Bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerde depresyon ve tükenmişlik düzeyinin sosyodemografik özelliklerle ilişkisi

Okan TAYCAN,[1] Leman KUTLU,[2] Selma ÇİMEN,[3] Nurcan AYDIN[4]

ÖZET

Amaç: *Bu çalışmanın amacı bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerde tükenmişlik, depresyon ve ilişkili olan etkenleri incelemektir.* ***Yöntem:*** *Örneklem grubu Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi'nde çalışan 561 hemşireden oluşmaktadır. Çalışmanın verileri kişisel bilgileri içeren anket formu, Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) ve Duygusal Tükenme (DT), Duyarsızlaşma (D) ve Kişisel Başarı (KB) alt boyutlarından oluşan Maslach Tükenmişlik Ölçeği (MTÖ) ile toplanmıştır.* ***Bulgular:*** *Çalışmamızda hemşirelerin tükenmişlik puan ortalamaları literatürdeki benzer çalışmalarla karşılaştırıldığında düşük bulunmuştur. Depresyon sıklığı (BDÖ≥17) %11.4 olarak saptanmıştır. Yaş, meslekte geçirilen süre, medeni durum ve çocuk sahibi olma KB ile pozitif korelasyon göstermiştir. Cerrahi bölümlerde çalışan hemşirelerin, dahili bölümlerde çalışanlarla karşılaştırıldığında KB puan ortalamalarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Çalışma saatleri ve fiziksel bir hastalığın varlığı DT ile hastaneye ulaşım sorunlarının varlığı ise D ve KB ile ilişkili bulunmuştur. İş yaşamından memnun olmayan, mesleğini kendine uygun bulmayan, meslek seçiminde isteksizlik ve psikiyatrik sorunlar yaşadığını belirten hemşirelerde tükenmişlik ve depresyon düzeyi daha yüksek olarak saptanmıştır. Ayrıca depresyon ve tükenmişlik arasında istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon bulunmuştur.* ***(Anadolu Psikiyatri Dergisi 2006; 7:100-108)***

Anahtar sözcükler: *Hemşire, tükenmişlik, depresyon, sosyodemografik özellikler*

Relation between sociodemographic characteristics depression and burnout levels of nurse working in university hospital

ABSTRACT

Objective: *The aim of this study is to assess burnout, depression and associated factors among nursing staff in a university hospital.* ***Methods:*** *The sample is composed of 561 nurses from different departments of Cerrahpaşa Medical Faculty Hospital. All participants were asked to complete a questionnaire regarding their personal data, Beck Depression Inventory (BDI) and Maslach Burnout Inventory (MBI) which demonstrate burnout in three dimensions: emotional exhaustion (EE), depersonalization (D) and personal accomplishment (PA).* ***Results:*** *Nurses reported moderate levels of burnout compared to the other studies with similar design. The prevalence of depression (BDI score ≥17) was found 11.4%. Age, work experience, marital status and having children showed a positive correlation with PA. Nurses who work in surgery departments revealed higher scores on PA, compared to the ones working internal medicine departments. Long working hours and suffering from physical health problems were correlated with high EE, whereas having difficulty in transportation with D and PA. Nurses who are* dissatis-

[1] Dr., [3] Bil.Uzm., [4] Hem., İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Psikiyatri ABD, İSTANBUL
[2] Hem.Dr., İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü, İSTANBUL
Yazışma adresi: Dr. Leman KUTLU, Çobançeşme Belediye Blokları C/3 Bl. Kat.4 D.13 Alibeyköy/İSTANBUL
E-posta: lemankutlu@mynet.com

fied with their conditions at work, presuming their job was unsuitable for them, suffering from psychiatric health problems and working without motivation in their unit demonstrated high levels of burnout and depression. The results also indicated a significant correlation between depression and burnout. ***(Anatolian Journal of Psychiatry 2006; 7:100-108)***

Key words: *nurse, burnout, depression, sociodemographic characteristics*

GİRİŞ

İnsanlarla birebir ilişki içinde çalışmayı gerektiren meslekleri yürütenlerde sık görülen bir tür stres olan "tükenmişlik" kavramı ilk kez Freudenburg (1974) tarafından ortaya konmuş ve günümüzde kabul gören tanımı Maslach tarafından 1981'de yapılmıştır. Maslach tükenmişliği, kişinin profesyonel iş yaşamında ve diğer insanlarla olan ilişkilerinde olumsuzluklara yol açan özsaygı yitimi, kronik yorgunluk, çaresizlik ve umutsuzluk duygularının gelişimi ile birlikte seyreden fiziksel, duygusal ve entelektüel tükenmeyle karakterize bir sendrom olarak tanımlamış ve üç ayrı alt kategoriye ayırmıştır: Duygusal tükenme (emotional exhaustion), depersonalizasyon (depersonalization) ve kişisel başarı (personel accomplishment) eksikliği.[1]

Duygusal tükenme, kişinin duygusal yönden kendisini yıpranmış hissetme ve aşırı yüklenilmiş olma duygularını gösterirken; depersonalizasyon, başkalarına karşı olumsuz ve alaycı tutumları ifade etmekte ve çalışanların hizmet verdikleri kişilere birer insan yerine nesne gibi davranmasıyla kendini göstermektedir.[2] Kişisel başarı ise, sorunun üstesinden gelme ve kendini yeterli bulma olarak tanımlanmaktadır.[3]

Depresyon toplumda sık görülen bir bozukluktur, tanımlanması Hipokrat dönemine kadar uzanır. Depresyonun temelinde daha önceden isteyerek ve severek yaptığı günlük etkinliklere karşı isteksizlik ve yaşamdan zevk alamama durumu vardır. Ek olarak zamanla kişide kederli ve üzgün bir duygu durumu ile birlikte görülen bazı değişiklikler oluşur. Bu durumda kişi her şeyi olumsuz olarak değerlendirerek karamsarlık düşünceleri ile geçmişi ve geleceği düşünmeye başlar. Geçmişte yaşanmış olayların olumsuz ve kötü taraflarını görerek kendisini suçlu ve cezalandırılmış hisseder. Aynı şekilde geleceği de umutsuz ve karamsar görerek gelecek adına çaresizlik düşünceleri iyice pekişir. Kişi yaşamdan zevk alamaz hale gelerek yaşamanın anlamsız olduğunu düşünecek kadar kendini çökkün hissedebilir. Bu olumsuz bakış günlük yaşamına, kişilerarası ilişkilerine yansıyarak onun okul ve/veya iş yaşamındaki performansının düşmesine neden olabilir.[4]

Yapılan araştırmalarda tükenmişliğin en önemli sonucu olarak, sunulan hizmetin nitelik ve niceliğinde bozulmalar olması şeklinde ortaya konulmakla birlikte, bireyler üzerinde de ciddi fiziksel ve zihinsel sorunlara yol açtığı bildirilmiştir. Psikosomatik hastalıkların ortaya çıkışı veya var olan rahatsızlığın artışı, depresif yakınmalarda artış, işten ayrılma, iş doyumunun azalması, uykusuzluk, konsantre olamama, gastrointestinal problemler, sosyal izolasyon, yorgunluk, libido azalması, alkol ve madde kullanımında artış bu sorunlardan bazılarıdır.[5,6]

Tükenmişlikle ilgili çalışmalar doğal olarak hemşireler, doktorlar, öğretmenler, avukatlar gibi insanlarla yoğun ilişki kurmayı gerektiren meslekleri yürütenler üzerine odaklanmıştır.[7] Yedi farklı sağlık meslek grubundan (uzman ve pratisyen hekimler, diş hekimleri, eczacılar, hemşireler, sağlık teknisyenleri ve ebeler) 7255 kişiyi incelendiği bir çalışmada tükenmişlik oranının en yüksek olduğu meslek grubunun hemşireler olduğunu bildirmiştir.

Birçok çalışmada depresyonun sağlık çalışanlarında topluma göre daha sık görüldüğü bildirilmiştir.[8-10] Bazı yazarlar depresyonla tükenmişlik arasında bir ilişki olduğunu ileri sürerken, diğerleri tükenmişlik ve depresyonun birbirinden farklı iki klinik görünüm olduğunu belirtmişlerdir.[8,11,12] Özellikle hekimlerde depresyon düzeyi üzerine birçok çalışma bulunmasına karşın, sağlık çalışanlarının önemli bir kısmını oluşturan hemşirelerle ilgili fazla çalışma olmaması dikkat çekicidir.

Bu çalışmada İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi'nde çalışan hemşirelerde depresyon sıklığını, tükenmişlik düzeyini ve sosyodemografik değişkenlerle olan ilişkilerini değerlendirmeyi amaçladık.

GEREÇ VE YÖNTEM

Bu çalışma tanımlayıcı bir çalışma olarak planlanmış olup evrenini Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi'nde çalışan hemşireler, örneklem grubunu ise toplam 561 hemşire oluşturmuştur. Çalışmada evren ile örneklemin aynı olması planlanmış olmasına karşın, izin, sağlık raporu ve çalışmaya katılmak istememe gibi nedenlerle evrendeki sayıya ulaşılama-

mıştır. Çalışmaya katılmayı kabul eden hemşirelere aşağıdaki form ve ölçekler uygulanmıştır:

Sosyodemografik Veri Formu: Araştırmacılar tarafından geliştirilen, hemşirelerin kişisel (15 soru), mesleki (11 soru) ve sağlık durumu (7 soru) ile ilgili 33 soruluk bir anket formudur.

Maslach Tükenmişlik Ölçeği (MTÖ): Duygusal tükenmişlik (DT, 9 madde), kişisel başarı (KB, 8 madde) ve depersonalizasyon (D, 5 madde) alt ölçekleriyle (toplam 22 madde) değerlendirilmektedir. Maslach ve Jackson tarafından 1981 yılında geliştirilmiş,[1] Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Ergin tarafından yapılmıştır.[13] Türkçeye uyarlanırken orijinal ölçekte olan 7 basamaklı yanıt seçeneklerinin Türk kültürüne uygun olmadığı anlaşılarak, 5 basamaklı olarak değiştirilmiştir (0=Hiçbir zaman, 1=Çok nadir, 2=Bazen, 3=Çoğu zaman, 4=Her zaman). Alt ölçek puanları duygusal tükenme ve depersonalizasyon için yukarıdaki gibi puanlanırken kişisel başarı için tersine puanlanmaktadır (hiçbir zaman=4, her zaman= 0). Bu puanların toplanması ile DT için 0-36, D için 0-20 ve KB için de 0-32 arasında değişen puanlar elde edilir. DT ve D alt ölçekleri olumsuz anlatımlardan, KB boyutu ise olumlu anlatımlardan oluşmaktadır. DT ve D puanlarının artışı tükenmişliğin fazlalığını, KB puanının artışı ise azlığını gösterir. Alt ölçeklerin Cronbach alfa katsayıları DT için 0.83, KB için 0.72, D için 0.65'dir.[1,13]

Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ): Her yanıttan elde edilen 0-3 arasındaki puanların toplanması ile değerlendirilen, toplam 21 sorudan oluşan bir depresyon derecelendirme ölçeğidir. Denk düşen puan aralıkları doğrultusunda ölçek, 1-10 arası normal, 11-16 arası orta derecede duygu durumu bozukluğu, 17-20 arası klinik depresyon; 21-30 arası orta düzeyde depresyon; 31-40 arası ciddi düzeyde depresyon; 41-63 arası ağır depresyon biçiminde değerlendirilmektedir. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Hisli tarafından yapılmıştır.[14]

Veriler bilgisayar ortamında SPSS programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Değerlendirmede yüzdelik, varyans analizi, t testi, cross table, korelasyon ve ortalama gibi istatistiksel yöntemler kullanılmıştır.

BULGULAR

Tablo 1'de görüldüğü gibi, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'nde çalışan hemşirelerin çoğunun bayan (%98), 35-39 yaşları arasında (%27.3), ön lisans mezunu (%51.3), evli (%55.6), çocuk sahibi (% 52.6) ve bir çocuğa sahip olduğu (% 52.6) saptanmıştır. %59.9'unun aylık gelirinin harcamalarını kısmen

Tablo 1. Hemşirelerin demografik Özellikleri (N=561)

Demografik özellikler	Sayı	%
Cinsiyet		
Erkek	11	2.0
Kadın	550	98.0
Yaş		
20-24 yaş	53	9.4
25-29 yaş	143	25.5
30-34 yaş	86	15.3
35-39 yaş	153	27.3
40-44 yaş	79	14.1
45 ve üstü	47	8.4
Eğitim düzeyi		
Sağlık Meslek Lisesi	59	10.5
Ön lisans	288	51.3
Lisans	175	31.2
Lisansüstü	39	7.0
Medeni durum		
Bekar	222	39.6
Evli	312	55.6
Dul	27	4.4
Çocuk		
Yok	266	47.4
Var	295	52.6
Aylık geliri		
Yetmiyor	164	29.3
Kısmen yetiyor	336	59.9
Tamamen yetiyor	61	10.9
Bakmakla yükümlü olunan kişilerin varlığı		
Yok	487	86.8
Var	74	13.2
İş yerine ulaşım şekli		
Yürüyerek	226	40.3
Servis Aracıyla	125	22.3
Toplu Taşıma Aracıyla	157	28.0
Kendi Arabasıyla	53	9.4
Tatil yapabilme durumu		
Yapmıyor	115	20.5
Yapıyor	446	79.5
Sosyal etkinliklere katılmada		
Yetersiz	398	70.9
Kısmen yeterli	25	4.5
Yeterli	138	24.6

Tablo 2. Hemşirelerin meslek ve sağlık durumu ile ilgili özellikleri (N=561)

Meslekle ilgili özellikler	Sayı	%
Çalıştıkları Bölüm		
Cerrahi bölümler	331	59.0
Dahili bölümler	230	41.0
Meslekte çalışma süresi		
1-5 yıl	120	21.4
6-11 yıl	150	26.7
12-17 yıl	176	31.4
18 yıl ve üstü	115	20.5
Görevi		
Servis hemşiresi	313	55.8
Poliklinik/özel uygulama	90	16.0
Sorumlu hemşire	76	13.5
Ameliyathane hemşiresi	52	9.3
Başhemşire	19	3.4
Eğitim/enfeksiyon	11	2.0
Çalışma Şekli		
Gündüz	258	46.0
Vardiya	291	51.9
Sürekli gece	12	2.1
Haftalık ortalama çalışma süresi		
40 saat	511	91.1
41-45	28	5.0
46-50	22	3.9
Yatan hastaya bakma durumu		
Hasta bakmıyor	113	20.1
Hasta bakıyor	448	79.9
Mesleği seçmedeki isteklilik durumu		
Evet	408	72.7
Hayır	153	27.3
Çalıştığı bölümü seçmedeki tercih durumu		
Kendi isteğim	271	48.3
Atama	290	51.7
Mesleğini kendine uygun bulma durumu		
Uygun	431	76.8
Uygun değil	130	23.2
İş yaşamından memnun olma durumu		
Memnun	212	37.8
Kısmen Memnun	284	50.7
Memnun Değil	65	11.6
İş yaşamından memnun olmama nedenleri		
Ortamdaki iletişim sorunu	25	4.5
Mesleki doyumsuzluk	44	7.8
Ortamdaki fiziksel koşulların uygunsuzluğu	12	2.1
Sosyal olanak yetersizliği	5	0.9
Çalışma sistemindeki uygunsuzluklar	77	13.7
Ekonomik yetersizlikler	17	3.0

karşıladığı; %62.8'inin anne, baba ve çocuklardan oluşan bir çekirdek aile içinde yaşadığı, %38.1'inin yaşadığı evin kendisine ait olduğu, %86.8'inin bakmakla yükümlü olduğu sağlık sorunu olan kişinin olmadığı, olanların ise salt bir kişinin bakımını üstlendiği, %40.3'ünün iş yerine yürüyerek ulaştığı, %79.5'inin tatil yapabildiği, tatil yapanların %87.2'sinin yılda bir kez tatil yapabildiği, %70.9'unun herhangi bir sosyal etkinliğe katılamadıkları saptanmıştır.

Tablo 2'de görüldüğü gibi, hemşirelerin %59'unun cerrahi bölümlerde çalıştığı, %31.4'ünün 12-17 yıl arasında bu meslekte çalıştığı, %55.8'inin servis hemşiresi olarak ve %51.9'unun vardiyalı çalıştığı, %83.1'inin idari görevinin olmadığı, %91.1'inin haftada ortalama 40 saat çalıştığı, %79.9'unun yatan hastaya baktığı, %38.8'inin 11-20 arasında hastanın bakımını üstlendiği saptanmıştır. Ayrıca %72.7'sinin mesleğini isteyerek seçtiği, %51.7'sinin çalıştığı bölüme atama yoluyla geldiği, %76.8'inin mesleğini kendine uygun bulduğu, %50.7'sinin iş yaşamından kısmen memnun olduğu, memnun olmayanların ise çalışma sistemindeki uygunsuzlukları gerekçe gösterdikleri (n=77, %13.7) bulunmuştur.

Hemşirelerin %58.8'inin fiziksel bir hastalığının olmadığı, hastalığı olanların (n=231) ise rahatsızlığının günlük yaşam etkinliklerini kısmen etkilediği (n=167, %72.3), %70.8'inin psikiyatrik bozukluğunun olmadığı, olanların ise (n=164) psikiyatrik bozuklukları için yardım aldığı (n=99, %59.6), %46.5'inin stresli bir durumla karşılaştığında genellikle arkadaş ve yakınları ile konuşarak (n=261) başa çıkabildikleri saptanmıştır. Ayrıca hemşirelerin %61.1'inin son bir yıl içinde yaşamlarını etkileyen ölüm, ayrılık, kaza, hastalık, doğal afet gibi yaşamsal bir olayın olmadığı saptanmıştır.

Hemşirelerin BDÖ puan aralığı 0-57, ortalama puanları 8.22±7.02'dir (Tablo 3). Bu verilere göre hemşirelerin %69.3'ünün ruhsal durumlarındaki iniş çıkışların normal olduğu saptanmıştır. Hemşirelerin %11.4'ü 17 ve üzerinde puan almış, klinik açıdan tedavisinin gerekli olduğu saptanmış ve %2.67'si bir psikiyatriste yönlendirilerek izlemeye alınmıştır.

Tablo 4'te hemşirelerin MTÖ alt ölçeklerinin puanları gösterilmiştir. Buna göre ortalama puanlar DT için 14.08±6.67, D için 2.81±3.35 ve KB için 21.27±7.08 olarak bulunmuştur. MTÖ'nin alt ölçeklerinden DT ile D arasında pozitif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin varlığı saptanırken (r=0.530, p=0.00),

Tablo 3. Hemşirelerin BDÖ puanlarının dağılımı (N= 561)

BDÖ puanları	Sayı	%
1-10: Ruhsal durumdaki iniş ve çıkışlar normal	389	69.3
11-16: Orta derecede duygu durum rahatsızlığı	108	19.3
17-20: Klinik olarak depresyon	31	5.5
21-30: Orta düzeyde depresyon	28	5.0
31-40: Ciddi düzeyde depresyon	4	0.7
41-63: Ağır depresyon	1	0.2

Tablo 4. MTÖ alt ölçeklerinin puan dağılımı

Alt ölçekler	Min.	Maks.	Ort. ± SD
DT	0	32	14.08 ± 6.67
D	0	20	2.81 ± 3.35
KB	0	32	21.27 ± 7.08

KB ile ters yönde ancak istatistiksel olarak anlamlı olmayan bir ilişki saptanmıştır (r=0.023, p=0.586).

Hemşirelerin BDÖ puanları ile DT (r=0.343) ve D (r=0.249) puanları arasında pozitif yönde, KB (r=-0.151) ile de ters yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır (p<0.01).

Cinsiyet, eğitim ve tatil yapabilme durumu ile depresyon ve tükenmişlik düzeyi alt ölçeklerinin boyutlarının ortalama puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (p>0.05). Yaş grupları ile KB ortalama puanları arasında anlamlı bir fark (F=3.62, p=0.003) olduğu (p<0.01); yaşları 45 ve üstünde (24.11± 8.92) olan hemşirelerin kişisel başarı ortalamalarının, yaşları 25-29 (20.07±7.67) ve 30-34 (20.01±7.15) arasında olan hemşirelerin ortalamalarından daha yüksek olduğu saptanmıştır. Diğer alt ölçeklerin ve BDÖ ortalama puanları arasında istatistiksel olarak fark bulunmamıştır.

Medeni durum ile KB ortalama puanları arasında anlamlı fark (F=3.79, p=0.023) olduğu, bekar olanların ortalama puanlarının (20.30±7) evli olanlarınkinden (21.99±7.46) daha düşük olduğu belirlenmiştir. BDÖ ve diğer alt ölçeklerin ortalama puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır.

Çocuğu olmayanların KB ortalama puanlarının (20.40±7.23) çocuğu olanlarınkinden (22.06± 6.86) daha düşük ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu (t=2.79, p=0.005) saptanmıştır. BDÖ ve diğer alt ölçek ortalama puanları arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

Hemşirelerin iş yerine ulaşım şekli ile DT ve BDÖ ortalama puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. KB ve D ortalama puanları ile karşılaştırıldığında ortalamalar arasındaki farkın anlamlı olduğu (F=4.16, p=0.006; F=3.58, p=0.01) bulunmuştur.

Aylık gelirle DT (F=4.28, p=0.014) arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olduğu (p<0.05); aylık geliri yetmeyenlerin ortalama puanının daha yüksek olduğu (15.35±6.99) saptanmıştır. D ile karşılaştırıldığında aralarında anlamlı fark (F=6.38, p=0.002) olduğu ve aylık geliri yeterli olanların ortalama puanının daha düşük olduğu (1.54±2.14) saptanmıştır. KB ortalama puanları ile aralarında anlamlı fark (F=5.03, p=0.007) olduğu ve aylık geliri yeterli olanların puan ortalamasının daha yüksek olduğu (23.72±5.92) belirlenmiştir. Aylık geliri yetmeyenlerin BDÖ ortalama puanı daha yüksek olmasına karşın, ortalamalar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Sosyal etkinliklere durumu ile DT ortalama puanları arasında anlamlı fark (F=12.32, p= 0.000) olduğu; sosyal etkinliklere katılmada yetersiz olanların ortalama puanlarının daha yüksek olduğu (14.96±6.58) saptanmıştır. D ile karşılaştırıldığında ortalama puanlar arasında anlamlı fark (F=4.50, p=0.011) olduğu, sosyal etkinliklere katılmada yetersiz olanların ortalama puanlarının daha yüksek olduğu (3.07±3.48) belirlenmiştir. Sosyal etkinliklere katılmada yetersiz olanların BDÖ ortalama puanlarının daha yüksek olduğu (8.65±7.25**)** ve ortalama puanlar arasında anlamlı fark (F=10.85, p=0.000) olduğu saptanmıştır. KB ortalama puanları arasında anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir.

Hemşirelerin çalışma pozisyonu, çalışma şekli ve yatan hastaya bakma durumu ile BDÖ ve MTÖ ortalama puanları aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır.

Tablo 5. BDÖ ve MTÖ alt ölçek ortalama puanlarının mesleki özelliklerle ilişkisi

Mesleki özellikler	BDÖ	DT	D	KB
Mesleği seçmedeki isteklilik durumu	t = 4.053 p<0.000	t = 3.791 p<0.000	t = 4.151 p<0.000	t = 3.137 p<0.002
Çalıştığı bölümü tercih etme	t = 3.246 p<0.001	t = 3.791 p<0.000	t = 4.151 p<0.000	t = 3.137 p<0.000
Mesleğini kendine uygun bulma	t =3.264 p<0.001	t =6.003 p<0.000	t = 4.852 p<0.000	t =4.669 p<0.000
İş yaşamından memnun olma	F=11.920 p<0.000	F=48.697 p<0.000	F=21.691 p<0.000	F=16.182 p<0.000

Cerrahi bölümlerde çalışan hemşirelerin KB ortalama puanlarının (22.07±7.38) dahili (20.29±6.98) bölümlerde çalışanlarınkinden daha yüksek ve aralarındaki farkın anlamlı olduğu (t=2.90, p=0.004) belirlenmiştir. Diğer alt ölçekler arasında fark olmadığı saptanmıştır.

Meslekte çalışma süresi ile KB ortalama puanları arasında anlamlı fark (F=3.21, p=0.023) olduğu, 1-5 yıl arasında çalışanların ortalama puanının (20.04±7.46) 18 yıl ve üstünde çalışanlarınkinden (22.74±7.38) daha düşük olduğu saptanmıştır. BDÖ ve diğer alt ölçeklerde istatistiksel olarak anlamlılık saptanmamıştır.

Haftalık ortalama çalışma saatleri ile DT ortalama puanları arasında anlamlı bir fark (F=3.96, p=0.020) olduğu; 40 saat çalışanların puan ortalamasının (13.20±7.27) 46-50 saat arasında çalışanlarınkinden (17.27±7.27) daha düşük olduğu saptanmıştır. BDÖ ve diğer alt ölçeklerde istatistiksel olarak anlamlılık saptanmamıştır.

Mesleği seçmedeki isteklilik durumu, çalıştığı bölümü tercih etme, mesleğini kendine uygun bulma ve iş yaşamından memnun olma ile BDÖ ve MTÖ tüm alt ölçek ortalama puanları aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır (Tablo 5).

Hemşirelerin fiziksel hastalık durumu ile BDÖ, KB ve D puan ortalamaları ile arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. Fiziksel hastalığı olanların DT ortalama puanlarının (1.46±0.62) olmayanlarınkinden (1.34± 0.53) daha düşük ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı (t=2.53, p=0.012) olduğu belirlenmiştir.

Hemşirelerin psikiyatrik bozukluk durumu ile BDÖ, DT ve D puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanırken (BDÖ için t=5.97, p=0.000; DT için t=3.96, p=0.000; D için t=4.91, p=0.000), KB ile saptanmamıştır.

Hemşirelerin yaşamlarını etkileyen önemli bir olayın varlığı ile BDÖ, DT ve D ortalama puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanırken (BDÖ için t=5.18, p=0.000; DT için t=3.34, p=0.001; D için t=2.37, p=0.018), KB ile saptanmamıştır.

TARTIŞMA

Çalışmamızda hemşirelerin tükenmişlik alt ölçek ortalama puanları literatürdeki benzer çalışmalarla karşılaştırıldığında düşük bulunmuştur.[15-18] Bunun nedenini çalışma evreninin sadece üniversitede görev yapan hemşirelerden oluşmasına bağlayabiliriz. Üniversite hastanelerinde çalışan hemşireler, başka kurumlarda çalışan meslektaşlarına oranla daha özgür bir çalışma ortamın varlığı, verilen hizmetin hasta yönelimli olmaktan çok servis yönelimli olması ve eğitim-araştırma hastanesi olması nedeniyle yeni gelişmelere açık bir ortamın bulunması gibi birtakım avantajlara sahiptir. Tüm bu etkenler hemşirelerin mesleki motivasyonlarını artırmakta ve tükenmişliğe karşı koruyucu bir işlev görmektedir. Özyurt 598 hekimi tükenmişlik düzeyi ve iş doyumu açısından değerlendirdiği çalışmasında, bizimkine yakın sonuçlar bildirmiştir.[18]

Çalışmamızda yaş ile kişisel başarı alt ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmış, yaştaki artışa paralel olarak hemşirelerin kendilerini mesleklerinde daha yeterli ve başarılı hissettikleri sonucuna varılmıştır. KB skorunun gençlerde daha düşük çıkmasının sebebi (kişisel başarı puanı ile tükenmişlik arasında ters orantı vardır) artan

yaşla birlikte hemşirelerin işle ilgili sorunlarla daha etkili mücadele yolları geliştirmesi ve zaman içinde mesleki olgunlaşmanın doğal sonucu olarak kendilerini daha başarılı görmesi şeklinde yorumlanabilir. Bunun yanı sıra DT ve D alt ölçek puanları ile yaş arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Bu sonuçlar literatürle kısmen uyumluluk göstermektedir. Zira Ergin, Aslan ve arkadaşları ile Dolunay, yaptıkları çalışmalarda her üç alt ölçekle yaş arasında anlamlı ilişki olduğunu,[3,7,19] Kırılmaz ve arkadaşları ile Sayıl ve arkadaşları yaş ile tükenmişlik düzeyi arasında anlamlı bir ilişki bulunmadığını bildirmişlerdir.[20,21]

Meslekte geçirilen süre ile kişisel başarı puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Meslekte geçirilen süre arttıkça, KB puanları da artmaktadır. Yani kendini yetersiz ve başarısız hissetme daha çok mesleğe yeni başlayanlarda ortaya çıkmakta, deneyim kazanılması ile birlikte kişinin kendisini başarılı hissetmesinde artış görülmektedir. Randall ve Scott, mesleğe yeni başlayanlarda ortaya çıkan bu tepkiyi, yaşama ve mesleğe bağlanmanın henüz tam anlamıyla gerçekleşmemiş olmasıyla açıklamaktadır.[22] Ergin, bu durum hakkındaki gözlemlerini şu şekilde özetlemektedir: "İşe yeni başlayanlar eskilere oranla daha çok hasta görmekte, daha rutin işler yapmakta, üzerlerinde daha fazla denetim ve baskı hissetmektedirler. Mesleki doyum sağlayacak bazı statü özelliklerinden yoksun olmaları, yenilerle eskiler arasında işe ilişkin değerlerin ve genel yaşam beklentilerinin, dolayısıyla da işin taşıdığı önemin yarattığı farklılıklar tükenmişlik riskini artıran başlıca nedenler olarak dikkati çekmektedir".[13]

Demir ve arkadaşları 333 hemşirede, meslekte geçirilen süre ile alt ölçeklerden sadece KB arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunduğunu, diğer alt ölçeklerle anlamlı bir ilişki saptanmadığı bildirmişlerdir. Bizim sonuçlarımızla uyumlu olarak kişisel başarı puanın en düşük saptandığı grup 1-5 yıl arasında çalışmış olanlar iken, en yüksek saptanan grubun ise 16 yıl ve üstü çalışmış hemşireler olduğu belirtilmiştir. Literatürde hem hemşirelerle, hem de farklı meslek grupları ile yapılmış ve benzer sonuçların bildirildiği çalışmalar bulunmaktadır.[3,13,23]

Medeni durum ile duygusal tükenme ve depersonalizasyon alt ölçeklerinde anlamlı bir fark saptanmamışken, kişisel başarı ortalama puanlarının bekarlarda, evlilere göre daha düşük olduğu ve aradaki farkın da istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır. Bu sonuca göre bekar hemşirelerin kişisel başarı açısından evlilere göre kendilerini daha yetersiz hissettikleri söylenebilir. Maslach ve Jackson, evlilerde tükenmişlik oranının daha düşük olmasını, başkalarının sorumluluğunu üstlenmenin kazandırdığı yaşam deneyimine bağlamakta ve evli olanların, kişilerarası ilişki kurabilme kapasitesinin ve sorunlarla baş etme ve çözme becerilerinin daha gelişmiş olduğunu belirtmektedir.[1] Kırılmaz ve arkadaşları da aynı sonuca ulaşarak medeni durum ile sadece KB ortalama puanları arasında anlamlı bir ilişkinin varlığını bildirmişlerdir.[20]

Çalışmamızda ortaya çıkan bir diğer sonuç da çocuk sahibi olma ile KB ortalama puanları arasındaki ilişkidir. KB ortalama puanları, çocuğu olmayanlarda olanlara göre daha düşük saptanmıştır. Bu sonucun toplumuzda kadının üstlendiği rol ile açıklanabileceğini düşünüyoruz. Kadının çocuk doğurması ve insan neslini sürdürme işlevini gerçekleştirmesi hem evrimsel ve sosyal rolünün, hem de toplumsal rolünün altını çizmekte, toplum tarafından takdir ve kabul görmesi ile sonuçlanmaktadır. Böylelikle çocuk sahibi olan kadın toplumsal açıdan daha çok destek görmekte ve tükenmişlik riskine karşı da korunmuş olmaktadır. Dolunay benzer bir sonuç bildirirken, Kırılmaz ve arkadaşları çocuk sayısı ile tükenmişlik arasında anlamlı bir ilişki olmadığını belirtmişlerdir.[3,20]

Hemşirelerin hastaneye ulaşım sorunları da tükenmişlik düzeylerini etkilemektedir. KB ve D ortalama puanları ile ulaşım şekli arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmasını, çoğunun vardiyalı çalışmasına ve kurum tarafından vardiya saatlerine uygun servis sağlanmaması ile birlikte İstanbul'un genel ulaşım sorununa bağlayabiliriz. Yetersiz toplu ulaşım olanakları ve özellikle işe geliş ve dönüş saatlerinde artan trafik sıkışıklığı, hemşirelerde hem fiziksel ve zihinsel yorgunluğa yol açarak, hem de yaşadıkları ekonomik sıkıntıyı getirdiği ek maddi yükle artırarak tükenmişlik oranlarının yükselmesine neden olmaktadır. Demir ve arkadaşları da ulaşımda yaşanan sorunların DT ve D puanlarını artırdığını bildirmiştir.[17]

Aylık gelirle üç alt ölçek arasında da istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Buna göre aylık kazancının yeterli olduğunu düşünenlerde tükenmişlik oranları daha düşük saptanmıştır. Literatürde değişik çalışmalarda aylık gelir ile tükenmişlik arasında negatif bir ilişki olduğu bildirilmiştir.[24,25]

Haftalık çalışma süresi 40 saat olanların DT ortalama puanları 46-50 saat çalışanlara oranla daha düşük bulunmuştur. Haftalık çalışma süresi arttıkça, duygusal açıdan kendini yıpranmış hissetme oranı da artmaktadır. Üstün, 200 hemşire ile yaptığı çalışmada haftalık çalışma süresinin D üzerine yordayıcı bir değişken olduğunu bildirmiştir.[26]

Cerrahi bölümlerde çalışan hemşirelerin KB ortalama puanları dahili bölümlerde çalışanlara göre daha yüksek bulunmuştur. Bir başka anlatımla cerrahi bölümlerde çalışan hemşireler kendilerini daha başarılı görmekte ve olumlu değerlendirmektedir. Bu sonucu cerrahi bölümlerde mesleki sorumluluk alanının daha keskin sınırlarla çizilmiş olmasına, ekip içinde hiyerarşinin ve iş bölümünün daha net olmasına, dahili bölümlerden farklı olarak hem kronik ve bakımı zor hastaların azlığına hem de ucu açık tedaviler yerine görece daha radikal tedavilerin uygulanmasına bağlayabiliriz.

Sosyal etkinliklere katılmadığını belirten veya son bir yıl içinde yaşamlarını etkileyen önemli bir olayın varlığını belirten hemşirelerde BDÖ, DT ve D ortalama puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Buna göre sosyal etkinliklere katılmak hemşireleri duygusal yönden yıpranmışlığa karşı korurken, başkalarına karşı olumsuz tavır geliştirmelerini de engellemektedir.

Mesleği ve çalıştığı bölümü kendi isteği ile seçenlerde, mesleği kendine uygun bulanlarda ve genel olarak iş yaşamından memnun olanlarda depresyon ve tükenmişlik oranları daha düşük bulunmuş, üç alt ölçek ve BDÖ ile istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır.

Psikiyatrik bozukluğu olanlar ya da olduğunu düşünenlerde BDÖ, DT ve D alt ölçek puanları tükenmişlik lehine anlamlı bulunurken, tanı konulmuş ve tedavi görmekte olduğu bir fiziksel hastalığı olanlarda sadece DT ortalama puanları ile anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Demir ve arkadaşları çalışmalarında benzer bir sonuca ulaşmışlardır.[17] Sağlık sorunları ile tükenmişlik düzeyi arasındaki ilişkiyi çift taraflı olarak değerlendirmek mümkündür. Yani sağlık probleminin tükenmişlik riskini artırdığı ileri sürülebileceği gibi, tükenmişlik sendromu gelişmesinin sonucu olarak sağlık problemlerinin ortaya çıktığı da ileri sürülebilir. Elimizdeki veriyle böyle bir ayrım yapmak mümkün değildir. Optimal sağlık koşullarına sahip olmanın tükenmişlikle mücadelede önemli bir etken olduğu bilinmektedir.[27]

Ülkemizde erkek hemşirelerin sayısı çok azdır. Nitekim çalışmamızda erkek hemşire sayısı yetersiz olduğundan (n=11), cinsiyetler arasında tükenmişlik düzeyleri açısından karşılaştırma yapılamamıştır. Çalışmaya katılan erkek hemşirelerin tümünün Bulgar göçmeni olması ve eğitimlerini geldikleri ülkede almış olmaları, bu alandaki eksikliğimizi ortaya koyan dikkat çekici bir veridir.

Alt ölçeklerden alınan puanların birbirleriyle olan korelasyonları incelendiğinde DT ve D'nin birbirleri ile pozitif yönde anlamlı ilişkisinin olduğu saptanmış, KB ile DT arasında anlamlı korelasyon bulunamamıştır. Bu sonuç, çalışmanın uygulandığı grup için, depersonalizasyon ve kişisel başarının farklı etkenler tarafından etkilendiğini ve birbirlerinden bağımsız olarak değiştiklerini göstermektedir.

Çalışmamızda depresyonla tükenmişlik arasında istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Depresyonla tükenmişlik ilişkisi hakkında farklı görüşler bulunmaktadır.[28] Iacovides ve arkadaşları 368 hemşirede, depresyon ve tükenmişlik arasında zayıf fakat istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulmuştur. Yazarlar depresyonla ilişkili olan ve olmayan iki farklı tükenmişlik durumunun olduğu sonucuna varmış, tükenmişlikle ilişkili olan depresyonun daha ağır bir gidiş gösterdiğini belirtmişlerdir.[12] Firth ve arkadaşları profesyonel depresyonla duygusal tükenmişliğin benzer fenomenler olduğunu ileri sürerek, depresif duygu durumu ile profesyonel depresyon arasında istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı korelasyon bulunduğunu bildirmişlerdir.[28] Martin ve arkadaşları depresyonla DT ve D arasında bir ilişki bulmasına karşın, birçok demografik ve öznel değişkenin her iki klinik tabloyu farklı yönlerden etkilediğini bildirmişlerdir.[8]

SONUÇ ve ÖNERİLER

Bu sonuçlara göre önerilerimizi şu şekilde sıralayabiliriz:

1. Yönetsel düzeyde yapılması gerekenler: Uzun çalışma saatlerinin azaltılması, düşük ücret sorunun giderilmesi, tatil ve sosyal etkinlik olanaklarının artırılması, personel yetersizliğinin giderilmesi, görev tanımlarının açık ve net olması, düzenli ekip içi toplantılarının yapılması, sürekli eğitim olanaklarının sağlanması, ödül kaynaklarının çoğaltılması, zor işlerin dönüşümlü olarak yapılması, düzenli nöbetlerin oluşturulması, vardiyalı çalışanlara servis olanağının sağlanması, danışmanlık hizmetlerinin verilmesi, motivasyon ve toplam kalite çalışmalarının sürekli olarak yapılması.

2. Bireysel düzeyde yapılması gerekenler: İşe başlamadan önce kişinin yaptığı işin zorluklarını ve risklerini öğrenmesi, tükenmenin belirtilerini bilmesi, kendisindeki durumu erken tanımasını ve çözüm aramaya yönelmesini sağlayacaktır.

KAYNAKLAR

1. Maslach C, Jackson SE. Manual of Maslach Burnout Inventory. İkinci baskı, California, Consulting Psychologists Press, 1981, s.1-17.
2. Örmen U. Tükenmişlik Duygusu ve Öğrenciler Üzerinde Bir Uygulama. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, Marmara Üniversitesi, 1993.
3. Dolunay AB. Keçiören ilçesi "genel liseler ve teknik-ticaret-meslek liselerinde görevli öğretmenlerde tükenmişlik durumu" araştırması. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası 2002; 55: 51-62.
4. http://www.sagliklikadin.com/cocuk&aile/ depresyon.htm Depresyon Nedir? Erişim:5.02.2005
5. Çam O. Hemşirelerde Tükenmişlik Sendromunun Araştırılması. Yayımlanmamış Doktora Tezi, İzmir, Ege Üniversitesi, 1991.
6. Dignam JT, Barrera M, West SG. Occupational stress, social support, and burnout among correctional officers. Am J Community Psychol 1986; 14:177-193.
7. Ergin C. Maslach tükenmişlik ölçeğinin Türkiye sağlık personeli normları. 3P Dergisi 1996; 4:28-33.
8. Martin F, Poyen D, Bouderlique E, Gouvernet J, Rivet B, Disdier P et al. Depression and burnout in hospital health care professionals. Int J Occup Environ Health 1997; 3:204-209.
9. Akıncı SB, Rezaki M, Aypar Ü. Anesteziyologlarda depresyon ve anksiyete düzeyleri. Anestezi Dergisi 2003; 11:34-39.
10. Glass DC, McKnight JD, Valdimarsdottir H. Depression, burnout, and perceptions of control in hospital nurses. J Consult Clin Psychol 1993; 61:147-155.
11. Firth H, McKeown P, McIntee J. Professional depression, 'burnout' and personality in longstay nursing. Int J Nurs Stud 1987; 24:227-237.
12. Iacovides A, Fountoulakis KN, Moysidou C, Ierodiakonou C. Burnout in nursing staff: is there a relationship between depression and burnout? Int J Psychiatry Med 1999; 29:421-433.
13. Ergin C. Doktor ve hemşirelerde tükenmişlik ve Maslach Tükenmişlik Ölçeğinin uyarlanması. VII. Ulusal Psikoloji Kongresi Bilimsel Çalışmaları, Ankara, 1993.
14. Hisli N. Beck Depresyon Envanterinin üniversite öğrencileri için geçerliği, güvenirliği. Psikoloji Dergisi 1989; 7:3-13.
15. Lee H, Hwang S, Kim J, Daly B. Predictors of life satisfaction of Korean nurses. J Adv Nurs 2004; 48:632-641.
16. Grunfeld E, Whelan TJ, Zitzelsberger L, Willan AR, Montesanto B, Evans WK. Cancer care workers in Ontario: prevalence of burnout, job stress and job satisfaction. CMAJ 2000; 163:166-169.
17. Demir A, Ulusoy M, Ulusoy MF. Investigation of factors influencing burnout levels in the professional and private lives of nurses. Int J Nurs Stud 2003; 40:807-827.
18. Özyurt A. İstanbul Hekimlerinin İş Doyumu ve Tükenmişlik Düzeyleri. Yayınlanmamış Yüksek lisans Tezi, İstanbul, Marmara Üniversitesi, 2003.
19. Aslan SH, Aslan RO, Alparslan ZN. Hekimlerde tükenmede cinsiyetle ilişkili etkenler. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 1997; 22:132-136.
20. Kırılmaz AY, Çelen Ü, Sarp N. İlköğretimde çalışan bir öğretmen grubunda "tükenmişlik durumu" araştırması. İlköğretim-online 2003; 2:2-9.
21. Sayıl I, Haran S, Ölmez Ş. Ankara Üniversitesi hastanelerinde çalışan doktor ve hemşirelerin tükenmişlik düzeyleri. Kriz Dergisi 1997; 5:71-77.
22. Randall M, Scott WA. Burnout job satisfaction and job performance. Aust Psychol 1988; 23:335-347.
23. Bryant E. When the going gets tough. Can Nurse 1994; 90:36-39.
24. Bilici M, Mete F, Soylu C. Bir grup akademisyende depresyon ve tükenme düzeyleri. Türk Psikiyatri Derg 1998; 9:181-189.
25. Molassiotis A, Haberman M. Evaluation of burnout and job satisfaction in marrow transplant nurses. Cancer Nurs 1996; 19:360-367.
26. Üstün B. Hemşirelerin Atılganlık ve Tükenmişlik Düzeyleri. Yayınlanmamış Doktora Tezi, Ankara, Hacettepe Üniversitesi, 1995.
27. Storlie FJ. Burnout: the elaboration of concept. Am J Nurs 1979; 79):2108-2111.
28. Firth H, McIntee J, McKeown P, Britton P. Burnout and professional depression: related concepts? J Adv Nurs 1986; 11:633-641.