

**HEMŞİRELERDE TÜKENMİŞLİK İLE
ROL ÇATIŞMASI VE ROL
BELİRSİZLİĞİ
ARASINDAKİ İLİŞKİ:ÇORLU DEVLET
HASTANESİ ÖRNEĞİ
Ersin KOCAMAN
Yüksek Lisans Tezi
Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı
Danışman: Prof.Dr.Abdülkadir IŞIK**

2015

T.C.
NAMIK KEMAL ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELERDE TÜKENMİŞLİK İLE ROL ÇATIŞMASI VE ROL BELİRSİZLİĞİ
ARASINDAKİ İLİŞKİ: ÇORLU DEVLET HASTANESİ ÖRNEĞİ

Ersin KOCAMAN

SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI

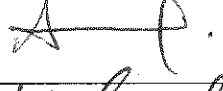
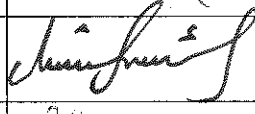
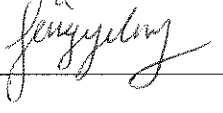
DANIŞMAN: PROF. DR. ABDÜLKADİR IŞIK

TEKİRDAĞ-2015

Her hakkı saklıdır

T.C.
NAMIK KEMAL ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

Ersin KOCAMAN tarafından hazırlanan **HEMŞİRELERDE TÜKENMİŞLİK İLE ROL ÇATIŞMASI VE ROL BELİRSİZLİĞİ ARASINDAKİ İLİŞKİ: ÇORLU DEVLET HASTANESİ ÖRNEĞİ** konulu YÜKSEK LİSANS Tezinin Sınavı, Namık Kemal Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Öğretim Yönetmeliği uyarınca **06.01.2016** günü saat **13:00**.....'da yapılmış olup, tezin* ~~..Kabul..edilmesine..~~ OYBİRLİĞİ / ~~OYÇOKLUĞU~~ ile karar verilmiştir.

JÜRİ ÜYELERİ	KANAAT	İMZA
Prof. Dr. Abdülkadir İSİK	Kabul Edilmesine	
Doc. Dr. Murat Selim SELVİ	Başarılı	
Doç. Dr. Güneş Yılmaz	Başarılı	

* Jüri üyelerinin tezle ilgili karar açıklaması kısmında "Kabul Edilmesine / Reddine" seçeneklerinden birini tercih etmeleri gerekir.

ÖZET

Hemşirelik mesleği yapısı gereği, birebir insan ilişkileri ile yoğun bir iletişim ve hizmet gerektirir. Bu nedenle hemşirelerin rol çatışması, rol belirsizliği ve tükenmişlik yaşama riskleri yüksektir. Bu bağlamda, Çorlu Devlet Hastanesinde çalışan hemşirelerin tükenmişlik düzeyleri ile algıladıkları rol çatışması ve rol belirsizliği düzeylerini saptamak ve aralarındaki ilişkiyi belirlemek için bu çalışma yapılmıştır. Araştırmanın örneklemini, Tekirdağ Kamu Hastaneler Birliği'ne bağlı Çorlu Devlet Hastanesi'nde görev yapan hemşireler oluşturmaktadır. Uygulanan anket, "Sosyo-demografik Soru Formu", "Rol Çatışması ve Rol Belirsizliği Soru Formu" ve "Tükenmişlik Soru Formu"ndan oluşmaktadır. Yapılan anket sayısı 196'dır. Elde edilen bulgular, SPSS 21.0 İstatistik paket programı, frekans, yüzde, ortalama, standart sapma, t testi, Tek yönlü (One way) Anova testi, Tukey testi, Pearson Korelasyon analizi, Lineer Regresyon analizi kullanılarak değerlendirilmiştir. Elde edilen bulgulara göre; erkek hemşireler kişisel başarı boyutunda; çocuksuz hemşireler rol çatışması ve duyarsızlaşma boyutlarında; eğitim durumu lise olan hemşireler rol belirsizliği boyutunda; 45 yaş ve üzeri olan hemşireler rol belirsizliği boyutunda; haftalık çalışma süresi 65 saat ve üzeri olan hemşireler duygusal tükenme boyutunda; meslek seçimi aile yönlendirmesi diyen hemşireler rol çatışması ve duygusal tükenme boyutlarında diğerlerine göre daha fazla tükenmişlik yaşamaktadır. Çocuklu hemşireler rol çatışması ve duyarsızlaşma boyutlarında; 25 yaş altı ve 25-34 yaş arası olan hemşireler rol belirsizliği boyutunda; eğitim durumu lisans olan hemşireler rol belirsizliği boyutunda; mesleği uygulamada iş verimliliği değerlendirmesi çok iyi olan hemşireler duygusal tükenme boyutunda; meslek seçimi kendi isteğiyle seçtim diyen hemşireler rol çatışması ve duygusal tükenme boyutlarında; çalıştığı birim yoğun bakım olan hemşireler rol belirsizliği boyutunda diğerlerine göre daha az tükenmişlik yaşamaktadır. Yapılan regresyon analizi sonucunda rol çatışması ve rol belirsizliği ile duygusal tükenme, duyarsızlaşma, düşük kişisel başarı arasındaki ilişkinin anlamlı olduğu, korelasyon analizi sonucunda ise rol çatışması ve rol belirsizliği ile tükenmişlik arasında pozitif yönlü ve anlamlı ilişki olduğu tespit edilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Hemşire, Rol Çatışması, Rol Belirsizliği, Tükenmişlik, Çorlu Devlet Hastanesi.

ABSTRACT

The nature of the profession of nursing, intensive one to one human relations with a communication and service. Therefore, the nurses have high risk to live role conflict, role ambiguity and burnout. In this context, Çorlu State Hospital nurses to determine the burnout of and their perceived role conflict and role ambiguity levels and this study was conducted to determine the relationship between them. The study sample, Tekirdag constitute nurses working in public hospitals due to Çorlu State Hospital. Applied survey consists of "Socio-demographic Questionnaire", "Role Conflict and Role Ambiguity Questionnaire" and "Burnout Questionnaire". The survey number is 196. The findings were assessed using SPSS 21.0 statistical package program, frequency, percentage, average, standard deviation, t-test, one-way (one-way) ANOVA test, Tukey test, Pearson correlation analysis and Linear regression analysis. According to the obtained results; size of male nurses personal success; childless nurses in role conflict and depersonalization dimensions; size of nurses which education level which is high school role ambiguity; size of nurses who is 45 years and over in role ambiguity; nurses weekly working time of 65 hours or more in dimensions of emotional exhaustion; while nurses who says choice of profession is family orientation in role conflict and emotional exhaustion dimension of burnout lives more than others. Nurses with children in role conflict and depersonalization dimensions; size of nurses between under 25 years and 25-34 years in role ambiguity; size of nurse who has undergraduate degree in uncertainty role; size of nurses who has evaluated very good in practical business in emotional exhaustion; choice of profession who says "I chose my own will" in role conflict and emotional exhaustion dimension; the nurses who works in intensive care units is experiencing less role uncertainties compared to others. The regression conflict role in the analysis of results and role ambiguity and emotional exhaustion, depersonalization, there is a significant relationship between low personal accomplishment and the result of correlation analysis between burnout and role conflict and role ambiguity has been found to be positive and meaningful relationships.

Key Words: Nursing, Role Conflict, Role Ambiguity, Burnout, Çorlu State Hospital.

ÖNSÖZ

Organizasyonların devamlılığında ve başarılı olmalarında insan faktörü özel bir yere sahiptir. Organizasyonların verim ve etkinlikleri, çalışan personelin iyilik durumları ile yakından ilişkilidir. Bu durum, sağlık sektörü içerisinde yer alan hemşirelerde daha belirgindir. Sağlık sektöründe organizasyonel faktörlerin oluşturduğu koşullar, hemşirelerin kendi sağlıklarını, çalıştıkları hastane örgütünü ve tedavi-bakım süreçlerine dahil oldukları hastaları yakından ilgilendirmektedir. Hemşirelerin mesleklerinin gereği olarak sürekli hastalarla ilgilenmeleri, tedavi-bakım sürecinde aldıkları kararların hastaların hayatlarında önemli sonuçlarının olabileceğini bilmeleri, bununla birlikte çalıştıkları hastane örgütünden kaynaklanan koşulların etkisi ile tükenmişlik yaşama riskleri yüksektir. Ayrıca hemşireler , hastane örgütlerinin idari ve tıbbi hiyerarşisinden kaynaklanan rol çatışması ve rol belirsizliğini de sıklıkla yaşamaktadır. Hastane örgütünde nöbet sistemi, ağır iş yükü, fazla mesai, gelir düzeyindeki memnuniyetsizlik ile çalışan hemşirelerin tükenmişlik sendromunun yaygınlığı göz önüne alınarak, Çorlu Devlet Hastanesi'nde çalışan hemşirelerde yürütülen bu tez çalışmasında, hemşirelerin tükenmişlik düzeyleri ile rol çatışması ve rol belirsizliği düzeyleri belirlenerek, tükenmişliğin sosyo-demografik özellikler ve organizasyonel faktörlerden rol çatışması ve rol belirsizliği ile ilişkisi araştırılmıştır.

Yüksek Lisans öğrenimim süresince ve tez çalışmasının planlanması ve gerçekleştirilmesinde iyi niyetle rehberlik eden, her türlü destek ve yardımını esirgemeyen danışman hocam Prof. Dr. Abdülkadir IŞIK'a, katkılarından dolayı Sosyal Bilimler Enstitüsü'ndeki hocalarıma, destek olan tüm arkadaşlarıma, eğitimim süresince hiçbir fedakârlıktan kaçınmayan eşim Neşe'ye ve sevgili aileme sonsuz teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

ÖZET.....	I
ABSTRACT.....	II
ÖNSÖZ.....	III
İÇİNDEKİLER.....	IV
TABLO LİSTESİ.....	VI
ŞEKİL LİSTESİ.....	VIII
GİRİŞ.....	1

1. BÖLÜM

HEMŞİRELİK MESLEĞİ.....	3
1.1. Hemşireliğin Tanımı.....	3
1.2. Hemşireliğin Tarihsel Gelişimi.....	5
1.3. Hemşireliğin Arz- Talep Durumu.....	6
1.4. Hemşireliğin Rol ve İşlevleri.....	9
1.4.1. Bakım Verici Rolü.....	10
1.4.2. Eğitici Rolü.....	11
1.4.3. Araştırmacı Rolü.....	11
1.4.4. Yönetici Rolü.....	12
1.4.5. Karar Verici Rolü.....	12
1.4.6. Savunucu Rolü.....	13
1.4.7. İletişim ve Eşgüdüm Sağlayıcı Rolü.....	13
1.4.8. Rehabilitasyon Edici Rolü.....	14
1.4.9. Konfor Sağlayıcı-Rahatlatıcı Rolü.....	14
1.4.10. Tedavi Edici Rolü.....	15
1.4.11. Kariyer Geliştirici Rolü	15
1.4.12. Özerk ve Sorumluluk Sahibi Olma Rolü.....	16
1.4.13. Danışman Rolü.....	17

2.BÖLÜM

ROL ÇATIŞMASI, ROL BELİRSİZLİĞİ VE TÜKENMİŞLİK SENDROMU.....18

2.1. Rol Kavramı ve Rol Çeşitleri.....	18
2.2. Rol Çatışması.....	19
2.2.1. Rol Çatışması Türleri.....	20
2.2.2. Rol Çatışmasının Nedenleri.....	21
2.2.3. Rol Çatışmasının Sonuçları.....	21
2.3. Rol Belirsizliği.....	22
2.3.1. Rol Belirsizliğinin Çeşitleri.....	23
2.3.2. Rol Belirsizliğinin Nedenleri.....	24
2.4. Rol Çatışması ve Rol Belirsizliğiyle Başa Çıkma Yöntemleri.....	24
2.4.1. Bireysel ve Organizasyonel Yöntem ve Stratejiler.....	24
2.4.2. Örgüt Geliştirme Yaklaşımı.....	27
2.5. Tükenmişlik (Burnout) Sendromu.....	28
2.5.1. Tükenmişlik Tanımı ve İlgili Kavramlar.....	28
2.5.2. Tükenmişliğin Nedenleri.....	34
2.5.2.1 Bireysel Nedenler.....	34
2.5.2.2 Çevresel Nedenler.....	36
2.5.3. Sağlık Çalışanlarında Tükenmişlik Nedenleri.....	40
2.5.4. Tükenmişliğin Belirtileri.....	41
2.5.5. Tükenmişliğin Sonuçları.....	43
2.5.5.1. Tükenmişliğin Bireysel Sonuçları.....	43
2.5.5.2. Tükenmişliğin Organizasyonel Sonuçları.....	44
2.5.6. Tükenmişlikte Baş Etme Yolları.....	44

3. BÖLÜM

ALAN ARAŞTIRMASI

3.1. Materyal ve Yöntem.....	48
3.2. Bulgular ve Yorumlar.....	49
SONUÇ.....	86
ÖNERİLER.....	89
KAYNAKÇA.....	93
EKLER.....	105

TABLO LİSTESİ

Tablo 1: Hemşirelerin Cinsiyet Değişkenine Göre Dağılımı.....	49
Tablo 2: Hemşirelerin Medeni Durum Değişkenine Göre Dağılımı.....	50
Tablo 3: Hemşirelerin Çocuk Durumu Değişkenine Göre Dağılımı.....	50
Tablo 4: Hemşirelerin Yaş Değişkenine Göre Dağılımı.....	50
Tablo 5: Hemşirelerin Eğitim Durumu Değişkenine Göre Dağılımı.....	51
Tablo 6: Hemşirelerin Haftalık Çalışma Süresi Değişkenine Göre Dağılımı.....	51
Tablo 7: Hemşirelerin Meslekte Kıdem Değişkenine Göre Dağılımı.....	52
Tablo 8: Hemşirelerin Meslek Seçimi Değişkenine Göre Dağılımı.....	52
Tablo 9: Hemşirelerin İşyerindeki Statü Değişkenine Göre Dağılımı.....	53
Tablo 10: Hemşirelerin Çalıştığı Birim Değişkenine Göre Dağılımı.....	53
Tablo 11: Hemşirelerin Mesleği Uygulamada İş Verimliliği Değerlendirmesi Değişkenine Göre Dağılımı.....	54
Tablo 12: Hemşirelerin Gelir Düzeyi Değişkenine Göre Dağılımı.....	54
Tablo 13: Hemşirelerin, Çalıştığı Birim Değişkenlerinde; Birimlerin Yaş Ortalamaları, Birimlerin Kıdem Ortalamaları, Birimlerdeki Erkek-Kadın Oranı, Birimlerdekilerin Meslek Seçimi, Birimlerdeki Haftalık Çalışma Sürelerine Göre Dağılımı.....	55
Tablo 14: Rol Çatışması ve Rol Belirsizliği Ölçeği Tanımsal Bulguları.....	57
Tablo 15: Tükenmişlik Ölçeği Tanımsal Bulguları.....	58
Tablo 16: Rol Çatışması ve Rol Belirsizliği Ölçeği ile Tükenmişlik Ölçeği İlişkisine İlişkin Korelasyon Analizi.....	58
Tablo 17: Rol Çatışması ve Rol Belirsizliği Düzeylerinin Duygusal Tükenme Üzerine Etkisi.....	60
Tablo 18: Rol Çatışması ve Rol Belirsizliği Düzeylerinin Duyarsızlaşma Üzerine Etkisi.....	60
Tablo 19: Rol Çatışması ve Rol Belirsizliği Düzeylerinin Kişisel Başarı Üzerine Etkisi.....	61

Tablo 20: Rol Belirsizliği ve atışması ve Tükenmişlik leği Alt Boyutlarının Cinsiyet Değişkenine Göre Dağılımı.....	62
Tablo 21: Rol Belirsizliği ve atışması ve Tükenmişlik leği Alt Boyutlarının Medeni Durum Değişkenine Göre Dağılımı.....	63
Tablo 22: Rol Belirsizliği ve atışması ve Tükenmişlik leği Alt Boyutlarının ocuk Durumu Değişkenine Göre Dağılımı.....	65
Tablo 23: Rol Belirsizliği ve atışması ve Tükenmişlik leği Alt Boyutlarının Yaş Değişkenine Göre Dağılımı.....	66
Tablo 24: Rol Belirsizliği ve atışması ve Tükenmişlik leği Alt Boyutlarının Eğitim Durumu Değişkenine Göre Dağılımı.....	68
Tablo 25: Rol Belirsizliği ve atışması ve Tükenmişlik leği Alt Boyutlarının Haftalık alışma Süresi Değişkenine Göre Dağılımı.....	70
Tablo 26: Rol Belirsizliği ve atışması ve Tükenmişlik leği Alt Boyutlarının Meslekte Kıdem Değişkenine Göre Dağılımı.....	72
Tablo 27: Rol Belirsizliği ve atışması ve Tükenmişlik leği Alt Boyutlarının Mesleği Uygulamada İş Verimliliği Değerlendirmesi Değişkenine Göre Dağılımı.....	75
Tablo 28: Rol Belirsizliği ve atışması ve Tükenmişlik leği Alt Boyutlarının Meslek Seçimi Değişkenine Göre Dağılımı.....	78
Tablo 29: Rol Belirsizliği ve atışması ve Tükenmişlik leği Alt Boyutlarının alıştığı Birim Değişkenine Göre Dağılımı.....	80
Tablo 30: Rol Belirsizliği ve atışması ve Tükenmişlik leği Alt Boyutlarının İşyerindeki Statü Değişkenine Göre Dağılımı.....	82
Tablo 31: Rol Belirsizliği ve atışması ve Tükenmişlik leği Alt Boyutlarının Gelir Düzeyi Değişkenine Göre Dağılımı.....	84

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 1: Maslach'ın Tükenmişlik Modeli.....	31
Şekil 2: Çalışma Hayatı Alanları Açısından Birey ve İş Arasındaki Uyum ve Uyumsuzluk.....	37

GİRİŞ

Hemşirelik, geçmişten bugüne kadar tüm değişimlerde kendini yenilemeyi başaran, kişi ve toplumun sağlığı ile ilgilenen uygulamalı bir meslektir. Bugünde gelişimini devam ettiren hemşirelik, insanın tüm yaşam boyunca tecrübe edindiği sağlık ve hastalık durumunda gereken bakım ve uygulamaları gerçekleştirir.(Karagözoğlu, 2005). Hemşirelik tüm meslekler ve diğer sağlık çalışanlarının içirişinde, direkt olarak insan ilişkilerinin yaşandığı, derin ve fazlaca iletişim ve hizmet gerektiren bir meslektir. Bu sebepler dolayısı ile oluşabilecek olumsuzluklar ile rol çatışması ve rol belirsizliği stres ve gerginliğe; devam ederse de tükenmişliğe yol açabilir (Demir 2004; Özdemir, Özdemir, Coşkun ve Çınar 1999). Tükenmişlik; emosyonel, zihinsel ve fiziksel bitkinlik durumları gösteren ve gün geçtikçe alttan alta gelişen bir süreçtir (Cordes ve Dougherty, 1993; Maslach, Schaufeli ve Leiter, 2001). Tükenmişlik, emosyonel isteklerin fazla olduğu ortamlarda uzun zaman çalışmaktan ortaya çıkan, fiziksel yorgunluk, çalışma ortamında çalışanlara ve hayata karşı olumsuz davranışlar geliştirmesi gibi bulguların eşlik ettiği durum olarak da tanımlanabilir (Bakker, Schaufeli, Demerouti ve ark. 2000).

Çalışanlar üzerinde önemli huzursuzluklara ve sıkıntılara neden olan tükenmişlik sendromuna yakalanan çalışanların fiziksel, psikolojik rahatsızların yanında sundukları hizmet kalitesi de olumsuz etkilenecek (Renzi ve ark., 2005) bu durumda "örgütler açısından hiç de istenmeyen" sunulan hizmeti alanlar açısından memnuniyetsiz bir kitle yaratacaktır. Çalışanların tükenmişlikleri insan kaynakları birimleri açısından önemli bir problem olarak karşımıza çıkmaktadır. Tükenmiş olduğunu hisseden çalışanın zihinsel ve bedensel bir takım ciddi rahatsızlıklara sahip olduğunu düşünürsek bu kişilerin hizmet verdikleri insanlara karşı olumsuz davranışlar göstereceği ve standartların altında hizmet vereceği bekleneceğinden hem kendi, hem karşısındaki insanları hem de çalışmanı olduğu örgüte zarar vereceğini söylemek yanlış olmayacaktır. Hemşireliğin hizmet verdiği alan, tüm bireyler ve topluluklar, yani insandır. Doğrudan insana hizmet veren, hizmetin kalitesinde insana

temasının önemli bir yerde olduğu mesleklerde tükenmişlik daha fazla görülmektedir. Bununla beraber; yapılan çalışmalarda sağlık sektöründe çalışanlarda tükenmişliğin daha da fazla görüldüğü saptanmıştır (Ergin, 1993; Aslan ve ark.,1996; Alexander ve ark.,1998).

Araştırmanın birinci bölümünde; hemşirelik mesleği ile ilgili açıklamalar yapılmış, hemşireliğin tanımı, tarihsel gelişimi, arz-talep durumu ile rol ve işlevleri ele alınmıştır. İkinci bölümde; rol çatışması, rol belirsizliği ve tükenmişlik sendromu kavramları incelenmiştir. Üçüncü bölüm; alan araştırmasının yer aldığı bölümdür. Burada araştırmaların materyal ve yöntemi ile yapılan çalışma sonunda elde edilen bulgular ve yorumlar yer almaktadır. Çalışmanın son bölümünde; çalışmanın sonuç ve öneriler kısmı yer almaktadır.

1. BÖLÜM

HEMŞİRELİK MESLEĞİ

1.1. Hemşireliğin Tanımı

Hemşirelik, kaynağını insan gereksinimlerinden alan meslek gruplarından biri olması nedeniyle başlangıcı insanın var oluşuna kadar dayanmaktadır. İnsanın var oluşundan günümüze değin yaşanan tüm evrensel değişimler hemşireliğinde değişimine ve gelişimine neden olmuştur. Topluma hizmet vermek üzere doğan hemşirelik, insanların sağlığını korumak ve geliştirmek, hastaya bakım vermek ve hastanın güvende olduğunu hissetmesini sağlamak üzere ortaya çıkan bir meslektir. Hemşirelik mesleğinin, varoluşundan bu yana süre gelen unsur bakım verme hizmettir. Hemşireler sağlık bakımını geleceğine şekil vermede ve yeniliklere öncülük etmede çok önemli bir yere sahiptirler (Aştı ve Karadağ, 2012).

Hemşirelik ilk çağlardan günümüze dek çeşitli şeklerde tanımlanmıştır. Bireylerin yapılarının ve görüşlerinin kendilerine özgü olmasının yanı sıra değişik kültürlerin değişik dallarında hemşireye ve hizmete gereksinimlerinin olması nedeniyle evrensel bir hemşirelik tanımı yapılamamıştır (Bayık, 1984).

İnsanların sağlık sorunları veya hastalıkları sebebiyle yardıma ihtiyaç duydukları durumda bu kişilere yönelik verilebilen hizmet çeşitlerinden biride hemşireliktir. Hemşirelikte en önemli ve yaygın temel amaç yardım etmektir. İnsanların yaşamları boyunca geçirdikleri veya geçirebilecekleri her türlü sağlık, hastalık ve ölüm süreçlerinde yardım etme hedef gerçekleştirilebilir. Fakat bu hedef hemşirelik oluşumunda yer alan pozitif bilimler, sosyal- davranış bilimler ve meslek bilgileri bir araya getiren insancıl bir yol ile gerçekleşir.

“Hemşire, TDK'ya göre; mesleki eğitim almış, hekimle iş birliği yaparak hastaya bakan sağlık çalışanıdır. 2 Mart 1954 tarihli 8647 sayılı Resmi Gazete'ye göre; hemşireliğin tanımı şöyledir: Türkiye'de üniversitelerin hemşirelik ile ilgili lisans eğitimi veren fakülte ve yüksek okullarından mezun olan ve diplomaları Sağlık Bakanlığınca tescil edilenler ile öğrenimlerini yurt dışında hemşirelik ile ilgili, Devlet tarafından tanınan bir okulda tamamlayarak denklikleri onaylanan ve diplomaları Sağlık Bakanlığınca tescil edilenlere Hemşire unvanı verilir. Hemşirelik bilim ve sanata dayalı kuramsal ve uygulama içerikli bir meslek olup yalnızca bakım / uygulama olarak düşünülmemelidir. Hemşireliğin aynı zamanda zengin bir geçmişi vardır. Hemşirelik mesleği köklerini binlerce yıl önce hemşirelerin bilimsel olmasa da, sevgi, şefkatle hasta bakım ve sağaltım yaklaşımlarından almıştır (Bradshaw, 1998).” (Yavuz ve Kocaman, 2013).

Birçok görüşe göre hemşirelik kendi içerisinde Kendine has bir yeterliliğe sahip olmadığı, başka mesleklerden elde edilen bilgilerin kullanıldığı fikri hakimdir. Hemşirelik mesleğinin bugüne kadar belirli bir birikime sahip olmayışı ve buna yen başlaması, meslek sahiplerinin yetersiz eğitim seviyesinde olması, hekim yardımcısı ve iyilik elçisi olarak görülmesi gibi sebepler bu fikri destekler niteliktedir. (Aştı, 2002).

“Hemşireliği diğer disiplinlerden ayıran ve hemşireliğin kendine özgü bir disiplin olmasını sağlayan üç önemli faktör vardır. Bunlar, hemşireliğin tanımlanabilir bir felsefesinin olması, kavramsal bir çatıya sahip olması ve bilgi gelişimine olanak sağlayan kabul edilebilir metodolojik yaklaşımlarının bulunmasıdır.(Atalay, 1999,Erdemir, 1998). Hemşireliğin meslek olup olmadığına ilişkin tartışmalar uzun zamandır devam etmektedir. Pek çok sosyolog bir mesleğin sahip olması gereken nitelikleri tanımlamıştır ve pek çok hemşire yazar hemşirelik mesleğini bu nitelikler kapsamında değerlendirmiş ve meslekleşme süreci içinde hemşireliğin kat ettiği yolu kayıt altına almaya çalışmıştır. Uzun yıllardır süre gelen bu tartışmalara rağmen günümüzde hemşireliğin bir meslek olup olmadığı halen tartışma konusudur.

Biliyoruz ki toplum yaşamında herkes bir meslek sahibi olma, bir iş yapma ve etkin olma ihtiyacı içindedir. Bu bağlamda bakıldığında iş, bir şeyin üretilmesine, yaratılmasına yönelik insan etkinliği olarak tanımlanmaktadır. Meslek kavramı ise, bireyin geçimi sağlamak için üstlendiği, konusuna, tekniğine göre belirlenen, yasal bir çerçevede içinde yer alan, toplumsal bir uğraş olarak tanımlanmaktadır (Çoban, 1999;Freidson,1996). Hemşirelik eğitiminin istenilen, lisans temelli eğitime dönüştürülmesinde ciddi adımlar atılmış olsa da, özellikle 2007 yılında düzenlenen kanunun ek maddeleri nedeniyle halen tam olarak istenilen sonuca ulaşamadığına, hemşirelik meslek üyelerinin özellikle mesleki alanda eylemlerinin sonucunu üstlenmek konusunda sıkıntı yaşadıklarına, son 30 yılda hemşirelik alanında yapılmış araştırma sayısında artış görülmesine rağmen, bu çalışmaların mesleki bilgi yükünü oluşturmada yetersiz kaldığına, meslek üyelerinin mesleğe bağlılıklarının artmış olmasına rağmen halen istenilen düzeyde olmadığına ve mesleki derneklere üye olan hemşire sayısındaki azlık dikkate alındığında örgütlenme düzeyinde istenilen düzeye ulaşamamıştır (Korkmaz, 2011).” (Yavuz ve Kocaman, 2013).

1.2. Hemşireliğin Tarihsel Gelişimi

Hemşireliğin köklü bir geçmişi vardır. Hemşirelik mesleğin başlangıcı binlerce yıl öncesine dayanmaktadır. Binlerce yıl önce hemşirelerin bilimsel olmasa da, sevgi, şefkatle hasta bakım ve sağaltım yaklaşımlarından almıştır (Bradshaw, 1998).

İlk çağlarda tıp dinsel bir özelliğe sahipti. Ortaçağ Avrupa'sında hemşirelik Katolik kilisesin bünyesinde ve himayesi altındaydı. Bu döneme hemşireliğin karanlık dönemi de denilir. Ortaçağın son dönemlerinde hemşirelik hizmeti veren hem örgütlenmiş gruplar hem de bireysel olarak çalışanlar vardı. Hemşirelik bu dönemde gelişmiştir fakat 16. yy başlarında kilise ve manastırlarda bilim ortamının yerini politik, dinsel inanç ve ekonomik güç uğruna sömürüldüğü bir sisteme bırakılmıştır. O dönemde yoksul köylülerin ayaklanmasının nedeni olarak hemşireler

görülmüştür. 19. yy da hemşirelik Florance Nightingale ile birlikte yeniden doğmuştur. Bu dönemde hemşirelikte ilk kez epidemiyolojik çalışmalar yapılmıştır. Kırım savaşında verdiği başarılı hizmetlerinden dolayı ülkesine ulusal kahraman olarak dönen Nightingale 1860 da Londra'da ilk modern hemşirelik okulu olan St. Thomas'ı açmış ve okula alınacak öğrencileri kendisi seçmiştir. Nightingale yaptığı çalışmaların sonucunda hemşirelik kuramını oluşturmuş, uygulamalarını ve bilgilerini kitaplara aktarmıştır. 20. Yüzyılın ikinci yarısında hemşireler gelişmiş ve genişletilmiş rollerini daha fazla düşünmeye başlayarak hemşirelikte mesleksi bilinçlenme hareketini başlatmışlardır (Aştı ve Karadağ; 2012).

Ülkemizde ilk olarak Besim Ömer Paşa, İstanbul'da tanınmış ailelerinin kızlarını, "Gönüllü Hastabakıcılık Kursu"na çağırmıştır. İlk hemşirelik okulu 1925 yılında Kızılay Derneğine bağlı olarak kuruldu. Buna müteakip 1939 yılında Asker Hemşire Okulu, Verem Savaş Derneğinin 1943 yılında Verem Savaş Derneği Hemşire Okulu açılmıştır. 1946 yılında ortaokullardan sonra eğitim veren hemşirelik okulları Sağlık Bakanlığına bağlı açılmıştır. Bu okullar 1961 yılında Sağlık Kolej adını almışlardır. 1976 yılından itibaren bu okullar Sağlık Meslek Lisesi olarak eğitime devam etmişlerdir. 1955 yılında ilk kez Ege Üniversitesi'nde Hemşirelik Yüksekokulu açılmıştır. Bunun ardından Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu ve Florance Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu açılmıştır. 1968 yılında Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu hemşirelikte lisansüstü eğitimi vermeye başlamış, 1972 de doktora programlarının başlamasıyla hemşirelikte önemli bir ilerleme daha gerçekleştirilmiştir. Türkiye üniversite düzeyinde temel hemşirelik eğitimi verilen beş Avrupa ülkesinden biridir (Ökdem ve Ark., 2000).

1.3. Hemşireliğin Arz- Talep Durumu

"Türkiye'de hemşirelik eğitimi Milli Eğitim Bakanlığına bağlı liselerde ve üniversitelerin hemşirelikle ilgili fakülte ve yüksekokullarda lisans, yüksek lisans ve doktora düzeyinde verilmektedir. Yüksek Öğretim Kurumu'nun Mayıs 2010 tarihli verilerine göre ülkemizde Milli Eğitim Bakanlığına bağlı lise düzeyinde tam kapasite

hemşirelik eğitimi veren 283 Sağlık Meslek Lisesi vardır. Lisans, Y. Lisans, doktora düzeyi hemşirelik eğitimi veren faal 16 faal olmayan 7 olmak üzere toplam 23 Sağlık Bilimleri Fakültesi, lisans düzeyi eğitim veren faal 62 faal olmayan 16 toplam 78 Sağlık Yüksekokulu, faal 10 faal olmayan 6 olmak üzere toplam 16 Hemşirelik Yüksekokulu vardır (YÖK Verileri, 2010)” (Yavuz ve Kocaman, 2013).

“Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü 2011 verilerine göre Türkiye’de tüm sektörlerde yıllara göre çalışan hemşirelerin sayıları 2002 yılında 72.393 olan çalışan hemşire sayısı her yıl değişik oranlarda artarak 2011 yılında 124.982 ye ulaşmıştır (Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2011). Hastaneler, haftada 7 gün 24 saat hizmet veren, verilen hizmetlerin devam edebilmesi için vardiya veya nöbet sistemiyle çalışmanın zorunlu olduğu kurumlardır. Hemşireler normal çalışma saatleri ve günleri dışında çalışmak durumunda kalan, yaşamsal tehdidi bulunan görev ve sorumluluklara sahip, zamanla yarışan, farklı teknolojilerin kullanıldığı, yoğun stres ve baskı altında çalışan bir gruptur (Josten, Ng-A-Tham ve Thierry, 2003). 2010 yılında Sağlık Bakanlığına bağlı aktif çalışan hemşire sayısı 70.288, üniversite hastanelerinde aktif çalışan hemşire sayısı 15.335 iken bu rakamlar özel sektörde 16.941’dir. Toplam aktif çalışan hemşire sayısı ise 102.564’tür (Sağlık Bakanlığı Personel İstatistikleri, 2010)” (Yavuz ve Kocaman, 2013).

“Türkiye’de bir yılda kamuda 21.221 hemşire özel sektörde 1.197 hemşire toplamda 22.418 hemşire kamu ve özel sektörde istihdam edilmiştir. Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü ve Dünya Sağlık Örgütü’nün World Health Statistics 2012 verilerine göre 100.000 kişiye düşen hemşire ve ebe sayısının uluslararası karşılaştırılmasında 237 hemşire ve ebe ile Türkiye, 261 hemşire ve ebe ortalamasına sahip orta- üst gelir grubu ülkelerin gerisinde kalmıştır. 708 hemşire ve ebe ile üst gelir grubu ülkeler en fazla ortalamaya sahiptir. Orta gelir grubunda yer alan Türkiye kişi başına düşen hemşire ve ebe sayısında olması gerekenden az hemşire ve ebeye sahiptir. WHO/Europe, European HFA Database’in 2010 Türkiye’de, DSÖ Avrupa Bölgesi Ülkelerinde ve AB Üyesi Ülkelerde 100.000 Kişiyeye Düşen Aktif Çalışan Hemşire Sayıları verilerinde 1621 hemşire ile Monako dünya ortalamasının en iyisidir. Monako’yu 1550 hemşire ile İrlanda, 1547 hemşire ile

Norveç, 1505 hemşire ile Hollanda takip etmektedir. Türkiye’de, DSÖ Avrupa Bölgesi Ülkelerinde ve AB Üyesi Ülkelerde 100.000 Kişiyeye Düşen Aktif Çalışan Hemşire Sayıları AB ortalaması 745 hemşiredir. DSÖ Avrupa Bölgesi ortalaması 727 hemşiredir. Türkiye ise bu sıralamada 141 hemşire ile son sırada yer almaktadır” (Yavuz ve Kocaman, 2013).

“Türkiye’de olumsuz çalışma koşulları, hemşirelerde sıklıkla görülen iş doyumsuzluğu, tükenmişlik durumu ve bu nedenle yapılan işin doğası dışında eklenen stres faktörleri toplumda hemşirelik mesleğinin tercih edilmeyen bir meslek olarak görülmesine yol açmaktadır. Bu durum hem mesleği seçmeyi düşünen adayları olumsuz etkilemekte, hem de çalışanlarda işten ayrılma, hasta bakımından uzaklaşma, asıl hemşirelik görevleri dışında farklı işlerde çalışma eğilimi yaratmaktadır. Az sayıda hemşire ile çalışan hastanelerde mevcut hemşirelerin çalışma saatleri artırılarak bakım hizmeti sürdürülmeye çalışılması, diğer bir deyişle mevcut hemşirelerin fazla çalışması ile hasta-hemşire oranlarının önerilen düzeyde korunmaya çalışılması bu durum için büyük etkindir. Ülkemizde genel olarak çalışma hayatı incelendiğinde, iş gücünün verimli ve etkin kullanılması yönünde uygun şekilde düzenlenmemiş olduğu görülmektedir. Çalışma şartları, çalışma saatleri, dinlenme saatleri, ücret, iş sağlığı ve iş güvenliği gibi konularda hali hazırda yaşanan pek çok olumsuzluk vardır. Bununla birlikte benzer koşullarda çalışanlara uygulanmakta olan kanun ve yönetmelikler, bugünkü haliyle bile hemşirelik personeli için uygulanmamaktadır. Yani hemşirelik, çalışma hayatının düzenlemelere ihtiyaç duyulan mevcut şartlarından dahi yoksundur” (Yavuz ve Kocaman, 2013).

“Sonuç olarak Dünyada ve Türkiye’ de kişi başına düşen aktif çalışan hemşire sayısı istenilen seviyede değildir. Türkiye’de, az gelişmiş ülkelerin ortalamalarının altında kalarak hemşire açığının yüksek seviyede olduğu görülmektedir. Hemşirelik eğitimi veren kurumların kontenjanlarının yetersiz olması, kontenjanların artırılmaması, mezun hemşirelerin kamuda ve üniversitelerde yetersiz istihdam edilmesi, bu eksikliği gidermeye yönelik çalışmaların eksik kalması, özel sektörde istihdam imkanının fazla olmasına rağmen çalışma koşullarının ağırlığı, maddi ve

manevi tatmin kârsızlığın söz konusu olması, dünyada olduğu gibi Türkiye’de de “global hemşire krizi” olarak ortaya çıkan durumdur” (Yavuz ve Kocaman, 2013).

1.4. Hemşireliğin Rol ve İşlevleri

Her meslek grubunda olduğu gibi hemşirelikte gerçekleştirilmek üzere içerisinde aynı kategoride yer alan kendi içinde birbirine bağlı birçok işlem ve uygulamalar vardır. Kaynaklarda buna “fonksiyon” ya da “rol” denir. Türk Dil Kurumu, “rol” terimini bir işin gerçekleşmesi sırasında, bir kişi veya bir nesne üzerine düşen görev olarak açıklamaktadır. Burada asıl vurgulanan kişinin görev ve tutum davranış biçimleri ile bağlı bulunduğu topluluğu yansımasıdır. (Adıgüzel, 2012)

Fatma Akça Ay ise rolün tanımını; içerisinde var olduğumuz topluluğun bizden beklediği davranış biçimleri ile bir olay için sergilenen tutumların hepsidir şeklinde yapmıştır. Bunlar kişiden kişiye, durumdan duruma ve gruptan gruba farklılık gösterebilir. Farklılık ise rollerin özellikleri, işlevleri, kişilerin ve grupların yapılarıyla ilişkilidir.

Hemşirelik mesleği yakın bir zamana kadar “iş merkezli” bir çalışma disiplin oluşturmuş ve bunu sergilemiştir. Bu tutum mesleği amatörleştirmiştir. Bunun önüne geçmek amacıyla “primer hemşirelik” geliştirilmiş hasta odaklı çalışma benimsenmiş, meslek eğitimin seviyesi artırılmıştır (Ay ve ark. 2008). Eğitim seviyesinin artması hemşirelik mesleğinin tanımının, görev, yetki, sorumluluklarının daha açık ve anlaşılır olmasına katkı sağlamıştır.

Tüm bu gelişmeler hemşirelik mesleği rollerinin açıklanabilmesine öncülük etmiştir. Hemşireliğin sabit, dar bir kalıp içerisine sıkışmış bir meslekten gelişime ve değişikliğe açık, diğer meslek disiplinleri ve çalışanlarıyla iş birliği içinde toplum tarafından saygın bir mesleği, hasta ile iş birliği içerisinde sağlık merkezli hiçbir ayırım gözetmeksizin hizmet veren bir meslek haline gelmiştir (Özen, 2011). Bu sayede hemşirelik toplumda karşılık bulan ve toplum ihtiyaçlarına cevap verebilen bir meslek olmuştur.

Hemşirelikte profesyonellik Nightingale ile başlamıştır. Fakat Nightingale'in hemşirelik mesleğini doktor yardımcısı bir uğraş olarak düşünmesi, ileri seviyede meslek eğitimi düşünmemesi mesleğin gelişimini olumsuz etkilemiştir. Bugün ise hemşirelik özerk bir meslek olduğu ve ileri seviye mesleki eğitimin yer aldığı görülmektedir. Virginia Henderson hemşirelik eğitiminin üniversite seviyesinde olması gerektiğini vurgulayan ilk kuramcıdır. (Velioğlu, 1999).

Kaynaklarda modern hemşireliğin altı temel roller: Bakım verici, eğitici, araştırmacı, yönetici, karar verici, savunucu rolleridir. Hemşireliğin gelişmesi ile birlikte rollerinin arttığı görülmüş ve beş rol daha eklenmiştir. Bunlar; iletişim ve eşgüdüm sağlayıcı, rehabilite edici, konfor sağlayıcı, tedavi edici, danışman rolleridir (Taylan ve ark. 2011). Hemşireliğin rollerinde de anlaşılacağı üzere birebir insan ilişkisi gerektiren, tek yönlü değil birçok fonksiyona sahip bir meslek olduğu görülmektedir. Hasta, hasta yakınları ve toplum açısından hemşirenin rolleri büyük öneme sahiptir.

1.4.1. Bakım Verici Rolü

Hemşireliğin en temel rolü bakımdır. Bu rolde hasta merkezli çalışarak karar verme yetkisini kullanır. Bakım verici rolünde bahsedilen "bakım" kişinin tam sağlık halinde kendi imkânları ile yaptığı, hasta olduğu zamanda da yapamadığı, yaşamını düzgün bir şekilde sürdürmesi ve tüm ihtiyaçlarını karşılaması için verilen destektir. Hemşire bütüncül bir yaklaşım ile bakım ihtiyaçlarını destekler. Bakım vermek için bir plan oluşturması ve buna yönelik girişimleri düşünmesi gerekir. Hastanın biyopsikososyal yönden, yani biyolojik, psikolojik ve sosyal olarak tam bir iyilik haine gelmesine yönelik önlemler almalıdır. Etkin ve nitelikli bakım, yatış sürelerini azaltarak, harcanan enerji, iş gücü ve maddi kayıpların önüne geçer (Altınok ve ark., 2011).

1.4.2. Eğitici Rolü

Hemşirenin eğitici rolü hemşirenin temel rollerinden biridir. Hemşire bu rol ile kişi ve toplum sağlığını koruma ve geliştirmeye, hastalık durumunda iyileştirmeye ve günlük hayatta devam ettirilmesi gereken doğru sağlık davranışlarını kazandırmak için eğitimler planlamalıdır. Bu rolden bahseden ilk kuramcı Linda E. Hall'dır. Hemşireler bu rolde tamamen bağımsızdır (Taylan ve ark. 2011).

Hemşirenin eğitici rolü tamamen hasta eğitimi ile sınırlandırılmış değildir (Aştı ve Karadağ, 2012). Bir eğitici olarak hemşire, tüm yaşam dönemleri ve hastalık durumlarını iyi bilmeli ve bunlarla ilgili bilgiler vermelidir. Bu rolün bir diğer kısmı da, kişilerin verilen eğitimleri anlayıp anlamadığını belirlemek ve doğru yöntem ile aktarımı sağlamalıdır (Ay ve ark., 2008). Hemşirelik mesleğinin etkin bir şekilde uygulanması ve yerine getirilmesi, sağlık açısından bilinçli bir toplum oluşmasına katkı sağlar.

1.4.3. Araştırmacı Rolü

Hemşireliğin destekleyici- yardımcı olmaktan bir meslek olmaya ve bir meslekten, akademik bir meslek olmaya geçişi yakın geçmişimizde gerçekleşmiştir. Hemşireliğin araştırmacı rolü akademik nitelik kazanma sonrasında ortaya çıkmıştır (Taylan, 2009). Bilimsel birikimin artması hemşireliğin ilerlemesini sağlamış ve bakımın daha etkili olarak sunulmasına zemin hazırlamıştır. Yeni bilgiler bu bakım ve hizmeti araştırmalarla bilimsel temellere dayandırılmaktadır (Ay ve ark. 2008).

Hemşirelik kuramsal araştırmalar; '*hasta bakımıyla ilgili olanlar, diğer hemşirelik rolleriyle ilgili olanlar, toplum sağlığıyla ilgili olanlar*' olmak üzere üç ana kategoride ele alınabilir (Velioğlu, 1985).

Yakın zamanlarda bu üç ana kategoriye yeni iki kategori eklenmesi gündeme gelmiştir. Bunlar '*sağlık profesyonellerinin mesleki geçmişi ve aralarındaki*

ilişkilerle ilgili araştırmalar ile sağlık alanındaki iletişim ile ilgili araştırmalar'dır (Velioğlu, 1985).

1.4.4. Yönetici Rolü

Hemşirenin yönetici rolü öncelikle hasta bakımının yönetilmesini kapsamaktadır. Bunun yanı sıra hasta bakımda diğer sağlık çalışanlarının koordine edilmesi, eğitim aktivitelerinin yönetimi, sağlık çalışanları ilişkileri yönetimi, kliniğin işleyişinin yönetimi, vb. de bu rolü içerisinde yer alır. Hemşirenin öncelikle kendi uyguladığı bakım planlarının yöneticisi olması gerekir. Kendi yaptığı bakımın yanı sıra ekip arkadaşlarının yaptıklarını da koordine eder (Aştı ve Karadağ, 2012). Hemşirelerin hasta bakımını yapması, bakımın devamını getirebilmesi için hastalıkların semptomatolojisini ve patogenezi hakkındaki bilgilerinin yanı sıra temel tıp bilimlerinden farmakoloji, psikoloji, sosyoloji bilgilerine de sahip olması gerekmektedir. Hemşirenin yönetici rolü diğer rollere entegre olarak ortaya çıkmaktadır (Ay ve ark., 2008).

Yönetim rolü özellikle, eğitim yönetimi rolü giderek önem kazanmaktadır. Örgün eğitim sırasında her şeyin öğrenilmesi olanaksızdır. Sürekli eğitimin önemi, sürekli gelişen bir toplumda büyüktür. Ancak sürekli eğitimle teknik becerilerin devam etmesi mümkün olmaktadır (Erdemir, 1998). Yönetici rolün etkin bir şekilde kullanılması için meslek üyelerinin iletişime açık olması gerekmektedir.

1.4.5. Karar Verici Rolü

Hemşire hasta üzerinde bir uygulamayı yapmadan önce onu biçimlendirmesi gerekir. Mesleki bir karar oluşturmak için olan bu süreçte, hastanın ve ailesinin beklentilerinin, kişinin tıbbi durumunun, takibini yapan tıbbi ekibin görüşü dikkate alması gerekir. Hemşirelik bakımının ilk aşaması tüm hastalar için en iyi bakımın planlanmasıdır. Karar verici rolü hemşireliğin bağımsız rollerinden biri olması yanı sıra tüm hemşirelik rollerinin bir alt unsurudur (Taylan ve ark, 2011)

Karar verme rolü, karar doğrultusunda gerçekleştirilen eylemin sorumluluğunu almayı, gerekli hesabı verebilmeyi gerektirir. Kararı hayata geçirdikten sonra ikinci bir sefer düşünerek durum değerlendirmesi ve öz denetim yapmak gerekir (Taylan, 2009). Karar verici rolü profesyonel bağımsızlığın işlevsel olarak hayata geçmesi yönünden en önemli roldür.

1.4.6. Savunucu Rolü

Hemşirenin savunucu rolü, gereksiz açıklamalardan ve işlemlerden arındırılma, bilgilendirilme, seksüel suiistimalden uzak tutma, çalışanların hastanın çıkarları doğrultusunda çalışması ve genel olarak hastadan tarafa eylemde bulunmasını sağlanma öğelerini içermektedir. Savunucu rolünde, hasta bilgilendirilir, karar vermesine yardım edilir eğer gerekirse sözcülüğü yapılır, uygulanacak tanı, tedavi gibi işlemlerin yan etkilerinden ve komplikasyonlarından koruma gibi görevleri yerine getirilir. Savunucu rolde hemşire kendini ifade edemeyen ya da ifade etmekte zorlanan hastaların haklarının korunmasına yardımcı olmaktadır. Bu rol aynı zamanda bağımsızlığa saygı ve zarar vermeme ilkeleri ile bağlantılıdır. Bağımsızlık derecesi yüksek olan bir roldür (Ardahan,2003). Hasta- hasta yakınları ile fayda sağlayıcı bir ilişki için hemşirenin savunucu rolü çok önemlidir.

1.4.7. İletişim ve Eşgüdüm Sağlayıcı Rolü

İletişim, iletilen bilginin hem gönderici hem de alıcı tarafından anlaşıldığı aktarılma sürecine denir. Sağlıklı bir iletişimde tüm alıcılar aynı iletiyi aynı biçimde anlamalıdır. Çalışmaların elbirliği ile yürütülmesinin aksamaması için eş güdüm gerekir ve buda iletişim ile sağlanır (Tortumluoğlu, 2004).

Hemşire, bütün toplum üyeleri ile iletişim içindedir. Hasta ile devam eden ilişkisinde iletişimin doğruluğu çok önemlidir. Diğer tüm planları ve bakımları bu sağladığı iletişime göre yapar. Bu bağlamda iletişimin büyük bir önemi vardır (Potter ve Perry, 2005). Mesleklerinin doğası gereği, canlı dinamiklere sahip olan sürekli etkileşim içerisinde çalışan hemşirelerin, mutlu bir çalışma ortamının oluşması ve

hatasız iş yapabilmeleri için gerek bireysel gerekse organizasyonel olarak anlaşılır, yalın bir iletişim içerisinde olmaları gerekmektedir.

1.4.8 Rehabilit Edici Rolü

Hemşire bu rol kapsamında, kişinin herhangi bir nedenle oluşan işlevsel veya yapısal kayıpların olduğu durumda, kişinin en üst düzeyde becerilerini kullanması, eğer bir kayıp var ise bununla birlikte gelişen değişimlerle baş etmesini desteklemesi gerekir. Kaybolan işlevleri elinden geldiğince geri kazandırarak, günlük yaşamını kolaylaştırarak ve psikolojik destek sağlayarak bağımsızlığı en üst düzeye çıkarmayı hedefleyen bu rol kapsamında, hemşirenin bağımsızlık derecesi yüksektir. Hemşirenin rehabilit edici rolünün yanı sıra diğer rolleri ile birlikte kişiye mümkün olan en üst düzeyde yaşamını sağlamaya yönelik çalışması gerekmektedir (Akdemir ve Akkuş, 2006).

1.4.9. Konfor Sağlayıcı-Rahatlatıcı Rolü

Hemşirenin bu rolünü yerine getirirken hastanın bakım gereksinimlerini saptaması ve özellikle bu gereksinimlerini kendi karşılayamayan bireylerin gereksinimlerini karşılanarak rahatlamalarının sağlanmasıdır. Uzun süre hastanede bakım verilen bireylerin buldukları ortamı günlük yaşam alışkanlıklarını sürdürebilecekleri şekilde düzenlenmesi konforu artıracaktır. Kişilerin günlük rutin alışkanlıklarının, hastanede buldukları sürece olabildiğince korunmasını sağlanmalıdır (Aştı ve Karadağ, 2012).

Hastanede amaç iyileşmeyi sağlamaktır. Bulunulan yerin buna uygun biçimde düzenlenmesi bu amaca ulaşmada önemli ölçüde katkıda sağlamaktadır. Kişilerin ise tedavi ve bakım işlemleri mükemmel dahi olsa farklı talepleri olabilir. Bu bakımdan tıbbi ortamların düzenlenerek kişilerin ihtiyaçlarına ve alışkanlıklarına göre uygun hale getirilmesi, hasta bireyler açısından bir hak olarak ortaya çıkmaktadır. Hemşirelerin rahatlatıcı rolü çerçevesinde kararlar, kimi zaman hemşireye, kimi zaman kurumsal düzenlemelere, kimi zamanda ekibin diğer üyelerine ait olabilir

(Erdemir ve ırlak, 2013). Meslek üyeleri çalışma ortamlarının fiziki yapısını ergonomik, konforlu ve rahatlatıcı olmasını sağlayabilir.

1.4.10 Tedavi Edici Rolü

Tedavinin belirlenmesi ve planlanması hekimin görevidir. Hemşire de tedavinin uygulanmasında sorumluluk sahibidir (Hatipoğlu ve ark., 1996). Hemşireler ilaç dışı tedavi işlerinde bağımsızdır. İlaç uygulamaları ve cerrahi işlemler ise bağımlı rollerinden biri olması ile birlikte bazı sertifika programlarına katılmaları ile alınan uzmanlıklarla bağımsız hareket ettikleri görölür (Taylan, 2009).

Yakın geçmişte hemşirelerin rollerinde önemli gelişmeler görölmektedir. Bu bağlamda, 1992 senesinden itibaren hemşirelerin kendi uzmanlık alanlarında reçete yazabilmeleri için düzenlemeler yapılmaktadır. Amerika Birleşik Devletleri, Avustralya, İrlanda ve Yeni Zelanda gibi ölkelerde mevzuatlar buna göre düzenlenmiştir. Bu şekilde eğitim almış hemşireler aldıkları eğitim çerçevesinde reçete yazma yetkisine sahiptir (Taylan ve ark., 2011). Hemşireler ölkemizde reçete yazma yetkisine sahip olmasalar da buna yönelik istekleri meslek örgütleri talep etmektedir.

1.4.11. Kariyer Geliştirici Rolü

Hasta bakım ve tedavisinin kalitesi ve daha iyiye gitmesi için hemşireler bilinçli bir şekilde kendilerini ve geliştirmektedir. Bu ilerlemeye açık olan rolün oluşması, eğitim olanaklarının artması, hemşireliğin profesyonelleşmesi ve çalışma alanlarının gelişmesi ve lisans ve lisansüstü olması ile ilgilidir. Bu rol genel olarak mesleği sahiplenme ile bütönlük arz etmekte ve bağımsız roller arasında yer almaktadır (Potter ve Perry, 2005).

Bu rol kapsamında mesleki sorumlulukları yerine getirmenin ötesinde, mesleği geliştirmek, bağımsızlık, statü, yetki ve güç kazandırmak bulunmaktadır. Bireysel veya örgütsel olarak yasal ve idari düzenlemelerin biçimlenmesinde söz sahibi olması, toplumdaki hemşirenin algısını olumlu hale getirmeye yönelik çalışma yapması da yer alır. Mesleki gelişimi sağlamak ve güç birliğine ulaşmak için ortak bir şekilde hareket etmelidir. Hemşirelerin ortak değer, çıkar ve amaçları doğrultusunda kurulan örgütler, bahsedilen hareketin gerçekleşmesi açısından büyük önem taşır. Bu kapsamda kariyer geliştirici rol çok önemlidir (Aştı ve Karadağ, 2012).

Maalesef ülkemizde bu örgütlenme pek tutulmamakta ve bu durum da kariyer geliştirici rolün önünü kapatmaktadır. Ülkemizde ilk olarak “Türk Hasta Bakıcılar Cemiyeti” adı altında 1933’te kurulan, sonra 1943 yılında yeniden yapılanarak “Türk Hemşireler Derneği” adını alan derneğin üye sayısı 10.000 olup, ülkemizdeki toplam hemşire sayısı 100.000’inin üzerindedir (Taylan, 2009).

1.4.12. Özerk ve Sorumluluk Sahibi olma Rolü

Mesleki özgürlük, bireyin yapacağı işin kendi kendine aldığı kararlar doğrultusunda gerçekleştirmesi sürecini ifade etmektedir. Sorumluluk, günlük konuşmada bir işi üstlenmek olurken; hukuki anlamda olumsuz bir sonucun hesabını vermek olarak tanımlanır (Taylan ve ark., 2011).

Bu rol içerisinde yaşanan olaylar genellikle çalışılan kurumdaki işleyiş yetersizliği veya aksaması sonucu ortaya çıkmaktadır. Örnek olarak hemşirelik hizmetlerinin kalitesini engelleyen kadro düzeyleri ve bağımsız bir meslek olarak hareket etmesini engelleyen hemşirelik sorunları verilebilir. Ülkemizde mesleğin bağımsızlığı ile ilgili sorunlar eğitim düzeyinin aynı olmamasından kaynaklanmaktadır. Farklı diplomalara rağmen tüm hemşireler aynı hak ve sorumluluklara sahiptir. Bu durum diğer sağlık çalışanları ve kendi aralarında sorun

oluşturmaktadır. Mesleki özerkliği hayata geçirmek istemede öne çıkan en önemli problem eğitim durumlarının farklılıklarıdır. Düşük eğitim seviyesi, özgüven eksikliğine ve aşırı strese yol açmaktadır. Özerklik lisans düzeyinde verilen yönetim, öğretim, gelişim ve araştırma gibi konularla sağlanmaktadır (Bırol, 2002).

Bağımsız olma ve sorumluluk alma rolü sadece mesleki bağımsızlığı değil, hastanın bağımsızlığını da içine almaktadır. Bahsedilen hemşirelik rolünün ilerisinde, bugünkü tıpta genel olarak hastanın bir birey olarak değerine inanılmakta, yapılan veya yapılacak işlemler hakkında bilgi eksikliğini giderme, kişi hakkında alınan kararlarda söz sahibi olduğunu bildirmekte ve buna katılmasına yardım etmekte, haklarını koruyup onlara saygı duyulmakta, biyopsikososyal bütünlüğünün bozulmasına özen gösterilmektedir (Erdemir, 1998).

1.4.13. Danışman Rolü

Hemşirelik, sağlığı koruma ve geliştirme, yaşam kalitesini artırma, hastalık ile birlikte gelişen sorunlar ile baş etmeyle ilgili kendi olanaklarını kullanmaları konusunda danışmanlık hizmeti vermektedirler. Bu rol hasta kişiye ve ailesine yönelik de; hastalık ile ilgili bir farkındalık yaratmak, hastalığın gidişatı ve etkilerini öğretmek, ortaya çıkan sorunlar ile baş etmek için devreye sokulacak kaynakları ve dışarıdan sağlayacağı desteği tanıtmak ve bunları kullanmasının teşvik etmeyi kapsayan durumlarda ortaya çıkmaktadır. Danışman rolü, hemşirenin bağımsız rolleri arasında ve iletişimci ve eğitimci rolleri ile yakın ilişki içerisinde (Yıldırım ve Özkahraman, 2011)

2. BÖLÜM

ROL ÇATIŞMASI, ROL BELİRSİZLİĞİ VE TÜKENMİŞLİK (BURNOUT) SENDROMU

2.1. Rol Kavramı ve Rol Çeşitleri

Rol; insanların bir birey veya topluluktan umdukları davranışları ifade eder. Kişinin iş ve özel hayatında yapması beklenen birçok davranış vardır. Bu rollerin kapsamı bir takım normlar ile daha önceden belirlenmiştir. Kişi bu yapması gereken rolleri yerine getirmekle yükümlüdür. Rol, kişinin sistem içerisinde konumunu, sahip olduğu hakları, sorumlulukları ve yükümlülükleri yansıtır (Köroğlu, Köroğlu ve Alper, 2012).

Rol kavramını Amerikalı antropolog Ralph Linton literatüre kazandırmıştır. Amerikalı bilim adamının rol kavramı ile statü arasındaki ilişkiyi belirlemek için, rolü statünün dinamik yönü olarak görmüştür. Bireylerin içinde buldukları örgütlerdeki sahip oldukları hak ve sorumlulukların tümüne rol demiştir (Erkenekli, 2000).

Morgan ve Kazmier rolü “beklenti” ile bağlamışlardır. Kazmier rolü “bir küme içerisinde belli bir görev yeri ile bağlantılı bir takım beklentiler” olarak tanımlamıştır. Morgan ise rolü “belirli bir statüde yer alan ya da bir fonksiyon ile görevlendirilen kişiden beklenen davranış” olarak tanımlamıştır. Bu bağlamda, her birimle ilişkili, beklenen davranış olarak belirlenmiş bir takım aktivite vardır ve bunlar, birimde olan herhangi bir birey tarafından yapılacak rolü en azından yaklaşık olarak belirlemektedir (Savcı ve Gökgez, 1995).

Temel Roller: Bireylerin yaşlarına ve cinsiyetlerine göre gerçekleştirmeleri beklenen rollerdir. Yaşa ve cinsiyete göre toplumların kişilere ilişkin beklentileri bu rolleri oluşturur. Örnek olarak annelik, babalık bu roller içerisinde yer alır.

Genel Roller: Toplum tarafından kabul edilmiş, sonuçları çoğu zaman toplumu veya grubu etkileyen rollerdir. Örneğin mesleki roller bunun içerisinde yer alır.

Bağımsız Roller: Genel rollerden bağımsız, kişiyi etkileyen ve yerine getirilmesinin zorunda olunmadığı rollerdir (Banton, 1968).

2.2. Rol Çatışması

Bireysel anlamda çatışma, birbirleri ile uyumlanmayan iki veya daha fazla güdü aynı anda bireye etkilediği anlarda ortaya çıkar; güdülerin türüne, şiddetine, içinde bulunulan ortama göre değişik görüntüler gösterir (Cüceloğlu, 1992).

Örgütsel açıdan rol bir kişinin bulunduğu görev yerine göre gerçekleştirmek durumunda olduğu ve kendisinden beklenen davranışlar dizimidir. Fakat, çalışma ortamında hep beklenen davranışlar gerçekleşmez, rolün gerçekleştirilme durumunda olmaları farklı sebeplerle, kendilerinden beklenen birden çok rolün etkisinde ne yapılacağına karar verip, yerine getirmediklerinde, rol çatışması ortaya çıkmaktadır (Şahin, 2009).

Rol çatışması kendini değişik şekillerde gösterir. Aynı anda birden fazla rolü gerçekleştirmek durumunda olan kişinin rol gereklerinden birisine, diğerlerine oranla daha fazla uyması buna örnektir. Bu durumda kişinin birden fazla rolü aynı anda üstlenmesi bu rollerden birinin yapılmasına engel olması durumunda rol çatışması ortaya çıkmaktadır (Fisher, 2001).

Rol çatışması yaşayan bireyin, aşırı stres yaşamaması, doyumsuz olması ve performans düşüklüğü söz konusudur. Bu da bireyin doyumunun ve etkinliğinin azalmasına neden olmaktadır.

2.2.1. Rol Çatışması Türleri

Kahn ve arkadaşları rol çatışmalarını beş bölüme ayırmışlardır.

Rol Göndericinin Kendi İçinde Çatışması: Rol sorumlusuna üstlerinden kişilerin birbiri ile çelişkili isteklerinin olması durumunda ortaya çıkan türe denir. Rolü gönderen kişi, rolü gerçekleştirmesi gereken kişiden gönderdiği rol ile uyumsuz beklentilerde olması da rol çatışmasına düşmesine neden olur. Bir rolü yerine getirmek bazı zamanlarda diğerlerini yerine getirmeyi zor kılar (Donald, 2003).

Rol Göndericiler Arası Çatışma: Kişinin aynı zamanda birbiri ile çelişen rolleri üstüne almak zorunda kalması söz konusudur. Birden fazla rol göndericinin gönderdikleri istekler rol sorumlusunun çatışmaya düşmesine sebep olabilmektedir (Yıldırım, 1996).

Roller Arası Çatışma: Çalışandan farklı beklentileri olan birden çok rolü aynı zamanda yapmasının istenmesi halinde ortaya çıkan durumdur. Rol yükümlüsü bu roller arasında tercih yapamamasında ortaya çıkar (Bovee ve ark., 1993). Buda psikolojik bir çatışma yaşanmasına neden olmaktadır.

Kişi- Rol Çatışması: Kişinin verilen rol ile uyumsuzluğudur. Rol hoşnutsuzluğu olarak da tanımlanabilir. Kişinin kendi sahip olduğu inanç, bilgi, yetenek ve görüşü ile bağdaşmayan davranışların istenmesi halinde ortaya çıkmaktadır (Kılınç, 1991). Burada bireyin istekleri, inançları, değer yargıları, yetenekleri ile içinde bulunduğu organizasyon arasında uyumsuzluk söz konusudur.

Aşırı Rol Yüklenme: Kişiden istenilenleri, beklenen zaman ve nitelikte gerçekleştirmesinin mümkün olmadığını hissettiği zaman, öncelik tanyacağı rolü seçemediğinde ortaya çıkar. Bu durumda kişiden beklenenler büyük ihtimalle yerine getirilemeyecek ve çatışma yaşayacaktır. Bu durum bir çok araştırmada en önemli rol çatışması kaynağı olarak gösterilmiştir (Kılınç, 1985). Aşırı rol yüklemenin rol

çatışmasına neden olabileceği gibi olması gerekenden az rol üstlenmede rol çatışması neden olabilir.

2.2.2. Rol Çatışmasının Nedenleri

Genel Faktörler: Rol çatışmasına neden olan genel faktörler şöyledir:

- Bir statüde olan birey, belli bir role sahiptir. Bu statüdeki birey hangi rolü yapacağını açık ve kesin olarak bilir.
- Zaman içerisinde rollerin bir tutarsızlık içinde olması ya da değişik rollerin aralarında uyumları da rol çatışmasının bir diğer örneğidir.
- Rolün kendisinin, rol yükümlüsünün kendi kanılarına göre çelişen istekleri içermesi halinde de rol çatışması görülür (Evrım, 1972).

Örgütsel Faktörler: Örgütse açıdan faktörler üç ana başlık altında toplanmıştır.

- Rolün kapsamının örgütsel sınırları aşmayı gerektirmesi: Rolün kapsamı iş yükümlüsünden beklenen rollerin toplamıdır. Kapsamın geniş olması halinde, beklentilerde farklılık olabileceğinden rol çatışmalarının ortaya çıkması kaçınılmazdır.
- Rolün yenilik getirici ve yaratıcı bir nitelik taşıması: Kurumun gelişen durumu sebebiyle yaratıcı ve yenilikçi bir rol üstlenmesi rol çatışması potansiyelini artırır.
- Kişiler arası ilişkilerin niteliği: Bu ilişkilerin niteliği rol çatışmasının şiddetini belirler, bu ilişkilerde baskı ve güç kullanımı olması rol çatışmasını artırır (Kılınç, 1998).

2.2.3. Rol Çatışmasının Sonuçları

Rol çatışmalarının hem kişiler hem de örgütler açısından olumsuz bir çok sonuçları vardır.

Bireyin Engellemeye Uğraması: Kişinin örgütten, örgütün kişiden beklentileri vardır. Bu beklentiler birbiri ile uyumuyor ve kişi beklentilerini örgütten karşılamıyor ise, kişiden beklenen davranışlar beklentilerine uygun olmuyorsa kişi

beklentilerinin engellendiğini hissedecektir. Kişi isteklerini karşılamak için yeni imkanlar, yeni işlerin arayışına girecektir. O halde yetiştirdiği ve üzerine yatırım yapılan çalışanını kaybetmek istemeyen yönetici kişinin bu beklentilerini karşıladığı oranda onu tutabilecektir (Düşükcan, 2008).

Stresin Artması: Kişide rol çatışmaları yaşanırse stres ortaya çıkar. Fakat stres fizyolojik ve psikolojik olarak kendini gösterir. Bazen fizyolojik tepkiler; kalp, mide rahatsızlıkları gibi bozukluklar veya sigara, alkol vb. maddeleri kullanma ve artışı olarak gösterir. Bazen ise tepkiler kişinin davranışlarına yansır huzursuzluk, öfke, dikkatsizlik, unutkanlık gibi. Bu tür problemleri çok sık aralıkla yaşayan kişiler huzursuzluklarını işe taşıyacaklar, motivasyonları düşecek, başarısız ve tatminsiz olacaklardır (Adıgüzel, 2012).

Düşük Moral, İş Tatmini ve Güvenin Azalması: Rol çatışması yaşayan kişiler beklenen davranışı eğer gösteremezlerse performansları düşecektir. Bu da onları başarısızmış gibi gösterecektir. Bu olay karşısında kişinin özgüveni azalacak ve işinde mutsuz olacaktır. Dolayısıyla kişinin iş tatmini düşecektir (Şimşek, 2005).

İletişim Güçlükleri: Kişiler veya gruplar arasındaki iletişim eksiklikleri muhtemel bir çatışma kaynağıdır. Kişi çalıştığı örgütten, üstlerinden kendini ayırdıkça rol çatışması içine girer ve gittikçe içine kapanır. Yaşanılan bu haberleşme güçlükleri kişinin kendini ifadesini güçleştirecek, tatminsizliğini karşı tarafa iletemeyecek ve bir kısır döngü gibi olumsuzluklar katlanılarak yaşanacaktır (Kılınç, 1991).

2.3. Rol Belirsizliği

Örgütte yer alan kişiler kendine verilen görevleri istenilen performansta ortaya koyabilmek için bir takım bilgiye sahip olması gerekir. Eğer bu gereken bilgiye sahip değilse rol belirsizliği ortaya çıkar. Başka bir deyişle rol belirsizliği; kişinin yapması gereken rol ile ilişkin bilgisinin yeterli olmaması durumudur (Ceylan ve Ulutürk,

2006). Rolün tam olarak ne olduğunu bilmeme, belirsizliğin temel sorunlarından biridir.

Rol belirsizliği Peterson ve arkadaşlarına göre, bir rolün gereklerini yerine getirmek için hangi faaliyetlerde bulunacağı konusunda yaşanan duruma denir (Kundakçı, 2003).

2.3.1. Rol Belirsizliğinin Çeşitleri

Görev Belirsizliği: Görev belirsizliği, kişinin örgütte yapacağı işte belirsizlik olması durumudur. Rol ile ilgili beklentilerin ne şekilde değerlendirildiğinin bildirilmesindeki bilgi eksiklikleri rol belirsizliğinin derecesini belirlemektedir. Kişi yapacağı işin ne olduğunu, neyden sorumlu, kime karşı sorumlu, ne yapacağını bilmediği bir konumda üstlerinin istediği performansı göstermesi ve yaptığı işten memnun olması çok zordur. Yapılan iş tanımları ve analizleri sayesinde kişinin ne yapması ve nasıl yapması gerektiğini biliriz. Çalışanların rolleri açık bir şekilde tanımlanırsa işleri konusunda daha çok tatmin olacaklardır. Rol teorisine göre, fazla sürede rol belirsizliği iş tatminsizliğini artırarak örgüt içerisinde çatışmalara neden olabilir. Bundan dolayı örgütlerde iş tanımı ve görevin sınırları kesin olarak belirtilmelidir (Özkalp ve Kirel, 1996). Görev tanımı olduğu zaman, rol belirsizliği de belirli ölçüde azalır.

Sosyal-Duygusal Belirsizlik: Kişiler kendilerinin başkaları tarafından ne şekilde ve nasıl değerlendirildiğinden emin olamaması durumudur. Değerlendirme kriterleri açık bir şekilde olmadığı durumda veya geri bildirim alamadığında sosyal- duygusal belirsizlik tipi ortaya çıkmaktadır (Yıldırım, 1996). Özgüveni eksik olan kişilerde sıklıkla görülür.

2.3.2. Rol Belirsizliğinin Nedenleri

Kahn ve arkadaşlarına göre rol belirsizliğinin nedenleri; örgütün çok büyük ve karmaşık olması, hızlı örgütsel gelişmeyle birlikte yeniden örgütlenme personeli etkileyen örgütsel çevrede meydana gelen değişimleri bir birleriyle ilişkili personelin yer değiştirmeleri ve yönetimin etkin bir örgütsel bilgi akışı sağlayamaması olarak sıralanabilir (Kundakçı, 2003). Hastaneler bu sıralanan ölçütler için güzel bir örnektir. Yapısal büyüklük, sorunların daha büyük olmasını sağlar.

2.4. Rol Çatışması ve Rol Belirsizliğiyle Başa Çıkma Yöntemleri

Bu strateji ve yöntemler, durumsal bir yaklaşım ile değerlendirilip, örgütün içinde bulunduğu kültür, teknoloji, sektör gibi kıstaslar dikkate alınmalıdır (Erkenekli, 2000).

2.4.1. Bireysel ve Organizasyonel Yöntem ve Stratejiler

Bireysel Başa Çıkma Yöntem ve Stratejileri: Rol çatışması ve belirsizliği ile başa çıkma yöntem ve stratejileri şöyledir (Kılınç, 1988):

- 1- Kişinin suçlanmaktan kaçmak amacıyla, suçu başkalarına atma, yani “yansıtma” ve kişilerin gerçek nedenlere göre kendilerini daha az zedeleyeceğini düşündükleri mazeretlere başvurma, yani “ussallaştırma” gibi savunma mekanizmaları
- 2- Kişinin, başkaları tarafından daha önemli kabul edilen rol göndericilere öncelik tanıyıp diğerleri arka tarafa atması,
- 3- Kişinin, kendisinden beklenen davranışları ve etkileme girişimlerini reddederek, rolün gereklerine uygun davranmaya yönelmesi, yani “tamamen kaçınma” yöntemini kullanması; eğer reddetme olanağı yoksa “kaçma” yöntemini kullanması,
- 4- Rol baskısının geçici olduğu veya kişinin rol göndericileri yatıştırabildiği durumda baskının kesilmesinin beklenmesi,

- 5- Kişinin, kişisel olmayan politikalara yoğun bir şekilde bağlanarak, şekilsel kurallara karşı çıkmaya gücünün yetemeyeceğini söylemesi ve beklenenleri yerine getiremeyeceğini bildirmesi
- 6- Kişinin, yaptığı davranışı değiştirmesi yerine, olan durumun ya da beklenen davranışların tekrardan tanımlanmasını istemesi,
- 7- Roller arası çatışmanın varlığında, kişinin rolünün önemini azaltması ve hayatının başka yönlerine ağırlık vermesi,
- 8- “Kaçınma yöntemler” olarak tanımlanabilecek ilk yedi uygulama ile birlikte, kişinin rol göndericilerle çatışan istekleri hatırlatılarak onlardan bunlara çözüm üretmelerinin istenmesi,
- 9- Kişinin, kendi kabiliyetinden düşük rolleri üstlenmesinin sebep olabileceği çatışmalarda, kendi rolüne ek olarak başka kişilerin rollerini de üstlenebilmesi,
- 10- Kişinin, rol kümesindeki üyelerden rolleri ile ilgili açıklama beklemesi, bu konuyu onlarla tartışması da kullanılabilir diğer yöntemlerdir.

Savage’a göre de, kullanılabilir stratejiler genel olarak şöyledir (Savcı-Gökgöz, 1995);

- 1- Kişi, verilen bir pozisyonu kabul etmeden önce, bu pozisyondan beklenenleri iyi değerlendirmeli; başkaları ile kendini karşılaştırarak rol ile uyumunun olup olmadığını araştırmalı,
- 2- Kişi, yeni pozisyondaki görevini değerlendirirken, kendine bağlı astlarında rol davranışlarını gözlemleyip buna göre rol beklentilerinde bulunmalı,
- 3- Karşılıklı olarak tarafların birbirlerini anlamaları ve arada yaşanabilecek algı yanlışlıklarının önlenmesi için kişi, beklediklerini rol göndericiler ile tartışabilmeli,
- 4- Biçimsel örgütlerde, daha iyi anlaşılabilir diye beklentiler yazılı hale getirilmeli,
- 5- Kişi, rolünü tam olarak yerine getirebilmek için başkalarının da o rol ile ilgili düşüncelerini takip etmeli,
- 6- Kişi, eğer rol çatışmasına düşerse objektif bir şekilde hangi davranışlarda bulunacağını saptamalı,
- 7- Kişi, kendi yetenek ve niteliğine uygun davranışlarda bulunmalıdır.

Bunlar ile birlikte Rosenblatt'ın (2001) yaptığı çalışmada, kişinin becerisindeki çeşitlilik ve esnekliğin, birden çok role sahip olmanın tükenmişlik üzerinde bıraktığı olumsuz etkiyi yumuşattığının belirlenmesi konu ile ilgili ilginç bir sonuçtur.

Organizasyonel Başa Çıkma Yöntem ve Stratejileri: Rol çatışması ve belirsizliği ile mücadelede kullanılacak organizasyonel başa çıkma yöntem ve stratejileri şöyledir (Kılınç,1988):

- 1- Çatışma olasılığının olduğu durumlarda, kişilerin birden fazla rolü almasının engellenmesi,
- 2- Çatışmalı rol beklentileri olabilecek durumun, yer ve zaman açısından bir araya getirilmesi,
- 3- Terfi veya yeni eleman alınması durumunda, yönlendirme programları, özel eğitimler ve deneme süreçleri gibi uygulamalarla, sorumlulukların ve sahip olunan yetkinin tam olarak kavratılması,
- 4- Kişilerin, rol kümesi ile ilgili birimler arasında rotasyona tutulması, birbirlerinin çalışma koşullarının anlaşılmasının sağlanması,
- 5- Demokratik ve katılımcı liderliğinin uygulanmasına önem verilmesi,
- 6- Astların, kendileri ile ilgili konularda alınan kararlara katılımın sağlanması, rollerinin açıkça tanımlanması ve mümkün olduğu kadarıyla biçimselleştirilmesi,
- 7- Rol çatışması ve belirsizliği ile ilgili uzman kişilerden başa çıkma ve ona tolerans gösterme ile ilgili eğitimler alma,
- 8- Önemli pozisyonlardaki kişilere, örgüt içindeki yaptırımlardan muaf tutulma ayrıcalığının tanımlanması,
- 9- Örgütsel uygulamalar ve bölümler arasında karşılıklı bağımlılığı azaltmak amacıyla yapısal değişiklikler yapılması,
- 10- Rol kümesi içinde bulunan kişilerin ve ilişkili bölümlerin sayısının azaltılması
- 11- Kişinin rol kümesindeki üyeler ile iletişimini arttırması ve sıklıkla bir araya getirilmesine yönelik çalışmaların yapılmasına başvurulması.

2.4.2. Örgüt Geliştirme Yaklaşımı

Rol çatışması ve rol belirsizliği ile mücadelede en önemli teknikler Rol Analiz Tekniği ve Rol Müzakeresi Tekniği'dir.

- a. **Rol Analiz Tekniği (RAT):** Dayal ve Thomas tarafından geliştirilen ve bir danışman yardımıyla bir örgüt geliştirme laboratuvarında yürütülmesi ön koşulu ile bu teknik temelde, örgütsel gruplar ve bölümlerdeki rol belirsizliklerinin ve karmaşanın önlenmesi ve yeni oluşacak bölümler için daha iş başlamadan rollerin açık ve net bir biçimde belirlenmesi amacını taşır (Kılınç, 1988). Roller kesin olursa, belirsizlik ortaya daha az çıkar.

Rol Analizi Tekniği'nin beş aşama bulunmaktadır:

- **Rol Analizi:** Rolün gerekleri önceden belirlenmiş olana kişinin, söz konusu olan rolü kendi algıladığı şekilde ortaya koyması, listelemesi ve bunların tartışılması,
- **Rol Yükümlüsünün Rol Kümesinin Diğer Üyelerinden Beklentileri:** Kişi, diğer rol kümesindeki kişilerden beklediklerini listelemesi ve bunların tartışılması
- **Rol Yükümlüsünden Rol Beklentileri:** Rol kümesindeki diğer kişilerin, rol yükümlüsü kişiden beklentilerini listelemesi ve bunların tartışılması,
- **Rol Profilinin Oluşturulması:** İlk üç adıma bağlı olarak odak kişinin, rolün zorunlu öğelerini, diğer rollere karşı yükümlülüklerini ve onlardan beklentilerini içeren bir özet hazırlaması ve rol kümesindeki diğer kişilere dağıtması,
- **İzleme ve Değerleme:** Rol kümesinde üyelerin belirli bir aralıkta toplanarak rol profilini ve rol beklentilerini yeniden incelemeli ve gerekli düzenlemeleri yapmaları gerekir. Hastanelerin karışık bir yapıya sahip olmalarından dolayı ve farklı meslekleri bir arada barındırmasından

dolayı bir biri içerisine girmiş durumlar bu teknik sayesinde açıklığa kavuşturulabilir (Öztürk-Mishal, 1994).

Başka bir deyişle hastanelerde yaşanan sorunlar bu teknik ile çözüme ulaştırılabilir.

- b. Rol Müzakeresi Tekniği (Role Negotiation):** Bu rol Roger Harrison tarafından geliştirilmiştir. Birçok insanın çözümlenemeyeceği durumlarda açık bir şekilde müzakereye dayalı bir çözümün tercih edileceği, bu çözümü elde etmek içinde zaman ayıracakları ve kendilerinden ödün vermeye istekli olacakları varsayımını temel alır. Bir örgütsel grubun sorunlarını çözmede davranış beklentilerinin paylaşılmasını amaçlar ve bu konu ile ilgili bir sözleşme hazırlamaları gerekmektedir (Kılınç, 1988). Yapılan aylık toplantılarda bu teknik kullanılarak çözüm üretilebilir.

Bu yöntemin; gruptaki üyeler arasında ilişkilerin gözden geçirilmesine, davranışsal değişimin hayata geçirilmesine, danışmana uzun süreli bir bağlanmanın gerekmediğine, özel bir eğitim yerine birimde yer alan uzman bir danışmana danışılabilmesi ve maliyetin diğer örgüt geliştirme yöntemlerine göre daha az olması gibi avantajları bulunur (Öztürk ve Mishal, 1994).

2.5. Tükenmişlik (Burnout) Sendromu

2.5.1. Tükenmişlik Tanımı ve İlgili Kavramlar

Günümüzün en büyük sorunlarından biri olan tükenmişlik, organizasyonların hızlı büyümesi ve teknolojik gelişmelerin hızla artmasıyla çalışma hayatı için ciddi bir engel teşkil etmektedir. Tükenmişlik sendromu çalışma hayatı içerisinde yaşanan olumsuzluklarla doğrudan ilişkilidir.

Çalışma hayatı içerisinde insanlarla birebir temas gerektiren meslek gruplarında tükenmişlik sendromu daha çok görülmektedir (Maslach ve Jackson, 1981). Birebir ilişki kurulan meslek gruplarında bireylere karşı gösterilen insanı sorumluluğun, nesnelere karşı gösterilen maddesel sorumluluğun daha fazla tükenmişlik yaşanmasına yol açtığı yapılan araştırmalarda ortaya çıkmıştır (Ensari ve Tuzcuoğlu, 1995). Bu sebeple çalışma hayatı içerisinde birebir insan ilişkileri gerektiren profesyonel meslek grupları olan öğretmenler, doktorlar, hemşireler, avukatlar, bankacılar, güvenlik görevliler, askeri personeller, örgütlerin müşteri temsilcileri ve örgütlerin çeşitli kademelerinde yönetici olanlar, diğer profesyonellere oranla daha çok tükenmişlik yaşamaktadır. Yaşanan olaylar, çıkan sorunlar, insan ilişkilerinin zorluğu vb. sebepler de tükenmişliği ortaya çıkaran etmenlerdir.

Sağlık hizmeti veren meslek gruplarında sağlıklı olmayan bireylerle ilişki kurmak zorunlulukları, ölümcül ve tedavisi olmayan hastalıklarla mücadele etmeleri, yoğun çalışma temposu, çevresel aşırı beklenti, yetersiz ekipman ve eleman sayısı ile çalışma, yeterince dinlenme zamanının olmayışı ve kendi özel hayatına vakit ayıramama ile bunlara bağlı ortaya çıkan toplumdan soyutlanma sonucu tükenmişlik sık görülür (Tunçel ve ark., 2014).

Sağlık organizasyonlarının içerisinde bulunan ölümcül hastalıklarla mücadele edilen ve kapalı ortam içerisinde hizmet verilen yoğun bakım, palyatif servis, ameliyathane ve acil servis gibi özellikli birimlerde daha fazla tükenmişlik sendromunun yaşandığı görülmüştür (Olkinuora, 1990). Aynı işi yapan ya da benzer meslek gruplarında yer alan bireylerin tükenmişlik yaşama düzeylerini stresle başa çıkma yöntemleri, bakış açıları ve kendilerini motive etmeleri gibi bireysel sebeplerle değiştiğini birçok araştırmacı düşünmüştür (Piedmont, 1993). Bu tip ortamlarda çalışan kişilerde umursamazlık, katılık, bıkkınlık, tepkisizlik gibi belirtiler ortaya çıkarak tükenmişliği tetikler.

Freudenberger, ilk defa 1974'te gönüllü sağlık hizmeti verenlerin yaşadığı bıkkınlık, umutsuzluk işten ayrılma gibi durumları tanımlamak amacıyla tükenmişlik

sendromunu çıkarmış ve bunu çeşitli nedenlerle başarısız olmak ve tükenip gitmek diye ifade etmiştir (Freundenberger, 1974-1975).

Tükenmişlik kavramının en çok kullanılan ve kabul edilen tanımını kendi ismi ile de bilenen Maslach tükenmişlik ölçeğini geliştiren ünlü kuramcı Cristina Maslach yapmıştır. Ünlü kuramcı tükenmişliği (Mesleği gereği insanlarla birebir ilişki kurmak zorunda olan bireylerde aşırı duygusal taleplerle karşılaşmaları sonucu fiziksel yorgunluk, kendini bitmiş hissetme, baş edememe ve karamsarlık ile mesleğe, yaşama ve diğer bireylere karşı olumsuz davranış ve tutumların yansıması ile oluşan bir durum) diye ifade etmiştir (Can ve ark., 2014). Maslach geliştirdiği tükenmişlik ölçeği ve buna yönelik çalışmaları nedeniyle bu alanda en fazla anılan teorisyendir.

Maslach'a göre tükenmişlik iş yaşamında, uzun sürede meydana gelen strese neden olan faktörlere karşı tepki olarak oluşan psikolojik bir sendromdur (Maslach, 2003).

İş yaşamında bireylerin karşı karşıya kaldıkları zorluklara yanıt olarak bireylerin geliştirdiği duygusal negatif reaksiyonlara tükenmişlik sendromu denir. Diğer ifade ile, uzun süreli yoğun stres yaşamaktan kaynaklı, öz saygının yitirilmesi veya bununla oluşan bedensel ve ruhsal bitkinlik durumu olarak açıklanabilir (Seta ve ark., 2000). Bu tanımlardan yola çıkarak tükenmişlik, bireyin yaşadığı stres ile başa çıkamaması sonucunda bedensel ve ruhsal olarak hissedilir. İş yaşamındaki bireyler arasındaki ilişkiler, aşırı iş yükü ve bireyin stres ile mücadelesindeki başarısını yapılan araştırmalar sonucunda tükenmişlik ile ilişkili olduğu görülmüştür (Tuğrul ve Çelik, 2002). Başarının düştüğünü gören birey daha fazla umutsuzluğa, bununla beraber daha fazla tükenmişliğe doğru kayar.

Kaynaklar stresin üç aşamadan oluştuğunu ve bunların alarm, direniş ve tükenme olduğunu açıklanmaktadır.

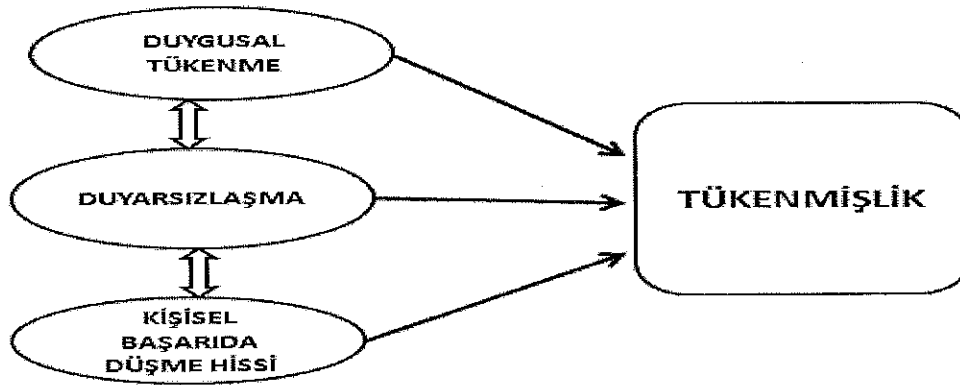
Alarm Dönemi: Bireyi dışarıdan bir uyarı kendisinde strese sebep olan bir etken olarak algılar.

Direnış dönemi: Stres ile birlikte birey kendisinin zorlandığını hisseder. Bu durumdan kaçarak ya da baş ederek tekrar eski duygu durumuna dönmek için mücadele eder. Bu aşamada strese karşı birey tarafından geliştirilen bedensel ve ruhsal mücadele stres faktörünün negatif etkilerini ortadan kaldırırsa birey “genel uyum düzeyi” ne döner ve bu aşama sonlanır.

Tükenme Dönemi: Bireyin strese karşı kendisi tarafından geliştirilen mücadelenin olumsuz sonuçlanması durumunda ortaya çıkar. Bu dönemde birey aşırı uyarı, uzun süreli ve yoğun strese maruz kalmıştır (Torun,1997).

Tükenmişliğin alt boyutları, duygusal tükenme (Emotional exhaustion), duyarsızlaşma (depersonalization), kişisel başarı duygusunda azalma (diminished personal accomplishment) dır (Maslach ve Jackson, 1986).

Şekil 1: Maslach’ın Tükenmişlik Modeli



Kaynak: Maslach ve Jackson, 1986.

Sürekli ve yoğun iş talebinin kişinin duygusal kaynaklarını tüketmesi sonucu tükenmişlik sendromu ortaya çıkar. Bu da duygusal tükenmenin meydana gelmesi sağlar. Duygusal tükenme aşamasında olan birey tükenmişliğin stres boyutunu yaşar. Kendisini bedensel ve ruhsal olarak yorgun, hizmet verdiği diğer insanlara karşı sorumsuz hissetmektedir. Bunun sonrasında kişi, kendisini savunmak için çevresi ile

olan tüm ilişkilerinde sınırlar koyar ve zihinsel olarak kendini yalnızlaştırır. Bununla beraber duyarsızlaşma ortaya çıkar. Duyarsızlaşma kişinin kendisi ile iç talepleri arasında duygusal olarak tampon görevi üstlenmektedir. Duyarsızlaşma yaşayan kişi hayatının tümünü başkaları tarafından yönetildiğini düşünür ve herkesi hayatından çıkararak yalnızlaşmak ister. Tüm bunların sonucunda ise birey işini yapma ve insanlara hizmet verme noktasında kendini yetersiz görür (Maslach, Schaufeli ve Leiter, 2001).

Duygusal tükenmede duygusuzluk ve ilgide azalma görülür. Duyarsızlaşmada; iş arkadaşlarına, hizmet verdiği kişilere veya işine karşı olumsuz ve karamsar tutumlar mevcuttur. Bu bireyler kaba, hırçın, kötüleleyici ve küçümseyici olabilirler. Kişisel başarı duygusunda azalma iş performanslarında yetersizlik, düşük öz saygı, başarısızlık ve depresyon görülür. Tüm bunlara bakıldığında tükenmişlik sendromu umutsuzluk, becerisizlik, verimsizlik, düşük özsaygı, duygusal bitkinlik ve engellenmişlik duygularından oluşmaktadır (Borkowski, 2005). Duygusal olarak kendini bitmiş hisseden birey, tükenmişliği yaşamaya mahkûmdur.

A. Duygusal Tükenme (Emotional Exhaustion)

Duygusal tükenme boyutunda kişi, yorgun, yıpranmış, enerjisi bitmiş, duygusal olarak aşırı yıpranmış, iş yapmada isteksizlik hissetme gibi belirtiler mevcuttur. Kaynaklar bu boyutun tükenmişlik için en önemli, belirleyici ve kritik boyut olduğunu vurgulamaktadır. Diğer bir ifade ile tükenmişliğin içsel boyutudur. Bu boyuttaki kişiler, hizmet verdikleri insanlara karşı kendilerini eskisi kadar verimli ve yeterli olmadığını, diğer insanlara ve çevresine karşı sorumluluk hissetmediğini düşünür, sınırlılık ile birlikte engellenmişlik duyguları yaşar. Tüm bunları yaşayan bireyler her gün yeniden işe gitmek zorunda olduklarını düşünmeleri kendileri için büyük bir endişe oluşturmaktadır (Çimen ve Ergin, 2001).

B. Duyarsızlaşma (Depersonalization)

Duyarsızlaşma boyutu bireylerin hizmet sundukları insanlara karşı insan olduklarını dikkate almadan insani duygulardan eksik, sert ve despot davranış sergilemeleri sonucunda kendisini gösterir. Bu boyuttaki kişiler, küçümseyici davranışlar, insani duygulardan uzak, sert bir tutum ve davranış sergilemektedir (Kaçmaz, 2005). Bu bireyler hizmet verdikleri kişilere, iş arkadaşlarına ve çalıştıkları organizasyona karşı soğuk, karamsar ve alaycı bir tavır sergileyebilirken bu davranışlarını sergilemekten de rahatsızlık duymazlar (Çimen, 2000). İnsanları kategorilere ayırma, sert kurallarla iş yapma ve birçok konuda endişe içerisinde olma bu boyutun belirtileri arasında gösterilir. Duyarsızlaşma boyutu tükenmişliğin kişiler arası boyutudur (Budak ve Sürgevil, 2005).

C. Kişisel Başarıda Düşme Hissi (Low Personal Accomplishment)

Bu boyutta kişi kendisini olumsuz değerlendirme eğilimindedir. Birey genel bir olumsuzluk, kendini yetersiz hissetme, tek başına yeterli bir birey olmadığını düşünme ve düşük motivasyon yaşar, kendini değerlendirdiğinde bir ilerleme kat etmediğini hatta gerileme yaşadığını, verdiği emeklerin boşa çıktığını ve çevresine artı bir değer katmadığını düşünür. Tüm bunlara bakıldığında kişi mesleğinde ve kişiler arası ilişkilerinde yetersizlik ve başarısızlık hisseder (Leiter ve Maslach, 1988; Singh ve ark., 1994; Çimen, 2000; Maslach ve ark., 2001).

Tükenmişliğin yukarıdaki üç boyutuna da bakıldığında en temel faktör uzun süre aşırı strese karşı savunmasız kalmaktır (Seta ve ark., 2000). Aşırı iş yükü, fazla çalışma saatleri, yönetici baskılarından oluşan olumsuz duygu durumları, yorgunluk, rol çatışması ve rol belirsizliği, düşük motivasyon, yetersiz özsaygı ve sosyal desteklerden yoksunluk gibi faktörlerde tükenmişliğe katkıda bulunur

(Tuğrul ve Çelik, 2002). Fakat genele bakıldığında rol çatışması ve rol belirsizliği önem sıralamasında önlerdedir.

2.5.2. Tükenmişliğin Nedenleri

Tükenmişlik sendromunun ortaya çıkmasında en temel faktör stres olarak gösterilir. Stres tükenmişlik kavramında önemli rol oynar. Stres kavramı kişiden kişiye göre değişebilir. Bazı bireyler için kolay ve aşılabılır olan bir olay bazı bireyler için içinden çıkılmaz bir hal alabilir. Stres eşikliğini sürekli aşan bireyler olumsuz etkilenirler ve tükenmişlik yaşama ihtimalleri artar (Can ve ark., 2014). Herkesin stres boyutu ve eşikliğı farklıdır.

Tükenmişlik kavramı ile ilgili yapılan araştırmalar incelendiğinde ve konuyla ilgili araştırma yapan çalışmacıların gözlemlerine bakıldığında tükenmişlik sendromuna neden olan birçok faktör olduğu görülmektedir. Bu faktörlerden bazıları bireyin kendisinden kaynaklanan, bazıları ise bireyin kendisinin dışında gelişen çevresel etkenlerdir. Bu faktörleri ve bunları etkileyen etkenlerin açıklanması ve yorumlanması tükenmişlik ile başa çıkma açısından önemlidir (Tunçel ve ark., 2014). Son zamanlarda yapılan araştırmalara göre kişinin kendisine göre, çevresel etmenler daha çok tükenmişliğı ortaya çıkarmaktadır.

2.5.2.1. Bireysel Nedenler

Bireysel faktörler, tükenmişliğe neden olan ve kişinin kendisinden kaynaklanan özelliklerdir (Dinç, 2008). Bireysel faktörler; yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, medeni durum, çocuklu ya da çocuksuz olma, işe bakış açısı, kişisel beklentiler, ego, tecrübe, duygu durumu, özel hayatta karşılaşılan etmenler vb., tüm bu faktörler bireyin tükenmişlik açısından pozitif ya da negatif yönde etkiler (Koçak, 2014).

Kişilik yapısı da tükenmişlik açısından önemlidir.

- *Gerçekçi olmayan beklentiler
- *İdealistlik
- *Mükemmeliyetçilik
- *Sözüne sadık ve sorumluluk sahibi
- *Dış kontrol odaklı
- *Hırslı ve rekabetçi
- *Kolay sinirlenen ve öfkeli
- *Aceleci
- *Kendine güvensizlik ve yetersiz hissetme
- *Empati yeteneğinden ve duygusal kontrolden yoksunluk

Yukarıdaki kişisel özelliklere sahip olan bireylerin tükenmişlik yaşama ihtimalleri daha yüksektir (Akten, 2007).

Tükenmişlik ile ilgili daha önce yapılan çalışmalara cinsiyete göre bakıldığında kadınların erkeklere oranla daha fazla tükenmişlik yaşadığı ve bunun nedeninin kadınların erkeklerden daha fazla içgüdüsel olarak davranmalarından dolayıdır. Medeni durum açısından da bekârların daha strese maruz kaldığı ve tükenmişlik düzeyleri daha düşük olduğu görülmektedir. Bireylerin eğitim düzeyleri arttıkça tükenmişlik düzeylerinin de arttığı, gençlerin ileri yaşta kiler göre daha çok tükenmişlik yaşadıkları, mesleki kıdem açısından mesleğinin ilk yıllarında bireylerin beklentisi ve enerjisi yüksek olması nedeniyle daha çok tükenmişlik yaşadığı görülmektedir (Can ve ark., 2014). Teknolojik gelişmelere maruz kalmak tükenmişliğin ortaya çıkmasında rol oynayan bir faktördür. Her şeye kolay yolla ulaşmak tatminsizliği artırır ve tükenmişliğin daha fazla yaşanmasına neden olur.

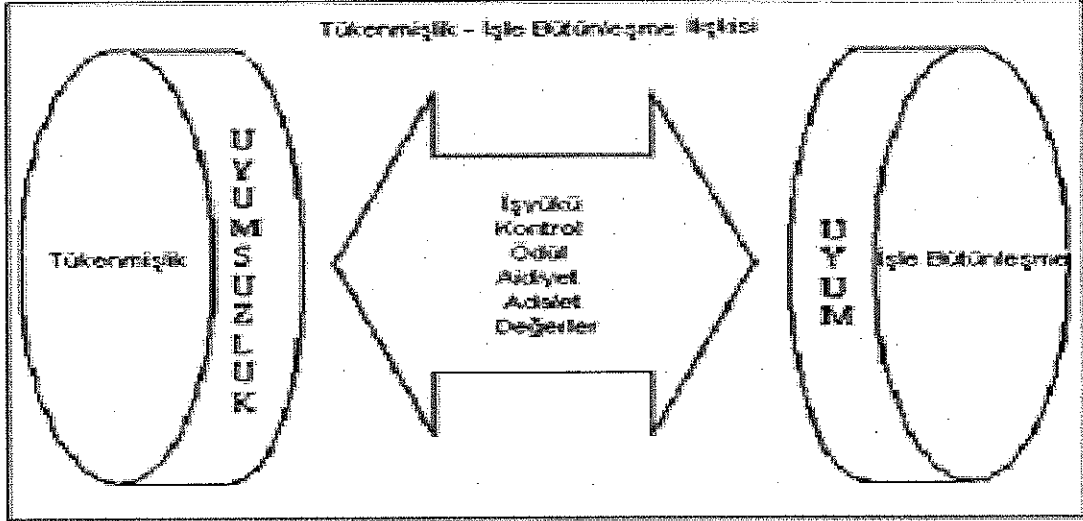
2.5.2.2. Çevresel Nedenler

Tükenmişlik kavramının ortaya çıkması ve tanımlanmasıyla birlikte nedenleri araştırılmaya başlanmış ve bu araştırmaların yapıldığı ilk yıllarda tükenmişliğin bireysel faktörlerden kaynaklı olduğu kabul edilmiştir. Çalışmaların devam etmesiyle ortaya çıkan sonuçlarda tükenmişliğin sadece bireysel kaynaklı olmadığı, çevresel faktörlerinde etkili olduğu ortaya çıkmıştır (Demir, 2010).

Tükenmişliğe neden olan başlıca çevresel faktörler aşağıdaki gibidir;

- *Yapılan işin niteliği
- *Çalışma ortamı, saati ve düzeni
- *İşteki rol ve rol belirsizlikleri
- *Aşırı iş yükü
- *Örgütsel destek yoksunluğu
- *Hizmet verilen kişiler ve yönetim tarafından yeterli takdir görülmemesi
- *Karar alınırken bireylerin sürece dâhil edilmemesi
- *Fazla mesailerin ödüllendirilmemesi
- *Ekipman, eleman ve yardımcı eleman yetersizliği
- *Yapılan işin sürekli aşırı tempoda çalışma gerektirmesi
- *Kırtasiye işlerinin ve görev dışı işlerin verilmesi ve fazlalığı (Soysal, 2010).

Şekil 2 : Tükenmişlik- İş ile bütünleşme ilişkisi



Kaynak: Maslach, Schaufeli ve Leiter, 2001.

- 1- **İş Yükü:** İş yükünün tanımına bakıldığında “ belirli bir zamanda, belirli bir kalitede yapılması gereken işin miktarı” şeklindedir. Burada örgüt açısından verimlilik, birey açısından ise zaman ve enerji tükenmişlik kaynaklarıdır. Sadece aşırı iş yükü değil aynı zamanda da gereğinden az iş yükü de tükenmişliğe yol açar. İş yükündeki uyumsuzluk tükenmişliğin duygusal tükenme boyutuyla doğrudan ilgilidir (Saçlı, 2011).
- 2- **Kontrol:** Kontrol; iş ile ilgili seçim yapma, karar verme, sorun çözme ve sorumlulukları yerine getirme olanağı şeklinde tanımlanır. Bireyler işleri ile ilgili seçim yapmak, karar vermek, istekli sorunları çözmek ve tüm bunlar için gerekli olan sorumlulukları almak, işe katkı sağlamak isterler. Bu unsurlardan birinin eksikliği tükenmişliğe yol açabileceği gibi aşırı kontrolcü tutumda bireyin bitkin düşmesine, bezginliğe, yetersizlik hissine, özgüven azalma hissine neden olduğundan tükenmişliğe yol açar. Kontrol ile ilgili uyumsuzluk tükenmişliğin kişisel başarıda düşme boyutu ile doğrudan ilgilidir (Armutcuk, 2010).

3- Ödüllendirme: Bireylerin yer aldıkları iş örgütü tarafından çalışmalarının ve katkılarının ödüllendirilmesi tükenmişlik açısından çok önemlidir. Bireyler yaptıkları işin sonucunda karşılık almak isterler. Bunlar maddi açıdan para, güvenlik ve prestij; manevi olarak örgüt yöneticileri tarafından veya hizmet verilen kişiler tarafından alınan övgü, teşekkür ve duygu durumudur. Maddi ya da manevi ödüllendirilmeyi etkileyen olumsuz tutumlar tükenmişliğe neden olmaktadır. Ödüllendirme açısından uyumsuzluk, tükenmişliğin kişisel başarıda düşme boyutu ile doğrudan ilgilidir (Saçlı, 2011).

4- Aidiyet: İnsanlar doğaları gereği kendilerinde var olan sosyal olma duygularını geliştirmek, bir topluluğa ait olmak ve çevresindekilerle yakın ilişkiler kurmak isterler. Bu duyguları yaşayan bireyler sosyal doyuma ulaşırlar ve çalışma güdüler artar (Oruç, 2007).

Bireylerin içinde buldukları iş örgütü ve yaptıkları iş için aidiyet uyumu; iş örgütündeki destekleyici ilişkilerinin oluşmasını, birlik ve beraberlik ortamını oluşmasını sağlarken aidiyet açısından uyumsuzluk ise çalışanlar arasında negatif ve etkisiz bir ilişkinin oluşmasına neden olur. Buda bireylerin kendilerini tek başına, soyutlanmış, geri plana atılmış hissetmesine ve iş örgütündeki kişilerin birbirleri ile aktif çalışma içerisine girmesine neden olur (Taysı, 2012).

Daha önce yapılan tükenmişlik ilgili yapılan araştırmalarda araştırmacılar aidiyet konusunda yaşanan uyumsuzluğun çalışma hayatı için en zarar verici durum olarak nitelendirmiş ve bunun nedenini de çalışanlar arasında kronikleşmiş ve çözülmeyen anlaşmazlıklar olarak açıklamıştır. Aidiyet açısından uyumsuzluk; tükenmişliğin duygusal tükenme ve duyarsızlaşma boyutu ile doğrudan ilgilidir (Sezgin ve Kılınç, 2012).

5- Adalet: Bireyler için adalet kavramı, içinde yer aldıkları iş örgütünün tüm çalışanlar için tutarlı ve eşit kuralara sahip olmasını ifade eder (Wright ve ark., 2000).

Çalışanlar ile iş arasındaki adalet uyumu; iş örgütünde yer alan her bireyin birbirinden değişik düşünce yapısı olmasına rağmen, kendileri ile ilgili veya iş ile ilgili alınan kararların açık, tutarlı ve eşit bir şekilde alındığını kendi görüşlerinin dikkate alındığını ve önemsendiklerinin hissetmeleridir. Alınan önemli kararların, karar vericilere yakın bireylerin ve güç sahibi kişilerin çıkarları doğrultusunda alınması iş örgütündeki birey için iş ile arasında adalet açısından uyumsuzluğu ifade eder (Yeniçeri ve ark., 2009).

İş örgütü içinde çalışan bireylerin adalet anlayışı kaynakların, ödül ve cezanın adil olarak dağıtılmasıyla oluşur. İş paylaşımında eşit olunmaması, çıkarlar doğrultusunda hareket edilmesi, yönetimin değerlendirilmesi, terfi ve ödüllendirmenin doğru ve eşit yapılmaması adaletsizlik için örnek olarak gösterilir (Sürvegil, 2005).

Çalışanlar ile iş arasındaki uyumsuzluk tükenmişliğin duygusal tükenme duyarsızlaşma boyutuyla doğrudan ilgilidir (Yeniçeri ve ark., 2009).

- 6- Değerler:** Değer, bireylerin davranış yöntemlerinin ve amaçlarının diğer bireylere oranla daha üstün olduğu yönünde sergiledikleri tutarlı ve derin inançtır (Armutcuk, 2010).

Bireylerin içinde yer aldıkları iş örgütü yaptıkları iş ve kendileri arasındaki değerler uyumu; bireyin içinde bulunduğu örgütün vizyon, misyon, amaç ve yöntemini benimsemesi ve bunu günlük iş hayatına etkili ve olumlu olarak yansıtmasını ifade eder. Değerler açısından uyumsuzluk ise örgüt özelliklerinin örgüt içerisinde yer alan bireylerin beklentileri ve hedefleri ile örtüşmemesi durumunda ortaya çıkar. Değerler açısından yaşanan uyumsuzluk tükenmişliğin duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarı düzeyi boyutlarıyla doğrudan ilgilidir (Ardıç ve Polatçı, 2009). Sonuç olarak iş örgütündeki bireylerin çalışma hayatının alanları olan iş yükü, kontrol, ödüllendirme, aidiyet, adalet ve değerlerde yaşadığı uyum veya uyumsuzluklar tükenmişliği ve örgütsel başarıyı olumlu/olumsuz etkilediği görülmektedir (Arı ve Bal, 2008).

2.5.3. Sağlık Çalışanlarında Tükenmişlik Nedenleri

Yukarıda ifade edildiği gibi tükenmişliğin nedenleri bireysel ve çevresel olarak incelenmektedir. Sağlık hizmetlerinin sunulduğu organizasyonlarda yer alan doktor, hemşire, ebe, acil tıp teknisyeni vb. meslek grupları üyelerinde tükenmişliğin nedenleri; sürekli hasta ve hayati tehlikesi bulunan kişilere hizmet sunulması, kendisini dinlendirebileceği, motivasyonunu artırabileceği faaliyetlerinin olmaması, başarısızlıktan kolay etkilenebilmesi, aşırı ciddi tavır sergilemesi ve çok çabuk duygu durumu değişikliği yaşayabilmesi, hizmet alıcılara maddi ya da resmi sebeplerden dolayı cevap verilememesi, ekip üyelerinin sayısı ya da donanım açısından yetersiz olması, meslek eğitimindeki yetersizlikler ve bu nedenlerin sebep olduğu bireyin boş vaktinin olmaması, kendisine ve ailesine zaman ayıramaması diye ifade edilebilir (Şentürk, 2014)

Sağlık çalışanlarında tükenmişlik nedenlerini De Walk ve Oostram (2007) tarafından aşağıdaki gibi açıklamıştır. Sağlık çalışanlarının;

- Tehlikeli iş koşulları ve aşırı stres yaşanması
- Nöbet sistemi ile çalışmak ve geceleri uykusuz kalmak
- Düşük ücret düzeyi
- Çalışma hayatlarındaki tekrarlar ve yanlış uygulamalar ile bunların getirdiği hukuki sorunlar
- Zamanlarının kısıtlı olması, kendilerini mesleki olarak sürekli yenilemeleri gereğinin olması
- Zamanlarının Kendilerini işe adanmaları, iş kolik olmaları
- Büyük bölümünü hizmet sundukları hastalar ile ya da ekip üyeleri ile geçiriyor olmaları
- Hasta- hasta yakınları ile aşırı duygu etkileşiminde bulunmak
- Memnuniyetleri sonrasında hasta- hasta yakınlarının artan talep ve istekleri

- Hizmet verilen hasta ya da hasta yakınları tarafından takdir veya teşekkür gibi olumlu geri bildirim alamama
- Çalışma hayatı içerisinde meslektaşları ile kurulan ilişkilerde yaşanan sıkıntılar sonucu bireyde oluşan bıkkınlık, bitkinlik ve kendisini çaresiz hissetme durumları
- Sağlık kuruluşu yöneticileri veya idarecileri tarafından aşırı denetlenme baskı görme, takdir ve ödüllendirmenin olmaması (De Walk ve Oostram, 2007).

2.5.4. Tükenmişliğin Belirtileri

Çalışma hayatı içerisinde çeşitli nedenler sonucu ortaya tükenmişlik sendromunun bulgu ve belirtilerini psikolojik, fiziksel, davranışsa, sosyal ve organizasyonel olmak üzere başlıca beş grupta sınıflandırılabilir (Barutçu ve Kan, 2008).

Psikolojik Belirtiler:

- Kendini depresif hissetme
- Aşırı öfke, sabırsızlık, nedeni belli olmayan huzursuzluk
- Tedirginlik, alınganlık, şüphencilik ve hayal kırıklığı hissi
- Güvensizlik ve çaresiz hissetme gibi olumsuz duygularda artış saygı sevgi ve arkadaşlık gibi olumlu duygularda azalma
- Ötekileştirilmiş, dışlanmış hissetme (Süloğlu, 2009).

Fiziksel Belirtiler:

- Aşırı yorgunluk ve bitkinlik hissi
- Tansiyondaki anormal değişimler
- Sık ve kolay geçmeyen baş ağrıları
- Mide ve bağırsak bozuklukları
- Uykusuzluk ve uyuyamama şikâyetleri

- Hareketlerde yavaşlama ve uyuşukluk (enerji eksikliği)
- Solunum yetmezliği ve nefes alamama hissi
- Deride kızarıklık, döküntü vb. şikâyetler
- Kalp rahatsızlıkları
- Kilo kaybı (Armutçuk, 2010)

Davranışsal Belirtiler:

- Aşırı hareketli olma yerinde duramama
- İşe gitmeye karşı direncin artması, işe gitmeme ve geç kalma
- İlaç, alkol, sigara ve kafein alımında artış
- İşe karşı ilgisiz kalma, kendini iş ortamından soyutlama
- Kendi içinde yaşanan özsaygı ve özgüvende azalma
- Kolay sinirlenme ile birlikte saldırgan tutumlar sergileme
- Çok yeme ya da az yeme (Dinç, 2008).

Sosyal Belirtiler:

- Kişiler arası ilişkilerde olumsuzluklar yaşanması
- Aile içinde çatışmalar yaşanması
- Evlilik ile ilgili problemlerin oluşması ve boşanma
- İş arkadaşlarından kendini izole etme
- Çevresindeki insanlarla iletişimi koparma, uzaklaşma, kendini yalnızlaştırma
- Kendini tanıyamama, kendini yabancılaştırma (Akten, 2007).

Organizasyonel Belirtiler:

- Aşırı iş yükü ve uzun çalışma saatleri
- Organizasyona karşı ilgisizlik
- Verilen hizmet kalitesinde, verimde ve iş doyumunda azalma
- Organizasyonda yer alan kişilere karşı güvensizlik hissetme

- Yeniliklere karşı olumsuz tavır sergileme, işten ayrılmayı düşünme
- Rol çatışması ve rol belirsizliği
- Yönetim boşluklarını arama, girişimleri ve yönetimi reddetme, takdir görmediğini hissetme (Halbesleben ve Buckley, 2004).

2.5.5. Tükenmişliğin Sonuçları

Tükenmişlik sendromu ile ilgili yapılan araştırmalarda, tükenmişliğin sonuçlarının hem iş organizasyonu içinde hizmet veren bireyler için hem de hizmet alan bireyler için çok önemli olduğu görülmektedir. Tükenmişlikten hizmet veren ve hizmet alan bireylerin en az etkilenmeleri için bu sendrom kısa ve kolay bir şekilde anlaşılmalı ve tanınmalıdır (Karakuş, 2008). Kişi bu sendromu yaşadığını kabul edip, buna yönelik girişimlerde bulunabilir.

Tükenmişlik neden olan faktörlere ve kişiden kişiye değişmekle beraber hem bireysel hem de örgütsel açıdan birçok olumsuz sonuç oluşturmaktadır (Sabuncuoğlu ve Tüz, 2005).

2.5.5.1. Tükenmişliğin Bireysel Sonuçları

Bireyler tükenmişliğin sonucu olarak fiziksel, duygusal ve iş hayatları yönünden etkilenmektedir. Stresin bir türevi olan tükenmişliği yaşayan bireyler karmaşık duygu durumu içerisinde olup davranış bozuklukları sergilemektedir (Oruç, 2007).

Tükenmişlikte, bireylerin fiziksel açıdan yorulup yıpranmasına neden olur. Bu bireylerde uykusuzluk, halsizlik, huzursuzluk, cilt rahatsızlıkları, baş ağrıları, kalp rahatsızlıkları, mide ve bağırsak rahatsızlıkları, solunum güçlüğü, hareket sistemi hastalıkları, bağışıklığın azalması sonucu yaşanan hastalıklar, cinsel isteksizlikler

yaşanması ile bu sorunların uzun süre atlatılamaması görülmektedir. Bireyin yaşadığı bu sorunlar sadece fiziksel olarak değil bireyde depresyon, kaygı, çaresizlik ve özgüven kaybolması gibi psikolojik belirtilerde gözlenir. Tüm bunların sonucunda tükenmişliğin ruhsal bir hastalık olduğu söylenebilir (Gezer, 2008).

2.5.5.2. Tükenmişliğin Organizasyonel Sonuçları

Tükenmişlik ile ilgili yapılan araştırmalarda iş organizasyonunda yer alan bireyin organizasyonla ilgili tatmin, performans ve bağlılık gibi etkenlerin tükenmişlik ile doğrudan ilişkisi olduğu görülmektedir. Bağlılığın azalmasına ve işten ayrılma isteğinin oluşmasına tükenmişlik aracılık etmektedir. Tükenmişlik yaşayan bireyler yer aldıkları iş organizasyonlarında rol çatışması ve rol belirsizliği yaşamaktadır. Uzun süreli yaşanan tükenmişlik organizasyonlar için ağır sonuçlar oluşturmakta, organizasyonun iş verimi ve kalitesini olumsuz olarak etkilemektedir (Koçak, 2014).

2.5.6. Tükenmişlikle Baş Etme Yolları

Tükenmişlik sendromunun ağır sonuçlarıyla karşı karşıya kalmamak için iş hayatında ve iş yerlerinde tükenmişliğin önlenmesi ve baş edebilmesi için bireysel ve örgütsel düzeyde baş etme yolları değerlendirilmelidir. Burada tükenmişliği doğuran faktörlerin azaltılması ve erken tespit edilerek en hızlı şekilde müdahale edilmesi en etkili yöntemdir (Sağlık-Sen, 2012)

Bireysel düzeyde;

1- Bireysel düzeyde yapılması gerekenler

(Beyhan ve ark., 2013; Ardiç ve Polatçı, 2008; Gürdoğan ve Atabey, 2014; Demirel ve Derin, 2012; Soysal, 2010).

- Olayları değerlendirme ve yorumlama şeklini, düşünce tarzını, önceliklerin değiştirilmesi ve geliştirilmesi, reel olmayan inançların, önyarguların, negatif yaklaşımların tespit edilmesi ve bunların yeniden yapılandırılması
- Yapılması planlanan işin ya da dâhil olunacak iş hayatındaki zorlukların, risklerin, sorumlulukların ve reel iş yükünün öğrenilmesi ve buna göre hareket edilmesi
- Tükenmişlik ile ilgili bilgilere hâkim olunması, gerek duyulduğunda profesyonel destek alınması
- İş hayatı ile özel yaşamın sınırı belirlenip birbirine dâhil edilmemesi. İş çıkışında motivasyon artırılacak beğenilen, deşarj eden aktivitelerde bulunmak. Hobi veya yapılmasından hoşlanılan aktiviteleri yapmak. Kendine ve ailesine yeterli zaman ayırmak.
- İş hayatı dışında birçok faaliyet alanı oluşturmalı, iş hayatındaki olumsuzluklar ve uğraşlar buraya yansıtılmamalı, sıradanlık ve alışa gelindik davranışlar azaltılmalıdır.

2- İş arkadaşları düzeyinde yapılması gerekenler

(Sezgin ve Kılınç, 2012; Soysal, 2010).

- Ortak çalışma alanı içerisinde bulunan kişilerin iş dışı hayatta da bir araya gelip güzel ve eğlenceli faaliyetlerde bulunması
- İletişimi güçlü ve uyumlu bir ekip çalışmasının oluşturulması, yardımlaşma faaliyetlerin artırılması, eşit iş yüküne sahip olmaları, yaşanan sıkıntı ve problemlerin daha fazla büyümeden ve sonuçları ağırlaşmadan tespit edilerek çözüm üretilmesi
- İşte yaşanan problemlerin ve duygusal zorlukları iş ekibi içerisinde destekleyici ve fayda sağlayıcı kişilerin olması, meslekteki kıdemlilerin işe yeni başlayanlara iş konusunda öğretici, yardımcı ve rol model olmaları.

3- Ailesel düzeyde yapılması gerekenler

- Bireyin iş hayatı iş hayatı dışında yakın mesafede olmasalar da her zaman desteklerini alabileceğini ve var olduklarını bildiği akrabaların olması iyi hissetmelerini sağlar (Havle ve ark., 2008).

Organizasyon düzeyinde;

1- Devlet yönetimi düzeyinde yapılması gerekenler

(Kaya ve ark., 2010; Soysal, 2010).

- Meslek mensupları görev, yetki ve sorumluluklarının açık olarak belirtilmesi ve bununla ilgili gerekli yasal düzenlemelerin yapılması
- Demokratik yönetim anlayışının benimsenmesi ve uygulanması
- İş sağlığı ve güvenliği ile ilgili gerekli tedbirlerin ve düzenlemelerin sağlanması
- Ödüllendirilmenin artırılması ve düşük ücret sorununun giderilmesi
 - Ağır iş yükünün azaltılması, personel desteğinin sağlanması ile sosyal imkânların ve desteklerin artırılması sağlanmalıdır.

2- İş yeri yöneticileri düzeyinde yapılması gerekenler

(Duran ve ark., 2015; Ardıç ve Polatçı, 2008; Demirel ve Derin, 2012; Tunçel ve ark., 2014).

- Yetki, görev ve sorumlulukların tanımının açık ve net bir şekilde belirtilmesi
- İşe yeni başlayanlar için gerekli bilgilendirmenin yapılması ve yapılması beklenenlerin anlatılması, eğitimler verilmesi ve oryantasyon programlarının düzenlenmesi
- İş yerinde adil iş dağılımının yapılması sağlanmalı
- İş koşullarına göre gerekli personel planlamasının yapılması ve personel sayısının artırılması

- Rutin iş toplantılarının düzenlenmesi, çalışanların görüş önerileri, dilek ve şikâyetleri alınmalı, en kısa zamanda geri dönüş yapılmalı
- İş yerinde kişiden kişiye göre değişen bir iş sistemi değil; kalıcı, net ve açık bir iş sisteminin kurulması
- Motivasyon ve iletişim eğitimlerinin düzenlenmesi, iş dışındaki sosyal faaliyetlerin desteklenmesi
- İş ile ilgili ya da ekip içinde çıkan sorunların geçiştirilmemesi, sorunların kaynağından çözülmesi
- Demokratik lider anlayışının benimsenmesi, çalışanların desteklenmesi, yardımcı olması ve esnek olunması
- Ödüllendirme, takdir ve teşekkürün belirli aralıklarla çalışanlara yapılması
- Çalışan ihtiyaçlarının karşılanması ve kolaylaştırılması ile gerekli ekipman ve malzemenin temin edilmesi
- İş ile ilgili alınan kararlarda çalışanlarında sürece dâhil edilmeleri
- Samimi, hoşgörülü, adaletli, dinleyici ve değer veren davranışların yöneticiler tarafından sergilenmesi tükenmişlik ile baş etmede etkilidir.

3.BÖLÜM

ALAN ARAŞTIRMASI

3.1. Materyal ve Yöntem

Bu araştırma, Çorlu Devlet Hastanesi'nde çalışan hemşirelerin tükenmişlik düzeyleri ile algıladıkları rol çatışması ve rol belirsizliği düzeylerini saptayarak aralarındaki ilişkiyi belirlemeye yönelik tanımlayıcı, ilişki arayıcı çalışma niteliğindedir. Verilerin toplanmasında sosyo-demografik özellikleri içeren soru formu(12 soru), rol çatışması ve rol belirsizliğini sorgulayan araştırmacılar tarafından literatür eşliğinde likert tipte geliştirilen rol çatışması ve rol belirsizliği soru formu (14 soru) ve hemşirelerin tükenmişlik düzeyini ölçmeye yarayan araştırmacı tarafından literatür eşliğinde geliştirilen likert tip tükenmişlik soru formları (23 soru) kullanılmıştır.

Araştırmanın evrenini, Tekirdağ Kamu Hastaneler Birliği'ne bağlı Çorlu Devlet Hastanesi'nde görev yapan 206 hemşire, araştırmanın örneklemini gönüllü olarak araştırmaya katılmayı kabul eden, kolayda örnekleme yöntemine göre seçilen 196 hemşire oluşturdu. Veriler, araştırmacı tarafından toplanmıştır. Araştırmada veri ve bilgilerin toplanması için, yüz yüze anket yöntemi kullanılmıştır. Araştırma, Ocak-Aralık 2015 tarihleri arasında, Tekirdağ ili içerisinde bulunan Çorlu Devlet Hastanesi'nde çalışan hemşirelere yapılmıştır.

Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken, istatistiksel analizler için SPSS 21.0 İstatistik paket programı kullanıldı. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotları (Frekans, Yüzde, Ortalama, Standart sapma) kullanıldı.

Niceliksel verilerin karşılaştırılmasında iki grup durumunda, normal dağılım gösteren parametrelerin gruplar arası karşılaştırmalarında Bağımsız örnekler (Independent samples) t testi kullanıldı. Niceliksel verilerin karşılaştırılmasında ikiden fazla grup durumunda, normal dağılım gösteren parametrelerin gruplar arası karşılaştırmalarında Tek yönlü (One way) Anova testi ve farklılığa neden olan grubun tespitinde Tukey testi kullanıldı. Ölçekler arası karşılaştırmalarda Pearson Korelasyon Analizi kullanıldı. Bağımsız değişkenlerin Bağımlı değişkene etkisini incelemek için Lineer Regresyon analizi kullanıldı. Sonuçlar % 95 güven aralığında, $p < 0,05$ anlamlılık düzeyinde değerlendirildi.

Araştırma için Çorlu Devlet Hastanesi'nde yapılabilmesi için Tekirdağ İli Kamu Hastaneleri Genel Sekreterliği'nden 19.08.2015 tarih ve 42232655/044 sayılı izni ile onay alınmıştır.

3.2. Bulgular ve Yorumlar

Bu bölümde, araştırma probleminin çözümü için, araştırmaya katılan hemşirelerin ölçekler yoluyla toplanan verilerin analizi sonucunda elde edilen bulgular yer almaktadır. Elde edilen bulgulara dayalı olarak açıklama ve yorumlar yapılmıştır.

Tablo 1. Hemşirelerin Cinsiyet Değişkenine Göre Dağılımı

		Frekans(n)	Yüzde (%)
Cinsiyet	Erkek	32	16,3
	Kadın	164	83,7
	Toplam	196	100,0

Sağlık çalışanlarının cinsiyet değişkenine göre 32'si (%16,3) Erkek, 164'ü (%83,7) Kadın olarak dağılmaktadır.

Tablo 2. Hemşirelerin Medeni Durum Değişkenine Göre Dağılımı

		Frekans(n)	Yüzde (%)
Medeni Durum	Evli	132	67,3
	Bekâr	59	30,1
	Dul Veya Boşanmış	5	2,6
	Toplam	196	100,0

Sağlık çalışanlarının medeni durum değişkenine göre 132'si (%67,3) evli, 59'u (%30,1) bekâr, 5'i (%2,6) dul veya boşanmış olarak dağılmaktadır.

Tablo 3. Hemşirelerin Çocuk Durumu Değişkenine Göre Dağılımı

		Frekans(n)	Yüzde (%)
Çocuk Durumu	Çocuklu	109	55,6
	Çocuksuz	87	44,4
	Toplam	196	100,0

Sağlık çalışanlarının çocuk durumu değişkenine göre 109'u (%55,6) Çocuklu, 87'si (%44,4) Çocukluz olarak dağılmaktadır.

Tablo 4. Hemşirelerin Yaş Değişkenine Göre Dağılımı

		Frekans(n)	Yüzde (%)
Yaş	25 Yaş Altı	40	20,4
	25-34 Yaş Arası	63	32,1
	35-44 Yaş Arası	73	37,2
	45-54 Yaş Arası	16	8,2
	55 Yaş Ve üzeri	4	2,0
	Toplam	196	100,0

Sağlık çalışanlarının yaş değişkenine göre 40'ı (%20,4) 25 yaş altı, 63'ü (%32,1) 25-34 yaş arası, 73'ü (%37,2) 35-44 yaş arası, 16'sı (%8,2) 45-54 yaş arası, 4'ü (%2,0) 55 yaş ve üzeri olarak dağılmaktadır.

Tablo 5. Hemşirelerin Eğitim Durumu Değişkenine Göre Dağılımı

		Frekans(n)	Yüzde (%)
Eğitim Durumu	Lise	37	18,9
	Önlisans	58	29,6
	Lisans	94	48,0
	Lisansüstü	7	3,6
	Toplam	196	100,0

Sağlık çalışanlarının eğitim durumu değişkenine göre 37'si (%18,9) Lise, 58'i (%29,6) Önlisans, 94'ü (%48,0) Lisans, 7'si (%3,6) Lisansüstü olarak dağılmaktadır.

Tablo 6. Hemşirelerin Haftalık Çalışma Süresi Değişkenine Göre Dağılımı

		Frekans(n)	Yüzde (%)
Haftalık Çalışma Süresi	40 Saat	32	16,3
	40-64 Saat Arası	154	78,6
	65 Saat Ve üzeri	10	5,1
	Toplam	196	100,0

Sağlık çalışanlarının haftalık çalışma süresi değişkenine göre 32'si (%16,3) 40 saat, 154'ü (%78,6) 40-64 saat arası, 10'u (%5,1) 65 saat ve üzeri olarak dağılmaktadır.

Tablo 7. Hemşirelerin Meslekte Kıdem Değişkenine Göre Dağılımı

		Frekans(n)	Yüzde (%)
Meslekte Kıdem	4 Yıl Ve Daha Az Yıl Ve üzeri	59	30,1
	5-9 Yıl	38	19,4
	10-14 Yıl	30	15,3
	15-19 Yıl	27	13,8
	20-24 Yıl	32	16,3
	25 Yıl Ve üzeri	10	5,1
	Toplam	196	100,0

Sağlık çalışanlarının meslekte kıdem değişkenine göre 59'u (%30,1) 4 yıl ve daha az yıl ve üzeri, 38'i (%19,4) 5-9 yıl, 30'u (%15,3) 10-14 yıl, 27'si (%13,8) 15-19 yıl, 32'si (%16,3) 20-24 yıl, 10'u (%5,1) 25 yıl ve üzeri olarak dağılmaktadır.

Tablo 8. Hemşirelerin Meslek Seçimi Değişkenine Göre Dağılımı

		Frekans(n)	Yüzde (%)
Meslek Seçimi	Kendi İsteğimle Seçtim	74	37,8
	Aile Yönlendirmesi	61	31,1
	Tesadüfen	56	28,6
	Diğer	5	2,6
	Toplam	196	100,0

Sağlık çalışanlarının meslek seçimi değişkenine göre 74'ü (%37,8) kendi isteğimle seçtim, 61'i (%31,1) aile yönlendirmesi, 56'sı (%28,6) tesadüfen, 5'i (%2,6) diğer olarak dağılmaktadır.

Tablo 9. Hemşirelerin İşyerindeki Statü Değişkenine Göre Dağılımı

		Frekans(n)	Yüzde (%)
İşyerindeki Statü	Hemşire	151	77,0
	Ebe	40	20,4
	Acil Tıp Teknisyeni	5	2,6
	Toplam	196	100,0

Sağlık çalışanlarının işyerindeki statü değişkenine göre 151'i (%77,0) Hemşire, 40'ı (%20,4) Ebe, 5'i (%2,6) Acil Tıp Teknisyeni olarak dağılmaktadır.

Tablo 10. Hemşirelerin Çalıştığı Birim Değişkenine Göre Dağılımı

		Frekans(n)	Yüzde (%)
Çalıştığı Birim	Yoğun bakım	61	31,1
	Acil	30	15,3
	Servis	71	36,2
	Ameliyathane /doğumhane	34	17,3
	Toplam	196	100,0

Sağlık çalışanlarının çalıştığı birim değişkenine göre 61'i (%31,1) Yoğun bakım, 30'u (%15,3) Acil, 71'i (%36,2) Servis, 34'ü (%17,3) Ameliyathane /Doğumhane olarak dağılmaktadır.

Tablo 11. Hemşirelerin Mesleği Uygulamada İş Verimliliği Değerlendirmesi Değişkenine Göre Dağılımı

		Frekans(n)	Yüzde (%)
Mesleği Uygulamada İş Verimliliği Değerlendirmesi	Kötü	17	8,7
	Vasat	43	21,9
	İyi	106	54,1
	Çok İyi	30	15,3
	Toplam	196	100,0

Sağlık çalışanlarının mesleği uygulamada iş verimliliği değerlendirme değişkenine göre 17'si (%8,7) Kötü, 43'ü (%21,9) Vasat, 106'sı (%54,1) İyi, 30'u (%15,3) Çok iyi olarak dağılmaktadır.

Tablo 12. Hemşirelerin Gelir Düzeyi Değişkenine Göre Dağılımı

		Frekans(n)	Yüzde (%)
Gelir Düzeyi	Yeterli	49	25,0
	Yetersiz	147	75,0
	Toplam	196	100,0

Sağlık çalışanlarının gelir düzeyi değişkenine göre 49'u (%25,0) Yeterli, 147'si (%75,0) Yetersiz olarak dağılmaktadır.

Tablo 13. Hemşirelerin, Çalıştığı Birim Değişkenlerinde; Birimlerin Yaş Ortalamaları, Birimlerin Kıdem Ortalamaları, Birimlerdeki Erkek-Kadın Oranı, Birimlerdekilerin Meslek Seçimi, Birimlerdeki Haftalık Çalışma Sürelerine Göre Dağılımı

		Yoğunbakım		Acil		Servis		Ameliyathane /doğumhane		p
		n	%	n	%	n	%	n	%	
Yaş	25 Yaş Altı	17	%27,9	7	%23,3	10	%14,1	6	%17,6	$X^2=17,634$ $p=0,127$
	25-34 Yaş Arası	18	%29,5	9	%30,0	26	%36,6	10	%29,4	
	35-44 Yaş Arası	26	%42,6	11	%36,7	23	%32,4	13	%38,2	
	45-54 Yaş Arası	0	%0,0	3	%10,0	10	%14,1	3	%8,8	
	55 Yaş Ve üzeri	0	%0,0	0	%0,0	2	%2,8	2	%5,9	
Meslekte Kıdem	4 Yıl Ve Daha Az Yıl Ve üzeri	22	%36,1	6	%20,0	20	%28,2	11	%32,4	$X^2=14,004$ $p=0,525$
	5-9 Yıl	12	%19,7	7	%23,3	14	%19,7	5	%14,7	
	10-14 Yıl	12	%19,7	6	%20,0	8	%11,3	4	%11,8	
	15-19 Yıl	10	%16,4	3	%10,0	9	%12,7	5	%14,7	
	20-24 Yıl	4	%6,6	7	%23,3	14	%19,7	7	%20,6	
	25 Yıl Ve üzeri	1	%1,6	1	%3,3	6	%8,5	2	%5,9	
Cinsiyet	Erkek	12	%19,7	9	%30,0	6	%8,5	5	%14,7	$X^2=7,895$ $p=0,048$
	Kadın	49	%80,3	21	%70,0	65	%91,5	29	%85,3	
Meslek Seçimi	Kendi İsteğimle Seçtim	26	%42,6	13	%43,3	21	%29,6	14	%41,2	$X^2=10,420$ $p=0,318$
	Aile Yönlendirmesi	22	%36,1	8	%26,7	23	%32,4	8	%23,5	
	Tesadüfen	12	%19,7	9	%30,0	23	%32,4	12	%35,3	
	Diğer	1	%1,6	0	%0,0	4	%5,6	0	%0,0	
Haftalık Çalışma Süresi	40 Saat	15	%24,6	1	%3,3	10	%14,1	6	%17,6	$X^2=10,639$ $p=0,100$
	40-64 Saat Arası	44	%72,1	27	%90,0	55	%77,5	28	%82,4	
	65 Saat Ve üzeri	2	%3,3	2	%6,7	6	%8,5	0	%0,0	

Yaş ile çalıştığı birim arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır ($X^2=17,634$; $p=0,127>0,05$). Çalıştığı birim yoğun bakım olanların 17'si (%27,9) 25 yaş altı, 18'i (%29,5) 25-34 yaş arası, 26'sının (%42,6) 35-44 yaş arasıdır. Çalıştığı birim acil olanların 7'si (%23,3) 25 yaş altı, 9'unun (%30,0) 25-34 yaş arası, 11'i (%36,7) 35-44 yaş arası, 3'ünün (%10,0) 45-54 yaş arasıdır. Çalıştığı birim servis olanların 10' unun (%14,1) 25 yaş altı, 26'sının (%36,6) 25-34 yaş arası, 23'ünün (%32,4) 35-44 yaş arası, 10'unun (%14,1) 45-54 yaş arası, 2'si (%2,8) 55 yaş ve üzeridir. Çalıştığı birim ameliyathane /doğumhane olanların 6'sının (%17,6) 25 yaş altı, 10'unun (%29,4) 25-34 yaş arası, 13'ünün (%38,2) 35-44 yaş arası, 3'ünün (%8,8) 45-54 yaş arası, 2'si (%5,9) 55 yaş ve üzeridir.

Meslekte Kıdem ile çalıştığı birim arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır ($X^2=14,004$; $p=0,525>0,05$). Çalıştığı birim yoğun bakım olanların 22'si (%36,1) 4 yıl ve daha az yıl ve üzeri, 12'si (%19,7) 5-9 yıl, 12'si (%19,7) 10-14 yıl, 10'unun (%16,4) 15-19 yıl, 4'ünün (%6,6) 20-24 yıl, 1'i (%1,6) 25 yıl ve üzeridir. Çalıştığı birim acil olanların 6'sının (%20,0) 4 yıl ve daha az yıl ve üzeri, 7'si (%23,3) 5-9 yıl, 6'sının (%20,0) 10-14 yıl, 3'ünün (%10,0) 15-19 yıl, 7'si (%23,3) 20-24 yıl, 1'i (%3,3) 25 yıl ve üzeridir. Çalıştığı birim servis olanların 20'si (%28,2) 4 yıl ve daha az yıl ve üzeri, 14'ünün (%19,7) 5-9 yıl, 8'i (%11,3) 10-14 yıl, 9'unun (%12,7) 15-19 yıl, 14'ünün (%19,7) 20-24 yıl, 6'sının (%8,5) 25 yıl ve üzeridir. Çalıştığı birim ameliyathane /doğumhane olanların 11'i (%32,4) 4 yıl ve daha az yıl ve üzeri, 5'i (%14,7) 5-9 yıl, 4'ünün (%11,8) 10-14 yıl, 5'i (%14,7) 15-19 yıl, 7'si (%20,6) 20-24 yıl, 2'si (%5,9) 25 yıl ve üzeridir.

Cinsiyet ile çalıştığı birim arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ($X^2=7,895$; $p=0,048<0,05$). çalıştığı birim yoğun bakım olanların 12'si (%19,7) erkek, 49'unun (%80,3) kadın; çalıştığı birim acil olanların 9'unun (%30,0) erkek, 21'i (%70,0) kadın; çalıştığı birim servis olanların 6'sının (%8,5) erkek, 65'i (%91,5) kadın; çalıştığı birim ameliyathane /doğumhane olanların 5'i (%14,7) erkek, 29'unun (%85,3) kadın olduğu görülmektedir.

Meslek Seçimi ile çalıştığı birim arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır ($X^2=10,420$; $p=0,318>0.05$). Çalıştığı birim yoğun bakım olanların 26'sının (%42,6) kendi isteğiyle seçtim, 22'si (%36,1) aile yönlendirmesi, 12'si (%19,7) tesadüfen, 1'i (%1,6) diğer; çalıştığı birim acil olanların 13'ünün (%43,3) kendi isteğiyle seçtim, 8'i (%26,7) aile yönlendirmesi, 9'unun (%30,0) tesadüfen; çalıştığı birim servis olanların 21'i (%29,6) kendi isteğiyle seçtim, 23'ünün (%32,4) aile yönlendirmesi, 23'ünün (%32,4) tesadüfen, 4'ünün (%5,6) diğer; çalıştığı birim ameliyathane /doğumhane olanların 14'ünün (%41,2) kendi isteğiyle seçtim, 8'i (%23,5) aile yönlendirmesi, 12'si (%35,3) tesadüfen olduğu görülmektedir.

Haftalık Çalışma Süresi ile çalıştığı birim arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır ($X^2=10,639$; $p=0,100>0.05$). çalıştığı birim yoğun bakım olanların 15'i (%24,6) 40 saat, 44'ünün (%72,1) 40-64 saat arası, 2'si (%3,3) 65 saat ve üzeri; çalıştığı birim acil olanların 1'i (%3,3) 40 saat, 27'si (%90,0) 40-64 saat arası, 2'si (%6,7) 65 saat ve üzeri; çalıştığı birim servis olanların 10'unun (%14,1) 40 saat, 55'i (%77,5) 40-64 saat arası, 6'sının (%8,5) 65 saat ve üzeri; çalıştığı birim ameliyathane /doğumhane olanların 6'sının (%17,6) 40 saat, 28'i (%82,4) 40-64 saat arası olduğu görülmektedir.

Tablo 14. Rol Çatışması ve Rol Belirsizliği Ölçeği Tanımsal Bulguları

	N	Ort	Ss	Min.	Max.
Rol Belirsizliği	196	22,342	4,822	10,000	33,000
Rol Çatışması	196	26,383	7,560	8,000	42,000

Sağlık çalışanlarının “rol belirsizliği” ortalaması ($22,342 \pm 4,822$); “rol çatışması” ortalaması ($26,383 \pm 7,560$) olarak bulunmuştur.

Tablo 15. Tükenmişlik Ölçeği Tanımsal Bulguları

	N	Ort	Ss	Min.	Max.
Duygusal Tükenme	196	20,714	5,475	7,000	36,000
Duyarsızlaşma	196	7,597	3,683	0,000	18,000
Kişisel Başarı	196	19,221	3,756	7,000	27,000

Sağlık çalışanlarının “duygusal tükenme” ortalaması ($20,714 \pm 5,475$); “duyarsızlaşma” ortalaması ($7,597 \pm 3,683$); “kişisel başarı” ortalaması ($19,221 \pm 3,756$) olarak bulunmuştur.

Tablo 16. Rol Çatışması ve Rol Belirsizliği Ölçeği ile Tükenmişlik Ölçeği İlişkisine İlişkin Korelasyon Analizi

		Rol Belirsizliği	Rol Çatışması
Duygusal tükenme	r	-0,107	0,338
	p	0,136	0,000
	N	196	196
Duyarsızlaşma	r	-0,097	0,313
	p	0,177	0,000
	N	196	196
Kişisel başarı	r	0,353	-0,156
	p	0,000	0,030
	N	196	196

Rol belirsizliği ile duygusal tüklenme arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunamamıştır. ($r=-0,107$; $p=0,136>0,05$). Rol çatışması ile duygusal tüklenme arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında %33,8 pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. ($r=0,338$; $p=0,000<0,05$). Buna göre rol çatışması puanı arttıkça duygusal tüklenme puanı da artmaktadır.

Rol belirsizliği ile duyarsızlaşma arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunamamıştır. ($r=-0,097$; $p=0,177>0,05$). Rol çatışması ile duyarsızlaşma arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında %31,3 pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. ($r=0,313$; $p=0,000<0,05$). Buna göre rol çatışması puanı arttıkça duyarsızlaşma puanı da artmaktadır.

Rol belirsizliği ile kişisel başarı arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında %35,3 pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. ($r=0,353$; $p=0,000<0,05$). Buna göre rol belirsizliği puanı arttıkça kişisel başarı puanı da artmaktadır. Rol çatışması ile kişisel başarı arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında %15,6 negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. ($r=-0,156$; $p=0,030<0,05$). Buna göre rol çatışması puanı arttıkça kişisel başarı puanı azalmaktadır.

Tablo 17. Rol Çatışması ve Rol Belirsizliği Düzeylerinin Duygusal Tükenme Üzerine Etkisi

Bağımsız Değişken	Duygusal Tükenme		
	β	t	p
Sabit	14,406	5,555	0,000
Rol Belirsizliği	-0,005	-0,067	0,947
Rol Çatışması	0,244	4,732	0,000
F	12,441		
Model (p)	0,000		
R²	0,000		

Rol belirsizliği, rol çatışması ile duygusal tükenme arasındaki ilişki belirlemek üzere yapılan regresyon analizi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($F=12,441$; $p=0,000<0,05$). Duygusal tükenme düzeyinin belirleyicisi olarak rol belirsizliği, rol çatışması değişkenleri ile ilişkisinin (açıklayıcılık gücünün) zayıf olduğu görülmüştür ($R^2=0,000$). Sağlık çalışanlarının rol belirsizliği düzeyi duygusal tükenme düzeyini etkilememektedir ($p=0,947>0,05$). Sağlık çalışanlarının rol çatışması düzeyi duygusal tükenme düzeyini arttırmaktadır ($\beta=0,244$).

Tablo 18. Rol Çatışması ve Rol Belirsizliği Düzeylerinin Duyarsızlaşma Üzerine Etkisi

Bağımsız Değişken	Duyarsızlaşma		
	β	t	p
Sabit	3,605	2,048	0,042
Rol Belirsizliği	-0,001	-0,024	0,981
Rol Çatışması	0,152	4,360	0,000
F	10,506		
Model (p)	0,000		
R²	0,000		

Rol belirsizliği, rol çatışması ile duyarsızlaşma arasındaki ilişki belirlemek üzere yapılan regresyon analizi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($F=10,506$; $p=0,000<0.05$). Duyarsızlaşma düzeyinin belirleyicisi olarak rol belirsizliği, rol çatışması değişkenleri ile ilişkisinin (açıklayıcılık gücünün) zayıf olduğu görülmüştür ($R^2=0,000$). Sağlık çalışanlarının rol belirsizliği düzeyi duyarsızlaşma düzeyini etkilememektedir ($p=0.981>0.05$). Sağlık çalışanlarının rol çatışması düzeyi duyarsızlaşma düzeyini arttırmaktadır ($\beta=0,152$).

Tablo 19. Rol Çatışması ve Rol Belirsizliği Düzeylerinin Kişisel Başarı Üzerine Etkisi

Bağımsız Değişken	Kişisel Başarı		
	β	t	p
Sabit	14,056	7,959	0,000
Rol Belirsizliği	0,262	4,772	0,000
Rol Çatışması	-0,026	-0,753	0,452
F	14,062		
Model (p)	0,000		
R²	0,000		

Rol belirsizliği, rol çatışması ile kişisel başarı arasındaki ilişki belirlemek üzere yapılan regresyon analizi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($F=14,062$; $p=0,000<0.05$). Kişisel başarı düzeyinin belirleyicisi olarak rol belirsizliği, rol çatışması değişkenleri ile ilişkisinin (açıklayıcılık gücünün) zayıf olduğu görülmüştür ($R^2=0,000$). Sağlık çalışanlarının rol belirsizliği düzeyi kişisel başarı düzeyini arttırmaktadır ($\beta=0,262$). Sağlık çalışanlarının rol çatışması düzeyi kişisel başarı düzeyini etkilememektedir ($p=0.452>0.05$).

Tablo 20. Rol Belirsizliği ve Çatışması ve Tükenmişlik Ölçeği Alt Boyutlarının Cinsiyet Değişkenine Göre Dağılımı

		N	Ort	Ss	t	p
Rol Belirsizliği	Erkek	32	22,375	4,702	0,042	0,966
	Kadın	164	22,335	4,859		
Rol Çatışması	Erkek	32	25,531	8,393	-0,696	0,488
	Kadın	164	26,549	7,403		
Duygusal Tükenme	Erkek	32	20,906	5,910	0,216	0,829
	Kadın	164	20,677	5,405		
Duyarsızlaşma	Erkek	32	8,063	4,134	0,781	0,436
	Kadın	164	7,506	3,595		
Kişisel Başarı	Erkek	32	17,344	4,433	-3,161	0,002
	Kadın	164	19,587	3,509		

Sağlık çalışanlarının rol belirsizliği puanları ortalamalarının cinsiyet değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır($t=0,042$; $p=0,966>0,05$).

Sağlık çalışanlarının rol çatışması puanları ortalamalarının cinsiyet değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır($t=-0,696$; $p=0,488>0,05$).

Sağlık çalışanlarının duygusal tükenme puanları ortalamalarının cinsiyet değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır($t=0,216$; $p=0,829>0,05$).

Sağlık çalışanlarının duyarsızlaşma puanları ortalamalarının cinsiyet değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($t=0,781$; $p=0,436>0,05$).

Sağlık çalışanlarının kişisel başarı puanları ortalamalarının cinsiyet değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($t=-3,161$; $p=0,002<0,05$). Kadın sağlık çalışanlarının kişisel başarı puanları (19,587), erkek sağlık çalışanlarının kişisel başarı puanlarından (17,344) yüksek bulunmuştur.

Tablo 21. Rol Belirsizliği ve Çatışması ve Tükenmişlik Ölçeği Alt Boyutlarının Medeni Durum Değişkenine Göre Dağılımı

		N	Ort	Ss	t	p
Rol Belirsizliği	Evli	132	22,796	4,769	1,904	0,058
	Bekâr	64	21,406	4,833		
Rol Çatışması	Evli	132	25,977	7,385	-1,079	0,282
	Bekâr	64	27,219	7,901		
Duygusal Tükenme	Evli	132	20,909	5,200	0,714	0,499
	Bekâr	64	20,313	6,026		
Duyarsızlaşma	Evli	132	7,402	3,466	-1,067	0,287
	Bekâr	64	8,000	4,094		
Kişisel Başarı	Evli	132	19,571	3,692	1,883	0,061
	Bekâr	64	18,500	3,813		

Sağlık çalışanlarının rol belirsizliği puanları ortalamalarının medeni durum değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır($t=1,904$; $p=0,058>0,05$).

Sağlık çalışanlarının rol çatışması puanları ortalamalarının medeni durum değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır($t=-1,079$; $p=0,282>0,05$).

Sağlık çalışanlarının duygusal tükenme puanları ortalamalarının medeni durum değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır($t=0,714$; $p=0,499>0,05$).

Sağlık çalışanlarının duyarsızlaşma puanları ortalamalarının medeni durum değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır($t=-1,067$; $p=0,287>0,05$).

Sağlık çalışanlarının kişisel başarı puanları ortalamalarının medeni durum değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır($t=1,883$; $p=0,061>0,05$).

Tablo 22. Rol Belirsizliği ve Çatışması ve Tükenmişlik Ölçeği Alt Boyutlarının Çocuk Durumu Değişkenine Göre Dağılımı

		N	Ort	Ss	t	p
Rol Belirsizliği	Çocuklu	109	23,092	4,770	2,469	0,014
	Çocuksuz	87	21,402	4,748		
Rol Çatışması	Çocuklu	109	25,358	7,244	-2,144	0,033
	Çocuksuz	87	27,667	7,790		
Duygusal Tükenme	Çocuklu	109	20,028	4,980	-1,980	0,054
	Çocuksuz	87	21,575	5,956		
Duyarsızlaşma	Çocuklu	109	7,119	3,482	-2,049	0,042
	Çocuksuz	87	8,195	3,857		
Kişisel Başarı	Çocuklu	109	19,807	3,620	2,479	0,014
	Çocuksuz	87	18,486	3,814		

Sağlık çalışanlarının rol belirsizliği puanları ortalamalarının çocuk durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($t=2,469$; $p=0,014 < 0,05$). Çocuklu sağlık çalışanlarının rol belirsizliği puanları (23,092), Çocuksuz sağlık çalışanlarının rol belirsizliği puanlarından (21,402) yüksek bulunmuştur.

Sağlık çalışanlarının rol çatışması puanları ortalamalarının çocuk durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($t=-2,144$; $p=0,033 < 0,05$). Çocuksuz sağlık çalışanlarının rol çatışması puanları (27,667), Çocuklu sağlık çalışanlarının rol çatışması puanlarından (25,358) yüksek bulunmuştur.

Sağlık çalışanlarının duygusal tükenme puanları ortalamalarının çocuk durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($t=-1,980$; $p=0,054 > 0,05$).

Sağlık çalışanlarının duyarsızlaşma puanları ortalamalarının çocuk durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($t=-2,049$; $p=0,042 < 0,05$). Çocuksuz sağlık çalışanlarının duyarsızlaşma puanları (8,195), Çocuklu sağlık çalışanlarının duyarsızlaşma puanlarından (7,119) yüksek bulunmuştur.

Sağlık çalışanlarının kişisel başarı puanları ortalamalarının çocuk durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($t=2,479$; $p=0,014 < 0,05$). Çocuklu sağlık çalışanlarının kişisel başarı puanları (19,807), Çocuksuz sağlık çalışanlarının kişisel başarı puanlarından (18,486) yüksek bulunmuştur.

Tablo 23. Rol Belirsizliği ve Çatışması ve Tükenmişlik Ölçeği Alt Boyutlarının Yaş Değişkenine Göre Dağılımı

		N	Ort	Ss	F	p
Rol Belirsizliği	25 Yaş Altı	40	21,375	4,265	3,665	0,013
	25-34 Yaş Arası	63	21,444	5,167		
	35-44 Yaş Arası	73	22,945	4,543		
	45 Yaş Ve üzeri	20	24,900	4,800		
Rol Çatışması	25 Yaş Altı	40	28,250	7,762	1,951	0,123
	25-34 Yaş Arası	63	25,111	7,486		
	35-44 Yaş Arası	73	25,932	8,046		

	45 Yaş Ve üzeri	20	28,300	4,169		
Duygusal Tükenme	25 Yaş Altı	40	20,000	6,038	0,358	0,783
	25-34 Yaş Arası	63	21,032	5,611		
	35-44 Yaş Arası	73	20,685	5,349		
	45 Yaş Ve üzeri	20	21,250	4,471		
Duyarsızlaşma	25 Yaş Altı	40	7,825	4,320	2,299	0,079
	25-34 Yaş Arası	63	7,968	3,000		
	35-44 Yaş Arası	73	6,795	3,476		
	45 Yaş Ve üzeri	20	8,900	4,576		
Kişisel Başarı	25 Yaş Altı	40	18,075	4,053	2,251	0,084
	25-34 Yaş Arası	63	19,560	3,734		
	35-44 Yaş Arası	73	19,767	3,650		
	45 Yaş Ve üzeri	20	18,450	3,187		

Sağlık çalışanlarının rol belirsizliği puanları ortalamalarının yas değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($F=3,665$; $p=0.013 < 0.05$). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. 45 yaş ve üzeri olan sağlık çalışanlarının rol belirsizliği puanları ($24,900 \pm 4,800$), 25 yaş altı olan sağlık çalışanlarının rol belirsizliği puanlarından ($21,375 \pm 4,265$) yüksek bulunmuştur. 45 yaş ve üzeri olan sağlık çalışanlarının rol belirsizliği puanları ($24,900 \pm 4,800$), 25-34 yaş arası olan sağlık çalışanlarının rol belirsizliği puanlarından ($21,444 \pm 5,167$) yüksek bulunmuştur.

Sağlık çalışanlarının rol çatışması puanları ortalamalarının yas değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($F=1,951$; $p=0,123 > 0.05$).

Sağlık çalışanlarının duygusal tükenme puanları ortalamalarının yas değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($F=0,358$; $p=0,783>0.05$).

Sağlık çalışanlarının duyarsızlaşma puanları ortalamalarının yas değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($F=2,299$; $p=0,079>0.05$).

Sağlık çalışanlarının kişisel başarı puanları ortalamalarının yas değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($F=2,251$; $p=0,084>0.05$).

Tablo 24. Rol Belirsizliği ve Çatışması ve Tükenmişlik Ölçeği Alt Boyutlarının Eğitim Durumu Değişkenine Göre Dağılımı

		N	Ort	Ss	F	p
Rol Belirsizliği	Lise	37	24,514	4,167	4,182	0,007
	Önlisans	58	22,655	3,985		
	Lisans	94	21,330	5,329		
	Lisansüstü	7	21,857	3,761		
Rol Çatışması	Lise	37	26,514	8,339	2,607	0,053
	Önlisans	58	27,138	8,311		
	Lisans	94	25,372	6,669		
	Lisansüstü	7	33,000	4,690		

Duygusal Tükenme	Lise	37	20,027	6,149	0,667	0,573
	Önlisans	58	21,500	4,493		
	Lisans	94	20,468	5,856		
	Lisansüstü	7	21,143	3,761		
Duyarsızlaşma	Lise	37	8,297	4,642	0,793	0,499
	Önlisans	58	7,103	3,621		
	Lisans	94	7,628	3,266		
	Lisansüstü	7	7,571	4,036		
Kişisel Başarı	Lise	37	18,811	4,484	0,925	0,430
	Önlisans	58	18,747	3,378		
	Lisans	94	19,681	3,702		
	Lisansüstü	7	19,143	3,237		

Sağlık çalışanlarının rol belirsizliği puanları ortalamalarının eğitim durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($F=4,182$; $p=0.007<0.05$). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. Eğitim durumu Lise olan sağlık çalışanlarının rol belirsizliği puanları ($24,514 \pm 4,167$), eğitim durumu Lisans olan sağlık çalışanlarının rol belirsizliği puanlarından ($21,330 \pm 5,329$) yüksek bulunmuştur.

Sağlık çalışanlarının rol çatışması puanları ortalamalarının eğitim durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($F=2,607$; $p=0,053>0.05$).

Sağlık çalışanlarının duygusal tükenme puanları ortalamalarının eğitim durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($F=0,667$; $p=0,573>0.05$).

Sağlık çalışanlarının duyarsızlaşma puanları ortalamalarının eğitim durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($F=0,793$; $p=0,499>0.05$).

Sağlık çalışanlarının kişisel başarı puanları ortalamalarının eğitim durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($F=0,925$; $p=0,430>0.05$).

Tablo 25. Rol Belirsizliği ve Çatışması ve Tükenmişlik Ölçeği Alt Boyutlarının Haftalık Çalışma Süresi Değişkenine Göre Dağılımı

		N	Ort	Ss	F	p
Rol Belirsizliği	40 Saat	32	19,938	5,279	5,257	0,006
	40-64 Saat Arası	154	22,883	4,547		
	65 Saat Ve üzeri	10	21,700	5,498		
Rol Çatışması	40 Saat	32	27,781	5,906	0,987	0,374
	40-64 Saat Arası	154	25,987	7,822		
	65 Saat Ve üzeri	10	28,000	8,083		
Duygusal Tükenme	40 Saat	32	18,750	5,412	6,766	0,001
	40-64 Saat Arası	154	20,792	5,360		
	65 Saat Ve üzeri	10	25,800	4,211		

Duyarsızlaşma	40 Saat	32	6,688	2,999	3,774	0,025
	40-64 Saat Arası	154	7,610	3,751		
	65 Saat Ve üzeri	10	10,300	3,561		
Kişisel Başarı	40 Saat	32	19,531	3,610	0,209	0,812
	40-64 Saat Arası	154	19,190	3,856		
	65 Saat Ve üzeri	10	18,700	2,710		

Sağlık çalışanlarının rol belirsizliği puanları ortalamalarının haftalık çalışma süresi değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($F=5,257$; $p=0.006<0.05$). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. Haftalık çalışma süresi 40-64 saat arası olan sağlık çalışanlarının rol belirsizliği puanları ($22,883 \pm 4,547$), haftalık çalışma süresi 40 saat olan sağlık çalışanlarının rol belirsizliği puanlarından ($19,938 \pm 5,279$) yüksek bulunmuştur.

Sağlık çalışanlarının rol çatışması puanları ortalamalarının haftalık çalışma süresi değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($F=0,987$; $p=0,374>0.05$).

Sağlık çalışanlarının duygusal tükenme puanları ortalamalarının haftalık çalışma süresi değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($F=6,766$; $p=0.001<0.05$). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. Haftalık çalışma süresi 65 saat ve üzeri olan sağlık çalışanlarının duygusal tükenme puanları ($25,800 \pm 4,211$), haftalık çalışma süresi 40 saat olan

sağlık çalışanlarının duygusal tükenme puanlarından ($18,750 \pm 5,412$) yüksek bulunmuştur. Haftalık çalışma süresi 65 saat ve üzeri olan sağlık çalışanlarının duygusal tükenme puanları ($25,800 \pm 4,211$), haftalık çalışma süresi 40-64 saat arası olan sağlık çalışanlarının duygusal tükenme puanlarından ($20,792 \pm 5,360$) yüksek bulunmuştur.

Sağlık çalışanlarının duyarsızlaşma puanları ortalamalarının haftalık çalışma süresi değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($F=3,774$; $p=0.025 < 0.05$). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. Haftalık çalışma süresi 65 saat ve üzeri olan sağlık çalışanlarının duyarsızlaşma puanları ($10,300 \pm 3,561$), haftalık çalışma süresi 40 saat olan sağlık çalışanlarının duyarsızlaşma puanlarından ($6,688 \pm 2,999$) yüksek bulunmuştur.

Sağlık çalışanlarının kişisel başarı puanları ortalamalarının haftalık çalışma süresi değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($F=0,209$; $p=0,812 > 0.05$).

Tablo 26. Rol Belirsizliği ve Çatışması ve Tükenmişlik Ölçeği Alt Boyutlarının Meslekte Kıdem Değişkenine Göre Dağılımı

		N	Ort	Ss	F	p
Rol Belirsizliği	4 Yıl Ve Daha Az Yıl	59	20,932	4,370	3,737	0,003
	5-9 Yıl	38	21,342	5,537		
	10-14 Yıl	30	23,433	3,866		
	15-19 Yıl	27	22,148	4,521		
	20-24 Yıl	32	24,375	5,314		

	25 Yıl Ve üzeri	10	25,200	2,251		
Rol Çatışması	4 Yıl Ve Daha Az Yıl	59	27,983	7,215	1,140	0,341
	5-9 Yıl	38	24,684	7,729		
	10-14 Yıl	30	26,700	8,778		
	15-19 Yıl	27	26,630	8,252		
	20-24 Yıl	32	25,031	6,737		
	25 Yıl Ve üzeri	10	26,100	4,458		
Duygusal Tükenme	4 Yıl Ve Daha Az Yıl	59	20,509	6,177	0,691	0,631
	5-9 Yıl	38	20,342	5,394		
	10-14 Yıl	30	22,200	4,715		
	15-19 Yıl	27	20,556	5,501		
	20-24 Yıl	32	20,813	4,908		
	25 Yıl Ve üzeri	10	19,000	5,518		
Duyarsızlaşma	4 Yıl Ve Daha Az Yıl	59	8,220	3,882	2,961	0,013
	5-9 Yıl	38	6,605	2,677		
	10-14 Yıl	30	8,900	3,699		
	15-19 Yıl	27	6,111	3,683		
	20-24 Yıl	32	8,031	3,737		
	25 Yıl Ve üzeri	10	6,400	3,836		
Kişisel Başarı	4 Yıl Ve Daha Az Yıl	59	18,475	3,734	1,041	0,395
	5-9 Yıl	38	19,192	3,914		
	10-14 Yıl	30	19,867	3,617		
	15-19 Yıl	27	19,259	4,408		
	20-24 Yıl	32	20,125	3,358		
	25 Yıl Ve üzeri	10	18,800	2,741		

Sağlık çalışanlarının rol belirsizliği puanları ortalamalarının meslekte kıdem değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki

fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur($F=3,737$; $p=0.003<0.05$). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. Meslekte kıdem 20-24 yıl olan sağlık çalışanlarının rol belirsizliği puanları ($24,375 \pm 5,314$), meslekte kıdem 4 yıl ve daha az yıl olan sağlık çalışanlarının rol belirsizliği puanlarından ($20,932 \pm 4,370$) yüksek bulunmuştur.

Sağlık çalışanlarının rol çatışması puanları ortalamalarının meslekte kıdem değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır($F=1,140$; $p=0,341>0.05$).

Sağlık çalışanlarının duygusal tükenme puanları ortalamalarının meslekte kıdem değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır($F=0,691$; $p=0,631>0.05$).

Sağlık çalışanlarının duyarsızlaşma puanları ortalamalarının meslekte kıdem değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur($F=2,961$; $p=0.013<0.05$). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. Meslekte kıdem 10-14 yıl olan sağlık çalışanlarının duyarsızlaşma puanları ($8,900 \pm 3,699$), meslekte kıdem 15-19 yıl olan sağlık çalışanlarının duyarsızlaşma puanlarından ($6,111 \pm 3,683$) yüksek bulunmuştur.

Sağlık çalışanlarının kişisel başarı puanları ortalamalarının meslekte kıdem değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla

yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($F=1,041$; $p=0,395 > 0,05$).

Tablo 27. Rol Belirsizliği ve Çatışması ve Tükenmişlik Ölçeği Alt Boyutlarının Mesleği Uygulamada İş Verimliliği Değerlendirmesi Değişkenine Göre Dağılımı

		N	Ort	Ss	F	p
Rol Belirsizliği	Kötü	17	22,118	4,872	1,537	0,206
	Vasat	43	21,023	5,203		
	İyi	106	22,698	4,723		
	Çok İyi	30	23,100	4,428		
Rol Çatışması	Kötü	17	29,412	7,706	1,043	0,374
	Vasat	43	26,465	7,106		
	İyi	106	26,000	6,894		
	Çok İyi	30	25,900	10,008		
Duygusal Tükenme	Kötü	17	23,765	5,974	4,723	0,003
	Vasat	43	22,326	5,167		
	İyi	106	20,047	5,053		
	Çok İyi	30	19,033	6,077		
Duyarsızlaşma	Kötü	17	7,118	3,655	4,640	0,004
	Vasat	43	9,349	3,408		
	İyi	106	7,245	3,510		
	Çok İyi	30	6,600	4,031		
Kişisel Başarı	Kötü	17	17,353	3,570	3,566	0,015
	Vasat	43	18,209	3,655		
	İyi	106	19,795	3,367		
	Çok İyi	30	19,700	4,735		

Sağlık çalışanlarının rol belirsizliği puanları ortalamalarının mesleği uygulamada iş verimliliği değerlendirmesi değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($F=1,537$; $p=0,206 > 0.05$).

Sağlık çalışanlarının rol çatışması puanları ortalamalarının mesleği uygulamada iş verimliliği değerlendirmesi değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($F=1,043$; $p=0,374 > 0.05$).

Sağlık çalışanlarının duygusal tükenme puanları ortalamalarının mesleği uygulamada iş verimliliği değerlendirmesi değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($F=4,723$; $p=0.003 < 0.05$). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. Mesleği uygulamada iş verimliliği değerlendirmesi Kötü olan sağlık çalışanlarının duygusal tükenme puanları ($23,765 \pm 5,974$), mesleği uygulamada iş verimliliği değerlendirmesi İyi olan sağlık çalışanlarının duygusal tükenme puanlarından ($20,047 \pm 5,053$) yüksek bulunmuştur. Mesleği uygulamada iş verimliliği değerlendirmesi Vasat olan sağlık çalışanlarının duygusal tükenme puanları ($22,326 \pm 5,167$), mesleği uygulamada iş verimliliği değerlendirmesi İyi olan sağlık çalışanlarının duygusal tükenme puanlarından ($20,047 \pm 5,053$) yüksek bulunmuştur. Mesleği uygulamada iş verimliliği değerlendirmesi Kötü olan sağlık çalışanlarının duygusal tükenme puanları ($23,765 \pm 5,974$), mesleği uygulamada iş verimliliği değerlendirmesi Çok iyi olan sağlık çalışanlarının duygusal tükenme puanlarından ($19,033 \pm 6,077$) yüksek bulunmuştur. Mesleği uygulamada iş verimliliği değerlendirmesi Vasat olan sağlık çalışanlarının duygusal tükenme puanları ($22,326 \pm 5,167$), mesleği

uygulamada iş verimliliği değerlendirmesi Çok iyi olan sağlık çalışanlarının duygusal tükenme puanlarından ($19,033 \pm 6,077$) yüksek bulunmuştur.

Sağlık çalışanlarının duyarsızlaşma puanları ortalamalarının mesleği uygulamada iş verimliliği değerlendirmesi değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($F=4,640$; $p=0.004 < 0.05$). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. Mesleği uygulamada iş verimliliği değerlendirmesi Vasat olan sağlık çalışanlarının duyarsızlaşma puanları ($9,349 \pm 3,408$), mesleği uygulamada iş verimliliği değerlendirmesi Kötü olan sağlık çalışanlarının duyarsızlaşma puanlarından ($7,118 \pm 3,655$) yüksek bulunmuştur. Mesleği uygulamada iş verimliliği değerlendirmesi Vasat olan sağlık çalışanlarının duyarsızlaşma puanları ($9,349 \pm 3,408$), mesleği uygulamada iş verimliliği değerlendirmesi İyi olan sağlık çalışanlarının duyarsızlaşma puanlarından ($7,245 \pm 3,510$) yüksek bulunmuştur. Mesleği uygulamada iş verimliliği değerlendirmesi Vasat olan sağlık çalışanlarının duyarsızlaşma puanları ($9,349 \pm 3,408$), mesleği uygulamada iş verimliliği değerlendirmesi Çok iyi olan sağlık çalışanlarının duyarsızlaşma puanlarından ($6,600 \pm 4,031$) yüksek bulunmuştur.

Sağlık çalışanlarının kişisel başarı puanları ortalamalarının mesleği uygulamada iş verimliliği değerlendirmesi değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($F=3,566$; $p=0.015 < 0.05$). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. Mesleği uygulamada iş verimliliği değerlendirmesi İyi olan sağlık çalışanlarının kişisel başarı puanları ($19,795 \pm 3,367$), mesleği uygulamada iş verimliliği değerlendirmesi Kötü olan sağlık çalışanlarının kişisel başarı puanlarından ($17,353 \pm 3,570$) yüksek bulunmuştur. Mesleği uygulamada iş verimliliği değerlendirmesi Çok iyi olan sağlık

çalışanlarının kişisel başarı puanları ($19,700 \pm 4,735$), mesleği uygulamada iş verimliliği değerlendirmesi Kötü olan sağlık çalışanlarının kişisel başarı puanlarından ($17,353 \pm 3,570$) yüksek bulunmuştur. Mesleği uygulamada iş verimliliği değerlendirmesi İyi olan sağlık çalışanlarının kişisel başarı puanları ($19,795 \pm 3,367$), mesleği uygulamada iş verimliliği değerlendirmesi Vasat olan sağlık çalışanlarının kişisel başarı puanlarından ($18,209 \pm 3,655$) yüksek bulunmuştur.

Tablo 28. Rol Belirsizliği ve Çatışması ve Tükenmişlik Ölçeği Alt Boyutlarının Meslek Seçimi Değişkenine Göre Dağılımı

		N	Ort	Ss	F	p
Rol Belirsizliği	Kendi İsteğimle Seçtim	74	22,554	4,158	2,656	0,051
	Aile Yönlendirmesi	61	21,033	5,933		
	Tesadüfen	56	23,482	4,112		
	Diğer	5	22,400	3,507		
Rol Çatışması	Kendi İsteğimle Seçtim	74	24,405	6,940	3,129	0,027
	Aile Yönlendirmesi	61	27,000	7,407		
	Tesadüfen	56	28,304	8,327		
	Diğer	5	26,600	0,894		
Duygusal Tükenme	Kendi İsteğimle Seçtim	74	19,324	5,161	3,195	0,025
	Aile Yönlendirmesi	61	21,656	5,773		
	Tesadüfen	56	21,196	5,324		
	Diğer	5	24,400	4,037		
Duyarsızlaşma	Kendi İsteğimle Seçtim	74	7,041	3,571	0,989	0,399
	Aile Yönlendirmesi	61	8,098	3,515		
	Tesadüfen	56	7,786	4,030		
	Diğer	5	7,600	3,131		
Kişisel Başarı	Kendi İsteğimle Seçtim	74	19,054	3,965	0,498	0,684
	Aile Yönlendirmesi	61	18,939	3,862		

	Tesadüfen	56	19,696	3,526		
	Diğer	5	19,800	0,837		

Sağlık çalışanlarının rol belirsizliği puanları ortalamalarının meslek seçimi değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($F=2,656$; $p=0,051>0.05$).

Sağlık çalışanlarının rol çatışması puanları ortalamalarının meslek seçimi değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($F=3,129$; $p=0.027<0.05$). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. Meslek seçimi aile yönlendirmesi diyen sağlık çalışanlarının rol çatışması puanları ($27,000 \pm 7,407$), meslek seçimi kendi isteğimle seçtim diyen sağlık çalışanlarının rol çatışması puanlarından ($24,405 \pm 6,940$) yüksek bulunmuştur. Meslek seçimi tesadüfen diyen sağlık çalışanlarının rol çatışması puanları ($28,304 \pm 8,327$), meslek seçimi kendi isteğimle seçtim diyen sağlık çalışanlarının rol çatışması puanlarından ($24,405 \pm 6,940$) yüksek bulunmuştur.

Sağlık çalışanlarının duygusal tükenme puanları ortalamalarının meslek seçimi değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($F=3,195$; $p=0.025<0.05$). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. Meslek seçimi aile yönlendirmesi diyen sağlık çalışanlarının duygusal tükenme puanları ($21,656 \pm 5,773$), meslek seçimi kendi isteğimle seçtim diyen sağlık çalışanlarının duygusal tükenme puanlarından ($19,324 \pm 5,161$) yüksek bulunmuştur. Meslek seçimi diğer diyen sağlık çalışanlarının duygusal tükenme puanları ($24,400 \pm$

4,037), meslek seçimi kendi isteğiyle seçtim diyen sağlık çalışanlarının duygusal tükenme puanlarından ($19,324 \pm 5,161$) yüksek bulunmuştur.

Diyen sağlık çalışanlarının duyarsızlaşma puanları ortalamalarının meslek seçimi değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($F=0,989$; $p=0,399 > 0,05$).

Diyen sağlık çalışanlarının kişisel başarı puanları ortalamalarının meslek seçimi değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($F=0,498$; $p=0,684 > 0,05$).

Tablo 29. Rol Belirsizliği ve Çatışması ve Tükenmişlik Ölçeği Alt Boyutlarının Çalıştığı Birim Değişkenine Göre Dağılımı

		N	Ort	Ss	F	p
Rol Belirsizliği	Yoğun bakım	61	20,853	4,449	4,123	0,007
	Acil	30	23,500	4,092		
	Servis	71	23,437	4,976		
	Ameliyathane /doğumhane	34	21,706	5,084		
Rol Çatışması	Yoğun bakım	61	26,869	7,350	0,684	0,563
	Acil	30	26,100	7,457		
	Servis	71	26,845	7,165		
	Ameliyathane /doğumhane	34	24,794	8,841		
Duygusal Tükenme	Yoğun bakım	61	20,000	5,698	3,080	0,029
	Acil	30	21,667	5,845		

	Servis	71	21,831	5,207		
	Ameliyathane /doğumhane	34	18,824	4,738		
Duyarsızlaşma	Yoğun bakım	61	7,033	3,890	1,574	0,197
	Acil	30	8,133	3,288		
	Servis	71	8,155	3,354		
	Ameliyathane /doğumhane	34	6,971	4,167		
Kişisel Başarı	Yoğun bakım	61	18,639	3,737	1,797	0,149
	Acil	30	19,333	4,071		
	Servis	71	19,976	3,689		
	Ameliyathane /doğumhane	34	18,588	3,500		

Sağlık çalışanlarının rol belirsizliği puanları ortalamalarının çalıştığı birim değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($F=4,123$; $p=0.007<0.05$). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. Çalıştığı birim Servis olan sağlık çalışanlarının rol belirsizliği puanları ($23,437 \pm 4,976$), çalıştığı birim Yoğun bakım olan sağlık çalışanlarının rol belirsizliği puanlarından ($20,853 \pm 4,449$) yüksek bulunmuştur.

Sağlık çalışanlarının rol çatışması puanları ortalamalarının çalıştığı birim değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($F=0,684$; $p=0,563>0.05$).

Sağlık çalışanlarının duygusal tükenme puanları ortalamalarının çalıştığı birim değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki

fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($F=3,080$; $p=0.029<0.05$). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. Çalıştığı birim Servis olan sağlık çalışanlarının duygusal tükenme puanları ($21,831 \pm 5,207$), çalıştığı birim Ameliyathane /Doğumhane olan sağlık çalışanlarının duygusal tükenme puanlarından ($18,824 \pm 4,738$) yüksek bulunmuştur.

Sağlık çalışanlarının duyarsızlaşma puanları ortalamalarının çalıştığı birim değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($F=1,574$; $p=0,197>0.05$).

Sağlık çalışanlarının kişisel başarı puanları ortalamalarının çalıştığı birim değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($F=1,797$; $p=0,149>0.05$).

Tablo 30. Rol Belirsizliği ve Çatışması ve Tükenmişlik Ölçeği Alt Boyutlarının İşyerindeki Statü Değişkenine Göre Dağılımı

		N	Ort	Ss	F	p
Rol Belirsizliği	Hemşire	151	22,053	4,706	1,194	0,305
	Ebe	40	23,350	5,191		
	Acil Tıp Teknisyeni	5	23,000	5,148		
Rol Çatışması	Hemşire	151	26,689	7,120	0,743	0,477
	Ebe	40	25,100	8,761		
	Acil Tıp Teknisyeni	5	27,400	10,738		
Duygusal Tükenme	Hemşire	151	20,881	5,679	0,447	0,640
	Ebe	40	20,000	4,750		

	Acil Tıp Teknisyeni	5	21,400	5,030		
Duyarsızlaşma	Hemşire	151	7,960	3,761	3,855	0,023
	Ebe	40	6,175	3,071		
	Acil Tıp Teknisyeni	5	8,000	3,674		
Kişisel Başarı	Hemşire	151	19,287	3,598	7,244	0,001
	Ebe	40	19,725	3,755		
	Acil Tıp Teknisyeni	5	13,200	4,087		

Sağlık çalışanlarının rol belirsizliği puanları ortalamalarının iş yerindeki statü değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($F=1,194$; $p=0,305>0.05$).

Sağlık çalışanlarının rol çatışması puanları ortalamalarının iş yerindeki statü değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($F=0,743$; $p=0,477>0.05$).

Sağlık çalışanlarının duygusal tükenme puanları ortalamalarının iş yerindeki statü değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($F=0,447$; $p=0,640>0.05$).

Sağlık çalışanlarının duyarsızlaşma puanları ortalamalarının iş yerindeki statü değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($F=3,855$; $p=0.023<0.05$). Farklılıkların

kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. İş yerindeki statüsü Hemşire olan sağlık çalışanlarının duyarsızlaşma puanları ($7,960 \pm 3,761$), iş yerindeki statüsü Ebe olan sağlık çalışanlarının duyarsızlaşma puanlarından ($6,175 \pm 3,071$) yüksek bulunmuştur.

Sağlık çalışanlarının kişisel başarı puanları ortalamalarının iş yerindeki statü değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($F=7,244$; $p=0.001 < 0.05$). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. İş yerindeki statüsü Hemşire olan sağlık çalışanlarının kişisel başarı puanları ($19,287 \pm 3,598$), iş yerindeki statüsü Acil Tıp Teknisyeni olan sağlık çalışanlarının kişisel başarı puanlarından ($13,200 \pm 4,087$) yüksek bulunmuştur. İş yerindeki statüsü Ebe olan sağlık çalışanlarının kişisel başarı puanları ($19,725 \pm 3,755$), iş yerindeki statüsü Acil Tıp Teknisyeni olan sağlık çalışanlarının kişisel başarı puanlarından ($13,200 \pm 4,087$) yüksek bulunmuştur.

Tablo 31. Rol Belirsizliği ve Çatışması ve Tükenmişlik Ölçeği Alt Boyutlarının Gelir Düzeyi Değişkenine Göre Dağılımı

		N	Ort	Ss	t	p
Rol Belirsizliği	Yeterli	49	23,061	5,145	1,207	0,229
	Yetersiz	147	22,102	4,703		
Rol Çatışması	Yeterli	49	26,980	7,843	0,637	0,525
	Yetersiz	147	26,184	7,480		
Duygusal Tükenme	Yeterli	49	21,122	5,750	0,602	0,548
	Yetersiz	147	20,578	5,394		
Duyarsızlaşma	Yeterli	49	7,776	4,336	0,391	0,728
	Yetersiz	147	7,537	3,453		
Kişisel Başarı	Yeterli	49	18,782	3,937	0,945	0,346
	Yetersiz	147	19,367	3,696		

Sağlık çalışanlarının rol belirsizliği puanları ortalamalarının gelir düzeyi değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır($t=1,207$; $p=0,229>0,05$).

Sağlık çalışanlarının rol çatışması puanları ortalamalarının gelir düzeyi değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır($t=0,637$; $p=0,525>0,05$).

Sağlık çalışanlarının duygusal tükenme puanları ortalamalarının gelir düzeyi değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır($t=0,602$; $p=0,548>0,05$).

Sağlık çalışanlarının duyarsızlaşma puanları ortalamalarının gelir düzeyi değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır($t=0,391$; $p=0,728>0,05$).

Sağlık çalışanlarının kişisel başarı puanları ortalamalarının gelir düzeyi değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır($t=-0,945$; $p=0,346>0,05$).

SONUÇ

Araştırma sonucunda; Hemşirelerin rol çatışması puanı arttıkça, duygusal tükenme puanı ve duyarsızlaşma puanı artarken kişisel başarı puanı azalmaktadır. Hemşirelerin rol çatışması düzeyi, duygusal tükenme düzeyini ve duyarsızlaşma düzeyini artırırken kişisel başarı düzeyini etkilememektedir.

Kadın hemşirelerin kişisel başarı puanları, erkek hemşirelerin kişisel başarı puanlarından yüksektir. Çocuklu hemşirelerin rol belirsizliği ve kişisel başarı puanları, çocuksuz hemşirelerin rol belirsizliği ve kişisel başarı puanlarından yüksektir. Çocuksuz hemşirelerin rol çatışması ve duyarsızlaşma puanları, çocuklu hemşirelerin rol çatışması ve duyarsızlaşma puanlarından yüksektir. 45 yaş ve üzeri olan hemşirelerin rol belirsizliği puanları, 25 yaş altı ve 25-34 yaş arası olan hemşirelerin rol belirsizliği puanlarından yüksektir. Eğitim durumu Lise olan hemşirelerin rol belirsizliği puanları, eğitim durumu Lisans olan hemşirelerin rol belirsizliği puanlarından yüksektir.

Haftalık çalışma süresi 40-64 saat arası olan hemşirelerin rol belirsizliği puanları le haftalık çalışma süresi 65 saat ve üzeri olan hemşirelerin duygusal tükenme puanları, haftalık çalışma süresi 40 saat olan hemşirelerin rol belirsizliği ve duygusal tükenme puanlarından yüksektir. Haftalık çalışma süresi 65 saat ve üzeri olan hemşirelerin duygusal tükenme ve duyarsızlaşma puanları, haftalık çalışma süresi 40-64 saat arası olan hemşirelerin duygusal tükenme puanlarından ve haftalık çalışma süresi 40 saat olan hemşirelerin duyarsızlaşma puanlarından yüksektir.

Meslekte kıdem 20-24 yıl olan hemşirelerin rol belirsizliği puanları, meslekte kıdem 4 yıl ve daha az yıl olan hemşirelerin rol belirsizliği puanlarından yüksektir.

Meslekte kıdem 10-14 yıl olan hemşirelerin duyarsızlaşma puanları, meslekte kıdem 15-19 yıl olan hemşirelerin duyarsızlaşma puanlarından yüksektir.

Mesleği uygulamada iş verimliliği değerlendirmesi Kötü olan hemşirelerin duygusal tükenme puanları, mesleği uygulamada iş verimliliği değerlendirmesi İyi olan hemşirelerin duygusal tükenme puanlarından yüksektir. Mesleği uygulamada iş verimliliği değerlendirmesi Vasat olan hemşirelerin duygusal tükenme puanları, mesleği uygulamada iş verimliliği değerlendirmesi İyi olan hemşirelerin duygusal tükenme puanlarından yüksektir. Mesleği uygulamada iş verimliliği değerlendirmesi Kötü olan hemşirelerin duygusal tükenme puanları, mesleği uygulamada iş verimliliği değerlendirmesi Çok iyi olan hemşirelerin duygusal tükenme puanlarından yüksektir. Mesleği uygulamada iş verimliliği değerlendirmesi Vasat olan hemşirelerin duygusal tükenme puanları, mesleği uygulamada iş verimliliği değerlendirmesi Çok iyi olan hemşirelerin duygusal tükenme puanlarından yüksektir.

Mesleği uygulamada iş verimliliği değerlendirmesi Vasat olan hemşirelerin duyarsızlaşma puanları, mesleği uygulamada iş verimliliği değerlendirmesi Kötü olan hemşirelerin duyarsızlaşma puanlarından yüksektir. Mesleği uygulamada iş verimliliği değerlendirmesi Vasat olan hemşirelerin duyarsızlaşma puanları, mesleği uygulamada iş verimliliği değerlendirmesi İyi olan hemşirelerin duyarsızlaşma puanlarından yüksektir. Mesleği uygulamada iş verimliliği değerlendirmesi Vasat olan hemşirelerin duyarsızlaşma puanları, mesleği uygulamada iş verimliliği değerlendirmesi Çok iyi olan hemşirelerin duyarsızlaşma puanlarından yüksektir.

Mesleği uygulamada iş verimliliği değerlendirmesi İyi olan hemşirelerin kişisel başarı puanları, mesleği uygulamada iş verimliliği değerlendirmesi Kötü olan hemşirelerin kişisel başarı puanlarından yüksektir. Mesleği uygulamada iş verimliliği değerlendirmesi Çok iyi olan hemşirelerin kişisel başarı puanları, mesleği uygulamada iş verimliliği değerlendirmesi Kötü olan hemşirelerin kişisel başarı

puanlarından yüksektir. Mesleği uygulamada iş verimliliği değerlendirmesi İyi olan hemşirelerin kişisel başarı puanları, mesleği uygulamada iş verimliliği değerlendirmesi Vasat olan hemşirelerin kişisel başarı puanlarından yüksektir.

Meslek seçimi aile yönlendirmesi diyen hemşirelerin rol çatışması puanları ve duygusal tükenme puanları, meslek seçimi kendi isteğimle seçtim diyen hemşirelerin rol çatışması puanlarından ve duygusal tükenme puanlarından yüksektir. Meslek seçimi tesadüfen diyen hemşirelerin rol çatışması puanları, meslek seçimi kendi isteğimle seçtim diyen hemşirelerin rol çatışması puanlarından yüksektir. Meslek seçimi diğer diyen hemşirelerin duygusal tükenme puanları, meslek seçimi kendi isteğimle seçtim diyen hemşirelerin duygusal tükenme puanlarından yüksektir.

Çalıştığı birim Servis olan hemşirelerin rol belirsizliği puanları, çalıştığı birim Yoğun bakım olan sağlık çalışanlarının rol belirsizliği puanlarından yüksektir. Çalıştığı birim Servis olan hemşirelerin duygusal tükenme puanları, çalıştığı birim Ameliyathane /Doğumhane olan sağlık çalışanlarının duygusal tükenme puanlarından yüksektir.

İş yerindeki statüsü Hemşire olan sağlık çalışanlarının duyarsızlaşma puanları, iş yerindeki statüsü Ebe olan sağlık çalışanlarının duyarsızlaşma puanlarından yüksektir. İş yerindeki statüsü Hemşire olan sağlık çalışanlarının kişisel başarı puanları, iş yerindeki statüsü Acil Tıp Teknisyeni olan sağlık çalışanlarının kişisel başarı puanlarından yüksektir. İş yerindeki statüsü Ebe olan sağlık çalışanlarının kişisel başarı puanları, iş yerindeki statüsü Acil Tıp Teknisyeni olan sağlık çalışanlarının kişisel başarı puanlarından yüksektir.

ÖNERİLER

Bulgular neticesinde hastane örgütlerinde yaşanan tükenmişliği en aza indirmek için aşağıdaki uygulamalar gerçekleştirilebilir.

Elemanların işe uyumlu seçilmesi, hastane organizasyonunun idaresi tarafından görev verilirken kişisel yetenek, kabiliyet ve istekler göz önde bulundurularak görev verilmesi çalışanların uyum sağlamalarına yardımcı olabilir.

Mesleğe yeni başlayanlar için; oryantasyon programlarının hazırlanması ve hastanenin vizyon, misyon, şartları ve olanakları ile ilgili bilgilendirilmesi, çalışanın durum ve beklenti analizi yapabilmesine yardımcı olur.

Hemşirelerin çalıştıkları birimlerin fiziki şartlarının iyileştirilmesi, ergonominin düşünülmesi, birimlerin temizlik, havalandırma ve enfeksiyonlara karşı gerekli önlemlerin alınmasının yanı sıra yemekhane ve dinlenme odaları ile ilgili iyileştirmelerin yapılması iş motivasyonunu artırabilir.

Hemşirelerin iş paylaşımının adaletli yapılması, zor ve tercih edilmeyen işlerin dönüşümlü yapılması sağlanabilir. Aşırı çalışma stresini önlemek için vardiya, nöbet ve yıllık izin planlamaları hemşire istekleri göz önde bulundurularak yapılabilir.

Hemşirelerin çok fazla rutin evrak işleriyle ilgilenmesinin önüne geçilmesi için bürokrasi ve kırtasiye azaltılarak iş yükünün azalması sağlanabilir.

Hemşirelerin ağır iş temposu ile çalışmaları nedeniyle mola, öğle tatili, çay-kahve molası gibi uygulamalarla dinlendirilmeleri ve bu konularda sorun yaşamamaları sağlanabilir.

Hemşirelerin karar alma konularında sürece dâhil edilmeleri, şikâyet ve dileklerini iletebilecekleri kanalların oluşturulması, düzenli toplantıların planlanıp yapılması, dilek ve isteklerine geri dönüşlerin olması kişisel başarı için yararlı olabilir. Dikkate alındığını algılayan hemşire motivasyonu, işe ve ait olduğu ortama bağlılığı artabilir. Bunun için idarecilerin demokratik lider tarzını benimsemesi yararlı olabilir.

Hemşirelerin performansları ile ilgili değerlendirmeler yapılarak bunların hemşireye geri bildirimlerinin yapılması sağlanabilir. Eksikliklerin tamamlanması için destek sağlanabilir.

Kişisel gelişimin ve eğitimin desteklenmesi, mesleki eğitimlere, kongre, kurs ve seminerlere katılımları için kolaylıklar sağlanabilir. Çalışanların eğitim düzeylerini artırmalarının teşvik edilmesi yararlı olabilir. Sorunlara veya muhtemel çıkabilecek krizlere yönelik eğitimler planlanabilir.

Hemşire yetersizliğinin fazla olduğu ülkemizde dinlendirme ile ödüllendirmenin mümkün olmadığı durumlarda ücretlendirme ile ödüllendirme yapılabilir. Ücret ve döner sermaye ödemelerinin düzenli, zamanında ve eksiksiz yapılması gibi maddi ödüllendirmelerin yanı sıra idare tarafından yapılacak olan övme, onurlandırma ve teşekkür belgesi gibi manevi ödüllendirmelere yer verilebilir.

Hemşirelere yetkisi olmadığı görev ve sorumluluk vermektense statüsünün gereği yetkilendirilmesi sağlanarak kişisel başarı algısının artması sağlanabilir.

İş ortamında ve ekip içerisinde sosyal destek sağlanarak çatışmalar önenebilir, iletişimin iyi olması sağlanabilir.

Hemşirelere yönelik şiddetin önlenmesi için gerekli güvenlik önlemlerinin alınması, hasta ve hasta yakınları ile olan ilişkilerde sorun yaşanmaması için tedbirlerin alınması ve bu konuda hasta ve hasta yakınlarına bilgilendirmelerin yapılması yararlı olabilir.

Yetersiz tıbbi malzeme, ilaç ve donanımın yanı sıra yetersiz yardımcı eleman sorunu yöneticiler tarafından önlenmesi hemşirenin kendini çaresiz hissetmesini ortadan kaldırabilir.

Hemşirelerin stresle başa çıkmak için kullandıkları zararlı madde alışkanlıklarından uzaklaşmaları için eğitimlerin ve terapilerin düzenlenmesi, hobi kazandırılması, kendine ve ailesine zaman ayırması sağlanabilir. Böylece işi hayatının merkezine almasından da uzaklaştırılabilir.

Hemşirelerin görev yetki ve sorumluluklarını net olarak bilmeleri rol çatışmasını ve rol belirsizliğini önleme açısından yararlı olabilir.

Sonuç olarak; duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve düşük kişisel başarı ile rol çatışması ve rol belirsizliği hem kendi içerisinde hem de birbiri ile anlamlı ilişkileri olduğu görülmüştür. Buna göre rol çatışması düzeyi arttıkça duygusal tükenme,

duyarsızlaşma ve düşük kişisel başarı boyutlarında yaşanan tükenmişlik düzeyinin artacağı söylenebilir. Çalışma sonuçları, düşük kişisel başarı düzeyinin rol çatışması ile negatif yönlü, rol belirsizliği ile olan ilişkisi ise pozitif yönlü olduğu görülmektedir. Duygusal tükenme, duyarsızlaşma düzeyinin rol çatışması ile olan ilişkisinin, rol belirsizliği ile olan ilişkisine göre daha belirgin olduğu görülmektedir. Elde edilen bulgular neticesinde ortaya çıkan araştırma sonuçları, daha önce yapılan, tükenmişliğin alt boyutları ile ilgili çalışmaların sonuçları ve rol çatışması ve rol belirsizliği ile ilgili çalışmaların sonuçları ile uyumludur.

KAYNAKÇA

Adıgüzel, O. (2012). İşle İlgili Stres, Rol Çatışması ve Rol Belirsizliğinin Beklenen Personel Devri Üzerine Etkisi: Hemşireler Üzerinde Bir Uygulama. *Uluslararası Alanya İşletme Fakültesi Dergisi*, Antalya. 4(3):163-169.

Akdemir, N. ve Akkuş, Y. (2006). Rehabilitasyon ve Hemşirelik. *Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, Ankara. 1(1):82-91.

Akten, S. (2007). *Rehber Öğretmenlerin Mesleki Tükenmişlik Düzeylerinin İncelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi. Trakya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Edirne.

Alexander, M.J.G; Van der Arend, A; Ashoton, M.R. ve ark. (1998). Hemşirenin Sağlığı ve İşyerinde Baskı. Ankara: *Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü Yayınları*. s. 38-44. Güvenlik: Gerilim ve Tükenme. Erefe İ, çeviren ve editör. LEMON: Hemşirelikte Eğitim Materyali. I.

Altıok, H.Ö; Şengün, F; Üstün, B. (2011). Bakım: Kavram Analizi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, İzmir. 4(3):137-140.

Ardahan, M. (2003). Hemşirelerin Savunuculuk Rolü. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 7(2): 23-27.

Ardıç, K. ve Polatçı, S. (2008). Tükenmişlik Sendromu Akademisyenler Üzerine Bir Uygulama (GOÜ Örneği). *Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, Ankara. 10(2):69-96.

Arı, E.Ç. ve Arı, G.S. (2008). Tükenmişlik Kavramı: Birey ve Örgütler Açısından Önemi. *Celal Bayar Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Yönetim ve Ekonomi Dergisi*, Manisa. 15(1):131-148.

Armutçuk, A.K. (2010). *Denizli Devlet Hastanesinde Çalışmakta Olan Hekim Dışı Sağlık Personelinde Tükenmişlik Sendromu ve İlişkili Değişkenler*. Yüksek Lisans Tezi. Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Denizli.

Aslan, H. Alpaslan, Z.N. Aslan, O. Ünal, M. (1996). *Hemşirelerde Tükenme, İş Doyumu ve Ruhsal Belirtiler*. *NöroPsikiyatri Arşivi*, 33(4), 192-199.

Aştı, N. (2002). Bilgi, Bilim ve Hemşirelik Üzerine Dünden Bugüne Görüşler, *İ.Ü.F.N. H.Y.O. Hemşirelik Dergisi*. 12(48): 1- 8.

Aştı, T.A. Karadağ, A. (2012). *Hemşirelik Esasları Kitabı*. Akademi Basın ve Yayıncılık, İstanbul. s.25-35.

Ay, F.A. Ertem, Ü. Özcan, N. Ören, B. Işık, R. Sarvan, S. (2008). *Temel Hemşirelik: Kavramlar, İlkeler, Uygulamalar*. 2. Baskı, İstanbul: İstanbul Medikal Yayıncılık.

Bakker, A.B. Schaufeli, W.B. Demerouti, E. (2000). *Using equity theory to examine the difference between burnout and depression*, *Anxiety Stress and Coping* . 13:247-268.

Banton, M. (1968). *Roles*. Londra, Tavistock Publications.

Barutçu, E. ve Kan, C.S. (2008). *Günümüzün Önemli Sorunlarından Birisi Olarak Tükenmişlik Sendromu ve Denizli'de Yapılan Bir Araştırma*. *Ege Akademik Bakış*. 8(24):541-561.

Bayık, A. (1984). Hemşirenin Değişen Rolü. *Türk Hemşireler Dergisi*, Sayı: 4.

Beyhan, S; Güneş, Y; Türktan, M. ve Özcengiz, D. (2013). Doğu Akdeniz Bölgesindeki Anestezi Hekimlerinde Tükenmişlik Sendromunun Araştırılması. *Türk Journal Anaesthesiology and Reanimation*. 41:7-13.

Birol, L. (2002). *Hemşirelik süreci*. 5. Baskı, İzmir: Etki Matbaacılık.

Borkowski, N. (2005). *Stress in the Workplace and Stress Management*. In Borkowski N. (ed), *Organizational Behavior in Health Care*, Jones and Bartlett Publishers, Sudbury, Massachusetts, s. 231-269.

Bovee, C.L. (1993). *Management*. Newyork, Mc Graw Hill Inc.

Bradshaw, A. (1998). *Charting Some Challenges in the Art and Science of Nursing*, The Lancet, 351: 438-440.

Budak, G. Sürgevil, O. (2005). Tükenmişlik ve Tükenmişliği Etkileyen Örgütsel Faktörlerin Analizine İlişkin Akademik Personel Üzerinde Bir Uygulama. *Dokuz Eylül Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*. 20(2): 95-108.

Can, A; Çiçek, H. ve Güner, F. (2014). Banka Çalışanlarının Mesleki Stres ve Tükenmişlik Düzeylerinin İş Doyumu ve Yaşam Doyumu Düzeyleri ile İlişkisi. *Uluslararası Alanya İşletme Fakültesi Dergisi*, Antalya. 6(3):59-76.

Ceylan, A. ve Ulutürk, Y.H. (2006). Rol Belirsizliği, Rol Çatışması, İş Tatmini ve Performans Arasındaki İlişkiler. *Doğuş Üniversitesi Dergisi*, İstanbul. 7(1):48-58.

Cüceloğlu, D. (1992). *İnsan ve Davranışı*. 3. Baskı. Remzi Kitapevi. İstanbul.

Çimen, M. (2000). *Türk Silahlı Kuvvetleri Sağlık Personelinin Tükenmişlik, İş doyumunu, Kuruma Bağlılık ve İşten Ayrılma Niyetlerine İlişkin Bir Alan Araştırması*.

Yayınlanmamış Doktora Tezi, T. C. Genelkurmay Başkanlığı Gülhane Askeri Tıp Akademisi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Hizmetleri Yönetimi Bilim Dalı, Ankara.

Çimen, M. ve Ergin, C. (2001). Türk Silahlı Kuvvetleri Sağlık Personelinin Tükenmişlik Düzeylerinin İncelenmesi. *Gülhane Tıp Dergisi*, 43 (2), 169–176.

De Walk, M. Oostrom, C. (2007). Burnout in Medical Professon- Causes, consequences and Solutions. *Occupational Health at Work*, 3 (6).

Demir, A. (2004). Hemşirelikte Tükenmişliğe Bir Bakış. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, Erzurum. 7(1):71-79.

Demir, S. (2010). *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastaneleri Çalışanlarının Tükenmişlik ve İş Doyumu Düzeylerinin Bazı Değişkenler Açısından İncelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi. Atılım Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Kurumları İşletmeciliği Anabilim Dalı, Ankara.

Demirel, T.E. ve Derin, N. (2012). Tükenmişlik Sendromunun Örgütsel Bağlılığı Zayıflatıcı Etkilerinin Malatya Merkezde Görev Yapan Hemşireler Üzerinde İncelenmesi. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*. 17(2):509-530.

Dinç, K. (2008). *Yardım Mesleklerinde Tükenmişlik Sendromu*. Dönem Projesi. Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İnsan Kaynakları Yönetimi ve Kariyer Danışmanlığı Anabilim Dalı, Ankara.

Donald, F. (2003) The Experience of Person-Role Conflict in Doctors Expected to Terminate Pregnancies in The South African Public Sector. *South African Journal Of Psychology*. 33(1):11-17.

Duran, Ö; Duran, F.Y. ve Aydoğdu, G. (2015). Acil Serviste Tükenmişlik Sendromu. *İzmir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıp Dergisi*. 19(1):27-32.

Düşükcan, M. (2008). *İş Örgütlerinde Çatışmaların Oluşum Nedenleri: Büyük Ölçekte Sanayi İşletmelerinde Bir Uygulama*. 13. Ulusal Yönetim ve Organizasyon Kongresi. 12-14 Mayıs. İstanbul.

Ensari, H. Tuzcuoğlu, S. (1995). Marmara Üniversitesine Bağlı Fakültelerde Görev Yapan Yönetici ve Öğretim Elemanlarının Meslekten Yılgınlıklarında Kişilik Özelliklerinin Rolü. *Öneri Dergisi*, 2(11): 51-63.

Erdemir, F. (1998). Hemşirenin rol ve işlevleri ve hemşirelik eğitiminin felsefesi. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, Sivas. 2(1): 59-62.

Erdemir, F. Ve Çırlak, A. (2013). Rahatlık Kavramı ve Hemşirelikte Kullanımı. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, İzmir. 6(4):224-230.

Ergin, C. (1993). *Doktor ve Hemşirelerde Tükenmişlik ve Maslach Tükenmişlik Ölçeğinin Uyarlanması*. VII. Ulusal Psikoloji Kongresi Bilimsel Çalışmaları. Hacettepe Üniversitesi Ankara: VII Ulusal Psikoloji Kongresi Düzenleme Kurulu ve Türk Psikologlar Derneği Yayını, s. 143-154.

Erkenekli, M. (2000). *Rol Çatışması ve Rol Belirsizliğinin İşgören Tatmin Üzerine Etkilerinin Değerlendirilmesi: Bilişim Sektöründe Uygulamalı Bir Araştırma*, Gaz Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Ana Bilim Dalı, Yönetim Organizasyon Bilim dalı, Master Tez, Tez Danışmanı: Prof. Dr. Birol Bumin, Ankara.

Evrin, S. (1972). *Şahsiyet Alanında Psikososyolojik Bir Kavram Olarak Rol Sorununa Giriş*. İstanbul Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Yayınevi. İstanbul. s.86

Fisher, R.T. (2001). *Role Stres, The Type a Behaviour Pattern and External Auditor Job Satisfaction and Performance Behavioral Research in Accounting*. vol.13

Freudenberger, H.J. (1974). *Staff Burnout*. J. Soc. Issues 30,159-165

Freudenberger, H.J. (1975). *The Staff Burnout Syndrome in Alternative Institutions*. Psychother. Theory Res. Pract. 12,73-82.

Gezer, E. (2008). *Stres Veren Yaşam Olaylarının Öğretim Elemanlarının, Depresyon ve Tükenmişlik Düzeylerine Etkisi*. Doktora Tezi. Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Beden Eğitimi ve Spor Anabilim Dalı, Ankara.

Gürdoğan, A. ve Atabey, S. (2014). *Banka Çalışanlarının Tükenmişlik ve İş Doyum Düzeylerine Yönelik Bir Araştırma*. Journal of Recreation and Tourism Research. 1(2):14-28.

Halbesleben, J.R.B. and Buckley, M.R. (2004). *Burnout In Organizational Life*. Journal of Managment. 30(16):859-879.

Hatipoğlu İ, Avcı Y, Öztürk A. (1996). *Hemşirelik esasları*. 2. Baskı, Ankara: Damla Matbaacılık.

Havle, N; İlnem, M.C; Yener, F. ve Gümüş, H. (2008). İstanbul'da Çalışan Psikiyatristlerde İş Doyumu ve Bunların Çeşitli Değişkenlerle İlişkisi. *Düşünen Adam*. 21(1-4):4-13.

Kaçmaz, N. (2005). Tükenmişlik (Burnout) Sendromu. *İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Dergisi*. 68(1): 29-32

Karagözoğlu, Ş. (2005). Bilimsel Bir Disiplin Olarak Hemşirelik. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, Sivas. 9(1):6-14.

Karakuş, G. (2008). *Özel İlköğretim ve Ortaöğretim Kurumlarında Çalışan Öğretmenlerin Tükenmişlik Düzeylerinin Bazı Değişkenlere Göre İncelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi. Gazi Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Basılmamış, Ankara.

Kaya, N; Kaya, H; Ayık, S.E. ve Uygur, H. (2010). Bir Devlet Hastanesinde Çalışan Hemşirelerde Tükenmişlik. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*. 7(1):401-419.

Kılınç, T. (1985). Örgütlerde Çatışma: Mahiyeti ve Nedenleri. *İ.Ü İşletme Fakültesi Dergisi*, 14(1), İstanbul.

Kılınç, T. (1988). Örgütlerde Rol Çatışması ve Belirsizliğiyle Başa Çıkma Yöntemleri. *İ.Ü. İşletme Fakültesi dergisi*. 17(2).

Kılınç, T. (1991). Rol Çatışmasını Belirleyen Örgütsel Faktörler ve Satış Elemanlarına Yönelik Bir Araştırma. *İ.Ü İşletme Fakültesi Dergisi*, İstanbul.

Kılınç, T. (1998). *Hemşirelerde Rol Çatışmasını Belirleyen Örgütsel Etmenler Üzerine Sektörel Bir Araştırma*. Modern Hastane Yönetimi. 2(4): 25-30

Koçak, G.E. (2014). *Liselerde Çalışan Okul Psikolojik Danışmanlarının Tükenmişlik Düzeylerinin Değerlendirilmesi*. Yüksek Lisans Tezi. Yakın Doğu Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık Anabilim Dalı, Lefkoşa.

Köroğlu, Ö.; Köroğlu, A. ve Alper, B. (2012). Doğaya Dayalı Gerçekleştirilen Turizm Faaliyetleri İçerisinde Turist Rehberlerinin Rollerini Üzerine Bir İnceleme. *Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi*, Karaman. 14(22):131-139.

Kundakçı, A.H. (2003). *Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Hekimlerinin ve Hemşirelerinin Rol Çatışması ve Rol Belirsizliği Düzeylerinin*

Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Yönetimi Ana Bilim Dalı, Ankara.

Leiter, M.P. Maslach, C. (1988). The Impact of Interpersonal Environment on Burnout and Organizational Commitment. *Journal of Organizational Behavior*, Vol.9, 297-308.

Maslach, C. (2003). Job Burnout: New Directions in Research and Intervention. *Current Directions in Psychological Science*, Vol.12, 5, 189-192.

Maslach, C. Jackson, S.E. (1981). The Measurement of Experienced Burnout. *Journal of Occupational Behavior*, 2: 99-113.

Maslach, C. Jackson, S.E. (1986). *Maslach Burnout Inventory Manual* (2nd Ed.). Palo Alto, Ca: Consulting Psychologist Press.

Maslach, C. Schaulefi, W.B. Leiter, M.P. (2001). *Job Burnout*. Annual Review Psychology, 52:397-422.

Olkinuora, M. Asp, S. Juntunen et al. (1990). *Stress symptoms, burnout and suicidal thoughts in Finnish physicians*. Soc. Psychiatry, Psychiatry Epidemiol. 25:81-86.

Oruç, S. (2007). *Özel Eğitim Alanında Çalışan Öğretmenlerin Tükenmişlik Düzeylerinin Bazı Değişkenler Açısından İncelenmesi*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Ç.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Adana.

Oruç, S. (2007). *Özel Eğitim Alanında Çalışan Öğretmenlerin Tükenmişlik Düzeylerinin Bazı Değişkenler Açısından İncelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi. Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Adana.

Ökdem, Ş. Abbasoğlu, A. Doğan, N. (2000). Hemşirelik Tarihi, Eğitimi ve Gelişimi. *Ankara Üniversitesi Dikimevi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Yıllığı*, 1(1), 5-11.

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

Özen, H.Ö. (2011). *Üniversite ve Devlet Hastanelerinde Çalışan Hemşirelerin Stres Düzeylerinin Karşılaştırılması: Zonguldak Örneği*. Doktora Tezi. Karaelmas Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı, Zonguldak.

Özkalp, E. Kirel, Ç. (1996). *Örgütsel Davranış. Anadolu Üniversitesi Eğitim, Sağlık ve Bilimsel Araştırma Çalışmaları Vakfı Yayınları*. Eskişehir. s.134.

Öztürk-Mishal, A. (1994). *Hemşirelerin Rol Çatışmasını Etkileyen Örgütsel Etmenler Üzerine Sektörel Bir Araştırma*. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Hastane ve Sağlık Kuruluşları Yönetim Bilim Dalı, İstanbul.

Piedmont, R.L. (1993). *A longitudinal analysis of burnout in the health care setting; the role of personal predispositions*. J. Pers. Assess. 61:457-473.

Potter, P.A. Perry, A.G. (2005). *Fundamentals of nursing*. 6th Ed., St Louis: Elsevier Mosby Company.

Renzi, C. Tabolli, S. Lanni, A. Pietro, D.C. Puddu, P. (2005). *Burnout and Job Satisfaction Comparing Healthcare Staff of a Dermatological Hospital and a General Hospital*. JEADV 19: 153–157.

Sabuncuoğlu, Z. Tüz, M. (2005). *Örgütsel Psikoloji*. Alfa Aktüel Basım Yayın. Bursa.

Saçlı, Ç. (2011). *Otel İşletmelerinde Tükenmişlik Sendromu: Konya İli Örneği*. Yüksek Lisans Tezi. Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı Yönetim Organizasyon Bilim Dalı, Konya.

Savcı-Gökgöz, G. (1995). *Örgütsel Çatışma ve Rol Çatışmasına İlişkin Cumhuriyet Üniversitesi'nde Bir Uygulama*. Yüksek Lisans Tezi. Cumhuriyet Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sivas.

Seta, C.E. Paulus, P.B. Baron, R.A. (2000). *Effective Human Relations A Guide to people at Work*. Fourth Edition, Allyn and Bacon, USA.

Sezgin, F. ve Kılınç, A.Ç. (2012). İlköğretim Okulu Öğretmenlerinin Mesleki Tükenmişlik Düzeyleri ile Örgütsel Vatandaşlık Davranışları Arasındaki İlişki. *Ahi Evran Üniversitesi Kırşehir Eğitim Fakültesi Dergisi*, Kırşehir. 13(3):103-127.

Singh, J. Goolsby, J.R. Rhoads, G.R. (1994). Behavioral and Psychological Consequences of Boundary Spanning Burnout for Customer Service Representatives. *Journal of Marketing Research*, Vol.XXXI, November, p.558-569.

Soysal, A. (2010). Polislerde Tükenmişlik: Bazı Demografik Değişkenler Açısından K.Maraş Emniyet Müdürlüğünde Bir Araştırma. *Akademik Araştırmalar ve Çalışmalar Dergisi*. Profesör Doktor Alaeddin Yavaşca Özel Sayısı. Haziran. s.55-80.

Süloğlu, A (2009). *Diyaliz Merkezleride Çalışan Doktor Ve Hemşirelerde Tükenmişlik Sendromu*. Uzmanlık Tezi. Bakırköy Doktor Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Koordinatörü ve Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, İstanbul.

Şahin, D. (2009). *Ankara Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi Hemşirelerinin Rol Çatışması - Rol Belirsizliği ve Tükenmişlik Durumları*. Yüksek Lisans Tezi.

Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı,
Ankara.

Şentürk, S. (2014). Yoğun Bakım Hemşirelerinin Tükenmişlik Düzeyleri İle Uyku Kalitesi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Bozok Tıp Dergisi*, Yozgat. 4(3):48-56.

Şimşek, M.Ş. ve ark. (2005). *Davranış Bilimlerine Giriş ve Örgütlerde Davranış*. 5. Baskı. Adım Matbaacılık. Konya.

Taylan, S. (2009). *Özerklik İlkesi Çerçevesinde Hemşirenin Bağımsız Rollerini*. Yüksek Lisans Tezi. Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Deontoloji ve Tıp Tarihi Anabilim Dalı, Adana.

Taylan, S. Alan, S. Kadioğlu, S. (2011). Hemşirelik Rollerini ve Özerklik. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*.

Taysı, K. (2012). *Muhasebe Meslek Mensuplarında Tükenmişlik Sendromu Üzerine Kırklareli İlinde Bir Araştırma*. Yüksek Lisans Tezi. Trakya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı, Edirne.

Tortumluoğlu, G. (2004). Transkültürel hemşirelik ve kültürel bakım modeli örnekleri. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, Sivas. 8(2): 47-57.

Torun, A. (1997). *Stres ve Tükenmişlik*. Endüstri ve Örgüt Psikolojisi İçinde. Ed. Suna Tevrüz. 2.Baskı. Türk Psikologlar Derneği ve Kalite Derneği Ortak Yayını, İstanbul. s.43- 53.

Tuğrul, B. Çelik, E. (2002). Normal Çocuklarla Çalışan Anaokulu Öğretmenlerinde Tükenmişlik. *Pamukkale Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, Denizli. 2(12):1-11.

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*. 12:57-62.

Türkiyede Sağlık Çalışanları Tükenmişlik Araştırması Sonuçları. (2012). Mart. *Sağlıklı Dergisi*.

Velioğlu, P. (1999). *Hemşirelikte kavram ve kuramlar*. İstanbul: Alaş Ofset.

Wright, T.A. Cropanzano R. (2000). Psychological well-being and job satisfaction a predictors of job performance. *J Occup Health Psychol*. 5: 84-94.

Yavuz, Ö.S. ve Kocaman, E. (2013). Hemşirelik Piyasaları ve Analizi. *International Anatolia Academic Online Journal*. 1(2):10-23.

Yeniçeri, Ö; Demirel, Y. ve Seçkin, Z. (2009). Örgütsel Adalet İle Duygusal Tükenmişlik Arasındaki İlişki: İmalat Sanayi Çalışanları Üzerine Bir Araştırma. *Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, Karaman. 11(16):83-99.

Yıldırım, B. Ve Özkahraman, Ş. (2011). Hasta Eğitiminde Hemşirenin Rolü. *Sağlık ve Toplum Dergisi*. 21(1):7-14.

Yıldırım, F. (1996). *Banka Çalışanlarında İş Doyumu ve Algılanan Rol Çatışması ile Tükenmişlik Arasındaki İlişki*. Yüksek Lisans Tezi. Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.

EKLER LİSTESİ

EK 1: Demografik Bilgi Formu

EK 2: Anket Soru Formu

EK 3: Tekirdağ İli Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliği
Çalışma İzin Yazısı

HEMŞİRELERDE TÜKENMİŞLİK İLE ROL ÇATIŞMASI VE ROL BELİRSİZLİĞİ ARASINDAKİ İLİŞKİ: ÇORLU
DEVLET HASTANESİ ÖRNEĞİ

Sayın Hemşire;

Bu anket çalışması Hemşirelerin Tükenmişlik ile Rol Çatışması ile Rol Belirsizliği arasındaki ilişkiyi değerlendirmek amacıyla yapılmaktadır. Vereceğiniz cevaplarla Tükenmişlik, Rol Çatışması ve Rol Belirsizliğine yönelik çalışmalara ışık tutacak verilerin elde edilmesine yardımcı olacaksınız.

Anket 12 soru sosyodemografik, 14 soru Rol Belirsizliği ve Rol Çatışması, 23 soru Tükenmişlik sorularından oluşmaktadır.

Ersin KOCAMAN
Namık Kemal Üniversitesi
Sosyal Bilimler Enstitüsü Öğrencisi

Bu Bölümde Sosyodemografik Bilgi Soruları Sorulmuştur.

1. Cinsiyetiniz

1. Erkek 2. Kadın

2. Medeni durumunuz

1. Evli 2. Bekar 3. Dul/Boşanmış

3. Çocuk Durumu

1. Çocuklu 2. Çocuksuz

4. Yaşınız

1. 25 yaş altı 2. 25-34 arası 3. 35-44 arası 4. 45-54 arası 5. 55 ve üzeri

5. Eğitim durumunuz

1. Lise 2. Önlisans 3. Lisans 4. Lisansüstü

6. Haftada kaç saat çalışıyorsunuz ?

1. 40 2. 40-64 arası 3. 65 üzeri

7. Meslekte toplam kaç yıldır çalışıyorsunuz?

1. 4 yıl ve daha az 2. 5-9 yıl 3. 10-14 yıl 4. 15-19 yıl 5. 20-24 yıl 6. 25 yıl ve üzeri

8. Meslek seçiminiz

1. Kendi isteğimle seçtim 2. Aile yönlendirmesi 3. Tesadüfen 4. Diğer (Lütfen Belirtiniz)...

9. İş yerindeki statünüz

1. Hemşire 2. Ebe 3. Acil Tıp Teknisyeni

10. Çalıştığınız birim

1. Yoğun bakım 2. Acil 3. Servis 4. Ameliyathane/ Doğumhane

11. Mesleğiniz uygulamadaki iş veriminiz konusunda ne düşünüyorsunuz?

1. Çok kötü 2. Kötü 3. Vasat 4. İyi 5. Çok iyi

12. Gelir düzeyiniz hakkındaki düşünceniz

1. Yeterli 2. Yetersiz

Bu bölümde Tükennmişlik ile ilgili Sorular Sorulmuştur.

	Hiç Bir Zaman	Çok Nadir	Bazen	Çoğu Zaman	Her Zaman
1. Hemsirelikten/ Ebelikten soğduğumu hissediyorum.					
2. İş dönüştü yada nöbet çıkışı ruhem kendimi tükennmiş hissediyorum.					
3. Sabah kalktığımda bir gün daha hemsireliği/Ebeliği kaldıramayacağımı hissediyorum.					
4. Hemsire/Ebe olmam dolayısıyla karşılaştığım insanların ne hissettiğini herren anlamam.					
5. Hemsire/ Ebe olmam dolayısıyla karşılaştığım bazı kimselere sanki insan değillermiş gibi davrandığımı fark ediyorum.					
6. Bütün gün hastalarla uğraşmak benim için geçekten çok yipratici.					
7. Hemsire/ Ebe olmam dolayısıyla karşılaştığım hastaların sorunlarına en uygun çözüm yollarını bulmuyorum.					
8. Hemsirelikten/ Ebelikten yıldığımı hissediyorum.					
9. Hemsirelik/ Ebelik sayesinde insanların yaşamına katkıda bulunduğuma inanmıyorum.					
10. Hemsire/ Ebe olarak çalışmaya başladığımdan beri insanlara karşı sertleştim.					
11. Hemsireliğin/ Ebeliğin beni giderek katılaştırmasından korkuyorum.					
12. Çok şeyler yapabilecek gücüyüm.					
13. Hemsireliğin/ Ebeliğin beni kısıtladığını hissediyorum.					
14. Hastanede çok fazla çalıştığımı hissediyorum.					
15. Hemsire/ Ebe olmam dolayısı ile karşılaştığım insanlara ne olduğu umrumda değil.					
16. Doğrudan doğruya insanlarla çalışmak bende çok fazla stres yapıyor.					
17. Hemsire/ Ebe olmam dolayısıyla karşılaştığım hasta/ hasta yakınıyla aramda rahat bir ortam yaratmıyorum.					
18. Hastalarla yakın bir çalışmadan sonra kendimi çanlanmış hissedirim.					
19. Hemsirelikte/ Ebelikte kayda değer bir çok başarı elde ettim.					
20. Yolun sonuna geldiğimi hissediyorum.					
21. Hastanede ki duygusal sorunlara serin kanlılıkla yaklaşıyorum.					
22. Hemsire/ Ebe olmam dolayısıyla karşılaştığım hastaların bazı problemlerini sanki ben yaratmışım gibi davrandıklarımı hissediyorum.					
23. Diğer (Varsa Lütfen Ekleyiniz):					

LÜTFEN ARKA SAYFAYA GEÇİNİZ...

İlk 6 Soru Rol Belirliliği Boyutları, 7-13 Arası Sorular ise Rol Çatışması Boyutları İçin Sorulmuştur.

	Kesinlikle Yanlış	Yanlış	Kararsızım	Kısmen Doğru	Doğru	Kesinlikle Doğru
1. Hemsirelikte/ Ebelikte ne kadar yetkiye sahip olduğumu biliyorum.						
2. Hemsireliğin/ Ebeliğin amaç ve hedefleri çok planlı ve belirgindir.						
3. Hastanede zamanımı uygun biçimde bölüştürdüğümü biliyorum.						
4. Hastanede benden tam olarak ne beklendiğini biliyorum.						
5. Hastanede ne yapılması gerektiği konusundaki açıklamalar yeterlidir.						
6. Hastanede farklı koşullarda; farklı şekillerde yapılması gereken şeyleri yapmak zorundayım.						
7. Hastanede bana, tek başıma bitiremeyeceğim işler veriliyor.						
8. Hastanede bana verilen bir görev yerine getirebilmek için bir kuralı yada ilkeyi öğrenmek zorunda kalıyorum.						
9. Hastanede farklı biçimlerde çalışan iki yada daha fazla grupta görev yapıyorum.						
10. Hastanede iki yada daha fazla kişinin birbirleriyle bağdaşmayan taleplerine mühatap oluyorum.						
11. Hastanede kimilerinin kabul edip kimilerinin kabul etmeyeceği işler yapıyorum.						
12. Hastanede bana, yapabilmem için yeterli kaynak ve malzeme olmayan işler verilir.						
13. Hastanede gereksiz işlerle uğraşıyorum.						
14. Diğer (Varsa Lütfen Ekleyiniz):						



T.C. Sağlık Bakanlığı

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
Tekirdağ İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

SEKRETERLİĞİ - TEKİRDAĞ EĞİTİM HİZMETLERİ BİRİMİ
01/09/2015 16:54 / 42232655 / 044 / 317



00013166294

Sayı : 42232655/044
Konu : Araştırma Başvurusu/ Ersin
KOCAMAN

ÇORLU İLÇE DEVLET HASTANESİNE

İlgi : Ersin KOCAMAN' ın 19/08/2015 tarihli dilekçesi.

İlgide kayıtlı dilekçe ile Namık Kemal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı öğrenci kurumunuzda görevli Ersin KOCAMAN, " Hemşirelerde Tükenmişlik İle Rol Çatışması ve Rol Belirsizliği Arasındaki İlişki: Çorlu Devlet Hastanesi Örneği " isimli araştırma anketini kurumunuzda çalışan hemşire/ebelere uygulayabilmek için gerekli izin talebinde bulunmuştur.

Araştırma başvurusu komisyon tarafından incelenmiş ve uygulamanın hizmeti aksatmayacak şekilde yürütülmesi, ankete katılımın gönüllülük esasına göre yapılması, çalışma sonucunun Bakanlığımız bilgisi dışında ilan edilmemesi, sonucun bir örneğinin CD formatında Genel Sekreterliğimiz Eğitim ve Ar-Ge Birimine teslim edilmesi şartıyla çalışmanın yapılmasının uygun olduğuna karar verilmiştir.

Araştırma başvuru neticesinin Hemşire Ersin KOCAMAN' a tebliğ edilmesi hususunda;

Gereğini ve bilgilerinizi rica ederim.

Uzm. Dr. Seyit Ali GÜMÜŞTAŞ
Genel Sekreter

100. Yıl Mah. Hüseyin Mumcuoğlu Cad. No:37/A 59100/ TEKİRDAĞ
tekirdagkhhb.egitim@saglik.gov.tr www.tekirdag.khhb.saglik.gov.tr Fax: 0 282 262 57 29
Gülaydın TABU Ebe 0 282 2586565/1049

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden ad4c25cc-ca24-4a51-bebe-a4aa7dc7386a kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.