

T.C.
İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
PSİKIYATRI ANABİLİM DALI

138702

HEKİMLERDE İŞ DOYUMU VE TÜKENMİŞLİK
SENDROMUNUN ALEKSİTİMİ VE BAZI
SOSYODEMOGRAFİK DEĞİŞKENLERLE İLİŞKİSİ

T.C. YÖK SINIF ÖLÇME VE DEĞERLENDİRME MERKEZİ

138702

UZMANLIK TEZİ

Dr. RİFAT KARLIDAĞ

MALATYA - 1998

Çalışmanın kuramsal temelini oluşturulmasında, yürütülmesinde ve değerlendirilmesinde önemli katkıları olan değerli hocam Prof. Dr. Süheyla ÜNAL'a teşekkür ederim.

Çalışmanın planlanmasında bilgi ve deneyimlerini esirgemeyerek destek olan Uzm. Dr. Halime ASLAN ve çalışmanın istatistik aşamasında yardım eden Yrd. Doç. Dr. Saim YOLOĞLU'na teşekkür ederim.

Çalışmanın tamamlanmasında çeşitli şekillerde yardımları olan Yrd. Doç. Dr. Mustafa YILDIZ, Yrd. Doç. Dr. M. Erkan ÖZCAN, Yrd. Doç. Dr. Burhanettin KAYA Yrd. Doç. Dr. Metin GENÇ, Uzm. Dr. Kadir ERTEM, Dr. Vahap BOZTEPE ve Dr. Hülya YILDIZHAN'a teşekkür ederim.

Çalışmayı araç kılarak, çağdaş bilimsel çizgiyi insana sevgi ve saygı ile bütünleştirmeyi öğreterek, mesleki vasıflarımı kazanmamda önemli katkıları olan değerli hocalarım Prof. Dr. Bülent COŞKUN ve Doç. Dr. Ferhan DEREBOY'a teşekkür ederim.

Ayrıca çalışmanın tamamlanmasına yardımı olan, her nazımçıken ve duygusal desteği ile itici gücüm olan sevgili eşim Ferda KARLIDAĞ ve düzeltmeleriyle çalışmaya katkıları olan Türk Dili ve Edebiyatı Öğretmeni Solmaz Yıldırım'a teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

İçindekiler.....	I
Tablolar dizini.....	II-III
GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
GENEL BİLGİLER.....	6
Tükenmişliğin tanımı.....	6
Tükenmişlik kavramı ile ilişkili kavramlar.....	6
Tükenmişliğin nedenleri.....	8
Tükenmişliğin belirtileri.....	9
Tükenmişliğin evreleri.....	11
GEREÇ VE YÖNTEM.....	17
Verilerin girişi ve kullanılan istatistiksel yöntemler.....	17
Çalışmada kullanılan ölçekler.....	17
BULGULAR.....	18
TARTIŞMA.....	40
SONUÇ.....	47
ÖNERİLER.....	48
Tükenmişliği önleme yolları.....	48
Tükenmişlik ile başetme yolları.....	50
Tükenmişliğin sonuçları.....	51
ÖZET.....	53
KAYNAKLAR.....	55
EKLER.....	IV

TABLolar DİZİNİ

Tablo 1: Çalışmaya katılan hekimlerin sosyodemografik özelliklerine göre dağılımları.....	19
Tablo 2: Çalışmaya katılan hekimlerin sosyodemografik özellikleri ile TAÖ puanlarının karşılaştırması.....	20
Tablo 3: Çalışmaya katılan hekimlerin sosyodemografik özellikleri ile İDÖ puanlarının karşılaştırması.....	22
Tablo 4: Çalışmaya katılan hekimlerin sosyodemografik özellikleri ile DT puanlarının karşılaştırması.....	24
Tablo 5: Çalışmaya katılan hekimlerin sosyodemografik özellikleri ile DYS puanlarının karşılaştırması.....	26
Tablo 6: Çalışmaya katılan hekimlerin sosyodemografik özellikleri ile KB puanlarının karşılaştırması.....	28
Tablo 7: Çalışmaya katılan hekimlerin akademik ünvanlarına göre TAÖ puanlarının dağılımı.....	30
Tablo 8: Çalışmaya katılan hekimlerin akademik ünvanlarına göre İDÖ puanlarının dağılımı.....	30
Tablo 9: Çalışmaya katılan hekimlerin akademik ünvanlarına göre MTÖ-DT puanlarının dağılımı	31
Tablo 10: Çalışmaya katılan hekimlerin akademik ünvanlarına göre MTÖ- DYS puanlarının dağılımı	31
Tablo 11: Çalışmaya katılan hekimlerin akademik ünvanlarına göre MTÖ- KB puanlarının dağılımı	32
Tablo 12: Çalışmaya katılan hekimlerin meslekte çalışma sürelerine göre TAÖ puanlarının dağılımı	33
Tablo 13: Çalışmaya katılan hekimlerin meslekte çalışma sürelerine göre İDÖ puanlarının dağılımı	33
Tablo 14: Çalışmaya katılan hekimlerin meslekte çalışma sürelerine göre MTÖ-DT puanlarının dağılımı	34
Tablo 15: Çalışmaya katılan hekimlerin meslekte çalışma sürelerine göre MTÖ-DYS puanlarının dağılımı	34

Tablo 16: Çalışmaya katılan hekimlerin meslekte çalışma sürelerine göre MTÖ-KB puanlarının dağılımı	35
Tablo 17: TAÖ puanlarının <11 ve ≥11 olmasına göre çalışmaya katılan hekimlerin dağılımı.....	35
Tablo 18: TAÖ puanı <11 ve ≥11 olan hekimlerin İDÖ puanlarının dağılımı.....	36
Tablo 19: TAÖ puanı <11 ve ≥11 olan hekimlerin MTÖ-DT puanlarının dağılımı.....	36
Tablo 20: TAÖ puanı <11 ve ≥11 olan hekimlerin MTÖ-DYS puanlarının dağılımı.....	36
Tablo 21: TAÖ puanı <11 ve ≥11 olan hekimlerin MTÖ-KB puanlarının dağılımı.....	37
Tablo 22: Çalışmaya katılan hekimlerin tümünde ölçek puanlarının dağılımı.....	37
Tablo 23: Çalışmaya katılan hekimlerin TAÖ puanları ile İDÖ, MTÖ-DT, MTÖ- DYS ve MTÖ-KB puanlarının Korelasyon Analizi sonuçları.....	37
Tablo 24: Çalışmaya katılan hekimlerin İDÖ puanları ile TAÖ, MTÖ-DT, MTÖ- DYS ve MTÖ-KB puanlarının Korelasyon Analizi sonuçları.....	38
Tablo 25: Çalışmaya katılan hekimlerin MTÖ- DYS puanları ile TAÖ, İDÖ, MTÖ- DT ve MTÖ-KB puanlarının Korelasyon Analizi sonuçları.....	38
Tablo 26: Çalışmaya katılan hekimlerin MTÖ-DT puanları ile TAÖ, İDÖ, MTÖ- DYS ve MTÖ-KB puanlarının Korelasyon Analizi sonuçları.....	39
Tablo 27: Çalışmaya katılan hekimlerin MTÖ-KB puanları ile TAÖ, İDÖ, MTÖ- DYS ve MTÖ-DT puanlarının Korelasyon Analizi sonuçları.....	39

GİRİŞ VE AMAÇ

Dünya Sağlık Örgütü, sağlığı, fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden iyilik hali olarak tanımlamaktadır. Toplumdaki tüm bireyler gibi, çalışan bireylerin sağlığı da bu kapsam içinde düşünülmelidir.

Bireylerin, fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden iyilik halinde olmalarının sağlanması için, sağlıklı durumdan sapmaların iyi değerlendirilmesi gerekir (1).

Çalışma yaşamı, bireyin sağlığını çeşitli şekillerde etkiler. Çalışanın sağlığı ile çalışma yaşamı arasındaki ilişki iki yönlüdür. Çalışma yaşamı bireyin sağlığını etkileyebildiği gibi, çalışanın sağlığı da çalışma yaşamını etkilemektedir (1, 6). Değişik meslekteki bireyler, yaptıkları iş ile ilgili birtakım streslere maruz kalarak, bu duruma çeşitli psikosozyal hatta biyolojik tepkiler vermektedirler:

- (1) iş ile ilgili stres
- (2) iş-bıkkınlığı ve
- (3) tükenmişlik (burnout).

Bunlardan ilk ikisi her tür meslekte geçerli kavramlar olarak tanımlanmaktadır. Tükenmişlik ise daha çok insanlarla çalışan ve insanlara yardım etmeyi amaçlayan meslekler için tanımlanmıştır (2).

Olumsuz çalışma koşulları altında çalışma ister istemez verilen hizmetin, üretimin nitelik ve niceliğinde bozulmaya yol açabilmektedir (1). Tıpta teknolojinin hızla değişmesi ve gelişmesi, sağlık hizmetlerinde ve personel sayısında yetersizlik ve dengesiz dağılım, sağlık personelinin hasta ve yakınlarıyla yaşadığı sorunlar sağlık alanında çalışanlar üzerinde olumsuz etkilere yol açmaktadır. İşe bağlı gerginlik ve düş kırıklığı daha çok insanlarla yüz yüze çalışan mesleklerde görülmektedir ve duygusal geri çekilme, tükenme, iş doyumunda ve üretkenliğinde azalma ile sonuçlanabilmektedir (4). Tükenmişlik sendromu, çalışanların, iş ve hizmet üretenlerin verimli ve nitelikli üretim yapmalarını olumsuz yönde etkileyen önemli bir etken olarak görülmektedir (1).

“Tükenmişlik” insanlarla yüz yüze çalışan hekimlerde, hemşirelerde, fizyoterapistlerde, öğretmenlerde, polislerde, avukatlarda, yargıçlarda, savcılarda ve psikologlarda diğer mesleklerden daha fazla görülmektedir (7, 8, 11, 18, 39). Bu mesleklerde, süregen ve ağır strese tepki olarak gelişen duygusal ve fiziksel tükenme, iş

doyumunda azalma ve kişinin mesleğine, bakım verdiği kişilere karşı duyarsızlaşması olarak tanımlanmaktadır (39, 11). Kadınlarda, bekarlarda, meslekte daha yeni ve deneyimsiz olanlarda tükenme yüksek düzeylerde yaşanmaktadır (10, 18). Sürengen olarak gergin ve stresli iş ortamında çalışan kişilerde başağrısı, kaslarda gerginlik, uykusuzluk gibi fizyolojik belirtiler ve/veya depresyon, anksiyete, çaresizlik gibi ruhsal belirtilere rastlanmaktadır. İşle ilgili yaşanan bu gerginlik ve stres, sağlık alanında çalışanlarda üretim ve verimde düşme, evlilik ve aile yaşantısında sorunlar, işe sık sık geç gelme ya da özür uydurarak hiç gelmeme, hatta işi tamamen bırakmaya yol açabilmektedir. Çalışmalar sağlık alanında sürengen olarak gergin iş ortamında çalışmanın hastalara karşı olumsuz tutumlarla da sonuçlandığını göstermektedir (8, 20, 43). Tükenmeyi örgütsel kökenli stres kaynaklarından doğan diğer tepkilerden ayıran özellik, çalışanların iş gereği karşılaştıkları kişilerle kurdukları sık ve yoğun etkileşimler sonucunda ortaya çıkmasıdır (10, 11). Hekimlerde, özellikle uzmanlaşmamış olanlarda, onkoloji, nöroloji, psikiyatri, anestezi ve reanimasyon gibi daha çok sürengen hastalıklarla uğraşan uzmanlık dallarında tükenmişlik sık görülmektedir (23).

İşten sağlanan doyum hem bireyin mutluluğu hem de verdiği hizmetin kalitesini yükseltme açısından önemlidir. Mesleki doyumunu yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi gibi kişisel özelliklerin yanı sıra yapılan işin içeriği, ücret yönetim politikası, çalışma koşulları gibi örgütsel ve çevresel etkenlerin etkilediği belirtilmektedir (19).

Meslek dışı yaşamı doğrudan etkileyen, sürekli özveri gerektiren hekimlik mesleğinde, iş doyumunu büyük önem taşımaktadır (19). Yoğun iş yükü, ağır ve ölümcül hastalara bakım verme, gerektiğinde hasta ve yakınlarına duygusal destek vermek zorunda kalma gibi nedenler işle ilgili stres ve gerginliğe yol açmaktadır. İşe bağlı gerginlik ve tükenme kişide depresyon, anksiyete, çaresizlik duyguları gibi ruhsal, başağrısı, kaslarda gerginlik, uykusuzluk gibi fizyolojik etkilere yol açmaktadır. Bunun yanı sıra işle ilgili gerginliğin işte verimi ve üretimi düşürme, iş doyumunu azaltma, işe gecikme, özür uydurarak işe hiç gelmeme ya da işi tamamen bırakma, sonuçta da deneyimli personelin elde tutulamaması gibi kurumsal sonuçları da vardır (8).

İlk kez Sifneos (1973) tarafından kullanılan aleksitimi terimi, temelde duyguların ayırt edilememesi ve söze dökülememesi, düşlem yaşamında kısıtlılık ve işlemsel düşünme olarak üç kişilik özelliğini kapsamaktadır (21). Dereboy (1990) ülkemizde yaptığı bir çalışmada aleksitimi kesme puanının 11 olduğunu bildirmiştir (37). Aleksitiminin bir kişilik

özelliği olarak “birincil” ya da ağır fiziksel hastalıklara, travmalara, depresyona ya da anksiyeteye bağlı “ikincil” olarak ortaya çıkabileceği bildirilmektedir (22). Tükenmişlik sendromunu yaşayan kişilerde de ikincil aleksitimi gelişebileceği bildirilmektedir (9).

İş doyumu ve tükenmişlikle ilgili çalışmalar daha çok hekimlik, hemşirelik, öğretmenlik ve sosyal hizmet uzmanlığı gibi insanlarla yakın ilişki içinde olmayı gerektiren meslek sahiplerinde yapılmıştır (12, 23, 24, 25, 26, 27, 28). Ülkemizde de benzer şekilde hekimlerde ve hemşirelerde (5, 6, 8, 9, 10, 18, 19, 29, 30, 31, 39), öğretmenlerde (7) çalışılmıştır. Yönetim, denetim, eğitim, ücret, görev alanı, mesleki konum, çalışma koşulları ile ilgili yoğun sorunlar yaşayan hekimlerin mesleki doyumları ile ilgili araştırmalar yapılmıştır (19).

Gelişmekte olan ya da az gelişmiş ülkelerin çoğunda olduğu gibi ülkemizde de çalışma yaşamını olumsuz yönde etkileyen birçok etken vardır. Öncelikle ülkenin genel yaşam koşullarının iyi olmayışı çok etkilidir (1). Ülkemizde sağlık hizmetlerinin yürütülmesinde birçok olumsuz etken (eğitim, ekonomik sorunlar, çalışma ortamındaki olumsuz fiziki koşullar vb.) çalışanların iş yaşamlarını etkilemektedir. Çalışma yaşamındaki bu olumsuz etkenler çalışanların iş verimini, sağlığını ve sosyal yaşantısını etkilemekte, bu etkilenim çalışanlarda iş doyumunda azalma ve tükenmişlik sendromunun oluşumuna neden olabilmektedir (6). Konuyla ilgili olarak ülkemizde yapılan çalışmalarda Ergin (1992) duygusal tükenmenin, işin bireyin yaşamında önemli bir yer tutmasıyla ve işle ilgili konuları boş zamanlarında da kendisine sıkıntı etmesiyle ilişkili olduğunu bildirmiş; duygusal tükenme düzeylerini, işin bireyin yaşamındaki öneminin yanı sıra, iş doyumu, işin aile yaşamını olumsuz yönde etkilemesi, iş-yetenek uyumu, çalışma süresi ve iş değiştirme isteğinin etkilendiğini bildirmiştir (33). Çam (1992) tükenmenin bireysel değişkenlerden çok ortamlarla ilgili değişkenlerle ilişkili olduğunu bildirmiştir (38). Aslan ve arkadaşları (1996b, 1997) hekimlerde yaş ve çalışma yılıyla duygusal tükenme ve duyarsızlaşmanın azaldığını, kişisel başarı ve iş doyumunun ise arttığını, kadın hekimlerde duygusal tükenme, kişisel başarı ve iş doyumunun daha düşük olduğunu, bunun da kadınların bir yandan iş yaşamı bir yandan da ev işleri ve çocuk bakımı ile “çifte rol” üstlenmeleriyle ilgili olabileceğini bildirmiştir (8, 10). Aslan ve arkadaşları (1996a) bir diğer çalışmalarında aleksitimiyle duygusal tükenme ve duyarsızlaşma arasında pozitif, kişisel başarı arasında ise negatif ilişki

olduğunu, bunun da tükeneşmeye ikincil olarak gelişebileşecek olan aleksitimi ile ilişkilili olabileceğini bildirmiştir (18).

Bu çalışmada ülkemizin içinde bulunduğu terör sorunun yoğun yaşandığı bir bölgede bulunan ve diğer şehirlerimize göre görece daha zor iş ve yaşam koşullarına sahip olduğunu düşündüğümüz Malatya ili merkezinde çalışan hekimlerin iş doşumu, tükenmişlik ve aleksitimi düzeylerinin saptanması ve bunların sosyodemografik değişkenlerle ilişkisinin araştırılması amaçlanmıştır.



GENEL BİLGİLER

Tükenmişliğin tanımı:

“Tükenmişlik” ilk kez 1974’te Freudenberger tarafından tanımlanmıştır (3). Maslach ve Jackson (1981) tarafından bireylerin işleri gereği karşılaştıkları insanlara karşı duyarsızlaşmaları, duygusal yönden kendilerini tükenmiş hissetmeleri ve kişisel başarı ve yeterlik duygularının azalması biçiminde tanımlanmıştır (12). Maslach (1976) meslekten kişilerin mesleğin özgün anlamı ve amacından kopması ve hizmet götürdüğü insanlarla artık gerçekten ilgilenmiyor oluşu olarak tanımlamaktadır (13). Edelvich ve Brodsky (1980) tükenmenin, iş koşullarına bağlı olarak enerji, amaç ve ülkünün giderek yitilmesiyle ortaya çıktığını (15); Pines, Aranson ve Kafry (1981) ise duygusal yükü ağır işlerde uzun süre çalışmanın fiziksel, ruhsal ve zihinsel tükenmeyle sonuçlandığını bildirmişlerdir (16). Cherniss (1980) de olayı stres ve doyumsuzluğa tepki olarak kişinin kendini psikolojik olarak işinden geri çekmesi olarak özetlemiştir (14). “Mesleğe ilişkin bir yanılısamayla yüzleşme süreci” olarak tanımlayan yazarlar da vardır (17). Bunların dışında bireysel kaynakların sonuna gelindiği, günlük olaylar karşısında sürekli umutsuzluk ve olumsuzluğun yer aldığı bir enerji tükenişi, iş stresine tepki olarak işe yönelik davranış ve tutumlarda olumsuz değişiklikler gösterme olarak da tanımlanmaktadır (5). Ayrıca şu elemanları da içerdiği bildirilmektedir (1);

- İşe ilişkin bir kişisel başarısızlık duygusu şeklinde görülen azalmış enerji,
- Küçük bir kazanç ya da ödül için kişiden olağanüstü verim beklenmesi,
- Ümitsizlik ve çaresizlik hissi,
- İşlev görmeyen alternatif tarzlarını algılayamama,
- Kendisi ve diğerleriyle, işine ve kurumuna ilişkin alaycılık ve negativistlik: Bir öztükenmişlik duygusu.

Tükenmişlik kavramı ile ilişkili kavramlar:

Maslach'ın 3 bölümlü tükenmişlik sendromu, geleneksel iş stresi teorilerinden açık bir uzaklaşmadır. Bu 3 bölümün EE (Emotional Exhaustion = Duygusal Tükenme = DT) bölümü bir dereceye kadar, sağlam bir stres değişkenine benzemektedir. DP (Depersonalizasyon = Yabancılaşma-duyarsızlaşma = DYS), insana hizmet mesleklerinde görev alan kişilere bir dereceye kadar özgü olduğu varsayılan bir stres reaksiyonu olarak, geleneksel iş stresi literatüründe sınanmamış olan tamamen yeni bir yapıdır. PA (Personal Accomplishment =Kişisel Başarı Duygusu = KB) eksikliği duyguları eski ve yeni bilgilerle ilgili uçlar arasında bulunan bir kavramdır. EE, DP ve PA duyguları anlamlı psikolojik reaksiyonlardır ve MBI (Maslach Burnout Inventory = Maslach Tükenmişlik Envanteri) ile güvenilir şekilde ölçülebilmektedir. Tükenmişlik araştırmacıları, eğer iş stresi incelemelerinde geleneksel bir bakış açısını benimserlerse, ilerlemelerin olması mümkün olmaz. Bunun yerine tükenmişlik sendromunun özgün yönleri vurgulanacak olursa, geniş bir tartışma ve ilerleme alanına sahip olunacaktır demektir.

Duyarsızlaşmada hastaları öznel varlık olmaktan çok nesnel varlık biçiminde ele alma, isimlerinden çok nesne adları kullanarak ifade etme ve onları tedavi edilecek nesnelere olarak görme sözkonusudur.

Duyarsızlaşma Maslach tarafından "hizmet alanlara karşı, uzak, hatta insancıl olmayan tarzda yanıt" olarak tanımlanmaktadır. Uzaklaşmanın sınırı, duygunun geçemeyeceği kadar fazla olduğunda, duyarsızlaşma ortaya çıkar. Duyarsızlaşmayı yaşayan kişi, dejenere ve küçük düşürücü davranışta bulunabilir, onlara karşı saygılı ve bireysel olan davranışı reddedebilir, onlara uygun yardım, bakım ya da hizmet sağlamada yetersiz olabilir. Bu diğerlerine karşı aldırmaçlık, düşmanlık ve onlardan uzaklaşmayı da içeren insancıl olmama ile benzerdir (1).

Duyarsızlaşma ile ilgili olarak önemli olan 2 faktör daha vardır. Bu faktörler şunlardır (1);

- 1- Bireyleri kendisinden uzaklaştıracak şekilde davranmaya yatkınlık,
- 2- Reddetme diye adlandırılır ve diğerlerine ilgi göstermede bir yoksunluğa denk düşer.

Duyarsızlaşma kavramı, “tükenmişlik” literatüründe tanımlandığı gibi tükenmeyi takiben oluşan genel bir tepki olmayıp, tükenmeyle birlikte gelişip kompleks bir yapı gösteren bir kavramdır (1).

TÜKENMİŞLİĞİN NEDENLERİ

Tükenmişliğin nedenleri araştırıldığında birçok nedenden söz edilmiş olduğu görülmüştür. Bu nedenler öncelikle çevresel ve kişisel nedenler olarak ele alınıp, şu şekilde sıralanabilir:

Çevresel Nedenler :

İşin niteliği; kötü seyirli hastalarla çalışma, işteki rol, iş yükü, aşırı sorumluluk, hem kendisinin hem de aile ve çevresinin kendisinden beklentilerinin yüksek olması, yetersiz görevli, yetersiz araç, bozuk tanımlanmış hiyerarşi, ailesel, ekonomik ve toplumsal etkenler (1,18), kurumun tipi (akut ya da kronik hastalara bakım verme), haftalık çalışma saati, kurumun özellikleri, hizmet alan kişilerin doğrudan bakımıyla geçirilen zamanın miktarı, çok güç hasta problemleri, iş gerilimi, rol belirsizliği, rol netliğinin ve örgütsel desteğin olmayışı, ödüllendirici olmayan iş koşulları, çalışma şekli, iş ilişkileri, hekim-hasta ilişkileri, çalışanların toplanma sıklığı, iş aralarının (molaların) olup olmaması, hastalarla doğrudan temasta bulunup bulunmama, diğer işler ve yönetimle ilgili işlerle geçirilen zamanın miktarı, idari baskı, yetersiz ücret, yetersiz eğitim, önemli kararlara katılmayıp, organizasyonun hizmeti alanların gereksinimlerini karşılayamayışı, örgütsel işleyişteki kusurlar, ev-iş çatışması, işin yüksek performans gerektirmesi, kötü ulaşım, kasvetli ve monoton görsel düzenleme, uyarı ve farklılığın eksikliği, özerkliğin (otonomi) eksikliği, hizmet verilenlerin nitelikleri-yaş, cinsiyet, sahip olunan problem tipleri, sıklığı, iş ortamındaki iletişim örüntüsü (1).

Kişisel Nedenler

Yaş, evlilik, aile statüsü, çocuk sayısı, eğitim, kendini işine adanma ve işine aşırı bağlanma, işkolik olma, bireyin verme gereksinimi içinde olması, kişisel beklentiler, yaşam olayları, A tipi kişilik (hırs, rekabet, vs.) özelliklerinin bulunması, özsaygı, engellenme eşiğinin düzeyi, deneyim, duygusal denge durumu, informal destek, kendindeki değişimi fark edememiş, kendisi için koyduğu sınırlamalar, kişisel yaşamdaki streslerdir (1).

TÜKENMİŞLİĞİN BELİRTİLERİ

Tükenmişliğin belirtileri araştırıldığında, çok çeşitli belirtilerle ortaya çıktığı görülmüştür. Belirtilerin çeşitliliği, tükenmişliğin sinsi bir süreç oluşu ve yansımalarının bireylerdeki çeşitlilik kadar farklı varyasyona yayılabilmesi ile ilişkili görülmüştür. Tükenmişlik ile ilgili belirtiler şu şekilde sıralanabilir:

Fiziksel Belirtiler

- Yorgunluk ve bitkinlik hissi
- Kolay kolay geçmeyen soğuk algınlığı ve grip
- Sık baş ağrıları
- Gastrointestinal bozukluklardan sıkıntı çekme
- Uykusuzluk
- Solunum güçlüğü ve taşipne
- Kilo kaybı
- Uyuşukluk
- Deri işaretleri (kızarıklıklar, Galvanik elektrik çarpmasına benzer deri yanıtı)
- Genel ağrı ve sızılar
- Yüksek kolesterol
- Koroner kalp hastalığı insidansının artışı.

Davranışsal Belirtiler

- Çabuk öfkelenme, ani irritasyon ve engellenme belirtileri, apati ve negativizm gösterme
- İşe gitmeyi istemeyiş hatta nefret etme
- Birçok konuyu şüphe ve endişe ile karşılama
- Alınganlık, takdir edilmediğini düşünme
- İş doyumsuzluğu, işe geç gelmeler
- İlaç (özellikle tranklizan), alkol, tütün, vs. almaya eğilim ya da alımda artma
- Özsaygı ve özgüvende azalma
- Evlilik, aile çatışmaları ile aile ve arkadaşlardan uzaklaşma
- İzolasyon, uzaklaşma, içe kapanma ve sıkıntı
- Teslimiyet, gücensizlik, suçluluk, içermişlik
- Hevesin kırılması (çaresizlik), kolay ağlama, konsantrasyon güçlüğü
- Unutkanlık, hareketli olamayıp
- Yansıtma, entellektüalize etme
- Kendi kendine zihinsel uğraş içinde olma, mesleğinin teknik yönleriyle zihinsel uğraş
- Örgütlemeye yetersizlik
- Rol çatışması, görev ve kurallarla ilgili karışıklık (konfüzyon)
- Görevlilere fazla güvenmeme veya onlardan kaçınma
- Kuruma yönelik ilginin kaybı
- Bazı şeyleri erteleme ya da sürüncemede bırakma
- Başarısızlık hissi
- Çalışmaya yönelmede direnç
- Hastalara tek tip davranma, küçümseme ve alay etme, düşünüşte katılık, değişime direnç
- Hastalara karşı pozitif duyguların kaybı
- Hasta ile ilişkiyi erteleme, hastayla yüz yüze ve telefon görüşmelerine direnç gösterme
- Arkadaşlarla iş konusunda tartışmaktan kaçınma, alaycı olma ve suçlayıcı olma
- Sık sık işi bırakmayı düşünme
- İdarenin kendisini desteklemediğini ya da onların iş performansını anlamadıkları duygularıyla, iş çevresine, akranlarına ve yöneticilerine karşı kızgınlık duygusu

-Benlik imajının, duygusal durumdaki dalgalanmalarla etkilenerek, negatif yönde değişmeye başlaması.

Tükenmişlik ile ilgili sıralanan belirtilerle birlikte, tükenmişlik sürecindeki bu gidişte; çabuk öfkelenme, ani irritasyon ve engellenme belirtileri görülür, duyguları ele almak güçleşir, kolay ağlar, önemsiz baskılar onun kaldırabileceğinden fazlaymış gibi gelir, bağırma, çağırma görülür. Şüphe ve alınganlık artar, böylece başkalarının kendisini aldattığını düşünmeye başlar. Paranoid durum, aynı zamanda, tümgüçlülük duygusuna yol açabilir. Tükenmiş kişi, diğerlerinin yapamadığını kendisinin yapabildiğine tümüyle inanmaya başlayabilir. Gittikçe kendisine aşırı güven duymaya başlar ve süreç içinde diğerlerine ahmakmışlar gibi bakar. Fikir uçuşmalarını içeren risk alma davranışı, kendi deneyimleriyle çılgınca boyutlara varabilir. Bunlar sıklıkla tranklizanları aşırı şekilde kullanarak çözüm aramaya çalışırlar (1).

Kişi gittikçe kapalı bir kutu görünüşüne bürünür. Aşırı inatçı ve katılıkla, esnekliğini yitirmeye başlar. Hemen hemen hiç ikna edilemez, herkesten iyisini bildiğine inanır. İlerleme ve yapıcı değişim olmaz. Çünkü değişim diğer bir uyum anlamındadır ve daha fazla değişim yorar (1).

Diğer bir davranışsal gösterge, sözelleşen negatif tutumdur. Herkesin kendi çıkarı için çalıştığına inanmaya başlar, kötü davranma ve surat asma görülür (1).

Kişinin bakışları, hareketleri ve görüntüsü depresedir. Kendini korumak için böyle görünür. Karşısındaki insanlar ne olup bittiğini bilmezler ancak bireydeki bazı değişikliklerin olduğunu fark ederler. Çoğu kez çalışılan yerde harcanan zamanın artmasına karşın başarı düşer. Birey sanki gidecek bir yeri yokmuş gibi başıboş dolaşmakta ve davranmaktadır. Aslında çoğu zaman gidecek yeri de olmaz çünkü işine fazlaca kendini kaptırdığından arkadaşlarının çoğunu da kaybetmiş durumdadır (1).

TÜKENMİŞLİĞİN EVRELERİ

Hekimde tükenmişlik olayına başlıca üç perspektiften yaklaşmak olasıdır: (a) klinik bakış açısından, (b) hekimin içinde yer aldığı kurumun veya sistemin iç dinamikleri ve örgütlenişi açısından ve (c) hekimin bireysel iç dinamikleri, fenomenolojisi açısından .

Klinik bakış açısından tükenmişlik sendromunun dört derecesi vardır (1, 2). *Birinci dereceden tükenmişlikte* “status quo” ile aşırı bir özdeşleşmeyle birlikte bunun gerektirdiği hız ve iş yüküne ayak uydurmada güçlük ve buna bir tepki olarak gerçeklikten giderek kopan aşırı bir idealizm vardır. *İkinci dereceden tükenmişlikte* buna ivmelenen bir duygusal ve fiziksel bozulma eşlik eder. Bunlar arasında epizodik bilişsel güçlükler, kronik bir öfkeli ve irritabilite, kişilerarası ilişkilerde bozulma, yorgunluk, aşırı uyku gereksinimi ve bel ağrısı gibi fiziksel yakınmalar sayılabilir. Bireyde “kişilere, mesleki sorunlara ve bunları çözme çabalarına karşı alaycı bir tavır alışı” diye tanımlayabileceğimiz yerleşmiş bir “kinisizm” gözlenir. *Üçüncü dereceden tükenmişlikte* tabloya daha ciddi bir psikik veya bedensel yıkım eklenmiştir, örneğin, peptik ülser gibi psikosomatik hastalıklar ve klinik depresyon. *Dördüncü dereceden tükenmişlik* ise kısaca ölümdür diyebiliriz. Bu psikososyal boyutu yüklü bir hastalık, sağlığın ihmali veya madde kullanımına bağlı olabileceği gibi intihar sonucu da gerçekleşebilmektedir. Birçok ülkede çok ve artan sayıda hekimin evlilikle ilgili ciddi ailesel, duygusal ve fiziksel güçlükler ve alkol ve madde kullanımı sorunları sergilediği bildirilmektedir (2).

Kurumsal perspektiften baktığımızda bir sağlık hizmeti örgütünde ya da sisteminde ciddi bir tükenmişlik sorunu olduğunu bazı karakteristik belirti ve bulgulara dayanarak anlamak mümkündür. Bu kuramsal göstergeler şunlardır (2);

1. Personel döngüsünün hızlı oluşu, işi bırakmada artış,
2. Hastalar ve yakınlarından gelen, hizmete ilişkin yakınmaların fazlalığı ve hasta bakımının niteliğinin düştüğüne işaret eden diğer bulgular,
3. Personelin işten uzak kalma sürelerinin fazlalaşması (işe geç gelme/erken ayrılma, istirahat raporları, vb.),
4. Kurum çalışanlarında artmış duygusal, kişilerarası ve bedensel sorunlar,
5. Meslektaşlar ya da işbirliği yapan farklı meslekten bireyler arasındaki iletişim ve uyumda belirgin güçlüklerin olması,

6. Yapıcı eleştirilerin, yeniliklerin, üretken ve yaratıcı çabaların kısırlığı,
7. Demokratik ve katılımcı olmayan, hiyerarşik, merkeziyetçi ve bürokratik bir yönetim anlayışının oluşu,
8. Objektif ödüllendirme araçlarının yokluğu veya kısırlığı,
9. Çalışanların promosyon ve mesleki gelecek konusunda ileri derecede belirsizlik, güvensizlik veya engellenme yaşıyor olması.

Bunlar tükenmişliğin sonuçları olduğu kadar, onu ortaya çıkarıcı veya ilerletici etki yapan olgulardır. Tükenmişliği anlamamanın en iyi yolu, belki de introspektif bir yöntemle bu süreçteki bir kişinin neler yaşadığını araştırmaktır (2). Birçok araştırmacının tükenmişliği evrelere ayırmaları farklıdır. Bu farklılığın kaynağı; tanımlamanın, gruplamanın güçlüğündendir. Tüm bireylerin durum ve koşullara tolerans düzeyleri çeşitlidir. Konuyu bu kapsamla düşünmek gerekir. Bu gereklilikle birlikte tükenmişliğin evreleri için (düzey, tip ve durumların tanımlanmasına göre çeşitli şekillerde gruplandırılarak) şu şekillerdeki modeller önerilmiştir,

Maslach, tükenmişliği şu şekilde düzeylere ayırmıştır (1);

1. Fiziksel yorgunluk ve bitkinlik hissi,
2. İş ve hastalardan soğuma, uzaklaşma şeklinde psikolojik yorgunluk,
3. Kendi kendinden şüphelenmeyi içeren ruhsal (spiritual) yorgunluk,

Tanner tarafından geliştirilen bir diğer bakış açısına göre; tükenmişlik 5 düzeyde incelenmektedir (1).

1. Çok az bir rahatsızlığın bulunmasına karşın, fiziksel olarak iyilik içinde olamama,
2. Uyku, yeme ve içme düzensizlikleri ile belirginleşen irritabilite,
3. Zihinsel sıkıntı ve dikkat alanında daralma,
4. Yaşam tarzı ya da meslekte değişiklik,
5. Güç ve yeteneklerde kayıp olduğunu algılama.

Edelwich tükenmişlik sendromunun aşama aşama geliştiğini ön görmekte ve bunun 4 aşamada gerçekleştiğini savunmaktadır (1, 15).

1. Heves (idealistik coşku) ve hayal kırıklığı
2. Durgunlaşma
3. Engellenme
4. Apati (duygusuzlaşma, ilgisizleşme)

Birinci Evre: İdealistik Coşku: Fazla enerji, yüksek umut ve beklentiler zamanıdır. İş, yaşamdır ve yaşam hizmet üretmektir. Bu düzeyde hizmet vermeye, fazla enerji, yüksek prensipler ve seçtiği mesleğin amaçlarına ulaşmak için şiddetli motivasyon göstermeye eğilimlidir. Sıklıkla, mesleki eğitim sürdürmeye ısrarlı bir istek vardır. Enerji dolu bir gayret vardır. Bu bireyler, övülecekken sık sık önyargıları, prensipleri, hükümleri ve amaçlarıyla ilgili sorunlarla karşılaşır. Bu durumda, gayretle çalışan birey tükenmişliğin durgunluk düzeyine girmeye başlar (1). Bu giriş evresinde genç hekim veya hekim adayı yüksek bir umutluluk, enerji ve gerçekçi olmayan boyutlara varan mesleki beklentiler sergilemektedir. Bu evrenin temel tehlikesi hastalarla aşırı özdeşim yoluyla enerjisini aşırı ve çoğu kez de verimsiz bir tarzda tüketme eğilimidir (15).

Hekimlik mesleğine yönelen bireylerin iyi para kazanma olasılığı gibi motiflerin ötesinde kendi tümgüçlülüklerini gerçekleştirmek; yaşamı, insanları, kendilerini ve yakınlarını daha iyi anlayıp değiştirme gücü elde etmek; acıyı, kaybı ve ölümü bertaraf etmek gibi idealistik, hatta büyüsel boyutlu motivasyonlara sahip olduğu genellikle kabul edilir. Dahası, çoğu durumda bunlar hekimden maksimum düzeyde beklenir de (2, 15).

Bir kişinin daha önce derinden etkilendiği bir ya da birden çok hasta-hekim ilişkisi yaşamış oluşu da onun tıp mesleğine yönelmesindeki etkenlerden biri olarak sayılmaktadır. Kişinin ya da bir yakınının hasta konumunda olduğu bu ilişki ya çok olumlu ya da olumsuz bir model oluşturarak bireyde ileriye yönelik “her zaman ideal hasta-hekim ilişkisi” beklentisine katkıda bulunmaktadır. Bu yanılsamada hasta her zaman alıcı, kaynakça zengin, uyumlu ve şanslı, hekimse her zaman ilgili, ileri derecede kompetan ve yanlıgsızdır (15). İdealistik coşku evresinde bu yanılsamadan yola çıkarak doyuma yapılan yatırım mesleğin kişi için hemen hemen herşey demek olmasına ve dolayısıyla uzun ve yorucu iş saatlerine, gereksiz yüklerle, uykusuzluğa, gergin çalışma ortamlarına, kendine ve yaşamının diğer yönlerine gereken zamanı ve enerjiyi ayıramayışına ve kısaca *status quo*'dan gelen tüm talep ve zorlara görünürde fedakarca bir üstün uyum sağlama çabasına yol açar (2). Bu evre sıklıkla çalışmaya başladıktan bir yıl sonra ortaya çıkar (1).

İkinci Evre: Durgunluk: Hizmeti veren, işi yavaşlatmayı düşünür ve mevcut enerji düzeyi düşmeye başlar. Motivasyon azalır. Artık önyargıların, prensiplerin, kıdemliliğin, idealistik

yönelim düzeyindeki dinçlikle peşine düşülmez. Bu dönemde çalışan muhtemelen, görevle ilgili beklentilerinde hayal kırıklığı yaşamaya başlar (1). Başlangıçtaki istek ve umutluluk ivme yitirmiştir. Kişi büyük yatırım yaptığı “yüce” tıp mesleğinin neden beklendiği gibi çıkmadığının şaşkınlığını yaşamaktadır. Daha önce umursanmayan ya da yadsınan bazı hususlar, örneğin, gelirin azlığı, uzun ve yıpratıcı mesailer ve yaşamın diğer boyutlarının etkilenişi artık birer engellenme kaynağı olmaya başlamıştır (15). Hizmet mesleklerinde tükenmişliği anlatanlar, durgunluğun “yolun sonuna gelme”, “son”, “ölüm” ve “tünelin sonunda bir ışık görememe” gibi olduğunu tipik olarak işaret etmişlerdir. Bu devam ettiğinde çalışan, hizmeti daha fazla sevmez (1, 15). Ancak, bu evredeki früstrasyon “bu mesleği yapıp yapmamayı” sorgulayacak düzeyde değildir. Sorgulanmaya başlanan “işten başka bir şey yapmıyor olmak”tır (15). İşten alınan doyum bireysel gereksinimler kadar büyük görünmemektedir. İş dışındaki ilgiler (arkadaşlık, spor, boş zaman aktiviteleri, kendi ailesi ve evi gibi) çok önemli hale gelebilir. Yani “balayı bitmiştir” (1).

Üçüncü Evre: Engellenme: Hizmet veren engellenme ile birlikte gerçekliği yeniden değerlendirmeye başlar. Zaman geçtikçe, birey, mesleğin yüksek yardım amaçlarını, başarıma gayretlerinin engellendiğini düşünür. Amaçlar, sıklıkla engellenmiştir, gerçekleştirilememiştir. Engellenme iki kaynaktan ortaya çıkar. Birincisi, hizmet verenin hasta gereksinimlerini gidermeyerek engellenmesi, ikincisi, sıklıkla hizmet verenin, hasta gereksinimlerini doyum için kendi gereksinimlerini gözden çıkarmasından dolayı engellenmiş olmasıdır (1). Artık birey, bu mesleği sürdürüp sürdürmemeyi sorgulatacak düzeyde derin bir engellenme yaşamaktadır. Düşük gelir, uzun ve ağır mesai, beklenenden düşük sosyal statü gibi faktörlerin ötesinde doğrudan mesleğin özümüle ilgili bir engellenme de yaşamaktadır. Hekimlik zordur; insanların sağlığında ve yaşamında beklenen değişiklikleri gerçekleştirme çabası çok zaman düş kırıklığıyla sonuçlanmaktadır (15).

Tümgüçlülükten kalkıp kronik bir güçsüzlük duygusuna varılmıştır. Bu sinsi yaralanıştan en çok etkilenenler karar verme hiyerarşisinin en alt kademelerinde yer alan genç hekimler olmaktadır (2, 15). Bu yaygın güçsüzlük duygusunun kapsamında sistemi değiştirememeye, hastaları, ast ve üstleri kontrol edememe durumu ve duygusu da yer almaktadır. Oysa hekimlik gibi mesleklerde güç ve kontrol, temel olgulardır. Otoriter yönetim anlayışı insanlarla ilgilenmesi gereken hekimlere zarar vermektedir (2). Ne yazık ki sistemde ileri tükenmişlik sorunu, oldukça demokrat bir atmosferin oluşmasını güçleştirerek

bir kısır döngü oluşturmaktadır. Yeterince sorumluluk ve karara katılma yetkisi verilmeyen ve bürokratik sistem tarafından gözardı edilen bireyler üstleri ve sistem tarafından takdir edilmedikleri duygusuna kapılarak ve dahası kendilerinin gerçekten ödüle değer bir iş yapmadıklarına inanarak kendilerine içten içe daha az değer vermekte ve kendilerini daha etkisiz ve daha güçsüz hissetmektedirler. Bu da bireyi doğrudan depresyona götürebilmektedir (15).

Olasılıkla birçok hekim bu evreye kadar gelmekte ve burası bir dönüm noktası oluşturmaktadır. Bundan sonra başlıca üç yol tutulacaktır: (1) Uyumsal savunmalar ve başa çıkma stratejilerini harekete geçirmek; (2) maladaptif savunmalar ve başa çıkma stratejileri ile tükenmişliği ilerletmek; (3) durumdan kendini çekmek veya kaçırmak (2).

En yaygın maladaptif başa çıkma davranışı, sorunu yadsımaya çabalayıp, daha da çok ve uzun çalışarak sorunun üstesinden gelme yanılmasıdır. Bunun altında hekimlerin yaşadıkları güçlükleri tanıma, kabullenme ve ifade etmede dezavantajlı bir konumda oluşları yatıyor olabilir. Sıklıkla hekimlerde kıskırtılmış ve gizli bir ayrıcalıklı olma duygusu vardır. Kendilerine yardım etme ve yardım alma konusunda dezavantajlı bir konuma gelmişlerdir. Sürekli olarak kendi kendilerine “mükemmel ol”, “her şeyi bil”, “çabuk ol”, “dalga geçme” gibi telkinlerde bulunma eğilimi yaygındır (2). Bu durum, daha çok çabalama stratejisiyle birleşince kişinin yakın insan ilişkilerini de yıpratacaktır. Yani, önemli duygusal gereksinimlerine doyum kaynağı ve destek olması gereken meslek dışı ilişkilerini de olumsuz etkileyecek, kişinin aile üyelerine ve yakın arkadaşlarına giderek yabancılaşmasına neden olacaktır. Bir kere daha fazla çalışma yolunu seçen kişi bu ilişkileri daha fazla yok edecektir. Üstelik biriken olumsuz duygular, başta öfke, iş ortamından çok (daha güvenli olduğu için) aile içinde ve yakın ilişkilerde ifade bulacaktır. Ayrıca, yakınlarını başlı başına ek birer talep kaynağı olarak algılayacak ve işini kullanarak onları uzak tutmaya kalkışabilecektir. Bu durum tükenmişliği derinleştirici etkiye sahiptir (2).

Sık başvuru alan bir diğer yol da kendini durumdan çekme diyebileceğimiz bir tepkidir. Yani, kişi hekimlik işlevlerini en aza indirger. Hasta görüyor, doktorluk yapıyor olabilir ancak hastalara duygusal olarak uzaktır; hatta içten içe onlara karşı bir gücenklik yaşamaktadır. Engellenmenin kaynağı gibi gördüğü bu insanlara olabildiğince uzak durmaktadır. İşini dehumanize, teknik bir boyutta yürütmektedir. Hastalarla selamlaşma,

hatır sorma, göz teması, hatta duygu gerektirmeyen fizik muayeneler bile en aza indirgenmiştir. Bu yol da kişinin mesleki özsaygısını zedelemeye devam ederek tükenmişliği ilerletmektedir (2). Böyle süreçlerin var olduğu ve devam ettiği durumlarda, bundan sonra tükenmişliğin 4. Evresine girilir.

Dördüncü Evre: Apati: Bu evredeki tükenmiş bireyde çok derin bir duygusal kopma ve kısırlaşma, derin bir inançsızlık ve umutsuzluk izlenir (15). İlgisizlik, hizmet verenin, hastalara bakım sağlama girişimlerinin her yönüne yansır. Hizmet veren “görevin bir iş, işin de bir görev” olduğunu görme eğilimindedir. Bu aynı zamanda ilerlemiş bir başatma de olabilir. Sıklıkla, apatinin tipik belirtileri, geç gelme ve hasta randevularını erken bitirmedir. Genellikle, hizmet verende “vazgeçmiş (teslim olmuş)” bir hava vardır. Mekanik olma, rutinlerin korunması açıktır. Bu profesyonelce yardım sağlamak için enerjinin azlığıyla başedebilme gayretidir (1). Esasen bir hekimin etkili bir şekilde iş görebilmesi için hastalardan belli bir duygusal uzaklığı becerebilmesi gereklidir ve bu kaçınılmazdır. Ama, ne yazık ki, herkes optimum ve uyumsal bir mesafe tutturmayı öğrenebileceği uygun eğitim koşullarını ve sempatik, demokrat bir rehberliği bulma şansına sahip olamıyor. O zaman da dengeli, uyumsal bir profesyonel tavır yerine engellenmenin tezgahından geçerek aşırı idealizmden bir tür duygusuzluğa, apatiye kadar varabiliyor. Bu evrede sıradanlaşmış bir iç sıkıntısı ve bıkkınlık duygusu vardır. Kişi mesleğini salt bir meslek olduğu için sürdürmektedir, çünkü bu yaşaması ve sosyal güvencesi için gereklidir (15). İlgisizlik, süren engellenmelerin yıkıcılığının üstesinden gelebilmek için hizmet verenin son girişimi, son çare gibi görünür (1, 15). Tükenmişlik sürecinde ifade edilmesi güç düzey olan ilgisizlik düzeyi, sıklıkla yakınmalar, çekişmeler ve genel iş doyumsuzluğu şemsiyesine sığınmadan başka bir şey değildir (1). Birey son derece konservatiftir, idealistik coşku evresindeki *status quo*'culuğa geri dönüş yapmıştır. Bir şeyleri değiştirmek için artık çok geç olduğunu düşünür, hiç umudu yoktur. Zaten bunun için gereken riskleri göze alacak durumda değildir, güvence ön plandadır. Hastalardan iyice kopuk olarak da olsa bu işi yapmak zorundadır. Hastalarla ilgileniyormuş gibi yapmak zorunda olduğundan yoğun bir sıkıntı duyar. Kendi sağlığıyla da ilgilenmemekte ve apatik bir “kinisizm” içinde yaşamaktadır (15).

GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırma 02.02.1998-13.03.1998 tarihleri arasında Malatya'da yapılmıştır. Araştırmanın evreni il merkezinde çalışmakta olan 593 hekimden oluşmaktadır. Çalışmanın yapıldığı tarihler arasında eğitim amacıyla yurtdışında bulunanlar, geçici görevle il merkezi dışında çalışanlar, izin ve raporlu olanların dışındaki hekimlerin tamamına yakını çalışmaya katılmıştır. Araştırmaya il merkezine bağlı sağlık ocakları, Malatya Devlet Hastanesi, Malatya Sosyal Sigortalar Kurumu hastanesi, İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi ve Turgut Özal Tıp Merkezi'nde çalışan pratisyen, araştırma görevlisi, uzman, öğretim üyesi ve öğretim görevlisi olmak üzere toplam 384 hekim katılmıştır. Çalışmanın amacı açıklandıktan sonra gönüllü olarak katılmak isteyenler çalışmaya alınmış, Sosyodemografik Veri Toplama Formu ve ölçekler işyeri koşullarında katılımcılar tarafından yaklaşık 20-25 dakikalık sürede araştırmacının gözlemi altında doldurulmuştur.

Verilerin girişi ve kullanılan istatistiksel yöntemler:

Veriler, araştırmacı tarafından SPSS for windows 6.01 istatistik paket programına girilmiş, tanımlayıcı istatistikler yapıldıktan sonra, verilerin normal dağılıma uygunluğu test edilmiş, tüm veri gruplarının normal dağılıma uyduğu görülmüştür. Daha sonra aşağıdaki önemlilik testleri kullanılmıştır (40):

1. İki Ortalama Arasındaki Farkın Önemlilik Testi.
2. Tek Yönlü Varyans Analizi.
3. En Küçük Önemli Fark Yöntemi.
4. Korelasyon Analizi.

Çalışmada kullanılan ölçekler:

1- Sosyodemografik Veri Toplama Formu: Tarafımızdan hazırlanan, çalışmaya katılanlarla ilgili sosyodemografik ve boş zaman etkinlikleriyle ilgili verileri elde etmeye yönelik bu anket formunu çalışmaya katılanların kendileri doldurmuşlardır.

2- Maslach Tükenmişlik Ölçeği (MTÖ): Ölçek, her birinde beş basamaklı yanıt seçenekleri olan 22 sorudan oluşmaktadır. Duygusal tükenme (DT), kişisel başarı (KB), duyarsızlaşma (DYS) olmak üzere üç alt boyutu vardır (32). DT ve DYS boyutları olumsuz, KB boyutu

olumlu yanıtları içermektedir. Her alt boyut ayrı ayrı hesaplanmaktadır. Türkiye’de geçerlik ve güvenilirlik çalışması Ergin (1992) tarafından yapılmıştır (33). Ölçekten elde edilen puanlar için kesme değeri olmadığından tükenme var ya da yok şeklinde kategorik bir ayırım yapılamamaktadır. Tükenmişliği olan bireylerde DT ve DYS puanlarının yüksek, KB puanlarının düşük düzeylerde olması beklenmektedir.

3- *İş Doyumu Ölçeği (İDÖ)*: Bireylerin işlerinden aldıkları doyumun düzeyini belirlemek amacıyla Hackman ve Oldham tarafından geliştirilmiştir (34). Yarım bırakılmış olumlu ifadelerden oluşan, 5 seçenekli, 14 maddelik bir öz bildirim ölçeğidir. Türkçe’ye uyarlama ve güvenilirlik çalışması Güler tarafından yapılmıştır (35).

4- *Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAÖ)*: Taylor ve arkadaşları (1985) tarafından geliştirilmiştir (36). “Doğru” ya da “yanlış” olarak yanıtlanan 26 sorudan oluşmaktadır. Türkiye’de geçerlik ve güvenilirlik çalışması Dereboy (1990) tarafından yapılmıştır (37).

BULGULAR

Çalışmaya katılan toplam 384 hekimin cinsiyet, yaş, medeni durum, akademik ünvan, meslekte çalışma süresi, günlük çalışma süresi, tutkunlukları, ÖSYS’deki ilk tercihleri, son 6 ay dışında psikiyatrik yardım almış olma, aylık gelirlerini değerlendirmeleri, şans oyunlarına ilgileri, çalıştıkları kurum dışında hekimlikle ilgili yada hekimlik dışı ek işlerinden oluşan sosyodemografik özellikleri tablo 1’de sunulmuştur.

Tablo 1: Çalışmaya katılan hekimlerin sosyodemografik özelliklerine göre dağılımları.

	n	%
Akademik ünvan		
Pratisyen	95	24.7
Arş. Gör.	123	32.0
Uzman	81	21.1
Öğr. Gör/Üye.	85	22.1
Cinsiyet		
Erkek	316	82.3
Kadın	68	17.7
Yaş		
<40 yaş	309	80.5
≥40 yaş	75	19.5
Medeni durum		
Evli	293	76.3
Bekar	91	23.7
Sigara ve alkol		
Kullanmıyor	170	44.3
Kullanıyor	214	55.7
ÖSYS'da ilk tercih		
Tıp	264	68.8
Tıp dışı	120	31.3
Meslekte çalışma süresi		
≤5 yıl	141	36.7
6-10 yıl	128	33.3
≥11 yıl	115	29.9
Günlük çalışma süresi		
≤8 saat	106	27.6
≥9 saat	278	72.4
Hekimlikle ilgili ek iş		
Var	90	23.4
Yok	294	76.6
Hekimlik dışı ek iş		
Var	42	10.9
Yok	342	89.1
Son 6 ay dışında psik. yard.		
Almış	19	4.9
Almamış	365	95.1
Şans oyunu		
Oynuyor	86	22.4
Oynamıyor	298	77.6
Aylık kazanç		
Yeterli	42	10.9
Yetersiz	342	89.1

Arş.Gör: Araştırma Görevlisi. Öğr. Gör/Üye.:Öğretim Görevlisi/Üyesi. ÖSYS: Öğrenci Seçme Yerleştirme Sınavı. Son 6 ay dışında psik. yard.: Son 6 ay dışında psikiyatrik yardım.

Tablo 2: Çalışmaya katılan hekimlerin sosyodemografik özellikleri ile TAÖ puanlarının karşılaştırması.

Sosyodemografik Özellikler	Ortalama	Standart Hata	n	t	p
Cinsiyet					
Erkek	7.57	0.20	316	0.82	>0.05
Kadın	7.17	0.40	68		
Yaş					
<40 yaş	7.52	0.20	309	0.17	>0.05
≥40 yaş	7.44	0.44	75		
Medeni Durum					
Evli	7.45	0.21	293	0.53	>0.05
Diğer	7.68	0.39	91		
ÖSYS’de ilk ter.					
Tıp	7.52	0.21	264	0.14	>0.05
Tıp dışı	7.46	0.35	120		
Aylık kazancını					
Yetersiz bulan	7.52	0.19	342	0.37	>0.05
Yeterli bulan	7.30	0.51	42		
Günlük çalışma süresi					
≤8 saat	7.29	0.34	106	0.71	>0.05
≥9 saat	7.58	0.22	278		
Sigara ve alkol					
Kullanmıyor	7.80	0.28	170	1.44	>0.05
Kullanıyor	7.26	0.24	214		
Şans oyunları					
Oynuyor	6.81	0.37	86	2.00	<0.05
Oynamıyor	7.70	0.21	298		
Hekimlikle ilgili					
Ek işi var	7.57	0.39	90	0.22	>0.05
Ek işi yok	7.48	0.21	294		
Hekimlik dışı					
Ek işi var	6.80	0.51	42	1.31	>0.05
Ek işi yok	7.59	0.19	342		
Son 6 ay dışında psikiyatrik yardım					
Almış	8.31	0.87	19	0.99	>0.05
Almamış	7.46	0.19	365		

Tablo 2’de sosyodemografik değişkenlere göre Aleksitimi puanlarının dağılımı sunulmuştur. Katılımcıların Aleksitimi puanları, sosyodemografik değişkenler ile İki Ortalama Arasındaki Farkın Önemlilik Testi’ne göre test edilmiştir. Şans oyunları (spor toto, spor loto, milli piyango, sayısal loto, at yarışı ...vb.) oynayanlarla oynamayanların puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($P<0.05$). Cinsiyet, yaş, medeni durum, ÖSYS’deki ilk tercih, aylık kazançlarını değerlendirmeleri, günlük çalışma süresi, sigara ve alkol kullanımı, son 6 ay dışında psikiyatrik yardım alma, hekimlikle ilgili ek iş ve hekimlik dışı ek işten oluşan diğer sosyodemografik değişkenlere göre Aleksitimi puanları arasındaki farklılık anlamlı bulunmamıştır ($P:0.046$).



Tablo 3: Çalışmaya katılan hekimlerin sosyodemografik özellikleri ile özellikleri ile İDÖ puanlarının karşılaştırması.

Sosyodemografik Özellikler	Ortalama	Standart Hata	n	t	p
Cinsiyet					
Erkek	37.67	0.53	316	0.45	>0.05
Kadın	38.25	1.17	68		
Yaş					
<40 yaş	37.60	0.54	309	0.70	>0.05
≥40 yaş	38.46	1.01	75		
Medeni Durum					
Evli	37.45	0.55	293	0.53	>0.05
Diğer	38.81	0.39	91		
ÖSYS'de ilk ter.					
Tıp	38.37	0.58	264	1.83	>0.05
Tıp dışı	36.46	0.86	120		
Aylık kazancını					
Yetersiz bulan	37.55	0.51	342	1.28	>0.05
Yeterli bulan	39.54	1.36	42		
Günlük çalışma süresi					
≤8 saat	36.54	0.85	106	1.57	>0.05
≥9 saat	38.24	0.58	278		
Sigara ve alkol					
Kullanmıyor	37.40	0.75	170	0.69	>0.05
Kullanıyor	38.07	0.62	214		
Şans oyunları					
Oynuyor	37.95	0.98	86	0.20	>0.05
Oynamıyor	37.72	0.55	298		
Hekimlikle ilgili					
Ek işi var	37.27	0.91	90	0.57	>0.05
Ek işi yok	37.92	0.56	294		
Hekimlik dışı					
Ek işi var	35.52	1.77	42	1.63	>0.05
Ek işi yok	38.05	0.49	342		
Son 6 ay dışında psikiyatrik yardım					
Almış	36.21	2.44	19	0.74	>0.05
Almamış	37.85	0.49	365		

Tablo 3'de sosyodemografik değişkenlere göre İş Doyumu puanlarının dağılımı sunulmuştur. Katılımcıların İş Doyumu puanları, İki Ortalama Arasındaki Farkın Önemlilik Testi'ne göre sosyodemografik değişkenler ile test edilmiştir. Şans oyunları oynama, cinsiyet, yaş, medeni durum, ÖSYS'deki ilk tercih, aylık kazançlarını değerlendirmeleri, günlük çalışma süresi, sigara ve alkol kullanımı, son 6 ay dışında psikiyatrik yardım alma, hekimlikle ilgili ek iş ve hekimlik dışı ek işten oluşan sosyodemografik değişkenlerle karşılaştırılmıştır. Uygulanan test sonucunda İş Doyumu puanları arasındaki farklılık anlamlı bulunmamıştır ($P>0.05$).



Tablo 4: Çalışmaya katılan hekimlerin sosyodemografik özellikleri ile özellikleri ile MTÖ-DT puanlarının karşılaştırması.

Sosyodemografik Özellikler	Ortalama	Standart Hata	n	t	p
Cinsiyet					
Erkek	14.23	0.34	316	1.22	>0.05
Kadın	13.25	0.70	68		
Yaş					
<40 yaş	13.99	0.34	309	0.43	>0.05
≥40 yaş	14.33	0.67	75		
Medeni durum					
Evli	13.85	0.34	293	1.22	>0.05
Diğer	14.73	0.66	91		
ÖSYS’de ilk ter.					
Tıp	13.56	0.37	264	2.39	<0.05
Tıp dışı	15.15	0.54	120		
Aylık kazancını					
Yetersiz bulan	13.97	0.32	342	0.79	>0.05
Yeterli bulan	14.76	0.91	42		
Günlük çalışma süresi					
≤8 saat	12.15	0.45	106	3.89	<0.001
≥9 saat	14.79	0.38	278		
Sigara ve alkol					
Kullanmıyor	14.68	0.48	170	1.81	>0.05
Kullanıyor	13.56	0.39	214		
Şans oyunları					
Oynuyor	14.15	0.67	86	0.15	>0.05
Oynamıyor	14.03	0.34	298		
Hekimlikle ilgili					
Ek işi var	15.54	0.60	90	2.67	<0.01
Ek işi yok	13.60	0.35	294		
Hekimlik dışı					
Ek işi var	15.21	1.06	42	1.31	>0.05
Ek işi yok	13.92	0.32	342		
Son 6 ay dışında psikiyatrik yardım					
Almış	15.84	1.72	19	1.31	>0.05
Almamış	13.96	0.31	365		

Tablo 4’de sosyodemografik değişkenlere göre Duygusal Tükenme puanlarının dağılımı sunulmuştur. Katılımcıların almış oldukları Duygusal Tükenme puanları sosyodemografik özelliklerine göre, İki Ortalama Arasındaki Farkın Önemlilik Testi ile test edildi. ÖSYS’de ilk tercihi tıp fakültesi olanlarla olmayanlar arasında, günlük çalışma süresi ≤ 8 saat olanlar ile ≥ 9 saat olanlar arasında ve çalıştığı kurum dışında hekimlikle ilgili (muayenehane, özel hastane, özel poliklinik, ...vb.) ek işi olanlarla olmayanların Duygusal Tükenme puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu. ÖSYS’de ilk tercihi tıp fakültesi olanların Duygusal Tükenme düzeyleri, ilk tercihi tıp fakültesi dışındaki fakülteler olanlarından anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur ($P < 0.05$). Çalıştığı kurum dışında ek işi olmayanların Duygusal Tükenme düzeyleri de olanlarından anlamlı olarak düşüktür ($P < 0.01$). Günlük çalışma süresi ≤ 8 saat olanların Duygusal Tükenme düzeyleri ise ≥ 9 saat olanlarından oldukça anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur ($P < 0.001$). Şans oyunları oynama, cinsiyet, yaş, medeni durum, aylık kazançlarını değerlendirmeleri, sigara ve alkol kullanımı, son 6 ay dışında psikiyatrik yardım alma ve hekimlik dışı ek işten oluşan diğer sosyodemografik değişkenlerle Duygusal Tükenme puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($P > 0.05$).

Tablo 5: Çalışmaya katılan hekimlerin sosyodemografik özellikleri ile özellikleri ile MTÖ-DYS puanlarının karşılaştırması.

Sosyodemografik Özellikler	Ortalama	Standart Hata	n	t	p
Cinsiyet					
Erkek	5.52	0.18	316	2.83	<0.005
Kadın	4.35	0.31	68		
Yaş					
<40 yaş	5.31	0.18	309	0.06	>0.05
≥40 yaş	5.33	0.34	75		
Medeni durum					
Evli	5.20	0.17	293	1.28	>0.05
Diğer	5.68	0.34	91		
ÖSYM'de ilk ter.					
Tıp	5.10	0.19	264	1.92	<0.05
Tıp dışı	5.76	0.27	120		
Aylık kazancını					
Yetersiz bulan	5.27	0.17	342	0.67	>0.05
Yeterli bulan	5.61	0.38	42		
Günlük çalışma süresi					
≤8 saat	4.55	0.27	106	2.97	<0.005
≥9 saat	5.60	0.19	278		
Sigara ve alkol					
Kullanmıyor	5.31	0.23	170	0.01	>0.05
Kullanıyor	5.31	0.22	214		
Şans oyunları					
Oynuyor	5.27	0.34	86	0.12	>0.05
Oynamıyor	5.32	0.18	298		
Hekimlikle ilgili					
Ek işi var	6.02	0.30	90	2.47	<0.01
Ek işi yok	5.09	0.18	294		
Hekimlik dışı					
Ek işi var	5.19	0.45	42	0.27	>0.05
Ek işi yok	5.33	0.17	342		
Son 6 ay dışında psikiyatrik yardım					
Almış	6.21	0.66	19	1.21	>0.05
Almamış	5.26	0.16	365		

Tablo 5’de sosyodemografik değişkenlere göre Duyarsızlaşma puanlarının dağılımı sunulmuştur. İki Ortalama Arasındaki Farkın Önemlilik Testi’ne göre katılımcıların Duyarsızlaşma puanları ile sosyodemografik özellikleri test edildi. Erkeklerle kadınların, ÖSYS’de ilk tercihi tıp fakültesi olanlarla ilk tercihi tıp fakültesi dışındaki fakülteler olanların, günlük çalışma süresi ≤ 8 saat olanlar ile ≥ 9 saat olanların ve çalıştıkları kurum dışında hekimlikle ilgili ek işi olanlarla olmayanların Duyarsızlaşma düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır. Kadınların Duyarsızlaşma düzeyleri erkeklerinkinden anlamlı olarak daha düşüktür ($P < 0.005$). ÖSYM’de ilk tercihi tıp fakültesi olanların Duyarsızlaşma düzeyleri, ilk tercihi tıp fakültesi olmayanlarinkinden anlamlı olarak daha düşüktür ($P < 0.05$). Günlük çalışma süresi ≤ 8 saat olanların Duyarsızlaşma düzeyleri de ≥ 9 saat olanlarinkinden anlamlı olarak daha düşüktür ($P < 0.005$). Çalıştıkları kurum dışında hekimlikle ilgili ek işi olanların Duyarsızlaşma düzeyleri ise olmayanlarinkinden anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur ($P < 0.01$). Sosyodemografik özelliklerden yaş, medeni durum, aylık kazancın değerlendirilmesi, sigara ve alkol kullanımı, şans oyunlarına ilgi, hekimlik dışı ek iş ve son 6 ay dışında psikiyatrik yardıma göre katılımcıların Duyarsızlaşma düzeyleri arasında saptanan fark anlamlı bulunmamıştır.

Tablo 6: Çalışmaya katılan hekimlerin sosyodemografik özellikleri ile özellikleri ile MTÖ-KB puanlarının karşılaştırması.

Sosyodemografik Özellikler	Ortalama	Standart Hata	n	t	p
Cinsiyet					
Erkek	20.80	0.23	316	2.23	<0.05
Kadın	19.54	0.31	68		
Yaş					
<40 yaş	20.29	0.23	309	2.69	<0.01
≥40 yaş	21.74	0.51	75		
Medeni durum					
Evlü	20.61	0.24	293	0.33	>0.05
Diğer	20.45	0.46	91		
ÖSYS’de ilk ter.					
Tıp	20.93	0.25	264	2.47	<0.01
Tıp dışı	19.79	0.39	120		
Aylık kazancını					
Yetersiz bulan	20.40	0.23	342	2.24	<0.05
Yeterli bulan	21.95	0.54	42		
Günlük çalışma süresi					
≤8 saat	19.66	0.40	106	2.62	<0.01
≥9 saat	20.92	0.25	278		
Sigara ve alkol					
Kullanmıyor	20.28	0.33	170	1.22	>0.05
Kullanıyor	20.81	0.28	214		
Şans oyunları					
Oynuyor	21.62	0.41	86	2.63	<0.01
Oynamıyor	20.27	0.24	298		
Hekimlikle ilgili					
Ek işi var	20.83	0.45	90	0.65	>0.05
Ek işi yok	20.50	0.24	294		
Hekimlik dışı					
Ek işi var	21.14	0.71	42	0.92	>0.05
Ek işi yok	20.50	0.22	342		
Son 6 ay dışında psikiyatrik yardım					
Almış	18.47	1.20	19	2.23	<0.05
Almamış	20.68	0.21	365		

Tablo 6'de sosyodemografik değişkenlere göre Kişisel Başarı puanlarının dağılımı sunulmuştur. Katılımcıların Kişisel Başarı puanları, sosyodemografik değişkenler ile İki Ortalama Arasındaki Farkın Önemlilik Testi'ne göre test edilmiştir. Erkekler ile kadınların, <40 yaş olanlar ile ≥40 yaş olanların, ÖSYS'deki ilk tercihi tıp fakültesi olanlar ile olmayanların, aylık kazancını yeterli bulanlarla yetersiz bulanların, günlük çalışma süresi ≤8 saat olanlarla ≥9 saat olanların, şans oyunu oynayanlarla oynamayanların ve son 6 ay dışında psikiyatrik yardım alanlarla almayanların Kişisel Başarı düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. Erkeklerin Kişisel Başarı düzeyleri kadınlarınkinden anlamlı olarak daha yüksektir ($P<0.05$). ≥40 yaş olanların Kişisel Başarı düzeyleri <40 yaş olanlarınkinden anlamlı olarak daha yüksektir ($P<0.01$). ÖSYS'de ilk tercihi tıp fakültesi olanların Kişisel Başarı düzeyleri ilk tercihi tıp fakültesi olmayanlarınkinden anlamlı olarak daha yüksektir ($P<0.01$). Aylık kazancını yeterli bulanların Kişisel Başarı düzeyi yetersiz bulanlarınkinden anlamlı olarak daha yüksektir ($P<0.05$). Günlük çalışma süresi ≥9 saat olanların Kişisel Başarı düzeyleri ≤8 saat olanlarınkinden anlamlı olarak daha yüksektir ($P<0.01$). Şans oyunları oynayanların Kişisel Başarı düzeyleri ise oynamayanlarınkinden anlamlı olarak yüksektir ($P<0.01$). Son 6 ay dışında psikiyatrik yardım alanların Kişisel Başarı düzeyleri de hiç psikiyatrik yardım almayanlarınkinden anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ($P<0.05$). Medeni durum, sigara ve alkol kullanımı, hekimlikle ilgili ek iş ve hekimlik dışı ek işten oluşan diğer sosyodemografik değişkenlere göre katılımcıların Kişisel Başarı puanları arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

Tablo 7: Çalışmaya katılan hekimlerin akademik ünvanlarına göre TAÖ puanlarının dağılımı.

Grup	n	Ortalama	S. Hata	Minimum	Maksimum
Pratisyen	95	7.48	0.37	0.00	18.00
Ar.gör.	123	7.66	0.33	0.00	18.00
Uzm.	81	7.43	0.42	1.00	20.00
Öğ.gör/üye.	85	7.36	0.37	1.00	17.00

F: 0.13 P>0.05

Tablo 7’de akademik ünvanlarına göre katılımcıların Aleksitimi puanları sunulmuştur. Tek Yönlü Varyans Analizi sonucunda akademik ünvanlarına göre dört grubun Aleksitimi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (F: 0.13, P>0.05).

Tablo 8: Çalışmaya katılan hekimlerin akademik ünvanlarına göre İDÖ puanlarının dağılımı.

Grup	n	Ortalama	S. Hata	Minimum	Maksimum
Pratisyen	95	35.30	0.90	8.00	63.00
Ar.gör.	123	37.81	0.86	4.00	61.00
Uzm.	81	37.50	1.03	14.00	63.00
Öğ.gör/üye.	85	40.74	1.02	18.00	66.00

F:5.09 P<0.001

Tablo 8’de akademik ünvanlarına göre katılımcıların İş Doymu puanları sunulmuştur. Akademik ünvanlarına göre aldıkları İş Doymu puanları için Tek Yönlü Varyans Analizi uygulandı. Aralarında ilişki saptanan gruplar arasında En Küçük Önemli Fark Yöntemi’ne göre ikili karşılaştırmalar yapıldı. Pratisyen, araştırma görevlisi ve uzman hekimlerin İş Doymu düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmazken, öğretim görevlisi/üyesi hekimlerin İş Doymu düzeyleri adı geçen üç grubun her birinden anlamlı farklılık gösterdiği bulunmuştur (F: 5.09, P<0.001). En düşük iş doymu düzeyi pratisyen hekimlerde bulunmuştur.

Tablo 9: Çalışmaya katılan hekimlerin akademik ünvanlarına göre MTÖ-DT puanlarının dağılımı.

Grup	n	Ortalama	S. Hata	Minimum	Maksimum
Pratisyen	95	12.95	0.54	0.00	29.00
Ar.gör.	123	15.52	0.59	2.00	36.00
Uzm.	81	15.51	0.70	1.00	36.00
Öğr.gör/üye.	85	11.80	0.50	2.00	27.00

F: 9.54 P<0.0001

Tablo 9’da akademik ünvanlarına göre katılımcıların Duygusal Tükenme puanları sunulmuştur. Akademik ünvanlarına göre aldıkları Duygusal Tükenme puanları için Tek Yönlü Varyans Analizi uygulandı. Aralarında ilişki saptanan gruplar arasında Duygusal Tükenme düzeyleri bakımından En Küçük Önemli Fark Yöntemi’ne göre ikili karşılaştırmalar yapıldı. Pratisyen hekimler ile öğretim görevlisi/üyesi hekimler; araştırma görevlisi hekimler ile de uzman hekimler arasında anlamlı bir fark saptanmazken, araştırma görevlisi ve uzman hekimlerin Duygusal Tükenme düzeyleri pratisyen ve öğretim görevlisi/üyesi hekimlerinkinden anlamlı olarak farklı olduğu saptandı (F: 9.54, P<0.0001). En düşük Duygusal Tükenme düzeyi öğretim görevlisi/üyesi hekimlerde bulundu.

Tablo 10: Çalışmaya katılan hekimlerin akademik ünvanlarına göre MTÖ-DYS puanlarının dağılımı.

Grup	n	Ortalama	S. Hata	Minimum	Maksimum
Pratisyen	95	5.10	0.31	0.00	14.00
Ar.gör.	123	5.93	0.30	0.00	16.00
Uzm.	81	6.06	0.31	0.00	13.00
Öğr.gör/üye.	85	3.94	0.28	0.00	13.00

F: 9.36 P<0.0001

Tablo 10’da akademik ünvanlarına göre katılımcıların Duyarsızlaşma puanları sunulmuştur. Akademik ünvanlarına göre aldıkları Duyarsızlaşma puanları için Tek Yönlü Varyans Analizi uygulandı. Aralarında ilişki saptanan gruplar arasında En Küçük Önemli Fark Yöntemi’ne göre gruplar arasında ikili karşılaştırmalar yapıldı. Araştırma görevlisi

hekimler ile uzman hekimlerin Duyarsızlaşma düzeyleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı. Öğretim görevlisi/üyesi hekimler ile pratisyen, araştırma görevlisi ve uzman hekimler arasında; pratisyen hekimler ile araştırma görevlisi ve uzman hekimler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (F: 9.36, P<0.0001). Duyarsızlaşma düzeyleri, araştırma görevlisi hekimler ve uzman hekimlerin en yüksek, öğretim görevlisi/üyesi hekimlerin ise en düşük olduğu saptandı. Araştırma görevlisi hekimler ile uzman hekimler arasında anlamlı fark bulunmadı.

Tablo 11: Çalışmaya katılan hekimlerin akademik ünvanlarına göre MTÖ-KB puanlarının dağılımı

Grup	n	Ortalama	S. Hata	Minimum	Maksimum.
Pratisyen	95	19.08	0.45	6.00	27.00
Ar.gör.	123	20.21	0.37	9.00	30.00
Uzm.	81	21.58	0.44	8.00	30.00
Öğr.gör/üye.	85	21.81	0.40	11.00	31.00

F: 8.64 P<0.0001

Tablo 11’de akademik ünvanlarına göre katılımcıların Kişisel Başarı puanları sunulmuştur. Akademik ünvanlarına göre aldıkları Kişisel Başarı puanları için Tek Yönlü Varyans Analizi uygulandıktan sonra aralarında ilişki saptanan gruplar arasında En Küçük Önemli Fark Yöntemi’ne göre ikili karşılaştırmalar yapılmıştır. Pratisyen hekimler ile araştırma görevlisi, uzman ve öğretim görevlisi/üyesi hekimler arasında; araştırma görevlisi hekimler ile de uzman ve öğretim görevlisi/üyesi hekimler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır. Öğretim görevlisi/üyesi hekimlerin Kişisel Başarı düzeyi uzman hekimlerinkinden daha yüksek olmakla birlikte fark anlamlı bulunmamıştır. Kişisel başarı düzeyi, uzman ve öğretim görevlisi/üyesi hekimlerde en yüksek; pratisyen hekimlerde ise en düşük bulunmuştur (F: 8.64, P<0.0001).

Tablo 12: Çalışmaya katılan hekimlerin meslekte çalışma yıllarına göre TAÖ puanlarının dağılımı.

Mes. Süre	n	Ortalama	S.Hata	Minimum	Maksimum
≤5 yıl	141	7.72	0.30	0.00	18.00
6-10 yıl	128	7.31	0.32	0.00	18.00
≥11yıl	115	7.45	0.33	1.00	20.00

F: 0.44 P>0.05

Tablo 12’de meslekte çalışma sürelerine göre aldıkları Aleksitimi puanları sunulmuştur. Tek Yönlü Varyans Analizi sonucunda meslekte çalışma sürelerine göre oluşturulan üç grubun Aleksitimi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (F: 0.44, P>0.05).

Tablo 13: Çalışmaya katılan hekimlerin meslekte çalışma yıllarına göre İDÖ puanlarının dağılımı.

Mes. Süre	n	Ortalama	S. Hata	Minimum	Maksimum
≤5 yıl	141	35.89	0.79	4.00	63.00
6-10 yıl	128	38.50	0.85	14.00	60.00
≥11yıl	115	39.27	0.84	14.00	66.00

F: 4.67 P<0.001

Meslekte çalışma sürelerine göre aldıkları İş Doyumu puanları tablo13’de sunulmuştur. Meslekte çalışma sürelerine göre oluşturulan üç grubun aldıkları İş Doyumu puanları için Tek Yönlü Varyans Analizi uygulandıktan sonra aralarında ilişki saptanan gruplarla, En Küçük Önemli Fark Yöntemi’ne göre ikili karşılaştırmalar yapılmıştır. Meslekte çalışma süresi ≤5 yıl olanlar ile 6-10 yıl ve ≥11yıl olanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur. Çalışma süresi 6-10 yıl olanlar ile ≥11yıl olanların puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (F:4.67, P<0.001). En yüksek İş Doyumu puanları, meslekte çalışma süresi ≥11yıl olanlarda bulunmuştur.

Tablo 14: Çalışmaya katılan hekimlerin meslekte çalışma yıllarına göre MTÖ-DT puanlarının dağılımı.

Mes. Süre	n	Ortalama	S. Hata	Minimum	Maksimum
≤5 yıl	141	15.41	0.51	0.00	36.00
6-10 yıl	128	12.45	0.51	0.00	36.00
≥11yıl	115	14.20	0.54	3.00	35.00

F: 8.35 P<0.001

Duygusal Tükenme puanlarının meslekte çalışma sürelerine göre dağılımı tablo 14’de sunulmuştur. Meslekte çalışma sürelerine göre oluşturulan üç grubun aldıkları Duygusal Tükenme puanları için Tek Yönlü Varyans Analizi uygulandı. Aralarında ilişki saptanan gruplar, En Küçük Önemli Fark Yöntemi’ne göre ikili olarak karşılaştırıldı. Meslekte çalışma süresi 6-10 yıl olanlar ile ≤5 yıl ve ≥11yıl olanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptandı. ≤5 yıl ile ≥11yıl çalışanların Duygusal Tükenme düzeyleri arasındaki fark ise anlamsız bulundu. En düşük Duygusal Tükenme düzeyi çalışma süresi 6-10 yıl olanlarda saptanmıştır (F: 8.35, P<0.001).

Tablo 15: Çalışmaya katılan hekimlerin meslekte çalışma yıllarına göre MTÖ-DYS puanlarının dağılımı.

Mes. Süre	n	Ortalama	S. Hata	Minimum	Maksimum
≤5 yıl	141	6.15	0.26	0.00	16.00
6-10 yıl	128	4.74	0.26	0.00	14.00
≥11yıl	115	4.92	0.27	0.00	13.00

F:8.50 P<0.001

Tablo 15’de meslekte çalışma sürelerine göre Duyarsızlaşma puanlarının dağılımı sunulmuştur. Meslekte çalışma sürelerine göre oluşturulan üç grubun aldıkları Duyarsızlaşma puanları için Tek Yönlü Varyans Analizi uygulandıktan sonra aralarında ilişki saptanan gruplar, En Küçük Önemli Fark Yöntemi’ne göre ikili olarak karşılaştırılmıştır. Karşılaştırma sonucunda ≤5 yıldır çalışanlar ile 6-10 yıldır ve ≥11yıldır çalışanların puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. 6-10 yıldır çalışanlar ile ≥11yıldır

çalışanların düzeyleri arasındaki fark ise anlamlı değildir. En yüksek Duyarsızlaşma düzeyi 5 yıldır çalışanlarda saptanmıştır (F: 8.50, $P<0.001$).

Tablo 16: Çalışmaya katılan hekimlerin meslekte çalışma yıllarına göre MTÖ-KB puanlarının dağılımı.

Mes. Süre	n	Ortalama	S. Hata	Minimum	Maksimum
≤5 yıl	141	19.68	0.36	8.00	30.00
6-10 yıl	128	20.70	0.35	7.00	31.00
≥11yıl	115	21.53	0.39	6.00	30.00

F: 6.24 $P<0.005$

Meslekte çalışma sürelerine göre Kişisel Başarı puanlarının dağılımı tablo 16'da sunulmuştur. Meslekte çalışma sürelerine göre oluşturulan üç grubun aldıkları Kişisel Başarı puanları için Tek Yönlü Varyans Analizi uygulanmıştır. Aralarında ilişki saptanan gruplar En Küçük Önemli Fark Yöntemi'ne göre ikili olarak karşılaştırılmıştır. Karşılaştırma sonucunda ≤5 yıldır çalışanlar ile 6-10 yıldır ve ≥11yıldır çalışanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. 6-10 yıldır çalışanlar ile ≥11yıldır çalışanların düzeyleri arasındaki fark anlamlı değildir. En düşük Kişisel Başarı düzeyi ≤5 yıldır çalışanlarda saptanmıştır (F: 6.24, $P<0.005$).

Tabo 17: TAÖ puanlarının <11 ve ≥11olmasına göre çalışmaya katılan hekimlerin dağılımı.

TAÖ Puanı	n	%
<11	306	79.3
≥11	78	20.3

Tablo 17'de TAÖ puanlarının <11 ve ≥11olmasına göre katılımcıların dağılımı sunulmuştur. Buna göre katılımcıların %79.3'ünde (n= 306) aleksitimi belirlenmezken, %20.3'ünde (n= 78) aleksitimi belirlenmiştir.

Tablo 18: TAÖ puanı <11 ve ≥11 olan hekimlerin İDÖ puanlarının dağılımı.

TAÖ Puanı	n	Ortalama	S.Hata	t-değeri	P değeri
<11	306	38.18	0.53		
≥11	78	36.16	1.08	1.68	>0.05

Tablo 18’de Aleksitimi puanı <11 ve ≥11 olan katılımcıların İş doyumunu puanları sunulmuştur. Aleksitimi puanı <11 ve ≥11 olan katılımcılar, İş Doyumu puanları bakımından İki Ortalama Arasındaki Farkın Önemlilik Testi’ne göre test edilmiş, iki grup arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($P>0.05$).

Tablo 19: TAÖ puanı <11 ve ≥11 olan hekimlerin MTÖ-DT puanlarının dağılımı.

TAÖ Puanı	n	Ortalama	S. Hata	t-değeri	P değeri
<11	306	13.51	0.34		
≥11	78	16.19	0.64	3.53	<0.0001

Aleksitimi puanları <11 ve ≥11 olan katılımcıların Duygusal Tükenme puanları tablo 19’da sunulmuştur. Duygusal Tükenme puanları, Aleksitimi puanları <11 ve ≤11 olanlar ile İki Ortalama Arasındaki Farkın Önemlilik Testi kullanılarak test edilmiştir. İki grubun Duygusal Tükenme puanları arasındaki fark istatistiksel açıdan oldukça anlamlı bulunmuştur. Aleksitimi puanları ≥11 olanların Duygusal Tükenme düzeyleri <11 olanlarından daha yüksektir ($P<0.0001$).

Tablo 20: TAÖ puanı <11 ve ≥11 olan hekimlerin MTÖ-DYS puanlarının dağılımı.

TAÖ Puanı	n	Ortalama	S. Hata	t-değeri	P değeri
<11	306	5.02	0.17		
≥11	78	6.46	0.36	3.69	<0.0001

Tablo 20’de Duyarsızlaşma puanlarının Aleksitimi puanları <11 ve ≥11 olan katılımcılardaki dağılımı sunulmuştur. Aleksitimi puanı <11 ve ≤11 olan katılımcılar, Duyarsızlaşma puanları bakımından İki Ortalama Arasındaki Farkın Önemlilik Testi’ne göre test edilmiştir. Aleksitimik olan katılımcılar ile olmayanlar arasında saptanan fark istatistiksel

olarak oldukça anlamlı bulunmuştur. Aleksitimik olanların Duyarsızlaşma düzeyleri, aleksitimik olmayanlarınkinden daha yüksektir ($P<0.0001$).

Tablo 21: TAÖ puanı <11 ve ≥ 11 olan hekimlerin MTÖ-KB puanlarının dağılımı.

TAÖ Puanı	n	Ortalama	S. Hata	t-değeri	P değeri
<11	306	21.01	0.23		
≥ 11	78	18.85	0.49	4.10	<0.0001

Tablo 21’de Aleksitimi puanları <11 ve ≥ 11 olan katılımcıların Kişisel Başarı puanlarının dağılımı sunulmuştur. İki Ortalama Arasındaki Farkın Önemlilik Testi kullanılarak Aleksitimi puanı <11 ve ≤ 11 olan katılımcılar, Kişisel Başarı puanları bakımından karşılaştırılmıştır. İki grup arasında istatistiksel açıdan oldukça önemli farklılık saptanmıştır. Aleksitimik olan katılımcıların Kişisel Başarı düzeyleri, aleksitimik olmayanlarınkinden daha daha düşüktür ($P<0.0001$).

Tablo 22: Çalışmaya katılan hekimlerin tümünde ölçek puanlarının dağılımı.

Ölçek	Sayı	Ortalama	S. Sapma
TAÖ	384	7.50	3.64
İD	384	37.77	9.48
D	384	5.31	3.12
DT	384	14.06	6.05
KB	384	20.57	4.23

Tablo 23: Çalışmaya katılan hekimlerin TAÖ puanları ile İD, KB, DYS ve DT puanlarının Korelasyon Analizi sonuçları.

Ölçek	İD	DYS	DT	KB
TAÖ	-0.0933	0.2286	0.2051	-0.2576
	$P>0.05$	$P<0.0001$	$P<0.0001$	$P<0.0001$

Tablo 23’de Aleksitimi puanları ile İş Doymu, Kişisel Başarı, Duyarsızlaşma ve Duygusal Tükenme puanlarının Korelasyon Analizi sonuçları sunulmuştur. Aleksitimi Ölçeği puanları ile Duygusal Tükenme, Duyarsızlaşma ve Kişisel Başarı puanları arasındaki ilişki

istatistiksel olarak anlamlıdır. Aleksitimi puanları ile Duyarsızlaşma ve Duygusal Tükenme puanları arasında pozitif anlamlı ilişki saptanırken, Kişisel Başarı puanları ile negatif anlamlı ilişki bulunmuştur. Aleksitimi puanları ile İş Doyumu puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır.

Tablo 24: Çalışmaya katılan hekimlerin İD puanları ile TAÖ, KB, DYS ve DT puanlarının Korelasyon Analizi sonuçları.

Ölçek	TAÖ	DYS	DT	KB
İD	-0.933	-0.2053	-0.2969	0.2237
	P>0.05		P<0.0001	P<0.0001
				P<0.0001

İş Doyumu puanları ile Aleksitimi, Kişisel Başarı, Duyarsızlaşma ve Duygusal Tükenme puanlarının Korelasyon Analizi sonuçları tablo 24'de sunulmuştur. İş Doyumu puanları ile Duygusal Tükenme, Duyarsızlaşma ve Kişisel Başarı puanları arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlıdır. İş Doyumu puanları ile Duyarsızlaşma ve Duygusal Tükenme puanları arasında negatif anlamlı ilişki saptanırken, Kişisel Başarı puanları ile pozitif anlamlı ilişki bulunmuştur. İş Doyumu puanları ile Aleksitimi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır.

Tablo 25: Çalışmaya katılan hekimlerin DYS puanları ile İD, KB, DT ve TAÖ puanlarının Korelasyon Analizi sonuçları

Ölçek	TAÖ	İD	DT	KB
DYS	0.2286	-0.2053	0.5651	-0.2237
	P<0.0001	P<0.0001	P<0.0001	P<0.0001

Tablo 25'de Duyarsızlaşma puanları ile İş Doyumu, Kişisel Başarı, Duygusal Tükenme ve Aleksitimi puanlarının Korelasyon Analizi sonuçları sunulmuştur. Duyarsızlaşma puanları ile Aleksitimi, İş Doyumu, Duygusal Tükenme ve Kişisel Başarı puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır. Duyarsızlaşma puanları ile Aleksitimi, Duygusal Tükenme ve Kişisel Başarı puanları arasında pozitif bir ilişki bulunurken, İş Doyumu puanları ile ilişkisi negatiftir.

Tablo 26: Çalışmaya katılan hekimlerin DT puanları ile DYS, İD, KB ve TAÖ puanlarının Korelasyon Analizi sonuçları.

Ölçek	TAÖ	İD	DYS	KB
DT	0.2051	-0.2053	0.5651	-0.1658
	P<0.0001		P<0.0001	P<0.0001
P<0.001				

Duygusal Tükenme puanları ile Aleksitimi, İş doyumu, Duyarsızlaşma ve Kişisel Başarı puanlarının Korelasyon Analizi sonuçları tablo 26'da sunulmuştur. Duygusal Tükenme puanları ile Aleksitimi, İş Doyumu, Duyarsızlaşma ve Kişisel Başarı puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır. Duyarsızlaşma ve Aleksitimi puanları ile Duygusal Tükenme puanları arasında pozitif bir ilişki vardır. İş Doyumu ve Kişisel Başarı puanları ile Duygusal Tükenme puanları arasında ise negatif bir ilişki bulunmuştur.

Tablo 27: Çalışmaya katılan hekimlerin KB puanları ile DYS, İD, DT ve TAÖ puanlarının Korelasyon Analizi sonuçları.

Ölçek	TAÖ	İD	DYS	DT
KB	-0.2576	0.2237	-0.2214	-0.1658
	P<0.0001		P<0.0001	P<0.0001
P<0.001				

Tablo 27'de Kişisel Başarı puanları ile Duyarsızlaşma, İş Doyumu, Duyarsızlaşma ve Duygusal Tükenme puanlarının Korelasyon Analizi sonuçları sunulmuştur. Kişisel Başarı puanları ile Aleksitimi, İş Doyumu, Duygusal Tükenme ve Duyarsızlaşma puanları arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlıdır. Kişisel Başarı puanları Duyarsızlaşma, Duygusal Tükenme ve Aleksitimi puanları ile negatif, İş Doyumu puanları ile ise pozitif ilişkili saptanmıştır.

TARTIŞMA

Geçmiş yüzyıllarda insan hayatını verem, tifo gibi hastalıklar tehlikeye düşürürken, günümüzde insan sağlığını tehdit eden rahatsızlıkların temel nedeninin stres olduğu bildirilmektedir. Psikolojik dengenin sağlanamadığı iş koşullarında, iş stresi ve zamanla tükenmişlik sendromunun ortaya çıkabildiği, özellikle “çok başarılı” olmak için yoğun bir tempoda çalışan, kendi sınırlarını zorlayan kişilerde görüldüğü ve ani öfkelenmeler, sürekli kızgınlık, yardımsızlık, yalnızlık, umutsuzluk, çaresizlik, engellenmişlik, şüphencilik, can sıkıntısı, uykusuzluk, yaşam enerjisinin azalması, baş ve göğüs ağrısı belirtileriyle ortaya çıktığı aktarılmaktadır (41). İş stresi ve düş kırıklığı daha çok insanlarla yüzyüze çalışan mesleklerde görülmekle birlikte, duygusal geri çekilme, tükenme, iş doyumunda ve üretkenliğinde azalma ile sonuçlanabilmektedir (4). İnsanlarla yüzyüze çalışmayı gerektiren, hastalarla duygusal etkileşimlerin yoğun yaşandığı hekimlik mesleğinde de süregelen ve ağır strese tepki olarak iş doyumunda azalma ve tükenmişlik sendromu gelişebilmektedir. Tükenmişlik içine giren kişilerin duygusal enerjileri bitmekte, hizmet verdikleri kimselerle ilgili duyarlılıkları yok olmaya yüz tutmakta ve başarı düzeyleriyle ilgili algılamaları olumsuz bir nitelik kazanmaktadır (42). Bu şikayetleri yaşayan kişilerin iş verimliliğine katkıda bulunmaları güçleşmekte ve organizasyonda yaşanan bu iş stresi ve tükenmişliğin maliyeti oldukça yüksek olmaktadır. Neden olan faktörlerin belirlenmesi ve bunların en aza indirilmesi yararlı olacaktır. Son yıllarda bu konuyla ilgili etyolojik faktörlerin ve alınabilecek koruyucu önlemlerin belirlenmesi amacıyla yapılan araştırmaların sayısı artmaktadır.

Bu çalışmada, hekimlerde iş doyumunu tükenmişlik sendromu ve aleksitiminin bazı sosyodemografik değişkenlerle ilişkisi araştırılmıştır. Çalışmaya Malatya il merkezinde çeşitli kurumlarda çalışmakta olan 95 pratisyen, 123 araştırma görevlisi, 81 uzman, 85 öğretim görevlisi/üyesi olmak üzere 384 hekim katılmıştır. Katılımcılara Sosyodemografik Veri Toplama Formu, Maslach Tükenmişlik Ölçeği, İş Doyumu Ölçeği ve Toronto Aleksitimi Ölçeğinden oluşan testler uygulanmıştır. Testlerden elde edilen veriler İki Ortalama Arasındaki Farkın Önemlilik Testi, Tek Yönlü Varyans Analizi Testi, En Küçük Önemli Fark Yöntemi Testi ve Korelasyon Analizi'nden oluşan istatistiksel yöntemlerle test edilmiştir.

Sosyodemografik değişkenlere göre katılımcıların İD düzeyleri ile cinsiyet, yaş, medeni durum, ÖSYS'deki ilk tercih, günlük çalışma süresi, sigara ve alkol kullanımı, şans oyunlarına ilgi, hekimlikle ilgili ek iş, hekimlik dışı ek iş ve son 6 ay dışında psikiyatrik yardım almalarından oluşan sosyodemografik değişkenler arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Bulgularımız, Musal ve arkadaşlarının (1995), Clarke ve arkadaşlarının (1984), Richardsen ve arkadaşlarının (1991), Skolnik ve arkadaşlarının (1993) sonuçlarıyla uyumludur (19, 51, 52, 53). Aslan ve arkadaşlarının (1997), Linn ve arkadaşlarının (1985), Cooper ve arkadaşlarının (1989) sonuçlarıyla ise uyumlu değildir (8, 54, 55). Sonuçlarımızın adı geçen çalışmaların sonuçlarıyla uyuşmamasının nedeni bu çalışmalardan birisinin örnekleminin daha küçük olmasından; diğer çalışmanın örnekleminin tıp fakültesi kökenli hekimlerin yanı sıra diş hekimi, eczacı, teknisyen, sağlık memuru, hemşire ve ebeleri kapsayan değişik meslek gruplarından oluşması olabilir. İD düzeyleri ile sosyodemografik değişkenler arasında ilişki bulunamaması; İD'nu sosyodemografik özelliklerin dışında, tüm hekimleri benzer biçimde etkileyen başka faktörlerin olabileceğini düşündürebilir. Bunun yanında meslekte çalışma süresi ile İD düzeyi arasında anlamlı ilişki saptanmıştır. Çalışma süresi 5 yıl ve daha az olanların İD düzeyi, 6-10 yıl ve 11 ve daha fazla yıl çalışanlarından daha düşük bulunmuştur. Bu bulgu önceki çalışmalarla uyumludur. Bu sonuç meslekte yeni olanların hiyerarşik düzende daha çok rutin işler yapıyor olmaları, özerk davranamamaları ve sisteme ayak uydurmakta daha çok sorun yaşamalarıyla açıklanabilir (8, 33, 44).

Meslekte çalışma süresi 6-10 yıl ve 11 yıl ve daha fazla olanların İD düzeyleri 5 yıl ve daha az olanlarından anlamlı olarak daha yüksektir. Çalışma süresi 11 yıl ve daha fazla olanların İD düzeyi 6-10 yıl olanlarından daha yüksek olmakla birlikte fark anlamlı bulunmamıştır. Sonuçlarımız uzman hekimlerde yapılmış çalışmalardan Musal ve arkadaşlarının (1995) sonuçlarıyla uyuşmamakla birlikte, Aslan ve arkadaşlarının (1997) sonuçları ile uyumludur (8). İş yaşamına başladıktan hemen sonra İD düzeyinin yüksek olduğu, bir süre sonra beklentilerin karşılanamaması nedeniyle düştüğü ve zamanla bireyin işyeri ile özdeşleşmesi sonucunda doyum düzeyinin tekrar arttığı bildirilmektedir (48, 49). Ayrıca çalışma süresiyle birlikte deneyim ve başetme yollarının artmasıyla İD düzeyinin de arttığı düşünülebilir.

Çalışmamızda öğretim görevlisi/üyesi hekimlerin İD düzeyleri pratisyen, araştırma görevlisi ve uzman hekimlerin İD düzeylerinden anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Araştırma görevlisi ve uzman hekimlerin İD düzeyleri pratisyen hekimlerinden daha

yüksek olmasına karşın fark anlamsızdır. En düşük ID düzeyi pratisyen hekimlerde bulunmuştur. Sonuçlarımız daha önceki çalışmaların sonuçlarıyla uyumludur (8, 47, 53, 54). Bu çalışmalarda pratisyen hekimlerin, meslekte beklentilerini gerçekleştiremedikleri, mesleki rollerinde belirsizlik ve çatışmalar yaşadıkları, mesleki çabalarına geribildirim alamadıkları ve örgütsel yapılanmanın düzensizliklerinden daha çok etkilendikleri bildirilmektedir (8, 47).

Katılımcıların MTÖ alt ölçeklerinin sosyodemografik değişkenlerle ilişkisine baktığımızda; cinsiyet ile DT düzeyleri arasında anlamlı ilişki bulunmazken, DYS ve KB düzeyleri arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Kadınların DYS ve KB düzeyleri daha düşüktür. Ülkemizde yapılmış olan çalışmalarda cinsiyete göre saptanan DT, DYS ve KB düzeyleri için çelişkili sonuçlar bildirilmektedir. Bir çalışmada DT ve DYS düzeyleri arasında cinsiyete göre anlamlı fark olmadığı, KB düzeylerinin erkeklerde daha yüksek olduğu bildirilmiştir (6). Bir diğer çalışmada KB düzeyleri bakımından anlamlı fark bulunmazken, erkeklerde DT ve DYS düzeyleri anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (5). Başka bir çalışmada DT, DYS ve KB düzeyleri arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır (18, 29). Diğer bir çalışmada da DYS düzeyleri arasında anlamlı fark bulunmazken, kadınların DT düzeylerinin anlamlı olarak daha yüksek, KB düzeylerinin de daha düşük olduğu bildirilmiştir (8). Ayrıca kadınlarda KB düzeylerinin düşük olmasının, toplumsal rolleri gereği ev işleri, çocuk bakımı ve iş yaşamını birlikte yürütmek durumunda kalmaları ile "çifte rol" yüklenmelerinden kaynaklandığı (33), DYS düzeylerinin düşük olmasının da doğaları gereği sahip oldukları annelik ve şefkat duygularıyla ilişkili olabileceği düşünülebilir.

Yaş ile DT, DYS ve KB düzeyleri arasındaki ilişki için Aslan ve arkadaşları (1997) DT, DYS ve KB düzeylerinin yaş ile birlikte arttığı bildirmiştir (8). Deckard ve arkadaşları (1992) da DT ve DYS düzeyleri ile yaş arasında anlamlı korelasyon olduğunu bildirirken (56), Williams (1989) negatif korelasyon bildirmektedir (26). İki çalışmada ise yaş ile DT, DYS ve KB düzeyleri arasındaki ilişkinin anlamlı olmadığı bildirilmektedir (5, 6). Bizim sonuçlarımız yaş ile birlikte KB düzeylerinin arttığını, DT ve DYS düzeylerinin ise yaştan etkilenmediğini göstermektedir. Sonuçlarımız bu çalışmalarla kısmen de olsa uyumlu sayılabilir. Yaşla birlikte KB düzeylerinin artması, birçok çalışmada bildirilmiş olan meslekte deneyimle başa çıkma yollarının daha gelişmiş olmasıyla açıklanabilir (8, 23, 33).

Medeni duruma göre tükenmişlik düzeyleri incelendiğinde, evlilerde DT ve DYS düzeylerinin daha düşük, KB düzeylerinin ise daha yüksek olmasına rağmen fark anlamlı bulunmamıştır. Bu bulgu bazı çalışmalarla uyumlu (5, 6), bazıları ile de kısmen uyumludur (18, 29).

ÖSYS'deki ilk tercihi tıp fakültesi olanların DT ve DYS düzeyleri anlamlı olarak daha düşük, KB düzeyleri de daha yüksek bulunmuştur. Bu bulgu diğer çalışmaların sonuçlarıyla uyumludur ve bu kişilerde iş-yetenek uyuşmasının bir arada bulunmasıyla açıklanabilir. Bu hekimlerin seçtikleri mesleğin yeteneklerine uygun olduğu, bu nedenle DT ve DYS düzeylerinin düşük, KB düzeylerinin ise yüksek olduğu söylenebilir (9, 33).

Birçok çalışmada hekimlerin kendilerine zor gelen yaşam olayları içinde en çok ekonomik güçlükleri gösterdikleri bildirilmiştir (18, 29). Bizim çalışmamızda aylık gelirlerini değerlendirmeleriyle tükenme düzeyleri arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır. Bu sonuç çalışmamızda aylık gelirlerini yeterli bulanların oranının (%10.9), yetersiz bulanlara (%89.1) göre çok daha düşük olmasına bağlı olabilir. Her iki grup arasındaki bu büyük sayısal farklılık her iki grup arasında güvenilir bir karşılaştırma yapmaya engel oluşturabilir.

Günlük çalışma süresi 9 saat ve üzerinde olanların DT, DYS ve KB düzeyleri daha yüksek bulunmuştur. Bu bulgu önceki çalışmalarla uyumludur. Günlük çalışma süresi arttıkça DT ve DYS düzeylerinin arttığı bildirilmektedir (9, 26, 29).

Sigara ya da alkol kullanımının DT, DYS ve KB düzeylerine etkisi önemsiz bulunmuştur. Bu bulgu, önceki çalışmaların sonuçlarıyla uyumludur (18, 29). Bir çalışmada alkol tüketimi ile tükenme düzeyleri arasında ilişki olduğu bildirilmiştir (45). Bizim çalışmamızda ilişki bulunmamasının nedeni ülkemizde alkol tüketiminin diğer bir çok ülkelerdeki düzeylerden daha düşük olmasından kaynaklanıyor olabilir.

Şans oyunlarına ilginin DT ve DYS düzeyleri üzerine etkisi önemsiz, KB düzeyi üzerine etkisi ise önemli bulunmuştur. Bunun nedeni, özgüveni daha yüksek ve kendini başarılı bulan kişilerin şans oyunlarına daha fazla yönelmeleri olabilir.

Çalışılan kurum dışında hekimlikle ilgili ek işin DT ve DYS düzeyleri üzerine etkisi önemli, KB düzeyleri üzerine etkisi ise önemsiz bulunmuştur. Hekimlikle ilgili ek iş yapanların çoğunlukla muayenehane, özel hastane, özel poliklinik, vb. yerlerde, günlük mesai süresi dışında çalıştıkları göz önüne alındığında, bu kişilerin günlük çalışma sürelerinin 8 saatten fazla olacağı düşünülebilir. Bunun da hem yukarıda belirttiğimiz sonuçlarla, hem de önceki çalışmaların sonuçlarıyla dolaylı da olsa uyumlu olduğu söylenebilir (9, 29).

Hekimlik dışı ek işin DT, DYS ve KB düzeyleri üzerine etkisi önemsiz bulunmuştur. Tükenmenin insanlarla yüzyüze yoğun etkileşimi gerektiren mesleklerde görüldüğü düşünülecek olursa, bu kişiler işletmecilik, ticaret vb. insanlarla daha az yüzyüze iletişimi ve daha az duygusal etkileşimi gerektiren işlerde çalıştıklarından, hekimlikle ilgili ek bir işe göre daha az tükenmekte olabilirler.

Son 6 ay dışında psikiyatrik yardım almış olmanın DT ve DYS düzeyleri üzerine etkisi önemsiz bulunurken, KB düzeyi üzerine etkisi önemlidir. Son 6 ay dışında psikiyatrik yardım almış olanların KB düzeyleri daha düşük bulunmuştur. Tükenme düzeyleri yüksek olan bireylerde depresyonun beklenen bir sonuç olduğu bildirilmektedir (46). Çalışmamızda bir depresyon ölçeği kullanılmamasına rağmen, bunun bireylerin içinde buldukları depresyona bağlı olarak oluşan olumsuz benlik algılarına bağlı olabileceği düşünülebilir.

Araştırma görevlisi ve uzman hekimlerin DT, DYS düzeyleri pratisyen ve öğretim görevlisi/üyesi hekimlerin DT, DYS düzeylerinden anlamlı olarak daha yüksektir. Öğretim görevlisi/üyesi hekimlerin DT düzeyleri pratisyen hekimlerinkinden daha düşük olmakla birlikte fark anlamsız bulunmuştur. Öğretim görevlisi/üyesi hekimlerin DYS düzeyleri adı geçen üç gruptan anlamlı olarak daha düşüktür. Bulgularımız daha önce yapılan çalışmalardaki bulgularla kısmen uyumludur (8, 29). Bu, araştırma görevlisi ve uzman hekimlerin günlük çalışma sürelerinin ve iş yükünün daha fazla olmasıyla ilgili olabilir. Ayrıca araştırma görevlisi hekimlerin meslekteki hiyerarşik düzen içinde özerk ve bağımsız davranamama duygularını daha çok yaşadıkları söylenebilir (8).

Araştırma görevlisi, uzman ve öğretim görevlisi/üyesi hekimlerin KB düzeyleri pratisyen hekimlerinkinden; uzman ve öğretim görevlisi/üyesi hekimlerin KB düzeyleri de araştırma görevlisi hekimlerinkinden anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Bu bulgu

Bilici ve arkadaşlarının(1998) çalışmasıyla uyumlu (29) bulunurken, Aslan ve arkadaşlarının 1997) çalışmasıyla kısmen uyumlu bulunmuştur (8). Bu durum, mesleki bilgi, beceri ve donanımlarının artmasıyla birlikte bireylerin kendilerini daha başarılı duyumsayabilmeleriyle açıklanabilir.

Bulgularımız meslekte çalışma süresiyle DYS düzeylerinin azaldığını, KB düzeylerinin ise arttığını göstermektedir. Sonuçlarımız yapılmış olan iki çalışma(5, 18) ile uyumsuzken, üç çalışmanın sonuçlarıyla uyumludur (8, 9, 29). Bu bulgu deneyimle elde edilen başa çıkma yollarının daha gelişmiş olmasına, meslekte daha yeni olanlarda mesleğe bağlanmanın ve işin denetiminde olduğu duygusunun henüz gelişmemiş olmasına bağlanabilir (9).

Akademik ünvanlarına göre oluşturulan dört hekim grubunun MTÖ'nin alt ölçeklerinden aldıkları puanlar Türkiye normları ile karşılaştırıldığında, dört grubun her birinin MTÖ'nin alt ölçeklerinden aldıkları puanların Türkiye normlarının oldukça altında olduğu belirlenmiştir (50). Buna karşın önceki bir çalışmada elde edilen MTÖ'nin alt ölçek puanlarıyla benzeşmektedir (8).

Hekimlerin %20.3'ünde aleksitimi saptanırken, %79.7'sinde aleksitimi saptanmamıştır. Bu bulgumuz daha önce yapılmış olan bir çalışmayla uyumludur (9).

Şans oyunları oynayanların Aleksitimi düzeyleri, oynamayanlarınkinden daha düşük bulunmuştur (P:0.046). Bu bulgu katılımcılar arasında şans oyunları oynayanların (%22.4) oranının oynamayanlara (%77.6) göre daha düşük olmasından kaynaklanmış olabilir.

Akademik ünvan ve meslekte çalışma süresinin Aleksitimi düzeyleri üzerine etkisi önemsiz bulunmuştur. Aleksitimik olanlarla olmayanların İD ve DT düzeyleri arasındaki fark önemsizdir.

Aleksitimik olan katılımcıların aleksitimik olmayanlara göre DT düzeyleri daha yüksek, KB düzeyleri ise anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur.

TAÖ puanları ile İDÖ puanları arasında negatif bir ilişkiye yatkınlık gözlenmekle birlikte bu ilişki anlamlı bulunmamıştır. Bulgularımız DT düzeylerinin DYS düzeyleri ile pozitif korelasyon gösterdiğini bildiren Williams'ın (1989) çalışmasıyla uyumludur (26). Bunun yanı sıra aleksitimi düzeyleri ile DT ve DYS düzeyleri arasında pozitif, KB düzeyleri arasında ise negatif ilişki olduğunu bildiren iki çalışma ile de uyumludur (9, 18). Bu çalışmalarda tükenmeye ikincil olarak aleksitimi gelişebileceği bildirilmektedir. Ölçek puanları arasındaki yüksek korelasyonlar aleksitimi düzeyleri yükseldikçe DT ve DYS'nın arttığını, KB'nın ise düştüğünü göstermektedir. Bir başka deyişle aleksitimi tükenmişlik sendromuna neden oluyor ya da tükenmişliği yaşayan bireylerde aleksitimi gelişiyor olabilir. Ciddi hastalıklarda karşılaşılan ağrılı durumları azaltmak için bir "durum tepkisi" olarak tepkisel aleksitimi gelişebildiği, buna da " ikincil aleksitimi" adı verildiği bildirilmektedir (57). Keltikangas-Jarvineu (1987) çalışmasında gastroenterolojik hastalığı olan bireylerde, hastalıklarının düzelmesiyle birlikte aleksitimik özelliklerin azaldığını bildirmiştir.(58). Diğer bir çalışmada ise Havilland ve arkadaşları (1988) alkol yoksunluğu içindeki hastaların tedavileri ilerledikçe aleksitimik özelliklerinin azaldığını bulmuşlardır(9).Bu çalışmalarda bildirilen bulgularla uyumlu olan bulgularımız, tükenmişlik sendromunu yaşayan bireylerin, içinde buldukları duygusal tükenmişlik, duyarsızlaşma ve kişisel başarısızlık duyguları ile aleksitimik özelliklerini arttırarak başa çıkmakta olduklarını gösterebilir. Yani tükenmişlik sendromunu yaşayan bireyler " ikincil aleksitimi" ile tükenmişlik belirtilerini daha fazla yaşamaktan korunuyor olabilirler. Bu görüşümüz tükenmeye ikincil aleksitimi gelişebileceğini bildiren çalışmalarla uyumludur (9, 18).

SONUÇ

Çalışmanın bulguları, birçok çalışmada bildirilen hekimlik mesleğini yapan kişilerde hastalarıyla yaşadıkları yoğun etkileşimlerin sonucunda tükenmişlik sendromunun ortaya çıktığı ve iş doyumunu düzeylerinin düştüğü yolundaki bulguları desteklemektedir. Hekimlerin İD düzeylerinin akademik ünvan ve meslekte çalışma süresi ilişkiliyken diğer sosyodemografik değişkenlerle ilişkili bulunmamıştır.

Cinsiyetle DYS ve KB düzeyleri, yaş ile KB düzeyleri, ÖSYS'deki ilk tercih ile DT, DYS ve KB düzeyleri arasında, günlük çalışma süresi ile DT, DYS ve KB düzeyleri arasında, şans oyunlarına ilgi ile KB düzeyleri arasında, hekimlikle ilgili ek işle DT ve DYS düzeyleri arasında, son 6 ay dışında psikiyatrik yardım alma ile KB düzeyleri arasında, akademik ünvan ile DT, DYS ve KB düzeyleri arasında, meslekte çalışma süresiyle DYS ve KB düzeyleri arasında, aleksitimi ile DT ve KB düzeyleri arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Diğer sosyodemografik değişkenler ile tükenme düzeyleri arasında ilişki bulunmamıştır.

Aleksitimi düzeyleri ile DYS ve DT düzeyleri arasında pozitif, KB düzeyleri arasında ise negatif, DYS düzeyleri ile DT düzeyleri arasında pozitif, KB ve İD düzeyleri arasında ise negatif, DT düzeyleri ile İD ve KB düzeyleri arasında negatif, İD düzeyleri ile KB düzeyleri arasında pozitif anlamlı ilişki bulunmuştur. Aleksitimi düzeyleri ile İD düzeyleri arasında ilişki bulunmamıştır.

Bulgularımız, tükenmişlik sendromunu yaşayan bireylerde aleksitimi düzeylerinin arttığını göstermektedir. Bir başka deyişle aleksitimik özelliklerin artması, tükenme ile bir başatme biçimi olabilir. Bu görüşümüz tükenmişlik sendromunu yaşayan kişilerde “ ikincil aleksitimi” gelişebileceğini bildiren çalışmaları desteklemektedir.

TÜKENMİŞLİĞİ ÖNLEME YOLLARI

Tükenmişlik, tek tek klinik sonuçlarına değil sendromun bütününe ve sürecine yönelik müdahale gerektiren çok boyutlu bir sorundur. Bu müdahaleyi birey kendi kaynaklarını kullanarak kendi kendine başlatabileceği gibi genellikle etkili olabilmesi için rehberliğe ve yardıma gereksinim duyar (2, 15).

Bireye yönelik müdahale ideal olarak en başta, yani kişinin henüz yardıma gereksinimi olduğunu fark edemeyeceği ilk evrede olmalıdır. Ancak müdahale genellikle üçüncü evrede, engellenme evresinde olmaktadır. Zira, bu evrede tükenmişlik dışarıdan daha kolay tanınabilmektedir ve kişi henüz tümüyle apatetik değildir (15).

Etkili müdahale, hem bireysel hem de örgütsel zeminde olmalıdır. Tükenmişliğin önlenmesi ve tedavisinde konsültasyon-ilişyon psikiyatrisi bağlamında yürütülen çalışma ve düzenlemelerin açıkça etkili olduğunu gösteren deneyimler mevcuttur (2).

Tükenmişliği önleme ve üstesinden gelme yönünde yürütülebilecek çalışmalar şunlardır:

1. Çalışanları daha gerçekçi amaçları benimsemeleri yönünde cesaretlendirmek. Böylece çalışan bir bireyin kendisiyle ilgili beklentilerinde azalma sağlanabilir. Kişinin kendisi, tutumları, karar verme ve problem çözme yaklaşımları ile ilgili bilişsel değişiklikler yapması, değerlerini, algılarını ve beklentilerini netleştirmesi sağlanabilir (1, 15).

2. Çalışmanın duygularını ifade ediş tarzını değiştirmesi, başatme kapasitelerini geliştirmesi ya da modifiye ederek, büyüme potansiyellerini arttırması cesaretlendirilebilir (1,15). Haz verecek alternatif kaynakları sağlayabilecek yeni amaçlar edinebilmeleri için cesaretlendirilebilir(1).

3. Çalışanlara karar alma süresi çerçevesinde, kendisini daha fazla ortaya koyabilmesi için fırsat ve cesaret verilebilir (1). Çalışılan kurumdaki ilişkiler ağı olabildiğince demokrat, yatay hiyerarşili, sorumluluk ve yetkileri paylaşan, her bir üyeyi nesnel bir şekilde takdir edebilen, daha çok ödülleyici ve üyelere işlerinde kontrol duygusu verebilen tarzda düzenlenmelidir. Süreçler saydam olmalıdır. Bireylere salt yaptıklarıyla değil, kendileri oldukları için de değer verildiği hissettirilmelidir (2, 15).

4. Stresin yüksek düzeylerini yaşayan görevliler için konsültasyon veya dayanışmaya yoğunlaşmış bir çalışma programı örgütlenebilir (1).

5. Destek gruplarının oluşumu ve gelişimi ile çevre değişim kaynakları için cesaretlendirilmeye gidilebilir (1). Kişilerin meslek dışı ilişkilerini uyumsal bir şekilde düzenlemeleri teşvik edilmelidir. Yaşamda iş dışı alan ve sistemler sağlamlştırılırsa iş ile ilgili güçlüklerle başetmek kolaylaşmaktadır. Meslek dışı bir kimlik geliştirilebilmelidir (2, 15).

6. Sistemdeki ödül kaynakları çoğaltılmalı, bireyin eldeki ödül kaynaklarını gerçekçilikle değerlendirmesine yardımcı olunmalıdır (2).

7. Sorumlulukların paylaşıldığı ekip anlayışı pekiştirilmelidir. Ayrıca bireyin sorumluluk alanları gerçekçi ve net bir şekilde tanımlanmalıdır (2, 15).

8. Bazı spor aktiviteleri, müzik çalışmaları gibi etkinliklerin çevre ve destek sağlama özelliklerinden yararlanılabilir (1).

9. Fiziksel bakım kapsamında; düzenli egzersiz programlarına katılma, sigarayı bırakma, alkol alımının kontrol edilmesi, diyet değişiklikleri yapma, özbakım sorumluluğunu artırma gibi alanlar yer alabilir (1).

10. Tükenmişlikle yaşanan, aynı zamanda bir duygusal ve ruhsal tükenmedir. Tükenmenin bu tipi uyumaya engel olur. Tükenmişliği yaşayan birey daha fazla ruhsal yük ve yorgunluğu yüklenmeyi değil, bundan uzaklaşıp bilişsel ve fiziksel uğraşlara yönelmek ister. Bu nedendir ki meditasyon, yoga gibi iç gözleme (introspeksiyona) yönelik olmayan, tenis, koşma, yüzme gibi fiziksel aktivitelere gerek vardır (1).

11. Rekreasyon alanında, düzenli rekreasyonel aktiviteler belirleyip, bunları geliştirmeye yönelik çabalar yer alabilir. Relaksasyon becerileri öğrenilip, düzenli yapılabilir (1).

12. Çevresel etkiler kapsamında, çevresel uyaranlar yönünden iş ortamında görsel, dokunsal ve işitsel değişiklikler oluşturulabilir (1).

13. Hizmet verilenlerin sayısı sınırlanarak veya görevli sayısı artırılarak, görevli-hasta oranları düşük tutulabilir (1).

14. Çalışanların önerilerini almak için kendi problemleri üzerinde konuşabilecekleri ve gerektiğinde desteklenebilecekleri resmi ve gayri resmi programlar oluşturulabilir (1).

15. Hekimin aşırı işe gömülmesi, “olursa iyi olur” denilecek bir olay değil, tersine rehberlik ve destek gerektiren bir durum olarak ele alınmalıdır. Hangi işler elzem, hangileri değil? Hangi işler basitleştirilebilir? Hangileri tümüyle atlanabilir veya bir başkasına

bırakılabilir? Hangi hastalar bekletilebilir? Bu sorulara açık ve net yanıtlar aranmalıdır. İşte rutin dışı ve yaratıcı yönler bulunmalı, işe mizah ve oyun katılabilmelidir. Günlük rutin olabildiğince monotonluktan çıkartılmalıdır (2, 15).

16. Hekim adayları ve yeni başlayan hekimlerde gerçekçi olmayan idealizm ve hastalarla veya meslekle aşırı özdeşim konusunda eğitimciler ve kıdemliler duyarlılıkla uygun bir rehberlik yapmalı, sempatik modeller olarak daha uyumsal profesyonel tavırları öğretebilmelidir (15).

17. Her aşamadaki hekim gelecekte, kendini daha öte gerçekleştirmenin olanakları olanaklarını bekleyebilecek bir konumda olmalıdır (2).

BAŞETME YOLLARI

Tükenmişliği yaşayan bireye öncelikle, uzun bir dinlenme için, bir isteğinin olup olmadığı sorulmalıdır. Hak ettiğinden daha fazla bir süre için de izin verilebilir. Bir kişinin tükenmişliğin üstesinden gelebilmesinde son derece önemli olan bir olgu da destektir. Tükenmişlik sendromu bir yönüyle bir idealin kaybı sonucunda oluştuğundan bu durumda ilgi ve desteğe daha fazla gereksinim duyulur. İdealizminiz gönüllü olarak belli bir kuruma girmenize yol açan önemli bir motivasyonunuz ise ve bunu kaybetmiş iseniz, bu durumda “tükenmişlik” yas, keder dinamikleriyle seyredecektir. Yeni aktiviteler ve çevrenizde yeni insanlar bularak bu kaybın yerini doldurmanız için zamana gereksiniminiz olacaktır (1).

Başkalarıyla kendi yaşantılarınızı paylaşın ve çalışanların da birbirleriyle paylaşımları olduğunu düşünün (1).

Çalışanlarınızın bir grup çalışmasına katılmalarına izin vermeniz oldukça yararlı olabilir, çünkü bu bir öğrenim deneyimi olup, duygusal bir deneyim değildir. Bir workshop, bir seminer bireyi motive edebilir. Bu, çalışanların azalan bataryalarının yeniden yüklenmesi ve dinlenmesi için sağlanan en iyi yollardan biridir (1).

Yöneticiler çalışanların kişisel sorunlarından çok, kurumlar ve örgütsel işleyişin kontrolüne daha fazla önem vermeli, kurum içinde baskın olan iletişim şeklini gözden geçirerek, ilişkilerin ilerletilmesi yönünde değişiklikler sağlayabilmelidir (1).

Yöneticiler hizmet ve bakım verenlere yönelik hizmetler gözden geçirerek (iş için sağlığın uygunluğu, psikolojik hizmetler, beslenme, sağlık hizmetleri-taramalar, kontroller, stres azaltma programları, gürültü, fiziksel koşullar, kreş, ulaşım, vs.) ihmal edilmiş alanları, eksiklikleri saptayıp, giderilmesi yoluna gidebilirler (1).

Tükenmişliğin önlenmesi yolunda yapılabileceklerle ilgili bilgilerin genel bir çerçevesi belirlendikten sonra, tükenmişlikle baş edebilme gayretinin son bir aşaması olarak, müdahale-girişim, aşamasından söz edilebilmektedir (1).

Müdahale, etkilenen bireyler adına diğerlerinin yardımı ya da bu bireylerin kendi kendilerine yardımla bazı şeyler yapabilmelerinin sağlanabilmesi için yetki gerektirir. Müdahaleler birkaç şekilde yapılabilir. Bunlardan bazıları; problem çözme, duygusal süreç ya da duyguların düzenlenmesi ve kullanılışı, sosyal destek sistemlerinden yararlanma ya da yararlandırılma gibi kollektif başatma çabalarını içerebilir. Bu konuda kollektif tarzda yürütülen aktif bir süreç en iyisi gibi görünmektedir. Farklı müdahale seçenekleri; Sorumluluklarını bu işleri yürütebilecek olan başka kimselere bırakma, iş arkadaşlarından bir grupla birleşme, çeşitli yeni gruplarda yer alma , iş tanımında değişiklik oluşturma, bir danışmana ya da psikiyatriste başvurma, çalışmayı bırakmayı planlama, yeni bir iş arama ve nihayet işi bırakma şeklindeki seçeneklerdir (1).

TÜKENMİŞLİĞİN SONUÇLARI

Tükenmişliğin sonuçlarının neler olduğu araştırıldığında, çeşitli bilgilerle karşılaşmaktadır. Bu kapsamda, işi savsaklama, aksatma, çalışılan ortamdaki işin fazlalığını ve ağırlığını bilerek ve ortamdaki uzaklaştığında işin yükünü diğer arkadaşlarının yüklenmek durumunda kalacağını bile bile ortamdaki uzaklaşma eğiliminin görülmesi, hastalıktan kaynaklanan nedenlerle işe gidememelerdeki artış, işe geç gelmelerdeki artış, işi bırakma eğilimi ya da niyetindeki artış, hizmetin niteliğindeki bir bozulma, işe zaman zaman izinsiz gelmeme ya da izin sonunda izin uzatma eğilimi, evraklarla ilgili sahtekarlıklar, işte ve iş dışında genel olarak insan ilişkilerinde bozulma ve uyumsuzluklar, eş ve aile bireylerinden uzaklaşma ve aile kutlamalarına katılmama eğilimi, düşük iş performansı, iş doyumsuzluğu, yeni bir meslek için eğitim alma, azalmış verim ve düşük performanstan kaynaklanan hasta kalış süresindeki artma (maddi ve manevi yük oluşturarak), işteki kaza ve yaralanmalarda

artma (sonuçta ölümlerin bile olabilmesi), hasta yakınlarının Őikayetlerinde artma Şeklindeki sonuçlardan söz edildiği görülmüştür (1).



ÖZET

Hekimlerde iş doyumu ve tükenmişlik sendromunun aleksitimi ve bazı sosyodemografik değişkenlerle ilişkisi.

Bu çalışmada Malatya ili merkezinde çalışan hekimlerin iş doyumu ve tükenmişlik düzeylerinin aleksitimi ve bazı sosyodemografik değişkenlerle ilişkisinin araştırılması amaçlanmıştır.

Çalışmaya Malatya il merkezinde bulunan sağlık ocakları, Malatya Sosyal Sigortalar Hastanesi, Malatya Devlet Hastanesi, İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi ve Turgut Özal Tıp Merkezi'nde çalışmakta olan 95 pratisyen, 123 araştırma görevlisi, 81 uzman ve 85 öğretim görevlisi/üyesi olmak üzere 384 hekim katılmıştır. Çalışmada, katılımcılar tarafından doldurulan Sosyodemografik Veri Toplama Formu, İş Doyumu Ölçeği (İDÖ), Maslach Tükenmişlik Ölçeği (MTÖ) ve Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAÖ) kullanılmıştır.

İş doyumu (İD) düzeyleri öğretim görevlisi/üyesi hekimlerde ve meslekte çalışma süresi 6-10 yıl ve ≥ 11 yıl olanlarda daha yüksek saptanmıştır (F: 5.09, $P < 0.001$, F: 8.35, $P < 0.001$). Kadınların duyarsızlaşma (DYS) ve kişisel başarı (KB) düzeyleri daha düşük bulunmuştur ($P < 0.005$, $P < 0.05$). Yaşı 40 ve üzerinde olanların KB düzeyleri daha yüksektir ($P < 0.01$). ÖSYS'de ilk tercihi tıp fakültesi olanların duygusal tükenme (DT) ve DYS düzeyleri daha düşük ($P < 0.05$), KB düzeyleri ise daha yüksek bulunmuştur ($P < 0.01$). Günlük çalışma süresi 9 saat ve üzerinde olanların DT ($P < 0.001$), DYS ($P < 0.005$) ve KB düzeyleri daha yüksek bulunmuştur ($P < 0.01$). Şans oyunu oynayanların KB düzeyleri daha yüksektir ($P < 0.01$). Hekimlikle ilgili ek işi olanların DT ve DYS düzeyleri daha yüksek bulunmuştur ($P < 0.01$). Son 6 ay dışında psikiyatrik yardım almış olanların KB düzeyleri daha düşük bulunmuştur ($P < 0.05$). Araştırma görevlisi ve uzman hekimlerin DT ve DYS düzeyleri daha yüksektir (F: 9.54, $P < 0.0001$; F: 9.36, $P < 0.0001$). Meslekte çalışma süresi 6-10 yıl olanların DT düzeyleri düşük (F: 8.35, $P < 0.001$), 5 yıl ve daha az olanların da DYS düzeyleri yüksek bulunmuştur (F: 8.50, $P < 0.001$).

Aleksitimi puanları ile DYS ve DT puanları arasında pozitif, KB puanları arasında ise negatif; DYS puanları ile DT puanları arasında pozitif, KB ve İD puanları arasında ise

negatif, DT puanları ile İD ve KB puanları arasında negatif, İD puanları ile KB puanları arasında pozitif korelasyon bulunmuştur ($P<0.0001$).

Bu çalışmanın sonuçları, hekimlik mesleğinde tükenmişlik sendromu, iş doyumunu ve aleksitimi düzeylerini araştıran çalışmaların bulgularını desteklemektedir.



KAYNAKLAR

1. Çam-Kırlangıç O. (1995) Tükenmişlik. İzmir, Saray Medikal Yayıncılık San. ve Tic. Ltd. Şti.
2. Düzyürek S., Ünlüoğlu G. (1992) Hekimde Tükenmişlik (Burnout) Sendromu. Psikoloji Bülteni, (3): 108-112.
3. Freudenberger NJ. (1974) Staff Burnout, Journal of Social Issues, 30:159-165.
4. Revicki DA., May HJ., Withely TW. (1991) Reliability and Validity of the Work-Related Strain Inventory Among Health Professionals. Behav. Med. 17: 111-120.
5. Özbek K., Girgin G (1994) Pratisyen Hekimlerde Meslekten Tükenmişlik (Burnout) Sendromu. IV. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Kitabı, Didim, s. 662-665
6. Özbek K., Girgin G. (1993) Sağlık Bakanlığı İzmir İl Teşkilatında Çalışan Hekimlerde Tükenmişlik (Burnout) Sendromunun Araştırılması. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Ruh Sağlığı Bülteni. Ankara, s. 40-43.
7. Sucuoğlu B., Kuloğlu N. (1996) Özürlü Çocuklarla Çalışan Öğretmenlerde Tükenmişliğin Değerlendirilmesi. Türk Psikoloji Dergisi. 10(36):44-60.
8. Aslan H. ve ark. (1997) Kocaeli'nde Bir Grup Sağlık Çalışanında İşe Bağlı Gerginlik, Tükenme ve İş Doyumu. Toplum ve Hekim. 12(82): 24-29.
9. Aslan H. ve ark. (1996a) Pratisyen Hekimlerde Tükenme Düzeyleri. Düşünen Adam. 9(3): 48-52.
10. Aslan H. ve ark. (1996b) Hekimlerde Tükenmede Cinsiyetle İlişkili Etmenler. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi (Arşiv). 22(2).

11. Torun A. (1997) Stres ve Tükenmişlik, ed. Tevrüz S, Endüstri ve Örgüt Psikolojisi. 2. Ed, Ankara, Türk Psikologlar Derneği Yayınları. s. 43-53.
12. Maslach C, Jackson SE. (1981) The Measurement of Experienced Burnout. Journal of Occup. Behav. 2: 99-113.
13. Maslach C. (1976): Burned-out. Hum. Behav. 5:197-220.
14. Cherniss C. (1980): Staff Burnout: Job Stress In The Human Services. Sage Publications, Beverly Hills.
15. Edelwich J., Brodsky S. (1980) Burnout, Stages of Disillusionment In The Helping Professions. New York, Human Sciences Press.
16. Pines AM., Aranson E., Kafry D. (1981) Burnout, From Tedium To Personal Growth. New York, Free Press.
17. Fawzy FI., Fawzy NW, Posnau RO. (1991) Burnout In The Health Professionals. Hand Book of Studies on General Hospital Psychiatry. (Ed.) Judd FK., Burrows GD., Lipsit DR. Amsterdam, Elsevier Science Publishers. s. 119-130.
18. Aslan H. Ve ark.. (1996c) Tıpta Uzmanlık Öğrencisi Hekimlerde Tükenme Düzeyleri. Türk Psikiyatri Dergisi. 7(1): 39-45.
19. Musal B., Elçi ÖÇ., Ergin S. (1995) Uzman hekimlerde Mesleki Doyum. Toplum ve Hekim. 10(68): 2-7.
20. Wills TA. (1991) Perceptions of Clients by Professional Helpers. Psychol. Bull. 85: 968-1000.

21. Sifneos PE (1973): The Prevalence of Alexithymic Characteristics In Psychosomatic Patients. *Psychother Psychosom.* 22: 255-262.
22. Wise TN., Mann Ls., Mitchell JD., Hryvniak M., Hill B. (1990) Secondary Alexithymia: An Amprical Validation. *Compr. Psychiatry.* 31(4):284-88.
23. Olkinuora M., Asp S., Juntunen J., et al. (1990) Stress Semptoms, Burnout and Suicidal Thoughts In Finnish Psychians. *Soc. Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 25: 81-86.
24. Jonas T., Johnson MD., Robin L., Wagner BS., Robert M., Rueger and Helmuth Goepfert MD. (1993) Professional Burnout Among Head and Neck Surgeons: Result of a Survey. *Head & Neck.* s. 557-560.
25. By Deborah A., Whippen and George P. (1991) Canellos. Burnout Syndrome In The Practice of Oncology: Result of a Random Survey of 1.000 Oncologists. *Journal of Clinical Oncology.* (10):1916-1920.
26. Williams CA. (1989) Empathy and Burnout in Male and Female Helping Professionals. *Research in Nursing & Health.* 12: 169-178.
27. Farber BA. (1984) Stres and Burnout in Suburban Teachers. *Journal of Educational Research.* 77(6): 325-331.
28. Piedmont RL. (1993) A Longitudinal Analysis of Burnout in the Health Care Setting: The Role of Personal Dispositions. *Journal of Personality Assesment.* 67: 457-473.
29. Bilici M., Mete F., Soylu C., Bekaroğlu M., Kavakçı Ö. (1998) Bir Grup Akademisyende Depresyon ve Tükenme Düzeyleri. *Türk Psikiyatri Dergisi.* 9(3): 181-189.
30. Çam-Kırlangıç O. (1992) Hemşirelerin Tükenmişlik Düzeyleri ve Tükenmişliği Etkileyen Bazı Etmenlerin İncelenmesi. III. Ulusal Hemşirelik Kongresi Kitabı. Sivas.

31. Şahin NH., Durak-Batıgün A. (1996) Sağlık Personelinde İş Doyumunu Etkileyen Faktörler. V. Anadolu Psikiyatri Günleri, İzmir.
32. Maslach C. Jackson SE. (1986) Maslach Burnout Inventory. Manual (2. Ed.) Consulting Psychologist Press. Palo Alto CA.
33. Ergin C. (1992) Doktor ve Hemşirelerde Tükenmişlik ve Maslach Tükenmişlik Ölçeğinin Uyarlanması. Bayraktar R., Dağ İ. (Ed) VII. Ulusal Psikoloji Kongresi Bilimsel Çalışmaları. Ankara, Türk Psikologlar Derneği Yayını. s. 143-154.
34. Hackman JR., Oldham GR. (1980) "Work Redesign". Moscaly: Addison-Wesley Comp.
35. Güler M. (1990) "Endüstri İşçilerinin İş Doyumu ve İş Veriminde Depresyon, Kaygı ve Bazı Değişkenlerin Etkisi." Yayınlanmış Doktora Tezi. Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, PDR Anabilim Dalı, Ankara.
36. Taylor GJ., Ryan D., Bagby M. (1990) Toward the Development of a New Self-Report Alexthymia Scale. Psychother Psychosom. 44:191-199.
37. Dereboy F. (1990) Aleksitimi Özbildirim Ölçeklerinin Psikosomatik Özellikleri Üzerine Bir Çalışma. Yayınlanmış Uzmanlık Tezi, Ankara.
38. Çam-Kırlangıç O. (1992) Tükenmişlik Envanterinin Geçerlik ve Güvenirliğinin Araştırılması. VII. Ulusal Psikoloji Kongresi Bilimsel Yayınları, Ankara.
39. Aslan H. ve ark. (1996d) Hemşirelerde Tükenme, İş Doyumu ve Ruhsal Belirtiler. Nöropsikiyatri Arşivi. 33(4): 192-199.
40. Sümbüloğlu K., Sümbüloğlu V. (1993) Biyoistatistik Kitabı. Ankara, Özdemir Yayıncılık.
41. Baltaş A. (1996) Stres İle Başa Çıkma Yolları ve İş Hayatında Stres. IX. Ulusal Psikoloji Kongresi Bilimsel Çalışmaları. İstanbul, Türk Psikologlar Derneği Yayını, s. 229-235.

42. Torun A. (1996) Tükenmişlik, Aile Yapısı ve Sosyal destek İlişkileri Üzerine Bir İnceleme. IX. Ulusal Psikoloji Kongresi Bilimsel Çalışmaları. İstanbul. Türk Psikologlar Derneği Yayını. s. 307-314.
43. Maslach C. (1976) Burned-out. *Human Behavior*.5: 16-22.
44. Herschbach P. (1991) Stress im Krankenhaus-die Belastungen von Krankenpflegekräften und Aerzten/Aerztinnen. *Psychotter Psychosom Med Psychol*. 41:176-186.
45. Juntinen j., Asp S., Olkinuoro M. at al. (1988) Doctors' Drinking Habits and Consumption of Alcohol. *BMJ*. 297: 951-954.
46. Whitley TW., Heyworth J., Gaudry P. (1991) Work Related Stress and Depression Among Physicians Pursuing Postgraduate Training in Emergency Medicine. *Emerg Med Clin Nort Am*. 20: 992-996.
47. Sutherland VJ., Cooper CL. (1993) Identifying Distres Among General Practitioners: Predictors of Psychological III-Health and Job Dissatisfaction. *Soc Sci Med*. 37: 575-581.
48. Baysal CA. (1981) Sosyal ve Örgütsel Psikolojide Tutumlar. İstanbul, Yalçın Ofset Matbaası.
49. March JE., Simon HA. (1975): Örgütler. Çeviri: Bozkurt Ö., Onaran O. Ankara. TODAİE Yayınları, No:144.
50. Ergin C. (1996) Maslach Tükenmişlik Ölçeğinin Türkiye Sağlık Personeli Normları. *3P Dergisi*, 4(1): 28-34.
51. Clarke TA., Maniscalco WM., Taylor-Brown S., Roghmann KJ., Sahapiro DL., Hannon-Johnson C. (1984) Job Satisfaction and Stress Among Neonatologists. *Pediatrics*. 74(1): 52-57.

52. Richardsen AM., Burke RJ. (1991) Occupational Stress and Job Satisfaction Among Physicians: Sex Differences. *Soc. Sci. Med.* 33(10): 1179-1187.
53. Skolnik NS., Smith DR., Diamond J. (1993) Professional Satisfaction and Dissatisfaction of Family Physicians. *The Journal of Family Practice.* 37(3): 257-263.
54. Linn LS., Yager J., Cope D., Leake B. (1985) Health Status, Job Satisfaction, Job Stress, and Life Satisfaction Among Academic and Clinical Faculty. *JAMA.* 254(19): 2775-2782.
55. Cooper CL., Routh U., Faragher H. (1989) Mental Health, Job Satisfaction, and Job Stress Among General Practitioners. *BMJ.* 298: 366-370.
56. Deckard GJ., Hicks LL., Hamory BH. (1992) The Occurrence and Distribution of Burnout Among Infectious Diseases Physicians. *The Journal of Infectious Diseases.* 165:224-228.
57. Freybeyer H. (1977): Supportive Psychotherapeutic Techniques in Primary and Secondary Alexithymia. *Psychother Psychosom.* 28: 337-342.
58. Keltikangas-Jarvinen L. (1987): Concept of Alexithymia II the Consistency of Alexithymia. *Psychother Psychosom.* 47: 113-120.
59. Haviland MG., Shawe DG., MacMurray JP. ve arkadaşları. (1988) Validation of the Toronto Alexithymia Scale with Substance Abusers. *Psychother Psychosom.* 50: 81-87.

**HEKİMLERDE TÜKENMİŞLİK, İŞ DOYUMU VE ALEKSİTİMİ ANKET
FORMU**

Sayın meslektaşım,

Tüm hekimlerin, gerek iş koşullarıyla ilgili gerek ekonomik sorunları bilinmektedir. Bu sorunları ve bu sorunların hekimlerin yaşamı üzerine yaşamı üzerine etkilerini belirlemek amacıyla yapacağımız çalışmaya katılarak bize destek verdiğiniz için teşekkür ederiz.

1. Akademik ünvanınız:

() Pratisyen () Araştırma görevlisi () Uzman () Öğretim görevlisi/üyesi

2. Cinsiyetiniz:

() E () K

3. Yaşınız:

() 40 yaşından küçük () 40 yaş veya üzerinde

4. Medeni durumunuz:

() Evli () Diğer (bekar, dul, boşanmış, ayrı)

5. Meslekte çalışma süreniz:

() 5 yıl ve altında () 6-10 yıl () 11 yıl veya üzerinde

6. ÖYS'de tıp fakültesi kaçınıcı tercihiniz idi?

() İlk tercih () İkinci veya daha sonrası tercih

7. Mesleğinizden kazandığınız para size yetiyor mu?

() Evet () Hayır

8. Çalışma süreniz ortalama günde kaç saattir?

() 8 saat veya altında () 9 saat veya üzerinde

9. Alkol veya sigara kullanıyor musunuz?

() Evet () Hayır

10. Şans oyunları oynuyor musunuz (at yarışı, spor loto, spor toto, sayısal loto, milli piyango vb.)? () Evet () Hayır

11. Çalıştığınız kurum dışında hekimlikle ilgili ek bir işiniz var mı (özel poliklinik, özel hastane vb.)? () Evet () Hayır

12. Çalıştığınız kurum dışında hekimlik mesleğiniz dışında ek bir işiniz var mı (borsa, ticaret, işletmecilik vb.)? () Evet () Hayır

() Evet () Hayır

13. Daha önce psikiyatrik yardım aldınız mı (son 6 ay içinde)?

() Evet () Hayır

İŞYERİYLE İLGİLİ KENDİNİ DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

(İş doyumu Ölçeği)

Açıklama: Aşağıdaki cümleleri tamamlayan ifadelerin size en uygun olanını seçiniz. Her cümleyi cevaplarırken kendinize “Beni ne kadar tatmin ediyor?” sorusunu sorunuz. İşten aldığınız doyumu en iyi belirten ifadeyi işaretlerken de yalnızca bir rakamı işaretlemeye dikkat ediniz.

	Beni Hiç Tatmin Etmez	Beni Yeterince Tatmin Etmez	Beni Karar- sızım	Beni Oldukça Tatmin Eder	Beni Çok Tatmin Eder
1. İşimin bana sağladığı güvenliğin derecesi	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
2. Aldığım maaş (ücret) ve terfilerin miktarı	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
3. İşimin bana verdiği kişisel gelişme ve yükselme imkanı	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
4. İşimde birlikte çalıştığım, etkileştığım ve konuştuğum kişiler	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
5. Amirlerimin bana gösterdiği adil davranış ve saygı derecesi	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
6. İşimi yaparken hissettiğim takdir edilme duygusu	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
7. İş sırasında birlikte çalıştığım arkadaşlarımı tanıma şansı	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
8. Kontrolörden (usta başı) gördüğüm destek ve rehberlik	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
9. Yaptığım işin karşılığında aldığım paranın adaletlilik derecesi	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
10. İşimde kendime ait, bağımsız düşünce ve davranışları uygulayabilme imkanı	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
11. İşyerimin geleceğim açısından vaadettiği güvencenin derecesi	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
12. İşyerimdekilere yardım etme fırsatı	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
13. İşyerimdeki yarışma (mücadele) fırsatı	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
14. İşyerimdeki yönetimin tutumu	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

TORONTO ALEKSİTİMİ ÖLÇEĞİ

Aşağıdaki cümleleri dikkatle okuyunuz. Size uygun ise EVET'in altındaki parantezin içine X koyunuz. Uygun değilse HAYIR'ın altındaki parantezin içine X koyunuz.

	EVET	HAYIR
1. Ağladığımda, beni ağlatan şeyin ne olduğunu hep bilirim.	()	()
2. Hayal kurmak boşa zaman harcamaktır.	()	()
3. Keşke bu kadar utangaç olmasaydım.	()	()
4. Çoğu zaman duygularımın ne olduğunu bilemem.	()	()
5. Gelecek hakkında sıkça hayal kurarım.	()	()
6. Birçokları kadar kolay arkadaş edinebildiğimi sanıyorum.	()	()
7. Bir sorunun çözümünü bilmek, o çözüme nasıl ulaşıldığını bilmekten daha kolaydır.	()	()
8. Duygularımı tam olarak anlatacak sözcükleri bulmak benim için zordur.	()	()
9. Herhangi bir olay hakkındaki görüşümü başkalarına açıkça belirtmekten hoşlanırım.	()	()
10. Bedenimde öyle şeyler hissediyorum ki; doktorlar bile ne olduğunu anlamıyorlar.	()	()
11. Benim için yalnızca bir işin yapılmış olması yetmez; nasıl ve neden yapıldığını bilmek isterim.	()	()
12. Duygularımı kolayca anlatabilirim.	()	()
13. Yalnızca sorunların neler olduğunu anlamaktan çok, onların nereden kaynaklandığı üzerine düşünmeyi tercih ederim.	()	()
14. Sinirim bozuk olduğunda; üzüntülü mü, korkulu mu yoksa öfkeli mi olduğumu bilemem.	()	()
15. Hayal gücümü bolca kullanırım.	()	()
16. Yapacak başka bir şeyim olmadığında, zamanımın çoğunu hayal kurarak geçiririm.	()	()
17. Bedenimde şaşkıncı hisler duyduğum olur.	()	()
18. Pek hayal kurmam.	()	()
19. Olayların nedenine, niçinine kafa yormaktan çok işleri oluruna bırakmayı tercih ederim.	()	()

20. Tam olarak tanımlayamadığım duygularım var. () ()
21. İnsanın duygularına yakın olması önemlidir. () ()
22. İnsanlar hakkında neler hissettiğimi anlamak ve anlatmak benim için zordur. () ()
23. Tanıdıklarım duygularımdan daha çok bahsetmemi isterler () ()
24. İnsan, derinine inmelidir. () ()
25. İçimde neler olup bittiğini bilmiyorum. () ()
26. Çoğu zaman kızgınlığımın farkına varmam () ()



MASLACH TÜKENMİŞLİK ÖLÇEĞİ

- 1- İşimden soğuduğumu hissediyorum.
() Hiçbir zaman () Çok nadir () Bazen () Çoğu zaman () Her zaman
- 2- İş dönüşü kendimi ruhen tükenmiş hissediyorum.
() Hiçbir zaman () Çok nadir () Bazen () Çoğu zaman () Her zaman
- 3- Sabah kalktığımda bir gün daha bu işi kaldıramayacağımı hissediyorum.
() Hiçbir zaman () Çok nadir () Bazen () Çoğu zaman () Her zaman
- 4- İşim gereği karşılaştığım insanların ne hissettiğini hemen anlarım.
() Hiçbir zaman () Çok nadir () Bazen () Çoğu zaman () Her zaman
- 5- İşim gereği karşılaştığım bazı kimselere sanki insan değillermiş gibi davrandığımı fark ediyorum.
() Hiçbir zaman () Çok nadir () Bazen () Çoğu zaman () Her zaman
- 6- Bütün gün insanlarla uğraşmak benim için gerçekten çok yıpratıcı.
() Hiçbir zaman () Çok nadir () Bazen () Çoğu zaman () Her zaman
- 7- İşim gereği karşılaştığım insanların sorunlarına en uygun çözüm yollarını bulurum.
() Hiçbir zaman () Çok nadir () Bazen () Çoğu zaman () Her zaman
- 8- Yaptığım işten tükendiğimi hissediyorum.
() Hiçbir zaman () Çok nadir () Bazen () Çoğu zaman () Her zaman
- 9- Yaptığım iş sayesinde insanların yaşamına katkıda bulunduğuma inanıyorum.
() Hiçbir zaman () Çok nadir () Bazen () çoğu zaman () Her zaman
- 10-Bu işte çalışmaya başladığımdan beri insanlara karşı sertleştim.
() Hiçbir zaman () Çok nadir () Bazen () Çoğu zaman () Her zaman
- 11-Bu işin giderek katılaştırmasından korkuyorum.
() Hiçbir zaman () Çok nadir () Bazen () Çoğu zaman () Her zaman
- 12-Çok şeyler yapabilecek güçteyim.
() Hiçbir zaman () Çok nadir () Bazen () Çoğu zaman () Her zaman
- 13-İşimin beni kısıtladığını hissediyorum.
() Hiçbir zaman () Çok nadir () Bazen () Çoğu zaman () Her zaman
- 14-İşimde çok çalıştığımı hissediyorum.
() Hiçbir zaman () Çok nadir () Bazen () Çoğu zaman () Her zaman
- 15-İşim gereği karşılaştığım insanlara ne olduğu umurumda değil.
() Hiçbir zaman () Çok nadir () Bazen () Çoğu zaman () Her zaman
- 16-Doğrudan doğruya insanlarla çalışmak bende çok fazla stres yaratıyor.
() Hiçbir zaman () Çok nadir () Bazen () Çoğu zaman () Her zaman

17-İşim gereği karşılaştığım insanlarla aramda rahat bir hava yaratırım.

() Hiçbir zaman () Çok nadir () Bazen () Çoğu zaman () Her zaman

18-İnsanlarla yakın bir çalışmadan sonra kendimi canlanmış hissedirim.

() Hiçbir zaman () Çok nadir () Bazen () Çoğu zaman () Her zaman

19-Bu işte kayda değer birçok başarı elde ettim.

() Hiçbir zaman () Çok nadir () Bazen () Çoğu zaman () Her zaman

20-Yolun sonuna geldiğimi hissediyorum.

() Hiçbir zaman () Çok nadir () Bazen () Çoğu zaman () Her zaman

21-İçimdeki duygusal sorunlara serinkanlılıkla yaklaşıyorum.

() Hiçbir zaman () Çok nadir () Bazen () Çoğu zaman () Her zaman

22-İşim gereği karşılaştığım insanların bazı problemlerini sanki ben yaratmışım gibi davrandıklarını hissediyorum

() Hiçbir zaman () Çok nadir () Bazen () Çoğu zaman () Her zaman