



**T.C.**

**ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ  
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ**

**İŞLETME ANABİLİM DALI**

**EMPATİ İLE PSİKOLOJİK GÜÇLENDİRMENİN TÜKENMİŞLİK  
ÜZERİNE ETKİSİNDE YAPISAL GÜÇLENDİRMENİN  
DÜZENLEYİCİ ETKİSİ: SAĞLIK ÇALIŞANLARI ÖRNEĞİ**

**DOKTORA TEZİ**

**NECMİYE ÇEPNİ**

**TEZ DANIŞMANI  
PROF. DR. AYTEN AKATAY**

**ÇANAKKALE – 2022**





T.C.

ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ  
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

İŞLETME ANABİLİM DALI

**EMPATİ İLE PSİKOLOJİK GÜÇLENDİRMENİN TÜKENMİŞLİK ÜZERİNE  
ETKİSİNDE YAPISAL GÜÇLENDİRMENİN DÜZENLEYİCİ ETKİSİ: SAĞLIK  
ÇALIŞANLARI ÖRNEĞİ**

DOKTORA TEZİ

NECMİYE ÇEPNİ

TEZ DANIŞMANI

PROF. DR. AYTEN AKATAY

ÇANAKKALE – 2022



T.C.  
ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ  
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ



Necmiye ÇEPNİ tarafından Prof. Dr. Ayten AKATAY yönetiminde hazırlanan ve 01/12/2022 tarihinde aşağıdaki jüri karşısında sunulan “Empati İle Psikolojik Güçlendirmenin Tükenmişlik Üzerine Etkisinde Yapısal Güçlendirmenin Düzenleyici Etkisi: Sağlık Çalışanları Örneği” başlıklı çalışma, Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı’nda DOKTORA TEZİ olarak oy birliği ile kabul edilmiştir.

**Jüri Üyeleri**

**İmza**

Prof. Dr. Ayten AKATAY

(Danışman)

Prof. Dr. Ayşe SAN TÜRGAY

Dr. Öğr. Üyesi Umut EROĞLU

Prof. Dr. Esin BARUTÇU

Prof. Dr. Celaleddin SERİNKAN

Tez No : 10511466

Tez Savunma Tarihi : 01/12/2022

Doç. Dr. Yener PAZARCIK

Enstitü Müdürü

01/12/2022

## ETİK BEYAN

Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Tez Yazım Kuralları'na uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmada; tez içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dokümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, tez çalışmada yararlandığım eserlerin tümüne uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi, kullanılan verilerde herhangi bir değişiklik yapmadığımı, bu tezde sunduğum çalışmanın özgün olduğunu, bildirir, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi taahhüt ve beyan ederim.

Necmiye ÇEPNİ

01/12/2022

## TEŞEKKÜR

Bu tezin gerçekleŐtirilmesinde, çalıŐmam boyunca benden bir an olsun yardımlarını esirgemeyen saygı değer danışman hocam Prof. Dr. Ayten AKATAY'a gÖnÖlden teŐekkÖrlerimi sunmak isterim. Ayrıca hocalarım sayın Dr. Öğr. Üyesi Umut EROğLU, Prof. Dr. Ayşe SAN TÖRGAY'a ve Prof. Dr. Celaleddin SERİNKAN'a tez çalıŐmam süresince bana verdikleri destek için Őükran ve minnetlerimi sunarım. Son olarak çalışma süresince tüm zorlukları benimle gÖğÖsleyen ve hayatımın her evresinde bana destek olan değerli anne, baba ve eŐime sonsuz teŐekkÖrlerimi sunarım.

Necmiye ÇEPNİ  
anakkale, Aralık 2022

## ÖZET

# EMPATİ İLE PSİKOLOJİK GÜÇLENDİRMENİN TÜKENMİŞLİK ÜZERİNE ETKİSİNDE YAPISAL GÜÇLENDİRMENİN DÜZENLEYİCİ ETKİSİ: SAĞLIK ÇALIŞANLARI ÖRNEĞİ

Necmiye ÇEPNİ

Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü

İşletme Anabilim Dalı Doktora Tezi

Danışman: Prof. Dr. Ayten AKATAY

01/12/2022, 181

Bu çalışmanın temel amacı, empati ile psikolojik güçlendirmenin tükenmişlik üzerindeki etkisinde yapısal güçlendirmenin düzenleyici rolünü incelemektir. İkincil amaç ise, sağlık çalışanlarının demografik özelliklerine göre (cinsiyet, yaş, meslek grupları) empati, psikolojik güçlendirme, tükenmişlik ve yapısal güçlendirme açısından farklılık olup olmadığını ortaya koymaktır. Araştırmada anket yöntemi kullanılmış olup araştırmaya katılan sağlık çalışanlarından veriler Jefferson Empati Ölçeği, Psikolojik Güçlendirme Ölçeği, Maslach Tükenmişlik Ölçeği ve İşyeri Güçlendirme Ölçeği yardımıyla elde edilmiştir.

Araştırmanın evrenini Çanakkale il merkezinde bulunan devlet, üniversite ve özel hastanelerde görevli olan sağlık çalışanları oluşturmuştur. Araştırmada tesadüfi olmayan örnekleme yöntemlerinden kolayda örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Anketler Haziran – Eylül 2021 tarihleri arasında hem yüz yüze, hem de internet aracılığıyla sağlık çalışanlarına ulaştırılmıştır. Araştırmada sonucunda geçerli 307 adet veri setine ulaşılmıştır.

Toplanan veriler, yapısal eşitlik modeli kullanılarak analiz edilmiştir. Araştırma sonuçları, psikolojik güçlendirme ile tükenmişlik arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığını, fakat psikolojik güçlendirme algısının tükenmişlik üzerindeki etkisinde yapısal güçlendirmenin düzenleyici bir etkisi olduğunu ortaya koymuştur. Ayrıca araştırmada elde edilen bulgulara göre sağlık çalışanlarının empati düzeyi ile tükenmişlik

arasında negatif yönlü anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir. Yanı sıra empati düzeyinin tükenmişlik üzerindeki etkisinde yapısal güçlendirmenin düzenleyici bir etkisi olduğu ortaya çıkmıştır. Son olarak sağlık çalışanlarının yaşı ile empati düzeyi, tükenmişlik düzeyi, psikolojik güçlendirme ve yapısal güçlendirme algıları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar tespit edilmiştir. Ayrıca sağlık çalışanlarının meslek gruplarına göre psikolojik güçlendirme algılarında farklılık olduğu saptanmıştır.

Yapısal güçlendirmenin tükenmişliği azaltmaktaki etkisinden dolayı hastane yönetiminin görevli sağlık çalışanlarına fırsat, bilgi, destek ve kaynak sunması önerilmektedir. Ayrıca empatinin de tükenmişliği önlemede önemli bir yeri olduğu bu çalışma sonunda ortaya çıkmıştır. Empati öğrenilebilen bir yeti olduğundan dolayı tıp fakülteleri ve sağlık bilimleri fakültelerindeki ders programları, bu beceriyi geliştirmeye yönelik düzenlenmelidir.

**Anahtar Kelimeler:** Empati, Psikolojik Güçlendirme, Tükenmişlik, Yapısal Güçlendirme, Sağlık Çalışanları



## ABSTRACT

# THE MODERATING EFFECT OF STRUCTURAL EMPOWERMENT ON THE EFFECT OF EMPATHY AND PSYCHOLOGICAL EMPOWERMENT ON BURNOUT: THE CASE OF HEALTHCARE PROFESSIONALS

Necmiye ÇEPNİ

Çanakkale Onsekiz Mart University

School of Graduate Studies

Doctoral Dissertation in Business Administration

Advisor: Prof. Dr. Ayten AKATAY

01/12/2022, 181

The main aim of this study is to examine the moderating effect of structural empowerment on the effect of empathy and psychological empowerment on burnout. The secondary aim is to present whether there are differences in empathy, psychological empowerment, burnout and structural empowerment concerning the demographic characteristics (gender, age, occupational groups) of healthcare professionals.

The survey method was used in the study, and the data from the healthcare professionals participating in the research were obtained with the help of the Jefferson Scale of Physician Empathy, Psychological Empowerment Scale, Maslach Burnout Inventory and Conditions for Work Effectiveness Questionnaire.

The population of this study consisted of healthcare professionals working in state, university and private hospitals in the city centre of Çanakkale. Convenience sampling method, which is one of the non-random sampling methods, was used in the study. Questionnaires were delivered to healthcare professionals both face-to-face and via internet between June and September 2021. As a result of the research, 307 valid data sets were reached.

The collected data were analyzed using structural equation modelling. The results of the study found that there was no statistically significant relationship between psychological

empowerment and burnout, but structural empowerment had a moderating effect on the relationship between psychological empowerment perception on burnout. In addition, a negative significant relationship was found between the level of empathy and burnout. Besides, it was revealed that structural empowerment had a moderating effect on the relationship between empathy levels on burnout. Finally, statistically significant differences were found between the age of healthcare professionals and their empathy level, burnout level, psychological empowerment and structural empowerment perceptions. In addition, it was determined that there was a difference in the perceptions of psychological empowerment of healthcare professionals according to their occupational groups.

Due to this important effect of structural empowerment in reducing burnout, it is recommended that hospital managers should offer healthcare professionals opportunities, information, support and resources. In addition, it was revealed at the end of this study that empathy has an important place in preventing burnout. Since empathy is a skill that can be learned, the curricula in medical faculties and health sciences faculties should be designed to develop this skill.

**Keywords:** Empathy, Psychological Empowerment, Burnout, Structural Empowerment, Healthcare Professionals

## İÇİNDEKİLER

	Sayfa No
JÜRİ ONAY SAYFASI .....	i
ETİK BEYAN .....	ii
TEŞEKKÜR .....	iii
ÖZET .....	iv
ABSTRACT .....	vi
İÇİNDEKİLER.....	viii
SİMGELER VE KISALTMALAR .....	xii
TABLolar DİZİNİ.....	xiii
ŞEKİLLER DİZİNİ .....	xiv

### BİRİNCİ BÖLÜM

#### GİRİŞ

1

### İKİNCİ BÖLÜM

#### KAVRAMSAL ÇERÇEVE: EMPATİ, PSİKOLOJİK GÜÇLENDİRME, TÜKENMİŞLİK VE YAPISAL GÜÇLENDİRME

6

2.1. Empatinin Tanımı .....	6
2.2. Empatinin Boyutları .....	7
2.3. Empati Becerisi ve Eğilimi .....	9
2.4. Empatinin Kuramsal Açıklaması .....	11
2.5. Empati Düzeyini Etkileyen Faktörler .....	12
2.5.1. Cinsiyet .....	12
2.5.2. Yaş .....	13
2.5.3. Mesleki Faktörler .....	14
2.5.4. Kişilik Özellikleri .....	15
2.5.5. Eğitim .....	15
2.6. Empatinin Sonuçları .....	16
2.7. Sağlık Alanında Empatinin Önemi .....	18

2.8.	Sağlık Alanında Yapılan Empati Çalışmaları .....	21
2.9.	Psikolojik Güçlendirmenin Tanımı .....	23
2.10.	Psikolojik Güçlendirmenin Boyutları .....	24
2.10.1.	Anlam .....	26
2.10.2.	Yeterlilik .....	26
2.10.3.	Özerklik .....	27
2.10.4.	Etki .....	27
2.11.	Psikolojik Güçlendirmenin Avantajları .....	27
2.12.	Psikolojik Güçlendirmeyi Etkileyen Faktörler .....	30
2.13.	Sağlık Alanında Yapılan Psikolojik Güçlendirme Çalışmaları .....	33
2.13.1.	Türkiye’de Yapılan Psikolojik Güçlendirme Çalışmaları .....	34
2.13.2.	Yurt Dışında Yapılan Psikolojik Güçlendirme Çalışmaları .....	35
2.14.	Tükenmişliğin Tanımı .....	39
2.15.	Tükenmişliğin Boyutları .....	41
2.15.1.	Duygusal Tükenme .....	42
2.15.2.	Duyarsızlaşma .....	42
2.15.3.	Kişisel Başarının Azalması .....	43
2.16.	Tükenmişliğin Belirtileri .....	44
2.16.1.	Tükenmişliğin Fiziksel Belirtileri .....	47
2.16.2.	Tükenmişliğin Psikolojik Belirtileri .....	48
2.16.3.	Tükenmişliğin Mesleki ve Davranışsal Belirtileri .....	48
2.17.	Tükenmişliğe Neden Olan Faktörler .....	49
2.17.1.	Kişisel Faktörler .....	49
2.17.2.	Örgütsel Faktörler .....	54
2.18.	Tükenmişliğin Etkileri .....	61
2.18.1.	Kişisel Etkiler .....	61
2.18.2.	Örgütsel Etkiler .....	62
2.19.	Tükenmişlik Önlemleri ve Tedavisi .....	64
2.19.1.	Kişisel Önlemler .....	64
2.19.2.	Örgütsel Önlemler .....	66
2.20.	Tükenmişlik Yaygınlık Oranları .....	69
2.21.	Sağlık Alanında Yapılan Tükenmişlik Çalışmaları .....	72
2.21.1.	Türkiye’de Yapılan Tükenmişlik Çalışmaları .....	73

2.21.2. Yurt Dışında Yapılan Tükenmişlik Çalışmaları .....	74
2.22. Yapısal Güçlendirmenin Tanımı .....	75
2.23. Yapısal Güçlendirmenin Avantajları .....	77
2.24. Yapısal Güçlendirme ile Psikolojik Güçlendirme İlişkisi .....	80
2.25. Sağlık Alanında Yapılan Yapısal Güçlendirme Çalışmaları .....	81
2.26. Empati ve Psikolojik Güçlendirmenin Tükenmişlik ile Olan İlişkileri .....	84
2.26.1. Empati ile Tükenmişlik İlişkisi .....	84
2.26.2. Psikolojik Güçlendirme ile Tükenmişlik İlişkisi .....	95

### ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

#### ARAŞTIRMANIN METODOLOJİSİ 98

3.1. Araştırmanın Amacı .....	98
3.2. Araştırma Modeli ve Hipotezleri .....	100
3.3. Veri Toplama Araçları .....	103
3.4. Araştırmanın Evren ve Örneklemi .....	105

### DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

#### ARAŞTIRMA BULGULARI VE DEĞERLENDİRME 107

4.1. Demografik Bulgular .....	107
4.2. Tanımlayıcı İstatistikler ve Normallik Testi Sonuçları .....	109
4.3. Güvenirlik Analizi .....	111
4.4. Faktör Analizleri .....	112
4.4.1. Doğrulayıcı Faktör Analizi .....	112
4.4.2. Açıklayıcı Faktör Analizi .....	115
4.5. Yapısal Eşitlik Modellemesi .....	123
4.6. Demografik Özelliklere İlişkin Hipotez Testleri .....	127
4.6.1. Cinsiyet Değişkenine İlişkin Bulgular .....	127
4.6.2. Yaş Değişkenine İlişkin Bulgular .....	128
4.6.3. Meslek Gruplarına İlişkin Bulgular .....	132
4.7. Hipotez Değerlendirmeleri .....	134

BEŞİNCİ BÖLÜM  
SONUÇ VE ÖNERİLER

138

KAYNAKÇA .....	150
EKLER .....	I
ÖZGEÇMİŞ.....	XIII



## SİMGELER VE KISALTMALAR

akt.	Aktaran
çev.	Çeviri
DFA	Doğrulayıcı Faktör Analizi
ed.	editör
KMO	Kaiser Meyer Olkin
MTÖ	Maslach Tükenmişlik Ölçeği
s.	sayfa
YEM	Yapısal Eşitlik Modeli



## TABLULAR DİZİNİ

<b>Tablo No</b>	<b>Tablo Adı</b>	<b>Sayfa No</b>
<b>Tablo 1</b>	Demografik bulgular	108
<b>Tablo 2</b>	Tanımlayıcı istatistikler ve normallik testi sonuçları	110
<b>Tablo 3</b>	Ölçeklerin güvenilirliğini gösteren cronbach – $\alpha$ analizi sonuçları	111
<b>Tablo 4</b>	Uyum iyiliği test sonuçları	113
<b>Tablo 5</b>	Empati ölçeği faktör analizi	116
<b>Tablo 6</b>	KMO ve Bartlett's Testi (Empati Ölçeği)	117
<b>Tablo 7</b>	Psikolojik güçlendirme ölçeği faktör analizi	117
<b>Tablo 8</b>	KMO ve Bartlett's Testi (Psikolojik Güçlendirme Ölçeği)	118
<b>Tablo 9</b>	Tükenmişlik ölçeği faktör analizi	119
<b>Tablo 10</b>	KMO ve Bartlett's Testi (Tükenmişlik Ölçeği)	120
<b>Tablo 11</b>	Yapısal güçlendirme ölçeği faktör analizi	121
<b>Tablo 12</b>	KMO ve Bartlett's Testi (Yapısal Güçlendirme Ölçeği)	122
<b>Tablo 13</b>	Modele ait regresyon katsayıları	124
<b>Tablo 14</b>	Ölçeklerden elde edilen toplam puanların cinsiyetlere göre karşılaştırılması	128
<b>Tablo 15</b>	Ölçeklerden elde edilen toplam puanların yaşa göre karşılaştırılması	130
<b>Tablo 16</b>	Ölçek puanlarının yaşa göre ikili karşılaştırılması	131
<b>Tablo 17</b>	Ölçeklerden elde edilen toplam puanların mesleğe göre karşılaştırılması	133
<b>Tablo 18</b>	Psikolojik güçlendirme ölçeğinden elde edilen puanların mesleğe göre ikili karşılaştırılması	134
<b>Tablo 19</b>	Hipotez değerlendirmeleri (Özet)	136



## ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil No	Şekil Adı	Sayfa No
Şekil 1	Spreitzer'in psikolojik güçlendirme modeli	25
Şekil 2	İşyerinde psikolojik güçlendirme ağı	30
Şekil 3	Tükenmişliğin farklı seviyelerdeki belirtileri	45
Şekil 4	Tükenmişlik belirtileri	46
Şekil 5	Örgütsel tükenmişlik modeli	55
Şekil 6	Araştırma modeli	103
Şekil 7	Doğrulayıcı faktör analizi sonucu	114
Şekil 8	Psikolojik güçlendirme algısının tükenmişlik üzerindeki etkisinde yapısal güçlendirmenin düzenleyici etkisi	125
Şekil 9	Empati düzeyinin tükenmişlik üzerindeki etkisinde yapısal güçlendirmenin düzenleyici etkisi	125
Şekil 10	En son elde edilen model (standardize edilmemiş regresyon katsayıları)	126
Şekil 11	En son elde edilen model (standardize edilmiş regresyon katsayıları)	126

## BİRİNCİ BÖLÜM

### GİRİŞ

Dünyada tükenmişlik, hemen hemen her sektörde görülmektedir. Tükenmişliğin yoğun olarak yaşandığı sektörlerden birisi de sağlık sektörüdür. 1980 sonrasında Dünya Bankası, Avrupa Birliği, Uluslararası Para Fonu ve Dünya Sağlık Örgütü gibi uluslararası kuruluşların desteği ile birlikte dünyada birçok sağlık politikası değişmiştir. Türkiye’de daha etkin bir sağlık sistemi oluşturmak için 2002 yılına kadar söz konusu politikalar sağlık alanına uyarlanmış fakat uygulamalar yetersiz kalmıştır. 2003 yılında yürürlüğe giren “Sağlıkta Dönüşüm Programı” ile yeniliklere imza atılmış ve sağlık sektörü büyük değişimlere uğramıştır. Aile hekimliği, genel sağlık sigortası, kamu hastaneler birliği, hasta hakları, e-sağlık uygulamaları ve performansa dayalı ücretlendirme gibi pek çok unsur sağlık sistemine dâhil edilerek hem sağlık çalışanı hem de hasta açısından çok önemli stratejiler uygulanmaya başlanmıştır (Seçtim, 2019). Fakat tüm bu olumlu gelişmelere rağmen özellikle insan kaynakları alanında sorunlar ortaya çıkmaya devam etmiştir. Örneğin OECD verilerine göre 1000 kişi başına düşen doktor sayısı Türkiye’de 2,0 iken Avusturyada bu sayı 5,5 olarak tespit edilmiştir (OECD, 2021a). Ayrıca 1000 kişi başına düşen hemşire sayısı Türkiye’de 2.7 iken Norveç ve İsviçre’de bu sayı 18,4’e çıkmaktadır (OECD, 2021b). Türkiye’de sağlık sektörü çalışanlarının sayıca yetersiz olması sağlık çalışanlarının iş yükün artmasına, vardiya sürelerinin ve mesai saatlerinin uzamasına sebep olmuştur. Bu durum, özellikle sağlık çalışanlarının tükenmişlik sendromuna yakalanma riskini artırmış ve sağlık alanında önemli bir sorun haline gelmiştir.

Sağlık çalışanlarının tükenmişlik seviyelerinin düşük olması doktor hasta ilişkilerini iyileştirdiği gibi (Passalacqua ve Segrin, 2012) çalışanların iş tatmin düzeyini de yükseltmektedir (Astrom vd., 1990). Ayrıca hasta açısından bakıldığında hasta bakım kalitesinin iyileştiği (Shannon, 2013), hasta memnuniyetinin arttığı (Weng vd., 2011) ve tıbbi hata oranlarının (malpraktis) düştüğü görülmektedir (Shanafelt vd., 2010). Tükenmişlik riskinin düşük olmasının birçok avantajının bulunmasına rağmen araştırmalar hem dünyada, hem de Türkiye’de tükenmişlik düzeyinin sağlık çalışanları arasında her geçen gün artmakta olduğunu göstermektedir (Shanafelt vd., 2015; Thommasen vd., 2001; Kotb vd., 2014; Ayraller vd., 2011; Tunçel vd., 2014).

Araştırmalar sağlık çalışanlarının tükenmişlik riskini azaltmak için yüksek empati düzeyine, yüksek psikolojik ve yapısal güçlendirme algılarına sahip olmaları gerektiğini ifade etmektedir (Doğan, 2013; Han ve Pappas, 2018; Hojat vd., 2015; Hojat vd., 2011; Dehghani vd., 2016; Khoshmehr vd., 2020; Sarmiento vd., 2004). Empati düzeyinin yüksek olması; hem hasta bakımını olumlu etkilediği, hem de sağlık çalışanları üzerinde olumlu bir etkisi olduğu için çalışanların tükenmişlik yaşama riskini azaltmaktadır (Doğan, 2013). Teori, sağlık çalışanları hastaların durumunu daha iyi anladığında kendilerini daha tatmin olmuş hissedeceklerini ve hizmet sunumunun daha kaliteli olacağına işaret etmektedir. Ayrıca her iki durumunda tükenmişliğin nlemesinde temel unsur olduğu savunulmaktadır (Melnick ve Powsner, 2016: 1679).

Empatinin yanı sıra psikolojik olarak güçlendirilmiş sağlık çalışanlarının daha kaliteli hasta bakım hizmetleri sunduğu ve iş memnuniyetinin daha yüksek olduğu da literatürde göz önüne serilmektedir (Dehghani vd., 2016; Khoshmehr vd., 2020; O'Brien, 2010; Rawana, 2001). Bu bağlamda sağlık çalışanlarının empati düzeyleri ile psikolojik güçlendirme algılarının yüksek olması, çalışanlar açısından tükenmişliği azaltırken toplum açısından da daha sağlıklı ve refah düzeyi yüksek bir ülkenin ortaya çıkmasını sağlamaktadır. Örgüt içerisindeki çalışanların güçlü olması çalışan etkinliğini, çalışan verimliliğini ve çalışan performansını olumlu anlamda etkilediği gibi tükenmişlik riskini de önemli oranda düşürmektedir (Spreitzer vd., 1997; . Lee vd., 2003; Spence Laschinger vd., 2003). Ayrıca yaptıkları işleri anlamlı bulan çalışanların diğerlerine göre hem motivasyonlarının daha yüksek olduğu hem de daha az tükenmiş hissettikleri ne sürülmektedir (Hochwlder ve Brucefors, 2005; Boudrias vd., 2012; El Dahshan ve Dorgham, 2013; Nursalam vd., 2018).

Psikolojik güçlendirmenin yanı sıra yapısal güçlendirmenin tükenmişlik sendromu yaşama riskini azalttığı yapılan çalışmalarda ortaya konmuştur (Sarmiento vd., 2004; O'Brien, 2010; avuş ve Demir, 2010). Tükenmişlik sendromuna neden olan faktörlerin başında aşırı iş yükü gelmektedir (Hofmann vd., 2010: 32; Leiter, 1991: 551). Fakat fırsata, bilgiye, desteğe ve kaynaklara erişimi olan sağlık çalışanları işe karşı tutumlarını iyileştirerek yaptıkları işi bir yük olarak görmemektedir (Spence Laschinger ve Havens, 1996). Ayrıca alışmalar sağlık çalışanlarını güçlendiren örgütsel yapılar oluşturulduğunda

kişilerin örgütsel hedef ve süreçleri benimsemesinin daha kolay olacağını ve bununla birlikte tükenmişlik riskinin de azalacağını göstermektedir (Çavuş ve Demir, 2010).

Yapılan literatür taraması sonucunda yukarıda bahsedilen değişkenlerin (empati, psikolojik güçlendirme, tükenmişlik, yapısal güçlendirme) ayrı ayrı veya ikili kavramlar olarak ilişkisini ele alan çok sayıda çalışma bulunmaktadır. Fakat tüm bu değişkenlerin bir arada ele alındığı bir çalışmaya rastlanmamıştır. Ayrıca psikolojik güçlendirme ile empatinin tükenmişlik üzerindeki etkisinde yapısal güçlendirmenin düzenleyici bir etkisi olup olmadığı konusunda herhangi bir çalışmanın da yapılmadığı görülmüştür. Bu bağlamda literatürde niş bir alanı oluşturan yapısal güçlendirme (structural empowerment) olgusunun düzenleyici etkisi modele dâhil edilmiştir. Bu şekilde çalışmanın Türkiye’de var olan boşluğu dolduracağı ve sağlık sektörünün daha kaliteli hale gelmesi konusunda yol gösterici olacağı düşünülmektedir

Demografik özellikler bağlamında bakıldığında kadınların empati düzeyinin erkeklere göre daha yüksek olduğu birçok araştırmada ortaya çıkmıştır (Sevmen, 2007; Teke vd., 2010; Cunico vd., 2012; Yiğitbaş vd., 2013; Ferri vd., 2015; Bogiatzaki vd., 2019). Bazı araştırmacılar bu sonucun sebebini empatinin kadınsı bir duygu olduğu şeklinde açıklamaktadırlar. Başka bir çalışmada erkeklerin testosteron hormonlarının bilişsel empati düzeyini düşürdüğü savunulmaktadır (Van Honk vd., 2011).

Yaş bağlamı açısından bakıldığında empati düzeylerinin yaşa göre farklılaştığı görülmektedir. Bazı çalışmalara göre ileri yaştaki sağlık çalışanları genç olanlara göre daha düşük empati düzeylerine sahip olmaktadır (Wieck ve Kunzmann, 2015; Teke vd., 2010). Diğer çalışmalarda ise empati düzeyinin yaş ile birlikte arttığı savunulmaktadır (Sevmen, 2007). Yaşın ilerlemesi ile birlikte empati düzeyinin artması kişinin deneyimlerine ve olgunlaşmasına bağlanmaktadır (Doğan, 2013: 25).

Çalışma saatleri, çalışma süreleri ve mesleği isteyerek seçip seçmeme durumlarının empati düzeyini etkilemeyip etkilemediği ile ilgili birçok araştırma yapılmıştır (Akgün Şahin ve Kardaş Özdemir, 2015; Passalacqua ve Segrin, 2012; Dizer ve İyigün, 2009; Öz, 1998). Fakat empati düzeyi bakımından meslek gruplarının (doktor, hemşire, ebe, vb.) farklılaşp farklılaşmadığı konusunda çok az çalışma bulunmaktadır. Tiryaki Şen ve arkadaşları (2012)

doktor, hemşire, ebe, sağlık memuru ve acil tıp teknisyeni ile yaptıkları çalışmada sağlık memurlarının en yüksek doktorların ise en düşük empati düzeyine sahip olduklarını bildirmiştir.

Psikolojik güçlendirme algıları açısından bakıldığında cinsiyet bakımından bir farklılık olmadığını savunan birçok çalışma bulunmaktadır (Kan Sönmez, 2020; Altındış ve Özutku, 2011; Hochwälder ve Brucefors, 2005; Spreitzer vd., 1997). Fakat yanı sıra kadınların psikolojik güçlendirme algılarının erkeklere göre daha düşük olduğunu savunan çalışmalarda yapılmıştır (Spreitzer vd., 1997). Yaş değişkeni açısından gençlerin ileriki yaştakilere göre psikolojik güçlendirme algıları daha yüksek bulunurken (Sparks, 2012; Spreitzer vd., 1997), bazı çalışmalarda bir farklılık saptanmamıştır (Kan Sönmez, 2020; Altındış ve Özutku, 2011).

Tükenmişlik düzeylerine ilişkin cinsiyetler arasında farklılık olup olmadığı konusunda çalışmalarda farklı sonuçlar elde edilmiştir. Bazı çalışmalar kadınların tükenmişlik düzeylerinin erkeklere göre daha yüksek olduğunu savunurken (Ayraller vd., 2011; Karsavuran, 2014; Maslach ve Jackson, 1981; Kılıç ve Aytemiz Seymen, 2011; Cordes ve Dougherty, 1993; Dyrbye vd., 2011) bazı çalışmalarda da erkeklerin yüksek derecede tükenmişlik yaşadığı tespit edilmiştir (Serinkan ve Barutçu, 2020; Yakut vd., 2013).

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

Meslek grupları bağlamında tükenmişlik seviyelerine bakıldığında doktor ve hemşirelerin diğerlerine (hastane yöneticisi, diş hekimi, eczacı, sağlık teknisyeni ve ebe) göre daha yüksek derecede tükenmişlik yaşadığı tespit edilmiştir (Ergin, 1996; Ulusoy vd., 2012; Helvacı ve Turhan, 2013). Ayrıca hemşirelerin doktora göre daha yüksek derecede

tükenmişlik yaşadığını savunan çalışmalar da bulunmaktadır (Karsavuran, 2014; Sayıl vd., 1997).

Yapısal güçlendirme algıları açısından Mansour ve arkadaşları (2022) yapmış olduğu çalışmada cinsiyetler arasında bir farklılık bulamamıştır. Yaş değişkeni bağlamında ise San Türgay (2006) yaş arttıkça sağlık çalışanlarının yapısal güçlendirme algılarının buna paralel olarak arttığını savunurken Mansour ve arkadaşları (2022) yapısal güçlendirme ile yaş arasında bir ilişki olmadığını tespit etmişlerdir.

Bu bilgilerden yola çıkarak bu çalışmanın amacı, empati ile psikolojik güçlendirmenin tükenmişlik üzerindeki etkisinde yapısal güçlendirmenin düzenleyici rolünü incelemektir. Ayrıca çalışmada, demografik özellikler açısından (cinsiyet, yaş, meslek grupları) empati, psikolojik güçlendirme, tükenmişlik ve yapısal güçlendirme bakımından farklılık olup olmadığı tespit edilmeye çalışılmıştır. Elde edilen sonuçlar ile literatüre katkı sağlamanın yanı sıra sağlık çalışanlarına ve yöneticilerine öneriler sunulmaktadır.

Bu çalışma beş bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümü giriş kısmını içerirken, ikinci bölümde empati, psikolojik güçlendirme, tükenmişlik ve yapısal güçlendirme değişkenlerine ilişkin kavramsal çerçeve çizilerek bu değişkenlerin etkilerine ve önemine yer verilmiştir. Ayrıca bu bölümde söz konusu değişkenlerin sağlık sektöründeki rolleri üzerinde de durulmuştur. Bu bölümün son kısmında ise bağımsız değişkenlerin (empati ve psikolojik güçlendirme) bağımlı değişken üzerindeki ilişkisini inceleyen araştırmalara yer verilmiştir.

Çalışmanın üçüncü bölümünde araştırmanın metodolojisi yer almaktadır. Bu bölümde araştırmanın amacının ne olduğu ortaya konmuştur. Ayrıca bu bölümde araştırmanın modeli ve hipotezlerine yer verilmiştir. Son olarak araştırma verilerin nasıl toplandığı, araştırmanın evren ve örnekleme açıklanmıştır.

Çalışmanın dördüncü bölümünde araştırma bulgularına yer verilmiştir. Beşinci bölüm olan sonuç, tartışma ve öneriler bölümünde ise elde edilen bulgular yorumlanmıştır. Ayrıca çalışmada elde edilen bulgular ile literatürdeki bulgular karşılaştırılarak tartışılmıştır. Son olarak bu bölümde; bu konularla ilgili araştırma yapacak akademisyenlere ve sağlık politikası yapımcıları ile hastane yöneticilerine yönelik önerilere yer verilmiştir.

## **İKİNCİ BÖLÜM**

### **KAVRAMSAL ÇERÇEVE: EMPATİ, PSİKOLOJİK GÜÇLENDİRME, TÜKENMİŞLİK VE YAPISAL GÜÇLENDİRME**

Bu bölümde araştırma konusunun önemli değişkenleri olan tükenmişlik, empati, psikolojik güçlendirme ve yapısal güçlendirmeye ilişkin kavramsal çerçeve yer almaktadır. Ayrıca söz konusu değişkenlerin tanımları ve literatürdeki kuramsal temellerine dair bilgiler sunulmaktadır. Bu bilgilerin yanı sıra tükenmişlik, empati, psikolojik güçlendirme ve yapısal güçlendirmenin sağlık sektörü ile ilişkileri de detaylı olarak açıklanmaktadır.

#### **2.1. Empatinin Tanımı**

Empati kelimesi ile ilgili hem teorik hem de kavramsal olarak felsefe, psikoloji ve bilişsel nörobilim gibi birçok alanda tanımlamalar yapılmıştır. Çoğu tanımda empati, kişinin kendisini karşısındakinin yerine koymak olarak açıklanmıştır (Larson ve Yao, 2005: 1101). Empati kavramının en yaygın genel tanımı Carl Rogers isimli psikoloğun görüşüne dayanmaktadır. Rogers'a göre empati: "Bir kişinin kendisini karşısındaki kişinin yerine koyup, olaylara onun bakış açısıyla bakması, o kişinin duygularını ve düşüncelerini doğru olarak anlaması, hissetmesi ve bu durumu ona iletmesi sürecidir" (Dökmen, 2011: 157). Rogers aynı zamanda empatinin sadece kişiyi dinlemekten ibaret olmadığını vurgulayarak bir kişinin iç dünyasına girerek o kişinin o anda yaşadığı duyguya (sevinç, korku, kızgınlık, vb.) duyarlı olup geçici olarak onu yargılamadan ve ona yaklaşarak onun hayatını yaşamak olarak ifade etmiştir (Rogers, 1975: 5).

Türkiye'de Dökmen (2011: 158) ise empatiyi kişinin kendisini karşısındaki kişinin yerine koyarak onun bakış açısıyla, o kişinin duygularını ve düşünce yapısını anlayabilmesi olarak ifade etmiştir. Ayrıca empati karşındakini dinleme, onun düşünce ve duygularını anlama, hissetme ve sonunda bu anlayışı ona doğru ileterek kontrol etme süreci olarak açıklanmaktadır (Özcan, 2012: 62; Akgün Şahin ve Kardaş Özdemir, 2015: 1).

Genel olarak bakıldığında empati başkalarına faydalı olmayı içeren toplum yanlısı bir davranış şeklidir. Hastalar ile ilişkili olarak kişisel yakınlığı ve duygusallığı içerdiği için empati yapmanın sağlık çalışanlarının bakım kalitesini iyileştirmesinde, daha başarılı ve

etkin hizmet sunmasında önemli bir etkisi bulunmaktadır (Cunico vd., 2012). Günümüzde doktorların hastalardan daha çok bilim, teknoloji ve tıp ekonomisi gibi unsurlara odaklandığı bilinmektedir (Sağlam, 2019: 63). Fakat hastaların sorunlarını daha iyi anlayabilmek ve bu sorunlara yönelik çözümler üretmek için hasta ile empati kurmak büyük önem arz etmektedir (Squier, 1990: 335-336). Hasta ile doktor arasındaki empati “klinik empati” olarak adlandırılmaktadır. Bu durum hastanın içsel deneyimlerinin ve bakış açısının doktor tarafından anlaşılması ve bu yönde iletişimin kurulmasına yönelik bir bilişsel özellik olarak tanımlanmaktadır (Hojat vd.; 2002: 1564). Klinik empati kavramının başka bir tanımı ise hastanın durumunu, bakış açısını ve duygularını anlama ve bu anlayışı hastaya gösterme yeteneği şeklinde açıklanmıştır (Jani vd., 2012: 252).

Empatik olma durumu, karşıdaki kişi kendisiymiş gibi yaşamak ve bu “imiş gibi” olma koşulunu mutlaka yerine getirmek olarak açıklanmaktadır (Akkoyun, 1983: 106). Rogers (1957) ise bu durumu sağlık bağlamında doktorun hastasının iç dünyasına girip “imiş gibi” olma durumunu göz ardı etmeden kaliteli bir bağ geliştirmesi olarak belirtmektedir. Bu uzaklaşma ve tarafsızlığı belirli bir seviyede tutma duygusu Hojat ve arkadaşlarının (2002) çalışmalarında da desteklenmektedir. Bu ayırımı yapabilmek hastaları iyileştirmek için yoğun ve uzun süreli olumsuz duygular ile baş etmek zorunda kalan doktorlar için büyük önem arz etmektedir (Wilkinson vd., 2017: 19). Zinn’e (1993: 306) göre doktorların her hasta ile tam anlamıyla empati kurması hem duygusal yorgunluk yarattığı için hem de sağlık sektöründe zaman kısıtlılığı yüzünden mümkün değildir. Hastası ile duygusal bağ kurmayan doktor bu şekilde tarafsız kalabilmekte ve hastanın bakımı ile ilgili daha objektif kararlar alabilmektedir.

## **2.2. Empatinin Boyutları**

Empatinin boyutları birçok araştırmanın konusu olmakla birlikte farklı şekillerde sınıflandırılmıştır. Cliffordson (2002: 50) empatinin çok boyutlu bir süreç olduğunu savunarak empatiyi; duygusal, bilişsel, iletişimsel, ahlaki, davranışsal ve ilişkisel empati olarak sınıflandırmıştır. Williams (1989: 169) empatinin bilişsel empati, duygusal empati, iletişimsel empati ve ilişkisel empati olmak üzere dört boyuttan oluştuğunu savunmaktadır. Morse ve arkadaşları (1992: 274) empatinin dört boyuttan oluştuğunu ifade etmişlerdir. Bunlar duygusal, bilişsel, davranışsal ve ahlâki boyutlardır.



Morse ve arkadaşları (1992: 274) empatinin duygusal boyutunu bir başkasının psikolojik durumunu veya içsel duygularını sübjektif olarak deneyimleme ve paylaşma yeteneği olarak tanımlamaktadır. Sağlık sektörü açısından bakıldığında ise empatinin duygusal boyutu hastaların ne hissettiğini ve ne yaşadığını anlama yeteneği olarak ifade edilmektedir (Thirioux vd., 2016: 6). Doktor hasta ilişkisi bağlamında duygusal empatiye örnek olarak bir doktorun, hastasına kanser teşhisi konulduğuna ilişkin bilgi verirken kendisinin de hastanın hissettiği üzüntüyü, hayal kırıklığını ve öfkeyi hissedebilmesi verilebilir. Ayrıca konuya ilişkin bir diğer örnek diyabet gibi kronik bir hastalık ile ilgili testin negatif çıkması üzerine doktorun hasta ile birlikte mutlu olmasıdır (Klößner Cronauer, 2013: 14). Doktorun duygusal empati becerisine sahip olması hasta memnuniyetini arttırdığı için olumlu olarak değerlendirilse de (Weng vd., 2011) bazı durumlarda hasta için olumsuz sonuçlanabilmektedir. Onkoloji hastalarının aşırı üzgün olma durumları doktorlarda stres, hayal kırıklığı ve öfke duygularını tetikleyebilmektedir. Fakat bu durumda doktorun bu olumsuz duyguları hastaya yansıtamaması doktorun iç dünyasında duygusal bir uyumsuzluğa yol açmaktadır. Bu durum doktorun kendini kötü hissetmesine, tükenmişliğe ve hatta bu gibi hastalardan kaçınmasına sebep olmaktadır (Meier vd., 2001).

Empatinin bilişsel boyutu ise kişinin karşısındakinin duygularını ve bakış açısını objektif bir şekilde belirleme ve anlama konusundaki entelektüel yeteneği olarak tanımlanmaktadır (Morse vd., 1992: 274). Örneğin tıbbi ortamda bilişsel empati doktorun, önereceği tedavi yöntemini hastasının bakış açısını hesaba katarak hastasına önermesidir. Hasta bu antibiyotikler hakkında ne düşünür? Hastanın bu tedaviyi devam ettirebilmesi için yardıma ihtiyacı var mı? Hasta, hastalığı ile ilgili ne hissediyor ve duygusal olarak bu hastalık ile başa çıkabilir mi? gibi soruları doktorun kendisine sorarak hasta için en uygun tedavi yöntemini seçmesi bilişsel empatiye örnek olarak verilebilir (Klößner Cronauer, 2013: 13).

Morse ve arkadaşları (1992: 275) empatinin davranışsal boyutunu başka birinin bakış açısını anlayabilmek için kişinin sözlü ve sözsüz iletişimi kullanma yeteneği olarak tanımlamaktadır. Sözlü iletişim açısından bakıldığında hastanın sorunlarını dinleyen bir doktor “seni anlıyorum” gibi yorumlar ile hastanın kendisini daha rahat ifade etmesi için cesaretlendirebilir. Aynı zamanda doktor, sözsüz iletişim becerilerini kullanarak zaman

zaman başını sallayabilir veya kaşlarını çatarak aktif olarak hastayı dinlediğini ve onu anladığını karşısındakine gösterebilmektedir. Doktor - hasta ilişkisi araştırmalarında asıl ilgi alanı, doktorun içsel empati becerisi değil de bu beceriyi nasıl kullandığıdır. Bu yüzden davranışsal empati boyutu sağlık çalışanlarının empati düzeylerini araştıran çalışmalarda büyük önem taşımaktadır. Doktorun hastayı anlaması (bilişsel empati) ve bu anlayışı ifade etmesi (davranışsal empati) empatinin gerçekleşebilmesi açısından gereklidir (Shattell vd., 2007). Bu bağlamda Hojat ve arkadaşları (2002), bilişsel ve duygusal durumlarının anlaşılabilmesi için sağlık sektöründe hastalar ile anlamlı bir ilişki kurmanın şart olduğunu ifade etmektedirler. Davranışsal boyut, kişiler arası süreci yansıtırken bilişsel ve duygusal empatiyi tecrübe eden kişinin kendi içindeki içsel süreci yansıtmaktadır.

Morse ve arkadaşları (1992: 274) empatinin ahlaki boyutunu, kişinin kendisini başkasının yerine koymak için hissettiği içsel fedakârlık gücü olarak tanımlamaktadır. Bu sağlık sektöründe doktorun hastasıyla empati kurma motivasyonunu ifade etmektedir (Thirioux vd., 2016: 6). Mohammadreza Hojat ve arkadaşları 2001 yılında “The Jefferson Scale of Physician Empathy: Development and Preliminary Psychometric Data” isimli çalışmada, empati ölçeğini geliştirmişlerdir. Çalışmada yazarlar empatiyi; perspektif alma, şefkatle davranma ve kendini hastanın yerine koyma olmak üzere toplamda üç farklı boyutta ele almışlardır. Perspektif alma boyutu, arka planda empatinin bilişsel doğasını yansıtırken, sağlık çalışanlarının tarafsız bir şekilde hastanın endişelerinin farkına vararak onların durumunu anlayabilme becerisini ifade etmektedir. İkinci boyut olan şefkatle davranma ise duygusal empati boyutunu yansıtarak sağlık çalışanları ile hasta arasında ortaya çıkan insan ilişkilerini ifade etmektedir. Son olarak kendini hastanın yerine koyma boyutu, sağlık çalışanlarının hastaların duygularını algılama yeteneği olarak açıklanmıştır (Hojat vd., 2001).

### **2.3. Empati Becerisi ve Eğilimi**

Mevlana bir sözünde, “Aynı dili konuşanlar değil, aynı duyguyu paylaşanlar anlaşılabilir.” diyerek aslında empatinin sadece söylenen söz değil aynı zamanda bir duygu aktarımı olduğunu açıkça ifade etmektedir. Bu bağlamda kişinin empati becerisine ve eğilimine sahip olması iletişim sorunlarını en aza indirme bakımından oldukça önemlidir.

Dökmen (2011: 169) empatiyi, empati becerisi ve empati eğilimi olmak üzere iki farklı boyutta ele almaktadır. Empati becerisi kişilerin karşısındaki insanların hislerini, duygularını ve davranışları anlaması ve bu anlayışı karşıya aktarabilmesidir. Empati becerisi birçok meslek dalında olduğu gibi tıp alanında da doğru hasta öyküsü alma, tedavideki uyumu artırma, maddi kaynaklarını ve doktorun zamanını etkin kullanma bakımından önemlidir. Bu beceri çocuktan itibaren başlayarak gelişmekle birlikte aynı zamanda öğrenilebilen ve eğitimle birlikte artan da bir yetidir (Öz, 1998).

Roter ve arkadaşları (2002: 761-762) empati becerisi noktasında cinsiyetlerin birbirinden farklı olduğunu ve kadın doktorların konuşmalarının erkeklere göre daha olumlu, duygusal ve işbirliği odaklı olduğunu açıklamışlardır. Ayrıca kadınların başını sallama ve gülümseme gibi sözsüz iletişim davranışlarını daha sık sergiledikleri görülmüştür. Bu beceri günümüzde teknolojik gelişimlerden ve kaynak yetersizliğinden dolayı doktorların hastaları anlamaları için daha az vakit ayırdığı durumlarda büyük önem taşımaktadır.

Çil Akıncı ve Akgün (2011) hemşirelik yüksekokulu öğrencilerinin empati becerisini geliştirmek için psikodrama, model alma, rol oynama gibi programların eğitim sırasında kullanılması gerektiğini önermişlerdir. Öz'ün (1992) yapmış olduğu bir araştırmada hemşirelere haftada iki saatlik 10 hafta süren bir empati eğitimi verilmiş ve eğitimin sonunda hemşirelerin empati becerisi gelişirken empati eğilim düzeylerinin aynı kaldığı görülmüştür.

Rogers empati eğilimini bir kişilik özelliği olan ve herkes de bulunmayan sosyal duyarlılık ile eş anlamlı görmektedir. Bu özelliğe sahip olan kişilerin empatiyi daha kolay öğreneceklerini ve diğer kişilerden daha empatik olduklarını savunmaktadır (Akkoyun, 1983: 105-106). Empati eğilimi kişinin günlük hayatında empati gösterme potansiyeli olarak tanımlanmaktadır. Empatik eğilimi yüksek olan insanlar daha fazla yardım etmeye meyilli olmaktadır (Dökmen, 2011: 168).

Hojat ve arkadaşları (2011) tarafından 29 doktor ve 891 diyabet hastası ile yapılan çalışmada doktorların empati eğilimi ile hastaların klinik sonuçları arasında pozitif yönde bir ilişki olduğu saptanmıştır. Sağlık sektöründe empatik eğilimi yüksek olan doktor ve hemşirelerin hastalarının sorunlarını fark edip onlara yardım etme konusunda daha etkili davrandıkları görülmektedir (Taşdemir ve Karaaslan, 1999).

## 2.4. Empatinin Kuramsal Açıklaması

Kişinin, karşısındaki insanın duygu ve düşüncelerini bilmemesine rağmen sadece onu gözlemleyerek onun bu düşünceleri ile ilgili nasıl bir fikire sahip olabileceği hakkında temel kuramlar ileriye sürülmüştür (Ünal, 1972). Bu temel kuramlar üç grupta toplanmaktadır. Bunlar sırasıyla Çıkarsama Kuramı, Rol Oynama Kuramı ve Heyecan Yayılması Kuramı olmak üzere üç kuramdan oluşmaktadır.

- **Çıkarsama Kuramı:** Kişinin iç dünyasında yaşadıklarının fiziksel olarak dışa vurumu olarak tanımlanmaktadır. Bu kuram karşımızdaki insanın psikolojik yaşantısı (iç dünyası) bize kapalı olduğu için kendi iç dünyamızı yansıtmak için kullandığımız fiziki işaretlerden yola çıkarak karşımızdaki kişiyi yorumlayabilmeyi öngörmektedir. İçsel dünyamızı duyu organlarımız ile anlayamayız. Fakat içsel dünyamızdaki duygu ve düşüncelerimizi bazı fiziksel özellikler ile dışavurduğumuzda zihnimizde bir bağlantı oluşmaktadır. Buna bağlı olarak zihnimiz fiziki ifadelerimizi iç dünyamızı yorumlamakta bir işaret olarak algılamaktadır. Örneğin, sinirlendiğinde elini masaya vuran bir kişi bu hareketi başka birinde gördüğünde o kişinin de sinirli olduğu çıkarımında bulunabilir. Çıkarsama kuramı empatinin bir tür yansıması olarak görülmektedir ve bu kuram kişiyi anlamamanın onun ortaya koyduğu fiziki işaretler ile mümkün olduğunu savunmaktadır (Ünal, 1972: 73).
- **Rol Oynama Kuramı:** Empatiyi açıklamada ortaya çıkan bir diğer kuram George H. Mead tarafından geliştirilen rol oynama (role taking) kuramıdır. Bu kuram çevremizdeki insanları taklit ederek veya başka bir deyişle onların rollerini oynayarak onların duygu ve düşüncelerini anlamaya çalışma olarak ifade edilmektedir. Kişi etrafındaki insanları taklit ederek onları anlamaya başlamaktadır. Bu bilinçli olarak yapılmasa da çocuklar bu yeteneğe sahiptirler ve öfkesini bağıracak ifade eden bir annenin çocuğu da sinirlendiğinde aynı tepkiyi göstermektedir. Bu bağlamda çocuklar oynadıkları evcilik oyunları ile kendilerini anne ve babalarının yerine koyarak onların hissettiklerini anlamaya çalışmaktadır (Ünal, 1972: 76).

- **Heyecan Yayılması Kuramı:** Amerikalı psikiyatrist Harry Stack Sullivan tarafından ortaya atılan heyecan yayılması kuramına göre çocuk ile anne arasından bir heyecan bağı vardır, bu da empati olarak adlandırılmaktadır. Bu kuram başka bir insanın heyecanını yakalayıp o heyecana ortak olunduğu zaman empati kurulduğunu ifade etmektedir (Ünal, 1972: 78). Bu görüşe göre sıkıntılı olan birini rahatlatmaya çalışan kişi aynı zamanda bu durumdan dolayı hissettiği kendi içsel sıkıntısını gidermek için de yardım davranışında bulunabilmektedir (Dökmen, 2011: 168). Ancak empati kuran kişinin karşısındakinin üzüntü veya sevincine ortak olmak gibi bir duygu aktarımı yapabilmesi için öncelikle karşısındaki ile ilgili yeterli bilgiye sahip olması gerekmektedir (Davis, 2005: 78).

## 2.5. Empati Düzeyini Etkileyen Faktörler

Kişinin empati düzeyini etkileyen pek çok faktör vardır. Empati düzeyini etkileyen faktörler genel olarak altı grupta toplanabilir. Bunlar cinsiyet, yaş, mesleki faktörler, kişilik özellikleri, alınan eğitim ve çevre faktörü gibi unsurlardır.

### 2.5.1. Cinsiyet

Hem sağlık alanında hem de diğer alanlarda yapılan çalışmalar da empati düzeyinin cinsiyet ile ilişkili olduğu belirlenmiştir. Söz konusu çalışmalar kadınların empati düzeyinin erkeklere göre daha yüksek olduğunu göstermektedir (Ferri vd., 2015: 104; Bogiatzaki vd., 2019: 621). Bu bağlamda Yiğitbaş ve arkadaşları (2013: 7) sağlık eğitimi alan öğrencilerin empatik eğilim ve becerisi ile ilgili bir çalışma yapmış ve kız öğrencilerinin empati becerisinin erkeklere göre daha yüksek olduğuna işaret etmişlerdir. İtalya’da hemşirelik bölümü öğrencileri ile yapılan boylamsal bir araştırmada empati becerilerini iyileştirmeye yönelik yapılan eğitimin erkeklere göre kız öğrenciler üzerinde daha etkili olduğu vurgulanmıştır (Cunico vd., 2012: 2016).

Sevmen (2007) yine hemşirelerin empati düzeylerini araştırmak için yaptığı bir çalışmada kadınların empati düzeyinin erkeklerden daha yüksek olduğunu saptamıştır. Bu durum sadece hemşirelerde değil doktorlarda da aynı şekildedir. Teke ve arkadaşlarının

(2010) doktorlar üzerinde yaptıkları bir çalışmada kadın doktorların erkeklere göre daha empatik davranışlar sergilediğini bildirilmektedir.

Kadın ve erkekler arasındaki empati farklılığının birçok sebebi vardır. Bazı araştırmacılar empatinin kadınsı bir özellik olduğunu ifade etmektedir ve kadın erkek arasındaki bu ayrımı evrimin bir sonucu olduğuna dayandırmaktadır. Bu bağlamda Darwin'e atıf yapılarak kadınların erkeklere göre daha hassas ve daha az bencil oldukları, bebeklerine karşıda da annelik içgüdülerini kullandıkları belirtilmiştir (Hojat vd., 2002: 1563). Van Honk ve arkadaşlarının (2011) yapmış olduğu başka bir çalışma da erkeklerin testosteron hormonlarının bilişsel empati düzeyini düşürdüğü savunulmaktadır. Williams (2015b: 17) bu sonuçların toplum içerisindeki cinsiyet rolü kalıplarına dayandırılarak koşullandırıldığını ve araştırmaya katılan kişilerin cevaplarını "sosyal cazibe yanlılığına" göre verdiklerini öne sürmektedir.

### **2.5.2. Yaş**

Empati düzeyini etkileyen faktörlerden birisi de yaştır. Wieck ve Kunzmann (2015: 407) yaşlıların daha genç olanlara göre daha düşük empati düzeylerine sahip olduklarını ortaya koymuşlardır. Bu durum yaşın empati ile olumsuz yönde ilişkiye sahip bir değişken olduğunu göstermektedir. Bu bağlamda sağlık sektöründe yapılan birçok araştırma da genç ve işe yeni başlamış hemşirelerin empati düzeylerinin uzun süre çalışanlara göre daha yüksek olduğuna dikkat çekilmiştir (Teke vd., 2010).

Yukarıda belirtilen iddiaların tam tersine empati düzeyi yaş ile artmaktadır. Bu bağlamda Sevmen (2007: 51) 41 yaş ve üstü hemşirelerin empati puanlarının diğerlerine göre daha yüksek olduğunu vurgulamaktadır. Yaşın ilerlemesi ile birlikte empati düzeyinin artması kişinin deneyimlerine ve olgunlaşmasına bağlanmaktadır (Doğan, 2013: 25). Hamm ve arkadaşları (2020) yaptıkları bir çalışmada X ve Y kuşağı asistan doktorların empati düzeylerini karşılaştırmışlardır. Bu iki kuşak arasında bir farklılık bulunamamıştır fakat asistanlık süreci boyunca empati düzeyinin her iki kuşakta da düştüğü belirtilmiştir. Bunun sebebi asistanlık boyunca karşılaşılan rahatsız edici denetleme, sınırlı destek ve ağır iş yükü olarak görülmektedir.

### 2.5.3. Mesleki Faktörler

Çalışma saatleri, çalışma süreleri ve mesleği isteyerek seçip seçmeme durumları gibi mesleki faktörler sağlık çalışanlarının empati becerisini etkilemektedir. Bu bağlamda haftalık çalışma saatlerinin artması empati becerisini düşürmektedir (Akgün Şahin ve Kardaş Özdemir, 2015: 5; Öz, 1998). Ayrıca sürekli gündüz çalışanlar ile gece çalışanların empati düzeyleri arasında anlamlı farklılıklar bulunmaktadır (Passalacqua ve Segrin, 2012: 449). Dizer ve İyigün (2009: 14) en yüksek empati puanına sahip olan grubun sürekli gündüz çalışan yoğun bakım hemşireleri olduğunu açıklamışlardır. Gece nöbet tutan hemşirelerin aile hayatının olumsuz etkilenmesi ile sürekli gece çalışan hemşirelerin uyku sorunlarından dolayı sağlık problemlerinin ortaya çıktığı ve bunun da empati düzeyine olumsuz etki ettiğine vurgu yapılmıştır.

Meslekteki çalışma süresi de çalışma saatleri gibi sağlık çalışanlarının empati düzeylerini etkilemektedir. Teke ve arkadaşları (2010: 513) 10 yıldan az bir süredir çalışma hayatının içinde olan doktorların 10 yıl ve üstü bir zamandır çalışanlara göre empati seviyelerinin daha yüksek olduğunu belirtmişlerdir. Bunun sebebi olarak çalışma süresinin artması ile birlikte monotonluğun ve iş stresinin arttığı ifade edilmiştir. Bunu önlemek için eğitim faaliyetlerine ağırlık verip iş çeşitlendirme gibi örgütsel iyileştirmeler yapılarak doktorların iş memnuniyeti yükseltilebilmektedir (Teke vd., 2010: 514).

Kişinin ilgi duyduğu işi yapması, iş tatmini, çalışma süresi, çalışma saatleri, çalıştığı kurumun örgütsel yapısı gibi birçok unsur da empati düzeyini ciddi anlamda etkilemektedir. İş memnuniyetinin artması ile birlikte empati becerisinin de artması birçok araştırmanın konusu olmuştur (Tunç vd., 2014). Ayrıca kişinin mesleğini kendi isteğiyle seçmiş olması yine empati becerisini olumlu anlamda etkilemektedir. Dizer ve İyigün (2009: 14) yoğun bakım hemşireleri ile ilgili yaptıkları çalışmada en yüksek empati puanını mesleğini kendi isteyerek seçen hemşirelerin aldığını saptamışlardır. Bunun sebebi de mesleğini severek yapan kişilerin zorluklar ile baş edebilme ihtimallerinin daha yüksek olması ile iş memnuniyetinin daha yüksek olması olarak açıklanmaktadır (Doğan, 2013: 23). Empati düzeyi ile mesleği isteyerek seçme arasında bir ilişki bulunan çalışmalar bulunurken (Öz, 1998) aynı zamanda böyle bir bağlantının olmadığını savunan araştırmalarda mevcuttur

(Şahin vd., 2018). Bu durumun sebebi olarak hemşirelerin mesleğe başladıktan sonra olumlu bir tutum geliştirdikleri ve bunun da empati gelişimine faydası olduğu düşünülmektedir (Şahin vd., 2018: 323).

Yukarıda sayılan etkenlerin dışında birçok yazar doktor ve hemşirelerin zaman yetersizliği, aşırı iş yükleri, anlayışsız meslektaşlar, destek eksikliği ve hastalara karşı hissedilen endişe ve aşırı hiyerarşik yapıların empati düzeylerini olumsuz olarak etkilediğine vurgu yapmaktadır (Price ve Archbold, 1997: 108). Ayrıca Hojat ve arkadaşlarına (2009: 1189) göre sağlık çalışanlarının artan iş yükü, zaman baskısı ve sinizm gibi faktörler de empati düzeyini düşürmektedir.

#### **2.5.4. Kişilik Özellikleri**

Araştırmalar empatinin saygılı olma, toplum yanlısı davranışlar, fedakârlık, nezaket ve ahlaki muhakeme gibi birçok kişisel özellik ile ilişkili olduğunu belirtmektedir (Wolf, 1980: 42). Hogan'a (1969: 315) göre empati düzeyi yüksek olan kişiler daha cana yakın, çekici, arkadaş canlısı, neşeli, girişken, hayalperest, duygusal, yaratıcı, sağduyulu ve düşünceli olmaktadır. Bunun aksine bu kişilerin zalim, soğuk, kavgacı, saldırgan, sert, duygusuz, kaba, acımasız yürekli, eleştirici ve inatçı olma ihtimali çok daha düşüktür.

Bendapudi ve arkadaşları (2006) yaptıkları çalışmada 192 hasta ile görüşmeler yaparak onlardan doktorlar ile yaşadıkları en iyi ve en kötü tecrübeleri aktarmalarını istemişlerdir. Araştırma sonunda 7 ideal doktor davranışı tespit edilmiştir. Bunlar doktorun kendinden emin, empatik, insancıl, kişisel, samimi, saygılı ve dikkatli olması olarak bildirilmiştir. Farklı bir çalışmada ise "iyi doktor" olmadaki en önemli kalite belirtisinin empati olduğu açıklanmıştır. Empati düzeyi yüksek olan doktorlar sorumluluk, ahlaki muhakeme yeteneği ve klinik yeterliliğe sahip olma gibi birçok olumlu özelliği gösterme eğilimindedirler (Levinson ve Roter, 1995: 375).

#### **2.5.5. Eğitim**

Tıp fakültesi öğrencilerinin empati beceri düzeyleri eğitimleri ile başlayan ve sonrasında asistan doktorluk ile devam eden süreçte düşüş göstermektedir (Han ve Pappas,



2018). Hojat ve arkadaşları (2009) tıp fakültesi öğrencilerinin empati puanlarının ilk iki sene aynı kaldığını, üçüncü senenin sonunda düşüşe geçtiğini ve dördüncü senede de hiçbir iyileşme göstermediğini ortaya koymuşlardır. Günümüzde tıbbın teknokratik ve biyomedikal paradigması kusurları reddeden, kontrole öncelik hakkı veren ve zafiyeti cezalandıran bir ortamı desteklemektedir (Shapiro, 2008). Bu durum asistanların empati düzeylerini olumsuz olarak etkilemekte ve yetersiz hasta bakım uygulamaları ile ilişkili olmaktadır (Shanafelt vd., 2005).

Empati becerisini ve düzeyini etkileyen faktörlerden biri de empati geliştirmeye yönelik düzenlenen eğitim programlarıdır (Öz, 1998). Psikodrama, vaka örnekleri ile bire bir çalışma, rol canlandırma, pekiştirme çalışmaları, soru-cevap oturumları gibi yöntemler kullanılmaktadır (Ağaçdiken ve Aydoğan, 2017: 126). Dökmen (1988) psikoloji bölümü birinci sınıf öğrenciler ile psikodrama (dramatik canlandırma yoluyla psikolojik sorunların görme metodu) yöntemi kullanarak sekiz aylık bir eğitim düzenlemiştir. Araştırma sonuçları eğitimin öğrencilerin empati düzeyinin arttırdığını ortaya koymuştur. Fakat Kahrıman ve arkadaşları (2016) empati düzeyini olumlu anlamda etkilemek için sadece psikodrama yönteminin yeterli olmadığını aynı zamanda deneyim öykülerinin, tartışmaların, rol modellerin, ödev ve soru cevap oturumlarının da kullanılması gerektiğine işaret etmektedir. Wilkström (2001) de hemşirelik öğrencilerinin empati becerilerini arttırmaya yönelik yaptıkları eğitim programının sonunda empatinin olumlu yönde etkilendiğini gözlemlemiştir. Eğitim çalışmaları sadece öğrenciler arasında değil mezun olmuş sağlık çalışanları için de yapılmaktadır. Roter ve arkadaşları (1995) sekiz saatlik iletişim becerileri eğitimine katılan doktorların, hastanın anlayışını ve beklentilerini sormak, güven vermek ve hastaların tüm endişelerini ortaya çıkarmak gibi empati becerilerinin istatistiksel olarak anlamlı gelişme gösterdiğini vurgulamışlardır.

## **2.6. Empatinin Sonuçları**

Sağlık çalışanlarının empati düzeylerinin yüksek olmasının yaşlı hastalara daha iyi davranma, doktor ve hasta memnuniyetini artırma, tıptaki yanlış uygulama davalarının sayısının düşmesi ve iyi bir klinik sonuç elde etme gibi büyük avantajları bulunmaktadır (Hojat vd., 2002: 1568). Di Blasi ve arkadaşları (2001: 757) hastalara karşı sıcak, arkadaş canlısı ve güven verici tavır sergileyen doktorların daha etkili olduğunu belirtmişlerdir. Bir

hasta, doktorun onun durumunu ve endişesini anladığını hissederse doktora güvenme konusunda daha rahat hissetmektedir. Hastanın doktora sorununu anlatmasının iyileştirici bir etkisi bulunmaktadır ve bu durum da yine iyileşme sürecini kolaylaştırmaktadır. Üstelik hastalar genellikle fiziksel hastalıklara yol açan psikososyal endişelerini açıkça belirtmemektedirler (Suchman vd., 1997: 678). Fink ve arkadaşları (1999) yapmış oldukları çalışma da somatoform (ruhsal hastalıklardan kaynaklanan bedensel rahatsızlıklar) bozukluklarının yaygınlığının yaklaşık % 30 olduğuna dikkat çekerken bu durumun sadece hasta ile uyum içerisinde olan bir doktorun teşhis edebildiğini açıklamaktadır.

Doktorların empatik davranışlar sergilemesi hastalar için birçok avantajı beraberinde getirmektedir. Bu avantajlar aşağıda sıralanmıştır.

- Hastaların semptomları ve endişeleri hakkında doktorlara daha fazla bilgi vermesi (Squier, 1990: 334; Beckman ve Frankel, 2003: 86),
- Teşhislerin doğruluğunun artması (Beckman ve Frankel, 2003: 86; Larson ve Yao, 2005: 1103),
- Hasta uyumunun ve memnuniyetinin artması, (Larson ve Yao, 2005: 1101) ve
- Hastalığın süresinin ve şiddetinin olumlu yönde etkilenmesi (Rakel vd., 2009: 494).

Doktorlar hastanın durumunu anlayabilmek ve empati kurabilmek için bilişsel ve duygusal yeteneklerini kullanmak zorundadırlar. Fakat doktorların sürekli anlayışlı ve yardımsever davranışlar sergilemesi sonunda onlarda da kişisel sıkıntılar meydana getirebilmektedir (Riess, 2015: 51). Empati aynı zamanda “duygusal emek” olarak da tanımlanmaktadır (Larson ve Yao, 2005: 1100). Her emeğin sonuçlarını uygun hale getirebilmek için enerji, kaynak ve elverişli ortamlara ihtiyacı vardır.

Doktorların hastalarının çok olması, ölecek hastaların sorumluluklarını almaları, her 10 dakikada bir hasta görmek zorunda kalmaları ve kendilerine hiç vakit ayıramamaları gibi faktörler doktorların duygusal tükenme ile karşı karşıya kalmalarına neden olmaktadır. Fakat doktorun mesleki yeterliliğe ve uygun iş ortamına sahip olması durumunda empatinin tükenmişliğe karşı koruyucu bir etkisi olduğu ifade edilmektedir (Riess, 2015: 51).

## 2.7. Sağlık Alanında Empatinin Önemi

Sağlık çalışanlarının empati düzeylerinin yüksek olması hem hasta hem de çalışanlar açısından büyük öneme sahiptir. Stephan ve Finlay (1999) empati kurulan kişilerden nefret etmenin zor olduğunu belirtmişlerdir. Bu bağlamda empati tıbbi uygulamaları ve hasta bakımını olumlu etkilerken aynı zamanda da doktorun ruhunu tedavi edici bir etkisi bulunmaktadır. Empati becerisi yüksek olan kişilerin olumsuz koşullara rağmen iş tatmini ve işe bağlılığı da yüksek olmaktadır (Doğan, 2013). Ayrıca hata odaklı iletişimi benimseyen empatik sağlık çalışanlarının tutumu hastalıkların teşhisi için kişilerin sağlık sistemi içerisinde gereksiz dolaşmalarını ve tanı testlerinin boş yere kullanımlarını engellediğinden, sağlık harcamalarını da düşürmektedir (Krasner vd., 2009).

Doktorun hastayı anlamaya çalışarak ona ilgi göstermesi doktoru monotonluktan korumaktadır. Dahası, hastalarla olan iyi ilişkilerin hasta minnettarlığına sebep olduğu ve bunun da doktor için başka bir güç kaynağı olduğu belirtilmektedir (Zwack ve Schweitzer, 2013: 384). İlaveten Yuguero ve arkadaşları (2017a) yaptıkları çalışmada empati düzeyi yüksek olan sağlık çalışanlarının daha güçlü duygusal zekâyâ sahip olduklarını, daha az stres ve tükenmişlik yaşadıklarını öne sürmüşlerdir.

Empatiyi destekleyen yazarlar tıp alanında hasta doktor ilişkilerinin düzenlenmesi, daha iyi bir iletişim kalitesi oluşturma ve olumlu tedavi sonuçlarının elde edilmesi konusunda empatinin önemli bir role sahip olduğunu vurgulamaktadır (Han ve Pappas, 2018: 89; Hojat vd., 2015; Hojat vd., 2011). Doktor ve hasta arasında bir empatik ilişkinin olması; tıpta rastlanan yanlış uygulama davalarının azalması, yaşlı insanlara karşı olumlu bir tutum içerisinde olma, öykü alma (doktorun teşhis koymak için hastaya sorduğu soruların sonucunda elde ettiği cevaplardır) becerisinin ve doktorların fiziksel muayene performanslarının artması ile ilişkilendirilmektedir (Colliver vd., 1998: 8). Bunların yanı sıra empatinin hasta memnuniyetine (Nightingale vd., 1991), daha iyi terapötik ilişkiler (doktor ve hasta arasında kurulan ilişki) (Levinson ve Roter, 1995: 377) ve olumlu klinik sonuçlara ulaştırdığı bildirilerek, tıp alanındaki önemine vurgu yapılmaktadır (Nightingale vd., 1991). Hastaların doktora güven duyması tedaviye uyması bakımdan da çok önemlidir. Hasta için bu güven duygusu doktorun hastanın sağlığı ile ilgili endişeli görünüp görünmediğine bağlıdır (Roter vd., 1998: 1150).

Empati düzeyinin hasta memnuniyeti üzerinde önemli bir etkisi olduğuna ilişkin birçok çalışma mevcuttur (Nightingale vd., 1991). Söz konusu bu çalışmaların çoğu hastaların sağlık sonuçları henüz belli değilken, ilk değerlendirmeye göre yapılmıştır. Bu nedenle hasta memnuniyetinin sağlık sonuçlarına olumlu etkisi olduğu ve empatinin de hasta memnuniyetini dolaylı yoldan etkilediği ifade edilmektedir (Weng vd., 2011: 592). Ayrıca bu çalışmalarda doktorların empati düzeyi hastalar tarafından değil kendileri tarafından değerlendirilmiştir. Doktorların kendi empati düzeylerini değerlendirmesi ile hastalar tarafından bunun nasıl algılandığı arasında farklar bulunmaktadır (Weng vd., 2011: 596). Suchman ve arkadaşlarının (1997: 678) yapmış olduğu başka bir çalışmada ise, empatinin hasta korkularını azalttığını ve bunun da önce sağlık sonuçlarına sonrasında da hasta memnuniyetine olumlu etkisi olduğu bildirilmektedir.

Empati doktor-hasta ilişkisi iyileşme olgusunun temelini oluşturmaktadır. Han ve Pappas (2018: 89) doktorun empati düzeyinin tedavi etkinliği ve hastanın iyileşme süreci ile ilişkili olduğunu savunmaktadır. Hojat ve arkadaşları (2011) 2006 ile 2009 yılları arasında 29 aile hekimi tarafından tedavi edilen 891 diyabet hastası ile yaptıkları çalışmada hastaların kan tetkikleri yapılırken doktorların empati düzeyleri ölçülmüş ve doktorların empati puanları ile hastaların tedavi sonuçları arasındaki ilişki araştırılmıştır. Sonuçlar doktorların empati düzeylerinin klinik sonuçlar üzerinde olumlu bir etkiye sahip olduğunu ortaya çıkarmıştır. Goodchild ve arkadaşlarının (2005:181) diyabet hastaları ile yaptıkları başka bir çalışmada diyetisyenlerin empati düzeyinin yüksek olması hasta memnuniyetinin artmasına neden olduğu saptanmıştır.

Empati derecesi yüksek olan doktorların hastaları kendini daha rahat ve önemli hissetmektedir (Colliver vd., 1998). Bu sebepten dolayı empati düzeyi yüksek olan doktorlar hastalarının hastalıkları ve endişeleri ile ilgili konularda önemli bilgileri kolaylıkla alabilmektedir. Beckman ve Frankel (2003) ise yine doktorlar ile yaptıkları çalışmada doktorların hastalarının sözlerini kesmeden onları sadece 18 saniye dinleyebildiklerini ve hastaların özel hayatına veya düşüncelerine dair bir şey duymak istemediklerini belirtmişlerdir. Her iki çalışmadaki olumsuzluklar doktorların empati düzeyinin düşük olmasından kaynaklanmaktadır.

Hastalar özellikle cerrahların iletişim becerileri, empati düzeylerindeki eksikliklerden ve doktorların dinlemeyi bilmedikleri konularından şikayet etmişlerdir. Cerrahlar zamanlarının çoğunu hastaları eğitmek, seçim yapmalarına yardımcı olmak ve tedavileri hakkında onlara ayrıntılı bilgi vermek için harcamaktadırlar. Tüm bunları yaparken çoğu zaman doktorlar hastaların duygularını veya endişelerini fark etmezler. Hastaların duygularını göz ardı etme ile onlara karşı empati göstermeme durumu hastaların potansiyel iyileşme halini olumsuz anlamda etkilemektedir (Levinson vd., 2013: 3).

Çalışmalar, cerrahların hasta ile empati kurma fırsatlarının sadece % 10'unu kullandıklarını ifade etmektedir (Levinson vd., 2013: 8). Empati kurmanın bu denli düşük olmasından dolayı hastalar cerrahlar ile yaptıkları görüşmelerde kendilerini ifade etmekte zorlanmaktadır. Bu bağlamda tıbbi konuların iletme şekli en az içeriği kadar önemlidir. Doktorun hastayı anlamaya çalışması sadece hasta memnuniyetini değil aynı zamanda hastanın semptomlarını ve tedavi seçeneklerini doğru bir şekilde değerlendirmesini, tedavisi ile ilgili gerekli davranış değişikliklerini uygulamasını ve tedavi planlarına uymasını sağlamaktadır (Travaline vd., 2005: 15).

Menendez ve arkadaşları (2015: 1863) hastaların memnuniyetini muayene için bekledikleri zamanın veya cerrah ile geçirdikleri sürenin etkilemediğini bu konuda en büyük faktörün cerrahın empati düzeyi olduğunu tespit etmişlerdir. Weng ve arkadaşları (2011) cerrahların duygusal zekâ ve empati düzeylerinin hasta memnuniyeti üzerindeki etkisini araştırmışlardır. Yapılan çalışmada uzun vadeli hasta memnuniyetinin duygusal zekâdan ziyade empati düzeyinin yüksek olması ile mümkün olduğu ortaya konulmuştur. Empati yeteneğinden uzak olan cerrahların dar bakış açısı ile önemli noktaları gözden kaçırdığı ve hastaya rehberlik etme konusunda yetersiz kaldıkları açıklanmaktadır.

Doktorlar da olduğu gibi hemşirelerin de empati becerisine sahip olması büyük önem taşımaktadır. Hemşirelik mesleğinde yardım etme davranışı birçok meslekte olduğundan çok daha büyük öneme sahiptir. Hemşirenin hastanın ihtiyacını anlayabilmesi ve bu doğrultuda hareket edebilmesi için empatik bir eğilim içerisinde olması gerekmektedir (Akgün Şahin ve Kardeş Özdemir, 2015: 5-6). Hemşire hastayı anladığını gösterirse hasta için tatmin edici olumlu bir tedavi ortamı oluşmakta bu da hasta memnuniyetinin artmasında etkili olmaktadır (Reynolds ve Scott, 1999: 368).

Hemşire ve hasta arasında terapötik (tedavi edici) bir ilişki bulunmaktadır. Bu ilişkinin etkili olabilmesi ve olumlu klinik sonuçların meydana gelebilmesi için ilgi, sevgi, sempati, saygı ve en önemlisi de empati gibi kavramların hemşireler tarafından dikkate alınması gerekmektedir. Hemşireler hasta ile en uzun vakit geçiren ve bu nedenle de hasta üzerinde en fazla etkisi olan kişilerdir. Bu bağlamda hemşirenin hasta kişilere ve yakınlarına gerekli yardım ve desteği sunabilmesi empati ile mümkündür (Ağaçdiken ve Aydoğan, 2017: 123-125). Ayrıca hemşirenin empatik davranış sergilemesinin hasta üzerinde oluşturduğu olumlu etki hemşirenin hem iş tatminini hem de performansını artırmaktadır (Maatta, 2006).

## **2.8. Sağlık Alanında Yapılan Empati Çalışmaları**

Sağlık alanında hem Türkiye’de hem de yurt dışında birçok çalışma yapılmıştır. Türkiye’de empati düzeylerini tespit etmek amaçlı yapılan en kapsamlı çalışma Tiryaki Şen ve arkadaşlarının (2012) 1162 sağlık çalışanı ile yaptıkları araştırmadır. Bu araştırmaya doktorlar, hemşireler, ebeler, sağlık memurları, acil tıp teknisyenleri ve laborantlar katılmıştır. Meslekler arasındaki farklara bakıldığında doktorlar ortalama olarak en düşük empati puanını alırken sağlık memurları en yüksek empati puanını almıştır. Sayar ve arkadaşları (1998) yaptıkları çalışmada yukarıda yer alan sonuçların aksine doktorların empati becerilerinin, hemşire, ebe ve sağlık memurlarınınkinden daha yüksek olduğunu ortaya koymuşlardır. Doktorların empati düzeyleri uzmanlık alanlarına göre de değişkenlik göstermektedir. Cerrahi bölümde çalışanların empati düzeyi acil servis ve yoğun bakımda çalışanlara göre daha yüksek bulunmaktadır. Acil serviste iş yükünün daha fazla olması ile yoğun bakım hastalarının durumun ağır olması sağlık çalışanlarının iş tatminini olumsuz anlamda etkilerken aynı zamanda bu durum empati düzeyini de düşürmektedir (Şahin vd., 2018: 323).

Tiryaki Şen ve arkadaşları (2012) yaptıkları çalışmada hemşirelerin empatik eğilim ve becerilerinin düşük olduğu sonucuna varmışlardır. Yılmaz ve Baran Durmaz (2019) ise pediatri hemşirelerin empatik eğilimini, duygusal emek ve tükenmişlik bağlamında incelemişlerdir. Sonuç olarak hemşirelerin empatik eğiliminin orta düzeyde olduğunu saptamışlardır. Bu bağlamda söz konusu bu sonuçlar Dizer ve İyigün’ün (2009) hemşirelerin

empati eğilim düzeylerini ve Özcan'ın (2012) hemşirelerin empati becerisini ölçmeye yönelik yaptıkları çalışmalar ile uyumludur. Bu sonuçların aksine Özcan (2012) ile Şahin ve arkadaşları (2018) yine empati beceri düzeylerine ilişkin yaptıkları çalışmalarında hemşirelerin empati seviyelerinin yüksek olduğunu ortaya koymuşlardır.

Yılmaz ve Baran Durmaz'ın (2019) çalışmasında evli pediatri hemşirelerin empatik eğiliminin bekârlara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu durum Özcan (2012) çalışması ile uyum göstermektedir. Bu sonuçların aksine Şahin ve arkadaşlarının (2018) yapmış olduğu çalışmada medeni durumun empati düzeyini etkilemediği görülmektedir. Tiryaki Şen ve arkadaşlarının (2012) çalışmalarında ise diğer sonuçların aksine bekâr ve çocuk sahibi olan hemşirelerin empati becerilerinin daha yüksek olduğu ortaya çıkmıştır. Bunun sebebi olarak da bekâr kişilerin evlilere göre sosyal ilişkilerde daha aktif olması olarak ifade edilmiştir (Tiryaki Şen vd., 2012: 11).

Şahin ve arkadaşlarının (2018) yapmış olduğu çalışmada Sağlık Yüksekokulu mezunu hemşirelerin Sağlık Meslek Lisesi öğrencilerine göre empati puanlarının daha yüksek olduğunu vurgulamaktadır. Ayrıca literatürde öğrenim düzeyinin artması ile birlikte empati becerisinin de olumlu etkilendiğine işaret etmektedir (Akgün Şahin ve Kardeş Özdemir, 2015; Cevahir vd., 2008). Tiryaki Şen ve arkadaşlarına (2012: 9) göre de eğitim düzeyi yüksek olan sağlık çalışanlarının empati düzeyi, eğitim düzeyi düşük olanlara göre yüksek bulunmuştur.

Ebelerin empati düzeyine yönelik yapılan çalışmalarda ise Tiryaki Şen ve arkadaşları (2012) ebelerin empati eğilimi ile empati beceri puanlarının düşük olduğunu bildirmektedir. Bu sonuçların aksine Cevahir ve arkadaşları (2008) yaptıkları çalışmada ebelik öğrencilerinin empati düzeyinin yüksek olduğuna vurgu yapmışlardır.

Diğer ülkelerdeki çalışmalara bakıldığında, empati düzeylerinin Türkiye'de olduğu gibi farklılıklar gösterdiği görülmektedir. Antiniené ve Kaklauskaitė (2018) anestezi uzmanı ve cerrahlar ile yaptıkları çalışmada bu iki uzmanlık arasında empati düzeyi bakımından bir fark olmadığını ortaya koymuşlardır. Bogiatzaki ve arkadaşlarının (2019) Yunanistan'da 173 sağlık çalışanı (doktor, hemşire ve diğer sağlık çalışanları) ile yaptıkları araştırmada ise empati düzeylerinin orta derece olduğu tespit edilmiştir. Wilczek-Rużyczka'nın (2011) 256

doktor ve 410 hemşire ile yapmış olduğu çalışmada sağlık çalışanlarını cerrahi, cerrahi olmayan ve birincil sağlık hizmeti sunanlar diye üç gruba ayırmıştır. Yapılan çalışmada cerrahi olmayan alanlarda çalışan sağlık çalışanlarının en yüksek empati düzeyine sahip olduğu belirtilirken, birincil sağlık hizmeti alanında görev yapan sağlık çalışanlarının empati düzeyleri düşük olarak değerlendirilmiştir.

Bu bölümde empati kavramı açıklanarak empatinin boyutları, empati becerisi ve empatinin kuramsal açıklamasına yer verilmiştir. Ayrıca sağlık sektöründe çalışan kişilerin empati düzeylerinin nasıl etkilendiği ve empatik olmanın ne gibi olumlu yönleri olduğu detayları ile açıklanmıştır. Genel anlamda bakıldığında sağlık çalışanlarının empati düzeyinin yüksek olması doktor-hasta ilişkisini iyileştirdiği, hastaların tedavisinin etkinliğini arttırdığı ve genel anlamda hasta memnuniyetini olumlu anlamda etkilediği için büyük öneme sahiptir. Sağlık alanında yapılan empati çalışmalarına bakıldığında daha çok empati düzeylerini tespit etmek ve empati ile demografik özellikleri birbiriyle ilişkilendirme üzerine yapılan araştırmalar göze çarpmaktadır.

## **2.9. Psikolojik Güçlendirmenin Tanımı**

Güçlendirme kavramı “yetki devrinin” bir diğer ifadesi olarak değerlendirilirken çalışanlara örgütsel kaynaklar üzerinde yetki verme olarak da tanımlanmaktadır (Conger ve Kanungo, 1988: 471). Güçlendirme kavramı genel bir ifadeyle bir kişiden veya gruptan diğerine güç transferini sağlama veya verme süreci olarak tanımlanmaktadır (Rodwell, 1996: 306). Ayrıca bu kavram literatürde genellikle iki farklı şekilde ele alınmaktadır. İlki çalışanın içindeki psikolojik süreçlerin kişiyi güçlendirdiğini savunan “psikolojik güçlendirme” oluşturmaktadır. Diğerisi ise, güçlendirme kavramını çalışanın dışındaki faktörler ile açıklamaya çalışan “yapısal güçlendirme” yaklaşımıdır. Tezin bu bölümünde psikolojik güçlendirme kavramına, bu yaklaşımın örgüt içerisindeki etkilerine ve konu ile ilgili sağlık alanındaki literatür çalışmalarına yer verilecektir.

Psikolojik güçlendirme konusunda literatürde Conger ve Kanungo (1988), Thomas ve Velthouse (1990) ve Spreitzer’in (1995) yaptığı çalışmalar öne çıkmaktadır. Conger ve Kanungo (1988:474) güçlendirme kavramını güdüsel öz yeterlilik olarak tanımlarken Thomas ve Velthouse (1990: 666) ise bu kavramın sadece öz yeterlilik ile tanımlanmasının



mümkün olmadığını ifade etmişlerdir. Bu iki araştırmacı psikolojik güçlendirme kavramının daha geniş kapsamda ele alarak dört boyutlu içsel görev motivasyonu olarak açıklamışlardır. Spreitzer (1995: 1443) ise sonraki senelerde Thomas ve Velthouse'un yaptıkları tanımdan yola çıkarak psikolojik güçlendirmeyi motivasyonel bir yapı olarak kavramsallaştırmıştır. Spreitzer'e (1995) göre psikolojik güçlendirme çalışanların işlerine ve örgütsel rollerine yönelik psikolojik algısı veya tutumlarıdır. Çeşitli tanımların yanı sıra, birçok yazar, psikolojik güçlendirmenin temel unsurunun, çalışanların sorumluluklarını ve hesap verebilirlik durumunu onların ellerinden almadan görevle ilgili belirli faaliyetler üzerinde güç veya özerklik vermeyi içerdiği konusunda hemfikir olmaktadır (Conger ve Kanungo, 1988; Spreitzer, 1995; Thomas ve Velthouse, 1990).

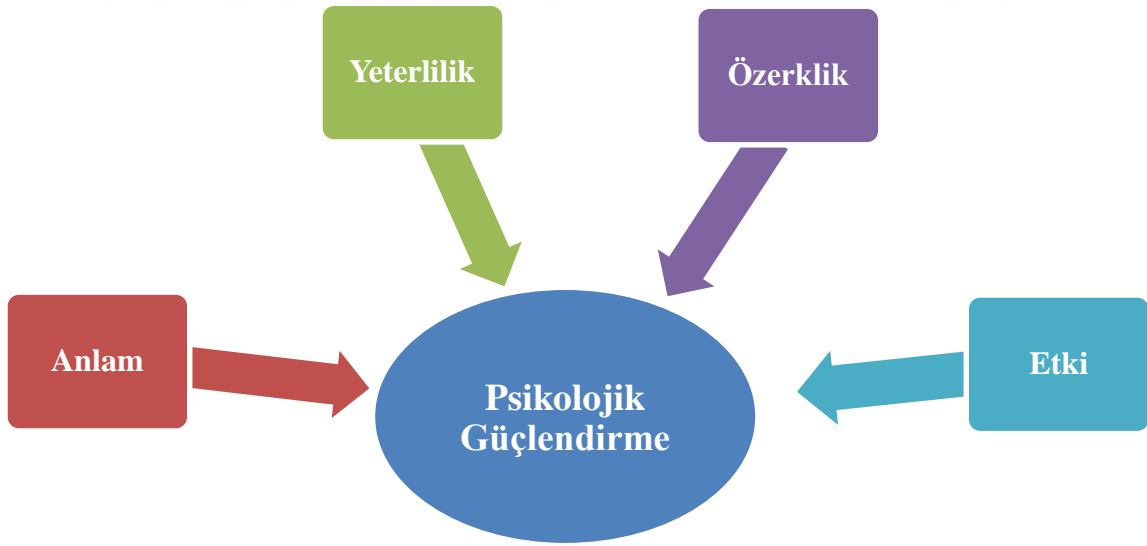
Psikolojik güçlendirme çalışma ortamının çalışanın kişilik özellikleriyle etkileşimi ile başladığından ve sonrasında bu etkileşimin psikolojik güçlendirme boyutlarını şekillendirip kişisel davranışları değiştirerek kişileri motive ettiğinden dolayı bir süreç olarak ele alınmaktadır. Psikolojik güçlendirme aynı zamanda pasif değil, aktif bir çalışma yönelimi yansıtarak çalışanların sadece istemekle kalmayıp iş rollerini ve şartlarını şekillendirebilecekleri fikrini iletmektedir (Boudrias vd., 2012).

Psikolojik olarak güçlendirilmiş kişiler, yaptıkları işte uzmanlaşmış olup kendi belirledikleri bir yönelim ortaya koyarlar. Bu kişiler ayrıca yapmış oldukları çalışmaların anlamlı ve etkiye sahip olduğunu düşünmektedir (Spreitzer, 1995; Thomas ve Velthouse, 1990). Güçlenme duygusu geliştiren çalışanlar, çalışmalarının önemli bir amaca hizmet ettiğine inandıkları için çabalarında proaktif ve esnekler (Conger ve Kanungo, 1988). Ayrıca psikolojik güçlendirme faaliyetleri kapsamında çalışanların öz değerlerini ve özgürlük duygularını artırmak amaçlanmaktadır. Bu bağlamda çalışanların yetkinliklerini yükseltme, donanımlarını artırma ve psikolojik olarak kendilerini güvende hissetmelerini sağlama psikolojik güçlendirme açısından önemli olan unsurlar olarak baş göstermektedir (Çalışkan, 2011: 79).

## **2.10. Psikolojik Güçlendirmenin Boyutları**

Psikolojik güçlendirme modelinin öncülerinden olan Thomas ve Velthouse (1990: 666) modeli açıklarken dört bilişsel boyuttan bahsetmektedir. Bunlar anlam, yeterlilik, seçim

ve etkidir. Spreitzer (1995: 1143) daha sonraki yıllarda bu boyutları anlam, yeterlilik, özerklik ve etki olarak değiştirerek bir ölçme aracı geliştirmiştir. Bu boyutlar birbirinin öncülleri veya sonuçları olmaktan ziyade, güçlendirme yapısının farklı yönlerini temsil etmektedir (Spreitzer vd., 1997: 682). Ayrıca Spreitzer söz konusu bu boyutlardan birinin eksik olması durumunda kişinin güçlendirilme algısının olumsuz etkilenebileceğini belirtmiştir. Psikolojik güçlendirmenin bu dört boyutunun bütüncül bir yaklaşım ile ele alınması gerekmektedir. Çünkü bu boyutlardan biri için bile olumsuz bir duygulanım içerisinde olmak diğer boyutlar olumlu olsa bile kişiyi psikolojik olarak güçlü hissettirmeyecektir (Spreitzer vd., 1997). Örneğin; çalışan kişi yaptığı işi anlamlı olarak görmüyor ise, o kişinin özerk olması, yaptığı iş için yeterli yeteneğe sahip olması ve örgüt sonuçlarına etki etmesi o kişinin kendisini psikolojik olarak güçlü hissetmesine yetmeyecektir (Çalışkan, 2011: 80). Ayrıca boyutların yüksek düzeyde olması, kişideki psikolojik güçlendirme düzeyinin güçlü olduğunu göstermektedir (Şen, 2008: 33). Spreitzer'in (1995) dört boyuttan oluşan psikolojik güçlendirme modeli Şekil 1'de gösterilmektedir.



**Şekil 1.** Spreitzer'in psikolojik güçlendirme modeli

*Kaynak: Spreitzer, 1995: 1442-1465*

Spreitzer'in (1995: 1442-1465) anlam, yeterlilik, özerklik ve etki olmak üzere dört boyuttan oluşan psikolojik güçlendirme modelinin maddeleri aşağıda detaylı olarak açıklanmıştır.

### **2.10.1. Anlam**

Psikolojik güçlendirmenin anlam boyutu kişilerin inançları, değerleri ve davranışları ile iş rollerinin gereklilikleri arasındaki uyumu ifade etmektedir (Schermuly vd., 2011: 254). Başka bir ifadeyle, çalışanın davranışları ile iş gereksinimlerini ve kurumsal hedefler arasındaki uyumu anlatmaktadır (Spreitzer, 1995: 1443).

Anlam boyutu aynı zamanda çalışan için yaptığı işin ne kadar önemli olduğunu da belirtmektedir. Kişi çalıştığı işin hedef ve amaçlarını anlamlı bulduğunda, motivasyonu daha yüksek olmaktadır. Bu yüzden anlam, kişinin iş kalitesini ve çıktısını ne kadar önemseydiği ile de ilgilidir. Bir işin veya görevin çalışanda anlam ifade edebilmesi için, örgütün belirlediği hedeflerle çalışanın değer sistemlerinin uyumlu olması gerekmektedir. Ancak bu şekilde çalışan motive olarak kurumsal hedeflere ve değerlere bağlı kalabilmektedir. Öte yandan, çalışanın kişisel hedef ve değerleri ile örgütün hedef ve değerleri örtüşmemesi kişinin motivasyonunun düşmesine sebep olmaktadır (Spreitzer, 1995).

### **2.10.2. Yeterlilik**

Psikolojik güçlendirmenin yeterlilik boyutu çalışanın görev faaliyetlerini başarıyla gerçekleştirebilme derecesini ifade etmektedir. Bir başka ifadeyle yeterlilik kişinin gerekli görevleri tamamlamak için gerekli teorik ve teknik yeterliliğe sahip olduğuna olan inancıdır (Spreitzer, 1995). Aynı zamanda kişilerin işlerini iyi yapmak için beceri ve yeteneklerine duydukları güven olarak da ifade edilebilir. Bu bağlamda yeterlilik öz yeterlilik kavramı ile de benzerlik taşımaktadır (Schermuly vd., 2011: 254).

Hayes ve arkadaşları (2010: 811) yapılan işin zorluk derecesi ile başarıyla tamamlanan görevlerden elde edilen memnuniyet arasında pozitif doğrusal bir ilişki olduğunu öne sürmektedir. Bu nedenle kişinin sahip olduğu yetenekleri ile üstesinden

gelemediği görevler kişide olumsuz öz değerlendirmeyle veya memnuniyetsizlikle sonuçlanmaktadır.

### **2.10.3. Özerklik**

Psikolojik güçlendirmenin özerklik boyutu çalışanın işini nasıl yerine getireceği konusunda özgürlük veya özerklik hissine sahip olması anlamına gelmektedir (Spreitzer, 1995: 1443). Başka bir ifadeyle kişinin yaptığı iş üzerinde kontrole sahip olduğunu hissetme duygusudur (Schermuly vd., 2011: 254).

Kişi çalışma yöntemini ve hızını kendi kararları doğrultusunda düzenleme hakkına sahip olduğunda özerklik düzeyinin yüksek olduğundan bahsedilebilir (Spreitzer, 1995: 1443). Eğer çalışanlar üstlerinin onları sürekli takip ettiğini ve yaptıkları iş üzerinde özerkliğe sahip olmadığını veya çok az özerkliğe sahip olduklarını düşünürse psikolojik güçlenme algısı düşmektedir (Spreitzer, 1995: 1444).

### **2.10.4. Etki**

Psikolojik güçlendirmenin etki boyutu çalışanın işyerindeki stratejik, idari veya operasyonel sonuçları önemli ölçüde etkileyebilme duygusu olarak tanımlanmaktadır (Schermuly vd., 2011: 254). Spreitzer (1995: 1443) bu bileşeni çalışanların önemli kurumsal sonuçlar üzerinde ne kadar etkileri olduğunu hissetme durumu olarak açıklamıştır. Spreitzer (1995) ile Thomas ve Velthouse (1990) psikolojik güçlendirmenin etki boyutunun astlara işle ilgili konularda görüş bildirme ve öneri sunma fırsatı verildiğinde var olabileceğini öne sürmektedir. Çalışanın bir hedefe doğru ilerleme duygusu ile eylemlerinin örgüt içerisindeki sistemi etkilediğine dair bir inancı olmadan, kendisini güçlenmiş hissetmesi mümkün değildir.

## **2.11. Psikolojik Güçlendirmenin Avantajları**

Psikolojik güçlendirmenin hem çalışanlar hem de örgüt açısından birçok avantajları bulunmaktadır. Güçlendirme uygulamalarının çalışan üzerindeki avantajları örgüt içerisindeki çalışanlar arasındaki iş birliği ile iletişimin artması, çalışanların kendilerine daha

çok güvenmeleri ve bunun sonucu olarak işe olan bağlılıklarının artması olarak sıralanmaktadır (Dehghani, 2016: 44). Örgütsel açıdan bakıldığında ise psikolojik güçlendirmenin örgütsel etkinliği arttırdığı, örgütsel aidiyet kavramına katkı sağladığı, öğrenen örgütleri desteklediği, müşteri memnuniyetini artırdığı ve iş gücü devrini düşürdüğü öne sürülmektedir. Örgüt içerisindeki çalışanları güçlü olması çalışan etkinliğini, çalışan verimliliğini, işten ayrılma niyetini ve çalışan performansını da pozitif anlamda etkilemektedir (Spreitzer vd., 1997). Ayrıca birçok araştırma psikolojik güçlendirme ile örgütsel bağlılık, yenilikçi olma ve örgütsel vatandaşlık davranışı arasında pozitif yönlü bir ilişki olduğunu ortaya koymaktadır. (Spreitzer vd., 1997: 684; Al-Hussein, 2020; Aljarameez, 2019; Cho vd., 2006). Spreitzer ve Mishra (2002) psikolojik güçlendirmenin çalışanların stresli çalışma koşullarıyla daha iyi başa çıkmalarını sağladığını ve böylelikle zor koşullar altında bile örgütlerine olan bağlılıklarını artırdığını ifade etmektedir.

Yapılan çalışmalarda güçlendirilmiş çalışanların iş tatmini ve örgüte bağlılıklarının yüksek olduğu stres seviyelerinin de azaldığı ortaya konmaktadır (Zhou vd., 2015; Liden vd., 2000; Spreitzer ve Mishra, 2002). Bu bağlamda örneğin Zhou ve arkadaşları (2015) Çinli hemşireler üzerinde yaptıkları çalışmada psikolojik güçlendirme ile örgütsel bağlılık ve iş tatmini arasında pozitif bir ilişki olduğunu tespit etmişlerdir. Leggat ve arkadaşlarının (2010) 201 Avustralyalı hemşireler ile yaptıkları çalışmada psikolojik güçlendirme ve iş tatmininin yüksek performanslı çalışma sistemleri ile hemşirelerin sağladıkları hasta bakımının kalitesine ilişkin algıları arasındaki ilişki üzerindeki etkisi araştırılmıştır. Çalışma sonucunda psikolojik güçlendirme, yüksek performanslı çalışma sistemleri ile hasta bakımının kalitesine ilişkin algıları arasındaki ilişkiye tamamen aracılık ettiği ortaya çıkmıştır. Bunun yanı sıra iş tatmini, yüksek performanslı çalışma sistemleri ile hasta bakımı kalitesi algıları arasındaki ilişkiyi düzenlemektedir.

Yaptığı işin anlamlı olduğuna inanan çalışanların iş tatmin seviyesi daha yüksek bulunurken, anlamsız ve monoton olan işlerin kişi üzerinde stres yarattığı ifade edilmektedir (Thomas ve Tymon, 1994). İşin anlamlılık derecesi ve iş gerginliği konusunda literatürde iki farklı bakış açısı bulunmaktadır. Bu bağlamda Staw (1984) hem işini anlamlı bulanların hem de bulmayanların iş gerginlik seviyelerinin yüksek olduğunu tespit etmiştir. Ayrıca işlerini anlamlı bulan çalışanlar bu işe kişisel olarak daha fazla yatırım yaptıkları için işler planladıkları gibi gitmediğinde, daha fazla gerginlik hissetme potansiyeline sahiptirler.

Liden ve arkadaşları (2000) yaptıkları işleri anlamlı bulan çalışanların diğerlerine göre hem daha iyi performans gösterme eğiliminde olduklarını hem de motivasyonların daha yüksek olduğunu öne sürmektedirler (Spreitzer vd., 1997). Öte yandan, işlerini anlamlı bulmayan çalışanlar ise, kişisel olarak işlerine yatırım yapma olasılıkları daha düşük olduğu için işler umdukları şekilde olmadığı zaman gerginlik yaşamazlar. Bu sebeple literatürde, güçlendirmenin anlam boyutu ile gerginlik üzerinde hem olumlu hem olumsuz etkileri olabileceği ileri sürülmektedir (Spreitzer vd., 1997: 683).

Araştırmacılar psikolojik güçlendirmenin yeterlilik boyutu ile gerginlik arasındaki ilişkide mutabık olmuşlardır. Yetenekleri konusunda kendinden emin olan çalışanların, işlerinde önemli derecede bir gerginlik hissetme olasılıkları daha düşüktür (Spreitzer vd., 1997: 684). Bu konuda Thomas ve Tymon (1994) örneklemini yöneticilerin oluşturduğu bir araştırmada kendini yeterli hissedenlerin daha düşük gerginlik derecelerine sahip olduğunu ortaya koymuştur.

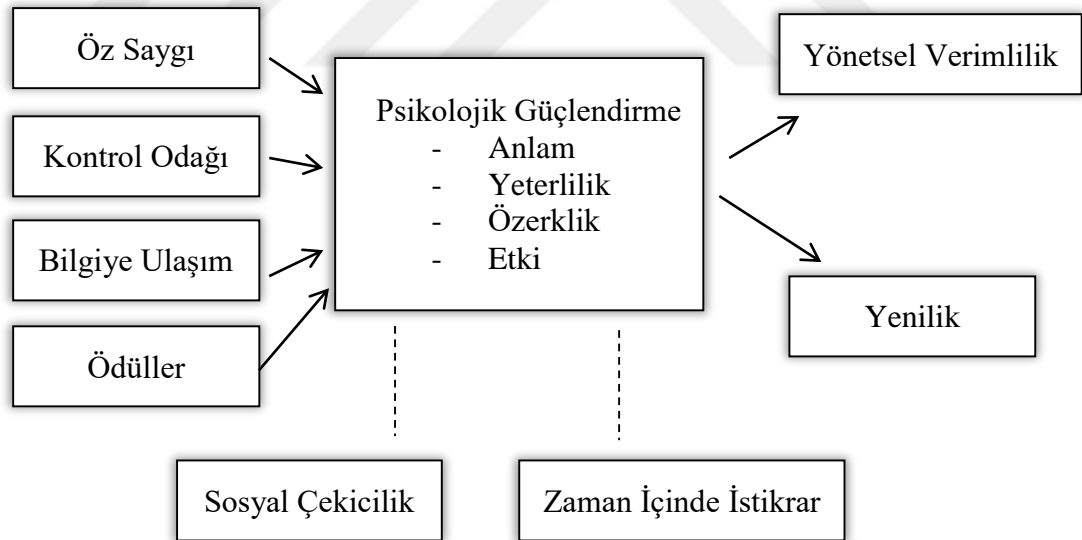
Psikolojik güçlendirme boyutunun önemli bir unsuru olan özerklik ile performans arasında da güçlü ve doğrudan bir ilişki bulunmaktadır. Ayrıca özerklik ile satış verimliliği, araştırma üretkenliği, öğrenme, başarı ve yeni teknolojiye uyum sağlama gibi birçok örgütsel performans ölçütleri arasında pozitif bir ilişki olduğunu bildiren çalışmalar mevcuttur (Gist ve Mitchell, 1992). Son olarak Thomas ve Tymon (1994) psikolojik güçlendirmenin etki boyutunun artan iş tatmini ve azalan stres ile güçlü bir şekilde ilişkili olduğunu fakat iş performansıyla arasında bir ilişki olmadığına işaret etmişlerdir.

Psikolojik güçlendirmenin çalışanlar üzerindeki diğer avantajları ise kişilerin kendine olan güveni ile öz yeterliliklerinin artması, kişisel gelişim bakımından daha istekli olmaları, karar alma ve sorun çözmede daha fazla sorumluluk almaları olarak sıralanmaktadır (Spreitzer, 1995). Ayrıca psikolojik güçlendirmenin iş gerginliğini azalttığı (Spence Laschinger vd., 2001) ve çalışma ortamında saygı duygusu ile yönetsel etkililiğin arttığı vurgulanmaktadır (Spreitzer, 1995). Ayrıca Schermuly ve arkadaşları (2011) güçlendirilmiş çalışanların daha üretken, daha mutlu ve daha yenilikçi olduğunu, hizmet sunumunun ise güçlendirilmemiş personele göre daha kaliteli olduğunu yaptıkları çalışmada ortaya koymuşlardır. Sağlık sektöründe Sabiston ve Spence Laschinger (1995) evde sağlık hizmeti veren hemşirelerin psikolojik güçlendirme algısı ile güçlendirme sürecinin hemşire-

hasta ilişkisini nasıl etkilediğini araştırmıştır. Araştırma sonuçları kendilerini güçlendirilmiş hisseden hemşirelerin, etkili çalışma uygulamaları yoluyla hasta bakımını geliştirme olasılığının daha yüksek olduğunu ortaya koymuştur.

## 2.12. Psikolojik Güçlendirmeyi Etkileyen Faktörler

Spreitzer (1995: 1445) çalışmasında önerdiği ve “iş yerindeki psikolojik güçlendirmenin kısmi nomolojik ağı” diye adlandırdığı bir model ile psikolojik güçlendirme sürecini anlatmaya çalışmaktadır. Bu modelde psikolojik güçlendirmenin boyutları (anlam, yeterlilik, özerklik ve etki), bazı girdi ve çıktılar yer almaktadır. Kontrol odağı, öz saygı, bilgiye ulaşım ve ödül sistemi olarak adlandırılan bu girdiler çalışanların anlam, yeterlilik, özerklik ve etki boyutlarını etkileyerek yönetsel verimlilik ve yenilikçilik çıktılar ile sonuçlanmaktadır. Ayrıca sosyal çekicilik ve zaman içinde istikrar bu süreci etkileyen ve aynı zamanda bu süreçten etkilenen değişkenler olarak göz önünde bulundurulması gerekmektedir (Şekil 2).



Şekil 2. İşyerinde psikolojik güçlendirme ağı

Kaynak: Spreitzer, 1995: 1445

Spreitzer’a (1995: 1446) göre çalışanların psikolojik güçlenmesini etkileyen iki kişisel özellik bulunmaktadır; öz saygı ve kontrol odağı. Öz saygısı olan kişiler kendilerini dikkate almaya değer yeteneklere sahip, değerli kaynaklar olarak görmektedirler. Bu yüzden

öz saygısı olan çalışanlar iş ortamlarına daha kolay uyum sağlamaktadırlar (Gist ve Mitchell, 1992: 205). Bu bağlamda Spreitzer (1995: 1458) yapmış olduğu çalışmada öz saygıya sahip olan kişilerin psikolojik güçlendirme seviyelerinin daha yüksek olduğu sonucuna varmıştır.

Kişinin kendi yetenek, özellik ve davranışları sonucundan gerçekleşen olaylar “iç kontrol odağı” olarak adlandırılırken kişinin olayları kendisi dışındaki güçlerin belirlediğini düşünmesi “dış kontrol odağı” olarak isimlendirilmektedir. Bir başka ifadeyle kontrol odağı, insanların hayatlarında ne olacağını dış güçlerden çok kendilerinin belirlediğine inanma dereceleridir (Rotter, 1966: 1). Thomas ve Velthouse (1990: 670) kişisel özellik olarak kontrol odağının en fazla psikolojik güçlendirmenin etki boyutu ile ilişkili olduğundan bahsetmektedir. Genel olarak hayata ilişkin içsel bir kontrol odağına sahip kişilerin, çalışma ortamlarını şekillendirme ve dolayısıyla güçlenmiş hissetme olasılıkları daha yüksektir. Bu kişiler kendilerini dışarıdan örgütsel güçler tarafından kontrol edilmek yerine çalışma ortamlarını etkileyebilen kişiler olarak görmektedirler (Rotter, 1966: 22-23). Literatürde kontrol odağı ile güçlendirme arasındaki ilişki çok güçlü bulunurken, Spreitzer (1995: 1458) kontrol odağı ile güçlendirme arasında bir ilişki olmadığını tespit etmiştir. Bu sonucun çıkmasının sebebi olarak kontrol odağı ölçeğinin oldukça düşük güvenilirlik seviyesine sahip olması olarak açıklanmaktadır.

Çalışanların psikolojik güçlenmesini etkileyen kişisel özelliklerin yanı sıra bir de örgütsel faktörler bulunmaktadır ki bunlar bilgiye ulaşım ve ödüdür. Kanter (1989: 85) güçlendirmek için örgütlerin bilgiyi araçlar vasıtasıyla daha erişilebilir hale getirmesi gerektiğini öne sürmektedir. Kouzes ve Posner (1987) bilgi olmadan insanların sorumluluk almak veya yaratıcı enerjilerini açığa çıkarmak için kendilerini geliştirmeyeceklerini belirtmişlerdir (akt. Spreitzer, 1995: 1147). Lawler (1992) güçlendirme için önemli olan iki tür bilgidir: örgütün misyonu ile ilgili bilgi ve performans ile ilgili bilgi. Çalışanın örgütün hedefleri ve misyonu ile uyumlu kararlar alma ve etkileme becerisi geliştirdiğinden, örgütün misyon bilgisi güçlendirmenin önemli öncüllerinden olmaktadır. Performansla ilgili bilgiye ilişkin çalışanların gelecekteki performanslarını sürdürebilmeleri ve iyileştirebilmeleri için birimlerinin ne denli performans gösterdiğini anlamaları gerekmektedir (akt. Spreitzer, 1995: 1147). Güçlendirme bağlamında bilginin öneminden



bahseden bu bilgileri destekler nitelikte olarak Spreitzer'ın (1995: 1458) çalışması bilgiye ulaşım ile güçlendirme arasında güçlü bir ilişki olduğunu tespit etmiştir.

Örgütsel anlamda güçlendirmeyi etkileyen bir diğer faktör ise performansı ödüllendiren teşvik yapılarıdır. Çalışanın işe olan katkısını dikkate alarak çeşitli ödül sistemleri ile katkıda bulunulması gerekmektedir (Bowen ve Lawler, 1992: 32). Bu bağlamda Spreitzer (1995: 1460) çalışmasında ödüllendirme ile güçlendirme arasında güçlü bir ilişki olduğunu vurgulamaktadır.

Spreitzer'ın (1995) önermiş olduğu bu psikolojik güçlendirme ağında yer alan örgütsel faktörlerin dışında çalışanların psikolojik güçlendirme seviyelerini etkileyen başka etkenlerde bulunmaktadır. Örneğin kendi kendini yöneten takımları teşvik ederek çalışanın gelişimini ve eğitimini desteklemek çalışanın yüksek yetkinlik algısına sahip olmasını sağlamaktadır (Doğan, 2006: 79-80). Ayrıca örgüt içerisinde yetkinin devredilmesi ve çalışma ortamında resmiyetin en aza indirgenmesi çalışanların özerkliklerini olumlu anlamda etkilemektedir. Çalışanlarına geri bildirim veren ve inovatif fikirleri destekleyen örgütler, psikolojik güçlendirmenin etki boyutunu olumlu anlamda etkilemiş olmaktadır (Doğan, 2006).

Çalışanın psikolojik olarak güçlenebilmesi için öncelikle örgüt yapılarının güçlenmeyi sağlayacak şekilde planlanmış olması gerekmektedir. Bu bağlamda psikolojik güçlendirme yapısal güçlendirmenin bir sonucu olarak ele alınmaktadır (Spence Laschinger vd., 2004). Güçlendirme faaliyetleri örgüt içinde genelde en alt kademede çalışanları hedef almaktadır. Örgüt içerisinde basık hiyerarşik yapı ile birlikte bilgi paylaşımının artması, örgütlerin açık ve anlaşılır bir vizyon/misyon tanımının olması ile birlikte bunun çalışanlar ile paylaşılması güçlendirmeyi kuvvetlendirmektedir (Koçel, 2010: 412-413). Spreitzer (1995: 1447) çalışanın örgütün misyonu ile ilgili bilgi sahibi olmasının psikolojik güçlendirme ile pozitif olarak ilişkili olduğunu ifade etmektedir. Bunun yanı sıra örgütün iş tanımlarının ve örgüt içerisindeki prosedürlerin çalışanlar tarafından anlaşılır olması da güçlendirme sürecini güçlendirmektedir (Beşyaprak, 2012: 26). Psikolojik güçlendirmenin amacına ulaşabilmesi için sadece örgütsel yapıların uygun olması yeterli değildir, aynı zamanda çalışanların da güçlenmeye hevesli ve istekli olması gerekmektedir. Bu noktada

çalışanların öncelikle kendini iyi tanıması, sürekli olarak gelişme isteği olması, dinleme ve geri bildirim alma yeteneğine sahip olması gerekmektedir (Beşyaprak, 2012: 27).

Psikolojik güçlendirmenin etkilerinin yanı sıra yukarıda bahsedilen modelde (Şekil 2) görüldüğü gibi psikolojik güçlendirme boyutları yönetsel verimlilik ve yenilikçi davranışlar ile sonuçlanmaktadır. Yönetsel etkinlik genellikle bir yöneticinin iş rolü beklentilerini karşılama derecesi olarak tanımlanmaktadır. Güçlendirilmiş yöneticiler kendilerini yetkin ve çalışma ortamlarını anlamlı şekilde etkileyebilecek kişiler olarak görürler. Böylece sorunları önceden tahmin eder ve bağımsız hareket ederek sorumluluklarını proaktif bir şekilde yerine getirirler. Yenilikçi davranışlar ise, yeni veya farklı bir şeyin ortaya çıkarılmasını ifade etmektedir. Bu kavram ayrıca tanımı gereği değişim odaklıdır çünkü yeni bir ürün, hizmet, fikir, prosedür veya sürecin oluşturulmasını içermektedir. Bunun yanı sıra güçlendirilmiş kişiler özerk olduklarına ve bir etkiye sahip olduklarına inandıkları için, yaratıcı olma ihtimalleri yüksektir (Spreitzer, 1995: 1448-1449). Tsui'de (1984) yine yapmış olduğu araştırmada yönetsel verimlilik ile yenilikçi davranışın güçlendirme ile doğrudan ilişkili olduğunu bulmuştur. Spreitzer (1995: 1460) ise bu sonuçları destekler nitelikte yönetsel verimlilik ve yenilik ile güçlendirme arasında güçlü bir ilişki olduğuna dikkat çekmektedir.

### **2.13. Sağlık Alanında Yapılan Psikolojik Güçlendirme Çalışmaları**

Dünyada ve Türkiye'de sağlık sistemleri toplum sağlığını korumak, topluma kaliteli bakım hizmeti sunmak ve hasta güvenliğini artırmak için değişimlerden geçmektedir. Bu bağlamda hastalar ile birebir yoğun temas içinde olan sağlık çalışanlarının örgüt içerisinde güçlendirilmesi büyük önem taşımaktadır. Sağlık sektöründe güçlendirme ile ilgili yapılan çalışmalar yurt dışında yapısal güçlendirme ve psikolojik güçlendirme olarak iki farklı yaklaşım ile ele alınırken Türkiye'de genelde personel güçlendirme adı altında yapılmıştır. Psikolojik olarak güçlendirilmiş sağlık çalışanlarının daha kalite hasta bakım hizmetleri sunduğu ve bununda hasta memnuniyetini arttırdığı literatürde göz önüne serilmektedir (Dehghani vd., 2016; El Dahshan ve Dorgham, 2013; Khoshmehr vd., 2020). Psikolojik güçlendirme ile ilgili Türkiye'de sağlık çalışanları ile yapılan bazı çalışmalar aşağıda sıralanmaktadır.

### 2.13.1. Türkiye’de Yapılan Psikolojik Güçlendirme Çalışmaları

Durukan ve arkadaşları (2010) Hacettepe Üniversite Erişkin Hastanesi kliniklerinin yoğun bakımında ve acil servislerinde çalışan hemşirelerin örgütsel güven, güçlendirme ve örgütsel bağlılık düzeylerini belirlemek ve bu değişkenler arasındaki ilişkiyi ortaya çıkarmak için bir araştırma yapmışlardır. Çalışmanın sonucunda hemşirelerin genel güçlendirme algıları orta seviyelerde çıkmıştır. Fakat demografik özelliklere göre yapılan karşılaştırmalarda medeni durum, statü ve bölümlere göre psikolojik güçlendirme düzeylerinde bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir. Bu bağlamda psikolojik güçlendirme düzeyini etkileyen tek demografik özelliğin yaş faktörü olduğu belirtilmiştir. 30-49 yaş arasında olan hemşirelerin, 20-29 yaş grubu hemşirelere göre daha fazla kendilerini güçlendirilmiş hissettikleri ortaya konulmuştur.

Demografik özellikler bağlamında Altındış ve Özutku’nun (2011) yapmış oldukları çalışmada psikolojik güçlendirme ile yaş arasında bir ilişki olmadığını tespit etmiştir. Aynı şekilde Gök ve Beduk’un (2014: 445) yapmış olduğu çalışmada da yaş grupları ile psikolojik güçlendirme arasında anlamlı bir korelasyon bulunamamıştır. Ettington’dan (1992) aktaran Spreitzer ve arkadaşları (1997: 690) daha yaşlı orta düzey yöneticilerin, örgütte durağan bir noktaya gelmiş olarak algılanma eğiliminde oldukları için kendilerini daha az güçlendirilmiş hissedebildiklerini saptamışlardır. Ayrıca yüksek eğitim düzeyine sahip kişilerin, özellikle psikolojik güçlendirmenin yeterlilik boyutu ile ilgili olarak kendilerini daha güçlü hissetme eğiliminde oldukları bulunmuştur. Bununla bağlantılı olarak Siu ve arkadaşları (2005) yaptıkları çalışmada eğitim ve bilginin daha yüksek güçlendirme seviyeleri ile ilişkili olduğunu ortaya koymuşlardır.

Altındış ve Özutku (2011) Türkiye’nin farklı illerinde bulunan 11 devlet hastanesinde çalışan 238 sağlık çalışanı ile psikolojik güçlendirme ile örgüt yapısına ilişkin değişkenler (rol belirsizliği, sosyo-politik destek, bilgiye erişim, kaynaklara erişim, iş birimi iklimi) arasındaki ilişkiyi araştırmışlardır. Söz konusu çalışmada sağlık çalışanlarının psikolojik güçlendirme algılarının yüksek düzeyde olduğuna işaret edilmiştir. Diğer sonuçlar ise, sosyo-politik destek ve bilgiye erişimin psikolojik güçlendirme algısı üzerinde anlamlı bir etkisi olduğunu, fakat diğer yapısal değişkenler ile bir ilişki saptanamadığını ortaya koymuştur.

Yüceler ve arkadaşları (2014) 8. Sağlık ve Hastane İdaresi Kongresi için hazırladıkları bildiride sağlık çalışanlarının psikolojik güçlenme algıları ile motivasyon arasındaki ilişkiyi araştırmışlardır. Motivasyon göstergesi olarak iş tatmini, işten ayrılma niyeti ve hastalık nedeni ile devamsızlık değişkenleri göz önünde bulundurulmuştur. Çalışma Konya Numune Hastanesi ile Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesinde çalışan 230 sağlık çalışanı ile yapılmıştır. Araştırma sonuçları çalışanların psikolojik güçlendirme düzeylerinin orta derecenin biraz üzerinde olduğunu ve iş tatmini ile istatistiksel açıdan doğrusal, pozitif yönde orta derecede anlamlı bir ilişki olduğunu göstermiştir. Ayrıca psikolojik güçlendirme ile işten ayrılma niyeti ve hastalık nedeni ile devamsızlık arasında negatif yönlü doğrusal bir ilişki görülmüştür.

Develi ve arkadaşları (2018) yöneticinin güç kaynaklarının (zorlayıcı güç, yasal güç, ödüllendirme gücü, karizmatik güç, uzmanlık gücü ve bilgiye dayalı güç) psikolojik güçlendirme algısının boyutları üzerindeki açıklayıcılık (yordayıcılık) durumunu belirlemeyi amaçlamışlardır. Araştırma sonuçlarına göre, uzmanlık gücü ile psikolojik güçlendirme arasında negatif, yasal güç ile anlam boyutu arasında pozitif, karizmatik güç ile etki boyutu arasında pozitif ve uzmanlık gücü ile etki boyutu arasında negatif yönde bir ilişki tespit edilmiştir.

Temizkan (2019) devlet hastanesindeki sağlık çalışanlarının psikolojik güçlendirme algılarının psikolojik sahiplenme üzerindeki etkisini araştırmıştır. Psikolojik sahiplenme, çalışanın örgütü sanki kendisininmiş gibi hissetmesini ifade etmektedir. Çalışma sonuçları psikolojik güçlendirme düzeyleri arttıkça psikolojik sahiplenme duygularının arttığını göstermiştir.

### **2.13.2. Yurt Dışında Yapılan Psikolojik Güçlendirme Çalışmaları**

Türkiye dışında sağlık alanında psikolojik güçlendirme ile ilgili yapılan çalışmalara bakıldığında Finlandiya’da Kuokkanen ve arkadaşlarının (2003) 416 hemşire ile yaptıkları araştırma göze çarpmaktadır. 2001 yılında yapılan bu çalışmanın sonucuna göre hemşirelerin sadece % 15’i örgüt tarafından güçlendirilmediğini inanırken, % 51’i güçlendirildiğini ve geriye kalan % 33’ü ise bu konuda fikir belirtmemiştir. Ayrıca araştırma sonuçları, iş tatmini

ve işe bağlılığın hemşirelerin güçlendirilmesi ile ilişkili olduğunu da göstermiştir. (Kuokkanen vd., 2003: 187-189).

Ahmad ve Oranye (2010) kültürel ve gelişimsel olarak iki farklı toplum olan Malezya ve İngiltere'deki hemşirelerin güçlendirilmesinin iş tatmini ve örgütsel bağlılık ile ilişkileri incelemiştir. Bu çalışmada güçlendirme adı altında hem yapısal hem de psikolojik güçlendirme algıları ölçülmüştür. Araştırmanın sonuçları her iki ülke içinde psikolojik güçlendirmenin iş tatmini ve örgütsel bağlılık üzerinde olumlu bir etkisi olduğunu göstermektedir. Bu iki ülke arasındaki en belirgin fark İngiltere'deki hemşirelerin iş tatmin düzeylerinin Malezya'daki hemşirelerden çok daha yüksek olmasıdır. Bunun en önemli sebepleri Malezya'daki hemşirelerin aldığı düşük maaş ve hemşireliğin tam bir meslek olarak görülmemesidir (Ahmad ve Oranye, 2010: 589).

Albrecht ve Andretta (2011) Avustralya'daki bir sağlık kuruluşunda 139 sağlık çalışanı ile güçlendirici liderlik ile güçlendirmenin örgütsel bağlılık ve işten ayrılma niyeti üzerindeki etkisini araştırmışlardır. Bulgular, liderlerin güçlendirici bir liderlik tarzına sahip olduğunu düşündüklerinde kendilerini güçlendirilmiş hissettiklerini ortaya koymuştur. Söz konusu çalışmanın sonuçlarına göre bu tür güçlendirme duygu durumları, çalışanların hem motivasyon düzeylerinin hem de örgütsel bağlılık ile aidiyet duygularının artmasına neden olmaktadır. Dahası, çalışanlar bu tür duygusal bağlılık yaşadıklarında, işten ayrılma eğilimlerinin düştüğü de ifade edilmiştir (Albrecht ve Andretta, 2011: 234).

Sparks (2012) Amerika'da farklı kuşaklara ait olan hemşirelerin psikolojik güçlendirme ve iş tatminine yönelik algı farklılıklarını ortaya çıkarmıştır. 1946 ile 1964 yılları arasında doğan "Bebek Patlaması Kuşağı" ("Baby Boomers") ile 1963 ile 1980 yılları arasında doğan X kuşağını birbiriyle karşılaştırarak bebek patlaması kuşağının diğerlerine göre kendilerini daha güçlü hissettiklerini saptamıştır. İş tatmini konusunda iki farklı kuşak arasında bir farklılık tespit edilmemiştir. Zhou ve arkadaşlarının (2015) Çin'de 726 hemşire ile 10 farklı hastanede yaptıkları çalışmada psikolojik güçlendirme ile örgütsel bağlılık ve iş tatmini arasında güçlü pozitif bir ilişki olduğu saptanmıştır.

İran'da yapılan sistematik derleme çalışması ile hemşirelerin psikolojik güçlendirme düzeyleri orta düzeyde belirlenerek yüksek güçlendirme seviyeleri olan hemşirelerin

yeterlilik düzeylerinin de yüksek olması ile ilişkilendirilmiştir (Royan vd., 2017). Yine İran'da Dehghani ve arkadaşlarının (2016) 217 hemşire ile yapmış olduğu başka bir çalışmada hemşirelerin psikolojik güçlendirme algılarının verimlilik üzerindeki etkisine bakılmıştır. Araştırma sonuçları psikolojik güçlendirmenin boyutları (anlam, yeterlilik, özerklik ve etki) ile verimlilik arasında anlamlı pozitif bir ilişki olduğunu göstermiştir.

Asiri ve arkadaşları (2016) Suudi Arabistan'ın Riyad şehrinde bir hastanede rastgele seçilmiş 332 hemşire ile yöneticilerinin liderlik tarzına ilişkin genel algısını ve psikolojik güçlendirmenin örgütsel bağlılıkları üzerindeki etkilerini ölçmeyi amaçlamışlardır. Çalışma sonuçları hemşirelerin psikolojik güçlendirme algılarının orta düzeyde olduğunu ortaya koymuştur. Güçlendirme boyutlarına detaylı olarak bakıldığında ise, anlam, yeterlilik ve özerklik boyutunun orta düzeyde, etki boyutunun ise düşük düzeyde olduğuna vurgu yapılmıştır. Psikolojik güçlendirmenin alt ölçeklerinden olan özerklik örgütsel bağlılık ile istatistiksel olarak anlamlı olan tek gösterge olarak bulunmuştur. Ayrıca hemşire yöneticilerin hasta bakım süreçleri, hasta güvenliği ve çalışma ortamları hakkında karar verme süreçlerine katılım sağlamaları durumunda bir bağlılık göstergesinde bulunabildikleri de görülmüştür (Asiri vd., 2016: 6).

Neves ve Ribeiro'nun (2016) Protekiz'de 269 hemşire ile yaptıkları çalışmada hemşirelerin güçlendirme algıları ölçülmüş ve psikolojik güçlendirme düzeyleri yüksek seviyede olduğu tespit edilmiştir. Bu çalışmada psikolojik güçlendirmenin yapısal güçlendirme ile ilişkili olduğu da saptanmıştır. Ayrıca bu çalışmada yaşlı ve daha tecrübeli hemşirelerin yeterlilik boyutlarının yüksek özerklik boyutlarının ise daha düşük olduğu ortaya konmuştur. Latifa (2017) Cezayir'de özel sağlık sektöründeki çalışanların yapısal güçlendirme düzeylerinin psikolojik güçlendirme algısını hangi düzeyde etkilediğini ortaya çıkarmayı amaçlamıştır. Araştırma sonuçları, fırsat ve resmi güç haricinde hiçbir yapısal güçlendirme boyutunun psikolojik güçlendirme üzerinde önemli bir etkiye sahip olmadığını göstermiştir.

Zaki ve Mohammed'in (2018) Mısır'da tanımlayıcı tasarımıyla yürüttüğü araştırmaya 50 başhemşire katılarak yöneticilerin psikolojik güçlendirme algılarının örgütsel sadakat üzerindeki etkilerini incelemişlerdir. Çalışma sonucunda araştırmaya katılan başhemşirelerin psikolojik güçlendirme seviyelerinin orta düzeyde olduğu tespit edilmiştir.

Ayrıca bu çalışmada psikolojik güçlendirmenin bütün boyutlarının örgütsel sadakat ile istatistiksel olarak anlamlı, güçlü ve pozitif bir ilişki içerisinde olduğu saptanmıştır.

Pinaria ve arkadaşları (2019) Endonezya'da Tomohon City de bulunan tüm sağlık ocaklarında içlerinde doktorların, hemşirelerin, ebelerin ve diğer sağlık çalışanlarının bulunduğu 188 sağlık çalışanları ile psikolojik güçlendirme algısının motivasyon ve çalışan performansı üzerindeki etkisini araştırmışlardır. Araştırma sonuçları, psikolojik güçlendirmenin hem motivasyon hem de çalışan performansı üzerinde pozitif ve anlamlı bir etkisi olduğunu göstermiştir (Pinaria vd., 2019: 23-24).

Khoshmehr ve arkadaşları (2020) İran'da 180 hemşirenin ahlaki cesareti ile psikolojik güçlendirme algıları arasındaki ilişkiyi belirlemeye yönelik bir çalışma yapılmıştır. Bulgular, ahlaki cesaret ve psikolojik güçlendirme arasında bir ilişki olduğunu göstermiştir. Böylece, hemşirelerin ahlaki cesareti, psikolojik güçlenmelerini destekleyerek hasta memnuniyetini ve kaliteli bakım sağlamaları durumunu artırmışlardır (Khoshmehr vd., 2020: 3).

Amerika'da Turnipseed ve VandeWaa (2020) sağlık hizmetlerinde iş gücü verimliliği sorununu kabul ederek bu soruna kısmi bir çözüm olabileceği düşüncesiyle psikolojik güçlenmenin belirleyicileri olarak kişisel farklılıkları araştırmışlardır. 363 hemşire ile yapılan araştırmanın sonuçları psikopati (topluma karşıt davranışlar sergileme biçiminde görülen kişilik bozukluğu) ile güçlendirme arasında negatif bir ilişki olduğunu göstermektedir. Ayrıca bu çalışmada sağlık sektöründe uzun süre çalışmış, dindarlık seviyesi yüksek, işle ilgili ihtiyaçları hastane tarafından karşılanan ve yeteneklerinin işin gereksinimlerine uygun olduğuna inanan çalışanların psikolojik olarak güçlendirilme olasılıklarının diğerlerine göre daha yüksek olduğu vurgulanmıştır.

Alotaibi ve arkadaşlarının (2020) Suudi Arabistan'da yaptıkları başka bir çalışmada özel hastanelerde duygusal zekâ ile güçlendirilmiş liderlik rolünün psikolojik güçlendirme ve işe bağlılığı artırıp artırmadığı araştırılmıştır. Çalışmanın bulguları yüksek düzeyde duygusal zekâyâ ile güçlendirilmiş liderlik özelliklerine sahip çalışanların psikolojik güçlendirme ve işe bağlılık düzeylerinin daha yüksek olduğunu tespit etmiştir. Ayrıca çalışmada bu durumun hemşireler arasındaki işten ayrılma oranının azalmasına,

hastalarla ilişkilerinin gelişmesine ve rekabet avantajını sürdürmelerine yardımcı olabildiği ifade edilmiştir (Alotaibi vd., 2020: 972).

Al-Hussein'in (2020) Irak'ta bir devlet hastanesinde 317 hemşire ile yaptığı çalışmada psikolojik güçlendirmenin örgütsel bağlılık üzerindeki etkisini araştırmıştır. Araştırma sonuçları hemşirelerin güçlendirme algılarının yüksek olduğunu fakat örgütsel bağlılık seviyelerinin ortalamanın altında kaldığını göstermiştir. Çalışmada hemşirelerin psikolojik olarak kendilerini güçlü hissetmelerine rağmen çalıştıkları sağlık kurumlarına karşı bir bağlılıkları olmamasının sebebi olarak bazı faktörlerden bahsedilmiştir. Bunlara örnek olarak doktorların sağlık sistemindeki üstünlüğü, sinizm, hemşirelere karşı yapılan sözlü ve fiziksel şiddet vb. davranışlar gösterilmiştir (Al-Hussein, 2020: 1460).

Bu bölümde psikolojik güçlendirmenin tanımı yapıp boyutları incelendikten sonra sağlık çalışanlarının psikolojik güçlendirme algısının yüksek olmasının ne gibi avantajları olduğuna odaklanılmıştır. Özellikle sağlık sektörü gibi yoğun çalışma koşulları altında görev yapan çalışanların psikolojik güçlendirme algılarının yüksek olması stresli ortamlar ile daha kolay başa çıkmalarını sağlamaktadır. Bu nedenle örgüt vizyon/misyonunun çalışanların psikolojik güçlendirme algılarını teşvik edecek nitelikte olması gerekmektedir. Literatürde psikolojik güçlendirme ile ilgili yapılan çalışmalar örgütsel güven, örgütsel bağlılık, iş tatmini, motivasyon, performans, duygusal zeka ve işten ayrılma niyeti gibi değişkenler ile ilişkilendirilmiştir. Ayrıca birçok çalışmada sağlık çalışanlarının psikolojik güçlendirme algıları incelenmiş ve bunun demografik özelliklere (cinsiyet, yaş, çalışma süresi) göre farklılaşıp farklılaşmadığı ele alınmıştır.

#### **2.14. Tükenmişliğin Tanımı**

Modern zamanlarda önemli bir fenomen olarak bilinen tükenmişlik kavramı ilk olarak 1961 yılında Greene tarafından yayınlanarak "Bir Tükenmişlik Olayı" orijinal ismiyle "A Burnt-Out Case" romanı ile ortaya çıkmıştır. Romanda bu kavram "Büyük bir bıkkınlık ve kişinin işine duyduğu bağlılık ile idealizminin sönmesi" şeklinde tanımlanmıştır (Sürgevil, 2006: 3). 70'li yılların başında Klinik Psikolog Herbert Freudenberger bu kavramı tekrar ön plana çıkarmıştır. Freudenberger St Mark's Free Clinic'de uyuşturucu bağımlılarıyla çalışan gönüllüleri inceleyerek bu kişilerde hem zihinsel, hem de fiziksel



belirtiler gözlemlemiştir. Araştırmacı bu kişilerin kademeli duygusal bitkinlik, motivasyon kaybı ve azalan bağlılık yaşadıklarını görmüş ve bunu tükenmişlik olarak ifade etmiştir (Schaufeli ve Greenglass, 2001).

Eş zamanlı olarak, Christina Maslach ve arkadaşları Kaliforniya'daki çalışanlar ile mülakat yaparken bu kavram ile karşılaşmışlardır. Bir sosyal psikoloji araştırmacısı olan Maslach ve arkadaşları yapılan çalışmada, endişe gibi bilişsel stratejiler kullanarak çalışanların duygusal uyarılmalarıyla nasıl başa çıktıklarıyla ilgilenmişlerdir. Bu görüşmeler sonucunda çalışanların sıklıkla duygusal olarak tükenmiş hissettikleri, hastaların hakkında olumsuz algı ve duygular geliştirdikleri ve duygusal kargaşanın bir sonucu olarak mesleki yeterlilikte krizler yaşadıkları gözlemlenmiştir. Konuyla ilgili 6000'den fazla yayın ve ağırlıklı olarak sağlık alanında 1000'den fazla ampirik çalışma yapılmıştır ve her yıl yaklaşık 200 yayın bu listeye eklenmektedir. Tükenmişlik, önce basında, sonra da akademide çok popüler bir konu haline gelmiştir (Schaufeli, 2007: 2017).

Yirmi yıllık gözlem ve araştırmanın ardından, Maslach yapmış olduğu çalışmalarda birçok kez tükenmişliği tanımlamıştır. Maslach ve Leiter tükenmişliğin insanların ne oldukları ile yapmak zorunda oldukları şeyler arasındaki durumu ifade ettiğini belirtmişlerdir. Ayrıca tükenmişlik kişinin değerleri, itibarı, ruhu ve iradesindeki aşınmayı da temsil etmektedir (Maslach ve Leiter, 1997'den akt. Schaufeli, 2007: 217). Ayrıca Maslach ve arkadaşları (1996: 3) tükenmişliği "iş ile ilgili stresin kişi üzerindeki fiziksel, duygusal ve psikolojik tepkileri" olarak tanımlamışlardır. Bu bağlamda fiziksel tepkiler düşük enerji, kronik yorgunluk ve halsizliği, duygusal tepkiler de depresyon, çaresizlik ve umutsuzluğu içermektedir. Psikolojik tepkiler ise, kişinin hem endişeli hem de stresli olması ve beraber çalıştığı iş arkadaşlarından uzaklaşması olarak açıklanmaktadır (Maslach ve Jackson, 1981). Maslach'ın başka bir tanımına göre, tükenmişlik insanlar ile iç içe çalışarak yoğun duygusal taleplere maruz kalan kişilerin fiziksel bitkinlik, uzun süreli yorgunluk, çaresizlik ve umutsuzluk duygusu yaşama durumunu ifade etmektedir. Bunun yanı sıra tükenmişliğin artan duygusal tükenme ile birlikte kişinin başkalarına karşı negatif bir tutum içerisinde olduğunu ve başarıya duygusunu zayıflattığı belirtilmiştir (Maslach ve Jackson, 1981: 99).

Edelwich ve Brodsky (1980: 14) tükenmişliği “çalışanların çalışma koşullarının bir sonucu olarak deneyimledikleri idealizm, enerji ve amaç kaybı” olarak tanımlamaktadır (akt. Pons, 1995: 11). Tükenmişliğin neredeyse tüm tanımları, diğerlerine bakılmaksızın bağımsız olarak yapılmıştır. Örneğin, Freudenberger gözlemlediği bir sendromu tanımlayan bir doktor iken, Maslach, Cherniss ve diğerleri araştırma verilerinden yararlanmıştır. Bu nedenle, daha sonraki tanımların daha önceki tanımları geliştirmesi veya reddetmesi beklenmeyen bir durumdur (Pons, 1995: 13).

Maslach, tanımlar arasındaki dil farklılıklarına rağmen benzerlikler olduğunu savunmuştur. Bu benzerlikler üzerine yaptığı analizler doğrultusunda tükenmişliğin ilk olarak kişisel düzeyde gerçekleştiğini, sonrasında duyguları, tutumları, güduları, beklentileri ve psikolojik durumları içeren içsel bir psikofizyolojik deneyime dönüştüğünü öne sürmüştür. Son olarak tükenmişlik; problemler, sıkıntı, rahatsızlık, işlev bozukluğu ve diğer olumsuz sonuçlarla ilgilidir. Bu nedenle tükenmişliğin kişi için olumsuz bir deneyim ortaya koyduğu belirtilmektedir. (Maslach, 1982: 31-32’den akt. Pons, 1995: 13).

## **2.15. Tükenmişliğin Boyutları**

Maslach, tükenmişliği, kronik duygusal gerginliğe bir tepki olarak, insanlarla çalışarak iletişim kuran kişilere aktarılan bir "duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve azalmış kişisel başarı sendromu" olarak tanımlamaktadır (Maslach vd., 2001: 398). Günümüzde kabul görmekte olan bu tanımda tükenmişlik üç temel boyutta ele alınmaktadır. Buna göre tükenmişlik duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarının azalması olarak tanımlanmaktadır.

Maslach ve arkadaşları (1996) insanlarla yüz yüze çalışmayı gerektiren farklı meslek gruplarında tükenmişlik seviyesini ölçmeye yönelik “Maslach Tükenmişlik Ölçeğini (MTÖ)” geliştirmişlerdir. Ölçek duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarının azalması olmak üzere üç boyutta ele alınmıştır. Akademi dünyasında çok yaygın kullanılan bu ölçeklerdeki duygusal tükenme ve duyarsızlaşma boyutundaki yüksek puanlar ile kişisel başarı boyutundaki düşük puanlar tükenmişliğe işaret etmektedir (Maslach vd., 1996).

### **2.15.1. Duygusal Tükenme**

Tükenmişliğin en önemli boyutlarından birisi duygusal tükenmedir. Bu durum kişiye yüklenen aşırı iş yükü nedeniyle kişinin duygusal kaynaklarının tükenmiş olmasını ifade etmektedir (Maslach vd., 2001: 399). Tükenmişlik gerilim, anksiyete, fiziksel yorgunluk, somatik komplikasyonlar ve uykusuzlukla bağlantılı olabilecek zihinsel gerginlik kavramı ile de ilişkilidir (Rawana, 2001: 11). Genellikle sağlık çalışanları gibi yoğun ve yüz yüze ilişkilerin fazla olduğu mesleklerde görülmektedir. Çalışanlar, hem yoğun hem de duygusal açıdan sürekli diğer insanların duygusal talepleri altında ezilmektedirler. Bu nedenle söz konusu duruma tepki olarak duygusal tükenme olgusu ortaya çıkmaktadır (Maslach vd., 2001: 399). Örneğin sağlık sektöründe duygusal tükenmişlik yaşayan doktorlar, çok aşırı çalıştıklarını ve artık hastalara bir faydalarının olmadığını ifade etmektedirler. Pek çok doktor için duygusal tükenmeden dolayı oluşan şefkat gösterememe durumu ciddi zihinsel sıkıntılara yol açmaktadır (Lacy ve Chan, 2018: 311).

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

### **2.15.2. Duyarsızlaşma**

Duyarsızlaşma, kişinin hizmet verdiği kişilere karşı olumsuz, duygusuz, kayıtsız, ilgisiz ve alaycı tutumlar sergilemesini ifade etmektedir (Sürgevil, 2006: 43, Schaufeli ve Greenglass, 2001: 501). Ayrıca duyarsızlaşma, psikiyatride kişinin kendine ve dünyaya aşırı yabancılaşmasına işaret etmektedir. Bu durumdaki çalışanlar işe karşı bir sorumluluk hissetmez ve bir beklenti içerisinde de olmazlar (Schaufeli ve Greenglass, 2001: 501).

Duyarsızlaşmış hemşirelerin ve diğer sağlık çalışanlarının hizmet verdiği hastalara aşağılayıcı ifadeler kullanması, hastanın ismi yerine oda numarası ile hitap etmesi, mesleki jargonu gereksiz yerlerde kullanması bu duygunun belirtileri olarak ifade edilmektedir (Cordes ve Dougherty, 1993: 623). Lee ve Ashforth (1996), duyarsızlaşmanın istenmeyen

bir talebi önlemeyi veya algılanan bir tehdidi azaltmayı amaçlayan bir tür reaktif ve koruyucu eylemler olabileceğini bildirmektedir. Duyarsızlaşmış kişiler hayal kırıklığına uğramaktansa kayıtsız kalmanın daha iyi olduğuna inanmaktadır. Bu durumda duyarsızlaşma, kendini duygusal tükenmeden koruma girişimi olarak görülmektedir (Farmer, 2004: 30).

### **2.15.3. Kişisel Başarının Azalması**

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

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

Leiter (1993), iş taleplerinin ve kaynakların bu üç boyutla farklı şekilde ilişkili olduğunu, duygusal tükenme ve kişisel başarının ayrı ayrı geliştiğini varsayan bir düzeltme önermiştir. Başka bir ifadeyle, iş talepleri duygusal tükenmeyi tetiklerken toplum desteği gibi kaynaklar, duyarsızlaşmayı azaltmaya ve kişisel başarıyı artırmaya hizmet etmektedir. Lee ve Ashforth'un 61 çalışmayı incelediği meta analizinde, Leiter'in (1993) üç boyutun farklı şekilde işle ilişkili olduğu ve kişisel başarının duygusal tükenme ve duyarsızlaşmadan bağımsız olarak geliştiği hipotezi desteklenmiştir (akt. Lee ve Ashforth, 1996).

## 2.16. Tükenmişliğin Belirtileri

Tükenmişliğin belirtileri ile ilgili farklı zaman dilimlerinde birçok çalışma yapılmıştır. Bu bağlamda De Hert (2020) yapmış olduğu çalışmada tükenmişlik belirtilerini tükenmişliğin farklı evrelerine göre ayırmıştır. Kaschka ve arkadaşları (2011) tükenmişliğin belirtilerini yedi Schaufeli (2007) ise beş kategoride toplamıştır. De Hert (2020: 175) sağlık çalışanlarındaki tükenmişliği incelediği çalışmasında beş aşamalı bir model ortaya koymuştur. Şekil 3'te görüldüğü gibi bu model tükenmişliğin nasıl başladığını ve kişinin bulunduğu evrende hangi belirtiyi gösterdiğini gözler önüne sermektedir.

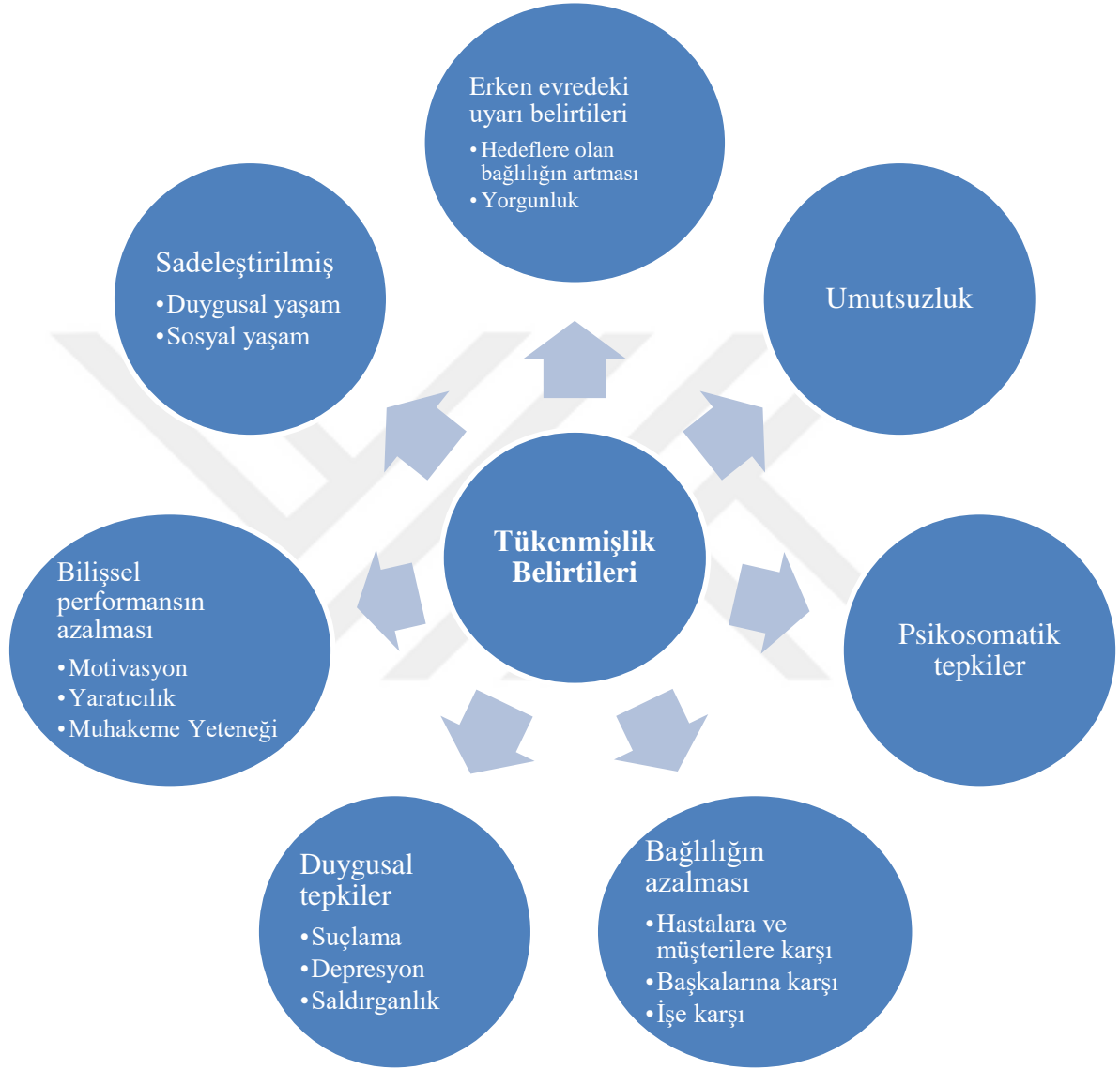
Birinci aşama şekil 3'te yer alan modelde görüldüğü gibi coşku duygusu ile nitelenen balayı evresi ile başlamaktadır. Sonrasında zaman geçtikçe iş stresi yaşanmaktadır. Bu aşamada olumlu başa çıkma stratejileri uygulanmazsa tükenmişlik ile sonuçlanma riski yüksektir. İkinci aşama, bazı günlerin diğerlerinden daha zor olduğunun bilinciyle başlamaktadır. Ayrıca bu aşama sosyal yaşam ve kişisel öncelikler ihmal edilerek, kişiyi duygusal olduğu kadar fiziksel olarak da etkileyen ortak stres semptomlarını ortaya çıkaran, hayatı sadece çalışmak ve işle ilgilenmekle sınırlı hale getiren bir evredir. Sonrasında hayal kırıklığına yol açan kronik bir stres aşaması gelişmektedir. Bu evrede kişiler başarısızlık ve güçsüzlük hissi yaşarken, çabalar gözle görülür bir şekilde sonuç vermemekte ve yeterince kabul görmediği izlenimi yaratmaktadır. Bu durum bir sonraki evrede kişinin kötümser bir bakış açısı geliştirmesine ve sosyal çevresinden uzaklaşarak tükenmişlik yaşamasına neden olmaktadır. Bu evrede kişi ayrıca şiddetli baş ağrısı gibi fiziksel sorunlar da yaşamaktadır. İnsanlar bu aşamada bir çıkış yolu göremedikleri için istifa edip duruma kayıtsız kalmaktadırlar. Son aşama ise, tüm bu üzüntü, zihinsel ve fiziksel yorgunluğun kronik hale gelmiş olan alışılmış tükenmişlik evresidir (De Hert, 2020: 173-175).



**Şekil 3.** Tükenmişliğin farklı seviyelerdeki belirtileri

*Kaynak: De Hert, 2020: 175*

Burisch (2010) yapmış olduğu derleme çalışmasında yaklaşık 200 yayını inceleyerek tükenmişlik belirtilerini yedi kategoriye ayırmıştır. Kaschka ve arkadaşları (2011) ise bu belirtileri daha spesifik olarak aşağıda Şekil 4’te görüldüğü gibi tekrar revize etmişlerdir.



**Şekil 4.** Tükenmişlik belirtileri

*Kaynak: Kaschka vd., 2011: 782*

Schaufeli (2007: 218) ise tükenmişlik belirtilerini beş kategoriye ayırmıştır:

- Duygusal (depresif ruh hali, duygusal tükenme),
- Bilişsel (düşük konsantrasyon, unutkanlık),
- Fiziksel (baş ağrısı, uyku bozuklukları),
- Davranışsal (düşük iş performansı, devamsızlık) ve
- Güdüsel (idealizm kaybı, hayal kırıklığı).

Ayrıca Schaufeli (2007: 218) tükenmişlik belirtilerin sadece kişisel düzeyde değil aynı zamanda meslektaşlar ve hizmet verilen kişilere yönelik kişiler arası (sinirlilik, insanlıktan çıkma, kayıtsızlık) ve örgütsel düzeyde (iş tatmini, işten ayrılma, düşük moral) olmak üzere farklı bakış açıları ile de değerlendirmiştir. Tükenmişlik sendromunun belirtileri ile ilgili yapılan diğer çalışmalarda belirtiler fiziksel, psikolojik, mesleki ve davranışsal olmak üzere dört kategoride ele alınmıştır. Bu faktörler aşağıda detaylı olarak açıklanmıştır.

### **2.16.1. Tükenmişliğin Fiziksel Belirtileri**

Tükenmişliğin fiziksel belirtileri arasında iştahta azalma, uykusuzluk, alkol ve ilaç bağımlılığı (Kampfhammer, 2012: 1277), baş ağrısı, yorgunluk, hazımsızlık yer almaktadır (Hofmann vd., 2010: 29). Ayrıca tükenmişlik yaşayan kişilerde bitkinlik hissi, kilo kaybı, solunum güçlüğü, deri şikâyetleri, koroner kalp rahatsızlığı, yüksek kolesterol, enerji kaybı, yıpranma, kas ağrıları, bel ağrısı ve bulantı gibi rahatsızlıklar da görülmektedir (Barutçu ve Serinkan, 2008: 547).

Freudenberger'e (1974: 160) göre tükenmişliğin fiziksel belirtileri kişinin sık sık başının ağrması, uykusuzluk, nefes darlığı hissi ve bağırsak rahatsızlıklarıdır. Tükenmişlik sendromu yaşayan kişilerde fiziksel belirtiler başlarda hafif görülmektedir. Fakat teşhis edilmez ve önlem alınmaz ise kişiler geçmeyen soğuk algınlıklar, genel ağrılar, cilt ve mide bağırsak hastalıkları ile karşılaşabilmektedir (Ardıç ve Polatçı, 2009: 30).



### **2.16.2. Tükenmişliğin Psikolojik Belirtileri**

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

Bununla birlikte tükenmişlik yaşayan kişiler yorgunluk ve bitkinlikten şikâyet ettikleri halde uyumakta zorlanmaktadırlar. Polisomnografi ismi verilen uyku testi ile yapılan araştırmalar yüksek tükenmişlik düzeyine sahip kişilerin derin uyku evrelerine hiç geçemediğini ve bu yüzden gündüzleri sürekli uyku halinde olduklarını ortaya çıkarmıştır (Hofmann vd., 2010: 33).

### **2.16.3. Tükenmişliğin Mesleki ve Davranışsal Belirtileri**

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

Tükenmişliğin davranışsal belirtileri aşağıda yer almaktadır.

- İnsanlara karşı düşmanlık etmek (Kampfhammer, 2012: 1277),
- Aile üyeleri ile sürekli çatışma halinde olmak, çabuk öfkelenmek,
- Sık sık ağlama nöbetleri geçirmek, yalnız kalmayı istemek ve
- Alınganlık yapma gibi durumlar ile karşılaşmak mümkündür (Ardıç ve Polatçı, 2009: 31).

Freudenberger da (1974: 160) alışanın çabuk fkelenmesinin bir tükenmişlik belirtisi olduğunu ifade etmektedir. Bu kişi duygularını kontrol etmekte zorlandığı için çok kolay ağlamakta, en ufak baskıda aşırı derecede tepki vermekte ve bağırarak çığlık atabilmektedir. Tükenmişlik yaşayan kişi kendine aşırı gvenebilmekte ve bu yüzden herkesi aptal olarak görebilmektedir. Ayrıca tamamen katı ve değişime karşı büyük tepki göstermektedir. Çünkü değişim yeni bir adaptasyon ve enerji anlamına gelmektedir. Fakat tükenmiş kişi bunun için fazla yorgundur. Tükenmişliğin bir başka davranışsal göstergesi de kişinin konuşma tarzı ile ortaya koyduğu olumsuz sinik tutumudur (Freudenberger, 1974: 161).

Yukarıda bahsedilen tüm bu belirtileri göz ardı etmek veya geç fark ederek teşhisi geciktirmek sonrasında tükenmişlik ile baş etmeyi imknsız hale getirebilmektedir. Bu yüzden zamanında teşhis edilip gerekli tedbirlerin alınması büyük önem taşımaktadır (Ardıç ve Polatçı, 2008: 73).

## **2.17. Tükenmişliğe Neden Olan Faktörler**

Hangi faktörlerin tükenmişliğe neden olduğunu bilmek sağlık çalışanlarını bu sendromdan korumak adına büyük önem taşımaktadır. Tükenmişlik olgusunun ortaya çıkmasına neden olan birçok faktör bulunmaktadır. Bu faktörler kişisel ve örgütsel faktörler olmak üzere iki grupta toplanabilmektedir. Kişisel faktörler kişilerin tükenmişlik düzeyine etki eden kişilik özellikleri, cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim düzeyi ve meslek grubu gibi etkenlerdir. Örgütsel faktörleri ise iş yükü, ödüllendirme mekanizmaları, meslektaşların desteği, adalet duygusu, çalışma süresi ve şartları olarak sıralamak mümkündür. Aşağıda bu faktörler deyalı olarak ele alınmıştır.

### **2.17.1. Kişisel Faktörler**

Birçok çalışmada sağlık çalışanlarının sahip olduğu kişilik özellikleri ile tükenmişlik düzeyi arasında bir ilişki tespit edilmiştir. Bu bağlamda Maslach ve arkadaşlarına (2001) göre sahip olduklarının kendi gayret ve yetenekleri ile ilgili olduğunu düşünen, iten denetimli kişilerin tükenmişlik yaşama riski, yaşadıkları başarıyı başkalarına dayandıran veya tesadüf olduğuna inanan dıştan denetimli kişilere göre daha yüksektir. Nevrotik kişiler

ise, duygusal olarak dengesiz ve psikolojik sorunlara daha yatkın olduğundan, nevroitiklik, çalışanları tükenmişlik yaşamaya daha yatkın hale getiren bir durum olarak görülmektedir (Schaufeli, 2007: 221). Bunun yanı sıra mesleki tükenmişlik riski daha düşük olan doktorların daha iyimser oldukları, hastalarla daha fazla iletişim kurdukları ve onlara yardım etmeye daha yatkın oldukları gözlemlenirken bu durumun hastanın sağlığına da olumlu etkisi olduğuna vurgu yapılmıştır (Scheepers vd., 2015).

Problem çözme becerisi gelişmiş ve öfke kontrolünü sağlayabilen kişilerin tükenmişlik yaşama riskinin daha düşük olduğu da yapılan çalışmalarda görülmüştür (Ersoy Kart, 2009). Bunun yanı sıra Money (2017: 684) rekabetçi, mükemmeliyetçi, hırslı, üstün başarılı, tutkulu ve özgür bir kişiliğe sahip olan sağlık çalışanlarının tükenmişlik sendromuna yakalanma risklerinin daha yüksek olduğunu ileri sürmüştür. De Hert (2020: 176) yüksek beklenti içerisinde olmanın, diğer insanları memnun etmeye çalışarak kişinin kendi ihtiyaçlarını bastırmasının ve zorluklarla başa çıkmada kişinin kendisine çok az güvenmesinin tükenmişlik sendromuna yakalanma sebeplerinden olduğunu açıklamıştır.

Cinsiyet bağlamında literatürde en yaygın görüş kadınların erkeklere göre daha fazla duygusal tükenmişlik yaşadığı yönündedir (Ayraller vd., 2011: 53; Sağlık-Sen, 2012: 13; Karsavuran, 2014: 153; Maslach ve Jackson, 1981: 111; Kılıç ve Aytemiz Seymen, 2011: 60; Cordes ve Dougherty, 1993: 632). Dyrbye ve arkadaşları (2011) 1043 kadın ve 6815 erkek cerrahlarla yapmış oldukları araştırmada aynı çalışma saatlerine rağmen kadınların erkeklere göre daha tükenmiş ve depresif olduklarını tespit etmişlerdir. Bu durumun sebepleri olarak, kadınların iş yerinde çatışmalar yaşaması, çocuk bakımı konusunda eşlerine güvenmemeleri ve kadınların eşlerinin kariyerini kendilerinkinden daha öncelikli bulmaları olarak sıralanmıştır. Maslach ve Jackson (1985) insanlar ile yüz yüze çalışan meslek gruplarındaki cinsiyet farklılıklarını incelemiş ve kadınların erkeklere göre duygusal tükenmişlik seviyelerinin daha yüksek ve kişisel başarı düzeylerinin ise daha düşük olduğunu tespit etmişlerdir (akt. Schaufeli ve Greenglass, 2001: 502).

Literatürde kadınların erkeklere göre daha fazla duygusal tükenmişlik yaşadığını savunan yaygın görüşün aksini savunan çalışmalar da bulunmaktadır. Diğer bir ifadeyle bazı çalışmalarda erkek sağlık çalışanlarının kadınlara göre daha yüksek duygusal tükenmişlik yaşadıkları ortaya konmuştur. Yakut ve arkadaşlarının (2013: 1570) Ankara'da 314 sağlık

çalışanı ile yaptıkları çalışmada tükenmişliğin üç boyutunda da erkeklerin puan ortalamaları kadınlara göre daha yüksek bulunmuştur. Diğer taraftan cinsiyet ile tükenmişlik arasında bir korelasyon olmadığına dikkat çeken çalışmalarda görülmektedir (Ardıç ve Polatçı, 2008).

Sağlık çalışanlarının yaşı ile tükenmişlik düzeyleri arasında bir ilişki olmadığını savunan çalışmalar bulursa da (Sayıl vd., 1997; Dikmetaş ve Ergin, 2011: 147) aksini savunan çalışmalarda bulunmaktadır. Yaş ilerledikçe tükenmişlik düzeyinin azaldığı daha genç olan sağlık çalışanlarının ise, tükenmişlik yaşama riskinin daha fazla olduğu da çalışmalarda ortaya konmuştur (Schaufeli ve Greenglass, 2001; Ulusoy vd., 2012: 257; Sağlık-Sen, 2012: 14; Yakut vd., 2013: 1570; Kılıç ve Aytemiz Seymen, 2011: 60). Bu durumun nedeni olarak genç yaştaki çalışanların daha az tecrübeye sahip olması ve çalışma hayatının ilk yıllarında kişilerin meslekleri ile ilgili beklentilerinin daha yüksek olması şeklinde sıralamak mümkündür. Bununla birlikte genç yaştaki çalışanların yaşadığı sorunlar ile başa çıkabilme ve etkili çözüm yolları bulabilme becerilerinin tam gelişmemiş olması da diğer sebepler arasında yer almaktadır (Cordes ve Dougherty, 1993: 633-636; Maslach vd., 2001: 409; Schaufeli, 2007: 221).

Williams'da (1989) yaşın duygusal tükenme ve duyarsızlaşma ile negatif ilişkili olduğu sonucuna varmıştır. Başka bir ifadeyle daha genç hemşireler büyüklere göre daha yüksek olasılıkla tükenmişlik yaşamaktadır. Karsavuran (2014: 152) yukarıdaki çalışmalarını destekler nitelikte yaşı 29 ile 39 arasında olan grubun tükenmişlik düzeyini çok yüksek bulurken, 50 ile 64 yaş üzerinde olanların tükenmişlik bakımından en düşük düzeye sahip olduğunu açıklamıştır. Kişisel başarı noktasında Taycan ve arkadaşlarına (2006) göre yaş ilerledikçe kişisel başarı düzeyi yükselmektedir. Fakat bu çalışmaların aksine Tunçel ve arkadaşları (2014) kişisel başarı puanınının 40 yaş ve üzeri hemşirelerde daha genç olanlara göre düşük olduğunu saptamışlardır.

Yukarıdaki bilgilerin aksine Geuenich (2009) 1300 doktor ile yaptığı çalışmada 41 ile 55 yaş arasındaki doktorların yaşı daha küçük olanlara göre daha fazla tükenmiş olduklarını ortaya koymuştur. Helvacı ve Turhan (2013: 64) ile) da yaş arttıkça tükenmişliğinde arttığını savunmaktadır.

Tükenmişliğin yaşanmasının bir başka nedeni kişilerin çocuk bakım sorunları, aile ile birlikte yapılan etkinliklere ara vermek zorunda kalma, aile yemeklerinin kaçırılması, eş ile zaman geçirememesi gibi iş ve aile hayatının birbiriyle çatışmasıdır. Kişinin eşinin de doktor olması kişilerin tükenmişlik yaşama ihtimalini yükseltmektedir. Örneğin cerrah olan birinin başka bir cerrah ile evli olma durumunda tükenmişlik riski daha da fazla artmaktadır (Lacy ve Chan, 2018: 313). Ahola ve arkadaşları (2006) evli olan erkeklerin diğerlerine göre daha düşük tükenmişlik düzeyleri olduğuna vurgu yapmışlardır. Bunun sebebi evli kişilerde eşlerin birbirini duygusal açıdan desteklemeleri onları tükenmişlikten koruyan bir etkiye sahip olmasıdır (Ardıç ve Polatçı, 2008; Sağlık-Sen, 2012: 14; Karsavuran, 2014: 153). Buna benzer olarak Cordes ve Dougherty (1993: 635) iyi bir aile ortamının kişiye huzur ve mutluluk verdiğini ve bunun da tükenmişlik açısından olumlu sonuçları olduğuna vurgu yapmışlardır. Fakat medeni durum ile tükenmişlik arasında bir ilişki olmadığını ortaya koyan çalışmalar da bulunmaktadır (Tunçel vd., 2014: 61; Yakut vd., 2013: 1570; Kılıç ve Aytemiz Seymen, 2011: 60; Dikmetaş ve Ergin, 2011: 147).

Sağlık çalışanlarının eğitim düzeyi ile tükenmişlik arasındaki ilişki bağlamında Günüşen ve Üstün (2009) yaptıkları çalışmada, hemşirelerin eğitim düzeyi yükseldikçe tükenmişlik düzeyinin azaldığını ifade etmişlerdir. Şenturan ve arkadaşları (2009: 42) ile Yakut ve arkadaşlarının (2013: 1570) sağlık çalışanları ile yaptıkları çalışmalar da bu sonucu destekler niteliktedir. Karsavuran da (2014: 154) yapmış olduğu çalışmada en fazla tükenmişlik yaşayan grubun sağlık meslek lisesi ve ön lisans mezunları olduğuna vurgu yapmıştır. Eğitim düzeyi yüksek olan kişiler kendini gerçekleştirerek, meslek hayatında yaşadıkları zorlukların üstesinden çok daha kolay gelmektedir. Fakat Mollaoğlu ve arkadaşları (2003: 290) eğitim ile duygusal tükenme ve duyarsızlaşma arasında bir ilişki tespit edememiş fakat kişisel başarı düzeyinin daha düşük olduğunu ifade etmişlerdir.

Yukarıdaki bilgilerin aksine bazı çalışmalarda tükenmişlik ile eğitim düzeyi arasında pozitif bir ilişki olduğu tespit edilmiştir (Maslach vd., 2001: 410; Helvacı ve Turhan, 2013: 64). Örneğin Helvacı ve Turhan (2013) eğitim düzeyi arttıkça tükenmişliğinde arttığını belirtmişlerdir. Bunu sebebi eğitilmiş insanların iş konusunda daha yüksek bir beklenti içine girerek kendilerine yüksek hedefler koymasına ve bu hedefe ulaşmak için gösterdiği çabanın sonucunda bir karşılık alamaması olarak yorumlanmaktadır (Maslach vd., 2001: 410).

Sağlık çalışanları arasındaki meslek grupları incelendiğinde, aralarında tükenmişlik açısından farklılıklar olduğu görülmektedir. Ulusoy ve arkadaşlarının (2012: 257) yapmış oldukları çalışmada hastane yöneticilerinin duygusal tükenme ve duyarsızlaşma düzeyi doktor ve hemşirelere göre daha düşük bulunurken, yöneticilerin kişisel başarı düzeylerinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Karsavuran (2014: 154) 244 hastane yöneticisi ile yaptığı çalışmada başhemşirelerin tükenmişlik düzeylerinin başhekimlere göre yüksek olduğunu ifade etmiştir. Ayrıca doktorların kişisel başarı seviyesi hemşirelere göre daha düşük olarak saptanmıştır. Bunun yanı sıra diğer çalışmalarda hemşirelerin doktora göre daha fazla duygusal tükenmişlik ve duyarsızlaşma yaşadıkları belirtilmiştir (Sayıl vd., 1997). Bu durumun sebepleri olarak hemşirelerin iş yüklerinin daha fazla olması, ekip içerisindeki iletişim sıkıntıları, gelir düzeylerinin daha düşük olması olarak sıralanmıştır (Demir, 2004).

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

Yakut ve arkadaşları (2013: 1570) asistan doktorların tükenmişlik düzeylerinin diğer sağlık çalışanlarına göre daha yüksek olduğunu tespit etmişlerdir. Ergin (1996) 28 ilde 7255 sağlık çalışanı ile yaptığı çalışmada pratisyen doktorlar ile hemşirelerin duygusal tükenme ve duyarsızlaşma seviyelerinin diğer sağlık çalışanlarına göre daha yüksek olduğunu ifade etmiştir.

Sağlık çalışanlarının tükenmişlik düzeyleri görevli oldukları bölümler ve çalıştıkları kurumlar bazında incelendiğinde ortaya bazı farklılıklar çıkmaktadır. Acil servis de çalışan hemşirelerin iş ile ilgili yaşadıkları stres nedeniyle duygusal tükenme ve duyarsızlaşma yaşama olasılığı diğer bölümlerde çalışan hemşirelere göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Kebapçı ve Akyolcu, 2011). Sahraian ve arkadaşları (2008) ise yaptıkları

çalışmada psikiyatri ve yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin diğer bölümlerde çalışan hemşirelere göre daha fazla tükenmişlik yaşadığına dikkat çekmişlerdir.

Şenturan ve arkadaşları (2009: 42) devlet hastanesi ile özel hastanede çalışan hemodiyaliz hemşirelerini birbiriyle kıyaslamış ve devlet hastanesinde çalışan hemşirelerin tükenmişlik seviyelerinin daha yüksek olduğunu tespit etmişlerdir. Arifoğlu (2000) ise tükenmişliği en fazla üniversite hastanelerinde görevli hemşirelerin yaşadığını, en az tükenmişliğin ise özel hastanelerde çalışan hemşirelerde ortaya çıktığını tespit etmiştir. Batmaz ve arkadaşlarına (2005) göre özel hastanedeki çalışma şartları, kişinin sevdiği ve istediği bölümde çalışmasının mümkün olması ile kişinin motivasyonunu ve iş tatminini arttırdığı için tükenmişlik seviyesini de düşürmektedir.

### **2.17.2. Örgütsel Faktörler**

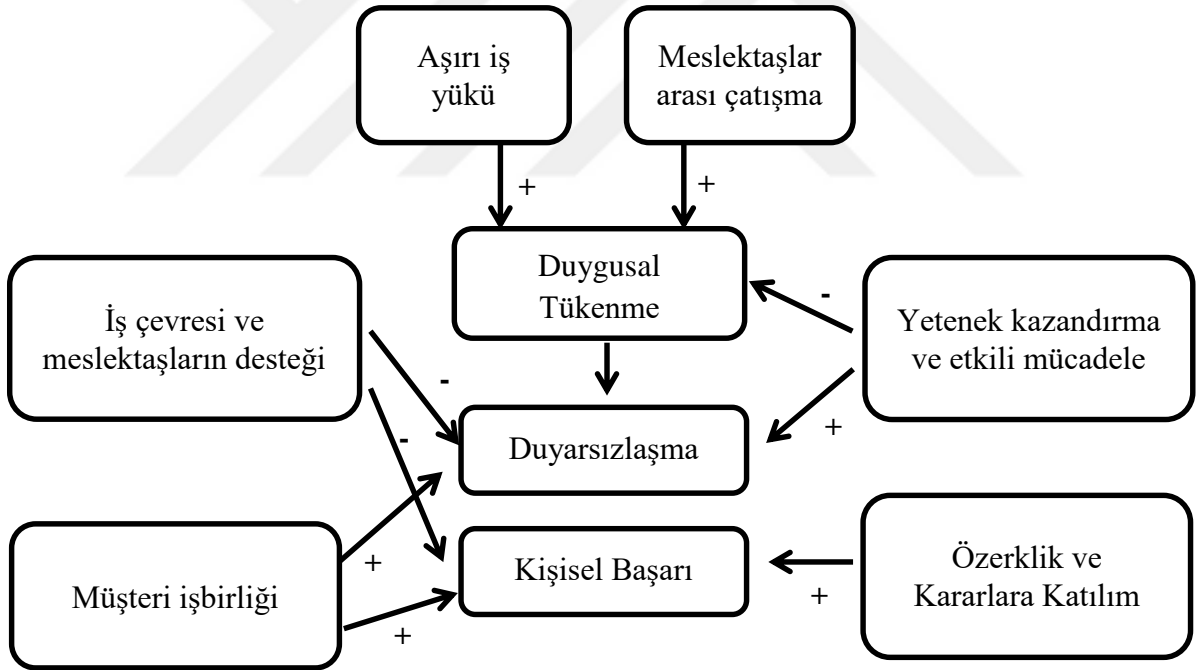
Tükenmişlik ile ilgili yapılan çalışmaların başlarında tükenmişliğin sadece kişisel faktörler ile bağlantılı olduğu düşünülmüş ve bu yönde çözüm yollarına başvurulmuştur. Fakat daha sonra yapılan çalışmalarda kişiyi tükenmişliğe götüren sebeplerin sadece kişisel kaynaklar olmadığı hatta örgütsel faktörlerin bu konuda çok daha büyük bir rol oynadığı ortaya konulmuştur (Ardıç ve Polatçı, 2009: 24-25). Bu bağlamda De Hert (2020: 176) aşağıdaki örgütsel faktörlerin kişinin tükenmişlik yaşama riskini artırdığını belirtmiştir.

Bunlar:

- İş yerindeki yüksek talepler,
- Liderlik ve işbirliği sorunları,
- Birbiri ile çelişen talimatlar,
- Zaman baskısı,
- İşyerindeki kötü atmosfer / zorbalık,
- Karar verme özgürlüğünün olmaması,
- Örgütsel etki eksikliği,
- Hiyerarşi sorunları,
- Örgüt içi iletişimin zayıf olması,
- İdari kısıtlamalar,
- Üstlerin baskısı,

- Artan sorumluluk,
- Zayıf iş organizasyonu,
- Kaynak eksikliği (personel, finansman),
- Sorunlu kurumsal kurallar ve yapılar,
- Terfi için algılanan fırsatların eksikliği,
- Rollerin net olmaması,
- Olumlu geribildirim eksikliği,
- Zayıf takım çalışması ve
- Sosyal desteğin eksikliğidir.

Tükenmişliğin örgütsel faktörlerini daha iyi anlayabilmek için Leiter'ın (1991) örgütsel tükenmişlik modelinden kısaca bahsetmek gerekmektedir.



Şekil 5. Örgütsel tükenmişlik modeli

Kaynak: Leiter, 1991: 551

Şekil 5, tükenmişlik modelinin sürecini ortaya koymaktadır. Bu model Maslach Tükenmişlik ölçeğinin üç alt boyutu arasındaki ilişkileri ve bununla bağlantılı olarak çevrenin talep ve destekleri ile olan ilişkilerini göstermektedir. Burada belirtilen başlıca stres



etkenleri, iş yükü ve iş yerindeki insanlarla olan çatışmalardır. Çalışanlar arasında aşırı iş yükünün çatışmaların artmasına sebep olduğunu gösteren bir eğilim olsa da bu iki değişken büyük ölçüde birbirinden bağımsızdır ve her ikisinin de duygusal tükenme ile arasında belirgin doğrusal bir ilişki bulunmaktadır. Bunun yanı sıra meslektaşların desteği ile müşterilerle işbirliği çalışanın duyarsızlaşması riskini düşürürken, kişisel başarı düzeyini artırmaktadır. Ayrıca çalışanın sahip olduğu yetenek, sorunlarla etkili bir şekilde başa çıkabilmesi, sahip olduğu özerklik ve kararlara katılım düzeyi, tükenmişlik boyutlarından olan kişisel başarı düzeyini artırıp duygusal tükenmişlik düzeyini azaltmaktadır (Leiter, 1991: 551).

Şekil 5'te de görüldüğü gibi aşırı iş yükü duygusal tükenme seviyesini yükseltmektedir. Bu olgu birçok kaynakta da doğrulanmıştır (Hofmann vd., 2010: 32; Leiter, 1991: 551). Böyle bir durumda çalışanlar yapacak çok işlerinin olduğunu, mevcut görevleri yerine getirmek için yeterli zamanlarının olmadığını ve işi iyi yapmak için yeterli kaynağa sahip olmadıklarını hissetmektedirler. İş yükü ile çalışanların bu yükü karşılayabilme kapasitesi arasındaki dengesizlik ve uyumsuzluk, duygusal tükenme boyutunun en önemli sebepleri olarak görülmektedir (Maslach, 2007: 428).

Çok kısa bir sürede çok fazla hasta ile ilgilenmek zorunda kalmak tükenmişliğe zemin hazırlarken hizmet kalitesini de düşürmektedir. Şekil 5'te görüldüğü gibi aşırı iş yükü ile başa çıkmak zorunda kalan sağlık çalışanları tükenmişliğin ileri düzeylerinde hizmet verdikleri hastalara bağırarak veya onları küçük düşürerek meslek ahlakına ters düşen hareketlerde bulunarak duyarsızlaşmaktadır (Leiter, 1991: 551). Aiken ve arkadaşları (2002) yapmış oldukları çalışmada hemşire başına bir hastanın artması ile hemşirelerin tükenmişliğinin % 23, hasta ölümünün ise % 7 oranında arttığını göstermişlerdir.

Sağlık-Sen'in (2012: 16) Türkiye'nin yedi bölgesinde yaptığı araştırmada haftalık çalışma saati ile tükenmişlik düzeyi arasında doğrusal bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Shanafelt ve arkadaşlarının (2009) 7905 cerrah ile yapmış olduğu çalışmada doktorların çalışma saati ile tükenmişlik arasında güçlü bir ilişki tespit edilmiştir. Bu bağlamda haftada 60 saatten daha az çalışan doktorların % 30'unda, haftada 60 ile 80 saat arasında çalışan doktorların % 44'ünde ve 80 saatten fazla çalışan doktorların ise, % 50'sinde tükenmişlik sendromuna rastlanmıştır.

Göğüs Cerrahları Derneği'nin İş Gücü Raporunda göğüs cerrahlarının tükenmişlik riskiyle karşı karşıya olmalarının nedenleri olarak ihtisas dönemlerinin uzun olması, haftalık çalışma saatlerinin uzun olması, sık gece nöbetine kalmaları ve hasta sayılarının sürekli artması gibi hususları belirtmişlerdir (Williams vd., 2015a). Kaschka ve arkadaşları (2011) bu bağlamda cerrahların diğer uzmanlık alanlarında çalışan doktorlara göre tükenmişlik sendromunu daha yoğun yaşadıklarına vurgu yapmışlardır.

Kişiyi tükenmişliğe götüren örgütsel faktörlerden bir diğeri ise kişinin uygun şekilde ödüllendirilmediğine inanıyor olmasıdır. Ödül, sadece çalışanın aldığı maaş, sosyal hak veya özel durumlarda alınan ikramiyeler değil, aynı zamanda kişinin takdir görmesi ve onaylanmasıdır. Hastalar, meslektaşlar ve yöneticiler tarafından takdir görmemek sağlık çalışanın kendisini değersiz hissetmesine ve yaptığı işi kaliteli ve verimli bir şekilde yapamamasına sebep olurken, duygusal anlamda da yıpranarak tükenmişlik yaşamasına neden olmaktadır (Maslach, 2007: 429).

Sosyal bir varlık olan insan çalıştığı ortamda ilişkilerini iyi tutma ihtiyacı hissetmektedir. Bu ilişkiler, hastaları, meslektaşları, yöneticileri veya hastaların aileleri gibi sağlık çalışanlarının düzenli olarak ilişki içerisinde olduğu tüm kişileri kapsamaktadır. Sağlık çalışanlarının sahip olduğu bu ilişkiler iyi işlediğinde kişi sahip olduğu sosyal destek ile birlikte meydana gelebilecek olan anlaşmazlıkları çözmek için etkili araçlara sahip olmaktadır. Fakat kişilerin hastalar, meslektaş, yönetici ve hasta aileleri ile arasındaki ilişkide güvenin eksik olması bu ilişkide bozulmaları meydana getirmektedir. Bu durum kişi üzerinde stres yaratarak tükenmişlik seviyesini artırmaktadır (Maslach, 2007: 429).

İş yerinde adaletin olmaması tükenmişliğin meydana gelmesi açısından büyük bir risk oluşturmaktadır. İş yerinin adaletsiz olduğu algısı, tükenmişliğin duyarsızlaşma boyutunun en baş sebeplerindendir. İnsanlar kendilerine adil davranılmadığını hissettiklerinde öfke ve düşmanlık ortaya çıkmaktadır. Çalışanlar eşitsizlik yaşadıklarında, eşitliği geri kazanmak için çeşitli adımlar atmaktadırlar. Çalışanlar bir çözüm umudu olmadığında kontrol edebilecekleri alanlarda başka eylemler gerçekleştirmektedirler. Örneğin, çalışanlar hak ettikleri kadar ücret alamadıklarını düşünürlerse, işten erken ayrılabilir veya şirket malzemelerini yanlarında eve götürebilmektedirler. Kişi bu

adaletsizliği kendince ortadan kaldıramadığı durumlarda ise, tükenmişlik riski ile karşı karşıya kalmaktadır (Maslach, 2007: 429).

Sağlık çalışanlarının kurum içerisindeki çalıştıkları yıl ile tükenmişlik de birbiriyle ilişkili bulunmuştur. Metin ve Gök Özer (2007) yapmış oldukları çalışmada elde ettikleri sonuca göre, hemşirelerin çalışma yılı arttıkça tükenmişlik düzeylerinin düştüğüne işaret etmişlerdir. Yakut ve arkadaşlarının (2013: 1570) yaptıkları çalışmada 20 yıl ve üzeri çalışanların tükenmişlik düzeyleri ile iki yıldan daha az çalışanların tükenmişlik düzeyi karşılaştırılmıştır. Yapılan bu çalışmada uzun süreli çalışanların tükenmişlik seviyelerinin daha düşük olduğu ortaya konmuştur. Ayraller ve arkadaşları (2011: 53) ise 10 yıldan fazla çalışanların tükenmişlik düzeylerinin 10 yıldan daha az çalışanlara göre daha düşük, kişisel başarı düzeylerinin ise daha yüksek olduğunu tespit etmişlerdir.

Karsavuran (2014: 155) yaptıkları çalışmada 0 ile 5 yıldır görev yapan sağlık yöneticilerinin en yüksek tükenmişlik seviyesinde olduğunu ortaya koymuştur. Bu sonucu destekler nitelikte Tunçel ve arkadaşları (2014: 60) meslekte geçirilen süre arttıkça kişisel başarı düzeyinin arttığını duyarsızlaşma düzeyinin ise düştüğünü belirtmişlerdir. Bu durumun açıklaması tecrübenin artması ile sağlık çalışanlarının sorunları analiz edip çözüm yolu bulmaktaki becerilerinin geliştiği ve beklentilerinin de bu doğrultuda azalmasıdır.

Örgütsel faktörlerin dışında tükenmişliği etkileyen pek çok faktör bulunmaktadır. Bunlardan bazıları, rol çatışması, yükselme imkânının bulunmaması ve meslektaşlarının desteğinin olmaması şeklinde sıralanabilir. Ayrıca hasta sayısının fazla olması ile birlikte doktor ve hemşire sayılarının sınırlı olması özellikle yoğun ve acil bakıma muhtaç hastalara bakım sağlanmasını zorlaştırmakta ve tükenmişlik riskini artırmaktadır. Bunun yanı sıra sağlık çalışanlarının vardiyalı çalışma sistemi içerisinde uzun çalışma saatlerine rağmen yetersiz ücretlendirilmeleri ve yöneticileri tarafından takdir edilmemesi gibi hususlar tükenmişliğe neden olan belli başlı faktörler arasında yer almaktadır. Yanı sıra bürokratik engeller, modern tedavi tekniklerinin karmaşıklığı, hastalar tarafından bilgi talebinin artması ve hastalar ile temas halinde olmak yerine ekran karşısında elektronik sağlık kayıtları ile birlikte yazı işlerinin çoğalması sağlık çalışanlarına kendilerini tükenmiş hissettirmektedir (Hofmann vd., 2010: 32; Kebapçı ve Akyolcu, 2011). Özellikle sağlık sektöründe ölümcül hastalara bakım verme, tanı ve tedavisi zor hastalarla ilgilenme, hasta yakınları ile uğraşma,

yetersiz hastane kaynakları ve tutulan nöbet sayısının fazla olması ile birlikte uyku düzeninin bozulması tükenmişliği etkileyen diğer faktörlerdir (Lacy ve Chan, 2018: 313).

Keith (2020) plastik cerrahların yaşam tarzı, mutluluk ve tükenmişlik çalışmasında tükenmişliğin nedenini beş grupta toplamıştır. Bunlar aşağıda gösterilmektedir:

- Aşırı bürokrasinin bulunması,
- Dijitalleşmenin artması,
- Yetersiz ödemeler/tazminatlar,
- Çalışma saatlerinin çok uzun olması,
- Yöneticiler, çalışanlar ve meslektaşlar tarafından saygı görmemektir (Keith, 2020).

Sağlık çalışanları sağlık sektörünün sürekli değişen talepleri ile başa çıkmakta zorlanmaktadır. Sağlık kuruluşları sürekli bir değişim halindedir. Sağlık çalışanlarından genellikle daha az kaynakla daha fazla şey yapmaları istenmektedir. Mevcut sağlık sisteminin talepleri, çalışanların sürekli olarak uyum sağlamasını ve değişmesini gerektirmektedir. Tüm bu faktörler tükenmişliğin ortaya çıkmasında önemli rol oynamaktadır (Farmer, 2004: 7).

Sağlık alanında özel olarak zor olan hastalarla çalışmak, hastalara ya da ailelerine “kötü haberler” vermek zorunda kalmak ve hasta ölümleri ile yüz yüze gelmek sağlık çalışanları için büyük stres ve tükenmişlik sebebi haline gelebilmektedir. Bunun yanı sıra doktorlar çalışmaya başladıklarında kendilerini eğitimini almadıkları rollerde bulmaktadırlar. Doktorlar önemli klinik işlerinin yanı sıra, iş gücü sorunları ile ilgilenmek gibi idari görevleri de yerine getirmek zorunda kalmaktadır (Maslach, 2007).

Alışılmadık görevleri yerine getirmek ve sürekli değişen bir çalışma ortamında görev yapmak, doktorlarda yüksek düzeyde strese neden olmaktadır. Doktorlar bu rutin stres faktörleri ile baş edebilmek için duygusal olarak kendilerini geri çekmekte, sosyal anlamda kendilerini soyutlamakta ve sorunlarının varlığını inkâr etmektedirler (McCue, 1982). Tükenmişlik yaşanmasının sebeplerinden birisi olmasına rağmen tıp fakültelerinde öğrencilere stres ile nasıl başa çıkabilecekleri öğretilmemektedir. Eğitim esnasında öğrencilere stres yönetimi tekniklerinin öğretilmesi öğrencilerin meslek hayatlarında iş-yaşam dengesini kurmalarında büyük fayda sağlayacaktır (Drummond, 2015: 45).

Ülkelerde yapılan sağlık reformları da yine sağlık çalışanlarının tükenmişlik düzeyini artırmakta büyük rol oynamaktadır. Türkiye’de 2003 yılında başlayan sağlıkta dönüşüm reformunun beraberinde getirdiği performansa dayalı ek ödeme sistemi ile birlikte sağlık çalışanları arasında bir gelir adaletsizliği oluşmuştur (Resmi Gazete, 2006). Kılıç ve Aytemiz Seymen’in (2011: 53) yapmış olduğu çalışmada, katılımcıların % 72’si sağlık çalışanları arasında bir gelir eşitsizliği olduğunu düşündüğünü ifade etmişlerdir. Yine aynı çalışmada bu durumun tükenmişlik seviyesini artırdığı da vurgulanmıştır.

Sağlık sektöründe çalışanların tükenmişlik yaşamasına neden olan bir diğer önemli faktör ise iş yerindeki şiddettir. Türkiye’de doktor ve hemşireler ile yapılan bir çalışmada katılımcıların % 87’sinin iş yerinde şiddete maruz kaldığı tespit edilmiştir. Ayrıca bu çalışmada şiddete maruz kalmış sağlık çalışanlarının duygusal tükenme ve duyarsızlaşma düzeyinin anlamlı oranda yüksek olduğu ortaya çıkmıştır (Çap vd., 2022). Yine Türkiye’nin Güney Marmara Bölgesinde yapılan bir çalışmada sağlık çalışanlarının iş yerinde yaşadığı sözel, psikolojik ve fiziksel şiddetin tükenmişliğin duygusal tükenme ve duyarsızlaşma boyutu üzerinde doğrudan etkili olduğu sonucuna varılmıştır (Nart, 2014).

Yukarıda tükenmişliğe neden olan faktörler kişisel ve örgütsel olmak üzere iki grupta toplanmıştır. Maslach’a (1981) göre ise sağlık çalışanlarının tükenmişlik sendromuna yakalanmasına neden olan dört faktör bulunmaktadır (akt. Bradham, 2008: 8). Bu faktörler aşağıda detaylı olarak açıklanmıştır.

- Problem odaklılık: Maslach (1981) yardım etme fiilinin doğasında karşındakinin (yani hastanın) problemlerine odaklanmak olduğunu savunmaktadır.
- Olumlu geri bildirim eksikliği: Maslach’a (1981) göre, insanların (yani hemşirelerin) başarılarının başkaları tarafından görülmesini istenmesi doğaldır. Hastalar her şeyin yolunda gitmesini beklemektedir. Fakat her şey istedikleri gibi olduğunda olumlu geribildirim vermek akıllarına gelmez.
- Değişim veya iyileştirme olasılığı: Hemşirelik mesleğinde geribildirim alınamayan hastalar ile çalışmak çok zordur. Örneğin beslenmesinde dikkat etmesi gereken hususları öğrenmeyi reddeden diyabet hastasının başka ciddi sağlık sorunları ortaya çıkacaktır. Böyle bir durumda hemşire kendini etkisiz hissedebilir.

- Duygusal stres: Maslach (1981) bazı mesleklerde insanlarla çalışmanın doğasının stresli olduğuna vurgu yapmıştır. Ayrıca sürekli ağrı, hastalık, travma ve ölümle yüz yüze geldikleri için özellikle hemşirelik mesleğinin duygusal olarak çok zahmetli olduğunu bildirmiştir.

## **2.18. Tükenmişliğin Etkileri**

Tükenmişlik sendromunun sağlık çalışanları üzerinde birçok etkisi vardır. Söz konusu bu etkiler iki grupta toplanabilir. Bunlar sırasıyla kişisel ve örgütsel etkiler olmak üzere aşağıda ayrıntılı olarak açıklanmıştır.

### **2.18.1. Kişisel Etkiler**

Tükenmişlik yaşayan sağlık çalışanları psikosomatik (halsizlik, uykusuzluk), duygusal (kaygı, depresyon) ve davranışsal birtakım bozukluklar (saldırganlık, sinirlilik, soyutlama) yaşamaktadır. Ayrıca bu kişilerin aile ve evlilik hayatının da derinden etkilendiği sorunlarla karşı karşıya kaldıkları bilinmektedir (Drummond, 2015). Çalışmalar tükenmişlik sendromu ile ilişkili olarak sağlık çalışanlarının diğer meslek gruplarına göre daha yüksek bir boşanma oranına sahip olduğunu göstermektedir. Örneğin 2015 yılında Ly ve arkadaşlarının (2015) yaptıkları bir çalışmada doktorların boşanma oranlarının diğer sağlık çalışanlarına ve bu sektörün dışında olanlara göre daha yüksek olduğu ifade edilmiştir. Rollman ve arkadaşlarının (1997) Johns Hopkins Üniversitesinde 1118 tıp mezunu üzerinde yaptıkları araştırmada boşanma oranlarının psikiyatristlerde % 50 ve cerrahlarda % 33 olduğunu tespit edilmiştir.

Araştırmalarda tükenmişlik yaşayan sağlık çalışanlarının madde bağımlılığı ve intihar eğilimlerinin ilaçlara kolay erişim ile ilişkili olduğuna vurgu yapılmıştır (Siu vd., 2012). Farklı uzmanlık alanlarından 7825 cerrahın katıldığı bir araştırmada, 509'u (% 6,4) araştırmadan önceki yıl intihar düşüncesi taşıdığını kabul etmiştir. Ayrıca bu cerrahların % 41'i kendi kendilerine reçete yazmış veya meslektaşlarından antidepresan reçeteler almıştır. Aynı çalışmada yapılan analizlere göre, duygusal tükenme boyutundaki bir puanlık artış intihar eğilimini % 7 ve duyarsızlaşma boyutunu % 11 artırmaktadır. Kişisel başarı

ölçeğindeki bir puanlık düşüş ise, intihar eğilimini % 5 oranında artırmaktadır (Shanafelt vd., 2011).

### **2.18.2. Örgütsel Etkiler**

Örgütsel açıdan bakıldığında tükenmişlik sağlık çalışanlarının işe geç kalmasına, işten ayrılmasına ve performanslarının düşmesine sebep olmaktadır. Ayrıca tükenmişliğin yoğun yaşandığı örgütsel alanlarda personeli işe alma ve elde tutma gibi zorluklar yaşandığı görülmektedir (Leiter vd., 1998; Schaufeli, 2007: 223). Bunun yanı sıra tükenmişliğin örgütsel bağlılığı (Leiter ve Maslach, 1988) ve iş tatminini düşürdüğü (Sarmiento vd., 2004), empatik eğilimi azalttığı, hasta ile sağlık çalışanı arasındaki iletişime zarar verdiği ve hastaların ihtiyaçlarını tam anlamıyla karşılanmasına engel olan sonuçlar doğurduğu bilinmektedir (Krasner vd., 2009).

Tükenmişlik doktorun sağlığını ve iyilik halini olumsuz anlamda etkilediği için bu durum aynı zamanda doktor-hasta ilişkisine de büyük ölçüde zarar vermektedir (Passalacqua ve Segrin, 2012: 450). Bu yüzden tükenmişlik sendromunun sağlık çalışanları üzerindeki negatif etkisi diğer meslek gruplarına göre çok daha büyük sonuçlar doğurmaktadır. Sağlık çalışanlarının tükenmişliği hasta bakım kalitesini ve güvenliğini önemli anlamda düşürürken, (Shannon, 2013) hasta memnuniyetinin de azalmasına sebep olmaktadır (Weng vd., 2011).

Gravlin (1994), yapmış olduğu çalışmada sağlık çalışanlarının duyarsızlaşmasının hasta memnuniyetini olumsuz yönde etkilediğini fakat duygusal tükenmişlik ile kişisel başarının hasta memnuniyeti üzerinde bir etkisi olmadığını ifade etmiştir. Bu sonucun aksine Leiter ve arkadaşları (1998) hemşirelerde duygusal tükenmişlik ile hasta memnuniyeti arasında negatif bir ilişki saptamışlardır. Poghosyan ve arkadaşlarının (2010) altı farklı ülkede 53846 hemşire ile yaptıkları başka bir çalışmada, tükenmişlik yaşayan hemşirelerin sundukları hasta bakım hizmetinin kalitesinin çok daha düşük olduğu tespit edilmiştir.

Sağlık çalışanlarının tükenmişlik hissetmelerinin sonrasında bu durum bir kısır döngü şeklinde hastaların memnuniyetini ve hasta güvenliğini olumsuz anlamda etkilemektedir (Aiken vd., 2001: 51). Ayrıca sağlık çalışanlarının tükenmişlik düzeylerinin

artması tıbbi uygulamalardaki hata oranlarının yükselmesine neden olmaktadır (Shanafelt vd., 2010). Shanafelt ve arkadaşları (2010) Amerikalı cerrahlar ile yapmış olduğu çalışmada, tükenmişlik ile tıbbi uygulama hatalarının arasında ilişki olduğunu tespit etmişlerdir. 7905 cerrah ile yapılan bu çalışmada, cerrahların 700'ünün (% 8,9) son üç ay içinde tıbbi hata yaptığı görülmüştür. Hata bildiren cerrahların bildirmeyenlere göre, duygusal tükenme ve duyarsızlaşma boyutundaki ortalama puanları daha yüksek kişisel başarı puanları ise anlamlı derecede düşük bulunmuştur.

Tükenmişlik ile birlikte artan tıbbi hatalar hastalar tarafından açılan davaların da artmasına neden olmaktadır. Amerika'da defansif tıp dahil tıbbi tazminat sistemi için yıllık olarak 2008 yılında 55,6 milyar dolar yani toplam sağlık harcamalarının % 2,4'ü harcanmıştır. Defansif tıp, doktorların hatalı uygulamalarından dolayı ortaya çıkan davalardan kendilerini korumak için gerekenden fazla test istemesi ile bu riski azaltmaya çalışması veya riskli prosedürleri kabul etmemesi olarak tanımlanmaktadır (Mello vd., 2010).

Tükenmişliğin negatif etkileri sağlık kurumlarında iş gücü devir hızının artmasına sebep olmaktadır. Bu sendrom ile bağlantılı olarak yaşanan tüm olumsuzluklardan sonra çalışanlar istifa etmeyi düşünmekte veya başka iş arayışı içerisine girmektedir. Amerikan Hekim Liderliği Derneği tarafından 2006 yılında 1250 doktor ile yapılan ankette, tükenmişlik yaşayan bir cerrahın hem performansının hem de meslektaşlarına yardım etme isteğinin azaldığına dikkat çekilmiştir. Bu araştırmaya göre doktorların yaklaşık % 60'ı muayenehanelerinden ayrılmayı düşündüğünü ve tükenmişliğin iş gücü devir hızına olumsuz anlamda etki ettiğini ifade etmiştir (Locumtenens, 2021). 2005 yılında Birleşik Krallıkların ulusal sağlık hizmetleri kapsamında bu durumun maliyetini senelik olarak £450.000 olarak hesaplamıştır (Wright, 2005: 1). Finansal maliyetlere ek olarak, sağlık kuruluşları, doktor kaybetmenin bedelini çalışanların moralinin düşmesi, kesintiye uğramış iş akışı, kalitesiz hasta bakımı, itibarın, sevklerin ve işe alımların zorlaşması gibi “dolaylı maliyetlerle” ödemektedir (Waldman vd., 2004).



## 2.19. Tükenmişlik Önlemleri ve Tedavisi

Tükenmişlik konusu sağlık çalışanları arasında çok yaygın olsa da bu sendromdan korunmak ve tedbir almak mümkündür. Literatür taramasındaki bilgilerden yola çıkarak bu önlemler iki başlık altına toplanmaktadır. Bunlar kişisel önlemler ve örgütsel önlemlerdir.

### 2.19.1. Kişisel Önlemler

Lacy ve Chan (2018: 314) kişisel anlamda tükenmişliği önlemek için yapılabilecekleri özetlemiştir. Bunlardan birincisi tükenmişlik sendromunun ortaya çıkması ihtimaline karşı bilinçli ve tetikte olmaktır. Bir sonraki adım sağlık çalışanlarının kendilerine iyi bakmasıdır. Bu genellikle hastalara tavsiye edilen bir durum iken, hastalara hizmet veren çalışanlar içinde bir o kadar önemlidir. Bir diğer önemli nokta, sağlık çalışanlarının uyku düzenlerine dikkat etmeleri ve egzersiz yapmayı günlük rutini haline getirmeleridir. Sosyalleşmek, aile ve arkadaşlara vakit ayırmak, gülmek ve rahatlamak hem günlük yaşantıyı hem de meslek hayatını kolaylaştırıp tükenmişlik riskini en aza indirmektedir. Elektronik postaların yanıtlanmadığı, hasta telefonlarına cevap verilmediği ve hasta kayıtlarının incelenmediği bir tatil yapılarak sorumluluklara bir süreliğine ara vermek, sağlık çalışanlarını zihinsel anlamda rahatlatmanın en basit yoludur. Westman ve Etzion'nun (2001) iş stresi ve tatilin tükenmişlik ile devamsızlık üzerindeki etkisini araştırdığı çalışmada tatilden hemen sonra tükenmişlikte önemli ölçüde düşüşler olduğu ortaya konmuştur.

Tükenmişliği önlemeye veya azaltmaya yönelik kişisel yaklaşımlar, stresten koruma eğitimi, akılcı duygusal tedavi, rahatlama ve bilişsel davranış tekniklerini içermektedir. Yaklaşık 50 deneysel çalışmanın incelendiği bir meta analizi, bu kişisel müdahalelerin tükenmişlik semptomlarını azaltmak açısından önemli olduğunu ortaya koymaktadır (Van der Klink vd., 2001). Ayrıca spor yapmak, düzenli olan sağlık kontrollerinden geçmek, tatile çıkmak ve kişinin dini ve manevi duygular gibi hayatında önem verdiği ve onu besleyen duygulara odaklanması gibi stratejiler özellikle cerrahlar açısından tükenmişliğe karşı koruyucu olarak tanımlanmaktadır (Shanafelt vd., 2012b).

Kişinin, belirli bir alanda etkili bir şekilde eyleme geçme veya bir hedefe ulaşma yetenekleriyle ilgili sahip olduğu inancı tanımlayan “öz yeterlilik” kavramı, kişiyi

tükenmişlikten koruyabilecek özelliklerinden biridir. Bu bağlamda birçok araştırmada yüksek öz yeterliğe sahip olan sağlık çalışanlarının düşük tükenmişliğe sahip olduğu ortaya çıkmıştır (Duffy vd., 2009; Williams vd., 2015a). Örneğin Duffy ve arkadaşlarının (2009) demans (bunama) hastalarına bakım veren sağlık çalışanları ile yaptıkları çalışmada öz yeterlilik özellikleri yüksek olan çalışanların tükenmişlik sendromuna yakalanma riskinin daha düşük olduğu tespit edilmiştir.

Lindeman ve arkadaşlarına (2017: 22) göre de yüksek duygusal zekâ, uyumlu ve istikrarlı kişilik özellikleri ile olumlu iş deneyimlerinin tükenmişliğe karşı koruyucu etkisi bulunmaktadır. Sağlık çalışanları iş-yaşam dengesini korumaya çalışarak günlük işlerinde anlam bulmaya ve hayatta önemli olan şeylere odaklanmaya çalışmalıdır. Kişinin hayata karşı olan olumlu bakış açısı tükenmişlikle mücadele etmek açısından çok büyük önem arz etmektedir.

Kişisel özelliklerinin yanı sıra dayanıklılık ve sağlamlık, özellikle değişim veya sıkıntı zamanlarında, insanların işlerini ve yaşamlarını sürdürmelerini sağlamada önemli başa çıkma stratejileridir (Tregoning vd., 2014). Dayanıklılık aynı zamanda, kişi tükenmişlik ile karşı karşıya kaldığında, onun sağlığına olumlu etkileri olan, öğrenilebilen ve geliştirilebilen bir yetenektir. Jensen ve arkadaşlarının (2008) Kanada'da yaptıkları bir çalışmada doktorların dayanıklılığı, olumlu tutumların ve etkili stratejilerin dinamik ve gelişen bir süreci olarak tanımlanmıştır. Çalışmada doktorların dayanıklılığı dört farklı bakış açısı ile ele alınmıştır. Dayanıklılığa ilişkin dört farklı bakış açısı aşağıda sıralanmıştır.

- Doktorun rolüne değer verme, yaptığı işe karşı ilgiyi sürdürme, öz farkındalık geliştirme ve kişisel sınırları kabul etmeyi içeren tutum ve bakış açıları,
- Sınırlar koymayı, mesleki gelişim için etkili yaklaşımlar ele almayı ve kendini onurlandırmayı içeren dengede olma durumu,
- Etkili uygulama yöntemleri kullanmayı içeren yönetim tarzı,
- Olumlu kişisel ilişkiler, etkili profesyonel ilişkiler ve iyi iletişim tarzlarını içeren destekleyici ilişkilerdir.

Hofmann ve arkadaşları (2010: 36-39) tükenmişlik ile ilgili alınması gereken önlemleri; birincil, ikincil ve üçüncül koruma olmak üzere üç grupta toplamışlardır. Birincil korumadaki hedef sağlığı korumak, geliştirmek ve tükenmişliği önlemek olarak ifade

edilmiştir. Bu bağlamda iş yerinde kişilere konuyla ilgili seminerlerin verilmesinin, kişinin zaman kaynaklarını planlamayı öğrenmesi, kendisini ödüllendirmesi, yaşam hedeflerini değerlendirmesi ve “hayır” demeyi öğrenmesi tükenmişliğin önlenmesi açısından çok önemlidir. İkincil korumanın ana hedefi ise, hastalığı teşhis edip sağlığı geri kazanmaya çalışmaktır. Bu noktada iş yeri tarafından kişiye dinlenmek ve iyileşmek için uzun tatiller ve rapor verilmelidir. Son olarak üçüncül koruma ise, kişinin aynı hastalığa tekrar yakalanmaması için alınması gereken önlemleri ifade etmektedir. Bu ise kişinin ilaçla tedavi edilmesini veya kişiye psikoterapi gibi tedavi yöntemlerinin uygulanmasını içermektedir.

Tükenmişliği etkileyen ve önleyen en önemli sosyal faktörlerden biri aile yapısı ile sosyal destektir. Bu bağlamda sağlık çalışanlarının aldığı sosyal destek ile tükenmişlik arasında negatif yönlü bir ilişki tespit edilmiştir (Ersoy Kart, 2009). Kişinin huzurlu bir aileye sahip olması, dostları ve iş arkadaşları ile sorunlarını paylaşarak bunlara yönelik fikir ve çözüm önerileri alabilmesi tükenmişliği önlemede çok önemlidir (Torun, 1997: 43-49). Gerek teorik gerekse uygulamalı çalışmalar, meslektaşlar tarafından sağlanan katkılar ve örgütsel destek çalışanların tükenmişlik yaşamamalarında oldukça önemlidir. Söz konusu desteklerin çalışanlara önemli, pratik ve duygusal avantajlar sağladığı tükenmişlik riskini azaltabildiği görülmektedir (Schaufeli ve Greenglass, 2001: 505). Sosyal desteğin yanı sıra hastalar ile sağlık çalışanlarının arasındaki iletişimin etkin olması da tükenmişliği önleyen faktörler arasında yer almaktadır (Miller vd., 1988: 253).

### **2.19.2. Örgütsel Önlemler**

Maslach (2001), tükenmişliği önlemede, kişisel önlemler almadan ziyade örgütsel bağlılık oluşturarak örgütsel müdahalelerde bulunmanın daha etkili olduğunu ifade etmektedir. Bu bağlamda kurumların çalışanlarının tükenmişliğini tespit etme ve önleme konusunda daha fazla sorumluluk alması gerektiğine de vurgu yapmaktadır. Örgütsel açıdan bakıldığında sağlık çalışanlarının yaşadığı tükenmişliği önlemek ve tedavi etmek için bazı sağlık kuruluşları konuya özel programlar başlatmıştır. Örneğin Kaliforniya'daki Baylor Scott & White Health sağlık kuruluşu tükenmişlik yaşayan sağlık çalışanları için özel bir komite kurarak çalışanlarının tükenmişlik ile ilgili sorunlarını çözmek amacıyla hizmet vermektedir (Squiers vd., 2017: 1119-1120).

Ulusal Tıp Akademisi (National Academy of Medicine) ve Amerikan Tıp fakülteleri birliği (Association of American Medical Colleges) Mezuniyet Sonrası Tıp Eğitimi Akreditasyon Kurulu (Accreditation Council for Graduate Medical Education) ile birlikte, doktorların tükenmişliği ve bunun ciddi komplikasyonları konusunda farkındalığı artırmak için bir eylem planı başlatmıştır. Daha çok asistan doktorlara odaklanan bu programlar, yerleşik dinlenme salonları, çağrı odaları ve zihinsel sağlık için yardıma başvurabilecekleri alanların bulunduğu iyileştirilmiş iş ortamlarına odaklanmaktadır (West vd., 2014).

Sağlık alışanlarında tükenmişlik riskini en aza dűřürmek için örgütsel müdahalelerin gerekliliği literatürde açıkça ortaya konmuştur (Mechaber vd., 2008; Dunn vd., 2007). Örneđin alışanlardaki iř yükünü azaltmak, çalışma saatlerini çalışanların kendine vakit ayırabileceği ve iř-yaşam dengesini kurabileceği şekilde düzenlemek, kurumun alabileceği önlemlerdendir. Ayrıca cerrahların ihtiyaç ve arzuları dahilinde esnek çalışma koşulları sağlamak onların hem tükenmişliğini azaltacak hem de işten ayrılma eğilimini ortadan kaldıracaktır (Mechaber vd., 2008).

Dunn ve arkadaşları (2007) doktorun liderliğini teşvik etmek, adaleti artırmak, tıbbi uygulamalardaki anlaşmazlıkları çözmek ve eğitimler sunmak gibi örgütsel değişiklikler yaparak söz konusu değişikliklerin sağlık çalışanlarının tükenmişlikleri üzerindeki etkisini araştırmışlardır. Bu değişimden beř yıl sonra, doktorların duygusal tükenme oranlarının önemli ölçüde dűřtüđu görölmüştür. 2013'te Amerika Birleřik Devletleri ve Avrupa'da gerçekleştirilen bir çalışmada ise, Amerikan doktorların dűřük tükenmişlik oranlarının yüksek özerklik, iř yerinde kalite ve güvenlik kültürü ve daha az iř / yaşam çatışması ile ilişkili olduğu bulunmuştur (Lee vd., 2013). O'Kelly (2016: 19) tükenmişlik riskinin azaltılması noktasında üç unsur tavsiye etmiştir. Bu unsurlar aşağıda açıklanmıştır.

- Örgüt yapısını ve iş süreçlerini değiştirmek,
- Çalışma ortamına daha iyi uyum sağlayabilmek için mesleki gelişim programları da dâhil olmak üzere kurum ve sağlık çalışanı arasındaki uyumu iyileştirmek ve
- Etkili başa çıkma yöntemleri ve sağlıklı davranışları teşvik etme yoluyla stres ve olumsuz sağlık belirtilerini azaltmak için kişisel düzeyde eylemlerde bulunmaktır.

Tükenmişliği önlemek adına yapılan tüm bu örgütsel değişikliklerin yanı sıra sağlık çalışanlarını bu sendrom ile ilgili eğitmek de kurumların bir diğer görevidir. Goodman ve

Schorling (2012) 51 tükenmişlik sendromu yaşayan doktor ile yaptıkları çalışmada fiziksel ve duygusal öz farkındalık teknikleri içeren sekiz oturumluk bir eğitim vermişlerdir. Eğitimin sonunda tükenmişlik yaşayan doktorların duygusal tükenme ile duyarsızlaşma puanları düşmüş, kişisel başarı puanları ise artmıştır. Benzer bir çalışmada Krasner ve arkadaşları (2009), dikkatli iletişime odaklanan sekiz haftalık bir eğitim programı geliştirerek bunun etkinliğini araştırmışlardır. Öz farkındalığı artırma, çatışmayı yönetme ve tükenmişliği anlama üzerine eğitici oturumları içeren programa 68 aile hekimi katılmıştır. Araştırma sonucu, tükenmişliğin her üç alt boyutunun da (duygusal tükenme, duyarsızlaşma, kişisel başarının azalması) katılımcılar için önemli ölçüde iyileşmeler olduğu ortaya çıkmıştır.

Martins ve arkadaşları (2011) tarafından yürütülen çalışmada, iki ay boyunca eğitimlere katılan 37 pediatri asistanı ile kontrol grubundaki 37 pediatri asistanını karşılaştırılmıştır. Araştırma sonucunda, eğitim çalışmalarının yalnızca duyarsızlaşma alanında iyileşmeye yol açtığı ve gruplar arasında başka önemli farklılıkların olmadığı ortaya çıkmıştır. Buna karşılık, Norveç'te İsaksson Ro ve arkadaşlarının (2010) yaptıkları bir çalışmada, tükenmişlik ile başa çıkma stratejilerine ve stres yönetimine odaklanan kısa bir eğitimi (1 ila 5 gün) tamamlayan 184 doktor incelenmiş ve duygusal tükenme boyutunda eğitim sonrası kayda değer olumlu bir gelişme olduğu bulunmuştur. Nielsen ve Tulinius (2009) pratisyen hekimlerin rehberli grup görüşmeleri gibi basit müdahaleler ile tükenmişliğin önlenebileceği ile ilgili sonuçlar ortaya çıkarmışlardır. Bunun yanı sıra Zantinge ve arkadaşları (2009) doktorlarda tükenmişlik sürecinin kontrolden çıkma olasılığını azaltmak için kişinin eğitimlerden, bu konuda uzman olan kişisel bir koç veya mentor'dan yararlanabileceğini belirtmişlerdir.

Türkiye'de Akpınar ve Ünsal Barlas (2015) 32 hemşirenin deney 31 hemşirenin ise kontrol grubunda olduğu bir çalışma gerçekleştirmişlerdir. Deney grubundaki hemşirelere, görüşme şeklinde sekiz seanslık bir eğitim verilirken kontrol grubu ile ilgili hiçbir şey yapılmamıştır. Eğitimden üç ay sonra deney grubundaki hemşirelerin kontrol grubuna göre duygusal tükenme ve duyarsızlaşma puanlarının düştüğü, kişisel puanlarının ise arttığı ortaya çıkmıştır. Günüşen (2009) deneysel bir çalışma yaparak, tükenmişlik ile baş etme eğitimi verilmiş deney grubunun kontrol grubuna göre çok daha düşük tükenmişlik seviyeleri olduğunu belirlemiştir.

Tükenmişlik tedavilerinde genelde tükenmişliğin kendisi değil belirtileri tedavi edilmektedir. Bu bağlamda Raiger (2005), güven, destek, açık iletişim ve saygı gibi unsurların örgütsel kültüre dâhil edilmesinin sağlık çalışanları arasında tükenmişliği iyileştirebileceğini savunmaktadır. Tükenmişlik sendromunun tedavisi genelde psikiyatrik ve bitkisel ilaçlar, bilişsel davranış terapileri, genel psikoterapileri, müzik tedavileri, Chi Gong diye bilinen ve nefes tekniklerini içeren Çin tedavi yöntemleri ve stres yönetme teknikleri kullanılmaktadır (Korczak, 2014: 24-25). Ayrıca meditasyon gibi insanın rahatlmasına sebep olan farklı uygulamalarda tükenmişlik tedavisinde yaygın olarak kullanılan yöntemlerdendir (Nielsen ve Tulinius, 2009).

## **2.20. Tükenmişlik Yaygınlık Oranları**

Tükenmişlik düzeyleri ülkelere göre farklılık göstermesine rağmen Dünya’da tükenmişlik ile ilgili yapılan çoğu çalışmada sağlık sektöründe görevli olan kişilerdeki tükenmişlik oranlarının her geçen gün daha da arttığı görülmektedir. Schanafelt ve arkadaşlarının (2015) 2011’de Amerika’da 6880 doktor ile yaptıkları ulusal bir araştırma sonucunda doktorların % 45,5’inin tükenmişlik belirtileri yaşadığı ve bu oranın 2014 yılında % 54,4’e yükseldiği gösterilmiştir. Schanafelt ve arkadaşları (2009) benzer bir çalışmada yine 7905 kişilik büyük bir örneklem kullanarak Amerikan cerrahlarının tükenmişlik düzeylerinin yaygınlığını ortaya çıkarmaya çalışmışlardır. Çalışma sonucu toplam örneklemin % 32’sinin duygusal tükenmişliğe, % 26’sının duyarsızlaşmaya ve % 13’ünün düşük kişisel başarı hissine sahip olduğu ortaya çıkmıştır. Schanafelt ve arkadaşları (2012a) sonraki yıllarda 7288 doktor ile yaptıkları çalışmada bu oranların (% 37,9 duygusal tükenme, % 29,4 duyarsızlaşma) yükseldiğini tespit etmişlerdir.

Avusturya’da sağlık çalışanlarının tükenmişlik oranlarını tespit eden bir çalışmada söz konusu oranlar duygusal tükenme boyutunda % 13 ve duyarsızlaşma boyutunda % 19,1 olarak belirlenmiştir (Kurzthaler vd., 2017). İtalya’da toplam 328 doktor ile yapılan çalışmada bu oranlar duygusal tükenmişlik için % 27,5, duyarsızlaşma için % 25,6 ve düşük kişisel başarı için % 12.8 olarak belirtilmiştir (Grassi ve Magnani, 2000).

Oumaya ve arkadaşlarının (2009) Tunus'da birinci basamak sağlık kuruluşlarında çalışan doktorlar ile yaptıkları çalışmada doktorların % 35'inin duygusal tükenme, % 21'inin duyarsızlaşma ve % 40'ının düşük kişisel başarı hissi yaşadığı saptanmıştır. Arabistan'da ise, yine birinci basamak sağlık kuruluşlarında çalışan doktorların tükenmişlik oranları duygusal tükenme boyutu için % 38,9, duyarsızlaşma için % 28,5 ve düşük kişisel başarı hissi için ise % 2,78 olarak tespit edilmiştir (Selaihem, 2013). Thommasen ve arkadaşları (2001) Kanada'da yaptıkları bir araştırmada, doktorların % 80'inin orta ila şiddetli duygusal tükenme, % 61'inin orta ila şiddetli duyarsızlaşma yaşadığını ve % 44'ünün orta ila düşük kişisel başarı duygularına sahip olduğu bildirilmiştir.

Schaufeli (2018) Avrupa'daki ülkeleri tükenmişlik açısından karşılaştırmak için yaptığı çalışmada Avrupa Birliği ülkeleri (% 10) ile Avrupa Birliği üyesi olmayan ülkeler (% 17) arasında büyük bir fark olmadığını ortaya çıkarmıştır. Avrupa Birliği ülkelerinde tükenmişlik görülme sıklığı Finlandiya'da % 4,3 ve Slovenya'da % 20,6 iken, Arnavutluk gibi Avrupa Birliği üyesi olmayan ülkelerde % 13 bulunmuş ve Türkiye'de % 25'e kadar çıktığı kaydedilmiştir. Türkiye'de Kılıç ve Aytemiz Seymen (2011) tarafından yapılan çalışma doktor, hemşire, ebe ve teknisyenleri kapsayan 125 kişilik bir örneklemden oluşmaktadır. Bu araştırma sonuçları katılımcıların % 36,6'sının duygusal anlamda tükenmiş, % 22,5'inin duyarsızlaşma ve % 31,6'sının ise düşük kişisel başarı yaşamış olduğunu ortaya koymuştur.

Tükenmişlik oranlarındaki bu değişkenlik sadece ülkelerarası değil aynı zamanda uzmanlık alanlarında ve sağlık sektöründeki farklı meslek grupları arasında da kendini göstermektedir. Örneğin doktorlardaki diğer uzmanlık dallarına göre cerrahların çok daha tükenmiş olduğu görülmektedir (Shanafelt vd., 2009). Pothmann ve arkadaşlarının (1997) yaptıkları çalışmada alman cerrahlardan oluşan bir örneklemin % 68'inin tükenmişlik belirtileri gösterdiği ortaya çıkmıştır. Lesic ve arkadaşları (2009) ise bunun aksine, ortopedi cerrahları ile genel pratisyen hekimler arasında duygusal tükenme açısından bir fark olmadığını fakat ortopedi cerrahlarının duyarsızlaşma puanlarının ve kişisel başarı puanlarının daha yüksek olduğunu tespit etmişlerdir.

Kopenhag'da 403 sağlık çalışanı (hemşire, eczacı, laboratuvar teknisyeni ve doktor) ile yapılan çalışmada % 82,8 ile en yüksek tükenmişlik oranı hemşirelerde bulunurken,

laboratuvar teknisyenlerinde bu oran % 2,8 ile en düşük olarak ifade edilmiştir (Asrat vd., 2016). Hemşirelerin tükenmişlik oranları ile ilgili O'Brien (2010) yaptığı çalışmada her üç hemşireden birinin tükenmiş olduğunu bildirmiştir. Bu bulgular, diyaliz ünitelerindeki hemşirelerin % 30'unun çalışma ortamındaki faktörlerin bir sonucu olarak tükenmişlik yaşadığını ortaya koyan Flynn ve arkadaşlarının (2009) bulguları ile tutarlılık göstermektedir.

Türkiye'de Ayraller ve arkadaşları (2011) diyaliz ünitesinde görevli olan sağlık çalışanlarının % 40,2'sinde tükenmişlik saptamışlardır. Ayrıca Aiken ve arkadaşları (2002) çalışmasında da hemşirelerin % 43'ünün tükenmişlik yaşadığını tespit etmişlerdir. Cho ve arkadaşları (2006), yeni mezun hemşirelerin % 66'sının ciddi tükenmişlik yaşadığını ve tükenmişliğin iş yeri koşullarının güçsüzleştirilmesi ile ilişkili olduğunu bulmuşlardır. Türkiye'de Tunçel ve arkadaşları (2014) tarafından bir onkoloji hastanesinin yoğun bakım ünitesinde hemşireler ile yapılan çalışmada, duygusal tükenme oranının % 82,9, duyarsızlaşmanın % 51,4 ve kişisel başarı oranının ise % 80 olduğu tespit edilmiştir.

Hemşirelerdeki bu yüksek oranlara karşılık Sayıl ve arkadaşları (1997) Ankara Üniversitesinde 109 hemşire ve 56 doktor ile yaptıkları çalışmada hemşirelerin doktorlara göre çok daha tükenmiş olduğunu ileri sürmüşlerdir. Yukarıda bahsedilen çalışmaları destekler nitelikte Buğdaycı ve arkadaşları (2005) yaptıkları araştırmada hemşireler ile pratisyen doktorların sağlık çalışanları arasında tükenmişlik yaşama riski en yüksek grup olduğunu ortaya koymuşlardır.

Wolfshohl ve arkadaşları (2019) yaptıkları çalışmada asistan doktorların tükenmişlik seviyelerinin de yıllar içerisinde arttığını belirtmişlerdir. Elmore ve arkadaşlarının (2016) 665 cerrahi asistan ile yaptıkları daha yakın tarihli bir çalışmada, araştırmaya katılanların % 69'unun tükenmişlik yaşıyor olduğuna vurgu yapılmaktadır. Sargent ve arkadaşları (2009) uzman doktorlar ile asistanların tükenmişlik düzeylerini birbiriyle karşılaştırmış ve araştırmaya katılan uzmanların sadece % 28'inin asistanların ise % 56'sının tükenmiş olduğunu tespit etmişlerdir. Lebares ve arkadaşları (2018) 566 cerrahi asistan ile yaptıkları çalışmada örneklemin % 69'unun tükenmiş olduğuna vurgu yapmışlardır.



Diğer meslek gruplarında (onkolog, psikiyatrist, psikolog, iç hastalıkları uzmanı, acil servis doktoru, pediatrist, aile hekimi, yoğun bakım doktorları ve patoloğlar) da tükenmişlik oranları farklılıklar göstermektedir. Balch ve arkadaşlarının (2011) 407 onkolog ile yaptıkları çalışmada, araştırmaya katılan doktorların % 36,1'inin tükenmişlik yaşadığı saptanmıştır. Lindeman ve arkadaşları (1996) da özellikle psikiyatristler ile psikoloğların büyük tükenmişlik riski altında olduğunu savunmaktadır. Bunun sebebi olarak da bu kişilerin depresif belirtilere karşı daha hassas, kendi zihinsel belirtilerinin farkında ve daha yüksek bir iç gözlem yeteneğine sahip olmaları olarak ifade edilmiştir. Sahraian ve arkadaşları (2008), psikiyatri hemşirelerinin, dâhili, cerrahi ve yanık servislerinde çalışan hemşirelere kıyasla önemli ölçüde daha yüksek düzeyde duygusal tükenme ve duyarsızlaşma yaşadığını belirlemişlerdir.

Kotb ve arkadaşlarının (2014) Mısır'da yaptıkları bir çalışmada, iç hastalıkları bölümünde çalışan katılımcıların (% 69,64) yüksek tükenmişlik puanları aldıkları bulunurken, Cerrahların (% 56,50) ve Acil Servis de çalışan doktorların (% 39,39) onları izlediği saptanmıştır. Öte yandan bu çalışmada, pediatristlerin tükenmişlik oranı (% 18,75) en düşük grup arasında yer aldığı görülmüştür. Shanafelt ve arkadaşları (2012a) acil servis de görevli doktorlar (% 60 ila % 70) ve aile hekimlerinin (% 50 ila % 60) tükenmişlik yaşama risklerinin dermatolog (% 30 ila % 40) ve pediatri uzmanlarına (% 30) göre daha yüksek olduğunu ifade etmişlerdir. Tükenmişlik ile ilgili bugüne kadar yayınlanan en büyük çalışmalardan birisi de, Dyrbye ve arkadaşlarının (2013) Amerikan Tabipler Birliğinin listesinden 7288 doktor seçerek yaptıkları araştırmadır. Bu çalışmada en yüksek tükenmişlik oranına Acil Servis (% 52) ve Yoğun Bakımda (% 50) görevli olan doktorlarda olduğu, en düşük tükenmişlik oranına ise, psikiyatristlerin (% 33) ve patoloğların (% 32) sahip oldukları ortaya konmuştur.

## **2.21. Sağlık Alanında Yapılan Tükenmişlik Çalışmaları**

Sağlık alanında tükenmişlik konusunda pek çok çalışma yapılmıştır. Tükenmişlik konusunda farklı değişkenler dikkate alınarak yapılan çalışmalar iki grupta toplanabilir. Bunlar Türkiye'de ve yurt dışında olmak üzere iki grupta yer almaktadır.

### 2.21.1. Türkiye’de Yapılan Tükenmişlik Çalışmaları

Türkiye’de tükenmişlik ile ilgili ilk araştırma Çam’ın (1989) “hemşirelerde tükenmişlik ve çeşitli değişkenlere göre incelenmesi” adı altında yapılan tez çalışması ile başlamıştır. 90’lı yılların başında ise Ergin (1992) ve Çam (1992) öncülüğünde ölçek uyarlama çalışmaları yapılmıştır. Tükenmişlik çalışmaları özellikle hemşirelerin örneklem olarak kullanılmasıyla artmaya başlanmıştır (Sayıl vd., 1997; Gülseren vd., 2000; Mollaoğlu vd., 2003; Demir, 2004; Metin ve Gök Özer, 2007; Şenturan vd., 2009; Akpınar ve Ünsal Barlas, 2015; Alan vd., 2018).

Tükenmişlik birçok farklı değişkenin yanı sıra en çok iş tatmini, örgütsel bağlılık, duygusal emek, stres, depresyon ve mobbing gibi kavramlarla ilişkileri araştırılmıştır. Bu bağlamda Öztürk ve arkadaşları (2012) Ankara’da 2015 doktor, Sayıl ve arkadaşları (1997) yine Ankara’da 109 hemşire ve 56 doktor, Ayraler ve arkadaşları (2011) İstanbul’da 107 sağlık çalışanı ile yaptıkları çalışmalarda tükenmişlik ile iş tatmini arasında negatif yönlü bir ilişki olduğunu ortaya çıkarmışlardır. Bu araştırmalar sonucu çalışma ortamındaki koşulların iyileştirilmesi ile tükenmişliğin azaldığı ve iş tatmininin ise arttığı tespit edilmiştir.

Oral ve Köse (2011) duygusal emek gösteriminde bulunan doktorların tükenmişlik düzeylerinin daha yüksek iş tatminlerinin ise düşük olduğu yönünde bulgular elde etmişlerdir. Gülseren ve arkadaşları (2000) ise hemşire ve teknisyenlerde tükenmişlik düzeyi arttıkça depresif belirtilerin şiddetinin de artış gösterdiğini ifade etmişlerdir. Taycan ve arkadaşları (2006) da yine tükenmişlik düzeyi yüksek olan hemşirelerin depresyon düzeyinin de arttığını savunmuşlardır.

Dikmetaş ve Ergin (2011) Ondokuz Mayıs Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi’nde çalışan 270 asistan doktorun tükenmişlik ve mobbing düzeylerini incelemiştir. Her iki değişken de insan kaynaklarında iş psikolojisi açısından büyük önem arz etmektedir. Bu bağlamda araştırma sonuçları tükenmişlik ve mobbing arasında pozitif yönlü bir ilişki olduğunu tespit ederek doktorlardaki tükenmişlik seviyesini düşürmek için mobbing’in azaltılması gerektiğini ortaya koymuştur.

### 2.21.2. Yurt Dışında Yapılan Tükenmişlik Çalışmaları

Wen ve arkadaşlarının (2016) Çin’de 1537 doktor ile yaptıkları çalışmada fazla iş yükü ve tıbbi hataların tükenmişlik ile pozitif ilişkili olduğu tespit edilmiştir. Bunun aksine Tsiga ve arkadaşları (2017) tükenmişlik ve tıbbi hata oranı arasında anlamlı bir ilişki tespit edememişlerdir. Kleiner ve Wallace (2017) Kanada’da 312 onkolog ile yaptıkları çalışmada da doktorların yaşadığı zaman baskısının onların tükenmişlik yaşamalarında büyük rol oynadığı vurgulamışlardır. Zheng ve arkadaşlarının (2018) yine Çin’de yaptıkları bir çalışmada plastik cerrahların tükenmişlik seviyeleri % 85,1 oranı ile oldukça yüksek çıkarken bu durumun doktorların ameliyat esnasındaki asabiyet ve sinirlilik durumları ile yakından ilişkili olduğu ileri sürülmüştür.

Lindeman (2017) boylamsal bir araştırma yaparak örneklemin bir sene içerisinde üç farklı zamanda ankete katılmasını sağlamıştır. Araştırma sonuçları cerrahi asistanların tükenmişlik seviyelerinin % 51 ile çok yüksek olduğunu belirtmiştir. Ayrıca bu çalışmada tükenmişlik ile duygusal zekâ ve olumlu iş tecrübesi arasında negatif yönlü bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Lebares ve arkadaşları (2018) 566 cerrahi asistan ile yaptıkları çalışmada örneklemin yarısından fazlasının tükenmiş olduğunu (% 69) ve tükenmişlik ile stres arasında pozitif yönlü bir ilişki olduğunu tespit etmişlerdir.

Weidner ve arkadaşlarının (2018) Amerika’nın Seattle eyaletinde 1617 aile hekimi ile yaptıkları çalışmada doktorların verdiği hizmet kapsamı genişledikçe tükenmişliğin düştüğü belirtilmiştir. Ayrıca Jesse ve arkadaşları (2015) yine Amerika’da 218 plastik cerrah ile yaptıkları çalışmada tükenmişlik sendromunun boyutlarını tek tek ele alarak bunların belirleyici faktörlerini ortaya çıkarmışlardır. Bu bağlamda doktorun düşük karar yetkisine sahip olması, zihin yorucu işler ile uğraşması, meslektaşlarından destek alamaması hem duygusal tükenmenin artmasına hem de düşük kişisel başarıya sebep olmakla birlikte zor hastalar ile etkileşim içerisinde olması duyarsızlaşmaya neden olduğu görülmüştür. Bunun yanı sıra Pereira-Lima ve Loureiro (2015) São Paulo’da asistan doktorlarla ile yaptıkları çalışmada tükenmişlik seviyesi ile anksiyete, depresyon ve zihinsel sağlık sorunları arasında pozitif bir ilişki olduğunu tespit etmişlerdir.

Görüldüğü gibi literatürde tükenmişlik konusunda kapsamlı araştırmalar gerçekleştirilmiştir. Tükenmişliğin tanım, boyut, belirti ve etkilerinin yanı sıra kişilerin neden tükenmişlik sendromuna yakalandığı araştırmalarda detaylı olarak ele alınmıştır. Özellikle sağlık çalışanlarında tükenmişliğin ne denli yaygın olduğu ve bu durumun nasıl önlenebileceği veya tedavi edilebileceği ile ilgili çalışmalar yapılmıştır. Bazı araştırmalar tükenmişliğin iş tatmini, örgütsel bağlılık, duygusal emek, stres, depresyon ve mobbing gibi kavramlarla ilişkileri araştırmıştır. Diğer çalışmalar ise sağlık çalışanlarının tükenmişlik düzeylerini inceleyerek tükenmişlik ile demografik özelliklerin (cinsiyet, yaş, medeni durum) ilişkisine odaklanmıştır.

## **2.22. Yapısal Güçlendirmenin Tanımı**

Psikolojik güçlendirme, güçlendirilen kişilerin psikolojik durumunu ele alırken yapısal güçlendirme, gücün güçlü olandan daha az güçlü olan aktarılmasına vurgu yapmaktadır (Menon, 2001: 156). Yapısal güçlendirme teorisini geliştiren Rosabeth Moss Kanter güç kavramını "bir kişinin ulaşmaya çalıştığı hedefler için ihtiyaç duyduğu her şeyi elde etme ve kullanma yeteneği " olarak tanımlamaktadır (akt. Stewart vd., 2010: 28). Bu bağlamda yapısal güçlendirme çalışana yetki vererek bunun örgütsel performansa katkı sağlamasını kapsamaktadır (Spence Laschinger vd., 2004).

Kanter güç kavramını açıklarken bu durumu bir elektrik devresine benzeterek, çalışanların gerekli bilgi ve kaynağa ulaşabildiği, destek alabildiği, öğrenme ve gelişme için fırsatlara sahip olduğunda elektriğin açık olduğunu ifade etmektedir. Bahsedilen bu güç kaynakları mevcut değil ise, elektriğin kapalı olduğunu ve etkili çalışmanın mümkün olmadığını savunmaktadır (Spence Laschinger vd., 2004: 528). Kanter (1977; 1993) çalışanların bilgiye, desteğe, kaynaklara ve çalışma ortamlarında öğrenme ve büyüme imkânlarına sahip olduklarında güçlendiklerini savunmaktadır (akt. Spence Laschinger vd., 2001: 261).

Kanter örgüt içinde iki temel güçlendirme yapısından bahsetmektedir. Bunlar fırsat ile güç yapısıdır (O'Brien, 2010: 14; Vacharakiat, 2008: 19; Spence Laschinger vd., 2010: 5; Almost ve Spence Laschinger, 2002: 409). Çalışanlar bu bahsedilen fırsat ve güç yapısına

ulaşamadıklarında kendilerini güçsüz, engellenmiş ve ümitsiz hissederek örgütsel yaşamdan kopabilmektedirler (Spence Laschinger vd., 2010: 6).

Fırsat yapısı, çalışanlara örgüt içinde ilerleme, bilgi ve becerilerini geliştirme şansı veren iş koşullarıyla ilgilidir. Fırsatların yüksek olduğu örgütlerdeki çalışanlar, işte ortaya çıkan sorunları çözmek için proaktif bir yaklaşım sergiler, değişim ve yeniliğe aktif olarak katılmaktadırlar. Fırsat, örgüt içindeki kişinin ilerlemesine izin verirken aynı zamanda bilgi birikimini ve becerilerini artırmasına olanak sağlamaktadır. Bu imkânlar çalışanın üretkenliğinin ve iş tatmininin yükselmesi açısından büyük öneme sahiptir. Diğer taraftan fırsatları düşük olan örgüt çalışanlarının motivasyonları sınırlıdır, örgütsel bağlılıkları düşüktür ve değişime karşı direnç göstermektedirler (Spence Laschinger vd., 2010).

Fırsat yapısının yanı sıra güç yapısı ise, örgütsel gücün bilgi, destek ve kaynaklara erişimden oluştuğunu savunmaktadır (Spence Laschinger vd., 2010: 5; O'Brien, 2010: 14-15). Kanter (1993) bilgiyi, örgütsel hedefler, planlar, görevler, örgütsel karar ve politikadaki değişikliklere ve çevresel ilişkilere dair bütün bilgilerin toplamı olarak tanımlamaktadır (akt. Aljameez, 2019: 19). Bilgi, bir işi en iyi şekilde yerine getirebilmek için gerekmektedir. Bu sadece teknik ve uzmanlık bilgisi olarak sınırlı değil, aynı zamanda çalışanların örgüt içinde neler olduğuna dair bilgilendirilmesi de gerekmektedir (Spence Laschinger vd., 2010: 6; O'Brien, 2010: 15).

Kanter'e (1977; 1993) göre bilgiye erişim, örgütsel etkililiği sağlayabilmek adına çalışanın hem formel hem de informel bilgiye sahip olması anlamına gelmektedir. Formel bilgi, işi başarmak için gereken teknik ve uzmanlık bilgisi olarak ifade edilmektedir. İformel bilgi ise, örgütsel politikalar ile üstlerin aldığı örgütsel kararları anlayabilmek için çalışanın erişimine sunulması gereken bilgidir (akt. Aljameez, 2019: 19).

Desteğe erişim, çalışanın üstlerinden, meslektaşlarından ve astlardan aldığı geribildirim, rehberliğin ve yardımın var olma durumunu ifade etmektedir (O'Brien, 2010: 15; Spence Laschinger vd., 2010: 6; Almost ve Spence Laschinger, 2002: 409). Aynı zamanda çalışanlar tarafından algılanan örgütsel destek, bir örgütün katkılara değer verdiğini ve çalışanlarını önemsendiğini gösterme derecesidir (Aljameez, 2019: 18).

Kaynaklara erişim, çalışanların örgütsel hedeflere ulaşabilmesi ve işlerinde etkili olabilmesi için gerekli olan para, malzeme ve zaman gibi kaynaklara ulaşabilmesini ifade etmektedir. Ayrıca çalışanın da iş taleplerini karşılamak için gerekli olan bu kaynakları elde etme yeteneğine sahip olmasını varsaymaktadır (Spence Laschinger vd., 2010: 6; Almost ve Spence Laschinger, 2002: 409). Kanter (1993) kaynaklara yeterli erişimin, çalışanların üretkenliği, memnuniyeti ve bağlılığı için çok önemli bir güçlendirme kriteri olduğunu öne sürmektedir (akt. Vacharakiat, 2008: 19).

Öztürk (2010: 14) örgüt çalışanlarının güçsüzlüğünün sadece fırsat, bilgi, destek ve kaynaklara erişiminin arttırılması ile mümkün olamayacağını belirtmektedir. Yanı sıra Öztürk çalışanların işleri ile ilgili kararları tek başlarına alabilecekleri, yöneticilerin örgüt içerisinde bilgiyi ve ödülleri adil dağıtabilecekleri şekilde politika, süreç ve uygulamaların yürürlüğe konulması gerektiğini de ifade etmiştir.

Kişî örgüt içerisinde gücü fırsat, bilgi, destek ve kaynağa erişim sayesinde elde edebilmektedir. Kanter'in yapısal güçlendirme teorisi bağlamında kişinin sahip olduğu resmi ve gayri resmi güç ise kişinin bu kaynaklara erişimini etkilemektedir (Almost ve Spence Laschinger, 2002: 409; Spence Laschinger vd., 2010: 5-6). Resmi güç, örgütün işleyişi ve görünürlüğü ile birlikte esneklik ve yenilikçilik gibi örgüt faaliyetlerinin özellikleri ile ilişkilidir. Aynı zamanda çalışanlarının örgüt içerisinde sahip olduğu isteğe bağlı karar verme derecesini yani özerkliği de oluşturmaktadır (Stewart vd., 2010: 28). Gayri resmi güç ise, örgütte üstlerin, meslektaşların ve astların arasındaki olumlu ilişkileri teşvik ederek çalışanların bu işbirliği sayesinde hedeflerine ulaşmasını sağlamaktadır (Spence Laschinger vd., 2001: 261; Spence Laschinger vd., 2004: 528; Spence Laschinger vd., 2010: 6).

### **2.23. Yapısal Güçlendirmenin Avantajları**

Yapısal güçlendirmenin çalışanlar açısından birçok avantajı bulunmaktadır. Çalışanları güçlendirmek günümüz rekabet ve hizmet çağında oldukça önemli hale gelmiştir. Her örgüt rekabet edebilmek ve çalışanlarının yeteneklerini ve bağlılığını güçlendirebilmek için hızlı, duyarlı ve kendi kararlarını alabilen çalışanlara ihtiyaç duymaktadır (Sarmiento vd., 2004). Literatürde yapısal güçlendirmenin hem çalışanlara hem de örgütün kendine birçok avantaj sunduğu vurgulanmaktadır. Bu bağlamda yapısal güçlendirme, iş tatmini

(Spence Laschinger vd., 2001; İrvine ve Evans, 1995) ve örgütsel bağlılık (Wilson ve Spence Laschinger, 1994) gibi birçok örgütsel tutum ve davranışlarla ilişkilendirilmektedir.

Kanter'in birçok çalışması gözleme dayandığını ampirik araştırmaları da çalışanların güçlendirilmesi ile iş tatmini arasında bir ilişki olduğunu göstermektedir (Spence Laschinger vd., 2001). Bu yapılan çalışmalar ile ilgili en büyük sorun araştırmaların kesitsel (bir zaman diliminde bir grup denekten toplanan verinin incelenmesi) olmasıdır. Bu yüzden neden sonuç ilişkilerine dair açıklamalar yapmak zordur. Bu durumda güçlendirilmiş çalışanların iş tatmini yüksek olabileceği gibi işinden memnun olan çalışanların ise işin bütün yönlerini olumlu görmesi de ihtimaller dâhilinde olmaktadır. Spence Laschinger ve arkadaşları (2004) bu sapmadan etkilenmemek için yaptıkları çalışmada önce yapısal güçlendirmeyi üç sene sonra ise iş tatminini ölçmüşlerdir. Araştırmanın sonuçları önce çalışmaları destekler nitelikte güçlendirilmiş çalışanların iş tatmininin daha yüksek olduğunu göstermiştir. Irvine ve Evans'ın (1995) yapmış oldukları meta analiz sonuçlarına göre çalışanların tek başlarına karar alabilmesi, üstleri ve meslektaşları ile uyumlu bir iletişim halinde olma durumları iş tatminini olumlu etkilemektedir. Söz konusu bu çalışmalarda özerklik ile iyi iletişim halinde olma durumunu Kanter'in yapısal güçlendirme teorisi anlayışı ile de tutarlılık göstermektedir.

Kişinin bilgiye, desteğe ve kaynaklara erişiminin olduğu çalışma ortamlarında çalışanların işe karşı tutumlarının iyileşmesi ve örgütsel etkinliğin artması açısından fayda sağlamaktadır. Bu bağlamda yapısal güçlendirmenin bir diğer olumlu etkisi de çalışanların işleriyle ilgili olumlu duygular yaşaması ve örgütsel hedeflere ulaşmada daha etkili olmalarıdır. Ayrıca böyle durumlarda çalışanlar yönetim tarafından kendi uzmanlıklarına göre hareket etme konusunda teşvik edilmektedirler. Bunun sonucu olarak çalışanlar işlerini daha başarılı bir şekilde yerine getirmektedirler. Aynı zamanda çalışanlar kuruma daha çok bağlıdırlar ve yönetime daha yüksek güven duyarlar (Spence Laschinger vd., 2001: 261). Yapısal güçlendirmenin diğer avantajları da çalışanların yaptıkları işe karşı sorumluluk duygularının artması (Spence Laschinger vd., 1999) ve işi bir yük olarak görme olasılıklarının daha düşük olmasıdır (Spence Laschinger ve Havens, 1996).

Yapısal güçlendirme bağlamında çalışanlara fırsat sağlanması, çalışanların motivasyonunu, üretkenliğini, bağlılığını ve işe katılım derecesini önemli ölçüde

etkilemektedir. Kendini iş yerinde güçlü hisseden çalışanlar işlerine ve örgüte daha çok bağlıdırlar. Ayrıca güçlendirilmiş kişiler kontrol ve özerklik hissederek daha az stres yaşamaktadırlar (O'Brien, 2010: 15). Yapısal güçlendirme, kişisel bir öz-değer ve özerklik duygusunun pekiştirilmesine yol açmaktadır. Ayrıca güçlendirme örgütsel hedeflere katkıda bulunma ve kuruma bağlı kalma konusundaki istekliliği artırmaktadır (Aljarameez, 2019: 25-26).

Kanter (1993), fırsatların düşük olduğu örgütlerde çalışanların adaletsizlik, düşük öz yeterlik, işten ayrılma niyeti, düşük motivasyon, iş tatminsizliği ve düşük örgütsel bağlılık duyguları geliştirdiğini vurgulamaktadır (akt. Aljarameez, 2019: 18). Ayrıca, kendilerini güçsüz hisseden çalışanlar işlerinde bir başarısızlık hissi yaşayabilir ve bu da olumsuz tutum ve davranışlara (devamsızlık, işten ayrılma) yol açarak çalışanların stresinin artmasına neden olmaktadır (O'Brien, 2010: 15).

Yapısal güçlendirme konusu sağlık sektörü alanında da büyük öneme sahiptir. Smith ve arkadaşları (2012) yataklı hastaların bakımından sorumlu olan 97 hemşireyi örneklemine dâhil ederek incelemişlerdir. Araştırmada desteğe, bilgiye ve fırsatlara erişimi olmadığını düşünenlerin iş yerinden ayrılma potansiyellerinin çok yüksek olduğunu tespit edilmiştir. Bu şekilde düşük fırsatlara sahip çalışanlar isteklerini sınırlamak örgüt içinde ilerlemekten vazgeçmek zorunda kalmaktadırlar. Bu da çalışanın motivasyonunu olumsuz yönde etkilemektedir (Spence Laschinger vd., 2010).

Spence Laschinger ve arkadaşları (1999) hemşireler ile yaptıkları bir araştırmada yöneticilerin özerkliği desteklemesinin, ortak karar vermeyi kolaylaştırmasının ve çalışanların yeterliliği ile ilgili güven duymasının hemşirelerin kendini güçlenmiş hissetmesine sebep olduğunu belirtmişlerdir. Bunun sonucu olarak hemşirelerin örgütsel karar alma sürecine katılımı, iş tatminleri ve iş özerkliği artmaktadır (Sabiston ve Spence Laschinger, 1995; Spence Laschinger vd., 2001: 261). Spence Laschinger ve Havens (1996) hemşirelerin güçlendirme yapılarına erişimi ile genel iş tatmini ve algılanan iş etkinliği arasında güçlü pozitif bir ilişki olduğunu ifade etmişlerdir. Bu bulgular, yapısal güçlendirme ile algılanan iş tatmini arasında güçlü pozitif bir korelasyon olduğunu ortaya koyan Whitley ve Putzier'in (1994) sonuçlarını doğrulamaktadır.



Aiken ve arkadaşları (2001, 2002) yapmış olduğu çalışmalarda zorlu ekonomik koşullara rağmen hemşireleri çekebilen ve elinde tutan müknaat hastaneleri incelemişlerdir. Bu hastanelerde çalışan hemşirelerin kendilerini etkileyen kararlara dâhil oldukları, uygulamalar üzerinde daha fazla özerkliğe ve kontrole sahip oldukları ve doktorlar ile daha iyi ilişkiler kurdukları belirtilmektedir. Hemşirelerin bu şekilde kendilerini güçlenmiş hissetmesi onların işlerini daha büyük bir gayretle yapmasına ve üstlerine güven duymasına sebep olmuştur (Sarmiento vd., 2004). Ayrıca yapısal güçlendirme hemşirelerin doktorlar ve yöneticiler ile olan iş birlik düzeyini, iletişim kalitesini, güven ve saygı duygularını etkilemektedir. Bu bağlamda güçlendirilmiş hemşirelerin diğer çalışanlar ile uyumu arttığı için daha yüksek performans gösterme eğiliminde olmaktadır (Almost ve Spence Laschinger, 2002; Stewart vd., 2010). Sağlık sektöründe çalışanların güçlendirilmesi hastaların kalite algılarını ve klinik sonuçlarını da olumlu olarak etkilemektedir.

Sağlık çalışanlarının örgüt içerisinde güçlendirilmesi sadece hastaların değil aynı zamanda çalışanların sağlığını da etkilemektedir. Asiri ve arkadaşları (2016), güçlendirilmiş ortamlarda hemşirelerinin örgütsel bağlılıklarının yüksek düzeyde, iş streslerinin ise düşük olduğunu tespit etmişlerdir. Spence Laschinger ve arkadaşlarının (2004) yaptıkları çalışmada ise, yapısal güçlendirmenin hemşirelerin üzerinde düşük duygusal tükenme ve yüksek enerjiye sebep olan bir unsur olduğu belirtilmektedir. Hastanenin örgütsel politikası çalışanlarını güçlendirmeyi öngörmüyorsa bu hem strese hem de aşırı iş yorgunluğuna sebep olmaktadır (Spence Laschinger vd., 2010).

İş stresinin üstesinden gelemeyen sağlık çalışanları, duygusal, fiziksel ve zihinsel yorgunluğa daha yatkındır (Sarmiento vd., 2004). Buna ek olarak Spence Laschinger ve arkadaşları (2006), yeni mezun hemşirelerin destekleyici bir mesleki uygulama ortamında çalıştıklarında, diğer çalışanların veya hastaların onlara nezaketsiz davranma ihtimalinin daha düşük olduğunu ve genel olarak olumlu bir iş yeri güçlendirme duygusunun daha düşük tükenmişlik oranlarına sürüklediğini bildirmektedir.

## **2.24. Yapısal Güçlendirme ile Psikolojik Güçlendirme İlişkisi**

Psikolojik güçlendirme, kişilerin örgüt içerisindeki yapısal güçlendirme koşullarını psikolojik olarak nasıl anlamlandırdıkları ve yorumladıkları ile ilgili bir kavramdır (Spence

Laschinger vd., 2004: 528). Yapısal güçlendirme örgütün iş tanımı ve tasarımını ilgilendiren bir konu iken psikolojik güçlendirme çalışan tarafından hissedilen ve kişisel davranışları değiştirmek için kullanılabilen bir unsur olarak ifade edilmektedir (Metcalf, 2014: 19).

Maynard ve arkadaşları (2012) yapmış olduğu literatür çalışmasında, yapısal güçlendirmenin, kişisel özelliklerin, iş tasarımının, örgütteki liderlik şekli ile örgütsel desteğin psikolojik güçlendirmenin öncülleri olduğunu tespit etmişlerdir. Bununla birlikte, örgüt içerisinde yapısal güçlendirme yapılarının varoluşu, psikolojik güçlendirmenin meydana geleceği anlamına gelmemektedir. Bu da iki güçlendirme türü arasındaki ilişkinin açık ve net olmadığını göstermektedir. Spence Laschinger ve arkadaşları (2004) psikolojik güçlendirmenin, kişilerin yapısal güçlendirmeye karşı verdikleri tepki olduğunu savunmaktadır. Spreitzer (1995) yapısal ve psikolojik güçlendirme arasındaki ilişkiyi inceleyerek, örgüt içerisinde bilgiye erişebilen çalışanların psikolojik olarak da kendilerini güçlü hissettiklerini ifade etmiştir.

## **2.25. Sağlık Alanında Yapılan Yapısal Güçlendirme Çalışmaları**

Türkiye’de sağlık alanındaki yapısal güçlendirme çalışmalar 2000li yıllar ile başlamıştır. Bunun bir sebebi 2002 yılında “Sağlıkta Dönüşüm Programı” ile birlikte sağlık alanında yapılan reformlar olduğu düşünülmektedir. Sağlık sistemindeki bu değişiklikler sağlık bakanlığın idari ve işlevsel yönden yapılandırılmasını ve kamu kuruluşlarının alt kademelere yetki devri yapması gibi yapısal güçlendirme uygulamalarını barındırmaktaydı. Ayrıca sağlık çalışanlarının eğitim olanaklarına sahip olmasına, karar süreçlerine dâhil edilmesine, performans değerlendirme kriterleri belirleyerek kaynakların daha etkili kullanılması gibi yapısal güçlendirme unsurları da bu süreçte sağlık reformuna dâhil edilmiştir (Seçtim, 2019: 118-120).

1977 yılında Kanter’ın yapısal güçlendirme teorisinin çerçevesini belirlemiştir. O dönemde özellikle hemşireler ile ilgili araştırmalar yapılmaya başlanmıştır. Birçok çalışma Kanter’ın fırsat, destek, bilgi, kaynak, resmi ve gayri resmi güç kavramlarını, hemşirelerin yapısal güçlendirme algılarını, örgütsel bağlılık, özerklik, iş tatminsizliği ve iş yerinde kalma istekleri gibi örgütsel çıktılar bağlamında belirlemek için kullanmıştır.

Güçlendirme kavramı yurt dışındaki çalışmalarda yapısal güçlendirme ve psikolojik güçlendirme olarak iki farklı boyutta ele alınmıştır. Türkiye’de ise güçlendirme kavramı ile ilgili çalışmalar personel güçlendirme adı altına yapılmıştır. Sağlık çalışanlarının güçlendirme algısı ile ilgili yapılan çalışmalar uluslararası literatür ile karşılaştırıldığında Türkiye’deki araştırmaların sayısının çok düşük olduğu ve birçoğunun hemşireler üzerinde yapıldığı görülmektedir.

Chandler (1986) Kanter’in teorisini kullanarak hemşirelerin yapısal güçlendirme algılarını ölçmeye yönelik çalışma yapan ilk araştırmacılardan biridir. Chandler (1986) Amerika Birleşik Devletleri’nin Utah şehrinde iki hastanedeki 297 hemşire ile yaptığı bu çalışmada kendi geliştirdiği Çalışma Koşullarının Etkinliği Anketini (Conditions of Work Effectiveness Questionnaire) kullanarak çalışma ortamının güçlendirici bir özelliğinin olmadığını keşfetmiştir. Katılımcılar fırsatlara, malzemelere, iş faaliyetlerine, bilgi ve desteğe ulaşımın yetersiz olduğunu belirterek güçlendirilmiş hissetmediklerini göstermişlerdir. Sonraki yıllarda Chandler (1992: 20) çalışanların çalışma ortam koşullarının onların güçlenmesine destek verecek şekilde düzenlenmedikçe çalışan performansın artmasının mümkün olmayacağını belirtmiştir.

Wilson ve Spence Laschinger (1994) Kanter’in teorisini hemşirelerin yapısal güçlendirme algıları ile örgütsel bağlılık arasındaki ilişkiyi ortaya çıkarmak için kullanan ilk araştırmacılar olmuştur. Çalışmanın genel bulguları Kanter’in teorisini destekler nitelikte olup hemşirelerin güçlendirme yapılarına erişim algıları ile örgütsel bağlılık arasında pozitif bir ilişki olduğunu ortaya koymaktadır. Fakat aynı zamanda örneklem büyüklüğünün (n=92) düşük olmasından dolayı sonuçların genellenebilir bir özelliğe sahip olmadığına da vurgulanmıştır.

Spence Laschinger ve Havens (1996) ise yine Chandler (1986) tarafından geliştirilen Çalışma Koşullarının Etkinliği Anketini kullanarak Amerika’daki iki farklı eğitim hastanesinde çalışan hemşirelerin (n=127) güçlendirme algıları ile hemşirelik uygulamaları üzerindeki kontrol dereceleri ve iş tatmini ilişkisini araştırmıştır. Bulgular hemşirelerin iş güçlendirme yapılarına erişim algıları ile genel iş tatmini ve algılanan iş etkinliği arasında pozitif yönlü güçlü bir ilişki olduğunu ortaya koymuştur.

Kuokkanen ve arkadaşları (2003) Finlandiya’da bir üniversite hastanesi, devlet hastanesi ve sağlık ocaklarında görevli olan 600 hemşire ile yapısal güçlendirme ile çalışan memnuniyeti ve örgütsel bağlılık ilişkisini inceleyerek bu değişkenler arasında güçlü bir korelasyon olduğuna vurgu yapmışlardır. Benzer şekilde, Ning ve arkadaşları (2009), yaptıkları çalışmada Çin’de örgütsel olarak güçlendirilen hemşirelerin işlerinden daha memnun olduğunu istatistiksel olarak ispatlamışlardır.

Hemşirelerin yapısal güçlendirme algıları bağlamında yapılan en büyük çalışma Zurmehly ve arkadaşlarının (2009) 16 ülkede 1355 hemşire ile yaptıkları araştırma olmuştur. Çalışmada hemşirelerin yapısal güçlendirme algıları ile işten ayrılma niyeti arasındaki ilişki araştırılmış ve bu iki değişken arasında pozitif yönlü güçlü bir ilişki olduğu tespit etmiştir.

O’Brien (2010) yaptığı çalışmada diyaliz merkezinde çalışan 233 hemşirenin yapısal ve psikolojik güçlendirme algılarının tükenmişlik üzerindeki etkisini araştırmıştır. Yapısal güçlendirme ile psikolojik güçlendirme arasında pozitif yönlü bir ilişki tespit edilmiştir. Psikolojik güçlendirme ve yapısal güçlendirmenin ise tükenmişlik ile arasında negatif bir ilişki olduğu saptanmıştır.

Çavuş ve Demir (2010) de yine 220 hemşireyi örneklem olarak seçerek psikolojik güçlendirme ile yapısal güçlendirme algılarının tükenmişlik üzerine etkisini araştırmışlardır. Sonuçlar hem psikolojik güçlendirmenin hem de yapısal güçlendirmenin tükenmişlik üzerinde negatif bir ilişkisi olduğunu göstermiştir.

Hauck ve arkadaşları (2011) 257 hemşire ile yaptıkları çalışmada yapısal güçlendirme ile iş gücü devri arasındaki negatif bir ilişki olduğunu ifade etmişlerdir. Bu araştırmaya katılan hemşireler fırsatlara erişim imkânları olduğunu belirtirken, hastanede kaynaklara erişimlerinin sınırlığı olduğunu vurgulamışlardır. Benzer bir çalışma Smith ve arkadaşları (2012) tarafından da yapılmış ve benzer sonuçlar elde edilmiştir.

Ekiyor ve Karagül (2016), sağlık çalışanları üzerinde yapısal güçlendirmenin çalışan performansı ile iç girişimciliğe etkisini incelemişlerdir. Araştırma sonuçları yapısal güçlendirmenin çalışan performansını ve iç girişimciliği pozitif yönde etkilediğini ortaya koymuştur. Kurt ve arkadaşları (2018) hemşirelerin yapısal güçlendirme algıları ile iş

motivasyonu arasındaki ilişkiyi incelemiştir. Araştırmanın sonuçları hemşirelerin yüksek iş motivasyonuna sahip olduklarını fakat yapısal güçlenme algısının orta düzeyde olduğunu göstermiştir.

Dursun Engin ve Vatan (2020) 244 hemşirenin güçlendirme algıları belirlemeye yönelik bir çalışma yapmışlardır. Yapılan çalışmada hemşirelerin güçlendirme algısının orta düzeyde, işlerine karşı sorumluluklarının yüksek düzeyde fakat özerklik düzeylerinin düşük olduğu tespit edilmiştir. Özalp ve Şahin'in (2018) yine hemşireler üzerinde yaptıkları bir çalışmada yapısal güçlendirme algısı ile örgütsel adalet algısı incelenmiştir. Her iki değişkenin düzeyinin orta derecede olduğu tespit edilmiştir.

Literatürde yapısal güçlendirme ile ilgili yapılan araştırmalarda farklı değişkenler (psikolojik güçlendirme, örgütsel bağlılık, iş tatmini, çalışan memnuniyeti, işten ayrılma niyeti, iş gücü devri, çalışan performansı ve tükenmişlik) ele alınarak bunların arasındaki ilişkiler açıklanmaya çalışılmıştır. Diğer çalışmalar ise sadece sağlık çalışanlarının (özellikle hemşire) psikolojik güçlendirme algılarını incelemiştir. Ayrıca sağlık çalışanlarının güçlendirme algısı ile ilgili yapılan çalışmalar uluslararası literatür ile karşılaştırıldığında Türkiye'deki araştırmaların sayısının çok düşük olduğu ve birçoğunun hemşireler üzerinde yapıldığı görülmektedir.

## **2.26. Empati ve Psikolojik Güçlendirmenin Tükenmişlik ile Olan İlişkileri**

Türkiye ve yurt dışında sağlık çalışanlarının empati ve psikolojik güçlendirme düzeyleri ile tükenmişlik düzeylerinin birbiriyle olan ilişkisini araştıran pek çok çalışma yapılmıştır. Bu bağlamda empati ile tükenmişlik ve psikolojik güçlendirme ile tükenmişlik ilişkisine aşağıda yer verilmektedir.

### **2.26.1. Empati ile Tükenmişlik İlişkisi**

Empatinin tükenmişlik üzerindeki etkisi ile ilgili literatür de iki farklı bakış açısı bulunmaktadır. Zenasni ve arkadaşları (2012: 346) empati ve tükenmişlik ilişkisini özetlediği çalışmada bu iki bakış açısından kısaca bahsetmektedir. Bu yaklaşımların ilki yüksek empatinin tükenmişlik yaşanmasına sebep olduğu anlayışıdır. Bu çalışmalarda

empati seviyesi ile tükenmişlik arasında pozitif yönlü bir ilişki bulunarak yüksek empati seviyesinin tükenmişliğin artmasına sebep olduğu ifade edilmektedir. Örneğin Nielsen ve Tulinius'a (2009) göre genel pratisyen hekimlerdeki “merhamet yorgunluğu” zor hastaların yoğun ve empatik ilgi ihtiyacından dolayı sık sık duygusal tükenme ile sonuçlanmaktadır. “Merhamet yorgunluğu”, bir hastanın acısıyla aşırı ilişki kurmanın doktorlar arasında nasıl duygusal tükenmişliğe yol açabileceğinin bir örneğidir (Nielsen ve Tulinius, 2009).

İkinci anlayış ise empatinin tükenmişliği önlemede etkili bir unsur olduğu görüşüdür. Bu düşünceyi destekleyen araştırmacılar empati ile tükenmişlik arasında negatif yönlü bir ilişki olduğunu savunmaktadır. Örneğin Halpern'a (2003) göre doktorlar için empatik olmak, olumsuz duyguların farkına varıp olumsuz geri dönütleri kabul etmektir. Bu beceriler aynı zamanda doktorların stres ve tükenmişliğe karşı sahip oldukları önemli kazanımlardır. Bu nedenle, sağlık çalışanlarının daha empatik olmalarına destek olmak, onları tükenmişlikten korumaya yardımcı olacaktır. Aynı zamanda duygusal olarak aktif olan doktorların hastaları iyileştirmede daha etkili oldukları, iş tatminlerinin ve başarılı olma ihtimallerinin daha yüksek olduğu belirtilmiştir (Halpern, 2003: 672). Teori, sağlık çalışanları hastaların durumunu daha iyi anladığında kendilerini daha tatmin olmuş hissedeceklerini ve hizmet sunumunun daha kaliteli olacağına işaret ederken her iki durumda tükenmişliğin önlenmesinde temel unsur olduğunu savunmaktadır (Melnick ve Powsner, 2016: 1679). Aynı şekilde Wilkinson ve arkadaşları (2017) da yaptıkları derlemede empati ve tükenmişlik arasındaki ilişkinin genel anlamda negatif yönlü olduğunu açıklamışlardır.

Williams (1989: 170) ise empati ve tükenmişliğin farklı kavramsal sistemlerle ele alındığını savunmuştur. Bununla birlikte tükenmişlik ve empati değişkenlerinin iki zıt kutupları temsil ederek aynı temel olguyu tanımlıyor olabileceği hipotezini test etmek üzere bir çalışma gerçekleştirmiştir. Çalışma da hemşirelik, sosyal hizmetler görevliliği ve öğretmenlik olmak üzere üç farklı meslek grupları örneklem olarak seçilmiştir. Sonuçlar, araştırmada kullanılan iki empati ölçeğinin birbiriyle olan ilişkisini tükenmişlik ölçeğine göre daha güçlü olduğunu ve tükenmişlik ile empati ilişkisinin savunulduğu gibi iki zıt kutupları temsil ettiği hipotezini desteklemiştir (Williams, 1989: 174).

Türkiye’de empati ve tükenmişlik ilişkisi bağlamında Köksal (2009) bir devlet hastanesinde 162 hemşire ile yapmış olduğu çalışmada hemşirelerin empatik eğilimi ile tükenmişlik arasındaki ilişkiyi incelemiştir. Çalışma sonuçlarına göre empati düzeylerinin tükenmişliğin duygusal tükenme ve duyarsızlaşma boyutları ile negatif, kişisel başarı boyutu ile ise pozitif yönlü bir ilişkisi olduğunu ortaya koymuştur.

Tangül Özcan ve Mercan (2016) hemşirelerin travma ile karşılaşma durumları ile kişisel özelliklerinin empati ve tükenmişlik üzerinde etkili olduğunu savunan bir çalışma yapmışlardır. Araştırmada yapılan istatistiksel analizlerin sonucunda hemşirelerin empatik becerilerinin duygusal tükenmişliği arttırdığı ve kişisel başarı hissinde ise bir azalma olduğu ortaya çıkmıştır.

Alan ve arkadaşları (2018) 2017 yılında Çanakkale il merkezi ve ilçelerinde bulunan devlete bağlı dokuz diyaliz ünitesi ve üç özel diyaliz merkezindeki toplam 38 hemşire ile tükenmişlik düzeyi ve empati becerisi arasındaki ilişkiyi belirlemeye yönelik bir çalışma yapmışlardır. Araştırma sonucunda hemşirelerin empati becerisi yükseldikçe tükenmişliğin alt boyutu olan duygusal tükenme ve duyarsızlaşmanın azaldığı, kişisel başarı boyutunun ise arttığı saptanmıştır. Empati becerisine sahip hemşirelerin daha etkili iletişim kurduğu, kaygı ve stres ile kolay baş edebildiği, hastaları daha doğru anlayarak ihtiyaçlarını belirleyebildikleri ve daha kaliteli bakım sunma gibi sebeplerden dolayı tükenmişlik düzeylerinin daha düşük olduğu ifade edilmiştir (Alan vd., 2018: 42).

Şahin ve arkadaşları (2018) Ankara’da bir devlet hastanesinde 334 hemşire ile yaptıkları çalışmada empati ile tükenmişlik düzeyleri arasındaki ilişkiyi incelemiştir. Araştırma sonuçlarına göre empati düzeyi ile tükenmişliğin “kişisel başarı” boyutu arasında negatif yönde bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Bunun yanı sıra tükenmişliğin “duygusal tükenme” ve “duyarsızlaşma” boyutları ile empati arasında bir ilişki bulunamamıştır (Şahin vd., 2018: 323).

Tıgılı Aytar (2019) Ankara’da bir özel hastanede 90 fizyoterapist ile empati becerisinin mutluluk ve tükenmişlik düzeyi üzerindeki etkisini incelemiştir. Araştırma sonuçlarına göre fizyoterapistlerin mutluluk düzeyi arttıkça tükenmişlik düzeylerinin düştüğü, empati seviyelerinin ise arttığı ifade edilmiştir. Ayrıca sonuçlar empati seviyesinin

artmasının tükenmişliğin azalmasına sebep olduğunu ortaya koymuştur. Sağlık çalışanlarının hastalar ile etkili iletişim kuramaması ve empatik beceriler sergileyememesi sonucunda bu kişilerde işini tam anlamıyla yerine getirememesi hissi ortaya çıkabilmektedir. Bundan dolayı kişi kendini daha tükenmiş hissedebilir (Gleichgerrcht ve Decety, 2013).

Turan ve arkadaşları (2019) bir hemşirelik fakültesinde 290 öğrencinin empati ve tükenmişlik düzeyleri arasındaki ilişkiyi ele alarak öğrencilerin empati ve tükenmişlik seviyelerinin orta düzeyde olduğunu belirtmişlerdir. Araştırma sonucu öğrencilerin empati düzeyi arttıkça tükenmişliğin alt boyutu olan duyarsızlaşmada bir azalma olduğunu orta koymuştur.

Yılmaz ve Baran Durmaz (2019) Ağrı ili ve ilçelerinde pediatri servisi bulunan hastanelerdeki 66 pediatri hemşiresi ile empatik eğilim, duygusal emek ve tükenmişlik düzeyleri arasındaki ilişki araştırmışlardır. Empati ile duygusal tükenme ve duyarsızlaşma boyutu arasında negatif yönlü bir ilişki tespit edilerek yüksek empatik eğilime sahip hemşirelerin daha az tükenmişlik yaşadığı ifade edilmiştir.

Yukarıda da görüldüğü gibi sağlık alanında empati ve tükenmişlik ile yapılan çalışmaların örneğini hemşireler oluşturmaktadır. Bu çalışmaların aksine Uzuntarla (2015) yapmış olduğu doktora tezinde 415 doktorun kişisel özellikleri ile empati düzeylerinin ilişkisini ve bu ilişkide duygusal emek ve tükenmişliğin aracılık rolünü incelemiştir. Sonuç doktorların tükenmişlik düzeylerinin artmasının empati becerilerini azaltmakta olduğunu göstermiştir.

Türkiye’de yapılan çalışmaların yanı sıra yurt dışında da empati ve tükenmişlik ilişkisini araştıran birçok çalışma yapılmıştır. Örneğin Astrom ve arkadaşları (1990) İsveç’teki bir yaşlı bakım evinde 557 hemşire üzerinde gerçekleştirdikleri nicel çalışmada, empati ve tükenmişlik arasındaki bağlantıyı incelemişlerdir. Hemşirelerin empati puanları yükseldikçe tükenmişlik puanlarının düştüğünü tespit etmişlerdir.

Baxter (1993), Amerika’da New Hampshire eyaletindeki akut bakım merkezinde çalışan hemşirelerin empati ve tükenmişlik düzeyleri arasındaki ilişkiyi incelemiştir. Bulgular, hemşirelerin empati düzeyleri ile tükenmişlik boyutlarından duygusal tükenme ile



duyarsızlaşma arasında ters bir ilişki olduğunu göstermiştir. Başka bir ifadeyle, yüksek derecede empatiye sahip olan hemşirelerin tükenmişlik oranı düşükken, tükenmiş olarak değerlendirilen hemşirelerin düşük derecede empatiye sahip olduğu görülmüştür. Ayrıca deneyimli hemşirelerin empati puanları daha yüksek ve tükenmişlik puanları ise daha düşük çıkmıştır. Tecrübeli hemşirelerin muhtemelen hastalara nasıl daha etkili bakım sunabileceklerini ve tarafsızlığı nasıl sağlayabileceklerini zaman içerisinde öğrenmelerinden dolayı böyle bir sonuç ortaya çıktığı savunulmuştur.

Palsson ve arkadaşları (1996) İsveç'te yeni göğüs kanseri teşhisi koyulmuş hastalara bakım sunan hemşirelerin empati dercesi ile tükenmişlik arasında negatif bir ilişki olduğunu ortaya çıkarmışlardır. Garrett (1999) doktora tezinde New York'da HIV ile enfekte olmuş hastalar ile çalışan 119 sağlık çalışanının empati, tükenmişlik ve ikincil travmatik stres seviyeleri ve bu değişkenlerin birbirleri ile ilişkilerini araştırmıştır. Genel olarak katılımcıların orta seviyelerde tükenmişlik ve düşük seviyelerde ikincil travmatik stres yaşadıkları bulunmuştur. Düşük empati seviyesinin ise yüksek düzeyde tükenmişlik seviyesi ile ilişki olduğu tespit edilmiştir.

Glidewell (2000) Amerika'nın Mississippi eyaletindeki 10 uzun dönemli bakım hizmeti sunan kuruluşlardaki 160 hemşireyi örneklem olarak seçerek bir doktora tezi yazmıştır. Bu keşifsel çalışmada dolaylı travmatizasyon, bununla başa çıkma stilleri ve empati kullanılarak tükenmişliğin gelişimi için önerilen bir süreç modeli ortaya konmaya çalışılmıştır. Çalışma bulguları empatinin tükenmişliğe karşı koruyucu bir unsur olduğuna vurgu yapmıştır.

Güney Kore'de 178 hemşire ile yapılan bir çalışmada empati ile tükenmişlik arasındaki ilişki araştırılırken empati kavramı bilişsel ve duygusal empati olmak üzere iki boyut ile ele alınmıştır. Bu çalışmada kullanılan Barrett-Lennard Empati Ölçeği, bilişsel empatiyi çalışanın hastalarla olan etkileşimlerle bağlantılı olarak tanımlarken, aynı ölçek duygusal empatiyi hemşirenin genel özellikleriyle ilişkili olarak tanımlamıştır. Bu nicel araştırmada, bilişsel empati tükenmişliğin duyarsızlaşma ve duygusal tükenme boyutu ile negatif, kişisel başarı boyutu ile pozitif bir ilişki içerisinde olduğu saptanmıştır. Duygusal empati ile tükenmişlik boyutları arasında ise bir ilişkiye rastlanamamıştır (Lee vd., 2003).

Rosen ve arkadaşları (2006) iç hastalıkları alanında görevli 47 asistan doktor ile uykusuzluk, duygu durum bozukluğu, empati ve tükenmişlik arasındaki ilişkiyi araştırmışlardır. Asistanlık eğitim programının başından sonuna kadar empati de bir düşüş ve tükenmişlikte bir artış olduğunu gözlemlemişlerdir.

Wilczek-Rużyczka (2011) sağlık çalışanlarının empati düzeyinin mesleki tükenmişlik üzerindeki etkisini araştırmıştır. Sonuçlara göre, empati seviyesinin tükenmişlik düzeyi üzerinde negatif bir etkisi olduğunu gösterdiği için sağlık çalışanlarının empati becerisini geliştirmenin mesleki tükenmişliği önleyebileceği varsayılmaktadır. Bu nedenle çalışmada sağlık çalışanlarının tükenmişlik yaşamasının nedenleri ve sonuçlarının ne olduğunu anlamanın önemine vurgu yapılmıştır.

Almanya'da Koehl-Hackert ve arkadaşları (2012) son senesinde olan 127 tıp öğrencisi ile empati ve tükenmişlik ilişkisini araştırmışlardır. Jefferson empati ölçeği ile Maslach tükenmişlik ölçeğinin kullanıldığı çalışmada düşük empati seviyesinin yüksek tükenmişliğe sebep olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca çalışmaya katılan öğrencilerin % 20'sinin tükenmişlik yaşadığı ve bu oranın Almanya'da tükenmişlikten etkilenen doktorların oranı ile aynı olduğu belirtilmiştir. Bu çalışmaya benzer olarak Thomas ve arkadaşları (2007) Amerika'nın Minnesota eyaletinde okuyan 1098 tıp fakültesi öğrencisi ile düşük empati düzeylerinin kişisel ve mesleki sıkıntıyla (tükenmişlik ve depresyon) ilişkili olup olmadığını araştırmışlardır. Sonuçlar duygusal tükenmişlik ve duyarsızlaşma yaşayan öğrencilerin empati düzeylerinin azaldığını göstermiştir. Ancak empati becerisi yüksek düzeyde olan öğrencilerin kişisel başarı düzeyinin de yüksek olduğu ifade edilmiştir. Benzer sonuçları Brazeau ve arkadaşlarının (2010) 90 öğrenci ile yaptıkları çalışmada da ortaya çıkmıştır. Paro ve arkadaşları (2014) Brezilya'daki 22 tıp fakültesindeki 1350 tıp öğrencisinin empati derecesi ile cinsiyet, yaşam kalitesi ve tükenmişlik ilişkisini araştırmışlardır. Tükenmişliğin duyarsızlaşma boyutu düşük empatik ilgi ve perspektif alma ile kişisel başarı boyutu ise yüksek perspektif alma ile bağlantılı olduğu bulunmuştur.

Lamothe ve arkadaşları (2014) 294 Fransız pratisyen hekimin empati kalıplarının (empatik ilgi ve perspektif alma) tükenmişliği nasıl etkilediğini incelemişlerdir. Araştırmada empatinin perspektif alma boyutu ile tükenmişlik arasında negatif yönlü bir ilişki tespit edilmiştir. Ayrıca Lamothe ve arkadaşları (2014) beklentilerinin aksine, yüksek düzeyde

empatik ilginin, daha düşük bir tükenmişlik oranıyla önemli ölçüde ilişkili olduğunu bulmuşlardır. Empatik ilgi, kişinin üzüntü gibi duygusal tepkisine karşı şefkat gibi farklı bir duygusal tepki ile cevap vermek olarak tanımlanmaktadır (Spreng vd., 2009: 62). Doktorların perspektif alma ve empatik ilgi puanları yüksek olduğunda tükenmişlik yaşama olasılıkları önemli ölçüde düşmektedir (Lamothe vd., 2014: 5). Thirioux ve arkadaşlarının (2016) Fransa’da doktorlar üzerinde yaptıkları başka bir çalışmada da empatinin tükenmişliği önleyici bir faktör olduğu saptanmıştır.

Lopes ve Nihei (2020) Brezilya’nın Parana şehrindeki beş devlet üniversitesindeki 284 hemşirelik öğrencileri ile tükenmişliği empati ve öz yeterlilik bağlamında incelemişlerdir. Çalışmanın amacı hemşirelik öğrencilerinde tükenmişliği, bunun belirleyicilerini ve empati ile öz yeterlilik ilişkisini ortaya çıkarmaktır. Tükenmişliğin belirleyicileri olarak fiziksel aktivitelerin eksikliği, haftalık iş yükünün fazla oluşu ve düşük empatik ilgi olarak belirlenmiştir. Diğer yandan öğrencilerin öz yeterlilik seviyeleri arttıkça tükenmişlik seviyelerinin düştüğüne vurgu yapılarak bilişsel ve duygusal empati ile tükenmişliğin kişisel başarı boyutu pozitif, duyarsızlaşma boyutu ise negatif bir ilişki içerisinde olduğu ortaya çıkmıştır. Bu sonuçlar yine Brezilya’da tıp öğrencileri ile yapılan başka bir çalışmada desteklenmektedir (Paro vd., 2014).

Hojat ve arkadaşları (2015) Amerika’nın Philadelphia eyaletinde 265 üçüncü sınıf tıp öğrencilerinde empati, iyimserlik ve tükenmişlik ölçütlerinin altında yatan yapıyı keşfetmek için bir araştırma yapmışlardır. Empati iyimserlik boyutları ile pozitif fakat tükenmişliğin duyarsızlaşma boyutu ile negatif bir ilişki içerisinde olduğu tespit edilmiştir. Tükenmişliğin duygusal tükenme boyutu ile empati arasında ise bir ilişki bulunamamıştır. Bu çalışmada empati, iyimserlik ve kişisel başarı, pozitif bir kişiliğin birbiriyle ilişkili unsurları olarak görülmüştür. Bu unsurlardan herhangi birinin iyileştirilmesi diğer değişkenlere de olumlu anlamda faydası olacağı bildirilmiştir. Bu nedenle, empati geliştirme programlarının bir sonucu olarak empatide bir iyileşmenin tıp öğrencilerinin iyimserlik ve kişisel başarı duygularını da arttırması beklenmektedir.

Yuguero ve arkadaşları (2015) İspanya’nın Lleida bölgesindeki 22 birincil sağlık kuruluşunda çalışan 108 doktorun hastalarına yazdığı hastalık izinleri ile tükenmişlik ve empati seviyelerinin ilişkisini araştırmışlardır. Çalışma sonuçları yüksek empati ile düşük

tükenmişlik arasında güçlü bir ilişkiye işaret etmiştir. Araştırmanın hipotezi, empati düzeyi daha yüksek olan doktorların hastalarının sorunlarını daha iyi anlayacakları ve hastalık izni vermeye daha yatkın olacakları yönünde olmuştur. Fakat ne empati ne de tükenmişliğin doktorların hastalara yazdığı hastalık izinleri ile bir ilişkisi olmadığı saptanmıştır. Yine İspanya'nın aynı bölgesinde birincil sağlık kuruluşlarında çalışan 136 doktor ve 131 hemşire ile tükenmişlik ve empati arasındaki ilişki incelenmiştir. Yüksek empati seviyesi hem pratisyen hekimlerde hem de hemşirelerde düşük tükenmişlik yaşama durumu ile ilişkili olarak bulunmuştur (Yuguero vd., 2017d). Aynı örneklem kullanılarak başka bir çalışmada hemşire ve doktorların empati ve tükenmişlik düzeyleri ile senelik bakım sundukları hasta sayıları karşılaştırılmış ve aralarında bir ilişki olduğu saptanmıştır. Empati seviyesi yüksek ve tükenmişlik düzeyi düşük olan doktorları daha az hastanın ziyaret ettiği ortaya çıkmıştır. Çalışmada bu ilişkinin sebebi olarak bu doktorların hastalarının sorunlarını daha az ziyaretle daha iyi çözebilmelerine bağlı olabileceği varsayılmıştır (Yuguero vd., 2018). İspanya'da acil serviste 100 sağlık çalışanı ile yapılan çalışmadaki sonuçları yukarıdaki değerleri tasdikler nitelikte en yüksek empati puanı ile en düşük tükenmişlik puanı arasında bir ilişki olduğunu ortaya koymuştur (Yuguero vd., 2017a).

Park ve arkadaşları (2016) ise Güney Kore'de asistan doktorlar ile yapılan çalışmada doktorların empati derecesinin tükenmişliğin “duyarsızlaşma” ve “duygusal tükenme” boyutu ile negatif bir ilişkisi olduğunu tespit etmişlerdir. Vévodová ve arkadaşları (2016) Çek Cumhuriyeti'nde 175 hemşireden oluşan bir örneklem ile acil servis ve normal hastane ortamında çalışan hemşirelerin empati ve tükenmişlik algılarını karşılaştırmışlardır. Bulgular her iki alan içinde empati seviyesi ile duygusal tükenmişlik arasında pozitif bir ilişki olduğunu göstermiştir. Diğer yandan empati ile tükenmişliğin duyarsızlaşma ve kişisel başarı boyutları arasında bir ilişki saptanmamıştır. Başka bir ifadeyle bu çalışmada empati hemşirelerin tükenmişlik seviyelerinin artmasına neden olan bir risk faktörü olarak görülmektedir. Ayrıca empati düzeyini düşürmek hastanede stresli durumlar ile başa çıkmak için bir savunma stratejisi olarak da düşünülebilir (Vévodová vd., 2016: 20).

Wolfshohl ve arkadaşları (2019) acil servis de çalışan doktor ve asistan doktorların algıladıkları empati ile tükenmişlik seviyesini incelemişlerdir. Diğer çalışmalarda olduğu gibi burada da doktorların empati seviyelerinin yükselmesiyle tükenmişliğin düştüğüne işaret edilmiştir. Ayrıca asistan doktorların asistanlığı sona erdiği zaman empati

becerilerinin artma, tükenmişliklerinin ise azalma eğilimi gösterdiğine vurgu yapılmıştır (Wolfshohl vd., 2019: 536). Fülöp ve arkadaşları (2011) da yine araştırma örneğinde asistan doktorları kullanmışlardır. Dört Macar tıp fakültesindeki psikiyatri alanında yapılan bu araştırmada empati ve tükenmişliğin nedensel faktörleri ve duygusal katılımın doktorlar üzerindeki etkisi incelenmiştir. Araştırma bulguları empatinin perspektif alma boyutunun azalmış kişisel başarı ve duyarsızlaşma ile negatif olarak ilişkili olduğunu ve duyarsızlaşma puanı yüksek olanların kişisel başarı puanlarının olumsuz etkilendiğini ileri sürmüştür. Araştırmada ayrıca empatinin hem bilişsel hem de davranışsal bileşenin tükenmişliği önleyebilecek çok boyutlu bir beceri olarak değerlendirilmesi gerektiği vurgulanmıştır.

Lee ve arkadaşları (2018) Singapur’da 446 asistan doktor ile empati ve tükenmişlik düzeylerini değerlendirerek sonuçları Amerikalı asistan doktorlar ile karşılaştırmışlardır. Çalışmada empati seviyesi ile tükenmişliğin “duyarsızlaşma” ve “duygusal tükenme” boyutu arasında negatif, “kişisel başarı” boyutu ile ise pozitif ilişkisi olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca Singapur’daki asistan doktorların empati seviyesi Amerikan doktorlar ile karşılaştırıldığında daha düşük, tükenmişlik düzeyi ise daha yüksek bulunmuştur (Lee vd., 2018: 52).

Ferri ve arkadaşları (2015) 298 hemşire ve 115 hemşirelik bölümü öğrencileri ile empati ve tükenmişlik değişkenleri arasındaki ilişkiyi değerlendirmişlerdir. Veriler hemşirelik öğrencilerinin empati puanlarının hemşirelere göre daha yüksek olduğunu gösterirken, yaşın ve çalışma süresinin artması ile empati puanlarının da düştüğü görülmüştür. Ayrıca empati puanları ile tükenmişliğin “duygusal tükenme” boyutu ile negatif “kişisel başarı” boyutu ile pozitif yönlü bir ilişkisi olduğu tespit edilirken “duyarsızlaşma” boyutu ile empati arasında ilişki bulunamamıştır.

Yuguero ve arkadaşları (2017b) başka bir çalışmada empati ile tükenmişlik arasındaki ilişkinin araştırmaya katılan doktor ve hemşirelerin gözetimi altındaki hastaların tansiyon sonuçları ile bağlantılı olup olmadığını araştırmışlardır. Bulgular yazarın önceki araştırmalarında olduğu gibi empati ve tükenmişlik arasında negatif yönlü bir ilişki olduğunu desteklemiştir. Aynı zamanda düşük tükenmişlik seviyelerine sahip ve daha empatik olan sağlık çalışanlarının bakımı altındaki hastaların tansiyonlarının daha iyi durumda olduğu belirtilmiştir.

Aynı yıl içerisinde Yuguero ve arkadaşları (2017c) empati ve tükenmişlik ilişkisinin birincil basamak sağlık kuruluşlarında bakım kalitesine hangi yönde etkilediğini araştırmışlardır. Yazar diğer çalışmalarında olduğu gibi yine İspanya'nın Lleida şehrindeki birincil basamak sağlık kuruluşlarında çalışan sağlık çalışanları (108 aile hekimi, 112 hemşire) örneklem olarak belirlemiştir. Araştırma sonuçları tükenmişlik ve empati düzeylerinin bakım kalitesi ile arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığını ortaya koymuştur. Yüksek tükenmişlik ve orta düzeyde empatiye sahip sağlık çalışanlarının bakım kalitesi konusunda daha iyi performans gösterdikleri ortaya çıkmıştır.

Onkoloji servisindeki hastaların psikolojik stresini azaltmak için hemşire ve hasta arasındaki empatik iletişimin geliştirilmesi çok önemlidir. Kanser hastalarına bakım sunmak yüksek stres ve tükenmişlik ile ilişkili olduğu için Taleghani ve arkadaşları (2017) İran'da bir kanser tedavi merkezinde 67 onkolog hemşirenin empati seviyeleri ve tükenmişlik ile bağlantısını araştırmışlardır. Araştırma sonuçları hemşirelerin hem empati hem de tükenmişlik seviyelerinin orta derece olduğunu ve bu iki değişken arasında negatif yönlü bir ilişkinin bulunduğunu ortaya koymuştur. Ayrıca hemşire eksikliğinin ve aşırı iş yükünün hemşirelerdeki empati seviyesinin düşmesine ve tükenmişliğin artışına sebep olduğu bildirilmiştir (Taleghani vd., 2017: 43).

Duarte ve Pinto-Gouveia (2017) Portekiz devlet hastanelerinde bulunan 298 hemşire ile empatiye bağlı suçluluk duygusunun tükenmişlik ve merhamet yorgunluğu (bakım hizmeti veren sağlık çalışanlarında hastalardan kaynaklı duygusal, ruhsal, fiziksel ve sosyal tükenmişlik hali) semptomlarını artabileceğini varsayan bir çalışma yapmışlardır. Araştırma sonuçları empatinin "perspektif alma" boyutu ile tükenmişlik arasında bir ilişki olduğunu fakat merhamet yorgunluğu ile bir ilişki olmadığını ortaya koymuştur. Bu sonuç, başkalarının düşüncelerini ve duygularını anlayabilme ve kendini onun yerine koyabilme yeteneğine sahip olmanın tükenmişlik için koruyucu olabileceğini ancak merhamet yorgunluğu bakımından önleyici olmadığını göstermiştir. Ayrıca, empatik ilgi ve endişe duyguları hem daha düşük tükenmişlik puanları ile hem de yüksek merhamet yorgunluğu puanları ile ilişkilendirilmiştir. Bu sonuçlar, belirli bir seviyenin ötesinde empatik duyguların ve başkalarının acılarına karşı duyarlılığın, daha önce literatürde önerildiği gibi,

merhamet yorgunluğunun gelişmesi için bir yatkınlık faktörü olabileceğini gösterebilir (Duarte ve Pinto-Gouveia, 2017).

Antinienė ve Kaklauskaitė (2018) Litvanya’da anestezi uzmanı ve cerrahlardan oluşan 185 doktor ile yaptıkları çalışmada empati ve tükenmişlik arasındaki ilişkiyi belirlemişlerdir. Çalışmada genç doktorların daha çok tükenmişliğe maruz kaldığını ortaya çıkarmış fakat empati ile tükenmişlik arasında bir ilişki bulunamamıştır. Raiziene ve Endriulaitiene’nin (2007) yine Litvanya’da yaptıkları başka bir çalışmada 158 hemşire ile empati, örgütsel bağlılık ve duygusal tükenme arasında ilişki araştırılmıştır. Yüksek empati seviyesine sahip hemşirelerin örgütsel bağlılık seviyeleri daha yüksek ve duygusal tükenmişlik seviyeleri daha düşük çıkmıştır. Bogiatzaki ve arkadaşları (2019) Yunanistan’da bir devlet hastanesinde 173 sağlık çalışanı ile yaptıkları çalışmada da empati seviyesinin duygusal tükenme ve duyarsızlaşma ile negatif, kişisel başarı boyutu ile ise pozitif yönlü bir ilişkiye sahip olduğunu tespit etmişlerdir.

Yukarıdaki çalışmaların yanı sıra yapılan araştırmalar, empatinin tükenmişliği önlediği kadar tükenmişliği yaratabileceğini de ortaya koymuştur. Pines ve arkadaşları (1981) çalışanların hastalar ile derin ilişkiler kurmasından dolayı yüksek empatinin tükenmişliğe sebep olabileceğini savunmuşlardır. Ayrıca çalışanların yaptıkları işlerden olumlu sonuç alamamaları nedeniyle düşük empatinin de yüksek tükenmişlik ile ilişkili olduğunu bildirmişlerdir (akt. Astrom vd., 1991: 74). Pedersen ve arkadaşları (2018) Danimarka’da 588 doktor ile yaptıkları çalışmada empatinin doktorların içgüdüsel duygularını kullanması ile ilişkisini araştırmışlardır. Empati puanları yüksek olan doktorların içgüdüsel duygularını kullanma oranı empati puanları düşük olan doktora göre dört kat daha fazla çıkmıştır. Fakat doktorların tükenmişlik düzeyleri ile ne içgüdüsel duygu kullanımları ne de empati arasında bir ilişki saptanamamıştır.

Empatinin tükenmişlik üzerinde etkisi olduğu kadar tükenmişlik unsurunun da empati üzerinde büyük ölçüde etkisi bulunmaktadır. Passalacqua (2010) Amerika’nın Arizona eyaletinde dahiliye alanında çalışan asistan doktorların yüksek tükenmişlik seviyelerinin hastalar ile empati kurmalarına engel olduğuna vurgu yapmıştır. Passalacqua ve Segrin (2012) güneybatı Amerika’da yine asistan doktorlar ile yaptıkları çalışmada bir vardiyadaki tükenmişlik hissini empati seviyeleri ile negatif bir ilişkisi olduğunu ortaya

koymuşlardır. Walocha ve arkadaşları (2013) Polonya'nın Krakow şehrinde 71 doktorun empati seviyesi ile duyarsızlaşma, duygusal tükenmişlik ve kişisel başarı eksikliği arasında orta derecede negatif yönlü bir ilişki olduğunu belirtmişlerdir.

Gleichgerrcht ve Decety (2013) 7584 kurul sertifikalı doktor ile empati, tükenmişlik, özgecil davranış ve duygusal farkındalık değişkenleri arasındaki ilişkiyi araştırmışlardır. Yüksek tükenmişlik seviyelerinin düşük empatik ilgi ve perspektif alma fakat dikkat çekici derecede yüksek kişisel rahatsızlık ile ilişkili olduğu saptanmıştır. Ayrıca Astrom ve arkadaşlarının (1991) İsveç'te yaşlılara bakım sunan 60 hemşire ile yaptıkları nicel çalışmada tükenmişlik puanı ne kadar düşükse, empatik yeteneğinin o kadar yüksek olduğunu vurgulamışlardır. Çalışmada empati düzeyleri yüksek olan çalışanlar, hastayla yakın temas içerisinde olmanın işin en önemli unsuru olduğunu düşünmektedir. Düşük empati düzeyine sahip çalışanlar ise hastanın iyileşmesinin ve meslektaşları ile ilişkilerinin iyi olmasının iş yerinde en önemli hususlardan olduğuna inanmaktadır.

### **2.26.2. Psikolojik Güçlendirme ile Tükenmişlik İlişkisi**

Türkiye ve yurt dışında sağlık çalışanlarının psikolojik güçlendirme ile tükenmişlik düzeylerinin birbirleri ile olan ilişkisini araştıran pek çok çalışma yapılmıştır. Literatürde psikolojik güçlendirme ile tükenmişlik arasındaki ilişkiyi inceleyen araştırmalarda büyük ölçüde aynı sonuca ulaşılmıştır. Kendini güçlendirilmiş hissedenen çalışanların diğerlerine göre kendilerini daha az tükenmiş hissettikleri tespit edilmiştir (O'Brien, 2010; Rawana, 2001).

Çavuş ve Demir (2010) 220 hemşire ile yaptıkları çalışmada hem psikolojik güçlendirme hem de yapısal güçlendirme ile tükenmişlik arasında negatif yönlü bir ilişki olduğunu tespit etmişlerdir. Ayrıca Türkiye'de yapılan başka bir çalışmada empatik eğilimin tükenmişliğin duygusal tükenme ve duyarsızlaşma boyutları ile negatif yönlü, kişisel başarı boyutu ile pozitif yönlü bir ilişkisi olduğu saptanmıştır (Köksal, 2009). Maslach'ın tükenmişlik ölçeği kullanılan çalışmalarda "kişisel başarı" boyutu "kişisel başarının azalması ve kişisel başarı noksanlığı" diye çevrildiği için yukarıdaki çalışmalarda olduğu gibi psikolojik güçlendirme boyutları ile kişisel başarı arasında pozitif değil negatif yönlü ilişki tespit edilmiştir.



Rawana (2001) 96 hemşire ile psikolojik güçlendirme ve cinsiyet rolünün tükenmişlik üzerindeki etkisini araştıran bir araştırma yapmıştır. Çalışmada, güçlendirme algılarının tükenmişlikle önemli ölçüde ilişkili olduğu ve güçlendirilmiş hisseden hemşirelerin tükenmişlik yaşama riskinin daha düşük olduğu belirtilmiştir. Lee ve arkadaşlarının (2003) Güney Kore’de 178 hemşire ile yaptıkları çalışmada yine psikolojik güçlendirme boyutlarının tükenmişliğin duyarsızlaşma ve duygusal tükenme boyutu ile negatif, kişisel başarı boyutu ile ise pozitif yönlü bir ilişkisi olduğu ortaya konmuştur. Başka bir çalışmada, Spence Laschinger ve arkadaşları (2003) boylamsal bir araştırma tasarımı seçerek 1998 ve 2001 yıllarında rastgele seçilmiş 192 hemşire ile psikolojik güçlendirmenin tükenmişlik üzerindeki uzun vadeli etkilerini test etmişlerdir. Bulgular, psikolojik güçlendirmenin üç yıl sonra duygusal tükenme üzerinde negatif bir etkisi olduğunu ortaya koymuştur.

Hochwalder ve Brucefors (2005) psikolojik güçlendirmenin anlam ve yeterlilik boyutunun tükenmişlik ile güçlü bir ilişkisi olduğunu tespit etmişlerdir. Başka bir ifadeyle işlerinde yetkinlik ve anlam duygusu geliştiren kişilerin tükenmişlik yaşama olasılığının daha düşük olduğunu göstermiştir. Hochwalder (2007) 1356 İsveçli hemşire ile psikososyal çalışma ortamı, psikolojik güçlendirme ve tükenmişlik arasındaki ilişkileri araştırmıştır. Çalışmanın ana amaçlarından biri de psikolojik güçlendirmenin tükenmişlik üzerindeki etkisini belirlemektir. Bulgular, psikolojik güçlendirme ve duygusal tükenmenin orta düzeyde ilişkili olduğunu ortaya koymuştur.

El Dahshan ve Dorgham (2013) Mısır’da 125 hemşire ile yaptıkları çalışmada psikolojik güçlendirme ile tükenmişliğin kişisel başarı boyutu ile pozitif yönlü, duygusal tükenme ve duyarsızlaşma boyutu ile negatif yönlü bir ilişki olduğunu tespit etmişlerdir. Aynı sonuç Endonezya’da 134 hemşire ile yapılan çalışma içinde geçerlidir (Nursalam vd., 2018). Boudrias ve arkadaşları (2012) Kanada da 401 sağlık çalışanı ile yaptıkları araştırmada sadece psikolojik güçlendirmenin anlam boyutu ile tükenmişliğin üç boyutu (duygusal tükenme, duyarsızlaşma, kişisel başarı) arasında bir ilişki tespit etmişlerdir.

Permarupan ve arkadaşlarının (2020) Malezya da 432 hemşire ile yaptıkları çalışmada yine psikolojik güçlendirme ile tükenmişlik arasında negatif yönlü bir ilişki

olduğu ve psikolojik güçlendirmenin tükenmişliği azalttığı tespit edilmiştir. Yukarıda belirtilen çalışmaların aksine Janighorban ve arkadaşları (2020) İran’da 282 ebe ile yaptıkları çalışmada personel güçlendirme ile tükenmişlik arasında bir ilişki bulamamışlardır. Sadece tükenmişliğin kişisel başarı boyutu ile personel güçlendirmenin anlam ve yeterlilik boyutu arasında pozitif bir ilişki olduğunu tespit etmiştir.

Literatür taramasının son bölümünde bağımsız değişen olan empati ile bağımlı değişken olan tükenmişlik arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalara odaklanılmıştır. Bu bağlamda bazı çalışmalar yüksek empatinin tükenmişlik yaşanmasına sebep olduğunu savunurken bazıları da empatinin tükenmişliği önlemede etkili bir unsur olduğu görüşüne sahiptir. Bu çalışmadaki diğer bağımsız değişken olan psikolojik güçlendirme algısı ile bağımlı değişken olan tükenmişlik arasındaki ilişkide birçok çalışmanın konusu olmuştur. Bu çalışmaların sonuçları psikolojik güçlendirmenin tükenmişlik üzerinde negatif yönlü bir ilişki olduğu yönündedir.

## ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

### ARAŞTIRMANIN METODOLOJİSİ

Bu bölümde araştırmanın genel çerçevesi çizilerek araştırmanın amacı, modeli ve hipotezlerine yer verilmiştir. Ayrıca verilerin hangi dönemde ve hangi yöntemler ile elde edildiğine dair bilgiler sunulmuştur. Son olarak araştırmanın evren ve örneklemini kimlerin oluşturduğu açıklanmıştır.

#### **3.1. Araştırmanın Amacı**

Sağlık hizmetleri insan hayatında vazgeçilmez bir unsur olmakla birlikte bu hizmetin sunucuları olan sağlık çalışanlarının işlerini daha etkin ve verimli bir şekilde yapabilmeleri, toplumun refahına olumlu katkı sağlamaktadır. Ancak sağlık sektörü, hasta memnuniyetini sağlamak ve verilen hizmetlerin kalitesini artırmak konusunda iyileştirilmesi gereken bir sektör olarak görülmektedir (Arya vd., 2010: 819).

Sağlık sektörüne insan kaynakları açısından bakıldığında, personel dağılımının illerde dengesiz olduğu ve kamu kaynaklarının yetersizliğinden dolayı sağlık çalışanlarının düşük ücretlendirildiği görülmektedir. Bu sorunların yanı sıra, sağlık çalışanları, personel sayısındaki yetersizlik nedeni ile aşırı iş yükü altında ezilmektedirler. Çalışan sayısının az olması, daha yoğun bir çalışma hayatına sahip olmaları, olumsuz çalışma şartları ve benzeri nedenler, sağlık çalışanlarının tükenmişlik yaşayan grupların en başında yer almasına neden olmaktadır (Kebapçı ve Akyolcu, 2011).

Emek-yoğun olan bu sektörde, sağlık çalışanlarını elde tutabilmek ve verimliliği artırmak için kurumlar çalışanlarına; kariyer yapabilme olanakları sağlama, yönetime katılma, alınan kararlara dâhil olarak fikirlerini beyan etme vb. imkânları sunmaları gerekmektedir (Spreitzer vd., 1997; Spence Laschinger vd., 2001; Spence Laschinger ve Havens, 1996; Schermuly vd., 2011; Sarmiento vd., 2004).

Bu bilgiler ışığında sağlık çalışanlarının güçlendirilmesi hem sağlık kurumları, hem de toplum açısından büyük önem arz etmektedir. Literatüre bakıldığında psikolojik güçlendirme ile tükenmişlik arasında bir ilişki olduğu göze çarpmaktadır. Beşyaprak (2012:

95) çalışanların kendilerini yetkili hissetmelerinin tükenmişlik seviyelerini düşürdüğünü, Çavuş ve Demir (2010) ise psikolojik güçlendirme ve tükenmişlik arasında negatif yönlü bir ilişki olduğu sonucuna varmıştır. Özetle psikolojik güçlendirme ile tükenmişlik arasındaki ilişkiyi inceleyen araştırmalar hem yurt içinde hem de yurt dışında büyük ölçüde aynı sonuca ulaşarak kendini güçlendirilmiş hisseden çalışanların diğerlerine göre kendilerini daha az tükenmiş hissettiğini ortaya koymuştur (Spence Laschinger vd., 2010; O'Brien, 2010; Rawana, 2001; El Dahshan ve Dorgham, 2013; Nursalam vd., 2018; Çavuş ve Demir, 2010; Köksal, 2009).

Sağlık sektöründeki güçlendirme etkisinin yanı sıra sağlık çalışanlarının empati kurabilme yeteneği de hasta ve çalışan arasındaki iletişimin oluşturulabilmesi açısından büyük önem arz etmektedir (Han ve Pappas, 2018: 89). Sağlık çalışanlarının empatik beceriler sergilemesi sonucunda, bu kişilerin işlerini tam anlamıyla yerine getirdikleri hissi yarattığı için kendilerini daha az tükenmiş hissetmektedirler. Dolayısıyla birçok araştırmacı, empati ile tükenmişlik arasında negatif yönlü bir ilişki olduğunu savunmaktadır (Halpern, 2003; Melnick ve Powsner, 2016; Williams, 1989; Wilkinson vd., 2017; Lamothe vd., 2014; Spreng vd., 2009; Thirioux vd., 2016). Bu bağlamda araştırmanın amacı; devlet, üniversite ve özel hastanelerdeki sağlık çalışanlarının empati düzeyleri ile psikolojik güçlendirme algıları ele alınarak bunların tükenmişlik üzerindeki etkisi ile yapısal güçlendirmenin bu ilişki üzerindeki düzenleyici etkisini tespit etmektir. Ayrıca değişkenlerin birbiriyle olan ilişkisinde katılımcıların yaş, cinsiyet ve meslek grupları açısından farklılık olup olmadığını araştırmak çalışmanın bir diğer amacını oluşturmaktadır. Elde edilen sonuçlar ile sağlık çalışanlarının kişisel motivasyonunun sağlanması ve verimliliğinin artırılması amaçlanmıştır.

Yukarıdaki bilgiler ışığında tezin araştırma soruları aşağıdaki şekildedir:

- Sağlık çalışanlarının empati düzeyleri ile psikolojik güçlendirme algılarının tükenmişlik üzerine bir etkisi var mıdır?
- Sağlık çalışanlarının empati düzeyleri ile psikolojik güçlendirme algılarının tükenmişlik üzerine etkisinde yapısal güçlendirmenin düzenleyici bir etkisi var mıdır?
- Cinsiyet değişkeni açısından çalışanların empati düzeylerinde, psikolojik güçlendirme algılarında, tükenmişlik düzeylerinde ve yapısal güçlendirme algılarında farklılıklar var mıdır?

- Yaş değişkeni açısından çalışanların empati düzeylerinde, psikolojik güçlendirme algılarında, tükenmişlik düzeylerinde ve yapısal güçlendirme algılarında farklılıklar var mıdır?
- Katılımcıların meslek grupları açısından empati düzeylerinde, psikolojik güçlendirme algılarında, tükenmişlik düzeylerinde ve yapısal güçlendirme algılarında farklılıklar var mıdır?

### 3.2. Araştırma Modeli ve Hipotezleri

Araştırma tasarımlarında genellikle keşfedici, tanımlayıcı ve sebep-sonuç modelleri üzerinde durulur. Bu araştırmanın tasarımı da tanımlayıcı araştırma modeline uygun olarak tasarlanmıştır. Tanımlayıcılar araştırmalar olarak modellerinde temel amaç, inceleme konusu olan olayı ile bu olayın değişkenlerini ve bu değişkenler arasındaki ilişkileri tanımlamak ve bu tanımlamalara dayanarak ileriye dönük tahminler yapabilmektir. Bu tür araştırmalarda amaç değişkenler arası ilişkileri saptamak ve anakütleye yönelik tanımlamaları gerçekleştirebilmektir (Altunışık vd., 2007: 61-62).

Çalışmanın birinci ve ikinci bölümlerinde yer alan empati, tükenmişlik, psikolojik ve yapısal güçlendirme boyutlarının kuramsal çerçevesi incelenmiştir. Bu bağlamda çoğu çalışmada empati düzeyi ve psikolojik güçlendirme algısı ile tükenmişlik arasında negatif yönlü bir ilişki olduğu görülmüştür (Doğan, 2013; Han ve Pappas, 2018; Hojat vd., 2015; Hojat vd., 2011; Dehghani vd., 2016; Khoshmehr vd., 2020; Sarmiento vd., 2004; O'Brien, 2010; Rawana, 2001). Yapısal güçlendirmenin tükenmişlik sendromu yaşama riskini azaltığı yapılan çalışmalarda ortaya konmuştur (Sarmiento vd., 2004; O'Brien, 2010; Çavuş ve Demir, 2010). Kişiler fırsata, bilgiye, desteğe ve kaynaklara erişim sağladıkları zaman yaptıkları işi yük olarak görmemektedirler (Spence Laschinger ve Havens, 1996). Ayrıca bu durumda kişilerin örgüte olan bağlılıkları artmakta (Wilson ve Spence Laschinger, 1994), yaptıkları işe karşı sorumluluk duyguları artmakta (Spence Laschinger vd., 1999) motivasyonu, üretkenliği ve işe katılım derecesi önemli ölçüde etkilenmektedir (O'Brien, 2010). Tüm bu unsurlar aynı zamanda tükenmişlik riskini de düşürmektedir (Çavuş ve Demir, 2010).

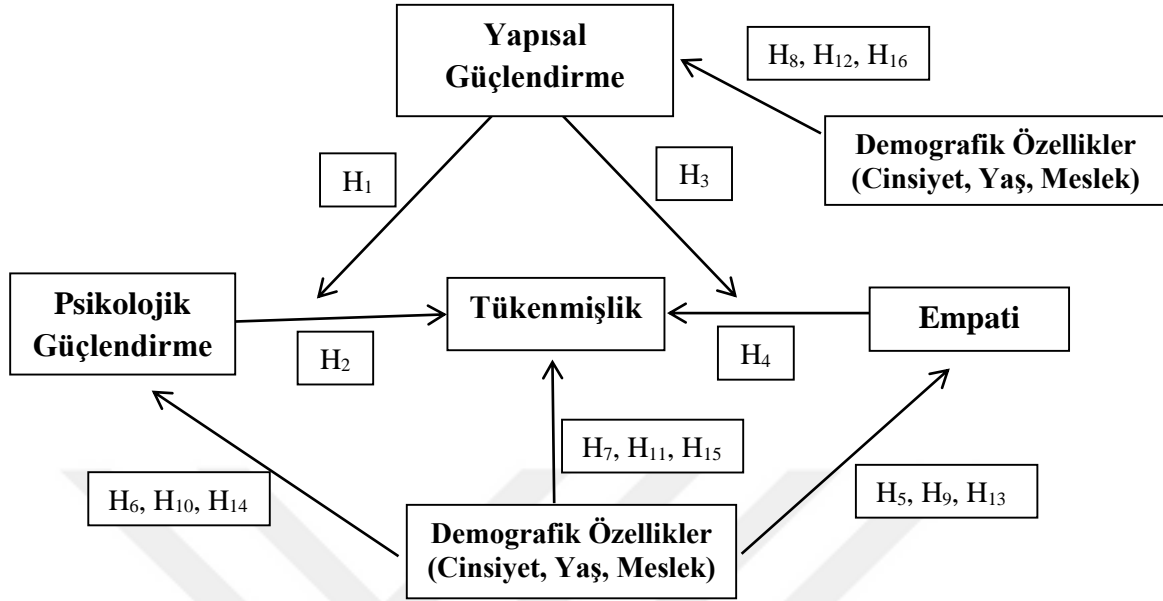
Yukarıda bahsedilen bu değişkenlerin (empati, psikolojik güçlendirme, tükenmişlik, yapısal güçlendirme) ayrı ayrı veya ikili kavramlar olarak ilişkisini ele alan çok sayıda çalışma bulunmaktadır. Fakat tüm bu değişkenlerin bir arada ele alındığı bir çalışmaya rastlanmamıştır. Ayrıca empati ile psikolojik güçlendirmenin tükenmişlik üzerindeki etkisinde yapısal güçlendirmenin düzenleyici bir etkisi olup olmadığı konusunda herhangi bir çalışmanın da yapılmadığı görülmüştür. Düzenleyici değişken bağımlı ve bağımsız değişken arasındaki ilişkinin gücünü ve yönünü etkileyen değişkendir (Karabey, 2020: 96). Yapılan literatür taramasından elde edilen sonuçlar yapısal güçlendirme algıları yüksek olan sağlık çalışanlarının psikolojik güçlendirme algısı arttıkça tükenmişlik düzeylerinin azalacağına işaret etmektedir. Ayrıca bu sonuçlara göre yapısal güçlendirme algıları yüksek olan sağlık çalışanlarının empati düzeyleri arttığında tükenmişlik düzeylerinin de düşeceği varsayılmaktadır.

Demografik özellikler bağlamında bakıldığında empati düzeyleri cinsiyet, yaş ve meslek grupları açısından farklılaşmaktadır (Cunico vd., 2012; Yiğitbaş vd., 2013; Ferri vd., 2015; Bogiatzaki vd., 2019; Van Honk vd., 2011; Wieck ve Kunzmann, 2015; Teke vd., 2010; Sevmen, 2007; Tiryaki Şen vd., 2012). Psikolojik güçlendirme algıları bakımından bakıldığında cinsiyet ve yaş değişkeni açısından farklılıklar bulunsa da (Kan Sönmez, 2020; Altındiş ve Özutku, 2011; Hochwälder ve Brucefors, 2005; Sparks, 2012; Spreitzer vd., 1997) meslek grupları ile ilgili bir çalışma bulunamamıştır. Tükenmişlik düzeyleri ise cinsiyet, yaş ve meslek grupları bağlamında farklılaşmaktadır (Maslach ve Jackson, 1981; Ergin, 1996; Sayıl vd., 1997; Serinkan ve Barutçu, 2020; Ayraller vd., 2011; Kılıç ve Aytemiz Seymen, 2011; Sağlık-Sen, 2012; Ulusoy vd., 2012; Helvacı ve Turhan, 2013; Karsavuran, 2014). Yapısal güçlendirme bağlamında ise cinsiyet ve yaş değişkeni açısından farklılıklar olsa da (San Türgay, 2006; Mansour vd., 2022) meslek grupları ile ilgili bir çalışma bulunamamıştır.

Bu bağlamda araştırmanın hipotezleri aşağıdaki şekilde kurulmuştur:

- **H<sub>1</sub>** Psikolojik Güçlendirme algısının Tükenmişlik üzerindeki etkisinde Yapısal güçlendirmenin düzenleyici etkisi vardır.
- **H<sub>2</sub>** Psikolojik Güçlendirme ile Tükenmişlik arasında negatif yönlü anlamlı bir ilişki vardır.
- **H<sub>3</sub>** Empati düzeyinin Tükenmişlik üzerindeki etkisinde Yapısal güçlendirmenin düzenleyici etkisi vardır.
- **H<sub>4</sub>** Empati düzeyi ile Tükenmişlik arasında negatif yönlü anlamlı bir ilişki vardır.
- **H<sub>5</sub>** Cinsiyet değişkeni açısından çalışanların empati düzeylerinde farklılıklar bulunmaktadır.
- **H<sub>6</sub>** Cinsiyet değişkeni açısından çalışanların psikolojik güçlendirme algılarında farklılıklar bulunmaktadır.
- **H<sub>7</sub>** Cinsiyet değişkeni açısından çalışanların tükenmişlik düzeylerinde farklılıklar bulunmaktadır.
- **H<sub>8</sub>** Cinsiyet değişkeni açısından çalışanların yapısal güçlendirme algılarında farklılıklar bulunmaktadır.
- **H<sub>9</sub>** Yaş değişkeni açısından çalışanların empati düzeylerinde farklılıklar bulunmaktadır.
- **H<sub>10</sub>** Yaş değişkeni açısından çalışanların psikolojik güçlendirme algılarında farklılıklar bulunmaktadır.
- **H<sub>11</sub>** Yaş değişkeni açısından çalışanların tükenmişlik düzeylerinde farklılıklar bulunmaktadır.
- **H<sub>12</sub>** Yaş değişkeni açısından çalışanların yapısal güçlendirme algılarında farklılıklar bulunmaktadır.
- **H<sub>13</sub>** Katılımcıların meslek grupları açısından empati düzeylerinde farklılıklar bulunmaktadır.
- **H<sub>14</sub>** Katılımcıların meslek grupları açısından psikolojik güçlendirme algılarında farklılıklar bulunmaktadır.
- **H<sub>15</sub>** Katılımcıların meslek grupları açısından tükenmişlik düzeylerinde farklılıklar bulunmaktadır.
- **H<sub>16</sub>** Katılımcıların meslek grupları açısından yapısal güçlendirme algılarında farklılıklar bulunmaktadır.

Araştırma kapsamında oluşturulmuş model aşağıda Şekil 6’da sunulmaktadır.



Şekil 6. Araştırma modeli

### 3.3. Veri Toplama Araçları

Araştırmadaki veriler, literatürden elde edilen ölçüm araçları (ölçekler) kullanılarak oluşturulmuş ve anketler aracılığıyla toplanmıştır. Anket toplamda beş bölümden oluşmaktadır (Ek 1). Birinci bölümde sağlık çalışanlarının empati düzeylerini değerlendirmek için Hojat ve arkadaşları (2001) tarafından geliştirilen “Jefferson Empati Ölçeği” kullanılmıştır. Ölçeğin Türkçe güvenilirlik ve geçerlilik çalışması Kutlu ve arkadaşları (2010) tarafından yapılarak Cronbach Alfa katsayısı 0,74 olarak belirlenmiştir. Ölçek “perspektif alma”, “şefkatle davranma” ve “kendini hastanın yerine koyma” olmak üzere toplam üç boyuttan oluşmaktadır. Jefferson Empati Ölçeği 20 ifadeden oluşup iki versiyonu bulunmaktadır. Bunlardan biri öğrenci (S-Version) diğer ise doktor ve diğer sağlık çalışanları (HP-Version) için geliştirilmiştir (Hojat vd., 2001). Bu çalışmada doktor ve sağlık çalışanları için olan versiyon kullanılmıştır. Anket soruları 1 - 5 arasında “1 = Kesinlikle katılmıyorum, 2 = Katılmıyorum, 3 = Ne Katılıyorum ne de katılmıyorum, 4 = Katılıyorum, 5 = Kesinlikle katılıyorum” şeklinde puanlanmaktadır.



Anketin ikinci bölümünde sağlık çalışanlarının psikolojik güçlendirme algıları dört boyut (anlam, yeterlilik, özerlik, etki) ve 12 ifadeden oluşan “Psikolojik Güçlendirme Ölçeği” ile değerlendirilmiştir. Spreitzer (1995) tarafından geliştirilen ve Sürgevil ve arkadaşları (2013) tarafından Türkçe’ye uyarlanan bu ölçeğin Cronbach Alfa değerleri ilgili boyutlar için belirlenmiştir. Bunlar sırayla; Etki boyutunun Cronbach Alfa değeri 0,89, Yeterlilik boyutunun Cronbach Alfa değeri 0,85, Anlamlılık boyutunun Cronbach Alfa değeri 0,84 ve Özerklik boyutunun Cronbach Alfa değeri ise 0,85’tir. Ölçek ifadelerinin cevaplandırılmasında 5’li likert ölçeği kullanılarak katılımcıların ifadelerine yönelik görüşlerini “1 = Kesinlikle katılmıyorum, 2 = Katılmıyorum, 3 = Ne Katılıyorum ne de katılmıyorum, 4 = Katılıyorum, 5 = Kesinlikle katılıyorum” olarak belirtmesi istenmiştir.

Anketin üçüncü bölümünde sağlık çalışanlarının tükenmişlik düzeyini değerlendirmek için Maslach ve Jackson (1981) tarafından geliştirilen fakat literatüre sadece Maslach ismi ile geçen “Maslach Tükenmişlik Ölçeği” kullanılmıştır. Bu ölçek “duygusal tükenme”, “duyarsızlaşma” ve “kişisel başarı” olmak üzere toplamda 3 boyut ve 22 maddeden oluşmaktadır. Sorular 5’li likert ölçeği kullanılarak, “1 = Hiçbir zaman, 2 = Çok az, 3 = Bazen, 4 = Çoğu zaman 5 = Her zaman” olarak puanlanmıştır. Ölçeğin Türkçeye uyarlama çalışması Ergin (1992) tarafından yapılarak söz konusu üç alt boyuta ilişkin Cronbach Alfa katsayıları belirlenmiştir. Duygusal tükenme boyutunun Cronbach Alfa değeri 0,83, Duyarsızlaşma boyutunun Cronbach Alfa değeri 0,65 ve Kişisel başarı boyutunun Cronbach Alfa değeri 0,72’dir.

Anketin dördüncü bölümünde sağlık çalışanlarının yapısal güçlendirme algısını ölçmek için Spence Laschinger ve arkadaşları (2001) tarafından Kanter’in Teorisi göz önünde bulundurularak geliştirilen “İşyeri Güçlendirme Ölçeği (Conditions of Work Effectiveness Questionnaire-II)” kullanılmıştır. Bu ölçek 19 madde ve altı boyuttan (fırsat, bilgi, destek, kaynak, resmi güç, gayri resmi güç) oluşarak “1” den “5”e değişen (1 = Hiç, 3 = Biraz, 5 = Çok) puanlamaların sonuçlarına dayanarak yorumlanmaktadır. Ayrıca yapı geçerliliği elde edilmesi için bu altı boyuta ilave iki maddeden oluşan toplam puana katılmayan “genel güçlendirme” alt ölçeği eklenmiştir (San Türgay, 2006). Ölçeğin güvenilirlik ve geçerlilik çalışmasına Spence Laschinger ve arkadaşları (2001) tarafından yapılmıştır. Ölçeğin Türkiye’deki geçerlilik ve güvenilirlik çalışması San Türgay (2006) tarafından yapılarak söz konusu alt boyutlara ilişkin Cronbach Alfa katsayıları

belirlenmiştir. Fırsat boyutunun Cronbach Alfa değeri 0,69, Bilgi boyutunun Cronbach Alfa değeri 0,85, Destek boyutunun Cronbach Alfa değeri 0,89, Kaynak boyutunun Cronbach Alfa değeri 0,80, Resmi güç boyutunun Cronbach Alfa değeri 0,80, Gayri resmi güç boyutunun Cronbach Alfa değeri 0,72'dir. Anketin son bölümünde yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, meslek, çalışma süresi ve çalışılan kuruma ait demografik sorular bulunmaktadır.

### 3.4. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Çanakkale merkezde bulunan İl Sağlık Müdürlüğüne bağlı devlet hastanelerinde, üniversite hastanesinde ve özel hastanelerde görevli olan sağlık çalışanları oluşturmaktadır. Araştırma için belirlenen bu üç hastanedeki toplan çalışan sayısı 3568 olarak belirlenmiştir (1782 devlet hastanesi, 1600 üniversite hastanesi, 186 özel hastane). Söz konusu verilere Çanakkale İl Sağlık Müdürlüğüne bağlı sağlık hizmetleri biriminden, üniversite hastanesindeki ilgili birimden ve Çanakkale Medical Park hastanesinin websitesinden ulaşılmıştır (<https://www.medicalpark.com.tr/canakkale-hastanesi/h-38>).

Araştırmada tesadüfi olmayan örnekleme yöntemlerinden kolayda örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Bu yöntem kolay yoldan yüksek bir örnek kütleyle ulaşmayı sağladığı için sık olarak kullanılmaktadır (Altunışık vd., 2007: 132). Bu bağlamda araştırmanın örneklemini Çanakkale merkezde bulunan ve bu çalışma kapsamında ulaşabildiğimiz devlet, üniversite ve özel hastanedeki görevli sağlık çalışanları oluşturmaktadır. Söz konusu kurumların çalışanlarından araştırmaya katılmak için gönüllü olan ve zaman ayıranlarla çalışılarak tüm sağlık çalışanlarına ulaşılmaya çalışılmıştır.

Anketlerin dağıtımı etik kurulu ve İl sağlık müdürlüğünden alınan izin (Ek 2) hemen sonrasında Haziran 2021 başlayarak Eylül 2021'e kadar devam etmiştir. Anketler hem "Microsoft Forms" üzerinden link oluşturularak hem de hastanelerde sağlık çalışanlarına dağıtılarak paylaşılmıştır. "Microsoft Forms" ile geri dönüşü sağlanan anket sonuçları, bu yapıya kaydedilerek ve oradan Excel dosyasına aktarılarak analizler yapılmıştır.

Araştırma kapsamına giren hastanelerde görev yapan toplam 565 kişiye anket ulaştırılmış olup (online ve yüz yüze) bunlardan 307 adet ankete geri dönüş sağlanmıştır. Anketin geri dönüş oranı % 54.3 olmuştur. Ayrıca yapılacak olan analizlerin doğru sonuçları verebilmesi için ulaşılmaması gereken örneklem sayısını belirlemek amacı ile G-Power programı ile güç analizi yapılmıştır. I. Tip hata miktarı 0,05, testin gücü 0,95 iken tükenmişlik, psikolojik güçlendirme, empati ve yapısal güçlendirme ile ilgili hipotezleri test etmek için gerekli örneklem genişliği 89 olarak belirlenmiş olup, çalışmadaki örneklem büyüklüğü bu örnek genişliğini karşılamada yeterli olmuştur (n=307).



## DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

### ARAŞTIRMA BULGULARI VE DEĞERLENDİRME

Araştırmanın bu bölümünde anket çalışmasında yer alan demografik bulgulara yer verilmiştir. Ayrıca anket çalışmasında kullanılan ölçeklerin güvenilirliğini test etmek amacıyla Cronbach Alfa katsayıları belirlenmiştir. Sonrasında ise faktör analizleri yapılmıştır. Araştırmanın hipotezlerini test etmek amacıyla, araştırma modelinde yer alan değişkenlerin birbiriyle olan ilişkisi, yapısal eşitlik modellemesi ile incelenmiştir. Son olarak bu bölümde demografik özellikler (cinsiyet, yaş, meslek grupları) empati, psikolojik güçlendirme, tükenmişlik ve yapısal güçlendirme bakımından farklılık olup olmadığı Mann Whitey U test ve Kruskal Wallis testi ile analiz edilmiştir.

#### 4.1. Demografik Bulgular

Araştırma kapsamında toplamda 307 kişiden veri toplanmıştır. Araştırmaya katılanlara ilişkin demografik veriler aşağıda Tablo 1'de verilmiştir. Katılımcıların % 60,9'u (n=187) kadın, % 39,1'i (n=120) erkektir. Yaş değişkeni açısından bakıldığında katılımcıların % 11,1'i (n=34) 18-25, % 30'u (n=92) 26-34, % 21,5'i (n=66) 35-44, % 19,9'u (n=61) 45-54, % 14,3'ü (n=44) 55-64 ve % 3,2'ü (n=10) 65 yaş ve üzeri oldukları görülmektedir. Ayrıca katılımcıların % 61,9'u (n=190) evli ve % 38,1'i (n=117) bekârdır. Eğitim düzeyine ilişkin değişkenler katılımcıların % 10,7'sinin (n=33) lise, % 80,1'inin (n=246) lisans ve % 9,2'sinin lisansüstü mezunu olduğunu göstermektedir.

Katılımcıların meslek gruplarına bakıldığında % 0,7'si (n=2) Yönetici/Sağlık/Yöneticisi/Müdür/Müdür Yardımcısı, % 35,5'i (n=109) Doktor/Uzman Doktor/Dış Doktoru, % 35,5'i (n=109) Hemşire, % 12,3'ü (n=38) Ebe, % 14'ü (n=43) Sağlık Memuru, % 1,3'ü (n=4) Sağlık Teknisyeni ve % 0,7'si diğer meslek grubunda yer aldığı görülmüştür. Katılımcıların iş yerindeki çalışma sürelerine ilişkin sonuçlar ise % 39,4'ünün (n=121) 1-5 yıl, % 25,4'ünün (n=78) 6-10 yıl, % 19,9'unun (n=61) 11-15 yıl, % 10,4'ünün (n=32) 16-20 yıl ve % 4,9'unun (n=15) 20 yıl ve üzeri görev yaptığını göstermektedir (Tablo 1).

Tablo 1. Demografik bulgular

		Sayı	Frekans (%)
<b>Cinsiyet</b>	Kadın	187	60,9
	Erkek	120	39,1
<b>Yaş</b>	18-25	34	11,1
	26-34	92	30,0
	35-44	66	21,5
	45-54	61	19,9
	55-64	44	14,3
	65+	10	3,2
<b>Medeni Durum</b>	Evli	190	61,9
	Bekâr	117	38,1
<b>Eğitim Düzeyi</b>	Lise	33	10,7
	Lisans	246	80,1
	Lisans üstü	28	9,2
<b>Meslek Grupları</b>	Yönetici / Sağlık Yöneticisi / Müdür / Müdür Yardımcısı	2	0,7
	Doktor / Uzman Doktor / Diş Doktoru	109	35,5
	Hemşire	109	35,5
	Ebe	38	12,3
	Sağlık Memuru	43	14,0
	Sağlık Teknisyeni	4	1,3
	Diğer	2	0,7
<b>İş Yerindeki Çalışma Süresi</b>	1-5 yıl	121	39,4
	6-10 yıl	78	25,4
	11-15 yıl	61	19,9
	16-20 yıl	32	10,4
	20 + yıl	15	4,9
<b>İş yaşamındaki toplam çalışma süresi</b>	1-5 yıl	59	19,2
	6-10 yıl	59	19,2
	11-15 yıl	55	18,0
	16-20 yıl	68	22,1
	20 + yıl	66	21,5
<b>Çalıştığı Kurum</b>	Devlet Hastanesi	96	31,3
	Üniversite Hastanesi	125	40,7
	Özel Hastane	86	28,0

Tablo 1'e bakıldığında katılımcıların iş yaşamındaki toplam çalışma sürelerine bakıldığında % 19,2'sinin (n=59) 1-5 yıl, % 19,2'sinin (n=59) 6-10 yıl, % 18'inin (n=55) 11-15 yıl, % 22,1'inin (n=68) 16-20 yıl ve % 21,5'inin (n=66) 20 yıl ve üzeri çalıştığı tespit edilmiştir. Son olarak katılımcıların % 28'i (n=86) devlet hastanesinde, % 40,7'si (n=125) üniversite hastanesinde ve % 31,3'ü (n=96) ise özel hastanede çalıştığı görülmektedir.

#### **4.2. Tanımlayıcı İstatistikler ve Normallik Testi Sonuçları**

Veri toplama aracında yer alan değişkenlere yönelik ortalama, standart sapma ve normallik testi sonucu aşağıdaki Tablo 2'de verilmiştir. Nümerik değişkenlerde normallik varsayımı Shapiro Wilk testi ile yapılmıştır. Tablo 2'de görüldüğü gibi ölçeklerin hiçbiri normal dağılım göstermemektedir ( $p < 0,05$ ). Bu durumda uygulanacak istatistiksel testler nonparametrik testler olacaktır. Tanımlayıcı istatistiklerde yer alan ortalamalar göz önüne alındığında katılımcıların empati, tükenmişlik ve yapısal güçlendirme seviyelerinin orta düzeyde, psikolojik güçlendirme algılarının ise düşük seviyelerde olduğu ortaya çıkmıştır.

Tablo 2. Tanımlayıcı istatistikler ve normallik testi sonuçları

Değişken ve Boyutlar	Ortalama	Std, Sapma	p*
<b>Empati Ölçeği</b>	3.37	1.110	<0,001
Kendini Hastanın Yerine Koyma	3.36	1.252	<0,001
Perspektif Alma	3.39	1.109	<0,001
Şefkatle Davranma	3.34	1.151	<0,001
<b>Psikolojik Güçlendirme Ölçeği</b>	3.81	0.474	<0,001
Anlam	4.33	0.574	<0,001
Etki	3.21	0.821	<0,001
Özerklik	3.24	0.827	<0,001
Yeterlilik	4.47	0.546	<0,001
<b>Tükenmişlik Ölçeği</b>	2.76	0.639	<0,001
Duyarsızlaşma	2.60	0.654	<0,001
Duygusal Tükenme	3.04	0.846	<0,001
Kişisel Başarı	2.55	0.563	<0,001
<b>Yapısal Güçlendirme Ölçeği</b>	2.77	0.898	<0,001
Fırsat	3.49	1.142	<0,001
Bilgi	2.74	1.113	<0,001
Destek	3.07	1.319	<0,001
Kaynak	2.49	1.196	<0,001
Resmi Güç	2.42	1.081	<0,001
Gayri Resmi Güç	2.72	1.131	<0,001
Genel Güçlendirme	3.33	1.058	<0,001

\*Shapiro Wilk testi

### 4.3. Güvenirlik Analizi

Ölçeklerin güvenirligi iç tutarlılık değerleri dikkate alınarak yapılmıştır. İç tutarlılığa dayalı güvenirlilik belirleme yöntemlerinden Cronbach Alfa yöntemi kullanılmıştır. Cronbach Alfa değerleri 0-1 arasında değer alabiliyorken 0,70 ve üstü durumlarda ölçeğin güvenilir olduğu kabul edilmektedir (Altunışık vd., 2007: 116). Bundan dolayı söz konusu araştırmada yapılan tüm analizlerde anlamlılık düzeyi 0,05 olarak belirlenmiştir.

Tablo 3'te görüldüğü gibi, psikolojik güçlendirme ölçeğini oluşturan ifadelere uygulanan güvenirlilik analizi sonucunda, Cronbach Alfa katsayısı empati ölçeği için 0,973, psikolojik güçlendirme ölçeği için 0,821, tükenmişlik ölçeği için 0,921 ve yapısal güçlendirme ölçeğinin Cronbach Alfa katsayısı 0,940 olarak hesaplanmıştır. Değerlerin 1'e yakın olması; araştırmada kullanılan ölçeklerin güvenirliliğinin yüksek olduğunu göstermektedir.

Tablo 3. Ölçeklerin güvenirliliğini gösteren cronbach –  $\alpha$  analizi sonuçları

	<b>Faktörler</b>	<b>Cronbach Alfa Katsayısı</b>	<b>p*</b>	<b>Ölçeğin Cronbach Alfa Katsayısı</b>	<b>p*</b>
<b>Empati Ölçeği</b>	Perspektif Alma	0,948	<0,001	0,973	<0,001
	Şefkatle davranma	0,932	<0,001		
	Kendini hastanın yerine koyma	0,831	<0,001		
<b>Psikolojik Güçlendirme Ölçeği</b>	Anlam	0,787	<0,001	0,821	<0,001
	Yeterlilik	0,804	<0,001		
	Özerklik	0,810	<0,001		
	Etki	0,876	<0,001		
<b>Tükenmişlik Ölçeği</b>	Duyusal Tükenme	0,902	<0,001	0,921	<0,001
	Duyarsızlaşma	0,693	<0,001		
	Kişisel Başarı	0,714	<0,001		
<b>Yapısal Güçlendirme Ölçeği</b>	Fırsat	0,809	<0,001	0,940	<0,001
	Bilgi	0,807	<0,001		
	Destek	0,892	<0,001		
	Kaynak	0,875	<0,001		
	Resmi Güç	0,863	<0,001		
	Gayri Resmi Güç	0,777	<0,001		
	Genel Güçlendirme	0,925	0,008		



## 4.4. Faktör Analizleri

### 4.4.1. Doğrulayıcı Faktör Analizi

Sağlık çalışanlarının empati düzeyleri ile psikolojik güçlendirme algılarının tükenmişlik üzerine etkisinde kullanılan ölçek için 4 faktörlü yapı incelenmiştir. Empati ölçeği 20 soru, psikolojik güçlendirme ölçeği 12 soru, yapısal güçlendirme ölçeği 21 soru ve tükenmişlik ölçeği 22 sorudan oluşmaktadır. Yapısal Eşitlik Modellemesinin ilk aşaması olan Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA) uygulanmıştır. DFA’da amaç, toplanan veri ile elde edilen modelin teorik modelle ne kadar uyum gösterip göstermediğinin test edilmesidir. Bu amaçla kullanılan birden fazla model uyum indeksi vardır. Analizlerde her bir indeks ayrı ayrı yorumlansa da standart bir tercih bulunmamaktadır (Çapık, 2014: 199).

Verinin dağılımdan örneklem büyüklüğüne kadar birçok faktör, hangi indeksin kullanılması gerektiğini değiştirebilir. Örneğin en çok kullanılan uyum iyiliği indeksi olan Ki kare uyum ölçüsü çok değişkenli normallik varsayımı altında örneklem hacmi arttıkça büyük değerler alarak gerçekçi olmayan sonuçlar verirken, normallik varsayımının olmadığı durumlarda ise örneklem hacminin büyümesinden çok fazla etkilenmemektedir (Doğan, 2013a). En çok kullanılan uyum iyiliği indeksleri ve kabul edilen değer aralıkları Tablo 4’te verilmiştir (Şimşek, 2007: 48).

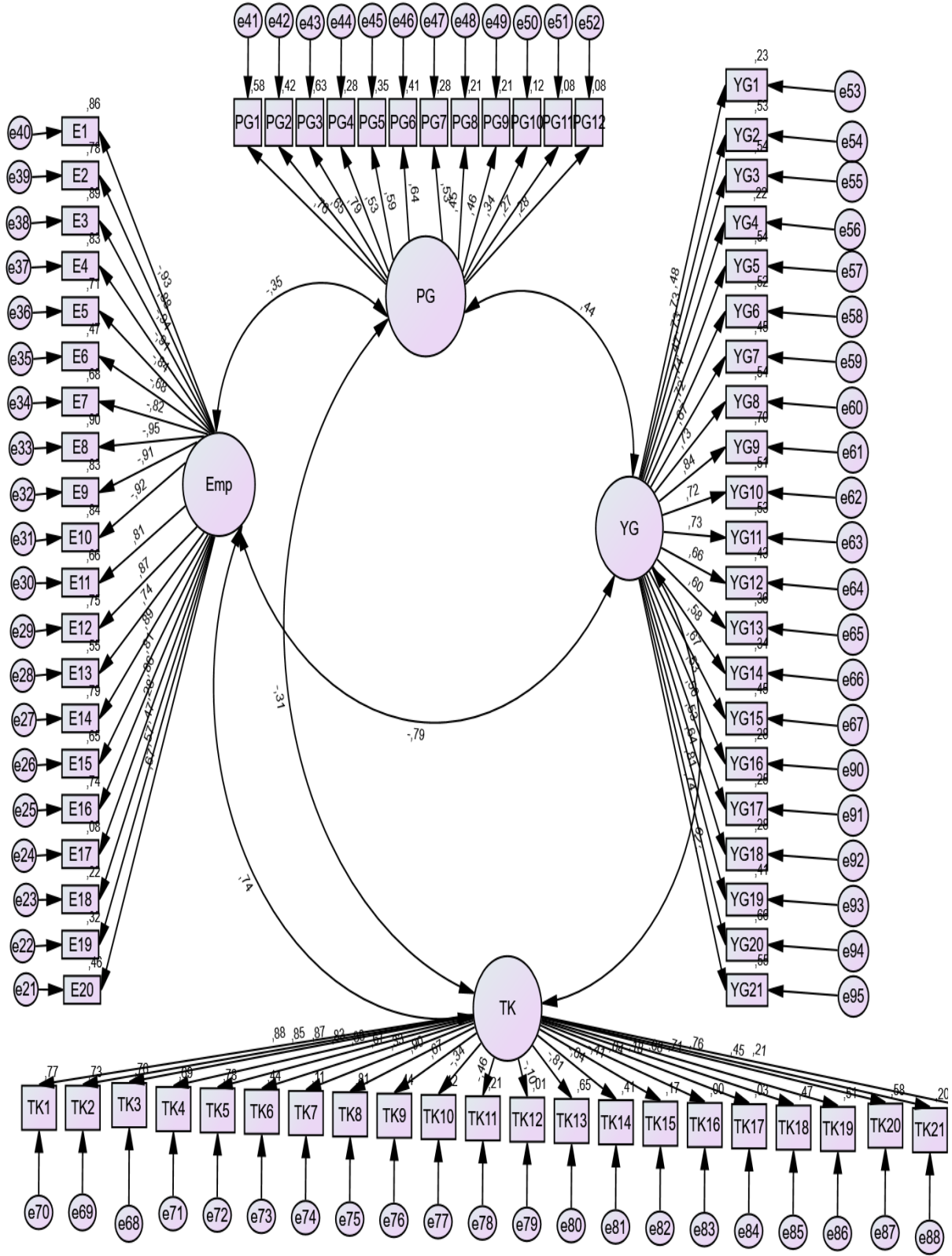
Tablo 4 ve Şekil 7’de görüldüğü gibi çalışma kapsamında uygulanan DFA sonuçlarına göre model uyum indeksleri (Goodnes of Fit Index) incelenmiş ve buna göre, CMIN/DF=6.084, AGFI=0.294, CFI=0.509 ve GFI=0.333, RMSEA=0.129 olarak bulunmuştur.

Tablo 4. Uyum iyiliği test sonuçları

İndeks	Çalışmada Elde Edilen Değer	Normal Değer	Kabul Edilebilir Değer
$\chi^2$	16391.080		
sd	2694		
$\chi^2/sd$	6.084	<2	<5
GFI	0.333	>0.95	>0.90
AGFI	0.294	>0.95	>0.90
CFI	0.509	>0.95	>0.90
RMSEA	0.129	<0.05	<0.08
RMR	0.151	<0.05	<0.08

Bütün uyum iyiliği indekslerinin istenen aralıkların dışında kalması modelin teoriyle uyum içerisinde olmadığını göstermektedir. Bu da düşük faktör yükleri (<0.6) olabileceğini veya değişkenler arasında bağ olabileceği ihtimalini düşündürmektedir. Bu amaçla düşük faktör yükü olan değişkenler (E18, E17, PG10, PG11, PG12, TK7, TK16, TK17, TK21, TK22) tespit edilmiş ve modelden çıkartılarak analiz yeniden yapılmıştır.

Model uyum indekslerinin hâlâ istenen aralıkta olmaması sebebiyle modifikasyon indekslerine (Modification Index) bakılarak ilişkili değişkenler belirlenmiş ve bu değişkenler arasında kovaryanslar çizilerek analiz tekrarlanmıştır. Son durumda elde edilen model uyum indeksleri; CMIN/DF=5.075, CFI=0.663 ve GFI=0.452, RMSEA=0.115 olarak bulunmuştur. Uyum indekslerinin hâlâ istenen değerler arasında olmaması sebebiyle düşük faktör yüklerini bulmaya devam edilebilir fakat çok fazla değişkenin modelden çıkarılması veya kovaryans etkisinin gösterilmesi modelin teorik yapısını bozabilir. Bu durumda, verinin toplanma araçlarına da göz atmak faydalı olacaktır.



Şekil 7. Doğrulayıcı faktör analizi sonucu

DFA için gerekli örneklem büyüklüğünün ne olması gerektiği hakkında çok sayıda çalışma yapılmıştır. Bazı çalışmalarda; örneklem büyüklüğünün 100'den büyük olması gerektiği (Anderson ve Gerbing, 1984), en az 100-200 kişi gerektiği (Boomsma, 1985), 200-400 arasında olması gerektiği (Jackson, 2001) normal dağılmayan sürekli değişkenler için örneklem büyüklüğünün 250'den büyük olması gerektiği (Hu ve Bentler, 1999) ifade edilmiştir. Yine bir başka çalışmada 300 kişilik örneklem büyüklüğünün “iyi”, 500 kişilik örneklem büyüklüğünün “çok iyi” ve 1000 kişilik örneklem büyüklüğünün ise “mükemmel” olduğu belirtilmektedir (Comrey ve Lee, 1992). Bazı araştırmacılar gerekli örneklem büyüklüğünü değişken sayısı ya da madde sayısı temelinde değerlendirmişlerdir. Her değişken için minimum 10 katılımcı veya değişken başına 50-100 katılımcı veya ölçekte yer alan her bir madde için 5-20 arasında değişen katılımcı tavsiye eden çalışmalar da vardır (Cohen ve Cohen, 1983).

Tüm bu şartlar altında, örneklem sayısının yeterli olmaması model uyum iyiliğinin yüksek çıkmamasında etkili olmuş olabileceği varsayılmaktadır. Bu durumda modelin, daha yüksek örneklem büyüklükleri kullanılarak tekrar edilmesi önerilmektedir. Modelde kullanılan tüm ölçeklerin Türkçe geçerlik güvenirlikleri yapılmış olduğu için (Kutlu vd., 2010; Sürgevil vd., 2013; Ergin, 1992; San Türgay, 2006) ve modelin teorik altyapısının bozulmaması adına YEM analizinde ölçeklerin tüm maddeleri modele dâhil edilmiştir.

#### **4.4.2. Açıklayıcı Faktör Analizi**

Doğrulayıcı faktör analizinde istenilen sonuca ulaşamadığı için araştırmada kullanılan ölçeklerin yapı geçerliliğini ortaya koymak için açıklayıcı faktör analizi yöntemi ve varimax tekniği uygulanmıştır. Tablo 5'te belirtildiği gibi, 20 ifadeye yapılan faktör analizi sonucunda empati ölçeği perspektif alma, şefkatle davranma, kendini hastanın yerine koyma olmak üzere üç boyutta toplanmıştır. Açıklanan toplam varyans % 83,42 olmuştur. Faktör analizi sonucunda empati ölçeğine ait tüm ifadelerin öngörülen boyutlarda yer aldığı görülmektedir. Ayrıca Tablo 6'da görüldüğü gibi faktör analizi sonucu elde edilen KMO (0.943) ve Barlett's testine göre ( $\chi^2=8603,684$ ,  $p<0.001$ ) toplanan veri setinin faktör analizine uygun olduğu belirlenmiştir.

Tablo 5. Empati ölçeği faktör analizi

<b>Empati Ölçeği</b>		<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
<b>Perspektif Alma</b>	Hastalar ile olan iletişimimde en önemli nokta, hasta ve yakınlarının duygularını anlamamdır.	0,857		
	Mizah anlayışına sahip olmanın, daha iyi bir klinik çıktıya katkısı olduğunu düşünüyorum.	0,856		
	Daha iyi tıbbi bakım sunabilmek için hastalarım gibi düşünmeye çalışırım.	0,835		
	Hekim olarak tedavi etmedeki yeteneğim, empati olmazsa sınırlı kalır.	0,828		
	Hekim – hasta ilişkisinde sözlü iletişim kadar hastanın beden dilini anlamamanın da önemli olduğunu düşünüyorum.	0,806		
	Hastalarımın neler hissettiklerini anlamam, uygulanacak tedaviyi güvenli bir şekilde kabul etmelerini sağlar.	0,742		
	Hastalarımın neler hissettiklerini anladığımda, onlar da kendilerini daha iyi hissederler.	0,571		
	Hastalarım ve yakınlarıyla çok fazla samimiyet kurarak bana yaklaşımlarına izin vermem.	0,554		
	Hastalarım ile görüşürken, öykülerini alırken duygularına dikkat etmemeye çalışırım.	0,510		
	Hastaların fiziksel şikâyetlerini anlamak için, günlük yaşamlarında neler olduğunu sorgulamak önemsiz bir faktördür.	0,080		
<b>Şefkatle davranma</b>	Tıbbi olmayan literatürleri okumaktan ve sanatla ilgilenmekten hoşlanmam.		0,847	
	Olaylara hastanın bakış açısından bakmak benim için zordur.		0,743	
	Hastalarımın kişisel deneyimlerini dikkate almamın tedavinin etkinliği ile ilgisi yoktur.		0,397	
	Hastalarım ve yakınlarının ne hissettiklerini anlamamanın, tıbbi tedavi ile ilgisi olduğuna inanmıyorum.		0,387	
	Hastalarım ile tıbbi tedavi uygularken, kendimi onların yerine koymaya çalışırım.		0,294	
	Tıbbi tedavide empatinin, önemli bir tedavi edici faktör olduğuna inanırım.		0,270	
	Hastalar ancak tıbbi tedavi ile iyileştirilebilirler, dolayısıyla onlarla duygusal bir yakınlık içerisinde girmenin yeri yoktur.		0,256	
	Tıbbi hastalıkların tedavisinde duygunun yeri olmadığına inanırım.		0,143	
<b>Kendini hastanın yerine koyma</b>	İnsanlar birbirinden farklı olduğu için, hastalarımın bakış açısından olaylara bakmak benim için hemen hemen mümkün değildir.			0,719
	Hastalarımın beden diline dikkat ederek zihinlerinden neler geçirdiklerini anlamaya çalışırım.			0,517
<b>Toplam Varyans %</b>		<b>66,95</b>	<b>9,86</b>	<b>6,61</b>
<b>Açıklanan Toplam Varyans %</b>		<b>83,42</b>		

Tablo 5'te görüldüğü gibi ifadelere ilişkin faktör yükleri 0,080 ile 0,857 arasında değişmektedir. Bazı faktör yüklerinin 0,5'in altına çıkmasına rağmen empati ölçeğinin geçerliliği ispat edildiği için (Kutlu vd., 2010) soru çıkartılmamıştır. Negatif maddelerin (19, 17, 16, 14, 12, 11, 18, 15, 13, 20) ters çevrilmiş ve ölçek puanı maddelerin toplanmasıyla elde edilmiştir. Bu bağlamda ölçek puanı arttıkça empati düzeyi de artmaktadır (min: 20 - maks: 100).

Tablo 6. KMO ve Bartlett's Testi (Empati Ölçeği)

Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy		,943
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square	8603,684
	df	190
	Sig.	,000

Tablo 7 ve Tablo 7.1'de görüldüğü gibi, psikolojik güçlendirme ölçeğine ait 12 ifadeye yapılan faktör analizi sonucunda ölçek; anlam, etki, özerklik ve yeterlilik olmak üzere dört boyutta toplanmıştır. Açıklanan toplam varyans % 77,77'dir. Faktör analizi sonucunda psikolojik güçlendirme ölçeğine ait tüm ifadelerin öngörülen boyutlarda yer aldığı görülmektedir. İfadelere ilişkin faktör yüklerinin 0,508 ile 0,886 arasında değiştiği tespit edilmiştir.

Tablo 7. Psikolojik güçlendirme ölçeği faktör analizi

Psikolojik Güçlendirme Ölçeği		1	2	3	4
Anlam	Çalıştığım bölümde gerçekleşen olaylar üzerinde etkim büyüktür.	0,885			
	Çalıştığım bölümde gerçekleşen olaylar üzerinde sözüm geçer.	0,864			
	Çalıştığım bölümde gerçekleşen olaylar üzerinde kontrol sahibiyim.	0,864			
Etki	İşim için gerekli olan becerilerimi geliştirdim.		0,886		
	İşimle ilgili faaliyetleri yerine getirecek kapasiteye sahip olduğumdan eminim.		0,864		
	İşimi yapmak için yeteneklerime güveniyorum.		0,651		

Tablo 7.1. Psikolojik güçlendirme ölçeği faktör analizi'nin devamı

Psikolojik Güçlendirme Ölçeği		1	2	3	4
Özerklik	İşimi nasıl yapacağımı belirlemede önemli ölçüde özerkliğe sahibim.			0,861	
	İşimi bağımsız ve özgür yapabilmek için önemli fırsatlara sahibim.			0,819	
	İşimi nasıl yapacağıma kendim karar verebilirim.			0,769	
Yeterlilik	Yaptığım iş benim için anlamlıdır.				0,875
	Yaptığım iş benim için çok önemlidir.				0,804
	İşimi yerine getirirken yaptığım faaliyetler bana anlamlı gelmektedir				0,508
<b>Toplam Varyans %</b>		<b>35,87</b>	<b>21,06</b>	<b>13,45</b>	<b>7,39</b>
<b>Açıklanan Toplam Varyans %</b>		<b>77,77</b>			

Tablo 8'de görüldüğü gibi faktör analizi sonucu elde edilen KMO (0,748) ve Barlett's testine göre ( $\chi^2=1550,543, p<0.001$ ) toplanan veri setinin faktör analizine uygun olduğu belirlenmiştir.

Tablo 8. KMO ve Bartlett's Testi (Psikolojik Güçlendirme Ölçeği)

Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		,748
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square	1550,543
	df	66
	Sig.	,000

Tablo 9'da 22 ifadeye yapılan faktör analizi sonucunda tükenmişlik ölçeği duyarsızlaşma, duygusal tükenme ve kişisel başarı olmak üzere üç boyutta toplanmıştır. Açıklanan toplam varyans % 65,14 olmuştur.

Tablo 9. Tükenmişlik ölçeği faktör analizi

<b>Tükenmişlik Ölçeği</b>		<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
<b>Duyarsızlaşma</b>	Hizmet verdiğim kişilerin, bazı sorunları yüzünden, beni suçladıklarını hissediyorum.	0,785		
	İşimden dolayı tükendiğimi hissediyorum.	0,774		
	Hizmet verdiğim kişilerin sorunlarını çok etkili bir şekilde ele alıyorum.	0,621		
	Hizmet verdiğim kişilerin, olaylarla ilgili neler hissettiğini çok kolay anlayabiliyorum.	0,426		
	Hizmet verdiğim kişilerle yakından ilgilendikten sonra kendimi canlanmış hissedirim.	0,325		
<b>Duygusal Tükenme</b>	Kendimi çok enerjik hissediyorum.		0,852	
	İşimden soğuduğumu hissediyorum.		0,831	
	Hizmet verdiğim kişilerle birlikte, kolaylıkla rahat bir ortam oluşturabiliyorum.		0,818	
	İş günü sonunda kendimi tükenmiş hissediyorum.		0,809	
	Sabah kalkıp, yeni bir iş gününe başlamak zorunda olduğum zaman, yorgunluk hissediyorum.		0,806	
	Sabrımın tükendiğini hissediyorum.		0,737	
	İşimin beni kısıtladığını düşünüyorum.		0,687	
	Bu işin, beni duygusal olarak körelttiğinden endişe ediyorum.		0,564	
	İşimde birçok önemli şey yaptım.		0,146	
<b>Kişisel Başarı</b>	Gün boyu insanlarla birlikte çalışmak, beni gerçekten geriyor.			0,810
	İşimde, duygusal sorunlara soğukkanlılıkla yaklaşırım.			0,730
	İnsanlarla doğrudan birlikte çalışmak bende çok fazla stres yaratıyor.			0,458
	Bu işe girdiğimden beri, insanlara karşı daha duyarsız oldum.			0,455
	Hizmet verdiğim bazı kişilere karşı soğuk ve ilgisiz davrandığımı hissediyorum.			0,434
	İş yerinde çok yoğun çalıştığımı düşünüyorum.			0,324
	Yaptığım iş ile başkalarının hayatını olumlu etkilediğimi düşünüyorum.			0,232
	Hizmet verdiğim bazı kişilere ne olup ne olmadığı beni gerçekten ilgilendirmiyor.			0,121
<b>Toplam Varyans %</b>		<b>42,67</b>	<b>12,83</b>	<b>9,64</b>
<b>Açıklanan Toplam Varyans %</b>		<b>65,14</b>		



Tablo 9’da görüldüğü gibi faktör analizi sonucunda tükenmişlik ölçeğine ait tüm ifadeler öngörülen boyutlarda yer almaktadır. İfadelere ilişkin faktör yüklerinin 0,121 ile 0,852 arasında değiştiği tespit edilmiştir. Bazı faktör yüklerinin 0,5’in altına çıkmasına rağmen tükenmişlik ölçeğinin geçerliliği ispat edildiği için (Ergin, 1992) soru çıkartılmamıştır. Ölçekteki faktörlerin puanları hesaplanırken maddelerin ortalaması alınarak faktör puanları elde edilmiştir. Tükenmişlik puanı arttıkça, tükenmişlik düzeyi de artacağı için, tersine puanlanan ifadeler; 10, 11, 15, 13, 14, 16, 12 ve 17’dir. Ayrıca Tablo 10’da görüldüğü gibi faktör analizi sonucu elde edilen KMO (0,887) ve Bartlett’s testine göre ( $\chi^2=5127,536$ ,  $p<0.001$ ) toplanan veri setinin faktör analizine uygun olduğu belirlenmiştir.

Tablo 10. KMO ve Bartlett's Testi (Tükenmişlik Ölçeği)

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

Tablo 11 ve tablo 11.1’de belirtildiği gibi, yapısal güçlendirme ölçeğine ait 21 ifadeye yapılan faktör analizi sonucunda ölçek; fırsat, bilgi, destek, kaynak, resmi güç, gayri resmi güç ve genel güçlendirme olmak üzere yedi boyutta toplanmıştır. Açıklanan toplam varyans % 81,45 olarak saptanmıştır. Faktör analizi sonucunda yapısal güçlendirme ölçeğine ait tüm ifadelerin öngörülen boyutlarda yer aldığı görülmektedir. İfadelere ilişkin faktör yüklerinin 0,249 ile 0,873 arasında değiştiği tespit edilmiştir. Bir faktör yükünün (0,249) 0,5’in altına çıkmasına rağmen yapısal güçlendirme ölçeğinin geçerliliği ispat edildiği için (San Türgay, 2006) soru çıkartılmamıştır.

Tablo 11. Yapısal güçlendirme ölçeği faktör analizi

Yapısal Güçlendirme Ölçeği		1	2	3	4	5	6	7
<b>Fırsat</b>	İşte yeni bilgi ve beceri edinme olasılığı	0,742						
	Zorlayıcı/Öğretici iş	0,722						
	Tüm bilgi ve becerilerinizi kullandığınız görevler	0,700						
<b>Bilgi</b>	Üst yönetimin hedefleri		0,839					
	Üst yönetimin değerleri		0,821					
	Hastanenin şimdiki durumu		0,433					
<b>Destek</b>	Geliştirebileceğiniz şeyler hakkında spesifik yorumlar			0,833				
	İyi yaptığınız şeyler hakkında spesifik bilgi			0,797				
	Yardımcı ipuçları ve problem çözücü tavsiyeler			0,651				
<b>Kaynak</b>	İş gereklerini yerine getirmek için yeterli zaman				0,697			
	Gerekli dokümantasyon çalışmasını yapmak için yeterli zaman				0,653			
	Gerektiğinde geçici yardım sağlama				0,624			
<b>Resmi Güç</b>	İşte yenilik/buluş karşılığı ödüller					0,784		
	İşimde esneklik miktarı					0,758		
	Kurum içerisinde iş ile ilgili aktivitelerimin görülebilirlik miktarı					0,593		

Tablo 11.1 Yapısal güçlendirme ölçeği faktör analizi'nin devamı

Yapısal Güçlendirme Ölçeği		1	2	3	4	5	6	7
<b>Gayri Resmi Güç</b>	Problemler ile ilgili yardımcı olmanız için meslektaşlar tarafından aranılmak						0,873	
	Problemler ile ilgili yardımcı olmanız için yöneticiler tarafından aranılmak						0,831	
	Hekimler dışındaki diğer profesyonellerden görüşlerini alma (Fizyoterapist, Diyetisyen v,b)						0,691	
	Hasta bakımı konusunda hekimler ile işbirliği						0,249	
<b>Genel Güçlendirme</b>	Genelde, işyerimi güç sağlayıcı bir çevre olarak görürüm							0,753
	Genelde, şimdiki iş çevrem işimi etkin bir şekilde yapma gücünü bana verir							0,692
<b>Toplam Varyans %</b>		<b>46,89</b>	<b>8,39</b>	<b>7,31</b>	<b>6,49</b>	<b>4,48</b>	<b>4,07</b>	<b>3,82</b>
<b>Açıklanan Toplam Varyans %</b>		<b>81,45</b>						

Tablo 12’de görüldüğü gibi faktör analizi sonucu elde edilen KMO (0,887) ve Barlett’s testine göre ( $\chi^2=5127,536$ ,  $p<0.001$ ) toplanan veri setinin faktör analizine uygun olduğu belirlenmiştir.

Tablo 12. KMO ve Bartlett's Testi (Yapısal Güçlendirme Ölçeği)

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

#### 4.5. Yapısal Eşitlik Modellemesi

Yapısal eşitlik modeli (YEM) gözlenen (observed) ve gizli (latent) değişkenleri beraber ele alarak aralarındaki nedensel ilişkiyi test eden çok değişkenli bir istatistik yöntemidir. Bu yöntemde dolaylı ve doğrudan etkiler birlikte ele alınarak teorik modelin toplanan veri ile desteklenip desteklenmediği belirlenmektedir. YEM analizinin en büyük avantajı geleneksel regresyon analizine göre ölçüm hatalarını dikkate alarak daha doğru sonular vermesidir (Şen ve Yılmaz, 2013).

Çalışmada oluşturulmuş olan modeldeki hipotezleri test etmek amacıyla yol analizi kullanılmıştır. Analiz sonucu elde edilen regresyon yükleri Tablo 13'te ve modele ait path (yol) diyagramları Şekil 10 ve Şekil 11'de gösterilmiştir. Ayrıca yapısal eşitlik modellemesi analizi kapsamında, düzenleyici etki modeli oluşturulmuştur. İstatistiksel anlamlılık düzeyi  $p < 0.05$  olarak kabul edilmiştir.

Tablo 13'te görüldüğü gibi analiz sonuçlarına göre psikolojik güçlendirmenin tükenmişlik üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisinin olmadığı tespit edilmiştir ( $p > 0.05$ ). Empatinin tükenmişlik üzerinde negatif ve anlamlı bir etkisi olduğu belirlenmiştir ( $\beta = -0.329$ ,  $p < 0.001$ ). Psikolojik güçlendirme ve yapısal güçlendirme etkileşiminin tükenmişlik üzerinde pozitif ve anlamlı bir etkisi tespit edilmiştir ( $\beta = 0.080$ ,  $p = 0.004$ ). Yani, sağlık çalışanlarının psikolojik güçlendirme algılarının tükenmişlik üzerine etkisinde yapısal güçlendirmenin düzenleyici bir etkisi olduğu bulunmuştur. Ayrıca empati ve yapısal güçlendirme etkileşiminin tükenmişlik üzerinde anlamlı ve negatif bir etkisi tespit edilmiştir ( $\beta = -0.269$ ,  $p < 0.001$ ). Yine empati düzeyinin tükenmişlik üzerine etkisinde yapısal güçlendirmenin düzenleyici bir etkisi olduğu belirlenmiştir. Modele ait path diyagramları Şekil 10 ve Şekil 11'de gösterilmiştir.

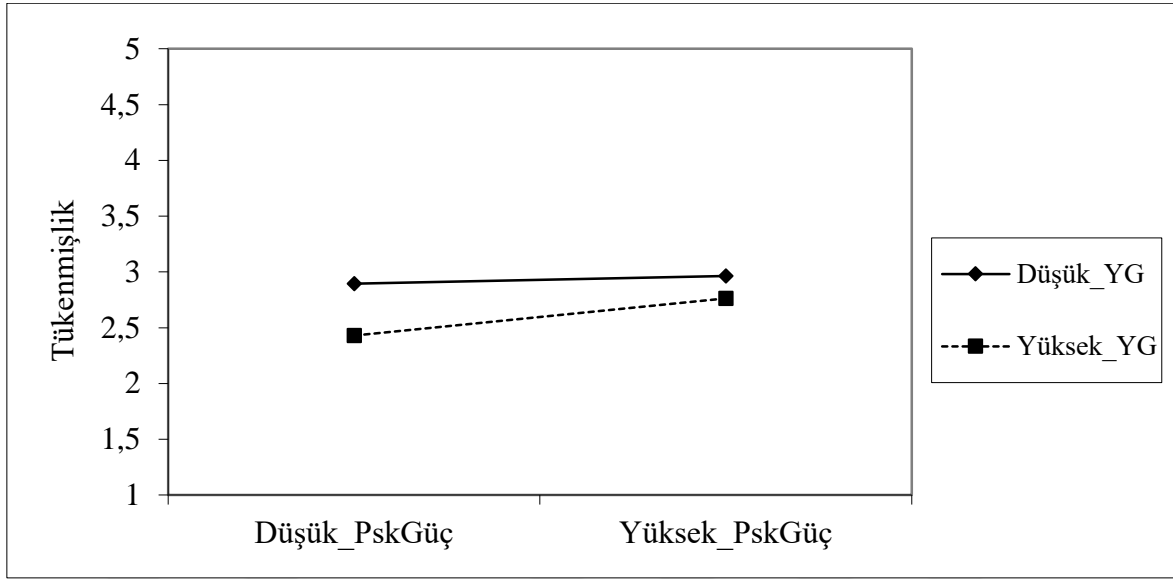
Tablo 13. Modele ait regresyon katsayıları

Hipotezler		Değişken ve Etkileşimler	$\beta$	SH	p	$\beta'$
<b>H<sub>1</sub></b>	Psikolojik Güçlendirme algısının Tükenmişlik üzerindeki etkisinde Yapısal güçlendirmenin düzenleyici etkisi vardır.	Tüken ← PG*YG	0.080	0.021	<0.001	0.133
<b>H<sub>2</sub></b>	Psikolojik Güçlendirme ile Tükenmişlik arasında negatif yönlü anlamlı bir ilişki vardır.	Tüken ← Psikolojik Güçlendirme	0.022	0.025	0.383	0.034
<b>H<sub>3</sub></b>	Empati düzeyinin Tükenmişlik üzerindeki etkisinde Yapısal güçlendirmenin düzenleyici etkisi vardır.	Tüken ← E*YG	-0.269	0.036	<0.001	-0.286
<b>H<sub>4</sub></b>	Empati düzeyi ile Tükenmişlik arasında negatif yönlü anlamlı bir ilişki vardır.	Tüken ← Empati	-0.329	0.036	<0.001	-0.514

$\beta$ : Standardize edilmemiş katsayılar  $\beta'$ : Standardize edilmiş katsayılar

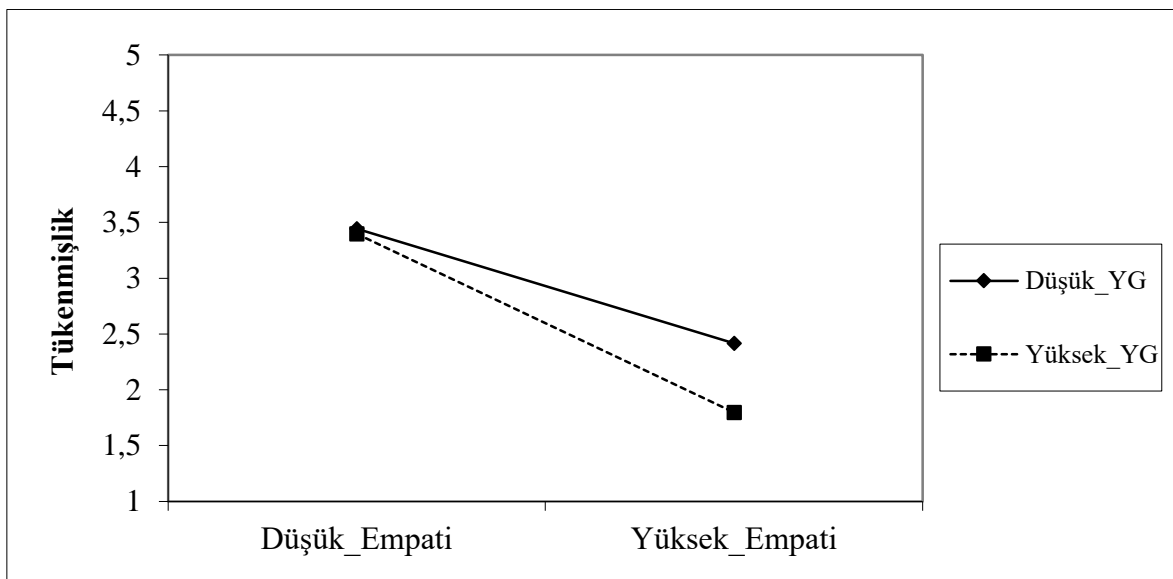
Oluşturulan model, doymuş (saturated model) olduğu için model uyum indeksleri verilmemiştir. Çünkü doymuş modelde serbestlik derecesi (df=0) sıfır (0) elde edilir ve bu da model uyum indekslerinin hesaplanamaması demektir. Doymuş bir modelin mutlaka mevcut bir veri setine iyi uyum göstermesi gerekmez ve bu nedenle genel olarak “mükemmel uyum” olarak kabul edilemez (Raykov vd., 2013).

Yapısal eşitlik modelinden elde edilen modele göre, H<sub>1</sub> hipotezinin aksine psikolojik güçlendirmeyle tükenmişlik arasında pozitif bir ilişki olduğu Şekil 8’de görülmektedir. Buna göre, psikolojik güçlülük seviyesinin tükenmişlik üzerindeki etkisi, yapısal güçlendirme seviyesine bağlı olarak değişkenlik göstermektedir.

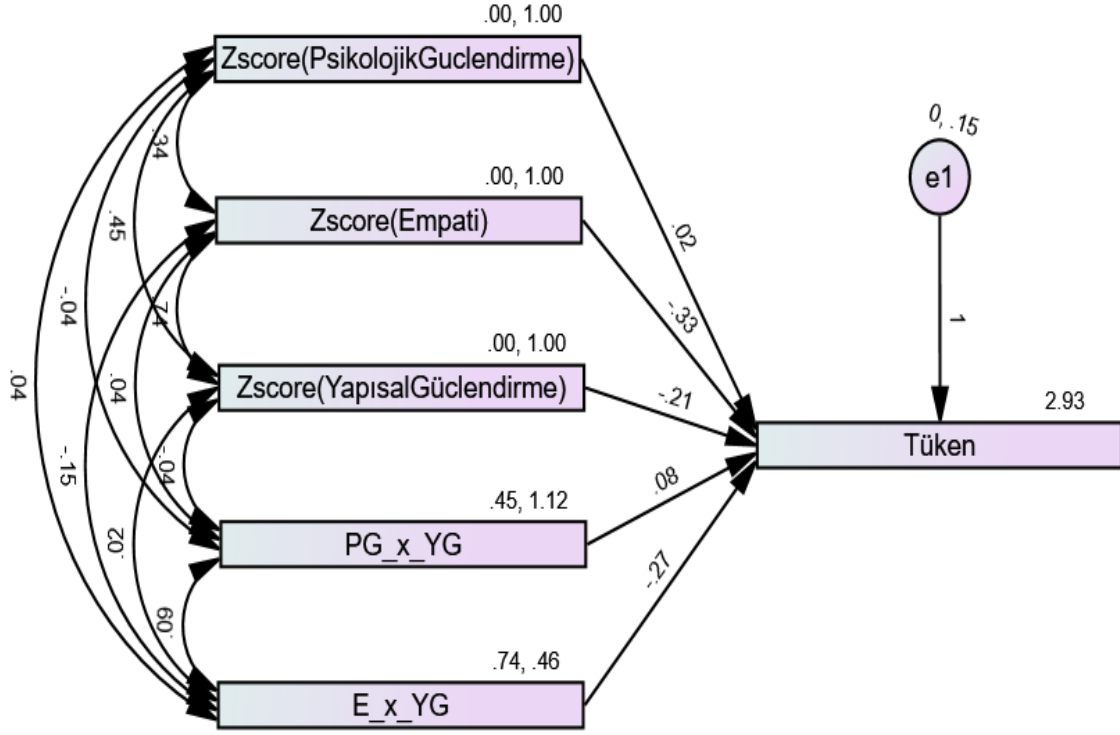


**Şekil 8.** Psikolojik güçlendirme algısının tükenmişlik üzerindeki etkisinde yapısal güçlendirmenin düzenleyici etkisi

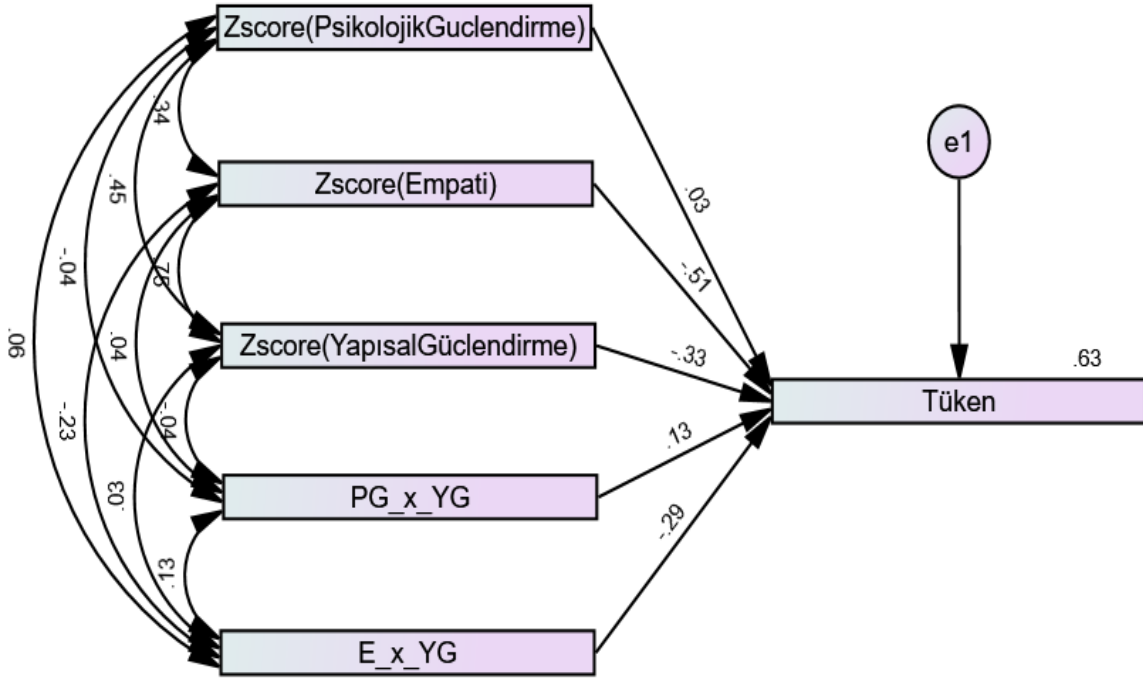
Şekil 9'a bakıldığında, empati ve tükenmişlik arasında negatif ilişki olduğu gözlenmektedir. Bunun yanında, empati ve yapısal güçlendirme etkileşiminin tükenmişlik üzerinde negatif bir etkisi olduğu bulunmuştur. Sağlık çalışanlarında empati düzeyi arttıkça, yüksek yapısal güçlülük düzeyi yüksek olan çalışanların tükenmişlik seviyesinin daha az olduğu gözlenmektedir.



**Şekil 9.** Empati düzeyinin tükenmişlik üzerindeki etkisinde yapısal güçlendirmenin düzenleyici etkisi



Şekil 10. En son elde edilen model (standardize edilmemiş regresyon katsayıları)



Şekil 11. En son elde edilen model (standardize edilmiş regresyon katsayıları)

Yukarıda yapılan analizler sonucunda psikolojik güçlendirme algısının tükenmişlik üzerindeki etkisinde yapısal güçlendirmenin düzenleyici etkisi vardır şeklindeki hipotez (H<sub>1</sub>) ile empati düzeyinin tükenmişlik üzerindeki etkisinde yapısal güçlendirmenin düzenleyici etkisi vardır şeklindeki hipotez (H<sub>3</sub>) desteklenmiştir. Yanı sıra empati düzeyi ile tükenmişlik arasında negatif yönlü anlamlı bir ilişkiye sahip olduğunu ifade eden hipotez (H<sub>4</sub>) kabul edilmiştir. Fakat psikolojik güçlendirme ile tükenmişlik arasında negatif yönlü anlamlı bir ilişki vardır şeklinde ifade edilen hipotez (H<sub>2</sub>) yapılan analiz sonucunda red edilmiştir.

#### **4.6. Demografik Özelliklere İlişkin Hipotez Testleri**

Bu çalışmada sağlık çalışanlarının empati ile psikolojik güçlendirme algılarının tükenmişlik üzerindeki etkisinde ile bu etkide yapısal güçlendirmenin düzenleyici etkisi olup olmadığı yol analizi ile araştırılmıştır. Bunun yanında çalışmada sağlık çalışanlarının empati düzeyleri, psikolojik güçlendirme algıları, tükenmişlik düzeyleri ve yapısal güçlendirme algılarının demografik özelliklere bağlı olarak farklılaşp farklılaşmadağı da araştırılmıştır. Bu araştırmada demografik değişkenler olarak; cinsiyet, yaş ve meslek grupları kullanılmıştır.

##### **4.6.1. Cinsiyet Değişkenine İlişkin Bulgular**

Kadın ve erkeklerin, empati, psikolojik güçlendirme, yapısal güçlendirme ve tükenmişlik ölçeklerine ilişkin toplam puanları açısından yapılan karşılaştırmada Mann Whitney U testi kullanılmıştır.

Tablo 14'te görüldüğü gibi kadınların empati ölçeğinden elde ettikleri toplam puanların ortancası 60.00 (min=50.00, maks=98.00), erkeklerin elde ettikleri puanların ortancası ise 60.00'dır (min=37.00, maks=94.00). Kadınların psikolojik güçlendirme ölçeğinden elde ettikleri toplam puanların ortancası 45.00 (min=17.00, maks=73.00), erkeklerin elde ettikleri toplam puanların ortancası ise 45.00 olarak bulunmuştur (min=30.00, maks=75.00).

Tükenmişlik ölçeğinden kadınların elde ettiği toplam puanların ortancası 76.00 (min=43.00, maks=110.00), erkeklerin ise 76.00'dır (min=49.00, maks=110.00). Kadınlar ve erkekler arasında, empati, psikolojik güçlendirme, yapısal güçlendirme ve tükenmişlik ölçeklerinden elde edilen toplam puanlar açısından anlamlı bir farklılık olmadığı tespit



edilmiştir ( $p>0.05$ ). Benzer şekilde, yapısal güçlendirme ölçeğinden elde edilen toplam puanlara bakıldığında ise, kadınların puanlarının ortancasının 61.00 (min=25.00, maks=99.00), erkeklerin puanlarının ortancası ise 57.00 olduğu görülmektedir (min=25.00, maks=97.00).

Tablo 14. Ölçeklerden elde edilen toplam puanların cinsiyetlere göre karşılaştırılması

	<b>Kadın</b> <b>Ortanca (Min-Mak)</b>	<b>Erkek</b> <b>Ortanca (Min-Mak)</b>	<b>Z</b>	<b>p</b>
Empati	60.00 (50.00-98.00)	60.00 (37.00-94.00)	1.111	0.266
Psikolojik Güçlendirme	45.00 (17.00-73.00)	45.00 (30.00-75.00)	0.435	0.664
Tükenmişlik	76.00 (43.00-110.00)	76.00 (49.00-110.00)	0.723	0.470
Yapısal Güçlendirme	61.00 (25.00-99.00)	57.00 (25.00-97.00)	0.424	0.672

*Min=Minimum, Maks=Maksimum*

#### 4.6.2. Yaş Değişkenine İlişkin Bulgular

Katılımcıların farklı yaş aralıklarının, empati, psikolojik güçlendirme, tükenmişlik ve yapısal güçlendirme ölçeklerine ilişkin toplam puanları açısından yapılan karşılaştırılmada Kruskal Wallis testi kullanılmıştır. Anlamlı farklılığın olduğu grupların tespit edilmesinde ise Bonferroni metodu uygulanmıştır.

Tablo 15'te görüldüğü gibi yaşı 18-25 arasında olan kişilerin empati ölçeğinden elde edilen toplam puanların ortancası 63.00 (min=53.00, maks=98.00), yaşı 26-34 arasında olan kişilerin 60.00 (min=37.00, maks=94.00), yaşı 35-44 arasında olan kişilerin 60.50 (min=53.00, maks=78.00), yaşı 45-54 arasında olan kişilerin 58.00 (min=46.00, maks=73.00), yaşı 55-64 arasında olan kişilerin 58.00 (min=49.00, maks=68.00) ve yaşı 65'ten büyük olan kişilerin 57.50'dir (min=55.00, maks=65.00). Empati ölçeğinden elde edilen toplam puanlar, yaş aralıklarında anlamlı derecede farklılık göstermektedir ( $\chi^2=24.410$ ,  $p<0.001$ ).

Yaşı 18-25 arasında olan kişilerin psikolojik güçlendirme ölçeğinden elde edilen toplam puanların ortancası 48.00 (min=17.00, maks=60.00), yaşı 26-34 arasında olan kişilerin 46.00 (min=30.00, maks=75.00), yaşı 35-44 arasında olan kişilerin 45.00 (min=37.00, maks=58.00), yaşı 45-54 arasında olan kişilerin 45.00 (min=32.00, maks=60.00), yaşı 55-64 arasında olan kişilerin 44.00 (min=36.00, maks=53.00) ve yaşı 65'ten büyük olan kişilerin 44.00'tür (min=35.00, maks=50.00). Psikolojik güçlendirme ölçeğinden elde edilen toplam puanlar, yaş aralıklarında istatistiksel olarak anlamlı derecede farklı ( $\chi^2=21.678$ ,  $p=0.001$ ) bulunmuştur (Tablo 15).

Tablo 15'te görüldüğü gibi tükenmişlik ölçeğinden elde edilen toplam puanlar açısından, yaşı 18-25 arasında olan kişilerin puanlarının ortancası 71.00 (min=43.00, maks=101.00), yaşı 26-34 arasında olan kişilerin 72.50 (min=47.00, maks=101.00), yaşı 35-44 arasında olan kişilerin 68.50 (min=49.00, maks=85.00), yaşı 45-54 arasında olan kişilerin 77.00 (min=59.00, maks=110.00), yaşı 55-64 arasında olan kişilerin 78.00 (min=62.00, maks=85.00) ve yaşı 65'ten büyük olan kişilerin 76.50'tir (min=58.00, maks=84.00). Farklı yaş grupları arasında, tükenmişlik ölçeğinden elde edilen toplam puanlar açısından anlamlı farklılık olduğu tespit edilmiştir ( $\chi^2=13.021$ ,  $p=0.023$ ).

Yapısal güçlendirme ölçeğinden elde edilen toplam puanlar değerlendirildiğinde, yaşı 18-25 arasında olan kişilerin ölçekten elde ettikleri puanların ortancası 68.00 (min=25.00, maks=97.00), yaşı 26-34 arasında olan kişilerin 63.50 (min=25.00, maks=97.00), yaşı 35-44 arasında olan kişilerin 63.00 (min=28.00, maks=91.00), yaşı 45-54 arasında olan kişilerin 47.00 (min=27.00, maks=99.00), yaşı 55-64 arasında olan kişilerin 46.00 (min=27.00, maks=91.00) ve yaşı 65'ten büyük olan kişilerin 44.00'tür (min=29.00, maks=85.00). Farklı yaş grupları arasında, yapısal güçlendirme ölçeğinden elde edilen toplam puanlar açısından anlamlı farklılık olduğu tespit edilmiştir ( $\chi^2=21.374$ ,  $p=0.001$ ) (Tablo 15).

Tablo 15. Ölçeklerden elde edilen toplam puanların yaşa göre karşılaştırılması

Yaş								
	<b>18-25</b> <b>Ortanca</b> <b>(Min-Mak)</b>	<b>26-34</b> <b>Ortanca</b> <b>(Min-Mak)</b>	<b>35-44</b> <b>Ortanca</b> <b>(Min-Mak)</b>	<b>45-54</b> <b>Ortanca</b> <b>(Min-Mak)</b>	<b>55-64</b> <b>Ortanca</b> <b>(Min-Mak)</b>	<b>65+</b> <b>Ortanca</b> <b>(Min-Mak)</b>	$\chi^2$	p
Empati	63.00 (53.00-98.00)	60.00 (37.00-94.00)	60.50 (53.00-78.00)	58.00 (46.00-73.00)	58.00 (49.00-68.00)	57.50 (55.00-65.00)	24.410	<b>&lt;0.001</b>
Psikolojik Güçlendirme	48.00 (17.00-60.00)	46.00 (30.00-75.00)	45.00 (37.00-58.00)	45.00 (32.00-60.00)	44.00 (36.00-53.00)	44.00 (35.00-50.00)	21.678	<b>0.001</b>
Tükenmişlik	71.00 (43.00-101.00)	72.50 (47.00-101.00)	68.50 (49.00-85.00)	77.00 (59.00-110.00)	78.00 (62.00-85.00)	76.50 (58.00-84.00)	13.021	<b>0.023</b>
Yapısal Güçlendirme	68.00 (25.00-97.00)	63.50 (25.00-97.00)	63.00 (28.00-91.00)	47.00 (27.00-99.00)	46.00 (27.00-91.00)	44.00 (29.00-85.00)	21.374	<b>0.001</b>

*Min=Minimum, Maks=Maksimum*

Tablo 15’de her bir ölçek için yaş grupları arasında anlamlı farklılık olduğu gösterilmiştir. Bu farklılığın hangi yaş gruplarından kaynaklandığını tespit etmek için ikili karşılaştırma (post-hoc) analizleri yapılmış ve sonuçlar Tablo 16’da görülmektedir. Buna göre, empati ölçeğinden elde edilen toplam puanlar, 65 yaş ve üstü ile 18-25 yaş ( $p=0.017$ ), 55-64 ile 18-25 yaş ( $p<0.001$ ), 45-54 ile 18-25 yaş ( $p<0.001$ ) ve 35-44 ile 18-25 yaş aralığındaki kişiler arasında ( $p=0.020$ ) anlamlı derecede farklıdır. Psikolojik güçlendirme ölçeğinden elde edilen toplam puanlar, 55-64 ile 26-34 yaş aralığındaki kişiler arasında ( $p=0.001$ ) ve 55-64 ile 18-25 yaş aralığındaki kişiler arasında ( $p<0.001$ ) farklılık göstermektedir. Tükenmişlik ölçeğinden elde edilen toplam puanlar 55-64 ile 35-44 yaş aralığındaki kişiler arasında ( $p=0.043$ ) anlamlı derecede farklıdır. Son olarak, yapısal güçlendirme ölçeğinden elde edilen toplam puanlar, 55-64 ile 18-25 yaş aralığındaki kişiler arasında ( $p=0.009$ ) farklıdır.

Tablo 16. Ölçek puanlarının yaşa göre ikili karşılaştırılması

Yaş	Empati p	Psikolojik Güçlendirme p	Tükenmişlik p	Yapısal Güçlendirme p
65+/55-64	1.000	1.000	1.000	1.000
65+/45-54	1.000	1.000	1.000	1.000
65+/35-44	1.000	1.000	1.000	0.532
65+/26-34	0.971	1.000	1.000	0.410
65+/18-25	<b>0.017</b>	1.000	1.000	0.088
55-64/45-54	1.000	0.095	1.000	1.000
55-64/35-44	1.000	0.061	<b>0.043</b>	0.136
55-64/26-34	0.883	<b>0.001</b>	0.099	0.059
55-64/18-25	<b>0.001</b>	<b>&lt;0.001</b>	0.888	<b>0.009</b>
45-54/35-44	1.000	1.000	0.319	0.776
45-54/26-34	0.564	1.000	0.722	0.397
45-54/18-25	<b>&lt;0.001</b>	0.826	1.000	0.054
35-44/26-34	1.000	1.000	1.000	1.000
35-44/18-25	<b>0.020</b>	0.956	1.000	1.000
26-34/18-25	0.087	1.000	1.000	1.000

### 4.6.3. Meslek Gruplarına İlişkin Bulgular

Meslek gruplarının, empati, psikolojik güçlendirme, yapısal güçlendirme ve tükenmişlik ölçeklerinden elde edilen toplam puanlar açısından karşılaştırılmasında Kruskal Wallis testi uygulanmıştır. Anlamlı farklılığın olduğu grupların tespit edilmesinde ise Bonferroni metodu kullanılmıştır.

Çalışmaya katılan kişilerin meslekleri 3 farklı kategori altında toplanmıştır. Buna göre “Doktor” kategorisi altında, doktorlar, uzman doktorlar ve diş hekimleri bulunmaktadır. “Hemşire” kategorisi altında hemşireler, “Diğer” kategorisi altında ise ebeler, sağlık memurları, sağlık teknisyenleri, stajyer ebeler, hasta ve yaşlı bakım görevlisi, yönetici, müdür ve müdür yardımcıları bulunmaktadır.

Tablo 17’de görüldüğü gibi doktorların empati ölçeğinden elde ettikleri toplam puanlarının ortancası 61.00 (min=37.00, maks=78.00), hemşirelerin 59.00 (min=51.00, maks=94.00) ve diğer meslek gruplarının 60.00’dir (min=50.00, maks=98.00). Doktorlar, hemşireler ve diğer meslek grupları arasında empati ölçeğinden elde ettikleri puanlar açısından anlamlı bir farklılık bulunamamıştır ( $p>0.05$ ).

Doktorların psikolojik güçlendirme ölçeğinden elde ettikleri puanların ortancası 47.00 (min=30.00, maks=60.00), hemşirelerin 45.00 (min=32.00, maks=73.00) ve diğer meslek gruplarının ise 44.00’tür (min=17.00, maks=75.00). Doktorlar, hemşireler ve diğer meslek grupları arasında psikolojik güçlendirme ölçeğinden elde ettikleri puanlar açısından anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ( $\chi^2=14.575$ ,  $p=0.001$ ) (Tablo 17).

Tablo 17’de görüldüğü gibi tükenmişlik ölçeğinden elde edilen toplam puanlara bakıldığında, doktorların elde ettikleri puanların ortancası 71.00 (min=49.00, maks=110.00), hemşirelerin 77.00 (min=43.00, maks=110.00) ve diğer meslek gruplarının 76.00’dir (min=47.00, maks=101.00). Doktorlar, hemşireler ve diğer meslek grupları arasında tükenmişlik ölçeğinden elde ettikleri puanlar açısından anlamlı bir farklılık bulunamamıştır ( $p>0.05$ ).

Benzer şekilde, doktorların yapısal güçlendirme ölçeğinden elde ettikleri puanların ortancası 58.00 (min=25.00, maks=97.00), hemşirelerin 53.00 (min=27.00, maks=99.00) ve diğer meslek gruplarının ise 63.00'tür (min=25.00, maks=89.00). Doktorlar, hemşireler ve diğer meslek grupları arasında yapısal güçlendirme ölçeğinden elde ettikleri puanlar açısından anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir ( $p>0.05$ ) (Tablo 17).

Tablo 17. Ölçeklerden elde edilen toplam puanların mesleğe göre karşılaştırılması

	<b>Doktor Ortanca (Min-Maks)</b>	<b>Hemşire Ortanca (Min-Maks)</b>	<b>Diğer Ortanca (Min-Maks)</b>	$\chi^2$	<b>p</b>
Empati	61.00 (37.00-78.00)	59.00 (51.00-94.00)	60.00 (50.00-98.00)	2.630	0.268
Psikolojik Güçlendirme	47.00 (30.00-60.00)	45.00 (32.00-73.00)	44.00 (17.00-75.00)	14.575	<b>0.001</b>
Tükenmişlik	71.00 (49.00-110.00)	77.00 (43.00-110.00)	76.00 (47.00-101.00)	0.281	0.869
Yapısal Güçlendirme	58.00 (25.00-97.00)	53.00 (27.00-99.00)	63.00 (25.00-89.00)	0.497	0.780

*Min=Minimum, Maks=Maksimum*

Tablo 18'de doktorlar, hemşireler ve diğer meslek grupları arasında psikolojik güçlendirme ölçeğinden elde edilen puanlar açısından anlamlı bir farklılık olduğu görülmektedir. Diğer bir ifadeyle doktorlarla hemşireler arasında ( $p=0.002$ ) ve doktorlarla diğer meslek grupları arasında ( $p=0.005$ ) psikolojik güçlendirme ölçeğinden elde edilen puanlar açısından anlamlı farklılık tespit edilmiştir.

Tablo 18. Psikolojik güçlendirme ölçeğinden elde edilen puanların mesleğe göre ikili karşılaştırılması

Meslek	Psikolojik Güçlendirme p
Doktor-Hemşire	<b>0.002</b>
Doktor-Diğer	<b>0.005</b>
Hemşire-Diğer	1.000

#### 4.7. Hipotez Değerlendirmeleri

Tablo 19 ve tablo 19.1’de analiz sonuçlarına göre hipotezlerin kabul ve red durumu görülmektedir. Psikolojik güçlendirme algısının tükenmişlik üzerindeki etkisinde yapısal güçlendirmenin düzenleyici etkisi vardır şeklindeki hipotez (H<sub>1</sub>) ile empati düzeyinin tükenmişlik üzerindeki etkisinde yapısal güçlendirmenin düzenleyici etkisi vardır şeklindeki hipotez (H<sub>3</sub>) yol analizi sonucunda desteklenmiştir. Yanı sıra empati düzeyi ile tükenmişlik arasında negatif yönlü anlamlı bir ilişkiye sahip olduğunu ifade eden hipotez (H<sub>4</sub>) kabul edilmiştir. Fakat psikolojik güçlendirme ile tükenmişlik arasında negatif yönlü anlamlı bir ilişki vardır şeklinde ifade edilen hipotez (H<sub>2</sub>) yapılan analiz sonucunda red edilmiştir.

Demografik özellikler bağlamında kurulan hipotezler değerlendirilmiştir. Sonuçlar aşağıda açıklanmıştır.

- Araştırma sonuçlarına göre katılımcıların cinsiyet değişkenine göre oluşturulan tüm hipotezler (H<sub>5</sub>, H<sub>6</sub>, H<sub>7</sub>, H<sub>8</sub>) red edilmiştir.
  - Katılımcıların cinsiyet değişkeni açısından empati düzeylerinde farklılıklar bulunmaktadır (H<sub>5</sub>).
  - Katılımcıların cinsiyet değişkeni açısından psikolojik güçlendirme algılarında farklılıklar bulunmaktadır (H<sub>6</sub>).
  - Katılımcıların cinsiyet değişkeni açısından tükenmişlik düzeylerinde farklılıklar bulunmaktadır (H<sub>7</sub>).
  - Katılımcıların cinsiyet değişkeni açısından yapısal güçlendirme algılarında farklılıklar bulunmaktadır (H<sub>8</sub>).

- Araştırma sonuçlarına göre katılımcıların yaş değişkenine göre oluşturulan tüm hipotezler (H<sub>9</sub>, H<sub>10</sub>, H<sub>11</sub>, H<sub>12</sub>) kabul edilmiştir.
  - Katılımcıların yaş değişkeni açısından empati düzeylerinde farklılıklar bulunmaktadır (H<sub>9</sub>).
  - Katılımcıların yaş değişkeni açısından psikolojik güçlendirme algılarında farklılıklar bulunmaktadır (H<sub>10</sub>).
  - Katılımcıların yaş değişkeni açısından tükenmişlik düzeylerinde farklılıklar bulunmaktadır (H<sub>11</sub>).
  - Katılımcıların yaş değişkeni açısından yapısal güçlendirme algılarında farklılıklar bulunmaktadır (H<sub>12</sub>).
- Araştırma sonuçlarına göre katılımcıların meslek grupları değişkenine göre oluşturulan hipotezlerden H<sub>14</sub> kabul edilmiştir.
  - Katılımcıların meslek grupları açısından psikolojik güçlendirme algılarında farklılıklar bulunmaktadır (H<sub>14</sub>).
- Araştırma sonuçlarına göre katılımcıların meslek grupları değişkenine göre oluşturulan diğer hipotezleri (H<sub>13</sub>, H<sub>15</sub>, H<sub>16</sub>) red edilmiştir.
  - Katılımcıların meslek grupları açısından empati düzeylerinde farklılıklar bulunmaktadır (H<sub>13</sub>).
  - Katılımcıların meslek grupları açısından tükenmişlik düzeylerinde farklılıklar bulunmaktadır (H<sub>15</sub>).
  - Katılımcıların meslek grupları açısından yapısal güçlendirme algılarında farklılıklar bulunmaktadır (H<sub>16</sub>).

Tüm araştırma bulguları sonuç ve öneriler bölümünde yorumlanacak ve tartışılacaktır.



Tablo 19. Hipotez değerlendirmeleri (Özet)

Hipotezler	Uygulanan Analiz	Hipotez Testi Sonuçları	Kabul/Red
<b>H<sub>1</sub></b> : Psikolojik Güçlendirme algısının Tükenmişlik üzerindeki etkisinde Yapısal güçlendirmenin düzenleyici etkisi vardır.	Yapısal Eşitlik Modeli Kapsamında Yol Analizi	Psikolojik güçlendirme ve yapısal güçlendirme etkileşiminin tükenmişlik üzerinde pozitif ve anlamlı bir etkisi tespit edilmiştir ( $\beta=0.080$ , $p=0.004$ ).	<b>Kabul</b>
<b>H<sub>2</sub></b> : Psikolojik Güçlendirme ile Tükenmişlik arasında negatif yönlü anlamlı bir ilişki vardır.	Yapısal Eşitlik Modeli Kapsamında Yol Analizi	Psikolojik güçlendirmenin tükenmişlik üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisinin olmadığı tespit edilmiştir ( $p>0.05$ ).	<b>Red</b>
<b>H<sub>3</sub></b> : Empati düzeyinin Tükenmişlik üzerindeki etkisinde Yapısal güçlendirmenin düzenleyici etkisi vardır.	Yapısal Eşitlik Modeli Kapsamında Yol Analizi	Ayrıca empati ve yapısal güçlendirme etkileşiminin tükenmişlik üzerinde anlamlı ve negatif bir etkisi tespit edilmiştir ( $\beta=-0.269$ , $p<0.001$ ).	<b>Kabul</b>
<b>H<sub>4</sub></b> : Empati düzeyi ile Tükenmişlik arasında negatif yönlü anlamlı bir ilişki vardır.	Yapısal Eşitlik Modeli Kapsamında Yol Analizi	Empatinin tükenmişlik üzerinde negatif ve anlamlı bir etkisi olduğu belirlenmiştir ( $\beta=-0.329$ , $p<0.001$ ).	<b>Kabul</b>
<b>H<sub>5</sub></b> : Katılımcıların cinsiyet değişkeni açısından empati düzeylerinde farklılıklar bulunmaktadır.	Mann Whitney U Testi	Farklılık yoktur ( $p=0.266$ ).	<b>Red</b>
<b>H<sub>6</sub></b> : Katılımcıların cinsiyet değişkeni açısından psikolojik güçlendirme algılarında farklılıklar bulunmaktadır.	Mann Whitney U Testi	Farklılık yoktur ( $p=0.664$ ).	<b>Red</b>

**Tablo 19.1 Hipotez değerlendirmeleri'nin devamı**

<b>Hipotezler</b>	<b>Uygulanan Analiz</b>	<b>Hipotez Testi Sonuçları</b>	<b>Kabul/Red</b>
<b>H<sub>7</sub></b> : Katılımcıların cinsiyet değişkeni açısından tükemişlik düzeylerinde farklılıklar bulunmaktadır.	Mann Whitney U Testi	Farklılık yoktur (p=0.470).	<b>Red</b>
<b>H<sub>8</sub></b> : Katılımcıların cinsiyet değişkeni açısından yapısal güçlendirme algılarında farklılıklar bulunmaktadır.	Mann Whitney U Testi	Farklılık yoktur (p=0.672).	<b>Red</b>
<b>H<sub>9</sub></b> : Katılımcıların yaş değişkeni açısından empati düzeylerinde farklılıklar bulunmaktadır.	Kruskal Wallis Testi, Bonferroni Metodu	Farklılık vardır (p <0.001).	<b>Kabul</b>
<b>H<sub>10</sub></b> : Katılımcıların yaş değişkeni açısından psikolojik güçlendirme algılarında farklılıklar bulunmaktadır.	Kruskal Wallis Testi, Bonferroni Metodu	Farklılık vardır (p=0.001).	<b>Kabul</b>
<b>H<sub>11</sub></b> : Katılımcıların yaş değişkeni açısından tükemişlik düzeylerinde farklılıklar bulunmaktadır.	Kruskal Wallis Testi, Bonferroni Metodu	Farklılık vardır (p=0.023).	<b>Kabul</b>
<b>H<sub>12</sub></b> : Katılımcıların yaş değişkeni açısından yapısal güçlendirme algılarında farklılıklar bulunmaktadır.	Kruskal Wallis Testi, Bonferroni Metodu	Farklılık vardır (p=0.001).	<b>Kabul</b>
<b>H<sub>13</sub></b> : Katılımcıların meslek grupları açısından empati düzeylerinde farklılıklar bulunmaktadır.	Kruskal Wallis Testi, Bonferroni Metodu	Farklılık yoktur (p=0.268)	<b>Red</b>
<b>H<sub>14</sub></b> : Katılımcıların meslek grupları açısından psikolojik güçlendirme algılarında farklılıklar bulunmaktadır.	Kruskal Wallis Testi, Bonferroni Metodu	Farklılık vardır (p=0.001).	<b>Kabul</b>
<b>H<sub>15</sub></b> : Katılımcıların meslek grupları açısından tükemişlik düzeylerinde farklılıklar bulunmaktadır.	Kruskal Wallis Testi, Bonferroni Metodu	Farklılık yoktur (p=0.869).	<b>Red</b>
<b>H<sub>16</sub></b> : Katılımcıların meslek grupları açısından yapısal güçlendirme algılarında farklılıklar bulunmaktadır.	Kruskal Wallis Testi, Bonferroni Metodu	Farklılık yoktur (p=0.780).	<b>Red</b>

## BEŞİNCİ BÖLÜM

### SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışmada sağlık çalışanlarının empati düzeyleri ile psikolojik güçlendirme algılarının tükenmişlik üzerindeki etkisini ortaya koymak ve aynı zamanda yapısal güçlendirmenin bu ilişkideki düzenleyici rolünü saptamak amaçlanmaktadır. Çalışmada ayrıca, demografik özellikler açısından (cinsiyet, yaş, meslek grupları) empati, psikolojik güçlendirme, tükenmişlik ve yapısal güçlendirme bakımından farklılık olup olmadığı tespit edilmeye çalışılmıştır.

Birinci basamak sağlık kuruluşları olan sağlık ocakları ve aile sağlık merkezleri gibi kurumlar aşırı hiyerarşiden uzak bir yapıya sahiptirler. Yanı sıra bu kurumlar az sayıda hastaya sahiptir ve iş yükleri düşüktür. Bu yüzden çalışmada örneklem üç farklı grupta devlet, üniversite ve özel hastane çalışanları olarak belirlenmiştir. Araştırmanın güvenilirliğini ve geçerliliğini artırmak amacıyla söz konusu kurumlardan (% 31,3 devlet hastanesi, % 40,7 üniversite hastanesi ve % 28 özel hastanesi) dengeli bir katılım elde edilmeye çalışılmıştır

Veriler anket yöntemiyle hem yüz yüze hem de internet üzerinden toplanarak yüksek sayıda katılımcıya ulaşılmaya çalışılmıştır. Verilerin toplandığı 2021 yılında Covid-19 salgınındaki vakaların yükseliş göstermesi ile yoğun olan sağlık çalışanları zaman kısıtından dolayı araştırmaya katılmakta çekimser kalmıştır. Ancak yapılan güç analizi sonucu örneklem büyüklüğünün yeterli olduğu saptanmıştır (n=307).

Çalışmada sağlık çalışanlarının empati düzeyini ölçmek için Hojat ve arkadaşları (2001) tarafından geliştirilen “Jefferson Empati Ölçeği” kullanılmıştır. Ölçek, perspektif alma, şefkatle davranma ve kendini hastanın yerine koyma üzere üç boyuttan ve 20 ifadeden oluşmaktadır. Ölçeğin Türkçe güvenilirlik ve geçerlilik çalışması Kutlu ve arkadaşları (2010) tarafından yapılmıştır.

Sağlık çalışanlarının psikolojik güçlendirme algılarını ölçmek için Spreitzer (1995) tarafından geliştirilen “Psikolojik Güçlendirme Ölçeği” kullanılmıştır. Ölçek, anlam, etki, özerklik ve yeterlilik üzere dört boyuttan ve 12 ifadeden oluşmaktadır. Ölçeğin

Türkçe güvenilirlik ve geçerlilik çalışması Sürgevil ve arkadaşları (2013) tarafından yapılmıştır.

Sağlık çalışanlarının tükenmişlik düzeylerini ölçmek amacıyla Maslach ve Jackson (1981) tarafından geliştirilen “Maslach Tükenmişlik Envanteri” kullanılmıştır. Ölçek, duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarı olmak üzere toplamda üç boyut ve 22 ifadeden oluşmaktadır. Ölçeğin Türkçeye uyarlama çalışması Ergin (1992) tarafından yapılmıştır.

Yapısal güçlendirme algısını ölçmek için ise Spence Laschinger ve arkadaşları (2001) tarafından geliştirilen “İşyeri Güçlendirme Ölçeği” kullanılmıştır. Ölçek, fırsat, bilgi, destek, kaynak, resmi güç ve gayri resmi güç olmak üzere altı boyuttan ve 19 ifadeden oluşmaktadır. Ölçeğin Türkçe güvenilirlik ve geçerlilik çalışması San Türgay (2006) tarafından yapılmıştır. Bu çalışmada kullanılan tüm ölçeklerin Türkçe’ye uyarlama çalışmaları yapılmış olsa da analiz aşamasında söz konusu tüm ölçekler faktör analizine tabi tutulmuştur. Bulgular, ölçek boyutlarının beklentiye uygun şekilde ortaya çıktığını göstermiştir.

Yapılan analizler sonucunda demografik bulgulara ilişkin sonuçlarda kadınların erkeklere göre daha fazla katılım sağladığı görülmüştür. Ayrıca bu araştırmada evli katılımcıların sayısının bekârlardan daha yüksek olduğu dikkat çekmektedir. Son olarak lisans mezunları ile doktor ve hemşirelerin araştırmaya daha yoğun katılım sağladıkları saptanmıştır.

Ölçeklerin iç tutarlılığını tespit etmek için güvenilirlik analizini ve yapı geçerliliğini ortaya koymak amacıyla faktör analizleri yapılmıştır. Bu analizlerin sonucunda ölçeklerin geçerlilik ve güvenilirliğinin yüksek olduğu görülmüştür. Araştırmanın ileri safhalarında değişkenlerin birbiriyle olan ilişkisini tespit etmek amacı ile yapısal eşitlik modellemesi kullanılmıştır. Ayrıca yapısal güçlendirmenin düzenleyici etkisini ortaya çıkarmak için yapısal eşitlik modellemesi analizi kapsamında, düzenleyici etki modeli oluşturulmuştur.

Çalışmanın dördüncü bölümünde Tablo 9’da “Tanımlayıcı İstatistikler ve Normallik Testi Sonuçları” başlığı adı altına yer alan ortalamalara bakıldığında katılımcıların empati

düzeinin orta seviyede olduğu sonucuna varılmıştır. Bu sonuç Yılmaz ve Baran Durmaz (2019), Dizer ve İyigün (2009), Özcan (2012) ile Bogiatzaki ve arkadaşlarının (2019) yapmış olduğu çalışmalar ile uyumludur. Bu sonuçların aksine Beckman ve Frankel'in (2003) yapmış oldukları çalışmada sağlık çalışanlarının empati düzeylerinin düşük olduğu görülmüştür. Özcan (2012), şahin ve arkadaşları (2018) ile Cevahir ve arkadaşlarının (2008) yapmış olduğu çalışmada ise sağlık çalışanlarının yüksek empati düzeyine sahip olduğu tespit edilmiştir.

Türkiye'de yapılan çalışmalardaki empati düzeyleri yurt dışında yapılanlara kıyasla daha yüksek çıkmıştır. Türk toplumunda sevgi, saygı, hoşgörü ve merhamet gibi duyguların ön plana çıktığı dikkate alındığında kişilerin daha empatik olduğu düşünölmektedir. Öz (1988) yapmış olduğu çalışmada empati becerisinin çocukluk döneminde başlayarak gelişen fakat aynı zamanda öğrenilebilen ve eğitimle birlikte artan bir yeti olduğunu ortaya koymuştur. Bu nedenle tıp fakülteleri, sağlık bilimleri fakülteleri ve sağlık yüksekokullarında empati becerisini geliştirmeye yönelik dersler programa dahil edilmelidir.

Bu araştırmadaki diğer bir sonuç katılımcıların psikolojik güçlendirme algılarının düşük olduğu yönünde olmuştur. Bu sonucun aksine Altındış ve Özutku (2011), Durukan ve arkadaşları (2010), Kuokkanen ve arkadaşları (2003) ve Royan ve arkadaşlarının (2017) yapmış oldukları çalışmalarda psikolojik güçlendirme algılarının yüksek ve ortaya düzeyde olduğunu tespit etmişlerdir. Bu çalışmadaki psikolojik güçlendirmenin boyutları detaylı incelendiğinde özellikle anlam ve yeterlilik boyutu ortalamalarının diğer boyutlara göre (etki, özerklik) daha düşük olduğu görölmektedir. Bu sonuçlar katılımcıların yaptıkları işin hedef ve amaçlarını anlamlı bulmadıklarını ifade etmektedir. Diğer bir ifadeyle sağlık çalışanlarının inançları, değerleri ve davranışları ile yaptıkları işin gereklilikleri arasında uyum olmadığını göstermektedir.

Çalışmaya katılan sağlık çalışanlarının çoğunu hemşireler, ebeler ve sağlık memurları (% 62) oluşturmaktadır. Söz konusu meslek gruplarının sorumluluk alanları büyük olsa da yetkilerinin kısıtlı olması nedeniyle psikolojik güçlendirme algılarının olumsuz etkilendiği düşünölebilir. Bu bağlamda hastane içerisinde iş zenginleştirme stratejilerinin uygulanarak çalışanlara daha fazla yetki verilmesi bu kişilerin işlerini daha

anlamalı bulmasını sağlayacaktır. Ayrıca psikolojik güçlendirmenin yeterlilik alt boyutunun düşük çıkması sağlık çalışanlarının görevlerini yerine getirmek için gerekli olan teorik ve teknik yeterliliğe sahip olmadıklarını düşündükleri anlamına gelmektedir. Çalışmanın Covid-19 salgını sırasında yapıldığı göz önünde bulundurulursa bu süreçte sağlık çalışanlarının kendilerini ağır vakaların karşısında mesleki anlamda yetersiz hissettikleri düşünülebilir. Çalışanların gelişimini ve eğitimini desteklemek, çalışanın yüksek yetkinlik algısına sahip olmasını sağlayacaktır. Bu bağlamda Gürer ve Gemlik (2020) Mayıs 2020 tarihinde İstanbul'un çeşitli hastanelerinden veri toplayarak pandemi sürecinde sağlık çalışanlarının yaşadığı sorunları ortaya çıkarmışlardır. Bu çalışmada pandemi gibi bulaşıcı hastalıklar konusunda toplum ve sağlık çalışanlarının yeterince bilgilendirilmediği savunulmaktadır. Gürer ve Gemlik (2020) ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarındaki eğitim birimlerinin en büyük sorumluluğunun pandemi döneminde sağlık çalışanlarına yönelik eğitimlerin planlanması, uygulanması ve değerlendirilmesi olduğunu vurgulamışlardır.

Araştırma sonuçları sağlık çalışanlarının tükenmişlik seviyelerinin orta düzeyde olduğunu ortaya koymuştur. Bu sonucun Şahin ve arkadaşları (2008), Gülseren ve arkadaşları (2000) ile Altay ve arkadaşlarının (2010) yapmış oldukları çalışma ile uyumlu olduğu görülmüştür. Bu sonuçların aksine Zheng ve arkadaşları (2018) ile Lebares ve arkadaşlarının (2018) yapmış olduğu çalışmalarda tükenmişlik seviyelerinin yüksek olduğu ifade edilmiştir. Altay ve arkadaşlarının (2010) yapmış olduğu çalışmada ise tükenmişlik seviyelerinin düşük olduğu tespit edilmiştir. Altay ve arkadaşlarının (2010) çalışmasının aksine bu çalışmadaki tükenmişlik seviyelerinin düşük çıkmasının nedeninin Covid-19 salgını esnasında sağlık çalışanlarının üzerinde büyük bir baskı olması, yüksek taleplere cevap verememeleri, sorumluluklarının artması ile zaman baskısı olduğu düşünülmektedir. Bu bağlamda sağlık alanında çalışanların salgın gibi olağanüstü durumlara karşı eğitilmesi tükenmişlik seviyelerinin artmasını engelleyecektir. Ayrıca Türkiye gibi sağlık çalışan sayısının az olduğu bir ülkede sağlık çalışanlarının evrak ve kâğıt işlerini azaltmak adına elektronik ortamdan tam anlamıyla yararlanması faydalı olacaktır.

Ülke politikası olarak sağlık çalışanlarının ücretlerinin artırılması ve çalışma sürelerinin düzenlenmesi tükenmişlik riskini düşüren unsurlar arasında yer almaktadır. Tükenmişlik sorununu çözecek bir diğer konu ise hastanelerde daha fazla sağlık çalışanını

istihdam etmektir. Bu şekilde çalışanların aşırı iş yükü hafifletilerek hastaya daha fazla vakit ayırmaları ve vardiya sonunda görevleri yarım bırakma gibi mesleki değerlerle ve inançlarıyla çelişen durumlar ile karşılaşmamaları sağlanabilir.

Sağlık çalışanlarının yapısal güçlendirme seviyeleri orta düzeyde bulunmuştur. Bu araştırmanın sonuçları Kurt ve arkadaşları (2018), Dursun Engin ve Vatan (2020) ile Özalp ve Şahin'in (2018) yapmış olduğu çalışmalar ile örtüşmektedir. Bu sonuçların aksine Stewart ve arkadaşlarının (2010) yapmış olduğu çalışmada hemşirelerin yapısal güçlendirme algılarının yüksek olduğuna vurgu yapılmıştır. Türkiye'deki sağlık çalışanlarının fırsata, bilgiye, desteğe ve kaynaklara erişiminin kısıtlı olmasından dolayı yapısal güçlendirme algılarının daha düşük olduğu sonucu ile karşılaşıldığı düşünülmektedir. Çalışanlara fırsat ve destek sağlanması ile çalışanların motivasyonu, üretkenliği, işe bağlılığı ve işe katılım derecesi önemli ölçüde artacaktır.

Araştırmanın hipotezleri, yapısal eşitlik modellemesi kapsamında yapılan yol analizi ile incelenmiştir. Bu bağlamda "Psikolojik Güçlendirme algısının Tükenmişlik üzerindeki etkisinde Yapısal güçlendirmenin düzenleyici etkisi vardır (H<sub>1</sub>).” şeklinde ifade edilen hipotez kabul edilmiştir. Yapılan yol analizi sonuçlarına göre psikolojik güçlendirme ve yapısal güçlendirme etkileşiminin tükenmişlik üzerinde pozitif bir etkisi olduğu görülmüştür. Yani, sağlık çalışanlarında psikolojik güçlendirme düzeyi arttıkça, yüksek yapısal güçlendirme düzeyi yüksek olan çalışanların tükenmişlik seviyesinin daha az olduğu sonucuna varılmıştır.

Yapısal güçlendirmeyi teşvik eden iş ortamları sağlık çalışanlarının olumlu iş tutumları geliştirmesine yol açmaktadır. Araştırma sonuçlarından da anlaşıldığı üzere sağlık çalışanlarının yapısal olarak güçlendirilmiş ortamlarda görev yapmaları onların psikolojik güçlendirme algılarının yükselmesine katkıda bulunurken aynı zamanda tükenmişlik riskini azaltarak daha üretken ve yenilikçi iş gücüne sahip olmalarına imkân sağlamaktadır. Şu ana kadar yapısal güçlendirmenin düzenleyici etkisi ile ilgili bir çalışma yapılmadığı için bu çalışmanın sonuçları karşılaştırılamamıştır. Dolayısıyla bu çalışma ile yapısal güçlendirme literatürüne katkıda bulunulmuştur.

“Psikolojik Güçlendirme ile Tükenmişlik arasında negatif yönlü anlamlı bir ilişki vardır (H<sub>2</sub>).” şeklinde ifade edilen hipotez yapılan yol analizi sonucunda red edilmiştir. Başka bir ifadeyle sağlık çalışanlarının yaptıkları işi anlamlı bulmalarının, kendilerini bu konuda teknik olarak yeterli hissetmelerinin, örgüt içerisindeki sonuçları önemli ölçüde etkileyebilmelerinin ve görevlerini nasıl yerine getirecekleri konusunda özerkliğe sahip olmalarının tükenmişlik seviyeleri üzerinde bir etkisi olmadığı görülmüştür. Bu sonucun aksine Türkiye’de Çavuş ve Demir (2010) ile Köksal (2009), Güney Kore’de Lee ve arkadaşları (2003), İsveç’de Hochwälder (2007) ve Kanada’da Boudrias ve arkadaşları (2012) psikolojik güçlendirme ile tükenmişlik arasında negatif yönlü bir ilişki tespit etmiştir. Fakat benzer bir sonuca Janighorban ve arkadaşlarının (2020) İran’da yaptıkları çalışmada rastlamak mümkündür.

Sağlık sektöründe özellikle hastanelerde otokratik ve hiyerarşik bir çalışma biçimi benimsendiği için psikolojik güçlendirmenin etki ve özerklik boyutunun tükenmişlik üzerinde etkisinin olmadığı düşünülmektedir. Yani, çalışanlar ne kadar özerkliğe sahip olduğunu düşünseler de her konuda üstlerine danışmak ve ona göre hareket etmek zorundadırlar (hemşireler başhemşireye, başhemşireler doktora, doktorlar uzmana, vb. gibi). Bu durum aynı zamanda çalışanların örgütsel hedefler üzerinde etkileri olmadığı hissini de yaratmaktadır.

Sağlık çalışanları yaptıkları işi anlamlı buldukları ve gerekli teknik yeterliliğe sahip olduklarını düşündükleri halde tükenmişlik düzeylerinin azalmamasının bazı sebepleri bulunmaktadır. Bunlar özellikle Covid-19 döneminde çalışanlara kendilerini korumaya yönelik verilen eğitimlerin eksikliğinden dolayı ortaya çıkan kaygı, ölüm korkusu ve güvensizlik duygusudur. Bu bağlamda Hoşgör ve Yaman (2021) pandemi sürecinde 244 sağlık çalışanı ile yaptıkları bir çalışmada katılımcıların Covid-19 korku düzeyleri ile tükenmişlik sendromu arasında pozitif ve anlamlı bir ilişki olduğunu ortaya koymuşlardır. Ayrıca bu dönem zarfında sağlık çalışanlarının virüs bulaştırma endişesiyle sosyal hayatlarını sürdürememeleri, aile ve yakınlarından uzak kalmaları, onlarda yalnızlık hissi meydana getirerek tükenmişlik seviyelerinin daha da yükselmesine neden olduğu düşünülmektedir.



“Empati düzeyinin Tükenmişlik üzerindeki etkisinde Yapısal güçlendirmenin düzenleyici etkisi vardır (H<sub>3</sub>). “ şeklinde ifade edilen hipotez yapılan analizler sonucunda kabul edilmiştir. Başka bir ifadeyle sağlık çalışanlarında empati düzeyi arttıkça, yapısal güçlendirme düzeyi yüksek olan çalışanların tükenmişlik seviyesinin daha az olduğu gözlemlenmiştir. Çalışma sonuçları sadece empatinin değil yapısal güçlendirmenin de tükenmişlik ile başa çıkmada büyük rol oynadığını göstermiştir. Bu durumda yapısal güçlendirme unsurlarını devreye sokabilmek için hastane yönetiminin sağlık çalışanlarının kariyer gelişimine, beceri ve uzmanlıklarını geliştirmesini sağlayacak fırsatlar yaratması gerekmektedir. Bu hem kurum içi hem de kurum dışı eğitim programlarına katılım faaliyetleri ve kısa vadeli projeler ile sağlanabilmektedir.

Hastane yönetiminin sağlık çalışanlarına önerilerde bulunma ve fikir sunma imkânı vererek onları desteklemesi yapısal güçlendirme faaliyetlerine katkıda bulunacaktır. Hastanelerde düzenlenecek seminer vb. eğitim olanaklarının artırılması ve sağlık çalışanlarının söz konusu bu faaliyetlere katılımı sağlanarak çalışanlar motive edilmelidir. Ayrıca hastane yönetiminin hastalar ile bire bir iletişim halinde olan fakat doktorlar kadar söz hakkı olmayan hemşireleri politika ve strateji oluşturma noktasında destekleyerek onların da örgütsel hedeflere katkı sağlamalarını teşvik etmelidir. Bunun yanı sıra çalışanları örgütsel hedef ve planlar hakkında bilgilendirmek yapısal güçlendirme olgusunun çok önemli bir parçasıdır. Bu şekilde en başta doktor ve hemşireler olmak üzere diğer sağlık çalışanları da çalışma ortamı üzerinde kontrole sahip olduğunu hissederek yönetime karşı bir güven duygusu geliştirecektir.

“Empati düzeyi ile Tükenmişlik arasında negatif yönlü anlamlı bir ilişki vardır (H<sub>4</sub>) şeklinde belirtilen hipotez yol analizi sonucunda kabul edilmiştir. Empatinin tükenmişlik üzerinde negatif yönlü anlamlı bir etkisi olduğu bulunmuştur. Bu sonuçlar Turan ve arkadaşları (2019), Alan ve arkadaşları (2018), Tıgılı Aytar (2019), Yılmaz ve Baran Durmaz (2019), Thomas ve arkadaşları (2007), Brazeau ve arkadaşları (2010), Wolfshohl ve arkadaşları (2019), Fülöp ve arkadaşları (2011) ile Lee ve arkadaşları (2018) tarafından da desteklenmektedir. Empati becerisine sahip olan sağlık çalışanları hem hasta hem de hasta yakınları ile daha etkili iletişim kurduğu, kaygı ve stres ile daha kolay baş edebildiği ve hastaları daha iyi anlayabildikleri için daha kaliteli hizmet verebilmektedir. Bu durum tükenmişlik düzeylerinin daha düşük olmasına sebep olmaktadır.

Demografik özellikler bağlamında kurulan hipotezlere bakıldığında cinsiyet değişkeni açısından empati düzeylerinde, psikolojik güçlendirme algılarında, tükenmişlik düzeylerinde ve yapısal güçlendirme algılarında farklılık bulunamamıştır (H<sub>5</sub>, H<sub>6</sub>, H<sub>7</sub>, H<sub>8</sub>). Bu çalışmadaki sonuçların aksine empati düzeyi noktasında cinsiyetlerin birbirinden farklı oldukları ve kadınların empati düzeylerinin erkeklerden daha yüksek olduğu Bogiatzaki ve arkadaşları (2019), Ferri ve arkadaşları (2015), Tiryaki Şen ve arkadaşları (2012), Yiğitbaş ve arkadaşları (2013), Teke ve arkadaşları (2010), Sevmen (2007) ile Roter ve arkadaşları (2002) tarafından tespit edilmiştir.

Cinsiyet değişkeni açısından psikolojik güçlendirme algılarında farklılık bulunamamıştır (H<sub>6</sub>). Bu sonuçlar Kan Sönmez'in (2020), Altındiş ve Özutku'nun (2011), Hochwälder ve Brucefors (2005) ile Spreitzer ve arkadaşlarının (1997) yapmış oldukları çalışma ile örtüşmektedir. Bu sonuçların aksine Kanter (1977) kadınların örgüt içerisindeki statülerinin sembolik olduğuna inandıklarından dolayı psikolojik güçlendirme algılarının erkeklere göre daha düşük olduğunu savunmaktadır (akt. Spreitzer vd., 1977).

Tükenmişlik düzeylerine ilişkin kadın ve erkek arasında bir farklılık bulunamamıştır (H<sub>7</sub>). Bu çalışmadaki sonuçlar Ardiç ve Polatçı'nın (2008) yapmış olduğu araştırma sonuçları ile örtüşmektedir. Fakat Ayraller ve arkadaşları (2011), Karsavuran (2014), Maslach ve Jackson (1981), Kılıç ve Aytemiz Seymen (2011), Cordes ve Dougherty (1993) ile Dyrbye ve arkadaşları (2011) kadınların erkeklere göre daha fazla tükenmişlik yaşadığını savunmaktadır. Serinkan ve Barutçu (2020) ile Yakut ve arkadaşlarının (2013) yaptıkları çalışmada ise erkeklerin kadınlara göre daha tükenmiş olduğu sonucuna varılmıştır. Son olarak cinsiyet değişkeni açısından yapısal güçlendirme algılarında farklılık bulunamaması Mansour ve arkadaşlarının (2022) yapmış olduğu çalışma ile benzerlik göstermektedir.

Demografik bulgulara ilişkin bir diğer sonuç ise sağlık çalışanlarının empati düzeyleri ile yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmasıdır (H<sub>9</sub>). Buna göre gençlerin empati düzeylerinin ileriki yaşlara göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Bu sonuçlar Teke ve arkadaşları (2010) ile Wieck ve Kunzmann'ın (2015) yapmış olduğu çalışma ile benzerlik göstermektedir. Fakat bu sonuçların aksine Akgün Şahin ve Kardaş Özdemir (2015), Sevmen (2007) ile Doğan'ın (2013) çalışmalarında empati

düzeşinin yaş ile arttığı savunulmaktadır. Ayrıca yaşa göre empati düzeşinin farklılaşmadığını saptayan araştırma sonuçları da bulunmaktadır (Hamm ve arkadaşları, 2020; Dizer ve İyigün, 2009; Taşdemir ve Karaslan, 1999).

Sağlık çalışanlarının yaşının ilerlemesi ile birlikte empati düzeylerinde bir düşüş yaşanmasının sebebi, kişilerin ileriki yaşlarda daha çok yüzleşmek zorunda kaldıkları yaşam zorlukları olabileceği düşünülmektedir. Yaşın ilerlemesi aynı zamanda çalışma süresinin de arttığı anlamına gelmektedir. Bu bağlamda işyerinde monotonluk ve yorgunluğun artması ile motivasyonun düşmesi yaşlılarda empati düzeylerinin daha düşük olmasına neden olabilmektedir. Yaşlı ve genelde gençlere göre daha tecrübeli olan sağlık çalışanlarının hastane yönetiminin sunacağı kişisel gelişim gibi faaliyetlerle iş tatminlerinin artırılması büyük önem arz etmektedir.

Yaş değişkeni açısından psikolojik güçlendirme algılarında farklılıklar bulunmuştur ( $H_{10}$ ). Sonuçlara göre gençlerin (18-25 ile 26-34) psikolojik güçlendirme algıları ileriki yaştakilere (55-64) göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Bu sonuç Sparks (2012) ile Spreitzer ve arkadaşlarının (1997) yapmış olduğu çalışma ile benzerlik göstermektedir. Kan Sönmez (2020) ile Altındış ve Özutku (2011) ise psikolojik güçlendirme ile yaş arasında bir farklılığın olmadığını savunmaktadır. İleriki yaşlarda sağlık çalışanlarının psikolojik güçlendirme algılarının daha düşük olması bu kişilerin kariyerlerinde belirli bir yükselişe geldikten sonra durağan bir noktaya ulaşması olarak düşünülebilir. Bunun için hastane yönetiminin ileriki yaştaki sağlık çalışanlarına kariyerlerinin en üst noktalarına ulaşmış olmalarına rağmen yaptıkları işin çok önemli olduğu hissini vermesi gerekmektedir.

Yaş değişkeni açısından tükenmişlik düzeylerinde farklılıklar saptanmıştır ( $H_{11}$ ). Buna göre orta yaştakilerin (35-44) tükenmişlik düzeyleri ileriki yaştakilere (55-64) göre daha düşük çıkmıştır. Helvacı ve Turhan (2013) ile Geuenich (2009) de yapmış oldukları çalışmalarda benzer bulgulara rastlamışlardır. Sağlık çalışanlarının yaşı ile tükenmişlik düzeyleri arasında bir ilişki olmadığını savunan çalışmalar bulunsa da (Sayıl vd., 1997; Dikmetaş ve Ergin, 2011) Karsavuran (2014), Yakut ve arkadaşları (2013), Ulusoy ve arkadaşları, (2012), Sağlık-Sen (2012), Kılıç ve Aytemiz Seymen (2011) ile Schaufeli ve Greenglass (2001) yaş ilerledikçe tükenmişlik düzeyinin azaldığını ve daha genç olan sağlık çalışanlarının, tükenmişlik yaşama riskinin daha fazla olduğunu savunmaktadır.

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

Yaş değişkeni açısından yapısal güçlendirme algılarında farklılıklar bulunmuştur ( $H_{12}$ ). Sonuçlara göre gençlerin (18-25) yapısal güçlendirme algıları ileriki yaşlara (55-64) göre daha yüksek bulunmuştur. Literatüre bakıldığında bu bulguyu destekler nitelikte bir sonuca rastlanmamıştır. Fakat San Türgan (2006) yaş arttıkça sağlık çalışanlarının yapısal güçlendirme algılarının buna paralel olarak arttığını savunurken Mansour ve arkadaşları (2022) yapısal güçlendirme ile yaş arasında bir ilişki olmadığını tespit etmiştir. Bu çalışmadaki sonuçlardan yola çıkarak ileriki yaşlarda bulunan sağlık çalışanlarının yapısal güçlendirme algılarını arttırabilmek için hastane yönetiminin bu kişilere fırsat, destek, kaynak ve bilgi erişimini sağlaması gerekmektedir.

Son olarak meslek grupları bağlamında bakıldığında empati düzeyleri ( $H_{13}$ ), tükenmişlik düzeyleri ( $H_{15}$ ) ve yapısal güçlendirme algıları açısından ( $H_{16}$ ) farklılık bulunamamıştır. Hem Türkiye’de hem de yurt dışında sağlık alanındaki farklı meslek gruplarını birbiriyle karşılaştıran çok az çalışma bulunmaktadır. Empati noktasında Türkiye’de Tiryaki Şen ve arkadaşları (2012) doktor, hemşire, ebe, sağlık memuru ve acil tıp teknisyeni ile yaptıkları çalışmada sağlık memurlarının en yüksek doktorların ise en düşük empati düzeyine sahip olduklarını bildirmiştir. Ayrıca bu çalışmada ebe ve hemşirelerin empati düzeylerinin de doktorlarınkinden daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Tükenmişlik bağlamında meslek grupları arasındaki farklılıkları araştıran çalışmalara bakıldığında, bu çalışma sonucunun aksine doktor ve hemşirelerin diğer sağlık çalışanlarına (hastane yöneticisi, diş hekimi, eczacı, sağlık teknisyeni ve ebe) göre daha tükenmiş olduğunu tespit eden çalışmalar bulunmaktadır (Ergin, 1996; Ulusoy vd., 2012; Helvacı ve Turhan, 2013). Diğer çalışmalarda ise hemşirelerin doktora göre daha fazla

tükenmişlik yaşadıkları görülmektedir (Karsavuran, 2014; Sayıl vd., 1997). Yapısal güçlendirme algılarının meslek gruplarına göre farklılaşp farklılaşmadığı şu ana kadar yapılan çalışmalarda araştırılmadığı için bu çalışmanın sonuçları karşılaştırılamamıştır.

Katılımcıların meslek grupları ile psikolojik güçlendirme algıları arasında (H<sub>14</sub>) farklılıklar bulunarak bu hipotez kabul edilmiştir. Buna göre doktorların psikolojik güçlendirme algıları hem hemşirelere hem de diğer sağlık çalışanlarına (ebe, sağlık memuru, sağlık teknisyeni, stajyer ebe, hasta ve yaşlı bakım görevlisi, yönetici, müdür ve müdür yardımcısı) göre daha yüksek bulunmuştur. Hemşireler ile diğer sağlık çalışanlarının psikolojik güçlendirme algıları ile ilgili ise bir farklılık bulunamamıştır. Farklı meslek gruplarını psikolojik güçlendirme bakımından karşılaştıran bir çalışma bulunmadığı için bu çalışmanın sonuçlarını destekler nitelikte bir çalışmaya rastlanmamıştır. Fakat Hochwalder ve Brucefors'un (2005) yapmış olduğu çalışmada hiyerarşik olarak hemşirelerin altında bulunan hemşire yardımcılarının psikolojik güçlendirme algıları daha yüksek bulunmuştur.

Doktorların psikolojik güçlendirme algılarının hemşire ve diğer çalışanlara göre daha yüksek olmasının sebebinin sağlık sektöründe doktorların hiyerarşik olarak daha üst seviyede bulunmaları, kendilerini yeterlilik bakımından daha üstün görmeleri ile birlikte daha özerk hissetmeleri olabilmektedir. Ayrıca doktorlar hastaların iyileşme sürecinde önemli bir rol oynamalarından dolayı yaptıkları işi daha anlamlı bulmakta ve yaptıkları iş üzerinde etkiye sahip olduklarına inanmaktadırlar. Hastanelerde hemşire ve diğer sağlık çalışanlarının da en az doktorlar kadar desteklenmesi büyük önem arz etmektedir. Özellikle hemşireler gibi hasta ile birebir temas halinde olan sağlık çalışanlarına daha fazla esneklik ve özerklik tanınarak yaptıkları işi anlamlı bulmalarının sağlanması psikolojik güçlendirme algılarını artırmak adına büyük önem arz etmektedir.

Günümüzde özellikle sağlık çalışanlarının iş ortamında yoğun olarak karşı karşıya kaldıkları tükenmişlik sorununa çözüm bulabilmek için çalışmalar devam etmektedir. Bu araştırmanın bulguları literatürdeki bu tür çalışmalara katkı sağlamak adına büyük önem arz etmektedir. Özellikle Türkiye'nin birçok bölgesinde sağlık çalışanlarının tükenmişlik ve empati düzeyleri ile psikolojik güçlendirme algıları üzerinde araştırmalar yapılmış fakat bu değişkenlerin birbirleri ile ilişkilerini ve yapısal güçlendirmenin düzenleyici etkisini araştıran bir çalışma yapılmadığı görülmüştür. Özetle bu araştırma özgünlük özelliği ile yerli

literatürdeki boşluğu doldurmaya çalışmaktadır. Bu araştırmanın bulguları aynı zamanda geçmiş kuramsal çalışmaları doğrulamak ve gelecekteki araştırmacılara yol göstermek adına büyük önem arz etmektedir. Araştırma sonuçları literatüre katkıda bulunmanın yanı sıra hastane yöneticileri için örgütsel etkinliği artırmak, çalışanların örgüt amaçları doğrultusunda etkin ve verimli bir şekilde çalışmalarına katkı sağlayacaktır.

Bu çalışmada yapısal güçlendirmenin araştırma modeli üzerindeki düzenleyici etkisi araştırılmıştır. Fakat söz konusu modelde psikolojik güçlendirme ve empati değişkenleri kişilerin içsel dünyası ile ilişkili olduğu için gelecek araştırmacılar bu modelde kişilik özelliklerinin düzenleyici rolünü ele alabilir. Bununla birlikte sağlık sektöründe çalışanlara yönelik şiddetin artması ile birlikte gelecekte iş ortamındaki şiddetin tükenmişliğe olan etkisi özellikle üzerinde durulması gerek konulardan birisidir. Bu çalışma nüfus yoğunluğunun az olduğu bir ilde yapılmıştır. Bu konularda araştırma yapacak olan akademisyenler, bu modeli nüfusun daha fazla olduğu, dolayısıyla sağlık çalışanlarının daha yoğun olduğu bir ilde (İstanbul, Ankara ve İzmir gibi) araştırabilirler. Ayrıca bu modeli OECD ülkeleri arasında, nüfusa göre en fazla sağlık çalışanı bulunan bir ülke olan Avusturya'da gerçekleştirip ülkelerarası karşılaştırmalı bir çalışma yapmak son derece faydalı olacaktır.

## KAYNAKÇA

- Ağaçdiken, S. ve Aydoğan, A. (2017). “Hemşirelerde Empatik Beceri ve Etik Duyarlılık İlişkisi”. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(2), 122-129.
- Ahmad, N. and Oranye, N. O. (2010). “Empowerment, job satisfaction and organizational commitment: a comparative analysis of nurses working in Malaysia and England”. *Journal of nursing management*, 18(5), 582–591.
- Ahola, K., Isometsa, E., Kalimo, R., Nykyri, E., Koskinen, S., Aromaa, A. and Lönnqvist, J. (2006). “Burnout in the general population: results from the Finish Health 2000 Study”. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 41(1), 11-17.
- Aiken, L. H., Clarke, S. P., Sloane, D. M., Sochalski, J. and Silber, J. H. (2002). “Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction”. *Journal of the American Medical Association*, 288(16), 1987–1993.
- Aiken, L. H., Clarke, S. P., Sloane, D. M., Sochalski, J. A., Busse, R., Clarke, H., Giovannetti, P., Hunt, J., Rafferty, A. M. and Shamian, J. (2001). “Nurses' reports on hospital care in five countries”. *Health Affairs*, 20(3), 43-53.
- Akgün Şahin, Z. ve Kardaş Özdemir, F. (2015). “Hemşirelerin İletişim ve Empati Beceri Düzeylerinin Belirlenmesi”. *G.O.P Taksim E.A.H JAREN*, 1(1), 1-7.
- Akkoyun, F. (1983). “Empatik Olmak, Değeri Anlaşılmamış Bir Varoluş Şeklidir”. *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 16(1), 103-124.
- Akpınar, H. ve Ünsal Barlas, G. (2015). “Yoğun Bakım Servislerinde Çalışan Hemşirelere Uygulanan Sorun Çözme Eğitiminin Hemşirelerin Tükenmişlik Düzeylerine Etkisi”. *Van Tıp Dergisi*, 22(4), 278-284.
- Alan, H., Arslan, E. ve Altınışık, H. B. (2018). “Hemodiyaliz Hemşirelerinin Tükenmişlik Düzeyi ile Empati Becerileri Arasındaki İlişki”. *Türk Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon Hemşireleri Derneği*, 2(13), 37-44.
- Albrecht, S. and Andretta, M. (2011). “The influence of empowering leadership, empowerment and engagement on affective commitment and turnover intentions in community health service workers: Test of a model”. *Leadership in Health Services*, 24(3), 228-237.
- Al-Hussein, R. Y. H. (2020). “Psychological Empowerment and Organizational Commitment among Nurses”. *Indian Journal of Forensic Medicine & Toxicology*, 14(1), 1457-1462.

- Aljarameez, F. (2019). The Relationships of Structural Empowerment, Psychological Empowerment and Organizational Commitment in Saudi and Non-Saudi Registered Staff Nurses in Saudi Arabia. Unpublished Ph.D. Thesis. Widener University, Chester.
- Almost, J. and Spence Laschinger, H. K. (2002). "Workplace empowerment, collaborative work relationships, and job strain in nurse practitioners". *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 14(9), 408–420.
- Alotaibi, S. M., Amin, M. and Winterton, J. (2020). "Does emotional intelligence and empowering leadership affect psychological empowerment and work engagement?". *Leadership & Organization Development Journal*, 41(8), 971-991.
- Altındaş, S. ve Özutku, H. (2011). "Psikolojik güçlendirme ve güçlendirmeyi etkileyen faktörler: Türkiye'deki devlet hastanelerinde bir araştırma". *Afyon Kocatepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 13(1), 161-191.
- Altunışık, R., Coşkun, R., Bayraktaroğlu, S. ve Yıldırım, E. (2007). *Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntemleri: SPSS Uygulamalı*. Sakarya Yayıncılık, Sakarya.
- Anderson, J. C. and Gerbing, D. W. (1984). "The effect of sampling error on convergence, improper solutions, and goodness-of-fit indices for maximum likelihood confirmatory factor analysis". *Psychometrika*, 49(2), 155–173.
- Antinienė, D. and Kaklauskaitė, Z. (2018). "Empathy and Burnout Among Physicians Providing Reanimatological and Surgical Treatment". *Baltic Journal of Sport & Health Sciences*, 110(3), 2-9.
- Ardıç, K. ve Polatçı, S. (2009). "Tükenmişlik Sendromu ve Madalyonun Öbür Yüzü: İşle Bütünleşme". *Erciyes Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 32(2), 21-46.
- Ardıç, K. ve Polatçı, S. (2008). "Tükenmişlik Sendromu Akademisyenler Üzerinde Bir Uygulama (GOÜ Örneği)". *Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 10(2), 69-96.
- Arifoğlu, B. (2000). "KKTC Hastanelerindeki Hemşirelerin İş Doyumu ve Tükenmişlik Düzeyleri", *I. Uluslararası ve VIII. Ulusal Hemşirelik Kongresi*, 29 Ekim-2 Kasım 2000, Ankara. 85-91.
- Arya, S., Hernandez, J., Dale, J., Bennet, K. and Varkey, P. (2010). "Challenges and Opportunities for Medical Directors in Pathology and Laboratory Medicine:



- Standardization, Integration, and Innovation”. *American Journal of Clinical Pathology*, 133(5), 819-820.
- Asiri, S. A., Rohrer, W. W., Al-Surimi, K., Da'ar, O. O. and Ahmed, A. (2016). “The association of leadership styles and empowerment with nurses' organizational commitment in an acute health care setting: a cross-sectional study”. *BMC nursing*, 15(38), 1-10.
- Asrat, B., Tesfay, K., Soboka, M. and Girma, E. (2016). “Burnout Status at Work among Health Care Professionals in a Tertiary Hospital”. *Ethiopian Journal of Health Sciences*, 26(2), 101-108.
- Astrom, S., Nilsson, M., Norberg, A., Sandman, P. O. and Winblad, B. (1991). “Staff burnout in dementia care-relations to empathy and attitudes”. *International Journal of Nursing Studies*, 28(1), 65-75.
- Astrom, S., Nilsson, M., Norberg, A. and Winbald, B. (1990). “Empathy, Experience of Burnout and Attitudes towards Demented Patients among Nursing Staff in Geriatric Care”. *Journal of Advanced Nursing*, 15(11), 1236-1244.
- Ayraler, A., Yavuz, B. G., Bakım, B. ve Karamustafalıoğlu, O. (2011). “Diyaliz Ünitesinde Çalışan Sağlık Ekibinde Tükenmişlik Sendromu”. *Journal of Academic Research in Medicine*, 1(2), 52-56.
- Balch, C. M., Shanafelt, T. D., Sloan, J., Satele, D. V. and Kuerer, H. M. (2011). “Burnout and career satisfaction among surgical oncologists compared with other surgical specialties”. *Annals of Surgical Oncology*, 18(1), 16-25.
- Barutçu, E. ve Serinkan, C. (2008). “Günümüzün Önemli Sorunlarından Biri Olarak Tükenmişlik Sendromu ve Denizli’de Yapılan Bir Araştırma”. *Ege Akademik Bakış*, 8(2), 541-561.
- Batmaz, M., Akhan, L. U., Temiz, G., İlhan, N., Özdilli, K. ve Sabuncu, N. (2005). “Diyaliz Ünitelerinde Çalışan Hemşirelerin Motivasyon Düzeylerinin Değerlendirilmesi”. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*, 34-40.
- Baxter, D. E. (1993). Empathy: It's role in nursing burnout. Unpublished Ph.D. Thesis. Vanderbilt University, Nashville.
- Beckman, H. B. and Frankel, R. M. (2003). “Training practitioners to communicate effectively in cancer care: it is the relationship that counts”. *Patient Education and Counseling*, 50(1), 85-89.

- Bendapudi, N. M., Berry, L. L., Frey, K. A., Parish, J. T. and Rayburn, W. L. (2006). "Patients' perspectives on ideal physician behaviors". *Mayo Clinic Proceedings*, 81(3), 338–344.
- Beşyaprak, S. (2012). Personel Güçlendirme ve Tükenmişlik Sendromu Üzerine Etkisi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı, İzmir.
- Bogiatzaki, V., Frengidou, E., Savakis, E., Trigoni, M., Galanis, P. and Anagnostopoulos, F. (2019). "Empathy and Burnout of Healthcare Professionals in Public Hospitals of Greece". *International Journal of Caring Sciences*, 12(2), 611-626.
- Boomsma, A. (1985). "Nonconvergence, improper solutions, and starting values in listwise maximum likelihood estimation". *Psychometrika*, 50(2), 229–242.
- Boudrias, J. S., Morin, A. J. S. and Brodeur, M. M. (2012). "Role of psychological empowerment in the reduction of burnout in Canadian healthcare workers". *Nursing and Health Sciences*, 14(1), 8–17.
- Bowen, D. E. and Lawler, E. E. (1992). "The empowerment of service workers: what, why, how, and when". *Sloan management review*, 33(3), 31-39.
- Bradham, K. M. (2008). Empathy and Burnout in Nurses. Unpublished Ph.D. Thesis. Institute for Clinical Social Work, Illinois.
- Brazeau, Ch. M. L. R., Schroeder, R., Rovi, S. and Boyd, L. (2010). "Relationships between Medical Student Burnout, Empathy, and Professionalism Climate". *Academic Medicine*, 85(10), 33-36.
- Buğdaycı, R., Kurt, Ö., Şaşmaz, T. ve Öner, S. (2005). "Mersin ilinde görev yapan pratisyen ve uzman hekimlerde ruhsal tükenmişlik durumu ve etkileyen faktörler". *Sağlık ve Toplum*, 15(2), 25-32.
- Cevahir, R., Çınar, N., Sözeri, C., Şahin, S. ve Kuşuoğlu, S. (2008). "Ebelik Öğrencilerinin Devam Ettikleri Sınıflara Göre Empatik Becerilerinin Değerlendirilmesi". *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 7(3), 3-15.
- Chandler, G. E. (1992). "The source and process of empowerment". *Nursing Administration Quarterly*, 16(3), 65-71.
- Chandler, G. E. (1986). The relationship of nursing work environment to empowerment and powerlessness. Unpublished Ph.D. Thesis. University of Utah, Salt Lake City.

- Cho, J., Spence Laschinger, H. K. and Wong, C. (2006). "Workplace empowerment, work engagement and organizational commitment of new graduate nurses". *Nursing Leadership*, 19(3), 43-60.
- Cliffordson, C. (2002). "The Hierarchical Structure of Empathy: Dimensional Organization and Relations To Social Functioning". *Scandinavian Journal of Psychology*, 43(1), 49-59.
- Cohen, J. and Cohen, P. (1983). *Applied Multiple Regression/Correlation Analysis for the Behavioral Sciences*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Colliver, J. A., Willis, M. S., Robbs, R. S., Cohen, D. S. and Schwartz, M. H. (1998). "Assessment of empathy in a standardized-patient examination". *Teaching and Learning in Medicine*, 10(1), 8-11.
- Comrey, A. L. ve Lee, H. B. (1992). *A First Course in Factor Analysis*. Psychology Press.
- Conger, J. A. and Kanungo, R. N. (1988). "The Empowerment Process: Integrating Theory and Practice". *The Academy of Management Review*, 13(3), 471-482.
- Cordes, C. L and Dougherty, T. W. (1993). "A Review and in Integration of Research on Job Burnout". *The Academy of Management Review*, 18(4), 621-656.
- Cunico, L., Sartori, R., Marognoli, O. and Meneghini, A. M. (2012). "Developing empathy in nursing students: A cohort longitudinal study". *Journal of Clinical Nursing*, 21(13-14), 2016-2025.
- Çalışkan, S. C. (2011). "Çalışanların Psikolojik Güçlendirme Algıları Üzerinde İşyeri Arkadaşlıkları ve Örgütsel İletişimin Etkisi". *Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 20(3), 77-92.
- Çam, O. (1999). "Tükenmişlik Üzerine Yapılmış Bir Değerlendirme". *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 14(1), 81-93.
- Çam, O. (1992). "Tükenmişlik Envanterinin Geçerlik Ve Güvenirliğinin Araştırılması", VII. *Ulusal Psikoloji Kongresi*, 25 Eylül 1992, Ankara. 155-160.
- Çam, O. (1989). Hemşirelerde Tükenmişlik Ve Çeşitli Değişkenlere Göre İncelenmesi. Doktora Tezi. Ege Üniversitesi, İzmir.
- Çap, B., Korkut, Z., Çalışkan, M., Baştuğ, N. B., Ekinci, Ö. S., Baydili, K. N. ve Ürer, H. N. (2022). "Burnout Effects of Workplace Violence on Health Workers". *Hamidiye Medical Journal*, 3(1), 7-13.
- Çapık, C. (2014). "Geçerlik ve Güvenirlik Çalışmalarında Doğrulayıcı Faktör Analizinin Kullanımı". *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 17(3).

- Çavuş, M. F. ve Demir, Y. (2010). “The Impacts of Structural and Psychological Empowerment on Burnout: A Research on Staff Nurses in Turkish State Hospitals”. *Canadian Social Science*, 6(4), 63-72.
- Çil Akıncı, A. ve Akgün, G. (2011). “Kırklareli Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Öğrencilerinin Empatik Eğilim ve Becerileri”. *Fırsat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 6(17), 53-65.
- Davis, C. M. (2005). Empati nedir, Empati Öğretilir mi? Özcan Sezer ve Serhat Damar. (çev.). *Malatya İnönü Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 6(9), 77-88.
- De Hert, S. (2020). “Burnout in Healthcare Workers: Prevalence, Impact and Preventative Strategies”. *Local and Regional Anesthesia*, 13, 171-183.
- Dehghani, T., Mahmoudi, M. and Ameri, M. (2016). “The effect of psychological empowerment on the productivity of nurses in private hospitals of Bandar Abbas”, *Management Issues in Healthcare System*, 2(1), 43-51.
- Demir, A. (2004). “Hemşirelikte tükenmişliğe genel bakış”. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 7(1), 1-10.
- Develi, A., Çavuş, M. F. ve Öz, B. (2018). “Psikolojik Personel Güçlendirmeyi Yöneticinin Güç Kaynaklarıyla Açıklamak: Sağlık Sektöründe Bir Araştırma”. *İşletme Araştırmaları Dergisi*, 10(4), 661-680.
- Di Blasi, Z., Harkness, E., Ernst, E., Georgiou, A. and Kleijnen, J. (2001). “Influence of context effects on health outcomes: a systematic review”. *Lancet*, 357(9258), 757–762.
- Dikmetaş, E. ve Ergin, G. (2011). “Asistan Hekimlerin Tükenmişlik ve Mobbing Düzeylerinin İncelenmesi”. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 22(3), 137-149.
- Dizer, B. ve İyigün, E. (2009). “Yoğun bakım hemşirelerinde empatik eğilim düzeyleri ve etkileyen faktörler”. *Anadolu Hemşirelik Sağlık Bilimleri Dergisi*, 12(1), 9-19.
- Doğan, H. (2013). Empati ve İş Doyumunun Hemşirelik Mesleğinin Hizmet Kalitesine Etkisi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Yönetimi Ana Bilim Dalı, İstanbul.
- Doğan, M. (2013a). Doğrulayıcı Faktör Analizinde Örneklem Hacmi, Tahmin Yöntemleri ve Normallik Uyum Ölçütlerine Etkisi. Yüksek Lisans Tezi. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi İstatistik Ana Bilim Dalı, Eskişehir.
- Doğan, S. (2006). *Personel Güçlendirme: Rekabette Başarının Anahtarı*. Kare Yayınları, İstanbul.

- Dökmen, Ü. (2011). *Sanatta ve Günlük Yaşamda İletişim Çatışmaları ve Empati*. Remzi Kitabevi, İstanbul.
- Dökmen, Ü. (1988). "Empatinin yeni bir modele dayanılarak ölçülmesi ve psikodrama ile ölçülmesi". *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Dergisi*, 21(1-2), 155-190.
- Drummond, D. (2015). "Physician Burnout: Its Origin, Symptoms, and Five Main Causes". *Family Practice Management*, 22(5), 42-47.
- Duarte, J. and Pinto-Gouveia, J. (2017). "Empathy and feelings of guilt experienced by nurses: A cross-sectional study of their role in burnout and compassion fatigue symptoms". *Applied Nursing Research*, 35, 42-47.
- Duffy, B., Oyebode, J. R. and Allen, J. (2009). "Burnout among care staff for older adults with dementia: The role of reciprocity, self-efficacy and organizational factors". *Dementia*, 8(4), 515-541.
- Dunn, P. M., Arnetz, B. B., Christensen, J. F. and Homer, L. (2007). "Meeting the imperative to improve physician well-being: Assessment of an innovative program". *The Journal of General Internal Medicine*, 22(11), 1544-1552.
- Dursun Engin, M. ve Vatan, F. (2020). "Hemşirelerin örgüt kültürü ve güçlendirme algılarının incelenmesi". *Journal of Social and Humanities Sciences Research*, 7(49), 102-114.
- Durukan, S., Akyürek, Ç., ve Coşkun, E. (2010). "Hacettepe Üniversitesi erişkin hastanesi'nde çalışan hemşirelerin örgütsel güven, güçlendirme ve bağlılık düzeylerinin belirlenmesi". *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 15(3), 411-434.
- Dyrbye, L. N., Varkey, P., Boone, S. L., Satele, D. V., Sloan, J. A. and Shanafelt, T. D. (2013). "Physician satisfaction and burnout at different career stages". *Mayo Clinic Proceedings*, 88(12), 1358-1367.
- Dyrbye, L. N., Shanafelt, T. D., Balch, C. M., Satele, D., Sloan, J. and Freischlag, J. (2011). "Relationship between work-home conflicts and burnout among American surgeons: a comparison by sex". *The Archives of Surgery*, 146(2), 211-217.
- Ekiyor, A. ve Karagül, S. (2016). "Sağlık Sektöründe Personel Güçlendirmenin İşgören Performansına ve İç Girişimciliğe Etkisi". *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi*, 1(3), 13-25.
- El Dahshan, M. E. A. and Dorgham, L. Sh. (2013). "The Effect of Structural and Psychological Empowerment on Occupational Burnout in Staff Nurses Working in

- Shebin El-Kom Hospitals, Menoufiya Governernate, Egypt”. *Life Science Journal*, 10(1), 3447-56.
- Elmore, L. C., Jeffe, D. B., Jin, L., Awad, M. M. and Turnbull, I. R. (2016). “National survey of burnout among US general surgery residents”. *Journal of the American College of Surgeons*, 223(3), 440-451.
- Ergin, C. (1996). “Maslach Tükenmişlik Ölçeği’nin Türkiye sağlık personeli normları”. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi*, 4(1), 28-33.
- Ergin, C. (1992). “Doktor ve Hemşirelerde Tükenmişlik ve Maslach Tükenmişlik Ölçeğinin Uyarlanması”, 7. *Ulusal Psikoloji Kongresi Bilimsel Çalışmaları*, 22-25 Eylül 1992, Türk Psikologlar Derneği Yayınları, Ankara. 143-154.
- Ersoy Kart, M. (2009). “Relations among social support, burnout, and experiences of anger: an investigation among emergency nurses”. *Nursing Forum*, 44(3), 165-174.
- Farmer, S. (2004). The Relationship of Emotional Intelligence to Burnout and Job Satisfaction Among Nurses in early Nursing Practice. Unpublished Ph.D. thesis. The University of Utah College of Nursing, Utah.
- Ferri, P., Guerra, E., Marcheselli, L., Cunico, L. and Di Lorenzo, R. (2015). “Empathy and burnout: an analytic cross-sectional study among nurses and nursing students”. *Acta Biomed for Health Professions*, 86(2), 104-115.
- Fink, P., Sorensen, L., Engberg, M., Holm, M. and Munk-Jorgensen, P. (1999). “Somatization in primary care. Prevalence, health care utilization, and general practitioner recognition”. *Psychosomatics*, 40(4), 330-338.
- Flynn, L., Thomas-Hawkins, C. and Clark, S. (2009). “Organizational traits, care processes, and burnout among nurses in chronic hemodialysis centers”. *Western Journal of Nursing Research*, 31(5), 569-582.
- Freudenberger, H. J. (1974). “Staff burnout”. *Journal of Social Issues*, 30(1), 159-165.
- Fülöp, E., Devecsery, Á., Hausz, K., Kovács, Z. and Csabai, M. (2011). “Relationship between Empathy and Burnout among Psychiatric Residents”. *New Medicine*, 4, 143-147.
- Garrett, C. (1999). Stress, Coping, Empathy, Secondary Traumatic Stress and Burnout in Healthcare Providers Working with HIV-Infected Individuals. Unpublished Ph.D. Thesis. Ehrenkranz School of Social Work, New York.
- Geuenich, K. (2009). “Sind Sie Burnout-gefährdet? Ergebnisse unserer Ärztstudie”. *Der Hausarzt*, 20(9), 40-41.

- Gist, M. E. and Mitchell, T. R. (1992). "Self-efficacy: A theoretical analysis of its determinants and malleability". *The Academy of Management Review*, 17(2), 183–211.
- Gleichgerricht, E. and Decety, J. (2013). "Empathy in clinical practice: how individual dispositions, gender, and experience moderate empathic concern, burnout, and emotional distress in physicians". *PLoS One*, 8(4), 1-12.
- Glidewell, R. S. E. (2000). Burnout, Vicarious Traumatization, Coping Styles, and Empathy in Long-Term Care Nursing Personnel. Unpublished Ph.D. Thesis. The University of Southern Mississippi, Southern Mississippi.
- Goodman, M. J. and Schorling, J. B. (2012). "A mindfulness course decreases burnout and improves well-being among healthcare providers". *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 43(2), 119-128.
- Goodchild, C. E., Skinner, T. C. and Parkin, T. (2005). "The value of empathy in dietetic consultation: A pilot study to investigate its effect on satisfaction, autonomy and agreement". *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 18(3), 181–185.
- Gök, S. G. and Beduk, A. (2014). "The Importance of Empowerment in the Organizations to reach Goals within Agency Theory", *Research Journal of Business Management*, 1(4), 436-447.
- Grassi, L. and Magnani, K. (2000). "Psychiatric morbidity and burnout in the medical profession: an Italian study of general practitioners and hospital physicians". *Psychotherapy and Psychosomatics*, 69(6), 329-334.
- Gravlin, G. L. (1994). The Relationships Among Nurse Work Satisfaction, Burnout, and Patient Satisfaction With Nursing Care. Unpublished Ph.D. thesis. Columbia University Teachers College, New York.
- Gülseren, Ş., Karaduman, E. ve Kültür, S. (2000). "Hemşire ve Teknisyenlerin Tükenmişlik Sendromu ve Depresif Belirti Düzeyi". *Kriz Dergisi*, 9(1), 27-38.
- Günüşen, N. P. ve Üstün, B. (2009). "Turkish nurses' perspectives on programme to reduce burnout". *International Nursing Review*, 56(2), 237-242.
- Günüşen, N. (2009). Baş etme grubu ile sosyal destek grubunun hemşirelerin tükenmişlik düzeyine etkisi. Doktora Tezi. Dokuz Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.

- Gürer, A. ve Gemlik, H. N. (2020). "Covid-19 Pandemisi Sürecinde Sahada Olan Sağlık Çalışanlarının Yaşadıkları Sorunlar ve Çözüm Önerileri Üzerine Nitel Bir Araştırma". *Journal of Health Services and Education*, 4(2), 45-52.
- Halpern, J. (2003). "What is clinical empathy?". *Journal of General Internal Medicine*, 18(8): 670–674.
- Hamm, B., Karafa, M., Chun Yu, P., Rose, S. and Neuendorf, K. (2020). "Comparison of Burnout and Empathy Among Millennial and Generation X Residents and Fellows: Associations with Training Level and Race but Not Generation Affiliation". *Academic Psychiatry*, 44(4), 388–393.
- Han, J. L. and Pappas, T. N. (2018). "A Review of Empathy, Its Importance, and Its Teaching in Surgical Training". *Journal of Surgical Education*, 75(1), 88-94.
- Hauck, A., Griffin, M. Q. and Fitzpatrick, J. J. (2011). "Structural empowerment and anticipated turnover among critical care nurses". *Journal of Nursing Management*, 19(2), 269-276.
- Hayes, B., Bonner, A. and Pryor, J. (2010). "Factors contributing to nurse job satisfaction in the acute hospital setting: A review of recent literature". *Journal of Nursing Management*, 18(7), 804-814.
- Helvacı, İ. ve Turhan, M. (2013). "Tükenmişlik Düzeylerinin İncelenmesi: Silifke’de Görev Yapan Sağlık Çalışanları Üzerinde Bir Araştırma". *İşletme ve İktisat Çalışmaları Dergisi*, 1(4), 58-68.
- Hochwälder, J. (2007). "The psychosocial work environment and burnout among Swedish registered and assistant nurses: The main, mediating and moderating role of empowerment". *Nursing and Health Sciences*, 9(3), 205-211.
- Hochwälder, J. and Brucefors, A. B. (2005). "Psychological empowerment at the workplace as a predictor of ill health". *Personality and Individual Differences*, 39(7), 1237–1248.
- Hofmann, P., Ebner, C., Bayer, D. and Hotter, E. (2010). "Burnout". *Österreichische Ärztezeitung*, 22, 29-40.
- Hojat, M., Vergare, M., Isenberg, G., Cohen, M. and Spandorfer, J. (2015). "Underlying construct of empathy, optimism, and burnout in medical students", *International Journal of Medical Education*, 6, 12-16.



- Hojat, M., Louis, D. Z., Markham, F. W., Wender, R., Rabinowitz, C. and Gonnella, J. S. (2011). "Physicians' empathy and clinical outcomes for diabetic patients". *Academic Medicine*, 86(3), 359–364.
- Hojat, M., Vergare, M. J., Maxwell, K., Brainard, G., Herrine, S. K., İsenberg, G. A., Veloski, J. and Gonella, J. S. (2009). "The devil is in the third year: a longitudinal study of erosion of empathy in medical school". *Academic Medicine*, 84(9), 1182-1191.
- Hojat, M., Gonnella, J.S., Nasca, T.J., Mangione, S., Vergare, M. and Magee, M. (2002). "Physician empathy: Definition, components, measurement, and relationship to gender and specialty". *American Journal of Psychiatry*, 159, 1563-1569.
- Hojat, M., Mangione, S., Nasca T. J., Cohen, M. J., Gonella J. S., Erdmann, J. B., Veloski, J. and Magee, M. (2001). "The Jefferson Scale of Physician Empathy: Development and Preliminary Psychometric Data". *Educational and Psychological Measurement*, 61(2), 349-365.
- Hogan, R. (1969). "Development of an empathy scale". *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 33(3), 307–316.
- Hoşgör, H. ve Yaman, M. (2021). "Covid-19 Korkusunun Tükenmişlik Sendromu üzerine Etkisi: Hastane Çalışanları Örneği". *19 Mayıs Sosyal Bilimler Dergisi*, 2(2), 400-417.
- Hu, L. and Bentler, P. M. (1999). "Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives". *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, 6(1), 1–55.
- İrvine, D. M. and Evans, M. G. (1995). "Job satisfaction and turnover among nurses: integrating research findings across studies". *Nursing Research*, 44(4), 246-253.
- İsaksson Ro, K. E., Tyssen, R., Hoffart, A., Sexton, H., Aasland, O. G. and Gude, T. (2010). "A three year cohort study of the relationships between coping, job stress and burnout after a counselling intervention for helpseeking physicians". *BMC Public Health*, 10(213), 1-13.
- Jackson, D. L. (2001). "Sample Size and Number of Parameter Estimates in Maximum Likelihood Confirmatory Factor Analysis: A Monte Carlo Investigation". *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, 8(2), 205–223.
- Jani, B. D., Blane, D. N. and Mercer, S. W. (2012). "The role of empathy in therapy and the physician-patient relationship". *Forschende Komplementarmedizin*, 19(5), 252-257.

- Janighorban, M., Dadkhahtehrani, T., Najimi, A. and Hafezi, S. (2020). "The correlation between psychological empowerment and job burnout in midwives working in the labor ward of hospitals". *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 25(2), 128-133.
- Jensen, P.M., Trollope-Kumar, K., Waters, H. and Everson, J. (2008). "Building physician resilience". *Canadian Family Physician*, 54(5), 722–729.
- Jesse, M. T., Abouljoud, M. and Eshelman, A. (2015). "Determinants of Burnout Among Transplant Surgeons: A National Survey in the United States". *American Journal of Transplantation*, 15(3), 772–778.
- Kahriman, I., Nural, N., Arslan, U., Topbas, M., Can, G. and Kasim, S. (2016). "The effect of empathy training on the empathic skills of nurses". *Iranian Red Crescent Medical Journal*, 18(6), 1-10.
- Kampfhammer, H. P. (2012). "Burnout-Krankheit oder Symptom?". *Der Internist*, 53(11), 1276-1288.
- Kan Sönmez, N. (2020). "The Relationship between Psychological Empowerment and Trust in Supervisor in Hotel Enterprises". *Journal of Tourism and Gastronomy Studies*, 8(1), 291-306
- Kanter, R. M. (1989). "The new managerial work". *Harvard Business Review*, 6(6), 85-92.
- Karabey, C. N (2020). Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntemleri İçinde S. Ünal (ed.), *Modelleme ve Hipotez*. (s.91-112). Atatürk Üniversitesi Açıköğretim Fakültesi Yayını: Erzurum.
- Karsavuran, S. (2014). "Sağlık Sektöründe Tükenmişlik: Ankara'daki Sağlık Bakanlığı Hastaneleri Yöneticilerinin Tükenmişlik Düzeyleri". *H.Ü. İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 32(2), 133-165.
- Kaschka, W. P., Korczak, D. and Broich, K. (2011). "Burnout: a fashionable diagnosis". *Deutsches Arzteblatt International*, 108(46), 781-787.
- Keith, L. M. (2020). Medscape Plastic Surgeon Lifestyle, Happiness & Burnout Report 2020. Medscape. Erişim: 5 Nisan 2021, <https://www.medscape.com/slideshow/2020-lifestyle-plastic-surgeon-6012502#5>.
- Kebapçı, A. ve Akyolcu, N. (2011). "The Effects of the work environment on nurse burnout in emergency department". *Turkish Journal of Emergency Medicine*, 11(2), 59-67.

- Khoshmehr, Z., Barkhordari-Sharifabad, M., Nasiriani, K. and Fallahzadeh, H. (2020). "Moral courage and psychological empowerment among nurses", *BMC Nursing*, 19(43), 1-7.
- Kılıç, T. ve Aytemiz Seymen, O. (2011). "Sağlık Sektöründe, Tükenmişlik Sendromuna Etki Eden Faktörlerin Analizi ve Bir Araştırma". *Yönetim ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi*, 9(16), 47-67.
- Kleiner, S. and Wallace, J. E. (2017). "Oncologist burnout and compassion fatigue: investigating time pressure at work as a predictor and the mediating role of work-family conflict". *BMC Health Services Research*, 17(639), 1-8.
- Klößner Cronauer, Ch. (2013). How physician affective communication skills are related to patient characteristics and outcomes: Empathy and self-awareness in the spotlight. Unpublished Ph.D. Thesis. Universitat Neuchâtel, Neuchâtel.
- Koçel, T. (2010). *İşletme Yöneticiliği*, Beta Yayıncılık, İstanbul.
- Koehl-Hackert, N., Schultz, J. H., Nikendei, C., Möltner, A., Gedrose, B., Van den Bussche, H. and Jünger, J. (2012). "Belastet in den Beruf – Empathie und Burnout bei Medizinstudierenden am Ende des Praktischen Jahres". *Zeitschrift Für Evidenz, Fortbildung Und Qualität Im Gesundheitswesen*, 106(2), 116–124.
- Korczak, D. (2014). "İst Burnout therapierbar? Aktuelle Forschungsergebnisse zur Therapierbarkeit von Burnout". *Sozial Aktuell*, 9, 23-25.
- Kotb, A. A., Mohamed, K. A., Kamel, M. H., Ismail, M. A. and Abdulmajeed, A. A. (2014). "Comparison of burnout pattern between hospital physicians and family physicians working in Suez Canal University Hospitals". *The Pan African Medical Journal*, 18(164), 1-11.
- Kuokkanen, L., Leino-Kilpi, H. and Katajst, J. (2003). "Nurse Empowerment, Job-Related Satisfaction, and Organizational Commitment". *Journal of Nursing Care Quality*, 18(3), 184-192.
- Köksal, H. (2009). Hemşirelerin Empatik Eğilim ve Tükenmişlik Düzeyleri Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Ana Bilim Dalı, İzmir.
- Krasner, M. S., Epstein, R. M., Beckman, H., Suchman, A. L., Chapman, B., Mooney, Ch. J. and Quill, T. E. (2009). "Association of an educational program in mindful communication with burnout, empathy, and attitudes among primary care physicians". *Journal of the American Medical Association*, 302(12), 1284-1293.

- Kurt, G., Uğurlu, M. ve Acavut, G. (2018). ‘Hemşirelerin yapısal güçlendirme algısı ve iş motivasyonları arasındaki ilişkinin belirlenmesi’, 5. *Ulusal 1. Uluslararası Hemşirelikte Güncel Yaklaşımlar Kongresi Bildiri Özeti Kitabı*, Sakarya. 232-233.
- Kurzthaler, I., Kemmler, G. und Fleischhacker, W. W. (2017). “Burnout-Symptomatik bei KlinikärztInnen”. *Neuropsychiatrie*, 31, 56-62.
- Kutlu, M., Çolakoğlu, N. ve Özgüvenç, Z. P. (2010). “Hasta Hekim İlişkisinde Empatinin Önemi Hakkında Bir Araştırma”. *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi*, 2(2), 127-143.
- Lacy, B. E. and Chan, J. L. (2018). “Physician Burnout: The Hidden Health Care Crisis”. *Clinical Gastroenterology and Hepatology*, 16(3), 311-317.
- Lamothe, M., Boujut, E., Zenasni, F. and Sultan, S. (2014). “To be or not to be empathic: the combined role of empathic concern and perspective taking in understanding burnout in general practice”. *BMC Family Practice*, 15(1), 1-7.
- Larson, E. B. and Yao, X. (2005). “Clinical Empathy as Emotional Labor in the Patient-Physician Relationship”. *Journal of the American Medical Association*, 293(9), 1100-1106.
- Latifa, B. (2017). “The Effect of Structural Empowerment on Psychological Empowerment in Private Health Care in Biskra, Algeria”. *Economics World*, 5(2), 129-137.
- Lebares, C. C., Guvva, E. V., Ascher, N. L., O’Sullivan, P. S., Harris, H. W. and Epel, E. S. (2018). “Burnout and Stress Among US Surgery Residents: Psychological Distress and Resilience”. *Journal of the American College of Surgeons*, 226(1), 80-90.
- Lee, P. T., Loh, J., Sng, G., Tung, J. and Yeo, K. K. (2018). “Empathy and burnout: a study on residents from a Singapore institution”. *Singapore Medical Journal*, 59(1), 50-54.
- Lee, R. T., Seo, B., Hladkyj, S., Lovell, B. L. and Schwartzmann, L. (2013). “Correlates of physician burnout across regions and specialties: a meta-analysis”. *Human Resources for Health*, 11(48), 1-16.
- Lee, H., Song, R., Cho, Y. S., Lee, G. Z. and Daly, B. (2003). “A comprehensive model for predicting Burnout in Korean nurses”. *Journal of Advanced Nursing*, 44(5), 534–545.
- Lee, R. T. and Ashforth, B. E. (1996). “A meta-analytic examination of the correlates of the three dimensions of job burnout”. *Journal of Applied Psychology*, 81(2), 123-133.

- Leggat, S. G., Bartram, T., Casimir, G. and Stanton, P. (2010). "Nurse perceptions of the quality of patient care: confirming the importance of empowerment and job satisfaction". *Health Care Management Review*, 35(4), 355-364.
- Leiter, M. P., Harvie, P. and Frizzell, C. (1998). "The correspondence of patient satisfaction and nurse burnout". *Social Science & Medicine*, 47(10), 1611-1617.
- Leiter, M. (1991). "The Dream Denied: Professional Burnout and the constraints of Human Service Organizations". *Canadian Psychology*, 32(4), 547-558.
- Leiter, M. P. and Maslach, C. (1988). "The impact of interpersonal environment on burnout and organizational commitment". *Journal of Organizational Behavior*, 9(4), 297-308.
- Lesic, A. R., Stefanovic, N. P., Perunicic, I., Milenkovic, P., Tosevski, D. L. and Bumbasirevic, M. Z. (2009). "Burnout in Belgrade orthopaedic surgeons and general practitioners: A preliminary report". *Acta Chirurgica Iugoslavica*, 56(2), 53-59.
- Levinson, W., Hudak, P. and Tricco, A. C. (2013). "A systematic review of surgeon-patient communication: strengths and opportunities for improvement". *Patient Education and Counselling*, 93(1), 3-17.
- Levinson, W. and Roter, D. (1995). "Physicians' psychosocial beliefs correlate with their patient communication skills". *Journal of General Internal Medicine*, 10(7), 375-379.
- Liden, R. C., Wayne, S. J. and Sparrowe, R. T. (2000). "An examination of the mediating role of psychological empowerment on the relations between the job, interpersonal relationships, and work outcomes". *Journal of Applied Psychology*, 85(3), 407-416.
- Lindeman, B., Petrusa, E., McKinley, S., Hashimoto, D. A., Gee, D., Smink, D. S., Mullen, J. T. and Phitayakorn, R. (2017). "Association of Burnout With Emotional Intelligence and Personality in Surgical Residents: Can We Predict Who Is Most at Risk?". *Journal of Surgical Education*, 74(6), 22-30.
- Lindeman, S., Laara, E., Hakko, H. and Lonnqvist, J. (1996). "A systematic review on gender-specific suicide mortality in medical doctors". *The British Journal of Psychiatry*, 168(3), 274-279.
- Locumtenens (2021). Insights on Reducing Physician Turnover - Improve Physician Retention and Boost Your Bottom Line 2006, Erişim: 08 Mayıs 2021, <https://www.locumtenens.com/physician-recruitment/physician-turnover/>.

- Lopes, A. R. and Nihei, O. K. (2020). "Burnout among nursing students: predictors and association with empathy and self-efficacy". *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(1), 1-8.
- Ly, D. P., Seabury, S. A. and Jena, A. B. (2015). "Divorce among physicians and other healthcare professionals in the United States: analysis of census survey data". *British Medical Journal*, 350(706), 1-8.
- Maatta, S. M. (2006). "Rethinking empathy in nursing education: Shifting to a developmental view". *Nursing Philosophy*, 7(1), 3–10.
- Mansour, M., Darawad, M., Mattukoyya, R., Al-Anati, A., Al-Madani, M. and Jamama, A. (2022). "Socio-demographic predictors of structural empowerment among newly qualified nurses: Findings from an international survey". *Journal of Taibah University Medical Sciences*, 17(3), 345-352.
- Martins, A. E., Davenport, M. C., Del Valle, M. P., Di Lalla, S., Domínguez, P., Ormando, L., Ingratta, A., Gambarini, H. and Ferrero, F. (2011). "Impact of a brief intervention on the burnout levels of pediatric residents". *Jornal de Pediatria*, 87(6), 493-498.
- Maslach, C. (2007). "Burnout in health professionals". In S. Ayers, A. Baum, C. McManus, S. Newman, K. Wallston, J. Weinman and R. West (ed.), *Cambridge Handbook of Psychology, Health and Medicine* (s. 427-430). Cambridge University Press: Cambridge.
- Maslach, C., Schaufeli, W. B. and Leiter, M. P. (2001). "Job burnout". *Annual Review of Psychology*, 52(1), 397-422.
- Maslach, C., Jackson, S. and Leiter, M. (1996). Maslach Burnout Inventory manual. In C. P. Zalaquett, R. J. Wood (ed.), *Evaluating Stress: A Book of Resources* (s. 191-218). Consulting Psychologists Press: California.
- Maslach, C. and Jackson, S. E. (1981). "The Measurement of Experienced Burnout", *Journal of Occupational Behaviour*, 2(2), 99-113.
- Maynard, M. T., Gilson, L. L. and Mathieu, J. E. (2012). "Empowerment –Fad or Fab? A Multilevel Review of the Past Two Decades of Research". *Journal of Management*, 38(4), 1231-1281.
- McCue, J. D. (1982). "The effects of stress on physicians and their medical practice". *The New England Journal of Medicine*, 306(8), 458-463.

- Mechaber, H., Levine, R., Manwell, L., Mundt, M. and Linzer, M. (2008). "Part-time physicians...prevalent, connected, and satisfied". *The Journal of General Internal Medicine*, 23(3), 300-303.
- Meier, D., Back, A. L. and Morrison, R. (2001). "The inner life of physicians and care of the seriously ill". *The Journal of the American Medical Association*, 286(23), 3007-3014.
- Mello, M. M., Chandra, A., Gawande, A. A. and Studdert, D. M. (2010). "National costs of the medical liability system". *Health affairs (Project Hope)*, 29(9), 1569-1577.
- Melnick, E. R. and Powsner, S. M. (2016). "Empathy in the time of Burnout". *Mayo Clinic Proceedings*, 91(12), 1678-1679.
- Menendez, M. E., Chen, N. C., Mudgal, C. S., Jupiter, J. B. and Ring, D. (2015). "Physician Empathy as a Driver of Hand Surgery Patient Satisfaction". *Journal of Hand Surgery*, 40(9), 1860-1865.
- Menon, S. T. (2001). "Employee Empowerment: An Integrative Psychological Approach". *Applied Psychology: An International Review*, 50(1), 153-180.
- Metcalf, A. Y. (2014). Structural and Psychological Empowerment in Healthcare: A Study of Assess and Treat programs in respiratory care. Unpublished Ph.D. Thesis. University of South Carolina, Columbia.
- Metin, Ö. ve Gök Özer, F. (2007). "Hemşirelerin Tükenmişlik Düzeylerinin Belirlenmesi". *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 10(1), 58-66.
- Miller, K., Stiff, J. and Ellis, B. (1988). "Communication and Empathy as Precursors to Burnout among Human Service Workers. *Communication Monographs*, 55(3), 250–265.
- Mollaoğlu, M., Yılmaz, M. ve Kars, T. (2003). "Hemşirelerde Tükenmişlik (Burnout) Sendromu". *Toplum ve Hekim Dergisi*, 18, 288-292.
- Money, S. R. (2017). "Surgical personalities, surgical burnout, and surgical happiness". *Journal of Vascular Surgery*, 66(3), 683-686.
- Morse, J. M., Anderson, G., Bottorff, J. L., Yonge, O., O'Brien, B., Solberg, S. M. and McIlveen, K. H. (1992). "Exploring Empathy: A Conceptual Fit for Nursing Practice?". *Image - The Journal of Nursing Scholarship*, 24(4), 273–280.
- Nart, S. (2014). "İş Ortamında Şiddet, Tükenmişlik ve İş Tatmin İlişkileri: Sağlık Çalışanları Üzerinde Bir Araştırma". *Yönetim ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi*, 23, 248-268.
- Neves, N. and Ribeiro, O. (2016). "Perception of nurses' Empowerment in healthcare organization settings". *Millenium*, 2(1), 179-190.

- Nielsen, H. G. and Tulinius, C. (2009). "Preventing burnout among general practitioners: is there a possible route?". *Education for Primary Care*, 20(5), 353-359.
- Nightingale, S. D., Yarnold, P. R. and Greenberg, M. S. (1991). "Sympathy, empathy, and physician resource utilization". *Journal of General Internal Medicine*, 6(5), 420-423.
- Ning, S., Zhong, H., Libo, W. and Qiujie, L. (2009). "The impact of nurse empowerment on job satisfaction". *Journal of Advanced Nursing*, 65(12), 2642-2648.
- Nursalam, N. Fibriansari, R. D., Yuwono, S. R., Hadi, M., Efendi, F. and Bushy, A. (2018). "Development of an empowerment model for burnout syndrome and quality of nursing work life in Indonesia". *International Journal of Nursing Sciences*, 5(4), 390-395.
- O'Brien, J. L. (2010). Structural Empowerment, Psychological Empowerment and Burnout in Registered Staff Nurses Working in Outpatient Dialysis Centers. Unpublished Ph.D. Thesis. The State University of New Jersey, New Jersey.
- OECD (2021a). Health Resources. Doctors. Erişim: 14.09.2022, <https://data.oecd.org/healthres/doctors.htm#indicator-chart>
- OECD (2021b). Health Resources. Doctors and Nurses. Erişim: 14.09.2022, <https://data.oecd.org/healthres/nurses.htm#indicator-chart>
- O'Kelly, F. (2016). "The 'burnout complex' in surgical practice". *Trends in Urology and Men's Health*, 32, 18-21.
- Oral, L. ve Köse, S. (2011). "Hekimlerin Duygusal Emek Kullanımı İle İş Doyumu ve Tükenmişlik Düzeyleri Arasındaki İlişkiler zerine Bir Araştırma". *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 16(2), 463-492.
- Oumaya, M., Ghanmi, L., Baccar, Y., Khdira, B., Ben Salah, K. and Bouzid, R. (2009). "Burnout or professional exhaustion syndrome among primary care Tunisian doctors". *European Psychiatry*, 24(1), 1258.
- z, F. (1998). "Son sınıf hemşirelik ğrencilerinin empatik eğilimleri, empatik becerileri ile akademik başarıları arasındaki ilişki". *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2(2), 32-38.
- z, F. (1992). Hemşirelerin Empatik İletişim Becerisi ve Eğilimine Eğitimin Etkisi. Yayınlanmamış Doktora Tezi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- zalp, ř. ř. ve şahin, A. O. (2018). "Hemşirelerin rgtsel Adalet Algıları İle Yapısal Ve Psikolojik Güçlendirme Algılarının İncelenmesi", 5. *Ulusal 1. Uluslararası*



*Hemşirelikte Güncel Yaklaşımlar Kongresi Bildiri Özeti Kitabı*. 15-17 Kasım 2018, Sakarya Üniversitesi, Sakarya. 232-233.

- Özcan, H. (2012). “Hemşirelerin Empatik Eğilim ve Empatik Becerileri: Gümüşhane Örneği”. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1(2), 60-68.
- Öztürk, G., Çetin, M., Yıldırım, N., Türk, Y. Z. ve Fedai, T. (2012). “Hekimlerde Tükenmişlik ve İş Doyumu Düzeyleri”. *The Anatolian Journal of Clinical Investigation*, 6(4), 239-245.
- Öztürk, H. (2010). Yoğun Bakımlarda Çalışan Hemşirelerin Güçlendirme Algısı ve Ortamı Güçlendirme Açısından Değerlendirmeleri. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı, Ankara.
- Palsson, M., Hallberg, I., Norberg, A. and Bjorvell, H. (1996). “Burnout, empathy and sense of coherence among Swedish district nurses before and after systematic clinical supervision”. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 10(1), 19–26.
- Park, C., Lee, Y. J., Hong, M., Jung, Ch., Synn, Y., Kwack, Y. S., Ryu, J. S., Park, T. W., Lee, S. A. and Bahn, G. H. (2016). “A multicenter study investigating empathy and burnout characteristics in medical residents with various specialties”. *Journal of Korean Medical Science*, 31(4), 590–597.
- Paro, H. B. M. S., Silveira, P. S. P., Perotta, B., Gannam, S., Enns, S. C., Giaxa, R. R. B., Bonito, R. F., Martins, M. A. and Tempiski, P. Z. (2014). “Empathy among medical students: is there a relation with quality of life and burnout?”. *PLoS One*, 9(4), 1-10.
- Passalacqua, S. A. and Segrin, Ch. (2012). “The Effect of Resident Physician Stress, Burnout, and Empathy on Patient-Centered Communication During the Long-Call Shift”, *Health Communication*, 27(5), 449-456.
- Passalacqua, S. (2010). Running on Empty: Examining the Effect of Physician Stress, Burnout, and Empathy on Patient-Centered Communication During the Long-Call Shift. Unpublished Ph.D. Thesis. The University of Arizona, Arizona.
- Pedersen, A. F., Ingeman, M. L. and Vedsted, P. (2018). “Empathy, Burn-out and the use of gut feeling: A crosssectional survey of Danish general practitioners”. *BMJ Open*, 8, 1-8.
- Pereira-Lima, K. and Loureiro, S. R. (2015). “Burnout, anxiety, depression, and social skills in medical residents”. *Psychology, Health & Medicine*, 20(3), 353-362.

- Permarupan, P. Y., Al Mamun, A., Kumar, N., Saufi, R. A. and Hayat, N. (2020). "Predicting Nurses Burnout through Quality of Work Life and Psychological Empowerment: A Study Towards Sustainable Healthcare Services in Malaysia". *Sustainability*, 12(1), 1-18.
- Pinaria, M. N. U., Supartha, W. G. and Sintaasih, D. K. (2019). "The Effect of Psychological Empowerment on Motivation and Performance of Health center Employees in Tomohon City". *Russian Journal of Agricultural and Socio-Economic Sciences*, 91(7), 15-25.
- Poghosyan, L., Clarke, S. P., Finlayson, M. and Aiken, L. H. (2010). "Nurse burnout and quality of care: Cross-national investigation in six countries". *Research in Nursing and Health*, 33(4), 288-298.
- Price, V. and Archbold, J. (1997). "What's it all about, empathy?". *Nurse Education Today*, 17(2), 106-110.
- Pons, M. B. (1995). The Relationship between Stress, Self-Efficacy and Burnout Among Nurses. Unpublished Ph.D. thesis. Saybrook University, San Francisco.
- Pothmann, M., Kaluza, K. and Mann, F. (1997). Das Burnout-Syndrom bei Frauen in der Chirurgie. In Hartel W. (ed.), *Klinik und Forschung in der Chirurgie unter dem Aspekt von Effizienz und Ökonomie (s. 734-736)*. Springer: Berlin, Heidelberg.
- Raiger, J. (2005). "Applying a cultural lens to the concept of burnout". *Journal of Transcultural Nursing*, 16(1), 71-76.
- Raiziene, S. and Endriulaitiene, A. (2007). "The relations among empathy, occupational commitment, and emotional exhaustion of nurses". *Medicina (Kaunas)*, 43(5), 425–431.
- Rakel, D. P., Hoefft, T. J., Barrett, B. P., Chewning, B. A., Craig, B. M. and Niu, M. (2009). "Practitioner empathy and the duration of the common cold". *Family Medicine*, 41(7), 494-501.
- Rawana, J. S. (2001). The Relationship between Burnout, Psychological Empowerment, and Gender Role Orientation in Long-Term Care Nurses. Unpublished Ph.D. thesis. Lakehead University, Ontario.
- Raykov, T., Lee, C. L., Marcoulides, G. A. and Chang, C. (2013). "A Commentary on the Relationship Between Model Fit and Saturated Path Models in Structural Equation Modeling Applications". *Educational and Psychological Measurement*, 73(6), 1054-1068.

- Resmi Gazete (Sayı: 26166). Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Görevli Personel Döner Sermaye Gelirlerinden Ek Ödeme Yapılmasına Dair Yönetmelik, Erişim: 08 Mayıs 2021, <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2006/05/20060512-4.htm>.
- Reynolds, W. and Scott, B. (1999). "Empathy: a crucial component of the helping relationship". *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 6(5), 363-370.
- Riess, H. (2015). "The Impact of Clinical Empathy on Patients and Clinicians: Understanding Empathy's Side Effects", *AJOB Neuroscience*, 6(3), 51-53.
- Rodwell, C. M. (1996). "An analysis of the concept of empowerment", *Journal of Advanced Nursing*, 23(2), 305-313.
- Rogers, C. R. (1975). "Empathic: An Unappreciated Way of Being". *The Counseling Psychologist*, 5(2), 2-10.
- Rogers, C. R. (1957). "The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change". *Journal of Consulting Psychology*, 21(2), 95-103.
- Rollman, B. L., Mead, L. A., Wang, N. Y. and Klag, M. J. (1997). "Medical specialty and the incidence of divorce". *The New England Journal of Medicine*, 336(11), 800-803.
- Rosen, M., Gimotti, P. A., Shea, J. A. and Bellini, L. M. (2006). "Evolution of Sleep Quantity, Sleep Deprivation, Mood Disturbances, Empathy, and Burnout among Interns". *Academic Medicine*, 81(1), 82-85.
- Roter, D. L., Hall, J. A. and Aoki, Y. (2002). "Physician gender effects in medical communication: A meta-analytic review". *The Journal of the American Medical Association*, 288(6), 756-764.
- Roter, D. L., Hall, J. A., Merisca, R., Nordstrom, B., Cretin, D. and Svarstad, B. (1998). "Effectiveness of interventions to improve patient compliance: A meta-analysis". *Medical Care*, 36(8), 1138-1161.
- Roter, D. L., Hall, J. A., Kern, D. E., Barker, L. R., Cole, K. A. and Roca, R. P. (1995). "Improving physicians' interviewing skills and reducing patients' emotional distress-a randomized clinical trial". *Archives of Internal Medicine*, 155(17), 1877-1884.
- Rotter, J. B. (1966). "Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement". *Psychological Monographs*, 80(1), 1-28.
- Royan, S., Alikhani, M., Mohseni, M., Alirezaei, S., Khosravizadeh, O. and Moosavi, A. (2017). "Nurses' Psychological Empowerment in Iran: A Systematic Review". *Annals of Tropical Medicine and Public Health*, 10(6), 1558-1562.

- Sabiston, J. A. and Spence Laschinger, H. K. (1995). "Staff nurses work empowerment and perceived autonomy". *Journal of Nursing Administration*, 25(9), 42-50.
- Sağlam, E. (2019). "Tıp Fakültelerinde Empati Eğitimine Genel Bir Bakış, Geliştirmek İçin Neler Yapılabilir?". *Tıp Eğitimi Dünyası*, 18(55), 62-69.
- Sağlık-Sen Genel Merkezi (2012). Türkiye'de Sağlık Çalışanları Tükenmişlik Araştırması Sonuçları (14 Mart 2012). Sağlık ve Sosyal Hizmet Çalışanları Sendikası (s. 1-20)  
Erişim: 14 Ekim 2021,  
<http://www.saglikcalisanisagligi.org/tezler2/tukenmislikarastirmasi.pdf>.
- Sahraian, A., Fazelzadeh, A., Mehdizadeh, A. and Toobae, S. (2008). "Burnout in hospital nurses: A comparison of internal, surgery, psychiatry, and burns wards". *International Nursing Review*, 55(1), 62-67.
- San Türgay, A. (2006). Yataklı Tedavi Kurumunda çalışan hemşirelerin yapısal güçlendirme algısı beklenen personel devri ve buna ilişkin bir örnek. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir.
- Sargent, M. C., Sotile, W., Sotile, M. O., Rubash, H. and Barrack, R. L. (2009). "Quality of life during orthopaedic training and academic practice. Part 1: orthopaedic surgery residents and faculty". *The Journal of Bone & Joint Surgery*, 91, 2395-2405.
- Sarmiento, T. P., Spence Laschinger, H. K. and Iwasiw, C. (2004). "Nurse educators' workplace empowerment, burnout, and job satisfaction: testing Kanter's theory". *Journal of Advanced Nursing*, 46(2), 134-143.
- Sayar, K., Sayar, N. A., Aksöyek, A., Asık, G., Ekenel, M. ve Kanber, Y. (1998). "Sağlık çalışanlarında empati becerisinin değerlendirilmesi". *Yeni Symposium*, 36(1-2), 19-28.
- Sayıl, I., Haran, S., Ölmez, Ş. ve Özgüven, H. D. (1997). "Ankara Üniversitesi Hastanelerinde çalışan doktor ve hemşirelerin tükenmişlik düzeyleri". *Kriz Dergisi*, 5(2), 71-77.
- Schaufeli, W. B. (2018). Burnout in Europe: Relations with national economy, governance, and culture. Research Unit Occupational & Organizational Psychology and Professional Learning (internal report). KU Leuven, Belgium.
- Schaufeli, W. B. (2007). Burnout in Health Care. In P. Carayon (ed.), *Handbook of Human Factors and Ergonomics in Health Care and Patient Safety* (s. 217-232). CRC Press: Florida.

- Schaufeli, W. B. and Greenglass, E. R. (2001). "Introduction to special issue on Burnout and Health". *Psychology and Health*, 16(5), 501-510.
- Scheepers, R. A., Boerebach, B. C., Arah, O. A., Heineman, M. J. and Lombarts, K. M. (2015). "A systematic review of the impact of physicians' occupational wellbeing on the quality of patient care". *International Journal of Behavioral Medicine*, 22(6), 683-698.
- Schermuly, C. C., Schermuly, R. A. and Meyer, B. (2011). "Effects of vice-principals' psychological empowerment on job satisfaction and burnout". *International Journal of Educational Management*, 25(3), 252-264.
- Seçtim, H. (2019). "Sağlıkta Dönüşüm Programı Üzerine Bir Değerlendirme", *Management and Political Sciences Review*, 1(1), 117-133.
- Selaihem, A. (2013). "Prevalence of burnout amongst physicians working in primary care in Riyadh military hospital, Saudi Arabia". *International Journal of Medical Science and Public Health*, 2(3), 436-445.
- Serinkan, C. ve Barutçu, E. (2020). "Güncel Yönetim Sorunlarından Biri Olarak Tükenmişlik Sendromu: Denizli'de Yapılan Bir Araştırma", *Yeni Fikir Dergisi*, 12(24), 1-21.
- Sevmen, S. (2007). K.K.T.C Gazimagusa Devlet Hastanesinde Çalışan Yüksek Hemşire ve Hemşirelerin Empatik Eğilimleri ile Yatan Hastaların Hemşirelere Karşı Duydukları Memnuniyet Düzeyleri, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Yakın Doğu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Lefkoşa.
- Shanafelt, T. D., Hasan, O., Dyrbye, L. N., Sinsky, C., Satele, D., Sloan, J. and West, C. P. (2015). "Changes in burnout and satisfaction with work-life balance in physicians and the general US working population between 2011 and 2014". *Mayo Clinic Proceedings*, 90(12), 1600-1613.
- Shanafelt, T. D., Boone, S., Tan, L., Dyrbye, L. N., Sotile, W., Satele, D., West, C. P., Sloan, J. and Oreskovich, M. R. (2012a). "Burnout and satisfaction with work-life balance among US physicians relative to the general US population". *Archives of internal medicine*, 172(18), 1377-1385.
- Shanafelt, T. D., Oreskovich, M. R., Dyrbye, L. N., Satele, D. V., Hanks, J. B., Sloan, J. A. and Balch, C. M. (2012b). "Avoiding burnout: the personal health habits and wellness practices of US surgeons". *Annals of Surgery*, 255(4), 625-633.

- Shanafelt, T. D., Balch, C. M., Dyrbye, L., Bechamps, G., Russell, T., Satele, D., Rummans, T., Swartz, K., Novotny, P. J., Sloan, J. and Oreskovich, M. R. (2011). "Special report: suicidal ideation among American surgeons". *The Archives of Surgery*, 146, 54-62.
- Shanafelt, T. D., Balch, C. M., Bechamps, G., Russell, T., Dyrbye, L., Satele, D., Collicott, P., Novotny, P. J., Sloan, J. and Freischlag, J. (2010). "Burnout and medical errors among American surgeons". *Annals of Surgery*, 251(6), 995-1000.
- Shanafelt, T. D., Balch, C. M., Bechamps, G. J., Russell, T., Dyrbye, L., Satele, D., Collicott, P., Novotny, P. J., Sloan, J. and Freischlag, J. A. (2009). "Burnout and career satisfaction among American surgeons". *Annals of Surgery*, 250(3), 463-471.
- Shanafelt, T. D., West, C., Zhao, X., Novotny, P., Kolars, J., Habermann, T. and Sloan, J. (2005). "Relationship between increased personal well-being and enhanced empathy among internal medicine residents". *Journal of General Internal Medicine*, 20(7), 559-564.
- Shannon, D. (2013). "Physician well-being: a powerful way to improve the patient experience". *Physician Executive*, 39, 6-12.
- Shapiro, J. (2008). "Walking a mile in their patients' shoes: empathy and othering in medical students' education". *Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine*, 3(10), 1-11.
- Shattell, M. M., Starr, S. S. and Thomas, S. P. (2007). "Take my hand, help me out: Mental health service recipients' experience of the therapeutic relationship". *International Journal of Mental Health Nursing*, 16(4), 274-284.
- Siu, C., Yuen, S. K. and Cheung, A. (2012). "Burnout among public doctors in Hong Kong: cross-sectional survey". *Hong Kong Academy of Medicine*, 18(3), 186-92.
- Siu, H. M., Spence Laschinger, H. K. and Vingilis, H. (2005). "The effect of problem-based learning on nursing students perceptions of empowerment". *Journal of Nursing Education*, 44(10), 459-469.
- Smith, T., Capitulo, K. L., Quinn Griffin, M. T. and Fitzpatrick, J. J. (2012). "Structural empowerment and anticipated turnover among behavioural health nurses". *Journal of Nursing Management*, 20(5), 679-684.
- Sparks, A. M. (2012). "Psychological empowerment and job satisfaction between baby boomer and generation x nurses". *Journal of Nursing Management*, 20(4), 451-460.

- Spence Laschinger, H. K., Gilbert, S., Smith, L. M. and Leslie, K. (2010). "Towards a comprehensive theory of nurse/patient empowerment: applying Kanter's empowerment theory to patient care". *Journal of Nursing Management*, 18(1), 4–13.
- Spence Laschinger, H. K., Finegan, J. E., Shamian, J. and Wilk, P. (2004). "A longitudinal analysis of the impact of workplace empowerment on work satisfaction". *Journal of Organizational Behavior*, 25 (4), 527–545.
- Spence Laschinger, H., Finegan, J., Shamian, J. and Wilk, P. (2003). "Workplace empowerment as a predictor of nurse burnout in restructured healthcare settings". *Longwoods Review*, 1(3), 2-11.
- Spence Laschinger, H. K., Finegan, J., Shamian, J. and Wilk, P. (2001). "Impact of structural and psychological empowerment on job strain in nursing work settings: Expanding Kanter's model". *Journal of Nursing Administration*, 31(5), 260–272.
- Spence Laschinger, H. K., Wong, C., McMahon, L. and Kaufmann, C. (1999). "Leader behaviour impact on staff nurse empowerment, job tension and work effectiveness". *The Journal of Nursing Administration*, 29(5), 28–39.
- Spence Laschinger, H. K. and Havens, D. S. (1996). "Staff nurse empowerment and perceived control over nursing practice". *The Journal of Nursing Administration*, 26(9), 27–35.
- Spreitzer, G. M. and Mishra, A. K. (2002). "To Stay or to Go: Voluntary Survivor Turnover Following an Organizational Downsizing". *Journal of Organizational Behavior*, 23(6), 707-729.
- Spreitzer, G. M.; Kizilos, M. A. and Nason, S. W. (1997). "A Dimensional Analysis of the Relationship between Psychological Empowerment and Effectiveness, Satisfaction, and Strain". *Journal of Management*, 23(5), 679-704.
- Spreitzer, G. M. (1995). "Psychological Empowerment in the Workplace: Dimensions, Measurement, and Validation". *The Academy of Management Journal*, 38(5), 1442-1465.
- Spreng, R. N., McKinnon, M. C., Mar, R. A. and Levine, B. (2009). "The Toronto Empathy Questionnaire: scale development and initial validation of a factor-analytic solution to multiple empathy measures". *Journal of Personality Assessment*, 91(1), 62–71.
- Squier, R. W. (1990). "A model of empathic understanding and adherence to treatment regimens in practitioner-patient-relationships". *Social Science and Medicine*, 30(3), 325-339.

- Squiers, J. J., Lobdell, K. W., Fann, J. I. and DiMaio, J. M. (2017). "Physician Burnout: Are We Treating the Symptoms Instead of the Disease?". *The Annals of Thoracic Surgery*, 104(4), 1117-1122.
- Staw, B. M. (1984). "Organizational behavior: A review and reformulation of the field's outcome variables". *Annual Review of Psychology*, 35, 627-666.
- Stephan, W. G. and Finlay, K. A. (1999). "The role of empathy in improving inter-group relations". *Journal of Social Issues*, 55(4), 729-743.
- Stewart, J. G., McNulty, R., Quinn Griffin, M. T. and Fitzpatrick, J. J. (2010). "Psychological empowerment and structural empowerment among nurse practitioners". *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 22(1), 27-34.
- Suchman, A. L., Markakis, K., Beckman, H. B. and Frankel, R. (1997). "A model of empathic communication in the medical interview". *The Journal of the American Medical Association*, 277(8), 678-682.
- Sürgevil, O., Tolay, E. ve Topoyan, M. (2013). "Yapısal Güçlendirme ve Psikolojik Güçlendirme Ölçeklerinin Geçerlilik ve Güvenilirlik Analizleri". *Journal Of Yasar University*, 8, 5371-5391.
- Sürgevil, O. (2006). *Çalışma Hayatında Tükenmişlik Sendromu Tükenmişlikle Mücadele Teknikleri*. Nobel Akademik Yayıncılık, Ankara.
- Şahin, S., Özgen, D., Özdemir, K. ve Ünsal, A. (2018). "Bir Hastanede Çalışan Hemşirelerin Empati ve Tükenmişlik Düzeylerinin Değerlendirilmesi". *Konuralp Tıp Dergisi*, 10(3), 318-325.
- Şen, R. ve Yılmaz, V. (2013). "Model Belirlemesi, Örneklem Hacmi ve Tahmin Yönteminin Yapısal Eşitlik Modelleri Uyum Ölçütlerine Etkisi", *Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 38, 239-252.
- Şen, Y. (2008). *Dönüşümcü Liderliğin Psikolojik Güçlendirme ve Örgütsel Bağlılık Üzerindeki Etkilerini Belirlemeye Yönelik Bir Araştırma*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı, İstanbul.
- Şenturan, L., Gülseven Karabacak, B., Ecevit Alpar, Ş. ve Sabuncu, N. (2009). "Hemodiyaliz Ünitelerinde Çalışan Hemşirelerin Tükenmişlik Düzeyi". *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 2(2), 33-45.



- Şimşek, Ö. F. (2007). *Yapısal Eşitlik Modellemesine Giriş - Temel İlkeler ve LISREL Uygulamaları*. Ekinoks Yayınları, Ankara.
- Taleghani, F., Ashouri, E. and Saburi, M. (2017). "Empathy, Burnout, Demographic Variables and their Relationships in Oncology Nurses". *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 22(1), 41-45.
- Tangül Özcan, C. ve Mercan, N. (2016). "Hemşirelerin travma ile karşılaşma durumlarına ve kişilik özelliklerine göre empati ve tükenmişlik düzeyleri". *Gülhane Tıp Dergisi*, 58(1), 11-17.
- Taşdemir, G. ve Karaslan, A. (1999). "Hemşirelerin empatik eğilim ve iş doyumunu düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi". *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 15(1), 1-12.
- Taycan, O., Kutlu, L., Çimen, S. ve Aydın, N. (2006). "Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerde Depresyon ve Tükenmişlik Düzeyinin Sosyodemografik Özelliklerle Olan İlişkisi". *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 7(2), 100-108.
- Teke, A. K., Cengiz, E. ve Demir, C. (2010). "Hekimlerin Empatik Özelliklerinin Ölçümü ve Bu Ölçümlerin Demografik Değişkenlere Göre Değişimi". *Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 19(3), 505-516.
- Temizkan, Ö. Y. (2019). "Psikolojik Güçlendirme İle Psikolojik Sahiplenme Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi: Devlet Hastanesi Örneği". *Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 21(3), 640-665.
- Tiryaki Şen, H., Taşkın Yılmaz F., Pekşen Ünüvar, Ö. ve Demirkaya, F. (2012). "Birinci basamak sağlık hizmetlerinde görev yapan sağlık çalışanlarının empatik beceri düzeyleri". *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 3(1), 6-12.
- Thirioux, B., Birault, F. and Jaafari, N. (2016). "Empathy Is a Protective Factor of Burnout in Physicians: New Neuro-Phenomenological Hypotheses Regarding Empathy and Sympathy in Care Relationship". *Frontiers in Psychology*, 7(763), 1-11.
- Thomas, M. R., Dyrbye, L. N., Huntington, J. L., Lawson, K. L., Novotny, P. J., Sloan, J. A. and Shanafelt, T. D. (2007). "How do distress and well-being relate to medical student empathy? A multicenter study". *Journal of General Internal Medicine*, 22(2):177-83.
- Thomas, K. and Tyman, W. (1994). "Does empowerment always work: Understanding the role of intrinsic motivation and personal interpretation". *Journal of Management Systems*, 6(3), 1-13.

- Thomas, K. and Velthouse, B. (1990). "Cognitive Elements of Empowerment: An Interpretive Model of Intrinsic Task Motivation". *Academy Management Review*, 15(4), 666-681.
- Thommasen, H., Lavanchy, M., Connelly, I., Berkowitz, J. and Grzybowski, S. (2001). "Mental health, job satisfaction, and intention to relocate. Opinions of physicians in rural British Columbia. *Canadian Family Physician*, 47, 737-744.
- Tıǒlı Aytar, A. (2019). "Fizyoterapistlerde empati becerisinin mutluluk ve tikenmişlik düzeyi ile ilişkisi". *OPUS-Uluslararası Toplum Araştırmaları Dergisi*, 14(20), 1011-1024.
- Torun, A. (1997). Stres ve Tikenmişlik. İinde S. Tevrz (ed.), *Endstri ve Örgt Psikolojisi*. (s.43-53). Türk Psikologlar Derneği ve Kalite Derneği Yayını: İstanbul.
- Travaline, J., Ruchinkas, R. and D'Alonzo, G. (2005). "Patient-Physician Communication: Why and How". *The Journal of the American Osteopathic Association*, 105(1), 13-18.
- Tregoning, C., Remington, S. and Agius, S. (2014). "Facing change: developing resilience for staff, associate specialist, and specialty doctors". *British Medical Journal*, 348. Erişim: 30 Eylül 2022, <https://www.bmj.com/content/348/bmj.g251>.
- Tsiga, E., Panagopoulou, E. and Montgomery, A. (2017). "Examining the link between burnout and medical error: A checklist approach". *Burnout Research*, 6, 1-8.
- Tsui, A. A. (1984). "A role set analysis of managerial reputation". *Organizational Behavior and Human Performance*, 34(1), 64-96.
- Tunç, P. Gıtmez, A. ve Boothby, M. R. (2014). "Yoğun bakım ve yataklı servis hemşirelerinde duygusal emek stratejilerinin empatik eğilim açısından incelenmesi". *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 15(1), 45-54.
- Tunçel, Y. İ., Kaya, M., Kuru, R. N., Menteş, S. ve Ünver, S. (2014). "Onkoloji Hastanesi Yoğun Bakım nitesinde Hemşirelerin tikenmişlik Sendromu". *Türk Yoğun Bakım Derneği Dergisi*, 12(2), 57-62.
- Turan, N., Kaya, H., Özsaban, A., Özdemir Aydın, G., Özçelik, K. ve Güneş, E. (2019). "Hemşirelik Öğrencilerinin Empati ve Tikenmişlik Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi", *Florence Nightingale Journal of Nursing*, 27(2), 119-132.
- Turnipseed, D. and VandeWaa, E. (2020). "Fits and Misfits: The Impact of Individual Differences on Psychological Empowerment in Healthcare". *Journal of Health and Human Services Administration*, 43(1), 60-86.

- Ulusoy, H., Biçer, E. B. ve Karabulut, N. (2012). “Hastane yöneticilerinde tükenmişlik düzeyi”. *Cumhuriyet Tıp Dergisi*, 34(3), 252-259.
- Uzuntarla, Y. (2015). Kişilik özellikleri ile empatik özellikler arasındaki ilişkide duygusal emek ve tükenmişliğin aracılık rolü: Hekimler üzerine bir araştırma. Yayınlanmamış Doktora Tezi. GATA Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Hizmetleri Yönetimi Ana Bilim Dalı, Ankara.
- Ünal, C. (1972). “İnsanları Anlama Kabiliyeti”. *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 5(3), 71-93.
- Vacharakiat, M. (2008). The Relationships of Empowerment, Job Satisfaction and Organization Commitment Between Filipino and American Registered Nurses Working in the USA. Unpublished Ph.D. Thesis. George Mason University, Fairfax.
- Van der Klink, J. J. I., Blonk, R. W. B., Schene, A. H. and Van Dijk, F. J. H. (2001). “The benefits of interventions for work related stress”. *American Journal of Public Health*, 91(2), 270-276.
- Van Honk, J., Schutter, D. J., Bos, P. A., Kruijt, A.W., Lentjes, E. G. and Baron-Cohen, S. (2011). “Testosterone administration impairs cognitive empathy in women depending on second-to-fourth digit ratio”. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 108(8), 3448-3452.
- Vévodová, Š., Vévoda, J., Vetešníková, M., Kisvetrová, H. and Chrastina, J. (2016). “The relationship between burnout syndrome and empathy among nurses in emergency medical services”. *Kontakt*, 18(1), 17–21.
- Waldman, J. D., Kelly, F., Arora, S. and Smith, H. L. (2004). “The shocking cost of turnover in health care”. *Health Care Management Review*, 29(1), 2-7.
- Walocha, E., Tomaszewski, K., Wilczek-Ruzyczka, E. and Walocha, J. (2013). “Empathy and Burnout among Physicians of different Specialties”. *Folia Medica Cracoviensia*, 53(2), 35-42.
- Weidner, A. K. H., Phillips, R. L., Fang, B. and Peterson, L. E. (2018). “Burnout and Scope of Practice in New Family Physicians”. *Annals of Family Medicine*, 16(3), 200-205.
- Wen, J., Cheng, Y., Hu, X., Yuan, P., Hao, T. and Shi, Y. (2016). “Workload, burnout, and medical mistakes among physicians in China: A cross-sectional study”. *BioScience Trends*, 10(1), 27-33.

- Weng, H. C., Steed, J. F., Yu, S. W., Liu, Y. T., Hsu, C. C., Yu, T. J. and Chen, W. (2011). "The effect of surgeon empathy and emotional intelligence on patient satisfaction". *Advances in Health Sciences Education*, 16(5), 591–600.
- West, C. P., Dyrbye, L. N., Rabatin, J. T., Call, T. G., Davidson, J. H., Multari, A., Romanski, S. A., Hellyer, J. M., Sloan, J. A. and Shanafelt, T. D. (2014). "Intervention to promote physician well-being, job satisfaction, and professionalism: a randomized clinical trial". *JAMA Internal Medicine*, 174(4), 527-533.
- Westman, M. and Etzion, D. (2001). "The impact of vacation and job stress on burnout and absenteeism". *Psychology and Health*, 16(5), 595-606.
- Whitley, M. P. and Putzier, D. J. (1994). "Measuring nurses' satisfaction with the quality of their work and work environment". *Journal of Nursing Care Quality*, 8(3), 43-51.
- Wieck, C. and Kunzmann, U. (2015). "Age differences in empathy: Multidirectional and context-dependent". *Psychology and Aging*, 30(2), 407-419.
- Wilkström, B. M. (2001). "Work of art dialogues an educational technique by which students discover personal knowledge of empathy". *International Journal of Nursing Practice*, 7(1), 24-29.
- Wilczek-Rużyczka, E. (2011). "Empathy vs. Professional Burnout in Health Care Professionals". *Journal of US-China Medical Science*, 8(9), 526-532. (185)
- Wilkinson, H., Whittington, R. Perry, L. and Eames, C. (2017). "Examining the relationship between burnout and empathy in healthcare professionals: A systematic review". *Burnout Research*, 6, 18-29.
- Williams, D., Tricomi, G., Gupta, J. and Janise, A. (2015a). "Efficacy of burnout interventions in the medical education pipeline". *Academic Psychiatry*, 39(1), 47-54.
- Williams, B., Boyle, M. and Fielder, C. (2015b). "Empathetic attitudes of undergraduate paramedic and nursing students towards four medical conditions: A three-year longitudinal study". *Nurse Education Today*, 35(2), 14-18.
- Williams, C. A. (1989). "Empathy and bumout in male and female helping professionals". *Research in Nursing and Health*, 12(3), 169-178.
- Wilson, B. and Spence Laschinger, H. (1994). "Staff nurse perception of job empowerment and organizational commitment: A test of Kanter's Theory of Structural Power in Organizations". *Journal of Nursing Administration*, 24(4), 39-47.

- Wolf, E. S. (1980). "The dutiful physician: The central role of empathy in psychoanalysis, psychotherapy, and medical practice". *Hillside Journal of Clinical Psychiatry*, 2(1), 41-56.
- Wolfshohl, J. A., Bradley, K., Bell, C., Bell, S., Hodges, C., Knowles, H., Chaudhari, B. R., Kirby, R., Kline, J. A. and Wang, H. (2019). "Association Between Empathy and Burnout Among Emergency Medicine Physicians". *Journal of Clinical Medicine and Research*, 11(7), 532-538.
- Wright, S. (2005). "Burnout: A spiritual crisis". *Nursing Standard*, 19(46), 1–24.
- Yakut, H. İ., Gül Kapısız, S., Durtuna, S. ve Evran, A. (2013). "Sağlık Alanında Çalışma Yaşamında Tükenmişlik", *The Journal of Gynecology – Obstetrics and Neonatology*, 10(38), 1564-1571.
- Yiğitbaş, Ç., Deveci, S. E., Açık, Y., Ozan, A. T. ve Oğuzöncül, A. F. (2013). "Sağlık eğitimi alan bir grup öğrencinin empatik eğilim ve becerisi". *Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4(1), 7-13.
- Yuguero, O., Melnick, E. R., Marsal, J. R., Esquerda, M. and Soler-González, J. (2018). "Cross-sectional study of the association between healthcare professionals' empathy and burnout and the number of annual primary care visits per patient under their care in Spain". *BMJ Open*, 8(7), 1-6.
- Yuguero, O., Forné, C., Esquerda, M., Pifarré, J., Abadías, M. J. and Viñas, J. (2017a). "Empathy and Burnout of Emergency Professionals of a Health Region A cross-sectional study". *Medicine*, 96(37), 1-7.
- Yuguero, O., Marsal, J. R., Esquerda, M. and Soler-González, J. (2017b). "Occupational burnout and empathy influence blood pressure control in primary care physicians". *BMC Family Practice*, 18(1), 1-9. (213)
- Yuguero, O., Marsal, J. R., Buti, M., Esquerda, M. and Soler-González, J. (2017c). "Descriptive study of association between quality of care and empathy and burnout in primary care". *BMC Medical Ethics*, 18(1), 1-8.
- Yuguero, O., Marsal, R., Esquerda, M., Vivanco, L. and Soler-González, J. (2017d). "Association between low empathy and high burnout among primary care physicians and nurses in Lleida, Spain". *European Journal of General Practice*, 23(1), 4-10.
- Yuguero, O., Esquerda Aresté, M., Marsal Mora, J. R. and Soler-González, J. (2015). "Association between Sick Leave Prescribing Practices and Physician Burnout and Empathy". *PLoS One*, 10(7), 1-9.

- Yüceler, A., Kılınç, M. ve Kaya, Ş. D. (2014). “Sağlık Kurumlarında Psikolojik Güçlendirmenin Çalışan Motivasyonuna Etkisi Üzerine Bir Uygulama”, 8. *Sağlık ve Hastane İdaresi Kongresi*, 10-12 Eylül 2014, Lefke Avrupa Üniversitesi, İstanbul. 751-766.
- Yılmaz, G. ve Baran Durmaz, G. (2019). “Pediatri Hemşirelerinin Empatik Eğilim, Duygusal Emek Davranışları ve Tükenmişlik Düzeyleri Arasındaki İlişki”. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 6(2), 92-100
- Zaki, S. M. and Mohammed, E. A. (2018). “Psychological Empowerment and Its Relation with Organizational Loyalty Among First Line Managers”. *Journal of Health, Medicine and Nursing*, 49, 122-131.
- Zantinge, E. M., Verhaak, P. F., De Bakker, D. H., Van der Meer, K. and Bensing, J. M. (2009). “Does Burnout among Doctors Affect their Involvement I Patients’ Mental Health Problems?”. *British Medical Journal Family Practice*, 10(60), 1-10.
- Zenasni, F., Boujut, E., Woerner, A. and Sultan, S. (2012). “Burnout and empathy in primary care: three hypotheses”. *British Journal of General Practice*, 62(600), 346–347.
- Zheng, H., Shao, H. and Zhou, Y. (2018). “Burnout Among Chinese Adult Reconstructive Surgeons: Incidence, Risk Factors, and Relationship With Intraoperative Irritability”. *The Journal of Arthroplasty*, 33(4), 1253-1257.
- Zhou, W. B., Ouyang, Y. Q. and Qu, H. (2015). “The impact of psychological empowerment and organisational commitment on chinese nurses’ job satisfaction”. *Contemporary Nurse*, 50(1), 80–91.
- Zinn, W. (1993). “The empathic physician”. *Archives of Internal Medicine*, 153(3), 306-312.
- Zwack, J. and Schweitzer, J. (2013). “If Every Fifth Physician Is Affected by Burnout, What About the Other Four? Resilience Strategies of Experienced Physicians”. *Academic Medicine*, 88(3), 382-389.
- Zurmehly, J., Martin, P. A. and Fitzpatrick, J. J. (2009). “Registered nurse empowerment and intent to leave current position and/or profession”. *Journal of Nursing Management*, 17(3), 383–391.

## EKLER

### Ek 1. Anket Formu

Değerli Sağlık Çalışanı,

Sizi Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı tarafından yürütülen “Sağlık çalışanlarının empati düzeyleri ile psikolojik güçlendirme algılarının tükenmişlik üzerine etkisinde yapısal güçlendirmenin düzenleyici etkisi“ başlıklı araştırmaya davet ediyoruz. Bu araştırmanın amacı sağlık çalışanlarının empati düzeyleri ile psikolojik güçlendirme algılarının tükenmişlik üzerindeki etkisini araştırırken yapısal güçlendirmenin bu ilişkideki düzenleyici rolünü incelemektir. Araştırmada sizden tahminen 10 dakika civarında ayırmanız istenmektedir. Araştırmaya sizin dışınızda tahminen 350 kişi katılacaktır. Bu çalışmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmanın amacına ulaşması için sizden beklenen, bütün soruları eksiksiz, kimsenin baskısı veya telkini altında olmadan, size en uygun gelen cevapları içtenlikle verecek şekilde cevaplamanızdır. Bu formu okuyup onaylamanız, araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz anlamına gelecektir. Ancak, çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmayı bırakma hakkına da sahipsiniz. Bu çalışmadan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacaktır.

Katkınız ve görüşlerinizi paylaştığınız için çok teşekkür ederiz.

Necmiye ÇEPNİ

<b>Aşağıda çeşitli durumlara ilişkin ifadeler bulunmaktadır. Lütfen ifadeyi okuduktan sonra size uyma derecesine göre sağ taraftaki kutucuklardan birini işaretleyerek belirtiniz.</b>						
<i>1 = Kesinlikle katılmıyorum, 2 = Katılmıyorum, 3 = Ne Katılıyorum ne de katılmıyorum, 4 = Katılıyorum, 5 = Kesinlikle katılıyorum</i>		<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>1</b>	Hastalar ile olan iletişimimde en önemli nokta, hasta ve yakınlarının duygularını anlamamdır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>2</b>	Hastalarımın beden diline dikkat ederek zihinlerinden neler geçirdiklerini anlamaya çalışırım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>3</b>	Tıbbi tedavide empatinin, önemli bir tedavi edici faktör olduğuna inanırım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>4</b>	Hekim olarak tedavi etmedeki yeteneğim, empati olmazsa sınırlı kalır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>5</b>	Hastalarımın neler hissettiklerini anlamam, uygulanacak tedaviyi güvenli bir şekilde kabul etmelerini sağlar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>6</b>	Hastalarımın neler hissettiklerini anladığımda, onlar da kendilerini daha iyi hissederler.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>7</b>	Hekim – hasta ilişkisinde sözlü iletişim kadar hastanın beden dilini anlamamın da önemli olduğunu düşünüyorum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8	Hastalarımınla tıbbi tedavi uygularken, kendimi onların yerine koymaya çalışırım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Mizah anlayışına sahip olmanın, daha iyi bir klinik çıktıya katkısı olduğunu düşünüyorum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Daha iyi tıbbi bakım sunabilmek için hastalarım gibi düşünmeye çalışırım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Hastalar ancak tıbbi tedavi ile iyileştirilebilirler, dolayısıyla onlarla duygusal bir yakınlık içerisinde girmenin yeri yoktur.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Hastalarımın kişisel deneyimlerini dikkate almamın tedavinin etkinliği ile ilgisi yoktur.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	Hastalarımınla görüşürken, öykülerini alırken duygularına dikkat etmemeye çalışırım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	Tıbbi hastalıkların tedavisinde duygunun yeri olmadığına inanırım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	Hastalarım ve yakınlarıyla çok fazla samimiyet kurarak bana yaklaşmalarına izin vermem.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	Hastalarım ve yakınlarının ne hissettiklerini anlamamın, tıbbi tedavi ile ilgisi olduğuna inanmıyorum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	Tıbbi olmayan literatürleri okumaktan ve sanatla ilgilenmekten hoşlanmam.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	Hastaların fiziksel şikayetlerini anlamak için, günlük yaşamlarında neler olduğunu sorgulamak önemsiz bir faktördür.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19	Olaylara hastanın bakış açısından bakmak benim için zordur.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20	İnsanlar birbirinden farklı olduğu için, hastalarımın bakış açısından olaylara bakmak benim için hemen hemen mümkün değildir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>1 = Kesinlikle katılmıyorum, 2 = Katılmıyorum, 3 = Ne Katılıyorum ne de katılmıyorum, 4 = Katılıyorum, 5 = Kesinlikle katılıyorum</i>		<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
21	Yaptığım iş benim için çok önemlidir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22	İşimi yerine getirirken yaptığım faaliyetler bana anlamlı gelmektedir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23	Yaptığım iş benim için anlamlıdır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24	İşimi yapmak için yeteneklerime güveniyorum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25	İşimle ilgili faaliyetleri yerine getirecek kapasiteye sahip olduğumdan eminim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26	İşim için gerekli olan becerilerimi geliştirdim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27	İşimi nasıl yapacağımı belirlemede önemli ölçüde özerkliğe sahibim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28	İşimi nasıl yapacağıma kendim karar verebilirim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29	İşimi bağımsız ve özgür yapabilmek için önemli fırsatlara sahibim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



30	Çalıştığım bölümde gerçekleşen olaylar üzerinde etkim büyüktür.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31	Çalıştığım bölümde gerçekleşen olaylar üzerinde kontrol sahibiyim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32	Çalıştığım bölümde gerçekleşen olaylar üzerinde sözüm geçer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>1 = Hiç</i>		<i>3 = Biraz</i>			<i>5 = Çok</i>	
<b>Mevcut İşinizde Her Bir <u>Fırsatların</u> Ne Kadarına Sahipsiniz?</b>		<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
33	Zorlayıcı/Öğretici iş	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34	İşte yeni bilgi ve beceri edinme olasılığı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35	Tüm bilgi ve becerilerinizi kullandığınız görevler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>1 = Hiç Bilgim Yok</i>		<i>3 = Biraz Bilgim Var</i>			<i>5 = Çok Bilgim Var</i>	
<b>Mevcut İşinizde Ne Kadar <u>Bilgiye</u> Erişebiliyorsunuz?</b>		<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
36	Hastanenin şimdiki durumu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37	Üst yönetimin değerleri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38	Üst yönetimin hedefleri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>1 = Hiç</i>		<i>3 = Biraz</i>			<i>5 = Çok</i>	
<b>Mevcut İşinizde Ne Kadar <u>Destek</u> Görebiliyorsunuz?</b>		<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
39	İyi yaptığınız şeyler hakkında spesifik bilgi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40	Geliştirebileceğiniz şeyler hakkında spesifik yorumlar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41	Yardımcı ipuçları ve problem çözücü tavsiyeler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Mevcut İşinizde Kaynaklara Ne Kadar <u>Erişiminiz</u> Var?</b>		<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
42	Gerekli dokümantasyon çalışmasını yapmak için yeterli zaman	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43	İş gereklerini yerine getirmek için yeterli zaman	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44	Gerektiğinde geçici yardım sağlama	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>İş Ortamında / İşimde</b>		<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>

45	İşte yenilik/buluş karşılığı ödüller	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46	İşimde esneklik miktarı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47	Kurum içerisinde iş ile ilgili aktivitelerimin görülebilirlik miktarı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Mevcut İşinizde Bu Aktiviteler İçin Ne Kadar Fırsatınız Var?</b>		<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
48	Hasta bakımı konusunda hekimler ile işbirliği	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49	Problemler ile ilgili yardımcı olmanız için meslektaşlar tarafından aranılmak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50	Problemler ile ilgili yardımcı olmanız için yöneticiler tarafından aranılmak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
51	Hekimler dışındaki diğer profesyonellerden görüşlerini alma (Fizyoterapist, Diyetisyen v.b)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>1 = Kesinlikle katılmıyorum, 2 = Katılmıyorum, 3 = Ne Katılıyorum ne de katılmıyorum, 4 = Katılıyorum, 5 = Kesinlikle katılıyorum</i>						
<b>Genel Güçlendirme</b>		<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
52	Genelde, şimdiki iş çevrem işimi etkin bir şekilde yapma gücünü bana verir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
53	Genelde, işyerimi güç sağlayıcı bir çevre olarak görürüm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>1 = Hiçbir zaman, 2 = Çok az, 3 = Bazen, 4 = Çoğu zaman 5 = Her zaman</i>		<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
54	İşimden soğuduğumu hissediyorum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
55	İş günü sonunda kendimi tükenmiş hissediyorum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
56	Sabah kalkıp, yeni bir iş gününe başlamak zorunda olduğum zaman, yorgunluk hissediyorum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
57	Gün boyu insanlarla birlikte çalışmak, beni gerçekten geriyor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
58	İşimden dolayı tükendiğimi hissediyorum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
59	İşimin beni kısıtladığını düşünüyorum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
60	İş yerinde çok yoğun çalıştığımı düşünüyorum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
61	Sabrımın tükendiğini hissediyorum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
62	İnsanlarla doğrudan birlikte çalışmak bende çok fazla stres yaratıyor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
63	Hizmet verdiğim kişilerin, olaylarla ilgili neler hissettiğini çok kolay anlayabiliyorum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

64	Hizmet verdiğim kişilerin sorunlarını çok etkili bir şekilde ele alıyorum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
65	Yaptığım iş ile başkalarının hayatını olumlu etkilediğimi düşünüyorum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
66	Kendimi çok enerjik hissediyorum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
67	Hizmet verdiğim kişilerle birlikte, kolaylıkla rahat bir ortam oluşturabiliyorum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
68	Hizmet verdiğim kişilerle yakından ilgilendikten sonra kendimi canlanmış hissedirim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
69	İşimde birçok önemli şey yaptım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
70	İşimde, duygusal sorunlara soğukkanlılıkla yaklaşıyorum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
71	Hizmet verdiğim bazı kişilere karşı soğuk ve ilgisiz davrandığımı hissediyorum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
72	Bu işe girdiğimden beri, insanlara karşı daha duyarsız oldum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
73	Bu işin, beni duygusal olarak körelttiğinden endişe ediyorum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
74	Hizmet verdiğim bazı kişilere ne olup ne olmadığı beni gerçekten ilgilendirmiyor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
75	Hizmet verdiğim kişilerin, bazı sorunları yüzünden, beni suçladıklarını hissediyorum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**76. Cinsiyet:**

(Kadın)       (Erkek)

**77. Yaşınız:**

(18-25)       (26-34)       (35-44)       (45-54)       (55-64)       ( 65 + )

**78. Medeni durumunuz:**

(evli)       (bekâr)

**79. Eğitim düzeyiniz:**

(İlköğretim)       (Lise)       (Lisans)       (Lisans üstü)

**80. Mesleğiniz:**

(Yönetici / Sağlık Yöneticisi / Müdür / Müdür Yardımcısı)

(Doktor / Uzman Doktor / Diş Doktoru)

(Hemşire)

(Ebe)

(Sağlık Memuru)

(Sağlık Teknisyeni)

(Lab. Teknisyeni)

(Diğer) .....

**81. İş yerinizdeki çalışma süreniz:**

(1-5 yıl)     (6-10 yıl)     (11-15 yıl)     (16-20 yıl)     (20 + yıl)

**82. İş yaşamınızdaki toplam çalışma süreniz:**

(1-5 yıl)     (6-10 yıl)     (11-15 yıl)     (16-20 yıl)     (20 + yıl)

**83. Kurumunuz:**

Devlet Hastanesi

Üniversite Hastanesi

Özel Hastane

