve zihinsel bitkinlik durumu” olarak tanımlamaktadır. Ayrıca Pines’e göre bireylerin motivasyon düzeyi

önemli olmakla birlikte, motivasyon düzeyi yüksek olan bireylerin kendilerini baskı altında hissettikleri iş ortamlarında tükenmişlik yaşama olasılıklarının daha yüksek olduğu bildirilmiştir (Bahar, 2006).

Edelwich ve Brodsky da (1980); “tükenmişliği, başkalarına yardım sağlayan mesleklerde çalışan bireylerde, çalışma koşullarının bir sonucu olarak görülen; idealizm, enerji ve amaçta sürekli olarak artan bir kayıp” olarak açıklamışlardır (Ertuğrul, 2010; Kebapçı, 2010). Ayrıca bu modele göre tükenmişlik birbiri ardına gelen coşku, durgunluk, hayal kırıklığı, duygusuzlaşma ve ilgisizlik başta olmak üzere birçok aşama sonucunda oluşan bir süreçtir (Sumeli, 2011). Coşku aşaması; bireyin enerjik, umutlu ve gerçekçi olmayan beklentilere sahip olduğu, işe yeni başladığı aşamadır. Durgunluk aşaması; bireyin enerji düzeyinin düşmeye, motivasyonunun azalmaya başladığı, işini yavaşlatmayı düşündüğü aşamadır. Hayal kırıklığı/engellenme aşaması; bireyde ortaya çıkan duygusal, fiziksel ve davranışsal sorunların yanı sıra kişinin kendini ifade etmek yerine içine kapandığı, hizmet vermekten kaçındığı, tükenmişliğin son evresine girdiği bir aşamadır. Duygusuzlaşma aşaması; bireyin en az seviyede iş yaptığı aşamadır. İlgisizlik aşaması ise; diğer aşamalara tepki olarak ortaya çıkan bir aşama olup (Kaçmaz, 2005; Balcıoğlu ve ark., 2008; Ertuğrul, 2010; Sumeli, 2011), bu aşamada birey ya ortamı terkeder ya da yeniden yapılandırmaya gider (Bahar, 2006; Balcıoğlu ve ark., 2008; Ertuğrul, 2010; Sumeli, 2011).

2.2.1. Tükenmişliği Etkileyen Faktörler

Tükenmişliğe etki eden faktörler bireysel ve örgütsel faktörler olmak üzere iki ana başlık altında toplanabilir.

Bireysel faktörler:

- Yaş: Tükenmişliğin yaşlılarda düşük, gençlerde yüksek olduğu bildirilmektedir (Ardıç ve Polatçı, 2008; Ertuğrul, 2010; Karadağ, 2013).
- Cinsiyet: Tükenmişlikle cinsiyet arasında anlamlı bir ilişki belirlenememesine karşın kadınların duygusal etkilenme ve tükenmeye olan eğilimlerinin erkeklerden fazla olduğu belirtilmiştir (Ardıç ve Polatçı, 2008; Yakın, 2014).
- Medeni durum: Evlilerle karşılaştırıldığında bekarlarda, çocuk sahibi olanlarla karşılaştırıldığında çocuk sahibi olmayanlarda tükenmişlik yaşama durumunun daha yüksek olduğu bildirilmiştir (Ardıç ve Polatçı, 2008; Ertuğrul, 2010).

- Eğitim: Eğitim düzeyi yükseldikçe tükenmişlikle başa çıkma başarısının arttığı vurgulanmıştır (Ardıç ve Polatçı, 2008; Ertuğrul, 2010; Yakın, 2014).
- Kişilik özellikleri: Tükenmişliğe eğilimi olan bireylerin; insanlarla iletişim kurarken zayıf ve girişken olmayan eğilimler gösterdikleri, sessiz ve kaygılı oldukları, yardım edici ilişkide zorluklar yaşadıkları ve ilişkilerine sınır koyamadıkları belirtilmiştir (Demirbaş, 2006).
- İşe yönelik tutumlar: Gerçekçi olmayan beklentiler ve aşırı idealistlik, bireyi daha fazla çalışmaya yönlendirebilir. Beklentiler istenen sonuçlara ulaşmadığında ise tükenmişlik yaşanabilir (Maslach ve ark., 2001).

Örgütsel faktörler:

- Aşırı iş yükü: Karadağ'ın (2013) belirttiği üzere, Izgar'a (2001) göre, "Eğer birey yapabileceğinden çok eylem yüklenmişse, kendi yetenek ve özellikleri yaptığı işe uygun değilse, aşırı çaba ve gerilim nedeniyle tükenmişlik adı verilen psikolojik durum içine girebilir ve bu durum işine karşı olumsuz tepkiler geliştirmesine neden olabilir." Böyle bir durum karşısında bireyler sağlıklı davranamazlar ve verimlilikleri azalır. Sonuç olarak kurumun hizmet kalitesi düşer.
- Kontrol eksikliği: Bireyler işleriyle ilgili sorumlulukları yerine getirebilmek için kontrole ihtiyaç duyarlar. İş üzerinde seçim yapma ve karar verme olanağına sahip olmadıklarında ise bu durum uyumsuzluğa neden olur (Kaba, 2012). Birey uyumsuzluk durumunda, kendini sorumlu hissetmediği için bu durumu düzeltmek, koşullara uyum sağlamak ya da değişiklik yapmak için harekete geçme girişiminde bulunmaz (Ertuğrul, 2010).
- Yetersiz ödül: Bireyin kuruma yaptığı katkılar nedeniyle hem maddi hem de manevi açıdan takdir edilmemesi mesleki ve sosyal uyumsuzluğa neden olabilir (Budak ve Sürgevil, 2005; Ertuğrul, 2010; Kaba, 2012).
- Grubun bozulması: Bireyin çalışma ortamında diğer kişilerle olan olumlu ilişkileri bozulmaya başladığında iş-birey uyumsuzluğu ortaya çıkar (Ertuğrul, 2010).
- Adaletsizlik: Adaletin olmadığı kurumlarda, çalışanlar kendilerine haksızlık yapıldığını düşünür. Kuruma olan güvenleri azalır ve özsaygılarını kaybederler.

Bu durumun bir sonucu olarak da çalışan bireylerin hizmet verdikleri kuruma olan bağlılıkları giderek azalır (Kaba, 2012).

- Değerlerin çatışması: Bazı durumlarda yapılan iş, çalışanların kişisel değer yargılarıyla uyumlu olmayan faaliyetlerde bulunmalarına neden olabilir. Bu durumun bir sonucu olarak da iş-birey uyumsuzluğu ortaya çıkabilir (Kaba, 2012).

2.2.2. Tükenmişliğin Belirtileri

Tükenmişlik belirtileri fiziksel, psikolojik ve davranışsal olmak üzere üç başlık altında toplanabilir. Yorgunluk, bitkinlik, enerji kaybı, uykusuzluk, somatik ağrı yakınmaları, solunum güçlüğü, gastrointestinal sistem problemleri, kilo kaybı/artışı fiziksel belirtilere örnek verilebilir. Kayıtsızlık, ilgisizlik, çökkünlük, duygu-durum bozuklukları, neşesizlik, anksiyete, huzursuzluk, benlik saygısında azalma, umutsuzluk, boşluk hissi, eleştirilere aşırı duyarlılık, karar verme yetisinde azalma ve kognitif fonksiyonlarda yavaşlama psikolojik belirtilere örnek olarak verilebilir. Unutkanlık, başarısızlık hissi, aile içi çatışmalar, çabuk öfkelenme, ani sinir patlamaları, işe gelme ile ilgili problemler, işten izinsiz erken ayrılma, sağlık sorunları nedeniyle işe devam etmeme, işi bırakma, hizmet verilen kişilere değer vermeme, kuruma ilgisizlik ise tükenmişlik durumunda gösterilen davranışsal belirtilerden bazılarıdır (Kaçmaz, 2005; Akbolat ve Işık, 2008; Ardıç ve Polatçı, 2008; Balcıoğlu ve ark., 2008).

2.2.3. Tükenmişliğin Sonuçları

Tükenmişlik sonucunda hem tükenmişliği yaşayan birey hem de bireyin çalıştığı kurum zarar görmektedir. Bununla birlikte hizmet alan birey ve ailesinin de bu durumdan olumsuz yönde etkilenmesi kaçınılmazdır (Sönmez, 2006). Tükenmişliğin iş hayatı ile ilgili sonuçları; performans miktarında düşme, bireyin hizmet sunduğu bireylere yeterli ilgiyi göstermemesi, hizmet verilen kişiyi alaya alma, onları suçlama, işe devamsızlık ve iş değiştirme isteği gibi farklı birçok boyutta görülebilmektedir. Tükenmişlik yaşayan bireyler genellikle işten ayrılmayı isteyen, sürekli hasta olan, sigara, alkol ve ilaç kullanma eğilimi olan insanlardır. Tükenmişlik bulaşıcı bir hastalık gibi çevredeki diğer kişileri de etkileyebilir. Diğer bireylerin huzursuz ve kaygılı olmasına neden olabilir (Toker, 2013).

Tükenmişliğin bireysel sonuçları olan uyku problemleri, kronik yorgunluk ve gerginlik, kişiyi fiziksel ve psikolojik hastalıklara açık hale getirmekte, depresyon, dikkatini toplayamama, karar vermede güçlük çekme, unutkanlık gibi sonuçlar ortaya çıkabilmektedir. Ayrıca tükenmişlik yaşayan bireylerde yanlış beslenme alışkanlığına bağlı olarak sağlık sorunları da görülebilmektedir (Toker, 2013).

Tükenmişliğin aile hayatı ile ilgili sonuçlarına bakıldığında ise tükenmişlik yaşayan bireyin eşi, çocukları, anne-babası kendilerini ihmal edilmiş ve yalnız bırakılmış hissetmekte bu nedenle de bireyi suçlamaktadırlar. Tükenmişliğe bağlı olarak suçluluk duygusu yaşayan bireyin aile tarafından suçlanması aile içi çatışmalara, aile üyelerinin birbirlerinden uzaklaşmalarına, boşanmalara/ayrı evde yaşamalarına, çocuk ve ebeveyn ilişkisinin birbirinden kopmasına neden olabilmektedir (Ardıç ve Polatçı, 2008).

2.3. İş Doymu

İş doymu çalışan bireyin yaptığı işi, iş çevresini ve iş yerindeki çalışma koşullarını değerlendirmesi sonucu oluşan duygusal bir tepkidir (Sünter ve ark., 2006). Özellikle son yıllarda davranış bilimcilerin önem verdiği davranışsal konulardan biri olan iş doymu, örgütsel etkinlik ve verimlilik üzerinde etkisini hissettiren bir kavramdır (Özaltın ve ark., 2002). İş doymu kavramı ilk kez 1920 yıllarında ortaya atılmış olmasına karşın, tam olarak anlamı 1930 ve 1940 yıllarında anlaşılmıştır (Ergin, 1997; Çimen ve Şahin, 2000; Yıldırım, 2007). Çalışan bireyin işinden duyduğu doyumun ya da ulaştığı olumlu duygusal durumun bir derecesidir. Bu doğrultuda kurum çalışan bireyin beklentilerini ne oranda karşılayabiliyorsa, bireyin de işten doymu o oranda artacaktır (Aksu ve ark., 2002).

2.3.1. İş Doymunu Etkileyen Faktörler

İş doymunu etkileyen faktörler bireysel ve örgütsel olmak üzere iki ana başlık altında toplanabilir (Aksu ve ark., 2002; Erbil ve Bostan, 2004; Tözün ve ark., 2008).

Bireysel faktörler:

- Cinsiyet: Çalışan bireylerin cinsiyetleri işe karşı tutumlarını ve iş ortamını değerlendirmeye yönelik bakış açısını etkileyebilir. İş doymu konusunda yapılan araştırmalar farklı sonuçlar ortaya koymakla birlikte, bu konuda yapılan

bir çalışmada kadın ve erkek çalışanlar eşit koşullara sahip olduğunda iş doyumu yönünden bir farklılık görülmediği bildirilmiştir (Eğinli, 2009).

- Yaş: Bu konuda yapılan birçok çalışmada, iş doyumu ile yaş arasında olumlu bir ilişkinin olduğu, yaş ilerledikçe iş doyumunun arttığı vurgulanmıştır (Çimen ve Şahin, 2000).
- Eğitim düzeyi: Bu konuda yapılan bir araştırmada, eğitim düzeyi yükseldikçe iş doyumunun azaldığı bildirilmiştir (Çimen ve Şahin, 2000).
- Medeni durum: Literatürde bireylere daha düzenli bir hayat sürdürmeyi sağlayan evliliğin, iş doyumunu arttırdığı belirtilmiştir (Karahaliloğlu, 2013). Bununla birlikte bireyin evlilik yaşamındaki problemler işine yansıdığına ise, bireyin işinden aldığı doyum azalabilmektedir (Erdem, 2010).
- Statü: İş doyumuna doğrudan etkisi olduğu kabul edilen bir diğer faktör statüdür (Karadağ, 2013). Toplumun mesleklere yönelik bakış açısı ile kurumun bireyin mesleğine verdiği önemin iş doyumuna etki ettiği, daha alt kademede görev alan bireylerle karşılaştırıldığında yönetici kademesinde görev alan bireylerin daha yüksek iş doyumuna sahip oldukları bildirilmektedir (Cengiz, 2008; Karadağ, 2013).
- Sosyo-kültürel çevre: Kentsel alanda yaşayan bireylerin daha az çaba gerektiren kolay işleri tercih ederken, kırsal kesimdeki bireylerin daha fazla çaba ve emek gerektiren işlerde görev aldıkları ortaya çıkarılmıştır (Sevimli ve İşcan, 2005; Karahaliloğlu, 2013).
- Zeka: Birçok iş ve mesleğin belirli düzeyde zeka seviyesi gerektirdiği buna karşın zeka ve iş doyumu arasında anlamlı bir ilişki bulunamadığı bildirilmiştir (Sevimli ve İşcan, 2005).
- Kişilik: Esnek kişilik yapısına sahip olan, kendini ifade edebilen ve ilişkilerinde yapıcı olan bireylerin iş doyumunun daha yüksek olduğu vurgulanmıştır (Bingöl, 2006).

Örgütsel faktörler

- İş ve niteliği: Çok yetenek gerektiren ya da hiç yetenek gerektirmeyen işlerde, işe ilginin azaldığı bu duruma paralel olarak iş doyumunun ortaya çıktığı bildirilmektedir (Cengiz, 2008; Erdem, 2010).

- Yönetim ve denetim: Çalışanı geliştirmeyi amaçlayan, ekip çalışmasına önem veren, ekip üyeleri arasında açık iletişim olanağı sağlayan, çalışanın iş dışı sorunları ile ilgilenen yönetim biçimi anlayışının çalışan bireylerin iş doyum düzeylerini yükselttiği bildirilmiştir (Gökmen, 2013).
- Ücret: Çalışan bireyin talep ettiği ücret ile verilen ücret arasındaki denge iş doyumunun sağlanmasında önemli bir faktördür (Çimen ve Şahin, 2000). Bir kurumda üstler ile astlar arasında büyük ücret farklılığı olduğunda ya da çalışan bireyler ile çalışmayan bireyler aynı ücreti aldığı anda iş doyumsuzluğu yaşanması kaçınılmaz bir durum olmasına karşın (Uzun, 2013), literatürde ücretin yüksek olmasının bireyin iş doyum düzeyini pozitif yönde etkilemeyeceği de bildirilmiştir (Çimen ve Şahin, 2000).
- İşte yükselme ve terfi olanakları: İşte terfi etme ve mesleğinde ilerleme her insanın bir ihtiyacı aynı zamanda bir hakkıdır. Bununla birlikte insan psikolojik özellikleri doğrultusunda yaptığı iş karşılığında takdir görmeyi ister (Cengiz, 2008; Demir, 2010).
- İşyerinin fiziksel koşulları: Çalışma ortamının uygun olmaması, rahatsız edici olması, araç-gereç sıkıntısı, işyerine ulaşımın zor olması vb. faktörler çalışan bireylerde iş doyumunu azaltan faktörler arasında yer alır. Çalışma koşullarının toplumsal koşullardan daha iyi olduğu durumlarda ise bireyin iş doyumunu daha yüksek olabilir. Birey, toplumsal koşullar ile kendi iş koşullarını karşılaştırır. İki değer sistemi birbirine yaklaştıkça çalışan bireyin doyumunu daha da artar (Taşdan ve Tiryaki, 2008).
- İşyerinin sosyal ortamı: Çalışma ortamında iş arkadaşlarıyla uyumlu bir şekilde çalışmak iş doyumunu etkileyen bir diğer faktördür (Uzunkaya, 2010).

2.3.2. İş Doyumunun Sonuçları

İşine motive olarak iş doyumuna ulaşan bireyler çalışma arkadaşlarıyla iş birliği yapmakta, çalışma istekleri yüksek olmakta, kurumlarına, yönetmeliklere ve kurallara bağlılıkları artmaktadır. Tüm sayılan bu faktörlerde maliyeti azaltmaktadır (Demir, 2010).

2.3.3. İş Doyumsuzluğunun Sonuçları

İş doyumsuzluğu bireyden bireye farklılık göstermekte, bireyde kaygı yaratmakta, çalışan bireyin hem ruh hem de beden sağlığını olumsuz yönde etkilemekte, işi bırakma, işi yavaşlatma, devamsızlık, işten ayrılma, kavgacılık ve gelişen durumlara kayıtsızlık gibi durumlara neden olmaktadır (Gökmen, 2013).

2.4. Etik

Etik Yunanca "ethos" sözcüğünden gelmekte, ahlak ve moral sözcükleriyle eş anlamlı olarak kullanılmaktadır (Babadağ, 1991; Ege ve Pasinlioğlu, 2000). Etik, bireysel ve toplumsal davranış kurallarını saptayan, insanların nasıl ve niçin o şekilde yaşamaları gerektiğini tanımlayan felsefenin alt dallarından biridir (Ege ve Pasinlioğlu, 2000). Başka bir deyişle etik, “iyi ve kötü nedir?” , “doğru ve yanlış nedir?”, “iyi ve kötü nasıl olanaklıdır?”, “doğru ve yanlış nasıl olanaklıdır?”, “evrensel (mutlak) bir iyiden ya da kötüden söz edilebilir mi?” gibi sorulara cevap aramaktadır (Oğuz, 2001; Büken ve Büken, 2002). Etik, yasalardan farklı olarak, çoğunlukla yazılı ve kesin koşullar içermemekte; zamana, değişen koşullara, toplumsal gereksinim ve bilimsel gelişmelere bağlı olarak değişim gösterebilmektedir (Ruacan, 2000).

2.4.1. Etik Türleri

Normatif (Kuralcı) etik

Normatif etikle pratik etiği birbirinden kesin sınırlarla ayırmak olanaksızdır. Ahlaki açıdan kabul edilebilir davranışları belirlemede ya da bu davranışları yöneltmede hangi genel normların, neden önemli olduklarının sorgulandığı çalışma alanına normatif etik denir. Genel kuramların özgür davranış biçimlerine ve ahlaki değerlendirmeye uygulanmasına ise pratik etik denir. Etik bir sorun karşısında değerlendirme yaparken kuram ve ilkeler ile birlikte, paradigmatik örnek olaylar, ampirik veriler de değerlendirilmelidir (Oğuz, 2001).

Betimsel (Deskriptif) etik

Ahlaki tutum ve inançları olgusal düzeyde inceleyen alan deskriptif etikdir. Deskriptif etik, alanda yapılan çalışmalarda insanların nasıl davrandıklarını anlayabilmek için standart bilimsel teknikler kullanılmaktadır. Uğraşsal uygulamalarda,

kodlarda ve kamusal politikalarda hangi ahlaki normların ve tutumların vurgulandığını belirlemek için yapılan çalışmalar etiğin bu alanı içinde yer almaktadır (Oğuz, 2001).

Metaetik

Metaetik davranışlara anlam verme ve doğrulama ile ilgili teorik konularla ilgilenir. Metaetik profesyonel etikçilerin ilgi alanıdır. Metaetik "niçin iyi?" ya da "biz belirli bir eylem için iyi veya doğru derken ne demek istiyoruz?" gibi sorulara yanıt aramaya çalışır (Pieper, 1999; Karaöz, 2000; Özlem, 2014).

2.4.2. Etik İlkeler

Hemşirelik alanında etik kurallara olan gereksinim, ilk kez 1896 yılında Amerikan Hemşireler Birliği (ANA) tarafından gündeme getirilmiş buna karşın etik kuralların hazırlanması 1926 yılında gerçekleştirilebilmiştir. 1973 yılında Uluslararası Hemşireler Konseyi (ICN) ve 1976 yılında ANA Hemşirelikte Etik Kuralları yayınlamıştır (Ay, 2007; Dinç, 2009).

Zarar vermeme ilkesi

Zarar vermeme ilkesi yararlılık ilkesi ile ilişkilidir. Günümüzde etik bilimcilerin çoğu "öncelikle hiçbir zararın verilmemesini" savunan ve bu ilkeyi tüm ilkelerin üstünde tutan Hipokrat'ın eğilimini tercih ederler (Şentürk, 2013; Okuroğlu ve ark., 2014).

Yararlılık ilkesi

Yararlılık, iyi olanın yükseltilmesidir. Diğerlerinin yararına olan aktivitelerin uygulanmasını gerektirir. En az zarar vermek için iyi aktiviteler ağırlıkta olmalıdır (Ersoy ve Aydın, 1994; Ay, 2007).

Adalet ilkesi

Adalet kavramı hak ve eşitliği içermektedir. Genel olarak adalet ilkesi, tıp etiği alanında hasta haklarının yorumlanması ve sorgulanması yöntemine dayandırılmaktadır. Adalet kavramı hak açısından ele alındığında hasta hakları kavramı ortaya çıkmaktadır. Çünkü hastalık durumu, bireyin diğer kişilerle olan eşitliğini bozmakta ve sağlık

arayışına neden olmaktadır (Aydın ve Ersoy, 1994; Ertekin ve ark., 2002; Ay, 2007; Şentürk, 2013).

Dürüstlük ilkesi

Dürüstlük ilkesi doğrultusunda hasta bireye karşı tamamen dürüst, sözüne inanılan ve güvenilen bir kişi olunmalıdır (Oğuz, 2001). Hasta bireye bir söz verildiğinde verilen söz tutulmalıdır. Hastaya verilen söz tutulmadığı zaman gerekli açıklama yapılmalı ya da verilen söz başka bir sağlık bakım profesyoneli tarafından yerine getirilmelidir (Ay, 2007).

Otonomi (Özerklik) ilkesi

Özerklik kavramı özerk insanın saygın olduğunu, kişisel hedeflerini kendisinin belirleyebildiğini, bir eylem planı üzerinde karar verebilme yetisinin olduğunu ve tercihleri doğrultusunda bir eylemde bulunma özgürlüğünün bulunduğunu ifade eder (Ersoy ve Aydın, 1994; Ay, 2007; Burkhardt ve Nathaniel, 2013; Okuroğlu ve ark., 2014).

Gizlilik-Güvenilirlik-Mahremiyet ilkesi

Sağlık etiğinin en önemli bileşenlerinden biride güvendir. Hasta-hemşire arasında oluşan güvenin hasta bakımının etkinliği üzerinde son derece olumlu bir etkisi bulunmaktadır. Bu nedenle profesyonel anlamda bir hemşirenin hizmet verdiği bireyin fiziksel, ruhsal ve sosyal yönleriyle mahremiyetini koruma sorumluluğu bulunmaktadır (Burkhardt ve Nathaniel, 2013; Tazegün, 2013).

2.5. Etik Sorunlar ve Çözüm Önerileri

Sağlık bakımında doğru şeyler yapma konusunda insanlar arasında anlaşmazlıkların görülmesi etik sorun olarak adlandırılır. Sağlık bakımı konusundaki anlaşmazlıklar, sağlık bakım uygulayıcıları, hastalar, aileler ve toplumu oluşturan bireyler arasında görülebilir (Altun, 2013).

Hastaya verilen bakımın kalitesi ile ilgili uyuşmazlık etik çatışmanın en önemli nedenidir. Bu etik sorunlar bireysel çabadan çok kapsamlı ulusal politikalar ve kurumsal düzenlemeler gerektirdiği için sağlık bakım profesyonellerinin tek başına başa çıkabilmesi oldukça zordur. Bu nedenle sağlık bakım hizmeti verenler bu sorunlar ve

onların sebeplerine çözüm bulamadıklarında yoğun stres yaşarlar. Bu yoğun stres doktorlar ve hemşirelerin hastaları fiziksel ve psikolojik olarak hatalı tedavi etmelerine neden olabilir. Bu sorunlar çözülmedikçe toplumun sağlığa ilişkin güvenliği de tehlikeye girmiş olur (Altun, 2013).

2.6. Etik Duyarlılık

Etik duyarlılık, profesyonellerin bakımı altındaki bireyleri anlamaya çalışırken ve onlara şefkatli bir şekilde karşılık verirken kullandıkları yöntem ve kapasite olarak tanımlanabilir (Weaver ve Morse, 2006). Aynı zamanda etik sorunu ayırt edebilme yeteneği olarak da tanımlanan etik duyarlılık, insanın sağlığını ilgilendiren durum ya da durumların içerdiği etik değerleri bilmektir (Başak ve ark., 2010). Bir başka deyişle, var olan etik sorunların farkına varabilme ve bireyler için önemini belirleyebilme yeteneğidir (Ersoy ve Gündoğmuş, 2003).

Jaeger, ahlaki duyarlılığın kişinin yeteneği ile ilişkili olduğunu ve bireyin almış olduğu eğitimin etik teorileri anlamada önemli etkisinin olduğunu belirtmiştir. Rest ve arkadaşlarının Kohlberg'in ahlaki gelişim teorisine dayalı olarak yapmış oldukları çalışma sonrasında ahlaki karar verme sürecinin ahlaki duyarlılık, ahlaki muhakeme, ahlaki motivasyon ve ahlaki karakter üzerine temellendiğini, yapılan davranışların başkalarını etkilediğini bu nedenle bu durumun farkında olarak bu etkilerin tartışılması gerektiğini belirtmişlerdir (Jaeger, 2001; Lutzen ve ark., 2003;2006; Kim ve ark., 2005). Etik duyarlılık ahlaki duyarlılığın profesyonel boyutunu oluşturmaktadır (Weaver ve ark., 2008). Ahlaki duyarlılık kaynağını sezgilerden, yardım sever duygulardan, etik duyarlılık ise kaynağını bireyin mesleğinin rol ve sorumluluklarının farkında olmasından, profesyonel etik bilgisinden ve etik standartlardan almaktadır. Buna karşın bu iki kavram birbirinden tam olarak ayıramamaktadır. Etik sorunu saptama yeteneği olan etik duyarlılık, etik açıdan savunulabilir bir yargıyı sağlamalıdır (Lutzen ve ark., 1997). Etik duyarlılık etik sorunları çözme, açıklık getirme ya da eylemi haklı çıkarma olarak düşünülmeyle birlikte mutlak bir etik ikilemi ya da çatışmayı önlemektedir (Tosun, 2005).

Günümüzde etik duyarlılık sağlık bakım profesyonelleri için önemli bir ilgi alanı haline gelmiştir. Bu doğrultuda etik duyarlılık ahlaki yük, barış, etik boyutun sorumluluğu ve önemi gibi birçok konuda bilinçli olmayı gerektirmektedir (Abdou ve

ark., 2010). Etik duyarlılık, eğitim ile geliştirilir. Mesleki yeterliliği sürdürme ve mesleğin etik kodlarına uygun davranışları sergilemekle devam ettirilir. Ahlaki düşünme ve etik karar verme birbirinden farklıdır. Ahlaki düşünce belli bir durumda ne yapılması gerektiğine karar verme yetisidir. Etik karar verme ise etik duyarlılığın gelişimine ve ahlaki kategorilerde bireyin düşünme yeteneğine bağlıdır (Pekcan, 2007).

Sağlık bakım profesyonellerinin bakım ve tedavi hizmeti sunduğu bireylerin yaşı, cinsiyeti, eğitimi, etnik kökeni, kültürü, manevi değerleri, dini inançları, kendi kararlarını alabilme yetileri ile sözel ve sözel olmayan tüm davranışlarının farkında olmaları ve bu davranışları yorumlayabilmeleri son derece önemlidir (Kim ve ark., 2005; Schluter ve ark., 2008). Bununla birlikte sağlık bakım profesyonelleri etik bir sorunla karşı karşıya kaldıklarında yasal ve etik sorumluluğu göz önünde bulundurarak, etik ikilemleri yönetecek, hastaların haklarını savunacak, onların kararlarına saygı gösterecek etik bir duyarlılığa sahip olmalıdırlar (Schluter ve ark., 2008). Sağlık uygulamalarında etik; hasta bakımı ve tedavisinde doğabilecek etik konuları tanımlamak, analiz etmek ve çözümlenmek için sistematik bir yaklaşımı öğretmenin yanı sıra kişiler arası düzeyde etik karar verme ile doğrudan doğruya ilişkilidir (Lutzen ve ark., 1997). Sağlık bakım profesyonellerinin etik sorunu tanımlama ve alınacak kararların etik sonuçlarını anlama yetenekleri onların bu sorunlara karşı etik duyarlılıklarını geliştirmede oldukça önemlidir.

Etik duyarlılık hemşirelerin etik karar verme sürecinde önemli bir rol oynamaktadır. Etik duyarlılık etik ikilemlerin belirlenebilmesini ve alternatif çözümler içinde uygun değerlerin tanımlanabilmesini sağlar (Kim ve ark., 2005). Hemşirelerin etik duyarlılık düzeyinin yüksek olması, mesleki profesyonelleşmeye katkıda bulunmasının yanı sıra, hastalara verilecek hemşirelik bakımının kalitesini de doğrudan doğruya etkiler. Bununla birlikte günümüzde etik açıdan duyarlı ve ahlaki açıdan onaylanan bakım ve tedavi sunabilen sağlık bakım profesyonellerine olan ihtiyaç da oldukça fazladır (Kadıoğlu, 1995; Dikmen, 2013).

2.6.1. Etik Duyarlılık ile İlişkili Kavramlar

Sağlık bakım sisteminde yaşanan etik ikilemler ve sorunlar hasta bakım sunumunu olumsuz yönde etkilemekte, hemşirelerin hem fiziksel ve hemde zihinsel olarak problem yaşamalarına neden olabilmektedir. Bununla birlikte hemşirelerde iş

doyumunun azalması, tükenmişliğin artması, çalışma stresi ve işyükü fazlalığı mesleğin etik beklentilerini ve bireye sunulan tedavi ve bakımı olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Günümüzde hemşirelerin yaşadıkları etik kaygıları ele alma ve çözme, sağlık bakım profesyonellerini rekabetçi bir ortama çekme ve işten ayrılmaları önleme, hemşirelerde iş doyumunu arturabilme, tükenmişliği azaltabilme sağlık bakım kurumlarının üzerinde önemle durduğu konulardır (Schluter ve ark., 2008).

Etik İklim

Sağlık bakım kuruluşları farklı etik ortama sahiptir. Schluter ve arkadaşlarının (2008) bildirdiği üzere, Olson, etik iklimi “tutumları ve davranışı etkileyen ve çalışan davranışı için bir referans olarak alınabilen, hizmet eden kuruluşun bireysel algıları” olarak tanımlamaktadır. Etik açıdan duyarlı bir ortamda çalışma ahlaki karar vermeyi pozitif yönde etkiler. Etik açıdan duyarlı bir ortamda çalışan hemşire ahlaki açıdan duyarlılık gerektiren durumları kolaylıkla belirleyebilir ve planladığı eylemlerin mevcut durumun sonucunu nasıl etkileyebileceğini anlayabilir. Hızlı akut tedavi ve bakım sunabilme, hemşirelerin etik problemleri tam zamanında gecikmeden tanımlayabilmeleri ile yakından ilişkilidir (Schluter ve ark., 2008).

Ahlaki Distres

Ahlaki distres, artan etik duyarlılığın yetersiz etik ortam ile birleştiği durumlarda ortaya çıkan bir durumdur. Schluter ve arkadaşlarının bildirdiği (2008) üzere ahlaki distres “bir kişinin ahlaki bir karar verdiği fakat bu kararın işaret ettiği ahlaki davranışı uygulayamadığı durumlarda ortaya çıkan psikolojik dengesizlik ve olumsuz duygu durumu” olarak tanımlanmaktadır. Ahlaki distres “sancılı duygular” olarak da açıklanabilmektedir (Schluter ve ark., 2008).

Ahlaki distres, ahlaki açıdan uygun bir eylemin üst düzeyde çaba gösterilmesine rağmen, organizasyonel yada diğer nedenlere bağlı olarak yerine getirilemediği durumlarda ortaya çıkan duygusal ve zihinsel bir ıstırap olarak değerlendirilebilir. Bununla birlikte hastaların duyarlılıklarının artması, personel-hasta oranının uygun olmaması, kültürel değerlerin çakışması, ileri teknoloji, yapılması planlanan doğru eylemleri engelleyen politikaların varlığı, personel yetersizliği, zaman kısıtlaması ve yasal sınırlılıklar gibi faktörler ahlaki distres ile ilişkilidir. Özellikle

yetersiz istihdam ve zaman kısıtlaması, hemşirelerin kaliteli ve yeterli hasta bakımı sunabilmelerini olumsuz yönde etkileyebilmektedir (Schluter ve ark., 2008).

Hemşirelerin etik ikilemleri ele alma ve çözme yeteneği, hemşirelerin hastalarla olan ilişkilerinde yaşadığı ahlaki distress ile birlikte sağlık bakım kuruluşunun sahip olduğu etik iklim ile yakından ilişkilidir. Ahlaki distress, bireyin doğru eylemi bildiği fakat ahlaki olarak doğru eylemi uygulayamadığı durumlarda meydana gelen bir durumdur. Ahlaki distressin düzeyi hemşirelerin mesleği bırakmasına neden olan tükenmişlik ile yakından ilişkili bir kavramdır. Hemşireler sağlık bakım sektörünün en önemli işgücünü oluşturmakla birlikte mevcut hemşire sayısında meydana gelebilecek bir azalma sağlık bakım hizmetlerinin kalitesine doğrudan doğruya etki etmektedir (Schluter ve ark., 2008).

Literatürde ahlaki distressin, düşük kaliteli/yararı olmayan bakım, hastanın yetersiz savunulması, hasta ve ailelerine gerçekçi olmayan umut verilmesinden kaynaklanabileceği ve bu koşulların zayıf bir etik ortam egemen olduğunda daha da artabileceği bildirilmektedir. Azalan iş memnuniyeti, uygun bakımı verememe, yararı olmayan bir bakım sunma ve tükenmişlik ahlaki distress ile yakından ilişkilidir. Schluter ve arkadaşlarının (2008) bildirdiği üzere Meltzer ve Huckabay, yararı olmayan bakımı “bir hasta için tıbbi bir faydası olmayan yaşamsal müdahaleler ve tedaviler” olarak tanımlamaktadır. Bununla birlikte yararı olmayan bir bakım hastanın yatış süresini uzatabilmektedir. Hemşire sayısının azlığına bağlı olarak bakım kalitesinden ödün verilmesi ve buna bağlı olarak meydana gelebilecek tıbbi hatalarda ahlaki distress ile sonuçlanabilmektedir (Schluter ve ark., 2008).

Tepkisel Distres

Ahlaki distress ile tepkisel distress birbirinden farklı kavramlar olmakla birlikte, ahlaki distress, “etik açıdan duyarlı bir hemşirenin zayıf bir ahlaki ortam içerisinde ahlaki bir durum ile ilk kez karşılaştığında tecrübe ettiği bir his” olarak tanımlanmaktadır. Tepkisel distress, “asıl duyguları ile hareket edemeyen insanların hissettiği bir duygudur”. Tepkisel distress genellikle kaygı ve suçluluk duygusu ile sonuçlanabilir (Schluter ve ark., 2008).

Ahlaki Kalıntı

Kalıcı ahlaki distres, “genelde ne yapılmaması gerektiğinin farkında olma buna karşın yeterli güç ya da kaynaklara sahip olamama nedeni ile planlanan şeyin yapılamaması sonucunda ortaya çıkan psikolojik suçluluk ve yetersizlik hissi” olarak tanımlanabilmektedir. Negatif ahlaki kalıntı son derece önemli olmakla birlikte hem hemşirelik uygulamalarını etkilemekte hemde problemin içselleştirilmesine neden olabilmektedir (Schluter ve ark., 2008).

Ahlaki yük

Ahlaki distres ile bağlantılı olan ve genelde bir noktada birleşen, ahlaki yük “Ahlaki değerler içeren bir problem ya da bir durum nedeni ile oluşan bir yük” olarak tanımlanabilir. Ahlaki yük, bir hemşirenin demansı olan ve yemek yemeyi reddeden bir hastayı beslemeye çalıştığı bir durumda gözlemlenebilir. Hemşirenin ahlaki olarak doğru olduğunu bildiği bakımı verememesi, ahlaki yük deneyimlemesine neden olabilir. Sağlık bakım profesyonelleri tarafından verilen tedavi orderları bu hastaya bakım sunan hemşirenin ahlaki değerleri ile çeliştiğinde ve bunları eyleme geçirmek zorunda kaldığında hastanın bakım ve tedavi ihtiyaçlarını karşılayan hemşirede ahlaki yük duygusu gelişebilir (Schluter ve ark., 2008).

Değer Çatışması

Schluter ve arkadaşlarının (2008) bildirdiği üzere, Von Post, değer çatışmasını ahlaki distrese benzetmektedir. Fakat bu iki kavram aynı anlamama gelmemektedir. Değerler, etik karar vermeyi etkileyebilir. Ahlaki açıdan acı veren bir durum ile karşılaşıldığında bir kaynak olarak kullanılabilir. Hemşirelik değerleri, hemşirelerin hem hasta bakımı planlarını hemde yönetim stratejilerini etkiler. “İyi” bir hemşire olmanın ve iyi bir hemşire olarak hareket etmenin ne anlama geldiğini ortaya koyar.

Ahlak kuralları ise “bireyin değerleri uygulamasıdır”. Schluter ve arkadaşlarının (2008) bildirdiği üzere, Von Post, değer çatışmasını “bir hemşirenin, meslektaşlarının hastanın hassasiyetini önemsemeksizin, kaba ve umursamaz bir şekilde davranmasına tanık olduğunda ya da meslektaşlarının onun sunmak istediği iyi bir bakımı engellediklerinde ortaya çıkan bir durum” olarak tanımlamaktadır. Ayrıca, hemşireler hastaların kendilerini yalnız hissetmemelerini sağlamak için duygusal destek

verdikleri, direkt içinde yer almadıkları durumlarda da hastalara yapılan uygulamalar nedeniyle suçluluk duyabilmekte ve kendini sorumlu hissedebilmektedir. Bununla birlikte, kendileri ya da hastalar tarafından bir adım atılması durumunda, mevcut durumun daha da kötüleşebileceğinden korktukları ve bu konuda kaygılandıkları için hastalarla birlikte sessiz kalmayı tercih edebilmekte ve bu nedenle ıstırap yaşayabilmektedirler. Ayrıca değer çatışmaları ve ahlaki distres, genellikle hasta onurunun incinmesi ile sonuçlanabilmektedir (Schluter ve ark., 2008).

İş Doymu

Ahlaki distres ile iş doymu arasında da anlamlı bir ilişki bulunmakla birlikte ahlaki distres ve etik ortam, hemşirelerin iş doyumuna negatif etki edebilmektedir. İş doyumunun azalması sunulan bakım hizmetinin kalitesini de negatif yönde etkileyebilmektedir. Bununla birlikte, hemşireler arasında adalet sağlanmadığında ve meslektaşları/yöneticileri tarafından desteklenmediklerinde de üretkenlikleri azalabilmektedir. Ahlaki distresin artması ile iş memnuniyetinin azalması arasında da pozitif bir ilişki bulunmaktadır (Schluter ve ark., 2008).

2.7. Hemşirelerde Tükenmişlik ve İş Doymu ile Etik Duyarlılığı Belirlemeye Yönelik Çalışmalar

Literatürde hemşirelerde tükenmişlik ve iş doymu ile etik duyarlılığı belirlemeye yönelik çalışmalar incelendiğinde, Kavlu (2008) tarafından acil serviste çalışan hemşirelerin tükenmişlik ve iş doymu düzeylerinin etik duyarlılıkla ilişkisini belirlemek üzere yapılmış olan bir çalışmada, acil hemşirelerinde yaş arttıkça duyarsızlaşmanın azaldığı, çocuk sahibi olmayan hemşirelerde duygusal tükenmişliğin daha fazla olduğu ve acil serviste çalışmayı kendisi tercih eden hemşirelerin daha az tükenmişlik yaşadıkları bildirilmiştir. Aynı çalışmada hemşirelerin içsel, dışsal ve genel doyum puanlarının orta düzeyde olduğu, diğer alt boyutlarla karşılaştırıldığında içsel doyum puanının fazla olduğu, en fazla hizmet, güvenlik, yetenek kullanma, yetki, ekip uyumu, başarı, moral alanlarından; en az da çalışma şartları, ücret, yükselme/terfi olanağı, takdir/onore edilme ve bağımsızlık alanlarından doyum sağlandığı, bununla birlikte evli olma durumunun içsel, dışsal ve genel iş doymu puanını; çocuk sahibi

olma durumunun da içsel ve genel iş doyumunu puanını olumlu yönde etkilediği belirtilmektedir.

Bu konuda yapılmış olan diğer bir çalışmada ise 30 yaş altı, bekar, çocuk sahibi olmayan ve mesleki çalışma yılı az olan hemşirelerin daha çok tükenme yaşadıkları, iş doyum düzeyinin yaş değişkeninin yükselmesine bağlı olarak arttığı, evli ve çocuk sahibi olanların, mesleki deneyimi fazla olanların iş doyum düzeylerinin yüksek olduğu bildirilmiştir (Çelebi, 2014).

Köktürk (2013) tarafından bu konuda yapılmış olan diğer bir çalışmada ise hemşirelerin temel kişisel değer tercihlerine göre etik duyarlılık düzeylerinin farklılaştığı, sosyal değerleri temel olarak benimseyen hemşirelerin en yüksek etik duyarlılık düzeyine, iktisadi değerleri temel değer olarak benimseyen hemşirelerin ise düşük etik duyarlılık düzeyine sahip oldukları belirtilmiştir.

Bu konuda yapılmış olan diğer bir araştırmada ise çalışan hemşirelerin tükenmişlik düzeylerinin yaşlarına, eğitim durumlarına göre anlamlı farklılık göstermediği, hemşirelerin saygı görme ihtiyaçlarının mesleki çalışma yıllarına göre anlamlı farklılık gösterdiği, 6-10 yıl arası aynı kurumda çalışan hemşirelerin; 0-5 yıl, 11-15 yıl, 21 yıl ve üzeri çalışan hemşirelere göre daha fazla tükenmişlik yaşadıkları, hemşirelerin aynı kurumda çalışma yılları arttıkça iş yaşam kalitesi ihtiyaçlarının da arttığı ortaya çıkarılmıştır (Uzunkaya, 2010).

Lal'in (2014) hemşirelerde tükenmişlik düzeyi ve iş doyumunu belirlemek üzere yapmış olduğu çalışma sonrasında, hemşirelerin büyük bir bölümünün 18-36 yaş arasında yer aldığı, hemşirelerin ortalama 5-10 yıldır aynı hastanede çalışmakta olduğu, genç hemşirelerin tükenmişlik duygusu yaşamadığı ve iş memnuniyetsizliklerinin olmadığı, ancak uzun süredir aynı hastanede çalışan, orta yaş üzeri hemşirelerin iş doyumsuzluğu ve tükenmişlik düzeylerinin daha yüksek olduğu belirtilmiştir.

Acil servis hastanesinin diğer bölümleriyle karşılaştırıldığında çok sayıda hastanın aynı anda başvurduğu, hastaya uygulanacak müdahalelerin aciliyet gerektirdiği, bireyin bakım ve tedavisi ile ilgili kararların çok kısa bir süre içerisinde alındığı, hasta ve yakınlarının stres düzeyinin oldukça yüksek olduğu bir bölümdür. Bununla birlikte yoğun çalışma koşullarına sahip olan acil servis ortamında etik bir problemin yaşanmaması için sağlık bakım profesyonellerine özellikle de hemşirelere önemli görevler düşmektedir. Acil serviste çalışan hemşirelerin bakımı altındaki birey

ve ailesini anlamaya çalışarak, onlara şefkatli bir şekilde karşılık vermeleri yani etik duyarlılıklarının gelişmiş olması son derece önemlidir. Bu doğrultuda hem sağlık bakım hizmetlerinin alıcısı olan birey ve yakınlarının memnuniyetinin artırılabilmesi hem de sağlık bakım hizmetlerinin kalitesinin yükseltilebilmesi için acil serviste çalışan hemşirelerin tükenmişlik ve iş doyumu düzeylerinin etik duyarlılık düzeyleri ile ilişkisinin belirlenmesi büyük önem arz etmektedir.



3. MATERYAL VE METOT

3.1. Araştırmanın Şekli

Bu araştırma Tokat Kamu Hastaneler Birliği ve Tokat Halk Sağlığı Müdürlüğü'ne bağlı hastanelerin acil servisleri ile Gaziosmanpaşa Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi acil servisinde çalışmakta olan hemşirelerin tükenmişlik ve iş doyumunu düzeylerinin etik duyarlılıkla ilişkisini belirlemek amacıyla yapılan kesitsel bir çalışmadır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma 24/07/2015-28/04/2016 tarihleri arasında Tokat Kamu Hastaneler Birliği ve Tokat Halk Sağlığı Müdürlüğü'ne bağlı hastanelerin acil servisleri ile Gaziosmanpaşa Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi acil servisinde çalışmakta olan hemşirelerin katılımıyla gerçekleştirilmiştir. Tokat merkez ve ilçelerinde Tokat Kamu Hastaneler Birliği'ne bağlı 7 hastane ve Tokat Halk Sağlığı Müdürlüğü'ne bağlı 5 hastane olmak üzere toplam 12 hastane bulunmaktadır. Bu hastanelerin acil servislerinde 238 hemşire görev yapmaktadır. Araştırma verilerinin toplandığı diğer bir hastane olan Gaziosmanpaşa Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi acil servisinde çalışan hemşire sayısı ise 19'dur (Tablo 1).

Tablo 1. Tokat il ve ilçe hastanelerinin acil servislerinde çalışan hemşire sayısı

Sağlık Kurum Adı	Çalışan Hemşire Sayısı	Raporlu/İzinli Hemşire Sayısı	Örnekleme Oluşturan Hemşire Sayısı
Tokat Devlet Hastanesi (Yetişkin Acil)	41	3	38
Tokat Devlet Hastanesi (Çocuk Acil)	23	2	21
Turhal Devlet Hastanesi	18	1	17
Zile Devlet Hastanesi	19	1	18
Erbaa Devlet Hastanesi	21	1	20
Niksar Devlet Hastanesi	24	1	23
Almus Devlet Hastanesi	20	2	18

Tablo 1. (Devam)

Sağlık Kurum Adı	Çalışan Hemşire Sayısı	Raporlu/İzinli Hemşire Sayısı	Örnekleme Oluşturan Hemşire Sayısı
Reşadiye Devlet Hastanesi	13	2	11
Pazar Devlet Hastanesi	10	1	9
Sulusaray Devlet Hastanesi	12	2	10
Yeşilyurt Devlet Hastanesi	13	1	12
Artova Devlet Hastanesi	13	1	12
Başçiftlik Devlet Hastanesi	11	2	9
Gaziosmanpaşa Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi	19	1	18
Toplam	257	21	236=%91,82

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme

Araştırmanın evrenini Tokat Kamu Hastaneler Birliği ve Tokat Halk Sağlığı Müdürlüğü'ne bağlı hastanelerin acil servisleri ile Gaziosmanpaşa Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi acil servisinde çalışmakta olan toplam 257 hemşire oluşturmuştur. Araştırma, çalışmaya katılmaya istekli ve gönüllü olan hemşirelerin katılımıyla gerçekleştirilmiştir. Bu hastanelerin acil servislerinde çalışan hemşirelerin tamamına ulaşılması hedeflenmiş ancak yıllık izinde ve doğum izninde olan 21 hemşireye ulaşılabilmesi nedeniyle araştırma 236 hemşirenin katılımıyla tamamlanmıştır (%91,82).

3.4. Verilerin Toplanması

Veriler araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda (Pekcan, 2007; Akbolat ve Işık, 2008; Günüşen ve Üstün, 2008; Kebapçı, 2010; Karahaliloğlu, 2013; Köktürk, 2013; Tazegün, 2013) geliştirilen hemşirelerin sosyo-demografik ve mesleki

özelliklerini tanıtıcı bilgi formu ile “Ahlaki Duyarlılık Anketi”, “Maslach Tükenmişlik Ölçeği” ve “Minnesota İş Doyum Ölçeği” kullanılarak toplanmıştır.

Anket formu 10 kişilik bir hemşire grubunda ön uygulama yapılarak test edilmiş, anlaşılmayan ya da eksik olan sorular belirlenip düzeltilmiş; pilot çalışma sonrasında taslağa son şekli verilerek araştırma grubuna uygulanmıştır. Veriler hemşireler ile yüz yüze görüşme yöntemiyle araştırmacı tarafından toplanmıştır.

Araştırmaya katılan hemşirelere çalışma hakkında bilgi verilip bilgilendirilmiş onamları alındıktan sonra tanıtıcı bilgi formu ve ölçekler hemşirelere uygulanmıştır. Yaklaşık olarak veri toplama süresi 15-20 dakika sürmüştür. Hemşirelere araştırmaya katılıp katılmama konusundaki kararın tamamen kendilerine ait olduğu, anket formuna isimlerinin yazılmayacağı ve bu çalışmadan toplanacak verilerin sadece araştırma kapsamında kullanılacağı belirtilmiştir.

3.5. Veri Toplama Araçları

3.5.1. Hemşireleri Tanıtıcı Bilgi Formu

Araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda hazırlanan hemşireleri tanıtıcı bilgi formu, hemşirelerin sosyo-demografik bilgilerini içeren 6 soru (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, aile yapısı, gelir durumu), mesleki özelliklerini içeren 13 soru (çalıştığı servis, servisteki görevi, hemşire olarak kaç yıldır çalıştığı, acil servisteki çalışma süresi, acil serviste çalışan toplam hemşire sayısı, hastanedeki çalışma statüsü, mesleğini sevme durumu, çalıştığı servisten memnun olma durumu, çalışma şekli, haftada toplam kaç saat çalıştığı, günlük ortalama bakım verilen hasta sayısı, iş yaşam kalitesini nasıl değerlendirdiği, çalıştığı kurumdaki iş doyum düzeyi) ve etik ile ilgili 4 soru (etik ile ilgili bir eğitim alma durumu, mesleki yaşantısında etik bir problemle karşılaşma durumu, etik ile ilgili düzenli olarak takip ettiği bir yayın bulunma durumu vb.) olmak üzere toplam 23 sorudan oluşmaktadır.

3.5.2. Ahlaki Duyarlılık Anketi

Ahlaki Duyarlılık Anketi (ADA) etik karar verme sürecinde etik duyarlılığı ölçmek amacıyla Kim Lutzen tarafından geliştirilmiş, 1994 yılında Karolinska Hemşirelik Enstitüsü'nde (İsveç-Stokholm) ilk olarak psikiyatri kliniğinde daha sonra da diğer birimlerde çalışan hekim ve hemşirelerde kullanılmış olan bir ölçektir (Lutzen

ve ark., 1997; Lutzen ve ark., 2000). Türkiye’de ölçeğin geçerlik ve güvenilirlik çalışması 2005 yılında Tosun tarafından yapılmıştır (Tosun, 2005). ADA toplam 30 maddeden oluşan likert tipi bir ölçüm aracıdır (Tablo 2). Bu ölçek Otonomi (10, 12, 15, 16, 21, 24, 27. maddeler), Yarar Sağlama (2, 5, 8, 25. maddeler), Bütüncül Yaklaşım (1,6,18,29,30. maddeler), Çatışma (9,11,14. maddeler), Uygulama (4,17,20,28. maddeler), Oryantasyon (7,13,19,22. maddeler) olmak üzere 6 alt boyuttan oluşmaktadır. Ayrıca Lutzen’in yaptığı faktör analizi sonucuna göre bu ölçekte yer alan 3, 23, ve 26. maddeler herhangi bir alt boyut kapsamında yer almamaktadır (Lutzen ve ark., 1997; Lutzen ve ark., 2000).

Tablo 2. Ahlaki Duyarlılık Anketi maddeleri ve alt boyutları

Alt Boyut	Madde No	
Otonomi	10	Hastaların bakım tedavisinde kesin ilkelere sahip olmanın önemli olduğuna inanırım.
	12	Hastanın kişisel geçmişi ile ilgili bilgiye sahip değilsem, standart işlem/prosedürlere güvenirim.
	15	Hasta karşı çıksa bile, her zaman en iyi yaklaşımlar konusunda inandığım bilgiler doğrultusunda hareket ederim.
	16	Çoğu kez bakım/tedavinin hasta için karar vermeyi de içerdiğine inanırım.
	21	Bir hasta istemi dışında hastaneye yatmayı/tedaviyi ret ettiğinde izleyeceğim bir takım kurallarımın olması önemlidir.
	24	Hastanın isteği dışında hastaneye yatırılmış ise, hastanın arzusuna karşı, hareket etmeye hazırlıklı olmam gerekir.
	27	Neyin doğru olduğuna karar vermenin güç olduğu durumlarda ne yapılması gerektiğini meslektaşlarıma danışırım.
Yarar Sağlama	2	Hastalarımda bir iyileşme görmezsem, işimin hiçbir anlamı olmadığını düşünürüm.
	5	Hastanın güvenini kaybedersem hemşire/hekim olarak işimin anlamını yitirdiğini düşünürüm.
	8	Hastanın hastalığını anlama/kavrama eksikliği varsa az da olsa onun için yapabileceğim bir şeyler vardır.
	25	Hastanın karşı çıkması halinde iyi bir bakım/tedavi vermenin zor olduğunu düşünüyorum.

Tablo 2. (Devam)

Alt Boyut	Madde No	
Bütüncül Yaklaşım	1	Sağlık çalışanı olarak sorumluluğum, hastanın durumu hakkında bilgi sahibi olmaktır.
	6	Güç bir karar vermek zorunda kaldığımda, hastaya karşı dürüst olmak her zaman önemlidir.
	18	Doğru karar verip vermediğimi her şeyden çok hastanın yanıtı belirler.
	29	Bir hemşire/hekim olarak servisimde bulunan hastaların ne tarz bir özel bakım/televi alma hakkına sahip olduğunu her zaman bilmem gerekir.
	30	Hastanın hastalığını anlamasında/kavramasında, yardım etmede başarılı olmasam bile mesleki rolümü anlamlı bulurum.
Çatışma	9	Hastaya nasıl yaklaşmam gerektiği konusunda sıklıkla çelişkiler yaşıyorum.
	11	Etik olarak doğru eylemin ne olduğuna karar vermekte zorlandığım durumlar sıklıkla karşılaşıyorum.
	14	Hastanın kendisi hakkında karar vermesine ilişkin durumlarda sıklıkla karşılaşıyorum.
Uygulama	4	Hastanın isteği dışında bir karar verme ihtiyacı hissettiğim zaman, hasta için en yararlı olduğuna inandığım şeyi yaparım.
	17	Ne yapacağım konusunda emin olmadığımda çoğunlukla diğer sağlık çalışanlarının hasta hakkındaki bilgilerine güvenerek hareket ederim.
	20	Etik açıdan doğru ya da yanlış olanı bilmekte zorlandığım durumlarda teorik bilgilerden daha çok kendi deneyimlerimi yararlı bulurum.
	28	Hasta için zor bir karar almak zorunda kaldığımda çoğu zaman kendi duygularıma güvenirim.
Oryantasyon	7	İyi bir bakımın, hastanın kendi seçimine saygıyı içerdiğine inanırım.
	13	Bakım/televi uygulamalarında sağlık çalışanı-hasta ilişkisinin çok önemli bir bileşen olduğuna inanırım.
	19	Norm ve değerlerimi sıklıkla eylemlerime yansıtırım.
	22	İyi bir hasta bakım/televisininin hasta katılımını içerdiğine inanırım.
Sınıflandırılmayan madde	3	Yaptığım her girişimde hastadan olumlu bir yanıt almak benim için önemlidir.
	23	Hastanın katılımı olmaksızın karar vermek zorunda kaldığım hoş olmayan durumlarda sıklıkla karşılaşıyorum.
	26	Oral tedavi hasta tarafından reddedildiğinde, hastaya enjeksiyon yapmakla tehdit etmenin bazen geçerli nedenleri vardır.

Likert tipte bir ölçek olan Ahlaki Duyarlılık Anketi'ndeki ifadeler 1 puan (tamamen katılıyorum) ile 7 puan (hiç katılmıyorum) arasında derecelendirilmektedir. Bu ifadelerde 1 puan tamamen katılma yönünde yüksek duyarlılığı, 7 puan hiç katılmıyorum yönünde ki düşük duyarlılığı ifade etmektedir. Bu ölçekten alınabilecek en düşük puan 30, en yüksek puan ise 210'dur. Düşük puan yüksek etik duyarlılığa, yüksek puan düşük etik duyarlılığa işaret etmektedir. Tosun yapmış olduğu çalışmada Ahlaki Duyarlılık Anketi'nin Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısını 0,84 olarak bulmuştur. Tosun yapmış olduğu çalışmada Ahlaki Duyarlılık Anketi'nin test-tekrar test

korelasyon katsayısının 0,81 ile 0,99 arasında değiştiğini, toplamda 0,98 olduğunu bildirmiştir. Bu çalışmada ise Ahlaki Duyarlılık Anketi'nin Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısı 0,83 olarak bulunmuştur. Ahlaki Duyarlılık Anketi'nin kullanımı için Tosun'dan izin alınmıştır (Ek-7).

3.5.3. Maslach Tükenmişlik lği

Maslach Tükenmişlik lği (MT), Maslach ve Jackson tarafından, bireylerin mesleğe ilişkin olarak, “Duygusal Tükenme”, “Duyarsızlaşma” ve “Kişisel Başarı” düzeyini belirlemeye yönelik olarak geliştirilmiş olan bir ölçektir (Maslach ve Jackson, 1981). Ölçeğin hemşireler için Türkçe uyarlaması, geçerlilik ve güvenilirlik alışması Ergin tarafından yapılmıştır (Ergin, 1993). Maslach Tükenmişlik leği 22 madde ile Duygusal Tükenme, Duyarsızlaşma ve Kişisel Başarı olmak üzere 3 alt boyuttan oluşan beşli likert tipi bir ölçektir. Maslach Tükenmişlik leğindeki tüm maddelerle ilgili olarak yaşanan duygular “0”dan “4” e kadar değişen puanlamaların sonuçlarına dayanılarak “0=Hibir zaman”, “1=ok nadir”, “2=Bazen”, “3=oğu zaman” ve “4=Her zaman” olarak değerlendirilmektedir. Ölçekten alınabilecek minimum puan 0, maximum puan ise 88'dir. Bu ölçekten alınan puan arttıkça tükenmişlik düzeyinin de arttığı kabul edilmektedir.

Duygusal Tükenme (DT): Çalışanların yorgunluk ve duygusal yönden kendilerini aşırı yıpranmış hissetmelerini ortaya çıkarmayı hedefleyen tükenme alt boyutu, 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20. maddelerin toplanması ile bulunmaktadır. Ölçeğin bu alt boyutundan alınabilecek minimum puan 0, maximum puan 36 dır. Puanlar arttıkça duygusal tükenmenin de arttığı kabul edilmektedir.

Duyarsızlaşma (DY): Maslach tarafından “Hizmet alanlara karşı uzaklaşmış, katı, hatta insancıl olmayan tarzda yanıt” olarak tanımlanan bu alt boyut, 5, 10, 11, 15, 22. maddelerin puanlarının toplanması ile bulunmaktadır. Ölçeğin bu alt boyutundan alınabilecek minimum puan 0, maximum puan 20 dir. Puanların artması duyarsızlaşma düzeyinin de arttığını göstermektedir.

Kişisel Başarı (KB): Kişinin kendini olumsuz değerlendirmesi, kişisel başarı yoksulluğu, kişisel başarı yeterliliği ve başarı ile sorunların üstesinden gelmesini ifade eden bu alt boyut, 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21. maddelerin puanlarının toplanması ile

bulunmaktadır. Ölçeğin bu alt boyutundan alınabilecek minimum puan 0, maximum puan 32'dir. Puanlar arttıkça kişisel başarı düzeyinin düştüğü kabul edilmektedir.

Ergin yapmış olduğu çalışmada üç alt boyuta ilişkin Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısını Duygusal Tükenme için 0,83, Duyarsızlaşma için 0,65, Kişisel Başarı için 0,72 olarak bulmuştur. Ölçeğin alt boyutlarına ilişkin tekrar-test tekrar güvenilirlik katsayılarını ise Duygusal Tükenme için 0,83, Duyarsızlaşma için 0,72, Kişisel Başarı için 0,67 olarak bildirmiştir (Ergin, 1993). Bu çalışmada ise Maslach Tükenmişlik Ölçeği'nin Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısı 0,82 olarak bulunmuştur. Maslach Tükenmişlik Ölçeği alt boyutlarından Duygusal Tükenme alt boyutu Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısı 0,81, Duyarsızlaşma alt boyutu Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısı 0,73, Kişisel Başarı alt boyutu Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısı 0,62 olarak belirlenmiştir. Maslach Tükenmişlik Ölçeği'nin kullanımı için Ergin'den izin alınmıştır (Ek-8).

3.5.4. Minnesota İş Doyum Ölçeği

Minnesota İş Doyum Ölçeği (MİDÖ) Weiss ve arkadaşları tarafından iş doyumunu ölçmek amacıyla geliştirilmiş olan bir ölçektir (Weiss ve ark., 1967). Türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışması Baycan (1985) tarafından yapılmıştır (Baycan, 1985). Minnesota İş Doyum Ölçeği, içsel ve dışsal doyum faktörlerini ortaya çıkarıcı özelliklere sahip olan, 20 maddeden oluşan 5'li Likert tipi bir ölçektir. Yaşanan duygu ve durumları içeren 1'den 5'e kadar değişen puanlamaların sonuçlarına dayanılarak değerlendirme yapılmaktadır. Ölçek maddelerinin sıklığı ise "1=İşimden hiç memnun değilim", "2=işimden memnun değilim", "3=işimle ilgili kararsızım", "4=işimden memnunum" ve "5=işimden çok memnunum" ifadeleri ile değerlendirilmektedir.

Minnesota İş Doyum Ölçeğini yorumlamak için persantil puanlar kullanılmaktadır. Bireyin yanıtları doğrultusunda her bir soru için verilmiş olan ağırlıklı puan toplanarak ham puan elde edilmektedir. Persantil değerinin 75'in üzerinde olması yüksek iş doyumunu, 25'in altında olması düşük iş doyumunu göstermektedir. 26-74 arasındaki persantil puanları ise normal iş doyumunu ifade etmektedir. Minnesota İş Doyum Ölçeğinin üç alt boyutu bulunmaktadır.

Genel Doyum (GD) : Genel doyum, içsel ve dışsal doyum faktörlerini içeren tüm maddelerden (20) alınan toplam puanın 20'ye bölünmesi ile bulunmaktadır. Bu

ölçekten alınabilecek minimum puan 20, maximum puan 100'dür. Puanlar arttıkça iş doyum düzeyinin de yükseldiği kabul edilmektedir.

İçsel Doyum (İD) : Yapılan işin özelliklerinden sağlanan doyumdur. Başarı, tanınma, takdir edilme, işin kendisi, sorumluluğu, yükselme ve terfi olanakları gibi işin içsel niteliğine ilişkin öğelerden oluşmaktadır. İçsel doyum puanı içsel faktörleri oluşturan maddelerden (1, 2, 3, 4, 7, 8, 9, 10, 11, 15, 16, 20) alınan puanların toplamının 12'ye bölünmesi ile bulunmaktadır. Ölçeğin bu alt boyutundan alınabilecek minimum puan 12, maximum puan 60'dır. Puanlar arttıkça içsel doyumunda arttığı kabul edilmektedir.

Dışsal Doyum (DD) : İş ortamının özelliklerinin etkilediği doyumdur. Kurum politikası, yönetim ve denetim şekli, çalışma arkadaşları ve astlar ile ilişkiler, çalışma koşulları, ücret gibi işin öğelerinden oluşmaktadır. Dışsal doyum puanı dışsal faktörleri oluşturan maddelerden (5, 6, 12, 13, 14, 17, 18, 19) alınan puanların toplamının 8'e bölünmesi ile bulunur. Ölçeğin bu alt boyutundan alınabilecek minimum puan 8, maximum puan ise 40'dır. Puanların artması dışsal doyumun arttığını göstermektedir. Baycan yapmış olduğu çalışmada Minnesota İş Doyum Ölçeği'nin Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısı 0,77 olarak bulunmuştur (Baycan, 1985). Bu çalışmada ise Minnesota İş Doyum Ölçeği Genel Doyum Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısı 0,78 olarak belirlenmiştir. Minnesota İş Doyum Ölçeği alt boyutlarından İçsel Doyum alt boyutu Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısı 0,72, Dışsal Doyum alt boyutu Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısı 0,71 olarak bulunmuştur. Minnesota İş Doyum Ölçeği'nin kullanımı için Baycan'dan izin alınmıştır (Ek-9).

3.6. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin tükenmişlik ve iş doyum düzeylerinin etik duyarlılıkla ilişkisini ortaya çıkaran verilerin istatistiksel analizi, bilgisayar ortamında SPSS 23 paket programı kullanılarak yapılmıştır. Verilerin analizinde frekans, yüzde, ortalama, standart sapma, ortanca (min-max), normallik testi (Shapiro Wilk) ile birlikte normal dağılım göstermeyen verilerin analizinde Kruskal Wallis ve Mann Whitney U testi, değişkenler arasındaki ilişkilerin incelenmesinde parametrik olmayan yöntemlerden Spearman korelasyon testinden yararlanıldı.

Ölçeklerin güvenilirliğini belirlemek için Cronbach Alpha yöntemi kullanıldı. Anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak alındı.

3.7. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmaya Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurul (23.07.2015/ sayı; B.30.2.ODM.020.08/1850) onayı alındıktan sonra başlanmıştır. Verileri toplamak amacıyla, çalışmanın yapılacağı hastanelerdeki yöneticilerden ve üniversite hastane yönetiminden yazılı ve araştırma kapsamına alınan hemşirelerden bilgilendirilmiş onam alınmıştır (Ek-5).

3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın sınırlılıkları;

- ✓ Hemşirelerin tükenmişlik ve iş doyumunu düzeylerinin etik duyarlılıkla ilişkisini ortaya koyan verilerin hemşirelerin kendi bildirimlerine dayanmış olması ve bu konuda gözlem yapılamaması
- ✓ Doğum izni ve yıllık izinde olan hemşirelerin çalışmaya dahil edilememesi
- ✓ Acil servisteki hemşirelerin eğitim, deneyim, bilgi ve beceri yönünden farklı özelliklere sahip olması.

4. BULGULAR

4.1. Acil Serviste Çalışan Hemşirelerin Sosyo-demografik Özellikleri ile Çalışma Yaşamına İlişkin Bulgular

Tablo 3. Hemşirelerin sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı (N=236)

Özellikler		n	%
Yaş grupları 28,4±6,0	18-28 yaş	135	57,2
	29-39 yaş	86	36,4
	40 yaş ve üstü	15	6,4
Cinsiyet	Kadın	124	52,5
	Erkek	112	47,5
Medeni durum	Evli	126	53,4
	Bekar	110	46,6
Eğitim düzeyi	Sağlık meslek lisesi	65	27,5
	Önlisans	33	14,0
	Lisans	126	53,4
	Yüksek lisans	12	5,1
Aile yapısı	Geniş aile	22	9,3
	Çekirdek aile	214	90,7
Gelir durumu	Gelir giderden az	33	14,0
	Gelir gidere eşit	164	69,5
	Gelir giderden fazla	39	16,5

Hemşirelerin sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı Tablo 3'te sunulmuştur. Araştırmaya katılan hemşirelerin %52,5'ini kadınların, %47,5'ini erkeklerin oluşturduğu, %53,4'ünün evli, %46,6'sının bekar olduğu, %27,5'inin sağlık meslek lisesi, %14'ünün ön lisans, %53,4'ünün lisans mezunu olduğu, %69,5'inin gelirlerinin giderlerine eşit olduğu ve %90,7'sinin çekirdek aile yapısına sahip olduğu belirlenmiştir (Tablo 3). Hemşirelerin yaş ortalaması 28,4±6,0 yıl, hemşirelerin çalışma yılı ortalaması 6,8±5,6 yıl, acil serviste çalışma yılı ortalaması 4,5±4,0 yıl, serviste çalışan toplam hemşire sayısı ortalaması 21,1±7,8, haftalık toplam çalışma saati ortalaması 50,1±9,4 saat ve günlük bakım verilen toplam hasta sayısı ortalaması 253,8±136,6 olarak belirlendi.

Tablo 4. Hemşirelerin çalışma yaşamına ilişkin özelliklerinin dağılımı (N=236)

Özellikler		N	%
Acil servisteki görevi	Servis hemşiresi	224	94,9
	Servis sorumlu hemşiresi	12	5,1
Hastanedeki çalışma statüsü	Kadrolu	175	74,2
	Sözleşmeli	61	25,8
Mesleğini sevme durumu	Seviyor	93	39,4
	Sevmiyor	87	36,9
	Kararsız	56	23,7
Çalıştığı servisten memnun olma durumu	Memnun	65	27,6
	Memnun değil	56	23,7
	Kısmen memnun	115	48,7
Çalışma şekli	Sürekli gündüz	24	10,2
	Vardiyalı	212	89,8
İş yaşam kalitesini değerlendirme durumu	Çok iyi	11	4,7
	İyi	120	50,8
	Kötü	86	36,4
	Çok kötü	19	8,1
Çalıştıkları kurumda iş doyum düzeyleri	Çok iyi	1	0,4
	İyi	39	16,5
	Orta	112	47,5
	Kısmen kötü	44	18,6
	Kötü	40	17,0
Hemsirelik eğitimi sırasında etik ile ilgili eğitim alma durumu	Evet	216	91,5
	Hayır	20	8,5
Mezunivet sonrası etik ile ilgili eğitim alma durumu	Evet	93	39,4
	Hayır	143	60,6
Etik bir problemle karşılaşma durumu	Evet	185	78,4
	Hayır	51	21,6
Etik ile ilgili yayın takip etme durumu	Evet	16	6,8
	Hayır	220	93,2

Hemşirelerin çalışma yaşamına ilişkin özelliklerinin dağılımı Tablo 4'te sunulmuştur. Hemşirelerin %94,9'unun servis hemşiresi olarak görev yaptığı, %74,2'sinin kadrolu olarak çalıştığı, %39,4'ünün mesleğini sevdiği, %48,7'sinin çalıştığı servisten kısmen memnun olduğu, %89,8'inin vardiyalı çalıştığı, %50,8'inin iş yaşam kalitesini iyi olarak değerlendirdiği, %47,5'inin çalıştıkları kurumda iş doyumlarını orta düzey olarak tanımladıkları, %91,5'inin hemşirelik eğitimi sırasında etik ile ilgili bir eğitim aldığı, %60,6'sının mezuniyet sonrası etik ile ilgili bir eğitime katılmadığı, %78,4'ünün etik bir problemle karşılaştığı ve yalnızca %6,8'inin etik ile ilgili bir yayın takip ettiği belirlenmiştir.

4.2. Ahlaki Duyarlılık Anketi'ne (ADA) İlişkin Bulgular

Tablo 5. Ahlaki Duyarlılık Anketi toplam ve alt boyut ortalama, standart sapma ve ortanca puan değerleri

ADA Alt Boyutları	Madde Sayısı	$\bar{x} \pm S.S.$	Ortanca	Min-Max
Otonomi	7	22,8 \pm 5,8	22,0	8-38
Yarar sağlama	4	14,5 \pm 3,8	15,0	4-22
Bütüncül Yaklaşım	5	15,8 \pm 4,6	15,0	6-31
Çatışma	3	12,3 \pm 2,5	12,0	5-18
Uygulama	4	12,9 \pm 3,4	13,0	6-22
Oryantasyon	4	12,1 \pm 4,2	12,0	4-24
Toplam	27	90,4 \pm 18,1	89,0	48-138

\bar{x} :Aritmetik Ortalama

S.S.:Standart Sapma

Min.:Minimum

Max.:Maksimum

Ahlaki Duyarlılık Anketi toplam ve alt boyut ortalama, standart sapma ve ortanca puan değerleri Tablo 5'te verilmiştir. ADA toplam puan ortalaması 90,4 \pm 18,1'dir. ADA alt boyutlarından otonomi, yarar sağlama, bütüncül yaklaşım, çatışma, uygulama ve oryantasyon ortalama ve standart sapma değerleri sırasıyla 22,8 \pm 5,8, 14,5 \pm 3,8, 15,8 \pm 4,6, 12,3 \pm 2,5, 12,9 \pm 3,4 ve 12,1 \pm 4,2 olarak belirlendi. ADA

ortanca puan değeri 89,0(48-138)'dir. ADA alt boyutlarından otonomi, yarar sağlama, bütüncül yaklaşım, çatışma, uygulama ve oryantasyon ortanca puan değerleri sırasıyla 22,0(8-38), 15,0(4-22), 15,0(6-31), 12,0(5-18), 13,0(6-22) ve 12,0(4-24)'dir.



Tablo 6. Hemşirelerin sosyo-demografik özellikleri ile Ahlaki Duyarlılık Anketi ortanca puan değerlerinin karşılaştırılması

Özellikler		Otonomi	Yarar Sağlama	Bütüncül Yaklaşım	Çatışma	Uygulama	Oryantasyon	Toplam
Yaş grupları	18-28 yaş	22(13-38)	15(6-22)	15(6-29)	12(6-18)	12(6-22)	13(4-22)	89(56-138)
	29-39 yaş	23(8-33)	15(4-22)	15(6-26)	12(5-17)	13,5(7-21)	12(4-19)	90(48-132)
	40 yaş ve üstü	17(10-33)	16(5-21)	16(8-31)	13(7-16)	14(7-20)	9(6-24)	82(56-135)
Test istatistiği p değeri		$\chi^2=1,4$ p=0,505	$\chi^2=0,6$ p=0,736	$\chi^2=0,1$ p=0,986	$\chi^2=1,2$ p=0,557	$\chi^2=0,9$ p=0,625	$\chi^2=1,6$ p=0,453	$\chi^2=0,3$ p=0,844
Cinsiyet	Kadın	22(10-34)	15(6-22)	15(6-31)	12(5-18)	13(6-21)	12(4-24)	88,5(50-138)
	Erkek	22(8-38)	14,5(4-21)	16(6-28)	12(8-17)	13(6-22)	13(4-22)	90(48-135)
Test istatistiği p değeri		U=6788,5 p=0,766	U=6817,0 p=0,808	U=6292,0 p=0,212	U=6589,0 p=0,494	U=6862,5 p=0,876	U=6259,5 p=0,190	U=6590,5 p=0,500
Medeni Durum	Evli	22(10-38)	15(5-22)	15(7-27)	12,5(5-17)	12,5(6-21)	12(4-22)	89(53-135)
	Bekar	23(8-35)	15(4-22)	15,5(6-31)	12(6-18)	13(6-22)	13(4-24)	89,5(48-138)
Test istatistiği p değeri		U=6260,0 p=0,200	U=6507,5 p=0,418	U=6422,0 p=0,330	U=6101,0 p=0,110	U=6763,0 p=0,749	U=6486,5 p=0,395	U=6708,5 p=0,672
Eğitim durumu	Sağlık meslek lisesi	23(10-35)	16(5-21)	15(8-28)	12(6-17)	12(6-22)	13(4-20)	90(59-132)
	Ön lisans	23(8-31)	15(4-22)	17(8-29)	12(7-18)	14(7-20)	11(4-20)	99(53-138)
	Lisans	22(10-38)	15(5-21)	15(6-27)	12(5-17)	13(6-21)	12(4-22)	88(48-135)
	Yüksek lisans	21,5(14-31)	15(9-19)	15(11-31)	13(9-17)	12(7-18)	12(4-24)	88,5(68-129)
Test istatistiği p değeri		$\chi^2=0,3$ p=0,969	$\chi^2=2,7$ p=0,448	$\chi^2=0,8$ p=0,840	$\chi^2=1,4$ p=0,707	$\chi^2=3,6$ p=0,305	$\chi^2=1,7$ p=0,636	$\chi^2=0,5$ p=0,926

Tablo 6. (Devam)

Özellikler		Otonomi	Yarar Sağlama	Bütüncül Yaklaşım	Çatışma	Uygulama	Oryantasyon	Toplam
Aile yapısı	Geniş aile	26,5(15-35)	16(9-21)	16(7-23)	12,5(5-17)	14(9-22)	12,5(7-20)	100,5(58-129)
	Çekirdek aile	22(8-38)	15(4-22)	15(6-31)	12(6-18)	13(6-20)	12(4-24)	89(48-138)
Test istatistiği p değeri		U=1696,5 p=0,031	U=2048,0 p=0,314	U=2010,0 p=0,258	U=2047,0 p=0,310	U=1948,0 p=0,181	U=2133,0 p=0,467	U=1787,5 p=0,063
Gelir Durumu	Gelir giderden az	22(13-34)	15(6-21)	14(10-27)	12(5-17)	12(6-21)	13(6-20)	88(60-135)
	Gelir gidere eşit	22,5(8-38)	15(4-22)	16(6-31)	12(6-18)	13(6-22)	12(4-24)	89(48-138)
	Gelir giderden fazla	23(13-32)	15(6-22)	15(6-24)	12(9-17)	14(7-20)	12(4-18)	90(56-117)
Test istatistiği p değeri		$\chi^2=0,576$ p=0,750	$\chi^2=0,005$ p=0,998	$\chi^2=1,510$ p=0,470	$\chi^2=0,112$ p=0,945	$\chi^2=0,856$ p=0,652	$\chi^2=0,330$ p=0,848	$\chi^2=0,134$ p=0,935

U: Mann Whitney U test istatistiği, χ^2 : Kruskal Wallis test istatistiği

Hemşirelerin sosyo-demografik özellikleri ile Ahlaki Duyarlılık Anketi ortanca puan değerleri Tablo 6'da karşılaştırılmıştır. Elde edilen bulgular doğrultusunda Ahlaki Duyarlılık Anketi otonomi alt boyutu ortanca puan değerinin hemşirelerin aile yapısına göre (U=1696,5, p=0,031) farklılık gösterdiği belirlendi. Geniş aileye sahip hemşirelerde otonomi ortanca puan değeri 26,5, çekirdek aileye sahip hemşirelerde otonomi ortanca puan değeri 22 olarak saptandı. Ahlaki Duyarlılık Anketi otonomi alt boyutu ortanca puan değerinin hemşirelerin yaş ($\chi^2=1,4$, p=0,505), cinsiyet (U=6788,5, p=0,766), medeni durum (U=6260,0, p=0,200), eğitim durumu ($\chi^2=0,3$, p=0,969) ve gelir durumlarına ($\chi^2=0,576$, p=0,750) göre farklılık göstermediği belirlendi (Tablo 6).

Ahlaki Duyarlılık Anketi yarar sağlama alt boyutu ortanca puan değerinin hemşirelerin yaş ($\chi^2=0,6$, p=0,736), cinsiyet (U=6817,0, p=0,808), medeni durum (U=6507,5, p=0,418), eğitim durumu ($\chi^2=2,7$, p=0,448), aile yapısı (U=2048,0, p=0,314) ve gelir durumlarına ($\chi^2=0,005$, p=0,998) göre farklılık göstermediği belirlendi (Tablo 6).

Ahlaki Duyarlılık Anketi bütüncül yaklaşım alt boyutu ortanca puan değerinin hemşirelerin yaş ($\chi^2=0,1$, p=0,986), cinsiyet (U=6292,0, p=0,212), medeni durum (U=6422,0, p=0,330), eğitim durumu ($\chi^2=0,8$, p=0,840), aile yapısı (U=2010,0, p=0,258) ve gelir durumlarına ($\chi^2=1,510$, p=0,470) göre farklılık göstermediği belirlendi (Tablo 6).

Ahlaki Duyarlılık Anketi çatışma alt boyutu ortanca puan değerinin hemşirelerin yaş ($\chi^2=1,2$, p=0,557), cinsiyet (U=6589,0, p=0,494), medeni durum (U=6101,0, p=0,110), eğitim durumu ($\chi^2=1,4$, p=0,707), aile yapısı (U=2047,0, p=0,310) ve gelir durumlarına ($\chi^2=0,112$, p=0,945) göre farklılık göstermediği belirlendi (Tablo 6).

Ahlaki Duyarlılık Anketi uygulama alt boyutu ortanca puan değerinin hemşirelerin yaş ($\chi^2=0,9$, p=0,625), cinsiyet (U=6862,5, p=0,876), medeni durum (U=6763,0, p=0,749), eğitim durumu ($\chi^2=3,6$, p=0,305), aile yapısı (U=1948,0, p=0,181) ve gelir durumlarına ($\chi^2=0,856$, p=0,652) göre farklılık göstermediği belirlendi (Tablo 6).

Ahlaki Duyarlılık Anketi oryantasyon alt boyutu ortanca puan değerinin hemşirelerin yaş ($\chi^2=1,6$, p=0,453), cinsiyet (U=6259,5, p=0,190), medeni durum (U=6486,5, p=0,395), eğitim durumu ($\chi^2=1,7$, p=0,636), aile yapısı (U=2133,0,

p=0,467) ve gelir durumlarına ($\chi^2=0,330$, p=0,848) göre farklılık göstermediği belirlendi (Tablo 6).

Ahlaki Duyarlılık Anketi toplam ortanca puan değerinin hemşirelerin yaş ($\chi^2=0,3$, p=0,844), cinsiyet (U=6590,5, p=0,500), medeni durum (U=6708,5, p=0,672), eğitim durumu ($\chi^2=0,5$, p=0,926), aile yapısı (U=1787,5, p=0,063) ve gelir durumlarına ($\chi^2=0,134$, p=0,935) göre farklılık göstermediği belirlendi (Tablo 6).



Tablo 7. Hemşirelerin çalışma yaşamına ilişkin özellikleri ile Ahlaki Duyarlılık Anketi ortanca puan değerlerinin karşılaştırılması

Özellikler		Otonomi	Yarar Sağlama	Bütüncül Yaklaşım	Çatışma	Uygulama	Oryantasyon	Toplam
Acil servisteki görevi	Servis hemşiresi	22(8-38)	15(4-22)	15(6-29)	12(6-18)	13(6-22)	12(4-22)	89(48-138)
	Servis sorumlu hemşiresi	24(15-33)	16(11-21)	14,5(12-31)	11(5-15)	10,5(8-18)	14,5(5-24)	89,5(64-129)
Test istatistiği p değeri		U=1219,0 p=0,587	U=1158,5 p=0,419	U=1326,0 p=0,938	U=1186,0 p=0,489	U=1091,0 p=0,270	U=1082,0 p=0,254	U=1269,5 p=0,746
Hastanedeki çalışma statüsü	Kadrolu	22 (8-38)	15(4-22)	15(6-31)	12(5-18)	13(6-22)	12(4-24)	89 (48-138)
	Sözleşmeli	22 (14-34)	15(6-21)	16(10-28)	12(6-17)	13(6-21)	13(6-20)	91 (59-132)
Test istatistiği p değeri		U=4807,5 p=0,248	U=4965,0 p=0,415	U=4998,5 p=0,459	U=5200,0 p=0,763	U=5205,5 p=0,773	U=4702,5 p=0,165	U=4926,0 p=0,370
Mesleğini sevme durumu	Seviyor	22(10-38)	15(5-22)	14(6-31)A	12(5-18)	13(6-21)	12(4-24)A	86(53-138)A
	Sevmiyor	25(12-35)	15(5-21)	16(7-28)B	12(6-17)	13(6-22)	14(4-20)B	93(48-132)B
	Kararsız	21(8-33)	15(4-21)	16(6-26)AB	12,5(6-17)	12(6-19)	11,5(4-19)A	88,5(56-132)AB
Test istatistiği p değeri		$\chi^2=6,4$ p=0,050	$\chi^2=1,7$ p=0,417	$\chi^2=6,2$ p=0,044	$\chi^2=1,3$ p=0,514	$\chi^2=1,4$ p=0,507	$\chi^2=11,6$ p=0,003	$\chi^2=7,2$ p=0,027
Çalıştığı servisten memnun olma durumu	Memnun	21(10-35)	15(6-21)	14(7-27)A	12(6-16)	12(6-22)	12(4-19)	86(56-135)
	Memnun değil	23(12-38)	15(5-21)	15(6-28)AB	12(7-17)	13(7-19)	13(4-22)	90,5(48-132)
	Kısmen memnun	22(8-33)	15(4-22)	16(6-31)B	12(5-18)	13(6-21)	13(4-24)	90(53-138)
Test istatistiği p değeri		$\chi^2=2,6$ p=0,274	$\chi^2=0,2$ p=0,884	$\chi^2=6,6$ p=0,037	$\chi^2=0,3$ p=0,859	$\chi^2=2,6$ p=0,276	$\chi^2=5,6$ p=0,061	$\chi^2=3,8$ p=0,149

Tablo 7. (Devam)

Özellikler		Otonomi	Yarar Sağlama	Bütüncül Yaklaşım	Çatışma	Uygulama	Oryantasyon	Toplam
Çalışma şekli	Sürekli gündüz	24(13-33)	15,5(10-21)	13,5(10-31)	12(5-16)	10,5(8-20)	12,5(5-24)	88(58-135)
	Vardiya	22(8-38)	15(4-22)	15(6-29)	12(6-18)	13(6-22)	12(4-22)	89(48-138)
Test istatistiği p değeri		U=2440,0 p=0,742	U=2263,0 p=0,373	U=2446,0 p=0,757	U=2448,0 p=0,760	U=2121,5 p=0,181	U=2290,5 p=0,423	U=2469,0 p=0,813
İş yaşam kalitesini değerlendirme durumu	Çok iyi	23(13-31)	15(10-18)	15(10-22)	12(7-15)	12(7-19)	14(9-17)	88(58-117)
	İyi	23,5(10-35)	15(6-22)	16(6-31)	12(6-18)	14(6-22)	13(4-24)	91(53-138)
	Kötü	22(8-38)	15(4-21)	15(6-28)	12(5-17)	12,5(6-20)	12(4-22)	88(56-132)
	Çok kötü	21(12-34)	13(5-21)	13(7-22)	13(6-17)	12(7-19)	13(5-20)	86(48-129)
Test istatistiği p değeri		$\chi^2=2,7$ p=0,435	$\chi^2=4,4$ p=0,218	$\chi^2=6,9$ p=0,076	$\chi^2=1,2$ p=0,749	$\chi^2=2,5$ p=0,476	$\chi^2=4,5$ p=0,216	$\chi^2=3,8$ p=0,286
Çalıştıkları kurumda iş doyum düzeyleri	Çok iyi	29(29-29)	18(18-18)	22(22-22)	15(15-15)	16(16-16)	17(17-17)	117(117-117)
	İyi	23(10-38)	16(6-21)	14(6-23)	12(7-17)	13(7-19)	11(5-22)	86(58-125)
	Orta	23(10-35)	15(6-22)	16(6-31)	12(5-18)	14(6-22)	13(4-24)	90,5(53-138)
	Kısmen kötü	22(8-34)	15(4-22)	15,5(8-28)	12(6-17)	13(7-20)	13(5-19)	91,5(63-132)
	Kötü	20,5(10-34)	14(5-21)	13(7-26)	13(7-17)	12(6-18)	11,5(4-20)	84(48-132)
Test istatistiği p değeri		$\chi^2=3,8$ p=0,431	$\chi^2=5,9$ p=0,206	$\chi^2=9,9$ p=0,050	$\chi^2=2,5$ p=0,646	$\chi^2=6,9$ p=0,141	$\chi^2=10,5$ p=0,050	$\chi^2=7,8$ p=0,097

Tablo 7. (Devam)

Özellikler		Otonomi	Yarar Sağlama	Bütüncül Yaklaşım	Çatışma	Uygulama	Oryantasyon	Toplam
Hemşirelik eğitimi sırasında etik ile ilgili eğitim alma durumu	Evet	22(8-38)	15(4-22)	15(6-31)	12(5-18)	13(6-22)	13(4-24)	89,5(48-138)
	Hayır	22(10-34)	14,5(5-21)	14(8-20)	13(8-17)	12,5(8-17)	11(5-20)	83,5(60-129)
Test istatistiği p değeri		U=2109,5 p=0,863	U=2017,0 p=0,623	U=1766,0 p=0,176	U=1964,0 p=0,499	U=2019,5 p=0,629	U=1947,0 p=0,465	U=1961,0 p=0,496
Mezuniyet sonrası etik ile ilgili eğitim alma durumu	Evet	21(8-38)	15(4-22)	14(7-31)	12(5-18)	12(7-21)	11(4-24)	83(53-138)
	Hayır	24(10-35)	15(5-21)	16(6-28)	12(6-17)	13(6-22)	13(4-20)	91(48-132)
Test istatistiği p değeri		U=4729,0 p=<0,001	U=6414,5 p=0,645	U=5331,0 p=0,010	U=6634,0 p=0,976	U=6320,5 p=0,519	U=5170,0 p=0,004	U=5124,0 p=0,003
Etik bir problemle karşılaşma durumu	Evet	22(8-38)	15(4-22)	15(6-31)	12(5-18)	12(6-21)	13(4-24)	89(50-138)
	Hayır	23(10-35)	15(5-22)	16(6-27)	13(7-17)	14(6-22)	10(4-20)	91(48-135)
Test istatistiği p değeri		U=4511,5 p=0,633	U=4463,5 p=0,555	U=4585,0 p=0,758	U=3960,5 p=0,077	U=4295,0 p=0,326	U=3938,0 p=0,070	U=4628,0 p=0,836
Etik ile ilgili yayın takip etme durumu	Evet	22,5(13-29)	14,5(6-18)	14(9-24)	13(6-16)	12(6-21)	12,5(7-19)	89,5(58-110)
	Hayır	22(8-38)	15(4-22)	15(6-31)	12(5-18)	13(6-22)	12(4-24)	89(48-138)
Test istatistiği p değeri		$\chi^2=1556,5$ p=0,439	$\chi^2=1485,5$ p=0,296	$\chi^2=1610,0$ p=0,568	$\chi^2=1707,0$ p=0,839	$\chi^2=1507,0$ p=0,335	$\chi^2=1574,0$ p=0,479	$\chi^2=1664,5$ p=0,717

U: Mann Whitney U test istatistiği, χ^2 : Kruskal Wallis test istatistiği, A-B: Aynı harfe sahip gruplar arasında fark yoktur.

Hemşirelerin çalışma yaşamına ilişkin özellikleri ile Ahlaki Duyarlılık Anketi ortanca puan değerleri Tablo 7'de karşılaştırılmıştır. Elde edilen bulgular doğrultusunda Ahlaki Duyarlılık Anketi otonomi alt boyutu ortanca puan değerinin hemşirelerin mezuniyet sonrası etik ile ilgili eğitim alma durumlarına göre ($U=4729,0$, $p=<0,001$) farklılık gösterdiği belirlendi. Mezuniyet sonrası etik ile ilgili eğitim alan hemşirelerde otonomi ortanca puan değeri 21, mezuniyet sonrası etik ile ilgili eğitim almayan hemşirelerde otonomi ortanca puan değeri 24 olarak saptandı. Ahlaki Duyarlılık Anketi otonomi alt boyutu ortanca puan değerinin hemşirelerin acil servisteki görevi ($U=1219,0$, $p=0,587$), hastanedeki çalışma statüsü ($U=4807,5$, $p=0,248$), mesleğini sevme durumu ($\chi^2=6,4$, $p=0,050$), çalıştığı servisten memnun olma durumu ($\chi^2=2,6$, $p=0,274$), çalışma şekli ($U=2440,0$, $p=0,742$), iş yaşam kalitesini değerlendirme durumu ($\chi^2=2,7$, $p=0,435$), çalıştıkları kurumda iş doyum düzeyleri ($\chi^2=3,8$, $p=0,431$), hemşirelik eğitimi sırasında etik ile ilgili eğitim alma durumu ($U=2109,5$, $p=0,863$), etik bir problemle karşılaşma durumu ($U=4511,5$, $p=0,633$) ve etik ile ilgili bir yayın takip etme durumlarına ($\chi^2=1556,5$, $p=0,439$) göre farklılık göstermediği belirlendi (Tablo 7).

Ahlaki Duyarlılık Anketi yarar sağlama alt boyutu ortanca puan değerinin hemşirelerin acil servisteki görevi ($U=1158,5$, $p=0,419$), hastanedeki çalışma statüsü ($U=4965,0$, $p=0,415$), mesleğini sevme durumu ($\chi^2=1,7$, $p=0,417$), çalıştığı servisten memnun olma durumu ($\chi^2=0,2$, $p=0,884$), çalışma şekli ($U=2263,0$, $p=0,373$), iş yaşam kalitesini değerlendirme durumu ($\chi^2=4,4$, $p=0,218$), çalıştıkları kurumda iş doyum düzeyleri ($\chi^2=5,9$, $p=0,206$), hemşirelik eğitimi sırasında etik ile ilgili eğitim alma durumu ($U=2017,0$, $p=0,623$), mezuniyet sonrası etik ile ilgili eğitim alma durumu ($U=6414,5$, $p=0,645$), etik bir problemle karşılaşma durumu ($U=4463,5$, $p=0,555$) ve etik ile ilgili bir yayın takip etme durumlarına ($\chi^2=1485,5$, $p=0,296$) göre farklılık göstermediği belirlendi (Tablo 7).

Ahlaki Duyarlılık Anketi bütüncül yaklaşım alt boyutu ortanca puan değerinin hemşirelerin mesleğini sevme durumu ($\chi^2=6,2$, $p=0,044$), çalıştığı servisten memnun olma durumu ($\chi^2=6,6$, $p=0,037$) ve mezuniyet sonrası etik ile ilgili eğitim alma durumlarına göre ($U=5331,0$, $p=0,010$) farklılık gösterdiği belirlendi. Elde edilen bulgular doğrultusunda Ahlaki Duyarlılık Anketi bütüncül yaklaşım alt boyutu ortanca puan değerinin, mesleğini sevmeyenlerde ve mesleğini sevme konusunda kararsız olan

hemşirelerde, çalıştığı servisten kısmen memnun olanlarda ve mezuniyet sonrası etik ile ilgili eğitim almayanlarda daha yüksek olduğu görüldü. Ahlaki Duyarlılık Anketi bütüncül yaklaşım alt boyutu ortanca puan değerinin hemşirelerin acil servisteki görevi (U=1326,0, p=0,938), hastanedeki çalışma statüsü (U=4998,5, p=0,459), çalışma şekli (U=2446,0, p=0,757), iş yaşam kalitesini değerlendirme durumu ($\chi^2=6,9$, p=0,076), çalıştıkları kurumda iş doyum düzeyleri ($\chi^2=9,9$, p=0,050), hemşirelik eğitimi sırasında etik ile ilgili eğitim alma durumu (U=1766,0, p=0,176), etik bir problemle karşılaşma durumu (U=4585,0, p=0,758) ve etik ile ilgili bir yayın takip etme durumlarına ($\chi^2=1610,0$, p=0,568) göre farklılık göstermediği belirlendi (Tablo 7).

Ahlaki Duyarlılık Anketi çatışma alt boyutu ortanca puan değerinin hemşirelerin acil servisteki görevi (U=1186,0, p=0,489), hastanedeki çalışma statüsü (U=5200,0, p=0,763), mesleğini sevme durumu ($\chi^2=1,3$, p=0,514), çalıştığı servisten memnun olma durumu ($\chi^2=0,3$, p=0,859), çalışma şekli (U=2448,0, p=0,760), iş yaşam kalitesini değerlendirme durumu ($\chi^2=1,2$, p=0,749), çalıştıkları kurumda iş doyum düzeyleri ($\chi^2=2,5$, p=0,646), hemşirelik eğitimi sırasında etik ile ilgili eğitim alma durumu (U=1964,0, p=0,499), mezuniyet sonrası etik ile ilgili eğitim alma durumu (U=6634,0, p=0,976), etik bir problemle karşılaşma durumu (U=3960,5, p=0,077) ve etik ile ilgili bir yayın takip etme durumlarına ($\chi^2=1707,0$, p=0,839) göre farklılık göstermediği belirlendi (Tablo 7).

Ahlaki Duyarlılık Anketi uygulama alt boyutu ortanca puan değerinin hemşirelerin acil servisteki görevi (U=1091,0, p=0,270), hastanedeki çalışma statüsü (U=5205,5, p=0,773), mesleğini sevme durumu ($\chi^2=1,4$, p=0,507), çalıştığı servisten memnun olma durumu ($\chi^2=2,6$, p=0,276), çalışma şekli (U=2121,5, p=0,181), iş yaşam kalitesini değerlendirme durumu ($\chi^2=2,5$, p=0,476), çalıştıkları kurumda iş doyum düzeyleri ($\chi^2=6,9$, p=0,141), hemşirelik eğitimi sırasında etik ile ilgili eğitim alma durumu (U=2019,5, p=0,629), mezuniyet sonrası etik ile ilgili eğitim alma durumu (U=6320,5, p=0,519), etik bir problemle karşılaşma durumu (U=4295,0, p=0,326) ve etik ile ilgili bir yayın takip etme durumlarına ($\chi^2=1507,0$, p=0,335) göre farklılık göstermediği belirlendi (Tablo 7).

Ahlaki Duyarlılık Anketi oryantasyon alt boyutu ortanca puan değeri hemşirelerin mesleğini sevme durumu ($\chi^2=11,6$, p=0,003), mezuniyet sonrası etik ile ilgili eğitim alma durumlarına göre (U=5170,0, p=0,004) farklılık gösterdiği belirlendi.

Elde edilen bulgular doğrultusunda Ahlaki Duyarlılık Anketi oryantasyon alt boyutu ortanca puan değerinin mesleğini sevmeyen hemşirelerde ve mezuniyet sonrası etik ile ilgili eğitim almayan hemşirelerde daha yüksek olduğu görüldü. Ahlaki Duyarlılık Anketi oryantasyon alt boyutu ortanca puan değerinin hemşirelerin acil servisteki görevi (U=1082,0, p=0,254), hastanedeki çalışma statüsü (U=4702,5, p=0,165), çalıştığı servisten memnun olma durumu ($\chi^2=5,6$, p=0,061), çalışma şekli (U=2290,5, p=0,423), iş yaşam kalitesini değerlendirme durumu ($\chi^2=4,5$, p=0,216), çalıştıkları kurumda iş doyum düzeyleri ($\chi^2=10,5$, p=0,050), hemşirelik eğitimi sırasında etik ile ilgili eğitim alma durumu (U=1947,0, p=0,465), etik bir problemle karşılaşma durumu (U=3938,0, p=0,070) ve etik ile ilgili bir yayın takip etme durumlarına ($\chi^2=1574,0$, p=0,479) göre farklılık göstermediği belirlendi (Tablo 7).

Ahlaki Duyarlılık Anketi toplam ortanca puan değerinin hemşirelerin mesleğini sevme durumu ($\chi^2=7,2$, p=0,027), mezuniyet sonrası etik ile ilgili eğitim alma durumlarına göre (U=5124,0, p=0,003) farklılık gösterdiği belirlendi. Elde edilen bulgular doğrultusunda Ahlaki Duyarlılık Anketi toplam ortanca puan değerinin mesleğini sevmeyen hemşirelerde ve mezuniyet sonrası etik ile ilgili eğitim almayan hemşirelerde daha yüksek olduğu görüldü. Ahlaki Duyarlılık Anketi toplam ortanca puan değerinin hemşirelerin acil servisteki görevi (U=1269,5, p=0,746), hastanedeki çalışma statüsü (U=4926,0, p=0,370), çalıştığı servisten memnun olma durumu ($\chi^2=3,8$, p=0,149), çalışma şekli (U=2469,0, p=0,813), iş yaşam kalitesini değerlendirme durumu ($\chi^2=3,8$, p=0,286), çalıştıkları kurumda iş doyum düzeyleri ($\chi^2=7,8$, p=0,097), hemşirelik eğitimi sırasında etik ile ilgili eğitim alma durumu (U=1961,0, p=0,496), etik bir problemle karşılaşma durumu (U=4628,0, p=0,836) ve etik ile ilgili bir yayın takip etme durumlarına ($\chi^2=1664,5$, p=0,717) göre farklılık göstermediği belirlendi (Tablo 7).

4.3. Maslach Tükenmişlik Ölçeği'ne (MTÖ) İlişkin Bulgular

Tablo 8. Maslach Tükenmişlik Ölçeği toplam ve alt boyut ortalama, standart sapma ve ortanca puan değerleri

MTÖ Alt Boyutları	Madde Sayısı	$\bar{x} \pm S.S.$	Ortanca	Min-Max
Duygusal tükenme	9	21,9 \pm 6,5	22,0	5-36
Duyarsızlaşma	5	10,0 \pm 4,0	10,0	0-20
Kişisel başarı	8	21,0 \pm 4,5	21,0	8-32
Toplam	22	53,0 \pm 11,3	54,0	19-88

Maslach Tükenmişlik Ölçeği toplam ve alt boyut ortalama, standart sapma ve ortanca puan değerleri Tablo 8'de verilmiştir. Maslach Tükenmişlik Ölçeği toplam puan ortalaması 53,0 \pm 11,3'dür. Maslach Tükenmişlik Ölçeği alt boyutlarından duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarı ortalama ve standart sapma değerleri sırasıyla 21,9 \pm 6,5, 10,0 \pm 4,0, 21,0 \pm 4,5 olarak belirlendi. Maslach Tükenmişlik Ölçeği ortanca puan değeri 54,0(19-88)'dir. Maslach Tükenmişlik Ölçeği alt boyutlarından duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarı ortanca puan değerleri sırasıyla 22,0(5-36), 10,0(0-20), 21,0(8-32)'dir.

Tablo 9. Hemşirelerin sosyo-demografik özellikleri ile Maslach Tükenmişlik Ölçeği ortanca puan değerlerinin karşılaştırılması

Özellikler	Duygusal Tükenme	Duyarsızlaşma	Kişisel Başarı	Toplam	
Yaş	18-28 yaş	24(9-33)	10(2-20)A	21(10-29)A	55(28-77)
	29-39 yaş	20(8-34)	9(0-19)AB	21(8-31)A	51,5(19-76)
	40 yaş ve üstü	18(5-36)	4(0-20)B	27(17-32)B	44(25-88)
Test istatistiği	$\chi^2=6,2$ p=0,050	$\chi^2=11,4$ p=0,003	$\chi^2=11,2$ p=0,004	$\chi^2=5,6$ p=0,061	

Tablo 9. (Devam)

Özellikler		Duygusal Tükenme	Duyarsızlaşma	Kişisel Başarı	Toplam
Cinsiyet	Kadın	22(8-33)	10(0-19)	21(8-31)	54(19-76)
	Erkek	21,5(5-36)	10(0-20)	21(12-32)	53(25-88)
Test istatistiği		U=6140,0 p=0,124	U=6531,0 p=0,428	U=6777,0 p=0,749	U=6543,5 p=0,444
Medeni durum	Evli	22,5(5-36)	9,5(0-20)	21,5(8-32)	53(19-88)
	Bekar	22(9-34)	10(0-20)	21(10-29)	54(28-77)
Test istatistiği		U=6868,5 p=0,906	U=6362,5 p=0,276	U=5803,0 p=0,031	U=6787,0 p=0,785
Eğitim durumu	Sağlık meslek lisesi	24(5-33)	10(0-18)A	22(8-29)	56(19-76)
	Ön lisans	20(8-36)	8(0-20)B	23(12-32)	50(25-88)
	Lisans	22(5-34)	10(0-20)AB	21(10-31)	53(28-77)
	Yüksek lisans	21,5(15-33)	8,5(1-14)AB	21(12-27)	53,5(38-68)
Test istatistiği		$\chi^2=3,3$ p=0,342	$\chi^2=9,6$ p=0,022	$\chi^2=1,4$ p=0,715	$\chi^2=3,5$ p=0,325
Aile yapısı	Geniş aile	20(9-31)	10(0-16)	21,5(11-29)	49(36-73)
	Çekirdek aile	22,5(5-36)	10(0-20)	21(8-32)	54(19-88)
Test istatistiği		U=2027,0 p=0,283	U=2175,5 p=0,557	U=2288,0 p=0,828	U=1995,0 p=0,239
Gelir Durumu	Gelir giderden az	24(8-33)	10(0-20)	23(11-29)A	58(34-77)
	Gelir gidere eşit	22(5-36)	10(0-20)	21(8-32)AB	54(19-88)
	Gelir giderden fazla	20(10-30)	9(6-17)	21(12-26)B	50(31-69)
Test istatistiği		$\chi^2=2,9$ p=0,240	$\chi^2=2,2$ p=0,339	$\chi^2=6,2$ p=0,044	$\chi^2=5,2$ p=0,074

U: Mann Whitney U test istatistiği, χ^2 : Kruskal Wallis test istatistiği, A-B: Aynı harfe sahip gruplar arasında fark yoktur.

Hemşirelerin sosyo-demografik özellikleri ile Maslach Tükenmişlik Ölçeği ortanca puan değerleri Tablo 9'da karşılaştırılmıştır. Maslach Tükenmişlik Ölçeği duygusal tükenme alt boyutu ortanca puan değerinin hemşirelerin yaş ($\chi^2=6,2$, $p=0,050$), cinsiyet ($U=6140,0$, $p=0,124$), medeni durum ($U=6868,5$, $p=0,906$), eğitim durumu ($\chi^2=3,3$, $p=0,342$), aile yapısı ($U=2027,0$, $p=0,283$) ve gelir durumlarına ($\chi^2=2,9$, $p=0,240$) göre farklılık göstermediği belirlendi (Tablo 9).

Maslach Tükenmişlik Ölçeği duyarsızlaşma alt boyutu ortanca puan değerinin hemşirelerin yaş ($\chi^2=11,4$, $p=0,003$) ve eğitim durumuna göre ($\chi^2=9,6$, $p=0,022$) farklılık gösterdiği belirlendi. Maslach Tükenmişlik Ölçeği duyarsızlaşma alt boyutu ortanca puan değerinin 18-28 yaş arası ve sağlık meslek lisesi mezunu hemşirelerde daha yüksek olduğu görüldü. Elde edilen bulgular doğrultusunda Maslach Tükenmişlik Ölçeği duyarsızlaşma alt boyutu ortanca puan değerinin hemşirelerin cinsiyet ($U=6531,0$, $p=0,428$), medeni durum ($U=6362,5$, $p=0,276$), aile yapısı ($U=2175,5$, $p=0,557$) ve gelir durumlarına ($\chi^2=2,2$, $p=0,339$) göre farklılık göstermediği belirlendi (Tablo 9).

Maslach Tükenmişlik Ölçeği kişisel başarı alt boyutu ortanca puan değerinin hemşirelerin yaş ($\chi^2=11,2$, $p=0,004$), medeni durum ($U=5803,0$, $p=0,031$) ve gelir durumlarına ($\chi^2=6,2$, $p=0,044$) göre farklılık gösterdiği belirlendi. Maslach Tükenmişlik Ölçeği kişisel başarı alt boyutu ortanca puan değerinin 40 yaş ve üstü hemşirelerde, evli olan hemşirelerde ve geliri giderinden az olan hemşirelerde daha yüksek olduğu görüldü. Elde edilen bulgular doğrultusunda Maslach Tükenmişlik Ölçeği kişisel başarı alt boyutu ortanca puan değerinin hemşirelerin cinsiyet ($U=6777,0$, $p=0,749$), eğitim durumu ($\chi^2=1,4$, $p=0,715$) ve aile yapısına ($U=2288,0$, $p=0,828$) göre farklılık göstermediği belirlendi (Tablo 9).

Maslach Tükenmişlik Ölçeği toplam ortanca puan değerinin hemşirelerin yaş ($\chi^2=5,6$, $p=0,061$), cinsiyet ($U=6543,5$, $p=0,444$), medeni durum ($U=6787,0$, $p=0,785$), eğitim durumu ($\chi^2=3,5$, $p=0,325$), aile yapısı ($U=1995,0$, $p=0,239$) ve gelir durumlarına ($\chi^2=5,2$, $p=0,074$) göre farklılık göstermediği belirlendi (Tablo 9).

Tablo 10. Hemşirelerin çalışma yaşamına ilişkin özellikleri ile Maslach Tükenmişlik Ölçeği ortanca puan değerlerinin karşılaştırılması

Özellikler		Duygusal Tükenme	Duyarsızlaşma	Kişisel Başarı	Toplam
Acil servisteki görevi	Servis hemşiresi	22(5-36)	10(0-20)	21(8-32)	54(19-88)
	Servis sorumlu hemşiresi	16(5-27)	7,5(0-13)	23,5(12-29)	42,5(31-62)
Test istatistiği		U=720,0	U=773,5	U=1269,5	U=708,5
p değeri		p=0,007	p=0,013	p=0,746	p=0,006
Hastanedeki çalışma statüsü	Kadrolu	22(5-36)	9(0-20)	21(8-32)	53(19-88)
	Sözleşmeli	23(11-33)	11(2-16)	21(10-29)	55(28-77)
Test istatistiği		U=4813,5	U=3876,0	U=5048,0	U=4448,0
p değeri		p=0,253	p=0,001	p=0,527	p=0,053
Mesleğini sevme durumu	Seviyor	20(5-33)A	9(0-18)A	22(8-31)A	52(19-77)
	Sevmiyor	24(9-36)AB	11(0-20)B	20(10-32)B	56(28-88)
	Kararsız	24(13-33)B	10(0-20)AB	21(13-28)B	54(36-74)
Test istatistiği		$\chi^2=8,4$	$\chi^2=10,5$	$\chi^2=11,2$	$\chi^2=3,5$
p değeri		p=0,015	p=0,005	p=0,004	p=0,177
Çalıştığı servisten memnun olma durumu	Memnun	20(5-33)A	9(0-20)A	22(8-31)	51(19-77)A
	Memnun değil	26,5(10-36)B	11(0-20)B	21(10-32)	58,5(28-88)B
	Kısmen memnun	21(5-33)AB	10(0-19)AB	21(11-29)	53(25-73)A
Test istatistiği		$\chi^2=19,4$	$\chi^2=8,0$	$\chi^2=1,9$	$\chi^2=11,0$
p değeri		p=<0,001	p=0,018	p=0,396	p=0,004
Çalışma şekli	Sürekli gündüz	16(5-31)	8(0-16)	21,5(12-29)	44(31-76)
	Vardiya	23(8-36)	10(0-20)	21(8-32)	54(19-88)
Test istatistiği		U=1505,5	U=1743,5	U=2417,0	U=1557,5
p değeri		p=0,001	p=0,011	p=0,688	p=0,002
İş yaşam kalitesini değerlendirme durumu	Çok iyi	15(10-30)A	10(4-17)A	20(13-28)	45(31-64)AC
	İyi	20(5-33)A	10(0-18)A	21(10-31)	50(25-77)A
	Kötü	24,5(10-33)B	10(0-20)A	21(8-29)	56(19-74)C
	Çok kötü	27(10-36)B	13(0-20)B	22(13-32)	64(38-88)B
Test istatistiği		$\chi^2=30,0$	$\chi^2=8,6$	$\chi^2=2,4$	$\chi^2=21,2$
p değeri		p=<0,001	p=0,035	p=0,497	p=<0,001

Tablo 10. (Devam)

Özellikler		Duygusal Tükenme	Duyarsızlaşma	Kişisel Başarı	Toplam
Çalıştıkları kurumda iş doyum düzeyleri	Çok iyi	10(10-10)ABC	8(8-8)	13(13-13)	31(31-31)AB
	İyi	17(5-30)A	9(0-15)	20(12-31)	48(25-64)A
	Orta	21(8-33)B	10(0-18)	21(10-29)	52(28-77)AB
	Kısmen kötü	24,5(11-33)BC	10(0-20)	22(12-28)	56(34-74)B
	Kötü	26,5(10-36)C	11(0-20)	21(8-32)	59(19-88)B
Test istatistiği		$\chi^2=30,8$	$\chi^2=7,5$	$\chi^2=3,5$	$\chi^2=24,7$
p değeri		p=<0,001	p=0,111	p=0,481	p=<0,001
Hemşirelik eğitimi sırasında etik ile ilgili eğitim alma durumu	Evet	23(5-36)	10(0-20)	21(10-32)	54(25-88)
	Hayır	19,5(10-31)	10(0-15)	22,5(8-28)	52(19-71)
Test istatistiği		U=1805,5	U=2013,0	U=1940,5	U=1981,0
p değeri		p=0,224	p=0,613	p=0,451	p=0,540
Mezuniyet sonrası etik ile ilgili eğitim alma durumu	Evet	21(5-36)	9(0-20)	22(11-32)	52(25-88)
	Hayır	23(9-34)	10(0-20)	20(8-29)	55(19-77)
Test istatistiği		U=5817,0	U=4643,0	U=4954,5	U=5838,0
p değeri		p=0,104	p=<0,001	p=0,001	p=0,113
Etik bir problemle karşılaşma durumu	Evet	23(5-36)	10(0-20)	21(10-32)	55(25-88)
	Hayır	20(8-34)	9(0-16)	21(8-28)	48(19-71)
Test istatistiği		U=4018,5	U=3488,0	U=3768,5	U=3514,5
p değeri		p=0,105	p=0,004	p=0,028	p=0,005
Etik ile ilgili yayın takip etme durumu	Evet	25(15-32)	13,5(5-16)	24(11-27)	58,5(38-73)
	Hayır	22(5-36)	10(0-20)	21(8-32)	53(19-88)
Test istatistiği		U=1209,5	U=1140,5	U=1395,0	U=1115,5
p değeri		p=0,037	p=0,018	p=0,165	p=0,014

U: Mann Whitney U test istatistiği, χ^2 : Kruskal Wallis test istatistiği, A-B-C: Aynı harfe sahip gruplar arasında fark yoktur.

Hemşirelerin çalışma yaşamına ilişkin özellikleri ile Maslach Tükenmişlik Ölçeği ortanca puan değerleri Tablo 10'da karşılaştırılmıştır. Maslach Tükenmişlik Ölçeği duygusal tükenme alt boyutu ortanca puan değeri hemşirelerin acil servisteki görevi (U=720,0, p=0,007), mesleğini sevme durumu ($\chi^2=8,4$, p=0,015), çalıştığı servisten memnun olma durumu ($\chi^2=19,4$, p=<0,001), çalışma şekli (U=1505,5, p=0,001), iş yaşam kalitesini değerlendirme durumu ($\chi^2=30,0$, p=<0,001), çalıştıkları kurumda iş doyum düzeyleri ($\chi^2=30,8$, p=<0,001) ve etik ile ilgili yayın takip etme durumlarına göre (U=1209,5, p=0,037) farklılık gösterdiği belirlendi. Maslach Tükenmişlik Ölçeği duygusal tükenme alt boyutu ortanca puan değerinin servis hemşiresi olarak çalışanlarda, mesleğini sevme konusunda kararsız olanlarda, çalıştığı servisten memnun olmayanlarda, vardiyalı olarak çalışanlarda, iş yaşam kalitesini çok kötü olarak değerlendirenlerde, iş doyum düzeylerini kötü olarak tanımlayanlarda ve etik ile ilgili yayın takip edenlerde daha yüksek olduğu görüldü. Elde edilen bulgular doğrultusunda Maslach Tükenmişlik Ölçeği duygusal tükenme alt boyutu ortanca puan değerinin hemşirelerin hastanedeki çalışma statüsü (U=4813,5, p=0,253), hemşirelik eğitimi sırasında etik ile ilgili eğitim alma durumu (U=1805,5, p=0,224), mezuniyet sonrası etik ile ilgili eğitim alma durumu (U=5817,0, p=0,104) ve etik bir problemle karşılaşma durumlarına (U=4018,5, p=0,105) göre farklılık göstermediği belirlendi (Tablo 10).

Maslach Tükenmişlik Ölçeği duyarsızlaşma alt boyutu ortanca puan değerinin hemşirelerin acil servisteki görevi (U=773,5, p=0,013), hastanedeki çalışma statüsü (U=3876,0, p=0,001), mesleğini sevme durumu ($\chi^2=10,5$, p=0,005), çalıştığı servisten memnun olma durumu ($\chi^2=8,0$, p=0,018), çalışma şekli (U=1743,5, p=0,011), iş yaşam kalitesini değerlendirme durumu ($\chi^2=8,6$, p=0,035), mezuniyet sonrası etik ile ilgili eğitim alma durumu (U=4643,0, p=<0,001), etik bir problemle karşılaşma durumu (U=3488,0, p=0,004) ve etik ile ilgili yayın takip etme durumlarına göre (U=1140,5, p=0,018) farklılık gösterdiği belirlendi. Maslach Tükenmişlik Ölçeği duyarsızlaşma alt boyutu ortanca puan değerinin servis hemşiresi olarak görev yapanlarda, sözleşmeli çalışanlarda, mesleğini sevmeyenlerde, çalıştığı servisten memnun olmayanlarda, vardiyalı olarak çalışanlarda, iş yaşam kalitesini çok kötü olarak değerlendirenlerde, mezuniyet sonrası etik ile ilgili eğitim almayanlarda, etik bir problemle karşılaşanlarda ve etik ile ilgili yayın takip edenlerde daha yüksek olduğu görüldü. Elde edilen bulgular

doğrultusunda Maslach Tükenmişlik Ölçeği duyarsızlaşma alt boyutu ortanca puan değerinin hemşirelerin çalıştıkları kurumda iş doyum düzeyleri ($\chi^2=7,5$, $p=0,111$) ve hemşirelik eğitimi sırasında etik ile ilgili eğitim alma durumlarına ($U=2013,0$, $p=0,613$) göre farklılık göstermediği belirlendi (Tablo 10).

Maslach Tükenmişlik Ölçeği kişisel başarı alt boyutu ortanca puan değerinin hemşirelerin mesleğini sevme durumu ($\chi^2=11,2$, $p=0,004$), mezuniyet sonrası etik ile ilgili eğitim alma durumu ($U=4954,5$, $p=0,001$) ve etik bir problemle karşılaşma durumlarına göre ($U=3768,5$, $p=0,028$) farklılık gösterdiği belirlendi. Maslach Tükenmişlik Ölçeği kişisel başarı alt boyutu ortanca puan değerinin mesleğini seven hemşirelerde, mezuniyet sonrası etik ile ilgili eğitim alan hemşirelerde ve etik bir problemle karşılaşanlarda daha yüksek olduğu görüldü. Elde edilen bulgular doğrultusunda Maslach Tükenmişlik Ölçeği kişisel başarı alt boyutu ortanca puan değerinin hemşirelerin acil servisteki görevi ($U=1269,5$, $p=0,746$), hastanedeki çalışma statüsü ($U=5048,0$, $p=0,527$), çalıştığı servisten memnun olma durumu ($\chi^2=1,9$, $p=0,396$), çalışma şekli ($U=2417,0$, $p=0,688$), iş yaşam kalitesini değerlendirme durumu ($\chi^2=2,4$, $p=0,497$), çalıştıkları kurumda iş doyum düzeyleri ($\chi^2=3,5$, $p=0,481$), hemşirelik eğitimi sırasında etik ile ilgili eğitim alma durumu ($U=1940,5$, $p=0,451$) ve etik ile ilgili yayın takip etme durumlarına ($U=1395,0$, $p=0,165$) göre farklılık göstermediği belirlendi (Tablo 10).

Maslach Tükenmişlik Ölçeği toplam ortanca puan değerinin hemşirelerin acil servisteki görevi ($U=708,5$, $p=0,006$), çalıştığı servisten memnun olma durumu ($\chi^2=11,0$, $p=0,004$), çalışma şekli ($U=1557,5$, $p=0,002$), iş yaşam kalitesini değerlendirme durumu ($\chi^2=21,2$, $p=<0,001$), çalıştıkları kurumda iş doyum düzeyleri ($\chi^2=24,7$, $p=<0,001$), etik bir problemle karşılaşma durumu ($U=3514,5$, $p=0,005$) ve etik ile ilgili yayın takip etme durumlarına göre ($U=1115,5$, $p=0,014$) farklılık gösterdiği belirlendi. Maslach Tükenmişlik Ölçeği toplam ortanca puan değerinin servis hemşiresi olarak çalışanlarda, çalıştığı servisten memnun olmayanlarda, vardiyalı çalışanlarda, iş yaşam kalitesini çok kötü olarak değerlendirenlerde, çalıştıkları kurumda iş doyum düzeylerini kötü olarak tanımlayanlarda, etik bir problemle karşılaşanlarda ve etik ile ilgili yayın takip edenlerde daha yüksek olduğu görüldü. Elde edilen bulgular doğrultusunda Maslach Tükenmişlik Ölçeği toplam ortanca puan değerinin hemşirelerin hastanedeki çalışma statüsü ($U=4448,0$, $p=0,053$), mesleğini sevme durumu ($\chi^2=3,5$,

p=0,177), hemşirelik eğitimi sırasında etik ile ilgili eğitim alma durumu (U=1981,0, p=0,540) ve mezuniyet sonrası etik ile ilgili eğitim alma durumlarına (U=5838,0, p=0,113) göre farklılık göstermediği belirlendi (Tablo 10).

4.4. Minnesota İş Doyum Ölçeği'ne (MİDÖ) İlişkin Bulgular

Tablo 11. Minnesota İş Doyum Ölçeği toplam ve alt boyut ortalama, standart sapma ve ortanca puan değerleri

MİTÖ Alt Boyutları	Madde Sayısı	$\bar{x} \pm S.S.$	Ortanca	Min-Max
Genel Doyum	20	3,0 ± 0,5	3,0	1,0-4,2
İçsel Doyum	12	3,1 ± 0,5	3,2	1,0-4,3
Dışsal Doyum	8	2,7 ± 0,7	2,8	1,0-4,0

Minnesota İş Doyum ölçeği toplam ve alt boyut ortalama, standart sapma ve ortanca puan değerleri Tablo 11'de verilmiştir. Minnesota İş Doyum Ölçeği alt boyutlarından genel doyum, içsel doyum ve dışsal doyum ortalama ve standart sapma değerleri sırasıyla 3,0±0,5, 3,1±0,5, 2,7±0,7 olarak belirlendi. Minnesota İş Doyum Ölçeği alt boyutlarından genel doyum, içsel doyum ve dışsal doyum ortanca puan değerleri sırasıyla 3,0(1,0-4,2), 3,2(1,0-4,3), 2,8(1,0-4,0)'dir.

Tablo 12. Hemşirelerin sosyo-demografik özellikleri ile Minnesota İş Doyum Ölçeği ortanca puan değerlerinin karşılaştırılması

Özellikler		Genel Doyum	İçsel Doyum	Dışsal Doyum
Yaş	18-28 yaş	2,9(2-3,8)A	3,2(2-4,1)A	2,8(1,3-4)
	29-39 yaş	3,0(1,2-4)A	3,1(1,3-4,1)A	2,8(1-4)
	40 yaş ve üstü	3,6(1-4,2)B	3,8(1-4,3)B	3,4(1-4)
Test istatistiği		$\chi^2=11,9$	$\chi^2=16,6$	$\chi^2=2,5$
p değeri		p=0,003	p=<0,001	p=0,286
Cinsiyet	Kadın	2,9(1,2-4,2)	3,2(1,3-4,3)	2,8(1-4)
	Erkek	3(1-4)	3,2(1-4,2)	2,9(1-3,9)
Test istatistiği		U=6812,0	U=6465,0	U=6225,0
p değeri		p=0,801	p=0,360	p=0,169
Medeni Durum	Evli	3(1-4,2)	3,2(1-4,3)	2,9(1-4)
	Bekar	3(1,9-3,8)	3,1(2-3,9)	2,8(1,4-4)
Test istatistiği		U=6153,5	U=5438,5	U=6743,5
p değeri		p=0,137	p=0,004	p=0,721
Eğitim durumu	Sağlık meslek lisesi	2,9(2,3-4)	3,1(2,1-4,1)A	2,8(1,5-3,9)
	Ön lisans	3,2(1-4,2)	3,3(1-4,3)B	2,9(1-4)
	Lisans	3(1,9-4)	3,2(2-4,2)AB	2,8(1,3-4)
	Yüksek lisans	2,9(2-3,5)	3,1(2,3-3,8)AB	2,7(1,4-3)
Test istatistiği		$\chi^2=7,0$	$\chi^2=10,8$	$\chi^2=3,5$
p değeri		p=0,073	p=0,013	p=0,315
Aile yapısı	Geniş aile	3(2,1-3,7)	3,3(2,1-3,8)	2,8(2-3,9)
	Çekirdek aile	3(1-4,2)	3,2(1-4,3)	2,8(1-4)
Test istatistiği		U=2264,5	U=2250,0	U=2318,0
p değeri		p=0,769	p=0,733	p=0,906
Gelir Durumu	Gelir giderden az	2,8(1,2-3,7)	3,1(1,3-4,1)	2,3(1-3,6)A
	Gelir gidere eşit	3(1-4,2)	3,2(1-4,3)	2,9(1-4)B
	Gelir giderden fazla	3,1(2-3,8)	3,3(2-3,9)	2,8(1,8-3,9)B
Test istatistiği		$\chi^2=5,5$	$\chi^2=1,8$	$\chi^2=9,9$
p değeri		p=0,065	p=0,413	p=0,007

U:Mann Whitney U test istatistiği, χ^2 :Kruskal Wallis test istatistiği,A-B: Aynı harfe sahip gruplar arasında fark yoktur.

Hemşirelerin sosyo-demografik özellikleri ile Minnesota İş Doyum Ölçeği ortanca puan değerleri Tablo 12’de karşılaştırılmıştır. Minnesota İş Doyum Ölçeği genel

doyum alt boyutu ortanca puan değerinin hemşirelerin yaşlarına ($\chi^2=11,9$, $p=0,003$) göre farklılık gösterdiği belirlendi. Minnesota İş Doyum Ölçeği genel doyum alt boyutu ortanca puan değerinin 40 yaş ve üstü hemşirelerde daha yüksek olduğu görüldü. Elde edilen bulgular doğrultusunda Minnesota İş Doyum Ölçeği genel doyum alt boyutu ortanca puan değerinin hemşirelerin cinsiyet ($U=6812,0$, $p=0,801$), medeni durum ($U=6153,5$, $p=0,137$), eğitim durumu ($\chi^2=7,0$, $p=0,073$), aile yapısı ($U=2264,5$, $p=0,769$) ve gelir durumlarına ($\chi^2=5,5$, $p=0,065$) göre farklılık göstermediği belirlendi (Tablo 12).

Minnesota İş Doyum Ölçeği içsel doyum alt boyutu ortanca puan değerinin hemşirelerin yaş ($\chi^2=16,6$, $p=<0,001$), medeni durumu ($U=5438,5$, $p=0,004$) ve eğitim durumlarına göre ($\chi^2=10,8$, $p=0,013$) farklılık gösterdiği belirlendi. Minnesota İş Doyum Ölçeği içsel doyum alt boyutu ortanca puan değerinin 40 yaş ve üstü, evlilerde ve ön lisans mezunu hemşirelerde daha yüksek olduğu görüldü. Elde edilen bulgular doğrultusunda Minnesota İş Doyum Ölçeği içsel doyum alt boyutu ortanca puan değerinin hemşirelerin cinsiyet ($U=6465,0$, $p=0,360$), aile yapısı ($U=2250,0$, $p=0,733$) ve gelir durumlarına ($\chi^2=1,8$, $p=0,413$) göre farklılık göstermediği belirlendi (Tablo 12).

Minnesota İş Doyum Ölçeği dışsal doyum alt boyutu ortanca puan değerinin hemşirelerin gelir durumuna göre ($\chi^2=9,9$, $p=0,007$) farklılık gösterdiği belirlendi. Minnesota İş Doyum Ölçeği dışsal doyum alt boyutu ortanca puan değerinin geliri giderlerine eşit olanlarda daha yüksek olduğu görüldü. Elde edilen bulgular doğrultusunda Minnesota İş Doyum Ölçeği dışsal doyum alt boyutu ortanca puan değerinin hemşirelerin yaş ($\chi^2=2,5$, $p=0,286$), cinsiyet ($U=6225,0$, $p=0,169$), medeni durum ($U=6743,5$, $p=0,721$), eğitim durumu ($\chi^2=3,5$, $p=0,315$) ve aile yapısına ($U=2318,0$, $p=0,906$) göre farklılık göstermediği belirlendi (Tablo 12).

Tablo 13. Hemşirelerin çalışma yaşamına ilişkin özellikleri ile Minnesota İş Doyum Ölçeği ortanca puan değerlerinin karşılaştırılması

Özellikler		Genel Doyum	İçsel Doyum	Dışsal Doyum
Acil servisteki görevi	Servis hemşiresi	3(1-4,2)	3,2(1-4,3)	2,8(1-4)
	Servis sorumlu hemşiresi	3,1(2,6-4)	3,2(2,8-4,2)	3,1(1,8-3,8)
Test istatistiği		U=1006,0	U=1054,0	U=1084,5
p değeri		p=0,142	p=0,207	p=0,259
Hastanedeki çalışma statüsü	Kadrolu	3(1-4,2)	3,2(1-4,3)	2,8(1-4)
	Sözleşmeli	2,9(2,1-3,8)	3,1(2,1-3,9)	2,9(1,4-4)
Test istatistiği		U=4877,5	U=4560,0	U=5126,0
p değeri		p=0,316	p=0,090	p=0,645
Mesleğini sevme durumu	Seviyor	3,1(2-4,2)A	3,3(2-4,3)A	3(1,4-4)
	Sevmiyor	2,8(1-3,6)B	2,9(1-4,1)B	2,8(1-3,9)
	Kararsız	2,9(1,2-3,8)AB	3,1(1,3-4,1)AB	2,8(1-4)
Test istatistiği		$\chi^2=19,0$	$\chi^2=27,1$	$\chi^2=5,2$
p değeri		p=<0,001	p=<0,001	p=0,074
Çalıştığı servisten memnun olma durumu	Memnun	3,2(2-4)A	3,2(2-4,2)A	2,9(1,4-4)A
	Memnun değil	2,8(1-3,7)B	2,9(1-4,1)B	2,5(1-3,9)B
	Kısmen memnun	3(1,2-4,2)A	3,2(1,3-4,3)A	2,9(1-4)A
Test istatistiği		$\chi^2=11,9$	$\chi^2=10,7$	$\chi^2=6,1$
p değeri		p=0,003	p=0,005	p=0,048
Çalışma Şekli	Sürekli gündüz	3,1(2-4)	3,2(2-4,2)	3(1,5-3,8)
	Vardiyalı	2,9(1-4,2)	3,2(1-4,3)	2,8(1-4)
Test istatistiği		U=1996,0	U=2130,0	U=2092,0
p değeri		p=0,084	p=0,191	p=0,153
İş yaşam kalitesini değerlendirme durumu	Çok iyi	3(2,4-3,5)AB	3,1(2,6-3,8)	2,9(2,1-3,4)AB
	İyi	3,1(2-4,2)A	3,2(2-4,3)	3(1,3-4)A
	Kötü	2,9(1,2-3,8)B	3,2(1,3-4,1)	2,5(1-3,9)B
	Çok kötü	2,6(1-3,3)B	3(1-4,1)	2(1-3,3)C
Test istatistiği		$\chi^2=20,3$	$\chi^2=3,1$	$\chi^2=37,8$
p değeri		p=<0,001	p=0,384	p=<0,001

Tablo 13. (Devam)

Özellikler		Genel Doyum	İçsel Doyum	Dışsal Doyum
Çalıştıkları kurumda iş doyum düzeyleri	Çok iyi	3,2(3,2-3,2)ABC	3,1(3,1-3,1)	3,4(3,4-3,4)ABC
	İyi	3,2(2,4-4)A	3,2(2,4-4,2)	3,1(2,1-4)A
	Orta	3(2-4,2)AC	3,2(2-4,3)	2,9(1,3-4)C
	Kısmen kötü	2,8(1,2-3,7)C	3,2(1,3-4,1)	2,5(1-3,9)C
	Kötü	2,8(1-3,8)BC	2,9(1-4,1)	2,4(1-3,6)BC
Test istatistiği		$\chi^2=21,6$	$\chi^2=5,9$	$\chi^2=31,1$
p değeri		p=<0,001	p=0,209	p=<0,001
Hemşirelik eğitimi sırasında etik ile ilgili eğitim alma durumu	Evet	3(1-4,2)	3,1(1-4,3)	2,8(1-4)
	Hayır	3,2(2,3-3,8)	3,3(2,1-4,1)	2,8(1,6-3,6)
Test istatistiği		U=1734,5	U=1545,5	U=2110,0
p değeri		p=0,145	p=0,035	p=0,864
Mezuniyet sonrası etik ile ilgili eğitim alma durumu	Evet	3,1(1-4,2)	3,3(1-4,3)	2,9(1-4)
	Hayır	2,8(1,2-3,8)	3(1,3-4,1)	2,8(1-4)
Test istatistiği		U=4316,5	U=3775,0	U=5731,5
p değeri		p=<0,001	p=<0,001	p=0,073
Etik bir problemle karşılaşma durumu	Evet	2,9(1-4,2)	3,2(1-4,3)	2,8(1-4)
	Hayır	3,1(2,1-3,8)	3,2(2,1-4,1)	2,9(1,4-4)
Test istatistiği		U=4161,5	U=4120,0	U=4463,0
p değeri		p=0,197	p=0,166	p=0,555
Etik ile ilgili yaygın takip etme durumu	Evet	2,9(2,4-4,2)	3,1(2,4-4,3)	2,6(1,5-4,0)
	Hayır	3,0(1-4,0)	3,2(1-4,2)	2,9(1-4,0)
Test istatistiği		U=1575,0	U=1712,5	U=1519,5
p değeri		p=0,483	p=0,857	p=0,361

U:Mann Whitney U test istatistiği, χ^2 :Kruskal Wallis test istatistiği, A-B-C: Aynı harfe sahip gruplar arasında fark yoktur.

Hemşirelerin çalışma yaşamına ilişkin özellikleri ile Minnesota İş Doyum Ölçeği ortanca puan değerleri Tablo 13’de karşılaştırılmıştır. Minnesota İş Doyum Ölçeği genel doyum alt boyutu ortanca puan değerinin hemşirelerin mesleğini sevme durumu ($\chi^2=19,0$, $p=<0,001$), çalıştığı servisten memnun olma durumu ($\chi^2=11,9$,

p=0,003), iş yaşam kalitesini değerlendirme durumu ($\chi^2=20,3$, p=<0,001), çalıştıkları kurumdaki iş doyum düzeyleri ($\chi^2=21,6$, p=<0,001) ve mezuniyet sonrası etik ile ilgili eğitim alma durumlarına göre (U=4316,5, p=<0,001) farklılık gösterdiği belirlendi. Minnesota İş Doyum Ölçeği genel doyum alt boyutu ortanca puan değerinin mesleğini sevenlerde, çalıştığı servisten memnun olanlarda, iş yaşam kalitesini iyi olarak değerlendirenlerde, çalıştıkları kurumdaki iş doyum düzeylerini iyi olarak tanımlayanlarda ve mezuniyet sonrası etik ile ilgili eğitim alanlarda daha yüksek olduğu belirlendi. Elde edilen bulgular doğrultusunda Minnesota İş Doyum Ölçeği genel doyum alt boyutu ortanca puan değerinin hemşirelerin acil servisteki görevi (U=1006,0, p=0,142), hastanedeki çalışma statüsü (U=4877,5, p=0,316), çalışma şekli (U=1996,0, p=0,084), hemşirelik eğitimi sırasında etik ile ilgili eğitim alma durumu (U=1734,5, p=0,145), etik bir problemle karşılaşma durumu (U=4161,5, p=0,197) ve etik ile ilgili yayın takip etme durumlarına (U=1575,0, p=0,483) göre farklılık göstermediği belirlendi (Tablo 13).

Minnesota İş Doyum Ölçeği içsel doyum alt boyutu ortanca puan değerinin hemşirelerin mesleğini sevme durumu ($\chi^2=27,1$, p=<0,001), çalıştığı servisten memnun olma durumu ($\chi^2=10,7$, p=0,005), hemşirelik eğitimi sırasında etik ile ilgili eğitim alma durumu (U=1545,5, p=0,035) ve mezuniyet sonrası etik ile ilgili eğitim alma durumlarına göre (U=3775,0, p=<0,001) farklılık gösterdiği belirlendi. Minnesota İş Doyum Ölçeği içsel doyum alt boyutu ortanca puan değerinin mesleğini sevenlerde, çalıştığı servisten memnun olanlarda, hemşirelik eğitimi sırasında etik ile ilgili eğitim almayanlarda ve mezuniyet sonrası etik ile ilgili eğitim alan hemşirelerde daha yüksek olduğu görüldü. Elde edilen bulgular doğrultusunda Minnesota İş Doyum Ölçeği içsel doyum alt boyutu ortanca puan değerinin hemşirelerin acil servisteki görevi (U=1054,0, p=0,207), hastanedeki çalışma statüsü (U=4560,0, p=0,090), çalışma şekli (U=2130,0, p=0,191), iş yaşam kalitesini değerlendirme durumu ($\chi^2=3,1$, p=0,384), çalıştıkları kurumdaki iş doyum düzeyleri ($\chi^2=5,9$, p=0,209), etik bir problemle karşılaşma durumu (U=4120,0, p=0,166) ve etik ile ilgili yayın takip etme durumlarına (U=1712,5, p=0,857) göre farklılık göstermediği belirlenmiştir (Tablo 13).

Minnesota İş Doyum Ölçeği dışsal doyum alt boyutu ortanca puan değerinin hemşirelerin çalıştığı servisten memnun olma durumu ($\chi^2=6,1$, p=0,048), iş yaşam kalitesini değerlendirme durumu ($\chi^2=37,8$, p=<0,001) ve çalıştıkları kurumdaki iş

doyum düzeylerine göre ($\chi^2=31,1$, $p<0,001$) farklılık gösterdiği belirlendi. Minnesota İş Doyum Ölçeği dışsal doyum alt boyutu ortanca puan değerinin çalıştığı servisten memnun olanlarda, iş yaşam kalitesini iyi olarak değerlendirenlerde ve çalıştıkları kurumdaki iş doyum düzeylerini iyi olarak tanımlayanlarda daha yüksek olduğu görüldü. Elde edilen bulgular doğrultusunda Minnesota İş Doyum Ölçeği dışsal doyum alt boyutu ortanca puan değerinin hemşirelerin acil servisteki görevi ($U=1084,5$, $p=0,259$), hastanedeki çalışma statüsü ($U=5126,0$, $p=0,645$), mesleğini sevme durumu ($\chi^2=5,2$, $p=0,074$), çalışma şekli ($U=2092,0$, $p=0,153$), hemşirelik eğitimi sırasında etik ile ilgili eğitim alma durumu ($U=2110,0$, $p=0,864$), mezuniyet sonrası etik ile ilgili eğitim alma durumu ($U=5731,5$, $p=0,073$), etik bir problemle karşılaşma durumu ($U=4463,0$, $p=0,555$) ve etik ile ilgili yayın takip etme durumlarına ($U=1519,5$, $p=0,361$) göre farklılık göstermediği belirlendi (Tablo 13).

Tablo 14. Ahlaki Duyarlılık Anketi, Maslach Tükenmişlik Ölçeği ve Minnesota İş Doyum Ölçeği arasındaki ilişki

	Maslach Tükenmişlik Ölçeği	Minnesota İş Doyumu Ölçeği
Ahlaki Duyarlılık Anketi	$r=-0,158$ $p=0,015$	$r=-0,040$ $p=0,537$
Maslach Tükenmişlik Ölçeği		$r=-0,335$ $p<0,001$

Ahlaki Duyarlılık Anketi, Maslach Tükenmişlik Ölçeği ve Minnesota İş Doyum Ölçeği puan ortalamaları arasındaki ilişki Tablo 14’de karşılaştırılmıştır. Ahlaki Duyarlılık Anketi puanı ile Maslach Tükenmişlik Ölçeği puanı arasında çok zayıf negatif bir korelasyon bulunmuştur ($r=-0,158$, $p=0,015$). Çalışma kapsamına alınan hemşirelerin Ahlaki Duyarlılık Anketi puanı arttıkça, Maslach Tükenmişlik Ölçeği puanının azaldığı, etik duyarlılığı düşük olan hemşirelerin tükenmişlik düzeylerinin de düşük olduğu belirlenmiştir. Ahlaki Duyarlılık Anketi puanı ile Minnesota İş Doyum Ölçeği puanı arasında bir ilişki olmadığı belirlenmiştir ($r=-0,040$ $p=0,537$). Maslach Tükenmişlik Ölçeği puanı ile Minnesota İş Doyum Ölçeği puanı arasında düşük negatif bir korelasyon bulunmuştur ($r=-0,335$ $p<0,001$). Çalışma kapsamına alınan hemşirelerin Maslach Tükenmişlik Ölçeği puanları arttıkça Minnesota İş Doyumu Ölçeği puanlarının

azaldığı, tükenmişlik düzeyi yüksek olan hemşirelerin iş doyumunun düşük olduğu belirlenmiştir.



5. TARTIŞMA

Acil servis değişik sağlık problemleri nedeniyle hastaneye gelen hastaların aynı anda bakıldığı, onların bakım ve tedavileriyle ilgili kritik kararların kısa süre içerisinde verildiği oldukça stresli ve gergin bir çalışma ortamıdır. Acilde alışan sağlık bakım profesyonelleri hasta sayısının fazlalığı, çalışma saatlerinin uzunluğu, personel eksikliği ve iş yüküne bağlı olarak çoğu kez fizyolojik gereksinimlerini bile karşılamakta zorluk çekmekte, yorgunluk yaşamakta, bu durumda başta hemşireler olmak üzere tüm sağlık bakım profesyonellerinde tükenmişlik düzeyini arttırarak iş doyumlarını azaltabilmektedir. Bununla birlikte bu durum acil serviste çalışan hemşirelerin bakım sundukları birey ve ailesini anlamalarını, sözlü/sözlü olmayan davranışlarını yorumlayabilmelerini ve var olan ihtiyaçlarını merhametli bir şekilde karşılayabilmelerini olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Bu alışma Türkiye'nin kuzeyinde Orta Karadeniz Bölgesinde yer alan Tokat İl ve ilçelerindeki hastanelerin acil servisinde çalışan hemşirelerin tükenmişlik ve iş doyum düzeylerinin etik duyarlılıkla ilişkisini belirleyen ilk çalışmadır.

5.1. Acil Serviste alışan Hemşirelerin alışma Yaşamına İlişkin Özelliklerinin Tartışılması

Çalışma yaşamında iş motivasyonu, üretkenliği ve verimliliğini etkileyen en önemli faktörlerden biride mesleğini sevme durumu olmakla birlikte, bu çalışmada hemşirelerin %94,9'unun servis hemşiresi olarak görev yaptığı, %74,2'sinin kadrolu olarak çalıştığı ve yalnızca %39,4'ünün mesleğini sevdiği belirlendi. Bu konuda yapılan diğer araştırmalarda ise hemşirelerin mesleğini sevme yüzdelerinin yüzde %74,9 ile %80 arasında değiştiği bildirilmiştir (Karamanoğlu ve ark., 2009; elik ve ark., 2012; Taylan, 2013). Hemşirelerin mesleğini sevme durumları bu konuda yapılan diğer araştırma bulgularıyla karşılaştırıldığında oldukça düşük olduğu, bu durumun araştırma yapılan hastanelerin acil servislerinin iş yükü ile hemşirelerin bakım ve tedavisini üstlendikleri hasta sayısının fazla olmasından kaynaklanabileceği düşünölmektedir.

Bu çalışmada araştırma kapsamındaki hemşirelerin %23,7'sinin çalıştıkları servisten memnun olmadığı, %48,7'sinin de kısmen memnun olduğu belirlendi. Araştırma bulgularımızı destekler nitelikte Karadağ'ın (2013) hemşirelerin tükenmişlik ve iş doyum düzeylerini belirlemek üzere yapmış oldukları çalışmada da, hemşirelerin

%48,3'ünün çalıştığı servisten kısmen memnun oldukları bildirilmiştir. Çalışma ortamından memnuniyet iş doyumunu arttıran ve tükenmişliği azaltan önemli bir etken olmakla birlikte hastanelerde iş gücü planlamasının iyi yapılması, hemşirelerin çalışmak istedikleri servislerin göz önünde bulundurulması ve çalışan hemşire sayısının artırılmasının önemli olduğu düşünülmektedir.

Bu araştırmada hemşirelerin %89,8'inin vardiyalı çalıştığı ve %50,8'inin iş yaşam kalitesini iyi olarak değerlendirdiği belirlendi. Bu konuda yapılan diğer araştırmalarda da hemşirelerin çalıştıkları serviste vardiyalı olarak çalışma durumlarının %41,4 ile %74,2 arasında değiştiği (Taycan ve ark., 2006; Uğur ve Abaan, 2008; Altay ve ark., 2010; Üstün ve Yücel, 2011), hemşirelerin %62,3'ünün iş yaşam kalitesini iyi olarak değerlendirdiği belirtilmiştir (Uğur ve Abaan, 2008). Acil servis hastanesinin diğer bölümleriyle karşılaştırıldığında en yüksek hasta yüküne sahip oldukça kompleks bir ünedir. Genellikle bu üniteye sağlık bakım profesyonellerinin vardiyalı olarak çalıştırılmaları tercih edilmekte, vardiyalı çalışmada bireylerin biyolojik ritimleri ile birlikte fizyolojik, mental ve sosyal sağlıklarını olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Bu doğrultuda vardiyalı çalışma durumunun hemşirelerde iş yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen, tükenmişliği arttıran ve iş doyumunu azaltan önemli bir faktör olabileceği düşünülmektedir.

Bu çalışmada hemşirelerin %91,5'inin hemşirelik eğitimi sırasında etik ile ilgili bir eğitim aldığı ve %39,4'ünün mezuniyet sonrası etik ile ilgili bir eğitime katıldığı belirlendi. Başak ve arkadaşlarının (2010) yapmış olduğu çalışmada da araştırma bulgularıyla uyumlu olarak hemşirelerin %78,9'unun hemşirelik eğitimi sırasında etik ile ilgili bir eğitim aldığı, %48,3'ünün mezuniyet sonrası etik ile ilgili bir eğitime katıldığı bildirilmiştir.

Bu araştırmada hemşirelerin %78,4'ünün mesleki uygulamaları sırasında etik bir problemle karşılaştığı ve yalnızca %6,8'inin etik ile ilgili bir yayın takip ettiği belirlendi. Araştırma bulgularını destekler nitelikte bu konuda yapılan diğer çalışmalarda da mesleki eğitimleri sırasında etik ile ilgili eğitim alan ve mezuniyet sonrası dönemde etik ile ilgili eğitim almayan hemşire sayısının fazla olduğu bildirilmiş olmasına karşın (Schluter ve ark., 2008; Dikmen, 2013; Tazegün, 2013), hemşirelik bakım, tedavi ve uygulamaları sırasında etik bir problemle karşılaşan hemşire sayısının oldukça yüksek olduğu (Dikmen, 2013; Tazegün, 2013), etik ile ilgili bir yayın takip

eden hemşire sayısının da oldukça az olduğu bildirilmiştir (Pekcan, 2007; Taylan, 2013). Hemşirelerin bakım ve tedavi hizmeti sundukları bireylerin yaşı, cinsiyeti, eğitimi, etnik kökeni, kültürü, manevi değerleri, dini inançları ile sözel ve sözel olmayan tüm davranışlarının farkında olmaları ve bu davranışları yorumlayabilmeleri son derece önemlidir (Kim ve ark., 2005; Schluter ve ark., 2008). Bu doğrultuda yalnızca mesleki eğitim süresince değil, mezuniyet sonrasında da etik ile ilgili eğitimlerin periyodik olarak devam ettirilmesinin önemli olduğu düşünülmektedir.

5.2. Ahlaki Duyarlılık Anketi'ne (ADA) İlişkin Bulguların Tartışılması

Ahlaki Duyarlılık Anketi'nden alınabilecek düşük puan yüksek etik duyarlılığa, yüksek puan ise düşük etik duyarlılığa işaret etmekle birlikte bu çalışmada hemşirelerin Ahlaki Duyarlılık Anketi'nden aldıkları toplam puan ortalaması $90,4 \pm 18,1$ olarak belirlendi. Bu çalışmada hemşirelerin Ahlaki Duyarlılık Anketi toplam puan ortalamalarının hemşirelik eğitimi sırasında etik ile ilgili bir eğitim alma, etik bir problemle karşılaşma ve etik ile ilgili bir yayın takip etme durumlarına göre farklılık göstermediği belirlendi. Araştırma bulgularımızı destekler nitelikte bu konuda yapılan bazı çalışmalarda da hemşirelerin etik ile ilgili bir eğitim alma, etik bir problemle karşılaşma ve etik ile ilgili bir yayını takip etme durumlarının etik duyarlılık düzeylerini etkilemediği bildirilmiştir (Tosun, 2005; Pekcan, 2007; Tazegün, 2013).

Bu çalışmada Ahlaki Duyarlılık Anketi otonomi alt boyutu puan ortalamasının hemşirelerin aile yapısına göre farklılık gösterdiği, geniş aile yapısına sahip hemşirelerle karşılaştırıldığında çekirdek aile yapısına sahip hemşirelerde etik duyarlılık düzeyinin daha yüksek olduğu belirlendi. Araştırma bulgularına karşın Köktürk'ün (2013) yapmış olduğu çalışmada ise hemşirelerin Ahlaki Duyarlılık Anketi otonomi alt boyutu puan ortalamasının aile yapısına göre farklılık göstermediği bildirilmiştir.

Bu çalışmada Ahlaki Duyarlılık Anketi toplam ve otonomi, bütüncül yaklaşım, oryantasyon alt boyutları puan ortalamasının hemşirelerin mezuniyet sonrası etik ile ilgili eğitim alma durumlarına göre farklılık gösterdiği belirlenmiş olmakla birlikte mezuniyet sonrası etik ile ilgili eğitim alan hemşirelerin etik duyarlılıklarının daha yüksek olduğu görüldü. Araştırma bulgularını destekler nitelikte Tazegün (2013) yapmış olduğu çalışmada Ahlaki Duyarlılık Anketi uygulama alt boyutu hemşirelerin

mezuniyet sonrası etik ile ilgili eğitim alma durumlarına göre farklılık gösterdiği belirtilmiştir.

Araştırma bulgularına karşın bu konuda yapılan diğer çalışmalarda hemşirelerin Ahlaki Duyarlılık Anketi toplam ve alt boyut puan ortalamalarının mezuniyet sonrası etik ile ilgili eğitim alma durumlarına göre farklılık göstermediği (Pekcan, 2007; Başak ve ark., 2010; Dikmen, 2013; Taylan, 2013), etik-deontoloji eğitimi alan hemşirelerin duyarlılıkları daha yüksek bulunmasına karşın bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bildirilmiştir (Tosun, 2005). Kim ve arkadaşlarının (2005) “Hemşirelerin etik sorunlar karşısında duyarlılıkları” konulu araştırmasında da etik eğitimi alan hemşirelerin ahlaki duyarlılıklarının daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Comrie'nin (2012) araştırmasında ise araştırmaya katılan bireylerin eğitim düzeylerinin ahlaki duyarlılıklarını etkilemediği etik eğitimlerinde vaka ve simülasyon araştırmalarına yer verilmesinin sağlık çalışanlarının mesleki uygulamalarında etik sorunlara karşı farkındalık ve duyarlılıklarını arttıracak ve böylece büyük etik ikilemler konusunda bilgi edinme ve çözüm yolları bulma fırsatı verilerek bu tür eğitim faaliyetleri yoluyla ahlaki duyarlılıklarının geliştirilebileceği bildirilmiştir.

Bu araştırmada Ahlaki Duyarlılık Anketi toplam puan ortalaması ile bütüncül yaklaşım ve oryantasyon alt boyutları puan ortalamalarının hemşirelerin mesleğini sevme durumlarına göre farklılık gösterdiği, mesleğini seven hemşirelerin etik duyarlılıklarının yüksek olduğu görüldü. Araştırma bulgularımızı destekler nitelikte bu konuda yapılan diğer çalışmalarda da mesleğini seven hemşirelerin etik duyarlılıklarının yüksek olduğu bildirilmiş olmakla birlikte (Tosun, 2005; Pekcan, 2007; Taylan, 2013), bireyin mesleğini isteyerek seçmesinin ve sevdiği mesleği yapmasının iş motivasyonunu ve verimliliğini artıracakı söylenebilir.

Bu araştırmadan elde edilen bulgular doğrultusunda Ahlaki Duyarlılık Anketi bütüncül yaklaşım alt boyutu puan ortalamasının hemşirelerin çalıştığı servisten memnun olma durumuna göre farklılık gösterdiği, çalıştığı servisten memnun olan hemşirelerin etik duyarlılıklarının da daha yüksek olduğu görüldü.

5.3. Maslach Tükenmişlik Ölçeği'ne (MTÖ) İlişkin Bulguların Tartışılması

Maslach Tükenmişlik Ölçeği'nden alınan toplam puanın artması tükenmişlik düzeyinin de arttığını göstermekle birlikte, bu çalışmada hemşirelerin Maslach

Tükenmişlik Ölçeği'nden aldıkları toplam puan ortalaması $53,0 \pm 11,3$ olarak belirlendi. Bu araştırmada Maslach Tükenmişlik Ölçeği duygusal tükenme ve duyarsızlaşma alt boyutlarından alınan puan arttıkça duygusal tükenme ve duyarsızlaşmanın arttığı buna karşın kişisel başarı alt boyutundan alınan puan arttıkça kişisel başarı düzeyinin azaldığı belirlendi.

Bu çalışmada Maslach Tükenmişlik Ölçeği duyarsızlaşma alt boyutu puan ortalamasının hemşirelerin yaş ve eğitim durumlarına göre farklılık gösterdiği, 18-28 yaş arası ve sağlık meslek lisesi mezunu olan hemşirelerin duyarsızlaşma düzeylerinin daha yüksek olduğu belirlendi. Araştırma bulgularıyla uyumlu olarak Sinat ve Kutlu'nun (2009) yapmış olduğu çalışmada 20-30 yaş grubunda olan hemşirelerin duyarsızlaşma düzeyi yüksek bulunmuştur. Araştırma bulgularına karşın Basım ve Şeşen'in (2006) yapmış olduğu çalışmada yüksek lisans yapmış olan hemşirelerin tükenmişlik düzeylerinin diğer gruplarla karşılaştırıldığında daha düşük olduğu bildirilmiştir. Ardıç ve Polatçı'nın (2008) araştırmasında ise yaş ilerledikçe duyarsızlaşmanın arttığı belirtilmiştir. Bu araştırmada sağlık meslek lisesi mezunu hemşirelerde etik duyarsızlaşma düzeyinin yüksek çıkması mesleki eğitimleri sırasında etik ile ilgili konulara gereken önemin verilmemesinden kaynaklanabilir.

Bu araştırmadan elde edilen bulgular doğrultusunda Maslach Tükenmişlik Ölçeği duyarsızlaşma alt boyutu puan ortalamasının hemşirelerin acil servisteki görevi, hastanedeki çalışma statüsü ve çalışma şekline göre farklılık gösterdiği, servis hemşiresi olarak görev yapan, sözleşmeli ve vardiyalı olarak çalışan hemşirelerde duyarsızlaşmanın daha yüksek olduğu belirlendi. Araştırma bulgularıyla uyumlu olarak Öztürk ve arkadaşlarının (2014) yapmış olduğu çalışmada gece nöbeti şeklinde çalışan hemşirelerin duyarsızlaşma düzeyleri yüksek bulunmuştur. Araştırma bulgularına karşın Altay ve arkadaşlarının (2010) yapmış oldukları çalışmada Maslach Tükenmişlik Ölçeği duyarsızlaşma alt boyutu puan ortalaması hemşirelerin çalışma şekillerine; Günüşen ve Üstün'ün (2008) yapmış olduğu diğer bir araştırmada ise hemşirelerin çalışma statülerine göre farklılık göstermediği belirtilmiştir.

Bu araştırmada Maslach Tükenmişlik Ölçeği duyarsızlaşma alt boyutu puan ortalamasının hemşirelerin mesleğini sevme, çalıştığı servisten memnun olma, iş yaşam kalitesini değerlendirme, mezuniyet sonrası etik ile ilgili eğitim alma, etik bir problemle karşılaşma ve etik ile ilgili yayın takip etme durumlarına göre farklılık gösterdiği

belirlendi. Çalışmaya katılan hemşirelerden mesleğini sevmeyenlerde, çalıştığı servisten memnun olmayanlarda, iş yaşam kalitesini çok kötü olarak değerlendirenlerde, mezuniyet sonrası etik ile ilgili eğitim almayanlarda, etik bir problemle karşılaşan ve etik ile ilgili yayın takip eden hemşirelerde duyarsızlaşmanın yüksek olduğu görüldü. Araştırma bulgularıyla uyumlu olarak Ertuğrul'un (2010) yapmış olduğu çalışmada iş yaşamından memnun olmayan hemşirelerin, Sönmez'in (2006) araştırmasında ise işlerini sevmeyerek yapan hemşirelerin duyarsızlaşma düzeylerinin anlamlı derecede yüksek bulunduğu bildirilmiştir.

Bu çalışmada Maslach Tükenmişlik Ölçeği kişisel başarı alt boyutu puan ortalamasının hemşirelerin yaş, medeni durum ve gelir durumlarına göre farklılık gösterdiği, 40 yaş ve üstü, evli ve gelirleri giderlerinden az olan hemşirelerde kişisel başarı düzeyinin düşük olduğu görüldü. Taycan ve arkadaşları (2006) ile Molassiotis ve Haberman'ın (1996) yapmış oldukları çalışmada da araştırma bulgularımızla uyumlu olarak hemşirelerin aylık gelir düzeyi azaldıkça kişisel başarılarının da azaldığı bildirilmiştir. Bu konuda yapılmış olan diğer bir araştırmada ise kişisel başarı alt boyutunun medeni durumdan etkilendiği, bekar olanların kişisel başarı düzeyinin yüksek bulunduğu belirtilmiştir (Kocabıyık ve Çakıcı, 2008).

Araştırma bulgularına karşın bu konuda yapılan bazı çalışmalarda ise hemşirelerin yaş, medeni durum ve gelir durumunun kişisel başarı durumlarını etkilemediği (Sayıl ve ark., 1997; Çalışkan, 2010; Ertuğrul, 2010; Ertürk ve Keçecioğlu, 2012) buna karşın yaş arttıkça kişisel başarı düzeyinin arttığı ve evli olanların kişisel başarılarının bekar olanlardan daha yüksek olduğu belirtilmiştir (Maslach, 1981; Taycan ve ark., 2006; Ardıç ve Polatçı, 2008).

Bu araştırmadan elde edilen bulgular doğrultusunda Maslach Tükenmişlik Ölçeği kişisel başarı alt boyutu puan ortalamasının hemşirelerin mesleğini sevme durumlarına göre farklılık gösterdiği, mesleğini seven hemşirelerde kişisel başarı düzeyinin düşük olduğu belirlendi. Bu konuda yapılan diğer çalışmalarda mesleğini isteyerek seçmeyen ve meslekle ilgili beklentileri karşılanmayan hemşirelerin kişisel başarı düzeylerinin düşük olduğu bildirilmiştir (Çalışkan, 2010; Ertuğrul, 2010).

Bu araştırmada Maslach Tükenmişlik Ölçeği duygusal tükenme alt boyutu puan ortalamasının hemşirelerin acil servisteki görevi, mesleğini sevme durumu, çalıştığı servisten memnun olma durumu, çalışma şekli, iş yaşam kalitesi, iş doyum

düzeyle ve etik ile ilgili yayın takip etme durumlarına göre farklılık gösterdiği belirlendi. Servis hemşiresi olarak çalışan, mesleğini sevme konusunda kararsız olan, çalıştığı servisten memnun olmayan, vardiyalı olarak çalışan, iş yaşam kalitesini çok kötü olarak değerlendiren, iş doyum düzeylerini kötü olarak tanımlayan ve etik ile ilgili yayın takip eden hemşirelerde duygusal tükenme düzeyinin yüksek olduğu belirlendi. Araştırma bulgularıyla uyumlu olarak bu konuda yapılan bazı çalışmalarda Maslach Tükenmişlik Ölçeği duygusal tükenme alt boyutu puanının vardiyalı çalışan hemşirelerde yüksek olduğu (Mollaoğlu ve ark., 2003; Altay ve ark., 2010), araştırma bulgularına karşın bu konuda yapılan diğer bir çalışmada ise (Kaba, 2012) sağlık bakım profesyonellerinin mesleklerinden memnun olma durumlarının Maslach Tükenmişlik Ölçeği alt boyutlarından aldıkları puanı etkilemediği bildirilmiştir.

Bu araştırmadan elde edilen bulgular doğrultusunda Maslach Tükenmişlik Ölçeği toplam puan ortalamasının hemşirelerin acil servisteki görevi, çalıştığı servisten memnun olma durumu, çalışma şekli, iş yaşam kalitesini değerlendirme durumu, iş doyum düzeyleri, etik bir problemle karşılaşma durumu ve etik ile ilgili yayın takip etme durumlarına göre farklılık gösterdiği, servis hemşiresi olarak çalışan, çalıştığı servisten memnun olmayan, vardiyalı çalışan, iş yaşam kalitesini çok kötü olarak değerlendiren, çalıştıkları kurumda iş doyum düzeylerini kötü olarak tanımlayan, etik bir problemle karşılaşan ve etik ile ilgili yayın takip eden hemşirelerde tükenmişlik düzeyinin yüksek olduğu görülmüştür. Araştırma bulgularını destekler yönde Bektaş ve İlhan'ın (2008) yapmış olduğu çalışmada da hemşirelerin tükenmişlik düzeylerinin yüksek olduğu, istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamasına karşın; vardiyalı çalışan hemşirelerin Maslach Tükenmişlik Ölçeği toplam puan değerinin diğer alt boyutlarla karşılaştırıldığında yüksek bulunduğu bildirilmiştir.

5.4. Minnesota İş Doyum Ölçeği'ne (MİDÖ) İlişkin Bulguların Tartışılması

Minnesota İş Doyum Ölçeği'nden alınan puan arttıkça iş doyumunun da arttığı kabul edilmekle birlikte bu çalışmada hemşirelerin Minnesota İş Doyum Ölçeği'nden aldıkları toplam puan ortalaması 3,0±0,5 olarak belirlendi. Bu çalışmada Minnesota İş Doyum Ölçeği genel doyum alt boyut puan ortalamasının hemşirelerin yaş, mesleğini sevme durumu, çalıştığı servisten memnun olma durumu, iş yaşam kalitesini

değerlendirme durumu, çalıştıkları kurumdaki iş doyum düzeyleri ve mezuniyet sonrası etik ile ilgili eğitim alma durumlarına göre farklılık gösterdiği, 40 yaş ve üstü, mesleğini seven, çalıştığı servisten memnun olan, iş yaşam kalitesini iyi olarak değerlendiren, çalıştıkları kurumdaki iş doyum düzeylerini iyi olarak tanımlayan ve mezuniyet sonrası etik ile ilgili eğitim alan hemşirelerin iş doyum düzeylerinin daha yüksek olduğu belirlendi. Araştırma bulgularımızı destekler nitelikte bu konuda yapılan bazı araştırmalarda hemşirelerin iş doyum düzeylerinin yaş gruplarına göre farklılık gösterdiği (Beyazsaçlı ve Serin, 2010), yaşın ilerlemesinin hemşirelerde iş doyumunu arttırdığı (Bartholomeyczik ve ark., 1992; Çimen ve Şahin, 2000; Aydın ve Kutlu, 2001), çalıştığı servisten memnun olan (Kurumahmut, 2010) ve mesleğini seven hemşirelerin iş doyumlarının yüksek olduğu bildirilmiştir (Keskin ve Yıldırım, 2006; Durmuş ve Günay, 2007). Araştırma bulgularına karşın bu konuda yapılan diğer çalışmalarda 20-30 yaş grubunda bulunan genç hemşirelerin iş doyumlarının daha yüksek olduğu (Keskin ve Yıldırım, 2006) ve çalıştığı servisten memnun olmayan hemşirelerin iş doyumlarının yüksek bulunduğu belirtilmiştir (Durmuş ve Günay, 2007). Bu çalışmada ileri yaş grubunda bulunan hemşirelerin iş doyumlarının yüksek olması, genç hemşirelerle karşılaştırıldığında yaşın ilerlemesine bağlı olarak çalışma deneyimlerinin artmasına ve iş ortamındaki sorunlarla başa çıkabilme becerilerinin gelişmiş olmasına bağlanabilir.

Bu çalışmada Minnesota İş Doyum Ölçeği içsel doyum alt boyutu puan ortalamasının hemşirelerin yaş, medeni durum, eğitim durumu, mesleğini sevme durumu, çalıştığı servisten memnun olma durumu, hemşirelik eğitimi sırasında ve mezuniyet sonrası etik ile ilgili eğitim alma durumlarına göre farklılık gösterdiği, 40 yaş ve üstü, evli, ön lisans mezunu, mesleğini seven, çalıştığı servisten memnun olan, hemşirelik eğitimi sırasında etik ile ilgili eğitim almayan ve mezuniyet sonrası etik ile ilgili eğitim alan hemşirelerde iş doyum düzeyinin yüksek olduğu belirlendi. Araştırma bulgularını destekler nitelikte bu konuda yapılmış olan bazı çalışmalarda ileri yaş grubundaki (Aydın ve Kutlu, 2001; Kocabıyık ve Çakıcı, 2008) ve evli olan (Kocabıyık ve Çakıcı, 2008) hemşirelerin iş doyum düzeylerinin yüksek olduğu bildirilmiştir.

Araştırma bulgularına karşın bu konuda yapılan diğer araştırmalarda ise bekar olan hemşirelerin iş doyumlarının yüksek olduğu (Beyazsaçlı ve Serin, 2010), eğitim düzeyi arttıkça iş doyumunu arttığı (Derin, 2007) belirtilmekle birlikte bu konuda

yapılan diğer çalışmalarda ise (Erbil ve Bostan, 2004; Derin, 2007; Beyazsaçlı ve Serin, 2010; Uzunkaya, 2010) sağlık bakım profesyonellerinin yaş, medeni durum ve eğitim düzeylerinin Minnesota İş Doyum Ölçeği alt boyutlarından aldıkları puanı etkilemediği bildirilmiştir.

Bu araştırmada Minnesota İş Doyum Ölçeği dışsal doyum alt boyutu puan ortalamasının hemşirelerin gelir durumu, çalıştığı servisten memnun olma durumu, iş yaşam kalitesini değerlendirme durumu ve çalıştıkları kurumdaki iş doyum düzeylerine göre farklılık gösterdiği, geliri giderlerine eşit olan, çalıştığı servisten memnun olan, iş yaşam kalitesini iyi olarak değerlendiren ve çalıştıkları kurumdaki iş doyum düzeylerini iyi olarak tanımlayan hemşirelerin iş doyum düzeylerinin daha yüksek olduğu görüldü.

Araştırma bulgularına karşın bu konuda yapılan diğer çalışmalarda ise gelir düzeyini düşük olarak algılayan sağlık bakım profesyonellerinin orta ve yüksek olarak algılayan sağlık çalışanlarına göre daha düşük iş doyumuna sahip olduğu (Derin, 2007; Pillay, 2009) belirtilmiştir. Keskin ve Yıldırım'ın (2006) çalışmasında ise hemşirelerin iş doyumunun gelir durumlarına göre anlamlı farklılık göstermediği bildirilmiştir.

5.5. Ahlaki Duyarlılık Anketi, Maslach Tükenmişlik Ölçeği ve Minnesota İş Doyum Ölçeği Arasındaki İlişkinin Tartışılması

Çalışma kapsamına alınan hemşirelerin Ahlaki Duyarlılık Anketi puanı arttıkça, Maslach Tükenmişlik Ölçeği puanının azaldığı, etik duyarlılığı düşük olan hemşirelerin tükenmişlik düzeylerinin de düşük olduğu belirlendi. Ayrıca hemşirelerin Maslach Tükenmişlik Ölçeği puanları arttıkça Minnesota İş Doyumu Ölçeği puanlarının azaldığı, tükenmişlik düzeyi yüksek olan hemşirelerin iş doyumunun da düşük olduğu belirlendi. Bu durumun acil servise başvuran hasta sayısının fazlalığından, hemşire sayısının azlığından, çalışma saatlerinin uzunluğundan, çalışma ortamının fiziki koşullarının yetersiz olmasından ve acil servisin stresli bir ortam olmasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Literatürde de belirtildiği gibi hemşireler son birkaç yıl içinde sağlık bakım ortamlarında yoğun baskı altında çalışmakta, hemşirelerden daha fazla işi kısa süre içerisinde yapmaları beklenmekte ve bu durumda hemşirelerin iş doyumlarını azaltarak uzun saatler yaptıkları işten memnun olmaksızın çalışmalarına neden olabilmektedir. Mesleki stres ve bu stresle başa çıkamama ve tükenmişlik, iş doyumunu olumsuz yönde

etkilemekte, hemşireleri sağlıklı/hasta bireyin ihtiyaçlarına karşı daha az duyarlı hale getirebilmektedir. Hemşireler sağlık ekibi içerisinde önemli rol üstlenmekte ve hemşirelerin iş doyum düzeyleri hasta-hemşire ilişkisi ile birlikte verdikleri bakımın kalitesini de etkileyebilmektedir. Bu doğrultuda bir hemşire işinden memnun olmadığında hastalardan ve sorumluluklarından uzaklaşma eğilimi gösterebilmektedir. Hatta sağlık bakım sunum sistemi içerisinde çabalarının takdir edilmediğini düşünerek meslekten ayrılmayı bile düşünebilmektedir. Buna karşın mesleki eğitimleri süresince hemşirelere uygulamalarını etik ilkeler doğrultusunda gerçekleştirmeleri, sağlıklı/hasta bireyin tedavi ve bakım ihtiyaçlarını tam zamanında karşılamaları, bireyi ve ailesini desteklemeleri öğretilmekte ve etik açıdan duyarlı meslek üyeleri olmaları beklenmektedir (Begat ve ark., 2005).

Etik duyarlılık, sağlık bakım profesyonellerinin sağlıklı/hasta bireyin sağlık bakım ihtiyaçlarını belirleyebilmek için sözlü ve sözlü olmayan ipuçları ile davranışlarının farkında olabilmelerini ve bu ip uçlarını yorumlayabilmelerini gerektirir. Bir bireyin etik duyarlılığını etnik kökeni, cinsiyeti, manevi değerleri, cinselliği, kültürü, dini, yetiştirilme tarzı, eğitimi ve yaşı gibi bir çok faktör etkileyebilmektedir. Profesyonel anlamda hemşirelik mesleği, hastaların fiziksel ve duygusal ihtiyaçlarına özen gösterme ve bunlara duyarlı olmayı gerektirmektedir. Bu doğrultuda, kendi ahlaki değerlerine uygun bir şekilde bakım hizmeti sunmaya çalışan bir hemşirenin, etik duyarlılık ve sorumluluğa sahip olması hayati önem taşımaktadır (Schluter ve ark., 2008).

Hemşirelerin yüksek kalitede bakım sunma yeteneği iş doyum algılarına bağlıdır. Hemşirelerin çalışma ortamında yaşayabileceği etik problemler hasta özerkliğine saygı ile birlikte sağlıklı/hasta bireye nasıl yaklaşımda bulunulacağını da etkiler. Bu doğrultuda kurum yöneticilerine önemli görevler düşmekle birlikte, çalışma ortamında hemşirelerin etik duyarlılıklarını azaltabilecek ve etik problemler yaşamalarına neden olabilecek iş stresinin azaltılması, mesleki beceri ve doyumun artırılması ve tükenmişliğin azaltılması, hemşirelerin çalışma ortamında yaşadıkları problemler paylaşılarak çözüm önerilerinin üretilmesi son derece önemlidir (Begat ve ark., 2005).

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Bu çalışmadan elde edilen bulgular doğrultusunda:

Çalışmaya katılan hemşirelerin %57,2'sinin 18-28 yaş, %36,4'ünün 29-38 yaş ve %6,4'ünün 40 ve üstü yaş grubunda yer aldığı, %27,5'inin sağlık meslek lisesi, %14,0'ının önlisans, %53,4'ünün lisans, %5,1'inin yüksek lisans mezunu olduğu, %10,2'sinin sürekli gündüz, %89,8'inin vardiyalı olarak çalıştığı, %39,4'ünün mesleğini sevdiği, %48,7'sinin çalıştığı servisten kısmen memnun olduğu, %50,8'inin iş yaşam kalitesini iyi olarak değerlendirdiği, %47,5'inin çalıştıkları kurumdaki iş doyum düzeylerini orta düzey olarak tanımladığı, %91,5'inin hemşirelik eğitimi sırasında ve %60,6'sının mezuniyet sonrası etik ile ilgili eğitim almadığı, %78,4'ünün etik bir problemle karşılaştığı ve %93,2'sinin etik ile ilgili yayın takip etmediği belirlenmiştir.

Hemşirelerin Ahlaki Duyarlılık Anketi toplam puan ortalaması $90,4 \pm 18,1$, Maslach Tükenmişlik Ölçeği toplam puan ortalaması $53,0 \pm 11,3$ ve Minnesota İş Doyum Ölçeği genel doyum puan ortalaması $3,0 \pm 0,5$ olarak saptandı. Ahlaki Duyarlılık Anketi puanı ile Maslach Tükenmişlik Ölçeği puanı arasında çok zayıf negatif bir korelasyon ($r=-0,158$, $p=0,015$), Maslach Tükenmişlik Ölçeği puanı ile Minnesota İş Doyum Ölçeği puanı arasında düşük negatif bir korelasyon ($r=-0,335$, $p<0,001$) bulunmuştur. Bu araştırmada hemşirelerin sosyo-demografik ve çalışma yaşamına ilişkin bazı özellikleri ile Ahlaki Duyarlılık Anketi, Maslach Tükenmişlik Ölçeği ve Minnesota İş Doyum Ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulundu ($p<0,05$).

Bu araştırmada çalışma kapsamına alınan hemşirelerin Ahlaki Duyarlılık Anketi puanı arttıkça, Maslach Tükenmişlik Ölçeği puanının azaldığı, etik duyarlılığı düşük olan hemşirelerin tükenmişlik düzeylerinin de düşük olduğu belirlendi. Ayrıca hemşirelerin Maslach Tükenmişlik Ölçeği puanları arttıkça Minnesota İş Doyumu Ölçeği puanlarının azaldığı, tükenmişlik düzeyi yüksek olan hemşirelerin iş doyumunun da düşük olduğu belirlendi.

6.2. Öneriler

Araştırmadan elde edilen bulgular doğrultusunda;

- Hemşirelerin mesleki eğitimlerinde ve mezuniyet sonrası sürekli eğitim programlarında etik duyarlılık konusuna yer verilmesi
- Hemşirelerin iş doyumlarını ve tükenmişlik düzeylerini etkileyen bireysel ve çalışma yaşamına ilişkin faktörlerin göz önünde bulundurulması
- Yöneticilerin hemşirelerin tükenmişlik düzeylerini azaltmak, iş doyumlarını artırmak için belirli aralıklarla başarıları konusunda olumlu bildirimde bulunması ve teşvik etmesi, çalışma saatlerinin düzenlenmesi, çalışan hemşire sayısının arttırılması, gelir düzeyinin yükseltilmesi ve ücret dağılımının adaetli bir şekilde yapılması
- Hemşire başına düşen hasta sayısının azaltılması, çalışılan ortamın fiziki şartlarının iyileştirilmesi, çalışma koşullarının geliştirilmesi, hemşirelerin eğitim ve kendini geliştirme imkanlarının arttırılması ve
- Hemşirelerin tükenmişlik ve iş doyumları düzeylerinin etik duyarlılıkla ilişkisini belirlemeye yönelik araştırma bulunmaması nedeniyle tüm kliniklerde çalışan hemşireleri içine alan karşılaştırmalı araştırmaların yapılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

- Abdou HA, Baddar FM, Alkorashy HA. The relationship between work environment and moral sensitivity among the nursing faculty assistants. *World Applied Sciences Journal*. 2010;11(11):1375-1387.
- Akbolat M, Işık O. Sağlık çalışanlarının tükenmişlik düzeyleri: bir kamu hastanesi örneği. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*. 2008;11(2):229-254.
- Aksu G, Acuner AM, Tabak RS. Sağlık bakanlığı merkez ve taşra teşkilatı yöneticilerinin iş doyumuna yönelik bir araştırma (Ankara örneği). *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*. 2002;55(4):271-282.
- Alpar ŞE. Sağlık bakım sistemi sağlık ekibi ve hemşirenin rolleri. Sabuncu N. Editör. *Hemşirelik Bakımında İlke ve Uygulamalar'da*, Ankara, Alter Yayıncılık. 2008; 41-43.
- Altay B, Gönener D, Demirkıran C. Bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin tükenmişlik düzeyleri ve aile desteğinin etkisi. *Fırat Tıp Dergisi*. 2010;15(1):10-16.
- Altun İ. Etik ve değerler. Aştı TA, Karadağ A. Editörler. *Hemşirelik Esasları'nda*, İstanbul, Akademi Basın ve Yayıncılık. 2013; 120.
- Ardahan M. Hemşirelerin savunuculuk rolü. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 2003;7(2):23-27.
- Ardıç K, Polatçı S. Tükenmişlik sendromu akademisyenler üzerine bir uygulama (GOÜ örneği). *Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*. 2008;10(2):69-96.
- Avşar N. Türkiye'de özel sağlık sigortası ve sağlık sistemi. *Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, Yüksek Lisans Tezi*, 2010; 1-4.
- Ay FA. Mesleki temel kavramlar. Ay FA. Editör, *Temel Hemşirelik Kavramlar, İlkeler, Uygulamalar'da*, 1. Baskı, İstanbul, İstanbul Medikal Yayıncılık. 2007; 39-55.
- Aydın E, Ersoy N. Tıbbi etik'te "adalet ilkesi". *Türkiye Klinikleri Tıp Etiği-Hukuku-Tarihi Dergisi*. 1994;2(2):61-70.
- Aydın R, Kutlu Y. Hemşirelerde iş doyumunu ve kişilerarası çatışma eğilimi ile ilgili değişkenler ve iş doyumunun çatışma eğilimi ile olan ilişkisini belirleme. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 2001;5(2):37-45.
- Asai A, Ohnishi M, Nagata SK, Tanita N, Yamazaki Y. Doctors' and nurses' attitudes towards and experiences of voluntary euthanasia: survey of members of the Japanese Association of Palliative Medicine. *J Med Ethics*. 2001;27:324-330.

- Babadağ K. Hemşirelikte etik. Hemşirelik Bülteni. 1991;5(19):5-10.
- Bahar E. Tükenmişlik sendromu, otel işletmelerinde ön büro çalışanlarında bir uygulama. Adnan Menderes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Aydın, Yüksek Lisans Tezi, 2006; 1-35.
- Balcıoğlu İ, Memetali S, Rozant R. Tükenmişlik sendromu. Dirim Tıp Gazetesi. 2008;83:99-104.
- Bartholomeyczik S, Dieckhoff T, Dreup E, Korff M, Krohwinkel M, Mueller E, Sowinski C, Zegelin A. job satisfaction of night nurses in Germany. Int Nurs Rev. 1992;39(1):27-31.
- Barutçu E, Serinkan C. Günümüzün önemli sorunlarından biri olarak tükenmişlik sendromu ve Denizli’de yapılan bir araştırma. Ege Akademik Bakış. 2008;8(2):541-561.
- Basım N, Şeşen H. Mesleki tükenmişlikte bazı demografik değişkenlerin etkisi: kamu’da bir araştırma. Ege Akademik Bakış. 2006;6(2):15-23.
- Başak T, Uzun Ş, Arslan F. Yoğun bakım hemşirelerinin etik duyarlılıklarının incelenmesi. Gülhane Tıp Dergisi. 2010;52(2):76-81.
- Baycan FA. An analysis of the several aspects of job satisfaction between different occupational groups. Boğaziçi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, Yüksek Lisans Tezi, 1985; 1-45.
- Begat I, Ellefsen B, Severinsson E. Nurses’ satisfaction with their work environment and the outcomes of clinical nursing supervision on nurses’ experiences of well-being – a Norwegian study. Journal of Nursing Management. 2005;13:221-230.
- Bektaş G, İlhan N. Huzurevlerinde çalışan hemşirelerin tükenmişlik düzeyleri. Türk Geriatri Dergisi. 2008;11(3):128-135.
- Beyazsaçlı M, Serin NB. Devlet hastanelerinde görev yapan hemşirelerin iş doyumunu düzeyleri ve aralarındaki ilişkinin incelenmesi. International Conference on New Trends in Education and Their Implications, Antalya, 2010; 979-986.
- Bingöl N. Hemşirelerin uyku kalitesi, iş doyumunu düzeyleri ve aralarındaki ilişkinin incelenmesi. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sivas, Yüksek Lisans Tezi, 2006; 14-23.
- Birol L. Hemşirelik Süreci. 7. Baskı, İzmir, Etki Matbaacılık. 2005; 16.
- Budak G, Sürgevil O. Tükenmişlik ve tükenmişliği etkileyen örgütsel faktörlerin analizine ilişkin akademik personel üzerinde bir uygulama. Dokuz Eylül Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi. 2005;20(2):95-108.

- Burkhardt MA, Nathaniel AK. Etik ilkeler. Alpar ŞE, Bahçecik N, Karabacak, Ü. Editörler, Çağdaş Hemşirelikte Etik’de, 3. Baskı, İstanbul, İstanbul Tıp Kitabevi. 2013; 52-75.
- Büken NÖ, Büken E. Nedir şu “Tıp Etiği” dedikleri?. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi. 2002;11(1):17-20.
- Cengiz S. Hemşirelerde empatik eğilim ve iş doyumunu ilişkisi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, Yüksek Lisans Tezi, 2008; 15-26.
- Comrie RW. An analysis of undergraduate and graduate student nurses’ moral sensitivity. Nursing Ethics. 2012;19(1):116-127.
- Çalışkan A. Yeni mezun hemşirelerde iş doyumunu tükenmişlik ve gerçeklik şokunun incelenmesi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, Yüksek Lisans Tezi, 2010; 7-23.
- Çapri B. Tükenmişlik ölçeğinin Türkçe uyarlaması: geçerlik ve güvenilirlik çalışması. Mersin Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi. 2006;2(1):62-77.
- Çelebi B. Çalışanlarda tükenmişlik ve iş doyumunu (Alanya Devlet Hastanesi hemşireleri örneği). Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, Yüksek Lisans Tezi, 2014; 9-45.
- Çelik S, Ünal Ü, Saruhan S. Cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin mesleki profesyonelliklerinin değerlendirilmesi. İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi. 2012;20(3):193-199.
- Çimen M, Şahin İ. Bir kurumda çalışan sağlık personelinin iş doyum düzeyinin belirlenmesi. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi. 2000;5(4):53-67.
- Demir A. Hemşirelikte tükenmişliğe bir bakış. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2004;7(1).
- Demir S. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastaneleri çalışanlarının tükenmişlik ve iş doyumunu düzeylerinin bazı değişkenler açısından incelenmesi. Atılım Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2010; 3-43.
- Demirbaş AR. Üç farklı hastanenin yöneticilerinin ve klinikte çalışan sağlık personelinin tükenmişlik durumları. Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, Yüksek lisans Tezi, 2006; 1-33.
- Derin N. Devlet hastanelerinde çalışan sağlık personelinin iş doyum düzeyleri ve etkileyen faktörler. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Eskişehir, Yüksek Lisans Tezi, 2007; 9-130.
- Dikmen Y. Yoğun bakım hemşirelerinde etik duyarlılığın incelenmesi. Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi. 2013;2(1):1-7.

- Dikmetaş E, Top M, Ergin G. Asistan hekimlerin tükenmişlik ve mobbing düzeylerinin incelenmesi. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2011;22(3):137-149.
- Dinç L. Hemşirelik hizmetlerinde etik yükümlülükler. *Hacettepe Tıp Dergisi*. 2009;40(2):113-119.
- Durmuş S, Günay O. Hemşirelerde iş doyumunu ve anksiyete düzeyini etkileyen faktörler. *Erciyes Tıp Dergisi*. 2007;29(2):139-146.
- Ege E, Pasinlioğlu T. Doğum ve kadın sağlığı hemşireliğinde etik. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 2000;3(1):44-50.
- Eğinli AT. Çalışanlarda iş doyumunu: kamu ve özel sektör çalışanlarının iş doyumuna yönelik bir araştırma. *Ankara Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*. 2009;23(3):35-52.
- Elçigil A, Bahar Z, Beşer A, Mızrak B, Bahçelioğlu D, Demirtaş D, Özdemir D, Özgür E, Yavuz H. Hemşirelerin karşılaştıkları etik ikilemlerin incelenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2011;14(2):52-60.
- Erbil N, Bostan Ö. Ebe ve hemşirelerde iş doyumunu, benlik saygısı ve etkileyen faktörler. *Ankara Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 2004;7(3):56-66.
- Erdem B. İç hastalıkları hemşirelerinin iş doyumunu ve iş zenginleştirme durumlarının değerlendirilmesi. *Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, Yüksek Lisans Tezi*, 2010; 5-25.
- Erdemir F. Hemşirenin rol ve işlevleri ve hemşirelik eğitiminin felsefesi. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 1998;2(1):59-63.
- Ergin C. Bir iş doyumunu ölçümü olarak "iş betimlemesi ölçeği": uyarlama, geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Türk Psikoloji Dergisi*. 1997;12(39):25-36.
- Ergin C. Doktor ve hemşirelerde tükenmişlik ve Maslach Tükenmişlik Ölçeğinin uyarlaması. VII. Ulusal Psikoloji Kongresi Bilimsel Çalışmaları, Ankara, 1993; 143-154.
- Ersoy N, Aydın E. Tıbbi etik'te "özerklik" ve "özerkliğe saygı ilkesi". *Türkiye Klinikleri Tıp Etiği-Hukuku-Tarihi Dergisi*. 1994;2(2):71-74.
- Ersoy N, Aydın E. Tıbbi etik'te "yararlılık ilkesi". *Türkiye Klinikleri Tıp Etiği-Hukuku-Tarihi Dergisi*. 1994;2(2):57-60.
- Ersoy N, Gündoğmuş ÜN. A study of the ethical sensitivity of physicians in Turkey. *Nursing Ethics*. 2003;10(5):472-484.
- Ertekin C, Berker N, Tolun A, Ülkü D. Bilimsel Araştırmada Etik ve Sorunlar. 1. Baskı, Ankara, Türkiye Bilimler Akademisi Yayınları. 2002; 53-55.

- Ertuğrul E. Üniversite uygulama ve araştırma hastanesinde çalışan hemşire, ebe, sağlık memuru ve acil tıp teknisyenlerinde tükenmişlik ve depresyon düzeyinin değerlendirilmesi. Zonguldak Karaelmas Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Zonguldak, Yüksek Lisans Tezi, 2010; 2-17.
- Ertürk E, Keçecioglu T. Çalışanların iş doyumları ile mesleki tükenmişlik düzeyleri arasındaki ilişkiler: öğretmenler üzerine örnek bir uygulama. Ege Akademik Bakış. 2012;12(1):39-52.
- Freudenberger HJ. Staff burn-out. Journal of Social Issues. 1974;30(1):159-165.
- Gökmen V. Yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin iş doyumları, tükenmişlik ve kaygı düzeylerinin incelenmesi. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum, Yüksek Lisans Tezi, 2013; 10-22.
- Günüşen N, Üstün B. Bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin tükenmişlik düzeyi ve etkileyen faktörlerin incelenmesi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2008;11(4):48-58.
- Günüşen NP, Üstün B. Türkiye’de ikinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hemşire ve hekimlerde tükenmişlik: literatür incelemesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi. 2010;3(1):40-51.
- İlgililer SY. Hastanelerde yatarak tedavi gören hasta ve yakınlarının sağlık hizmetlerine yönelik görüşleri. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, Yüksek Lisans Tezi, 2009; 5-7.
- İnanç N. Sağlık bakımı ve sağlık ekibi. Hemşirelik Esasları’nda, 3. Baskı, Ankara, Damla Matbaacılık. 1998; 41-58.
- Jaeger SM. Teaching health care ethics: the importance of moral sensitivity for moral reasoning. Nursing Philosophy. 2001;2:131-142.
- Kaba H. Eskişehir ilinde çalışan ilk ve acil yardım teknikerleri ve acil tıp teknisyenlerinin stres, tükenmişlik ve iş doyumlarının etik açıdan değerlendirilmesi. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Eskişehir, Yüksek Lisans Tezi, 2012; 1-46.
- Kaçmaz N. Tükenmişlik (Burnout) sendromu. İstanbul Tıp Fakültesi Dergisi. 2005;68(1):29-32.
- Kadıoğlu S. Etikodrama. Türkiye Klinikleri Tıp Etiği-Hukuku-Tarihi Dergisi. 1995;3(1):6-7.
- Kanan N. Acil birimlerde ekip ilişkileri. İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Hemşirelik Dergisi. 2002;12(48):99-107.

- Karadağ N. Tükenmişlik ve iş doyumunu (Kırklareli Devlet Hastanesi hemşireleri örneği). Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, Yüksek Lisans Tezi, 2013; 5-61.
- Karahaliloğlu N. Cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerde tükenmişlik ve iş doyumunu düzeylerinin incelenmesi. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, Yüksek Lisans Tezi, 2013; 6-48.
- Karamanoğlu AY, Özer FG, Tuğcu A. Denizli ilindeki hastanelerin cerrahi kliniklerinde çalışan hemşirelerin mesleki profesyonelliklerinin değerlendirilmesi. Fırat Tıp Dergisi. 2009;14(1):12-17.
- Karaöz S. Cerrahi hemşireliği ve etik. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2000;4(1):1-8.
- Kavlu İ. Acil servislerde çalışan hemşirelerin tükenmişlik ve iş doyumlarının yaşam kalitesine etkisi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, Yüksek Lisans Tezi, 2008; 6-36.
- Kavlu İ, Pınar R. Acil servislerde çalışan hemşirelerin tükenmişlik ve iş doyumlarının yaşam kalitesine etkisi. Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi. 2009;29(6):1543-1555.
- Kaya Z. Antalya Emniyet Müdürlüğü Hassas Bölgeleri Koruma Şube Müdürlüğü personelinde tükenmişlik sendromu üzerine bir çalışma. Düşünce-Yorum Sosyal Bilimler Araştırma Dergisi. 2014;7(13):229-250.
- Kebabçı A. Acil birimlerde çalışan hemşirelerde çalışma ortamının tükenmişlik düzeylerine etkisi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, Yüksek Lisans Tezi, 2010; 6-30.
- Keskin G, Yıldırım GÖ. Hemşirelerin kişisel değerlerinin ve iş doyumlarının değerlendirilmesi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2006;22(1):119-133.
- Kırılmaz AY, Çelen Ü, Sarp N. İlköğretim’de çalışan bir öğretmen grubunda “Tükenmişlik Durumu” araştırması. İlköğretim-Online. 2003;2(1):2-9.
- Kim YS, Park JW, You MA, Seo YS, Han SS. Sensitivity to ethical issues confronted by korean hospital staff nurses. Nursing Ethics. 2005;12(6):595-605.
- Kocabıyık ZO, Çakıcı E. Sağlık çalışanlarında tükenmişlik ve iş doyumunu. Anadolu Psikiyatri Dergisi. 2008;9:132-138.
- Köktürk B. Hemşirelerin kişisel değerleri ile etik duyarlılıkları arasındaki ilişkinin belirlenmesi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, Yüksek Lisans Tezi, 2013; 13-78.

- Kurumahmut D. İstanbul'daki özel diyaliz merkezlerinde çalışan hemodiyaliz hemşirelerinin stres düzeyleri ve stres düzeylerinin iş doyumuna etkisi. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, Yüksek lisans Tezi, 2010; 29-80.
- Lal K. Hemşirelerde tükenmişlik ve iş doyumunu (Aksaray ve Ortaköy Devlet Hastanesi hemşireler örneği). Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, Yüksek Lisans Tezi, 2014; 5-40.
- Lutzen K, Cronqvist A, Magnusson A, Andersson L. Moral stress: synthesis of a concept. *Nursing Ethics*. 2003;10(3):312-322.
- Lutzen K, Dahlqvist V, Eriksson S, Norberg A. Developing the concept of moral sensitivity in health care practice. *Nursing Ethics*. 2006;13(2):188-196.
- Lutzen K, Evertzon M, Nordin C. Moral sensitivity in psychiatric practice. *Nursing Ethics*. 1997;4(6):472-482.
- Lutzen K, Johansson A, Nordström G. Moral sensitivity: some differences between nurses and physicians. *Nursing Ethics*. 2000;7(6):520-529.
- Maslach C. Burnout: a social psychological analysis. Jones JW. Editör. *The Burnout Syndrome*. Park Ridge, London House. 1981; 30-53.
- Maslach C, Jackson SE. The Measurement of Experienced Burnout. *Journal of Organizational Behavior*. 1981;2(2):99-113.
- Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job burnout. *Annual Review of Psychology*. 2001;52:397-422.
- Metin Ö, Özer FG. Hemşirelerin tükenmişlik düzeylerinin belirlenmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 2007;10(1):58-66.
- Molassiotis A, Haberman M. Evaluation of burnout and job satisfaction in marrow transplant nurses. *Cancer Nurs*. 1996;19:360-367.
- Mollaoğlu M, Yılmaz M, Kars T. Hemşirelerde tükenmişlik (burnout) sendromu. *Toplum ve Hekim*. 2003;18(4):288-292.
- Oğuz Y. Felsefi yaklaşımların ışığında klinik etiğe giriş. Demirhan AE, Oğuz Y, Elçioğlu Ö, Doğan H. Editörler. *Klinik Etik'te*, İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri. 2001; 9-10.
- Okuroğlu GK, Bahçecik N, Alpar ŞE. Felsefe ve hemşirelik etiği. *Kilikya Felsefe Dergisi*. 2014;1:53-61.

- Okursoy A. Türkiye’de sağlık sistemi ve kamu hastanelerinin performanslarının değerlendirilmesi. Adnan Menderes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Aydın, Doktora Tezi, 2010; 53-69.
- Orgun F. “Byrd’ın hemşirelere yönelik etik duyarlılık testi”nin geçerlik ve güvenilirliğinin incelenmesi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, Doktora Tezi, 2008;8-28.
- Öğüt A, Kaya ŞD. Sağlık kurumlarında ekip çalışması. Selçuk Üniversitesi Kadınhanı Faik İçil Meslek Yüksekokulu Sosyal ve Teknik Araştırmalar Dergisi. 2011;1(1):87-95.
- Özaltın H, Kaya S, Demir C, Özer M. Türk silahlı kuvvetlerinde görev yapan muvazzaf tabiplerinin iş doyum düzeylerinin değerlendirilmesi. Gülhane Tıp Dergisi. 2002;44(4):423-427.
- Özçelik EÜ. Sağlık ekibinin hemşirenin eğitimci rolüne yönelik düşünceleri. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, Yüksek Lisans Tezi, 2009; 5-30.
- Özdemir U. Psikiyatri tedavi ekibinin “Ekip Çalışması” kavramına ilişkin kendi bilgilerini ve çalıştıkları psikiyatri tedavi kurumlarını değerlendirmeleri. Kriz Dergisi. 1999;7(2):17-24.
- Özlem D. Etik Ahlak Felsefesi. 1. Baskı, İstanbul, Notos Kitap Yayınevi. 2014; 147-150.
- Öztürk S, Özgen R, Şişman H, Baysal D, Sarıakçalı N, Aslaner E, Kum P, Gürel D, Gezer D, Akıl Y, Yıldızdaş YD. Bir üniversite hastanesi’nde çalışan hemşirelerin tükenmişlik düzeyi ve sosyal desteğin etkisi. Cukurova Medical Journal. 2014;39(4):752-764.
- Pekcan HS. Yalova ili ve çevresinde görev yapan hekimlerin ve hemşirelerin etik duyarlılıkları. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, Yüksek Lisans Tezi, 2007; 5-17.
- Pieper A. Etiğe Giriş. 3. Baskı, İstanbul, Mart Matbaacılık Sanatları. 1999; 80-85.
- Pillay R. Work satisfaction of professional nurses in South Africa: a comparative analysis of the public and private sectors. Human Resources for Health. 2009;7(15):1-10.
- Ruacan Ş. Bilimsel araştırma ve yayınlarda etik ilkeler. Hemşirelik Araştırma Dergisi. 2000;2(1):1-4.
- Sabuncu N, Babadağ K, Topocak G, Ataberk T. Sağlık bakım sistemi, sağlık ekibi ve hemşirenin rolleri. Hemşirelik esasları’nda, Eskişehir, Anadolu Üniversitesi Açıköğretim Fakültesi Yayınları. 1996; 23-33.

- Sayıl I, Haran S, Ölmez Ş, Özgüven HD. Ankara Üniversitesi Hastanelerinde çalışan doktor ve hemşirelerin tükenmişlik düzeyleri. *Kriz Dergisi*. 1997;5(2):71-77.
- Schluter J, Winch S, Holzhauser K, Henderson A. Nurses' moral sensitivity and hospital ethical climate: a literature review. *Nursing Ethics*. 2008;15(3):304-321.
- Sevimli F, İşcan ÖF. Bireysel ve iş ortamına ait etkenler açısından iş doyumunu. *Ege Akademik Bakış*. 2005;5(1):55-64.
- Sinat Ö, Kutlu Y. Psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşirelerde tükenmişlik. *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*. 2009;17(3):174-183.
- Sönmez DZ. Acil servislerde çalışan hemşirelerin tükenmişlik düzeylerinin belirlenmesi. *Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, Yüksek Lisans Tezi*, 2006; 7-24.
- Stepans MB, Thompson CL, Buchanan ML. The role of the nurse on a transdisciplinary early intervention assessment team. *Public Health Nurs*. 2002;19(4):238-245.
- Sumeli F. Özel bir hastane çalışanlarının tükenmişlik ve iş doyumunu düzeylerinin bazı değişkenler açısından incelenmesi. *Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, Yüksek Lisans Tezi*, 2011; 7-34.
- Sünter AT, Canbaz S, Dabak Ş, Öz H, Pekşen Y. Pratisyen hekimlerde tükenmişlik, işe bağlı gerginlik ve iş doyumunu düzeyleri. *Genel Tıp Dergisi*. 2006;16(1):9-14.
- Şenturan L, Karabacak BG, Alpar ŞE, Sabuncu N. Hemodiyaliz ünitelerinde çalışan hemşirelerin tükenmişlik düzeyi. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*. 2009;2(2):33-45.
- Şentürk SE. Meslek Olarak Hemşirelik ve Hemşirelikte Etik İlkeler. 1. Baskı, İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri. 2013; 83-85.
- Şenyüz Z. Hastanede çalışan ebe ve hemşirelerin tükenmişlik düzeyleri. *Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, Yüksek Lisans Tezi*, 2015; 6-50.
- Şıklar E, Tunalı D. Çalışanların tükenmişlik düzeylerinin incelenmesi: Eskişehir örneği. *Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*. 2012;33:75-84.
- Taşdan M, Tiryaki E. Özel ve devlet ilköğretim okulu öğretmenlerinin iş doyumunu düzeylerinin karşılaştırılması. *Eğitim ve Bilim*. 2008;33(147):54-70.
- Taycan O, Kutlu L, Çimen S, Aydın N. Bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerde depresyon ve tükenmişlik düzeyinin sosyodemografik özelliklerle ilişkisi. *Anatolian Journal of Psychiatry* 2006;7:100-108.

- Taylan S. Acil sağlık ekibinin ahlaki duyarlılıklarının belirlenmesi. Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Adana, Yüksek Lisans Tezi, 2013; 3-25.
- Taylan S, Alan S, Kadioğlu S. Hemşirelik rolleri ve özerklik. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi. 2012;14(3):66-74.
- Tazegün A. Çocuk hemşirelerinin etik duyarlılık düzeyleri ve etkileyen faktörler. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum, Yüksek Lisans Tezi, 2013; 4-40.
- Tekin S. Sağlık bakım sistemi içinde sağlık ekip hizmetleri ve hemşirenin rolleri üzerine bir çalışma. Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, Yüksek Lisans Tezi, 2010; 4-15.
- Toker İ. Acil tıp uzmanlık öğrencilerinde iş doyumu ve tükenmişlik düzeylerini etkileyen faktörler. Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı, Mersin, Tıpta Uzmanlık, 2013; 11-21.
- Tosun H. Sağlık bakımı uygulamalarında deneyimlenen etik ikilemlere karşı hekim ve hemşirelerin duyarlılıklarının belirlenmesi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, Doktora Tezi, 2005; 4-91.
- Tözün M, Çulhacı A, Ünsal A. Aile hekimliği sisteminde birinci basamak sağlık kurumlarında çalışan hekimlerin iş doyumu (Eskişehir). TAF Preventive Medicine Bulletin. 2008;7(5):377-384.
- Tübitak Vizyon 2023 Projesi,
https://www.tubitak.gov.tr/tubitak_content_files/vizyon2023/si/EK-19.pdf,
2015.
- Uğur E, Abaan S. Hemşirelerin iş yaşamı kalitesi ve etkileyen faktörlere ilişkin görüşleri. Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi. 2008;28(3):297-310.
- Ulusoy MF, Görgülü RS. Hemşirelik Esasları Temel Kuram, Kavram, İlke ve Yöntemler. 4. Baskı, Ankara, 72 TDFO Ltd. Şti. 2000; 19-22.
- Uzun DA. Cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin hasta ve hasta yakınlarından gördükleri şiddetin tükenmişlik, aleksitimi ve iş doyumuna etkisi. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum, Yüksek Lisans Tezi, 2013; 9-25.
- Uzunkaya S. Hemşirelerin tükenmişlik ve iş doyum düzeylerinin iş yaşam kaliteleriyle ilişkisi. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, Yüksek Lisans Tezi, 2010; 2-24.
- Üstün Y, Yücel ŞÇ. Hemşirelerin uyku kalitesinin incelenmesi. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi. 2011;4(1):29-38.

- Weaver K, Morse JM. Pragmatic utility: using analytical questions to explore the concept of ethical sensitivity. *Research and Theory for Nursing Practice: An International Journal*. 2006;20(3):191-214.
- Weaver K, Morse J, Mitcham C. Ethical sensitivity in Professional practice: concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*. 2008;62(5):607–618.
- Weiss DJ, Davis RV, England GW, Lofquist LH. Manual for the Minnesota Satisfaction Questionnaire. Vocational Psychology Research, University of Minnesota. 1967; 1-119.
- World Health Organization (WHO): The World Health Report. 2000. <http://www.who.int/whr/2000/en/>, 2015.
- Yakın G. İstanbul Dr Lütfi Kırdar Eğitim ve Araştırma Hastanesinde çalışan sağlık personellerinin (hemşire, ebe, sağlık memuru ve acil tıp teknisyeni) depresyon ve tükenmişlik düzeyinin değerlendirilmesi. Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2014; 3-17.
- Yavuzylmaz A, Topbaş M, Çan E, Çan G, Özgün Ş. Trabzon il merkezindeki sağlık ocakları çalışanlarında tükenmişlik sendromu ile iş doyumunu düzeyleri ve ilişkili faktörler. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*. 2007;6(1):41-50.
- Yıldırım F. İş doyumunu ile örgütsel adalet ilişkisi. *Ankara Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi Dergisi*. 2007;62(1):253-278.

EKLER

Ek-1 Anket Formu

ACİL SERVİSTE ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN TÜKENMİŞLİK VE İŞ DOYUMU DÜZEYLERİNİN ETİK DUYARLILIKLA İLİŞKİSİ

Bu araştırma Tokat ilinde bulunan tüm hastanelerin acil servisinde çalışan hemşirelerin etik duyarlılık düzeyleri ve etkileyen faktörleri değerlendirmek amacı ile yapılmaktadır. Araştırma başka bir amaçla kullanılmayacaktır. Bu nedenle ankette yer alan soruları eksiksiz cevaplamanız çalışmanın güvenilirliği açısından önemlidir. Bu araştırmaya katılmak istemiyorsanız soruları yanıtlamayabilirsiniz.

Araştırmaya katkılarınızdan dolayı şimdiden TEŞEKKÜR EDERİM.

OMÜ. Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Acil Tıp Hemşireliği Anabilim Dalı
Yüksek Lisans Öğrencisi
Cansu Atmaca Palazoğlu

Sorumlu Araştırmacı
Doç. Dr. Zeliha Koç

1.Yaşınız:

2.Cinsiyet: ()Kadın ()Erkek

3.Medeni durumunuz: ()Evli ()Bekar

4.Eğitim durumunuz:()Sağlık Meslek Lisesi ()Ön lisans ()Lisans

()Yüksek Lisans ()Doktora

5.Aile Tipi: ()Geniş aile ()Çekirdek aile

6.Gelir durumu: ()Gelir giderden az ()Gelir gidere eşit ()Gelir giderden fazla

7.Servisiniz:

8.Serviste göreviniz:()Servis hemşiresi ()Servis sorumlu hemşiresi

9.Kaç yıldır hemşire olarak çalışmaktasınız?

10. Acil serviste kaç yıldır çalışmaktasınız?

11.Servisinizde çalışan toplam hemşire sayısı:

12.Hastanedeki çalışma statünüz: ()Kadrolu ()Sözleşmeli

Ek-1 (Devam)

13. Mesleğinizi sevme durumunuz: ()Seviyorum ()Sevmiyorum ()Kararsızım

14. Çalıştığınız servisten memnun olma durumunuz:

()Memnunum ()Memnun değilim ()Kısmen memnunum

15. Çalışma şekliniz: ()Sürekli gündüz ()Vardiya ()Diğer(belirtiniz):

16. Haftada toplam kaç saat çalışıyorsunuz?

17. Günlük ortalama bakım verdiğiniz hasta sayısı:

18. İş yaşam kalitenizi nasıl değerlendiriyorsunuz?

()Mükemmel ()Çok iyi ()İyi ()Kötü ()Çok kötü

19. Çalıştığınız kurumda iş doyum düzeyinizi nasıl tanımlarsanız?

()Çok iyi ()İyi ()Orta ()Kısmen kötü ()Kötü

20. Mesleki eğitiminiz sırasında etik ile ilgili herhangi bir eğitim aldınız mı?

()Evet ()Hayır

21. Mezuniyet sonrası etik ile ilgili bir eğitim aldınız mı? ()Evet ()Hayır

22. Mesleki yaşantınızda etik bir problemle karşı karşıya kaldınız mı?

()Evet ()Hayır

23. Etik ile ilgili düzenli olarak takip ettiğiniz herhangi bir yayın var mı?

()Evet ()Hayır

Ek-2 Ahlaki Duyarlılık Anketi

AHLAKİ DUYARLILIK ANKETİ

Aşağıdaki ifadeler hastaların tedavi ve bakım sırasında karşılaşılan durumlarda etik kararlar vermekle ilgilidir. Her ifade 1 ile 7 arasında değerlendirilmektedir.

LÜTFEN BU İFADELERE NE ÖLÇÜDE KATILIP KATILMADIĞINIZI UYGUN GÖRDÜĞÜNÜZ SAYIYI DAİRE İÇİNE ALARAK BELİRTİNİZ.

1. Hemşire/hekim olarak sorumluluğum, hastanın genel durumu hakkında bilgi sahibi olmaktır.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Tamamen katılıyorum

Hiç katılmıyorum

2. Hastalarımda bir iyileşme göremezsem, işimin hiçbir anlamı olmadığını hissederim.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Tamamen katılıyorum

Hiç katılmıyorum

3. Yaptığım her girişimde hastadan olumlu bir yanıt almak benim için önemlidir.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Tamamen katılıyorum

Hiç katılmıyorum

4. Hastanın isteği dışında bir karar verme ihtiyacı hissettiğim zaman, hasta için en yararlı olduğuna inandığım şeyi yaparım.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Tamamen katılıyorum

Hiç katılmıyorum

5. Hastanın güvenini kaybedersem hemşire/hekim olarak işimin anlamını yitirdiğini düşünürüm.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Tamamen katılıyorum

Hiç katılmıyorum

Ek-2 (Devam)

6. Güç bir karar vermek zorunda kaldığımda, hastaya karşı dürüst olmak her zaman önemlidir.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Tamamen katılıyorum

Hiç katılmıyorum

7. İyi bir bakımın hastanın kendi seçimine saygıyı içerdiğine inanırım.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Tamamen katılıyorum

Hiç katılmıyorum

8. Hastanın hastalığını anlama/kavrama eksikliği varsa, az da olsa onun için yapabileceğim bir şeyler vardır.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Tamamen katılıyorum

Hiç katılmıyorum

9. Hastaya nasıl yaklaşmam gerektiği konusunda sıklıkla çelişkiler yaşarım.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Tamamen katılıyorum

Hiç katılmıyorum

10. Hastaların bakım/tedavisinde kesin ilkelere sahip olmanın önemli olduğuna inanırım.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Tamamen katılıyorum

Hiç katılmıyorum

11. Etik olarak doğru eylemin ne olduğuna karar vermekte zorlandığım durumlarla sıklıkla karşılaşırım.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Tamamen katılıyorum

Hiç katılmıyorum

Ek-2 (Devam)

12. Hastanın kişisel geçmişi ile ilgili bilgiye sahip değilsem, standart işlem/prosedürlere güvenirim.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Tamamen katılıyorum

Hiç katılmıyorum

13. Bakım-tedavi uygulamalarında hemşire-hekim-hasta ilişkisinin çok önemli bir bileşen olduğuna inanırım.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Tamamen katılıyorum

Hiç katılmıyorum

14. Hastanın kendisi hakkında karar vermesine ilişkin durumlarla sıklıkla karşılaşırım.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Tamamen katılıyorum

Hiç katılmıyorum

15. Hasta karşı çıksa bile, her zaman en iyi yaklaşımlar konusunda inandığım bilgiler doğrultusunda hareket ederim.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Tamamen katılıyorum

Hiç katılmıyorum

16. Çoğu kez iyi bakım/tedavinin hasta için karar vermeyi de içerdiğine inanırım.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Tamamen katılıyorum

Hiç katılmıyorum

17. Ne yapacağım konusunda emin olmadığımda çoğunlukla diğer hemşire-hekimlerin hasta hakkındaki bilgilerine güvenerek hareket ederim.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Tamamen katılıyorum

Hiç katılmıyorum

Ek-2 (Devam)

18. Doğru karar verip vermediğimi her şeyden çok hastanın yanıtı belirler.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Tamamen katılıyorum

Hiç katılmıyorum

19. Norm ve değerlerimi sıklıkla eylemlerime yansıtırım.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Tamamen katılıyorum

Hiç katılmıyorum

20. Etik açıdan doğru ya da yanlış olanı bilmekte zorlandığım durumlarda teorik bilgilerden daha çok kendi deneyimlerimi yararlı bulurum.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Tamamen katılıyorum

Hiç katılmıyorum

21. Bir hasta istemi dışında hastaneye yatmayı/tedaviyi reddettiğinde izleyeceğim bir takım kurallarımın olması önemlidir.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Tamamen katılıyorum

Hiç katılmıyorum

22. İyi bir bakım/tedavinin hasta katılımını içerdiğine inanırım.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Tamamen katılıyorum

Hiç katılmıyorum

23. Hastanın katılımı olmaksızın karar vermek zorunda kaldığım hoş olmayan durumlara sıklıkla karşılaşıyorum.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Tamamen katılıyorum

Hiç katılmıyorum

Ek-2 (Devam)

24. Hasta isteği dışında hastaneye yatırılmış ise, hastanın arzusuna karşın, hareket etmeye hazırlıklı olmam gerekir.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Tamamen katılıyorum

Hiç katılmıyorum

25. Hastanın karşı çıkması halinde iyi bir bakım/televi vermenin zor olduğunu düşünüyorum.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Tamamen katılıyorum

Hiç katılmıyorum

26. Oral tedavi hasta tarafından reddedildiğinde, hastayı enjeksiyon yapmakla tehdit etmenin bazen geçerli nedenleri vardır.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Tamamen katılıyorum

Hiç katılmıyorum

27. Neyin doğru olduğuna karar vermenin güç olduğu durumlarda ne yapılması gerektiğini meslektaşlarıma danışırım.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Tamamen katılıyorum

Hiç katılmıyorum

28. Hasta için zor bir karar almak zorunda kaldığında çoğu zaman kendi duygularıma güvenirim.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Tamamen katılıyorum

Hiç katılmıyorum

29. Bir hemşire/hekim olarak servisimde bulunan hastaların ne tarz bir özel bakım/televi alma hakkına sahip olduğunu her zaman bilmem gerekir.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Tamamen katılıyorum

Hiç katılmıyorum

Ek-2 (Devam)

30. Hastanın hastalığını anlamasında/kavramasında, yardım etmede başarılı olmasam bile mesleki rolümü anlamlı bulurum.

1	2	3	4	5	6	7
----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------

Tamamen katılıyorum

Hiç katılmıyorum



Ek-3 Maslach Tükenmişlik Ölçeği

MASLACH TÜKENMİŞLİK ÖLÇEĞİ

Aşağıda kişilerin ruh durumlarını ifade ederken kullandıkları bazı cümleler verilmiştir. Lütfen her bir cümleyi dikkatle okuyarak bunu hangi sıklıkta hissettiğinizi uyan seçeneğe (x) işareti koyarak belirtiniz.

	Hiçbir zaman	Yılda birkaç kez	Ayda birkaç kez	Haftada birkaç kez	Her gün
1. Kendimi işimden duygusal olarak uzaklaşmış hissediyorum.					
2. İş gününün sonunda kendimi bitkin hissediyorum.					
3. Sabahları kalkıp, yeni bir iş günü ile karşılaşmak zorunda kaldığımda kendimi yorgun hissediyorum.					
4. Hastalarımın pek çok şey hakkında neler hissettiklerini anlayabiliyorum.					
5. Bazı hastalarımın onlar sanki kişilikten yoksun objeymiş gibi davrandığını hissedebiliyorum.					
6. Bütün bu insanlarla çalışmak benim için gerçekten bir gerginliktir.					
7. Hastalarımın sorunlarını etkili bir şekilde hallederim.					
8. İşimin beni tükettiğini hissediyorum.					
9. İşimle diğer insanların yaşamlarını olumlu yönde etkilediğimi hissediyorum.					
10. Bu mesleğe başladığımdan beri, insanlara karşı katılaştığımı hissediyorum.					
11. Bu iş beni duygusal olarak katılaştırdığı için sıkıntı duyuyorum.					
12. Kendimi çok enerjik hissediyorum.					

Ek-3 (Devam)

13. İşimin beni hayal kırıklığına uğrattığını düşünüyorum.					
14. İşimde gücümün üstünde çalıştığımı hissediyorum.					
15. Bazı insanların başına gelenler gerçekten umurumda değil.					
16. Doğrudan insanlarla çalışmak bende çok fazla stres yaratıyor.					
17. Hastalarımın rahat bir atmosferi kolayca sağlayabilirim.					
18. Hastalarımınla yakın ilişki içinde çalıştıktan sonra kendimi ferahlamış hissediyorum.					
19. Bu meslekte pek çok değerli işler başardım.					
20. Kendimi çok çaresiz hissediyorum.					
21. İşimdeki duygusal sorunları bir hayli soğukkanlılıkla hallederim.					
22. Hastaların bazı problemleri için beni suçladıklarını hissediyorum.					

Ek-4 Minnesota İş Doyum Ölçeği

MINNESOTA İŞ DOYUM ÖLÇEĞİ

Aşağıdaki sorular sizlerin iş doyumunuzu incelemek amaçlı sorulmuştur. Cevap verirken “bu açıdan işimden ne derecede memnunuz” diye kendinize sorarak cevaplandırınız.

ŞİMDİKİ İŞİMDEN;	Hiç	Memnun	Değilim	Memnun	Değilim	Kararsızım	Memnunuz	Çok	Memnunuz
1.Beni her zaman meşgul etmesi bakımından									
2.Tek başıma çalışma olanağımın olması bakımından									
3.Ara sıra değişik şeyler yapabilme şansımın olması bakımından									
4.Toplumda "saygın" bir kişi olma şansını vermesi bakımından									
5. Amirimin emrindeki kişileri idare tarzı açısından									
6.Amirimin karar vermedeki yeteneği bakımından									
7.Vicdanıma aykırı olmayan şeyler yapabilme şansımın olması açısından									
8.Bana sürekli bir iş sağlaması bakımından									
9.Başkaları için bir şeyler yapabilme olanağına sahip olmam bakımından									
10.Kişilere ne yapacaklarını söyleme şansına sahip olmam bakımından									

Ek-4 (Devam)

11.Kendi yeteneklerimi kullanarak bir şeyler yapabilme şansımın olması bakımından					
12.İş ile ilgili alınan kararların uygulanmaya konması bakımından					
13.Yaptığım iş ve karşılığında aldığım ücret bakımından					
14.İş içinde terfi olanağımın olması bakımından					
15.Kendi kararlarımı uygulama serbestliğini bana vermesi bakımından					
16.İşimi yaparken kendi yöntemlerimi kullanabilme şansını bana sağlaması bakımından					
17.Çalışma şartları bakımından					
18.Çalışma arkadaşlarımla birbirleri ile anlaşması açısından					
19.Yaptığım iyi bir iş karşılığında takdir edilme açısından					
20.Yaptığım iş karşılığında duyduğum başarı hissinden					

Ek-5 Etik Kurul Onayı



T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Sayı: B.30.2.ODM.0.20.08/1850

23.07.2015

Sayın Doç. Dr. Zeliha KOÇ

Etik Kurulumuza sunmuş olduğunuz **Acil serviste çalışan hemşirelerin tükenmişlik ve iş doyumu düzeylerinin etik duyarlılıkla ilişkisi** başlıklı OMÜ KAİK 2015/282 Karar nolu Anket çalışması nitelikli araştırma projeniz amaç, gerekçe, yaklaşım ve yöntemle ilgili açıklamaları açısından Klinik Araştırmalar Etik Kurulu yönergesine göre incelenmiş ve etik açıdan bir sakınca olmadığına; çalışmanın süresi 6 ayı geçerse 6 aylık bildirimlerinin yapılmasına, çalışma tamamlandıktan sonra sonucunun tarafımıza en geç üç(3) ay içerisinde bildirilmesine 25.06.2015 tarihli Etik kurulumuzda oy birliği ile karar verilmiştir.

Bilgilerinize arz/rica ederim.

Prof. Dr. A. Tefik SÜNER
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanı

Ek-6 Hastane İzinleri

TOKAT İLİ KAMU HASTANELER BİRÜĞİ
GENEL SEKRETERLİĞİNE

Ordu'da Mayıs Üniversitesi Acil Tıp Hemsireliği Anabilim
Dalında yüksek lisans yaptığımı "Acil Serviste Çalışan
Hemsirelerin Etik Duyarlılık Düzeyleri ve Etkileyen Faktörler"
adlı tez konum için Tokat ilindeki kamu hastaneler birliğine
bütün hastanelerin acil servisinde çalışan hemsirelere
örnek uygulanması yapmak için izin istiyorum.
Gereğini gördükten arz ederim.

Cansu Atmaca Polozoglu
(Tokat Devlet Hast. - Hemsire)



10.07.2015

TEL: 0541 905 63 21

ADRES: Tokat Devlet Hastanesi
Kardiyoloji Servisi

15.07.2015
Gözetim
Gözetim SAHİN
İdari Hizmetler Başkanı
KA

Ek-6 (Devam)

Evrak Tarih ve Sayısı: 13/08/2015-10195



T.C.
GAZİOSMANPAŞA ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Müdürlüğü

Sayı :21979232-307.99/

Konu :Anket Uygulaması Talebi

Sayın **Cansu Atmaca PALAZOĞLU**
Tokat Devlet Hastanesi
Kardiyoloji Servisi

İlgi : Bila, 05/08/2015 tarihli ve Bila sayılı yazı.

İlgi dilekçenizde bahsi geçen anket çalışmasını yapma isteğiniz uygun görülmektedir.

Gereğini bilgilerinize rica ederim.

e-İmzalıdır

Prof. Dr.Şemsettin ŞAHİN
Merkez Müdürü

Evrakı Doğrulamak İçin : http://ebys.gop.edu.tr/enVision/Validate_Doc.aspx?V=BE8RFNP7

Gaziosmanpaşa Üniversitesi Ali Şevki Ereğ Yerleşkesi Merkez Tokat Ayrıntılı bilgi için irtibat: Ö.YARAŞ Memur

Tel: 2129500 Faks: 212 95 96

E-Posta: hastane@gop.edu.tr Elektronik ağ: <http://hastane.gop.edu.tr>



Bu belge, 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununa göre Güvenli Elektronik İmza ile imzalanmıştır.

Ek-6 (Devam)



**T.C.
TOKAT VALİLİĞİ
Halk Sağlığı Müdürlüğü**



Sayı : 14633965/799
Konu : Cansu ATMACA PALAZOĞLU
Anket İzni

TOKAT İLİ KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİNE
(Tokat Devlet Hastanesi)

İlgi: 14/12/2015 tarihli ve BİLA sayılı yazı
İlgi yazı ile; Tokat Devlet Hastanesinde görevli Hemşire Cansu ATMACA PALAZOĞLU'nun hazırlamış olduğu "Acil Serviste Çalışan Hemşirelerin Tükenmişlik ve İş Doyumu Düzeylerinin Etik Duyarlılıkla İlişkisi" konulu anket çalışmasını Müdürlüğümüz İlçe Entegre Hastaneleri Acil Servislerinde görevli Hemşirelere yapması Müdürlüğümüzce uygun görülmüş olup; konu hakkında ilgilinin bilgilendirilmesi ve gereğini rica ederim.

Dr. Cihat ZÜLFÜOĞULLARI
Vali a.
Halk Sağlığı Müdürü

Destek Hizmetleri Şube Müdürlüğü- Eğitim Birimi Tel: 0356-2121138- 235 Faks: 214 4027 email:
seyhan.ozelce@saglik.gov.tr
seyhan.ozelce

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.
Evrakin elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 148ae47f-9c4e-4c3e-9fa9-990490ceba2f2 kodu ile erişebilirsiniz.

Ek-7 Ahlaki Duyarlılık Anketi Kullanım İzni

Sn Palazoğlu,

geçerlik ve güvenilirliği tarafımdan yapılan ADA - Ahlaki Duyarlılık Anketini
"Acil Serviste Çalışan Hemşirelerin Tükenmişlik ve İş Doymu Düzeylerinin Etik
Duyarlılıkla İlişkisi" konulu tezinizde kullanabilirsiniz.

Başarılar dilerim.

Hale TOSUN
Maltepe Üniv. Hemşirelik Yüksekokulu
haletosun@maltepe.edu.tr

Kimden: "Zeliha Koç" <zelihaeren@hotmail.com>

Kime: "Hale Tosun" <haletosun@maltepe.edu.tr>

Gönderilenler: 8 Ağustos Cumartesi 2015 15:55:05

Konu: Ölçek kullanım izni

Hale,

Tekrar tekrar mail atarak seni rahatsız ediyorum. Ancak uygun gördüğün takdirde
Ahlaki Duyarlılık Anketini Yüksek lisans tez danışmanlığını yürütmekte
olduğum Cansu Atmaca Palazoğlunun "ACİL SERVİSTE ÇALIŞAN
HEMŞİRELERİN TÜKENMİŞLİK VE İŞ DOYUMU DÜZEYLERİNİN ETİK
DUYARLILIKLA İLİŞKİSİ" konulu araştırmasında kullanabilmek bir izin yazısı
gönderebilersen son derece memnun olurum.

Görüşmek üzere.

Ek-8 Maslach Tükenmişlik Ölçeği Kullanım İzni

İZİN BELGESİ

13.07.2015

Sayın Dr. Zeliha Koç,

“ACİL SERVİSTE ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN TÜKENMİŞLİK VE İŞ DOYUMU DÜZEYLERİNİN ETİK DUYARLILIKLA İLİŞKİSİ” adlı araştırmanızda MBI ölçeğini kullanmanızda bir sakınca bulunmamaktadır. Çalışmanızda başarılar dilerim.



Prof. Dr. Canan ERGİN

Özyeğin Üniversitesi
Sosyal Bilimler Fakültesi Dekanı

Ek-9 Minnesota İş Doyumu Ölçeği Kullanım İzni

From: asli@aslibaycan.com
To: zelihaceren@hotmail.com
Date: Wed, 15 Jul 2015 05:56:38 -0400
Subject: RE: Minesota İş Doyum Ölçeği Kullanım İzni

Ölçeği kullanabilirsiniz...

Aslı Baycan

From: Zeliha Koç [zelihaceren@hotmail.com]
Sent: Monday, July 13, 2015 2:26 PM
To: Asli Baycan Binark
Subject: Minesota İş Doyum Ölçeği Kullanım İzni

Sayın Baycan,

Davis ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş olan geçerlilik ve güvenilirlik çalışması tarafınızdan yapılmış bulunan, “Minnesota İş Doyum Ölçeğini” yüksek lisans tez danışmanlığını yürütmekte olduğum Cansu Atmaca Palazoğlu’nun “ACİL SERVİSTE ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN TÜKENMİŞLİK VE İŞ DOYUMU DÜZEYLERİNİN ETİK DUYARLILIKLA İLİŞKİSİ” konulu araştırmasında kullanabilmek için gerekli iznin verilebilmesi hususunu arz ederim.

Saygılarımla

Doç.Dr. Zeliha KOÇ
Ondokuz Mayıs Üniversitesi
Samsun/Türkiye

ÖZGEÇMİŞ

Adı Soyadı: Cansu ATMACA PALAZOĞLU

Doğum Yeri: Beykoz

Doğum Tarihi: 05/12/1990

Medeni Hali: Evli

Bildiği Yabancı Diller: İngilizce

Eğitim Durumu (Kurum ve Yıl):

OMÜ Samsun Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü 2011
OMÜ Acil Tıp Hemşireliği Yüksek Lisans Programı 2014-

Çalıştığı Kurum/Kurumlar ve Yıl:

Trabzon Kanuni Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2011-2015
Tokat Devlet Hastanesi 2015-

E-posta: cansuatmaca029@windowslive.com

