

T. C.
KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
ANESTEZİYOLOJİ VE REANİMASYON ANABİLİM DALI

ANESTEZİYOLOJİ ÇALIŞANLARINDA TÜKENMİŞLİK DÜZEYLERİ

DR. AYTEKİN SAVRAN
TIPTA UZMANLIK TEZİ

DANIŞMAN
DOÇ. DR. NİMET ŞENOĞLU

KAHRAMANMARAŞ - 2012

ANESTEZİYOLOJİ ÇALIŞANLARINDA TÜKENMİŞLİK DÜZEYLERİ

DR. AYTEKİN SAVRAN

TIPTA UZMANLIK TEZİ

DANIŞMAN

DOÇ. DR. NİMET ŞENOĞLU

KAHRAMANMARAŞ – 2012

KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM ÜNİVERSİTESİ

Tıp Fakültesi Dekanlığı'na

Arş. Gör. Dr. Aytekin SAVRAN tarafından hazırlanan “**Anesteziyoloji Çalışanlarında Tükenmişlik Düzeyleri**” adlı bu tezin Tıpta Uzmanlık tezi olarak uygun olduğunu onaylarım.

Doç. Dr. Nimet ŞENOĞLU

Danışman

Bu çalışma, jürimiz tarafından oy birliği ile Tıp Fakültesi **Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalında** Tıpta Uzmanlık tezi olarak **12.12.2012** tarihinde kabul edilmiştir.

Tez Değerlendirme Jüri Tutanağı:			İmza:
Başkan	Doç. Dr. Hafize ÖKSÜZ	Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı	
Üye	Doç. Dr. Nimet ŞENOĞLU	Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı	
Üye	Yrd. Doç. Dr. Hüseyin YILDIZ	Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı	

Yukarıdaki imzaların adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

Tarih : ... / ... / 2012

Prof. Dr. Durmuş DEVECİ

Dekan

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

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimimde birikimlerinden istifade etmeye nail olduğum mahir üstatlarım; Doç. Dr. Hafize ÖKSÜZ, Doç. Dr. Nimet ŞENOĞLU ; Yrd. Doç. Dr. Hüseyin YILDIZ, Yrd. Doç. Dr. İsmail COŐKUNER, Yrd. Doç. Dr. Emin SİLAY ve Doç. Dr. Zafer DOĐAN'a Őükranlarımı sunarım.

Rasyonel yaklaşımları ile uzmanlık tezime yön veren Doç. Dr. Nimet ŞENOĞLU'na sonsuz minnet duymakla birlikte; profesyonel katkılarından dolayı Doç. Dr. Hasan Çetin EKERBİÇER'e teşekkürü borç bilirim.

Eđitimim süresince beraber çalıŐtıđım asistan ve teknisyen arkadaşlarım başta olmak üzere, cerrahi yoğun bakım ile kardiyovasküler cerrahi yoğun bakım çalışanlarına teşekkür ederim.

Eđitimin insan hayatındaki önemini özümsemiŐ olan, modernist aydınlanmanın neferleri olduklarına inandığım annem ve babam ile her an desteklerini yanıbaŐımda hissettiğim kardeŐlerime teşekkür etmeyi vazife addederim.

Varlıklarıyla bana; her Şeyin insanı sevmekle başlayacağı gerçeğini tekrar tekrar hatırlatan, sevgili eŐim Mehtap ile biricik evlatlarım Egemen ve İdil'e teşekkür ederim.

Dr. AYTEKİN SAVRAN

İÇİNDEKİLER

Sayfa No

KABUL ve ONAY	I
TEŞEKKÜR	II
İÇİNDEKİLER	III-IV
KISALTMALAR	V
ÖZET, ANAHTAR KELİMELER	VI-VII
ABSTRACT, KEYWORDS	VIII
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1-2
2. GENEL BİLGİLER	3-12
2. 1. Tükenmişlik Kavramı.....	3
2. 2. Tükenmişliğin Evreleri.....	3
2. 2. 1. Şevk ve coşku evresi.....	3
2. 2. 2. Durağanlaşma evresi.....	3
2. 2. 3. Engellenme evresi.....	4
2. 2. 4. Umursamazlık evresi.....	4
2. 3. Tükenmişliğin Belirtileri.....	4
2. 3. 1. Bireysel belirtiler.....	4
2. 3. 2. Psikolojik belirtiler.....	4
2. 3. 3. Davranışsal belirtiler.....	4
2. 3. 4. Organizasyonel belirtiler.....	5
2. 4. Tükenmişlik Nedenleri	5
2. 4. 1. Kişisel tükenmişlik nedenleri.....	5
2. 4. 2. Örgütsel tükenmişlik nedenleri.....	6
2. 5. Tükenmişlik Kavramı Yaklaşımları.....	6
2. 5. 1. Freudenberger'in tükenmişlik yaklaşımı.....	6
2. 5. 2. Maslach'ın tükenmişlik yaklaşımı	7
2. 5. 2. 1. Duygusal tükenme.....	7
2. 5. 2. 2. Duyarsızlaşma.....	7
2. 5. 2. 3. Bireysel başarıda azalma.....	8
2. 5. 3. Pearlman ve Hartman'ın tükenmişlik yaklaşımı.....	8
2. 5. 4. Suran ve Sheridan'ın tükenmişlik yaklaşımı.....	8-9
2. 5. 5. Edelwich'in tükenmişlik yaklaşımı.....	10

2. 6. Tükenmişlikle Mücadele Yolları.....	10
2. 6. 1. Çalışan kişideki değişiklik ve gelişmeler	10
2. 6. 2. Görev ve rol yapısındaki değişiklik ve gelişmeler.....	11
2. 6. 3. Organizasyonel önlemler ve değişiklikler.....	11-12
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	13-19
3. 1. Çalışmada Kullanılan Anket Formu.....	14
3. 1. 1. Sosyodemografik veri toplama formu.....	14-17
3. 2. Maslach Tükenmişlik Ölçeği.....	17
3. 2. 1. Maslach tükenmişlik ölçeği soruları.....	18-19
3. 3. Maslach Tükenmişlik Ölçeğinin Güvenilirliği ve Geçerliliği.....	19
4. BULGULAR.....	20-40
5. TARTIŞMA.....	41-47
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	48
7. KAYNAKLAR.....	49-53
ŞEKİLLER DİZİNİ	54
TABLolar DİZİNİ	55-56

KISALTMALAR

SPSS : Statistical Package for the Social Sciences

MTÖ : Maslach Tükenmişlik Ölçeği

DT : Duygusal Tükenme

DYS : Duyarsızlaşma

KB : Kişisel Başarı

MİN : Minimum

MED : Ortanca

MAKS : Maksimum

ORT : Ortalama

SD : Standart Sapma

MBI : Maslach Burnout Inventory

MBI-EE: MBI-Emotional exhaustion

MBI-D : MBI-Depersonalization

MBI-PA: MBI-Personal Accomplishment

ANESTEZİYOLOJİ ÇALIŞANLARINDA TÜKENMİŞLİK DÜZEYLERİ

ÖZET

Anesteziyoloji kliniklerinde çalışanlar; diğer sağlık çalışanlarına göre, zor koşullar altında görev yapmakta olup Tükenmişlik Sendromu açısından riskli bir grup oluşturmaktadırlar.

Çalışmamızda ülkemizdeki anesteziyoloji çalışanlarının tükenmişlik düzeylerinin ve tükenmişlikle ilgili faktörlerin incelenmesi amaçlanmıştır.

Çalışmaya yedi coğrafi bölgedeki çeşitli hastanelerden (en az bir tanesi tıp fakültesi hastanesi olmak üzere) anesteziyoloji çalışanları alındı. Çalışmaya dahil edilen anesteziyoloji çalışanlarına, Maslach Tükenmişlik Ölçeğine ait yirmi iki soruya ilave olarak gönüllülerin sosyodemografik verilerinin bulunduğu otuz soru yer aldı. Geri dönüşü sağlanan 686 anket formundaki veriler değerlendirmeye alındı.

Araştırmaya katılan anesteziyoloji çalışanlarının %58,2 (n=287)'si kadın; %41,8 (n=399)'i ise erkektir. Yaş ortalaması $33,07 \pm 7,5$ olarak bulundu. Katılımcıların % 34,1'inin bekar, % 62,7'sinin evli olduğu saptandı. Evli katılımcıların çoğunluğu (% 38, n: 161) 1 çocuk sahibi iken % 19 (n=30)'u çocuk sahibi değildi Katılımcıların MTÖ'den aldıkları puanlar, ölçeğin alt gruplarına göre hesaplandı. Alınan ortalama MTÖ-DT puanı $17,0 \pm 6,4$; MTÖ-DYS puanı $5,8 \pm 3,4$ ve MTÖ-KB puanı $18,9 \pm 4,2$ olarak belirlendi. Katılımcıların ortalama MTÖ-DT puanının orta, MTÖ-DYS puanının düşük-orta, MTÖ-KB puan ortalamasının ise düşük düzeyde olduğu saptandı.

Ülkemizdeki anesteziyoloji çalışanları tükenmeye yatkındırlar. Anesteziyoloji çalışanlarının; çalışma koşulları itibariyle ,radyasyona maruziyet, bulaşıcı hastalık etkenleri, ortam gürültüsü, sirkadiyen ritmin bozulması ve uykusuzluk gibi nedenlerlenden dolayı tükenmişliğe yatkın olmaları olağan kabul edilebilir. Yaş ve deneyim süresi arttıkça tükenmişlik riski azalmaktadır. Öğretim üyeleri tükenmişlik açısından diğer çalışanlara göre daha iyi durumdayken, araştırma görevlileri tükenmişlik açısından en yüksek riske sahiptir.

Tüm anestezi çalışanlarında tükenmişlik indeksi yüksek olmakla birlikte üniversite hastanelerinde çalışanlarda, araştırma görevlilerinde, nöbet sayısı ve günlük çalışma saati fazla olan katılımcılarda, meslekteki deneyimi az olan genç çalışanlarda

duygusal tükenme ve duyarsızlaşmanın yüksek, kişisel başarının ise düşük olduğu saptandı.

Anahtar Kelimeler : Anesteziyoloji Çalışanları, Maslach Tükenmişlik Ölçeği, Duygusal Tükenme, Duyarsızlaşma, Kişisel Başarı Azalması,

Sayfa Adedi : 66

Danışman : Doç. Dr. Nimet ŞENOĞLU

BURNOUT LEVELS OF ANESTHESIOLOGY STAFF

ABSTRACT

Anesthesiology staff works at hard conditions and higher risk of burnout syndrome than the other medical professionals. In accordance to the purpose of workshop, to investigate the burnout levels and factors who relates with burnout positions.

In this study, anesthesiology staff were selected in hospitals of seven geographic area (including at least one college hospital). In our workshop group of the anesthesiology staff, volunteers responded thirty question about social-demographic sources, in addition to the twenty two question including Maslach Burnout Inventory (MBI) scales. The data provided in the responded 686 questionnaires were plumbed.

Study results showed that %58,2 (n:287) of employees were female, % 41,8 (n:399) were male. The mean age was obtained at $33,07 \pm 7,5$, % 34,1 of participants were single, % 62,7 were married . Most of all married participants (% 38,1 ,n:161) have one child while (% 19 n:30) participants did not have a child. MBI scores of the participants were calculated pursuant to sub groups. the average score obtained in MBI-EE (MBI-Emotional exhaustion) $17,0 \pm 6,4$; MBI-D (MBI-Depersonalization) score $5,8 \pm 3,4$ and $18,9 \pm 4,2$ points in MBI-PA (MBI-Personal Accomplishment) stated. The average score of the participants were found medium in MBI-EE, low to medium in MBI-D scores and the average of MBI-PA was found to be low.

Anesthesiology staff are recipient to burnout in our country. Employees, as working conditions, radiation exposure, infectious disease agents, ambient noise, circadian rthym disease and such as insomnia illness, they are recipient to burnout ordinary because of these reasons. Burn out risk decreases when the people become older and more experienced. Residents have the highest risk of burnout respecting to the instructor. Residents showed that burn out index are higher in totally anesthesiology staff, especially emotional exhaustion and depersonalization are higher levels and personal accomplishment founded in low levels. These results obtained at the group of employees who have work in college hospital by resident, unpracticed young and stay on duty workers.

Key words: Anesthesiology Staff , Maslach Burnout Inventory, Emotional Exhaustion , Depersonalization, Personal Accomplishment

Page Number : 66

Advisor : Assoc. Prof. Dr. Nimet SENOGLU

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Tükenmişlik Sendromu insanlarla yüzyüze iletişimin gerektiği hizmet sektöründeki meslek gruplarında sık olarak görülmektedir. Hizmet sektöründe yer alan sağlıkla ilgili çalışma alanları, personelin stres ile çok sık karşılaşması nedeniyle, diğer sektörlerdeki çalışma alanlarına göre iş stresinin daha fazla yaşandığı ortamlar olarak değerlendirilmektedir. Anesteziyoloji kliniklerinde çalışanlar; diğer sağlık çalışanlarına göre, zor koşullar altında görev yapmakta olup Tükenmişlik Sendromu açısından riskli bir grup oluşturmaktadırlar.(1)

Tükenmişlik kavramı ilk olarak; gönüllü sağlık çalışanları arasında görülen hayal kırıklığı, yorgunluk ve iş bırakma özellikleriyle karakterize durumu tanımlamak için Freudenberger tarafından kullanılmış ve daha sonra Maslach ve Jackson tarafından geliştirilmiştir. (2, 3)

Maslach tükenmişliği profesyonel bir kişinin mesleğinin özgün anlamı ve amacından kopması, hizmet verdiği insanlar ile artık gerçekten ilgilenemiyor olması biçiminde tanımlamıştır. Tükenmişliğin majör özellikleri enerji kaybı, motivasyon eksikliği, diğerlerine karşı negatif tutum ve aktif olarak diğerlerinden geri çekilmeyi içerir. Maslach'a göre tükenmişlik; duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarı azalması komponentlerini içermektedir. Duygusal tükenmişlik, enerjisini yitiren bireyin duygusal kaynaklarının tükenmesi olarak tanımlamaktayken; duyarsızlaşma, çalışanın hizmet sunduğu bireylere yönelik olumsuz, cidiyetten yoksun, negatif tutum ve duygulardır. Kişisel başarı azalması; çalışanın kendisini olumsuz değerlendirme eğilimi, kendini yeterli bulmaması olarak tanımlanır. Çalışanlar duygusal anlamda kendilerini işlerine verememekte, işinde başarısız olduğu düşüncesiyle tatminsizlik duymakta ve iş dışı faaliyetlere yönelmektedir.(4)

İlk olarak sağlık çalışanlarında incelenmeye başlanan tükenmişlik kavramı, daha sonra öğretmenlik, polislik, yöneticilik gibi insanlarla yoğun ilişki gerektiren meslek gruplarında araştırılmıştır.

Sağlık çalışanları arasında anesteziyoloji kliniklerinde görev yapanlar genellikle zor şartlar altında çalışmaktadırlar. Anesteziyolojinin çalışma alanı üst düzeyde dikkat gerektiren uygulamaları içermektedir. Oluşabilecek komplikasyonlar veya uygulama hatalarının doğurabileceği malpraktisin; katastrofik ve trajik sonuçlar oluşturabilme potansiyeli, çalışanı ciddi stres yüküyle baş başa bırakmaktadır. Ülkemizde hekimler zorunlu mesleki sorumluluk sigortasına tabi olup, Anesteziyoloji ve Reanimasyon

hekimlerinin ödediği prim miktarının en üst basamakta olması, yapılan iş gereği alınan risklerin boyutunun nedenli büyük olduğunun göstergesidir.

Anesteziyoloji çalışanlarının; çalışma ortamları diğer disiplinlere göre fiziksel farklılıklar içermekte olup, çalışma saatleri ve süreleri genellikle düzensizdir. Anesteziyoloji çalışanları dinlenme ve beslenme gibi ihtiyaçlar için planlı bir çalışma düzenine sahip değillerdir.

Ameliyathaneler gürültülü iş ortamları olarak kabul edilmektedir. Yüksek ses seviyesi çalışanın performansını olumsuz yönde etkilemektedir. Yüksek ses iletişimi bozmanın yanı sıra, konsantrasyonu engelleyerek strese katkıda bulunabilir. (5-7)

Ameliyathanelerde çalışanlar, dış ortamdan izole alanlarda bulunmaları nedeniyle; sirkadien ritmin senkronizasyonunda en önemli dış uyaran olan gündüz-gece (aydınlık-karanlık) döngüsünden yeterli miktarda etkilenmemektedir. Normal sirkadien ritmin bozulması veya yetersiz sirkadien uyum; uyku yoksunluğu, uyanıklıkta azalma, fiziksel ve zihinsel performansta düşüklüğe neden olur. Uykusuzluk ve aşırı çalışma, depresif bozukluk gelişiminde önemli rol oynamaktadır. (8, 9)

Anesteziyoloji çalışanları hem iyonize hemde noniyonize radyasyona maruziyet açısından risk altındadırlar. Korunma stratejilerinin artarak geliştirilmekte olmasına rağmen; radyasyona mesleki maruziyet, anesteziyoloji çalışanları arasında önemli derecede kaygıya neden olmaktadır.

Anesteziyoloji çalışanları hastalarla ilgilenirken pek çok bulaşıcı hastalık etkenine maruz kalmaktadır. HIV, hepatit C ve hepatit B bu etkenlerden en önemlileridir. (10)

Anesteziyoloji çalışanlarının çalışma koşullarının olumlu yönde düzenlenmesi gerek çalışan gerek kurum açısından son derece faydalı olacaktır. Tükenmişlik kurumsal açıdan, çalışanın verdiği hizmetin niteliği ve niceliğinde zaafiyete yol açmaktadır. Tükenme durumu çalışanda psikosomatik bozukluklara, evlilik ve aile yaşantısındaki sorunlara hatta kimyasal madde bağımlılığına neden olabilmektedir. Birleşik Devletler’ de hekimlerin %4’ünü anesteziyologlar oluşturmaktadır. Bununla beraber kimyasal madde bağımlılığı tedavi programlarındaki hekimlerin %12-14’ünün anesteziyolog olması oldukça dikkat çekicidir. (11)

Anesteziyoloji çalışanları zorlu çalışma koşulları itibariyle tükenmişlik açısından incelenmesi gereken bir risk grubudur. Çalışmamızda ülkemizdeki anesteziyoloji çalışanlarının tükenmişlik düzeyleri ve tükenmişlik ile ilgili faktörlerin analiz edilmesi amaçlanmıştır

2. GENEL BİLGİLER

2. 1. TÜKENMİŞLİK KAVRAMI

Tükenmişlik kavramı Herbert Freudenberger tarafından ortaya atılmıştır. Bir sağlık hizmetleri kuruluşunda psikolog olarak çalışan Freudenberger; sağlık çalışanları arasında görülen, yorgunluk, hayal kırıklığı ve iş bırakmayla karakterize durumu tükenmişlik olarak tanımlamıştır. Tükenmişlik kavramı daha sonra Maslach ve Jackson tarafından geliştirilmiştir. (2)

Maslach, tükenmişliği profesyonel bir çalışanın mesleğinin özgün anlamı ve amacından kopması ve hizmet verdiği insanlarla artık gerçekten ilgilenmiyor olması olarak tanımlamıştır. Enerji kaybı, motivasyon eksikliği, diğerlerine karşı negatif tutum ve aktif olarak diğerlerinden geri çekilme tükenmişliğin major özellikleridir. (3,4)

Tükenmişlik duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarı boyutlarıyla ele alınır. Tükenmişliğin en önemli belirleyicisi olan duygusal tükenmede kişi emosyonel olarak aşırı yüklenme ve tükenme hisseder. Duyarsızlaşma, çalışanın hizmet verdiği kişilerin birey olduklarını dikkate almadan sergilediği, duygudan yoksun tutum ve davranışlardır. Kişisel başarı eksikliğinde; kişi sorunu başarı ile giderememekte, kendini yetersiz olarak görmektedir. Kişinin iş motivasyonunda azalma görülmektedir. Kişide kontrol eksikliği ve çaresizlik vardır. Tükenme, duygusal tükenme ile duyarsızlaşmanın artması, kişisel başarının azalması ile ortaya çıkmaktadır. (3)

2. 2. TÜKENMİŞLİĞİN EVRELERİ

Tükenmişlik dört evre ile tanımlanmaktadır. Evrelendirme tükenmeyi anlamada kolay bir bakış sağlamaktadır. Tükenmişlik kişinin bir evreden diğerine geçtiği kesikli bir süreç değildir, sürekli bir olgudur.

2. 2. 1. Sevk ve coşku evresi

Kişinin mesleğini her şeyin önünde tuttuğu bu evrede; enerjide artma, mesleki beklentilerde gerçekçi olmayan umutlanmalar vardır. Yoğun ve ağır çalışma koşullarına, uykusuzluğa, gergin çalışma ortamlarına ve benzeri faktörlere rağmen, üstün bir uyum çabası vardır.

2. 2. 2. Durağanlaşma evresi

İstek ve umutlulukta bir azalma olur. Mesleğini icra ederken daha önceleri umursamadağı güçlükler kişiyi giderek rahatsız etmektedir. Kişi, işten başka bir şey yapmadığı düşüncesi içerisinde.

2. 2. 3. Engellenme evresi

Mesleği gereği başka insanlara yardım ve hizmet etmeye çalışan kişi sistemi, uygunsuz çalışma koşullarını ve insanları değiştirmenin oldukça zor olduğu düşüncesiyle yoğun bir engellenmişlik duygusu içerisindedir. Engellenmişlik duygusu içerisindeki kişi; adaptif savunma ve başa çıkma stratejilerini harekete geçirme, maladaptif savunma ve başa çıkma stratejileriyle tükenmişliği ilerletme veya durumdan kendini çekme eylemlerinden birini seçer.

2. 2. 4. Umursamazlık evresi

Bu evrede kişi mesleğine karşı derin bir inançsızlık ve umutsuzluk içerisindedir. Kişi mesleğini ekonomik zorunluluklar nedeniyle sürdürmekte olup; iş yaşamı, sıkıntı ve mutsuzluk kaynağı olarak görülmektedir. Meslekten zevk alma ve iş doyumunu sözkonusu değildir. (14)

2. 3. TÜKENMİŞLİĞİN BELİRTİLERİ

2. 3. 1. Bireysel belirtiler

Bireyde tükenmişlik durumunda psikofizyolojik açıdan; yorgunluk, enerji azalması, bitkinlik, sık soğuk algınlığı, sık baş ağrısı, gastrointestinal bozukluklar, uyku bozuklukları, solunum problemleri, iskemik kalp hastalığı ve psikosomatik hastalıklar insidansında artma, görülmektedir.

2. 3. 2. Psikolojik belirtiler

Kişi duygusal bitkinlik içerisinde olup sürekli bir sinirlilik hali ve çabuk öfkelenme içerisindedir. Hayal kırıklığı, çökkün duygudurum, anksiyete, huzursuzluk, sabırsızlık, ümitsizlik ve değersizlik, eleştirilere aşırı duyarlılık, karar vermede yetersizlik, görülen başlıca psikolojik belirtilerdendir.

2. 3. 3. Davranışsal belirtiler

Hatalar yapma, bazı şeyleri erteleme veya sonuçsuz bırakma, işe geç gelme, izinsiz işe gelmeme, hastalık nedeniyle işe gelmemede artma, işi bırakma eğilimi sık görülen davranışsal belirtilerdir. Verilen hizmetin niteliği bozulmaktadır. İş ve iş dışı ilişkilerde bozulma; kaza ve yaralanmalarda artma gözlenir. Mesleğe, meslektaşlarına ve hizmet verilen kişilere karşı alaycı bir tavır sergilenmesi, işle ilgilenmeyip başka uğraşlarla vakit geçirme tükenmişliğin önemli belirtilerindendir.(15, 16, 17)

2. 3. 4. Organizasyonel belirtiler

Tükenmişliğin daha çok organizasyonel nedenlerle ortaya çıktığı kurumlarda; işten ayrılanların sayısında artma, personel değişikliğinin sık olması, kurum çalışanlarının emosyonel ve bedensel sorunlarında fazlalaşma, personeller arasında veya diğer disiplinlerle iletişim ve uyumda güçlük görülmektedir. Hasta veya hasta yakınlarının bakımla ilgili yakınmalarında artış ve hasta bakımının niteliğinin düştüğüne işaret eden bulguların tespiti; bir sağlık hizmeti organizasyonunda tükenmişliğe yol açan kurumsal faktörlerin çalışan üzerindeki olumsuz etkilerinin arttığına dair belirtilerendir. (18)

2. 4. TÜKENMİŞLİK NEDENLERİ

Tükenmişliğin gerçekleşmesine etki eden birçok faktör bulunmaktadır. Demografik, kişisel ve örgütsel nedenlerle birlikte kültürel farklılıklarda tükenmişlik gelişiminde rol almaktadır.

Tükenmişlik durumunda olan kişilerin büyük bir kısmı, belirli bir amaç için yoğun çaba göstermiş kişilerdir. Sınırları zorlayarak hedeflerine ulaşmaya çalışan bu kişiler, hayata dair büyük beklentiler içerisindedirler ve uğraşlarında daima daha fazlasını elde etmeye çalışmaktadırlar. (19)

Kişinin karakteriyle yaptığı işin uyuşmaması, sosyal desteğin azlığı gibi nedenler dikkat çeken tükenmişlik nedenlerindedir. (20)

2. 4. 1. Kişisel tükenmişlik nedenleri

Kişilik yapıları bireylerin tükenmişlikleriyle ilgili önemli bir etkidir. Kişilik özellikleri meslek tercihlerini etkileyebilir. Bazı bireyler daha az stres yaşayacakları işlere yönelirken, bazı bireyler ise daha fazla stres yaşayacakları meslekler seçebilirler. Bireylerin kabiliyetleri, ihtiyaçları, istekleri ve kişilik özellikleri ile işyerinin talepleri ve sınırlamalarının örtüşmemesi iş stresine yol açmaktadır. (21)

A tipi ve B tipi olmak üzere iki temel kişilik vardır. İçer dönük bir kişilik olan A tipindekiler, utangaç, çekingen ve tek başına çalışmayı seven bireylerdir. Zamanı boşa harcamak istemeyen , aynı anda birçok işi yapmaya çalışan bu kişiler; hızlı yemek yeme, yükses sesle ve acele konuşma gibi davranışlar sergilerler. A tipi kişiliğe sahip olanlar dinlenme, eğlence ve dostluk ilişkileri gibi iş dışı faaliyetlere çok az zaman ayırırlar. Diğer kişilere karşı sabırsızlık, hoşgörüsüzlük ve çabuk öfkelenme gösteren bu kişiler; başkalarının konuşmalarını sık sık keserler. Gereğinden fazla titizlik, her şeyi kontrol etme isteği ve diğerleriyle yarış halinde olma sözkonusudur. Kurumlarda A tipi

kişilik özelliklerine sahip çalışanlar ödüllendirilir. İdarecilerden A tipi kişiliğe sahip olanların davranışlarını sergilemeleri beklenir. (22-24)

B tipi kişilik dış çevreye açıktır. B tipi kişiliğe sahip olanlar zaman sıkışıklığından yakınmazlar, başarılarını gösterme veya tartışma ihtiyacı hissetmezler. Saldırgan ve düşmanca tutum sergilemezler. Çevreyle ilişkilerde pek sorun yaşamazlar. Huzursuz olmadan çalışır, suçluluk duymadan rahatlayabilirler. B tipi kişilik özelliği gösterenler katı bir kuralcılık içinde olmazlar. Oldukça düzenli olan bu kişiler sakin çalışmayı tercih ederler. Kendisinden ve çevresinden emin olan B tipi kişilikler duygusal problemlerini rahatlıkla paylaşabilirler. (22,25)

Gerçeküstü hedeflere ulaşmaya çalışan, çalışma ortamında rekabetçilik içerisinde bulunan, aynı anda birden fazla işi yapmaya çalışan ve başarılı olmak için yoğun çaba harcayan A tipi kişilik sahipleri, daha fazla stres ve tükenmişlik yaşamaktadırlar. (21)

2. 4. 2. Örgütsel tükenmişlik nedenleri

Yapılan işin niteliği, çalışma süreleri, nöbetler, fazla mesailer, işin yoğunluğu, üretim baskısı, çalışılan kurumun özellikleri, çalışanın önemli kararlara katılmaması, organizasyonel işleyiş hataları, personel sayısının yetersizliği, örgütsel tükenmişlik nedenleri olarak sayılabilir. Çalışanın gereğinden fazla sorumluluk alması, yeterli desteğin verilmemesi, adil olmayan ödüllendirme veya ödüllendirmenin olmayışı, amirleriyle veya iş arkadaşlarıyla iletişimde yaşanan problemler, tükenmişliğe yol açan örgütsel nedenlerdir. (26, 27)

2. 5. TÜKENMİŞLİK KAVRAMI YAKLAŞIMLARI

Tükenmişlikle kavramıyla ilgili olarak günümüze kadar; Freudenberger, Maslach, Pearlman ve Hartman, Suran ve Sheridan, Edelwich tarafından çeşitli kuramsal açıklamalar yapılmıştır. Bu modellerde tükenmişliğin ortaya çıkış nedenleri ve tükenmişliğin boyutları açıklanmaya çalışılmıştır.

2. 5. 1. Freudenberger'in Tükenmişlik Yaklaşımı

Freudenberger 1974 yılında yayınladığı makale ile 'tükenmişlik' kavramının literatüre girmesini sağlamıştır. Tükenmeyi; başarısızlık, yıpranma veya enerji güç ve potansiyel üzerinde aşırı isteklerde ortaya çıkan bir durum olarak tanımlamıştır. Tükenmişlik; herhangi bir nedenden dolayı duygusal anlamda yük altına giren personelin, çalışamaz hale gelip, amaca hizmet etmediği anı göstermektedir. (2)

Tükenmişlik kavramını gönüllü sağlık çalışanları arasında yaptığı çalışmalar sonucunda ortaya atan Freudenberg; tükenmişliğin yorgunluk hissi, bitkinlik, baş ağrıları, mide ve barsak rahatsızlıkları gibi fiziksel belirtilerinin olduğunu söylemektedir.

2. 5. 2. Maslach'ın Tükenmişlik Yaklaşımı

Uzun süreli iş stresinin tükenmişliğe yol açtığını söyleyen Maslach, tükenmişliği profesyonel bir çalışanın mesleğinin özgün anlamı ve amacından kopması ve hizmet verdiği insanlarla artık gerçekten ilgilenmiyor olması olarak tanımlamıştır. Tükenmişlik durumunda; bireyde enerji kaybı, motivasyon eksikliği, diğerlerine karşı negatif tutum ve aktif olarak diğerlerinden geri çekilme vardır.

Maslach'a göre tükenmişlik; duyarsızlaşma, duygusal tükenme ve kişisel başarıda azalma olarak üç bileşenden oluşmaktadır. Maslach; bu üç komponentten oluşan tükenmişliği değerlendirebilmek için 'Maslach Tükenmişlik Ölçeği'ni geliştirmiştir.

2. 5. 2. 1. Duygusal Tükenme

Duygusal tükenme, tükenmişliğin en önemli bileşenidir. Yoğun çalışma temposuna tepki olarak ortaya çıkmaktadır. Duygusal tükenme durumundaki kişiler enerjilerinin azaldığını hissederler ve duygusal kaynaklarını tamamen yitirmişlerdir. (28, 29)

2. 5. 2. 2. Duyarsızlaşma

Hizmet verilen kişilere yönelik takınılan tutumda olumsuz bir değişim sözkonusudur. Yapılan işe yönelik uzaklaşma duygusu ve idealizmde kaybolma vardır. Hizmet verilen kişilerin birey oldukları dikkate alınmadan, soğuk, ilgisiz, duygudan yoksun davranışlar sergilenir. Duyarsızlaşan çalışan, diğer kişilerden uzaklaşıp, yalnız kalmayı tercih eder. (29, 30)

Duyarsızlaşma; duygusal tükenme yaşayan, başkalarının sorunlarını çözmede kendini güçsüz bulan çalışan için bir kaçış yoludur. Duyarsızlaşma içerisinde olan çalışan, diğer insanlara karşı katı tutumlar sergiler ve insanlara karşı genellemeler ile hareket eder. (29)

Maslach duyarsızlaşma boyutunu en problemlili bileşen olarak görmektedir. Duyarsızlaşan ve uzaklaşan çalışan diğer insanların ihtiyaçlarına ve duygularına karşı ilgisiz tavır içerisindedir. (28)

2. 5. 2. 3. Bireysel Başarıda Azalma

Başkaları için olumsuz düşünceler içinde olan birey zamanla kendisi içinde olumsuz kanaatler oluşturur. Kimse tarafından sevilmediği, işinde başarılı olamadığı düşüncesine kapılır. Başkalarına karşı beslediği olumsuz düşüncelerden dolayı suçluluk hissi içerisindedir. Nihayetinde benliğine olan saygısını yitirir. Sorunlarla başa çıkmada yetersizlik, üretkenlikte azalma, kişilerle anlaşmazlık hali görülür. Başarısızlık içerisinde olduğunu düşünen birey, kişisel sorunlarını çözümlenebilmek için terapistlere ve uzmanlara başvuru gibi çözümler arar. İş değiştirme çabası içinde olabilir. (29-31)

2. 5. 3. Pearlman ve Hartman'ın Tükenmişlik Yaklaşımı

Pearlman ve Hartman'a göre tükenmişlik; üç bileşenden oluşmaktadır. Duygusal ve/veya fiziksel tükenme, iş üretiminin azalması ve duyarsızlaşmayı içeren bileşenler sürekli yaşanan duygusal strese yanıt olarak ortaya çıkmaktadır. Bu bileşenler; davranış boyutta gelişen tepkimelerdir. Pearlman ve Hartman yaklaşımlarında, bireysel özelliklerin ve sosyal çevrenin, tükenmişliğin etkinliğinde ve algılanmasında önemli olduğuna vurgu yapmaktadırlar. (32)

Yaklaşımın dört aşaması bulunmaktadır.

- 1. Aşama:** Bu aşama stresin oluşumuyla ilgilidir. Bireyin yetenekleri çevrenin taleplerini karşılayacak kapasitede değilse veya iş bireyin istekleri ve ihtiyaçları ile örtüşmüyorsa stres oluşumu sözkonusudur.
- 2. Aşama:** Strese yol açan faktörler; bireyin kendisini çeşitli düzeylerde stres baskısı altında hissetmesine yol açar.
- 3. Aşama:** Bu aşama strese yanıt olarak oluşan üç temel bileşeni temsil eder.
- 4. Aşama:** Stresin sonuçlarının görüldüğü bu aşamada, iş doyumunda ve iş üretiminde azalma sözkonusudur. Tükenmişliğin sonucunda bireyin psikik ve fizik durumunda bozulmalar olabilir.

Pearlman ve Hartman'ın tükenmişlik modeli bireylerin çevresel ve kişisel özelliklerini irdeleyen bir modeldir. Bu modele göre tükenmişlikle başa çıkmada bireyin özellikleri, iş çevresi ve sosyal çevresi oldukça etkilidir.

2. 5. 4. Suran ve Sheridan'ın Tükenmişlik Yaklaşımı

Erikson'un kişilik gelişimi kuramını temel olarak alan bu yaklaşımda; tükenmişlik basamaklar halinde ortaya konmaktadır. Suran ve Sheridan elli yaşa kadar olan tükenme durumunu ele almışlar ve tükenmişliğin ileri yaşlarda da görülebileceğini belirtmişlerdir. Her bir basamakta tükenmişliğin oluşumunda etkili olan bireyin

yaşamsal özellikleri incelenmiştir. Suran ve Sheridan tükenmişliğin her basamakta ortaya çıkma olasılığı olan çatışmaların doyumsuz kalmasıyla ortaya çıktığını ifade etmektedirler. (33, 34)

1. Basamak; kimlik, rol çatışması: Tükenmişlikle ilgili faktörler ilk olarak, bireyin mesleki ve kimlik rollerinin geliştiği, erişkinliğe ilk adımların atıldığı dönemde etkili olmaya başlamaktadır. Bu dönem, psikolojik gelişim açısından oldukça önemlidir. Rol çatışması meslek seçimi ve kişisel hedeflerin belirlenmesinde etkin rol oynar. Mesleki gelişimin olumlu bir şekilde tamamlanamaması, bireyi gelecekte rol karmaşası ile karşı karşıya bırakır.

2. Basamak; yeterlilik, yetersizlik: Bireyin yaptığı işte yeterlilik duygusunu hissetmesi ve işiyle kişisel-sosyal yaşamını birarada yürütebilmesi, profesyonel kimlik gelişimin tamamlandığına işaret eder. Birey; bu basamakta deneyimlerini artırarak bağımsızlaşmaktadır. Deneyimlerini artırarak profesyonel kimlik oluşturan birey yaptığı işte ne kadar iyi olduğunu düşünmeye başlar. Birey kendisini diğer profesyonellerle karşılaştırmaya başlar. Bu basamak genellikle yirmili yaşların başlarında görülmektedir. Yaptığı meslekle ilgili katı beklenti içerisinde olan bireyler tükenmişlik açısından diğer bireylere nazaran daha fazla risk altındadırlar.

3. Basamak; verimlilik, durgunluk: Profesyonel bireyin sistemden özgür hale gelip meslek sürecini başlattığı dönemdir. Bu süreç otuzlu yaşlar ile başlar ve otuzlu yaşların sonlarına kadar sürer. Bu aşamada bireyin profesyonel anlamda üretkenliği üst düzeydedir. Yeteneklerini olumlu anlamda kullanmaya çalışan birey, enerjisini yaptığı işte verimliliği artırmaya ve üretken bir hayat tarzı oluşturmaya yönelir. Bireyin bu çabalarına karşın kendine ait tarz geliştirememesi, amaçsızlık ve hedefsizlik duygusuna kapılmasına yol açan bir süreci başlatır. Deneyimlerini ve yeteneklerini serbestçe kullanabileceği bir alan bulamayan birey, daha önceki dönemlerdeki başarılarında anlamsız olarak görmeye başlar. Birey ne yapacağını bilemez bir noktadır ve tükenmişlik artık kaçınılmazdır.

4. Basamak; yeniden oluşturma, hayal kırıklığı: Otuzlu yaşlardan, kırklı yaşlara kadar geçen süre bireyin erken seçimlerini sorguladığı dönemdir. İşle ilgili doyumsuzluğu olan bireyin, hayatında stres ve yorgunluk baskın hale geçmektedir. Bireyin becerilerini sergilemesinden yıllar sonra tükenmişlik ortaya çıkmaktadır. Bu dönemde ölümlülük ve kırılabilirlik duyguları bireyde hakimdir. Birey kişisel ve profesyonel anlamda olmak istediği kişilik için yeni bir neden keşfetmeye çalışır.

2. 5. 5. Edelwich'in Tükenmişlik Yaklaşımı

Edelwich ve Brodsky tükenmişliği, başkalarına yardım edici mesleklerde çalışan bireylerde, çalışma koşullarının bir sonucu olarak gelişen enerji, amaç ve idealizm kaybıdır. (35)

Tükenmişliğe yol açan çalışma koşullarından; çok sayıda kişiye hizmet sunulması, uzun çalışma saatleri, düşük ücret seviyeleri, organizasyonel dayatmalar oldukça önemli etkenlerdir. Mesleğe beslenen yüksek umutlar ile mevcut durum arasındaki uçurum bireyi tükenmişliğe götürmektedir.

Edelwich ve Brodsky, tükenmişliğin birbirini izleyen 'idealistik coşku, durgunluk, engellenme ve duyarsızlaşma' aşamalarının ardından gelişen bir süreç neticesinde oluştuğu kanaatine varmışlardır. (35)

2. 6. TÜKENMİŞLİKLE MÜCADELE YOLLARI

Tükenmişlikle mücadele; çalışan bireyde, görev ve rol yapısında, yönetim ve örgütlenme düzeyinde yapılacak çalışmalar halinde yürütülmelidir. (36)

Tükenmişlikle mücadelede öncelikle kavramın varlığının ve öneminin kavranması esastır. Tükenmişliği önlemek için uygulanacak yöntemler belirlenirken, çalışanların iş ortamındaki tutum ve davranışları gözlenmelidir. Tükenmişliği önlemek için geliştirilen yöntemlerin kaynağı stres ile mücadele alanında elde edilen deneyimlerdir.

2. 6. 1. Çalışan kişideki değişiklik ve gelişmeler

Bu amaçla çalışanda bireysel olarak yapılabilecek yöntemlere başvurulabilir. Bireyin problem çözme yaklaşımları, tutumları ve karar verme yaklaşımlarıyla ilgili bilişsel değişiklikler yapması için yöntemler geliştirilebilir. Çalışan daha gerçekçi hedeflere yönlendirilmelidir. Çalışan, duygularını ifade ediş tarzı ve sorunlarla mücadelede kullandığı yöntemler açısından olumlu yönde modifikasyonla verimliliği artırma yolunda cesaretlendirilmelidir. İletişim becerilerinin artırılması ve çalışanın rolünün netliği için bir takım stratejiler uygulanabilir. Çalışana karar verme süreçlerinde kendisini daha çok ortaya koyabilmesi için imkan tanınmalıdır. Çalışanın sorunlarıyla bireysel özelliklerine göre ilgilenilmelidir. (38, 39)

Çalışan grup faaliyetleri açısından desteklenmelidir. Spor ve müzik aktiviteleri gibi etkinliklere katılımları teşvik edilmelidir. (38)

2. 6. 2. Görev ve rol yapısındaki değişiklik ve gelişmeler

Çalışanların kendi sorunları üzerinde konuşma fırsatı bulabilecekleri, gerektiğinde destek alabilecekleri programlar düzenlenmelidir. Stresle mücadelede bireysel yöntemlerin geliştirilmesi için eğitim faaliyetleri düzenlenmelidir. (37, 38)

Kurumda, çalışanın dinlenebilmesine olanak tanıyan çalışma sistemi oluşturulmalı ve çalışanın makul izin istekleri olumlu karşılanabilmelidir. İzin taleplerinin olumlu karşılanması, izin nedeniyle işten uzaklaşan çalışanda suçluluk duygusu oluşmasına engel olacaktır.

Kurumda çalışanların sayısı artırılarak veya hizmet verilenlerin sayısı sınırlandırılarak çalışan başına düşen hasta oranları düşük tutulabilir. (39)

Kongreler, seminerler gibi işten geri çekilme fırsatları zaman zaman sunulabilir.

Kurumda; çalışanların emeklerinin karşılığını tam olarak aldıklarına kanaat getirdikleri bir ücretlendirme sistemi oluşturulmalıdır. (2)

2. 6. 3. Organizasyonel önlemler ve değişiklikler

Bireysel düzeydeki önlemlerle sorunun aşılamayacağını düşünenler, stres unsurlarının daha çok organizasyonel nedenlerden kaynaklandığını savunmaktadırlar. Organizasyonel anlamda alınabilecek önlemlerin; işin modifikasyonu, danışmanlık hizmetleri ve kurumsal olarak sorunun çözülmesi öğeleri halinde ele alınması gerektiğine vurgu yapılmaktadır. (2)

1. İşin Modifikasyonu: Organizasyonel nedenlerden kaynaklanan bireysel stresi azaltmada etkili ve oldukça basit bir yöntemdir. Çalışan ve iş arasında uyumun sağlanmasına yardımcı olur. (36)

İş yoğunluğu çalışanlar üzerinde eşit şekilde dağıtılmalıdır. Diğer işlere göre daha zor görevler çalışanlar arasında dönüşümlü olarak yaptırılmalıdır. İş yükünün sürekli aynı çalışanlar üzerinde birikmesi engellenmelidir.

Çalışanları gün içerisinde iş dışı faaliyetlere zaman ayırmasının sağlanması faydalı olacaktır. Çalışanlara; kendilerine yeni programlar yapabilmeleri için olanaklar sağlanmalıdır.

2. Danışmanlık Hizmetleri: Düzenli aralıklarla anketler yapılarak geri bildirimler alınabilir. Danışmanlık hizmetleriyle, kurum eleştiri ve önerilere daha açık, çalışanın görüşlerine daha saygılı bir pozisyon elde edebilir. (36)

3. Kurum olarak sorunun çözülmesi: Çalışanlarla diyalog kurulabilmesi için düzenlenecek toplantılar, kurum ile çalışanlar arasındaki iletişimsizlikten kaynaklanan

sorunları engelleyebilir. Kurumda kaliteyi artırmaya yönelik programların düzenlenmesi; çalışma ortamının objektif olarak değerlendirilmesine ve sorunların ortaya çıktıkları andan itibaren çözümlenmesini sağlayacak kalıcı mekanizmaların oluşturulmasına katkı yapar. (36)

Çalışanın kendilerini bir ekibin üyesi olarak görmesi, birbirlerinden uzaklaşmamları açısından oldukça önemlidir. Çalışanlarda bu algının oluşturulması tükenmişliğe ait değişimlerin daha kısa zamanda fark edilmesine ve tükenmişlikle mücadelenin erkenden başlatılmasına olanak verir. (38)

3. GEREÇ ve YÖNTEM

Anesteziyoloji çalışanlarında tükenmişlik düzeylerinin araştırıldığı bu çalışmamıza ülkemizdeki yedi coğrafi bölgedeki anesteziyoloji kliniklerinde görevli; 'anestezi teknisyeni, anestezi teknikeri, araştırma görevlisi, anesteziyoloji ve reanimasyon uzmanı, algoloji yan dal uzmanlık eğitimi alan uzman hekim, yoğun bakım yan dal uzmanlık eğitimi alan uzman hekim, algoloji uzmanı, yoğun bakım uzmanı' olan anesteziyoloji çalışanları alındı. Bu kapsamda her coğrafi bölgeden en az bir tanesi tıp fakültesi hastanesi olmak üzere iki hastane çalışmaya dahil edildi. Çalışmaya dahil edilen anesteziyoloji çalışanlarına, Maslach Tükenmişlik Ölçeğine ait yirmi iki soruya ilave olarak gönüllülerin sosyodemografik verilerinin bulunduğu otuz sorunun yer aldığı; toplamda elli iki soru içeren anket formu ve bilgilendirilmiş gönüllü onam formu ulaştırıldı. Geri dönüşü sağlanan 686 anket formundaki veriler değerlendirmeye alındı.

Verilerin istatistiksel analizinde SPSS 18.0 paket programı kullanıldı. Kolmogorov Smirnov testiyle ölçümlerin normal dağılıma uygun olmadığı saptandı. Normal dağılıma uygunluk olmadığı için ölçümlerde; Kruskal Wallis varyans analizi (ardından Posthoc Mann Whitney testi), Mann Whitney testi ve Spearman korelasyon testi kullanıldı.

Kategorik ölçümler sayı ve yüzde olarak; sayısal ölçümlerse ortalama, standart sapma, ortanca, minimum ve maksimum değerler olarak özetlendi. Nonparametrik testler (Kruskal Wallis varyans analizi ve Mann Whitney testi) katılımcıların değişkenlerden aldıkları değerler yerine katılımcılara testin atadığı sıra numarası üzerinden değerlendirme yaparlar. Bu nedenle sonuçlarda; tablolarda yer alan medyan ve ortalama değerleriyle uyumlu olmayan yorumlar bulunabilir.

Sperman korelasyon analizinde korelasyon katsayısı ne kadar uç değerlerde ise (-1 ile 1) ilişki o derecede güçlüdür. Negatif değerler ilişkinin ters yönlü olduğunu gösterir. Sperman korelasyon analizinde p değerinin 0,005'ten düşük olması anlamlılık ifade etse de korelasyon katsayısının 0,5'ten düşük olması ilişkinin güçlü olmadığını; anlamlılığın sorgulanabileceğini düşündürür. Bu nedenle Sperman korelasyon analizinde p değerinin 0,05'ten düşük olmasına ilaveten korelasyon katsayısının 0,5'ten yüksek olması ilişkinin anlamlılığı açısından önemlidir.

Çalışmamızda tüm testlerde istatistiksel önem düzeyi (p) 0,05 olarak alındı.

3. 1. Çalışmada Kullanılan Anket Formu

Çalışmada kullanılan anket formunda gönüllülerin yaş, cinsiyet, medeni durum, çocuk sayısı ve benzeri kişisel özelliklerle ilgili sorular ve Maslach Tükenmişlik Ölçeği soruları bulunmaktadır.

İlk 16 soru ve 18, 19, 20, 22, 23, 24, 25, 28, 33, 38, 42, 47, 51, 52 numaralı sorular gönüllünün kişisel özellikleri ve sosyodemografik durumuyla ilgilidir. 17, 21, 26, 29, 30, 31, 32, 41, 45 numaralı sorular MTÖ (Maslach Tükenmişlik Ölçeği) duygusal tükenme alt grubu; 27, 34, 35, 39, 43, 46, 48, 50 numaralı sorular MTÖ kişisel başarı alt grubu, 36, 37, 40, 44, 49 numaralı sorular MTÖ duyarsızlaşma alt grubu ile ilgilidir.

3. 1. 1. Sosyodemografik Veri Toplama Formu

1. Cinsiyetiniz

Erkek Kadın

2. Doğum tarihiniz (Yıl olarak)

3. Medeni durumunuz nedir?

Evli Bekâr Eşinden ayrılmış Eşi ölmüş

4. Eşinizin en son bitirdiği öğretim programı nedir?

İlköğretim Ortaöğretim Ön Lisans Lisans Yüksek lisans Doktora

5. Eşiniz gelir getiren bir işte çalışıyor mu? Evet Hayır (İş nedir?)

6. Çocuğunuz var mı?

Yok Var (Kaç tane)

7. Anesteziyoloji ve Reanimasyon kliniğinde kaç yıldır çalışmaktasınız?

8. Şu an çalıştığınız işyerinde kaç yıldır görev yapmaktasınız?

9. Çalıştığınız işyerinin statüsü nedir?

Devlet hastanesi Özel sağlık kurumu Askeri hastane

Eğitim hastanesi Tıp fakültesi hastanesi Vakıf hastanesi

10. Kaç yataklı bir hastanede çalışıyorsunuz?

0-49 50-99 100-499 499 üzeri

11. İşyerinizdeki göreviniz nedir?

Anestezi teknisyeni Anestezi teknikeri

Araştırma görevlisi Anesteziyoloji ve Reanimasyon uzmanı

Algoloji yan dal uzmanlık eğitimi alan uzman hekim

Yoğun bakım yan dal uzmanlık eğitimi alan uzman hekim

Algoloji uzmanı Yoğun bakım uzmanı

12. Öğretim üyesiyseniz ünvanınız nedir?

Yrd. Doç. Dr. Doç. Dr. Prof. Dr

13. Çalışma şekliniz nedir?

Normal mesai Nöbet

Mesai ve nöbet Vardiya Mesai ve icap nöbeti

14. Bir ayda kaç adet nöbet tutuyorsunuz?(Nöbetiniz yoksa boş bırakınız)

15. Bir ayda kaç gün icap nöbetiniz var? (İcap nöbetiniz yoksa boş bırakınız)

16. Bir haftada ortalama kaç saat çalışıyorsunuz?

17. 'İşimde çok fazla çalıştığımı hissediyorum' düşüncesine ne sıklıkla kapılıyorsunuz?

Hiç bir zaman Çok nadir Bazen Çoğu zaman Her zaman

18. Çalıştığınız birimde dinlenebilmeniz için ayrılmış bir oda var mı?

Evet Hayır

19. Günlük çalışma süresince toplam kaç saat dinlenme imkanınız oluyor?

20. Yılda kaç gün tatil amaçlı izin kullanıyorsunuz?

21. 'İşimin beni kısıtladığımı biliyorum' dediğiniz olur mu?

Hiç bir zaman Çok nadir Bazen Çoğu zaman Her zaman

22. Aşağıdaki durumlardan sıkça yaşadıklarınızı işaretleyiniz?

Yorgunluk Baş ağrısı Huzursuzluk Solunum güçlüğü

Uyku bozukluğu Çarpıntı Kabızlık İshal

Karın ağrısı Sinirlilik Ümitsizlik Duygusal bitkinlik

23. Anesteziyoloji ve reanimasyon kliniğinde çalışmaya başladığınızdan bu yana, aşağıdaki belirtilen hastalıklardan sizde teşhis edilenleri işaretleyiniz?

Migren Panik atak Depresyon

Koroner arter hastalığı Hipertansiyon Diyabetes mellitus

Kalp ritim bozukluğu Obezite Romatizmal hastalıklar Diğer

24. Ortalama aylık geliriniz ne kadardır?

0-999 TL 1.000-1.999 TL 2.000-3.999 TL 4.000-9.999 TL 10.000 TL üzeri

25. Mesleğinizi isteyerek mi seçtiniz?

Evet Hayır

26. 'Doğrudan doğruya insanlarla çalışmak bende çok fazla stres yaratıyor' düşüncesini ne sıklıkla yaşarsınız?

Hiç bir zaman Çok nadir Bazen Çoğu zaman Her zaman

27. 'Yaptığım iş sayesinde insanların yaşamına katkıda bulunduğuma inanıyorum' düşüncesine katılıyor musunuz?

Hiç bir zaman Çok nadir Bazen Çoğu zaman Her zaman

28. İşinizi değiştirme fırsatınız olsa yine bu mesleği seçer miydiniz?

Evet Hayır

29. 'İşimden soğuduğumu hissediyorum' düşüncesini ne sıklıkla yaşarsınız?

Hiç bir zaman Çok nadir Bazen Çoğu zaman Her zaman

30. 'İş dönüşü kendimi ruhen tükenmiş hissediyorum' dediğiniz olur mu?

Hiç bir zaman Çok nadir Bazen Çoğu zaman Her zaman

31. 'Yaptığım işten yıldığımı hissediyorum' düşüncesine ne sıklıkla katılırsınız?

Hiç bir zaman Çok nadir Bazen Çoğu zaman Her zaman

32. 'Yolun sonuna geldiğimi hissediyorum' düşüncesine ne sıklıkla kapılırsınız?

Hiç bir zaman Çok nadir Bazen Çoğu zaman Her zaman

33. Mesleğinizin toplumda hak ettiği saygıyı gördüğüne inanıyor musunuz?

Evet Hayır

34. 'Bu işte kayda değer bir çok başarı elde ettim' dediğiniz oldu mu?

Hiç bir zaman Çok nadir Bazen Çoğu zaman Her zaman

35. 'Çok şeyler yapabilecek güçteyim' dediğiniz oldu mu?

Hiç bir zaman Çok nadir Bazen Çoğu zaman Her zaman

36. 'İşim gereği karşılaştığım bazı kimselere sanki insan değillermiş gibi davrandığımı fark ediyorum' düşüncesini yaşar mısınız?

Hiç bir zaman Çok nadir Bazen Çoğu zaman Her zaman

37. 'İşim gereği karşılaştığım insanların bazı problemlerini sanki ben, yaratmışım gibi davrandıklarımı hissediyorum' diyebilir misiniz?

Hiç bir zaman Çok nadir Bazen Çoğu zaman Her zaman

38. Mesleğinizde neyi en çok yıpratıcı buluyorsunuz?

Çalışma saatleri Kapalı ortamda çalışma

Nöbet sayısı Hasta sorumluluğunun ağırlığı

İş yükünün fazlalığı Hastalarda gelişen komplikasyonlar Diğer

39. 'İşimdeki duygusal sorunlara serinkanlılıkla yaklaşırım' düşüncesine sahip misiniz?

Hiç bir zaman Çok nadir Bazen Çoğu zaman Her zaman

40. 'İşim gereği karşılaştığım insanlara ne olduğu umurumda değil' dediğiniz oldu mu?

Hiç bir zaman Çok nadir Bazen Çoğu zaman Her zaman

41. 'Sabah kalktığımda bir gün daha bu işi kaldıramayacağımı hissediyorum' düşüncesini ne sıklıkla yaşarsınız?

Hiç bir zaman Çok nadir Bazen Çoğu zaman Her zaman

42. Çalışma arkadaşlarınız ile ilişkiniz nasıldır?

Çok kötü Kötü Orta İyi Çok iyi

43. 'İnsanlarla yakın bir çalışmadan sonra kendimi canlanmış hissediyorum' durumu sizin için ne sıklıkla geçerli?

Hiç bir zaman Çok nadir Bazen Çoğu zaman Her zaman

44. 'Bu işte çalışmaya başladığımdan beri insanlara karşı sertleştim' cümlesi sizin için ne sıklıkta geçerli?

Hiç bir zaman Çok nadir Bazen Çoğu zaman Her zaman

45. 'Bütün gün insanlarla uğraşmak benim için gerçekten çok yıpratıcı' cümlesi sizin için ne sıklıkla geçerli?

Hiç bir zaman Çok nadir Bazen Çoğu zaman Her zaman

46. 'İşim gereği karşılaştığım insanların sorunlarına en uygun çözümleri bulurum' diyebilir misiniz?

Hiç bir zaman Çok nadir Bazen Çoğu zaman Her zaman

47. Amirlerinizle ilişkiniz nasıldır?

Çok kötü Kötü Orta İyi Çok iyi

48. 'İşim gereği karşılaştığım insanlarla aramda rahat bir hava yaratıyorum' diyebilir misiniz?

Hiç bir zaman Çok nadir Bazen Çoğu zaman Her zaman

49. 'Bu işin beni giderek katılaştırmasından korkuyorum' düşüncesine ne sıklıkta kapılıyorsunuz?

Hiç bir zaman Çok nadir Bazen Çoğu zaman Her zaman

50. 'İşim gereği karşılaştığım insanların ne hissettiğini hemen anlarım' diyebilir misiniz?

Hiç bir zaman Çok nadir Bazen Çoğu zaman Her zaman

51. Çalıştığınız şehrin nüfusu ne kadardır?

50 000'den az 50 000-99 999

100 000-499 999 500 000 ve üzeri

52. Çalıştığınız şehir hangi coğrafi bölgededir?

Akdeniz Ege Marmara İç Anadolu

Karadeniz Doğu Anadolu Güneydoğu Anadolu

3. 2. Maslach Tükenmişlik Ölçeği

Maslach ve Jackson tarafından geliştirilen Maslach Tükenmişlik Ölçeği, toplam 22 maddeden oluşmakta ve tükenmişliği üç boyutta değerlendirmektedir. Duygusal tükenme (DT) alt grubunda dokuz (1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20 numaralı maddeler), kişisel başarı (KB) alt grubunda sekiz (4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21 numaralı maddeler) ve duyarsızlaşma (DYS) alt grubunda ise beş madde (5, 10, 11, 15, 22 numaralı maddeler) yer almaktadır. Ölçek maddeleri likert tipi derecelendirme ile değerlendirilmektedir. MTÖ' nin, puanlanması sonucunda toplam puan ve alt ölçek puanları elde edilmektedir. DT ve DYS alt ölçeklerindeki maddeler için; hiçbir zaman: 0puan, çok nadir:1 puan, bazen:2 puan, çoğu zaman:3 puan, her zaman:4 puan olarak değerlendirilmektedir. KB alt ölçeğindeki maddeler ise her zaman:0 puan, çoğu zaman:1 puan, bazen:2 puan, çok nadir:3 puan, hiçbir zaman:4 puan olarak değerlendirilmektedir. DT ve DYS alt ölçeklerinden yüksek, KB alt ölçeğinden düşük puan almak tükenmişliği ifade etmektedir. (40)

3. 2. 1. Maslach tükenmişlik ölçeği soruları

1. İşimden soğuduğumu hissediyorum.
2. İş dönüşü kendimi ruhen tükenmiş hissediyorum.
3. Sabah kalktığımda bir gün daha bu işi kaldıramayacağımı hissediyorum.
4. İşim gereği karşılaştığım insanların ne hissettiğini hemen anlarım.
5. İşim gereği bazı kimselere sanki insan değilmiş gibi davrandığımı fark ediyorum
6. Bütün gün insanlarla uğraşmak benim için gerçekten çok yıpratıcı.
7. İşim gereği karşılaştığım insanların sorunlarına en uygun çözüm yollarını bulurum.
8. Yaptığım işten yıldığımı hissediyorum.
9. Yaptığım iş sayesinde insanların yaşamına katkıda bulunduğuma inanıyorum.
10. Bu işte çalışmaya başladığımdan beri insanlara karşı sertleştim.
11. Bu işin beni giderek katılaştırmasından korkuyorum.
12. Çok şeyler yapabilecek güçteyim.
13. İşimin beni kısıtladığını düşünüyorum.
14. İşimde çok fazla çalıştığımı hissediyorum.
15. İşim gereği karşılaştığım insanlara ne olduğu umurumda değil.
16. Doğrudan doğruya insanlarla çalışmak bende çok fazla stres yaratıyor.
17. İşim gereği karşılaştığım insanlarla aramda rahat bir hava yaratırım.
18. İnsanlarla yakın bir çalışmadan sonra kendimi canlanmış hissedirim.

19. Bu işte birçok kayda değer başarı elde ettim.
20. Yolun sonuna geldiğimi hissediyorum.
21. İşimdeki duygusal sorunlara serinkanlılıkla yaklaşıyorum.
22. İşim gereği karşılaştığım insanların bazı problemlerini sanki ben yaratmışım gibi davrandıklarımı hissediyorum

3. 3. Maslach Tükenmişlik Ölçeğinin Güvenilirliği ve Geçerliliği

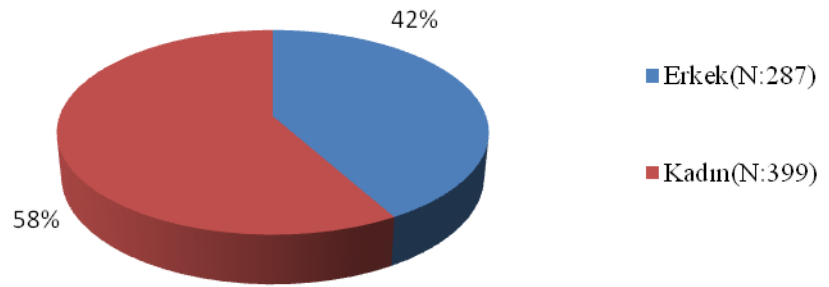
MTÖ'nün Türkçe uyarlaması Ergin tarafından yapılmış olup, doktor ve hemşireler üzerinde yapılan araştırmada Cronbach Alpha iç tutarlık katsayısı DT , DYS ve KB alt ölçekleri için sırasıyla 0.83, 0.65 ve 0.72 olarak hesaplanmıştır. Aynı çalışmada hesaplanan test-tekrar güvenilirlik katsayıları ise DT için 0,83, DYS için 0,72 ve KB için 0,67 olarak bulunmuştur.

Maslach Tükenmişlik Ölçeğinin özgün versiyonunda sıklık puanlaması için yedili likert kullanılmıştır. Sıklık puanlama rehberinde; hiçbir zaman, yılda birkaç kez yada daha az, ayda birkaç kez yada daha az, ayda birkaç kez, haftada bir kez, haftada birkaç kez, her gün ifadeleri yer almaktadır. Ergin tarafından yapılan çalışmada ölçeğin yedili derecelendirme biçiminin Türk kültürüne uygun olmadığı, beşli derecelendirmenin (hiçbir zaman, bazen, genellikle, çoğu zaman, her zaman) daha kullanışlı olduğu ve ölçeğin Türkçe uyarlamasının, özgün İngilizce ölçek ile tamamen tutarlılık içinde olduğu belirtilmiştir. (40)

4.BULGULAR

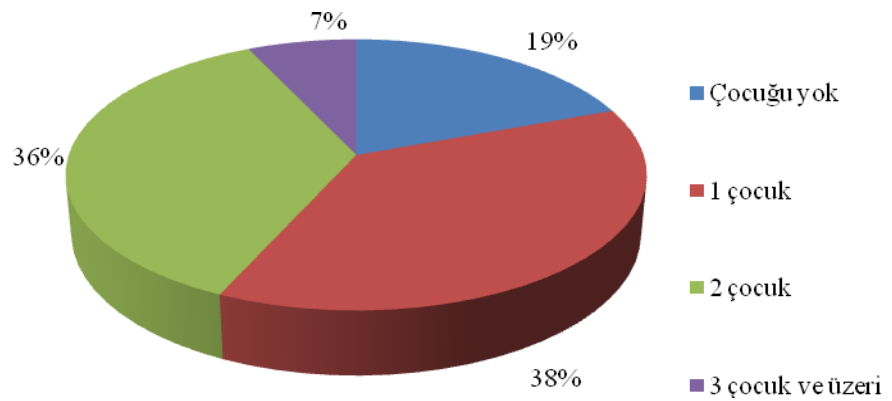
Anesteziyoloji çalışanlarında tükenmişlik düzeylerinin araştırılmasını amaçlayan bu çalışmada 686 çalışana ulaşıldı. Elde edilen verilerin sonuçlarına göre; araştırmaya katılan anesteziyoloji çalışanlarının %58'i kadın (n=287); %42'si ise erkektir (n=399) (Şekil 1).

Şekil 1. Katılımcıların cinsiyet oranları



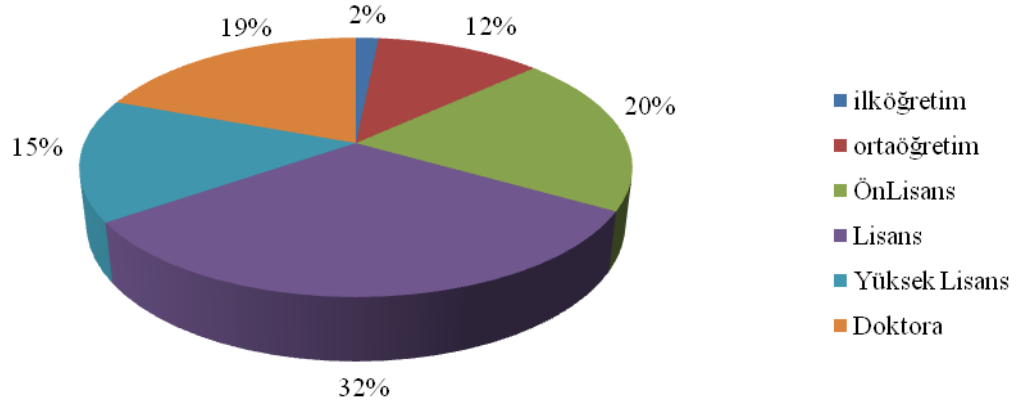
Çalışmaya dahil olan katılımcıların yaş ortalaması $33,07 \pm 7,5$ olarak bulundu. Katılımcıların % 34,1'inin bekar, % 62,7'sinin evli, % 3,2'sinin dul olduğu saptandı. Evli katılımcıların çoğunluğu (% 38, n: 161) 1 çocuk sahibi iken % 19 (n=30)'u çocuk sahibi değildi (Şekil 2).

Şekil 2: Evli katılımcıların çocuk sayısına göre dağılımları

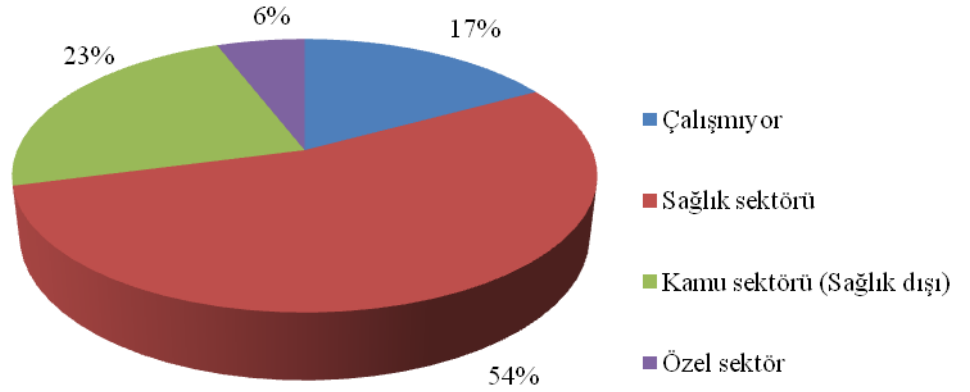


Evli katılımcıların eşlerinin % 32'si lisans mezunuyken, %2'si ilköğretim mezunuydu (Şekil 3).Evli katılımcıların % 52'sinin eşi sağlık sektöründe görev yapmakta iken %17'si gelir getiren bir işte çalışmamaktaydı (Şekil 4).

Şekil 3: Evli katılımcıların eşlerinin eğitim durumuna göre dağılımları



Şekil 4: Evli katılımcıların eşlerinin çalışma durumuna göre dağılımları.



Katılımcıların MTÖ'den aldıkları puanlar, ölçeğin alt gruplarına göre hesaplandı. Alınan ortalama MTÖ-DT puanı $17,0 \pm 6,4$; MTÖ-DYS puanı $5,8 \pm 3,4$ ve MTÖ-KB puanı $18,9 \pm 4,2$ olarak belirlendi (Tablo 1). Katılımcıların ortalama MTÖ-DT puanının orta, MTÖ-DYS puanının düşük-orta, MTÖ-KB puan ortalamasının ise düşük düzeyde olduğu saptandı. MTÖ alt ölçek puanlarının değerlendirilmesi Tablo 2'te gösterilmiştir.

Tablo 1: Anesteziyoloji çalışanlarının MTÖ puanları

Alt kategori	Min. – Med. – Maks.	Ort ± SD
MTÖ-DT	0. – 16. – 36.	$17,0 \pm 6,4$
MTÖ-DYS	0. – 6. – 19.	$5,8 \pm 3,4$
MTÖ-KB	5. – 19. – 30.	$18,9 \pm 4,2$

Kruskal Wallis varyans analizi, $p < 0,05$ istatistikî anlamlılık düzeyi.

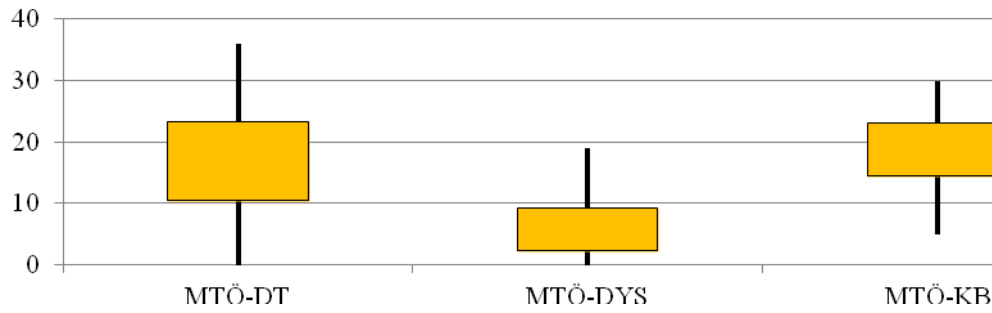
MTÖ: Maslach Tükenmişlik Ölçeği, DT: Duygusal Tükenme, DHS: Duyarsızlaşma, KB: Kişisel Başarı

Min:Minimum, Med: Ortanca, Maks: Maksimum, Ort: Ortalama, SD: Standart Sapma.

Tablo 2: MTÖ alt ölçek puanlarının değerlendirilmesi

Alt kategori	Düşük	Orta	Yüksek
MTÖ-DT	0-11,9	12-17,9	18 ve üzeri
MTÖ-DYS	0-5,9	6-9,9	10 ve üzeri
MTÖ-KB	0-21,9	22-25,9	26 ve üzeri

Şekil 5: Katılımcıların MTÖ puanları



Katılımcıların MTÖ puanları ve cinsiyetleri arasındaki ilişki tabloda gösterilmektedir (Tablo 3). Erkek katılımcıların MTÖ-KB puanlarının kadın katılımcılardan anlamlı olarak daha yüksek olduğu görüldü ($p:0,037$). Kadın katılımcılarda MTÖ-DT puanı erkek katılımcılardan yüksek bulunmakla beraber bu istatistiki olarak anlamlı değildi ($p:0,059$). Benzer şekilde erkek katılımcılarda MTÖ-DYS puanı kadın katılımcılardan yüksek bulundu ancak bu sonuç anlamlı değildi ($p:0,211$).

Tablo 3: Katılımcıların cinsiyetlerine göre MTÖ puanları

	Cinsiyet	Min. – Med. – Maks.	Ort±SD	p
MTÖ-DT	Erkek	0. – 16. – 36.	16,5±6,6	0,059
	Kadın	1. – 17. – 35.	17,3±6,3	
MTÖ-DYS	Erkek	0. – 6. – 18.	6,0±3,4	0,211
	Kadın	0. – 5. – 19.	5,7±3,4	
		6. – 19. – 30.	19,3±4,1	

MTÖ- KB	Erkek			0,037
	Kadın	5. – 19. – 30.	18,7±4,2	

Kruskal Wallis varyans analizi, $p < 0,05$ istatistiki anlamlılık düzeyi.

Katılımcının yaşı ile MTÖ puanları arasındaki ilişki Spearman korelasyon testiyle değerlendirildi (Tablo 4). Katılımcının yaşı ile MTÖ-DT ve MTÖ-DYS puanları arasında anlamlı, zayıf düzeyde ve ters orantılı bir ilişki mevcuttu. Katılımcının yaşı arttıkça MTÖ-DT ve MTÖ-DYS altölçeklerinden alınan puanlarda düşme görülmüştür. Katılımcının yaşı ile MTÖ-KB puanı arasında anlamlı, zayıf düzeyde ve doğru orantılı bir ilişki mevcuttu. Katılımcının yaşı arttıkça MTÖ-KB altölçeğinden alınan puan artmaktaydı.

Tablo 4: Katılımcının yaşı ile MTÖ puanları arasındaki ilişkinin Spearman korelasyon testiyle analizi

Yaş	Korelasyon katsayısı	p	N
MTÖ-DT	-0,09	0,02	686
MTÖ-DYS	-0,11	0,002	686
MTÖ-KB	0,15	0,000	686

Katılımcıların medeni durumlarıyla MTÖ puanları arasındaki ilişki tabloda gösterilmektedir (Tablo 5).Kruskal Wallis varyans analizi ve ardından Posthoc Mann Whitney testi ile elde edilen sonuçlarda MTÖ-KB puanı dul katılımcılarda evli ve bekar katılımcılara göre anlamlı olarak daha yüksek bulundu ($p: 0,015$). Evli ve bekar katılımcılar arasında MTÖ-KB puanı açısından anlamlı fark bulunmadı. Dul katılımcıların MTÖ-DT ve MTÖ-DYS puanlarının evli ve bekar katılımcıların puanlarına göre daha düşük olmakla birlikte bu sonuç istatistiki olarak anlamlı değildi (p sırasıyla 0,111 ve 0,439) .

Tablo 5: Katılımcıların medeni durumlarına göre MTÖ puanları

	Medeni durum	Min. – Med. – Maks.	Ort±SD	p
MTÖ-DT	Evli	0. – 16. – 35.	16,9± 6,4	0,111
	Bekar	1. – 17. – 36.	17,4±6,5	
	Dul	5. – 12. – 26.	14,5±6,6	
	Evli	0. – 6. – 19.	5,8± 3,4	

MTÖ-DYS	Bekar	0. – 6. – 18.	5,9±3,3	0,439
	Dul	0. – 4. – 15.	5,1±4,04	

Tablo 5'in devamı

	Medeni durum	Min. – Med. – Maks.	Ort±SD	p
MTÖ-KB	Evli	5. – 19. – 30.	19,0±4,1	0,015
	Bekar	9. – 18. – 30.	18,7±4,2	
	Dul	8. – 22. – 29.	20,9±4,2	

Kruskal Wallis varyans analizi, posthoc Mann Whitney testi, $p < 0,05$ istatistikî anlamlılık düzeyi..

Katılımcıların sahip oldukları çocuk sayısı ile MTÖ puanları arasındaki ilişki tabloda gösterilmiştir (Tablo 6). Çocuğu olmayan ve 1 çocuğu olan katılımcıların MTÖ-DT puanları benzer bulundu ($p:0,000$). 2 çocuğu olan katılımcılarla 3 ve daha fazla çocuğu olan katılımcıların MTÖ-DT puanlarının benzer olduğu saptandı. Ancak 2 çocuğu olan katılımcılar ile 3 ve üzerinde çocuğa sahip olan katılımcıların MTÖ-DT puanları; hiç çocuğu olmayan ve bir çocuğu olan katılımcılardan anlamlı olarak daha düşük bulundu ($p: 0,000$). Çocuğu olmayan ve bir çocuğu olan katılımcıların MTÖ-DYS puanları benzer bulunmakla beraber 2 çocuğu olan katılımcılar ile 3 ve daha fazla çocuğu olan katılımcılardan anlamlı olarak daha yüksekti ($p:0,000$). Ayrıca 3 ve daha fazla çocuğu olan katılımcıların MTÖ-DYS puanları 2 çocuğu olan katılımcılardan anlamlı olarak daha düşük saptandı. Hiç çocuğu olmayan katılımcıların MTÖ-KB puanları çocuğu olan katılımcılara göre anlamlı olarak düşük bulundu ($p:0,005$).

Tablo 6: Katılımcıların çocuk sayılarına göre MTÖ puanları

	Çocuk sayısı	Min. – Med. – Maks.	Ort±SD	p
MTÖ-DT	0	1. – 17. – 36.	17,9±6,3	0,000
	1	1. – 17. – 32.	17,0±6,2	
	2	0. – 14. – 34.	15,4±6,4	
	3 ve üzeri	6. – 14. – 26.	14,5±4,8	
	0	0. – 6. – 19.	6,2±3,5	

MTÖ-DYS	1	0. – 6. – 15.	6,0±3,2	0,000
	2	0. – 4. – 13.	5,0±3,1	
	3 ve üzeri	0. – 3,5. – 11.	4,1±3,5	

Tablo 6'nın devamı

		Çocuk sayısı	Min. – Med. – Maks.	Ort±SD
MTÖ-KB	0	6. – 18. – 30.	18,4±4,1	0,005
	1	6. – 20. – 30.	19,3±4,2	
	2	5. – 20. – 30.	19,6±4,2	
	3 ve üzeri	8. – 18,5. – 28.	19,2±4,7	

Kruskal Wallis varyans analizi, posthoc Mann Whitney testi, $p < 0,05$ istatistiki anlamlılık düzeyi.

Katılımcının eşinin eğitim düzeyi ile tükenmişlik puanları arasındaki ilişki Sperman korelasyon testiyle analiz edildi. MTÖ-DT ve MTÖ-DYS puanlarıyla katılımcının eşinin eğitim düzeyi arasında anlamlı zayıf düzeyde ilişki tespit edildi (Tablo 7). Eğitim düzeyi arttıkça MTÖ-DT ve MTÖ-DYS artmakta. MTÖ-KB puanıyla eşin eğitim düzeyi arasında anlamlı ilişki tespit edilemedi.

Tablo 7: Katılımcının eşinin eğitim düzeyi ile tükenmişlik puanları arasındaki ilişkinin Sperman korelasyon testiyle analizi

Katılımcının eşinin eğitim düzeyi	Korelasyon katsayısı	p değeri	N
MTÖ-DT	0,177	0,000	686
MTÖ-DYS	0,166	0,000	686
MTÖ-KB	0,042	0,383	686

Katılımcıların eşlerinin çalışma durumu ile MTÖ puanları arasındaki ilişki analiz edildi (Tablo 8). Katılımcıların eşlerinin çalışma durumu ve çalıştıkları sektör ile MTÖ puanları arasında anlamlı ilişki tespit edilmedi.

Tablo 8: Katılımcının eşinin çalışma durumu ve çalıştığı sektör ile MTÖ puanları arasındaki ilişki

	Min. – Med. – Maks.	Ort±SD	p
Çalışmıyor	4. – 17. – 31.	16,3±5,3	

MTÖ-DT	Sağlık Sektörü	0. – 17. – 35.	17,4±6,4	0,155
	Kamu Sektörü	4. – 14,5. – 33.	15,9±6,5	
	Özel Sektör	4. – 20. – 30.	17,8±7,8	
MTÖ-DYS	Çalışmıyor	0. – 6. – 13.	5,7±3,2	0,103
	Sağlık Sektörü	0. – 6. – 19.	6,1±3,5	

Tablo 8'in devamı

		Min. – Med. – Maks.	Ort±SD	p
MTÖ-DYS	Kamu Sektörü	0. – 5. – 14.	5,1±3,1	0,103
	Özel Sektör	0. – 7. – 12.	6,2±3,2	
MTÖ-KB	Çalışmıyor	10. – 19. – 28.	19,5±3,6	0,730
	Sağlık Sektörü	5. – 19. – 30.	18,7±4,1	
	Kamu Sektörü	7. – 19. – 30.	19,0±4,5	
	Özel Sektör	11. – 20. – 28.	19,4±4,1	

Kruskal Wallis varyans analizi, posthoc Mann Whitney testi, $p < 0,05$ istatistiki anlamlılık düzeyi.

Katılımcıların anesteziyoloji kliniğindeki çalışma süreleri ortalama $7,6 \pm 7,0$ yıl olarak saptandı (Tablo 9). Çalışma süresi ile MTÖ puanları arasındaki ilişki Spearman korelasyon testiyle analiz edildi (Tablo 10). Anestezi kliniğindeki çalışma süresi ile MTÖ-DT ve MTÖ-DYS puanları arasında; zayıf derecede anlamlı negatif yönde bir ilişki sözkonusu (p , iki puan içinde 0,000; r sırasıyla $-0,20$ ve $-0,21$). Çalışma süresi daha fazla olan katılımcıların MTÖ-DT ve MTÖ-DYS puanlarının daha düşük olduğu tespit edildi. MTÖ-KB puanı ile çalışma süresi arasında zayıf anlamlı pozitif bir ilişki var (p : 0,000; r : 0,15). Çalışma süresi arttıkça MTÖ-KB puanı artmaktadır.

Tablo 9: Katılımcıların anesteziyoloji ve reanimasyon kliniğindeki çalışma süreleri (yıl olarak)

	Min. – Med. – Maks.	Ort±SD
Çalışma süresi	1. – 5. – 35.	7,6±7,0

Tablo 10: Katılımcının anesteziyoloji ve reanimasyon kliniğindeki çalışma süresi ile tükenmişlik puanları arasındaki ilişki

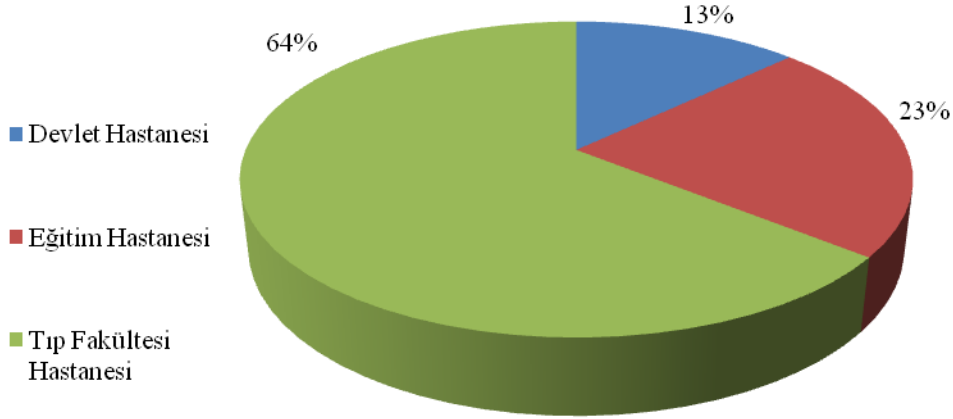
Çalışma süresi	Korelasyon katsayısı	p	K
MTÖ-DT	-0,20	0,000	686

MTÖ-DYS	-0,21	0,000	686
MTÖ-KB	0,15	0,000	686

Sperman korelasyon testi, $p < 0,05$ istatistiki anlamlılık düzeyi.

Katılımcıların çalıştıkları hastanelere göre dağılımları incelendiğinde devlet hastanesi, Sağlık Bakanlığına bağlı eğitim hastanesi ve tıp fakültesi hastanesi olmak üzere üç grupta toplandıkları belirlendi (Şekil 6). Katılımcıların %64'ü tıp fakültelerinde, %23'ü eğitim hastanelerinde, %13'ü ise devlet hastanelerinde çalışmaktaydı. Bu üç hastane tipine göre katılımcıların aldıkları MTÖ puanları analiz edildiğinde (Tablo 11) MTÖ-KB puanları arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmedi ($p: 0,706$). Her üç hastane tipinde çalışan katılımcıların MTÖ-DT ve MTÖ-DYS puanları arasında anlamlı farklılık tespit edildi (iki altölçek puanı için $p: 0,000$). MTÖ-DT ve MTÖ-DYS altölçeklerinden en yüksek puanları tıp fakültesi hastanesinde çalışan katılımcıların aldığı ve ardından devlet hastanesinde çalışan katılımcıların yer aldığı görüldü. MTÖ-DT ve MTÖ-DYS altölçeklerinden en düşük puanları Sağlık Bakanlığına bağlı eğitim hastanelerinde çalışan katılımcıların aldıkları belirlendi.

Şekil 6: Katılımcıların çalıştıkları hastane tipine göre dağılımları



Tablo 11: Katılımcının çalıştığı hastanenin tipi ile MTÖ puanları arasındaki ilişki.

		Min. – Med. – Maks.	Ort±SD	p
MTÖ-DT	Devlet Hastanesi	4. – 15. – 28.	15,8± 5,8	0,000
	Eğitim Hastanesi	1. – 14. – 32.	15,1± 6,2	

	Tıp Fakültesi	0. – 17. – 36.	17,9± 6,5	
MTÖ-DYS	Devlet Hastanesi	0. – 5. – 13.	5,3±3,1	0,000
	Eğitim Hastanesi	0. – 5. – 18.	5,1±3,7	

Tablo 11'in devamı

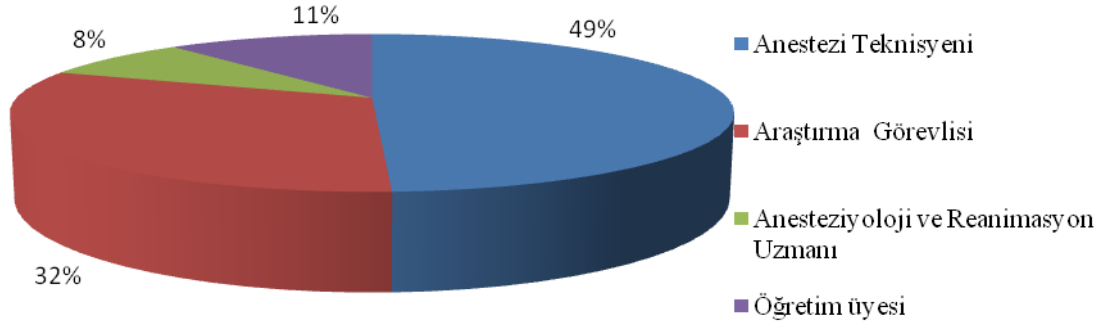
		Min. – Med. – Maks.	Ort±SD	p
	Tıp Fakültesi	0. – 6. – 19.	6,2± 3,3	
MTÖ-KB	Devlet Hastanesi	10. – 19. – 29.	19,2± 3,8	0,706
	Eğitim Hastanesi	8. – 19. – 29.	19,2± 4,2	
	Tıp Fakültesi	5. – 19. – 30.	18,8± 4,2	

Kruskal Wallis varyans analizi, posthoc Mann Whitney testi, $p<0,05$ istatistiksel anlamlılık düzeyi.

Katılımcılar çalıştıkları hastanenin yatak sayısına göre gruplandırıldığında uygun dağılım sağlanamadığı için onuncu soru değerlendirilmeye alınmadı.

Katılımcıların ünvanlarına göre dağılımları incelendiğinde % 49,3'ünün anestezi teknisyeni, % 31,5'inin araştırma görevlisi, % 8,1'sinin uzman hekim ve % 11,1'inin öğretim elemanı olduğu bulundu (Şekil 7). Katılımcıların ünvanlarına göre aldıkları MTÖ puanları tabloda gösterilmiştir (Tablo 12). MTÖ-KB puanı öğretim üyelerinde diğer katılımcılardan anlamlı olarak daha yüksek bulundu ($p: 0,000$). Uzman hekimler, araştırma görevlileri ve anestezi teknisyenlerinin MTÖ-KB puanları benzer bulundu. MTÖ-DT ve MTÖ-DYS puanlarında en yüksek puan ortalamalarının araştırma görevlilerinde olduğu ve diğer katılımcıların aldıkları puanların; büyükten küçüğe doğru, uzman hekimler, anestezi teknisyenleri ve öğretim elemanları şeklinde sıralandığı sonucuna ulaşıldı.

Şekil 7: Katılımcıların ünvanlarına göre dağılımları



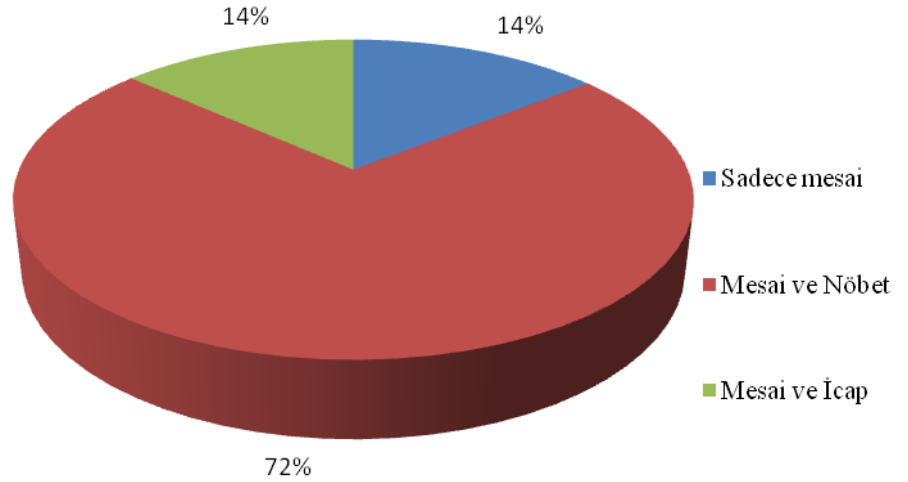
Tablo 12: Katılımcıların ünvanları ile MTÖ puanları arasındaki ilişki

	Ünvan	Min. – Med. – Maks.	Ort±SD	p
MTÖ-DT	Anestezi Teknisyeni	1. – 15. – 34.	15,7±6,2	0,000
	Araştırma Görevlisi	5. – 19. – 36.	19,6±6,3	
	Uzman Hekim	4. – 16,5. – 28.	17,5±5,5	
	Öğretim Elemanı	0. – 31. – 14,5	14,8±5,8	
MTÖ-DYS	Anestezi Teknisyeni	0. – 5. – 17.	5,1±3,2	0,000
	Araştırma Görevlisi	0. – 7. – 19.	7,1±3,2	
	Uzman Hekim	0. – 6. – 18.	6,5±3,4	
	Öğretim Elemanı	0. – 5. – 15.	4,9±3,2	
MTÖ-KB	Anestezi Teknisyeni	5. – 19. – 30.	18,7±4,4	0,000
	Araştırma Görevlisi	6. – 18,5. – 30.	18,4±4,0	
	Uzman Hekim	8. – 20. – 27.	19,5±3,5	
	Öğretim Elemanı	9. – 21. – 30.	21,0±3,5	

Kruskal Wallis varyans analizi, posthoc Mann Whitney testi, $p < 0,05$ istatistikî anlamlılık düzeyi.

Katılımcıların % 72'si mesai ve nöbet şeklinde çalışmakta iken, % 14'ü sadece mesai yapmakta ve kalan %14'ü ise mesai ve icap nöbeti şeklinde çalışmaktadır. (Şekil 8). Çalışma şekillerine göre katılımcıların MTÖ puanları incelendiğinde (Tablo 13) mesai ve icap nöbeti şeklinde çalışan katılımcılarda MTÖ-KB puanı anlamlı olarak diğer iki gruptan yüksek bulundu ($p: 0,003$). Sadece mesai ile mesai ve nöbet şeklinde çalışanların MTÖ-KB puanları benzer bulundu. MTÖ-DT'de mesai ve nöbet şeklinde çalışan katılımcıların aldıkları puan sadece mesai ile mesai ve icap nöbeti şeklinde çalışan katılımcılardan anlamlı olarak daha yüksek bulundu ($p: 0,002$). Sadece mesai ile mesai ve icap nöbeti şeklinde çalışan katılımcıların MTÖ-DT puanları benzer bulundu. MTÖ-DYS'de her 3 grupta anlamlı olarak farklılık tespit edildi ($p: 0,000$). Mesai ve nöbet şeklinde çalışan katılımcıların aldıkları MTÖ-DYS puanları en yüksek iken bu sonucu yüksekten düşüğe doğru, mesai ve icap şeklinde çalışan katılımcılar ile sadece mesai şeklinde çalışan katılımcıların aldıkları puanlar takip etti.

Şekil 8: Katılımcıların çalışma şekillerine göre dağılımı



Tablo 13: Katılımcıların çalışma şekilleri ile MTÖ puanları arasındaki ilişki

		Min. – Med. – Maks.	Ort±SD	p
MTÖ-DT	Normal Mesai	2. – 14. – 31.	15,3±6,4	0,002
	Mesai ve Nöbet	1. – 17. – 36.	17,6±6,4	
	Mesai ve İcap	0. – 15. – 31.	15,3±6,2	

MTÖ-DYS	Normal Mesai	0. – 5. – 15.	5,0±3,3	0,000
	Mesai ve Nöbet	0. – 6. – 19.	6,0±3,3	
	Mesai ve İcap	0. – 5. – 18.	5,4±3,5	
MTÖ-KB	Normal Mesai	5. – 19. – 28.	19,2±4,5	0,003
	Mesai ve Nöbet	6. – 19. – 30.	18,7±4,2	
	Mesai ve İcap	9. – 20. – 30.	20,3±3,4	

Kruskal Wallis varyans analizi, posthoc Mann Whitney testi, $p < 0,05$ istatistiki anlamlılık düzeyi.

Katılımcıların aylık nöbet sayısı ortalaması $3,9 \pm 3,3$ olarak bulundu. Bir ayda tutlan nöbet sayısı ile MTÖ puanları arasındaki ilişki Spearman korelasyon testi ile analiz edildi (Tablo 14). Aylık nöbet sayısı ile MTÖ-DT puanı arasında orta derecede, pozitif yönlü, anlamlı ilişki mevcut. Nöbet sayısı arttıkça katılımcıların MTÖ-DT altölçeğinden aldıkları puanın arttığı sonucuna ulaşıldı. MTÖ-DYS puanı ile nöbet sayısı arasında zayıf, pozitif yönlü, anlamlı bir ilişki mevcut. Nöbet sayısı arttıkça MTÖ-DYS puanının arttığı bulundu. MTÖ-KB ile nöbet sayısı arasında zayıf düzeyde, negatif yönlü anlamlı bir ilişki mevcut. Nöbet sayısı arttıkça MTÖ-KB puanının azaldığı sonucuna ulaşıldı.

Tablo 14: Katılımcının aylık nöbet sayısı ile tükenmişlik puanları arasındaki ilişkinin Spearman korelasyon testiyle analizi

Nöbet Sayısı	Korelasyon katsayısı	p	N
MTÖ-DT	0,25	0,000	685
MTÖ-DYS	0,24	0,000	685
MTÖ-KB	-0,12	0,001	685

Katılımcıların haftalık çalışma sürelerinin ortalaması $56,9 \pm 18,7$ olarak bulundu. Haftalık çalışma süresi ile MTÖ puanları arasındaki ilişki Spearman korelasyon testiyle değerlendirildi (Tablo 15). Haftalık çalışma süresi ile MTÖ-DT puanı arasında orta düzeyde, pozitif yönlü, anlamlı bir ilişki mevcut ($p:0,000$). Çalışma süresi arttıkça MTÖ-DT altölçeğinden alınan puanın arttığı görüldü. MTÖ-DYS puanı ile haftalık çalışma süresi arasında ise zayıf düzeyde, pozitif yönlü, anlamlı bir ilişki mevcut

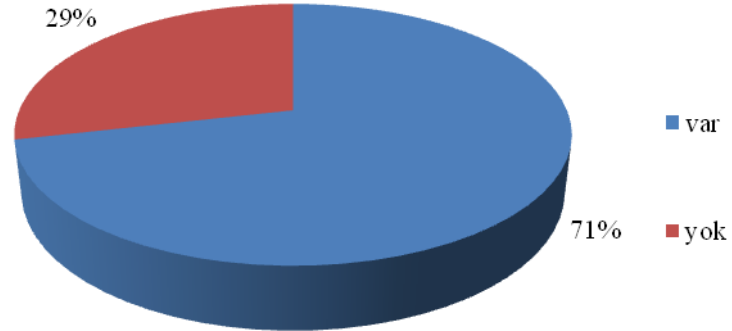
(p:0,000). Çalışma süresi arttıkça MTÖ-DYS altölçeğinden alınan puan artmaktaydı. MTÖ-KB puanı ile çalışma süresi arasında anlamlı bir ilişki tespit edilemedi (p:0,395).

Tablo 15: Katılımcının haftalık çalışma süresi ile tükenmişlik puanları arasındaki ilişkinin Spearman korelasyon testiyle analizi

Haftalık çalışma süresi	Korelasyon katsayısı	p	N
MTÖ-DT	0,27	0,000	686
MTÖ-DYS	0,23	0,000	686
MTÖ-KB	-0,03	0,395	686

Katılımcıların %71'inin çalıştıkları birimde kullanabildikleri dinlenme odası varken, %29'unun çalıştığı birimde dinlenme odası mevcut değildi(Şekil 9). Katılımcıların işgünü içerisindeki dinlenme süreleri 0-59 dakika, 60-119 dakika, 120-179 dakika ve 180 dakika ve üzeri olarak dört gruba ayrıldı (Tablo 16). Mesai içerisindeki dinlenme süreleri arttıkça katılımcıların MTÖ-DT ve MTÖ-DYS altölçeklerinden aldıkları puanların azaldığı sonucu bulundu (p sırasıyla 0,000 ve 0,005).MTÖ-KB ile dinlenme süresi arasında anlamlı ilişki tespit edilmedi (p:0,886).

Şekil 9: Katılımcıların çalıştıkları birimde dinlenme odası bulunma durumu



Tablo 16: Katılımcıların işgünü içerisindeki dinlenme süresi ile MTÖ puanları arasındaki ilişki

	Dinlenme süresi	Min. – Med. – Maks.	Ort±SD	p
MTÖ-DT	0-59 dk	1. – 16. – 31.	16,2±6,3	0,000
	60-119 dk	1. – 18. – 35.	18,1±6,5	

	120-179 dk	1. – 14. – 36.	15,4±5,6	
	180 dk ve üzeri	0. – 12,5. – 27.	13,1±6,0	
MTÖ-DYS	0-59 dk	0. – 6. – 14.	6,2±3,2	0,005
	60-119 dk	0. – 6. – 19.	6,0±3,5	
	120-179 dk	0. – 5. – 15.	5,4±3,0	
	180 dk ve üzeri	0. – 4,5. – 10.	4,4±3,2	

Tablo 6'nın devamı

	Dinlenme süresi	Min. – Med. – Maks.	Ort±SD	p
MTÖ-KB	0-59 dk	10. – 18. – 36.	19,1±4,3	0,886
	60-119 dk	6. – 19. – 30.	18,9±4,1	
	120-179 dk	5. – 19. – 29.	18,8±4,3	
	180 dk ve üzeri	9. – 20. – 30.	19,5±4,9	

Kruskal Wallis varyans analizi, posthoc Mann Whitney testi, $p < 0,05$ istatistiki anlamlılık düzeyi.

Katılımcıların tatil amacıyla kullandığı izin süreleri ortalaması $16,01 \pm 7,7$ gün olarak bulundu (Tablo 17). Katılımcıların önemli bir kısmı (%48,1) 20 günün altında izin kullandıklarını ifade etmişlerdir. Kullanılan yıllık izin süresi ile MTÖ puanları arasında ilişki saptanmadı (Tablo 18).

Tablo 17: Anesteziyoloji çalışanlarının kullandıkları yıllık izin sürelerinin ortalaması

	Min. – Med. – Maks.	Ort±SD
İzin süresi	0. – 20. – 35.	16,01±7,7

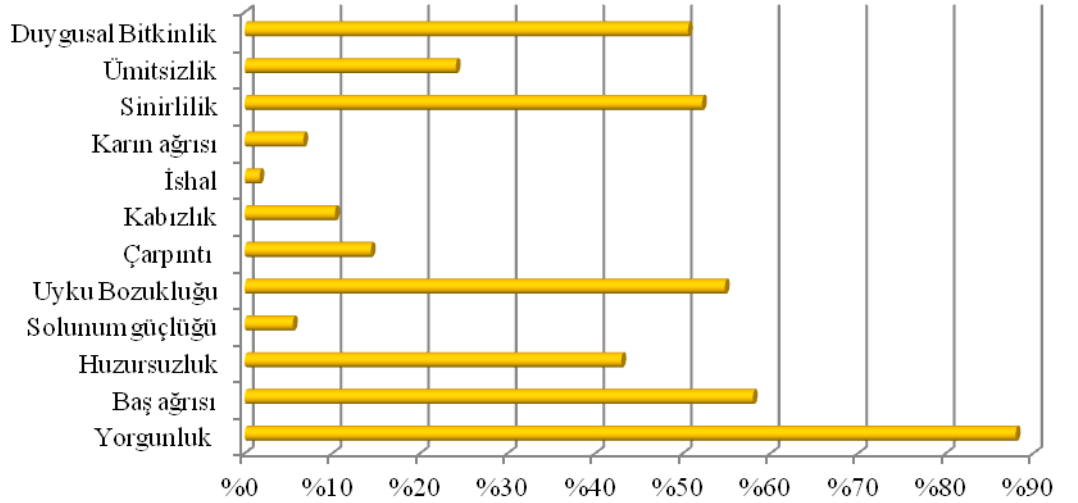
Tablo 18: Katılımcının yıllık izin süresi ile tükenmişlik puanları arasındaki ilişkinin Spearman korelasyon testiyle analizi

Yıllık izin süresi	Korelasyon katsayısı	p	N

MTÖ-DT	0,00	0,996	686
MTÖ-DYS	0,03	0,358	686
MTÖ-KB	0,04	0,234	686

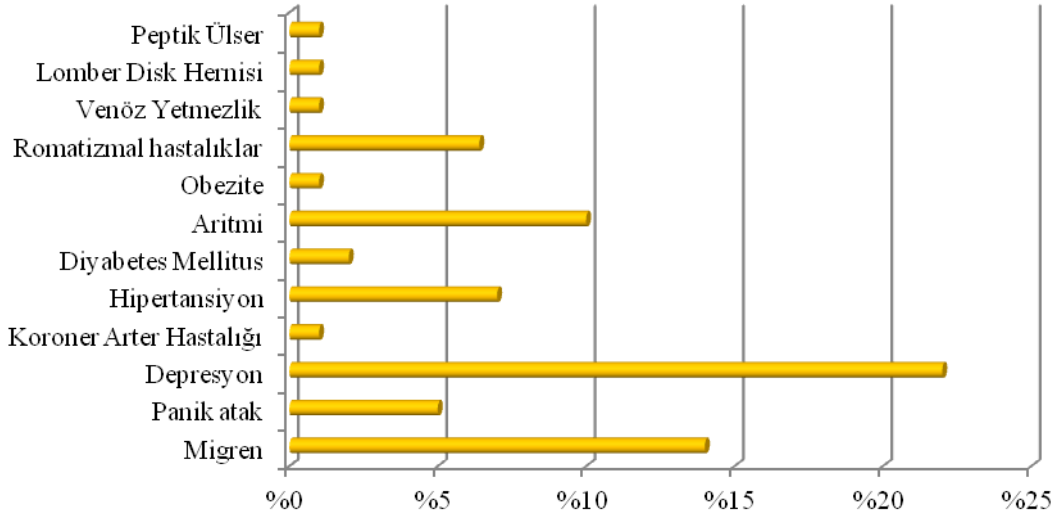
Katılımcılarda birtakım semptomların görülme yüzdeleri aşağıdaki şekilde gösterilmiştir (Şekil 10). Katılımcıların %88'i yorgunluk, %58'i baş ağrısı, %55'i uyku bozukluğu, %52'si sinirlilik, %50'si duygusal bitkinlik durumlarını sıkça yaşadıklarını ifade etmişlerdir.

Şekil 10: Katılımcılarda birtakım semptomların görülme yüzdeleri



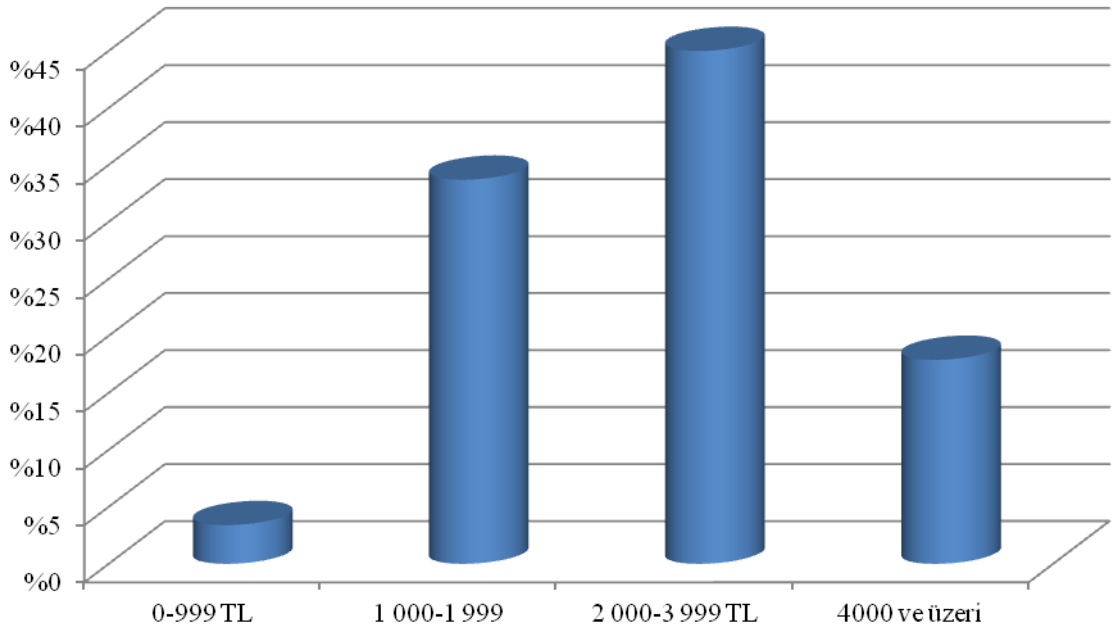
Katılımcılarda anestezi kliniğinde çalışmaya başladıklarından sonra teşhis edilen hastalıklar incelendiğinde; depresyon (%22), migren (%14), aritmi (%10), hipertansiyon (%7), romatizmal hastalıklar (%6) ve panik atak (5) ön plana çıkmaktadır (Şekil 11).

Şekil 11: Katılımcılarda anestezi kliniğinde çalışmaya başladıklarından sonra teşhis edilen hastalıkların yüzdeleri



Aylık gelirleri açısından araştırıldığında katılımcıların dört grupta toplandıkları görüldü (Şekil 12). Aylık gelir ile MTÖ puanları arasındaki ilişki Spearman korelasyon testiyle değerlendirildi (Tablo 19). MTÖ-DT puanı ile aylık gelir arasında anlamlı ilişki kurulamadı ($p: 0,093$). MTÖ-DYS ve MTÖ-KB puanları ile aylık gelir arasında zayıf düzeyde, pozitif yönlü anlamlı ilişki mevcut (p sırasıyla $0,002$. – $0,001$.). Aylık gelir düzeyi daha yüksek olan katılımcıların MTÖ-DYS ve MTÖ-KB alt ölçeklerinden aldıkları puanların daha yüksek olduğu sonucuna ulaşıldı.

Şekil 12: Katılımcıların aylık gelirlerine göre dağılımları

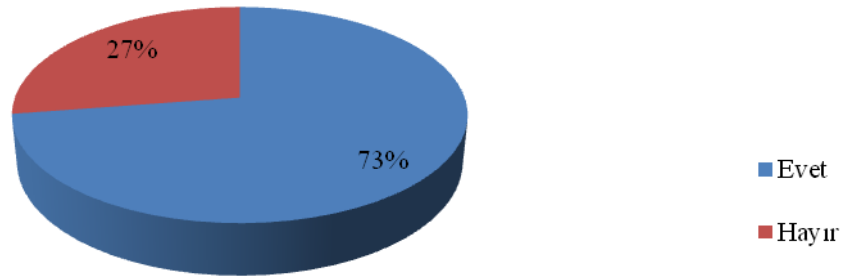


Tablo 19: Katılımcıların aylık gelirleri ile tükenmişlik puanları arasındaki ilişkinin Spearman korelasyon testiyle analizi

Aylık gelir	Korelasyon katsayısı	p	N
MTÖ-DT	0,06	0,093	686
MTÖ-DYS	0,11	0,002	686
MTÖ-KB	0,13	0,001	686

Katılımcıların %73'ü 'Mesleğinizi isteyerek mi seçtiniz ?' sorusuna evet cevabını verirken, %27'si bu soruya hayır şeklinde yanıt vermişlerdir (Şekil 13). Katılımcıların 'Mesleğinizi isteyerek mi seçtiniz ?' sorusuna verdikleri yanıt ile MTÖ puanları arasındaki ilişki aşağıdaki tabloda gösterilmiştir (Tablo 20). Evet cevabının verenlerin MTÖ-DT alt ölçeğinden aldıkları puan, hayır cevabını verenlere göre anlamlı olarak daha düşük olmakla birlikte (p: 0,000); bu grubun MTÖ-KB alt ölçeğinden aldıkları puan, hayır cevabının verenlere anlamlı olarak daha yüksek bulundu (p: 0,000). MTÖ-DYS puanı ile 'Mesleğinizi isteyerek mi seçtiniz ?' sorusuna verilen yanıt arasındaki ilişki anlamlılık sınırında bulundu (p: 0,055).

Şekil 13: Katılımcıların 'Mesleğinizi isteyerek mi seçtiniz ?' sorusuna verdikleri cevapların oranları



Tablo 20: Katılımcıların 'Mesleğinizi isteyerek mi seçtiniz' sorusuna verdikleri cevap ile MTÖ puanları arasındaki ilişki

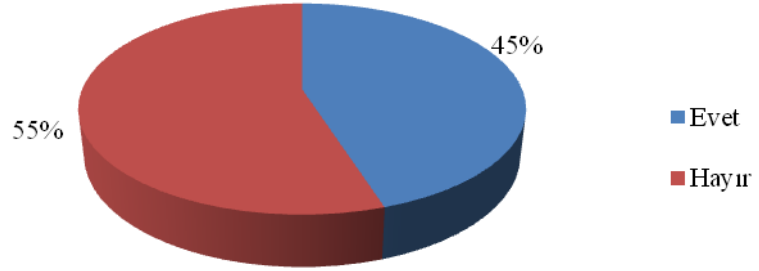
		Min. – Med. – Maks.	Ort±SD	p
MTÖ-DT	Evet	0. – 15,5. – 36.	16,0± 6,1	0,000
	Hayır	4. – 19. – 35.	19,4±6,7	

MTÖ-DYS	Evet	0. – 6. – 18.	5,6±3,3	0,055
	Hayır	0. – 6. – 19.	6,3±3,6	
MTÖ-KB	Evet	5. – 19. – 30.	19,4±4,1	0,000
	Hayır	6. – 18. – 27.	17,7±4,0	

Kruskal Wallis varyans analizi, posthoc Mann Whitney testi, $p < 0,05$ istatistiki anlamlılık düzeyi,

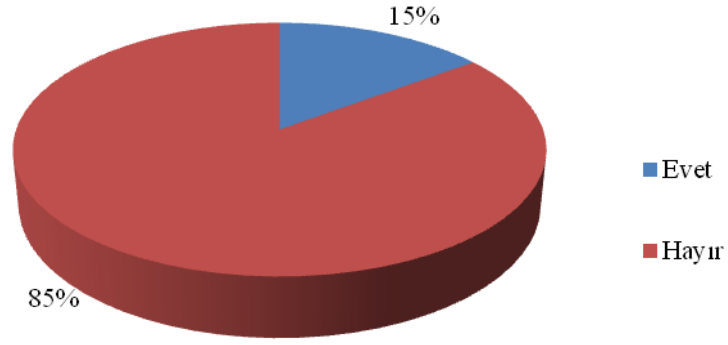
Katılımcıların %55'i 'İşinizi değiştirme fırsatınız olsa yine bu mesleği seçer miydiniz?' sorusuna hayır yanıtını vermişlerken; %45'i evet yanıtını vermişlerdir (Şekil 14).

Şekil 14: Katılımcıların 'İşinizi değiştirme fırsatınız olsa yine bu mesleği seçer miydiniz?' sorusuna verdikleri yanıtların oranı



Katılımcıların büyük bir çoğunluğu (%85) mesleklerinin toplumda hakettiği saygıyı gördüğüne inanmamaktayken, %15'i mesleklerinin toplumda hakettiği saygıyı gördüğüne inanmaktadır (Şekil 15). Mesleklerinin toplumda hakettiği saygıyı gördüğüne inanan katılımcıların MTÖ-KB alt ölçeğinden aldıkları puanlar anlamlı olarak diğerlerinden daha yüksek iken ($p: 0,001$); MTÖ-DT ve MTÖ-DYS alt ölçeklerinden aldıkları puanlar diğerlerinden anlamlı olarak daha düşük bulundu ($p: 0,000$) (Tablo 21).

Şekil 15: Katılımcıların 'Mesleğinizin toplumda hakettiği saygıyı gördüğüne inanıyor musunuz?' sorusuna verdikleri yanıtların oranları.



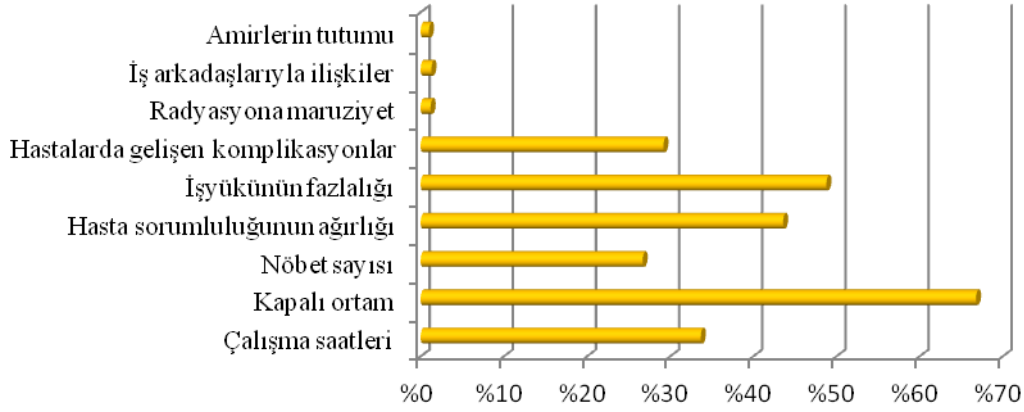
Tablo 21: Katılımcıların ‘Mesleğinin toplumda hakettiği saygıyı gördüğüne inanıyor musunuz?’ sorusuna verdikleri yanıtlar ile MTÖ puanları arasındaki ilişki.

		Min. – Med. – Maks.	Ort±SD	p
MTÖ-DT	Evet	0. – 14. – 31.	13,8± 6,0	0,000
	Hayır	1. – 17. – 36.	17,5±6,4	
MTÖ-DYS	Evet	0. – 4. – 11.	4,5±2,9	0,000
	Hayır	0. – 6. – 19.	6,0±3,4	
MTÖ-KB	Evet	5. – 21. – 30.	20,1±4,4	0,001
	Hayır	6. – 19. – 30.	18,7±4,1	

Kruskal Wallis varyans analizi, posthoc Mann Whitney testi, $p < 0,05$ istatistiksel anlamlılık düzeyi.

Katılımcıların mesleklerinde en çok yıpratıcı buldukları unsurlar incelendiğinde kapalı ortam (%67), işyükünün fazlalığı (%49), hasta sorumluluğunun ağırlığı (%44) çalışma saatleri (%34), hastalarda gelişen komplikasyonlar (%30) ve nöbet sayılarının fazlalığı (%27) ön plana çıkmaktadır(Şekil 16).

Şekil 16: Katılımcıların mesleklerinde yıpratıcı buldukları unsurların görülme yüzdeleri



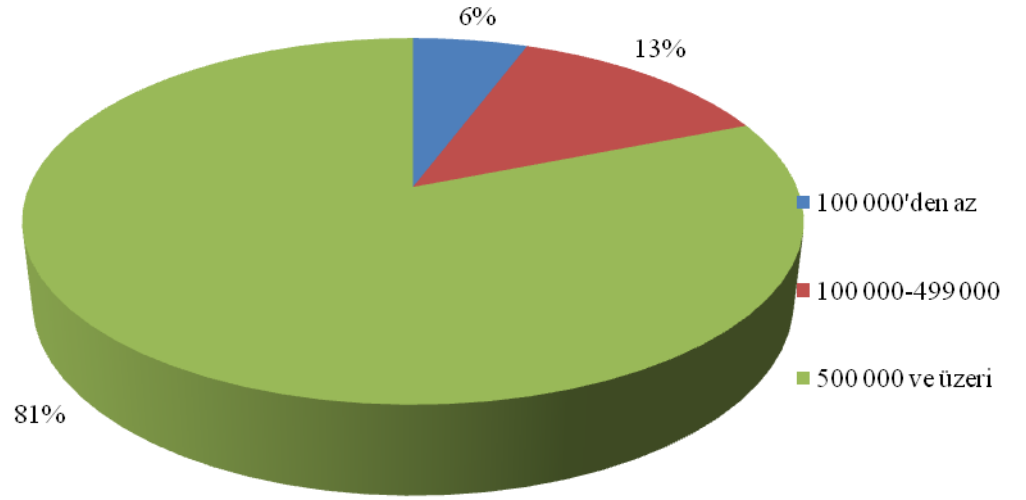
Katılımcıların anket formunda yer alan 42. ve 47. sorulara verdikleri cevapların uygun dağılmaması nedeniyle; bu sorular değerlendirmeye alınmadı.

Katılımcıların yaşadıkları şehrin nüfusuna göre dağılımları incelendi ve üç grupta toplandıkları görüldü (100 000'den az, 100 000-499 000, 500 000 ve üzeri). Katılımcıların %81'inin büyükşehirlerde yaşadığı sonucuna ulaşıldı (Şekil 17). Coğrafi bölgeler açısından çalışmamıza katılım değerlendirildiğinde; en yüksek katılım %16 oranı ile Akdeniz bölgesinden olmakla birlikte en düşük katılım %13'er oranıyla Doğu Anadolu ve Güneydoğu Anadolu bölgelerinden olduğu sonucuna ulaşıldı (Şekil 18).

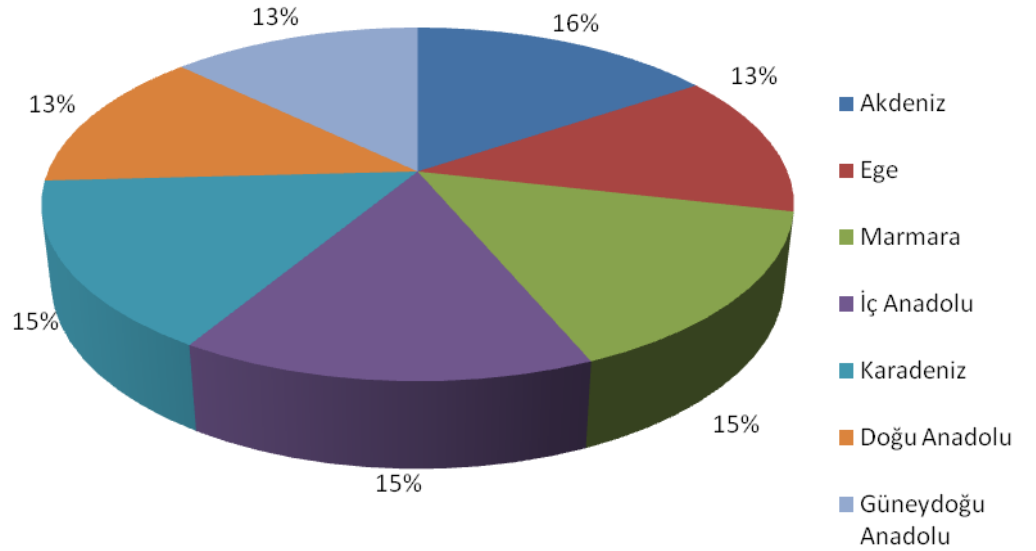
Katılımcıların yaşadıkları şehrin nüfusu ile MTÖ puanları arasındaki ilişki aşağıdaki tabloda gösterilmiştir (Tablo 22). Katılımcılar; 100 000'den az, 100 000-499 000, 500 000 ve üzeri nüfusa sahip şehirlerde yaşayanlar olmak üzere üç grupta toplanmaktadır. Katılımcının yaşadığı şehrin nüfusu ile MTÖ-DYS ve MTÖ-KB puanları arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı (p sırasıyla 0,171 ve 0,759). 500 000 ve üzeri nüfusa sahip şehirlerde yaşayan katılımcıların MTÖ-DT alt ölçeğinden aldıkları puanlar diğer iki gruptan anlamlı olarak daha yüksek bulundu (p: 0,013). 100 000'den az ve 100 000-499 000 arası nüfusa sahip şehirlerde yaşayan katılımcıların MTÖ-DT puanları benzer bulundu. Coğrafi bölgelere göre katılımcıların MTÖ puanları aşağıdaki tabloda gösterilmiştir (Tablo 23). MTÖ-KB puanı ile katılımcının yaşadığı coğrafi bölge arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı (p: 0,110). MTÖ-DT alt ölçeğinde en yüksek puan ortalamasının Ege bölgesinde yaşayan katılımcılara ait olduğu saptandı (p: 0,000). Ege bölgesinin ardından MTÖ-DT alt ölçeğinden en yüksek ikinci puan ortalamasının Doğu Anadolu bölgesinde yaşayan katılımcılarda olduğu sonucuna ulaşıldı. MTÖ-DT alt ölçeğinden alınan en düşük puanlar ise İç Anadolu ve Karadeniz bölgesinde yaşayan katılımcılara aitti. MTÖ-DYS alt ölçeğinden alınan en yüksek puan ortalaması Akdeniz bölgesinde yaşayan katılımcılara ait iken ikinci sırada Ege bölgesinde yaşayan

katılımcıların aldıkları puan ortalamasının olduğu saptandı (p: 0,000). MTÖ-DYS alt ölçeğinden alınan en düşük puan ortalamasının MTÖ-DT alt ölçeğinin sonuçlarına benzer biçimde İç Anadolu ve Karadeniz bölgesinde yaşayan katılımcılara ait olduğu sonucu elde edildi (p: 0,000).

Şekil 17: Katılımcıların yaşadıkları şehrin nüfusuna göre dağılımları



Şekil 18: Katılımcıların yaşadıkları coğrafi bölgeye göre dağılımları



Tablo 22: Katılımcıların yaşadıkları şehrin nüfusu ile MTÖ puanları arasındaki ilişki.

		Min. – Med. – Maks.	Ort±SD	p
MTÖ-DT	100 000'den az	5. – 15. – 28.	14,9±5,3	0,013
	100 000-499 000	1. – 15. – 32.	15,7±6,6	
	500 000 ve üzeri	0. – 17. – 36.	17,3±6,4	
MTÖ-DYS	100 000'den az	1. – 5. – 10.	5,1±2,4	0,171
	100 000-499 000	0. – 5. – 18.	5,4±3,6	
	500 000 ve üzeri	0. – 6. – 19.	5,9±3,4	
MTÖ-KB	100 000'den az	12. – 19. – 29.	19,5±4,1	0,759
	100 000-499 000	9. – 19. – 27.	19,0±3,9	
	500 000 ve üzeri	5. – 19. – 30.	18,9±4,2	

Kruskal Wallis varyans analizi, posthoc Mann Whitney testi, $p<0,05$ istatistikî anlamlılık düzeyi.

Tablo 23: Katılımcıların yaşadıkları coğrafi bölge ile MTÖ puanları arasındaki ilişki.

		Min. – Med. – Maks.	Ort±SD	p
MTÖ-DT	Akdeniz	4. – 17. – 35.	17,8±6,2	0,000
	Ege	7. – 19. – 32.	19,3±6,7	
	Marmara	2. – 16. – 34.	16,6±6,0	
	İç Anadolu	4. – 14. – 30.	15,3±5,9	
	Karadeniz	1. – 15. – 36.	15,4±6,3	
	Doğu Anadolu	1. – 19. – 34.	18,8±6,9	
	Güneydoğu Anadolu	0. – 16. – 31.	16,0±6,1	
MTÖ-DYS	Akdeniz	0. – 6. – 19.	6,6±3,1	0,000
	Ege	0. – 6. – 17.	6,6±3,8	
	Marmara	0. – 6. – 15.	5,9±3,3	
	İç Anadolu	0. – 4. – 12.	4,6±3,1	
	Karadeniz	0. – 5. – 18.	5,2±3,4	
	Doğu Anadolu	0. – 6. – 15.	6,2±3,8	
	Güneydoğu Anadolu	0. – 6. – 15.	5,9±3,0	
MTÖ-KB	Akdeniz	6. – 19. – 27.	18,9±3,7	0,110
	Ege	6. – 18. – 30.	18,2±4,0	
	Marmara	11. – 19. – 29.	19,2±4,1	
	İç Anadolu	8. – 20. – 30.	19,7±4,2	
	Karadeniz	7. – 19. – 29.	18,8±4,5	
	Doğu Anadolu	9. – 18. – 26.	19,5±4,1	
	Güneydoğu Anadolu	5. – 20. – 30.	19,3±4,7	

Kruskal Wallis varyans analizi, posthoc Mann Whitney testi, $p<0,05$ istatistikî anlamlılık düzeyi.

5.TARTIŞMA

Anesteziyoloji çalışanlarında tükenmişlik düzeylerini araştırdığımız çalışmamızda katılımcıların ortalama MTÖ-DT puanı $17,0\pm 6,4$; MTÖ-DYS puanı $5,8\pm 3,4$ ve MTÖ-KB puanı $18,9\pm 4,2$ olarak belirlendi. Katılımcılar, duygusal tükenmede orta, duyarsızlaşmada düşük-orta, kişisel başarıda ise düşük puan ortalamalarına sahiplerdi. Çalışmamız anesteziyoloji çalışanlarının tükenmeye yatkın olduğu sonucunu ortaya koymuştur.

Kluger ve arkadaşları; Avustralya ve Yeni Zellanda'da 422 uzman anesteziist üzerinde yaptıkları çalışmada anesteziyoloji hekimlerinde tükenmişliğin diğer branşlarda çalışan hekimlerden fazla olmadığını ortaya koymakta iken; Girgin ve arkadaşları, ülkemizde Bursa il merkezinde çalışan anesteziistler üzerinde yaptıkları çalışmada anesteziistlerin tükenmeye yatkın oldukları sonucunu saptamışlardır. Anesteziyoloji çalışanlarının; çalışma koşulları itibariyle , radyasyona maruziyet, bulaşıcı hastalık etkenleri, ortam gürültüsü, sirkadiyen ritmin bozulması ve uykusuzluk gibi nedenlerden dolayı tükenmişliğe yatkın olmaları olağan kabul edilebilir. Çalışma koşullarına ilaveten; ücretlendirme politikaları, çalışma saatlerinin fazlalığı, ve sahip olunan mesleğin toplumda hak ettiği saygıyı görmemesi, anesteziyoloji çalışanlarını tükenmişliğe iten ilave faktörler olarak değerlendirilebilir. (5-10, 41, 42)

Çalışmamızda erkek katılımcıların kişisel başarı puanlarının kadın katılımcılardan anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptandı. Duygusal tükenme ve duyarsızlaşma açısından cinsiyetin anlamlı fark oluşturmadığı saptandı. Literatürde cinsiyetin tükenmişlik açısından farklılığa neden olmadığını saptayan çalışmalar bulunmasına rağmen; çalışmamız, kadınların kısmende olsa tükenmişliğe erkelere göre daha yatkın oldukları sonucunu ortaya koymaktadır. Kadınlar işle ilgili strese daha çok maruz kalmaktalar ve , iş-ev, iş-ev-hamilelik gibi durumlardan dolayı yükleri 2-3 kat kadar artabilir ve bu nedenlerden dolayı tükenmişlik açısından erkelere göre daha risklidirler. Her ne kadar cinsiyet ile tükenmişlik arasındaki ilişkinin varlığı konusunda belirgin bir konsensus sağlanmış olmasa da bu ilişkinin varlığını kabul eden görüşler, tükenmişlik ile kadın cinsiyet arasında bağ olduğunu savunan çalışmalardan doğmuştur. (41, 43, 44, 45)

Yaş faktörünün tükenmişlik puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır. Yaş arttıkça duyarsızlaşma ve duygusal tükenme puanları azalmakta ve kişisel başarı

puanı artmaktadır. Çalışmamızda yaş ilerledikçe tükenmişliğin azaldığı saptanmıştır. Bu sonuç Özyurt ve arkadaşlarının ülkemizde 594 klinisyen üzerinde yaptıkları çalışma ile Belçika'da 151 anesteziistin katılımıyla yapılan Nyssen ve arkadaşlarına ait çalışmanın sonuçlarıyla uyumludur. Ayrıca 40 yaşın altındaki bireylerin tükenmişliğe daha yatkın olduğunu bildiren yayınlar da mevcuttur. Çalışanın kimlik ve rol çatışmasından uzaklaşması, yeterlilik duygusunun yerleşip profesyonelleşmesi, sistemden özgür hale gelebilmesi ve verimliliği genellikle otuzlu yaşlardan sonra olmaktadır. Bu bağlamda; yaş arttıkça tükenmişliğin azalması, meslekte geçirilen süre ve deneyim ile güçlü bir ilişki içerisindedir. (46, 47, 48)

Kişisel başarı puanları çalışmamızda, dul katılımcılarda evli ve bekar katılımcılara göre anlamlı olarak daha yüksek bulundu. Evli olanlar ile bekarlar arasında kişisel başarı açısından anlamlı fark bulunmadı. Duygusal tükenme ve duyarsızlaşma açısından medeni durumun fark oluşturmadığı saptandı. McMurray ve arkadaşları; evli olmak ve destekleyici bir eşe sahip olmanın tükenmişliği önlemede önemli bir etken olduğu belirtilmiş olsa da ülkemizde hekimlerde yapılan iki araştırmada medeni durumun tükenmişlik üzerine etkisinin olmadığı saptanmıştır. Medeni durum da cinsiyet faktörü gibi tükenmişlikle ilişkisi net olarak ortaya konulamamış etken olarak gözükmektedir. (49, 50, 51)

Çalışmamızda; çocuğu olmayanların kişisel başarı puanları çocuğu olanlara göre anlamlı olarak daha düşük bulundu. Bununla beraber çocuğu olmayanlar ile 1 çocuğu olanların duygusal tükenme ve duyarsızlaşma puanları benzer bulundu. 2 çocuğu olanlar ile 3 ve daha fazla çocuğu olanların duygusal tükenme ve duyarsızlaşma puanları diğerlerinden daha düşük bulundu. Saptadığımız bu sonuç çocuk sahibi olmanın sosyal destek yönüyle tükenmişliği azalttığını belirten Goodfellow ve arkadaşları ile çocuk sahibi olmanın duyarsızlaşmayı azalttığını bildiren Girgin arkadaşlarının yaptıkları araştırmanın sonuçlarıyla uyumlu gözükmektedir. (42, 45)

Çalışmamızda anestezi kliniğinde geçirilen sürenin artışı ile duygusal tükenme ve duyarsızlaşma puanlarının azaldığı, kişisel başarı puanının ise arttığı saptanmıştır. Akçalı ve arkadaşları İç Anadolu bölgesindeki anesteziyoloji çalışanları üzerinde yaptıkları çalışmada duygusal tükenmenin kıdemli personellerde daha fazla olduğunu bildirmektedir. Bununla beraber çalışmamızda ortaya çıkan; meslekte artan tecrübenin tükenmişlik açısından koruyucu olduğunu düşündüren sonuç, Özyurt ve arkadaşları ile Freeborn ve arkadaşlarının, yaşın artmasıyla tükenmişliğin azaldığını bildiren çalışmalarındaki sonuçla paralellik göstermektedir. Önceden bahsedildiği üzere

meslekte geçirilen süre ve deneyimin artışı çalışanın verimliliği açısından oldukça önemlidir. Sistemden özgür hale gelip enerjisini ve yeteneklerini olumlu anlamda kullanmaya başlayan çalışanın, üretkenliği üst düzeye ulaşır. Meslekte geçirilen süre tükenmişlik açısından koruyucu bir faktör olarak ön plana çıkmaktadır. (46, 52, 53)

Girgin ve arkadaşlarının çalışılan kurumun tipinin tükenmişliğe etkili olmadığına dair saptamalarının aksine; bizim çalışmamızda çalışılan hastanenin tipi, duygusal tükenme ve duyarsızlaşma açısından önemli farklılıklarla ilişki içerisindedir. Çalışılan hastanenin tipi ile tükenmişlik arasında kişisel başarı açısından anlamlı bir farklılık saptanmadı. Duygusal tükenme ve duyarsızlaşma puanları tıp fakültelerinde çalışanlarda en yüksek iken en düşük puanlar Sağlık Bakanlığına bağlı eğitim hastanelerinde çalışanlarda saptandı. Tükenmişlik açısından tıp fakültelerinde çalışanlar daha yüksek riske sahipken; bunu Sağlık Bakanlığına bağlı devlet hastanelerinde çalışanlar takip etti. Sağlık Bakanlığına bağlı eğitim hastanelerinde çalışanlar araştırmaya katılan diğer çalışanlara göre daha düşük risk taşımaktadırlar. Özyurt ve arkadaşları, bizim çalışmamızda olduğu gibi çalışılan kurumun tükenmişliğe etkili olduğunu bildirmişlerdir. Özyurt ve arkadaşları; özel sektörde çalışan klinisyenlerin, kamu sektörü ve üniversite hastanelerinde çalışan klinisyenlere göre tükenmişliğe yatkınlıklarının daha düşük olduğunu bildirmişlerdir. Tıp fakültelerinde çalışanlar tükenmişlik açısından diğer katılımcılara daha riskli gözükmele beraber ünvanlarına göre çalışanların tükenmişlik durumlarına bakıldığında, en az riskli grubun tıp fakültelerinde görev yapan öğretim üyelerinin olması dikkat çekicidir. Ünvanlarına göre bakıldığında tükenmişlik açısından en riskli grup olarak gözüken araştırma görevlilerinin tıp fakültelerinden çalışmamıza katılanların büyük bir çoğunluğunu oluşturması, büyük bir ihtimalle tıp fakültelerinde çalışanların tükenmişlik açısından en riskli grup olarak görünmesine neden olmaktadır. Ancak aynı kurumlarda çalışmalarına rağmen; öğretim üyeleri ile araştırma görevlileri arasındaki bu çok farklı sonuçlar görev yapılan hastanenin tipine ilaveten başka faktörlerinde oldukça etkili olduğunu düşündürmektedir. (42, 46)

Kişisel başarı puanı öğretim üyelerinde diğer katılımcılardan anlamlı olarak daha yüksek bulundu. Bununla birlikte uzman hekimlerin, araştırma görevlileri ve anestezi teknisyenlerinin kişisel başarı puanlarının benzer olduğu sonucuna ulaşıldı. Duygusal tükenme ve duyarsızlaşma puanlarında en yüksek ortalamalarının araştırma görevlilerinde olduğu ve diğer katılımcıların aldıkları puanların; büyükten küçüğe doğru, uzman hekimler, anestezi teknisyenleri ve öğretim elemanları şeklinde

sıralandığı sonucuna ulaşıldı. Araştırmamızda; Aktuğ ve arkadaşlarının Osmangazi Üniversitesinde yaptıkları çalışmada belirtildiği gibi asistan hekimlerde, özellikle duygusal tükenme ve duyarsızlaşma alanlarında tükenme olduğu saptanmıştır. Thomas asistan hekimlerde yüksek tükenmişlik seviyelerinin olduğunu ve bunun hasta sağaltımında sorunlar ve depresyon ile ilişkili olabileceğini bildirmiştir. McGray ve arkadaşları asistan hekimlerin uzun çalışma saatleri, öğrenilmesi gereken bilgi yükü ve iş-ev dengesini kurmakta yaşanan zorluklar nedeniyle tükenmişliğe yatkın olduklarını belirtmekteyken Arigoni ve arkadaşları uzun çalışma saatlerinin tatminsizlik duygusu, fiziksel stres ve yorgunluğa sebep olduğuna vurgu yapmaktadırlar. Çalışmamızda en düşük duygusal tükenme ve duyarsızlaşma puanı ile en yüksek kişisel başarı puanı Karlıdağ ve arkadaşlarının çalışmasında saptandığı gibi öğretim elemanlarına aitti. Kushnir ve arkadaşları mesleki bilgileri güncelleme olanağı bulmanın tükenmeyle negatif yönde bir ilişki içerisinde olduğu sonucunu saptamışlardır. Cordes ve Dougherty; bireylerin mesleklerine ilişkin kariyer basamaklarında ilerledikçe daha az tükenme yaşayacaklarını belirtmektedirler. Budak ve Sürgevil'in üniversite öğretim üyeleri üzerinde yaptığı çalışmada benzer sonuçları ortaya koymaktadır. Ünvanları açısından katılımcılara bakıldığında araştırma görevlilerinin durumu oldukça dikkat çekicidir. Araştırma görevlilerinin çalışma saatleri, nöbet sayıları, aylık gelirleri, gibi faktörler bu sonucun doğmasında etkili gözükmektedir. (51, 54-60)

Çalışmamızda mesai ve nöbet şeklinde çalışanların duygusal tükenme ve duyarsızlaşma açısından en yüksek puanlara, kişisel başarı açısından ise en düşük puanlara sahip oldukları saptandı. Nöbet tutan çalışanların tükenmişlik açısından diğerlerine göre daha yatkın olmaları; sirkadien ritmin bozulması, uyku sorunları ve uyku noksanlığından kaynaklanıyor olabilir. Lee ve arkadaşlarının vardiya usulü çalışma saatlerinin yaşam düzenini bozduğuna, uykusuzluğa neden olduğuna ve fiziksel olarak zorlayıcı olduğuna dair görüşleri bizi desteklemektedir. Literatürde sirkadien ritmin bozulmasının veya yetersiz sirkadien uyumun uyku bozukluklarına yol açtığını ve bununda gerek zihinsel gerek fiziksel performansda düşmeye neden olduğunu hatta depresif bozukluk gelişimine katkıda bulunduğunu bildiren yayınlar bulunmaktadır. Genel itibariyle mesai ve nöbet şeklinde bir çalışma düzenine sahip olan araştırma görevlilerinin tükenmişlik açısından en riskli grup olması, çalışma şekli ile tükenmişlik arasında kuvvetli bir bağ olduğunu farklı bir açıdan ortaya koymaktadır. (8,9, 61)

Nöbet sayısı daha yüksek olan çalışanların duygusal tükenme ve duyarsızlaşma puanları daha yüksek iken kişisel başarı puanları daha düşük saptandı. İşgünü

içerisindeki çalışma saatinin fazlalığının ve işgünü içerisindeki toplam dinlenme süresinin kısalığının duygusal tükenme ve duyarsızlaşma açısından nöbet sayısı ile benzer bir korelasyona sahip olduğu saptandı. Kişisel başarı ile çalışma saatleri ve işgünü içindeki dinlenme süresinin miktarı arasında ilişki saptanmadı. Çalışmamızın sonuçları; nöbet sayısı ve günlük çalışma saati fazla olan hekimlerde duygusal tükenme ve duyarsızlaşmanın yüksek, kişisel başarının ise düşük olduğunu saptayan Coomber ve arkadaşlarının Birleşik Krallık'taki yoğun bakım hekimleri üzerinde yaptığı çalışmanın sonuçlarıyla uyumludur. Aslan ve arkadaşlarının asistan hekimler üzerinde yaptıkları çalışmada da nöbet sayısının fazlalığının ve çalışma saatlerinin uzun olmasının tükenmişliği artırdığı bildirilmektedir. Uzun çalışma saatleri ve nöbet sayısının fazlalığı fiziksel yorgunluğa, sirkadiyen ritmin bozulmasına ve nihayetinde uyku bozukluklarına yol açmaktadır. Uykusuzluk ve aşırı çalışma fiziksel ve zihinsel performansta önemli düşmeye neden olmakla birlikte depresif bozukluk gelişiminde önemli rol oynar. Bu noktada çalışma saatleri ve nöbet sayıları yüksek olan çalışanların, tükenmişlik açısından diğerlerine göre daha olumsuz bir durumda olmaları sürpriz değildir. (44, 62).

Özyurt ve arkadaşlarının kullanılan izin sayısının tükenmişliği azalttığını bildiren çalışmalarının aksine bizim çalışmamızda kullanılan yıllık izin süresi ile tükenmişlik arasında ilişki saptanmadı. Ancak çalışmamızda, çalışanların yasal yıllık izin sürelerinin altında sürelerde izin kullandıkları sonucu oldukça dikkat çekicidir. Çalışanların %48,1'i 20 günün altında izin kullanmaktadırlar. Çalışanların izin kullanmaktan kaçınıyor bir görüntüde olmalarının altında yatan neden, uygulamadaki performansa dayalı ek ödeme sisteminden kaynaklanıyor olabilir. Nitekim Fettah ve Şahin'in birinci basamaktaki sağlık çalışanları üzerinde yaptıkları araştırma, çalışanların performansa dayalı ek ödeme sistemi nedeniyle ihtiyaç duydukları halde izin kullanmadıkları sonucunu ortaya koymuştur. Her ne kadar yıllık izin süresi ile tükenmişlik arasında ilişki olmadığı sonucuna ulaşmış olsak da ;anesteziyoloji çalışanlarının tükenmişliğe yatkın olmalarının altında yatan nedenlerden birinin de kullanılan yıllık izin süresinin azlığı olma ihtimali göz ardı edilemez. (46, 63)

Çalışanların %88'i yorgunluk, %58'i baş ağrısı, %55'i uyku bozukluğu, %52'si sinirlilik, %50'si duygusal bitkinlik durumlarını sıkça yaşadıklarını ifade etmişlerdir. Çalışmamıza katılanlarda; tükenmişlik durumunda ortaya çıkan bireysel belirtilerin önemli bir kısmı görülmesi, anesteziyoloji çalışanlarının tükenmişliğe yatkın olduklarını bildiren görüşümüzle örtüşmektedir. Akçalı ve arkadaşları; insanlarla birebir ilişkide bulunan bu meslekte, hipertansiyon, depresyon ve migren gibi stresten

kaynaklanabilecek durumlar ile sürekli ayakta çalışmaya bağlı varis ve bel fitiği rahatsızlıklarının mesleğe bağlı olabileceğini bildirmişlerdir. Akçalı ve arkadaşlarının çalışmasına benzer biçimde, bizim çalışmamızda da, depresyon, migren, hipertansiyon, panik atak, aritmi ve romatizmal hastalıklar ön plana çıkmaktadır. (53)

Aylık gelir düzeyi açısından çalışanların duygusal tükenme puanlarında anlamlı bir fark saptanmamakla beraber, duyarsızlaşma ve kişisel başarı puanları ile gelir düzeyi arasında zayıf düzeyde de olsa pozitif yönde bir ilişki bulundu. Yeşil ve arkadaşlarının duyarsızlaşma düzeylerinin gelir düzeyi daha yüksek olan katılımcılarda daha fazla olduğunu saptadıkları çalışma; bu açıdan çalışmamızla yakınlık göstermektedir. Gelir düzeyi yüksek olan çalışanların duyarsızlaşma açısından riskli durumda olmaları, gelir artışı için daha fazla süre çalışılması zorunluluğundan kaynaklanıyor olabilir (64)

Mesleğini isteyerek seçenlerde duygusal tükenme puanları daha düşük iken kişisel başarı puanları daha yüksek bulunmuştur. Duygusal tükenme ile mesleğini isteyerek seçme arasında anlamlılık sınırında bir ilişki saptandı. Çalışmamızda; Taycan ve arkadaşlarının çalışmasında belirtildiği gibi, mesleğini isteyerek seçenlerin tükenmişlik açısından daha olumlu bir durumda oldukları saptanmıştır. (65)

Mesleklerinin toplumda hak ettiği saygıyı gördüğüne inanan çalışanlarda kişisel başarı puanları daha yüksek, duygusal tükenme ve duyarsızlaşma puanları daha düşük bulunmuştur. Yöney'in tükenmişlik nedenleri içerisinde saydığı sosyal destek azlığının tükenmişlikle ilgili etkili bir faktör olduğu çalışmamızda da ortaya konmuştur. (20)

Çalışanlar en çok kapalı ortamda çalışma (%67), işyükünün fazlalığı (%49), hasta sorumluluğunun ağırlığı (%44), çalışma saatleri (%34), hastalarda gelişen komplikasyonlar (%30) ve nöbet sayılarının fazlalığından (%27) şikayet etmektedirler. Sayıl ve arkadaşları Ankara Üniversitesi hastanelerinde çalışan doktor ve hemşirelerin tükenmişlik düzeylerini araştırdıkları çalışmalarında, benzer olarak en fazla sorun yaşanan alanın çalışma ortamı olduğunu belirtilmişlerdir. Nyssen ve arkadaşlarının çalışmasında anesteziistlerin en çok sorun yaşadıkları alanların; organizasyonel sorunlar (programların öngörülemezliği, ekip içindeki koordinasyonsuzluk, uzun süreli çalışma, uygunsuz denetim), işten kaynaklanan zorluklar (zor entübasyon, resusitasyonlar, kurtarma işlemleri), personeller arası ilişkiler ve çatışmalar (ekiple ve cerrahlarla iletişim eksikliği), sorumluluk baskısı ve şüphe (hata yapma korkusu, uygunsuz yetkinlik), yaşam-kariyer endişesi olarak beş grupta toplandıkları saptanmıştır. Çalışanların en fazla yıpratıcı buldukları unsurlarda organizasyonel nedenler ön plana

çıkılmaktadır. İşten kaynaklanan zorluklar ve hasta ile ilgili faktörler de sorun yaşanan alanlarda önemli bir yer tutmaktadır.(47, 66)

Yaşanılan şehrin nüfusu ile duyarsızlaşma ve kişisel başarı arasında ilişki saptanmazken, 500 000 ve üzeri nüfusa sahip şehirlerde yaşayanların duygusal tükenme açısından daha riskli oldukları sonucuna ulaşılmıştır. Büyükşehirlerde yaşayan çalışanların duygusal tükenme açısından olumsuz bir durumda olmaları irdelenmesi gereken bir husus olarak gözükmemektedir.

Kişisel başarı ile katılımcının yaşadığı coğrafi bölge arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı. Duygusal tükenme açısından Ege bölgesinde yaşayan çalışanlar en yüksek riske sahipken onları Doğu Anadolu bölgesinde yaşayan çalışanlar izledi. Duygusal tükenme açısından en az risk ise İç Anadolu ve Karadeniz bölgesindeki çalışanlara aitti. Duyarsızlaşmada en yüksek düzey Akdeniz bölgesinde yaşayanlara ait iken ikinci sırada Ege bölgesinde yaşayanların olduğu saptandı. Duyarsızlaşmada en düşük düzeyler, duygusal tükenmede olduğu gibi İç Anadolu ve Karadeniz bölgesinde yaşayanlara ait olduğu sonucu elde edildi. İç Anadolu böldesindeki anesteziyoloji çalışanlarının, Akçalı ve arkadaşlarının çalışmasındaki MTÖ puanları ile bizim çalışmamızdaki MTÖ puanları duyarsızlaşma ve kişisel başarı açısından az da olsa farklılıklar göstermektedir. Çalışmamızda; İçAnadolu bölgesindeki çalışanlarda, duyarsızlaşma düşük düzeydeyken, Akçalı ve arkadaşlarının çalışmasında düşük-orta düzeyde bulunmuştur. Kişisel başarı çalışmamızda düşük düzeyde iken Akçalı ve arkadaşlarının çalışmasında duyarsızlaşmada olduğu gibi düşük-orta sınırındadır. (Tablo 24).

Duyarsızlaşmada en yüksek puan ortalamasının Akdeniz, duygusal tükenmede en yüksek puan ortalamasının Ege bölgesindeki çalışanlarda; bununla beraber bu puan türlerinde en düşük ortalamaların sosyoekonomik gelişmişlik açısından Ege ve Akdeniz bölgesine göre daha alt sırada yer alan İç Anadolu ve Karadeniz bölgelerindeki çalışanlarda olması ilgi çekici bir sonuç olarak karşımıza çıkmaktadır.

Tablo 24: İç Anadolu böldesindeki anesteziyoloji çalışanlarının MTÖ puanları

		Ort±SD
MTÖ-DT	Bizim çalışmamız	15,3±5,9
	Akçalı ve arkadaşlarının çalışması	14,7±5,5
MTÖ-DYS	Bizim çalışmamız	4,6±3,1
	Akçalı ve arkadaşlarının çalışması	5,7±3,5
MTÖ-KB	Bizim çalışmamız	19,7±4,2
	Akçalı ve arkadaşlarının çalışması	21,6±4,2

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Tüm anestezi çalışanlarında tükenmişlik indeksi yüksek olmakla birlikte üniversite hastanelerinde çalışanlarda, araştırma görevlilerinde, nöbet sayısı ve günlük çalışma saati fazla olan katılımcılarda, meslekteki deneyimi az olan genç çalışanlarda duygusal tükenme ve duyarsızlaşmanın yüksek, kişisel başarının ise düşük olduğu saptandı.

Tükenmişlik oranı yüksek olan bu gruplarda tükenmişlikte etkin olduğu bilinen faktörlerin değerlendirilerek sağaltılmasıyla anesteziyoloji çalışanlarında mesleki başarı ve verimliliğin artırılması mümkün olabilecektir. Tükenmişliğin ortaya çıkmasının engellenmesinin, varolan tükenmişlik durumuyla mücadele etmekten daha kolay ve önemli olduğu düşüncesinden hareketle özellikle kurumsal düzeyde alınacak önlemler, çalışanı tükenmişlikten uzak tutmakta faydalı olacaktır.

7. KAYNAKLAR

1. Boswell CA. Work Stres And Job Satisfaction Fort He Community Health Nurse. Journal Of Community Health Nursing 1992; 9(4): 221-7
2. Freudenberger HJ. Staff burnout. J Soc Issues 1974; 30:159-165.
3. Maslach C. Jackson SE. Maslach Burnout Inventory Manual. 2nd ed. Consulting Psychologist Press, Palo Alto, 1986.
4. Maslach C. Burned-out. Hum Behav 1976; 5:197-220.
5. Richard A, Shapiro MA, Theodore B. Noise in the Operating Room, Engl J Med 1972; 87:1236-1238.
6. Miles C, Auburn TC, Jones DM. Effects of loud noise and signal probability on visual vigilance. Ergonomics 1984; 27:855-862
7. Kryter KD. The Effects of Noise on Man, 2nd ed. San Diego, CA, Academic Press, 1985.
8. Comperatore CA, Krueger GP. Circadian rhythm desynchronization, jet lag, shift lag, and coping strategies. Occup Med. 1990; 5(2):323-41.
9. Firtz-Cozens J:Emotional distress in junior house officers. BMJ(Clin Res Ed) 1987; 295:533-536.
10. Moulin GC, Hedley-Whyte J. Hospital assocaited viral infection and the anesthesiologist. Anesthesiology 1983; 59:51
- 11.Gallegos KV, Browne CH, Veit FW, Talbott GD. Addiction in anesthesiologist:Drug Access and patterns of substance abuse. QRB 1988; 14:116-122,
12. Gualtieri AC, Cosentino JP, Becker JS. The California experience with a diversion program for impaired physicians. JAMA 1983; 249:226
13. Maslach C. Burnout: The Cost of Caring. New Jersey: Englewood Cliffs & Prentice Hall Inc. 1982
14. Düzyürek S, Ünlüoğlu G. Hekimde Tükenmişlik (Burnout) Sendromu. Psikiyatri Bülteni 1992; 1:108-112.
15. Constable CJF, Russell DW. The effect of social support and thework environment upon burnout among nurses. J Human Stress 1986; 12:20-26.
16. Cronin-Stubbs D, Rooks CA. The stress, social support and burnoutof critical care nurses. Heart Lung 1985; 14:31-39.
17. Cullen A. Burnout.Why do we blame the nurse? Am J Nurs1995; 95:22-27

18. Fawzy FI, Fawzy NW, Pasnau RO. Burnout in the health professionals, Handbook of Studies on General Hospital Psychiatry, Editor: Judd FK, Burrows GD, Lipsitt DR, Elsevier Science Publishers BV, Amsterdam 1991
19. Freudenberger NJ, Pichelson G. Burnout, How To Beat The High Cost Of Success. New York: Bantom Boks, Doubleday-CompanyInc, 1981.
20. Yöney H, Ünalın P. Profesyonel Yasamda İş Stresi ve Tükenmişlik, 2004
21. Akçamete G, Kaner S, Sucuoğlu B. Engelli ve Engelli Olmayan Çocuklarla Çalışan Öğretmenlerin Tükenmişlik Ve iş doyumunu Düzeyleri Arasındaki ilişkinin Karşılaştırmalı Olarak incelenmesi. Ankara: Nobel Yayın Dağıtım, 2001
22. Izgar H. “Okul Yöneticilerinde Tükenmişlik Nedenleri” Ankara: Nobel Yayın Dağıtım, 2001.
23. Işıkhan V. Çalışma Hayatında Stres ve Basa Çıkma Yolları, Ankara: Sandal Yayınları, 2004
24. Baltaş Z, Baltaş A. “Stres ve Basa Çıkma Yolları”, İstanbul: Remzi Yayınları, 1998
25. Aydın Pİ. İş Yaşamında Stres, Ankara: Pegama Yayıncılık, 2002.
26. Çam, O. Hemşirelerde Tükenmişlik (Burnout) Sendromunun Araştırılması, İzmir: Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı Doktora Tezi, 1991
27. Yiğit N. Örgütsel stres, stres kaynakları ve verimliliğe etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara, 2000
28. Garden AM. Depersonalization: A Valid Dimension Of Burnout. Human Relations, 1987; 60:545560.
29. Örmen U. Tükenmişlik Duygusu ve Yöneticiler Üzerinde Bir Uygulama, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 1993.
30. Baysal A. Lise ve Dengi Okul Öğretmenlerinde Meslekte Tükenmişliğe Etki Eden Faktörler, Yayımlanmamış Doktora Tezi, İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 1995
31. Yıldırım F. Banka Çalışanlarında İş Doyumu Ve Algılanan Rol Çatışması İle Tükenmişlik Arasındaki İlişki, Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 1996.
32. Perlman B, Hartman AE. Burnout: Summary And Future Research, Human Relations, 1982; 35:283-305
33. Suran BG, Sheridan EP. Management Of Burnout: Training Psychologists In Professional Life Span Perspectives, Professional Psychology: Research And Practice, 1984; 15:741-752.

34. Ericson E. *Chilhood and Society*. Norton Publication: New York, 2nd Edition, 1963.
35. Edelwich J, Brodsky A. *Burnout: Stages of disillusionment in the helping professions*. Newyork: Human Sciences Pres, 1980.
36. Ersoy F, Yıldırım CR, Edirne T. Tükenmişlik (Staff Burnout) Sendromu, Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi. 2001; 15-20.
37. Beemsterboer J, Baum BH. Burnout. Definitions and health care management, *Social work in healthcare*. 1984; 10:97-110.
38. Mayou R. Burnout, *British Med. Jornal*. 1986; 2:264-265.
39. Pines A, Maslach C. Characteristics of staff burnout in mental health setting, *Hospital and Community Psychiatry*, 1978; 29:233-237.
40. Ergin C. Doktor ve Hemşirelerde Tükenmişlik ve Maslach Tükenmişlik Ölçeğinin Uyarlanması. VII. Ulusal Psikoloji Kongresi Bilimsel Çalışmaları, Bayraktar R, Dağ İ. Ankara, Türk Psikologlar Derneği Yayını, 1992; 143-154.
41. Kluger MT, Townend K, Laidlaw T. Job satisfaction, stres and burnout in Australian specialist anaesthetists. *Anaesthesia*, 2003; 58:339–345,
42. Girgin NK, Bayrak VM, Akkaya C, Erşaylı DT, Yılmazlar A. Bursa il merkezinde görevli anesteziistlerde mesleki tükenmeyi etkileyen faktörler. *Türk Anesteziyoloji ve Reanimasyon. Derneği. Dergisi* 2006; 3448-55
43. Ahlberg J, Rantala M, Savolainen A, Suvinen T, Nissinen M, Sarna S, Lindholm H, Könönen M. Reported bruxism and stress experience. *Community Dentistry and Oral Epidemiology* 2002; 30: 405–8.
44. Aslan SH, Gürkan SB, Alparslan ZN, Ünal M. Tıpta uzmanlık öğrencisi hekimlerde tükenme düzeyleri. *Türk Psikiyatri Dergisi* 1996; 7:39-45.
45. Goodfellow A, Varnam R, Rees D, Shelly MP. Staff stress on the intensive care unit: a comparison of doctors and nurses. *Anaesthesia* 1997; 1037-1041
46. Özyurt A, Hayran O, Sur H. Predictors of burnout and job satisfaction among Turkish physicians. *Q J Med* 2006; 99:161-169.
47. Nyssen AS, Hansez I, Baele P, Lamy M, De Keyser V. Occupational stres and burnout in anaesthesia. *BJA* 2003; 90 (3): 333±7
48. Maslach C, Schaufeli WB, Leiter, MP. Job Burnout. *Annu Rev Psychol* 2001;52: 397-422.
49. McMurray JE, Linzer M, Konrad TR. The work lives of women physicians. *J Gen Intern Med* 2000; 15:372-380

50. Özbek K, Girgin G. Sağlık Bakanlığı İzmir il teşkilatında çalışan hekimlerde Tükenmişlik (burnout) sendromunun araştırılması. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Ruh Sağlığı Bülteni, Ankara, 1993, s.40-43.
51. Karlıdağ R, Ünal S, Yoloğlu S. Hekimlerde iş doyumunu ve tükenmişlik düzeyi. Türk Psikiyatri Dergisi 2000; 11:49-57
52. Freeborn DK. Satisfaction, commitment and physiological well-being among HMO physicians. West J Med 2001; 174:13-18
53. Akçalı DT, Dayanır H, İlhan MN, Babacan A. İç Anadolu Bölgesinde anesteziyoloji ve algoloji çalışanlarında tükenmişlik durumu. Ağrı, 2010; 22:79-85.
54. Aktuğ İY, Susur A, Keskin S, Balcı Y, Seber G. Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesinde çalışan hekimlerde tükenmişlik düzeyleri. Osmangazi Tıp Dergisi, 2006; 28:91-101
55. Thomas NK: Resident burnout. JAMA 2004; 292: 2913-2915
56. McCray LW, Cronholm PF, Bogner HR, Gallo JJ, Neill RA. Resident physician burnout: is there hope? Fam Med 2008;40(9):626-32.
57. Arigoni F, Bovier PA, Mermillod B, Waltz P, Sappino AP. Prevalence of burnout among Swiss cancer clinicians, paediatricians and general practitioners: who are most at risk? Support Care Cancer 2009;17(1):75-81.
58. Kushnir T, Cohen AH, Kitai E. Continuing medical education and primary physicians' job stress, burnout and dissatisfaction. Med Educ, 2000; 34(6):430-436
59. Cordes CL, Dougherty TW. A Review and in Integration of Research on Job Burnout, Academy of Management Review, 1993; 18(4):621-656
60. Budak G, Süregevil O, Tükenmişlik ve Tükenmişliği Etkileyen Örgütsel Faktörlerin Analizine İlişkin Akademik Personel Üzerinde Bir Uygulama. D.E.Ü.İ.İ.B.F. Dergisi 2000; 20(2):95-108
61. Lee H, Song R, Cho YS, Lee GZ, Daly, B. A comprehensive model for predicting burnout in Korean nurses. Journal of Advanced Nursing, 2003;44(5):534-545
62. Coomber S, Todd C, Park G, Baxter P, Firtz-Cozens J, Shore S. Stress in UK intensive care unit doctors. Br J Anaesth 2002; 89:873-881.
63. Fettah K , Şahin B. Birinci Basamak Sağlık Kuruluşlarında Çalışan Personelin Performansa Dayalı Döner Sermaye Ek Ödeme Uygulamasına İlişkin Değerlendirmeleri. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi 2010;12;:2

64. Yeşil A, Ergün Ü, Amasyalı C, Er F, Olgun NN, Aker AT. Çalışanlar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği Türkçe Uyarlaması Geçerlik ve Güvenilirlik Çalışması. Nöropsikiyatri Arşivi 2010; 47: 111-117
65. Taycan O. , Kutlu L. , Çimen S. Aydın N. Bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerde depresyon ve tükenmişlik düzeyinin sosyodemografik özelliklerle ilişkisi, *Anatolian Journal of Psychiatry* 2006; 7:100-108
66. Sayıl I, Haran S, Ölmez Ş, Özgüven HD, Ankara Üniversitesi hastanelerinde çalışan doktor ve hemşirelerin tükenmişlik düzeyleri. 4.Sosyal Psikiyatri Sempozyumu, Adana, 1997

ŞEKİLLER DİZİNİ

Sayfa No

Şekil 1: Katılımcıların cinsiyet oranları.....	19
Şekil 2: Evli katılımcıların çocuk sayısına göre dağılımları.....	19
Şekil 3: Evli katılımcıların eşlerinin eğitim durumuna göre dağılımları.....	20
Şekil 4: Evli katılımcıların eşlerinin çalışma durumuna göre dağılımları.....	20
Şekil 5: Katılımcıların MTÖ puanları.....	21
Şekil 6: Katılımcıların çalıştıkları hastane tipine göre dağılımları.....	26
Şekil 7: Katılımcıların ünvanlarına göre dağılımları.....	27
Şekil 8: Katılımcıların çalışma şekillerine göre dağılımı.....	29
Şekil 9: Katılımcıların çalıştıkları birimde dinlenme odası bulunma durumu.....	31
Şekil 10: Katılımcılarda birtakım semptomların görülme yüzdeleri.....	33
Şekil 11: Katılımcılarda anestezi kliniğinde çalışmaya başladıklarından sonra teşhis edilen hastalıkların yüzdeleri.....	33
Şekil 12: Katılımcıların aylık gelirlerine göre dağılımları.....	34
Şekil 13: Katılımcıların ‘Mesleğinizi isteyerek mi seçtiniz ?’ sorusuna verdikleri cevapların oranları.....	35
Şekil 14: Katılımcıların ‘İşinizi değiştirme fırsatınız olsa yine bu mesleği seçer miydiniz?’ sorusuna verdikleri yanıtların oranı.....	35
Şekil 15: Katılımcıların ‘Mesleğinizin toplumda hakettiği saygıyı gördüğüne inanıyor musunuz?’ sorusuna verdikleri yanıtların oranları.....	36
Şekil 16: Katılımcıların mesleklerinde yıpratıcı buldukları unsurların görülme yüzdeleri.....	37
Şekil 17: Katılımcıların yaşadıkları şehrin nüfusuna göre dağılımları.....	38
Şekil 18: Katılımcıların yaşadıkları coğrafi bölgeye göre dağılımları.....	38

TABLolar DİZİNİ

	Sayfa No
Tablo 1: Anesteziyoloji çalışanlarının MTÖ puanları.....	20
Tablo 2: MTÖ alt ölçek puanlarının değerlendirilmesi.....	21
Tablo 3: Katılımcıların cinsiyetlerine göre MTÖ puanları.....	21
Tablo 4: Katılımcının yaşı ile MTÖ puanları arasındaki ilişkinin Spearman korelasyon testiyle analizi	22
Tablo 5: Katılımcıların medeni durumlarına göre MTÖ puanları.....	22-23
Tablo 6: Katılımcıların çocuk sayılarına göre MTÖ puanları.....	23-24
Tablo 7: Katılımcının eşinin eğitim düzeyi ile tükenmişlik puanları arasındaki ilişkinin Spearman korelasyon testiyle analizi.....	24
Tablo 8: Katılımcının eşinin çalışma durumu ve çalıştığı sektör ile MTÖ puanları arasındaki ilişki	24-25
Tablo 9: Katılımcıların anesteziyoloji ve reanimasyon kliniğindeki çalışma süreleri (yıl olarak).....	25
Tablo 10: Katılımcının anesteziyoloji ve reanimasyon kliniğindeki çalışma süresi ile tükenmişlik puanları arasındaki ilişki.....	25
Tablo 11: Katılımcının çalıştığı hastanenin tipi ile MTÖ puanları arasındaki ilişki.....	26-27
Tablo 12: Katılımcıların ünvanları ile MTÖ puanları arasındaki ilişki.....	28
Tablo 13: Katılımcıların çalışma şekilleri ile MTÖ puanları arasındaki ilişki.....	29
Tablo 14: Katılımcının aylık nöbet sayısı ile tükenmişlik puanları arasındaki ilişkinin Spearman korelasyon testiyle analizi.....	30
Tablo 15: Katılımcının haftalık çalışma süresi ile tükenmişlik puanları arasındaki ilişkinin Spearman korelasyon testiyle analizi.....	30
Tablo 16: Katılımcıların işgünü içerisindeki dinlenme süresi ile MTÖ puanları arasındaki ilişki.....	31-32
Tablo 17: Anesteziyoloji çalışanlarının kullandıkları yıllık izin sürelerinin ortalaması.....	32
Tablo 18: Katılımcının yıllık izin süresi ile tükenmişlik puanları arasındaki ilişkinin Spearman korelasyon testiyle analizi.....	32

Tablo 19: Katılımcıların aylık gelirleri ile tükenmişlik puanları arasındaki ilişkinin Spearman korelasyon testiyle analizi.....	34
Tablo 20: Katılımcıların ‘Mesleğinizi isteyerek mi seçtiniz’ sorusuna verdikleri cevap ile MTÖ puanları arasındaki ilişki.....	35
Tablo 21: Katılımcıların ‘Mesleğinizin toplumda hakettiği saygıyı gördüğüne inanıyor musunuz?’ sorusuna verdikleri yanıtlar ile MTÖ puanları arasındaki ilişki.....	36
Tablo 22: Katılımcıların yaşadıkları şehrin nüfusu ile MTÖ puanları arasındaki ilişki.....	39
Tablo 23: Katılımcıların yaşadıkları coğrafi bölge ile MTÖ puanları arasındaki ilişki.....	39
Tablo 24: İç Anadolu bölgesindeki anesteziyoloji çalışanlarının MTÖ puanlarının karşılaştırılması.....	46