



T.C.
DÜZCE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**HEMŞİRELERDE TÜKENMİŞLİK DÜZEYİNİN ÇEŞİTLİ
DEĞİŞKENLERE GÖRE İNCELENMESİ:
BİR ÜNİVERSİTE HASTANESİ ÖRNEĞİ**

Lütfiye Nur UZUN
YÜKSEK LİSANS TEZİ

HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

TEZ DANIŞMANI
Doç. Dr. Atilla Senih MAYDA

DÜZCE-2015



T.C.
DÜZCE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**HEMŞİRELERDE TÜKENMİŞLİK DÜZEYİNİN ÇEŞİTLİ
DEĞİŞKENLERE GÖRE İNCELENMESİ:
BİR ÜNİVERSİTE HASTANESİ ÖRNEĞİ**

Lütfiye Nur UZUN
YÜKSEK LİSANS TEZİ

HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

TEZ DANIŞMANI
Doç. Dr. Atilla Senih MAYDA

DÜZCE-2015

KABUL VE ONAY

Halk Sağlığı ABD Yüksek Lisans Programı Çerçevesinde yürütölmüş olan "Hemşirelerde Tükenmişlik Düzeyinin Çeşitli Değişkenlere Göre İncelenmesi: Bir Üniversite Hastanesi Örneği" adlı çalışma, aşağıdaki jüri tarafından Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tarihi: 15/06/2015

TEZ SINAV JÜRİSİ

Prof. Dr. Adnan ÖZÇETİN
Düzce Üniversitesi
Başkan

Doç. Dr. Atilla Seniş MAYDA
Düzce Üniversitesi
Üye

Doç. Dr. Şerif DEMİR
Düzce Üniversitesi
Üye

Yukarıdaki Tez, Yönetim Kurulunun 15/06/2015 tarih ve 2015/90 sayılı kararı ile kabul edilmiştir.

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü


Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

BEYAN

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

27.04.2015

Lütfiye Nur UZUN

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim boyunca deneyimleriyle bana yol gösteren ve eğitim sürecinde bana destek olan Doç. Dr Atilla Senih MAYDA ve Doç. Dr Nuray YEŐİLDAL'a teşekkürlerimi sunuyorum.

Tüm hayatım boyunca her an yanımda olan, maddi ve manevi desteklerini esirgemeyip bu günlere gelmemi sağlayan aileme minnetimi ve teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER	Sayfa
TEŞEKKÜR	i
İÇİNDEKİLER	ii
KISALTMALAR	v
TABLolar	vi
ÖZET	1
ABSTRACT	3
1. GİRİŞ VE AMAÇ	4
1.1. Giriş	4
1.2. Amaç	5
2. GENEL BİLGİLER	6
2.1. Tükenmişlik	6
2.2. Tükenmişlik Modelleri	6
2.2.1. Cherniss Tükenmişlik Ölçeği	7
2.2.2. Edelwich ve Brodsky Tükenmişlik Modeli	7
2.2.3. Pines Tükenmişlik Ölçeği	8
2.2.4. Pearlman ve Hartman Tükenmişlik Modeli	9
2.2.5. Meier Tükenmişlik Modeli	9
2.2.6. Suran ve Sheridan Tükenmişlik Modeli	10
2.2.7. Maslach Tükenmişlik Modeli	10
2.2.7.1. Duygusal Tükenme	10
2.2.7.2. Duyarsızlaşma	11
2.2.7.3. Kişisel Başarı Hissi	11
2.3. Tükenmişliğin Nedenleri	11
2.4. Tükenmişliğin Belirtileri	12

2.4.1. Bireysel Belirtiler	12
2.4.1.1. Fizyolojik Belirtiler	12
2.4.1.2. Psikolojik Belirtiler	12
2.4.1.3. Davranışsal Belirtiler	13
2.4.2. Örgütsel Belirtiler	13
2.5. Tükenmişliğin Evreleri	13
2.5.1. Şevk ve Coşku Evresi	13
2.5.2. Durağanlaşma Evresi	14
2.5.3. Engellenme Evresi	14
2.5.4. Umursamazlık Evresi	14
3. GEREÇ VE YÖNTEM	15
3.1. Araştırmanın Konusu	15
3.2. Araştırmanın Tipi	15
3.3. Araştırmanın Yeri	15
3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	15
3.5. Araştırmanın Hipotezleri	15
3.6. Araştırmaya Katılma Kriterleri	16
3.7. Araştırmaya Katılmama Kriterleri	16
3.8. Araştırmanın Değişkenleri	16
3.8.1. Bağımlı Değişkenler	16
3.8.2. Bağımsız Değişkenler	16
3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları	16
3.10. Araştırmada Kullanılacak Araç ve Gereçler	16
3.11. Ön Deneme	18

3.12. Araştırmanın Uygulanması	18
3.13. Araştırmanın Analizi	18
4. BULGULAR	19
5. TARTIşMA	45
6. SONUÇ ve ÖNERİLER	52
6.1. Sonuçlar	52
6.2. Öneriler	54
7. KAYNAKÇA	56
EKLER	61
EK1: Anket Formu	61
EK2: Maslach Tükenmişlik Ölçeği	65
EK3: Kurum İzni	66
EK4: Etik Kurul İzni	67
ÖZGEÇMİş	69

KISALTMALAR

MTÖ : Maslach tükenmişlik ölçeği

DT : Duygusal tükenme

D : Duyarsızlaşma

KB : Kişisel başarı hissi

SS : Standart Sapma



TABLolar	Sayfa
Tablo 1. Araştırma grubundakilerin sosyo demografik özellikleri.	19
Tablo 2. Araştırma grubundakilerin sağlık durumlarına ilişkin dağılımları.	20
Tablo 3. Araştırma grubundakilerin yaşadıkları sorun algılarına göre dağılımları.	21
Tablo 4. Araştırma grubundakilerin mesleki adanmışlık düzeyleri.	21
Tablo 5. Araştırma grubundakilerin hemşirelik mesleğini seçme nedenleri.	22
Tablo 6. Araştırma grubundakilerin kendilerini mesleki yönden geliştirme faaliyetleri.	22
Tablo 7. Araştırma grubundakilerin bazı mesleki çalışma esasları.	23
Tablo 8. Araştırma grubundakilerin yıllık izin örüntüleri.	24
Tablo 9. Araştırma grubundakilerin kişisel alışkanlıkları.	25
Tablo 10. Yaşa göre tükenmişlik ölçeği alt boyutları puan ortalamaları.	25
Tablo 11. Cinsiyete göre tükenmişlik ölçeği alt boyutları puan ortalamaları.	26
Tablo 12. Medeni hale göre tükenmişlik ölçeği alt boyutları puan ortalamaları	26
Tablo 13. Eğitim düzeyine göre MTÖ alt boyutları puan ortalamaları	27
Tablo 14. araştırma grubundakilerin hanede yaşadıkları kişilere göre tükenmişlik ölçeği alt boyutları puan ortalamaları.	28
Tablo 15. Araştırma grubundakilerde gelir düzeyi algısı göre MTÖ alt boyutları puan ortalamaları.	28
Tablo 16. Araştırma grubundakilerin tanısı konulmuş kronik hastalık varlığı.	29
Tablo 17. Araştırma grubundakilerin meslekten önce veya sonra psikolojik destek alma öyküsü.	30
Tablo 18. Araştırma grubundakilerin mesai çalışma şekillerine göre MTÖ alt boyutları	30
Tablo 19. Araştırma grubundakilerin halen çalıştıkları klinikteki çalışma süreleri.	32
Tablo 20. Araştırma grubundakilerin hak ettikleri yıllık izin hakkının tümünü kullanabilme durumu.	33
Tablo 21. Araştırma grubundakilerin yıllık izne ayrılırken problem yaşama durumu.	34
Tablo 22. Araştırma grubundakilerin çalıştıkları kurum kişisel bilgi, beceri ve yeteneklerini geliştirici olanak sağlama durumları.	36

Tablo 23. Araştırma grubundakilerin iş yerinde yaşadıkları sorun sıklığı algısı.	37
Tablo 24. Araştırma grubundakilerin mesleki adanmışlık düzeyleri	40
Tablo 25. Araştırma grubundakilerin hemşirelik mesleğini tercih etme nedenleri.	43
Tablo 26. Araştırma grubundakilerin kişisel alışkanlıkları.	44



ÖZET

HEMŞİRELERDE TÜKENMİŞLİK DÜZEYİNİN ÇEŞİTLİ DEĞİŞKENLERE GÖRE İNCELENMESİ: BİR ÜNİVERSİTE HASTANESİ ÖRNEĞİ

Lütfiye Nur UZUN

Yüksek Lisans Tezi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Atilla Senih MAYDA

Haziran 2015, 69 Sayfa

Bu araştırma üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerde tükenmişlik düzeylerini belirlemek ve tükenmişliğin sosyo-demografik değişkenlerle ilişkisini incelememesi amacıyla kesitsel olarak yapılmıştır.

Araştırmada örneklem seçilmesine gidilmemiş evrenin tamamı örnekleme alınmıştır. İlgili hastanede çalışıp araştırmamıza katılmaya gönüllü olan 192 hemşire ile çalışma tamamlanmıştır. Araştırmanın verileri Mayıs 2015 tarihinde toplanmıştır.

Veri toplamada 31 sorudan oluşan sosyodemografik veri formu ve Maslach Tükenmişlik Ölçeği (MTÖ) kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde Mann-Whitney U ve Kruskal Wallis Test ile T-test ve One-way ANOVA testi kullanılmıştır.

Hemşirelerin MTÖ 'den aldıkları puan ortalamalarına göre tükenmişlik düzeyi yüksek bulunmuştur. Tükenmişlik alt boyutlarında katılımcıların duygusal tükenme yüksek ve kişisel başarı algısı düşük olarak belirlenmiştir. Duyarsızlaşma alt boyutunda da tükenme orta düzeyde seyretmiştir.

Üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerde tükenmişlik düzeyi ile ilişkili bulunan başlıca faktörler cinsiyet, aile yaşantısı, gelir düzeyi algısı, tanısı konulmuş hastalık durumu, psikolojik destek öyküsü, çalışılan klinikteki toplam hizmet süresi, yıllık izin kullanım durumu, mesleki yönden gelişim faaliyetleri, iş yerindeki sorun algısı, mesleki adanmışlık düzeyidir. Tükenmişlik düzeyleri ile ilişkili bulunmayan bazı değişkenler ise yaş, medeni hal, eğitim düzeyi, sürekli kullanılan ilaç varlığı, mesleki esaslar (mesai çalışma şekli, nöbet sayısı, çalışılan klinik vb.), kişisel alışkanlıklardır.

Sonuç olarak; tükenmişlik sendromu hemşirelerin kişisel özellikleri ile iş yeri ve mesleki özelliklerinin etkileşimleri sonucunda yaşanabilmektedir. Tüm bu değişkenler

tükenme düzeylerini ve tükenme alt boyutlarını doğrudan veya dolaylı olarak etkileyebilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Tükenmişlik, Profesyonel, Hemşireler, Risk Faktörleri.



ABSTRACT

İNVESTİGATION OF BURNOUT LEVELS İN NURSES ACCORDİNG TO DİFFERENT VARIABİLES: EXAMPLE OF A UNİVERSTY HOSPİTAL

Lütfiye Nur UZUN

Master Thesis, Department of Public Health

Supervizor : Doç. Dr. Atilla Senih MAYDA

June 2015, 69 Pages

The present study performed cross-sectional to investigate burnout levels of the nurses working in university hospital and the relationship between burnout and sociodemographic variables.

A sample selection was not preferred and the whole universe was accepted as sample instead. 192 nurses working in the related hospital were included in the study. The data collection of the study was completed in May 2015.

A sociodemographic data form including 31 questions and Maslach Burnout Scale (MBS) were used in data collection. The evaluation of the data was performed with Mann-Whitney U and Kruskal Wallis Test, T-test and One-way ANOVA.

Burnout levels were found increased in the study group. In burnout sub-dimension, emotional burnout of the subjects were found increased while personal success sense was found decreased. In desensitization sub-dimension burnout was found as moderate levels.

The factors that have been found related with burnout levels of the nurses in university hospital are sexuality, family life, sense of income levels, diagnosed diseases, story of psychological support, total time of service in the department, annual leave use, professional development activities, problem sense at work, levels of professional commitment,

In conclusion, burnout syndrome may be seen as a result of interaction of personal properties and workplace and Professional properties. All these variables may effect directly or indirectly levels of burnout and burnout subdimensions.

Keywords: Burnout, Professional, Nurses, Risk Factors.

1. GİRİŞ VE AMAÇ

1.1. Giriş

Hızla gelişen dünya ve baş döndüren teknolojiyle beraber insanlar bu yeniliklere ayak uydurmak zorunda kalmaktadır. Bu yenilik ve değişimler iş sektörlerini de fazlasıyla etkilemektedir. Bu durumda örgütler ve bireyler bu değişimlerden en çok etkilenen kitleyi oluşturmaktadır.

Yaşamın vazgeçilmez bir unsuru olan iş bireylere sosyal kimlik, mevki ve maddi kaynak sağlarken, gündelik yaşam gibi insanlara olumlu ve olumsuz uyarılar verir. Olumlu uyarılar pozitif yönde güdülerken olumsuz uyarılar kişileri stres faktörleriyle baş başa bırakır. Çalışırken stresten kaçma imkanı çoğu zaman bulunmamaktadır². Biraz stres, çalışanlarda performans artırıcı etki yaparken stresin uzun ve sürekli hale gelmesi kişilerde tükenmişlikle sonuçlanır. Kişi açısında tükenmişlik sağlık sorunları olarak karşımıza çıkarken kurum açısında da kurumsa motivasyonun düşmesi, üretkenliğin ve verimliliğin azalmasıyla beraber başarısız bir örgütün ortaya çıkmasına sebep olmaktadır².

Tükenmişlik, insanlar ile yüz yüze çalışıp, onlara hizmet sunan, duyguların yoğun bir şekilde kullanıldığı işlerde uzun süre çalışan, insanlara iyi ve kaliteli hizmet vermek için yoğun isteğe sahip kişilerde görülür. Fiziksel, zihinsel ve duygusal bitkinlik durumlarını içeren ve zamanla sinsice oluşan bir süreçtir. İş stresinin uzun ve sürekli hale gelmesinin tükenmişliğe yol açtığını söyleyen Maslach tükenmişliği; "*profesyonel bir kişinin mesleğinin özgül anlamı ve amacından kopması, hizmet verdiği insanlar ile artık gerçekten ilgilenemiyor olması*" olarak tanımlamıştır. 1970'li yıllarda Freudenberger tarafından literatüre kazandırılan Tükenmişlik Sendromu ile ilgili araştırmalar ilk olarak gönüllü sağlık çalışanları arasında yapılmıştır. Bu araştırmalara göre Freudenberger Tükenmişlik Sendromunu "*başarısız olma, yıpranma, enerji ve güç kaybı, karşılanamayan istekler sonucu bireyin iç kaynaklarından tükenme durumu*" olarak ifade etmiştir. Yapılan çalışmalar tükenmişlik durumunun iş gücü kaybı, toplumsal problemler ve hatta psikiyatrik bozukluklara kadar uzanan çok ciddi problemler çıkarabileceğini göstermektedir³.

Tükenmişlik terimi ilk olarak 1974'de Freudenberger tarafından ortaya atılmış ve literatüre girmiştir. Daha sonrasında Maslach ve Jackson (1981) tarafından tükenmişlik; kişilerin iş gereği karşılaştıkları insanlara duyarsızlaşmaları, duygusal olarak kendilerini

tükenmiş hissetmeleri, kişisel başarılarında azalma ve kendilerini yetersiz hissetmeleri şeklinde ortaya çıkan bir tablo olarak tanımlanmıştır⁴.

Uzun dönemde tükenmiş kişiler tükenmiş bir örgüt yapısını oluşturur. Tükenmiş örgütün sektörde ayakta kalması pek de mümkün değildir.

Tükenmişlik durumu, hem bireysel hem de örgütsel olarak büyük sorunlara yol açması nedeniyle araştırmacıların üzerinde önemle çalıştığı konulardan birisidir. Tükenmişlik yaşanması nedeniyle ortaya çıkan ve çıkabilecek olan sorunları belirlemek ve bunlara çözümler sunmak oldukça önemli hale gelmiştir⁹.

Sağlığın tanımı, yalnızca hastalık veya sakatlığın olmaması durumu değil, fiziksel, sosyal ve ruhsal refah durumudur¹. Bu tanımdan yola çıkarak toplumun vazgeçilmez bireyleri olan sağlık çalışanları içinde tam bir iyilik hali içinde olması gerekir.

Hemşirelik sağlık gönüllüleri arasında yer alan zor ve zahmetli bir meslek grubudur. Hizmet verilen kişilerin beklentileri ve hizmet veren hemşirelerin idealist yaklaşımları bazen istenilen sonuçlarda gerçekleşmez. Bu durumda çok fazla beklenti içerisine girmiş hemşireler bir takım kişisel ve örgütsel sebeplerle tükenmişlik içine girer.

1.2. Amaç

T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi İzzet Baysal Eğitim ve Araştırma Hastanesinde çalışan hemşirelerde tükenmişlik düzeylerini belirlemek ve tükenmişliğin sosyo-demografik değişkenlerle ilişkisini incelemektir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Tükenmişlik

Tükenmişlik İngilizce’de “*job burnout*“ ve ya “*staff burnout*“ olarak, Türkçe’ de ise “*tükenmişlik, tükenmişlik sendromu–mesleki tükenmişlik*“ olarak telaffuz edilmektedir ⁵.

Terim, ilk 1970’ lerde Amerika’da müşteri hizmetlerinde çalışan kişilerin yaşadığı mesleki bunalımı ifade etmek için kullanılmıştır. Ancak, Greene’nin 1961’de yayınladığı, ruhsal çöküntü yaşayan ve hayal kırıklığına uğramış bir mimarın işinden ayrılarak Afrika ormanlarına kaçışını anlatan “*Bir Tükenmişlik Olayı*”adlı romanında geçen bu ifade, bıkkınlık, kişinin işine olan bağlılığın azalması şeklinde tanımlanmıştır ⁶.

Cherniss (1980), tükenmişliği aşırı ve yoğun stres ile doyumsuzluğa tepki olarak kişinin kendini psikolojik olarak işinden soğutması olarak belirtmiştir. İşteki strese tepki olarak duygusal ve davranışsal değişiklikleri oluşturan tüm bileşenlerin bir baskı olduğunu ve baskının geçici bir yorgunluk ve zorlanma olmadığını savunur ¹⁰.

Carrol ve White (1982) tükenmişliği, çalışan kişilerin iş performanslarında gözlemlenebilen ve ölçülebilen değişimleri açıklamakta kullanılan bir terim olduğunu ifade etmektedirler. Bu araştırmacılara göre, tükenmişlik yaşayan kişiler, baş edebileceklerinden, mücadele güçlerinden ve taşıyabileceklerinden çok daha fazla stresle karşılaşmaları sonucu duygusal, fizyolojik ya da biyolojik, rahatsızlıklar yaşamaktadır ⁷.

Schwab (1986) tükenmişliği, “*bireylerin ve organizasyonların her ikisini de ilgilendiren, var olan güç ve kaynakların aşırı kullanılması ve enerji azalmasıyla birlikte karakterize edilen, her alanda çalışan iş görenlerin, verimliliklerini ve etkinliklerini etkileyen etmenlerden biri olan bir fenomen*” olarak tanımlamıştır ⁸.

Warnath ve Shelton ise tükenmişliğin sonuçlarından yola çıkarak “*işe bağlılığın kaybı*” gibi farklı bir ifade kullanmıştır ⁹.

2.2. Tükenmişlik Modelleri

Literatürde tükenmişlikle ilgili farklı araştırmacılar tarafından farklı modeller ileri sürülmüştür. Bunlardan bazıları:

- Cherniss tükenmişlik modeli.
- Edelwich ve Brodsky tükenmişlik modeli.

- Pines tükenmişlik modeli.
- Pearlman ve Hartman tükenmişlik modeli.
- Meier tükenmişlik modeli.
- Suran ve Sheridan tükenmişlik modeli.
- Maslach tükenmişlik modelidir

2.2.1. Cherniss Tükenmişlik Ölçeği

Cary Cherniss, 1980 yılında tükenmişlik ile ilgili geliştirdiği model de tükenmişliği, işle ilgili stresörlere bir tepki olarak ortaya çıkan, başa çıkma yöntemlerini içeren ve iş ile psikolojik ilişkiyi kesmeyle sonuçlanan bir süreç olarak anlatmıştır. Cherniss tükenmişliği, başarısızlıklarla baş etme durumları sonucu olarak ortaya çıkan bir durum olarak incelenmiştir. Cherniss'e göre, bireysel, örgütsel ve kültürel faktörler ele alınmış tükenmişlik sürecinin karmaşıklığı da açıklanmıştır. Bu modelde tükenmişlik sürecinin; iş yükü, kişiler ile yüz yüze ilişki, belirlenmemiş amaçlar, örgüt içi çatışmalar, olumsuz iş şartları, destek ve danışmanlık yetersizliği, bireyin kişiliği, aile hayatı, kariyer planları gibi kişilikle ilgili durumlar ile etkileşim içinde olduğu ve tüm bu durumların zamanla tükenmişliğe yol açtığı belirtilmektedir.

İş hayatına yeni atılan ve tecrübesiz meslek elemanları, yaptıkları işin daima heyecan verici olacağını, yeteneklerinin gelişeceğini, takdir göreceğini, gerek iş arkadaşları gerekse hizmet sunulan gruptan destek göreceğini düşünmektedir. Benzer beklentilerle meslek hayatına giren çalışan bu durumların aksi ile karşılaştıklarında tükenme durumu süreci işlemeye başlamaktadır. Cherniss tükenmişliğin çalışanın beklentileri ile iş yaşamının gerçekleri arasındaki büyük farklılıklardan kaynaklandığını ilk ortaya koyan araştırmacı olmuştur^{47, 48, 49}.

2.2.2. Edelwich ve Brodsky Tükenmişlik Modeli

Edelwich ve Brodsky tükenmişlik sendromunu birbirini takip eden aşamalardan geçen ve bir süreç sonunda ortaya çıkan bir tablo olduğunu belirtmişlerdir.

“*Tükenmişliğin Gelişim Süreci*” denilen bu aşamaları “*idealistik coşku, durgunluk, engellenme ve apati (duygusuzlaşma)*” şeklinde sıralamışlardır.

Tükenmişliğe iten sebepleri; fazla kişiye hizmet verme, az ücret, uzun çalışma saatleri, hizmeti alan kişilerin tatminsizliği, yüksek ideallerle ulaşılabilen nokta arasındaki büyük farklılıklar, bürokratik ya da politik zorlamalar şeklinde sıralamışlardır.

İdealistlik coşku; bu düzeyde kişi çok fazla enerjiye, yüksek düzeyde beklentilere, umutlara ve şiddetli motivasyona sahiptir.

Durgunluk; bu düzeyde kişi işine gösterdiği çabayı artık gösterememekte, motivasyonu azalmakta, hayal kırıklıkları yaşamakta ve işinden soğumaktadır.

Engellenme; çalışan, mesleğiyle ilgili hedeflerini gerçekleştirebilmek için engellenmişlik hissi yaşadığını, başarılı olma çalışmalarını yetersiz kaldığını düşünmektedir.

Apati (Duygusuzlaşma): engelleneme hissiyle baş etme mekanizması olarak geliştiği söylenen apatinin tipik belirtileri; duygusal kopma, inançların yitirilmesi, umutsuzluk, işe geç gelme, iş ortamındaki bireylerle iletişimleri kısa tutma, bireyde mekanik bir tavır hali ve rutinlerin korunması olarak sıralanır [47, 48, 49](#).

2.2.3. Pines Tükenmişlik Modeli

Pines modelinde tükenmişliği; bireylerin fiziksel, duygusal ve zihinsel açıdan bitkinlik durumu olarak tanımlanmıştır. Pines'e göre fiziksel bitkinlik; enerjide azalma, kronik yorgunluk ve güçsüzlüktür. Duygusal bitkinlik, çaresizlik, umutsuzluk, kapana kısılmış olma, aldanmışlık ve hayal kırıklığı gibi duygu durumları içermektedir ve zihinsel bitkinliğin özellikleri de bireyin kendisine, işine, diğer insanlara ve hayata karşı olumsuz tutumlar sergilemesidir.

Pines'e göre, tükenmişlik sendromunun temel nedeni, kişiyi devamlı baskı altında tutan iş ortamlarıdır. Pines, hiçbir iş ortamının tamamen destekleyici ya da tamamen engelleyici olmadığını üzerinde durarak, tükenmişlik durumunun ortaya çıkma olasılığının iş hayatındaki destekleyici ve engelleyici unsurlar arasında bir denge kurulup kurulmamasına bağlı olarak değişeceğini belirtmektedir. Motivasyon düzeyi yüksek olan çalışanın, kendisini sürekli duygusal baskı altında hissettiği bir çalışma ortamında tükenmişlik yaşaması söz konusudur. Yüksek düzeyde stresli iş ortamı, yetersiz destek ve ödüllendirme, isteklendirme düzeyi yüksek olan kişiyi başarılı olabilecekleri iş ortamından uzaklaştırmaktadır. Tükenme durumu bireyin motivasyon düzeyini zamanla azaltarak, işten ayrılmalara, hatta mesleği tamamen terk etmelere sebep olabilir [47, 48, 49](#).

2.2.4. Pearlman ve Hartman Tükenmişlik Modeli

Perlman ve Hartman'a göre tükenmişlik; kronikleşen duygusal strese verilen bir yanıttır. Pearlman ve Hartman tükenmişlik ile oluşabilen kişisel ve örgütsel değişkenleri tanımlarlar. Bu model; kişisel ve çevresel değişkenleri dikkate alan algısal bir modeldir. Modele göre tükenmişlik fizyolojik, duygusal veya bilişsel ve davranışsal olarak üç büyük stres belirtisini gösterir.

Bu modele göre tükenme süreci dört aşamalıdır;

İlk aşamada bireyin beceri ve yeteneklerinin işin gerekleriyle uyup uymadığı veya işin bireyin beklenti, ihtiyaç ve değerlerini karşılamada yetersiz olduğu durumlarda ortaya çıkabilmektedir bireyi strese götürme derecesi aşamasıdır.

İkinci aşama algılanan stres düzeyi ile ilişkilidir. Bu aşamada rol ve organizasyonla ilgili değişkenlerin yanı sıra bireyin karakteri ve geçmişi etkili olmaktadır.

Üçüncüsü strese verilen tepki aşamasıdır. Bu aşama, strese yanıt olarak fizyolojik, duygusal-bilişsel ve davranışsal tepkilerden hangisinin verileceği ile ilgilidir. Dördüncü ve son aşama strese verilen tepkinin sonucunu oluşturmaktadır ^{2, 48}.

2.2.5. Meier Tükenmişlik Modeli

Meier tükenmişliği; *“Bireyin, işle ilgili olumlu pekiştirici beklentisinin çok düşük, ceza beklentilerinin çok yüksek olduğu; var olan pekiştiricileri kontrol edebilme yönündeki beklentilerinin düşük olduğu, tekrarlayan iş yaşantılarının sonucu gelişen bir durumdur.”* diye tanımlar ⁴⁸.

Bu model dört öge ile açıklanmaktadır:

Pekiştirme beklentileri; kişinin iş yaşantısının onun amaçlarını karşılayıp karşılayamayacağı ile ilgili beklentileridir.

Sonuç beklentileri; hangi davranışların istenilen sonuçları elde etmek için gerekli olduğunu tanımlamaktadır. Pekiştirme beklentisi sonucun birey için değerini vurgularken, sonuç beklentisi ise sonuç için gerekli olan davranışı vurgulamaktadır.

Yeterli olma beklentileri; çalışanların istenen sonuçları üretebilmek için gerekli davranışları başarılı bir şekilde yapma kabiliyetine sahip olduğuna ilişkin kişinin beklentisi olarak tanımlanmaktadır. Yeterli olma ile sonuç beklentisi arasındaki fark bilme veya yapabilme arsındaki farktır.

Bağlamsal İşleme Süreci; kişinin bilgiyi işleme sürecine bağlı olarak oluşturduğu deneyimler sonucunda şekillenmektedir. İnsanların çalışma hayatı ve çevresine karşı nasıl hissettikleri, neler düşündükleri ve nasıl davrandıkları ile kişinin tükenmişlik

yaşamına neden olan öğrenme stili ve kişisel inanç gibi bilişsel etkenlerin rolünün ne olduğu bu modelde tartışılmıştır^{2, 47, 48}.

2.2.6. Suran ve Sheridan Tükenmişlik Modeli

Bu model, Eric Erikson'un kişilik gelişimi kuramı temel alınarak oluşturmuştur.

Model dört aşamadan oluşur:

Rol belirginliğine karşı rol karmaşası aşaması.

Yeterliliğe karşı yetersizlik aşaması.

Verimliliğe karşı durgunluk aşaması.

Yeniden oluşturmaya karşı hayal kırıklığı aşaması.

Bu aşamalar tükenmişlikle baş edebilme konusunda faydalı olabilecek yaşam biçimleri içermektedir. Bu modelde tükenmişlik, bu aşamalarda yer alan çatışmaların çözümlenememesi sonucunda ortaya çıkmaktadır⁴⁸.

2.2.7. Maslach Tükenmişlik Modeli

Maslach tarafından 1981 de tasarlanan "*Maslach Tükenmişlik Modeli*", "*çok boyutlu tükenmişlik modeli*" ya da "*üç boyutlu tükenmişlik modeli*" olarak da anılmaktadır. Duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarı hissi şeklinde üç boyutlu olarak tanımlanmaktadır. Bu boyutlar tükenmişlik içerisinde olan kişilerde gerçekleşen değişimleri anlatmaktadır. Birey kronikleşen yorgunluk yaşar, işinden soğur, kendi dünyasında yaşar ve giderek işinde yetersiz olduğunu hisseder⁴⁸.

Maslach'ın tanımına göre tükenmişlik "*İşi gereği insanlarla yoğun ilişki içerisinde olan kişilerde görülen duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve düşük kişisel başarı hissi*" şeklindedir¹². Bu üç ifade tükenmişliğin alt boyutlarını oluşturmaktadır.

2.2.7.1. Duygusal tükenme

Duygusal tükenme, tükenmişlik durumunun başlangıcı olarak kabul edilir. Tükenmişliğin bu boyut, daha çok iş stresi ile ilgilidir. Duygusal yönden yoğun bir çalışma hayatı içinde bulunan kişi, kendisini zorlamakta ve diğer insanların duygusal beklentileri altında ezilmektedir. Duygusal tükenme bu durumlar sonucu ortaya çıkmaktadır¹³. Duygusal tükenme boyutunda, bitkinlik, yorgunluk, enerji, güç ve özgüvende azalma ve heyecanın kaybolmasıyla beraber kişi aşırı yüklenilmiş ve tüketilmiş hisseder¹⁴. Gerginlik ve engellenmişlik duygusu yaşayan çalışan ertesi gün

işe gitmek istemez ve bu onun için stres kaynağı olur. Çalışma arkadaşlarına ve kuruma karşı duyarsızlık hissi yaşar¹⁴.

2.2.7.2. Duyarsızlaşma

Tükenmişliğin kişilerarası boyutudur. Tükenmişlik yaşayan bireyin geliştirdiği savunma mekanizmasıdır. Çalışanların hizmet sundukları kişileri sanki birer insan değil de nesne gibi davranmalarıyla kendini göstermektedir. Bu kişiler, iletişim kurdukları kişilere ve kuruma karşı mesafeli, umursamaz ve alaycı bir tutum içerisine girerler¹⁵.

2.2.7.3. Kişisel başarı hissi

Tükenmişliğin kişisel gelişme boyutunu yansıtır. Kişisel başarı; kişinin işinde yeterli ve başarılı olmasını ifade eder. Kişisel başarısızlık ise, kişinin işinde yetersiz ve başarısız olmasıdır¹⁶. Maslach ve arkadaşlarına göre kişi kendisini olumsuz olarak değerlendirme eğilimine girer ve böyle bir ruh hali sergiler¹⁷. Duygusal tükenme artarken duyarsızlaşmada buna paralel olarak artar, duyarsızlaşma artarken kişisel başarı duygusu ise azalır¹⁴.

2.3. Tükenmişliğin Nedenleri

Tükenmişliğe neden olabilecek birçok bireysel ve örgütsel faktör vardır. Çam (1995), tükenmişliğin nedenlerini kişisel ve çevresel nedenler olarak sıralamıştır. Yaş, cinsiyet, medeni hal, sahip olunan çocuk sayısı, işe aşırı bağlılık, kişisel beklentilerin yüksekliği, isteklendirme, performans, özel yaşamdaki stresler, tanısı konulmuş hastalığa sahip olma, mesleki doyum gibi pek çok kişisel özellik tükenmişlikle ilgili yapılan araştırmalarda karşılaşılan kişisel nedenlerin başında gelmektedir¹⁸. Tümkaya (1996), tükenmenin nedenlerini, insanların beklentileriyle ilişkilendirmiştir. Tükenmişliğin; gerçek dışı beklentilerle gerçekler arasında uyumsuzluk olmasından kaynaklanan bir durum olduğunu ve hayatının büyük bölümünü iş kolik olarak geçiren ve yoğun iş temposunda çalışan kişilerin tükenme durumuyla daha fazla karşı karşıya kaldıklarını belirtmiştir¹⁸.

Tüm bunlardan yola çıkarak tükenmişlik nedenlerini sıralayacak olursak;

- Yaş
- Cinsiyet
- Medeni hal

- Eğitim düzeyi
- Ekonomik sebepler
- Aşırı empati
- Hizmet sunulan kişilerle yakın temastan kaynaklanan nedenler
- Soruna odaklanmak
- Olumlu geri bildirim azlığı.
- Yetersiz ödüllendirilme
- Duygusal stres düzeyi
- İş yükü
- Denetim eksikliği
- Çalışma arkadaşları
- Ast üst ilişkileri
- Kurum plan ve politikaları sayılabilir.

2.4. Tükenmişliğin Belirtileri

Tükenmişliğe neden olan bireysel ve örgütsel nedenler tükenmişlik belirtilerinde de yine bu iki faktör özelliklerine göre ortaya çıkmaktadır.

2.4.1. Bireysel belirtiler

Bireysel belirtiler fizyolojik, psikolojik ve davranışsal özellik olarak kendini göstermektedir.

2.4.1.1. Fizyolojik belirtiler

Çalışanların sürekli kendini yorgun hissetmesi, halsizlik, enerji kaybı, baş ağrıları, gastrointestinal şikayetler, iştahsızlık ya da aşırı yeme, kilo kaybı, bel ağrısı, uyku bozuklukları, solunum güçlüğü gibi birçok sistemede görülebilen rahatsızlıklarla kendini gösterebilmektedir¹⁹.

2.4.1.2. Psikolojik belirtiler

Meslek elemanlarının kendini depresif hissetmesi, algılanan öfke ve hayal kırıklığı duygusu, yoğunlaşma problemi, anksiyete bozuklukları gibi belirtiler önemli psikolojik belirtiler arasındadır. Bu problemler yaşandığı zaman bireyin başarıya duygusu azalır. İnsanların stresle baş edebilme yetileri ne kadar iyiyse, stresle ilgili hastalıklara ve

tükenmişliği geliştirmeye de o derece dirençli olurlar. İş ortamında çalışanlarda tükenmişliğin gelişmesi yaşanan hayal kırıklığı, engellenme hissi ile yakından ilişkilidir²⁰.

2.4.1.3. Davranışsal belirtiler

Tükenmişlik sendromu yaşayan bireylerde davranışsal belirtiler; aşırı hareketlilik ve taşkınlıktan dolayı dikkati yoğunlaştırma problemleri, kararsızlık, bağımlılık yapan maddelerdeki kullanım artışları, sakarlık, hata ve kaza yapma riskinin yükselmesi kişisel düzeyde olan davranışsal belirtilerdir. Öfkeli ve saldırgan davranışlar kişiler arası ilişkileri zedelerken, bireylerin kendilerini ortamdan uzaklaştıran, mesafeli, duygudan yoksun tutum ve davranışlar sergilemeleri onları çevreden izole etmektedir. Bu kişiler sözel iletişimde de olumsuz ve kırıcı bir tavır kullanabilmektedirler. İş hayatında, bu kişiler, mesai arkadaşlarıyla, üstleriyle veya hizmet sundukları grup ile sık tartışmaktadırlar, iş yerinde beklenen performansları düşüktür. İş hataları artmaktadır, sınırlı ve tekdüze çalışmaya başlamaktadırlar²¹.

2.4.2. Örgütsel belirtiler

Tükenmişlik bireysel bir sendrom olmakla beraber iş kalitesindeki düşüşle beraber örgütsel düzeyi de önemli derecede etkilemektedir. Çalışanların iş bırakması, hastalar ve yakınlarının şikayetlerinin artması ve hizmet kalitesinin düşmesi, çalışanın işten uzak kalma süresindeki artışlar, meslek elemanlarında duygusal ve fiziksel sorunların artması, çalışma ekibi içindeki iletişimsel sıkıntılar, demokratik ve işbirlikçi olmayan, hiyerarşik, merkeziyetçi bir yönetim anlayışının olması, ödüllendirmede eksikler, güvensizlik ve mesleki gelecek kaygısı ve ilerlemeleri konusunda belirsizlik yaşamaları örgütsel belirtiler arasında sayılabilir¹⁹.

2.5. Tükenmişliğin Evreleri

Tükenme dört evreden oluşmaktadır.

2.5.1. Şevk ve coşku evresi

Umut ve enerjinin artması ile ulaşılmayacak seviyedeki mesleki beklentiler içine girilmektedir. Kişi için meslek her şeyin önündedir, uykusuzluğa, stresli çalışma ortamlarına, bireyin kendisine ailesine ve sosyal yaşamına zaman ve enerji ayıramamasına karşı güçlü bir uyum sağlama çabası vardır. Mesleki eğitimi sürdürmeye

yönelik ısrarlı bir istek vardır. Birey sık sık, prensip ve amaçlarla ilgili sorunlarla karşılaştığından durgunluk dönemine girmeye başlar^{13.46}.

2.5.2. Durağanlaşma evresi

Artık istek ve umutta azalma olur. Mesleğinin gerektirdiklerini yerine getirirken karşılaştığı güçlüklerden, daha önce umursamadığı ya da yok saydığı bazı durumlardan giderek rahatsız olmaya başlamıştır. İşten başka ne yapılabileceğini sorgulanmaya başlanmıştır. Birey bu evrede, işiyle idare edecek kadar ilgilenmektedir. İş i yavaşlatmaya başlar, enerji düzeyinde düşmeye başlar ve motivasyonda azalma başlar. Artık, prensiplerin, kıdemliliğin ve başarının ardına düşmez. İşten alınan haz giderek önemini yitirir^{13.46}.

2.5.3. Engellenme evresi

Kişi artık gerçeği yeniden değerlendirme evresine girmiştir. İnsanları, sistemi, çalışma koşullarını değiştirmenin zor olduğu anlaşılmış ve engellenmişlik hissi yaşamıştır. Mesleki hayal kırıklığı yaşamaktadır ve mesleğin amaçlarına ulaşmasına engel olduğunu düşünmektedir. Birey bu durumlara farklı tepkiler gösterir. Uyum sağlar, uyum göstermez yada kendini çeker ve ya kaçınarak tükenmişliği derinleştirir^{13.46}.

2.5.4. Umursamazlık evresi

Bu evrede, ilerlemiş duygusal kopmalar, inançsızlık ve umutsuzluk yerini almaktadır. Birey mesleğini ekonomik ve sosyal güvence için devam ettirmekte ve yaptığı işten haz alamamaktadır. İlgisizlik ve kayıtsızlık görülmektedir, işe geç gelme ve hasta görüşmelerini kısa tutma görülür. Birey, işin bir görev olduğunu düşünmektedir. Bireyde genellikle vazgeçmiş veya teslim olmuş bir hal mevcuttur. Mekanik bir tutumla rutinlerin korunması amaçlanır. İlgisizlik, sürekli şikayet etme ile savunma geliştirir^{13.46}.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Konusu

Bu çalışmanın konusu üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin tükenmişlik düzeyinin çeşitli değişkenlere göre incelenmesidir.

3.2. Araştırmanın Tipi

Araştırma kesitsel tipte bir araştırmadır.

3.3. Araştırmanın Yeri

T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi İzzet Baysal Eğitim ve Araştırma Hastanesinde yapılmıştır.

Abant İzzet Baysal Üniversitesi İzzet Baysal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 2002 yılında hizmete girmiştir. 173 hasta odası, 326 klinik yatağı ve 50 yoğun bakım yatağı ile toplam 352 yataklı bir üniversite hastanesi olarak hizmet vermektedir. Hastanede çeşitli branşlar tarafından kullanılan 57 adet poliklinik mevcuttur. Fakülte bünyesinde 254 akademik personel görev yapmaktadır. Hastanemizde çeşitli kliniklerde aktif olarak görev alan 222 hemşire bulunmaktadır.

3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi İzzet Baysal Eğitim ve Araştırma Hastanesinde çalışan 222 hemşirenin tümüne ulaşılmaya çalışılmış fakat 3 anket formunun eksik doldurulması nedeniyle çalışma dışında bırakılmıştır. Ayrıca 27 hemşire araştırmaya katılmayı reddedip anket formlarını doldurmamıştır tüm bu sebeplerden dolayı 192 (% 86.4) hemşireye anket uygulaması yapılmıştır.

3.5. Araştırmanın Hipotezleri

Hemşirelerde tükenmişlik düzeyi sosyodemografik özelliklere, mesleki değişkenlere, kişisel alışkanlıklara göre değişmektedir.

3.6. Araştırmaya Katılma Kriterleri

T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi İzzet Baysal Eğitim ve Araştırma Hastanesinde hemşire olarak çalışıyor olmak, araştırmaya katılmaya gönüllü olmak.

3.7. Araştırmaya Katılmama Kriterleri

Hemşire olarak aktif bir şekilde görev almamak, araştırmaya katılmayı reddetmek.

3.8. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı ve bağımsız değişkenler.

3.8.1. Bağımlı değişkenler

Araştırmaya dahil edilecek olan hemşirelerin Maslach Tükenmişlik Ölçeği ile elde edilen tükenmişlik düzeylerini gösteren duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarı puan ortalamalarıdır.

3.8.2. Bağımsız değişkenler

Sosyodemografik özellikler, mesleki özellikler, çalışma yaşamı, kişisel özellikler ve alışkanlıklardır.

3.9. Araştırmanın sınırlılıkları

Araştırmada elde edilen veriler zaman içerisinde değişebilen kavramlardır. Bu sebeple araştırma uygulandığı zaman dilimi içerisinde sınırlıdır.

Aynı kurumda aynı zaman diliminde birçok anket uygulanması ankete katılımı az da olsa etkilemiştir. Anket ve ölçek uygulanması sırasında yazılı ve sözlü bilgilendirme yapılmış fakat zaman ve mekan açısından sınırlılıklar olması sebebiyle yüz yüze görüşme yapılamamış anket formları ilgili klinikler ziyaret edilerek dağıtılmıştır. Katılımcıların anket içeriğini doğru bir şekilde algıladıkları ve içtenlikle cevaplandıkları kabul edilmiştir. Araştırmada ele alınan değişkenler; yer, zaman ve sadece hemşirelik mesleği grupları ile sınırlıdır.

3.10. Araştırmada kullanılacak araç ve gereçler

Araştırma verileri literatür taranarak sorumlu ve yardımcı araştırmacı tarafından hazırlanan anket formu ve Maslach Tükenmişlik Ölçeği kullanılarak toplanmıştır.

Hazırlanan anket formu soruları; sosyodemografik özellikler, aile ve haneye ilişkin bulgular, mesleki çalışma özellikleri ve kişisel alışkanlıkları içermektedir.

Araştırmaya katılan hemşirelerin tükenmişlik düzeylerini belirlemek amacıyla Maslach ve Jackson tarafından geliştirilen ve Türkçeye uyarlanması ile geçerlilik, güvenilirlik çalışmaları Ergin (1992) tarafından yapılan Maslach Tükenmişlik Ölçeği kullanılmıştır. Bu ölçek, duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarı hissi olarak adlandırılan üç alt boyutu değerlendiren toplam 22 ifadeden oluşan bir ölçektir. Ölçekte cevap seçenekleri “hiçbir zaman, çok nadir, bazen, çoğu, zaman, her zaman” olup bu ifadeleri karşılayan ve 0-4 arasında puanlandırılan 5’li Likert tipi cevap seçenekleri vardır. Ölçek ile genel tükenmişlik seviyesini belirleneceği gibi üç alt boyut olan duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarı puan ortalamaları da ayrı ayrı değerlendirilebilmektedir (Ergin 1992)⁷.

Duygusal tükenme; kişinin yaptığı iş sebebiyle kendisini aşırı yüklenmiş, tükenmiş hissetmesi olup, tükenmişliğin en önemli göstergesidir. Duygusal tükenme; 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 ve 20. sorular olmak üzere 9 madde ile ölçülmektedir. Puan aralığı 0-36 arasındadır. Olumsuz yargıların yer aldığı bu maddelerden alınan puanlar 0-11 arası düşük, 12-17 arası orta, 18 ve üzeri ise yüksek tükenme durumunu göstermektedir. Duyarsızlaşma; kişinin bakım ve hizmet sunduğu gruba karşı birer insan değil de maddeymiş şeklinde duygudan yoksun biçimde tutum ve davranışlar sergilemesini içerir. Duyarsızlaşma, 5, 10, 11, 15 ve 22. sorular olmak üzere toplam 5 madde ile ölçülmektedir. Puan aralığı 0-20 arasındadır. Olumsuz yargıların yer aldığı bu maddelerden alınan puanlar 0-5 düşük, 6-9 orta, 10 ve üzeri ise yüksek tükenme durumunun göstergesidir^{7,44,45}. Kişisel başarı; kişilerin takdir edilmedikleri duygusuyla yaptıkları işin değerli olmadığına inanarak kendilerini daha etkisiz ve yetersiz olarak algıladıkları boyuttur. Kişisel başarı, 4, 7, 12, 17, 18, 19, ve 21. Sorular olarak toplam 8 madde ile ölçülmektedir. Puan aralığı 0-32 arasındadır. Olumlu ifadelerden oluşan cümlelere verilen cevaplar neticesinde alınan puanlar 26 ve üzeri düşük, 22-25 orta ve 0-21 yüksek tükenme boyutuna karşılık gelmektedir^{7,44,45}.

Duygusal tükenme ve duyarsızlaşma boyutunda puanlar arttıkça tükenmişlik seviyesi artmakta kişisel başarı boyutunda ise puanlar düştükçe tükenmişlik seviyesi artmaktadır⁴⁴.

3.11. Ön deneme

Anket formu ve ölçek 5 hemşire üzerinde uygulanmış ve araştırmamızda kullanılmak üzere son halini almıştır.

3.12. Araştırmanın Uygulanması

Araştırmanın yapılacağı T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi İzzet Baysal Eğitim ve Araştırma Hastanesinden yazılı kurum izni alınmıştır (EK:3). Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi İnvaziv Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan 12.05.2015 tarih ve 2015/27 nolu kararı ile etik kurul izni alınmıştır (EK:4). Bilgilendirilmiş olur formu ve anket formları ilgili klinikler ziyaret edilip yazılı ve sözlü bilgilendirme yapılarak dağıtıldı. Anket formlarının tüm hemşirelere ulaşabilmesi için yeterli süre beklendi ve anket formları klinikleri tekrar ziyaret ederek toplandı.

3.13. Araştırmanın Analizi

Bu araştırmada elde edilen veriler SPSS Versiyon 22.0 (Statistical Package for the Social Sciences) programında değerlendirilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde Mann-Whitney U, Kruskal Wallis Test, T-test ve One-way ANOVA testi kullanılmıştır. Analizlerde istatistiksel anlamlılık düzeyi $\alpha = 0.05$ olarak kabul edilmiştir. Analizlerde istatistiksel anlamlılık düzeyi $\alpha = 0.05$ olarak kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

Tablo 1’de araştırma grubundakilerin bazı sosyo demografik özellikleri gösterilmiştir. Araştırma grubunun cinsiyete göre dağılımı; kadın 171 (%89.1), erkek 21 (%10.9), medeni duruma göre dağılımı; evli 115 (%59.9), bekar 71 (%37.0) ve boşanmış veya dul 6 (%3.1) kişi şeklindedir. Öğrenim düzeyine göre dağılımı; lise 26 (%13.5), ön lisans 23 (%12.0), lisans 119 (%62.0), lisansüstü 24 (%12.5) kişidir. Algılanan gelir düzeyine göre dağılımı; gelirinin giderini karşıladığını ifade edenler 58 (%30.2), geliri giderine eşit olanlar 106 (%55.2) ve gelirinin giderinden fazla olduğunu söyleyenler 28 (%14.6) kişidir.

Tablo 1. Araştırma grubundakilerin sosyo demografik özellikleri.

Sosyo Demografik Özellikler	n	%
Cinsiyet		
Kadın	171	89.1
Erkek	21	10.9
Yaş		
19-29	93	48.4
30-39	87	45.3
40 ve üzeri	12	6.3
Medeni Durum		
Evli	115	59.9
Bekar	71	37.0
Boşanmış	6	3.1
Öğrenim Düzeyi		
Lise	26	13.5
Ön Lisans	23	12.0
Lisans	119	62.0
Lisans Üstü	24	12.5
Algılanan Gelir Düzeyi		
Geliri Giderini Karşılıyor	58	30.2
Geliri Giderine Eşit	106	55.2
Geliri Giderinden Fazla	28	14.6
Toplam	192	100.0

Araştırma grubundaki 21 erkeğin yaş ortalaması 30.2 ± 3.4 , 171 kadının yaş ortalaması 30.1 ± 6.0 ’dır. Cinsiyete göre yaş ortalamaları arasında fark yoktur ($t=-0.132$, $p=0.9$).

Araştırma grubundakilerin beraber yaşadığı kişilere göre dağılımı; ailesiyle 152 (%79.2), arkadaşıyla 10 (%5.2), tek başına 28(%14.6) ve çocuğuyla 2 (%1.0) kişi

şeklindedir. Araştırma grubundakilerin ortalama sahip oldukları çocuk sayısı 0.8 ± 0.9 , evde birlikte yaşadığı kişi sayısı ise 3.1 ± 1.3 tür.

Tablo 2’ de araştırma grubundakilerin kronik hastalık durumları gösterilmiştir. Araştırma grubunun tanı konulmuş kronik hastalığı olup olmamasına göre dağılımı; hastalığı olanlar 33 (%17.2), olmayanlar 159 (%82.8), sürekli kullandığı bir ilaç olup olmamasına göre dağılımı; kullanan 28 (%14.6), kullanmayan 164 (%85.4) ve daha önce psikiyatrik yardım alıp almamasına göre dağılımı almış olanlar 34 (%17.7), kişi almamış olanlar 158(%82.3) şeklindedir.

Tablo 2. Araştırma grubundakilerin sağlık durumlarına ilişkin dağılımları.

Sağlık Durumu	n	%
Tanı konulmuş kronik hastalık		
Var	33	17.2
Yok	159	82.8
Sürekli kullanılan ilaç		
Evet	28	14.6
Hayır	164	85.4
Meslekten önce veya sonra psikiyatrik yardım alma öyküsü		
Evet	34	17.7
Hayır	158	82.3
Toplam	192	100.0

Tablo 3’de araştırma grubundakilerin işyerinde yaşanan sorun sıklığına göre dağılımları gösterilmiştir. Araştırma grubunun iş yerinde hangi sıklıkta sorun yaşadıklarına göre dağılımı; hiçbir zaman 1 (%0.5), nadiren 107(%55.7), sık sık 75(%39.1), her zaman 9(%4.7) ve iş yerinde yaşadıkları sorunların kişilere göre dağılım ise; hemşirelerle 79(%41.1), amirlerle 82(%42.7), doktorlarla 103(%53.6), hasta bakıcılarla 51(%26.6), hastalarla 75 (%39.1) ve hasta yakınlarıyla 113(%58.9) şeklindedir.

Tablo 3. Araştırma grubundakilerin yaşadıkları sorun algılarına göre dağılımları.

Algılanan Sorun	n	%
Sorun yaşama sıklığı		
Hiçbir zaman	1	0.5
Nadiren	107	55.7
Sık sık	75	39.1
Her zaman	9	4.7
İş yerinde sorun yaşadığı kişiler		
Hemşire	79	41.1
Amir	82	42.7
Doktor	103	53.6
Hasta bakıcı	51	26.6
Hasta	75	39.1
Hasta yakını	113	58.9

Tablo 4’ de araştırma grubundakilerin mesleki adanmışlık düzeyleri gösterilmiştir. Araştırma grubundakilerde mesleğini severek yapanlar 133(%58.9), sevmeyenler ise 59(%30.7) dir. Mesleğin kendisine çok uygun olduğunu düşünenler 16(%8.3), uygun olduğunu düşünenler 80(%41.7) ve kısmen uygun diyenler 72(%37.5), hiç uygun olmadığını düşünenler ise 24(%12.5) tir. Araştırma gurubundakilerde işine bağlı olanlar 83(%43.2), kısmen bağlı olanlar 60(%31.3) ve bağlılığım yok diyenler 49(%25.5) tir.

Tablo 4. Araştırma gurubundakilerin mesleki adanmışlık düzeyleri.

Mesleki Adanmışlık	n	%
Mesleğini severek yapıyor mu?		
Evet	133	69.3
Hayır	59	30.7
Mesleki uygunluk		
Çok uygun	16	8.3
Uygun	80	41.7
Kısmen uygun	72	37.5
Hiç uygun değil	24	12.5
Mesleki bağlılık		
Bağlıyım	83	43.2
Kısmen bağlıyım	60	31.3
Bağlılığım yok	49	25.5
Toplam	192	100.0

Tablo 5’de araştırma grubundakilerin hemşirelik mesleğini seçme nedenleri gösterilmiştir. Araştırma grubunun hemşirelik mesleğini seçmelerinde etkili faktörlerden; sağlıkla ilgili bir mesleğe sahip olmak isteyenler 41(%21.4), kısa yoldan

bir iş sahibi olmak isteyenler 43(%22.4), iş bulma kolaylığını düşünenler 48(%25.0), ailesinin veya başkalarının önerisi ile bu mesleğe yönelenler 60(%31.2) dir.

Tablo 5. Araştırma grubundakilerin hemşirelik mesleğini seçme nedenleri.

Mesleki Tercih	n	%
Sağlıkla ilgili meslek sahibi olmak	41	21.4
Kısa yoldan iş sahibi olmak	43	22.4
İş bulma kolaylığı	48	25.0
Aile veya başkalarının önerisi ile	60	31.2
Toplam	192	100.0

Tablo 6' da araştırma grubundakilerin kendilerini mesleki yönden geliştirme alanları gösterilmiştir. Mesleki yönden kendini geliştirebilmek için birden fazla faaliyette bulunabilen araştırma grubunda kurs ve seminerle 88(%45.8), hizmet içi eğitimlere 131(%68.2), kongre ve sempozyumlara katılım diyenlerin sayısı 61(%31.8) iken internet ve kitaplardan faydalananlar 97(%50.5) dir. Herhangi faaliyette bulunmayanların sayısı ise 26(%13.5) tir.

Tablo 6. Araştırma grubundakilerin kendilerini mesleki yönden geliştirme faaliyetleri.

Mesleki Gelişim Faaliyetleri	n	%
Kurs ve seminerler katılımı		
Evet	88	45.8
Hayır	104	54.2
Hizmet içi eğitimlere katılımı		
Evet	131	68.2
Hayır	61	31.8
Kongre ve sempozyumlara katılımı		
Evet	61	31.8
Hayır	131	68.2
İnternet ve kitaplardan yararlanırım		
Evet	97	50.5
Hayır	95	49.5
Herhangi bir faaliyette bulunmam		
Evet	26	13.5
Hayır	166	86.5
Toplam	192	100.0

Tablo 7' de araştırma grubundakilerin bazı mesleki çalışma esasları gösterilmiştir. Meslekteki toplam çalışma yılına göre; 1-5 yıl 81(%42.2), 6-10 yıl 60(%31.3), 11-15 yıl 24(%14.1) ve 16 yıl ve üzerinde hemşirelik mesleğini yerine getirenlerin sayısı

27(%14.1)' dir. Hastanenin çeşitli kliniklerinde görev yapanların dağılımı ameliyathane 24(%12.5), yoğun bakım 42(%21.9), acil servis 13(%6.8), cerrahi klinikler 39(%20.3), dahili klinikler 29(%15.1) ve diyaliz, radyoloji, poliklinik hizmetleri gibi diğer birimlerde çalışanlar 45(%23.4)' tür. Araştırma grubundakilerin mesai düzenleri; sürekli gündüz çalışan 53(%27.6), 16 veya 24 saatlik nöbet tutanlar 124(%64.6), vardiya usulü çalışanlar ise 15(%7.8) kişidir. Araştırma grubundakilerin aylık tuttuğu nöbet sayıları; hiç nöbet tutmayan, gündüz mesai veya vardiya usulü çalışanlar 68(%35.4), ayda 1-4 arası nöbet 32(%16.7), ayda 5-9 nöbet tutanlar 34(%17.7) ve ayda 10 ve üzeri nöbet tutanlar 58(%30.2) kişidir.

Tablo 7. Araştırma grubundakilerin bazı mesleki çalışma esasları.

Mesleki Çalışma Esasları	n	%
Mesleki çalışma yılı		
1-5 yıl	81	42.2
6-10 yıl	60	31.3
11-15 yıl	24	12.5
16 ve üzeri yıl	27	14.1
Çalışılan klinik		
Ameliyathane	24	12.5
Yoğun bakım	42	21.9
Acil servis	13	6.8
Cerrahi klinikler	39	20.3
Dahili klinikler	29	15.1
Diğer	45	23.4
Mesai çalışma		
Sürekli gündüz	53	27.6
Nöbet	124	64.6
Vardiya	15	7.8
Aylık tutulan nöbet sayısı		
0 nöbet	68	35.4
1-4 nöbet	32	16.7
5-9 nöbet	34	17.7
10 ve üzeri nöbet	58	30.2
Toplam	192	100.0

Tablo 8' de araştırma grubundakilerin yıllık izin örüntüleri verilmiştir. Araştırma grubunda yıllık izin haklarını tümünü kullanabilenler 102(%53.1), tamamını kullanamayanlar 90(%46.9)' dur. Yıllık ortalama izin süreleri hiç izne çıkamayanlar 10(%5.2), 5-15 gün arası izne çıkabilenler 48(%25.0), 20-25 gün izine ayrılanlar 107(%55.7) ve 30 gün izin alanlar 27(%14.1) kişidir. Araştırma grubundakilerde yıllık

izin haklarını kullanırken sorun yaşayanlar 89(%46.6), yıllık izne ayrılırken herhangi bir sorun yaşamayanlar 103(%53.6) kişidir.

Tablo 8. Araştırma grubundakilerin yıllık izin örüntüleri.

Yıllık İzin	n	%
Yıllık izin hakkının tümü kullanılıyor mu?		
Evet	102	53.1
Hayır	90	46.9
Yıllık ortalama yıllık izin süreleri		
0(sıfır) gün	10	5.2
5-15 gün	48	25.0
20-25 gün	107	55.7
30 gün	27	14.1
İzne ayrılırken sorun yaşıyor mu ?		
Evet	89	46.6
Hayır	103	53.6
Toplam	192	100.0

Araştırma grubunda yıllık izin hakkının tümünün kullanamama sebeplerinde; eleman eksikliği 49(%25.5), iş yeri yoğunluğu 14(%7.3), izin günlerinde çakışma yaşanması (herkesin aynı dönemde izin kullanmak istemesi, yaz dönemi yoğunluğu) 16(%8.3), hastane politikaları (mesleki çalışmışlık olarak 1 yılı doldurmayanların izne çıkamaması, izin hakkının bölünerek kullandırılması, izin kullanılırken klinikteki kıdeme göre hareket edilmesi) 27(%14.1) ve kişisel sebepler 7(%3.6)'dır.

Araştırma grubundakilerin yıllık izne ayrılırken yaşadıkları sorunlar; eleman eksikliği 44(%22.9), iş yeri yoğunluğu 8(%4.2), aynı anda birçok kişinin izne ayrılmak istemesi nedeniyle izin günlerinde çakışma yaşanması 45(%23.4), hastanenin kendi politikaları 13(%6.8) olarak belirtilmiştir.

Tablo 9'da araştırma grubundakilerin bazı kişisel alışkanlıkları gösterilmiştir. Araştırma grubundakilerin kişisel alışkanlıkları sigara içenler 63(%32.8), içmeyenler ise 129(%67.2) kişidir. Araştırma grubunda alkol tüketenler 22(%11.5), alkol kullanmayanlar ise 170(%88.5) kişidir.

Tablo 9. Araştırma grubundakilerin kişisel alışkanlıkları.

Kişisel Alışkanlık	Sayı	Yüzde
Sigara		
Kullanan	63	32.8
Kullanmayan	129	67.2
Alkol		
Kullanan	22	11.5
Kullanmayan	170	88.5
Toplam	192	100.0

Çalışmaya katılan örneklem grubunun MTÖ duygusal tükenme alt boyutu puan ortalamaları 20.3 ± 7.0 , duyarsızlaşma alt boyutu puan ortalamaları 6.0 ± 3.2 ve kişisel başarı alt boyutu puan ortalamaları 19.3 ± 4.1 olarak bulunmuştur.

Tablo 10'da yaşa göre tükenmişlik ölçeği alt boyutları puan ortalamaları gösterilmiştir. MTÖ duygusal tükenme alt boyutu puan ortalaması 19-29 yaş grubunda 20.5 ± 7.2 , 30-39 yaş grubunda 19.7 ± 6.8 , 40 ve üzeri yaş grubunda ise 24.2 ± 5.4 olup istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemiştir (Kruskal Wallis Test=5.127, $p > 0.05$). Tükenmişlik ölçeği duyarsızlaşma alt boyutu puan ortalaması 19-29 yaş grubunda 6.5 ± 3.1 , 30-39 yaş grubunda 5.43 ± 3 , 40 ve üzeri yaş grubunda ise 5.4 ± 3.4 tür ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur (Kruskal Wallis Test=5.612, $p > 0.05$). Ölçek kişisel başarı alt boyutu puan ortalamaları 19-29 yaştakilerde 18.8 ± 4.0 , 30-39 yaş grubundakilerde 19.8 ± 4.2 , 40 ve üzeri yaştakilerde ise 20.0 ± 3.4 olup istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (Kruskal Wallis Test=2.719, $p > 0.05$).

Tablo 10. Yaşa göre tükenmişlik ölçeği alt boyutları puan ortalamaları.

Yaş	DT		D		KB	
	Ortalama	SS	Ortalama	SS	Ortalama	SS
19-29 yaş	20.5	7.2	6.5	3.1	18.8	4.0
30-39 yaş	19.7	6.8	5.4	3.3	19.8	4.2
40 ve üzeri yaş	24.2	5.4	5.4	3.4	20.0	3.4
Kruskal Wallis Test	5.127		5.612		2.719	
p	>0.05		>0.05		>0.05	

Tablo 11'de cinsiyete göre tükenmişlik ölçeği alt boyutları puan ortalamaları gösterilmiştir. Duygusal tükenme alt boyutu erkeklerde 19.1 ± 7.0 ve kadınlarda 20.5 ± 7.0 olup istatistiksel olarak bir farklılık yoktur (Mann Whitney U=1689.0, $p > 0.05$).

Duyarsızlaşma alt ölçeği puan ortalamaları erkeklerde 5.4 ± 3.2 ve kadınlarda 6.1 ± 3.3 olup istatistiksel olarak bir farklılık yoktur (Mann Whitney $U=1596.5$, $p>0.05$). Kişisel başarı puan ortalaması erkeklerde 21.4 ± 4.5 olup kadınlardaki 19.1 ± 4.0 'dan istatistiksel olarak anlamlı derecede düşüktür (Mann Whitney $U=1280.0$, $p=0.031$).

Tablo 11. Cinsiyete göre tükenmişlik ölçeği alt boyutları puan ortalamaları.

	DT		D		KB	
	Ortalama	S S	Ortalama	S S	Ortalama	S S
Cinsiyet						
Erkek	19.1	7.0	5.4	3.2	21.4	4.5
Kadın	20.5	7.0	6.1	3.3	19.1	4.0
Mann Whitney U	1689.0		1596.0		1280.0	
p	>0.05		>0.05		0.031	

Tablo 12'de medeni hale göre MTÖ alt boyutları puan ortalamaları gösterilmiştir. Araştırma grubundakilerde tükenmişlik ölçeği duygusal tükenme alt boyut puan ortalamaları evli 20.6 ± 7.4 , bekar 20.0 ± 6.4 ve dul veya boşanmış olanlarda 19.5 ± 5.5 olup istatistiksel olarak bir fark bulunmamıştır (Kruskal Wallis Test= 0.154 , $p>0.05$). Medeni hale göre ölçeğin duyarsızlaşma alt boyutu puan ortalamaları evli 5.6 ± 3.2 , bekar 6.6 ± 3.1 ve dul veya boşanmış olanlarda 5.1 ± 4.8 olup istatistiksel olarak farklılık göstermemiştir (Kruskal Wallis Test= 5.331 , $p>0.05$). Ölçek kişisel başarı alt boyutunda medeni hale göre evli 19.2 ± 4.0 , bekar 19.3 ± 4.2 ve dul veya boşanmış olanlarda 22.0 ± 3.4 olup istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur (Kruskal Wallis Test= 2.667 , $p>0.05$).

Tablo 12. Medeni hale göre tükenmişlik ölçeği alt boyutları puan ortalamaları

	DT		D		KB	
	Ortalama	S S	Ortalama	S S	Ortalama	S S
Medeni hal						
Evli	20.6	7.4	5.6	3.2	19.2	4.0
Bekar	20.0	6.4	6.6	3.1	19.3	4.2
Boşanmış-dul	19.5	5.5	5.1	4.8	22.0	3.4
Kruskal Wallis Test	0.154		5.331		2.667	
p	>0.05		>0.05		>0.05	

Tablo 13’de araştırma grubundakilerin eğitim durumuna göre MTÖ alt boyutları puan ortalamaları gösterilmiştir. Tükenmişlik ölçeği duygusal tükenme alt boyutu puan ortalamaları; lise 17.5 ± 6.7 , önlisans 19.7 ± 6.1 , lisans 21.2 ± 7.2 ve lisans üstü 19.5 ± 6.5 olup istatistiksel olarak farklılık göstermemiştir (Kruskal Wallis Test= 7.117 , $p>0.05$). Ölçek duyarsızlaşma alt boyutunda puan ortalamaları lise; 5.8 ± 2.8 , önlisans 5.7 ± 3.2 , lisans 6.0 ± 3.2 ve lisans üstü 6.3 ± 3.7 olup istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır (Kruskal Wallis Test= 0.215 , $p>0.05$). Ölçeğin bir diğer alt boyutu olan kişisel başarı puan ortalamalarında ise; lise 18.2 ± 4.3 , önlisans 19.9 ± 4.6 , lisans 19.2 ± 4.0 ve son olarak lisans üstü 20.5 ± 3.2 olarak hesaplanmış ve istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur (Kruskal Wallis Test= 4.809 , $p>0.05$).

Tablo 13. Eğitim düzeyine göre MTÖ alt boyutları puan ortalamaları

Eğitim Düzeyi	DT		D		KB	
	Ortalama	S S	Ortalama	S S	Ortalama	SS
Lise	17.5	6.7	5.8	2.8	18.2	4.3
Önlisans	19.7	6.1	5.7	3.2	19.9	4.6
Lisans	21.2	7.2	6.0	3.2	19.2	4.0
Lisans üstü	19.5	6.5	6.2	3.7	20.5	3.2
Kruskal Wallis Test	7.117		0.215		4.809	
p	>0.05		>0.05		>0.05	

Araştırma grubundakilerin sahip olduğu çocuk sayısına göre MTÖ duygusal tükenme alt boyutunda hiç çocuğu olmayanlar 20.5 ± 6.8 , tek çocuğu olanlar 20.7 ± 7.5 , iki çocuğu olanlar 19.5 ± 7.2 ve üç çocuğu olanlar 20.8 ± 5.5 arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farka rastlanmamıştır (Kruskal Wallis Test= 1.137 , $p>0.05$). Duyarsızlaşma alt boyutunda hiç çocuğu olmayanlar 6.4 ± 3.2 , tek çocuğu olanlar 5.5 ± 3.1 , iki çocuğu olanlar 5.6 ± 3.5 ve üç çocuğu olanlar 6.1 ± 2.8 arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farka rastlanmamıştır (Kruskal Wallis Test= 4.113 , $p>0.05$). Kişisel başarı puanlarında hiç çocuğu olmayanlar 19.2 ± 4.1 , tek çocuğu olanlar 19.1 ± 4.3 , iki çocuğu olanlar 19.9 ± 3.6 ve üç çocuğu olanlar 19.6 ± 5.1 arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farka rastlanmamıştır (Kruskal Wallis Test= 1.314 , $p>0.05$).

Tablo 14’de araştırma grubundakilerin hanede beraber yaşadıkları kişilere göre MTÖ alt boyutları puan ortalamaları gösterilmiştir. Duygusal tükenmişlik alt ölçeği puan ortalamaları araştırma grubundakilerde ailesiyle beraber yaşayanlarda 20.1 ± 7.2 , arkadaşı ile beraber yaşayanlarda 22.7 ± 6.4 ve yalnız yaşayanlarda 20.7 ± 6.1 olup istatistiksel olarak farklılık göstermezken (Kruskal Wallis Test= 1.568 , $p>0.05$)

duyarsızlaşma alt ölçeği puan ortalaması arkadaş ile yaşayanlarda 7.1 ± 2.2 ve yalnız yaşayanlarda 7.3 ± 2.7 olup ailesi ile yaşayanlarda 5.7 ± 3.3 ' den istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir (Kruskal Wallis Test=5.331, $p=0.012$). Kişisel başarı alt ölçeği puanı arkadaş ile yaşayanlarda 16.2 ± 3.2 olup ailesiyle yaşayanlarda 19.7 ± 4.1 , yalnız yaşayanlarda 19.3 ± 3.8 'den istatistiksel olarak anlamlı derecede düşüktür (Kruskal Wallis Test=7.912, $p=0.019$).

Tablo 14. araştırma grubundakilerin hanede yaşadıkları kişilere göre tükenmişlik ölçeği alt boyutları puan ortalamaları.

	DT		D		KB	
Hanede yaşadıkları kişiler	Ortalama	S S	Ortalama	S S	Ortalama	S S
Aile	20.1	7.2	5.7	3.3	19.7	4.1
Arkadaş	22.7	6.4	7.1	2.2	16.2	3.2
Yalnız	20.7	6.1	7.3	2.7	19.3	3.8
Kruskal Wallis Test	1.568	5.331			7.912	
p	>0.05	0.012			0.019	

Tablo 15'de araştırma grubundakilerin gelir düzeyi algısına göre MTÖ alt boyutları puan ortalamaları gösterilmiştir. Duygusal tükenme alt boyutunda gelir düzeyi algısında geliri giderini karşılamadı 21.9 ± 7.0 , geliri gidere eşit olduğu 19.9 ± 6.9 ve geliri giderinden fazla olan 18.9 ± 6.9 olup istatistiksel olarak farklılık göstermemiştir (Kruskal Wallis Test=4.604, $p>0.05$). Duyarsızlaşma alt boyutları puan ortalamaları algılanan gelir düzeyinde geliri giderini karşılamıyor 5.9 ± 3.4 , geliri giderine eşit 6.1 ± 3.1 ve geliri giderinde fazla 5.5 ± 3.2 olup istatistiksel olarak farklılık göstermemiştir (Kruskal Wallis Test= 0.895, $p>0.05$). Kişisel başarı alt boyutu puan ortalamaları; gelir gideri karşılamıyor $19.5\pm 3,9$, gelir gidere eşit 18.8 ± 4.1 olup geliri giderden fazla 20.9 ± 3.9 algısından istatistiksel olarak anlamlı derecede düşüktür (Kruskal Wallis Test=6.302, $p=0.043$).

Tablo 15. Araştırma grubundakilerde gelir düzeyi algısı göre MTÖ alt boyutları puan ortalamaları.

	DT		D		KB	
Gelir düzeyi algısı	Ortalama	SS	Ortalama	SS	Ortalama	S S
Gelir gideri karşılamıyor	21.9	7.0	5.9	3.4	19.5	3.9
Gelir gidere eşit	19.9	6.9	6.1	3.1	18.8	4.1
Gelir giderden fazla	18.9	6.9	5.5	3.2	20.9	3.9
Kruskal Wallis Test	4.604		0.895		6.302	
p	>0.05		>0.05		0.043	

Tablo 16’de araştırma grubundakilerin tanısı konulmuş kronik hastalık varlığına göre MTÖ alt boyutları puan ortalamaları gösterilmiştir. Duygusal tükenme alt boyut puan ortalamaları kronik hastalığı olanların 24.5 ± 6.3 olup kronik hastalığı olmayanlar 19.4 ± 6.8 ’den istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir (Mann Whitney $U=1534.5$, $p=0.000$). Ölçek duyarsızlaşma alt boyutu puan ortalamaları kronik hastalığı olanların 5.7 ± 3.1 olup kronik hastalığı olmayanların 6.0 ± 3.2 arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur (Mann Whitney $U=2523.0$, $p>0.05$). Kişisel başarı alt boyutları puan ortalamaları kronik hastalık varlığında 19.0 ± 4.2 ve kronik hastalığı bulunmayanlarda 19.4 ± 4.0 olup istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (Mann Whitney $U=2428.5$, $p>0.05$).

Tablo 16. Araştırma grubundakilerin tanısı konulmuş kronik hastalık varlığı.

	DT		D		KB	
	Ortalama	S S	Ortalama	S S	Ortalama	S S
Kronik hastalık						
Var	24.5	6.3	5.7	3.1	19.0	4.2
Yok	19.4	6.8	6.0	3.2	19.4	4.0
Mann-Whitney U	1534.5		2523.0		2428.5	
p	0.000		>0.05		>0.05	

Araştırma grubundakilerin sağlık durumu göstergelerinde MTÖ duygusal tükenme alt boyutunda sürekli ilaç kullananlar 22.0 ± 8.0 ve ilaç kullanmayanlar 20.0 ± 6.8 olup puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı bir farka rastlanmamıştır (Mann Whitney $U=1969.0$, $p>0.05$). Duyarsızlaşma alt boyutunda ilaç kullananlar 4.9 ± 3.6 ve ilaç kullanmayanlar 6.2 ± 3.1 olup puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı bir farka rastlanmamıştır (Mann Whitney $U=1811.0$, $p>0.05$). Kişisel başarı alt boyutunda sürekli ilaç kullananlar 19.9 ± 4.0 ve ilaç kullanmayanlar 19.4 ± 4.1 olup puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı bir farka rastlanmamıştır (Mann Whitney $U=2170.5$, $p>0.05$).

Tablo 17’de araştırma grubundakilerin psikolojik destek alma öyküsüne göre MTÖ alt boyutları puan ortalamaları gösterilmiştir. Duygusal tükenme alt boyutu puan ortalamalarında meslektan önce veya sonra psikolojik destek görmüş olanlar 23.7 ± 6.3 olup psikolojik destek almamış olanlar 19.6 ± 6.9 ’dan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir (Mann Whitney $U=1805.5$, $p=0.003$). Ölçek duyarsızlaşma alt boyutu puan ortalamaları psikolojik destek almış olanlarda 6.4 ± 3.5 ve psikolojik destek almamış olanlarda 5.9 ± 3.2 olup istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır

(Mann Whitney U=2499.5, $p>0.05$). Araştırma grubundakilerde psikolojik destek almış olanlar MTÖ kişisel başarı alt boyutu puan ortalaması 18.0 ± 3.7 olup psikolojik yardım almayanların puan ortalaması 19.6 ± 4.1 ' den istatistiksel olarak anlamlı derecede düşüktür (Mann Whitney U=2056.0, $p=0.032$).

Tablo 17. Araştırma grubundakilerin meslekten önce veya sonra psikolojik destek alma öyküsü.

	DT		D		KB	
	Ortalama	S S	Ortalama	S S	Ortalama	SS
Psikolojik destek alma						
Evet	23.7	6.3	6.4	3.5	18.0	3.7
Hayır	19.6	6.9	5.9	3.2	19.6	4.1
Mann Whitney U	1805.5		2499.5		2056.0	
p	0.003		$p>0.05$		0.032	

Tablo 18’de araştırma grubundakilerin mesai çalışma şekillerine göre MTÖ alt boyutları puan ortalamaları gösterilmiştir. MTÖ duygusal tükenme alt puan ortalamaları; sürekli gündüz mesaisine gelenler 19.9 ± 7.6 , nöbet usulü çalışanlar 20.5 ± 6.7 ve vardiya sistemiyle çalışanlarda 20.6 ± 7.2 olup istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur (Kruskal Wallis Test=0.224, $p>0.05$). Ölçeğin duyarsızlaşma alt boyutunda, mesai çalışma şekillerine göre puan ortalamaları; gündüz 5.7 ± 3.4 , nöbet 6.1 ± 3.2 ve vardiya usulü çalışanlarda 6.3 ± 2.7 olup istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemiştir (Kruskal Wallis Test=0.607, $p>0.05$). Tükenmişlik ölçeği kişisel başarı alt boyutu puan ortalamalarında ise, sürekli gündüz çalışanlar 19.1 ± 4.2 , nöbet sistemiyle çalışanlar 19.5 ± 4.1 son olarak vardiya mesaisiyle çalışanlar 18.6 ± 3.5 olup istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (Kruskal Wallis Test=0.739, $p>0.05$).

Tablo 18. Araştırma grubundakilerin mesai çalışma şekillerine göre MTÖ alt boyutları

	DT		D		KB	
	Ortalama	S S	Ortalama	SS	Ortalama	S S
Mesai şekli						
Sürekli gündüz	19.9	7.6	5.7	3.4	19.1	4.2
Nöbet	20.5	6.7	6.1	3.2	19.5	4.1
Vardiya	20.6	7.2	6.3	2.7	18.6	3.5
Kruskal Wallis Test	0.224		0.607		0.739	
p	$p>0.05$		$p>0.05$		$p>0.05$	

Araştırma grubundakilerin aylık tuttıkları nöbet sayılarına göre MTÖ duygusal tükenme alt boyutunda 0-4 nöbet tutanlar 20.1 ± 7.2 , 5-9 nöbet tutanlar 20.7 ± 6.1 , 10 ve üzeri nöbet tutanlar 20.5 ± 7.2 olup istatistiksel olarak anlamlı bir farka rastlanmamıştır (Kruskal Wallis Test=0.388, $p > 0.05$). Duyarsızlaşma alt boyutunda 0-4 nöbet tutanlar 5.7 ± 3.2 , 5-9 nöbet tutanlar 6.6 ± 2.4 , 10 ve üzeri nöbet tutanlar 6.1 ± 3.6 olup istatistiksel olarak anlamlı bir farka rastlanmamıştır (Kruskal Wallis Test=2.158, $p > 0.05$). Kişisel başarı alt boyutunda 0-4 nöbet tutanlar 19.4 ± 4.1 , 5-9 nöbet tutanlar 19.4 ± 3.9 , 10 ve üzeri nöbet tutanlar 19.1 ± 4.1 olup istatistiksel olarak anlamlı bir farka rastlanmamıştır (Kruskal Wallis Test=0.484, $p > 0.05$).

Araştırma grubundakilerin mesleki çalışmışlık yıllarına göre MTÖ duygusal tükenme alt boyutunda 1-5 yıldır çalışanlar 20.0 ± 7.4 , 6-10 yıldır çalışanlar 20.1 ± 6.9 , 11-15 yıldır çalışanlar 19.5 ± 6.5 , 16 yıl ve üzerinde çalışanlar 22.5 ± 6.4 olup puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı bir farka rastlanmamıştır (Kruskal Wallis Test=2.354, $p > 0.05$). Duyarsızlaşma alt boyutunda 1-5 yıldır çalışanlar 6.7 ± 3.1 , 6-10 yıldır çalışanlar 5.7 ± 3.3 , 11-15 yıldır çalışanlar 5.6 ± 3.2 , 16 yıl ve üzerinde çalışanlar 5.0 ± 3.0 olup puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı bir farka rastlanmamıştır (Kruskal Wallis Test=7.087, $p > 0.05$). Kişisel başarı alt boyutunda 1-5 yıldır çalışanlar 18.8 ± 3.8 , 6-10 yıldır çalışanlar 19.3 ± 4.3 , 11-15 yıldır çalışanlar 19.7 ± 4.7 , 16 yıl ve üzerinde çalışanlar 20.6 ± 3.4 olup puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur (Kruskal Wallis Test= 4.653, $p > 0.05$).

Araştırma grubundakilerin çalıştıkları kliniklere göre MTÖ duygusal tükenme alt boyutunda ameliyathane 18.5 ± 6.2 , yoğun bakım 20.8 ± 6.4 , acil 18.1 ± 8.3 , cerrahi klinikler 19.9 ± 7.2 , dahili klinikler 22.5 ± 7.0 , diğer 20.5 ± 7.3 olup puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur (Kruskal Wallis Test=5.870, $p > 0.05$). Duyarsızlaşma alt boyutunda ameliyathane 5.2 ± 3.2 , yoğun bakım 5.9 ± 3.3 , acil 5.1 ± 4.4 , cerrahi klinikler 5.7 ± 3.1 , dahili klinikler 6.6 ± 2.7 , diğer 5.6 ± 3.0 olup puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur (Kruskal Wallis Test=8.422, $p > 0.05$). Kişisel başarı alt boyutunda ameliyathane 19.0 ± 4.7 , yoğun bakım 19.6 ± 4.0 , acil 21.5 ± 4.0 , cerrahi klinikler 19.5 ± 4.3 , dahili klinikler 17.5 ± 2.8 , diğer 19.6 ± 3.9 olup puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur (Kruskal Wallis Test=9.962, $p > 0.05$).

Tablo 19'da araştırma grubundakilerin halen çalıştıkları klinikte toplam hizmet yılına göre MTÖ alt boyutları puan ortalamaları gösterilmiştir. MTÖ duygusal tükenme alt boyutunda klinikte 0-1 yıldır çalışan 19.8 ± 7.4 , 2-4 yıldır çalışan 21.7 ± 6.0 , 5-7 yıldır

çalışan 19.7 ± 7.5 , 8 ve üzeri yıldır çalışan 19.7 ± 6.7 olup istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemiştir (Kruskal Wallis Test=2.447, $p > 0.05$). Duyarsızlaşma alt boyutu puan ortalamaları, 0-1 yıl çalışan 5.5 ± 3.0 , 2-4 yıl çalışan 7.3 ± 3.2 , 5-7 yıldır çalışanda 5.5 ± 3.4 , 8 yıl ve üzeri çalışan 5.2 ± 2.8 istatistiksel olarak anlamlı derecede farklıdır. (Kruskal Wallis Test=12.01, $p = 0.007$). Kişisel başarı alt boyutu puan ortalamaları 0-1 yıl çalışan 19.5 ± 4.0 , 2-4 yıl çalışan 18.0 ± 3.9 , 5-7 yıldır çalışanda 20.4 ± 4.0 , 8 yıl ve üzeri çalışan 20.4 ± 4.2 istatistiksel olarak anlamlı derecede farklıdır (Kruskal Wallis Test=7.86, $p = 0.049$).

Tablo 19. Araştırma grubundakilerin halen çalıştıkları klinikteki çalışma süreleri.

Halen çalışılan klinikteki hizmet yılı	DT		D		KB	
	Ortalama	SS	Ortalama	S S	Ortalama	S S
0-1 yıl	19.8	7.4	5.5	3.0	19.5	4.0
2-4 yıl	21.7	6.0	7.3	3.2	18.0	3.9
5-7 yıl	19.7	7.5	5.5	3.4	20.4	4.0
8 yıl ve üzeri	19.7	6.7	5.2	2.8	20.4	4.2
Kruskal Wallis Test	2.447		12.01		7.86	
p	$p > 0.05$		0.007		0.049	

Araştırma grubundakilerin yılda ortalama kullandıkları izin gününe göre MTÖ duygusal tükenme alt boyutunda, hiç yıllık izne çıkamayanlar 15.0 ± 9.0 , 5-15 gün kullananlar 21.1 ± 6.3 , 20-25 gün yıllık izin alanlar 20.0 ± 7.0 , 30 gün izin kullananlarda puan ortalamaları 21.1 ± 6.7 olup istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemiştir (Kruskal Wallis Test=6.486, $p > 0.05$). Duyarsızlaşma alt boyutunda, hiç yıllık izne çıkamayanlar 5.9 ± 3.3 , 5-15 gün kullananlar 6.0 ± 2.7 , 20-25 gün yıllık izin alanlar 6.1 ± 3.2 , 30 gün izin kullananlarda puan ortalamaları 5.4 ± 3.2 olup istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemiştir (Kruskal Wallis Test=2.092, $p > 0.05$). Kişisel başarı alt boyutunda, hiç yıllık izne çıkamayanlar 19.4 ± 3.6 , 5-15 gün kullananlar 19.1 ± 3.9 , 20-25 gün yıllık izin alanlar 19.0 ± 4.2 , 30 gün izin kullananlarda puan ortalamaları 21.1 ± 3.8 olup istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemiştir puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemiştir (Kruskal Wallis Test=5.363, $p > 0.05$).

Tablo 20’de araştırma grubundakilerin hak ettikleri yıllık izin hakkının tümünü kullanabilme durumuna göre MTÖ alt boyutu puan ortalamaları gösterilmiştir Ölçek duygusal tükenme alt boyutunda; hak edilen iznin tümünü kullanamayan 22.0 ± 6.7 olup izin hakkının tümünü kullanabilen 18.9 ± 6.9 ’den istatistiksel olarak anlamlı derecede

yüksektir. (Mann-Whitney $U=3297.0$, $p=0.001$). Ölçek duyarsızlaşma alt boyutunda; izin hakkını tümüyle kullanabilenlerde 5.6 ± 3.3 ve iznin tamamını kullanmayanlarda 6.4 ± 3.1 olup istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemiştir (Mann-Whitney $U=3878.5$, $p>0.05$). Tükenmişlik ölçeğinde kişisel başarı alt boyutu puan ortalamalarının yıllık izin hakkının tümünü kullananlarda 19.2 ± 4.2 ve izin hakkının tümünü kullanamayanlarda; 19.4 ± 4.0 olup istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemiştir (Mann-Whitney $U=4441.0$, $p>0.05$).

Tablo 20. Araştırma grubundakilerin hak ettikleri yıllık izin hakkının tümünü kullanabilme durumu.

	DT		D		KB	
Yıllık izin hakkının tümü kullanılabilir mi?	Ortalama	S S	Ortalama	S S	Ortalama	S S
Evet	18.9	6.9	5.6	3.3	19.2	4.1
Hayır	22.0	6.7	6.4	3.1	19.4	4.0
Mann Whitney U	3297.0		3878.5		4441.0	
p	0.001		>0.05		>0.05	

Tablo 20’de araştırma grubundakilerin izin hakkının tümünü kullanılıp kullanmadığı gösterilmiştir. İzin hakkının tümünü kullanamayan katılımcılara açık uçlu soru yönelmiş ve buna sebep olarak gösterdikleri nedenler gruplandırılmıştır. Bu verilere göre aşağıdaki istatistiklere ulaşılmıştır.

Araştırma grubunda eleman eksikliği nedeniyle izin haklarının tümünü kullanamadıklarını ifade eden katılımcıların ($n=49$) MTÖ duygusal tükenme alt boyutu puan ortalamaları 22.5 ± 6.1 olup eleman eksikliğinin yıllık izin kullanma durumunu etkilemediğini ifade eden katılımcıların ($n=143$) 19.6 ± 7.1 ’den istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir (Mann-Whitney $U=2577.5$, $p=0.006$). Eleman eksikliği nedeniyle izin hakkının tümünü kullanamayan katılımcıların ölçek duyarsızlaşma alt boyutu puan ortalamaları 6.5 ± 3.0 , eleman eksikliğinin yıllık izin kullanma durumunu etkilemediğini ifade eden katılımcıların 5.8 ± 3.3 olup istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemiştir (Mann-Whitney $U=3005.5$, $p>0.05$). Eleman eksikliği nedeniyle izin hakkının tümünü kullanamayan katılımcıların ölçek kişisel başarı alt boyutu puan ortalamaları 19.4 ± 4.1 , eleman eksikliğinin yıllık izin kullanma durumunu etkilemediğini ifade eden katılımcıların 19.3 ± 4.0 olup istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemiştir (Mann-Whitney $U=3363.0$, $p>0.05$).

Araştırma grubunda iş yeri yoğunluğu nedeniyle izin hakkının tümünü kullanamadıklarını ifade eden katılımcılar (n=14) MTÖ duygusal tükenme alt boyutu puan ortalamaları 24.5 ± 6.3 olup iş yeri yoğunluğunun yıllık izin kullanma durumunu etkilemediğini ifade eden katılımcıların (n=178) puan ortalamaları 20.0 ± 7.0 'dan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir. (Mann-Whitney U =771.5, p=0.018). Ölçek duyarsızlaşma alt boyutunda iş yeri yoğunluğu nedeniyle izin hakkının tümünü kullanamadıklarını ifade eden katılımcılar puan ortalamaları 6.2 ± 3.2 olup iş yeri yoğunluğunun yıllık izin kullanma durumunu etkilemediğini ifade eden katılımcıların puan ortalamaları 6.0 ± 3.2 olup istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemiştir (Mann-Whitney U =1163.0, p>0.05). MTÖ kişisel başarı alt boyutunda iş yeri yoğunluğu nedeniyle izin hakkının tümünü kullanamadıklarını ifade eden katılımcılar puan ortalamaları 18.4 ± 4.7 olup iş yeri yoğunluğunun yıllık izin kullanma durumunu etkilemediğini ifade eden katılımcıların puan ortalamaları 19.4 ± 4.0 olup istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemiştir (Mann-Whitney U =1090.5, p>0.05).

Tablo 21'de araştırma grubundakilerin yıllık izne ayrılırken herhangi bir sorun yaşayıp yaşamadıkları gösterilmiştir. MTÖ duygusal tükenme alt boyutu puan ortalaması izne ayrılırken sorun yaşayanlarda 23.0 ± 6.2 olup yıllık izne çıkarken herhangi bir sorun yaşamayanlar 18.0 ± 6.8 'den istatistiksel olarak anlamlı derecede büyüktür (Mann Whitney U=2824.5, p=0.000). Ölçek duyarsızlaşma alt boyutu puan ortalamaları yıllık izne ayrılırken sorun yaşayanlarda 6.6 ± 3.2 olup herhangi bir sorun yaşamayanlar 5.4 ± 3.1 'den istatistiksel olarak yüksek bulunmuştur (Mann Whitney U=3647.0, p=0.014). Tükenmişlik ölçeği kişisel başarı alt ölçeği puan ortalamalarında yıllık izin almak isterken sorun yaşayanlar 19.5 ± 4.0 ve herhangi bir sorun yaşamayanlar 19.1 ± 4.1 arasında istatistiksel olarak bir fark yoktur (Mann Whitney U=4314.0, p>0.05).

Tablo 21. Araştırma grubundakilerin yıllık izne ayrılırken problem yaşama durumu.

	DT		D		KB	
Yıllık izne ayrılırken problem yaşama durumu	Ortalama	S S	Ortalama	S S	Ortalama	S S
Var	23.0	6.2	6.6	3.2	19.5	4.0
Yok	18.0	6.8	5.4	3.1	19.1	4.1
Mann Whitney U	2824.5		3647.0		4314.0	
p	0.000		0.014		>0.05	

Tablo 21’de araştırma grubundakilerin yıllık izne ayrılırken problem yaşama durumu gösterilmiştir. İzne ayrılırken sorun yaşayanlara açık uçlu soru yönelmiş ve sebep olarak gösterdikleri nedenler gruplandırılmıştır. Bu verilere göre aşağıdaki istatistiklere ulaşılmıştır.

Araştırma grubunda yıllık izne ayrılırken hastane politikaları nedeniyle sorun yaşayanlar (n=14) MTÖ duygusal tükenme alt boyutu puan ortalamaları 24.7 ± 4.7 olup hastane politikaları sebebiyle sorun yaşamayanlar (n=179) 20.0 ± 7.0 ’dan istatistiksel olarak anlamlı derecede büyüktür (Mann Whitney U= 688.5, p=0.014). Araştırma grubunda yıllık izne ayrılırken hastane politikaları nedeniyle sorun yaşayanlar MTÖ duyarsızlaşma alt boyutu puan ortalamaları 7.9 ± 2.9 olup bu sebeple sorun yaşamayanlar 5.8 ± 3.2 ’den istatistiksel olarak anlamlı derecede büyüktür (Mann Whitney U= 743.0, p=0.029). Araştırma grubunda izne ayrılırken hastane politikaları nedeniyle sorun yaşayanların puan ortalamaları 19.6 ± 4.1 ve bu sebeple sorun yaşamayanların 19.3 ± 4.1 olup MTÖ kişisel başarı alt boyutu puan ortalamalarında istatistiksel olarak bir fark yoktur (Mann Whitney U=1064.5, p>0.05).

Elde edilen verilerde araştırma grubundakilerin yıllık izne ayrılırken izin dönemlerin diğer kişilerle aynı döneme denk gelmesi sebebiyle sorun yaşayanlarda (n=45) ölçek duygusal tükenme alt boyutu puan ortalamaları 24.0 ± 6.1 olup izne ayrılırken izin dönemlerinin aynı zamana denk gelmesi gibi bir sorun yaşamayanlar (n=147) 19.2 ± 6.9 ’dan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir (Mann Whitney U=2014.0, p=0.00). Araştırma grubunda yıllık izne ayrılırken izin dönemlerin diğer kişilerle aynı döneme denk gelmesi sebebiyle sorun yaşayanlarda MTÖ duyarsızlaşma alt boyutu puan ortalamaları 6.7 ± 3.4 ve yıllık izin kullanırken diğer personellerle aynı döneme denk gelmesi gibi bir sorun yaşamayanlarda 5.8 ± 3.1 olup istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar göstermemiştir (Mann Whitney U=27.38, p>0.05). MTÖ kişisel başarı alt boyutunda yıllık izne ayrılırken diğer çalışanlarla aynı döneme denk gelmesi sebebiyle sorun yaşayanların puan ortalamaları 19.6 ± 4.1 ve izin dönemlerinin aynı döneme denk gelmesi gibi bir sorun yaşamadığını ifade edenlerin puan ortalamaları 19.2 ± 4.1 arasında istatistiksel olarak bir fark yoktur (Mann Whitney U=3234.0, p>0.05).

Araştırma grubundakilerin görev yaptıkları klinikte çalışma nedenlerinde MTÖ duygusal tükenme alt boyutu puan ortalamaları; uzmanlık alanı veya eğitimine uygun olması 18.6 ± 6.8 , kendi isteğiyle görevlendirilme 19.6 ± 7.2 , kendi isteği dışında görevlendirme 21.8 ± 6.8 ve diğer sebepler 19.5 ± 6.5 olup istatistiksel olarak bir fark yoktur (Kruskal Wallis Test=4.213, p>0.05). Katılımcıların çalıştıkları birimde görev

alma nedenlerinde ölçek duyarsızlaşma alt boyutu puan ortalamaları; uzmanlık alanı veya eğitimine uygun olması 5.2 ± 3.5 , kendi isteğiyle görevlendirilme 6.3 ± 3.1 , kendi isteği dışında görevlendirme 6.1 ± 3.3 ve diğer sebepler 5.3 ± 3.0 olup istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (Kruskal Wallis Test=2.093, $p>0.05$). Araştırma grubundakilerin kliniklerde görevlendirilme nedenleri tükenmişlik ölçeği kişisel başarı alt boyutu puan ortalamaları; uzmanlık alanı veya eğitimine uygun olması 20.3 ± 4.0 , kendi isteğiyle görevlendirilme 19.7 ± 4.0 , kendi isteği dışında görevlendirme 18.4 ± 4.1 ve diğer sebepler 20.1 ± 3.3 olup istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (Kruskal Wallis Test=7.583, $p>0.05$).

Tablo 22’de araştırma grubundakilerin çalıştıkları kurumun kişisel bilgi, beceri ve yeteneklerini geliştirici olanak sağlama durumları gösterilmiştir. MTÖ duygusal tükenme alt boyutu puan ortalamaları; kurumun kişisel bilgi, beceri ve yeteneklerini geliştirici olanakların sağlanmadığını savunanlar 22.5 ± 5.8 , bu tür faaliyetlerin kısmen sağlandığını düşünenler 20.3 ± 7.2 olup sağlandığını savunanlar 16.9 ± 7.0 ’dan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir (Kruskal Wallis Test=17.77, $p=0.00$). Tükenmişlik ölçeği duyarsızlaşma alt boyutu puan ortalamaları kurumun olanak kişisel gelişim faaliyetlerini sağladığını düşünenler 5.3 ± 3.2 , kişisel geliştirici olanakların sağlanmadığını düşünenler 6.6 ± 3.3 ve kurum bu tür olanakları kısmen sağlıyor diyenler 5.8 ± 3.0 arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur (Kruskal Wallis Test=5.059, $p>0.05$). Ölçek kişisel başarı alt boyutu puan ortalamalarında kurum için bilgi, beceri ve yeteneklerini geliştirici olanaklar sağlıyor diyenler 20.3 ± 4.4 , kişisel bilgi ve becerilerin kısmen sağlandığı görüşünde olanlar 19.5 ± 3.7 olup kurumun bilgi, beceri ve yeteneklerini geliştirici olanaklar sağlamadığını düşünenler 18.5 ± 4.0 ’den istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir (Kruskal Wallis Test=6.210, $p=0.045$).

Tablo 22. Araştırma grubundakilerin çalıştıkları kurum kişisel bilgi, beceri ve yeteneklerini geliştirici olanak sağlama durumları.

	DT		D		KB	
	Ortalama	SS	Ortalama	SS	Ortalama	SS
Kurum kişisel bilgi, beceri						
Evet	16.9	7.0	5.3	3.2	20.3	4.4
Hayır	22.5	5.8	6.6	3.3	18.5	4.0
Kısmen	20.3	7.2	5.8	3.0	19.5	3.7
Kruskal Wallis Test	17.77		5.059		6.210	
p	0.000		>0.05		0.045	

Tablo 23’de araştırma grubundakilerin iş yerinde yaşadıkları sorun sıklığı algılarına göre MTÖ duygusal tükenme alt boyutu puan ortalamaları; her zaman 30.1±4.6, sık sık 22.4±6.3, nadiren 18.2±6.5 olup hiçbir zaman 8.0± ‘den istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir (Kruskal Wallis Test=34.112, p=0.00). Araştırma grubunda sorun yaşama algılarına göre ölçek duyarsızlaşma alt boyutu hiçbir zaman 3.0± , nadiren 5.5±3.2, sık sık 6.6±3.2 ve her zaman 6.5±3.7 olup istatistiksel olarak bir fark yoktur (Kruskal Wallis Test=6.638, p>0.05). Katılımcıların iş yerinde yaşadıkları sorun sıklığına göre ölçek kişisel başarı tükenmişlik alt boyutu puan ortalamaları; hiçbir zaman 23.0± , nadiren 19.6±4.2, sık sık 19.1±3.6 ve her zaman 18.0±4.1 olup istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur (Kruskal Wallis Test=2.864, p>0.05).

Tablo 23. Araştırma grubundakilerin iş yerinde yaşadıkları sorun sıklığı algısı.

	DT		D		KB	
İş yerinde yaşanan sorun sıklığı	Ortalama	S S	Ortalama	S S	Ortalama	S S
Hiçbir zaman	8.0		3.0		23.0	
Nadiren	18.2	6.5	5.5	3.2	19.6	4.2
Sık sık	22.4	6.3	6.6	3.7	19.1	3.6
Her zaman	30.1	4.6	6.5	6.5	18.0	6.0
Kruskal Wallis Test	34.112		6.638		2.864	
p	0.00		>0.05		>0.05	

Araştırma grubundakilerin işyerinde hemşirelerle sorun yaşayanların MTÖ duygusal tükenme alt boyutu puan ortalamaları 21.1±6.8 olup hemşirelerle sorun yaşamayanların puan ortalamaları 19.8±7.1 arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur (Mann Whitney U=4018.0, p>0.05). İşyerinde hemşirelerle sorun yaşayanların MTÖ duyarsızlaşma alt boyutu puan ortalamaları 6.1±3.2 olup hemşirelerle sorun yaşamayanların puan ortalamaları 5.9±3.3 arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur (Mann Whitney U=4190.0, p>0.05). İşyerinde hemşirelerle sorun yaşayanların MTÖ kişisel başarı alt boyutu puan ortalamaları 18.9±3.8 olup hemşirelerle sorun yaşamayanların puan ortalamaları 19.6±4.2 arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur (Mann Whitney U=4076.5, p>0.05).

Araştırma grubundakilerin işyerinde amir ile sorun yaşayanların MTÖ duygusal tükenme alt boyutu puan ortalamaları 22.3±6.5 olup iş yerinde amirlerle sorun yaşamayanlarda 18.9±7.0’dan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir (Mann

Whitney $U=3242.0$, $p=0.001$). Katılımcıların amirlerle sorun yaşayanlarda ölçek duyarsızlaşma alt boyutu puan ortalamaları 6.7 ± 3.0 olup amirleriyle sorun yaşamayanlarda 5.5 ± 3.3 'den istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir (Mann Whitney $U=3533.0$, $p=0.010$). Araştırma grubunda iş yerinde amirlerle sorun yaşayanlar MTÖ kişisel başarı puan ortalamaları 19.3 ± 3.6 işyerinde amirler ile sorun yaşamayanların 19.3 ± 4.4 arasında istatistiksel olarak bir anlamlı fark yoktur (Mann Whitney $U=4460.0$, $p>0.05$).

Araştırma grubundakilerin işyerinde doktorlarla sorun yaşayanların MTÖ duygusal tükenme alt boyutu puan ortalamaları 20.5 ± 7.4 olup doktorlarla sorun yaşamayanların puan ortalamaları 20.1 ± 6.5 arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur (Mann Whitney $U=4403.5$, $p>0.05$). İşyerinde doktorlarla sorun yaşayanların MTÖ duyarsızlaşma alt boyutu puan ortalamaları 6.3 ± 3.2 olup doktorlarla sorun yaşamayanların puan ortalamaları 5.6 ± 3.1 arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur (Mann Whitney $U=3934.0$, $p>0.05$). İşyerinde doktorlarla sorun yaşayanların MTÖ kişisel başarı alt boyutu puan ortalamaları 19.1 ± 3.9 olup doktorlarla sorun yaşamayanların puan ortalamaları 19.6 ± 4.2 arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur (Mann Whitney $U=4359.0$, $p>0.05$).

Araştırma grubundakilerin işyerinde hasta bakıcılarla sorun yaşayanların MTÖ duygusal tükenme alt boyutu puan ortalamaları 20.1 ± 6.7 olup hasta bakıcılarla sorun yaşamayanların puan ortalamaları 20.4 ± 7.1 arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur (Mann Whitney $U=3463.5$, $p>0.05$). İşyerinde hasta bakıcılarla sorun yaşayanların MTÖ duyarsızlaşma alt boyutu puan ortalamaları 6.6 ± 3.3 olup hasta bakıcılarla sorun yaşamayanların puan ortalamaları 5.8 ± 3.2 arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur (Mann Whitney $U=3022.5$, $p>0.05$). İşyerinde hasta bakıcılarla sorun yaşayanların MTÖ kişisel başarı alt boyutu puan ortalamaları 19.5 ± 4.0 olup hasta bakıcılarla a sorun yaşamayanların puan ortalamaları 19.3 ± 4.1 arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur (Mann Whitney $U=3513.5$, $p>0.05$).

Araştırma grubundakilerde iş yerinde hastalarla sorun yaşayanlarda MTÖ duygusal tükenme alt boyutu puan ortalamaları 22.0 ± 7.1 olup hastalarla sorun yaşamayanlar 19.3 ± 6.8 'den istatistiksel olarak anlamlı derecede büyüktür (Mann Whitney $U=3502.5$, $p=0.018$). İşyerinde hastalarla sorun yaşayanların MTÖ duyarsızlaşma alt boyutu puan ortalamaları 6.4 ± 3.4 olup hastalarla sorun yaşamayanların puan ortalamaları 5.7 ± 3.1 arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur (Mann Whitney $U=3986.5$, $p>0.05$). İşyerinde hastalarla sorun yaşayanların MTÖ kişisel başarı alt boyutu puan ortalamaları

19.2±3.8 olup hastalarla sorun yaşamayanların puan ortalamaları 19.6±4.2 arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur (Mann Whitney U=4240.0, p>0.05).

Araştırma grubundakilerde iş yerinde hasta yakınlarıyla sorun yaşayanlarda MTÖ duygusal tükenme alt boyutu puan ortalamaları 21.2±7.2 olup hasta yakınlarıyla sorun yaşamayanlar 19.1±6.6'dan istatistiksel olarak anlamlı derecede büyüktür (Mann Whitney U=3710.0, p=0.047). İşyerinde hasta yakınlarıyla sorun yaşayanların MTÖ duyarsızlaşma alt boyutu puan ortalamaları 6.3±3.3 olup hasta yakınlarıyla sorun yaşamayanların puan ortalamaları 5.6±3.1 arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur (Mann Whitney U=3964.0, p>0.05). İşyerinde hasta yakınlarıyla sorun yaşayanların MTÖ kişisel başarı alt boyutu puan ortalamaları 19.1±3.8 olup hasta yakınlarıyla sorun yaşamayanların puan ortalamaları 19.6±4.4 arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur (Mann Whitney U=4073.5, p>0.05).

Tablo 24'de Araştırma grubundakilerin mesleki adanmışlık düzeyleri gösterilmiştir. Katılımcıların mesleğini severek yapanlarda MTÖ duygusal tükenme alt boyutu puan ortalamaları 18.4±6.6 olup işini sevmeyenler 24.7±5.8'den istatistiksel olarak anlamlı derecede düşüktür Mann Whitney (U=1919.0, p=0.000). Araştırma grubunda mesleğini severek icra edenlerin ölçek duyarsızlaşma alt boyutu puan ortalamaları 5.8±3.2, sevmeyenlerin duyarsızlaşma alt boyutu puan ortalamaları 6.3±3.2 olup istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur (Mann Whitney U=3581.5, p>0.05). Katılımcıların mesleğini severek yerine getirenlerin tükenmişlik ölçeği alt boyutu kişisel başarı puan ortalamaları 20.0±3.9 olup mesleğini sevmeyenler 17.8±4.0'dan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (Mann Whitney U=2762.5, p=0.001).

Araştırma grubunda mesleki uygunluk algılarında MTÖ duygusal tükenme alt boyutu puan ortalamaları; kendisine uygun olmadığını düşünenler 27.6±5.5, kısmen uygun diyenler 22.4±5.9, mesleğim bana uygun diyenler 17.9±5.5 ve mesleğin kendisine çok uygun olduğu algısında olanlar 12.1±6.9'dan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir (Kruskal Wallis Test=57.17, p=0.00). Katılımcıların mesleki uygunluk algılarında MTÖ duyarsızlaşma alt boyutu puan ortalamaları; kendisine uygun olmadığını düşünenler 6.5±3.5, kısmen uygun diyenler 5.9±7.1, mesleğim bana uygun diyenler 5.2±2.9 ve mesleğin kendisine çok uygun olduğu algısında olanlar 4.2±3.2'den istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir (Kruskal Wallis Test=20.85, p=0.00). Araştırma grubundakilerin mesleki uygunluk düşüncelerinde MTÖ kişisel başarı alt boyutu puan ortalamaları; kendisine uygun olmadığını düşünenler 18.1±3.6, kısmen uygun diyenler 18.6±4.1, mesleğim bana uygun diyenler 20.0±4.1 ve mesleğin

kendisine çok uygun olduğu algısında olanlar 21.3 ± 2.8 'den istatistiksel olarak anlamlı derecede düşüktür (Kruskal Wallis Test=12.62, $p=0.006$).

Araştırma grubundakilerin mesleki bağlılık algılarında MTÖ duygusal tükenme alt boyutu puan ortalamalarında; bağlı 17.4 ± 6.3 , kısmen bağlı 20.4 ± 6.4 olup bağlılığı olmayanlar 25.2 ± 7.0 'dan istatistiksel olarak anlamlı derecede düşüktür (Kruskal Wallis Test=35.35, $p=0.000$). Katılımcıların mesleğe bağlılık düzeyleri ölçek alt boyutu duyarsızlaşma puan ortalamaları 5.1 ± 3.1 , kısmen bağlı 6.7 ± 2.8 olup bağlılığı olmadığını düşünenler 6.5 ± 3.2 'den istatistiksel olarak anlamlı derecede düşüktür (Kruskal Wallis Test=10.99, $p=0.004$). Araştırma grubundakilerde mesleki bağımlılık algıları tükenmişlik ölçeği kişisel başarı alt boyutu puan ortalamalarında bağlı olanlar 20.4 ± 4.2 , kısmen bağlı olanlar 18.8 ± 3.5 olup bağlılığı olmayanlar 18.1 ± 4.1 ' den istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir (Kruskal Wallis Test=11.27, $p=0.004$).

Tablo 24. Araştırma grubundakilerin mesleki adanmışlık düzeyleri

	DT		D		KB	
	Ortalama	S S	Ortalama	S S	Ortalama	S S
İşini severek yapan						
Evet	18.4	6.6	5.8	3.2	20.0	3.9
Hayır	24.7	5.8	6.3	3.2	17.8	4.0
Kruskal Wallis Test	1919.0		3581.5		2762.5	
p	0.000		>0.05		0.001	
Mesleki uygunluk						
Uygun değil	27.6	5.5	6.5	3.5	18.1	3.6
Kısmen uygun	22.4	5.9	7.1	3.0	18.6	4.1
Uygun	17.9	5.5	5.2	2.9	20.0	4.1
Çok uygun	12.1	6.9	4.2	3.2	21.3	2.8
Kruskal Wallis Test	57.17		20.85		12.62	
p	0.000		0.000		0.006	
İşe bağlılık						
Bağlı	17.4	6.3	5.1	3.1	20.4	4.2
Kısmen bağlı	20.4	6.4	6.7	2.8	18.8	3.5
Bağıllık yok	25.2	6.1	6.5	3.5	18.1	4.1
Kruskal Wallis Test	35.35		10.99		11.27	
p	0.000		0.004		0.004	

Araştırma grubunda kendini geliştirmek amacıyla kurs ve seminerlere katılanların ölçek duygusal tükenme alt boyutu puan ortalamaları 19.4 ± 6.8 ile kurs ve seminerlere

katılmayanlar 21.1 ± 7.1 arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur (Mann Whitney $U=3903.5$, $p>0.05$). Araştırma grubunda kendini geliştirmek amacıyla kurs ve seminerlere katılanların ölçek duyarsızlaşma alt boyutu puan ortalamaları 6.1 ± 2.8 ile kurs ve seminerlere katılmayanlar 5.9 ± 3.5 arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur (Mann Whitney $U=4460.1$, $p>0.05$). Araştırma grubundakilerin meslekte kendini geliştirmek amacıyla kurs ve seminerlere katılanların kişisel başarı alt boyutu puan ortalamaları 20.9 ± 3.5 olup kurs ve seminerlere katılmayanlar 18.0 ± 4.1 'den istatistiksel olarak anlamlı derecede büyüktür (Mann Whitney $U=2716.5$, $p=0.000$).

Araştırma grubunda kendini geliştirmek amacıyla için hizmet içi eğitimlere katılanların ölçek duygusal tükenme alt boyutu puan ortalamaları 19.8 ± 7.2 ile hizmet içi eğitimlere katılmayanlar 21.4 ± 6.5 arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur (Mann Whitney $U=3531.5$, $p>0.05$). Araştırma grubunda kendini geliştirmek için hizmet içi eğitimlere katılanların ölçek duyarsızlaşma alt boyutu puan ortalamaları 5.7 ± 3.1 olup hizmet içi eğitimlere katılmayanlar 6.7 ± 3.3 'den istatistiksel olarak anlamlı derecede düşüktür (Mann Whitney $U=3218.5$, $p=0.029$). Araştırma grubundakilerin meslekte kendini geliştirmek amacıyla hizmet içi eğitimlere katılanların kişisel başarı alt boyutu puan ortalamaları 19.7 ± 4.1 olup hizmet içi eğitimlere katılmayanlar 18.6 ± 3.9 ile arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur (Mann Whitney $U=3421.0$, $p>0.05$).

Araştırma grubunda kendini geliştirmek amacıyla kongre ve sempozyumlara katılanların ölçek duygusal tükenme alt boyutu puan ortalamaları 19.4 ± 6.9 ile kongre ve sempozyumlara katılmayanlar 20.7 ± 7.0 arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur (Mann Whitney $U=3663.5$, $p>0.05$). Araştırma grubunda kendini geliştirmek amacıyla kongre ve sempozyumlara katılanların ölçek duyarsızlaşma alt boyutu puan ortalamaları 6.3 ± 3.3 ile kongre ve sempozyumlara katılmayanlar 5.8 ± 3.8 arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur (Mann Whitney $U=3707.0$, $p>0.05$). Araştırma grubunda mesleki gelişim için kongre ve sempozyumlara katılanların MTÖ kişisel başarı alt boyutu puan ortalamaları 20.4 ± 3.8 olup kongre ve sempozyumlara katılmayanlar 18.8 ± 4.1 'den istatistiksel olarak anlamlı derecede büyüktür. (Mann Whitney $U=3165.0$, $p=0.020$).

Araştırma grubunda kendini geliştirmek amacıyla kitap veya internetten faydalanan ölçek duygusal tükenme alt boyutu puan ortalamaları 19.4 ± 7.3 ile kitap veya internetten faydalanan 20.7 ± 7.0 arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur (Mann Whitney $U=3871.0$, $p>0.05$). Araştırma grubunda kendini geliştirmek amacıyla kitap veya

internetten faydalanan ölçek duyarsızlaşma alt boyutu puan ortalamaları 6.3 ± 3.1 ile kitap veya internetten faydalanan 5.7 ± 3.3 arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur (Mann Whitney $U=4079.5$, $p>0.05$). Araştırma grubunda mesleki yönden kendini geliştirebilmek amacıyla kitap veya internetten faydalananlar MTÖ kişisel başarı alt boyutu puan ortalaması 20.0 ± 3.7 olup kitap veya internetten faydalanmayanlar 18.7 ± 4.3 'den istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir (Mann Whitney $U=3661.0$, $p=0.014$).

Araştırma grubunda mesleki yönden kendini geliştirmek için herhangi bir faaliyette bulunmayanların MTÖ duygusal tükenme alt boyutu puan ortalamaları 24.2 ± 5.7 olup mesleki yönden kendisini geliştirmek için faaliyetlerde bulunanların puan ortalamaları 19.7 ± 7.0 'dan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir (Mann Whitney $U=1381.0$, $p=0.003$). Katılımcılarda mesleki gelişim için herhangi bir faaliyette bulunmayanların ölçek duyarsızlaşma alt boyutu puan ortalamaları 6.1 ± 3.7 olup mesleki yönden kendisini geliştirmek için faaliyetlerde bulunanların puan ortalamaları 6.0 ± 3.1 arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur (Mann Whitney $U=2096.0$, $p>0.05$). Araştırma grubunda kendini geliştirici herhangi bir faaliyette bulunmayanların ölçek kişisel başarı alt boyutu puan ortalaması 17.5 ± 3.9 olup mesleki yönden kendisini geliştirmek için faaliyetlerde bulunanların 19.6 ± 4.0 'dan istatistiksel olarak anlamlı derecede düşüktür (Mann Whitney $U=1511.5$, $p=0.014$).

Tablo 25'de araştırma grubundakilerin hemşirelik mesleğini tercih etme nedenleri gösterilmiştir. MTÖ duygusal tükenme alt boyutu puan ortalamaları hemşirelik mesleğini sağlıkla ilgili bir meslek sahibi olmak için tercih edenlerin 17.8 ± 7.7 , kısa yoldan iş sahibi olabilmek için tercih edenlerin 20.7 ± 6.3 , iş bulma kolaylığından dolayı tercih edenlerin 20.5 ± 7.1 , ailesinin önermesi ile bu mesleğe yönelenlerin 21.6 ± 6.5 ve başkalarının önerileri ile hemşire olanların 22.2 ± 7.6 olup istatistiksel olarak anlamlı farklılıklara rastlanmamıştır (Kruskal Wallis Test= 7.303 , $p>0.05$). MTÖ duyarsızlaşma alt boyutu puan ortalamaları hemşirelik mesleğini sağlıkla ilgili bir meslek sahibi olmak için tercih edenlerin 5.5 ± 3.6 , kısa yoldan iş sahibi olabilmek için tercih edenlerin 6.2 ± 3.4 , iş bulma kolaylığından dolayı tercih edenlerin 5.6 ± 2.8 , ailesinin önermesi ile bu mesleğe yönelenlerin 6.5 ± 3.1 ve başkalarının önerileri ile hemşire olanların 6.8 ± 2.8 olup istatistiksel olarak anlamlı farklılıklara rastlanmamıştır (Kruskal Wallis Test= 4.046 , $p>0.05$). MTÖ kişisel başarı alt boyutu puan ortalamaları hemşirelik mesleğini sağlıkla ilgili bir meslek sahibi olmak için tercih edenlerin 20.6 ± 3.9 , kısa yoldan iş sahibi olabilmek için tercih edenlerin 19.6 ± 4.0 , iş bulma kolaylığından dolayı

tercih edenlerin 19.0 ± 4.0 , ailesinin önermesi ile bu mesleğe yönelenlerin 18.4 ± 4.1 ve başkalarının önerileri ile hemşire olanların 19.4 ± 4.1 olup istatistiksel olarak anlamlı farklılıklara rastlanmamıştır (Kruskal Wallis Test= 6.401 , $p>0.05$).

Tablo 25. Araştırma grubundakilerin hemşirelik mesleğini tercih etme nedenleri.

	DT		D		KB	
	Ortalama	SS	Ortalama	SS	Ortalama	SS
Hemşirelik mesleğini tercih etme nedenleri						
Sağlıkla ilgili meslek	17.8	7.7	5.5	3.6	20.6	3.9
Kısa yolda meslek sahibi olmak	20.7	6.3	6.2	3.4	19.6	4.0
İş bulma kolaylığını	20.5	7.1	5.6	2.8	19.0	4.0
Aile önerileri	21.6	6.5	6.5	3.1	18.4	4.1
Başkalarının önerileri	22.2	7.6	6.8	2.8	19.4	4.1
Kruskal Wallis Test	7.303		4.046		6.401	
p	>0.05		>0.05		>0.05	

Tablo 26’de araştırma grubundakilerin kişisel alışkanlıkları gösterilmiştir. Sigara kullanan katılımcıların MTÖ duygusal tükenme alt boyutu puan ortalamaları 18.9 ± 6.9 ve sigara içmeyenlerin puan ortalamaları 21.0 ± 7.0 olup istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (Mann Whitney U= 3407.0 , $p>0.05$). Sigara kullananların ölçek duyarsızlaşma alt boyutu puan ortalamaları 5.7 ± 3.1 ve sigara içmeyenlerin puan ortalamaları 6.1 ± 3.2 olup istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemiştir (Mann Whitney U= 3725.5 , $p>0.05$). Sigara içen katılımcılarda tükenmişlik ölçeği kişisel başarı alt boyutu puan ortalamaları 19.7 ± 4.2 sigara içmeyenlerin puan ortalamaları 19.1 ± 4.0 olup istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur (Mann Whitney U= 3720.5 , $p>0.05$).

Araştırma grubunda alkol tüketenlerin MTÖ duygusal tükenme alt boyutu puan ortalamaları 20.3 ± 7.3 ile alkol tüketmeyenlerin puan ortalamaları 20.3 ± 7.0 olup istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (Mann Whitney U= 1818.5 , $p>0.05$). Alkol kullananların ölçek duyarsızlaşma alt boyutu puan ortalamaları 6.4 ± 2.8 olup alkol kullanmayanların puan ortalamaları 5.9 ± 3.3 arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur (Mann Whitney U= 1738.5 , $p>0.05$). Katılımcılarda alkol tüketenlerin tükenmişlik ölçeği kişisel başarı alt boyutu puan ortalamaları 20.1 ± 4.4 olup alkol tüketmeyenlerin puan ortalamaları 19.2 ± 4.0 arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur (Mann Whitney U= 1599.5 , $p>0.05$).

Tablo 26. Araştırma grubundakilerin kişisel alışkanlıkları.

	DT		D		KB	
Kişisel alışkanlık	Ortalama	S S	Ortalama	S S	Ortalama	S S
Sigara						
Kullanıyor	18.9	6.9	5.7	3.1	19.7	3.1
Kullanmıyor	21.0	7.0	6.1	3.2	19.1	3.2
Mann Whitney U	3407.0		3725.5		3720.5	
P	>0.05		>0.05		>0.05	
Alkol						
Alıyor	20.3	7.3	6.4	2.8	20.1	4.4
Almıyor	20.3	7.0	5.9	3.3	19.2	4.0
Mann Whitney U	1818.5		1738.5		1599.5	
p	>0.05		>0.05		>0.05	

5. TARTIŞMA

Üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin bazı sosyo demografik özelliklerine göre Maslach tükenmişlik ölçeğine ilişkin bulgular tartışılmıştır.

Çalışmaya katılan örneklem grubunun MTÖ duygusal tükenme alt boyutu puan ortalamaları 20.3 ± 7.0 , duyarsızlaşma alt boyutu puan ortalamaları 6.0 ± 3.2 ve kişisel başarı alt boyutu puan ortalamaları 19.3 ± 4.1 olarak bulunmuştur. Bu puanlara göre örneklem grubunun; duygusal tükenme düzeyi yüksek, duyarsızlaşma düzeyi orta ve kişisel başarı düzeyi ters orantılı olacak şekilde düşük çıkmıştır. Araştırmamızda örneklemin tükenmişlik düzeylerinin yüksek olduğu söylenebilir. Stresörlerin oldukça yoğun olduğu hemşirelik mesleğinde demografik özellikler, mesleki tatmin, kabullenilme, bireysel ve örgütsel faktörler gibi bağımlı ve bağımsız değişkenler çeşitli düzeylerde tükenmişlik tetikleyicisi olabilmektedir. Ergin ve ark. (2009) hemşirelerin duygusal tükenme ve kişisel başarıda azalmayı en fazla yaşadıklarını belirtmişlerdir, çalışmasında hemşirelerin tükenmişlik düzeylerinin orta düzeyde olduğu bulunmuştur²². Taycan ve ark. (2006) ise çalışmasında hemşirelerin tükenmişlik düzeylerinin düşük düzeyde olduğunu bulmuşlardır²³. Güven (2013) çalışmasında hemşirelerin kişisel başarıda azalma ve duygusal tükenmeyi en fazla yaşadıkları saptanmıştır²⁴. Budak ve Sürvegil (2005) ise duygusal tükenme ve duyarsızlaşma düzeylerinin düşük, kişisel başarı düzeylerinin yüksek olduğu bulmuşlardır²⁵. Sonuçlarımızı destekleyen çalışmalar mevcuttur.

Araştırmamızda cinsiyetin tükenmişlik düzeyini etkilediği saptandı. MTÖ alt boyutu duygusal tükenme ve duyarsızlaşma puan ortalamaları cinsiyete göre istatistiksel olarak farklılık göstermedi ($p > 0.05$). Kişisel başarı puanı tükenmişlik düzeyiyle ters orantılıydı ve erkeklerde daha yüksek çıktı. Kırılmaz ve diğerleri, (2003), Dolunay (2001) de cinsiyetin tükenmişlik düzeyini etkilediğini ileri sürerken, Akbolat ve ark (2008) cinsiyetin tükenmişlik durumunu etkilemediğini saptamışlardır²⁶.

Örnekleimde yaşa göre MTÖ alt boyutlarının hiçbirinde istatistiksel olarak fark göstermedi. Günüşen (2008) yaptığı çalışma da yaş gruplarına göre tükenmişlik puanları arasında anlamlı fark olmadığı bulmuştur²⁸

Çalışmamızda medeni halin tükenmişlik düzeyini etkilemediği saptanmıştır. Ölçek alt boyutları puan ortalamaları evli, bekar veya boşanmış-dul katılımcılar arasında farklı seyretnemiştir. Sağlık Sen (2012)²⁹ de medeni halin tükenmişlik boyutlarını

etkilemediğini söylerken Aslan ve ark. yaptığı çalışmada bireylerin medeni durumları ile tükenmişlik arasında ilişki olduğunu bulmuşlardır²².

Araştırmamızda katılımcıların eğitim durumu ile tükenmişlik yaşama arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Literatürde Çam (1992)²² ve Tunç (2008)'de yapmış olduğu çalışmalar benzer sonuçlar olduğunu göstermiştir⁴⁰.

Çalışmamızda katılımcıların aile yaşantılarında tükenmişliği etkileyen ve etkilemeyen bulgulara rastlanmıştır. Çocuk sayısı ölçek alt boyutlarında anlamlı bir fark oluşturmazken beraber yaşanan kişiler bazı değişiklikler sergilemiştir. Kırılmaz ve ark. (2003) çocuk sayısı ile tükenmişlik arasında anlamlı bir ilişki olmadığını belirtmiştir²³. Fakat Tunç (2008) yapmış olduğu çalışmada çocuk sahibi olmanın duysal tükenme ve duyarsızlaşma arasında anlamlı bir fark olduğunu bulmuştur⁴⁰. Ailesiyle beraber yaşayanlarda yalnız veya arkadaşlarıyla beraber yaşayanlara göre duygusal tükenme puanı daha az ve kişisel başarı puanı daha yüksektir. Arkadaşlarıyla beraber yaşayan katılımcıların kişisel başarı puan ortalamaları diğer katılımcılara göre daha düşük puanlardı. Ayrıca duyarsızlaşma durumları da özellikle aile ile beraber yaşayanlara göre oldukça yüksekti. Çalışanların ailelerinden uzak şehirlere tayin olarak arkadaşları ile ev tutmaları ve yaşamlarını bu şekilde sürdürmeleri hem hizmet sundukları gruba karşı hissiyatsız yaklaşımlarına hem de kişisel olarak kendilerine yetersiz hissetmelerine neden olacağı düşüncesindeyiz. Aile desteği tükenmişliği negatif yönde etkileyen faktörler arasında sayılabilir. Aile ile beraber yaşama bireylere duygusal ve sosyal destek sağladığı ve bu desteklerin iş hayatına da olumlu etkileri olduğunu düşünmekteyiz.

Araştırmamızda kişilerin hanede beraber yaşadıkları kişi sayısına göre tükenmişlik boyutları arasında anlamlı bir fark bulunmadı. Karahaliloğlu (2003) da çalışmasında katılımcıların bakmakla yükümlü oldukları kişilere göre tükenmişlik boyutlarının değişmediğini saptamıştı²².

Çalışmamızda gelir düzeyi algısında sadece kişisel başarı boyutunda anlamlı farklılıklar bulunmuş olup geliri giderinden fazla olanlarda kişisel başarı puanı yüksektir. Maddi tatmin iş hayatındaki başarı hissi ile ilişkili olduğunu ve tükenmişliğin bir alt boyutu olan kişisel başarı hissi ile tükenme üzerinde etkili özelliklerden olduğu düşüncesindeyiz. Metin ve ark (2007) de yaptığı çalışmada maddi kazancını yetersiz bulan hemşirelerin duyarsızlaşma alt boyutunda daha fazla tükenmişlik yaşadıkları saptamıştır⁴¹. Karadağ ve arkadaşları (2002) ekonomik problem yaşayan hemşirelerin daha fazla duygusal tükenme yaşadıklarını saptamışlardır⁴².

Araştırma grubumuzda sağlık durumları incelendiğinde tükenmişlik boyutlarını etkileyen sonuçlar olduğu saptanmıştır. Katılımcıların tanısı konmuş bir kronik hastalık varlığı durumunda kişisel başarı ve duyarsızlaşma puanları istatistiksel olarak farklılık göstermezken duygusal tükenme boyutunda herhangi bir hastalığı bulunmayanlara göre daha yüksek puanlar aldıkları gözlenmiştir. Taycan ve arkadaşları (2006) tanı konulmuş ve tedavi görmekte olduğu bir fiziksel hastalığı olan hemşirelerde duygusal tükenme boyutunun daha fazla olduğunu belirtmektedir²³. Araştırmaya katılan hemşirelerde psikiyatrik yardım görmüş olanların duygusal tükenme alt boyutu puanları yüksek kişisel başarı alt boyutu puan ortalamaları düşük olduğu bulunmuştur. Tam bir iyilik halinden bahsedebilmek için sosyal bir meslek gurubu olan hemşirelerde psikolojik yönden de sağlıklı olması gerekmektedir. Kesintisiz sağlık hizmeti verilen bu meslekte hemşirelerin öncelikle kendi fizyolojik ve psikolojik sağlık durumlarının refah derecesinde olması gerekir aksi takdirde tükenmişlik yaşanması muhtemeldir. Herhangi bir sağlık sorunu bulunan hemşirelerin hem kişisel tükenme boyutunda hem de ileri dönemde sağlık sorunlarındaki artış ile kişisel yetersizlikler, meslekten soğuma, hemşirelik görevini hakkıyla yerine getirememesi, uzun ve sık tekrarlanan rapor alma durumları gibi sebeplerle de örgütsel bağlamda başarısız sonuçlar doğurabileceği düşünülmektedir.

Katılımcıların mesleki çalışma özellikleri incelendiğinde mesleki deneyim süresinin tükenme üzerinde bir etkisi olmadığı sonucu ortaya çıkmıştır. Çalışmamızla benzer olarak Karahaliloğlu (2003) çalışma süresinin tükenmişlik üzerinde anlamlı bir etkisi görülmediğini söylemiştir²². Karadağ ve arkadaşlarının (2002) yaptığı çalışmada 10 yılın altında çalışan hemşirelerde duyarsızlaşmanın yüksek olduğu, 10 yılın üstünde çalışan hemşirelerde ise kişisel başarı duygusunun yüksek olduğunu bulmuştur⁴¹. Mesai çalışma şeklinde nöbet, vardiya veya sürekli gündüz mesaisinde çalışma tükenme boyutlarını etkilemediği sonucuna ulaşıldı. Demir çalışmasında tükenmişlik ile çalışma sistemi açısından bir ilişki olmadığını belirtmiştir Aslankoç ve ark. nöbet ve vardiya gibi mesailerin tükenmeyi arttırdığını belirtmişlerdir⁴³. Aslan ve ark. çalışmalarında çalışma süresi, dönüşümlü ya da yalnız gündüz çalışma ve günlük uyku saatiyle duygusal tükenme, duyarsızlaşma, kişisel başarı, iş doyumu ve ruhsal belirti düzeyleri arasında ilişki olduğu belirlenmiştir³⁸. Mesai çalışma şekline göre nöbet usulü çalışanların aylık tutmuş oldukları nöbet sayısının da tükenme üzerinde bir etkisinin olmadığı sonucu ortaya çıkmıştır. Sağlık sen (2012) de yapmış olduğu çalışmada nöbet sayısı ile tükenmişlik düzeyinin ilişkili olduğunu bulmuştur²⁹. Araştırma grubumuzdaki

hemşirelerin çalıştıkları kliniklere göre tükenmişlik düzeylerinde anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Taycan (2006) ise cerrahi bölümlerde çalışan hemşirelerin KB ortalama puanları dahili bölümlerde çalışanlara göre daha yüksek bulunmuştur²³. Örneklem grubunun çalıştıkları kliniklerde çalışma yıllarına göre kliniğin ilk yıllarında olanlarda daha fazla duyarsızlaşma yaşadıkları ve kişisel başarılarında düşüş olduğu gözlenmiştir. İleriki yıllarda ise tükenmişlik boyutlarında olumlu yönde değişimler gözlenmiştir. Buna sebep olarak görev yerine alışma, kabullenme, yılların vermiş olduğu başarı hissi sayılabilir.

Araştırma grubundakilerin yılda ortalama kullandıkları izin miktarları tükenmişlik boyutlarını anlamlı bir şekilde etkilemezken hak ettikleri yıllık izinlerde tümünü kullanabilme durumunda duygusal tükenme alt boyutu puanlarında düşme gözlenmiştir. Ayrıca izin hakkını tümüyle kullanamayan katılımcıların duyarsızlaşma alt boyutu puanları yüksek, kişisel başarı puanları ise düşüktür. Yoğun çalışma temposunda hemşirelerin yılda hak ettikleri izni kullanamamaları tükenmişliğe iten sebeplerden sayılabilir. Hemşirelerin hak ettikleri izinleri bazı bireysel ve kurumsal sebeplerle kullanamadıkları gözlenmiştir. Bu sebeplerde eleman eksikliği veya iş yeri yoğunluğu nedeniyle sorun yaşayanlarda ölçek duygusal tükenme boyutunda anlamlı farklılıklar gözlenmiştir. Bazı kişisel sebeplerde ise kişisel başarı puanında azalma gözlenmiştir.. Yıllık izin kullanımında bireysel ve örgütsel sebepler tükenmişlik alt boyutlarını farklı düzeylerde etkileyebilmektedir. Karahaliloğlu yaptığı araştırmada hemşirelerin yıllık izin süreleri değişkenine göre tükenmişlik ölçeğinin alt boyut puanları arasında anlamlı fark bulmamıştır²². Yıllık izin süresi 2 hafta olan hemşirelerin yıllık izin süresi 4 hafta olan hemşirelere göre iş alt boyutları puanı daha yüksek bulunmuştur. Araştırmaya katılan hemşirelerin özel ve sosyal yaşamlarındaki sorumluluklara sahip olmaları yıllık izinlerini etkin bir şekilde kullanamamalarına sebep olabilir. Örneklem grubundaki hemşirelerin yıllık izinlerini kullanırken bireysel veya örgütsel sebeplerden ötürü sorun yaşadıklarında tükenmişlik duygusal tükenme ve duyarsızlaşma alt boyutları puanlarında anlamlı veriler elde etmemizi sağlamıştır. Çalışmamızda izin kullanmak isterken başka personellerinde aynı tarihte izne çıkmak istemesi tükenmişlik boyutunda duygusal tükenme boyutunu ve bazı hastane politikaları sebebiyle duygusal tükenme ve duyarsızlaşma boyutları puanlarında anlamlı ilişkiler bulunmuştur. Bu durumda temel haklardan olan izin, dinlenme ihtiyaçlarında sorun yaşandığında tükenmişlik sendromu yaşanması muhtemel sonuçlardandır.

Araştırma grubundakilerin çalıştıkları klinikte görev alma sebeplerine göre kendi isteği ve ya diğer sebeplere göre tükenmişlik alt boyutlarında anlamlı farklılıklar gözlenmemiştir.

Araştırma grubundakilerde kurumun mesleki bilgi ve becerilerini geliştirici faaliyetlerde bulunma durumları tükenmişlik boyutlarında duygusal tükenme ve kişisel başarı puan ortalamalarını önemli derecede etkilemektedir. Kurumun olanak sağladığını düşünenlerde kişisel başarı puanları yüksek duygusal tükenme puanları düşük seyretmiştir. Verilen eğitimler, kurs ve seminerler mesleki beceri yetisini güçlendirip tükenmişliği önemli derecede önleyebileceği düşünülmektedir. Hissedilen başarı duygusunun da hemşireleri duygusal olarak mesleğe motive edebileceği düşüncesindeyiz.

Araştırma grubundakilerin iş yerinde yaşadıkları sorun algıları tükenmişlik boyutunu etkilemektedir. Duygusal tükenme boyutunda algılanan sorun seviyeleri arttıkça daha fazla tükenme içerisine girdikleri görülmüştür. İş yerinde sorun yaşadıkları kişilerde hemşire, doktor veya hasta bakıcılarda anlamlı farklılık göstermezken amirlerle hasta ve hasta yakınlarıyla sorun yaşayanlarda duygusal tükenme boyutunda tükenme yaşadıkları görülmüştür. Hemşirelerin uzun mesai saatleri içerisinde direkt muhatap oldukları ve özellikle hizmet sundukları grup ile yani hasta ve hasta yakınlarıyla sorunlar yaşanması tükenme boyutunu etkilediği düşünülmektedir.

Örneklem grubundaki hemşirelerin mesleki adanmışlık düzeyleri tükenme boyutunda önemli etkenlerden olduğu gözlenmiştir. Mesleğini severek yapan hemşirelerde duygusal tükenme boyutu puanları düşük ve kişisel başarı puanlarının yüksek olduğu gözlenmiştir. Güven de çalışmasında bu paralellikte sonuçlar bulmuş ve DT puanı düşük ve KB puanı yüksek olanların işini severek yaptığını belirtmiştir. Hemşirelik özveri isteyen bir meslektir sevmeden yapılan iş duygusal olarak tüketmekte ayrıca kişisel olarak kendilerini yeterli hissetmediklerinden dolayı mesleklerini sevmiyor olabilecekleri düşüncesindeyiz. Katılımcılarda hemşirelik mesleğinin kendilerine uygunluk düşüncelerinde tükenmişliğin tüm alt boyutlarında anlamlı farklılıklar gösterdiği bulunmuştur. Mesleği uygun olarak görenlerde duygusal tükenme, duyarsızlaşma puanları önemli derecede düşükken kişisel başarı puanlarında aynı şekilde olumlu yönde yüksektir. Mesleğin hiç uygun olmadığını düşünenlerde DT, D ve KB puanlarında tükenmişlik lehine sonuçlara ulaşılmıştır. Araştırma grubundaki hemşirelerin işe bağlılık düzeyleri tükenmişlik DT, D ve KB alt boyutlarının tümünde anlamlı farklılıklar gözlenmiştir. İşine bağlı olanların DT ve D puanları düşük KB

puanları yüksektir. Hemşirelerde mesleki bağlılığı olmayıp fırsat olduğu takdirde meslek değiştirebileceğini söyleyenlerin DT, D puanları yüksek KB puanları ise düşüktür. Mesleki bağlılık tükenmişlik boyutlarının hepsini etkileyen bir faktördür. Bağlılık arttıkça tükenme azalmakta, meslekten uzaklaşmak istedikçe tükenme boyutu artmaktadır diyebiliriz. Polatçı (2007) de meslek değiştirmek isteyenler ve istemeyenler arasında tükenmişlik alt boyutları puanlarında çalışmamıza benzer sonuçlar elde etmiştir⁹. Polatçı işini değiştirmek isteyenlerin istemeyenlere göre tükenmeleri daha fazladır demiştir⁹.

Araştırma grubundaki hemşirelerin mesleki olarak kendilerini geliştirmek için bazı faaliyetlerde buldukları ve bu faaliyetler sonucunda tükenme boyutlarında farklılıklar olduğu gözlenmiştir. Kurs, seminer, kongre veya sempozyumlara katılan ve internet veya kitaplardan faydalanan katılımcıların kişisel başarı puanları anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Diğer alt boyutlar DT ve D de anlamlı farklar izlenmezken tükenmeyi engelleyen davranımlara mesleki olarak gelişme isteğini de ekleyebileceğimizi düşünmekteyiz. . Armutcuk (2010) da mesleki etkinliğe katılanların KB puanının yüksek olduğunu söylemiştir⁷. Ayrıca hizmet içi eğitime katıldığını ifade eden grupta duyarsızlaşma alt boyutunda farklılıklar gözlenmiş ve hizmet içi eğitimin duyarsızlaşma puanları düşük seyretmiştir. Sonuçlar çalışmamızla paralellik göstermiştir. Mesleki gelişim açısından herhangi bir faaliyette bulunmadığını ifade eden katılımcılarda KB ve DT puan ortalamaları tükenmişlik lehine sonuçlar göstermiştir. Mesleki gelişim faaliyetleri hemşirelerin kendilerini mesleki anlamda yeterli hissetmelerini sağlamakta ve bu kişisel başarı düzeylerini artırmaktadır ve ters orantılı olarak tükenme boyutunu düşürmektedir ulaşılabilir sonuçlardandır.

Hemşirelerin mesleğe yönelimlerinde etkileyici faktörler tükenme boyutunda herhangi bir anlamlılık ifade etmemektedir. Sağlık mesleği olması, kısa yoldan meslek sahibi olmak, iş bulma kolaylığı gibi veya aile veya başkalarının tavsiyesi üzerine bu mesleği seçenlerde tükenme düzeyleri farklılık göstermemiştir. Tunç (2008) de mesleğini kendisi seçenlerin daha az duygusal tükenme yaşadıklarını söylemiş ve duyarsızlaşma veya kişisel başarı puanlarında anlamlı bir fark olmadığını belirtmiştir⁴⁰.

Araştırma grubundaki hemşirelerin sigara veya alkol gibi kişisel alışkanlıklarının olması tükenme boyutunda bir farklılık göstermemiştir. Karabulut Gül ve ark (2012) de yaptığı çalışmada bizim çalışmamızla ortak veriler elde etmiştir³⁵. Armutcuk (2010) da sigara kullanımının tükenme boyutlarına etki etmediğini söylemiştir⁷. Çalışmamızda kişisel alışkanlıklar ile tükenme boyutunda istatistiksel farklılık ortaya koyulmadığı gibi puan

ortalamaları arasında da önemli farklılıklar yoktur. Sonuçlarımız diğer çalışmalarla uyumluluk gösterirken Cihan (2011) de alkol kullanımında anlamlı farklılıklar bulamamışken sigara içimi ile KB alt boyutu arasında anlamlı ilişki olduğunu söylemiştir³².



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Çalışmamızda üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerde tükenmişlik düzeyinin çeşitli değişkenlere göre değişimi incelenmiştir. Hemşirelerin tükenmişlik düzeyi yüksek bulunmuştur. Tükenme alt boyutlarında ise katılımcıların duygusal tükenme durumu yüksek ve kişisel başarı algısı düşük saptanmıştır. Duyarsızlaşma boyutunda ise orta düzeyde seyretmiştir.

Tükenmişlik düzeyi ile ilişkili bulunan başlıca faktörler cinsiyet, aile yaşantısı, gelir düzeyi algısı, tanısı konulmuş hastalık durumu, psikolojik destek öyküsü, çalışılan klinikteki toplam hizmet süresi, yıllık izin kullanım durumu, mesleki yönden gelişim faaliyetleri, iş yerindeki sorun algısı, mesleki adanmışlık düzeyidir.

Tükenmişlik düzeylerine etki edeceğini düşündüğümüz fakat ilişkili bulunmayan bazı değişkenler ise yaş, medeni hal, eğitim düzeyi, mesleki esaslar (mesai çalışma şekli, nöbet sayısı, çalışılan klinik vb.), kişisel alışkanlıklardır.

Araştırmamızda elde ettiğimiz sonuçlar doğrultusunda erkeklerde kişisel başarı hissi kadınlardan daha yüksek bulundu. Duygusal tükenme ve duyarsızlaşma boyutunda ise cinsiyet dağılımlarında anlamlı farklılıklar gözlenmedi.

Araştırmamızda yaşın tükenmişlik düzeyini etkilemediği sonucuna varıldı. Tükenme alt boyutlarında anlamlı farklılıklar gözlenmedi.

Katılımcıların eğitim düzeylerine bakıldığında eğitim seviyelerindeki farklılıkların tükenme alt boyutlarını etkilemediği gözlemlendi.

Örneklem grubunda aile yaşantılarında; medeni durum anlamlı bir fark göstermedi.

Katılımcıların çocuk sahibi olması veya hanede yaşayan kişi sayısı tükenme seviyesini anlamlı derecede etkilemediği fakat hanede beraber yaşanan kişilerin tükenme düzeylerini etkilediği gözlemlendi. Örneğin ailesiyle beraber yaşayanlarda duyarsızlaşma puan ortalamaları düşük, kişisel başarı puanları ise diğer katılımcılara göre yüksek seyretti. Arkadaşları ile yaşayan katılımcılarda ise kişisel başarı puan ortalamaları ailesiyle beraber veya yalnız yaşayanlara göre düşük seyretti.

Algılanan gelir düzeylerinde kazancının ihtiyacından fazla olduğunu düşünenlerde kişisel başarı hissi daha yüksek seyretti. Duygusal tükenme ve duyarsızlaşma alt boyutunda ise anlamlı verilere rastlanmadı.

Araştırmamıza katılan hemşirelerin sağlık durumları da incelendi ve herhangi bir kronik hastalık durumunda en çok duygusal tükenme boyutunda etkilenme olduğu saptandı. Meslekten önce veya sonra psikiyatrik destek alanların daha fazla tükenme yaşadıkları gözlemlendi. Duygusal tükenme durumları yüksek kişisel başarı hisleri ise düşüktü.

Araştırmamıza dahil olan hemşirelerde bazı mesleki değerler incelendi. Tükenme düzeyini en çok etkilediğini düşündüğümüz fakat beklediğimiz sonuçlara ulaşamadığımız mesleki özelliklerde mesai çalışma şekli, nöbet sayısı, mesleki deneyim yılı, çalışılan klinik tükenme düzeylerini anlamlı derecede etkilemediği saptandı. Katılımcıların halen çalıştıkları klinikteki hizmet yıllarında tükenme alt boyutlarına bakıldığında duyarsızlaşma ve kişisel başarı hissi algılarında anlamlı farklılıklar seyretti. Kliniksel deneyim arttıkça kişisel başarı hissinde de artış gözlemlendi. Klinikteki ilk yıllarda duyarsızlaşma daha fazlayken ilerleyen yıllarda duyarsızlaşma puanlarında düşme gözlemlendi.

Meslekleri gereği yoğun, stresli ve yorucu bir hayatları olan hemşire grubunda hak ettikleri yıllık izin kullanma ve yıllık izne ayrılırken sorun yaşama durumları tükenme boyutlarını etkilediği gözlemlendi ve bu araştırmamızda beklediğimiz sonuçlardandı. Hak edilen senelik iznin tamamının kullanılmaması durumunda duygusal tükenme yaşandığı gözlemlendi. Ayrıca yıllık izin kullanma durumunu etkileyen eleman eksikliği ve işyerindeki yoğunluk sebepleri ile katılımcıların daha fazla duygusal tükenmeye girdikleri saptandı. Yine yıllık izne ayrılırken sorun yaşama durumları incelendiğinde katılımcılarda duygusal tükenme ve duyarsızlaşma alt boyutlarının etkilendiği gözlemlendi ve buna sebep olarak gösterdikleri hastane politikaları ve izin dönemlerinde diğer personellerle aynı dönemde izne ayrılmak isteme sebebiyle duygusal tükenme ve duyarsızlaşma durumlarının etkilendiği gözlemlendi.

Hemşirelerin çalıştıkları kurumun kişisel bilgi ve becerilerini geliştirici yönde olanak sağlaması tükenme düzeylerinde etkili oldu ve kişisel başarı hissinde artmalar gözlemlendi. Kurumun bu tür faaliyetlerde bulunmadığını düşünenlerde kişisel başarı hisleri düşük duygusal tükenme ve duyarsızlaşma durumları ise yüksekti.

Araştırma grubunda iş yerinde sorun yaşayan hemşirelerin daha fazla tükenmişlik sendromu içerisinde oldukları ve özellikle amirler, hasta ve hasta yakınlarıyla sorun yaşadıkları saptandı. İş yerinde her zaman sorun yaşadığı algısında olanlarda kişisel başarı hissi düşük, duygusal tükenme ve duyarsızlaşma daha çok yaşanmaktaydı. Amirleri ile sorun yaşayan katılımcılarda duygusal tükenme ve duyarsızlaşma

yaşandığı, hasta ve hasta yakınları ile sorun yaşayanlarda duygusal tükenmenin yaşandığı saptandı.

Hemşirelerde mesleğin kendisine uygun olduğunu düşünüp severek yapan ve bağlılığını dile getirenlerde tükenme düzeyi daha alt seviyede olduğu sonucuna varıldı. Mesleğinde severek çalışan katılımcılarda duygusal tükenme durumları daha düşük kişisel başarı hislerinin ise daha yüksek olduğu sonucuna varıldı. Mesleğinin kendisine uygun olmadığını düşünen katılımcılarda duygusal tükenme ve duyarsızlaşmanın daha çok yaşandığı kişisel başarılarının da daha düşük olduğu gözlemlendi. Yine mesleki bağlılık durumlarında bağlılığı olmadığını, olanağı olsa meslek değiştirmeyi düşünen katılımcıların duygusal tükenme ve duyarsızlaşmayı daha çok yaşadığı buna paralel olarak da kişisel başarılarında düşme olduğu gözlemlendi.

Hemşirelik mesleği gün geçtikçe gelişen ve değişen bir meslektir. Katılımcılarda bu yeniliklere ayak uydurmak ve mesleki olarak kendini geliştirebilmek açısından faaliyetlerde bulunanlarda kişisel başarı hissi algıları daha yüksek seyretti. Kurs ve seminerlere katılan, kongre ve sempozyumlarda bulunan, kitap, dergi veya internetten faydalanan katılımcıların kişisel başarı hissi daha yüksekti. Herhangi bir faaliyette bulunmayanlarda ise duygusal tükenme yaşandığı ve kişisel başarı puanlarında düşmeler olduğu gözlemlendi.

Araştırma grubundaki hemşirelerin mesleğini tercih etmelerinde yönlendirici unsurlar meslek hayatına atıldıktan sonra tükenme düzeylerini değiştirmedeği gözlemlendi. Sağlıkla ilgili bir meslek sahibi olmak, iş bulma kolaylığını düşünerek veya kısa yoldan iş sahibi olmak için yönelen ve yine aile veya başkalarının önerileri ile bu mesleği tercih edenlerde tükenme alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar gözlemlenmedi. Katılımcıların kişisel alışkanlıkları arasında sigara ve alkol tüketimleri sorgulandı ve tükenme düzeylerinde beklediğimiz aksine anlamlı farklılıklar gözlemlenmedi.

6.2. Öneriler

Hemşirelik sağlık gönüllüleri arasında vazgeçilmez elemanlardandır. Bu bakış açısıyla hemşirelerdeki tükenmişlik hem bireysel hem de örgütsel açıdan değerlendirilmelidir.

Bir üniversite hastanesi örneği olan çalışmamızda verilerden elde edilen analizler doğrultusunda tükenmişlik seviyesini minimum düzeye getirebilmek için;

- Aile ile beraber ikamet etme tükenme düzeyini etkilemektedir. Hemşirelik mesleğini tercih edenlerin aile faktörünü göz önüne alarak mesleğini yerine

getirecekleri kurumları tercih etmeleri önerilmektedir. Ayrıca tayin isteme durumlarında ailesinin yanına gitmek isteyen çalışanlara öncelik verilebilir.

- Maddi yönden tatmin olan meslek çalışanlarının kendilerini daha başarılı hissettikleri sonucu doğrultusunda ekonomik yönden tatminkar bir maaş verilebilir.
- Hemşirelerde fiziksel ve ruhsal sağlığın sağlanması ve sürdürülmesi için çalışanlara rutin sağlık taramaları yapılabilir ayrıca optimum sağlık bakım hizmeti alabilmeleri için destek sağlanılabilir.
- Kliniksel kıdem arttıkça hemşireler kendilerini daha başarılı hissettiklerinden dolayı servis değişikliklerinde daha az rotasyon yapılabilir.
- Hemşirelerin hak ettikleri yıllık izini kullanırken ortaya çıkan sorunlar minimum düzeye düşürülebilir. Yıllık izin kullanırken herhangi bir engel ile karşılaşılmayacağını bilmek faydalı olabilir.
- Mesleki yönden kişisel bilgi ve becerilerini geliştirebilme amaçlı hem örgütsel hem de bireysel faaliyetlerde bulunmak hemşirelerin mesleki olarak daha bilinçli ve daha başarılı hissetmelerini sağlayabilir.
- Hemşirelerin iş yaşamlarında hizmet sundukları grup ile yaşadıkları sorunlar tartışılabilir. Bu sorunlara uygun çözümler getirileceğini bilmek hizmet kalitesi açısından ve meslek elemanların refahı açısından faydalı olabilir.

KAYNAKÇA

1. Constitution of the world health organization, 2006, WHO.
2. Sarıkaya P. Tükenmişlik Sendromunun Kişilik Özelliklerinden Denetim Odağı İle İlişkisi ve Bir Uygulama. 2007, Marmara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 137 Sayfa, İstanbul, (Prof. Dr. Nevin Deniz).
3. Balcıoğlu, İ, Memetali S, Rozant R. Tükenmişlik sendromu. Dirim Tıp Gazetesi. 2008; 83: 99-104.
4. Oğuzberk M, Aydın A. Ruh sağlığı çalışanlarında tükenmişlik. Klinik Psikiyatri 2008;11:167-179.
5. Sağlam Arı G, Çına Bal E. Tükenmişlik kavramı: Birey ve örgütler açısından önemi. Yönetim ve Ekonomi 2008; 15(1): 131-148.
6. Özkan C. Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde Araştırma Görevlisi Olarak Çalışan Doktorlarda Tükenmişlik Sendromunu Etkileyen Faktörler. 2007, Mersin Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Uzmanlık Tezi, 70 Sayfa, Mersin, (Doç. Dr. Aylin Yazıcı).
7. Armutçuk AK. Denizli Devlet Hastanesinde Çalışmakta Olan Hekim Dışı Sağlık Personelinde Tükenmişlik Sendromu ve İlişkili Değişkenler. 2010, Pamukkale Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 86 Sayfa, Denizli, (Yrd. Doç. Dr. Özgür Sevinç).
8. Aktaş E. Anestezi Ve Dâhili Klinik Çalışanlarında Depresyon Ve Tükenmişlik Sendromu Açısından Karşılaştırılması. 2013, Dicle Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Uzmanlık Tezi, 53 Sayfa, Diyarbakır, (Doç. Dr. Orhan Tokgöz).
9. Polatcı S. Tükenmişlik Sendromu ve Tükenmişlik Sendromuna Etki Eden Faktörler (Gazipsmanpaşa Üniversitesi Akademik Personel Üzerinde Bir Analiz). 2007, Gaziosmanpaşa Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 169 Sayfa, Tokat, (Doç. Dr. Kadir Ardıç).
10. Avşaroğlu S, Deniz ME, Kahraman, A. Teknik öğretmenlerde yaşam doyumu, iş doyumu ve mesleki tükenmişlik düzeylerinin incelenmesi. http://www.researchgate.net/publication/26453488_TEKNK_RETMENLERDE_YAA_M_DOYUMU_DOYUMU_VE_MESLEK_TKENMLK_DZEYLERNN_NCELENM_ES . (Erişim Tarihi: 20.02.2015).

11. Şanlı Çatak H, Sağlık Çalışanlarında Tükenmişlik Düzeyinin Çeşitli Değişkenlere Göre İncelenmesi Denizli Ağız Ve Diş Sağlığı Merkezi. Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 112 Sayfa, İstanbul, (Dr. Mehmet Sarıtaş).
12. Budak G, Sürvegil O. Tükenmişlik ve tükenmişliği etkileyen örgütsel faktörlerin analizine ilişkin akademik personel üzerinde bir uygulama. D.E.Ü.İİ. B.F. Dergisi 2005; 20(2): 95-108.
13. Üngüren E, Doğan H, Özmen M, Tekin ÖA. Otel Çalışanlarının Tükenmişlik ve İş Tatmin Düzeyleri İlişkisi. Journal of Yasar University 2010; 17(5): 2922-2937.
14. Lal K. Hemşirelerde Tükenmişlik ve İş Doyumu (Aksaray ve Ortaköy Devlet Hastanesi Hemşireleri Örneği). 2014, Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 122 Sayfa, İstanbul, (Prof. Dr. Mehmet Fikret Gezgin).
15. Ersoy A, Demirel U, B. Konaklama İşletmeleri Muhasebe Müdürlerinde Tükenmişlik Sendromu-1. Muhasebe ve Finansman Dergisi. 2005; 26: 43-50.
16. Tümkaya S, Çam, S, Çavuşoğlu, İ. Tükenmişlik Ölçeği Kısa Versiyonu'nun Türkçeye Uyarlama, Geçerlik Ve Güvenirlik Çalışması. Ç. Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi. 2009; 1 (18): 387-398.
17. Yeniçeri O, Demirel Y, Seçkin, Z. Örgütsel Adalet ile Duygusal Tükenmişlik Arasındaki İlişki: İmalat Sanayi Çalışanları Üzerine Bir Araştırma. KMU BF Dergisi. 2009; 16.
18. Oruç S. Özel Eğitim Alanında Çalışan Öğretmenlerin Tükenmişlik Düzeylerinin Bazı Değişkenler Açısından İncelenmesi (Adana İli Örneği). 2007, Çukurova Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Adana, (Yrd. Doç. Dr. İskender Özgür).
19. Kutlu L. Tükenmişlik ve Başa Çıkma Yöntemleri. http://www.cayd.org.tr/tr/images/UserFiles/Documents/Gallery/Tukenmislik_Basa_Cikma_Yontemleri.pdf, (Erişim Tarihi: 28.02.2015).
20. Soysal A. İş Yaşamında Tükenmişlik. <http://www.ceis.org.tr/dergi/2011kasim/makale2.pdf>. (Erişim Tarihi: 29.02.2015).
21. Ceylan A. Çalışan Kadınların Tükenmişlik Düzeylerinin Belirlenmesi: Edirne Örneği. 2013, Trakya Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 75 Sayfa, Edirne, (Yrd. Doç. Dr. Seyhan Bilir Güler).
22. Karahaliloğlu N. Cerrahi Kliniklerde Çalışan Hemşirelerde Tükenmişlik ve İş Doyumu Düzeylerinin İncelenmesi. 2013. Haliç Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 110 sayfa, İstanbul, (Yard. Doç. Dr. Kürşat Özdilli).

23. Taycan O, Kutlu L, Çimen Si Aydın L. Bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerde depresyon ve tükenmişlik düzeyinin sosyodemografik özelliklerle ilişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2006; 7: 100-108.
24. Güven S. Cerrahi Kliniklerde Çalışan Hemşirelerin Mizah Tarzları İle Tükenmişlik Düzeyleri Arasındaki İlişkinin Saptanması. 2013. Başkent Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 70 Sayfa, Ankara, (Doç. Dr. Hayriye Ünlü).
25. Budak G, Sürvegil O. Tükenmişlik ve tükenmişliği etkileyen örgütsel faktörlerin analizine ilişkin akademik personel üzerinde bir uygulama. *D.E.Ü.İİ. B.F. Dergisi*. 2005; 20(2): 95-108.
26. Akbolat M, Işık O. Sağlık çalışanlarının tükenmişlik düzeyleri: Bir kamu hastanesi örneği. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*. 2008; 11(2): 230-254.
27. Demir A. Hemşirelikte tükenmişliğe bir bakış. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 2004; 7(1).
28. Günüşen ve ark. Bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin Tükenmişlik düzeyi ve etkileyen faktörlerin İncelenmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 2008; 11(4): 48-58.
29. Sağlık-Sen. Mart 2012, Türkiye’de Sağlık Çalışanları Tükenmişlik Araştırması Sonuçları.
30. Öztürk S, Özgen R, Şişman H, Baysal D, Sarıakçalı N, Aslaner E, Kum P, Gürel D, Gezer D, Akıl Y, Yıldızdaş RD. Bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin tükenmişlik düzeyi ve sosyal desteğin etkisi. *Çukurova Medical Journal*. 2014; 39(4): 752-764.
31. Altuntaş S, Seren Ş, Baykal Ü. ve ark. Yönetici hemşirelerin tükenme düzeyleri ve etkileyen faktörler. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*. 2009; 6(2): 16-21.
32. Benderli Cihan Y. Onkoloji bölümünde çalışan sağlık personelinde tükenmişlik ve depresyon düzeylerinin sosyodemografik özelliklerle ilişkisi. *Yeni Tıp Dergisi*. 2011; 28: 17-22.
33. Erci B, Aydın İ, Tortumluoğlu G. Koruyucu sağlık hizmetlerinde görev yapan hemşire ve ebelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve tükenmişlik düzeyleri. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 2000; 3(1): 10-15.
34. Gülseren Ş, Karaduman E, Kültür S. Hemşire ve teknisyenlerde ve depresif belirti düzeyi. *Kriz Dergisi*. 9(1) :27-38.
35. Karabulut Gül Ş, Gül HL, Oruç AF, Gedik D, Mayadağlı A, Aksu A, Ceylaner Bıçakçı B. Radyasyon onkolojisi kliniği çalışanlarında depresyon ve tükenmişlik

düzelelerinin sosyodemografik özelliklerle ilişkisinin değerlendirilmesi. J Kartal TR. 2012; 23(1): 11-17.

36. Kebapçı A, Akyolcu N. Acil birimlerde çalışan hemşirelerde çalışma ortamının tükenmişlik düzeylerine etkisi. Türkiye Acil Tıp Dergisi. 2011; 11(2): 59-67.

37. Malak B, Üstün B. Hemşirelerin sosyotropi-otonomi kişilik özellikleri ve tükenmişlik düzeyleri arasındaki ilişkinin belirlenmesi. Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi. 2011; 1-16.

38. Özgür G, Babacan Gümüş A, Gürdağ Şifa. Hastanede çalışan hemşirelerde ruhsal belirtilerin incelenmesi. Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi 2011; 24: 296-305.

39. 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.

40. Tunç T. Doktor ve hemşirelerde tükenmişlik ile rol belirsizliği arasındaki ilişki: Bir üniversite hastanesi örneği. 2008. Sakarya Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 169 Sayfa, Sakarya, (Doç. Dr. Rana Özen Kutanis).

41. Metin Ö, Gök Özer F. Hemşirelerin tükenmişlik düzeyinin belirlenmesi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2007; 10(1): 58-66.

42. Kemaloğlu B. Çalışan hemşirelerde tükenmişlik ile stresle başa çıkma tarzları arasındaki ilişkinin incelenmesi. 2009. Ankara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 50 Sayfa, Erzurum, (Yrd. Doç. Dr. Mine Ekinci).

43. Altay B, Günener D, Demirkıran C. Bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin tükenmişlik düzeyleri ve aile desteğinin etkisi. Fırat Tıp Dergisi 2010; 15(1): 10-16.

44. Sarı H. Özel eğitim bölümünde okuyan aday öğretmenlerin kişilik özellikleri ile tükenmişlik düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. 2013. Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 137 Sayfa, Bolu, (Yrd. Doç. Dr. Emine Eratay).

45. Ergin D, Şen Celasin N, Akış Ş, Altan Ö, Bakırlıoğlu Ö. Bozkurt S. Dahili kliniklerde görev yapan hemşirelerin tükenme ve empatik beceri düzeyleri ve bunları etkileyen faktörlerin belirlenmesi. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi. 2009; 4(11): 49-64.

46. Süloğlu A. Diyaliz merkezlerinde çalışan doktor ve hemşirelerde tükenmişlik sendromu. 2009. T.C. Sağlık Bakanlığı Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi. Uzmanlık Tezi, 70 Sayfa, İstanbul, (Dr. Sami Hatipoğlu)

47. Üst Ç. Turizm sektörü çalışanlarının mesleki tükenmişlik düzeylerinin belirlenmesi: Erzurum konaklama işletmelerine yönelik bir uygulama. 2012. Atatürk Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 84 Sayfa, Erzurum, (Yrd. Doç. Dr. Gökalg Nuri Selçuk).

48. Gençyürek D. Türkiye'deki üniversitelerin eğitim fakülteleri güzel sanatlar eğitimi bölümleri müzik eğitimi anabilim dallarında görev yapan öğretim elemanlarının tükenmişlik sendromunun belirlenmesi. 2014. Gazi Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 113 Sayfa, Ankara, (Prof. Dr. Belir Tecimer).

49. Beyhan S. Adana ve çevresindeki reanimasyon hekimlerinde tükenmişlik sendromunun araştırılması. 2011. Çukurova Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Uzmanlık Tezi, 46 Sayfa, Adana, (Prof. Dr. Yasemin Güneş).



EKLER

EK:1

ANKET FORMU BİLGİLENDİRİLMİŞ OLUR YAZISI

Araştırmanın adı; “HEMŞİRELERDE TÜKENMİŞLİK DÜZEYİNİN ÇEŞİTLİ DEĞİŞKENLERE GÖRE İNCELENMESİ: BİR ÜNİVERSİTE HASTANESİ ÖRNEĞİ” dir. Bu araştırmanın amacı, hastanemizde aktif bir şekilde çalışan hemşirelerin sosyodemografik ve mesleki özellikleri ile maslach tükenmişlik ölçeğine göre tükenmişlik düzeylerini belirlemektir. Bu araştırma gönüllü hemşirelere anket metodu uygulanarak yapılacaktır. Anket süresi 10 dakikadır. Lütfen soruları dikkatli bir şekilde okuyup tüm soruları cevaplandırınız. Verilen yanıtlar gizli kalacaktır. Bu araştırmanın süresinin 7 ay olması, anketin 222 hemşireye dağıtılması planlanmaktadır. Araştırma hakkında ek bilgiler almak için ya da çalışma ile ilgili herhangi bir sorun, istenmeyen etki ya da diğer rahatsızlıklarınız için 3110 (ameliyathane hemşire odası) ve 5425917036 telefonlardan hemşire LÜTFİYE NUR UZUN’a başvurabilirsiniz. Teşekkür ederim...

SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU

1. Yaşınız

2. Cinsiyetiniz

- a) Erkek b) Kadın

3. Medeni durumunuz

- a) Evli b) Bekar c) Boşanmış d) Dul

4. Eğitim düzeyiniz

- a) Lise b) Ön lisans c) Lisans d) Lisans Üstü

5. Sahip olduğunuz çocuk sayısı

6. Evde kimlerle birlikte yaşamaktasınız? (Aile, arkadaş, yalnız, vs.)

7. Hanede yaşayan kişi sayısı?

8. Gelir düzeyiniz nedir?

- a) Gelirim Giderimi Karşılamiyor
b) Gelirim Giderime Eşit
c) Gelirim Giderimden Fazla

9. Tanısı konmuş herhangi bir kronik hastalığınız var mı?

- a) Evet b) Hayır

Cevabınız **EVET** ise lütfen hastalığın adını yazınız

.....

10. Sürekli kullandığınız bir ilaç/ilaçlar var mı?

- a) Evet b) Hayır

11. Var ise hangi hastalık için? (Lütfen Belirtiniz).....

12. Daha önce psikiyatrik bir yardım aldınız mı?

- a) Evet b) Hayır

13. Çalışma şekliniz?

- a) Sürekli Gündüz
b) Nöbet (16-08,08-08) (Kaç nöbet lütfen belirtiniz.....)
c) Vardiya

14. Mesleğinizdeki toplam çalışma süreniz:yıl.....ay

15. Şu an çalıştığınız bölüm/klinik/servis ve süresi

..... yıl.....ay

16. Daha önce çalıştığınız bölümler/klinikler/servisler ve süreleri

.....yıl.....ay
.....yıl.....ay
.....yıl.....ay
.....yıl.....ay

17. Yılda ortalama kaç gün yıllık izin kullanıyorsunuz?gün

18. İzin hakkınızın tümünü kullanabiliyor musunuz?

- a) Evet b) Hayır

Cevap **HAYIR** ise sebepleri nelerdir? Lütfen belirtiniz.

.....
.....
.....

19. Yıllık izne ayrılırken problem yaşıyor musunuz?

- a) Evet b) Hayır

Cevap **EVET** ise ne gibi sorunlar yaşıyorsunuz? Lütfen belirtiniz.

.....
.....
.....

20. Şu an çalışmakta olduğunuz birim/klinik/serviste çalışma nedeniniz?

- a)Uzmanlık alanım olduğu için /eğitimime uygun
b)Kendi isteğimle görevlendirildiğim için
c)İsteğim dışında görevlendirildiğim için
d)Diğer açıklayınız.....,

21. Çalıştığınız kurum kişisel bilgi, beceri ve yeteneklerinizi geliştirici olanaklar sağlıyor mu? (Eğitim,kongre,seminer,vs.)

- a)Evet b)Hayır c)Kısmen

22. İş yerinizde hangi sıklıklarla sorunlar yaşıyorsunuz?

- a)Hiçbir zaman b)Nadiren c)Sık sık d)Her zaman

23. İş yerinde kimlerle sorun yaşıyorsunuz?(Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

- a) Hemşireler b) Amirler c) Doktorlar
d) Hasta Bakıcılar e) Hastalar f) Hasta Yakınları

24. Mesleğinizi severek yapıyor musunuz?

- a) Evet b) Hayır

25. Sizce mesleğiniz size ne derece uygun?

- a)Uygun değil b)Kısmen uygun c)Uygun d)Çok uygun

26. İşinize/mesleğinize bağlılığınızla ilgili ne söyleyebilirsiniz?

- a)Bağlıyım
b)Kısmen bağlıyım
c)Bağlılığım yok/olanağım olsa meslek değiştirdim

27. Mesleğinizde kendimi geliştirmek için, (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

- a)Kurs ve seminerlere katılırım,
b)Hizmet içi eğitimlere katılırım
c) Kongre, sempozyumlara katılırım
d) internetten, kitaplardan faydalanırım
e) Herhangi bir faaliyette bulunmuyorum

28. Hemşireliği meslek olarak seçmenizdeki en önemli neden nedir?

- a) Sağlıkla ilgili bir meslek sahibi olmak için.
b) Kısa yoldan iş sahibi olmam gerektiği için
c) İş bulma kolaylığına düşündüğüm için
d) Ailemin önerisi ile
e) Başkalarının önerisi ile

29. Sigara kullanıyor musunuz ?

- a) Evet b) Hayır

30. Alkol kullanıyor musunuz ?

- a) Evet b) Hayır

31. Tükenmişlik Sendromuyla ilgili sizin iletmek istediğiniz bir şeyler var mı? Açıklayınız.

.....
.....
.....

TEŞEKKÜRLER

EK:2**MASLACH TÜKENMİŞLİK ÖLÇEĞİ**

Aşağıda bireylerin işleriyle ilgili tutumlarını yansıtan ifadeler yer almaktadır. Her maddede yer alan ifadenin size ne kadar uygun olduğunu 5'li ölçek üzerinden işaretleyiniz.

	Hiçbir Zaman	Çok Nadir	Bazen	Çoğu Zaman	Her Zaman
1. İşimden soğuduğumu hissediyorum					
2. İş dönüşü kendimi ruhen tükenmiş hissediyorum.					
3. Sabah kalktığımda, bir gün daha bu işi kaldıramayacağımı hissediyorum.					
4. İşim gereği karşılaştığım insanların ne hissettiğini hemen anlarım.					
5. İşim gereği karşılaştığım kişilere, sanki insan değilmiş gibi davrandığımı fark ediyorum.					
6. Bütün gün insanlarla uğraşmak benim için gerçekten çok yıpratıcı.					
7. İşim gereği karşılaştığım insanların sorunlarına en uygun çözüm yollarını bulurum.					
8. Yaptığım işten tükendiğimi hissediyorum.					
9. Yaptığım iş sayesinde insanların yaşamına katkıda bulunduğuma inanıyorum					
10. Bu işte çalışmaya başladığımdan beri, insanlara karşı sertleştim.					
11. Bu işin beni duygusal olarak katılaştırmasından korkuyorum.					
12. Çok şeyler yapabilecek güçteyim.					
13. İşimin beni kısıtladığını hissediyorum					
14. İşimde çok fazla çalıştığımı hissediyorum.					
15. İşim gereği karşılaştığım insanlara ne olduğu umurumda değil.					
16. Doğrudan doğruya insanlarla çalışmak bende çok fazla stres yaratıyor.					
17. İşim gereği karşılaştığım insanlarla aramda rahat bir hava yaratırım.					
18. İnsanlarla yakın bir çalışmadan sonra kendimi canlanmış hissedirim.					
19. Bu işte birçok kayda değer bir başarı elde ettim.					
20. Yolun sonuna geldiğimi her şeyin bittiğini hissediyorum.					
21. İşimdeki duygusal sorunlara serinkanlılıkla yaklaşırım.					
22. İşim gereği karşılaştığım insanların bazı problemlerinin sanki benden kaynaklandığını düşünürüm.					

EK:3



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
BOLU KAMU HASTANELER BİRLİĞİ-ABANT İZZET BAYSAL ÜNİVERSİTESİ
İzzet Baysal Eğitim ve Araştırma Hastanesi



Saya : 68246970/903.99
Konu : Tez Çalışması

Sayın Lâtlıye Nur UZUN
Hemşire

İlgi yazınız incelenmiş olup, çalışmalarınızın akademik açıdan uygunluğunun Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından değerlendirilmesinde sakınca yoktur.Çalışmanızın Etik Kurulu görüşü uygundur.

Bilgilerinizi rica ederim.

Uzm.Dr. Mehmet BALCI
Hastane Yöneticisi V.

Sağlık Bakanlığı Abant İzzet Baysal Üniversitesi İzzet Baysal Eğitim ve Araştırma Hastanesi 14280
Göküy-BOLU
Ayrıntılı bilgi için: S.SİYAMOĞLU Tel:(0374 2534613-3429) Faks:(0374 2534615)

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanununa göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.
İmnan elektronik imzalı suretine <http://e-bolge.saglik.gov.tr> adresinden b08095ba-4a34-449c-b333-08d108d8be6c koda ile erişebilirsiniz.

EK:4

İNVAZIV OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI		Hemşirelerde Tükenmişlik Düzeyinin Çeşitli Değişkenlere Göre İncelenmesi: Bir Üniversite Hastanesi Örneği.	
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU			
	OLGU RAPOR FORMU		Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ		Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı		Açıklama
	SİGORTA	<input type="checkbox"/>	
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input type="checkbox"/>	
	BIYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	<input type="checkbox"/>	
	İLAN	<input type="checkbox"/>	
	YILLIK BİLDİRİM	<input type="checkbox"/>	
	SONUÇ RAPORU	<input type="checkbox"/>	
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	<input type="checkbox"/>	
DİĞER:	<input type="checkbox"/>		
KARAR BELGELERİ	Karar No:2015/27	Tarihi: 12.05.2015	
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gereğiyle, amaç, yaklaşımlar ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen risklerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tarafından salt çoğunlukla ile kararı verilmiştir. İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik kapsamındaki yer olan araştırmaları/çalışmaları için Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'ndan izin alınması gerekmektedir.		

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Prof. Dr. Ahmet ATAÖĞLU

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile İlişki		Katılım *		İmza
Prof. Dr. Hüseyin YÜCE	Tıbbi Genetik	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. İhan MAVİDOĞLU	Kalp Damar Cerrahisi	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Handan ANKARALI	Biyoistatistik	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Mehmet YAŞAR	Genel Cerrahi	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Seyit ANKARALI	Fizyoloji	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Mete ÇAĞLAR	Kadın Doğum	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Uzm. Dr. Mahir Zeynep YAVUZ	Farmakoloji	Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Sultan Ahmet DURDU	İş Adanı	Hyundai Çözümler Bıy	E <input type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Şenife SÖLEK	Avukat	Düzce Üniversitesi Hukuk Müavirliği	E <input type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	

*:Toplamda Bulunma

Etik Kurul Başkanının
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Ahmet ATAÖĞLU
İmza:

Not: Etik kurul başkanı, incelemesi yer alınmadığı her sayfaya imza atmalıdır.

İNVAZİV OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Hemşirelerde Tükenmişlik Düzeyinin Çeşitli Değişkenlere Göre İncelenmesi: Bir Üniversite Hastanesi Örneği.
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi İnvaziv Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ	Düzce Üniversitesi Tıp Fak. Morfoloji Binası 4. Kat Konuralp-Düzce
	TELEFON	0380 542 14 16
	FAKS	0380 542 13 02
	E-POSTA	duzceetik@duzce.edu.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Doç. Dr. Atilla Senih MAYDA			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Halk Sağlığı			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı			
	VARSA İDARİ SORUMLU UNVANI/ADI/SOYADI				
	DESTEKLEYİCİ				
	PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI (TUBİTAK vb. gibi kaynaklardan destek alanlar için)				
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ				
	ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1	<input type="checkbox"/>		
		FAZ 2	<input type="checkbox"/>		
		FAZ 3	<input type="checkbox"/>		
FAZ 4		<input type="checkbox"/>			
Gözelemsel ilaç çalışması		<input type="checkbox"/>			
Tıbbi cihaz klinik araştırması		<input type="checkbox"/>			
In vitro tıbbi tanı cihazları ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları		<input type="checkbox"/>			
İlaç dışı klinik araştırma		<input type="checkbox"/>			
Diger ise belirtiniz	Anket çalışmaları				
	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>	

DEĞERLEN DİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili		
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ				Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>
BİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU		30.03.2015		Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diger <input type="checkbox"/>

Etik Kurul Başkanının
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Ahmet ATAÖĞLU
İmza:

Not: Etik kurul başkanı, imzasının yer almadığı her sayfaya imza atmalıdır.

ÖZGEÇMİŞ

1985 yılında Rize’de doğdum. İlköğretim ve lise öğrenimimi Rize’de tamamladım. 2005-2009 yılları arasında 19 Mayıs Üniversitesi Amasya SYO’nda lisans eğitimimi tamamladım. 2009 yılında Bülent Ecevit Üniversitesi Hastanesine hemşire olarak atandım. 2013 yılında Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalında yüksek lisans eğitimine başladım. Şuan Abant İzzet Baysal Üniversitesi Hastanesinde Hemşire olarak görev yapmaktayım. Bekarım.

