



Article Information

Article Type: Research Article

This article was checked by iThenticate.

Doi Number: <http://dx.doi.org/10.17121/ressjournal.3286>

**THE RELATIONSHIP BETWEEN EMPLOYEES'
DEMOGRAPHIC CHARACTERISTICS AND BURNOUT:
THE EXAMPLE OF HEALTHCARE PROFESSIONALS**

**ÇALIŞANLARIN DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ İLE
TÜKENMİŞLİK ARASINDAKİ İLİŞKİ:
SAĞLIK ÇALIŞANLARI ÖRNEĞİ**

**Necmiye ÇEPNİ¹
Ayten AKATAY²**

Abstract

The aim of this study is to reveal whether there is a difference in burnout levels in terms of demographic characteristics (gender, age and occupational groups) of healthcare professionals. The population of the study consists of 3568 healthcare professionals working in state, university and private hospitals in the city centre of Çanakkale. The sample of the study consists of 307 healthcare professionals working in state, university and private hospitals in Çanakkale, which accepted to participate in the study. Convenience sampling method, which is one of the non-random sampling methods, was used in the study. The data were collected both face-to-face and via internet by using the survey method, and it was tried to reach a high number of participants. Data were collected from 307 employees. Frequency analysis, factor analysis, t test, ANOVA analysis, validity and reliability analysis were performed in the study. "Maslach Burnout Inventory" was used to evaluate the burnout levels of healthcare professionals. According to the results of the study, it has been determined that there is no significant difference in the burnout levels of healthcare professionals in terms of gender and occupational groups concerning demographic characteristics. However, it is seen that there are differences on the burnout levels of healthcare professionals concerning the age variable. It has been revealed that the level of burnout decreases with increasing age, and the risk of experiencing burnout in younger healthcare professional increases.

Keywords: Burnout, doctor, nurse, healthcare professional

¹ Doktora Öğrencisi, Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi, İşletme Anabilim Dalı. necmiye.kisat@gmail.com

² Prof. Dr. Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi, Biga İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, İşletme Bölümü, aytenakatay@comu.edu.tr

Özet

Çalışmanın amacı sağlık çalışanlarının demografik özellikleri (cinsiyet, yaş ve meslek grupları) açısından tükenmişlik düzeyleri bağlamında fark olup olmadığını ortaya koymaktır. Araştırmanın evrenini Çanakkale il merkezinde bulunan devlet, üniversite ve özel hastanelerde görevli 3568 sağlık çalışanı oluşturmaktadır. Araştırmanın örneklemini, araştırmayı kabul eden Çanakkale ilinde devlet, üniversite ve özel hastanede görevli 307 sağlık çalışanı oluşturmaktadır. Araştırmada tesadüfi olmayan örnekleme yöntemlerinden kolayda örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Veriler anket yöntemiyle hem yüz yüze hem de internet üzerinden toplanarak yüksek sayıda katılımcıya ulaşılmaya çalışılmıştır. 307 çalışandan veri toplanmıştır. Araştırmada frekans analizi, faktör analizi, t testi, ANOVA analizi, geçerlilik ve güvenilirlik analizleri yapılmıştır. Sağlık çalışanlarının tükenmişlik düzeyini değerlendirmek için "Maslach Tükenmişlik Ölçeği" kullanılmıştır. Yapılan araştırma sonuçlarına göre, demografik özellikler bağlamında bakıldığında sağlık çalışanlarının cinsiyet değişkeni ve meslek grupları açısından tükenmişlik düzeylerinde anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir. Ancak çalışanların yaş değişkeni açısından tükenmişlik düzeylerine bakıldığında farklılıklar olduğu görülmüştür. Yaş ilerledikçe tükenmişlik düzeyinin azaldığını ve daha genç olan sağlık çalışanlarının, tükenmişlik yaşama riskinin arttığı ortaya konulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Tükenmişlik, doktor, hemşire, sağlık çalışanı

GİRİŞ

Dünyada ve ülkemizde tükenmişlik, hemen hemen her sektörde görülmektedir. Bunun görüldüğü sektörlerden birisi de sağlık sektörüdür. 1980 sonrasında Dünya Bankası, Avrupa Birliği, Uluslararası Para Fonu ve Dünya Sağlık Örgütü gibi uluslararası kuruluşların desteği ile dünyada birçok sağlık politikası değişmiştir. Türkiye’de daha etkin bir sağlık sistemi oluşturulmak için 2002 yılına kadar söz konusu politikalar sağlık alanına uyarlanmış fakat uygulamalar yetersiz kalmıştır. 2003 yılında yürürlüğe giren "Sağlıkta Dönüşüm Programı" ile yeniliklere imza atılmış ve sağlık sektörü büyük değişimlere uğramıştır.

Aile hekimliği, genel sağlık sigortası, kamu hastaneler birliği, hasta hakları, e-sağlık uygulamaları ve performansa dayalı ücretlendirme gibi pek çok unsur sağlık sistemine dâhil edilerek hem sağlık çalışanı hem de hasta açısından çok önemli stratejiler uygulanmaya başlanmıştır (Seçtim, 2019). Fakat tüm bu olumlu gelişmelere rağmen özellikle insan kaynakları alanında sorunlar ortaya çıkmaya devam etmiştir. Türkiye’de sağlık sektörü çalışanlarının sayıca yetersiz olması sağlık çalışanlarının iş yükünün artmasına, vardiya sürelerinin ve mesai saatlerinin uzamasına sebep olmuştur. Bu durum, özellikle sağlık çalışanlarının tükenmişlik sendromuna yakalanma riskini artırmış ve sağlık alanında önemli bir sorun haline gelmiştir.

Tükenmişlik riskinin düşük olmasının hem kişisel hem de örgütsel açıdan birçok avantajı vardır. Tükenmişlik konusunda yapılan çalışmalar tükenmişlik düzeyinin sağlık çalışanları arasında her geçen gün artmakta olduğunu göstermektedir (Shanafelt vd., 2015; Tunçel vd., 2014). Sağlık çalışanlarının tükenmişlik seviyelerinin düşük olması doktor hasta ilişkilerini iyileştirdiği gibi (Passalacqua ve Segrin, 2012) çalışanların iş tatmin düzeyini de yükseltmektedir (Astrom vd., 1990). Ayrıca hasta açısından bakıldığında hasta bakım kalitesinin iyileştiği (Shannon, 2013), hasta memnuniyetinin arttığı (Weng vd., 2011) ve tıbbi hata oranlarının (malpraktis) düştüğü görülmektedir (Shanafelt vd., 2010).

Çalışanların tükenmişlik düzeyini etkileyen pek çok faktör vardır. Gerek cinsiyet, yaş, meslek grubu, eğitim düzeyi ve kişilik özellikleri gibi kişisel faktörlerin gerekse iş yükü, ödüllendirme mekanizmaları, adalet duygusu, çalışma süresi ve koşulları gibi örgütsel faktörlerin neler olduğunun bilinmesi tükenmişlik yaşanmaması noktasında yararlı olacaktır. Diğer bir ifade ile hangi faktörlerin çalışanların tükenmişlik düzeyini

etkilediğini bilmek tükenmişlik sendromundan korunmak adına büyük önem taşımaktadır.

Bu çalışmada, Çanakkale İlinde devlet, özel sektör ve üniversite hastanelerinde görev yapan sağlık çalışanlarının tükenmişlik düzeyleri değerlendirilmiştir. Çalışanların demografik özellikleri açısından tükenmişliğin boyutları olan duyarsızlaşma, duygusal tükenme ve kişisel başarı bağlamında fark olup olmadığı incelenmiştir.

KAVRAMSAL ÇERÇEVE

Tükenmişlik kavramı

Tükenmişlik insanlar ile iç içe çalışarak yoğun duygusal taleplere maruz kalan kişilerin fiziksel bitkinlik, uzun süreli yorgunluk, çaresizlik ve umutsuzluk duygusu yaşama durumunu ifade etmektedir (Maslach ve Jackson, 1981: 99). Maslach ve Leiter tükenmişliğin insanların ne oldukları ile yapmak zorunda oldukları arasındaki durumu ifade ettiğini belirtmişlerdir. Tükenmişlik kişinin değerleri, itibarı, ruhu ve iradesindeki aşınmayı da temsil etmektedir (Maslach ve Leiter, 1997'den akt. Schaufeli, 2007: 217).

Maslach ve arkadaşları (1996: 3) tükenmişliği "iş ile ilgili stresin kişi üzerindeki fiziksel, duygusal ve psikolojik tepkileri" olarak tanımlamışlardır. Bu bağlamda fiziksel tepkiler düşük enerji, kronik yorgunluk ve halsizliği, duygusal tepkiler de depresyon, çaresizlik ve umutsuzluğu içermektedir. Psikolojik tepkiler ise, kişinin hem endişeli hem de stresli olması ve beraber çalıştığı iş arkadaşlarından uzaklaşması olarak açıklanmaktadır (Maslach ve Jackson, 1981). Tükenmişlik artan duygusal tükenme ile kişinin başkalarına karşı negatif bir tutum içerisinde olmasına ve başarıma duygusunun zayıflamasına neden olmaktadır (Maslach ve Jackson, 1981: 99).

Kronik duygusal gerginliğe bir tepki olarak, insanlarla çalışarak iletişim kuran kişilere aktarılan bir "duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve azalmış kişisel başarı sendromu" olarak tanımlanan tükenmişlik üç temel boyutta ele alınmaktadır. Maslach, tükenmişliği, kronik duygusal gerginliğe bir tepki olarak, insanlarla çalışarak iletişim kuran kişilere aktarılan bir "duyarsızlaşma, duygusal tükenme ve azalmış kişisel başarı sendromu" olarak tanımlamaktadır (Maslach vd., 2001: 398).

Maslach ve arkadaşları (1996) insanlarla yüz yüze çalışmayı gerektiren farklı meslek gruplarında tükenmişlik seviyesini ölçmeye yönelik "Maslach Tükenmişlik Ölçeğini (MTÖ)" geliştirmişlerdir. Ölçeğe yukarıda bahsedilen üç boyut (duyarsızlaşma, duygusal tükenme, ve kişisel başarının azalması) dâhil edilerek çalışanların tükenmişlik seviyelerine, iş yerinde diğer kişilere karşı yaşadıkları duyarsızlaşma ve başarılarına yönelik kendi değerlendirmelerine yer verilmiştir (Maslach vd., 1996).

Tükenmişliğin birinci boyutu duyarsızlaşmadır. Bu durum kişinin hizmet verdiği bireylere karşı olumsuz, duygusuz, kayıtsız, ilgisiz ve alaycı tutumlar sergilemesini ifade etmektedir (Sürgevil, 2006: 43; Schaufeli ve Greenglass, 2001: 501). Ayrıca duyarsızlaşma, psikiyatride kişinin kendine ve dünyaya aşırı yabancılaşmasına işaret etmektedir. Bu durumdaki çalışanlar işe karşı bir sorumluluk hissetmez ve bir beklenti içerisinde de olmazlar (Schaufeli ve Greenglass, 2001: 501). Bu durum arttıkça insanların bir birey olduğu unutulur onlara sanki bir nesneymiş gibi davranılmaya başlanmaktadır. Örneğin sağlık sektöründe hemşirelerin bu 'soğuk' davranışı hastalara yansıdığına hem hemşirelik işinin mahiyeti kaybolmakta hem de bu kişiler işle ilgili sorumluluklardan kaçınarak işlerinden uzak durmaktadırlar (Long, 2014).

Duyarsızlaşmış hemşirelerin ve diğer sağlık çalışanlarının hizmet verdiği hastalara aşağılayıcı ifadeler kullanması, hastanın ismi yerine oda numarası ile hitap etmesi, mesleki jargonu gereksiz yerlerde kullanması bu duygunun belirtileri olarak ifade edilmektedir (Cordes ve Dougherty, 1993: 623). Lee ve Ashforth (1996), duyarsızlaşmanın istenmeyen bir talebi önlemeyi veya algılanan bir tehdidi azaltmayı amaçlayan bir tür reaktif ve koruyucu eylemler olabileceğini bildirmektedir. Duyarsızlaşmış kişiler hayal kırıklığına uğramaktansa kayıtsız kalmanın daha iyi olduğuna inanmaktadır. Bu durumda duyarsızlaşma, kendini duygusal tükenmeden koruma girişimi olarak da görülmektedir (Farmer, 2004: 30).

Tükenmişliğin ikinci boyutu duygusal tükenmedir. Bu durum kişiye yüklenen aşırı iş yükü nedeniyle kişinin duygusal kaynaklarının tükenmiş olmasını ifade etmektedir (Maslach vd., 2001: 399). Tükenmişlik gerilim, anksiyete, fiziksel yorgunluk, somatik komplikasyonlar ve uykusuzlukla bağlantılı olabilecek zihinsel gerginlik kavramı ile de ilişkilidir (Rawana, 2001: 11).

Duygusal tükenme genellikle sağlık çalışanları gibi yoğun ve yüz yüze ilişkilerin fazla olduğu mesleklerde görülmektedir. Çalışanlar hem yoğun hem de duygusal açıdan sürekli diğer insanların duygusal talepleri altında ezilmektedirler. Bu nedenle söz konusu duruma tepki olarak duygusal tükenme olgusu ortaya çıkmaktadır (Maslach vd., 2001: 399; Schaufeli, 1999: 19). Örneğin sağlık sektöründe duygusal tükenmişlik yaşayan doktorlar, çok aşırı çalıştıklarını ve artık hastalara bir faydalarının olmadığını ifade etmektedirler. Pek çok doktor için duygusal tükenmeden dolayı oluşan şefkat gösterememe durumu ciddi zihinsel sıkıntılara yol açmaktadır (Lacy ve Chan, 2018: 311).

Duygusal olarak tükenmiş hisseden insanların en büyük özelliği bir sonraki gün tekrar işe gitme korkusudur. Çalışanlar bu durum ile mücadele edebilmek için farklı başa çıkma yöntemlerine başvurumaktadırlar. Bu önlemlerden biri de insanlar ile olan iletişimlerini en aza indirerek katı kural ve prensiplere göre hareket etmektir (Sürgevil, 2006: 43).

Tükenmişliğin üçüncü boyutu ise kişisel başarının azalmasıdır. Söz konusu durum kişinin hizmet verdiği bireyler için yaptığı çalışmayı olumsuz olarak değerlendirme eğilimidir. Kişi yetersizlik duyguları ve zayıf mesleki özgüvenle birlikte hedeflere ulaşamadığına inanmaktadır (Schaufeli ve Greenglass, 2001: 502). Örneğin duyarsızlaşma yaşayan kişi başkaları hakkında yaşadığı olumsuz düşünceler sonucunda kendisi hakkında da olumsuz düşünmeye başlamaktadır. Sonunda işinde ilerleyemediğini düşünen çalışanlar suçluluk duygusuna kapılmaktadır. Bu durum insanlar tarafından sevilme ve kendini başarısız hissetme duygusuna yol açarak kişinin kendine olan saygısını azaltmaktadır (Maslach ve Jackson, 1981: 99-100).

Tükenmişliğin bu üç boyutu bir bütün olarak dikkate alındığında, araştırmacıların bu boyutları sıralı ve birbirleri ile ilişkili olarak ele aldıkları görülmektedir. Golembiewski ve arkadaşları (1986) tükenmişliğin duyarsızlaşmayla başladığını, azalan kişisel başarıya ve nihayet duygusal tükenmeye doğru ilerlediğini savunmaktadır (akt. Miller vd., 1988: 251). Leiter ve Maslach (1988) ise başlangıçta duygusal tükenmenin iş taleplerinden ve kaynaklardan doğrudan etkilendiğini, başa çıkma yöntemi (duyarsızlaşma) ve olumsuz öz değerlendirmenin (kişisel başarının azalması) ise duygusal tükenme yoluyla dolaylı olarak etkilendiğini öne sürmüşlerdir.

Leiter (1993), iş taleplerinin ve kaynakların bu üç boyutla farklı şekilde ilişkili olduğunu, duygusal tükenme ve kişisel başarının ayrı ayrı geliştiğini varsayan bir düzeltme önermiştir. Başka bir ifadeyle, iş talepleri duygusal tükenmeyi tetiklerken toplum desteği gibi kaynaklar, duyarsızlaşmayı azaltmaya ve kişisel başarıyı artırmaya hizmet etmektedir (akt. Lee ve Ashforth, 1996). Lee ve Ashforth'un 61 çalışmayı incelediği meta analizinde, Leiter'in (1993) üç boyutun farklı şekilde işle ilişkili olduğu ve kişisel başarının duygusal tükenme ve duyarsızlaşmadan bağımsız olarak geliştiği hipotezi desteklenmiştir (akt. Lee ve Ashforth, 1996). Akademi dünyasında çok yaygın kullanılan bu ölçeklerdeki duyarsızlaşma, duygusal tükenme ve boyutundaki yüksek puanlar ile kişisel başarı boyutundaki düşük puanlar tükenmişliğe işaret etmektedir (Maslach vd., 1996).

Tükenmişlik belirtileri ve evreleri olan bir sendromdur. De Hert (2020) yapmış olduğu çalışmada tükenmişlik belirtilerini tükenmişliğin farklı evrelerine göre ayırmıştır. De Hert (2020: 175) sağlık çalışanlarındaki tükenmişliği incelediği çalışmasında tükenmişliğin nasıl başladığını ve kişinin bulunduğu evrende hangi belirtiyi gösterdiğini gözler önüne sermektedir.

Birinci aşama coşku duygusu ile nitelenen balayı evresi ile başlamaktadır. Sonrasında zaman geçtikçe iş stresi yaşanmaktadır. Bu aşamada olumlu başa çıkma stratejileri uygulanmazsa tükenmişlik ile sonuçlanma riski yüksektir. İkinci aşama, bazı günlerin diğerlerinden daha zor olduğunun bilinciyle başlamaktadır. Ayrıca bu aşama sosyal

yaşam ve kişisel öncelikler ihmal edilerek, kişiyi duygusal olduğu kadar fiziksel olarak da etkileyen ortak stres semptomlarını ortaya çıkaran, hayatı sadece çalışmak ve işle ilgilenmekle sınırlı hale getiren bir evredir. Sonrasında hayal kırıklığına yol açan kronik bir stres aşaması gelişmektedir. Bu evrede kişiler başarısızlık ve güçsüzlük hissi yaşarken, çabalar gözle görülür bir şekilde sonuç vermemekte ve yeterince kabul görmediği izlenimi yaratmaktadır. Bu durum bir sonraki evrede kişinin kötümser bir bakış açısı geliştirmesine ve sosyal çevresinden uzaklaşarak tükenmişlik yaşamasına neden olmaktadır. Bu evrede kişi ayrıca şiddetli baş ağrısı gibi fiziksel sorunlar da yaşamaktadır. İnsanlar bu aşamada bir çıkış yolu göremedikleri için istifa edip duruma kayıtsız kalmaktadırlar. Son aşama ise, tüm bu üzüntü, zihinsel ve fiziksel yorgunluğun kronik hale gelmiş olan alışılmış tükenmişlik evresidir (De Hert, 2020: 173-175).

Tükenmişlik sendromunun belirtileri ile ilgili yapılan çalışmalarda genellikle söz konusu belirtiler fiziksel, psikolojik ve davranışsal olmak üzere üç kategoride ele alınmıştır. Bu faktörler aşağıda detaylı olarak açıklanmıştır.

Tükenmişliğin fiziksel belirtileri arasında iştahta azalma, uykusuzluk, alkol ve ilaç bağımlılığı (Kampfhammer, 2012: 1277), baş ağrısı, yorgunluk, hazımsızlık (Hofmann vd., 2010: 29), bitkinlik hissi, kilo kaybı, solunum güçlüğü, deri şikayetleri, koroner kalp rahatsızlığı, yüksek kolesterol, enerji kaybı, yıpranma, kas ağrıları, bel ağrısı ve bulantı gibi rahatsızlıklar yer almaktadır (Çam, 1999: 82). Tükenmişlik sendromu yaşayan kişilerde fiziksel belirtiler başlarda hafif görülmektedir. Fakat teşhis edilmez ve önlem alınmaz ise kişiler geçmeyen soğuk algınlıklar, genel ağrılar, cilt ve mide bağırsak hastalıkları ile karşılaşabilmektedir (Ardıç ve Polatçı, 2009: 30).

Tükenmişlik yaşayan kişiler fiziksel olduğu kadar psikolojik belirtilerde göstermektedir. Bunlardan bazıları depresyon, dikkat eksikliği, bilişsel işlev bozukluğu, intihar eğilimi, anksiyete (Kampfhammer, 2012: 1277), artan iç huzursuzluk ve sinirlilik halidir (Hofmann vd., 2010: 33). Ayrıca sabırsızlık, tatminsizlik, karamsarlık, ümitsizlik ve özgüvende azalma tükenmişlik yaşayan kişilerde görülen diğer psikolojik belirtiler olarak sıralamak mümkündür (Ardıç ve Polatçı, 2008: 73-74).

Fiziksel ve psikolojik belirtilerin aksine tükenmişlik yaşayan kişilerdeki davranışsal belirtileri tespit etmek daha kolay görülmektedir. Bu bağlamda mesleki açıdan bakıldığında tükenmişlik yaşayan çalışanın işi bırakmayı düşünme, hastalık nedeniyle sık sık işe gitmeme (Ardıç ve Polatçı, 2008: 74), işi yavaşlatma, düşük iş performansı ve işe devamlı geç kalma eğiliminde olduğu görülmektedir (Ardıç ve Polatçı, 2009: 31).

Çalışanların tükenmişlik düzeyini etkileyen kişisel ve örgütsel olmak üzere pek çok faktör vardır. Tükenmişlik düzeyini etkileyen bireysel faktörler; cinsiyet, yaş, meslek grubu, eğitim düzeyi ve kişilik özellikleridir. Örgütsel faktörleri ise, iş yükü, ödüllendirme mekanizmaları, adalet duygusu, çalışma süresi ve koşulları olarak sıralamak mümkündür. Hangi faktörlerin tükenmişlik düzeyini etkilediğini bilmek çalışanların bu sendromdan korunması adına büyük önem taşımaktadır.

METODOLOJİ

Araştırmanın Amacı, Yöntemi ve Ölçek Bilgisi

Araştırmanın amacı sağlık çalışanlarının demografik özelliklerine göre (cinsiyet, yaş ve görev) tükenmişlik düzeyleri açısından farklılık olup olmadığını ortaya koymaktır. Elde edilen sonuçlar ile literatüre katkı sağlamanın yansısı sağlık çalışanlarına ve yöneticilerine öneriler sunmaktır. Araştırmanın evrenini Çanakkale il merkezinde bulunan devlet, üniversite ve özel hastanelerde görevli olan sağlık çalışanları oluşturmuştur. Araştırmanın örneklemini ise, araştırmayı kabul eden Çanakkale ilinde devlet, üniversite ve özel hastanelerde görevli çalışanlar oluşturmaktadır.

Araştırmada tesadüfi olmayan örnekleme yöntemlerinden kolayda örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Kolayda örnekleme yöntemi ankete cevap veren herkesin örneğe dâhil edildiği oldukça yaygın olarak kullanılan bir tekniktir. Veriler anket yöntemiyle hem yüze hem de internet üzerinden toplanarak yüksek sayıda katılımcıya ulaşılmaya çalışılmıştır. Veriler 307 katılımcıdan elde edilmiştir. Araştırmanın evrenini Çanakkale merkezinde bulunan İl Sağlık Müdürlüğüne bağlı devlet, üniversite ve özel hastanelerde

(1782'si devlet, 1600'ü üniversite, 186'sı özel) görevli 3568 sağlık çalışanı oluşturmaktadır. Araştırma, Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Etik Kurulu (tarih: 26/01/2021, karar no: 02/42) tarafından onaylanmıştır. Araştırmada frekans analizi, faktör analizi, T testi, ANOVA analizi, geçerlilik ve güvenilirlik analizleri yapılmıştır.

Sağlık çalışanlarının tükenmişlik düzeyini değerlendirmek için "Maslach Tükenmişlik Ölçeği" kullanılmıştır. Ölçeğin Türkçeye uyarlama çalışması Ergin (1992) tarafından yapılmıştır. Beşli likert tipi hazırlanan ölçekte (1 = Hiçbir zaman, 2 = Çok az, 3 = Bazen, 4 = Çoğu zaman 5 = Her zaman) şeklinde belirlenen seçenekler yer almıştır. Bu ölçek duyarsızlaşma, duygusal tükenme ve kişisel başarı olmak üzere toplamda 3 boyut ve 22 maddeden oluşmaktadır. Cronbach Alfa katsayısı tükenmişlik ölçeği için 0,921 olarak hesaplanmıştır. Değerlerin 1'e yakın olması; araştırmada kullanılan ölçeklerin güvenilirliğinin yüksek olduğunu göstermektedir.

Araştırmanın Hipotezleri

Katılımcıların tükenmişlik düzeylerine ilişkin cinsiyetler arasında fark olup olmadığı konusunda yapılan çalışmalarda farklı sonuçlar elde edilmiştir. Bazı çalışmalar kadınların tükenmişlik düzeylerinin erkeklere göre daha yüksek olduğunu savunmuşlardır (Karsavuran, 2014; Maslach ve Jackson, 1981; Kılıç ve Aytemiz Seymen, 2011; Cordes ve Dougherty, 1993; Dyrbye vd., 2011). Cinsiyet bağlamında literatürde en yaygın görüş kadınların erkeklere göre daha fazla duygusal tükenmişlik yaşadığı yönündedir (Sağlık-Sen, 2012: 13; Karsavuran, 2014: 153; Maslach ve Jackson, 1981: 111; Kılıç ve Aytemiz Seymen, 2011: 60; Cordes ve Dougherty, 1993: 632).

Dyrbye ve arkadaşları (2011) 1043 kadın ve 6815 erkek cerrahlarla yapmış oldukları araştırmada aynı çalışma saatlerine rağmen kadınların erkeklere göre daha tükenmiş ve depresif olduklarını tespit etmişlerdir. Bu durumun sebepleri olarak, kadınların iş yerinde çatışmalar yaşaması, çocuk bakımı konusunda eşlerine güvenmemeleri ve kadınların eşlerinin kariyerini kendirlerinkinden daha öncelikli bulmaları olarak sıralanmıştır. Maslach ve Jackson (1985) insanlar ile yüz yüze çalışan meslek gruplarındaki cinsiyet farklılıklarını incelemiş ve kadınların erkeklere göre duygusal tükenmişlik seviyelerinin daha yüksek ve kişisel başarı düzeylerinin ise daha düşük olduğunu tespit etmişlerdir (akt. Schaufeli ve Greenglass, 2001: 502).

Literatürde kadınların erkeklere göre daha fazla duygusal tükenmişlik yaşadığını savunan yaygın görüşün aksini savunan çalışmalar da bulunmaktadır. Diğer bir ifadeyle bazı çalışmalarda erkek sağlık çalışanlarının kadınlara göre daha yüksek duygusal tükenmişlik yaşadıkları ortaya konmuştur. Yakut ve arkadaşlarının (2013: 1570) Ankara'da 314 sağlık çalışanı ile yaptıkları çalışmada tükenmişliğin üç boyutunda da erkeklerin puan ortalamaları kadınlara göre daha yüksek bulunmuştur. Diğer taraftan cinsiyet ile tükenmişlik arasında bir korelasyon olmadığına dikkat çeken çalışmalarda görülmektedir (Ardıç ve Polatçı, 2008). Bu bağlamda aşağıda yer alan H₁ hipotezi oluşturulmuştur.

H₁ Cinsiyet değişkeni açısından katılımcıların tükenmişlik düzeylerinde fark vardır.

Yaş değişkeni açısından bakıldığında Helvacı ve Turhan (2013) ile Geuenich (2009) gençlerin ileriki yaşlara göre tükenmişlik yaşama riskinin daha düşük olduğunu tespit etmişlerdir. Bunun aksine Karsavuran (2014), Yakut ve arkadaşları (2013), Ulusoy ve arkadaşları, (2012), Sağlık-Sen (2012), Kılıç ve Aytemiz Seymen (2011) ile Schaufeli ve Greenglass (2001) yaş ilerledikçe tükenmişlik düzeyinin azaldığını ve daha genç olan sağlık çalışanlarının, tükenmişlik yaşama riskinin daha fazla olduğunu savunmaktadır.

Sağlık çalışanlarının yaşı ile tükenmişlik düzeyleri arasında bir ilişki olmadığını savunan çalışmalar bulunsa da (Sayıl vd., 1997; Dikmetaş ve Ergin, 2011: 147) aksini savunan çalışmalarda bulunmaktadır. Yaş ilerledikçe tükenmişlik düzeyinin azaldığı daha genç olan sağlık çalışanlarının ise, tükenmişlik yaşama riskinin daha fazla olduğu da çalışmalarda ortaya konmuştur (Schaufeli ve Greenglass, 2001; Ulusoy vd., 2012: 257; Sağlık-Sen, 2012: 14; Yakut vd., 2013: 1570; Kılıç ve Aytemiz Seymen, 2011: 60). Bu durumun nedeni olarak genç yaştaki çalışanların daha az tecrübeye sahip olması ve

çalışma hayatının ilk yıllarında kişilerin meslekleri ile ilgili beklentilerinin daha yüksek olması şeklinde sıralamak mümkündür. Bununla birlikte genç yaşta çalışanların yaşadığı sorunlar ile başa çıkabilme ve etkili çözüm yolları bulabilme becerilerinin tam gelişmemiş olması da diğer sebepler arasında yer almaktadır (Cordes ve Dougherty, 1993: 633-636; Maslach vd., 2001: 409; Schaufeli, 2007: 221).

Williams (1989) yaşın duyarsızlaşma ve duygusal tükenme ile negatif ilişkili olduğu sonucuna varmıştır. Başka bir ifadeyle daha genç hemşireler büyüklere göre daha yüksek olasılıkla tükenmişlik yaşamaktadır. Karsavuran (2014: 152) yukarıdaki çalışmaları destekler nitelikte yaşı 29 ile 39 arasında olan grubun tükenmişlik düzeyini çok yüksek bulurken, 50 ile 64 yaş üzerinde olanların tükenmişlik bakımından en düşük düzeye sahip olduğunu açıklamıştır.

Kişisel başarı noktasında Taycan ve arkadaşlarına (2006) göre yaş ilerledikçe kişisel başarı düzeyi yükselmektedir. Fakat bu çalışmaların aksine Tunçel ve arkadaşları (2014) kişisel başarı puanının 40 yaş ve üzeri hemşirelerde daha genç olanlara göre düşük olduğunu saptamışlardır. Bu bilgilerin aksine Geuenich (2009) 1300 doktor ile yaptığı çalışmada 41 ile 55 yaş arasındaki doktorların yaşı daha küçük olanlara göre daha fazla tükenmiş olduklarını ortaya koymuştur. Helvacı ve Turhan (2013: 64) ile da yaş arttıkça tükenmişliğinde arttığını savunmaktadır. Bu bağlamda aşağıda yer alan H₂ hipotezi oluşturulmuştur.

H₂ Yaş değişkeni açısından katılımcıların tükenmişlik düzeylerinde fark vardır.

Sağlık çalışanlarının görevleri itibariyle tükenmişlik düzeyleri incelendiğinde, katılımcıların görevleri ile tükenmişlik düzeyleri arasında farklılıklar olduğu görülmektedir. Ulusoy ve arkadaşlarının (2012: 257) yapmış oldukları çalışmada hastane yöneticilerinin duyarsızlaşma ve duygusal tükenme düzeyi doktor ve hemşirelere göre daha düşük bulunurken, yöneticilerin kişisel başarı düzeylerinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Karsavuran (2014: 154) 244 hastane yöneticisi ile yaptığı çalışmada başhemşirelerin tükenmişlik düzeylerinin başhekimlere göre yüksek olduğunu ifade etmiştir. Ayrıca doktorların kişisel başarı seviyesi hemşirelere göre daha düşük olarak saptanmıştır. Bunun yanı sıra diğer çalışmalarda hemşirelerin doktorlara göre daha fazla duyarsızlaşma ve duygusal tükenmişlik yaşadıkları belirtilmiştir (Sayıl vd., 1997). Bu durumun sebepleri olarak hemşirelerin iş yüklerinin daha fazla olması, ekip içerisindeki iletişim sıkıntıları, gelir düzeylerinin daha düşük olması olarak sıralanmıştır (Demir, 2004).

Helvacı ve Turhan'ın (2013: 64-65) çalışmasında sağlık çalışanları arasında duyarsızlık bakımından en yüksek puanları alanların doktorlar, en düşük puana sahip olan grubun ise ebe ve hemşireler olduğunu gözlemlemişlerdir. Tükenme ve kişisel başarı puanının hemşirelerde olduğundan daha yüksek olduğunu saptamışlardır Duygusal tükenmişlik açısından meslek grupları arasında anlamlı bir fark bulunmamasına rağmen doktorların istatistiksel açıdan en fazla duygusal tükenmişlik düzeyine sahip oldukları tespit edilmiştir. Gülseren ve arkadaşları (2000) ise, hemşire ve teknisyenler ile yaptığı çalışmada teknisyenlerin duygusal.

Yakut ve arkadaşları (2013: 1570) asistan doktorların tükenmişlik düzeylerinin diğer sağlık çalışanlarına göre daha yüksek olduğunu tespit etmişlerdir. Ergin (1996) 28 ilde 7255 sağlık çalışanı ile yaptığı çalışmada pratisyen doktorlar ile hemşirelerin duyarsızlaşma ve duygusal tükenme seviyelerinin diğer sağlık çalışanlarına göre daha yüksek olduğunu ifade etmiştir. Egle (2015: 15) yapmış olduğu derlemede asistan doktorların tükenmişlik düzeylerinin yüksek olmasını, uzmanlara göre zihinsel anlamda harcadıkları güç ile kazandıkları para arasında belirgin ölçüde bir dengesizlik bulunmasına bağlamıştır. Bu bağlamda aşağıda ter alan H₃ hipotezi oluşturulmuştur.

H₃ Katılımcıların görevleri itibariyle tükenmişlik düzeylerinde farklılıklar vardır.

Araştırmanın Analiz ve Bulguları

Çalışmada sağlık çalışanlarının tükenmişlik düzeyleri demografik özelliklere bağlı olarak farklılaşıp farklılaşmadığı araştırılmıştır. Bu çalışmada demografik değişkenler olarak; cinsiyet, yaş ve meslek grupları kullanılmıştır.

Araştırmaya katılanlara ilişkin demografik veriler aşağıda Tablo 1'de verilmiştir. Katılımcıların % 60,9'u (n=187) kadın, % 39,1'i (n=120) erkektir. Yaş değişkeni açısından bakıldığında katılımcıların % 11,1'i (n=34) 18-25, % 30'u (n=92) 26-34, % 21,5'i (n=66) 35-44, % 19,9'u (n=61) 45-54, % 14,3'ü (n=44) 55-64 ve % 3,2'ü (n=10) 65 yaş ve üzeri oldukları görülmektedir.

Tablo 1

Demografik Bulgular

Değişken	Değer	n	%
Cinsiyet	Kadın	187	60,9
	Erkek	120	39,1
Yaş	18-25	34	11,1
	26-34	92	30,0
	35-44	66	21,5
	45-54	61	19,9
	55-64	44	14,3
	65+	10	3,2
	Yönetici / Sağlık Yöneticisi / Müdür / Müdür Yardımcısı	2	0,7
Meslek Grupları	Doktor / Uzman Doktor / Diş Doktoru	109	35,5
	Hemşire	109	35,5
	Ebe	38	12,3
	Sağlık Memuru	43	14,0
	Sağlık Teknisyeni	4	1,3
	Diğer	2	0,7

Tablo 1'de katılımcıların meslek gruplarına bakıldığında %0,7'si (n=2) Yönetici/Sağlık/Yöneticisi/Müdür/Müdür Yardımcısı, % 35,5'i (n=109) Doktor/Uzman Doktor/Diş Doktoru, % 35,5'i (n=109) Hemşire, % 12,3'ü (n=38) Ebe, % 14'ü (n=43) Sağlık Memuru, % 1,3'ü (n=4) Sağlık Teknisyeni ve % 0,7'si diğer meslek grubunda yer aldığı görülmüştür.

Tablo 2'de görüldüğü gibi Shapiro Wilk testi sonuçlarına göre (<0,001) verilerin normal dağılım göstermediği tespit edilmiştir. Fakat merkezi limit teoremine göre veri 30'dan büyük ise normal dağılım şartını sağladığı kabul edilir. Bu durumda parametrik testler yapılabilmektedir (Ak, 2004: 73).

Tablo 2

Tanımlayıcı İstatistikler ve Normallik Testi Sonuçları

Değişken ve Boyutlar	Ortalama	Std, Sapma	p*
Tükenmişlik Ölçeği	2.76	0.639	<0,001
Duyarsızlaşma	2.60	0.654	<0,001
Duygusal Tükenme	3.04	0.846	<0,001
Kişisel Başarı	2.55	0.563	<0,001

*Shapiro Wilk testi

Yukarıda yer alan Tablo 2'de katılımcıların verdikleri cevaplara göre tükenmişlik ölçeği ve boyutlarına ilişkin ortalamalar yer almaktadır. Bu sonuçlara göre katılımcıların kısmen (2,76) tükenmişlik yaşadıkları söylenebilir. Alt boyutlar incelendiğinde ise duyarsızlaşma boyutunda ölçek ifadelerine verilen cevaplar 2,60 olarak tespit edilmiştir. Bu durum düşük düzeyde bir tükenmişlik olduğunun göstergesidir. Bununla beraber duygusal tükenme boyutundaki ifadelerine verilen cevap ortalaması 3,04 olarak tespit edilmiştir. Boyutlar arasında en yüksek ortalamasının duygusal tükenme boyutunda olduğu görülmektedir. Buna rağmen ortalama katılımcıların orta düzeyde bir tükenme

yaşadıklarını göstermektedir. Tükenmişlik alt boyutlarından kişisel başarı boyutundaki ifadeler verilen cevap ortalaması 2,55 olarak tespit edilmiş olup bu boyut en düşük tükenmişlik boyutu olarak ortaya çıkmaktadır.

Tükenmişlik Ölçeği Geçerlilik ve Güvenirlik Analizi

Tablo 3

Güvenirlik Analizini gösteren Cronbach Alfa Analizi Sonuçları

Faktörler	Cronbach Alfa Katsayısı	p*	Ölçeğin Cronbach Alfa Katsayısı	p*
Duygusal Tükenme	0,902	<0,001		
Duyarsızlaşma	0,693	<0,001	0,921	<0,001
Kişisel Başarı	0,714	<0,001		

Tablo 3'te görüldüğü gibi tükenmişlik ölçeğinin Cronbach Alfa katsayısı 0,921 olarak hesaplanmıştır. Değerlerin 1'e yakın olması araştırmada kullanılan ölçeklerin güvenilirliğinin yüksek olduğunu göstermektedir. Tablo 3'te yer alan verilerden tükenmişlik ölçek geçerliliğinin oldukça yüksek olduğu bulgusuna ulaşılmıştır.

Tablo 4

KMO ve Bartlett's Testi

Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		,887
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square	5127,536
	df	210
	Sig.	,000

Tablo 4'te görüldüğü gibi yapılan geçerlilik analizi sonucunda KMO değeri 0,887 olarak ($p < 0.05$) olduğu görülmüştür. Ayrıca Bartlett's testine göre ($\chi^2 = 5127,536$, $p < 0.001$) toplanan veri setinin faktör analizine uygun olduğu ve örneklem yeterliği sağlandığı tespit edilmiştir.

Tükenmişlik Faktör Analizi

Tablo 5 ve 5.1'de 22 ifadeye yapılan faktör analizi sonucunda tükenmişlik ölçeği duyarsızlaşma, duygusal tükenme ve kişisel başarı olmak üzere üç boyutta toplanmıştır. Açıklanan toplam varyans %65,14 olmuştur.

Tablo 5

Tükenmişlik Ölçeği Faktör Analizi

Boyut	İfade	1	2	3
Duyarsızlaşma	Hizmet verdiğim kişilerin, bazı sorunları yüzünden, beni suçladıklarını hissediyorum.	0,785		
	İşimden dolayı tükendiğimi hissediyorum.	0,774		
	Hizmet verdiğim kişilerin sorunlarını çok etkili bir şekilde ele alıyorum.	0,621		
	Hizmet verdiğim kişilerin, olaylarla ilgili neler hissettiğini çok kolay anlayabiliyorum.	0,426		
	Hizmet verdiğim kişilerle yakından ilgilendikten sonra kendimi canlanmış hissedirim.	0,325		
Duygusal Tükenme	Kendimi çok enerjik hissediyorum.		0,852	
	İşimden soğuduğumu hissediyorum.		0,831	
	Hizmet verdiğim kişilerle birlikte, kolaylıkla rahat bir ortam oluşturabiliyorum.		0,818	
	İş günü sonunda kendimi tükenmiş hissediyorum.		0,809	
	Sabah kalkıp, yeni bir iş gününe başlamak zorunda olduğum zaman, yorgunluk hissediyorum.		0,806	
	Sabrımın tükendiğini hissediyorum.		0,737	
	İşimin beni kısıtladığını düşünüyorum.		0,687	
Bu işin, beni duygusal olarak köreltiğinden endişe ediyorum.		0,564		
	İşimde birçok önemli şey yaptım.		0,146	

Tablo 5'in devamı

Boyut	İfade	1	2	3
Kişisel Başarı	Gün boyu insanlarla birlikte çalışmak, beni gerçekten geriyor.			0,810
	İşimde, duygusal sorunlara soğukkanlılıkla yaklaşıyorum.			0,730
	İnsanlarla doğrudan birlikte çalışmak bende çok fazla stres yaratıyor.			0,458
	Bu işe girdiğimden beri, insanlara karşı daha duyarsız oldum.			0,455
	Hizmet verdiğim bazı kişilere karşı soğuk ve ilgisiz davrandığımı hissediyorum.			0,434
	İş yerinde çok yoğun çalıştığımı düşünüyorum.			0,324
	Yaptığım iş ile başkalarının hayatını olumlu etkilediğimi düşünüyorum.			0,232
	Hizmet verdiğim bazı kişilere ne olup ne olmadığı beni gerçekten ilgilendirmiyor.			0,121
	Toplam Varyans %	42,67	12,83	9,64
	Açıklanan Toplam Varyans %	65,14		

Tablo 5. ve tablo 5.1'de görüldüğü gibi faktör analizi sonucunda tükenmişlik ölçeğine ait tüm ifadeler öngörülen boyutlarda (Duyarsızlaşma, Duygusal Tükenme ve Kişisel Başarı) ve ifadelere ilişkin faktör yüklerinin 0,121 ile 0,852 arasında değiştiği tespit edilmiştir. Bazı faktör yüklerinin 0,5'in altına çıkmasına rağmen tükenmişlik ölçeğinin geçerliliği ispat edildiği için (Ergin, 1992) soru çıkartılmamıştır. Ölçekteki faktörlerin puanları hesaplanırken maddelerin ortalaması alınarak faktör puanları elde edilmiştir.

Hipotez Testleri

Katılımcıların cinsiyetlerine göre tükenmişlik düzeyleri incelenmiş ve tablo 6 da sunulmuştur.

Tablo 6

Cinsiyet Değişkenine İlişkin Bulgular (t Testi)

Cinsiyet	N	\bar{x}	SS	sd	t	p
Erkek	120	3,3284	,472	305	,893	0,373
Kadın	187	3,2807	,445			

Cinsiyet değişkeni açısından katılımcıların tükenmişlik düzeyleri arasında istatistiki olarak fark olup olmadığını tespit etmek için t testi yapılmıştır. Tablo 6'da katılımcıların ifadelerine verdikleri cevap ortalaması erkek çalışanlar için 3,32; kadın çalışanlar için 3,28 olarak tespit edildiği görülmektedir. Yapılan T testi sonuçları göre cinsiyet değişkeni açısından katılımcıların tükenmişlik düzeyleri arasında istatistiki olarak fark olmadığı görülmektedir. Bu bağlamda H_1 hipotezi reddedilmiştir ($t_{(305)}=0,893$, $p>0,05$).

Katılımcıların yaşları ile tükenmişlik düzeyleri arasındaki ilişki incelenmiş ve tablo 7'de sunulmuştur.

Tablo 7

Yaş Değişkenine İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler

Yaş	N	Ort.	Std. Sapma	Std. hata	95% Güven aralığı		Min.	Max.
					Alt sınır	Üst sınır		
18-25	34	3,2674	,56149	,09629	3,0715	3,4633	1,95	4,59
26-34	92	3,2456	,46711	,04870	3,1488	3,3423	2,14	4,59
35-44	66	3,1798	,44116	,05430	3,0713	3,2882	2,23	3,86
45-54	61	3,4255	,44296	,05672	3,3120	3,5389	2,68	5,00
55-64	44	3,4421	,32444	,04891	3,3435	3,5408	2,82	3,86
65+	10	3,2955	,38703	,12239	3,0186	3,5723	2,64	3,82
Toplam	307	3,2994	,45615	,02603	3,2482	3,3506	1,95	5,00

Katılımcıların yaşları itibarı ile tükenmişlik ifadelerine verdikleri cevaplara ilişkin bilgiler tablo 7’de verilen bilgilere göre tüm yaş gruplarının ortalama değerleri 3,24 ile 3,44 arasında değişmektedir. 26-34 yaş aralığındaki katılımcıların ortalaması (3,24) olarak tespit edilmiş olup en düşük ortalama bu yaş grubuna aittir. En yüksek ortalama ise 55-64 yaş aralığındaki katılımcılara aittir (3,44). Yaş grupları arasında farklılıkları tespit edebilmek amacıyla Tukey testi yapılmış, anova analizi sonucu tablo 8’de, gruplar arası karşılaştırma sonuçları ise tablo 9’ da verilmektedir.

Tablo 8

Yaş Değişkenine İlişkin ANOVA Analizi

	Kareler toplamı	df	Kareler ortalaması	F	Sig.	Levene testi	df1	df2	Sig.
Gruplar arası	3,113	5	,623	3,095					
Grup içi	60,557	301	,201		,010	3,591	5	301	,004
Toplam	63,670	306							

Tablo 8’de görüldüğü gibi grup ortalamaları arasındaki farklılıklar için tek yönlü varyans analizi (ANOVA) yapılmış ve $p < 0,05$ sonucuna ulaşılmıştır. Katılımcıların yaşları ile tükenmişlik durumları arasında fark olduğu görüldüğünden H2 hipotezi kabul edilmiştir.

Tablo 9

Çoklu Karşılaştırma Testi Sonucu

(I) yaş	(J) yaş	Ortalama farkı (I-J)	Std. Hata	Sig.	(I) yaş	(J) yaş	Mean Difference (I-J)	Std. Hata	Sig.
	26-34	,02183	,09002	1,000		18-25	,15810	,09600	,568
	35-44	,08763	,09469	,940		26-34	,17993	,07406	,149
18-25	45-54	-,15810	,09600	,568	45-54	35-44	,24573*	,07966	,027
	55-64	-,17477	,10242	,529		55-64	-,01666	,08872	1,000
	65+	-,02807	,16136	1,000		65+	,13003	,15303	,958
	18-25	-,02183	,09002	1,000		18-25	,17477	,10242	,529
	35-44	,06580	,07235	,944		26-34	,19660	,08221	,163
26-34	45-54	-,17993	,07406	,149	55-64	35-44	,26240*	,08730	,034
	55-64	-,19660	,08221	,163		45-54	,01666	,08872	1,000
	65+	-,04990	,14935	,999		65+	,14669	,15713	,938
	18-25	-,08763	,09469	,940		18-25	,02807	,16136	1,000
	26-34	-,06580	,07235	,944		26-34	,04990	,14935	,999
35-44	45-54	-,24573*	,07966	,027	65+	35-44	,11570	,15221	,974
	55-64	-,26240*	,08730	,034		45-54	-,13003	,15303	,958
	65+	-,11570	,15221	,974		55-64	-,14669	,15713	,938

Tablo 9’da görüldüğü üzere katılımcılardan 35-44 yaş grubu arasında olanların tükenmişlik düzeyleri 45-54 yaş grubu arasında olan katılımcılar ile ($p = ,027$) ve 55-64 yaş grubu arasında bulunan katılımcılardan ($p = ,034$) farklılaşmaktadır.

Katılımcıların görevlerine ilişkin tanımlayıcı istatistikler aşağıda tablo 10’da görülmektedir

Tablo 10

Görev Değişkenine İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler

Meslek Grupları	N	Ort.	Std. Sapma	Std. hata	95% Güven aralığı		Min.	Max.
					Alt sınır	Üst sınır		
Doktor / Uzman Doktor / Diş Hekimi	109	3,2840	,43056	,04124	3,2022	3,3657	2,23	5,00
Ebe	38	3,2787	,49626	,08050	3,1156	3,4418	2,50	4,59
Hasta ve yaşlı bakım	1	3,9091					3,91	3,91
Hemşire	109	3,3215	,45542	,04362	3,2351	3,4080	1,95	5,00
Sağlık Memuru	43	3,3499	,48861	,07451	3,1995	3,5003	2,14	3,95
Sağlık Teknisyeni	4	2,9659	,35863	,17932	2,3952	3,5366	2,64	3,45
Stajyer ebe	1	2,6818					2,68	2,68
Yönetici / Sağlık Yöneticisi / Müdür / Müdür Yardımcısı	2	2,9091	,12856	,09091	1,7540	4,0642	2,82	3,00
Toplam	307	3,2994	,45615	,02603	3,2482	3,3506	1,95	5,00

Tablo 10'da yer alan verilere göre tüm meslek gruplarının ortalama değerleri 2,68 ila 3,90 arasında değişmektedir. Bu sonuca göre stajyer ebenin tükenmişlik ortalaması (2,68) hasta ve yaşlı bakımı sunan sağlık çalışanının tükenmişlik ortalamasına (3,90) göre daha düşüktür. Bu ortalamalar arasındaki farklılıkların istatistiksel olarak anlamlı olup olmadığı ANOVA testi ile tespit edilmiştir.

Görev değişkenine göre katılımcıların tükenmişlik düzeyleri arasında fark olup olmadığını tespit edebilmek amacıyla ANOVA analizi yapılmıştır. Bu sonuçlar aşağıda tablo 11' de yer almaktadır

Tablo 11

Görev değişkenine ilişkin ANOVA Analizi

	Kareler toplamı	df	Kareler ortalaması	F	Sig.	Levene testi	df1	df2	Sig.
Gruplar arası	1,708	5	,244	1,177					
Grup içi	61,963	299	,207		,316	1,246	5	299	,287
Toplam	63,670	306							

Tablo 11'de görüldüğü gibi grup ortalamaları arasındaki $p > 0,05$ farklılıklar için tek yönlü varyans analizi (ANOVA) yapılmış olup $p > 0,05$ sonucuna ulaşılmıştır. Katılımcıların görev pozisyonları ile tükenmişlik durumları arasında fark olmadığı görülmektedir. Bu bağlamda H_3 hipotezi kabul edilmemiştir.

TARTIŞMA VE SONUÇ

Bu araştırmanın amacı sağlık çalışanlarının cinsiyet, yaş ve meslek grupları açısından demografik özelliklerinin tükenmişlik düzeyinde farklılık olup olmadığını belirlemektir. Demografik özellikler bağlamında kurulan hipotezlere bakıldığında sağlık çalışanlarının cinsiyet değişkeni açısından tükenmişlik düzeylerinde farklılık bulunamamıştır (H_1). Bu araştırmadaki sonuçlar Ardıç ve Polatçı'nın (2008) yapmış olduğu araştırma sonuçları ile örtüşmektedir. Fakat Karsavuran (2014), Maslach ve Jackson (1981), Kılıç ve Aytemiz Seymen (2011), Cordes ve Dougherty (1993) ile Dyrbye ve arkadaşları (2011) kadınların erkeklere göre daha fazla tükenmişlik yaşadığını savunmaktadır.

Yaş değişkeni açısından tükenmişlik düzeylerinde farklılıklar saptanmıştır (H_2). Buna göre orta yaştakilerin (35-44) tükenmişlik düzeyleri ileriki yaştakilere (55-64) göre daha düşük çıkmıştır. Helvacı ve Turhan (2013) ile Geuenich (2009) de yapmış oldukları çalışmalarda benzer bulgulara rastlamışlardır. Sağlık çalışanlarının yaşı ile tükenmişlik düzeyleri arasında bir ilişki olmadığını savunan çalışmalar bulunsa da (Sayıl vd., 1997; Dikmetaş ve Ergin, 2011) Karsavuran (2014), Yakut ve arkadaşları (2013), Ulusoy ve arkadaşları, (2012), Sağlık-Sen (2012), Kılıç ve Aytemiz Seymen (2011) ile Schaufeli ve

Greenglass (2001) yaş ilerledikçe tükenmişlik düzeyinin azaldığını ve daha genç olan sağlık çalışanlarının, tükenmişlik yaşama riskinin daha fazla olduğunu savunmaktadır.

Genç sağlık çalışanlarının tükenmişlik düzeylerinin yaşlılara göre daha düşük olmasının nedeni mesleğe yeni başlamaları ve daha idealist olmaları olarak açıklanabilmektedir. Ayrıca orta yaşın insan hayatındaki en verimli dönemi olması ve ileriki yaşlara göre bu yaşlarda motivasyonun daha yüksek ve yorgunluk seviyesinin daha düşük olması da tükenmişlik yaşama riskini azaltmaktadır. İleriki yaşlarda olan sağlık çalışanlarının tükenmişlik seviyelerini düşürmek için devlet politikası olarak maaşlarda çok aşırı düşüş yapmadan bu kişilere yarı zamanlı çalışma imkânı sunulabilir.

Son olarak meslek grupları bağlamında bakıldığında tükenmişlik düzeyleri (H₃) açısından farklılık bulunamamıştır. Hem Türkiye’de hem de yurt dışında sağlık alanındaki farklı meslek gruplarını birbiriyle karşılaştıran çok az çalışma bulunmaktadır. Tükenmişlik bağlamında meslek grupları arasındaki farklılıkları araştıran çalışmalara bakıldığında, bu çalışma sonucunun aksine doktor ve hemşirelerin diğer sağlık çalışanlarına (hastane yöneticisi, diş hekimi, eczacı, sağlık teknisyeni ve ebe) göre daha tükenmiş olduğunu tespit eden çalışmalar bulunmaktadır (Ergin, 1996; Ulusoy vd., 2012; Helvacı ve Turhan, 2013). Diğer çalışmalarda ise hemşirelerin doktorlara göre daha fazla tükenmişlik yaşadıkları görülmektedir (Karsavuran, 2014; Sayıl vd., 1997).

KAYNAKÇA

- Ak. B. (2004) Parametrik hipotez testleri Ş. Kalaycı SPSS uygulamalı çok değişkenli İstatistik teknikleri 6. Baskı Ankara, Özbaran Ofset.
- Ardıç, K. ve Polatçı, S. (2009). “Tükenmişlik Sendromu ve Madalyonun Öbür Yüzü: İşle Bütünleşme”. *Erciyes Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 32(2), 21-46.
- Ardıç, K. ve Polatçı, S. (2008). “Tükenmişlik Sendromu Akademisyenler Üzerinde Bir Uygulama (GOÜ Örneği)”. *Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 10(2), 69-96.
- Astrom, S., Nilsson, M., Norberg, A. and Winbald, B. (1990). “Empathy, Experience of Burnout and Attitudes towards Demented Patients among Nursing Staff in Geriatric Care”. *Journal of Advanced Nursing*, 15(11), 1236-1244.
- Cordes, C. L and Dougherty, T. W. (1993). “A Review and in Integration of Research on Job Burnout”. *The Academy of Management Review*, 18(4), 621-656.
- Çam, O. (1999). “Tükenmişlik Üzerine Yapılmış Bir Değerlendirme”. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 14(1), 81-93.
- De Hert, S. (2020). “Burnout in Healthcare Workers: Prevalence, Impact and Preventative Strategies”. *Local and Regional Anesthesia*, 13, 171-183.
- Demir, A. (2004). “Hemşirelikte tükenmişliğe genel bakış”. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 7(1), 71-79.
- Dikmetaş, E. ve Ergin, G. (2011). “Asistan Hekimlerin Tükenmişlik ve Mobbing Düzeylerinin İncelenmesi”. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 22(3), 137-149.
- Dyrbye, L. N., Shanafelt, T. D., Balch, C. M., Satele, D., Sloan, J. and Freischlag, J. (2011). “Relationship between work-home conflicts and burnout among American surgeons: a comparison by sex”. *The Archives of Surgery*, 146(2), 211-217.
- Egle, U. T. (2015). “Burnout bei Ärzten”. *Zeitschrift für medizinische Ethik*, 61, 13-21.
- Ergin, C. (1996). “Maslach Tükenmişlik Ölçeği’nin Türkiye sağlık personeli normları”. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi*, 4(1), 28-33.
- Ergin, C. (1992). “Doktor ve Hemşirelerde Tükenmişlik ve Maslach Tükenmişlik Ölçeğinin Uyarlanması”, 7. *Ulusal Psikoloji Kongresi Bilimsel Çalışmaları*, 22-25 Eylül 1992, Türk Psikologlar Derneği Yayınları, Ankara. 143-154.

- Farmer, S. (2004). The Relationship of Emotional Intelligence to Burnout and Job Satisfaction Among Nurses in early Nursing Practice. Unpublished Ph.D. thesis. The University of Utah College of Nursing, Utah.
- Geuenich, K. (2009). "Sind Sie Burnout-gefährdet? Ergebnisse unserer Ärztstudie". *Der Hausarzt*, 20(9), 40-41.
- Gülseren, Ş., Karaduman, E. ve Kültür, S. (2000). "Hemşire ve Teknisyenlerin Tükenmişlik Sendromu ve Depresif Belirti Düzeyi". *Kriz Dergisi*, 9(1), 27-38.
- Helvacı, İ. ve Turhan, M. (2013). "Tükenmişlik Düzeylerinin İncelenmesi: Silifke'de Görev Yapan Sağlık Çalışanları Üzerinde Bir Araştırma". *İşletme ve İktisat Çalışmaları Dergisi*, 1(4), 58-68.
- Hofmann, P., Ebner, C., Bayer, D. and Hotter, E. (2010). "Burnout". *Österreichische Ärztezeitung*, 22, 29-40.
- Kampfhammer, H. P. (2012). "Burnout-Krankheit oder Symptom?". *Der Internist*, 53(11), 1276-1288.
- Karsavuran, S. (2014). "Sağlık Sektöründe Tükenmişlik: Ankara'daki Sağlık Bakanlığı Hastaneleri Yöneticilerinin Tükenmişlik Düzeyleri". *H.Ü. İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 32(2), 133-165.
- Kılıç, T. ve Aytemiz Seymen, O. (2011). "Sağlık Sektöründe, Tükenmişlik Sendromuna Etki Eden Faktörlerin Analizi ve Bir Araştırma". *Yönetim ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi*, 9(16), 47-67.
- Miller, K., Stiff, J. and Ellis, B. (1988). "Communication and Empathy as Precursors to Burnout among Human Service Workers. *Communication Monographs*, 55(3), 250-265.
- Lacy, B. E. ve Chan, J. L. (2018). "Physician Burnout: The Hidden Health Care Crisis". *Clinical Gastroenterology and Hepatology*, 16(3), 311-317.
- Lee, R. T. and Ashforth, B. E. (1996). "A meta-analytic examination of the correlates of the three dimensions of job burnout". *Journal of Applied Psychology*, 81(2), 123-133.
- Leiter, M. P. and Maslach, C. (1988). "The impact of interpersonal environment on burnout and organizational commitment". *Journal of Organizational Behavior*, 9(4), 297-308.
- Long, C. S., Kowang, T. O., Ping, T. A. and Muthuveloo, R. (2014). "Investigation on the impact of job stressors on nurses in Malaysia". *Asian Social Science*, 10(4), 67-77.
- Maslach, C., Schaufeli, W. B. and Leiter, M. P. (2001). "Job burnout". *Annual Review of Psychology*, 52(1), 397-422.
- Maslach, C., Jackson, S. and Leiter, M. (1996). Maslach Burnout Inventory manual. In C. P. Zalaquett, R. J. Wood (ed.), *Evaluating Stress: A Book of Resources* (s. 191-218). Consulting Psychologists Press: California.
- Maslach, C. and Jackson, S. E. (1981). "The Measurement of Experienced Burnout", *Journal of Occupational Behaviour*, 2(2), 99-113.
- Passalacqua, S. A. and Segrin, Ch. (2012). "The Effect of Resident Physician Stress, Burnout, and Empathy on Patient-Centered Communication During the Long-Call Shift", *Health Communication*, 27(5), 449-456.
- Rawana, J. S. (2001). The Relationship between Burnout, Psychological Empowerment, and Gender Role Orientation in Long-Term Care Nurses. Unpublished Ph.D. thesis. Lakehead University, Ontario.
- Sağlık-Sen Genel Merkezi (2012). Türkiye'de Sağlık Çalışanları Tükenmişlik Araştırması Sonuçları (14 Mart 2012). Sağlık ve Sosyal Hizmet Çalışanları Sendikası (s. 1-20)

- Erişim: 14 Ekim 2021,
<http://www.saglikcalisanisagligi.org/tezler2/tukenmislikarastirmasi.pdf>.
- Sayıl, I., Haran, S., Ölmez, Ş. ve Özgüven, H. D. (1997). “Ankara Üniversitesi Hastanelerinde çalışan doktor ve hemşirelerin tükenmişlik düzeyleri”. *Kriz Dergisi*, 5(2), 71-77.
- Seçtim, Hafize (2019). “Sağlıkta Dönüşüm Programı Üzerine Bir Değerlendirme”, *Management and Political Sciences Review*, 1(1), 117-133.
- Schaufeli, W. B. (2007). Burnout in Health Care. In P. Carayon (ed.), *Handbook of Human Factors and Ergonomics in Health Care and Patient Safety* (s. 217-232). CRC Press: Florida.
- Schaufeli, W. B. and Greenglass, E. R. (2001). “Introduction to special issue on Burnout and Health”. *Psychology and Health*, 16(5), 501-510.
- Schaufeli, W. B. (1999). “Burnout”. J. Firth-Cozens ve R. Payne (ed.). in: *Stress in health professionals: Psychological and organizational causes and interventions*. (s. 17-32). Chichester: Wiley.
- Shanafelt, T. D., Hasan, O., Dyrbye, L. N., Sinsky, C., Satele, D., Sloan, J. and West, C. P. (2015). “Changes in burnout and satisfaction with work-life balance in physicians and the general US working population between 2011 and 2014”. *Mayo Clinic Proceedings*, 90(12), 1600-1613.
- Shanafelt, T. D., Balch, C. M., Bechamps, G., Russell, T., Dyrbye, L., Satele, D., Collicott, P., Novotny, P. J., Sloan, J. and Freischlag, J. (2010). “Burnout and medical errors among American surgeons”. *Annals of Surgery*, 251(6), 995-1000.
- Shannon, D. (2013). “Physician well-being: a powerful way to improve the patient experience”. *Physician Executive*, 39, 6-12.
- Sürgevil, O. (2006). *Çalışma Hayatında Tükenmişlik Sendromu Tükenmişlikle Mücadele Teknikleri*. Nobel Akademik Yayıncılık, Ankara.
- Taycan, O., Kutlu, L., Çimen, S. ve Aydın, N. (2006). “Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerde Depresyon ve Tükenmişlik Düzeyinin Sosyodemografik Özelliklerle Olan İlişkisi”. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 7(2), 100-108.
- Tunçel, Y. İ., Kaya, M., Kuru, R. N., Menteş, S. ve Ünver, S. (2014). “Onkoloji Hastanesi Yoğun Bakım ünitesinde Hemşirelerin tükenmişlik Sendromu”. *Türk Yoğun Bakım Derneği Dergisi*, 12(2), 57-62.
- Ulusoy, H., Biçer, E. B. ve Karabulut, N. (2012). “Hastane yöneticilerinde tükenmişlik düzeyi”. *Cumhuriyet Tıp Dergisi*, 34(3), 252-259.
- Weng, H. C., Steed, J. F., Yu, S. W., Liu, Y. T., Hsu, C. C., Yu, T. J. and Chen, W. (2011). “The effect of surgeon empathy and emotional intelligence on patient satisfaction”. *Advances in Health Sciences Education*, 16(5), 591-600.
- Williams, C. A. (1989). “Empathy and burnout in male and female helping professionals”. *Research in Nursing and Health*, 12(3), 169-178.
- Yakut, H. İ., Gül Kapısız, S., Durtuna, S. ve Evran, A. (2013). “Sağlık Alanında Çalışma Yaşamında Tükenmişlik”, *The Journal of Gynecology – Obstetrics and Neonatology*, 10(38), 1564-1571.