



**MALATYA İLİNDEKİ 112 ACİL SAĞLIK
HİZMETLERİNDE GÖREV YAPAN PERSONELLERİN İŞ
DOYUMU, TÜKENMİŞLİK VE KAYGI DÜZEYLERİNİN
İLİŞKİSİ VE ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN
İNCELENMESİ**

Meral ÖZBAY YILDIRIM

HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

**Tez Danışmanı
Prof. Dr. Ali ÖZER**

Yüksek Lisans Tezi-2023

**T.C.
İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**MALATYA İLİNDEKİ 112 ACİL SAĞLIK HİZMETLERİNDE GÖREV YAPAN
PERSONELLERİN İŞ DOYUMU, TÜKENMİŞLİK VE KAYGI
DÜZEYLERİNİN İLİŞKİSİ VE ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN İNCELENMESİ**

Meral ÖZBAY YILDIRIM

**Halk Sağlığı Anabilim Dalı
Yüksek Lisans Tezi**

**Tez Danışmanı
Prof. Dr. Ali ÖZER**

**MALATYA
2023**

T.C.
İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğüne

ETİK BEYANI

İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kurallarına uygun olarak “Prof. Dr. Ali Özer” danışmanlığında hazırlayıp sunduğum “Malatya İlindeki 112 Acil Sağlık Hizmetlerinde Görev Yapan Personellerin İş Doyumu, Tükenmişlik ve Kaygı Düzeylerinin İlişkisi ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi” başlıklı Yüksek Lisans tezim içinde elde ettiğim verileri, bilgileri, belgeleri akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, tezimde yararlandığım eserlere bilimsel kurallara uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi, tezimin özgün olduğunu, tezimin çalışma ve yazımında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.

...../...../2023

Meral ÖZBAY YILDIRIM

İmza

İÇİNDEKİLER

ÖZET	vii
ABSTRACT.....	viii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	ix
ŞEKİLLER DİZİNİ	x
TABLolar DİZİNİ.....	xi
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Acil Sağlık Hizmetleri Tanımı.....	3
2.2. Acil Sağlık Hizmetlerinin Tarihçesi	4
2.2.1. Dünya’da Acil Sağlık Hizmetleri Tarihçesi.....	4
2.2.2. Türkiye’de Acil Sağlık Hizmetleri Tarihçesi.....	5
2.3. Acil Sağlık Hizmetlerinin Amacı	6
2.4. Acil Sağlık Hizmetleri Teşkilat Yapısı ve Yönetimi	7
2.5. Acil Sağlık Hizmetlerinde Yer Alan 112 Acil Çağrı Merkezi, İstasyonlar ve Ambulanslar.....	7
2.6. İş Doyumu.....	8
2.6.1. İş Doyumunun Önemi.....	9
2.6.2. İş Doyumunun Sonuçları	10
2.6.3. Sağlık Hizmetlerinde İş Doyumu	10
2.7. Tükenmişlik Kavramı	11
2.7.1. Tükenmişlik Belirtileri.....	12
2.7.2. Tükenmişliğin Boyutları	13
2.7.3. Tükenmişliğin Sonuçları.....	15
2.7.4. Tükenmişlik ile başa çıkma yöntemleri	15
2.7.5. Sağlık Çalışanlarında Tükenmişlik	16
2.8. Anksiyete (Kaygı).....	16
2.8.1. Anksiyeteye Neden Olan Faktörler.....	17
2.8.2. Anksiyetenin Klinik Özellikleri ve Tedavisi	18
3. MATERYAL VE METOT	20
3.1. Araştırmanın Tipi.....	20
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Tarih.....	20

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	20
3.4. Çalışmada Verilerin Toplanması	20
3.4.1. Sosyodemografik Özellikler	20
3.4.2. Meslek ve İş Yaşam Özellikleri.....	21
3.4.3. Mesleği Sevme Durumları	21
3.4.4. Minnesota İş Doyum Ölçeği (MİDÖ).....	21
3.4.5. Maslach Tükenmişlik Ölçeği (MTÖ)	22
3.4.6. Sürekli Kaygı Ölçeği (SKÖ).....	23
3.5. Araştırmanın Etik Yönü.....	24
3.6. Verilerin Değerlendirilmesi	24
3.7. Araştırmanın Soruları	24
3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	25
4.BULGULAR.....	26
4.1. Araştırma Grubunun Sosyodemografik Özelliklerinin Dağılımı.....	26
4.2. Araştırma Grubunun Meslek ve İş Yaşam Özelliklerinin Dağılımı	27
4.3. Araştırma Grubunun Mesleği Sevme Durumlarının Dağılımı	28
4.4. Araştırma Grubunun İçsel Doyum, Dışsal Doyum ve Genel Doyum Puanlarının Dağılımı	29
4.5. Araştırma Grubunun İş Doyum Düzeylerinin Dağılımı	30
4.6. Araştırma Grubunun Duygusal Tükenme, Duyarsızlaşma ve Kişisel Başarı Puanlarının Dağılımı.....	30
4.7. Araştırma Grubunun Sürekli Kaygı Ölçeğinin Puanlarının Dağılımı	31
4.8. Araştırma Grubunun Sosyodemografik Değişkenlere Göre Minnesota İş Doyum Ölçeği Alt Boyutlarının Karşılaştırılması	31
4.9. Araştırma Grubunun Meslek ve İş Yaşam Değişkenlerine Göre Minnesota İş Doyum Ölçeği Alt Boyutlarının Karşılaştırılması	33
4.10. Araştırma Grubunun Meslek İle İlgili Değişkenlere Göre Minnesota İş Doyum Ölçeği Alt Boyutlarının Karşılaştırılması	37
4.11. Araştırma Grubunun Sosyodemografik Değişkenlere Göre Maslach Tükenmişlik Ölçeği Alt Boyutlarının Karşılaştırılması.....	39
4.12. Araştırma Grubunun Meslek ve İş Yaşam Değişkenlerine Göre Maslach Tükenmişlik Ölçeği Alt Boyutlarının Karşılaştırılması.....	41
4.13. Araştırma Grubunun Meslek İle İlgili Değişkenlere Göre Maslach Tükenmişlik Ölçeği Alt Boyutlarının Karşılaştırılması.....	44

4.14. Araştırma Grubunun Sosyodemografik Değişkenlere Göre Sürekli Kaygı Ölçeğinin Karşılaştırılması	47
4.15. Araştırma Grubunun Meslek ve İş Yaşam Değişkenlerine Göre Sürekli Kaygı Ölçeğinin Karşılaştırılması	49
4.16. Araştırma Grubunun Meslek ile İlgili Değişkenlere Göre Sürekli Kaygı Ölçeğinin Karşılaştırılması	51
4.17. Araştırma Grubunun Sosyodemografik Değişkenlere Göre Minnesota İş Doyum, Maslach Tükenmişlik ve Sürekli Kaygı Ölçeklerinin Toplam Puanlarının Karşılaştırılması	52
4.18. Araştırma Grubunun Meslek ve İş Yaşam Değişkenlerine Göre Minnesota İş Doyum, Maslach Tükenmişlik ve Sürekli Kaygı Ölçeklerinin Toplam Puanlarının Karşılaştırılması	54
4.19. Araştırma Grubunun Meslek İle İlgili Değişkenlere Göre Minnesota İş Doyum, Maslach Tükenmişlik ve Sürekli Kaygı Ölçeklerinin Toplam Puanlarının Karşılaştırılması	59
4.20. Minnesota İş Doyum, Maslach Tükenmişlik ve Sürekli Kaygı Ölçeklerinin Korelasyonu	61
5. TARTIŞMA	63
5.1. Katılımcıların Minnesota İş Doyum Ölçeğine Göre Dağılımının Değerlendirilmesi.....	63
5.2. Katılımcıların Maslach Tükenmişlik Ölçeğine Göre Dağılımının Değerlendirilmesi.....	68
5.3. Katılımcıların Sürekli Kaygı Ölçeğine Göre Dağılımının Değerlendirilmesi	72
5.4. Katılımcıların İş Doyumu, Tükenmişlik ve Kaygı Düzeyleri Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi	75
5.4.1 Katılımcıların Tükenmişlik ve İş Doyumu Düzeyleri Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi.....	75
5.4.2 Katılımcıların Kaygı ve İş Doyumu Düzeyleri Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi.....	76
5.4.3 Katılımcıların Tükenmişlik ve Kaygı Düzeyleri Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi.....	77
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	78
KAYNAKLAR	81
EKLER.....	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.

EK-1. Özgeçmiş.....**Hata! Yer işareti tanımlanmamış.**
EK-2. Etik Kurul Kararı.....**Hata! Yer işareti tanımlanmamış.**
EK-3. Anket Formu**Hata! Yer işareti tanımlanmamış.**



TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim süresince bilgi ve deneyimlerini benimle paylaşarak yol gösteren, hazırladığım bu çalışma süresince bana her zaman destek veren değerli hocam, tez danışmanım Prof. Dr. Ali ÖZER'e,

Yüksek Lisans eğitimimde aktardıkları bilgi birikimleri ile emekleri olan değerli bölüm hocalarım; Prof. Dr. Metin Fikret GENÇ'e, Prof. Dr. Erkan PEHLİVAN'a,

Tez çalışmama katkıda bulunan, her zaman yardımcı olan Öğretim Üyesi Dr. Ayşe GÖKÇE'ye,

Tez çalışmam sırasında tüm sorularıma sıkılmadan yanıt veren, sabırlı, içten yaklaşımları ile bana yardımcı olan Halk Sağlığı Anabilim Dalı Asistanı Dr. Gülseda BOZ'a en içten saygı ve sevgilerimle sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

ÖZET

Malatya İlindeki 112 Acil Sağlık Hizmetlerinde Görev Yapan Personellerin İş Doyumu, Tükenmişlik ve Kaygı Düzeylerinin İlişkisi ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi

Amaç: Acil sağlık hizmetlerinin kesintisiz 7/24 hizmet sunması, işle ilgili sorunların artması, çalışanlara yönelik şiddetin yaygınlaşması, iş ortamının yoğunluğunun artmasıyla bu konuya daha çok önem verilmeye başlanmıştır. Bu çalışmada 112 ASH'de görev yapan personellerin iş doyumu, tükenmişlik ve kaygı düzeylerinin ilişkisi ve etkileyen faktörlerin incelenmesi amaçlanmıştır.

Materyal ve metot: Kesitsel tipte olan bu çalışmanın evreni Malatya ili 112 ASH'de görev yapan 410 sağlık personelinden oluşmaktadır. Örneklem hesabı yapılmamıştır. Evrenin tamamına ulaşılmaya çalışılmış olup; 400 kişi ile çalışma tamamlanmıştır. Çalışmada kullanılan anket formunda sosyodemografik özellikler, meslek ve iş yaşam özellikleri, mesleği sevmeye durumları ile MİDÖ, MTÖ ve SKÖ yer almaktadır. İstatistiksel analizlerde Mann Whitney U ve Kruskal Wallis Varyans analizi kullanılmıştır.

Bulgular: Çalışmaya katılanların %51'i erkek, %45.5'i 20-29 yaş aralığında, %70.3'ü evli, %77.8'i ambulans hizmetlerinde, %84.8'i nöbet sisteminde, %49.3'ü 6-10 yıl arasında çalıştığı belirlenmiştir. Katılımcıların %68.3'ü meslek gelirini az bulduğunu ve %58.5'i mesleği değiştirmek istediğini belirtmiştir. Araştırma grubunun Minnesota alt boyutları; genel doyum puanı 3.05, içsel doyum puanı 3.41, dışsal doyum puanı 2.62; Maslach alt boyutları; kişisel başarı puanı 21, duygusal tükenme puanı 21 ve duyarsızlaşma puanı 7.50; Sürekli kaygı puanı ise 41 bulunmuştur.

Sonuç: Acil sağlık hizmetlerinde çalışanların iş doyumu ve tükenmişlik düzeyi yüksek; kaygı puanları orta düzeydedir. Çalışanların iş doyum düzeyi arttıkça tükenmişlik ve kaygı düzeyleri azalmaktadır. Ayrıca kaygı düzeyi artan çalışanların tükenmişlik düzeylerinin arttığı belirlenmiştir. Bu nedenle acil sağlık hizmetlerinde çalışan personellerin iş doyumu ve tükenmişliğine yönelik düzenli ve sistematik ölçümlerin yapılması gerekmektedir. Tükenmişliğe ve kaygıya neden olan faktörler belirlenmeli ve gerekli çalışmalar yapılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Acil Sağlık Hizmetleri, İş Doyumu, Kaygı, Tükenmişlik

ABSTRACT

Investigation of the Relationship and Affecting Factors of Job Satisfaction, Exhaustion and Anxiety Levels of 112 Emergency Health Services Personnel in Malatya Province

Aim: With the uninterrupted 7/24 service of emergency health services, the increase in work-related problems, the widespreading violence against employees, and the increase in the intensity of the work environment, more importance has begun to be given to this issue. In this study, it was aimed to examine the relationship and affecting factors of job satisfaction, exhaustion and anxiety levels of the personnel working in 112 Emergency Health Services.

Material and method: The nature of this cross-sectional study consists of 410 health personnel working in 112 Emergency Health Centers in Malatya. No sample calculation was made. The whole nature has been tried to be reached; the study was completed with 400 people. In the questionnaire form used in the study, sociodemographic characteristics, occupational and work life characteristics, liking of profession and Minnesota Job Satisfaction Scale, Maslach Exhaustion Scale and Trait Anxiety are included. Mann Whitney U and Kruskal Wallis Variance analysis were used for statistical analysis.

Results: It was determined that 51% of the participants were male, 45.5% were between the ages of 20-29, 70.3% were married, 77.8% worked in ambulance services, 84.8% worked in the seizure system, and 49.3% worked between 6-10 years. 68.3% of the participants stated that they found the occupational income low and 58.5% wanted to change the profession. Minnesota sub-dimensions of the research group; overall satisfaction score is 3.05, internal satisfaction score is 3.41, external satisfaction score is 2.62; Maslach sub-dimensions; personal achievement score is 21, emotional exhaustion score is 21 and desensitization score is 7.50; the trait anxiety score was found to be 41.

Conclusion: Employees in emergency medical services have high levels of job satisfaction and burnout; Anxiety scores are moderate. As the level of job satisfaction of employees increases, exhaustion and anxiety levels decrease. In addition, it was determined that the exhaustion levels of the employees whose anxiety levels are increasing also increased. For this reason, it is necessary to make regular and systematic measurements for job satisfaction and exhaustion of the personnel working in emergency health services. The factors that cause exhaustion and anxiety should be identified and necessary studies should be carried out.

Keywords: Emergency Health Services, Job Satisfaction, Anxiety, Exhaustion

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

%	: Yüzde
AABT	: Ambulans ve Acil Bakım Teknikeri
ACEP	: American College of Emergency Physicians
AÇM	: Acil Çağrı Merkezi
ASH	: Acil Sağlık Hizmetleri
ASHY	: Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği
ATT	: Acil Tıp Teknisyeni
KKM	: Komuta Kontrol Merkezi
MAKS	: Maksimum
MİDÖ	: Minnesota İş Doyum Ölçeği
MİN	: Minimum
MTÖ	: Maslach Tükenmişlik Ölçeği
N	: Sayı
ORT	: Ortanca
SKÖ	: Sürekli Kaygı Ölçeği
TDK	: Türk Dil Kurumu

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil No

Sayfa No

Şekil 2.1. Acil Sağlık Hizmetleri Teşkilat Şeması 7



TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo No	Sayfa No
Tablo 4.1. Araştırma Grubunun Sosyodemografik Özelliklerinin Dağılımı.....	26
Tablo 4.2. Araştırma Grubunun Meslek ve İş Yaşam Özelliklerinin Dağılımı	28
Tablo 4.3. Araştırma Grubunun Mesleği Sevme Durumlarının Dağılımı	29
Tablo 4.4. Araştırma Grubunun İçsel Doyum, Dışsal Doyum ve Genel Doyum Puanlarının Dağılımı.....	30
Tablo 4.5. Araştırma Grubunun İş Doyum Düzeylerinin Dağılımı	30
Tablo 4.6. Araştırma Grubunun Duygusal Tükenme, Duyarsızlaşma ve Kişisel Başarı Puanlarının Dağılımı.....	30
Tablo 4.7. Araştırma Grubunun Sürekli Kaygı Ölçeğinin Puanlarının Dağılımı	31
Tablo 4.8. Araştırma Grubunun Sosyodemografik Değişkenlere Göre Minnesota İş Doyum Ölçeği Alt Boyutlarının Karşılaştırılması	33
Tablo 4.9. Araştırma Grubunun Meslek ve İş Yaşam Değişkenlerine Göre Minnesota İş Doyum Ölçeği Alt Boyutlarının Karşılaştırılması	36
Tablo 4.10. Araştırma Grubunun Meslek ile İlgili Değişkenlere Göre Minnesota İş Doyum Ölçeği Alt Boyutlarının Karşılaştırılması	39
Tablo 4.11. Araştırma Grubunun Sosyodemografik Değişkenlere Göre Maslach Tükenmişlik Ölçeği Alt Boyutlarının Karşılaştırılması	41
Tablo 4.12. Araştırma Grubunun Meslek ve İş Yaşam Değişkenlerine Göre Maslach Tükenmişlik Ölçeği Alt Boyutlarının Karşılaştırılması	44
Tablo 4.13. Araştırma Grubunun Meslek ile İlgili Değişkenlere Göre Maslach Tükenmişlik Ölçeği Alt Boyutlarının Karşılaştırılması	47
Tablo 4.14. Araştırma Grubunun Sosyodemografik Değişkenlere Göre Sürekli Kaygı Ölçeğinin Karşılaştırılması.....	48
Tablo 4.15. Araştırma Grubunun Meslek ve İş Yaşam Değişkenlerine Göre Sürekli Kaygı Ölçeğinin Karşılaştırılması.....	50
Tablo 4.16. Araştırma Grubunun Meslek ile İlgili Değişkenlere Göre Sürekli Kaygı Ölçeğinin Karşılaştırılması.....	52
Tablo 4.17. Araştırma Grubunun Sosyodemografik Değişkenlere Göre Minnesota İş Doyum, Maslach Tükenmişlik ve Sürekli Kaygı Ölçeklerinin Toplam Puanlarının Karşılaştırılması	54

Tablo 4.18. Araştırma Grubunun Meslek ve İş Yaşam Değişkenlerine Göre Minnesota İş Doyum, Maslach Tükenmişlik ve Sürekli Kaygı Ölçeklerinin Toplam Puanlarının Karşılaştırılması	58
Tablo 4.19. Araştırma Grubunun Meslek İle İlgili Değişkenlere Göre Minnesota İş Doyum, Maslach Tükenmişlik ve Sürekli Kaygı Ölçeklerinin Toplam Puanlarının Karşılaştırılması.....	61
Tablo 4.20. Minnesota İş Doyum, Maslach Tükenmişlik ve Sürekli Kaygı Ölçeklerinin Korelasyonu	62



1. GİRİŞ

Dünyanın birçok yerinde acil servis hizmetleri, birbirlerine bağlı olarak çalışmaktadır. Bunlar, tek numarada toplanan çağrı merkezlerine gelen acil durum ile ilgili gerekli bilgileri edindikten sonra, en uygun ekibi vaka yerine en kısa zamanda ulaştıracak şekilde yönlendirmektedir (1). Acil Sağlık Hizmetleri (ASH); bu konuda eğitim almış sağlık ekipleri tarafından; ani ve hızlı gelişen hastalık, kaza, delici kesici alet yaralanmaları, ateşli silah yaralanmaları gibi durumlara gerekli tıbbi araç ve gereç desteğiyle acil müdahale edilmesini sağlayarak, hastaların daha fazla zarar görmesini veya ölmelerini önlemek amacıyla yapılan, hızlı karar verme ve müdahaleyi içeren bir disiplinler bütünüdür (2).

Şimdiye kadar; araştırmacılar, acil sağlık hizmetleri konusuna pek fazla ilgi göstermemiştir. Ancak aralıksız gün boyunca hizmet verilen bu birimlerde, işle alakalı sağlık problemlerinin çoğalması, ASH çalışanlarına karşı fiziksel ve sözel şiddet başta olmak üzere psikolojik şiddetin daha da yaygınlaşması üzerine konuya daha fazla eğilmeye başlanmıştır. Şiddetin oldukça yaygın olduğu acil sağlık birimleri, doğası itibariyle yoğun ve stresli çalışma ortamları olarak gösterilmektedirler. Bunun yanı sıra acil birimler dahilinde yer alan ambulans hizmetlerinde çalışanlar; genellikle istenmeyen durumlarda, yaşam/ölüm baskısı, bulaşıcı hastalıklar tehdidi ile hasta ve hasta yakınlarının baskısı altında hızlıca ve etkili hareket etmek ve acil tıbbi bakımı zamanında uygulamak zorundadırlar (3).

Fiziksel, duygusal ve ruhsal sağlığa etkisi olan bu tehdit ve baskı altında görev yapmaya çalışan ambulans ekibinin, kendilerini çalıştığı kurumun bir parçası hissetmeleri ve kurumun değer verilen bir üyesi olduklarını bilmeleri de ayrıca önemlidir. Kurum içinde veya dışında bulunan birçok faktör, sağlık personellerinin sağlığına olumlu veya olumsuz etki edebilmektedir. Tükenmişlik ve iş doyumu; bu faktörlerin en önde olanlarından (4).

1974 yılında ilk kez Freudenberger tarafından dile getirilen tükenmişlik terimi, iş ortamında bulunan stres oluşturan etmenlere bir yanıt olarak uzun bir periyotta meydana gelen psikolojik bir sendrom olarak tanımlanmaktadır. Maslach ve arkadaşları tarafından, 1996 yılından itibaren önemle üzerinde durulan tükenmişlik; kişinin çalıştığı işinden duygusal olarak uzaklaşma hali, duyarsızlaşması ve kişisel başarıda azalmayı içeren üç farklı boyuttan oluşmaktadır. Duygusal tükenmişlik ve duyarsızlaşmadan alınan yüksek

puanlar kişinin yüksek düzeyde tükenmişliğini ifade ederken; kişisel başarıdan alınan yüksek puanlar ise kişinin düşük düzeyde tükenmişliğini göstermektedir. Literatürde tükenmişliğin, özellikle insanlarla daha yoğun temasta olunan sektörlerde meydana geldiği, sağlık sektörünün bunların başını çektiği, hekimler arasında da acil hekimlerinin başı çektiği belirtilmektedir (5).

Tükenmişliğin örgütsel düzeydeki etkileri ele alındığında; çalışan hızını, işe devamsızlığı, iş performansını, örgütsel bağlılığı işten ayrılmayı, işe katılımı, yaşam kalitesini, hizmet kalitesini, iş doyumunu, rol çatışmasını, rol belirsizliğini, işe olan ilgiyi, üretkenliği ve yaratıcılığı etkilediği düşünülmektedir (6).

Çalışanların iş deneyimlerini öz değerlendirmesi sonucu ortaya çıkan duygusal ve memnuniyet verici bir durumu belirten iş doyumunu ise; fizyolojik, psikolojik ve çevresel faktörlerin bir bileşimidir. İş doyumsuzluğunun, bireyin bağışıklık sistemini zayıflattığı, içerden ve dışardan gelecek tehditlere karşı gösterilen tepkiyi azalttığı ve hatta yok ettiği iddia edilmektedir. İş doyumunu düzeyinin düşük olmasının bireyler açısından bazı olumsuz sonuçları bulunmaktadır. Bunlardan bazıları; verimliliğin azalması, işe gitmede isteksizlik ve devamsızlığın artması, işten ayrılma duygusunun giderek artması, işten uzaklaşma isteği, herhangi bir işbirliği sağlayamama, kurumsal bağlılığın azalması, yetersizlik duygusu, işe alım maliyetleri ve yeni çalışanlar için eğitim maliyetlerinin artması gibi durumlardır (7,8).

Acil sağlık hizmetlerinin kesintisiz 7 gün 24 saat hizmet sunması, işle ilgili sorunların artması, çalışanlara yönelik şiddetin yaygınlaşması ve iş ortamının yoğunluğunun artmasıyla acil sağlık hizmetlerine verilen önem daha çok artmıştır. Bu çalışma 112 Acil Sağlık Hizmetlerinde görev yapan personellerin iş doyumunu, tükenmişlik ve kaygı düzeylerinin birbirleriyle ilişkisini ve bunları etkileyen faktörlerin incelenmesi amacıyla yapılmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Acil Sağlık Hizmetleri Tanımı

Acil Sağlık Hizmetleri (ASH); Acil hastalık/yaralanma durumlarında, konusunda özel eğitim almış ekipler tarafından, tıbbi araç ve gereç desteği ile olay yerinde, nakil sırasında, sağlık kurum ve kuruluşlarında sunulan tüm sağlık hizmetlerini kapsamaktadır (9).

Acil Sağlık Hizmetleri, hastane öncesi yaralanmalar, motorlu araç kazaları, hayati tehlike arz eden hastalıklar vb. kişilere özel eğitilmiş ekiplerle hizmet vermek üzere kurulmuştur. Bu hizmet, olay meydana gelir gelmez tıbbi ekipman yardımı ile tıbbi personel tarafından, transit veya tıbbi bir tesiste sürdürülür. Hastanın durumunun hastane dışında bozulmasını önlemek, hayati tehlike oluşturan durumları ortadan kaldırmak ve hastayı tedavisinin devam ettiği bir tesise nakletmekle yükümlüdür (10).

Farklı bir tanım kapsamında acil sağlık hizmetleri; sağlıkla ilgili özel eğitim almış sağlık ekiplerince, ansızın ortaya çıkan yaralanma, kaza, hastalık ve benzeri durumlarda olayı izleyen en kısa sürede, tıbbî araç ve gereç desteğine bağlı olarak sunulan sağlık hizmetleri olarak ifade edilmiştir (11). Benzer bir tanımda acil sağlık hizmeti, sağlıkla ilgili özel eğitim alan bireyler ve ekipler tarafından acil hastalık veya yaralanma gibi durumlarda tıbbî araç ve gereçlerden yararlanarak, söz konusu olayın olduğu, hastanın nakli sırasında ve sağlık kurumu kapsamında sunulan sağlık hizmetleri olarak ifade edilmiştir (9,12).

Acil sağlık hizmetleri, hastane öncesinde 112 Acil Sağlık Hizmetleri ekipleri tarafından uygulanmaktadır. 112 ASH ekipleri tarafından acil durumda olan hastaya ilk müdahale yapılmakta ve en yakın sağlık kurumuna sevki gerçekleştirilmektedir. Bu aşama sonrasında gerekli acil müdahaleler ise sağlık kuruluşu bünyesinde görev yapan acil sağlık personeli tarafından yürütülmektedir. Acil sağlık hizmetleri; 112 ASH ve hastane içi acil sağlık hizmetleri olmak üzere iki grupta sunulmaktadır. Acil sağlık hizmetlerinin genel itibarıyla durumu kritik olan hastalara müdahalesi söz konusu olmaktadır. Burada bu sağlık hizmetlerinin kalitesinin artırılması durumu kritik olan kişilerin yaşamlarının kurtarılabilmesi açısından son derece önemli olmaktadır. Bu maksatla American College of Emergency Physicians (ACEP) tarafından acil sağlık hizmetlerinin kalitesini artırmak ve bu hizmetleri belli bir standartta tutmak amacıyla

bazı kriterlerin belirlendiği görülmüştür. ACEP tarafından belirlenen standartlar şu şekilde sıralanabilir (13).

- Acil sağlık hizmetleri toplumdaki her ferde ulaşabilir bir konum ve nitelikte olmalı,
- Hastanın değerlendirilmesi ile tedavi süreci en kısa sürede ve en makul bir biçimde yerine getirilmeli,
- Acil servis, hastane öncesi ve farklı yataklı tedavi birimleri arasında tam ve devamlı bir etkileşim olmalı,
- Acil birim hekimleri; haftanın 7 günü ve 24 saat hizmet sağlamak durumundadır,
- Hastalanma ya da yaralanma gibi herhangi tıbbi sorun sonrasındaki ilk dakikalar en önemli zaman dilimlerini ifade etmektedir. Bu zaman dilimlerinde sakın kalmak, ne yapılması gerektiğinin farkında olarak bunları uygulamak önem arz etmektedir.
- Acil travma ve hastalıkların yönetilmesi sürecinde acil tıbbî yardım hattının aranması sürecin yönetilmesi açısından yapılacak en önemli adımlardan biridir (12).

2.2. Acil Sağlık Hizmetlerinin Tarihçesi

2.2.1. Dünya’da Acil Sağlık Hizmetleri Tarihçesi

İnsan ömrü içerisinde her an yaralanma veya hastalanma gibi benzeri sebeplerden dolayı acil sağlık hizmetine ihtiyaç duyulabilmektedir. Bu durum günümüzde bu şekilde olduğu gibi geçmişte de aynı niteliktedir. Bu sebepten dolayı acil sağlık hizmetlerine tarihin her döneminde ihtiyaç duyulduğunu söylemek mümkündür (12).

Geçmişten günümüze kadar istenmeyen durum ve kazalarla karşılaşıldığında hasta ve yaralılar için birçok tıbbi müdahaleler yapılmıştır. Acil tıbbi müdahale ilk kez Mısır’da 500 yıl önce uygulanmış, Yunan ve Roma uygarlıklarında yaralıların taşınmasıyla ilgili birçok yöntem uygulandığı bilinmektedir. Ambulanslar savaş alanında yaralı askerleri taşımak için kullanıldı. Bu amaçla, ilk kez 1487’de Malaga’yı fethetmek isteyen İspanyollar tarafından kullanılan ambulansın tarihsel evriminde savaşın çok önemli bir etkisi oldu. 1792 yılında Napolyon tarafından, savaş alanında yaralanan askerlere ilk müdahaleyi yapmak ve bu askerleri el arabalarıyla hastanelere götürmek için birlikler

oluşturuldu. Bu uygulama öncesinde savaş alanında yaralanan askerler yalnız bırakılarak lme terk edilirdi (8,14-16).

Acil sağlık hizmetlerinin gelişiminde dünyada iki yaklaşımın ön plana çıktığı görülmüştür. Bu yaklaşımlardan biri Fransız-Alman (Franko-German) modeli iken diğeri ise İngiliz-Amerikan (Anglo-Amerikan) modelidir. Fransız-Alman modeli “kal ve tedavi et” anlayışını benimserken İngiliz-Amerikan modeli “kap ve götür” anlayışının hakim olduğu görülmektedir (12,17).

2.2.2. Türkiye’de Acil Sağlık Hizmetleri Tarihçesi

Türkiye’de acil sağlık hizmetlerinin Osmanlı Devleti döneminde kendini göstermeye başladığını ifade etmek mümkündür. Bu açıdan mer Paşa, Abdullah Bey ve Doktor Kırımlı Aziz Bey 1867 yılında imzalanan Cenevre Sözleşmesine bağlı olarak “Mecrubin ve Mardayı Askeriyeye İmdat ve Muvenat (Yaralıları ve Askeri Esirleri Kurtarma ve Yardım Derneği)”ni kurmuşlardır. İlerleyen dönemde II. Abdulhamit tarafından dernek “Osmanlı Hilal-i Ahmer Cemiyeti” ismini almıştır. Bu cemiyet 1907 yılında Kızılhaç yeliğine katılmıştır (18). Cumhuriyetin ilan edilmesinin ardından acil sağlık hizmetleri ile ilgili önemli gelişmelerin yapıldığı görülmüştür. 1923 yılında Osmanlı Hilal-i Ahmer Cemiyeti, Türkiye Hilali Ahmer Cemiyeti adını almıştır. 1930 yılına gelindiğinde bu cemiyet Kızılay Cemiyeti (Kızılay) ismini almıştır. Tarihsel süreç içerisinde Türkiye’de hastane öncesi acil sağlık hizmetleri kapsamında önemli adımlar atıldığı gözlemlenmiştir (12).

1985 yılında gezici ambulanslar hizmet vermeye başlamış, 1986 yılında İstanbul, Ankara ve İzmir’de ilk kez 077 numarası ile “077 Hızır Acil Servis” adı altında görev yapmaya başlanmıştır (8). Daha sonra yapılan Türkiye’deki Acil Sağlık Hizmet yapılanmasının kronolojik tarihçesi aşağıda sıralanmıştır:

- ✓ **1993** yılında İlk ve Acil Yardım yeni bir uzmanlık dalı olarak kabul edildi. İlk ve Acil Yardım anabilim dalı ilk olarak Dokuz Eylül ve Fırat niversitesinde açıldı.
- ✓ **1994** yılında hastane öncesi birinci basamak sağlık hizmetlerde ‘077 Hızır Acil’ uygulamasında “112 Acil Yardım ve Kurtarma” uygulamasına geçildi.
- ✓ **1994-1995** yılında ilk 112 ekipleri İstanbul, Ankara ve İzmir’de kuruldu. Ambulans ekiplerinde ebeler, hemşireler ve sağlık memurları, bazı ekiplerde ise doktorlar da çalışmaktaydı.

- ✓ **1996** yılında Sağlık Bakanlığı bünyesinde sağlık meslek liselerinde acil tıp teknisyenliği bölümü açıldı.
- ✓ **2000** yılında Acil sağlık hizmetlerinin bütün ülkede eşit, ulaşılabilir, kaliteli, hızlı ve etkili olarak hizmet vermesini sağlamak amacıyla acil sağlık hizmetlerinin yürütülmesine dair usul ve esasları belirleyen “Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği” çıkarıldı.
- ✓ **2004** yılında Sağlık Bakanlığı tarafından ilk defa 112 istasyonlarına ve hastane acil servislerine ambulans ve acil bakım teknikeri (AABT) ve acil tıp teknisyenlerinin (ATT) atamaları yapıldı.
- ✓ **2007** yılında Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği’nde 2000 yılında değişiklik yapılarak AABT ve ATT’lerin görev, yetki ve sorumlulukları maddesi eklendi.
- ✓ **2009** yılında “Ambulans ve Acil Bakım Teknikerleri İle Acil Tıp Teknisyenlerinin Çalışma Usul ve Esaslarına Dair Tebliğ” hazırlanarak “Yetişkin Uygulama ve Çocuk Uygulama Kılavuzu’nda AABT ve ATT’nin görev, yetki ve sorumlulukları algoritma hâline getirildi.
- ✓ **2014** yılında Tababet ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanunun Ek-13”ncü maddesine “Acil Tıp Teknikeri” tanımı dahil edildi.
- ✓ **2018** yılında Yataklı Sağlık Tesislerinde Acil Servis Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğde Değişiklik Yapılmasına Dair Tebliğ yayınlandı (8,12,16).

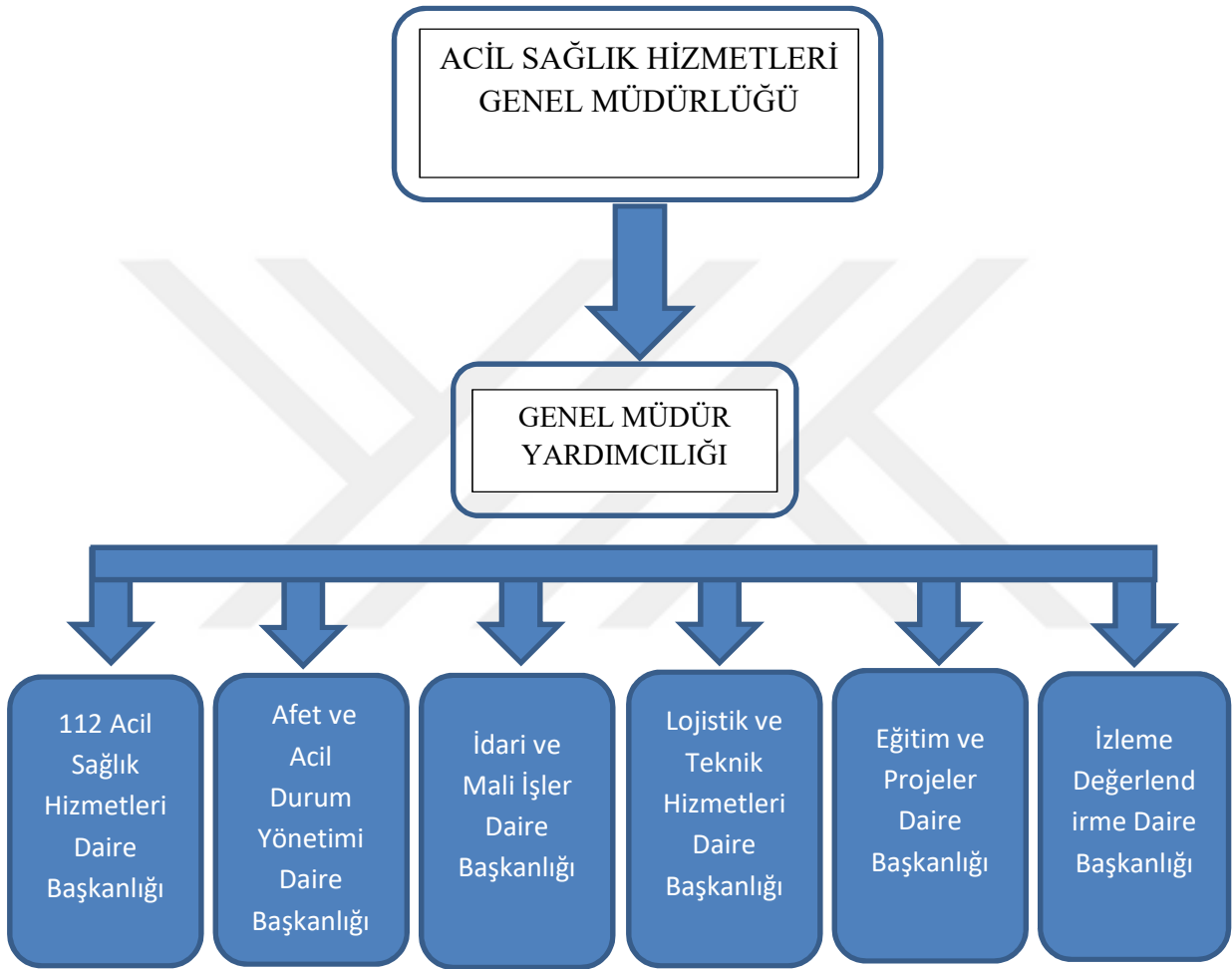
2.3. Acil Sağlık Hizmetlerinin Amacı

Acil sağlık hizmetlerinin amacı, Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği kapsamında; acil sağlık hizmetlerinin ülkemizde eşit, ulaşılabilir, kaliteli, hızlı ve etkili olarak yürütülmesini sağlamak amacıyla, sağlık hizmeti sunan ve sağlık hizmeti ile ilgili olan bütün birimlerin uymak zorunda oldukları esaslar ile bu birimler arasında koordinasyon sağlanması ve Bakanlıkça yürütülen acil sağlık hizmetlerinin sevk ve idaresine dair usul ve esasları belirlemektir (9).

Acil sağlık hizmetleri, acil yardıma gereksinim duyan hasta ve yaralılara uygun ve gerekli tıbbi işlemleri en kısa zamanda uygulamaktadır. Acil hizmetlere ihtiyaç duyan hastaların hayati risk durumları söz konusu olduğu için kısa zamanda tedavi edilmeleri gerekmektedir. Bu durum acil sağlık hizmetlerinde zaman ve hız kavramlarını önemli bir hale getirmektedir (12).

2.4. Acil Sağlık Hizmetleri Teşkilat Yapısı ve Yönetimi

Acil sağlık hizmetleri niteliksel açıdan koordineli çalışmayı gerektirmektedir. Bu durum acil sağlık hizmetlerin bazı birimler dahilinde yürütülmesini gerekli kılmaktadır. Birimlerin kendi içlerinde iletişim halinde ve iş birliği içinde olmaları ile acil sağlık hizmetlerinin daha iyi sürdürülebilmesi sağlanacaktır.



Şekil 2.1. Acil Sağlık Hizmetleri Teşkilat Şeması (19)

2.5. Acil Sağlık Hizmetlerinde Yer Alan 112 Acil Çağrı Merkezi, İstasyonlar ve Ambulanslar

112 Komuta Kontrol Merkezi (KKM) ve Acil Çağrı Merkezi (AÇM) şehir, ilçe bazında çeşitli ambulans hizmetlerini tam ve ivedi bir biçimde gerçekleştirilmesinde görevlidir. Burada yer alan sağlık birimlerinin başhekim kademesi altında görevini yerine getirmesi söz konusudur. Bahsi geçen bu birim tarafından yer aldığı şehir bazında acil çağrının gelmesi ile beraber sistem içinde bulunan en yakın acil birimine sevk işleminin gerçekleştirilmesi ve acil ekibinin yerinde müdahalesi sağlanmaktadır. Aynı zamanda

müdahalenin yetersiz gelmesi veya hastane şartlarında daha hayati bir müdahalede bulunulmasının gerekli olduğu durumlarda ise, en yakın acil birimine hastanın naklini yöneten birim olarak görevli olmaktadır (12).

Ambulans ve sağlık ekipleri ambulans istasyonunda beklemekte ve hizmet alanına ulaşmak için şehrin çağrı merkezi tarafından yönlendirilmektedirler. Ayrıca acil servis ileri ve temel yaşam desteği sağlayan hastaların gerektiğinde en uygun ve en yakın hastaneye nakledildiği ve nöbet dışında hazır bulunduğu yerdir. Ekipte doktorun bulunduğu istasyon A1, Acil Ambulans Bakım Teknikerleri (AABT) ve Acil Tıp Teknisyenlerinin (ATT) bulunduğu istasyon A2 istasyonudur. Hastane acil servisi ile entegre olanlar (B1) tipi istasyon, Birinci basamak sağlık kuruluşları ile entegre olanlar ise (B2) tipi istasyon olarak adlandırılır. C tipi istasyonlar ise çalışma istasyonlarının ve çalışma saatlerinin valilik tarafından onaylandığı ve gerektiğinde değiştirilebildiği istasyonlardır (12).

2.6. İş Doyumu

İş, insan yaşamının merkezinde yer alan unsurlardan bir tanesidir (20). Çalışanlar yaşamlarının uzun yıllarını çalıştıkları yerde geçirmektedir. Bu sebeple iş doyumu hissetmeleri, fiziksel ve psikolojik sağlıkları açısından oldukça önemlidir. Bireyin kendini mutlu hissetmesi ve yaşamından haz duyması için iş doyumu vazgeçilmezdir (21).

İş doyumu, Latince “satis” kelimesinden türetilmiştir ve “yeterli” anlamında kullanılmaktadır. Bu olgu ilk olarak 1920’lerde ortaya çıkmış, 1930’larda ise daha fazla önem kazanmaya başlamıştır. 1930’larda iş doyumu ile alakalı ilk tanımlamalardan birini yapan Hawthorne, iş doyumu yüksek olan çalışan için “mutlu işçi üreten işçidir”, iş doyumu düşük olan çalışan için de “mutlu olmayan işçi üretmeyen işçidir” olarak tanımlamıştır (8,22,23).

Bir kişinin, yaşamının önemli bir kısmı iş hayatında geçtiğinden; iş doyumu ile kişinin iyilik hali arasındaki güçlü bağlantıdan dolayı, işin kontrolünde ve işle ilgili karar verme safhasında etkin olma durumu bu doyumda önemli yer tutmaktadır. Kişinin; işinde ve özel hayatında daha mutlu, başarılı ve üretken olmasındaki en önemli faktörlerin başında iş doyumu gelmektedir (8,24).

İş doyumu üzerine birçok çalışma yapılmıştır. Bu çalışmaların birinde iş kavramı ile ilgili şu ifadeler yer almaktadır. ‘Yaşamın vazgeçilmez unsurlarından biri de iştir.

İnsanlar yaklaşık olarak 25-30 yıllık bir süre boyunca, gününün önemli bir kısmını iş yerinde geçirmektedir. Bu sebeple bireyin işinden doyum alması hem fizyolojik hem de psikolojik sağlığı açısından önem arz etmektedir. Başka bir deyişle iş doyumunu bireyin mutlu olması ve yaşamından zevk alması için gerekli bir unsurdur' (25).

Başka bir çalışmada ise iş doyumunu; başarı hissi olarak ifade edilmiş ve genel olarak bireysel refah ile üretkenlik arasında ilişki olduğunu belirtmiştir. İş doyumunu bireyin çalışması sonucunda yaşadığı mutluluk hissidir ve olumlu etkileri işe yansımaktadır (26).

Genel tanımların ortak noktalarına bakılacak olursa:

- 1- İş doyumunu, doğrudan gözlemlenemez; ancak bireyin davranışları doğrultusunda görülebilir.
- 2- İş doyumunu, çalışanın kazanmayı arzuladığından daha fazla kazanım elde ettiğinde yaşanır.
- 3- İş doyumunu, birbiriyle bağlantılı objeleri kapsamaktadır (21,27).

2.6.1. İş Doyumunun Önemi

İş doyumunu, bireyin istekleri, değer yargıları gibi aşamalardan oluşan, şartlara özgü çeşitlenen içsel durumlar olarak nitelendirilmektedir. Bu perspektife göre, iş ve işten kazanımlara ilişkin algı durumu oluşmakta ve bu algıya yönelik tepkiler verilmektedir (21,28).

Bireylerin iş doyumunu belirlemek, iyileştirmek, birçok açıdan yarar sağlamaktadır. Yapılan çalışmalar, görevli personele ilişkin sorunların belirlenmesi, işe karşı olan genel tutumun iyileştirilmesi, çalışanlar arasındaki iletişimin düzenlenmesi, hangi konularda eğitim ihtiyacının olduğunun belirlenmesi, değişikliklerin planlanması ve uygulanması gibi konulara yol gösterici olması açısından oldukça önemlidir. Bir çalışmada, yüksek iş doyumunun öz güveni ve performansı artırdığı; stres ve gerginlikleri, devamsızlıkları, işten ayrılma durumlarını ve anksiyeteyi azalttığı sonucuna varılmıştır (29).

Aynı kurumda aynı işi yapan çalışanlar arasında farklı iş doyum düzeyleri görülmektedir. Bunun nedeni; iş doyumunun bireyin yaptığı işe karşılık oluşturduğu duygusal tepki sonucunda meydana gelmesi olarak açıklanabilir. Kurumlar verimliliği yükseltmek için tüm çalışanlarında iş doyum düzeyinin yüksek olmasını hedeflemektedirler. Bu nedenle yöneticiler iş doyumuna daha çok önem vermelidir (29).

2.6.2. İş Doyumunun Sonuçları

İş tatmini bireyler üzerinde olumlu bir etkiye sahiptir. İş tatminsizliğinin olumsuz fiziksel ve psikolojik sonuçları vardır. İş doyumu yüksek kişilerin zihinsel ve fiziksel olarak çok daha sağlıklı oldukları ve sonuç olarak öğrenme olasılıklarının çok daha yüksek olduğunu göstermektedir. Sonuç olarak hem yöneticiler hem de örgütsel davranışçılar iş tatmininin çalışanlar için önemli bir değişken ve konu olduğu hususunda hemfikirdirler. İş tatmini daha yüksek olan insanlar zihinsel ve fiziksel olarak daha sağlıklıdır ve daha az iş kazası geçirirler. Bu nedenle iş doyumu yüksek bireyler örgütsel verimliliği artırabilir ve kayıpları önleyebilir (29).

2.6.3. Sağlık Hizmetlerinde İş Doyumu

Dünya üzerinde, son 25 yıl içinde farklı ekonomik siyasi ve gelişmeler yaşanmıştır. Sağlıkla ilgili uygulamaları sunmak amacıyla geliştirilen sağlık hizmetleri ve bu hizmetlerin tüm bireylere sunumunda rol alan sağlık çalışanları da önemli ölçüde etkilenmiştir. Bu süreç içinde sağlık problemleri ve geleneksel sorunlar değişmiş, bilimsel ve teknolojik alanlardaki gelişmelere daha çok önem verilmeye başlanmış ve bu alanlara yapılan yatırımların sayısı artırılmıştır. Teknolojinin gelişimiyle birlikte yapay zekanın kullanımı ortaya çıkmış ve insan gücüne yapılan yatırımlar azaltılmıştır. Sağlık hizmetlerinde iş bölümü ve ihtisaslaşma daha da derinleştirilerek, değişik meslek grupları arasındaki etkileşim farklı bir boyuta geçmiştir. Amacı sağlığı koruyup geliştirmek ve hastaları tedavi etmek olan sağlık çalışanları, bu durumdan iş yüklerinin artmasına sebep olması kaynaklı olumsuz yönde etkilenmişlerdir. Bu değişiklikler önemli noktasında insan bulunan bu birimde çalışan sağlık çalışanlarının, psikolojik stresini daha da artırmış, kendilerini çaresiz ve yetersiz hissetmelerine sebep olmuştur (30).

Sağlık hizmetlerinin modern sağlık sistemine göre planlanmış verimli ve etkin yürütülmesi için; yasal ve kurumsal olarak düzenlenmelere, eğitimle ilgili güncellemelere ihtiyaç duyulmaktadır. Sağlık çalışanlarının öncelikle kendi fiziksel ve ruhsal sağlıklarının korunması sağlık hizmetlerinin etkinliği yanında, ihmal edilmemesi gereken önemli bir konudur (8).

Sağlık hizmetlerinde hasta bakım kalitesinin artmasını sağlamak için sağlık çalışanlarının çalışma ortamının kalite ve standartları yükseltilmelidir. Bir kurumda çalışan personelin sağlığı hem kendisini hem de hizmet verdiği bireyleri etkilemektedir. Bu bağlamda sağlık hizmeti veren çalışanın fiziksel ve psikolojik sağlığının iyi olması,

hata yapma ihtimalini azaltır dolayısıyla hizmeti alan bireyin sağlığını ve yaşam kalitesini önemli derecede artırır (21,31).

Sağlık personelleriyle yapılmış olan iş doyumunu araştırmalarında unvan değişkeni ile iş doyum düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık olduğu bulgusuna ulaşılmıştır. Acil tıp teknisyenlerinin iş doyum düzeylerinin paramediklere oranla daha yüksek olduğu belirtilmiştir. Yine iş doyumunun aslında; cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim düzeyi, zekâ, meslek ve çalışma süresi gibi bireysel özelliklerin yanında; yapılan işin içeriği, yönetim politikası, ücret, kişiler arası ilişkiler, çalışma koşulları ve gelişme ve yükselme imkânları gibi örgütsel ve çevresel faktörlerden de etkilendiği belirtilmektedir (32,33).

Çevresel etmenler ve ameliyathane hemşirelerinin iş doyumunu arasındaki ilişkinin incelendiği bir çalışmada, ışık, koku ve gürültünün stres oluşturarak iş doyumunu olumsuz etkilediği ve çalışanın işini değiştirmesine sebep olduğu tespit edilmiştir (34).

Çalışma koşullarının olumsuzluğu; sağlık çalışanlarının psikolojik, fiziksel sağlıklarını ve sosyal ilişkilerini; dolayısıyla iş doyumlarını ve işe bağlılık durumlarını olumsuz etkilemektedir. Bu durum sonucunda verilen hizmetin kalitesi azalmakta ve hastalarla ilgili bazı istenmeyen durumların yaşanmasına zemin hazırlanmaktadır. Bulgular “uzun dönemli iş stresinin kişisel ilişkileri etkilediğini, tartışmaları, hastalık nedeniyle iş devamsızlığını, iş tatminsizliğini, işten ayrılma oranını ve verimsizliği artırdığını” göstermektedir (35).

2.7. Tükenmişlik Kavramı

Tükenmişlik, günümüz iş hayatında etkisini giderek artıran fakat önlem alınmasını gereken bir durum olarak karşımıza çıkmaktadır. Sağlık personelleri arasında artan önemli bir sağlık sorunudur (36,37).

Tükenmişlik kelimesi, İngilizce “burnout” tan türetilmiştir. Bir mumun yanarak tükenmesi anlamına gelen bu sözcük, insanlarda da kapasitelerin azalması ve enerjilerinin tükenmesi anlamında kullanılmaktadır (38). Literatürde tükenmişlik ilk defa 1974 yılında Herbert Freudenburg tarafından ileri sürülmüştür. Kronik strese maruz kalan bireylerin yıpranmaları, enerjilerinin ve güçlerinin azalması sonucunda vücut iç kaynaklarının tükenmesi olarak açıklanmıştır (8,39).

Freudenburg, tükenmişlik kavramını “*doyuma ulaşmayan beklentiler, güç ve enerjinin düşmesi, yıpranma, başarısızlıklar neticesinde kişinin içsel anlamda hissettiği tükenme hali*” biçiminde ifade etmiştir (40).

Freudenberger'in ardından tükenmişlik kavramı üzerine çok sayıda çalışma yapılmıştır. Tükenmişlik üzerine yapılan araştırmalar 1980'li yıllarda deneysel formlara dönüşmüştür. Tükenmişlik düzeyini ölçebilmek için birçok yönteme başvurulmuştur. Bunlardan biri de Maslach ve Jackson tarafından hazırlanan "Maslach Tükenmişlik Ölçeği"dir.

Maslach 1981 yılında tükenmişliği "*işi dolayısıyla çok fazla duygusal isteklere maruz kalan ve yine işi gereği pek çok insanlar doğrudan etkileşim içinde olan bireylerde; bitkinlik, uzun zaman karşılaşılan fiziksel yorgunluk, umutsuzluk ve çaresizlik duyguların; yapılan iş, dış dünya ve diğerleri üzerinde sergilediği olumsuz tepkilerde görülen bir sendrom*" olarak tanımlamıştır (39,41).

Jackson'a göre tükenmişlik "*bireyin işi gereği karşılaştığı insanlara karşı duyarsızlaşması, duygusal yönden kendilerini tükenmiş hissetmesi, kişisel başarı ve yeterlilik duygularında azalma şeklinde kendini gösteren sendromdur*" (42).

Bir başka tanımda ise tükenmişlik "*İnsanlara hizmet sunan meslek çalışanları, işlerinin bir gereği olarak deneyim edindikleri ilerleyici idealizm, enerji ve amaç kaybı*" olarak ifade edilmiştir (43).

2.7.1. Tükenmişlik Belirtileri

Çağımızın en önemli sorunlarından biri olan tükenmişliğin belirtileri ne gizli ne de nadir görülen belirtilerdir. Öyle ki tükenmişlik; hayatımıza bir anlam kazandırma, daha iyi koşullarda yaşama, hem kendimizin hem bizden sonraki neslimizin geleceğini inşa etme uğraşının bir sonucudur.

Tükenmişlik üzerine gerçekleştirilmiş olan çok sayıda çalışmada tükenmişliğin iş başarısında azalma, sağlık durumunda kötüleşme, şiddetli baş ağrıları, bulantı-kusma, uyuyamama, aşırı yorgunluk hissi, enerji kaybı, daha kolay hastalanma ve bağışıklık sisteminde zayıflama, alkol ve ilaç bağımlılığı, çalıştığı işten ayrılmak durumunda kalma ya da yaptığı işten memnun olmama, evlilik ve ailevi yaşamında bazı uyum sorunları yaşama, kendisine olan inancını kaybetme, aşırı stres, kaygı, ailesel ve evlilik hayatında uyum bozukluğu, kişinin kendine güveninde azalma, sıkıntı, konsantre olamama, depresif içlenme, üzüntü, istek kaybı ya da azalması ile birlikteliği görülmüş (44,45) ve insanlarla yüz yüze çalışan doktor, hemşire, öğretmen, polis vb. gibi meslek mensuplarında, diğer meslek mensuplarına nazaran tükenmeyle karşılaşma olasılığının daha fazla olduğu dikkat çekmiştir (46).

Tükenmişlik sendromuna yakalanmış bir insanda, çökkünlük, karamsarlık, kızgınlık ve öfke duyguları fiziksel olarak gelişimine devam eden bir tükenme durumunun belirtileridir. Tükenmişlik sendromu içerisinde olan kişiler öncesinde severek ilgilendikleri ve anlamlı buldukları uğraşlarını bu sendromla birlikte daha sıkıcı bulmaktadırlar (47).

Tükenmişliğin belirtilerini 4 ana başlık altında inceleyebiliriz:

- **Duygusal Belirtiler:** Tükenmişliğin duygusal belirtilerinde başka insanlara yoğun eleştiri yöneltme, duyarsız davranışlarda bulunma, başka insanlara karşı ilgisiz davranma, kendi kişisel başarı hissinde azalma, düş kırıklığı, çabuk sıkılma, kaygı, depresif bir ruh hali, konsantrasyon sorunları ve yalnız başına kalma gibi duyguları içermektedir (47).
- **Davranışsal Belirtiler:** Tükenmişliğin davranışsal belirtilerinde diğer insanlarla daha az vakit geçirme, görev yerinden ayrılma, yapmış olduğu işte daha yavaş hareket etme, çevresindeki herkese karşı şüpheli bir gözle bakma, olur olmadık zamanlarda ağlama ve ani duygusal patlama ile diğer insanlarla iletişim kurmaktan kaçınma bulunmaktadır (47).
- **Fiziksel Belirtiler:** Tükenmişliğin fiziksel belirtilerinde, ruhsal çöküntü, geri çekilme, aşırı baş ağrıları, alerji, uyku problemleri, empotans, kronik soğuk algınlığı, hipertansiyon, şeker hastalığı, ülseratif kolit, kanser, alkol bağımlılığı, yapılan işte başarısızlık, obezite, aile içi kavga ve çatışmalar ile suisid girişimleri gibi fiziksel bulguları içermektedir.
- **Psikolojik Belirtiler:** Tükenmişliğin psikolojik belirtilerinde, davranışlar ve duygular ile alakalı bulgular daha öncesinde kendini gösterir. Kişide bir anda gelişen sinirlenme ve öfke patlamaları, devamlı kızgınlık hali, yalnızlık ve karamsarlık duyguları, mecburiyet hissi, engellenmişlik en yoğun görülen şikâyet ve belirtilerden bazılarıdır (37,39).

2.7.2. Tükenmişliğin Boyutları

Tükenmişliğin boyutları denilince kişinin duygusal açıdan tükenmesi, bazı olaylara ve kişilere karşı duyarsızlaşması ve kişisel başarı hissinde azalma olarak akla gelmektedir. Maslach ve Jackson, tükenmişlik sendromunu üç boyutta incelemiştir. Maslach'a göre tükenmişlik boyutları duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarı hissinde azalmadır. Duygusal tükenme tek başına tükenmişliği tanımlayamamakta bunun yanında olaylara karşı tepkisiz kalma ve bireyin başarısının azalması dâhil edilmektedir.

Tükenmişlik önce duygusal tükenme olarak ortaya çıkar. Zamanla birey duyarsızlaşmaya başlar ve en sonunda kendini başarısız hissederek düşük kişisel başarı hissi ile sonuçlanır (37,39,48).

Duygusal tükenme boyutu

Duygusal tükenmişlik, tükenmişliğin en dikkat çekici ve ana özelliğidir. İnsanlar gerek kendi tükenmişliklerini gerekse diğer insanların tükenmişliklerini ifade etmeye çalıştıklarında kastettikleri esasında duygusal tükenmedir. Bir kişinin işinde olan duygusal talepler hizmet verdiği hasta ya da hasta yakınının ihtiyaçlarını karşılamaya çalışan sağlık personelinin kapasitesini tüketebilir. Bu duygusal yorgunluğu üzerinde hisseden sağlık personeli hizmet sunduğu hasta ya da hasta yakınına, eskiden olduğu kadar sorumlu ve verici davranmadığı hissine kapılır (49).

Duyarsızlaşma

Tükenmişliğin duyarsızlaşma boyutunda, kişi hizmet sunduğu kişilerin varlığını yok sayarak onların kendine özel hassasiyetlerini ve özelliklerini umursamayarak onlara nerdeyse bir madde gibi davranıp kişiyle arasına mesafe koyar (50). Sağlık personelleri duygusal yönden tükenip ve karamsar oldukları zamanlarda, ilgisizlik ya da negatif tutumlar içerisine girerek, bilişsel uzaklaştırma yolunu tercih edebilirler. Mesafe koyma, duygusal tükenme için oluşturulan öyle beklenmedik bir tepkidir ki, tükenmişlik üzerine yapılan çalıştırmalarda devamlı şekilde duyarsızlaşmayla duygusal tükenme arasında kuvvetli bir ilişki saptanmaktadır (51).

Kişisel başarı eksikliği

Tükenmişlik sendromunun bu boyutunda birey özgüven eksikliği yaşamaktadır. Birey kendini yetersiz hisseder. Kişisel başarı hissinde azalma yaşayan birey sorunun üstesinden başarı ile gelemmez ve kendini işinde yetersiz ve başarısız olarak hisseder (52). Çalışan kendini sürekli olumsuz yorumlayıp başarı hissetmediğinden yakını. İş tatmini azalır ve verimlilik düşer (39).

Diğer taraftan, kişisel başarı eksikliğinin diğer iki tükenmişlik boyutunun izlemiş olduğu süreçten ziyade, onlarla doğru orantılı olarak geliştiği belirlenmiştir. Duygusal tükenme ve duyarsızlaşma, fazla iş yükü ve sosyal anlaşmazlık sebepli meydana gelirken, etkinlik eksikliğinin, açık bir şekilde ilgili kaynakların yetersiz olmasından kaynaklandığı ifade edilmektedir (53).

2.7.3. Tükenmişliğin Sonuçları

Tükenmişlik hem kişiler hem de örgütler açısından çok sayıda olumsuz sonuçlar doğurabilir. Kişisel olarak meydana gelen olumsuz sonuçlar, haliyle örgütsel sonuçlara da yol açmaktadır. Personellerinde meydana gelen tükenmişliğin ilk belirtilerini fark edebilen örgütler meydana gelebilecek olumsuz etkilerden ve sonuçlardan hem personellerini hem örgütünü hem de buradan hizmet alan tarafları koruma fırsatı yakalayabilmektedirler. Başta sağlık sektörü olmak üzere, hizmet sektöründe çalışanların ruhsal takibinin yapılması kişiler, örgütler ve toplum açısından büyük önem arz etmektedir (54).

Tükenmişlik çalışan kişiler yönünden birtakım fizyolojik ve ruhsal sorunlara yol açabilen önemli bir sendromdur. Tükenmişliğin kişisel açıdan ilk belirtileri çoğunlukla enerji düşüklüğü, yapılan işle alakalı performans kaybı, örgütün hedef ve amaçlarına yönelik yükümlülükleri ifade edememe ve çalışma arkadaşlarıyla iletişim ve uyum sorunları yaşamasıdır (39).

2.7.4. Tükenmişlik ile başa çıkma yöntemleri

Tükenmişlik sadece yaşayan bireyi etkilemez bunun yanında ailesini ve arkadaşlarını, kurumu, hizmet verdiği kişileri aynı zamanda toplumu da etkilemektedir (54). Tükenmişlik ile başa çıkmada uygulanan yöntemler; bireysel ve örgütsel başa çıkma yöntemleri olarak ikiye ayrılmaktadır (55).

Bireysel yöntemler

Tükenmişlik yaşadığını fark eden birey eski güç ve enerjisine dönmek ister. Tükenmişlik yaşadığı fark edilen bireyin yakınları, kişinin profesyonel destek almasını sağlamalıdır. Aynı zamanda bireye potansiyelin üzerinde fazla iş yükü yüklenilmekten kaçınılmalı ve birey de bu iş yükünü üzerine almamalıdır. Birey duygularını paylaştığında ve yardım istediğinde sorunları çözeceğini ayrıca iş hayatı dışındaki hobiler ve sosyal ilişkilerin tükenmeye karşı koruyacağını bilmelidir (55).

Örgütsel yöntemler

Tükenmişlikle baş etmede örgüt yöneticileri düzeyinde alınması gereken önlemler; görev tanımlarının net ve açık olması, oryantasyon eğitiminin verilmesi, motive edici politikalar izlemek, işe göre personel alınması, sistemdeki ödül kaynaklarını artırmak, hoşgörölü, adil ve katılımcı yönetim anlayışı izlemek şeklinde açıklanmaktadır (55).

2.7.5. Sağlık Çalışanlarında Tükenmişlik

Günümüzde yaşanan hızlı gelişmeler ile beraber ağır iş ve yaşam koşullarının tüm insanları etkilemesiyle; tükenme sonucunda aile içi ilişki sorunlarından iş kaybına, psikosomatik hastalıklardan sigara, alkol, madde kullanımına ve hatta uykusuzluk, depresyon gibi hastalıklara neden olduğu belirtilmektedir. Bu bireysel olumsuzlukların yanı sıra iş verimliliğinin ve hizmet kalitesinin düşmesi, işten ayrılmalarda artış görülmesi, tecrübeli personelin kaybı gibi kurumsal olarak olumsuz sonuçlara da yol açmaktadır. Bu nedenle, son yıllarda tükenme kavramı farklı alanlarda sıkça ele alınmaktadır (56).

Sağlık çalışanlarının çalışma koşulları ve refahının geliştirilmesi hastalara daha iyi hizmet verebilmesi ve hastalara daha özenli davranmalarına etkisi olabilmesi açısından son derece önemlidir. Bu anlamda sağlık çalışanlarının tükenmişlik yaşamaları hizmet sundukları bireylerin ihtiyaçlarını tam olarak karşılayamamalarına, üretkenliğin ve yaratıcı girişimlerin kısırlığına ve dolayısı ile verilen sağlık hizmetlerinin nicelik ve niteliğinin bozularak hizmetlerin aksamasına sebep olabilir (56,57).

Ayrıca sağlık çalışanlarının; hastalık, acı çekme, ağrı, ölüm, güçsüzlük, yalnızlık gibi olumsuz durumları olan bireylerle çok sık karşılaşmakta ve bu bireylere destekleyici bakım hizmeti vermektedirler. Bu yaşanan durumlarda sorumluluk alan sağlık çalışanlarının meslek grupları arasında “tükenmişlik” yönünden en çok risk taşıyan grupta yer aldığını belirtmişlerdir (58).

2.8. Anksiyete (Kaygı)

Anksiyete belirsiz, uzak, tanımsız tehlikeler karşısında verilen bir tepki olarak kabul edilmekle birlikte bireyin tüm sistemini ve varlığını etkisi altına almaktadır. Bireylerin tümünde vücut alarmı olarak kabul edilen potansiyel anksiyete bulunmaktadır. Bu tehdit edici düşüncelerden dolayı ortaya çıkmaktadır (59).

Anksiyete kavramı fizyolojik, psikolojik, davranışsal örüntüleri içeren bir reaksiyon olarak ifade edilmektedir. Psikolojik olarak endişe ve huzursuzluğa neden olan öznel reaksiyonlar şeklinde gözlemlenmektedir. Fizyolojik olarak kas gerginliği, hızlı kalp atışı, terleme, ağız kuruluğu gibi bedensel reaksiyonlar şeklinde görülmektedir. Davranışsal olarak ise anksiyete kişinin hareket yeteneğini, kendini ifade etmesini, günlük etkinliklerle başa çıkma becerisini etkilemektedir. Bu boyutlarla üst düzeye ulaşan

anksiyete kişiıı kendisinden ayrıştırarak delirme veya ölmeye varan aşırı korkuya yol açabilmektedir (59).

Anksiyete psikolojik ve fizyolojik bir durum olup, davranışsal, somatik ve bilişsel bileşenler ile ifade edilir. Bileşenler kişide genelde hoş duygulara neden olmaz, korku ve endişe hissine neden olurlar. Anksiyete, yeteri kadar belirli uyaran olmadan açığa çıkan bir ruh durumudur (60).

Anksiyetenin görülmesi durumluk ve sürekli olarak iki şekilde gerçekleşebilir. Durumluk anksiyetesi, duruma veya yaşanan olaya karşı gösterilen tepkiler şeklindedir. Süreklilik anksiyetesi ise, kişinin kaygıya eğilimini belirtmektedir. Kişiler bulunduğu ortamın veya yaşadığı durumların stresi sonucunda sürekli kaygı durumu nedeniyle umutsuzluk duygusunun etkisine girmektedirler. Bu kişilerin yapısı karamsar olup, oldukça kolay incinmektedirler. Kaygı düzeyi sürekli yüksek düzeydeki kişilerin durumluk kaygı düzeyleri de yüksek olmaktadır. Toplumda en yaygın görülen ruhsal bozukluklardan biri anksiyete bozukluklarıdır. Bu ruhsal bozukluklar yetişkinlerin yanı sıra çocuklar ve ergenleri de etkisi altına almaktadır. Anksiyete bozuklukları üzerine 1990'lı yıllardan günümüze kadar çok sayıda araştırma yapılmıştır. Amerika'da yürütölmüş olan bir araştırmada toplumdaki bireylerin dörtte birinde anksiyete bozuklukları olduğu belirlenmiştir (61,62).

2.8.1. Anksiyeteye Neden Olan Faktörler

Anksiyete çeşitli faktörlerin etkisi sonucunda ortaya çıkabilmektedir. Kişinin sosyal yaşantısı, iş yaşantısının duygusal olarak olumsuz etkisi, mesleki sorumlulukları nedeniyle yaşadıklarını yansıtamaması duygusal doyumsuzluğa neden olmaktadır. Bunun yarattığı stres ise kişiıı olumsuz etkileyerek anksiyete nedeni olabilmektedir. Anksiyenin ortaya çıkması genelde bir durumu tehdit olarak algılama veya yaşanan bir kayıp nedeniyle olmaktadır. Bunlar kişinin prestijini ve statüsünü korumada güçlük, sağlıklı bir yaşam sürdürölmekte tehdit, benlik saygısında azalma, ekonomik, fiziksel, duygusal ve sosyo-költürel problemler, sevilen kişinin kaybı, yaşamı kontrolde zorlanma, herhangi bir şeye bağımlılık, beklentilerin gerçekleşmemesi, ihtiyaçların karşılanamaması olarak sayılabilir. Kişinin kendine olan güvensizliği, benlik duygusunun sağlıklı olması temel kaynaklar olarak gösterilebilir. Anksiyetenin ortaya çıkmasına kişinin çocukluk döneminde yaşadıkları etkili olabilir. Çocukluk yaşantısında küçük düşürücü davranışlar, aşırı reddedici tutumlar, ebeveynlerin çocuğa uyguladıkları cezalara itici davranışlar, ilk

sosyalleşme deneyiminde yaşanan zorluklar, arkadaşlık ilişkilerindeki itici davranışlar anksiyete nedeni olabilmektedir (63).

Anksiyete nedenleri ile kişinin çevresini algılama tarzının birbirinden ayrılması olanaksızdır. Bir ortamda kendini güvende ve huzurlu hisseden kişide kaygı veya korku oluşmaz. Ancak aynı çevrede olan bir başka kişi ortamı tehlikeli algılayabilir ve buna bağlı olarak heyecanlar yaşayabilir. Bireylere hangi sosyal ortamın ne şekilde algılanacağı içerisinde yer aldıkları kültür tarafından öğretilir. Bu bakımdan bir ortamın ne türde kaygı yaratacağı her kültürde değişebilir. Buna rağmen toplumların her birine geçerli olan birtakım genellemeler yapılabilir. Bunlar kaygının ortaya çıkışında etkili olan ortamlardaki ortak özellikleri belirtir (64).

2.8.2. Anksiyetenin Klinik Özellikleri ve Tedavisi

Anksiyetenin klinik özellikleri bilişsel semptomlar, davranışsal semptomlar, affektif semptomlar ve fizyolojik semptomlar olarak ele alınabilmektedir (65). Bilişsel semptomlar: Anksiyetesi olan kişinin kontrolü kaybedeceğine yönelik düşüncelerinin olması sonucunda yaşanan endişe, konsantrasyonu kaybetme, dikkatsizlik, fiziksel tehdit içerisinde olduğuna ilişkin kaygıları bilişsel semptomları içermektedir. Davranışsal semptomlar: Bu semptomlar kişinin anksiyetede olmasına neden olan durumdan kaçınması sonucunda donakalma durumunu içermektedir. Affektif semptomlar: Anksiyetesi olan kişinin korku ve endişe içerisinde olması, kendini huzursuz ve çaresiz hissetmesi, panik halinde olmasını içermektedir. Fizyolojik semptomlar: Kişinin yaşadığı nefes darlığı, cinsel isteksizlik, terleme, kalp çarpıntısı ve terleme problemlerini içermektedir (65).

Anksiyete kişinin davranışlarını, düşüncelerini ve hislerini etkileyebilen bir bozukluktur. Tedavi edilmediğinde kişinin yaşamında ciddi problemler ve aksamalar yaşanmaktadır. Anksiyete tedavileri arasında bilişsel davranışçı terapiler ve farmakoterapi yer almaktadır (66). Anksiyete bozukluğunda en etkili tedavi yaklaşımının bilişsel davranışçı terapi olduğu belirtilebilir. Kişinin zorlu yaşam olaylarında etkin rol alması, depresif ruh haline dayanma gücünün artırılması, problem çözme becerilerinin artırılması bu tedavinin hedefleri arasındadır (67). Bilişsel davranışsal terapi; tetikleyici olaylar, zihnin vereceği tepki, bedenin verdiği tepki, eylemler ve davranışlar olmak üzere her aşamaya odaklanır. Özgül bilişsel çarpıtmalar genel olarak; korkunçlaştırma, hatalı öngörüler, kaba genelleştirmeler, uçlarda bulunma, güvenlik faktörlerini küçümseme olarak özetlenebilir. Başa çıkma ile ilgili yanlışlar ise başa çıkma yeterliliğini

küçümseme, gerçek dışı beklentilere girmez. Şiddetli düzeyde anksiyete bozukluğu olan kişilerde bilişsel davranışsal terapi ile birlikte antidepressan ilaç tedavisi de uygulanabilmektedir. Tedavilerin bir arada uygulanması sonucunda uzun sürede iyileşme sağlanabilmektedir. Ancak sağlıklı bir tedavinin uygulanması için öncelikle doğru tanı konulması, fiziksel semptomların dikkate alınması, hastanın ilaçları düzenli kullanması ve olumlu tepki vermesi gerekir. Psikiyatrik bozuklukların tümünde olduğu gibi anksiyete de tedaviye uyum sağlanması, tedavinin sürdürülmesi önem arz etmektedir. Anksiyete bozukluğu tanısı konulan bireylerle tedavi süreci açık ve net olarak konuşulmalı, hastalık hakkında bilgi verilmelidir. Doğru tedavi yolu belirlenemeyen hastaların hastaneye başvurma eğilimi daha yüksek olacaktır. Özellikle panik bozukluk hastası olan kişilerin sağlık kurumlarının kardiyoloji bölümüne ve aile sağlığı merkezlerine sıklıkla başvurdukları bilinmektedir. Bu nedenle ilgili servislerde görev yapan doktorların anksiyete bozukluklarını tanıması ve gereken tedaviyi izlemeleri önemli görülmektedir (68).

3. MATERYAL VE METOT

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu tez çalışması, Malatya ilinde 112 acil sağlık hizmetlerinde görev yapan personellerin iş doyumu, tükenmişlik ve kaygı düzeylerinin ilişkisi ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla yapılmış kesitsel türde bir araştırmadır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Tarih

Veriler 15.02.2021-15.04.2022 tarihleri arasında, Malatya ilindeki 112 acil sağlık hizmetlerinde görev yapan araştırmaya katılmak isteyen gönüllü personellere uygulanmıştır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Malatya ilinde 112 acil sağlık hizmetlerinde görev yapan 23 doktor, 142 paramedik-sağlık memuru, 145 acil tıp teknisyeni ve 100 sürücü-personel-diğer sağlık personeli olmak üzere toplam 410 kişi oluşturmaktadır. Örneklem hesabı yapılmamış olup evrenin tamamına ulaşılmaya çalışılmıştır; çalışmaya katılmayı kabul eden 400 (%97.5) kişi ile çalışma tamamlanmıştır.

3.4. Çalışmada Verilerin Toplanması

Çalışmada kullanılan anket formu dört bölümden oluşmaktadır. Anketin birinci bölümü; sağlık çalışanlarının sosyodemografik özellikleri ile ilgili sorular, ikinci bölümü meslek ve iş yaşam özellikleri ile ilgili sorular, üçüncü bölümü mesleği sevmeye durumları ilgili sorular ve son bölümü ise Minnesota İş Doyum Ölçeği, Maslach Tükenmişlik Ölçeği ve Sürekli Kaygı Ölçeklerinden oluşmaktadır.

3.4.1. Sosyodemografik Özellikler

Kullanılan anket formunda sağlık çalışanlarının yaş, cinsiyet, medeni durumu, çocuk durumu, çocuk sayısı ve ailenin ortalama aylık geliri gibi sosyodemografik özellikler yer almaktadır. Çalışmada yaş grupları 20-29 yaş, 30-39 yaş, 40 yaş ve üstü olarak gruplandırılmıştır. Çocuk sayısı 0, 1, 2, 3 ve üstü olarak gruplandırılmıştır. Ailenin aylık toplam geliri, araştırmanın yapıldığı tarihteki net asgari ücret olan 2800 TL'ye göre

hesaplanmış olup; 5600 TL ve altı, 5601-8400 TL, 8401-11200 TL, 11201 TL ve üstü şeklinde gruplandırılmıştır.

3.4.2. Meslek ve İş Yaşam Özellikleri

Araştırmaya katılanlara sorulan; mesleği, eğitim durumu, çalıştığı birim, çalıştığı yer, çalışma sistemi, haftalık ortalama çalışma süresi, meslekte çalışma süresi gibi sorular anketin ikinci kısmında yer almaktadır. Meslek grupları; doktor, paramedik-sağlık memuru, acil tıp teknisyeni, sürücü-personel ve diğer olarak gruplandırılmıştır. Öğrenim durumu ise; sağlık meslek lisesi-diğer lise, önlisans, lisans-yüksek lisans-doktora olarak gruplara ayrılmıştır. Katılımcılar çalıştığı birime göre; il sağlık müdürlüğü-başhekimlik-diğer, komuta kontrol merkezi ve ambulans hizmetleri olarak gruplandırılmıştır. Haftalık çalışma süresi; 25-40 saat ve 41 saat ve üstü olarak gruplandırılmıştır. Katılımcılar meslekte çalışma süresine göre; 1-5 yıl, 6-10 yıl, 11-15 yıl, 16-20 yıl, 21 yıl ve üstü olarak gruplandırılmıştır.

3.4.3. Mesleği Sevme Durumları

Katılımcılara; mesleğin ekonomik açıdan tatmin etme derecesi, mesleği isteyerek seçme durumu, mesleği değiştirme durumu, uyku problemi yaşama durumu ve meslek dışında sosyal aktivitelerde bulunabilme durumlarına göre sorulan sorular anketin üçüncü kısmını oluşturmaktadır. Mesleğin ekonomik açıdan tatmin etme derecesine göre; çok iyi-iyi, orta, az-çok az olarak gruplandırılmıştır. Uyku problemi yaşama durumuna göre; evet her zaman, evet bazen, hayır hiçbir zaman olarak gruplandırılmıştır.

3.4.4. Minnesota İş Doyum Ölçeği (MİDÖ)

Çalışmamızda katılımcıların iş doyum düzeylerini ölçmek için Minnesota İş Doyum Ölçeği kullanılmıştır. Bu ölçek 1967'de Weiss, Davis, England ve Lofguist tarafından geliştirilmiş olup, 1985'te Baycan tarafından Türkçeye uyarlanarak geçerlik ve güvenirlik çalışmaları yapılmıştır (Cronbach alfa = 0.77) (69.70).

Minnesota İş Doyum Ölçeği beşli likert tipi bir ölçek olup 1-5 arasında puanlama yapılmıştır. Ölçek puanlamasında; 1-Hiç memnun değilim; 2-Memnun değilim; 3-Kararsızım; 4-Memnunum; 5-Çok memnunum olarak değerlendirilmektedir. Minnesota İş Doyum Ölçeği 20 maddeden oluşmaktadır; İçsel doyum 1-2-3-4-7-8-9-10-11-15-16-20, Dışsal doyum 5-6-12-13-14-17-18-19 maddelerinden oluşmaktadır (70).

Ölçekteki toplam yirmi maddeden toplanan puanlar 20'ye bölünerek genel doyum puanı, içsel faktörleri oluşturan maddelerden toplanan puanlar 12'ye bölünerek içsel doyum puanı, dışsal faktörleri oluşturan maddelerden toplanan puanlar 8'e bölünerek dışsal doyum puanı elde edilmektedir. Ankette bulunan içsel doyum faaliyet, değişkenlik, bağımlılık, sosyal statü, güvenlik, sosyal hizmet, yetenek kullanma, yetki, sorumluluk, yaratıcılık ve başarı hissi; dışsal doyum yönetici-denetim, yönetici-karar verme, ücret politikası, kurum politikası, ekip uyumu, terfi, çalışma şartları ve onura edilme faktörlerini kapsamaktadır. Puanlama 1 ve 5 arasında yapılmaktadır. 3 nötr puandır. 3'ün altı düşük iş doyumunu 3'ün üstü yüksek iş doyumunu göstermektedir. Elde edilen puanlara göre; Düşük düzeyde iş doyumunu (1.00-2.33), Orta düzeyde iş doyumunu (2,33-3,66) ve Yüksek düzeyde iş doyumunu (3.66-5.00) olarak yorumlanmaktadır. Ölçekten elde edilen en yüksek puan (100) , en düşük puan (20) olup, nötr puanı ise (60) ifade etmektedir. Puanlamanın 20'ye yakın olması düşük doyum düzeyini, 100'e yaklaşması ise yüksek doyum düzeyini göstermektedir (70).

3.4.5. Maslach Tükenmişlik Ölçeği (MTÖ)

Katılımcılara Maslach Tükenmişlik Anketi uygulanmıştır. “Katılımcıların tükenmişlik düzeyini ölçmek için literatürde yaygın olarak kullanılan Christina Maslach ve Susan Jackson tarafından 1986 yılında geliştirilen ve Türkçe uyarlaması ve geçerlilik-güvenilirlik çalışması 1992 yılında Ergin tarafından yapılmış olan Maslach Tükenmişlik Ölçeği (MTÖ)’’dir (71,72).

Maslach Tükenmişlik Ölçeği, algılanan tükenmişlik düzeyini ölçmek üzere oluşturulmuştur. Toplam 22 maddeden oluşan ve özgün formunda “Hiçbir zaman- Yılda Birkaç Kere- Ayda Birkaç Kere- Ayda Bir- Haftada Birkaç Kere- Haftada Bir- Her gün” seçeneklerinden oluşan 7 seçenekli ölçek, daha sonra beş seçeneğe düşürülmüştür. Bu seçenekler ise; 0- Hiçbir Zaman, 1- Çok Nadir, 2- Bazen, 3- Çoğu Zaman, 4- Her Zaman şeklindedir. Maslach Tükenmişlik Ölçeği'nin üç alt ölçeği bulunmaktadır. Bunlar duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarıdır (71,72).

Duygusal Tükenme; Maslach Tükenmişlik Ölçeği alt boyutlarından duygusal tükenme toplam 9 maddeden oluşmaktadır. Bunlar 1-2-3-6-8-13-14-16-20 numaralı maddelerdir. Bireyin kendisini tükenmiş hissetmesi ve bunun çoğunluğunun işi nedeniyle tüketilmiş olması duygularını ifade eder.

Duyarsızlaşma; Maslach Tükenmişlik Ölçeği alt boyutlarından duyarsızlaşma toplam 5 maddeden oluşmaktadır. Bunlar 5-10-11-15-22 numaralı maddelerdir. Bireyin

bakım ve hizmet verdiği kişilere karşı duygusuzca davranarak hizmet etmelerini ifade eder.

Kişisel Başarı; Maslach Tükenmişlik Ölçeği alt boyutlarından kişisel başarı ise 8 maddeden oluşmaktadır. Bunlar 4-7-9-12-17-18-19-21 numaralı maddelerdir. Her zaman insanlara hizmet eden bireyde yaptığı işte yeterlilik ve karşılaştığı sorunlarla baş edebilme duygularını ifade eder (72).

Alt boyutlar maddelerin puanlarının toplanması ile elde edilmektedir. Alt boyut ölçeklerden edilen minimum ve maksimum puanlar:

Duygusal tükenme: 0-36, Duyarsızlaşma: 0-20, Kişisel başarı: 0-32

Duygusal tükenme ve duyarsızlaşma puanın yüksek, kişisel başarı puanın düşük olması tükenmişliği gösterir. Maslach Tükenmişlik Ölçeği alt boyutlarından elde edilen toplam puanlar ölçekteki soru sayısına bölündüğünde elde edilen puanlar ile tükenmişlik düzeyleri belirlenir (72).

3.4.6. Sürekli Kaygı Ölçeği (SKÖ)

Spielberger tarafından 1970 yılında geliştirilmiş, 1983 yılında Türkçe formu Öner N ve Le Compte A tarafından uyarlanarak geçerlilik-güvenirlilik çalışması yapılmış olan bu ölçeğin Türkçe formun iç tutarlılığı ve güvenirliliği Kuder Richardson alfa güvenirliliğinde Durumluk Anksiyete Ölçeği için 0.94 ile 0.96 arasında bulunmuştur (73,74).

Sürekli kaygı ölçeği; bireylerin içinde bulunduğu durum ve koşullardan ayrı olarak, bireyin kendini nasıl hissettiğini ifade eder. Ölçek toplam 20 maddeden oluşmaktadır. Sürekli Kaygı Ölçeğinde toplam dört seçenek bulunmaktadır. Bunlar 1- Hemen hiçbir zaman, 2- Bazen, 3-Çoğu zaman ve 4-Hemen her zaman şeklindedir. Ölçeklerde doğrudan ve tersine dönmüş ifadeler bulunur. Doğrudan ifadeler, olumsuz duyguları; tersine dönmüş ifadeler ise olumlu duyguları ifade eder. Bu tersine dönmüş ifadeler puanlanırken 1 puanında olanlar 4'e, 4 puanında olanlar ise 1'e dönüşür. Doğrudan ifadelerde kaygının yüksek olduğunu 4 puanındaki cevaplar belirtir. Tersine dönmüş ifadelerde ise 4 puanındaki cevaplar kaygının düşük olduğunu, 1 puanındaki cevaplar kaygının yüksek olduğunu ifade eder. Sürekli Kaygı Ölçeğinden alınan toplam puan 20 ile 80 arasında değişmektedir. Küçük puan düşük kaygı, büyük puan ise yüksek kaygı düzeyini gösterir (74).

3.5. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın etik uygunluğu için İnönü Üniversitesi Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kuruluna başvuru yapılmıştır. Araştırmanın, etik açıdan uygunluğuna, 2020/403 karar sayısıyla onay verilmiştir (EK 2). Ayrıca Malatya İl Sağlık Müdürlüğünden, araştırmanın yapılabilmesi için gerekli yasal izinler alınmıştır. Katılımcılara bu çalışmanın amacı ifade edilmiş ve çalışmanın gizliliği için anket formlarına isim yazılmaması gerektiği belirtilmiştir.

Çalışmaya dahil olma kriterleri başlıca;

1. Malatya ili 112 Acil Sağlık Hizmetlerinde görev yapan personel olmak,
2. Çalışmaya katılmaya gönüllü olmak.

Çalışmadan dışlama kriterleri;

1. Görev yeri olarak Malatya dışında kalmak,
2. Çalışmaya katılmak için gönüllü olmamak.

3.6. Verilerin Değerlendirilmesi

Çalışmamızda kullandığımız anket formları kontrol edilerek eksik veya hatalı doldurulan anketler çalışmaya katılmadı. Çalışmamızın analiz ve sonuçları için SPSS (Statistical Package For the Social Sciences version 22.0) programı kullanıldı. Çalışmamızdaki nicel değişkenler için minimum-maksimum ve ortanca, nitel değişkenler için sayı ve yüzde ölçütleri kullanılmıştır. Verilerin normal dağılıma uygunluğuna Shapiro-Wilk Testi ile kontrol edildi. Normal dağılıma uymayan verilerin analizi için Mann Whitney U testi ve Kruskal Wallis Varyans analizleri kullanılmıştır. İstatistiksel olarak $p < 0,005$ anlamlı kabul edilmiştir.

3.7. Araştırmanın Soruları

- 1: Acil sağlık hizmetlerinde görev yapan personellerin kişisel ve meslek-iş yaşam özellikleri ile iş doyumu düzeyleri arasında ilişki var mıdır?
- 2: Acil sağlık hizmetlerinde görev yapan personellerin kişisel ve meslek-iş yaşam özellikleri ile tükenmişlik düzeyleri arasında ilişki var mıdır?
- 3: Acil sağlık hizmetlerinde görev yapan personellerin kişisel ve meslek-iş yaşam özellikleri ile sürekli kaygı düzeyleri arasında ilişki var mıdır?
- 4: Acil sağlık hizmetlerinde görev yapan personellerin iş doyumu, tükenmişlik ve kaygı düzeyleri arasında ilişki var mıdır?

3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma sadece Malatya İlindeki 112 Acil Sağlık Hizmetlerinde görev yapan ve çalışmaya gönüllü katılım sağlayan personellere uygulanmıştır. Araştırmada elde edilen veriler; Kişisel Bilgi Formu, Minnesota İş Doyum lği, Maslach Tükenmişlik lği ve Sürekli Kaygı lği ile toplanan verilerle sınırlıdır.



4.BULGULAR

4.1. Araştırma Grubunun Sosyodemografik Özelliklerinin Dağılımı

Tablo 4.1’de çalışmaya katılanların sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı gösterilmiştir.

Araştırmaya katılanlar 20-58 yaş aralığında olup, yaş ortancası 30’tur. Çalışmaya katılanların sosyodemografik özelliklerinin dağılımına bakıldığında; katılımcıların %45.5’i 20-29 yaş, %38.0’i 30-39 yaş, %16.5’i 40 yaş ve üzerindedir. Katılımcıların %51.0’i erkek, %49.0’u ise kadındır. Katılımcıların %70.2’si evli iken %29.8’i bekdir. Ayrıca araştırmaya katılanların %65.5’inin çocuğu olup; %26.5’inin tek çocuğu, %25.2’sinin iki çocuğu, %13.8’inin ise 3 ve üzerinde çocuğu vardır. Katılımcıların ailelerinin ortalama aylık geliri; %16.8’inin 5600 TL ve altında, %30.0’unun 5601-8400 TL arasında, %32.2’sinin 8401-11200 TL arasında, %21.0’inin ise 11201 TL ve üzerindedir.

Tablo 4.1. Araştırma Grubunun Sosyodemografik Özelliklerinin Dağılımı

Sosyodemografik Özellikler	N	%
Yaş Grup		
20-29 yaş	182	45.5
30-39 yaş	152	38.0
40 ve üstü	66	16.5
Cinsiyet		
Erkek	204	51.0
Kadın	196	49.0
Medeni Durum		
Evli	281	70.2
Bekar ve Diğer	119	29.8
Çocuk Durumu		
Evet	262	65.5
Hayır	138	34.5
Çocuk Sayısı		
0	138	34.5
1	106	26.5
2	101	25.2
3 ve üstü	55	13.8
Ailenin Ortalama Aylık Geliri		
5600 TL ve altı	67	16.8
5601-8400 TL	120	30.0
8401-11200 TL	129	32.2
11201 TL ve üstü	84	21.0
Toplam	400	100

4.2. Araştırma Grubunun Meslek ve İş Yaşam Özelliklerinin Dağılımı

Tablo 4.2’de çalışmaya katılanların meslek ve iş yaşam özelliklerine göre dağılımı gösterilmiştir.

Araştırma grubunun %5.8’ini doktor, %34.2’sini paramedik ve sağık memuru, %35.0’ini acil tıp teknisyeni ve %25.0’ini sürücü ve diğler personel oluşturmaktadır.

Katılımcıların %28.2’si sağık meslek lisesi ve diğler lise, %42.8’i önlisans, %29.0’u lisans ve lisans üstü mezunudur.

Araştırmaya katılanların %8.7’si İl Sağık Müdürlüğü ve Başhekimlikte, %13.5’i Komuta Kontrol Merkezinde, %77.8’i ise Ambulans Hizmetlerinde çalışmaktadır. Katılımcıların %74.2’si il merkezinde, %25.8’i ilçe merkezinde çalışmaktadır.

Katılımcıların çalışma sistemlerine bakıldığında; %15.2’si mesai, %84.8’i (24saat-12 saat) nöbet olarak çalışmakta olup haftalık ortalama çalışma süreleri ise; %16.5’i 25-40 saat aralığında, %83.5’i 41 saat ve üzeridir.

Araştırma grubunun meslekte çalışma süreleri incelendiğinde %20.8’i 1-5 yıl, %49.2’si 6-10 yıl, %10.8’i 11-15 yıl, %10.2’si 16-20 yıl ve en az olan %9.0’u 21 yıl ve üstünde çalışmaktadır.

Tablo 4.2. Araştırma Grubunun Meslek ve İş Yaşam Özelliklerinin Dağılımı

Mesleki Özellikler	N	%
Meslek/İş		
Doktor	23	5.8
Paramedik-Sağlık Memuru	137	34.2
Acil Tıp Teknisyeni	140	35.0
Sürücü-Personel ve Diğer	100	25.0
Eğitim Durumu		
Sağlık Meslek Lisesi ve Diğer	113	28.2
Ön lisans	171	42.8
Lisans-Yüksek Lisans-Doktora	116	29.0
Çalıştığı Birim		
İl Sağlık Müdürlüğü-Başhekimlik-Diğer	35	8.7
Komuta Kontrol Merkezi	54	13.5
Ambulans Hizmetleri	311	77.8
Çalıştığı Yer		
İl Merkezi	297	74.2
İlçe Merkezi	103	25.8
Çalışma Sistemi		
Mesai	61	15.2
Nöbet ve Diğer	339	84.8
Haftalık Ortalama Çalışma Süresi		
25-40 saat	66	16.5
41 saat ve üstü	334	83.5
Meslekte Çalışma Süresi		
1-5 yıl	83	20.8
6-10 yıl	197	49.2
11-15 yıl	43	10.8
16-20 yıl	41	10.2
21 yıl ve üstü	36	9.0
Toplam	400	100

4.3. Araştırma Grubunun Mesleği Sevme Durumlarının Dağılımı

Tablo 4.3'te araştırmaya katılanların mesleği sevmeye durumlarına göre dağılımı verilmiştir.

Katılımcılara sorulan “Mesleğin ekonomik açıdan sizi ne derecede tatmin ediyor?” sorusuna; %4.0'ü iyi-çok iyi, %27.8'i orta ve %68.2'si az-çok az cevabını vermiştir.

Katılımcıların %85.2'si mesleğini isteyerek, %14.8'i istemeyerek seçmiş olduğunu belirtmiştir. “Mesleğinizi değiştirmeyi düşündünüz mü?” sorusuna ise katılımcıların %58.5'i evet, %41.5'i hayır olarak yanıtlamıştır.

Çalışma grubundakilerin %29.8'inin her zaman, %59.4'ünün bazen uyku problemi yaşadığı, %10.8'inin hiç uyku problemi yaşamadığı görülmektedir.

Katılımcılar sosyal aktivitelerde bulunma durumunu %40.2 evet, %59.8 hayır olarak yanıtlamıştır.

Tablo 4.3. Araştırma Grubunun Mesleği Sevme Durumlarının Dağılımı

Mesleği Sevme Durumu	N	%
Mesleğin Ekonomik Açıdan Tatmin Etme Durumu		
Çok İyi ve İyi	16	4.0
Orta	111	27.8
Az ve Çok Az	273	68.2
Mesleği İsteyerek Seçme		
Evet	341	85.2
Hayır	59	14.8
Mesleği Değiştirme İsteği		
Evet	234	58.5
Hayır	166	41.5
Uyku Problemi Yaşama		
Her zaman	119	29.8
Bazen	238	59.4
Hiçbir zaman	43	10.8
Sosyal Aktivite Durumu		
Evet	161	40.2
Hayır	239	59.8
Toplam	400	100

4.4 Araştırma Grubunun İçsel Doyum, Dışsal Doyum ve Genel Doyum Puanlarının Dağılımı

Araştırmaya katılanların içsel doyum, dışsal doyum ve genel doyum puanlarının dağılımı tablo 4.4'te verilmiştir.

Katılımcıların içsel doyum puanlarının ortancası 3.41(1-5) olarak, dışsal doyum puanlarının ortancası 2.62(1-5) olarak ve genel doyum puanlarının ortancası 3.05(1-5) olarak bulunmuştur.

Tablo 4.4. Araştırma Grubunun İçsel Doyum, Dışsal Doyum ve Genel Doyum Puanlarının Dağılımı

Minnesota İş Doyum Ölçeği	Minimum (Min)	Maksimum (Maks)	Ortanca (Median)
İçsel Doyum	1	5	3.41
Dışsal Doyum	1	5	2.62
Genel Doyum	1	5	3.05

4.5. Araştırma Grubunun İş Doyum Düzeylerinin Dağılımı

Araştırmaya katılanların iş doyum düzeylerinin dağılımı tablo 4.5'te verilmiştir.

Katılımcıların %45.3'ü düşük seviyede, %3.3'ü orta seviyede ve %51.4'ü yüksek seviyede iş doyumuna sahiptir.

Tablo 4.5. Araştırma Grubunun İş Doyum Düzeylerinin Dağılımı

Doyum Düzeyi	N	%
Düşük Seviye İş Doyumu	181	45.3
Orta Seviye İş Doyumu	13	3.3
Yüksek Seviye İş Doyumu	206	51.4
Toplam	400	100

4.6. Araştırma Grubunun Duygusal Tükenme, Duyarsızlaşma ve Kişisel Başarı Puanlarının Dağılımı

Araştırmaya katılanların duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarı puanlarının dağılımı tablo 4.6'da verilmiştir.

Katılımcıların duygusal tükenme puan ortancası 21(0-36), duyarsızlaşma puan ortancası 7.5(0-19), kişisel başarı puan ortancası 21(4-32) olarak belirlenmiştir.

Tablo 4.6. Araştırma Grubunun Duygusal Tükenme, Duyarsızlaşma ve Kişisel Başarı Puanlarının Dağılımı

Maslach Tükenmişlik Ölçeği	Puan Aralığı	Minimum (Min)	Maksimum (Maks)	Ortanca (Median)
Duygusal Tükenme	0-36	0	36	21
Duyarsızlaşma	0-20	0	19	7.5
Kişisel Başarı	0-32	4	32	21

4.7. Araştırma Grubunun Sürekli Kaygı Ölçeğinin Puanlarının Dağılımı

Araştırmaya katılanların sürekli kaygı puanlarının dağılımı tablo 4.7’de verilmiştir.

Katılımcıların sürekli kaygı puan ortancasının 41(21-65) olduğu görülmektedir.

Tablo 4.7. Araştırma Grubunun Sürekli Kaygı Ölçeğinin Puanlarının Dağılımı

Sürekli Kaygı Ölçeği	Puan Aralığı	Minimum (Min)	Maksimum (Maks)	Ortanca (Median)
Sürekli Kaygı	20-80	21	65	41

4.8. Araştırma Grubunun Sosyodemografik Değişkenlere Göre Minnesota İş Doyum Ölçeği Alt Boyutlarının Karşılaştırılması

Katılımcıların sosyodemografik değişkenlere göre Minnesota İş Doyum Ölçeği alt boyutlarının karşılaştırılması tablo 4.8’de verilmiştir. Buna göre cinsiyete göre; erkeklerin ve kadınların içsel doyum puan ortancası 3.41(1-5) olup içsel doyum puan ortancaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p=0.928$). Dışsal doyum puan ortancası ise erkeklerin ve kadınların 2.62(1-5) olup arasındaki fark anlamlı değildir ($p=0.985$). Erkeklerin genel doyum puan ortancası 3.05(1-5), kadınların 3.07(1-5) olup aralarındaki fark anlamlı değildir ($p=0.863$).

Yaş gruplarına göre Minnesota İş Doyum Ölçeği alt boyutlarına bakıldığında; 20-29 yaş grubunun içsel doyum puan ortancası 3.41(1-5), 30-39 yaş grubunun 3.37(1-5), 40 yaş ve üstü ise 3.41(1-5) olup yaş grupları arasındaki fark anlamlı değildir ($p=0.477$). Dışsal doyum puan ortancalarına bakıldığında; 20-29 yaş grubunun 2.75(1-5), 30-39 yaş grubunun 2.5(1-5), 40 yaş ve üstü ise 2.62(1-4.75) olup aralarındaki fark anlamlı değildir ($p=0.118$). Genel doyum puan ortancaları ise 20-29 yaş grubunda 3.1(1-5), 30-39 yaş grubunda 2.9(1-5), 40 yaş ve üstünde ise 3(1-4.9) olup aralarında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0.233$).

Katılımcıların medeni durumlarına göre Minnesota alt boyut puan ortancalarına bakıldığında; evli olanların içsel doyum puan ortancası 3.5(1-5), bekar olanların da 3.5(1.58-5) olup aralarındaki fark anlamlı değildir ($p=0.085$). Dışsal doyum puan ortancası evli olanların 2.62(1-5), bekar olanların 2.62(1.13-4.75) olup arasındaki fark anlamlı değildir ($p=0.450$). Genel doyum puan ortancaları incelendiğinde; evli olanların 3(1-5), bekar olanların ise 3.2(1.4-4.9) olup aralarında anlamlı bir fark yoktur ($p=0.186$).

Çalışmaya katılanlardan çocuğu olanların içsel doyum puan ortancaları 3.41(1-5), çocuğu olmayanların 3.5(1-5) olup aralarında anlamlı bir fark yoktur ($p=0.050$). Dışsal doyum puan ortancalarına bakıldığında; çocuğu olanların 2.56(1-5), çocuğu olmayanların 2.75(1-5) olup arasındaki fark anlamlıdır ($p=0.047$). Çocuğu olanların genel doyum puan ortancası 3(1-5), çocuğu olmayanların 3.22(1-5) olup aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır ($p=0.043$).

Ailenin aylık gelir düzeyine göre Minnesota alt boyutlarının puan ortancaları incelendiğinde ise; aylık geliri 5600 TL ve altında olanların içsel doyum puan ortancası 3.25(1-5), 5601-8400 TL olanların 3.41(2-5), 8401-11200 TL olanların 3.41(1-4.83), 11201 TL ve üzerinde olanların ise 3.5(1.75-4.92) olup aylık gelire göre aralarındaki fark anlamlı değildir ($p=0.068$). Dışsal doyum puan ortancalarına bakıldığında; geliri 5600 TL ve altında olanların dışsal doyum puan ortancası 2.5(1-5), 5601-8400 TL olanların 2.5(1.13-5), 8401-11200 TL olanların 2.62(1-4.75), 11201 TL ve üzerinde olanların ise 2.81(1.25-4.75) olup gelir düzeyine göre aralarındaki fark anlamlı değildir ($p=0.152$). Genel doyum alt boyut puan ortancaları ise; gelir düzeyi 5600 TL ve altında olanların genel doyum puan ortancası 2.95(1-5), 5601-8400 TL olanların 3.07(1-5), 8401-11200 TL olanların 3.05(1-4.75), 11201 TL ve üzerinde olanların ise 3.27(1.85-4.85) olup gelir düzeyine göre aralarındaki fark anlamlı değildir ($p=0.173$).

Tablo 4.8. Araştırma Grubunun Sosyodemografik Değişkenlere Göre Minnesota İş Doyum Ölçeği Alt Boyutlarının Karşılaştırılması

Sosyodemografik Değişkenler	İçsel Doyum (Min/Ort/Maks)	Minnesota İş Doyumu Ölçeği	
		Dışsal Doyum (Min/Ort/Maks)	Genel Doyum (Min/Ort/Maks)
Cinsiyet			
Erkek	1 / 3.41 / 5	1 / 2.62 / 5	1 / 3.05 / 5
Kadın	1 / 3.41 / 5	1 / 2.62 / 5	1 / 3.07 / 5
p	0.928	0.985	0.863
Yaş grupları			
20-29 yaş	1 / 3.41 / 5	1 / 2.75 / 5	1 / 3.1 / 5
30-39 yaş	1 / 3.37 / 5	1 / 2.5 / 5	1 / 2.9 / 5
40 yaş ve üstü	1.08 / 3.41 / 5	1 / 2.62 / 4.75	1 / 3 / 4.9
p	0.477	0.118	0.233
Medeni durum			
Evli	1 / 3.50 / 5	1 / 2.62 / 5	1 / 3 / 5
Bekar ve diğer	1.58 / 3.5 / 5	1.13 / 2.62 / 4.75	1.4 / 3.2 / 4.9
p	0.085	0.450	0.186
Çocuk durumu			
Evet	1 / 3.41 / 5	1 / 2.65 / 5	1 / 3 / 5
Hayır	1 / 3.5 / 5	1 / 2.75 / 5	1 / 3.22 / 5
p	0.050	0.047	0.043
Ailenin gelir düzeyi			
5600 TL ve altı	1 / 3.25 / 5	1 / 2.5 / 5	1 / 2.95 / 5
5601-8400 TL	2 / 3.41 / 5	1.13 / 2.5 / 5	1.7 / 3.07 / 5
8401-11200 TL	1 / 3.41 / 4.83	1 / 2.62 / 4.75	1 / 3.05 / 4.75
11201 TL ve üstü	1.75 / 3.5 / 4.92	1.25 / 2.81 / 4.75	1.85 / 3.27 / 4.85
p	0.068	0.152	0.173

4.9. Araştırma Grubunun Meslek ve İş Yaşam Değişkenlerine Göre Minnesota İş Doyum Ölçeği Alt Boyutlarının Karşılaştırılması

Araştırma grubunun meslek ve iş yaşam değişkenlerine göre Minnesota İş Doyum Ölçeği alt boyutlarının karşılaştırması tablo 4.9'da gösterilmiştir. Meslek gruplarına göre içsel doyum puan ortancalarına bakıldığında; doktorların 3.75(3-4.92), paramedik-sağlık memurlarının 3.41(1-5), acil tıp teknisyenlerinin 3.41(1-5), sürücü-personel-diğer olan grubun 3.33(1-5) olup doktorların içsel doyum puan ortancası acil tıp teknisyenleri ve sürücü-personel-diğerlerinden anlamlı olarak daha yüksektir ($p=0.019$). Dışsal doyum puan ortancaları ise; doktorların 3.37(2-4.75), paramedik-sağlık memurlarının 2.62(1-4.75), acil tıp teknisyenlerinin 2.5(1-5), sürücü-personel-diğer 2.75(1-5) olup doktorların dışsal puan ortancaları acil tıp teknisyenlerinden anlamlı olarak daha yüksektir ($p=0.047$). Ayrıca doktorların genel doyum puan ortancası 3.6(2.7-4.85), paramedik-sağlık

memurlarının 3.05(1-4.9), acil tıp teknisyenlerinin 3(1-5), sürücü-personel-diğer 3.05(1-5) olup istatistiksel olarak doktorların genel doyum puan ortancası diğer meslek gruplarından anlamlı olarak daha yüksektir ($p=0.012$).

Katılımcıların eğitim durumlarına Minnesota İş Doyum Ölçeği alt boyut puan ortancalarına bakıldığında; sağlık meslek-diğer lise mezunlarının içsel doyum puan ortancası 3.25(1-5), ön lisans mezunlarının 3.5(1-5), lisans-yüksek lisans ve doktora mezunu olanların ise 3.41(1-5) olup aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p=0.086$). Dışsal doyum puan ortancalarına göre; sağlık meslek lisesi ve diğer lise mezunlarının puan ortancası 2.5(1-5), ön lisans mezunlarının 2.87(1-5), lisans-yüksek lisans ve doktora mezunlarının puan ortancası 2.5(1-5) olup sağlık meslek-diğer lise mezunlarının dışsal doyum puan ortancası ön lisans mezunlarının puan ortancasından daha düşük olup aralarındaki fark anlamlıdır ($p=0.010$). Genel doyum puan ortancaları ise; sağlık meslek-diğer lise mezunlarının genel doyum puan ortancası 2.9(1-5), ön lisans mezunlarının 3.25(1-5), lisans-yüksek lisans ve doktora mezunlarının ise 3.07(1-4.9) olup sağlık meslek-diğer lise mezunlarının genel doyum puan ortancası ön lisans mezunlarının puan ortancasından anlamlı olarak düşüktür ($p=0.037$).

Araştırma grubundakilerin çalıştığı birime göre Minnesota İş Doyum Ölçeği alt boyut puan ortancalarına bakıldığında; İl Sağlık Müdürlüğü- Başhekimlik-diğer birimde çalışanların içsel doyum puan ortancası 3.91(1-5), Komuta Kontrol Merkezinde çalışanların 3.41(1-4.75), Ambulans Hizmetlerinde çalışanların ise 3.33(1-5) olup İl Sağlık Müdürlüğü-Başhekimlik-diğer birimde çalışanların içsel doyum puan ortancası diğer birimlerde çalışanlardan anlamlı olarak daha yüksektir ($p=0.001$). Dışsal doyum puan ortancaları ise; İl Sağlık Müdürlüğü- Başhekimlik-diğer çalışanların puan ortancası 3.37(1-4.75), Komuta Kontrol Merkezinde 2.56(1-4.75), Ambulans Hizmetlerinde ise 2.62(1-5) olup İl Sağlık Müdürlüğü-Başhekimlik-diğer çalışanların dışsal doyum puan ortancası Ambulans Hizmetlerinde çalışanlardan yüksek olup farklılık anlamlıdır ($p=0.036$). Genel doyum puan ortancalarına bakıldığında; İl Sağlık Müdürlüğü-Başhekimlik-diğer çalışanların genel doyum puan ortancası 3.7(1-4.9), Komuta Kontrol Merkezinde çalışanların 3(1-4.75), Ambulans Hizmetlerinde ise 3(1-5) olup İl Sağlık Müdürlüğü-Başhekimlikte çalışanların genel doyum puan ortancası daha yüksek olup istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0.002$).

Katılımcıların çalıştığı yere göre Minnesota İş Doyum Ölçeği alt boyut puan ortancaları incelendiğinde; il merkezinde çalışanların içsel doyum puan ortancası 3.41(1-5), ilçede çalışanların 3.05(1.25-5) olup aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark

yoktur ($p=0.065$). Dışsal doyum puan ortancası il merkezinde çalışanların 2.62(1-4.75), ilçede çalışanların 2.5(1-5) olup arasındaki farklılık anlamlı değildir ($p=0.944$). Genel doyum puan ortancası ise; hem il merkezinde ve hem de ilçede çalışanların 3.05(1.15-5) olup aralarında anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p=0.353$).

Araştırmaya katılanların çalışma sistemine göre Minnesota İş Doyum Ölçeği alt boyutları incelendiğinde; mesai usulü çalışanların içsel doyum puan ortancası 3.75(1-4.92), nöbet-diğer şeklinde çalışanların 3.33(1-5) olup çalışma sistemine göre içsel doyum puanları arasındaki fark anlamlıdır ($p=0.003$). Dışsal doyum puan ortancası mesai usulü çalışanlarda 2.87(1-4.75), nöbet-diğer şeklinde çalışanlarda 2.62(1-5) olup arasında anlamlı fark yoktur ($p=0.060$). Ayrıca genel doyum puan ortancası mesai usulü çalışanlarda 3.3(1-4.85), nöbet-diğer şeklinde çalışanlarda ise 3(1-5) olup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır ($p=0.006$).

Araştırmaya katılanların haftalık çalışma süresine bakıldığında, Minnesota İş Doyum Ölçeği alt boyut puan ortancalarına göre; 25-40 saat çalışanların içsel doyum puan ortancası 3.66(1-4.92), 41 saat ve üstünde çalışanlar 3.37(1-5) olup arasındaki fark anlamlıdır ($p=0.043$). Dışsal doyum puan ortancalarına bakıldığında 25-40 saat çalışanlarda 2.87(1-4.75), 41 saat ve üstünde çalışanlarda 2.62(1-5) olup arasında anlamlı farklılık yoktur ($p=0.068$). Genel doyum puan ortancaları ise 25-40 saat çalışanlarda 3.25(1-4.85), 41 saat ve üstünde çalışanlarda 3(1-5) olup haftalık çalışma sürelerine göre aralarında anlamlı farklılık vardır ($p=0.029$).

Katılımcıların meslekte çalışma sürelerine göre Minnesota İş Doyum Ölçeği alt boyut puan ortancaları incelendiğinde; 1-5 yıl arasında çalışanların içsel doyum puan ortancası 3.66(1-4.83), 6-10 yıl arasında çalışanların 3.33(1-5), 11-15 yıl arasında çalışanların 3.41(1-5), 16-20 yıl arasında çalışanların 3.41(1.08-4.92), 21 yıl ve üstünde çalışanların ise 3.41(1.75-5) olup; 1-5 yıl arasında çalışanların içsel doyum puan ortancası 6-10 yıl arasında çalışanların içsel puan ortancasından daha yüksek ve arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0.023$). Dışsal doyum puan ortancaları ise; 1-5 yıl arasında çalışanlarda 2.87(1-4.75), 6-10 yıl arasında çalışanların 2.62(1-5), 11-15 yıl arasında çalışanların 2.5 (1-4.75), 16-20 yıl arasında çalışanların 2.5(1-4.75), 21 yıl ve üstünde çalışanların ise 2.5(1.13-4.75) olup aralarındaki fark anlamlı değildir ($p=0.178$). Genel doyum puan ortancalarına bakıldığında; 1-5 yıl arasında çalışanların genel doyum puan ortancası 3.35(1-4.75), 6-10 yıl arasında çalışanların 3.05(1-5), 11-15 yıl arasında çalışanların 2.95(1.15-4.9), 16-20 yıl arasında çalışanların 2.8(1.05-4.85), 21 yıl ve

üstünde çalışanların ise 3.3(1.6-4.9) olup meslekte çalışma sürelerine göre aralarında anlamlı farklılık yoktur (p=0.052).

Tablo 4.9. Araştırma Grubunun Meslek ve İş Yaşam Değişkenlerine Göre Minnesota İş Doyum Ölçeği Alt Boyutlarının Karşılaştırılması

Mesleki Değişkenler	İçsel Doyum (Min/Ort/Maks)	Minnesota İş Doyumu Ölçeği	
		Dışsal Doyum (Min/Ort/Maks)	Genel Doyum (Min/Ort/Maks)
Meslek			
Doktor	3 / 3.75 / 4.92 ^a	2 / 3.37 / 4.75 ^a	2.7 / 3.6 / 4.85 ^a
Paramedik-Sağlık memuru	1 / 3.41 / 5	1 / 2.62 / 4.75	1 / 3.05 / 4.9 ^b
Acil Tıp Teknisyeni	1 / 3.41 / 5 ^b	1 / 2.5 / 5 ^b	1 / 3 / 5 ^b
Sürücü- Personel /Diğer	1 / 3.33 / 5 ^b	1 / 2.75 / 5	1 / 3.05 / 5 ^b
p	0.019	0.047	0.012
Eğitim Durumu			
Sağlık Meslek Lisesi ve Diğer	1 / 3.25 / 5	1 / 2.5 / 5 ^a	1 / 2.9 / 5 ^a
Ön lisans	1 / 3.5 / 5	1 / 2.87 / 5 ^b	1 / 3.25 / 5 ^b
Lisans-Yüksek Lisans-Doktora	1 / 3.41 / 5	1 / 2.5 / 5	1 / 3.07 / 4.9
p	0.086	0.010	0.037
Çalıştığı Birim			
İl Sağ. Müdür.-Başhekimlik- Diğer	1 / 3.91 / 5 ^a	1 / 3.37 / 4.75 ^a	1 / 3.7 / 4.9 ^a
Komuta Kontrol Merkezi	1 / 3.41 / 4.75 ^b	1 / 2.56 / 4.75	1 / 3 / 4.75 ^b
Ambulans Hizmetleri	1 / 3.33 / 5 ^b	1 / 2.62 / 5 ^b	1 / 3 / 5 ^b
p	0.001	0.036	0.002
Çalıştığı Yer			
İl Merkezi	1 / 3.41 / 5	1 / 2.62 / 4.75	1.15 / 3.05 / 5
İlçe Merkezi	1.25 / 3.05 / 5	1 / 2.5 / 5	1.15 / 3.05 / 5
p	0.065	0.944	0.353
Çalışma Sistemi			
Mesai	1 / 3.75 / 4.92	1 / 3.33 / 5	1 / 3.3 / 4.85
Nöbet ve Diğer	1 / 2.87 / 4.75	1 / 2.62 / 5	1 / 3 / 5
p	0.003	0.060	0.006
Haftalık Ortalama Çalışma Süresi			
25-40 saat	1 / 3.66 / 4.92	1 / 2.87 / 4.75	1 / 3.25 / 4.85
41 saat ve üstü	1 / 3.37 / 5	1 / 2.62 / 5	1 / 3 / 5
p	0.043	0.068	0.029
Meslekte Çalışma Süresi			
1-5 yıl	1 / 3.66 / 4.83 ^a	1 / 2.87 / 4.75	1 / 3.5 / 4.75
6-10 yıl	1 / 3.33 / 5 ^b	1 / 2.62 / 5	1 / 3.05 / 5
11-15 yıl	1.25 / 3.41 / 5	1 / 2.5 / 4.75	1.15 / 2.95 / 4.9
16-20 yıl	1.08 / 3.41 / 4.92	1 / 2.5 / 4.75	1.05 / 2.8 / 4.85
21 yıl ve üstü	1.75 / 3.41 / 60	1.13 / 2.5 / 4.75	1.6 / 3.3 / 4.9
p	0.023	0.178	0.052

*a, b'den farklıdır.

4.10. Araştırma Grubunun Meslek İle İlgili Değişkenlere Göre Minnesota İş Doyum Ölçeği Alt Boyutlarının Karşılaştırılması

Araştırma grubunun meslek ile ilgili değişkenlere göre Minnesota İş Doyum Ölçeği alt boyutlarının karşılaştırılması tablo 4.10'da gösterilmiştir. Buna göre katılımcılara sorulan “Mesleğiniz ekonomik açıdan sizi ne derece tatmin ediyor” sorusuna alınan cevaplardan; çok iyi ve iyi yanıtı verenlerin içsel doyum puan ortancası 3.62(3.25-4.92), orta yanıtı verenlerin puan ortancası 3.5(1-5) ve az-çok az yanıtı verenlerin puan ortancası ise 3.25(1-5) olup az-çok az yanıtı verenlerin puan ortancası diğerlerinden daha düşük olup aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.001$). Dışsal doyum alt boyut puan ortancalarına göre; çok iyi-iyi cevabını verenlerin puan ortancası 3.56(2.13-4.75), orta yanıtı verenlerin puan ortancası 2.87(1-4.75), az-çok az yanıtı verenlerin ise 2.5(1-5) olup az-çok az yanıtı verenlerin puan ortancası diğerlerinden daha düşük olup aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.001$). Genel doyum alt boyut puan ortancalarına bakıldığında; çok iyi-iyi cevabını verenlerin puan ortancası 3.47(2.9-4.85), orta cevabını verenlerin puan ortancası 3.35(1-4.9), az-çok az cevabını verenlerin ise 2.9(1-5) olup az-çok az yanıtı verenlerin puan ortancası diğerlerinden daha düşük olup aralarında anlamlı fark bulunmaktadır ($p<0.001$).

Katılımcılara sorulan “Bu mesleğinizi isteyerek mi seçtiniz?” sorusuna evet yanıtı verenlerin içsel doyum puan ortancası 3.41(1-5), hayır yanıtı verenlerin ise 3(1-4.75) olup içsel doyum puan ortancaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($p=0.002$). Dışsal doyum puan ortancaları; mesleğini isteyerek seçenlerde 2.75(1-5), istemeyerek seçenlerde 3(1-4.75) olup arasındaki farklılık anlamlı değildir ($p=0.077$). Mesleğini isteyerek seçenlerin genel doyum puan ortancası 3.15(1-5), istemeyerek seçenlerin ise 2.8(1-4.7) olup arasında anlamlı farklılık vardır ($p=0.005$).

Araştırmaya katılanlara sorulan “Mesleğinizi değiştirmeyi düşündünüz mü?” sorusuna evet yanıtı verenlerin içsel doyum puan ortancası 3.25(1-5), hayır yanıtı verenlerin ise 3.66(1-5) olup aralarındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.001$). Dışsal doyum puan ortancalarına bakıldığında; evet cevabını verenlerin puan ortancası 2.37(1-5), hayır cevabını verenlerin puan ortancası 3(1-5) olup arasında anlamlı farklılık vardır ($p<0.001$). Mesleğini değiştirme sorusuna evet yanıtı verenlerin genel doyum puan ortancası 2.85(1-5), hayır cevabını verenlerin ise 3.45(1-5) olup arasındaki farklılık anlamlıdır ($p<0.001$).

Katılımcılara sorulan “Uyku problemi yaşıyor musunuz?” sorusuna her zaman yanıtını verenlerin içsel doyum puan ortancası 3.25(1-5), bazen yanıtını verenlerin puan ortancası 3.41(1-5), hiçbir zaman yanıtını verenlerin ise 3.58(1-5) olup aralarındaki farklılık anlamlı değildir ($p=0.050$). Dışsal doyum puan ortancalarına bakıldığında; her zaman cevabını verenlerin puan ortancası 2.5(1-5), bazen cevabını verenlerin puan ortancası 3.41(1-5), hiçbir zaman cevabını verenlerin ise 3.58(1-5) olup her zaman cevabını verenlerin puan ortancası hiçbir zaman cevabını verenlerin puan ortancasından daha düşük ve aralarındaki fark anlamlıdır ($p=0.042$). Genel doyum puan ortancaları ise; her zaman yanıtını verenlerin puan ortancası 2.9(1-5), bazen yanıtını verenlerin puan ortancası 3.05(1-4.9), hiçbir zaman yanıtını verenlerin puan ortancası 3.45(1-4.9) olup her zaman cevabını verenlerin puan ortancası hiçbir zaman cevabını verenlerin puan ortancasından daha düşük ve aralarındaki fark anlamlıdır ($p=0.015$).

Araştırmaya katılanlara sorulan “Mesleğiniz dışında herhangi bir sosyal aktivitede (spor, kurs, gezi, hobi vs.) bulunuyor musunuz?” sorusuna evet yanıtını verenlerin içsel doyum puan ortancası 3.58(1-5), hayır yanıtını verenlerin puan ortancası ise 3.33(1-5) olup içsel doyum puan ortancalarına göre aralarındaki farklılık anlamlıdır ($p<0.001$). Dışsal doyum puan ortancalarına bakıldığında; evet yanıtını verenlerin dışsal doyum puan ortancası 3(1-5), hayır yanıtını verenlerin ise 2.37(1-5) olup dışsal doyum puan ortancalarına göre aralarında anlamlı fark vardır ($p<0.001$). Buna göre genel doyum puan ortancalarına bakıldığında; evet yanıtını verenlerin genel doyum puan ortancası ise 3.4(1-5), hayır yanıtını verenlerin ise 2.85(1-5) olup genel doyum puan ortancaları arasındaki fark anlamlıdır ($p<0.001$).

Tablo 4.10. Araştırma Grubunun Meslek ile İlgili Değişkenlere Göre Minnesota İş Doyum Ölçeği Alt Boyutlarının Karşılaştırılması

		Minnesota İş Doyumu Ölçeği	
Meslekle İlgili Değişkenler	İçsel Doyum (Min/Ort/Maks)	Dışsal Doyum (Min/Ort/Maks)	Genel Doyum (Min/Ort/Maks)
Mesleğin Ekonomik Açıdan Tatmin Etme Durumu			
Çok İyi ve İyi	3.25 / 3.62 / 4.92 ^b	2.13 / 3.56 / 4.75 ^b	2.9 / 3.47 / 4.85 ^b
Orta	1 / 3.5 / 5 ^b	1 / 2.87 / 4.75 ^b	1 / 3.35 / 4.9 ^b
Az ve Çok Az	1 / 3.25 / 5 ^a	1 / 2.5 / 5 ^a	1 / 2.9 / 5 ^a
p	<0.001	<0.001	<0.001
Mesleği İsteyerek Seçme			
Evet	1 / 3.41 / 5	1 / 2.75 / 5	1 / 3.15 / 5
Hayır	1 / 3 / 4.75	1 / 2.37 / 4.63	1 / 2.8 / 4.7
p	0.002	0.077	0.005
Mesleği Değiştirme İsteği			
Evet	1 / 3.25 / 5	1 / 2.37 / 5	1 / 2.85 / 5
Hayır	1 / 3.66 / 5	1 / 3 / 5	1 / 3.45 / 5
p	<0.001	<0.001	<0.001
Uyku Problemi Yaşama			
Her zaman	1 / 3.25 / 5	1 / 2.5 / 5 ^a	1 / 2.9 / 5 ^a
Bazen	1 / 3.41 / 5	1 / 2.62 / 4.75	1 / 3.05 / 4.9
Hiçbir zaman	1 / 3.58 / 5	1 / 3.05 / 4.9 ^b	1 / 3.45 / 4.9 ^b
p	0.050	0.042	0.015
Sosyal Aktivite Durumu			
Evet	1 / 3.58 / 5	1 / 3 / 5	1 / 3.4 / 5
Hayır	1 / 3.33 / 5	1 / 2.37 / 5	1 / 2.85 / 5
p	<0.001	<0.001	<0.001

*a, b'den farklıdır.

4.11. Araştırma Grubunun Sosyodemografik Değişkenlere Göre Maslach Tükenmişlik Ölçeği Alt Boyutlarının Karşılaştırılması

Araştırma grubunun sosyodemografik değişkenlere göre Maslach Tükenmişlik Ölçeği alt boyutlarının karşılaştırılması tablo 4.11'de gösterilmiştir. Tablo incelendiğinde cinsiyete göre; duygusal tükenme puan ortancası erkeklerde 21(0-36) ve kadınlarda 22(2-36) olup arasında anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p=0.242$). Duyarsızlaşma puan ortancası ise erkeklerde 8(0-19), kadınlarda 7(0-19) olup arasındaki fark anlamlı değildir ($p=0.715$). Erkeklerin kişisel başarı puan ortancası 21(4-32), kadınların 21.5(11-32) olup arasındaki fark anlamlı değildir ($p=0.905$).

Katılımcıların yaş gruplarına göre alt boyut puan ortancalarına bakıldığında; duygusal tükenme puan ortancası 20-29 yaş grubunda 20(0-36), 30-39 yaş grubunda

21.5(0-36), 40 yaş ve üstünde 22.5(2-35) olup aralarındaki fark anlamlı değildir ($p=0.574$). Duyarsızlaşma puan ortancası ise 20-29 yaş ve 30-39 yaş grubunda 8(0-19), 40 yaş ve üstünde ise 7(0-19) olup aralarında anlamlı fark yoktur ($p=0.688$). Alt boyutlardan kişisel puan ortancası ise 20-29 yaş grubunda 22(8-32), 30-39 yaş grubunda 21(4-32), 40 yaş ve üstünde 22(12-31) olup aralarındaki fark anlamlı değildir ($p=0.051$).

Araştırmaya katılanların medeni durumlarına göre alt boyut puan ortancaları incelendiğinde; evlilerde duygusal tükenme puan ortancası 22(0-36), bekar ve diğerlerinde ise 20(2-34) olup arasındaki fark anlamlı değildir ($p=0.142$). Duyarsızlaşma puan ortancası evlilerde 8(0-19), bekar ve diğerlerinde 7(0-17) olup arasında anlamlı fark yoktur ($p=0.926$). Evlilerin kişisel başarı puan ortancası 21(4-32), bekar ve diğerlerin ise 23(13-32) olup arasındaki fark anlamlıdır ($p=0.003$).

Katılımcılardan çocuğu olanların duygusal tükenme puan ortancası 22(0-36), çocuğu olmayanların ise 20(0-34) olup arasında anlamlı farklılık yoktur ($p=0.120$). Duyarsızlaşma puan ortancası ise çocuğu olanlarda 8(0-19), çocuğu olmayanlarda 7(0-19) olup arasındaki fark anlamlı değildir ($p=0.972$). Çocuğu olanların kişisel başarı puan ortancası 21(4-32), çocuğu olmayanların ise 23(8-32) olup arasındaki farklılık anlamlıdır ($p=0.001$).

Araştırmaya katılanların aile gelir düzeylerine göre alt boyut puan ortancaları incelendiğinde; geliri 5600 TL ve altında olanların duygusal tükenme puan ortancası 21(0-36), 5601-8400 TL arasında olanların 22(4-34), 8401-11200 TL arasında olanların 21(0-36), 11201 TL ve üstünde olanların ise 19(2-34) olup aralarındaki farklılık anlamlı değildir ($p=0.558$). Duyarsızlaşma puan ortancası ise geliri 5600 TL ve altında olanlarda 7(0-19), 5601-8400 TL olanlarda 7(0-19), 8401-11200 TL olanların 8(0-17), 11201 TL ve üstünde olanların ise 7(2-16) olup aralarında anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p=0.687$). Gelir düzeyine göre kişisel başarı puan ortancaları ise geliri 5600 TL ve altında olanlarda 21(4-32), 5601-8400 TL olanlarda 22(16-32), 8401-11200 TL olanlarda 21(8-32), 11201 TL ve üstünde olanlarda 22(17-31) olup; geliri 84001-11200 TL olanların kişisel başarı puan ortancası geliri 5601-8400 TL ile geliri 11201 TL ve üstü olanların kişisel başarı puan ortancasına göre daha düşük ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.001$).

Tablo 4.11. Araştırma Grubunun Sosyodemografik Değişkenlere Göre Maslach Tükenmişlik Ölçeği Alt Boyutlarının Karşılaştırılması

Maslach Tükenmişlik Ölçeği			
Sosyodemografik Değişkenler	Duygusal Tükenme (Min/Ort/Maks)	Duyarsızlaşma (Min/Ort/Maks)	Kişisel Başarı (Min/Ort/Maks)
Cinsiyet			
Erkek	0 / 21 / 36	0 / 8 / 19	4 / 21 / 32
Kadın	0 / 22 / 36	0 / 7 / 19	11 / 21.5 / 32
p	0.242	0.715	0.905
Yaş grupları			
20-29 yaş	0 / 20 / 36	0 / 8 / 19	8 / 22 / 32
30-39 yaş	0 / 21.5 / 36	0 / 8 / 19	4 / 21 / 32
40 yaş ve üstü	2 / 22.5 / 35	0 / 7 / 19	12 / 22 / 31
p	0.574	0.688	0.051
Medeni durum			
Evli	0 / 22 / 36	0 / 8 / 19	4 / 21 / 32
Bekar ve diğer	2 / 27 / 34	0 / 7 / 17	13 / 23 / 32
p	0.142	0.926	0.003
Çocuk durumu			
Evet	0 / 22 / 36	0 / 8 / 19	4 / 21 / 32
Hayır	0 / 20 / 34	0 / 7 / 19	8 / 23 / 32
p	0.120	0.972	0.001
Ailenin gelir düzeyi			
5600 tl ve altı	0 / 21 / 36	0 / 7 / 19	4 / 21 / 32
5601-8400 tl	4 / 22 / 34	0 / 7 / 19	16 / 22 / 32 ^b
8401-11200 tl	0 / 21 / 36	0 / 8 / 17	8 / 21 / 32 ^a
11201 tl ve üstü	2 / 19 / 34	2 / 7 / 16	17 / 22 / 31 ^b
p	0.558	0.687	<0.001

*a, b'den farklıdır.

4.12. Araştırma Grubunun Meslek ve İş Yaşam Değişkenlerine Göre Maslach Tükenmişlik Ölçeği Alt Boyutlarının Karşılaştırılması

Araştırma grubunun meslek ve iş yaşam değişkenlerine göre Maslach Tükenmişlik Ölçeği alt boyut puan ortancaları karşılaştırması tablo 4.12'de verilmiştir. Meslek gruplarına göre Maslach Tükenmişlik Ölçeği alt boyutları incelendiğinde; duygusal tükenme puan ortancası doktorların 18(2-26), paramedik-sağlık memurlarının 22(0-36), acil tıp teknisyenlerinin 20(0-34), sürücü-personellerin ise 22(2-36) olup doktorların duygusal tükenme puan ortancası paramedik-sağlık memuru ve acil tıp teknisyenlerinden daha düşük ve aralarındaki farklılık anlamlıdır ($p=0.002$). Duyarsızlaşma puan ortancaları ise; doktorların 4(2-12), paramedik-sağlık memurlarının 7(0-17), acil tıp teknisyenlerinin 8(0-19), sürücü-personellerin ise 7(0-19) olup doktorların duyarsızlaşma puan ortancası

diğer gruplardan anlamlı olarak daha düşüktür ($p=0.001$). Ayrıca doktorlarda kişisel başarı puan ortancası 27(20-31), paramedik-sağlık memurlarında 21(8-32), acil tıp teknisyenlerinde 22(11-32) ve sürücü-personellerde 21(4-32) olup doktorların kişisel başarı puan ortancası diğer gruplardan anlamlı olarak daha yüksektir ($p<0.001$).

Katılımcıların eğitim düzeylerine göre Maslach Tükenmişlik Ölçeği alt boyutlarına bakıldığında; sağlık meslek ve diğer lise mezunlarının duygusal tükenme puan ortancası 22(0-36), ön lisans mezunlarının 20(0-34), lisans-yüksek lisans-doktora mezunlarının ise 22(2-36) olup ön lisans mezunlarının duygusal tükenme puan ortancası lisans-yüksek lisans-doktora mezunlarının puan ortancasından daha düşük ve aralarındaki farklılık anlamlıdır ($p=0.030$). Duyarsızlaşma alt boyut puan ortancalarına bakıldığında ise; sağlık meslek-diğer lise mezunlarının ve ön lisans mezunlarının 8(0-19), lisans-yüksek lisans-doktora mezunlarının 7(0-14) olup eğitim düzeylerine göre duyarsızlaşma puan ortancaları arasında anlamlı farklılık yoktur ($p=0.456$). Kişisel başarı puan ortancaları incelendiğinde; sağlık meslek ve diğer lise mezunlarının 21(4-32), önlisans mezunlarının 21(8-32), lisans-yüksek lisans-doktora mezunlarının ise 22(11-32) olup aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur ($p=0.180$).

Araştırmaya katılanların çalıştığı birime göre Maslach Tükenmişlik Ölçeği alt boyut puan ortancaları incelendiğinde; İl Sağlık Müdürlüğü-Başhekimlik-diğer birimlerde çalışanların duygusal tükenme puan ortancası 17(0-36), Komuta Kontrol Merkezinde çalışanların 19(0-35), Ambulans Hizmetlerinde çalışanların 22(0-36) olup Ambulans Hizmetlerinde çalışanlarının duygusal tükenme puan ortancası İl Sağlık Müdürlüğü-Başhekimlik-diğer çalışanlarından anlamlı olarak daha yüksektir ($p=0.003$). Duyarsızlaşma alt boyut puan ortancaları ise; İl Sağlık Müdürlüğü-Başhekimlik-diğer birimlerde çalışanların duyarsızlaşma puan ortancası 4(0-15), Komuta Kontrol Merkezinde çalışanların 6.5(0-15), Ambulans Hizmetlerinde çalışanların 8(0-19) olup Ambulans Hizmetlerinde çalışanların duyarsızlaşma puan ortancası İl Sağlık Müdürlüğü-Başhekimlik-diğer birimlerde çalışanların puan ortancasından anlamlı olarak daha yüksektir ($p<0.001$). Alt boyutlardan kişisel başarı puan ortancalarına bakıldığında; İl Sağlık Müdürlüğü-Başhekimlik-diğer birimlerde çalışanların kişisel başarı puan ortancası 23(13-31), Komuta Kontrol Merkezinde çalışanların 21(8-30), Ambulans Hizmetlerinde çalışanların 21(4-32) olup aralarındaki fark anlamlı değildir ($p=0.069$).

Katılımcıların çalıştığı yere göre Maslach Tükenmişlik Ölçeği alt boyutlarına bakıldığında; il merkezinde çalışanların duygusal tükenme puan ortancası 21(0-36), ilçe merkezinde çalışanların 21(0-36) olup aralarındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı

değildir ($p=0.247$). Duyarsızlaşma alt boyut puan ortancaları ise il merkezinde çalışanların 7(0-19), ilçe merkezinde çalışanların 8(0-19) olup aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur ($p=0.453$). Kişisel başarı alt boyut puan ortancalarına bakıldığında; il merkezinde çalışanların 22(4-32), ilçe merkezinde çalışanların ise 21(13-32) olup aralarındaki farklılık anlamlı değildir ($p=0.488$).

Araştırmaya katılanların çalışma sistemine göre Maslach Tükenmişlik Ölçeği alt boyut puan ortancaları incelendiğinde; mesai çalışanların duygusal tükenme puan ortancası 18(2-36), nöbet-diğer çalışanların 22(0-36) olup aralarında anlamlı farklılık vardır ($p=0.001$). Duyarsızlaşma alt boyut puan ortancalarına bakıldığında mesai çalışanların 5(0-15), nöbet-diğer çalışanların 8(0-19) olup aralarında anlamlı farklılık yoktur ($p<0.001$). Kişisel başarı alt boyut puan ortancası ise mesai çalışanların 22(11-31), nöbet-diğer çalışanların 21(4-32) olup aralarındaki farklılık anlamlı değildir ($p=0.866$).

Katılımcıların haftalık çalışma süresine göre; 25-40 saat arasında çalışanların duygusal tükenme puan ortancası 19(0-36), 40 saat ve üzerinde çalışanların 22(0-36) olup aralarında anlamlı farklılık yoktur ($p=0.053$). Duyarsızlaşma puan ortancasına bakıldığında 25-40 saat arasında çalışanların 5.5(0-15), 40 saat ve üzerinde çalışanların 8(0-19) olup aralarındaki farklılık anlamlıdır ($p=0.001$). Kişisel başarı alt boyut puan ortancası ise mesai çalışanların 21.5(11-31), nöbet-diğer çalışanların 21(4-32) olup aralarındaki farklılık anlamlı değildir ($p=0.869$).

Araştırmaya katılanların meslekte çalışma sürelerine göre Maslach Tükenmişlik Ölçeği alt boyut puan ortancalarına bakıldığında; 1-5 yıl arasında çalışanların duygusal tükenme puan ortancası 18(0-34), 6-10 yıl çalışanların 22(0-36), 11-15 yıl çalışanların 20(3-34), 16-20 yıl çalışanların 26(2-35), 21 yıl ve üstü çalışanların 22.5(4-35) olup 1-5 yıl arasında çalışanların duygusal tükenme puan ortancası 6-10 yıl ve 16-20 yıl arasında çalışanların puan ortancasından daha düşük ve aralarında anlamlı farklılık vardır ($p<0.001$). Duyarsızlaşma alt boyut puan ortancası ise 1-5 yıl çalışanların 6(0-17), 6-10 yıl çalışanların 8(0-19), 11-15 yıl çalışanların 8(0-17), 16-20 yıl çalışanların 7(0-13), 21 yıl ve üstü çalışanların 8(1-19) olup 1-5 yıl çalışanların duyarsızlaşma puan ortancası 6-10 yıl çalışanların puan ortancasından anlamlı olarak daha düşüktür ($p=0.041$). Kişisel başarı alt boyut puan ortancalarına bakıldığında; 1-5 yıl çalışanların kişisel başarı puan ortancası 22(4-32), 6-10 yıl çalışanların 21(11-32), 11-15 yıl çalışanların 21(13-32), 16-20 yıl çalışanların 21(12-31), 21 yıl ve üstü çalışanların 22(16-31) olup aralarında istatistiksel olarak farklılık anlamlı değildir ($p=0.335$).

Tablo 4.12. Araştırma Grubunun Meslek ve İş Yaşam Değişkenlerine Göre Maslach Tükenmişlik Ölçeği Alt Boyutlarının Karşılaştırılması

		Maslach Tükenmişlik Ölçeği	
Mesleki Değişkenler	Duygusal Tükenme (Min/Ort/Maks)	Duyarsızlaşma (Min/Ort/Maks)	Kişisel Başarı (Min/Ort/Maks)
Meslek			
Doktor	2 / 18 / 26 ^a	2 / 4 / 12 ^a	20 / 27 / 31 ^a
Paramedik-Sağlık Memuru	0 / 22 / 36 ^b	0 / 7 / 17 ^b	8 / 21 / 32 ^b
Acil Tıp Teknisyeni	2 / 22 / 34 ^b	0 / 8 / 19 ^b	11 / 22 / 32 ^b
Sürücü-Personel/Diğer	0 / 21 / 36	0 / 7 / 19 ^b	4 / 21 / 32 ^b
p	0.002	0.001	<0.001
Eğitim Durumu			
Sağlık Meslek Lisesi ve Diğer	0 / 22 / 36	0 / 8 / 19	4 / 21 / 32
Ön lisans	0 / 20 / 34 ^a	0 / 8 / 19	8 / 21 / 32
Lisans-Yüksek Lisans-Doktora	2 / 22 / 36 ^b	0 / 7 / 14	11 / 22 / 32
p	0.030	0.459	0.180
Çalıştığı Birim			
İl Sağlık Müdür-Başhekimlik-Diğer	0 / 17 / 36 ^a	0 / 4 / 15 ^a	13 / 23 / 31
Komuta Kontrol Merkezi	0 / 19 / 35	0 / 6.5 / 14	8 / 21 / 30
Ambulans Hizmetleri	0 / 22 / 36 ^b	0 / 8 / 19 ^b	4 / 21 / 32
p	0.003	<0.001	0.069
Çalıştığı Yer			
İl Merkezi	0 / 21 / 36	0 / 7 / 19	4 / 22 / 32
İlçe Merkezi	0 / 21 / 36	0 / 8 / 19	13 / 21 / 32
p	0.247	0.453	0.488
Çalışma Sistemi			
Mesai	2 / 18 / 36	0 / 5 / 15	11 / 22 / 31
Nöbet ve Diğer	0 / 22 / 36	0 / 8 / 19	4 / 21 / 32
p	0.001	<0.001	0.866
Haftalık Ortalama Çalışma Süresi			
25-40 saat	0 / 19 / 36	0 / 5.5 / 15	11 / 21.5 / 31
41 saat ve üstü	0 / 22 / 36	0 / 8 / 19	4 / 21 / 32
p	0.053	0.001	0.869
Meslekte Çalışma Süresi			
1-5 yıl	0 / 18 / 34 ^a	0 / 6 / 17 ^a	4 / 22 / 32
6-10 yıl	0 / 22 / 36 ^b	0 / 8 / 19 ^b	11 / 21 / 32
11-15 yıl	3 / 20 / 34	0 / 8 / 17	13 / 21 / 32
16-20 yıl	2 / 26 / 35 ^b	0 / 7 / 13	12 / 21 / 31
21 yıl ve üstü	4 / 22.5 / 35	1 / 8 / 19	16 / 22 / 31
p	<0.001	0.041	0.335

*a, b den farklıdır.

4.13. Araştırma Grubunun Meslek İle İlgili Değişkenlere Göre Maslach Tükenmişlik Ölçeği Alt Boyutlarının Karşılaştırılması

Araştırma grubunun meslek ile ilgili değişkenlere göre maslach tükenmişlik ölçeği alt boyutlarının karşılaştırması tablo 4.13'te verilmiştir. Buna göre katılımcılara sorulan “Mesleğiniz ekonomik açıdan sizi ne derece tatmin ediyor” sorusuna alınan cevaplardan; çok iyi ve iyi yanıtını verenlerin duygusal tükenme puan ortancası 18.5(2-33), orta yanıtını verenlerin puan ortancası 18(0-34) ve az-çok az yanıtını verenlerin puan ortancası ise 22(0-36) olup az-çok az yanıtını verenlerin duygusal tükenme puan ortancası orta yanıtını verenlerin puan ortancasından anlamlı olarak daha yüksektir ($p=0.006$). Duyarsızlaşma alt boyut puan ortancalarına bakıldığında; çok iyi ve iyi yanıtını verenlerin puan ortancası 5(2-16), orta yanıtını verenlerin puan ortancası 7(0-17) ve az-çok az yanıtını verenlerin puan ortancası 8(0-19) olup aralarındaki farklılık anlamlı değildir ($p=0.185$). Kişisel başarı alt boyutu incelendiğinde ise; çok iyi ve iyi yanıtını verenlerin puan ortancası 24.5(19-31), orta yanıtını verenlerin puan ortancası 22(8-32) ve az-çok az yanıtını verenlerin puan ortancası 21(4-32) olup çok iyi-çok yanıtını verenlerin kişisel başarı puan ortancası diğerlerinden anlamlı olarak daha yüksektir ($p=0.001$).

Katılımcılara sorulan “Bu mesleğinizi isteyerek mi seçtiniz?” sorusuna evet yanıtını verenlerin duygusal tükenme puan ortancası 21(0-36), hayır yanıtını verenlerin ise 23(2-36) olup aralarında anlamlı farklılık yoktur ($p=0.079$). Duyarsızlaşma alt boyut puan ortancalarına bakıldığında; evet yanıtını verenlerin puan ortancası 7(0-19), hayır yanıtını verenlerin ise 10(0-19) olup arasındaki farklılık anlamlıdır ($p=0.001$). Kişisel başarı alt boyutu incelendiğinde ise; evet yanıtını verenlerin puan ortancası 21(4-32), hayır yanıtını verenlerin ise 21(11-32) olup arasındaki fark anlamlı değildir ($p=0.188$).

Araştırmaya katılanlara sorulan “Mesleğinizi değiştirmeyi düşündünüz mü?” sorusuna evet yanıtını verenlerin duygusal tükenme puan ortancası 22.5(0-36), hayır yanıtını verenlerin ise 19(0-34) olup aralarındaki fark anlamlıdır ($p<0.001$). Duyarsızlaşma alt boyut puan ortancalarına bakıldığında; evet yanıtını verenlerin puan ortancası 8(0-19), hayır yanıtını verenlerin ise 6(0-19) olup arasındaki farklılık anlamlıdır ($p=0.019$). Kişisel başarı alt boyutu incelendiğinde; evet yanıtını verenlerin puan ortancası 21(8-32), hayır yanıtını verenlerin ise 22(4-32) olup arasındaki fark anlamlı değildir ($p=0.054$).

Katılımcılara sorulan “Uyku problemi yaşıyor musunuz?” sorusuna her zaman yanıtını verenlerin duygusal tükenme puan ortancası 25(2-36), bazen yanıtını verenlerin 20(0-35), hiçbir zaman yanıtını verenlerin 15(0-35) olup her zaman yanıtını verenlerin duygusal tükenme puan ortancası bazen ve hiçbir zaman yanıtını verenlerin puan ortancasından daha yüksek ve anlamlı; bazen yanıtını verenlerin duygusal tükenme puan

ortancası hiçbir zaman yanıtını verenlerin puan ortancasından daha yüksek ve anlamlıdır ($p<0.001$). Duyarsızlaşma alt boyut puan ortancaları incelendiğinde; her zaman yanıtını verenlerin duyarsızlaşma puan ortancası 9(0-19), bazen yanıtını verenlerin 7(0-15), hiçbir zaman yanıtını verenlerin 7(0-17) olup her zaman yanıtını verenlerin duyarsızlaşma puan ortancası diğerlerinden anlamlı olarak daha yüksektir ($p<0.001$). Kişisel başarı alt boyut puan ortancalarına bakıldığında ise; her zaman yanıtını verenlerin puan ortancası 22(11-32), bazen yanıtını verenlerin 21(8-31), hiçbir zaman yanıtını verenlerin puan ortancası 22(4-32) olup aralarında anlamlı farklılık yoktur ($p=0.273$).

Araştırmaya katılanlara sorulan “Mesleğiniz dışında herhangi bir sosyal aktivitede (spor, kurs, gezi, hobi vs.) bulunuyor musunuz?” sorusuna evet yanıtını verenlerin duygusal tükenme puan ortancası 18(0-36), hayır yanıtını verenlerin ise 23(0-36) olup aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.001$). Duyarsızlaşma alt boyutuna bakıldığında; evet yanıtını verenlerin puan ortancası 5(0-19), hayır yanıtını verenlerin ise 8(0-19) olup aralarında anlamlı farklılık vardır ($p<0.001$). Kişisel başarı alt boyutu incelendiğinde; evet yanıtını verenlerin puan ortancası 23(4-32), hayır yanıtını verenlerin 21(11-32) olup aralarındaki farklılık anlamlıdır ($p=0.024$).

Tablo 4.13. Araştırma Grubunun Meslek ile İlgili Değişkenlere Göre Maslach Tükenmişlik Ölçeği Alt Boyutlarının Karşılaştırılması

		Maslach Tükenmişlik Ölçeği	
Meslekle İlgili Değişkenler	Duygusal Tükenme (Min/Ort/Maks)	Duyarsızlaşma (Min/Ort/Maks)	Kişisel Başarı (Min/Ort/Maks)
Mesleğin Ekonomik Açıdan Tatmin Etme Durumu			
Çok İyi ve İyi	2 / 18.5 / 33	2 / 5 / 16	19 / 24.5 / 31 ^a
Orta	0 / 18 / 34 ^a	0 / 7 / 17	8 / 22 / 32 ^b
Az ve Çok Az	0 / 22 / 36 ^b	0 / 8 / 19	4 / 21 / 32 ^b
p	0.006	0.185	0.001
Mesleği İsteyerek Seçme			
Evet	0 / 21 / 36	0 / 7 / 19	4 / 21 / 32
Hayır	2 / 23 / 36	0 / 10 / 19	11 / 21 / 32
p	0.079	0.001	0.188
Mesleği Değiştirme İsteği			
Evet	0 / 22.5 / 36	0 / 8 / 19	8 / 21 / 32
Hayır	0 / 19 / 34	0 / 6 / 19	4 / 22 / 32
p	<0.001	0.019	0.054
Uyku Problemi Yaşama			
Her zaman	2 / 25 / 36 ^a	0 / 9 / 19 ^a	11 / 22 / 32
Bazen	0 / 20 / 35 ^b	0 / 7 / 15 ^b	8 / 21 / 31
Hiçbir zaman	0 / 15 / 36 ^c	0 / 7 / 17 ^b	4 / 22 / 32
p	<0.001	<0.001	0.273
Sosyal Aktivite Durumu			
Evet	0 / 18 / 36	0 / 5 / 19	4 / 23 / 32
Hayır	0 / 23 / 36	0 / 8 / 19	11 / 21 / 32
p	<0.001	<0.001	0.024

*a, b'den; b, c'den farklıdır.

4.14. Araştırma Grubunun Sosyodemografik Değişkenlere Göre Sürekli Kaygı Ölçeğinin Karşılaştırılması

Araştırma grubunun sosyodemografik değişkenlere göre Sürekli Kaygı Ölçeğinin karşılaştırması tablo 4.14'de verilmiştir. Cinsiyete göre Sürekli Kaygı Ölçeği incelendiğinde; erkeklerin puan ortancası 39(21-62), kadınların puan ortancası 42(22-65) olup cinsiyete göre Sürekli Kaygı Ölçeği puan ortancaları arasındaki fark anlamlıdır ($p<0.001$).

Katılımcıların yaş gruplarına göre Sürekli Kaygı Ölçeğine bakıldığında; 20-29 yaş grubunun puan ortancası 42(21-65), 30-39 yaş grubunun puan ortancası 40(26-58), 40 yaş ve üstünün ise 38(22-55) olup 20-29 yaş grubunun puan ortancası 40 yaş ve üstünün puan ortancasından yüksek olup arasındaki fark anlamlıdır ($p=0.002$).

Araştırmaya katılanların medeni durumlarına göre Sürekli Kaygı Ölçeği incelendiğinde; evli olanların puan ortancası 41(22-65), bekar ve diğer olanların ise 41(21-62) olup medeni duruma göre Sürekli Kaygı Ölçeği puan ortancaları arasındaki fark anlamlı değildir ($p=0.513$).

Katılımcıların çocuk duruma göre Sürekli Kaygı Ölçeğine bakıldığında; çocuğu olanların puan ortancası 40(22-65), çocuğu olmayanların ise 41(21-65) olup çocuk durumuna göre Sürekli Kaygı Ölçeği puan ortancaları arasındaki fark anlamlı değildir ($p=0.504$).

Ailenin gelir düzeyine göre Sürekli Kaygı Ölçeği incelendiğinde; geliri 5600 TL ve altı olanların puan ortancası 39(22-57), 5601-8400 TL olanların puan ortancası 40(21-60), 8401-11200 TL olanların puan ortancası 41(25-62), 11201 TL ve üzeri olanların 40(22-65) olup gelir düzeylerine göre Sürekli Kaygı Ölçeği puan ortancaları arasında anlamlı farklılık yoktur ($p=0.194$).

Tablo 4.14. Araştırma Grubunun Sosyodemografik Değişkenlere Göre Sürekli Kaygı Ölçeğinin Karşılaştırılması

Sosyodemografik Değişkenler	Sürekli Kaygı Ölçeği (Min/Ort/Maks)	p
Cinsiyet		
Erkek	21 / 39 / 62	<0.001
Kadın	22 / 42 / 65	
Yaş grupları		
20-29 yaş	21 / 42 / 65 ^a	0.002
30-39 yaş	26 / 40 / 58	
40 yaş ve üstü	22 / 38 / 55 ^b	
Medeni durum		
Evli	22 / 41 / 65	0.513
Bekar ve diğer	21 / 41 / 62	
Çocuk durumu		
Evet	22 / 40 / 65	0.504
Hayır	21 / 41 / 62	
Ailenin gelir düzeyi		
5600 TL ve altı	22 / 39 / 57	0.194
5601-8400 TL	21 / 40 / 60	
8401-11200 TL	25 / 41 / 62	
11200 TL ve üstü	22 / 40 / 65	

*a, b'den farklıdır.

4.15. Araştırma Grubunun Meslek ve İş Yaşam Değişkenlerine Göre Sürekli Kaygı Ölçeğinin Karşılaştırılması

Araştırma grubunun meslek ve iş yaşam değişkenlerine göre Sürekli Kaygı Ölçeğinin karşılaştırması tablo 4.15'te verilmiştir. Buna göre meslek gruplarına göre incelendiğinde; doktorların puan ortancası 31(22-62), paramedik-sağlık memurların puan ortancası 41(22-59), acil tıp teknisyenlerinin puan ortancası 42(21-65), sürücü-personel-diğer grubun puan ortancası 38.5(22-57) olup; doktorların sürekli kaygı puan ortancaları paramedik-sağlık memuru puan ortancasından daha düşük ve anlamlıdır. Paramedik-sağlık memuru sürekli kaygı puan ortancası sürücü-personel puan ortancasından daha yüksek ve anlamlıdır. Acil tıp teknisyenlerinin sürekli kaygı puan ortancası sürücü-personel puan ortancasından daha yüksek ve anlamlıdır. Meslek gruplarına göre Sürekli Kaygı Ölçeği puan ortancaları arasındaki fark anlamlıdır ($p<0.001$).

Katılımcıların eğitim durumlarına göre Sürekli Kaygı Ölçeğine bakıldığında; sağlık meslek-diğer lise mezunlarının puan ortancası 40(22-57), ön lisans mezunlarının puan ortancası 40(21-65), lisans-yüksek lisans-doktora mezunlarının puan ortancası 41(22-62) olup eğitim düzeylerine göre Sürekli Kaygı Ölçeği puan ortancaları arasındaki fark anlamlı değildir ($p=0.268$).

Araştırmaya katılanların çalıştığı birime göre Sürekli Kaygı Ölçeği incelendiğinde; İl Sağlık Müdürlüğü-Başhekimlik-diğer çalışanların puan ortancası 38(22-58), Komuta Kontrol Merkezinde çalışanların puan ortancası 40(21-58), Ambulans Hizmetlerinde çalışanların puan ortancası 41(21-65) olup çalıştığı birime göre Sürekli Kaygı Ölçeği puan ortancaları arasında anlamlı farklılık yoktur ($p=0.194$).

Katılımcıların çalıştığı yere göre Sürekli Kaygı Ölçeğine bakıldığında; il merkezinde çalışanların puan ortancası 41(21-65), ilçe merkezinde çalışanların puan ortancası 40(22-55) olup çalıştığı yere göre Sürekli Kaygı Ölçeği puan ortancaları arasındaki farklılık anlamlı değildir ($p=0.194$).

Araştırmaya katılanların çalışma sistemine göre Sürekli Kaygı Ölçeği incelendiğinde; mesai çalışanların puan ortancası 40(22-59), nöbet-diğer çalışanların ise 41(21-65) olup çalışma sistemine göre Sürekli Kaygı Ölçeği puan ortancaları arasında anlamlı farklılık yoktur ($p=0.237$).

Katılımcıların haftalık ortalama çalışma süresine göre Sürekli Kaygı Ölçeğine bakıldığında; 25-40 saat arasında çalışanların puan ortancası 40(22-59), 41 saat ve üstü

çalışanların puan ortancası ise 41(21-65) olup haftalık çalışma süresine göre Sürekli Kaygı Ölçeği puan ortancaları arasındaki farklılık anlamlı değildir (p=0.255).

Meslekte çalışma süresine göre Sürekli Kaygı Ölçeği incelendiğinde; 1-5 yıl arasında çalışanların puan ortancası 40(22-62), 6-10 yıl çalışanların puan ortancası 41(21-65), 11-15 yıl çalışanların puan ortancası 40(22-58), 16-20 yıl çalışanların puan ortancası 40(24-55), 21 yıl ve üstü çalışanların puan ortancası ise 38(22-55) olup meslekte çalışma sürelerine göre Sürekli Kaygı Ölçeği puan ortancaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır (p=0.037).

Tablo 4.15. Araştırma Grubunun Meslek ve İş Yaşam Değişkenlerine Göre Sürekli Kaygı Ölçeğinin Karşılaştırılması

Mesleki Değişkenler	Sürekli Kaygı Ölçeği (Min/Ort/Maks)	p
Meslek		
Doktor	22 / 31 / 62 ^a	<0.001
Paramedik-Sağlık Memuru	22 / 41 / 59 ^b	
Acil Tıp Teknisyeni	21 / 42 / 65 ^d	
Sürücü-Personel ve Diğer	22 / 38.5 / 57 ^c	
Eğitim Durumu		
Sağlık Meslek Lisesi ve Diğer	22 / 40 / 57	0.268
Ön lisans	21 / 40 / 65	
Lisans-Yüksek Lisans-Doktora	22 / 41 / 62	
Çalıştığı Birim		
İl Sağlık Müdürlüğü-Başhekimlik-Diğer	22 / 38 / 59	0.194
Komuta Kontrol Merkezi	21 / 40 / 58	
Ambulans Hizmetleri	21 / 41 / 65	
Çalıştığı Yer		
İl Merkezi	21 / 41 / 65	0.194
İlçe Merkezi	22 / 40 / 55	
Çalışma Sistemi		
Mesai	22 / 40 / 59	0.237
Nöbet ve Diğer	21 / 41 / 65	
Haftalık Ortalama Çalışma Süresi		
25-40 saat	22 / 40 / 59	0.255
41 saat ve üstü	21 / 41 / 65	
Meslekte Çalışma Süresi		
1-5 yıl	22 / 40 / 62	0.037
6-10 yıl	21 / 41 / 65	
11-15 yıl	22 / 40 / 58	
16-20 yıl	24 / 40 / 55	
21 yıl ve üstü	22 / 38 / 55	

*a, b'den; b, c'den; c, d'den farklıdır.

4.16. Araştırma Grubunun Meslek ile İlgili Değişkenlere Göre Sürekli Kaygı Ölçeğinin Karşılaştırılması

Araştırma grubunun meslek ile ilgili değişkenlere göre Sürekli Kaygı Ölçeğinin karşılaştırması tablo 4.16’da verilmiştir. Buna göre katılımcılara sorulan “Mesleğiniz ekonomik açıdan sizi ne derece tatmin ediyor” sorusuna alınan cevaplardan; çok iyi ve iyi yanıtını verenlerin sürekli kaygı puan ortancası 36(24-50), orta yanıtını verenlerin puan ortancası 41(21-65) ve az-çok az yanıtını verenlerin puan ortancası ise 42(21-62) olup sürekli kaygı puan ortancaları arasındaki farklılık anlamlı değildir ($p=0.059$).

Katılımcılara sorulan “Bu mesleğinizi isteyerek mi seçtiniz?” sorusuna evet yanıtını verenlerin sürekli kaygı puan ortancası 40(21-65), hayır yanıtını verenlerin ise 42(26-59) olup sürekli kaygı puan ortancaları arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0.018$).

Araştırmaya katılanlara sorulan “Mesleğinizi değiştirmeyi düşündünüz mü?” sorusuna evet yanıtını verenlerin sürekli kaygı puan ortancası 41(22-65), hayır yanıtını verenlerin ise puan ortancası 39(21-55) olup sürekli kaygı puan ortancaları arasında anlamlı farklılık vardır ($p=0.003$).

Katılımcılara sorulan “Uyku problemi yaşıyor musunuz?” sorusuna her zaman yanıtını verenlerin sürekli kaygı puan ortancası 42(22-56), bazen yanıtını verenlerin 40(21-65), hiçbir zaman yanıtını verenlerin 36(23-59) olup her zaman yanıtı verenlerin sürekli kaygı puan ortancası diğerlerinden daha yüksek ve anlamlıdır ($p<0.001$).

Araştırmaya katılanlara sorulan “Mesleğiniz dışında herhangi bir sosyal aktivitede (spor, kurs, gezi, hobi vs.) bulunuyor musunuz?” sorusuna evet yanıtını verenlerin sürekli kaygı puan ortancası 40(21-62), hayır yanıtını verenlerin ise 41(22-65) olup sürekli kaygı puan ortancaları arasındaki fark anlamlıdır ($p=0.012$).

Tablo 4.16. Araştırma Grubunun Meslek İle İlgili Değişkenlere Göre Sürekli Kaygı Ölçeğinin Karşılaştırılması

Meslekle İlgili Değişkenler	Sürekli Kaygı Ölçeği (Min/Ort/Maks)	p
Mesleğin Ekonomik Açıdan Tatmin Etme Durumu		
Çok İyi ve İyi	24 / 36 / 50	0.059
Orta	21 / 41 / 65	
Az ve Çok Az	21 / 42 / 62	
Mesleği İsteyerek Seçme		
Evet	21 / 40 / 65	0.018
Hayır	26 / 42 / 59	
Mesleği Değiştirme İsteği		
Evet	22 / 41 / 65	0.003
Hayır	21 / 39 / 55	
Uyku Problemi Yaşama		
Her zaman	22 / 42 / 56 ^a	<0.001
Bazen	21 / 40 / 65 ^b	
Hiçbir zaman	23 / 36 / 59 ^b	
Sosyal Aktivite Durumu		
Evet	21 / 40 / 62	0.012
Hayır	22 / 41 / 65	

*a, b'den farklıdır.

4.17. Araştırma Grubunun Sosyodemografik Değişkenlere Göre Minnesota İş Doyum, Maslach Tükenmişlik ve Sürekli Kaygı Ölçeklerinin Toplam Puanlarının Karşılaştırılması

Araştırma grubunun sosyodemografik değişkenlere göre Minnesota İş Doyum , Maslach Tükenmişlik ve Sürekli Kaygı Ölçeklerinin toplam puanlarının karşılaştırılması tablo 4.17’de verilmiştir. Tabloda cinsiyete göre MİDÖ incelendiğinde; erkeklerin puan ortancası 61(20-100), kadınların ise 61.5(20-100) olup cinsiyete göre MİDÖ toplam puan ortancaları arasındaki fark anlamlı değildir (p=0.863). MTÖ’ye bakıldığında; erkeklerin puan ortancası 50(4-87), kadınların 50(13-85) olup cinsiyete göre MTÖ toplam puan ortancaları arasındaki fark anlamlı değildir (p=0.556). Cinsiyete göre SKÖ ise; erkeklerin puan ortancası 39(21-62), kadınların 42(22-65) olup toplam SKÖ puan ortancaları arasındaki fark anlamlıdır (p<0.001).

Katılımcıların yaş gruplarına göre MİDÖ incelendiğinde; 20-29 yaş grubunun puan ortancası 63(20-100), 30-39 yaş grubunun puan ortancası 59(20-100), 40 yaş ve üstünün puan ortancası ise 61.5(21-98) olup yaş gruplarına göre toplam MİDÖ puan ortancaları arasında fark yoktur (p=0.273). MTÖ’ye bakıldığında; 20-29 yaş grubunun

puan ortancası 50(8-85), 30-39 yaş grubunun puan ortancası 49.5(4-87), 40 yaş ve üstünün puan ortancası 50(15-82) olup yaş gruplarına göre MTÖ toplam puan ortancaları arasındaki fark anlamlı değildir ($p=0.741$). Yaş gruplarına göre SKÖ ise; 20-29 yaş grubunun puan ortancası 42(21-65), 30-39 yaş grubunun puan ortancası 40(26-58), 40 yaş ve üstünün puan ortancası 38(22-55) olup 20-29 yaş grubunun SKÖ toplam puan ortancası 40 yaş ve üstünün SKÖ toplam puan ortancasından yüksek olup aradaki fark anlamlıdır ($p=0.002$).

Araştırmaya katılanların medeni durumlarına göre MİDÖ incelendiğinde; evli olanların puan ortancası 60(20-100), bekar-diğer olanların puan ortancası 64(28-98) olup medeni duruma göre toplam MİDÖ puan ortancaları arasındaki fark anlamlı değildir ($p=0.186$). Medeni duruma göre toplam MTÖ ise; evlilerin puan ortancası 50(4-87), bekar-diğer olanların puan ortancası 50(18-83) olup arasında anlamlı farklılık yoktur ($p=0.713$). Buna göre SKÖ'ne bakıldığında; evlilerin puan ortancası 41(22-65), bekarların ise 41(21-62) olup medeni duruma göre toplam SKÖ puan ortancaları arasındaki fark anlamlı değildir ($p=0.513$).

Katılımcıların çocuk durumuna göre MİDÖ incelendiğinde; çocuğu olanların puan ortancası 60(20-100), çocuğu olmayanların ise 64(20-100) olup çocuk durumuna göre toplam MİDÖ puan ortancaları arasındaki fark anlamlıdır ($p=0.043$). MTÖ'ye bakıldığında; çocuğu olanların puan ortancası 50(4-87), çocuğu olmayanların ise 50(8-85) olup aralarındaki fark anlamlı değildir ($p=0.803$). Buna göre SKÖ'ne bakıldığında; çocuğu olanların puan ortancası 40(22-65), çocuğu olmayanların ise 41(21-62) olup aralarındaki fark anlamlı değildir ($p=0.504$).

Araştırmaya katılanların gelir düzeyine göre MİDÖ incelendiğinde; geliri 5600 TL ve altı olanların puan ortancası 59(20-100), 5601-8400 TL olanların puan ortancası 61.5(34-100), 8401-11200 TL olanların puan ortancası 61(20-95), 11201 TL ve üzeri olanların 65.5(37-97) olup gelir düzeylerine göre toplam MİDÖ puan ortancaları arasındaki fark anlamlı değildir ($p=0.173$). Gelir düzeyine göre MTÖ ise; geliri 5600 TL ve altı olanların puan ortancası 48(4-87), 5601-8400 TL olanların puan ortancası 52(28-85), 8401-11200 TL olanların puan ortancası 49(8-83), 11201 TL ve üzeri olanların 51(32-66) olup gelir düzeylerine göre toplam MTÖ puan ortancaları arasında anlamlı farklılık yoktur ($p=0.074$). Buna göre SKÖ'ne bakıldığında; geliri 5600 TL ve altı olanların puan ortancası 39(22-57), 5601-8400 TL olanların puan ortancası 40(21-60), 8401-11200 TL olanların puan ortancası 41(25-62), 11201 TL ve üzeri olanların 40(22-

65) olup gelir düzeylerine göre toplam SKÖ puan ortancaları arasındaki fark anlamlı değildir (p=0.194).

Tablo 4.17. Araştırma Grubunun Sosyodemografik Değişkenlere Göre Minnesota İş Doyum, Maslach Tükenmişlik ve Sürekli Kaygı Ölçeklerinin Toplam Puanlarının Karşılaştırılması

Sosyodemografik Değişkenler	MİDÖ Toplam (Min/Ort/Maks)	MTÖ Toplam (Min/Ort/Maks)	SKÖ Toplam (Min/Ort/Maks)
Cinsiyet			
Erkek	20 / 61 / 100	4 / 50 / 87	21 / 39 / 62
Kadın	20 / 61.5 / 100	13 / 50 / 85	22 / 42 / 65
p	0.863	0.556	<0.001
Yaş grupları			
20-29 yaş	20 / 63 / 100	8 / 50 / 85	21 / 42 / 65 ^a
30-39 yaş	20 / 59 / 100	4 / 49.5 / 87	26 / 40 / 58
40 yaş ve üstü	21 / 61.5 / 98	15 / 50 / 82	22 / 38 / 55 ^b
p	0.273	0.741	0.002
Medeni durum			
Evli	20 / 60 / 100	4 / 50 / 87	22 / 41 / 65
Bekar ve diğer	28 / 64 / 98	18 / 50 / 83	21 / 41 / 62
p	0.186	0.713	0.513
Çocuk durumu			
Evet	20 / 60 / 100	4 / 50 / 87	22 / 40 / 65
Hayır	20 / 64 / 100	8 / 50 / 85	21 / 41 / 62
p	0.043	0.803	0.504
Ailenin gelir düzeyi			
5600 TL ve altı	20 / 59 / 100	4 / 48 / 87	22 / 39 / 57
5601-8400 TL	34 / 61.5 / 100	28 / 52 / 85	21 / 40 / 60
8401-11200 TL	20 / 61 / 95	8 / 49 / 83	25 / 41 / 62
11201 TL ve üstü	37 / 65.5 / 97	32 / 51 / 66	22 / 40 / 65
p	0.173	0.074	0.194

*a, b'den farklıdır.

4.18. Araştırma Grubunun Meslek ve İş Yaşam Değişkenlerine Göre Minnesota İş Doyum, Maslach Tükenmişlik ve Sürekli Kaygı Ölçeklerinin Toplam Puanlarının Karşılaştırılması

Araştırma grubunun meslek ve iş yaşam değişkenlerine göre Minnesota İş Doyum, Maslach Tükenmişlik ve Sürekli Kaygı Ölçeklerinin toplam puanlarının karşılaştırılması tablo 4.18'de verilmiştir. Tablo incelendiğinde meslek gruplarına göre toplam MİDÖ; doktorların puan ortancası 72(54-97), paramedik-sağlık memurların puan ortancası 61(20-98), acil tıp teknisyenlerinin puan ortancası 60(20-100), sürücü-personel-diğer grubun puan ortancası 61(20-100) olup; doktorların MİDÖ puan ortancası paramedik-

sağlık memuru ile sürücü-personellerin puan ortancasından daha yüksek ve anlamlıdır. Paramedik-sağlık memuru ile sürücü-personel MİDÖ puanları arasındaki farklılık anlamlıdır ($p=0.012$). MTÖ'ye bakıldığında; doktorların puan ortancası 47(31-62), paramedik-sağlık memurların puan ortancası 51(8-83), acil tıp teknisyenlerinin puan ortancası 51(13-85), sürücü-personel-diğer grubun puan ortancası 48(4-87) olup meslek gruplarına göre toplam MTÖ puan ortancaları arasındaki fark anlamlıdır ($p=0.032$). Buna göre SKÖ incelendiğinde ise; doktorların puan ortancası 31(22-62), paramedik-sağlık memurların puan ortancası 41(22-59), acil tıp teknisyenlerinin puan ortancası 42(21-65), sürücü-personel-diğer grubun puan ortancası 38.5(22-57) olup; doktorların SKÖ puan ortancası paramedik-sağlık memuru ile acil tıp teknisyenlerinin puan ortancasından daha düşük ve aralarındaki fark anlamlıdır. Acil tıp teknisyenlerinin SKÖ puan ortancası sürücü-personel puan ortancasından daha yüksek ve aralarındaki ilişki anlamlıdır ($p<0.001$).

Katılımcıların eğitim durumlarına göre toplam MİDÖ incelendiğinde; sağlık meslek-diğer lise mezunlarının puan ortancası 58(20-100), ön lisans mezunlarının puan ortancası 65(20-100), lisans-yüksek lisans-doktora mezunlarının puan ortancası 61.5(20-98) olup sağlık meslek lisesi mezunlarının toplam MİDÖ puan ortancası ön lisans mezunlarının puan ortancasından düşük ve arasındaki fark anlamlıdır ($p=0.037$). Buna göre toplam MTÖ'ye bakıldığında; sağlık meslek-diğer lise mezunlarının puan ortancası 49(4-87), ön lisans mezunlarının puan ortancası 49(8-85), lisans-yüksek lisans-doktora mezunlarının puan ortancası 52(13-76) olup eğitim düzeylerine göre toplam MTÖ puan ortancaları arasındaki fark anlamlı değildir ($p=0.082$). Eğitim durumlarına göre SKÖ incelendiğinde ise; sağlık meslek-diğer lise mezunlarının puan ortancası 40(22-57), ön lisans mezunlarının puan ortancası 40(21-65), lisans-yüksek lisans-doktora mezunlarının puan ortancası 41(22-62) olup eğitim düzeylerine göre toplam SKÖ puan ortancaları arasındaki fark anlamlı değildir ($p=0.268$).

Araştırmaya katılanların çalıştığı birime göre toplam MİDÖ incelendiğinde; İl Sağlık Müdürlüğü-Başhekimlik-diğer çalışanların puan ortancası 74(20-98), Komuta Kontrol Merkezinde çalışanların puan ortancası 60(20-95), Ambulans Hizmetlerinde çalışanların puan ortancası 60(20-100) olup çalıştığı birime göre, İl Sağlık Müdürlüğü-Başhekimlik-diğer çalışanlarının toplam MİDÖ puan ortancası diğerlerinden anlamlı olarak daha yüksektir ($p=0.002$). Çalıştığı birime göre MTÖ'ye bakıldığında; İl Sağlık Müdürlüğü-Başhekimlik-diğer çalışanların puan ortancası 44(18-76), Komuta Kontrol Merkezinde çalışanların puan ortancası 48.5(8-69), Ambulans Hizmetlerinde çalışanların

puan ortancası 50(4-87) olup çalıştığı birime göre, İl Sağlık Müdürlüğü-Başhekimlik-diğer çalışanlarının toplam MİDÖ puan ortancası Ambulans Hizmetleri çalışanlarından daha düşük olup aralarındaki fark anlamlıdır ($p=0.002$). Buna göre SKÖ incelendiğinde ise; İl Sağlık Müdürlüğü-Başhekimlik-diğer çalışanların puan ortancası 38(22-59), Komuta Kontrol Merkezinde çalışanların puan ortancası 40(21-58), Ambulans Hizmetlerinde çalışanların puan ortancası 41(21-65) olup çalıştığı birime göre toplam SKÖ puan ortancaları arasındaki fark anlamlı değildir ($p=0.194$).

Katılımcıların çalıştığı yere göre toplam MİDÖ incelendiğinde; il merkezinde çalışanların puan ortancası 61(20-98), ilçe merkezinde çalışanların puan ortancası ise 61(23-100) olup çalıştığı yere göre toplam MİDÖ puan ortancaları arasındaki anlamlı fark yoktur ($p=0.353$). Çalıştığı yere göre toplam MTÖ incelendiğinde ise; il merkezinde çalışanların puan ortancası 50(4-82), ilçe merkezinde çalışanların puan ortancası ise 50(16-87) olup çalıştığı yere göre toplam MTÖ puan ortancaları arasındaki fark anlamlıdır ($p=0.002$). Buna göre SKÖ bakıldığında; il merkezinde çalışanların puan ortancası 41(21-65), ilçe merkezinde çalışanların puan ortancası ise 40(22-55) olup çalıştığı yere göre toplam SKÖ puan ortancaları arasındaki fark anlamlı değildir ($p=0.194$).

Araştırmaya katılanların çalışma sistemine göre toplam MİDÖ incelendiğinde; mesai çalışanların puan ortancası 66(20-97), nöbet-diğer çalışanların ise 60(20-100) olup çalışma sistemine göre toplam MİDÖ puan ortancaları arasındaki fark anlamlıdır ($p=0.006$). Tabloya bakıldığında toplam MTÖ ise; mesai çalışanların puan ortancası 46(13-73), nöbet-diğer çalışanların ise 51(4-87) olup çalışma sistemine göre toplam MTÖ puan ortancaları arasındaki fark anlamlıdır ($p<0.001$). Çalışma sistemine göre toplam SKÖ puan ortancaları; mesai çalışanların puan ortancası 40(22-59), nöbet-diğer çalışanların ise 41(21-65) olup çalışma sistemine göre toplam SKÖ puan ortancaları arasındaki fark anlamlı değildir ($p=0.237$).

Katılımcıların haftalık ortalama çalışma süresine göre toplam MİDÖ bakıldığında; 25-40 saat arasında çalışanların puan ortancası 66(20-97), 41 saat ve üstü çalışanların puan ortancası ise 60(20-100) olup haftalık çalışma süresine göre MİDÖ puan ortancaları arasındaki farklılık anlamlıdır ($p=0.029$). Haftalık çalışma süresine göre toplam MTÖ incelendiğinde; 25-40 saat arasında çalışanların puan ortancası 46.5(13-73), 41 saat ve üstü çalışanların puan ortancası ise 50(4-87) olup haftalık çalışma süresine göre MTÖ puan ortancaları arasındaki farklılık anlamlıdır ($p=0.022$). Buna göre toplam SKÖ ise; 25-40 saat arasında çalışanların puan ortancası 40(22-59), 41 saat ve üstü çalışanların

puan ortancası ise 41(21-65) olup haftalık çalışma süresine göre toplam SKÖ puan ortancaları arasındaki farklılık anlamlı değildir ($p=0.255$).

Araştırmaya katılanların meslekte çalışma süresine göre toplam MİDÖ incelendiğinde; 1-5 yıl arsında çalışanların puan ortancası 67(20-95), 6-10 yıl çalışanların puan ortancası 61(20-100), 11-15 yıl çalışanların puan ortancası 59(23-98), 16-20 yıl çalışanların puan ortancası 56(21-97), 21 yıl ve üstü çalışanların puan ortancası ise 66(32-98) olup meslekte çalışma sürelerine göre puan ortancaları arasındaki fark anlamlı değildir ($p=0.052$). Buna göre MTÖ'ye bakıldığında; 1-5 yıl arsında çalışanların puan ortancası 47(4-83), 6-10 yıl çalışanların puan ortancası 50(13-87), 11-15 yıl çalışanların puan ortancası 48(16-83), 16-20 yıl çalışanların puan ortancası 55(15-69), 21 yıl ve üstü çalışanların puan ortancası ise 49.5(29-82) olup meslekte çalışma sürelerine göre 1-5 yıl çalışanların puan ortancası 21yıl ve üstü çalışanların puan ortancaları arasındaki fark anlamlı olarak daha düşüktür ($p=0.014$). Meslekte çalışma süresine göre toplam SKÖ incelendiğinde; 1-5 yıl arsında çalışanların puan ortancası 40(22-62), 6-10 yıl çalışanların puan ortancası 41(21-65), 11-15 yıl çalışanların puan ortancası 40(22-58), 16-20 yıl çalışanların puan ortancası 40(24-55), 21 yıl ve üstü çalışanların puan ortancası ise 38(22-55) olup meslekte çalışma sürelerine göre toplam SKÖ puan ortancaları arasındaki fark anlamlıdır ($p=0.037$).

Tablo 4.18. Araştırma Grubunun Meslek ve İş Yaşam Değişkenlerine Göre Minnesota İş Doyum, Maslach Tükenmişlik ve Sürekli Kaygı Ölçeklerinin Toplam Puanlarının Karşılaştırılması

Mesleki Değişkenler	MİDÖ Toplam Min/Ort/Maks)	MTÖ Toplam (Min/Ort/Maks)	SKÖ Toplam (Min/Ort/Maks)
Meslek			
Doktor	54 / 72 / 97 ^a	31 / 47 / 62	22 / 31 / 62 ^a
Paramedik- Sağlık Memuru	20 / 61 / 98 ^b	8 / 51 / 83	22 / 41 / 59 ^b
Acil Tıp Teknisyeni	20 / 60 / 100	13 / 51 / 85	21 / 42 / 65 ^c
Sürücü-Personel /Diğer	20 / 61 / 100 ^c	4 / 48 / 87	22 / 38.5 / 57 ^d
p	0.012	0.032	<0.001
Eğitim Durumu			
Sağlık Meslek Lisesi ve Diğer	20 / 58 / 100 ^a	4 / 49 / 87	22 / 40 / 57
Ön lisans	20 / 65 / 100 ^b	8 / 49 / 85	21 / 40 / 65
Lisans-Yüksek Lisans-Doktora	20 / 61.5 / 98	13 / 52 / 76	22 / 41 / 62
p	0.037	0.082	0.268
Çalıştığı Birim			
İl Sağ. Müdür.-Başhekimlik-Diğer	20 / 74 / 98 ^a	18 / 44 / 76 ^a	22 / 38 / 59
Komuta Kontrol Merkezi	20 / 60 / 95 ^b	8 / 48.5 / 69	21 / 40 / 58
Ambulans Hizmetleri	20 / 60 / 100 ^b	4 / 50 / 87 ^b	21 / 41 / 65
p	0.002	0.002	0.194
Çalıştığı Yer			
İl Merkezi	20 / 61 / 98	4 / 50 / 82	21 / 41 / 65
İlçe Merkezi	23 / 61 / 100	16 / 50 / 87	22 / 40 / 55
p	0.353	0.002	0.194
Çalışma Sistemi			
Mesai	20 / 66 / 97	13 / 46 / 73	22 / 40 / 59
Nöbet ve Diğer	20 / 60 / 100	4 / 51 / 87	21 / 41 / 65
p	0.006	<0.001	0.237
Haftalık Ortalama Çalışma Süresi			
25-40 saat	20 / 65 / 97	13 / 46.5 / 73	22 / 40 / 59
41 saat ve üstü	20 / 60 / 100	4 / 50 / 87	21 / 41 / 65
p	0.029	0.022	0.255
Meslekte Çalışma Süresi			
1-5 yıl	20 / 67 / 95	4 / 47 / 83 ^a	22 / 40 / 62
6-10 yıl	20 / 61 / 100	13 / 50 / 87	21 / 41 / 65
11-15 yıl	23 / 59 / 98	16 / 48 / 83	22 / 40 / 58
16-20 yıl	21 / 56 / 97	15 / 55 / 69	24 / 40 / 55
21 yıl ve üstü	32 / 66 / 98	29 / 49.5 / 82 ^b	22 / 38 / 55
p	0.052	0.014	0.037

*a, b'den; b, c'den; c, d'den farklıdır.

4.19. Araştırma Grubunun Meslek İle İlgili Değişkenlere Göre Minnesota İş Doyum, Maslach Tükenmişlik ve Sürekli Kaygı Ölçeklerinin Toplam Puanlarının Karşılaştırılması

Araştırma grubunun meslek ile ilgili değişkenlere göre Minnesota İş Doyum, Maslach Tükenmişlik ve Sürekli Kaygı Ölçeklerinin toplam puanlarının karşılaştırılması tablo 4.19’da verilmiştir. Buna göre katılımcılara sorulan “Mesleğiniz ekonomik açıdan sizi ne derece tatmin ediyor” sorusuna alınan cevaplardan; çok iyi ve iyi yanıtı verenlerin toplam MİDÖ puan ortancası 69.5(58-97), orta yanıtı verenlerin puan ortancası 67(20-98) ve az-çok az yanıtı verenlerin puan ortancası ise 58(20-100) olup orta yanıtı verenlerin puan ortancası çok iyi ve iyi yanıtı verenlerden daha düşük, az ve çok az yanıtı verenlerden daha yüksek ve anlamlıdır ($p<0.001$). MTÖ puan ortancaları incelendiğinde; çok iyi ve iyi yanıtı verenlerin puan ortancası 50(32-74), orta yanıtı verenlerin puan ortancası 48(8-83) ve az-çok az yanıtı verenlerin puan ortancası ise 50(4-87) olup aralarındaki fark anlamlı değildir ($p=0.084$). SKÖ puan ortancalarına bakıldığında ise; çok iyi ve iyi yanıtı verenlerin puan ortancası 36(24-50), orta yanıtı verenlerin puan ortancası 41(21-65) ve az-çok az yanıtı verenlerin puan ortancası ise 41(21-62) olup aralarındaki fark anlamlı değildir ($p=0.059$).

Katılımcılara sorulan “Bu mesleğinizi isteyerek mi seçtiniz?” sorusuna evet yanıtı verenlerin toplam MİDÖ puan ortancası 63(20-100), hayır yanıtı verenlerin ise 56(20-94) olup puan ortancaları arasındaki farklılık anlamlıdır ($p=0.005$). MTÖ puan ortancaları incelendiğinde; evet yanıtı verenlerin puan ortancası 50(4-87), hayır yanıtı verenlerin ise 48(4-83) olup puan ortancaları arasındaki fark anlamlı değildir ($p=0.078$). SKÖ puan ortancalarına bakıldığında ise; evet yanıtı verenlerin puan ortancası 40(21-65), hayır yanıtı verenlerin ise 42(26-59) olup puan ortancaları arasındaki farklılık anlamlıdır ($p=0.018$).

Araştırmaya katılanlara sorulan “Mesleğinizi değiştirmeyi düşündünüz mü?” sorusuna evet yanıtı verenlerin toplam MİDÖ puan ortancası 57(20-100), hayır yanıtı verenlerin ise 69(20-100) olup aralarındaki fark anlamlıdır ($p<0.001$). MTÖ puan ortancaları incelendiğinde; evet yanıtı verenlerin puan ortancası 50(8-87), hayır yanıtı verenlerin ise 48(4-85) olup puan ortancaları arasındaki fark anlamlıdır ($p=0.004$). SKÖ puan ortancalarına bakıldığında ise; evet yanıtı verenlerin puan ortancası 41(22-65), hayır yanıtı verenlerin ise 39(21-55) olup puan ortancaları arasında anlamlı farklılık vardır ($p=0.003$).

Katılımcılara sorulan “Uyku problemi yaşıyor musunuz?” sorusuna her zaman yanıtını verenlerin toplam MİDÖ puan ortancası 58(20-100), bazen yanıtını verenlerin 61(20-98), hiçbir zaman yanıtını verenlerin 69(20-98) olup her zaman yanıtını verenlerin toplam MİDÖ puan ortancası hiçbir zaman yanıtını verenlerin puan ortancasından anlamlı olarak daha düşüktür ($p=0.015$). MTÖ puan ortancaları incelendiğinde; her zaman yanıtını verenlerin toplam MTÖ puan ortancası 56(13-87), bazen yanıtını verenlerin 49(8-69), hiçbir zaman yanıtını verenlerin 45(4-83) olup her zaman yanıtını verenlerin toplam MTÖ puan ortancası diğerlerinden anlamlı olarak daha yüksektir ($p<0.001$). SKÖ puan ortancalarına bakıldığında ise; her zaman yanıtını verenlerin toplam SKÖ puan ortancası 42(22-56), bazen yanıtını verenlerin 40(21-65), hiçbir zaman yanıtını verenlerin 36(23-59) olup her zaman yanıtını verenlerin toplam SKÖ puan ortancası diğerlerinden anlamlı olarak daha yüksektir ($p<0.001$).

Araştırmaya katılanlara sorulan “Mesleğiniz dışında herhangi bir sosyal aktivitede (spor, kurs, gezi, hobi vs.) bulunuyor musunuz?” sorusuna evet yanıtını verenlerin MİDÖ toplam puan ortancası 68(20-100), hayır yanıtını verenlerin ise 57(20-100) olup aralarındaki fark anlamlıdır ($p<0.001$). MTÖ toplam puan ortancaları incelendiğinde; evet yanıtını verenlerin puan ortancası 46(4-87), hayır yanıtını verenlerin ise 52(13-85) olup puan ortancaları arasındaki fark anlamlıdır ($p<0.001$). SKÖ toplam puan ortancalarına bakıldığında ise; evet yanıtını verenlerin puan ortancası 40(21-62), hayır yanıtını verenlerin ise 41(22-65) olup puan ortancaları arasında anlamlı farklılık vardır ($p=0.012$).

Tablo 4.19. Araştırma Grubunun Meslek İle İlgili Değişkenlere Göre Minnesota İş Doyum, Maslach Tükenmişlik ve Sürekli Kaygı Ölçeklerinin Toplam Puanlarının Karşılaştırılması

Meslekle İlgili Değişkenler	MİDÖ Toplam (Min/Ort/Maks)	MTÖ Toplam (Min/Ort/Maks)	SKÖ Toplam (Min/Ort/Maks)
Mesleğin Ekonomik Açıdan Tatmin Etme Durumu			
Çok İyi ve İyi	58 / 69.5 / 97 ^b	32 / 50 / 74	24 / 36 / 50
Orta	20 / 67 / 98 ^a	8 / 48 / 83	21 / 41 / 65
Az ve Çok Az	20 / 58 / 100 ^b	4 / 50 / 87	21 / 41 / 62
p	<0.001	0.084	0.059
Mesleği İsteyerek Seçme			
Evet	20 / 63 / 100	4 / 50 / 87	21 / 40 / 65
Hayır	20 / 56 / 94	13 / 51 / 83	26 / 42 / 59
p	0.005	0.078	0.018
Mesleği Değiştirme İsteği			
Evet	20 / 57 / 100	8 / 50 / 87	22 / 41 / 65
Hayır	20 / 69 / 100	4 / 48 / 85	21 / 39 / 55
p	<0.001	0.004	0.003
Uyku Problemi Yaşama			
Her zaman	20 / 58 / 100 ^a	13 / 56 / 87 ^a	22 / 42 / 56 ^a
Bazen	20 / 61 / 98	8 / 49 / 69 ^b	21 / 40 / 65 ^b
Hiçbir zaman	20 / 69 / 98 ^b	4 / 45 / 83 ^b	23 / 36 / 59 ^b
p	0.015	<0.001	<0.001
Sosyal Aktivite Durumu			
Evet	20 / 68 / 100	4 / 46 / 87	21 / 40 / 62
Hayır	20 / 57 / 100	13 / 52 / 85	22 / 41 / 65
p	<0.001	<0.001	0.012

*a, b'den farklıdır.

4.20. Minnesota İş Doyum, Maslach Tükenmişlik ve Sürekli Kaygı Ölçeklerinin Korelasyonu

Araştırmaya katılanların Minnesota İş Doyum, Maslach Tükenmişlik ve Sürekli Kaygı Ölçeklerinin korelasyonu tablo 4.20’de verilmiştir. Buna göre MTÖ alt boyut puanları ile MİDÖ alt boyut puanları incelendiğinde; kişisel başarı alt boyut puanı ile genel doyum alt boyut puanı arasında pozitif yönde, zayıf, anlamlı bir ilişki vardır ($p<0.001$). Alt boyutlardan; kişisel başarı puanı ile içsel doyum puanı arasında ise pozitif yönde, zayıf, anlamlı bir ilişki vardır ($p<0.001$). Alt boyutlardan; kişisel başarı puanı ile dışsal doyum puanı arasında ise pozitif yönde, zayıf, anlamlı bir ilişki vardır ($p<0.001$).

Katılımcıların MTÖ alt boyut puanları ile MİDÖ alt boyut puanları incelendiğinde; duygusal tükenme puanı ile genel doyum puanı arasında negatif yönde, zayıf, anlamlı bir ilişki vardır ($p<0.001$). Alt boyutlardan; duygusal tükenme puanı ile

içsel doyum puanı arasında negatif yönde, zayıf, anlamlı bir ilişki vardır ($p<0.001$). Alt boyutlardan; duygusal tükenme puanı ile dışsal doyum puanı arasında negatif yönde, zayıf, anlamlı bir ilişki vardır ($p<0.001$).

Araştırmaya katılanların MTÖ alt boyut puanları ile MİDÖ alt boyut puanları incelendiğinde; duyarsızlaşma puanı ile genel doyum puanı arasında negatif yönde, zayıf, anlamlı bir ilişki vardır ($p<0.001$). Alt boyutlardan; duyarsızlaşma puanı ile içsel doyum puanı arasında negatif yönde, zayıf, anlamlı bir ilişki vardır ($p<0.001$). Alt boyutlardan; duyarsızlaşma puanı ile dışsal doyum puanı arasında negatif yönde, zayıf, anlamlı bir ilişki vardır ($p<0.001$).

Katılımcıların SKÖ puanları ile MİDÖ alt boyut puanlarına bakıldığında; sürekli kaygı puanı ile genel doyum puanı arasında negatif yönde, zayıf, anlamlı bir ilişki vardır ($p=0.001$). Sürekli kaygı puanı ile içsel doyum alt boyut puanı arasında negatif yönde, zayıf, anlamlı bir ilişki vardır ($p=0.002$). Sürekli kaygı puanı ile dışsal doyum alt boyut puanı arasında negatif yönde, zayıf, anlamlı bir ilişki vardır ($p=0.033$).

Araştırmaya katılanların MTÖ alt boyut puanları ile SKÖ puanları incelendiğinde; kişisel başarı alt boyutu ile sürekli kaygı ölçeği puanı arasında negatif yönde, zayıf, anlamlı bir ilişki vardır ($p<0.001$). Duygusal tükenme alt boyut puanı ile sürekli kaygı puanı arasında pozitif yönde, zayıf, anlamlı bir ilişki vardır ($p<0.001$). Duyarsızlaşma alt boyut puanı ile sürekli kaygı puanı arasında pozitif yönde, zayıf, anlamlı bir ilişki vardır ($p<0.001$).

Tablo 4.20. Minnesota İş Doyum, Maslach Tükenmişlik ve Sürekli Kaygı Ölçeklerinin Korelasyonu

	p r	Minnesota İş Doyum Ölçeği			Sürekli Kaygı Ölçeği
		<i>Genel Doyum</i>	<i>İçsel Doyum</i>	<i>Dışsal Doyum</i>	<i>Sürekli Kaygı</i>
Maslach Tükenmişlik Ölçeği					
Kişisel Başarı	<i>p</i>	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001
	<i>r</i>	0.486	0.472	0.420	-0.179
Duygusal Tükenme	<i>p</i>	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001
	<i>r</i>	-0.346	-0.251	-0.357	0.489
Duyarsızlaşma	<i>p</i>	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001
	<i>r</i>	-0.258	-0.208	-0.207	0.461
Sürekli Kaygı Ölçeği	<i>p</i>	0.001	0.002	0.033	-
	<i>r</i>	-0.166	-0.157	-0.107	-

5. TARTIŞMA

Acil sağlık hizmetlerinin sağlık sistemi üzerindeki önemine bakıldığında, bu birimlerde görev yapan sağlık personellerinin iş doyumunu, tükenmişlik ve kaygı düzeylerinin önemliliği ön plana çıkmaktadır. Çalışanların sağlığının korunması ve geliştirilmesi sağlık hizmetlerinin daha iyi sunumu için son derece önemlidir. Bu amaçla sağlık personellerinin iş doyumunu, tükenmişlik, kaygı düzeylerini ve bunları etkileyen faktörlerin incelenmesi amacıyla bu çalışma yapılmıştır.

Ambulans çalışanları diğer sağlık personellerine göre çalışma saatlerinin yoğunluğu ve bu saatlerin büyük bir kısmında dışarıda hasta ve yaralılara acil sağlık hizmeti verdiği için daha dezavantajlıdır (75). Genellikle yaşam ile ölüm arasındaki insanlara daha hızlı müdahale etmek ve gerekli olan tıbbi bakımı güvenli olmayan ortamlarda yapmak durumunda kalan acil sağlık çalışanları, ölümler, ciddi yaralanmalar, kazalar, şiddet olayları gibi yoğun stres oluşturan durumlarla mesleklerine özgü daha sık karşılaşmakta, ayrıca hasta ve hasta yakınlarından şiddet görebilmektedirler. Acil sağlık çalışanlarında yaşanan travmalar sonrasında stres belirtileri, kaygı, depresyon ve tükenmişlik belirtileri de sık olarak görülmektedir (3).

Çalışmamız da ise Malatya ilindeki 112 acil sağlık hizmetlerinde görev yapan personellerin iş doyumunu, tükenmişlik ve kaygı düzeyleri ve bunları etkileyen faktörlerin belirlenmesi amaçlanmıştır.

5.1. Katılımcıların Minnesota İş Doyum Ölçeğine Göre Dağılımının Değerlendirilmesi

Minnesota iş doyumunu ölçeğinde 3 nötr puandır. Minnesota İş Doyum Ölçeğinden alınan puanların 3'ün altında olması düşük iş doyumunu, 3'ün üstünde olması ise yüksek iş doyumunu göstermektedir. Malatya ili çalışmasında 112 sağlık personellerinin içsel doyum puanlarının yüksek (3.41), dışsal doyum puanlarının düşük (2.62) ve genel doyum puanlarının yüksek (3.05) olduğu bulunmuştur. İçsel doyum bireyin kendisi ile ilgili, dışsal doyum ise yönetim ile ilgili doyumunu göstermektedir. Bu çalışmaya göre sağlık personellerinin içsel doyumları dışsal doyumlarına göre daha yüksek bulunmuştur. Çalışanlarının %45.3'ü düşük seviyede, %3.3'ü orta seviyede ve %51.5'i yüksek seviyede iş doyumuna sahip oldukları görülmüştür.

Sağlık çalışanlarının iş doyumları ile ilgili birçok çalışma yapılmıştır. Acil sağlık hizmetlerinde çalışan personellere yapılan bu çalışmalarda katılımcıların içsel doyumunu (3.76), dışsal doyumunu (3.35) ve genel iş doyumunun (3.60) yüksek olduğu bildirilmiştir (76). Ankara'da İl Ambulans servisinde çalışan (n=262) personelin katılımıyla tanımlayıcı nitelikte yapılan çalışmada dışsal doyumun (2.97) düşük, içsel doyumun (3.31) yüksek ve genel iş doyumunun (2.47) düşük olduğu rapor edilmiştir (32).

İş yaşamı insanlar için hem maddi kazanımlar hem de bazı rollerin üstlenildiği sosyal alanlardan oluşmaktadır. İş doyumunu, çalışan bireylerin işlerine karşı hissettikleri olumlu ve ya olumsuz duygu, düşünce, tutum ve davranışları belirtir. Bu nedenle yapılan işin kalitesi ve verimliliği çalışanların iş doyumuna bağlıdır (77). Yaş, cinsiyet, eğitim, statü, kişilik ve çevre iş doyumunu etkileyen bireysel faktörlerdir. Kurumun işleyişi ve politikaları, ücret, görevde yükselme, kurumun fiziksel koşulları iş doyumunu etkileyen kurumsal faktörlerdir (78).

Hem kadınlarda hem de erkeklerde iş doyumunu belirleyici faktörler vardır. Bunlardan bazıları prestij, özerklik, gelir ve öğrenme olanaklarıdır. Ancak bu durum yine de kadınların ve erkeklerin işleri ile ilgili duygularının aynı olduğunu göstermez. Kadınların ev hayatındaki sorumluluklarının fazla olması rol çatışmasına neden olmakta ve bu sebeple de çoğu kadın iş sorumluluğu daha az olan işlerde çalışmaktadır. Bu tür işlerde de sahip oldukları beceri ve yeteneklerin tamamını kullanamamaktadırlar. Bu sebeplerle kadınların iş doyumlarının erkeklere göre farklı olması beklenmektedir (78).

Kadınların ev hayatında eş ve anne olmalarından dolayı yaşadıkları rol çatışmasının iş hayatını olumsuz etkilemesi ve bu sebeple de iş doyumlarının erkeklere göre daha düşük olması beklenen bir durumdur (79). Ancak çalışmamızda kadın ve erkeklerin iş doyumunu puan ortancaları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Almanya'da birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan (n=1106) hekimlerle yapılan tanımlayıcı tipteki çalışmada kadınların iş doyumunu erkeklere göre daha düşük bulunmuştur (80). Literatür incelendiğinde; Van'da üç hastanede görev yapan (=131) hemşire ile tanımlayıcı ve kesitsel tipte yapılan çalışmada, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesinde çalışan (n=529) personelle yapılan kesitsel tipte çalışmada, Eskişehir ilinde çalışan (n=112) AABT ve ATT'lerle tanımlayıcı ve kesitsel tipte yapılan çalışmada, Türkiye Personel Yönetimi Derneği üyeleriyle (N=280) yapılan tarama türündeki çalışmada, Eskişehir ilinde mezun olan (n=153) ATT ve AABT'ler ile yapılan kesitsel tipteki çalışmada, Denizli ilinde acil sağlık hizmetlerinde görev yapan (n=91) pratisyen hekimlerle yapılan kesitsel tipteki çalışmada, araştırmamızın sonuçları ile benzer olarak

kadın ve erkeklerin iş doyumları arasında farklılık bulunmadığı bildirilmektedir (77,81-85).

Yaş ve iş doyumunu arasındaki ilişkiyi inceleyen birçok araştırmada, iş doyumunu ile yaş arasında pozitif bir ilişki olduğu ve yaş arttıkça iş doyumunun arttığı görülmüştür (86). Ancak çalışmamızda yaş gruplarına göre iş doyum puanları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Çalışmada yaş grupları arasında fark bulunmamasının nedeni; çalışanların çoğunluğunun (%45.5) genç yaşta (20-29) olması ve yeterli mesleki tecrübeye sahip olmamaları nedeniyle olabilir. İş doyumunu üzerinde etkili olan yaş değişkenini inceleyen bazı çalışmalar yapılmıştır. Bu çalışmalarda araştırmamızın sonucu ile benzer olarak yaş faktörünün iş doyumunu üzerinde önemli bir farklılık oluşturmadığını bildirmektedirler (81,84,85). İstanbul'da bir Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde psikiyatri kliniklerinde çalışan (n=80) hemşire ile yapılan kesitsel tipteki çalışmada da yaş ve iş doyumunu arasında farklılık bulunmamıştır (87).

Evli bireylerin düzenli bir hayatının olmasının yanı sıra bazı sorumlulukları da bununla birlikte artmaktadır. Bu durum bireylerde fiziksel ve psikolojik problemlere neden olabilir. Evde yaşanan doyumsuzluğun ve problemlerin iş hayatına yansımaları nedeniyle iş doyumunu azalabilir (88). Çalışmamızda medeni duruma göre iş doyum puanları değerlendirildiğinde evliler ve bekar-diğer arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Erzurum'da görev yapan (n=454) doktorlara yapılan analitik ve kesitsel tipteki çalışmada, evli doktorların iş doyum puanlarının bekar doktorlara göre daha yüksek olduğu rapor edilmiştir (89). Araştırmamızın sonuçları ile benzer bazı çalışmalarda medeni durum ile iş doyumunu arasında önemli bir farklılık olmadığını bildirmişlerdir (81,85).

Çalışmamızda katılımcıların %64.5'inin çocuğu varken, %35.5'inin çocuğu yoktur. Çocuk sahibi olmayanların dışsal ve genel doyum puanı daha yüksek bulunmuştur. Bu durum ebeveyn sorumluluğu olmayan bireylerin kendilerini işine daha fazla adapte ettiklerini göstermektedir. Muğla merkezde çalışan (n=219) sağlık personelleri üzerinde yapılan kesitsel tipteki çalışmada çocuk sahibi olmayanların iş doyum puanı daha yüksek, Türk Silahlı Kuvvetlerinde çalışan (n=1274) sağlık personelleri ile tabakalı seçkisiz örneklem yöntemi ile yapılan çalışmada çocuğu olan sağlık personellerin, çocuğu olmayanlara göre daha fazla iş doyumunu yaşadıkları bildirilmektedir (78,90).

İş doyumunu etkileyen faktörlerden biri de gelir düzeyidir. Ama çalışmamızda ailenin gelir düzeyi ile iş doyumunu arasında fark bulunmamıştır. Çalışmamızı destekler

nitelikte; Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesinde çalışan (n=340) doktor, hemşire ve idari personeller ile tarama modeli kullanılarak yapılan çalışmada gelir düzeyinin iş doyumunu etkilemediğini bildirmiştir (91). Ancak farklı olarak Ordu Devlet Hastanesi ve Doğum Hastanesinde çalışan (n=174) ebe ve hemşirelerle tanımlayıcı yöntem ile yapılan çalışmada ve Mısır'da Sağlık Bakanlığına bağlı hastanelerde çalışan (n=238) rastgele örnekleme yöntemiyle seçilen doktorlarla yapılan çalışmada düşük gelirin düşük iş doyumuna, yüksek gelirin yüksek iş doyumuna sebep olduğu bildirilmiştir (92,93).

Çalışmaya katılanların mesleklerine göre iş doyumlarına bakıldığında; doktorların iş doyumunu diğer meslek gruplarına göre daha yüksek bulunmuştur. Bunun sebebi doktorların aldığı sosyal statü, yetki, sorumluluk, ücret, çalışma süresinin kısalığı, görevde yükselme olabilir. Eskişehir ilinde Aile Hekimliğinde görev yapan (n=147) doktorlar ile kesitsel tipte yapılan çalışmada, doktorların iş doyumunun orta düzeyde olduğu bildirilmiştir (94). Çalışmamızda paramedik, ATT ve sürücü grubunun içsel ve genel doyumunda orta düzeyde, dışsal doyumunda düşük düzeyde bulunmuştur. Bunun nedeni, çalışanların aldığı ücretin yetersizliği, yönetim ile ilgili sorunlar, görevde yükselmemeye, olumsuz çalışma şartları kaynaklı olabilir. Ankara İl Ambulans Servisinde çalışan (n=262) personeller ile tanımlayıcı tipte yapılan çalışmada ATT ve paramediklerin iş doyumlarının farklılık gösterdiği bildirilmektedir (32).

Eğitim düzeyi iş doyumunu etkileyen etmenlerden biridir. Çalışmamızda eğitim düzeylerine göre içsel doyum orta düzeyde olup sağlık meslek lisesi-diğer lise grubunun dışsal doyum ve genel doyum puanları diğer gruplardan anlamlı olarak düşük bulunmuştur. Bunun nedeni eğitim düzeyi düşük olduğunda yetki ve sorumlulukların az verilmesi, tek başına karar verme ve uygulama imkanı olmadığından dolayı olabilir. 1966-2011 yılları arasındaki İngilizce ve Çince yayınları kapsayan yedi veri tabanının sistematik aramalarından elde edilen, hastane hemşireleri arasında iş tatminiyle ilgili 100 makaleyi analiz eden çalışmada; hemşirelerin öğrenim durumları arasında farklılık bulunmamıştır (95). Ancak Sivas Numune Hastanesinde çalışan (n=180) sağlık personeli ile kesitsel tipte yapılan çalışmada eğitim düzeyinin artışının iş doyumunu artırdığı belirtilmiştir (96).

Katılımcıların çalıştığı birim iş doyumunu önemli ölçüde etkilemektedir. Çalışmamızda İl Sağlık Müdürlüğü-Başhekimlikte çalışanlar yüksek iş doyumuna sahip ve KKM ile Ambulans hizmetlerinde çalışanlara göre aralarındaki fark anlamlı olarak bulunmuştur. Bunun nedeni mesai çalışma, iş yükü, çalışma koşulları, yöneticilerle birlikte çalışma kaynaklı olabilir.

Çalışmamızda katılımcıların çalıştığı yere göre il veya ilçe merkezinde olmasının iş doyumunu etkilemediği görülmüştür. Bu durum çalışan personelin hizmet verdiği yerde ikamet zorunluluğu olmaması ve nöbet çıkışında şehir merkezine gelebilme imkanıyla açıklanabilir.

Çalışmamızda mesai çalışanların içsel doyum ve genel doyumunu nöbet tutanlara göre yüksek bulunmuştur. Bu durum mesai çalışanların nöbet tutmaması ve gece çalışmaması kaynaklı olabilir. Bursa Devlet Hastanesinde çalışan (n=284) hemşire ile kesitsel tipte yapılan bir çalışmada gündüz çalışan hemşirelerin iş doyum düzeylerinin, gece nöbeti tutan hemşirelere göre daha yüksek bulunduğu bildirilmiştir (97).

Çalışmamızda haftalık çalışma saati 40 saat ve altı çalışanların içsel doyum ve genel doyum puanları 40 saat üstü çalışanlara göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Kayseri il merkezinde görev yapan (n=622) hemşire ile kesitsel tipte yapılan çalışmada hemşirelerde haftalık çalışma saatinin artmasıyla iş doyumunun azaldığı rapor edilmiştir (98). Çalışmamızda; haftalık çalışma saati uzun olanların bireysel ihtiyaçlarını karşılamasında, dinlenmesi ve ailesine zaman ayırması gibi konularda sorunlar yaşadıkları için, düşük iş doyumunu olması beklenen bir durumdur.

Meslek yaşamındaki tecrübe ve meslekte çalışma süresi iş doyumunu önemli ölçüde etkilemektedir. Çalışmamızda 1-5 yıl arasında çalışanların içsel doyumunu daha yüksek ve anlamlı bulunmuştur. Bu durum iş yaşamına yeni başlamış olan çalışanların işten beklentilerinin yüksek olmasından kaynaklı yüksek iş doyumuna ulaşması ile açıklanabilir. İzmir ilinde görev yapan (n=67) acil ambulans bakım teknikerleri ile tanımlayıcı tipte yapılan çalışmada acil ambulans bakım teknikerlerinin çalışma süreleri arttıkça iş doyum düzeylerinin azaldığı bildirilmiştir (76). Literatüre bakıldığında uzun zaman aynı işte çalışan bireylerin kazandığı bilgi, tecrübe ve bu zaman içerisinde işleri ile bütünleşmelerinden dolayı iş doyumlarının arttığı da görülmektedir. Yapılan bir çalışmada hemşirelerin meslekte çalışma süresi arttıkça iş doyum düzeyinin de arttığı rapor edilmiştir (98).

Çalışmamızda mesleğin ekonomik tatmin etme durumunu “az-çok az” olarak yanıtlayanların iş doyum ölçeği alt boyutlarının puan ortancaları diğerlerinden anlamlı olarak düşük bulunmuştur. Gelir düzeylerinin yükselmesi ile birlikte yaşam kalitesinin artması sonucu bireyin işinde yüksek doyuma ulaşması beklenmektedir. Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti Lefkoşa Devlet Hastanesinde çalışan (n=173) hemşire ile tarama modeli ile yapılan çalışmada da benzer sonuçlar bildirilmiştir (99).

Katılımcılardan mesleği isteyerek seçenlerin içsel doyum puanı yüksek ve anlamlı bulunmuştur. Bireylerin istediği meslekte çalışması moral ve motivasyonunu arttırarak daha verimli çalışmasını sağlamaktadır. Bu sebeple kişilerin istediği meslekte çalışması iş doyumunu arttırmaktadır.

Çalışmamızda mesleği değiştirme sorusuna ‘‘hayır’’ yanıtını verenlerin içsel, dışsal ve genel doyumları anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. İşinden memnun olanların iş doyum puanının daha yüksek olması beklenen bir durumdur. İstanbul ilinde diyaliz merkezlerinde çalışan (n=187) hemşire ile tanımlayıcı tipte yapılan çalışmada hemşirelerin işten ayrılma düşüncesi ile iş doyumunu düzeyi arasında anlamlı bir ilişki olduğu bildirilmiştir (100).

Çalışmamızda ‘her zaman’ uyku problemi yaşayanların dışsal doyum ve genel doyum puanları diğerlerinden anlamlı ve daha düşük bulunmuştur. Uyku problemi yaşayan kişilerin işe adaptasyonu ve işe gitme isteğinin azalması ile beraber iş doyumunun azalması beklenen bir durumdur. İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Fakültesinde çalışan (n=418) hemşire ile tanımlayıcı tipte yapılan çalışmada uyku kalitesinin düşmesi ile iş doyumunun azalması arasında ilişki olduğu bildirilmiştir (101).

Katılımcılardan sosyal aktivitesi bulunan kişilerin içsel doyum, dışsal doyum ve genel doyumları, sosyal aktivitesi bulunmayanlara göre daha yüksek ve anlamlı bulunmuştur. Literatüre baktığımızda ise; Batman ilinde görev yapan (n=168) öğretmen ile betimsel tarama modeline göre yapılan çalışmada öğretmenlerin fiziksel aktivite ile iş doyumları arasında belirleyici olarak istatistiksel anlamlı ilişki olmadığını bildirmişlerdir (102).

5.2. Katılımcıların Maslach Tükenmişlik Ölçeğine Göre Dağılımının Değerlendirilmesi

Çalışan sağlık personellerinin tükenmişliğini araştıran çalışmalar incelendiğinde iletişimde problem yaşayanların, yaşamayanlara göre duygusal tükenme ve duyarsızlaşma puanlarının daha yüksek olduğu görülmüştür. Yapılan çalışmada hasta bireylerle olumlu iletişim kuran personellerin duygusal tükenme düzeylerinin daha düşük olduğu görülmüştür (90).

Çalışmamızda katılımcıların Maslach Duygusal Tükenme puanının 21 (min;0-max;36) yüksek olduğu, Duyarsızlaşma puanının 7.5 (min;0-max;19) düşük olduğu ve Kişisel Başarı puanının 21 (min;4-max;32) yüksek olduğu olarak görülmüştür. Acil sağlık hizmetlerinde çalışan sağlık personellerinin tükenmişlik düzeyleri ile ilgili birçok

araştırma yapılmıştır. Kocaeli ilindeki (n=191) acil servis çalışanlarına yapılan araştırmada; acil çalışanlarının duygusal tükenme puanı orta düzey, duyarsızlaşma puanı düşük düzey ve kişisel başarı puanı orta düzey olarak rapor edilmektedir (103). Bu sonuçlar çalışmamızı desteklemektedir. Eskişehir’de çalışan (n=112) ATT ve AABT’ler ile yapılan çalışmada; AABT ve ATT’lerin duygusal tükenme puanının düşük (12.16), duyarsızlaşma puanının düşük (4.16), kişisel başarıda azalma puanının düşük (10.18) olduğu bildirilmiştir (77).

Araştırmaya katılanların toplam tükenmişlik puanı ortancası 50 (min;4-max;87) olarak bulunmuştur. Türkiye’de 81 ilde bulunan (n=52) il sağlık müdürleri ile kesitsel tanımlayıcı tipte yapılan bir araştırmada, sağlık müdürlerinin Maslach Tükenmişlik Ölçeğinde ortalama 43 puan aldığı bildirilmiştir (104). İstanbul’da diyaliz merkezlerinde çalışan (n=107) sağlık çalışanları ile kesitsel tipte yapılan araştırmada ise doktorların tükenmişlik puanı 43.69 ve hemşirelerin ise 47.67 olarak bulunmuştur (105).

Çalışmamızda tükenmişlik düzeyleri ile cinsiyet değişkeni arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Balıkesir İlinde görev yapan (n=290) ambulans çalışanları ile kesitsel tipte yapılan çalışmada ambulans çalışanlarının tükenmişlik düzeylerinde cinsiyete göre anlamlı bir farklılık olmadığı bildirilmiştir (106). Bu sonuçlar araştırmamız bulgularını desteklemektedir.

Araştırmamızda yaş değişkeni ile tükenmişlik düzeyleri arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. Harran Üniversitesi Tıp Fakültesinde görev yapan (n=135) doktorlarla kesitsel tipte yapılan çalışmada ve Ankara’da bir tıp fakültesinde okuyan (n=276) intörn doktorlarla kesitsel tipte yapılan çalışmada tükenmişlikle yaş grupları arasında fark bulunmadığı bildirilmiştir (107,108). Bu sonuçlar araştırmamız bulgularını desteklemektedir. Finlandiya’da 30-64 yaş arasındaki (N=3424) bireylere kesitsel ve tanımlayıcı tipte yapılan çalışmada yaş ile birlikte tükenmişlik puanında arttığını rapor etmişlerdir (109).

Çalışmamızda medeni durum ile alt boyut duygusal tükenme ve duyarsızlaşma arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır. Bekar-diğer olanların kişisel başarı puan ortancası evli olanların puan ortancasından daha yüksek bulunmuştur. İstanbul’da bir Eğitim ve Araştırma Hastanesinde radyasyon onkolojisi bölümünde çalışan (n=36) personelle yapılan tanımlayıcı bir çalışmada ve Ankara’da birinci basamak sağlık kuruluşlarında çalışan (n=252) sağlık personelleri ile tanımlayıcı tipte yapılan çalışmada evli ve bekarların tükenmişlik düzeyleri arasında fark bulunmadığı bildirilmiştir (46,110). Bu sonuçlar araştırmamız bulgularını desteklemektedir.

Katılımcıların tükenmişlik alt boyutları duygusal tükenme ve duyarsızlaşma arasında çocuk durumuna göre anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Çocuğu olmayanların kişisel başarı puan ortancası çocuğu olanlardan anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Ankara Keçiören’de birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan (n=252) personellerle yapılan tanımlayıcı tip çalışmada çocuk sayısının yükselmesi ile kişisel başarının azaldığı bildirilmektedir (111). Bu sonuçlar araştırmamız bulgularını desteklemektedir.

Çalışmamızda gelir düzeyi 8401-11200 TL olanların kişisel başarı düzeyi anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur. Gelir düzeyinin düşüklüğü tükenmişliği arttıran sebeplerden biridir. Türkiye’de bir hastanede çalışan (n=167) hemşirelerin katılımıyla tabakalı rastgele örnekleme yöntemiyle yapılan çalışmada ve Adana’da devlet hastanesi acil servislerinde çalışan (n=208) personeller ile tanımlayıcı tipte yapılan çalışmada genel olarak gelir düzeyi azaldıkça tükenmişlik düzeyinin arttığı rapor edilmiştir (112,113).

Araştırmamızda doktorların kişisel başarı puanları yüksek, duygusal tükenme ve duyarsızlaşma puanları düşük olarak bulunmuştur. Bunun nedeni çalışmaya katılan doktor sayısının az olması, çalışma yılının az olması, gelir düzeyinin yüksek olması, çalışma şartları kaynaklı olabilir. Ege Üniversitesi ve Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi yoğun bakım ünitelerinde çalışanlarla (n=65) kesitsel tipte yapılan çalışmada ise doktorların duyarsızlaşma puanının diğer meslek gruplarına göre daha yüksek olduğu rapor edilmiştir (114).

Çalışmamızda eğitim düzeylerine göre ön lisans mezunlarının duygusal tükenme puanları lisans-yüksek lisans-doktora mezunlarından anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur. Bunun nedeni ön lisans mezunlarının görev ve yetkilerinin belli olması, görev tanımına uygun pozisyonlarda çalışması olabilir. 2010 yılında bir Türkiye’de bir üniversite hastanesinde çalışan (n=270) sağlık çalışanlarına yapılan kesitsel ve tanımlayıcı tipteki çalışmada ise eğitim düzeyi yükseldikçe duygusal tükenmenin yükseldiği bildirilmiştir (115).

Katılımcılardan Ambulans hizmetleri çalışanlarının duygusal tükenme puanı ve duyarsızlaşma puanı diğerlerinden daha yüksek bulunmuştur. Bunun nedeni nöbet sisteminde çalışma, sürekli hasta ve yakınlarıyla iletişim kurma ve onlarla bir arada çalışma, kaza, travma, ölüm gibi durumlarla sık karşılaşma, ayrıca ambulans endikasyonu olmayan gereksiz vakalara gitme gibi nedenlerden kaynaklanabilir.

Çalışmamızda il ve ilçe merkezinde çalışanlar arasında tükenmişlik düzeyleri arasında önemli bir fark bulunmamıştır. Bu durum çalışan personelin hizmet verdiği

yerde ikamet zorunluluğu olmaması ve nöbet çıkışında şehir merkezine gelebilme imkanıyla açıklanabilir.

Çalışmamızda nöbet sisteminde çalışanların duygusal tükenme ve duyarsızlaşma puanı anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Bunun nedeni sürekli hastalarla bir arada çalışma, fazla çalışma saati, nöbet kaynaklı sık uyku problemi yaşama olduğu düşünülmektedir. Manisa’da görev yapan (n=327) hemşirelerle yapılan kesitsel çalışmada nöbet sisteminde çalışanların nöbet tutmayanlara göre daha çok tükenmişlik yaşadıkları rapor edilmiştir (116).

İş ile ilgili olarak tükenmişliğe neden olan değişkenlerden biri çalışma saatlerinin fazla olmasıdır. Çalışmamızda 41 saat ve üzerinde çalışanların duyarsızlaşma puanı daha yüksek bulunmuştur. Bu durum nöbet sisteminde çalışanların çalışma saatlerinin fazla olması ve sık nöbet tutması nedeniyle olabilir. Amerika’daki Colorado Üniversitesinde bulunan (n=227) asistan hekimlerle yapılan kesitsel ve tanımlayıcı tipteki çalışmada, çalışma saatlerinin azaltılmasından sonra asistan hekimlerde tükenmişliğin azaldığı bildirilmiştir (117).

Katılımcılardan 1-5 yıl arasında çalışanların duygusal tükenme ve duyarsızlaşma puanı diğerlerinden daha düşük bulunmuştur. Bunun nedeni mesleğe yeni başlayanlarda beklentinin ve iş doyumunun yüksek olmasından kaynaklanabilir. Türkiye’de bir üniversite hastanesinde çalışan (N=561) hemşirelerle yapılan kesitsel tipte bir araştırmada çalışma yılının artmasıyla duygusal tükenmenin azaldığı, kişisel başarının da arttığı bildirilmiştir (118).

Çalışmamızda mesleğin ekonomik tatmin etme durumunu ‘az-çok az’ olarak algılayanların duygusal tükenme puanı ‘orta’ yanıtını verenlere göre yüksek ve anlamlı bulunmuştur. Ayrıca mesleğin ekonomik tatmin etme durumunu “çok iyi-iyi” olarak algılayanların kişisel başarı puanı diğerlerinden daha yüksek bulunmuştur. Yapılan çalışmada gelir düzeyinin azalması duygusal tükenmenin ve duyarsızlaşmanın artmasına, kişisel başarının azalmasına neden olduğu belirtilmiştir (118). Bireylerin gelir düzeyinin artmasıyla birlikte yaşam kalitesinin artmasıyla tükenmişlik düzeyinin de azalması beklenir.

Katılımcılardan mesleği istemeden seçenlerin duyarsızlaşma puanı mesleği isteyerek seçenlere göre daha yüksek bulunmuştur. Mesleği istemeyerek seçenlerde bıkkınlık, çalışma isteğinin az olması nedeniyle tükenmişliğin fazla olduğu düşünülmektedir. Hemşirelerle yapılan bir çalışmada kendi seçtiği birimde çalışanlarda tükenmişliğin daha az görüldüğü bildirilmiştir (118).

Mesleği değiştirmek isteyenlerin duygusal tkenme ve duyarsızlaşma puanı mesleği değiştirmek istemeyenlerden daha yksek bulunmuştur. Bunun nedeni mesleğinden memnun olmayan kişilerde tkenmişliğin daha fazla gcrclmesidir. Eskişehir ilinde çalışan (n=112) AABT ve ATT'lerle tanımlayıcı ve kesitsel tipte yapılan çalışmada mesleğinden memnun olmayanlarda duygusal tkenme ve kişisel başarıda azalmanın daha yksek olduğu rapor edilmiştir (77).

Çalışmamızda 'her zaman' uyku problemi yaşayanların duygusal tkenme ve duyarsızlaşma puanı diğerlerinden anlamlı olarak yksek bulunmuştur. Ncbet sisteminde çalışanların biyolojik saatlerinin değiştiği için, uyku ihtiyaçlarını karşılayamadıkları ve yeterince dinlenmedikleri için tkenmişlik dzeylelerinin daha yksek olması beklenen bir durumdur. Yapılan bir araştırmada çalışma saatlerinin duygusal tkenmişliği ve kişisel başarıyı etkilemediği, duyarsızlaşmayı etkilediği bildirilmiştir (81).

Katılımcılardan sosyal aktivite yapmayan kişilerin duygusal tkenme, duyarsızlaşma puanlarının yksek olduğu kişisel başarı puanının ise daha dşşk olduğu bulunmuştur. Bu durum sosyal aktivite yapmayan kişilerin tkenmişlik dzeylelerinin daha yksek olduğunu gsterir.

5.3. Katılımcıların Srekli Kaygı Oleğine Gcre Dağılımının Değerlendirilmesi

Çalışmamızda katılımcıların Srekli Kaygı puanı ortancası 41 (min;21-max;65) olarak bulunmuştur. Srekli Kaygı puanları 20-80 arasında değer aldıkları ve yapılan çalışmada katılımcıların kaygı durumunun orta dzeyle olduğu gcrclmektedir. Pandemi dcneminde İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde çalışan (n=255) sağlık personellerine yapılan tanımlayıcı tipteki çalışmada srekli kaygı puanının 44.16 olduğu rapor edilmiştir (119). Yapılan bir diğer çalışmada ise; hemşirelerde srekli kaygı puanının 40 olduğu rapor edilmiştir (98). Bu sonuçlar araştırmamızın bulgularını desteklemektedir.

Çalışmamızda cinsiyete gcre kaygı puanlarına bakıldığında kadınların srekli kaygı puanları erkeklere gcre yksek bulunmuştur. Bunun nedeni kadınların strese erkeklere gcre duygusal olarak daha fazla tepki vermeleri ve bunu dışa yansıtmalarından olabilir. Selçuk Üniversitesi Beden Eğitimi ve Spor Yksekokulunda cęrenim gcren son sınıf cęrencilerle (n=90) yapılan kesitsel çalışmada kadınların kaygı dzeyleinin daha yksek olduğu; Edirne ilinde ambulans çalışanlarına (n=71) yapılan kesitsel çalışmada ise cinsiyete gcre kaygı puanları arasında fark olmadığı bildirilmiştir (75,120).

Araştırmamızda sürekli kaygı puanları ile yaş grupları arasında anlamlı fark olup 20-29 yaş grubunun kaygı puanı 40 yaş ve üstüne göre daha yüksek bulunmuştur. Yaş ile çalışma yılı arttıkça kişiler işini daha çok benimser ve iş koşullarına daha iyi uyum sağlar. Çalışmamızda yeni işe başlayanlarda tecrübesizlik nedeniyle kaygı puanı yüksek olup yıllar geçtikçe kaygı puanının düştüğü görülmüştür. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde çalışan (n=153) hekimlerle sistematik örnek seçme yöntemi ile yapılan çalışmada anksiyetenin 30 yaş altında daha yüksek 46 yaş ve üzerinde daha düşük olduğu bildirilmiştir (121). Bu sonuçlar araştırmamız bulgularını desteklemektedir.

Çalışmamızda medeni duruma göre sürekli kaygı puanları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Yapılan bir çalışmada sürekli kaygı puanlarının medeni duruma göre farklılık göstermediğini bildirmişlerdir (75).

Katılımcıların çocuk durumuna göre sürekli kaygı puanları arasında bir fark bulunmamıştır. Türkiye, Avusturya, Amerika Birleşik Devletleri ve Hindistan'dan oluşan, dört farklı ülkede (n=220) kişi ile ilişkisel tarama modeli yapılan çalışmada yetişkinlerde özgüven duygusu ve anksiyete düzeyleri ile çocuk durumu arasında fark bulunmadığı bildirilmiştir (122).

Çalışmamızda sürekli kaygı puanları ile ailenin aylık gelir düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir. Türkiye'de bir ilde bulunan kamu hastanelerinde çalışan (n=730) hemşirelerin katılımıyla yapılan kesitsel çalışmada ekonomik durumunun iyi olması, sağlık çalışanlarının sosyal ve çevresel alanlardaki yaşam kalitesini arttırdığı ve buna bağlı kaygı düzeyinde azalma olduğu bildirilmiştir (123).

Çalışmamızda doktorların sürekli kaygı puanı en düşük, acil tıp teknisyenlerinin ise sürekli kaygı puanları en yüksek bulunmuştur. Bu durum doktorlarda iş doyumunun yüksek olması, tükenmişlik düzeyinin düşük olması ile beklenen bir durumdur. Acil tıp teknisyenlerinde ise maaşın az olması, çalışma şartları, meslekte uzun çalışma süresi ve sık nöbet tutma gibi nedenlerden kaynaklı olabilir. Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesinde pandemi biriminde çalışan (n=197) sağlık personelleri ile yapılan kesitsel çalışmada hemşire/sağlık memurlarının anksiyete ve kaygı düzeylerinin doktorlara göre daha yüksek olduğu rapor edilmiştir (124).

Katılımcıların sürekli kaygı puanları ile eğitim durumları arasında farklılık bulunmamıştır. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde ameliyathane ve yoğun bakımda çalışan (n=170) hemşirelerle yapılan çalışmada, Erzincan Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu hemşirelik bölümü öğrencileri ile (n=150) yapılan tanımlayıcı tipte

çalışmada eğitim durumunun anksiyete ve kaygı düzeylerini etkilemediğini bildirmişlerdir (125,126). Bu çalışmalar araştırmamızı desteklemektedir.

Araştırmamızda katılımcıların çalıştığı birime göre sürekli kaygı puanları arasında fark bulunmamıştır. Bu durum bireylerin çalıştığı birimin şartlarına göre işinden memnun olmasıyla açıklanabilir. 1998 yılında Kanada’da çalışan (n=1891) hemşirelerle kohort tipi yapılan araştırmada çalışılan birimin kaygı düzeyini etkilemediğini rapor etmişlerdir (127).

Çalışmamızda il merkezinde çalışanlar ile ilçe merkezinde çalışanlar arasında sürekli kaygı puanlarına göre fark bulunmamıştır. Bu durum çalışan personelin hizmet verdiği yerde ikamet zorunluluğu olmaması ve nöbet çıkışında şehir merkezine gelebilme imkanıyla açıklanabilir.

Katılımcıların çalışma sistemine göre sürekli kaygı düzeyleri arasında farklılık tespit edilmemiştir. Bu durum çalışanların kendisine uygun çalışma sistemini seçmeleri ile açıklanabilir.

Araştırmamızda haftalık çalışma süresine göre sürekli kaygı puanları arasında fark bulunmamıştır. Brezilya’da hastanelerdeki cerrahi birimlerde çalışan (n=211) hemşirelerle kesitsel ve tanımlayıcı tipte yapılan çalışmada hemşirelerin haftalık çalışma süresinin sürekli kaygı düzeyini etkilemediği bildirilmiştir (128).

Çalışmamızda meslekte çalışma sürelerine göre sürekli kaygı puanı 6-10 yıl arasında çalışanlarda daha yüksek, 21 yıl ve üstünde çalışanlarda daha düşük ve anlamlı bulunmuştur. Bunun nedeni katılımcıların yaklaşık yarısının 6-10 yıl arasında çalışması ve 21 yıl üstünde çalışan sayısının çok az olması ile açıklanabilir. Yapılan bir çalışmada ise toplam çalışma süresinin artması ile kaygı puanlarının arttığı bildirilmiştir (98).

Çalışmamızda mesleğin ekonomik tatmin etme durumuna göre sürekli kaygı düzeyleri arasında fark bulunmamıştır. Ancak çok iyi-iyi yanıtını verenlerin sürekli kaygı puanı diğerlerinden daha düşük bulunmuştur. Bu durum kişilerin yaşam kalitesinin artması sonucu kaygı düzeylerinin düşmesi olarak açıklanabilir.

Katılımcılardan mesleğini istemeden seçenlerin sürekli kaygı puanı isteyerek seçenlerden daha yüksek bulunmuştur. Bu durum mesleği seçmedeki isteksizliğin mesleki memnuniyetsizliği artırması olarak açıklanabilir. Trabzon il merkezinde Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi ile Birinci Basamak Sağlık Kuruluşlarında çalışan (n=100) hemşirelerle kesitsel tipte yapılan çalışmada mesleki memnuniyetin anksiyete ve depresif belirti düzeyini etkilediğini bildirmişlerdir (129).

Çalışmamızda mesleği değiştirmek isteyenlerin sürekli kaygı puanı mesleği değiştirmek istemeyenlerden daha yüksek ve anlamlı bulunmuştur. Fethiye’de görev yapan (N=89) ambulans çalışanlarına yapılan tanımlayıcı ve analitik tipteki çalışmada mesleğini bırakmayı düşünen ambulans çalışanlarının anksiyete düzeylerinin diğer ambulans çalışanlarından daha yüksek olduğu belirtilmiştir (33).

Çalışmamızda ‘her zaman’ uyku problemi yaşayanların sürekli kaygı düzeyleri diğerlerinden daha yüksek ve anlamlı bulunmuştur. Nöbet sisteminde çalışanların biyolojik saatlerinin değiştiği için, uyku ihtiyaçlarını karşılayamadıkları ve yeterince dinlenmedikleri için kaygı düzeylerinin daha yüksek olması beklenen bir durumdur. İstanbul’da kamu ve özel hastanelerde görev yapan (n=200) personellerle yapılan tanımlayıcı çalışmada anksiyete ve kaygı bozuklukları yaşayan kişilerde aynı zamanda uykusuzluk nedeniyle hafıza ve dikkat bozuklukları da görülebileceği bildirilmiştir (130).

Katılımcılardan sosyal aktivite yapmayan kişilerin sürekli kaygı puanları daha yüksek bulunmuştur. Sosyal aktivitenin yaşam kalitesini artırması nedeniyle sosyal aktivite yapmayan bireylerde kaygı düzeyinin yüksek olması beklenen bir durumdur.

5.4. Katılımcıların İş Doyumu, Tükenmişlik ve Kaygı Düzeyleri Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

Sağlık çalışanlarının yaşadıkları problemler bireylerin tüm hayatlarını olumsuz yönde etkiler. Özellikle hasta ve yakınlarıyla bir arada çalışan kişilerde anksiyete, tükenmişlik ve iş doyumunun azalması daha sık görülmektedir. Çalışma koşullarının uygun olmaması, bireysel beklentilerin yüksek olması, kendine ve ailesine vakit bulamama gibi sebeplerle çalışan kişide fizyolojik ve psikolojik sorunlar ortaya çıkar. Son yıllarda sağlık çalışanlarının yaşadığı kaygı ve iş doyumunun azalmasına bağlı olarak depresyon ve tükenmişlik belirtileri artış göstermiştir. Çalışan bireylerde iş doyumunun azalması, tükenmişlik ve kaygı düzeylerinin artmasıyla yaşam kalitesi düşer ve bunun sonucunda işine karşı tutum ve davranışlarında olumsuzluklar gösterebilmektedir (130).

5.4.1 Katılımcıların Tükenmişlik ve İş Doyumu Düzeyleri Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

Çalışmamızda kişisel başarı alt boyut puanı ile genel doyum alt boyut puanı arasında pozitif yönde, zayıf ve anlamlı bir ilişki olduğundan dolayı kişisel başarı puanı arttıkça genel doyum puanı artmaktadır. Kişisel başarı puanı ile içsel doyum puanı arasında ise pozitif yönde, zayıf ve anlamlı bir ilişki olduğundan dolayı kişisel başarı

puanı arttıkça içsel doyum puanı artmaktadır. Ayrıca kişisel başarı puanı ile dışsal doyum puanı arasında ise pozitif yönde, zayıf ve anlamlı bir ilişki olduğundan dolayı kişisel başarı puanı arttıkça dışsal doyum puanı artmaktadır.

Çalışmamızda duygusal tükenme puanı ile genel doyum puanı arasında negatif yönde, zayıf ve anlamlı bir ilişki olduğundan dolayı duygusal tükenme puanı arttıkça genel doyum puanı azalmaktadır. Duygusal tükenme puanı ile içsel doyum puanı arasında negatif yönde, zayıf ve anlamlı bir ilişki olduğundan dolayı duygusal tükenme puanı arttıkça içsel doyum puanı azalmaktadır. Duygusal tükenme puanı ile dışsal doyum puanı arasında negatif yönde, zayıf ve anlamlı bir ilişki olduğundan dolayı duygusal tükenme puanı arttıkça dışsal doyum puanı azalmaktadır.

Çalışmamızda duyarsızlaşma puanı ile genel doyum puanı arasında negatif yönde, zayıf ve anlamlı bir ilişki olduğundan dolayı duyarsızlaşma puanı arttıkça genel doyum puanı azalmaktadır. Duyarsızlaşma puanı ile içsel doyum puanı arasında negatif yönde, zayıf ve anlamlı bir ilişki olduğundan dolayı duyarsızlaşma puanı arttıkça içsel doyum puanı azalmaktadır. Duyarsızlaşma puanı ile dışsal doyum puanı arasında negatif yönde, zayıf ve anlamlı bir ilişki olduğundan dolayı duyarsızlaşma puanı arttıkça dışsal doyum puanı azalmaktadır.

Yapılan araştırmaların çoğunluğunda iş doyumunu ile duygusal tükenme arasında negatif bir ilişki olduğu bulunmuştur. Acil servis çalışanlarıyla yapılan çalışmada ise bu bilgi benzer sonuçlar göstermektedir. İstanbul’da hastanelerin acil servislerinde çalışan (n=322) hemşirelerle yapılan kesitsel çalışmada iş doyumunu azaldıkça duygusal tükenme ve duyarsızlaşmanın arttığı, iş doyumunu arttıkça kişisel başarının da arttığı rapor edilmiştir (131). Yani iş doyumunu arttıkça tükenmişlik alt boyutlarının azaldığı görülmüştür. Yapılan bir diğer çalışmada ise iş doyumunun artmasıyla duygusal tükenme ve duyarsızlaşmanın azaldığı bildirilmiştir (103). Bu bulgular araştırmamızın sonucu ile benzerlik göstermektedir.

5.4.2 Katılımcıların Kaygı ve İş Doyumu Düzeyleri Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

Çalışmamızda sürekli kaygı puanı ile genel doyum puanı arasında negatif yönde, zayıf ve anlamlı bir ilişki olduğundan dolayı sürekli kaygı puanı arttıkça genel doyum puanı azalmaktadır.

Sürekli kaygı puanı ile içsel doyum puanı arasında negatif yönde, zayıf ve anlamlı bir ilişki olduğundan dolayı sürekli kaygı puanı arttıkça içsel doyum puanı azalmaktadır.

Sürekli kaygı puanı ile dışsal doyum puanı arasında negatif yönde, zayıf ve anlamlı bir ilişki olduğundan dolayı sürekli kaygı puanı arttıkça dışsal doyum puanı azalmaktadır.

Çalışmamızda iş doyumunu ile sürekli kaygı düzeyleri arasında negatif yönde bir ilişki bulunduğu ve çalışan personellerin sürekli kaygıları düzeylerinin artması iş doyumlarının azalmasını etkilemektedir. Yapılan bir çalışmada kişilerin iş doyumunu arttıkça durumluk-sürekli kaygılarının azaldığı belirtilmiştir (98). Bu bulgular araştırmamızın sonucu ile benzerlik göstermektedir.

5.4.3 Katılımcıların Tükenmişlik ve Kaygı Düzeyleri Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

Çalışmamızda kişisel başarı alt boyutu ile sürekli kaygı ölçeği puanı arasında negatif yönde, zayıf ve anlamlı bir ilişki olduğundan dolayı kişisel başarı puanı arttıkça sürekli kaygı ölçeği puanı azalmaktadır.

Duygusal tükenme puanı ile sürekli kaygı puanı arasında pozitif yönde, zayıf ve anlamlı bir ilişki olduğundan dolayı duygusal tükenme puanı arttıkça sürekli kaygı puanı artmaktadır.

Duyarsızlaşma puanı ile sürekli kaygı puanı arasında pozitif yönde, zayıf ve anlamlı bir ilişki olduğundan dolayı duyarsızlaşma puanı arttıkça sürekli kaygı puanı artmaktadır.

Çalışmamızda katılımcıların tükenmişlik ile sürekli kaygı düzeyleri arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu ve sürekli kaygı düzeylerinin artmasının duygusal tükenme ve duyarsızlaşma alt boyutlarının da artmasına neden olduğu belirlenmiştir. Atatürk Üniversitesi Araştırma Hastanesi ve Erzurum Bölge Eğitim Araştırma Hastanesi Dahili ve Cerrahi Yoğun Bakım Ünitelerinde çalışan (n=92) hemşirelerle yapılan tanımlayıcı çalışmada, Çin’de eğitim hastanelerinde görev yapan (n=1134) doktorlarla yapılan kesitsel çalışmada benzer olarak hemşirelerde ve doktorlarda kaygı ile tükenmişlik arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki belirlenmiştir (132,133). Bu bulgular araştırmamızın sonucu ile benzerlik göstermektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu tez çalışmasında; Malatya ilindeki 112 Acil Sağlık Hizmetlerinde çalışan personellerin iş doyumu, tükenmişlik ve kaygı düzeyleri ve bunları etkileyen faktörler incelenerek şu sonuçlar elde edilmiştir:

- Çalışanların Minnesota İş Doyum Ölçeği alt boyutları; içsel doyum puan ortancası yüksek (3.41), dışsal doyum puan ortancası düşük (2.62), genel doyum puan ortancası yüksek (3.05) olarak bulunmuştur.
- Çalışanların Maslach Tükenmişlik Ölçeği alt boyutları; duygusal tükenme puan ortancası yüksek (21), duyarsızlaşma puan ortancası düşük (7.50), kişisel başarı puan ortancası yüksek (21) olarak bulunmuştur.
- Çalışanların sürekli kaygı puan ortancası düşük (41) olarak bulunmuştur.
- Çalışanların %45.3'ünde düşük seviyede iş doyumu, %3.3'ünde orta seviyede iş doyumu, %51.5'de yüksek seviyede iş doyumu olduğu görülmüştür.
- Çalışanların iş doyum seviyeleri arttıkça tükenmişlik ve kaygı düzeyleri azalmaktadır.
- Çalışanların kaygı düzeyi arttıkça tükenmişlik düzeyi de artmaktadır.
- Çalışmamızda çocuğu olmayanların, doktorların, ön lisans mezunlarının, il sağlık müdürlüğü-başhekimlikte çalışanların, mesai çalışanların, haftalık 25-40 saat arasında çalışanların, meslekte 1-5 yıl arasında çalışanların, gelir durumu iyi olanların, mesleğini isteyerek seçenlerin ve uyku problemi yaşamayanların iş doyum puanları yüksek bulunmuştur.
- Çalışmamızda paramediklerin ve acil tıp teknisyenlerinin, nöbet sisteminde çalışanların, ambulans hizmetlerinde çalışanların, haftalık 41 saat ve üstünde çalışanların, meslekte 16-20 yıl arasında çalışanların, mesleği değiştirmek isteyenlerin, her zaman uyku problemi yaşayanların, sosyal aktivite yapmayanların tükenmişlik puanları yüksek bulunmuştur.
- Çalışmamızda kadınların, 20-29 yaş grubunun, acil tıp teknisyenlerinin, meslekte 6-10 yıl arasında çalışanların, mesleğini istemeyerek seçenlerin, mesleğini değiştirmek isteyenlerin ve her zaman uyku problemi yaşayanların sürekli kaygı puanları yüksek bulunmuştur.

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- Sağlık Bakanlığı tarafından, Acil sağlık hizmetleri birimlerimde çalışan personelin iş doyumu ve tükenmişliği gibi konularda düzenli ve sistematik ölçümler yapılabilir.
- Acil sağlık hizmetleri biriminde çalışan personelin iş doyumsuzluğu ve tükenmişlik faktörleri belirlenmelidir. Bu faktörlerin ortadan kaldırılması veya iş doyumu ve tükenmişlik üzerindeki olumsuz etkilerini azaltıcı yönetim uygulamaları oluşturulabilir.
- Çalışmada içsel doyum düzeyi yüksek olan çalışanların, dışsal doyum düzeyinin düşük çıkmasına neden olan iş ve yöneticilerle ilgili sorunlar belirlenmeli ve bununla ilgili gerekli önlemler yönetim tarafından uygulanmalıdır.
- Bu çalışmada doktorların iş doyumu, diğer personellerden daha yüksek bulunmuştur. Doktorların önlerinde bir kariyer planlaması olması önemli etkindir. Bundan dolayı diğer sağlık personelinin yükselme imkanları artırılmalı, onlara daha çok ödüller verilebilmeli, çalışma koşullarını iyileştirme imkanları artırılmalıdır. Bu birimlerde çalışanlara görevde yükselme sınavları yapılarak terfi sistemi ile ödüllendirme çalışmaları yapılabilir.
- Yönetimin personeline ulaşmasını zorlaştıran faktörlerden biri 112 sisteminin birbirinden uzak ve çok büyük olmasıdır. İllerdeki acil sağlık hizmetleri bölgelere göre ayrılıp bu bölgelere sorumlular görevlendirilmelidir. Böylece verilen sağlık hizmetinin en iyi şekilde planlanması ve uygulanması sağlanabilir.
- Çalışanların verdikleri hizmet karşılığında aldığı maaş yeterli olmayıp günümüz ekonomik şartlarına uygun şekilde arttırılmalıdır. Ekonomik gücün artması yaşam kalitesinin yükselmesini ve kaygı düzeyinin azalmasını etkiler. Ayrıca çalışanlar maaşlarını maaş, sabit ödeme, ek ödeme, teşvik ve yemek parası olarak parça parça almaktadır. Bu sistemin yerine diğer devlet memurları gibi maaşın tek seferde yatırılması ile ilgili çalışma yapılabilir.
- Birim tarafından personellere çalışan memnuniyeti anketi düzenli aralıklarla yapılmalıdır.
- Acil sağlık hizmetlerinde işlevselliğinin ve kaliteli hizmetin sunulması için hizmet içi eğitim programları ile birlikte iletişim eğitimleri de verilebilir.

- Haftalık çalışma saatlerinin düzenlenmesi yapılmalıdır. 41 saat ve üzerinde çalışmak istemeyenlerin fazla çalışma saatleri iptal edilmelidir. Bu durum bireylerin tükenmişlik ve kaygı düzeyini olumlu etkileyebilir.
- Çalışanların sosyal aktivite düzeylerini arttıracak uygulamalar yapılabilir. Spor grupları, tiyatro grupları, müzik grupları kurulabilir. Örneğin kurumlar arası maç müsabakaları ya da yemek, gezi, tiyatro programları düzenlenebilir. Bu durum çalışanların sosyal aktivite düzeylerini arttırarak tükenmişlik ve kaygı düzeyini olumlu etkileyebilir.
- Nöbet sisteminde çalışanlarda uyku sorunu sık görülmektedir. Bununla ilgili olarak çalışanlara uyku bozukluğu ile ilgili tarama ve danışmanlık hizmetleri verilmelidir.
- Ayrıca sağlık çalışanlarında tükenmişlik ve kaygı sorunları çok görüldüğü için birimde psikolojik danışmanlık hizmetleri birimi açılması ilgili çalışma yapılabilir.
- Çalışma şartları kötü olan birimlerle ilgili çalışma düzenlenmelidir. Gerekli tespitler yapıldıktan sonra ilgili eksiklikler en kısa zamanda yapılmalıdır.
- Çalışan personellerde iş doyumunu azaltan ve tükenmişlik ve kaygı oranını artıran nedenlere yönelik çalışmalar yapılabilir.
- Hizmet kalitesinin artması çalışan personelin kalitesine ve eğitimine bağlıdır. Bu sebeple çalışan personelin eğitim seviyesinin lisans düzeyine yükseltilmesi ile ilgili gerekli çalışmalar düzenlenmelidir.

KAYNAKLAR

1. Soysal S, Karcıoğlu Ö, Topaçoğlu H. Acil tıp sistemleri. *Cerrahpaşa tıp dergisi* 2003, 34(1): 51-7.
2. Lilja GP, Swor RA. Emergency medical services. *Emergency Medicine A Comprehensive Study Guide*, 6th ed. New York, McGraw&Hill 2004: 1-5.
3. Ayrancı Ü, Yenilmez Ç, Günay Y, Kaptanoğlu C. Çeşitli sağlık kurumlarında ve sağlık meslek gruplarında şiddete uğrama sıklığı. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2002, 3(3): 147.
4. Murat A, Tekingündüz S. Ambulans çalışanlarının (112) tükenmişlik, algılanan iş stresi ve iş tatminlerinin kişisel özelliklere göre incelenmesi. *Social sciences* 2014, 9(3):54-69.
5. Dikmetaş E, Top M, Ergin G. Asistan hekimlerin tükenmişlik ve mobbing düzeylerinin incelenmesi. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2011, 22(3):137-49.
6. Hazell KW. Job Stress, Burnout, Job Satisfaction, And İntention To Leave Among Registered Nurses Employed İn Hospital Settings İn The State Of Florida, Faculty of Business and Management, Doctoral Thesis, Florida: Lynn University, 2010: 1-21.
7. Tanner BM Jr. An Analysis Of The Relationships Among Job Satisfaction, Organizational Trust, And Organizational Commitment İn An Acute Care Hospital. Doctor of Philosophy, California: Saybrook University, 2007:1-164.
8. Karabıçak C. Samsun İli 112 Çalışanlarında Tükenmişlik, İş Doyumu ve İlişkili Faktörler. Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı. Doktora Tezi, Samsun: Ondokuz Mayıs Üniversitesi, 2021.
9. T.C. Sağlık Bakanlığı. Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği. <https://www.saglik.gov.tr/TR,10438/acil-saglik-hizmetleri-yonetmeligi.html>. Son Erişim Tarihi 6 Kasım 2022.
10. Doğanay Ö. 112 Acil Sağlık Hizmetleri Çalışanlarında İşe Bağlı Gerginlik ve Duygusal Zeka İle İlişkisinin İncelenmesi. Disiplinler Arası Afet Eğitimi ve Yönetimi Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Çanakkale: Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi, 2022.

11. Aslan Ş, Güzel AGŞ. Türkiye’deki hastane öncesi acil sağlık hizmetleri. *Int J Humanit Soc Sci* 2018, 5(31): 4995-5002.
12. Küçükkelepçe O. Adıyaman 112 Acil Sağlık Hizmetlerinin Değerlendirilmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı. Doktora Tezi, Malatya: İnönü Üniversitesi, 2022.
13. Ongun Y. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Servisine 112 Ambulansı ile Başvuran Hastalarda, Hasta ve Yakınlarının Sosyokültürel ve Sosyoekonomik Düzeylerinin 112 Kullanımına Etkisinin Araştırılması. Tıp Fakültesi, Acil Tıp Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Bursa: Uludağ Üniversitesi, 2018.
14. Yaman B. Hastanelerde Sunulan Acil Sağlık Hizmetlerinin Yönetim ve Organizasyonu. Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Yönetimi Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Beykent Üniversitesi, 2015.
15. Tuncer S. Kafa, Yüz ve Boyun Travmalarında Acil Yardım. Gülhane Sağlık Meslek Yüksekokulu, Ders Notu, Ankara: Sağlık Bilimleri Üniversitesi, 2019.
16. Arık M. İş Doyumu ve Etkileyen Faktörler: Kahramanmaraş İli 112 Acil Sağlık Çalışanları Örneği. Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Yönetimi Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Beykent Üniversitesi, 2015.
17. Şimşek P, Günaydın M, Gündüz A. Hastane öncesi acil sağlık hizmetleri: Türkiye örneği. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilim Dergisi* 2019, 8(1): 120-7.
18. Mezkit M, Çelik İ. Aydın Türk Kızılay’ının iktisadi işletmesinin ilk yardım uygulamaları. *Yeni Fikir Dergisi* 2020, 12: 105-31.
19. İnternet Kaynağı 1, T.C. Sağlık Bakanlığı Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Teşkilat Şeması, <https://acilafet.saglik.gov.tr/TR-4185/teskilat-semasi.html#>. Son Erişim Tarihi 6 Kasım 2022.
20. Polatçı S, Karaca M, Bayram A. Lider üye etkileşiminin iş tatmini ve tükenmişlik üzerine etkileri: Öğretmenler üzerine bir araştırma. *İş, Güç: Endüstri İlişkileri ve İnsan Kaynakları Dergisi* 2018, 20(3): 87-103.
21. Demiray İ. Sağlık Çalışanlarında İş Doyumu Düzeyi ve İlişkili Faktörler. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Kırklareli: Kırklareli Üniversitesi, 2021.

22. Saari LM, Judge TA. Employee attitudes and job satisfaction. *Hum Resour Manage* 2004, 43(4): 395-407.
23. Sabırlı H. Sağlık Çalışanlarında İş Doyumunun İşletme Körlüğüne Etkisi: Konya İli Örneği. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Konya: Selçuk Üniversitesi, 2020.
24. Balkar ÖE. İş Doyumu ve Sağlık Çalışanları. Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Yönetimi Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Beykent Üniversitesi, 2017.
25. Akşit Aşık N. Çalışanların iş doyumunu etkileyen bireysel ve örgütsel faktörler ile sonuçlarına ilişkin kavramsal bir değerlendirme. *Türk İdare Dergisi* 2010, 467: 31-51.
26. Avram E, Ionescu D, Mincu CL. Perceived safety climate and organizational trust: The mediator role of job satisfaction. *Procedia Soc Behav Scien* 2015, 187: 679-84.
27. Solmuş, T. *İş Yaşamında Duygular ve Kişi Kaynak İlişkileri, Psikoloji Penceresinden İnsan Kaynakları Yönetimi*, 1. Baskı. İstanbul, Beta Yayınları, 2004.
28. Çekmecelioğlu HG. Örgüt iklimi, duygusal bağlılık ve yaratıcılık arasındaki ilişkilerin değerlendirilmesi: Bir araştırma. *Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi* 2006, 20(2): 295-310.
29. Gedik T, Akyüz KC, Batu C. Orman endüstri işletmelerinde yönetici iş tatmin düzeyinin belirlenmesi: Düzce ili örneği. *Kastamonu Üniversitesi Orman Fakültesi Dergisi* 2009, 9(1): 1-11.
30. Çelen Ü, Piyal B, Karaodul G, Demir M. Ankara onkoloji eğitim hastanesinde çalışanların iş doyumunu. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi* 2004, 7(3): 296-318.
31. Parlar S. Sağlık çalışanlarında göz ardı edilen bir durum: Sağlıklı çalışma ortamı. *TSK koruyucu hekimlik bülteni* 2008, 7(6): 547-54.
32. Düzova S. 112 Acil Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Personelin İş Doyumu: Ankara İli Örneği. Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Atılım Üniversitesi, 2015.
33. Toprak NY. Ambulans Çalışanlarında İş Doyumu, Tükenmişlik, Depresyon ve Anksiyete İlişkisi “Fethiye Örneği”. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Hizmetleri

İletişim Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Manisa: Manisa Celal Bayar Üniversitesi, 2019.

34. Applebaum D, Fowler S, Fiedler N, Osinubi O, Robson M. The impact of environmental factors on nursing stress, job satisfaction, and turnover intention. *J Nurs Adm* 2010, 40: 323-8.
35. Baumann A. *Positive Practice environments: Quality Workplaces= Quality Patient Care*, 3rd ed. Geneva (Switzerland), International Council of Nurses (ICN), 2007: 1-45.
36. Karadağ N. Tükenmişlik ve İş Doyumu: Kırklareli Devlet Hastanesi Hemşireleri Örneği. Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Yönetimi Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Beykent Üniversitesi, 2013.
37. Kara Y. Covid-19 Pandemi Sürecinin Sağlık Çalışanlarının İş Yükü ve Tükenmişlik Düzeylerine Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Bilimleri Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Üsküdar Üniversitesi, 2022.
38. Schaufeli WB, Leiter MP, Maslach C. Burnout: 35 years of research and practice. *Career development international* 2009, 14(3): 204-20.
39. Genç S. Hastane Çalışanlarında Tükenmişlik Düzeyinin Belirlenmesi: Samsun İli Kamu ve Özel Hastaneleri Örneği. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Üsküdar Üniversitesi, 2022.
40. Acu S. Hemşirelerin Duygusal Emek Davranışı ve Tükenmişlik Düzeyinin Belirlenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Okan Üniversitesi, 2019.
41. Kırçiçek Kocaman N. Hemşirelerde Tükenmişlik, Hasta Güvenliği ve Aralarındaki İlişki: Bir Hastane Örneği. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Tekirdağ: Namık Kemal Üniversitesi, 2018.
42. Oğuzberk M. Aydın A. Ruh sağlığı çalışanlarında tükenmişlik. *Klinik Psikiyatri* 2008, 11: 167-79.
43. Karahan H. Frequency and demographic characteristics of burnout syndrome in healthcare professionals working in emergency units. *Anatolian Journal of Emergency Medicine* 2020, 3(3): 81-4.

44. 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(8): 807-27.
45. Ersoy F, Yıldırım C, Edirne T. Tükenmişlik (Staff Burnout) sendromu. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi* 2001, 10(2): 46-7.
46. Kaya M, Üne S, Karanfil E, Uluyol R, Yüksel F, Yüksel M. Birinci basamak sağlık çalışanlarının tükenmişlik durumları. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni* 2007, 6(5): 357-63.
47. Ören N, Türkoğlu H. Öğretmen adaylarında tükenmişlik. *Muğla Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi* 2006, 16: 1-9.
48. Arı GS, Bal EÇ. Tükenmişlik kavramı: Birey ve örgütler açısından önemi. *Yönetim ve Ekonomi Dergisi* 2008, 15(1): 131-48.
49. Armağan C, Baysal M, Armağan K. Sağlık personelinin tükenmişlik düzeyleri ve etkili faktörlerin analizi: Kamu hastanesi örneği. *Eğitim ve Öğretim Araştırmaları Dergisi* 2017, 6(1): 33.
50. Kilerci S. Yoğun Bakım Sağlık Çalışanlarının Benlik Saygısı, Tükenmişlik ve Duygusal Emek Düzeyi Arasındaki İlişki. Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Biruni Üniversitesi, 2020.
51. Tüfekçi A. Hemşirelerin İş Performanslarının Tükenmişlik Düzeyleri Açısından İncelenmesi: Tersiyer Merkez Uygulaması. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sağlık Kurumları Yöneticiliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Kırklareli: Kırklareli Üniversitesi, 2019.
52. Maslach C, Scaufeli WB, Leiter MP. Job burnout. *Annu Rev Psychol* 2001, 52: 397-422.
53. Koç İ. Sağlık Çalışanlarında Tükenmişlik Sendromunun İş Doyumu ve Depresyonla İlişkisi. İstanbul Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı. Doktora Tezi, İstanbul: Sağlık Bilimleri Üniversitesi, 2019.
54. Kaya B. Ebelerin İş Doyumu ve Tükenmişlik Durumlarını Etkileyen Faktörler. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kadın Hastalıkları ve Doğum Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Aydın: Adnan Menderes Üniversitesi, 2009.

55. Kaçmaz N. Tükenmişlik (Burnout) sendromu. *İstanbul Tıp Fakültesi Dergisi* 2005, 68: 29- 32.
56. Şenturan L, Gülseven Karabacak B, Ecevit Alpar Ş, Sabuncu N. Hemodiyaliz ünitelerinde çalışan hemşirelerin tükenmişlik düzeyi. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi* 2009, 2(2): 33-45.
57. Aslan D, Kiper N, Karaağaoğlu E, Topal F, Güdük M, Cengiz S. Türkiye’de tabip odalarına kayıtlı olan bir grup hekimde tükenmişlik sendromu ve etkileyen faktörler, <https://www.ttb.org.tr/705yghr> Son Erişim Tarihi 22 Ocak 2023.
58. Kılıç T, Aytemiz Seymen O. Sağlık sektöründe tükenmişlik sendromuna etki eden faktörlerin analizi ve bir araştırma. *Yönetim ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi* 2011, 16: 47-67.
59. Riskind HJ. *Genellenmiş Anksiyete Bozukluğu*, 1. Baskı. İstanbul, Litera Yayıncılık, 2007: 12-57.
60. Seligman ME, Walker EF, Rosenhan DL. *Abnormal Psychology*. 4th Ed. New York, W.W. Norton & Company, 2001.
61. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. *Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioural sciences/clinical psychiatry*. USA, 11th ed. Lippincott Williams and Wilkins, 2014: 119.
62. Akdemir SA. Pandemi Döneminde Sağlık Çalışanlarında Anksiyete, Depresyon, Ruhsal Belirti Düzeyi Ve Tükenmişlik Düzeylerinin İlişkisinin İncelenmesi. Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Kent Üniversitesi, 2022.
63. Esen U. Okul Yöneticilerinin Yönetici Kaygı Düzeyleri ile Problem Çözme Becerileri Arasındaki İlişki. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Kırşehir: Ahi Evran Üniversitesi, 2012.
64. Cüceloğlu D. İnsan ve Davranışı. *Psikolojinin Temel Kavramları*. 28.baskı, İstanbul: Remzi Kitabevi, 2016.
65. Tural Ü. Anksiyete bozukluklar. Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Dönem-5 Ders Notları 2012: 2-3.

66. Bandelow B, Michaelis S. Epidemiology of anxiety disorders in the 21st century. *Dialogues Clin Neurosci* 2015, 17(3): 327–35.
67. Durham RC. Treatment of generalized anxiety disorder. *Psychiatry* 2007, 6(5): 183-7.
68. Kocabaşoğlu N, Doksat MK, Doğanğün B. Anksiyete ve depresyonun çok yönlü ilişkisi. *Yeni Symposium* 2004, 42: 168-76.
69. Fields DL. *Taking the Measure of Work*, 1st ed. California, Sage Publications, 2002: 7-8.
70. Baycan FA. An Analysis of the Several Aspects of Job Satisfaction Between Different Occupational Groups. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Boğaziçi Üniversitesi, 1985.
71. Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced burnout. *J Occup Behav* 1981; 2: 99-113.
72. Ergin C. Doktor ve Hemşirelerdeki Tükenmişlik ve Maslach Tükenmişlik Ölçeğinin Uyarlanması, Ankara: VII. Ulusal Psikoloji Kongresi Bilimsel Çalışmaları, Türk Psikologlar Derneği Yayınları, 1992: 143-54.
73. Spielberger CD. Theory and research on anxiety. In: CD Spielberger (Ed), *Anxiety And Behavior*, 1st ed. New York, Academic press, 1966: 17-20.
74. Öner N, Lecompte A. *Durumluk-Süreklilik Kaygı El Kitabı*, 1. Baskı. İstanbul, Boğaziçi Üniversiteleri Yayınları, 1983: 333.
75. Tokuç B, Turunç Y, Ekuklu G. Edirne’de ambulans çalışanlarının anksiyete, depresyon ve işe bağlı gerginlik düzeyleri. *Türk Tabipleri Birliği Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi* 2011, 42: 39-44.
76. Çınar İ, Kavlak O. İzmir ilinde çalışan ambulans ve acil bakım teknikerlerinde iş doyumunun ve buna etki eden faktörlerin incelenmesi. *Akademik Acil Tıp Dergisi* 2009, 8 (3): 33-7
77. Kaba H. Eskişehir İlinde Çalışan İlk ve Acil Yardım Teknikerleri ve Acil Tıp Teknisyenlerinin Stres, Tükenmişlik ve İş Doyumlarının Etik Açısından Değerlendirilmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Eskişehir: Osmangazi Üniversitesi, 2012.

78. Çimen M, Şahin İ. Bir kurumda çalışan sağlık personelinin iş doyum düzeyinin belirlenmesi. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi* 2000, 5(4): 53-67.
79. Maslach C, Jackson SE. *Maslach burnout inventory*, 3rd ed. New York, Consulting Psychology Press 1997: 201-6.
80. Behmann M, Schmiemann G, Lingner H. Job satisfaction among primary care physicians. *Dtsch Arztebl Int* 2012, 109: 193-200.
81. Demir A. Hemşirelerin Tükenmişlik (Burnout) Düzeyleri ve Tükenmişliği Etkileyen Bazı Faktörlerin İncelenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Sivas: Cumhuriyet Üniversitesi, 1995.
82. Piyal B, Çelen Ü, Şahin N. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde Çalışanların İş Doyumu. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası* 2000, 53(4): 241-50.
83. Yelboğa A. İnsan kaynakları bölümünde çalışanların iş doyumlarındaki farklılıkların incelenmesi. *Yönetim Dergisi* 2008, 61: 125-42.
84. Yenal S, Çelikli S. İlk ve acil yardım programı son sınıf öğrencilerinin klinik uygulamalarda ve ambulans istasyonlarında karşılaştıkları güçlükler. *İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Yüksekokulu Dergisi* 2013, 1(2): 7-15.
85. Serinken M, Erdur B, Tomruk Ö, Coşkun E, Kuru Ö. Acil sağlık hizmetlerinde görevli hekimlerde tükenme sendromu. *Türkiye Acil Tıp Dergisi* 2004, 4: 19-23.
86. Jewell LN, Siegall M. *Contemporary Industrial/Organizational Psychology*. 2nd Edition, West Publishing Company, New York, 1990.
87. Kemeröz Karakaya H. Psikiyatri Kliniğinde Çalışan Hemşirelerde İş Doyumu, Tükenmişlik Düzeyi ve İlişkili Değişkenlerin İncelenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Okan Üniversitesi, 2017.
88. Erdoğan Ö. Çalışma hayatında Tükenmişlik ve İş Doyumu. Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Yönetimi Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Beykent Üniversitesi, 2016.
89. Sevimli F, İşcan ÖF. Bireysel ve iş ortamına ait etkenler açısından iş doyum. *Ege Üniversitesi Dergisi* 2005, 5: 55-64.

90. Birgili F, Salış F, Özdemir S. Sağlık alışanlarının iş doyumunu etkileyen bazı etmenlerin incelenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 2010, 13(2): 27-37.
91. Demir S. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastaneleri alışanlarının Tükenmişlik ve İş Doyumu Düzeylerinin Bazı Değişkenler Açısından İncelenmesi. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sağlık Kurumları Yönetimi Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Atılım Üniversitesi, 2010.
92. Erbil N, Bostan . Ebe ve hemşirelerde iş doyumunu, benlik saygısı ve etkileyen faktörler. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi* 2004, 7(3): 56-66.
93. Abdel-Rahman AG, Meky F, Abdel-Halim AWE, Allam MF. Low job satisfaction among physicians in Egypt. *Prev Med Bull* 2008, 7: 91–6.
94. Tzn M, ulhacı A, nsal A. Aile Hekimliği Sisteminde Birinci Basamak Sağlık Kurumlarında alışan Hekimlerin İş Doyumu (Eskişehir). *Preventive Medicine Bulletin* 2008, 7: 377-80.
95. Hong L, Louise B, Zhang X, Alison E. Job satisfaction among hospital nurses revisited: Asystematic review. *Int J Nurs Stud* 2012, 49: 1017-38.
96. Erşan EE, Yıldıırım G, Doğan O, Doğan S. Sağlık alışanlarının iş doyumunu ve algılanan iş stresi ile aralarındaki ilişkinin incelenmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2013, 14: 115-21.
97. Aydın R, Kutlu Y. Hemşirelerde iş doyumunu kişilerarası çatışma eğilimi ile ilgili değişkenler ve iş doyumunun çatışma eğilimi ile olan ilişkisini belirleme. *C.. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2001, 5(2): 37-45.
98. Durmuş S, Günay O. Hemşirelerde iş doyumunu ve anksiyete düzeyini etkileyen faktörler. *Erciyes Tıp Fakültesi Dergisi* 2007, 29: 139-46.
99. Beyazsalı M, Bulut SN. Devlet hastanelerinde görev yapan yemşirelerin iş doyum düzeylerinin incelenmesi (KKTC rneği). *ICNTETI* 2010, 33(1): 979-86.
100. şenturan L, Karabacak Gülseven B, Alpar Ecevit ř, Sabuncu N. Hemodiyaliz nitelerinde çalışan hemşirelerin tükenmişlik düzeyi. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim Ve Sanatı Dergisi* 2009, 2(2): 33-45.

101. Karagözoğlu S, Bingöl N. Sleep quality and job satisfaction of turkish nurses. *Nursing Outlook* 2008, 56(6): 298-307.
102. Gürer B, Yıldız ME, Esentaş M. Spor aktiviteleri ile ilkokul öğretmenlerinin mesleki iş doyumu üzerine bir araştırma. *Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi* 2014, 2(7): 556-65.
103. Akpınar AT, Taş Y. Acil servis çalışanlarının tükenmişlik ve iş doyum düzeyleri arasında ilişkiyi belirlemeye yönelik bir araştırma. *Türkiye Acil Tıp Dergisi* 2011, 11(4): 161-5.
104. Keskin G, Çınar Z, Alparslan Ö, Özmercan V. Türkiye’deki İl Sağlık Müdürlerinin Liderlik Davranışlarının İş Doyumları ve Tükenmişlik Düzeyleri Üzerine Etkileri. *II. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi*, Antalya 2010.
105. Ayraller A, Göksan Yavuz B, Bakım B, Karamustafalıoğlu O. Diyaliz ünitesinde çalışan sağlık ekibinde tükenmişlik sendromu. *JAREM* 2011, 1: 52-6.
106. Atan M, Tekingündüz S. Ambulans çalışanlarının (112) tükenmişlik, algılanan iş stresi ve iş tatminlerinin kişisel özelliklere göre incelenmesi. *NWSA-Social Sciences* 2014, 9(3): 54-69.
107. Kurçer MA. Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi hekimlerinin iş doyumu ve tükenmişlik düzeyleri. *Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2005, 2: 10-5.
108. Güdük M, Erol S, Yağcıbulut Ö. Ankara’da bir tıp fakültesinde okuyan son sınıf öğrencilerde tükenmişlik sendromu. *STED* 2005, 14: 169-73.
109. Ahola K, Honkonen T, Isometsa E, Kalimo R, Nykyri E, Aromaa A, Lonnqvist J. Burnout in the general population- Results from the finnish health 2000 study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2006, 41: 11-7.
110. Gül ŞK, Gül HL, Oruç AF. Radyasyon onkolojisi kliniği çalışanlarında depresyon ve tükenmişlik düzeylerinin sosyodemografik özelliklerle ilişkisinin değerlendirilmesi. *Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıp Dergisi* 2012, 23: 11-7.
111. Üner S, Kaya M, Yüksek F. Keçiören İlçesi Sağlık Grup Başkanlığı’na bağlı birinci basamak sağlık çalışanlarının Maslach Tükenmişlik ölçeğine göre incelenmesi. *9. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Bildiri Özet Kitabı*, Hacettepe Üniversitesi, Ankara; 2004: 203.

112. Demir A. Hemşirelerin vardiya ile çalışmalarının anksiyete ve arteriyel kan basıncına etkisinin irdelenmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2005, 8: 2.
113. Gülalp B, Karcıoğlu Ö, Sarı A. Köseoğlu Z. Burnout: need help?. *J Occup Med Toxicol* 2008, 3(32): 1-5.
114. Ay S, Güngör N, Özbaşaran F. Manisa İl Merkezi sağlık ocaklarında çalışan personelin sosyo-demografik özelliklerinin tükenmişlik düzeyleri üzerine etkisi. 9. *Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Bildiri Özet Kitabı*, Hacettepe Üniversitesi, Ankara, 03-06 Kasım 2004: 306.
115. Ertuğrul E. Üniversite Uygulama ve Araştırma Hastanesinde Çalışan Hemşire, Ebe, Sağlık Memuru ve Acil Tıp Teknisyenlerinin Tükenmişlik ve Depresyon Düzeyinin Değerlendirilmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Zonguldak: Karaelmas Üniversitesi, 2010.
116. Yıldız H. Hemşirelerin Tükenmişlik Düzeylerinin ve Problem Çözme Becerilerinin İncelenmesi. Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Gazi Üniversitesi, 2009.
117. Gopal R, Glasheen JJ, Miyoshi TJ, Prochazka AV. Burnout and internal resident work-hour restrictions. *Arch Intern Med* 2005, 165 (22) : 2595-600.
118. Taycan O, Kutlu L, Çimen S, Aydın N. Bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerde depresyon ve tükenmişlik düzeyinin sosyo-demografik özelliklerle ilişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2006, 7: 100-8.
119. Sakaoglu HH, Orbatu D, Emiroğlu M, Çakır Ö. Covid-19 salgını sırasında sağlık çalışanlarında Spielberger durumluk ve sürekli kaygı düzeyi: Tepecik Hastanesi örneği. *Tepecik Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Dergisi* 2020, 30: 1-9.
120. Taşgın Ö. Beden eğitimi ve spor yüksekokulunda okuyan öğretmen adaylarının mesleki kaygı düzeylerinin bazı değişkenler açısından incelenmesi. *Kastamonu Eğitim Dergisi* 2006, 14: 679-86.
121. Demiral Y, Akvardar Y, Ergör A, Ergör G. Üniversite hastanesinde çalışan hekimlerde iş doyumunun anksiyete ve depresyon düzeylerine etkisi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2006, 3: 157-64.

122. Merey B. Yetişkinlerde Özgüven Duygusu İle Anksiyete Düzeyi Arasındaki İlişkinin Karşılaştırılması ve Kültürlerarası Bir Yaklaşım. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Maltepe Üniversitesi, 2010.
123. Aras D, Uskun E. Hemşirelerin çalışma ortamı riskleri ve yaşam kalitesi ile ilişkisi. *Tıp Araştırmaları Dergisi* 2015, 13(2): 62-9.
124. Öztürk M, Tuncer Ertem G, Kotanoğlu MS, Erdinç FŞ, Kınıklı S. Covid-19 pandemisinde görev alan sağlık çalışanlarının algıladıkları sosyal desteğin depresyon, anksiyete ve stres düzeylerine etkisi. *Ankara Eğitim Araştırma Hastanesi Dergisi* 2021, 54(1) : 70-7.
125. Özgür G, Yıldırım S, Aktaş N. Bir üniversite hastanesinin ameliyathane ve yoğun bakım hemşirelerinde ruhsal durum değerlendirmesi. *Cumhuriyet Üniversitesi Yükseköğretim Dergisi* 2008, 12(2): 21-30.
126. Yılmaz S, Hacıhasanoğlu R, Çiçek Z. Hemşirelerin genel ruhsal durumlarının incelenmesi. *Türk Tabipler Birliği Sürekli Tıp Eğitim Dergisi* 2006, 15(6): 92-7.
127. Bourbonnais R, Corneau M, Vezina M, Dion G. Job strain, psychological distress, and burnout in nurses. *Am J Med* 1998, 34(1): 20-8.
128. Schmidt DRC, Dantas RAS, Marziale MHP. Anxiety and depression among nursing professionals who work in surgical units. *Rev Esc Enferm USP*, 2011, 45(2): 475-81.
129. Muşlu C, Baltacı D, Kutanis R, Kara İH. Birinci basamak ve hastanede çalışan hemşirelerde anksiyete, depresyon ve hayat kalitesi. *Konuralp Tıp Dergisi* 2012, 4(1): 17-23.
130. Yılmaz ZÜ. Sağlık Çalışanlarının Tükenmişlik, Depresyon ve İş Doyumu Düzeylerinin İncelenmesi. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Haliç Üniversitesi, 2014.
131. Kavlu İ. Pınar R. Acil servislerde çalışan hemşirelerin tükenmişlik ve iş doyumlarının yaşam kalitesine etkisi. *J Med Sci* 2009, 29(6): 1543-55.
132. Gökmen V. Yoğun Bakım Ünitelerinde Çalışan Hemşirelerin İş Doyumları, Tükenmişlik ve Kaygı Düzeylerinin İncelenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cerrahi Hastalıkları Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Erzurum: Atatürk Üniversitesi, 2013.

133. Sun W, Ful J, Ying-Chang Y, Wang L. Epidemiological study on risk faktors for anxiety disorder among Chinese doctors. *J Occup Health* 2012, 55: 1-8.



