



Bir Üniversite Hastanesi'nde Çalışan Hemşirelerin Tükenmişlik Düzeyi ve Sosyal Desteğin Etkisi

Burnout of Nurses Working in a University Hospital and the Effect of Social Support

Sibel Öztürk¹, Refiye Özgen¹, Hamide Şişman¹, Dudu Baysal¹, Nuriye Sarıakçalı¹, Evren Aslaner¹, Pınar Kum¹, Derya Gürel¹, Derya Gezer¹, Yasemin Akıl¹, Rıza Dinçer Yıldızdaş²

¹Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Balcalı Hastanesi Hemşirelik Araştırma Kurulu, ²Çocuk Yoğun Bakım Bilim Dalı, ADANA

Cukurova Medical Journal 2014;39(4):752-764.

ÖZET

Amaç: Bu çalışmada; Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde çalışan hemşirelerin tükenmişlik düzeyleri ile algılanan sosyal destek sistemleri ve tükenmişliği etkileyen faktörlerin incelenmesi amaçlanmıştır.

Materyal ve Metod: Bu çalışmada Sosyodemografik veri toplama formu, Maslach Tükenmişlik Ölçeği, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği 403 hemşireye uygulanmıştır.

Bulgular: Elde edilen sonuçlara göre hemşirelerin sosyal destek sistemlerinin yeterli olduğu ancak orta düzeyde duygusal tükenme (DT) ve duyarsızlaşma (D) yaşadıkları belirlenmiştir. Kişisel başarı yönünden ise; yüksek düzeyde tükenmişlik yaşadıkları sonucuna ulaşılmıştır. Hemşirelerin çalışma şekline ait veri değerlendirildiğinde gece çalışan hemşirelerin DT ve D puan ortalamaları diğer gruplardan daha yüksek bulunmuştur ve istatistiksel açıdan anlamlıdır (p=0,001).

Sonuç: Sonuç olarak; hemşirelerin algıladığı sosyal desteğin, tükenmişliği etkilediği bulunmuştur. Özellikle arkadaş desteğinin tükenmişliği etkileyen en önemli sosyal destek alt grubu olduğu belirlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Tükenmişlik sendromu; Sosyal destek; Hemşirelik,

ABSTRACT

Purpose: In this study, levels of burnout in nurses working in Çukurova University Faculty of Medicine and perceived social support systems and to examine the factors that affect burnout.

Material and Methods: Socio-demographic data collection form for this purpose, Maslach Burnout Inventory, Multidimensional Scale of Perceived Social Support 403 nurses applied.

Results: According to the results obtained from the nurses' social support systems are adequate but moderate emotional exhaustion (EE) and depersonalization (D) were live. In terms of personal achievement, it is concluded their high levels of burnout. Nurses working in night mode of operation of the data evaluated EE and D were higher mean scores than the other groups, and statistically significant (p = 0.001).

Conclusion: As a result, nurses' perceived social support, burnout was found to affect. In particular sub-group of friend support and burnout was determined that the most important social support.

Key Words: Burnout syndrome, Social support, Nursing,

GİRİŞ

Tükenmişlik ilk kez 1974 yılında Herbert Freudenberger tarafından “başarısız olma, yıpranma, enerji ve gücün azalması veya tatmin edilemeyen istekler sonucunda bireyin iç kaynaklarında meydana gelen tükenme durumu” şeklinde tanımlanmıştır¹. Maslach ve Jackson tükenmişliği “iş gereği yoğun duygusal taleplere maruz kalan ve sürekli diğer insanlarla yüz yüze çalışmak durumunda olan kişilerde görülen fiziksel bitkinlik, uzun süreli yorgunluk, çaresizlik ve umutsuzluk duygularının, yapılan işe, hayata ve diğer insanlara karşı olumsuz tutumlarla yansması ile oluşan bir sendrom olarak tanımlamıştır². Maslach, Schaufeli, Leiter tükenmişliği “iş gereği insanlarla yoğun bir ilişki içerisinde olan bireylerde görülen duygusal tükenme (DT), duyarsızlaşma (D) ve düşük kişisel başarı hissi (KB)” olarak üç kategoriye ayırmıştır³.

Kaçmaz makalesinde, bireylerdeki tükenmişlik sendromunun, duygusal tükenme ile duyarsızlaşmanın artması, kişisel başarının ve başarı duygusunun azalması ile ortaya çıktığını belirtmiştir⁴. Tükenmişlik sendromu, sağlık alanında çalışan kişilerde önemli bir sorundur. İş yükünün fazla, çalışma saatlerinin uzun olması, nöbetli ve vardiyalı çalışma, ağır ve kronik hastalar ile ilgilenmek, yetersiz hastane kaynakları, ekonomik kaygılar, iş yerinde çalışma arkadaşları ile sorunların yaşanması, tükenmişlik sendromunda rol oynamaktadır³.

Tükenmişlik, yorgunluk ve bitkinlik, kolay geçmeyen soğuk algınlığı ve grip, güçsüzlük, baş ağrısı, enerji kaybı, kişilerde motivasyon eksikliği, başkalarına karşı negatif tutum, yakın çevreden uzaklaşma, kronik yorgunluk ile seyreden fiziksel belirtilere neden olur⁴. Tükenmişlikte kişide mevcut olan veya yeni ortaya çıkan psikosomatik rahatsızlıklar, depresif şikayetlerde artma, kronik sinirlik hali, çabuk öfkelenme, hayal kırıklığı ve suçluluk duygularını sık yaşama, anksiyete, uykusuzluk, libido kaybı, sigara ve alkol tüketiminde artma gibi ruhsal sorunlar ortaya çıkar³. Tükenmişlik, sık

hatayapma, işe geç gelme ve erken ayrılma, işi bırakma, sık rapor alma, işte yeniliklere ve yapıcı eleştirilere açık olmama, üretkenliğin ve yaratıcı girişimlerin kısırlılığı, işte ve iş dışındaki davranışlarında bozulma, unutkanlık, sosyal geri çekilme, düşük iş tatmini gibi davranışsal belirtilere neden olur⁴⁻⁵⁻⁶.

Bu bireysel olumsuzlukların yanında kurumsal olarak da iş verimliliğinin ve hizmet kalitesinin azalması, sık rapor alma, hatalar yapma, işten ayrılmalarda artış, deneyimli personelin kaybı gibi sonuçlara yol açmaktadır⁴⁻⁵⁻⁷. Sağlık ile ilgili mesleklerde çalışanların tükenmişlik yaşamaları, hizmet sundukları bireylere kaliteli bakım vermelerine ve onların ihtiyaçlarını tam olarak karşılamalarına engel olabilir. Altay ve arkadaşlarının çalışmasında belirttiği gibi, yapılan işin yanı sıra bireysel dayanıklılık, sosyal destek ve sorunlarla başa çıkma yolları da tükenmişliği etkileyen konulardandır⁸. Sosyal desteğin tükenmişliğe karşı koruyuculuğu bilinmektedir. Sosyal destek kaynaklarından yararlanmak tükenmişliği azaltan, sosyal destek kaynaklarından yoksun olmak ise tükenmişliği arttıran bir faktör olarak bulunmuştur.

Bu çalışmada Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi’nde çalışan hemşirelerin tükenmişlik düzeyleri ile algılanan sosyal destek sistemleri ve tükenmişliği etkileyen faktörlerin incelenmesi amaçlanmıştır.

MATERYAL ve METOD

Araştırma 05.07. 2013- 15.07.2013 tarihleri arasında yapılmıştır. Tanımlayıcı kesitsel türdeki bu araştırmanın evrenini Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi’nde çalışan hemşireler oluşturmuştur. Hastanedeki yatak sayısı 1200’ dür. Hemşire sayısı 802’ dir. Hemşireler gündüz 8 saat, akşam 16 saat veya 3 vardiya şeklinde çalışabilmektedir. Haftalık ortalama 40 saat çalışmaktadırlar. Araştırmada; evrendeki hemşire sayısı 802’ dir. Olasılıklı örnekleme yöntemi ile 403 hemşire araştırma kapsamına alınmıştır. Çalışmanın yapılabilmesi için kurumdan yazılı izin,

bölgülerden akademik kurul onayı alınmıştır.Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden etik kurul onayı alınmıştır.Araştırma hakkında hemşirelere gerekli bilgi verilmiş ve sözel izin alınmıştır.Anket formu, pilot uygulama olarak 20 hemşireye uygulanmış, sorular cevaplayanlar tarafından anlaşılır bulunmuştur.Araştırmanın verileri araştırmacılar ve klinik sorumlu hemşireleri tarafından toplanmıştır. Veri toplama aracı olarak 3 form kullanılmıştır. Birinci form hemşirelerin; cinsiyet, yaş, medeni durum gibi bireysel özelliklerin yanı sıra; eğitim durumu, mesleki deneyim süresi, çalıştığı birim gibi demografik/mesleki soruları içeren bir formdur. İkinci form, Maslach (1981) tarafından geliştirilmiş 22 sorudan oluşan Maslach Tükenmişlik Ölçeği (MTÖ)'dir. Maslach Tükenmişlik Ölçeği (MTÖ) 22 ifadeden oluşmaktadır. İfadeler, Duygusal Tükenme (DT), Duyarsızlaşma (D) ve Kişisel Başarıda Düşme (KB) olmak üzere 3 boyutu kapsamaktadır. Verilerin elde edilmesinde Maslach Tükenmişlik Ölçeğinin kullanılması, tükenmişlik araştırmalarında sık kullanılması ve güvenilirliği yüksek olması nedeniyle yeğlenmiştir.Ölçeğin, farklı meslekleri kapsayan 200'den fazla araştırmada kullanıldığı bilinmektedir.MTÖ, 7 seçeneği basamaktan oluşan Likert türü bir ölçektir, ancak Türkçe'ye uyarlanırken 5 basamağa indirilmiştir.Türkçe'ye uyarlanmış ölçekte 22 ifade bulunmaktadır.Tükenmişliği belirlenmesi düşünülen bireylerden, her bir ifadeyi 1."Hiçbir zaman", 2."Nadiren", 3."Bazen", 4."Çoğu Zaman", 5."Her Zaman" seçenekleri yönünden değerlendirilerek işaretlemeleri istenmektedir.Ölçeğin her üç boyutu ayrı olarak değerlendirilmektedir.Duygusal Tükenme ve Duyarsızlaşma boyutlarından alınan puanların yüksek, Kişisel Başarıda Düşme boyutundan alınan puanların düşük olması Tükenmişlik durumunun yüksek olduğunu göstermektedir.Ölçeğin, Cronbach alpha değerinin Duygusal Tükenme Boyutunun 0.90,

Duyarsızlaşma boyutunun 0.79, Kişisel Başarıda Düşme boyutunun 0.71 olduğu belirtilmektedir⁹⁻¹⁰.

Üçüncü form, üç farklı kaynaktan alınan sosyal desteğin yeterliliğini öznel olarak değerlendiren ve 12 maddeden oluşan Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ)'dir. Ölçek, her biri 4 maddeden oluşan desteğin kaynağına ilişkin 3 grubu içerir.Bu üç grupta; aile, arkadaş ve özel bir insan desteği değerlendirilir.Her madde 7 aralıklı bir ölçek kullanılarak derecelendirilmiştir. Elde edilen puanın yüksek olması algılanan sosyal desteğin yüksek olduğunu ifade eder. Ölçeğin gözden geçirilmiş formunda ise temel olarak Orijinal ÇBASDÖ maddeleri, örnekler verilerek (ebeveyn, eş, çocuklar, kardeşler) tanımlanmaya çalışılan aile maddeleri ve dışlama yoluyla ve örnekler verilerek tanımlanan özel bir insan dışında, Türkçe olarak aynı kalmıştır. 'Özel bir insan' boyutu ailenin ve arkadaşlarının dışında olan bir kişi (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) olarak tanımlanmıştır. Bu ölçeğin Türkçe güvenirlik ve geçerliği Eker ve ark tarafından 2001 yılında yapılmıştır¹¹.Araştırmanın verileri araştırmacılar ve klinik sorumlu hemşireleri tarafından toplanmıştır. Elde edilen veriler SPSS 17.0 istatistik paket programına aktarılarak değerlendirilmiştir. İstatistik değerlendirmelerde, tek-yönlü varyans analizi (ANOVA), t-testi, geçerlilik ve güvenilirlik analizi (Cronbach alfa) ve pearson korelasyon tekniği kullanılmıştır.

BULGULAR

Hemşirelerin demografik özellikleri Tablo 1'de gösterilmiştir. Tablo 1'de de görüldüğü üzere, çalışanların %39,7'si 18–30 yaş arasında, %94,5'i kadın, %60,5'i evli, %53,1'inin sağlık sektöründe çalışma yılı 10 yıl ve üzeri, %47,6'sının şu anda çalıştıkları iş yerlerinde çalışma şekli gündüz+gece vardiyası, %65,5'i lisans mezunu, %48,9'u klinik çalışanı ve %33'ünün 2 çocuk sahibi olduğu izlenmiştir (Tablo 1).

Tablo 1. Hemşirelerin sosyodemografik özellikleri

	N	%		N	%
Yaş			Eğitim Durumu		
18-30 yaş	160	39.7	Lise	49	12.2
31-40 yaş	158	39.2	Önlisans	73	18.1
41-50 yaş	81	20.1	Lisans	264	65.5
51 ve üstü	4	1	Yüksek Lisans	17	4.2
Cinsiyet			Çalışan Bölüm		
Kadın	381	94.5	Poliklinik	73	18.1
Erkek	22	5.5	Klinik	197	48.9
			Yoğun Bakım	133	33
Medeni Durumu			Çalışma Şekli		
Evli	244	60.5	Gündüz vardiya (8 saat)	181	44.9
Bekar	159	39.5	Gece vardiya (16 saat)	30	7.4
			Gündüz+Gece vardiya	192	47.6
Çocuk Sayısı			Çalışma yılı		
0	179	44.4	1 yıldan az	53	13.2
1	72	17.9	1-3 yıl	59	14.6
2	133	33	4-6 yıl	44	10.9
3 ve üstü	19	4.7	7-9 yıl	33	8.2
			10 yıl ve üstü	214	53.1
Toplam				403	100.0

Tablo 2. Alt ölçek puan ortalamaları ve cronbach alfa değerleri

Alt ölçekler	mean	sd	cronbach alfa	cronbach alfa (literatür)*
DT	17.4	7.7	0.91	0.83
D	6.5	4.6	0.63	0.65
KB	21.5	4.5	0.71	0.72
Aİ	22.3	5.1	0.88	0.85
A	21.5	4.5	0.89	0.88
Öİ	22.5	4.3	0.93	0.92

*Ergin, (1993); Eker ve ark.,(2001)

Araştırmada yaş ile çok boyutlu algılanan sosyal destek puanı ve tükenmişlik düzeyi alt boyutlarına bakılmış, Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği (ÇBASDÖ) alt boyutları, duygusal

tükenmişlik ve duyarsızlaşma puanları arasında anlamlı ilişki bulunmazken ($P>0.05$), kişisel başarı alt boyutunda yaş arttıkça kişisel başarı puanının anlamlı biçimde arttığı bulunmuştur (Tablo 3).

Tablo 3. Yaşa göre alt ölçeklerin karşılaştırılması

Alt ölçekler	18-30 yaş	31-40 yaş	41-50 yaş	51 ve üstü	X ²	df	p
Duygusal Tükenmişlik	18.7	17.8	14.3	12	131	108	.065
Duyarsızlaşma	7	6.6	5.1	3.7	56.2	63	.715
Kişisel başarı	20	21.5	23.3	25.7	76.9	72	.323
Aile desteği	23.9	24.4	23.7	24.7	65	63	.406
Arkadaş desteği	21.3	24.5	22.8	24.5	67	66	.442
Özel insan desteği	19.7	21.1	20.4	25.2	55.3	72	.927

Araştırmada hemşirelerin medeni durum ile duyarsızlaşma alt ölçeği arasında anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır (p<0.05). Bekar hemşirelerin duyarsızlaşma puanı daha yüksek

bulunmuştur. Evli hemşirelerin aile destek düzeyi puanı yüksek ve medeni durum ile aile desteği arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır (p<0.05) (Tablo 4).

Tablo 4. Medeni duruma göre alt ölçeklerin karşılaştırılması

Alt ölçekler	Evli	Bekar	X ²	df	p
Duygusal Tükenmişlik	16.9	18.1	29.7	36	.760
Duyarsızlaşma	6.1	7.1	34.4	21	.032
Kişisel başarı	22	20.6	27.9	24	.262
Aile desteği	24.4	23.3	34.7	21	.030
Arkadaş desteği	22.3	21.8	25.2	22	.284
Özel insan desteği	20.7	19.9	14.4	24	.903

Hemşirelerin mezun oldukları okula göre tükenmişlik ve sosyal destek alt grup puan ortalamalarına bakıldığında lise ve ön lisans mezunu hemşirelerin duygusal tükenme (DT),

duyarsızlaşma (D) ve kişisel başarı (KB) puan ortalaması diğer gruplara göre daha düşük bulunmuş ancak, gruplar arasındaki bu fark anlamlı bulunmamıştır (p>0.05) (Tablo 5).

Tablo 5. Öğrenim durumuna göre alt ölçeklerin karşılaştırılması

Alt ölçekler	Lise	Önlisans	Lisans	Lisansüstü	X ²	df	p
Duygusal Tükenmişlik	14.1	17	18.2	15.9	86.3	108	.938
Duyarsızlaşma	5.7	6.1	6.7	6.2	51	63	.860
Kişisel başarı	21.1	21.8	21.4	21.7	57.6	72	.891
Aile desteği	23.9	23.7	24.1	25.5	56.1	63	.717
Arkadaş desteği	21.9	22.2	22	23.4	59.9	66	.686
Özel insan desteği	22.1	19.7	20.1	21.4	79	72	.267

Hemşirelerin toplam hizmet sürelerine ait veri değerlendirildiğinde meslekte 7–9 yıldır çalışan hemşirelerin DT ve D puan ortalamaları diğer gruplardan daha yüksek bulunmuştur. 10 yıl ve üstü çalışan hemşirelerin KB puanı istatistiksel

açıdan anlamlıdır (p<0,05). Aile desteği ve KB puan ortalamaları 10 yıl ve üzeri çalışanlarda daha yüksektir. Ancak ÇBASDÖ puan ortalamaları, duygusal tükenme ve duyarsızlaşma puan ortalamaları ile hemşirelerin toplam hizmet süreleri

arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$) (Tablo 6).

Tablo 6. Çalışma yılına göre alt ölçeklerin karşılaştırılması

Alt ölçekler	↓ 1 yıl	1-3	4-6	7-9	10 ↑	X ²	df	p
Duygusal Tükenmişlik	16	19.5	20	20.5	16.1	131.3	144	.767
Duyarsızlaşma	6.3	6.9	7	7.7	6	74.4	84	.791
Kişisel başarı	20.1	20	21.2	20.5	22.4	133.7	96	.007
Aile desteği	24.2	23.7	24.1	22.8	24.4	95.6	84	.181
Arkadaş desteği	22.2	20.7	20.6	21.8	22.8	108.4	88	.069
Özel insan desteği	21.7	19.1	19.8	17.2	21.8	111,3	96	.135

Hemşirelerin çalışma şekline ait veri değerlendirildiğinde gece çalışan hemşirelerin DT ve D puan ortalamaları diğer gruplardan daha yüksek bulunmuş, D istatistiksel açıdan anlamlı

olarak farklıdır ($p<0,05$). Ancak ÇBASDÖ puan ortalamaları ile çalışma şekline göre aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$) (Tablo7).

Tablo 7. Çalışma şekline göre alt ölçeklerin karşılaştırılması

Alt ölçekler	Gündüz	Gece nöbet	Gündüz ve gece nöbet	X ²	df	p
Duygusal Tükenmişlik	16.2	19.7	18.2	129.9	144	.793
Duyarsızlaşma	6.1	8	6.6	72.3	84	.048
Kişisel başarı	22.8	21.3	20.3	108.5	96	.180
Aile desteği	24.3	24.2	23.9	78.6	84	.645
Arkadaş desteği	22.9	21.8	21.3	71.2	96	.972
Özel insan desteği	20.9	18.9	20.1	71.2	96	.972

Hemşirelerin çalışma yerlerine ait veriler değerlendirildiğinde yoğun bakımlarda çalışan hemşirelerin DT ve D puan ortalamaları diğer gruplardan daha yüksek bulunmuştur ve istatistiksel açıdan anlamlı olarak farklıdır ($p<0,05$). Polikliniklerde çalışan hemşirelerin KB puanı,

diğerlerinden yüksek ve istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$). Ancak ÇBASDÖ puan ortalamaları ile çalışma yeri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$) (Tablo 8).

Tablo 8. Çalışma yerine göre alt ölçeklerin karşılaştırılması

Alt ölçekler	Poliklinik	Klinik	Yoğunbakım	X ²	df	p
Duygusal Tükenmişlik	13.2	16.8	20.7	113	72	.001
Duyarsızlaşma	5	6.2	7.7	75.4	42	.001
Kişisel başarı	23.2	21.5	20.4	66.1	48	.043
Aile desteği	24.9	23.9	23.9	29.8	42	.810
Arkadaş desteği	23.1	22.3	21.7	47.2	44	.342
Özel insan desteği	21.3	20.5	19.8	46.5	48	.533

Hemşirelerin çocuk sayılarına ait veriler istatistiksel açıdan benzerdir ($p>0,05$). Çocuk sahibi değerlendirildiğinde hiç çocuğu olmayan olan hemşirelerin ÇBASDÖ alt boyut puan hemşirelerin DT ve D puan ortalamaları diğer ortalamaları çocuk sahibi olmayan gruba göre gruplardan daha yüksek bulunmuştur ancak yüksek bulunmuştur (Tablo 9).

Tablo 9. Çocuk sayısına göre alt ölçeklerin karşılaştırılması

Alt ölçekler	0	1	2	3 ve ↑	X ²	df	p
Duygusal Tükenmişlik	18.8	17.1	15.7	17.9	95.9	108	.791
Duyarsızlaşma	7.3	5.9	5.6	6.5	79.9	63	.073
Kişisel başarı	20.4	21.8	22.6	22.1	80.4	72	.233
Aile desteği	23.9	24.5	24.2	24.1	58.7	63	.627
Arkadaş desteği	21.8	21.7	22.6	22.8	60	66	.682
Özel insan desteği	20.2	20	20.9	20.1	68.8	72	.584

Tablo 10. Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği ve Maslach Tükenmişlik Ölçeği alt boyutları arasındaki korelasyonlar

Korelasyonlar		DT	D	KB	Aile	Arkadaş	Özel insan
DT	Korelasyon katsayısı	1	.710**	-.293**	-.038**	-.261**	-.144*
	P		.000	.000	.006	.000	.004
D	Korelasyon katsayısı	.710**	1	-.246**	-.169**	-.213**	-.123*
	P	.000		.000	.001	.000	.013
KB	Korelasyon katsayısı	-.293**	-.246**	1	.129**	.232**	.185**
	p.	.000	.000		.010	.000	.000
Aİ	Korelasyon katsayısı	-.138**	-.169**	.129**	1	.453**	.299**
	p.	.006	.001	.010		.000	.000
A	Korelasyon katsayısı	-.261**	-.213**	.232**	.453**	1	.462**
	p	.000	.000	.000	.000		.000
Öİ	Korelasyon katsayısı	-.144**	-.123*	.185**	.299--	.462**	1
	p	.004	.013	.000	.000	.000	

Bu tabloya göre ** ile işaretlenen rakamlar %1 önem seviyesinde , * ile işaretlenen rakamlar %5 önem seviyesinde olup değişkenler arasında korelasyon olduğu görülmektedir.

Çalışmamızda, tükenmişlik sendromu ile çok boyutlu algılanan sosyal destek sistemleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür. Duygusal tükenmişlik ile duyarsızlaşma arasında beklenildiği gibi 0,710 ile pozitif yüksek korelasyon çıkmıştır. Kişisel başarı ile duygusal tükenmişlik ve duyarsızlaşma arasında ise -0,293 ve -0,246 ile negatif yönlü düşük korelasyon çıkmıştır. Çok boyutlu algılanan sosyal destek alt boyutları arasındaki korelasyonlara bakıldığında aile ile arkadaş arasında 0,453 ile zayıf pozitif korelasyon, aile ile özel insan arasında 0,299 ile zayıf pozitif korelasyon, arkadaş ile özel insan arasında 0,462 ile zayıf pozitif korelasyon olduğu görülmektedir. Çok boyutlu algılanan sosyal destek alt boyutlarından arkadaş desteği, tükenmişliği etkileyen en önemli sosyal destek olarak görülmektedir.

TARTIŞMA

Üniversite Hastanesi'nde çalışan hemşirelerin tükenmişlik düzeyleri ile algılanan sosyal destek sistemleri ve tükenmişliği etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yaptığımız çalışmada, duygusal tükenmişlik ortalaması 17,4 ±7,7'dir. Duygusal tükenmişliğin (DT) orta düzeyde olduğu belirlenmiştir. Tükenmişlik sendromu alt boyutlarından; Duyarsızlaşma (D) ortalaması 6,5 ±4,6 ile orta düzey ve kişisel başarı (KB) ortalaması 21,5±4.5 ile yüksek düzey tükenmişliği, göstermektedir. Bu sonuçlar doğrultusunda; duygusal tükenmişlik ve duyarsızlaşma yaşayan hemşirelerin kendilerini kişisel yönden başarısız algıladıkları söylenebilir. Yapılan farklı çalışma sonuçları bizim çalışma sonuçlarımızla benzerlik göstermektedir.¹²⁻¹³⁻¹⁴. Ergin ve ark. ile Raftopoulos ve arkadaşlarının yaptığı çalışma sonuçlarına göre hemşirelerin yüksek düzeyde tükenmişlik yaşadığı sonucuna ulaşılmıştır.¹⁵⁻¹⁶. Hemşirelerin, çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği (ÇBASDÖ) genel toplam puan ortalaması 66,7 ±12,5 ile yüksek bulunmuştur. Hemşirelerin sosyal desteği

yeterli görünmektedir. Aile yapısının ve sosyal destek sistemlerinin tükenmişliği önemli derecede azalttığı bilinmektedir. Doyumlu bir aile yaşamına sahip olmak, iş arkadaşları ve dostları ile sorunları paylaşarak çözüme yönelik iletişimde bulunmak tükenmişliği azaltmada oldukça etkilidir¹⁷.

Çalışmamızda; yaş ile çok boyutlu algılanan sosyal destek puanı ve tükenmişlik düzeyi alt boyutlarına bakılmış, ÇBASDÖ, DT ve D puanları arasında anlamlı ilişki bulunmazken (P>0.05), KB alt boyutunda yaş arttıkça, KB puanı artmıştır, ancak istatistiksel olarak anlamsız olduğu görülmüştür. Literatüre baktığımızda, bazı çalışmalarda duygusal tükenme ve duyarsızlaşma alt boyutlarında yaşın anlamlı bir fark yaratmadığı saptanmıştır¹³⁻¹⁸. Özbayır ve ark. ile Taycan ve ark.'nın yaptığı çalışmalarda; DT ve D alt boyutları arasında yaş grupları açısından anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır¹⁹⁻²⁰. Çalışmamızda KB alt boyutu bakımından yapılan farklı iki çalışmanın araştırma sonuçları ile benzerlik göstermektedir, yaş arttıkça KB puanı artmaktadır²¹⁻²². 574 Avustralyalı hemşire ile yapılan çalışmada yaş arttıkça, DT ve D düzeyi daha düşük bulunmuştur²³. Yaş ilerledikçe hemşirenin bilgi ve becerisinin artması, özgüvenini artırır, bunun sonucunda kişisel başarı hissi artar ve tükenmişlik riski azalır, denilebilir. Tükenmişliğe ilişkin yapılan araştırmalarda genç çalışanların, mesleğin ilk yıllarında beklentilerinin de yüksek olması nedeniyle daha fazla tükenmişlik hissettikleri ortaya konulmuştur²⁴⁻²⁵.

Çalışmamızdaki hemşirelerin %60,5'i evlidir. Hemşirelerin medeni durum ile duyarsızlaşma alt ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır (p<0.05). Bekar hemşirelerin duyarsızlaşma puanı daha yüksektir. Evli hemşirelerin aile destek düzeyi puanı yüksek ve medeni durum ile aile desteği arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır (p<0.05). Altay ve ark.'nın yaptığı çalışmada sosyal destek ile medeni durum arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır⁸. Sünter ve ark.; Kurçer ve ark., evli

ve bekarlar arasında MTÖ alt ölçekleri açısından anlamlı bir fark bulunmadığını saptamışlardır²⁶⁻²⁷. Bu çalışma sonuçları araştırmamız ile uyumsuzdur. Taycan ve ark. ile Çimen'in çalışmalarında ise, bekar ve çocuk sahibi olmayanların duyarsızlaşma yönünden daha riskli olduğu belirlenmiştir²⁰⁻²⁵.

Hemşirelerin mezun oldukları okula göre tükenmişlik ve sosyal destek alt grup puan ortalamalarına bakıldığında lise ve ön lisans mezunu hemşirelerin DT, D ve KB puan ortalaması diğer gruplara göre daha düşük; DT ve D puan ortalamaları lisans grubunda anlamlı olmasa da diğer gruplara göre daha yüksek bulunmuştur ($p>0.05$) (Tablo 7). Mezun olunan okul ile çok boyutlu algılanan sosyal destek puanları arasında anlamlı bir ilişki yoktur ($P>0.05$) (Tablo 7). Altay ve ark.'larının yaptığı araştırmaya göre mezun olunan okul ile tükenmişlik alt boyut puanları ve aile destek puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır⁸. Çalışmamızda lisans mezunu hemşirelerin DT ve D oranı diğer gruplardan daha yüksektir, ancak istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur. Bu sonuçlar ile benzerlik gösteren çok sayıda çalışma yapılmıştır.¹⁸⁻²⁸ Özkan., ise çalışmasında, eğitim düzeyi yüksek olanların tükenmişlik düzeylerindedaha düşük olduğunu belirtmiştir²⁹.

İşte çalışma süresi tükenmişlik düzeyini etkileyen önemli bir faktördür. Hemşirelerin toplam hizmet sürelerine ait veriler değerlendirildiğinde meslekte 7–9 yıldır çalışan hemşirelerin DT ve D puan ortalamaları diğer gruplardan daha yüksek bulunmuştur. 10 yıl ve üstü çalışan hemşirelerin KB puanı istatistiksel açıdan anlamlıdır ($p=0,007$). Ancak ÇBASDÖ puan ortalamaları ile duygusal tükenme ve duyarsızlaşma puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır ($p>0.05$). Aslan ve ark., çalışmalarında; mesleğe yeni başlayanlarda ve deneyimsiz olanlarda, tükenmenin daha yüksek düzeyde yaşandığını bildirmiştir⁴. Tükenmişliğin artması kişisel başarı algısını olumsuz yönde etkilemektedir.

Altay ve ark.'larının yaptığı araştırmada DT ve D alt boyut puan ortalamaları 10 yıl ve daha fazla çalışanlarda azalmakta buna paralel olarak kişisel başarı hisleri artmaktadır⁸. Bu araştırma sonuçları, çalışma sonuçlarımızla uyumludur. Aile destek puanının sonucu etkilemediği bulunmuştur. Bu bulgular, hemşirelerin meslekteki çalışma süreleri arttıkça, duygusal tükenme ve duyarsızlığın azaldığı, kişisel başarı hislerinin de arttığını ortaya koymaktadır. Duygusal tükenme ve duyarsızlığın azalması, hemşirelerin, deneyimleri arttıkça stresle başetmeyi öğrendiklerini göstermektedir. Kişisel başarı hissini artması da yaşın artması ile paralel, mesleki deneyimin ve özgüven duygusunun artması ile ilgili olduğu söylenebilir. Yapılan farklı çalışmalarda, çalışma yılı arttıkça DT puanının azaldığını, KB puanının arttığı saptanmıştır¹⁸⁻²⁰.

Hemşirelerin çalışma saatlerine ait veriler değerlendirildiğinde gece nöbeti şeklinde çalışan hemşirelerin DT ve D puan ortalamaları diğer gruplardan daha yüksek bulunmuştur ve D puanı istatistiksel açıdan anlamlıdır ($p<0,005$). Ancak ÇBASDÖ puan ortalamaları ile çalışma saatleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır ($p>0.05$). İşle ilgili olarak tükenmişliğe en çok neden olabilecek değişkenler çalışma saatlerinin fazla olması, nöbet usulü çalışma ve iş yükünün ağır olmasıdır³⁰⁻³¹⁻³². Hemşirelik gündüz ve gece nöbetleri şeklinde çalışan bir meslek grubudur. Bu durum hemşirelerin yaşam düzenini olumsuz etkileyip tükenmişliğe neden olmaktadır. Hemşireler, düzensiz çalışma saatleri nedeniyle yetersiz uyumaktadırlar. Ayrıca gece çalışanlar, genellikle daha uzun saatler çalışmak ve daha fazla hastaya bakmak zorunda kalabilirler. Yom, 464 hemşire üzerinde yaptığı araştırmada iş yükünün duygusal tükenme üzerinde doğrudan etkisi olduğunu göstermiştir³³. Raftopoulos ve ark., işini stresli olarak gören hemşirelerin, yüksek düzeyde tükenmişlik yaşadığı sonucuna ulaşımlardır¹⁶. Demir, çalışmasında, gece çalışan hemşirelerin fizik güçlerini zorlayacak ve motivasyonlarını olumsuz yönde etkileyebilecek koşullarda çalışmaları, onların daha hızlı

tükenmelerine neden olduğunu, belirtmiştir. Gündüz çalışan hemşirelerin tükenmişlik düzeyinin daha düşük olduğunu ifade etmiştir³⁴.

Hemşirelerin çalışma yerlerine ait veriler değerlendirildiğinde yoğun bakımlarda çalışan hemşirelerin DT ve D puan ortalamaları diğer gruplardan daha yüksek bulunmuştur ve istatistiksel açıdan anlamlıdır ($p < 0,05$). Ancak ÇBASDÖ puan ortalamaları ile çalışma yeri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p > 0,05$) (Tablo 9). Embriaco, makalesinde yoğun bakım hemşirelerin üçte birinin tükenmişlik yaşadığını bildirmiştir³⁵. Kebapçı ve Akyolcu, acil ve yoğun bakımlarda hemşirelerin, çoğunlukla ölüm riski olan, yoğun tedavi ve bakım gerektiren hastalara bakım vermesi, ağır iş yükü ve zaman baskısı altında çalışmaları, nedeniyle daha fazla tükenmişlik yaşadıklarını belirtmişlerdir³⁶.

Hemşirelerin çocuk sayılarına ait veriler değerlendirildiğinde hiç çocuğu olmayan hemşirelerin DT ve D puan ortalamaları diğer gruplardan daha yüksek bulunmuştur, ancak istatistiksel açıdan benzerdir ($p > 0,005$). Çocuk sahibi olan hemşirelerin ÇBASDÖ alt boyut puan ortalamaları çocuk sahibi olmayan gruba göre yüksek bulunmuştur (Tablo 10). Kebapçı ve Akyolcu, çalışmalarında genç hemşirelerde ve yalnız yaşayanlarda D düzeyinin daha yüksek olduğunu belirtmişlerdir³⁶.

Yapılan araştırmalarda hemşirelerin yaşadığı tükenmişliğin hastaları ve kurumu olumsuz etkilediği bildirilmiştir. Poghosyan ve ark.'nın altı ülkede, 616 hastanede ve 52.709 hemşire ile yaptıkları araştırmada; hemşirelerde görülen tükenmişliğin hasta bakım kalitesini olumsuz etkilediği saptanmıştır³⁷. Cimiotti ve ark. yaptıkları bir çalışmada; hemşirelerin yaşadığı tükenmişliğin hastane enfeksiyonlarını arttırdığı sonucuna ulaşmışlardır³⁸. Kanai-Pak ve ark.'nın yaptıkları çalışmada, DT düzeyinde artışın ve işinden memnun olmayanların istifa ettikleri bildirilmiştir³⁹.

Çalışmamızda duygusal tükenmişlik ile duyarsızlaşma arasında beklenildiği gibi 0,710 ile pozitif yüksek korelasyon çıkmıştır. Duygusal

tükenmişlik ve kişisel başarı arasında -0,293 ve duyarsızlaşma ile kişisel başarı arasında -0,246 ile düşük korelasyon çıkmıştır. Altay ve ark.'nın, MTÖ alt ölçeklerinin kendi aralarında ve ADÖ arasındaki korelasyonuna baktığımızda; ADÖ ile MTÖ alt ölçekleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır⁸. Sayıl ve ark. çalışmalarında aile, eş ve arkadaşlarla sorunlarını paylaşabilmenin duyarsızlaşmayı azalttığını saptamıştır⁴⁰. Oğuzberk ve Aydın, iş yerinde, arkadaş ilişkilerinde sorun yaşayan kişilerde duygusal tükenmişlik ve duyarsızlaşmanın daha yüksek düzeyde olduğunu ifade etmiştir³¹.

Altay ve ark. MTÖ alt ölçeklerinden, duyarsızlaşma (D) ile duygusal tükenme (DT) ve kişisel başarı boyutu (KB) arasında orta düzeyde anlamlı bir ilişki; kişisel başarı boyutu ile duygusal tükenme arasında ise bir ilişki olmadığını saptamıştır⁸. Basım ve Şeşen, MTÖ alt ölçeklerden DT ile D arasında anlamlı bir korelasyon olmasına rağmen, her iki boyutun da kişisel başarı hissi boyutu ile anlamlı bir ilişkisi olmadığını saptamıştır¹⁸. Yetersiz desteğin hemşirelerde DT ve D düzeyini arttırdığı, ayrıca hemşirelerin stresli durumlarda desteklenmediğinde bu durumun tükenmişliğe yol açtığını bildiren çalışmalar mevcuttur⁴¹⁻⁴². Ersoy ve Kart, tarafından yapılan çalışmada algılanan sosyal destek ile tükenmişlik arasında ilişki olmadığı belirlenmiştir⁴³. Jenkins ve Elliot'un çalışmasında; stresörler arttıkça duygusal tükenme ve duyarsızlaşmanın arttığı belirtilmektedir. Sosyal desteğin duygusal tükenme ile negatif ilişki gösterdiği ve özellikle akranelardan alınan sosyal desteğin işle ilgili sorunların üstesinden gelmede yardımcı olduğu belirtilmiştir⁴⁴.

Çalışmamızda; hemşirelerin, tükenmişlik alt boyutlarından DT ve D orta düzey, KB alt boyutunda ise yüksek düzeyde tükenmişlik yaşadıkları görülmüştür. Hemşirelerin yaşadığı duyarsızlaşma ve duygusal tükenmişliğin, hemşirelerin kişisel başarısını olumsuz etkilediği sonucuna ulaşılmıştır. Aile, arkadaş ve özel insan desteğinin tükenmişliği etkilediği, özellikle arkadaş yönünden algılanan sosyal desteğin

tükenmişliği daha fazla etkilediği sonucuna ulaşılmıştır.

Sonuç olarak; çalışmamızda hemşirelerin özellikle kişisel başarı alt boyutunda yüksek düzeyde tükenmişlik yaşadığı belirlenmiştir. Tükenmişliği en fazla işe yeni başlayan hemşireler yaşamaktadır. Hemşirelerde, sosyal desteğin tükenmişliği azalttığı sonucuna ulaşılmıştır. Hemşirelerin kişisel başarı alt boyutunda yaşadığı yüksek düzey tükenmişliğin nedenlerine yönelik derinlemesine araştırmalar yapılması önerilir.

KAYNAKLAR

1. Fredeunberger HJ. Staff burn-out. *Journal of Social Issues*. 1974;30:159-65.
2. Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behaviour*. 1981;2:99-113.
3. Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job burnout. *Annual Review of Psychology*. 2001;52:397-422.
4. Kaçmaz N. Tükenmişlik (Burnout) Sendromu. *İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 2005;68:29-32.
5. Borritz MD. Burnout in human service work: causes and consequences. Ph/d Thesis. National Institute of Occupational Health, Denmark. 2005;1-10.
6. Budak G, Sürgevil O. Tükenmişlik ve tükenmişliği etkileyen örgütsel faktörlerin analizine ilişkin akademik personel üzerinde bir uygulama. *D.E.Ü.İ.İ.B.F. Dergisi*. 2005;20:95-108.
7. Canbaz S, Sünter AT, Dabak Ş, Öz H, Peşken Y. Hemşirelerde Tükenmişlik Sendromu, İş Doyumu ve İşe Bağlı Gerginlik. *Hemşirelik Forumu Dergisi*. 2001;4:31-4.
8. Altay B, Gönener D, Demirkıran C. Bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin tükenmişlik düzeyleri ve aile desteğinin etkisi. *Fırat Tıp Dergisi*. 2010;15:10-6.
9. Maslach C, Jackson SE, Leiter SE. *Maslach Burnout Inventory (3rd ed.)*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Pres. 1996;163-72.
10. Ergin C. Doktor ve hemşirelerde tükenmişlik ve maslach tükenmişlik ölçeğinin uyarlanması. VII. Ulusal Psikoloji Kongresi Bilimsel Çalışmaları. Ed. Bayraktar RD.1993;143-60.
11. Eker D, Arkar H, Yıldız H. Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği'nin gözden geçirilmiş Formunun faktör yapısı, geçerlik ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2001;12:17-25.
12. Şahin D, Turan FN, Alparlan N ve ark. Devlet hastanesinde çalışan sağlık personelinin tükenmişlik düzeyleri. *Nöropsikiyatri Arşivi*. 2008;45:116-21.
13. Şen S, Yorulmaz H, Batmaz M. Acil servis çalışanlarında tükenmişlik sendromu. 5. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi Kongre Kitabı: 2007; Nisan 20-21, Şanlıurfa,
14. Erol A, Akarca F, Değerli V, Sert E, Delibaş H, Gülpek D, Mete L. Acil servis çalışanlarında tükenmişlik ve iş doyumu. *Klinik Psikiyatri*. 2012;15:103-10.
15. Ergin D, Celasun NŞ, Akış Ş, Altan Ö, Bakırloğlu Ö, Bozkurt S. Dahili kliniklerde görev yapan hemşirelerin tükenme ve empatik beceri düzeyleri ve bunları etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*. 2009;11:49-64.
16. Raftopoulos V, Charalambous A, Talias M. The factors associated with the burnout syndrome and fatigue in Cypriot nurses: a census report. *BMC Public Health*. 2012; 12:457. (online) Available from: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/12/457>
17. Torun A. "Stres ve tükenmişlik", Endüstri ve örgüt psikolojisi içinde. Ed.Tevrüz., S., 2. Baskı. Türk Psikologlar Derneği ve Kalite Derneği Ortak Yayını. İstanbul. 1997;43-53.
18. Basım HN, Şeşen H. Mesleki tükenmişlikte bazı demografik değişkenlerin etkisi: Kamuda bir araştırma. *Ege Akademik Bakış*. 2006;6:15-23.
19. Özbayır T, Demir F, Candan Y ve ark. Ameliyathane hemşirelerinin tükenmişliğinin incelenmesi. *Hemşirelik Forumu*. 2006;2:18-25.
20. Taycan O, Kutlu L, Çimen S, Aydın N. Bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerde depresyon ve tükenmişlik düzeyinin sosyodemografik özelliklerle ilişkisi. *Anatolian Journal of Psychiatry*. 2006;7:100-8.
21. Karadağ G, Sertbaş G. Hemşirelerin iş doyumu ve tükenmişlik düzeyleri ile bunları etkileyen bazı değişkenlerin incelenmesi. *Hemşirelik Forumu Dergisi*. 2002;5:8-15.

22. Demir A, Ulusoy M, Ulusoy MF. Investigation of factors influencing burnout levels in the professional and private lives of nurses, *International Journal of Nursing Studies*. 2003;40:807-27.
23. Patrick K, Lavery JF. Burnout in nursing. *Aust J Adv Nurs*.2007; Mar-May, 24(3):43-8. (online) Available from: www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17518165
24. Ergin C. Akademisyenlerde Tükenmişlik ve Çeşitli Stres Kaynaklarının incelenmesi. *Hacettepe Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Dergisi*. 1995;12:37-50.
25. Çimen M. Türk silahlı kuvvetleri sağlık personelinin tükenmişlik, iş doyumu, kuruma bağlılık ve isten ayrılma niyetlerine ilişkin bir alan araştırması, Yayınlanmamış Doktora Tezi, T. C. Genelkurmay Başkanlığı Gülhane Askeri Tıp Akademisi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Hizmetleri Yönetimi Bilim Dalı. 2000.
26. Sünter AT, Canbaz S, Dabak Ş ve ark. Pratisyen hekimlerde tükenmişlik sendromu, işe bağlı gerginlik ve iş doyumu düzeyleri. *Genel Tıp Dergisi*. 2006;16:9-14.
27. Kurçer MA. Harran üniversitesi tıp fakültesi hekimlerinin iş doyumu ve tükenmişlik düzeyleri. *H.Ü. Tıp Fak Dergisi*. 2005;68:29-32.
28. Çam O. Hemşirelerin tükenmişlik düzeyleri ve tükenmişliği etkileyen bazı etmenlerin incelenmesi. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 1992;456-61.
29. Özkan Ş. Rol çatışması ve rol belirsizliğinin hekim ve hemşirelerin tükenmişlik düzeyleri üzerine olan etkileri. Sağlık Kurumları Yönetimi Programı Yüksek Lisans Tezi. 2008.
30. Alimoğlu MK, Dönmez L. Daylight exposure and the other predictors of burnout among nurses in a University Hospital. *International Journal of Nursing Studies*. 2005;42:549-55.
31. Oğuzberk M, Aydın A. Ruh sağlığı çalışanlarında tükenmişlik. *Klinik Psikiyatri*. 2008;11:167-79.
32. Günüşen N, Üstün B. Turkish nurses perspectives on a programme to reduce burnout. *International Nursing Review*. 2009;56:237-42.
33. Yom YH. Analysis of Burnout and Job Satisfaction among Nurses Based on the Job Demand-Resource Model. *J Korean Acad Nurs*. 2013;Feb;43(1):114-22. doi: 10.4040/jkan.2013.43.1.114.
34. Demir A. Hemşirelikte tükenmişliğe bir bakış. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 2004;7(1).
35. Embriaco N, Papazian L, Kentish-Barnes N, Pochard F, Azoulay E. Burnout syndrome among critical care healthcare workers. *Curr Opin Crit Care*. 2007;13:482-8.
36. Kebapçı A, Akyolcu N. Acil Birimlerde Çalışan Hemşirelerde Çalışma OrtamınınTükenmişlik Düzeylerine Etkisi. *Türkiye Acil Tıp Dergisi*.2011;11:59-67
37. Poghosyan L, Clarke SP, Finlayson M, Aiken LH. Nurse Burnout and Quality of Care: Cross-National Investigation in Six Countries. *Res Nurs Health*.2010;33:288–98.
38. Cimiotti JP, Aiken LH, Sloane DM, Wu ES. Nurse staffing, burnout, and health care–associated infection. *Am J Infect Control* August. 2012;40: 486-90.
39. Kanai-Pak M, Aiken LH, Sloane DM, Poghosyan L. Poor work environments and nurse inexperience are associated with burnout, job dissatisfaction and quality deficits in Japanese hospitals. *J Clin Nurs*. 2008;17:3324-9.
40. Sayıl I, Haran S, Ölmez Ş, Özgüven HD. Ankara üniversitesi hastanelerinde çalışan doktor ve hemşirelerin tükenmişlik düzeyleri. *Kriz Dergisi*. 1997;5:71-7.
41. Garrett D, McDaniel A. A new look at nurse burnout. *JONA*. 2001;31:91-6.
42. Garrosa E, Jimenez B ve ark. The relationship between sociodemographic variables, job stressors, burnout, and hardy personality in nurses: an exploratory study. *International Journal of Nursing Studies*. 2008;45:418-27.
43. Ersoy-Kart M. Relations among social support, burnout, and experiences of anger: an investigation among emergency nurses. *Nursing Forum*. 2009;44:165-74.
44. Jenkins R, & Elliot P. Stressors, burnout and social support: nurses in acute mental health settings. *Journal of Advanced Nursing*. 2004;48:622-31.

Yazışma Adresi / Address for Correspondence:

Sibel Öztürk

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi

Balcalı Hastanesi Hemşirelik Araştırma Kurulu

ADANA

E-mail: sibelozt76@hotmail.com

Geliş tarihi/Received on : 10.04.2014

Kabul tarihi/Accepted on: 15.02.2014