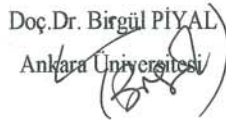


T.C.
Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Sağlık Yönetimi Yüksek Lisans Programı
Çerçevesinde yürütülmüş olan bu çalışma, aşağıdaki jüri tarafından
Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi : 14.07..2006



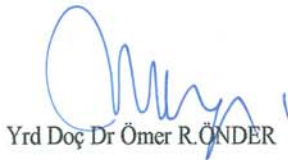
Prof. Dr. Nilgün SARP
Ankara Üniversitesi



Doç. Dr. Birgül PİYAL
Ankara Üniversitesi



Doç. Dr. A. Ezel ESATOĞLU
Ankara Üniversitesi



Yrd. Doç. Dr. Ömer R. ÖNDER
Ankara Üniversitesi
(Danışman)



Yrd. Doç. Dr. Ahmet M. ACUNER
Ankara Üniversitesi

İÇİNDEKİLER

Kabul ve Onay	i
İçindekiler	ii
Önsöz	iv
Simgeler ve Kısaltmalar	v
Şekiller.....	vi
Tablolar	vii
1. GİRİŞ.....	1
1.1. Tükenmişliğin Tanımlanması.....	5
1.2. Tükenmişliğin Tarihçesi	9
1.3. Stres ve Tükenmişlik İlişkisi.....	10
1.3.1. İş Stresinin Tanımı	10
1.3.2. Genel Uyum Sendromu	13
1.3.2.1. Alarm Aşaması	13
1.3.2.2. Direnç Aşaması	14
1.3.2.3 Tükenme Aşaması.....	14
1.4. Stres Faktörleri	15
1.4.1. Örgütsel Stres Faktörleri.....	15
1.4.2. Bireysel Stres Faktörleri	16
1.5. Stres Belirtileri	17
1.6. Stresin Sonuçları	17
1.7. Stresin Önlenmesi	18
1.8. Tükenmişlik Modelleri.....	19
1.8.1. Cherniss Modeli.....	19
1.8.2. Golembiewski Modeli.....	20
1.8.3. Leiter Modeli	20
1.8.4. Pines Modeli	21
1.8.5. Gaines ve Jermier Modeli.....	22
1.8.6. Perlman ve Hartman Yaklaşımı	22
1.8.7. Maslach Yaklaşımı	23
1.9. Tükenmişliğin Oluşumu	24
1.9.1. Şevk ve Coşku Dönemi	24
1.9.2. Durgunluk Dönemi.....	24
1.9.3. Hayal Kırıklığı (Engellenme) Dönemi	24
1.9.4. Apati Dönemi	25
1.10. Tükenmişliğin Nedenleri	25
1.10.1. Hasta ile Temastan Kaynaklanan Nedenler	25
1.10.1.1. Soruna Odaklanmak.....	25

1.10.1.2. Olumlu Geri Bildirim Azlığı.....	25
1.10.1.3. Duygusal Stres Düzeyi	26
1.10.1.4. Değişme ya da İlerleme Olanağı	26
1.10.2. Diğer Nedenler	26
1.10.2.1. Örgütsel Nedenler	26
1.10.2.2. Bireysel Nedenler	28
1.11. Tükenmişliğin Etkileri.....	30
1.11.1. Örgütsel Etkiler.....	30
1.11.2. Bireysel Etkiler.....	31
1.12. Tükenmişliğin Tedavisi ve Engellenmesi.....	32
1.13. Tükenmişliği Önleme Yolları	32
1.13.1. Bireysel Önlemler	32
1.13.2. Örgütsel Önlemler	33
1.14. Araştırmanın Amacı.....	35
1.15. Araştırmanın Önemi	35
2. GEREÇ VE YÖNTEM	37
2.1. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri.....	37
2.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	37
2.3. Araştırma Modeli	38
2.4. Araştırmanın Değişkenleri	38
2.5. Araştırmanın Hipotezleri	39
2.6. Veri Toplama Aracı.....	41
2.7. Verilerin Toplanması.....	43
2.8. Verilerin Analizi.....	43
2.9. Sayıtlılar	43
2.10. Sınırlılıklar	44
2.11. İzin.....	44
2.12. Araştırmada Karşılaşılan Sorunlar.....	44
3. BULGULAR	45
4. TARTIŞMA	83
5. SONUÇ VE ÖNERİLER	95
5.1. Sonuçlar	94
5.2. Öneriler.....	100
ÖZET	102
SUMMARY	103
KAYNAKLAR.....	104
EKLER	110
ÖZGEÇMİŞ	118

ÖNSÖZ

Üç Farklı Hastanede Çalışan Yöneticilerin ve Klinikte Çalışan Sağlık Personelinin Tükenmişlik Durumlarının Araştırılması adlı bu çalışma tez konusu olarak belirlenirken, son yıllarda önemi gittikçe artan tükenmişlik sendromunun sağlık hizmetleri alanındaki etkilerini çalışmanın sınırlılıkları ölçüsünde ortaya koyarak bir takım öneriler sunmak suretiyle, uygulamaya dönük katkı sağlanması amaçlanmıştır.

Araştırma konusunun yüksek lisans tezi olarak belirlenmesinde yönlendirici olan, tezimin her aşamasında destek olan, yol gösteren ve bilgileri ile katkıda bulunan değerli hocam Sayın Yrd. Doç. Dr. Ömer Rıfki ÖNDER'e;

Türkiye'de sağlık eğitimi ve sağlık yönetimi alanında önemli işlevler yerine getirdiğine inandığım ve bünyesinde yüksek lisans eğitimi almaktan gurur duyduğum Ankara Üniversitesi Sağlık Eğitim Fakültesi'ndeki tüm hocalarıma;

Yüksek lisans eğitiminin başlangıcından tezimin teslimine kadar geçen sürede, uzun ve yoğun çalışmalarım esnasında bana her açıdan destek olan, başarılarımdan katışıksız mutluluk duyan, tüm arkadaşlarıma teşekkür ederim.

SİMGELER VE KISALTMALAR

D	Duyarsızlaşma
DT	Duygusal Tükenme
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
GT	Genel Tükenmişlik
KB	Kişisel Başarı
MTÖ	Maslach Tükenmişlik Ölçeği
P	Önemlilik Belirleme Katsayısı
SS	Standart Sapma
SPSS	The Statistical Package for Social Sciences
$\bar{X}$	Aritmetik Ortalama
SML	Sağlık Meslek Lisesi

ŞEKİLLER

Şekil 1.1. Genel Tükenmişlik Modeli.....	34
--	----

TABLOLAR

Tablo 3.1.1	Araştırma Grubunun Sosyo-Demografik Özellikleri	46
Tablo 3.1.2	Araştırma Grubunun Meslek Özellikleri	48
Tablo 3.1.3	Araştırma Grubunun Mesleğe İlişkin Görüşleri	49
Tablo 3.1.4	Araştırma Grubunun Çalışma Ortamına İlişkin Görüşleri	51
Tablo 3.1.5	Araştırma Grubunun Sağlık Sorunlarına İlişkin Bildirimleri	52
Tablo 3.1.6	Araştırma Grubunun Kimi Sağlık Alışkanlıklarına İlişkin Bildirimleri	52
Tablo 3.2.1	Araştırma Grubunun Maslach Tükenmişlik Ölçeği Puanları	53
Tablo 3.2.2	Yönetici ve Sağlık Personelinin Kurumlara Göre MTÖ Tükenmişlik Puan Ortalamaları	55
Tablo 3.2.3	Yönetici ve Sağlık Personelinin Tükenmişlik Puan Ortalamaları Yönünden Karşılaştırılması	56
Tablo 3.2.4	Cinsiyete Göre MTÖ Tükenmişlik Puan Ortalamaları	56
Tablo 3.2.5	Yaş Gruplarına Göre MTÖ Tükenmişlik Puan Ortalamaları	57
Tablo 3.2.6	Medeni Duruma Göre MTÖ Tükenmişlik Puan Ortalamaları	58
Tablo 3.2.7	Çocuk Sayısına Göre MTÖ Tükenmişlik Puan Ortalamaları	59
Tablo 3.2.8	Gelir Düzeyine Göre MTÖ Tükenmişlik Puan Ortalamaları	60
Tablo 3.2.9	Evde Yaşayan Kişi Sayısına Göre MTÖ Tükenmişlik Puan Ortalamaları	60
Tablo 3.2.10	Öğrenim Durumuna Göre MTÖ Tükenmişlik Puan Ortalamaları	61

Tablo 3.2.11. Çalışılan Kuruma Göre MTÖ Tükenmişlik Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	62
Tablo 3.2.12. Toplam Hizmet Yılına Göre MTÖ Tükenmişlik Puan Ortalamaları	64
Tablo 3.2.13. Halen Çalıştığı Kurumdaki Hizmet Yılına Göre MTÖ Tükenmişlik Puan Ortalamaları	65
Tablo 3.2.14. Mesleği Sürdürme Nedenine Göre MTÖ Tükenmişlik Puan Ortalamaları.....	66
Tablo 3.2.15. Mesleğin İsteyerek Seçilip Seçilmemesi Durumuna Göre MTÖ Tükenmişlik Puan Ortalamaları	67
Tablo 3.2.16. Mesleğe Uygun Olup Olmama Görüşüne Göre MTÖ Tükenmişlik Puan Ortalamaları	68
Tablo 3.2.17. Mesleği Uygulamadaki Verimlilik Görüşüne Göre MTÖ Tükenmişlik Puan Ortalamaları	70
Tablo 3.2.18. Mesleki Gelecek Algısına Göre MTÖ Tükenmişlik Puan Ortalamaları.....	71
Tablo 3.2.19. Çalışma Ortamından Hoşnutluğa Göre MTÖ Tükenmişlik Puan Ortalamaları.....	73
Tablo 3.2.20. Mevcut Sağlık Sisteminden Memnuniyete Göre MTÖ Tükenmişlik Puan Ortalamaları	74
Tablo 3.2.21. Üstlerin Takdirine Göre MTÖ Tükenmişlik Puan Ortalamaları.	76
Tablo 3.2.22. Mesleğin Toplumdaki Saygınlığına Olan İnanca Göre MTÖ Tükenmişlik Puan Ortalamaları	76
Tablo 3.2.23. İş Yüküne Göre MTÖ Tükenmişlik Puan Ortalamaları	77
Tablo 3.2.24. Eş Mesleğine Göre MTÖ Tükenmişlik Puan Ortalamaları	78
Tablo 3.2.25. Mesleki Geleceğe Göre MTÖ Tükenmişlik Puan Ortalamaları	79
Tablo 3.2.26. Bireyin Sağlık Sorunu Bildirimlerine Göre MTÖ Tükenmişlik Puan Ortalamaları	80

Tablo 3.2.27. Aile Bireyleri Arasında Sağlık Sorunu Bildirimlerine Göre MTÖ Tükenmişlik Puan Ortalamaları	80
Tablo 3.2.28. Egzersiz Yapma Sıklığına Göre MTÖ Tükenmişlik Puan Ortalamaları.....	81
Tablo 3.2.29. Sigara İçme Sıklığına Göre MTÖ Tükenmişlik Puan Ortalamaları	82
Tablo 3.2.30. Alkol Alma Sıklığına Göre MTÖ Tükenmişlik Puan Ortalamaları	82

1. GİRİŞ

Günümüzde yaşanan gelişme ve değişmelerin insan yaşamının her alanında yaptığı anlayış değişikliklerinin sonucunda, daha iyi ve daha sağlıklı bir ortamda yaşamak, tüm insanların ortak beklentisi haline gelmiştir. Bu beklentiye ulaşabilmek için yaşam kalitesinin ve standartlarının yükseltilmesi ve yükseltilmiş standartlara ulaşılabilirliğin artırılması gerekmektedir.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından sağlık, “yalnız hastalık ve sakatlığın olmayışı değil beden, ruhen ve sosyal yönden tam bir iyilik hali” olarak tanımlanmaktadır. Bireyin beden, hasta ya da sakat olmaması sağlık için yeterli kabul edilmemektedir. Bireyin ruhen sağlıklı olması için sosyal yönden de iyilik halinde bulunması gerekir. Tanımın en önemli yönlerinden biri, sağlığın sosyal iyilik hali ile koşullandırılmasıdır. Sağlık için bireyin gerekli ortamda bulunmaması ya da içinde bulunduğu ortama uyum sağlayamaması, beden ve ruh sağlığının olumsuz yönde etkilenmesine yol açar. Sağlık kavramı ile hastalık kavramı çoğu kez birbirini çağırıştırır. Öte yandan kültürel anlamda sağlık ve hastalık anlayışı kişiden kişiye değişmektedir. Bu değişimin bireyin sosyo-ekonomik düzeyi ile yakından ilişkili olduğu bilinmektedir. (Sağlık Bakanlığı, 2002, s.: 16).

Ülkelerin gelişmişlik düzeyleriyle ilintili olarak farklılıklar gösteren sağlık hizmetleri, iyilik haliyle birlikte sorunları da içermektedir. Gelişen olanaklar ve tıp teknolojisindeki yenilikler sonucunda, bireylerin sağlık hizmetlerinden beklentileri giderek yükselmektedir. Bir ülkenin kalkınması, toplumsal ve bireysel düzeydeki gelişmelere bağlıdır. Bu nedenle, hem bireysel hem de toplumsal gelişmeyi sağlamak açısından, tüm dünyada sağlık hizmetleri sunumu ve sağlık verilerinin iyileştirilmesi için gösterilen çabalar son yıllarda giderek artmaktadır.

Sağlık hizmetlerinde öncelikleri saptamak, sağlık kazanımlarını artırmak ve kaynakların dağılımını seçilen ölçütlere göre gerçekleştirmek, ussal bir

yaklaşımdır. Bu ölçütler, ülkelerin ekonomik gelişmeleri ve buna bağlı olarak insanların satın alma gücündeki artışın kendilerine getireceği sosyal gelişmeyle koşut bir biçimde değişiklik göstermektedir. Gelişen olanaklar ve tıp teknolojisindeki yeniliklerin sağlık hizmetleri üzerindeki etkisi, diğer hizmetlere kıyasla daha yoğun olmaktadır. İnsanın bulunduğu her yerde verilmesi gereken sağlık hizmetlerindeki değişimlerin, yaşamın her alanına yansıdığı bilinmektedir. (Şener, 2005, s.: 2-4).

Teknolojinin gelişmesine koşut olarak insan yaşamı kolaylaşmış ancak, insanı zorlayan iç ve dış etmenlerin nitel ve nicel olarak derecesi de artmıştır. Bu zorlamalar bir yandan yaşamın sürekliliği için gerekli enerjiyi açığa çıkarırken, diğer yandan enerjisinin önemli kısmını azaltabilmekte, bireyi çaresiz, savunmasız ve güçsüz bırakabilmektedir (Doman ve Dieter, 2000, s.: 33). Günümüzde insan, yaşamın her alanında kendini hissettiren zorlamalarla dolu bir dış dünya ile karşı karşıyadır. Bu zorlamalar, bireyin dengesini önemli ölçüde etkileyip sağlığını tehdit edebilmektedir. Yaşanan hızlı değişime insanlar uyum sağlamakta zorluk çekmektedir. Özellikle sağlık hizmetlerinde olumsuz anlamda meydana gelebilecek aksaklıklar, bireylerin ve toplumların sağlık düzeylerini önemli ölçüde etkileyebilmektedir. Sağlık hizmeti sunumundaki kötü koşullar ve aksaklıklar sonucunda hem çalışanlar hem de toplum için olumsuz sonuçlar ortaya çıkmaktadır.

Hizmet sunumu sürecinde olumsuz anlamda gerçekleşen her türlü gelişme ve değişim, çalışanların duygu ve düşüncelerinde duyarsızlaşma ve duygusal olarak yetersizlik hissi oluşturabilmektedir. Çalışan, giderek işinden soğumakta ve insana odaklı hizmet sunumu olan sağlık hizmetlerinde bu durum şiddetli biçimde yaşanmaktadır. Yaşadığı yoğun stres sonucunda çalışan, çevresindeki olaylara kayıtsız kalmakta, sevecen ve iyimser duygularını kaybederek insanlardan uzaklaşmaya başlamaktadır. Uzun süreli strese maruz kalma sonucunda çalışanlarda tükenmişlik sendromu adı verilen durum ortaya çıkmaktadır. Yaşanan bu sendrom, çalışanların başarısızlık hissine kapılması, kurumuna ve topluma karşı güvensizlik

duygusu yaşaması, insanlardan uzaklaşması ve yaşadıkları olaylardan olumsuz yönde etkilenmesi ile karakterizedir. Bu biçimde kendini gösteren tükenmişlik sendromu, bireyin tüm yaşamını etkileyebilmekte, böyle insanların ürettiği sağlık hizmetinin verimi azalabilmektedir.

Sağlık hizmeti, hizmetin doğal yapısı gereği insanla ilgili bir üretimdir. Bireyin hastalığı, sağlıklı birey kabul edilen hizmet sunanları, bir çok yönden olumsuz olarak etkilemektedir. Ancak sağlık hizmetinde bu olumsuz etkilenme, hizmeti planlayanlar yönünden uzun yıllar göz ardı edilmiştir. Son yıllarda tüm dünyada ve Türkiye’de sağlık hizmetlerinin üretiminde çeşitli sorunlar yaşanmaktadır. Bu sorunlar başta finansal olmakla birlikte; verimlilik, kalite, üretim tekniklerinin yeterince uygulanamaması, hastane yöneticilerinin profesyonellik sorunu, hastane personelinin işten soğuması, çalışanlardaki tükenmişlik duygusu, israf, performans yetersizliği, denetimsizlik gibi sıralanabilir. Bu sorunlar sağlık kuruluşlarının sunduğu hizmetin niteliğinde bozulmaya neden olmakta ve hizmeti alanların yakınmaları gün geçtikçe artarak devam etmektedir (Şener, 2005, s.:2-4).

Sağlık hizmetleri sunumunun tüm aşamalarında, sağlık çalışanlarının bireysel tutum ve davranışları, sunulan hizmetten beklentileri doğrudan etkilemekte ve hatta bazen belirleyici olabilmektedir. Bu anlamda, sağlık çalışanlarının ve sağlık hizmetleri örgütlerini yönetenlerin tutum ve davranışlarında tükenmişlik sendromunun etkileri görülebilmektedir. Bu durum, hem hizmeti sunan sağlık çalışanları ve bu hizmeti yöneten sağlık yöneticilerinin iş ve özel yaşamlarını etkilemekte, hem de hizmetten yararlananların istenilen düzey ve kalitede hizmet alamamaları sonucunu doğurmaktadır.

Yorgunluk, yıpranma gibi kavramlardan farklı olarak nitelenen tükenmişlik sendromu; bireyler, sağlık örgütleri ve diğer örgütsel yapılar açısından büyük önem taşımaktadır. Bu önemin nedeni, tükenmişliğin yapılan işin niteliğinden

ya da çalışılan ortamdan kaynaklanan çok boyutlu bir sendrom olarak ortaya çıkmasıdır. (Maraşlı, 2003, s.: 3).

İnsanlarla birebir ilişkinin kaçınılmaz olduğu sağlık hizmetlerinde tükenmişlik sendromunun etkilerini, sağlık çalışanlarında yoğun bir şekilde gözlemleyebilmek olanaklıdır (Acker, 2003, s.: 64). Maslach'a göre tükenmişlik, olumsuz kişilik özelliklerinden çok, sosyal ve kültürel çevredeki olumsuz koşullardan kaynaklanmaktadır. Bu olumsuz koşullar içsel ve dışsal olarak kendini gösterebilmektedir.

Potter'a (1998) göre iş tükenmişliğine karşı bağışıklık gelişmez. Birçok insan, işini bir yük gibi gördüğünden, mesleğinden genel anlamda hoşnut değildir. Verimsiz geçirilen bir çalışma günü, bireylerde iç tatminsizliğe neden olmakta ve bu durum bireylerin sunduğu hizmetten yararlananlar açısından dış tatminsizliği de birlikte getirmektedir. Tükenmişlik sendromunu iç dünyasında yaşayan birey, aynı işyerine aynı koşullarda gitmeyi bir zorunluluk olarak görmektedir. Bu yaklaşımdan dolayı, tükenmişlik sendromunu yaşayan bireylerin sunduğu hizmetten yararlananlar, yeterince verimli ve etkili bir hizmet alamayabilirler.

İş ve meslek, insanların para kazanmaları ve yaşamlarını sürdürebilmeleri için gereklidir. Ancak çalışma koşulları güçse ve bir çok yönden zorlanıyorsa, sıkıntı ve sorunlarla karşılaşabilmektedir. Birey işyerinde yoğun duygusal beklentilerle karşı karşıya kaldığında; bir süre sonra hizmet verdiği kişilere karşı duyarlılığını ve ilgisini yitirmekte, kendisine ve hizmet verdiği kişilere karşı olumsuz duygulara sahip olmaktadır. Bu olumsuz duygular bireyin verimini azaltmakta, iş doyumunu ve sunduğu hizmetin kalitesini düşürmektedir. Bugün sağlık ve eğitim hizmetleri başta olmak üzere; güvenlik, bankacılık gibi sektörlerde bu sendromun sıklıkla ortaya çıktığı görülmektedir. Maslach, tükenmişlik sendromunu baş edilemeyen strese yanıt olarak görmektedir. Tükenmişlik özellikle psiko-

sosyal ve kronik sağlık sorunu olan bireylerle uğraşanlarda daha çok ortaya çıkmaktadır.

Tükenmişlik sendromunun tüm bu etkileri çoğu sağlık göstergelerinde kendini göstermektedir. Sağlık göstergeleri denildiğinde, yalnızca bilinen sağlık göstergelerini değil, ortalama yaşam sresinin artırılması ile tıbbi bakım hizmetlerinden ve sağlık güvencesinden yararlanma gibi yaşam standartlarının yükseltilmesini de bir arada düşünmek gerekir. Bu durum göz önüne alındığında tükenmişlik sendromu önem kazanmaktadır. Her ne kadar bütün çalışma grupları yoğun baskı ve stres altında çalışsalar da, özellikle sağlık çalışanları stres faktörünü daha yoğun şekilde yaşamaktadır (Aslan ve ark. 1996, s.: 36-45).

nemi giderek artan tükenmişlik kavramı üzerinde son yıllarda farklı iş alanlarında da yoğun biçimde çalışılmıştır. Özelikle 1970'li yıllarda işin verimini artırma yönündeki çalışmalar hız kazanmıştır (Deboer ve ark., 2002, s.:182). Shirom'un (2005) yapmış olduğu bir incelemeye göre; 1995-2002 yılları arasında tükenmişlik sendromunu konu alan 150'nin üzerinde makale bulunduğu bildirilmiştir.

1.1. Tükenmişliğin Tanımlanması

Tükenmişlik kavramı üzerinde karara varılmış ortak bir tanımlama bulunmamasına karşın, bireysel düzeyde yaşandığı, genellikle psikolojik yapıdaki duyguları, davranışları, güdülenmeleri ve beklentileri içerdiği belirtilmektedir. Sendrom; stres, sıkıntı, işlev bozukluğu gibi olumsuzluklara yol açan olumsuz bir yaşantıdır .

Tükenmişlik ilk kez, Freudenberger'in stres üzerine yaptığı çalışmalarla ortaya çıkmıştır. Freudenberger (1974) tükenmişliği; enerji, güç ya da kaynaklar üzerinde aşırı isteklerden dolayı tükenmeye başlamak olarak

tanımlamıştır. Tükenmişlikle ilgili yapılan çalışmalar başlangıçta bir çok kişiyi etkilemesine karşın, tartışılabilir bir çok yönünün olduğu belirtilmiştir. Bu nedenle ilk dönemlerde çok çeşitli tanımlamalar yapılmıştır. Kimi araştırmalar tükenmişliğin beslenme sorunlarını ve beyin kimyasını içeren organik bir temelinin de bulunduğunu belirtmiştir. (Potter, 1998, s.:6). Tükenmişlik genellikle insanlara hizmet veren mesleklerde çalışan bireylerde sıklıkla görülen duygusal tükenme sendromudur (Devrimci- Özgüven ve Haran, 2000, s.: 2).

Tükenmişliği; iş stresi, onun bir türü ya da iş stresine karşı verilen bir yanıt olarak değerlendiren yazarlar da vardır. Morrisette (2000) tükenmişliği, stresle etkin biçimde başa çıkmadaki başarısızlığın sonucu olarak görmektedir. Pines ve arkadaşları (Hobfoll ve Freedy, 1993, s.: 126) tükenmişliği, strese karşı bir yanıt olarak kabul etmektedirler. Tükenmişlikte düşük kişisel başarı ve yorgunluğun yanı sıra çaresizlik, ümitsizlik ve güvensizlik duygusu da vardır. Cherniss de tükenmişliği strese yanıt olarak görmektedir. Cherniss'in önerdiği modelde tükenmişlik, başarısız başa çıkma stratejilerinin son evresidir. Bu son evre, stresin çok daha hızlı olan etkilerini durdurmak için koruyucu bir durum olarak görülebilir.

Tükenme belirtisi, genelde çok başarılı olmak için gereğinden fazla çalışan, yapması gerekenden daha çoğunu yapan ve sınırlarının farkında olmayan bireylerde görülmektedir. (Baltaş ve Baltaş, 1999, s.: 77). Sağlık çalışanlarının sık sık mesleğin ve çalışma koşullarının güçlüklerinden yakındıkları, mesleğin çok stresli olduğundan söz ettikleri, mesleği isteyerek yapmadıkları, meslekten ayrılma düşüncesini yoğun olarak yaşadıkları ve işe devamsızlık yapma eğiliminde oldukları görülmüştür.

Teknolojinin gelişimine koşut olarak insan yaşamı kolaylaşmış ancak, insanı zorlayan iç ve dış etkenlerin sayısı da aynı biçimde artmıştır. Bu zorlamalar bir yandan yaşamın sürekliliği için gerekli olan enerjiyi açığa çıkarırken, diğer yandan enerjisini azaltabilmekte ve bireyi çaresiz,

savunmasız, güçsüz bırakabilmektedir (Schaufeli, 2002, s.: 181). İnsanı böylesine farklı etkileyen ve bedende fiziksel, ruhsal bir çok değişikliğe yol açan bu yaşantılar stres olarak nitelendirilmektedir. Tükenmişlik iş yerindeki önemli stres faktörleri karşısında yavaş gelişen bir süreçtir. Cherniss tükenmişliği, stres kaynağına bir uyum ve başa çıkma yolu olarak görmektedir (Burke ve Greenglass, 1995, s.:187).

Geri çekilme, duygusuz ve sessiz olma, hastalıkla ilgili şakalar yapma, mental tükenme, psikosomatik yakınmalar, baş ağrısı, sırt ağrısı, mide bağırsak sorunları, anksiyete, dikkati yoğunlaştıma güçlüğü ve çökkünlük, işe geç gelme, erken çıkma, kahve molalarını ve öğlen yemeklerini uzatma, kötü yemek alışkanlıkları, düzenli beslenmeme, işe gelmeme ve sosyal geri çekilme, tükenmişliğin bulguları arasında gösterilmektedir. (Borritz, 2005, s.:6-8).

Tükenmişlik sendromu süregelen bir strese yanıt olarak ortaya çıkar. Yoğun bir duygusal stres karşısında bireyin dayanma gücü yavaş yavaş azalmaktadır. Sürekli strese maruz kalma ve bu stresle başa çıkma becerilerinden yoksun olma tükenmişliği yaratan etkilerdendir (Maslach ve Jackson, 1997, s.: 202).

Tükenmişlik sendromu, insana yönelik hizmet üreten çalışma alanlarında yoğun olarak daha çok, son 30-35 yıl içinde incelenmeye başlanmıştır. Özellikle sağlık hizmetleri çalışanları, gelişen ve değişen dinamik sağlık sistemleri nedeniyle tükenmişlik sendromunun etkilerini, hem bireysel hem de örgütsel temelde yoğun biçimde yaşamaya başlamışlardır. Sağlık hizmetleri çalışanları sürekli olarak başkalarının sorunları ve beklentileriyle uğraşmaları nedeniyle tükenmişlik sendromu açısından en yatkın bireylerdir. Tükenmişlik sendromunun belirtileri sağlık çalışanında görüldükten sonra etkileri, sağlık hizmeti alan hasta ve yakınlarına da yansır. (Spinetta ve ark., 2000, s.:123).

Tükenmişlik kavramı, insana yönelik hizmetlerde çalışanlarda daha önce işle ilgili güdüye yeterince sahip bireylerin giderek işten uzaklaşmaları, duygusal olarak tükenmeleri ve enerji kaybı yaşamaları biçiminde ortaya çıkmaktadır. Bu tanım 1970'li yıllarda Amerika'da Herbert Freudenberger tarafından yapılmıştır (Borritz, 2005, s.: 4). Christina Maslach 1976 yılında tükenmişlik sendromunu; insanlarla yüz yüze iletişimi gerektiren mesleklerde çalışanlarda meydana gelen duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarıda düşme ile karakterize bir sendrom olarak tanımlamıştır (Maslach, 1976, s.: 16). Tükenmişliğin semptomları arasında anksiyete, sinirlilik, baş ağrıları, sırt ağrıları, madde kullanımı, depresyon vb. gösterilebilir. Oluşan fiziksel işlev bozuklukları, işten ayrılma, düşük verimlilik ve düşük üretkenlik gibi örgütsel sorunlara yol açar (Maslach ve Jackson, 1981, s.: 101). Çalışma yaşamında nitelikteki düşme, hem çalışanın kendisi hem de çalıştığı kurum ve bağlantıda bulunduğu çevre için önemlidir.

Tükenmişliğin gelişim evreleri; iş stresi, kayıtsızlık, işten çekilme ve sinmişliği içeren bir süreç olarak ele alınmaktadır (Cherniss, 1980, s.: 136). Stresle başa çıkamayan bireyler, işten kaçma, istifa etme ve sinmişlik gibi uygun olmayan davranış gösterme eğilimine girmektedirler.

Bir çok araştırmacı uzun dönemli strese maruz kalma sonucu tükenmişliğin ortaya çıktığını belirtmekte ve tükenmişliği bu bağlamda tanımlamaktadırlar. Ancak tükenmişlik sendromunun; çökkünlük, süregen yorgunluk ve süregen stres gibi kavramlardan ayrılıp ayrılmadığı tartışma konusu olmaya devam etmektedir (Anderson, 2000, s.: 839). Tükenmişliğin bir çok tanımı olmasına karşın temel nedenin, bireyin durumunda ortaya çıkan bozulmalar olduğu belirtilmektedir.

Patrick tükenmişliği; duygusal, bilişsel, davranışsal ve fiziksel alanlardaki bozulmalara bağlayarak 4 bölüme ayırmıştır. Duygusal alandaki bulguları; çaresizlik hissi, düşük moral, sinirlilik, kişisel başarıda düşme hissi ve süregen çökkünlük olarak belirtmiştir. Bilişsel alandaki semptomların; siniklik,

işe karşı olumsuz tutum, duyarsızlaşma ve öz saygı yitimi biçiminde, davranışsal alandaki semptomların; düşük verimlilik ve üretkenlik, kişiler arası çatışmalar, gecikme ve işten ayrılma olarak, fiziksel alandaki semptomların da; süregen yorgunluk, hastalığa yakalanma riskinde artış, uykusuzluk, madde kullanımı ve yeme alışkanlıklarında bozukluklar olarak ortaya çıktığını bildirmiştir. (Grosch ve Olsen,1995, s.: 277).

Tükenmişlik kavramının genelde, birey ve çevre arasındaki iletişime dayalı olarak açıklanması nedeniyle, tükenmişliği tümüyle kapsayıcı ve açıklayıcı nitelikteki tanımlamalar konusunda halen belirgin eksiklikler bulunduğu ileri sürülmektedir.

1.2. Tükenmişliğin Tarihçesi:

Tükenmişlik kavramı ilk kez “insana yönelik hizmetlerde çalışanların işine önceleri ilgi gösterirken, daha sonra giderek artan duygusal tükenme, enerji kaybı ve işi bırakması” biçiminde mesleksel stres olarak tanımlanmıştır. Bu tanım 1970’li yıllarda birbirinden ayrı olarak Herbert Freudenberger ve Christina Maslach tarafından kullanılmıştır. Tükenmişlik teoriden çok alan araştırmalarından doğmuştur. 1970’den günümüze 5500’ün üzerinde tükenmişlik çalışması yayınlandığı bildirilmektedir. Yapılan literatür taramalarında, tükenmişliğin yeni bir olgu olmadığını, temelinin geçmişe dayandığı belirtilmiştir (Schaufeli ve Enzmann, 1998).

Tükenmişlik araştırmaları 3 dönemde incelenebilir. İlk dönem, örnek olay anlatımıyla birlikte tükenmişliğin oluşumu ile ilgili çok sayıda teorinin ortaya atıldığı 1970 -1980 arasındaki dönemdir. 1980 ile 1990 arası dönemde tükenmişliğe ilişkin 1000’den fazla araştırma yapılmasına karşın, bu araştırmaların çoğunluğunun tükenmişliğin altında yatan nedenleri açıklamakta yetersiz kaldığı görülmektedir. 1990’dan günümüze kadar geçen sürede ise giderek artan sayıda boylamsal çalışma yapıldığı görülmektedir.

Günümüzde tükenmişlik, yaygın olarak oluşumunda birden çok etkenin yer aldığı karmaşık bir sendrom olarak kabul edilmektedir. İstenmeyen olaylara uzun süreli olarak maruz kalma sonucunda stres tepkileri oluşmakta ve bu tepkiler tükenmişlik sendromu ile sonuçlanmaktadır. Strese ve dolayısıyla tükenmişliğe neden olan etkenlere odaklanmak, günümüzdeki tükenmişlik araştırmalarının başlıca ilgi alanı durumundadır. Tükenmişliğin sonuçlarına yönelik araştırmalara ender rastlanmaktadır (Ersoy ve ark, 2001, s.: 11-17).

1.3. Stres ve Tükenmişlik İlişkisi

Çalışma yaşamı bütün sanayi toplumlarında insan yaşamının en önemli ögesi konumundadır. Bireylerin çalışırken yaşadığı bütün iletişim ve olayların tümünün olumlu yönde gelişmemesi sonucu birey kendisini giderek kötü hisseder ve olaylar karşısında doğru tepkileri verememeye başlar. Bireyin sahip olduğu iş onun toplumsal konumunu, doyum düzeyini, ailesine sağladığı olanakları ve yaşamdan aldığı zevki belirler. İş yaşamı, insanların yalnızca çalıştıkları zaman dilimi içerisine sıkıştırılamaz. İş yaşamı, tüm yaşamın her alanına yayılan bir öneme sahiptir. Stres olarak tanımlanan sorunları doğuran iş koşulları; çalışanlar üzerinde baskı ve zorlanma yaratır. Bu zorlanmanın uzun sürmesi de sağlıkla ilgili düşündürücü sonuçların doğmasına yol açabilir (Baltaş, 1999, s.26). Bunun sonucunda stres ve tükenmişlik gibi durumlar ortaya çıkmaktadır. Stres ve tükenmişlik araştırmalarına bakıldığında, iki kavramın iç içe olduğu ve tükenmişliğin, yaşanan yoğun stresin sonucu olduğu kabul edilmektedir.

1.3.1. İş Stresinin Tanımı

İş stresi; “genel olarak işin gerektirdiği yeteneklerin, kaynakların ya da çalışanın gereksinimlerinin yeterince karşılanamadığı durumlarda ortaya çıkan bir sendrom” olarak tanımlanmaktadır. İş stresi, çalışanların etkileşimi

ve işin doğasındaki sorunlar sonucu ortaya çıkmaktadır. Bununla birlikte stres, literatürde çok çeşitli şekillerde tanımlanmaktadır.

Hamilton (1979) stresi, “organizmanın herhangi bir isteğe karşı verdiği normalin dışında bir yanıt” olarak tanımlamıştır. Stres; iş ve işyerindeki etkileşimler sonucunda ortaya çıkan, iş dolayısıyla çalışanın sorgulandığı, farklı gruptaki çalışanların birbirleriyle etkileşim kurduğu ve bizzat çalışanla çalıştığı iş arasındaki etkileşim örüntülerinden dolayı ortaya çıkan bir durumdur. Özellikle iş yaşamındaki kimi yerine getirilemeyecek derecedeki istekler karşısında, çoğu çalışanda organizmanın benzer tepkiler verdiği görülmektedir.

Stresin ortaya çıkmasında iş ve işin getirdiği koşullar başlıca etkenler olmakla birlikte, bireyin kendi yaşam biçiminin de stresin ortaya çıkmasında önemli rolü vardır (Lombardi, 1997, s.: 24). Bu durum çalışanın kendi yarattığı bireysel stresten, yaşadığı çevre ile ilgili etkenlerden, fiziksel ve psikolojik sağlık düzeyinden ve kişiler arası ilişkilerdeki davranışların sonuçlarından dolayı ortaya çıkmaktadır.

Stres kişide zorlanma yaratan etkenleri, uyaranları ya da stres etkenleriyle ortaya çıkan yanıtı tanımlayan bir kavramdır. Duygusal stres yaratan etkenler özellikle tehlike algısıyla bağlantılı olarak ortaya çıkan ya da kişinin kapasitesini aşan, uyumunu zorlayan durum ve olaylardır. Stresin kişiyi etkileme düzeyi stres kaynağının ani ya da süregen olması, yaşamsal önem derecesi, bireyin kişisel kaynakları, kişilik yapısı ve stresin toplumsal ya da kültürel olarak paylaşılma derecesiyle bağlantılıdır (Peykan, 2002, s.: 2).

Cüceloğlu (1994) stresi; “bireyin fizik ve sosyal çevredeki uyumsuz koşullar nedeniyle, bedensel ve psikolojik sınırlarının ötesinde harcadığı çabadır” biçiminde tanımlamaktadır. Aytaç’a (2002) göre stres, sisteme giren ve sistemden çıkan madde, enerji ya da bilginin yetersizliği, aşırılığı ya da

uyuşmazlığı durumunda vücudun dengesinin bozulduğuna ve yeniden uyum yapılması gerektiğine yönelik bir işarettir.

Strese neden olan etmenler uyarıcı olarak nitelenir. Stres ve uyarıcı arasında çok ince bir ayrım bulunmaktadır. Herhangi bir uyarıcının stres ortaya çıkarması için, belli bir duyu organına yönelik önceden programlanmış olan rahatlık eşiğini geçip, sistemin dengesini bozması gerekir. Sistem bu tepki nedeniyle yeniden dengelenmek amacıyla bir uyum süreci başlatır. Gerilim, stresin sistem üzerindeki etkisidir. Gerilimden dolayı sistem stres durumunda olduğu bilgisini alarak dengeye dönme sürecine girer. Zorlanma ise dengeye dönme süreci içerisinde sistemin ödediği bedel ya da harcadığı enerjinin derecesidir (Şahin,1998a, s.: 12-21).

Stres, bireyler üzerinde etki yapan ve onların davranışlarını, başka insanlarla ilişkilerini etkileyen bir kavramdır. Stres durup dururken ya da kendiliğinden oluşan bir durum değildir. Stresin oluşması için insanın içinde bulunduğu ya da yaşamını sürdürdüğü ortam ve çevrede oluşan değişimlerin insanı etkilemesi gerekir. Ortamdaki değişimlerden her birey etkilenmektedir, ancak kimi bireyler bu değişimlerden daha çok ya da daha az etkilenmektedir. Stres, insanın yaşadığı ortamda meydana gelen bir değişimin ya da insanın ortamı değiştirmesinin onun üzerinde etkiler bırakması ile ilgilidir. Stresin oluşması için ortamdan etkilenen bireyin vücudundaki özel biyo-kimyasal değişimlerin oluşmasıyla bireyin vücut sisteminin harekete geçmesi gereklidir (Pehlivan, 1994, s.: 802).

Her insan günlük yaşamda çeşitli mücadeleler ve çevre kaynaklı tehditlerle karşılaşmaktadır. Strese neden olan faktörlerin bu aşırı, sürekli mücadeleler ve tehditler olduğu belirlenmiştir (Greenberg ve Baron, 2000, s.: 372). Strese yol açan olay, durum ve faktörlere “stres vericiler” adı verilmektedir. Stres vericiler, çok farklı biçimlerde ve kaynaklarla ortaya çıkabilmektedir. Bütün bu çeşitliliğe karşın tüm stres vericilerin ortak bir noktada buluştukları belirlenmiştir. Bireyler bunları yetenek ya da

kapasitelerini aşan baskılar olarak algıladıklarında stres ortaya çıkmakta, stres gücü artmaktadır.

Stres araştırmalarının önde gelenlerinden olan Hans Selye (1985) stresi, “vücuda yüklenen özel olmayan herhangi bir isteme karşı, vücudun tepkisi” olarak tanımlamıştır. Selye, stres sonucunda bireylerin yalnızca fiziksel tepki vermediklerini, aynı zamanda belirlenemeyen değişik tepkilerde de bulunduğunu belirtmektedir. Selye, strese karşı verilen reaksiyonları General Adaptation Syndrome (Genel Uyum Sendromu) adı altında toplamıştır.

1.3.2. Genel Uyum Sendromu

Bireyin, “stres vericilere karşı yanıt vermeye ve uyum sağlamaya çalıştıkları dönem” olarak da adlandırılan Genel Uyum Sendromu 3 aşamada incelenmektedir (Şahin, 1998b, s.: 7).

1.3.2.1. Alarm Aşaması: Bu aşamada stres faktörleri nedeniyle vücut savunma mekanizması oluşturmaya başlar. Kalp atışları, nefes alıp verme sayısı artar. Aşırı terleme bu dönemin bir diğer belirtisidir. Hormon düzeyleri yükselir ve adrenalin salgılanması artar. Göz bebekleri belirgin biçimde genişlemeye başlar. Selye’ye (1985) göre stres faktörleri uzun bir süre devam ederse, bu dönem ölüm ile bile sonuçlanabilmektedir.

Alarm aşaması 2 boyutta gerçekleşmektedir. İlk boyutta organizma bir şok içindedir. Bu, vücudun dengesinin bozulduğu ve gerilimin yaşandığı aşamadır. Bu sırada organizma “savaş” ya da “kaç” tepkisi içerisine girerek ikinci basamak olan şok karşıtı uyum süreçlerini başlatır. Savaş ya da kaç tepkisi sırasında bedende oluşan fiziksel ve kimyasal değişimler sonucunda kişi, stres kaynağı ile yüzleşmeye ya da kaçmaya hazır hale gelir. Aynı zamanda organizmanın bütün alt sistemleri ve onlara bağlı organ ve kas sistemleri harekete geçer.

Alarm aşamasında bedensel boyuttaki değişimler herkeste aynı aşamalardan geçmekle birlikte, psikolojik temelli değişimler kişilik ve çevre gibi bireysel koşullara bağlı olarak farklılık gösterir (Baltaş, ve Baltaş, 1998, s.: 27).

Stresin alarm aşamasında stresi yaratan kaynaklar ve bunların yoğunluğu arttığı ölçüde, stres eğrisi hızla normal direnç düzeyinin üzerine çıkarak normal davranıştan sapmanın ilk belirtileri verilmeye başlanır.

1.3.2.2. Direnç Aşaması: Bu dönem bir bakıma “strese alışma dönemi” olarak da adlandırılabilir. Organizma stres karşısında uyum sağlama sürecine girer ve alarm aşamasının belirtileri azalmaya hatta ortadan kalkmaya başlar. Hastalıklara karşı dirençte normalin üzerinde bir artış görülmeye başlar. Birey bu aşamada, stresi bir tehdit olarak algılamasından dolayı strese karşı koyabilmek için elinden gelen çabayı göstermektedir.

Birey, stres kaynaklarına karşı mücadelesine devam etmesine karşın eğer tehlike devam ederse, gerilim ve yorgunluk baş gösterir. Bireyin strese karşı gösterdiği reaksiyon düzeyi birden bire zayıflamaya başlar ve birey tükenme aşamasına gelir (Torun, 1995).

1.3.2.3. Tükenme Aşaması: Eğer stres verici durumlar ya da stresi harekete geçiren olaylar azaltılamamışsa ya da ortadan kaldırılamamışsa, direnç aşamasını bireyin tükenme aşaması izler. Bu aşamada bulgular yeniden ortaya çıkar ve eğer devam ederse ölüme varan sonuçlara neden olabilir. Ancak çoğu stres tepkileri genelde birinci ve ikinci aşamalar arasında gerçekleşmektedir (Hamilton, 1979, s.:17).

1.4. Stres Faktörleri:

Bireyleri strese götüren faktörler örgütsel ve bireysel olarak ikiye ayrılmaktadır. Strese neden olan faktörler aşağıdaki gibi sıralanabilir:

1.4.1 Örgütsel Stres Faktörleri:

İnsanların olduğu gibi örgütlerin de kendine özgü özellikleri vardır. Örgütün sahip olduğu bütün bu özellikler, örgüt kültürünü oluşturmaktadır. Denetimci ve baskıcı bir örgüt kültürü stresin ortaya çıkmasını artırmakta, buna karşın eşitlik ve katılımcılığa dayalı bir örgüt kültürü stres düzeyini olumlu olarak etkilemektedir. Çalışanlar; çalıştıkları iş ve işyerini tam olarak benimseyemediklerinde, örgüt içerisinde iletişim sorunları yaşandığında, resmi olmayan iletişimin yaygın olduğu durumlarda stres ortaya çıkmaktadır. Ast-üst ilişkisinin çok katı olduğu örgütlerde çalışanlar stresin daha fazla etkisi altında kalmaktadırlar. Aynı zamanda çalışanlar performanslarının değerlendirilmesi ve takdir edilme beklentisi içerisindeyler. Çalışanlar, kendilerine yönelik geri bildirim alamadıklarında strese daha fazla maruz kalmaktadırlar (Ivancevich ve Matteson, 2002, s.: 63).

Stresin ortaya çıkmasına örgüt kültürüne ait nedenlerden başka fiziksel nedenlerde katkıda bulunmaktadır. Aydınlatma, sıcaklık, gürültü, titreşim, hava koşulları gibi birçok etken bireyin sağlığını doğrudan etkilemektedir. Çalışma ortamındaki fiziksel koşulların iyileştirilmesi, çalışanın moralini yükseltmekte ve uyumunu kolaylaştırmaktadır. İyi tasarlanmış sistemler, çalışanın stresle daha güçlü olarak baş edebilmesine olanak sağlamaktadır (İncir, 1993, s.: 59-84).

İş yükünün çok fazla olması ya da işi yapması istenen çalışanın gerekli niteliklere sahip olmaması sonucu da stres ortaya çıkmaktadır. Benzer biçimde az iş yükü de sorunlara neden olabilmektedir. Sürekli aynı işlerin

yapıldığı ya da yapılacak fazla işin olmadığı ortamlarda çalışanlar, gerilim duygusuna kapılabilirler. İş yükü sonucu oluşan işten memnun olmama durumu, bireylerde önemli ölçüde sağlık sorunlarına neden olmaktadır (İncir, 1993, s.: 59-84).

Örgütlerde genellikle çalışma saatlerinin uzunluğu, işlerin belirlenen zamanda yetişmesi zorunluluğu ve yoğun iş yükü, tükenmişliğe neden olabilmektedir. Birden fazla işin baskısı altında kalan bireyler tükenmişliğe daha yatkın hale gelmektedir (Baltaş ve Baltaş, 1996, s.: 49).

Bireyler, örgütte hangi rollere sahip olduklarını bilmedikleri takdirde oluşan karmaşadan dolayı tükenmişliğe yatkın hale gelmektedirler. Beklentilerin gerçekleşmemesi, işin öneminin farkında olmamak ve işin sonuçlarını bilmemek gibi durumlar bireyde gerginliğe ve işe karşı isteksizliğe neden olmaktadır. (Baltaş ve Baltaş, 1996, s.: 50).

Bireyin işi ile bağlantılı olarak bir üst konuma yerleşmek istemesi, doğal bir durumdur. Ancak işin yapısındaki gelişimler ve değişimler, örgüt yapısı gibi etkenler bunu engellediğinde birey, iş yaşamından beklentilerini yavaşlatır ve işini bir zorunluluk olarak görmeye başlar (İncir, 1993, s.: 59-84).

1.4.2 Bireysel Stres Faktörleri: Bireylerin kişilik yapıları ve iş yaşamı dışındaki yaşantılar, bireysel stres kaynaklarını oluşturmaktadır. Özel yaşamında mutlu yaşayan ve olumlu ilişkileri olan bireyler stresin etkilerine daha az maruz kalmaktadırlar. Stres yaratıcı olaylar farklı kişilik tiplerinde değişik etkiler yaratmaktadır.

A tipi kişilik için trafikte beklemek, çalışırken rahatsız edilmek gibi basit sayılabilecek bir olay stres kaynağı oluşturabilmektedir. Aynı türden olaylarda B tipi kişilikler daha az düzeyde etkilenmektedir. A tipi kişilikteki insanlar

rekabetçi, ihtiraslı, yoğun istekleri bulunan ve zamana karşı yarışan insanlardır. Birey kendini sürekli bir mücadelenin içine sokmaktadır. Hedefe bir an önce ulaşmak istemektedir. Bunun aksine B tipi kişilikler daha rahat ve daha sakin yapıda bireylerdir. Kimi bireylerde yüksek stres ortamında olsalar bile önemli sağlık sorunları ortaya çıkmadığı görülmektedir. (Bilek, 2001, s.: 17).

1.5. Stres Belirtileri: Stres gelişimini belirlemeyi kolaylaştıran faktörler;

- 1- Baş ağrısı, sırt ağrıları, diş gıcırdatma
- 2- Kabızlık, ishal, döküntü, kas ağrıları
- 3- Hazımsızlık ve ülser, yüksek tansiyon ve kalp krizi
- 4- Aşırı terleme, iştahta değişiklik
- 5- Yorgunluk ve enerji kaybı
- 6- Kazalarda artış, kaygı, endişe ve depresyon, ruhsal bunalım
- 7- Aşırı duyarlılık ve sinirlilik, duygusal tükenmişlik hissi
- 8- Konsantrasyon güçlüğü, unutkanlık, zihin karmaşası,
- 9- İş kalitesinde düşüş, yanlışların çoğalması
- 10-Karar vermede güçlük
- 11-Değersizlik, yetersizlik, güvensizlik ve terkedilmişlik duyguları
- 12-Davranış biçiminde değişiklikler, sigara ve içki içme eğiliminde artış
- 13-Kişisel hata ve başarısızlık kaygısı, dalgınlık ve sık hayal kurmak
- 14-İnsanlarda yanlış aramak ve rencide etmek
- 15-Gereğinden fazla savunmacı tutum
- 16-Göreve geç gelme ya da devamsızlık, işinden tatmin olmamak
- 17-İnsanlara karşı aşırı güven ya da güvensizlik duygusu olarak sıralanabilir (Hisli, 1995, s.:8-21).

1.6. Stresin Sonuçları: Bireysel olarak kaygı, depresyon, hastalık sayısı ve şiddetinde artma, hastalıklara dirençte azalma, kalp rahatsızlıkları, yüksek

tansiyon gibi belirtiler ortaya çıkarken, örgütsel olarak işe geç gelme, iş tatminsizliği ve iş kazaları gibi olumsuz sonuçlar ortaya çıkmaktadır (Pehlivan, 2000).

1.7. Stresin Önlenmesi: Stresin önlenmesi amacıyla hem bireysel hem de örgütsel bağlamda alınabilecek önlemler bulunmaktadır.

Bireysel yöntemlerde ortak amaç bireysel alışkanlıkların, fiziksel, davranışsal ve psikolojik durumun denetim altına alınması ve karşı önlemler olarak stresin etkisinin ortadan kaldırılmasıdır (Pehlivan, 2000, s.: 16). Bireysel olarak kullanılabilecek yöntemler aşağıdaki biçimde sıralanabilir;

- a- Kişilik özelliklerinin değiştirilmesi
- b- Egzersiz ve spor
- c- Solunum egzersizi
- d- Meditasyon
- e- Biyolojik Dönüt
- f- Gevşeme
- g- Beslenme düzeni
- h- Sosyal destek
- i- Zaman yönetimi (Pehlivan, 2000, s.: 17).

Örgütsel stresin ortadan kaldırılması amacıyla örgütlerin kullanabileceği kimi teknikler bulunmaktadır. Bu teknikler aşağıdaki biçimde sıralanabilir.

- a- Bireyin örgüte uyumu
- b- Çatışma yönetimi
- c- Stres Yönetim programları
- d- Katılımcılığın desteklenmesi
- e- Rol Karışıklığının giderilmesi
- f- Kariyer olanağı sağlanması

- g- Çalışma ortamının uygunluğunun sağlanması (Ivancevich ve Matteson, 2002, s.: 67).

1.8. Tükenmişlik Modelleri

Bireylerin strese dayanma gücündeki farklılıklar ve insan davranışlarını tanımlama ve sınıflandırmadaki güçlükler nedeniyle, tükenmişliğin doğasını, nedenlerini ve ortaya çıkma sürecini açıklamak üzere değişik modeller önerilmiştir. Bunlar;

1.8.1. Cherniss Modeli :

Cherniss modeline göre tükenmişlik, zaman içerisinde ortaya çıkan bir durumdur. Belirli mesleki özelliklerle işe giren birey kendisinden çok daha farklı istekleri bulunan bireylerle etkileşim içindedir. Bu etkileşim sürecinde yaşanan sorunlar ya da aksaklıklar değişik derecelerde yaşanan stres kaynaklarına neden olmaktadır. Bireyler bu stres kaynaklarıyla farklı biçimlerde baş etmektedirler. Kimileri sorunu etkin olarak çözme yoluna giderken, kimileri de olumsuz tutumlarını değiştirerek sorunla baş etmeyi yeğlemektedirler. Stresle karşılaştığında birey, stresle başa çıkmak için, ilk olarak stres kaynağını ortadan kaldırmayı seçmektedir. Eğer başarılı olamazsa başa çıkma tekniklerine başvurarak rahatlama yoluna gider. Eğer yine başarılı olamazsa, bu kez duygusal yükünü azaltmak için, işi ile olan psikolojik ilişkisini kesmektedir. Stresle başa çıkma teknikleri var olan olumsuz durumun iyileştirilmesinde etkili olmuşsa, bireyde olumlu davranış değişiklikleri ortaya çıkar. Bu teknikler etkili olmamışsa, olumsuz tutum değişiklikleri görülmektedir (Richardsen ve Burke, 1995, s.: 32-33).

1.8.2. Golembiewski Modeli

Golembiewski ve arkadaşları, Maslach Tükenmişlik Ölçeğinin alt boyutlarını kullanmışlardır. Tükenmişlik süreci, çalışanların ölçekten aldığı puanların; dağılımı yüksek ve düşük olmak üzere ortalamadan ikiye bölünmesi yoluyla elde edilen sekiz aşamada incelenmiştir. Teorik dayanaklı bir sıralama içinde düzenlenen aşamalardaki puanların çeşitli karışımları sınıflandırılmış ve farklı tükenmişlik düzeyleri belirtilmiştir. Böylece modelin üç alt boyutu geleneksel kullanımdan farklılaştırılmıştır. Bu durum kuramsal bir farklılık ortaya çıkarmıştır. (Richardsen ve Burke, 1995, s.: 34).

Golembiewski modelinde, bireyler düşük aşamalardan daha ileri aşamalara gittikçe olumsuz iş deneyimleri ve sonuçlarını daha fazla yaşamaktadırlar (Lee ve Ashforth, 1993, s.: 4).

İvegen ve süregen olmak üzere incelenen tükenmişlik; şiddetli strese karşı ani bir patlama olarak ortaya çıkmaktadır. Süregen tükenmişlik iş ortamından kaynaklanırken, ivegen tükenmişlik daha çok sevilen kişinin ölümü gibi kişisel travmalardan kaynaklanmaktadır (Golembiewski ve ark., 1996, s.: 8).

Modele göre tükenmişlikte, başlangıçta düşük olan duygusal tükenmişlik, duyarsızlaşma ve kişisel başarının ilerleyen aşamalarda yavaş yavaş arttığı görülmektedir. Süregen tükenmişlikte ise, başlangıçta düşük olan duyarsızlaşma ve kişisel başarı iniş çıkışlar göstererek yükselmektedir. Bu durum zamanla duygusal tükenmişliğin artmasına neden olmaktadır.

1.8.3. Leiter Modeli:

Leiter'in tükenmişlik modeli iki koşula dayanmaktadır. Maslach tükenmişlik ölçeğiyle tanımlanan tükenmişliğin üç boyutu, "iş saatleri

dışındaki diğer zamanları da etkiler” düşüncesi, birinci koşulu oluşturmaktadır. İkinci koşul ise, “üç boyutun çevresel koşullar ve farklı kişilik özellikleri nedeniyle farklı ilişkilere sahip olduğu” düşüncesinden meydana gelmektedir.

Model, tükenmişliğin odak noktası olan duygusal tükenmişlik üzerine kuruludur. Çalışanlar, işte var olan stres kaynakları ve isteklere daha duyarlı olduğundan, öncelikle duygusal tükenmişliğin geliştiği varsayılmaktadır. Modele göre çalışanlar, tükenmişlik duygusuyla hizmet verdiği kişilere karşı duyarsızlaşma yoluyla sorunlarla baş etme yöntemini seçmektedirler. Duyarsızlaşma, çalışanların iş ortamındaki ilişkilerinde kişisel yeterliliklerini kaybetmelerine ve tükenmişlik durumuna neden olan başarı duygularının azalmasına neden olmaktadır (Leiter, 1991, s.: 124). Temel stres kaynakları olarak, iş yükü ve işyerindeki kişilerle olan çatışmalar belirtilmiştir. Duyarsızlaşma, başarı ve duygusal tükenmişlik üzerinde etkisi olan diğer sonuçları etkilemektedir. (Leiter, 1991, s.: 125).

Leiter, bireysel istekler ile örgütsel sınırlılıklar arasındaki çatışmaların çok önemli olduğunu belirtmektedir. Modele göre; çalışanlardaki tükenmişlik, iş ile ilgili stres kaynaklarına karşı duyarsız kalmakla artmaktadır. Bunun temel nedenleri ise; örgütlerdeki iş yükü, sıradanlık, çalışan-yönetici çatışmaları, müşteriler ile yaşanan ilişkiler, özerklik ve karar verme eksikliği gibi durumlardır. Bu modelde, örgütsel ve bireysel girişimler birlikte ele alındığı takdirde, tükenmişliği önlemenin ve hafifletmenin olanaklı bulunduğu belirtilmektedir. (Leiter, 1991, s.: 125).

1.8.4. Pines Modeli:

Pines tükenmişliği bedensel, duygusal ve zihinsel açıdan ele almaktadır. Süregen yorgunluk, enerji azalması, çaresizlik, umutsuzluk ve hayal kırıklığı tükenmişliğin nedenleri arasındadır.

Pines (1993), tükenmişliğin temelinde bireyi sürekli baskı altında tutan iş ortamının bulunduğunu ileri sürmektedir. Duygusal baskı uzun sürdüğü takdirde bireyler stres, yabancılaşma, depresyon, yorgunluk ve benzeri duyguları daha aşırı yaşamaktadır.

Pines, iş ortamının bireyi tümüyle engellemediği gibi yeterince de güdülemediğini belirtmektedir. Bireysel özelliklerin bireyin tükenmişlik düzeyi ile ilintili olduğunu vurgulamaktadır.

1.8.5. Gaines ve Jermier Modeli:

Bu modelde de duygusal tükenmişlik, sürecin odak noktasında yer almaktadır. Duygusal tükenmişlik, yorgunlukla benzer olmasına karşın, devamlılık gösterdiğinden dolayı süregen yorgunluk olarak adlandırılabilir. Bireyler tarafından bu süregen yorgunluk normal olarak algılanmaktadır. Çalışan, kendini işin gereklerinin yerine getirilmesinde bireysel olarak yetersiz hissetmektedir.

1.8.6. Perlman ve Hartman Yaklaşımı:

Perlman ve Hartman'a (1982) göre tükenmişliğin üç boyutu, stresin üç temel belirti sınıflandırmasını yansıtmaktadır.

1. Fiziksel tükenme
2. Duygusal tükenme
3. Duyarsızlaşma ve iş veriminde düşme

Perlman ve Hartman, bireysel özelliklerin örgütsel ve sosyal çevrenin tükenmenin etkileri ve algılanmasında önemli olduğunu belirtmişlerdir.

1.8.7. Maslach Yaklaşımı

Tükenmişlik araştırmalarının Freudenberger ile birlikte en önemli öncülerinden biri sayılan Christina Maslach; tükenmişliğin yalnızca yorgunluk, yıpranma ve iş doyumsuzluğundan kaynaklanmadığını; fiziksel bitkinlik, süregen yorgunluk, çaresizlik ve ümitsizlik, olumsuz kişilik algılaması, işe, aileye ve çevreye karşı olumsuz tutumlar içeren fiziksel, duygusal ve zihinsel bir sendrom olduğunu bildirmektedir (Maslach ve Jackson, 1981, s.: 104).

Maslach tükenmişliği üç boyutta incelemektedir.

1. **Duygusal tükenme:** Tükenmişlik sendromunun ilk aşamasıdır. Bireyin yapılan işe uzun süre maruz kalması sonucunda ortaya çıkmaktadır. İnsanlarla birebir ilişkinin daha çok olduğu meslek gruplarında sıklıkla görülmektedir. Duygusal Tükenme; bilişsel, duyuşsal ve fiziksel yorgunluk ile birlikte ortaya çıkan enerji yoksunluğu ve duygusal kaynakların bitmesini nitelemektedir (Demerouti ve ark., 2005, s.: 187).
2. **Duyarsızlaşma:** Bireyin insanlara karşı katı ve ilgisiz tutumlar göstermesiyle karakterizedir. Duygusal tükenme içerisinde olan birey, iletişim kurduğu bireylerin sorunlarını çözemediği takdirde, duyarsızlaşmayı sorunlardan kaçma yolu olarak kullanmaktadır.
3. **Kişisel başarı:** Zamanla sorunlarla başa çıkamayan birey, önceleri başkalarına yüklediği olumsuz tutum ve davranışları artık kendine yüklemeye başlar. Kendini, karşısına çıkan sorunların çözümünde yetersiz olarak hissetmeye başlar. Bireyin duygusal olarak tükenmesi ve duyarsızlaşması sonucunda iş yaşamında başarılı olma ve iş için yeterli olma hissinin azalması ile karakterize bir durumdur (Maslach ve Jackson, 1984, s.: 133).

1.9. Tükenmişliğin Oluşumu:

Tükenmişliğin oluşumu çeşitli evrelerden meydana gelmektedir. Edelwich ve Brodsky (1989) bu evreleri şöyle sıralamıştır;

1.9.1. Şevk ve Coşku Dönemi: Birey; işi ile ilgili gerçekçi olmayan beklentilere sahiptir. Bireyin, kimi eylemlerde bulunma isteğiyle dolu olduğu dönemdir. Yüksek bir güdülenmeye sahiptir. Kendisini işiyle özdeşleştirmiş bir durumdadır. Birey kariyer beklentisi içerisindeyken, karşılaştığı engeller ve sorunlar, durgunluk aşamasına girmesine neden olur. Bireysel hayal kırıklığını ve eksikliklerini kapatmak için işine aşırı yatırım yapmaktadır. Genellikle işe yeni başlanılan dönemlerde ortaya çıkar.

1.9.2. Durgunluk Dönemi: Birey, işinin hayal ettiği gibi olmadığını fark etmeye başlar ve iş doyumu azalmaya başlar. İş yavaşlatma, işe olabildiğince geç gitme gibi düşünceler ortaya çıkar. Birey iş dışındaki uğraşlara daha çok ağırlık vermeye başlar. Bu aşama “yolun sonuna gelme”, “son”, “ölüm” ve “tünelin sonunda ışık görememe” olarak belirtilmektedir.

1.9.3. Hayal Kırıklığı (Engellenme) Dönemi: Birey, hayal kırıklığı yaşar ve işinin sınırlarını fark eder. Yeterli sorumluluk ve karar verme yetkisi bulunmayan birey, üstleri tarafından takdir edilmediği duygusuna kapılır ve kendisinin gerçekten işe yarar bir şey ortaya koyamadığına inanmaya başlar. Amaçlarının engellenmesi bireylerin beklentilerini gerçekleştirememesine yol açar. Birey işini en iyi biçimde yapabilmesi için gösterdiği çabaların engellendiğini düşünür. Kendinin ne denli yeterli olduğunu ve bu işte neden kalması gerektiğini sorgulamaya başlar. Bu dönemde arkadaşlarından, ailesinden ve yakın çevresinden uzaklaşmaya başlar. Bu süreç sonunda “apati” dönemi ortaya çıkmaktadır.

1.9.4. Apati Dönemi: Hayal kırıklıklarının süregenleşmesi sonucu geliştirilen bir savunmadır. Yüksek düzeyde kayıtsızlık, her nesne ve olgudan yakınma, çekişme gibi durumlar ile karakterizedir. Hayal kırıklığının herhangi bir döneminde gelişen tükenmişlik bireyin kişiliği üzerinde etki bırakır. İlgisizlik ve duyarsızlık bireyin kişiliğine yansır. Birey işini yalnızca para kazanmak ve geçinmek zorunda olduğu için sürdürdüğünü açıkça belli etmektedir. Birey olaylara karşı teslim olmuş durumdadır. Hayal kırıklığını, sürekli olan bir olgu olarak görür. Eğer kişinin yaşamı memnun edici ise hayal kırıklığına karşın doğal biçimiyle yaşantısına devam edebilir.

1.10. Tükenmişliğin Nedenleri:

Tükenmişliğin çeşitli şekillerde sınıflandırılabilen değişik nedenleri vardır (Aslan, 1996, s.: 39-45).

1.10.1. Hasta ile Temastan Kaynaklanan Nedenler (Ergin, 1992, s.: 142-152).

1.10.1.1. Soruna Odaklanmak: Sağlık çalışanları yardım ettikleri hastaları iyileştikten sonra yeniden görememeleri durumunda bu kişilerin geleceği hakkında olumsuz beklenti geliştirebilirler.

1.10.1.2. Olumlu Geri Bildirim Azlığı: Tüm insanlar diğer insanlar için bir şeyler yaptıklarında, bunun ne denli iyi olduğunu duymak isterler. Bu geribildirim yalnızca iyi iş yapıldığını değil, aynı zamanda harcanan emeğin takdir edildiğinin bilinmesini sağlar. Sağlık çalışanları da aynı gereksinimi hissederler, ancak genelde bu geri bildirim yoktur ya da olumsuz bir biçimdedir. Eğer işler kötü gidiyorsa mutlaka bir şeyler duyarlar. Yeterince

yardım etmemekle suçlanırlar. Her zaman nedeni kendileri olmasa bile güçlü tepkilerle karşılaşabilirler.

1.10.1.3. Duygusal Stres Düzeyi: Hastalarla kurulan ilişkide üzücü, depresif, acı veren yönler var ise, sağlık çalışanı hastalarla ilgili daha olumsuz bir algılama geliştirir.

1.10.1.4. Değişme ya da İlerleme Olanağı: Sağlık personeli, hastaların yaşantısında hissedilebilir değişiklik yaratabilmek amacıyla hastaya elinden gelen her şeyi sunmaktadır. Çalışan, başarısızlık ya da yararsızlık duygularını örtmek için sorunlu insanları doğuştan kusurlu, değişmek için isteksiz, kötü ya da zayıf olarak görebilir. Bunun dışında sağlık çalışanının çoğunlukla yardım edeceği kişiyi seçme hakkı yoktur.

1.10.2. Diğer Nedenler:

İlerleyici ve süregen bir durum olan tükenmişlikte ilk 2 yıl çok önemlidir. Tükenmişlik içinde bulunan birey bu dönemde mesleğini bırakabilir. Tükenmişlik, insana yönelik işlerde çalışan herkeste meydana gelebilir.

1.10.2.1. Örgütsel Nedenler: Tükenmişliğe neden olan örgütsel etkenler aşağıdaki biçimde sıralanabilir;

İş yükü: Tükenmişliğe neden olan çalışma ortamlarının ortak özelliği, iş yükünün fazla olmasıdır. Yapılacak işler karşısında elde bulunan personel sayısı azdır. Çalışanlar işleri çok sayıda hastaya daha az zaman harcayarak yapmaya çalışırlar. Sağlık çalışanı bu yükü; hasta ile daha az zaman geçirmek, daha az hizmet sağlamak ve gerekli izlemleri yapmama yoluyla

azaltmaya çalışmaktadır. Bu da hastaların sorunlarına daha az çözüm bulunması demektir. Bu iş yükü karşısında geri çekilmenin bir başka belirtisi de yetersiz iştir. Bu durum dayanma gücünü, yeterliliği, memnuniyet ve yaratıcılığı azaltır (Dormann ve Zapf., 2002, s.:33).

Denetim eksikliği: Sağlık çalışanı verdiği hizmet üzerinde denetim sağlayamıyorsa, tükenmişlik düzeyi yüksektir. Bu kontrol eksikliği, üstlerin ne yapılacağı, ne zaman ve nasıl yapılacağını kesin olarak söylemelerinden kaynaklanır. Eğer çalışana yapabileceğinden daha çok sorumluluk verilmişse ya da bu stresli ortamdan uzaklaşma fırsatı verilmiyorsa, o zaman denetim eksikliği duygusu ortaya çıkar. Çalışan kararlarda söz sahibi olmadığı için bu duyguyu yaşamaktadır. Edewich ve Brodsky (1989) hayal kırıklığı yaşamının enerji ve ideallerin kaybına neden olabileceğini belirtmişlerdir.

Çalışma arkadaşları: Çalışma arkadaşları ve yöneticiler de çalışma yaşamında yer alan öğelerdir. Çalışma arkadaşlarıyla sorun yaşamak tükenmişliğe iki türlü neden olur. Birincisi, iş arkadaşlarının başka bir duygusal stres kaynağı olmalarıdır. İkincisi ise bu çalışma arkadaşları bireyi tükenmişlikle mücadele edebileceği kaynaklardan ve tükenmişliğin engellenmesinden yoksun bırakabilirler. Meslek arkadaşlarıyla olan destekleyici ilişkiler, tükenmişliğin engellenmesinde yardımcıdır.

Kurumun plan ve politikaları: Her kurumun kendine özgü başarılı olma kavramı vardır. Bu amaçlar, çalışan ile yönetim arasında sorun yaratabilir. Çalışanı sınırlandırmayı istemediği işleri yapmaya zorlayabilir.

Örgütsel yönetimin zayıf olması tükenmişliği oluşturabilir. Eğer amaçlar açık değilse, çalışanların rolleri ve sınırları iyi belirlenmemişse, bürokratik işlemler ön planda ise, yönetim ve çalışan iletişimi destekleyici ve açık değilse, o zaman iyi hizmet, tedavi ve bakım vermek güçleşir. Her örgütte ödenek yetersizliği, yetki karmaşası, kötü yönetim gibi tükenmişliğe neden

olabilecek etkenler vardır. Bürokratik işlemlerin çalışanlar üzerinde olumsuz etkileri bulunmaktadır ve çalışanlar kendini bağımsız olarak hissetmezler (Cherniss, 1989, s.: 13).

1.10.2.2. Bireysel Nedenler (Gözüm, 1996, s.: 4-21).

Bireyin içinde bulunduğu çevrenin yanı sıra, ortama getirdikleri de tükenmişlikte önemli rol oynar. Bireyin aile çevresi, güdülenmesi, gereksinimleri, değerleri, ruhsal durumu gibi bireysel özellikler önemlidir. Bu özellikler dışsal uyaranların nasıl bir duygusal stres haline geldiğini ve bir bireyin iş yerinde tükenmişlik yaşarken, diğer bir bireyin aynı iş yerinde neden tükenmişlik yaşamadığını açıklar.

Cinsiyet: Kadın ve erkekler tükenmişlik sendromunda birbirine benzer bir deneyim yaşarlar, ancak kimi farklılıklar da vardır. Kadınlar duygusal tükenmeye daha yatkındırlar ve bunu erkeklerden daha yoğun yaşarlar. Erkekler ise duyarsızlaşmaya yatkındır ve birlikte çalıştıkları insanlara karşı daha katıdırlar.

Yaş: Tükenmişlik ile yaş arasında açık bir ilişki vardır. Genç ve deneyimsiz olanlarda tükenmişlik daha yüksektir (Maslach, 1976, s.: 21). İşe yeni başlayanlar; işin getirdiği roller ve sorumluluklarla karşı karşıya kalmaktadırlar. Bu da tükenmişlik için risktir. Aynı biçimde 30 yaşından daha genç olanların da riskli grup olduğu belirtilmektedir.

Medeni Durum: Tükenmişliğin medeni durum ile de ilişkisi bulunmaktadır. Tükenmişlik sendromunu daha çok bekarlar yaşarken, evliler ise en az tükenmişlik yaşayan gruptur. Maslach ve Jackson (1996) tükenmişliğin genç ve bekarlarda daha yüksek olduğunu belirtmişlerdir.

Öğrenim: Öğrenim düzeyi ile tükenmişlik arasındaki ilişki çok açık değildir. Tükenmişliğin en fazla bulunduğu grup lisans mezunlarıdır. Bu grupta duyarsızlaşma yüksek ve kişisel başarı puanları düşüktür. DT'ye eğilim fazladır. Daha fazla eğitim alan kişilerin yaşamlarında yapmak istedikleri ve beklentileri daha çoktur. Fazla idealist ve daha büyük amaçlara sahip olabilirler. Bununla birlikte işteki rolleri için hazır değildirler. Gerçeklik ve idealleri arasındaki bu çatışma hayal kırıklığı ve tükenmişlikle sonuçlanabilir.

Kişilik: Bireyin kişilik yapısı, sorunlarla başa çıkma yolları, denetim biçimi, duygularını gösterebilme düzeyi gibi özellikleri ile ilgili tüm yönlerin tükenmişlik için önemi bulunmaktadır. Tükenmişliğe eğilimi olanlar; insanlarla ilgilenmede zayıf ve girişken olmayan, sessiz, kaygılı, yardım ilişkisinde zorlukları olan, ilişkilerinde sınırları koyamayan insanlardır. Bu durumdaki insanlarda DT olasılığı yüksektir (Maslach, 1976, s.: 16-22).

Kendini Gerçekleştirme: Eğer bireyin kendine olan saygısı az ise, iyi işler yapacağına ilişkin güveni yoktur. Kendilik değeri düşük olanlar engelleri gözünde büyütür. Engellerle mücadele etmekten çabuk vazgeçerler. Birey başarılarının değil, başarısızlıklarının üzerine odaklanır. Tükenmişlik açısından bireyin kendini ne denli tanıdığı önemlidir. Birey yeteneklerini, eğilimlerini, zayıf ve güçlü yönlerini, kapasitesini ve sınırlarını bilmiyorsa, tükenmişliğe daha yatkındır.

Bireysel Gereksinimler: Bireylerin sevilme, saygı görmek ve beğenilmek gibi psikolojik gereksinimlerinin karşılanma düzeyinin tükenmişlikle bire bir ilişkisi bulunmaktadır. Başkası tarafından sevilme ve onay görme gereksinimi tükenmişlikte önemli bir yer tutar. Başarı gereksinimi herkesi daha iyisini yapmaya güdüler. Amaçlar açıkça belirtilmemişse ve gerçekçi olmayan beklentiler varsa, bireyin kayıplara uğraması olasıdır. Cherniss (1993) çalışanları gerçekçi olmayan, hırslı beklentiler konusunda uyarmaktadır. Herkesi ve her olayı denetleme isteği olan bireyler tükenmişliğe daha yatkındırlar.

Empati: Birinin sorunlarını anlamak ve olayları onun açısından görebilmek, iyi hizmet ve bakım sağlamada önemlidir. Bununla birlikte birinin duygusal sorunlarını kendininki gibi yaşamak DT'ye eğilimi artırır.

1.11. Tükenmişliğin Etkileri: (Friesen ve Sarros, 1989, s.: 179-188).

Tükenmişlik ortaya çıktığında çalışana, kuruma ve hastaya birlikte zarar vermektedir. Tükenmiş bir birey; sağlık sorunlarına, psikolojik incinmeye, kişisel başarı hissinde düşme ve iş ile ilgili memnuniyetsizlik geliştirmeye eğilimlidir. Duygusal tükenmeye fiziksel tükenmede eşlik edebilir. Yorgunluk, halsizlik yakınmaları vardır. Sabahları kalkmak ve yeni bir günü karşılamak güç gelir. Hastalara karşı olumsuz düşünmeye başlar. Kolay sinirlenme durumu vardır. Zayıflık duygusunu örtmek amacıyla kendini gizler. Tükenmişlikte gözlenebilen en büyük değişiklik çalışanın iş performansındadır. İş kalitesi düşer, güdülenme azalır. İş yükü ile doğru orantılı olarak tükenmişlikte de artış olur. Tedavi edilecek hastaya nesne gibi yaklaşılır. İnsan yerine sorunu tedavi etmek eğilimi vardır. Hastanın insani gereksinimleri göz ardı edilir. Sert ve katı davranışlar sergilenir.

Hastaya karşı takınılan bu olumsuz tutum verilen hizmetin kalitesini düşürerek hastaya zarar verir. Bu durumda örgüt çalışandan tam verim alamadığı için kendisi de zarar görür. Tükenmişlik yaşayan kişi ailesine ve yakın çevresine de zarar verir. Artan kavga ve sorunlar aile içinde çatışmalara neden olabilir.

1.11.1. Örgütsel Etkiler: Tükenmişlik sendromunun ortaya çıkardığı örgütsel etkilere bakıldığında şöyle bir tablo ile karşılaşılır;

- Hizmet kalitesinde düşme,
- İşe devamsızlık,

- Düşük performans,
- Bıkkınlık,
- İşi bırakma isteğinde artış,
- Hırsızlık olayları,
- İşin savsaklanması,
- Tıbbi yanışların artması,
- Hasta ve yakınlarının personel yakınmalarının artması,
- Hastanın sağlığının olumsuz etkilenmesi,
- Personel döngüsünde artış (Hingley, 1986, s.:9-27).

1.11.2. Bireysel Etkiler: Tükenmişlik sendromunun bireysel düzeyde yarattığı etkiler şunlardır;

- Hipertansiyon,
- Taşikardi,
- Ülser, mide rahatsızlıkları,
- Kolesterolde artış,
- Soğuk algınlığı ve yorgunluk,
- Fiziksel ve psikosomatik semptomlar,
- Mutsuzluk,
- Öz saygı ve güvenin azalması,
- İş doyumsuzluğu,
- Unutkanlık ve alınganlık,
- Depresyon ve anksiyete,
- Ajitasyon ve iletişim başarısızlıkları,
- Kararsızlık,
- Aile kaynaklı sorunların ortaya çıkması.

1.12. Tükenmişliğin Tedavisi ve Engellenmesi

Cherniss (1993) tükenmişliğe yapılacak girişimlerde iş yeri özelliklerinin değiştirilmesini ön planda tutmaktadır. Bireysel karakteri ve kariyer beklentilerini değiştirmenin daha yumuşak yöntemler olduğunu belirtmektedir. İşe yeni başlayan birinin tükenmişliğini azaltmak için uyum eğitimi, deneyimli çalışanların gözlemlerine başvurmak, gözetim, iş yükünün aşamalı olarak artırılması gibi girişimlerde bulunulabilir. Latack (1997) iş yükünün daha denetlenebilir biçime getirilmesini, görev dağılımının yeniden oluşturulmasını, kişiler arası çatışmaların giderilmesini önermektedir.

Baumeister ve ark. (1984) yaptıkları bir çalışmada çözüm olarak; çalışanların yeterliliğini tanımlamak, personel seçimini özenle yapmak, çalışanlara gelişme olanağı sağlamak, iş yükünün azaltılması, gerçekçi amaçlar belirlemek, alınan kararlara katılımın sağlanması, iletişimin artırılması gibi öneriler ortaya koymuşlardır.

1.13. Tükenmişliği Önleme Yolları: Tükenmişlik sendromunun önlenmesi amacıyla bireysel ve örgütsel düzeyde alınabilecek önlemler aşağıdaki biçimde sıralanabilir.

1.13.1. Bireysel Önlemler: Tükenmişliğin önlenmesinde bireyin kendi sorumluluklarının önemli bir yer tuttuğu bilinmektedir. Tükenmişlik daha çok bireyin bireysel tutumlarıyla ilgili olduğundan, bireye yönelik önlemler tükenmişliğin engellenmesinde önemli bir yere sahiptir. Bireylerin beklentilerini ve amaçlarını gerçekleştirdiklerinde hayal kırıklığı yaşamadıkları gözlemlenmiştir. Çalışanlar yöneticiler tarafından desteklenmeli, hedeflerine ulaşabilmeleri için desteklenmelidir. Birey dışa dönük etkin bir yaşam içerisinde yer almalıdır. Çalışanın iş yaşamı ile özel yaşamı ayırt edebilme

yeteneği ile tükenmişlik arasında ciddi bir ilişki vardır. Birey kendini kanıtlamayı, duygularını tartmayı ve deneyimlerini paylaşmayı öğrenmelidir (Kızılkaya, 1999, s.: 21). Bireysel önlemler aşağıdaki biçimde özetlenebilir;

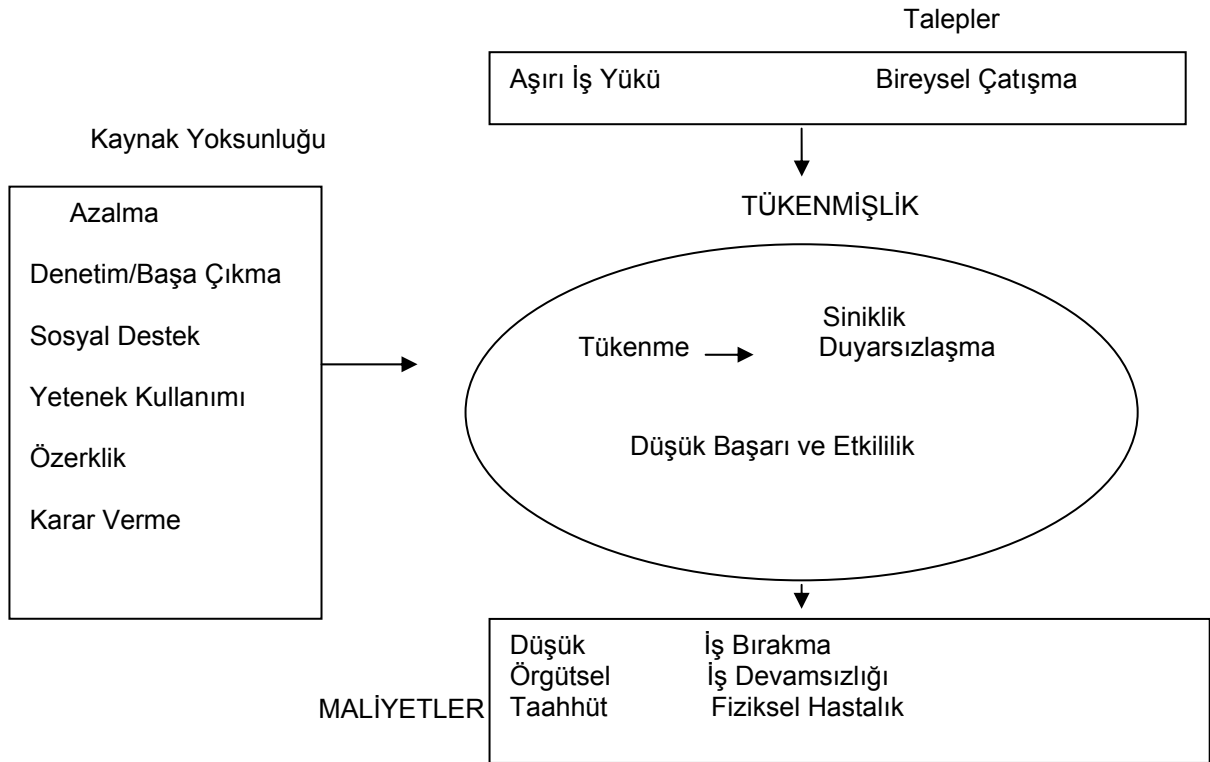
- Bireyin istediği meslekte çalışması,
- Takdir etme,
- Girişimcilik becerisi kazanma,
- İşteki sorunu iş ortamında bırakma,
- Ailevi destek sağlama,
- Özel yaşama önem verme,
- Bireyin kendisine gerçekleştirilebilir hedefler koyması,
- İşine ait olumlu bakış açısı geliştirme,
- Kendini tanıma becerisi geliştirme,
- Tatil ve dinlenmeye zaman ayırma,
- Olanaklıysa iş değiştirme.

1.13.2. Örgütsel Önlemler: Örgüt yönetimi tükenmişlik sendromunun engellenmesinde aşağıdaki önlemleri almalıdır;

- Sağlık çalışanlarından kapasitesinin üzerinde çalışması istenmemelidir.
- Personel dönüşümü sağlanmalıdır.
- Deneyimli personelden, yeni personelin uyum sürecinde yararlanılmalıdır.
- Yeni başlayan çalışan için uyum eğitimleri verilmelidir.
- Çalışanların kişilik özelliklerine saygı gösterilmelidir.
- Çalışanlara ilerleme olanağı sağlanmalıdır.
- Çalışanlar ile iletişim ortamı oluşturulmalıdır.
- Kişiler arası iletişimdeki çatışmalar engellenmelidir.
- İş ortamında, işi engelleyecek nedenler ortadan kaldırılmalıdır.

- Çalışanlara sosyal destek sağlanmalıdır.
- Tükenmişlik sendromunun engellenmesi amacıyla eğitim programları düzenlenmelidir.
- Katılımcılık artırılmalıdır. (Koeski ve Kirk, 1993, s.: 319).

Maslach; aşağıdaki modelde nitelediği sorunların çözümü amacıyla modelin tam zıttı olan başka bir model önermiştir. Önerdiği modelde tükenme yerine “yüksek enerji”, duyarsızlaşma yerine “güçlü ilgi”, kişisel başarıda düşme yerine “etkililik duygusunun yerleştirilmesi”nin tükenmişliğin engellenmesinde etkili olacağını belirtmiştir (Maslach ve Goldberg, 1998, s.: 65). Bu yaklaşım çok boyutlu (multi-dimensional) yaklaşım olarak da nitelendirilmektedir.



Şekil 1.1. Genel Tükenmişlik Modeli (Maslach ve Goldberg, 1998, s.: 65)

1.14. Araştırmanın Amacı

Bu araştırmanın genel amacı; Ankara İl Merkezindeki hastanelerde çalışan yönetici ve sağlık personelinin tükenmişlik durumlarının değerlendirilmesidir.

Bu genel amaç çerçevesinde aşağıdaki sorulara yanıt aranacaktır;

- Hastane yöneticisi ve sağlık personelinin tükenmişlik durumu nedir?
- Tükenmişliği etkileyen faktörler nelerdir?
- Yönetici ve sağlık personelinde daha çok tükenmişliğin hangi boyutu görülmektedir?
- Hastane yöneticisi ve sağlık personelinin tükenmişlik durumlarına çözüm getirebilecek yollar nelerdir?

1.15. Araştırmanın Önemi

İş ve meslekler bireysel oldukları kadar toplumsaldır. Bireyler iş ve meslekleri aracılığıyla topluma önemli katkıda bulunurlar. Hastaneler, bir amaç doğrultusunda birçok işin bir arada yürütüldüğü kurumlardır. Hastane çalışanları da diğer kurumlarda olduğu gibi yöneten ve yönetilenlerden oluşmaktadır. Hizmet alanlar hasta ya da hasta yakınlarından oluştuğu için, gerek hastane yöneticileri gerekse büyük çoğunluğu sağlık personeli olan yönetilenler, hastane ortamından büyük ölçüde etkilenirler. Olumsuz koşullar ve gerilim altında çalışma; hastane çalışanlarının sunduğu hizmetin niteliğinde ve niceliğinde bozulmaya yol açarken, bireylerin sağlığını da etkileyebilmektedir. Koşullar, bireylerde iş stresi ve zamanla tükenmişlik sendromuna yol açabilmektedir. Tükenmişlik, önemli ölçüde bireysel ve kurumsal sorunlara yol açmaktadır. Bu kısır döngünün hastane gibi kurumlar açısından ayrı bir önemi bulunmaktadır. Hizmet almaya gelen sağlığını yitirmiş hastalar, hizmet sunan bireyin ruhsal durumunu düşünemeyebilirler.

Hastane yöneticisi ve sağlık çalışanlarının tükenmişlik düzeyi, yöneten ve yönetilen eş gdmn, hasta ve yakınları ile olan ilişkileri, üretilen hizmetin niteliğini ve kurumun verimini etkileyebileceği düşünülmektedir.

Tükenmişlik konusunda birçok araştırma yapılmış ise de hastane çalışanlarının; yönetici ve sağlık personelinin tükenmişlik durumunu eş zamanlı ele alan çalışmalara pek rastlanmamıştır. Hastane alışanlarının tükenmişlik durumu ve etkenlerin belirlenmesi, alınacak önlemlere ışık tutabilecektir.

2. GEREÇ VE YÖNTEM

Bu bölümde araştırmanın yapıldığı yer ve özellikleri, araştırma evren ve örnekleme, araştırmanın değişkenleri, araştırmanın hipotezleri, veri toplama aracı, verilerin toplanması, verilerin analizi, sayıtlar, sınırlılıklar, izin ve araştırmada karşılaşılan sorunlar alt başlıklarına yer verilmiştir.

2.1. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırmanın, Ankara il merkezindeki hastanelerde yapılması düşünülmüştür. Türkiye'nin başkenti olan Ankara, 3 milyonu aşkın nüfusuyla büyük kent niteliğindedir. Ankara'daki hastanelerin çoğu üçüncü basamak özelliğinde olup, eğitim ve araştırma hizmetleri de yürütmektedir. Bu yönüyle hastanelere Ankara dışından hatta Türkiye'nin her yöresinden hasta başvurmaktadır.

2.2. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme

Araştırma evrenini, Ankara il merkezinde bulunan Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Etlik İhtisas Hastanesi ve Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde çalışan yönetici ve klinikte çalışan sağlık personeli oluşturmaktadır.

Hastane yöneticileri; başhekim ve yardımcıları, hastane müdürü ve yardımcıları, klinik şefleri ve yardımcıları, başhemşire ve yardımcıları, servis sorumlu hemşireleri ve yardımcılarından oluşmaktadır. Her üç hastanede toplam 512 yönetici, klinikte çalışan 2780 sağlık personeli bulunmaktadır. Personelin iş yoğunluğu, sık sık gece nöbetine kalmaları, nöbet sonrası izinli olmaları, kimi personelin raporlu ya da izinli bulunmaları, kimilerinin de tüm

abalara karşın anket doldurmayı kabul etmemeleri nedeniyle %20,6'sına anket uygulanabilmiştir. Sonuçta 3292 kişiden oluşan evrenin % 20,6'sına (680 birey) ulaşılarak çalışma grubu oluşturulmuştur.

2.3. Araştırma Modeli

Bu araştırma, hastanede çalışan yönetici ve sağlık personeli arasında tükenmişlik durumunu, kurumsal ve bireysel yönden tükenmişliğe etki eden değişkenleri incelemektedir. Araştırma bu yönüyle tanımlayıcı tarama modeli bir alan araştırması niteliğindedir.

2.4. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı Değişkenler

- Duygusal Tükenme (DT) puanı,
- Duyarsızlaşma (D) puanı,
- Kişisel Başarıda Düşme (KB) puanı,
- Genel Tükenmişlik (GT) puanı,

Bağımsız Değişkenler

- Cinsiyet,
- Yaş,
- Medeni durum,
- ocuk sayısı,
- Gelir,
- Evde yaşayan kişi sayısı,
- Bitirilen okul,
- Çalışılan hastane,
- Toplam hizmet süresi,
- Çalışılan kurumdaki hizmet süresi,

- Mesleği sürdürme nedeni,
- Mesleği kendi isteği ile seçip seçmeme durumu,
- Mesleğe uygunluk görüşü,
- Meslekteki verimlilik görüşü,
- Mesleki gelecek algısı,
- Çalışma ortamından memnuniyet,
- Sağlık siteminden memnuniyet,
- Üstlerin takdiri,
- Mesleğin saygınlığına inanma,
- İş yükü algılaması,
- Eş mesleği,
- Sağlık sorunu varlığı-yokluğu,
- Sağlık sorunu türü,
- Yapılan egzersiz sıklığı,
- Sigara içme durumu,
- Alkol alma durumu,

2.5. Araştırmanın Hipotezleri

2.5.1. Araştırma grubundaki yöneticilerle, sağlık personeli arasında;

- a. Duygusal tükenme,
- b. Duyarsızlaşma,
- c. Kişisel başarıda düşme,
- d. Genel tükenmişlik yönünden, istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur.

2.5.2. Araştırma grubundaki kadınlarla erkekler arasında;

- a. Duygusal tükenme,
- b. Duyarsızlaşma,
- c. Kişisel başarıda düşme,

d. Genel tükenmişlik puanı yönünden, istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur.

2.5.3. Araştırma grubunun yaş sınıfları arasında;

a. Duygusal tükenme,

b. Duyarsızlaşma,

c. Kişisel başarıda düşme,

d. Genel tükenmişlik puanı yönünden, istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur.

2.5.4. Araştırma grubunun çalıştığı hastaneye göre aralarında;

a. Duygusal tükenme,

b. Duyarsızlaşma,

c. Kişisel başarıda düşme,

d. Genel tükenmişlik puanı yönünden, istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur.

2.5.5. Araştırmaya katılan bireylerin toplam hizmet süresine göre oluşturulan gruplar arasında;

a. Duygusal tükenme,

b. Duyarsızlaşma,

c. Kişisel başarıda düşme,

d. Genel tükenmişlik puanı yönünden, istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur.

2.5.6. Araştırmaya katılan bireylerin, çalışılan kurumdaki hizmet yılına göre oluşturulan gruplar arasında;

a. Duygusal tükenme,

b. Duyarsızlaşma,

c. Kişisel başarıda düşme,

d. Genel tükenmişlik puanı yönünden, istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur.

2.5.7. Araştırmaya katılan bireylerin, çalışma ortamındaki hoşnutluk durumuna göre oluşturulan gruplar arasında;

- a. Duygusal tükenme,
- b. Duyarsızlaşma,
- c. Kişisel başarıda düşme,
- d. Genel tükenmişlik puanı yönünden, istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur.

2.5.8. Araştırmaya katılan bireylerin, iş yükü algıları durumuna göre oluşturulan gruplar arasında;

- a. Duygusal tükenme,
- b. Duyarsızlaşma,
- c. Kişisel başarıda düşme,
- d. Genel tükenmişlik puanı yönünden, istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur.

2.5.9. Araştırmaya katılan bireylerin, sağlık sorunu olanlarla, sağlık sorunu olmayanlar arasında;

- a. Duygusal tükenme,
- b. Duyarsızlaşma,
- c. Kişisel başarıda düşme,
- d. Genel tükenmişlik puanı yönünden, istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur.

2.6. Veri Toplama Aracı

Araştırmanın verileri Kişisel Bilgi Formu ve Maslach Tükenmişlik Ölçeği ile toplanmıştır. Ölçek, Ergin (1992) tarafından Türkçe'ye uyarlanmıştır. Kişisel Bilgi Formunda bireyleri tanıttıcı yaş, cinsiyet, medeni durum v.b. gibi demografik ve çalışma yaşamına ilişkin 26 soru bulunmaktadır.

Maslach Tükenmişlik Ölçeği (MTÖ) 22 ifadeden oluşmaktadır. İfadeler, Duygusal Tükenme (DT), Duyarsızlaşma (D) ve Kişisel Başarıda Düşme (KB) olmak üzere 3 boyutu kapsamaktadır. Verilerin elde edilmesinde Maslach Tükenmişlik Ölçeğinin kullanılması, tükenmişlik araştırmalarında sık kullanılması ve güvenilirliği yüksek olması nedeniyle yeğlenmiştir. Ölçeğin, farklı meslekleri kapsayan 200'den fazla araştırmada kullanıldığı bilinmektedir. MTÖ, 7 seçenekli basamaktan oluşan Likert türü bir ölçektir, ancak Türkçe'ye uyarlanırken 5 basamağa indirilmiştir. Türkçe'ye uyarlanmış ölçekte 22 ifade bulunmaktadır. Tükenmişliği belirlenmesi düşünülen bireylerden, her bir ifadeyi 1."Hiçbir zaman", 2. "Nadiren", 3." Bazen", 4." Çoğu Zaman", 5."Her Zaman" seçenekleri yönünden değerlendirilerek işaretlemeleri istenmektedir. "İşimden soğuduğumu hissediyorum" ifadesi Duygusal Tükenmeye, "Hastalarım sanki insan değillermiş gibi davrandığımı hissediyorum" ifadesi Duyarsızlaşmaya, "Bu işte kayda değer birçok başarı elde ettim" ifadesi Kişisel Başarıda Düşme alt boyutlarına örnek olarak gösterilebilir. Ölçekte 1,2,3,6,8,13,14,16,20 numaralı ifadeler Duygusal Tükenmişlik, 5,10,11,15,22 numaraları olanlar Duyarsızlaşma, 4,7,9,12,17,18,19,21 numaralı ifadeler Kişisel Başarıda Düşme boyutunu belirlemeye yöneliktir.

Ölçeğin her üç boyutu ayrı olarak değerlendirilmektedir. Duygusal Tükenme ve Duyarsızlaşma boyutlarından alınan puanların yüksek, Kişisel Başarıda Düşme boyutundan alınan puanların düşük olması Tükenmişlik durumunun yüksek olduğunu göstermektedir. Her bir ifade 0-4 arasında değer almaktadır. Toplam puanlar Duygusal Tükenme boyutunda 4-36; Duyarsızlaşma boyutunda 4-20; Kişisel Başarı boyutunda 4-32 arasında değişmektedir. Puanlar minimuma yaklaştıkça tükenmişliğin azaldığı, maksimuma yaklaştıkça arttığı kabul edilmektedir. Ölçeğin, Cronbach alpha değerinin Duygusal Tükenme Boyutunun 0.90, Duyarsızlaşma boyutunun 0.79, Kişisel Başarıda Düşme boyutunun 0.71 olduğu belirtilmektedir (Maslach ve Jackson, 1996, s.: 167).

2.7. Verilerin Toplanması

Araştırma kapsamındaki bireylere anket, 2005 yılı Nisan ayı içerisinde, araştırmacı ve anketörler tarafından hastanelerin birimlerine gidilerek kabul edenlere uygulanmıştır. Anketler doldurulmadan önce araştırmacının amacı kısaca açıklanmış, verilen yanıtların doğruluğunun önemi vurgulanmıştır.

2.8. Verilerin Analizi

Araştırmadan elde edilen veriler bilgisayar ortamına aktararak SPSS (The Statistical Package for Social Sciences) 11.5 programında değerlendirilmiştir. Aktarılan verilerin min-max tutarlılık denetimi yapıldıktan sonra uygun tablolar çıkarılmıştır. Non parametrik nitelikte bulunan verilerin tablolarda sayı(n) ve yüzde(%) değerleri belirtilmiştir. Parametrik nitelikli ölçek puanlarının tablo dağılımlarına uygun olarak, aritmetik ortalamaları ($\bar{X}$), standart sapmaları (Ss) hesaplanmıştır. Değişkenler arasında önemli fark olup olmadığı ANOVA ve F testleri ile analiz edilmiştir.

MTÖ'nin alt ölçeklerine ilişkin güvenirlik düzeyleri Cronbach alfa katsayıları hesaplanılarak gösterilmiştir. Yine alt ölçeklerin birbirleriyle olan ilişkileri Pearson Korelasyon testiyle ele alınmıştır.

2.9. Sayıtlılar

Araştırma grubunun anketi içten bir biçimde yanıtladıkları kabul edilmiştir.

2.10. Sınırlılıklar

Araştırma grubunun tükenmişlik düzeyi, MTÖ'ndeki maddelerle ve maddelere verilen yanıtlarla sınırlıdır.

Araştırma grubunun tanıtıcı bilgileri, kişisel bilgi formundaki bireylere yöneltilen sorularla sınırlıdır.

Araştırmadan elde edilen bulgular, araştırma kapsamındaki hastanelerde çalışan yönetici ve sağlık çalışanları arasından anket uygulamayı kabul edenlerle sınırlıdır.

Araştırma grubundan elde edilen veriler 2005 yılı Nisan ayı ile sınırlıdır

2.11. İzin

Anket uygulaması için İl Sağlık Müdürlüğü ve hastanelerin yönetimine başvuruda bulunarak izin alınmış, ardından uygulamaya geçilmiştir.

2.12. Araştırmada Karşılaşılan Sorunlar

Araştırma grubunu oluşturanların iş yoğunluğu, hekim ve hemşirelerin sık sık nöbetçi olmaları ve nöbet sonrası izinli bulunmaları nedeniyle aynı yere birçok kez gidilmek zorunda kalınmıştır. Öte yandan tüm uğraşlara karşın çoğu çalışan anket uygulamayı reddetmiş, dolayısıyla hedeflenen sayıya ulaşamamıştır. Hedeflenen sayıya ulaşamamada, anket uygulaması sırasında çalışanların izinli ve raporlu oluşları da etkili olmuştur.

3. BULGULAR

Bu bölümde, hastanelerde görev yapan yöneticiler ve klinikte çalışan sağlık personelinin tükenmişlik durumlarının incelenmesine yönelik yapılan araştırmadan elde edilen bulgulara yer verilmiştir. Bulgular araştırma grubunun tanımlayıcı özelliklerini ve tükenmişlik durumlarını gösteren olmak üzere iki bölümde ele alınmıştır.

Tükenmişlik puan ortalamaları yönünden hastane yöneticileri ile sağlık personeli arasında istatistiksel olarak anlamlı fark belirlenememiş, bu yüzden her bir değişkene göre araştırma grubunun genel toplamı üzerinden değerlendirilmiştir.

3.1. Tanımlayıcı Bulgular

3.1.1. Araştırma Grubunun Sosyo-Demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular

Araştırma grubunun sosyo-demografik özellikleri Tablo 3.1.1'de verilmiştir. Araştırma grubunun % 25,4'ü erkek, diğerleri kadındır. Yöneticilerin % 41,8'i 36-40 yaş grubunda iken, bu değer sağlık personeli arasında % 10,1'dir. Çalışma grubunu oluşturan sağlık personelinin % 45,9'u 26-30 yaş grubundadır. Bireylerin % 31,9'u bir, % 19,0'u iki çocuk sahibidir. Yöneticilerin % 71,9'unun, sağlık personelinin % 51,8'inin ailedeki birey sayısı 3-4 kişidir. Yöneticilerin % 25,5'inin, sağlık personelinin % 16,7'sinin eşi yine sağlık personelidir.

Tablo 3.1.1 Araştırma Grubunun Sosyo-Demografik Özellikleri

		Yönetici		Sağlık Personeli		Toplam	
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Cinsiyet	Erkek	76	38,7	97	20,0	173	25,4
	Kadın	120	61,3	387	80,0	507	74,6
Yaş	21–25	7	3,6	93	19,2	100	14,7
	26–30	25	12,7	222	45,9	247	36,3
	31–35	57	29,1	98	20,3	155	22,8
	36–40	82	41,8	49	10,1	131	19,3
	40'tan fazla	25	12,8	22	4,5	47	6,9
Medeni Durum	Evli	164	83,7	297	61,4	461	67,8
	Boşanmış	6	3,1	8	1,7	14	2,1
	Hiç Evlenmemiş	26	13,2	179	37,0	205	30,1
Çocuk Sayısı	Yanıtsız	25	12,8	136	28,1	161	23,7
	Çocuksuz	19	9,7	113	23,3	132	19,4
	Bir	76	38,8	141	29,1	217	31,9
	İki	50	25,5	79	16,3	129	19,0
	Üç ve üstü	26	13,2	15	3,1	41	6,0
Gelir Düzeyi (YTL)	501–1000	9	4,6	110	24,1	119	17,5
	1001–2000	80	40,8	187	40,9	267	39,3
	2001–3000	50	25,5	102	22,3	152	22,3
	3001–4000	38	19,4	42	9,2	80	11,8
	4000'den fazla	19	9,7	16	3,5	35	5,1
Ailedeki Birey Sayısı	1–2 kişi	19	9,7	150	32,3	169	24,9
	3–4 kişi	139	71,9	241	51,8	280	55,9
	5 ve üstü	38	19,4	74	15,9	112	16,5
Eş Mesleği	Yanıtsız	31	15,8	190	39,3	221	32,5
	Çalışmıyor	0	0,0	6	1,2	6	0,9
	Öğretmen	19	9,7	28	5,8	47	6,9
	Sağlık Personeli	50	25,5	81	16,7	131	19,2
	Serbest Meslek	44	22,5	35	7,2	79	11,6
	Memur	38	19,4	91	18,8	129	19,0
	Diğer	14	7,1	53	11,0	67	9,9
Toplam		196	100	484	100	680	100,0
		196	28,8	484	71,2	680	100,0

3.1.1. Araştırma Grubunun Meslek ve Çalışma Ortamına İlişkin Bulgular

Araştırma grubunun meslek özellikleri Tablo 3.1.2’de verilmiştir. Araştırma grubunun % 28,8’i (196) hastanede yönetici, % 71,2’si (484) klinikte sağlık personeli olarak görev yapmaktadır. Araştırma grubunun % 36,0’sı sağlık meslek lisesi (SML), % 28,2’si lisans ya da tıp fakültesi mezunudur. Lisans üstü eğitim ve öğretim yapanlar % 58,3’dür. Çalışma grubunu oluşturan yöneticilerin % 65,3’ünün kadrosu yönetici, sağlık personelinin % 66,1’inin kadrosu hemşiredir. Yöneticilerin % 16,3’ünün, sağlık personelinin % 61,2’sinin toplam hizmet süresi 0-8 yıl iken, yöneticilerin % 45,4’ünün, sağlık personelinin % 10,5’inin toplam hizmet süresi 14-18 yıldır. Araştırma grubunun % 54,3’ü halen çalıştıkları kurumda 0-3 yıl hizmet süresine sahiptir. Bu değer yöneticiler ile sağlık personeli arasında benzerdir.

Yöneticilerin % 77,0’si, sağlık personelinin % 46,5’i mesleğini isteyerek seçmiştir (Tablo 3.1.3). Yöneticilerin % 74,0’ü mesleğini kendilerine uygun ya da çok uygun bulmakta, % 77,0’si kendisini iyi ya da çok iyi verimli görmektedir. Mesleği kendine uygun ya da çok uygun bulması, kendini iyi ya da çok iyi verimli görmesi açısından bu değerler sağlık personeli arasında sırasıyla % 54,1; % 67’dir. Araştırma grubunun % 59,7’si mesleğini geçici ya da ekonomik nedenlerle sürdürmektedir.

Tablo 3.1.2.Araştırma Grubunun Meslek Özellikleri

	Yönetici		Sağlık Personeli		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Öğrenim Durumu						
Lise	20	10,2	225	46,5	245	36,0
Ön lisans	41	20,9	85	17,6	126	18,5
Lisans	91	46,4	101	20,9	192	28,2
Yüksek Lisans + Doktora	16	8,2	40	8,2	56	8,3
Uzman (TUS)	28	14,3	33	6,8	61	9,0
Çalıştığı Kurum						
Ankara Eğit. Arş. Hast.	44	22,4	186	38,4	230	33,8
Etlik İhtisas Hastanesi	39	19,9	90	18,6	129	13,0
Gazi Üniversitesi Tıp Fak.	113	57,7	208	43,0	321	47,2
Meslek						
Yönetici	128	65,3	0	0	128	18,8
Hekim	35	17,9	83	17,2	118	17,3
Hemşire	33	16,8	320	66,1	353	51,9
Sağlık Memuru	0	0,0	37	7,6	37	5,5
Ebe	0	0,0	44	9,1	44	6,5
Toplam Hizmet Süresi (yıl)						
0–8	32	16,3	296	61,2	328	48,2
9–13	50	25,5	117	24,2	167	24,6
14–18	89	45,4	51	10,5	140	20,6
19 ve üstü	25	12,8	20	4,1	45	6,6
Halen Çalışılan Kurumdaki Hizmet Süresi (yıl)						
0–3	101	51,5	268	55,4	369	54,3
4–6	51	26,0	101	20,9	152	22,4
7–9	25	12,8	52	10,7	77	11,3
10 ve üzeri	19	9,7	63	13,0	82	12,0
Toplam						
	196	100,0	484	100,0	680	100,0
	196	28,8	484	71,2	680	100,0

Tablo 3.1.3. Araştırma Grubunun Mesleğe İlişkin Görüşleri

	Yönetici		Sağlık Personeli		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Mesleğe Devam Nedeni						
Geçim	103	52,6	303	62,6	406	59,7
Sevgi Nedeniyle	32	16,3	160	33,1	192	28,2
Toplumsal Onay	51	26,0	15	3,1	66	9,7
Diğer	10	5,1	6	1,2	16	2,4
Meslek Seçimi (İsteyerek)						
Evet	151	77,0	225	46,5	376	55,3
Hayır	45	23,0	259	53,5	304	44,7
Mesleğe Uygunluk						
Çok Uygun	44	22,5	39	8,0	83	12,2
Uygun	101	51,5	223	46,1	324	47,6
Kısmen Uygun	51	26,0	169	34,9	220	32,4
Uygun Değil	0	0,0	53	11,0	53	7,8
Mesleki verim						
Çok İyi	50	25,5	106	21,9	156	22,9
İyi	101	51,5	218	45,1	319	46,9
Normal	45	23,0	136	28,1	181	26,6
Kötü	0	0,0	20	4,1	20	3,0
Çok kötü	0	0,0	4	0,8	4	0,6
Mesleki gelecek algılaması						
Çok İyi	19	9,7	39	8,1	58	8,5
İyi	88	44,9	141	29,1	229	33,7
Normal	57	29,1	190	39,3	247	36,3
Kötü	32	16,3	114	23,5	146	21,5
Toplam	196	100,0	484	100,0	680	100,0
	196	28,8	484	71,2	680	100,0

Araştırma grubunun çalışma ortamına ilişkin görüşleri Tablo 3.1.4'de belirtilmektedir. Araştırma grubunun % 29,6'sı çalışma ortamından her zaman ya da çoğu zaman memnun olduğunu belirtmiştir. Bu değer yöneticiler arasında % 38,2 iken, sağlık personeli arasında % 26,1'dir. Yöneticilerin % 29,6'sı, sağlık personelinin % 37,2'si ülkedeki mevcut sağlık sisteminden hiç memnun olmadıklarını bildirmişlerdir. Öte yandan yöneticilerin % 4,6'sı, sağlık personelinin % 22,9'u üstlerince takdir edilmediklerini belirtmişlerdir.

3.1.1. Araştırma Grubunun Sağlık Durumuna İlişkin Bulgular

Araştırma grubunun sağlık sorunlarına ilişkin durumu Tablo 3.1.5'de verilmiştir. Araştırma grubunun % 16'sının fiziksel, % 5,9'unun psikolojik, % 10,7'sinin de hem fiziksel hem de psikolojik sağlık sorunu olduğu bildirilmiştir. Yöneticilerin % 65,3'ü, sağlık personelinin % 68,1'i her hangi bir sağlık sorunu bulunmadığını belirtmiştir. Yöneticilerin % 22,9'unun, sağlık personelinin % 21,5'inin aile bireylerinin en az birinde sağlık sorunu bulunduğu belirtilmiştir. Tablo 3.1.6'da da görüldüğü gibi araştırma grubunun % 46'sı her gün, % 14,6'sı ara sıra sigara içmektedir. Ara sıra alkol alanlar yöneticiler arasında % 42,9, sağlık personeli arasında % 40,1'dir. Yöneticilerin % 33,1'i, sağlık personelinin % 38,0'i hiç egzersiz yapmamaktadır.

Tablo 3.1.4. Araştırma Grubunun Çalışma Ortamına İlişkin Görüşleri

	Yönetici		Sağlık Personeli		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Ortam Memnuniyeti						
Her zaman	43	21,9	10	2,1	53	7,8
Çoğu zaman	32	16,3	116	24,0	148	21,8
Bazen	69	35,2	166	34,3	235	34,6
Nadiren	26	13,3	111	22,9	137	20,1
Hiçbir zaman	26	13,3	81	16,7	107	15,7
Mevcut Sağlık Sisteminden Memnuniyet*						
Tamamıyla Memnun	0	0,0	4	1,4	4	0,9
Büyük Ölçüde Memnun	20	13,1	18	6,0	38	8,4
Biraz Memnun Biraz Değil	41	27,0	62	20,8	103	22,9
Çok Az Memnun	46	30,3	103	34,6	149	33,1
Hiç Memnun Değil	45	29,6	111	37,2	156	34,7
Amir Takdiri						
Her zaman	44	22,5	20	4,1	64	9,4
Çoğu zaman	18	9,2	90	18,6	108	15,9
Bazen	94	47,9	160	33,1	254	37,4
Nadiren	31	15,8	103	21,3	134	19,7
Hiçbir Zaman	9	4,6	111	22,9	120	17,6
Mesleğin Toplumda Saygınlığı						
Her zaman	25	12,8	12	2,5	37	5,5
Çoğu Zaman	18	9,2	25	5,2	43	6,3
Bazen	44	22,4	110	22,7	154	22,6
Nadiren	56	28,6	121	25,0	177	26,0
Hiçbir Zaman	53	27,0	216	44,6	269	39,6
Toplam	196	100	484	100	680	100,0
	196	28,8	484	71,2	680	100,0

*Bir hastane “Şu andaki mevcut sağlık sisteminden memnun musunuz?” sorusunun uygun olmadığı gerekçesiyle sorulmasını istememiş, değerlendirme yanıt verilenler üzerinden yapılmıştır (Yönetici 152, sağlık personeli 298).

Tablo 3.1.5. Araştırma Grubunun Sağlık Sorunlarına İlişkin Bildirimleri

	Yönetici		Sağlık Personeli		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Sağlık Sorunu						
Fiziksel	37	18,9	72	14,9	109	16,0
Psikolojik	12	6,1	28	5,8	40	5,9
Her İkisi	19	9,7	54	11,2	73	10,7
Yok	128	65,3	330	68,1	458	67,4
Ailede Sağlık Sorunu						
Evet	45	22,9	104	21,5	149	21,9
Hayır	151	77,1	380	78,5	531	78,1
Toplam	196	100,0	484	100,0	680	100,0
	196	28,8	484	71,2	680	100,0

Tablo 3.1.6. Araştırma Grubunun Kimi Sağlık Alışkanlıklarına İlişkin Bildirimleri

	Yönetici		Sağlık Personeli		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Egzersiz Yapma						
Her Gün	37	18,9	64	13,2	101	14,9
Ara Sıra	94	48,0	236	48,8	330	48,5
Hiç	65	33,1	184	38,0	249	36,6
Sigara İçme						
Her Gün	88	44,9	225	46,5	313	46,0
Ara Sıra	30	15,3	69	14,3	99	14,6
Hiç	78	39,8	190	39,2	268	39,4
Alkol Alma						
Her Gün	6	3,1	11	2,3	17	2,5
Ara Sıra	84	42,9	194	40,1	278	40,9
Hiç	106	54,0	279	57,6	385	56,6
Toplam	196	100,0	484	100,0	680	100,0
	196	28,8	484	71,2	680	100,0

3.2. Araştırma Grubunun Tükenmişlik Durumuna İlişkin Bulguları

Araştırma grubunun Maslach Tükenmişlik Ölçeği puanları Tablo 3.2.1’de görülmektedir. Araştırma grubunun duygusal tükenme puanı $\bar{X} = 19,6 \pm 4,95$ ’tir. Duyarsızlaşma puanı $\bar{X} = 6,0 \pm 3,09$, kişisel başarıda düşme puanı $\bar{X} = 12,7 \pm 3,84$, genel tükenmişlik puanı $\bar{X} = 38,3 \pm 9,45$ bulunmuştur. Cronbach alpha katsayısı duygusal tükenmede 0.74, duyarsızlaşmada 0.58, kişisel başarıda düşme 0.60, genel tükenmişlik 0,81 olduğu belirlenmiştir.

Tablo 3.2.1. Araştırma Grubunun Maslach Tükenmişlik Ölçeği Puanları

	Duygusal Tükenme (DT)	Duyarsızlaşma (D)	Kişisel Başarı (KB)	Genel Tükenmişlik (GT)
Ortalama	19,6	6,0	12,7	38,3
Std. Sapma	4,95	3,09	3,84	9,45
Minimum	4	0	2	10
Maksimum	36	19	28	82
Cronbach α	0,74	0,58	0,60	0,81

Tablo 3.2.2’ye göre, DT puanları yönünden bireylerin çalıştığı işyeri ile iş yerindeki görevleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p=0,035$). Buna göre; Ankara hastanesinde çalışanlar içerisinde sağlık personelinin yöneticilere göre DT puanları açısından daha fazla tükenmiş oldukları belirlenmiştir ($p=0,003$). Etlik İhtisas ve Gazi Hastanesi çalışanlarının içerisinde DT puanları açısından yöneticilerle sağlık personeli arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmayıp, p değerleri sırasıyla 0,812 ve 0,246 bulunmuştur. Ayrıca yönetici olarak çalışan kişilerin DT puanları bağlı bulundukları kuruma göre değişmektedir ($p=0,006$). Gazi hastanesinde görev yapan yöneticilerin DT puanları Etlik İhtisas Hastanesinde görev yapan yöneticilere göre daha yüksek bulunmuştur ($p=0,007$). Sağlık personeli olarak çalışan kişilerin DT puanları bağlı bulundukları kuruma göre değişmektedir ($p=0,002$). Ankara hastanesinde

görev yapan sağlık personelinin DT puanları Etlik İhtisas Hastanesinde görev yapan sağlık personeline göre daha yüksek bulunmuştur ($p<0,001$).

D puanları yönünden bireylerin çalıştığı işyeri ile iş yerindeki görevleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p=0,035$). Buna göre; Ankara hastanesinde çalışanlar içerisinde sağlık personeliyle yöneticilerin D puanları arasında anlamlı bir fark yoktur ($p=0,025$ Bonferroni Düzeltmesine göre). Etlik İhtisas ve Gazi Hastanesi çalışanlarının içerisinde D puanları açısından yöneticilerin sağlık personeline göre daha fazla tükenmiş olduğu sonucuna varılmıştır ($p<0,001$). Ayrıca yönetici olarak çalışan kişilerin D puanları bağlı bulundukları kuruma göre değişmemektedir ($p=0,668$). Sağlık personeli olarak çalışan kişilerin DT puanları bağlı bulundukları kuruma göre değişmektedir ($p<0,001$). Ankara hastanesinde görev yapan sağlık personelinin D puanları hem Etlik İhtisas Hastanesi hem de Gazi Hastanesi çalışanı olan sağlık personeline göre daha yüksek olup, p değerleri sırasıyla 0,002 ve $<0,001$ bulunmuştur.

KB alt ölçeği yönünden bireylerin çalıştığı işyeri ile iş yerindeki görevleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p=0,165$). Aynı zamanda KB puanları dikkate alındığında yöneticilerin sağlık personeline göre daha fazla tükenmiş olduğu belirlenmiştir ($p<0,001$).

GT puanları yönünden bireylerin çalıştığı işyeri ile iş yerindeki görevleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,001$). Buna göre; Ankara hastanesinde çalışanlar içerisinde sağlık personeliyle yöneticilerin GT puanları arasında anlamlı bir fark yoktur ($p=0,585$). Etlik İhtisas ve Gazi Hastanesi çalışanlarının içerisinde GT puanları açısından yöneticilerin sağlık personeline göre daha fazla tükenmiş olduğu belirlenmiştir ($p<0,001$). Ayrıca yönetici olarak çalışan kişilerin GT puanları bağlı bulundukları kuruma göre değişmemektedir ($p=0,041$ Bonferroni Düzeltmesine göre). Sağlık personeli olarak çalışan kişilerin GT puanları, bağlı bulundukları kuruma göre değişmektedir ($p<0,001$). Ankara hastanesinde görev yapan sağlık

personelinin GT puanları hem Etlik İhtisas Hastanesi hem de Gazi Hastanesi çalışanı olan sağlık personeline göre daha yüksek olup, p değerleri sırasıyla <0,001 ve 0,010 bulunmuştur.

Tablo 3.2.2 Yönetici ve Sağlık Personelinin Kurumlara Göre MTÖ Tükenmişlik Puan Ortalamaları

		Yönetici		Sağlık Personeli		Toplam	
		$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS
DT	Ankara Hastanesi	18,5	3,11	20,1	4,60	20,57	4,49
	Etlik İhtisas Hastanesi	17,9	3,02	17,7	5,05	18,64	4,61
	Gazi Hastanesi	19,8	3,85	19,1	5,18	19,24	5,32
	Toplam	18,9	3,52	19,2	5,00	19,1	4,55
D	Ankara Hastanesi	7,5	1,60	6,8	2,82	6,83	2,86
	Etlik İhtisas Hastanesi	7,2	1,65	4,9	3,51	5,34	3,35
	Gazi Hastanesi	7,2	2,32	5,6	2,89	5,72	3,04
	Toplam	7,3	1,96	5,9	3,08	6,4	2,83
KB	Ankara Hastanesi	13,6	2,03	13,2	3,80	13,16	3,78
	Etlik İhtisas Hastanesi	13,9	2,71	12,1	4,00	12,44	3,85
	Gazi Hastanesi	13,9	2,74	12,3	3,71	12,44	3,87
	Toplam	13,8	2,53	12,6	3,83	13,0	3,49
GT	Ankara Hastanesi	39,6	3,97	40,0	8,96	40,64	8,53
	Etlik İhtisas Hastanesi	38,9	4,00	34,7	9,40	36,3	8,06
	Gazi Hastanesi	40,8	4,83	36,9	9,46	36,28	9,27
	Toplam	40,0	4,43	37,7	9,46	37,26	9,89
	f	3,371	3,379	1,808	4,626		

MTÖ'nin DT, D, KB ve GT alt ölçekleri yönünden yöneticilerin aldığı puanlar sağlık personelinin puanlarına göre daha yüksek bulunmasına karşın gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmemiş ve p değerleri sırasıyla 0,288 ; 0,187, 0,605 ve 0,246 bulunmuştur (Tablo 3.2.3). Hipotez 2.5.1.a.b.c.d kabul edilmiştir.

Tablo 3.2.3. Yönetici ve Sağlık Personelinin MTÖ Tükenmişlik Puan Ortalamaları

Ünvan	DT		D		KB		GT	
	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS
Yönetici	20,61	3,75	6,81	2,76	13,07	3,16	40,58	5,18
Sağlık Personeli	19,58	5,02	6,00	3,11	12,68	3,89	38,21	9,66
f	0,100		2,571		0,257		0,643	
p	0,288		0,187		0,605		0,246	

Kadınlarla erkekler arasında, DT alt ölçeği puanları erkeklerde daha yüksek olmasına karşın, bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p=0,196$). D alt ölçeği puanları yönünden erkeklerin kadınlara göre daha yüksek puan almış olmaları istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,001$). KB alt ölçeği puanlarının kadınlarda daha yüksek, GT puanlarının erkeklerde daha yüksek bulunması ise istatistiksel olarak anlamsız olup, p değerleri sırasıyla 0,322 ve 0,062 bulunmuştur. Hipotez 2.5.2.a,c ve d kabul edilmiş, 2.5.2.b hipotezi reddedilmiştir (Tablo 3.2.4).

Tablo 3.2.4. Cinsiyete Göre MTÖ Tükenmişlik Puan Ortalamaları

Cinsiyet	DT		D		KB		GT	
	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS
Kadın	19,48	4,99	5,75	2,99	12,81	3,74	37,92	9,37
Erkek	20,20	4,74	7,23	3,20	12,36	4,21	40,02	9,63
t	1,294		4,335		0,994		1,915	
p	0,196		<0,001		0,322		0,062	

MTÖ'nin DT, D ve KB alt ölçekleri yönünden yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmemiş ve p değerleri sırasıyla 0,197 ; 0,109 ve 0,073 bulunmuştur (Tablo 3.2.5).

GT düzeyi incelendiğinde ise, yaş grupları arasında en az bir grubun istatistiksel olarak anlamlı bir farka neden olduğu belirlenmiştir ($p=0,018$). Buna göre; 21 – 25 yaş grubunun ve 26 – 30 yaş grubunun GT puanlarının 40 yaş üstü grubuna göre daha yüksek bulunduğu görülmüş ve p değerleri sırasıyla 0,015 ve 0,014 bulunmuştur. Hipotez 2.5.3.a,b,c kabul edilmiş, hipotez 2.5.3.d reddedilmiştir.

Tablo 3.2.5. Yaş Gruplarına Göre MTÖ Tükenmişlik Puan Ortalamaları

Yaş	DT		D		KB		GT	
	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS
21–25	19,85	4,09	6,33	2,91	13,18	3,89	39,40	8,57
26–30	20,11	4,86	6,24	3,17	12,70	3,98	39,04	9,41
31–35	19,05	5,58	5,62	3,23	12,71	3,52	37,44	10,34
36–40	19,25	4,98	6,28	2,83	12,88	3,52	38,33	8,43
>40	18,13	5,54	4,84	2,79	10,63	4,14	32,36	9,80
f	1,514		1,902		2,152		3,002	
p	0,197		0,109		0,073		0,018	

Tükenmişlik puan ortalamalarının medeni durum yönünden karşılaştırılması Tablo 3.2.6'da verilmiştir. Medeni durum yönünden gruplar arasında DT alt ölçeği puanları yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0,858$). D alt ölçeği puanları yönünden ise en az bir grubun istatistiksel olarak anlamlı bir farka neden olduğu görülmüştür ($p<0,01$). Buna göre; farkın kaynağı hiç evlenmemiş grubun D alt ölçeği puanlarının evli grubun puanlarına göre daha yüksek bulunmasıdır ($p=0,007$).

KB alt ölçeği ve GT puanları yönünden gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmemiş ve p değerleri sırasıyla 0,427 ; 0,709 bulunmuştur.

Tablo 3.2.6. Medeni Duruma Göre MTÖ Tükenmişlik Puan Ortalamaları

Medeni Durum	DT		D		KB		GT	
	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS
Evli	19,57	4,87	5,73	2,95	12,78	3,89	38,08	9,34
Boşanmış	19,00	5,60	5,89	2,67	14,11	4,81	38,29	6,73
Hiç evlenmemiş	19,78	5,08	6,63	3,29	12,52	3,70	38,86	9,76
f	0,154		4,697		0,852		0,344	
p	0,858		<0,01		0,427		0,709	

Çocuk sayısına göre tükenmişlik puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 3.2.7’de verilmiştir. Çocuk sayısı yönünden gruplar arasında DT alt ölçeği puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0,175$). D alt ölçeği puanları yönünden ise en az bir grubun istatistiksel olarak anlamlı bir farka neden olduğu görülmüştür ($p=0,006$). Buna göre; farkın kaynağı çocuğu olmayan grubun D alt ölçeği puanlarının 2 çocuklu grubun puanlarına göre daha yüksek bulunmasıdır ($p=0,003$). KB alt ölçeği ve GT puanları yönünden gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmemiş ve p değerleri sırasıyla 0,709 ; 0,187 bulunmuştur.

Tablo 3.2.7. Çocuk Sayısına Göre MTÖ Tükenmişlik Puan Ortalamaları

Çocuk Sayısı	DT		D		KB		GT	
	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS
Yok	19,61	5,22	6,50	3,18	12,35	3,79	38,14	9,59
1	19,89	4,59	5,76	2,77	12,88	3,82	38,88	8,97
2	18,63	5,08	5,00	2,95	12,52	3,99	36,14	9,58
3 ve üzeri	20,94	5,67	6,33	3,05	12,95	4,27	39,76	11,09
f	1,661		4,227		0,462		1,610	
p	0,175		0,006		0,709		0,187	

Gelir düzeyi açısından DT alt ölçeği puanları yönünden en az bir grubun istatistiksel olarak anlamlı bir farka neden olduğu ($p=0,009$) belirlenmiştir (Tablo 3.2.8). Buna göre; farkın kaynağı hem 2001 – 3000 hem de 3001 – 4000 YTL gelir düzeyi gruplarının puanlarının 501 – 1000 YTL grubuna göre daha yüksek olmasındandır. Grupların p değerleri sırasıyla, 0,011 ve 0,043 bulunmuştur.

Gruplar arasında D ve KB alt ölçeklerinden elde edilen puanlar yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmemiş ve p değerleri 0,151 ; 0,075 bulunmuştur.

GT puanları yönünden en az bir grubun istatistiksel olarak anlamlı bir farka neden olduğu görülmüştür ($p=0,004$). Buna göre; farkın kaynağı DT alt ölçeğinde olduğu gibi, hem 2001 – 3000 hem de 3001 – 4000 YTL gelir düzeyi gruplarının puanlarının, 501 – 1000 YTL grubuna göre daha yüksek olmasındandır. Grupların p değerleri sırasıyla, 0,029 ve 0,006 bulunmuştur.

Tablo 3.2.8. Gelir Düzeyine Göre MTÖ Tükenmişlik Puan Ortalamaları

Gelir Düzeyi (YTL)	DT		D		KB		GT	
	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS
501–1000	18,30	6,10	5,57	3,35	12,14	4,58	35,47	11,09
1001–2000	19,61	4,93	6,22	3,27	12,47	3,89	38,26	9,84
2001–3000	20,50	3,97	5,77	2,74	12,86	3,29	39,40	7,20
3001–4000	20,70	3,35	6,63	1,80	13,96	2,99	41,29	5,80
4000'den fazla	20,16	2,93	6,83	2,46	13,37	3,95	40,50	8,40
f	3,406		1,689		2,136		3,973	
p	0,009		0,151		0,075		0,004	

Evde yaşayan kişi sayısına göre tükenmişlik puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 3.2.9'da verilmiştir. Evde yaşayan kişi sayısı açısından gruplar arasında hem DT, D ve KB alt ölçekleri hem de GT puanları yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmemiştir. Grupların p değerleri sırasıyla, 0,337 ; 0,072 ; 0,663 ve 0,566 bulunmuştur.

Tablo 3.2.9. Evde Yaşayan Kişi Sayısına Göre MTÖ Tükenmişlik Puan Ortalamaları

Evde Yaşayan Kişi Sayısı	DT		D		KB		GT	
	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS
1–2 kişi	19,72	4,58	6,39	2,98	12,42	3,74	38,45	8,88
3–4 kişi	19,31	4,98	5,69	3,19	12,75	3,91	37,87	9,85
5 ve fazla	20,26	5,46	6,53	2,64	12,83	3,76	39,25	9,43
f	1,091		3,521		0,411		0,570	
p	0,337		0,072		0,663		0,566	

Öğrenim durumu incelendiğinde gruplar arasında hem DT, D ve KB alt ölçekleri hem de GT puanları yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir fark

belirlenmemiştir (Tablo 3.2.10). Grupların p değerleri sırasıyla, 0,094 ; 0,573 ; 0,730 ve 0,561 bulunmuştur.

Tablo 3.2.10. Öğrenim Durumuna Göre MTÖ Tükenmişlik Puan Ortalamaları

Öğrenim Durumu	DT		D		KB		GT	
	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS
Lise	19,82	4,72	5,92	2,91	12,70	3,86	38,31	8,78
Üniversite	18,77	5,19	5,72	2,50	12,87	3,43	37,61	9,10
t	0,711		0,851		0,032		0,111	
p	0,094		0,573		0,730		0,561	

Araştırma grubunun çalıştıkları kurum dikkate alındığında DT alt ölçeği puanları yönünden en az bir grubun istatistiksel olarak anlamlı bir farka neden olduğu ($p=0,009$) görülmüştür (Tablo 3.2.11). Buna göre; farka neden olan grup Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde çalışanlardır. Bu grubun DT alt ölçek puanlarının, Etlik İhtisas ve Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastaneleri çalışanlarına göre daha yüksek olduğu görülmüş ve p değerleri sırasıyla 0,008 ve 0,020 bulunmuştur. Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi çalışanlarının puanları Etlik ihtisas Hastanesi çalışanlarına göre daha yüksek olmasına karşın, aradaki bu fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p=0,598$).

D alt ölçeği puanları yönünden en az bir grubun istatistiksel olarak anlamlı bir farka neden olduğu görülmüştür ($p<0,001$). Buna göre; farka neden olan grup Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde çalışanlardır. Bu grubun D alt ölçek puanlarının Etlik İhtisas ve Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastaneleri çalışanlarına göre daha yüksek olduğu görülmüş ve p değerleri 0,001'den küçük bulunmuştur. Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi çalışanlarının puanları Etlik ihtisas Hastanesi çalışanlarına göre daha yüksek olmasına karşın, aradaki bu fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p=0,593$).

KB alt ölçeği puanları yönünden gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmemiştir ($p=0,129$).

GT puanları yönünden en az bir grubun istatistiksel olarak anlamlı bir farka neden olduğu görülmüştür ($p<0,001$). Farka neden olan grup Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde çalışanlardır. Bu grubun GT puanlarının Etlik İhtisas ve Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastaneleri çalışanlarına göre daha yüksek olduğu görülmüş ve p değerleri 0,020 bulunmuştur. Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi çalışanlarının puanları, Etlik ihtisas Hastanesi çalışanlarına göre daha yüksek olmasına karşın, aradaki bu fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p=0,713$). Hipotez 2.5.4.c kabul edilmiştir. 2.5.4.a,b,d hipotezleri reddedilmiştir.

Tablo 3.2.11. Çalışılan Kuruma Göre MTÖ Tükenmişlik Puan Ortalamaları

Çalıştığı Kurum	DT		D		KB		GT	
	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS
Ankara Eğit. Arş. Hast.	20,57	4,49	6,83	2,86	13,16	3,78	40,64	8,53
Etlik İhtisas Hastanesi	18,64	4,61	5,34	3,35	12,44	3,85	36,28	9,27
Gazi Üniv. Tıp Fak. Hast.	19,24	5,32	5,72	3,04	12,44	3,87	37,26	9,89
f	1,779		0,089		0,808		2,090	
p	0,003		<0,001		0,129		<0,001	

Toplam hizmet yılına göre tükenmişlik puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 3.2.12'de verilmiştir. Araştırmaya katılan kişilerin toplam hizmet yılları dikkate alındığında DT alt ölçeği puanları yönünden en az bir grubun istatistiksel olarak anlamlı bir farka neden olduğu görülmüştür ($p=0,011$). Buna göre; toplam hizmet yılı 0 – 8 yıl arasında olan grubun puanlarının 19

yıl ve daha fazla süredir çalışan kişilerin oluşturduğu grubun puanlarına göre daha yüksek çıkmış, aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,011$). Diğer çoklu karşılaştırma testleri sonucunla ortaya çıkan farklılıklara ilişkin istatistiksel olarak anlamlı bir sonuca ulaşılmamıştır.

D alt ölçeği puanları yönünden en az bir grubun istatistiksel olarak anlamlı bir farka neden olduğu görülmüştür ($p=0,008$). Buna göre; toplam hizmet yılı 0 – 8 yıl arasında olan grubun puanlarının 9 – 13 yıl arası çalışan kişilerin oluşturduğu grubun puanlarına göre daha yüksek çıkmış ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,009$). Diğer çoklu karşılaştırma testleri sonucunla ortaya çıkan farklılıklara ilişkin istatistiksel olarak anlamlı bir sonuca ulaşılmamıştır.

KB alt ölçeği puanları yönünden gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmemiştir ($p=0,415$).

GT puanları yönünden en az bir grubun istatistiksel olarak anlamlı bir farka neden olduğu belirlenmiştir ($p=0,005$). Buna göre; toplam hizmet yılı 0 – 8 yıl arasında olan grubun GT puanlarının 19 yıl ve daha fazla süredir çalışan kişilerin oluşturduğu grubun GT puanlarına göre daha yüksek çıkması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,014$). Diğer çoklu karşılaştırma testleri sonucunla ortaya çıkan farklılıklara ilişkin istatistiksel olarak anlamlı bir sonuca ulaşılmamıştır. Hipotez 2.5.5.c kabul edilmiştir. 2.5.5.a,b,d hipotezleri reddedilmiştir.

Tablo 3.2.12. Toplam Hizmet Yılına Göre MTÖ Tükenmişlik Puan Ortalamaları

Top. Hizmet Süresi (Yıl)	DT		D		KB		GT	
	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS
0–8 yıl	20,07	4,48	6,45	3,08	12,87	3,90	39,48	8,97
9–13 yıl	19,12	5,64	5,39	2,93	12,63	3,71	36,94	10,07
14–18 yıl	19,64	4,77	5,85	3,44	12,57	3,71	37,81	9,36
19 yıl ve üstü	16,78	6,25	5,29	2,48	11,54	4,12	33,35	10,07
f	3,752		3,986		0,953		4,335	
p	0,011		0,008		0,415		0,005	

Halen çalıştığı kurumdaki hizmet yılına göre tükenmişlik puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 3.2.13’de verilmiştir. Araştırma grubunun halen çalıştıkları kurumdaki hizmet yılları dikkate alındığında DT alt ölçeği puanları yönünden en az bir grubun istatistiksel olarak anlamlı bir farka neden olduğu görülmüştür ($p=0,011$). Buna göre; bağlı bulunduğu kurumdaki çalışma yılı 0 – 3 yıl arasında olan grubun DT puanlarının 10 yıl ve daha fazla süredir bu kurumda çalışan kişilerin oluşturduğu grubun DT puanlarına göre daha yüksek çıkmış ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,008$). Diğer çoklu karşılaştırma testleri sonucunda ortaya çıkan farklılıklara ilişkin istatistiksel olarak anlamlı bir sonuca ulaşılmamıştır.

D alt ölçeği puanları yönünden en az bir grubun istatistiksel olarak anlamlı bir farka neden olduğu görülmüştür ($p=0,002$). Buna göre; bağlı bulunduğu kurumdaki çalışma yılı 0 – 3 yıl arasında olan grubun D puanlarının hem 7 – 9 yıl arası çalışan, hem de 10 yıl ve daha fazla süredir bu kurumda çalışan kişilerin oluşturduğu grubun D puanlarına göre daha yüksek çıkmış ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Grupların p değerleri sırasıyla 0,009 ve 0,023 olarak elde edilmiştir. Diğer çoklu karşılaştırma testleri sonucunda

ortaya çıkan farklılıklara ilişkin istatistiksel olarak anlamlı bir sonuca ulaşılmamıştır.

KB alt ölçeği puanları yönünden gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmemiştir ($p=0,215$). GT puanları yönünden en az bir grubun istatistiksel olarak anlamlı bir farka neden olduğu görülmüştür ($p<0,001$). Buna göre; bağlı bulunduğu kurumdaki çalışma yılı hem 0 – 3 yıl arasında olan grubun, hem de 4 – 6 yıl arasında olan grubun GT puanlarının 10 yıl ve daha fazla süredir bu kurumda çalışan kişilerin oluşturduğu grubun GT puanlarına göre daha yüksek çıkmış ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Grupların p değerleri sırasıyla $<0,001$ ve $<0,01$ olarak elde edilmiştir. Diğer çoklu karşılaştırma testleri sonucunda ortaya çıkan farklılıklara ilişkin istatistiksel olarak anlamlı bir sonuca ulaşılmamıştır. Hipotez 2.5.6.c kabul edilmiştir. Hipotez 2.5.6.a,b,d reddedilmiştir.

Tablo 3.2.13. Halen Çalıştığı Kurumdaki Hizmet Yılına Göre MTÖ Tükenmişlik Puan Ortalamaları

	DT		D		KB		GT	
Halen Çalıştığı Kurumdaki Hizmet Yılı	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS
0–3	20,16	4,70	6,45	3,15	12,86	3,89	39,48	9,26
4–6	19,65	4,93	6,09	3,10	13,03	3,77	39,14	9,46
7–9	18,98	4,53	5,00	2,53	12,02	3,65	36,04	8,36
10 ve üzeri	17,98	5,90	5,21	2,92	12,07	3,86	34,25	9,86
f	3,735		5,148		1,494		6,146	
p	0,011		0,002		0,215		<0,001	

Tablo 3.2.14’de de görüldüğü gibi araştırmaya katılan kişilerin mesleklerini sürdürme nedenleri incelendiğinde, DT alt ölçeği puanları yönünden en az bir grubun istatistiksel olarak anlamlı bir farka neden olduğu belirlenmiştir ($p=0,015$). Buna göre; yalnızca toplumsal onay nedeniyle mesleğini

sürdürenlerle sevgi nedeniyle sürdürenler arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,026$).

D alt ölçeği puanları yönünden gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmemiştir ($p=0,124$). KB alt ölçeği puanları yönünden en az bir grubun istatistiksel olarak anlamlı bir farka neden olduğu görülmüştür ($p=0,029$). Buna göre; yalnızca geçim nedeniyle mesleğini sürdürenlerle sevgi nedeniyle sürdürenler arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,039$). GT puanları yönünden ise gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmemiştir ($p=0,102$).

Tablo 3.2.14. Mesleği Sürdürme Nedenine Göre MTÖ Tükenmişlik Puan Ortalamaları

	DT		D		KB		GT	
Mesleği								
Sürdürme	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS
Nedeni								
Geçim	19,66	5,03	6,05	3,10	13,01	3,97	38,68	9,49
Sevgi nedeniyle	18,95	4,85	5,73	2,93	11,93	3,38	36,57	9,12
Toplumsal onay	22,22	3,94	6,59	2,82	13,17	3,97	41,86	7,62
Ekonomik zorunluluk	20,35	4,44	7,20	4,25	13,15	5,07	40,70	11,25
Diğer	23,00	6,87	8,38	2,20	14,63	2,62	45,17	10,74
f	3,113		2,434		2,715		3,200	
p	0,015		0,124		0,029		0,102	

Mesleği istemeyerek seçen grubun DT ve KB alt ölçek puanları mesleği isteyerek seçen grubun puanlarına kıyasla daha yüksek olduğu görülmüş ve p değerleri 0,001'den küçük bulunmuştur (Tablo 3.2.15). Mesleği isteyerek seçenleri D alt ölçeği puanları, mesleği istemeyerek seçen gruba göre daha yüksektir ($p=0,014$). GT puanları incelendiğinde mesleği istemeyerek seçenlerin daha yüksek puan aldıkları belirlenmiştir ($p<0,001$).

Tablo 3.2.15. Mesleğin İsteyerek Seçilip Seçilmemesi Durumuna Göre MTÖ Tükenmişlik Puan Ortalamaları

Mesleğin İsteyerek Seçimi	DT		D		KB		GT	
	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS
Evet	18,69	5,24	5,70	3,23	11,92	3,92	36,36	9,91
Hayır	20,52	4,53	6,40	2,95	13,48	3,63	40,36	8,63
t	4,084		2,476		4,495		4,999	
p	<0,001		0,014		<0,001		<0,001	

Mesleğe uygun olup olmama görüşüne göre tükenmişlik puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 3.2.16’da verilmiştir. Araştırmaya katılan kişilerin mesleğe uygunluk görüşleri incelendiğinde DT alt ölçeği puanları yönünden en az bir grubun istatistiksel olarak anlamlı bir farka neden olduğu görülmüştür ($p<0,001$). Buna göre; “uygun değil” diyen grubun puanları, hem “çok uygun” hem de “uygun” diyen grubun puanlarına göre daha yüksek olup, p değerleri 0,001’den küçük bulunmuştur. Benzer şekilde “kısmen uygun” diyen grubun puanları, hem “çok uygun” hem de “uygun” diyen grubun puanlarına göre daha yüksek olup, p değerleri sırasıyla 0,006 ve 0,009 bulunmuştur. Meslek seçimini çok uygun bulan ve uygun bulan grup arasında ise DT puanları yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmemiştir ($p=0,414$).

D alt ölçeği puanları yönünden en az bir grubun istatistiksel olarak anlamlı bir farka neden olduğu görülmüştür ($p<0,001$). Buna göre; yalnızca “uygun değil” ve “kısmen uygun” diyen grupların D alt ölçek puanları, “uygun” diyen grubun puanlarına göre daha yüksek olup, p değerleri 0,004 ve $<0,01$ bulunmuştur.

KB alt ölçeği puanları yönünden en az bir grubun istatistiksel olarak anlamlı bir farka neden olduğu görülmüştür ($p<0,001$). Buna göre; “uygun değil” diyen grubun puanları hem “çok uygun” hem de “uygun” diyen grubun

puanlarına göre daha yüksek olup, p değerleri 0,001'den küçük bulunmuştur. Benzer biçimde “kısmen uygun” diyen grubun puanları hem “çok uygun” hem de “uygun” diyen grubun puanlarına göre daha yüksek olup, p değerleri sırasıyla 0,006 ve 0,029 bulunmuştur. Meslek seçimini “çok uygun” bulan ve “uygun” bulan grup arasında ise KB puanları yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmemiştir ($p=0,333$).

GT puanları yönünden en az bir grubun istatistiksel olarak anlamlı bir farka neden olduğu görülmüştür ($p<0,001$). Buna göre; “uygun değil” diyen grubun puanları hem “çok uygun” hem de “uygun” diyen grubun puanlarına göre daha yüksek olup, p değerleri 0,001'den küçük bulunmuştur. Benzer şekilde “kısmen uygun” diyen grubun puanları hem “çok uygun” hem de “uygun” diyen grubun puanlarına göre daha yüksek olup, p değerleri sırasıyla 0,006 ve $<0,001$ bulunmuştur. Meslek seçimini çok uygun bulan ve uygun bulan grup arasında ise DT puanları yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmemiştir ($p=0,618$).

Tablo 3.2.16. Mesleğe Uygun Olup Olmama Görüşüne Göre MTÖ

Tükenmişlik Puan Ortalamaları

Mesleğe Uygunluk	DT		D		KB		GT	
	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS
Çok uygun	17,54	5,40	5,68	3,00	11,12	3,63	34,42	9,86
Uygun	18,86	4,58	5,53	3,03	12,19	3,71	36,50	9,27
Kısmen uygun	20,44	4,91	6,50	2,92	13,27	3,57	40,23	8,29
Uygun değil	21,84	5,24	7,16	3,64	14,46	4,57	43,39	10,67
f	9,293		5,821		8,683		11,645	
p	<0,001		<0,001		<0,001		<0,001	

Araştırmaya katılan kişilerin mesleği uygulamadaki verimlilik görüşleri incelendiğinde, DT alt ölçeği puanları yönünden gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı ($p=0,064$) belirlenmiştir (Tablo 3.2.17).

D alt ölçeği puanları yönünden en az bir grubun istatistiksel olarak anlamlı bir farka neden olduğu görülmüştür ($p<0,001$). Buna göre; “kötü” diyen grubun puanları hem “çok iyi” hem de “iyi” diyen grubun puanlarına göre daha yüksek olup, p değerleri sırasıyla $<0,001$ ve $0,008$ bulunmuştur. Benzer biçimde “normal” diyen grubun puanları hem “çok iyi” hem de “iyi” diyen grubun puanlarına göre daha yüksek olup, p değerleri sırasıyla $<0,001$ ve $0,006$ bulunmuştur.

KB alt ölçeği puanları yönünden en az bir grubun istatistiksel olarak anlamlı bir farka neden olduğu görülmüştür ($p<0,001$). Buna göre; “kötü” diyen grubun puanları “çok iyi”, “iyi” ve “normal” diyen grupların puanlarına göre daha yüksek olup, p değerleri sırasıyla $<0,001$; $<0,001$ ve $0,023$ bulunmuştur. “Normal” diyen grubun puanları “çok iyi” diyen grubun puanlarına göre daha yüksek bulunmuştur ($p<0,001$). Benzer biçimde “iyi” diyen grubun puanları “çok iyi” diyen grubun puanlarına göre daha yüksek bulunmuştur ($p=0,021$).

GT puanları yönünden en az bir grubun istatistiksel olarak anlamlı bir farka neden olduğu görülmüştür ($p<0,001$). Buna göre; “kötü” diyen grubun puanları hem “çok iyi” hem de “iyi” diyen grubun puanlarına göre daha yüksek olup, p değerleri $0,001$ ’den küçük bulunmuştur. Benzer biçimde “normal” diyen grubun puanları hem “çok iyi” hem de “iyi” diyen grubun puanlarına göre daha yüksek olup, p değerleri sırasıyla $0,003$ ve $0,027$ bulunmuştur.

Tablo 3.2.17. Mesleği Uygulamadaki Verimlilik Görüşüne Göre MTÖ Tükenmişlik Puan Ortalamaları

	DT		D		KB		GT	
Mesleği Uygulamada Verimlilik	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS
Çok iyi	19,53	5,63	5,15	3,18	11,15	3,65	35,85	10,20
İyi	19,08	4,70	5,74	2,93	12,50	3,77	37,30	8,95
Normal	20,13	4,62	6,88	2,87	13,59	3,43	40,41	8,06
Kötü	21,90	4,42	8,10	3,86	16,32	4,69	46,47	11,10
Çok kötü	21,50	9,81	7,50	3,00	15,00	2,83	44,00	15,38
f	2,237		7,961		11,530		8,062	
p	0,064		<0,001		<0,001		<0,001	

Araştırma grubunun mesleği uygulamadaki verimlilikleri görüşleri incelendiğinde, DT alt ölçeği puanları yönünden en az bir grubun istatistiksel olarak anlamlı bir farka neden olduğu ($p<0,001$) belirlenmiştir (Tablo 3.2.18). Buna göre; “çok kötü” diyen grubun DT puanları “çok iyi” ve “iyi” diyen grupların DT puanlarına göre daha yüksek olup, p değerleri sırasıyla 0,004 ; <0,001 ve 0,014 bulunmuştur. Benzer biçimde “kötü” diyen grubun DT puanları “iyi” diyen grubun DT puanlarına göre daha yüksek bulunmuştur ($p=0,016$).

D alt ölçeği puanları yönünden en az bir grubun istatistiksel olarak anlamlı bir farka neden olduğu görülmüştür ($p=0,005$). Buna göre; “çok kötü” diyen grubun D puanları hem “çok iyi” hem de “iyi” diyen grupların D puanlarına göre daha yüksek olup, p değerleri sırasıyla 0,016 ; 0,012 bulunmuştur.

KB alt ölçeği puanları yönünden en az bir grubun istatistiksel olarak anlamlı bir farka neden olduğu görülmüştür ($p<0,001$). Buna göre; “çok kötü” diyen grubun KB puanları hem “çok iyi”, hem de “iyi” diyen grupların KB puanlarına

göre daha yüksek olup, p değerleri sırasıyla 0,038 ; 0,015 bulunmuştur. “Kötü” diyen grubun KB puanları “iyi” diyen grubun KB puanlarına göre daha yüksek bulunmuştur (p=0,041). Benzer biçimde “normal” diyen grubun KB puanları “iyi” diyen grubun KB puanlarına göre daha yüksek bulunmuştur (p=0,004).

GT puanları yönünden en az bir grubun istatistiksel olarak anlamlı bir farka neden olduğu görülmüştür (p<0,001). Buna göre; “çok kötü” diyen grubun GT puanları hem “çok iyi”, hem de “iyi” diyen grupların GT puanlarına göre daha yüksek olup, p değerleri sırasıyla 0,003 ; <0,001 bulunmuştur. “Kötü” diyen grubun GT puanları “iyi” diyen grubun GT puanlarına göre daha yüksek bulunmuştur (p=0,009). Benzer biçimde “normal” diyen grubun GT puanları “iyi” diyen grubun GT puanlarına göre daha yüksek bulunmuştur (p=0,030).

Tablo 3.2.18. Mesleki Gelecek Algısına Göre MTÖ Tükenmişlik Puan Ortalamaları

Mesleki Gelecek Algısı	DT		D		KB		GT	
	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS
Çok iyi	18,54	5,49	5,29	3,39	11,69	3,95	35,39	11,04
İyi	18,65	5,05	5,59	3,06	11,78	3,73	36,00	9,66
Normal	19,68	4,60	6,21	3,04	13,26	3,56	39,13	8,42
Kötü	20,67	4,43	6,38	2,71	13,18	3,89	40,20	8,17
Çok kötü	23,69	6,91	8,19	4,56	15,00	5,57	45,87	15,00
f	5,772		3,711		5,572		6,653	
p	<0,001		0,005		<0,001		<0,001	

Çalışma ortamından hoşnutluğa göre tükenmişlik puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 3.2.19’da verilmiştir. Çalışma ortamından hoşnutluk görüşleri incelendiğinde DT alt ölçeği puanları yönünden en az bir grubun istatistiksel olarak anlamlı bir farka neden olduğu görülmüştür (p<0,001).

Buna göre; “hiçbir zaman” diyen grubun DT puanları, hem “çoğu zaman” hem de “bazen” diyen grupların DT puanlarına göre daha yüksek olup, p değerleri 0,001’den küçük bulunmuştur. “Nadiren” diyen grubun DT puanları “çoğu zaman” diyen grubun DT puanlarına göre daha yüksek bulunmuştur ($p<0,001$). Benzer biçimde “bazen” diyen grubun DT puanları “çoğu zaman” diyen grubun DT puanlarına göre daha yüksek bulunmuştur ($p<0,001$).

D alt ölçeği puanları yönünden en az bir grubun istatistiksel olarak anlamlı bir farka neden olduğu görülmüştür ($p<0,001$). Buna göre; “hiçbir zaman” diyen grubun D puanları hem “her zaman” hem de “çoğu zaman” diyen grupların D puanlarına göre daha yüksek olup, p değerleri sırasıyla 0,017 ve $<0,001$, “nadiren” diyen grubun D puanları “çoğu zaman” diyen grubun D puanlarına göre daha yüksek bulunmuştur ($p<0,001$). Benzer biçimde “bazen” diyen grubun D puanları “çoğu zaman” diyen grubun D puanlarına göre daha yüksek bulunmuştur ($p<0,001$).

KB alt ölçeği puanları yönünden en az bir grubun istatistiksel olarak anlamlı bir farka neden olduğu görülmüştür ($p<0,001$). Buna göre; “hiçbir zaman” diyen grubun KB puanları “çoğu zaman” diyen grubun KB puanlarına göre daha yüksek bulunmuştur ($p<0,001$). “Nadiren” diyen grubun KB puanları “çoğu zaman” diyen grubun KB puanlarına göre daha yüksek bulunmuştur ($p<0,001$). Benzer biçimde “bazen” diyen grubun KB puanları “çoğu zaman” diyen grubun KB puanlarına göre daha yüksek bulunmuştur ($p=0,008$).

GT puanları yönünden en az bir grubun istatistiksel olarak anlamlı bir farka neden olduğu görülmüştür ($p<0,001$). Buna göre; “hiçbir zaman” diyen grubun GT puanları “her zaman”, “çoğu zaman” ve “bazen” diyen grupların GT puanlarına göre daha yüksek olup, p değerleri sırasıyla 0,005 ; $<0,001$ ve 0,007 bulunmuştur. “Nadiren” diyen grubun GT puanları “çoğu zaman” diyen grubun GT puanlarına göre daha yüksek bulunmuştur ($p<0,001$). Benzer biçimde “bazen” diyen grubun GT puanları “çoğu zaman” diyen grubun GT puanlarına göre daha yüksek bulunmuştur ($p<0,001$).

Tablo 3.2.19. Çalışma Ortamından Hoşnutluğa Göre MTÖ Tükenmişlik Puan Ortalamaları

	DT		D		KB		GT	
Çalışma								
Ortamından	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS
Hoşnutluk								
Her zaman	19,24	5,27	4,69	3,30	11,47	4,39	34,94	10,44
Çoğu zaman	16,27	5,17	4,75	3,07	11,29	3,73	32,25	9,71
Bazen	19,74	4,19	6,41	3,04	12,80	3,88	39,08	8,31
Nadiren	21,15	4,64	6,37	2,90	13,41	3,57	41,06	8,89
Hiçbir zaman	22,28	3,81	7,25	2,77	13,85	3,61	43,45	6,89
f	24,944		10,163		7,189		22,090	
p	<0,001		<0,001		<0,001		<0,001	

Araştırmaya katılan kişilerin mevcut sağlık sisteminden memnuniyetlerine ilişkin görüşleri incelendiğinde, DT alt ölçeği puanları yönünden en az bir grubun istatistiksel olarak anlamlı bir farka neden olduğu ($p<0,001$) belirlenmiştir (Tablo 3.2.20). Buna göre; hiç memnun olmayanların DT puanları, hem “çok az memnun olan” hem de “biraz memnun biraz memnun olmayan” grupların DT puanlarına göre daha yüksek olup, p değerleri sırasıyla 0,028 ve <0,001 bulunmuştur.

D alt ölçeği puanları yönünden gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı görülmüştür ($p<0,179$).

KB alt ölçeği puanları yönünden en az bir grubun istatistiksel olarak anlamlı bir farka neden olduğu görülmüştür ($p=0,005$). Buna göre; “hiç memnun olmayan” grubun KB puanları hem “tamamıyla” ya da “büyük ölçüde memnun” olan hem de “bazen memnun bazen memnun olmayan” grupların KB puanlarına göre daha yüksek olup, p değerleri sırasıyla 0,014 ve 0,047 bulunmuştur.

GT puanları yönünden en az bir grubun istatistiksel olarak anlamlı bir farka neden olduğu görülmüştür ($p<0,001$). Buna göre; yalnızca “hiç memnun olmayan” grupla “biraz memnun biraz değil” diyen grubun DT puanları, hem “çoğu zaman” hem de “bazen memnun olmayan” grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,001$).

Tablo 3.2.20. Mevcut Sağlık Sisteminden Memnuniyete Göre MTÖ Tükenmişlik Puan Ortalamaları

	DT		D		KB		GT	
Sağlık Sisteminden Memnuniyet	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS
Tamamıyla ya da büyük ölçüde memnun	17,55	6,61	6,16	3,45	10,60	3,89	34,05	13,13
Biraz memnun								
biraz memnun değil	17,22	4,57	5,11	3,12	11,83	3,65	33,68	8,84
Çok az memnun	18,65	4,23	5,51	2,94	12,69	3,63	36,76	8,40
Hiç memnun değil	20,46	4,81	6,10	3,10	13,39	3,97	39,88	9,71
f	7,271		1,647		4,334		6,094	
p	<0,001		0,179		<0,005		<0,001	

Araştırma grubunun, amirlerinin takdirine yönelik görüşleri incelendiğinde, DT alt ölçeği puanları yönünden en az bir grubun istatistiksel olarak anlamlı bir farka neden olduğu ($p<0,001$) belirlenmiştir (Tablo 3.2.21). Buna göre; “hiçbir zaman” diyenlerin DT puanları “her zaman”, “çoğu zaman” ve “bazen” diyen grupların DT puanlarına göre daha yüksek olup, p değerleri sırasıyla 0,012 ; <0,001 ve <0,001 bulunmuştur. Ayrıca “nadiren” diyen grubun DT puanları

hem “çoğu zaman” hem de “bazen” diyen grupların DT puanlarına göre daha yüksek olup, p değerleri sırasıyla $<0,001$ ve $0,022$ bulunmuştur.

D alt ölçeği puanları yönünden en az bir grubun istatistiksel olarak anlamlı bir farka neden olduğu görülmüştür ($p<0,001$). Buna göre; “hiç bir zaman” diyenlerin D puanları hem “her zaman” hem de “çoğu zaman” diyen grupların D puanlarına göre daha yüksek olup, p değerleri sırasıyla $0,045$ ve $0,015$ bulunmuştur. Ayrıca “nadiren” diyen grubun D puanları, hem “her zaman” hem de “çoğu zaman” diyen grupların D puanlarına göre daha yüksek olup, p değerleri sırasıyla $0,004$ ve $<0,001$ bulunmuştur. Ayrıca “bazen” diyenlerin D puanları, “çoğu zaman” diyen grubun D puanlarına kıyasla daha yüksek bulunmuştur ($p=0,019$).

KB alt ölçeği puanları yönünden en az bir grubun istatistiksel olarak anlamlı bir farka neden olduğu görülmüştür ($p<0,001$). Buna göre; “hiçbir zaman” diyenlerin KB puanları hem “her zaman” hem de “çoğu zaman” diyen grupların KB puanlarına göre daha yüksek olup, p değerleri $0,001$ ’den küçük bulunmuştur. “Nadiren” diyen grubun KB puanları hem “her zaman” hem de “çoğu zaman” diyen grupların KB puanlarına göre daha yüksek olup, p değerleri $0,001$ ’den küçük bulunmuştur. Ayrıca “bazen” diyenlerin KB puanları hem “her zaman” hem de “çoğu zaman” diyen grupların KB puanlarına kıyasla daha yüksek olup, p değerleri sırasıyla $0,007$ ve $0,008$ bulunmuştur.

GT puanları yönünden en az bir grubun istatistiksel olarak anlamlı bir farka neden olduğu görülmüştür ($p<0,001$). Buna göre; “hiçbir zaman” diyenlerin GT puanları, hem “her zaman” hem de “çoğu zaman” diyen grupların GT puanlarına göre daha yüksek olup, p değerleri $0,001$ ’den küçük bulunmuştur. “Nadiren” diyen grubun GT puanları, hem “her zaman” hem de “çoğu zaman” diyen grupların GT puanlarına göre daha yüksek olup, p değerleri $0,001$ ’den küçük bulunmuştur. Ayrıca “bazen” diyenlerin GT puanları, “çoğu zaman” diyen grubun GT puanlarına nazaran daha yüksek bulunmuştur ($p=0,004$).

Tablo 3.2.21. Üstlerin Takdirine Göre MTÖ Tükenmişlik Puan Ortalamaları

Üstlerin Takdiri	DT		D		KB		GT	
	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS
Her zaman	18,08	4,79	4,50	3,09	10,12	3,60	32,76	8,48
Çoğu zaman	17,45	5,97	4,95	3,18	11,16	3,74	33,64	10,73
Bazen	19,08	4,29	6,19	3,06	12,80	3,68	38,09	8,26
Nadiren	20,89	4,63	6,88	2,99	13,75	3,51	41,32	9,26
Hiçbir zaman	21,51	4,42	6,36	2,88	13,58	3,91	41,42	8,35
f	2,394		0,932		1,124		1,449	
p	<0,001		<0,001		<0,001		<0,001	

Araştırma grubunun mesleğin toplumsal saygınlığına inanma konusundaki görüşleri incelendiğinde, hem DT, D, KB alt ölçek puanları hem de GT puanları yönünden gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farka rastlanmamıştır. P değerleri sırasıyla 0,05 ; 0,445 ; 0,344 ve 0,217 bulunmuştur (Tablo 3.2.22).

Tablo 3.2.22. Mesleğin Toplumdaki Saygınlığına Olan İnanca Göre MTÖ Tükenmişlik Puan Ortalamaları

Mesleğin Saygınlığına İnanma	DT		D		KB		GT	
	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS
Her zaman	18,33	5,74	4,64	3,43	10,79	3,62	33,23	10,03
Çoğu zaman	18,04	5,61	6,52	3,10	12,19	4,96	37,17	12,37
Bazen	19,31	4,92	6,21	2,90	12,94	3,27	38,49	8,28
Nadiren	19,14	4,39	6,04	2,83	12,64	3,57	37,69	8,49
Hiçbir zaman	20,35	5,15	6,03	3,35	12,79	4,13	39,09	10,23
f	11,437		6,751		10,205		13,120	
p	0,050		0,445		0,344		0,217	

İş yüküne göre tükenmişlik puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 3.2.23'de verilmiştir. Araştırma grubunun iş yükü konusundaki görüşleri incelendiğinde, DT alt ölçek puanları yönünden en az bir grubun istatistiksel olarak anlamlı bir farka neden olduğu görülmüştür ($p<0,001$). Buna göre ; iş yükü çok fazla olan grubun DT puanları, iş yükü hem fazla olan hem de normal olan grupların DT puanlarına göre daha yüksek bulunmuş olup, p değerleri sırasıyla 0,005 ve $<0,001$ bulunmuştur.

D, KB alt ölçek puanları ve GT puanları yönünden gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farka rastlanmamıştır. P değerleri sırasıyla 0,592 ; 0,678 ve 0,076 bulunmuştur. Hipotez 2.5.8.b,c,d kabul edilmiştir. Hipotez 2.5.8.a reddedilmiştir.

Tablo 3.2.23. İş Yüküne Göre MTÖ Tükenmişlik Puan Ortalamaları

İş Yükü	DT		D		KB		GT	
	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS
Çok fazla	20,89	5,61	6,24	3,55	12,46	4,22	39,87	10,77
Fazla	19,18	4,31	5,90	2,73	12,90	3,67	37,70	8,51
Normal	17,78	4,61	6,00	2,95	12,46	3,58	36,51	8,84
Az	16,50	0,71	3,50	3,54	14,00	0,00	34,00	4,24
Önemli değil	16,25	6,95	5,25	5,12	11,00	3,00	32,67	16,92
f	6,033		0,700		0,579		2,133	
p	$<0,001$		0,592		0,678		0,076	

Araştırma grubunun eşlerinin mesleklerine göre değerlendirmesi yapıldığında, DT alt ölçeği puanları yönünden en az bir grubun istatistiksel olarak anlamlı bir farka neden olduğu görülmüştür ($p=0,036$). Buna göre; eşleri çalışmayan kişilerin DT puanları eşi öğretmen, sağlık personeli, serbest meslek, memur ya da başka bir işte çalışıyor olan grupların DT puanlarına göre daha düşük olup, p değerleri sırasıyla 0,032 ; 0,019 ; 0,011 ; 0,037 ve 0,049 bulunmuştur. Özetle farka neden olan grup eşleri çalışmayanların oluşturduğu gruptur (Tablo 3.2.24).

D alt ölçeği puanları yönünden en az bir grubun istatistiksel olarak anlamlı bir farka neden olduğu görülmüştür ($p=0,003$). Buna göre; eşleri sağlık personeli olan kişilerin D puanları, eşi memur ve diğer çalışan gruplarının D puanlarına göre daha yüksek olup, p değerleri sırasıyla 0,018 ve 0,034 bulunmuştur. Diğer çoklu karşılaştırma sonuçları istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur.

KB alt ölçeği puanları yönünden gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmemiştir ($p=0,197$).

GT puanları yönünden en az bir grubun istatistiksel olarak anlamlı bir farka neden olduğu görülmüştür ($p=0,011$). Buna göre; eşleri çalışmayan kişilerin GT puanları, eşi öğretmen, sağlık personeli ve serbest meslek sahibi gruplarının GT puanlarına göre daha düşük olup, p değerleri sırasıyla 0,020 ; 0,020 ve 0,023 bulunmuştur.

Tablo 3.2.24. Eş Mesleğine Göre MTÖ Tükenmişlik Puan Ortalamaları

Eş Mesleği	DT		D		KB		GT	
	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS
Çalışmıyor	13,33	7,84	4,33	3,50	9,20	5,93	26,20	11,92
Öğretmen	19,96	4,37	6,57	2,70	13,61	3,69	40,44	8,06
Sağlık	19,91	4,89	6,60	3,37	12,76	4,21	39,58	10,43
Serbest meslek	20,51	4,51	6,15	2,18	13,23	3,65	39,84	7,74
Memur	19,43	4,88	5,20	2,59	13,09	3,75	37,63	8,56
Diğer	19,36	4,89	5,06	2,92	12,33	3,32	36,46	9,13
f	2,413		3,631		1,477		3,040	
p	0,036		0,003		0,197		0,011	

Araştırma grubunun mesleki geleceğe ilişkin görüşlerine göre değerlendirme yapıldığında, DT alt ölçeği puanları yönünden en az bir grubun istatistiksel olarak anlamlı bir farka neden olduğu görülmüştür ($p=0,007$). Buna göre; bir başka mesleğe geçmeyi isteyenlerin DT puanları, mesleğe devam edeceğini belirten gruba göre daha yüksek ($p<0,01$) bulunmuştur (Tablo 3.2.25).

D ve KB alt ölçek puanları yönünden gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmemiş ve p değerleri sırasıyla 0,065 ve 0,060 bulunmuştur.

GT puanları yönünden en az bir grubun istatistiksel olarak anlamlı bir farka neden olduğu görülmüştür ($p=0,042$). Buna göre; bir başka mesleğe geçmeyi isteyenlerin GT puanları, mesleğe devam edeceğini belirten gruba göre daha yüksek bulunmuştur ($p=0,038$).

Tablo 3.2.25. Mesleki Geleceğe Göre MTÖ Tükenmişlik Puan Ortalamaları

Mesleki Gelecek	DT		D		KB		GT	
	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS
Mesleğe devam	19,07	4,99	5,82	3,17	12,28	3,77	37,26	9,59
Ek iş yapmak	19,42	4,37	6,63	2,74	13,31	3,71	39,09	8,44
Bir başka mesleğe geçmek	20,92	5,08	6,55	3,17	13,32	3,88	40,46	9,44
Diğer	21,00	4,67	5,37	2,78	12,78	4,12	39,38	9,20
f	4,078		2,423		2,490		2,762	
p	0,007		0,065		0,060		0,042	

Araştırma grubunun sağlık sorunlarına ilişkin görüşlerine göre değerlendirme yapıldığında, DT alt ölçeği puanları yönünden en az bir grubun istatistiksel olarak anlamlı bir farka neden olduğu görülmüştür ($p=0,002$). Buna göre; yalnızca psikolojik sağlık sorunu olanların DT puanları, sağlık problemi olmayanların DT puanlarına göre daha yüksek bulunmuştur ($p=0,014$).

D alt ölçeği puanları yönünden gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmemiştir ($p=0,062$). KB alt ölçeği puanları yönünden gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmemiştir ($p=0,169$).

GT puanları yönünden en az bir grubun istatistiksel olarak anlamlı bir farka neden olduğu görülmüştür ($p=0,011$). Buna göre; her iki sağlık sorunu olan ve psikolojik sağlık sorunu olan grupların GT puanları, hiçbir sağlık problemi olmayan grubun GT puanlarına göre daha yüksek olup, p değerleri sırasıyla 0,041 ve 0,008 bulunmuştur. Hipotez 2.5.9.b ve c kabul edilmiştir. Hipotez 2.5.9.a ve d reddedilmiştir (Tablo 3.2.26).

Tablo 3.2.26. Bireyin Sağlık Sorunu Bildirimlerine Göre MTÖ Tükenmişlik Puan Ortalamaları

Sağlık Sorunu	DT		D		KB		GT	
	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS
Yok	19,08	4,98	5,92	3,16	12,51	3,95	37,44	9,69
Fiziksel	20,45	5,44	5,81	2,99	13,55	3,79	39,86	9,91
Psikolojik	21,96	3,99	6,88	2,76	12,67	3,45	41,76	6,92
Her ikisi	20,70	3,35	6,96	2,66	13,14	2,94	40,80	6,27
f	5,098		2,490		1,686		3,763	
p	0,002		0,062		0,169		0,011	

Ailesinde sağlık problemi olanlarla, ailesinde sağlık problemi olmayanlar arasında hem DT, D ve KB alt ölçek puanları hem de GT puanları yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmayıp, p değerleri sırasıyla, 0,728 ; 0,352 ; 0,447 ve 0,696 bulunmuştur (Tablo 3.2.27).

Tablo 3.2.27. Aile Bireyleri Arasında Sağlık Sorunu Bildirimlerine Göre MTÖ Tükenmişlik Puan Ortalamaları

Sağlık Sorunu	DT		D		KB		GT	
	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS
Var	19,78	5,04	6,31	3,06	12,45	3,77	37,99	9,41
Yok	19,59	4,98	5,99	3,12	12,78	3,89	38,43	9,54
t	0,348		0,931		0,762		0,391	
p	0,728		0,352		0,447		0,696	

Araştırma grubunun egzersiz yapma sıklığına göre bir değerlendirme yapıldığında, DT alt ölçeği puanları yönünden en az bir grubun istatistiksel olarak anlamlı bir farka neden olduğu görülmüştür ($p < 0,001$). Buna göre; her gün egzersiz yapan ve hiç egzersiz yapmayan grupların DT puanları, ara sıra egzersiz yapan grubun DT puanlarına göre daha yüksek olup, p değerleri sırasıyla 0,049 ve 0,002 bulunmuştur.

Gruplar arasında hem D ve KB alt ölçek puanları hem de GT puanları yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmayıp, p değerleri sırasıyla, 0,412 ; 0,826 ve 0,099 bulunmuştur (Tablo 3.2.28).

Tablo 3.2.28. Egzersiz Yapma Sıklığına Göre MTÖ Tükenmişlik Puan Ortalamaları

Egzersiz Sıklığı	DT		D		KB		GT	
	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS
Her gün	20,36	3,66	6,52	2,42	12,92	3,25	39,62	6,34
Ara sıra	18,76	4,91	5,95	3,08	12,61	3,69	37,32	9,23
Hiç	20,44	5,29	5,98	3,39	12,75	4,30	39,11	10,72
f	6,654		0,889		0,192		2,329	
p	<0,001		0,412		0,826		0,099	

Sigara içme sıklığı dikkate alındığında, gruplar arasında hem DT, D ve KB alt ölçek puanları, hem de GT puanları yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmayıp, p değerleri sırasıyla, 0,544 ; 0,096 ; 0,667 ve 0,598 bulunmuştur (Tablo 3.2.29).

Tablo 3.2.29. Sigara İçme Sıklığına Göre MTÖ Tükenmişlik Puan Ortalamaları

Sigara İçme Sıklığı	DT		D		KB		GT	
	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS
Her gün	19,35	4,70	6,09	3,26	12,51	3,88	37,96	9,62
Ara sıra	19,18	4,46	5,31	2,71	12,74	3,11	37,40	7,62
Hiç	19,81	5,34	6,24	3,09	12,86	4,09	38,67	9,99
f	1,122		1,746		2,323		2,869	
p	0,544		0,096		0,667		0,598	

Alkol kullanma sıklığı dikkate alındığında gruplar arasında hem DT, D ve KB alt ölçek puanları, hem de GT puanları yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmayıp, p değerleri sırasıyla, 0,657 ; 0,146 ; 0,433 ve 0,448 bulunmuştur (Tablo 3.2.30).

Tablo 3.2.30. Alkol Alma Sıklığına Göre MTÖ Tükenmişlik Puan Ortalamaları

Alkol Alma Sıklığı	DT		D		KB		GT	
	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS
Her gün	18,27	6,78	5,82	3,16	11,25	4,62	35,63	10,64
Ara sıra	19,70	4,85	6,48	3,13	12,96	3,77	39,14	9,17
Hiç	19,63	5,00	5,88	3,10	12,72	3,87	38,20	9,72
f	7,706		5,214		2,806		7,280	
p	0,657		0,146		0,433		0,448	

4. TARTIŞMA

Bu bölümde, elde edilen verilerden çıkarılan bulgular ve bilgiler literatür bilgilerinden yararlanılarak tartışılmış ve yorumlanmıştır. Tartışma; araştırma grubunun tanımlayıcı özelliklerine ve tükenmişlik durumlarına ilişkin bulgular olmak üzere iki kısımda ele alınarak yapılmıştır.

4.1. Araştırma Grubunun Tanımlayıcı Bulgularının Tartışılması

Araştırma grubunun % 74,6'sı kadındır. Hastane yöneticilerinin % 61,3'ü, sağlık personelinin % 80'i kadındır. Bu durum hemşirelerin hastane çalışanları içerisinde sayısal olarak önemli bir yer tutmasından kaynaklanmış olabilir. Tablo 3.1.2'de de belirtildiği gibi sağlık personelinin % 66,1'i, yöneticilerin % 16,8'i hemşirelerden oluşmaktadır. Araştırma grubunun çoğu (% 78,4) 26-40 yaş arasında bulunmaktadır. Ancak bu durum yönetici ve sağlık personeli arasında koşutluk göstermemektedir. Sağlık personelinin %68,1'i 21-30 yaşları arasında iken, yöneticilerin % 54,8'i 36 yaş ve üzerindedir. Bu bulgu Karaodul'un çalışması ile de benzerlik göstermektedir (Karaodul, 2003, s.:56). Bunun nedeni, yöneticilik görevlerine getirilmede deneyim kazanmış olabileceği düşünülerek bireyin yaşının göz önünde bulundurulması olabilir. Toplam hizmet süresi de bu durumu desteklemektedir. Yöneticilerin % 58,2'si 14 yıl ve daha fazla toplam hizmet süresine sahipken, sağlık personelinin % 61,2'si sekiz yıldan daha az hizmet süresine sahiptir.

Araştırma grubunun % 50,9'u bir ya da iki çocukludur. Grubun % 6'sı üçten fazla çocuğa sahiptir. Bu durum ailedeki birey sayısı ile benzerlik göstermektedir. Grubun % 55,9'unun ailesi 3-4 kişiden oluşmaktadır. Bu

durum bireylerin çekirdek aile türüne sahip olduklarını göstermektedir. Çocuk sahibi olma ve çekirdek aile özelliği yönüyle yöneticiler ile sağlık personeli benzerdir.

Araştırma grubunun % 36'sı sağlık meslek lisesi, % 28,2'si lisans ya da tıp fakültesi mezunudur. Sağlık personelinin % 46,5'i sağlık meslek lisesi mezunu, yöneticilerin % 46,4'ü lisans ya da tıp fakültesi mezunudur. Sağlık meslek lisesi mezunu hemşireler hastane çalışanları arasında önemli yer tutmaktadır. Lisans üstü eğitim öğretim yapanların sayısı fazla değildir. Gerek yöneticiler, gerekse sağlık personelinin % 8,2'si lisans üstü eğitim ve öğretim yapmıştır. Yöneticiler içerisinde hekim ve hemşirelerin oranı benzerdir (% 17,9'u hekim, % 16,8'i hemşire).

Yöneticilerin % 51,5'inin, sağlık personelinin % 54,3'ünün çalıştıkları kurumda hizmet süresi üç yıl ve daha azdır.

Sağlık personelinin % 46,5'i, yöneticilerin % 77'si mesleğini isteyerek seçmişlerdir. Yöneticilerin % 74'ü mesleğini kendisine uygun ya da çok uygun görmekte, % 77'si mesleki verimini iyi ya da çok iyi olarak nitelendirmektedir. Bu değerler sağlık personeli arasında sırasıyla % 54'1; % 67'dir. Gerek yöneticiler, gerekse sağlık personelinin mesleğini isteyerek seçip seçmeme, mesleğini kendisine uygun görüp görmeme ve meslekteki verimliliği yönünden benzer özellikler taşımaktadır. Sağlık personeli, yöneticilere kıyasla mesleğini daha çok severek yürütmektedir. Mesleğin sürdürülmesinde sevgiyi ön planda tutanlar, yöneticiler arasında % 16,3 iken, bu değer sağlık personeli arasında daha yüksektir (% 33,1).

Tablo 3.1.3'de de görüldüğü gibi sağlık personelinin % 62,6'sı, yöneticilerin % 52,6'sı mesleğini geçim ya da parasal nedenlerle sürdürdüğünü belirtmişlerdir. Ekonomik sıkıntıların ve işsizliğin giderek arttığı günümüzde mesleğin sürdürülmesinde geçim ve parasal nedenlerin etkili olduğu düşünülebilir.

Sağlık personeline göre yöneticiler çalışma ortamından daha fazla memnundur. Çalışma ortamından memnun olanlar sağlık personeli arasında % 26,1, yöneticiler arasında % 38,2'dir.

Araştırma grubunun % 32,6'sının fiziksel ya da psikolojik bir sağlık sorunu bulunmaktadır. Aile bireyleri arasında bir sağlık sorunu bulunanlar yöneticiler arasında % 21,9'dur. Hekim ve hemşireler üzerinde yapılan bir araştırmada, araştırma grubunun % 34,6'sının fiziksel, % 31,9'unun psikolojik sorunlardan etkilendikleri belirtilmiştir (Aksoy, 2005, s.: 57).

Araştırma grubunun % 46'sı her gün, % 14,6'sı ara sıra sigara içtiğini, % 25'i her gün, % 40,9'u ara sıra alkol aldığını belirtmiştir. Bu değerler literatürdeki bulgularla benzerlik göstermektedir. Türkiye'de sigara içme sıklığı genel olarak % 44 olarak bildirilmiştir. Sigara içenlerin başında sağlık personeli ve öğretmenler ilk sıralarda yer almaktadır (Bilir ve ark., 1997, s.: 17).

4.2. Araştırma Grubunun Tükenmişlik Durumları

Maslach tükenmişlik ölçeğinden alınan puanlar, duygusal tükenme boyutunda 4-36; duyarsızlaşma boyutunda 4-20; kişisel başarı boyutunda 4-32 arasındadır. Araştırma grubunun MTÖ puan ortalamaları DT boyutunda $19,6 \pm 4,9$; D boyutunda $6,0 \pm 3,0$; KB boyutunda $12,7 \pm 3,8$ bulunmuştur. Buna göre araştırma grubunun orta düzeyde tükenmiş olduğu söylenebilir.

Yöneticiler ile sağlık personeli arasında tükenmişlik alt boyutları açısından bir fark bulunmamakla birlikte, genel tükenmişlik puanı açısından yöneticilerin puanı, sağlık personeline göre daha fazladır ($p < 0,05$). Yöneticilerin, diğer çalışanlara göre gerek sayı gerekse tür açısından daha fazla sorunlarla karşılaştıkları ve bunların çözümü nedeniyle daha fazla stres

duydukları ve daha çok etkilendikleri söylenebilir. Yapılan bir çalışmada araştırma grubunun % 28,7'sinin bıkkınlık- tükenmişlik hissettiği, % 71,2'sinin de aşırı stresten yakındıkları bildirilmiştir (Aksoy, 2005, s.: 57).

Kadınlarla erkeklerin tükenmişlik puanlarına bakıldığında GT, DT ve KB boyutlarında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır ($p>0,05$). Duyarsızlaşma boyutunda ise erkeklerin kadınlardan daha yüksek puan almaları istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Bu durum geçmişte yapılan araştırmalarla paralellik göstermektedir (Karaodul, 2003, s.: 92). Erkeklerin kadınlardan daha fazla tükenmişliğe maruz kaldıkları görülmektedir. Erkeklerin duygusallıktan kaçınmaları nedeniyle duyarsızlaşma boyutuna daha yatkın oldukları düşünülebilir. Bu araştırma ile paralel olarak Girgin'in (1995) yaptığı çalışmada da cinsiyet değişkeninin yalnızca duyarsızlaşma alt boyutunda etkili olduğu belirlenmiştir. Çam (1991) hemşirelerin tükenmişlik düzeylerini incelediği araştırmasında cinsiyetin tükenmişlik düzeyini etkilediğini bulmuştur. Benzer şekilde Torun (1995) gerçekleştirdiği çalışmada cinsiyetin tükenmişlik düzeyini etkilediğini saptamıştır. Mcmurry ve ark. (2000) doktorların tükenmişliklerini inceledikleri araştırmalarında, kadınların tükenmişlik düzeylerini erkeklerin tükenmişlik düzeylerinden daha yüksek bulmuşlardır. Jones (1989) yaptığı çalışmada benzer biçimde erkeklerin duyarsızlaşma boyutunda tükenmişliğe daha fazla maruz kaldıklarını saptamıştır. Yurt dışında yapılan araştırmaların genelinde kadınların erkeklere kıyasla daha fazla duygusal tükenmişlik yaşadıkları ancak erkeklerin duygusal tükenme ve duyarsızlaşma boyutlarında daha fazla tükenmişliğe maruz kaldıkları görülmektedir.

Yaş'a göre tükenmişlik puanlarına bakıldığında, tükenmişlik alt boyutları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir sonuç bulunmamasına karşın, ($p>0,05$) GT puanı yönünden mesleğin ilk 10 yılında bulunanların, diğerlerine göre tükenmişlik puanlarının yüksekliği açısından anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p<0,05$). Bu durum mesleğin ilk yıllarında insanlarla yüz yüze iletişim kurmanın getirdiği zorlukların tükenmişlik düzeyini etkilediğini

göstermektedir. Mesleğe yeni başlayan çalışanların mesleğe ve getirdiği zorluklara alışmada uyum sorunu yaşamakta oldukları düşünülmektedir. Çam'ın (1991) yaptığı araştırmada yaş ile tükenmişlik alt boyutları arasında ters yönlü bir ilişki bulunmuştur. Ergin (1996) sağlık personelinin tükenmişliğini araştırmış ve yaş değişkeninin tükenmişlik ile ters yönlü bir ilişki gösterdiğini belirtmiştir. Ergin (1993) hemşire ve doktorlarda tükenmişliği değerlendirmeye yönelik çalışmalarında, yaş değişkeninin tükenmişliğin duyarsızlaşma boyutundan etkilendiğini bulmuştur. Girgin (1995) yaptığı çalışmada yaş arttıkça tükenmişlik düzeyinin azaldığını belirlemiştir. Baysal (1995) yaptığı araştırmada yaş arttıkça tükenme alt boyut puanlarının düştüğünü belirlemiştir. Torun (1995) tükenmişlik üzerinde yaptığı araştırmalarında yaş ile duygusal tükenme alt boyutu arasında anlamlı ilişki olduğunu belirtmiştir. Araştırmamıza benzer sonuçlar bulunmakla birlikte yaş değişkeninin tükenmişlik boyutlarını etkilemediği sonucuna varan araştırmalar da bulunmaktadır. Tümkaya (2001) ve Dolunay (2001) yaptıkları araştırmalarda yaş değişkenine göre D, DT ve KB tükenmişlik alt boyut puanları arasında anlamlı bir farklılık olmadığını belirtmişlerdir. Perlman ve Hartman (1982) yaş ve tükenmişlik arasında olumsuz bir ilişkiden söz etmektedirler. Yaş arttıkça tükenmişlikle karşılaşma riskinin düştüğünü belirtmişlerdir. Lee ve Ashforth (1993) yaş ile tükenmişlik arasında negatif bir ilişki olduğunu belirtmiştir. Genç ve deneyimsiz çalışanlar için gerekleri ile baş etmeyi henüz yeterince bilmediklerinden duygusal tükenmeye karşı dayanıksız olabilmektedirler. Yaş ilerledikçe KB düzeyinin yükseldiği görülmektedir.

Medeni duruma göre tükenmişlik durumu puanlarına bakıldığında GT, DT ve KB boyutlarında anlamlı bir ilişki bulunmamasına karşın D alt boyutunda anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p<0,05$). Bekar çalışanların evlilere göre duyarsızlaşma alt boyutunda daha fazla tükenmişliğe maruz kaldıkları görülmektedir. Ergin'in (1993) yaptığı çalışmada bekar hemşire ve doktorların evlilere kıyasla D ve DT alt boyutlarında daha fazla tükenmişlik yaşadığını belirtmiştir. Özer (1998) yılında yaptığı çalışmada benzer biçimde bekarların

evlilere kıyasla daha fazla duygusal tükenme yaşadığını belirlemiştir. Aslan ve ark. (1997) yaptıkları araştırmada da bekarların duyarsızlaşma alt boyutu tükenmişlik puanları evlilere göre daha yüksek bulunmuştur. Bu çalışmanın bulguları da benzerleri ile örtüşmektedir. Yurt dışındaki araştırmalarda da benzer sonuçlar elde edildiği bildirilmektedir. Maslach ve Jackson(1979) evli ve çocuk sahibi olanların daha az duygusal tükenme yaşadıklarını belirtmişlerdir. Çocuk sayısına göre tükenmişlik puanları incelendiğinde, GT, KB ve DT puanları arasında anlamlı bir fark bulunmamakla birlikte çocuğu olmayanların D alt boyutunda 1 ya da 2 çocuğu olanlara göre daha fazla tükenmişlik düzeyi bulunduğu görülmektedir ($p<0,05$). Baysal (1995) çocuk sayısının hem duygusal tükenme hem de duyarsızlaşma boyutlarında farklılık yarattığını bulmuştur. Çam (1991) hemşirelerin tükenmişliklerini incelediği araştırmasında çocuk sahibi olma durumunun tükenmişliği etkilediğini belirlemiştir. Maslach ve Jackson (1979) yılında yaptıkları araştırmada evli ve çocuk sahibi olanların daha az duygusal tükenme yaşadıklarını belirtmişlerdir.

Evde yaşayan kişi sayısı değişkeni temelinde tükenmişlik durumu puanları incelendiğinde GT, DT, KB ve D boyutları açısından anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

Mezuniyet durumu yönünden tükenmişlik durumu puanları incelendiğinde GT, DT, KB ve D boyutlarında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Benzer şekilde Çam (1991) hemşirelerin öğrenim düzeyleri ile tükenmişlik düzeyleri arasında herhangi bir ilişki olmadığını göstermiştir. Dolunay (2001) yaptığı çalışmada öğrenim düzeyi ile tükenmişlik arasında anlamlı bir farklılık bulamamıştır.

Çalışılan kurum boyutunda tükenmişlik puanları incelendiğinde; DT, D ve GT alt boyut puanları açısından Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi çalışanları diğer çalışanlara göre daha fazla tükenmişlik göstermektedir. Bu

durum, Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesinin örgütsel koşullarından kaynaklanmış olabileceği gibi, rastlantısal olarak da ortaya çıkmış olabilir.

Toplam hizmet yılına göre tükenmişlik puanları incelendiğinde; GT, DT ve D puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,05$). Mesleki yaşamlarının ilk 8 yılında olanların, daha fazla mesleki yaşama sahip bireylere göre tükenmişlik puanlarının yüksek oldukları görülmektedir. Çam (1991) toplam hizmet yılı ile tükenmişlik açısından anlamlı bir ilişki bulmuştur. Torun (1995) yaptığı çalışmada duyarsızlaşma ve toplam hizmet yılı değişkeni arasında anlamlı bir ilişki bulmuştur. Ergin(1996) işe yeni başlayan sağlık personelinin duygusal tükenme düzeylerinin daha yüksek olduğunu, bununla birlikte 20 yıldan fazla çalışanların başarı duygusunun daha yüksek olduğunu belirlemiştir. Ergin (1993), işe yeni başlayan hekimlerin en fazla duygusal tükenme yaşadıklarını saptamıştır. Hemşirelerde yeni işe başlayanların duygusal tükenme düzeyi, daha eski çalışanlara göre fazladır. Duyarsızlaşma boyutu açısından en yüksek puanı işe yeni başlayanlar almıştır. Burke ve Greenglass (1993) tarafından yapılan araştırmalarda toplam hizmet yılının tükenmişliğin her 3 alt boyutunu da en iyi etkileyen değişkenlerden biri olduğu saptanmıştır.

Çalışılan kurumdaki hizmet yılına göre tükenmişlik puanları incelendiğinde; GT, D ve DT boyutlarında anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($p<0,05$). Bu durum özellikle işe yeni başlayanlarda görülmektedir. Baysal (1995) yaptığı çalışmada, çalışılan kurumdaki hizmet yılı ile DT ve D puanları arasında anlamlı bir fark bulmuştur. Bununla birlikte Girgin (1995) yaptığı çalışmada çalışılan kurumdaki hizmet yılı ile tükenmişlik puanları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Mesleği sürdürme nedeni yönüyle tükenmişlik puanları incelendiğinde, DT ve KB alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,05$). Çalışanların genelde toplumsal onay ve geçim sıkıntısı nedeniyle mesleği devam ettirdikleri görülmektedir. Girgin'in (1995) çalışmasında DT ve

KB puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. Baysal'ın (1995) araştırmasında DT, KB ve D puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur.

Mesleği isteyerek seçme durumuna göre tükenmişlik puanları incelendiğinde GT, DT, D ve KB tükenmişlik puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,05$). Mesleği istemeyerek seçenlerin tükenmişliği, isteyerek seçenlere göre daha fazla bulunmuştur. Mesleğini isteyerek seçmenin ve isteyerek sürdürmenin işten daha çok hoşnut olmaya ve daha çok doyum almaya neden olduğu düşünülebilir. Sağlık personeli, daha çok ekonomik nedenlerle mesleğe devam etmektedir.

Araştırmayla uyumlu bir biçimde Dolunay (2001) GT, D, KB ve DT puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulmuştur. Girgin'in (1995) yaptığı araştırmada DT puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. Özer (1998) yaptığı araştırmada, DT ve KB puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulmuştur. Baysal'ın (1995) araştırmasında DT, KB ve D alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır.

Mesleğin bireye uygunluğu yönünden tükenmişlik puanları incelendiğinde; GT, D, DT ve KB puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($p<0,05$). Mesleği kendilerine uygun bulmayanların tükenmişlik puanlarının uygun bulanlara göre daha fazla olduğu görülmüştür. Mesleği kendisine uygun bulan bireyin bu mesleği sevmesi ve verimli olarak yürütmesi beklenen bir sonuçtur ve tükenmişliği daha az yaşaması olağandır.

Girgin'in (1995) araştırmasında mesleği uygun bulma yönünden GT, DT, D ve KB puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. Baysal'ın (1995) araştırmasında DT ve KB puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur.

Mesleki verimlilik yönünden tükenmişlik puanları incelendiğinde GT, D ve KB puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,05$). Genelde “mesleki verimliliği kötü” olarak görenlerin tükenmişlik puanları daha yüksek bulunmuştur. Mesleki verimliliğini “iyi” ya da “çok iyi” olarak değerlendirenlerin, diğerlerine göre mesleğinden daha çok hoşnut olduğu, işinde daha az tükenme ve gerginlik yaşadıkları düşünülebilir.

Gökçekan ve Özer (1999) yaptıkları araştırmada, öğretmenlerin mesleki verimlilik açısından DT ve KB alt boyutlarında tükenmişliklerinin daha yüksek olduğunu bulmuşlardır. Yerlikaya ve Baysal’ın yaptığı araştırmalarda DT, D ve KB puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Girgin’in (1995) araştırmasında da DT, D ve KB puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur.

Mesleki gelecek algılaması yönünden tükenmişlik puanları incelendiğinde; GT, DT, D ve KB puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0,05$).

Murat (2000) yaptığı çalışmada mesleki algılama ile duyarsızlaşma alt boyutunda istatistiksel olarak anlamlı fark bulmuştur. Çam (1991) yaptığı çalışmada mesleki gelecek algılaması ile DT, D ve KB arasında anlamlı ilişkiler bulmuştur. Girgin ve Dolunay’ın yaptığı araştırmalarda da mesleki gelecek algılaması ile GT, DT, D ve KB puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Baysal’ın araştırmasında ise mesleki gelecek algılaması ile DT alt boyut puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur.

Çalışma ortamından hoşnutluk boyutunda tükenmişlik puanları incelendiğinde; GT, DT, D ve KB puanları açısından anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0,05$). Çalışma ortamından hiç memnun olmayanların tükenmişlik düzeyleri diğer gruplara göre daha yüksek bulunmuştur. Çalışma ortamından hoşnut olmak, çalışanın işini daha çok sevmesini etkileyebilir.

Baysal'ın (1995) araştırmasında DT ve D alt boyutları açısından, Girgin'in (1995) araştırmasında DT, D ve KB alt boyut puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur.

Mevcut sağlık sisteminden memnuniyet durumu açısından tükenmişlik puanları incelendiğinde; GT, D ve KB puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0,05$). Bu durum sağlık sisteminden “memnun olmayanların” daha fazla tükenmişlik yaşadıklarını göstermektedir.

Amir takdiri değişkeni açısından tükenmişlik durumları incelendiğinde GT, DT, D ve KB puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0,05$). Amirleri tarafından takdir edilmeyenlerin edilenlere göre daha fazla tükenmişlik yaşadıkları görülmektedir. Çalışanın zaman zaman üstlerince takdir edilmesi, onun güdülenmesini, işinden daha çok hoşnut olmasını ve sevmesini etkileyebilir. İşini severek yürütenlerin daha az tükenmişlik yaşamalarına yol açabilir.

Gündüz'ün (2000) yılında yaptığı çalışmada hemşirelerin stresle başa çıkma açısından en önemli gereksinimlerinin yönetsel destek olduğu görülmüştür. Çalışanların tükenmişlik durumundan kurtulmalarında en önemli etkenlerden birisi sosyal desteğin varlığıdır. Dolunay'ın (2001) yaptığı çalışmada araştırmaya uyumlu bir biçimde GT, DT, D ve KB puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

Mesleğin toplumdaki saygınlığı yönünden tükenmişlik puanları incelendiğinde GT, DT, D ve KB puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farka rastlanmamıştır. Benzer biçimde Baysal'ın (1995) yaptığı araştırmada istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunamamıştır.

İş yüküne göre tükenmişlik puanları incelendiğinde DT alt boyut puanı açısından anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0,05$). Üstün (1995) yılında

yaptığı çalışmada iş yükü ile D arasında anlamlı bir farklılık bulmuştur. Greenglass, Burke ve Fiksenbaum'un (2001) yaptıkları araştırmada iş yükü ile DT arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. İş yükünün fazla olması, çalışanlarda tükenmişliğe neden olmaktadır. Bu tür koşullar, çalışanın hastaya daha az zaman ayırmasına, bu da hastaların sorunlarıyla daha az ilgilenilmesine neden olur. Fazla iş yükü çalışanın yeterince dinlenememesine de yol açar. Bu tükenmişliği artırır (Dormann ve Zapf, 2002, s.: 33; Leiter, 1991, s.: 125).

Eş mesleğine göre tükenmişlik puanları incelendiğinde; GT, DT ve D puanları yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır ($p<0,05$). Eşleri çalışmayanlar çalışanlara göre daha fazla tükenmişlik düzeyine sahiptirler.

Bireylerin sağlık sorunları yönünden tükenmişlik puanları incelendiğinde GT ve DT puanları açısından anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Psikolojik sağlık sorunu olanların sağlık sorunu olmayanlara göre tükenmişlik düzeylerinin yüksek olduğu görülmektedir. Sağlık sorunları, insanın kaygısını artırır, moralini bozar ve strese yol açar. Ayrıca tükenmişlik, bedensel ve ruhsal sağlık sorunlarına neden olur (Hisli, 1995, s.: 8-21; Pehlivan, 2000). Karaodul'un (2003) yaptığı araştırmada sağlık sorunu ile DT puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur.

Egzersiz yapma değişkeni temelinde tükenmişlik durumları incelendiğinde DT puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. Karaodul'un (2003) yaptığı araştırmada ise egzersiz yapma ile GT ve KB puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur.

Sigara ve alkol kullanma durumu incelendiğinde; GT, DT, D ve KB puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Benzer

biçimde Buğdaycı ve arkadaşlarının (2000) yaptıkları araştırmada da sigara ve alkol kullanma ile DT, D ve KB düzeyleri arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır.

5. SONUÇLAR ve ÖNERİLER

Bu bölümde araştırmanın sonuçları ve sonuçlar doğrultusunda hazırlanan önerilere yer verilmektedir.

5.1. Sonuçlar

5.1.1. Tanımlayıcı Bulgulara İlişkin Sonuçlar

- Araştırma grubunun % 74,6'sı kadındır. Bu durum yönetici ve sağlık personeli arasında da benzerlik göstermektedir.

- Bireylerin % 78,4'ü 26-40 yaş arasındadır. Ancak bu durum yönetici ve sağlık personeli arasında koşutluk göstermemektedir. Yöneticilerin yarıya yakını (% 41,8) 36-40 yaşları arasında iken, sağlık personelinin yarıya yakını (% 45,9) 26-30 yaş grubundadır. Yöneticilik görevine getirilmede, deneyim nedeniyle bireyin yaşı göz önünde bulundurulmaktadır. Toplam hizmet süresi de bu durumu desteklemektedir. Yöneticilerin % 58,2'si 14 yıl ve daha fazla toplam hizmet süresine sahipken, sağlık personelinin % 61,2'si sekiz yıldan daha az hizmet süresine sahiptir.

- Bireylerin % 50,9'u bir ya da iki çocukludur. Üçten fazla çocuğu olanlar % 6'dır. Bu durum ailedeki birey sayısı ile benzerlik göstermektedir. Grubun % 55,9'unun ailesi 3-4 kişiden oluşmaktadır. Bu durum bireylerin çekirdek aile türüne sahip olduğunu göstermektedir. Çocuk sahibi olma ve çekirdek aile özelliği yönüyle yöneticiler ve sağlık personeli benzerdir.

- Araştırma grubunda en çok sağlık meslek lisesi mezunları bulunmaktadır (% 36,0). Lisans üstü öğrenim görenlerin sayısı fazla değildir (% 8,3). Sağlık personeli içerisinde hemşire, yöneticiler içerisinde yönetici kadrosunda olanlar çoğunluktadır. Yönetici grup içerisinde hekim ve hemşirelerin oranı benzerdir (% 17,9'u hekim, % 16,8'i hemşire).

- Halen çalışılan kurumdaki hizmet süresi açısından yöneticiler ile sağlık personeli benzer özelliktedir. Yöneticilerin % 51,5'inin, sağlık personelinin % 54,3'ünün çalıştıkları kurumdaki hizmet süresi üç yıl ve daha azdır.
- Yöneticilerin % 77,0'si mesleğini isteyerek seçmiştir. % 74'ü mesleğini kendisine uygun ya da çok uygun görmekte, % 77'si mesleki verimini iyi ya da çok iyi olarak nitelemektedir.
- Sağlık personelinin yarısından çoğu (% 46,5) mesleğini isteyerek seçmiş, % 54,1'i mesleğini kendisine uygun ya da çok uygun olarak nitelemekte, % 67'si mesleğinde verimli olduğunu düşünmektedir.
- Gerek yöneticiler, gerekse sağlık personelinin mesleğini isteyerek seçip seçmeme, mesleğini kendisine uygun görüp görmeme ve meslekteki verimlilik yönünden benzer özellikler taşımaktadır.
- Mesleğin sürdürülmesinde geçim ya da ekonomik zorunluluk gibi parasal nedenler ön plandadır. Yöneticilerin % 52,6'sı, sağlık personelinin % 62,6'sı mesleğini geçim ya da parasal nedenlerle sürdürdüğünü belirtmiştir.
- Sağlık personeli, yöneticilere kıyasla mesleğini daha çok severek yürütmektedir. Mesleğin sürdürülmesinde sevgiyi ön planda tutanlar yöneticiler arasında % 16,3 iken, bu değer sağlık personeli arasında % 33,1'dir.
- Sağlık personeline göre yöneticiler çalışma ortamından daha fazla memnundur. Bu değer sağlık personeli arasında % 26,1 iken, yöneticiler arasında % 38,2'dir.
- Sağlık personeline göre yöneticiler, üstleri tarafından daha çok takdir edildiklerini belirtmişlerdir. Üstleri tarafından her zaman ya da çoğu zaman

takdir edilenler yöneticiler arasında % 31,7 iken, sağlık personeli arasında % 22,7'dir. Amirleri tarafından hiç bir zaman takdir görmediğini belirtenler yöneticiler arasında % 4,6 iken, sağlık personeli arasında % 22,9'dur.

- Araştırma grubunun % 32,6'sının fiziksel ya da psikolojik bir sağlık sorunu olduğu belirtilmiştir. Kendisinde ya da aile bireyleri arasında sağlık sorunu olup olmaması, varsa sorunun türü yönünden yöneticilerle sağlık personeli benzer özellikler göstermektedir.

- Aile bireyleri arasında sağlık sorunu bulunanlar yöneticiler arasında % 22,9 iken, bu değer sağlık personeli arasında % 21,5'dir.

- Araştırma grubunun % 46'sı her gün, % 14,6'sı ara sıra sigara içmektedir. Ara sıra alkol içenler % 40,9 iken, her gün alanlar % 2,5'dir. Sigara ve alkol içme sıklığı yönünden yöneticilerle, sağlık personeli benzer özellikler göstermektedir. Sağlığın korunmasında ve tükenmişlik sendromunun etkilerinin araştırılmasında önemi bulunan egzersiz yapıp yapmama yönünden yöneticiler ile sağlık personelinin niteliği benzerdir. Yöneticilerin % 33,1'i, sağlık personelinin % 38'i hiç egzersiz yapmadığını belirtmiştir.

- Yöneticiler DT, D, KB ve GT puanları yönünden sağlık personeline göre daha çok tükenmişlik içindedirler. Ancak aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır.

5.1.2. Araştırma Grubunun Tükenmişlik Durumu ile İlgili Sonuçlar

- Erkeklerin kadınlara göre duyarsızlaşma (D) boyutunda daha fazla tükenmişliğe maruz kaldıkları saptanmıştır.

- Mesleki yaşamlarının ilk yıllarında bulunanların uzun süreli mesleki yaşama sahip olanlara göre genel tükenmişliğe (GT) maruz kalma düzeylerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

- Araştırma grubundaki bekarlar duyarsızlaşma (D) açısından evlilere göre daha fazla tükenmişlik yaşamaktadırlar.

- Duyarsızlaşma (D) boyutunda hiç çocuğu olmayan grup çocuğu olanlara göre daha fazla tükenmişlik yaşamaktadır.

- Ailedeki birey sayısı açısından gruplar arasında tükenmişlik düzeyi anlamlı bir farklılık göstermemektedir.

- Araştırma grubu içerisinde lise mezunları ile üniversite mezunları arasında tükenmişlik düzeyleri açısından fark bulunamamıştır.

- Araştırma grubunda Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde çalışan deneklerin genel tükenme (GT), duygusal tükenme (DT) ve duyarsızlaşma (D) puanlarının diğer kurumlarda çalışan deneklere kıyasla daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Toplam çalışılan hizmet süresi arttıkça genel tükenmişlik (GT), duygusal tükenme (DT) ve duyarsızlaşma (D) düzeyinin azaldığı bulunmuştur.

- Halen çalışılan kurumdaki hizmet süresine göre kurumdaki çalışma yaşamlarının ilk yıllarında bulunan deneklerin diğer deneklere kıyasla duygusal tükenme (DT), duyarsızlaşma (D) ve genel tükenmişlik (GT) açısından tükenmişlik düzeylerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

- Mesleğini geçim zorunluluğu ve toplumsal onay nedeniyle sürdürenlerin, mesleğini sevgi nedeniyle sürdürenlere kıyasla daha fazla tükenmişlik yaşadıkları belirlenmiştir.

- Mesleğini istemeyerek seçenlerin tükenmişlik düzeylerinin isteyerek seçenlere kıyasla daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

- Mesleği kendilerine uygun bulmayan deneklerin tükenmişlik puanları uygun ya da kısmen uygun bulanlara göre daha yüksek bulunmuştur.
- Mesleki uygulamadaki verimliliğini kötü olarak gören deneklerin duyarsızlaşma (D), kişisel başarı (KB) ve genel tükenmişlik (GT) düzeylerinin diğer deneklere kıyasla daha yüksek olduğu belirlenmiştir.
- Mesleki gelecek algılamasını çok kötü olarak niteleyen denekler, iyi ve çok iyi olarak yanıtlayan deneklere kıyasla daha fazla tükenmişlik yaşamaktadır.
- Çalışma ortamından memnun olmayan bireylerin tükenmişlik düzeylerinin diğer gruplara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur.
- Mevcut sağlık sisteminden hiç memnun olmayan bireylerin tükenmişlik düzeyleri, diğer gruplara göre daha yüksek bulunmuştur.
- Üstlerinden hiçbir zaman takdir görmediğini belirten bireylerin tükenmişlik düzeyleri diğer gruplara kıyasla daha yüksek bulunmuştur.
- İş yükünü çok fazla olarak niteleyen deneklerin duygusal tükenme (DT) düzeyi diğer gruplara kıyasla daha yüksek bulunmuştur.
- Gelecekte başka bir mesleğe geçmeyi düşünenlerin duygusal tükenme (DT) ve genel tükenmişlik (GT) düzeylerinin diğer gruplara kıyasla daha yüksek olduğu bulunmuştur.
- Psikolojik açıdan sağlık sorunu yaşayan deneklerin duygusal tükenme (DT), hem fiziksel hem de psikolojik sağlık sorunu bulunan deneklerin genel tükenmişlik (GT) düzeyleri sağlık sorunu yaşamayanlara kıyasla daha yüksek bulunmuştur.

- Ailede sağlık sorunu bulunmasına göre tükenmişlik düzeyleri açısından anlamlı bir farklılık saptanamamıştır.

Egzersiz yapma sıklığına göre tükenmişlik düzeyleri açısından hiç egzersiz yapmayanların duygusal tükenme (DT) düzeyleri diğer gruplara göre daha yüksek bulunmuştur.

Sigara ve alkol kullanma sıklığı açısından tükenmişlik düzeylerinde anlamlı bir farklılık saptanamamıştır.

5.2 neriler

- Bireyler, meslek seçimi konusunda doğru ve bilinçli bir biçimde yönlendirilmelidir. Kendilerine uygun olan işi seenlerde, tükenmişlik daha az yaşanabilir.
- Sağlık alışanlarının mesleğe ilk başladıklarında ve daha sonra belirli aralıklarla çalıştıkları kurum tarafından uyum eğitimine alınmaları, tükenmişliğin nlenmesine katkıda bulunabilir.
- Örgüt içerisinde personelin sorunlarının dinlenmesi ve karşılıklı iletişim ortamı oluşturabilmek amacıyla toplantılar düzenlenebilir. Bu toplantılar da stresli ortamlardan uzaklaşmak amacıyla çeşitli etkinlikler planlanıp uygulanabilir.
- Çalışma ortamındaki fiziksel ya da örgütsel kaynaklı aksaklıkların giderilmesi tükenmişliğin azaltılmasında etkili olabilir.
- Sağlık hizmet sunumunda var olan aksaklıkların olabildiğince giderilmeye çalışılması, tükenmişliğin azaltılmasına katkıda bulunabilir.

- Sağlık hizmeti sunumu insana dayalı bir hizmet olduğu için personelin özellikle hasta ve yakınları ile iletişim konusunda bilgi ve becerisinin artırılması, çatışmaların engellenmesinde ve tükenmişliğin azaltılmasında etkili olabilir.
- Var olan takdir ve ödüllendirme sistemi geliştirilmelidir. Personelin zaman zaman takdir edilmesi bireyi güdüleyebilir.
- Zamanın planlı kullanılması teknikleri konusunda hizmet içi eğitim verilebilir.
- Sağlık personelinin psikolojik direncinin yüksek tutulması amacıyla gereksinimi olanlara psikoterapi seansları düzenlenebilir.
- Örgütsel nedenlerin daha iyi irdelenebilmesi amacıyla örgüte yönelik tükenmişlik araştırmalarının sayısı artırılabilir.

ÖZET

Üç Farklı Hastanenin Yöneticilerinin ve Klinikte Çalışan Sağlık Personelinin Tükenmişlik Durumları

Bu araştırmanın genel amacı; Ankara İl Merkezindeki hastanelerde çalışan yönetici ve sağlık personelinin tükenmişlik durumlarının değerlendirilmesidir. Araştırmanın evrenini Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Etlik İhtisas Hastanesi ve Gazi Üniversitesi Hastanesi oluşturmaktadır. Her üç hastaneden toplam 680 kişiye ulaşılmıştır.

Araştırmada sosyo-demografik verilerin toplanması amacıyla “Kişisel Bilgi Formu” ve tükenmişlik düzeyinin belirlenmesi amacıyla “Maslach Tükenmişlik Ölçeği” kullanılmıştır. Veriler SPSS programında t testi, tek yönlü varyans analizi, kruskal wallis varyans analizi kullanılarak değerlendirilmiştir.

Araştırma grubunun genel tükenmişlik puanlarına bakıldığında; yaş, kurumdaki hizmet süresi, mesleki verimlilik, mesleğin isteyerek seçilip seçilmemesi, mesleğe uygunluk, mesleki geleceğe ilişkin görüşler, çalışma ortamından memnuniyet, üstlerin takdiri ve sağlık sorunları yönünden anlamlı fark bulunmaktadır. Kurumdaki hizmet yılı arttıkça, mesleğini isteyerek seçmeyenler, mesleği kendine uygun bulmayanlar daha fazla tükenmişlik yaşamaktadır.

Araştırma grubunun duygusal tükenme puanlarına bakıldığında; mesleğin isteyerek seçilip seçilmemesi, mesleğe uygunluk, çalışma ortamından memnuniyet, üstlerin takdiri, mesleki geleceğe ilişkin düşünceler ve iş yükü yönünden anlamlı bir fark bulunmaktadır. Mesleğini istemeden seçenler, çalışma ortamından memnun olmayanlar, üstleri tarafından takdir edilmeyenler daha fazla duygusal tükenme yaşamaktadır.

Araştırma grubunun duyarsızlaşma puanlarına bakıldığında; cinsiyet, medeni durum, toplam hizmet süresi, mesleğe uygunluk, çalışma ortamından memnuniyet, üstlerin takdiri, kurumdaki hizmet süresi ve mesleki verimliliğe ilişkin anlamlı bir fark bulunmaktadır. Erkekler, evli olmayanlar, çalışma ortamından memnun olmayanlar daha fazla duyarsızlaşma yaşamaktadır.

Araştırma grubunun kişisel başarı puanlarına bakıldığında; mesleğin isteyerek seçilip seçilmemesi, mesleğe uygunluk, mesleki verimlilik, üstlerin takdiri, mesleki geleceğe ilişkin görüşler ve çalışma ortamından memnuniyete ilişkin anlamlı bir farklılık bulunmaktadır. Mesleğini istemeden seçenler, mesleği kendine uygun bulmayanlar, üstleri tarafından takdir edilmeyenler daha fazla kişisel başarıda düşme yaşamaktadır.

Ülkemizde tükenmişlik araştırmaları bireye olduğu kadar kuruma odaklı olarak da yapılmalıdır. Sağlık hizmeti sunumunda yapılacak iyileştirmeler ve düzenlemeler tükenmişliğin azaltılmasında etkili olabilir.

Anahtar Sözcükler: Tükenmişlik, Sağlık Yöneticileri, Sağlık Çalışanları, Hastaneler

SUMMARY

Situations of Burnout among the Managers and Health Workers who Work in Clinics at Three Different Hospitals in Ankara

The general aim of this study is to evaluate the burnout situations of the health workers and managers who work in the tertiary level general hospitals in Ankara. The universe of the study was consisted of Ankara Education and Research Hospital, Etlik Specialization Hospital and Gazi University Hospital. Total 680 individuals were reached from all hospitals.

“Personal Information Form” was used for collecting of socio-demographic data and “Maslach Burnout Inventory” was used for determining level of burnout in research. The data was analyzed with SPSS program. For statistical evaluation; t test, one-way variance analysis and Kruskal Wallis analysis were used.

According to general burnout scores of the study group; statistically significant differences were found amongst age, working duration on the institution, occupational productivity, desirable choosing of occupation, occupational eligibility, opinions about occupational forthcoming and workload. The increasing of the working duration on the institution cause more burnout among managers and health workers who have negative opinions about occupation.

According to emotional burnout scores of the study group; statistically significant differences were found amongst desirable choosing of occupation, occupational eligibility, satisfaction with working environment, appreciation of management, opinions about occupational forthcoming and workload. Managers and health workers experience more emotional exhaustion who have chosen his work not desirably and not eligibility.

According to desensitization scores of the study group; sex, marital status, total working duration, occupational eligibility, satisfaction with working environment, appreciation of management, working duration on the institution and occupational productivity. Males, unmarried workers and managers and workers who not satisfied with working environment experience more burnout.

According to personal accomplishment subscale scores of the study group; statistically significant differences were found amongst desirable choosing of occupation, occupational eligibility, occupational productivity, appreciation of management, opinions about occupational forthcoming and satisfaction with the working environment. Workers and managers who have negative opinion about eligibility of occupation and not take any appreciation of management experience more reduced personal accomplishment.

Burnout studies in Turkey shall also be focused on institution in as much as individuals. Improvements and regulations on health care delivery can influence on decreasing of the burnouts.

Key Words: Burnout, Health Managers, Health Workers, Hospitals

KAYNAKLAR

- ACKER, G. M. (2003). Role conflict and ambiguity: Do they Predict Burnout among Mental Health Service Providers?. *Social Work in Mental Health*, 1: 63-80.
- AKSOY, A. (2005). Hekim ve Hemşirelerde Görülen İş Kazaları ve Meslek Hastalıklarının, Onların Örgütsel Davranışlarına Etkisine İlişkin Görüşleri (Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Örneği. Yüksek Lisans Dönem Projesi, Ankara.
- ANDERSON, D. G. (2000). Coping strategies and burnout among veteran child protection workers. *Child Abuse and Neglect*, 24, 839-848.
- ASLAN, S.H., GÜRKAN, S.B., ALPASLAN Z.N. (1996). Tıpta uzmanlık öğrencisi hekimlerde tükenme düzeyleri. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 7: 39-45.
- ASLAN, H., ASKAN, O., KESEPARA, C., ALPARSLAN, N., ÜNAL, M. (1997). Kocaeli'nde bir grup sağlık çalışanında işe gerginlik, tükenme ve iş doyumu. *Toplum ve Hekim Dergisi*. 12(82), 24-29.
- AYTAÇ, S. (2002). "İş Yerindeki Kronik Stres Kaynakları". *Endüstri İlişkileri ve İnsan Kaynakları Dergisi*. Cilt 4, Sayı 1. s.: 36.
- BALTAŞ, A., BALTAŞ, Z. (1996). Stres ve Başa Çıkma Yolları, Remzi Kitabevi, 16. Baskı. İstanbul, s.: 49-51.
- BALTAŞ, A., BALTAŞ, Z. (1998). Stres ve Başa Çıkma Yolları. Remzi Kitabevi, 18.Baskı, İstanbul. s.: 27.
- BALTAŞ, A., BALTAŞ, Z. (1999). Stres ve Başa Çıkma Yolları. Remzi Kitabevi, 19. Basım, s.:20-77.
- BAUMEISTER, R. F., Faber, J. E., Wallace, H. M. (1999). Coping and ego depletion. Oxford University Press. Oxford, England. p.: 50-69.
- BAYSAL, A. (1995). Lise Dengi Okul Öğretmenlerinde Meslekte Tükenmişliğe Etki Eden Faktörler. Doktora Tezi. Dokuz Eylül Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı, İzmir.
- BİLEK, İ. (2001). Orta Öğretim Kurumlarında Görev Yapan Branş Öğretmenlerinin İş ve Okul Yöneticileriyle İlişkilerinden Kaynaklanan Stres Düzeylerine İlişkin Görüşler. Yüksek Lisans Tezi. Anadolu Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Eskişehir.
- BİLİR, N., DOĞAN, B.G., YILDIZ, A.N., (1997). Sigara İçme Konusundaki Davranışlar ve Tutumlar. Ankara. Hacettepe Halk Sağlığı Vakfı. Yayın No:7.
- BORRITZ, M.D. (2005). Burnout in human service work: causes and consequences. Ph/d Thesis. National Institute of Occupational Health, Denmark. p.: 1-10.

- BUĞDAYCI, R. KURT, A.Ö., TEZCAN, H., ŞAŞMAZ, T., KURULUOĞLU, N., YÜCEER, N.T., KÜÇÜK, B., (2001). İçel ilinde görev yapan hekimlerde ruhsal tükenmişlik durumu ve etkileyen faktörler. Sağlık Çalışanlarının Sağlığı II. Ulusal Kongresi. s.: 141.
- BURKE, R.J., GREENGLASS, E.R. (1995). A longitudinal study of psychological burnout in teachers. *Human Relations*. 42: 261-273.
- BURKE R, J., GREENGLASS, E.R. (1995). A Longitudinal study of psychological burnout in teachers. *Human Relations*, 48: 187-203.
- CHERNİSS, C. (1980). Staff Burnout: Job Stress in the Human Services, Sage Publications, Beverly Hills, 1980. p.: 135-149.
- CHERNISS, C. (1989). Burnout in new professionals: A long-term follow-up study. *Journal of Health and Human Resources*, 12: 11-24.
- CHERNISS, C. (1993). Role of Professional Self-efficacy in the Etiology and Amelioration of burnout. Washington, DC: Taylor and Francis. p.: 135-149.
- CROUCHER, R. (2000). Stress and Burnout in Ministry. Director: John Mark Ministeries, resources for pastors/leaders and spouses. Denmark.
- CÜCELOĞLU, D. (1994). İnsan ve Davranışı, Remzi Kitabevi, 3. Basım, İstanbul, 1994.
- ÇAM, O. (1991). Hemşirelerde Tükenmişlik ve Çeşitli Değişkenlere Göre İncelenmesi, Doktora Tezi, Ege Üniversitesi, İzmir.
- DEBOER, E., BAKKER, A.B., SYROIT J.E., SCHAUFELI, W.B. (2002). Unfairness at Work as a Predictor of Absenteeism, *Journal of Organizational Behavior*, Cilt: 23, p.: 181-197.
- DEMEROUTİ, E., VERBEKE W.J.M., BAKKER A.B. (2005). Exploring the relationship between a multidimensional and multifaceted burnout concept and self-rated performance. *Journal of Management*, Vol.: 31, No.: 2, p.: 186-209.
- DEVİRİMCİ- ÖZGÜVEN, H., HARAN, S. (2000). Kriz ve Krize Müdahale, Ankara Üniversitesi, Psikiyatrik Kriz Uygulama ve Araştırma Merkezi Yayınları, No: 2, Damla Matbaacılık, Ankara. s.: 1-10.
- DOLUNAY, A.B. (2001). Keçiören ilçesi genel liseler, teknik-ticaret meslek liselerinde görevli öğretmenlerde tükenmişlik durumu. Yüksek Lisans Tezi. Ankara. Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Eğitimi AD.
- DORMANN, C., ZAPF, D. (2002). "Social Stressors at Work, Irritation and Depressive Symptoms: Accounting for Unmeasured Third Variables in a Multi-wave Study", *Journal of Occupational Health and Organizational Psychology*, 75:33.
- EDELWICH, J., BRODSKY, A. (1989). Burn-out "Stages Disillusionment in the Helping Professions, Human Sciences Press, New York, p.: 35.
- ERGİN, C. (1992). Doktor ve Hemşirelerde Tükenmişlik ve Maslach Tükenmişlik Ölçeğinin Uygulanması. VII. Ulusal Psikoloji Kongresi. Türk Psikologlar Derneği Yayını. s.: 143-153.

- ERGİN, C. (1993). Doktor ve Hemşirelerde Tükenmişlik ve Maslach Tükenmişlik Ölçeğinin Uyarlanması, VII. Ulusal Psikoloji Kongresi Bilimsel Çalışmaları, Türk Psikologlar Derneği Yayını, Ankara.
- ERGİN, C. (1996). Maslach Tükenmişlik Ölçeğinin Türkiye Sağlık Personeli Normları. *3P Dergisi*, 4.
- ERSOY, F., YILDIRIM, R.C., EDİRNE, T. (2001). Tükenmişlik (Staff Burnout) Sendromu. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 2: 11-17.
- FREUDENBERGER, H.J. (1974). Staff Burnout, *Journal of Social Issues*, 30: 159-164.
- FRIESEN, D., SARROS J.C. (1989). "Sources of Burnout Among Educators". *Journal of Organizational Behavior*, Vol.10: 179-188.
- GİRGİN, G. (1995) İlkokul Öğretmenlerinde Meslekten Tükenmişliğin Gelişimini Etkileyen Değişkenlerin Analizi ve Bir Model Önerisi. Doktora Tezi. Dokuz Eylül Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir.
- GOLEMBIEWSKI, R.T. BOUDREAU, G.T., MUNZENRIDER, R.F. (1996). Global Burnout: A Worldwide Pandemic by the Phase Model. Greenwich, JAI Press. p.: 8.
- GÖKÇEKAN, Z., ÖZER, R. (1999). Rehber Öğretmenlerde Tükenmişlik. Rize Rehberlik ve Araştırma Merkezi Müdürlüğü Yayınları, Vatan Matbaacılık, no.: 9.
- GÖZÜM, S. (1996). "Koruyucu Sağlık Hizmetlerinde Görev Yapan Hemşire ve Ebelerde İş Doyumu, Tükenmişlik ve İşe Devamsızlığı Etkileyen Faktörlerin Araştırılması. Doktora Tezi, Erzurum Atatürk Üniversitesi.
- GREENBERG, J., BARON, R.A. (2000). Behavior in Organizations, 7th Ed., New Jersey: Prentice-Hall. p.: 370-379.
- GREENGLASS, E.R. BURKE, R.J., FIKSENBAUM, L., (2001). Workload and Burnout in Nurses. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, Vol: 11, p.: 211-215.
- GROSCH, W.N., OLSEN, D.C. (1995). Prevention: Avoiding Burnout: A perilous calling, New York, Wiley, p.: 275-287.
- GÜNDÜZ, B. (2000). Hemşirelerde Stresle Başa Çıkma Biçimleri İle Tükenmişlik Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Trabzon. Karadeniz Teknik Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- HAMILTON, V. (1979). Human Stress and Cognition: An Information Processing Approach, John Wiley, New York, p.: 6-23.
- HINGLEY, P., HARRIS, P. (1986). Burn-out at senior level. *Nursing Times*, 1986, 30: 9-27.
- HİSLİ, N. (1995). Stresle Başa Çıkma. Türk Psikologlar Derneği yayınları: 2. Özyurt Matbaası, Ankara. s.: 8-21.

- HOBFOLL, S.E., FREEDY, J. (1993). Conservation of Resources: A General Stress Theory Applied to Burnout. Taylor Francis, p.: 115-129.
- IVANCEVICH, J.M., MATTESON, M.T. (2002). Organizational Behavior and Management. New York: McGraw-Hill Irwin. p.: 63-71.
- İNCİR, G. (1993). Çalışma yaşamındaki psikososyal etmenler ve bu etmenlerin çalışanların fiziksel ve ussal sağlığına etkileri. Verimlilik Dergisi, 3: 59-84.
- JONES, R. W. (1989). The professional role of the school counselor as perceived by administrators, counselors, teachers, and students. Unpublished doctoral dissertation, Loma Linda University, California.
- KARAODUL, G. (2003). Ankara İl Merkezindeki Sağlık Meslek Liselerinde Çalışan Yönetici ve Öğretmenlerin Tükenmişlik Durumları. Yüksek Lisans Tezi. Ankara. Sağlık Yönetimi AD.
- KIZILKAYA, S. (1999). İş Yaşamında Stres ve Performansa Olan Etkisi. Endüstride Karşılaştırmalı Bir Araştırma. Marmara Üniversitesi, İngilizce İşletme Anabilim Dalı, Doktora Tezi.
- KOESKI, G. F., KIRK, S. A. (1993). Coping with job stress: Which strategies work best?. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 66: 319.
- LATAACK, J. C. (1986). Coping with Job Stress. *Journal of Applied Psychology*, 72: 377-385.
- LEE, R., ASHFORTH, B.E. (1993). A Further Examination of Managerial Burnout, Toward an Integrated Model. *Journal of Organizational Behavior*, 14: 3-20.
- LEİTER, M.P. (1991). "Coping Patterns as Predictors of Burnout: The Functions of Control and Escapist Coping Patterns." *Journal of Occupational Behavior*, Vol. 12, 1991: 123-144.
- LOMBARDI, D.N. (1997). Stress and the Environment: Practical Guidelines for Executives and Managers. American College of Healthcare Executives. p.: 23-30.
- MARAŞLI, M. (2003). Lise Öğretmenlerinin Bazı Özelliklerine ve Öğrenilmiş Güçlülük Düzeylerine Göre Tükenmişlik Düzeyleri. Doktora Tezi. Hacettepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- MASLACH, C. "Burn-out". *Human Behavior*, 5, 1976: 16-22.
- MASLACH, C., GOLDBERG J. (1998). Prevention of Burnout: New perspectives. *Applied & Preventive Psychology*, 7: 63-74.
- MASLACH, C., JACKSON, S.E. (1979). Burn-out Cops and Their Families. *Psychology Today*, p.: 59-62.
- MASLACH, C., JACKSON, S.E. (1981). "The Measurement of Experienced Burnout". *Journal of Occupational Behavior*, 2, 1981: 99-113.

- MASLACH, C., JACKSON, S.E. (1984). Burnout in Organizational Settings. *Applied Social Psychology Annual*, Vol.5, Beverly Hills, CA: Sage, 1984, p.: 133.
- MASLACH, C., JACKSON, S. E. (1996). Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey (MBI-HSS). *Consulting Psychologists Press*. p.: 163-172.
- MASLACH, C., JACKSON, S.E. (1997). Maslach Burnout Inventory, *Consulting Psychology Press*, p.: 201-206.
- McMURRY, J.E., LİNZER, M., KONRAD, T.R. (2000). The Work Lives of Women Physicians: Result from the Physician Work Life Study. *Journal of General Medicine*, 15, 6: 372.
- MILLER, K., BIRKHOLT, M., SCOTT, C., STAGE, C. (1995). Empathy and burnout in human service work: An extension of a communication model. *Communication Research*, 22: 123-147.
- MORRİSSETTE, P. J. (2000). School counselor well-being. *Guidance and Counseling*, 16: 2-9.
- MURAT, M. (2000). Sınıf öğretmenlerinde 10 yıllık meslek sürecinde tükenmişliğin gelişiminin haritalanması ve bazı değişkenlere göre incelenmesi. Doktora Tezi. Karadeniz Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. Eğitim Bilimleri AD.
- ÖZER, R. (1998). Rehber öğretmenlerde tükenmişlik düzeyi nedenleri ve çeşitli değişkenlere göre incelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Rize. Rehberlik Araştırma Merkezi Yayınları.
- PEHLİVAN, İ. (1994). Stresle başa çıkmada bireysel ve örgütsel stratejiler. Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Yayını. 27, 2: 802-815.
- PEHLİVAN, İ. (2000). İş Yaşamında Stres. Ankara. Pegem Yayıncılık. 1. Baskı.s.: 15-43.
- PERLMAN, B., HARTMAN, E.A. (1982). "Burnout: Summary and Future Research". *Human Relations*, 35, 4: 283-305.
- PEYKAN, G. (2002). Stres, Anksiyete ve Kadın. Hacettepe Üniversitesi Yayınları, Ankara. s.:2-7.
- PINES, A. (1993). Burnout. In L. Goldberger & S. Brenzntiz (Eds.). *Handbook of stress and theoretical and clinical aspects*. New York: Free Press. p.: 386-402.
- POTTER, B. (1998). *Overcoming Job Burnout, How to Renew Enthusiasm for Work*, Ronin Publishing, USA, p.:6
- RICHARDSEN, A.M., BURKE, R.J. (1995). "Models of Burnout: Implications for Interventions." *International Journal of Stress Management*, Vol. 2, No.1, 1995: p.: 31-43.
- SAĞLIK BAKANLIĞI. (2002). Türkiye Sağlık Hizmetlerinde Üç Yıl. s.: 16

- SAYIL, I., ÖLMEZ, Ş., DEVRİMCİ, H. (1997). "Ankara Üniversitesi Hastanelerinde Çalışan Doktor ve Hemşirelerin Tükenmişlik Düzeyleri. *Kriz Dergisi*, 5: 2, Ankara.
- SCHAUFELİ, W.B., BOER, E.B., BAKKER, A.B. (2002). Unfairness at work as a predictor of absenteeism. *Journal of Organizational Behavior*, 23: 181-197.
- SCHAUFELİ, W.B., ENZMANN, D. (1998). *The Burnout Companion to Study and Practice: A Critical Analysis*. Washington, DC: Taylor Francis.
- SELYE, H. (1985). History and Present Status of the Stress Concept. In A. Monat & R.S. Lazarus, eds. *Stress and Coping*, 2nd ed. New York: Columbia University.
- SENCER, M., YAKUT, I. (1984). "Toplum Bilimlerinde Yöntem". Onur Basımevi, 2. Basım, İstanbul. s.: 661.
- SHIROM A. (2005). Reflections on the Study of Burnout. *Work & Stress*. 19(3): p.: 263-270.
- SPINETTA, J., JANKOVIC, M., EDEN, T., MARTİNS, A.G., OPPENHEIM, D., MASERA, G. (2000). Guidelines for the recognition, prevention and remediation of burnout in health care professionals participating in the care of children with Cancer: Report of the SIOP Working Committee on psychosocial issues in Pediatric Oncology. *Medical and Pediatric Oncology*, 35: 122-125.
- ŞAHİN, N.H. (1998a). Stres nedir? Ne değildir? Stresle Başa Çıkma/Olumlu Bir Yaklaşım. Türk Psikologlar Derneği, Yayın No.: 2, 3. Baskı, Ankara, s.: 12-21.
- ŞAHİN, N.H. (1998b). Psikolojik Sağlamlılık. Stresle Başa Çıkma/ Olumlu Bir Yaklaşım. Türk Psikologlar Derneği, Yayın No.:2, 3.Baskı, Ankara, s.: 6-13.
- ŞENER, O. (2005). Türkiye’de 1980 Sonrası Sağlık Politikaları. Türkiye ve Ortadoğu Amme İdaresi Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi. s.: 2-4.
- TORUN, A. (1995). Tükenmişlik, Aile Yapısı ve Sosyal Destek İlişkileri. Doktora Tezi. İstanbul. Marmara Üniversitesi.
- TÜMKAYA, S. (2001). Denetim odakları farklı ilkökul öğretmenlerinin bazı değişkenlere göre tükenmişlikleri. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*. II (15): 29-39.
- ÜSTÜN, B. (1995). Hemşirelerin Atılgnalık ve Tükenmişlik Düzeyleri. Doktora Tezi, Ankara. Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Üniversitesi.

EKLER

EK 1:
“KİŞİSEL BİLGİ FORMU”

Bu anket, sağlık sektöründe çalışan yönetici ve sağlık personelinin tükenmişlik durumunu belirlemek amacıyla hazırlanmıştır. Sorulara verilen yanıtlar kesinlikle gizli tutulacaktır. Bu bölümdeki sorular kişisel bilgilerle ilgilidir. Bütün soruların yanıtlanması gerekmektedir. Lütfen, her soru için size uygun seçeneği parantez içine (x) işareti koyup işaretleyiniz. Açık uçlu soruları uygun biçimde yanıtlayınız. Adınızı ve soyadınızı yazmayınız.

- 1) Cinsiyetiniz : () Kadın () Erkek
- 2) Yaşınız : :
- 3) Medeni durumunuz nedir?
 () Evli
 () Boşanmış
 () Eşi ölmüş
 () Ayrı
 () Bekar
- 4) Evli iseniz çocuk sayınız nedir?
 () Çocuğum yok
 () Bir
 () İki
 () Üç
 () Dört ve daha çok
- 5) En son mezun olduğunuz okul nedir?
 () Lise
 () Önlisans
 () Lisans
 () Yüksek Lisans
 () Doktora
- 6) Görev ünvanınız nedir?
 () Yönetici
 () Doktor
 () Sağlık Personeli
 () Hemşire
 () Sağlık Memuru
 () Ebe
- 7) Toplam hizmet yılınız (Bitirilmiş olan ay ve yıl):.....

8) Halen çalıştığınız bölümdeki hizmet süreniz Bitirilmiş olan ay ve yıl):.....

9) Mesleği devam etmenizin **en önemli** nedeni nedir?

- () Geçimimi sağlamak için
- () Sevdiğim için
- () Toplumda kabul gördüğü için
- () Başka bir iş bulamadığım için
- () Diğer (Açıklayınız)

10) Mesleğiniz size ne kadar uygun?

- () Çok uygun
- () Uygun
- () Kısmen uygun
- () Uygun değil

11) Mesleği isteyerek mi seçtiniz?

- () Evet
- () Hayır

12) Meslekteki verimliliğinizin ne kadar olduğunu düşünüyorsunuz?

- () Çok iyi
- () İyi
- () Normal
- () Kötü
- () Çok kötü

13) Mesleki olarak geleceğinizi nasıl görüyorsunuz?

- () Çok iyi
- () İyi
- () Normal
- () Kötü
- () Çok kötü

14) Çalışma ortamınızdan memnun musunuz?

- () Her zaman
- () Çoğu zaman
- () Bazen
- () Nadiren
- () Hiçbir zaman

15) Çalışmalarınızda üstlerinizden takdir görür müsünüz?

- () Her zaman
- () Çoğu zaman
- () Bazen
- () Nadiren
- () Hiçbir zaman

16) Mesleğinizin toplumda hak ettiği yerde olduğuna inanıyor musunuz?

- () Her zaman
- () Çoğu zaman
- () Bazen

- () Nadiren
() Hiçbir zaman

17) Günlük iş yükünüzü nasıl görüyorsunuz?

Çok Fazla () Fazla () Normal () Az () Önemli Değil ()

18) Şu andaki mevcut sağlık sisteminden memnun musunuz?

- () Tamamıyla memnunum
() Büyük ölçüde memnunum
() Biraz memnunum, biraz değilim
() Çok az memnunum
() Hiç memnun değilim

19) Aylık toplam net geliriniz nedir? (Sizin, eşinizin, gelir getiren mülk vs)

.....

20) Ailedeki toplam birey sayınız nedir?.....

21) Eşinizin mesleği nedir?(Çalışıyorsa).....

22) Mesleki geleceğinize ilişkin düşünceleriniz nelerdir?

- () Mesleğe devam etmek
() Ek iş yapmak
() Bir başka mesleğe geçmek
() Diğer (Açıklayınız).....

23) Herhangi bir sağlık sorunuz var mı?

- () Fiziksel sağlık sorunu
() Psikolojik sağlık sorunu
() Her ikisi de
() Sağlık sorunun yok
() Diğer

24) Ailenizdeki bireylerin herhangi bir kronik hastalığı veya bedensel, zihinsel engeli var mı?

- () Evet () Hayır

25) Aşağıdaki tabloda verilen etkinlikleri yapma sıklığınıza en uygun olan seçeneği işaretleyiniz.

	<u>Her gün</u>	<u>Ara sıra</u>	<u>Hiç</u>
Egzersiz ya da spor yapma	()	()	()
Kitap okuma	()	()	()
Sinema ya da tiyatroya gitme	()	()	()

Bir sanat dalıyla uğraşma () () ()

26) Aşağıdaki alışkanlıkları yapma sıklığınızı yazınız.

	<u>Her gün</u>	<u>Ara sıra</u>	<u>Hiç</u>
Sigara	()	()	()
Alkol	()	()	()
Çay	()	()	()
Kahve	()	()	()
Kola	()	()	()
Süt	()	()	()
Ayran	()	()	()

EK 2:
MASLACH TÜKENMİŞLİK ÖLÇEĞİ

YÖNERGE Her bir ifadeyi ne sıklıkla yaşadığınızı uygun yanıt aralığının karşısına “X” işareti koyarak belirtiniz	HİÇBİR ZAMAN	NADİREN	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. Hastalarımın neler hissettiklerini hemen anlarım					
5. Hastalarımın sanki insan değillermiş gibi davrandığını hissediyorum.					
6. Bütün gün insanlarla uğraşmak benim için çok yıpratıcı.					
7. Hastalarımın sorunlarına en uygun çözüm yollarını bulurum.					
8. Yaptığım işten yıldığımı hissediyorum.					
9. Yaptığım iş sayesinde insanların yaşamına katkıda bulunduğumu hissediyorum					
10. Bu işte çalışmaya başladığımdan beri insanlara karşı daha sert Davranıyorum					
11. Bu işin giderek beni katılaştırmasından korkuyorum.					
12. Çok şeyler yapabilecek güçteyim.					
13. İşimin beni kısıtladığını hissediyorum.					
14. İşimde çok fazla çalıştığımı hissediyorum.					
15. Hastalarımın ne olduğu umurumda değil.					
16. Doğrudan insanlarla çalışmak beni çok yıpratıyor.					
17. Hastalarımın aramda rahat bir ortam yaratırım.					
18. İnsanlarla yakın bir çalışmadan sonra kendimi canlanmış Hissederim.					
19. Bu işte kayda değer birçok başarı elde ettim.					
20. Yolun sonuna geldiğimi hissediyorum.					
21. İşimdeki duygusal sorunlara serinkanlılıkla yaklaşırım.					
22. Hastalarımın bazı problemlerini sanki ben yaratmışım gibi davrandıklarını hissediyorum.					

EK 3:
İZİNLER

T.C.
ANKARA VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

1187 14.02.2005

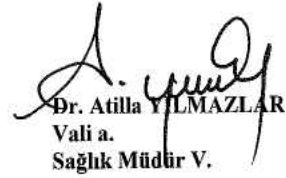
Şube : Eğitim
Konu : Araştırma İzni

Sayın; Ali Rıza DEMİRBAŞ
Bağlar Sok. Balkiraz Mah.
Tıp Fakültesi Cad. No: 13/14
Abidinpaşa / ANKARA

İlgi: 24.12.2004 tarih ve 126267 sayılı yazınız

İlimiz Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesinde “Üç Farklı Hastanede Görev Yapan Yöneticilerin ve Klinikte Çalışan Sağlık Personelinin Tükenmişlik Durumlarının Araştırılması” konulu araştırmayı yalnızca tezinizde kullanmak üzere yapmanız uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.


Dr. Atilla YILMAZLAR
Vali a.
Sağlık Müdür V.



T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
GAZİ HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİ

Sayı : B.30.2.GÜN.0.1H.00.01 / 2487
Konu :

21.12.2004
ANKARA

Ali Rıza DEMİRBAŞ
Bağlar Sk. 13/14
Abidinpaşa-ANKARA

16.12.2004 tarihli dilekçeniz incelenmiş olup, hastanemiz bünyesinde çalışan yönetici ve sağlık personeline uygulamak istediğiniz anket çalışmasını yapmanız Başhekimliğimizce uygun bulunmuştur.
Bilgilerinize rica olunur.


Prof.Dr. Mustafa ŞARE
BAŞHEKİM

Adres : Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Gazi Hastanesi
06510 Beşevler/ANKARA
Tel : 0-312-223 70 29 / 212 81 31
Fax : 0-312-223 05 28

ÖZGEÇMİŞ

I- Bireysel Bilgiler

Adı: Ali Rıza

Soyadı: Demirbaş

Doğum yeri ve tarihi: Sandıklı, 09.10.1980

Uyruğu: T.C

Medeni durumu: Bekar

Askerlik durumu: Tecilli

İletişim Adresi ve Telefonu: S.B. Kalite Koordinatörlüğü, Sıhhiye. 0505 691 38 17

II- Eğitim

Ank.Üni.Sağlık.Eğt.Fak.Sağlık Yönetimi Master (2003-)

Ank.Üni.Sağlık Eğt.Fak. Sağlık Eğitimi Bölümü (1998-2002)

Afyon/ Şuhut Sağlık Meslek Lisesi (1994-1998)

Yabancı Dil: ÜDS (90), TOEFL- CBT (240)

III- Mesleki Deneyim

Bolu İl Sağlık Müd. 112 Acil Yrd. Sağ.Memuru (2001)

Ankara İl Sağ. Müd. 112 Acil Yrd. Sağ.Memuru (2001-2005)

Sağlık Bakanlığı, Kalite Koordinatörlüğü. (2005-)

IV- Üye Olunan Dernekler

Sağlık Eğitimcileri Derneği

V- Bilimsel Yayınlar

SSK Dışkapı Çocuk Hastalıkları Hastanesi'nde Çalışan Hemşirelerin Orgütsel Stres Kaynakları (Bildiri)

Sağlıkta Akreditasyon (Bildiri),

Ulusal Sağlık Akreditasyon Sistemi Yapılandırılıyor (Bildiri)

VI- Diğer

Kalder (Katılım Belgesi),

Hacettepe Üni.Farmakoeкономи Sempozyumu (Katılım Belgesi),

Ankara Üniversitesi Sağlık Eğitimi Sempozyumu (Katılım Belgesi)

ANKUSEM Temel Bilgisayar Kursu Sertifikası