

T.C.
ZONGULDAK KARAEMLAS ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

ÜNİVERSİTE UYGULAMA VE ARAŞTIRMA HASTANESİNDE
ÇALIŞAN HEMŞİRE, EBE, SAĞLIK MEMURU VE ACİL TIP
TEKNİSYENLERİNİN TÜKENMİŞLİK VE DEPRESYON
DÜZEYİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

EMEL ERTUĞRUL

YÜKSEK LİSANS TEZİ

TEZ DANIŞMANI
DOÇ. DR. FERRUH NİYAZİ AYOĞLU

ZONGULDAK
2010

T.C.
ZONGULDAK KARAEMLAS ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

ÜNİVERSİTE UYGULAMA VE ARAŞTIRMA HASTANESİNDE
ÇALIŞAN HEMŞİRE, EBE, SAĞLIK MEMURU VE ACİL TIP
TEKNİSYENLERİNİN TÜKENMİŞLİK VE DEPRESYON
DÜZEYİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

EMEL ERTUĞRUL

YÜKSEK LİSANS TEZİ

TEZ DANIŞMANI
DOÇ. DR. FERRUH NİYAZİ AYOĞLU

ZONGULDAK

2010

KABUL ve ONAY:

**"ÜNİVERSİTE UYGULAMA VE ARAŞTIRMA HASTANESİNDE ÇALIŞAN
HEMŞİRE, EBE, SAĞLIK MEMURU VE ACİL TIP TEKNİSYENLERİNİN
TÜKENMİŞLİK VE DEPRESYON DÜZEYİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ"**

başlıklı bu çalışma jürimiz tarafından değerlendirilerek, Halk Sağlığı Anabilim
Dalında Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

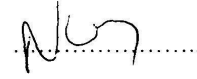
Başkan : Doç. Dr. Ferruh N. AYOĞLU



Üye : Doç. Dr. Sibel KIRAN



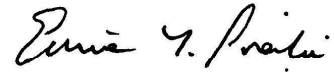
Üye : Doç. Dr. Nuray ATASOY



ONAY:

Yukarıdaki imzaların, adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

11.11.2010



Prof. Dr. Emine YILMAZ SİPAHİ

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

ÖNSÖZ

Öncelikle, yüksek lisans boyunca emeği, hoşgörüsü ve yol göstericiliği, üstün manevi desteği, çalışma konusunun belirlenmesi, çalışma yapılmasındaki bilimsel katkıları, çalışmanın istatistiksel olarak planlanmasında ve diğer her aşamasında bilgi ve deneyimleriyle, mükemmel kişiliği, mütevazılığı ve profesyonelliği ile yardımını hiç esirgemeyen Tez Danışmanım Sayın Doç. Dr. Ferruh Niyazi Ayoğlu 'na en içten şükranlarımı sunar, teşekkürü bir borç bilirim.

Yine öğrenimim boyunca bilgilerinden, emeklerinden ve desteklerinden dolayı Sayın Doç. Dr. Mehmet Ali Kurçer'e ve Sayın Doç. Dr. Sibel Kıran'a,

Arkadaşlıkları, sabırları, manevi ve motivasyon destekleri için Kalp Damar Cerrahi Ameliyathanesinde çalışan mesai arkadaşlarımdan Meltem Erol'a, Elif Dinçer'e, Aliye Ateş'e ve can dostum yaşam koçuma,

Tez aşamasında manevi desteklerinden dolayı can dostlarımdan Türkan Akyol Güner ve Neslihan Yılmaz'a.

Tezin uygulama aşamasında gerekli yasal desteği ve kolaylığı sağlayan Zonguldak Karaelmas Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi Başhekimi Sayın Prof. Dr. Mustafa Cömert'e ve Hastane Müdürü Sayın Uzm. Muharrem Sarıkaya'ya,

Çalışmama katılan tüm hemşire, ebe, sağlık memuru, acil tıp teknisyenleri arkadaşlarıma,

Sağlık Bilimleri Enstitü Sekreteri Sayın Neşe Kaya ve sekreter Sayın Nihal Kayabaşı'na,

Beni bugünlere getiren ve her ihtiyacım olduğunda yanımda olan, zor günlerimde beni hiçbir zaman yüzüstü bırakmayan, tezimin her aşamasında olağanüstü destekleri ve her halime sabır gösteren çok değerli babam Nevzat Ertuğrul' a ve çok değerli annem Emine Ertuğrul'a, tez aşamasında manevi desteği ve sabrı için ablam Sibel Ertuğrul Akdeniz'e en içten duygularıyla teşekkür ederim.

Emel ERTUĞRUL

Ağustos 2010, ZONGULDAK

ÖZET

Emel Ertuğrul, Üniversite Uygulama ve Araştırma Hastanesinde Çalışan Hemşire, Ebe, Sağlık Memuru ve Acil Tıp Teknisyenlerinin Tükenmişlik ve Depresyon Düzeyinin Değerlendirilmesi. Zonguldak Karaelmas Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Zonguldak, 2010

Tükenmişlik ve depresyon sağlık çalışanlarda gözlenen yaygın ve önemli sağlık sorunlarıdır. Tanımlayıcı ve kesitsel tipteki bu çalışmanın amacı bir üniversite hastanesinde çalışan hemşire, ebe, sağlık memuru ve acil tıp teknisyenlerinde tükenmişlik ve depresyon sıklığının değerlendirilmesidir. Katılımcı sayısı 270 olan çalışmada veriler anket formu ile toplanmış ve SPSS programı ile değerlendirilmiştir. İstatistiksel analizlerde Bonferroni düzeltmeli Anova varyans analizi, Kruskal-Wallis varyans analizi, bağımsız gruplarda t testi, Mann-Whitney U testi ve korelasyon analizi kullanılmış, analiz sonuçları %95 güven aralığında değerlendirilmiş ve ortalama değerler “aritmetik ortalama±standart sapma olarak gösterilmiştir. Katılımcıların tükenmişlik ve depresyon durumları Maslach Tükenmişlik Ölçeği ve Beck Depresyon Envanteri ile değerlendirilmiştir. Sık sık/her zaman depresyon hissedenlerde, psikiyatrik yardıma ihtiyaç duyan ancak almamış, iş yaşamından memnun olmayan, üstleri tarafından takdir edilmediğini ve mesleğinin kendisine uygun olmadığını düşünenlerde dört puanlama da olumsuz yönde farklıydı. Duygusal tükenme puanı kadınlarda, lisans ve üzeri eğitimlilerde uyku sorunu yaşayanlarda, 6–10 yıl mesleki deneyimi olanlarda, çalıştığı bölüm idare tarafından belirlenmiş olanlarda, sürekli gece çalışanlarda, çalışma süresi >50 saat/hafta olanlarda, sosyal etkinliklere katılımı yetersiz olanlarda, mesleğini istemeyerek seçmiş, ayrılıp başka işte çalışmak isteyenlerde, duyarsızlaşma puanı mesleği bırakıp çalışmak istemeyenlerde ve dernek vb kuruluşlara üye olmayanlarda, depresyon puanı lise mezunlarında, kira ödeyenlerde, sık sık uyku sorunu yaşayanlarda sosyal etkinlik katılımı yetersiz olanlarda, mesleğini bırakıp çalışmak istemeyenlerde, sigara kullananlarda ve meslektaşları tarafından desteklenmediğini düşünenlerde daha yüksekti. Kişisel başarı puanı kadınlarda, sosyal etkinliklere yetersiz katılanlarda, mesleğini bırakıp çalışmak istemeyenlerde ve işe toplu taşıt aracı ile gidenlerde daha düşüktü. Depresyon ve tükenmişlik sağlık çalışanları arasında varlığını sürdüren bir sağlık sorunudur, çalışma koşullarının iyileştirilmesi ve çalışanlara tükenmişlik ve

depresyon ile baş etmeye yönelik eğitimler verilmesi bu sağlık sorunlarından korunulmasına katkı sağlayacaktır.

Anahtar Sözcükler: Tükenmişlik Sendromu, Maslach Tükenmişlik Ölçeği, Depresyon, Beck Depresyon Envanteri, İş sağlığı, Sağlık çalışanları.

Bilim Kodu: 1029.1

İNGİLİZCE ÖZET (ABSTRACT)

Emel Ertuğrul Exhaustion and the Frequency of Depression on Nurses, Midwives, Medical Officers and Emergency Medical Technicians Who Work at a University Hospital Karaelmas University, Insitute of Health Sciences, Department of Public Health, Master of Science Thesis, Zonguldak, 2010.

Burnout and depression are common and important health problems of the health workers. As a descriptive and cross-sectional study, the aim is to evaluate the exhaustion and the frequency of depression on nurses, midwives, sanitary servant and emergency medical technicians who work at a university hospital. In the study the data was collected with questionnaire form the 270 participants and assessed by SPSS programme. Anova variance, Kruskal-Wallis variance analyses, student t, Mann-Whitney U and Bonferroni tests, and corelation analysis are used in statistical analysis, all analysis results considered with a 95% confidence interval and mean values shown as “arithmetic mean $\pm$ standard deviation”. The Burnout and depression degree (condition) of the participants has been evaluated with Maslach Bunout Scoring and Beck Depression Inventory. Four scoring were statiscally different in who often/always feel depression, with need psychological assistance but not taken any, unhappy in their work life, unappreciated by their chief and think their career not suitable for them. Emotional Burnout was found higher in women, graduate and postgraduate students, suffering from sleep disorder, who have been working for 6 to 10 years, who have had their positions assigned by administration, who always have the night shift, who work over 50 hours per week, who attend to social activies inadequately, who chosen profession reluctantly, who want to resign and work somewhere else, desensitization was higher in who want to resign and want not to work, non-members of any association, depression was higher in high school graduates, tenants, suffering from sleep disorder, who attend to social activies inadequately, who want to resign and want not to work, smokers and who think not supported sufficiently. Perceptions of personal accomplishment was lower in women, who attend to social activies inadequately, who want to resign and want not to work and who use public transportation. Burnout and depression are health problems of the health workers, improvement in the working conditions and trainig workers to cope with burnout and depression would be helpful to protect against these problems

Keywords: Burnout Syndrome, Maslach Tunout Scoring, Depression, Beck Depression Inventory, Occupational health, Health care workers

Science Code: 1029.1

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa</u>
TEZ KABUL VE ONAY	iii
ÖNSÖZ	iv
ÖZET	v
İNGİLİZCE ÖZET (ABSTRACT).....	vii
İÇİNDEKİLER	ix
SİMGELER VE KISALTMALAR.	xii
TABLO DİZİNİ.....	xiii
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	2
2.1. Tükenmişliğin Tanımı	2
2.2. Maslach'ın Tükenmişlik Tanımı ve Üç Boyutlu Tükenmişlik Modeli	3
2.2.1. Duygusal tükenme	3
2.2.2. Duyarsızlaşma	4
2.2.3. Kişisel başarı	5
2.3. Tükenmişlik Sendromunu Etkileyen Faktörler	5
2.3.1. Bireysel faktörler	5
2.3.2. Örgütsel faktörler	7
2.4. Tükenmişlik Sendromunun Belirtileri.....	9
2.4.1. Fiziksel belirtiler.....	10
2.4.2. Ruhsal belirtiler	10
2.4.3. Davranışsal belirtiler	11
2.5. Tükenmenin Evreleri	12
2.6. Tükenmişlik Yönünden Bir Risk Grubu Olarak Hemşireler	14
2.7. Depresyon	17
2.8. Depresyonun Nedenleri.....	17
2.8.1. Biyolojik nedenler	17
2.8.2. Biyo-kimyasal nedenler.....	18
2.8.3. Psikososyal nedenler	18
2.8.4. Psikoanalitik ve psikodinamik nedenler	18
2.9. Depresyonun Belirtileri	19
2.9.1. Bilişsel (kognitif) belirtiler	19
2.9.2. Duygusal belirtiler.....	20

2.9.3. Davranışsal belirtiler	20
2.9.4. Fizyolojik belirtiler	21
2.10. Depresyonda Risk Faktörleri	22
2.11. Depresyon Türleri	25
2.11.1. Majör depresyon	25
2.11.2. Distimi	26
2.11.3. Bipolar bozukluk.....	26
2.11.4. Atipik depresyon	26
2.11.5. Maskeli depresyon	27
2.11.6. Diğer depresyon tipleri	27
3. GEREÇ VE YÖNTEM	29
3.1. Araştırmanın Tipi	29
3.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	29
3.3. Araştırmanın Zaman Çizelgesi.....	29
3.4. Veri Kaynakları.....	29
3.5. Araştırma Değişkenleri.....	30
3.5.1. Bağımsız değişkenler.....	30
3.5.2. Bağımlı değişkenler	31
3.6. Değişkenlere Ait Tanım ve Ölçütler	32
3.6.1. Bağımsız değişkenlere ait tanım ve ölçütler	32
3.6.2. Bağımlı değişkenlere ait tanım ve ölçütler	36
3.7. Araştırma Verisinin İstatistiksel Analizi	38
3.8. Etik Konular.....	39
3.9. Araştırmanın Kısıtlılıkları.....	39
4. BULGULAR	40
5. TARTIŞMA.....	66
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	72
6.1. Sonuçlar	72
6.2. Öneriler.....	73
7. KAYNAKLAR	75
8. EKLER	84
Ek 1. Bilgilendirilmiş Olur Formu	84
Ek 2. Anket Formu	85
Ek 3. Beck Depresyon Envanteri.....	90

Ek 4. Maslach Tükenmişlik Ölçeği.....	94
Ek 5. Kurum İzni	96
Ek 6. Etik Kurul İzni.....	97
9. Özgeçmiş.....	98

SİMGELER VE KISALTMALAR

MTÖ : Masclah Tükenmişlik Ölçeği

DT : Duygusal Tükenmişlik

D : Duyarsızlaşma

KB : Kişisel Başarı

BDE : Beck Depresyon Envanteri

BDP : Beck Depresyon Puanı

TABLOLAR DİZİNİ

<u>Tablo</u>	<u>Sayfa</u>
1. Hemşire, ebe, sağlık memuru, acil tıp teknisyenlerinin sosyodemografik özellikleri.....	41
2. Hemşire, ebe, sağlık memuru ve acil tıp teknisyenlerinin sağlık durumları ile ilgili özellikleri.....	43
3. Hemşire, ebe, sağlık memuru ve acil tıp teknisyenlerinin sigara ve alkol kullanım durumları ile ilgili özellikleri.....	44
4. Hemşire, ebe, sağlık memuru ve acil tıp teknisyenlerinin çalışma durumuna ilişkin özellikleri	46
5. Hemşire, ebe, sağlık memuru ve acil tıp teknisyenlerinin meslek hayatı özellikleri.....	47
6. Hemşire, ebe, sağlık memuru ve acil tıp teknisyenlerinin iş ortamında karşılaştıkları güçlükler.....	49
7. Hemşire, ebe, sağlık memuru ve acil tıp teknisyenlerinin iş stresini azaltmak için yapmış olduğu öneriler.....	50
8. Hemşire, ebe, sağlık memuru, acil tıp teknisyenlerinin sosyodemografik özelliklerine göre tükenmişlik ve depresyon düzeyi	52
9. Hemşire, ebe, sağlık memuru, acil tıp teknisyenlerinin sağlık durumlarına göre tükenmişlik ve depresyon düzeyi.....	55
10. Hemşire, ebe, sağlık memuru, acil tıp teknisyenlerinin sigara-alkol kullanım durumlarına göre tükenmişlik ve depresyon düzeyi	56
11. Hemşire, ebe, sağlık memuru, acil tıp teknisyenlerinin çalışma hayatı durumlarına göre tükenmişlik ve depresyon düzeyi.....	59
12. Hemşire, ebe, sağlık memuru, acil tıp teknisyenlerinin meslek hayatı özelliklerine göre tükenmişlik ve depresyon düzeyi	64
13. Tükenmişlik alt grupları ile depresyon arasındaki ilişki düzeyleri.....	65

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Çalışma ortamı, yaşamını sürdürme gereksinimi karşısında günümüz insanının zorunlu biçimde yer aldığı, çok sayıda etmenin karmaşık bir ilişkiler bütününde bireyin sağlığını etkileme olasılığına sahip olduğu çevresel bir öğeyi tanımlamaktadır (1). Dolayısıyla, çalışanların bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam iyilik haline ulaştırılması da sağlık bilimlerinin önemli ve öncelikli çalışma alanıdır. Hemşirelik, Uluslararası Çalışma Örgütü tarafından, çalışma ortamından kaynaklanan pek çok olumsuz faktörün etkisiyle yoğun iş yüküne sahip stresli bir meslek olarak nitelenmektedir (2). Gerek gelişmiş gerekse de gelişmekte olan pek çok ülkede sağlık çalışanlarının sağlık hizmetlerinin nitelikli sunumu için geliştirilen standartlardan uzak çalışma koşulları, sağlık çalışanlarına yönelik istihdam ve ücretlendirme politikalarında yaşanan olumsuzluklar, hasta memnuniyetine verilen yoğun önemle birlikte, çalışan memnuniyetinin görece daha arka planda kalmasına yol açan işletmeleştirme politikaları ve toplum tarafından sağlık çalışanlarından beklenen özverili çalışma, söz konusu iş yükü ve stresi artırıcı etkiye sahiptir.

Bu anlamda, tükenmişlik sendromu ve depresyon, sağlık çalışanları için son zamanlarda giderek daha fazla dikkat çeken ve üzerinde durulan yaygın ve önemli bir sağlık sorunudur. Söz konusu sağlık sorunlarından korunulması ve kontrolü, soruna yönelik araştırmalardan elde edilecek bilgilerin dikkatli bir biçimde yorumlanması ve sağlık çalışanlarının gerek mezuniyet öncesi gerekse de mezuniyet sonrası eğitimlerinde sorunlar hakkında farkındalık yaratılması ve sorunlarla başa çıkma yöntemlerinin benimsetilmesiyle yakından ilgilidir.

Üniversite hastanesinde hemşire, ebe, sağlık memuru ve acil tıp teknisyeni olarak görev yapan sağlık çalışanlarında tükenmişlik sendromu ve depresyon sıklığının ve bu sorunlara etki edebilecek etmenlerin değerlendirilmesini amaçlayan çalışma, aynı zamanda sağlık çalışanları için yaygın ve önemli birer olgu olan söz konusu sağlık sorunları ile mücadele edilebilmesine katkı sağlayabilmeyi hedeflemektedir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Tükenmişliğin Tanımı

İngilizcede “burnout” sözcüğü ile ifade edilen ve dilimize, yaygın biçimde kullanılan haliyle “tükenmişlik” olarak çevrilen kavram, gerek bireysel boyutta, gerekse de örgütsel boyutta çalışma yaşamını olumsuz etkileyen bir sorundur. Kavram, ilk olarak 1970'lerde Amerika'da müşteri hizmetlerinde çalışan insanların yaşadığı mesleki bunalımı ifade etmek amacıyla kullanılmıştır (3). Tükenmişlik kavramını “mesleki bir tehlike” olarak vurgulayan ilk klinik tanımlamalardan biri Freudenberger tarafından "başarısız olma, yıpranma, enerji ve güç kaybı veya karşılanamayan istekler sonucu bireyin iç kaynaklarında tükenme durumu" şeklinde yapılmıştır (3, 4).

Süreç içerisinde tükenmişlik kavramına yönelik çok sayıda tanımlama geliştirilmiştir. Örneğin, Özyurt, tükenmişliği, belirli bir zaman sürecinde gelişen ve sonunda acı çeken kişinin fiziksel, ruhsal ve zihinsel olarak resmen kendini bitmiş hissettiği nokta olarak tanımlamaktadır (5). Demirtaş ve Güneş, tükenmişliği, öznel olarak yaşanan, duygusal taleplerin yoğun olduğu ortamlarda uzun süre çalışmaktan kaynaklanan, fiziksel yıpranma, çaresizlik, ümitsizlik duygusu, hayal kırıklığı, olumsuz bir benlik kavramının gelişmesi, işe, iş yerine, çalışanlara ve yaşama karşı olumsuz tutumların gelişmesi gibi belirtilerin eşlik ettiği bir durum olarak tanımlamaktadır (6). Baysal'a (3, 7) göre ise tükenmişlik, bazen fiziksel rahatsızlıklarla karakterize olan, değişmeden kalan, işe ilişkin kronikleşmiş stres durumlarından sonra gelişen ruhsal ve fiziksel enerji azalması durumu için kullanılan bir terimdir. Maslach ve Leiter, tükenmişliğin bireyin sahip olduğu değerlerde, itibarda ve maneviyatta bir aşınmayı temsil ettiğini, en yalın haliyle tükenmişliğin insan ruhunun çöküşü olduğunu vurgulamakta, yavaş yavaş ve sürekli olarak gelişen, insanı, kurtuluşu zor bir girdabın içine sürükleyen bir hastalık olarak ifade etmektedir. Maslach, tükenmişlik kavramını; tükenmişliği yaşayan bireyin yaşamında gerçekleşen değişimleri ifade eden duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarıya ilişkin duyguları kategorize eden üç ayrı boyutta ele almaktadır. Buna göre; birey kronikleşmiş bir yorgunluk yaşar, işinden soğur, kendi kabuğuna çekilir ve artan bir şekilde işinde yetersiz olduğunu hisseder. Maslach tarafından geliştirilen yaklaşımda yüksek düzeyde duygusal tükenme ve duyarsızlaşma ile

düşük düzeyde kişisel başarı/yetersizlik, yüksek düzeyde tükenmişliği yansıtmaktadır. Edelwich tükenmişliği, "başkalarına yardım sağlayan mesleklerde çalışan bireylerde, çalışma koşullarının bir sonucu olarak görülen; idealizm, enerji ve amaçta sürekli olarak artan bir kayıp" şeklinde tanımlamıştır (3).

Spanial ve Caputo ise tükenmişliği, "İş ve özel yaşamdaki stresle baş edebilme konusundaki yetersizlik" olarak tanımlamaktadır. Diğer bir tanımlamaya göre tükenmişlik; anlamsızlık, güçsüzlük, izolasyon/uzaklaşma ve ilkesizlik boyutlarını içeren bir kavramdır (8). Birçok araştırmacı için tükenmişlik, beklentiler, tutumlar, güdüler ve duygular içeren, bireysel düzeyde ortaya çıkan, içsel psikolojik bir deneyimdir (9). Aslan ve arkadaşları (10, 11), bireyin yaşamı boyunca kendini zorlayan birçok zorluklarla karşı karşıya kaldığını, bu zorlanmaların zamanla kişide fiziksel ve ruhsal olumsuzluklar ortaya çıkmasına ve kişinin dengesini bozup savunmasız kalmasına yol açabildiğini, söz konusu stresli halin uzun sürmesi durumunda da kişilerin tükenmişlikle karşı karşıya geldiğini vurgulamakta ve tükenmişliğin stresin ilerlemiş ve kronikleşmiş hali olduğunu belirtmektedir.

Tükenmişlik kavramına yönelik olarak geliştirilen tanımlamalar tükenmişliğin bireysel ve örgütsel etmenlerin etkileşimi ile ortaya çıkan bir süreç olduğu, gerek bireyi, gerekse de bireyin içinde bulunduğu çalışma yaşamına yönelik örgütlenmeyi ve işi olumsuz etkilediği, tükenmişlik ile çalışma koşulları ve yapılan iş arasında önemli bir etkileşim bulunduğu vurgulanmaktadır.

2.2. Maslach'ın Tükenmişlik Tanımı ve Üç Boyutlu Tükenmişlik Modeli

2.2.1. Duygusal tükenme

Maslach'a göre "Çalışanların fiziksel ve duygusal açıdan kendilerini aşırı yorgun ve yıpranmış hissetmeleri" (12) şeklinde tanımlanabilen duygusal tükenme; çalışanların kendilerini işlerine verememeleri ve kendilerini hizmet sundukları bireylere karşı eskisi kadar sorumlu hissetmemeleri gibi sonuçlara yol açabilir (13). Genellikle insanlarla yüz yüze çalışmanın gerekli olduğu mesleklerde, "işte aşırı derecede psikolojik ve duygusal taleplere maruz kalmaktan dolayı yaşanan enerjinin bitmesi durumu" (14) şeklinde de ifade edilebilen duygusal tükenme boyutu, tükenmişliğin en temel boyutu ve tükenmişlik sendromunun en net belirtisi olarak kabul edilmektedir (3, 15). Bu anlamda duygusal tükenme, işin gerektirdiği taleplerinin ve değişikliklerin yarattığı strese verilen ilk tepkidir (3). Bireyler,

tükenmişlik sendromunu yaşayan diğer insanları veya kendilerini tanımlarken, daha çok "duygusal tükenme" hissi yaşadıklarını belirtmektedirler. Tükenmişliğin üç boyutu arasında en çok rapor edilen ve en çok analiz edilen boyut, duygusal tükenme boyutudur (15, 16).

2.2.2. Duyarsızlaşma

Maslach tarafından geliştirilen modelin ikinci bileşeni olan duyarsızlaşma bileşeni, tükenmişliğin kişiler arası boyutunu temsil etmektedir ve çalışan kişinin hizmet sunduğu bireylere yönelik negatif, katı tutumları ve işe karşı tepkisizleşmeyi belirtmektedir (15, 17). "Hizmet götürülen kişilere karşı katı, soğuk, ilgisiz ve hatta insancıl olmayan tarzda olumsuz bir tavır sergilenmesi" şeklinde tanımlanan duyarsızlaşma, işe yönelik idealizmde önemli bir azalmaya işaret eder ve özellikle işyerinde hizmet verilen kişilere yönelik tutumlarda olumsuz değişimler görülmektedir (18). Dozu farklılaşabilen bu tepkiler, çeşitli şekillerde ortaya çıkabilir. Kişi karşısındakine aşağılayıcı ve kaba davranışlar sergileyebilir, onların rica ve taleplerini göz ardı edebilir, aldırma ve katı tutumlar gösterebilir, insanları kafasında kategorize ederek onlara klişeleşmiş kalıplar dâhilinde davranabilir. Bütün hayatının "diğerleri" tarafından zapt edildiğini düşünen birey (17) artık, diğer insanların hayatından çıkıp kendisini yalnız bırakmalarını gönülden istemektedir (3). Duyarsızlaşmanın kendini gösterdiği belirtilerden biri de insanlara birer nesne gibi davranmak ve ilişkide bulunulan kişilerden bahsedilirken, kişi isimleri yerine, nesne isimlerinin kullanılmasıdır (13, 14). Duyarsızlaşma ile diğerlerinden bilişsel bir uzaklaşmaya yönelen bireyin, yaşadığı bu duyarsızlaşma ve uzaklaşmanın aslında duygusal tükenmişliğe yönelik bir tepki, bir anlamda da kendini koruma stratejisi olduğu vurgulanmaktadır (3, 15).

Maslach'ın üç boyutlu tükenmişlik modeli, geleneksel iş stresi teorilerinden farklı olmakla birlikte; duygusal tükenme boyutu kuvvetli bir iş stresi değişkenini andırmaktadır. Maslach ve Jackson'a (19) göre, bireyin diğer bireyleri kendisinden uzaklaştıracak şekilde davranması, diğer bireylere ilgi göstermemesi, reddetmesi, düşmanca davranması ve olumsuz reaksiyonlar vermesi gibi faktörlerle karakterize olan duyarsızlaşma boyutu, tükenmişliğin en problemli boyutudur (4).

2.2.3. Kişisel başarı

Maslach'ın tükenmişlik modelinin üçüncü boyutu olan "kişisel başarı/kişisel yeterlilik" kişinin işindeki yeterlilik ve başarı duygularını tanımlar. Bu anlamda, düşük kişisel başarı hissi tükenmişliğin bir parçasını oluşturmaktadır. Yetersizlik, başarısızlık duygusu, düşük moral, iş verimliliğinde azalma, düşük üretkenlik, kişilerarası anlaşmazlık, sorunlarla başa çıkmada yetersiz kalma, benlik saygısında azalma gibi belirtilerle karakterize edilen düşük kişisel başarı/kişisel yeterlilik duygusu, kişinin kendisini olumsuz değerlendirme eğiliminde olmasını ifade eder (13, 15, 17, 18).

2.3. Tükenmişlik Sendromunu Etkileyen Faktörler

Tükenmenin ortaya çıkmasında mükemmeliyetçilik gibi bazı kişilik özelliklerinin rol oynayabileceği belirtilmekle birlikte, tükenmişliğin kişilik özellikleri ya da hizmet alanların özelliklerinden çok çalışma sisteminin yapısının özelliklerine bağlı olduğu vurgulanmaktadır (20, 21). İş yükünün fazla olması, çalışma saatlerinin uzun olması, kronik, ölümcül hastalar ile uğraşmak, iş yerinde ilişki ve görev paylaşımı sorunlarının yaşanması gibi işin kendisi ve iş koşullarına yönelik etkenlerin tükenmede rol oynayan başlıca özellikleri olarak bildirilmektedir (21).

İş ve iş koşullarına yönelik vurguya karşın, Capel, tükenmişliğin bireyi ilgilendiren bir olgu olduğunu, stres yaratan ve tükenmişliği tetikleyen etkenlerin etkisinin de bireyden bireye değiştiğini vurgulamaktadır. Bu anlamda düşünüldüğünde, iş ve iş koşullarına yönelik olumsuz koşulların, aynı işi ve iş koşullarını paylaşan bireylerde yarattığı etkileşim farklılık gösterebilir. Maslach ve arkadaşları (15), bazı demografik değişkenlerin, kişisel özelliklerin ve işe yönelik tutumun tükenmişliği etkileyeceğini belirtmiştir. Tükenmişliğin oluşumunda bireysel ve örgütsel özellikler olarak vurgulanan değişkenlerin başlıcaları şunlardır (21):

2.3.1. Bireysel faktörler

a- Yaş: Yaş, tükenmişlik araştırmalarında en tutarlı sonuçları veren etken olarak ifade edilmekte, tükenmişliğin yaşlı çalışanlarda düşük, genç çalışanlarda yüksek

olduğu, bunda genç çalışanların tükenmişlik yaşadıklarında işlerini değiştirmiş olma olasılığının etkili olabileceği belirtilmektedir (10, 22).

b- Cinsiyet: Cinsiyet ve tükenmişlik arasındaki ilişki tam anlamı ile açıklanabilmiş değildir. Kadınların yöneticilik ve üst kademe görevlerde çok fazla rol almamalarının bunda etken olabileceği, iş kolları açısından erkeklere benzer yetki ve sorumluluklar verildiğinde, cinsiyetin tükenme üzerindeki belirleyici etkisinin ortadan kalkabileceği, tükenmede asıl belirleyici unsurun işle ilgili etmenler olduğuna dikkat çekilmektedir (10, 23, 24).

c- Medeni durum: Araştırmalar daha çok aile sahibi olmanın tükenmişliği engellediğini belirtmektedir. Aile sahibi olmak, bireye güç duygusu, kararlılık aşılıyarak yaşamı ve mesleki başarıyı olumlu yönde etkilemekte, bireylerin sadece kendilerine değil çevrelerindeki kişilere de olumlu sonuçlar yansıtmasına yardımcı olmaktadır (10, 23). Aile ortamının sağladığı huzur ve sevginin kişinin stresle başa çıkmasına yardımcı olduğu ve bireyin tükenmişliğe yatkınlığını azalttığı (25), evli ve çocuk sahibi olmanın başlı başına bir sosyal destek anlamına geldiği ve bu sosyal desteğin de tükenmişliği azaltıcı ve tedavi edici bir yapıya sahip olduğu belirtilmektedir (5, 23).

d) Eğitim: Yüksek eğitim alanlarda daha az tükenmişliğe rastlandığı belirtilmekle birlikte, artan eğitimle paralel olarak çevreye olan duyarlılığın arttığı, bunun da tükenmişlik riskini arttırdığı da belirtilmektedir. Eğitim ve tükenmişlik arasındaki ilişkiye yönelik olarak, üniversiteyi terk etmiş veya üniversite okumamış çalışanların tükenmişliğe daha az yakalandıklarını, üniversite mezunlarının ise yüksek lisans mezunlara göre daha çok duyarsızlaşma, daha az kişisel başarı ve daha çok duygusal tükenme yaşadıklarını belirtmektedir (26, 27).

e) Kişilik özellikleri: Dayanıklılık (günlük aktivitelere katılım, olaylar üzerindeki kontrol hissi, değişime açıklık) düzeyi düşük olan kişiler daha fazla tükenmişlik (özellikle duygusal tükenmişlik) yaşarlar. Yaşadıklarını olaylara, yetkili kişilere ya da şansa atfetme eğilimindeki dış kontrol odaklı kişilerde yaşadıklarını kendi yetenek ve çabalarına atfetme eğiliminde olan iç kontrol odaklılara göre tükenmişlik düzeyi daha yüksektir. Başa çıkma biçimleri açısından ise pasif, savunmacı kişiler daha fazla; sorunlardan kaçmayan, yüzleşen kişiler ise daha az tükenmişlik yaşamaktadırlar. Benlik saygısı da tükenmişliğin her üç boyutu ile ilişkilidir. Büyük beşli kişilik faktörleri üzerinde yapılan araştırmalarda tükenmişlik nevroitiklikle (kaygınlığı, düşmanlığı, depresyonu, kendilik bilincini ve incinebilirliği kapsar)

ilişkilidir. Nevrotik kişilerin duygu durumu değişkendir ve psikolojik sorunlara eğilimlidirler. Tükenmişliğin duygusal tükenme boyutu A Tipi kişilik özellikleri (rekabetçi, zaman-baskılı yaşam tarzı, düşmanca davranışlar, aşırı kontrol etme isteği) ile ilişkilidir. “Duygusal tip”teki insanların “düşünen tipteki insanlara göre daha fazla tükenmişlik (özellikle duyarsızlaşma) yaşadıkları bulunmuştur (15).

f) İşe yönelik tutumlar: İdealistlik ve gerçekçi olmayan aşırı beklentilerin kişiyi daha fazla çalışmaya yönelteceği, kişinin yorulacağı; beklenti geliştirilen sonuçlara ulaşamamanın da tükenmişliğe yol açabileceği ifade edilmektedir (15).

2.3.2. Örgütsel faktörler

Örgütsel faktörlerde, bireyin beklentileri ile iş yerinin talepleri arasındaki uyumsuzluğa dikkat çekilmekte, söz konusu uyumsuzluk durumunun artmasının tükenmişlik olasılığını da arttıracak ileri sürülmektedir. İşin doğası ile kişinin doğası arasında uyumsuzluğun artan bitkinlik, olumsuzculuk (insanların iyi olduğuna inanmama) ve yetersizlik hisleri ile sonuçlandığı vurgulanmakta ve bu uyumsuzluğun ortaya çıkabileceği altı alan tanımlanmaktadır (15, 28).

a) Aşırı iş yükü: En açık ve en yaygın tartışılan uyumsuzluk, aşırı iş yükünün yarattığı uyumsuzluktur. Bu faktör; işin aşırı yoğun olmasını, kişinin işine çok fazla zaman ayırmak durumunda kalmasını, aynı anda çok fazla görevin yüklenilmesiyle işin karmaşıklaşmasını kapsamaktadır. Temel etkileşim, iş taleplerinin bireyin sınırlarını aşmasıdır. Hizmet üretimi alanında yer alan mesleklerin çoğunda bu tür aşırı yük ve aynı anda birden fazla görev sorumluluğu üstlenme görülebilmektedir. Ortaya çıkan tükenmişlik işin kalitesinin azalmasına ve meslektaşlar arasındaki ilişkilerin bozulmasına neden olabilmektedir.

b) Kontrol eksikliği: Bir diğer uyumsuzluk birey, işlerinde çok az kontrole sahip olduğu zaman ortaya çıkmaktadır. İnsanlar doğası gereği seçim yapma ve karar verme fırsatlarına sahip olmayı isterler. Başka bir deyişle, sorumlu tutulabilecekleri sonuçların üstesinden gelme sürecinde bazı bilgilere sahip olmak istemektedirler. Birey katı kurallar ve sıkı denetim tarafından zorlandığı zaman bir uyumsuzluk meydana gelebilmektedir. Bu uyumsuzluk durumunda birey, kendini sorumlu hissetmediği için uyumsuzluğu düzeltmek, koşullara uyum sağlamak ya da değişiklik yapmak için harekete geçme girişiminde bulunmamaktadır.

c) Yetersiz ödöl: İş-kışı uyumsuzluğunun üçüncü çeşidi bireye yaptığı iş karşısında sunulabilecek uygun ödüllerin eksikliğidir. Ödüllerdeki bu eksiklik işin kalitesini ve çalışanın performansını, iş doğumunu düşürebilmektedir. Bu ödüllerden önde gelenleri ücret ve farklı avantajlar gibi dış kaynaklı olanları içermektedir. Fakat içsel ödüllerin (önemli bir şeyler yaptığına ya da işi iyi yaptığına yönelik inanç gibi) kaybolması da bu uyumsuzlukta kritik bir rol oynamaktadır.

d) Grubun bozulması: Bir diğer iş-kışı uyumsuzluğu, bireyin iş yerinde diğer kişilerle olan olumlu etkileşimleri bozulmaya başladığı zaman ortaya çıkmaktadır. İnsanlar, sevdikleri ve saygı duydukları insanlarla övgüyü, rahatlığı, mutluluğu ve eğlenceyi paylaştıkları zaman topluluk içerisinde daha başarılı olabilmekte ve en iyi şekilde çalışabilmektedirler. İş yerindeki kişiler arasında sürekli ve çözümlenmeyen çatışmaların varlığı sabitleşen olumsuz duyguları arttırabilmekte ve sosyal destek olasılığını azaltmaktadır.

e) Adaletsizlik: İş yerinde adalet algılanmadığı zaman birey ve iş arasında ciddi bir uyumsuzluk meydana gelmektedir. Adalet saygıyla bağlantılıdır ve kişinin özsaygısını pekiştirmektedir. İnsanlar arasındaki karşılıklı saygı, paylaşılan topluluk bilincinde merkezi bir rol almaktadır. İş yükünde ya da ücrette eşitsizlik olduğu zaman, uygun olmayan takdir ya da yükselme fırsatı sunulduğu zaman adaletsizlik durumu ortaya çıkabilmektedir. Bireyin bu tür durumlarla ilgili şikâyeti ya da çalışanlar arasındaki tartışmalar dikkate alınmazsa durum adaletsizlik olarak değerlendirilebilecek ve sorunlar çıkabilecektir.

f) Değerlerin çatışması: İş-kışı uyumsuzluğunun altıncı alanı iş talepleri ve bireysel prensipler arasında bir uyumsuzluk olduğu zaman ortaya çıkmaktadır. Bazı durumlarda, insanlar kendilerini yalan söylemek, aldatıcı olmak ya da gerçeği gizlemek gibi etik olmayan ve kendi değerlerine uygun olmayan şeyleri yapmaya zorlanmış hissedebilmektedirler. Uyumsuzluğa neden olan başka bir durum ise, sunulması gereken hizmet ile şu anki uygulama arasında farklılık olduğu zaman ortaya çıkabilmekte, birey örgütün çatışan değerleri arasında kendini sıkışmış hissedebilmektedir.

Yukarıda vurgulanan uyumsuzluk durumları, bireyin iş yerinde kendisini mutsuz, huzursuz hatta dışlanmış hissetmesine neden olabilmektedir. Bu tür olumsuz duygular, bireyin ruhsal sağlığının ve iş yerindeki ilişkilerinin bozulmasına, enerjisinin ve performansının azalmasına yol açarken, diğer yandan da yapılan işin kalitesinde azalmaya yol açmaktadır.

2.4. Tükenmişlik Sendromunun Belirtileri

Tükenmişlik yavaş ve sinsice başlayan, ortaya çıkışı ne kadar ani de olsa, sürekli gelişen, kronik bir olgudur. Bireyin bir gün içinde ani bir şekilde yaşadığı bir olay, yaşanan tükenmişliğin belirtisi haline gelebilir. Tükenme durumuna gelmeden kısa bir süre önce; genellikle ya bir iş veya sınav baskısı, ya bir aile üyesinin hastalığı ya da arka arkaya gelen stres yaratıcı olaylar gibi bazı çevresel koşullara rastlanır. Bazen çok seyrek de olsa tükenmişlik herhangi bir olay olmadan birdenbire ortaya çıkarır. Tükenmiş kişiler genellikle; zayıf yönlerini iyi gizleyebilen, yetenekli insanlar oldukları için çoğunlukla bu durumun ilk dönemlerinde içlerinde olup bitenlerin farkında bile değildirler (3).

Tükenmişlik, sadece negatif duyguların varlığıyla değil, pozitif duyguların yokluğuyla da ilgilidir. Kendisini işine angaje etmiş bir insanın yaptığı iş; işine karşı duyduğu heyecanla, işini iyi yaptığında aldığı doyumla, çalışma arkadaşlarıyla arasındaki keyifli ilişkilerle ve sahip olduğu değerlerin övünç kaynağı olmasıyla zenginleşecektir. Bu gibi olumlu duygular, çalışanın işine bağlılığını ve motivasyonunu artıracaktır. Nitekim yaptığı iş bireyi mutlu ediyorsa, o da işini daha iyi yapma çabasına devam edecektir. Ayrıca kendisini iyi hisseden birey; yaratıcı ve yeni çözümlere daha açık bir hale gelerek, işinde özel şeyler yapmak için ayrıca bir çaba göstermekten de çekinmeyecektir. Ancak, pozitif duyguların negatif duygularla dengelenmesi ve gücünü kaybetmesi durumunda duyarsızlaşma kendini gösterir ve bireyde her şeyi güvensiz ve düşmanca bir bakış açısıyla yargılama başlar (11).

Potter (29), günümüzün gittikçe karmaşıklaşan iş dünyasında tükenmişliğin küçük sinyaller vererek başlayabileceğini, bu uyarı sinyallerinin engellenmişlik hissi, duygu patlamaları, rahatsız edilmeme isteği, yabancılaşma duygusu, düşük performans, ilaç ve alkol kullanımında artış şeklinde olabileceğini belirtmektedir. Tükenmişlik yaşayan birey, mesleki doyumsuzluk ve yorgunluk duyguları yaşadığını fark eder ve işe gitmeyi istememe, terslik ve tahammülsüzlük, kendinden şüphelenme hissi, benlik (kendilik) imajına uygun olmayan davranışlar sergiler. Tükenen bir birey garip, eleştirici, kızgın, katı, önerilere/eleştirilere kapalı ve insanları iten davranışlar içine girebilir. Tükenme yaşayan kişinin acı çektiğini fark etmeyen diğer bireyler ondan uzaklaşmak isteyebilir. Ancak bilinmesi gereken, çoğu zaman tükenme yaşayan kişilerin, belli bir amaca ulaşmak için çabalamış, programları dolu, her zaman kendisinden istenenden daha fazlasını yapmaya

çalayan, kendi sınırlarını zorlayan, hayata büyük beklentilerle başlamış, yol boyunca daha azıyla yetinmeyi reddetmiş insanlardır ve tükenmenin nedenleri bu insanların idealleriyle yakından ilintilidir (3).

Tükenmişliğin belirtileri fiziksel, ruhsal ve davranışsal olmak üzere üç ayrı başlık altında incelenebilir. Bu belirtiler, aynı zamanda tükenmişliğin sonuçları olarak da düşünülebilir. Farklı çalışmalarda bu anlamda vurgulanan çeşitli bulgular şu şekildedir (3) :

2.4.1. Fiziksel belirtiler

- Yorgunluk ve bitkinlik hissi,
- Geçmeyen soğuk algınlıkları/grip, baş ağrıları, mide, bağırsak hastalıkları,
- Yüksek kolesterol,
- Yüksek tansiyon,
- Kas gerilmeleri,
- Kronik yorgunluk,
- Alerji,
- Uyku bozuklukları,
- Solunum güçlüğü ve taşipne,
- Kilo kaybı veya şişmanlık,
- Uyuşukluk,
- Deri şikâyetleri (deride kabarma ve kızarıklıklar),
- Diyabet,
- Ü1ser,
- Koroner kalp rahatsızlığı riskinde artış,
- Genel ağrı ve sızılar.(3, 29, 30)

2.4.2. Ruhsal belirtiler

Tükenmişliğin ruhsal belirtileri diğer belirtilerine oranla görece daha az gözle görülür olsa da, dikkat edildiğinde hem birey hem de çevresi tarafından kolaylıkla fark edilebilir (3, 29, 31, 32).

- Engellenmişlik hissi,
- Duygusal bitkinlik, kronik bir sinirlilik hali,

- Çabuk öfkelenme,
- Zaman zaman bilişsel becerilerde güçlükler yaşama,
- Hayal kırıklığı,
- Çökkün duygu durum,
- Anksiyete,
- Huzursuzluk,
- Sabırsızlık,
- Benlik saygısında düşme,
- Değersizlik,
- Eleştiriye aşırı duyarlılık,
- Karar vermede yetersizlik,
- Apati,
- Boşluk ve anlamsızlık hissi,
- Ümitsizlik,
- Alınganlık,
- Asılsız şüpheler ve paranoya,
- Öz saygı ve özgüvende azalma,
- Başarısızlık hissi,
- Suçluluk,
- İçerlemişlik, çaresizlik.

2.4.3. Davranışsal belirtiler

Tükenmişliğin diğer belirtilerine kıyasla, başkaları tarafından daha kolay gözlemlenebilen davranışsal belirtiler aslında tükenmişliğin ciddi bir boyuta ulaştığının da göstergesidir (3, 29, 30).

- Çabuk öfkelenme,
- Ani sinir patlamaları,
- Gözyaşlarını tutamama,
- Aşırı alınganlık,
- Yalnız kalma isteği,
- İşe gitmek istememe,
- İşe geç gelme/gelmeme,

- İşyerinde işi yavaşlatma ya da sürüncemede bırakma,
- Örgütlenme güçlüğü,
- İlaç (özellikle trankilizan), alkol ve tütün vb. almaya eğilim ya da bunların kullanımında artış,
- Az/çok yemek yeme,
- Evlilik çatışmaları ve boşanma,
- Aile çatışmaları,
- Aile ve arkadaşlardan (dış çevreden) uzaklaşma ve içe kapanma,
- Kişilerarası problemler,
- Sıkıntı, konsantrasyon güçlüğü,
- Unutkanlık, hareketli olamayıp,
- Başkalarına fazla güvenmeme veya onlardan kaçınma,
- Kuruma yönelik ilginin kaybı, bazı şeyleri erteleme ya da sürüncemede bırakma,
- Çalışmaya yönelmede direnç,
- Hizmet sunulan kişilere tek tip davranma, onları küçümseme ve onlarla alay etme,
- Değişime direnç ve katılık,
- Çalışma arkadaşlarıyla iş konusunda tartışmaktan kaçınma,
- Alaycı ve suçlayıcı olma gibi davranışsal belirtiler gözlenmektedir.

2.5. Tükenmenin Evreleri

Edelwich ve Brodsky tükenmeyi dört evre ile tanımlamışlardır. Bu evrelendirilmede, tükenmişliği anlamayı kolaylaştıran bir bakış açısı sağlanmaktadır. Ancak, aslında tükenmişlik kişinin bir evreden diğerine atladığı kesikli bir süreç değil, sürekli bir olgudur. Kişideki tablonun mutlaka bu evreleri izlemesi gerekmez, evreler atlanabilir, bir evrede takılıp kalınabilir, dalgalanmalar olabilir. Bu evreleri şu şekilde aktarmaktadır (21):

I- Coşku evresi: Bu evrede kişide coşku, şevk ve yüksek bir enerji düzeyi vardır. İş ile ilgili gerçekçi olmayan beklentiler içindedir. Mesleği her şeyin önündedir ve işini yaparken sıklıkla hizmet sunduğu insanlarla gereğinden fazla özdeşleşmektedir. Uzun ve yorucu bir çalışma içindedir, gereksiz yükler altına girer, kendisinden çok şey beklemekte, dinlenmeye zaman ayırmamakta, tüm durumlarda en ideal biçimde

davranmaya çalışmakta, her zaman başarılı olmayı beklemektedir. Ancak bu çalışma tarzı ve hizmet verilen kişilerle aşırı özdeşleşme kişinin enerjisini hızlı ve verimsiz bir biçimde tüketmesine yol açar. Zamanla daha zorlu durumlarla karşılaştıkça, mesleğindeki bilgi ve deneyim eksikliğinin de eklenmesi ile yıpranmaya, mesleki doyumu azalmaya, hayal kırıklığı giderek artmaya başlar.

II- Durağanlaşma evresi: Bu evre de kişi artık mesleğini uygularken karşılaştığı güçlükler, hayal kırıklıkları, iş yeri sorunları, düşük ücret; fazla mesai gibi nedenlerle coşku evresindeki enerjisini, çalışma ve insanlara yardım etme arzusunu yitirmeye başlamıştır. Daha önce düşünmediği ya da önem vermediği düşük ücret, fazla mesai, boş zamanın olmaması gibi sorunlar giderek dikkatini çekmeye ve onu rahatsız etmeye başlar. Kişi o zamana kadar özel yaşamını geri plana ittiği ve geliştirmedeği için yaşamın başka alanlarında da doyum elde edemeyecek ve mutsuz olacaktır. Eğer yeterli gelir, dinlenecek zaman, doyurucu sosyal ilişkiler gibi insanca gereksinimleri karşılanmazsa, bir süre sonra kişinin meslek yaşamı çıkmaza girer.

III- Engellenme evresi: Başka insanlara yardım ve hizmet etmek için çalışmaya başlamış olan kişi, insanlara istediği gibi yardım edemediğini görmüştür. İnsanları, sistemi ve olumsuz çalışma koşullarını değiştirmenin ne kadar zor olduğunu anlar; yoğun bir engellenmişlik duygusu yaşar. Taşıdığı yüke rağmen yetkisi yoktur ya da çok sınırlıdır, karar mekanizmalarında yer alamamaktadır ve değerinin bilinmediğine inanmaya başlar. Düşük ücret, düşük statü ve uzun çalışma saatleri bir türlü düzelmemektedir. Üstelik hizmet sunduğu kişilerden aldığı olumsuz tepkiler de onu daha çok yıpratmakta ve bu işi yapıp yapmamayı sorgulamasına neden olmaktadır. Bu evredeki kişi eğer kendini ifade edebilir, sorunların çözümü için adım atabilir ve sorumluluk alabilirse tükenmişliğin son evresine ilerlemekten kurtulabilir. Ancak eğer kişi maladaptif baş etme yollarına başvurur ya da kendini ifade etmek yerine içine kapanır, kendini ifade etmez, sorunlardan ve sonunda hizmet vermekten de kaçınmaya başlarsa, bu tutum bir süre sonra kişiyi tükenmişliğin son evresine götürecektir.

IV- Umursamazlık evresi: Bu evrede artık kişi engellenmişlik ve öfke duygularını yitirir, yaptığı iş ile olan duygusal bağını kaybeder. Başlangıçta mesleğini uygularken yaşadığı aşırı özdeşimin yerini bıkkınlık ve can sıkıntısı almıştır. Mesleğini ekonomik ve sosyal güvence için sürdürmekte, ondan zevk almamaktadır. Kötü giden şeyleri değiştiremeyeceğini düşünür. Bu konuda ümitsizdir, ayrıca risk almak da istememektedir. İdeallerini kaybetmiştir ve meslektaşlarında ya da hizmet

sunduğu kişilerde gördüğü duyguları alaycı bir tavır ile karşılar. 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. Bu evreye kadar gelen bir bireyin tükenmişliğinin giderilmesi oldukça zordur. Eğer iş koşullarında kapsamlı değişiklikler yapılmazsa ya da gerekli psikiyatrik yardım sağlanmazsa bu tablo meslek yaşamı boyunca sürebilir.

2.6. Tükenmişlik Yönünden Bir Risk Grubu Olarak Hemşireler

Sağlık hizmeti üretimi belirgin biçimde stresli bir iş koludur ve tükenmişliğe yol açabildiği vurgulanan çok sayıda etkeni içerir. Bu durum, sağlık hizmetlerinin tüm basamakları için geçerlidir. Tükenmişlik sendromu da sağlık çalışanlarının sağlığını tehdit ettiği bilinen önemli sağlık sorunlarından birini oluşturur. Sağlık hizmeti üretimine yönelik çok sayıda standart geliştirilmiş ve önerilmiş olmakla birlikte, sağlık hizmeti üretimine ayrılan kaynakların yetersizliği, ayrılan kaynakların hatalı kullanımı gibi çok sayıda etken nedeniyle, sağlık çalışanları çoğu zaman yüklenebileceklerinden fazla sorumluluk almak konumunda kalmakta, hatalı ücretlendirme politikalarından yakından etkilenmektedir. İnsan sağlığının korunması ve iyileştirilmesi yönünde üstlenilen sorumluluğun yanı sıra, toplum tarafından sağlık çalışanlarına atfedilen ve belirgin biçimde özveri içeren rol de sağlık çalışanlarında tükenmişlik gelişmesini artırıcı rol oynamaktadır. Bu anlamda düşünüldüğünde, hekimlere oranla görece daha düşük ücretle çalışan, örgütsel hiyerarşi içindeki yerleriyle ilgili çelişkiler yaşayabilen, çoğu zaman standartların üzerinde bireye hizmet sunması beklenen hemşireler tükenmişlik yönünden özel bir risk grubu oluşturmaktadır.

Hemşirelerde tükenmişlik gelişimine etki eden çok sayıda etmen tanımlanmıştır. Bu etmenler iş ile ilgili ve bireysel etkenler olarak iki ana grupta incelenebilir.

Hemşirelerde tükenmişliğe yol açabilen iş ile ilgili başlıca etmenler şunlardır (33, 34, 35, 36, 37) :

- 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.
- 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.
- Hastaların sorunları nedeniyle yaşanan duygusal stres.
- Hastalarla yaşanan çatışmalar.
- Zorluk çıkaran hastalar.
- Hastaların bakım sorumluluğu.
- Hemşirelerin, sürekli zor ve karmaşık hasta sorunları ile ilgilenmesi.
- Hemşirelerin, çalıştıkları ortamda hastalarla profesyonel iletişime geçememesi.
- 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 imkânının 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.
- Mesleki eğitim sırasında öğrenilen bilgi ve becerilerin günlük çalışma süreci içinde yeterince yerine getirilememesi.
- İşleri zamanında yapmayan meslektaşlar.

- Amirlerin ilgisizliği.
- Gerektiği zaman doktora ulaşamama.
- Hemşirelerin kendi bilgilerine güven duymamaları.
- Hemşirelerin yaptıkları işlerin, yüksek performans göstermeleri.
- Hemşirelerin haftalık çalışma saatlerinin yüksek olması.
- Her bir hemşirenin iş yükünün fazla olmasından dolayı hastaya az vakit ayırması.
- Hemşirelerin, sürekli zor ve karmaşık hasta sorunları ile ilgilenmesi.
- Hemşirelerin, her an acil bir durumda karşılaşacaklarmış gibisine işlerinde daima stresli ve gerilimli bir ortamda çalışmak zorunda bırakılması.
- Hemşirelerde ki eğitim farklılığı olmasına rağmen aynı iş sorumluluğunun verilmesi ve buna bağlı rol belirsizliği ile beraber örgütsel desteği yaşamamaları.
- Hemşirelerin, çalıştıkları ortamda hastalarla profesyonel iletişime geçememesi.
- Hemşirelerin çalıştıkları kurumun tipi.
- Hemşirelerin çalıştıkları kurumdaki yönetim şekilleri. (Yönetimle ilgili yeterli iletişime geçilmemesi, yönetimde ki kararlara katılamaması, yönetimden olumlu geri bildirimlerin olmaması gibi, vb.)
- Hemşirelerin, çoğunlukla primer hemşirelik işleri yerine, kırtasiye ve sekreterlik işlerini yapmak zorunda olmaları.
- Hemşirelerin, genellikle kendi mesleklerinden olmayan kişiler tarafından yönetilmesi, kurumlar içinde hemşireler arasında yeterli hiyerarşik düzenin kurulmamış olması.

Hemşirelerde tükenmişliğe yol açabilen başlıca bireysel etmenler şunlardır (37, 38):

- Hemşirelerin, ne isteklerini tam bilemedikleri bir dönem olan orta öğretim eğitiminden sonra mesleğe başlamaları ve orada yaşanan yetersizlikler.
- Hemşirelik eğitiminin çok çeşitli düzeyde olması ve doyurucu olmaması.
- Hemşirelerin evlilik durumu (çocuk sayısının fazlalığı, aile içindeki ilişkilerinin sağlıklı olmaması, bireyin ayrılmış olması).
- Hemşirelerin aile statüsü (ailedeki bireylerin sosyo-kültürel düzeylerinin düşük olması, ekonomik giderin fazla olmasına rağmen gelirin az olması).

- Bireyin stresöre neden olacak şekilde işine bağılılığı.
- Bireyde oluşabilecek ruhsal ve fiziksel rahatsızlıklar.
- Çıkabilecek sorunlar karşısında baş etme gücünün yetersiz olması.
- Bireyin özellikleri örneğin beklentilerinin fazla olması.
- Güven ve özsaygı eksikliği.

2.7. Depresyon

Duygulanım bireyin uyarılara, olaylara, anılara, düşüncelere duygusal tepki ile katılabilme yetisi, duygu durum ise bireyin belirli bir süre belirli bir duygulanım içinde bulunmasıdır. Birey sürekli aynı duygu durumunda kalmaz ve duygu durum belli sınırlar içinde dalgalanmalar gösterir (39). Depresyon, derin üzüntülü, bazen de hem üzüntülü, hem bunaltılı bir duygu durumla birlikte düşünce, konuşma, devinim ve fizyolojik işlevlerde yavaşlama durgunlaşma ve bunların yanı sıra küçüklük, güçsüzlük, isteksizlik, karamsarlık duygu ve düşünceleri ile belirli bir sendromdur (40).

Depresyon, tüm insanların yaşamları boyunca değişik derecelerde yaşayabilecekleri bir tablodur. Yaşam boyu tedavi gerektirecek düzeyde depresyon geçirme olasılığı kadınlar için %10–25, erkekler için %5–12 arasında değişmektedir. Erişkinlerde major depresif bozukluğun toplum örneklemelerindeki nokta prevalansı kadınlar için %5–9, erkekler için %2–3 arasındadır ve major depresif bozukluğu olan kişilerin birinci derecede akrabalarında genel topluma göre 1,5–3 kat daha fazla görülür (39).

2.8. Depresyonun Nedenleri

2.8.1. Biyolojik nedenler

Depresyonun biyolojik nedenlerinin başında kalıtım gelmektedir. Aile ve kalıtım araştırmaları duygu durum bozukluğu olanların birinci dereceden akrabalarında hastalanma riskinin belirgin olarak yüksek olduğunu göstermektedir (40). Ailesinde depresyon geçirmiş olan bir kişinin bulunması o kişinin de depresyon geçireceği anlamına gelmez. Ancak ailede depresyon öyküsünün bulunması o kişide depresyon ortaya çıkma olasılığını artırıyor gibi görünmektedir (41). Depresyonda ailenin etkisi güçlü bir biçimde vurgulanmakla birlikte, bu durumun genetik bir

aktarım mı, ya da bir tür öğrenme sonucu mu olduğu kesinlik kazanmamıştır. Depresif bir anne veya babayla yaşamak veya ebeveynlerden birisi depresyonda olduğu için gerekli besini (maddi-manevi) alamamak depresyona zemin hazırlayabilir, öte yandan, biyolojik ebeveynleri depresif olan, evlat edinilmiş çocuklarda depresyon görülme olasılığı oldukça yüksektir (42).

İkizlerle yapılan araştırmalar genetik bağın etkisini destekler niteliktedir. Eğer eş yumurta ikizlerinden birisi depresyonda ise %65 olasılıkla diğeri de depresyona girer. Aynı yumurta ikizlerinde bu oran sadece %14'tür. Eş yumurta ikizleri farklı ailelere evlatlık verildiğinde birisi depresyonda iken diğeri de depresyona girme olasılığının yüksek olduğu bulunmuştur. Aynı yumurta ikizlerinde ise böyle bir durum söz konusu değildir (41).

2.8.2. Biyo-kimyasal nedenler

Depresyonun biyolojik nedenleriyle ilgili olarak üzerinde durulan konu nöroadrenalin ve serotonin eksikliğidir, ancak sorun sadece nörotransmitterlerin azlığı değil, birbirleriyle olan dengeleriyle de ilgili görünmektedir (41).

2.8.3. Psikososyal nedenler

Önemli ekonomik sorunlar, aile bunalımları, iş yaşamındaki çatışmalar ve doyumsuzluklar, emeklilik, iş yitimi, sevgi nesnesinin yitimi, beden sağlığının bozulması, benliği inciten onur kırıcı davranışlarla karşılaşmak ve daha birçok fiziksel ya da psikososyal olay depresyon gelişiminde önemli rol oynar (39). Ancak olumsuz yaşam olaylarının tek başlarına değil, ancak kişide genetik, biyolojik ya da psişik bir yatkınlık bulunması durumunda depresyon oluşumuna neden olduğu düşünülmektedir. Birçok insan olumsuz yaşam olayları yaşadığı halde depresyon epizoduna girmemektedir. Yaşanan olayların kendisinden çok, o olayın o kişi tarafından nasıl algılandığı da ruhsal açıdan çok daha önemlidir (43, 44).

2.8.4. Psikoanalitik ve psikodinamik nedenler

Depresyon ile yas arasında birçok benzerlik vardır. Bir yakını ölen kişide yas tutma sürecinde çoğu zaman depresyonda görülen belirtilere (üzüntü, neşesini yitirme, iştahsızlık, durgunluk, isteksizlik, anlamsızlık duygusu, ağlama, uykusuzluk, yaşamdan eskisi gibi zevk alamama) rastlanır. Fakat bu belirtiler çoğu zaman birkaç

hafta ya da ay ile sınırlıdır. Depresyonda ise gerçek bir yitim de olabilmekle birlikte, çoğu zaman imgesel bir yitim duygusu sevdiği bir kişiyi ya da nesneyi yitirdiği duygusu vardır. Bu yitim duygusu nedeniyle ortaya çıkan öfke, ilişkilerinde daha çok ambivalan duygular yaşayan kişide katı üst benlik nedeniyle kişinin kendisine yönelir. Kin, öfke ve nefreti kendisine yönelten kişide değersizlik, suçluluk duyguları ve sonuçta depresyon gelişir (40).

Öğrenilmiş çaresizlik: Hastada yaşamında karşılaştığı güçlükleri ve sorunları aşabileceği, onlarla baş edebileceği ve yaşantılarını kendisinin kontrol edebileceği düşünceleri gelişmemiştir (40, 45).

Bilişsel görüş: Depresif kişilerde kendine, çevresine, genel olarak yaşamına ve geleceğine ilişkin olumsuz değerlendirmeye yatkınlık vardır. Bu olumsuz ve karamsar değerlendirme özellikle kişi stresli durumlarla karşı karşıya kaldığında artmaktadır (40).

2.9. Depresyonun Belirtileri

Depresyon, duygusal alanda disfori, anhedoni, irritabilite, üzüntü, anksiyete, bilişsel alanda değersizlik, çaresizlik, benlik saygısında azalma, karamsarlık, umutsuzluk, kendini küçük görme, suçluluk duyguları, konuşma ve düşüncede yavaşlama, varsanılar, obsesif düşünceler, hipokondriyak uğraşlar, ölüm ve intihar düşünceleri, bellek, dikkat ve konsantrasyon bozuklukları, vejetatif alanda enerji azlığı, yorgunluk, bitkinlik, güçsüzlük, iştah değişiklikleri, kilo kaybı (nadiren kilo alımı), uyku bozuklukları, ajitasyon, cinsel ilgi ve etkinlikte azalma, kabızlık, harekette yavaşlama, somatik yakınmalar, kadınlarda adet düzensizlikleri, sosyal alanda ise; toplumdan uzaklaşma, sosyal ve mesleki işlevlere karşı ilgi kaybı, intihar girişimleri gibi belirtileri içeren bir sendromdur (46). Depresyon belirtileri bilişsel, duygusal, davranışsal ve fizyolojik belirtiler olarak dört ana başlıkta incelenebilir.

2.9.1. Bilişsel belirtiler

Sözel ifade gücü yavaşlamıştır ve sanki konuşmak için büyük bir çaba gerekiyor gibidir, özellikle ağır depresyonlu hastalar konuşmayı tek tek sözcüklerle sürdürür, hatta bazen hiç konuşmazlar. Bazen sorulara tek bir sözcükle yanıt verme ve gecikmeli yanıt verme eğilimi gösterirler. Düşünce içeriği bakımından sık karşılaşılanlar umutsuzluk, kişisel yetersizlik, kendini uygunsuz ya da aşırı şekilde

eleştirme, kınama, kendini suçlama, hastalık ya da hayali günahları için cezalandırılma duyguları gibi temalardır. Depresyondaki kişinin kendisine yönelik olumsuz algısı, yanlış giden her şeyden kendini sorumlu tutması ile birlikte hiçbir şeyi yapamayacakmış duygusu içinde olması ile belirlidir. Hastaların yaşadıkları ya da gelecek zamana ait düşünceleri de karamsardır, obsesyon biçiminde yineleyen ölüme ve intihara ilişkin düşünceler, fobiler, obsesif uğraşlar yan belirtiler olarak ortaya çıkar. Basit konularda bile karar verme güçlüğü çeker ya da daha önce verdikleri kararlarla ilgili pişmanlık, kendini kınama, suçluluk duyguları vb. yaşarlar. Unutkanlık depresif hastaların çok sık getirdikleri yakınmalardan birisidir. Bozukluğun, dikkatini ve düşüncelerini toparlama ve belirli bir konu üzerinde yoğunlaştırma güçlüğü ile ilişkili olduğu düşünülebilir (41).

2.9.2. Duygusal belirtiler

Depresyonun belirtilerinin en yoğun olduğu boyutlardan birisi duygusal boyuttur. Duygusal açıdan bu rahatsızlığın anahtar belirtisi çökkün duygu durumudur. Bu durum çoğu zaman çökkünlük, keder, umutsuzluk, çaresizlik, düş kırıklığı ya da hüznün olarak tanımlanır. Bu duygu olağan mutsuzluk duygusundan nitelik olarak oldukça farklıdır. Elem, keder, hüznün ve hastanın ağırlaştığı duygusu aşağı yukarı bütün depresyonlarda görülen ortak belirtilerdendir (41). Duygusal açıdan çökkün olan birey bunaltıcı bir atalet duyar ve karar vermekten, bir faaliyeti başlatmaktan ya da herhangi bir şeye ilgi duymaktan acizdir. Yetersizlik ve değersizlik hisleri üzerinde düşünceye dalar, ağlama nöbetlerine kapılır ve intiharı düşünebilir (47). Hastaların gün içinde duygu durumları da sürekli değişiklik gösterir. Sabah saatleri genellikle depresif duyguların en yoğun olduğu zamandır. Akşama doğru duygularda kısmen düzelme olur. Anksiyete, depresyonlu hastalarda sık görülen bir belirtidir. Anksiyete subjektif olarak sürekli bir endişe, korku, gerginlik ya da gevşeyememe şeklinde yaşanır. Hastaların engellenmeye dayanma gücü çoğu zaman azalmıştır; hastalar huzursuzdurlar ve “kolay parlarlar”, diğer yandan anksiyete hastada konsantrasyon güçlüğü de yaratır (41).

2.9.3. Davranışsal belirtiler

Depresyonla birlikte hareketlerde bir azalma, yavaşlık ve isteksizlik oluşur. Yeni bir davranışı başlatma ya da sürdürme konusunda birey ilgisiz ve güçsüzdür.

Ağır depresyonlarda etkinlikte azalma öyle ileri derecede olabilir ki hasta kamburu çıkmış bir biçimde oturuyor ve taş gibi bir yüz ifadesiyle yere bakıyor olabilir. Alçak sesle ve tekdüze konuşur. Her davranışı aşırı bir çabayı gerektiriyor olabilir. Mimiklerde azalma, hastanın yürüyüşünde yavaşlama, başı öne eğik, gözleri yerde ve elleri kucaklarında çevreye karşı tepkisiz otururlar. Hareketlerdeki yavaşlama ve isteksizliğin tersi olarak bazen ağır depresif hastalarda belirgin bir psikomotor ajitasyon da görülebilir. Ajite depresyonlarda anksiyete önde gelen özelliiktir ve durmaksızın gezinme, sıkıntıyla ellerini ovuşturma ve inleyip durma gibi belirtilerle kendini gösteren bir huzursuzluk hali vardır. Hasta yerinde duramaz ve yaptığı işde süreklilik yoktur. Huzursuz bir kıpırdanma ve hareketlilik hâkimdir (41).

2.9.4. Fizyolojik belirtiler

Uyku bozuklukları depresif hastalar için evrensel bir belirtidir (% 90 hastada insomnia) ve genellikle bildirilen ilk belirtiler arasındadır. Depresyonda hem uykusuzluk (insomnia) hem de aşırı uyuma (hipersomni) şeklinde uyku bozukluğu görülebilmekle birlikte, uykusuzluk daha fazla görülmektedir. Uykuya dalamama, uykuyu sürdürememe ya da sabahları erken ve yorgun uyanma şeklinde uyku problemleri yaşanır. Hastalar depresif içerikli rahatsızlık verici rüyalar görürler, bu rüyalar hastaların ağlayarak uyanmalarına neden olabilir. İştah çok azalır ve fark edilebilir düzeyde kilo kaybına yol açar. Bazen iştah kaybının tersine aşırı iştah artışı olsa da genellikle iştahsızlık hâkimdir. Aşırı iştah ile birey sanki içindeki bir boşluğu doldurmak istercesine sürekli yiyebilir. Depresyona bağlı olarak iştahı kesilen hastalar daha önce zevk aldıkları yiyeceklerden artık zevk almaz olurlar. Ancak zorlayarak, kendilerine tatsız tuzsuz gibi gelen bu yiyecekleri yemeye gayret ederler. Depresif hastaların sık sık yakındıkları kabızlık ise az yemek yeme ve su içmeye bağlı olabileceği gibi etkinlik düzeyindeki azalmaya bağlı olarak da ortaya çıkabilir. Diğer yandan antidepresif ilaçlar da bu belirtileri şiddetlendirebilir (41). Cinsel istek kaybı da depresyondaki hastalarda görülen hemen hemen evrensel bir belirtidir. Erkeklerde genellikle libidonun ve cinsel etkinliğin azaldığı ya da tümüyle ortadan kalkmış olduğu öyküsü alınır. Erkek hastalarda ereksiyon problemi ortaya çıkabilir, kadın hastalarda ise cinsel isteksizlik olsa bile cinsel işlev yerine getirilebilir. Erkek hastalarda cinsel etkinliğin yerine getirilemiyor oluşu hastanın kendine olan

özgüvenini de etkiler. Ayrıca bu hastalarda antidepresan ilaçlara bağlı olarak sertleşme ve orgazm sorunları sık görülür (40, 41).

2.10. Depresyonda Risk Faktörleri

Depresyonun etiyolojisini açıklamaya yönelik çalışmalarda risk etkenleri üzerinde ayrıntılı olarak durulmaktadır. Hastalığın ortaya çıkmasında tek bir risk etkeni sorumlu tutulmamakta, genetik yapı, çevreyle olumsuz etkileşim ve bunun zamanlaması önemli bulunmaktadır. Ailesel yüklülük, depresif kişilik özellikleri, kadın olmak, eğitim düzeyi düşüklüğü, olumsuz yaşam olayları, yakın ilişki azlığı, bedensel hastalıklar ve bunların tedavisi, yeti yitimine yol açan psikiyatrik bozukluklar depresyon için temel risk etkenleri gibi görünmektedir. 18–44 yaşlar arasında olmak, işsiz ve bekâr olmak, düşük sosyoekonomik durum da depresyon için diğer risk etkenleridir (48).

a) Yaş: Depresyon daha çok orta yaş hastalığıdır. Major depresyon orta yaş ve 45 yaş altında daha sık görülür. Jorm'un çalışmasına göre, daha önceden var olan yaygın kanının aksine, depresyon yaşlılarda daha fazla görülmektedir. İlerleyen yaşla birlikte hastalarda izlenen depresif belirtilerin artmasına rağmen, major depresyon sıklığı artmamaktadır (43).

b) Cinsiyet: Cinsiyet depresyon gelişiminde risk etkenlerinden bir diğeridir. Kadın olmanın depresyonda önemli bir risk etkeni olduğu birçok çalışmada ortaya çıkmıştır. Depresyon hemen bütün toplumlarda kadınlarda daha sık görülmektedir. Biyolojik yapısı, ruhsal özellikleri, kişilik yapısı, sorunlarla başa çıkma biçimi, toplumsal ve kültürel konumu, kadını depresyona yatkın kılmaktadır. Sinir ve hormon dizgeleri arasında yakın bir etkileşimin olması, kadına özgü hormonların etkilerinin davranışlarına yansımaya neden olmaktadır. Kadına anne olma donanımını sağlayan üreme dizgesi, kadına zaman zaman sorun yaratabilmektedir. Adet görme, gebelik, lohusalık, emzirme, menopoz, doğum kontrol hapı kullanımı kadında ruhsal hastalığı hazırlayıcı etkenler olabilmektedir (48). Ayrıca kadınlarda mono amino oksidaz seviyeleri yüksektir ve tiroit hormon bozuklukları daha fazla görülür. Postpartum dönemde ortaya çıkan depresyonda ise, düşen östrojen ve artan progesteron düzeyleri sorumlu tutulmaktadır. Premenstrual dönemde duygusal insitabilededeki artış da benzeri bir değişimle ilişkili olabilir. Oral doğum kontrol

haplarının kullanılması sonucu, progesteron artışıyla birlikte depresif belirtilerinde artması, bu yaklaşımı desteklemektedir (43).

Erkeklerdeyse, depresyon kadınlardan daha az görülmekle birlikte, intihar oranı daha yüksek. Özellikle gelişmiş ülkelerde erkeklerde intihar oranı 70'li yaşlardan sora artış göstermekte ve 85 yaşından sonra en yüksek düzeyine ulaşmaktadır. Depresyon erkeklerde genellikle alkol, uyuşturucu kullanımı ya da toplumsal olarak kabullenilmiş fazla çalışma alışkanlıklarıyla maskelenebilir. Ayrıca depresyon erkeklerde umutsuzluk ya da karamsarlık hissinden çok, huzursuzluk, sinirlilik ya da cesaret kırılması biçiminde kendisini hissettirebilir. Erkekler depresyonda olduklarını hissetseler bile, yardım arama çabaları kadınlara oranla daha düşük olmaktadır (49).

c) Irk ve etnik gruplar: Loosen ve arkadaşlarının (50) yaptıkları bir çalışmada: major depresyon dağılımının ırklara ve etnik gruplara göre farklılık göstermediği ve ırklar arasında görülen bazı farklılıklarında, daha çok sosyoekonomik durumun etkisinden kaynaklandığını ileri sürmelerinin yanı sıra siyah ırkta daha az oranda major depresyon izlendiğini ileri sürenlerde olmuştur (43).

d) Medeni durum: Depresyon ayrı yaşayan ya da boşanmış eşler arasında daha yüksek oranda izlenmektedir. Yalnız yaşayan annelerde, evli olanlara göre, depresyon gelişme riski iki kat daha fazladır. Brown ve Moran'ın (51) çalışmalarında eş kaybının depresyonun ilk epizoduyla ilişkili önemli bir çevresel stres etkeni olduğu görülmüştür. Bu risk cinsiyete göre değişim göstermektedir. Bekâr kadınlar, evlenmiş kadınlara göre daha az depresyon riski yaşarken, bunun tersine evli erkekler bekâr erkeklere göre daha az risk taşımaktadır (43).

e) Aile öyküsü ve genetik özellikler: Kendler'in (52) yaptığı çalışmada kişinin birinci dereceden biyolojik akrabalarında major depresyon öyküsü varsa, kendisinde de depresyon görülme olasılığının arttığını ifade etmiştir. Biyolojik akrabasında major depresyon olanlarda, hastalanma oranı erkeklerde %11, kadınlarda %18 düzeyindedir.

f) Erken dönem çocukluk yaşantıları: Bazı yazarlar anne baba tarafından sağlanan ve süreklilik gösteren sevginin depresyon oluşumunu önlediğini, buna karsı anne babadan ayrılmanın ya da gerçek kayıpların ileri yaşlarda gelişimi açısından risk oluşturduğunu ileri sürmüşlerdir. Spitz yaşamın ikinci 6 ayında annesinden ayrı kalan bebeklerde acık depresif belirtiler tanımlanmış, kişiyi şekillendiren dönemlerde yaşanan ayrılık ve kayıpların, ya çocuğun depresif yapı geliştirmesine ya da ancak

ilkel savunma mekanizmaları kullanarak depresyondan korunabileceğine dikkati çekmiştir (43).

g) Çocukluk dönemi yaşantıları: Kayıplar, özellikle 11 yaş öncesi ebeveyn kaybı ileriki dönemlerde depresyon gelişimiyle ilişkili bulunmuştur. Anne babanın ilgisiz tutumu, özellikle 17 yaşından önce karşılaşılan ihmal bir başka risk etkenidir. Çocukluk döneminde yaşanan kötüye kullanım durumları da diğer bir risk etkenidir. Bifulco'nun ve Haris'in yaptıkları çalışmalarda aile üyelerinden şiddet görme, aile içinde ya da yakın çevre tarafından cinsel tacize uğrama gibi olayların depresyonu yaklaşık iki kat arttırdığı görülmüştür (43).

h) Hastalık öncesi kişilik özellikleri: Hiçbir kişilik özelliği ve tipi tek başına depresyona yatkınlık yaratmamakta, kişilik yapısı ne olursa olsun bütün insanlarda riskli koşullarda depresyon gelişebilmektedir. Bununla birlikte oral-bağımlı, obsesif-kompulsif ve histrionik kişilik tiplerinin antisosyal, paranoid ve diğer kişilik tiplerine göre daha büyük risk altında olduğu düşünülmektedir. Bununla birlikte, genel olarak depresyon geçirmeye yatkın olan kişilerin kişilik özellikleri şu şekilde sıralanabilir (40, 45);

- Genellikle kimseyi incitmemeye gayret ederler,
- Herkesi hoşnut etmeye çaba gösterirler,
- İyiliksever olmaya eğilimlidirler,
- Aşırı duyarlıdırlar,
- Titizdirler,
- Sorumluluk duyguları güçlüdür,
- Yakınlarına aşırı bağlı ve bağımlıdırlar,
- Kendisinden ve yakınlarından yüksek beklentileri vardır,
- Mükemmeli ararlar,
- Onurlarına düşkünlüdürler,
- Öfke duygularını dışa vuramazlar,
- Çabuk etkilenir ve çabuk üzülürler,
- Meraklıdırlar,
- İçedönük kişilerdir (40, 53).

ı) Sosyo-ekonomik durum ve sosyal destek: Bruce ve Takeuchi (54), yoksul kişilerde depresyon oranının iki kat daha fazla olduğunu, Rothschild ise kentlerde, işsizlerde 3 kat, yoksullarda 2 kat daha fazla olduğunu belirtmişlerdir (43).

2.11. Depresyon Türleri

Bireyin fizyolojik, ruhsal ve sosyal durumunda değişikliklere yol açan depresyon, çok çeşitli klinik rahatsızlıkları tek bir başlık altında toplayan genel bir terimdir. Birçok rahatsızlıkta olduğu gibi depresyonun da birçok türü vardır. Özel bir takım belirtilerin öne çıkmasına, belirtilerin sayısına, belirtilerin devam etme süresine ve bu belirtilerin kişilerin günlük yaşamını ve işlevselliğini ne derece olumsuz etkilediğine göre özgül tanı kazanır. Depresyon majör depresyon, distimi, manik-depresif bozukluk, atipik depresyon, maskeli depresyon, reaktif depresyon, yaşdönümü depresyonu, doğum sonrası depresyonu, çocuk ve ergen depresyonu gibi değişik türlerde ele alınmaktadır (41).

2.11.1. Majör depresyon

Majör depresyon en sık görülen depresyon türüdür. Kadınların %10-25'i, erkeklerin %5-12'si yaşamının bir döneminde majör depresyona maruz kalır. Alt sosyo-ekonomik gruplarda ve ailesinde depresyon geçirmiş bireylerde görülme ihtimali daha yüksektir. Majör depresyon tanısı konulabilmesi için hastanın daha önce diğer bir psikiyatrik hastalığının bulunmaması ve depresyonu ortaya çıkarabilecek organik bir etkenin bulunmaması gerekir (43). Köroğlu'na göre majör depresyonu olan kişiler aşağıdaki belirti ve bulgulardan en az dördünü de her gün olmasa bile, düzenli olarak yaşarlar (41).

- Belirgin kilo yitirilmesi ya da kilo alma,
- Uyku bozukluğu,
- Yavaşlamış ya da huzursuz hareketler,
- Yorgunluk, bitkinlik ya da içsel gücün azalması,
- Düşük benlik saygısı ya da uygun olmayan suçluluk duyguları,
- Değersizlik ya da suçluluk duyguları,
- Çaresizlik ya da umutsuzluk duyguları,
- Düşünme bozuklukları ya da düşüncelerini yoğunlaştıramama,
- Cinsel istekte azalma,
- Yineleyen ölüm, intihar düşünceleri.

Majör depresyon, yukarıdaki belirtilerin bulunma çokluğuna göre hafif, orta ve ağır majör depresyon olarak değerlendirilebilir. Hafif depresyonda sürekli bir

melankoli hâline rağmen birey günlük etkinliklerini devam ettirebilir. Orta derecede çoğunlukla işler aksar ve yeni bir şeyler yapma konusunda aşırı bir isteksizlik görülür. Ağır majör depresyonda ise; birey hem günlük işlevlerini yerine getiremez hem de çevresiyle iletişimi kopar. Eğer ağır majör depresyon psikotik özellikler gösteriyorsa bireyin gerçeği değerlendirme yetisi bozulur ve halüsinasyon ile beraber değişik psikotik belirtiler gösterebilir (41).

2.11.2. Distimi

Distiminin süresi en az iki yıldır ve ağır olmayan depresyon belirtileri içerir. Arada bir iki gün süren iyilik dönemleri olabilir ancak çoğu zaman depresyon belirtileri hâkimdir. Uzun süreli devam eden hafif depresyondur ve sürekli bir iç sıkıntısı ve melankolik ruh hali şeklinde görünümle belirir. Sürekli olması nedeniyle iş performansını ve yaşam kalitesini büyük ölçüde bozar. Distiminin belirti ve bulguları majör depresyonunkine çok benzer ancak daha az yoğundur. Yani majör depresyonla farklılık duygulanım belirtilerinin sayısı ve boyutundadır. Toplumda %6 civarında görülür. Distimisi olan kişilerin majör depresyonu olan kişilere göre çok daha az belirtisi vardır ama bu belirtiler majör depresyonun aksine çok daha uzun sürer (41, 55).

2.11.3. Bipolar bozukluk

Depresyonda olan bireylerde depresif ruh hâli ve taşkınlık (mani) hâli birbirini takip eder. Uçlarda yaşanan duygularla belirli olan bu hastalığa bipolar bozukluk, manik depresif bozukluk ya da manik depresyon adları verilir. Manik evrede depresyonun tersine, kişinin aşırı bir içsel gücü olur ve sanki durdurulamaz (64). Gerçekçi olmayan özgüven, yüksek sesle çok konuşma, fikir uçuşmaları, düşüncesizce riske girme davranışları, cinsel istekte artma, alkol ya da başka ilaçların kötüye kullanılması, uyku gereksiniminde azalma ve öfke görülen belirtiler arasındadır (40, 41).

2.11.4. Atipik depresyon

Bu depresyon çeşidindeki belirtiler, yukarıda anlatılan depresyon belirtilerinden farklı seyreder. Duygulanım sürekli çökkün olmayabilir, bazen

yaşanan ortama uygun olarak duygulanımda dalgalanmalar, neşelenme şeklinde görülebilir. Hastada iştah artışı ve kilo alımı olabilir. Bedensel uğraşlarda artış görülebilir. Atipik depresyonlu hastalar çoğu kez dürtüsel davranmaya eğilim gösteren, yakınmalarını somatize etmeye ve histrionik davranış özellikleri göstermeye yatkın ciddi kişilik bozuklukları olan hastalardır (43). Bu hastalarda tipik çökkünlük belirtileri yerine fobik, obsesif, hipokondriak uğraşlar, konversiyon belirtileri; beklenmedik bir biçimde alkole, kumara, ilaçlara düşkünlük, aile ve iş yaşamından uzaklaşma eylemleri, açıklanması güç cinsel uyumsuzluk, aşırı yeme, yememe ve daha birçok başka değişken belirtilerin altında bir çökkünlüğün yatmakta olduğu kabul edilir (40).

2.11.5. Maskeli depresyon

Maskeli depresyon terimi, duygulanım gösterimleri pek açık olmayan klasik depresyon belirtilerinin ikinci planda kaldığı buna karşılık somatik yakınmaların, vejetatif bozuklukların, karakter bozukluklarının, seksüel veya beslenme ile ilgili davranış bozukluklarının ya da alkolizm, toksikomani gibi sorunların ön planda yer aldığı endojen tabiatlı depresyonlar “maskeli depresyon” ismi altında toplanır. Bu tür hastalarda depresyon bilinci söz konusu değildir. Savunma amaçlı geliştirilmiş bir gülümseme vardır. Hastalarda motor ve psikomotor inhibisyon, uyku bozukluğu, ilgi odaklarında azalma gibi bazı bulgular dışında diğer klasik depresyon elementleri hemen hemen görülmez (43, 55).

2.11.6. Diğer depresyon tipleri

Yukarıda belirtilen depresyon tipleri dışında yaşdönümü depresyonu, reaktif depresyon, doğum sonrası depresyonu, çocukluk ve ergenlik depresyonu olarak adlandırılan depresyon tipleri bulunmaktadır. Yaşlılık döneminin getirdiği psikososyal problemler, sıklığı artan bedensel hastalıklar, kullanılan ilaçların fazlalığı, yaşlılıkla birlikte yaşanan nörokimyasal ve hormonal değişiklikler yaşlılık depresyonunun oluşmasında rol oynayan etmenlerdir (40). Reaktif depresyon yaşam olaylarına bağlı olarak ortaya çıkar ve endojen tipli depresyona dönüşebilir (41). Doğum sonrası depresyonu, beyin kimyasında doğumu takiben oluşabilen değişikliklerin neden olduğu bir çeşit biyolojik rahatsızlıktır. Bu depresyonun

oluşumunda; ilk doğum olması, gebelik veya annelikle ilgili çelişkili duyguların olması, daha önce depresyon geçirmiş olma, gebeliği sırasında zor yaşam koşullarına katlanma ve evlilik sorunlarının olması etkili olmaktadır (41, 43). Çocukluk ve ergenlik çağında farklı etkileşimlerle ortaya çıkabilen depresyon bireyin kişilik ve sosyal gelişimini doğrudan etkileyeceğinden tedavisinin çok önemli olduğu vurgulanan depresyon tipleridir (41).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu çalışma, ZKÜ Üniversite Uygulama ve Araştırma Hastanesinde Çalışan Hemşire, Ebe, Sağlık Memuru ve Acil Tıp Teknisyenlerinin tükenmişlik ve depresyon düzeyini belirlemek ve bu tükenmişlik düzeyleri ile bazı değişkenler arasındaki ilişkileri incelemek amacıyla planlanmış kesitsel ve tanımlayıcı bir araştırmadır.

3.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırma evreni söz konusu kurumda bu tarihte çalışan 255 Hemşire, 24 Ebe, 24 Sağlık memuru ve 59 Acil tıp teknisyeni olmak üzere toplam 362 kişiden oluşmaktadır. Örneklem yapılması planlanmayan çalışmada evrenin tümüne ulaşılması amaçlanmıştır. Araştırmaya katılmayı kabul etmeyen, araştırma sırasında eğitim, sağlık sorunu ya da yasal izin nedeniyle işyerinde bulunmayanlar dışında kalan 270 (%74,6) kişiye ulaşılmıştır.

3.3. Araştırmanın Zaman Çizelgesi

- Literatür tarama..... Ekim 2008-Ağustos 2010
- Araştırmanın planlanması..... Ekim 2008-Şubat 2009
- Gerekli izinlerin alınması.....Mart-Nisan 2009
- Araştırma önerisinin sunumu ve Enstitü onayı..... Mayıs 2009
- Araştırma verilerinin toplanması..... Haziran 2009
- Verilerin analizi..... Ağustos-Eylül 2009
- Araştırma raporunun yazılması.....Ocak 2010- Ağustos 2010
- Tez teslimi.....Ağustos 2010

3.4. Veri Kaynakları

Araştırmaya başlamadan önce araştırmanın uygulanacağı merkezlerden onay alınmıştır (Ek.5, Ek 6). Kurumda çalışan hemşire, ebe, sağlık memuru ve acil tıp teknisyenlere çalışmanın amacı açıklanmış, sözlü ve yazılı onamları alınmıştır. Çalışmaya katılmak istemeyenler çalışma dışı tutulmuştur. Anketlerin uygulanması;

araştırmacı tarafından çalışanların bmleri ziyaret edilerek gerçekleştirilmiştir. Katılımcılar, formları kendileri doldurmuşlardır.

Araştırmada hemşire, ebe, sağlık memuru ve acil tıp teknisyenlerinin tükenmişlik düzeylerine yönelik algılamalarını ölçmek amacıyla Ergin (12) tarafından uyarlanan ve 22 sorudan oluşan Maslach Tükenmişlik lği; depresyon düzeylerini ölçmek içinde 21 sorudan oluşan Beck Depresyon Envanteri, bağımsız değişkenlerle ilgili bilgi edinmek amacıyla araştırmacı tarafından, literatür bilgisi doğrultusunda hazırlanmış demografik özellikler, sağlık durumu, alışkanlıklar, meslek ve çalışma hayatı ile ilgili özelliklerden oluşan ve toplam 40 sorunun bulunduğu kişisel anket formu kullanılmıştır (Ek.2).

3.5.Araştırma Değişkenleri

3.5.1. Bağımsız değişkenler

A-Sosyo-demografik özelliklere ilişkin değişkenler

- Cinsiyet
- Yaş
- Eğitim durumu
- Medeni durum
- ocuk sayısı
- Gelir durumu
- Aylık gelir durumu
- Yasal olarak bakmakla yükümlü olduğu kişi
- Konut durumu
- Yaşanılan evde kimlerle kaldığı

B-Sağlık ve hastalık ile ilgili değişkenler

- Tanı konmuş hastalık durumu
- İlaç kullanma durumu
- Genel sağlık durumu
- Depresyonda hissetme durumu
- Psikiyatrik yardım alma durumu
- Uyku problemi durumu

C-Alışkanlıklar ile ilgili değişkenler

- Sigara kullanım durumu
- Alkollü içecek kullanım durumu

D- Çalışma ve meslek hayatı ile ilgili değişkenler

- Çalıştıkları Bölüm
- Meslekte çalışma süresi
- Görevi
- Çalışma Şekli
- Haftalık ortalama çalışma süresi
- Yatan hastaya bakma durumu
- Çalıştığı bölümü seçmedeki tercih durumu
- Mesleği seçmedeki tercih durumu
- İş yaşamından memnuniyet durumu
- Üstleri tarafından takdir edilme durumu
- Meslektaşlar tarafından destek görme durumu
- Mesleği seçmedeki isteklilik
- Mesleği kendine uygun bulma durumu
- Mesleki gelecek ile ilgili düşünceler
- İş yerine ulaşım durumu
- Tatil yapma durumu
- Sosyal etkinliklere katılma durumu
- Meslek örgütüne üye olma durumu
- Sendikaya üye olma durumu
- Dernek ve benzeri bir kuruluş üyeliği
- Çalışanların iş yaşamında karşılaştıkları güçlükler
- Çalışanların iş stersini azaltmak için önerileri

3.5.2. Bağımlı değişkenler

- Maslach Tükenmişlik Ölçeği puanı
- Beck Depresyon Envanteri puanı

3.6. Değişkenlere Ait Tanım ve Ölçütler

3.6.1. Bağımsız değişkenlere ait tanım ve ölçütler

Bağımsız değişkenlere ait olan bu bölümde; sosyo-demografik durum, sağlık-hastalık durumu, alışkanlıklar, çalışma ve meslek hayatı ile ilgili ölçütler yer almaktadır. Söz konusu değişkenlerin bağımlı değişkenlerle ilişkisi incelenmiş ve tanımlayıcı olarak sunulmuştur.

a) Sosyo-demografik değişkenlere ait tanım ve ölçütler

Cinsiyet

Kadın, erkek şeklinde gruplandırıldı.

Yaş

Kişinin yaş bilgisi için doğum tarihi ölçüt alındı. Yaş hesaplandı. Analizinde 20–24, 25–29, 30 yaş ve üstü olarak gruplandırıldı.

Öğrenim durumu

Kişinin öğrenim durumu en son bitirdiği okul göz önüne alınarak değerlendirildi. Sağlık meslek lisesi, ön lisans, lisans, lisansüstü/doktora şeklinde soruldu. Analizinde Sağlık meslek lisesi, ön lisans, lisans, lisansüstü şeklinde üç grup olarak incelendi.

Medeni durum

Kişinin medeni durumu “bekâr, evli, dul/boşanmış” şeklinde soruldu. Analizinde “evli değil ve evli” şeklinde değerlendirildi.

Çocuk sayısı

Kişinin çocuğu olup olmadığı “yok, var” şeklinde incelendi. Çocuğu varsa kaç çocuğu olduğu açık uçlu olarak soruldu. Analizinde çocuk “yok, var 1–3” şeklinde değerlendirildi.

Aylık durumu

Katılımcının aylık gelir durumunu yeterli, kısmen yeterli ve yetersiz şeklinde tanımlanan seçeneklerden hangisi ile uyumlu bulunduğu soruldu.

Yasal olarak bakmakla yükümlü olunan kişilerin varlığı

Yasal olarak bakmakla yükümlü olunan kişilerin var olup olmadığı soruldu. “Yok, var” şeklinde gruplandırıldı. Varsa kim olduğu açık uçlu olarak soruldu.

Konut durumu

“Lojman, kendi evim, kira, kendi evim değil ama kira ödemiyorum” şeklinde soruldu. Analizlerde “kendi evi”, “kendi evi değil ama kira ödemiıyor” ve “kira ödüyor” şeklinde üç grup olarak değerlendirildi.

Yaşadığı evde kimlerle kaldığı

Yaşadığı evde kimlerle kaldığı soruldu “yalnız, eşimle/eşim ve çocuğumla, ev arkadaşım, kendim ve çocuğumla, anne, baba, kardeş, anne, baba, eş ve çocuğumla, diğer” şeklinde gruplandırıldı. Diğer şıkkı açık uçlu olarak soruldu.

b) Sağlık ve hastalığa ait tanım ve ölçütler**Kronik hastalık durumu**

Doktor tarafından tanı konulmuş herhangi bir kronik hastalığının olup olmadığı soruldu ve “yok, var” şeklinde gruplandırıldı. Tanı konulmuş kronik hastalığı varsa, hangi hastalık olduğu açık uçlu soruldu.

İlaç kullanım durumu

Düzenli olarak kullandığını bir ilaç olup olmadığı soruldu ve “yok, var” şeklinde gruplandırıldı. Kullandığı ilaç varsa hangi ilacı kullandığı açık uçlu olarak soruldu.

Genel sağlık durumu

Genel Sağlık Durumunu nasıl tanımladığı soruldu ve “çok kötü, kötü, orta, iyi, çok iyi” şeklinde gruplandırıldı.

Depresyon hissetme durumu

Kendisini depresyonda hissedip hissetmediği soruldu ve “hiç olmadı, bazen oldu, sık sık oldu, her zaman oldu” şeklinde gruplandı. Analizinde “Hiç olmadı, bazen oldu, sık sık/her zaman oldu” şeklinde değerlendirildi.

Psikiyatrik yardıma ihtiyaç durumu

Daha önce psikiyatrik yardıma ihtiyaç duyup duymadığı ve yardım alıp almadığı soruldu, “evet/aldım, evet/almadım, hayır” şeklinde gruplandırıldı.

Uyku problemi

Uykuya dalmakta güçlük, uyuyamama, az uyuma ya da çok uyuma gibi uyku sorununun olup olmadığı değerlendirildi ve “hiç olmadı, bazen oldu, sık sık oldu, her zaman oldu” şeklinde gruplandırıldı.

c) Alışkanlıklara ilişkin tanım ve ölçütler

Sigara kullanımı

Sigara içme durumu soruldu ve “halen içiyorum, bıraktım, hiç içmedim” şeklinde gruplandırıldı. Günde içilen sigara adedi ve sigaraya başlama yaşı açık uçlu olarak soruldu.

Alkollü içecek tüketme durumu

Alkollü bir içecek tüketme durumu soruldu ve “hiç içmedim, ara sıra, sürekli, eskiden içtim, bıraktım” şeklinde gruplandırıldı.

d) Çalışma hayatına ait tanım ve ölçütler

Çalıştıkları Bölüm

Çalıştığı bölüm soruldu ve “cerrahi bölümler, dâhili bölümler” şeklinde gruplandırıldı.

Meslekte çalışma süresi

Bu meslekte toplam çalışma yılı soruldu ve “1 yıl ve altı, 2–5 yıl, 6–10 yıl, 10 yıl ve üstü” şeklinde gruplandırıldı.

Görevi

Kişinin görevi “dâhili bölümler, servis hemşiresi, poliklinik/özel uygulama, eğitim/enfeksiyon hemşiresi, ameliyat hemşiresi, yoğun bakım hemşiresi, sorumlu hemşire, başhemşire, diğer” şeklinde seçeneklerle soruldu. Diğer sorusu açık uçlu bırakıldı. Analizinde “dâhili bölümler, servis hemşiresi, poliklinik/özel uygulama, ameliyat hemşiresi, yoğun bakım hemşiresi, sorumlu hemşire, diğer” şeklinde değerlendirildi.

Çalıştığı bölümü seçmedeki tercih

Çalıştığı bölümü seçmedeki tercih durumu soruldu ve “kendi isteğim, idarenin kararı” şeklinde gruplandırıldı.

Çalışma Şekli

Çalışma şekli “gündüz, vardiya, sürekli gece” şeklinde gruplandırıldı.

Haftalık ortalama çalışma süresi

Haftalık ortalama çalışma süresi saat olarak açık uçlu olarak soruldu. Analizinde “40 saat, 41–50, 50 saatin üstü” olarak gruplandırıldı.

Yatan hastaya bakma durumu

Yatan hastaya bakma durumu soruldu ve “hasta bakmıyor, hasta bakıyor” şeklinde gruplandırıldı.

İş yaşamından memnun olma durumu

İş yaşamından memnun olma durumu soruldu ve “memnun, kısmen memnun, memnun değil” şeklinde gruplandırıldı.

Üstler tarafından takdir edilme durumu

Üstleriniz tarafından takdir edilip edilmediği soruldu ve cevaplar “evet, kısmen, hayır” şeklinde gruplandırıldı.

Meslektaşları tarafından takdir edilme durumu

Meslektaşlarınızdan destek görüp görmediği soruldu ve “her zaman destek verirler, bazen verir/bazen vermezler, hiç vermezler” şeklinde gruplandırıldı.

Dernek ve benzeri bir kuruluş üyeliği durumu

Dernek ve benzeri bir kuruluş üyeliği olup olmadığı soruldu ve “var, yok” şeklinde gruplandırıldı.

Meslek örgütüne üyelik durumu

Meslek örgütüne üye olup olmadığı soruldu ve “evet, hayır” şeklinde gruplandırıldı.

Sendikaya üyelik durumu

Sendikaya üye olup olmadığı soruldu ve “evet, hayır” şeklinde gruplandırıldı

Tatil durumu

Son bir yıl içerisinde tatil yapabilme durumu soruldu ve “evet, hayır” şeklinde gruplandırıldı

Sosyal etkinliklere katılma durumu

Sosyal etkinliklere katılma durumu soruldu ve “yetersiz, kısmen yeterli, yeterli” şeklinde gruplandırıldı.

İş yerine ulaşım şekli durumu

İş yerine ulaşım şekli soruldu ve “yürüyerek, toplu taşıma aracıyla, kendi arabamla, servis aracıyla, diğer” şeklinde incelendi. Analizinde “toplu taşıma aracıyla, servis aracıyla, özel araç” şeklinde üç grup olarak değerlendirildi.

İş yaşamında karşılaşılan güçlükler

İşe bağlı stres yaşanmasına neden olan durumlardan hangi güçlükleri yaşamakta olduğu soruldu. Birden fazla yanıt verebileceği ifade edildi. Diğer şeklinde açık uçlu bir seçenek bırakıldı. Seçeneklerin tamamı şu şekildedir; ortamdaki iletişim sorunu, ortamdaki fiziksel koşulların uygunsuzluğu, sosyal olanak yetersizliği, çalışma sistemindeki uygunsuzluklar, ekonomik yetersizlikler, meslektaşlar arasında yaşanan çatışmalar, doktor-hemşire iletişimindeki

olumsuzluklar, ödüllendirmenin olmayışı, takdir edilmeme, çalışırken işimin bölünmesi, uzun çalışma saatleri/gece mesaisi, uygun cihaz ve donanımına sahip olmama, kullanılan cihazların sorumluluğunun hemşireye yüklenmesi, kötü yönetim, mesleki sınırların tam olarak çizilmemiş olması, zaman baskısı, hasta ve hasta yakınlarının istekleri ile başa çıkmak, meslekte yeterli doyuma ulaşamama, iş yükünün fazla olması, ekip çalışmasının olmaması, nöbet izninin olmaması, durumu ağır olan hasta, acil durumlara müdahale, hata yapma korkusu, personel/malzeme yetersizliği, amir baskısı, diğer.

İş stresini azaltmak için öneriler

İş stresini azaltmak için önerilerinin neler olduğu soruldu. Birden fazla yanıt verilebileceği ifade edildi. Diğer şeklinde öneride bulunabileceği açık uçlu bir seçenek bırakıldı. Seçeneklerin tamamı şu şekildedir; çalışma koşullarının iyileştirilmesi, ekip çalışması, eleman sayısının artırılması, nöbet sayısının azaltılması, iş güvenliğinin sağlanması, yeterli malzeme ve personel sağlanması, meslek olarak saygı görme, takdir edilme, ödüllendirilme, görev sınırlarının kesin belirlenmesi, amirlerin objektif davranması ve baskılayıcı-katı olmayan tutumlara sahip olması, diğer.

e) Mesleki özelliklere ait tanım ve ölçütler

Mesleği seçmedeki isteklilik durumu

Mesleği seçmedeki isteklilik durumu soruldu ve “isteyerek, istemeyerek” şeklinde gruplandırıldı.

Mesleğini kendine uygun bulma

Mesleğini kendine uygun bulup bulmadığı soruldu ve “uygun, kısmen uygun, uygun değil” şeklinde gruplandırıldı.

Mesleki gelecekle ilgili düşünceler

Mesleki gelecekle ilgili düşünceleri soruldu ve “mesleği sürdürmek, ayrılıp başka iş yapmak, ayrılıp çalışmamak” şeklinde gruplandırıldı.

3.6.2. Bağımlı değişkenlere ait tanım ve ölçütler

a) Maslach tükenmişlik ölçeği

Maslach ve Jackson tarafından geliştirilen Maslach Tükenmişlik Envanteri, 22 maddeden oluşan 7’li likert tipi bir ölçektir. Özgün formunda “hiçbir zaman, yılda birkaç kere, ayda bir, ayda birkaç kere, haftada bir, haftada birkaç kere, her gün”

şeklindeki cevap seçeneklerinden oluşmaktadır. Duygusal Tükenme, Duyarsızlaşma ve Kişisel Başarı olmak üzere 3 alt boyutu kapsamaktadır.

1. Duygusal Tükenme: 9 maddeden oluşmakta ve 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16. ve 20. maddeleri kapsamaktadır.

2. Duyarsızlaşma: 5 maddeden oluşmakta ve 5, 10, 11, 15. ve 22. maddeleri kapsamaktadır.

3. Azalan Kişisel Başarı: 8 maddeden oluşmakta ve 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19. ve 21. maddeleri kapsamaktadır.

Ergin uyarlama çalışmasında, doktor, hemşire, öğretmen, avukat, polis ve memurlardan oluşan 235 kişilik bir denek grubuna ön uygulama yaparak ölçekte bazı değişiklikler yapmıştır. Ölçekte yedi dereceli olan cevap seçenekleri “hiçbir zaman, çok nadir, bazen, çoğu zaman ve her zaman olmak üzere beşli derecelendirmeye dönüştürülmüştür (28). Çalışmamızda 5’li likert tipi kullanılmıştır.

b) Maslach tükenmişlik ölçeğinin geçerliği

Ergin (56) ölçeğin yapı geçerliğini incelemek amacı ile faktör analizi yapmış ve ölçeğin üç boyutlu olduğunu ortaya koymuştur. Çam (57) geçerlik çalışmasında birlikte geçerlik tekniğini kullanarak hemşirelerin kendilerini değerlendirmelerini ve arkadaşlarının onları değerlendirmelerini incelemiştir. Geçerlik kat sayıları Duygusal Tükenme için 0.46; Duyarsızlaşma için 0.79; Kişisel Başarı için ise 0.85 olarak bulunmuştur. Çalışmamızda katılımcılarının kendini değerlendirmesi istenmiştir.

c) Maslach tükenmişlik ölçeğinin güvenirliği

Ergin (56), ölçeğin güvenirliğini incelemek amacı ile iki yöntemden yararlanmıştır. İlk olarak, ölçeğin her üç alt boyutu için iç tutarlılığını hesaplanmıştır. 297 hemşire ve 255 doktor olmak üzere toplam 552 kişiden oluşan denek grubundan elde edilen verilerin tükenmişliğin üç boyutuna ilişkin Cronbach Alpha katsayıları şu şekildedir: Duygusal Tükenme 0.83; Duyarsızlaşma 0.65; Kişisel Başarı 0.72. İlk uygulamadan 2–4 hafta sonra 99 deneğe ulaşılarak ölçeğin güvenirliği bir de test tekrar test yöntemi ile hesaplanmıştır. Ölçeğin üç alt boyutuna ilişkin test tekrar test güvenirlik katsayıları şu şekildedir: Duygusal Tükenme 0.83; Duyarsızlaşma 0.72; Kişisel Başarı 0.67.

d) Maslach tükenmişlik ölçeğinin puanlanması

Ölçeği oluşturan üç alt boyutun her bir maddesi 0–4 arasındaki sayılarla puanlanmaktadır. Her alt ölçeğin toplam puanları madde puanlarının toplanması ile

elde edilmektedir. Alt ölçeklerden alınabilecek en düşük ve en yüksek puanlar şu şekildedir:

Duygusal Tükenme: 0–36;

Duyarsızlaşma: 0–20;

Kişisel Başarı: 0–32.

Duygusal tükenme ve duyarsızlaşma alt boyutları olumsuz, kişisel başarı alt boyutu ise olumlu ifadeler içermektedir. Bu nedenle duygusal tükenme ve duyarsızlaşma alt ölçeklerinden yüksek puanlar almak tükenmişliği ifade ederken; kişisel başarı alt ölçeğinden ise düşük puan almak tükenmişliği ifade etmektedir (28).

e) Beck depresyon envanteri

Beck Depresyon Envanteri (Ek-3) depresyonda ortaya çıkan belirtileri ölçmeye yarayan 21 maddelik bir kendini değerlendirme türü ölçektir. Bu belirtiler: Depresif ruh durumu, karamsarlık, başarısızlık duygusu, doyum alamama, suçluluk duyguları, ağlama nöbetleri, tedirginlik, sosyal çekilme, kararsızlık, beden imajının çarpıtılması, çalışma inhibisyonu, uyku bozukluğu, yorgunluk, iştah azalması, kilo kaybı, somatik meşguliyetler ve libido kaybıdır (58). Envanterin her bir maddesi kişinin o andaki psikolojik durumunu anlamak için belirlenmiş dörder cümleden oluşur. Katılımcı her soru için bu seçeneklerden birini işaretler. Testin sonucu, bu cümlelerin sıfırdan üçe kadar puanlanarak toplanması ile bulunur. Testte en düşük puanı 0, en yüksek puansa 63 tür. Depresyon Envanterinin 1978 formunun Türkçeye uyarlanması Hisli (58, 59) tarafından yapılmıştır. Bu çalışmaların sonucunda, envanterin test-tekrar test güvenilirliğinin 0.65 ile 0.73 arasında olduğu (58), iki yarım test güvenilirlik katsayısının 0.74 (59) olduğu bulunmuştur. BDE'nin geçerlik bulgularının belirlenmesi amacıyla ölçüt bağıntılı geçerlikten yararlanılmıştır.

3.7. Araştırma Verilerinin İstatistiksel Analizi

Araştırmada kullanılan veriler katılımcılara yüz yüze görüşme tekniği ile uygulanan ve literatür bilgisi doğrultusunda araştırmacı tarafından geliştirilen, katılımcıların tanımlayıcı özelliklerini saptamaya yönelik soruların yanı sıra Maslach Tükenmişlik Ölçeği ve Beck Depresyon Envanteri'ni içeren bir anket formu aracılığıyla toplanmıştır. Toplanan veriler SPSS for Windows 11.0 paket programına girilerek değerlendirilmiş, ortalama değerler “aritmetik ortalama±standart sapma” şeklinde gösterilmiş, istatistiksel analizlerde Bonferroni düzeltmeli Anova varyans

analizi Kruskal-Wallis varyans analizi, bağımsız gruplarda t testi, Mann-Whitney U testi kullanılmış ve analiz sonuçları %95 güven aralığında değerlendirilerek $p<0.05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı farklılık olarak kabul edilmiştir. Tükenmişlik alt alanları ve beck depresyon puanı değişkenleri arasında ilişki varlığı korelasyon analizi ile değerlendirilmiştir. Pearson korelasyon katsayısının 0-0.250 arasında olması ilişki yok ya da zayıf ilişki, 0.251-0.500 arasında olması orta düzeyde ilişki, 0.501-0.750 arasında olması güçlü ilişki, 0.751-1 arasında olması ise çok güçlü ilişki olarak yorumlanmıştır.

3.8. Etik Konular

Araştırmanın yapılabilmesi için 31.03.2009 tarihli, B.30.2.ZKÜ.0.H1.00.00/001-462-3584 sayılı gerekli kurum izni ve 16.04.2009 tarihli 2009/05 toplantı numaralı etik kurul izinleri Ek 5 ve Ek 6 da sunulmuştur.

3.9. Araştırmanın Kısıtlılıkları

Araştırma kurumda çalışan hemşire, ebe, sağlık memuru ve acil tıp teknisyenlerinin %74.6'sının katılımı ile gerçekleştirilmiştir. Veri toplama aşamasında çalışma koşulları dikkate alınarak servislere dağılım üzerinden katılımcılara ulaşılmaya çalışılmış, ulaşılamayanlar için tekrarlayan ziyaretler yapılmıştır. Servisler üzerinden ulaşım planlanmış olmakla birlikte tüm çalışanlara aynı anda ulaşılamaması, benzer araştırmaların planlama aşamasında, özellikle zaman planlarının yapılmasında özen gösterilmesi gereken önemli bir özellik olarak dikkat çekmiştir.

4. BULGULAR

Hemşire, ebe, sağlık memuru ve acil tıp teknisyenlerinin sosyodemografik özellikleri **Tablo 1'** de gösterilmiştir.

Katılımcıların %85.2'si kadın, %14.8'i erkektir; %21.1'i 20–24, %43.7'si 25–29, %32.6'sı 30–34, %2.6'sı ise 35–39 yaş grubu aralığındadır; %30.7'si sağlık meslek lisesi mezunu, %56.7'si ön lisans mezunu, %11.5'i lisans mezunu ve %1.1'i lisansüstü/doktora mezunudur; %57'si bekâr, %41.9'u evli, %1.1'i dul/boşanmıştır; %73.7'sinin çocuğu yoktur, %26.3'nün çocuğu vardır; %14.1'i aylık gelirini yeterli, %61.5'i kısmen yeterli, %24.4'ü de tamamen yeterli bulmaktadır; %76.7'sinin yasal olarak bakmakla yükümlü olduğu kişi yoktur, %0.4'ü lojmanda, %34.4'ü kendi evinde, %55.9'u kirada oturmaktadır, %9.3'ünün oturduğu ev, kendi evi değil, ama kirada ödememektedir; %14.8'i yalnız yaşamakta, %37.4'ü eşi/eşi ve çocuğuyla yaşamakta, %8.5'i ev arkadaşıyla, %0.4'ü kendi ve çocuğuyla, %31.1'i anne, baba, kardeş ile %1.9'u anne, baba, eş ve çocuğuyla yaşamaktadır.

Tablo 1. Hemşire, ebe, sağlık memuru ve acil tıp teknisyenlerinin sosyodemografik özellikleri.

Demografik özellikler		Sayı (n)	%
Cinsiyet	Kadın	230	85.2
	Erkek	40	14.8
Yaş	20–24	57	21.1
	25–29	118	43.7
	30–34	88	32.6
	35–39	7	2.6
Eğitim düzeyi	Sağlık meslek lisesi	83	30.7
	Ön lisans	153	56.7
	Lisans	31	11.5
	Lisansüstü/doktora	3	1.1
Medeni durum	Evli	113	41.9
	Dul/boşanmış	3	1.1
Çocuk durumu	Yok	199	73.7
	Var (1–3)	71	26.3
Aylık geliri	Yetmiyor	38	14.1
	Kısmen yetiyor	166	61.5
	Tamamen yetiyor	66	24.4
Yasal olarak bakmakla yükümlü olunan kişilerin varlığı	Yok	207	76.7
	Var	63	23.3
Konut durumu	Lojman	1	0.4
	Kendi evi	93	34.4
	Kira	151	55.9
	Kendi evim değil ama kira ödemiyor	25	9.3
Yaşadığı evde kimlerle kaldığı	Ev arkadaşıyla	23	8.5
	Kendim ve çocuğumla	1	0.4
	Anne, baba, kardeş ile	84	31.1
	Anne, baba, eş ve çocuğumla	5	1.9
	Diğer	16	5.9
TOPLAM		270	100

Hemşire, ebe, sağlık memuru ve acil tıp teknisyenlerinin sağlık durumları ile ilgili özellikleri **Tablo 2**'de gösterilmiştir.

Katılımcıların %90'ın da tanı konulmuş bir kronik hastalık yoktur; %91.5'i düzenli ilaç kullanmamaktadır, %8.5'i ilaç kullanmaktadır; %0.7'si genel sağlık durumunu kötü, %15.6'sı orta, %70'i iyi, %13.7'de çok iyi tanımlamıştır. " Kendinizi depresyonda hissettiğiniz oldu mu? " sorusuna çalışanların %14.4'ü hiç olmadı, %71.1'i bazen oldu, %13.3'ü sık sık oldu, %1.1'i her zaman oldu yanıtını vermiştir. Daha önce psikiyatrik yardıma ihtiyaç duyma ve yardım alma durumunu %16.3'ü evet/aldım, %19.3'ü evet/almadım, %64.4'ü hayır şeklinde tanımlamıştır. Katılımcıların %16.7'si hiç uyku problemi yaşamamış, %64.4' ü bazen, %14.8'i sık sık, %4.4'ü de her zaman uyku problemi yaşamıştır.

Tablo 2. Hemşire, ebe, sağlık memuru ve acil tıp teknisyenlerinin sağlık durumları ile ilgili özellikleri.

Sağlık durumları ile ilgili özellikler		Sayı (n)	%
Kronik hastalık durumu	Yok	243	90.0
	Var	27	10.0
İlaç kullanım durumu	Yok	247	91.5
	Var	23	8.5
Genel sağlık durumu	Kötü	2	0.7
	Orta	42	15.6
	İyi	189	70.0
	Çok iyi	37	13.7
Depresyon hissetme durumu	Hiç olmadı	39	14.4
	Bazen oldu	192	71.2
	Sık sık oldu	36	13.3
	Her zaman oldu	3	1.1
Psikiyatrik yardıma ihtiyaç duyma ve yardım alma durumu	Evet/aldım	44	16.3
	Evet/almadım	52	19.3
	Hayır	174	64.4
Uyku problemi	Hiç olmadı	45	16.7
	Bazen oldu	173	64.1
	Sık sık oldu	40	14.8
	Her zaman oldu	12	4.4
TOPLAM		270	100

Hemşire, ebe, sağlık memuru ve acil tıp teknisyenlerinin sigara ve alkol kullanım durumları ile ilgili özellikleri **Tablo 3**'de gösterilmiştir.

Katılımcıların %31.5'i halen sigara içmekte, %14.4'ü sigarayı bırakmış, %54.1'i ise hiç sigara içmemektedir. Katılımcıların %61.5'i alkollü içecek hiç içmemekte, %33.3'ü ara sıra içmekte, %1.5'i sürekli içmekte, %3.7'si ise eskiden içip bırakmıştır.

Tablo 3. Hemşire, ebe, sağlık memuru ve acil tıp teknisyenlerinin sigara ve alkol kullanım durumları ile ilgili özellikleri.

Sigara ve alkol kullanımı		Sayı (n)	%
Sigara kullanımı	Halen içiyorum	85	31.5
	Bıraktım	39	14.4
	Hiç içmedim	146	54.1
	Hiç	166	61.5
Alkollü içecek tüketme durumu	Ara sıra	90	33.3
	Sürekli	4	1.5
	Eskiden içtim, bıraktım	10	3.7
TOPLAM		270	100

Hemşire, ebe, sağlık memuru ve acil tıp teknisyenlerinin çalışma durumuna ilişkin özellikleri **Tablo 4**'te gösterilmiştir.

Katılımcıların %47.8'i cerrahi bölümlerde, %52.2'si dâhili bölümlerde çalışmaktadır; %25.6'sı 1 yıl ve altı, %40.4'ü 2–5 yıl, %27.4'ü 6–10 yıl, %6.7 'si 10 yıldan fazla süredir bu meslekte çalışmaktadır. Katılımcıların %3.7'si dâhili bölümlerde, %41.5'i servis hemşiresi, %6.3'ü poliklinik/özel uygulama hemşiresi, %7.8'i ameliyat hemşiresi, %22.2'si yoğun bakım hemşiresi, %10'u sorumlu hemşire olarak görev yapmaktadır; %31.5'i gündüz, %59.6'sı vardiyalı, %8.9'u sürekli gece çalışmaktadır; %11.5'nin haftalık çalışma saati 40 saat ve altındadır, %47.4'ünün 41–50 saat arasında, %41.1'i de 50 saat üstündedir; %26.7'si yatan hastaya bakmamakta, %73.3'ü yatan hasta bakmaktadır; %35.2'si çalıştığı bölümü kendi isteği ile seçerken, %64.8'i idarenin kararı ile çalıştığı bölümde bulunmaktadır; %39.3'ü iş yaşamından memnun, %50.7'si kısmen memnun, %10'u memnun değildir; %27'si üstleri tarafından takdir edildiğini, %46.7'si kısmen takdir edildiğini, %26.3'ü de takdir edilmediğini ifade etmektedir; %38.1'i meslektaşlarından her zaman destek görmekte, %55.6'sı bazen destek görmekte, bazen görmemektedir, %6.3'ü ise hiç destek görmemektedir. Çalışanların %38.5'i son bir yıl içerisinde tatil yapmış, %61.5'i tatil yapmamıştır; %51.1'i sosyal etkinliklere katılmada yetersiz, %40.4'ü kısmen yeterli, %8.5'i ise sosyal etkinliklere katılmada yeterlidir; %22.2'si meslek örgütüne üyedir, %77.8'i üye değildir; %64.8'i sendikaya üyedir, %35.2'si sendikaya üye değildir; %6.7'si dernek ve benzeri bir kuruluşa üyedir, %93.3'ü üye değildir; %1.1'i iş yerine ulaşımı yürüyerek, %75.9'u toplu taşıma aracıyla, %15.2'si kendi arabasıyla, %6.7'si ise servis aracıyla sağlamaktadır.

Tablo 4. Hemşire, ebe, sağlık memuru ve acil tıp teknisyenlerinin çalışma durumuna ilişkin özellikleri.

Çalışma durumuna ilişkin özellikler		Sayı (n)	%
Çalıştıkları bölüm	Cerrahi bölümler	129	47.8
	Dâhili bölümler	141	52.2
Meslekte çalışma süresi	1 yıl ve altı	69	25.6
	2–5 yıl	109	40.3
	6–10 yıl	74	27.4
	10 yıl üstü	18	6.7
Görevi	Dâhili bölümler	10	3.7
	Servis hemşiresi	112	41.5
	Poliklinik/özel uygulama hemşiresi	17	6.3
	Ameliyat hemşiresi	21	7.8
	Yoğun bakım hemşiresi	60	22.2
	Sorumlu hemşire	27	10.0
	Diğer	23	8.5
Çalışma şekli	Gündüz	85	31.5
	Vardiya	161	59.6
	Sürekli gece	24	8.9
Haftalık ortalama çalışma süresi	40 saat ve altı	31	11.5
	41–50	128	47.4
	50 saat üstü	111	41.1
Yatan hastaya bakma durumu	Hasta bakmıyor	72	26.7
	Hasta bakıyor	198	73.3
Çalıştığı bölümü seçmedeki tercih	Kendi isteğim	95	35.2
	İdarenin kararı	175	64.8
İş yaşamından memnun olma durumu	Memnun	106	39.3
	Kısmen memnun	137	50.7
	Memnun değil	27	10
Üstler tarafından takdir edilme durumu	Evet	73	27
	Kısmen	126	46.7
	Hayır	71	26.3
Meslektaşları tarafından destek görme durumu	Her zaman destek verirler	103	38.1
	Bazen verir/bazen vermezler	150	55.6
	Hiç vermezler	17	6.3
Son bir yıl içerisinde tatil yapabilme durumu	Evet	104	38.5
	Hayır	166	61.5
Sosyal etkinliklere katılma durumu	Yetersiz	138	51.1
	Kısmen yeterli	109	40.4
	Yeterli	23	8.5
Meslek örgütüne üye olma durumu	Evet	60	22.2
	Hayır	210	77.8
Sendikaya üyeliği	Evet	175	64.8
	Hayır	95	35.2
Dernek ve benzeri bir kuruluş üyeliği	Var	18	6.7
	Yok	252	93.3
İş yerine ulaşım şekli	Yürüyerek	3	1.1
	Toplu taşıma aracıyla	205	75.9
	Kendi arabamla	41	15.2
	Servis aracıyla	18	6.7
	Diğer	3	1.1
TOPLAM		270	100

Hemşire, ebe, sağlık memuru ve acil tıp teknisyenlerinin meslek hayatı özellikleri **Tablo 5**'de gösterilmiştir.

Katılımcıların %70'i mesleği isteyerek seçmiş, %30'u da istemeyerek seçmiştir; %54.8'i mesleği kendine uygun bulmakta, %40.4'ü kısmen uygun bulmakta, %4.8'i ise mesleği kendine uygun bulmamaktadır; %85.6'sının mesleki gelecek ile ilgili düşüncesi mesleği sürdürme yönündedir, %11.1'i ayrılıp başka iş yapmayı düşünmekte, %3.3'ü ise ayrılıp çalışmamayı düşünmektedir.

Tablo 5. Hemşire, ebe, sağlık memuru ve acil tıp teknisyenlerinin meslek hayatı özellikleri.

Meslekle ilgili özellikler		Sayı (n)	%
Mesleği seçmedeki isteklilik durumu	İsteyerek	189	70.0
	İstemeyerek	81	30.0
Mesleğini kendine uygun bulma durumu	Uygun	148	54.8
	Kısmen uygun	109	40.4
	Uygun değil	13	4.8
Mesleki gelecekle ilgili düşünceler	Mesleği sürdürmek	231	85.6
	Ayrılıp başka iş yapmak	30	11.1
	Ayrılıp çalışmamak	9	3.3
TOPLAM		270	100

Hemşire, ebe, sağlık memuru ve acil tıp teknisyenlerinin iş ortamında karşılaştıkları güçlükler **Tablo 6**'da gösterilmiştir.

Katılımcıların, iş yerinde karşılaşılan güçlükleri %43'ü ortamdaki iletişim sorunu, %29.6'sı ortamdaki fiziksel koşulların uygunsuzluğu, %26.7'si sosyal olanak yetersizliği, %44.8'i çalışma sistemindeki uygunsuzluklar, %22.6'sı ekonomik yetersizlikler, %37'si meslektaşlar arasında yaşanan çatışmalar, %44.4'ü doktor-hemşire iletişimindeki olumsuzluklar, %38.9'u ödüllendirmenin olmayışı, takdir edilmeme, %23.7'si çalışırken işinin bölünmesi, %45.6'sı uzun çalışma saatleri/gece mesaisi, %21.1'i uygun cihaz ve donanımına sahip olmama, %31.5'i kullanılan cihazların sorumluluğunun hemşireye yüklenmesi, %26.3'ü kötü yönetim, %39.6'sı mesleki sınırların tam olarak çizilmemiş olması, %16.3'ü zaman baskısı, %30.4'ü hasta ve hasta yakınlarının istekleri ile başa çıkmak, %18.5'i meslekte yeterli doyuma ulaşamama, %50.7'si iş yükünün fazla olması, %17.8'i ekip çalışmasının olmaması, %10.7'si nöbet izninin olmaması, %15.9'u durumu ağır olan hasta ile uğraşmak, % 7'si acil durumlara müdahalede bulunma, %18.1'i hata yapma korkusu, %41.9'u personel/malzeme yetersizliği. %15.6'sı amir baskısı şeklinde ifade etmiştir.

Tablo 6. Hemşire, ebe, sağlık memuru ve acil tıp teknisyenlerinin iş ortamında karşılaştıkları güçlükler.

Karşılaşılan güçlükler	Sayı (n)	%
Ortamdaki iletişim sorunu	116	43.0
Ortamdaki fiziksel koşulların uygunsuzluğu	80	29.6
Sosyal olanak yetersizliği	72	26.7
Çalışma sistemindeki uygunsuzluklar	121	44.8
Ekonomik yetersizlikler	61	22.6
Meslektaşlar arasında yaşanan çatışmalar	100	37.0
Doktor-hemşire iletişimindeki olumsuzluklar	120	44.4
Ödüllendirmenin olmayışı, takdir edilmeme	105	38.9
Çalışırken işinin bölünmesi	64	23.7
Uzun çalışma saatleri/gece mesaisi	123	45.6
Uygun cihaz ve donanımına sahip olmama	57	21.1
Kullanılan cihazların sorumluluğunun hemşireye yüklenmesi	85	31.5
Kötü yönetim	71	26.3
Mesleki sınırların tam olarak çizilmemiş olması	107	39.6
Zaman baskısı	44	16.3
Hasta ve hasta yakınlarının istekleri ile başa çıkmak	82	30.4
Meslekte yeterli doyuma ulaşamama	50	18.5
İş yükünün fazla olması	137	50.7
Ekip çalışmasının olmaması	48	17.8
Nöbet izninin olmaması	29	10.7
Durumu ağır olan hasta ile uğraşmak	43	15.9
Acil durumlara müdahale	19	7.0
Hata yapma korkusu	49	18.1
Personel/malzeme yetersizliği	113	41.9
Amir baskısı	42	15.6
Diğer	4	1.5

Hemşire, ebe, sağlık memuru ve acil tıp teknisyenlerinin iş stresini azaltmak için yapmış olduğu öneriler **Tablo 7**'de gösterilmiştir.

Katılımcıların, iş stresini azaltmak için %64.8'i çalışma koşullarının iyileştirilmesini, %34.8'i ekip çalışmasını, %68.1'i eleman sayısının artırılmasını, %46.3'ü nöbet sayısının azaltılmasını, %35.2'si iş güvenliğinin sağlanmasını, %54.4'ü yeterli malzeme ve personel sağlanmasını, %62.6'sı meslek olarak saygı görmeyi, %55.2'si takdir edilmeyi ve ödüllendirilmeyi, %49.3'ü görev sınırlarının kesin belirlenmesini, %41.1' i amirlerin objektif davranmasını ve baskılayıcı-katı olmayan tutumlara sahip olmasını önermiştir.

Tablo 7. Hemşire, ebe, sağlık memuru ve acil tıp teknisyenlerinin iş stresini azaltmak için yapmış olduğu öneriler.

Öneriler	Sayı (n)	%
Çalışma koşullarının iyileştirilmesi	175	64.8
Ekip çalışması	94	34.8
Eleman sayısının artırılması	184	68.1
Nöbet sayısının azaltılması	125	46.3
İş güvenliğinin sağlanması	95	35.2
Yeterli malzeme ve personel sağlanması	147	54.4
Meslek olarak saygı görme	169	62.6
Takdir edilme, ödüllendirilme	149	55.2
Görev sınırlarının kesin belirlenmesi	133	49.3
Amirlerin objektif davranması ve baskılayıcı-katı olmayan tutumlara sahip olması	111	41.1
Diğer	10	3.7

Araştırmaya katılan 270 katılımcının yapılan değerlendirmeler sonucunda elde edilen ortalama duygusal tükenme puanı 14.6 ± 6.1 (en az 2, en çok 35), ortalama duyarsızlaşma puanı 4.3 ± 3.0 (en az 0, en çok 15), ortalama kişisel başarı puanı 20.8 ± 4.4 (en az 7, en çok 31), ortalama beck depresyon puanı 8.7 ± 7.0 (en az 0, en çok 42) olarak saptanmıştır. Beck depresyon puanı katılımcıların 212'sinde (%78.5) 0-13 puan (depresyon yok), 53'ünde (%19.6) 14-24 puan (hafif-orta depresyon), arasında iken, 5'inde (%1.9) 25 ve üzeri puandaydı (ciddi depresyon).

Araştırmaya katılanların sosyodemografik özelliklerine göre duygusal tükenme (DT), duyarsızlaşma (D), kişisel başarı (KB) ve depresyon (BDP) düzeyi **Tablo 8**'de gösterilmiştir. Yaş gruplarına, medeni duruma, çocuk sayısına, aylık gelir durumlarına göre duygusal tükenme, duyarsızlaşma, kişisel başarı ölçek puanları ve beck depresyon ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır. Cinsiyet yönünden yapılan değerlendirmede, kadınların duygusal tükenme ölçek puanları erkeklerinkinden yüksek iken ($p=0.001$), kişisel başarı ölçek puanları daha düşüktür ($p=0.009$). Eğitim düzeyleri yönünden değerlendirmede gruplar arasında duygusal tükenme ($p=0.048$) ve beck depresyon ölçek puanları ($p=0.012$) yönünden anlamlı fark saptanmıştır. Alt gruplar değerlendirmesinde, beck depresyon puanı lise mezunlarında ön lisans mezunlarından anlamlı biçimde düşüktür ($p=0.010$). Buna karşılık, duygusal tükenme puanları yönünden yapılan alt grup değerlendirmesinde, alt gruplar arasında anlamlı farklılık tespit edilmemiştir.

Katılımcılar konut durumları yönünden değerlendirildiğinde sadece beck depresyon puanlarında farklılık gözlemlendi. Alt grup değerlendirmesi yapıldığında sadece kendi evi olmamasına karşın kira ödemeyenler ile kirada oturanlar arasında farklılık saptanmıştır ($p=0.008$).

Tablo 8. Hemşire, ebe, sağlık memuru ve acil tıp teknisyenlerinin sosyodemografik özelliklerine göre tükenmişlik ve depresyon düzeyi.

Değişken	Duygusal Tükenme (DT)	Duyarsızlaşma (D)	Kişisel Başarı (KB)	Beck Depresyon Puanı (BDP)
Cinsiyet	p=0.001	p=0.145	p=0.009	p=0.728
Kadın (n=230)	15.1 ± 6.0	4.5 ± 3.1	20.5 ± 4.4	8.8 ± 7.1
Erkek (n=40)	11.7 ± 6.1	3.7 ± 2.9	22.5 ± 4.1	8.4 ± 6.2
Yaş	p=0.615	p=0.932	p=0.422	p=0.734
20–24 (n=57)	14.2 ± 6.6	4.3 ± 3.2	21.4 ± 4.2	8.2 ± 6.7
25–29 (n=118)	14.3 ± 5.8	4.3 ± 3.1	20.5 ± 4.7	9.1 ± 7.5
30 yaş ve üstü (n=95)	15.1 ± 6.1	4.4 ± 3	20.9 ± 4.2	8.7 ± 6.5
Eğitim düzeyi	p=0.048	p=0.594	p=0.228	p=0.012
Sağlık meslek lisesi (n=83)	13.3 ± 6.5	4.1 ± 3.3	21.3±4.92	10.5±6.9
Ön lisans (n=153)	14.8 ± 5.9	4.4 ± 3.0	20.4 ± 4.2	7.7 ± 7.1
Lisans /lisansüstü/ doktora (n=34)	16.2 ± 5.6	4.6 ± 2.5	21.4 ± 3.9	9.1 ± 5.8
Medeni durum	p=0.791	p=0.111	p=0.373	p=0.447
Evli değil (n=157)	14.6 ± 6.1	4.6 ± 3.0	20.6 ± 4.5	8.6 ± 6.7
Evli (n=113)	14.4 ± 6.1	4.0 ± 3.1	21.1 ± 4.3	8.9 ± 7.4
Çocuk sayısı	p=0.488	p=0.071	p=0.658	p=0.981
Yok (n=199)	14.7 ± 6.0	4.5 ± 3.0	20.7 ± 4.3	8.7 ± 7.0
Var (n=71)	14.1 ± 6.4	3.8 ± 3.1	21.0 ± 4.6	8.7 ± 7.0

Tablo 8 devam. Hemşire, ebe, sağlık memuru ve acil tıp teknisyenlerinin sosyodemografik özelliklerine göre tükenmişlik ve depresyon düzeyi.

Değişken	Duygusal Tükenme (DT)	Duyarsızlaşma (D)	Kişisel Başarı (KB)	Beck Depresyon Puanı (BDP)
Aylık geliri	p=0.859	p=0.443	p=0.354	p=0.435
Yetmiyor (n=38)	14.1 ± 6.5	4.7 ± 3.3	20.0 ± 5.0	10.1 ± 6.9
Kısmen yetiyor (n=166)	14.7 ± 5.91	4.4 ± 3.2	21.1 ± 4.1	8.5 ± 6.6
Tamamen yetiyor (n=66)	14.4 ± 6.5	3.96±2.4	20.6 ± 4.7	8.6 ± 7.9
Konut durumu	p=0.583	p=0.330	p=0.430	p=0.026
Kendi evim (n=93)	14.5 ± 5.5	4.1 ± 3.1	20.3 ± 4.8	7.5 ± 6.8
Kira (n=151)	14.4 ± 6.7	4.4 ± 3.2	21.0 ± 4.3	9.6 ± 7.1
Kendi evim değil ama kira ödemiyorum (n=25)	15.4 ± 4.8	4.8 ± 1.9	21.4 ± 3.5	7.8 ± 6.2

Araştırmaya katılanların sağlık durumlarına göre duygusal tükenme (DT), duyarsızlaşma (D), kişisel başarı (KB) ve depresyon (BDP) düzeyi **Tablo 9**'da gösterilmiştir. Katılımcıların kronik hastalık durumuna göre duygusal tükenme, duyarsızlaşma, kişisel başarı ölçek puanları ve beck depresyon ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır. Katılımcılar depresyon hissetme durumlarına göre değerlendirildiğinde her dört puan grubunda da alt gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır. Duygusal tükenme puanları yönünden hiç depresyon hissetmeyen grup ile bazen olduğunu ifade edenler ($p=0.006$) ve sık sık/her zaman olduğunu ifade edenler ($p=0.001$) arasında farklılık bulunduğu gibi, bazen olduğunu ifade edenler ile sık sık/her zaman olduğunu ifade edenler arasında da ($p=0.001$) farklılık bulunmaktadır. Duyarsızlaşma puanı alt gruplar yönünden incelendiğinde sadece hiç olmadığını ifade edenlerle sık sık/her zaman olduğunu ifade edenler arasında farklılık saptanmıştır ($p=0.002$). Kişisel başarı puanları alt gruplara göre değerlendirildiğinde sık sık/her zaman olduğunu ifade eden grup ile hiç olmadığını ($p=0.001$) ve bazen olduğunu ($p=0.008$) ifade eden gruplar arasında farklılık bulunmaktadır. Beck depresyon puanı alt gruplar arasında değerlendirildiğinde sık sık/her zaman olduğunu ifade eden grup ile hiç olmadığını ($p=0.001$) ve bazen olduğunu ($p=0.001$) ifade eden gruplar arasında farklılık bulunmaktadır.

Katılımcılar, psikiyatrik yardıma ihtiyaç duymaları yönünden değerlendirildiğinde her puan için de anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır. Puanlar alt gruplara göre değerlendirildiğinde, duygusal tükenme ($p=0.001$), duyarsızlaşma ($p=0.001$) ve kişisel başarı puanlarının ($p=0.011$) psikiyatrik yardıma ihtiyaç duymuş ancak almamış grupla psikiyatrik yardıma ihtiyaç duymamış grup arasında farklılık gösterdiği, beck depresyon puanının ise psikiyatrik yardıma ihtiyaç duymuş ancak almamış grupla psikiyatrik yardıma ihtiyaç duymamış grup arasında ($p=0.001$) ve psikiyatrik yardıma ihtiyaç duymuş ve yardım almış grup ile psikiyatrik yardıma ihtiyaç duymamış grup arasında ($p=0.001$) farklılık gösterdiği saptanmıştır.

Katılımcılar uyku problemi yaşamalarına göre değerlendirildiğinde duygusal tükenme, kişisel başarı ve beck depresyon puanlarında farklılık saptandı. Farklılık izlenen puanlar alt gruplar yönünden değerlendirildiğinde duygusal tükenme ve beck depresyon puanları yönünden benzer biçimde sık sık/her zaman uyku sorunu yaşayan grup ile hiç yaşamadığını (sırasıyla $p=0.001$ ve $p=0.001$) ve bazen yaşadığını (sırasıyla $p=0.001$ ve $p=0.001$) ifade eden gruplar arasında farklılık bulunduğu,

kişisel başarı puanı yönünden ise sık sık/her zaman uyku sorunu yaşayan grup ile hiç yaşamadığını ifade eden gruplar arasında ($p=0.023$) farklılık bulunduğu gözlemlendi.

Tablo 9. Hemşire, ebe, sağlık memuru, acil tıp teknisyenlerinin sağlık durumlarına göre tükenmişlik ve depresyon düzeyi.

Değişken	Duygusal Tükenme (DT)	Duyarsızlaşma (D)	Kişisel Başarı (KB)	Beck Depresyon Puanı (BDP)
Kronik hastalık durumu	$p=0.951$	$p=0.527$	$p=0.113$	$p=0.176$
Yok (n=243)	14.6 ± 6.0	4.3 ± 3.0	20.7 ± 4.4	8.5 ± 6.92
Var (n=27)	14.5 ± 7.1	4.7 ± 3.5	21.9 ± 4.5	10.4 ± 7.2
Depresyonda hissetme Durumu	$p=0.001$	$p=0.003$	$p=0.001$	$p=0.001$
Hiç olmadı (n=39)	11.1 ± 5.9	3.2 ± 2.9	22.6 ± 4.5	5.8 ± 5.3
Bazen oldu (n=192)	14.2 ± 5.5	4.3 ± 2.9	20.9 ± 4.1	8.1 ± 6.1
Sık sık/her zaman (n=42)	19.5 ± 6.5	5.6 ± 3.6	18.6 ± 5.0	14.7 ± 8.9
Psikiyatrik yardıma ihtiyaç duyma ve yardım alma durumu	$p=0.001$	$p=0.001$	$p=0.011$	$p=0.001$
Evet/aldım (n=44)	15.3 ± 5.9	4.5 ± 2.9	20.4 ± 4.8	11.3 ± 7.8
Evet/almadım (n=52)	18.2 ± 6.3	5.8 ± 3.6	19.3 ± 4.1	12.2 ± 8.0
Hayır (n=174)	13.3 ± 5.6	3.9 ± 2.8	21.4 ± 4.3	7.1 ± 5.8
Uyku problemi	$p=0.001$	$p=0.333$	$p=0.027$	$p=0.001$
Hiç olmadı (n=45)	12.4 ± 5.4	3.6 ± 2.9	22.2 ± 4.7	5.7 ± 5.5
Bazen oldu (n=173)	14.0 ± 5.9	4.4 ± 3.0	20.8 ± 4.1	8.2 ± 6.5
Sık sık oldu/her zaman oldu (n=52)	18.3 ± 5.8	4.8 ± 3.3	19.8 ± 4.9	13.0 ± 7.8

Araştırmaya katılanların sigara ve alkol kullanım durumlarına göre duygusal tükenme (DT), duyarsızlaşma (D), kişisel başarı (KB) ve depresyon (BDP) düzeyi **Tablo 10**'da gösterilmiştir. Katılımcıların her dört alandaki puanlarının alkol kullanım özelliklerine göre farklılık göstermediği, buna karşılık beck depresyon ölçeği puanlarının sigara kullanımı yönünden farklılık gösterdiği saptandı. Beck depresyon puanları için alt grup incelemesi yapıldığında, sigara içtiğini ifade eden grup ile hiç içmediğini ifade eden grup arasında farklılık olduğu gözlemlendi ($p=0.003$).

Tablo 10. Hemşire, ebe, sağlık memuru, acil tıp teknisyenlerinin sigara-alkol kullanım durumlarına göre tükenmişlik ve depresyon düzeyi.

Değişken	Duygusal Tükenme (DT)	Duyarsızlaşma (D)	Kişisel Başarı (KB)	Beck Depresyon Puanı (BDP)
Sigara kullanımı	$p=0.665$	$p=0.729$	$p=0.875$	$p=0.004$
Halen içiyorum (n= 85)	15.0 ± 7.0	4.6 ± 3.4	20.9 ± 4.5	10.7 ± 8.1
Bıraktım (n= 39)	4.0 ± 5.2	4.2 ± 3.2	21.1 ± 4.2	8.8 ± 6.6
Hiç içmedim (n= 146)	14.4 ± 5.8	4.3 ± 2.8	20.7 ± 4.4	7.6 ± 6.1
Alkollü içecek tüketme durumu	$p=0.347$	$p=0.208$	$p=0.223$	$p=0.062$
Hiç içmiyorum (n=166)	14.5 ± 6.0	4.2 ± 2.8	20.6 ± 4.3	8.5 ± 6.7
Ara sıra içiyorum(n=90)	14.6 ± 6.2	4.6 ± 3.4	21.4 ± 4.6	8.6 ± 6.6
Sürekli içiyorum (n=4)	21.0 ± 9.4	7.5 ± 3.0	18.7 ± 4.6	23.2 ± 3.2
Eskiden içtim, bıraktım (n=10)	12.6 ± 5.7	3.9 ± 3.0	19.6 ± 4.6	8.0 ± 7.1

Araştırmaya katılanların çalışma hayatı özelliklerine göre duygusal tükenme (DT), duyarsızlaşma (D), kişisel başarı (KB) ve depresyon (BDP) düzeyi **Tablo 11**'de gösterilmiştir. Çalıştıkları bölüm, görevi, yatan hastaya bakma durumu, meslek örgütüne üye olma durumu, sendikaya üye olma durumu, son bir yıl içerisinde tatil yapabilme durumlarına göre duygusal tükenme, duyarsızlaşma, kişisel başarı ölçek puanları ve beck depresyon ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır.

Katılımcıların meslekte çalışma süresi durumlarına göre duygusal tükenme puanları arasında anlamlı farklılık bulunmamaktadır. Alt grup değerlendirmesinde sadece 1 yıl ve altı çalışma deneyimi olanlarla, 6–10 yıl çalışma deneyimi olanlar arasında farklılık saptandı ($p=0.017$).

Çalıştığı bölümü kendi isteğiyle seçenler ve idari karar sonucu seçenler arasında dört alandan sadece duygusal tükenme puanı yönünde anlamlı farklılık saptandı. Benzer biçimde katılımcılar çalışma şekilleri ve haftalık çalışma süresi yönünden değerlendirildiğinde de sadece duygusal tükenme puanlarında farklılık saptandı. Sürekli gece çalışanların duygusal tükenme puanı gündüz ($p=0.010$) ve vardiyalı ($p=0.015$) çalışanlardan anlamlı biçimde yüksekti. Duygusal tükenme puanı yönünden ise alt grup karşılaştırmalarında anlamlı fark gözlenmedi.

Katılımcılar meslektaşları tarafından destek görme yönünden değerlendirildiğinde beck depresyon puanlarında, dernek ve benzeri kuruluşlara üyelik yönünden değerlendirildiğinde duyarsızlaşma puanlarında, iş yerine ulaşımını yönünden değerlendirildiğinde ise kişisel başarı puanlarında farklılık saptandı. Meslektaşları tarafından destek görme yönünden alt gruplar karşılaştırıldığında beck depresyon puanları her üç alt grupta da birbirinden farklı idi (1. ve 2. alt gruplarda $p=0.020$, 1. ve 3. alt gruplarda 0.001, 2. ve 3. alt gruplarda 0.019). İş yerine ulaşım yönünden alt gruplar karşılaştırıldığında sadece toplu taşıma ve özel araç alt grupları arasında farklılık saptandı ($p=0.036$).

Üstler tarafından takdir edilme yönünden her dört puanda da farklılık saptandı. Alt grup karşılaştırması yapıldığında duygusal tükenme puanı 1. ve 3. alt gruplar ($p=0.001$) ile 2. ve 3. ($p=0.001$) alt gruplar arasında, duyarsızlaşma puanı 1. ve 3. ($p=0.001$) alt gruplar arasında, kişisel başarı puanı 1. ve 2. ($p=0.003$), 1. ve 3. ($p=0.001$), 2. ve 3. ($p=0.008$) alt gruplar arasında, beck depresyon puanı 1. ve 3. ($p=0.021$) alt gruplar arasında farklılık gösteriyordu.

Katılımcılar iş yaşamından memnuniyetleri yönünden değerlendirildiğinde dört puan grubunda da farklılık gösterdi. Alt grup karşılaştırması yapıldığında duygusal tükenme, duyarsızlaşma, kişisel başarı ve beck depresyon puanları 1. ve 2. (beck depresyon puanı için $p=0.005$, diğerlerinde $p=0.001$) alt gruplar ile 1. ve 3. (tümü için $p=0.001$) alt gruplar arasında farklılık gösterirken, 2. ve 3. alt gruplar arasında sadece duygusal tükenme ($p=0.001$) ve duyarsızlaşma ($p=0.001$) puanlarında farklılık saptandı.

Katılımcılar sosyal etkinliklere katılım yönünden değerlendirildiğinde duygusal tükenme, kişisel başarı ve beck depresyon puanlarında farklılık gözlemlendi. Alt grup karşılaştırması yapıldığında 1. ve 2. (sırasıyla $p=0.001$, $p=0.003$, $p=0.001$) ile 1. ve 3. (sırasıyla $p=0.014$, $p=0.006$, $p=0.025$) alt gruplar arasında her üç puanda da farklılık saptandı.

Tablo 11. Hemşire, ebe, sağlık memuru ve acil tıp teknisyenlerinin çalışma hayatı durumlarına göre tükenmişlik ve depresyon düzeyi.

Değişken	Duygusal Tükenme (DT)	Duyarsızlaşma (D)	Kişisel Başarı (KB)	Beck Depresyon Puanı (BDP)
Çalıştıkları bölüm	p=0.971	p=0.163	p=0.565	p=0.243
Cerrahi bölümler (n=129)	14.6 ± 6.0	4.1 ± 3.0	21.0 ± 4.5	9.2 ± 6.8
Dâhili bölümler (n=141)	14.5 ± 6.3	4.6 ± 3.1	20.7 ± 4.4	8.3 ± 7.1
Meslekte çalışma süresi	p=0.048	p=0.395	p=0.611	p=0.146
1 yıl ve altı (n=69)	13.3 ± 5.8	4.3 ± 3.0	21.1 ± 4.5	7.4 ± 6.8
2–5 yıl (n=109)	14.5 ± 6.0	4.1 ± 2.8	20.7 ± 4.4	9.5 ± 7.0
6–10 yıl (n=74)	15.8 ± 6.3	4.9 ± 3.4	20.5 ± 4.3	9.0 ± 7.1
10 yıl üstü (n=18)	14.6 ± 6.5	4.1 ± 2.9	21.8 ± 4.7	8.3 ± 6.7
Görevi	p=0.201	p=0.675	p=0.246	p=0.045
Dâhili bölümler (n=10)	12.6 ± 5.1	3.6 ± 2.2	21.9 ± 3.0	6.9 ± 5.5
Servis hemşiresi (n=112)	14.8 ± 5.8	4.3 ± 3.1	20.3 ± 4.2	7.8 ± 7.5
Poliklinik/özel uygulama hemşiresi (n=17)	16.4 ± 8.4	5.7 ± 4.3	20.8 ± 6.1	12.9 ± 8.3
Ameliyat hemşiresi (n=21)	15.0 ± 6.7	4.7 ± 2.9	20.0 ± 5.1	10.4 ± 7.3
Yoğun bakım hemşiresi (n=60)	15.3 ± 5.5	4.3 ± 2.6	20.9 ± 4.1	9.1 ± 5.5
Sorumlu hemşire (n=27)	12.8 ± 5.7	4.2 ± 2.9	21.5 ± 4.6	8.0 ± 6.8
Diğer (n=22)	12.5 ± 7.5	3.7 ± 3.4	22.5 ± 4.6	9.2 ± 6.6
Çalıştığı bölümü seçmedeki tercih	p=0.013	p=0.111	p=0.129	p=0.119
Kendi isteğim (n=95)	13.3 ± 6.0	3.9 ± 2.9	21.4 ± 4.8	7.8 ± 6.2
İdarenin kararı (n=175)	15.2 ± 6.1	2.6 ± 3.1	20.5 ± 4.2	9.2 ± 7.3

Tablo 11 Devam. Hemşire, ebe, sağlık memuru ve acil tıp teknisyenlerinin çalışma hayatı durumlarına göre tükenmişlik ve depresyon düzeyi.

Değişken	Duygusal Tükenme (DT)	Duyarsızlaşma (D)	Kişisel Başarı (KB)	Beck Depresyon Puanı (BDP)
Çalışma Şekli	p=0.024	p=0.618	p=0.424	p=0.292
Gündüz (n=85)	13.8 ± 6.5	4.1 ± 3.2	21.3 ± 4.7	8.7 ± 7.1
Vardiya (n=161)	14.5 ± 5.7	4.4 ± 2.9	20.7 ± 4.3	8.4 ± 6.6
Sürekli gece (n=24)	17.9 ± 6.5	4.8 ± 3.4	20.3 ± 4.4	11.9 ± 8.4
Haftalık ortalama çalışma süresi	p=0.044	p=0.961	p=0.820	p=0.824
40 saat ve altı (n=31)	13.0 ± 6.0	4.5 ± 3.3	21.2 ± 4.6	8.5 ± 6.8
41-50 (n=128)	14.0 ± 5.7	4.3 ± 3.0	20.8 ± 4.7	8.5 ± 6.9
50 saat üstü (n=111)	15.6 ± 6.4	4.4 ± 3.1	20.7 ± 4.0	9.0 ± 7.1
Yatan hastaya bakma durumu	p=0.669	p=0.281	p=0.909	p=0.509
Hasta bakmıyor (n=72)	14.3 ± 7.2	2.7 ± 3.4	20.8 ± 5.1	9.2 ± 6.6
Hasta bakıyor (n=198)	14.7 ± 5.7	4.2 ± 2.9	20.8 ± 4.2	8.6 ± 7.1
İş yaşamından memnun olma durumu	p=0.001	p=0.001	p=0.001	p=0.001
Memnun (n=106)	11.5 ± 5.6	3.3 ± 2.9	22.0 ± 4.6	6.6 ± 6.0
Kısmen memnun (n=137)	15.6 ± 5.0	4.7 ± 2.8	20.4 ± 4.0	9.6 ± 6.8
Memnun değil (n=27)	21.1 ± 6.0	6.7 ± 2.9	18.5 ± 4.5	12.4 ± 9.0

Tablo 11 Devam. Hemşire, ebe, sağlık memuru ve acil tıp teknisyenlerinin çalışma hayatı durumlarına göre tükenmişlik ve depresyon düzeyi.

Değişken	Duygusal Tükenme (DT)	Duyarsızlaşma (D)	Kişisel Başarı (KB)	Beck Depresyon Puanı (BDP)
Üstler tarafından takdir edilme durumu	p=0.001	p=0.001	p=0.001	p=0.026
Evet (n=73)	12.2 ± 5.6	3.4 ± 2.7	22.8 ± 4.3	7.2 ± 5.6
Kısmen (n=126)	14.0 ± 5.4	4.3 ± 2.9	20.8 ± 4.2	8.7 ± 7.1
Hayır (n=71)	18.1 ± 6.4	5.3 ± 3.4	18.9 ± 4.0	10.3 ± 7.7
Meslektaşları tarafından destek görme durumu	p=0.122	p=0.493	p=0.129	p=0.001
Her zaman destek verirler (n=103)	12.9 ± 5.6	4.0 ± 3.0	20.9 ± 4.6	7.5 ± 5.8
Bazen verir/bazen vermezler (n=150)	15.2 ± 6.0	4.4 ± 3.0	20.9 ± 4.3	9.4 ± 7.5
Hiç vermezler (n=17)	19.5 ± 6.6	5.7 ± 3.7	19.9 ± 4.1	10.3 ± 8.1
Meslek örgütüne üye olma durumu	p=0.267	p=0.198	p=0.924	p=0.750
Evet (n=60)	15.3 ± 5.9	4.9 ± 3.5	20.8 ± 4.6	9.0 ± 7.2
Hayır (n=210)	14.3 ± 6.2	4.2 ± 2.9	20.8 ± 4.4	8.7 ± 6.9
Sendikaya üye olma durumu	p=0.168	p=0.903	p=0.899	p=0.098
Evet (n=175)	14.9 ± 6.1	4.3 ± 3.1	20.8 ± 4.7	9.2 ± 7.1
Hayır (n=95)	13.9 ± 6.0	4.4 ± 3.0	20.8 ± 3.9	7.8 ± 6.7

Tablo 11 Devam. Hemşire, ebe, sağlık memuru ve acil tıp teknisyenlerinin çalışma hayatı durumlarına göre tükenmişlik ve depresyon düzeyi.

Değişken	Duygusal Tükenme (DT)	Duyarsızlaşma (D)	Kişisel Başarı (KB)	Beck Depresyon Puanı (BDP)
Dernek ve benzeri bir kuruluş üyeliği	p=0.227	p=0.044	p=0.746	p=0.754
Var (n=18)	12.7 ± 4.9	3.0 ± 2.3	21.3 ± 3.8	8.6 ± 7.5
Yok (n=252)	14.7 ± 6.2	4.4 ± 3.1	20.8 ± 4.5	8.7 ± 6.9
Son bir yıl içerisinde tatil yapabilme durumu	p=0.552	p=0.386	p=0.077	p=0.055
Evet (n=104)	14.3 ± 5.9	4.2 ± 2.7	21.4 ± 4.4	7.7 ± 6.6
Hayır (n=166)	14.7 ± 6.2	4.5 ± 3.3	20.4 ± 4.4	9.4 ± 7.1
Sosyal etkinliklere katılma durumu	p=0.002	p=0.073	p=0.003	p=0.002
Yetersiz (n=138)	15.9 ± 6.5	4.8 ± 3.1	19.9 ± 4.7	10.2 ± 7.6
Kısmen yeterli (n=109)	13.3 ± 5.4	4.0 ± 3.0	21.6 ± 3.8	7.2 ± 5.8
Yeterli (n=23)	12.2 ± 5.2	3.7 ± 2.8	22.7 ± 4.3	6.8 ± 6.0
İş yerine ulaşım şekli	p=0.053	p=0.128	p=0.002	p=0.941
Toplu taşıma aracıyla (n=205)	15.1 ± 6.2	4.6 ± 3.1	20.4 ± 4.3	8.7 ± 7.2
Servis aracı (n=18)	12.2 ± 5.1	3.3 ± 2.6	23.3 ± 3.7	8.9 ± 7.0
Özel araç (n=47)	13.0 ± 13.0	3.8 ± 2.9	21.9 ± 4.8	8.6 ± 5.9

Araştırmaya katılanların meslek hayatı özelliklerine göre duygusal tükenme (DT), duyarsızlaşma (D), kişisel başarı (KB) ve depresyon (BDP) düzeyi **Tablo 12**'de gösterilmiştir.

Katılımcılar mesleği seçmedeki isteklilikleri yönünden değerlendirildiğinde, mesleğini istemeyerek seçenlerde duygusal tükenme puanının anlamlı biçimde yüksek olduğu ($p=0.001$), kişisel başarı puanının ise anlamlı biçimde düşük olduğu ($p=0.017$) saptandı.

Katılımcılar mesleğini kendine uygun bulma ve mesleki gelecekle ilgili düşünceleri yönünden değerlendirildiğinde dört puan grubunda da farklılık gözlemlendi. Alt gruplar mesleğini kendine uygun bulma yönünden karşılaştırıldığında, duygusal tükenme puanı mesleğini uygun ve kısmen uygun bulanlar arasında ($p=0.001$), uygun bulanlarla uygun bulmayanlar arasında ($p=0.001$) ve kısmen uygun bulanlarla uygun bulmayanlar arasında ($p=0.018$) farklıydı. Duyarsızlaşma puanı sadece mesleğini kendine uygun bulanlar ve kısmen uygun bulanlar arasında ($p=0.002$) farklıydı. Kişisel başarı puanı mesleğini kendisine uygun bulanlarda kısmen uygun bulanlardan ($p=0.003$) ve uygun bulmayanlardan ($p=0.037$) farklı biçimde yüksek iken, beck depresyon puanı mesleğini kendisine uygun bulmayanlarda uygun bulanlar ($p=0.009$) ve kısmen uygun bulanlardan ($p=0.027$) farklı biçimde yüksekti. Alt gruplar mesleki gelecekle ilgili düşünceler yönünden karşılaştırıldığında, duygusal tükenme puanı ve duyarsızlaşma puanı mesleğini sürdürmek isteyenler ile ayrılıp başka iş yapmak isteyenler arasında (her ikisi için de $p=0.001$) ve mesleğini sürdürmek isteyenlerle ayrılıp çalışmamak isteyenler arasında (sırasıyla $p=0.004$ ve $p=0.023$) farklıydı; kişisel başarı ve beck depresyon puanları sadece mesleğini sürdürmek isteyenler ile ayrılıp çalışmamak isteyenler arasında (sırasıyla $p=0.015$ ve $p=0.019$) farklıydı.

Tablo 12. Hemşire, ebe, sağlık memuru, acil tıp teknisyenlerinin meslek hayatı özelliklerine göre tükenmişlik ve depresyon düzeyi.

Değişken	Duygusal Tükenme (DT)	Duyarsızlaşma (D)	Kişisel Başarı (KB)	Beck Depresyon Puanı (BDP)
Mesleği seçmedeki isteklilik durumu	p=0.001	p=0.075	p=0.017	p=0.109
İsteyerek (n=189)	13.7 ± 6.0	4.1 ± 3.1	21.2 ± 4.5	9.2 ± 7.0
İstemeyerek (n=81)	16.5 ± 5.9	4.9 ± 2.9	19.8 ± 4.1	7.7 ± 6.9
Mesleğini kendine uygun bulma	p=0.001	p=0.002	p=0.003	p=0.028
Uygun (n=148)	12.6 ± 5.7	3.8 ± 2.9	21.6 ± 4.4	8.0 ± 6.3
Kısmen uygun (n=109)	16.5 ± 5.6	5.0 ± 3.0	20.0 ± 4.3	9.0 ± 7.0
Uygun değil (n=13)	20.8 ± 6.4	5.5 ± 3.5	19.1 ± 4.4	14.6 ± 10.2
Mesleki gelecekle ilgili düşünceler	p=0.001	p=0.001	p=0.045	p=0.043
Mesleği sürdürmek (n=231)	13.9 ± 5.9	4.1 ± 2.9	21.0 ± 4.3	8.4 ± 6.9
Ayrılıp başka iş yapmak (n=30)	8.1 ± 5.3	5.2 ± 3.2	20.4 ± 5.0	9.4 ± 6.5
Ayrılıp çalışmamak (n=9)	0.9 ± 6.9	8.1 ± 3.0	17.4 ± 4.0	14.0 ± 7.7

Tükenmişlik alt grupları ile depresyon puanları arasındaki ilişki (r) ve ilişkinin anlamlılık düzeyleri (p) değerleri **Tablo 13**'de gösterilmiştir. Beck depresyon puanı ile duygusal tükenme puanı arasında orta düzeyde ve pozitif yönde anlamlı, duyarsızlaşma puanı ile zayıf ve pozitif yönde anlamlı, kişisel başarı puanı ile orta düzeyde ve negatif yönde anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır.

Tablo 13. Tükenmişlik alt grupları ile depresyon arasındaki ilişki düzeyleri (r/p).

Değişken	Duygusal Tükenme (DT)	Duyarsızlaşma (D)	Kişisel Başarı (KB)
Beck			
Depresyon	0.446/<0.001	0.245/<0.001	-0.320/<0.001
Puanı (BDP)			

5. TARTIŞMA

Çalışmamızda katılımcıların tükenmişlik düzeyleri Maslach Tükenmişlik Ölçeği kullanılarak, duygusal tükenme duyarsızlaşma ve kişisel başarı şeklinde, üç alt alan ile incelenmiştir. Katılımcıların duygusal tükenme ve duyarsızlaşma puanlarındaki yükseklik, kişisel başarı puanındaki düşüklük tükenmişliğin varlığını göstermektedir. Katılımcıların depresyon düzeyleri ise Beck Depresyon Envanteri ile değerlendirilmiş olup, envanterden alınan yüksek puanlar depresyon varlığını göstermektedir.

Çalışmamızda duygusal tükenme ve kişisel başarı alt alanlarında tükenmişliğin kadınlarda daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bazı çalışmaların cinsiyetin tükenmişlik yönünden belirleyici olmadığını belirtmesine karşın (60–67), kadınlarda tükenmişliğin daha yüksek olduğunu vurgulayan çalışmalar da (68–74) mevcuttur. Örneğin Taycan ve arkadaşları (68) ile Özbayır ve arkadaşları (69) cinsiyetin tükenmişlikte etkili olup kadınlarda daha sık olduğunu vurgularken, Yavuzylmaz (70), Ergin (56) ve Doğan (72) kadınlarda özellikle duygusal tükenmenin yoğun olduğunu belirtmektedir. Kadınlarda belirginleşen bir diğer özellik de, çalışmamızda da dikkat çektiği gibi kişisel başarı puanlarının erkeklerden daha düşük olmasıdır. Ergin (56) kadınlarda tükenmişliğin daha yoğun görülmesi, kadınların bireysel ve çalışma yaşamına yönelik özelliklerinin dışında, özellikle toplumsal cinsiyet rolünün kadına yüklediği ev işleri ve çocuk bakımı gibi rollerin kadınların iş yükünü artırıcı bir etki yaptığı ve kadınları tükenmişlik için daha riskli hale getirdiğini düşündürmektedir. Serinken ve arkadaşları (75), kadınlarda tükenmeyi iş ve iş dışı etmenler belirlerken, erkeklerde sadece işe bağlı etmenlerin etkili olduğunu vurgulamaktadır. Özbek ve Girgin (76), bunun en önemli nedeninin kadınlarda iş dışında yüklenilen ev işleri ve çocuk bakımı gibi toplumsal roller olduğunu belirtmektedir.

Çalışmamızda katılımcıların yaşı tükenmişlik yönünden farklılık yaratmamıştır. Bu saptama, bazı çalışmalarla (60, 61, 64, 65, 67, 68, 71, 77–79) uyumlu olmakla birlikte, yaşın önemli bir değişken olduğunu vurgulayan çalışmalar da (68, 69) bulunmaktadır. Ancak, yaşla tükenmişlik arasındaki ilişkiye yönelik farklı yorumlar dikkat çekmektedir. Örneğin, Arifoğlu (80), Basım ve Şeşen (81), Demir (82), Sayıl ve arkadaşları (61), Buğdaycı ve arkadaşları (83), Çam (84), Gülseren ve arkadaşları (85), Barutçu ve Serinkan (86) yaş artıkça tükenmişliğin

azaldığını belirtirken, Aslan ve arkadaşları (87), Cambaz ve arkadaşları (88), Olgun ve Çınar (89) yaşla birlikte tükenmişliğin de arttığını belirtmektedir. Yaş tükenmişliğin alt gruplarında farklı etkilere yol açabilir. Örneğin, Taycan ve arkadaşları (68), yaşın duygusal tükenme ve duyarsızlaşma için etkisiz olduğunu, buna karşın bireylerin yaşı arttıkça sorunlarla daha iyi mücadele edebildiğini be kişisel başarı puanının da yükseldiğini belirtmektedir, bu saptama Kocabıyık ve Çakıcı (74) tarafından da desteklenmektedir.

Çalışmamızda daha yüksek düzeyde eğitime sahip olanlarda duygusal tükenmenin daha yoğun olduğu saptanmıştır. Mollaoğlu ve arkadaşları (90), duygusal tükenmenin düşük eğitimlilerde daha yoğun olduğunu belirtmektedir ve bu saptamayı destekleyen çalışmalar (28, 80–82, 91) bulunmaktadır. Buna karşılık bazı çalışmalar ise eğitim durumunun tükenmişliği etkilemediğini belirtmektedir (25, 60, 79, 84, 92–94). Çalışmamızda eğitim düzeyi yüksek olanlarda tükenmişliğini daha yoğun olarak saptanması, eğitim düzeyi yüksek olan bireylerin çalışma ortamına ait beklentilerinin de yüksek olması ve bu beklentilerin karşılanamamasının tükenmişliği kolaylaştırıcı bir etki yaratacağı düşündürmektedir.

Çalışmamızda medeni durum, sahip olunan çocuk sayısı, konut durumu ve gelir düzeyi ile tükenmişlik arasında bir ilişki saptanmamıştır. Literatürde medeni durumun (71, 77, 91, 95–99) sahip olunan çocuğun (60, 92, 100), konut durumunun (102) etkisiz olduğunu belirten çalışmalar bulunmakla birlikte, bekârlarda duygusal tükenmenin ve duyarsızlaşmanın yüksek (70, 92, 95), kişisel başarının düşük (60, 68) olduğunu, çocuk sahibi olanlarda kişisel başarının daha yüksek olduğunu (68, 101) vurgulayan çalışmalar da bulunmaktadır. Taycan ve arkadaşları (68), aylık gelir azaldıkça duygusal tükenmenin ve duyarsızlaşmanın arttığını, kişisel başarının azaldığını vurgulamaktadır, bu bulgu farklı çalışmalarca da (102, 103) desteklenmektedir. Taycan ve arkadaşları (68), kadının çocuk sahibi olmasının toplumsal rolle ilgili olarak takdir edilmesine ve destek görmesine neden olarak tükenmeye karşı koruyucu bir etki yarattığını, Maslach ve Jackson (22) ise evlilerde başkalarının sorumluluğunu yüklenmeye bağlı yaşam deneyiminin yüksek olduğunu, kişiler arası ilişkide daha deneyimli olduklarını, dolayısıyla da sorunlarla baş etme yetilerinin yüksek olması sonucu kişisel başarılarının yüksek olduğunu belirtmektedir.

Çalışmamızda depresyon hissettiğini, psikiyatrik yardıma ihtiyaç duyduğunu ifade eden katılımcılarda tükenmişliğin üç alt boyutunda da yoğun olduğu

saptanmıştır. Ayrıca, uyku sorunu yaşayan katılımcılarda da duygusal tükenme puanları yüksek, kişisel başarı puanları düşük tespit edilmiştir. Çalışmamıza benzer biçimde, psikiyatrik yakınması olanlarda tükenmişliğin daha yoğun olduğunu ifade eden çalışmalar bulunmaktadır (68, 104). Bireyin psikiyatrik sorunlar da dâhil olmak üzere sağlık sorunu yaşaması, tükenmişliğin daha kolay gelişmesine neden olurken, tükenmişlik ile mücadele etme yetisini de azaltıcı bir rol oynamaktadır. Ancak, psikiyatrik sorunlar ve tükenmişlik arasındaki nedensel ilişkinin tanımlanması ve hangisinin diğerine bağlı geliştiğini söylemek her zaman kolay ve olası değildir. Bu ilişkinin tanımlanması, soruna yönelik planlanan özenli çalışmaları gerektirmektedir.

Çalışmamızda mesleki deneyimi yüksek olanlarda, çalıştığı bölümü kendisi seçmemiş olanlarda, sürekli gece çalışanlarda, haftalık çalışma süresi 50 saatin üzerinde olanlarda, iş yaşamından memnun olmayanlarda, üstleri tarafından takdir edilmediğini düşünenlerde, sosyal etkinlik katılımı az olanlarda, mesleği istemeyerek seçenlerde, mesleği kendine uygun bulmayanlarda ve mesleğini sürdürmek istemeyenlerde duygusal tükenmenin daha yüksek olduğu saptanmıştır. Yine, iş yaşamından memnun olmayanlarda, üstleri tarafından takdir edilmediğini düşünenlerde, dernek ve benzeri kuruluş üyeliği olmayanlarda, mesleği kendisine uygun bulmayanlarda ve mesleğini sürdürmek istemeyenlerde duyarsızlaşmanın fazla olduğu gözlenmiştir. Kişisel başarı düşüklüğü ise iş yaşamından memnun olmayanlarda, üstleri tarafından takdir edilmediğini düşünenlerde, sosyal etkinlik katılımı yetersiz olanlarda, işyerine ulaşımını toplu taşıma ile sağlayanlarda, mesleğini istemeyerek seçenlerde, mesleği kendine uygun bulmayanlarda ve mesleğini sürdürmek istemeyenlerde tespit edilmiştir.

Çalışma şekli ve tükenmişlik arasında ilişki incelendiğinde; Üstün (105) nöbete giren hemşirelerin duygusal tükenme ve duyarsızlaşma boyutlarının daha yüksek olduğunu, Kavla (93) nöbet tutan hemşirelerin duyarsızlaşma düzeylerinin, nöbet tutmayan hemşirelerin ise kişisel başarı düzeylerinin daha yüksek olduğunu, Yıldız (28) nöbet tutmayanların, kişisel başarı düzeyinin, nöbet tutanlara göre daha yüksek olduğunu, Aslankoç ve arkadaşları (106) nöbet ve vardiya sistemi içinde gece çalışmanın tükenmeyi arttırdığını, Aslan ve arkadaşları (107) çalışma süresi, dönüşümlü ya da yalnız gündüz çalışma ve günlük uyku saatiyle duygusal tükenme, duyarsızlaşma, kişisel başarı, iş doyumu ve ruhsal belirti düzeyleri arasında ilişki olduğu saptamışlardır. Bu çalışmalar, araştırmamızla benzerlik göstermektedir. Demir (104) ise araştırmasında, çalışma şekli ile tükenmişlik arasında bir ilişki

olmadığını vurgulamıştır. Literatürde, haftalık çalışma süresinin, çalışmamızla benzer şekilde tükenmişliği etkilediğini saptayan araştırmalar bulunmaktadır (56, 68). Ergin (56) iş yükünün ağır, günlük çalışma süresinin uzun olup, çalışma koşullarının olumsuz olarak algılanmasının tükenmeyi etkilediğini, Taycan ve arkadaşları (68) haftalık 40 saat çalışanların 46–50 saat arasında çalışanlara göre daha az duygusal tükenme yaşadıklarını ifade etmiştir. Çalışmamızda sağlık çalışanlarının üstlerinden takdir görme durumunun, tükenmişliği etkilediği saptanmıştır. Araştırmamızla benzer şekilde, Demir (104) hemşire-hemşire ilişkilerinin ve doktor-hemşire ilişkilerinin yetersiz, olumsuz olmasının tükenmişlik düzeyini arttırdığını; yönetici desteği olumlu olduğunda, duygusal tükenme ve duyarsızlaşmanın azaldığını, Gözüm (79) hemşirelerin çalışma arkadaşları ve yöneticilerle ilişkilerinden sağladıkları doyum arttıkça duygusal tükenmişlik ve duyarsızlaşmanın azaldığını, Çam (84) üstlerinden destek gören hemşirelerin duygusal tükenme ve duyarsızlaşma boyutlarının düşük olduğunu, Işık (108), üstlerinden her zaman takdir gören hemşirelerin tükenmişlik düzeylerinin düşük olduğunu, Aras (25) yöneticilere gerektiğinde ulaşabildiklerini söyleyen hemşire, ebelerin duygusal tükenme ve duyarsızlaşma düzeylerinin düşük olduğunu ifade etmiştir. Mesleği seçmedeki isteklilik ve mesleği kendine uygun bulma durumunun, çalışmamızla benzer bir biçimde tükenmişliği etkilediğini ifade eden bazı araştırmalar olmuştur. (11, 60, 68, 109). Tekin (11) Yönetici hemşirelerle yaptığı çalışmada, mesleğini isteyerek seçmeyenlerde, duygusal tükenme ve duyarsızlaşma, mesleği isteyerek seçenlerde ise kişisel başarı düzeyinin yüksek olduğunu bulmuştur. Altan ve arkadaşları (109) mesleği kendi isteği ile seçmeyenlerde tükenmişliğin arttığını, mesleği isteyerek seçenlerde ise tükenmişlik azaldığını vurgulamıştır. Tekin (11) mesleklerini kendine kısmen uygun bulanlarda, duygusal tükenme ve duyarsızlaşmanın, mesleği kendine uygun bulanlarda ise kişisel başarı düzeylerinin yüksek olduğunu, Taycan ve arkadaşları (68) çalışmalarında mesleği kendine uygun bulmadığını ifade edenlerde tükenmişlik oranının yüksek olduğunu, Kırılmaz ve arkadaşları (60) ise mesleğini kendilerine uygun bulanların genel tükenmişlik düzeylerinin daha düşük olduğunu vurgulamışlardır.

Çalışmamızda duygusal tükenme mesleki deneyim yönünden değerlendirildiğinde en yoğun tükenme 6–10 yıl deneyimlilerde saptanmış ve 10 yıl üstü deneyimlilerde duygusal tükenme puanında azalma gözlenmiştir. Çalışmamıza benzer bir sonuç Aras (25) tarafından da saptanmış, en yoğun duygusal tükenmenin

6–10 yıl deneyimlilerde olduğu, 20 yıldan fazla deneyimlilerde ise duygusal tükenmenin azaldığı ifade edilmiştir. Mesleki deneyim, çalışmalarda sık ele alınmış değişkenlerden biridir ve mesleki deneyimin tükenmişlikten koruyucu etki yaptığı da belirtilmektedir (56, 68, 74, 84–86). Ergin (56) mesleğe yeni başlayanların daha çok hasta gördüğünü, daha rutin işler yaptığını, denetim ve baskıyı daha çok hissettiğini ve mesleki doyum sağlayabilecek statülerden henüz yoksun olduklarını bu nedenle de kişisel başarılarının düşük olduğunu vurgulamaktadır.

Depresyon puanları çalışmamızda eğitim düzeyi düşük olanlarda, kirada oturanlarda sık sık/her zaman depresyon hissettiğini, psikiyatrik yardıma ihtiyacı olduğunu, sık sık/her zaman uyku sorunu yaşadığını ifade edenlerde, sigara içenlerde, iş yaşamından memnun olmayanlarda, üstleri tarafından takdir edilmediğini, meslektaşlarından yeterli destek görmediğini düşünenlerde, sosyal etkinliklere katılımı yetersiz olanlarda, mesleğini kendisine uygun bulmayanlarda ve mesleğini sürdürmek istemeyenlerde daha yüksek olarak saptanmıştır. Depresyon çok sayıda etkenin karmaşık etkileşiminin söz konusu olduğu bir klinik tabloyu yansıtmaktadır. Örneğin, bireyin mesleği ve çalışma yaşamındaki konumu, bu konumlara atfedilen sosyal statünün etkin olduğunu düşündüren çalışmalar bulunmaktadır. Sayıl ve arkadaşları (61), hemşirelerin depresyon düzeylerinin hekimlerden daha yüksek olduğunu belirtirken, Khuwaja'nın (110) hekimlerde genel olarak %10.3 olarak bulunan depresyon sıklığının pratisyen hekimlerde %14.7 uzman hekimlerde %4.6 olarak saptandığını belirtmektedir. Yine, hemşireler ve teknisyenlerin birlikte incelendiği bir başka çalışmada da teknisyenlerde depresyon daha yoğun saptanmıştır (85). Ancak, depresyon sıklığını irdeleyen çalışmalardan elde edilen farklı sonuçlar söz konusudur. Örneğin, Buğdaycı ve arkadaşları (83) tarafından hekimlerde %10.3 olarak saptanan sıklık, Khuwaja'nın (110) çalışmasında %39, Caplan'ın (111) çalışmasında %27 olarak saptanmıştır. Çalışmamızla benzer biçimde sağlık sorunu yaşayanlarda, iş yaşamından memnun olamayanlarda, mesleğini kendine uygun bulmayanlarda, sigara içenlerde, sosyal etkinliklere katılımı yetersiz olanlarda depresyon puanlarının yüksek olduğunu vurgulayan çalışmalar bulunmaktadır (68, 83, 104). Depresyon ve çeşitli değişkenlerle ilişkisinin incelendiği çalışmalarda, bulgular yorumlanırken dikkat edilmesi gereken bir zorluk da çeşitli etkenler ve depresyon arasında bulunan ilişki de hangisinin neden, hangisinin sonuç olduğunu ayırt edebilme zorluğudur. Örneğin sosyal etkinliklere katılımı yetersiz olan bir bireyin depresyon puanının yüksek olması halinde, bireyin

depresyonda olduğu için mi sosyal etkinliklere yeterli katılmadığı, yoksa sosyal etkinliklere yeterli katılmadığı için mi depresyon oluşumunun kolaylaştığını söylemek kolay olmamaktadır.

Çalışmamızda tükenmişlik alt grupları ve depresyon puanları arasında anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır ve saptamayı destekleyen çalışmalar bulunmaktadır (83, 85, 104). Bu bulgu tükenmişlik ve depresyonun birbirini arttırıcı etkiye yol açabileceğini düşündürmektedir. Tükenmişlik ve depresyon oluşumunda benzer değişkenler rol oynayabilmekle birlikte söz konusu hastalıklar iki ayrı klinik tablo olarak benimsenmektedir. Örneğin Martin ve arkadaşları (112), depresyon ile duygusal tükenme ve duyarsızlaşma arasındaki ilişkide benzer etkenlerin farklı yönlerle etki ettiğini vurgulamaktadır. Her iki tabloya neden olan değişkenlerin saptanması ve bu değişkenlere yönelik olarak yapılacak müdahaleler her iki sağlık sorunundan da koruyucu etkiye sahip olacaktır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1.Sonuçlar

Araştırmaya katılan 270 katılımcının yapılan değerlendirmeler sonucunda elde edilen ortalama duygusal tükenme puanı 14.6 ± 6.1 (en az 2, en çok 35), ortalama duyarsızlaşma puanı 4.3 ± 3.0 (en az 0, en çok 15), ortalama kişisel başarı puanı 20.8 ± 4.4 (en az 7, en çok 31), ortalama beck depresyon puanı 8.7 ± 7.0 (en az 0, en çok 42) olarak saptanmıştır.

Beck depresyon puanı katılımcıların 212'sinde (%78.5) 0–13 puan (depresyon yok), 53'ünde (%19.6) 14–24 puan (hafif-orta depresyon), arasında iken, 5'inde (%1.9) 25 ve üzeri puandaydı (ciddi depresyon).

Çalışmamızda duygusal tükenme ve kişisel başarı alt alanlarında tükenmişliğin kadınlarda daha yüksek olduğu, daha yüksek düzeyde eğitime sahip olanlarda duygusal tükenmenin daha yoğun olduğu saptanmıştır. Çalışmamızda depresyon hissettiğini, psikiyatrik yardıma ihtiyaç duyduğunu ifade eden katılımcılarda tükenmişliğin üç alt boyutunda da yoğun olduğu bulunmuş, ayrıca, uyku sorunu yaşayan katılımcılarda da duygusal tükenme puanları yüksek, kişisel başarı puanları düşük tespit edilmiştir.

Çalışmamızda mesleki deneyimi yüksek olanlarda, çalıştığı bölümü kendisi seçmemiş olanlarda, sürekli gece çalışanlarda, haftalık çalışma süresi 50 saatin üzerinde olanlarda, iş yaşamından memnun olmayanlarda, üstleri tarafından takdir edilmediğini düşünenlerde, sosyal etkinlik katılımı az olanlarda, mesleği istemeyerek seçenlerde, mesleği kendine uygun bulmayanlarda ve mesleğini sürdürmek istemeyenlerde duygusal tükenmenin daha yüksek olduğu saptanmıştır.

İş yaşamından memnun olmayanlarda, üstleri tarafından takdir edilmediğini düşünenlerde, dernek ve benzeri kuruluş üyeliği olmayanlarda, mesleği kendisine uygun bulmayanlarda ve mesleğini sürdürmek istemeyenlerde duyarsızlaşmanın fazla olduğu gözlenmiştir.

Kişisel başarı düşüklüğü ise iş yaşamından memnun olmayanlarda, üstleri tarafından takdir edilmediğini düşünenlerde, sosyal etkinlik katılımı yetersiz olanlarda, işyerine ulaşımını toplu taşıma ile sağlayanlarda, mesleğini istemeyerek seçenlerde, mesleği kendine uygun bulmayanlarda ve mesleğini sürdürmek istemeyenlerde tespit edilmiştir.

Depresyon puanları çalışmamızda eğitim düzeyi düşük olanlarda, kirada oturanlarda sık sık/her zaman depresyon hissettiğini, psikiyatrik yardıma ihtiyacı olduğunu, sık sık/her zaman uyku sorunu yaşadığını ifade edenlerde, sigara içenlerde, iş yaşamından memnun olmayanlarda, üstleri tarafından takdir edilmediğini, meslektaşlarından yeterli destek görmediğini düşünenlerde, sosyal etkinliklere katılımı yetersiz olanlarda, mesleğini kendisine uygun bulmayanlarda ve mesleğini sürdürmek istemeyenlerde daha yüksek olarak saptanmıştır.

Çalışmamızda tükenmişlik alt grupları ve depresyon puanları arasında anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır.

6.2. Öneriler

- Hemşirelik mesleğinin bilinçli ve isteyerek seçilebilmesi için kişinin işin zorluklarını ve risklerini öğrenmesi gereklidir.
- Çalışanlar, işle ilgili gerçekçi beklenti ve hedefler belirlemelidir.
- Yöneticiler yapılan toplantılarda adil olmalı, herkese söz hakkı vermeli, gelecek öneri ve eleştirilere açık olmalıdır.
- İş yerindeki çatışmalı etkileşimlerin varlığı konusunda yönetimin duyarlı olmalı, önlemler almalı, çalışanlar arasında olumlu ilişkilerin artırılması amacıyla çeşitli faaliyetler düzenlenmelidir.
- Sağlık çalışanları (özellikle yöneticiler) tükenmişlik sendromu ile ilgili bilgilendirilmeli ve belirtilerine karşı duyarlı ve tedbirli olmaları sağlanmalıdır.
- Çalışanların ruh sağlığını korumak ve sürdürmek için, çalışanlara psikolojik danışmanlık ve rehberlik hizmetleri verilmelidir.
- Gevşeme-derin nefes alma egzersizleri, kişisel gelişim, atılmanlık eğitimi, stres yönetimi, tükenmişlik ve depresyonla başetme konuları hakkında çalışanlara konunun uzmanları tarafından eğitim sunulmalıdır.
- Yönetici çalışanın ruhsal sağlığındaki ve davranışlarındaki anormalliklere karşı dikkatli olmalı, bireyi profesyonel bir yardım alması açısından desteklemelidir.
- Görev dağılımı yapılırken iş-kişî uyumuna dikkat edilmelidir.
- İşler eşit şekilde dağıtılmalı, ağır işler tek bir kişiye yüklenmemelidir, ekip ruhu benimsenmelidir.

- Yönetici pozisyonunda olan hemşireler, yıkıcı eleştiriden çok yapıcı eleştiride bulunmalı, alt-üst ilişkilerinde saygıyı sadece altlardan bekleme yerine, kendisinde, çalışana saygılı davranmalı, taraf tutmamalı, objektif olmalı, birimde çalışanlara söz hakkı tanınmalı, ezici ve onur kırıcı tavırlardan kaçınılmalıdır.
- Yönetici pozisyonunda olan hemşireler iletişim teknikleri, stres yönetimi, problem çözme vb. gibi ilgili konularda, ekip içi koordinasyona ve ruhsal yönden olumlu bir çalışma ortamına katkıda bulunmak için konunun uzmanları tarafından eğitim almalıdır.
- Yetenek ve özellik olarak yönetici pozisyonuna uygun olmayan kişiler sorumlu hemşire, koordinatör, süpervizör vb. olarak seçilmemelidir.
- Meslekte başarılı olanlara takdir ve ödüllendirme imkânı sağlanmalıdır. Çalışanlar üstleri tarafından işle ilgili başarılarında, mutlaka desteklenmeli, başarılar görmezden gelinmemeli ve memnuniyetin geri bildirimi yapılmalıdır.
- Hiçbir çalışan memnun olmadığı bölümde çalışmak durumunda bırakılmamalıdır. Bölümde sorun yaşanmasının sebepleri araştırılmalı, gerekli önlemler alınmalı, sorunlar çözülmeye çalışılmalı, halen sorun yaşanması söz konusu ise iş-kişî uyumu da göz önüne alınarak yer değiştirme yapılmalıdır.

7. KAYNAKLAR

1. Ayoğlu FN. Madenlerde İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği, Neoliberal Süreç ve Olası Etkileşimler. Maden İşletmelerinde İş Sağlığı ve Güvenliği Sempozyumu Bildiriler Kitabı, s.9–17. Adana, 19–20 Kasım 2009.
2. International Labour Organization (2000) “Work-related stress in nursing”. Erisim Adresi: <http://www.ilo.org/public/english/protection/safework/stress/nursing.htm> Erişim Tarihi: 06.11.2002.
3. Sürgevil O. Çalışma Hayatında Tükenmişlik Sendromu Tükenmişlikle Mücadele Teknikleri. s.17–93, Nobel Yayın Dağıtım, Ankara, 2006.
4. Sılığ A. Banka Çalışanlarının Tükenmişlik Düzeylerinin Çeşitli Değişkenler Açısından İncelenmesi. Eskişehir Anadolu Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, Eskişehir, 2003.
5. Özyurt A. İstanbul Hekimlerinin İş Doyum ve Tükenmişlik Düzeyleri. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2004.
6. Dinç K. Yardımcı Mesleklerde Tükenmişlik Sendromu. Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Dönem Projesi, Ankara, 2008.
7. Baysal A. Lise ve Dengi Okul Öğretmenlerinde Tükenmişliğe Etki Eden Faktörler. Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı Doktora Tezi, İzmir, 1995.
8. Dworkin AG. (1986) Teacher Burnout in the Public Schools, Structural Causes and Consequences for Children. State University of New York Press, Albany Erişim Adresi: <http://site.ebrary.com/lib/deulibrary>. Erişim Tarihi: 01.Temmuz 2010.
9. Akçamete G, Kaner S, Sucuoğlu B. Engelli ve Engelli Olmayan Çocuklarla Çalışan Öğretmenlerin Tükenmişlik ve İş Doyumu Arasındaki İlişkinin Karşılaştırmalı Olarak İncelenmesi. VI. Altıncı Ergonomi Kongresi Bildiriler Kitabı, s.1–28. Ankara, 27–28 Mayıs 1998.
10. Aslan S, Coşkun H, Alpaslan S, Nazan Z. Bakırköy Ruh Ve Sinir Hastalıkları Hastanesinde Çalışan Hemşirelerde Tükenme, İşe Bağlı Gerginlik, A-Tipi Kişilik ve Mükemmellecilik. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 25(3):135–142, 2000.
11. Tekin A. Yönetici Hemşirelerin Tükenmişlik Düzeylerinin Belirlenmesi. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2009.

12. Girgin G. İlkokul Öğretmenlerinde Meslekten Tükenmişliğin Gelişimini Etkileyen Değişkenlerin Analizi ve Bir Model Önerisi. Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Doktora Tezi, İzmir, 1995.
13. Cordes Cynthia L, Dougherty TW. A Review and in Integration of Research on Job Burnout. Acad Manag Rev 18(4):621–656, 1993.
14. Jackson SE, Schwab RL, Schuler RS. Toward an Understanding of The Burnout Phenomenon. J Appl Psychol 71(4):630–640, 1986.
15. Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job Burnout. Annu Rev Psychol 52(1):397–422, 2001.
16. Etzion D, Eden D, Lapidot Y. Relief From Job Stressors and Burnout. Reserve Service as a Respite. J Appl Psychol 83(4):577–585, 1998.
17. Wright TA, Bonett DG. The Contribution of Burnout to Work Performance. J Organ Behav 18(5):491–499, 1997.
18. Hock R. Professional Burnout Among Public School Teachers. Publ Person Manag 17(2):167–189, 1988.
19. Maslach C, Jackson SE. Burnout in Health Professions, A Social Psychological Analysis. Ed: Sanders G Suls J, Social Psychology of Health And Illness, pp. 227–251, Hillsdale, Erlbaum, 1982.
20. Croucher R, Osborne D, Marcenes W, Sheiham A. Burnout and Issues of the Work Environment Reported by General Dental Practitioners in the United Kingdom. Community Dent Health 15(1):40–43, 1998.
21. Özgüven HD, Haran S. Tükenmişlik Sendromu Ed: Sayıl I, Bireyden Topluma Ruh Sağlığı, s.165–180, Erler Matbaacılık, İstanbul, 2004.
22. Maslach C, Jackson SE. The Measurement of Experienced Burnout. J Occup Behav s.99–113, 1981.
23. Alp HÜ. İşletmelerde Tükenmişlik Sendromu ile İş Tatmini İlişkisi Üzerine Bir Araştırma. İnönü Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, Malatya, 2007.
24. Öztürk A, Tolga Y, Şenol V, Günay O. Kayseri İlinde Görev Yapan Sağlık İdarecilerinin Tükenmişlik Düzeylerinin Değerlendirilmesi. Erciyes Tıp Dergisi 30(2):92–99, 2008.
25. Aras Z. Birinci Basamak Sağlık Kurumlarında Çalışan Hemşire ve Ebelerin Tükenmişlik Durumları. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2006.

26. Maslach C. Burnout A Social Psychological Analysis. Ed: Jones JW. The burnout syndrome, pp.30–53, House Press, London, 1981.
27. Maslach, C. Burnout in Health Professionals. Ed: Baum A Newman S Weinman J West R McManus C. Cambridge Handbook of Psychology, Health and Medicine pp.275–278, Cambridge University Press, Cambridge, England, 1997.
28. Yıldız H. Hemşirelerin Tükenmişlik Düzeylerinin ve Problem Çözme Becerilerinin İncelenmesi. Gazi Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2009.
29. Potter BA. (1995) Preventing Job Burnout Transforming Work Pressures into Productivity. Erişim Adresi: <http://site.ebrary.com/lib/deulibrary>. Erişim Tarihi: 5 Temmuz 2010.
30. Gürşimşek I, Girgin G. İzmir Örnekleminden Okul öncesi Milli Eğitim Bakanlığına Bağlı Okullarda Hizmet Veren Öğretmenlerde Görülen Tükenmişlik Düzeyi. II. Ulusal Öğretmen Yetiştirme Sempozyumu, s.314–320. Çanakkale, 10–12 Mayıs 2000.
31. Lewandowski Cathleen A. Organizational Factors Contributing to Worker Frustration, The Precursor to Burnout. J Sociol Soc Welfare 30(4):175–185, 2003.
32. Kaçmaz N. Tükenmişlik (Burnout) Sendromu. İst Tıp Fak Derg 68(1):29–32, 2005.
33. Kaçmaz, N. Hemşirelerde İş Stresi ve Tükenmişlik. İ.Ü.F.N. Hem Derg, 13(54):65–75, 2005.
34. Akyasan S. Koruyucu ve Tedavi Edici Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Hemşirelerin İş Doyumu Etkilerinin İrdelenmesi. İ.Ü.Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İstanbul, 1990.
35. Işıkhani V, Özet A, Kömürcü Ş, Arpacı F. Kanseri Hastalarıyla Çalışan Personelin Tükenmişlik Durumları. Türk Hematoloji-Onkoloji Dergisi 8(3):146–152, 1998.
36. Koç H. Yoğun Bakım Ünitesi Hemşirelerinde Stres Etkenleri ve Tükenmişlik Sendromu. İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Hastane ve Sağlık Kuruluşları Yönetimi Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 1999.
37. Sinat Ö. Psikiyatri Kliniğinde Çalışan Hemşirelerin Tükenmişlik Düzeylerinin Araştırılması. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2007.
38. Tevrüz S. Endüstri ve Örgüt Psikolojisi. s.43–55, Türk Psikologlar Derneği Yayınları, Ankara, 1996.

- 39.** Sayıl I, Özgüven HD. Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kitabı s.235, Antıp AŞ, Ankara, 2000.
- 40.** Öztürk MO. Ruh sağlığı ve Bozuklukları s.293–317, Feryal matbaası, Ankara, 2004.
- 41.** Gezer E. Stres Veren Yaşam Olanlarının, Öğretim Elemanlarının, Depresyon ve Tükenmişlik Düzeylerine Etkisi. Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Beden Eğitimi ve Spor Anabilim Dalı Doktora Tezi, Ankara, 2008.
- 42.** Ersan E, Abay E. Depresyonun Genetik Nedenleri. Duygudurum Dizisi 1(6):277–282, 2001.
- 43.** Işık E. Depresyon ve Bipolar Bozukluklar. s.20–32, Görsel Sanatlar Matbaacılık, Ankara, 2003.
- 44.** Sevinç Ş. Astımlı Çocukların ve Annelerinin Depresyon ve Kaygı Düzeylerinin Değerlendirilmesi. Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi, Diyarbakır, 2009.
- 45.** Tok G. Anestezi Yoğun Bakım Ünitesinde Yatan Hastaların Yakınlarında Görülen Anksiyete ve Depresyon Semptomlarının Değerlendirilmesi. Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi, Manisa, 2008.
- 46.** Tezcan AE. Depresyonun Ayırıcı Tanısı. Duygudurum Dizisi 1(2):77–98, 2000.
- 47.** Aydın K. Beden Eğitimi Öğretmenlerinin Tükenmişlik Düzeyleri ve Tükenmişliğe Etkileyen Bazı Faktörlerin İncelenmesi. Gazi Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2004.
- 48.** Ünal S, Özcan E. Depresyonda Hazırlayıcı, Ortaya Çıkarıcı ve Koruyucu Etkenler. Anadolu Psikiyatri Dergisi 1(1):41–47, 2000.
- 49.** Depresyon. Erişim Adresi: <http://www.depresyontedavisi.net/depresyon/index> Erişim Tarihi: 17 Ağustos 2010.
- 50.** Sells SR, Loosen PT. Bipolar disorders. Ed: Michael HE, Nurcombe B, Current Diagnosis and Treatment in Psychiatry. pp. 311–322, McGraw-Hill Companies, New York 2000.
- 51.** Brown GW, Moran PM. Single Mothers Poverty and Depression. Psychol Med 27(1):21–33, 1997.
- 52.** Kendler HH. The Role of Values in The World of Psychology. Am Psychol 54(10):828–835, 1999.

- 53.** Doğan O. Depresyonun Epidemiyolojisi. Duygudurum Dizisi 1(1):29–38, 2000.
- 54.** Bruce ML, Takeuchi DT, Leaf PJ. Poverty and Psychiatric Status, Longitudinal Evidence From The New Haven Epidemiologic Catchment Area Study. Arch Gen Psychiatry 48(5):470–474, 1991.
- 55.** Aşkın R. Kronik Depresyon (Distimi). Duygudurum Dizisi 1(1): 44–47, 2000.
- 56.** Ergin, C. Doktor Ve Hemşirelerde Tükenmişlik ve Maslach Tükenmişlik Ölçeği'nin Uyarlanması. VII. Ulusal Psikoloji Kongresi Kitabı, s.143–154. Ankara, 22–25 Eylül 1992.
- 57.** Çam, O. Tükenmişlik Envanterinin Geçerlik ve Güvenirliğinin Araştırılması. VII. Ulusal Psikoloji Kongresi Kitabı, s.155–160. Ankara, 22–25 Eylül 1992.
- 58-** Hisli N. Beck Depresyon Envanterinin Geçerliği Üzerine Bir Çalışma. Turk Psikol Derg 6(22):118–126, 1988.
- 59.** Hisli N. Beck Depresyon Envanterinin Üniversite Öğrencileri İçin Geçerliği ve Güvenirliği. Turk Psikol Derg 6(23):3–13, 1989.
- 60.** Kırılmaz AY, Çelen Ü, Sarp N. İlköğretimde Çalışan Bir Öğretmen Grubunda Tükenmişlik Durumu Araştırması. İlköğretim-Online Dergisi 2(1):2–9, 2003.
- 61.** Haran, S, Özgüven HD, Ölmez Ş, Sayıl I. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastaneleri ve Ankara Numune Hastanesinde Çalışan Doktor ve Hemşirelerde Tükenmişlik Düzeyleri. Kriz Dergisi 6(1):75–79, 1998.
- 62.** Özer R. Rehber Öğretmenlerde Tükenmişlik Düzeyi, Nedenleri ve Çeşitli Değişkenlere Göre İncelenmesi. KATÜ Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 1998.
- 63.** Aslan D, Kiper N, Karaağaoğlu E, Topal F, Güdük M, Cengiz ÖS. Türkiye'de Tabip Odalarına Kayıtlı Olan Bir Grup Hekimde Tükenmişlik Sendromu ve Etkileyen Faktörler, s.49, Türk Tabipleri Birliği Yayınları, Ankara, 2005.
- 64.** Güdük M, Erol Ş, Yağcıbulut Ö, Uğur Z, Özvarış ŞB, Aslan D. Ankara'da Bir Tıp Fakültesi'nde Okuyan Son Sınıf Öğrencilerde Tükenmişlik Sendromu. STED 14(8):169–173, 2005.
- 65.** Kurçer M. Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Hekimlerinin İş Doyumu ve Tükenmişlik Düzeyleri. Harran Univ Tıp Fak Derg 2(3):10–15, 2005.
- 66.** Yaman H, Ungan M. Tükenmişlik, Aile Hekimliği Asistan Hekimleri Üzerinde Bir İnceleme. Turk Psikol Derg 17(49):37–44, 2002.

67. Ekerbiçer H, Çelik M, Aral M, Buğdaycı R. Kahramanmaraş'ta Çalışan Hekimlerde Mesleksel Tükenmişlik Düzeyi ve Bazı Kişisel Özelliklerle İlişkisi. 8. Ulusal Halk Sağlığı Kongre Kitabı 2, s.700. Diyarbakır, 23–28 Eylül 2002.
68. Taycan O, Kutlu L, Çimen S, Aydın N. Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerde Depresyon ve Tükenmişlik Düzeyinin Sosyo-demografik Özelliklerle İlişkisi. Anadolu Psikiyatri Dergisi 7(2):100–108, 2006.
69. Özbayır T, Demir F, Candan Y, Dramalı A. Ameliyathane Hemşirelerinin Tükenmişliğinin İncelenmesi. Hemşirelik Forumu Dergisi 2(2):18–25, 2006.
70. Yavuzylmaz A, Topbaş M, Çan E, Çan G, Özgün Ş. Trabzon İl Merkezindeki Sağlık Ocakları Çalışanlarında Tükenmişlik Sendromu ile İş Doyumu Düzeyleri ve İlişkili Faktörler. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni 6(1):41–50, 2007.
71. Kaya M, Üner S, Karanfil E, Uluyol R, Yüksel F, Yüksel M. Birinci Basamak Sağlık Çalışanlarının Tükenmişlik Durumları. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni 6(5):357–363, 2007.
72. Doğan K. Ankara'da İki Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Çalışan Sağlık Personelinin Tükenmişlik Durumu ve İlişkili Etmenler. Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2005.
73. Bakar C, Erdem Ö, Güneş G, Akgün HS. Bir Üniversite Hastanesi Çalışanlarındaki Tükenmişlik ve Ruhsal Durum Değişimleri. 10. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Kitabı, s.193. Van, 6–8 Eylül 2006.
74. Kocabıyık ZO, Çakıcı E. Sağlık Çalışanlarında Tükenmişlik ve İş Doyumu. Anadolu Psikiyatri Dergisi 9(3):132–138, 2008.
75. Serinken M, Ergör A, Cimrin AH, Ersoy G. İzmir İlindeki Acil Servis Hekimlerinin Tükenme Düzeyleri. Toplum Hekim Derg 18(4):293–299, 2003.
76. Özbek K, Girgin G. Pratisyen Hekimlerde Meslekte Tükenmişlik (Burnout) Sendromu. IV Ulusal Halk Sağlığı Kongre Kitabı, s.662–665. Didim, 12–16 Eylül 1994.
77. Metin Ö, Özer Gök F. Hemşirelerin Tükenmişlik Düzeyinin Belirlenmesi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 10(1):58–66, 2007.
78. Önsüz F, Demir F, Yener G, Üçüncü A, Öztürk G, Küçükdurmaz F. İstanbul'da Bir Üniversite Hastanesi ve Bir Eğitim Araştırma Hastanesinde Çalışan Uzmanlık Öğrencisi Hekimlerde Tükenmişlik Düzeyi. 10. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Kitabı, s.187. Van, 6–8 Eylül 2006.

- 79.** Gözüm, S. Koruyucu Sağlık Hizmetlerinde Görev Yapan Hemşire ve Ebelerde İş Doyumu, Tükenmişlik ve İşe Devamsızlığı Etkileyen Faktörlerin Araştırılması. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı Doktora Tezi, Erzurum, 2005.
- 80.** Arifoğlu B. KKTC Hastanelerindeki Hemşirelerin İş Doyumu ve Tükenmişlik Düzeyleri. I.Uluslararası VIII. Ulusal Hemşirelik Kongresi Kitabı, s.85–91. Antalya, 29 Ekim- 2 Kasım 2000.
- 81.** Basım HN, Şeşen H. Mesleki Tükenmişlikte Bazı Demografik Değişkenlerin Etkisi, Kamu’da Bir Araştırma. Ege Akademik Bakış Dergisi 6(2):15–23, 2006.
- 82.** Demir A. Hemşirelikte Tükenmişliğe Bir Bakış. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 7(1):71–79, 2004.
- 83.** Buğdaycı R, Kurt Öner A, Şaşmaz T, Seva Ö. Mersin İli’nde Pratisyen ve Uzman Hekimlerde Depresyon Sıklığı ve Etkileyen Faktörler. Toplum Hekimliği Bülteni 26(1):32–36, 2007.
- 84.** Çam O. Hemşirelerde Tükenmişlik ve Çeşitli Değişkenlere Göre İncelenmesi. Ege Üniversitesi, Doktora Tezi, İzmir, 1991.
- 85.** Gülseren Ş, Karaduman E, Kültür S. Hemşire ve Teknisyenlerde Tükenmişlik Sendromu ve Depresif Belirti Düzeyi. Kriz Dergisi 8(1):27–38, 2000.
- 86.** Barutçu E, Serinkan C. Günümüzün Önemli Sorunlarından Biri Olarak Tükenmişlik Sendromu ve Denizli’de Yapılan Bir Araştırma. Ege Akademik Bakış Dergisi 8(2):541–561, 2008.
- 87.** Aslan SH, Aslan RO, Alparslan N, Gürkan S, Ünal M. Hekimlerde Tükenmede Cinsiyetle İlişkili Etmenler. ÇÜ Tıp Fak Derg 22(2):132–136, 1997.
- 88.** Canbaz S, Sünter AT, Dabak Ş, Öz H, Pekşen Y. Hemşirelerde Tükenmişlik Sendromu, İş Doyumu ve İşe Bağlı Gerginlik. Hemşirelik Forumu Dergisi 4(2):31–34, 2001.
- 89.** Olgun N, Çınar S. Hemodiyaliz Hemşirelerinin İş Doyumlarının Değerlendirilmesi. Çınar Dergisi 3(1):9–11, 1997.
- 90.** Mollaoğlu M, Yılmaz M, Kars T. Hemşirelerde Tükenmişlik. Sağlık Çalışanlarının Sağlığı 2.Ulusal Kongresi Kitabı, s.145. Ankara, 17 Kasım 2001.
- 91.** Karlıdağ R, Ünal S, Yoloğlu S. Hekimlerde Tükenmişlik Düzeyinin Aleksitimi Düzeyleriyle İlişkisi. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2(3):153–160, 2001.

- 92.** Şahin D, Turan FN, Alparslan N, Şahin İ, Faikoğlu R, Görgülü A. Devlet Hastanesinde Çalışan Sağlık Personelinin Tükenmişlik Düzeyleri. *Nöropsikiyatri Arşivi Dergisi* 45(4):116–121, 2008.
- 93.** Kavla, İ. Hemşirelerde Tükenmişlik ve İş Doyumu. D.E.Ü Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, İzmir, 1998.
- 94.** Çıtak EA. Çatışma Çözümü Eğitiminin Hemşirelerin Çatışma Çözüm Becerisi Yöntemi ve Tükenmişlik Düzeyine Etkisinin İncelenmesi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İzmir, 2006.
- 95.** Aslan H, Aslan O, Kesepara C, Ünal M. Kocaeli'nde Bir Grup Sağlık Çalışanlarında İşe Bağlı Gerginlik, Tükenme ve İş Doyumu. *Toplum Hekim Derg* 82(12):24–29, 1997.
- 96.** Dericioğulları A, Konak Ş, Arslan E, Öztürk B. Öğretim Elemanlarının Tükenmişlik Düzeyleri. *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Örneği, Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi* 2(5):13–23, 2007.
- 97.** Yıldız N, Yolsal N, Ay P, Kıyan A. İstanbul Tıp Fakültesi'nde Çalışan Hekimlerde İş Doyumu. *İst Tıp Fak Mecmuası* 66(1):34–41, 2003.
- 98.** Sünter AT, Canbaz S, Dabak Ş, Öz H, Peşken Y. Pratisyen Hekimlerde İşe Bağlı Gerginlik ve İş Doyumu Düzeyleri. *Genel Tıp Derg* 16(1):9–14, 2006.
- 99.** Musal B, Elçi ÇÖ, Ergin S. Uzman Hekimlerde Mesleki Doyum. *Toplum Hekim Derg* 10(68):2–7, 1995.
- 100.** Şenturan L, Gülseven Karabacak B. Ecevit Alpar Ş, Sabuncu N. Hemodiyaliz Ünitelerinde Çalışan Hemşirelerin Tükenmişlik Düzeyi. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi* 2(2):33–45, 2009.
- 101.** Dolunay AB. Keçiören İlçesi “Genel Liseler ve Teknik-Ticaret-Meslek Liselerinde Görevli Öğretmenlerde Tükenmişlik Durumu” Araştırması. *Ank Üni Tıp Fak Mecm* 55(1):51–62, 2002.
- 102.** Bilici M, Mete F, Soylu C. Bir Grup Akademisyende Depresyon ve Tükenme Düzeyleri. *Türk Psikiyatr Derg* 9(3):181–189, 1998.
- 103.** Molassiotis A, Haberman M. Evaluation of Burnout and Job Satisfaction in Marrow Transplant Nurses, *Cancer Nurs* 19(5):360–367, 1996.
- 104.** Demir A. Hemşirelerin Tükenmişlik (Burnout) Düzeyleri ve Tükenmişliği Etkileyen Bazı Faktörlerin İncelenmesi. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Programı, Yüksek Lisans Tezi, Sivas, 1995.

- 105.** Üstün B. Hemşirelerin Atılganlık ve Tükenmişlik Düzeyleri. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, Ankara, 1995.
- 106.** Aslankoç R, Öztürk M, Yıldırım NG. Koruyucu ve Tedavi Edici Sağlık Kurumlarında Çalışan Ebe ve Hemşirelerin Tükenmişlik Düzeylerinin Araştırılması. Sağlık Çalışanlarının Sağlığı I. Ulusal Kongresi Kitabı, s.192. Ankara, 26–28 Kasım 1999.
- 107.** Aslan H, Alpaslan NZ, Aslan O, Ünal M. Hemşirelerde Tükenme, İş Doyumu ve Ruhsal Belirtiler. Nöropsikiyatri Arşivi Dergisi 33(4):192–199, 1996.
- 108.** Işık U. Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Çalışan Yardımcı Sağlık Personelinde Tükenmişlik Durumu Araştırması. Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı Doktora Tezi, Ankara, 1995.
- 109.** Altan B, Gönener D, Demirkıran C. Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Tükenmişlik Düzeyleri ve Aile Desteğinin Etkisi. Fırat Tıp Dergisi 15(1):10–16, 2010.
- 110.** Khuwaja AK, Qureshi R, Azam SI. Prevalence and Factors Associated with Anxiety and Depression Among Family Practitioners in Karachi. J Pak Med Assoc 54(2):45–9, 2004.
- 111.** Caplan RP. Stress Anxiety and Depression in Hospital Consultants. General Practitioners and Senior Health Senior Managers BMJ 112;309(6964):1261–1263, 1994.
- 112.** Martin F, Poyen D, Boudierlique E, Gouvernet J, Rivet B, Disdier P, Martinez O, Scotto JC. Depression and burnout in hospital health care professionals. Int J Occup Environ Health 3(3):204–209, 1997.

8. EKLER

Ek 1. Bilgilendirilmiş Olur Formu

BİLGİLENDİRİLMİŞ OLUR FORMU

Katıldığınız çalışma bilimsel bir araştırma olup, araştırmanın adı **Zonguldak Karaelmas Üniversitesi Uygulama Ve Araştırma Hastanesi'nde Çalışan Hemşire, Sağlık Memuru ve Acil Tıp Teknisyenlerinde Tükenmişlik Ve Depresyon Düzeyinin Değerlendirilmesi'dir.**

Bu araştırmanın temel amacı, üniversite hastanesinde çalışan hemşire, sağlık memuru ve acil tıp teknisyenlerinin tükenmişlik ve depresyon düzeylerinin değerlendirilmesidir. Araştırmada size yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak anket uygulanacaktır. Araştırmada yer almanız ön görülen süre yaklaşık 30 dakikadır. Araştırmayla ilgili olarak sizden beklenen temel sorumluluk ankette yer alan sorulara doğru yanıt vermenizdir. Araştırma hakkında ek bilgi almak için 3175 nolu dahili telefon numarasından Doç. Dr. Ferruh Niyazi Ayoğlu'nu arayabilirsiniz.

Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da görüşmenin herhangi bir aşamasında araştırmadan ayrılabilirsiniz. Size ait tüm bilgiler gizli tutulacak, bilimsel amaçlar dışında kullanılmayacak, araştırma sonuçları yayınlansa bile kimlik bilgileriniz açıklanmayacaktır.

Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, bana ait bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

Gönüllünün,

Adı-Soyadı:

Adresi:

Tel.-Faks:

Tarih ve İmza:

Açıklamaları yapan araştırmacının,

Adı-Soyadı: Emel Ertuğrul

Görevi: ZKÜ Uygulama Ve Araştırma Hastanesi Kardiyo-Vasküler Cerrahisi Ameliyathane Sorumlu Hemşiresi

Adresi: ZKÜ Uygulama Ve Araştırma Hastanesi G/4 BLOK KVC Ameliyathane KOZLU/ZONGULDAK

Tel: 0 538 513 58 18 – 0 372 266 68 08

Tarih ve İmza: 03.04.09



Ek 2.**Anket Soruları****1. Cinsiyetiniz?**

1 () Kadın 2 () Erkek

2. Doğum tarihiniz (yıl olarak)?**3. Eğitim düzeyiniz?**

1 () Sağlık meslek lisesi 2 () Lisans

3 () Ön lisans 4 () Lisansüstü/doktora

4. Medeni durumunuz?

1 () Bekâr

2 () Evli

3 () Dul/boşanmış

5. Çocuğunuz var mı?

1 () Yok 2 () Var Varsa kaç tane

6. Doktor tarafından tanı konulmuş herhangi bir kronik hastalığınız var mı?

1 () Yok 2 () Var Varsa belirtiniz

7. Düzenli olarak kullandığınız bir ilaç var mı?

1 () Yok 2 () Var Varsa belirtiniz?

8. Genel sağlık durumunuzu nasıl tanımlarsınız?

1 () Çok kötü

2 () Kötü

3 () Orta

4 () İyi

5 () Çok iyi

9. Kendinizi depresyonda hissettiğiniz oldu mu?

1 () Hiç olmadı

2 () Bazen oldu

3 () Sık sık oldu

4 () Her zaman oldu

10. Daha önce psikiyatrik yardıma ihtiyaç duydunuz mu? Yardım aldınız mı?

1 () Evet/aldım

2 () Evet/almadım

3 () Hayır

11. Uykuya dalmakta güçlük, uyuyamama, az uyuma ya da çok uyuma gibi uyku sorunuz var mı?

- 1 () Hiç olmadı
2 () Bazen oldu
3 () Sık sık oldu
4 () Her zaman oldu

12. Aylık gelir durumunuz?

- 1 () Yetmiyor 2 () Kısmen yetiyor 3 () Tamamen yetiyor

13. Yasal olarak bakmakla yükümlü olduğunuz kişiler var mı?

- 1 () Yok 2 () Var Varsa belirtiniz?

14. Konut durumunuz?

- 1 () Lojman 2 () Kendi evim
3 () Kira 4 () Kendi evim değil, ama kira ödemiyorum

15. Yaşadığınız evde kimlerle kalıyorsunuz?

- 1 () Yalnız 2 () Eşimle/eşim ve çocuğumla
3 () Ev arkadaşım 4 () Kendim ve çocuğumla
5 () Anne, baba, kardeş 6 () Anne, baba, eş ve çocuğumla
7 () Diğer.....

16. İş yerine ulaşım şekliniz nasıldır?

- 1 () Yürüyerek 2 () Toplu taşıma aracıyla
3 () Kendi arabamla 4 () Servis aracıyla
5 () Diğer.....

17. Son bir yıl içerisinde tatil yapabildiniz mi?

- 1 () Evet 2 () Hayır

18. Sosyal etkinliklere katılma durumunuz nasıl ifade edersiniz?

- 1 () Yetersiz
2 () Kısmen yeterli
3 () Yeterli

19. Sigara içme durumunuz ne şekildedir?

- 1 () Halen içiyorum
2 () Bıraktım
3 () Hiç içmedim

20. Günde içilen sigara adedi kaç tane?

- 21.** Sigaraya başlama yaşıınız nedir (yıl)?
- 22.** Alkollü bir içecek tüketme durumunuz ne şekildedir?
1 () Hiç 2 () Ara sıra 3 () Sürekli 4 () Eskiden içtim, bıraktım
- 23.** Meslek örgütüne üyemi siniz?
1 () Evet 2 () Hayır
- 24.** Sendika üyeliğiniz var mı?
1 () Evet 2 () Hayır
- 25.** Bunların haricinde üye olduğunuz dernek ve benzeri bir kuruluş var mı?
1 () Var 2 () Yok
- 26.** Çalıştığınız bölüm neresidir?
1 () Cerrahi bölümler
2 () Dâhili bölümler
- 27.** Bu meslekte toplam çalışma yılınız nedir?
- 28.** Göreviniz nedir?
1 () Dâhili bölümler
2 () Servis hemşiresi
3 () Poliklinik/özel uygulama
4 () Eğitim/enfeksiyon hemşiresi
5 () Ameliyathane hemşiresi
6 () Yoğun bakım hemşiresi
7 () Sorumlu hemşire
8 () Başhemşire
9 () Diğer
- 29.** Çalışma şekliniz nasıldır?
1 () Gündüz 2 () Vardiya 3 () Sürekli gece
- 30.** Haftalık ortalama çalışma saatiniz ne şekildedir?
- 31.** Yatan hastaya bakma durumunuz nedir?
1 () Hasta bakmıyor 2 () Hasta bakıyor
- 32.** Mesleği seçmedeki isteklilik durumunuz ne şekildedir?
1 () İsteyerek 2 () İstemeyerek
- 33.** Çalıştığınız bölümü seçmedeki tercih durumunuz ne şekildedir?
1 () Kendi isteğim
2 () İdarenin kararı

34. Mesleğini kendine uygun bulma durumunuz ne şekildedir?

- 1 () Uygun 2 () Kısmen uygun 3 () Uygun değil

35. İş yaşamından memnun olma durumunuz ne şekildedir?

- 1 () Memnun 2 () Kısmen memnun 3 () Memnun değil

36. Mesleki gelecekle ilgili düşünceleriniz nedir?

- 1 () Mesleği sürdürmek
2 () Ayrılıp başka iş yapmak
3 () Ayrılıp çalışmamak

37. Üstleriniz tarafından takdir edildiğinizi düşünüyor musunuz?

- 1 () Evet 2 () Kısmen 3 () Hayır

38. Meslektaşlarınızdan destek görüyor musunuz?

- 1 () Her zaman destek verirler
2 () Bazen verir, bazen vermezler
3 () Hiç vermezler

39. Siz işe bağlı stres yaşanmasına neden olan aşağıdaki durumlardan hangilerini yaşamaktasınız? (Birden fazla yanıt verebilirsiniz.)

- 1 () Ortamdaki iletişim sorunu
2 () Ortamdaki fiziksel koşulların uygunsuzluğu
3 () Sosyal olanak yetersizliği
4 () Çalışma sistemindeki uygunsuzluklar
5 () Ekonomik yetersizlikler
6 () Meslektaşlar arasında yaşanan çatışmalar
7 () Doktor-hemşire iletişimindeki olumsuzluklar
8 () Ödüllendirmenin olmayışı, takdir edilmeme
9 () Çalışırken işimin bölünmesi
10 () Uzun çalışma saatleri/gece mesaisi
11 () Uygun cihaz ve donanımına sahip olmama
12 () Kullanılan cihazların sorumluluğunun hemşireye yüklenmesi
13 () Kötü yönetim
14 () Mesleki sınırların tam olarak çizilmemiş olması
15 () Zaman baskısı
16 () Hasta ve hasta yakınlarının istekleri ile başa çıkmak
17 () Meslekte yeterli doyuma ulaşamama
18 () İş yükünün fazla olması

- 19 () Ekip çalışmasının olmaması
- 20 () Nöbet izninin olmaması
- 21 () Durumu ağır olan hasta ile uğraşmak
- 22 () Acil durumlara müdahale
- 23 () Hata yapma korkusu
- 24 () Personel/malzeme yetersizliği
- 25 () Amir baskısı
- 26 () Diğer.....
- 40. İş stresini azaltmak için önerileriniz nelerdir? (Birden fazla yanıt verebilirsiniz.)**
- 1 () Çalışma koşullarının iyileştirilmesi
- 2 () Ekip çalışması
- 3 () Eleman sayısının artırılması
- 4 () Nöbet sayısının azaltılması
- 5 () İş güvenliğinin sağlanması
- 6 () Yeterli malzeme ve personel sağlanması
- 7 () Meslek olarak saygı görme
- 8 () Takdir edilme, ödüllendirilme
- 9 () Görev sınırlarının kesin belirlenmesi
- 10 () Amirlerin objektif davranması ve baskılayıcı-katı olmayan tutumlara sahip olması
- 11 () Diğer

Ek 3. Beck Depresyon Envanteri

Yönerge: Aşağıda, kişilerin ruh durumlarını ifade ederken kullandıkları bazı cümleler verilmiştir. Her madde, bir çeşit ruh durumunu anlatmaktadır. Her maddede o durumun derecesini belirleyen 4 seçenek vardır. Lütfen bu seçenekleri dikkatle okuyunuz. Son bir hafta içindeki (şu an dâhil) kendi ruh durumunuzu göz önünde bulundurarak, size en uygun olan ifadeyi işaretleyiniz.

1. (a) Kendimi üzgün hissetmiyorum.
(b) Kendimi üzgün hissediyorum.
(c) Her zaman için üzgünüm ve kendimi bu durumdan kurtaramıyorum.
(d) Öylesine üzgün ve mutsuzum ki dayanamıyorum.
2. (a) Gelecekte umutsuz değilim.
(b) Gelecek konusunda umutsuzum.
(c) Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
(d) Benim için bir gelecek olmadığı gibi bu durum düzelmeyecek.
3. (a) Kendimi başarısız görmüyorum.
(b) Çevremdeki herkesten daha fazla başarısızlıklarım oldu sayılır.
(c) Geriye dönüp baktığımda, çok fazla başarısızlıklarımın olduğunu görüyorum.
(d) Kendimi tümüyle başarısız bir insan olarak görüyorum.
4. (a) Her şeyden eskisi kadar zevk alabiliyorum.
(b) Her şeyden eskisi kadar zevk alamıyorum.
(c) Artık hiçbir şeyden gerçek bir zevk alamıyorum.
(d) Beni doyuran hiçbir şey yok, her şey çok sıkıcı.
5. (a) Kendimi suçlu hissetmiyorum.
(b) Arada bir kendimi suçlu hissettiğim oluyor.
(c) Kendimi çoğunlukla suçlu hissediyorum.
(d) Kendimi her an için suçlu hissediyorum.
6. (a) Cezalandırılıyormuşum gibi duygular içinde değilim.
(b) Sanki bazı şeyler için cezalandırılabilirmişim gibi duygular içindeyim.
(c) Cezalandırılacakmışım gibi duygular yaşıyorum.
(d) Bazı şeyler için cezalandırılıyorum.

7. (a) Kendimi hayal kırıklığına uğratmadım.
(b) Kendimi hayal kırıklığına uğrattım.
(c) Kendimden hiç hoşlanmıyorum.
(d) Kendimden nefret ediyorum.
8. (a) Kendimi diğer insanlardan daha kötü durumda görmüyorum.
(b) Kendimi zayıflıklarım ve hatalarım için eleştiriyorum.
(c) Kendimi hatalarım için her zaman suçluyorum.
(d) Her kötü olayda kendimi suçluyorum.
9. (a) Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.
(b) Bazen kendimi öldürmeyi düşünüyorum, ama böyle bir şeyi yapamam.
(c) Kendimi öldürebilmeyi çok isterdim.
(d) Eğer fırsatını bulursam kendimi öldürürdüm.
10. (a) Herkesten daha fazla ağladığımı sanmıyorum.
(b) Eskisine göre şimdilerde daha çok ağlıyorum.
(c) Şimdilerde her an ağlıyorum.
(d) Eskiden ağlayabilirdim, şimdilerde istesem de ağlayamıyorum.
11. (a) Eskisine göre daha sinirli veya tedirgin sayılmam.
(b) Her zamankinden biraz daha fazla tedirginim.
(c) Çoğu zaman sinirli ve tedirginim.
(d) Şimdilerde her an için tedirgin ve sinirliyim.
12. (a) Diğer insanlara karşı ilgimi kaybetmedim.
(b) Eskisine göre insanlarla daha az ilgiliyim.
(c) Diğer insanlara karşı ilgimin çoğunu kaybettim.
(d) Diğer insanlara karşı hiç ilgim kalmadı.
13. (a) Eskisi kadar kolay ve rahat kararlar verebiliyorum.
(b) Eskisine kıyasla, şimdilerde karar vermeyi daha çok erteliyorum.
(c) Eskisine göre, karar vermekte oldukça güçlük çekiyorum.
(d) Artık hiç karar vermiyorum.

14. (a) Dış görünüşümün eskisinden daha kötü olduğunu sanmıyorum.
(b) Sanki yaşlanmış ve çekiciliğimi kaybetmişim gibi düşünüyorum ve üzülüyorum.
(c) Dış görünüşümde artık değiştirilmesi mümkün olmayan ve beni çirkinleştiren değişiklikler olduğunu hissediyorum.
(d) Çok çirkin olduğumu düşünüyorum.
15. (a) Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.
(b) Bir işe başlayabilmek için eskisine göre daha fazla çaba harcıyorum.
(c) Ne iş olursa olsun, yapabilmek için kendimi çok zorluyorum.
(d) Hiç çalışmıyorum.
16. (a) Eskisi kadar rahat ve kolay uyuyabiliyorum.
(b) Şimdilerde eskisi kadar kolay ve rahat uyuyamıyorum.
(c) Eskisine göre 1 veya 2 saat erken uyanıyor ve tekrar uyumakta zorlanıyorum.
(d) Eskisine göre çok erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum.
17. (a) Eskisine göre daha çabuk yorulduğumu sanmıyorum.
(b) Eskisinden daha çabuk yoruluyorum.
(c) Şimdilerde neredeyse her şeyden kolay ve çabuk yoruluyorum.
(d) Artık hiçbir şey yapamayacak kadar yoruluyorum.
18. (a) İştahım eskisinden pek farklı değil.
(b) İştahım eskisi kadar iyi değil.
(c) Şu sıralarda iştahım epey kötü.
(d) Artık hiç iştahım yok.
19. (a) Son zamanlarda pek fazla kilo kaybettiğimi sanmıyorum.
(b) Son zamanlarda istemediğim halde iki buçuk kilodan fazla kaybettim.
(c) Son zamanlarda istemediğim halde beş kilodan fazla kaybettim.
(d) Son zamanlarda istemediğim halde yedi kilodan fazla kaybettim.

20. (a) Sağlığım beni pek endişelendirmiyor.
- (b) Son zamanlarda ağrı, sızı, mide bozukluğu, kabızlık gibi sorunlarım var.
- (c) Ağrı sızı gibi bu sıkıntılarım beni epey endişelendirdiği için başka şeyleri dūřünmek zor geliyor.
- (d) Bu tür sıkıntılar beni öylesine endiřelendiriyor ki, artık bařka řeyleri dūřünemiyorum.
21. (a) Son zamanlarda cinsel yaşantımda dikkatimi çeken bir şey yok.
- (b) Eskisine göre cinsel konularla daha az ilgileniyorum.
- (c) şimdilerde cinsellikle pek ilgili değilim.
- (d) Artık, cinsellikle hiçbir ilgim kalmadı.

Ek 4. Maslach Tükenmişlik Ölçeği (M.T.Ö)

		0	1	2	3	4
		Hiçbir Zaman	Nadiren	Bazen	Çoğu Zaman	Her Zaman
1	İşlerimden soğuduğumu hissediyorum.					
2	İş dönüşü ruhen kendimi tükenmiş hissediyorum.					
3	Sabah kalkıp, yeni bir iş günü ile karşılaşmak zorunda kaldığımda kendimi yorgun hissediyorum.					
4	Hastalarımın pek çok şey hakkında ne hissettiğini hemen anlarım.					
5	Bazı hastalarım onlar sanki kişilikten yoksun bir objeymiş gibi davrandığını hissediyorum.					
6	Bütün gün insanlarla uğraşmak benim için gerçekten çok yıpratıcı.					
7	Hastalarımın sorunlarına en uygun çözüm yollarını bulurum.					
8	İşimin beni tükettiğini hissediyorum.					
9	Yaptığım iş sayesinde insanların yaşamına katkıda bulunduğuma inanıyorum.					
10	Bu işte çalışmaya başladığımdan beri insanlara karşı sertleştim.					
11	Bu işin beni giderek katılaştırmasından korkuyorum.					
12	Kendimi çok enerjik hissediyorum.					

Maslach Tükenmişlik Ölçeği (M.T.Ö) Devamı

13	İşimin beni hayal kırıklığına uğrattığını düşünüyorum.					
14	İşimde gücümün üstünde çalıştığımı hissediyorum.					
15	İşim gereği karşılaştığım insanlara ne olduğu umurumda değil.					
16	Doğrudan doğruya insanlarla çalışmak bende çok fazla stres yaratıyor.					
17	Hastalarımı rahat bir atmosferi kolayca sağlayabilirim.					
18	Hastalarım ile yakın ilişki içinde çalıştıktan sonra kendimi neşeli hissediyorum.					
19	Bu meslekte kayda değer birçok başarı elde ettim.					
20	Kendimi çok çaresiz hissediyorum.					
21	İşimdeki duygusal sorunları serinkanlılıkla hallederim.					
22	Hastaların bazı problemlerini sanki ben yaratmışım gibi davrandıklarını hissediyorum.					

Ek 5. Kurum İzni



T.C.
ZONGULDAK KARAELMAS ÜNİVERSİTESİ
Uygulama Ve Araştırma Hastanesi Başhekimliği

SAYI : B.30.2.ZKÜ.0.H1.00.00/001-462- 3584
KONU: Bilimsel Çalışma

31/03/2009

ZKÜ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi: 27.03.2009 tarih ve 188 sayılı yazınız.

İlgi yazınızda bahsi geçen Enstitünüz Halk Sağlığı Yüksek Lisans Programı öğrencisi ve Hastanemiz KVC Ameliyathane Sorumlu Hemşiresi Emel ERTUĞRUL'un "Üniversite Uygulama ve Araştırma Hastanesi'nde Çalışan Hemşire, Sağlık Memuru ve Acil Tıp Teknisyenlerinde Tükenmişlik ve Depresyon Düzeyinin Değerlendirilmesi" konulu tez çalışmasını Hastanemizde yapması Başhekimliğimizce uygun bulunmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.


Doç.Dr. Mustafa CÖMERT
Başhekim

Ek 6. Etik Kurul İzni



**T.C.
ZONGULDAK KARAELMAS ÜNİVERSİTESİ
Uygulama ve Araştırma Hastanesi Etik Kurulu**

TOPLANTI TARİHİ : 16.04.2009

TOPLANTI NO : 2009/05

KARARLAR :

13- Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğünün "Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşire, Sağlık memuru ve Acil Tıp Teknisyenlerinde Tükenmişlik ve Depresyon Düzeyinin Değerlendirilmesi " konulu başvurusunun Etik Kurallara uygun olduğuna,

Oy Birliği ile karar verilmiştir.

A S L I G İ B İ D İ R


Doç.Dr. Banu D. GÜN
Hastane Etik Kurulu Başkanı

9. ÖZGEÇMİŞ

Emel Ertuğrul, 1978 yılında Kdz. Ereğli’de doğdu. İlk, orta ve lise öğrenimini aynı ilçede tamamladı. 1996’da Ondokuz Mayıs Üniversitesi Ordu Hemşirelik Yüksek Okulunu kazandı ve 1996–1997 yılları arasında öğrenimine bu şehirde devam etti. 1999’da Zonguldak Karaelmas Üniversitesi Sağlık Yüksekokulunu kazandı ve 2002 de bu okuldan mezun oldu. 2002 yılında Zonguldak Karaelmas Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi’ne hemşire olarak atandı ve halen aynı kurumda çalışmaktadır. Kalp Damar Cerrahisi ameliyathanesinde sorumlu hemşire olarak görev yapmaktadır. 2008–2010 tarihleri arasında Zonguldak Karaelmas Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı’nda yüksek lisans öğrenimini gördü.