



**T.C**  
**KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM ÜNİVERSİTESİ**  
**TIP FAKÜLTESİ**  
**RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI**  
**ANABİLİM DALI**

**ARAŞTIRMA GÖREVLİSİ OLARAK ÇALIŞAN DOKTORLARDA**  
**TÜKENMİŞLİK SENDROMUNU ETKİLEYEN FAKTÖRLER VE TÜKENMİŞLİK**  
**SENDROMUNUN SAVUNMA BİÇİMLERİ İLE İLİŞKİSİ**

**DR. Onur HURŞİTOĞLU**  
**UZMANLIK TEZİ**

**TEZ YÖNETİCİSİ**  
**DOÇ. DR. Ebru FINDIKLI**

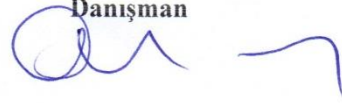
**KAHRAMANMARAŞ**  
**2017**

T.C.  
KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM ÜNİVERSİTESİ  
Tıp Fakültesi Dekanlığı'na

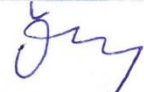


Arş. Gör. Dr. Onur HURŞİTOĞLU tarafından hazırlanan "Araştırma Görevlisi Olarak Çalışan Doktorlarda Tükenmişlik Sendromunu Etkileyen Faktörler ve Tükenmişlik Sendromunun Savunma Biçimleri İle İlişkisi" adlı bu tezin Tıpta Uzmanlık tezi olarak uygun olduğunu onaylarım.

Doç. Dr. Ebru FINDIKLI

Danışman



Bu çalışma, jürimiz tarafından oy birliği ile Tıp Fakültesi **Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalında** Tıpta Uzmanlık tezi olarak 30/01/2018 tarihinde kabul edilmiştir.

Tez Değerlendirme Jüri Tutanağı:		İmza:
Başkan	Doç. Dr. Fatma Özlem ORHAN	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı 
Üye	Doç.Dr.Ebru FINDIKLI	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı 
Üye	Yrd.Doç. Dr. Gülçin ERBOĞA	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı 

Yukarıdaki imzaların adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

Tarih: 30/01/2018

  
Dekan  
Prof. Dr. Tutan MERT  
Dekan

Bu tez, Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi tez yazım ve basım yönergesine uygundur.

## TEŞEKKÜR

Tezimin gerçekleŐmesindeki yardım ve katkılarından dolayı tez hocam Doç. Dr. Ebru Fındıklı'ya,

Uzmanlık eğitimim süresince mesleki bilgi ve deneyimleriyle yetişmemde katkısı olan Doç. Dr. Fatma Özlem Orhan'a,

Hiçbir zaman desteđini esirgemeyen annem Rűveyda HurŐitođlu'na, babam Dođan HurŐitođlu'na, kardeŐlerim Ertuđrul HurŐitođlu ve Zeynep Hasta'ya,

Bu süreçte en büyük destekçim olan sevgili eŐim Rabia Hurşitoğlu'na ve geliŐi ile hayatıma renk katan biricik oğlum Ömer'e en içten teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Onur HURŞİTOĞLU  
Kahramanmaraş 2017

# İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa No</u>
TEŞEKKÜR .....	i
İÇİNDEKİLER.....	ii
TABLO LİSTESİ .....	iv
KISALTMALAR .....	vii
ÖZET.....	viii
ABSTRACT .....	x
1. GİRİŞ VE AMAÇ .....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. Tükenmişlik Sendromu .....	3
2.1.1. Tanım.....	3
2.1.2. Tarihçe.....	4
2.1.3. Tükenmişlik belirtilerinin ortaya çıkması .....	5
2.1.4. Tükenmişlik sendromuna etki eden faktörler .....	5
2.1.4.1. Çevresel faktörler .....	5
2.1.4.2. Bireysel faktörler.....	6
2.2. Tükenmişlik Modelleri .....	7
2.2.1. Edelwich ve Brodsky Tükenmişlik Modeli .....	7
2.2.2. Tükenmişliğin evreleri.....	8
2.2.3. Pearlman ve Hartman Tükenmişlik Modeli .....	9
2.2.4. Meier Tükenmişlik Modeli.....	9
2.2.5. Pines Modeli .....	9
2.2.6. Maslach modeli .....	10
2.2.7. Tükenmişlik Sendromunun Belirtileri.....	11
2.2.8. Doktorlarda Tükenmişlik.....	12
2.2.9. Doktorlarda Tükenmişlik Sendromunun Etkileri .....	13
2.2.10. Tükenmişlik Sendromunu Önleme Metotları .....	14
2.3. Savunma Mekanizmaları .....	17
2.3.1. Doktorlarda Savunma Mekanizması .....	19
2.3.2. Savunma Mekanizmalarının Sınıflandırılması; .....	20
2.3.3. İmmatur savunma mekanizmaları .....	20
2.3.4. Nevrotik Savunma Mekanizmaları.....	22

2.3.5. Matur Savunma Mekanizmaları .....	22
3. GEREÇ VE YÖNTEMLER.....	24
3.1. Gereçler .....	25
3.1.1. Sosyodemografik Veri Formu (SVF): .....	25
3.1.2. Maslach Tükenmişlik Ölçeği.....	25
3.1.3. Savunma Biçimleri Testi-40 (SBT-40) .....	26
3.1.4. Beck Depresyon Ölçeği.....	26
3.1.5. Beck Anksiyete Ölçeği .....	27
4. İSTATİKSEL DEĞERLENDİRME .....	28
5. BULGULAR .....	29
5.1. Sosyodemografik Özellikler .....	29
5.2. Maslach Tükenmişlik Ölçeği Alt Boyutlarına İlişkin Değerler.....	30
5.3. Beck Depresyon Ve Anksiyete Puanlarına İlişkin Değerler .....	30
5.4. Savunma Biçimleri Testi Alt Boyutlarına İlişkin Değerler .....	31
5.5. Tükenmişlik İle Sosyodemografik Özellikler Arasındaki İlişki.....	33
5.6. Tükenmişlik İle Anksiyete Ve Depresyon Arasındaki İlişki.....	36
5.7. Tükenmişlik İle Savunma Mekanizmaları Arasındaki İlişki.....	36
5.8. Beck depresyon ve anksiyete ölçeği ile sosyodemografik özellikler arasındaki ilişki.	38
5.9. Savunma mekanizmaları ile sosyodemografik özellikler arasındaki ilişki .....	41
5.10. Savunma mekanizmaları ile anksiyete ve depresyon arasındaki ilişki.....	45
6. TARTIŞMA .....	47
SONUÇ .....	56
KAYNAKLAR.....	57
EKLER .....	68

## TABLULAR LİSTESİ

Tablo 1. Sosyodemografik Özellikleri Dağılımı .....	29
Tablo 2. Maslach tükenmişlik ölçeği alt boyutlarına ilişkin değerler .....	30
Tablo 3. Beck depresyon ve anksiyete ölçek sonuçlarına ilişkin değerler .....	30
Tablo 4. Depresyon ve anksiyetenin dağılımı .....	31
Tablo 5. Savunma biçimleri testi ana ve alt boyutlarına ilişkin değerler .....	32
Tablo 6a. Mesai saati süreleri ile Maslach tükenmişlik ölçeği alt boyutlarının karşılaştırılması: .....	33
Tablo 6b. Aylık nöbet sayıları ile Maslach tükenmişlik ölçeği alt boyutlarının karşılaştırılması .....	34
Tablo 6c. Çalıştığı bölümü isteyerek tercih edenler ile istemeyerek tercih edenlerin Maslach tükenmişlik ölçeği alt boyutlarının karşılaştırılması .....	34
Tablo 6d. Yaş ile Maslach tükenmişlik ölçeği alt boyutlarının karşılaştırılması .....	34
Tablo 6e. Cinsiyet ile Maslach tükenmişlik ölçeği alt boyutlarının karşılaştırılması .....	35
Tablo 6f. Psikotrop ilaç kullanımı ile Maslach tükenmişlik ölçeği alt boyutlarının karşılaştırılması .....	35
Tablo 6g. Araştırma görevlisi doktor olarak çalışılan süre ile Maslach tükenmişlik ölçeği alt boyutlarının karşılaştırılması .....	35
Tablo 7. Beck depresyon ve anksiyete puanları ile Maslach tükenmişlik ölçeği alt boyutları arasındaki korelasyon .....	36
Tablo 8. Savunma mekanizmaları ana ve alt boyutları ile Maslach tükenmişlik ölçeği alt boyutları arasındaki korelasyon.....	38
Tablo 9a. Cinsiyet ile Beck depresyon ve anksiyete toplam puanlarının karşılaştırılması .....	39
Tablo 9b. Mesai saati süreleri ile Beck depresyon ve anksiyete toplam puanlarının karşılaştırılması .....	39
Tablo 9c. Çalıştığı bölümü isteyerek tercih edenler ile istemeyerek tercih edenlerin Beck depresyon ve anksiyete toplam puanlarının karşılaştırılması.....	40
Tablo 9d. Aylık nöbet sayıları ile Beck depresyon ve anksiyete toplam puanlarının karşılaştırılması .....	40
Tablo 9e. Araştırma görevlisi doktor olarak çalışılan süre ile Beck depresyon ve anksiyete toplam puanlarının karşılaştırılması .....	40
Table 9f. Psikotrop ilaç kullanımı ile Beck depresyon ve anksiyete toplam puanlarının karşılaştırılması .....	41

Tablo 10a. Cinsiyet ile savunma biçimleri testinin ana ve alt boyutlarının karşılaştırılması...	42
Tablo 10b. Çalıştığı bölümü isteyerek tercih edenler ile istemeyerek tercih edenlerin Savunma biçimleri testi ana ve alt boyutlarının karşılaştırılması .....	43
Tablo 10c. İlaç kullananlar ve kullanmayanların Savunma biçimleri testi ana ve alt boyutlarına göre karşılaştırılması .....	44
Tablo 11. Beck depresyon ve anksiyete puanları ile savunma biçimleri testi alt boyutları arasındaki korelasyonlar .....	46



## ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1. Tükenmişlik sendromu ile ilişkili semptomlar..... 11





## **KISALTMALAR**

MTÖ: Maslach Tükenmişlik Ölçeği

MTÖ-DT: Maslach Tükenmişlik Ölçeği Duygusal Tükenme alt boyutu

MTÖ-D: Maslach Tükenmişlik Ölçeği Duyarsızlaşma alt boyutu

MTÖ-KB: Maslach Tükenmişlik Ölçeği Kişisel Başarı alt boyutu

BDÖ: Beck Depresyon Ölçeği

BAÖ: Beck Anksiyete Ölçeği

SBT-40: Savunma Biçimleri Testi



## ÖZET

Doktorluk; çalışma ortamından kaynaklanan pek çok olumsuz faktörün etkisiyle yoğun iş yüküne sahip stresli bir meslektir. İş yoğunluğu, çalışma koşulları, çalışma ortamında kişiler arası düşük iletişim, tedavinin fayda etmediği düşüncesi, ölmek üzere olan hastalara tedavi verme gibi değişkenlerin doktorlarda iş stresini artırdığı daha önce çalışmalarda gösterilmiştir[1]. Tükenmişlik; bireylerin işleri gereği diyalog içinde olduğu insanlara karşı duyarsızlaşmaları, duygusal olarak tükenmiş hissi, kişisel başarı hissinde azalma şeklinde kendini gösteren bir sendrom olarak tanımlanmaktadır. Savunma mekanizmaları ise, kişi tarafından subjektif rahatsızlığı, anksiyeteyi ve depresyonu azaltmak için kullanılan, sıklıkla bireyin içsel ve dışsal gerçeklik algılamasını bozan, istemsiz başa çıkabilme mekanizmalarıdır.

Bu çalışmanın amacı araştırma görevlisi doktorlarda tükenmişlik sendromu düzeylerinin incelenmesi ve tükenmişliğin sosyodemografik değişkenler, savunma mekanizmaları ile ilişkisini göstermektir. Biz tükenmişliğin, patolojik ve yüksek düzeyde anksiyete sergileyerek psikolojik dengeleri korumaya çalışan immatür ve nevrotik savunmaların kullanımıyla ilişkili olduğunu hipotez etmekteyiz.

Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde toplam 156 araştırma görevlisi doktor bulunmaktadır. Araştırmaya katılmayı kabul etmeyenler, hastanede bulunmayanlar dışında 147 kişiye çalışma birimleri ziyaret edilerek ulaşıldı. Araştırmaya katılan doktorların 80'i erkek 67'si kadın olup, 25-40 yaş aralığındaydı. Araştırmaya alınan doktorlara tarafımızca oluşturulan Sosyodemografik Veri Formu, Maslach Tükenmişlik Ölçeği, Savunma Biçimleri Testi, Beck Depresyon Ölçeği ve Beck Anksiyete Ölçeği uygulandı.

Bu çalışmada, katılımcıların MTÖ alt boyutu olan duygusal tükenme, BDÖ ve BAÖ puanları yüksek gözlenmiştir. Çalışmamıza katılan hekimlerin, matür savunma mekanizma puanları nevrotik ve immatür savunma mekanizma puanlarına göre daha yüksek bulunmuştur. MTÖ duygusal tükenme alt boyut puanlarında, nöbet sayısı fazla olan ve çalıştığı bölüme istemeyerek giren gruplar lehine istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Bu çalışmada, haftalık ortalama mesai saatleri ile MTÖ duygusal tükenme, BDÖ ve BAÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı korelasyon saptanmıştır. Matür savunma mekanizması ile MTÖ kişisel başarı puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı korelasyon saptanmıştır. İmmatür savunma mekanizması ile MTÖ duyarsızlaşma ve duygusal tükenme puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı korelasyon saptanmıştır. Çalışmamızda matür

savunma mekanizması ile BDÖ puanları arasında negatif yönde anlamlı korelasyon saptanmıştır.

Bütün bu bulgular ve daha önce yapılan çalışmalar göz önünde bulundurulduğunda; araştırma görevlisi doktorlarda tükenmişlik, depresif ve anksiyöz semptomlar yüksek oranda görülmektedir. İmmatür savunma mekanizmalarının, matür savunma mekanizmalarına göre daha fazla kullanılması bu semptomların şiddetini arttırmaktadır. Bu durumla mücadele edilebilmesi için; erken aşamada belirtilerin fark edilip müdahale edilmesi, iş hayatındaki zorluklara karşı güçlü savunma stratejileri ile ilgili seminerler düzenlenmesi ve mesai saatleri ile ilgili sınırlandırma getirilmesi gerekmektedir.



## ABSTRACT

Physician; is a stressful profession with an intense work load due to many negative factors caused by the working environment. There are prior studies that work intensity, working conditions, low interpersonal communication with colleague, thought that treatment is not beneficial and dying patient treatment associated with work stress in doctors. The purpose of this study is to determine the levels of burnout syndrome in doctors who are doing residency, the effect of the socio-demographic factors and work conditions. In addition, to investigate the relationship between burnout syndrome and defense mechanisms. We hypothesize that burnout syndrome in doctors is related to the use of immature and neurotic defenses that try to maintain psychological balance by exhibiting high levels of anxiety.

There are 156 Medical doctors who are doing residency at the Kahramanmaraş Sutcu Imam University School of Medicine. 147 doctors were included to this study, except those who refused to participate in the research, those not in hospital. A Socio-demographic data form, Maslach Burnout Inventory, Beck Depression Scale, Beck Anxiety Scale and Defense Style Questionnaire were used to evaluate the subjects.

We determined a statistically meaningful positive relationship between night shifts, working hours and emotional exhaustion. We determined a statistically meaningful positive relationship between emotional exhaustion and reluctant doctors. We also determined a statistically meaningful positive relationship between working hours and Beck Depression Scale, Beck Anxiety Scale. Most commonly employed ego defense by participants were Matur defenses, whereas the least commonly employed defense mechanism were immature defenses. Matur defenses were meaningful associated with higher personal accomplishment. Immature defenses were meaningful associated with higher depersonalisation and emotional exhaustion. We determined a statistically meaningful negative relationship between mature defenses and Beck Depression Scale scores.

The literature and our results indicates that both individual-focused and structural or organisational strategies are necessary to reduce depressive, anxious and burnout symptoms in doctors who are doing residency.

## 1. GİRİŞ VE AMAÇ

Doktorlar, günlük çalışma koşullarında genellikle yüksek oranda stresle baş etmektedir. Yaşadığı stresin neticesi olarak ruhsal hastalık, madde bağımlılığı, işlevselliğin kaybı ve intihar riskinin arttığı görülmektedir. Doktorluğun stresli bir meslek olmasının sebeplerinden bazıları; hastayı kurtarabilme isteği ve sorumluluk hissi, hastalığın kötü ilerleme göstermesinden dolayı hayal kırıklığı ve güçsüzlük hissi, hastalıkların kendi başına gelebileceği endişesidir[2],[3]. Bu tarz duygusal olaylara maruz kalan doktor, kendisini stres altında hissetmekte ve neticesinde doktor hasta ilişkisi olumsuz etkilenmektedir. Doktorlar, zamanla tartışmaya meyilli ve çevresindekilere karşı tahammülsüz olmaktadır[4].

Yapılan tıbbi hatalar, etik dışı doktor davranışları medyada fazla miktarda gösterilmekte ve bunun neticesinde doktorların hasta üzerinde etkisi azalmaktadır. Birçok ülkedeki doktorlar, mesleklerini icra etme konusunda büyük hayal kırıklığı yaşamaktadır[5]. Bu ve bunun gibi sebeplerden dolayı doktorlarda tükenmişlik sendromu görülme riski artmaktadır. Doktorluk; Uluslararası Çalışma Örgütü tarafından, çalışma ortamından kaynaklanan pek çok olumsuz faktörün etkisiyle yoğun iş yüküne sahip stresli bir meslek olarak nitelendirilmektedir[6].

Tükenmişlik; iş hayatında genellikle insanlarla yüz yüze çalışılan mesleklerde bireylerin, işleri gereği diyalog içinde olduğu insanlara karşı duyarsızlaşmaları, duygusal olarak tükenmiş hissi, kişisel başarı ve yeterlilik duygularında azalma şeklinde kendini gösteren bir sendrom olarak tanımlanmaktadır[7]. Tükenmişlik gelişmesine neden olan en önemli sebepler olarak, uzun mesai saatleri ve vardiyalı çalışma koşulları öne sürülmüştür[8]. Tıp fakültesi eğitimi sonrasında eğitim, öğrenim, araştırmalara katılmak üzere uzman olabilmek amacıyla atanan tıp doktorları araştırma görevlisi doktor olarak isimlendirilir. Tıp eğitimi sırasında alt-üst ilişkisi önemli bir yer tutmaktadır. Bu düzenin nispeten alt kısmında yer alan araştırma görevlisi doktorlar, gece vardiyasında daha fazla görevlendirilmekte ve mesai saatleri fazla olmaktadır. Bu sebeplerden dolayı araştırma görevlisi doktorlarda, tükenmişlik riski artmaktadır.

Savunma mekanizmaları ise, kişi tarafından subjektif rahatsızlığı, anksiyeteyi ve depresyonu azaltmak için kullanılan, sıklıkla bireyin içsel ve dışsal gerçeklik algılamasını bozan, istemsiz başa çıkabilme mekanizmalarıdır[9]. Savunma mekanizması farkında olunmadan gelişen psikolojik bir süreçtir. Bireyin karşılaşılabileceği kişisel veya çevresel stresörlere karşı gelişen anksiyete ile başa çıkmaya yardımcı olur.

Ruhsal iyilik hali ve savunma mekanizmalarının yakın ilişkiye sahip olmasına rağmen, araştırma görevlisi doktorlarda tükenmişlik sendromunun savunma mekanizmaları ile ilişkisini inceleyen çalışma bulunmamaktadır. Bu çalışmanın amacı araştırma görevlisi doktorlarda tükenmişlik sendromu düzeylerinin incelenmesi, bunu etkileyen sosyodemografik ve iş koşulları ile ilişkili değişkenlerin değerlendirilmesidir. Ayrıca araştırma görevlisi doktorlarda, tükenmişlik sendromu ile savunma mekanizmaları arasındaki ilişkiyi göstermektir. Biz tükenmişliğin, patolojik ve yüksek düzeyde anksiyete sergileyerek psikolojik dengeleri korumaya çalışan immatür ve nevrotik savunmaların kullanımıyla ilişkili olduğunu hipotez etmekteyiz.



## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Tükenmişlik Sendromu

#### 2.1.1.Tanım

Tükenmişlik köken olarak İngilizce’de “burnout” kelimesinden türetilmiştir. Kelime kökeni ise, mumun yanarak ateşini tüketmesidir. Terim olarak enerjinin azalmasını tanımlar. Tükenmişlik yaşayan bireylerin üretkenlik kapasitelerinin azalacağı öne sürülmüştür[10].

Bu tanım ilk defa Herbert Freudenberger tarafından 1974 yılında öne sürülmüş ve yüksek miktarda strese maruz kalan kişilerde başarısız olma, yıpranma, enerji ve güç kaybı veya karşılanamayan istekler sonucu bireyin iç kaynaklarında tükenme olarak tanımlanmıştır[11]. Bundan kısa bir süre sonra sosyal psikolog Christina Maslach, 1976 yılında bu kavramı açıklamak ve ölçmek amacı ile ilk defa bir dizi çalışma yapmıştır[12]. Diğer yandan Pines, Aronson ve Kafry ise fikirlerini sadece çalışanlarla sınırlandırmadan biraz daha genişletilmiş bir tükenmişlik tanımı sunmuşlar. Bu tanımda tükenmişliği “*duygusal olarak talepkar olan durumlarda uzun dönemli ilişkinin neden olduğu fiziksel, duygusal ve zihinsel bir yorgunluk durumu*” şeklinde tanımlamışlardır[13].

Freudenberger, tıbbi kliniklerde yapmış olduğu çalışmalar sırasında, gönüllülerin birçoğunun yaklaşık bir yıl büyük bir heyecanla çalıştıklarını ama daha sonraları işlerini ani bir şekilde bıraktıklarını görmüştür. Bu gönüllülerin birçoğu engellenmişlik, kötümserlik ve depresyon gibi yaşadıkları karışık duyguları tanımlamak amacı ile “tükenmişlik” terimini kullanmışlardır[14].

Maslach’a göre tükenmişliğin üç ana boyutu vardır. Bunlar ağır duygusal tükenme, işe karşı ortaya çıkan duyarsızlaşma-ilgisizlik hissi ve kişinin kendisini faydasız hissetmesi-kişisel başarı eksikliğidir. Tükenme, bireyin duygusal kaynaklarının tükenmesi ve gücünün azalmasını tanımlamaktadır. Duygusal tükenmişlik temeldir ve stresle temel olarak ilişkili boyuttur. Çalışanlar yaptığı iş nedeni ile kendisini iş yükü fazla, tükenmiş hissetmekte ve duygusal anlamda işine odaklanamamaktadır. Duyarsızlaşma, kişinin hizmet verdiklerine karşı onların birer birey olduklarını dikkate almadan takındığı olumsuz, ciddi olmayan tavır ve duyguları tanımlamaktadır. Çalışan, hizmet verdiği kişinin hayatında olması gerektiğinden fazla yer tuttuğunu düşünmektedir. Kişisel başarı eksikliği ise, kişinin kendini olumsuz değerlendirmesini tanımlamaktadır. Kişinin işe karşı motivasyonu düşmüştür ve çaresizlik hisseder. Bunun neticesinde kişi iş dışındaki faaliyetlere yönelmektedir[15].

Duygusal tükenme, tükenmişlik sendromunun en önemli özelliğidir. En önemli özelliği olmasından dolayı tükenmişliğin tek boyutlu olduğunu savunan araştırmacılar

olmasına rağmen Maslach “duygusal tükenmenin tükenmişlik sendromu açısından olmazsa olmaz olduğunu, fakat tek başına yeterli olmadığını” savunmaktadır. Duygusal tükenme, tükenmişlik sendromunun stres boyutunu yansıtsa da kişilerin insanlarla ve işleriyle olan ilişkilerini atlamaktadır. Maslach ve arkadaşlarına göre, duygusal tükenme sadece bir semptom değil aynı zamanda kişinin ağır iş yükü ile başa çıkabilmek için geliştirdiği işi ile arasına mesafe koyma çabasıdır. Bu tespiti paralel olarak Gabbe ve arkadaşları, iş yükü fazla olan çalışanlarda duygusal tükenmişliğin de fazla olduğunu belirtmiştir. Doktorların da iş yükü ne kadar fazla ise tükenmelerinin o kadar fazla olduğu bildirilmiştir[16, 17].

Günümüzde doktorlarda tükenmişlik oldukça yaygın olarak gözlenmektedir. Yaygın olarak gözlenen bu durumun oluşma biçimi, üstesinden nasıl gelinebileceği, korunma yolları ve bu durumla nasıl başa çıkılabileceği klinisyenlerin üzerinde durduğu bir konu olmaktadır[10].

### **2.1.2. Tarihçe**

İlk olarak bu düşünce 1961 yılında ruhsal baskı ve hayal kırıklığına uğramış bir mimarın işinden ayrılması sonrasında Afrika ormanlarına yerleşmesini konu alan bir tükenmişlik olgusuna dayanır. Konu ile ilgili ilk yazınlarda kişinin ileri derecede yorgunluk, işi ile ilgili idealizm ve heyecan kaybını içeren bir durum olarak tanımlanmıştır[18]. Ancak tükenmişlik sendromunun fikir babasının yaygın bir biçimde Herbert Freudenberger olduğu ifade edilmektedir. Freudenberger 1974 yılında yayınladığı “personel tükenmişliği” isimli makalesinde bu sendromu ayrıntılı bir şekilde tanımlamıştır. Diğer taraftan, hemen hemen aynı dönemlerde Christina Maslach tesadüfen tükenmişlik terimini aynı biçimde kullanmış ve bu terime yönelik asıl olarak sağlık mesleği çalışanları üzerinde çalışmalar yapmıştır. Maslach ve çalışma arkadaşları bu terimi benimsediklerinde tükenmişliğin yeni bir psikolojik durum olduğunu keşfetmişlerdir[19].

İlk tanımlandığı sıralarda tükenmişlik, özellikle insanla uğraşan meslek gruplarının bir sorunu olarak değerlendirilmekteydi. Maslach tarafından yapılan ilk tanım, tükenmişliğin “insanlarla çalışan kişilerde oluşan duygusal tükenme, duyarsızlaşma (depersonalizasyon) ve bireysel başarıda düşme ile karakterize bir sendrom” olduğuydu. Ancak 1980’lerin sonunda araştırmacılar ve klinisyenler tükenmişliğin sadece insana hizmet eden meslek gruplarında oluşmadığının farkına varmaya başladılar. Örneğin; mühendisler, müdürler ve işçiler bu durumla karşılaşıyorlardı. Bu durum tükenmişlik tanımının genişlemesini gerektirdi. Ayrıca yaratıcılık, problem çözme veya danışmanlık gerektiren iş alanları da tükenmişlikle karşılaşmaktaydı. Bunun neticesinde Maslach bu durumu “kişinin işini değersiz görmesi ve



kendi kapasitesi konusunda şüpheye düşmesiyle karakterize bir tükenme durumu” olarak tanımlamıştı. Nihayetinde tükenmişlik “kişinin psikolojik olarak tükenmesine yol açan fiziksel kaynakların boşaltılması” şeklinde literatüre girmiştir[10].

### **2.1.3. Tükenmişlik belirtilerinin ortaya çıkması**

Tükenmişlik sendromunun iş stresi ile çok yakından ilişkili olduğunu bilmek gerekir. Uzun süreli strese maruz kalmak çalışanlarda olumsuz etkilere yol açar. İş stresinin az olduğu durumlarda tükenmişlik sendromu sıklığı daha azdır. Bunun tam tersini de söylemek mümkündür. Bu yüzden işleyişin ve çalışma koşullarının kötü olduğu iş yerlerinde tükenmişlik sendromu sıklığı artmaktadır[20]. Çalışma hayatında iş yükünün ağır olması, uzun çalışma saatleri, olumsuz duygusal etkileşimler, özgürlüğün kısıtlanması, sık yapılan organizasyonel değişiklikler tükenmişliği tetikler[21]. Ağır hastalar ile ilgilenilen acil servislerde çalışan doktorlarda tükenmişlik sendromunun fazla olması, çalışma ortamının ne derece önemli olduğunu bir kez daha göstermiştir. Çalışma arkadaşları ile yeterince iyi ilişkilere sahip olamamak yüksek tükenmişlik puanlarıyla ilişkili bulunurken, hemşireler ile iyi ilişkiye sahip doktorların tükenmişlik puanlarının düşük olduğu gözlenmektedir[22].

Tükenmişlik ile ilgili teorilerden bir tanesi; en iyi ve en idealist çalışanların tükenmişlik yaşadıklarıdır. Buradaki ana fikir idealist kişilerin kendilerini işlerine en çok adanlar olacağı, yaptıkları fazlaca fedakarlıkların ise kendilerini tükenmişliğe götüreceğidir. İkinci bir teori ise; tükenmişliğin uzun süren kronik iş stresine maruz kalma sonucu oluştuğudur. Bu teoriye göre, kişiler iş değiştirmezse tükenmişlik kişilerin iş yaşantılarının sonlarında oluşmaktadır. Bu teoride tartışılması gereken konu, tükenmişliğin oluşması için uzun süren aşırı yük gerekli midir ? Yoksa sadece yük tükenmişlik için yeterli midir[18].

### **2.1.4. Tükenmişlik sendromuna etki eden faktörler**

Tükenmişlik sendromuna etki eden faktörler başlıca bireysel ve çevresel faktörler olarak ikiye ayrılmaktadır. Ancak tükenmişliğin ortaya çıkmasında genellikle birlikte rol alırlar.

#### **2.1.4.1. Çevresel faktörler**

Bir çalışma ortamında tükenmişlik sendromunun belirtilerinin ortaya çıkmasına sebep olan kurumlarda görülen başlıca etmen ve uygulamalar şöyle sıralanabilir: demokratik olmayan işleyişe sahip olma, eleştirilerin yapıcı olmaması, elle tutulur ödüllendirme araçlarının olmaması, çalışanlara eleştiri ve ödüllendirme konusunda eşit davranılmaması,

çalışanların işi ile ilgili belirsizlikler yaşaması, çalışanların iş güvencesine sahip olduğunu hissedememesi, çalışanın işi ile ilgili önünün kesilmesi, çalışanların huzurlu dinlenme olanaklarına sahip olmaması, bürokratik işlerin yoğun olması ve zaman kaybına sebep olması, yöneticilerin çalışanların gereksinimi ile ilgilenmemesi, iş yükünün fazla olması, sürekli aynı işi yapma, sürekli ağır ve yavaş ilerleme gösteren bireylerle çalışma, uzun çalışma saatler vb.[23].

#### **2.1.4.2. Bireysel faktörler**

Bireyler arasında çevresel uyaranların stres etkeni olarak algılanması ve bu stres etkenleriyle başa çıkabilme yetenekleri arasında önemli farklar görülmektedir. Maslach'a göre tükenmişlik her insanda ve her durumda oluşmaz. Bireyin kişisel yapısındaki değişiklikler genel yapıyı etkiler[24]. Bazı kişiler olumsuz faktörlerin etkisini kişisel özellikleri sayesinde yok sayabilir veya bu koşullardan daha az etkilenebilirse de bazı kişiler için algılanan olumsuzluk çok daha önemli olabilir ve birey stres etkenlerinden gereğinden fazla etkilenebilir. Sonuçta, tükenmişliğin ortaya çıkışında etkili olan bireysel faktörler: yaş, medeni durum, çocuk sayısı, eğitim durumu, işine aşırı bağlanma, kişisel beklentilerin yüksek oluşu, A tipi kişilik özellikleri (dış kontrol odaklı olma, empati yeteneğinden ve duygusal kontrolden yoksun olma, gerçekçi olmayan beklenti düzeyine sahip olma), özel hayatta karşılaşılan psikososyal stres kaynakları gibi pek çok kişisel neden sayılabilir.

**Cinsiyet:** Cinsiyetin, tükenmişlik sendromu üzerine etkisi ile ilgili tutarsız çalışmalar vardır. Kadınların veya erkeklerin daha fazla tükenmişlik sendromuna sahip olduğunu gösteren çalışmalar olmakla birlikte kadınlar ve erkekler arasında tükenmişlik sendromu açısından bir fark olmadığını gösteren çalışmalarda mevcuttur. Çalışmalar kadınların düşük kişisel başarı hislerinin olduğunu, özellikle hem çocuğu olan hem de çalışan kadınların daha fazla tükenmişlik yaşadıklarını ortaya koymaktadır[25]. Erkeklerin duyarsızlaşma puanları daha yüksektir. Bunun sebebi erkek rolünün; güç, bağımsızlık, ayrı olma, kolay incinme gibi vurgulara sahip olmasıdır[26]. Bu bağlamda duyarsızlaşma erkeklerin bastırılmış duygularını yansıtmaktadır.

**Yaş:** Tüm demografik veriler içinde yaş, tükenmişlik ile en ilişkili bulunmuş olanıdır.

Yirmili yaşlarındaki çalışanların otuzlu ve kırklı yaşlardaki çalışanlara göre tükenmişlik sendromu puanlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Konuyla ilgili genel kanı yaş ile tükenmişliğin azalması olsa da konu ile ilgili farklı sonuçları olan çalışmalar da mevcuttur. Tükenmişliğin 50 yaş üzerinde orta yaş ve gençlere göre daha sık gösteren çalışmalarda mevcuttur[27]. Cinsiyete göre yaş gruplarında, kişilerin tükenmişlikten etkilenme

oranları değişebilmektedir. Genç kadınlarda yaş ve tüklenmişlik arasında ters ilişki olduğunu, orta yaşlı kadınlarda ilişki olmadığını, yaşlı kadınlarda ise pozitif ilişki olduğunu, erkeklerde ise; genç yaşta negatif, orta yaşta pozitif, ileri yaşta ise negatif ilişki olduğunu belirtmektedirler[28]. Sonuç olarak, yaşın tüklenmişliğe etkisi hem karmaşık hem de çok belirgin değildir. Demografik veriler içerisinde tüklenmişlik ile en ilişkili yaş olmasına rağmen bireylerin sosyal hayatlarında ve iş hayatlarında karşılaştıkları olaylar tüklenmişlik konusunda yaştan çok daha etkili olmaktadır.

**Medeni durum:** Bekârların daha yüksek tüklenmişlik puanlarına sahip olduğu görülmektedir. Medeni durum ile ilgili en riskli grup bekârlar sonra boşanmişlar en az riskli grup ise evlilerdir[18]. Boşanmişlar duygusal tüklenme konusunda oldukça risklidir. ocuk sahibi olmamak da tüklenmişlik için risk oluşturabilmektedir[24].

**Eęitim:** alışmalar eğitim seviyesi tüklenmişlik sendromu arasında pozitif korelasyon olduğunu göstermiştir. Bu durum iki temel sebeple açıklanabilir. Eęitim seviyesi yüksek olan kişiler sorumluluğu daha yüksek olan işlerde çalıştırılmaktadır. İyi eğitimli kişiler kalifiye iře sahip olabilmek için gösterdikleri gayretin karşılığında işlerinden yüksek beklentiye girmektedir[18]. Bu kişiler işleri ile ilgili daha fazla gayret gösterirler. Ancak insanlara faydalı olma dūřuncesi yeterince gelişmediyse, iře ilgili gayretinin karşılığını alamadığı dūřuncesi gelişir ve tüklenmişlik sendromu ile sonlanabilir[24].

**Kişilik:** alışmalar bireysel yeterliliklerin tüklenmişlik belirtilerini azalttığını göstermektedir. Bu yeterliliklerden en önemlisi öz yeterliliktir. Öz yeterlilik; kişinin yaptığı işte kendisine olan güven hissi olarak tarif edilebilir. Baş etme yöntemleri ve öz yeterlilik gibi bireysel faktörler stresör karşısında daha az zarar görölmesini sağlar[29]. Aynı zamanda kendi çabaları ile strese karşı mücadele edenlerin (kontrol ederek başa çıkma) hem öz yeterliliklerinin fazla olduğu hem de daha az duyarsızlaştıkları anlaşılmıştır[29]. Kontrol baş etme yöntemi ve pasif ve karamsar olmayı yeğleyen kaçış baş etme yöntemini karşılaştıran çalışmada, kontrol baş etme yöntemi mesleki stresi azaltıp mesleki doyumunu artırdığı, kaçış baş etme yönteminin ise mesleki stresin artmasına ve mesleki doyumun azalmasına sebep olduğu anlaşılmış[30].

## 2.2.Tüklenmişlik Modelleri

### 2.2.1. Edelwich ve Brodsky Tüklenmişlik Modeli

Bu modele göre tüklenmişlik nedenleri arasında; aşırı miktarda iş yoğunluğu, çalışma sürelerinin fazla olması, yeterince takdir görememe, düşük ücret, işten beklenti ile mevcut durum arasında farklılıklar, bürokratik zorluklar sayılabilir.[13] Edelwich ve Brodsky (1980)

tükenmişliğin birbirini izleyen 4 evre sonrasında oluşan bir süreç olduğunu öne sürmüşler[31].

### 2.2.2. Tükenmişliğin evreleri

1. Şevk ve Coşku Evresi (Enthusiasm): Enerjide artış, aşırı bir umutluluk ve abartılı boyutlara varan mesleki beklentiler içine girmektedir. Hizmet verilen insanlarla karşı empati kurma, enerjiyi iş hayatında gereksiz biçimde harcama, işi yaşamının en önemli parçası olarak görme, işin kendisine her şeyi sağlayacağı beklentisi, bulunulan pozisyonun sorumluluklarını ve faaliyet alanlarını kestirememeye gibi durumlar bu dönemde görülebilen tehlike belirtileridir.
2. Durağanlaşma Evresi (Stagnation): Bu evrede artık istek ve umut duyma halinde azalma olur. Kişi mesleğini uygularken yaşadığı zorluklardan, daha önce önemsemediği ya da inkar ettiği olaylardan giderek rahatsız olmaya başlar. Sorgulanmaya başlanan durum ise işten başka bir şey yapmıyor olma durumudur. Zira kişinin mesleği kuramsal ve pratik tüm yönleri ile kişinin varoluşunu tamamen dolduramamıştır. Tükenmişliğin ilk iki evresi birbiriyle tamamen zıt iki durum gibidir.
3. Engellenme Evresi (Frustration): Kişi yaptığı işteki görevini, yaptığı işin anlamını ve kendi değerleri açısından yaptığı işin sonuçlarını sorgulamaya başlar. Bu engellenme sürdükçe kişi üç yol izleyebilmektedir. *Adaptif savunma* mekanizmalarını kullanan kişi ;içinde bulunduğu duruma göre bir denge kurarak tükenmişlikten çıkmaya çalışır. *Maladaptif savunma mekanizmalarını* kullanan kişi; sorunu görmezden gelir ve kendisini işine daha da çok vererek çözüm arar. Durumdan kendini çekmede, kişi giderek mekanikleşir ve kendisini zihnen işine vermez.
4. Umursamazlık Evresi (Apathy): Bu aşamada duygusuzlaşmanın karakteristik belirtileri duygusal kopma, iş ile ilgili inançların tamamen yitirilmesi, umutsuzluk, işe geliş ve gidiş saatlerinde uyumsuzluk, hizmet verilenlerle görüşme sürelerini kısaltmaya çalışmak şeklinde davranışlarıdır. Hizmet götürülen kişiye karşı bir umursamazlık ve zaman geçtikçe onları aşağılama oluşur. Dıştan bakıldığında bu kişiler katı, soğuk ve olaylara karşı ilgisizdir.

### 2.2.3. Pearlman ve Hartman Tükenmişlik Modeli

Perlman ve Hartman'a göre tükenmişlik "uzun süreli duygusal strese verilen ve üç bileşenden oluşan bir yanıttır". Bu modele göre tükenmenin üç boyutu, stresin üç ana semptom çeşidini yansıtmaktadır[32]. Bu boyutlar;

- a) Fiziksel semptomlar üzerinde odaklaşan fizyolojik boyut (fiziksel tükenme),
- b) Tutum ve duygular üzerinde odaklaşan duygusal-bilişsel boyut (duygusal tükenme),
- c) Semptomatik davranışlar üzerinde odaklaşan davranışsal boyuttur (duyarsızlaşma ve düşük iş verimi).

Bu modele göre bireyin kişisel özellikleri, iş hayatı ve sosyal çevresi, tükenmişlikle başa çıkma konusunda oldukça etkilidir. Perlman ve Hartman (1982)'in tükenmişlik modelinde dört aşama bulunmaktadır[32]. Bu aşamalar;

- a) Durumun Strese Götürme Derecesi: İş yaşantısında stresin derecesini belirleyen asıl unsur bireyin işten bekledikleri ile elde ettikleri arasındaki uyumsuzluktur[32].
- b) Algılanan Stres Düzeyi: Strese sebep olabilecek birçok durum bireyin kendisini stres altında hissetmesi ile sonuçlanmaz. Birinci aşamadan ikinci aşamaya geçiş, rol ve örgüt değişkenlerine, bireylerin kişiliklerine ve "geçmiş özelliklerine bağlıdır"[32].
- c) Strese Verilen Tepki: Bu aşama algılanan strese karşı tepki olarak fizyolojik, bilişsel ve davranışsal belirtiler ortaya çıkar. Hangi tepkinin ortaya çıkacağını ise kişisel ve örgütsel değişkenler belirlemektedir[32].
- d) Strese Verilen Tepkinin Sonucu: Bu aşamada tükenmişlik, uzun süreli duygusal strese maruz kalınması ile oluşur. Tükenmişliğin sonucunda iş doyumunu ve verimliliğinde azalma, sağlık problemleri olabilir[32].

### 2.2.4. Meier Tükenmişlik Modeli

Meier'in modeline göre tükenmişlik hem bireysel hem de çevresel etkilerin bir fonksiyonu ve tekrarlayan olumsuz iş yaşantılarının sonucudur. İş hayatı ile ilgili sonuçlarının birey tarafından kontrol edilememesi, yaptığı iş karşılığında kurumundan yeteri kadar olumlu geribildirim almaması ana sebep sayılmaktadır[33].

### 2.2.5. Pines Modeli

Pines ve Aranson modelinde tükenmişlik "bireyleri duygusal olarak sürekli tüketen ortamların; bireyler üzerinde yol açtığı fiziksel, duygusal ve zihinsel bitkinlik durumu" olarak tanımlanmaktadır. Pines'e göre iş yaşamlarından varoluşsal bir anlam elde etme beklentisine giren idealist kişiler, ilk olarak işe yüksek düzeyde bir güdülenme ve beklenti içerisinde

başlarlar. Hata yaptıklarını ya da işlerinden beledikleri varoluşsal anlamı elde edemeyeceklerini anladıklarında umutsuzluk, çaresizlik ve hatta tükenmişlik duygularına kapılırlar[34].

### 2.2.6. Maslach modeli

Günümüzde kabul gören en yaygın tükenmişlik modelidir. Maslach'ın başını çektiği düşünce üç boyutlu modeli savunmaktadır. Bu üç boyut “duyarsızlaşma”, “duygusal tükenme” ve “kişisel başarıda azalma” olarak adlandırılmıştır[35]. Bu modele göre tükenmişlik; iş hayatında genellikle insanlarla yüz yüze çalışılan mesleklerde bireylerin, işleri gereği diyalog içinde olduğu insanlara karşı duyarsızlaşmaları, duygusal olarak tükenmiş hissi, kişisel başarı ve yeterlilik duygularında azalma şeklinde kendini gösteren bir sendrom olarak tanımlanmaktadır[7]. Bu modele göre tükenmişliği ölçebilmek için 22 maddeden oluşan “Maslach Tükenmişlik Ölçeği” geliştirilmiştir[7]. Maslach'ın modeline göre tükenmişliğin boyutlarından aşağıda verilmiştir.

#### a) Duygusal tükenme

Bireyin iş hayatında aşırı yüklenilmesi ve bunun neticesinde tüketilmiş olma duyguları olarak tanımlanır. Tükenmişliğin bu boyutu özellikle insanlarla yoğun ve yüz yüze ilişkinin sürekli olduğu meslek gruplarında görülmektedir. Duygusal tükenme, tükenmişlik sendromunun en önemli ve başlangıç boyutudur. Yoğun iş temposuna sahip olan birey iş hayatında kendisini zorlamaya başlamakta ve kendisinden iş ile ilgili beklentiler karşısında yıpranmaktadır. Kişinin kendisini zorlaması ve beklentileri karşılayamama neticesinde duygusal tükenme ortaya çıkar. Tükenmişliğin üç boyutu arasında en önemlisi ve en çok araştırılanı, duygusal tükenme boyutudur. Ancak tanı için tek başına yeterli değildir[36].

#### b) Duyarsızlaşma

Duyarsızlaşma kişinin hizmet verdikleri insanlara karşı, duygusuz biçimde katı, ilgisiz, sert ve soğuk davranışlar sergilemesidir. Aslında bu katı ve sert davranışlar duygusal tükenmeye verilen bir cevap niteliğindedir. Duygusal tükenme yaşayan kişi, yapması gereken iş ile ilgili, yardımcı olması gereken insanların sorunlarını çözmede yetersiz hisseder ve duyarsızlaşmayı bu zorluğa karşı bir yol olarak kullanır. İnsanlarla olan ilişkilerini elinden geldiğince en az düzeye indirir[36]. Duyarsızlaşma, Maslach tarafından “hizmet verilen kişilere karşı uzaklaşmış, katı hatta insancıl olmayan problemlili bir yanıt” olarak tanımlanmıştır[32]. Duyarsızlaşma; insanlara cansız bir nesneymiş gibi davranmaya ve kişilerden bahsederken nesne isimlerini kullanmaya sebebiyet verir. Sonuçta duyarsızlaşma, insanlara birer nesne gibi davranmayı ifade etmektedir ve uzaklaşmanın artmasıyla,

diğerlerinin gereksinimlerine aldırış etmeyen bir tutum ve duygularına aldırmama durumu meydana çıkmaktadır[37].

### c) Kişisel başarı eksikliği

Kişisel başarı; kişinin kendisini işinde başarılı ve yeterli görme duygularını tanımlar. Kişisel başarısızlık ise kişinin kendisini işinde yetersiz ve başarısız olarak değerlendirmesini ifade eder. Birey kendisinin başkasına karşı oluşturduğu olumsuz düşüncelerin etkisi ile iş hayatında kimsenin kendisini sevmediğini, işinde yeteri kadar başarılı olamadığını, üretkenliğinin düşük olduğunu düşünme gibi düşüncelere sahip olur. Kişi bu düşünce ve yanlış davranışları ile kendisini suçlu hisseder. Kısaca kişisel başarısızlık hissi düşük moral, kişiler arası anlaşmazlık, düşük üretkenlik, sorunlarla başa çıkmada yetersizlik, benlik saygısında azalma gibi belirtileri içerir[38].

## 2.2.7. Tükenmişlik Sendromunun Belirtileri

Tükenmişlik sendromu ile ilişkili belirtiler genellikle daha önce psikiyatrik öyküsü olmayan bireylerde meydana gelir[9]. Tükenmişlik sendromu belirtileri, yeni bir işe başlayanlarda daha sık görülür. Tükenmişlik sendromunun başlangıç belirtileri; duygusal stres ve iş ile ilgili hayal kırıklığıdır[31]. Tükenmiş bireyler; iş ortamına adapte olmakta zorlanırlar, iş arkadaşlarına ve hastalarına karşı olumsuz bir görüntü sergilerler. Tükenmişliğin 3 klasik belirtisi; duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve azalmış kişisel başarı hissidir[7]. Duyarsızlaşma; iş arkadaşlarına karşı olumsuz eleştiriler, hastaları tıbbi problemlerinden dolayı suçlama, hasta öldüğünde empati yoksunluğu şeklinde kendini gösterebilir. Tükenmişlik sendromuna sahip bireyler aynı zamanda hayal kırıklığına uğramış, sinirli, korkak ve kaygılı bir görünüm sergileyebilir. Bu bireyler mutluluk, sevinç ve memnuniyet duygusunda eksiklik hisseder. Tükenmişlik sendromu aynı zamanda uykusuzluk, kas gerginliği, baş ağrısı ve gastrointestinal yakınmalar şeklinde fiziki semptomlar şeklinde gözükabilir (Şekil 1)[39].

Şekil 1. Tükenmişlik sendromu ile ilişkili semptomlar

<b>Psikolojik semptomlar</b>	<b>Fiziksel semptomlar</b>
Hayal kırıklığı	Bitkinlik,yorgunluk
Sinir	Uykusuzluk
Korku	Kas gerginliği
Anksiyete	Baş ağrısı
Mutsuzluk	
Umutsuzluk	
Yetersizlik hissi	

Yorgunluk ve bitkinlik hissi, baş ağrısı, mide ve bağırsak rahatsızlıkları, tansiyon yükselmesi, uyku bozuklukları gibi fiziksel yakınmaların çok olması ciddi bir tükenmişlik sendromunun habercisi olabilir[40].

Korku ve kaygı, tükenmişlikte sıklıkla görülür. Bu belirtiler yönetimsel olarak iş hayatında sıklıkla değişiklik olan çalışanlarda görülür. Çalışanların diğerleri ile rekabet halinde olması ve işlerini kaybetme korkusu yaşamaları halinde daha iyi çalıştığı düşünülse de aslında böyle bir ortamın dikkat dağıtıcı olduğu, çalışanların işe bağımlılık ve işe yönelik enerjilerini azalttığı anlaşılmıştır[41].

Tükenmişlik yaşayan bireylerde; çabuk sinirlenme, öfke kontrol problemi, alınganlık, yalnız kalma isteği, iş saatlerine uyumsuzluk, aile içi problemler ve boşanma, odaklanma güçlüğü, unutkanlık, alaycı ve suçlayıcı olma gibi davranışsal belirtiler gözlenmektedir[41].

Tükenmişlik sendromu aynı zamanda ahlaki sıkıntı ile ilişkilidir[42]. Ahlaki sıkıntı bireyin yapılması gereken uygun davranışları bilmesine rağmen bunu yapmak zorunda olduğu ve yasalarla başının derde girebileceğinden dolayı yaptığı için kendini kötü hissetmesinden kaynaklanabilir[39].

### **2.2.8. Doktorlarda Tükenmişlik**

Avrupa İş Güvenliği ve Sağlığı Ajansının araştırmasında, iş ile ilişkili en sık sağlık şikâyetinin, kas-iskelet sistemi hastalıkları olduğu ondan sonra en sık semptomların ise bitkinlik, stres, sinirlilik, uyku sorunları ve anksiyete olduğu belirtilmektedir[43]. Şiddete maruz kalan bireylerin maruz kalmayanlara oranla daha fazla sağlık nedeni işe devamlılığının azaldığı belirtilmektedir. Sağlık çalışanları en fazla şiddete uğrayan meslek gruplarından biridir. Sağlık sektöründe aynı zamanda çalışma saatlerinin esnek olması gerekir ve diğer sektörlere oranla daha uzun çalışma saatlerine sahiptir. Ağır iş yüküne ve uzun çalışma sürelerine sahip olan bir meslek grubu olarak doktorlarda tükenmişlik fazladır[6]. İş yükünün fazla olmasının yanında, işlerinde seçim hakkı ve serbestlikleri az olan doktorlar daha fazla tükenmektedirler[44]. Yapılan çalışmalarda Amerika Birleşik Devletleri'nde çalışan doktorların en az %50 kadarının tükenmişlik sendromunu tecrübe ettiği gösterilmiş[45, 46]. Son on yılda Amerika Birleşik Devletleri'nde görev yapan doktorlarda tükenmişlik sıklığının arttığı ve diğer meslek gruplarına göre sıklığının oldukça fazla olduğu gösterilmiş[46]. Doktorlarda tükenmişlik sıklığı iş disiplindeki değişkenlere göre farklılıklar gösterebilir. Acil tıp, aile hekimliği ve dahiliye gibi halk tarafından daha çabuk ulaşılabilen branşlarda tükenmişlik sıklığının daha fazla olduğu gözlenmiştir[46]. Asistanlarda yapılan çalışmada;



mesleğinin ilk yılında olma, bekar olma, kişisel stres, çalıştığı üniversiteden memnun olmama tükenmişlik ile ilişkili bulunmuş[47].

### **2.2.9. Doktorlarda Tükenmişlik Sendromunun Etkileri**

Doktorlar ve sağlık çalışanları tükenmişlik riski ile karşı karşıyadır ve bu durum sağlık hizmetlerini de olumsuz etkilemektedir[48]. Doktorlarda tükenmişlik sendromu iş ve sosyal ilişkilerde bozulma, alkolizm ve intihar riskinin artmasıyla yakından ilişkilidir[49, 50]. Tedavi veren doktorlarda görülen tükenmişlik tedavi kalitesini, hasta memnuniyetini ve hasta güvenliğinin olumsuz etkiler[51]. Halbesleben ve arkadaşları duygusal tükenmişlik yaşayan doktorların hastalarının, hasta memnuniyetinin daha az olduğunu ve daha uzun iyileşme sürelerine sahip olduğunu tespit etmiştir[52]. Doktorlarda tükenmişlik aynı zamanda malpraktis davaları ile ilişkilidir[53]. Son dönemlerde yapılan araştırmalar doktorlarda görülen tükenmişliğin altyapısının tıp fakültesi eğitimi sırasında oluştuğu belirtilmektedir[54]. Ülkemizde araştırma görevlisi olarak göreve başlayan doktorlar yoğun iş yükü ve uzun çalışma saatleri ile karşılaşmaktadır. Araştırma görevlisi doktorların, yoğun iş yükünün yanı sıra tıp fakültesi eğitimi sırasında tükenmişlik altyapısına sahip olarak göreve başladığı göz önüne alınırsa tükenmişlik sendromu riskinin neden arttığı anlaşılmaktadır.

Doktorlarda tükenmişlik sendromu, bireysel problemleri de beraberinde getirir. Tükenmişlik yaşayan bireylerin yaşadığı duygusal yıpranma beraberinde fiziksel yıpranmayı da getirmektedir. Fiziksel yıpranma ve yorgunluğun sebebi esas olarak gerginlik hissidir. Böyle çalışanlarda işe karşı duyulan heyecan azalmakta ve sabahları işe gitmek zorluk olarak görülmeye başlamaktadır. Uzun süren gerginlik ve neticesinde yorgunluk hissi grip gibi hastalıklara yakalanma ihtimalini, psikosomatik şikâyetleri arttırmakta ve bu tarz rahatsızlıkların daha uzun sürmesine sebep olmaktadır[18].

Tükenmişlik sendromu doktorlarda mesleki problemleri de beraberinde getirir. Doktor hastalarına daha az ilgi göstermeye başlar. Tükenmişlik sendromuna sahip doktorlarda, iş değiştirme düşüncesi meydana gelir ve işe devamsızlık başlar. Bunun neticesinde tükenmiş doktorların işe verdikleri önem ve çaba azalır, iş verimi düşer[35]. Doktorların bireysel mesleki başarılarının gerilemesi kurum başarısını da düşürür. İnsanlarla uzun süre yüz yüze çalışan doktorlarda duygusal gerginlik olur ve insanlara mümkün olduğunca daha az iletişim kurmaya başlar. Daha az iletişim ise hastalara karşı yetersiz ilgi ile sonuçlanır. Tükenmiş doktorlar çalışma arkadaşlarıyla sık çatışmaya girer ve işlerin yürümesi zorlaşır. İşlerin yürümediği ortamda çalışan diğer çalışanlarda tükenmişlik belirtileri başlayabilir[55].

Çalışma ortamında meydana gelen bu gibi problemler neticesinde iş doyumunda ve işe duyulan bağlılıkta azalma olur[56].

Tükenmişliğin iş ile ilgili olumsuz sonuçlarından yıpranmışlık durumu ve gerginlik neticesinde özel hayatta problemler meydana gelir. Aile fertleri bireyin yaşadığı sıkıntılardan direkt olarak etkilenir. Meydana gelen olumsuz değişiklikler bireyin ailesi ve arkadaşları tarafından kolayca anlaşılabilir. Günümüzde boşanma oranlarındaki artış; çalışanların işlerinde başarılı olmak için aile hayatlarından ödün verdikleri varsayımını güçlendirmektedir. Başka bir deyişle, iş hayatındaki başarı, aile huzurunun bozulması pahasına gerçekleşmektedir[57].

### **2.2.10. Tükenmişlik Sendromunu Önleme Metotları**

Semmer kitabında bazı kişisel özellikler ile tükenmişlik arasında ilişki olduğunu ifade etmiştir. Bu özelliklerden; düşük benlik saygısı, yaşam değişkenlerine karşı uyum sağlamada başarısızlık ve stresle başa çıkma becerileri gelişmeyen bireylerde tükenmişliğe yatkın olacağını ifade etmiştir[58]. Duquette'e göre değişkenlere kolay adapte olma gücü, sosyal destek, stresli yaşam olaylarını zihninde süzgeçten geçirebilmek için başa çıkma stratejileri gibi faktörlerden yoksun olmak duygusal tükenmişliğe sebep olmaktadır[1].

Şu ana kadar doktorlarda tükenmişlik sendromunun önlenmesi ve tedavisi ile ilgili yapılan büyük çaplı randomize kontrollü çalışma bulunmamaktadır. Tükenmişlik sendromu ile mücadele edebilmek için öncelikle birey ve kurum tarafından bu durumun fark edilmesi ve öneminin anlaşılması gerekir. Kişi eğer tükenmişlik belirtilerini ve ne olduğunu biliyorsa çözüm aramaya yönelir[59]. Sağlık çalışanları tükenmişlik sendromu risk faktörleri hakkında fikir sahibi olmalı ve ihtiyaçları olduğunda nasıl yardım alması gerektiğini bilmelidir[60]. Erken çözüm aranması, tükenmişlik belirtileri tam olarak yerleşmeden tedavi edilmesine olanak verir. Doktorlarda tükenmişlik sendromunu engellemek amacıyla temel olarak yapılabilecekler 2 gruba ayrılabilir: (1) çalışma koşullarını daha iyi hale getirmeye odaklanmak, (2) bireylerin çalışma koşullarında yaşadığı zorluklarla başa çıkabilmesinde bireye yardımcı olmak[39]. Tek başına çalışma koşullarını düzeltmek veya tek başına zorluklarla başa çıkabilmek için bireye yardım etmek tükenmişlik sendromu ile mücadele etmekte etkin bir yol değildir. Tükenmişlik sendromu ile etkin bir şekilde mücadele etmek için çok boyutlu yol izlenmelidir[39].

Destekleyici ve sağlık için uygun bir çalışma ortamı sağlamak, stres ve tükenmişlik sendromu ile mücadele etmede iyi bir strateji olabilir[61]. Yöneticiler çalışanlarından iş ile ilgili beklentilerini en baştan belirtmeli ve verilen sorumluluk dışında çalışanından talepte

bulunmamalıdır. Sağlıklı çalışma ortamını sağlamak amacıyla yöneticiler; çalışanlarına bir sıkıntı veya talep durumunda yöneticilerle iletişim yollarının açık olduğunu bildirmelidir. Çalışanlar gereksiz bürokratik tartışmalardan uzak tutulmalıdır. Çalışanların iş ile ilgili beceri, bilgi birikimi ve tecrübesini artırmak amacıyla eğitim programları düzenlenmelidir. Amerika yoğun bakım hemşireleri derneği sağlıklı çalışma ortamı için altı standart belirlemiştir. Bunlar; iyi iletişim, yeterli miktarda iş birliği, etkili karar mekanizması, doğru kadro düzenlenmesi, yerinde takdir etme ve doğru yönetici seçimidir[62]. Çalışanların sürekli aynı işi yapmak yerine farklı talep içindeki insanlara yardım etmesini sağlamak, yani kurum içinde yapılan rotasyonların tükenmişliği azalttığı gösterilmiştir[59].

İnsana hizmet veren mesleklerde sistemdeki ödül mekanizmalarının canlandırılması, uzun mesai saatlerinin düzeltilmesi, maddi olanakların iyileştirilmesi, tatil-sosyal aktivite olanaklarının artırılması, personel eksikliğinin giderilmesi, merkeziyetçi-hiyerarşik yönetim şekillerinden daha demokratik, yatay, sorumluluk ve yetkileri paylaştıran yönetim yaklaşımlarının tercih edilmesi için devletin önderlik etmesi gibi düzenlemeler aslında tükenme sorununun büyük ölçüde üstesinden gelmeyi sağlayabilir[31, 63].

Bireylerin çalışmak istedikleri işe ilişkin talepleri ile ilgili pozisyona başvurmadan önce iş hayatına atılacağı örgütü de araştırmaları, sürprizlerle karşılaşılması açısından yarar sağlayacaktır. Kişiler işle ilgili gerçekçi hedef ve beklentiler geliştirmelidir. İşe başlamadan önce birey yaptığı işin zorluklarını ve risklerini bilirse, karşılaşabileceği sorunları önceden görerek önlem alması mümkün olacaktır[64].

Sağlıklı çalışma koşulları için fark edilen önemli bir husus da fikir ayrılığının önlenmesi veya oluşan fikir ayrılığının iyi yönetilmesidir. Birbiri ile çatışma halinde olan duygusal hareketlerin fazla olduğu çalışma ortamlarında iletişimi, işbirliğini ve etkili karar mekanizmalarını sağlamak stres ve tükenmişlik riskini azaltmaktadır. Yöneticiler belirli aralıklarla kurum içinde yaşanan sorunların tartışıldığı toplantılar düzenlemeli, ancak bu toplantılarda adaletli olunmalı, uzun süren yararsız konuşmalara izin vermemeli ve elemanlarının kişisel sorunlarını tüm topluluğun önünde değil, özel konuşmalıdırlar[59]. Çalışma arkadaşlarıyla iş dışı konularda konuşmak ve sosyal ortamda iletişime geçmek daha yakın bir ilişki kurmalarına ve iş ile ilgili konularda birbirlerine destek olmalarına olanak sağlar. Yeni işe başlayan kişilere, eski çalışanlar aşırı idealist olmayan daha uyumlu rol modelleri olmalıdırlar[31]. Sağlıklı çalışma koşullarının sağlanabilmesi için kritik kararlar alınırken iletişim ve işbirliğinin faydası yadsınmaz[65]. Yoğun bakım doktorları ve hemşirelerinde yapılan çalışmada, etik ve yapıcı tartışmaları teşvik etmenin tükenmişlik

riskini azalttığı görülmüştür[66]. Bunların dışında destekleyici gruplar oluşturmak, bilişsel davranışçı terapiler, farkındalık temelli stres azaltıcı programlar faydalı olabilir[67].

Sağlık çalışanları işleri ile ilgili sorumluluk alırken duygusal yönlerini, fiziksel sağlığını ve kişisel esneklik payını göz önünde bulundurmalı ve mümkünse kişisel yapısına uygun görevler almalıdır. Kişi kaldırabileceğinden daha ağır sorumluluklar almamalı, doğrudan kendisi ile ilgili olmayan sıkıntıları gidermek amacıyla gereksiz çabalardan kaçınmalıdır. Kişi hizmet sunduğu kişilere kendi görevleri konusunda yardım edebileceğini, kurumun sınırlandırmalarını aşamayacağını ve aşmasının da gerekmediğini, tüm kurumun sıkıntılarında değil ancak bireysel yaptıklarından sorumlu olduğunu bildirmelidir[68].

Kişisel esneklik payı, bireyin büyük oranda değişiklik gerektiren kompleks bir durum karşısında kendisini geliştirmesine ve uyum sağlamasına izin verir[69, 70]. Çalışanlarda kişisel esneklik payının olması için bireyin tercihlerine göre yapılması gerekenler vardır. Çalışanlara dinlenebileceği ve kişisel ihtiyaçları ile ilgilenebileceği yeterli zaman verilmelidir. Çalışanlar iş hayatı dışında hobileri ve sporla ilgilenmesi, manevi egzersiz yapması kişisel esneklik payını geliştirir[60, 65]. İşleri bitirememesinden dolayı işten geç çıkmak, öğle arasını kullanmamak ve izin kullanmamak tükenmişlik riskini artırır. İş hayatındaki gerçekleştirilen rutin öğle araları yerine değişik planlar yapmak, monotonluğu azaltmak yararlı olabilir[63].

Aile desteğinin iyi olduğu kişilerin tükenmişlik sendromundan korunma şansı daha yüksektir. Aile desteği iyi olan kişiler, hayatlarının işten ibaret olmadığını kendisi için önemli diğer alanların olduğunu farkındadır. Ancak tükenmişlik belirtileri başlayan kişilerde, aile ilişkileri de etkilenebilmekte ve desteğe ihtiyacı olduğu dönemde yeteri kadar destek görememektedir. Bu nedenle tükenmişlik sendromu hastasına müdahale ederken aile ilişkileri de detaylı olarak sorgulanmalı ve eğer bir sıkıntı varsa üstesinden gelme konusunda yardımcı olunmalıdır[71]. Özellikle kadınlar için aile ve diğer yakınlarından destek almanın önemli olduğu vurgulanmaktadır[59].

Tüm bu önleme çabaları neticesinde tükenmişlik sendromu sebebiyle profesyonel yardım kuruluşlarına başvuran bireylere, yaşamlarında önemli yer tutan diğer alanları keşfetmelerinde ve yaşamdaki önceliklerini tekrar değerlendirilmelerinde yardım edilmelidir[63]. İş hayatı haricinde güzel vakit geçirebilecekleri alanlara yönlendirilmeli ve sosyal ilişkilerini geliştirme konusunda yardımcı olunmalıdır[59]. Tükenmişlik sendromu neticesinde aile hayatında problemler meydana gelmişse bu konuda yapılabilecekler değerlendirilmelidir. Yaptıkları işi değersiz gören ve olumsuz bir bakış açısıyla değerlendiren bu kişilere, yaptıkları işe daha olumlu bakmaları sağlanmalı ve yaptıkları işin önemini anlama konusunda yardımcı olunmalıdır[31, 63]. Tükenmişlik sendromuna sıklıkla depresyon,

anksiyete bozuklukları, alkol-sigara vb. madde bağımlılıkları, psikosomatik hastalıklar gibi eş tanılar eşlik etmektedir. Bu ek hastalıklarında uygun tedavilerinin yapılması gereklidir[72].

### 2.3. Savunma Mekanizmaları

Stresli durumların üstesinden gelebilmek için insanların kullandığı üç geniş başa çıkabilme mekanizması vardır. Bunlardan ilki bireyin diğerlerinden uygun yardım alma yollarıdır (bilinçli şekilde sosyal destek arama). İkincisi bireylerin stresi kontrol altına alabilmek için kullandıkları bilinçli bilişsel stratejilerdir. Üçüncüsü ise kişi tarafından subjektif rahatsızlığı, anksiyeteyi ve depresyonu azaltmak için kullanılan, sıklıkla bireyin içsel ve dışsal gerçeklik algılamasını bozan, adaptif istemsiz başa çıkabilme mekanizmalarıdır[9]. Savunma mekanizması farkında olunmadan gelişen psikolojik bir süreçtir. Bireyin karşılaşılabileceği kişisel veya çevresel stresörlere karşı gelişen anksiyete ile başa çıkmaya yardımcı olur.

Dış dünyadan gelen tehlikeli uyaran ve etkenlere karşı her canlının ortak savunma düzenekleri vardır. Bunlar genellikle, kaçma ya da tehlikeyi ortadan kaldırmaya yönelik saldırma biçimleridir. Kaçma ve savunma işlemleri kuşkusuz yalnızca biyolojik tepkiler olarak görülmez. Bu tür davranışlarda da karmaşık benlik işlemleri yürürlükte. Fakat benliğin savunma düzenekleri denilince, bu tür dış tehlikelere karşı olan savunmalar anlaşılmamaktadır. Benliğin savunma düzenekleri, çatışma ve bunaltıya karşı kullanılan benlik işlemleridir. Genellikle bilinçdışı süreçlerdir ve birey ne tehlikenin ne de kullandığı savunmanın bilincinde değildir[73].

Savunma mekanizmalarının orijini Freud'un yapısal zihin teorisine dayanır. Freud bu teorisinde zihin yapısını alt benlik (id), benlik(ego) ve üst benlik(süperego) olmak üzere üçe ayırır. Alt benlik; insanın ilkel istek, arzu ve dürtülerini (açlık, cinsellik, dışkılama vb.) temsil eden zihin bölümüdür. Benlik; insanın dış dünya gerçekliği ile edilen bilgiye göre davranılmasını sağlayan zihin bölümüdür. Benlik alt benlikten kaynaklanan ilkel arzularını dış dünya gerçekliğine göre kontrol eder. Üst benlik ise bir insanın toplum ve aile eğitimi sonucunda oluşan ahlak kurallarına göre hareket etmesini sağlayan ve bir çeşit denetim mekanizması üstlenen zihin bölümüdür[74]. Freud'a göre savunma; kişinin utanç kaynağı, dayanılmaz duygu ve tasarımlara karşı direnmesi ve çatışmalarda kullandığı mekanizmaların hepsidir. Savunma mekanizmaları bireyin çevreye uyum sağlamasında, kişiliğin gelişiminde büyük rol alır. Kişiyi içsel çatışma ve duygusal sıkıntıdan korurlar. Bu bakımdan savunma mekanizmaları, ego gelişimi ve psikopatoloji ile yakın ilişki içerisinde. Yani ilkel istekler benlik dizginleri tarafından kontrol edilir. Üst benlik ise mükemmeliyet, idealler ve hayata

dair amaç neticesinde şekillenir. Benlik ve üst benlik birbirleri ile yakın ilişki ve etkileşim içindedir. Benlik ve üst benlik arasındaki etkileşimler ahlak, vicdan ve suçluluk duygularının gelişmesini sağlar[75].

Savunma mekanizmalarının gerekliliği; alt benlik den kaynaklanan hayvani isteklerin, üst benlik ile ilişkili mükemmeliyetçi ve idealistik düşünceler ile çelişmesinden kaynaklanır. Benlik, zihinsel dengeyi sağlayabilmek ve bu tarz çatışmalardan zihni koruyabilmek için savunma mekanizmalarını kullanır. Bu savunma mekanizmaları sadece zihinsel dengeyi sağlamak için değil aynı zamanda psikiyatrik hastalardaki psikopatolojileri belirleyebilmek için çok büyük öneme sahiptir.

Freud ilk defa savunma mekanizmalarını 1894 yılında tanımlamıştır ve psikiyatrik hastalıklar ile psikolojik süreç neticesinde meydana gelen savunma mekanizmaları arasında ilişki olduğunu öne sürmüştür[76]. Savunma mekanizmaları teorisi, daha sonra Anna Freud (1966), Kernberg (1967) ve Klein (1973) tarafından genişletilmiştir. Anna Freud bu teoriyi kendi klinik deneyimlerine göre geliştirmiştir. Anna Freud savunma mekanizmalarını hiyerarşik düzeylerine göre tanımlamış ve onları savunma mekanizmalarının olgunluğuna göre immatür, nevrotik ve matür olarak sınıflandırmıştır[77]. A. Freud'a (1966) göre savunma mekanizmaları egonun istenmeyen ve endişe oluşturan durumlardan uzaklaşmasını sağlamanın yanı sıra dürtüsel davranışlar, duygular ve içgüdüsel istekler üzerinde kontrol sahibi olmayı sağlayan psikolojik süreçlerdir. Savunma mekanizmaları kişilik yapısının önemli bir kısmını oluşturur. Davranış şekillerinin belirlenmesi kadar, anksiyetenin ve diğer duygulanım paternlerinin kontrol edilmesinde önemli rol üstlenirler. Çocuklarda yaptığı yoğun klinik çalışmalara dayanarak, onların aşırı içgüdüsel uyarınlara tolere edememelerini tanımlamış ve değişik gelişimsel evrelerde böyle dürtülerin önceliğinin egoda anksiyeteyi uyandırdığını tartışmıştır. Bu anksiyeteye cevaben bir takım savunmalar ortaya çıkarmıştır. Erişkinlerle ilişkili olarak psikanalitik incelemeleri onu, direncin bilinçdışı materyalin ortaya çıkışını bozduğu ölçüde tedavide ilerlemeye bir engel olmasına rağmen, egonun savunmaya dönük işleyişiyle bağlantılı faydalı bir bilgi kaynağı oluşturduğu sonucuna götürmüştür[78].

Gelişimin erken evrelerinde savunmalar, egonun-alt benliğin baskıları ve dış gerçekliğin gereklilikleri arasında ayarlama yapma mücadelesinin bir sonucu olarak ortaya çıkarlar. Libidinal gelişimin her bir evresinde bağlantılı dürtü bileşenleri, karakteristik ego savunmalarını uyarır. Böylece örneğin inkar ve yansıtma oral-içealimsal ya da oral-sadistik dürtülerle bağlantılı iken, utanç ve iğrenme gibi reaksiyon formasyonlar genellikle anal dürtüler ve baskılarla bağlantılı olarak gelişir. Gelişimin önceki dönemlerinden savunma mekanizmaları daha sonraki evreleriyle yan yana kalırlar. Gelişimin pregenital evreleriyle

bağlantılı savunmalar erişkin yaşamda yüceltme ve baskılama gibi daha olgun mekanizmalara evrilme eğilimindeyken, kişilik infantil bir etkiyi korumaktadır[79].

Matür savunma mekanizmaları adaptif işleyişe sahiptir. Matür savunma mekanizmaları immatür savunma mekanizmaları ve nevrotik savunma mekanizmaları ile bu konuda çelişir. İmmatür ve nevrotik savunma mekanizmaları stresli çevre koşullarına karşı patolojik ve yüksek düzeyde anksiyete sergileyerek psikolojik dengelerini korumaya çalışır[80, 81].

Freud'un psikanalitik teorisinin birçok ilkeleri gibi savunma mekanizmalarının kullanılabilirliği ve ölçüm biçimi de soru işaretlerinin beraberinde getiriyor. Ancak savunma mekanizmalarının, çalışmalara konu olan örneklerinde tam olarak bilinçli çıkarımlara dayandığı görülmektedir[82]. Üstünkörü ölçülmüş savunma mekanizmaları daha sonra kişinin karakteristik özelliklerini, psikososyal işleyişini, mizacını, stresli yaşam olaylarını, ruh sağlığını, fiziksel sağlığını ve bireyin sahip olduğu psikopatolojileri aydınlatma konusunda iskelet görevi görür[82, 83]. Aynı zamanda ruhsal durum ve psikiyatrik değerlendirme yaparken bireyin kullandığı baskın savunma mekanizmalarının belirlenmesi önerilmektedir[84, 85]. DSM-IV ego savunmasını daha fazla çalışması yapılması önerilerek içermektedir[86]. DSM IV'e göre savunma mekanizmaları, kişileri iç ve dış tehlikelere ya da sıkıntılara karşı koruyan ancak, kişilerin sıklıkla bu süreçlerin işleyişlerinin farkında olmadığı otomatik psikolojik süreçler olarak tanımlanmaktadır. Bunlardan yola çıkılarak savunma mekanizmaları ve ölçüm yollarının, modern psikiyatrinin teorik ve uygulama alanlarında barınması gerektiği anlaşılmaktadır.

### **2.3.1. Doktorlarda Savunma Mekanizması**

Tıp alanı oldukça stresli ve zor bir bölüm olduğundan, tıp öğrencileri akademik ve psikososyal stresörlerle fazla miktarda karşılaşır[87]. Bu akademik ve psikososyal stresörler, tıp fakültesinden sonra uzman olmak amacıyla göreve başlayan araştırma görevlisi doktorlarda artarak devam eder. Tıp öğrencileri ve uzmanlık öğrencileri eşsiz kişisel karakterlere sahiptirler. Genellikle diğer akademik branş gruplarına göre daha yüksek başarıları hedefler ve mükemmeliyetçidirler[88]. Tıp hayatı boyunca yapılması gereken zahmetli işler kişiliklerinde ve ruhsal sağlığında olumsuz etkiler bırakır[89]. Zaten tıp fakültesi hayatında, ruhsal olarak yıpranmış bir doktorun daha yoğun bir tempoda uzman olmak amacıyla göreve başlaması ruhsal sağlık ile ilgili riskleri beraberinde getirir. Tıp öğrencilerinde anksiyete, depresyon, stres ve uyku problemleri insidansı yüksektir[90].

Araştırma görevlisi doktorlarda meydana gelen anksiyete, stres ve depresyon savunma mekanizmalarındaki yetersizlikten kaynaklanıyor olabilir. Yapılan çalışmalarda genel popülasyonda; savunma mekanizmalarının yeterince gelişmediği bireylerde; depresyon, distimi, mani, panik bozukluk ve kişisel problemler sıklığının arttığı görülmüş[91, 92]. Savunma mekanizmaları ile psikiyatrik problemler arasında ilişkili, genel popülasyonda gösterilmiş olmasına rağmen, tıp dünyasında araştırma görevlisi doktorlarda özellikle tükenmişlik sendromu ile ilişkisi yönünde yapılmış çalışma bulunmamaktadır.

### **2.3.2. Savunma Mekanizmalarının Sınıflandırılması;**

Savunma düzenekleri, psikanalitik kuramcılar tarafından çeşitli biçimlerde sınıflandırılmıştır. Kavramı ilk ortaya koyan Freud, savunmaları ilişkili olduğu patolojinin şiddetine göre sınıflamıştır. Buna göre; yadsıma, çarpıtma ve yansıtma psikoz ile bağlantılı ilkel savunma düzenekleri iken; bastırma, yalıtma, yapma-bozma, yer değiştirme ve karşı tepki kurma nevrotik savunma düzenekleridir. Freud; yüceltme, fedakarlık, esperi ve baskılamayı ise olgun savunmalar olarak görür. Güncel psikiyatride ise, savunma düzenekleri ele alınırken; George Vaillant tarafından geliştirilen ve savunmaları olgunluk düzeyine göre gruplandırılan sınıflama benimsenmektedir[93].

İmmatur savunma mekanizmaları erken yaşlarda oluşur, olayın anlam ve değerini ciddi manada çarpıtarak anksiyeteyi azaltır[94]. Ciddi manada gerçekleştirilen bu çarpıtma neticesinde, bilinçli farkındalık oluşmayabilir. Bilinçli farkındalık oluşmadığı için immatur savunmalar genellikle eylemsizlik veya uygunsuz eyleme sebep olur[95]. Nevrotik savunmalar da ise; karşılaşılan stres kabullenilir fakat stresin yönetimi, anlamı ve kişiye olan etkisi ciddi manada çarpıtılır[94]. İmmatur ve nevrotik savunmaların kullanılması anksiyeteyi bir miktar azaltır ancak matur savunmalara göre daha az etkilidir ve olumsuz sonuçlara sebep olabilir[96]. Matur savunmalar ise; hayatın ilerleyen dönemlerinde ortaya çıkar ve stresin en kapsamlı şekilde tanınmasıyla sonuçlanır. Stresin üstesinden gelmesiyle sonuçlanacak anksiyetenin sınırlandırılmasını sağlarlar[97]. Anksiyetenin sınırlandırılmasına, genellikle çarpıtmadan ziyade küçük bir ekleme veya dönüşüm ile ulaşır. Matur savunmalar gerçeğin farkında olmayı içerdiğinden genellikle yapıcı bir eylem ile sonuçlanır[95].

### **2.3.3. İmmatur savunma mekanizmaları**

Yansıtma (projection): Kişinin kendi düşünce veya isteklerini bir başkasına atfetmesi, dış dünyadan geliyor gibi algılamasıdır. Bu savunma düzeneği özellikle paranoid kişilik bozukluğu olan bireylerde sık kullanılmaktadır. Örneğin; iş arkadaşına karşı cinsel istek



duyan evli bir kadının, bu kişinin kendisi ile flört etmek isteyen bir kadın avcısı olduğunu öne sürmesi gibi[93].

**Pasif saldırganlık (passive aggression):** Bu savunma düzeneğinde; kaygı saldırganlığını dolaylı ve örtük biçimde dışa vurarak azaltırlar. Kişi görünürde uyumlu biriyken üstü örtülü biçimde direnç, darılma ya da düşmanlığını alttan alta göstermektedir. Amirinin kendisinden yapmasını istediği işlere doğrudan hayır demeyen bir çalışanın, bir takım kuralları öne sürerek işini yapmayarak sürüncemede bırakması bu savunma düzeneğinin bir örneğidir[93].

**Dışa vurma (acting out):** Kişinin duygusal çatışmasını iç veya dış gerilimlerini açığa vurarak, duygusunu yansıtarak değil eylemle çözmeye çalışmasıdır[93].

**Yalıtma (isolation):** Yalıtma düzeneğinde, bir anının bilişsel, yani bilme, tanıma ve anlama ile ilgili yanı tümü ile anımsanabilirken, duygusal yanı ayrılarak bastırılır ve bilinçdışı kalır. Böylece, kişi çocuklukta yaşadığı acı bir olayı kuru kuruya hiçbir duygu yükü olmaksızın anımsar ve anlatır[98].

**Değersizleştirme (devaluation):** Mutlak gücün tersine bireyin, duygusal çatışma, içsel ya da dışsal zorlanma etkenlerini benliğine ya da başkalarına abartılı olumsuz nitelikler yükleyerek azaltması veya ortadan kaldırmasıdır[93].

**Otistik fantezi (autistic fantasy):** Bireyin, duygusal çatışma yarattığı sıkıntıyı azaltmak ya da zorlanma etkenlerini aşabilmek için, daha etkili eylemler yapmak ya da sorunu çözmeye çalışmak yerine, insan ilişkilerinden kaçarak veya kendi iç dünyasına kapanıp aşırı düş kurmasıdır[93].

**İnkâr (denial):** Benlik için tehlikeli olarak algılanan ve bunaltı doğurabilecek bir gerçeği yok saymak, görmemek, değişik derecelerde oldukça yaygın olarak kullanılan ilkel bir savunma biçimidir. Örneğin; birçok insan, ruhsal bunalım içinde olduğu halde bunalım ve acıyı kendine hiç dokundurmak istemez. Sanrı oluşumunda inkâr düzeneği önemli yer alır[98, 99].

**Yer değiştirme (displacement):** Birey, duygusal çatışma, içsel ya da dışsal zorlanma etkenlerini halledebilmek için bir duyguyu ya da bir dürtüyü bağlı olduğu nesnelere en azından bazı özellikleri açısından, ona benzeyen ama daha az tehdit edici olan bir başka nesneye aktarmasıdır[93]. Freud'un bu konu ile ilgili tipik örneğinde; atlardan korkan Hans'ın aslında korku kaynağının babası olduğu anlaşılmıştır[100].

**Disosiyasyon (dissociation):** Bireyin, duygusal zorlanmadan kurtulabilmek için geçici fakat dramatik bir biçimde kişiliğinin veya kişisel kimlik algısının çözülmesidir. Çözülmenin tipik örnekleri füğ ve histerik konversiyon tepkileridir[93].

Bölünme (splitting): Birey kendisinin ya da başkalarının olumlu ya da olumsuz niteliklerini bütünleştiremez. Karşısındaki ya da kendisini ya çok iyi ya da çok kötü görür. Bu savunma düzeneği, özellikle sınır kişilik bozukluğu olan bireylerde sık görülür[93]. Melanie Klein'e göre bölünme en primitif savunma mekanizmasıdır[101].

Rasyonalizasyon (rationalization): Benlik için acı, bunaltı verici durumlarda, akla yatkın görünen, fakat sıkıntı vermeyecek bir neden, bir açıklama bulmak çok sık kullanılan savunma düzeneklerinden biridir. Başkalarıyla kolay geçinemeyen, kendini sevdiremeyen ve insanları sevmeyen bir kişi, "ben yalnızlıktan hoşlanırım" diyerek bilinçdışı bir aldatıcı açıklama ile kendini rahatlatır[98].

Bedenselleştirme (somatization): Ruhsal tepkilerin, bedensel belirtilere dönüştürülmesi ve ruhsal tepkiler yerine daha çok bedensel tepkilerle cevap verilmesi eğilimi[93].

#### **2.3.4. Nevrotik Savunma Mekanizmaları**

Yapma- bozma (undoing): Kişinin gerçekte ya da düşüncesinde yaptığı veya yaptığını düşündüğü olumsuz bir eylemi nötralize etmek, etkisini kaldırmak ve yapılmamış gibi saymak amacı ile yürütülen bir takım işlemler yap-boz düzeneğini oluşturur. Bu düzenek daha çok obsesif kompulsif kişilik ve bozuklukta görülür[98].

Psödo altruizm (pseudo altruism): Freud'a göre; anne-baba tarafından katı kurallara maruz kalan çocukların, dürtülerinden feragat eder ve süper ego katı ve cezalandırıcı bir hal alır. Kişi, esas dürtülerini doymak için etkinlik göstermeyebilir ancak dürtülerini doymak için vekiller bulur, dürtülerini bu vekillere yansıtır.

İdealleştirme (idealization): Birey, zorlanma etkenlerini başkalarına aşırı olumlu nitelikler yükleyerek halleder. Kişi belli bir nesnenin olumlu özelliklerini abartırken, olumsuz özelliklerini küçültür[93].

Karşıt tepki geliştirme (reaction formation): Kişi, kendi içindeki bilinç dışı yasak dürtü ve eğilimlerin tam karşıtı tepkiler göstermekle de benliğini savunmaya çalışabilir. Örneğin; içindeki kin, nefret ve kabalık eğilimlerine karşı kişi aşırı derece kibar ve nazik olabilir[98].

#### **2.3.5. Matur Savunma Mekanizmaları**

Yüceltme (sublimation): Birey zorlanma etkenlerini, potansiyel olarak uyumu bozucu duyguları ya da dürtüleri toplumsal olarak kabul edilebilir davranışa dönüştürerek azaltmasıdır. Bireyin, saldırgan dürtüleri için rekabete ve mücadeleye dayalı sporlarla uğraşması buna örnek olarak verilebilir[93].

Mizah (humor): Birey, duygusal çatışma ya da zorlanma etkeninin eğlendirici ya da alaycı yönlerini öne çıkararak halleder[93].

Beklenti (anticipation): Birey, ileride yaşaması muhtemel durumları gözden geçirerek, olması muhtemel problemler karşısında nasıl tepki vermesi gerektiğini değerlendirir[102].

Baskılama (supression): Bireyin, rahatsız edici sorunlar, istekler, duygular ya da yaşantıları istemli ya da yarı istemli olarak düşünmekten kaçınmasıdır. Bu düşünmeme ya da kaçınmada birey olayın ya da durumun farkındadır ama dikkatini başka yere yönlendirir veya konunun üzerinde durmamayı seçer[93].



### **3.GEREÇ VE YÖNTEMLER**

#### **Araştırmanın Türü**

Bu çalışma, Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde araştırma görevlisi olarak çalışan doktorlarda, tükenmişlik sendromu düzeylerinin değerlendirilmesi, tükenmişlik düzeylerinin başta savunma mekanizmaları ve sosyodemografik veriler olmak üzere değişkenler ile ilişkisinin gösterilmesi amacıyla yapılmıştır. Bahsedilen doğrultuda planlanan araştırma, kesitsel ve tanımlayıcı bir araştırmadır.

#### **Çalışmaya Alınma Kriterleri**

- 1) Araştırma görevlisi doktor olarak çalıştığı bölümde altı ayını doldurmuş olmak,
- 2) Bilgilendirilmiş onam formunu onaylamış olmak,

#### **Dışlama Kriterleri:**

- 1) Araştırma görevlisi doktor olarak çalıştığı bölümde ilk altı ayının içinde olmak

#### **Çalışma Örnekleme**

Araştırma evreni, Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde çalışmakta olan, toplam 156 araştırma görevlisi doktordan oluşmaktadır. Örnekleme yapılması planlanmayan çalışmada, evrenin tümüne ulaşılması amaçlandı. Araştırmaya katılmayı kabul etmeyenler, araştırma görevlisi doktor olarak mesleğinin ilk altı ayında olanlar, yıllık izinde veya raporlu olduğu için hastanede bulunmayanlar ve anket formlarında cevaplanmamış sorular bırakanların dışında 147 kişiye ulaşıldı.

#### **Uygulama**

Araştırmaya başlamadan önce Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu'ndan izin alındı. Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde çalışan araştırma görevlisi doktorlara, çalışma hakkında bilgi verildi sözlü ve yazılı onamları alındı. Araştırmaya katılmak istemeyenler ve araştırma görevlisi doktor olarak çalıştığı branşta mesleğinin ilk altı ayında olanlar çalışma dışı tutuldu. Anketlerin uygulanması, araştırmacı tarafından araştırma görevlisi doktor olarak çalışanların bölümleri ziyaret edilerek gerçekleştirildi. Katılımcılar formları kendileri doldurdu.

Araştırmaya alınan doktorlara tarafımızca oluşturulan Sosyodemografik Veri Formu, Maslach Tükenmişlik Ölçeği, Savunma Biçimleri Testi, Beck Depresyon Ölçeği ve Beck

Anksiyete Ölçeği verildi. Araştırmacı ve katılımcı arasında planlanan tarihlerde ölçekler araştırmacı tarafından geri toplandı.

### **3.1. Gereçler**

#### **3.1.1. Sosyodemografik Veri Formu (SVF):**

SVF, hastaların sosyodemografik ve çalışma koşullarını değerlendirmek amacıyla tarafımızca hazırlandı. Sosyodemografik veri formu yaş, cinsiyet, medeni durum, çalışmakta olunan anabilim dalı, araştırma görevlisi olarak çalışılan süre, çalışılan bölümün isteğe bağlı seçimi, haftalık ortalama kaç saat mesai yaptığı, ayda ortalama olarak tutulan nöbet sayısı, halen kullanılmakta olan psikiyatrik tedavi varlığı, madde ve alkol bağımlılığı, günlük ortalama tüketilen kafein miktarı ile ilgili olmak üzere toplam 11 sorudan oluşmaktadır.

#### **3.1.2. Maslach Tükenmişlik Ölçeği**

Araştırmada; araştırma görevlisi doktorların algıladıkları tükenmişliği belirlemek için Maslach Tükenmişlik Ölçeği kullanılmıştır. Ölçeğin Türkçe uyarlaması Ergin[103], geçerlik ve güvenilirlik çalışması Çam[104] tarafından yapılmıştır.

Ölçek, tükenmişliği duygusal tükenme (DT), duyarsızlaşma (D) ve kişisel başarı hissi (KB) olmak üzere üç alt boyutta değerlendirmekte ve her bir soru beş basamaklı olmak üzere toplam 22 maddeden oluşmaktadır. Ölçekte bulunan (1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20) numaralı 9 soru “duygusal tükenme” (DT), (5, 10, 11, 15, 22) numaralı 5 soru “duyarsızlaşma” (D) ve (4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21) numaralı 8 soru “kişisel başarı” (KB) alt ölçeğine ait puanlamaların hesaplanmasında kullanılır. Duygusal tükenme alt ölçeği; dokuz maddeden oluşur ve iş hayatında aşırı yüklenmiş kişilerin tüketilmiş olma duygularını tanımlar. Duyarsızlaşma alt ölçeği; beş maddeden oluşur, kişinin hizmet verdiği insanlara karşı katı, soğuk, ilgisiz ve duygudan yoksun bir şekilde davranmasını ifade eder. Kişisel başarı alt ölçeği; sekiz maddeden oluşur ve yaptığı iş ile ilgili kendisini yeterli, başarılı görme duygularını tanımlar. DT ve D alt ölçekleri puanlarının yüksek olması tükenmişliği ifade ediyorken, KB alt ölçeğindeki maddelerin düşük olması tükenmişlik lehinedir. Ölçeğin test-tekrar test güvenilirlik katsayıları "Duygusal tükenme" (DT) için 0.83, "Duyarsızlaşma" (D) için 0.72, "Kişisel başarı" (KB) için 0.72 olarak belirlenmiştir[105]. Bu ölçekte yer alan maddeler hiçbir zaman 0, her zaman 4 puan olacak şekilde puanlanmaktadır. Buna göre, ölçeğin alt boyutlarından alınabilecek puanlar, duygusal tükenme için 0-36, duyarsızlaşma için 0-20 ve kişisel başarı için 0-32 arasında değişmektedir.

Maslach Tükenmişlik Ölçeğinin, Türkçeye uyarlaması sırasında bazı değişiklikler yapılmıştır. Bunlardan en önemlisi, özgün formda 7 basamaklı olan yanıt seçeneklerinin 5 basamağa indirilmiş olmasıdır. Özgün formda bu seçenekler "hiçbir zaman, yılda birkaç kere, ayda bir, ayda birkaç kere, haftada bir, haftada birkaç kere, her gün" şeklindedir. Ancak, eğitim düzeyi ne olursa olsun, hemen bütün denekler bu şekilde cevap vermekte zorluk çektiklerinden, basamak sayısı 5'e indirilmiş ve "hiçbir zaman - çok nadir - bazen - çoğu zaman - her zaman" şeklinde düzenlenmiştir. Bu nedenle, Türkiye'de elde edilen veriler, yabancı çalışmalarla karşılaştırılırken bu farklılığı dikkate almak gerekmektedir[106].

### **3.1.3. Savunma Biçimleri Testi-40 (SBT-40)**

SBT-40 savunma mekanizmalarının değerlendirilmesi amacıyla en yaygın kullanılan psikometrik ölçektir[107]. SBT-40 kısa, anlaşılması kolay, farklı savunma mekanizmalarını gösteren yeterli madde bulunan bir ölçektir. Yapılan çalışmalarda SBT-40 ve uzun versiyonu olan SBT-67'nin benzer sonuçlar verdiği görülmüştür[107].

Andrews ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş olan 40 maddelik Savunma Biçimleri Testi (SBT-40) bilinç dışı kullanılan savunma mekanizmalarının yansımalarını deneysel olarak değerlendiren, toplam 40 madde ve 20 savunmadan oluşan bir kendini değerlendirme ölçeğidir[107].

Bu ölçekte; savunma mekanizmaları matür, nevrotik ve immatür olmak üzere üçe ayrılmıştır. Matür savunma mekanizmaları; yüceltme, mizah, beklenti ve baskılamadan oluşmaktadır. Nevrotik savunma mekanizmaları; yapma bozma, psödo altruizm, idealleştirme ve karşıt tepki geliştirmeden oluşmaktadır. İmmatür savunma mekanizmaları ise; yansıtma, pasif saldırganlık, dışa vurma, yalıtma, değersizleştirme, otistik fantezi, inkar, yer değiştirme, disosiasyon, bölünme, rasyonalizasyon ve bedenselleştirmeden oluşmaktadır. Savunma mekanizmalarının her bir alt tipi için SMT-40 içinde 2 madde bulunmaktadır. Her bir madde 1 (Bana hiç uygun değil) ile 9 (Bana çok uygun) arasında değerlendirilmektedir. Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Yılmaz ve arkadaşları tarafından yapılmıştır[108].

### **3.1.4. Beck Depresyon Ölçeği**

Beck depresyon ölçeği; duygusal, kognitif, somatik ve motivasyonel değerlendirme amacıyla Beck tarafından 1961 yılında oluşturulmuştur[109]. Dünya üzerinde yaygın olarak kullanılan, depresyonun karakteristik tutum ve semptomlarını değerlendiren ve 21 maddeden oluşan bir ölçektir. 21 maddeden oluşan ölçeğin, on bir maddesi duygusal, iki maddesi davranışsal, beş maddesi fiziksel değerlendirme amaçlıdır. Her bir soru için 0 ile 3 arasında

puanlama bulunmaktadır. Ölçeğin Türkçe için geçerlik ve güvenilirlik makalesinde, kesme puanının 17 olarak kabul edildiği belirtilmiştir[110].

### **3.1.5. Beck Anksiyete Ölçeği**

Bu ölçek, anksiyete ve depresyon semptomlarının değerlendirilmesinin ayrıştırılması amacıyla, 1988 yılında Beck tarafından oluşturulmuştur[111]. Bireyin, kendisinde gözlemlendiği ve anksiyeteden kaynaklanan somatik semptomları değerlendiren ölçektir. 21 maddeden oluşur ve bu maddeler yaşanan semptomların yoğunluğuna göre 0-3 arası puanlarla değerlendirilir. Toplam puan bireyin yaşadığı anksiyete belirtilerinin şiddetini belirler. Türkiye için geçerlilik güvenilirlik testi Ulusoy ve arkadaşları tarafından yapılmıştır[112].



#### 4. İSTATİKSEL DEĞERLENDİRME

Verilerin istatistiksel değerlendirilmesinde, normal dağılıma uygunluk Kolmogorov Smirnov testi ile incelenmiştir. Normal dağılım göstermeyen değişkenler için bağımsız grupların karşılaştırılmasında, Mann-Whitney U testi uygulanmıştır. Değişkenler arasında ilişkinin incelenmesinde, Pearson Korelasyon testi uygulanmıştır. Kategorik değişkenlerin incelenmesinde, Chi-Square test ve Fisher exact test kullanılmıştır. İstatistik parametreleri olarak Median (Min-Max) kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık  $p < 0,05$  olarak kabul edilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde R 3.3.2 istatistik yazılımı kullanılmıştır.





## 5. BULGULAR

### 5.1. Sosyodemografik Özellikler

Çalışmaya katılanların 80'si (%54,4) erkek, 67'si (45,6) kadındı. Çalışmaya katılanların 106'sı (%72,1) evli, 41'i (27,9) bekârdı. Çalışmaya katılanların 128'i (%87,1) çalıştığı bölümü isteyerek tercih ettiğini, 19'u (%12,9) çalıştığı bölümü isteyerek tercih etmediğini belirtmişti. Çalışmaya katılanların 140'ı (%95,2) psikotrop ilaç kullanmadığını, 7'si (%4,8) psikotrop ilaç kullandığını belirtmişti. Çalışmaya katılanların yaşlarının medyan değeri 29 (en düşük 25, en yüksek 40) olarak bulundu. Çalışmaya katılanların branşında çalışma sürelerine göre medyan değeri 21 ay (en düşük 6 ay, en yüksek 68 ay) olarak bulundu. Çalışmaya katılanların aylık nöbet sayılarına göre medyan değeri 7 (en düşük 0, en yüksek 16) olarak bulundu (Tablo 1).

Tablo 1. Sosyodemografik Özellikleri Dağılımı

Cinsiyet	Erkek <i>n</i> (%)	80(54,4)
	Kadın <i>n</i> (%)	67(45,6)
Medeni durum	Evli <i>n</i> (%)	106(72,1)
	Bekar <i>n</i> (%)	41(27,9)
Bölümü İsteme	Evet <i>n</i> (%)	128(87,1)
	Hayır <i>n</i> (%)	19(12,9)
Psikotrop ilaç	Evet <i>n</i> (%)	7(4,8)
	Hayır <i>n</i> (%)	140(95,2)
Madde	Evet <i>n</i> (%)	4(2,7)
	Hayır <i>n</i> (%)	143(97,3)
Yaş (yıl) <i>Median</i> ( <i>Min-Max</i> )		29,00(25,00-40,00)
Asistanlık Süresi (ay) <i>Median</i> ( <i>Min-Max</i> )		21,00(6,00-68,00)
Aylık Nöbet (gün) <i>Median</i> ( <i>Min-Max</i> )		7,00(0,00-16,00)
Haftalık Mesai (saat) <i>Median</i> ( <i>Min-Max</i> )		72,00(20,00-140,00)

## 5.2. Maslach Tükenmişlik Ölçeği Alt Boyutlarına İlişkin Değerler

Maslach tükenmişlik ölçeği; alt boyutlarına bakıldığında duygusal tükenme ortanca puanı 20, en düşük 4, en yüksek 36 olarak gözlenmiştir. Maslach duyarsızlaşma ortanca puanı 7, en düşük 0, en yüksek 17 olarak gözlenmiştir. Maslach kişisel başarı ortanca puanı 21, en düşük 0, en yüksek 24 olarak gözlenmiştir (Tablo 2).

Tablo 2. Maslach tükenmişlik ölçeği alt boyutlarına ilişkin değerler

	Median	Min	Max
Maslach duygusal tükenme	20,00	4,00	36,00
Maslach duyarsızlaşma	7,00	,00	17,00
Maslach kişisel başarı	21,00	8,00	32,00

## 5.3. Beck Depresyon Ve Anksiyete Puanlarına İlişkin Değerler

Beck anksiyete ölçeği; ortanca puanı 8, en düşük 0, en yüksek 52 olarak gözlenirken, Beck depresyon ölçeği; ortanca puanı 9, en düşük 0, en yüksek 56 olarak gözlenmiştir (Tablo 3).

Tablo 3. Beck depresyon ve anksiyete ölçek sonuçlarına ilişkin değerler

	Median	Min	Max
Beck Anksiyete ölçeği	8,00	,00	52,00
Beck Depresyon ölçeği	9,00	,00	56,00

Araştırma görevlisi doktorların, Beck anksiyete ölçeği kesme puanı uygulanarak değerlendirilmesi neticesinde çalışmaya katılanların 29'unda (%19.7) anksiyete olduğu 118'inde (%80.3) anksiyete olmadığı tespit edilmiştir (Tablo 4).

Araştırma görevlisi doktorların, Beck depresyon ölçeği kesme puanı uygulanarak değerlendirilmesi neticesinde çalışmaya katılanların 31'inde (%21.1) depresyon olduğu 116'sında (%78.9) depresyon olmadığı tespit edilmiştir (Tablo 4).

Tablo 4. Depresyon ve anksiyetenin dağılımı

		Anksiyete yok		Anksiyete var		p	Depresyon Yok		Depresyon Var		p
		n	%	n	%		N	%	N	%	
Cinsiyet	Erkek	68	57,6	12	41,4	0,115	67	57,8	13	41,9	0,116
	Kadın	50	42,4	17	58,6		49	42,2	18	58,1	
Medeni durum	Evli	85	72,0	21	72,4	0,967	85	73,3	21	67,7	0,542
	Bekar	33	28,0	8	27,6		31	26,7	10	32,3	
İsteme	Evet	103	87,3	25	86,2	0,876	100	86,2	28	90,3	0,544
	Hayır	15	12,7	4	13,8		16	13,8	3	9,7	
Nöbet grup	≤7	60	50,8	16	55,2	0,676	61	52,6	15	48,4	0,678
	>7	58	49,2	13	44,8		55	47,4	16	51,6	
Süre grup	≤21	59	50,0	16	55,2	0,618	61	52,6	14	45,2	0,463
	>21	59	50,0	13	44,8		55	47,4	17	54,8	

Chi-Square test; fisher exact test; a:0,05; kesme puanlarına göre sınıflama yapılmıştır.

#### 5.4. Savunma Biçimleri Testi Alt Boyutlarına İlişkin Değerler

Savunma mekanizmalarının ana boyutlarına bakıldığında araştırma görevlisi doktorların, matür savunma mekanizma puanlarının (ortanca 5.63, en düşük 2.63, en yüksek 8,38) diğerlerine oranla daha yüksek olduğu, nevrotik savunma mekanizma puanlarının (ortanca 4.88, en düşük 2.38, en yüksek 8) immatür savunma mekanizma puanlarına oranla daha yüksek olduğu, immatür savunma mekanizma puanlarının (ortanca 4.21, en düşük 1.88, en yüksek 7.13) ise diğerlerine oranla daha düşük olduğu gözlenmiştir (Tablo 5).

Savunma mekanizmalarının alt başlıklarına bakıldığında ise; beklenti (ortanca 6.50, en düşük 2.00, en yüksek 9.00) ve psödo altruizm (ortanca 6.50, en düşük 2.50, en yüksek 9.00) en yüksek puanlara sahip olduğu gözlenmiştir (Tablo 5).

Tablo 5. Savunma biçimleri testi ana ve alt boyutlarına ilişkin değerler

	<b>Median</b>	<b>Min</b>	<b>Max</b>
<b>Matür savunma mekanizmaları</b>	<b>5,63</b>	<b>2,63</b>	<b>8,38</b>
Sublimation (yüceltme)	5,00	1,00	8,50
Humor (mizah)	5,50	1,00	9,00
Anticipation (beklenti)	6,50	2,00	9,00
Suppression (baskılama)	5,00	1,50	9,00
<b>Nevrotik savunma mekanizmaları</b>	<b>4,88</b>	<b>2,38</b>	<b>8,00</b>
Undoing (yapma bozma)	5,00	1,00	8,50
Pseudo altruizm (psödo altruizm)	6,50	2,50	9,00
Idealization (idealleştirme)	4,00	1,00	9,00
Reaction formation (karsit tepki geliştirme)	4,50	1,00	8,50
<b>İmmatür savunma mekanizmaları</b>	<b>4,21</b>	<b>1,88</b>	<b>7,13</b>
Projection (yansıtma)	4,00	1,00	9,00
Passive aggression (pasif saldırganlık)	4,00	1,00	9,00
Acting out (disa vurma)	4,00	1,00	9,00
Isolation (yalıtma)	5,00	1,00	9,00
Devaluation (değersizleştirme)	3,50	1,00	9,00
Autistic fantasy (otistik fantezi)	4,00	1,00	9,00
Denial (inkar)	3,50	1,00	8,50
Displacement (yer değiştirme)	4,00	1,00	9,00
Dissociation (disosiyasyon)	3,50	1,00	7,50
Splitting (bölünme)	3,50	1,00	9,00
Rationalization (rasyonalizasyon)	5,50	1,00	9,00
Somatization (bedenselleştirme)	5,50	1,00	9,00

## 5.5. Tükenmişlik İle Sosyodemografik Özellikler Arasındaki İlişki

Araştırma görevlisi doktorların, mesai süreleri ile Maslach tükenmişlik ölçeği alt boyut skorlarının birbiriyle ilişki gücünü ve anlamlılık düzeyini değerlendirmek için kullanılan Pearson Korelasyon analizi sonucunda, duygusal tükenme ile haftalık ortalama mesai saatleri arasında istatistiksel olarak düşük orta derecede anlamlı korelasyon saptanmıştır ( $r=0.388$ ;  $p<0.001$ ) (Tablo 6a).

Araştırma görevlisi doktorların Maslach tükenmişlik ölçeği alt boyutlarından almış oldukları puanların, aylık nöbet sayıları değişkenine göre anlamlı bir şekilde farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek üzere Mann Whitney-U testi sonucunda, duygusal tükenme alt boyut puanlarında nöbet sayısı fazla olan grup lehine istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık saptanmıştır ( $p<0.001$ ) (Tablo 6b).

Araştırma görevlisi doktorların Maslach tükenmişlik ölçeği alt boyutlarından almış oldukları puanların, bölümlerine isteyerek girip girmeme değişkenine göre anlamlı bir şekilde farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek üzere Mann Whitney-U testi sonucunda, duygusal tükenme alt boyut puanlarında çalıştığı bölüme istemeyerek giren grup lehine istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık saptanmıştır ( $p=0.046$ ) (Tablo 6c)

Araştırma görevlisi doktorların; yaş, cinsiyet, psikotrop ilaç kullanımı ve araştırma görevlisi olarak çalıştıkları süre ile Maslach tükenmişlik ölçeği alt boyutları arasında anlamlı fark saptanmadı.(Tablo 6d, Tablo 6e, Tablo 6f, Tablo 6g)

Tablo 6a. Mesai saati süreleri ile Maslach tükenmişlik ölçeği alt boyutlarının karşılaştırılması:

	Mesai saat	
	R	P
Maslach Duygusal Tükenme	0,388	<b>p&lt;0,001*</b>
Maslach Duyarsızlaşma	0,076	0,358
Maslach Kişisel Başarı	-0,026	0,752

Tablo 6b. Aylık nöbet sayıları ile Maslach tükenmişlik ölçeği alt boyutlarının karşılaştırılması

Nöbet

	$\leq 7$			$> 7$			
	Median	Min	Max	Medin	Min	Max	P
Maslach Duygusal Tükenme	17,00	4,00	36,00	22,00	7,00	35,00	<b>p&lt;0,001</b>
Maslach Duyarsızlaşma	7,00	0,00	16,00	8,00	0,00	17,00	0,085
Maslach Kişisel Başarı	21,50	8,00	31,00	21,00	10,00	32,00	0,991

Tablo 6c. Çalıştığı bölümü isteyerek tercih edenler ile istemeyerek tercih edenlerin Maslach tükenmişlik ölçeği alt boyutlarının karşılaştırılması

Bölüme isteyerek girme

	Evet			Hayır			
	Median	Min	Max	Median	Min	Max	P
Maslach Duygusal Tükenme	20,00	4,00	36,00	23,00	7,00	33,00	<b>0,046*</b>
Maslach Duyarsızlaşma	7,00	,00	17,00	8,00	0,00	16,00	0,945
Maslach Kişisel Başarı	22,00	8,00	32,00	18,00	8,00	26,00	0,101

Tablo 6d. Yaş ile Maslach tükenmişlik ölçeği alt boyutlarının karşılaştırılması

Yaş

	R	P
Maslach Duygusal Tükenme	0,076	0,358
Maslach Duyarsızlaşma	0,086	0,298
Maslach Kişisel Başarı	-0,003	0,970

Pearson Correlation Test;  $\alpha:0,05$

Tablo 6e. Cinsiyet ile Maslach tükenmişlik ölçeği alt boyutlarının karşılaştırılması

	Cinsiyet						p
	Erkek			Kadın			
	Media			Media			
	n	Min	Max	n	Min	Max	
Maslach Duygusal Tükenme	20,00	5,00	35,00	20,00	4,00	36,00	0,751
Maslach Duyarsızlaşma	7,00	0,00	17,00	7,00	0,00	16,00	0,958
Maslach Kişisel Başarı	21,50	8,00	32,00	21,00	8,00	31,00	0,933

Tablo 6f. Psikotrop ilaç kullanımı ile Maslach tükenmişlik ölçeği alt boyutlarının karşılaştırılması

	Psikiyatrik ilaç kullanımı						p
	Evet			Hayır			
	Median	Min	Max	Median	Min	Max	
Maslach Duygusal Tükenme	19,00	8,00	33,00	20,00	4,00	36,00	0,312
Maslach Duyarsızlaşma	8,00	0,00	13,00	7,00	0,00	17,00	0,855
Maslach Kişisel Başarı	21,00	19,00	25,00	21,00	8,00	32,00	0,753

Tablo 6g. Araştırma görevlisi doktor olarak çalışılan süre ile Maslach tükenmişlik ölçeği alt boyutlarının karşılaştırılması

	Süre						p
	≤21			>21			
	Median	Min	Max	Median	Min	Max	
Maslach Duygusal Tükenme	20,00	5,00	35,00	20,00	4,00	36,00	0,727
Maslach Duyarsızlaşma	7,00	0,00	17,00	7,00	0,00	15,00	0,547
Maslach Kişisel Baş	21,00	8,00	32,00	22,00	8,00	32,00	0,117

## 5.6. Tükenmişlik İle Anksiyete Ve Depresyon Arasındaki İlişki

Araştırma görevlisi doktorların; Beck anksiyete ölçeği ile Maslach tükenmişlik ölçeği alt boyut skorlarının birbiriyle ilişki gücünü ve anlamlılık düzeyini değerlendirmek için kullanılan Pearson Korelasyon analizi sonucunda, duygusal tükenme ile Beck anksiyete puanları arasında istatistiksel olarak düşük orta derecede anlamlı korelasyon saptanmıştır ( $r=0.372$ ;  $p<0.001$ ) (Tablo 7).

Araştırma görevlisi doktorların; Beck depresyon ölçeği ile Maslach tükenmişlik ölçeği alt boyut skorlarının birbiriyle ilişki gücünü ve anlamlılık düzeyini değerlendirmek için kullanılan Pearson Korelasyon analizi sonucunda, duygusal tükenme ile Beck depresyon puanları arasında istatistiksel olarak orta derecede anlamlı korelasyon saptanmıştır ( $r=0.419$ ;  $p<0.001$ ) (Tablo 7).

Tablo 7. Beck depresyon ve anksiyete puanları ile Maslach tükenmişlik ölçeği alt boyutları arasındaki korelasyon

	Beck Anksiyete		Beck Depresyon	
	R	P	R	P
Maslach duygusal tükenme	0,372	<b><math>p&lt;0,001^*</math></b>	0,419	<b><math>p&lt;0,001^*</math></b>
Maslach duyarsızlaşma	-0,031	0,709	0,038	0,646
Maslach kişisel başarı	-0,124	0,135	-0,060	0,467

(Pearson Correlation Test;  $\alpha:0,05$ ; \*Correlation is statistically significant)

## 5.7. Tükenmişlik İle Savunma Mekanizmaları Arasındaki İlişki

Araştırma görevlisi doktorların; SBT-40 ile MTÖ alt boyut skorlarının birbiriyle ilişki gücünü ve anlamlılık düzeyini değerlendirmek için kullanılan Pearson Korelasyon analizi sonucunda, matür savunma mekanizmaları ile Maslach kişisel başarı alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak düşük derecede anlamlı korelasyon saptanmıştır ( $r=0.235$ ;  $p=0.004$ ). İmmatür savunma mekanizmaları ile Maslach duygusal tükenme ( $r=0.199$ ;  $p=0.016$ ) alt boyutu puanları ile düşük derecede anlamlı korelasyon tespit edilirken, Maslach duyarsızlaşma ( $r=0.461$ ;  $p=0.001$ ) puanları arasında orta derecede anlamlı korelasyon tespit



edilmiştir. Nevrotik savunma mekanizmaları ile Maslach tükenmişlik ölçeği alt boyut skorları arasında anlamlı korelasyon saptanmamıştır (Tablo 8).

İmmatür savunma mekanizmalarından dışa vurma ( $r=0.601$ ;  $p<0.001$ ) ve bölünme ( $r=0.600$ ;  $p<0.001$ ) alt başlıkları ile Maslach duyarsızlaşma alt boyutu puanları arasında iyi derecede anlamlı korelasyon tespit edilmiştir. İmmatür savunma mekanizmalarından; pasif saldırganlık ( $r=0.437$ ;  $p<0.001$ ), değersizleştirme ( $r=0.563$ ;  $p<0.001$ ), inkar ( $r=0.443$ ;  $p<0.001$ ), disosiyasyon ( $r=0.419$ ;  $p<0.001$ ), nevrotik savunma mekanizmalarından; idealleştirme ( $r=0.405$ ;  $p<0.001$ ) ve matür savunma mekanizmalarından; mizah ( $r=0.477$ ;  $p<0.001$ ) alt başlıkları ile Maslach tükenmişlik ölçeği duyarsızlaşma alt boyutu arasında orta derecede anlamlı korelasyon tespit edilmiştir (Tablo 8).

İmmatür savunma mekanizmalarından; yansıtma ( $r=0.365$ ;  $p<0.001$ ), yalıtma ( $r=0.332$ ;  $p<0.001$ ) alt başlıkları ile Maslach duygusal tükenme alt boyut puanları arasında düşük orta derecede anlamlı korelasyon tespit edilmiştir (Tablo 8).

Matür savunma mekanizmalarından; mizah ( $r=0.164$ ;  $p=0.047$ ) ve baskılama ( $r=0.205$ ;  $p=0.013$ ) ile Maslach kişisel başarı alt boyut puanları arasında düşük derecede anlamlı korelasyon tespit edilmiştir. İmmatür savunma mekanizmalarından; dışa vurma ( $r=-0.173$ ;  $p=0.036$ ), değersizleştirme ( $r=-0.211$ ;  $p=0.010$ ) alt başlıkları ile Maslach kişisel başarı alt boyut puanları arasında düşük derecede negatif yönlü anlamlı korelasyon tespit edilirken, disosiyasyon ( $r=0.236$ ;  $p=0.004$ ) ve rasyonalizasyon ( $r=0.221$ ;  $p=0.007$ ) alt başlıkları ile Maslach kişisel başarı alt boyutları arasında düşük derecede anlamlı korelasyon tespit edilmiştir (Tablo 8).

Tablo 8. Savunma mekanizmaları ana ve alt boyutları ile Maslach tükenmişlik ölçeği alt boyutları arasındaki korelasyon

	Maslach duygusal tükenme		Maslach duyarsızlaşma		Maslach kişisel başarı	
	R	P	R	P	R	p
<b>Matür</b>	-0,153	0,063	0,088	0,287	0,235	<b>0,004*</b>
Sublimation (yüceltme)	-0,155	0,060	0,215	<b>0,009*</b>	0,164	<b>0,047*</b>
Humor (mizah)	-0,138	0,096	0,477	<b>p&lt;0,001*</b>	0,147	0,076
Anticipation (beklenti)	-0,010	0,908	0,169	<b>0,041*</b>	0,127	0,124
Suppression (baskılama)	-0,114	0,168	0,200	<b>0,015*</b>	0,205	<b>0,013*</b>
<b>Nevrotik</b>	0,057	0,495	0,046	0,579	0,121	0,143
Undoing (yapma bozma)	0,081	0,327	0,161	0,051	0,105	0,205
Pseudo altruizm (psodo altruizm)	0,014	0,864	0,080	0,336	0,082	0,322
Idealization (idealleştirme)	0,012	0,883	0,405	<b>p&lt;0,001*</b>	0,009	0,916
Reaction formation (karsıt_tepki geliştirme)	0,040	0,634	0,067	0,419	0,134	0,104
<b>İmmatür</b>	0,199	<b>0,016*</b>	0,461	<b>0,001*</b>	-0,059	0,474
Projection (yansıtma)	0,365	<b>p&lt;0,001*</b>	0,190	<b>0,021*</b>	-0,037	0,653
Passive aggression (pasif saldırganlık)	0,024	0,772	0,437	<b>p&lt;0,001*</b>	-0,078	0,351
Acting out (disa vurma)	0,111	0,180	0,601	<b>p&lt;0,001*</b>	-0,173	<b>0,036*</b>
Isolation (yalıtma)	0,332	<b>p&lt;0,001*</b>	0,208	<b>0,011*</b>	-0,074	0,372
Devaluation (değersizleştirme)	0,193	<b>0,019*</b>	0,563	<b>p&lt;0,001*</b>	-0,211	<b>0,010*</b>
Autistic_fantasy (otistik fantezi)	0,072	0,383	0,356	<b>p&lt;0,001*</b>	-0,004	0,963
Denial (inkar)	-0,066	0,429	0,443	<b>p&lt;0,001*</b>	0,008	0,919
Displacement (yer değiştirme)	0,131	0,113	0,249	<b>0,002*</b>	-0,089	0,284
Dissociation (disosiyasyon)	-0,103	0,215	0,419	<b>p&lt;0,001*</b>	0,236	<b>0,004*</b>
Splitting (bölünme)	0,041	0,620	0,600	<b>p&lt;0,001*</b>	-0,032	0,704
Rationalization (rasyonaliasyon)	-0,198	<b>0,016*</b>	0,353	<b>p&lt;0,001*</b>	0,221	<b>0,007*</b>

### 5.8. Beck depresyon ve anksiyete ölçeği ile sosyodemografik özellikler arasındaki ilişki

Araştırma görevlisi doktorların, Beck anksiyete toplam puanlarının, cinsiyete göre anlamlı bir şekilde farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek üzere Mann Whitney-U testi

sonucunda, kadınlar lehine istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık saptanmıştır ( $p=0.021$ ). Beck depresyon puanları ile cinsiyet arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır (Tablo 9a).

Araştırma görevlisi doktorların, Beck anksiyete ve depresyon toplam puanları ile mesai saatlerinin birbiriyle ilişki gücünü ve anlamlılık düzeyini değerlendirmek için kullanılan Pearson Korelasyon analizi sonucunda, mesai saatleri ile Beck anksiyete ( $p=0.027$ ) ve depresyon (0.005) puanları arasında anlamlı korelasyon tespit edilmiştir (Tablo 9b).

Araştırma görevlisi doktorların; psikotrop ilaç kullanımı, nöbet sayısı, araştırma görevlisi olarak çalıştıkları süre ve bölümü isteyerek tercih edip etmeme değişkenleri ile Beck anksiyete ve depresyon toplam puanları arasında anlamlı fark saptanmamıştır (Tablo 9c, Tablo 9d, Tablo 9e, Tablo 9f).

Tablo 9a. Cinsiyet ile Beck depresyon ve anksiyete toplam puanlarının karşılaştırılması

	Cinsiyet						
	Erkek			Kadın			
	Median	Min	Max	Median	Min	Max	P
Beck Anksiyete toplam	6,50	,00	42,00	10,00	,00	52,00	<b>0,021*</b>
Beck Depresyon toplam	9,00	,00	56,00	10,00	,00	47,00	0,205

Mann-Whitney U test;  $\alpha:0,05$ ; \* Difference is statistically significant

Tablo 9b. Mesai saati süreleri ile Beck depresyon ve anksiyete toplam puanlarının karşılaştırılması

	Mesai saat	
	R	P
Beck Anksiyete toplam	0,183	<b>0,027*</b>
Beck Depresyon toplam	0,229	<b>0,005*</b>

Pearson correlation test; $\alpha:0,05$ ; \* correlation is statistically significant

Tablo 9c. Çalıştığı bölümü isteyerek tercih edenler ile istemeyerek tercih edenlerin Beck depresyon ve anksiyete toplam puanlarının karşılaştırılması

Bölüme isteyerek girme

	Evet			Hayır			P
	Median	Min	Max	Median	Min	Max	
Beck Anksiyete toplam	8,00	,00	52,00	9,00	,00	28,00	0,837
Beck Depresyon toplam	9,00	,00	56,00	13,00	1,00	32,00	0,251

Mann-Whitney U test;  $\alpha:0,05$ ; \* Difference is statistically significant

Tablo 9d. Aylık nöbet sayıları ile Beck depresyon ve anksiyete toplam puanlarının karşılaştırılması

Nöbet

	$\leq 7$			$> 7$			P
	Median	Min	Max	Media n	Min	Max	
Beck Anksiyete toplam	7,00	,00	29,00	8,00	,00	52,00	0,462
Beck Depresyon toplam	9,00	,00	56,00	11,00	,00	38,00	0,265

Mann-Whitney U test;  $\alpha:0,05$ ; \* Difference is statistically significant

Tablo 9e. Araştırma görevlisi doktor olarak çalışılan süre ile Beck depresyon ve anksiyete toplam puanlarının karşılaştırılması

Süre

	$\leq 21$			$> 21$			p
	Median	Min	Max	Median	Min	Max	
Beck Anksiyete toplam	7,00	,00	52,00	8,00	,00	29,00	0,946
Beck Depresyon toplam	9,00	,00	38,00	10,00	,00	56,00	0,346

Mann-Whitney U test;  $\alpha:0,05$ ; \* Difference is statistically significant

Table 9f. Psikotrop ilaç kullanımı ile Beck depresyon ve anksiyete toplam puanlarının karşılaştırılması

Pskiyatrik ilaç kullanımı

	Evet			Hayır			P
	Media	Min	Max	Media	Min	Max	
Beck Anksiyete toplam	11,00	3,00	15,00	8,00	,00	52,00	0,494
Beck Depresyon toplam	12,00	1,00	31,00	9,00	,00	56,00	0,956

Mann-Whitney U test;  $\alpha:0,05$ ; \* Difference is statistically significant

### 5.9. Savunma mekanizmaları ile sosyodemografik özellikler arasındaki ilişki

SBT-40 ana ve alt boyutlarından almış oldukları puanların, cinsiyete göre anlamlı bir şekilde farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek üzere Mann Whitney-U testi sonucunda, baskılama ( $p=0.003$ ) ve otistik fantezi ( $p=0.030$ ) alt başlıklarının erkek cinsiyeti lehine istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığı saptanırken, karşıt tepki geliştirme ( $p=0.014$ ) ve bedenselleştirme ( $p=0.014$ ) alt başlıklarının kadın cinsiyeti lehine istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığı saptanmıştır (Tablo 10a).

Araştırma görevlisi doktorların, SBT-40 ana ve alt boyutlarından almış oldukları puanların, bölüme isteyerek girme değişkenine göre anlamlı bir şekilde farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek üzere Mann Whitney-U testi sonucunda, yansıtma ( $p=0.010$ ) ve bedenselleştirme ( $p=0.042$ ) alt başlıklarının bölüme isteyerek girmediğini ifade eden bireyler lehine istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığı saptanmıştır (Tablo 10b).

Araştırma görevlisi doktorların, SBT-40 ana ve alt boyutlarından almış oldukları puanların, psikotrop ilaç kullanımına göre anlamlı bir şekilde farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek üzere Mann Whitney-U testi sonucunda, nevrotik savunma mekanizmaları ana başlığı ( $p=0.012$ ) ile yüceltme ( $p=0.040$ ) ve karşıt tepki geliştirme ( $p=0.017$ ) alt başlıklarının psikotrop ilaç kullanımı lehine istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık saptanmıştır (Tablo 10c).

Tablo 10a. Cinsiyet ile savunma biçimleri testinin ana ve alt boyutlarının karşılaştırılması

	Erkek			Kadın			P
	Median	Min	Max	Median	Min	Max	
<b>Matür savunma mekanizmaları</b>	5,69	3,13	7,63	5,50	2,63	8,38	0,233
Sublimation yüceltme	5,50	1,50	8,50	5,00	1,00	8,50	0,591
Humor mizah	5,50	2,00	9,00	5,00	1,00	9,00	0,981
Anticipation beklenti	6,50	3,50	9,00	6,00	2,00	9,00	0,709
Suppression baskılama	5,50	1,50	8,50	4,50	1,50	9,00	<b>0,003*</b>
<b>Nevrotik savunma mekanizmaları</b>	4,69	2,38	7,25	4,88	2,75	8,00	0,361
Undoing yapma bozma	5,00	1,00	8,00	5,00	1,00	8,50	0,672
Pseudo altruism psodo altruizm	6,50	2,50	9,00	6,50	3,00	9,00	0,587
Idealization idealleştirme	4,00	1,00	9,00	4,00	1,00	8,50	0,516
Reaction formation karsit tepki geliştirme	4,00	1,00	7,50	5,00	1,50	8,50	<b>0,014*</b>
<b>İmmatür savunma mekanizmaları</b>	4,33	1,96	7,13	4,13	1,88	6,17	0,146
Projection yansıtma	4,00	1,00	9,00	4,50	1,00	9,00	0,298
Passive aggression pasif saldırganlık	4,00	1,00	9,00	3,50	1,00	8,50	0,171
Acting out disa vurma	4,25	1,00	9,00	4,00	1,00	9,00	0,411
Isolation yalıtma	5,00	1,00	9,00	4,50	1,00	9,00	0,081
Devaluation değersizleştirme	4,00	1,00	8,50	3,00	1,00	9,00	0,123
Autistic fantasy otistik fantezi	5,00	1,00	9,00	3,50	1,00	9,00	<b>0,030*</b>
Denial inkar	4,00	1,00	7,50	3,50	1,00	8,50	0,105
Displacement yer değiştirme	3,50	1,00	9,00	4,00	1,00	8,00	0,459
Dissociation disosiyasyon	4,00	1,00	7,50	3,50	1,00	7,00	0,099
Splitting bölünme	3,75	1,00	9,00	3,50	1,00	9,00	0,331
Rationalization rasyonaliasyon	5,50	1,00	9,00	5,00	2,00	9,00	0,205
Somatization bedenselleştirme	5,00	1,00	9,00	6,00	1,00	9,00	<b>0,014*</b>

Mann-Whitney U test;  $\alpha:0,05$ ; \* Difference is statistically significant

Tablo 10b. Çalıştığı bölümü isteyerek tercih edenler ile istemeyerek tercih edenlerin Savunma biçimleri testi ana ve alt boyutlarının karşılaştırılması

Bölüme isteyerek gelme

	Evet			Hayır			P
	Median	Min	Max	Median	Min	Max	
<b>Matür savunma mekanizmaları</b>	5,63	2,63	8,38	5,38	3,38	7,13	0,317
Sublimation yüceltme	5,00	1,00	8,50	6,00	1,50	7,00	0,954
Humor mizah	5,50	1,00	9,00	5,00	3,00	8,00	0,842
Anticipation beklenti	6,50	2,00	9,00	6,00	3,00	9,00	0,518
Suppression baskılama	5,00	1,50	9,00	4,50	2,00	6,50	0,079
<b>Nevrotik savunma mekanizmaları</b>	4,88	2,38	7,25	4,63	2,63	8,00	0,831
Undoing yapma bozma	5,00	1,00	8,50	5,00	1,00	8,00	0,596
Pseudo altruism psodo altruizm	6,50	2,50	9,00	7,00	4,00	8,50	0,319
Idealization idealleştirme	4,00	1,00	9,00	4,00	1,00	8,50	0,790
Reaction formation karsit tepki geliştirme	4,50	1,00	7,50	5,00	1,50	8,50	0,135
<b>İmmatür savunma mekanizmaları</b>	4,17	1,88	6,92	4,33	2,58	7,13	0,725
Projection yansıtma	4,00	1,00	9,00	5,50	2,00	8,50	<b>0,010*</b>
Passive aggression pasif saldırganlık	4,00	1,00	9,00	4,00	1,00	8,50	0,747
Acting out disa vurma	4,00	1,00	9,00	4,50	1,00	9,00	0,761
Isolation yalıtma	5,50	1,00	9,00	4,50	1,00	7,50	0,790
Devaluation değersizleştirme	3,50	1,00	9,00	3,00	1,00	8,50	0,737
Autistic fantasy otistik fantezi	4,00	1,00	9,00	4,00	1,00	9,00	0,826
Denial inkar	3,75	1,00	8,50	3,00	1,00	7,50	0,301
Displacement yer degistirme	3,50	1,00	8,00	4,50	2,50	9,00	0,060
Dissociation disosiyasyon	4,00	1,00	7,50	3,00	1,00	5,50	0,075
Splitting bölünme	3,50	1,00	9,00	3,50	1,00	7,00	0,984
Rationalization rasyonaliasyon	5,50	1,00	9,00	5,00	2,50	8,00	0,516
Somatization bedenselleştirme	5,00	1,00	9,00	6,50	2,50	9,00	<b>0,042*</b>

Mann-Whitney U test;  $\alpha:0,05$ ; \* Difference is statistically significant

Tablo 10c. İlaç kullananlar ve kullanmayanların Savunma biçimleri testi ana ve alt boyutlarına göre karşılaştırılması

Pskiyatrik ilaç kullanımı

	Evet			Hayır			P
	Median	Min	Max	Median	Min	Max	
<b>Matür savunma mekanizmaları</b>	6,25	3,63	7,25	5,56	2,63	8,38	0,312
Sublimation yüceltme	6,50	4,50	8,50	5,00	1,00	8,50	<b>0,040</b> *
Humor mizah	6,50	4,50	8,00	5,25	1,00	9,00	0,302
Anticipation beklenti	6,50	3,00	8,50	6,50	2,00	9,00	0,837
Suppression baskılama	5,00	2,50	5,00	5,00	1,50	9,00	0,255
<b>Nevrotik savunma mekanizmaları</b>	5,88	4,75	6,75	4,88	2,38	8,00	<b>0,012</b>
Undoing yapma bozma	6,50	3,50	7,50	5,00	1,00	8,50	0,052
Pseudo altruizm psodo altruizm	7,50	6,50	8,00	6,50	2,50	9,00	0,067
Idealization idealleştirme	4,50	1,50	8,50	4,00	1,00	9,00	0,544
Reaction formation karsit tepki geliştirme	5,50	4,50	7,00	4,50	1,00	8,50	<b>0,017</b> *
<b>İmmatür savunma mekanizmaları</b>	4,63	3,38	6,17	4,17	1,88	7,13	0,151
Projection yansıtma	5,00	2,00	7,50	4,00	1,00	9,00	0,419
Passive aggression pasif saldırganlık	5,00	1,00	5,50	4,00	1,00	9,00	0,171
Acting out dışa vurma	4,50	4,00	9,00	4,00	1,00	9,00	0,220
Isolation yalıtma	5,00	2,00	6,50	5,00	1,00	9,00	0,671
Devaluation değersizleştirme	3,50	2,50	5,00	3,50	1,00	9,00	0,770
Autistic fantasy otistik fantezi	6,00	2,00	9,00	4,00	1,00	9,00	0,203
Denial inkar	5,00	1,50	5,50	3,50	1,00	8,50	0,430
Displacement yer değiştirme	4,00	2,00	8,00	3,75	1,00	9,00	0,298
Dissociation disosiyasyon	4,00	2,50	6,50	3,50	1,00	7,50	0,708
Splitting bölünme	5,00	2,50	7,00	3,25	1,00	9,00	0,099
Rationalization rasyonaliyasyon	7,00	4,00	8,00	5,50	1,00	9,00	0,172
Somatization bedenselleştirme	6,00	1,50	8,50	5,25	1,00	9,00	0,927

Mann-Whitney U test;  $\alpha:0,05$ ; \* Difference is statistically significant



### 5.10. Savunma mekanizmaları ile anksiyete ve depresyon arasındaki ilişki

Araştırma görevlisi doktorların, Beck anksiyete puanları ile Savunma biçimleri testi ana ve alt boyut skorlarının birbiriyle ilişki gücünü ve anlamlılık düzeyini değerlendirmek için kullanılan, Pearson Korelasyon analizi sonucunda; bedenselleştirme ( $r=0.388$ ;  $p<0.001$ ), yer değiştirme ( $r=0.170$ ;  $p=0.039$ ), değersizleştirme ( $r=0.179$ ;  $p=0.030$ ), yansıtma ( $r=0.240$ ;  $p=0.003$ ) ve yapma bozma ( $r=0.224$ ;  $p=0.006$ ) ile Beck anksiyete puanları arasında anlamlı korelasyon tespit edilmiştir (Tablo 11).

Araştırma görevlisi doktorların, Beck depresyon puanları ile Savunma biçimleri testi ana ve alt boyut skorlarının birbiriyle ilişki gücünü ve anlamlılık düzeyini değerlendirmek için kullanılan Pearson Korelasyon analizi sonucunda, matür savunma mekanizmaları ana başlığı ile Beck depresyon puanları arasında negatif yönde anlamlı korelasyon tespit edilmiştir ( $r=-0.250$ ;  $p=0.002$ ). Matür savunma mekanizmaları alt başlıklarından; yüceltme ( $r=-0.176$ ;  $p=0.033$ ) ve beklenti ( $r=-0.244$ ;  $p=0.003$ ) ile Beck depresyon puanları arasında negatif yönde anlamlı korelasyon tespit edilmiştir. İmmatür savunma mekanizmaları alt başlıklarından; yansıtma ( $r=0.349$ ;  $p<0.001$ ), yalıtma ( $r=0.182$ ;  $p=0.027$ ), değersizleştirme ( $r=0.203$ ;  $p=0.014$ ), yer değiştirme ( $r=0.305$ ;  $p<0.001$ ), bölünme ( $r=0.245$ ;  $p=0.003$ ) ve bedenselleştirme ( $r=0.277$ ;  $p=0.001$ ) ile Beck depresyon puanları arasında anlamlı korelasyon tespit edilmiştir.

Tablo 11. Beck depresyon ve anksiyete puanları ile savunma biçimleri testi alt boyutları arasındaki korelasyonlar

	Beck Anksiyete		Beck Depresyon	
	R	P	R	P
<b>Matür savunma mekanizmaları</b>	-0,138	0,095	-0,250	<b>-0,002*</b>
Sublimation (yüceltme)	-0,106	0,201	-0,176	<b>0,033*</b>
Humor (mizah)	0,014	0,864	-0,081	0,331
Anticipation (beklenti)	-0,094	0,257	-0,244	<b>0,003*</b>
Suppression (baskılama)	-0,064	0,440	-0,091	0,272
<b>Nevrotik savunma mekanizmaları</b>	0,022	0,793	0,090	0,280
Undoing (yapma bozma)	0,224	<b>0,006*</b>	0,120	0,148
Pseudo altruism (psodo altruizm)	-0,046	0,577	-0,025	0,762
Idealization (idealleştirme)	0,068	0,415	0,115	0,164
Reaction formation (karsit_tepki geliştirme)	0,041	0,624	0,051	0,542
<b>İmmatür savunma mekanizmaları</b>	0,064	0,441	0,134	0,105
Projection (yansıtma)	0,240	<b>0,003*</b>	0,349	<b>p&lt;0,001*</b>
Passive aggression (pasif saldırganlık)	0,068	0,415	0,073	0,379
Acting out (dışa vurma)	0,011	0,892	0,153	0,064
Isolation (yalıtma)	0,095	0,252	0,182	<b>0,027*</b>
Devaluation (değersizleştirme)	0,179	<b>0,030*</b>	0,203	<b>0,014*</b>
Autistic_fantasy (otistik fantezi)	0,116	0,163	0,145	0,081
Denial (inkar)	-0,028	0,734	0,016	0,843
Displacement (yer değiştirme)	0,170	<b>0,039*</b>	0,305	<b>p&lt;0,001*</b>
Dissociation (disosiyasyon)	-0,093	0,264	-0,058	0,485
Splitting (bölünme)	0,115	0,166	0,245	<b>0,003*</b>
Rationalization (rasyonaliasyon)	-00,083	0,320	-0,152	0,067
Somatization (bedenselleştirme)	0,388	<b>p&lt;0,001</b> *	0,277	<b>0,001*</b>

Pearson Correlation Test;  $\alpha:0,05$ ; \*Correlation is statistically significant

## 6. TARTIŞMA

Türkiye’de ve yurt dışında doktorların ve diğer sağlık çalışanlarının tükenmişlik düzeylerini inceleyen çalışmalar bulunmaktadır[56, 113, 114]. Literatürde, mevcut yapılan çalışmalarda sosyodemografik özellikler ve diğer değişkenler ile tükenmişlik arasındaki ilişki incelenmiştir. Yaş, cinsiyet, iş yoğunluğu, çalışma koşulları, çalışma ortamında kişiler arası düşük iletişim, tedavinin fayda etmediği düşüncesi, ölmek üzere olan hastalara tedavi verme gibi değişkenlerin tükenmişlik gelişiminde öncü olduğu daha önce çalışmalarda gösterilmiştir[1]. Bununla birlikte literatür taramalarında, araştırma görevlisi doktorlarda tükenmişlik ve savunma mekanizmaları arasındaki ilişki ile ilgili çalışma bulunmamaktadır. Araştırma görevlisi doktorlarda, tükenmişlik düzeyi ve etkileyen faktörler ile ilgili çalışmamızda temel amaçlarımızdan biride tükenmişlik düzeyleri ile savunma mekanizmaları arasındaki ilişkiyi göstererek literatüre katkı sağlamaktır.

Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi’nde araştırma görevlisi doktor olarak çalışan hekimlerin, tükenmişlik düzeylerinin saptanması ve etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi amacıyla yapılan araştırmaya katılan hekimlerin aldıkları MTÖ-DT ortanca puanı 20 (en düşük 4, en yüksek 36); MTÖ-D ortanca puanı 7 (en düşük 0, en yüksek 17) ve MTÖ-KB ortanca puanı 21 (en düşük 8, en yüksek 32) olarak bulunmuştur. Çalışmamız duygusal tükenmenin, tükenmişlik sendromunun merkezinde olduğu ve en çok gözlenen boyutu olduğu teorisini desteklemektedir[18]. İngiltere’de yapılan çalışmada gösterilen modelde, duygusal tükenme ile stresin kısır döngü şeklinde birbirlerini olumsuz etkilediği, kişisel başarı hissindeki olumsuzluğun yine stresi artırdığı ancak duyarsızlaşmanın stresi azalttığı belirtilmiştir[115]. Çalışmalar doktorların işinden tatmin olması ile hastaların memnuniyeti arasında pozitif ilişki olduğunu göstermiştir[116]. Tükenmişlik sendromu yaşayan doktorlar, iş yükünün fazla olduğunu, işteki veriminin ve başarısının düşük olduğunu düşünmekte, bunun neticesinde hastalara olumsuz davranışlar sergileyebilmektedir.

Türkiye’de ve dünyada doktorlarda tükenmişlik düzeyini ölçmek için başka çalışmalarda yapılmıştır. Konya’da araştırma görevlisi doktorlar ve öğretim üyeleri arasında yapılan bir çalışmada araştırma görevlisi doktorların, ortalama ölçek puanları sırasıyla; MTÖ-DT 19.02±7.34, MTÖ-D 7.54±4.00 ve MTÖ-KB 18.70±4.23 olarak bulunmuş[114]. Aslan ve arkadaşlarının yaptığı hekimlerde tükenmişlik sendromunu inceleyen, uzman doktor ve pratisyen doktorlarda yapılan çalışmada MTÖ-DT, MTÖ-D, MTÖ-KB puan ortalamaları sırasıyla; 16, 5, 22 olarak bulunmuş[113]. Bizim çalışmamızda araştırma görevlisi doktorların, uzman doktor ve pratisyen doktora göre daha yüksek duygusal tükenme

düzeylerine sahip olduğu bulundu. Bu sonuç araştırma görevlisi doktorların gece vardiyasında daha fazla görevlendirilmesi ve nispeten mesleki hayatlarında daha deneyimsiz olmalarından kaynaklanabilir.

Doktorlarda tükenmişlik seviyeleri ülkelere göre farklılık göstermektedir. En düşük tükenmişlik puanları, Avrupa ülkelerinde gözlenirken en yüksek tükenmişlik puanları; Kuzey Amerika, Japonya ve Tayvan'da gözlenmiştir[18]. Avrupa'daki aile hekimlerinde yapılan çalışmada, çalışmaya katılan hekimlerin ortalama MTÖ-DT puanları 24 (0-54 arası puanlama), ortalama MTÖ-D puanları 7 (0-30 arası puanlama), ortalama MTÖ-KB puanları 37 (0-48 arası puanlama) olarak bulunmuş. Çalışmaya katılan hekimlerin ise %12'sinde tüm ölçek alt puanlarında yüksek tükenmişlik düzeyleri gözlenmiştir[117]. İngiltere'de randomize seçilen 800 doktorda yapılan bir çalışmada, eşit sayıda kadın ve erkek doktor seçilmiş, seçilen doktorların yarısı aile hekimi yarısı hastanede çalışan doktor olarak belirlenmiş. Çalışmaya katılan hekimlerin ortalama MTÖ-DT puanları 19.6 (0-54 arası puanlama), ortalama MTÖ-D puanları 9.3 (0-30 arası puanlama), ortalama MTÖ-KB puanları 40.3 (0-48 arası puanlama) olarak bulunmuş[115]. Almanya'da 40 yaş altı 2357 doktorda yapılan çalışmada, çalışmaya katılan hekimlerin ortalama MTÖ-DT puanları 21.3 (0-54 arası puanlama), ortalama MTÖ-D puanları 9.9 (0-30 arası puanlama), ortalama MTÖ-KB puanları 36.3 (0-48 arası puanlama) olarak gözlenmiş ve çalışmaya katılan hekimlerin %11'inde tüm ölçek alt puanlarında yüksek tükenmişlik düzeyleri gözlenirken, çalışmaya katılanların %35'inde herhangi bir ölçek alt puanında yüksek tükenmişlik düzeyine rastlanmamıştır[118]. Türkiye'de uygulanan MTÖ ölçeğinde, kesim noktası uygulanmadığı için bizim çalışmamızda tükenmişlik ile ilgili oransal değer verilmemiştir. Bizim çalışmamızdaki sonuçların, Avrupa'da yapılan çalışmalara göre MTÖ alt boyutları olan duygusal tükenmişlik, kişisel başarı ve duyarsızlaşma puanları açısından daha yüksek değerlere sahip olduğu söylenebilir. Avrupa'da haftalık mesai saatlerinin üst sınırlarının belirlenmesi, doktor hasta oranının yeterli olması iş yükünü hafifletmekte ve tükenmişlik riskini azaltmaktadır. Çalışmamıza katılan araştırma görevlisi doktorların, mesai saatleri ve nöbet sayıları göz önüne alınırsa iş yükünün fazla olduğu söylenebilir. Çalışma koşullarındaki bu değişkenler Avrupa'da gözlenen tükenmişlik değerlerinin neden daha düşük olduğunu açıklamaktadır.

Bizim çalışmamızda, MTÖ alt boyutları ile cinsiyet değişkeni karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı farklılık olmadığı gözlenmiştir. Ancak literatürde yer alan bilgilere göre kadınların duygusal tükenmişlik puanları erkeklere göre daha yüksektir. Purvanova ve arkadaşlarının yaptığı meta analiz çalışmasında; erkeklerin duyarsızlaşma puanları daha yüksek bulunurken, kadınların duygusal tükenme puanları daha yüksek bulunmuştur.

Purvanova ve arkadaşları, tükenmişlik yaşayan kadınların ana semptom olarak duygusal tükenmeyi, erkeklerin ise ana semptom olarak duyarsızlaşmayı gösterdiklerini öne sürmüşlerdir[119]. Almanya’da yapılan bir çalışmada yine erkeklerin daha fazla duyarsızlaşma puanlarına sahip olduğu gözlenmiştir[118]. Bununla birlikte cinsiyet ile tükenmişliğin alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilemeyen çalışmalarda mevcuttur[120-122].

Bizim çalışmamızda; MTÖ alt boyutları ile yaş değişkeni karşılaştırıldığında anlamlı farklılık gözlenmemiştir. Literatürde yer alan bilgilere göre yaş ile tükenmişlik arasında negatif yönde ilişki vardır. Doktorların mesleklerinin başlangıç yıllarında tükenmişlik sendromuna yakalanma riskleri daha fazladır[18]. Aslan ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, yaş arttıkça duyarsızlaşma puanlarının azaldığını gösterilmiştir[113]. Çin’de 457 doktor ile yapılan bir çalışmada 35 yaş altındaki doktorların 45 yaş üstü doktorlara göre anlamlı oranda tükenmişlik düzeylerinin fazla olduğu gösterilmiştir. Yine yaşın artması ile tükenmişlik düzeylerinin azaldığı ile ilgili yapılan başka çalışmalarda mevcuttur[123]. Yaş ile ilgili önceki bulgular genç doktorların yeterince iş tecrübesine sahip olmamalarına ve gece nöbetlerinde genç hekimlerin daha fazla görevlendirilmesinden kaynaklanabilir. Bununla birlikte bizim çalışmamızda çıkan sonuçla uyumlu olarak, yaş değişkeni ile tükenmişlik düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmeyen çalışmalarda mevcuttur[120, 121]. Yaş değişkeni ile tükenmişlik düzeyleri arasında ilişki saptanmayan çalışmalarda, çalışmaya katılanların yaş aralığının daha dar olduğu görülmektedir. Bizim çalışmamızda sadece araştırma görevlisi doktorların değerlendirilmesinden dolayı, yaş aralığı geniş değildir. Bu yüzden, çalışmamızda yaş değişkeni ile tükenmişlik arasında ilişki bulunmadığı söylenebilir.

Çalışmamıza katılan araştırma görevlisi doktorların, mesai saatlerinin fazla olması ile MTÖ-DT puanları arasında pozitif yönde anlamlı korelasyon gösterilmiştir. Çalışmamızda aynı zamanda iş yoğunluğu ile ilgili nöbet sayısı 7 ve altı, 8 ve üzeri şeklinde 2 gruba ayrıldığında, nöbet sayısı fazla olan grubun MTÖ-DT puanlarının yüksek olduğu gösterilmiştir. Çalışma saatlerinin fazla ve nöbetli çalışma koşulların olduğu hastanelerde tükenmişlik ile ilgili çalışmalar mevcuttur. Uzun çalışma saatleri ve nöbetli çalışma ortamlarında iş yoğunluğunun fazla olduğu ve bu koşullarda tükenmişliğin arttığı bildirilmiştir[124]. Doktorlarda; yaş, cinsiyet uzmanlık dalı gibi değişkenlerin daha önce tükenmişlik ile ilişkisi gösterilmiştir. Ancak tükenmişlik gelişmesine neden olan en önemli sebepler olarak, uzun mesai saatleri ve vardiyalı çalışma koşulları öne sürülmüştür[125]. Bizim çalışmamızda elde ettiğimiz verilerde literatür bilgilerini desteklemektedir. Almanya’da yapılan bir çalışmada, iş yoğunluğu fazla olan doktorların duygusal tükenme

puanlarının anlamlı oranda yüksek olduğu gösterilmiştir[118]. Fransa’da yapılan bir çalışmada, ekip çalışması olarak ortamı iyi olmayan doktorların tükenmişlik düzeylerinin daha fazla olduğu gösterilmiştir[126]. Yeterince iyi etik standartlara sahip olmadığına inanan doktor ve hemşirelerin duyarsızlaşma ve duygusal tükenme puanları daha yüksek gözlenirken, kişisel başarı puanları daha düşük bulunmuş. Mesleki tatmini düşük olan bireylerin tükenmişlik puanları daha yüksek gözlenmiştir[8]. Bazı ülkelerde fazla çalışma saatleri ücretlendirme, bazı ülkelerde ise dinlendirme ile telafi edilmektedir. Buna rağmen belirlenen süreyi aşan mesai saatleri sınırlandırılmaktadır. Türkiye’de birçok hastanede araştırma görevlisi doktorların mesai saatleri ve gece nöbet sayıları sınırlandırılmamaktadır. Araştırma görevlisi olarak çalışılan branşlara göre nöbet sayısı değişmekte buda mesai saatlerini etkilemektedir. Branşlardaki bu farklılıklardan dolayı çalışmamıza katılan hekimlerin haftalık mesai saatlerinin ve nöbet sayılarının geniş aralıkta olduğu söylenebilir. Bu sebepten dolayı çalışmamız iş yoğunluğu ile tükenmişlik düzeylerini değerlendirmek için oldukça elverişlidir. Çalışmamızda mesai saatlerinin, nöbet sayılarının fazla olması ve neticesinde iş yoğunluğunun artması literatürle uyumlu olarak yüksek duygusal tükenme puanları ile ilişkili gösterilmiştir.

Çalışmamızda, araştırma görevlisi doktorlar çalıştığı bölüme isteyerek giren ve istemeden giren şeklinde iki gruba ayrılmıştır. Böyle bir ayırım yapılmasının sebebi; Türkiye’de tıp eğitimi sonrası girilen tıpta uzmanlık sınavında bazı bölümlerde uzmanlık eğitimi daha çok tercih edilmekte ve doktorların istediği bölüme girmesi zorlaşmaktadır. Bunun neticesinde uzman olmak isteyen doktorların bazıları girmek istediği bölüm yerine puanı ile yerleşebileceği bölümü tercih etmektedir. Bizim çalışmamızda çalıştığı bölüme istemeyerek giren doktorların duygusal tükenme puanları anlamlı bir şekilde yüksek bulunmuştur. Çalışmalarda bizim çalışmamızla uyumlu olarak, çalıştığı bölüm dışında başka bir bölümde ihtisas yapmayı isteyen doktorların tükenmişlik düzeylerinin yüksek olduğu gözlenmiştir[114, 127].

Çalışmamızda araştırma görevlisi doktorların, psikotrop ilaç kullanımı ile MTÖ alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır. Yapılan başka bir çalışmada ruhsal bir hastalığı olan bireylerin duygusal tükenme ve duyarsızlaşma düzeylerinin daha yüksek olduğunu göstermiştir[114]. Çalışmamızda araştırma görevlisi doktor olarak çalışılan süre ile MTÖ alt boyutları arasında ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Çalışmamızda; Beck depresyon ölçeğinin kesme puan uygulanarak değerlendirilmesi neticesinde 31 (%21.1) doktora depresyon olduğu görülmüştür. Çalışmamıza katılan doktorların cinsiyetine göre depresyon oranlarına bakıldığında, kadın doktorların depresyon

oranları daha fazla görülmekle birlikte sonuçlar istatistiksel olarak anlamlı değildir. Literatürde bizim çalışmamızla benzer, daha yüksek veya daha düşük oranlara sahip çalışmalar bulunmaktadır. Avusturya'da 5897 doktorda yapılan bir çalışmada çalışmaya katılan doktorların %10.3'ünde depresyon olduğu gözlenmiştir[128]. Yine farklı çalışmalarda hastanede çalışan doktorlarda gözlenen depresyon prevalansı %19-29 arasında bulunmuş[129-132]. Çalışmamızda Beck depresyon ölçeği toplam puanları ile mesai saatleri arasındaki ilişkiyi göstermek için yapılan korelasyon testi sonucunda pozitif korelasyon tespit edilmiştir. Bizim çalışmamızla uyumlu olarak, Hırvatistan'da 459 doktorda yapılan çalışmada iş stresi ile tükenmişlik ve depresyon arasında pozitif ilişki gösterilmiştir[133]. Çalışmamızda Beck depresyon ölçeği toplam puanları ile MTÖ alt boyutları arasında yapılan korelasyon testi neticesinde MTÖ-DT ile Beck depresyon ölçeği arasında istatistiksel olarak orta derecede anlamlı pozitif yönde korelasyon bulunmuştur. Depresyon ve tükenmişlik arasındaki ilişkiyi değerlendirmek için daha önce yapılan çalışmalarda, depresyon ve tükenmişlik arasında güçlü pozitif korelasyon olduğu ve major depresyon görülme riskinin tükenmişlik yaşayan bireylerde daha fazla olduğu bildirilmiştir[128, 134, 135].

Çalışmamıza katılan doktorların Beck anksiyete ölçeğinin kesme puanı uygulanarak değerlendirilmesi neticesinde 29 (%19.7) doktorda anksiyete olduğu görülmüştür. Çalışmamıza katılan doktorların, Beck anksiyete toplam puanlarının, cinsiyete göre anlamlı bir şekilde farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek için yapılan test sonucunda, kadınlar lehine istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Bizim çalışmamızda elde ettiğimiz oranların daha önce yapılan çalışmalara göre daha düşük olduğu söylenebilir. Hollanda'da yapılan bir çalışmada anksiyete semptomları gözlenen doktor prevalansı (%24) olarak bulunmuş[136]. Çin'de 1274 doktor üzerinde yapılan başka bir çalışmada anksiyete semptomlarının görülme prevalansı %31 olarak bulunmuş[137]. Çalışmamızda Beck anksiyete ölçeği toplam puanları ile mesai saatleri arasındaki ilişkiyi göstermek için yapılan korelasyon testi sonucunda pozitif korelasyon tespit edilmiştir. Çalışmamızda aynı zamanda mesai saatleri ile Beck depresyon ölçeği ve MTÖ-DT arasında da pozitif korelasyon olduğu bulunmuştu. Bu sonuçlar, sağlık çalışanlarının ruhsal sağlığı ve dolayısıyla hasta sağlığı için çalışma saatlerinin sınırlandırılması gerekliliğini göstermektedir. Çalışmamızda Beck anksiyete ölçeği toplam puanları ile MTÖ alt boyutları arasında yapılan korelasyon testi neticesinde MTÖ-DT ile Beck anksiyete ölçeği arasında istatistiksel olarak düşük orta derecede pozitif yönde anlamlı korelasyon bulunmuştur. Anksiyete ve tükenmişlik arasındaki ilişkiyi değerlendirmek için daha önce yapılan çalışmalarda, anksiyete ve tükenmişlik arasında güçlü pozitif korelasyon olduğu bildirilmiştir[137, 138]. Tükenmişlik sendromu yaşayan doktorlar,

anksiyete belirtilerinin ortaya çıkmasına daha eğilimlidirler. Çalışma hayatında aktif bireylerin anksiyete belirtileri değerlendirilirken, altta yatan bir tükenmişlik sendromu olabileceği akılda tutulmalıdır.

Çalışmamıza katılan araştırma görevlisi doktorların savunma mekanizmalarının ana boyutlarına bakıldığında matür savunma mekanizma puanlarının (ortanca 5.63, en düşük 2.63, en yüksek 8,38) diğerlerine oranla daha yüksek olduğu gözlenmiştir. Matür savunma mekanizmaları psikolojik dengenin korunmasına yardımcı olur, matür savunma mekanizmalarına sahip bireyler karşılaştıkları problemlerle daha kolay başa çıkabilirler ve bunun neticesinde yaşam kalitesi iyileşir[139]. Matür savunma mekanizma puanları yüksek olan bir meslek grubunda, duygusal tükenme puanlarının yüksek olmasının çalışma koşullarının yeterince iyi olmamasından kaynaklandığı söylenebilir. Nevrotik savunma mekanizma puanlarının, (ortanca 4.88, en düşük 2.38, en yüksek 8) immatür savunma mekanizma puanlarına oranla daha yüksek olduğu, immatür savunma mekanizma puanlarının (ortanca 4.21, en düşük 1.88, en yüksek 7.13) ise diğerlerine oranla daha düşük olduğu gözlenmiştir. Çalışmamızda savunma mekanizmalarının alt başlıklarına bakıldığında ise beklenti (ortanca 6.50, en düşük 2.00, en yüksek 9.00) ve psödo altruizmin (ortanca 6.50, en düşük 2.50, en yüksek 9.00) en yüksek puanlara sahip olduğu gözlenmiştir. Çalışmalarda bizim çalışmamızla uyumlu olarak, doktorların genellikle matür savunma mekanizmalarını kullandığı gözlemlenirken bunun yanında farklı sonuçlarda bulunmaktadır.

Brezilya'da 198 doktor üzerinde yapılan bir çalışmada; matür savunma mekanizması ortalama puanı 5.6, nevrotik savunma mekanizmaları ortalama puanı 4.1 ve immatür savunma mekanizmaları ortalama puanı 3.3 olarak bulunmuş. Çalışmada matür savunma mekanizmalarından anticipation(beklenti) en yüksek puan ortalamasına sahip alt başlık olurken, immatür savunma mekanizmalarından ise acting out (dışa vurma) ve splitting (bölünme) en yüksek puanlara sahip mekanizmalar olarak gözlenmiş[139]. Yine genç 104 psikiyatri doktoru üzerinde yapılan başka bir çalışmada, katılımcıların çoğunlukla matür savunma mekanizmalarını kullandıkları bu mekanizmalar içerisinde de özellikle mizah ve beklenti mekanizmalarını kullandığı gösterilmiş[140]. Pakistan'da 409 tıp öğrencisinde yapılan bir çalışmada, matür savunma mekanizma ortalaması 5.6, nevrotik savunma mekanizma ortalaması 5.8, immatür savunma mekanizma ortalaması 5.0 olarak bulunmuş[141]. Bizim çalışmamızda da literatür ile uyumlu olarak katılımcı doktorların matür savunma mekanizma puanları daha yüksek bulunmuştur. Yine literatürle uyumlu olarak, matür savunma mekanizmalarından beklenti puanları yüksek bulunurken, farklı olarak immatür savunma mekanizmalarından psödo altruizm puanları yüksek bulunmuştur.



Çalışmamızda araştırma görevlisi doktorların, savunma biçimleri testi ile Maslach tükenmişlik ölçeği alt boyut skorlarının birbiriyle ilişkisini değerlendirmek için yapılan analiz sonucunda matür savunma mekanizmaları ile Maslach kişisel başarı alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı korelasyon saptanmıştır. İmmatür savunma mekanizmaları ile Maslach duygusal tükenme alt boyutu puanları arasında anlamlı korelasyon tespit edilirken, Maslach duyarsızlaşma puanları arasında orta derecede anlamlı korelasyon tespit edilmiştir. Nevrotik savunma mekanizmaları ile Maslach tükenmişlik ölçeği alt boyut skorları arasında anlamlı korelasyon saptanmamıştır. Matür savunma mekanizmalarına sahip bireyler yapması gereken işlevlere daha kolay uyum sağlamaktadır[142]. Matür savunma mekanizmaları, psikolojik dengenin korunmasına yardımcı olur, matür savunma mekanizmalarına sahip bireyler karşılaştıkları problemlerle daha kolay başa çıkabilirler ve bunun neticesinde yaşam kalitesi iyileşir[139]. Çalışmamızda matür savunma mekanizmaları ile kişisel başarı hissi arasında pozitif korelasyon, immatür savunma mekanizmaları ile duygusal tükenme ve duyarsızlaşma arasında yine pozitif korelasyon görülmesi; matür savunma mekanizmalarının tükenmişliğe karşı belirli oranda direnç gösterdiğini, immatür savunma mekanizmalarının ise tükenmişlik gelişmesine karşı kırılabilir bir yapı olduğunu düşündürmektedir.

Literatürde çoğunlukla hemşirelerde olmak üzere sağlık çalışanlarında savunma mekanizmaları ile tükenmişlik sendromu arasındaki ilişkiyi değerlendiren sınırlı sayıda çalışma mevcuttur. Yunanistan'da hemşireler ve doktorlar üzerinde yapılan bir çalışmada psikotik ve nevrotik özellikler ile duygusal tükenme ve duyarsızlaşma arasında pozitif ilişki gözlenirken, dışadönük özellik gösteren bireyler ile duygusal tükenmişlik ve duyarsızlaşma arasında negatif ilişki gözlenmiştir[8]. Reagan ve arkadaşlarının yoğun bakım hemşirelerinde yaptığı çalışmada yüceltme, mizah, beklenti ve baskılama gibi matür savunma mekanizmalarını kullanan hemşirelerde düşük tükenmişlik puanları gözlenirken, immatür savunma mekanizmalarını (yalıtma, inkâr, yansıtma ve bedenselleştirme) kullanan ve nevrotik özellikler gösteren hemşirelerde tükenmişlik puanlarının yüksek olduğu gözlenmiştir[143]. Hemşirelerde, savunma mekanizmaları ve tükenmişliğin umutsuzluğun ve dolayısıyla intiharın belirleyicisi olduğu üzerine yapılan bir çalışmada, duyarsızlaşma puanları çatışma ile başa çıkmak için kendine zarar verme düşüncesi veya davranışı (turning against the self), yer değiştirme ve regresif davranışlar (turning against the object) ile pozitif korelasyon gösterirken, düşünselleştirme, rasyonalizasyon (principalization) ve inkar (reversal) negatif korelasyon göstermiş. Yine aynı çalışmada duygusal tükenme puanları stresle başa çıkmak için kendine zarar verme ile pozitif korelasyon göstermiştir[144].

Çalışmamızda, baskılama ve otistik fantezi alt başlıklarının erkek cinsiyeti lehine istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığı saptanırken, karşıt tepki geliştirme ve bedenselleştirme alt başlıklarının kadın cinsiyeti lehine istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığı saptanmıştır. Bizim çalışmamızdan farklı olarak, tıp fakültesi öğrencilerinde yapılan bir çalışmada, kız öğrencilerin nevrotik savunma mekanizmalarını daha fazla kullandığı gözlenmiştir[141].

Çalışmamızda, araştırma görevlisi doktorların Beck depresyon puanları ve savunma biçimlerinin birbiriyle ilişkisini değerlendirmek için yapılan analiz sonucunda matür savunma mekanizmaları ana başlığı ile Beck depresyon puanları arasında negatif yönde anlamlı korelasyon tespit edilmiştir. Bu sonuç daha önce yapılan çalışmaları destekler niteliktedir. Daha önce yapılan bir çalışmada, matür savunma mekanizması ile sosyal iletişim ve ruhsal iyilik hali arasında pozitif ilişki bulunurken, immatür savunma mekanizmaları ile sosyal iletişim ve ruhsal iyilik hali arasında negatif ilişki bulunduğu gösterilmiştir[139]. Çalışmamızda matür savunma mekanizmaları alt başlıklarından yüceltme ve beklenti ile Beck depresyon puanları arasında negatif yönde anlamlı korelasyon tespit edilmiştir. İmmatür savunma mekanizmaları alt başlıklarından; yansıtma, yalıtma, değersizleştirme, yer değiştirme, bölünme ve bedenselleştirme ile Beck depresyon puanları arasında anlamlı korelasyon tespit edilmiştir. Daha önce yapılan çalışmalarda depresyon rahatsızlığı olan hastaların, anlamlı oranda daha fazla oranda immatür savunma mekanizmalarını kullandığı gösterilmiştir[145, 146]. Depresyon rahatsızlığı ile özellikle immatür savunma mekanizmalarından yansıtma arasında anlamlı ilişki gösterilmiştir[145]. Psikanalitik teoriye göre de depresif duygudurum ile yansıtma arasında ilişki bulunmaktadır. Freud depresif duyguduruma sahip olan bireylerde gözlenen özeleştirinin aslında derinlerde başka biriyle ilişkilendirildiğini belirtmiştir[147]. Bizim çalışmamızda da literatürle uyumlu olarak yansıtma ile depresif duygudurum arasında anlamlı ilişki gösterilmiştir.

Çalışmamızda, araştırma görevlisi doktorların Beck anksiyete puanları ile Savunma biçimlerinin birbiriyle ilişkisini değerlendirmek için yapılan analiz sonucunda; bedenselleştirme, yer değiştirme, değersizleştirme, yansıtma ve yapma bozma ile Beck anksiyete puanları arasında anlamlı korelasyon tespit edilmiştir. Çalışmamızla uyumlu olarak, daha önce yapılan çalışmalarda anksiyete bozukluğu olan hastaların anlamlı oranda daha fazla oranda immatür savunma mekanizmalarını kullandığı gösterilmiştir[145, 146]. Ruhsal iyilik haline sahip olan bireylerin çoğunlukla matür savunma mekanizmasına sahip olduğu bilinmektedir[142]. Olgun savunma mekanizmalarını kullanmak çevreye uyumu ve kişiler arası ilişkiyi artırır[148]. Bizim çalışmamızda da literatürle uyumlu olarak, anksiyete semptomları ile immatür savunma mekanizmaları arasında anlamlı ilişki gösterilmiştir.

Çalışmamız Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesinde araştırma görevlisi doktor olarak çalışılan hekimlerin tükenmişlik düzeyleri, savunma mekanizmaları ve ilişkili faktörlerin değerlendirilmesi amacıyla yapılan tanımlayıcı kesitsel bir çalışmadır. Türkiye’de araştırma görevlisi doktorların; mesai saatleri, nöbet sayıları ve ücretlendirmeleri hastanelere göre farklılık göstermektedir. Bu nedenle, araştırma sonuçlarının Türkiye’de araştırma görevlileri olarak çalışan hekimlere genellenmesi söz konusu değildir. Çalışmamıza katılan doktorlarla yapılandırılmış bir psikiyatrik görüşme yapılmamış olup anket çalışmasıdır. Çalışmamız izleme çalışması olmadığından, süreç içinde gözlenebilecek değişimler saptanmamıştır. Bu durumlar çalışmamızın kısıtlılıklarındandır.



## SONUÇ

Doktorlarda gözlenen tükenmişlik sendromu, kişisel ve sağlık sistemi ile ilgili olumsuz sonuçlara yol açan ciddi bir problemdir. Tükenmişlik, iş verimliliğini azaltmakta ve dolayısıyla hasta memnuniyetini olumsuz etkilemektedir. Araştırma görevlisi doktorlar, iş yükünün ağır olması ve meslek hayatında yeterli tecrübeye sahip olmamalarından dolayı tükenmişlik sendromu açısından ciddi risk altındadır.

Bu çalışmada, katılımcıların MTÖ alt boyutu olan duygusal tükenme puanları yüksek saptanmıştır. Yine çalışmamızda, BDÖ ve BAÖ puanları yüksek saptanmıştır. İş yoğunluğu ile ilgili faktörlerden hekimlerin haftalık mesai saati ve aylık nöbet sayıları, yüksek duygusal tükenme puanları ile ilişkili bulundu. Haftalık mesai saatleri aynı zamanda yüksek BDÖ ve BAÖ ile ilişkili bulundu. Çalıştığı branşa istemeyerek yerleşen hekimlerin duygusal tükenme puanları anlamlı oranda yüksek bulundu. Araştırma görevlisi doktorların, çalışma şartlarının düzenlenmesi ve bazı üst sınırların getirilmesi gerekmektedir. İş yoğunluğunun fazla olduğu bölümlere üst sınırların getirilmesi, aynı zamanda branşların tercih edilme oranlarını dengeleyecek ve hekimlerin istediği branşa yerleşmesi kolaylaşacaktır.

Çalışmamıza katılan hekimlerin, matür savunma mekanizma puanları nevrotik ve immatür savunma mekanizma puanlarına göre daha yüksek bulunmuştur. Nevrotik savunma mekanizma puanları da immatür savunma mekanizma puanlarından daha yüksek bulunmuştur. Matür savunma mekanizması ile MTÖ kişisel başarı puanları arasında anlamlı ilişki gösterilmiştir. İmmatür savunma mekanizması ile MTÖ duyarsızlaşma ve duygusal tükenme puanları arasında anlamlı ilişki gösterilmiştir. Çalışmamızda matür savunma mekanizması ile BDÖ arasında negatif yönde korelasyon saptanmıştır. Matür savunma mekanizmalarını kullanmak, çevreye uyumu ve kişiler arası ilişkiyi artırır. Matür savunma mekanizmalarının, ruhsal iyilik hali ile ilişkili olduğu bilinmektedir. Çalışmamızda elde ettiğimiz sonuçlar bu ilişkiyi destekler niteliktedir.

Bütün bu bulgular ve daha önce yapılan çalışmalar göz önünde bulundurulduğunda; araştırma görevlisi doktorlarda tükenmişlik semptomlarının yüksek oranda görülmesini engellemek amacıyla, çalışma koşulları daha iyi hale getirilmeli ve çalışma koşullarında yaşanan zorluklarla başa çıkabilmesine yardımcı olunmalıdır. Savunma mekanizmalarının, araştırma görevlisi doktorlarda gözlenen tükenmişlik üzerine etkisinin de gösterildiği çalışmamız bu yönden ilk olma özelliği taşımaktadır. Bu nedenle de konuyla ilgili daha fazla sayıda çalışmalar yapılmasının gerekli olduğu aşikârdır.

## KAYNAKLAR

1. Duquette A, Kerouac S, Sandhu BK, Beaudet L. Factors related to nursing burnout: a review of empirical knowledge. *Issues Ment Health Nurs* 1994;15:337–358.
2. Meier DEB, Back AL, Morrison RS. The inner life of physicians and care of the seriously ill. *J Am Med and Assoc* 2001; 286:3007–3014.
3. McCue JD. The effects of stress on physicians and their medical practice. *N Engl J Med* 1982; 306:458–463.
4. Myers MF. Physician Impairment: Is it relevant to academic psychiatry? *Academic Psychiatry* 2008; 32:39–43.
5. World Medical Association Medical Ethics Manual 3rd edition, 2015, [https://www.wma.net/wp-content/uploads/2016/11/Ethics\\_manual\\_3rd\\_Nov2015\\_en\\_1x1.pdf](https://www.wma.net/wp-content/uploads/2016/11/Ethics_manual_3rd_Nov2015_en_1x1.pdf) Erişim tarihi: 24.11.2015.
6. Arigoni F, Bovier PA, Sappino AP. Trend of burnout among Swiss doctors. *Swiss Med Wkly* 2010; 140:13070.
7. Maslach C, Jackson SE. *Maslach Burnout Inventory*. Press Palo Alto 1986; 12- 14.
8. Ntantana A, Matamis D, Savvidou S, Giannakou M, Gouva M, Nakos G, et al. Burnout and job satisfaction of intensive care personnel and the relationship with personality and religious traits: An observational, multicenter, cross-sectional study. *Intensive and Critical Care Nursing* 2017; 41:11-17.
9. Peckham C. *Medscape Physician Lifestyle Report 2015*, <https://www.medscape.com/slideshow/lifestyle-2015-overview-6006535> Erişim tarihi: 26.01.2015
10. Schaufeli WB, Leiter MP, Maslach C. Burnout: 35 years of research and practice. *Career Development International* 2009;14(3):204-208.
11. Bauer J, Hafner S, Kachele H, Wirsching M, Dahlbender RW. The burn out syndrome and restoring mental health at the working place. *Psychother Psychosom Med Psychol* 2003; 53: 213-222.
12. Ergin, C. Doktor ve hemşirelerde tükenmişlik ve Maslach Tükenmişlik Ölçeğinin uyarlanması. 7. Ulusal Psikoloji Kongresi Bilimsel Çalışmaları içinde, s143. 7. Ulusal Psikoloji Kongresi Ankara 1993.
13. Pines A, Aronson E, Kafry D. *Burnout: From tedium to personal growth*. The Free Press New York 1981.

14. Yılmaz A, Turan E. Burnout in caregivers of alzheimer patients, factors leading to burnout and coping ways: scientific letter *Turkiye Klinikleri J Med Sci* 2007; 27: 445-454.
15. Maslach C, Jackson SE, Leiter MP. *The Maslach Burout İventory: Manual*, Consulting Psychologists Press. Palo Alto: 1996.
16. McManus IC, Jonvik H, Richards P, Paice E. Vocation and avocation: Leisure activities, correlate with professional engagement, but not burnout, in a cross-sectional survey of UK doctors. *BMC Med* 2011; 9(1):100-103.
17. Gabbe SG, Melville J, Mandel L, Walker E. Burnout in chairs of obstetrics and gynecology: diagnosis, treatment and prevention. *Am J Obstet Gynecol* 2002; 186(4):601-12.
18. Maslach C, Schaufeli W, Leiter MP. Job burnout. *Annu Rev Psychol* 2001; 52:397-422.
19. Schaufeli WB, Enzman D. *The burnout companion to study and practice: Acritical analysis*. Ed: Cox T, Griffiths A. pp.75-100, Taylor and Francis, London, 1998.
20. Wiskow C, Albert T, de Pietro C. *How to create an attractive and Supportive Working environment for Health Professionals*; WHO: Copenhagen, pp. 1–37, 2010.
21. Wallace JE, Lemaire JB, Ghali WA. Physician wellness: A missing quality indicator. *Lancet* 2009; 374:1714–1721.
22. Embriaco N, Azoulay E, Barrau K, Kentish N, Pochard F, Loundou A, et al. High level of and burnout in intensivists: Prevalence and associated factors. *Am. J. Respir. Crit. Care Med.* 2007; 686–692.
23. Fawzy FI, Fawzy NW, Pasnau RO. Burnout in the health professioanals. Ed: Judd FK, Burrows GD, Lipsitt DR. *Handbook of studies on general hospital psychiatry*. p.119-130, Amsterdam.
24. Maclach C, Zimbargo PG. *Burnout: the cost of caring*. p.103-124, Cambridge, 2003.
25. Greenglass ER, Burke RJ. Work and family precursors of burnout in teachers: sex differences. *Sex Roles* 1988; 18(3):215-229.
26. Greenglass ER, Julkunen J. Cook-Medley hostility, anger, and the type a behavior pattern in Finland. *Psychol Rep* 1991; 68(3):1059-1066.
27. Lindblom KM, Linton SJ, Fedeli C, Bryngelsson IL. Burnout in the working population: relations to psychosocial work factors. *Int J Behav Med* 2006; 13(1):51-59.

28. Ahola K, Honkonen T, Virtanen M, Aromaa A, Lonnqvist J. Burnout in relation to age in the adult working population. *J Occup Health* 2008; 50(4):362-365.
29. Greenglass ER, Burke RJ. Hospital downsizing, individual resources and occupational stressors in nurses. *Anxiety, Stress and Coping* 2000; 13(4):371-390.
30. Leiter M. Coping patterns as predictors of burnout: The functional of control and escapist coping patterns. *Journal of Organizational Behavior* 1991; 12(2):123-144.
31. Edelwich J, Brodsky A. Burnout stages disillusionment in the helping professions, Human Sciences Press, Newyork 1980.
32. Perlman B, Hartman EA. Burnout: summary and future resarch. *Human Relation* 1982; 35: 283-305.
33. Meier ST, Toward A. Theory Of Burnout. *Human Relations* 1983 10; 899-910.
34. Pines AM, Nunes R. The relationship between career and couple burnout: Implications for career and couple counseling. *Journal of Employment Counseling* 2003; 40:50-64.
35. Maclach C. The client role in staff burnout. *Journal of Social Issues* 1976; 34:111-124.
36. Maclach C. Burnout: A social psychological analysis. The burnout syndrome: Current research, theory and Interventions. pp.31-52, 1981 London.
37. Çam O. Tükenmişlik Envanterinin Geçerlik Güvenirliğinin Araştırılması. VII. Ulusal Psikoloji Kongresi Bilimsel Çalışmaları El Kitabı, 1991.
38. Baysal A. Lise ve Dengi Okul Öğretmenlerinde Meslekte Tükenmişliğe Etki Eden Faktörler. Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Ensititüsü, Yayınlanmamış doktora tezi, İzmir 1995.
39. Moss M, Vicki SG, Gozal D, Kleinpell R, Curtis NS. A Critical Care Societies Collaborative Statement: Burnout Syndrome in Critical Care Health-care Professionals. *American Thoracic Society Documents* 2015:106-113.
40. Potter BA. *Overcoming Job Burnout*. Roning Publishing. 1998;6-15.
41. Potter BA. *Overcoming Job Burnout: How to renew Enthusiasiam for work*. Ronin Publishing; 3rd edition, 1995 California.
42. Piers RD, Azoulay E, Ricou B, Dekeyser GF, Decruyenaere J, Max A, et al. Appropricus study group of the ethics section of the ESICM. Perceptions of appropriateness of care among European and Israeli intensive care unit nurses and physicians. *JAMA*, 2011; 306:2694–2703.

43. Cox T, Griffiths A, Rial-Gonzales E. European Agency for Safety and Health at Work: research on work-related stress. Luxemburg: Office for Official Publications of the European Communities 2000; 9-167.
44. McManus IC, Jovnik H, Richards P, Paice E. Vocation and avocation: Leisure activities correlate with professional engagement, but not burnout, in a cross-sectional survey of UK doctors. *BMC Med* 2011; 9(1):100.
45. Shanafelt TD, Boone S, Tan L, et al. Burnout and satisfaction with work-life balance among US physicians relative to the general US population and *Arch Intern Med*. 2012; 172(18):1377-138.
46. Shanafelt TD, Hasan O, Dyrbye LN et al. Changes in burnout and satisfaction with work-life balance in physicians and the general US working population between 2011 and 2014 and *Mayo Clin Proc*. 2015; 90(12):1600-1613.
47. Martini S, Arfken CL, Churchill A, Balon R. Burnout comparison among residents in different medical specialties. *Acad Psychiatry* 2004; 28(3):240-242.
48. Spickard A, Gabbe SG, Christensen JF. Mid-career burnout in generalist and specialist physicians. *JAMA*. 2002; 288(12):1447-1452.
49. Shanafelt TD, Balch CM, Dyrbye LN, et al. Special report: suicidal ideation among American surgeons. *Arch Surg* 2011; 146(1):54-62.
50. Gabbard GO, Menniger RW, Coyne L. Sources of conflict in the medical marriage. *Am J Psychiatry* 1987; 144(5):567-572.
51. Firth-Cozens J, Greenhalg J. Doctors perceptions of the links between stress and lowered clinical care. *Soc Sci Med* 1997; 44(7):1017-1022.
52. Halbesleben JR, Rathert C. Linking physician burnout and patient outcomes: exploring dyadic relationship between physician and patients. *Health Care Manage* 2008; 33(1):29-39.
53. Balch CM, Oreskovich MR, Dyrbye LN, et al. Personal consequences of malpractice lawsuits on American surgeons. *J Am Coll Surg* 2011;213(5):657-667.
54. Mazurkiewicz R, Korenstein D, Fallar R, Ripp J. The prevalence and correlations of medical student burnout in the pre-clinical years: a cross-sectional study. *Psychol Health Med* 2012;17(2):188-195.
55. Maslach C, Zimbardo PG. *Burnout: the cost of caring*. p.103-124, Cambridge, 2003.
56. Maslach C, Leither PM. *The Truth About Burnout: How Organizations Cause Personal Stress and What to Do About It*. pp. 24-30, San Fransisco 2010.



57. Önal A. Türkiye’de İş Sağlığı İstanbul: İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Seminer Notları, 2006.
58. Semmer N, Individual differences ,workstress and health. Ed: Schabracq MJ, Winnubst J, Cooper CL. Handbook of Work and Health Psychology. pp. 51–86. Chichester U.K, 1996.
59. Slaby AE. Handbook of psychiatric emergencies 4th ed. Appleton and Large 1994.
60. Mealer M, Burnham EL, Goode CJ, Rothbaum B, Moss M. The prevalence and impact of post traumatic stress disorder and burnout syndrome in nurses. *Depress Anxiety* 2009; 26:1118–1126.
61. Ulrich BT, Lavandero R, Woods D, Early S. Critical care nurse work environments 2013: a status report. *Crit Care Nurse* 2014; 34:64–79.
62. Aliso V, Calif. AACN Standards for Establishing and Sustaining Healthy Work Environments: a journey to excellence. American Association of Critical-Care Nurses. 2016; 14(3):187-197.
63. Fawzy FI, F.N., Pasnau RO. Burnout in the health professionals. Ed: Judd FK, Burrows GD, Lipsitt DR. pp:119-130. Handbook of studies on general hospital psychiatry. Amsterdam: Elsevier Science Publishers 1991.
64. Arı GS, Bal EÇ. Tükenmişlik kavramı: Birey ve örgütler açısından önemi. *Yönetim ve Ekonomi* 2008 15:131-148.
65. Chlan LL. Burnout syndrome among critical care professionals: a cause for alarm. *Crit Care Alert* 2013;21:65-68
66. Teixeira C, Ribeiro O, Fonseca AM, Carvalho AS. Ethical decision making in intensive care units: a burnout risk factor? Results from a multicentre study conducted with physicians and nurses. *J Med Ethics* 2014; 40:97–103.
67. Mealer M, Conrad D, Evans J, Jooste K, Solyntjes J, Rothbaum B, et al. Feasibility and acceptability of a resilience training program for intensive care unit nurses. *Am J Crit Care* 2014; 23: e97–e105.
68. Freudenberger HJ, Richelson G. Tükenmeye bağlı nasıl yaşanabilir? Stresle başa çıkma olumlu bir yaklaşım. Türk Psikologlar Derneği Yayınları. 3.Basım 1998.
69. Mealer M, Jones J, Newman J, McFann KK, Rothbaum B, Moss M. The presence of resilience is associated with a healthier psychological profile in intensive care unit (ICU) nurses: results of a national survey. *Int J Nurs Stud* 2012; 49:292–299.
70. Buell JM. The resilient leader: mind, body and soul. *Healthc Exec* 2014; 29:10-18.

71. Astudillo W, Mendinueta C. Exhaustion syndrome in palliative care. *Support Care Cancer* 1996; 4(6):408-415.
72. Özgüven HD, Haran S. Ankara Üniversitesi Psikiyatrik Kriz Uygulama ve Araştırma Merkezi Yayınları; 2000. s.199-214.
73. Öztürk MO. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. 11. Basım, s 72-73, Tuna Matbaacılık, Ankara, 2008.
74. Freud A. *The Ego and the Mechanisms of Defence*. Hogarth Press and Institute of PsychoAnalysis. London 1937.
75. Lapsley DK, Stey PC. Id, Ego and Superego. *Encyclopedia of Human Behavior*. Ed: Ramachandran VS, 2nd Edition, pp.1-9, Elsevier, 2011.
76. Freud S: The neuro-psychoses of defence. *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*, ed: Strachey J, The Hogarth Press, pp.41-61, London 1962.
77. Vaillant G, Battista JR. Empirical test of Vaillant's hierarchy of ego functions. *Am J Psychiatry* 1982; 139:356-357.
78. Freud A. Ben ve savunma mekanizmaları. Ed: Erim Y, Metis Yayınları, pp.36-37, İstanbul 2004.
79. Saddock BJ, Saddock VA. *Klinik Psikiyatri*. Ed: Aydın H, Bozkurt A, 8. Basım, Güneş Kitabevi Ltd. Şti, pp.593-597, Ankara 2007.
80. Vaillant GE: Involuntary coping mechanisms: a psychodynamic perspective. *Dialogues Clin Neurosci* 2011; 13:366-370.
81. Vaillant GE: *Adaptation to Life*. pp.28-32, Boston 1977.
82. Steiner H, Araujo K, Koopman C. The response evaluation measure (REM- 71): A new instrument for the measurement of defenses in adults and adolescents. *Am J Psychiatry* 2001; 158:467-73.
83. Andrews G, Singh M, Bond M. The defense style questionnaire. *J Nerv Ment Dis* 1993; 181:246-56.
84. Vaillant GE. *Ego Mechanisms of Defense: A Guide for Clinicians and Researchers*. American Psychiatric Press, pp.33-76 Washington DC 1992.
85. Sartorius N. Sources and Traditions of Classification in Psychiatry. Ed: Sartorius N, Jablensky A, Regier DA, Burke Jr, Hirschfeld, pp.94-111 Hogrefe and Huber Publishers, Toronto Canada 1990.
86. American Psychiatric Association: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV)*. American Psychiatric Press, Washington DC 1994.

87. Shah M, Hasan S, Malik S, Sreeramareddy CT. Perceived stress, sources and severity of stress among medical undergraduates in a Pakistani medical school. *BMC Med Educ* 2010; 10:2.
88. Shaw D, Wedding D, Zeldow P, Diehl N. Special problems of medical students. *Behavior and Medicine* 2006; 6:67-84.
89. Zeldow P, Daughtery S, Leksas L. A four-year longitudinal study of personality changes in medical students. *J Med Educ* 1987; 62:992–95.
90. Sreeramareddy CT, Shankar PR, Binu VS, Mukhopadhyay C, Ray B, Menezes RG. Psychological morbidity, sources of stress and coping strategies among undergraduate medical students of Nepal. *BMC Med Educ* 2007; 7:26.
91. Carvalho AF, Hyphantis T, Taunay TC, Macêdo DS, Floros GD, Ottoni GL, et al. The relationship between affective temperaments, defensive styles and depressive symptoms in a large sample. *J Affect Disord* 2013; 146:58–65.
92. Perry JC, Presniak M, Olson TR. Defense mechanisms in schizotypal, borderline, antisocial, and narcissistic personality disorders. *Psychiatry Interpers Biol Process* 2013; 76:32–52.
93. Yüksel N. Ruhsal Hastalıklar. 4. Basım, 5. Bölüm, Akademisyen Tıp Kitapevi, Ankara 2014.
94. Andrews G. Anxiety, Personality and Anxiety Disorders. *Int Rev Psychiatry* 1991; 3:293-302.
95. Brody, LR, Muderrisoglu S. The psychodynamics of gender and gender role: Empirical studies in psychoanalytic theories. Ed: F. Bornstein & J. M. Masling, pp.203-249, Washington, DC 2002.
96. Vaillant GE. The historical origins of Sigmund Freud's concept of mechanisms of defense: A guide for clinicians and researchers. Ed: Vaillant GE, pp.3-28, American Psychiatric Press, Washington DC 1992.
97. Andrews G, Pollock C, Stewart G. The Determination Of Defense Style By Questionnaire. *ArchGen Psychiatry* 1989; 46:455-460.
98. Öztürk MO, Uluşahin NA, Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. 14. Basım, 6. Bölüm, Miki Matbaacılık, Ankara 2016.
99. Freud, A. The Ego and the Mechanism of Defense. 9ed, International Universities Press, New York 1946.
100. Freud, S, Analysis of a Phobia a Five-Year-Old-Boy. London Hogarth Press, London, 1909.

101. Klein M. Estudo de fatores psicodinamicos e neurobiologicos em psicoterapia psicanalitica (Master' thesis). London 1975.
102. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. DSM IV. Washington 1994.
103. Ergin C. Doktor ve hemşirelerde tükenmişlik ve Maslach Tükenmişlik Ölçeğinin uyarlanması. 7. Ulusal Psikoloji Kongresi Bilimsel Çalışmaları. pp.143-154, Türk Psikologlar Derneği Yayınları, Ankara 1992.
104. Çam O. Tükenmişlik Envanteri'nin geçerlik ve güvenilirliğinin araştırılması. 7. Ulusal Psikoloji Kongresi Bilimsel Çalışmaları. pp.155-160, Türk Psikologlar Derneği Yayınları, Ankara 1992.
105. Sever A. Hemşirelerin İş Stresi ile Başa Çıkma Yolları ve Bunun Sonuçlarının Araştırılması. Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Adana 2007.
106. Ergin C. Maslach Tükenmişlik Ölçeğinin Türkiye sağlık personeli normları. 3P dergisi 1996; 4(1):28-33.
107. Andrews G. The defense style questionnaire. J Nerv Ment Dis 1993; 181:246-256.
108. Yılmaz N, Gençöz T, Ak M. Savunma Biçimleri Testi'nin Psikometrik Özellikleri: Güvenilirlik ve Geçerlik Çalışması. Türk Psikiyatri Dergisi 2007; 18: 244-253.
109. Satoshi T, Keizo Y, Hiroto K, Kunihiro K, Naoko K, Miho I, et al. Association of Beck Depression Inventory score and Temperament and Character Inventory-125 in patients with eating disorders and severe malnutrition. J Eat Disord 2015; 3:36.
110. Hisli N. Reliability and validity of Beck Depression Inventory among university students. Journal of Turkish Psychology 1989; 7:3-13.
111. Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA. An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. Journal of Consulting and Clinical Psychology 1988; 56:893–897.
112. Ulusoy M, Sahin NH, Erkmen H. Turkish version of the Beck Anxiety Inventory: psychometric properties. J Cogn Psychoter 1998; 12:163-72.
113. Aslan D, Kiper D, Karaağaoğlu E, Topal F, Güdük M, Cengiz ÖS. Türkiye'de Tabip Odalarına Kayıtlı Olan Bir Grup Hekimde Tükenmişlik Sendromu ve Etkileyen Faktörler. Türk Tabipler Birliği Yayınları 2005.
114. Armutlukuyu M. Tıp Fakültelerinde çalışan öğretim üyeleri ve araştırma görevlilerinde tükenmişlik düzeylerinin değerlendirilmesi. Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile hekimliği uzmanlık tezi, Konya 2014.

115. McManus IC, Winder BC, Gordon D. The causal links between stress and burnout in a longitudinal study of UK doctors. *Lancet* 2002; 359:2089–90.
116. Scheurer D, McKean S, Miller J, Wetterneck T. U.S. physician satisfaction: a systematic review. *J Hosp Med* 2009; 4(9):560-8.
117. Soler JK, Yaman H, Esteva M, Dobbs F, Asenova RS, Katic M, et al. Burnout in European family doctors: the EGPRN study. *Fam Pract* 2008; 25:245–65.
118. Pantenburg B, Lupp M, König HH, Steffi G. Burnout among young physicians and its association with physicians' wishes to leave: results of a survey in Saxony. *J Occup Med Toxicol* 2016; 11: 2.
119. Purvanova RK, Muros JP. Gender differences in burnout: A meta-analysis. *J Vocat Behav* 2010; 77:198-185.
120. Çan E, Topbaş M, Yavuzylmaz A, Çan G, Özgün Ş. Karadeniz Teknik Üniversitesi tıp Fakültesindeki araştırma görevlisi hekimlerin tükenmişlik sendromu ile iş doyumu düzeyleri ve ilişkili faktörler. *Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Dergisi*. 2006; 23(1):17-24.
121. Oğuzberk M, Aydın A. Ruh sağlığı çalışanlarında tükenmişlik. *Klinik Psikiyatri Dergisi* 2008; 11:167-179.
122. Erol A, Akarca F, Değerli V, Sert E, Delibaş H, Gülpek D ve ark. Acil servis çalışanlarında tükenmişlik ve iş doyumu. *Klinik Psikiyatri Dergisi* 2012; 15:103-10.
123. Nyssen AS, Hansez I, Baele P, Lamy M, De Keyser V. Occupational stress and burnout in anaesthesia. *Br J Anaesth* 2003; 90: 333–337.
124. Biaggi P, Peter S, Ulich E. Stressors, emotional exhaustion and aversion to patients in residents and chief residents - what can be done? *Swiss Med Wkly* 2003; 133:339–346.
125. Keeton K, Fenner DE, Johnson TR & Hayward RA. Predictors of physician career satisfaction, work-life balance and burnout. *Obstet Gynecol* 2007; 109:949-55.
126. Estryng-Behar M, Fry C, Guetarni K, Aune I, Machet G, Doppia MA, et al. Work week duration, work-family balance and difficulties encountered by female and male physicians: results from the French SESMAT study. *Work*. 2011; 40(1):83-100.
127. Can H, Güçlü YA, Doğan S, Erkalı MB. Cerrahi ve cerrahi dışı kliniklerdeki asistan hekimlerde tükenmişlik sendromu. *İzmir Tepecik Eğitim Hastanesi Dergisi*. 2010; 20(1):3340.
128. Wurm W, Vogel K, Holl A, Ebner C, Bayer D, Mörkl S, et al. Depression-Burnout Overlap in Physicians. *PLoS One* 2016; 1:11(3):e0149913.

129. Embriaco N, Hraiech S, Azoulay E, Baumstarck-Barrau K, Forel JM, Kentish-Barnes N, et al. Symptoms of depression in ICU physicians. *Annals of intensive care* 2012; 2:34.
130. Erdur B, Ergin A, Turkcuer I, Parlak I, Ergin N & Boz B. A study of depression and anxiety among doctors working in emergency units in Denizli, Turkey. *Emerg Med J* 2006; 23:759-63.
131. Gallery ME, Whitley T, Klonis LK, Anzinger RK & Revicki DA. A study of occupational stress and depression among emergency physicians. *Ann Emerg Med* 1992; 21:58-64.
132. Ruitenburt MM, Frings-Dresen MH, Sluiter JK. The prevalence of common mental disorders among hospital physicians and their association with self-reported work ability: a cross sectional study. *BMC Health Serv Res* 2012; 12:292-298.
133. Tomljenovic M, Kolaric B, Stajduhar D, Tesic V. Stress, depression and burnout among hospital physicians in Rijeka, Croatia. *Psychiatr Danub* 2014; 26(3):450-458.
134. Ahola K, H, Isometsä E, Kalimo R, Nykyri E, Aromaa A, et al. The relationship between job-related burnout and depressive disorders results from the Finnish Health 2000 study. *J Affect Disord* 2005; 88(1):55-62.
135. Bianchi R, Boffy C, Hingray C, Truchot D, Laurent E. Comparative symptomatology of burnout and depression. *J Health Psychol* 2013; 18(6):782-787.
136. Ruitenburt MM, Frings-Dresen MH, Sluiter JK. The prevalence of common mental disorders among hospital physicians and their association with self-reported work ability: across-sectional study. *BMC health services research* 2012; 12(1):292.
137. Zhou J, Yang Y, Xiaohui Q, Xiuxian Y, Hui P, Bo B, et al. Relationship between Anxiety and Burnout among Chinese Physicians: A Moderated Mediation Model. *PLoS One* 2016; 11(8):e0157013.
138. Sun W, Fu J, Chang Y, Wang L. Epidemiological study on risk factors for anxiety disorder among Chinese doctors. *Journal of occupational health* 2012; 54(1):1-8.
139. Miranda B, Louzã MR. The physician's quality of life: Relationship with ego defense mechanisms and object relations. *Compr Psychiatry* 2015; 63:22-29.
140. Machado L, Tavares H, Petribú K, Pinto T, Cantilino A. Happiness and Defense Styles in Psychiatrists. *J Nerv Ment Dis* 2016; 204(3):181-187.
141. Waqas A, Rehman A, Malik A, Umer M, Sarah K, Nadia M. Association of Ego Defense Mechanisms with Academic Performance, Anxiety and Depression in Medical Students: A Mixed Methods Study. *Cureus* 2015; 7(9):337.

142. Vaillant GE. Theoretical hierarchy of adaptive ego mechanisms: a 30-year follow-up of 30 men selected for psychological health. *Arch Gen Psychiatry* 1971; 24:107-118.
143. Reagan, A, Howard RA, Oyebode JR. Emotional exhaustion and defense Mechanisms in intensive therapy unit nurses. *J. Nerv Ment Dis* 2009; 197:330–336.
144. Pompili M, Rinaldi G, Lester D, Girardi P, Ruberto A, Tatarelli R. Hopelessness and suicide risk emerge in psychiatric nurses suffering from burnout and using specific defense mechanisms. *Arch Psychiatr Nurs* 2006; 20(3):135-43.
145. Spinhoven p, Kooiman CG. Defense style in depressed and anxious psychiatric outpatients: an explorative study. *J Nerv Ment Dis* 1997; 185(2):87-94.
146. Blaya C, Dornelles M, Blaya R, Kipper L, Heldt E, Isolan L, et al. Do defense mechanisms vary according to the psychiatric disorder? *Rev Bras Psiquiatr* 2006; 28(3):179-83.
147. Freud S. On Murder, Mourning and Melancholia. *Penguen Classics*. pp.244-288, 1917.
148. Vaillant GE. Adaptive mental mechanism. Their role in a positive psychology. *Am Psychol*. 2000; 55(1):89-98.

## 2. EKLER

### Ek-1: SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU

1. Yaş:

2. Cinsiyet: (1) Erkek (2) Kadın

3. Medeni durumunuz: (1) Evli (2) Bekar

4. Çalışmakta olduğunuz Anabilim Dalı:

5. Araştırma görevlisi olarak çalıştığınız süre (yıl/ay):

6. Çalıştığınız bölümü isteyerek mi seçtiniz? (1) Evet (2) Hayır

7. Haftalık ortalama kaç saat mesai yapıyorsunuz?

8. Ayda ortalama kaç nöbet tutuyorsunuz?

9. Halen kullanmakta olduğunuz herhangi bir psikiyatrik ilaç var mı?

(1) Evet (2) Hayır

10. Madde ve/veya alkol bağımlılığınız var mı? (1) Evet (2) Hayır

11. Günlük ortalama kafein tüketim miktarınız? (kaç fincan çay ve/veya kahve):



## Ek-2: MASLACH TÜKENMİŞLİK ÖLÇEĞİ

Aşağıda, kişilerin ruh durumlarını ifade ederken kullandıkları bazı cümleler verilmiştir. Lütfen her bir cümleyi dikkatle okuyarak hangi sıklıkta hissettiğinizi size uyan seçeneğe işaret koyarak belirtiniz.	Hiçbir zaman	Yılda birkaç kez	Ayda birkaç kez	Haftada birkaç kez	Hergün
1. “Kendini işimden duygusal olarak uzaklaşmış hissediyorum.”	0	1	2	3	4
2. “İşgününün sonunda kendimi bitkin hissediyorum.”	0	1	2	3	4
3. “Sabah kalkıp yeni bir işgünü ile karşılaşmak zorunda kaldığımda kendimi yorgun hissediyorum.”	0	1	2	3	4
4. “Hastalarımın pek çok şey hakkında neler hissettiklerini anlayabilirim.”	0	1	2	3	4
5. “Bazı hastalarım onlar sanki kişilikten yoksun bir objeymiş gibi davrandığını hissediyorum.”	0	1	2	3	4
6. “Bütün gün insanlarla çalışmak benim için gerçekten bir gerginliktir.”	0	1	2	3	4
7. “Hastalarımın sorunlarını etkili bir şekilde hallederim.”	0	1	2	3	4
8. “İşimin beni tükettiğini hissediyorum.”	0	1	2	3	4
9. “İşimle diğer insanların yaşamlarını olumlu yönde etkilediğimi hissediyorum.”	0	1	2	3	4
10. “Bu mesleğe başladığımdan beri insanlara karşı katılaştığımı hissediyorum.”	0	1	2	3	4
11. “Bu iş beni duygusal olarak katılaştırdığı için sıkıntı duyuyorum.”	0	1	2	3	4
12. “Kendimi çok enerjik hissediyorum.”	0	1	2	3	4
13. “İşimin beni hayal kırıklığına uğrattığını düşünüyorum.”	0	1	2	3	4
14. “İşimde gücümün üstünde çalıştığımı hissediyorum.”	0	1	2	3	4
15. “Bazı hastaların başına gelenler gerçekten umurumda değil.”	0	1	2	3	4
16. “Doğrudan insanlarla çalışmak bende çok fazla strese neden oluyor.”	0	1	2	3	4
17. “Hastalarımın rahat bir atmosferi kolayca sağlayabilirim.”	0	1	2	3	4
18. “Hastalarımınla yakın ilişki içinde çalıştıktan sonra kendimi ferahlamış hissediyorum.”	0	1	2	3	4
19. “Bu meslekte pek çok değerli işler başardım.”	0	1	2	3	4

20.“Kendimi çok çaresiz hissediyorum.”	0	1	2	3	4
21.“İşimde duygusal sorunları bir hayli soğukkanlılıkla hallederim.”	0	1	2	3	4
22.“Hastaların bazı problemleri için beni suçladıklarını hissediyorum.”	0	1	2	3	4



### Ek-3: SAVUNMA BİÇİMLERİ TESTİ

Lütfen her ifadeyi dikkatle okuyup, bunların size uygunluğunu yan tarafında 1 den 9 a kadar derecelendirilmiş skala üzerinde seçtiğiniz dereceyi çarpı şeklinde (×) işaretlemek suretiyle gösteriniz.

Örnek:

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

1. Başkalarına yardım etmek hoşuma gider, yardım etmem engellenirse üzülürüm.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

2. Bir sorunum olduğunda, onunla uğraşacak vaktim olana kadar o sorunu düşünmemeyi becerebilirim.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

3. Endişemin üstesinden gelmek için yapıcı ve yaratıcı şeylerle uğraşırım(resim, el işi, ağaç oyma)

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

4. Yaptığım her şey için geçerli sebepler bulabilirim.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

5. Kendime çok kolay gülerim.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

6. İnsanlar bana kötü davranmaya eğilimlidir.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

7. Birisi beni soyup paramı çalsa, onun cezalandırılmasını değil ona yardım edilmesini isterim.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

8. Hoş olmayan gerçekleri, hiç yokmuşlar gibi görmezlikten geldiğimi söylerler.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

9. Süpermen’mişim gibi tehlikelere aldırım.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

10. İnsanlara, sandıkları kadar önemli olmadıklarını gösterebilme yeteneğimle gurur duyarım.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

11. Bir şey canımı sıktığında, çoğu kez düşüncesizce ve tepkisel davranırım.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

12. Hayatım yolunda gitmediğinde bedensel rahatsızlıklara yakalanırım.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

13. Çok tutuk bir insanım.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

14. Gerçek yaşamımdan çok hayallerim bana hoşnutluk verir

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

15. Sorunsuz bir yaşam sürdürmemi sağlayacak özel yeteneklerim var.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

16. İşlerim yolunda gitmediğinde bu duruma her zaman geçerli sebepler bulabilirim.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

17. Bir çok şeyi gerçek yaşamımdan çok hayalimde çözerim.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

18. Hiçbir şeyden korkmam

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

19. Bazen bir melek olduğumu, bazen de bir şeytan olduğumu düşünürüm.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

20. Kırıldığımda açıkça saldırgan olurum.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

21. Her zaman, tanıdığım birinin koruyucu melek gibi olduğunu hissederim.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

22. Bana göre, insanlar ya iyi ya da kötüdürler.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

23. Patronum beni kızdırırsa, ondan hıncımı çıkarmak için ya işimde hata yaparım ya da işi yavaşlatırım.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

24. Her şeyi yapabilecek güçte, aynı zamanda son derece adil ve dürüst olan bir tanıdığım var.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

25. Serbest bıraktığımda, yaptığım işi etkileyebilecek olan duygularımı kontrol edebilirim.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

26. Genellikle, aslında acı verici olan bir durumun gülünç yanını görebilirim.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

27. Hoşlanmadığım bir işi yaptığımda başım ağrır.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

28. Sık sık, kendimi kesinlikle kızmam gereken insanlara iyi davranırken bulurum.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

29. Hayatta, haksızlığa uğruyor olduğuma eminim

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

30. Sınav veya iş görüşmesi gibi zor bir durumla karşılaşacağımı bildiğimde, bunun nasıl olabileceğini hayal eder ve başa çıkmak için planlar yaparım.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

31. Doktorlar benim derdimin ne olduğunu hiçbir zaman gerçekten anlamıyorlar.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

32. Haklarım için mücadele ettikten sonra, girişken davrandığımdan dolayı özür dilemeye eğilimliyimdir.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

33. Üzüntülü veya endişeli olduğumda yemek yemek beni rahatlatır.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

34. Sık sık duygularımı göstermediğim söylenir.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

35. Eğer üzüleceğimi önceden tahmin edebilirsem, onunla daha iyi baş edebilirim.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

36. Ne kadar yakınırsam yakınyım, hiçbir zaman tatmin edici bir yanıt alamıyorum.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

37. Yoğun duyguların yaşanması gereken durumlarda, genellikle hiçbir şey hissetmediğimi fark ediyorum.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

38. Kendimi elimdeki işe vermek, beni üzüntülü veya endişeli olmaktan korur.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

39. Bir bunalım içinde olsaydım, aynı türden sorunu olan birini arardım.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

40. Eğer saldırganca bir düşüncem olursa, bunu telafi etmek için bir şey yapma ihtiyacı duyarım.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

#### **Ek-4: BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİ**

Bu form son bir (1) hafta içerisinde kendinizi nasıl hissettiğinizi araştırmaya yönelik 21 maddeden oluşmaktadır. Her maddenin karşısındaki dört cevabı dikkatlice okuduktan sonra, size en çok uyan, yani sizin durumunuzu en iyi anlatanı işaretlemeniz gerekmektedir.

1 (0) Üzgün ve sıkıntılı değilim.

- (1) Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
- (2) Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
- (3) O kadar üzgün ve sıkıntılıyım ki, artık dayanamıyorum.

2 (0) Gelecek hakkında umutsuz ve karamsar değilim.

- (1) Gelecek için karamsarım.
- (2) Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
- (3) Gelecek hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.

3 (0) Kendimi başarısız biri olarak görmüyorum.

- (1) Başkalarından daha başarısız olduğumu hissediyorum.
- (2) Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.
- (3) Kendimi tümüyle başarısız bir insan olarak görüyorum.

4 (0) Her şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.

- (1) Birçok şeyden eskiden olduğu gibi zevk alamıyorum.
- (2) Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
- (3) Her şeyden sıkılıyorum.

5 (0) Kendimi herhangi bir biçimde suçlu hissetmiyorum.

- (1) Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
- (2) Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
- (3) Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.

6 (0) Kendimden memnunum.

- (1) Kendimden pek memnun değilim.
- (2) Kendime kızgınım.
- (3) Kendimden nefrete ediyorum.

7 (0) Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.

- (1) Hatalarım ve zayıf taraflarım olduğunu düşünmüyorum.
- (2) Hatalarımdan dolayı kendimden utanıyorum.
- (3) Her şeyi yanlış yapıyor muyum gibi geliyor ve hep kendimi kabahat buluyorum.

8 (0) Kendimi öldürmek gibi düşüncülerim yok.

- (1) Kimi zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm oluyor ama yapmıyorum.
- (2) Kendimi öldürmek isterdim.
- (3) Fırsatımı bulsam kendimi öldürürüm.

- 9 (0) İçimden ağlamak geldiği pek olmuyor.
- (1) Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.
  - (2) Çoğu zaman ağlıyorum.
  - (3) Eskiden ağlayabilirdim ama şimdi istesem de ağlayamıyorum.
- 10 (0) Her zaman olduğumdan daha canı sıkkın ve sinirli değilim.
- (1) Eskisine oranla daha kolay canım sıkılıyor ve kızıyorum.
  - (2) Her şey canımı sıkıyor ve kendimi hep sinirli hissediyorum.
  - (3) Canımı sıkkan şeylere bile artık kızamıyorum.
- 11 (0) Başkalarıyla görüşme, konuşma isteğini kaybetmedim.
- (1) Eskisi kadar insanlarla birlikte olmak istemiyorum.
  - (2) Birileriyle görüşüp konuşmak hiç içimden gelmiyor.
  - (3) Artık çevremde hiç kimseyi istemiyorum.
- 12 (0) Karar verirken eskisinden fazla güçlük çekmiyorum.
- (1) Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
  - (2) Eskiye kıyasla karar vermekte çok güçlük çekiyorum.
  - (3) Artık hiçbir konuda karar veremiyorum.
- 13 (0) Her zamankinden farklı göründüğümü sanmıyorum.
- (1) Aynada kendime her zamankinden kötü görünüyorum.
  - (2) Aynaya baktığımda kendimi yaşlanmış ve çirkinleşmiş buluyorum.
  - (3) Kendimi çok çirkin buluyorum.
- 13 (0) Her zamankinden farklı göründüğümü sanmıyorum.
- (1) Aynada kendime her zamankinden kötü görünüyorum.
  - (2) Aynaya baktığımda kendimi yaşlanmış ve çirkinleşmiş buluyorum.
  - (3) Kendimi çok çirkin buluyorum.
- 14 (0) Eskisi kadar iyi iş güç yapabiliyorum.
- (1) Her zaman yaptığım işler şimdi gözümde büyüyor.
  - (2) Ufacık bir işi bile kendimi çok zorlayarak yapabiliyorum.
  - (3) Artık hiçbir iş yapamıyorum.
- 15 (0) Uykum her zamanki gibi.
- (1) Eskisi gibi uyuyamıyorum.
  - (2) Her zamankinden 1-2 saat önce uyanıyorum ve kolay kolay tekrar uykuya dalamıyorum.
  - (3) Sabahları çok erken uyanıyorum ve bir daha uyuyamıyorum.
- 16 (0) Kendimi her zamankinden yorgun hissetmiyorum.
- (1) Eskiye oranla daha çabuk yoruluyorum.
  - (2) Her şey beni yoruyor.
  - (3) Kendimi hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun ve bitkin hissediyorum.
- 17 (0) İştahım her zamanki gibi.



(1) Eskisinden daha iştatsızım.

(2) İştahım çok azaldı.

(3) Hiçbir Şey yiyemiyorum.

18 (0) Son zamanlarda zayıflamadım.

(1) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 2 Kg verdim.

(2) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 4 Kg verdim.

(3) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 6 Kg verdim.

19 (0) Sağlığımla ilgili kaygılarım yok.

(1) Ağrılar, mide sancıları, kabızlık gibi Őikâyetlerim oluyor ve bunlar beni tasalandırıyor.

(2) Sağlığımın bozulmasından çok kaygılanıyorum ve kafamı başka Şeylere vermekte zorlanıyorum.

(3) Sağlık durumum kafama o kadar takılıyor ki, başka hiçbir Şey düşünemiyorum.

20 (0) Sekse karşı ilгимde herhangi bir değişiklik yok.

(1) Eskisine oranla sekse ilğim az.

(2) Cinsel isteğim çok azaldı.

(3) Hiç cinsel istek duymuyorum.

21 (0) Cezalandırılması gereken Şeyler yapığımı sanmıyorum.

(1) Yaptıklarımın dolaylı cezalandırılabilceğimi düşünüyorum.

(2) Cezamı çekmeyi bekliyorum.

(3) sanki cezamı bulmuşum gibi geliyor

#### Ek-4: BECK ANKSİYETE ÖLÇEĞİ

Aşağıda insanların kaygılı ya da endişeli oldukları zamanlarda yaşadıkları bazı belirtiler verilmiştir. Lütfen her maddeyi dikkatle okuyunuz. Daha sonra her maddedeki belirtinin BUGÜN DÂHİL SON BİR (1) HAFTADIR sizi ne kadar rahatsız ettiğini yandakine uygun yere (x) işareti koyarak belirleyiniz.

	Hiç	Hafif düzeyde beni pek etkilemedi	Orta düzeyde hoş değildi ama katlanabildim	Ciddi düzeyde dayanmakta çok zorlandım
1. Bedeninizin herhangi bir yerinde uyuşma veya karıncalanma				
2. Sıcak/ ateş basmaları				
3. Bacaklarda halsizlik, titreme				
4. Gevşeyememe				
5. Çok kötü şeyler olacak korkusu				
6. Baş dönmesi veya sersemlik				
7. Kalp çarpıntısı				
8. Dengeyi kaybetme duygusu				
9. Dehşete kapılma				
10. Sinirlilik				
11. Boğuluyormuş gibi olma duygusu				
12. Ellerde titreme				
13. Titreklilik				
14. Kontrolü kaybetme korkusu				

15. Nefes almada güçlük				
16. Ölüm korkusu				
17. Korkuya kapılma				
18. Midede hazımsızlık ya da rahatsızlık hissi				
19. Baygınlık				
20. Yüzün kızarması				
21. Terleme (sıcaklığa bağlı olmayan)				