

ÖZLEM SİNAT

İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ SAĞ. BİL. ENST.

YÜKSEK LİSANS TEZİ

İSTANBUL-2007

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

(YÜKSEK LİSANS TEZİ)

**PSİKİYATRİ KLİNİKLERİNDE ÇALIŞAN
HEMŞİRELERİN TÜKENMİŞLİK DÜZEYLERİNİN
ARAŞTIRILMASI**

ÖZLEM SİNAT

**DANIŞMAN
YRD.DOÇ.DR.YASEMİN KUTLU**

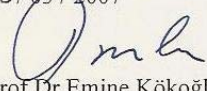
PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

İSTANBUL-2007

TEZ ONAYI

Aşağıda tanıtımı yapılan tez, jüri tarafından başarılı bulunarak Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

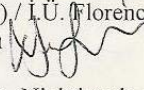
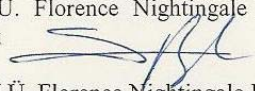
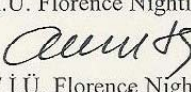
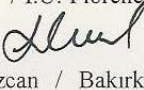
06 / 03 / 2007


Prof. Dr. Emine Kökoğlu
Enstitü Müdürü

Kurum : İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Program Adı : Psikiyatri Hemşireliği
Programın seviyesi : Yüksek Lisans ☒ Doktora ☐
Anabilim Dalı : Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı
Tez Sahibi : Özlem Sinat
Tez Başlığı : Psikiyatri Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin Tükenmişlik Düzeylerinin Araştırılması
Sınav Yeri : İ.Ü. Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu
Sınav Tarihi : 02 / 03 / 2007

Tez Sınav Jürisi

Ünvanı Adı Soyadı Üniversitesi, Fakültesi, Anabilim Dalı

1. Yrd. Doç. Dr. Yasemin Kutlu (Danışman) / İ.Ü. Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu / Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı 
2. Prof. Dr. Sevim Buzlu / İ.Ü. Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu / Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı 
3. Doç. Dr. Aytolan Yıldırım / İ.Ü. Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu / Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı 
4. Yrd. Doç. Dr. Hülya Kaya / İ.Ü. Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu / Hemşirelik Öğretimi Anabilim Dalı 
5. Yrd. Doç. Dr. Neslihan Özcan / Bakırköy Sağlık Yüksekokulu / Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı 

BEYAN

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

Özlem Sinat

İTHAF

Beni bugünlere getiren ailem ve müstakbel eşim Utku Köktürk'e ithaf ediyorum

TEŞEKKÜR

Öncelikle, bu geçtiğimiz 3 yıl içindeki sabrı, yol göstericiliği ve desteği için Yrd.Doç.Dr. Yasemin Kutlu' ya en içten şükranlarımı sunarım.

Yine yol göstericiliği ve manevi desteklerinden dolayı Prof.Dr. Sevim Buzlu'ya, Nihal Bostancı'ya, Nazmiye Kaçmaz'a, Selma Çimen'e,

Her ihtiyacım olduğunda yanımda olan aileme, Cafer Demir'e, maddi manevi hiçbir desteği esirgemeyen yaşam eşim Utku Köktürk'e,

Arkadaşlıkları, sabırları, manevi ve motivasyon destekleri için Deniz Seçkin'e ve Mahir Nugay'a çok teşekkür ediyorum.

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI	İİ
BEYAN.....	İİİ
İTHAF.....	İV
TEŞEKKÜR.....	V
İÇİNDEKİLER	VI
TABLolar LİSTESİ.....	Vİİİ
KISALTMALAR LİSTESİ	X
ÖZET	Xİ
ABSTRACT.....	Xİİ
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Tükenmişliğin Tanımı.....	4
2.2. Tükenmişlik Kavramının Tarihsel Gelişimi	8
2.3. Tükenmişlik Sendromunun Belirtileri	10
2.4. Tükenmişlik Sendromunun Etiyolojisi	15
2.5. Tükenmişlik Sendromunun Etkileri.....	17
2.6. Tükenmişlik Sendromunun Oluşumu	18
2.7. Tükenmişliğin Tedavisi ve Engellenmesi.....	21
2.7.1. Organizasyonel Düzeyde	24
2.7.1.1. Devlet yönetimi düzeyinde yapılması gerekenler	24
2.7.1.2. İşyeri yöneticileri düzeyinde yapılması gerekenler.....	25
2.7.2. Bireysel Düzeyde	25
2.7.3. İş Arkadaşları Düzeyinde:.....	27
2.7.4. Aile Düzeyinde:	27
2.8. Tükenmişlik ve Hemşirelik.....	28
2.8.1. Hemşirelerin İş Stresinin farkında Olmaları:	29
2.8.2. Hemşirelerin Olası Stres Kaynakları:	30
2.8.3. Hemşirelik Mesleğinin Stres Kaynakları:	31
2.8.4. Hemşirenin Baş Etme Stratejileri ve Mekanizmaları:.....	32
2.8.5. Hemşirelerin Bireysel Farklılıkları:	33

2.9. Psikiyatri Hemşireliği ve Tükenmişlik	34
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	37
3.1. Araştırmanın Tipi.....	37
3.2. Araştırmada Yanıtlanması Beklenen Sorular.....	37
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklem	37
3.4. Veri Toplama Araçları	38
3.4.1. Anket Formu	38
3.4.2. Maslach Tükenmişlik Envanteri (Maslach Burnout Inventory-MBI).....	38
3.5. Verilerin Toplanması ve Etik Konular.....	42
3.6. Verilerin Değerlendirilmesi	43
3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	43
4. BULGULAR.....	44
5. TARTIŞMA	63
KAYNAKLAR	77
FORMLAR	85
ÖZGEÇMİŞ	102

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 1:Demografik Özelliklerin Dağılımı	44
Tablo 2:Kurumda Çalışma Durumuna İlişkin Özelliklerin Dağılımı	46
Tablo 3:Meslekle İlgili Özelliklerin Dağılımı	48
Tablo 4:Meslekle İlgili Özelliklerin Dağılımı-Devam	50
Tablo 5:Hemşirelerin Maslach Tükenmişlik Ölçeği Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamaları, Minimum ve Maksimum Puanları.....	52
Tablo 6:Hemşirelerin Maslach Tükenmişlik Ölçeğinin Alt Boyutlarının Korelasyonu. 52	
Tablo 7:Yaş Grupları ile Maslach Tükenmişlik Ölçeğinin Alt Boyutlarının Karşılaştırılması	53
Tablo 8:Medeni Durum ile Maslach Tükenmişlik Ölçeğinin Alt Boyutlarının Karşılaştırılması	53
Tablo 9:Eğitim Durumu ile Maslach Tükenmişlik Ölçeğinin Alt Boyutlarının Karşılaştırılması	54
Tablo 10:Hemşire Olarak Çalışma Süresi ile Maslach Tükenmişlik Ölçeğinin Alt Boyutlarının Karşılaştırılması.....	54
Tablo 11: Psikiyatri Hemşiresi Olarak Çalışma Süresi ile Maslach Tükenmişlik Ölçeğinin Alt Boyutlarının Karşılaştırılması	55
Tablo 12: Çalışılan Kurum ile Maslach Tükenmişlik Ölçeğinin Alt Boyutlarının Karşılaştırılması	56
Tablo 13:Çalışılan Kurumdaki Görev ile Maslach Tükenmişlik Ölçeğinin Alt Boyutlarının Karşılaştırılması.....	56
Tablo 14:Çalışılan Kurumdaki Çalışma Şekli ile Maslach Tükenmişlik Ölçeğinin Alt Boyutlarının Karşılaştırılması.....	57
Tablo 15:Gündüz ve Gece bakılan Ortalama Hasta Sayısı İle Maslach Tükenmişlik Ölçeğinin Alt bBoyutlarının Karşılaştırılması	57
Tablo 16: Psikiyatri Hemşireliği Eğitimi Alma Durumu ile Maslach Tükenmişlik Ölçeğinin Alt Boyutlarının Karşılaştırılması	58
Tablo 17: Hemşirelik Mesleğini İsteyerek Seçme ile Maslach Tükenmişlik Ölçeğinin Alt Boyutlarının Karşılaştırılması.....	58

Tablo 18: Hemşirelik Mesleğinin İsteyerek Yapma ile Maslach Tükenmişlik Ölçeğinin Alt Boyutlarının Karşılaştırılması.....	59
Tablo 19: Hemşirelik Mesleğini Kendine Uygun Bulma ile Maslach Tükenmişlik Ölçeğinin Alt Boyutlarının Karşılaştırılması.....	59
Tablo 20: Çalışma Ortamından Memnuniyet ile Maslach Tükenmişlik Ölçeğinin Alt Boyutlarının Karşılaştırılması.....	60
Tablo 21: Üstlerden Takdir Görme Durumu ile Maslach Tükenmişlik Ölçeğinin Alt Boyutlarının Karşılaştırılması.....	60
Tablo 22: Mesleki Gelişim Konusundaki Düşünceler ile Maslach Tükenmişlik Ölçeğinin Alt Boyutlarının Karşılaştırılması.....	61
Tablo 23: Hastaların Verilen Bakım Karşısında Takdir Etmeleri ile Maslach Tükenmişlik Ölçeğinin Alt Boyutlarının Karşılaştırılması.....	61
Tablo 24: Meslektaşlarından Destek Görme Düzeyi ile Maslach Tükenmişlik Ölçeğinin Alt Boyutlarının Karşılaştırılması.....	62

KISALTMALAR LİSTESİ

MBI	: Maslach Burnout Inventory
DT	: Duygusal Tükenmişlik
D	: Depersonalizasyon, Duyarsızlaşma
KB	: Kişisel Başarı

ÖZET

Sinat, Ö. (2007). Psikiyatri Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerde Tükenmişlik Düzeyinin Araştırılması, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Psikiyatri Hemşireliği ABD, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

Bu çalışma, psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşirelerde tükenmişlik düzeyini belirlemek ve hemşirelerin tükenmişlik düzeyleri ile bazı değişkenler arasındaki ilişkileri incelemek amacıyla planlanan tanımlayıcı bir araştırmadır. Araştırmanın örneklemini İstanbul’da Sağlık Bakanlığı’na bağlı 2 hastane, 3 üniversite hastanesi ve 1 vakıf hastanesinde çalışan ve seçkisiz örnekleme yöntemi ile seçilen 175 hemşire oluşturmuştur. Verilerin toplanmasında bireysel anket formu ve Maslach Burnout Inventory- MBI (Maslach Tükenmişlik Ölçeği-MTÖ) kullanıldı. Elde edilen verilerin değerlendirilmesinde SPSS - Windows 10.0 programı kullanıldı. Ortalama, Standart sapma, Oneway Anova testi, Tukey HDS, Mann Whitney U, Pearson korelasyon testi, Spearman’s rho korelasyon testi kullanılarak sonuçlar % 95’lik güven aralığında, anlamlılık $p<0.05$ düzeyinde değerlendirildi.

Bu çalışmada, hemşirelerin “Duygusal Tükenme, Kişisel Başarı ve Duyarsızlaşma puan ortalamaları düşük bulunmuştur. Bu sonuçlar, MTÖ’nin yorumuna göre; çalışma grubundaki hemşirelerin tükenmişlik düzeyinin düşük olduğunu göstermektedir. Çalışmada tükenmişlik ile yaş, çalışma süresi, çalışılan kurum, çalışma şekli, psikiyatri eğitimi alma durumu, mesleği isteyerek seçme ve yapma, mesleği kendine uygun bulma, çalışma ortamından memnun olma, mesleğin hak ettiği yerde olma düşüncesi, üstlerinden, meslektaşlarından ve hastalarından takdir görme, mesleki gelişim konusundaki düşünceleri, genel sağlık durumlarını nitelendirmeleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

Anahtar Kelimeler : Tükenmişlik, tükenmişlik sendromu, hemşirelik, psikiyatri hemşireliği

ABSTRACT

Sinat, O. (2007). A Research on the Burnout Level of the Nurses Working at Psychiatry Clinics. İstanbul University, Institute of Health Science, Psychiatry Nursing Department. Master of Science Thesis, İstanbul.

This thesis is a descriptive study which is mainly for describing the burnout levels of the nurses working at psychiatry clinics and explaining the relations between the burnout levels of the nurses and some variables. 175 nurses who were chosen randomly from 2 hospitals under the management of Health Ministry, 3 university hospitals and a foundation hospital in İstanbul, are the samples of the research. Personal inquiries and Maslach Burnout Inventory have been used for collecting the data. SPSS-Windows 10.0 program has been used for the evaluation of the data. Average, standart deviation, Oneway Anova Test, Tukey HDS, Mann Whitney U, Pearson Correlation Test Spearman's rho correlation test have been used and the results have been evaluated in within the confidence interval of 95%.

In this study average "Emotional Exhaustion , Personal Accomplishment and Depersonalization points of the of the nurses have been found at low levels. These results shows that the burnout levels of the nurses in sample working group are low according to the MBI scale. In the research a meaningful relation has been found between burnout and their describing ways of their age, working time, working association, type of working, psychiatric education situation, choosing and performing the occupation willingly, being happy with the working environment, finding the occupation suitable for herself, the idea of the job taking enough credits, being approved by patients, colleagues and supervisors, ideas about the professional evaluations, general health conditions.

Key Words: Burnout, burnout syndrome, nursing, psychiatric nursing.

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Bireyde uyum ve dengeyi bozan, zorlanma yapan, fiziksel, çevresel, ruhsal, toplumsal ve psikososyal etkenler vardır. Organizmada bu etkenlere karşı gelişen olumsuz değişiklikleri ve tepkileri anlatmak için stres kavramı kullanılır. Çeşitli mesleklerden olan bireyler, işlerinde yaşadıkları streslere karşı psikolojik (öfke, kaygı, depresyon, sinirlilik, aşırı duyarlılık, gerginlik, can sıkıntısı), davranışsal (iştahsızlık, aşırı yemek, uykusuzluk, fazla sigara ve içki tüketimi, uyuşturucu kullanımı) ve bedensel (yüksek tansiyon, kalp hastalığı, ülser, baş ağrısı) tepkiler göstermektedirler. Bu tepkiler 1970’li yıllarda göze çarpmış ve insanlarla birebir ilişki içinde çalışmayı gerektiren meslekleri icra edenlerde sık görülen bir durum olan “tükenmişlik” kavramı adı altında toplanmıştır. (Tevrüz, 1997; Kaçmaz, 2005b)

Tükenmişlik, duygusal isteklerin yoğun olduğu ortamlarda uzun süreyle çalışmaktan kaynaklanan ve fiziksel yıpranma, çaresizlik, ümitsizlik, hayal kırıklığı, olumsuz bir benlik kavramının gelişmesi, işe, işyerinde çalışanlara ve yaşama karşı olumsuz tutumların gelişmesi gibi belirtilerin eşlik ettiği bir durum olarak tanımlanabilir. Tükenmişlik çoğunlukla bir semptom örüntüsü olarak tanımlanmıştır. (Çam, 1991; Solmuş, 2004; Tuğrul , Çelik, 2005; Bostancı, 2005; Özkan, 1999; Baltaş, 2004; Silvia, 2005)

Ülkemizde ve dünyada bu konuda yapılan araştırmalara bakıldığında, ilk deneysel çalışmalar yalnız direkt kişilikle ilgili olduğu yönündeyken, son yıllarda yapılan çalışmalar genelde organizasyonel faktörlerin neden olduğu tükenmişlik üzerine odaklanmaktadır. Bu konuda diğer bir görüş de hem organizasyonel ve hem de kişisel sorunların tükenmişliğe neden olduğu ve tükenmişliğin çok boyutlu kompleks bir fenomen olduğu yönündedir. (Kaçmaz, 2005a)

İnsanlarla çalışan ve insanlara yardım etmeyi amaçlayan mesleklerden biri olan hemşirelikte doğası gereği yoğun stres yaşanmaktadır. Hemşirelikte iş stresi ile ilgili yapılan çalışmalar incelendiğinde; hemşirelerin kendi uygulamalarını yönetmek için

bağımsızlık ve otonomiye sahip olmaması, verdikleri hizmet üzerinde kontrol sağlayamaması, karar verme yetkisi olmamasına rağmen kararın yarattığı sonuçlara maruz kalması, görev tanımlarının belirsizliği, hemşireliğin geleneksel olarak bir kadın mesleği olması, hasta sayısının fazlalığı, buna karşın personel sayısının yetersiz olması, kronik ve ilerleyici hastalığı olan kişilere bakım vermesi, terminal dönemdeki hastayla karşı karşıya olması, çalışma temposunun hızlı oluşu, eksik ve yetersiz malzeme, düşük ücret, vardiya değişikliği, çalışma saatlerinin uzun oluşu, terfi imkanının sınırlı olması, iş gerçekleriyle iş beklentileri arasındaki farklılıktan doğan hayal kırıklığı, hekimler, hastalar, hasta aileleri, meslektaşlar, denetleyenlerle iletişim ve ilişki sorunlarının yaşanması, ödül sistemindeki yetersizlikler, çarpıklıklar, haksızlıklar, destek sistemlerin yetersizliği stres yaratan durumlar olarak karşımıza çıkmakta ve bunlar hemşirelerde tükenmişliğe yol açmaktadır. (Üstün, 1995; Janosik, Davies, 1986; Kaçmaz, 2005b; Dolu, 1997; Akşahin, 1998; Anuk, 1999; Kaçmaz, 2005b;)

Hemşirelik mesleğinde yaşanan sorunlar, hemşirelik uygulamalarına; hemşirelerin bağımsız fonksiyonlarından olan bakım verme ve yardım etme işlevlerini yeterince yerine getirememesi, mesleki bilgi ve yeteneklerini etkin kullanamaması şeklinde yansımaktadır. Bunun yanında tükenmişliğin ortaya çıkardığı sorunlar hemşirelerin üretkenliğinin azalmasına, iş yaşamından doyum sağlamamasına ve profesyonelliğin engellenmesine neden olmaktadır. (Üstün, 1995; www.memocal.com/bguh/hemşirelerhaftasi.asp/14.11.2005)

Psikiyatri hemşireliği hemşireliğin özelleşmiş alanlarından biridir. Psikiyatrik hastalıkların kronik ve uzun süreli olması, hemşirelerin çalıştıkları alanlarda yoğun stres yaşamalarına sebep olmakta, stres ve sonuçları ruh sağlığı çalışanları için önemli sorun teşkil etmektedir. Yapılan çalışmalarda psikiyatri servislerinde çalışanların diğer servislerde çalışanlara göre tükenmişlik düzeyinin yüksek olduğu bildirilmiştir. İngiltere’de MTÖ kullanılarak 614 ruh sağlığı hemşiresinde yapılan bir çalışmada, hemşirelerin yarısının duygusal açıdan ileri derecede etkilendiğini ve işlerinin onlarda tükenmişlik geliştirdiğini göstermektedir. Ayrıca hemşirelerin %25’inin, hasta ve hasta yakınlarına negatif davranışlar sergilediği belirlenmiştir. Yaklaşık her yedi kişiden birinde işinden memnuniyetsizlik tespit edilmiştir. (Pikihanana, Happell, 2004; Happell,

Martin, Pinikahana, 2003; Barling, 2001; Ewers, Bradshaw, McGovern, Ewers B., 2002; Kaçmaz, 2005a)

İskoçya’da 510 psikiyatri hemşiresi ile yapılan bir çalışmada ise duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve bireysel başarının birbirine göre ortalama düzeyleri incelenmiştir. Çalışmaya göre duygusal tükenme ve duyarsızlaşma değerleri normal verilere göre düşük çıkmıştır. Bireysel başarı değerleri de diğer hemşire ve hekim gruplarından daha düşük çıkmıştır. Ancak örneklemin %2 sinde yüksek tükenmişlik düzeyi belirlenmiştir. (Kilfedder, Power, Wells, 2001)

Kurumların, toplumun, hemşirelerin, hasta ve ailesinin özelliklerine bağlı olarak psikiyatri hemşireleri bakım hizmeti verirken pek çok güçlkle karşılaşmaktadır. Ülkemizde psikiyatri hemşireliği alanındaki çalışmalar yetersizdir. Bu çalışmanın amacı; psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşirelerde, hemşirelerin tükenmişlik düzeylerini ve bunun nedenlerini belirlemektir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Tükenmişliğin Tanımı

Bireyin insanlara karşı duyarsız olması, duygusal yönden kendisini kötü hissetmesi, kişisel başarı ve yeterlilik duygularının azalması şeklinde ortaya çıkan tükenmişlik (burnout) daha çok insanlarla yüz yüze ilişki gerektiren mesleklerde görülen bir olgudur. (Ergin, 1992; Kırılmaz, Çelen, Sarp, 2003; Sünter, Canbaz, Dabak, Öz, Peşken, 2006; , Ünal, Karlıdağ, Yoloğlu, 2001; Dolunay, 2002; Güdük, Erol, Yağcıbulut, Uğur, Özvarış, Aslan, 2005; Özdemir K, Özdemir H.D, Coşkun, Çınar, 1999; Tevrüz, 1997; Anuk, 1999; Çam, 1991; Yardım, 1995; Jenkins, Eliot, 2004; Kushnir, Levhar, Cohen, 2004; Gil-Monte, Peiro, 1998; Van Der Linden, Keijsers, Van Schaijk , 2005; Alimoğlu, Dönmez, 2005)

Sözlükte “Tükenmişlik” , kronik bir stres döneminden sonra işe ilişkin ruhsal ve fiziksel enerjinin azalması ile kendini gösteren, bazen fiziksel hastalıkların ortaya çıktığı durum için kullanılan bir terimdir. (Akşahin, 1998; Çam, 1991)

Türk Dil Kurumu’nun sözlüğünde ise “Tükenmişlik” gücünü yitirmiş olma, çaba göstermeme durumu olarak tanımlanmaktadır. (<http://www.tdk.gov.tr/13.03.2007>)

Akşahin’in de (1998) çalışmasında belirttiği gibi, Pines ve Aronson’ a göre tükenmişlik; kronik emosyonel bir gerginliğin sonucu olarak fiziksel, emosyonel ve mental bir tükenmedir. (Dolu, 1997; Akşahin, 1998; Gilliland, James, 1993; Janosik, Davies, 1986; Edwards, Burnard, Coyle, Fothergill, Hannigan, 2000; Zapf, 2002; Iacovides, Fountoulakis, Kapriniz, Kaprinis, 2003) Faber’e göre “tükenmişlik” göze çarpan net bir olaydan daha çok bir süreçtir. Kişinin olumsuz bir stres karşısında yaptığı başarısız mücadele sürecinin sonunda ulaşılan son aşamadır. (Hakanen, Bakker, Schaufeli, 2006)

Burnout genel olarak; fiziksel ve emosyonel tükenme, ruhsal çökme, pozitif enerji, esnekliğin kaybedilmesi, işin anlamına ilişkin kayıp, ekolojik fonksiyon bozukluğu, monotonluk, emosyonel, fiziksel ve davranışsal tükenme olarak tanımlanmaktadır. (Dolu, ;1997; Taycan, Kutlu, Çimen, Aydın, 2006; Özdemir K., Özdemir H.D., Coşkun, Çınar, 1999; Çam, 1991)

Çam'ın (1991) çalışmasında belirttiği gibi, Maher'e göre, tükenmişlik; psikosomatik hastalığı, uykusuzluğu, iş ve hastalara karşı olumsuz tutumu, işe gelmemeyi, alkol ya da diğer ilaç kullanımını, suçluluğu, kötümserliği, ilgisizliği ve depresyonu içeren, kompleks bir sendromdur. (Akşahin, 1998; Çam, 1991)

Schaufeli ve Enzmann'a göre tükenmişlik; işyükü ve çalışma ortamındaki sosyal desteğin yetersizliği ile güçlü bir ilişki içerisindedir. (Janssen, Peeters, Jonge, Houkes, Tummers, 2004; Zapf, 2002; Ahola ve ark., 2005; Pines, Keinan, 2005; Langelaan, Bakker, Van Doornen, Schaufeli, 2006;)

Bir görüşe göre; tükenmişlik, değişimi imkansız görünen durumların insan ruhuna çizdiklerinin birikimi ile oluşan bir durumdur. Bu bir “mesleksi otizm”dir. (Çam, 1991; Akşahin, 1998)

Tükenmişlik kavramı üzerinde ortak bir tanımlama yokken, bireysel düzeyde yaşandığı, içsel bir deney olduğu, genellikle psikolojik yapıdaki duyguları, davranışları, motivasyonları, beklentileri içerdiği belirtilir. Stres, sıkıntı, işlev bozukluğu yaratan negatif bir deneyimdir. (Dolu, 1997; Akşahin, 1998)

Tükenmişlik bir stres denklemdir ve ilerleyici bir süreçtir.. Dorothy ve Cotton tükenmişliği stresle etkin şekilde başa çıkmadaki başarısızlığın sonucu olarak görmektedirler. Pines ve arkadaşları tükenmişliği strese karşı bir cevap olarak kabul ederler. Düşük kişisel başarı ve yorgunluğunun yanı sıra çaresizlik, ümitsizlik ve tuzağa düşme duygusu da vardır. Cherniss de, tükenmişliği strese cevap olarak görmüştür.

Yüksek ve artan seviyelerde seyreden iş stresi nedeniyle başlayan, dolayısıyla kişide gerilim, irritabilite ve yorgunluk duyguları oluşturarak bireyde kopma, apati, alaycılık (kinizm) veya katılık şeklinde savunma tepkilerinin oluşumuna neden olan bir süreçtir. Cherniss “Burnout” u aşırı bağlılığın bir rahatsızlığı olarak görür. Hastaya karşı ilginin kaybı ve bitkinliğin yanı sıra, artan hayal kırıklığını, kötümserliği, kaderciliği, kişinin işine motivasyonunun, bağlılığının ve işteki gayretinin azalmasını, ilgisizliği, negativitistliği, sık irritabiliteyi, iş arkadaşları ve hastalara kızgınlığı, kişinin işteki huzuruyla ilgili zihinsel uğraşlarını, sistem ve hastaları suçlayarak rasyonalize etme eğilimini, değişikliğe direncini, katılığın artışı ve yaratıcılığın kaybını içeren bir olanak olarak görmüştür.(Ergin, 1992; Kırılmaz, Çelen, Sarp, 2003; Kaçmaz, 2005a, Akşahin, 1998; Ünal, Karlıdağ, Yoloğlu, 2001; Tot, Bal, 2003; Anuk, 1999; Çam, 1991; Silvia et al, 2005; Iacovides, Fountoulakis, Kapriniz, Kaprinis, 2003)

Bu tanımlar tükenmişliğin stresli iş koşulları sonucunda ortaya çıktığını ortaya koymaktadır. Tükenmişlik, iş yerindeki önemli stresörler karşısında gelişen bir süreçtir. Tükenmişlik çeşitli streslere karşı verilen yaygın tepkilerdir. (Dolu, 1997; Üstün , 1995; Güdük, Erol, Yağcıbulut, Uğur, Özvarış, Aslan, 2005; Anuk, 1999)

Tükenmişliğin ilerleyici ve kronik bir durum olduğunu belirten Lynn (1989) ilk iki yılın tükenmişlik açısından çok kritik olduğunu, tükenmişliğe yakalanan kişinin bu dönemde mesleğini bırakabileceğini savunmuştur. (Dolu, 1997; Ergin, 1992; Kırılmaz, Çelen, Sarp, 2003)

Dolu’nun (1997) çalışmasında belirttiği gibi, Regelson ise tükenmişliğin, herkesin başına gelebileceğini belirtmiştir. Tükenmişliği düzensiz, derece derece artan, bulaşıcı, dinamik bir süreç olarak tanımlayanlar da vardır.

Tükenmişlikle ilgili en son tanım Shirom (Grossi,2003) tarafından yapılmıştır. Ona göre tükenmişlik; kişisel kaynaklar, esneklik ve pozitif enerjide azalmadan kaynaklanmaktadır. Yani Shirom; "tükenmişliğin ana temasının kişinin enerji

kaynaklarının bitmesi durumu" olduğunu belirtmiştir. (Yardım, 1995; Grossi, Perski, Birgitta, Blomkvist, Orth-Gomer, 2003; Ahola ve ark., 2005),

Ancak, tükenmişlik kavramı, yorgunluk ya da yıpranma gibi kavramlarla karıştırılmamalıdır. Aynı şekilde, tükenmişliğin iş doyumsuzluğu ile de aynı şey olmadığına dikkat çekmek gerekmektedir. (Ergin, 1992)

Araştırmalardan ortaya çıkan sonuçlara göre;

- Tüm stresörler tükenmişlik gelişmesine neden olabilir.
- Tükenmişlik fiziksel ve biyolojiktir.
- Tükenmişliğe işten çok çevresel faktörler de katkıda bulunabilir.
- Tükenmişlikte etkili kişiler arası ilişkilerin yetersizliği mevcuttur.
- Tükenmişlik bir süreçtir.
- Bazen tükenmişlik semptomları çabuk ortaya çıkar.
- Tükenmişlik zaman içinde değişikliğe uğrar.
- Tükenmişlik birçok kez meydana gelebilir.
- Tükenmişlik diğer çalışanların üzerine de stres getiren bulaşıcı bir hastalık gibidir.
- Tükenmişlik genç yaşlarda çok , daha büyük yaşlarda ise az görülür.
- Tükenmişlik hafif bir enerji kaybından ölüme kadar çok farklı seviyelerde görülebilir
- Erkek ve kadınların tükenmişlik deneyimleri arasında oldukça benzerlik vardır.
- Azınlıklar, tükenmişlikten beyazlardan daha çok etkilenmektedir.. (Gilliland, James,1993)

2.2. Tükenmişlik Kavramının Tarihsel Gelişimi

Tükenmişlik Sendromu ilk kez klinik psikolog Freudenberg (1974) tarafından ortaya konmuş daha sonra Maslach ve Jackson (1981) tarafından bireylerin işleri gereği karşılaştıkları insanlara karşı duyarsızlaşmaları, duygusal yönden kendilerini tükenmiş hissetmeleri, kişisel başarı ve yeterlilik duygularının azalması biçiminde tanımlanmıştır.(Dolu, 1997; Ergin, 1992; Kırılmaz, Çelen, Sarp, 2003; Taycan, Kutlu, Çimen, Aydın, 2006; Kaçmaz, 2005a; Akşahin, 1998; Sünter, Canbaz, Dabak, Öz, Peşken, 2006; Tuğrul, Çelik, www.gafgaz.edu.tr/jornal/g/03.10.2005; Ünal, Karlıdağ, Yoloğlu, 2001; Dolunay, 2002; Tot, 2003; Güdük, Erol, Yağcibulut, Uğur, Özvarış, Aslan, 2005; Kaçmaz, 2005b; Tevrüz, 1997; Baltaş, 2004; Yardım, 1995; Gilliland, James, 1993; Mackereth, White, Cawthorn, Lynch, 2005; Janssen, Peeters, Jonge, Houkes, Tummers, 2004; McGrath, Reid, Boore, 2003; Mommersteeg, Heijnen, Verbraak, Doornen, 2006; Adali, Priami, 2002; Brunt, www.corporatetraining.co.za/news3.htm; Plana, Fabregat, Gassio, 2003; Silvia ve ark., 2005; Gil-Monte, Peiro, 1998; Angerer, 2003; Cox, Tisserand, 2005; Kraft, 2005; Grossi, Perski, Birgitta, Blomkvist, Orth-Gomer, 2003; Zapf, 2002; Nyklicek, Pop, 2005; Alimoğlu, Dönmez, 2005; Iacovides, Fountoulakis, Kapriniz, Kaprinis, 2003; Langelaan, Bakker, Van Doornen, Schaufeli, 2006)

Freudenberg'in araştırmasının örneklemini Amerika'da ücretsiz kliniklerde çalışan bireyler oluşturmuştur. Bu klinikler, uzun çalışma saatleri, düşük ücret ve yetersiz kaynaklar ile belirgin çalışma koşullarını kapsamaktaydı. Kaynaklardaki yetersizlikler çalışanların kendi özverisi ile giderilmekteydi. Ücretsiz klinik çalışanları toplum için çok gerekli bir hizmet veriyor ama gereken yardım, takdir ve ilgiyi göremiyor ve bütün bu olumsuzluklar da tükenmişlik sendromu için zemin hazırlıyordu. (Yardım, 1995)

Tükenmişlik araştırmalarına katkıda bulunan diğer bir kişi Chernis'tir. Chernis insana hizmet veren kişiler üzerinde rol yapısı ile ilgili çalışmalar yapmış ve bunun tükenmişlik üzerindeki etkilerini araştırmıştır. 1980'de organizasyonel, kişisel ve kültürel faktörleri inceleyerek tükenmişlik teorisini sunmuştur. Bu teori rol yapısının

tükenmişlik üzerindeki etkisine özel olarak önem vermektedir. Bu bağlamda rol belirsizliği; rol yükleme (aşırı iş yükü) ve insanlarla çalışan yöneticilerin karşılaştığı tükenmişliğe yol açan etkenler ile potansiyel stres kaynakları arasındaki karmaşıklığı tanımlamıştır. (Yardım,1995)

Chernis'e göre; yeni ve tecrübesiz çalışanlar, işlerinin daima heyecan verici olacağı, yeteneklerinin gelişeceği, yaptıklarının takdir göreceği, gerek iş arkadaşları gerekse çalıştıkları kişilerden destek göreceği hususunda bazı romantik hayallere sahiptir ve bu beklentilerle iş hayatına atılan bir çalışan şok olup kendini son derece yetersiz hissetmektedir. Diğer bir ifadeyle, tükenmişliğin çalışanın beklentileri ile iş hayatının gerçekleri arasındaki uçurumdan kaynaklandığını ilk ortaya koyan Chernis olmuştur. (Yardım,1995)

Tükenmişlik literatürüne en büyük katkı hiç kuşkusuz Maslach'tan gelmiştir. Maslach, tükenmişlik kuramının babası olarak kabul edilebilir. Duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve düşük kişisel başarı hissinden oluşan üçlü modeli akademik çevrelerde yaygın bir şekilde kabul görmüştür. (Yardım,1995)

Maslach Tükenmişlikle ilgili araştırmalarına, karşılaştığı insanların yaşadıkları olayları gözlemleyerek ve sorgulayarak başlamıştır. Anket, mülakat, mektup, gözlem gibi yollarla binlerce insandan veri toplamıştır. Sosyal hizmet görevlileri, hemşireler, doktorlar, polisler, danışmanlar, psikiyatrisler, psikologlar, çocuk bakıcıları, hapisane görevlileri, yöneticiler gibi çok geniş bir yelpazede araştırmalarını sürdürmüştür. Maslach bu insanların idealist, enerjik, heyecanlı, kendini adanmış ve fedakar olduklarını; fakat bu özellikleri nedeni ile kolaylıkla tükenmişlik sorunları ile yüzyüze geldiklerini saptayan ilk araştırmacı olmuştur. (Yardım,1995)

2.3. Tükenmişlik Sendromunun Belirtileri

Tükenmişliği yaşayan birey, genelde, kişisel mesleki doyumsuzluk ve yorgunluğun karmaşık bir duygulanımını yaşadığının farkına varır. Ancak bu duyguların dile getirilmesinin zorluğu ve belirgin belirtilerinin olmayışı, bu durumun sıklıkla göz ardı edilmesine neden olur. Bunun sonucu ise, gittikçe artan bir şekilde işten soğumadır. İşe gitmeyi istememe, yüklenmişlik, tahammülsüzlük kendinden şüphelenme ve kendilik imajına uygun olmayan şekillerde davranma görülür. (Çam, 1991; Kaçmaz, 2005a; Akşahin,1998; Baltaş, 2004; Janosik, Davies, 1986; Mommersteeg, Heijnen, Verbraak, Doornen, 2006; Adali, Priami, 2002; Silvia ve ark., 2005)

Tükenme belirtisi, genellikle “çok başarılı” olmak için yoğun ve dolu bir programla çalışan, kendi üzerine düşenden fazlasını yapan ve sınırlarını tanımayan kişilerde görülür. (Baltaş, 2004)

Bireyde tükenme durumunda ortaya çıkabilecek başlıca belirtiler şunlardır:

Psikofizyolojik Belirtiler: Yorgunluk ve bitkinlik hissi, enerji kaybı, kronik soğuk algınlığı, sık baş ağrıları ve uyku bozuklukları, gastrointestinal bozukluklar ve kilo kaybı, solunum güçlüğü, psikosomatik hastalıklar.

Psikolojik Belirtiler: Duygusal bitkinlik, kronik sinirlilik hali, bilişsel becerilerde güçlükler yaşama, hayal kırıklığı, çökkün duygudurum, anksiyete, huzursuzluk, sabırsızlık, benlik saygısında düşme, değersizlik, eleştiriye aşırı duyarlılık, karar vermekte yetersizlik, apati, boşluk, anlamsızlık hissi ve ümitsizlik.

Davranışsal Belirtiler: Çabuk öfkelenme, engellenme belirtileri, apatik olma ve negativizm gösterme, her gün işe gitmeye karşı giderek artan direnç, birçok konuyu şüphe ve endişe ile karşılama, alınganlık, takdir edilmediğini düşünme, iş doyumsuzluğu, işe geç gelmeler veya gelmemeler, ilaç (özellikle trankilizan) alkol ve sigara kullanmaya eğilim ya da alımda artma, özsaygı ve özgüvende azalma, evlilik aile çatışmaları ile aile ve arkadaşlardan uzaklaşma, sosyal izolasyon, uzaklaşma, sıkıntı, teslimiyet, suçluluk, hevesin kırılması, kolay ağlama, konsantrasyon güçlüğü,

unutkanlık, rol çatışması, görev ve kurallarla ilgili karışıklık (konfüzyon), görevlilere fazla güvenmeme veya onlardan kaçınma, kuruma yönelik ilginin kaybı, bazı şeyleri erteleme veya sürüncemede bırakma, başarısızlık hissi, çalışmaya yönelmede direnç, hastalara tek tip davranma, küçümseme ve alay etme, hastalara karşı pozitif duyguların kaybı, onları insandan ziyade birer obje olarak görme, hasta ile ilişkiyi erteleme, hastayla yüz yüze ve telefon görüşmelerinde direnç gösterme, arkadaşlarla iş konusunda görüşmekten kaçınma, alaycı ve suçlayıcı olma, sık sık işi bırakmayı düşünme, olumsuz yönde değişmeye başlaması, sık sık saate bakma, kurallara uyma , yaratıcı sorun çözmede azalma, daha çok çalışıp daha az verim alma, irritabilite de artma, değişime direnç, tüm hastalara aynı şekilde davranma, onlara karşı alaycı olma. (Kaçmaz., 2005a; Akşahin, 1998; Tevrüz, 1997; Anuk, 1999; Çam, 1991; Gilliland, James, 1993; Brunt, www.corporatetraining.co.za/news3.htm; Silvia ve ark., 2005; Angerer, 2003; Dolu, 1997; Üstün,1995; Özdemir K., Özdemir H.D., Coşkun, Çınar, 1999; Perrew ve ark., 2002)

Bramhall ve Ezell (1981) ‘e göre ise tükenmişlikte gözlenebilen semptomlar şöyledir;

İçe kapanma, duygusuz ve alaycı olma, hastalıkla ilgili şakalar yapma, hasta veya danışanla alay etme, mental tükenme, psikosomatik şikayetler, baş ağrısı, sırt ağrısı, gastrointestinal problemler, anksiyete, konsantrasyon güçlüğü ve depresyondur. (Kaçmaz, 2005a)

Bir sağlık kurumunda ciddi bir tükenmişlik sorunu olduğunu gösterebilecek belirti ve bulgular, tükenmişliğin sonuçları olduğu kadar onu ortaya çıkartıcı ya da ilerletici faktörleri de göstermektedir. Bunlar işi bırakanlarda ya da personel döngüsünde artma, hastalar ve yakınlarından gelen bakıma ilişkin yakınmaların fazlalığı ve hasta bakımının niteliğinin düşmesi, personelin işten uzak kalma süresinin artması, kurum çalışanlarında emosyonel, kişiler arası ve bedensel sorunların artması, meslektaşlarla ya da diğer disiplinlerle iletişim ve uyumda belirgin güçlüklerin olması, yapıcı eleştirilerin, yeniliklerin, üretken ve yaratıcı çabaların yetersizliği, demokratik ve katılımcı olmayan, hiyerarşik, merkeziyetçi ve bürokratik bir yönetim anlayışının olması, objektif ödüllendirme araçlarının eksikliği, güvensizlik, çalışanların terfi ve mesleki gelecek konusunda belirsizlik yaşamalarıdır. (Kaçmaz, 2005a; Üstün, 1995)

Araştırmalar tükenmişliğin çok ciddi sonuçları olduğunu ortaya koymaktadır. Yoğun tükenmişlik durumu, bireylerde belli psikosomatik rahatsızlıklara neden olmakta, işten ayrılma, iş doyumsuzluğu, evlilik ve aile yaşantısında sorunlar, uykusuzluk, alkol ve ilaç kullanımında artış gibi sorunlara yol açmaktadır. (Dolu,1997; Kaçmaz, 2005a; Adali, Priami, 2002)

Tükenmişlik, duygusal tükenme (emotional exhaustion), duyarsızlaşma (depersonalizasyon) ve kişisel başarı (personal accomplishment) olmak üzere üç boyutta incelenir. (Sünter, Canbaz, Dabak, Öz, Peşken, 2006; Dolunay, 2002; Güdük, Erol, Yağcıbulut, Uğur, Özvarış, Aslan, 2005; Özdemir K., Özdemir H.D., Coşkun., Çınar, 1999; Kaçmaz, 2005b; Tevrüz, 1997; Anuk, 1999; Çam, 1991; Yardım, 1995; Mann, Cowburn, 2005; Roach, 1994; Demirel, Güler, Toktamış, Özdemir, Sezer, 2005; Mackereth, White, Cawthorn, Lynch, 2005; Janssen, Peeters, Jonge, Houkes, Tummers , 2004, Willcock., Daly, Tennant, Allard, 2004; Prag, 2003; Sundin, Hochwalder, Bildt, Lisspers, 2006; Adali, Priami, 2002; Plana, Fabregat, Gassio, 2003; Rice, 1998; Gil-Monte, Peiro, 1998; Cox, Tisserand, 2005; Maytum, Heiman, Garwick, 2004; Fernet, Guat, Caroline, 2004; Grossi, Perski, Birgitta, Blomkvist, Orth-Gomer, 2003; Zapf, 2002; Nykliceck., Pop, 2005; Alimoğlu, Dönmez, 2005; Iacovides, Fountoulakis, Kapriniz, Kaprinis, 2003; Langelaan, Bakker, Van Doornen, Schaufeli, 2006; Lackritz, 2004)

1. Duygusal tükenme, duygusal olarak kendini aşırı yüklenmiş hissetmedir ve tükenmişliğin ana boyutudur. Maslach, duygusal tükenmenin halsizlik, yorgunluk, güçsüzlük, kişinin özgüveninin, işine karşı ilgi ve coşkusunun azalması ya da yitimiyle gittiğini bildirmiştir. Tükenmiş insanlar yeni bir güne başlamakta zorlanırlar, enerjiden yoksundurlar. Duygusal kaynakları tükenmiştir ve bunları yenileme kaynaklarından da yoksundurlar. Bu yüklenmeden kurtulmak için diğer insanlarla ilişkilerini kesmek, azaltmak isterler. Bunun sonucunda katı kurallarla davranan bürokratlara dönerler. Diğer kişiler hakkında fazla bir şey bilmekten kaçınırlar. Araştırmalar yoğun ilişkilerin uzun süre devam ettirilmesi gereken işlerde çalışanlarda gözlenen duygusal tükenmişliğin, rutin işlerde çalışanlarda gözlenen duygusal tükenmişlikten daha fazla olduğu belirtilmektedir. (Dolu, 1997; Ergin, 1992; Taycan, Kutlu, Çimen, Aydın, 2006;

Kaçmaz, 2005a; Solmuş, 2004; Akşahin, 1998; Sünter, Canbaz, Dabak, Öz, Peşken, 2006; Tuğrul, Çelik, www.gafgaz.edu.tr/jornal/g/03.10.2005; Dolunay, 2002; Güdük, Erol, Yağcıbulut, Uğur, Özvarış, Aslan, 2005; Tevrüz, 1997; Anuk, 1999; Çam, 1991; Mann, Cowburn, 2005; Roach, 1994; Demirel, Güler, Toktamış, Özdemir, Sezer, 2005; Rice, 1998; Gil-Monte, Peiro, 1998; Fernet, Guat, Caroline, 2004; Grossi, Perski, Birgitta, Blomkvist, Orth-Gomer, 2003; Zapf, 2002; Lackritz, 2004)

2. Depersonalizasyon / Duyarsızlaşma, bireyin insani olamayan tepkilerine işaret eden, tükenmişlik sendromunun ikinci boyutudur. Tükenmişliğin kişiler arası ilişki boyutudur. Birey diğer insanları siyah gözlüklerle görüyor gibidir. Onlara karşı olumsuz bir bakış açısı geliştirir, onlardan en kötüsünü bekler ve onlardan hoşlanmaz. Sanki insan değil de bir nesneymiş gibi davranır. Çalışan, yaşadığı stresten kaçınmak amacıyla bir başa çıkma mekanizması olarak insanlardan uzaklaşmaya başlar. Duyarsızlaşma, duygusal tükenmenin aşırı olduğu durumlarda gelişir ve çalışan, kendisini diğer insanlardan uzak tutarak koruyucu bir işlev görür. (Dolu, 1997; Ergin, 1992; Taycan, Kutlu, Çimen, Aydın, 2006; Kaçmaz, 2005a; Solmuş, 2004; Akşahin, 1998; Sünter, Canbaz, Dabak, Öz, Peşken, 2006; Tuğrul, Çelik, www.gafgaz.edu.tr/jornal/g/03.10.2005; Dolunay, 2002; Güdük, Erol, Yağcıbulut, Uğur, Özvarış, Aslan, 2005; Tevrüz, 1997; Anuk, 1999; Çam, 1991; Mann, Cowburn, 2005; Roach, 1994; Demirel, Güler, Toktamış, Özdemir, Sezer, 2005; Rice, 1998; Gil-Monte, Peiro, 1998; Fernet, Guat, Caroline, 2004; Grossi, Perski, Birgitta, Blomkvist, Orth-Gomer, 2003; Zapf, 2002; Lackritz, 2004)

Duyarsızlaşma, Maslach tarafından “hizmet alanlara karşı, uzaklaşmış, katı ve hatta insancıl olmayan tarzda yanıt” olarak tanımlanmaktadır. Uzaklaşmanın sınırı, duygunun geçemeyeceği kadar fazla olduğunda duyarsızlaşma ortaya çıkar. Uzaklaşmanın artmasıyla diğerlerinin ihtiyaçlarına aldırış etmeyen bir tutum ve onların duygularına sert bir şekilde aldırılmama gelir. Duyarsızlaşma yaşayan kişi, diğer insanlara karşı saygılı ve bireysel olan davranışı reddedebilir, onların istek ve taleplerini göz ardı edebilir. Bu diğerlerine karşı aldırılmazlık, düşmanlık ve onlardan uzaklaşmayı da içeren davranış, insancıl olmama (dehumanizasyon) ile benzerdir. (Akşahin, 1998; Güdük, Erol, Yağcıbulut, Uğur, Özvarış, Aslan, 2005; Çam, 1991)

Duyarsızlaşma ile ilgili olarak yapılan ileri çalışmalarda dört faktörün önemli olduğu sonucuna varılmıştır. Bu faktörler şunlardır:

- Bireyleri kendisinden uzaklaştıracak şekilde davranmaya yatkınlık
- Diğerlerine düşmanca davranma (hostilite) ve onlara karşı olumsuz tepkiler gösterme
- İlgisizlik, diğerlerine ilgi göstermeme
- Reddetme (Akşahin, 1998; Çam, 1991)

Duyarsızlaşma kavramı “Burnout” literatüründe tanımlandığı gibi tükenmeyi takiben oluşan genel bir reaksiyon olmayıp, tükenme ile birlikte gelişip kompleks yapı gösteren bir kavramdır. (Akşahin, 1998; Sünter, Canbaz, Dabak, Öz, Peşken, 2006; Çam, 1991)

3. Kişisel Başarı; Tükenmenin bu üçüncü boyutunda, bakım verenler, diğerlerine olan tutum ve düşüncelerinden dolayı suçluluk ve sıkıntı hissederler. (Dolu, 1997; Ergin, 1992; Taycan, Kutlu, Çimen, Aydın, 2006; Kaçmaz, 2005a; Solmuş, 2004; Akşahin, 1998; Sünter, Canbaz, Dabak, Öz, Peşken, 2006; Tuğrul, Çelik, www.gafgaz.edu.tr/jornal/g/03.10.2005; Dolunay, 2002; Güdük, Erol, Yağcıbulut, Uğur, Özvarış, Aslan, 2005; Tevrüz, 1997; Anuk, 1999; Çam, 1991; Mann, Cowburn, 2005; Roach, 1994; Demirel, Güler, Toktamış, Özdemir, Sezer, 2005; Rice, 1998; Gil-Monte, Peiro, 1998; Fernet, Guat, Caroline, 2004; Grossi, Perski, Birgitta, Blomkvist, Orth-Gomer, 2003; Zapf, 2002; Lackritz, 2004)

Tükenmişliğin üç boyutlu yapısı pek çok araştırma ile desteklenmekte ancak tükenmişliğin özünde “duygusal tükenme” boyutunun bulunduğu, duyarsızlaşma ve kişisel başarı düşmesinin buna eşlik eden değişkenler olduğu ileri sürülmektedir. (Ergin, 1992; Kaçmaz, 2005a, Solmuş, 2004)

Tükenmişlik sendromu, kronik bir strese karşı cevap olarak ortaya çıkar. Sonu olmayan yoğun bir emosyonel stres karşısında tolerans yavaş yavaş tükenir. Bakım veren, iş ortamında onun hareketlerini değiştirmesine neden olan ani bir değişiklik olmamasına rağmen bu problemleri neden yaşadığına anlam veremez. Sorunun iş olmadığına inanır. Halbuki sorun iş stresidir. Sorun kendinde veya diğer insanlarda aranır. Eğer bu problemlerin tek bizde olduğuna inanıyorsak tükenmişliğin nedenini kendimize atfetmemiz daha kolay olmaktadır. Bu yüzden de paylaşılmaz. Böyle bir inanış “ çoğulcu cahillik (pluralistic ignorance)” fenomeniyle sonuçlanır. “Benim çektiğim acıları kimse bilemez, çünkü onlar çok mutlular ben de bu yüzden mutluymuşum gibi yapacağım ve onlar sıkıntılarımdan haberdar olamayacaklar” bu şekilde herkes taktığı maskeleriyle gerçek tepkilerini paylaşmaktan kaçınır. Bu stresi yalnızca kendilerinin çektiğine inanarak yaşarlar. Tükenmişlik sendromunu yaşayan kişilerin çoğunda bu inanış vardır. Bu nedenle profesyonel yardım talebinde bulunmazlar. (Dolu, 1997; Tuğrul, Çelik, www.gafgaz.edu.tr/jornal/g/03.10.2005)

Tükenmişlik sendromunu yaşayan kimse her zaman kendini suçlamaz. Suç, ilişkide bulunulan diğer insanlara da atfedilebilir. Tükenmiş öğretmen öğrencilerini, sağlık elemanı hastayı, gardiyanlar mahkumları suçlayabilir. “Onlar hiç öğrenemez”, “onlar her zaman şikayetçidir” gibi bir yorumda bulunduklarında hissettikleri düşmanlık ve küskünlük daha az kontrol edilebilir haldedir. Ön yargılar, olumsuz davranışlara dönüştürülür. İnsanlara böyle davranmak haklı olarak değerlendirilir. Zamanla tükenmişliğin katılığı ve alaycılığı tam olarak gelişir. Bu durumda bir doktor hastasının problemini tüm hastaların yaşayacağı bir problem olarak görmez. O kişiye özgü olarak değerlendirir. Danışana, hastaya vb. karşı geliştirilen bu olumsuz ve umursamaz tutum tükenmişlik için ayırıcı özelliktir. İnsanlar alaycı (kinik) ve küçük düşürücü ifadelerle değerlendirilir ve öyle görülür. (Dolu, 1997)

2.4. Tükenmişlik Sendromunun Etiyolojisi

Yapılan sistemli araştırmalara ve “Burnout” la ilgili standart ölçekler geliştirilmiş olmasına rağmen, sendromun sebeplerini anlamakta çok fazla mesafe katedilmemiştir. (Akşahin, 1998)

Tükenmişliğin ortaya çıkışında iki etmen vardır. (Dolu, 1997; Özdemir K., Özdemir H.D., Coşkun A., Çınar Z. (1999); Anuk, 1999; Çam, 1991; Gil-Monte, Peiro, 1998; Fernet, Guat, Caroline, 2004)

- Çevresel faktörler
 - o İş yükü
 - o Kontrol eksikliği
 - o Çalışma Arkadaşları
 - o Kurumun plan ve politikaları
- Bireysel faktörler
 - o Cinsiyet
 - o Etnik yapı
 - o Yaş
 - o Medeni durum
 - o Eğitim
 - o Kişilik
 - o Ben kavramı
 - o Bireysel ihtiyaçlar
 - o Bireysel motivasyonlar
 - o Duygusal kontrol
 - o Empati

2.5. Tükenmişlik Sendromunun Etkileri

Araştırmalar, tükenmişliğin çok ciddi sonuçları olduğunu ortaya koymaktadır. Yoğun bir tükenmişlik durumu, bireylerde belli psikosomatik rahatsızlıklara neden olmakta, işten ayrılma, iş doyumsuzluğu, evlilik ve aile yaşantısında sorunlar, uykusuzluk, alkol ve ilaç kullanımında artış gibi sorunlara yol açmaktadır. (Ergin, 1992; Kırılmaz, Çelen, Sarp, 2003; Üstün,1995)

Tükenmiş bir kişi sağlık problemlerine, psikolojik incinmeye, kendilik değerinde azalma ve iş ile ilgili memnuniyetsizlik geliştirmeye eğilimlidir. Duygusal tükenmeye, fiziksel tükenme de eşlik edebilir. Yorgunluk , halsizlik şikayetleri vardır. Sabahları kalkmak ve yeni bir günü karşılamak zor gelir. Emosyonel gerginliğin devam etmesi ile uykusuzluk, kabuslar olur. Kronik gerginlik hastalıklara yatkınlık oluşturur. Kişi, geçmeyen soğuk algınlıkları, bitmeyen baş ağrıları ile tükenmişliği yaşar. Psikolojik zararlarından ise kendilik değeri azalır. Yardım veren kendine, işe ve bu işi yapan diğer kimselere karşı negatif düşünmeye başlar. Kolay irrite olur. En ufak hayal kırıklığında bile ani kızgınlık tepkileri gösterebilir. Bu kızgınlık şüpheli tutumları ve paranoyayı başlatabilir. Yardım veren, herkesin ona problem yaratmak ve hayatını zorlaştırmak için uğraştığına inanmaya başlar. Zayıflık, incinebilirlik duygusunu bertaraf etmek için omnipotent (tüm güçlülük) duygulara sahip olur. Her şeyi önceden gördüğüne ve bildiğine inanmaya başlar. (Dolu, 1997)

Tükenmişlikte gözlenebilen en büyük değişiklik kişinin iş performansındadır. İş kalitesi düşer, motivasyon azalır. Tükenmişlikle doğru orantılı olarak iş yükünde artma olur. Tedavi edilecek kişiye nesne gibi yaklaşılır. İnsan yerine problemi tedavi etmek eğilimi vardır. İnsanlar sorunlarıyla etiketlenmeye başlanırlar. Yardım alanın insani ihtiyaçları göz ardı edilir. Hasta ile göz kontağı kurulmaz, sorulara ters cevaplar verilir, beden kontağı azaltılır, el sıkışmak istenmez. (Dolu,1997; Solmuş, 2004)

Yardım alana karşı takınılan bu olumsuz tutum verilen hizmetin kalitesini düşürerek yardım alana zarar verir. Bu durumda kurum çalışanından optimum verimlilik elde edemeyeceği için kendisi de zarar görmektedir. (Dolu, 1997)

Tükenmişlik, bu sendromu yaşayan kişinin ailesine ve yakın çevresine de zarar verir. Tükenmiş kişi, gergin, üzgün ve fiziksel olarak yorgun gelir. Zamanının çoğunu işten şikayet ederek geçirir. Bu aile için nasıl başa çıkacaklarını öğrenmek zorunda oldukları bir durumdur. (Dolu,1997; Solmuş, 2004) Artan kavga ve problemler aile içinde çatışmalara neden olur. Aslında işten kaynaklanan bu stres, evlilik ilişkisine atfedilebilir. Bazen yardım veren işte yaşadığını tekrar yaşamamak için evde iş stresinden hiç bahsetmez. Bu da evlilik ilişkisindeki açık, dürüst, güvenilir paylaşımı engeller. Ayrıca yardım veren iş ve özel hayatındaki rollerini karıştırıp ailesine, arkadaşlarına hastalarıymış gibi davranabilir. (Dolu, 1997)

2.6. Tükenmişlik Sendromunun Oluşumu

Freudenberger, “tükenmişlik” sürecindeki gidişi şöyle anlatmaktadır: Çabuk öfkelenme, ani irritasyon ve engellenme belirtileriyle, duyguları ele almak güçleşir, kolay ağlar, önemsiz baskılar onun taşıyabileceğinden fazlaymış gibi gelir, bağırma, çağırma görülür. Şüpheli bir tutum izlenir, şüphe ve alınganlık artarak başkalarının kendisini aldattığını düşünmeye başlar. Paranoid durum, aynı zamanda tümgüçlülük duygulara da yol açabilir. Tükenmiş kişi tümüyle başkalarının yapamadıklarını kendisinin yapabildiğine inanmaya başlar. Giderek kendisine aşırı güven duymaya başlayarak, diğerlerinin tümüne ahmakmışlar gibi bakar. Kişinin görünüşü gittikçe kapalı bir kutu gibi olmaya başlar. Kişi, aşırı katı, inatçı olur ve esnekliğini yitirir. Neredeyse hiç ikna edilemez, o herkesten iyisini bildiğine inanır. İlerleme ve yapıcı değişim olmaz. (Akşahin, 1998; Anuk, 1999)

Diğer bir davranışsal gösterge, sözelleşen olumsuz tutumdur. Herkesin kendi çıkarı için çalıştığına inanmaya başlar, kötü davranma ve surat asma görülür. Kişinin bakışları, hareketleri ve görüntüsü depresedir, kendisini korumak için böyle görünür.

Karşıdaki insanlar ne olup bittiğini bilmezler fakat bireyde bazı değişikliklerin olduğunu fark ederler. Çoğu kez çalışılan yerde harcanan zamanın artmasına rağmen başarı düşer. Birey sanki gidecek bir yeri yokmuş gibi başı boş dolaşmakta ve davranmaktadır. Aslında çoğu zaman gidecek yeri olmaz, çünkü işine kendisini fazlaca kaptırdığından arkadaşlarının çoğunu da kaybetmiş durumdadır. (Akşahin, 1998; Anuk, 1999)

Tükenmişlik bireyin ters giden bir şeyin olduğuna ve buna inanmayı reddeder durumda olduğunda gelişir. Öyle ki, bu kişisel kaynakların sona dayandığı, normal günlük olaylar karşısında sürekli bir ümitsizlik ve negativizmin yer aldığı, enerjinin bir tükenişidir. Tükenme dört evre ile tanımlanmıştır. Bu evrelendirme tükenmeyi anlamayı kolaylaştıran bir bakış açısı sağlamaktadır. (Kaçmaz, 2005a; Üstün, 1995; Anuk, 1999)

Edellwich ve Brodsky tükenmişliğe götüren evreleri şöyle sıralamışlardır:

1. Sevk ve Coşku Evresi (Enthusiasm) : Bu evrede yüksek bir mutluluk, enerjide artma ve gerçekçi olmayan boyutlara varan mesleki beklentiler sergilenmektedir. Kişi için mesleği her şeyin önündedir, uykusuzluğa, gergin çalışma ortamlarına, kendine ve yaşamın diğer yönlerine zamanını ve enerjisini ayıramayışına karşı üstün bir uyum sağlama çabasıdır. (Dolu, 1997; Kaçmaz, 2005a ,Üstün, 1995; Akşahin, 1998; Anuk, 1999; Çam, 1991; Gilliland, James, 1993)

2. Durağanlaşma Evresi (Stagnation) : Bu evrede kişi işiyle sadece idare edecek kadar ilgilenmektedir. Artık istek ve umutta bir azalma olur. Mesleğini uygularken karşılaştığı güçlüklerden, daha önce umursamadığı ya da inkar ettiği bazı noktalardan giderek rahatsız olmaya başlar. Sorgulanmaya başlanan “işten başka bir şey yapmıyor olmak” tır. Zira mesleği kuramsal ve pratik tüm yönleri ile kişinin varoluşunu tamamen dolduramamıştır. Hizmeti veren kişi, işi yavaşlatmayı düşünür ve mevcut enerji düzeyi düşmeye başlar, motivasyon azalır. İş dışındaki ilgiler (arkadaşlık, spor, boş zaman aktiviteleri, kendi ailesi ve evi gibi) çok önemli hale gelir. (Dolu, 1997; Kaçmaz, 2005a ,Üstün, 1995; Akşahin, 1998; Anuk, 1999; Çam, 1991; Gilliland, James, 1993)

3. Engellenme Evresi (Frustration) : Başka insanlara yardım ve hizmet etmek için çalışmaya başlamış olan kişi, insanları, sistemi, olumsuz çalışma koşullarını değiştirmenin ne kadar zor olduğunu anlar. Yoğun bir engellenmişlik duygusu yaşar. Bu noktada 3 yoldan biri seçilmektedir. Bunlar; adaptif savunma ve başa çıkma stratejilerini harekete geçirme, maladaptif savunmalar ve başa çıkma stratejileri ile tükenmişliği iletme, durumdan kendini çekme veya kaçınmadır. (Dolu, 1997; Kaçmaz, 2005a ,Üstün, 1995; Akşahin, 1998; Anuk, 1999; Çam, 1991; Gilliland, James, 1993)

4. Umursamazlık Evresi (Apati) : Bu evrede, çok derin duygusal kopma ya da kısırlaşma, derin bir inançsızlık ve umutsuzluk gözlenmektedir. Mesleğini ekonomik ve sosyal güvence için sürdürmekte, ondan zevk almamaktadır. Böyle bir durumda iş yaşamı kişi için bir doyum ve kendini gerçekleştirme alanı olmaktan çok uzak, kişiye ancak sıkıntı ve mutsuzluk veren bir alan olacaktır. Apati frustrasyonların kronikleşmesi sonucu gelişen bir savunmadır. Edelwich ve Brodsky apatiyi kişinin içinde bulunduğu durumu görmemezlikten gelerek, reddederek baş etmeye çalıştığı başarısız bir deneme olarak görür ve apatiyi anlamak için çözümlenmemiş çocukluk deneyimlerine bakmak gerektiğini vurgular. (Dolu, 1997; Kaçmaz, 2005a ,Üstün, 1995; Akşahin, 1998; Anuk, 1999; Çam, 1991; Gilliland, James, 1993)

Maslach “tükenmişlik” sürecini üç bölümde incelemiştir:

- Fiziksel yorgunluk ve bitkinlik hissi,
- İş ve hastalara karşı yabancılaşma hissi ile belirlenen, onlardan soğuma uzaklaşma şeklinde psikolojik yorgunluk,
- Kendi kendinden şüphelenmeyi içeren ruhsal (spiritual) yorgunluk. (Çam, 1991)

Taner ise “tükenmişlik”i beş aşamada değerlendirmektedir:

- Kronik ve minör rahatsızlıkları bulunmasına rağmen fiziksel olarak iyilik hali içinde olma,

- Uyku, yeme ve içme düzensizlikleri ile belirginleşen irritabilite
- Zihinsel sıkıntı ve dikkat alanında daralma
- Yaşam Tarzı ve meslekte değişiklik
- Güç ve yeteneklerde kayıp olduğunu algılama. (Akşahin, 1998)

Leiter ise oluşturduğu modelde duygusal tükenmeyi merkeze koymuştur. Ona göre DT gelişir ve bu işteki stresörlere verilen en önemli tepkidir. Kişi bu tükenme duygularıyla başa çıkabilmek için davranışlarına karşı duyarsızlaşır. Bu şekilde kişisel ilişkiler kaybedilmeye başlanır, bu da başarısızlık duygularını geliştirir. Lee ve Ashforth yaptıkları çalışmalarında DT'yi D'nin bir habercisi olarak ele almışlardır. KB ise DT'ye bağlı bir boyut olarak ortaya çıkar. (Dolu, 1997)

2.7. Tükenmişliğin Tedavisi ve Engellenmesi

Tükenmişliğin engellenmesi ve tedavisi mümkündür. Ancak hem bireyin hem de kurumun çabasını gerektirmektedir. (Dolu, 1997; Solmuş, 2004)

Cherniss tükenmişliğe yapılacak müdahalelerde iş yeri özelliklerinin değiştirilmesini ön planda tutar. Ona göre bireysel karakterler ve kariyer beklentilerini değiştirmek daha yumuşak yöntemlerdir. İşe yeni başlayan birinin tükenmişliğini azaltmak için servis içi eğitim, servis dışında eğitim seminerleri, daha deneyimli çalışanların gözlemlerine başvurmak, yoğun süpervizyon, iş yükünün derece derece arttırılması gibi girişimlerde bulunulabilir. Bu girişimler hem stresi azaltır hem de şevki artırır. Kurumun amacına bağlılık sağlar, yeterlilik duygusunu artırır. (Dolu, 1997; Solmuş, 2004)

Leiter ise duygusal tükenmeyi tükenmişliğin merkezi olarak aldığı için tükenmişliğin gelişmesini engellemekte DT'yi direkt olarak etkileyen stresörleri ortadan kaldırmayı amaçlamaktadır. Bu, iş yükünü daha kontrol edilebilir hale getirmek, işte

daha fazla alternatifler yaratmak için görev dağılımını yeniden oluşturmak, kişiler arası çatışmayı azaltacak yolları bulmaktır. Tükenmişliği ilerlemiş bireyler için karar vermede otonominin arttırılması, zor vakalarda konsültasyon için fırsat tanıma, süpervizörlerin destekleri ve cesaretlendirilmesi için bilişsel eğitim vermek ilerlemiş tükenmişlikte etkili olabilir. (Dolu, 1997; Solmuş, 2004)

Shinn ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada bir sosyal servis çalışanlarıyla yaptıkları çalışmada çalışanlar çözüm olarak şunları önermişlerdir:

- Çalışanların yeterliliğini tamamlamak (iyi eğitim fırsatları,workshoplar, bireysel gelişmeyi sağlayacak olanakların verilmesi)
- İşin modifiye edilmesi (iş yükünün azaltılması, çalışanlara rotasyon sağlanması, gerçekçi amaçların konulması, iş aktivitelerinin çeşitlendirilmesi), süpervizyonun geliştirilmesi, alınan kararlara katılımın sağlanması, iletişimin arttırılması, ödüllerin arttırılması, gün içinde dinlenmenin, kahve molalarının tanınması ve daha fazla tatil olanağının sağlanması. (Dolu, 1997)

Pines ve Aronson tükenmişliği engellemek için workshopların yardımcı olacağını bildirmişlerdir. (Dolu, 1997)

Bireyin sadece hasta bakmak yerine, eğitim ve yönetimde de sorumluluk verilerek, iş yükünde bir çeşitlilik sağlanabilir. Maslach bu konuda, rahatlama teknikleri dediği arabada müzik dinlemek, hobi sahibi olmak, aktif spor yapmak, meditasyon, gevşeme egzersizleri ve tatilin yararlı olacağını belirtmektedir. (Dolu, 1997; Solmuş, 2004; Akşahin, 1998)

Haftada bir toplanan sevinç ve üzüntülerin paylaşıldığı destek grupları yararlı olacaktır. (Dolu,1997; Akşahin, 1998; Prag, 2003)

Profesyonellerin eğitimlerinde bu konuya yer verilmesinin yanı sıra stres yönetimi, tükenmişlik konusunda workshoplar ve girişkenlik eğitiminin verilmesi oldukça yararlı olmaktadır. (Dolu, 1997; Akşahin, 1998)

Bireysel olarak yapılacak çalışmalardan biri de Kramer tarafından tanımlanan “kariyer danışmanlığı”dır. Kariyer danışmanlığında bireye önce amaçlarının, ilgilerinin, beklentilerinin, güçlü ve zayıf yönlerinin daha fazla farkına varması sağlanır. İkinci olarak danışman, bireye, kariyer amaçlarını incelemesi ve yerine daha geçekçi olanları koymasına için yardımcı olur. Üçüncü olarak da danışman bireye, kendi etkililik duygusunu kazandıracak ve doyuracak olan iş özelliklerini tanımlamasında yardımcı olur. Kariyer danışmanlığı bir iki günlük tükenmişlik ve workshoplarından farklıdır. Profesyoneller bu workshoplara büyük bir grupla didaktik ve deneysel egzersizler için katılırlar. Kariyer danışmanlığı ise daha ekonomiktir ve 6-12 seansta biter. (Dolu, 1997; Solmuş, 2004; Akşahin, 1998)

Tükenmişlik tedavisi sırasında kendi etkililik duygusunu sağlamak çok önemlidir. Bandura, zarar verici çevre koşullarının olabileceğini ve insanların böyle durumlarda kendi etkililik güçlerine bağlı olarak farklı cevap vereceklerini belirtmektedir. Ona göre kendilerini etkili olarak değerlendirenler çevreyi düzenlemeye çalışacak, kendini böyle değerlendirmeyenler ise boyun eğme, apati ve alaycılık ile cevap verecektir. Güçlü kendi etkililik duygusu olanlar ise eninde sonunda bireysel adaptasyonu sağlayacaktır. (Dolu, 1997; Solmuş, 2004; Akşahin, 1998)

Tükenmişliği engellemede yapılacak en etkin önlemlerden biri de profesyonelleri tükenmişlik konusunda eğitmektir. Mesleğe başlamadan tükenmişliğin anlatılması profesyonellerin bu semptomları kendisinde gördüğünde erkenden tanınması sağlar ve bu şikayetleri başka nedenlere atfetmesini engeller. Gene mesleğe başlamadan önce eğer mümkünse yardım verenin çalışacağı iş yerini, koşullarını ve çalışma arkadaşlarının tanınması, işe başladıktan sonra yaşayacağı stresi azaltmada yardımcı olacaktır. (Dolu, 1997; Solmuş, 2004; Akşahin, 1998)

Birey ve grup dışında, kurum düzeyinde de düzeltmeler yapılabilir. Ancak kurumun çalışanlardan gerçekçi beklentileri yoksa bunu değiştirmek çok zordur. Bu durumda bireyin yapması gereken, kurumun bu aşırı taleplerinin farkında olmak ve kendini koruyacağı mesafeyi koymayı bilmektir. (Dolu, 1997; Akşahin, 1998)

Bunun dışında yapılabilecek organizasyonel müdahaleler; etkin liderlik, otorite ile sınırların belirgin olması, görevlerin belirgin olması, tükenmişlik ve iş hakkında açık tartışmaların yapılması, tatil zamanına saygı duyulması, gerçekçi beklentilerle ilgili eğitim, pozitif geri bildirimler, kariyer için fırsat tanınması olabilir. (Dolu, 1997; Akşahin, 1998)

Genellikle bireysel, kurumsal ve hatta sistemden kaynaklanan etmenlerin bir arada rol oynaması ile ortaya çıkan tükenmişlik, bir sendrom ve sistem sorunu olarak ele alınmalıdır. Etkili müdahale, hem bireysel hem de örgütsel zeminde olmalıdır. En önemlisi baştan ortaya çıkarıcı etmenlerin giderilmesi, bu olmuyorsa erken dönemde tanınarak hızla müdahale edilmesidir. Tükenmeyi önlemek ve onunla başa çıkmak için yapılabilecek girişimler organizasyonel ve bireysel düzeyde ele alınmıştır. (Kaçmaz, 2005a; Üstün, 1995; Tuğrul, Çelik, www.gafgaz.edu.tr/jornal/g/03.10.2005)

2.7.1. Organizasyonel Düzeyde

2.7.1.1. Devlet yönetimi düzeyinde yapılması gerekenler

Ülkemizde hastanelerin çağdaş yönetim ilkelerine uygun olarak örgütlenmesi için çalışanların görevlerini ve yetkilerini belirleyen gerekli yasal düzenlemelerin yapılması ve yaşama geçirilmesi, demokratik, yönetim yaklaşımının benimsenmesi, sistemdeki ödül kaynaklarının arttırılması, uzun çalışma saatlerinin azaltılması, düşük ücret sorununun giderilmesi, tatil ve sosyal aktivite olanaklarının arttırılması, personel yetersizliği sorununun giderilmesi. (Solmuş, 2004; Akşahin, 1998; Tevrüz, 1997; Maytum, Heiman, Garwick, 2004)

2.7.1.2. İşyeri yöneticileri düzeyinde yapılması gerekenler

Görev tanımlarının açık ve net olması, işe yeni başlayan kişinin oryantasyon programına katılımı ve süpervizyon sağlanması, iş ile çalışan arasında uyumu sağlamak için işin modifiye edilmesi, bölümlerin özelliklerine göre etkin personel planının yapılması, düzenli ekip içi toplantıları ile öneri ve eleştirilerin alınması, sorun çözmede kalıcı mekanizmaların oluşturulması, sorunların ilk ortaya çıkış anında ele alınması, yöneticilerin çalışanı destekledikleri, sıkıntılı bir durumda kendilerinden yardım alabilecekleri, elemanların gereksinim duyduğu sürekli eğitim olanaklarının sağlanması, sistemdeki ödül kaynaklarının çoğaltılması, çalışanların bireysel ihtiyaçlarının karşılanmasına önem verilmesi ve kolaylaştırılması, alınan kararlara katılımın sağlanması gereklidir. Hoşgörülü, esnek, adaletli, katılımcı bir yönetim anlayışı ve dinleyen, değer veren bir yönetici, tükenmenin önlenmesi ve giderilmesinde son derece önemlidir. (Solmuş, 2004; Akşahin, 1998; Tevrüz, 1997; Maytum, Heiman, Garwick, 2004)

2.7.2. Bireysel Düzeyde

İş ortamı kontrol etme olasılığının az olduğu yerlerde bireysel baş etme yöntemleri öncelik kazanmaktadır. (Üstün, 1995; Solmuş, 2004; Akşahin, 1998; Tuğrul. Çelik, www.gafgaz.edu.tr/jornal/g/03.10.2005; Tevrüz, 1997; Maytum, Heiman, Garwick, 2004)

- Tükenmişlik seviyesine gelmiş olan bireyin en önemli ihtiyacı güç ve inançtır. Bu aşamadan çıkış için bakış açılarının, düşünce sisteminin, değerler sıralamasının değiştirilmesi ve geliştirilmesi gerekir. “Her şey benim kontrolümde olsun, mükemmel olursam kontrolü ele alabilirim, başkalarını memnun etmek zorundayım, insanları incitmemem gerekir, herkes beni sevsin” gibi... mantıksız inançların, otomatik düşüncelerin, olumsuz algıların fark edilmesi ve düşüncelerin yeniden yapılandırılması gerekir.
- İşe başlamadan önce kişi yaptığı işin zorluklarını ve risklerini öğrenmelidir.

- Tükenmenin ne olduğunu ve belirtilerinin bilinmesi kişinin kendindeki durumu erkenden tanımasını ve çözüm aramaya yönelmesini sağlayacaktır.
- Kişiler duygularını ve zorluklarını paylaşmaları gerektiğinde yardım istemeleri konusunda teşvik edilmelidirler.
- Kişinin insan olarak sınırlılıkları olan bir birey olduğunu ve sorumluluklarının sınırlarını bilmesi, gereksiz ve kaldıramayacağı yüklerin altına girmesini önleyebilir. Kişi hizmet sunduğu kişilere ancak kendi sorumluluk sınırları içinde yardım edebileceğini, kurumun sınırlılıklarını kendisinin aşamayacağını, aşmasının da gerekmediğini, tüm sistemin sorunlarından değil ancak kendi yaptıklarından sorumlu olduğunu bilmelidir.
- Kişi yaşamını, iş dışındaki alanlarını geliştirmesi için teşvik edilmelidir. Hobileri olan, sosyal ilişkileri zengin kişiler tükenmeye karşı daha donanımlıdır.
- Kişi tatil ve dinlenme olanaklarını mutlaka kullanmalıdır. Örneğin öğle tatilini çalışarak geçirmek, işlerini bitiremediği için izin kullanmamak doğru değildir.
- İşyerindeki rutin alışkanlıklarını bırakmak, monotonluğu azaltmak, örneğin her öğle tatilini aynı kişilerle aynı yerde geçirmek yerine değişik öğle tatil planları yapmak yararlı olabilir.
- İş çıkışı rahatlatıcı aktivitelerde bulunmak son derece yararlıdır. Özellikle fiziksel boşalım sağlayan spor aktiviteleri yararlıdır.
- Rahatlamak aslında bazen iyi anları anımsamak kadar basittir.
- Nefes alma, gevşeme teknikleri, meditasyon yapılabilir.
- Hayatınızda nükteye, mizah dergilerine yer verebilir, evinizde sakinleşip dinlenebileceğiniz rahatlatma köşesi oluşturabilirsiniz.

2.7.3. İş Arkadaşları Düzeyinde:

- Aynı yerde çalışan kişilerin zaman zaman iş dışı konularda konuşmaları ve birlikte hoşça vakit geçirmeleri, aralarında daha sıcak ve yakın bir ilişki kurulmasını sağlayarak birbirlerine olan desteklerini artırır.
- Birlikte çalışanların uyumlu bir ekip çalışması içinde olmaları, aralarında adil bir görev paylaşımının olması, hem hizmetin kalitesini artırır, hem de ilişki sorunlarını önler.
- Birlikte çalışmadan doğan sorunların ve duygusal zorlukların paylaşılabileceği destekleyici grupların oluşturulması da yararlıdır.
- Daha kıdemli iş arkadaşları, işe yeni başlayan kişilere gerçekçi rol modelleri olabilmelidirler.
- İşyerinde destekleyici bir ortam içinde olmak kritik bir öneme sahiptir. (Üstün, 1995; Solmuş, 2004; Akşahin, 1998; Tuğrul. Çelik, www.gafgaz.edu.tr/jornal/g/03.10.2005; Tevrüz, 1997; Maytum, Heiman, Garwick, 2004)

2.7.4. Aile Düzeyinde:

İş dışındaki yaşamda ailenin ve diğer yakın kişilerin desteği vazgeçilmezdir, ayrıca bu yolla kişi, işi dışında var olduğu ve takdir edildiği bir alan bulmuş olacaktır. (Kaçmaz, 2005a; Üstün, 1995; Akşahin, 1998)

Başka bir kaynakta “Burnout”ta karşılaşılan değişik mücadele yöntemleri aşağıdaki gibi sıralanmıştır:

- Doğrudan, aktif önlemler: işi sınırlamayı öğrenmek, mesafe korumak, iş yükünü değiştirmek, kızgınlığı önlemek, işten alınan tatmini arttırmak.

- Doğrudan, pasif “baş etme” yolları: Yükün ağırlığını inkar etmek, yüke karşı kayıtsızlık oluşturmak, görevi açık tariflere göre yerine getirmek,tatile çıkmak,
- Dolaylı, aktif önlemler: Sorunları ifade edebilme, sosyal destek, bakış açısını değiştirmek, iş dışında tatmin yolları aramak, işten ayrılmak tamamen veya kısmen),sorumluluk alanını kaydırmak.
- Hasta olmak, alkol almak, uyuşturucu maddeler kullanmak (negatif adaptasyon mekanizmaları) (Akşahin, 1998)

Tükenmişlik ile ilgili çalışmalar doğal olarak hemşireler, doktorlar, öğretmenler, avukatlar gibi insanlarla yoğun ilişki kurmayı gerektiren mesleklerin üyelerine odaklanmıştır. Yedi farklı meslek grubundan (uzman ve pratisyen hekimler, diş hekimleri, eczacılar, hemşireler, sağlık teknisyenleri ve ebeler) 7255 kişinin incelendiği bir çalışmada tükenmişlik oranının en yüksek olduğu meslek grubunun hemşireler olduğu bildirilmiştir. (Taycan, Kutlu, Çimen, Aydın, 2006; Akşahin, 1998; Güdük, Erol, Yağcıbulut, Uğur, Özvarış, Aslan, 2005; Özdemir K., Özdemir H.D., Coşkun, Çınar, 1999; Lyckholm, 2001; Hakanen, Bakker, Schaufeli, 2006; Alimoğlu, Dönmez, 2005; Piko, 2006; Arranz, Ulla, Ramos, Rincon, Lopez-Fando, 2005)

2.8. Tükenmişlik ve Hemşirelik

Farklı meslek grupları üzerine yapılan birçok araştırma sonucunda, tükenmişliğin, en yaygın olarak hemşirelerde yaşandığı görülmüştür. Tükenmişliğin oluşmasında etkili olan işle ilgili etkenler, çalışmada stres yaratan durumlardır. Hastane ortamında hemşirelerin çeşitli stresörlerle çok sık karşılaşması, uzun sürmesi ve baş edememesi tükenmişlik sendromunun yaşanmasına neden olmaktadır. Bunun sonucu olarak tükenmişlik hem bireysel hem de örgütsel düzeyde sorunlarla ortaya çıkmaktadır. Üstün, 1995; Solmuş, 2004; Sünter, Canbaz, Dabak, Öz, Peşken, 2006; Bostancı, www.thd.org.tr/sub/turk/03.10.2005; Çam, 1991; Roach, 1994; Adali, Priami, 2002; Maytum, Heiman, Garwick, 2004, Brown, 2003)

Hemşirelikte stres yaratan faktörler olarak ağrı ve ölümle çok sık karşılaşma, aşırı iş yükü, karar verme yetkisinin olmaması, rol belirsizliği, ücretin yetersiz olması, toplumda mesleğin saygınlığının olmaması, bütüncül bakım verememe, vardiya yöntemiyle çalışma, personel eksikliği, hasta ve aileleriyle çatışma olarak belirtilmektedir. (Üstün, 1995; Sünter, Canbaz, Dabak, Öz, Peşken, 2006; Çetinkaya, Özbaşaran, 2004; Bostancı, www.thd.org.tr/sub/turk/03.10.2005, www.memocal.com/bgvh/hemshirelerhastasii.asp; Özdemir K., Özdemir H.D., Coşkun, Çınar, 1999; Anuk, 1999; Roach, 1994; McGrath, Reid, Boore, 2003)

Hem bireysel hem de örgütsel düzeyde yaşanan bu sorunlar hemşirelik mesleğinin imajını ve gelişmesini olumsuz yönde etkilemektedir. Çünkü hemşirelik mesleğinin imajı, hemşirelerin bireysel benlik imajları ve performanslarından oluşur. Bunun yanında tükenmişliğin ortaya çıkardığı sorunlar hemşirelerin üretkenliğinin azalmasına, iş yaşamından doyum sağlamamasına ve profesyonelliğin engellenmesine neden olmaktadır. (Üstün, 1995; Bostancı, www.thd.org.tr/sub/turk/03.10.2005)

Wheeler (1994), hemşirelerin iş stresleriyle ilgili bir model sunmuştur. Aşağıda ülkemizde ve dünyada yapılan konuyla ilgili çalışmalara yer verilerek bu model açıklanmıştır. (Kaçmaz, 2005b)

2.8.1. Hemşirelerin İş Stresinin farkında Olmaları:

Hemşireler yaptıkları işin olası stresli doğasının farkında olmalıdır. Kişi, stresin ne kadar farkında olursa, onu tanımlamak ve yönetmek için o kadar hazır olacağından pozitif bir girişimdir. Üzüntülü, depresif ve stresli hemşire muhtemelen daha fazla hata yapacak, kişilerarası ilişkileri olumsuz etkilenecek ve organizasyonel yetersizliğe katkıda bulunacaktır. (Kaçmaz, 2005b)

2.8.2. Hemşirelerin Olası Stres Kaynakları:

Modelde altı majör olası kurumsal stres kaynakları gösterilmiştir. Bunlar; yöneticiler, kurum politikaları, işin imajı, ödül sistemleri ve insan kaynaklarıdır. Bu bölümde ayrıca ev, aile, arkadaş, ekonomik, dinlenme gibi stresörler de yer almaktadır. İşle ilgili stres, kişinin sosyal yaşamını etkilemektedir. Hemşirelikte iş stresi ile ilgili yapılan çalışmalar incelendiğinde ortaya çıkan stres kaynakları şunlardır;

- Hemşirelerin kendi uygulamalarını yönetmek için bağımsızlık ve otonomiye sahip olmaması,
- Hemşirelerin verdikleri hizmet üzerinde kontrol sağlayamaması, karar verme yetkisi olmamasına rağmen kararın yarattığı sonuçlara maruz kalması,
- İşteki görev tanımlarının belirsizliği, rol karmaşası-çatışması,
- Hemşirelerin geleneksel olarak bir kadın mesleği olması,
- Hasta sayısının fazlalığı, buna karşın personel sayısının yetersiz olması,
- İş yükünün fazla olması,
- Hemşireliğin doğası gereği bakımından kayıp, anksiyete,kızgınlık, doğum ve ölüm gibi durumları ele alması, kronik ve ilerleyici hastalığı olan kişilere bakım vermesi, terminal dönemdeki hastayla karşı karşıya olması,
- Çalışma ortamındaki uyaranlar ve çalışma temposunun hızlı oluşu,
- Eksik ve yetersiz malzeme, bozuk araç-gereçlerle çalışma,
- Ekonomik zorluklar, düşük ücret, vardiya değişikliği, çalışma saatlerinin uzun oluşu, terfi imkanının sınırlı olması,
- İş gerçekleriyle iş beklentileri arasındaki farklılıktan doğan hayal kırıklığı, kişinin hedeflerinin gerçekçi olmaması, hekimler,hastalar, hasta aileleri, meslektaşlar, denetleyenlerle iletişim ve ilişki sorunlarının yaşanması, iletişim kopukluğu, çatışmaların yaşanması,
- Ekip çalışmasının yetersiz olması,

- Çalışanın potansiyelini ya da performansını değerlendirmeyen örgütsel yapının olması, mesleki beklentilerin gerçekleştirilememesi,
- Ödül sistemindeki yetersizlikler, çarpıklıklar, haksızlıklar,
- Terfi ile ilgili sorunların ve belirsizliklerin olması
- Çalışmaları sonucu kişinin beklediği onayı, saygıyı, olumlu geri bildirimi alamaması,
- Destek sistemlerinin yetersizliği. (Kaçmaz, 2005b)

2.8.3. Hemşirelik Mesleğinin Stres Kaynakları:

Kişi stresörü tehdit edici uyaran, mücadele edilmesi gereken bir fırsat olarak algılayabilir. Stresörün nasıl algılandığını; olası stresörlerin sayısı, yoğunluğu, kişinin benlik saygısını tehdit etme derecesi, korku ve anksiyete gibi zihnin psikolojik durumu, gereksinimler, tutumlar, problemlerle mücadele etme isteği, kişisel özellikler, eğitim, bilgi, yeterlilik, beceri, yöneticilerin ve diğerlerinin desteği gibi bir çok faktör etkiler. (Kaçmaz, 2005b)

Kaçmaz'ın (2005) çalışmasında belirttiği gibi; Jeanneau ve Armelius'un (2000) çalışmalarında belirttiklerine göre Duquette ve arkadaşları (1994), 1990 sonrası yayınlanan 36 araştırmayı incelediklerinde en yaygın olarak kullanılan değişkenlerin organizasyonel stresörler, sosyodemografik değişkenler ve tampon faktörleri içerdiği, kişilik faktörünün hiç çalışılmadığını bildirmişlerdir. Melchior ve arkadaşları (1997), tükenmişlikle ilgili 43 değişkenin meta analizinde "rol çatışmasının" tükenmişliği tetikleyen en önemli bireysel değişkenlerden biri olarak saptandığını bildirmişlerdir. Kimmel (1981)'in, 135 klinik hemşiresiyle yaptığı çalışmada, "kendini suçlamanın" tükenmişlikle ilgili olduğu belirtilmiştir. Gilloran ve arkadaşları (1994) kronik hastalığı olan kişilerle çalışmanın işle ilgili engellenmişliğe neden olduğunu saptamışlardır. (Kaçmaz, 2005b)

Aslan ve arkadaşları (1996), 205 hemşire üzerinde tükenme, iş doyumu ve ruhsal belirtiler ile çeşitli sosyodemografik ve mesleki değişkenler arasındaki ilişkiyi araştırdıkları çalışmalarında, bekar ve daha genç olan hemşirelerde tükenmenin daha yüksek düzeylerde olduğunu, çalışma süresi, dönüşümlü ya da yalnız gündüz çalışma ve günlük uyku saatiyle duygusal tükenme, duyarsızlaşma, kişisel başarı, iş doyumu ve ruhsal belirti düzeyleri arasında ilişki olduğunu bulmuşlardır. Kendilerine güç gelen yaşam olayı olarak “iş” bildiren kişilerde de duygusal tükenme ve duyarsızlaşmanın daha yoğun, kişisel başarı ve iş doyumunun daha düşük düzeylerde yaşandığı belirtilmiştir. (Kaçmaz, 2005b)

Ülkemizde yapılan diğer bir çalışmada yaş, görev dağılımı, çalışma şekli, hasta sayısı, meslekten memnun olma, mesleğe uygunluk, yöneticilerle olan ilişki, meslektaş ve hastaların desteği, iş verimi, iş ortamı gibi işle ilgili özelliklerin tükenmişlikle ilişkili olduğu bulunmuştur. Ancak medeni durum, çocuk sayısı, çalışma yılı, mezun olduğu lise gibi bireysel özelliklerin tükenmişliği etkilemediği saptanmıştır. (Kaçmaz, 2005b)

İki farklı hastanede çalışan hemşireler arasında tükenmişlik düzeyi ve tükenmişliği etkileyen faktörleri tanımlamayı amaçlayan 723 hemşireyle çalışılan bir araştırmada (Koivula,2000), hemşirelerin yarısında engellenmişlik veya tükenmişlik saptandığı bildirilmiştir. Yine bu çalışmada yaşın ve çalışma yılının artması, tükenmişliğin gelişimini etkileyen değişkenler olarak saptanmıştır. (Kaçmaz, 2005b)

2.8.4. Hemşirenin Baş Etme Stratejileri ve Mekanizmaları:

Tükenmişlikte kişinin algılanan stresi azaltmak ve stresin etkilerini yönetmek için kullandığı baş etme yollarının etkinliği önemlidir. Sorunun nedenini anlamaya ve bu sırada hissedilen duygulara yönelmeyi sağlayan duygusal odaklı ve stres yaratan sorunun kaynağını değiştirmeye yönelmeyi içeren sorun odaklı ve stres yaratan sorunun kaynağını değiştirmeye yönelmeyi içeren sorun odaklı baş etme yöntemleri kullanılabilir. (Kaçmaz, 2005b)

Sever'in (1997) 374 hemşireyle yaptığı çalışmasında; hemşirelerin iş stresi ile başa çıkmak için sorun odaklı ve duygulanım odaklı başa çıkma yöntemini kullandıkları, iş stresi arttıkça en fazla kaçma/kaçınma başa çıkma yöntemini kullandıkları saptanmıştır. Kullanılan başa çıkma yöntemine göre, iş doyumu, duyarsızlaşma, duygusal tükenme ve kişisel başarı düzeylerindeki değişikliğe bakıldığında;

- Sorun odaklı başa çıkmanın, iş doyumunu ve kişisel başarıyı arttırdığı, duyarsızlaşmayı azalttığı,
- Kendini kontrol etmenin, iş doyumunu , kişisel başarıyı arttırdığı ve duygusal tükenmeyi azalttığı,
- Kaçma/kaçınmanın, iş doyumunu azalttığı, duygusal tükenme ve duyarsızlaşmayı arttırdığı,
- Mesafe koymanın, duygusal tükenme ve duyarsızlaşmayı arttırdığı,
- Olumlu yaklaşımın, genel iş doyumu, dışsal doyum ve duyarsızlaşmayı arttırdığı,
- Duygusal destek aramanın, duyarsızlaşmayı azalttığı, kişisel başarıyı arttırdığı, bilgisel destek aramanın iş doyumu ve kişisel başarıyı arttırdığı,
- Bilgisel destek aramanın iş doyumu ve kişisel başarıyı arttırdığı duyarsızlaşmayı azalttığı saptanmıştır. (Kaçmaz, 2005b)

2.8.5. Hemşirelerin Bireysel Farklılıkları:

Bireysel özellikler, kişinin güçlü ve zayıf yönleri, olası motivasyon ve demotivasyon kaynakları, gereksinimleri, benlik kavramı, ne kadar kontrol edebildiğini düşündüğünü içerir. Kişinin bireysel yapısı, problemlerle başa çıkma yolları, emosyonlarını gösterme ve kontrol etme şekli gibi özelliklerin tükenmişlik için önemi vardır. Tükenmişliğe eğilimi olanlar insanlarla ilgilenmede zayıf ve girişken olmayan,

sessiz, kaygılı, yardım ilişkisinde zorlukları olan, ilişkilerinde sınır koymayan ayrıca sabırsız ve toleransı düşük olan kişilerdir. (Kaçmaz, 2005b)

Görüldüğü gibi hemşirelikte yaşanan tükenmişliğin sonuçlarından çalışılan kurum, hemşirelik mesleği, hizmet alan bireyler ve ülke ekonomisi olumsuz yönde etkilenmektedir.

2.9. Psikiyatri Hemşireliği ve Tükenmişlik

Ruh sağlığı, bireyin kendi kendisiyle ve çevresiyle dinamik bir denge ve uyum içinde olmasını gerektirir. Bu denge bozulduğunda ruhsal bozukluklar ortaya çıkar. (Kaçmaz, 2005b)

Psikiyatri hemşireliği, alanına özgü amaç, inanç ve işlevleri olan bir hemşirelik alanıdır. Psikiyatri hemşiresi; ruh hastalıklarından korunmada sağlık eğitimi, danışmanlık yapabilen, sağlam ya da hastanın psikolojik durumunu anlayıp davranışlarını değerlendirebilen, psikolojik gereksinimleri kavrama yeteneği yüksek, hastaya gerekli bakım, rehberlik, rehabilitasyon ve desteği sağlayabilen, kişilerarası ilişkilerde bilgi ve becerisi olan hemşiredir. (Kaçmaz, 2005b)

Bugün dünyada psikiyatri hemşireleri, koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici alanlarda roller yüklenmektedirler. Ülkemizde uzmanlaşmış psikiyatri hemşireleri yok denecek kadar azdır. Hemşirelerin birincil işlev alanları da tedavi edici hizmetleridir. (Pektekin, 1992)

Ülkemizde psikiyatri hemşireliği uygulama alanında çalışan hemşireler, iş merkezli bakım veren temel eğitim almış hemşirelerden oluşmaktadır. Ülkemizde yapılan bir çalışmada da psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşirelerin büyük bir bölümünün (%83) öğrencilik döneminde psikiyatri hemşireliği ile ilgili kuram ve uygulama yaşantısından geçemedikleri, ruhsal sorunu olan bireye yaklaşım becerisi

kazanmadan mezun oldukları, bu eksikliklerle birlikte bir psikiyatri kliniğinde çalıştıkları, genellikle oryantasyon ve hizmet içi eğitim programlarının da uygulanmadığı belirlenmiştir. Bu durum uygulamada, hemşirelerin birlikte çalıştığı bireylerle işbirliği yapmaları, hastayla iletişim hastaya yaklaşım gibi pek çok konuda etkin olmaları ile ilgili çeşitli güçlükler yaratmakta ve yukarıda belirlenen profesyonel rollerin gerçekleştirilmesi mümkün olmamaktadır. (Buldukoğlu ve ark. 2000)

Hemşirelerdeki stres üzerine yapılan birçok çalışmada, yoğun bakım ve psikiyatri hemşirelerindeki stres düzeyinin diğer alanlardaki hemşirelerden farklı olduğu görülmüştür. Psikiyatri hemşireliği alanında stresle ilgili literatür sıkıntısı vardır. Tanımlayıcı çalışmalara göre strese neden olan iki faktör vardır: hasta ilişkisi ve yönetsel – organizasyonel faktörler. (McGrath, Reid, Boore, 2003; Maytum, Heiman, Garwick, 2004)

Hemşirelerin yoğun stres çevresinde çalıştıkları birçok çalışmada belirtilmiştir. Tully nin psikiyatri hemşire öğrencilerinde yaptığı stres çalışmasında hemşireliğin stres dolu bir meslek olduğu görülmüştür. Ruh sağlığı hemşireleri diğer hemşirelerle aynı stresörleri paylaşırlar, ama ruh sağlığı hemşireliğinin doğası hasta ve yakınlarıyla güçlü kişilerarası ilişkileri gerektirir. Edwards ve Burnards'ın ruh sağlığı hemşireleri üzerinde yaptığı stres çalışmasında, işyeri stresinin aşırı olmasının nedeni olarak hemşirelerin hastalarıyla gerektiğinden fazla zamanda hassas ve yakın ilişki kurması gösterilmiştir. Mann ve Cowburn'un da çalışmasında belirttiği gibi Carson ve arkadaşlarının yaptığı diğer bir çalışmada da psikiyatri hemşirelerinde yaşanan stresin aşırı derecede ve özellikle yüksek olduğu belirtilmiştir. Bu iş stresi de duygusal tükenmeye götürmektedir. Ruh sağlığı hemşirelerinde birçok stresin kaynağı işin esas bakım doğasıyla direkt ilişkili değil iken, rolün duygusal gereksinimleri hemşirelerin streslerini kontrol etmek için yollar arandığı zaman dikkate alınması gereken önemli bir faktördür.(Mann, Cowburn, 2005; Roach, 1994; Burnard, Edwards, Coyle, Fothergill, Hannigan, 2000a,2000b; Edwards ,2000; Humpel, Capputi, 2001)

Psikiyatri elemanlarında benlik imajı ve tükenmişlik arasındaki ilişkinin test edildiği çalışmada (Jeanneau, Armelius 2000) 754 olgu ile görüşülmüş, verdikleri cevaplara göre tükenmişlik düzeyleri açısından yüksek, orta ve düşük olarak ayrılmış ve yüksek derecede tükenmiş olan elemanların, düşük derecede tükenmiş olan elemanlara göre daha negatif benlik imajına sahip oldukları bulunmuştur. Ayrıca pozitif benlik imajı ile kişisel başarı deneyimi arasında pozitif bir ilişki olduğu saptanmıştır. Ayrıca tükenmişliğin, kullanılan baş etme yöntemleriyle ilgili olduğu, kaçma/kaçınma yöntemini kullananlarda tükenmişliğin daha fazla olduğu bulunmuştur. (Kaçmaz, 2005b)

Psikiyatri servislerinde çalışanlarda diğer servislere çalışanlara göre tükenmişlik düzeyinin yüksek olduğu ve sürekli profesyonel eğitimin tükenmişliği azalttığı belirtilmiştir. (Kaçmaz, 2005b)

Kaçmaz'ın çalışmasında belirttiği gibi Corrigan ve arkadaşları'nın yaptıkları çalışmada, psikiyatri elemanlarında durumluk anksiyetenin tükenmişlikle, özellikle duygusal tükenme ile ilgili olduğu bulunmuştur. (Kaçmaz, 2005b)

Ruh sağlığı hemşireleri ciddi mental hastalıkları olan hastalarla güvenli bir çevre de çalışması gerekmektedir bu da klinik tükenmişlik sendromunun gelişmesinde, bir risk oluşturmaktadır. (Ewers, Bradshaw, McGovern, Ewers B. ,2002; Gil-Monte, Peiro, 1998)

Ruh sağlığı hemşireleri sıklıkla stres ve tükenmişlikle karşı karşıya kalabilirler. Stres ve sonuçları ruh sağlığı hemşireleri için önemli problemler oluşturabilir. Tükenmişliğin üç boyutu ruh sağlığı hemşirelerinin verdiği hizmet kalitesini etkiler. Çeşitli çalışmalar ruh sağlığı hemşirelerinin yüksek derecede tükenmişlik yaşadığını belirtir. (Barling, 2001, Happell, Martin, Pinikahana, 2003; Hannigan, Edwards, Coyle, Fothergill, Burnard, 2000)

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu çalışma, psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşirelerde tükenmişlik düzeyini belirlemek ve hemşirelerin tükenmişlik düzeyleri ile bazı değişkenler arasındaki ilişkileri incelemek amacıyla planlanmış tanımlayıcı bir araştırmadır.

3.2. Araştırmada Yanıtlanması Beklenen Sorular

- Psikiyatri hemşirelerinin tükenmişlik düzeyleri nedir?
- Psikiyatri hemşirelerinin tükenmişlik düzeyleri ile demografik özellikleri arasında ilişki var mıdır?
- Psikiyatri hemşirelerinin tükenmişlik düzeyleri ile mesleki özellikleri arasında ilişki var mıdır?

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklem

Araştırma, İstanbul İli'nde aşağıda belirtilen merkezlerde 1 Mart – 1 Aralık 2006 tarihleri arasında yapılmıştır.

- İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi (1 servis)
- Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi (5 servis)
- Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, (25 servis)
- Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi (1 servis)
- Marmara Tıp Fakültesi Hastanesi (1 servis)
- Balıklı Rum Hastanesi (2 servis)

Araştırmanın evrenine Vakıf Gureba Hastanesi ve Fransız La Paix Hastanesi alınmak istenmiş, yapılan ön görüşmelerde izin alınamadığı için uygulama yapılamamıştır. Buna göre araştırma evrenini yukarıdaki merkezlerde çalışan 387

hemşire oluşturmuştur. Evrendeki birey sayısı bilindiği için örneklem büyüklüğünün saptanması $n = Nt^2pq / d^2(N-1)+t^2pq$ formülü kullanılarak %95 güven düzeyinde $\alpha=0,05$ $p=0,20$ alınarak belirlenmiştir. Buna göre toplanması gereken toplam olgu miktarı 150 kişi olarak bulunmuştur. Örneklem seçiminde olasılıksız/seçkisiz örneklem yöntemi kullanılmıştır. Araştırmaya 175 hemşire alınmıştır.

3.4. Veri Toplama Araçları

3.4.1. Anket Formu

Literatür bilgisi doğrultusunda araştırmacı tarafından hazırlanmış Anket Formu'nda demografik özellikler, kuruma ait özellikler ve mesleki özelliklerden oluşan toplam 35 soru bulunmaktadır. (Akşahin, 1998; Çam, 1991; Dolu, 1997; Ergin, 1993) (Ek-1)

3.4.2. Maslach Tükenmişlik Envanteri (Maslach Burnout Inventory-MBI)

Tükenmişliğin bireyler ve örgütler açısından önemi düşünülecek olursa, bunun geçerli ve güvenilir bir ölçme aracıyla ölçülmesinin gerekliliği ortaya çıkar. Bu alanda en yaygın olarak kullanılan ölçek Maslach ve Jackson'a aittir. (Ek-2) Bu ölçek, yaşanan tükenmenin üç boyutunu değerlendiren bir araçtır. (www.cmaa.org/publish/findings.htm =study of burnout in prive club management- 01.12.2004; Ergin, 1993; Çam, 1991; Taycan, Kutlu, Çimen, Aydın, 2006; Üstün, 1995; Dolunay, 2002; Özdemir K., Özdemir H.D., Coşkun, Çınar, 1999; Pikihanana, Happell, 2004; Sundin, Hochwalder, Bildt, Lisspers, 2006; Plana, Fabregat., Gassio, 2003; Gil-Monte, Peiro, 1998; Fernet, Guat, Caroline, 2004; Grossi, Perski, Birgitta, Blomkvist, Orth-Gomer, 2003; McManus ,2002; McManus, Winder, Gordon, 2002b; Hochwalder, Brucefors, 2005)

İlk boyut “Duygusal Tükenme (emotional exhaustion)”, çalışanların yorgunluk ve duygusal yönden kendilerini aşırı yıpranmış hissetmeleridir ve 9 maddeden oluşmaktadır. (Çam, 1991; Janssen, Peeters, Jonge, Houkes., Tummers, 2004; Merecz, Rymaszewska, Moscicka, Kiejna, Jarosz-Novak, 2006; Plana, Fabregat, Gassio, 2003)

İkinci boyut “Duyarsızlaşma (depersonalizasyon)”, başkalarına karşı olumsuz ve alaycı tutumları ifade etmekte olup, kişinin bakım verdiklerini bir birey olarak dikkate almadan duygudan yoksun davranmasıdır ve 5 maddeden oluşmaktadır. (Çam, 1991; Janssen, Peeters, Jonge, Houkes., Tummers, 2004; Merecz, Rymaszewska, Moscicka, Kiejna, Jarosz-Novak, 2006; Plana, Fabregat, Gassio, 2003)

Üçüncü boyut ise; kişinin kendini olumsuz değerlendirmesi ve “Kişisel Başarı (Personal Accomplishment)” duygusunun azlığı olarak tanımlanmakta ve 8 maddeden oluşmaktadır. (Çam, 1991; Janssen, Peeters, Jonge, Houkes., Tummers, 2004; Merecz, Rymaszewska, Moscicka, Kiejna, Jarosz-Novak, 2006; Plana, Fabregat, Gassio, 2003)

22 maddeden oluşan ölçek, beşli likert tipi (0’dan 4’e değişen puanlamaya sahip) bir ölçektir.. Her madde için 5 seçenekten (hiçbir zaman – çok nadir – bazen – çoğu zaman – her zaman) birinin seçilerek yanıtlanması gerekmektedir. “Hiçbirzaman” şıkkı “0” , “Her zaman” şıkkı ise “4” puan verilerek değerlendirilir. Her alt boyut için puanlar; boyuta giren maddelerin puanlarının toplanması ile bulunmaktadır. Kişisel başarı boyutu ters puanlanmaktadır. Tükenmişlik bir süreç olduğu ve değişik işlevleri içerdiği için tek bir puanla ifade edilememektedir. Bu puanların toplanması ile DT için 0-36, D için 0-20 ve KB için 0-32 arasında değişen puanlar elde edilir. (Çam, 1991; Janssen, Peeters, Jonge, Houkes., Tummers, 2004; Merecz, Rymaszewska, Moscicka, Kiejna, Jarosz-Novak, 2006; Plana, Fabregat, Gassio, 2003)

Maslach Tükenmişlik Ölçeği’nde puanlama sonucu alt boyut puanları ile elde edilmektedir. DT ve D için verilen puanlar toplanarak puanlanırken KB için tersine puanlanmaktadır. Çünkü DT ve D boyutları olumsuz ifadelerden oluşmaktadır. Dolayısıyla bu alandan alınan yüksek puanlar tükenmişlik olarak kabul edilmektedir. KB boyutu olumlu ifadelerden oluşmaktadır, dolayısıyla bu alandan alınan düşük puanlar tükenmişlik olarak kabul edilmektedir. (Tuğrul, Çelik.2005)

Maslach'ın Çalışmasına Göre Maslach Tükenmişlik Ölçeği'nin Kategorizasyonu			
MBI Altboyutları	Düşük	Orta	Yüksek
Duygusal Tükenme	<16	17-26	>27
Duyarsızlaşma	<6	7-12	>13
Kişisel Başarı	>39	38-32	<31

Kaynak: Çam, 1991

Ölçekteki sorunların altboyutlara göre sıralanması;

1. Duygusal tükenme . 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20.
2. Duyarsızlaşma : 5, 10, 11, 15, 22.
3. Kişisel Başarı : 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21.

Ölçeğin orijinalinde güvenirlik katsayıları sırasıyla, $\alpha.90$, $\alpha.79$, $\alpha.71$ olarak bulunmuştur.

Ölçeğin Türkçe'ye uyarlaması Ergin (1992) tarafından 522 kişi üzerinde yapılmıştır. Testin iç tutarlılığı Cronbach Alpha katsayıları ile şu şekilde bulunmuştur:

- Duygusal Tükenme (DT) = ,83
- Duyarsızlaşma (D) = ,65
- Kişisel Başarı (KB) = ,72'dir.

Geçerlilik – güvenirlik çalışmaları ise Çam (1992) tarafından yapılmıştır. Güvenirlik katsayıları:

- Duygusal Tükenme (DT) = 0,84
- Duyarsızlaşma (D) = 0,72

- Kişisel Başarı (KB) = 0,71'dir.

Geçerlilik katsayıları ise;

- Duygusal Tükenme (DT) = 0,46
- Duyarsızlaşma (D) = -0,79
- Kişisel Başarı (KB) = 0,85'dir.

Çalışmamızda, Maslach Tükenmişlik Ölçeği değerlendirmesine ait 22 sorunun Cronbach's alpha katsayısı 0.86 bulunmuş olup, anket geçerli ve güvenilir bulunmuştur. Bu ölçeğe ait alt boyutların Cronbach's alpha katsayıları 0.62 ile 0.83 arasında değişmekte olup bunlar da ölçekte geçerli ve güvenilir bulunmuştur.

Anket ve ölçek ile belirlenmek istenen çalışma değişkenleri şunlardır:

Bağımlı Değişkenler

Maslach Tükenmişlik Envanteri cümlelerine verdikleri yanıtlarla elde edilen alt boyut puanları bağımlı değişkenlerdir.

Bağımsız Değişkenler

- Hemşirelerin sosyo-demografik özellikleri
 - o Yaş
 - o Medeni durum
 - o Çocuk sayısı
 - o Eğitim
- Hemşirelerin çalıştıkları kurumlar
- Hemşirelerin çalışma süreleri
- Hemşirelerin psikiyatri hemşireliğindeki hizmet süreleri
- Hemşirelerin çalışma şekilleri

- Hemşirelerin üstlendikleri görevler
- Hemşirelerin hemşirelik dışında görev varlıkları
- Hemşirelerin bakım verdikleri hasta sayıları
- Hemşirelerin bakım verdikleri hasta grupları
- Hemşirelerin psikiyatri hemşireliği için eğitim alma durumları
- Hemşirelerin psikiyatri hemşiresi olarak çalışma nedenleri
- Hemşirelerin mesleklerini isteyerek seçme durumları
- Hemşirelerin meslekteki memnuniyet durumları
- Hemşirelerin çalışma ortamlarından memnuniyet durumları
- Hemşirelerin mesleklerinin hak ettiği yerde olup olmadığı algısı
- Hemşirelerin gelir durumları
- Hemşirelerin hizmetiçi eğitim alma durumları
- Hemşirelerin mesleki gelişimlerine yönelik yaptıkları faaliyetler
- Hemşirelerin üstlerinden, hastalardan ve arkadaşlarından destek görme durumları
- Hemşirelerin psikiyatri hemşireliğinin kişisel gelişimlerine katkıları
- Hemşirelerin sağlık algıları

3.5. Verilerin Toplanması ve Etik Konular

Araştırmaya başlamadan önce araştırmanın uygulanacağı merkezlerden onay alınmıştır. (Ek-3) Kurumlarda çalışan hemşirelere çalışmanın amacı açıklanmış ve sözlü onamları alınmıştır. Çalışmaya katılmak istemeyenler çalışma dışı tutulmuştur. Veriler hemşirelerin odalarında araştırmacı tarafından yüzyüze görüşme yöntemi kullanılarak toplanmıştır. Her birey ile bir kez görüşülmüştür.

3.6. Verilerin Değerlendirilmesi

Elde edilen veriler özel bir istatistiksel danışmanlık firmasında çalışan uzman istatistikçi tarafından değerlendirilmiştir. Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken, istatistiksel analizler için SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 10.0 programı kullanılmıştır. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metodların (Ortalama, Standart sapma) yanısıra niceliksel verilerin karşılaştırılmasında ikiden fazla grup için normal dağılım gösteren parametrelerin gruplar arası karşılaştırmalarında Oneway Anova testi ve farklılığa neden çıkan grubun tespitinde Tukey HSD testi kullanılmıştır. Normal dağılım göstermeyen parametrelerin gruplar arası karşılaştırmalarında Kruskal Wallis testi ve farklılığa neden çıkan grubun tespitinde Mann Whitney U testi kullanılmıştır. Normal dağılım gösteren parametrelerin iki grup karşılaştırmalarında student t testi, normal dağılım göstermeyen parametrelerin iki grup karşılaştırmalarında ise Mann Whitney U testi kullanılmıştır. Parametreler arasındaki ilişkinin testinde normal dağılım gösteren parametreler için Pearson korelasyon testi, normal dağılım göstermeyen parametreler için Spearman's rho korelasyon testi kullanılmıştır. Sonuçlar % 95'lik güven aralığında, anlamlılık $p < 0.05$ düzeyinde değerlendirilmiştir.

3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma, İstanbul İl Merkezi'nde yataklı tedavi kurum niteliğinde 6 hastane ile sınırlıdır. Araştırmanın yürütülmesi sırasında olguların formları yanıtlamaya direnç göstermeleri veya tatil, eğitim, hastalık gibi sebeplerden dolayı klinikte bulunamamaları sınırlılıklardandır.

4. BULGULAR

Çalışma 01.03.2006- 01.12.2006 tarihleri arasında yaşları 21 ile 63 arasında değişmekte olan toplam 175 hemşire üzerinde yapılmıştır. Ankete katılan hemşirelerin ortalama yaşı 33.12 ± 9.26 'dır.

Tablo 1: Demografik Özelliklerin Dağılımı

Demografik Özellikler		N	%
Yaş	20-30	91	52,0
	31-40	44	25,1
	41 ve üzeri	40	22,9
Medeni Durum	Bekar	71	40,6
	Evli	99	56,6
	Boşanmış	5	2,9
Çocuk	Var	81	46,3
	Yok	94	53,7
Çocuk Sayısı	1	43	53,0
	2	34	42,0
	3 ve üzeri	4	5,0
Eğitim Durumu	Sağlık Meslek Lisesi	71	40,6
	Önlisans	66	37,7
	Lisans	26	14,9
	Yüksek Lisans	10	5,7
	Doktora	2	1,1
Gelir Durumu	Kötü	58	33,1
	Orta	109	62,3
	İyi	8	4,6
Ek Gelir	Evet	22	12,6
	Hayır	153	87,4
TOPLAM		175	100

Olguların % 52'si 20 ile 30 yaş arasında, % 25.1'i 31 ile 40 yaş arasında ve % 22.9'u 41 yaş ve üzeridir.

Çalışmaya katılan olguların % 40.6'sı bekar, % 56.6'sı evli ve % 2.9'u eşinden boşanmıştır.

Hemşirelerin % 46.3'ü çocuk sahibi iken, % 53.7'sinin çocuğu yoktur. Çocuk sahibi olan 81 hemşirenin % 53'ünün 1 çocuğu, % 42'sinin 2 çocuğu, % 5'inin 3 ve üzeri sayıda çocuğu vardır.

Hemşirelerin % 40.6'sı sağlık meslek lisesi mezunu iken, % 37.7'si ön lisans, % 14.9'u lisans, % 5.7'si yüksek lisans ve % 1.1'i doktora mezunudur.

Hemşirelerin % 33.1'i gelir durumunu kötü olarak tanımlarken, % 62.3'ü orta ve sadece % 4.6'sı iyi olarak tanımlamıştır.

Hemşirelerin % 12.6'sı ek geliri olduğunu söylerken; % 87.4'ünün ek geliri bulunmamaktadır.

Tablo 2:Kurumda Çalışma Durumuna İlişkin Özelliklerin Dağılımı

Çalışma Durumuna İlişkin Özellikler		N	%
Hemşire Olarak Çalışma Süresi	1-5 yıl	53	30,3
	6-10 yıl	36	20,6
	11-15 yıl	25	14,3
	16-20 yıl	23	13,1
	21 yıl ve üzeri	38	21,7
Psikiyatri Hemşiresi Olarak Çalışma Süresi	1-5 yıl	95	54,3
	6-10 yıl	26	14,9
	11-15 yıl	18	10,3
	16-20 yıl	21	12,0
	21 yıl ve üzeri	15	8,6
Daha Önce Meslek Dışında Bir İşte Çalışma	Evet	30	17,1
	Hayır	145	82,9
Çalışılan Kurum	Devlet Hastanesi	131	74,9
	Üniversite Hastanesi	19	10,9
	Vakıf Hastanesi	25	14,3
Haftalık Ortalama Çalışma Süresi	40 saat	38	21,7
	41-45 saat	80	45,7
	46 saat ve üzeri	57	32,6
Kurumdaki Görev	Servis Sorumlu Hemşiresi	29	16,6
	Servis Hemşiresi	142	81,1
	Eğitim Hemşiresi	4	2,3
Kurumda Çalışma Şekli	Sürekli Gündüz	47	26,9
	Sürekli Gece	28	16,0
	Vardiya Değişimli	44	25,1
	Gündüz+Nöbet	56	32,0
		Min-Max	Ort±SD
Gündüz bakılan ortalama hasta sayısı		6-120	39,38±23,61
Gece bakılan ortalama hasta sayısı		5-120	38,46±21,85
TOPLAM		175	100

Hemşirelerin % 30.3'ünün hemşire olarak çalışma süresi 1 ile 5 yıl arasında değişmekte olup; % 20.6'sının 6 ile 10 yıl, % 14.3'ünün 11 ile 15 yıl arasında, % 13.1'inin 16 ile 20 yıl arasında ve % 21.7'sinin 21 yıl ve üzerindedir.

Hemşirelerin % 54.3'ünün psikiyatri hemşiresi olarak çalışma süresi 1 ile 5 yıl arasında değişmekte olup; % 14.9'unun 6 ile 10 yıl, % 10.3'ünün 11 ile 15 yıl arasında, % 12'sinin 16 ile 20 yıl arasında ve % 8.6'sının 21 yıl ve üzerindedir.

Hemşirelerin % 17.1'i daha önce meslekleri dışında bir işte çalıştıklarını söylerken; % 82.9'u meslekleri dışında bir işte çalışmamıştır.

Hemşirelerin % 74.9'u devlet hastanesinde çalışırken; % 10.9'u üniversite hastanesinde ve % 14.3'ü özel vakıf hastanesinde çalışmaktadır.

Hemşirelerin % 21.7'si haftada ortalama 40 saat çalışırken; % 45.7'si 41 ile 45 saat arasında, % 32.6'sı 46 saat ve üzerinde çalışmaktadır.

Hemşirelerin % 16.6'sı servis sorumlu hemşiresi olarak çalışmaktayken; % 81.1'i servis hemşiresi ve % 2.3'ü eğitim hemşiresi olarak çalışmaktadır.

Hemşirelerin % 26.9'u sürekli gündüz çalışırken; % 16'sı sürekli gece, % 25.1'i vardiya değişimli ve % 32'si gündüz+nöbet şeklinde çalışmaktadır.

Gündüz bakılan hasta sayısı 6 ile 120 arasında değişmekte olup; ortalama hasta sayısı 39.38 ± 23.61 'dir.

Gece bakılan hasta sayısı 5 ile 120 arasında değişmekte olup; ortalama hasta sayısı 38.46 ± 21.85 'dir.

Tablo 3: Meslekle İlgili Özelliklerin Dağılımı

Mesleki Özellikler		n	%
Psikiyatri Hemşireliği İçin Eğitim Alma	Evet	55	31,4
	Hayır	120	68,6
Psikiyatri Hemşireliği Alanında Çalışmanın Temel Nedeni	Cevapsız	52	29,7
	Tayin nedeniyle	46	26,3
	Psikiyatriyi sevme/benimseme	41	23,4
	İlk çalışma yeri olması	3	1,8
	Mecburiyetten	14	8,0
	Tesadüfen	13	7,4
	Hastanenin eve yakın olması	6	3,4
Hemşirelik Mesleğini İsteyerek Seçme	Evet	127	72,6
	Hayır	48	27,4
Mesleği İsteyerek Yapma	Evet	157	89,7
	Hayır	18	10,3
Mesleği Kendine Uygun Bulma	Evet	148	84,6
	Hayır	27	15,4
Meslekteki Verim Düzeyini Değerlendirme	Orta	25	14,3
	İyi	114	65,1
	Çok iyi	36	20,6
Çalışma Ortamından Memnuniyet	Evet	125	71,4
	Hayır	50	28,6
Meslek Toplumda Hak Ettiği Yerde mi?	Evet	11	6,3
	Hayır	164	93,7
TOPLAM		175	100

Hemşirelerin % 31.4'ü psikiyatri hemşireliği için eğitim aldığını belirtirken; % 68.6'sı herhangi bir eğitim almamıştır.

“Psikiyatri hemşireliği alanında çalışmanızın temel nedeni nedir?” sorusuna hemşirelerin % 29.7'si cevap vermezken; % 26.3'ü tayin nedeniyle, % 23.4'ü

psikiyatriyi sevmе/benimseme nedeniyle, % 1.8’i ilk çalışma yeri olması nedeniyle, % 8’i mecburiyetten, % 7.4’ü tesadüfen ve % 3.4’ü eve yakın olması nedeniyle psikiyatri hemşireliği alanında çalıştığını belirtmiştir.

Hemşirelerin % 72.6’sı hemşirelik mesleğini isteyerek seçtiğini söylerken, % 27.4’ü istemeden seçmiştir.

Hemşirelerin % 89.7’si hemşirelik mesleğini isteyerek yaptığını söylerken, % 10.3’ü bu mesleği istemeden yaptığını söylemiştir.

Hemşirelerin % 84.6’sı hemşirelik mesleğini kendine uygun bulduğunu söylerken, % 15.4’ü bu mesleği kendine uygun bulmadığını söylemektedir.

Hemşirelerin % 14.3’ü meslekteki verim düzeyini orta olarak değerlendirirken; % 65.1’i iyi, % 20.6’sı ise çok iyi olarak değerlendirmiştir.

Hemşirelerin % 71.4’ü çalışma ortamından memnun olduğunu belirtirken; % 28.6’sı çalışma ortamından memnun olmadığını söylemektedir.

“Sizce mesleğiniz toplumda hak ettiği yerde midir?” sorusuna hemşirelerin % 6.3’ü evet derken; % 93.7’si hayır cevabını vermiştir.

Tablo 4: Meslekle İlgili Özelliklerin Dağılımı-Devam

		n	%
Hizmet İçi Eğitim	Evet	145	82,9
	Hayır	30	17,1
Mesleki Gelişime İlişkin Herhangi Bir Şey Yapma	Evet	93	53,1
	Hayır	82	46,9
Üstlerden Takdir Görme	Evet	41	23,4
	Hayır	58	33,1
	Arada Sırada	76	43,4
Psikiyatri Hemşireliğinin Kişisel Gelişime Katkısı	Oldukça çok katkıda bulunuyor	46	26,3
	Katkıda bulunuyor	104	59,4
	Katkıda bulunmuyor	19	10,9
	Hiç katkıda bulunmuyor	6	3,4
Genel Olarak Mesleki Gelişim Düşüncesi	İyimser	123	70,3
	Kötümser	52	29,7
Hastaların Bakım Konusundaki Takdir ve Cesaretlendirmelerine İlişkin Düşünce	Takdir ediyorlar	125	71,4
	Arasına takdir ediyorlar	46	26,3
	Takdir etmiyorlar	4	2,3
Meslektaşlardan Destek Görme	Oldukça çok	19	10,9
	Çok	52	29,7
	Orta	76	43,4
	Az	20	11,4
	Çok az	8	4,6
Zor Durumda Yardım İstenen Kişiler	Anne, baba, kardeşler	88	50,3
	Eş	77	44,0
	Arkadaşlar	82	46,9
	Akrabalar	9	5,1
	İdareciler	10	5,7
	Hiç kimse	10	5,7
Genel Olarak Sağlık Durumuk	Çok iyi	15	8,6
	İyi	103	58,9
	Orta	48	27,4
	Kötü	9	5,1
TOPLAM		175	100

Hemşirelerin % 82.9'u hizmet içi eğitim aldığını söylerken, % 17.1'i hizmet içi eğitim almamaktadır.

Hemşirelerin % 53.1'i mesleki gelişime ilişkin bir şeyler yaptığını belirtirken; % 46.9'u mesleki gelişime ilişkin herhangi bir şey yapmadığını söylemiştir.

Hemşirelerin % 23.4'ü üstlerinden takdir gördüğünü söylerken; % 33.1'i üstlerinden herhangi bir takdir görmediğini, % 43.4'ü ise arada sırada takdir gördüğünü söylemiştir.

Hemşirelerin % 26.3'ü psikiyatri hemşireliğinin kişisel gelişimine oldukça katkıda bulunduğunu belirtirken, % 59.4'ü katkıda bulunduğunu, % 10.9'u katkıda bulunmadığını ve % 3.4'ü hiç katkıda bulunmadığını söylemiştir.

Hemşirelerin % 70.3'ü genel olarak mesleki gelişimini iyi olarak değerlendirirken; % 29.7'si bu konuda kendini kötü hissetmektedir.

“Hastalarınızın onlara verdiğiniz bakım konusunda sizi takdir etmeleri ve cesaretlendirmelerine ilişkin olarak ne düşünüyorsunuz?” sorusuna hemşirelerin % 71.4'ü takdir ediyorlar derken; % 26.3'ü arada sırada takdir ediyorlar, % 2.3'ü ise takdir etmiyorlar cevabını vermiştir.

Hemşirelerin % 10.9'u çalışmaları sırasında veya dışında meslektaşlarından oldukça çok destek gördüğünü belirtirken, % 29.7'si çok, % 43.4'ü orta düzeyde, % 11.4'ü az ve % 4.6'sı çok az destek gördüğünü söylemiştir.

“Genel olarak, yaşamınızda zor durumda kaldığınızda en çok kimlerden yardım istersiniz?” sorusuna hemşirelerin % 50.3'ü anne, baba ve kardeşlerimden derken; % 44'ü eşimden, % 46.9'u arkadaşlarımdan, % 5.1'i akrabalarımdan, % 5.7'si

idarecilerimden yardım isterim derken; % 5.7'si ise hiç kimseden yardım istemem cevabını vermiştir.

Hemşirelerin % 8.6'sı genel olarak sağlık durumunu çok iyi olarak değerlendirirken; % 58.9'u iyi, % 27.4'ü orta ve % 5.1'i kötü olarak değerlendirmiştir.

Tablo 5:Hemşirelerin Maslach Tükenmişlik Ölçeği Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamaları, Minimum ve Maksimum Puanları

	Minimum	Maksimum	Ort±SD
DT	3	33	13,67±6,07
D	0	11	3,13±2,82
KB	0	24	10,88±4,05

Hemşirelerin duygusal tükenme (DT), duyarsızlaşma ve kişisel başarı puan ortalamaları tablo 5'de gösterilmiştir.

Tablo 6:Hemşirelerin Maslach Tükenmişlik Ölçeğinin Alt Boyutlarının Korelasyonu

	DT	D	KB
DT	1,000	0,611**	0,431**
D		1,000	0,379**
KB			1,000

** p<0.01 ileri düzeyde anlamlı

DT ve KB için pearson korelasyon testi, D için spearman's rho korelasyon testi kullanıldı.

Tablo 6'da hemşirelerin MTÖ alt boyutlarından aldıkları puanların ilişkisine bakılmış; DT ile D ve KB puanları arasında pozitif yönde ileri düzeyde bir ilişki; yine D ile KB puanı arasında da pozitif yönde, ileri düzeyde bir ilişki bulunmuştur. (Tablo 6)

Tablo 7:Yaş Grupları ile Maslach Tükenmişlik Ölçeğinin Alt Boyutlarının Karşılaştırılması

	Yaş			Test ist.; p
	20-30	31-40	41 ve üzeri	
DT (Medyan)	13,66±6,56 (12)	15,11±5,84 (14,5)	12,12±4,78 (11,5)	<i>KW:5,534</i> <i>p:0,063</i>
D (Medyan)	3,58±3,08 (3)	3,32±2,83 (3)	1,90±1,68 (1,5)	<i>KW:7,934</i> <i>p:0,019*</i>
KB	11,53±4,31	10,88±4,15	9,40±2,82	<i>F:3,970 p:0,021*</i>

KW: Kruskal Wallis Testi

F: Oneway ANOVA testi

* $p < 0.05$ düzeyinde anlamlı

Tablo 7’de MTÖ’ nin alt boyutlarına göre olguların yaş grupları karşılaştırılmış duyarsızlaşma ve kişisel başarı alt boyutlarında 41 yaş ve üzeri olanlar ile 20-30 yaş arası olan hemşireler arasında anlamlı bir farklılık saptanmıştır.

Tablo 8:Medeni Durum ile Maslach Tükenmişlik Ölçeğinin Alt Boyutlarının Karşılaştırılması

	Medeni Durum			Test ist.; p
	Bekar	Evli	Boşanmış	
DT (Medyan)	14,27±7,25 (13)	13,35±5,13 (12)	11,60±4,93 (14)	<i>KW:0,444 p:0,801</i>
D (Medyan)	3,72±3,01 (3)	2,78±2,64 (2)	1,80±2,39 (1)	<i>KW:5,396 p:0,067</i>
KB (Medyan)	11,29±4,29 (11)	10,52±3,93 (10)	12,00±2,34 (11)	<i>KW:2,628 p:0,269</i>

KW: Kruskal Wallis Testi

Tablo 8’de MTÖ’ nin alt boyutlarına göre olguların medeni durumları karşılaştırılmış, anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Tablo 9:Eğitim Durumu ile Maslach Tükenmişlik Ölçeğinin Alt Boyutlarının Karşılaştırılması

	Eğitim Durumu				Test ist.; p
	SML	Önlisans	Lisans	Y.Lisans/Doktora	
DT	13,38±5,87	14,12±5,74	13,92±7,62	12,42±5,77	<i>F:0,357</i> <i>p:0,784</i>
D (Medyan)	3,22±2,78 (3)	2,94±2,74 (2)	4,15±3,32 (3,5)	1,42±1,24 (1,5)	<i>KW:7,007</i> <i>p:0,072</i>
KB	11,36±3,91	10,94±4,13	10,34±4,40	8,83±3,18	<i>F:1,534</i> <i>p:0,208</i>

KW: Kruskal Wallis Testi

F: Oneway ANOVA testi

Tablo 9’da MTÖ’ nin alt boyutlarına göre olguların eğitim durumları karşılaştırılmış, anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Tablo 10:Hemşire Olarak Çalışma Süresi ile Maslach Tükenmişlik Ölçeğinin Alt Boyutlarının Karşılaştırılması

	Hemşire Olarak Çalışma Süresi					Test ist.; p
	1-5 yıl	6-10 yıl	11-15 yıl	16-20 yıl	21 yıl ve üstü	
DT	13,06±6,95	14,03±6,67	15,48±5,31	14,43±5,44	12,55±4,79	<i>F:1,138</i> <i>p:0,340</i>
D (Medyan)	2,92±3,09 (2)	4,22±3,21 (3,5)	3,84±2,73 (4)	3,04±2,30 (3)	1,97±1,85 (1)	<i>KW:12,97</i> <i>p:0,011*</i>
KB	10,98±4,17 (11)	12,08±4,38 (11)	11,48±5,00 (12)	10,78±2,89 (10)	9,26±2,98 (9)	<i>KW:9,905</i> <i>p:0,042*</i>

KW: Kruskal Wallis Testi

F: Oneway ANOVA testi

* $p < 0.05$ düzeyinde anlamlı

Tablo 10’ da MTÖ’nin alt boyutlarına göre olguların hemşire olarak çalışma süresi karşılaştırılmış, duyarsızlaşma alt boyutunda 6-10 yıl arası çalışan hemşireler ile 1-5 yıl ve 21 yıl ve üzerinde çalışan hemşireler arasında anlamlı bir fark bulunmuştur.

Kişisel başarı alt boyutunda 21 yıl ve üzeri çalışan hemşireler ile 1-5 yıl ve 11-15 yıl arası çalışan hemşireler arasında anlamlı bir fark bulunmuştur.

Duyarsızlaşma alt boyutunda ise çalışma süresine göre anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

Tablo 11: Psikiyatri Hemşiresi Olarak Çalışma Süresi ile Maslach Tükenmişlik Ölçeğinin Alt Boyutlarının Karşılaştırılması

	Psikiyatri Hemşiresi Olarak Çalışma Süresi					Test ist.; p
	1-5 yıl	6-10 yıl	11-15 yıl	16-20 yıl	21 yıl ve üstü	
DT	13,23±6,38	15,85±5,34	15,72±5,97	12,24±5,13	12,27±5,67	<i>F:2,010</i> <i>p:0,095</i>
D (Medyan)	3,35±3,17 (2)	3,61±2,47 (3,5)	3,39±2,79 (3,5)	2,43±1,83 (2)	1,60±1,64 (1)	<i>KW:6,739</i> <i>p:0,150</i>
KB	10,98±4,17 (11)	12,08±4,38 (11)	11,48±5,00 (12)	10,78±2,89 (10)	9,26±2,98 (9)	<i>F:2,472</i> <i>p:0,046*</i>

KW: Kruskal Wallis Testi

F: Oneway ANOVA testi

* $p < 0.05$ düzeyinde anlamlı

Tablo 11’de MTÖ’nin alt boyutlarına göre olguların psikiyatri hemşiresi olarak çalışma süresi karşılaştırılmış, duygusal tükenme ve duyarsızlaşma alt boyutlarında bir farklılık bulunmazken, kişisel başarı boyutunda psikiyatri hemşiresi olarak çalışma süresi 21 ve yıl üzeri olan hemşireler ile çalışma süresi 6-10 yıl arası olan hemşireler arasında anlamlı bir fark bulunmuştur.

Tablo 12: Çalışılan Kurum ile Maslach Tükenmişlik Ölçeğinin Alt Boyutlarının Karşılaştırılması

	Çalışılan Kurum			Test ist.; p
	Devlet Hastanesi	Üniversite Hastanesi	Vakıf Hastanesi	
DT (Medyan)	14,10±6,24 (13)	12,95±5,97 (12)	11,44±4,17 (11)	<i>KW:3,734</i> <i>p:0,292</i>
D (Medyan)	3,39±2,85 (3)	2,10±2,26 (2)	2,24±2,77 (1)	<i>KW:9,383</i> <i>p:0,025*</i>
KB (Medyan)	11,48±4,07 (11)	9,47±4,34 (9)	8,76±3,02 (9)	<i>KW:11,998</i> <i>p:0,007**</i>

KW: Kruskal Wallis Testi

* p<0.05 düzeyinde anlamlı

** p<0.01 ileri düzeyde anlamlı

Tablo 12’de MTÖ’nin alt boyutlarına göre olguların çalıştıkları kurum karşılaştırılmış, duyarsızlaşma alt boyutunda devlet hastanelerinde çalışan hemşirelerin puanları ile üniversite ve vakıf hastanesinde çalışan hemşirelerin puanları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. Kişisel başarı alt boyutu puanlarında vakıf hastanesinde çalışan hemşireler ile devlet hastanelerinde çalışan hemşireler arasında anlamlı bir fark bulunmuştur.

Tablo 13: Çalışılan Kurumdaki Görev ile Maslach Tükenmişlik Ölçeğinin Alt Boyutlarının Karşılaştırılması

	Çalışılan Kurumdaki Görev			Test ist.; p
	Servis Sorumlu Hemşiresi	Servis Hemşiresi	Eğitim Hemşiresi	
DT	14,24±6,68 (15)	13,55±5,97 (12,5)	13,75±6,70 (12,5)	<i>KW:0,433 p:0,805</i>
D (Medyan)	3,00±2,68 (3)	3,18±2,89 (2,5)	2,25±0,96 (2,5)	<i>KW:0,114 p:0,945</i>
KB	10,07±3,47 (10)	11,13±4,08 (10,5)	7,75±5,79 (8,5)	<i>KW:2,082 p:0,353</i>

KW: Kruskal Wallis Testi

Tablo 13’de MTÖ’nin alt boyutlarına göre olguların çalıştıkları kurumdaki görevleri karşılaştırılmış, anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Tablo 14:Çalışılan Kurumdaki Çalışma Şekli ile Maslach Tükenmişlik Ölçeğinin Alt Boyutlarının Karşılaştırılması

	Çalışma Şekli				Test ist.; p
	Sürekli Gündüz	Sürekli Gece	Vardiya Değişimli	Gündüz+Bazen Nöbet	
DT	12,74±5,76	11,96±4,92	14,13±6,64	14,94±6,20	<i>F:2,048</i> <i>p:0,109</i>
D (Medyan)	2,53±2,06 (2)	3,14±2,29 (1,5)	3,54±2,94 (3)	3,30±3,02 (3)	<i>KW:2,173</i> <i>p:0,537</i>
KB	10,02±3,86	9,53±3,57	11,48±4,18	11,80±4,08	<i>F:3,138</i> <i>p:0,027*</i>

F: Oneway ANOVA testi

KW: Kruskal Wallis Testi

* p<0.05 düzeyinde anlamlı

Tablo 14’de MTÖ’nin alt boyutlarına göre olguların çalışma şekilleri karşılaştırılmış, duyarsızlaşma ve duugusal tükenme boyutlarında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Kişisel başarı boyutunda ise; sürekli gece çalışan hemşirelerin puanları ile vardiya değişimli ve gündüz+bazen nöbet şeklinde hemşirelerin puanları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur.

Tablo 15:Gündüz ve Gece bakılan Ortalama Hasta Sayısı İle Maslach Tükenmişlik Ölçeğinin Alt bBoyutlarının Karşılaştırılması

	Hasta Sayısı			
	Gündüz		Gece	
	r	p	r	p
DT	0,001	0,990	0,042	0,652
D [#]	0,076	0,372	0,137	0,140
KB	0,075	0,377	0,154	0,097

r: Pearson Korelasyon testi

#: Spearman’s rho korelasyon testi

Tablo 15’de MTÖ’nin alt boyutları ile gündüz bakılan ortalama hasta sayısı ve gece bakılan ortalama hasta sayısı karşılaştırılmış, anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

Tablo 16: Psikiyatri Hemşireliği Eğitimi Alma Durumu ile Maslach Tükenmişlik Ölçeğinin Alt Boyutlarının Karşılaştırılması

	Psikiyatri Hemşireliği Eğitimi Alma		Test ist.; p
	Evet	Hayır	
DT	12,09±5,45	14,40±6,22	$t:-2,366$ $p:0,019^*$
D (Medyan)	2,56±2,44 (2)	3,39±2,96 (3)	$Z:-1,587$ $p:0,113$
KB	9,43±3,89	11,54±3,96	$t:-3,283$ $p:0,001^{**}$

t: Student t Testi

Z: Mann Whitney U testi

* $p<0.05$ düzeyinde anlamlı

** $p<0.01$ ileri düzeyde anlamlı

Tablo 16’da MTÖ’nin alt boyutları ile olguların psikiyatri hemşireliği eğitimi alma durumları karşılaştırılmış, duygusal tükenme ve kişisel başarı alt boyutlarında eğitim alan hemşireler ile almayanlar arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. Duyarsızlaşma alt boyutunda ise anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Tablo 17: Hemşirelik Mesleğini İsteyerek Seçme ile Maslach Tükenmişlik Ölçeğinin Alt Boyutlarının Karşılaştırılması

	Hemşirelik Mesleğini İsteyerek Seçme		Test ist.; p
	Evet	Hayır	
DT	12,59±5,47	16,54±6,68	$t:-4,002$ $p:0,001^{**}$
D (Medyan)	2,66±2,55 (2)	4,37±3,14 (4)	$Z:-3,350$ $p:0,001^{**}$
KB	10,39±4,00	12,17±3,92	$t:-2,629$ $p:0,009^{**}$

t: Student t Testi

Z: Mann Whitney U testi

** $p<0.01$ ileri düzeyde anlamlı

Tablo 17’de MTÖ’nin alt boyutları ile olguların hemşirelik mesleğini isteyerek seçme durumları karşılaştırılmış, üç alt boyutta da isteyerek seçenler ile isteyerek seçmeyenler arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur.

Tablo 18: Hemşirelik Mesleğini İsteyerek Yapma ile Maslach Tükenmişlik Ölçeğinin Alt Boyutlarının Karşılaştırılması

	Hemşirelik Mesleğini İsteyerek Yapma		Test ist.; p
	Evet	Hayır	
DT	12,66±5,27	22,55±5,46	<i>t</i> :-7,526 <i>p</i> :0,001**
D (Medyan)	2,82±2,62 (2)	5,83±3,18 (5,5)	<i>Z</i> :-3,838 <i>p</i> :0,001**
KB	10,53±3,97	13,89±3,48	<i>t</i> :-3,838 <i>p</i> :0,001**

t: Student t Testi

Z: Mann Whitney U testi

** *p*<0.01 ileri düzeyde anlamlı

Tablo 18’de MTÖ’nin alt boyutları ile olguların hemşirelik mesleğini isteyerek yapma durumları karşılaştırılmış, üç alt boyutta da isteyerek yapanlar ile isteyerek yapmayanlar arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur.

Tablo 19: Hemşirelik Mesleğini Kendine Uygun Bulma ile Maslach Tükenmişlik Ölçeğinin Alt Boyutlarının Karşılaştırılması

	Mesleğini Kendine Uygun Bulma		Test ist.; p
	Evet	Hayır	
DT	12,68±5,57	19,11±5,92	<i>t</i> :-5,462 <i>p</i> :0,001**
D (Medyan)	2,91±2,73 (2)	4,33±3,05 (4)	<i>Z</i> :-2,423 <i>p</i> :0,015*
KB	10,48±3,97	13,04±3,87	<i>t</i> :-3,084 <i>p</i> :0,002**

t: Student t Testi

Z: Mann Whitney U testi

**p*<0.05 düzeyinde anlamlı

** *p*<0.01 ileri düzeyde anlamlı

Tablo 19’da MTÖ’nin alt boyutları ile olguların hemşirelik mesleğini kendine uygun bulmaları karşılaştırılmış, üç alt boyutta da kendine uygun bulanlar ile bulmayanlar arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur.

Tablo 20: Çalışma Ortamından Memnuniyet ile Maslach Tükenmişlik Ölçeğinin Alt Boyutlarının Karşılaştırılması

	Çalışma Ortamından Memnuniyet		Test ist.; p
	Evet	Hayır	
DT	12,52±5,10	17,48±6,67	<i>t</i> :-5,087 <i>p</i> :0,001**
D (Medyan)	2,57±2,52 (2)	4,52±3,08 (4)	<i>Z</i> :-3,544 <i>p</i> :0,001**
KB	10,21±3,90	12,54±3,96	<i>t</i> :-3,968 <i>p</i> :0,001**

t: Student t Testi

Z: Mann Whitney U testi

** $p < 0.01$ ileri düzeyde anlamlı

Tablo 20’de MTÖ’nin alt boyutları ile olguların çalışma ortamından memnuniyetleri karşılaştırılmış, üç alt boyutta da memnun olanlar ile olmayanlar arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur.

Tablo 21: Üstlerden Takdir Görme Durumu ile Maslach Tükenmişlik Ölçeğinin Alt Boyutlarının Karşılaştırılması

	Üstlerden Takdir Görme			Test ist.; p
	Evet	Hayır	Arada Sırada	
DT	11,66±6,05	15,08±6,44	13,68±5,55	<i>F</i> :3,957 <i>p</i> :0,021*
D (Medyan)	2,44±2,57 (1)	3,76±2,99 (3,5)	3,03±2,75 (2)	<i>KW</i> :5,632 <i>p</i> :0,060
KB	10,10±3,90	11,57±4,42	10,77±3,79	<i>F</i> :1,643 <i>p</i> :0,196

F: Oneway ANOVA Testi

KW: Kruskal Wallis Testi

Tablo 21’de MTÖ’nin alt boyutları ile olguların üstlerinden takdir görme durumları karşılaştırılmış, duyarsızlaşma ve kişisel başarı alt boyutlarında bir fark

bulunmazken, duygusal tükenme boyutunda üstlerinden takdir görenlerin puanları ile görmeyenlerin puanları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur.

Tablo 22: Mesleki Gelişim Konusundaki Düşünceler ile Maslach Tükenmişlik Ölçeğinin Alt Boyutlarının Karşılaştırılması

	Mesleki Gelişim Konusundaki Düşünceler		Test ist.; p
	İyimser	Kötümser	
DT	11,98±5,25	17,67±6,05	$t:-6,254$ $p:0,001^{**}$
D (Medyan)	2,46±2,42 (2)	4,71±3,09 (5)	$Z:-4,491$ $p:0,001^{**}$
KB	10,06±3,76	12,81±4,07	$t:-4,297$ $p:0,001^{**}$

t: Student t Testi

Z: Mann Whitney U testi

$^{**} p<0.01$ ileri düzeyde anlamlı

Tablo 22’de MTÖ’nin alt boyutları ile olguların mesleki gelişim konusundaki düşünceleri karşılaştırılmış, üç alt boyutta da mesleki gelişim konusunda iyimser olanların puanları ile kötümser olanların puanları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur.

Tablo 23: Hastaların Verilen Bakım Karşısında Takdir Etmeleri ile Maslach Tükenmişlik Ölçeğinin Alt Boyutlarının Karşılaştırılması

	Hastaların Verilen Bakım Karşısında Takdir Etmelerine İlişkin Düşünceler			Test ist.; p
	Takdir ediyorlar	Arasına takdir ediyorlar	Takdir etmiyorlar	
DT (Medyan)	12,83±5,46 (12)	15,15±6,29 (14)	23,00±11,57 (25)	$KW:6,966$ $p:0,031^{*}$
D (Medyan)	2,79±2,63 (2)	3,76±2,92 (3,5)	6,50±4,79 (7)	$KW:6,818$ $p:0,033^{*}$
KB (Medyan)	10,21±3,80 (10)	12,45±4,06 (12)	13,75±6,24 (14)	$KW:11,185$ $p:0,004^{**}$

KW: Kruskal Wallis Testi

$^{*} p<0.05$ düzeyinde anlamlı

$^{**} p<0.01$ ileri düzeyde anlamlı

Tablo 23’de MTÖ’nin alt boyutları ile olguların hastalarının verilen bakım karşısında takdir etmeleri karşılaştırılmış, duygusal tükenme ve duyarsızlaşma boyutlarında, hastaların verilen bakım karşısında takdir ettiklerini düşünen hemşireler ile arasına takdir ettiklerini düşünün hemşireler ve takdir etmediklerini düşünen hemşirelerin puanları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. Kişisel başarı boyutunda ise, hastaların verilen bakım karşısında takdir ettiklerini düşünen hemşirelerin puanları ile arasına takdir ettiklerini düşünen hemşirelerin puanları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur.

Tablo 24: Meslektaşlarından Destek Görme Düzeyi ile Maslach Tükenmişlik Ölçeğinin Alt Boyutlarının Karşılaştırılması

	Meslektaşlardan Görülen Destek					<i>Test ist.; p</i>
	Oldukça Çok	Çok	Orta	Az	Çok Az	
DT (Medyan)	12,16±6,94 (9)	12,61±5,66 (12)	13,98±4,91 (13,5)	14,25±8,29 (11,5)	19,75±7,44 (18,5)	<i>KW:9,969</i> <i>p:0,041 *</i>
D (Medyan)	2,63±2,87 (1)	2,86±2,35 (2,5)	3,13±2,80 (2,5)	3,50±3,56 (2,5)	5,12±3,52 (4,5)	<i>KW:4,056</i> <i>p:0,398</i>
KB (Medyan)	10,47±3,70 (9)	10,69±4,12 (10)	11,20±3,83 (11)	10,15±4,92 (9)	11,87±4,48 (11)	<i>KW:1,959</i> <i>p:0,743</i>

KW: Kruskal Wallis Testi

* $p<0.05$ düzeyinde anlamlı

Tablo 24’de MTÖ’nin alt boyutları ile olguların meslektaşlarından destek görme düzeyi karşılaştırılmış, duygusal tükenme boyutunda meslektaşlarında çok az destek gören hemşirelerin puanları ile, oldukça çok, çok, orta destek gördüğünü söyleyenlerin puanları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. Kişisel başarı ve duyarsızlaşma alt boyutlarında anlamlı bir fark bulunmamıştır.

5. TARTIŞMA

Ülkemizde tükenmişlik üzerine yapılan ilk çalışmaya (Ergin C.,1992) 297 hemşire ve 255 doktor katılmıştır. Bu çalışmada tükenmişliğe etki eden faktörler olarak iş doyumu, işin önemi, aile hayatının olumsuz yönde etkilenmesi, yalnız kalma isteği, iş değiştirme isteği, iş-yetenek uyuşması, çalışma süresi ve meslek değişkenleri saptanmıştır. (Dolu, 1997; Ergin, 1992)

Ülkemizde yapılan diğer bir çalışmada da yaş, görev dağılımı, çalışma şekli, hasta sayısı, meslekten memnun olma, mesleğe uygunluk, yöneticilerle olan ilişki, meslektaş ve hastaların desteği, iş verimi, iş ortamı gibi işle ilgili özelliklerin tükenmişlikle ilişkili olduğu bulunmuştur. Ancak medeni durum, çocuk sayısı, çalışma süresi, mezun olduğu lise gibi bireysel özelliklerin tükenmişliği etkilemediği saptanmıştır. (Kaçmaz, 2005b)

Psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşirelerde tükenmişlik düzeyini belirlemek ve bu düzeyin hemşirelerin bazı demografik, kurumda çalışma ve mesleki özellikleri ile ilişkisini incelemek amacıyla planlanan araştırmada elde edilen bulgular 3 bölümde tartışılmıştır.

► Genel tükenmişlik prevelansı ve tükenmişlik özellikleri

Psikiyatri hemşireleri üzerinde yapılan bu çalışmada Maslach Tükenmişlik ölçeğinin alt boyutlarının puanlaması değerlendirildiğinde DT, KB ve D puan ortalamaları düşük düzeyde bulunmuştur. DT ile D puanlarının değerlendirilmesi arasında, pozitif yönde ileri düzeyde bir korelasyon, DT ile KB puanlarının değerlendirilmesi arasında pozitif yönde ileri düzeyde anlamlı bir korelasyon, D ile KB puanlarının değerlendirilmesi arasında pozitif yönde anlamlı bir korelasyon bulunmuştur.

Taycan ve arkadaşlarının (2006) İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi'nde yaptığı çalışmaya göre; cerrahi bölümlerde çalışan hemşirelerin KB ortalama puanlarının dahili bölümlerde çalışanlardan daha yüksek düzeyde ve aralarındaki farkın anlamlı olduğu belirlenmiştir. Bu sonuç cerrahi bölümlerde mesleki sorumluluk alanının daha keskin sınırlarla çizilmiş olmasına, ekip içinde hiyerarşinin ve iş bölümünün daha net olmasına, dahili bölümlerden farklı olarak hem kronik ve bakımı zor hastaların azlığına hem de ucu açık tedaviler yerine daha radikal tedavilerin uygulanmasına bağlanmaktadır.

Birçok çalışmada ruh sağlığı hemşirelerinin yüksek derecede tükenmişlik yaşadığı belirtilmiştir. (Barling, 2001) Mann (2005) çalışmasında ruh sağlığı hemşirelerinde stresle duygusal güçlük-tükenme arasında pozitif yönde bir bağlantı olduğunu ortaya koymuştur. (Mann, Cowburn, 2005) Kaçmaz'ın çalışmalarında belirttiği gibi Corrigan ve arkadaşlarının yaptığı araştırmada psikiyatri elemanlarında duygusal tükenmenin yüksek düzeyde olduğu bulunmuştur. (Kaçmaz, 2005a-b) Edwards ve arkadaşlarının (2000) çalışmasında; toplum ruh sağlığı hemşirelerinde yüksek düzeyde tükenmişlik belirlenmiştir. Edwards, Galler'de çalışan ruh sağlığı hemşirelerinin İngiltere'de Carson'ın yaptığı çalışmadaki hemşirelere göre daha yüksek düzeyde tükenmişlik yaşadığını bildirmiştir.

Hannigan ve arkadaşlarının 301 hemşire üzerinde yaptığı çalışmada (2000) 283 toplum ruh sağlığı hemşiresi MTÖ' ni doldurmuş, bunların yarısı duygusal olarak tükenmişlik yaşadığını ve iş tarafından tükendiğini bildirmişlerdir. Çalışmaya katılan hemşirelerin 4'te biri hastalarına kötü davranışlarda bulunmuş ve yaklaşık 1/7' sinde hemen hemen hiç iş doyumunu yaşamamışlardır. Ancak toplum ruh sağlığı alanında uzun süre çalışan hemşirelerin hastalarına daha olumlu yaklaştıkları vurgulanmıştır. (Burnard, Edwards, Coyle, Fothergill, Hannigan, 2000b)

Happel'in (2003), ruh sağlığı servislerinde çalışan adli hemşireler ve psikiyatri hemşirelerindeki iş doyumunu ve tükenmişlik düzeyini karşılaştırdığı çalışmasında adli hemşirelerde düşük tükenmişlik düzeyi ve yüksek iş doyumunu belirlenmiştir.

Pinikahana'nın (2004) Avustralya'da 136 kırsal psikiyatri hemşiresi üzerinde yaptığı çalışmada ise; hemşirelerin az bir bölümünün yüksek derecede tükenmişlik yaşadığı, çoğunluğunun ise düşük duygusal tükenme ve düşük duyarsızlaşma düzeyleri değerlendirdiği görülmüştür. Kişisel başarı altölçeğinde ise sadece %11' inde yüksek kişisel başarı düzeyi görülmüştür.

Psikiyatri elemanlarında, benlik imajı ve tükenmişlik düzeyi ve tükenmişliği etkileyen faktörleri amaçlayan 723 hemşireyle çalışılan bir araştırmada hemşirelerin yarısında engellenmişlik veya tükenmişlik saptandığı bildirilmiştir. Yine bu çalışmada yaşın ve çalışma yılının artması, tükenmişliğin gelişimini etkileyen değişkenler olarak saptanmıştır. (Kaçmaz, 2005b)

Psikiyatri hastanesinde yapılan bir çalışmada da meslektaşlarla veya arkadaşlarıyla problem yaşamak diğer bir duygusal stres kaynağı olabildiğinden ve tükenmişlikle baş edebilecek kaynaklardan mahrum bıraktığından tükenmişliğin gelişmesine katkı sağlamaktadır. (Kaçmaz, 2005b)

Kilfedder 'in (2001) 510 psikiyatri hemşiresi üzerinde yaptığı çalışmada da düşük düzeyde duygusal tükenme, depersonalizasyon ve kişisel başarı değerleri çıkmıştır. Sadece %2'si yüksek düzeyde tükenmişlik değerleri vermiştir.

Bu sonuçlarla, çalışmamızdan çıkarılan sonuçlar benzerlik göstermektedir. Genellikle çalışmalarda düşük tükenmişlik düzeyinin bulunması, duygusal tükenme ve iş doyumu arasındaki pozitif ilişki bulguları çalışmamızı destekler tarzdadır.

► **Psikiyatri hemşirelerinde tükenmişlik ile bazı sosyodemografik özellikler arasındaki ilişki**

Bireyi çevreleyen ortamın yanı sıra, kişinin ortama getirdikleri de tükenmişlikte önemli rol oynar. Bireyin demografik özellikleri, motivasyonu, ihtiyaçları, değerleri, kendilik değeri, emosyonel ifadeleri ve kontrolü gibi bireysel özellikler önemlidir. Bu içsel özellikler, dışsal uyaranların nasıl bir emosyonel stres haline geldiğini ve bir kişi iş yerinde tükenmişlik yaşarken diğer bir kişinin aynı iş yerinde neden tükenmişlik

yaşamadığının bir göstergesidir. (Dolu, 1997; Solmuş, 2004; Akşahin, 1998; Özdemir K., Özdemir H.D., Coşkun, Çınar, 1999; Anuk, 1999; Çam, 1991; Yardım, 1995; Roach, 1994; Alimoğlu, Dönmez, 2005; Lackritz, 2004)

Araştırmamıza katılan olguların hepsi kadın olduğu için, cinsiyet ile tükenmişlik arasındaki ilişki karşılaştırılamamıştır.

Kadın ve erkekler tükenmişlik sendromunda birbirlerine benzer bir deneyim yaşarlar ama bir takım 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. Kadınlar erkeklere göre emosyonel etkilenmeye daha yatkındırlar. Bu da duygusal tükenme riskini artırır. (Dolu, 1997; Solmuş, 2004; Akşahin,1998;Anuk, 1999; Çam, 1991)

Yaş (Tablo-7) ; Bu çalışmada DT, yaşı 41 den genç olanlarda yüksek, 41 yaş ve üzerinde düşük düzeyde bulunmuştur. D puanının değerlendirilmesinde yaşlar arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. KB puanlarının değerlendirmesinde 20-30 yaş arası hemşirelerde yüksek, 41 yaş ve üzerinde düşük düzeyde bulunmuştur.

Yaş ve tükenmişlik arasında açık bir ilişki vardır. Tükenmişlik yaşlı işgörenler arasında düşük, genç işgörenler arasında yüksektir. Yaşın bu etkisi sadece çalışılan sürenin uzunluğundan kaynaklanmamaktadır. Yaş ilerledikçe insanlar daha deneyimli, olgun ve tükenmişliğe daha dirençli hale gelmektedir. . (Dolu, 1997; Solmuş, 2004; Akşahin,1998;Anuk, 1999; Çam, 1991; Yardım, 1995)

Yardım'ın çalışmasında belirttiği, Chernis'in "Tükenmişliğin uzun vadeli sonuçları" üzerindeki araştırmasının sonucuna göre; meslek hayatının başlangıcında, genç yaşlarda görülen tükenmişlik oldukça önemli, uzun vadeli, olumsuz sonuçlara neden olmaktadır. Bu kişilerin işlerini değiştirme olasılığının daha az olduğu ortaya çıkan bulgulardandır. Bununla beraber ilerleyen yaşlarda görülen tükenmişliğin çok ciddi olumsuz etkileri olabileceği saptanmıştır. (Yardım, 1995)

Maslach'ın araştırmaları da Chernis'in bulgularına paralel sonuçlar ortaya koymuştur. Maslach ve Jackson (1981), Schwab ve Iwanicki (1982), Weinberg, Dolu 'nun çalışmasında belirttiği gibi, Edwards ve Carove tarafından yapılan çalışmalar sonucunda da genç ve tek başına çalışanlarda tükenmişliğe daha fazla rastlandığı belirtilmiştir. Genç yaşta iş hayatına atılan işçilerin tükenmişlikle mücadelede kendilerini yetersiz hissettiklerinde kolaylıkla iş değiştirdikleri, aksine ileri yaşlardaki çalışanların, uzun çalışma yılları boyunca tükenmişlikle mücadelede başarı ve direnç kazandıkları belirtilmiştir. Bu nedenle yaşlı çalışanların genç işgörenlere kıyasla daha az tükenmişlik yaşadıkları, aynı doğrultuda otuz yaşından genç olanların da riskli grup olduğu belirtilmektedir. (Dolu, 1997; Solmuş, 2004; Akşahin,1998;Anuk, 1999; am, 1991; Yardım, 1995)

Yine Aslan ve arkadaşlarının 205 hemşire üzerinde yaptığı çalışmada yaşı genç hemşirelerde tükenmenin yüksek oranlarda olduğu belirtilmiştir. (Kaçmaz, 2005b)

Bütün bu sonuçlar, bizim çalışmamızla benzerlik göstermektedir.

Medeni Durum (Tablo-8); alışmamızda, MT'nin alt boyutlarına göre olguların medeni durumları karşılaştırılmış, anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Araştırmalar, aile sahibi olmanın tükenmişliği arttırmak yerine engellediğini ortaya koymuştur. Aile sahibi olmak, bireye amaç duygusu, kararlılık ve varolma nedeni aşılayarak, yaşamı ve doğal olarak mesleki başarıyı olumlu yönde etkilediği bildirilmiştir. Yine, batıda yapılan araştırmalar bekarların evlilere göre daha çok tükenmişlik problemleriyle karşı karşıya kaldıklarını göstermiştir. Ev ortamındaki ailevi destekten yoksun kalan çalışan bekar kadın, evli çalışan hem cinsine göre mesleki desteğe daha çok ihtiyaç duymaktadır. Bu da tükenmişlik riskini artırmaktadır. Dul işçiler ise bu iki grup arasında yer almaktadır. Bu arada Maslach ve Jackson, ocuk sahibi iş görenlerin çocuksuz olanlara kıyasla çok daha az tükenmişlik sendromu ile karşılaştıklarını ortaya çıkarmıştır. Maslach ve Jackson'a göre evlilik kurumu birey için bir duygusal kaynak, destek olabilir. Evli işgörenlerin tükenmişliğe daha dayanıklı olmasının arkasındaki nedenler şu şekilde sıralanabilir; ilk olarak evlilikleri daha dengeli, kararlı ve psikolojik yönden daha olgun bir yapıya oturmaktadır. Aile

üyelerinin sağladığı sevgi ve huzur kişiye stresle başa çıkmada yardımcı olmaktadır. Evlilik; iş güvenliği, ücret, kazanç gibi konularda daha realistik ve daha dikkatli adımlar atılmasını sağlamaktadır. Ailenin takdir ve beğenisi kişinin hizmet verdiği bireyler ve meslektaşlarından beklediği desteği azaltmaktadır. Yine aile yaşamı, başkalarının problemlerine daha sağlıklı yaklaşılmasını sağlamaktadır. (Dolu, 1997; Solmuş, 2004; Akşahin,1998;Anuk, 1999; Çam, 1991; Yardım, 1995)

Aslan ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada bekar hemşirelerde tükenmenin yüksek oranlarda olduğu belirtilmiştir. (Kaçmaz, 2005b)

Birçok kaynakta medeni durum ve tükenmişlik arasında pozitif bir ilişkinin varlığı bildirilmiş olmasına rağmen, psikiyatri hemşirelerinde yaptığımız bu çalışmada böyle bir ilişki saptanmamıştır.

Eğitim Durumu (Tablo-9); MTÖ'nin alt boyutlarına göre olguların eğitim durumları karşılaştırılmış, anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

Eğitim seviyesi ile tükenmişlik arasındaki ilişki çok açık değildir. Profesyonel yardım verenlerin çoğu üniversite mezunu ve uzmanlık eğitimi almış insanlardır. Tükenmişliğin en yüksek bulunduğu grup, lisans eğitimini tamamlamış ama lisansüstü eğitim yapmamış olanlardır. Bu grupta D puanları yüksek, KB puanları düşük düzeydedir. DT'e eğilim daha fazladır. Uzmanlık eğitimi yapan grupta ise DT puanı yüksek, D ve KB puanları düşük düzeydedir. Daha fazla eğitim alan kişilerin hayatta yapmak istedikleri ve beklentileri daha fazladır. 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. (Dolu, 1997; Solmuş, 2004; Akşahin,1998; Anuk, 1999; Çam, 1991)

Daha önceki araştırmalarda eğitim durumu ile tükenmişlik arasındaki ilişki konusunda değişik bulgular elde edilmiştir. Bir çalışmada, eğitim durumu ile tükenmişlik alt boyutları arasında ilişki olmadığı görülmüştür.

Çalışmamızda bulunan bulgular, diğer araştırma bulgularına uygunluk göstermektedir.

► **Psikiyatri hemşirelerinde tükenmişlik ile çalışma ve mesleki özellikler arasındaki ilişki**

Hemşire Olarak Çalışma Süresi (Tablo-10); Bu çalışmada, DT puanlarının karşılaştırılmasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Duyarsızlaşma puanlarının karşılaştırılmasında ise, çalışma süresi 6-10 yıl arası olan hemşirelerin puanları yüksek düzeyde bulunmuştur. KB puanlarının karşılaştırılmasında ise çalışma süresi 6-10 yıl arası olan hemşirelerin puanları yüksek bulunurken çalışma süresi 21 ve üzeri olan hemşirelerin puanları düşük düzeyde bulunmuştur.

Humpel'in (2001) çalışmasına göre; çalışma süresi ve duygusal yeterlilik arasında bir ilişki vardır.

Çalışmamızdaki sonuçlar diğer çalışmaların bulgularıyla uygunluk göstermektedir.

Psikiyatri Hemşiresi Olarak Çalışma Süresi (Tablo-11); Bu çalışmada, DT ve D puanlarının karşılaştırılmasında anlamlı farklılık bulunmazken, KB puanlarının karşılaştırılmasında, 6-10 yıl arasında çalışan hemşirelerin puanları yüksek düzeyde, 21 yıl ve üzeri olanlarda düşük düzeyde bulunmuştur.

Çalışılan Kurum (Tablo-12); Çalışmamızda, DT puanlarının karşılaştırılmasında anlamlı bir farklılık bulunmazken, D puanlarının karşılaştırılmasında “Devlet Hastanesi”nde çalışan hemşirelerin puanı yüksek düzeyde, KB puanlarının karşılaştırılmasında “Vakıf Hastaneleri”nde çalışan hemşirelerin puanı düşük düzeyde bulunmuştur.

Yardım ilişkisi genellikle resmi bir kurum içinde gelişir. İş yerinin özelliği verilen yardımın doğasını etkiler; ne tür, ne kadar yardım edilecek, ne kadar sürecek ve ne zaman bitecek gibi soruların yanıtlarını belirler. İşin özellikleri, emosyonel stresi

arttırdığı veya azaltabildiği ölçüde tükenmişlik sendromu için önemli bir faktör haline gelir. (Dolu, 1997; Solmuş, 2004; Özdemir K., Özdemir H.D., Coşkun, Çınar, 1999; Anuk, 1999; Çam, 1991; Piko, 2006)

Her kurumun kendine göre bir “başarılı olma” kavramı vardır. Kurum bu amacı başarmaya çalışır. Kurumda çalışan birey de bu amacı gerçekleştirmelidir. Bu amaçlar çalışan – idare arasında problem olabilir. Amaçlar doğrultusunda getirilen kurallar çalışan - kurum ilişkisini etkileyebilir. Çalışanı sınırlayabilir, istemediği şeyleri yapmaya zorlayabilir. Çalışılan ortamın ve çalışılan hastanenin “tükenmişlik” süreci açısından önemli bir faktör olduğu belirtilmiştir. (Dolu, 1997; Solmuş, 2004; Özdemir K., Özdemir H.D., Coşkun, Çınar, 1999; Anuk, 1999; Çam, 1991; Piko, 2006)

Kurumda organizasyonun ve yönetimin zayıf olması tükenmişliği oluşturabilir. Eğer kurumun amaçları açık değilse, çalışanların rolleri ve sınırları iyi belirlenmemişse, bürokratik işlemler ön planda ise, yönetim-çalışan iletişimi destekleyici ve açık değilse o zaman çalışan için iyi hizmet, tedavi ve bakım vermek zorlaşır. (Dolu, 1997; Solmuş, 2004; Akşahin, 1998; Çam, 1991)

Bir kurum içinde idare – çalışan, çalışan – çalışma arkadaşları, danışmanlar, kurallar, amaçlar, kurum ve kurum ile toplum arasında bir ilişki vardır. Bu bağlantıların çoğu çalışanın rolünü belirlemektedir ve bu bağlantılar profesyonel değerlilik duygusunu destekleyici ise o zaman çalışan bazı eşitsizlikleri tolere edebilir. Bunun aksi durumda tükenmişlik riski yüksektir. (Dolu, 1997; Solmuş, 2004; Akşahin, 1998; Çam, 1991; Anuk, 1999)

Kurumun çalışanlarına özerklik tanıyan bir yapısının olması iş memnuniyetini sağlar. Bu tükenmişliği engellemede önemli bir özelliktir. (Dolu, 1997; Solmuş, 2004; Akşahin, 1998; Çam, 1991)

Çalışmamızda, devlet hastanelerinde çalışan hemşirelerde duyarsızlaşmanın yüksek düzeyde olduğu görülmüştür. Diğer çalışmalarda da kurum ortamı ve idari yapının tükenmişliği etkileyen faktörler olarak bulunması, çalışmamızla benzerlik göstermektedir.

Kurumdaki Görev (Tablo-13); Bu çalışmada; MTÖ'nin alt boyutlarına göre olguların çalıştıkları kurumdaki görevleri karşılaştırılmış, anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Çalışan verdiği hizmet üzerinde kontrolü sağlayamıyorsa tükenmişlik oranı yüksektir. Eğer bireye yapabileceğinden fazla sorumluluk verilmişse ya da stresli ortamdan uzaklaşma fırsatı verilmiyorsa o zaman kontrol eksikliği duygusu ortaya çıkar. Çünkü yaptığı iş ile ilgili kararlarda söz sahibi değildir, bu da kapana kısılmış olma duygusu verir. İşten ayrılma niyeti ile “tükenmişlik” arasında kuvvetli bir ilişki olduğu belirlenmiştir.Çam'ın belirttiği gibi, Arsoy'un yaptığı çalışmada hastanede üstlenilen görev ile işten ayrılma niyeti arasında istatistiki olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır . (Dolu, 1997; Solmuş, 2004; Akşahin, 1998; Çam, 1991; Anuk, 1999)

Çıkarılan sonuçlar çalışmamızdaki bulgulara benzerlik göstermektedir.

Çalışılan Kurumdaki Çalışma Şekli (Tablo-14) ; DT ve D puanlarının karşılaştırılmasında çalışmamızda anlamlı bir farklılık bulunmazken, KB puanlarının karşılaştırılmasında “Gündüz + Bazen nöbet” şeklinde çalışan hemşirelerde yüksek, sürekli gece çalışan hemşirelerde ise düşük düzeyde bulunmuştur.

Kaçmaz'ın (2005b) çalışmasında belirttiği, Aslan ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada çalışma süresi, dönüşümlü ya da yalnız gündüz çalışma ve günlük uyku saatiyle duygusal tükenme, duyarsızlaşma, kişisel başarı, iş doyumu ve ruhsal belirti düzeyleri arasında ilişki olduğunu bulmuşlardır. Çam'ın (1991) çalışmasında da hemşirelerin çalışma şekilleri ile DT ve KB altölçeği puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Bu sonuç da diğer araştırma bulgularına uygunluk göstermektedir.

Gündüz ve Gece Bakılan Ortalama Hasta Sayısı (Tablo-15); Çalışmada, gündüz ve gece bakılan hasta sayıları ile DT, D ve KB puanları arasındaki karşılaştırmada anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

Tükenmişliğe eğilim yaratan iş ortamlarının ortak özelliği aşırı yüklenmedir. Fiziksel ve emosyonel olarak kişinin kapasitesini aşacak iş yüküdür. Yapılacak çok iş vardır ve profesyonel çalışanlar bu işleri çok sayıda insana çok az zaman ayırarak yapmaya çalışırlar. Bu tükenmişlik için hazır bir ortamdır. Günlük çalışma rutinde görülen hasta sayısı arttıkça, tükenmişliğe işaret eden duygusal tükenme ve insanlara olumsuz yaklaşım artar. Çalışan bu yükü hastayla daha az zaman geçirmek, daha az hizmet sağlamak, gerekli takipleri yapmamak gibi yollarla azaltmaya çalışır. Bu da hastaların sorunlarına daha az çözüm bulunması demektir. Çalışan görüşmeleri sırasında kendisiyle meşguldür ya da görüşme sırasında bir eli kapı kolundadır (bu gizli bir mesajdır: çabuk ol ve buradan dışarı çık). Bireysel olmayan yorumlar ve yüzeysel genellemeler bireysel iletişimin yerini alır. Bu iş yükü karşısında geri çekilmenin bir başka belirtisi de yetersiz iştir. Kısacası iş yükü işteki huzursuzluğu arttırır. Toleransı, yeterliliği, memnuniyet ve yaratıcılığı azaltır. (Dolu, 1997; Solmuş, 2004; Akşahin, 1998; Çam, 1991; Anuk, 1999)

Pinikahana'nın (2004) yaptığı çalışmada "iş yükü"nün kırsal psikiyatri hemşireleri tarafından yüksek stresör olarak tanımlanmıştır. Yapılan araştırmalarda bakılan hasta sayısının ve dolayısı ile iş yükünün artması hemşirelerde tükenmişliğe yolaçan faktör olarak bulunmasına rağmen, bizim çalışmamızda herhangi bir ilişki bulunmamıştır.

Çalışmamızda, hemşirelerin bakım verdikleri ortalama hasta sayısı 40 olmasına rağmen, tükenmişliğin düşük olması psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşirelerin sadece teknik olan bakım işlevlerini yerine getirdiklerini, psikiyatri hemşiresinin asıl işlevlerini tam olarak uygulamadıklarını bize düşündürmektedir.

Psikiyatri Hemşireliği Eğitimi Alma Durumu (Tablo-16); Bu çalışmamızda; DT ve KB puanlarının karşılaştırılmasında eğitim alan hemşirelerin puanları düşük düzeyde bulunurken, D puanlarının karşılaştırılmasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

Bu sonuç bize eğitim alan hemşirelerin mesleksi işlevlerini daha iyi yerine getirdikleri için iş doyumlarının arttığını ve tükenmişliği daha az yaşadıklarını

düşündürmektedir. Ancak çalışmamızda iş doyumu ile ilgili bir karşılaştırma yapılmamıştır.

Hemşirelik Mesleğini İsteyerek Seçme Durumu (Tablo-17); Çalışmada, MTÖ'nin alt boyutları ile hemşirelik mesleğini isteyerek seçme durumları karşılaştırılmış, tüm puanları düşük düzeyde bulunmuştur. Buna göre; mesleğini isteyerek seçen bireylerde tükenmişlik riskinin az olduğu söylenebilir.

Hemşirelik Mesleğini İsteyerek Yapma Durumu (Tablo-18); Çalışmada, MTÖ'nin alt boyutları ile hemşirelik mesleğini isteyerek yapma durumları karşılaştırılmış, tüm puanları düşük düzeyde bulunmuştur. Buna göre; mesleğini isteyerek yapan bireylerde tükenmişlik riskinin az olduğu söylenebilir.

Hemşirelik Mesleğini Kendine Uygun Bulma Durumu (Tablo-19), Bu çalışmada; DT, D ve KB puanlarının karşılaştırılmasında hemşirelik mesleğini kendine uygun bulan hemşirelerde düşük puanlar bulunmuştur.

Çalışma Ortamından Memnun Olma Durumu (Tablo-20); Çalışmada; DT, D ve KB puanlarının karşılaştırılmasında, çalışma ortamından memnun olan hemşirelerin puanları düşük düzeyde bulunmuştur.

Çam (1991) çalışmasında, çalışma ortamından memnuniyet durumunun, mesleki yaşam üzerinde etkili bir değişken olacağını belirtmektedir. Çalışma ortamından memnun olmama, birçok nedenle birlikte olup, böyle bir değişkenin “tükenmişlik” süreci ile ilişkili olabileceğini ifade etmiştir.

Üstlerden Takdir Görme Durumu (Tablo-21); Bu çalışmada MTÖ'nin alt boyutlarının karşılaştırılmasında, DT puanları takdir gören hemşirelerin düşük düzeyde bulunurken, D ve KB puanlarında anlamlı farklılık bulunmamıştır.

Çam'ın (1991) çalışmasında belirttiği gibi, üstlerden alınan destek etkili bir sosyal destek sağlayabilir, ancak başarı duygusunu hastadan alınan destek kadar

etkilemez. Firth'ün çalışmasında da üstlerden destek görme ile DT arasında istatistiki olarak yüksek düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Başhemşirelerin liderlik tarzlarının da, çalışanların üstlerinden destek sağlamaları ve “tükenmişlik” süreçleri ile ilgili bir değişken olduğu belirtilmiştir. Kentsel ortamda yaşamının ve üstlerden destek görmemenin duygusal tükenmişliği arttırdığı bildirilmiştir. (Burnard, Edwards, Coyle, Fothergill, Hannigan, 2000a)

Çalışmamız ile bulunan bulgular, diğer araştırma bulguları ile uygunluk göstermektedir.

Mesleki Gelişim Konusundaki Düşünceler (Tablo-22); DT, D ve KB puanlarının karşılaştırılmasında, mesleki gelişimini iyimser olarak değerlendiren hemşirelerin puanları düşük düzeyde bulunmuştur.

Çam'ın çalışmasında (1991) mesleki yönden ilerleme olanaklarının bulunmasının, geleceğe bakışı, mesleki coşkuyu etkileyeceği ve bu yöndeki olumsuzlukların ise “tükenmişlik” olgusu ile ilişkili olduğu belirtilmiş ve MTÖ alt boyutları ile istatistiki yönden yüksek düzeyde anlamlı ilişkileri olduğu gösterilmiştir..

Hastaların Verilen Bakım Karşısında Takdir Etmeleri (Tablo-23); Bazı çalışanların güçlü bir onay görme ihtiyacı vardır. Yardım alanların gösterdiği minnettarlık, memnuniyet bu ihtiyacı doyurur. Başka bir grup çalışan suçluluk duygusu ile hareket eder ve başkaları için iyi şeyler yaparak bunu telafi etmeye çalışır. Yakın ilişki kurmakta güçlük çeken bir başka grup ise yardım ilişkisi ile bunu gidermeye çalışır. (Dolu, 1997; Solmuş, 2004)

Böyle motivasyonlarla hareket etmek her zaman kötü değildir. Ama yardım alanlar bu ihtiyaçları karşılamaya yönelik davranmazsa çalışan hayalkırıklığına uğrar, yardım alana düşmanlık duyar ve buna depresyon da eşlik edebilir. (Dolu, 1997)

DT, D ve KB puanlarının karşılaştırılmasında, hastaların verilen bakım karşısında takdir ettiklerini düşünen hemşirelerde düşük düzeyde bulunmuştur.

Psikiyatri kliniklerindeki hasta grupları duygusal durumlarındaki farklılıklar nedeni ile diğer kliniklerdeki hastalara göre farklılık göstermektedir. Bu durum da hemşireleri olumsuz etkileyerek tükenmişlik düzeylerini arttırmaktadır. Hemşirelerin empatik yaklaşım konusunda daha fazla eğitim almalarının onların tükenmişlik düzeylerini azaltabileceğini bize düşündürmektedir.

Meslektaşlardan Destek Görme Düzeyi (Tablo-24); MTÖ'nin alt boyutları ile meslektaşlardan destek görme düzeyinin karşılaştırılmasında, DT puanları çok az destek gördüğünü düşünen hemşirelerde yüksek düzeyde bulunurken, D ve KB puanları arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır.

Hepimizin tatmin etmek istediği bir takım temel psikolojik ihtiyaçlarımız vardır. Sevilmek, saygı görmek, beğenilmek gibi. Bu ihtiyaçların şiddeti ve karşılanma yolları tükenmişlik için önemlidir. Başkaları tarafından onay görme ve sevilme ihtiyacı tükenmişlikte önemli yer tutar. Kişi bunu sağlamak için çok çalışacaktır. Çalışmaları sonucu istediği onayı bulamazsa incinir ve insanlardan soğur. Hayatında sevilme ihtiyacını karşılayacak başka kaynaklar yoksa yardım veren meslekdaşlarından beklediği onaya daha fazla bağlanır. (Dolu, 1997; Solmuş, 2004; Anuk, 1999)

Çalışma arkadaşları, danışmanlar (süpervizörler), yöneticiler de iş ortamında önemli stres kaynaklarıdır. Meslektaşlarınız veya çalışma arkadaşlarınızla problem yaşamak tükenmişliğe neden olur. (Dolu, 1997; Solmuş, 2004; Akşahin, 1998; Anuk, 1999; Çam, 1991)

Ya iş arkadaşları, emosyonel stres kaynağı olup, duygusal tükenme ve olumsuz duyguların gelişmesine katkıda bulunabilirler, ya da kişiyi tükenmişlikle baş edebileceği kaynaklardan ve tükenmişliğin engellenmesinden mahrum edebilir. Meslek arkadaşlarıyla olan destekleyici ilişkiler tükenmişliğin engellenmesinde yardımcıdır. Çalışana destek sağlamayan danışmalar ve çalışma arkadaşları stres kaynağı ve tükenmişliğe eğilim yaratan bir faktör olarak bulunmuştur. Süpervizörden devamlı olarak gelecek olumsuz geribildirimler çalışan için yıkıcı olabilir.

Süpervizörün eleştirileri yapıcı olursa, çalışana kendini nasıl geliştireceğini göstermeye yönelik olursa ve çalışan her sıkıntısında süpervizörden rehberlik alırsa o zaman tükenmişliğe karşı gerekli olan destekleyici güçlerden birine sahip olabilecektir. (Dolu, 1997; Çam, 1991)

İstanbul İli'nde çeşitli psikiyatri kliniklerinde çalışan 175 hemşire üzerinde yapılan bu çalışmada, belirlediğimiz araştırma soruları doğrultusunda MTÖ puanlarına göre;

1. Çalışma grubumuzdaki psikiyatri hemşirelerinin duygusal tükenmelerinin, duyarsızlaşma ve kişisel başarı puanlarının ortalamasının altında olduğunu söyleyebiliriz.
2. Psikiyatri hemşirelerinin demografik özelliklerinden “yaş” ile tükenmişlik arasında bir ilişki vardır.
3. Psikiyatri hemşirelerinin mesleki özelliklerinden “çalışma süresi, çalışılan kurum, çalışma şekli, psikiyatri eğitimi alma durumu, mesleği isteyerek seçme ve yapma, mesleği kendine uygun bulma, çalışma ortamından memnun olma, mesleğin hak ettiği yerde olma düşüncesi, üstlerinden, meslektaşlarından ve hastalarından takdir görme, mesleki gelişim konusundaki düşünceleri, genel sağlık durumlarını nitelendirmeleri” ile tükenmişlik arasında bir ilişki vardır.

KAYNAKLAR

Adali E., Priami M. (2002), Burnout Among Nurses In Intensive Care Units, Internal Medicine Wards And Emergency Departments In Greek Hospitals, *ICUs and Nursing Web Journal*, **11**, 1-19

Ahola K., Honkonen T., Isometsa E., Kalimo R., Nykyri E., Aroma A., Lönnqvist J. (2005), The Relationship Between Job-Related Burnout and Depressive Disorders- Results from The Finnish Health 2000 Study, *Journal of Affective Disorders*, **88**, 55-62.

Akşahin H. (1998), *İstanbul İli Aile Hekimliği Uzmanlarında Burnout Sendromu*, T.C. Sağlık Bakanlığı Taksim Devlet Hastanesi Aile Hekimliği Koordinatörlüğü, Uzmanlık Tezi, İstanbul.

Alimoğlu M.K., Dönmez L. (2005), Daylight Exposure And The Other Predictors Of Burnout Among Nurses In A University Hospital, *International Journal Of Nursing Studies*, **42**, 549-555.

Angerer J.M. (2003), Job Burnout, *Journal Of Employment Counseling*, **40**, 98-107.

Anuk D. (1999), Tedavi Ekibinde Stres ve Tükenmişlik, *İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Psikiyatri ABD Konsültasyon Psikiyatrisi Bilim Dalı 1998-1999 Kongre Kitapçığı*, İstanbul, 182-188.

Arranz P., Ulla S.M., Ramos J.L., Rincon C., Lopez-Fando T. (2005), Evaluation Of A Counseling Training Program For Nursing Staff, *Patient Education and Counseling*, **56**, 233-239.

Barling J. (2001), Drowning Not Waving: Burnout and Mental Health Nursing, *Contemp Nurse*, **11**, 247-259.

Baltaş AZ (2004), *Stres ve Başa Çıkma Yolları*, Tükenme Belirtisi (77-95), İstanbul, 22.Basım, Remzi Kitabevi.

Bostancı S., *Hematoloji Hemşiresinin Psikososyal Durumu*, İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi, Hematoloji Bilim Dalı, Erişim:3.10.2005, www.thd.org.tr/sub/turk

Brown C. (2003), Low Morale and Burnout; Is The Solution To Teach A Values-Based Spiritual Approach?, *Complementary Therapies In Nursing*, **9**, 57-61.

Brunt G., *Burnout*, Erişim:01.06.2006, www.corporatetraining.co.za/news3.htm

Buldukoğlu K., Doğan S., Kum N., Öz F., Özaltın G., Özcan A., Pektekin Ç., Terakye G., Yurt V. (2000), *Psikiyatri Hemşireliği El Kitabı*, Kum N. (Ed), Psikiyatri Hemşireliği Uygulama Standartları (4-9), İstanbul, Vehbi Koç Yayınları.

Burnard P., Edwards D., Coyle D., Fothergill A., Hannigan B. (2000a), Stressors, Moderators and Stres Outcomes: Findings From The All-Wales Community Mental Health Nurse Study, *Journal Of Psychiatric And Mental Health Nursing*, **7**, 529-537.

Burnard P., Edwards D., Coyle D., Fothergill A., Hannigan B. (2000b), Community Mental Health Nurses In Wales: Self-Reported Stressors And Coping Strategies, *Journal Of Psychiatric And Mental Health Nursing*, **7**, 523-528

Cox T., Tisserand M. (2005), the Conceptualization and Measurement Of Burnout: Questions and Directions, *Work & Stres*, **19**, 187-191.

Çam O. (1991), *Hemşirelerde Tükenmişlik Sendromunun Araştırılması*, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Programı, Doktora Tezi, İzmir.

Çetinkaya A. ve Özbaşaran F. (2004), Üniversite Hastanesinde Görev Yapan Hemşirelerin İş Doyumu Düzeyleri ve Etkileyen Faktörler, *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **20** (1), 57-76

Demirel Y. , Güler N., Toktamış A., Özdemir D., Sezer E. (2005), Burnout Among High School Teachers In Turkey, *Middle East Journal of Family Medicine*, **3**, 34.

Dolu G. (1997), Onkolojide Çalışan Hekimlerde Tıbbi Sosyal Çalışma Açısından Tükenmişlik (Burnout) Sendromunun Araştırılması, İ.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Prevanatif Onkoloji ABD Psikososyal Onkoloji ve Eğitimi Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul

Dolunay B.A. (2002), Keçiören İlçesi “Genel Liseler ve Teknik-Ticaret-Meslek Liselerinde Görevli Öğretmenlerde Tükenmişlik Durumu” Araştırılması, *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*, **55**, 51-62.

Edwards D., Burnard P., Coyle D., Fothergill A., Hannigan B. (2000), Stres and Burnout In Community Mental Health Nursing: A Review Of The Literature, *Journal Of Psychiatric And Mental Health Nursing*, **7**, 7-14.

Ergin C., *Doktor ve Hemşirelerde Tükenmişlik ve Maslach Tükenmişlik Ölçeğinin Uyarlanması*, Ed:R.Bayraktar, VII. Ulusal Psikoloji Kongresi ve Türk Psikologlar Derneği Yayını, 143-154.

Ewers P., Bradshaw T., McGovern J., Ewers B. (2002), Does Trainin In Psychological Interventions Reduce Burnout rates In Forensic Nurses?, *Journal Of Advanced Nursing*, **37**, 470-476.

Fernet C., Guat F., Caroline S. (2004), Adjusting To Job Demands: The Role Of Work Self-Determination And Job Control In Predicting Burnout, *Journal of Vocational Behavior*, **65**, 39-56.

Gabbe S.G., Melville J., Mandel L., Walker E. (2002), Burnout In Chairs Of Obstetrics And Gynecology: Diagnosis, Treatment and Prenvention, *Transactions Of The Annual Meeting Of The American Gynecological And Obstetrical Society*, **186**, 601-612.

Gilliland B.E., James R.K.(1993), *Crisis Intervention Strategies*, Human Services Workers In Crisis: Burnout, Memphis State University, Brooks/Cole Publishing Company, California, 537-572.

Gil-Monte P.R., Peiro J.M. (1998), A Study On Significant Sources Of The “Burnout Syndrome” In Workers At Occupational Centres For The Mentally Disabled, *Psychology in Spain*, **2**, 116-123.

Grossi G., Perski A., Birgitta E., Blomkvist V., Orth-Gomer K. (2003),n Physiological Correlates Of Burnout Among Women, *Journal Of Psychosomatic Research*, **55**, 309-316.

Güdük M., Erol Ş., Yağcibulut Ö., Uğur Z., Özvarış Ş.B., Aslan D. (2005), Ankara’da Bir Tıp Fakültesi’nde Okuyan Son Sınıf Öğrencilerde Tükenmişlik Sendromu, *Sted Dergisi*, **14**,169-173.

Hakanen J.J., Bakker A.B., Schaufeli W.B. (2006), Burnout And Work Engagement Among Teachers, *Journal Of School Psychology*, **43**, 495-513.

Hannigan B., Edwards D., Coyle D., Fothergill A., Burnard P. (2000), Burnout In Community Mental Health Nurses: Findings From The All-Wales Stres Study, *Psychiatric Mental Health Nursing*, **7**, 127-134.

Happell B., Martin T., Pinikahana J. (2003), Burnout and Job Satisfaction: A Comparative Study Of Psychiatric Nurses From Forensic and A Mainstream Mental Health Service, *Journal of Mental Health Nursing*, **12**, 39-47.

Hochwalder J., Brucefors A.B. (2005), Psychological Empowerment At The Workplace As A Predictor Of İll Health, *Personality and Individual Differences*, **39**, 1237-1248.

Humpel N., Capputi P. (2001), Exploring The Relationship Between Work-Stress, Years Of Experience And Emotional Competency Using A Sample Of Australian Mental Health Nurses, *Journal Of Psychiatric And Mental Health Nursing*, **8**, 399-403.

Iacovides A., Fountoulakis K.N., Kapriniz St., Kaprinis G. (2003), The Relationship Between Job Stress, Burnout and Clinical Depression, *Journal of Affective Disorders*, **75**, 209-221.

Janosik E.H., Davies J.L. (1986), *Psychiatric Mental Health Nursing*, Staff Burnout As A Crisis, USA, 452-453.

Janssen P.P.M., Peeters M.C.W., Jonge J., Houkes I., Tummers G.E.R. (2004), Specific Relationships Between Job Demands, Job Resources And Psychological Outcomes and The Mediating Role Of Negative Work-Home Interference, *Journal of Vocational Behavior*, **65**, 411-429.

Jenkins R., Eliot P. (2004), Stressors, Burnout And Social Support: Nurses In Acute Mental Health Settings, *Journal of Advanced Nursing*, **48**, 622.

Kaçmaz N. (2005a), Tükenmişlik Sendromu, *İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Dergisi*, **68**,1-6. Erişim: 11.11.2005, <http://itfdergisi.com/text.php3?id=407>

Kaçmaz N. (2005b), Hemşirelerde İş Stresi ve Tükenmişlik, *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Hemşirelik Dergisi*, **8**,67-77

Kırılmaz A.Y., Çelen Ü., Sarp N. (2003), İlköğretim’de çalışan Bir Öğretmen Grubunda “Tükenmişlik Durumu” Araştırması, *İlköğretim-online*, **2**, 2-9, Erişim:03.10.2005, www.ilkogretim-online.org.tr.

Kilfedder C.J., Power K.G., Wells T.J. (2001), Burnout In Psychiatric Nursing, *Journal of Advanced Nursing*, **34**, 383-396.

Kraft U. (2006), Your Job Is Extremely Fulfilling. It Is Also Extremely Demanding – And You Feel Overwhelmed. You Are Not Alone, *Scientific American Mind*, **17**, 28-34.

Kushnir T., Levhar C., Cohen A.V.(2004), Are Burnout Levels Increasing? The Experience Of Israeli Primary Care Physicians, *IMAJ*, **6**, 451-455

Lackritz J.R. (2004), Exploring Burnout Among University Faculty: Incidence, Performance and Demographic Issues, *Teaching and Teacher Education*, **20**, 713-729.

Langelaan S., Bakker A.B., Van Doornen L.J.P., Schaufeli W. (2006), Burnout And Work Engagement: Do Individual Differences Make A Difference?, *Personality and Individual Differences*, **40**, 521-532

Lyckholm L. (2001), Dealing With Stres, Burnout and Grief In The Practice Of Oncology, *The Lancet Oncology*, **2**, 750-755.

Mackereth P.A., White K., Cawthorn A., Lynch B. (2005), Improving Stressful Working Lives: Counselling and Clinical Supervision For Staff, *European Journal of Oncology Nursing*, **9**, 147-154.

Mann S., Cowburn J. (2005), Emotional Labour and Stres Within Mental Health Nursing, *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, **12**, 154-162.

Maytum J.C., Heiman A.B., Garwick A.W. (2004), Compassion Fatigue and Burnout in Nurses Who Work With Children With Chronic Conditions and Their Families, *Pediatr Health Care*, **18**, 171-179.

McGrath A., Reid N., Boore J. (2003), Occupational Stres In Nursing, *International Journal of Nursing Studies*, **40**, 555-565.

McManus I.C. (2002), *The Lancet*, **360**, 1976.

McManus I.C., Winder B.C., Gordon D. (2002b), The Causal Links Between Stres and Burnout In A Longitudinal Study Of UK Doctors, *The Lancet*, **359**, 2089.

Merecz D., Rymaszewska J., Moscicka A., Kiejna A., Jarosz-Novak J. (2006), *Violence at The Workplace- A Questionnaire Survey of Nurses*, Erişim: 02.08.2006, <http://france.elsevier.com/direct/EURPSY>.

Minvielle E., Dervaux B., Retbi A., Aegerter P., Boumendi A., Jars-Guinestre M.C., Tenaillon A., Guidet B. (2005), Culture, Organization and Management In Intensive Care: Construction and Validation of A Multidimensional Questionnaire, *Journal of Critical Care*, **20**, 126-138.

Mommersteeg P.M.C., Heijnen C.J., Verbraak M.J.P.M., Doornen L.J.P. (2006), Clinical Burnout Is Not Reflected In The Cortisol Awakening Response, The Day-Curve Or The Reponse To A Low-Dose Dexamethasone Suppression Test, *Psychoneuroendocrinology*, **31**, 216-225.

Nyklicek I. Pop V.J. (2005), Past And Familial Depression Predict Current Symptoms Of Professional Burnout, *Journal of Affective Disorders*, **88**, 63-58.

Özdemir K., Özdemir H.D., Coşkun A., Çınar Z. (1999), Dişhekimliği Fakültesi Öğretim Elemanlarında Mesleki Tükenmişlik Ölçeğinin Değerlendirilmesi, *Cumhuriyet Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi Dergisi*, **2** (2), 98-104.

Pektekin Ç. (1992), *Anadolu Üniversitesi Açıköğretim Fakültesi Psikiyatri Önlisans Eğitimi Psikiyatri Hemşireliği*, Psikiyatri Hemşireliğinin Amaç, İnanç, İşlevleri ve Tarihsel Gelişimi Nasıldır?, Eskişehir, 4-10.

Perrewe P.L., Hochwarter W.A., Rossi A.M., Wallace A., Maignan I., Castro S.L., Ralston D.A., Westman M., Vollmer G., Tang M., Wan P., Van Deusen C.A. (2002), Are Work Stress Relationships Universal? A Nine-Region Examination Of Role Stressors, general Self-Efficacy And Burnout, *Journal Of International Management*, **8**, 163-187.

Pikihanana J., Happell B. (2004), Stres, Burnout and Job Satisfaction in Rural Psychiatric Nurses: A Victorian Study, *The Australian Journal of Rural Health*, **12**, 120-125.

Piko A.F. (2006), Burnout, Role Conflict, Job Satisfaction and Psychosocial Health Among Hungarian Health Care Staff: A Questionnaire Survey, *International Journal of Nursing Studies*, **43**, 311-318.

Pines A.M., Keinan G. (2005), Stres and Burnout: The Significant Difference, *Personality and Individual Differences*, **39**, 625-635.

Plana A.B., Fabregat A.A., Gassio J.B.(2003), Burnout Syndrome and Coping Strategies: A Structural Relations Model, *Psychology In Spain*, **7**, 46-55.

Prag P.W. (2003), Stres, Burnout and Social Support: A Review and call For Research, *Air Medical Journal*, **22**, 18-22.

Rice J.A. (1998), A Study Of Job Burnout In Technical Writers And Technical Illustrators/Designers At Lawrence Livermore National Laboratory, University of San Francisco, California

Roach B.L. (1994), Burnout and the Nursing Profession, *The Health Care Supervisor*, **12**, 41-48.

Silvia L., Gutierrez C., Rojáz P.L., Tovar S.S., Guadalupe J., Tirado O., Araceli I., Cotonieto M., Garciz L.H. (2005), Burnout Syndrome Among Mexican Hospital Nursery Staff, *Rev Med IMSS*, **43**, 11-15.

Solmuş T. (2004), *İş Yaşamında Duygular ve Kişilerarası İlişkiler*, Tükenmişlik, Beta Basım yayım Dağıtım A.Ş., İstanbul, 101-111.

Study of Burnout in Private Club Management – Research Findings, 01.12.2004, *Aspects of the Maslach Burnout Inventory (MBI)*, Erişim: 03.10.2005, www.cmaa.org/publish/burnout/findings.htm.

Sundin L., Hochwalder j., Bildt C., Lisspers j.(2006), The Relationships Between Work-Related Sources of Social Support And Burnout Among Registered and Assistant Nurses In Sweden: A Questionnaire Survey, Erişim: 01.05.2006, www.elsevier.com/locate/ijnurstu.

Sünter A.T., Canbaz S., Dabak Ş., Öz H., Peşken Y. (2006), Pratisyen Hekimlerde Tükenmişlik, İşe Bağlı Gerginlik ve İş Doyumu Düzeyleri, *Genel Tıp Dergisi*, **16** (1), 9-14.

Taycan O., Kutlu I., Çimen S., Aydın N. (2006), Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerde Depresyon ve Tükenmişlik Düzeyinin Sosyodemografik Özelliklerle İlişkisi, *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, **7**, 100-108.

Tevrüz S. (Ed) (1997), *Endüstri ve Örgüt Psikolojisi*, İçinde Torun A., Stres ve Tükenmişlik, Türk Psikologlar Derneği, 43-55.

Tot Ş., Bal N. (2003), Tıp Doktorlarında Psikiyatrik Sorunlar, *Yeni Symposium*, **41** (3), 143-150.

Tuğrul B., Çelik E., *Normal Çocuklarda Çalışan Anaokulu Öğretmenlerinde Tükenmişlik*, Erişim:03.10.2005, www.gafgaz.edu.tr/az/journal/g.

Ünal S., Karlıdağ R., Yoloğlu S. (2001), Hekimlerde Tükenmişlik ve İş Doyumu Düzeylerinin Yaşam Doyumu Düzeyleri İle İlişkisi, *Klinik Psikiyatri Dergisi*, **4**, 113-118.

Üstün B. (1995), *Hemşirelerin Atılganlık ve Tükenmişlik Düzeyleri*, Hacettepe üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı Doktora Tezi, Ankara.

Van Der Linden D., Keijsers G.P.J., Van Schaijk A.V. (2005), Work Stres And Attentional Difficulties: An Initial Study On Burnout and Cognitive Failures, *Work & Stres*, **19**, 23-36.

Willcock S.M., Daly M.G., Tennant C.C., Allard B. (2004), The Early Years-Research, *MJA*, **181** (7), 357-360.

Yardım V. (1995), *Örgütsel Yaşamda Tükenmişlik Duygusu Doktor ve Hemşirelerin Tükenmişlik Duygularını Belirlemeye Yönelik Bir Araştırma*, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Fakültesi Personel Yönetimi ABD, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

Zapf D. (2002), Emotion Work And Psychological Well-Being A Review Of The Literature And Some Conceptual Considerations, *Human Resource Management Review*, **12**, 237-268.

FORMLAR**EK-1****BİREYSEL ANKET FORMU**

Değerli çalışan;

Bu çalışma, siz psikiyatri hemşirelerinin meslekleriyle ilgili olarak karşılaştıkları güçlükleri belirlemek ve bu güçlüklerle çözüm bulmak amacı ile hazırlanmıştır. Araştırma sonuçlarının güvenilirliği açısından soruları içten ve tam olarak doldurmanız gerekmektedir.

İlginiz ve zaman ayırdığınız için teşekkürler...

Özlem SİNAT

İ.Ü.Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu
Psikiyatri Hemşireliği Yüksek lisans Programı

DANIŞMAN

Yard.Doç.Dr.Yasemin KUTLU
İ.Ü. Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu
Psikiyatri Hemşireliği ABD

1. Yaşınız.....
2. Medeni durumunuz:
 - a. Bekar
 - b.Evli
 - c.Boşanmış
 - d.Diğer.....
3. Çocuğunuz var mı?
 - a. Evet
 - b.Hayır (5.soruya geçiniz)
4. Kaç çocuğunuz var?.....
5. Eğitim durumunuz:
 - a. Sağlık Meslek Lisesi Mezunu
 - b.Önlisans
 - c.Lisans
 - d. Yüksek lisans
 - e.Doktora
6. Kaç yıldır hemşire olarak çalışıyorsunuz?.....
7. Kaç yıldır psikiyatri hemşiresi olarak çalışıyorsunuz?.....
8. Daha önce mesleğiniz dışında bir işte çalıştınız mı?
 - a. Evet
 - b.Hayır
9. Evet ise nerede? Açıklayınız.....
10. Çalışmakta olduğunuz kurum aşağıdakilerden hangisidir?
 - a. Devlet Hastanesi
 - b.SSK Hastanesi
 - c.Üniversite Hastanesi
11. Haftada kaç saat çalışıyorsunuz?.....
12. Çalışmakta olduğunuz kurumda halen aşağıdaki görevlerden hangisini üstlenmektesiniz?
 - a. Servis sorumlu hemşiresi
 - b.Servis hemşiresi
 - c.Eğitim Hemşiresi
13. Kurumda çalışma şekliniz nasıldır?
 - a. Sürekli gündüz
 - b.Sürekli gece
 - c.Bazen nöbet
 - d. Vardiya
 - e.Diğer(Açıklayınız).....
14. Ortalama olarak bakım vermek durumunda olduğunuz hasta sayısı nedir?
 - a. Gündüz.....
 - b.Gece.....
15. Bakım vermek zorunda olduğunuz hasta grupları nelerdir? Yazınız (Örn: madde bağımlıları, şizofren...gb)
16. Psikiyatri hemşireliği için bir eğitim aldınız mı?
 - a. Evet
 - b.Hayır
17. Psikiyatri hemşireliği alanında çalışmanızın temel nedeni nedir? Açıklayınız.
18. Hemşirelik mesleğini isteyerek mi seçtiniz?

- a. Evet b.Hayır
19. Mesleğinizi isteyerek mi yapıyorsunuz?
- a. Evet b.Hayır
20. Mesleğini kendinize uygun buluyor musunuz?
- a. Evet b.Hayır
21. Mesleğinizdeki verim düzeyinizi nasıl değerlendirirsiniz?
- a. Çok Kötü b.Kötü c.Orta d.İyi e.Çok iyi
22. Çalışma ortamınızdan memnun musunuz?
- a. Evet (24.soruya geçiniz) b.Hayır
23. Çalışma ortamınızdan memnun değilseniz olmama nedenlerinizi yazınız.
24. Sizce mesleğiniz toplumda hak ettiği yerde midir?
- a. Evet b.Hayır
25. Gelir durumunuz sizce nasıldır?
- a. Kötü b.Orta c.İyi
26. Ek geliriniz var mı?
- a. Evet b.Hayır
27. Hizmet içi eğitim alıyor musunuz?
- a. Evet b.Hayır
28. Mesleki gelişiminize yönelik neler yapıyorsunuz?
29. Üstlerinizden takdir görüyor musunuz?
- a. Evet b.Hayır c.Arada sırada
30. Sizce psikiyatri hemşireliği sizin kişisel gelişiminize ne derece katkıda bulunuyor?
- a. Oldukça çok katkıda bulunuyor
- b. Katkıda bulunuyor
- c. Katkıda bulunmuyor
- d. Hiç katkıda bulunmuyor
31. Genel olarak mesleki gelişiminizi düşündüğünüzde kendinizi nasıl hissediyorsunuz?
- a. İyimser b.Kötümser
32. Hastalarınızın onlara verdiğiniz bakım konusunda sizi takdir etmeleri ve cesaretlendirmelerine ilişkin olarak ne düşünüyorsunuz?
- a. Takdir ediyorlar b.Arasıra takdir ediyorlar c.Takdir etmiyorlar
33. Çalışmalarınız sırasında veya dışında meslektaşlarınızdan ne derecede destek görüyorsunuz?
- a. Oldukça çok b.Çok c.Orta d.Az e.Çok az

34. Genel olarak, yaşamınızda zor durumda kaldığınızda en çok kimlerden yardım istersiniz?

- a. Anne, baba ve kardeşlerimden
- b. Eşimden
- c. Arkadaşlarımdan
- d. Akrabalarımdan
- e. İdarecilerimden
- f. Hiç kimseden
- g. Diğer

(açıklayınız).....

35. Genelde sağlınız konusunda ne düşünüyorsunuz?

- a. Çok iyib.İyi
- c.Orta
- d.Kötü
- e.Çok kötü

EK-2**MASLACH TÜKENMİŞLİK ÖLÇEĞİ**

Aşağıda bireylerin işleriyle ilgili tutumlarını yansıtan ifadeler yer almaktadır. Her bir ifadenin örneklediği durumu ne sıklıkla yaşadığınızı uygun yanıt aralığını yanına yazarak belirtiniz.

Sıklık dereceleri:

- 0 Hiçbirzaman
- 1 Nadiren
- 2 Bazen
- 3 Çoğu zaman
- 4 Herzaman,

Örnek:3...Kendimi işimden duygusal olarak uzaklaşmış hissediyorum.

SORU	HANGİ SIKLIKTA (0-4)	CÜMLELER
1	DT	Kendimi işimden duygusal olarak uzaklaşmış hissediyorum.
2	DT	İşgünün sonunda kendimi bitkin hissediyorum.
3	DT	Sabah kalkıp, yeni bir iş günü ile karşılaşmak zorunda kaldığımda kendimi yorgun hissediyorum.
4	KB	Hastalarımın pek çok şey hakkında neler hissettiklerini kolayca anlayabilirim.
5	D	Bazı hastalarım onlar sanki kişilikten yoksun bir objeymiş gibi davrandığını hissediyorum.
6	DT	Bütün gün insanlarla çalışmak benim için gerçekten bir gerginliktir.
7	KB	Hastalarımın sorunlarını etkili bir şekilde hallederim.
8	DT	İşimin beni tükettiğini hissediyorum.
9	KB	İşimle diğer insanların yaşamlarını olumlu yönde etkilediğimi hissediyorum.
10	D	Bu mesleğe başladığımdan beri, insanlara katılaştım.
11	D	Bu işin beni duygusal olarak katılaştırdığı için sıkıntı duyuyorum.
12	KB	Kendimi çok enerjik hissediyorum.
13	DT	İşimin beni hayal kırıklığına uğrattığını düşünüyorum.

14	DT	İşimde gücümün üstünde çalıştığımı hissediyorum.
15	D	Bazı hastaların başına gelenler, gerçekten umurumda değil.
16	DT	Doğrudan insanlarla çalışma bende çok fazla stres yaratıyor.
17	KB	Hastalarımı rahat bir atmosferi kolayca sağlayabilirim.
18	KB	Hastalarımınla yakın ilişki içinde çalıştıktan sonra kendimi ferahlamış hissediyorum.
19	KB	Bu meslekte pek çok değerli işler başardım.
20	DT	Kendimi çok çaresiz hissediyorum.
21	KB	İçimde duygusal sorunları bir hayli soğukkanlılıkla hallederim.
22	D	Hastaların bazı problemleri için beni suçladıklarını hissediyorum.

İZİN FORMU**İ. T. F.****FAKÜLTE YÖNETİM KURULU KARARLARI****No:25****11.07.2006 Tarihinde Toplanan Yönetim Kurulunca:**

İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksek Okulu Psikiyatri Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Özlem SINAT'ın yürüteceği "Psikiyatri Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin Tükenmişlik Düzeyinin Araştırılması" isimli tez çalışması ile ilgili Fakültemiz Yerel Etik Kurul Başkanlığı'nın olumlu görüş yazısı müzakere edildi.

Çalışma Fakültemiz Öğretim Üyesi Doç.Dr.Mine ÖZKAN ve Hemşirelik Hizmetleri Müdürü Yard. Doç.Dr. Yasemin KUTLU'nun denetiminde yapılacaktır. Bahsedilen tez çalışmanın uygulanmasına karar verildi.

Aslı Gibidir.



Sadettin KILIÇTAŞ
Fakülte Sekreteri



T. C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ
DEKANLIĞI



Kodu : B. 30.2. İST. 0.02.00.00

Sayı : 4/2008

Konu :

İstanbul, / / 200....

13.07.2006*016292

HEMŞİRELİK HİZMETLERİ MÜDÜRLÜĞÜ'NE

İLGİ: 21.02.2006 tarih ve 191 sayılı yazınız.

İlgi yazınızda bahsedilen İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Psikiyatri Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Özlem SİNAT'ın yaptığı "Psikiyatri Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin Tükenmişlik Düzeyinin Araştırılması" isimli tez çalışması ile ilgili Fakültemiz Yönetim Kurulu'nun 11.07.2006 tarih ve 25 nolu karar örneği ekte sunulmuştur.

Bilgilerinizi saygılarımla rica ederim.

Prof. Dr. Zafer ARI
Dekan Yardımcısı

EK: 1



T.C
İSTANBUL VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

26/05/2006

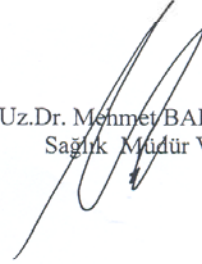
SAYI :APK.B104İSM.4340000/ 
KONU :Tez Çalışması

İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
FLORANCE NIGHTINGALE HEMŞİRELİK YÜKSEKOKULU
MÜDÜRLÜĞÜ
PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ
ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞI

İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu yüksek lisans öğrencisi Özlem SİNAT'ın " Psikiyatri Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerde Tükenmişlik Düzeyinin Araştırılması" İrdelenmesi konulu tez çalışmasını yapması Müdürlüğümüzce uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi rica ederim.

Uz.Dr. Mehmet BAKAR
Sağlık Müdür V.





T.C.
İSTANBUL VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

26/05/2006

SAYI :APK.B104İSM.4340000/ 590
KONU :Tez Çalışması

ERENKÖY RUH SAĞLIĞI HASTANESİ

İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu yüksek lisans öğrencisi Özlem SİNAT'ın " Psikiyatri Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerde Tükenmişlik Düzeyinin Araştırılması" İrdelenmesi konulu tez çalışmasını kurumunuzda yapması uygun görülmüştür.

Bu konuda gereğinin yapılmasını rica ederim.

Uz.Dr. Mehmet BAKAR
Sağlık Müdür V.

Dağıtım: Bakırköy Ruh ve Sin.Hast.EAH
Erenköy Rug Sağ.Hast.

PROTOKOL**Taraflar:**

Madde 1- Bu protokol TC Sağlık Bakanlığı ile
 Üniversitesi/Hastanesi
 Fakültesi/Kliniği arasında düzenlenmiştir.
 Çalışmanın gerçekleştirileceği kurum/kuruluş Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları
Hastanesi ve Frenkçay Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi dir.

Bu çalışmada görevlendirilen kişi/kişiler Özlem SİNAT dir.

Konusu:

Madde 2- Bu protokol ilimiz sınırları içinde İstanbul İl Sağlık Müdürlüğüne bağlı kurum ve kuruluşlarda verilen hizmetleri, yapılan koruyucu sağlık hizmeti çalışmalarını ya da yapılan kayıtlar sonucu elde edilen istatistik verileri içeren ve kurum personeli ve/veya kuruma başvuran kişilerle yapılacak anket çalışmalarını kurala bağlamak amacı ile düzenlenmiştir.
 Yapılacak bilimsel çalışma proje aşamasında iken İl Sağlık Müdürlüğü tarafından değerlendirilecektir.
 Çalışma uygulanırken kapsam dışı hiçbir veri toplanmayacaktır.
 Veri toplama sırasında Sağlık Bakanlığı Personelinden de yararlanılacaksa ayrıca Sağlık Müdürlüğünden onay alınacaktır.

Sözleşme şartlarında aykırılık:

Protokol süresince yapılacak çalışmalar sırasında, yapılan çalışmayı devam ettiren kişiler aynı olacaktır. Saha çalışmasına katılan ve protokolle tesbit edilen kişide değişiklik yapılması ya da yeni kişinin çalışmaya dahil edilmesi ancak Sağlık Müdürlüğünün onayı olursa olacaktır. Ya da protokol iptal edilecektir.

Protokolün süresi: Başlangıç 26.05.2006 / **Bitiş** 26.11.2006

Protokol, çalışmanın taraflarca planlanan ve kabul edilen süresi ile sınırlıdır. Uzatılması ancak yeni bir protokole bağlıdır. Şartlarda oluşabilecek değişikliklere bağlı olarak Sağlık Müdürlüğü protokolü daha önce de sonlandırabilir.

İhtilafların çözümü:

Protokolün uygulanması ile ilgili çıkabilecek sorunlar tarafların yetkili temsilcileri tarafından görüşülecek çözülecektir.

Yürürlük:

Çalışma yayın/tez haline getirilmeden önce Sağlık Müdürlüğünün ilgili şubesi tarafından verilerin analizi değerlendirilecektir. Toplum sağlığı açısından sakıncalı verilerin yayınlanması kısıtlanabilir.
 Çalışmayı gerçekleştiren kişi ya da kişiler kurumda görevlendirileceklerse ayrıca vilayet oluru da alınacaktır.

Her çalışmanın biri Sağlık Müdürlüğü personeli olmak üzere en az iki yürütücüsü olacaktır.

Yapılan çalışmanın Sağlık Müdürlüğü ilgili şubesi ile görüş alışverişinde bulunacak ve yürütücüsü Say süre ile değerlendirmeler yapılacaktır.

Yapılacak çalışmalarda Protokole ek olarak vilayet oluru da alınacaktır.

Çalışma esnasında her tür ilaç uygulaması veya girişim için gerek hastanın kendisi ya da yasal vasisinden gerekse etik kuruldan onay alınacaktır.

Çalışmanın 3 örneği CD ortamında teslim edilecektir.

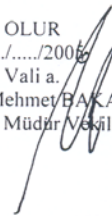
Taraflar:

26.05.2006
 Ünvanı-Adı-Soyadı
Özlem SİNAT



...../...../2006
 Ünvanı-Adı-Soyadı
Emine Altınel
Ertel

OLUR
/...../2006
 Vali a.
 Uz.Dr.Mehmet BAKAR
 Sağlık Müdür Vekili





T.C
İSTANBUL VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

26/05/2006

SAYI :APK.B104İSM.4340000/ 390
KONU :Tez Çalışması

BAKIRKÖY
PROF.DR. MAZHAR OSMAN RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI
EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu yüksek lisans öğrencisi Özlem SİNAT'ın " Psikiyatri Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerde Tükenmişlik Düzeyinin Araştırılması" İrdelenmesi konulu tez çalışmasını kurumunuzda yapması uygun görülmüştür.

Bu konuda gereğinin yapılmasını rica ederim.

Uz.Dr. Mehmet BAKAR
Sağlık Müdür V.

Dağıtım: Bakırköy Ruh ve Sin.Hast.EAH
Erenköy Rug Sağ.Hast.



T.C
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
FLORENCE NIGHTINGALE HEMŞİRELİK YÜKSEKOKULU
MÜDÜRLÜĞÜ
PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ
ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞI



Tel: 0212 440 00
Faks: 0212 224 4

Sayı: B.30.2.İST.0.82.00.00/ 36

31.01.2006

Marmara Üniversitesi
Tıp Fakültesi Hemşirelik Hizmetleri
Müdürlüğü'ne,

Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı'nda, Yrd.Doç.Dr. Yasemin Kutlu'nun danışmanlığında yüksek lisans eğitimine devam eden Özlem Sinat'ın "Psikiyatri Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerde Tükenmişlik Düzeyinin Araştırılması" başlıklı tez çalışmasının verilerini kurumunuzda toplayabilmesi için gereğinin yapılmasını saygılarımla arz ederim.

25.5.06
Aynur ALTUN
M.Ü. Hastanesi
Hemşirelik Hizmetleri
Müdür Yard.

Doç. Dr. Sevim Buzlu
Psikiyatri Hemşireliği
Anabilim Dalı Başkanı



T.C.
MALTEPE ÜNİVERSİTESİ
Tıp Fakültesi Dekanlığı
Psikiyatri Anabilim Dalı Başkanlığı

Sayı : B.30.2MLT.0 01.00.01 / 4170 / 82
Konu : Özlem Sinat'ın tez çalışması hk.

22.03.2006

İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Müdürlüğü
Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı Başkanlığı

Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı'nızda Yrd. Doç. Dr. Yasemin Kutlu'nun danışmanlığında yüksek lisans eğitime devam eden öğrenciniz Özlem Sinat'ın "Psikiyatri Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerde Tükenmişlik Düzeyinin Araştırılması" başlıklı tez çalışmasının verilerini kurumumuzda toplaması uygun görülmüştür. Bilginize sunulur.

Doç. Dr. Özkan Pektaş

Psikiyatri Anabilim Dalı Öğretim Üyesi



T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ
PSİKİYATRİ ANABİLİM DALI

Sayı:2006/ 627
Konu:

06.04.2006

T.C
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
FLORENCE NIGHTINGALE
HEMŞİRELİK YÜKSEK OKULU MÜDÜRLÜĞÜ' NE

İLGİ: 31.01.2006 tarih ve 41 S. yazınıza.

Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı' da Yrd. Doç. Dr. Yasemin KUTLU' nun danışmanlığında yüksek lisans eğitimine devam eden, Özlem SİNAT' ın "Psikiyatri Kliniğinde Çalışan Hemşirelerde Tükenmişlik Düzeyinin Araştırılması" başlıklı tez çalışması için psikiyatri servisinde veri toplaması Anabilim Dalımızca uygun görülmüştür.
Bilgilerinize sunulur.

Prof. Dr. M. Bilgin SAYDAM
Psikiyatri Anabilim Dalı
Başkanı



Konu: Özlem Sinat'ın

Sayı :

Konu :

8-21

tez çalışması yap.hak.

Istanbul Üniversitesi
Florence Nightingale Hemşirelik
Yüksekokulu Müdürlüğüne

T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ
DEKANLIĞI



12 Nisan 2006

Istanbul, / /

İLGİ: Yükseköğretim Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı Başkanlığının
31.01.2006 tarihli, 38 sayılı yazısı:

Yüksekokulunuz Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalında
Yrd.Doç.Dr.YASEMİN KUTLU'nun danışmanlığında yüksek lisans eğitimine devam eden ÖZLEM
SİNAT'ın "Psikiyatri Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerde Tükenmişlik Düzeyinin Araştırılması"
başlıklı tez çalışmasının verilerini Fakültemizde toplanmasının uygun görüldüğü hakkında Fakültemiz
Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğünden alınan 07.04.2006 tarihli, 711 sayılı yazının bir fotokopisi
ilişikte sunulmuş olup, konu Dekanlığınızda da uygun görülmüştür.
Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

5. Nisan 2006
12.4.2006

Eki:
1 yazı fotokopisi

FLORENCE NIGHTINGALE
Hemşirelik Yüksekokulu
Müdürlüğüne
13.4.2006

Prof.Dr.Özgün ENVER
Dekan

[Signature]

T.C
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ
HEMŞİRELİK MÜDÜRLÜĞÜ

Sayı: 711

7.4.2006

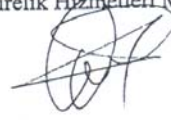
İ.Ü. CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ
DEKANLIĞI

Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Dekanlığına

Sayı: 711
GİZLİ TEBİH: 10 Nisan 2006İLGİ: 5.4.2006 G.ve 749 sayılı yazınıza
İ.Ü.Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu

Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalında Yrd.Doç.Dr. YASEMİN KUTLU' nun
danışmanlığında yüksek lisans eğitime devam eden ÖZLEM SİNAT' ın "Psikiyatri
Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerde Tükenmişlik Düzeyinin Araştırılması" tez çalışması ile
ilgili veri toplanının uygun olduğunu bilgilerinize arz ederim.

Uz. Hem.GÜLAY YEŞİL TEPE KAÇAR
Hemşirelik Hizmetleri Müdürü



Ba-yıldız

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	Özlem	Soyadı	Sinat
Doğ.Yeri	İzmir	Doğ.Tar.	03.09.1980
Uyruğu	T.C.	TC Kim No	20405801392
Email	ozlemsinat@yahoo.com	Tel	0 505 780 21 72

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mez. Yılı
Lisans	İ.Ü.Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu	2003
Lise	70.Yıl Marmaris Anadolu Sağlık Meslek Lisesi	1999

İş Deneyimi (Sondan geçmişe doğru sıralayın)

	Görevi	Kurum	Süre (Yıl - Yıl)
1.	Tanıtım Sorumlusu	Eczacıbaşı Sağlık Hizmetleri	Temmuz 2005-Devam...
2.	Organizasyon Sorumlusu	Avicenna Sağlık Hizmetleri A.Ş.	Ağustos 2003-Aralık 2004

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama*	Konuşma*	Yazma*	ÜDS Puanı	(İstanbul Üniversitesi İngilizce) Puanı
İngilizce	İyi	İyi	İyi	48	66

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
LES Puanı			
(Diğer) Puanı			

Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma becerisi
MS Ofis (Word, Excel, Powerpoint, Access)	İyi
Medix Programı	İyi

Özel İlgi Alanları: İnternette araştırma yapmak, kitap okumak, latin dansları, sinema, halk dansları