

T.C.

KÜTAHYA SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞI

KÜTAHYA SAĞLIK BİLİMLERİ
ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİNDEKİ SON
SINIF ÖĞRENCİLERİ VE HEKİMLERDE
TÜKENMİŞLİK SENDROMU VE İLİŞKİLİ
FAKTÖRLER

ENGİN KÖYLÜ

UZMANLIK TEZİ

TEZ DANIŞMANI

Dr. Öğr. Üyesi Yasemin KORKUT KURTOĞLU

KÜTAHYA-2020

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER	I
SİMGELER VE KISALTMALAR.....	VI
TEŞEKKÜR.....	VII
ÖZET	VIII
ABSTRACT.....	X
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Tükenmişlik Sendromu	3
2.1.1. Tükenmişlik Tanımı.....	3
2.1.2. Tükenmişlik ile İlgili Teoriler	5
2.1.2.1. Cherniss Tükenmişlik Modeli.....	5
2.1.2.2. Edelwich ve Brodsky Tükenmişlik Modeli	6
2.1.2.2.1. Şevk ve Coşku Evresi	6
2.1.2.2.2. Durağanlaşma Evresi.....	7
2.1.2.2.3. Engellenme Evresi.....	7
2.1.2.2.4. Umursamazlık Evresi.....	7
2.1.2.3. Pines Tükenmişlik Modeli.....	8
2.1.2.4. Pearlman ve Hartman Tükenmişlik Modeli.....	8
2.1.2.4.1. Durumun Strese Götürme Derecesi	8
2.1.2.4.2. Algılanan Stres Düzeyi	9
2.1.2.4.3. Strese Verilen Yanıt.....	9
2.1.2.4.4. Strese Verilen Yanıtın Sonucu.....	9
2.1.2.5. Maslach Tükenmişlik Modeli	9
2.1.2.5.1. Duygusal tükenme	10
2.1.2.5.2. Duyarsızlaşma.....	10
2.1.2.5.3. Kişisel başarıda azalma.....	11
2.1.2.6. Meier Tükenmişlik Modeli	11
2.1.2.7. Suran ve Sheridan'ın Tükenmişlik Modeli.....	11
2.1.3. Tükenmişlik Sendromuna Neden Olan Faktörler	12
2.1.3.1. Bireysel Düzeyde Demografik ve Psikososyal Faktörler	13

2.1.3.1.1. Demografik özellikler	13
2.1.3.1.2. Kişilik özellikleri	14
2.1.3.1.3. İş Tutumları	15
2.1.3.2. Örgütsel Faktörler	15
2.1.3.2.1. İş yükü	15
2.1.3.2.2. Kontrol	16
2.1.3.2.3. Ödül	16
2.1.3.2.4. Aidiyet	17
2.1.3.2.5. Adalet	17
2.1.3.2.6. Değerler	18
2.1.4. Tükenmişlik Sendromu Belirtileri	18
2.1.4.1. Fiziksel belirtiler	19
2.1.4.2. Psikolojik belirtiler	19
2.1.4.3. Davranışsal belirtiler	19
2.1.5. Tükenmişlik Sendromu Prevalansı, Önemi ve Sonuçları	19
2.1.6. Tükenmişlik Sendromu ile Başa Çıkma Yöntemleri	22
2.1.6.1. Bireye yönelik müdahaleler	22
2.1.6.2. Örgüte yönelik müdahaleler	24
3. GEREÇ VE YÖNTEM	27
3.1. Çalışmanın Tipi, Yeri ve Zamanı	27
3.2. Çalışmanın Evren ve Örneklemi	27
3.3. Veri Toplama Araçları	28
3.4. Çalışmanın bağımlı ve bağımsız değişkenleri	29
3.5. Verilerin Analizi ve Değerlendirme	29
3.6. Etik Konular ve İzin	30
4. BULGULAR	31
5. TARTIŞMA	51
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	60
7. KAYNAKLAR	63
8. EKLER	74

TABLolar LİSTESİ

Tablo 1. Hekimlerin sosyodemografik özellikleri	32
Tablo 2. Hekimlerin sigara ve alkol kullanma durumları	33
Tablo 3. Hekimlerin mesleksi özelliklerinin dağılımı.....	34
Tablo 4. Hekimlerin çalışma koşulları ile ilgili özellikler	35
Tablo 5. Hekimlerin şiddete maruz kalma durumları	36
Tablo 6. Hekimlerin MTÖ alt boyut puan dağılımları	36
Tablo 7. Hekimlerin yaş gruplarına göre MTÖ alt boyut puanlarının karşılaştırılması.....	36
Tablo 8. Hekimlerin cinsiyetlerine göre MTÖ alt boyut puanlarının karşılaştırılması	37
Tablo 9. Hekimlerin medeni durumlarına göre MTÖ alt boyut puanlarının karşılaştırılması	37
Tablo 10. Hekimlerin çocuk sahibi olma durumlarına göre MTÖ alt boyut puanlarının karşılaştırılması	37
Tablo 11. Hekimlerin çocuk sayıları ile MTÖ alt boyut puanları arasındaki ilişki	38
Tablo 12. Hekimlerin gelir düzeylerine göre MTÖ alt boyut puanlarının karşılaştırılması.....	38
Tablo 13. Hekimlerin kronik hastalık varlığı durumuna göre MTÖ alt boyut puanlarının karşılaştırılması	38
Tablo 14. Hekimlerin düzenli ilaç kullanım durumuna göre MTÖ alt boyut puanlarının karşılaştırılması	39
Tablo 15. Hekimlerin düzenli spor yapma durumuna göre MTÖ alt boyut puanlarının karşılaştırılması	39
Tablo 16. Hekimlerin uyku problemi yaşama göre MTÖ alt boyut puanlarının karşılaştırılması	40
Tablo 17. Hekimlerin tatile çıkma sıklığına göre MTÖ alt boyut puanlarının karşılaştırılması ..	40
Tablo 18. Hekimlerin sosyal etkinliklere katılımına göre MTÖ alt boyut puanlarının karşılaştırılması	40
Tablo 19. Hekimlerin sigara içme durumuna göre MTÖ alt boyut puanlarının karşılaştırılması	41
Tablo 20. Hekimlerin sigara içme süresi ile MTÖ alt boyut puanları arasındaki ilişki	41
Tablo 21. Hekimlerin alkol kullanma durumuna göre MTÖ alt boyut puanlarının karşılaştırılması	42
Tablo 22. Hekimlerin branşına göre MTÖ alt boyut puanlarının karşılaştırılması	42

Tablo 23. Hekimlerin meslekte çalışma süreleri ile MTÖ alt boyut puanları arasındaki ilişki ...	43
Tablo 24. Araştırma görevlisi olarak çalışma süresi ile MTÖ alt boyut puanları arasındaki ilişki	43
Tablo 25. Hekimlerin mesleği isteyerek seçme durumuna göre MTÖ alt boyut puanlarının karşılaştırılması	43
Tablo 26. Hekimlerin mesleğini seçme hakkındaki düşüncelerine göre MTÖ alt boyut puanlarının karşılaştırılması	44
Tablo 27. Hekimlerin çalıştığı branşı isteyerek seçme durumuna göre MTÖ alt boyut puanlarının karşılaştırılması	44
Tablo 28. Hekimlerin farklı branş seçme isteğine göre MTÖ alt boyut puanlarının karşılaştırılması	44
Tablo 29. Hekimlerin nöbet tutma durumuna göre MTÖ alt boyut puanlarının karşılaştırılması	45
Tablo 30. Hekimlerin aylık ortalama nöbet sayısı ile MTÖ alt boyut puanları arasındaki ilişki .	45
Tablo 31. Hekimlerin haftalık çalışma saati ile MTÖ alt boyut puanları arasındaki ilişki	46
Tablo 32. Hekimlerin günlük baktıkları hasta sayıları ile MTÖ alt boyut puanları arasındaki ilişki	46
Tablo 33. Hekimlerin çalışma ortamı memnuniyetine göre MTÖ alt boyut puanlarının karşılaştırılması	46
Tablo 34. Hekimlerin işin beklentilerini karşılama durumuna göre MTÖ alt boyut puanlarının karşılaştırılması	47
Tablo 35. Hekimlerin işyerinin fiziki koşulları yeterli bulma durumuna göre MTÖ alt boyut puanlarının karşılaştırılması	47
Tablo 36. Hekimlerin son bir yıl içinde hizmet içi eğitim alma durumuna göre MTÖ alt boyut puanlarının karşılaştırılması	48
Tablo 37. Hekimlerin kongre, kurs, seminer gibi etkinliklere katılma durumuna göre MTÖ alt boyut puanlarının karşılaştırılması	48
Tablo 38. Hekimlerin tıbbi yayın izleme durumuna göre MTÖ alt boyut puanlarının karşılaştırılması	49
Tablo 39. Hekimlerin işyerinde görev, sorumluluk ve yetkilerin belirli olma durumuna göre MTÖ alt boyut puanlarının karşılaştırılması	49
Tablo 40. Hekimlerin fiziksel şiddete maruz kalma durumuna göre MTÖ alt boyut puanlarının karşılaştırılması	49

Tablo 41. Hekimlerin sözel şiddete maruz kalma durumuna göre MTÖ alt boyut puanlarının karşılaştırılması	50
--	----



SİMGELER VE KISALTMALAR

MTE	Maslach Tükenmişlik Envanteri
MTÖ	Maslach Tükenmişlik Ölçeği
DT	Duygusal Tükenme
DY	Duyarsızlaşma
KB	Kişisel Başarı



TEŞEKKÜR

Aile hekimliği uzmanlık eğitimim süresince en büyük desteği sağlayan, mesleki yönden aynı zamanda kişiliği ve çalışma disiplini yönünden örnek alacağım, tez yazımımın tüm aşamalarında yardımlarını esirgemeyen değerli tez danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Yasemin KURTOĞLU'na,

Bugünlere gelmemde büyük emeği olan anneme, babama ve tüm aileme şükranlarımı sunarım.

Dr. Engin KÖYLÜ

KÜTAHYA-2020

ÖZET

KÜTAHYA SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİNDEKİ SON SINIF ÖĞRENCİLERİ VE HEKİMLERDE TÜKENMİŞLİK SENDROMU VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER

Amaç: Tükenmişlik; özellikle insanlarla yüz yüze hizmet verilen alanlarda çalışan bireylerde görülen ve yoğun çalışma şartlarına bağlı tükenme, hayal kırıklığı ve işten uzaklaşma olarak tanımlanan bir psikolojik durum olarak tanımlanmaktadır. Hekimlerin çalışma ve eğitim hayatları boyunca maruz kaldıkları psikososyal ve fiziksel stres faktörleri eğer uzun sürerse tükenmişlik sendromuna yol açabilirler. Bu çalışmada, Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi'ndeki son sınıf öğrencileri ve hekimlerde tükenmişlik sendromunun yaygınlık durumu ve ilişkili faktörlerin araştırılması amaçlanmıştır.

Yöntem: Kesitel, tanımlayıcı nitelikteki çalışma, Eylül-Aralık 2019'da Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi'ndeki son sınıf öğrencileri ve hekimlerde yapılmıştır. Çalışma kapsamında 239 hekime ulaşılmıştır. Gönüllülük esasına göre yapılan çalışmada, katılımcıların sözlü ve yazılı onamları alınmıştır. Çalışmada veri toplama aracı olarak Kişisel Bilgi Formu ve Maslach Tükenmişlik Ölçeği olmak üzere iki anket formu kullanılmıştır. Tanımlayıcı istatistikler yüzde, ortalama, standart sapma olarak sunulmuştur. Değişkenlerin normal dağılımı uygunluğu Kolmogorov Smirnov Testi ile araştırılmıştır. Normal dağılıma uymayan değişkenlerin analizlerinde Kruskal-Wallis, Mann Withney U testi ve Spearman korelasyon analizi kullanılmıştır. Analizlerde istatistiksel anlamlılık düzeyi $p<0,05$ olarak kabul edilmiştir.

Bulgular: Çalışmaya katılan hekimlerden %33,1'i 23-28 yaş grubunda, %49,8'i kadın ve %46,9'u evliydi. Düzenli spor yapanlar (haftada en az 3 gün) katılımcıların %22,6'sını oluşturuyordu ve tüm katılımcıların %31,4'ü uyku problemi yaşamaktaydı. Hekimlerin %7,5'i temel tıp bilimlerinde, %67,8'i dahili tıp bilimlerinde, %24,7'si cerrahi tıp bilimlerinde çalışmaktaydı. Çalışmaya katılan hekimlerin %94,6'sı hekimlik mesleğini isteyerek seçtiğini, %48,1'i imkanı olsa farklı branş seçeceğini belirtti.

Hekimlerin %12,1'i işyerinde hasta veya hasta yakınları tarafından fiziksel şiddete, %63,2'si sözel şiddete maruz kaldığını belirtti. Çalışmaya katılan hekimlerin duygusal tükenme alt boyut puan ortalamaları $18,6 \pm 5,3$, duyarsızlaşma alt boyut puan ortalamaları $8,3 \pm 3,5$, kişisel başarı alt boyut puan ortalamaları $15,6 \pm 5,2$ idi. Çalışmamızda, hekimlerin cinsiyetleri, çocuk sahibi olma durumları, düzenli ilaç kullanım durumu, düzenli spor yapma durumu, uyku problemi yaşama durumu, tatile çıkma sıklığı, sosyal etkinliklere katılma durumu, alkol kullanım sıklığı, çalıştıkları branş, araştırma görevlisi olarak çalıştıkları süre, çalıştığı branşı isteyerek seçme, nöbet tutma durumu, ortam memnuniyetlerine ve şiddete maruz kalma durumlarına göre tükenmişlik düzeyleri arasında anlamlı fark vardı ($p < 0,05$). Çalışmaya katılan hekimlerin yaş grupları, medeni durumları, gelir düzeyi, kronik hastalık varlığı, sigara içme durumu, meslekte çalışma süresi, hekimlik mesleğini isteyerek seçme durumlarına göre tükenmişlik düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu ($p > 0,05$).

Sonuç: Hekimlerin tükenmişlik düzeyleri sosyodemografik ve kişisel özelliklerle birlikte; çalışma şartları, saatleri ve düzeni, ortam faktörleri, mesleksel yeterliliği geliştirebilme fırsatları ve şiddetle karşılaşma durumu gibi yaşanan olumsuz deneyimlerden etkilenmektedir. Hekimlerin tükenmişlik nedenlerinin tanınması, bu etkenlere yönelik gerekli önlemlerin alınması için önemlidir.

Anahtar kelimeler: Tükenmişlik, Hekim, Duygusal tükenme, Duyarsızlaşma, Kişisel başarı.

ABSTRACT
BURNOUT SYNDROME AND RELATED FACTORS AMONG
MEDICAL SCHOOL INTERNS AND PHYSICIANS AT KUTAHYA HEALTH
SCIENCES UNIVERSITY FACULTY OF MEDICINE

Objective: Burnout is defined as a psychological condition that is defined as exhaustion, frustration, and dismissal due to intense working conditions, especially in individuals working in areas that are face to face with people. Psychosocial and physical stress factors that physicians are exposed throughout their working and educational life can lead to burnout syndrome if it takes longer. In this study, it is aimed to investigate the prevalence of burnout syndrome and related factors in intern doctors and physicians at the Faculty of Medicine, Kutahya University of Health Sciences.

Method: This definitive, descriptive study was carried out in the senior students and physicians at Kutahya University of Health Sciences Faculty of Medicine in September-December 2019. Within the scope of the study, 239 physicians participated in the study. Verbal and written consents of the participants were obtained in the study. In the research, a personal data form and Maslach Burnout Inventory were used as data collection tools. Descriptive statistics are presented as a percentage, average, and standard deviation. The suitability of the normal distribution of variables was investigated with the Kolmogorov Smirnov Test. Kruskal-Wallis, Mann Withney U test and Spearman correlation analysis were used in the analysis. A p-value of 0.05 was considered statistically significant.

Results: Of the physicians participating in the study, 33.1% were in the 23-28 age group, 49.8% were women and 46.9% were married. Regular exercise (at least 3 days a week) made up 22.6% of the participants, and 31.4% of all participants had trouble sleeping. Of the physicians, 7.5% worked in basic medical sciences, 67.8% in internal medical sciences, and 24.7% in surgical medical sciences. A total of 94.6% who participated in the research stated that they chose the profession of the physician voluntarily and 48.1% of them stated that they would choose a different branch if possible. Of the physicians, 12.1% stated that they were exposed to physical violence by the patient or their relatives at the workplace and 63.2% to verbal violence. The

emotional exhaustion subscale point averages of the participating physicians were 18.6 ± 5.3 , the depersonalization subscale mean score was 8.3 ± 3.5 , and the personal achievement subscale point averages were 15.6 ± 5.2 . In the research, there was a significant difference between burnout levels of the physicians and the gender, the state of having children, regular drug use, regular exercise, sleep problems, frequency of going on vacation, participation in social activities, the frequency of alcohol use, the branch they work in, the time they work as research assistants, the branch they work in willingly, monthly shifts, confidence with the working environmental and exposure to violence ($p < 0.05$). There was no statistically significant difference according to age groups, marital status, income level, presence of chronic diseases, smoking status, occupational experience, and choosing the profession by willing ($p > 0.05$).

Conclusion: The burnout levels of physicians are affected by socio-demographic and personal characteristics; working conditions, hours and order, environment factors, opportunities to develop professional competence and negative experiences such as exposure to violence. Recognition of the causes of burnout of physicians is important for taking the necessary measures for these factors.

Keywords: Burnout, Physician, Emotional exhaustion, Depersonalization, Personal accomplishment.

1. GİRİŞ

Tıp eğitimi; tıp fakültesine giriş ile başlayan ve hayat boyu devam eden bir süreçtir. Bu süreç boyunca tıp eğitiminin temel amacı; bilgi, yetenek ve profesyonel anlamda yeterli hekimler yetiştirmektir (1). Ancak yapılan çalışmalar tıp eğitimi ve çalışma hayatı süresi boyunca Dünya’da ve Türkiye’de doktorların ciddi stresle karşı karşıya kaldığını göstermiştir (2-4). Bu stres faktörleri arasında; üst düzey eğitim alma beklentisi, iş yükü fazlalığı, aileye, arkadaşlara ve kendine zaman ayıramama, gelir dağılımları arasındaki farklılıklar, performans sistemindeki sıkıntılar, hasta ve yakınlarıyla meydana gelen iletişim sorunları, hizmet verilen toplumun eğitim düzeyi gibi faktörler sayılabilir (5, 6). Uluslararası Çalışma Örgütü, doktorluğu çalışma ortamı özelliklerinden kaynaklanan birçok olumsuz faktör nedeniyle yoğun iş yüküne sahip stresli bir meslek olarak tanımlamaktadır (7). Daha önce yapılan çalışmalarda eğitim ve iş yaşamı süresince karşılaşılan mental stresin hekimlerin daha sonra yaşayacağı problemler açısından belirleyici olduğu ve hekimin birey olarak yaşadığı sıkıntıların çalışma hayatında verimliliğini olumsuz etkileyebildiği görülmüştür (8-10).

Hekimlerin çalışma ve eğitim hayatları boyunca maruz kaldıkları bu psikososyal ve fiziksel stres faktörleri eğer uzun sürerse tükenmişlik sendromuna yol açabilirler (11). Tükenmişlik; ilk defa 1974 yılında Freudenberger tarafından özellikle insanlarla yüz yüze hizmet verilen alanlarda çalışan bireylerde görülen ve yoğun çalışma şartlarına bağlı tükenme, hayal kırıklığı ve işten uzaklaşma olarak tanımlanan bir psikolojik durum olarak tanımlanmıştır (12). Yine bu alanda çalışma yapmış bir başka ünlü Psikolog Dr. Maslach’a göre ise tükenmişlik; çalışan kişinin çalıştığı işin önemini ve amacını göz ardı edip, hizmet verilen kişilere karşı ilgisinin azalması durumudur (13). Tükenmişlik sendromunu, işyerindeki stresle ilgili diğer reaksiyonlardan ayıran temel faktör ise bu sendromun temelinde iş gereği hizmet verilen kişilerle olan etkileşimler sonucu ortaya çıkmasıdır (14).

Tükenmişlik sendromu üç farklı alt gruptan oluşacak şekilde tanımlanmıştır. Bu alt gruplar; duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarıda azalmadan

oluşmaktadır.Duygusal tükenme; bireyin işi nedeniyle duygusal olarak fazla yüklenme yaşaması ve bu durumun sonucunda tükenmesidir.Duyarsızlaşma ise çalışanın hizmet verdiği kişilerin de bireyler olduğunu düşünmeden, duygudan yoksun bir yaklaşım sergilemeleri ve hatta hizmet verilen kişilerle ilgili olumsuz ve uygunsuz tavırlarda bulunmaları anlamına gelmektedir.Bu iki durumun sonucunda çalışan kişide giderek artan bir kişisel başarıda azalma hissi ve kendine karşı güvensizlik duygusu geliştiğinden işten uzaklaşma hareketleri ve işi bırakma düşüncesi gelişmektedir (13).

Tanımlandığı ilk yıllarda insanlarla yüzyüze çalışılan hizmet alanlarında görülen bir durum olarak belirtilen tükenmişliğin ilerleyen yıllarda tüm alanları ilgilendiren bir mesleksi tehdit olduğu anlaşılmıştır (12). Ancak ilk zamanlardan son döneme kadar benzer olan durum, birçok çalışmada da gösterildiği gibi tükenmişlik sendromu sağlık çalışanlarının büyük bir kısmını etkilemektedir (7, 15). Sağlık çalışanları, insanların hayatlarının en hassas tarafları ile yüz yüze gelmekte, hayati risklere sahip kişiler ile çalışmakta, sürekli hastaların beklentilerini karşılamaktadırlar. Sağlık çalışanları ve hekimler ile yapılan çalışmaların sonuçları; tükenmişlik sendromunun bireylerde iş performansının olumsuz etkilenmesine, fiziksel ve ruhsal olarak ortaya çıkabilen sağlık sorunlarına, depresif duygu durumuna, odaklanma problemlerine, tıbbi hatalara, iş değişikliği ve işte devam sorunlarına ve erken emeklilik talebine neden olduğu gösterilmiştir (16-19). Ayrıca yapılan birçok çalışma tükenmişlik sendromunun sadece hekimleri ve sağlık çalışanlarını değil hizmet alıcısı konumunda olan hastaları da etkilediğini, hasta bakım kalitesini azalttığını, tıbbi hata yapma oranlarını arttırdığını ve hasta memnuniyetini azalttığını göstermektedir (16, 17, 19, 20). Bütün bu sonuçlar göstermektedir ki hekimlerde tükenmişlik sendromu oranlarının araştırılmasının, sağlık hizmetlerinin kalitesini niceliksel ve niteliksel olarak arttırılmasına katkıları olacaktır.Türkiye’de yapılan bazı çalışmalar doktorlar arasında tükenmişlik sendromunun yaygın olduğunu göstermektedir (21-23).

Bu çalışmada, Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesindeki son sınıf öğrencileri ve hekimlerde tükenmişlik sendromunun yaygınlık durumu ve ilişkili faktörlerin araştırılması amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Tükenmişlik Sendromu

2.1.1. Tükenmişlik Tanımı

Tükenmişlik ile ilgili ilk makale, 1970'lerde yayınlanmış ve temel katkısı, olguyu tanımlamak, adlandırmak ve bunun nadir bir durum olmadığını ortaya koymak olmuştur (24). Bu konudaki ilk makaleler, insan hizmetlerinde ve sağlık alanında çalışan kişilerin (amacı, ihtiyacı olan insanlara yardım ve hizmet sağlamak olan ve bu nedenle duygusal ve kişilerarası stresler ile nitelendirilebilecek meslekler) deneyimine dayanmakta olup; alternatif bir sağlık kurumunda çalışan bir psikiyatr olan Freudenberger (1975) ve işyerinde çalışanların duygu durumlarını inceleyen bir sosyal psikolog olan Maslach (1976) tarafından yazılmıştır (24). Freudenberger tükenmişliği; “başarısız olma, yıpranma ve olağandan çok daha fazla yüklenmenin bir sonucu olarak bireyin içsel kaynaklarında tükenme durumu” olarak tanımlamıştır (25). Maslach, insan hizmetleri çalışanlarının işlerinin duygusal stresinden bahsederek, başa çıkma stratejilerinin insanların profesyonel kimliği ve iş davranışı üzerinde önemli etkileri olduğunu bulmuştur (13).

Pines ve Aronson tükenmişliğin, işle ilgili duygusal beklentilere uzun süre maruz kalan kişilerde ortaya çıkabilecek; duygusal, fiziksel ve zihinsel olarak tükenme durumu olduğunu belirtmişlerdir (12).

Cherniss ise; işle ilişkili stres nedenleri ve kaynaklarına bir cevap niteliğinde başlayan, çalışanların tutum ve davranışlarını olumsuz etkileyen süreç olarak tanımlamıştır (12).

Tükenmişlik araştırmalarının kökeni, işin özünün hizmet veren ve alan kişiler arasındaki ilişki olduğu bakım ve hizmet mesleklerinden almaktadır. İşin bu kişilerarası bağlamı, tükenmişliğin bireysel stres yanıtından çok, bireyin işyerindeki ilişkisel durumu üzerinde durulduğunu göstermektedir. Dahası, bu kişilerarası bağlam, bireyin

duygularına ve yaptığı iş ile ilgili motivasyon ve değerlerine dikkat çekmektedir. Hizmet veren bireylerin değerlendirilmesi amacıyla, 1981 yılında Maslach ve Jackson tarafından günümüzde tükenmişlik konusunda yapılan çalışmaların büyük bir çoğunluğunda kullanılan tükenmişlik ölçeğinin ilk versiyonu olarak bilinen Maslach Tükenmişlik Envanteri (MTE) – İnsan Hizmetleri Formu oluşturulmuştur (13). Takip eden yıllarda tükenmişliğin sadece yüz yüze etkileşimin gerektiği işlerde çalışan bireylerde ortaya çıkan bir fenomen olmadığı görülmüş, tüm meslek dalları için uygulanabilecek genel formu geliştirilmiştir (26).

İlk makalelerin klinik ve sosyal psikolojik perspektifleri tükenmişlik araştırmalarının başlangıç aşamasının doğasını etkilemiştir. Tükenmişlik fenomeninin bazı tanımlanabilir yanları olduğunu öne süren insan hizmetlerinde yapılan bu ilk çalışmalardan birkaç tema çıkmıştır. Birincisi, hizmet veya bakımın sağlanmasının çok zorlu bir mesele olabileceği ve duygusal tükenmenin bu tür iş yükünde nadir görülen bir cevap olmadığı açıktır. Duyarsızlaşma olarak tanımlanan bileşen ise hem insanların duygusal stresleriyle nasıl başa çıkmaya çalıştıklarını anlatır hem de bu başa çıkma mücadelesinin bir sonucu olma niteliğini taşır. Duyarsızlaşarak, hizmet alanları mesafe ile yönlendirmek çalışan tarafından kendini işte duygusal uyarılmadan korumanın bir yolu olarak görülür. Bununla birlikte, aşırı ayrılma dengesizliği ve çok az kaygı dengesizliği, personelin hizmet alanlara olumsuz, duygusal ve insanlık dışı yollarla yanıt vermesine neden olabilir. Bu erken çalışmalar boyunca iç içe geçmiş, genellikle hizmet sağlayıcı ve alıcı arasındaki aynı zamanda sağlayıcı ve iş arkadaşları veya aile üyeleri arasındaki ilişkilere odaklanılmıştır. Bu ilişkiler hem duygusal baskıların hem de ödüllerin kaynağı ve bazen stresle başa çıkma için bir neden olarak işlev görmektedir (24).

1980'lerde tükenmişlik alanında daha sistematik araştırmalara geçilmiştir. Bu çalışmalar; nicel, anket ve anket metodolojisi kullanılarak ve daha geniş popülasyonlar üzerinde yapılan çalışmalardır (24). Araştırmaların tükenmişliği değerlendirilmesinde birkaç farklı yöntem kullanıldıysa da; en güçlü psikometrik özelliklere sahip olan ve araştırmacılar tarafından en yaygın şekilde kullanılmaya devam eden ölçek, Maslach

&Jackson'ın geliştirdiği MTE'dir. MTE, insan hizmet mesleklerinde kullanılmak üzere tasarlanmış bir ölçektir. Büyüyen araştırmalar ile 1990'lı yıllar itibariyle tükenmişlik kavramı insani hizmetler ve eğitim dışındaki mesleklere (ör. büro, bilgisayar teknolojisi, ordu, yöneticiler) kadar genişletilmiş ve tüm mesleklerde görülebilen bir durum olduğu tespit edilmiştir (24).

2.1.2. Tükenmişlik ile İlgili Teoriler

Tükenmişlik sendromunun tanımlaması sürecinde literatürde farklı araştırmacıların farklı görüşleri yer almış, birçok teori ve kuram ileri sürülmüştür. Bunların içinde yaygın olarak kullanılan Maslach'a ait olan 3 alt boyutlu kuramdır.

2.1.2.1. Cherniss Tükenmişlik Modeli

Cary Cherniss tükenmişliği özellikle insanlara hizmet verilen mesleklerde çalışan bireylerde gelişen, işle ilgili strese verilen tepkisel bir süreç olarak tanımlamıştır (27). Cherniss'in tükenmişlik modeline göre tükenmişlik 3 aşamayı içermektedir. İlk aşamada tükenmişlik sürecinin başlamasına neden olan yoğun bir stres maruziyetinin yaşandığı, sonrasında bu strese cevap olarak yoğun bir anksiyete ile birlikte bireyin iç kaynaklarında tükenme duygusu yaşandığı, son olarak da davranış ve tavırlarda bariz bir değişim ile beraber işten uzaklaşma, hizmet alıcılara yönelik gelişen olumsuz duygulanımların ortaya çıktığı yapılan gözlemler sonucunda belirtilmektedir. Bireyin beklentileri ile kurumun beklentilerinin birbirinden farklı olması bireyde stres oluşumuna yol açmaktadır. Ortaya çıkan stres nedeniyle birey öncelikle stres kaynağını kaldırmaya yönelmekte, eğer bu durum mümkün değilse stresle mücadele yöntemlerini devreye sokmaktadır. Stresle mücadelede başarılı olan bireyler eski iyilik hallerine geri dönerek bu süreci atlatacakta, başarısız olanlar son seçenek olarak işiyle bağını kesebilmektedirler (28).

Cherniss'in teorisinde stres faktörü çeşitli alt başlıklarda incelenmiş, kişisel-toplumsal ve örgütsel stres olarak ayrı ayrı değerlendirilmiştir. Tükenmişliğin önlenmesinde esas üzerinde çalışılması gereken etkenlerin örgütsel boyutta yer aldığı

önemle belirtilmiştir (13).

2.1.2.2. Edelwich ve Brodsky Tükenmişlik Modeli

Jerry Edelwich ile Archie Brodsky tükenmişliği bireylere yardım etmeye yönelik meslek alanlarında çalışan kişilerde işyerindeki koşulların sonucunda idealizm, enerji ve belirlenen amaçta ortaya çıkan ve giderek artmakta olan kayıp olarak tanımlamıştır. Edelwich ile Archie'ye göre tükenmişliğe; çalışma koşullarıyla ilişkili olarak düşük ücret, eğitim düzeyinin yetersizliği, yoğun popülasyona hizmet vermek, hizmet sonucunda memnuniyetsiz kişilerle problemler yaşamak ve kişilik özellikleriyle bağlantılı idealler ve bulunulan konum arasındaki uyumsuzluklar gibi etkenler neden olmaktadır (29).

Bu teoride tükenmişlik 4 evrede incelenmiştir. Bu evreler tükenmişliği anlamamızı kolaylaştırmakla beraber, her zaman birbirini takip etmeyebilir. Ayrıca teorideki evreler keskin sınırlarla ayrılmayıp çoğu zaman iç içe geçmiş durumda yaşanmaktadır (29).

2.1.2.2.1. Şevk ve Coşku Evresi

Bu evrede birey; enerjide artış, aşırı bir umutluluk ve abartılı boyutlara varan mesleki beklentiler içine girmektedir. İşinin yoğun şartlarına adapte olmakta ve sosyal yaşamına olumsuz yansımaları olması durumunda bile işinde iyi olmak adına tüm enerjisiyle çalışmaktadır.

Hizmet verilen insanlara karşı empati kurma, enerjini iş hayatında gereğinden fazla biçimde harcamaya, işi yaşamının en önemli parçası olarak görme, işin tüm bireysel beklentileri karşılamasını bekleme, bireyin pozisyonunun getirdiği sorumlulukları ve etkin olması gereken alanları kestirememesi gibi durumlar bu evredeki görülen tehlike işaretleridir. Bireyin yüksek olan beklentileri karşılanmadıkça ve harcadığı enerji karşısında beklediği takdiri görmedikçe hayal kırıklığıyla beraber ikinci evre olan durağanlaşma evresine geçiş gözlenir.

2.1.2.2.2. Durağanlaşma Evresi

Tükenmişliğin bu döneminde bireyin isteklerinde ve geleceğe dair umutlu olma halinde azalma ile karşılaşılr. Kişi iş yaşamında karşılaştığı zorluklardan, daha önce önemsemediği ya da inkar ettiği olaylardan giderek rahatsız olmaya, önceleri problem olarak görmediği gerçekleri görmeye başlar. Bu aşamalardan geçen kişi bir süre sonra işinden uzaklaştıkça işle ilgili bu problemlerin ve karşılanmayan beklentilerine dair olan umutlarının değişmeyeceğinin farkına varır ve sonunda üçüncü evreye, engellenme evresine girer.

2.1.2.2.3. Engellenme Evresi

Hem ilk aşamadaki ideallerini gerçekleştirememiş olan, hem de kişisel ihtiyaçlarını karşılayamayan birey yoğun bir engellenmişlik duygusu yaşar. Bu süreçte tükenmişlik yaşayan kişi sağlıklı bir adaptasyon mekanizması geliştirerek tükenmişlikten kurtulabileceği gibi, bu süreçle başa çıkma konusunda yetersizlik sonucu işinde yaşadığı problemleri daha fazla çalışarak çözeceğine inanarak tükenmişlik durumu daha da derinleşebilir. Ayrıca bu dönemde bireylerde tükenmişliğe dair bir çok semptom gözlenebilmektedir. Engellenme evresi sonunda kişi son evre olan umursamazlık evresine geçer.

2.1.2.2.4. Umursamazlık Evresi

Bu evre tükenmişlik durumu ile karşı karşıya olan birey tarafından engellenmeye karşı bir savunma mekanizması olarak geliştirmiştir. Bu savunma mekanizmasının bir sonucu olarak işten uzaklaşma, umudunu kaybetme, duyarsızlaşma, hizmet alanlara yönelik ilgisizlik gelişir. İşine sadece mecburiyetten devam eden birey işiyle ilgili değişim yapabilme şansını kaybettiğini düşünmektedir. Bu evrede hizmet verilen kişilere karşı olumsuz düşünceler yerleşmeye ve hizmet verilen kişinin bu negatif davranışları hak ettiği düşünceleri oluşmaya başlar (29).

2.1.2.3. Pines Tükenmişlik Modeli

Pines ve Aranson göre; tükenmişliği kişileri duygusal yönde devamlı olarak tüketmekte olan ortamların; kişilerde neden olduğu fiziksel, duygusal ve mental bitkinlik hali şeklinde tanımlamışlardır. Pines modelinde “motivasyon kavramı” ön planda tutulmaktadır. Birey karşı karşıya kaldığı yoğun stres nedeniyle fiziksel, sosyal ve ruhsal kaynaklarında tükenmenin bir sonucu olarak bu durumun meydana geldiği düşünülmüştür. Diğer çalışmacıların da daha önceki yapılan gözlemlerinde belirtildiği gibi tükenmişliğin temelinde etkenlerin büyük kısmının örgütsel elemanlara ait olduğu Pines tarafından da belirtilmiştir (12).

2.1.2.4. Pearlman ve Hartman Tükenmişlik Modeli

Tükenmişliğin kavramlaştırılması çalışmaları içerisinde önemli bir yeri olan Pearlman ve Hartman, o zamana kadar yapılmış olan tükenmişlik tanımlarını temel alarak, “çoklu kavramlaştırma” yapmışlardır. Bu modele göre tükenmişlik kronik olarak yaşanan duygusal strese verilen ve üç bileşenden oluşan bir cevaptır. Tükenmenin bu üç boyutu, stresten kaynaklanan üç ana semptom içeriğini yansıtmaktadır.

Bunlar;

- Fiziksel semptomlara odaklanan fizyolojik boyut (fiziksel tükenme),
- Tutum ve duygulara odaklanan duygusal-bilişsel boyut (duygusal tükenme),
- Semptomatik davranışlara odaklanan davranışsal boyuttur.

Bu modele göre tükenme etkisi ve algısında; bireysel özellikler ile kurumsal ve sosyal çevrenin birlikte değerlendirilmesi önemlidir. Stresin derecesini, başa çıkma yolları ve bunların ne kadar etkin olduğu belirlemektedir. Modelin dört aşaması bulunmaktadır.

2.1.2.4.1. Durumun Strese Götürme Derecesi

Mevcut durumlar içinden hangisinin stres ile sonuçlandığını ortaya koyan bu aşamada iki temel stres faktöründen söz edilebilir. İlk olarak gündeme kişinin beceri ve

yetenekleri gelmektedir. Bunlar meslek ve iş yaşamındaki beklentileri karşılamakta algısal düzeyde veya gerçekte yetersiz kalabilir. İkinci olarak ise, kişinin işi kendi öz amaçları, gereksinimleri ve değerlerini karşılamıyor olabilir. Sonuç olarak stresin düzeyini kişi ile iş değişkenleri arasındaki uyum durumu belirlemektedir.

2.1.2.4.2. Algılanan Stres Düzeyi

Birçok durumda stres algısı kişiden kişiye değişebilir. Bir kişi belli koşullar olduğunda kendini stres altında hissedebilirken bir başkası bu durumu stresli bir durum olarak değerlendirmeyebilir. Algılanan stres düzeyi bireyin kişiliğine, geçmiş özelliklerine ve kuruma ilişkin özelliklere göre kişiden kişiye göre farklılık göstermektedir.

2.1.2.4.3. Strese Verilen Yanıt

Bu aşama; karşılaşılan stres sonucunda bir yanıt olarak verilen fizyolojik, mental ve davranışsal üç tür temel tepkiyi içermektedir. Hangi belirti ile karşılaşılacağını, bireysel ve iş ile ilgili faktörler belirlerler.

2.1.2.4.4. Strese Verilen Yanıtın Sonucu

Kronik bir süreçte yaşanan duygusal stres sonucunda, bu evrede tükenmişlik yaşanır. Tükenmişlik iş doyumunu ya da iş durumunda bir değişimle sonuçlanabilir. Ruhsal ve fiziksel iyilik halinde bir bozulma yaşanabilir, kişinin sağlık durumu etkilenir. Bu aşamanın neticesinde birey işinden uzaklaşabilir ve işi sonlandırabilir. Kişi tükenmişliği temel olarak bu aşamada yaşar (30).

2.1.2.5. Maslach Tükenmişlik Modeli

Tükenmişlik ile ilgili başlangıçta ne olduğu ve ne yapılabileceği konusunda çok çeşitli görüşler olmasına rağmen, bunun standart bir tanımı bulunmamaktaydı. Farklı araştırmacılar terimi farklı durumları ifade etmek için kullandılar. Ayrıca sorunla ilgili yapıcı iletişim ve çözümler için bir temel bulunmaması da sorun teşkil etmekteydi.

Ancak, Maslach tarafından yapılan çalışmalar sonucu oluşturulan tükenmişlik modeli tükenmişlik deneyiminin üç ana boyutu hakkında temel bir fikir birliği oluşturdu. Bu model, günümüzde en çok kabul edilen model olma özelliğini korumaktadır (13).

Maslach'ın modelinde tükenmişlik birbirlerinden farklı ve aynı zamanda birbirleriyle ilişkili olan 3 başlıkta incelenir (15). Maslach, tükenmişliği; işi nedeniyle insanlarla yoğun ilişkilerin gerektiği hallerde çalışması gereken kişilerde meydana gelen, işte yaşanan sorun ve sıkıntıların bir sonucu olarak işe, hizmet alan bireylere ve kendi yaşamına dair oluşan negatif tutum ve davranışlar olarak tanımlamıştır. Duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel beceri-başarıda azalma tükenmişliğin 3 alt boyutudur (31). Maslach bu 3 boyutu değerlendirmek amacıyla günümüzde yaygın olarak kullanılan MTE'yi geliştirmiştir (13).

2.1.2.5.1. Duygusal tükenme

Duygusal tükenme, tükenmişliğin merkezi niteliği ve bu karmaşık sendromun en belirgin tezahürüdür. İnsanlar kendilerinin veya başkalarının tükenmişlik yaşadığını açıkladıklarında, en sık duygusal tükenme deneyimine atıfta bulunurlar. Tükenmişliğin üç yönü içinde duygusal tükenme en yaygın olarak bildirilen ve en kapsamlı şekilde analiz edilen durumdur. Duygusal tükenmişlik, tükenmişlik için gerekli bir kriter olmakla birlikte, tükenmişlik durumunun tanımlanması için yeterli olduğu söylenemez. Duygusal tükenme tükenmişlik sendromunun stres ile ilgili olan boyutunu yansıtır ancak, kişilerin işleri ile olan ilişkilerinin önem arz eden yönlerini ortaya koyamamaktadır. Duygusal tükenme, muhtemelen iş yüküyle mücadele yolunda bir seçenek olarak, kişinin işinden duygusal ve bilişsel anlamda uzak durmasına neden olur. İnsani hizmetler içerisinde, işin duygusal talepleri, bir hizmet veren kişinin hizmet alıcıların ihtiyaçlarını karşılama ve bunlara cevap verme kapasitesini tüketebilir (24, 32, 33).

2.1.2.5.2. Duyarsızlaşma

Duyarsızlaşma; bireyin çalıştığı yerde hizmet verdiği kişilere karşı geliştirdiği olumsuz, uygunsuz davranış ve tutumlar ve kişi ile hizmet alıcıları arasında mesafe

bırakma girişimidir (31,34). Duyarsızlaşma boyutu, duygusal tükenme sonucu kişinin geliştirdiği bir çeşit savunma mekanizmasıdır. İnsani hizmetlerin dışında çalışan bireyler bitkin ve cesaretsiz kaldıklarında kayıtsızlık geliştirerek bilişsel uzaklaşmayı kullanırlar. Uzaklaşma, duygusal tükenme ve duyarsızlaşma sonucunda kişinin diğer problemleri çözmekte yetersiz kaldığını hissetmesine bağlı olarak ortaya çıkan bir tepkidir. Maslach'a göre duyarsızlaşma tükenmişlik fenomeninin en problemlili boyutudur. Buna sebep olarak da duyarsızlaşma sonucunda edinilen olumsuz davranışların tükenmişlik yaşayan kişilerle ilgili doğru olmayan bir olumsuz etikete sebep olacağı ve sonucunda tükenmişlik durumunu şiddetlendirebileceği belirtilmiştir (31,34).

2.1.2.5.3. Kişisel başarıda azalma

Kişisel başarıda azalma tükenmişliğin diğer iki yönü ile olan ilişkisi biraz daha karmaşıktır. Duygusal tükenmeye veya duyarsızlaşmaya katkıda bulunan kronik, çok büyük beklentileri olan bir çalışma durumunun bireyin başarı duygusunu yıpratması muhtemeldir. Ayrıca, tükenme veya duyarsızlaşma bireysel başarıyı etkiler; kendini yorgun hissettiğinde veya ilgisiz olduğu kişilere yardım ederken başarı hissi kazanmak zorlaşır (31,34).

2.1.2.6. Meier Tükenmişlik Modeli

Meire'e göre tükenmişlik; kişinin iş ile ilgili pozitif pekiştirici beklentisinin az, negatif pekiştirici beklentilerinin ise artmış düzeyde olduğu; pekiştiricileri kontrol edebilme ve kontrol için gerekli olan davranışları uygulamayla ilgili bireysel yeterlilik beklentilerinin düşük seviyede olduğu, iş yaşamı deneyimlerinin tekrar eden sonucu olarak gelişen bir durumdur. Pekiştirme beklentileri işin kişinin amaçları ve beklentilerini karşılama derecesidir (35).

2.1.2.7. Suran ve Sheridan'ın Tükenmişlik Modeli

Suran ve Sheridan, insan yaşamını gelişimsel olarak benzer özelliklere sahip 4 basamağa ayırarak incelemiştir. Bu basamaklar;

- 1) Kimlik, rol karmaşası

- 2) Yeterlilik, yetersizlik
- 3) Verimlilik, durgunluk
- 4) Yeniden oluşturma, hayal kırıklığı olarak tanımlanmıştır.

Bu modelde tanımlanan her bir basamak tükenmişlik durumunun ortaya çıkmasında önemli olan durumları içerir. Ayrıca her basamak kendine özgü dinamiklere sahiptir. Suran ve Sheridan'a göre tükenmişlik; kişilik gelişim teorisinde olduğu gibi her basamakta yaşanma olasılığı mevcut çatışmaların doyumsuz kalması durumunda oluşur. Kim olduğunu bilen ve mesleği kimliği ile uyum içerisinde olan birey, çalışma hayatında da verimli ve üretken hissetmektedir. Kişisel ve mesleki rol karmaşası olduğunda ise yeterlilik duygusu azalmakta, bireyler mesleki ve sosyal hayatlarını bütünlük içinde sürdürememektedir. Genellikle kırklı yaşlarda bireyler geçmişte buldukları döneme ulaşma yolunda yaptıkları seçimleri sorgulamaktadırlar. Bu sorgulama hayal kırıklığıyla sonuçlanabildiği gibi; bireyin kendini, mesleğini ve hedeflerini yeniden tanımladığı bir süreci de başlatabilmektedir (36).

2.1.3. Tükenmişlik Sendromuna Neden Olan Faktörler

Tükenmişlik sendromu, işyerlerinde çalışan kişileri kısıtlayan ve verilen hizmetin kalitesinin düşmesine sebep olan istenmeyen bir olgudur. Bu sebeple tükenmişlik sendromunu önleyebilmek için sendromun ortaya çıkmasında etkili olan faktörlerle ilgili çeşitli çalışmalar yapılarak nedenler açıklanmaya çalışılmıştır. Tükenmişlik ile ilgili çalışmalar, ayrı ayrı değerlendirmek yerine, hem bireysel hem de örgütsel faktörleri bütünleştiren teorik çerçeveler geliştirmeyi hedeflemiştir. Bu tür bir entegrasyon çağrısı yeni gelişen bir kavram değildir; psikoloji içinde davranışı insan ve çevre etkileşimi açısından açıklamaya çalışmanın uzun bir tarihi vardır. Bu etkileşimli modellerin birçoğu kişiyi ve çevreyi bağımsız varlıklar olarak görür; ancak onları birbirleriyle orantılı şekilde karakterize eder. Böylece kişi ve çevre arasındaki uyum veya uyum derecesi değerlendirilebilir (37). Bu nedenle, bir iş-insan uyum modeli, tükenmişliği anlamak için uygun bir çerçeve gibi görünmektedir. Uygunluk; genellikle iş/meslek veya organizasyon seçimi veya işe uyum gibi durumları kapsayan bir kavramdır. Buna

karşılık, tükenmişlik, kişinin bir süre çalıştığı ve kendisiyle iş arasında daha kronik bir uyumsuzluk yaşadığı süreçte daha sonra gelişen bir durumdur. Maslach ve Leiter (1997), kişi ve iş ortamındaki altı alan arasında eşleşme derecesine veya uyumsuzluğa odaklanan bir model formüle etmiştir. Kişi ve iş arasındaki boşluk veya uyumsuzluk arttıkça, tükenmişlik olasılığı da artar; tersine, eşleşme veya uygunluk ne kadar iyiye, işle etkileşim olasılığı o kadar yükselir. Bu model, tükenmişlikle ilgili merkezi ilişkileri kapsayan altı önemli iş yaşamı bileşeni önermiştir: iş yükü, kontrol, ödül, aidiyet, adalet ve değerler. Tükenmişlik, insanlar ve çalışma ortamları arasındaki kronik uyumsuzluklardan kaynaklanarak bu altı alanın bir kısmı veya tamamı temelinde ortaya çıkar. Yakın ilişkilerine rağmen, her alan insanların çalışma ortamlarıyla etkileşimlerine farklı bir bakış açısı getirmektedir. İlk zamanlarda yapılan çalışmalarda kişisel etkenler ön planda sorumlu olarak görülse de özellikle Maslach'ın ve Cherniss'in çalışmaları sayesinde örgütsel veya işyeri alakalı faktörlerin tükenmişlik oluşumunda daha fazla etkisi olduğu anlaşılmaya başlanmıştır (28, 31).

2.1.3.1. Bireysel Düzeyde Demografik ve Psikososyal Faktörler

İnsanlar sadece çalışma ortamına tepkisel cevaplar vermeyip; iş ile ilişkilerine benzersiz nitelikler getirirler. Bu kişisel faktörler demografik değişkenleri (yaş veya eğitim gibi), kalıcı kişilik özelliklerini ve işe ilişkin tutumları içerir. Bireysel özelliklerin birçoğunun tükenmişlikle ilgili olduğu bulunmuştur. Bununla birlikte, bu ilişkilerin tükenmişlik için örgütsel faktörler kadar büyük etken olmaması, tükenmişliğin bireysel bir ilişkiden çok sosyal bir fenomen olduğunu ortaya koymaktadır.

2.1.3.1.1. Demografik özellikler

Çalışılan tüm demografik değişkenler arasında yaş, tükenmişlikle en tutarlı şekilde ilişkili olanıdır. Genç çalışanlar arasında tükenmişlik düzeyinin 30 veya 40 yaşları arasında olduğundan daha yüksek olduğu bildirilmektedir. Yaş, bazı durumlarda iş tecrübesiyle karıştırılmakta bu nedenle tükenmişlik kariyerinde daha yeni olanlarda bir risk olarak görülebilmektedir. Bununla birlikte, bu bulgular tükenme ile başa çıkma durumu ile ilgili yan tutma sorunu nedeniyle dikkatle değerlendirilmelidir. Kariyerlerinde

erken tükenmişlik yaşayanların işlerini bırakma olasılıkları artar ve sonuçta düşük tükenmişlik düzeyi sergileyen çalışanlar kalır (38).

Duygusal tükenmişliğin daha çok kadın deneyimi olduğuna dair bazı tartışmalara rağmen cinsiyet değişkeni, tükenmişliğin güçlü bir yordayıcısı olmamıştır. Bazı çalışmalar kadınlar için yüksek tükenmişlik, bazıları erkekler için yüksek puanlar, bazıları ise genel bir farklılık bulamamıştır. Küçük ama tutarlı bir farkı, erkeklerin duyarsızlaşma alanında genellikle daha yüksek puan alması oluşturmaktadır. Bazı çalışmalara göre kadınların kişisel başarıda azalma alanında biraz daha yüksek puan alma eğilimi vardır. Bu sonuçlar cinsiyet rolü ile ilgili olabileceği gibi meslekle cinsiyetin karıştırılmasını da yansıtabilir (örneğin, polis memurlarının erkek olma olasılığı daha yüksektir, hemşirelerin kadın olma olasılığı daha yüksektir) (39, 40). Medeni duruma göre ise, evlenmemiş olanların (özellikle erkekler), evli olanlara göre tükenmişlik yaşama riskleri daha yüksektir. Bekarlar, boşanmış kişilerden daha yüksek tükenmişlik seviyelerine sahip olarak belirtilmektedir (24). Bazı araştırmalar, yüksek eğitim seviyesine sahip kişilerin düşük eğitilmiş çalışanlardan daha fazla tükenmişlik bildirdiklerini bulmuşlardır. Yüksek öğrenim görmüş kişilerin daha fazla sorumluluk ve daha yüksek stresli işlere sahip olmaları mümkündür. Ayrıca daha yüksek eğitilmiş kişilerin meslekleri için daha yüksek beklentilere sahip olmaları ve bu beklentilerin gerçekleşmemesi durumunda daha çok stres yaşamaları bu durumun bir başka açıklaması olabilir (24).

2.1.3.1.2. Kişilik özellikleri

Hangi tip kişilik özelliğinin tükenme riski altında olduğunu ve daha fazla risk altında tutabildiğini saptama çabası içinde çeşitli kişilik özellikleri çalışılmıştır. Düşük düzeyde sertlik sergileyen kişiler, özellikle duygusal tükenme boyutunda, yüksek tükenmişlik puanlarına sahiptir. Tükenmişlik, bir iç denetim odağı yerine, dış denetim odağına sahip bireyler arasında daha yüksektir. Başa çıkma yöntemleri ve tükenmişlik durumu konusunda da benzer sonuçlar bildirilmiştir. Tükenmiş olanlar stresli olaylarla oldukça pasif, savunmacı bir şekilde başa çıkarken; aktif ve yüz yüze başa çıkma daha az tükenmişlikle ilişkilidir. Özellikle yüz yüze baş etme, kişisel başarı boyutuyla

ilişkilidir. Ayrıca, her üç tükenmişlik boyutu düşük özgüven ile ilgilidir. Düşük sertlik seviyelerinin, zayıf benlik saygısının, dış kontrol odağının ve önleyici mücadele tarzının strese yatkın kişi profilini oluşturduğu öne sürülmektedir (41-43).

2.1.3.1.3. İş Tutumları

Bireylerin işlerine dair beklentileri oldukça çeşitlilik göstermektedir. Bazı durumlarda, bu beklentiler hem işin niteliği hem de başarıya ulaşma olasılığı açısından çok yüksektir. Yüksek beklentilerin idealist veya gerçekçi olmadığı düşünüldüğünde, bunların tükenmişlik için bir risk faktörü olduğu düşünülmektedir. Yüksek beklentiler, insanları çok çalışmaya ve dolayısıyla yüksek miktarda harcanan çaba, beklenen sonuçları vermediğinde tükenmeye ve nihai olarak duyarsızlaşmaya yol açmaktadır (44, 45).

2.1.3.2. Örgütsel Faktörler

Tükenmişlik sendromuyla ilgili yapılan birçok çalışmada örgütsel veya işle ilgili faktörlerin etkisinin bireysel etkenlerden daha ön planda olduğu belirtilmiştir (46). Maslach ve Leiter'in 1997 yılında yaptığı çalışmada kişilerin çalışma koşullarının tükenmişlikle ilişkilendirildiği faktörler 6 alt başlıkta değerlendirilmiştir: iş yükü, kontrol, ödüller, aidiyet, adalet ve değerler (24).

2.1.3.2.1. İş yükü

İş yükü; kalite açısından belli bir beklentideki iş miktarının belirli bir zaman aralığında yapılması anlamına gelmektedir. İş yükündeki bir uyumsuzluk genellikle aşırı yüklenme olarak ortaya çıkmakta, basit şekilde formüle edilecek olursa çok fazla iş beklentisi, bir kişinin işi gerçekleştirmek için gerekli olan enerjiyi toplamayı imkansız hale gelecek ölçüde tüketmesine neden olmaktadır. İş yükü uyumsuzluğu aynı zamanda, makul miktarlarda gerekli olduğunda bile, bireylerin bir iş çeşidine dair yetenek veya eğilim eksiklikleri veya uygun olmayan iş türünden kaynaklanabilir. Genel olarak, iş yükü en fazla tükenmişliğin duygusal tükenme yönüyle ilgilidir. Yoğun iş yükü nedeniyle, çalışanların zihinsel ve duygusal olarak aşırı yüklenmesi meydana gelmekte ve bununla mücadele davranışı olarak duyarsızlaşma ortaya çıkmaktadır (24, 47).

2.1.3.2.2. Kontrol

Kontrol; bireyin çalışmakta olduğu işe dair karar alabilmesi, iş kaynaklarını kontrol edebilme yetkisi, sorun çözebilme durumunu içerir. Kontrol ile ilgili oluşan uyumsuzluk tükenmişliğin daha çok kişisel başarıda azalma alt boyutu ile ilişkilidir. Kontrol konusundaki uyumsuzluklar, çoğu zaman bireylerin, işlerini yapmak için gerekli kaynaklar üzerinde yeterli kontrollerinin ya da işlerini en etkin olduğuna inandıkları bir biçimde sürdürme yetkilerinin olmadığı işaretidir. İşlerindeki sorumluluk seviyesinden memnun olamayan çalışanlar, iş yükünün yanı sıra kontrol konusunda da kriz yaşayabilirler. Bu uyum sorunu bireyin otoritesinin ötesinde bir sorumluluk olarak yansımaktadır. Çalışanların, iş ortamındaki görevlerini gerçekleştirebilmek için gerekli olan yetkinliğe ulaşmadan taahhüt ettikleri sonuçları elde etmekten kendilerini sorumlu hissetmelerinin sonuçları yıpratıcı olabilmektedir (24, 47).

2.1.3.2.3. Ödül

Ödül; bireyin verdiği hizmet dolayısıyla iş ortamında kazandığı maddi ve manevi tüm onaylamaları ve kazanımları içermektedir. Üçüncü bir uyumsuzluk türü, çalışanların yaptığı işe uygun ödüllerin olmamasıdır. Bazen bunlar maaş gibi finansal kazançlar olurken, bazen finansal kazançların yetersiz kaldığı sosyal haklarının başarılarıyla orantılı olduğu durumlar olabilir. Maslach'a göre, iş ortamından kaynaklanan kriz durumlarında, örgütün; çalışanlarını ödüllendirme konusunda kapasite azaltımına gittiği, onları maddi ve manevi doyum kaybına uğrattığı görülür. Bu kayıplar, yapılan işin çekiciliğinin azalmasına, takım çalışmalarında aksamaya neden olur. Bunun yanı sıra kişinin gösterdiği çaba ve elde ettiği başarıların iş yaşamındaki görmezden gelinmesi, gereken sosyal onaylamanın eksikliği durumu çalışanı olumsuz etkilemektedir. Ek olarak, önemli bir işi gerçekleştirmekten ve bunu iyi bir şekilde başarmaktan gururlanmak benzeri içsel ödüllerin eksikliği bu uyumsuzluğun kritik bir parçası olabilir. Ödül eksikliği, kişisel başarı alt boyutu ile yakından ilişkilidir (24, 47).

2.1.3.2.4. Aidiyet

Aidiyet duygusu, örgütün sosyal çevresini ifade etmektedir. Dördüncü uyumsuzluk, çalışanların iş ortamının paylaşıldığı insanlarla olumlu anlamda bir bağ duygusunu yaşayamadığında oluşur. Bireyler topluluk ile birlikte büyür; en sevdikleri ve saygı duydukları insanlarla övgü, rahatlık, mutluluk ve mizahlarını paylaşırken en iyi şekilde çalışırlar. Birey aynı işte çalışan diğer arkadaşlarının da benzer durumlar karşısında benzer tepkiler verdiğini ve benzer duygular yaşadığını öğrendikçe, kendini daha güvende hisseder ve yalnız olmadığını görerek daha az tükenmişlik belirtileri gösterir. Yapılan çalışmalarda kişinin çalışma hayatında tek başına elde edemediği başarı ve tecrübeleri bir grup içerisinde çalışarak daha fazla elde edebildiğini göstermiştir. Duygusal değişim ve enstrümantal yardım ile birlikte, bu tür bir sosyal destek, bireyin ortak değerler duygusu yoluyla gruba bağlılığını artırır. Ancak birtakım işler insanları ayırır, kişilerarası izolasyona neden olur veya sosyal olarak iletişim bağlarını olumsuz etkiler. Ancak, iş ortamında diğer çalışanlar ile yaşanan süregelen ve sonuçlanmamış çatışmalar en yıkıcı olanlardır. Böylesine bir çatışma durumu, devam eden negatif tutum ve gerginlik yaratır, sosyal destek ortamı oluşum ihtimalini neredeyse ortadan kaldırır. Aidiyet açısından uyumsuzluk tükenmişlik sendromunun duygusal tükenme ve duyarsızlaşma alt boyutları ile ilişkilidir (24, 47).

2.1.3.2.5. Adalet

İşyerinde algılanan adalet olmadığı zaman kişi ile iş arasında ciddi bir uyumsuzluk meydana gelir. Adalet, bir işte çalışan bireylerin iş ile ilgili kararların ya da uygulanan yöntemlerin doğruluğu ve uygunluğu hakkındaki pozitif duyguları ve işin herkese yönelik eşit ve tutarlı kuralları olması demektir. Adalet, saygınlığı iletir ve insanların değerlerini doğrular. Topluluk duygusunun merkezinde kişilerin birbirlerine karşılıklı saygısı yer alır. Adaletsizlik; iş yükü veya ücrette eşit durum sağlanamadığında, aldatma olduğunda veya değerlendirmeler ile promosyonlarda ortak kurallar yer almadığında ortaya çıkabilir. Şikayet veya anlaşmazlık durumlarının ele alınmasında izlenen yolların her iki tarafa da benzer haklara izin vermediği durumlar adaletsiz olarak değerlendirilir. Adaletin olmayışı, tükenmişlik durumunu en az iki

yönüyle arttırmaktadır. İlk olarak, haksız muamele deneyimi duygusal olarak kişiyi yıpratır. İkincisi, adaletin sağlanamadığı yerlerde, iş yeri ile ilgili derin bir duyarsızlaşma duygusu uyanır (24).

2.1.3.2.6. Değerler

Altıncı uyumsuzluk alanı değerler arasında bir çelişki olduğunda ortaya çıkar. Bazı durumlarda, insanlar işlerinin kendilerini etik dışı olan ve kendi değerleri ile uyumlu olmayan şeyler yapmak durumunda bıraktığını hissedebilirler. Örneğin, satış yapmak veya gerekli bir yetkiyi almak için, doğruları farklı şekilde aktarmak veya başka bir şekilde aldatıcı davranmak veya gerçekleri açıklamamak gerekebilir. Diğer bazı durumlarda, kariyerleri için kişisel istekleriyle kuruluşun değerleri arasında bir uyumsuzluk olabilir. Kişiler ayrıca, yasal düzenlemeler ile fiili uygulama arasında bir tutarsızlık olduğu zaman veya değerler çatışıyorsa (örneğin, yüksek kaliteli hizmet ve maliyet etkinlik her zaman bir arada olmaz) organizasyonun çelişkili değerleri arasında kalabilirler (24, 47).

Bu altı alandaki örgütsel faktörler; insanların işleriyle geliştirdikleri ilişkilere dair kavramsal bir çerçeve sağlarlar. Bu yaklaşım, birey bağlamında, iş hayatının kilit alanlarına uyum açısından değerlendirmenin önemini vurgulamaktadır. Ayrıca bu faktörlerin tanımlanması tükenmişliği önlemek amacıyla konuya bütünsel açıdan bakmayı ve sistematik çözümler üretilebilmeyi mümkün kılmaktadır (24).

2.1.4. Tükenmişlik Sendromu Belirtileri

Tükenmişlik sendromu ile ilgili en önemli basamaklardan biri ilk olarak tükenmişlik sendromunu tanımak ve kimlerin tükenmişlik ile karşı karşıya kaldığını anlayabilmektir. Tükenmişlik uzun yıllar içinde ortaya çıkan kronik bir durum olduğundan; belirtilerin iyi tanınması ile erken dönemde tanının konulması ve klinik ilerlemeden uygun önlemler almak önem taşımaktadır. Tükenmişlik sendromunun belirti ve bulguları kişiler arasında farklılıklar gösterir ancak, genellikle fiziksel, psikolojik ve davranışsal belirtiler olmak üzere 3 ana başlık altında sınıflandırılmaktadır (48).

2.1.4.1. Fiziksel belirtiler

Fiziksel belirtiler; halsizlik, tekrarlayan ve bazı durumlarda kronikleşen baş ağrıları, kronik yorgunluk, enerji kaybı, uyuşukluk, uyku bozuklukları, sık görülen soğuk algınlığı ve sık enfeksiyon geçirme öyküsü, bağışıklık sistemine dair sorunlar, gastrointestinal yakınmalar, somatik bozukluklar, nefes darlığı, göğüs ağrısı, kas krampları, yaygın ağrılar, kilo kaybı veya artan kilo alımı, tansiyon ve kolesterol yüksekliği, çarpıntı, kardiyak semptomlar vb. şeklinde görülebilmektedir (48, 49).

2.1.4.2. Psikolojik belirtiler

Psikolojik belirtiler; engellenmişlik hissi, çabuk öfkelenme, hayal kırıklığı, anksiyete, duygusal bitkinlik, motivasyon eksikliği, nedeni olmayan huzursuzluk ve tedirginlik duygusu, bilişsel becerilerde zorlanma, huzursuzluk, özsaygı ve özyeterlilik duygusunda azalma, değersizlik hissi, kendini soyutlanmış hissetme, karar verme problemleri, apati, anhedoni, aile içi sorunlarda artış, tatminsizlik, ilgisizlik, ümitsizlik, depresyon, çaresizlik vb. şeklindedir (47-50).

2.1.4.3. Davranışsal belirtiler

Davranışsal belirtiler; ani tepkilerde artma, eleştirilere karşı tahammülsüzlük, unutkanlık, sık gelen ağlama nöbetleri, konsantrasyon güçlüğü, alınganlık, sürekli hatalar yapma, işe geç gelme, işe karşı ilgisizlik, izinsiz veya hastalık nedeniyle işe gelmeme, hizmet verilen kişilerde müdahale hataları, hizmet alıcıların şikayetlerinde artış, verilen hizmetin kalitesini bilinçli olarak veya bilinçsiz bir şekilde düşürme, yapılan işle ilgili alaycı tavırlar sergileme, örgütsel bağlılıkta azalma, savunma ve suçlama davranışlarında beklenmeyen artış, inkâr etme, çevre ile ilişkilerde bozulmalar, ilaç, alkol ve tütün vb. kullanma eğilimi ya da kullanımında artma, izolasyon, uzaklaşma, içe kapanma, işten uzaklaşma, işe geç gitme vb. içermektedir (47-50).

2.1.5. Tükenmişlik Sendromu Prevalansı, Önemi ve Sonuçları

Tükenmişlik sendromu ile yapılan çalışmaların farklı yöntemler ve ölçekler

kullanılarak yapılması ve tükenmişlik kavramının üzerinde çeşitli farklı teoriler olması sebebiyle prevalans belirlemek oldukça zordur. Tükenmişlik sendromu çalışan nüfusun yaklaşık 1/3'ünü etkilemesi nedeniyle büyük bir öneme sahiptir (51).

Sağlık çalışanları, özellikle doktorlar, işyerinde yüksek düzeyde strese maruz kalmaktadır. Kalıcı gerginlik yorgunluk, psikolojik ve/veya fiziksel strese yol açabilir. Ayrıca, tükenmişlik sendromu tıbbi hata riskini artırabilir ve erken emekliliği teşvik eden iş tatminini azaltabilir (20, 52).

Yapılan çalışmalar, doktorlar arasında yüksek tükenmişlik prevalansını ve doktorların üçte birinin kariyerleri boyunca belirli noktalarda tükenmişlik yaşadığını göstermektedir (15, 18). Tükenmişlik, tıp fakültesi yıllarından başlayarak, asistanlık süresi boyunca devam eder ve son olarak doktorların günlük iş yaşamında kronikleşir. Araştırmalar, tıp öğrencileri arasında tükenmişlik prevalansının %31-49.6, asistanlarda %50-76 arasında değiştiğini göstermektedir (54,55). Cohen ve ark. Kanada'da farklı uzmanlık alanlarından asistanların en az üçte birinin stresli bir yaşam sürdürdüğünü bildirmiştir (17). Lübnan'da yapılan bir çalışmada ise daha yüksek oranlar kaydedilmiştir (56).

Tükenmişlik oranı, pratisyen hekimler arasında daha yaygındır. Amerika Birleşik Devletleri'nden yapılan yakın tarihli bir çalışmada, hekimlerin %45,8'inin en az bir tükenmişlik semptomu yaşadığını bildirmiştir (18). Benzer şekilde, 12 Avrupa ülkesinde 1.400 aile hekimini içeren Avrupa Genel Uygulama Araştırma Ağı Tükenmişlik Çalışması Grubu tarafından yapılan çalışmaya göre katılımcıların %43'ünün duygusal tükenme, %35'inin duyarsızlaşma ve %32'sinin kişisel başarıda azalma, %12'sinin ise her üç boyutta tükenmişlik yaşadığı saptanmıştır (57). İngiltere'de 500'den fazla hekimi içeren bir başka çalışma, hekimlerin en az üçte birinin tükenmişlik özelliklerini taşıdığını göstermiştir (58). Bu sonuçlar, Yemen, Katar ve Suudi Arabistan gibi bazı Arap ülkelerinde yapılan çalışmalarda da benzerdir ve tükenmişlik durumu hekimler arasında yaygındır (59,61).

Tükenmişliğin, hem birey hem de işyeri için önemi, önemli sonuçlarla olan

bağlantısında yatar.Tükenmişlik sendromu sonucunda ortaya çıkan zihinsel ve fiziksel sonuçlar kişinin iş ve aile yaşantısını olumsuz yönde etkilemektedir. Tükenmişlik sendromu bireysel ve örgütsel yaşamda önemli sorunlara yol açması nedeniyle üzerinde yoğun araştırmaların yapıldığı bir konudur. Tükenmişlik sendromu sonucunda oluşan sorunları tanımlamak ve bu sorunların çözümleri ile ilgili öneriler geliştirmek oldukça önemli hale gelmiştir.

İncelenen sonuçların çoğu, iş performansı ile ilgili olanlardır. Ayrıca, tükenmişliğin bir stres durumu olduğu düşünülürse, sağlık sonuçlarına da dikkat etmek gerekmektedir. Bununla birlikte, araştırma bulgularının, kendi kendine raporlama ölçütlerine (performans veya sağlık göstergelerine göre değil) bağlı olmasına ve nedensel çıkarımlara izin veren metodolojik tasarımların göreceli yokluğuna bağlı olarak literatür bulgularının yorumlanmasına dikkat edilmelidir (51).

Tükenmişlik, çeşitli iş ve iş ortamından uzaklaşma biçimleriyle ilişkilendirilmiştir: işe devam problemleri, işten ayrılma düşüncesi, erken emeklilik isteği vb. Bununla birlikte, işte kalan bireyler için tükenmişlik, işte verimliliği ve etkinliği düşürür. Sonuç olarak, azalan iş tatmini ve işe ya da organizasyona azalan bağlılık ile ilişkilidir. Tükenmişlik yaşayan insanlar, hem daha büyük kişisel çatışmalara neden olarak hem de iş görevlerini aksatarak meslektaşları üzerinde olumsuz bir etkiye sahip olabilirler. Bu nedenle tükenmişlik “bulaşıcı” olabilir ve işle ilgili gayri resmi etkileşimler yoluyla kendisini devam ettirebilir. Tükenmişliğin olumsuz bir “yayılma” olduğuna ve çalışanların ev yaşamlarını etkilediği de bilinmektedir (62).

Tükenmişliğin duygusal tükenme bileşeni strese bağlı sağlık sonuçlarının diğer iki bileşene göre daha önemli bir belirleyicisidir.Bu fizyolojik ilişki, diğer uzun süreli stres indeksleriyle bulunan sonuçlara yansır.Tükenmişlik ile çeşitli madde bağımlılığı türleri arasındaki bağlantı için paralel bulgular bulunmuştur.Mental sağlık açısından, tükenmişlik ile olan bağ daha karmaşıktır.Tükenmişlik, nevrozluğun kişilik boyutuyla ve işle ilgili nevrasteninin psikiyatrik profili ile ilişkilendirilmiştir.Bu tür veriler tükenmişliğin kendisinin bir psikiyatrik hastalık şekli olduğu argümanını

destekleyebilir. Bununla birlikte, tükenmişliğin zihinsel işlev bozukluğuna neden olduğu daha yaygın bir varsayımdır; yani, kaygı, depresyon, özgüvendeki düşme vb. gibi zihinsel sağlık açısından olumsuz etkiler yaratır. Zihinsel olarak sağlıklı olan kişiler kronik streslerle daha iyi başa çıkabilir ve dolayısıyla tükenmişlik yaşamaları daha az olasıdır. Kişiler arası ilişkiler gerektiren işlerde çalışan bireylerde yapılan bir araştırma ergenlik çağında ve erken yetişkinlikte psikolojik olarak daha sağlıklı olan kişilerin bu tür işlere girme ve orada kalma olasılıklarının daha yüksek olduğunu ve çalışmalara daha fazla katılım ve memnuniyet gösterdiklerini saptamıştır (63).

2.1.6. Tükenmişlik Sendromu ile Başa Çıkma Yöntemleri

Tükenmişlik araştırmalarının uygulamalı doğası, araştırma literatüründe etkili müdahale çağrısına yol açmıştır. Bu bakış açısı kayda değer bir çabayı beraberinde getirmiştir. Önerilen çeşitli müdahale stratejilerinden bazıları tükenmişlik sendromunun tanısını koymaya ve tedavi etmeye çalışırken, bazı stratejiler önleme konusuna odaklanır. Tükenmişlik müdahalelerinin çoğu, öncelikle işçiyi işten uzaklaştırma ya da bireyin iç kaynaklarını güçlendirdiği ya da iş davranışlarını değiştirdiği çalışan için bireysel stratejiler gibi bireysel merkezli çözümlere odaklanmaktadır. Ancak, araştırmaların birçoğu tükenmişlikte bireysel faktörlerden daha çok durumsal ve örgütsel faktörlerin önemli bir rol oynadığını belirtmektedir. Bireye yönelik yaklaşımlar (etkili başa çıkma yetenekleri geliştirmek ya da gevşeme egzersizleri) duysal tükenme durumunu hafifletmeye yardımcı olabilir, ancak tükenmişliğin diğer iki bileşeni üzerinde çok etkin değildir. Ayrıca bireysel stratejiler, bireyin yaşamındaki diğer alanlardan çok daha az kontrol sahibi olduğu iş yaşamında göreceli olarak etkisizdir. Bireysel nedensellik ve sorumluluk kavramları dahil olmak üzere, bireye odaklanmanın altında insanları değiştirmenin organizasyonlardan daha kolay ve daha ucuz olduğu varsayımı gibi sebepler yer almaktadır (24).

2.1.6.1. Bireye yönelik müdahaleler

Tükenmişliği azaltma çalışmalarının ana odağı, bireylerin işyerinde başa çıkma kapasitelerini arttırmaya yönelik eğitim müdahaleleri olmuştur. Bu çalışmaların amacı

tükenmişliği hafifletmektir. Müdahale grupları genellikle nispeten az sayıda katılımcıdan oluşmaktadır. Çoğu zaman, eğitim katılımcıların zorluklarla başa çıkma kapasitelerine odaklanmakta, ancak bazıları ekip bazlı başa çıkma stratejilerini ele almaktadır. Bu yaklaşımın temelinde üç soru vardır: Başa çıkma becerileri bireyler tarafından öğretilir mi? Öğrenilen bu beceriler iş ortamında uygulayabilir nitelikte mi? Yeni başa çıkma yöntemleri tükenmişliği etkiler mi?Tükenmişlik araştırmalarından edinilen sonuçlar, eğitim oturumlarının, insan hizmet profesyonellerinin işlerinin talepleriyle başa çıkma kapasitelerini arttırabileceği yönündedir.İşyerinde edinilen bu yeni bilgileri uygulamak ise, bireyler çeşitli sınırlamalar altında çalıştıkları için zor olabilir.İş yerindeki rolleri bireylerin belirli şekillerde davranmalarını gerektirir ve örgütsel prosedürler çok çalışmanın gerçekleştiği zamanı ve yeri belirler. İş arkadaşları kişisel işlevlere göre değil iş işlevlerine göre belirlenmektedir. Bu nedenle, çalışma biçiminde önemli bir değişiklik olacaksa, bir dereceye kadar özerklik ve bu değişimin örgütsel sonuçlarının anlaşılması gerekecektir. Araştırma bulguları işte yeni başa çıkma becerilerini uygulamalarının mümkün olduğu durumlarda tükenmişlikte görülen azalma konusunda farklılıklar göstermektedir. Stresle başa çıkma eğitimi, rahatlama, zaman yönetimi, rasyonel duygusal terapi, kişilerarası ve sosyal becerilerde eğitim, takım oluşturma, profesyonel taleplerin yönetimi ve meditasyon gibi çok çeşitli müdahale stratejileri denenmiş ve bazı durumlarda, tükenmişlikte bir azalma bildirilmiştir; ancak bazılarındaki durum böyle olmamıştır. Çalışma tasarımındaki sınırlamalar, özellikle uygun kontrol gruplarına erişimdeki zorluklar ve uzun süreli takip eksikliği, mevcut araştırmaların yorumlanmasını sınırlamıştır (24).

Stres yönetimi; gevşeme egzersizlerinden bilişsel-davranışçı ve hasta merkezli tedaviye kadar uzanır ve sağlık çalışanlarında tükenmişliğin önlenmesi ve tedavi edilmesi konusunda son derece önemli olduğu gösterilmiştir (51, 64). Yardım arayan veya başa çıkma ve üretkenliği arttırmaya yönelik stratejilere başvuran sağlık çalışanlarının, tükenmişlik ile başa çıkma konusunda istekli olmayanlardan daha düşük duygusal tükenme yaşama eğiliminde oldukları gösterilmiştir (65).Tükenmişliği önlemeye odaklanan programların tükenmişliğin önlenmesinde uzun vadeli etkinliği;

programın süresine ve güçlendirici takip oturumları ile birlikte psikoeğitimsel tedavi kombinasyonunun sağlanmasına, soruna odaklanmaya ve arzın sürdürülebilirliğine bağlıdır (66).Pratisyen hekimler arasında stres yönetimi stratejilerini değerlendiren sistematik derleme sonuçları, gevşeme egzersizleri ve bilişsel-davranışsal becerilerin yararlı olduğunu göstermiştir.Ayrıca, gruplara yönelik uygulamalar bireysel danışmanlıktan daha ekonomik ve daha faydalı bulunmuştur (67).Gardiner ve arkadaşlarının, 15 saatlik stres yönetimi eğitim programlarının Avustralya’da 85 pratisyen hekime etkisini değerlendirdiği çalışmada; stres reaksiyonu, psikoeğitim, rahatlama teknikleri ve bilişsel müdahale programlarına odaklanılmıştır. Katılımcıların işle ilgili stres düzeyleri anlamlı derecede azalırken, genel refahları ve yaşam kaliteleri kursu takip eden 12 hafta boyunca iyileşmiştir (68). Skodova, sosyopsikolojik eğitimin tükenmişlik düzeyini azaltabileceğini ve tıp fakültesi öğrencileri arasında tükenmişliğe duyarlı olan kişilik faktörlerini olumlu yönde etkileyebileceğini göstermiştir (69).

McCue ve ark., pediatri asistanlarına tüm gün boyunca uygulanan stres yönetimi atölyesi müdahalesinin ardından 6 hafta boyunca duygusal tükenmelerinin azaldığı sonucuna varmıştır (70). Ayrıca, aile hekimliği asistanları arasında yapılan bir çalışma, duygusal tükenmenin nefes egzersizleri sonucunda azalmış olduğunu göstermiştir (71).

Goodman ve ark. uyguladıkları bireye yönelik tükenmişlikle başa çıkma ve stres eğitimleri sonucunda, hem doktorlar hem de diğer sağlık hizmetleri sağlayıcıları için duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarı alanlarındaki MTE skorları önemli ölçüde iyileşmiş, mental sağlık puanları artmış, ancak fiziksel sağlık puanlarında önemli bir değişiklik olmamıştır (72). Bununla birlikte, bir Cochrane derlemesi, stres yönetimi programlarının sağlık uzmanlarında işle ilgili stresin azaltılmasında yardımcı olabileceğine dair kanıtların yetersiz olduğuna ve müdahale süresinin ötesinde güçlendirici veya tekrar kurslarının etkinliğini değerlendiren uzun süreli müdahalelere dair çok az kanıt bulunduğu sonucuna ulaşmıştır (73).

2.1.6.2. Örgüte yönelik müdahaleler

Literatürden elde edilen bulgular doğrultusunda, bireye odaklanmanın yanı sıra

içinde bulunulan iş ortamına odaklanılması da tükenmişlikle başa çıkma müdahaleleri için esastır. Bu, en etkili müdahale biçiminin yönetsel uygulamadaki değişiklikleri yukarıda açıklanan eğitimsel müdahalelerle birleştirmek olduğunu göstermektedir. Altı çalışma alanından herhangi birini değiştirmek için yönetim müdahaleleri gereklidir, ancak eğitim müdahaleleri gerekli bireysel beceri ve tutumları sağlamadıkça yetersiz kalacaktır. Ne iş ile ilgili bileşenleri değiştirmek ne de bireyleri değiştirmek yeterli değildir; her ikisi birlikte meydana geldiğinde etkin bir değişim oluşur. Çalışma alanındaki altı bileşeni tanımak, örgütsel müdahale için olası seçenekleri genişletmektedir. Örneğin, bir müdahale için iş yükü alanında yoğunlaşmak yerine (insanlara aşırı yüklerle nasıl başa çıkacaklarını, işi nasıl keseceklerini veya nasıl gevşeyeceklerini öğretmek gibi), diğer uyumsuzlukların bazılarını odaklanmak daha etkili olabilir. Kişiler yapmakta oldukları işi değerli görüyorlarsa, önemli bir iş yaptıklarına inanıyorlarsa veya çabaları sonucunda olumlu karşılanmış hissediyorlarsa ve bu nedenle müdahale alanlarını hedefleyebilirlerse, daha fazla iş yükünü tolere edebilirler (24).

Müdahaleye kombine bir yönetsel ve eğitimsel yaklaşımın bir avantajı, işle ilişki kurmayı vurgulama eğilimindedir. İş ile uyuma odaklanma, örgütsel misyonla, özellikle kuruluştaki iş yaşamının kalitesiyle ilgili olan hususlarla daha yakın bir ittifak sağlar. Çalışanları arasında enerji, güç, katılım, bağlılık, özveri ve etkinliğin olumlu gelişimini desteklemek için tasarlanan bir çalışma ortamı, refahlarını ve üretkenliklerini arttırmada başarılı olacaktır. Ayrıca, müdahaleye yönelik olumlu bir amaç ifadesi müdahalenin sonuçlarının değerlendirilebilirliğini arttırmaktadır. Bir şeyin varlığını değerlendirmek, karşıtlığının yokluğunu değerlendirmekten daha kesindir. Örgütsel müdahaleler uygulama açısından oldukça zor olmakla birlikte, uygulandıkları takdirde potansiyel etkiler büyük olacaktır. Genellikle gerekli olan işbirliği düzeyinde karmaşıktırlar; ayrıca zaman, çaba ve para için ciddi bir yatırım gerektirirler (74).

Hastane çalışanlarını hedef alan bir çalışma, stres yaratan faktörlerin örgütsel kontrolüne odaklanmış, çalışma süresi boyunca ilaç hatalarında bir azalma tespit etmiştir (75). Tükenmişlik ile ilgili müdahale yöntemlerini inceleyen bir derleme, bireysel

müdahale programlarının kısa vadede (6 ay veya daha az) tükenmişliği azaltmada yararlı olduğunu gösterirken, hem kişisel hem de kurumsal müdahalelerin kombinasyonunun daha uzun süren olumlu etkileri vardır (12 ay ve daha fazla) (76).

Melamed ve ark.tükenmişliğin tedavi edilmesinin zorlu bir çaba olduğunu savunmuştur (77). Birçok müdahalenin başarısı, tükenmişlik aşamalarında daha sonraları ortaya çıkan ve geri dönüşü zor olan fizyolojik değişiklikler gerçeği nedeniyle sınırlı kalabilir (78).



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1.Çalışmanın Tipi, Yeri ve Zamanı

Eylül-Aralık 2019’da Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesindeki son sınıf öğrencileri ve hekimlerde tükenmişlik sendromunun yaygınlık durumu ve ilişkili faktörlerin araştırılması amacıyla yapılan araştırma tanımlayıcı ve kesitsel bir çalışmadır.

3.2. Çalışmanın Evren ve Örneklemi

Çalışmanın evrenini, Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi 2019-2020 öğretim yılı tıp fakültesi son sınıf öğrencileri, araştırma görevlisi hekimler ve uzman hekimler olmak üzere 400 kişi oluşturmaktadır. Çalışmada örneklem seçilmemiş olup evrenin tamamına ulaşılması hedeflenmiştir.

Dahil edilme kriterleri:

- Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi Evliya Çelebi Eğitim Araştırma Hastanesi’nde görev yapmakta olan hekimler,
- Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi Evliya Çelebi Eğitim Araştırma Hastanesi’nde son sınıf öğrencisi olmak,
- Gönüllü olmak.
- Son 6 ay içinde psikiyatrik tanı almamış ve ilaç kullanmamış olmak

Dışlanma kriterleri:

- Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi Evliya Çelebi Eğitim Araştırma Hastanesi’nde son sınıf öğrencisi ya da görev yapan hekim olmamak
- Son 6 ay içinde psikiyatrik tanı almış olmak ve ilaç kullanmış olmak.

3.3. Veri Toplama Araçları

Çalışmada, veri toplama aracı olarak Kişisel Bilgi Formu ve Maslach Tükenmişlik Ölçeği olmak üzere iki farklı anket formu kullanılmıştır (Ek-1).

Kişisel Bilgi Formu: Katılımcıların yaş, cinsiyet, medeni durum, çocuk sahibi olma durumu, çocuk sayısı, aylık gelir düzeyi, kronik hastalık varlığı, düzenli ilaç kullanımı, düzenli spor yapma durumu, uyku problemi yaşama, tatile çıkma sıklığı, sosyal etkinliklere katılma durumu, sigara içme ve alkol kullanma durumu, çalışmakta olduğu branş, meslekte toplam çalışma süresi, araştırma görevlisi olarak çalışılan süre, hekimliği seçme konusundaki düşünce, çalıştığı branşı isteyerek seçmiş olma durumu, farklı branş seçme isteği, nöbet tutma durumu ve aylık tutulan nöbet sayısı, haftalık çalışma saati, günlük hasta sayısı, çalışma ortamı memnuniyet durumu, işin beklentileri karşılama durumu, işyeri fiziki özelliklerin yeterli olması, son bir yıl içinde hizmet içi eğitim alma durumu, kongre-kurs-seminerlere katılma, tıbbi yayın izleme, işyerindeki görev-sorumluluk ve yetkilerin belirli olma durumu, fiziksel ve sözel şiddete maruz kalmış olma, gelecekle ilgili mesleksel kaygı taşıma durumunu sorgulayan literatur taranarak hazırlanmış 35 sorudan oluşan anket formudur (21, 23).

Maslach Tükenmişlik Ölçeği (MTÖ): Maslach Tükenmişlik Ölçeği 1981 yılında Maslach ve Jackson tarafından geliştirilmiştir (13). Ölçeğin Türkçe güvenilirlik ve geçerlik çalışmaları Ergin ve Çam tarafından 1992 yılında yapılmıştır. Tükenmişlik düzeyini ölçmek için kullanılan Maslach Tükenmişlik Ölçeği (MTÖ), 5 dereceli (0: Hiçbir zaman, 1: Çok nadir, 2: Bazen, 3: Çoğu zaman, 4: Her zaman) likert tipi bir ölçektir (79). “Duygusal Tükenme” (DT), “Duyarsızlaşma” (DY) ve “Kişisel Başarı” (KB) olmak üzere üç boyuttan ve toplam 22 maddeden oluşmaktadır. Ölçekte bulunan (1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20) numaralı 9 madde duygusal tükenme, (5, 10, 11, 15, 22) numaralı 5 madde duyarsızlaşma ve (4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21) numaralı 8 madde kişisel başarı hissi alt ölçeğine ait puanların hesaplanmasında kullanılır. Alt ölçek puanları duygusal tükenme ve duyarsızlaşma için “0: Hiçbir zaman, 1: Çok nadir, 2: Bazen, 3:

Çoğu zaman, 4: Her zaman” şeklinde, kişisel başarı için tersine puanlanmaktadır (hiçbir zaman:4, her zaman: 0). Bu puanların toplanması ile DT için 0-36, DY için 0-20 ve KB için 0-32 arasında değişen puanlar elde edilmektedir. Duygusal tükenmişlik ve duyarsızlaşma puanlarının artışı, kişisel başarı puanının azalışı tükenmişliğin fazla olduğunu açıklar. Üç alt boyuta ilişkin Cronbach alfa kat sayıları; duygusal tükenme için 0,83, duyarsızlaşma için 0,65, kişisel başarı için 0,72 bulunmuştur (79).

3.4. Çalışmanın bağımlı ve bağımsız değişkenleri

a. Çalışmanın bağımlı değişkenleri;

Çalışmanın bağımlı değişkeni hekimlerin tükenmişlik düzeyidir.

b. Çalışmanın bağımsız değişkenleri;

Çalışmanın bağımsız değişkenleri ise; yaş, cinsiyet, medeni durum, çocuk sahibi olma durumu, (çocuğu var ise) çocuk sayısı, aylık gelir düzeyi, kronik hastalık varlığı, düzenli ilaç kullanımı, düzenli spor yapma durumu, uyku problemi yaşama, tatile çıkma sıklığı, sosyal etkinliklere katılma durumu, sigara içme durumu, alkol kullanma durumu, çalışmakta olduğu branş, meslekte toplam çalışma süresi, araştırma görevlisi olarak çalışılan süre, hekimliği seçme konusundaki düşünce, çalıştığı branşı isteyerek seçmiş olma durumu, farklı branş seçme isteği, nöbet tutma durumu ve aylık tutulan nöbet sayısı, haftalık çalışma saati, günlük hasta sayısı, çalışma ortamı memnuniyet durumu, işin beklentileri karşılama durumu, işyeri fiziki özelliklerin yeterli olması, son bir yıl içinde hizmet içi eğitim alma durumu, kongre-kurs-seminerlere katılma, tıbbi yayın izleme, işyerindeki görev-sorumluluk ve yetkilerin belirli olma durumu, fiziksel ve sözel şiddete maruz kalmış olma, gelecekle ilgili mesleksel kaygı taşıma durumudur.

3.5. Verilerin Analizi ve Değerlendirme

Verilerin girişinde ve istatistiksel değerlendirmesinde SPSS 24 versiyon paket programı kullanılmıştır. Tanımlayıcı istatistikler yüzde, ortalama, standart sapma, min.-maks. olarak sunulmuştur. Değişkenlerin normal dağılımı uygunluğu Kolmogorov Smirnov Testi ile araştırılmıştır. Normal dağılıma uymayan değişkenlerin analizlerinde

Kruskal-Wallis, Mann Withney U testi ve Spearman korelasyon analizi kullanılmıştır.

Analizlerde istatistiksel anlamlılık düzeyi $p<0,05$ olarak kabul edilmiştir.

3.6.Etik Konular ve İzin

Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan gerekli izin onayları alınmıştır (Tarih:01.10.2019, Sayı:2019/10-2) (Ek- 2).

Çalışmaya katılım gönüllülük esasına göre sağlanmıştır. Anket formu katılımcılara gözlem altında uygulanmış, uygulama öncesinde katılımcılara çalışma hakkında bilgi verilerek yazılı ve sözlü onamları alınmıştır. Anket uygulanması ortalama 15 dakika kadar sürmüştür.

4. BULGULAR

Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesindeki son sınıf öğrencileri ve hekimlerde tükenmişlik sendromunun yaygınlık durumu ve ilişkili faktörlerin araştırılmasını amaçlayan bu çalışmaya ulaşılan hekimlerden çalışmaya katılmayı kabul eden toplam 239 hekim çalışmaya dahil edildi. Çalışmaya katılan hekimlerden %33,1'i (n=79) 23-28 yaş grubunda, %29,3'ü (n=70) 28-33 yaş grubunda, %26,8'i (n=64) 33-43 yaş grubunda yer alıyordu. Hekimlerin %49,8'i (n=119) kadın ve %46,9'u (n=112) evliydi. Çalışmaya katılan hekimlerin %43,1'inin (n=103) en az bir çocuğu vardı. Hekimlerin %7,5'inin (n=18) geliri 1000 TL'den daha az, %46,9'unun (n=112) 10000 TL'den fazla idi. Kronik hastalığı olan hekimler çalışma grubunun %9,2'sini (n=22) oluşturuyordu ve hekimlerin %11,3'ünün (n=27) düzenli olarak kullandığı ilaç mevcuttu. Düzenli spor yapanlar (haftada en az 3 gün) katılımcıların %22,6'sını (n=54) oluşturuyordu ve tüm katılımcıların %31,4'ü (n=75) uyku problemi yaşamaktaydı. Çalışmaya katılan hekimlerin %40,2'si (n=96) her yıl tatil yaptığını, %15,1'i (n=36) sosyal etkinliklere katıldığını belirtti. Hekimlerin sosyodemografik özelliklerinin dağılımı Tablo 1'de yer almaktadır.

Tablo 1. Hekimlerin sosyodemografik özellikleri

Özellik	n	(%)
Yaş grubu		
23-28	79	33,1
28-33	70	29,3
33-43	64	26,8
43-53	21	8,7
>53	5	2,1
Cinsiyet		
Kadın	119	49,8
Erkek	120	50,2
Medeni durum		
Evli	112	46,9
Bekar	112	46,9
Boşanmış/dul	15	6,2
Çocuk sahibi olma durumu		
Evet	103	43,1
Hayır	136	56,9
Gelir düzeyi		
0-1000 TL	18	7,5
1001-3000 TL	28	11,7
3001-10000 TL	81	33,9
>10000 TL	112	46,9
Kronik hastalık varlığı		
Evet	22	9,2
Hayır	217	90,8
Düzenli ilaç kullanımı		
Evet	27	11,3
Hayır	212	88,7
Düzenli spor yapma durumu		
Evet	54	22,6
Hayır	185	77,4
Uyku problemi		
Evet	75	31,4
Hayır	164	68,6
Tatil yapma sıklığı		
Her yıl	96	40,2
Nadiren	120	50,2
Çıkıyorum	23	9,6
Sosyal katılım		
Evet	36	15,1
Hayır	203	84,9

Çalışmaya katılan hekimlerden %27,2'si (n=65) sigara, %15,5'i (n=37) düzenli olarak alkol kullandığını belirtti. Hekimlerin sigara ve alkol kullanma durumlarının dağılımı Tablo 2'de yer almaktadır.

Tablo 2. Hekimlerin sigara ve alkol kullanma durumları

Özellik	n	(%)
Sigara kullanma durumu		
İçiyor	65	27,2
İçmiyor	174	72,8
Alkol kullanma durumu		
Düzenli olarak	37	15,5
Nadiren	117	49,0
Hayır	85	35,6

Çalışmaya katılan hekimlerin %17,1'i (n=41) intörn hekim, %35,6'sı (n=85) araştırma görevlisiydi. Hekimlerin %7,5'i (n=18) temel tıp bilimlerinde, %67,8'i (n=162) dahili tıp bilimlerinde, %24,7'si (n=59) cerrahi tıp bilimlerinde çalışmaktaydı. Çalışmaya katılan hekimlerin %94,6'sı (n=226) hekimlik mesleğini isteyerek seçtiğini, %10,0'u (n=24) hekimliği seçerek yanlış seçim yaptığını düşünüyordu. Hekimlerin %82,0'si (n=196) çalıştığı branşı istediğini, %48,1'i (n=115) imkanı olsa farklı branş seçeceğini belirtti. Hekimlerin mesleksen özelliklerinin dağılımı Tablo 3'te yer almaktadır.

Tablo 3. Hekimlerin mesleksel özelliklerinin dağılımı

Özellik	n	(%)
Unvan		
İntörn	41	17,1
Pratisyen	12	5,0
Araştırma görevlisi	85	35,6
Uzman	58	24,3
Dr. Öğ. Üyesi	26	10,9
Doçent	12	5,0
Profesör	5	2,1
Branş		
Temel tıp bilimleri	18	7,5
Dahili tıp bilimleri	162	67,8
Cerrahi tıp bilimleri	59	24,7
Hekimliği isteyerek seçme durumu		
Evet	226	94,6
Hayır	13	5,4
Hekimlik seçme ile ilgili düşüncesi		
Olumlu	90	37,7
Kararsız	125	52,3
Olumsuz	24	10,0
Çalıştığı branşı isteme durumu		
Evet	196	82,0
Hayır	43	18,0
Farklı branş seçmiş olma isteği		
Evet	115	48,1
Hayır	124	51,9

Çalışmada hekimlerin %79,5'i (n=190) nöbet tuttuğunu, %20,9'u (n=50) çalışma ortamından memnun olmadığını, %43,8'i (n=105) işin beklentilerini karşılamadığını, %94,6'sı (n=226) işyerindeki fiziki koşulları yetersiz bulduğunu belirtti. Hekimlerin %71,5'i (n=171) son bir yıl içinde çalıştığı kurumda hizmet içi eğitim aldığını, %8,8'i (n=21) her yıl kongre, kurs, seminer gibi etkinliklere katıldığını, %12,1'i (n=29) düzenli olarak tıbbi yayınları izlediğini, %15,1'i (n=36) işyerinde görev, sorumluluk ve yetkilerinin belirli olduğunu ifade etti. Çalışmaya katılan hekimlerin %90,8'i (n=217) gelecekle ilgili mesleksel kaygı taşıyordu. Hekimlerin çalışma koşulları ile ilgili özelliklerin dağılımı Tablo 4'te yer almaktadır.

Tablo 4. Hekimlerin çalışma koşulları ile ilgili özellikler

Özellik	n	(%)
Nöbet tutma durumu		
Evet	190	79,5
Hayır	49	20,5
Ortam memnuniyeti		
Evet	33	13,8
Kısmen	156	65,3
Hayır	50	20,9
İşin beklentileri karşılama		
Evet	20	8,4
Kısmen	114	47,8
Hayır	105	43,8
Fiziki koşullar		
Yeterli	13	5,4
Yetersiz	226	94,6
Son bir yılda hizmet içi eğitim alma		
Evet	171	71,5
Hayır	68	28,5
Kongre, kurs, seminer katılım		
Her yıl katılıyorum	21	8,8
Nadiren katılıyorum	148	61,9
Katılmıyorum	70	29,3
Tıbbi yayın izleme		
Düzenli	29	12,1
Düzensiz	137	57,3
Hayır	73	30,5
Görev, sorumluluk, yetki belirliliği		
Evet	36	15,1
Hayır	203	84,9
Mesleksel kaygı taşıma		
Evet	217	90,8
Hayır	22	9,2

Hekimlerin %12,1'i (n=29) işyerinde hasta veya hasta yakınları tarafından fiziksel şiddete, %63,2'si (n=151) sözel şiddete maruz kaldığını belirtti. Hekimlerin şiddete maruz kalma durumlarının dağılımı Tablo 5'te yer almaktadır.

Tablo 5. Hekimlerin şiddete maruz kalma durumları

Özellik	n	(%)
Fiziksel şiddete maruz kalma durumu		
Evet	29	12,1
Hayır	210	87,9
Sözel şiddete maruz kalma durumu		
Evet	151	63,2
Hayır	88	36,8

Çalışmaya katılan hekimlerin duygusal tükenme (DT) alt boyut puan ortalamaları 18,6±5,3, duyarsızlaşma (DY) alt boyut puan ortalamaları 8,3±3,5, kişisel başarı alt boyut puan ortalamaları 15,6±5,2 idi. Hekimlerin Maslach Tükenmişlik Ölçeği (MTÖ) alt boyut puan dağılımları Tablo 6'da yer almaktadır. Çalışmada DT alt boyutu Cronbach alfa değeri 0,83, DY alt boyutu Cronbach alfa değeri 0,70, KB alt boyutu Cronbach alfa değeri 0,81 olarak hesaplanmıştır.

Tablo 6. Hekimlerin MTÖ alt boyut puan dağılımları

	Ort.± SS	Min.	Maks.
Duygusal Tükenme	18,6±5,3	5	35
Duyarsızlaşma	8,3±3,5	0	20
Kişisel Başarı	15,6±5,2	5	27

Ort.: Ortalama SS: Standart sapma Min.: Minimum Maks.:Maksimum

Hekimlerin yaş gruplarına göre MTÖ alt boyut puan ortalamaları arasında üç alt boyutta da istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu ($p>0,05$) (Tablo 7).

Tablo 7. Hekimlerin yaş gruplarına göre MTÖ alt boyut puanlarının karşılaştırılması

Yaş	23-28 yaş	29-33 yaş	34-43 yaş	>43 yaş	p [†]
	Ort.±SS	Ort.±SS	Ort.±SS	Ort.±SS	
DT	18,0±5,7	19,0±5,3	19,3±4,8	18,1±5,4	0,330
DY	8,0±3,2	8,7±3,4	8,8±3,7	7,3±3,9	0,200
KB	15,7±5,3	16,3±4,9	15,1±5,3	14,6±5,0	0,474

†Kruskal Wallis testi

Çalışmada hekimlerin cinsiyetlerine göre DT ve DY alt boyut puan ortalamaları

arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu ($p>0,05$). Hekimlerin cinsiyetlerine göre KB puanları arasında fark vardı; erkek hekimlerin KB puanları kadın hekimlerden istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha düşüktü ($p=0,043$) (Tablo 8).

Tablo 8. Hekimlerin cinsiyetlerine göre MTÖ alt boyut puanlarının karşılaştırılması

Cinsiyet	Kadın	Erkek	p ^{††}
	Ort.±SS	Ort.±SS	
DT	18,9±5,4	18,4±5,2	0,537
DY	8,6±3,5	8,1±3,5	0,426
KB	16,3±5,0	14,9±5,3	0,043

^{††}Mann Whitney U testi

Hekimlerin medeni durumlarına göre MTÖ alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuyordu ($p>0,05$) (Tablo 9).

Tablo 9. Hekimlerin medeni durumlarına göre MTÖ alt boyut puanlarının karşılaştırılması

Medeni durum	Evli	Bekar	Dul/ boşanmış	p [†]
	Ort.±SS	Ort.±SS	Ort.±SS	
DT	19,0±5,2	19,0±5,6	20,3±3,3	0,116
DY	8,3±3,8	8,2±3,2	9,4±2,8	0,552
KB	15,0±4,9	16,2±5,3	16,2±5,7	0,173

[†]Kruskal Wallis testi

Hekimlerin çocuk sahibi olma durumlarına göre DY ve KB alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuyordu ($p>0,05$). DT alt boyutunda çocuk sahibi olan hekimlerin puan ortalamaları çocuk sahibi olmayanlardan anlamlı şekilde daha yüksekti ($p=0,039$) (Tablo 10). Hekimlerin cinsiyetlerine göre ayrılarak çocuk sahibi olma durumlarına göre MTÖ alt boyut puanları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı (her bir alt boyut için $p>0,05$).

Tablo 10. Hekimlerin çocuk sahibi olma durumlarına göre MTÖ alt boyut puanlarının karşılaştırılması

Çocuk sahibi olma durumu	Evli	Hayır	p ^{††}
	Ort.±SS	Ort.±SS	
DT	19,5±5,0	18,0±5,4	0,039
DY	8,5±4,0	8,2±3,1	0,521
KB	16,1±5,2	15,0±5,1	0,163

^{††}Mann Whitney U testi

Çocuk sayısı ile DT alt boyutu arasında anlamlı pozitif yönlü bir ilişki saptandı ($r=0,132$, $p=0,042$). Çocuk sayısı ile DY ve KB alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki yoktu ($p>0,05$) (Tablo 11).

Tablo 11. Hekimlerin çocuk sayıları ile MTÖ alt boyut puanları arasındaki ilişki

Çocuk sayısı	r	p
DT	0,132	0,042
DY	0,045	0,488
KB	-0,097	0,137

r: Spearman korelasyon katsayısı

Çalışmaya katılan hekimlerin gelir düzeyi gruplarına göre MTÖ alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu ($p>0,05$) (Tablo 12).

Tablo 12. Hekimlerin gelir düzeylerine göre MTÖ alt boyut puanlarının karşılaştırılması

Gelir düzeyi	0-1000 TL	1001-3000 TL	3001-10000 TL	>10000 TL	p [†]
	Ort.±SS	Ort.±SS	Ort.±SS	Ort.±SS	
DT	17,5±5,5	18,2±5,3	18,4±6,0	19,1±4,7	0,323
DY	6,8±3,8	8,0±3,1	8,1±3,3	8,8±3,6	0,089
KB	13,3±5,3	16,3±4,8	16,1±5,2	15,5±5,2	0,305

†Kruskal Wallis testi

Hekimlerin kronik hastalıklarının varlığına göre MTÖ alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuyordu ($p>0,05$) (Tablo 13).

Tablo 13. Hekimlerin kronik hastalık varlığı durumuna göre MTÖ alt boyut puanlarının karşılaştırılması

Kronik hastalık varlığı	Evet	Hayır	p ^{††}
	Ort.±SS	Ort.±SS	
DT	18,4±6,6	18,7±5,1	0,933
DY	7,2±4,6	8,5±3,3	0,061
KB	13,9±5,1	15,8±5,2	0,061

††Mann Whitney U testi

Düzenli ilaç kullanan hekimlerin DY ve KB alt boyut puanları düzenli ilaç

kullanmayan hekimlerden istatistiksel olarak anlamlı şekilde düşüktü ($p=0,028$ ve $p=0,025$). DT alt boyut puanları arasında anlamlı fark yoktu ($p>0,05$) (Tablo 14).

Tablo 14. Hekimlerin düzenli ilaç kullanım durumuna göre MTÖ alt boyut puanlarının karşılaştırılması

Düzenli ilaç kullanımı	Evet	Hayır	p ⁺⁺
	Ort.±SS	Ort.±SS	
DT	18,7±7,1	18,6±5,0	0,908
DY	7,1±4,8	8,5±3,3	0,028
KB	13,7±5,2	15,9±5,1	0,025

⁺⁺Mann Whitney U testi

Çalışmada hekimlerin düzenli spor yapma durumuna (haftada en az 3 gün) göre DT ve DY alt boyut puanları arasında anlamlı fark yoktu ($p>0,05$). Düzenli spor yapan hekimlerin KB puanları düzenli spor yapmayan hekimlerden anlamlı şekilde daha yüksekti ($p=0,046$) (Tablo 15).

Tablo 15. Hekimlerin düzenli spor yapma durumuna göre MTÖ alt boyut puanlarının karşılaştırılması

Düzenli spor yapma durumu (haftada en az 3 gün)	Evet	Hayır	p ⁺⁺
	Ort.±SS	Ort.±SS	
DT	18,6±4,2	18,6±5,6	0,813
DY	9,0±2,9	8,2±3,6	0,111
KB	16,8±4,9	15,3±5,2	0,046

⁺⁺Mann Whitney U testi

Hekimlerin uyku problemi yaşama durumuna göre MTÖ DT alt boyut puanları arasında anlamlı fark yoktu ($p>0,05$). Uyku sorunu olan hekimlerin DY ve KB alt boyut puanları uyku sorunu olmayan hekimlerden istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha düşüktü ($p=0,033$ ve $p<0,001$) (Tablo 16).

Tablo 16. Hekimlerin uyku problemi yaşama göre MTÖ alt boyut puanlarının karşılaştırılması

Uyku problemi yaşama	Evet	Hayır	p⁺⁺
	Ort.±SS	Ort.±SS	
DT	19,3±5,8	18,3±5,0	0,696
DY	7,7±3,3	8,6±3,5	0,033
KB	13,5±4,5	16,6±5,1	<0,001

⁺⁺Mann Whitney U testi

Çalışmaya katılan hekimlerin tatile çıkma sıklığına göre MTÖ DT ve DY alt boyut puanları arasında anlamlı fark yoktu ($p>0,05$). Hekimlerin tatile çıkma sıklığına göre KB puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardı ($p=0,002$); nadiren tatile çıkan hekimlerin KB puanları her yıl tatile çıkan hekimlerden ve çıkmayan hekimlerden daha yüksekti (Tablo 17).

Tablo 17. Hekimlerin tatile çıkma sıklığına göre MTÖ alt boyut puanlarının karşılaştırılması

Tatile çıkma sıklığı	Her yıl	Nadiren	Çıkıyor	p[†]
	Ort.±SS	Ort.±SS	Ort.±SS	
DT	18,5±5,1	18,8±5,0	18,7±7,4	0,798
DY	7,9±3,6	8,8±3,2	7,6±4,4	0,060
KB	15,0±5,0	16,9±5,1	12,8±5,1	0,002

[†]Kruskal Wallis testi

Hekimlerin sosyal etkinliklere katılma durumuna göre DT ve DY alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuyordu ($p>0,05$). Sosyal etkinliklere katılan hekimlerin KB puanları katılmadığını belirten hekimlerden daha düşüktü ($p=0,029$) (Tablo 18).

Tablo 18. Hekimlerin sosyal etkinliklere katılımına göre MTÖ alt boyut puanlarının karşılaştırılması

Sosyal etkinliklere katılma	Evet	Hayır	p⁺⁺
	Ort.±SS	Ort.±SS	
DT	17,0±5,8	18,9±5,2	0,051
DY	7,9±4,4	8,4±3,3	0,290
KB	13,9±5,8	15,9±5,0	0,029

⁺⁺Mann Whitney U testi

Çalışmaya katılan hekimlerin sigara içme durumuna göre MTÖ alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu ($p>0,05$) (Tablo 19).

Tablo 19. Hekimlerin sigara içme durumuna göre MTÖ alt boyut puanlarının karşılaştırılması

Sigara içme durumu	İçiyor Ort.±SS	İçmiyor Ort.±SS	p^{††}
DT	18,8±5,5	18,5±5,2	0,982
DY	8,6±3,3	8,2±3,6	0,442
KB	15,4±5,3	15,7±5,1	0,630

^{††}Mann Whitney U testi

Ayrıca hekimlerin sigara içme süreleri ile MTÖ alt boyut puanları arasında anlamlı ilişki saptanmadı ($p>0,05$) (Tablo 20).

Tablo 20. Hekimlerin sigara içme süresi ile MTÖ alt boyut puanları arasındaki ilişki

Sigara içme süresi (yıl)	r	p
DT	-0,028	0,667
DY	0,034	0,599
KB	-0,042	0,518

r: Spearman korelasyon katsayısı

Çalışmaya katılan hekimlerin alkol kullanım sıklığına göre DT, DY ve KB alt boyut puanları arasında anlamlı fark vardı (sırasıyla $p=0,007$, $p<0,001$, $p=0,001$). Düzenli olarak alkol kullandığını belirten hekimlerin DT, DY puanları nadiren kullandığını ve hiç kullanmadığını belirten hekimlerden anlamlı şekilde daha yüksek, KB puanları daha düşüktü (Tablo 21).

Tablo 21. Hekimlerin alkol kullanma durumuna göre MTÖ alt boyut puanlarının karşılaştırılması

	Düzenli olarak	Nadiren	Hayır	
	Ort.±SS	Ort.±SS	Ort.±SS	p[†]
DT	19,4±4,1	19,5±4,7	17,1±6,1	0,007
DY	9,8±2,3	9,2±3,2	6,5±3,6	<0,001
KB	12,1±4,0	17,3±5,0	18,4±3,5	<0,001

[†]Kruskal Wallis testi

Çalışmaya katılan hekimlerden temel tıp bilimleri branşında çalışan hekimlerin DT ve DY puanları cerrahi tıp bilimlerinde ve dahili bilimlerde çalışan hekimlerden daha düşük, KB puanları ise daha yüksekti. Hekimlerin çalıştıkları branşa göre her üç MTÖ alt boyut puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardı (sırasıyla p=0,002, p=0,013, p=0,001). Çalıştıkları branşa göre hekimlerin MTÖ alt boyut puan dağılımları Tablo 22’de yer almaktadır.

Tablo 22. Hekimlerin branşına göre MTÖ alt boyut puanlarının karşılaştırılması

Branşı	Temel tıp bilimleri	Dahili tıp bilimleri	Cerrahi tıp bilimleri	
	Ort.±SS	Ort.±SS	Ort.±SS	p[†]
DT	15,1±5,8	18,9±5,4	18,8±4,3	0,002
DY	7,0±3,4	8,2±3,6	9,2±3,0	0,013
KB	19,8±5,1	14,9±5,3	16,2±4,1	0,001

[†]Kruskal Wallis testi

Çalışmada hekimlerin meslekte çalışma süreleri ile MTÖ alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmadı (p>0,05) (Tablo 23).

Tablo 23. Hekimlerin meslekte çalışma süreleri ile MTÖ alt boyut puanları arasındaki ilişki

Meslekte çalışma süresi (yıl)	r	p
DT	0,090	0,165
DY	0,031	0,633
KB	-0,058	0,374

r: Spearman korelasyon katsayısı

Araştırma görevlilerinin araştırma görevlisi olarak çalıştıkları süre ile DY ve KB puanları arasında anlamlı ilişki yoktu ($p>0,05$). DT puanları ise çalışma süresi arttıkça azalmaktaydı ($r=-0,242$, $p=0,026$) (Tablo 24).

Tablo 24. Araştırma görevlisi olarak çalışma süresi ile MTÖ alt boyut puanları arasındaki ilişki

Araştırma görevlisi olarak çalışma süresi (yıl)	r	p
DT	-0,242	0,026
DY	-0,109	0,319
KB	-0,042	0,706

r: Spearman korelasyon katsayısı

Katılımcıların hekimlik mesleğini isteyerek seçme durumuna göre MTÖ alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu ($p>0,05$) (Tablo 25).

Tablo 25. Hekimlerin mesleği isteyerek seçme durumuna göre MTÖ alt boyut puanlarının karşılaştırılması

Mesleği isteyerek seçme durumu	Evet	Hayır	p^{††}
	Ort.±SS	Ort.±SS	
DT	18,5±5,3	20,2±5,7	0,664
DY	8,3±3,5	8,5±3,9	0,791
KB	15,7±5,2	13,7±4,2	0,125

^{††}Mann Whitney U testi

Çalışmada hekimlerin mesleğini seçme hakkındaki düşüncelerine göre MTÖ alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuyordu ($p>0,05$) (Tablo 26).

Tablo 26. Hekimlerin mesleğini seçme hakkındaki düşüncelerine göre MTÖ alt boyut puanlarının karşılaştırılması

Hekimlik mesleğini seçme hakkındaki düşüncesi	Olumlu	Kararsız	Olumsuz	
	Ort.±SS	Ort.±SS	Ort.±SS	p[†]
DT	16,3±5,5	19,4±4,0	23,2±6,0	0,664
DY	7,3±3,5	8,7±3,3	10,3±3,0	0,791
KB	14,3±5,4	16,2±4,9	17,2±4,7	0,125

[†]Kruskal Wallis testi

Çalışmaya katılan hekimlerden çalıştığı branşı isteyerek seçenlerin DT (p=0,002) ve DY (p=0,006) puanları çalıştığı branşı istemeyerek seçenlerden anlamlı şekilde daha düşük, KB puanları (p=0,031) anlamlı şekilde daha yüksek olarak saptandı (Tablo 27).

Tablo 27. Hekimlerin çalıştığı branşı isteyerek seçme durumuna göre MTÖ alt boyut puanlarının karşılaştırılması

Çalıştığı branşı isteyerek seçme	Evet	Hayır	
	Ort.±SS	Ort.±SS	p^{††}
DT	18,2±5,2	20,7±5,1	0,002
DY	8,1±3,4	9,6±3,6	0,006
KB	15,3±5,0	17,2±5,5	0,031

^{††}Mann Whitney U testi

İmkani olsa farklı branş seçeceğini belirten hekimlerin DT puanları seçmeyeceğini belirten hekimlerden anlamlı şekilde daha yüksekti (p=0,001). Hekimlerin farklı branş seçme isteğine göre DY ve KB puanları arasında anlamlı fark yoktu (p>0,05) (Tablo 28).

Tablo 28. Hekimlerin farklı branş seçme isteğine göre MTÖ alt boyut puanlarının karşılaştırılması

Farklı branş seçme isteği	Evet	Hayır	
	Ort.±SS	Ort.±SS	p^{††}
DT	19,9±5,5	17,4±4,8	0,001
DY	8,4±3,5	8,3±3,4	0,963
KB	15,0±5,2	16,2±5,1	0,055

^{††}Mann Whitney U testi

Çalışmada nöbet tutan hekimlerin DT puanları nöbet tutmayan hekimlerden

anlamli şekilde daha yuksek ($p=0,032$), KB puanlari anlamli şekilde daha dusuktu ($p=0,003$). Nobet tutan ve tutmayan hekimlerin DY puanlari arasinda anlamli fark yoktu ($p>0,05$) (Tablo 29).

Tablo 29. Hekimlerin nobet tutma durumuna gore MTÖ alt boyut puanlarinin karšilastirilmesi

Nöbet tutma durumu	Evet	Hayır	p^{††}
	Ort.±SS	Ort.±SS	
DT	19,0±5,2	17,1±5,3	0,032
DY	8,4±3,5	8,1±3,5	0,665
KB	15,1±5,1	17,6±5,0	0,003

†† Mann Whitney U testi

Hekimlerin aylık ortalama nöbet sayıları ile DT puanları arasında anlamli pozitif yönlü iliŒki ($r=0,137$, $p=0,034$), KB puanları ile anlamli negatif yönlü iliŒki ($r=-0,211$, $p<0,001$) mevcuttu. Aylık nöbet sayıları ile DY puanları arasında istatistiksel olarak anlamli iliŒki yoktu ($p>0,05$) (Tablo 30).

Tablo 30. Hekimlerin aylık ortalama nöbet sayısı ile MTÖ alt boyut puanları arasındaki iliŒki

Aylık ortalama nöbet sayısı	r	p
DT	0,137	0,034
DY	0,001	0,996
KB	-0,211	<0,001

r: Spearman korelasyon katsayısı

ÇalıŒmaya katılan hekimlerin haftalık çalıŒma saatleri ile DT puanları arasında anlamli pozitif yönlü iliŒki ($r=0,127$, $p=0,049$), KB puanları ile anlamli negatif yönlü iliŒki ($r=-0,159$, $p=0,014$) vardı. Haftalık çalıŒma saatleri ile DY puanları arasında istatistiksel olarak anlamli iliŒki yoktu ($p>0,05$) (Tablo 31).

Tablo 31. Hekimlerin haftalık çalışma saati ile MTÖ alt boyut puanları arasındaki ilişki

Haftalık çalışma saati	r	p
DT	0,127	0,049
DY	0,034	0,596
KB	-0,159	0,014

r: Spearman korelasyon katsayısı

Çalışmaya katılan hekimlerin günlük baktıkları hasta sayıları ile DT ($r=0,259$, $p<0,001$) ve DY ($r=0,141$, $p=0,030$) puanları arasında anlamlı pozitif yönlü ilişki, KB puanları ile anlamlı negatif yönlü ilişki ($r=-0,240$, $p<0,001$) vardı (Tablo 30).

Tablo 32. Hekimlerin günlük baktıkları hasta sayıları ile MTÖ alt boyut puanları arasındaki ilişki

Günlük bakılan hasta sayısı	r	p
DT	0,259	<0,001
DY	0,141	0,030
KB	-0,240	<0,001

r: Spearman korelasyon katsayısı

Çalışmaya katılan hekimlerden çalışma ortamından memnun olduğunu belirten hekimlerin DT, DY puanları kısmen memnun olan ve memnun olmayan hekimlerden daha düşük, KB puanları daha yüksekti. Hekimlerin çalışma ortamından memnuniyetine göre MTÖ alt boyutlarının üçünde de anlamlı fark vardı ($p<0,001$) (Tablo 33).

Tablo 33. Hekimlerin çalışma ortamı memnuniyetine göre MTÖ alt boyut puanlarının karşılaştırılması

Çalışma ortamı memnuniyeti	Evet	Kısmen	Hayır	p[†]
	Ort.±SS	Ort.±SS	Ort.±SS	
DT	15,1±5,8	18,7±4,7	20,8±5,6	<0,001
DY	6,1±3,2	8,4±3,3	9,8±3,6	<0,001
KB	15,8±5,5	16,3±4,9	12,0±4,7	<0,001

[†]Kruskal Wallis testi

İşin beklentilerini karşılamadığını belirten hekimlerin DT ve DY puanları kısmen karşıladığını ve karşıladığını belirten hekimlerden daha yüksek (her ikisi için de $p<0,001$), KB puanları daha düşüktü ($p<0,001$). Çalışmaya katılan hekimlerin işin beklentilerini karşılama durumuna MTÖ alt boyut puanları arasında anlamlı fark saptandı (Tablo 34).

Tablo 34. Hekimlerin işin beklentilerini karşılama durumuna göre MTÖ alt boyut puanlarının karşılaştırılması

İşin beklentileri karşılama durumu	Evet	Kısmen	Hayır	p^+
	Ort.±SS	Ort.±SS	Ort.±SS	
DT	12,6±5,7	18,1±5,1	20,3±4,5	<0,001
DY	5,7±3,6	7,5±3,4	9,7±3,0	<0,001
KB	17,7±4,7	14,5±4,9	10,7±3,1	<0,001

[†]Kruskal Wallis testi

İşyerinin fiziki koşullarını yetersiz bulan hekimlerin DT ($p=0,026$), DY ($p=0,004$) ve KB ($p=0,022$) puanları yeterli bulan hekimlerden istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksekti (Tablo 35).

Tablo 35. Hekimlerin işyerinin fiziki koşulları yeterli bulma durumuna göre MTÖ alt boyut puanlarının karşılaştırılması

Fiziki koşulları yeterli bulma	Yeterli	Yetersiz	p^{++}
	Ort.±SS	Ort.±SS	
DT	15,2±7,3	18,8±5,1	0,026
DY	5,6±3,2	8,5±3,4	0,004
KB	12,4±4,4	15,8±5,2	0,022

⁺⁺Mann Whitney U testi

Çalışmaya katılan hekimlerin son bir yıl içinde hizmet içi eğitim alma durumuna göre MTÖ alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu ($p>0,05$) (Tablo 36).

Tablo 36. Hekimlerin son bir yıl içinde hizmet içi eğitim alma durumuna göre MTÖ alt boyut puanlarının karşılaştırılması

Son bir yıl içinde hizmet içi eğitim alma durumu	Evet		Hayır	
	Ort.±SS	Ort.±SS	p ^{††}	
DT	18,7±5,1	18,4±5,8	0,429	
DY	8,3±3,6	8,3±3,2	0,850	
KB	15,6±5,3	15,7±4,9	0,871	

^{††}Mann Whitney U testi

Çalışmaya katılan hekimlerden kongre, kurs, seminer gibi etkinliklere her yıl katıldığını belirten hekimlerin DT, DY puanları nadiren katılan ve katılmayan hekimlerden daha düşük, KB puanları daha yüksekti. Hekimlerin kongre, kurs, seminer gibi etkinliklere katılma durumları ile DT, DY ve KB puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunuyordu (sırasıyla p=0,009, p=0,005, p=0,004). Hekimlerin kongre, kurs, seminer gibi etkinliklere katılma durumuna göre MTÖ alt boyut puanlarının karşılaştırılması Tablo 37’te yer almaktadır.

Tablo 37. Hekimlerin kongre, kurs, seminer gibi etkinliklere katılma durumuna göre MTÖ alt boyut puanlarının karşılaştırılması

Kongre, kurs, seminer gibi etkinliklere katılma durumu	Her yıl	Nadiren	Katılmıyorum	p [†]
	Ort.±SS	Ort.±SS	Ort.±SS	
DT	15,3±5,8	18,5±4,8	20,0±5,7	0,009
DY	6,0±3,7	8,4±3,2	8,8±3,8	0,005
KB	16,5±5,1	15,7±5,0	12,0±5,2	0,004

[†]Kruskal Wallis testi

Hekimlerin tıbbi yayın izleme durumlarına göre DT, DY ve KB puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardı (sırasıyla p=0,021, p<0,001, p<0,001). Düzenli olarak tıbbi yayın izlediğini belirten hekimlerin DT, DY puanları en düşük, KB puanları ise en yüksekti. Hekimlerin tıbbi yayın izleme durumuna göre MTÖ alt boyut puanlarının karşılaştırılması Tablo 38’de yer almaktadır.

Tablo 38. Hekimlerin tıbbi yayın izleme durumuna göre MTÖ alt boyut puanlarının karşılaştırılması

Tıbbi yayın izleme durumu	Düzenli	Düzensiz	Hayır	p [†]
	Ort.±SS	Ort.±SS	Ort.±SS	
DT	16,0±5,6	18,7±4,8	19,5±5,8	0,021
DY	6,0±3,5	8,5±3,1	9,0±3,8	0,001
KB	16,6±5,1	16,2±4,7	10,5±4,4	<0,001

[†]Kruskal Wallis testi

İşyerinde görev, sorumluluk ve yetkilerin belirli olduğunu belirten hekimlerin DT, DY ve KB puanları görev, yetki ve sorumlulukları belirli olmadığını belirten hekimlerden anlamlı şekilde daha düşüktü (p<0,001) (Tablo 39).

Tablo 39. Hekimlerin işyerinde görev, sorumluluk ve yetkilerin belirli olma durumuna göre MTÖ alt boyut puanlarının karşılaştırılması

İşyerinde görev,sorumluluk ve yetkilerin belirli olma durumu	Evet	Hayır	p ^{††}
	Ort.±SS	Ort.±SS	
DT	15,6±6,6	19,2±4,8	<0,001
DY	5,5±3,1	8,8±3,3	<0,001
KB	12,1±4,5	16,2±5,0	<0,001

^{††}Mann Whitney U testi

İşyerinde hasta veya hasta yakınları tarafından fiziksel şiddete uğramış olan hekimlerin uğramamış hekimlerden DT puanları anlamlı şekilde daha yüksekti (p=0,007). Hekimlerin fiziksel şiddete uğrama durumlarına göre DY ve KB puanları arasında anlamlı fark yoktu (p>0,05) (Tablo 40).

Tablo 40. Hekimlerin fiziksel şiddete maruz kalma durumuna göre MTÖ alt boyut puanlarının karşılaştırılması

Fiziksel şiddete maruz kalma durumu	Evet	Hayır	p ^{††}
	Ort.±SS	Ort.±SS	
DT	21,1±5,9	18,3±5,1	0,007
DY	9,3±3,9	8,2±3,4	0,145
KB	14,4±5,4	15,8±5,1	0,185

^{††}Mann Whitney U testi

İşyerinde hasta veya hasta yakınları tarafından sözel şiddete uğramış olan hekimlerin uğramamış hekimlerden DT ve DY puanları anlamlı şekilde daha yüksekti

($p=0,001$ ve $p=0,020$). Hekimlerin sözel şiddete uğrama durumlarına göre KB puanları arasında anlamlı fark yoktu ($p>0,05$) (Tablo 41).

Tablo 41. Hekimlerin sözel şiddete maruz kalma durumuna göre MTÖ alt boyut puanlarının karşılaştırılması

Sözel şiddete maruz kalma durumu	Evet	Hayır	
	Ort.±SS	Ort.±SS	p^{††}
DT	19,8±5,1	16,6±5,0	0,001
DY	8,7±3,6	7,6±3,2	0,020
KB	15,3±5,1	16,1±5,2	0,287

^{††}Mann Whitney U testi

5. TARTIŞMA

Bu çalışma, Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi'ndeki son sınıf öğrencileri ve hekimlerin tükenmişlik sendromu düzeyleri ve ilişkili faktörleri incelemek amacıyla yapılmıştır. Tükenmişlik alanında yapılan araştırmalar, tükenmişliğin daha çok insanlarla yüzyüze ilişki gerektiren mesleklerde görülen bir durum olduğunu göstermektedir. Bu nedenle sağlık personeli; özellikle doktor ve hemşireler, tükenmişlik düzeyleri yönünden en fazla incelenen meslekler arasındadır (79). Hekimlerdeki tükenmişlik düzeylerinin diğer meslek alanlarında çalışanlar ile karşılaştırıldığı bir çalışmada; hekimler arasındaki tükenmişlik prevalansının çok daha yüksek olduğu belirtilmiştir. Aynı çalışmada hekimlerin mesai saatlerinin diğer mesleklerde çalışan bireylerden daha uzun olduğu, hekimlerin işleri ile özel hayatları arasındaki dengeyi kurmada zorlu bir mücadele verdikleri ifade edilmiştir (18). Tükenmişlik bireylerin işleri gereği karşılaştıkları kişilere karşı duyarsızlaşmaları, duygusal yönden kendilerini tükenmiş hissetmeleri ve kişisel başarı duygularının azalması şeklinde ortaya çıkar (18). Tükenmişlik araştırmalarında kullanılan MTÖ de bu alt boyutları ayrı ayrı değerlendirmektedir. MTÖ Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında sınır değeri bulunmadığından, çalışmamızda da tükenmişlik düzeyleri ile ilgili gruplandırma yapılamamış tükenmişlik durumu görece yüksek/düşük olarak değerlendirilmiştir (80).

Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde çalışmakta olan son sınıf öğrencileri ve hekimler ile yapılan çalışmamıza benzer nitelikteki araştırmada katılımcıların DT puanı $18,4 \pm 7,0$, DY puanı $7,1 \pm 3,8$ ve KB puanı $20,6 \pm 4,8$ olarak saptanmıştır (81). Selçuk Tıp Fakültesi'nde öğretim üyeleri ve araştırma görevlileri ile yapılan çalışmada DT puanı $16,4 \pm 7,8$, DY puanı $6,2 \pm 3,9$ ve KB puanı $20,3 \pm 4,6$ olarak belirlenmiştir (82). İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesi'nde görev yapmakta olan araştırma görevlisi doktorların MTÖ alt boyutlarından aldıkları DT, DY, KB puanları sırasıyla $17,3 \pm 6,8$, $7,5 \pm 3,4$, $19,4 \pm 3,3$ olarak bulunmuştur (83). Çalışmamızda, hekimlerin DT puan ortalamaları $18,6 \pm 5,3$, DY puan ortalamaları $8,3 \pm 3,5$, kişisel başarı puan ortalamaları $15,6 \pm 5,2$ 'dir. Bu sonuçlara göre çalışmaya dahil edilen katılımcıların en çok benzerlik gösterdiği Pamukkale Üniversitesi'nde yapılan

çalışmadaki DT, DY puanlarının çalışmamızdaki DT, DY puanları ile benzer olduğu; KB puanının ise çalışmamızda diğer çalışmalardan daha düşük olduğu görülmektedir. Bu durum çalışmalara dahil edilen hekimlerin deneyim ve ünvanlarına göre dağılım farklılıklarından kaynaklanmış olabilir.

Literatürde yer alan birçok araştırmada yaş ile tükenmişlik arasında anlamlı fark saptanmadığı belirtilmektedir (81, 84, 85). Bunun yanında hekimler ile diğer meslek alanlarında çalışanların karşılaştırıldığı bir çalışmada iki grupta da her bir yıl yaş artışıyla tükenmişlik düzeyinin azalmakta olduğu gösterilmiştir (18). Brewer ve Shapard tarafından yapılan meta analiz sonuçlarına göre de genç yaşta olan ve deneyimi az olan çalışanlar daha fazla tükenmektedirler (86). Tüm bu sonuçlarla birlikte, literatürde yaş ile beraber tükenmişliğin de arttığını gösteren çalışmalar mevcuttur (87, 88). Maslach ve arkadaşları ise yaşın iş deneyimi ile karıştırıldığını, tükenmişlik yönünden bireyin daha genç mi yoksa daha deneyimsiz mi olduğunun riskliliğinin ayrışmadığını belirtmiştir (24). Çalışmamızda hekimlerin yaş gruplarına göre tükenmişlik düzeyleri arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Bu durum çalışmamıza dahil edilen farklı yaş grubundaki hekimlerin ünvanlarının, çalıştıkları branşların, meslekte çalışma sürelerinin ve çalışma şartlarının (nöbet, çalışma saatleri, fiziki koşullar gibi) birbirinden farklı olmasından kaynaklanmış olabilir.

Cinsiyet değişkeni ile tükenmişlik alt boyutlarının puan ortalamaları arasındaki ilişkinin daha önce yapılan çalışmalarda birbirinden farklı sonuçlara sahip olduğu dikkat çekmektedir. Maslach ve ark. tükenmişlikte cinsiyet değişkeninin etkisi için kesin ifadelerde bulunmanın çok zor olduğunu belirtmişlerdir (89). Bazı çalışmalar katılımcıların cinsiyetlerine göre, tükenmişlik alt boyut puanları arasında anlamlı farklılık olmadığını göstermektedir (81, 90, 91). Asistan hekimlerin tükenmişlikleri ile ilgili 67 araştırma sonuçlarını inceleyen bir derlemede cinsiyetin tükenmişlikle ilgili belirleyici bir faktör olmadığı belirtilmiştir (92). Aslan ve ark. yaptığı Türk Tabipler Birliği'ne kayıtlı doktorlarda tükenmişlik seviyelerinin incelendiği çalışmada, tükenmişliğin DT alt boyutunda kadın ve erkekler arasında anlamlı fark bulunmadığı, DY ve KB puanları bakımından kadınların daha tükenmiş olduğu bildirilmiştir (93). Tükenmişliğin kadınlarda daha fazla olduğunu gösteren başka çalışmalar da mevcuttur

(94, 95). Taycan ve ark. Muş ilinde görev yapmakta olan 139 hekim üzerinde yaptıkları çalışmada kadın ve erkekler arasında duygusal tükenme ve duyarsızlaşma puan ortalamaları açısından anlamlı bir fark tespit etmez iken, kişisel başarı puan ortalamalarını kadınlarda erkeklerden istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek bulmuşlardır (96). Bu çalışmanın bulguları çalışmamıza benzer özellikler göstermektedir. Çalışmamızda da DT ve DY puanları arasında fark bulunmamıştır. Erkek hekimlerin KB puanları ise kadın hekimlerden anlamlı şekilde daha düşük bulunmuştur ve bu durum kadınların mesleki gelişimleri ile ilgili konulara daha fazla ilgili olmalarından kaynaklanmış olabilir. Ayrıca kadın ve erkek hekimlerin nöbet, çalışma şartları gibi nedenlerle branş seçme durumlarının farklılık göstermiş olması; bilimsel ve mesleki çalışmalara branşları ve çalışma şartları gereği ayırabildikleri zaman dağılımlarının değişmesi tükenmişlik düzeyleri arasındaki farkı açıklayabilir.

Medeni durum değişkenine göre değerlendirildiğinde birçok çalışmada bekarlarda DT, DY ve KB puanları evlilerden daha yüksek bulunmuştur (80, 82, 97, 98). Maslach ve Jackson evlilerde bekarlara göre daha az tükenmişlik görüldüğünü tespit etmiş, bu durumu evlilerin krizlerle başa çıkmada ve kişiler arası ilişkilerde deneyimlerinin fazla olması sonucu problem çözme becerilerinin gelişmiş olabileceği şeklinde açıklamıştır (34, 89). Aynı zamanda tükenmişlik belirtilerinin evlilerde daha az görülmesi, eşlerin birbirlerine destek olarak tükenmişlik yaşama riskini azaltması ile de açıklanabilmektedir (95). Bununla birlikte medeni duruma göre tükenmişlik alt boyutunda anlamlı farklılıklar tespit etmemiş olan çalışmalar da mevcuttur (99-102). Çalışmamızda medeni duruma göre MTÖ alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamakla birlikte; dul/boşanmışların DT, DY puanları yüksek, evlilerin KB puanları düşük bulunmuştur. Evli bireyler evliliklerinin getirdiği sorumluluklar nedeniyle mesleki gelişimlerine istedikleri kadar vakit ayıramıyor olmaları nedeniyle KB puanları düşük olabilir. Dul/boşanmış bireyler ise alışmış oldukları sosyal destekten uzak oldukları için DT ve DY puanları yüksek olabilir.

Tükenmişlik ile ilgili yapılan birçok çalışmada çocuk sahibi olma durumuyla tükenmişlik alt boyut puanları arasında anlamlı farklılıklar bulunmamıştır (99, 101, 103).

Literatüre benzer şekilde çalışmamızda da hekimlerin çocuk sahibi olma durumlarına göre KB ve DY alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuyordu. DT puanları ise çocuk sahibi olanlarda daha yüksek olarak saptandı. Bu durum hem işiyle ilgilenmesi hem çocuklarıyla maddi ve manevi olarak ilgilenmesi gereken hekimlerin daha çok yorulmasından kaynaklanıyor olabilir.

Gelir durumu ile tükenmişlik ilişkisi değerlendirildiğinde ise Pamukkale Üniversitesi ve Harran Üniversitesi Tıp Fakültesinde hekimlerle yapılan çalışmalarda anlamlı farklılık olmadığını ancak, gelir durumu kötü olanların DT puanları daha yüksek, KB puanları daha düşük olduğu saptanmıştır (81, 100). Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesinde araştırma görevlileri ve öğretim üyeleri ile yapılan çalışmalarda aldığı ücreti yeterli bulmayan hekimlerde, yeterli bulanlara göre DT ve DY puanları anlamlı derecede yüksek iken, KB puanlarının anlamlı derecede düşük olduğu bildirilmiştir (84). Çalışmamızda araştırmaya katılan hekimlerin gelir düzeyi gruplarına göre MTÖ alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı fark yoktu. Bununla birlikte gelir düzeyi 1000 TL'nin altında olan hekimlerin KB en düşük, gelir düzeyi 10000 TL'nin üzerinde olan hekimlerin DT, DY puanları en yüksek saptanmıştır. Gelir düzeyi en düşük olan grubun tıp fakültesi son sınıf öğrencilerinden oluşmakta olması bu grupta mesleki yeterlilik düzeylerini gösteren KB puanlarının daha düşük olmasının nedeni olabilir. Gelir düzeyi en yüksek olan grupta gözlenen artmış DT ve DY puanları artan mesai saatleri, nöbet sayıları meslekte geçirilen uzun süre sonucu yaşanan yorgunluktan kaynaklanıyor olabilir.

Yapılan müdahale çalışmalarında bireysel ya da gruplar halinde spor yapmanın, fiziksel aktivitenin ve işyerinde yapılan egzersizlerin tükenmişliği ve çalışma stresini azalttığı görülmüştür (51). Tıp fakültesi öğrencilerinde yapılan bir araştırma da azalan egzersiz sıklığının, düşük kişisel başarı ile anlamlı derecede ilişkili olduğunu göstermiştir (104). Çalışmamızda da hekimlerin düzenli spor yapma durumuna (haftada en az 3 gün) göre DT ve DY alt boyut puanları arasında anlamlı fark bulunmazken, düzenli spor yapan hekimlerin KB puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Düzenli spor yapmanın bireyleri tükenmişlikten koruyan bir faktör olduğu düşünülmektedir.

Patolojik uyku hali ve yetersiz uyku, önemli ölçüde daha düşük mesleki etkinlik

ve daha yüksek tükenme skorları ile ilişkilidir.İspanya’da hekimlerin uykusuzluk semptomlarının yaygınlığı, uyku kalitesi ve tükenmişlikleri arasındaki ilişkinin araştırılması amacıyla yapılan bir çalışma sonucunda tükenmişliğin tüm uykusuzluk semptomlarıyla yüksek düzeyde ilişkili olduğu saptanmıştır (104).Hekimlerle ve tıp fakültesi öğrencileri ile yapılan farklı çalışmalarda da benzer şekilde artan tükenmişlik düzeyi ile uyku düzensizlikleri ve uyku problemlerinin arttığı, uyku kalitesinin ise düştüğü belirlenmiştir (105, 106). Çalışmamız sonuçlarında ise hekimlerin uyku problemi varlığına göre MTÖ, DT puanları arasında anlamlı fark bulunmamakta iken, uyku problemi olanların DY ve KB alt boyut puanları daha düşüktür. Bu durum uyku problemi yaşayan hekimlerin çalışma performanslarının etkilenmiş olmasından kaynaklanıyor olabilir. Nöbet ve yoğun çalışma saatleri nedeniyle yaşanan uyku problemleri tükenmişliği artırırken, artan tükenmişlik düzeyleri de uyku düzeni ve kalitesini olumsuz etkileyebilir. Bu durumda uyku kalitesi ile tükenmişlik arasında iki yönlü bir etkileşimin var olduğu düşünülmektedir.

Tükenmişlik alanında yapılmış ulusal ve uluslararası çalışmalar tatile çıkan hekimlerin daha az tükenmişlik yaşadığını ve tatil sonrası hekimlerin mevcut tükenmişlik düzeyinde düşme olduğunu göstermektedir (83, 107-110). Koşan ve ark. Erzurum’da çalışan hekimlerde yaptığı çalışmada tatile çıkmayanların duygusal tükenmişlik riskinin her yıl tatile çıkanlardan 3 kat fazla olduğu bulunmuştur (111). Çalışmamızda da hekimlerin tatile çıkma sıklığına göre DT ve DY arasında anlamlı fark yokken, tatile çıkmayan hekimlerin KB puanları daha düşüktü. Tatil gibi belirli aralıklarla kişilerin iş stresinden uzaklaşarak bedensel ve zihinsel olarak dinlenme fırsatı yaratan aktiviteler yapmasının tükenmişliğe karşı koruyucu bir faktör olabileceği söylenebilir.

Pek çok çalışma sosyal aktivitelerin ve doğru bir iş/sosyal yaşam dengesinin tükenmişliği önleyici etkilerine dikkat çekmektedir (13,95). Ülkemizde araştırma görevlisi hekimlerle yapılan çeşitli çalışmalarda, sosyal aktivitelere katılmayanların MTÖ üç alt boyut puanları yüksek saptanmıştır (82, 91, 94, 112). Çalışmamızda da, benzer şekilde sosyal etkinliklere katılmadığını belirten hekimlerin 3 alt boyut puanları da daha yüksek olup, bu fark sadece KB alt boyutunda anlamlı bulunmuştur. Sosyal

aktivitelere katılım kişilerin iş dışında kalan zamanlarında yarattığı rahatlama ile işlerine döndüklerinde daha istekli ve etkin çalışmalarını sağlayacaktır. Ayrıca iş yerinde birlikte çalışılan kişiler ile paylaşılan zaman kişilerin işyerine aidiyet duygularının da gelişmesine katkıda bulunabilir. Bu nedenlerle sosyal aktivitelere katılımın, hekimlerin tükenmişliğini önlemede ve azaltmada önemli bir yardımcı faktör olduğu düşünülmektedir.

Maslach stres sonucu oluşan uykusuzluk, artmış ilaç ve alkol kullanımının tükenmişlik ile ilişkili olabileceğini öne sürmektedir (13). Alkol tüketimi fazla olan hekimlerde tükenmişliğin daha fazla olduğu gösterilmiştir (83, 112). Çalışmamızda da düzenli olarak alkol kullandığını belirten hekimlerin DT, DY puanları daha yüksek, KB puanları daha düşük bulunmuştur. Bu durum yoğun stres altında olan ve tükenmişlik yaşayan hekimlerin alkolü bir çözüm olarak görüyor olmasından kaynaklanabilir.

Hekimlerin çalıştıkları branşa göre, Selçuk Üniversitesi ve Ondokuz Mayıs Üniversitesi'nde yapılan araştırmalarda temel tıp bilimlerinde görev yapmakta olan öğretim üyeleri ve araştırma görevlilerinde DT ve DY puan ortalaması, dahili tıp bilimleri ve cerrahi tıp bilimlerinde görev yapan hekimlere göre anlamlı derecede düşük iken KB puan ortalamaları dahili tıp ve cerrahi tıp bilimlerinden yüksek olduğu bulunmuştur (82, 113). Çalışmamızda da benzer şekilde temel tıp bilimlerinde çalışan hekimlerin DT ve DY puanları cerrahi tıp bilimlerinde ve dahili bilimlerde çalışan hekimlerden daha düşük, KB puanları ise daha yüksektir. Bu durum dahili ve cerrahi branşlarda çalışanların daha riskli ortamlarda, yoğun ve stres altında çalışmasından kaynaklanıyor olabilir. Ayrıca tükenmişlik durumu ile yüz yüze çalışılan mesleklerde daha sık karşılaşıldığından temel bilimlerde çalışan hekimlerde tükenmişlik daha az görülüyor olabilir.

Ülkemizde hekimler ve araştırma görevlileri ile ilgili yapılan çeşitli araştırmalar meslekte daha yeni ve deneyimsiz olanlarda, daha uzun süredir çalışan ve daha deneyimlilere göre tükenmenin daha yüksek düzeylerde yaşandığını bildirmektedir (81, 84, 93, 111). Bunun aksine, sağlık alanında uzun süredir çalışanların (>20 yıl) tükenmişliklerinin artmış olduğunu veya mesleki deneyim ile tükenmişlik arasında ilişki olmadığını belirten çalışmalar da vardır (114-116). Çalışmamızda hekimlerin meslekte

çalışma süreleri ile MTÖ alt boyut puanları arasında anlamlı ilişki saptanmazken, araştırma görevlisi olarak çalışılan süre arttıkça DT puanlarının azaldığı görülmüştür. Bu durum yeni başlayan araştırma görevlilerinin daha çok hasta görmeleri, daha rutin işler yapmaları, doyum sağlayacak mesleksi yeterliliklere sahip olmamaları, hissettikleri denetim ve baskının yoğunluğundan kaynaklanmış olabilir.

Ülkemizde yapılan farklı çalışmalarda mesleğini kendi isteğiyle seçtiğini belirten hekimlerin tükenmeyi daha az yaşadıkları gösterilmiştir (117, 118). Meslek ve branş değiştirmek isteyen hekimlerin DT ve DY puanları anlamlı derecede yüksek iken KB puanları düşük saptanmış, tükenmişlik düzeylerinin daha yüksek olduğu gösterilmiştir (81, 84, 112). Çalışmamızda hekimlik mesleğini isteyerek seçme durumuna, mesleğini seçme hakkındaki düşüncelerine göre MTÖ alt boyut puanları arasında anlamlı fark bulunmazken; çalıştığı branşı isteyerek seçenlerin tükenmişlikleri literatüre benzer şekilde daha düşük, imkanı olsa farklı branş seçeceğini belirten hekimlerin DT puanları daha yüksek bulunmuştur. Sonuç olarak, başka bir branşta çalışmayı düşünenlerin tükenmişlik düzeyleri yüksektir, bunun nedeni istenilen uzmanlık branşının seçim zorluğu ve öğrencilik dönemindeki mesleksi beklentilerin çalışma hayatından farklılıkları olabilir. Ayrıca kendine daha uygun işte çalışanların, meslek hayatındaki stres faktörleriyle daha iyi mücadele ettiği ve bunun sonucu olarak daha az tükenmişlik yaşadığı görülmektedir.

Sağlık personeli ve hekimlerde yapılan çalışmalarda aylık nöbet sayısının bağımsız olarak tükenmişlik puanlarını arttırdığı saptanmıştır (119-122). Ayrıca nöbet gibi nedenlerle hekimlerin haftalık aktif çalışma saati arttıkça duygusal tükenme ve duyarsızlaşma puanlarının artmakta olduğu görülmüştür (91, 111, 112). Koşan ve ark. Erzurum'da çalışan hekimlerle yaptıkları çalışmada nöbet tutan hekimlerin ve nöbet tutan hekimler içinde ayda 6 ve üzeri nöbet tutanların duygusal tükenme ve duyarsızlaşma puanı artarken kişisel başarı puanının azaldığı saptanmıştır (22). Çalışmamızda, nöbet tutan hekimlerin DT puanları nöbet tutmayan hekimlerden anlamlı şekilde daha yüksek, KB puanları daha düşük olarak bulunmuş ayrıca hekimlerin aylık ortalama nöbet sayıları ve haftalık çalışma saatleri ile DT puanları arasında anlamlı pozitif yönlü, KB puanları ile negatif yönlü ilişki olduğu görülmüştür. Nöbette aşırı iş

yükü, stres, tek başına kalarak hastaların sorumluluğunu üstlenmek, nöbet ertesi izninin olmaması ve uykusuzluk gibi nedenlerin tükenmişlik düzeyini artırdığı söylenebilir. Ayrıca nöbet ve diğer nedenlerle çalışma saatlerinin artması, bireyin stresini arttırmakta ve kendine ayırdığı zamanı daraltmakta, bedensel ve ruhsal olarak dinlenme için ihtiyacı karşılanamamaktadır.

Maslach ve Jackson, iş ortamının tükenmişlikle ilişkili olduğunu belirtmişlerdir (89). Farklı ülkelerde sağlık personeli ve hekimlerde yapılan çalışmalarda, çalışma ortam memnuniyetinin tükenmişlik düzeyini ve hasta bakım sonuçlarını etkilediği gösterilmiştir (120, 123, 124). Ülkemizde yapılan çalışmalarda da benzer şekilde çalışma ortamından ve fiziki koşullardan memnuniyetin hekimlerin tükenmişlik düzeylerini azaltan bir faktör olduğu saptanmıştır (45, 117, 125-127). Çalışmamızda da bu bulgulara paralel şekilde hekimlerin çalışma ortamından memnuniyetine göre MTÖ alt boyutlarının üçünde de anlamlı fark bulunmuştur. Hekimlerden çalışma ortamından memnun olduğunu belirtenlerin DT, DY puanları daha düşük, KB puanları yüksekti. İşyerinin fiziki koşullarını yetersiz bulan hekimlerin DT, DY ve KB puanları yeterli bulan hekimlerden anlamlı şekilde daha yüksekti. Çalıştıkları ortamdaki memnun olmayan hekimlerin daha fazla tükenmişlik yaşamalarının sebebi, buldukları iş ortamında rahat olamamaları, çatışma yaşamaları, gerginlik duymaları, stresli bir ortamda bulunmaları ve huzurlu çalışamamaları olabilir.

Profesyonel bilgi ve becerilerin artmasına yönelik eğitimlerin kişide işe bağlı stresin önemli bir bölümünü azalttığı ve kişisel yeterliliğin önemli bir stres önleyici faktör olduğu belirtilmiştir (128). Türk Tabipler Birliği tarafından yapılan bir çalışmada, araştırmaya katılan hekimlerin %50'si eğitim olanakları hakkında olumsuz düşünceye sahip olduklarını ve bilimsel çalışmalara yeterince zaman ayıramamanın kariyerlerinde sorun teşkil edeceğini belirtmiştir (93). İzmir ilinde acil tıp araştırma görevlisi hekimlerle yapılan bir çalışmada tıbbi araştırma yapmak için yeterli imkanlara sahip olduğunu belirten hekimlerin DT ve DY puanları daha düşük saptanırken, KB puanları arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır (129). Çalışmamızda hekimlerin kongre, kurs, seminer gibi etkinliklere katılma durumları ile DT, DY ve KB puanları arasında anlamlı fark saptanmış; kongre, kurs, seminer gibi etkinliklere her yıl katıldığını belirten

hekimlerin DT, DY puanları daha düşük, KB puanları daha yüksek bulunmuştur. Yine hekimlerden düzenli olarak tıbbi yayın izlediğini belirtenlerin DT, DY puanları düşük, KB puanlarının ise yüksek olduğu görülmüştür. Bu durum mesleksel yeterliliklerini arttırmaya yönelik etkinlik ve bireysel çalışmaya vakit ayırabilen hekimlerin tükenmişlik düzeylerinin daha düşük olduğunu göstermektedir. Bilimsel etkinlik ve çalışmalara katılmanın düşük tükenmişlik ile ilgili olması; bu etkinliklere katılan hekimlerin mesleksel gelişmelerinin yanında, işlerine ayırdıkları zaman ve emeğin karşılığını profesyonel anlamda alabilmesi ve sonuç olarak mesleki doyuma ulaşması ile ilgili olabilir.

Ülkemizde ve yurtdışında hekimlerin sözel ve fiziksel şiddete maruz kalma durumları ile tükenmişlik düzeylerini değerlendiren çalışmaların sonuçları, şiddetle karşılaşma durumunda tükenmişlik düzeyinin artmakta olduğunu göstermektedir (129-131). Çalışmamızda da fiziksel şiddete uğramış olan hekimlerin DT puanları, sözel şiddete uğramış olan hekimlerin DT ve DY puanları anlamlı şekilde daha yüksek bulunmuştur. Hiçbir türünün ve boyutunun kabul edilemeyeceği şiddet, hekimlerin tükenmişlik düzeylerini arttırmaktadır.

6.SONUÇ VE ÖNERİLER

Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi son sınıf öğrencileri ve hekimlerinde yapılan çalışma sonuçlarına göre:

- Tükenmişlik alt boyutlarından DT puan ortalamaları $18,6\pm 5,3$, DY puan ortalamaları $8,3\pm 3,5$, kişisel başarı puan ortalamaları $15,6\pm 5,2$ olarak bulunmuştur.
- Hekimlerin yaş gruplarına göre tükenmişlik düzeyleri arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Yaşın tükenmişlik üzerine olan etkisinin anlaşılması için bu konuya özgü tasarlanmış çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.
- Hekimlerin cinsiyetlerine göre DT ve DY puanları arasında fark bulunmamıştır, ancak erkek hekimlerin KB puanları kadın hekimlerden daha düşüktür.
- Çocuk sahibi olma durumlarına göre hekimlerin KB ve DY durumları arasında fark bulunmamıştır. DT puanları ise çocuk sahibi olanlarda daha yüksektir.
- Hekimlerin düzenli spor yapma durumuna göre DT ve DY alt boyut puanları arasında anlamlı fark bulunmazken, düzenli spor yapan hekimlerin KB puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Hekimlerde tükenmişlik düzeylerinin azaltılmasında ve önlenmesinde düzenli spora yönlendirilmeleri faydalı olabilir.
- Uyku problemi varlığına göre hekimlerin MTÖ DT puanları arasında anlamlı fark bulunmazken, uyku problemi olanların DY ve KB alt boyut puanları daha düşüktür. Özellikle nöbet tutmakta olan hekimlerin uyku düzenlerini sağlamaları için nöbet sonrası izin ile ilgili gerekli düzenlemeler yapılmalıdır.
- Tatile çıkma sıklığına göre hekimlerin DT ve DY arasında anlamlı fark yokken, tatile çıkmayan hekimlerin KB puanları daha düşüktür. Hekimler bazı durumlarda iş ile ilgili yoğunluklar, personel eksiklikleri ve ücret kesintileri gibi nedenlerle tatil planlarını erteleyebilmektedir. Bu nedenle daha verimli çalışan ve daha az tükenmişlik yaşayan bir ekip oluşturmak adına çalışanların tatillerini kullanabilmeleri için gerekli düzenlemeler çalışma planları dahilinde yapılmalı, ücret kesintilerinin önüne geçilmelidir.
- Sosyal etkinliklere katılmadığını belirten hekimlerin 3 alt boyut puanları da daha yüksek olup, bu fark sadece KB alt boyutunda anlamlı bulunmuştur. Düzensiz ve uzayan mesai saatleri hekimlerin sosyal etkinliklere katılmalarında engel olabileceği

düşünülerek, yeterli çalışan sayısının sağlanmasıyla kişilerin çalışma saat ve planları uygun şekilde yapılmalıdır.

- Düzenli olarak alkol kullandığını belirten hekimlerin DT, DY puanları daha yüksek, KB puanları daha düşük bulunmuştur.
- Temel tıp bilimlerinde çalışan hekimlerin DT ve DY puanları cerrahi tıp bilimlerinde ve dahili tıp bilimlerinde çalışan hekimlerden daha düşük, KB puanları ise daha yüksektir.
- Hekimlerin meslekte çalışma süreleri ile MTÖ alt boyut puanları arasında anlamlı ilişki saptanmazken, araştırma görevlisi olarak çalışılan süre arttıkça DT puanlarının azaldığı görülmüştür.
- Hekimlik mesleğini isteyerek seçme durumuna, mesleğini seçme hakkındaki düşüncelerine göre MTÖ alt boyut puanları arasında anlamlı fark bulunmazken; çalıştığı branşı isteyerek seçenlerin tükenmişlikleri daha düşük, imkanı olsa farklı branş seçeceğini belirten hekimlerin DT puanları daha yüksek bulunmuştur.
- Nöbet tutan hekimlerin, DT puanları nöbet tutmayan hekimlerden anlamlı şekilde daha yüksek, KB puanları daha düşük olarak bulunmuş ayrıca hekimlerin aylık ortalama nöbet sayıları ve haftalık çalışma saatleri ile DT puanları arasında anlamlı pozitif yönlü, KB puanları ile negatif yönlü ilişki olduğu görülmüştür. Hekimlerin nöbet sonrası izin durumları ile ilgili gerekli düzenlemeler ve haftalık çalışma saati sınırlılıkları ile bu konu ilişkili tükenmişlik durumları önlenabilir.
- Hekimlerden çalışma ortamından memnun olduğunu belirtenlerin DT, DY puanları daha düşük, KB puanları yüksekti. İşyerinin fiziki koşullarını yetersiz bulan hekimlerin DT, DY ve KB puanları yeterli bulan hekimlerden anlamlı şekilde daha yüksektir. Çalışma ortamından memnuniyet, kişilerin algılarına göre değişebilmekle birlikte, her bireyin uygun fiziksel koşullarda çalışabilmesi için gerekli düzenlemeler yapılabilir.
- Çalışmamızda, hekimlerin kongre, kurs, seminer gibi etkinliklere katılma durumları ile DT, DY ve KB puanları arasında anlamlı fark saptanmış; kongre, kurs, seminer gibi etkinliklere her yıl katıldığını belirten hekimlerin DT, DY puanları daha düşük, KB puanları daha yüksek bulunmuştur. Hekimlerden düzenli olarak tıbbi yayın

izlediğini belirtenlerin DT, DY puanları düşük, KB puanlarının ise yüksek olduğu saptanmıştır. Tüm hekimlerin gerek mesleki etkinliklere katılımı gerekse güncel literatürü takip edebilmeleri için fırsatlar yaratılmalı ve destek sağlanmalıdır.

- Çalışmamızda da fiziksel şiddete uğramış olan hekimlerin DT puanları, sözel şiddete uğramış olan hekimlerin DT ve DY puanları anlamlı şekilde daha yüksek bulunmuştur. Diğer alanlarda olduğu gibi sağlıkta şiddet ile ilgili hukuksal düzenlemeler yapılmalı ve denetim sağlanmalıdır.

- Hekimlerin yaş gruplarına, medeni durumlarına, gelir düzeyi, sigara kullanma durumuna göre tükenmişlik düzeyleri arasında fark bulunmamıştır.



7. KAYNAKLAR

1. The Edinburg Declaration. World Conference on Medical Education. 1998.[Erişim Tarihi: 10Ekim 2019]. Web Sayfası:<https://wfme.org/download/the-edinburgh-declaration/>
2. Firth-Cozens J. Stress in medical undergraduates and house officers. *Br J Hosp Med.* 1989;41(2):161-4.
3. Aktekin M, Karaman T, Senol YY, et al. Anxiety, depression and stressful life events among medical students: a prospective study in Antalya, Turkey. *Medical Education.* 2001;35:12-7.
4. Dyrbye LN, Thomas MR, Huntington JL, et al. Personal life events and medical student burnout: a multicenter study. *Acad Med.* 2006;81(4):374-84.
5. Schaufeli WB, Martinez IM, Pinto AM, et al. Burnout and engagement in university students - A cross-national study. *Journal Of Cross-Cultural Psychology.* 2002;33(5):464-81.
6. Kimo Takayesu J, Ramoska EA, Clark TR, et al. Factors associated with burnout during emergency medicine residency. *Acad Emerg Med.*2014;21(9):1031-5.
7. Arigoni F, Bovier PA, Sappino AP. Trend of burnout among Swiss doctors. *Swiss Med Wkly.*2010;140(3132).
8. Firth-Cozens J. Individual and organizational predictors of depression in general practitioners. *Br J Gen Pract.* 1998;48(435):1647-51.
9. Tyssen R, Vaglum P, Gronvold NT, Ekeberg O. Factors in medical school that predict postgraduate mental health problems in need of treatment. A nationwide and longitudinal study. *Med Educ.* 2001;35(2):110-20.
10. Firth-Cozens J, Greenhalgh J. Doctors' perceptions of the links between stress and lowered clinical care. *Soc Sci Med.* 1997;44(7):1017-22.
11. Tarnowski M, Carlotto MS. Burnout Syndrome In Students Of Psychology. *Temas Psicol.* 2007;15(2):173-80.
12. Freudenberger HJ. Burnout: Past, present, and future concerns. *Loss, Grief & Care.* 1989;3(1-2):1-10.
13. Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced burnout. *Journal of*

Occupational Behaviour. 1981;2(2):99-113.

14. Sturgess J, Poulsen A. The prevalence of burnout in occupational therapists. *Occupational Therapy in Mental Health*. 1983;3(4):47-60.

15. Maslach C, Jackson SE. Burnout in health professions: A social psychological analysis. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates; 1982;227:251.

16. Wallace JE, Lemaire JB, Ghali WA. Physician wellness: a missing quality indicator. *The Lancet*. 2009;374(9702):1714-21.

17. Dyrbye LN, Massie FS, Eacker A, et al. Relationship between burnout and professional conduct and attitudes among US medical students. *JAMA*. 2010;304(11):1173-80.

18. Shanafelt TD, Boone S, Tan L, et al. Burnout and satisfaction with work-life balance among US physicians relative to the general US population. *Arch Intern Med*. 2012;172(18):1377-85.

19. Halbesleben JRB, Rathert C. Linking physician burnout and patient outcomes: exploring the dyadic relationship between physicians and patients. *Health Care Management Review*. 2008;33(1):29-39.

20. Shanafelt TD, Balch CM, Bechamps G, et al. Burnout and medical errors among American surgeons. *Annals of Surgery*. 2010;251(6):995-1000.

21. Ozyurt A, Hayran O, Sur H. Predictors of burnout and job satisfaction among Turkish physicians. *QJM*. 2006;99(3):161-9.

22. Kosan Z, Calikoglu E, Guraksin AJNjocp. Levels of burnout and their associated factors among physicians working in Northeast Anatolia. *Nigerian journal of clinical practice*. 2018;21(7):875-81.

23. Ersoy F, Yıldırım C, Edirne T. Tükenmişlik (staff burnout) sendromu. *STED*. 2001;10(2):41-55.

24. Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job burnout. *Annual review of psychology*. 2001;52(1):397-422.

25. Freudenberger HJ. Staff burnout. *Journal of social issues*. 1974;30(1):159-65.

26. Maslach C, Leiter MP. The truth about burnout: How organizations cause personal stress and what to do about it: John Wiley & Sons; 2008.

27. Cherniss C. Professional burnout in human service organizations. Praeger Publishers. 1980.
28. Cherniss C. Staff burnout: Job stress in the human services. Sage Publications Beverly Hills, CA; 1980.
29. Edelwich J, Brodsky A. Burn-out: Stages of disillusionment in the helping professions: Human Sciences Press New York; 1980.
30. Perlman B, Hartman EA. Burnout: Summary and future research. Human relations. 1982;35(4):283-305.
31. Maslach C, Leiter M. Stress: Concepts, Cognition, Emotion and Behavior In Handbook of Stress Series. 2016:351-7.
32. Sürgevil O. Çalışma hayatında tükenmişlik sendromu: Tükenmişlikle mücadele teknikleri. Nobel Yayın; 2006.
33. Cordes CL, Dougherty TW. A review and an integration of research on job burnout. Academy of management review. 1993;18(4):621-56.
34. Maslach C, Jackson SE, Leiter MP, et al. Maslach burnout inventory: Consulting psychologists press Palo Alto, CA; 1986.
35. Meier ST. Toward a theory of burnout. Human relations. 1983;36(10):899-910.
36. Suran BG, Sheridan EP. Management of burnout: Training psychologists in professional life span perspectives. Professional Psychology: Research and Practice. 1985;16(6):741.
37. French JR. Adjustment as person-environment fit. Coping and adaptation. 1974.
38. Lindblom KM, Linton SJ, Fedeli C, Bryngelsson L. Burnout in the working population: relations to psychosocial work factors. International journal of behavioral medicine. 2006;13(1):51-9.
39. Greenglass ER, Burke RJ. Work and family precursors of burnout in teachers: Sex differences. Sex roles. 1988;18(3-4):215-29.
40. Greenglass ER, Julkunen J. Cook-Medley hostility, anger, and the Type A behavior pattern in Finland. Psychological reports. 1991;68(3):1059-66.
41. Greenglass ER, Burke RJ. Hospital downsizing, individual resources, and occupational stressors in nurses. Anxiety, Stress and Coping. 2000;13(4):371-90.

42. Leiter MP. Coping patterns as predictors of burnout: The function of control and escapist coping patterns. *Journal of Organizational behavior*. 1991;12(2):123-44.
43. Semmer NK, Meier LL. Individual differences, work stress and health. *International handbook of work and health psychology*. 2009;3:99-122.
44. Çağlıyan Y. Tükenmişlik sendromu ve iş doyumuna etkisi (Devlet ve Vakıf üniversitelerindeki akademisyenlere yönelik alan araştırması). Kocaeli Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2007, Kocaeli (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Aşkın Keser).
45. Çam O. The burnout in nursing academicians in Turkey. *International journal of nursing studies*. 2001;38(2):201-7.
46. Budak G, Sürgevil O. Tükenmişlik ve tükenmişliği etkileyen örgütsel faktörlerin analizine ilişkin akademik personel üzerinde bir uygulama. *İnönü Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*. 2005;20(2):95-108.
47. Arı GS, Bal EÇ. Tükenmişlik kavramı: Birey ve Örgütler açısından önemi. *Yönetim ve Ekonomi*. Celal Bayar Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi. 2008;15(1):131-48.
48. Potter BA. *Overcoming job burnout: How to renew enthusiasm for work*. Ronin Publishing; 2009.
49. Kaçmaz N. Tükenmişlik (burnout) sendromu. *İstanbul Tıp Fakültesi Dergisi*. 2005;68(1):29-32.
50. Freudenberger HJ. Burnout: Past, present, and future concerns. *Loss, Grief & Care*. 1989;3(1-2):1-10.
51. Romani M, Ashkar K. Burnout among physicians. *Libyan Journal of Medicine*. 2014;9(1):23556.
52. Dyrbye LN, Thomas MR, Massie FS, et al. Burnout and suicidal ideation among US medical students. *Annals of internal medicine*. 2008;149(5):334-41.
53. Dyrbye LN, Massie FS, Eacker A, Harper W, Power D, Durning SJ, et al. Relationship between burnout and professional conduct and attitudes among US medical

students. *Jama*. 2010;304(11):1173-80.

54. Shanafelt TD. Enhancing meaning in work: a prescription for preventing physician burnout and promoting patient-centered care. *Jama*. 2009;302(12):1338-40.

55. Ashkar K, Romani M, Musharrafieh U, Chaaya M. Prevalence of burnout syndrome among medical residents: experience of a developing country. *Postgraduate medical journal*. 2010;86(1015):266-71.

56. Soler JK, Yaman H, Esteva M, et al. Burnout in European family doctors: the EGPRN study. *Family practice*. 2008;25(4):245-65.

57. Sharma A, Sharp D, Walker L, Monson J. Stress and burnout in colorectal and vascular surgical consultants working in the UK National Health Service. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*. 2008;17(6):570-6.

58. Al-Dubai SAR, Rampal KG. Prevalence and associated factors of burnout among doctors in Yemen. *Journal of occupational health*. 2009:0911040104.

59. Abdulla L, Al-Qahtani DM, Al-Kuwari MG. Prevalence and determinants of burnout syndrome among primary healthcare physicians in Qatar. *South African Family Practice*. 2011;53(4):380-3.

60. Selaihem AA. Prevalence of burnout amongst physicians working in primary care in Riyadh military hospital, Saudi Arabia. *Int J Med Sci Public Health*. 2013;2(2):410-9.

61. Burke RJ, Greenglass ER. Hospital restructuring, work-family conflict and psychological burnout among nursing staff. *Psychology & health*. 2001;16(5):583-94.

62. Jenkins SR, Maslach C. Psychological health and involvement in interpersonally demanding occupations: A longitudinal perspective. *Journal of Organizational Behavior*. 1994;15(2):101-27.

63. Van der Klink J, Blonk R, Schene AH, Van Dijk F. The benefits of interventions for work-related stress. *American journal of public health*. 2001;91(2):270.
64. Ito JK, Brotheridge CM. Resources, coping strategies, and emotional exhaustion: A conservation of resources perspective. *Journal of Vocational Behavior*. 2003;63(3):490-509.
65. Günthner A, Batra A. Prevention of burnout by stress management. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*. 2012;55(2):183-9.
66. Sims J. The evaluation of stress management strategies in general practice: an evidence-led approach. *Br J Gen Pract*. 1997;47(422):577-82.
67. Gardiner M, Lovell G, Williamson P. Physician you can heal yourself! Cognitive behavioural training reduces stress in GPs. *Family Practice*. 2004;21(5):545-51.
68. Skodova Z, Lajciakova P. The effect of personality traits and psychosocial training on burnout syndrome among healthcare students. *Nurse Education Today*. 2013;33(11):1311-5.
69. McCue JD, Sachs CL. A stress management workshop improves residents' coping skills. *Archives of internal medicine*. 1991;151(11):2273-7.
70. Ospina-Kammerer V, Figley CR. An evaluation of the Respiratory One Method (ROM) in reducing emotional exhaustion among family physician residents: Florida State University; 2000.
71. Goodman MJ, Schorling JB. A mindfulness course decreases burnout and improves well-being among healthcare providers. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*. 2012;43(2):119-28.
72. Ruotsalainen JH, Verbeek JH, Mariné A, Serra C. Preventing occupational stress in healthcare workers. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2014(11).
73. Maslach C, Leiter MP. Burnout. *Encyclopedia of stress*. 2000;1:358-62.

74. Dunn PM, Arnetz BB, Christensen JF, Homer L. Meeting the imperative to improve physician well-being: assessment of an innovative program. *Journal of general internal medicine*. 2007;22(11):1544-52.
75. Awa WL, Plaumann M, Walter U. Burnout prevention: A review of intervention programs. *Patient education and counseling*. 2010;78(2):184-90.
76. Melamed S, Shirom A, Toker S, Berliner S, Shapira I. Burnout and risk of cardiovascular disease: Evidence, possible causal paths, and promising research directions. *Psychological bulletin*. 2006;132(3):327.
77. Danhof-Pont MB, van Veen T, Zitman FG. Biomarkers in burnout: a systematic review. *Journal of psychosomatic research*. 2011;70(6):505-24.
78. Sayıl I, Haran S, Ölmez Ş, Özgüven HD. Ankara Üniversitesi hastanelerinde çalışan doktor ve hemşirelerin tükenmişlik düzeyleri. *Kriz Dergisi*. 1997;5(2).
79. Ergin C. Doktor ve hemşirelerde tükenmişlik ve Maslach tükenmişlik ölçeğinin uyarlanması. VII Ulusal Psikoloji Kongresi, Ankara, 22 Eylül, 1992.
80. Kırmızıgül Y. Tıp fakültesinde çalışan tıp doktorları ve tıp öğrencilerinde tükenmişlik sendromu ve ilişkili faktörler. Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıpta Uzmanlık Tezi, 2018, Denizli (Danışman: Prof. Dr. Tamer Edirne).
81. Armutlukuyu M. Tıp Fakültelerinde çalışan öğretim üyeleri ve araştırma görevlilerinde tükenmişlik düzeylerinin değerlendirilmesi. Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıpta Uzmanlık Tezi, 2014, Konya (Danışman: Prof. Dr. Kamile Marakoğlu).
82. Çete A. İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde araştırma görevlisi olarak çalışan doktorlarda tükenmişlik ve depresyon düzeyleri ve etki eden faktörlerin değerlendirilmesi. İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıpta Uzmanlık Tezi, 2018, İzmir (Danışman: Prof. Dr. Ebru Turhan).
83. Marakoğlu K, Çetin Kargın N, Armutlukuyu M. Tıp fakültesi araştırma görevlilerinde tükenmişlik sendromu ve ilişkili faktörlerin değerlendirilmesi. *Genel Tıp Dergisi*. 2013;23(4).
84. Çan E, Topbaş M, Yavuzyılmaz A, et al. Karadeniz Teknik Üniversitesi tıp fakültesindeki araştırma görevlisi hekimlerin tükenmişlik sendromu ile iş doyumunu düzeyleri ve ilişkili faktörler. *Journal of Experimental and Clinical Medicine*.

2006;23(1):17-24.

85. Brewer EW, Shapard L. Employee burnout: A meta-analysis of the relationship between age or years of experience. Human resource development review. 2004;3(2):102-23.

86. Çam O. Hemşirelerde tükenmişlik ve çeşitli değişkenlere göre incelenmesi. Ege Üniversitesi, Doktora Tezi, 1991, İzmir(Danışman: Yrd. Doç. Dr. Armağan Yürekli).

87. Üstün B. Hemşirelerin atılganlık ve tükenmişlik düzeyleri. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, 1995, Ankara (Danışman: Prof. Dr. Nebahat Kum).

88. Maslach C, Jackson SE. The role of sex and family variables in burnout. Sex roles. 1985;12(7-8):837-51.

89. Haran S, Halise DÖ, Ölmez Ş, Sayıl I. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi hastaneleri ve Ankara Numune Hastanesinde çalışan doktor ve hemşirelerde tükenmişlik düzeyleri. Kriz Dergisi. 1998; 6(1).

90. Kuşçer MA. Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi hekimlerinin iş doyumunu ve tükenmişlik düzeyleri. Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 2005;2(3):10-5.

91. Thomas NK. Resident burnout. Jama. 2004;292(23):2880-9.

92. Aslan D, Kiper N, Karaağaoğlu E, et al. Türkiye’de tabip odalarına kayıtlı olan bir grup hekimde tükenmişlik sendromu ve etkileyen faktörler. Ankara: Türk Tabipleri Birliği Yayınları. 2005.

93. Taycan O, Kutlu L, Çimen S, Aydın N. Bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerde depresyon ve tükenmişlik düzeyinin sosyodemografik özelliklerle ilişkisi. Anadolu Psikiyatri Dergisi. 2006;7(2):100-8.

94. Ergin C. Maslach tükenmişlik ölçeğinin Türkiye sağlık personeli normları. 3P Dergisi. 1996;4(1):28-33.

95. Taycan O, Erdoğan Taycan S, Çelik Ç. Doğu Anadolu Bölgesi’nde yer alan bir ilde devlet hizmet yükümlülüğü’nün hekimler üzerindeki etkileri ve tükenmişlik. Türk Psikiyatri Dergisi. 2013;24(3):190.

96. Atik M. Türkiye'deki göğüs hastalıkları hekimlerinde tükenmişlik sendromu sıklığının araştırılması. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıpta Uzmanlık Tezi,

- 2017, İzmir (Danışman: Prof. Dr. Eyüp Sabri Uçan).
97. Ünal S, Karlıdağ R, Yoloğlu S. Hekimlerde tükenmişlik ve iş doyumu düzeylerinin yaşam doyumu düzeyleri ile ilişkisi. *Klinik Psikiyatri*. 2001;4(2):113-8.
98. Gül ŞK, Gül HL, Oruç AF, et al. Radyasyon onkolojisi kliniği çalışanlarında depresyon ve tükenmişlik düzeylerinin sosyodemografik özelliklerle ilişkisinin değerlendirilmesi. *J Kartal TR*. 2012;23(1):11-7.
99. Kurçer MA. Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi hekimlerinin iş doyumu ve tükenmişlik düzeyleri. *Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 2005;2(3):10-5.
100. Çan E, Topbaş M, Yavuzılmaz A, et al. Karadeniz teknik üniversitesi tıp fakültesindeki araştırma görevlisi hekimlerin tükenmişlik sendromu ile iş doyumu düzeyleri ve ilişkili faktörler. *Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Dergisi*. 2006;23(1):17-24.
101. Erol A, Akarca F, Değerli V, et al. Acil servis çalışanlarında tükenmişlik ve iş doyumu. *Anadolu Psikiyatri Derg*. 2012;15:103-10.
102. Öztürk G, Çetin M, Yıldırım N, et al. Hekimlerde tükenmişlik ve iş doyumu düzeyleri. 2012;6(4).
103. Wolf MR, Rosenstock JB. Inadequate sleep and exercise associated with burnout and depression among medical students. *Academic psychiatry*. 2017;41(2):174-9.
104. Vela-Bueno A, Moreno-Jiménez B, Rodríguez-Muñoz A, et al. Insomnia and sleep quality among primary care physicians with low and high burnout levels. *Journal of psychosomatic research*. 2008;64(4):435-42.
105. Gyórfy Z, Dweik D, Girasek E. Workload, mental health and burnout indicators among female physicians. *Hum Resour Health*. 2016;14:12-19.
106. Pagnin D, de Queiroz V, Carvalho YT, Dutra AS, et al. The relation between burnout and sleep disorders in medical students. *Acad Psychiatry*. 2014; 38(4):438-44.
107. Peckham C. Physician burnout: it just keeps getting worse. *Medscape Family Medicine*. 2015. [Erişim Tarihi: 20Ekim 2019]. Web Sayfası: <https://www.medscape.com/viewarticle/838437>
108. Etzion D. Annual vacation: Duration of relief from job stressors and burnout. *Anxiety, Stress, and Coping*. 2003;16(2):213-26.
109. Rossouw L, Seedat S, Emsley RA, et al. The prevalence of burnout and

depression in medical doctors working in the Cape Town Metropolitan Municipality community healthcare clinics and district hospitals of the Provincial Government of the Western Cape: a cross-sectional study. *South African Family Practice*. 2013;55(6):567-73.

110. Kosan Z, Calikoglu E, Guraksin A. Levels of burnout and their associated factors among physicians working in Northeast Anatolia. *Nigerian journal of clinical practice*. 2018;21(7):875-81.

111. Uyar AA. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi araştırma görevlileri empati düzeylerinin iş doyumunu ve tükenmişlik ile ilişkisi. *Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıpta Uzmanlık Tezi*, 2018, Edirne (Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Önder Sezer).

112. Dikmetaş E, Top M, Ergin G. Asistan hekimlerin tükenmişlik ve mobbing düzeylerinin incelenmesi. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2011;22(3):137-49.

113. Günüşen N, Üstün B. Türkiye'de ikinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hemşire ve hekimlerde tükenmişlik: Literatür incelemesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 2010;3(1):40-51.

114. Akbolat M, Oğuz I. Sağlık çalışanlarının tükenmişlik düzeyleri: Bir kamu hastanesi örneği. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*. 2008;11(2):229-54.

115. Ayraller A, Yavuz BG, Bakım B, Karamustafalıoğlu O. Diyaliz ünitesinde çalışan sağlık ekibinde tükenmişlik sendromu. *Jarem*. 2011;1:52-6.

116. Özyurt A, Hayran O, Sur H. Predictors of burnout and job satisfaction among Turkish physicians. *Journal of the Association of Physicians*. 2006;99(3):161-9.

117. Bilici M, Mete F, Soylu C, et al. Bir grup akademisyende depresyon ve tükenme düzeyleri. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 1998;9(3):181-90.

118. Shanafelt TD, Balch CM, Bechamps GJ, et al. Burnout and career satisfaction among American surgeons. *Annals of surgery*. 2009;250(3):463-71.

119. Embriaco N, Azoulay E, Barrau K, et al. High level of burnout in intensivists: prevalence and associated factors. *American journal of respiratory and critical care medicine*. 2007;175(7):686-92.

120. Embriaco N, Papazian L, Kentish-Barnes N, et al. Burnout syndrome among critical care healthcare workers. *Current opinion in critical care*. 2007;13(5):482-8.

121. Goldberg R, Boss RW, Chan L, et al. Burnout and its correlates in emergency physicians: four years' experience with a wellness booth. *Academic Emergency Medicine*. 1996;3(12):1156-64.
122. Imai H, Nakao H, Tsuchiya M, et al. Burnout and work environments of public health nurses involved in mental health care. *Occupational and Environmental Medicine*. 2004;61(9):764-8.
123. Laschinger HKS, Leiter MP. The impact of nursing work environments on patient safety outcomes: The mediating role of burnout engagement. *Journal of Nursing Administration*. 2006;36(5):259-67.
124. Aras A. Erzurum İl Genelinde Birinci Basamak Sağlık Kurumlarında Görev Yapan Hekimlerin Tükenmişlik Sendromu İle İş Doyumu Düzeyleri ve İlişkili Faktörler. Atatürk Üniversitesi, Tıpta Uzmanlık Tezi Erzurum, 2012, Erzurum (Danışman: Asuman Güraksın).
125. Yaman H, Ungan M. Tükenmişlik: Aile hekimliği asistan hekimleri üzerinde bir inceleme. *Türk Psikoloji Dergisi*. 2002;17(49):37-44.
126. Yavuzyılmaz A, Topbaş M, Çan E, et al. Trabzon il merkezindeki sağlık ocakları çalışanlarında tükenmişlik sendromu ile iş doyumu düzeyleri ve ilişkili faktörler. *TAF Preventive Medicine Bulletin*. 2007;6(1):1.
127. Kushnir T, Cohen AH, Kitai E. Continuing medical education and primary physicians' job stress, burnout and dissatisfaction. *Medical education*. 2000;34(6):430-6.
128. Altınsoy NB. İzmir ili acil tip asistan hekimlerinin tükenmişlik sendromu yönünden değerlendirilmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıpta Uzmanlık Tezi, 2019, İzmir (Danışman: Prof. Dr. Sedat Yanturalı).
129. Winstanley S, Whittington R. Violence in a general hospital: comparison of assailant and other assault-related factors on accident and emergency and inpatient wards. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2002;106:144-7.
130. Dursun S. İşyeri şiddetinin çalışanların tükenmişlik düzeyi üzerine etkisi: Sağlık sektöründe bir uygulama. *Çalışma İlişkileri Dergisi*. 2012;3(1):105-15.

8. EKLER

Ek-1: Anket Formu

BÖLÜM I KİŞİSEL BİLGİ FORMU

1. Yaş:(23-28),(28-33),(33-43),(43-53),(53-++++)
2. Cinsiyet: 1) Kadın 2) Erkek
3. Medeni durumunuz nedir? 1) Evli 2) Bekar 3)Boşanmış/Dul
4. Çocuğunuz var mı? 1) Yok 2) Var (..... Tane)
5. Toplam aylık gelir düzeyiniz?(0-1000tl),(1000-3000tl),(3000-10000tl),(10000 ve üstü)
6. Kronik bir hastalığınız var mı?
1) Evet () 2) Hayır ()
7. Düzenli olarak kullandığınız bir ilaç var mı?
1) Evet () 2) Hayır ()
8. Düzenli olarak spor yapıyor musunuz?
1) Evet () 2) Hayır ()
9. Uykuya dalmakta güçlük, uyuyamama, az uyuma ya da çok uyuma gibi uyku sorunuz var mı?
1) Evet () 2) Hayır ()
10. Ne sıklıkta tatile çıkıyorsunuz?
1) Her yıl () 2) Ara sıra () 3) Çıkılmıyorum ()
11. Sosyal etkinliklere yeterince katılabiliyor musunuz?
1- Evet () 2- Hayır ()
12. Sigara içiyor musunuz?
1) Halen içiyorum () 2) Bıraktım () 3) Hiç içmedim ()
13. Kaç yıldır sigara içiyorsunuz? (.....ay / yıl)
14. Alkol kullanıyor musunuz?
1) Düzenli olarak () 2) Ara sıra () 3) Hayır ()
15. Çalışmakta olduğunuz Bölüm neresidir?
1) Temel Tıp Bilimleri 2) Dahili Tıp Bilimleri 3) Cerrahi Tıp Bilimleri

16. Bu meslekte toplam çalışma süreniz nedir (yıl)?.....
17. Bölümünüzde araştırma görevlisi olarak çalıştığınız süre (yıl):.....
18. Mesleğinizi isteyerek mi seçtiniz?
- 1) Evet 2) Hayır
19. Hekimlik mesleğini seçmeniz konusundaki düşünceleriniz:
- 1) Doğru seçim yaptığımı düşünüyorum. ()
- 2) Bazen yanlış seçim yaptığımı düşünüyorum. ()
- 3) Yanlış seçim yaptığımı düşünüyorum. ()
20. Çalıştığınız bölümü isteyerek mi seçtiniz?
- 1) Evet 2) Hayır
21. İmkanınız olsa farklı bir branş/bölüm seçer miydiniz?
- 1) Evet 2) Hayır
22. İş yerinizde nöbet tutuyor musunuz? 1) Evet () 2) Hayır ()
23. Ayda ortalama kaç nöbet tutuyorsunuz?.....
24. Haftalık ortalama kaç saat çalışıyorsunuz?
25. Günde ortalama kaç hasta bakıyorsunuz?.....
26. Çalışma ortamınızdan memnun musunuz?
- 1) Evet () 2) Kısmen () 3) Hayır ()
27. İşiniz beklentilerinizi karşılıyor mu?
- 1) Evet () 2) Kısmen () 3) Hayır ()
28. Sizce işyerinizdeki fiziki koşullar yeterli midir?
- 1) Yeterli () 2) Yetersiz ()
29. Son bir yıl içinde çalıştığınız kurumda hizmet içi eğitimi aldınız mı?
- 1) Evet () 2) Hayır ()
30. Kongre, kurs, seminer gibi etkinliklere katılıyor musunuz?
- 1) Evet sık sık katılıyorum. ()

2) Fırsat buldukça katılıyorum. ()

3) Katılmıyorum. ()

31. Düzenli olarak tıbbi yayın izliyor musunuz?

1) Evet () 2) Zaman zaman () 3) Hayır ()

32. Sizce işyerinizde görev, sorumluluk ve yetkiler belirli midir?

1) Evet () 2) Hayır ()

33. Mevcut işyerinizde hasta veya hasta yakını tarafından fiziksel şiddete maruz kaldınız mı?

1) Evet () 2) Hayır ()

34. Mevcut işyerinizde hasta veya hasta yakını tarafından sözel şiddete maruz kaldınız mı?

1) Evet () 2) Hayır ()

35. Gelecekle ilgili mesleki kaygılarınız var mı?

1) Evet () 2) Hayır ()

BÖLÜM II-MASLACH TÜKENMİŞLİK ÖLÇEĞİ

Aşağıda işinizin çeşitli yönleriyle ilgili cümleler bulunmaktadır. Her cümleyi dikkatle okuyarak işinizin o cümlede belirtilen yönünden ne derece memnun olduğunuzu bir (x) işareti ile belirtiniz.

Duyguları Yaşama Sıklığı ve Sayısı				
0	1	2	3	4
Hiçbir Zaman	Çok Nadir	Bazen	Çoğu Zaman	Her Zaman
HBZ	ÇN	B	ÇZ	HZ

MASLACH TÜKENMİŞLİK ÖLÇEĞİ

	0	1	2	3	4
	HBZ	ÇN	B	ÇZ	HZ
1-İşimden soğuduğumu hissediyorum.					
2- İş dönüşü kendimi ruhen tükenmiş hissediyorum.					
3- Sabah kalktığımda bir gün daha bu işi kaldıramayacağımı düşünüyorum					
4- İşim gereği karşılaştığım insanların ne hissettiğini hemen anlarım.					
5- İşim gereği bazı kimselere sanki insan değillermiş 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 tükendiğimi hissediyorum.					

	0	1	2	3	4
	HBZ	ÇN	B	ÇZ	HZ
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 hissediyorum.					
14- İşimde çok fazla çalıştığımı hissediyorum.					
15- İşim gereği karşılaştığım insanlara ne olduğu umurumda değil.					
16- Doğrudan doğruya insanlar ile çalışmak bende çok fazla stres yapıyor.					
17- İşim gereği karşılaştığım insanlar ile 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- İşimde duygusal sorunlara serinkanlılıkla yaklaşıyorum					
22-Karşılaştıklarımın problemlerini ben yaratmışım gibi davrandıklarını hissediyorum.					

Ek-2: Etik Kurul İzni

Evrak Tarih ve Sayısı: 11/10/2019-E.7763



T. C.
KÜTAHYA SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
REKTÖRLÜĞÜ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
Başkanlığı



Sayı : 41997688-402.03.01-
Konu : Başvuru Sonucu

Sayın Arş. Gör. Engin KÖYLÜ

Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından gerçekleştirilen 01.10.2019 tarih ve 2019/10 sayılı toplantıda "Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi Son Sınıf Öğrencileri ve Hekimlerde Tükenmişlik Sendromu ve İlişkili Faktörler" konulu çalışmanın araştırılması incelenmiş olup karar formu ekte tarafınıza sunulmaktadır.

Gereğini bilgilerinize rica ederim.

e-İmza
Prof. Dr. Duygu PERÇİN RENDERS
Başkan

__/__/__ VHKİ : E.YAŞI

Evlâya Çelebi Yatağı/Şişli Tıp Fakültesi, KÜTAHYA
Telefon: 0 (274) 260 00 43 / 1139-Faks:
E-Posta: etik.gir.olmayan@kibu.edu.tr

Ayrıntılı bilgi için lütfen: E.106/Şİ/Veri Hazırlama ve Kontrol
İşbirliği
Elektronik ađ:

Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5. Maddesi gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

T.C.
KÜTAHYA SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	"Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi Son Sınıf Öğrencileri ve Hekimlerde Tükenmişlik Sendromu ve İlişkili Faktörler" adlı araştırma
-----------------------	---

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	KURUL ADRESİ	Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi Evliya Çelebi Yerleşkesi Tavşanlı Yolu 10. Km KÜTAHYA
	TELEFON	(0 274) 260 00 43 / 1199
	FAKS	(0 274) 265 22 85
	E-POSTA	etik.gir.olmayan@ksbu.edu.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Dr.Öğr.Üyesi Yasemin KORKUT
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi (Aile Hekimliği A.B.D)
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Aile Hekimliği A.B.D
	YARDIMCI ARAŞTIRMACI VE BÖLÜMÜ	Engin KÖYLÜ (Asistan Doktor)

KARAR BİLGİLERİ	Karar No : 2019/10-2	Tarih: 01.10.2019
	"Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi Son Sınıf Öğrencileri ve Hekimlerde Tükenmişlik Sendromu ve İlişkili Faktörler" konulu dosyanız Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından incelenmiş olup başvurunun etik açıdan uygun olduğuna katılanların oy birliği ile karar verilmiştir.	