

**T.C.  
İZMİR KÂTİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI**

**İZMİR KÂTİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ'NDE  
ARAŞTIRMA GÖREVLİSİ OLARAK ÇALIŞAN DOKTORLARDA  
TÜKENMİŞLİK VE DEPRESYON DÜZEYLERİ VE ETKİ EDEN  
FAKTÖRLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

**UZMANLIK TEZİ**

**Dr. Abdullah ÇETE**

**TEZ DANIŞMANI**

**Doç. Dr. Ebru TURHAN**

**İZMİR 2018**

TEZ ONAY SAYFASI

T.C.

İZMİR KÂTİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ  
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

İZMİR KÂTİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ TIP  
FAKÜLTESİ'NDE ARAŞTIRMA GÖREVLİSİ OLARAK  
ÇALIŞAN DOKTORLARDA TÜKENMİŞLİK VE  
DEPRESYON DÜZEYLERİ VE ETKİ EDEN  
FAKTÖRLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

TEZİ HAZIRLAYAN

Dr. Abdullah ÇETE

İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Uzmanlık Programı çerçevesinde yürütülmüş olan bu çalışma tarafımızca incelenerek her yönü ile "Tıpta Uzmanlık" tezi olarak uygun ve yeterli bulunmuştur.

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Ebru TURHAN, İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi

Üye: Doç. Dr. Ebru TURHAN, İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi

Üye: Doç. Dr. Mustafa TÖZÜN, İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi

Üye: Prof. Dr. Alaettin ÜNSAL, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi

Prof. Dr. Gökhan KÖYLÜOĞLU

Tıp Fakültesi Dekanı

## TEŞEKKÜR

Tezimin hazırlanmasında ve uzmanlık eğitimim boyunca manevi destek sağlayarak, moral vererek, sorunların çözümünde yol gösterici olarak desteğini esirgemeyen Tez Danışmanım Sn. Doç. Dr. Ebru TURHAN'a, asistanlık eğitimim boyunca eğitim ve öğretimime katkıda bulunan, bana yol gösteren ve destekleyen Anabilim Dalı Başkanım Sn. Doç. Dr. Mustafa TÖZÜN'e, eğitimimde desteklerini esirgemeyen hocalarım Sn. Doç. Dr. Melih Kaan SÖZMEN ve Sn. Dr. Öğr. Üyesi Asya Banu BABAOĞLU'na ve asistan arkadaşlarıma, hayatımın her döneminde maddi ve manevi desteklerini benden esirgemeyen annem Meryem ÇETE'ye, babam Mehmet ÇETE'ye, hayat arkadaşım Zeynep ÇETE'ye ve yaşam enerjimin kaynağı çocuklarıma sonsuz teşekkür ederim.

# İÇİNDEKİLER

<b>TEŞEKKÜR.....</b>	<b>II</b>
<b>İÇİNDEKİLER.....</b>	<b>III</b>
<b>KISALTMALAR .....</b>	<b>VI</b>
<b>TABLO DİZİN.....</b>	<b>VII</b>
<b>ŞEKİL DİZİN.....</b>	<b>VIII</b>
<b>1. GİRİŞ VE AMAÇ .....</b>	<b>1</b>
<b>2. GENEL BİLGİLER.....</b>	<b>5</b>
2.1.1. Tükenmişliğin Tanımı.....	5
2.1.2. Tükenmişliğin Belirtileri.....	7
2.1.2.1. Fiziksel Belirtiler.....	9
2.1.2.2. Psikolojik Belirtiler.....	10
2.1.2.3. Davranışsal Belirtiler.....	11
2.1.3. Tükenmişlikle İlgili Geliştirilmiş Modeller.....	13
2.1.3.1. Cherniss Tükenmişlik Modeli.....	13
2.1.3.2. Edelwich ve Brodsky Tükenmişlik Modeli.....	13
2.1.3.3. Pines Tükenmişlik Modeli.....	16
2.1.3.4. Pearlman ve Hartman Tükenmişlik Modeli.....	17
2.1.3.5. Meier Tükenmişlik Modeli.....	18
2.1.3.6. Suran ve Sheridan Tükenmişlik Modeli.....	20
2.1.3.7. Maslach Tükenmişlik Modeli.....	24
2.2.1. Depresyon Tanımı ve Tarihçe.....	28
2.2.2. Tanı Kriterleri.....	29
2.2.3. Depresyonda Risk Faktörleri.....	30
2.2.4. Depresyon Türleri.....	34
2.2.4.1. Majör Depresif Bozukluk.....	35
2.2.4.2. Minör Depresyon.....	37
<b>3. GEREÇ ve YÖNTEM.....</b>	<b>39</b>
3.1. Evren ve Örneklem.....	39
3.2. Veri Toplama Araçları.....	39
3.3. Araştırmanın Uygulanması, Etik Konular ve İzinler.....	43
3.4. Araştırmanın Değişkenleri.....	44

3.5. Araştırmanın Takvimi.....	45
3.6. Araştırmanın Kısıtlılıkları.....	45
3.7. Verilerin Analizi.....	45
<b>4. BULGULAR.....</b>	<b>47</b>
4.1. Araştırma Görevlisi Doktorların Sağlık Durumuna ve Alışkanlıklarına İlişkin Bulgular.....	47
4.2. Araştırma Görevlisi Doktorların Sağlık Durumuna ve Alışkanlıklarına İlişkin Bulgular.....	49
4.3. Araştırma Görevlisi Doktorların Çalışma Ortamına İlişkin Bulgular.....	49
4.4. Araştırma Görevlisi Doktorların Çalışma Koşullarına İlişkin Bulgular.....	51
4.5. Araştırma Görevlisi Doktorların Meslek ve Bölüm Hakkındaki Görüşlerine İlişkin Bulgular.....	52
4.6. Araştırma Görevlisi Doktorların Tükenmişlik ve Depresyon Ölçek Puanlarına İlişkin Bulgular.....	53
4.7. Araştırma Görevlisi Doktorların Bazı Değişkenlere Göre Tükenmişlik ve Depresyon Ölçek Puanlarına İlişkin Bulgular.....	56
<b>5. TARTIŞMA.....</b>	<b>69</b>
5.1. Araştırma Görevlisi Doktorlarda Tükenmişlik ve Depresyon Düzeyi.....	69
5.2. Araştırma Görevlisi Doktorlarda Sosyodemografik Özellikler, Sağlık Durumu ve Alışkanlıklar ile Tükenmişlik ve Depresyon İlişkisi.....	72
5.3. Araştırma Görevlisi Doktorların Çalışma Ortamı Özellikleri ile Tükenmişlik ve Depresyon İlişkisi.....	77
5.4. Araştırma Görevlisi Doktorların Çalışma Koşulları ile Tükenmişlik ve Depresyon İlişkisi.....	84
5.5. Araştırma Görevlisi Doktorların Meslek ve Bölüm Hakkındaki Görüşler ile Tükenmişlik ve Depresyon İlişkisi.....	87
<b>6. SONUÇLAR ve ÖNERİLER.....</b>	<b>92</b>
6.1. Sonuçlar.....	92
6.2. Öneriler.....	94
6.2.1. Bireysel Öneriler.....	95
6.2.2. Örgütsel Öneriler.....	95
<b>7. ÖZET.....</b>	<b>97</b>
<b>8. ABSTRACT.....</b>	<b>99</b>

<b>9. KAYNAKLAR.....</b>	<b>101</b>
<b>10. EKLER.....</b>	<b>115</b>
10.1. Ek 1. Anket Formu.....	115
10.2. Ek 2. Maslach Tükenmişlik Ölçeği (MTÖ).....	118
10.3. Ek 3. Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ).....	119
10.4. Ek 4. Etik Kurul Onay Formu .....	122
10.5. Ek.5. Kurum İzin Onay Formu.....	123
<b>11. ÖZGEÇMİŞ.....</b>	<b>124</b>



## KISALTMALAR

<b>MTÖ</b>	Maslach Tükenmişlik Ölçeği
<b>DT</b>	Duygusal Tükenmişlik
<b>D</b>	Duyarsızlaşma
<b>KB</b>	Kişisel Başarı
<b>BDÖ</b>	Beck Depresyon Ölçeği
<b>TUS</b>	Tıpta Uzmanlık Sınavı
<b>TUK</b>	Tıpta Uzmanlık Kurulu
<b>TUKMOS</b>	Tıpta Uzmanlık Kurulu Müfredat Oluşturma ve Standart Belirleme Sistemi
<b>BAP</b>	Bilimsel Araştırma Projesi

## TABLO DİZİNİ

Tablo 1. Araştırmanın Takvimi .....	45
Tablo 2. Araştırma Görevlisi Doktorların Bazı Sosyoekonomik ve Demografik Özellikleri.....	48
Tablo 3. Araştırma Görevlisi Doktorların Sağlık Durumları ve Alışkanlıkları ile İlgili Özellikleri.....	49
Tablo 4. Araştırma Görevlisi Doktorların Çalışma Ortamı ile İlgili Bazı Özellikleri.....	50
Tablo 5. Araştırma Görevlisi Doktorların Çalışma Koşulları ile İlgili Bazı Özellikleri.....	51
Tablo 6. Araştırma Görevlisi Doktorların Seçmiş Oldukları Meslek ve Bölüm Hakkındaki Görüşleri.....	52
Tablo 7. Araştırma Görevlisi Doktorların Maslach Tükenmişlik Ölçeğinin Alt Boyutlarından ve Beck Depresyon Ölçeğinden Aldıkları Puanların Dağılımı....	53
Tablo 8. Araştırma Görevlisi Doktorların Depresyon Derecesine Göre Dağılımı.....	55
Tablo 9. Araştırma Görevlisi Doktorların Maslach Tükenmişlik Ölçeği'nin Alt Boyutlarından Aldıkları Puanlar ile Beck Depresyon Ölçeği'nden Aldıkları Puanlar Arasındaki İlişki.....	56
Tablo 10. Araştırma Görevlisi Doktorların MTÖ'nin Alt Boyutları ve BDÖ'nden Aldıkları Puanların Bazı Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı.....	58
Tablo 11. Araştırma Görevlisi Doktorların MTÖ'nin Alt Boyutları ve BDÖ'nden Aldıkları Puanların Sağlık Durumları ve Bazı Alışkanlıklarına Göre Dağılımı ...	60
Tablo 12. Araştırma Görevlisi Doktorların MTÖ'nin Alt Boyutları ve BDÖ'nden Aldıkları Puanların Çalışma Ortamı ile İlgili Bazı Özelliklere Göre Dağılımı ....	64
Tablo 13. Araştırma Görevlisi Doktorların MTÖ'nin Alt Boyutları ve BDÖ'nden Aldıkları Puanların Çalışma Koşulları ile İlgili Bazı Özelliklere Göre Dağılımı.	66
Tablo 14. Araştırma Görevlisi Doktorların MTÖ'nin Alt Boyutları ve BDÖ'nden Aldıkları Puanların Seçmiş Oldukları Meslek ve Bölüm Hakkındaki Bazı Görüşlerine Göre Dağılımı.....	68



## ŞEKİL DİZİNİ

Şekil 1. MTÖ-Duygusal Tükenmişlik (DT) Puanları Histogram Grafiği.53
Şekil 2. MTÖ-Duyarsızlaşma (D) Puanları Histogram Grafiği.....54
Şekil 3. MTÖ-Kişisel Başarı (KB) Puanları Histogram Grafiği.....54
Şekil 4. BDÖ Puanları Histogram Grafiği.....55

## 1.GİRİŞ VE AMAÇ

Çalışma hayatında insanlar zamanlarının büyük bir bölümünü işyeri ortamında geçirmektedir. Dolayısıyla bu ortamlarda karşılaşılan çevresel ve fiziksel sorunlar, çalışanın bedensel ve ruhsal sağlığı için önemli birer risk faktörü olup çalışanların psikolojisi üzerinde olumsuz sonuçlar oluşturabilmektedir. Özellikle kötü yönetim, ekonomik sıkıntılar, işyeri şartlarının olumsuz olması, çıkar çatışmaları, kişisel sorunlar ve sistemden kaynaklanan bozukluklar gibi etkenler çalışanın iş yaşamında veriminin düşmesine, işe devamsızlığına ve tükenmişlik hissi ile karşı karşıya kalmasına neden olabilmektedir (1).

Tükenmişlik kavramı, ilk olarak 1974 yılında Alman asıllı Herbert J. Freudenberger tarafından kişinin meslek hayatının neden olduğu zihinsel ve fiziksel yorgunluk hali, aşırı istek ve talepler yüzünden bireylerin yaşadığı güç ve enerji kaybı olarak tanımlanmış ve tükenmenin sebebi ne olursa olsun her insanı etkisiz ve pasif hale getirdiği belirtilmiştir (2). Süreç içerisinde tükenmişlik kavramına yönelik çok sayıda tanımlama geliştirilmiş olup günümüzde kabul gören en yaygın tanım ise Maslach ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Bu tanımda tükenmişlik; bireyin yaşamında gerçekleşen değişimleri ifade eden duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarıya ilişkin duyguları kategorize eden üç ayrı boyutta ele alınmaktadır. Bu yaklaşıma göre bireyde tükenmişlik, duygusal tükenme ile duyarsızlaşmanın artması, kişisel başarının ve başarı duygusunun azalması ile ortaya çıkmaktadır (3).

Tükenmişlik sendromu, insanlarla yüz yüze ilişki/iletişim gerektiren çalışma alanlarında çok daha sık karşılaşılan bir durumdur. Özellikle sağlık sektörü çalışanlarının işlerinin özelliğinden dolayı "tükenmişlik sendromu" açısından daha fazla risk ve tehlike altında olan grup olduğu belirtilmektedir. Sağlık çalışanları son derece stresli bir ortamda ve yoğun bir talep ile baskı altında çalışmaktadırlar. En acılı ve en sıkıntılı oldukları zamanda hastanelere ve sağlık merkezlerine iyileşebilmek amacı ile başvuran insanları, tekrar sağlıklarına kavuşturma çabası son derece zor ve ağır sorumluluk gerektiren bir iştir. Yoğun iş yükü, ağır ve ölümcül hastalara bakım verme, gerektiğinde hasta

ve yakınlarına duygusal destek vermek zorunda kalma gibi nedenler; sağlık sekt6ru 7alışanlarında, yapılan işle ilgili strese ve gerginliğe yol a7maktadı. Ayrıca sağlık hizmet sunumu alanındaki yetersizlikler, hizmetin ve personelin dengesiz dağılımı da sağlık alanında 7alışanlarda d6ř kırıklığına, gerginliğe ve t6kenmişlik hissinde artışa neden olabilmektedir (4, 5).

Depresyon, insanın yaşama istek ve zevkinin kaybolduğu, kişinin kendisini derin bir keder i7inde hissettiği, geleceğe ilişkin k6t6msar, karamsar d6ř6nceler, ge7mişe ilişkin yoğun, pişmanlık, su7luluk duygu ve d6ř6ncelerinin taşındığı, bazen 6l6m d6ř6ncesi, bazen intihar (6zkıyım) girişimi ve sonu7ta 6l6m6n olabildiği, uyku, iştah, cinsel istek vb. ilgili fizyolojik bozuklukların olduğu bir hastalıktır (6). Depresyonun temelinde daha 6nceden isteyerek ve severek yaptığı g6nl6k etkinliklere karşı isteksizlik ve yaşamdan zevk alamama durumu vardır. Bu olumsuz bakış a7ısı g6nl6k yaşama ve kişilerarası ilişkilere yansiyarak kişilerin iş yaşamındaki performansının d6şmesine neden olabilir (7).

Sağlık sekt6ru hem fiziksel hem de zihinsel a7ıdan 7ok yıpratıcı bir meslek grubudur. Sağlık 7alışanları, artmış iş y6k6, yaşamsal tehdidi bulunan g6rev ve sorumluluklara sahip olma, uykusuzluk, hata yapma korkusu, iş ortamının getirdiği sağlık riskleri, zamanla yarışma, olumsuz iş ilişkileri ve benzeri bir7ok fakt6rden olumsuz olarak etkilenmektedir (8). Bunun sonucunda yoğun stresten oluşan savunma mekanizması patolojik boyutlara ulaşarak sağlık 7alışanlarında anksiyete, y6ksek stres d6zeyi, alkol t6ketimi veya depresyon gibi sorunları da beraberinde getirebilmektedir. Bu durum sağlık 7alışanlarının kendi sağlıklarının yanısıra hasta bakım hizmetleri a7ısından da 6nemlidir (9, 10).

“Tıpta ve Diş Hekimliğinde Uzmanlık Eğitimi Y6netmeliği”ne g6re tıp hekimliği uzmanlık ana veya yan dallarından birinde uzman olarak yetiştirilmek amacıyla, 6đrenim, eğitim, araştırma ve uygulama yapmak 6zere atanan tıp doktorları, araştırma g6revlisi doktor olarak isimlendirilmektedir (11). 6lkemizde tıpta uzmanlık eğitimini yapmakta olan araştırma g6revlisi doktorlarda eğitim daha 7ok usta-7ırak ilişkisine dayanmaktadır ve tıp mesleğinde ge7mişten gelen hiyerarşik sistem 6nemli bir yer tutmaktadır. Bu hiyerarşik d6zenin alt kısımlarında yer alan araştırma g6revlisi doktorlar

sağlıksız fiziksel çalışma koşulları, daha uzun çalışma saatleri, daha uzun saatlere dayalı ve sık tutulan nöbetler, mobbing, nöbet sonrası izinlerin kullanılamaması, daha düşük ücretle çalışmak gibi nedenlerden dolayı diğer sağlık çalışanlarına göre daha fazla stres altındadırlar (12).

Baş edilemeyen stres de tükenmişlik sendromunda olduğu gibi depresyon etiyojisinde temel bir role sahiptir (13).

Konu ile ilgili sağlık çalışanları arasında yapılan çalışmalar, tükenmişlik sendromu ve depresyonun; son zamanlarda giderek daha fazla dikkat çeken ve üzerinde durulan yaygın ve önemli sağlık sorunları olduğunu göstermektedir. Firth Cozen 'in çalışmasında hekimlerdeki tükenmişlik sendromu ve depresyon varlığının, verdikleri hizmetin niteliğini olumsuz olarak etkilediği ve iş yaşamında ciddi sorunlara yol açtığı bildirilmektedir (14). Tyssen'in çalışmasında ise mezuniyet sonrası eğitimin de önemli olduğu bu iş kolunda, bu tip sorunların öğrenme ve akademik başarıyı olumsuz etkilediği ifade edilmektedir (15).

Yapılan çeşitli çalışmalarda tükenmişlik sendromunun sık görüldüğü gruplardan birisinin araştırma görevlisi doktorlar olduğu ve uzmanlık eğitimi boyunca araştırma görevlisi doktorlarda tükenmişlik gelişme ihtimalinin %27-75 arasında olduğu bildirilmektedir (16). Depresyon riskinin ise araştırma görevlisi doktorlarda özellikle mezuniyet sonrası ilk yıl içerisinde en yüksek olduğu bildirilmektedir. Genel toplum için bildirilen %15 kadar olan sıklık, araştırma görevlisi doktorlarda %38'e kadar çıkmaktadır (17). Firth-Cozen ve ark.'nın ileriye yönelik izlem çalışmalarında mezuniyetin birinci yılında hekimlerde depresyon sıklığının %28, sekizinci yılda ise %18 olarak saptandığı gözlenmiştir (17).

Ülkemizde 18 Şubat 2011 tarihli ve 27850 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanarak yürürlüğe giren *“Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurum Ve Kuruluşları İle Üniversitelerin İlgili Birimlerinin Birlikte Kullanımına Ve İş Birliğine İlişkin Usul Ve Esaslar İle İlgili Yönetmelik”* hükümleri çerçevesinde 10 adet üniversite hastanesi, ortak kullanım protokolü ile sağlık hizmet sunumunu, eğitim ve araştırma hizmetlerini gerçekleştirmektedir (18).

Ülkemizde üniversite hastaneleri ile Sağlık Bakanlığı'na bağlı Eğitim Araştırma Hastanelerinde sağlık hizmetinin önemli bir kısmını veren araştırma görevlisi doktorlarda gerçekleştirilen sınırlı sayıda tükenmişlik sendromu ve depresyon düzeyi ilgili çalışmalar mevcuttur. Ancak ortak kullanım protokolüyle faaliyet gösteren üniversitelere bağlı Eğitim Araştırma Hastanelerinde uzmanlığını yapmakta olan araştırma görevlisi doktorlarda tükenmişlik ve depresyon düzeylerini belirlemeye yönelik yapılmış olan herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır.

Bu çalışma ile İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesi'nde görev yapmakta olan araştırma görevlisi doktorların tükenmişlik ve depresyon düzeylerinin ve bu sorunlara etki eden faktörlerin belirlenmesi amaçlanmıştır. Bu çalışmanın sonucunda elde edilecek bulgular ışığında, araştırma görevlisi doktorlar için daha kaliteli bir eğitim sistemi ve daha verimli bir çalışma ortamı yaratmak üzere gerekli girişimlerde bulunulması için öneriler geliştirilmesi hedeflenmektedir. Çalışmada aynı zamanda bu sorunları etkilediği saptanan değişkenlere yönelik oluşturulacak müdahale önerilerinin de her iki sağlık sorunu için koruyucu etkiye sahip olması hedeflenmektedir.

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1.1. Tükenmişliğin Tanımı

Modern zamanların önemli fenomenlerinden biri olarak görülen tükenmişlik ilk olarak 1970'lerde Amerika' da müşteri hizmetlerinde çalışan insanların yaşadığı mesleki bunalımı ifade etmek için kullanılmıştır (19). Tükenmişlik kavramı ilk kez 1974 yılında Herbert Freudenberg tarafından tanımlanmıştır. Freudenberg uzun yıllar toplumsal stres konusuyla ilgilenmiş, hapisten çıkanların kaldıkları geçici yurtlar ve serbest klinikler gibi alternatif kurum çalışanlarında görülen stres tepkilerine yönelik çalışmalarıyla tanınmış bir klinik psikologdur (20). Tükenmişliğin mesleki bir tehlike olarak ilk klinik tanımlarından biri Freudenberger tarafından yapılmıştır (21).

Freudenberger tükenmişliği; 'Başarısız olma, yıpranma, enerji ve güç kaybı veya karşılanamayan istekler sonucu bireyin iç kaynaklarında tükenme durumu' şeklinde ifade etmiştir (22). Freudenberger ve Richelson'a göre tükenmişlik; çağımızın toplumsal yaşantısının bir ürünü, yaşamımıza bir anlam kazandırma çabamızın sonucu gelişen bir olgudur (23).

Tükenmişlik kavramının sözlük anlamı; 'Enerji, güç ya da kaynakların aşırı talepler yoluyla tükenmesi, yorulma, başarısız olma' şeklindedir. Tükenmişlik, bazen fiziksel rahatsızlıklarla karakterize olan, değişmeden kalan, işe ilişkin kronikleşmiş stres durumlarından sonra gelişen ruhsal ve fiziksel enerji azalması durumu için kullanılan popüler bir terimdir (24).

Tükenmişlik; bireyin sahip olduğu değerlerde, itibarda ve maneviyatta bir aşınmayı temsil eder. En yalın haliyle, tükenmişlik, insan ruhunun çöküşüdür. Tükenmişlik; yavaş yavaş ve sürekli olarak gelişen, insanı kurtuluşu zor bir girdabın içine sürükleyen bir hastalıktır (25). Storlie'ye göre; çoğu zaman bu duruma engel olmaya çalışılmaz, hatta uyum sağlanır. Yaratıcılık yok olur ve daha iyisi için uğraş verilmez. Bu bir anlamda gücün güçsüzlüğe teslim oluşudur (26, 27).

Bireyin enerji kaynaklarının stres yapıcı koşullar altında azalmasını ifade eden tükenmişlik, çalışma yaşamının değişik evrelerinde ortaya çıkabilir.

Tükenmişlik sürekli bir değişken olup 'ya hep ya hiç' şeklinde sınıflandırılmamaktadır (28). Edelwich tükenmişliği; 'Başkalarına yardım sağlayan mesleklerde çalışan bireylerde, çalışma koşullarının bir sonucu olarak görülen; idealizm, enerji ve amaçta sürekli olarak artan bir kayıp' şeklinde tanımlamıştır (21).

Tanımda yer alan çalışma koşulları kapsamında; yetersiz eğitim, müşteri yoğunluğu, uzun mesai saatleri, düşük ücret, yapılan işe minnet duymayan müşterilerle uğraşma, bürokratik ya da politik zorlamalar, kişisel idealler ve istekler ile ulaşılan nokta arasındaki uçurum gibi etmenler sayılabilmektedir. Başka bir deyişle, bir yanda kişisel idealler ve istekler, diğer yanda çalışma koşullarının bozulması arasındaki etkileşim süreci, tükenmişliğe neden olmaktadır (21).

Maier'e göre tükenmişlik, 'Psikosomatik hastalığı, uykusuzluğu, iş ve müşterilere karşı negatif tutumu, işe gelmemeyi, alkol ya da ilaç kullanımını, suçluluğu, kötümserliği, ilgisizliği ve depresyonu içeren kompleks bir sendromdur' ve enerjinin bol kullanımı sonucu önemli düzeyde enerji eksikliği yaşanması şeklinde görülmektedir (29). Spanial ve Caputo ise tükenmişliği, 'İş ve özel yaşamdaki stresle baş edebilme konusundaki yetersizlik' olarak tanımlamaktadır (30).

Tükenmişliğin kavramlaştırılması çabalarından biri de Pearlman ve Hartman tarafından verilmiştir. Pearlman ve Hartman'ın, 1982 yılına kadar yapılmış tükenmişlik tanımlarından yola çıkarak yaptığı 'Çoklu kavramlaştırma' şu tanımları içermektedir:

- a. Başarısızlık, yorgunluk ve duygusal olarak tükenme,
- b. Yaratıcılığı yitirme,
- c. İşe bağlılığı yitirme,
- d. Müşterilere, çalışma arkadaşlarına, işe ve kuruma karşı yabancılaşma,
- e. Kronik strese verilen tepki,
- f. Genellikle rahatsız edici fiziksel ve duygusal belirtilerle ilişkili olarak, bireyin kendisine ve müşterilerine yönelik uygun olmayan davranışlar sergilemesi (31).

Günümüzde en yaygın kabul gören tanım, konuyla ilgili çalışan araştırmacılar arasında en önemli isim olarak anılan ve aynı zamanda kendi adıyla anılan *Maslach Tükenmişlik Ölçeğini* geliştiren Christina Maslach'a aittir. Maslach tarafından 'İşi gereği insanlarla yoğun bir ilişi içerisinde olanlarda görölen duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve düşük kişi sel başarı / yetersizlik hissi' şeklinde üç boyutlu olarak tanımlanan tükenmişlik, daha ayrıntılı şekliyle 'İşi gereği yoğun duygusal taleplere maruz kalan ve sürekli diğer insanlarla yüz yüze çalışmak durumunda kalan kişilerde görölen fiziksel bitkinlik, uzun süreli yorgunluk, çaresizlik ve umutsuzluk duygularının, yapılan işe, hayata ve diğer insanlara karşı olumsuz tutumlarla yansması ile oluşun bir sendrom' şeklinde ifade edilmiştir (19).

Maslach tükenmişlik kavramını; duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişi sel başarıya ilişkin duyguları kategorize eden üç ayrı boyutta ele almaktadır (28). Yüksek düzeyde duygusal tükenme ve duyarsızlaşma ile düşük düzeyde kişi sel başarı, yüksek düzeyde tükenmişliği yansıtmaktadır (32).

### **2.1.2. Tükenmişliğin Belirtileri**

Tükenmişlik yavaş ve sinsice başlayan, ortaya çıkışı ne kadar ani de olsa, sürekli gelişen, kronik bir olgudur. Bireyin bir gün içinde ani bir şekilde yaşadığı bir olay, yaşanan tükenmişliğin belirtisi haline gelebilir. Tükenme durumuna gelmeden kısa bir süre önce; genellikle ya bir iş veya sınav baskısı ya bir aile üyesinin hastalığı ya da arka arkaya gelen stres yaratıcı olaylar gibi bazı çevresel koşullara rastlanır. Bazen çok seyrek de olsa tükenmişlik herhangi bir olay olmadan birdenbire çıkabilir. Tükenmiş kişiler genellikle; zayıf yönlerini iyi gizleyebilen, yetenekli insanlar oldukları için çoğunlukla bu durumun ilk dönemlerinde içlerinde olup bitenlerin farkında bile değillerdir (23).

Tükenmişlik, sadece negatif duyguların varlığıyla ilgili değil, pozitif duyguların yokluğuyla da ilgilidir. Kendisini işine angaje etmiş bir insanın yaptığı iş; işine karşı duyduğu heyecanla, işini iyi yaptığında aldığı doyumla, çalışma arkadaşlarıyla arasındaki keyifli ilişkilerle ve sahip olduğu değerlerin övünç kaynağı olmasıyla zenginleşecektir. Bu gibi olumlu duygular, çalışanın



bağlılığını ve motivasyonunu arttıracaktır. Nitekim, yaptığı iş bireyi mutlu ediyorsa, o da işini yapmaya ve daha iyi yapmaya devam edecektir. Ayrıca kendisini iyi hisseden birey; yaratıcı ve yeni çözümlerle daha açık bir hale gelerek, işinde özel şeyler yapmak için ayrıca bir çaba göstermekten de çekinmeyecektir (25).

Başarıdan alınan haz ve mutluluk, başarısızlıkların verdiği üzüntüyü dengeleyebilir. Bunun için başarıların çok büyük olması gerekmez, diğerlerinden takdir gören küçük günlük yaşantılar bile bu dengeyi sağlayabilir. Fakat, ne zaman ki pozitif duygular negatif duyguları dengeleyecek güçlerini kaybederler; o noktada, duyarsızlaşma boy göstermeye başlar. Her şeyi güvensiz ve düşmanca bir bakış açısıyla yargılanmaya başlayan bu insanlar için; bundan böyle, yarısı dolu olan bardağın, yarısı hep boştur (25).

Günümüzün gittikçe karmaşıklaşan iş dünyasında tükenmişlik küçük sinyaller vererek başlar. Potter'a göre; bu uyarı sinyalleri engellenmişlik hissi, duygu patlamaları, rahatsız edilmeme isteği, yabancılaşma duygusu, düşük performans, ilaç ve alkol kullanımında artış şeklinde sıralanabilir (33).

Calamidos tükenmişliğin; fiziksel tükenmişlik, duygusal tükenmişlik, entelektüel/ zihinsel tükenmişlik, sosyal tükenmişlik, duygusal tükenmişlik ve son olarak ruhsal tükenmişlik olmak üzere beş aşamadan oluştuğunu belirtmektedir. Bu beş aşama otuza yakın belirti içermektedir. Bunlar arasında; cinsel yetersizlik, dış gıcırdatma, terleme, kazalara yatkın olma, iş hakkında yoğun endişe, kötü niyet taşıyan espriler yapma, alkolizm, kararsızlık, duyarsızlaşma, şüphencilik, işe devamsızlık ve depresyon gibi belirtiler bulunmaktadır (30).

Tükenmişlik genellikle; fiziksel, duygusal ve davranışsal kategorileri içeren bir belirtiler yumağı şeklinde tanımlanmıştır (24). Tükenmişlik belirtileri çok çeşitli olmakla birlikte, tükenmişliğin sinsi doğasını ayrıntılarıyla gözler önüne sermektedir. Tükenmişlik yaşayan birey, mesleki doyumsuzluk ve yorgunluk duyguları yaşadığını fark eder ve işe gitmeyi istememe, terslik ve tahammülsüzlük, kendinden şüphelenme hissi, benlik imajına uygun olmayan davranışlar sergiler (29).

Tükenen biri dışarıdan bakıldığında pek sempatik değildir. Bu insanlar garip, eleştirici, kızgın, katı, önerilere kapalı ve insanları iten davranışlar içinde görülürler. Bu görüntü biraz aralanıp altındaki kişinin acı çektiği görülemezse, bu kişinin yanından uzaklaşmak istenebilir. Ancak bilinmesi gereken, tükenmişlik kötü niyetten oluşan bir olgu değildir; aksine iyi niyetten doğan bir sorundur. Tükenen kişilerin çoğu bir zamanlar belli bir amaca ulaşmak için çabalamış kişilerdir. Programları dolu olan, her zaman kendisinden istenenden daha fazlasını yapmaya çabalayan, kendi sınırlarını hep zorlayan bu insanlar, hayata büyük beklentilerle başlamış, yol boyunca da daha azıyla yetinmeyi reddetmişlerdir. Bu insanlar, hep bir ideale hizmet etmek için işe başlamışlardır. Tükenmenin nedenleri, insanların bu idealleriyle ilişkilidir (23).

‘İşime karşı duyduğum heyecanı kaybettim, ‘İşimin sonuna mı geliyorum?’ ‘İşimde her geçen gün daha mutsuz, sinirli ve gergin oluyorum’, ‘Bu işe devam edip etmeme konusunda karasızım’, ‘Aşırı yüklenmiş, aşırı çalışmış ve tüm bu yükün altında kendimi ezilmiş hissediyorum ve hiçbir çıkış yolum yok’ gibi ifadelerle aktarılan tükenmişlik, herkes için farklı bir anlam ifade etse de aslında özünde yatan temel düşünce hep aynıdır. Tükenmişlik yaşayanlarda görülen temel belirtiler; işe duyulan ilginin kaybı, duygularda aşınma ve iş ile birey arasındaki uyumsuzluk şeklinde gözlenmektedir (25).

Tükenmişliğin belirtileri; fiziksel, psikolojik ve davranışsal olmak üzere üç ayrı başlık altında incelenebilir. Bu belirtiler aynı zamanda tükenmişliğin sonuçları şeklinde de düşünülebilmektedir (25).

### **2.1.2.1. Fiziksel Belirtiler**

İnsan vücudu; bütün sistemleri uyum içinde çalıştığında, önemli bir enerji üretmektedir. İşlerini büyük bir şevkle yapan insanlar, bazı dönemlerde, neredeyse tüm gün, hatta gece yarısına kadar çalışabilmekte; sadece birkaç saat uyumalarına rağmen ertesi gün işlerine tüm enerjileriyle devam edebilmektedirler. Tükenmiş insanların birçoğu iş yaşamına böyle başlamıştır (23). Ancak bir zamanlar enerjilerini, çevrelerindeki insanlara da yayan bu insanların; tükenmişlik sürecinde hem fiziksel hem de psikolojik olarak sahip

oldukları tüm enerjileri tüketebilir. Bu tüketiş ise kişide fiziksel olarak ciddi rahatsızlıklara neden olmaktadır (25).

Tükenmişliğin fiziksel belirtileri genel olarak şu şekilde sıralanabilir: yorgunluk ve bitkinlik hissi, geçmeyen soğuk algınlıkları, baş ağrıları, mide, bağırsak hastalıkları, yüksek kolesterol, yüksek tansiyon, kas gerilmeleri, kronik yorgunluk, alerji, uyku bozuklukları, solunum güçlüğü ve takipne, kilo kaybı veya şişmanlık, uyuşukluk, deri şikayetleri, diyabet, ülser, koroner arter hastalığı riskinde artış, genel ağrı ve sızılar, kas ağrıları. Bu tip problemlerden sürekli yakınmalar, ciddi bir tükenmişlik sendromunun habercisidir (25).

### **2.1.2.2.Psikolojik Belirtiler**

Tükenmişliğin psikolojik belirtileri; diğerlerine nazaran daha az gözle görülür olsa da dikkat edildiğinde hem birey hem de çevresi tarafından kolaylıkla fark edilebilir. Bu belirtiler kabaca şöyle özetlenebilir:

**Engellenmişlik hissi ve sinirlilik** tükenmişliğin belirgin özelliklerindedir. Birey kendisini engellenmiş hisseder; çünkü hedeflerine ulaşmaktan alıkonulmuştur. Eğer birey, işi üzerindeki kontrolünü kaybetmiş ya da işini yapmak için gereken kaynaklardan yoksun bir durumdaysa, bu durumda onu hedefine götüren kariyer yolu üzerindeki engelleri de aşamayacaktır. Buna ek olarak birey, beklediği ödülleri de alamıyorsa, kendisini yetersiz hissetmesi, hiç de şaşırtıcı olmayacaktır. Harcanan zaman ve çabanın bir sonucu olarak da birey kendisini tükenmiş hissedebilecektir. Bireyin engellenmişlik duygusuna eşlik eden sinirlilik hali; insanlara karşı negatif tepkileri ve işe karşı duyarsızlaşmayı tetikleyecektir. Bu negatif tepkiler için, bir günah keçisi arayışına giren birey, kendi problemleri için diğerlerini suçlamaya başlayacak ve onlara verdikleri tepkiler daha cezalandırıcı ve saldırgan olacaktır. Bununla birlikte, sinirli olan birey işini yapış şekli konusunda daha katı olacak ve kendisini yeni alternatiflere kapatacaktır.

İnsanlar kendilerine saygı ve güven duyulmadığını ve yaptıkları işe değer verilmediğini düşündüklerinde, öz saygı ve yeterlilik hisleri tehdit altına girecektir. Bir anlamda, işleri konusunda kendilerini küçük düşürülmüş hisseden

bireyler, çevrelerine karşı bir düşmanlık duygusu da geliştirebilirler. Çalıştıkları yerde kendilerini bir yabancı gibi hissedenden bu insanlar, hırsızlık ve sabotaj gibi yıkıcı misillemelerde bile bulunabilirler.

**Korku ve kaygı** tükenmişliği körükleyen duygulardan diğer ikisidir. Bu duygular, çalışanın işi üzerindeki kontrol duygusunu kaybettiği ve iş çevresinin belirsiz olduğu durumlarda ortaya çıkmaktadır. Günümüzde işyerinde birçok çalışan, bu gibi durumlarla karşılaşmaktadır. Yaygın görüş; insanların diğerleriyle rekabet halinde olmaları veya işlerini kaybetme ve gelecek korkusu yaşamaları halinde daha iyi çalıştığı şeklindeyse de aslında böylesi bir ortam çalışanların dikkatini dağıtıcı bir etki yaratmakta ve onların işlerine daha az ilgi ve bağlılık göstermelerine ve işe yönelik enerjilerinin azalmasına neden olmaktadır.

Tükenmişlik; kaygı, depresyon gibi ruhsal açıdan tehlikeli durumlara da yol açabilmektedir. Bu gibi durumlar; alınganlık, belirgin üzüntü, apatik görünüm, asılsız şüpheler ve paranoya, özgüvende azalma, başarısızlık hissi, suçluluk, içlermişlik, çaresizlik gibi duygularla karakterize edilmektedir (23, 25, 33).

### **2.1.2.3.Davranışsal Belirtiler**

Tükenmişliğin diğer belirtilerine kıyasla, başkaları tarafından daha kolay gözlemlenebilen davranışsal belirtiler; aslında tükenmişliğin ciddi bir boyuta ulaştığının da bir göstergesidir. İçinde yaşadığı karmaşayı uzun bir süre boyunca saklamaya çabalamış birey için; tükenmişlik duygusu bir anlamda, bireyin içinde saklayamayacağı kadar huzursuzluk vermektedir.

Tükenme gösteren bireyler psikolojik olarak içe çekilirler ve bu psikolojik geri çekilme; yüzeysel ilişkilere girme, kişilere ayrılan zamanın kasıtlı olarak uygun olmayan bir biçimde harcanması, hizmet sunulan kişiden uzaklaşma şeklinde görülür. Bireyin tükenmişliği evine taşıdığı noktada, tükenme ve negatif duygulanımları ailesi ve arkadaşlarıyla olan ilişkilerini de etkilemeye başlayacaktır.

Tükenmişlik yaşayan bireylerde; çabuk öfkelenme, ani sinir patlamaları, gözyaşlarını tutamama, aşırı alınganlık, yalnız kalma isteği, işe gitmek istememe,

işe geç gelme, işyerinde işi yavaşlatma ya da sürüncemede bırakma, örgütleme zorluğu, ilaç, alkol ve tütün vb. almaya eğilim, az/çok yemek yeme, evlilik çatışmaları ve boşanma, aile çatışmaları, aile ve arkadaşlardan uzaklaşma ve içe kapanma, kişiler arası problemler, sıkıntı, konsantrasyon güçlüğü, unutkanlık, hareketli olamayıp, başkalarına fazla güvenmeme veya onlardan kaçınma, kuruma yönelik ilginin kaybı, bazı şeyleri erteleme ya da sürüncemede bırakma, çalışmaya yönelmede direnç, hizmet sunulan kişilere tek tip davranma, onları küçümseme ve onlarla alay etme, değişime direnç ve katılık, çalışma arkadaşlarıyla iş konusunda tartışmaktan kaçınma, alaycı ve suçlayıcı olma gibi davranışsal belirtiler gözlenmektedir (23, 25, 33, 34).

Benzer şekilde genel olarak tükenmişlik sürecindeki belirtiler Freudenberger tarafından şu şekilde aktarılmıştır. ‘Çabuk öfkelenme, ani irritasyon ve engellenme belirtileriyle, duyguları ele almak güçleşir. Kişi kolay ağlamaya başlar, önemsiz baskılar ona taşıyabileceğinden çok fazlaymış gibi gelir. Çabuk öfkelenme ile şüpheli bir tutum, alınganlık vb. duygularla kişi başkalarının onu hep aldattığını düşünmeye başlar. Başkalarının yapamadıklarını kendisinin yapabildiğine inanan kişi, gittikçe kendisine aşırı bir güven duymaya başlar ve süreç içinde diğerlerini küçümsemeye başlar. Kişinin görünüşü gittikçe kapalı bir kutu gibi olmaya başlar.

Aşırı katı, inatçı, esnekliğini yitirmiş bir görünüm veren kişi, her şeyi kendisinin bildiğine inanır, bu nedenle ilerleyici ve yapıcı bir değişim gösteremez. Sözleşen negatif tutumlar görülür. Herkesin kendi çıkarı için çalıştığına inanan kişi, diğerlerine kötü davranmaya, surat asmaya başlar; bakışları, hareketleri ve görüntüsü depresiftir. Kişi, kendisini korumak için böyle görünür. Karşıdaki kişiler ne olup bittiğini anlamazlar ancak bireyde bazı değişikliklerin de olduğunu farkındadırlar. Çoğu kez çalışılan yerde harcanan zaman artmasına rağmen başarı düşer. Birey sanki gidecek yeri yokmuş gibi başı boş dolaşmaktadır. Aslında çoğu kez gidecek yeri de olmaz, çünkü iş hayatının tamamını kapladığından arkadaşlarının da çoğunu kaybetmiş durumdadır.’ (2, 27).

### **2.1.3.Tükenmişlikle İlgili Geliştirilmiş Modeller**

#### **2.1.3.1.Cherniss Tükenmişlik Modeli**

Tükenmişlik literatürüne önemli katkılarda bulunan isimlerden biri olan Cary Cherniss, 1980 yılında tükenmişlik ile ilgili bir model öne sürmüştür. Cherniss bu modelde tükenmişliği, ‘İşle ilgili stres kaynaklarına bir tepki olarak başlayan, başa çıkma davranışlarını içeren ve işle psikolojik ilişkiyi kesmeyle son bulan bir süreç’ olarak tanımlamıştır. Bu modelde tükenmişlik, başarısız başa çıkma stratejilerinin bir sonucu olarak ele alınmıştır (35).

Model tükenmişliğin nedenlerini ortaya koymakla kalmamış aynı zamanda tükenmişliğe yönelik verilen tepkileri ve tükenmişlikle başa çıkma yollarını da ortaya koymaya çalışmıştır. Bu modele göre, taleplerin kaynakları aşması nedeniyle stres yaşayan birey ilk olarak; stres kaynağını ortadan kaldırmayı tercih eder. Stres kaynağını ortadan kaldırma konusunda başarılı olamayan birey ikinci bir adım olarak egzersiz, meditasyon gibi bir takım stresle başa çıkma yöntemlerine başvurur ve bu şekilde rahatlamaya çalışır. Bu adımdan da başarılı bir şekilde çıkamazsa, birey duygusal yükünü azaltmak için işle psikolojik olarak ilişkisini kesmeye çalışır (35).

Bu sürecin sonucunda; düşük motivasyon, müşteri, yönetici ve iş arkadaşlarına yönelik olumsuz tutumlar geliştirme ve iş yaşamına ilişkin hedeflerin küçülmesi ve iş tatminsizliği gibi bazı durumlara rastlanmaktadır (22, 35).

#### **2.1.3.2.Edelwich ve Brodsky Tükenmişlik Modeli**

Edelwich ve Brodsky tükenmişliğin birbirini izleyen ve belirlenebilir aşamalardan geçtiğini ve bir süreç sonunda ortaya çıktığını öne sürmüşler ve çoğu zaman ‘Tükenmişliğin Gelişim Süreci’ denildiğinde akla gelen bu aşamaları ‘İdealistik coşku, durgunluk, engellenme ve apati’ şeklinde ifade etmişlerdir (36).

## **İdealistik Coşku**

Heves, şevk ya da coşku ve mesleğe bağlılık olarak da adlandırılabilen bu aşama, genellikle çalışma hayatına yeni başlayan bireylerde görülen; fazla enerjiye, yüksek beklentilere ve umutlara, seçilen meslekteki amaçlara ulaşabilmek için şiddetli motivasyona sahip olunan aşamadır. Bu aşamada, hayatın tümünü iş ve başkalarına hizmet verme oluşturmaktadır. Bu gibi psikolojik özelliklerle birlikte, hizmet sunan kişide mesleki eğitimini sürdürmek için sıklıkla ve ısrarlı bir istek görülmektedir (22, 35).

Bu aşamadaki birey, hizmet verdiği bireyler üzerinde olumlu etkiler bırakmak istediği için belirgin bir enerjiyle ve tüm gayretiyle çalışır. Bu özellikleri sergileyen bireyin övülmesi, gayretinden dolayı takdir edilmesi gerekirken, kişinin karşılaştığı tablo daha çok gerçekçi olmayan önyargılar, prensipler, hükümler ve amaçlarla ilgili sorunlar olur. Bu durumda da gayretle çalışan kişi uğradığı hayal kırıklığı sonucu kaçınılmaz olarak tükenmişliğin durgunluk aşamasına girmeye başlar. Bu durum sıklıkla, çalışmaya başladıktan bir yıl sonra görülmektedir (24).

## **Durgunluk**

İdealistik coşkudan durgunluğa geçiş sırasında işi yavaşlatmayı düşünen birey ilk aşamada karşılaştığı sorunların peşine düşmekten yorulmuştur (24). Bu aşamada, birey artık işine yönelik birinci aşamada gösterdiği gayreti gösterememektedir, nitekim sahip olduğu enerji düzeyi düşmekte, motivasyonu azalmakta, işle ilgili beklentilerine yönelik hayal kırıklıkları yaşamakta ve bunların sonucu işinden soğumaktadır. Bu aşamada bireyin ilgisi, ideallerinden çok, daha fazla para kazanmak, daha iyi yaşamak, boş zamanlarını daha iyi değerlendirmek gibi iş dışı faaliyetlere yönelmiştir (22). Artık verdiği hizmeti daha fazla sevemediğini hisseden çalışan; arkadaşlar, spor, boş zaman aktiviteleri, aile gibi iş dışındaki ilgilere yoğunlaşmaktadır. Bu aşama, tükenmişliği tecrübe eden insanlar arasında 'yolun sonuna gelme' ve benzeri ifadelerle tasvir edilmiştir (24).

## Engellenme

Zaman geçtikçe, çalışan kişi, mesleğine ilişkin amaçlarını başarabilmek için engellendiğini düşünmeye başlar. Engellenme; çalışanın hizmet verdiği kişilerin gereksinimlerini gideremeyerek engellenmesi ve çalışanın hizmet verdiği kişilerin gereksinimlerini doyumak için kendi gereksinimlerini gözden çıkarması olmak üzere iki şekilde gerçekleşir (24). Zaman geçtikçe başarılı olma çabalarının yetersiz kaldığını düşünen birey, bu aşamada, mesleğini sürdürüp sürdürülemeyeceğini sorgulamaya başlar (22, 37). Bireyin işinde sürekli engellenme yaşaması, onu büyük bir olasılıkla tükenmişliğin dördüncü aşamasına geçirecektir; ancak birey bu aşamada aşağıda sözü edilen farklı savunma yöntemlerini de geliştirebilir (37).

*Adaptif Savunmalar:* Bireyin, kendi koşulları ile bulunduğu durum arasında bir denge kurarak, ortama uyum sağlayarak tükenmişlik zincirinden çıkmasıdır.

*Maladaptif Savunmalar:* Bireyin sorunu reddederek, görmezden gelerek daha çok ve daha uzun süre çalışıp sorunu çözeceğini düşünmesidir.

*Durumdan Kendini Çekme:* Kişinin mesleğinde son derece katı, duyarsız ve donuk davranışlar göstermesi ve işini yalnızca teknik boyutta sürdürmesidir. Durumdan kendini çekme ve maladaptif savunma davranışları, tükenmişliğin artmasına neden olabilecek davranışlardır (36).

## Apati

‘Engellenmeye karşı kullanılan doğal bir savunma mekanizması’ şeklinde ifade edilen ve hizmeti veren kişinin hizmet sunduğu kişilerle olan ilişkilerinin her yönüne yansıyan apatinin tipik belirtileri; duygusal kopma, inançların tamamen yitirilmesi, umutsuzluk, işe geç gelme, hizmet verilenlerle görüşmeleri kısa kesme, hizmet veren kişide teslim olmuş, her şeyden vazgeçmiş bir görünüş, mekanikleşme ve rutinlerin korunması şeklindedir (22, 24, 34). Birey mesleğini işsiz kalmamak için sürdürür, mesleğine yönelik değişiklikleri yapmak için geç kaldığına inanır, riske girmek istemez, çünkü artık onun için en önemli şey kendini güvende hissetmektir (37).



Apati, süren engellemelerin yıkıcı etkilerinin üstesinden gelebilmek için hizmet veren kişinin başvurduğu son çare olarak görülmektedir. Apatinin devamı hizmet sunulan insanları hor görme, aşağılama, küçük görme şeklinde gelişir ve belki de en kötüsü bunu yapan birey, diğer insanların bu tipte bir davranışı hak ettiklerine yürekten inanmaktadır. Dışarıdan bakıldığında soğuk, ilgisiz ve katı bir imaj veren bu bireyler, ilerleyen süreçlerde özel yaşamlarında da çatışmalar yaşayabilir ve genellikle yalnız kalmayı tercih edebilirler. Tükenmişliğin evreleri her zaman bu sırayı takip etmeyebilir, birey zaman zaman farklı evreler arasında gidip gelebilir (27).

### **2.1.3.3.Pines Tükenmişlik Modeli**

Bu modelde tükenmişlik ‘Bireyleri duygusal anlamda sürekli olarak tüketen ortamların; bireyler üzerinde yol açtığı fiziksel, duygusal ve zihinsel bitkinlik durumu’ olarak tanımlanmaktadır. Bu modele göre tükenmişliğin üç boyutundan biri olan fiziksel bitkinlik; enerji azalması, kronik yorgunluk ve güçsüzlük ile karakterize edilmektedir. Tükenmişliğin ikinci boyutu olan duygusal bitkinlik; çaresizlik, umutsuzluk, kapana kısılmış olma, aldanmışlık, ve hayal kırıklığı gibi duyguları içermektedir. Modelin üçüncü boyutu olan zihinsel bitkinliğin nitelikleri; bireyin kendisine, yaptığı işe, diğer insanlara ve yaşama karşı olumsuz tutumlar sergilemesi şeklinde sıralanmaktadır (38).

Pines’a göre, tükenmişliğin temel nedeni, bireyi sürekli duygusal baskı altında tutan iş ortamlarıdır. Bu noktada ‘motivasyon düzeyi’ kavramı önemli bir anlam taşımaktadır. Motivasyon düzeyi yüksek olan bireylerin, kendilerini sürekli duygusal baskı altında hissettikleri bir çalışma ortamında tükenmişlik yaşamaları söz konusu olmaktadır. Nitekim, yüksek düzeyde stresli bir iş çevresi, düşük düzeyde destek ve ödüllendirme, motivasyon düzeyi yüksek olan bireyleri, başarılı olabilecekleri iş ortamlarından veya fırsatlarından uzaklaştırmaktadır. Var olmalarının anlamını ‘başarı’ da bulan bireyler için ise tükenmişliğe neden olan başarısızlıklar, utanç verici ve yıkıcı olarak algılanırlar. Tükenmişlik, bireyin motivasyon düzeyini giderek azaltarak, işten ayrılmalara, hatta mesleği tamamen terk etmelere bile yol açabilir (38).

Tükenmişliğin; fiziksel, duygusal ve zihinsel bitkinlik durumu şeklinde ifade edilmesinden hareketle, Pines ve Aronson tarafından geliştirilen tükenmişlik ölçeği, Maslach Tükenmişlik Ölçeğinden sonra kullanılan en yaygın ikinci ölçek olarak kabul edilmektedir (39).

#### **2.1.3.4.Pearlman ve Hartman Tükenmişlik Modeli**

Pearlman ve Hartman tükenmişlikle ilgili yapılmış olan bütün tanımlamaların bir sentezini yaparak, kendilerine özgü bir tükenmişlik kavramına ulaşmışlardır. Buna göre tükenmişlik ‘Kronik duygusal strese verilen ve üç bileşenden oluşan bir yanıttır. Bu bileşenler duygusal ve/veya fiziksel tükenme, düşük iş üretimi ve başkalarına karşı duyarsızlaşmayı içeren davranış boyutundaki reaksiyonlarıdır.’ (22).

House ve Wells, Beehr, Newman, Matteson ve Ivancevich isimli araştırmacıların düşünce sistemleri temel alınarak oluşturulan bu model, bireylerin çevresel ve kişisel değişkenlerini ele alan bilişsel/algısal bir modeldir. Oldukça geniş ve neredeyse tükenmişlik araştırmalarında ele alınan bütün değişkenleri kapsayan bu modele göre; bireyin özellikleri, iş çevresi ve sosyal çevresi, tükenmişlikle başa çıkma konusunda oldukça etkilidir (22).

Pearlman ve Hartmann’ın tükenmişlik modelinde ‘Durumun strese götürme derecesi, algılanan stres düzeyi, strese verilen tepki ve strese verilen tepkinin sonucu’ olmak üzere dört aşama bulunmaktadır (22).

1. Durumun strese götürme derecesi: Hangi durumun ve/veya durumların strese yol açtığını gösteren aşamadır. Strese neden olan iki büyük durum mevcuttur. Bunlardan ilki; bireyin beceri ve yeteneklerinin, algılanan ya da gerçek örgütsel beklentiler karşısında yetersiz kalmasıdır. İkincisi ise; bireyin yaptığı işin, beklentilerini, ihtiyaçlarını ve değerlerini karşılayamamasıdır. Bir başka deyişle, bu aşamada stresin derecesini; kişi ve örgüt değişkenleri arasındaki uyumsuzluğun derecesi belirlemektedir.
2. Algılanan stres düzeyi: Strese yol açan birçok durum olabilir ancak bunların hepsi kişinin kendisini stres altında hissetmesine/algılanmasına

yol açmaz. Birinci aşamadan ikinci aşamaya geçmek; sadece var olan stres durumuna bağlı değil, rol ve örgüt değişkenlerine, bireylerin kişiliklerine ve geçmiş özelliklerine de bağlıdır.

3. Strese verilen tepki: Bu aşama strese cevap olarak verilen üç ana tepki kategorisini içermektedir. Bu tepkiler; fizyolojik, affektif/kognitif ve davranışsal tepkilerdir. Bu tepkilerden hangisinin ortaya çıkacağı yine çeşitli kişisel ve örgütsel değişkenlere bağlıdır.
4. Strese verilen tepkinin sonucu: Yaşanan stres sonucu, iş doyumunu ya da iş yapma düzeyinde bir değişme olabilecek, psikolojik ve fizyolojik sağlık durumlarında bozulmalar meydana gelebilecek, birey işi bırakma ya da işten atılma durumlarıyla karşı karşıya kalabilecektir. Çok yönlü kronik duygusal stresin yaşanması durumunda ise birey, tükenmişlik yaşayabilecektir (24).

#### **2.1.3.5.Meier Tükenmişlik Modeli**

Scott Meier'in tükenmişlik modeli Bandura'nın 'Kendini yeterli bulma/özyeterlilik' modeli temel alınarak geliştirilmiştir. Bu doğrultuda, öncelikle öz yeterlilik modeli hakkında bilgi vermek gerekir (40).

Öz yeterlilik, 'Bireyin, arzulanan sonuçları ortaya çıkaracak davranışları yapmaktaki kişisel yeterliliği' şeklinde ifade edilebilir. Amaçlarının farkında olan bireyler; kendi yaşamlarını etkileyen olaylar üzerinde kontrol sahibi olmaya çalışırlar. Kontrol sağlayabileceklerine ve çabalarının etkili olacağına inanan bireyler, bunun için harekete geçmeye hazırdırlar. Algılanan öz yeterlilik ya da bireyin yeteneklerine inanması, bireyleri belirli yönlerden harekete geçirir (41, 42, 43).

Kognitif (Bilişsel) yönde; yüksek öz yeterlilik duygusuna sahip bireyler yüksek beklentilere sahip, geniş düşünebilen, vizyon sahibi, kendilerini zor koşullara hazırlayan ve adapte edebilen bireylerdir. Faaliyetlerini, onları başarılı sonuçlara ulaştıracak şekilde düzenlerler.

Güdüsel / motivasyonel yönde; bireyler kendilerini yapabileceklerine inandıkları, hedefledikleri ve planladıkları faaliyetler doğrultusunda güdülerler.

Eğer bireyler, hedeflerine ulaşabileceklerine inanıyor ve hedeflerini ilerlemelerine bağlı olarak uyarlayabiliyorlarsa, motivasyonları daha güçlü olacaktır (41, 42, 43).

Meier'in tükenmişlik modeli; pekiştirme beklentileri, sonuç beklentileri, yeterli olma beklentileri ve bağlamsal bilgi işleme olmak üzere dört öge ile açıklanabilir.

**1. Pekiştirme Beklentileri:** Meier'e göre; iş yaşantılarının kişinin gizli veya açık amaçlarını karşılayıp karşılayamayacağı ile ilgili olan pekiştirme beklentileri, gerçekleşmediği takdirde işten memnuniyetsizlik duyulmaya başlanmakta ve bu da beraberinde tükenmişliği getirmektedir. Kişiden kişiye değişen algılamalar dolayısıyla iş yaşantılarının sonuçları da kişiden kişiye değişmektedir. Ders anlatan bir öğretmen, sınıfında sıklıkla soru soran öğrencilerle birlikte olmaktan mutluluk duyabileceği gibi, bir diğeri onu sessizce dinleyen öğrenciler isteyebilir. Her ikisi istediği sonuçlarla karşılaştığında mutluluk duyarken, aksi durumda her ikisi de memnuniyetsizlik içine düşecektir. Bu memnuniyetsizlik durumu da yukarıda belirtildiği gibi, tükenmişliğe zemin hazırlamaktadır (22, 24).

**2. Sonuç Beklentileri:** Meier'e göre bu tanım belli sonuçlara yol açan davranışlarla ilgili betimlemelerden oluşmaktadır. Başka bir deyişle arzu edilen sonuca ulaşmak için yapılması gereken davranışlarla ilgili betimlemelerdir (40).

**3. Yeterli Olma Beklentileri:** Bu kavram, arzulanan sonuçları ortaya çıkaracak davranışları yapmaktaki kişisel yeterliliği ifade etmektedir. Bandura'ya göre, sonuç ve yeterli olma beklentileri arasındaki ayrımı vurgulamak gerekmektedir, çünkü ikisi arasındaki fark 'bilmek' ve 'yapmak' arasındaki farktır. Arzuladıkları bir işi yapabilecek kişisel yeterliliğe sahip olmadığını düşünen kişiler, tükenmişlik yaşayabilmektedirler (24, 41).

**4. Davranışları Anlamlandırma Süreci:** Bağlamsal bilgi işleme kavramı, insanın sosyal gruplar, örgütsel yapılar, öğrenme stilleri ve kişisel inançlar gibi bağlamlardaki bilgi işleme, başka bir deyişle davranışları anlamlandırma süreçlerine işaret etmektedir. Meier'e göre insanların iş çevresine tepki olarak neler hissettikleri, düşündükleri ve nasıl davrandıkları ile bireyin tükenmişlik

yaşamasına neden olan öğrenme stili ve kişisel inanış gibi bilişsel etkenlerinin rolünün ne olduğu bu modelin ilgilendiği sorulardandır. Model, bu soruları, ‘bağlamsal işleme’ kavramına vurgu yaparak ele almaktadır (22, 24).

Meier’e göre, yukarıda bahsedilen üç tür beklenti, kişinin iş yaşantılarını içsel ve dışsal bağlamlar içerisinde işlemesi ile öğrenilir ve korunurlar. Bu üç beklenti karşılıklı etkileşimlerle bir sistem oluşturmaktadır. Örneğin birey, kişisel yeterliliği için düşük beklentiler geliştirir; bunun bir sonucu olarak kişi, işi hakkında olumsuz düşünmeye başlar; işinde nasıl başarılı olabileceğiyle ilgili bilgisi olumsuz etkilenir, böylece iş doyumunu düşer ve bu da bireyi tükenmişliğe doğru sürükler. Bu süreç; ‘Bu hissin kişisel yeterlilikle ilgisi olmadığı’ yönünde vurgulamalar ve müdahalelerle kırılabilir (24, 40).

#### **2.1.3.6. Suran ve Sheridan Tükenmişlik Modeli**

Suran ve Sheridan’ın tükenmişlik modelindeki yaklaşımın temelini, Erik Erikson’ un kişilik gelişimi kuramı oluşturmuştur. Model;

1. Rol belirginliği-Rol karmaşası aşaması,
2. Yeterlilik-Yetersizlik aşaması,
3. Verimlilik-Durgunluk aşaması,
4. Yeniden oluşturma-Hayal kırıklığı aşaması, şeklinde dört aşamadan oluşmaktadır (21).

Bu aşamaların her biri, tükenmişlik ile başa çıkma konusunda faydalı olabilecek yaşam kesitlerini içermektedir. Suran ve Sheridan’a göre tükenmişlik, ‘bu aşamaların her birinde yer alan çatışmaların tatmin edici bir şekilde çözümlenmemesinin bir sonucudur.’ Bu bakış açısının gelişiminde, yukarıda ifade edilen ‘yeterlilik beklentileri’, ‘pasif tükenmişlik’ ve ‘çözümlenmemiş kişisel sorunlar’ gibi yapıların da desteği bulunmaktadır (40).

Gözleme ve tecrübeye dayalı olarak geliştirilen bu model, yetişkinliğin başlangıcında ve ortasında var olan, mesleki gelişime uygun psikolojik adımları

ayrıntılı olarak işlemeye çalışmaktadır. Modelin aşamaları aşağıda ayrıntılı bir şekilde açıklanmıştır (21).

### **1. Rol Belirginliği/Kimlik-Rol Karmaşası Aşaması**

Bireyler genellikle lisenin son, üniversitenin ilk yıllarında mesleki gelişimlerine özgü konuları aktif bir şekilde düşünmeye başlamaktadırlar. Bu noktada da mesleki gelişime yönelik eğitim ve öğrenim konuları öncelik kazanmaktadır. Bu dönem, bireysel ve mesleki kimliğe özgü rollerin, bireyin psikolojik gelişiminde kritik bir rol oynadığı dönemdir (21).

Erikson'a göre; ego kimliği ve rol karmaşası arasındaki çatışmanın çözümlenmesi; uzmanlık alanı/meslek seçiminde ve bireysel hedeflerin tayininde ağırlık kazanır. 'Ne tür bir meslek insanı olacağım?' sorusu bu aşamada ön plana çıkar. Bu soruya verilecek yanıt ise hem meslek seçimine hem de bu meslekler labirentinde bireye yol gösteren ilk hislere (para, güç, etki, prestij) dayanır. Mesleki gelişimin bu psiko-sosyal aşamasını başarıyla çözümlenememe, gelecekteki meslek insanını, bir rol karmaşası duygusuyla baş başa bırakacak; birey, kendisini mesleki seçiminde ya da bu seçime duyduğu bağlılıkla ilgili süregelen soruların içinde bulacaktır (21, 38).

### **2. Yeterlilik/Yetersizlik Aşaması**

Kimlik süreci, bireyin işinde bir yeterlilik duygusu edinmesi ve kendi kişisel-sosyal yaşamını etkili bir şekilde yönetebilmesiyle tamamlanmaktadır. Bu dönem en iyi, bireyin kendi yeteneklerini geliştirebileceği ve bu doğrultuda bağımsızlığına kavuşabileceği, bir çıraklık dönemi olarak ifade edilebilir. Nitekim, birçok meslekte, formel bir eğitim süreci bulunmaktadır (21).

Bu süreç içinde birey, insanların gözünde profesyonel/mesleki bir kimlik geliştirir ve bu kimliği geliştirmeye yönelik duyduğu anksiyete/kaygı azalır. Artık bireyin seviyesi belirlenmiş, unvanı tayin edilmiştir. Birey artık öncelikli olarak kendisini 'doktor, hemşire, işletmeci, öğretmen, vb.' şeklinde tanımlamaktadır. Kendisini, mesleği doğrultusunda kendisiyle en çok örtüşen şekilde tanımlayabilen bireyin, kimliğine ve mesleğine yönelik duyduğu

kaygıların büyük bir kısmı çözümlenmiştir. Bu noktadan sonra sorulan soru, ‘Yaptığım işte ne kadar iyiyim?’ e dönüşmüştür. Bu sorunun en uygun çözümü; bireyin kendisini, ona statü olarak yakın olan karşılaştırması ve bireyin mesleğin temel görevlerini yerine getirmek için gereken minimum yeteneğin ne olduğunu bilmesi ile bulunabilir (21, 44).

Bireyin kendisini bu şekilde başkalarıyla kıyaslaması, ‘Yaptığım işte birçok meslektaşım gibi ya da onlardan daha iyi olabilirim’ hissine yol açar. Bu kıyaslama dönemi, genel olarak yirmili yaşların ortalarıyla, otuzlu yaşların başlarına denk gelmektedir. Bu dönem aynı zamanda; genç profesyonelin gerçekten en yetenekli olduğu alanda çalıştığı ya da yapmaktan en çok hoşlandığı işi yaptığı sürece mesleki aktivitelerde ve mesleğe yönelik ilgi alanlarında aşırı bir genişlemeye işaret eder (45).

### **3. Verimlilik/ Durgunluk Aşaması**

Meslek insanı, çıraklık dönemini tamamladıktan sonra, sisteme bağlılığı kalmamıştır ve kariyerini düzenleme sürecinin içine girmiştir. Bu süreç genellikle, otuzlu yaşlarda ortaya çıkar ve otuzlu yaşların ortalarıyla sonlarına kadar devam eder. Bu dönemde verilen kararlar, çalışma yeri ve tarzı seçimlerini içerir. Bu süreçte, maddi ve kişisel olarak bir oturmuşluk sağlanır ve bir ev sahibi olmak, evlenmek ve çocuk sahibi olmak gibi kararlar verilir. Özel ilgi alanları ve yetenekler belirgin hale gelir. Anlamlı olan ilk terfiler gelmeye başlar, tanınmışlık artar. Yeteneklerde uzmanlaşma ortaya çıkar ve artık bireyler özel yetenekleri ve ilgi alanlarıyla tanınır. Bireyin sosyal ilişkiler döngüsü, benzer ilgi alanlarına ya da statülere sahip meslektaşlarından oluşur. Bu sosyal döngü aynı zamanda, bireyin mesleki kimliğini sağlamlaştırmaktadır (21).

Bu dönemde güvenlik ihtiyacının önemi azalmakta; başarı, saygınlık ve özgürlük ihtiyaçları ön plana çıkmaktadır. Bireyde, sorumluluk ve inisiyatif isteyen işlere geçme arzusu egemen olmaktadır (21).

Bu dönem, kişinin verimli olduğu ve işine yoğunlaştığı bir dönemdir. Kişinin yaşamını ve yeteneklerini bütünleştirmiş olması hissi, bireyin enerjisini verimli çalışmaya harcamasını ve kişinin yaratıcı bir yaşam tarzı edinmesini sağlar. Kişi

bir anlamda yaşamını rayına oturtmuştur. Özel bir alanda araştırma yapmak ya da bu alanda bir ün kazanmak vb., bireyin kariyerinde izleyeceği yol ile amaçlarını bütünleştirici bir rol oynar ve yaratıcılığı teşvik eder. Ancak kişinin mesleğinde kendine has bir tarz ya da ilgi alanı geliştirmeyi başaramaması, bir amaçsızlık ve mesleki tıkanma hissiyle sonuçlanır. Eğer kişi, yeteneklerini yaratıcı bir şekilde uygulayabileceği özel bir ortam bulmazsa, daha önceki başarıları da oldukça boş ve önemsiz görülür. Yıllar mesleki açıdan bir ilerleme ya da herhangi bir başarı olmaksızın geçip gider ve ortada, genç meslektaşların çok daha hızlı ve daha başarılı bir şekilde ilerledikleri gerçeği de vardır (21, 45).

#### **4. Yeniden Oluşturma/Hayal Kırıklığı Aşaması**

Birey otuzlu yaşların ortaları ve sonlarından, kırklı yaşların ortaları ve sonlarına kadar, kariyerinde kendisini bulunduğu noktaya getiren seçimlerini sorguladığı bir dönem yaşar. Bu sorgulamanın sonucunda da kişi aktif olarak mesleğiyle ilgili bir tatminsizlik yaşayabilir. Yıllar boyunca yeteneklerini kullanan kişi, bir süre sonra sıkıntı ve tükenmişlik yaşayabilir. Her şey tekrar tekrar yapılıyormuş ve mesleki görevlerin yerine getirilmesinde çok az yenilikler, farklılıklar bulunuyormuş gibi gelebilir. Stres, gerginlik ve rahatlayamama kişinin tüm yaşamını kaplayabilir (21).

Bu dönemde aslında açıkça klasik ‘orta yaş krizi’ yaşanmaktadır. İncinme ya da ölüm korkuları ortaya çıkabilir. Aynı zamanda, kişinin çalışmalarının ve çabalarının ona mükemmel bir hayat getirmediği de tüm gerçekliğiyle ortadadır. Orta yaşlarda yaşanan bu ‘hayal kırıklığı’ duygusu, kariyer hedeflerinin tekrar gözden geçirilip tanımlanmasında ve bireyin başarı gereksinimlerini tekrar belirlemesinde olumlu bir uyarıcı rolü de oynayabilir (46).

Kişi bu dönemde; kırgınlık, küskünlük ve engellenme duyguları içinde ruhsal dengesini yitirebilir. Alkole düşkünlük, işi bırakma, yönetimsel kariyerini tehlikeye sokma gibi davranışlar göstererek geçmişteki kişiliğinin tam tersi bir kişiliğe bürünebilir (21, 46).

Yeniden oluşturma; bireyin, kişisel/özel ve mesleki yaşamında, olmak istediği kişi olması için, yeni bir neden keşfetmesi sürecidir. Kişinin yeni bir



neden oluşturmaması ya mesleğinden tamamen uzaklaşmasıyla ya da tümüyle bir hayal kırıklığı içerisine girerek ‘tükenmişlik’ sendromunu yaşamasıyla sonuçlanacaktır (21, 46).

### **2.1.3.7.Maslach Tükenmişlik Modeli**

Maslach Tükenmişlik modeli, literatürde ‘Çok boyutlu tükenmişlik modeli’ ya da ‘Üç boyutlu tükenmişlik modeli’ olarak da anılmaktadır. Bu modele göre tükenmişlik; ‘Yaygın olarak insanlarla yüz yüze çalışılan mesleklerde bireylerin, duygusal yönden kendilerini tükenmiş hissetmeleri, işleri gereği karşılaştıkları insanlara karşı duyarsızlaşmaları ve kişisel başarı duygularında azalma şeklinde görülen bir sendrom’ olarak tanımlanmıştır. Maslach’a göre tükenmişlik; yapılan iş ile ilgili kronikleşmiş duygusal ve kişiler arası stresörlere yönelik sürekli bir tepkidir ve duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve düşük kişisel başarı hissi şeklinde üç boyutlu olarak tanımlanmaktadır (19). Bu boyutlar, bir anlamda tükenmişliği yaşayan bireyin hayatında gerçekleşen değişimleri ifade etmektedir. Buna göre; birey kronikleşmiş bir yorgunluk yaşar işinden soğur, kendi kabuğuna çekilir ve artan bir şekilde işinde yetersiz olduğunu hisseder (25).

En yalın haliyle; ‘Duygusal tükenmişlik, duyarsızlaşma ve kişisel başarıda düşme hissi olmak üzere üç bileşenli psikolojik bir sendrom’ olarak tanımlanabilen tükenmişlik sendromunun bu üç boyutu, kavramsal olarak birbirinden ayrı ve farklı olsalar da birbirleriyle ilişkili kavramlardır (20).

Enerji, aidiyet ve yeterlilik kavramları tükenmişliğin üç boyutunun tam zıttı kavramlardır. Tükenmişlik başladığında, çalışma isteği azalmaya ve üç pozitif duygu yerini yavaş yavaş diğer üç negatif duyguya bırakmaya başlamaktadır. Enerji yerini duygusal tükenmeye, aidiyet yerini duyarsızlaşmaya, yeterlilik ise yerini yetersizliğe bırakmaktadır (25).

### **Duygusal Tükenme**

Bu modelde duygusal tükenme; tükenmişliğin bireysel stres boyutunun belirtmekte ve ‘Bireyin duygusal ve fiziksel kaynaklarında azalmayı’ ifade etmektedir. Maslach’a göre ‘Çalışanların fiziksel ve duygusal açıdan kendilerini

aşırı yorgun ve yıpranmış hissetmeleri' şeklinde tanımlanabilen duygusal tükenme; çalışanların kendilerini işlerine verememeleri ve kendilerini müşterilerine karşı eskisi kadar sorumlu hissetmemeleri gibi sonuçlara yol açabilir (19, 31). Genellikle insanlarla yüz yüze çalışmanın gerekli olduğu mesleklerde 'İşte aşırı derecede psikolojik ve duygusal taleplere maruz kalmaktan dolayı yaşanan enerjinin bitmesi durumu' şeklinde de ifade edilebilen duygusal tükenme boyutu ve tükenmişlik sendromunun en net belirtisi olarak kabul edilmektedir (20). Duygusal tükenme yaşayan bireyler için, ertesi gün tekrar işe gidecek olmak, bir kabus gibi algılanır (31).

İnsanlar tükendikleri zaman, kendilerini hem duygusal hem de fiziksel açıdan aşırı zorlanmış hissetmektedirler. Kendisini bitmiş ve kullanılmış hisseden birey, yorgunluğunu gidermek ve kendine gelmek konusunda da başarısız olmuştur. Sabah uyandıkları zaman, kendilerini en az akşam yatağa gittikleri kadar yorgun hisseden bu bireylerin; başka bir insanla veya başka bir projeye karşılaşılabilecek enerjileri de kalmamıştır. Duygusal tükenme, işin taleplerinin ve değişikliklerin yarattığı strese verilen ilk tepkidir (25).

Bireyler, tükenmişlik sendromunu yaşayan diğer insanları veya kendilerini tanımlarken, daha çok 'duygusal tükenme' hissi yaşadıklarını belirtmektedirler. Tükenmişliğin üç boyutu arasında en çok rapor edilen ve en çok analiz edilen boyut, duygusal tükenme boyutudur. Shirom' a göre, bu tükenme boyutunun çok güçlü bir şekilde tanımlanmış olması, sendromun diğer iki boyutunun tesadüfi veya gereksiz olduğu yönündeki tartışmaları da beraberinde getirmiştir. Ancak, duygusal tükenme boyutunun tükenmişlik için temel ve gerekli bir kriter olması, onun tükenmişlik tanısını koymada tek başına yeterli olacağı anlamına gelmemelidir. Tükenmişliğin sadece bireysel tükenme boyutuna odaklanmak, fenomene bütünsel bakış açısını kaybetmek anlamına gelir (19).

### **Duyarsızlaşma**

Duyarsızlaşma bileşeni, tükenmişliğin kişiler arası boyutunu temsil etmektedir. Duyarsızlaşma; müşterilere yönelik negatif, katı tutumları ve işe karşı tepkisizleşmeyi belirtmektedir (19).

‘Hizmet götürülen kişilere karşı katı, soğuk, ilgisiz ve hatta insancıl olmayan tarzda olumsuz bir tavır sergilenmesi’ şeklinde tanımlanan duyarsızlaşma, işe yönelik idealizmde önemli bir azalmaya işaret eder. Bu boyutta, özellikle işyerinde hizmet verilen kişilere yönelik tutumlarda olumsuz değişimler görülmektedir (47). Dozu farklılaşabilen bu tepkiler, çeşitli şekillerde ortaya çıkabilir: Kişi karşısındakine aşağılayıcı ve kaba davranışlar sergileyebilir, onların rica ve taleplerini göz ardı edebilir, aldırma ve katı tutumlar gösterebilir, insanları kafasında kategorize ederek onlara klişeleşmiş kalıplar dahilinde davranabilir. Bütün hayatının ‘diğerleri’ tarafından zapt edildiğini düşünen birey artık, diğer insanların hayatından çıkıp, kendisini yalnız bırakmalarını gönülden istemektedir (48).

Duyarsızlaşma, ‘insanlara birer nesne gibi davranma’ ya işaret eder ve sıklıkla ilişkide bulunulan kişilerden bahsedilirken, kişi isimleri yerine, nesne isimlerini kullanmak şeklinde kendini gösterir (20, 31).

İnsanlar kendilerini duyarsız hissettikleri zaman, işlerine ve işteki insanlara karşı uzak ve soğuk bir tavır geliştirir, işteki ilişkilerini minimize ederler. Duyarsızlaşma bir açıdan, insanların kendilerini tükenmeden ve hayal kırıklığından koruma ve yaşadıkları psikolojik gerginlikten uzaklaştırma girişimi gibi düşünülebilir. Başka bir deyişle, duygusal tükenme yaşayan kişi, kendisini diğer insanların sorunlarını çözmede güçsüz hissedebilir ve duyarsızlaşmayı bir kaçış yolu olarak görebilir. Duyarsızlaşma yaşayan birey, diğer insanlarla arasında bir tür ‘duygusal tampon’ oluşmaktadır. Nitekim, hizmet sağladığı insanlarla arasında gözle görünür şekilde, onları özel kılan nitelikleri yok sayarak, mesafe koyan birey; kendi ihtiyaçlarını ve isteklerini daha yönetilebilir kılabilirler. Duyarsızlaşma ile diğerlerinden bilişsel bir uzaklaşmaya yönelik bireyin kendini uzaklaştırması, aslında duygusal tükenmişliğe yönelik bir tepki, bir anlamda kişinin kendisini koruma stratejisidir. Ancak bu kadar negatif olmak, insanın iyi halini ve etkin çalışabilme kapasitesini ciddi anlamda yok edici bir etki yaratabilmektedir (19, 25).

## **Kişisel Başarı**

Maslach tükenmişlik modelinin üçüncü boyutu 'kişisel başarı' boyutudur. Bu boyut; kişinin işindeki yeterlilik ve başarı duygularını tanımlar. Maslach'a göre kavramsal olarak, 'öz yeterlilik' ve 'öğrenilmiş çaresizlik' gibi olgularla ilişkili olduğu düşünülen kişisel başarı hissi; tükenmişliğin kişisel gelişme boyutunu temsil etmektedir. Düşük kişisel başarı hissi tükenmişliğin bir parçasını oluşturmaktadır. Yetersizlik, başarısızlık duygusu, düşük moral, iş verimliliğinde azalma, düşük üretkenlik, kişilerarası anlaşmazlık, sorunlarla başa çıkmada yetersiz kalma, benlik saygısında azalma gibi belirtilerle karakterize edilen düşük kişisel başarı duygusu; en yalın haliyle 'Kişinin kendisini olumsuz değerlendirme eğiliminde olması' nı ifade eder (19, 25, 31, 47, 48).

Bir insan kendisini 'yetersiz' hissettiği zaman, büyük bir eksiklik duygusu geliştirir. Hiçbir şeye baş edemeyeceğini düşünür. Sanki tüm dünya kendi işleyişini sürdürmek için, onun bütün girişimlerine komplo kuruyormuş gibi gelir. Bu insanlara göre, başardıkları her şey çok anlamsız ve çok küçüktür. Bir farklılık yaratabilmek için kendi yeteneklerine güven duymazlar. Bireyler kendilerine duydukları güveni kaybettiklerine güven duymazlar. Bireyler kendilerine duydukları güveni kaybederler. Bu kısır döngü böylece sürüp gider (25).

Bireyin başkaları hakkında geliştirdiği olumsuz düşünceler, bir süre sonra kendisi için de olumsuz düşünceler geliştirmesine neden olur. Birey kimse tarafından sevilmediği, müşterileriyle ilgilenmede yetersiz kaldığı, sorunlarla başa çıkamadığı, işinde başarılı olamadığı gibi duygulara kapılabilir, bunların bir sonucu olarak da benlik saygısı düşebilir. Tüm bunlar birey için üstesinden gelinmesi zor bir süreci ifade etmektedir (35).

Bazı çalışmalarda kişisel başarıda düşme hissi; duygusal tükenmenin, duyarsızlaşmanın ya da her ikisinin kombinasyonunun bir fonksiyonu olarak ele alınmaktadır (13). Kimi araştırmacılarca da tükenmişliğin diğer iki boyutuna kıyasla daha az ilgi görmüştür. Bazı çalışmalarda da tükenmişliğin bir bileşeni olarak değil, bir sonucu olarak değerlendirilmiştir (20).

Maslach'ın üç boyutlu tükenmişlik modeli, geleneksel iş stresi teorilerinden farklı olmakla birlikte; duygusal tükenme boyutu kuvvetli bir iş stresi değişkenini andırmaktadır. Duyarsızlaşma, insana hizmet verilen mesleklerde çalışanlarda görülen bir stres tepkisi olarak ele alınan bir boyuttur (20). Maslach ve Jackson'a göre, bireyleri kendisinden uzaklaştıracak şekilde davranma, diğerlerine ilgi göstermeme, reddetme, diğerlerine düşmanca davranma ve olumsuz reaksiyonlar verme gibi faktörlerle karakterize olan duyarsızlaşma boyutu, tükenmişliğin en problemlili boyutudur (22).

### **2.2.1. Depresyon Tanımı ve Tarihçe**

Depresyon kelimesi günlük dilde sık sık kullanılır. Birçok duygunun bir araya gelişini, o anda var olan istenmeyen psikolojik ruh halini betimlemek için kullanılır. Depresyon her yaşta görülebilen bir hastalıktır. Majör Depresyon (büyük depresyon) nöbetlerle gelen ve tam düzelen bir özelliğe sahiptir. Toplumun her kesiminde görülebilir. Psikiyatrik hastalıklar arasında en sık rastlanan tablodur. Depresyon sözcüğü Batı dillerinde bir duyguyu, bir belirti kümesini ya da tanı ölçütleri belirlenmiş bir klinik tabloyu tanımlamak amacıyla kullanılabilir. Depresif bozukluklar farklı tanı sistemlerinde farklı adlarla sınıflandırılmaktadır. Farklı tarihlerde farklı tanı kategorileri kullanılarak yapılmış birçok çalışmayı ele alarak kavramın anlamına bir sınırlama getirilmemiş, bu kategorilerin tümünü kapsayacak biçimde sözcüğün geniş anlamıyla kullanılmıştır. Depresyonun kültürel yönlerine ilişkin yayınları tarihsellikleri içinde gözden geçirilmeden önce kavramın etimolojik kökenine değinmek yararlı olacaktır. Tıp literatüründe depresyonu ilk tanımlayan Antik Yunan hekimi Hippokrates olmuştur. Hippokrates bu tabloyu kara safra fazlalığıyla açıkladığı “melaine chole” olarak adlandırmıştır. Batı dillerine “melancholy” olarak geçen bu sözcük günümüzde depresyonun bir alt tipini tanımlamak için kullanılmaktadır (49).

Latince “depressus” (aşağıya bastırmak) sözcüğünden köken alan Fransızca “depression” sözcüğü İngilizceye de aynı biçimiyle geçmiştir. Türkçe'ye çöküntü, bitkin, gamlı, kederli, cesaretini kırmak, donuklaştırmak,

durgunlaştırmak anlamına gelir. Depresyon karşılığı olarak Türkçe’de, ruhsal çöküntü ya da çökkünlük kullanılmaktadır (50).

Depresyon kişide, kalıtımsal, çevresel ve hormonal bozukluklar sonrasında gelişen çökkünlük halidir (51). Gelip geçici kötü bir duygusal durumdan ya da üzüntüden çok, kişinin ileri derecede çökkün olduğu, oldukça uzun süreli bir dönem söz konusudur (52).

Depresyon tüm dünyada en sık görülen ve fizyopatolojisi konusunda en fazla görüş birliği sağlanmış olan psikiyatrik bozukluktur. Etiyolojide çoğul etmenler söz konusu olmakla birlikte, ortak fizyopatolojinin merkezi sinir sistemi nörotransmitterlerin de işlev bozukluğu olduğu biçimindeki kuram genel kabul görmektedir (52).

### **2.2.2. Tanı Kriterleri**

#### **DSM-V’e Göre Majör Depresif Bozukluk Tanı Ölçütleri**

A. Aynı iki haftalık dönem boyunca, aşağıdaki belirtilerden en az beşi bulunmuştur ve önceki işlevsellik düzeyinde bir değişiklik olmuştur; bu belirtilerin en az biri ya çökkün duygu durum ya da ilgisini yitirme ya da zevk almamadır.

(1) Çökkün duygu durum, nerdeyse her gün, günün büyük bir bölümünde bulunur ve bu durumu ya kişinin kendisi bilir ya da bu durum başkalarınca gözlenir.

(2) Bütün ya da nerdeyse bütün etkinliklere karşı ilgide belirgin azalma ya da bunlardan zevk almama durumu, nerdeyse her gün, günün büyük bölümünde bulunur.

(3) Kilo vermeye çalışmıyorken çok kilo verme ya da kilo alma (örneğin bir ay içerisinde ağırlığın %5’inden fazla değişiklik) ya da nerdeyse her gün yeme isteğinde artma ya da azalma.

(4) Neredeyse her gün uykusuzluk çekme ya da aşırı uyuma.

(5) Neredeyse her gün psikomotor ajitasyon ya da yavaşlama

(6) Neredeyse her gün, bitkinlik ya da içsel gücün kalmaması.

(7) Neredeyse her gün değersizlik ya da aşırı ya da uygunsuz suçluluk duyguları (sanrısız olabilir).

(8) Neredeyse her gün düşünmekte ya da odaklanmakta güçlük çekme ya da kararsızlık yaşama.

(9) Yineleyici ölüm düşünceleri, özel eylem tasarlamaksızın yineleyici kendini öldürme düşünceleri ya da kendini öldürme girişimi ya da kendini öldürmek üzere özel bir eylem tasarlama.

B. Bu belirtiler klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, mesleki alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında bozulmaya neden olur.

C. Bu dönem bir maddenin ya da başka bir sağlık durumunun fizyoloji ile ilgili etkilerine bağlanamaz.

D. Major depresyon döneminin ortaya çıkışı şizoafektif bozukluk, şizofreni, şizofreniform bozukluk, sanrılı bozukluk ya da şizofreni açılımı kapsamında ve psikoza giden tanımlanmış ya da tanımlanmamış diğer bozukluklarla daha iyi açıklanamaz.

E. Hiçbir zaman mani dönemi ya da bir hipomani dönemi geçirilmemiştir.

Not: Mani ya da hipomani benzeri dönemler bir maddeye veya sağlık durumuna ikincil gelişmişse bu dışlama uygulanmaz (53).

### 2.2.3. Depresyonda Risk Faktörleri

**Yaş:** Depresyon daha çok orta yaş hastalığıdır. Majör depresyon orta yaş ve 45 yaş altında daha sık görülür. Daha öncesinde var olan yaygın kanının aksine, depresyon yaşlılarda daha fazla görülmektedir. İlerleyen yaşla birlikte hastalarda izlenen depresif belirtilerin artmasına rağmen, majör depresyon sıklığı artmamaktadır (54).

**Cinsiyet:** Majör depresyon kadınlarda erkeklere göre iki kat daha fazla görülmektedir (55). Cinsiyete göre ortaya çıkan bu farklılık genç ve orta yaşta daha belirgindir. Yaş ilerledikçe iki cins arasındaki fark git gide azalmaktadır.

**Biyolojik etkenler:** Menstürel siklus gibi normal hormon dalgalanmalarına verilen anormal yanıtlar ya da diğer hormonal etkenler, menopoz, hamilelik, doğum, hormon ve doğum kontrol ilaçlarının etkileri

depresyonun ortaya çıkmasında rol oynayabilmektedir. Ayrıca kadınlarda mono amino oksidaz seviyeleri yüksektir ve tiroit hormon bozuklukları daha fazla görülür. Postpartum dönemde ortaya çıkan depresyonda ise, düşen östrojen ve artan progesteron düzeyleri sorumlu tutulmaktadır. Premenstrual dönemde duygusal instabilitedeki artış da benzeri bir değişimle ilişkili olabilir. Doğum kontrol haplarının kullanılması sonucu, progesteron artışıyla birlikte depresif belirtilerin de artması, bu yaklaşımı desteklemektedir (54).

**Psikolojik etkenler:** Bu konuda, kadına toplum içinde biçilen rol, bu konuda ona karşı verilen tepkiler, yaşadığı stresler, çatışmalar ve çoğu kez bunlarla başa çıkamamanın verdiği çaresizlik, bunlardan sorumlu tutulmaktadır (54).

**İrk ve etnik gruplar:** Majör depresyon dağılımının ırklara ve etnik gruplara göre farklılık göstermediği (55) ve ırklar arasında görülen bazı farklılıkların da daha çok sosyoekonomik durumun etkisinden kaynaklandığını ileri sürenler yanında, siyah ırkta daha az oranda majör depresyon izlendiğini ileri sürenlerde olmuştur (54).

**Medeni durum:** Depresyon ayrı yaşayan ya da boşanmış eşler arasında daha yüksek oranda izlenmektedir (55). Yalnız yaşayan annelerde, evli olanlara göre, depresyon gelişme riski iki kat daha fazladır. Eş kaybının depresyonun ilk epizoduyla ilişkili önemli bir çevresel stres etkeni olduğu görülmüştür. Bu risk cinsiyete göre değişim göstermektedir. Bekâr kadınlar, evlenmiş kadınlara göre daha az depresyon riski yaşarken, bunun tersine evli erkekler bekâr erkeklere göre daha az risk taşımaktadır (54). Erkekler için en yüksek risk dönemi boşanmadan sonraki 6 aydır (55).

**Aile öyküsü ve genetik özellikler:** Kişinin birinci dereceden biyolojik akrabalarında majör depresyon öyküsü varsa, kendisinde de depresyon görülme olasılığının arttığı görülmüştür. Biyolojik akrabasında majör depresyon olanlarda, hastalanma oranı erkeklerde %11, kadınlarda %18 düzeyindedir (54, 55). Aile çalışmalarında depresif bozukluklarda ailesel bir yatkınlığın söz konusu olduğu görülmüştür. Evlatlık çalışmalarında ise biyolojik ana babasında unipolar



bozukluk olanların ana babası normal olanlara göre depresyona yakalanma olasılıklarının daha yüksek olduğu gözlenmiştir.

İkiz çalışmalarında eş hastalanma sıklığının monozigot ikizlerde dizigot ikizlere göre belirgin olarak fazla olduğu, bunun unipolar bozuklukta bipolar bozukluğa göre daha düşük olmakla birlikte yine de yüksek olduğu ve ikizlerin farklı ailelerde yetiştirilmiş olmaları sonucu fazlaca etkilenmediği bildirilmektedir. Aile, evlatlık ve ikiz çalışmalarından elde edilen sonuçlar depresif bozuklukların etyolojisinde genetik etmenlerin rol oynayabileceğini düşündürmektedir; bununla birlikte depresif bozukluğun kalıtım şekli ve genetik etmenlerle çevresel etkenlerin nasıl etkileştiği günümüzde tam olarak anlaşılmış değildir (56, 57).

**Erken dönem çocukluk yaşantıları:** Bazı yazarlar anne baba tarafından sağlanan ve süreklilik gösteren sevgi gibi duygular beslemenin depresyon oluşumunu önlediğini, buna karşı anne babadan ayrılmanın ya da gerçek kayıpların ileri yaşlarda çocuk gelişimi açısından risk oluşturduğunu ileri sürmüşlerdir. Yaşamın ikinci 6 ayında annesinden ayrı kalan bebeklerde açık depresif belirtiler tanımlanmış, kişiyi şekillendiren dönemlerde yaşanan ayrılık ve kayıpların ya çocuğun depresif yapı geliştirmesine ya da ancak ilkel savunma düzenekleri kullanarak depresyondan korunabileceğine dikkati çekmiştir (54).

#### **Çocukluk dönemi yaşantıları:**

1. Kayıplar, özellikle 11 yaş öncesi ebeveyn kaybı ileriki dönemlerde depresyon gelişimiyle ilişkili bulunmuştur.
2. Anne babanın ilgisiz tutumu, özellikle 17 yaşından önce karşılaşılan ihmal bir başka risk etkenidir.
3. Çocukluk döneminde yaşanan kötüye kullanım durumları da diğer bir risk etkenidir. Aile üyelerinden şiddet görme, aile içinde ya da yakın çevre tarafından cinsel tacize uğrama gibi olayların depresyonu yaklaşık iki kat arttırdığı görülmüştür. Çocukluk dönemlerindeki kötüye kullanımlarının hipotalamik-pituiter-adrenal (HPA) eksenin işlevlerini etkileyebileceği yani

kortikotropin salgılatıcı hormon (KRH) uyarma testinde daha yüksek derecede ACTH yanıtlarının alındığını ileri sürmektedirler (54).

### **Hastalık öncesi kişilik özellikleri:**

Depresyonun kapsamlı anlaşılabilmesi için, kişinin depresyon epizodu öncesindeki (premorbid) kişilik yapısı incelenmelidir. Obsesif, histrionik, pasif, içe dönük, oral-bağımlı ve de sınır kişilik yapısı özelliklerine sahip olanlarda depresyon daha çok izlenirken (55), anti sosyal ve paranoid kişilik yapısına sahip bireylerde daha az izlenmekte olduğu yönünde görüşler vardır (54).

Depresyon geçirmeye yatkın kişiler genellikle kimseyi incitmemeye, herkesi memnun etmeye, iyiliksever olmaya eğilimli, aşırı duyarlı, titiz, sorumluluk duygusu güçlü, yakınlarına aşırı bağlı ve bağımlı, kendisinden ve yakınlarından yüksek beklentileri olan, mükemmeli arayan, onurlarına düşkün, öfkesini dışa vurmayan, çabuk etkilenen ve üzülen meraklı kişiler olduğunu bildirmektedir (56).

### **Olumsuz yaşam olayları ve stres etkenleri:**

Olumsuz yaşam olaylarının tek başlarına değil, ancak kişide genetik, biyolojik ya da psişik bir yatkınlık bulunması durumunda depresyon oluşumuna neden olduğu düşünülmektedir. Birçok insan olumsuz yaşam olayları yaşadığı halde depresyon epizoduna girmemektedir (56). Çünkü negatif olaylar daha çok “afektif diatez”e sahip bireyler üzerinde etkili olmaktadır. Çalışma hayatındaki olumsuzluklar da bireyin verimini, sağlığını ve sosyal yaşantısını etkilemektedir (58).

Yaşanan olayların kendisinden çok, o olayın o kişi tarafından nasıl algılandığı da ruhsal açıdan çok daha önemlidir. Etkileri uzun süre devam eden yaşam olaylarının depresyon oluşturmadaki rolünü vurgulamış, kısa süreli etki oluşturan olayların depresyona yol açmadığını ileri sürmüşlerdir (54).

### **Sosyoekonomik durum ve sosyal destek:**

Yapılan çalışmalarda yoksul kişilerde depresyon oranının iki kat daha fazla olduğu, depresyonun kentlerde, işsizlerde 3 kat, yoksullarda 2 kat daha fazla olduğunu belirtilmiştir (54, 55).

### **Diğer psikiyatrik durumlarla birliktelik:**

1. Kupfer depresyonun tekrarlayabilen ve kronikleşen bir hastalık olduğunu, birinci epizoddan sonra ortalama %75-80 civarında nüks olduğunu ifade etmiştir.
2. Anksiyete bozukluklarının varlığı, depresyon olasılığını artırmaktadır.
3. Nörolojik hastalıklar; örneğin Parkinson hastalığı, Alzheimer hastalığı, epilepsi, migren, inme gibi hastalıklarda depresyon yüksek orandadır.
4. Birincil uyku bozukluklarının varlığı depresyon sıklığını artırmaktadır.
5. Alkol ve madde kötüye kullanımıyla depresyon arasında daha yüksek oranda birliktelik izlenir (54).
6. Virütik hastalıklar (İnfluenza, AIDS)
7. Endokrin hastalıklar (Diyabet, Guatr)
8. Ameliyatlar (Histerektomi, Sterilizasyon, Transplantasyon)
9. Romatoid Artrit, Kanser gibi hastalıklar depresyon için risk oluşturmaktadır (55).

### **2.2.4. Depresyon Türleri**

Bireyin fizyolojik, ruhsal ve sosyal durumunda değişikliklere yol açan depresyon, çok çeşitli klinik rahatsızlıkları bir başlık altında toplayan genel bir terimdir. Birçok rahatsızlıkta olduğu gibi depresyonunda birçok türü vardır. Özel birtakım belirtilerin öne çıkmasına göre, belirtilerin sayısına göre, belirtilerin devam etme süresine ve bu belirtilerin kişilerin günlük yaşamını ve işlevselliğini ne derece olumsuz etkilediğine göre özgül tanı kazanır.

Depresyonları pratik olarak Minör depresyonlar ve Majör depresyonlar olarak ikiye ayırabiliriz. Her iki grup depresyonun da belirtileri (psikolojik ve somatik olarak) birbirine çok benzer. Minör depresyonun belirtileri genel olarak majör depresyon belirtilerinden daha hafiftir.

### 2.2.4.1. Majör Depresif Bozukluk

Majör depresyon, genellikle duygu durumu bozuklukları konusunda uzmanlaşmış psikiyatristler tarafından tedavi edilir. Majör depresyonu olan kişilerde, depresif mizaç ve günlük aktiviteleri sürdürmemenin yanı sıra, başka somatik ve emosyonel bozukluklar da bulunur. Majör depresyon, pratik açıdan bakıldığında ‘tipik’, ‘psikotik’, ‘bipolar’, ‘melankolik’, ‘mevsimsel’ ve ‘atipik’ olmak üzere altı alt tipe ayrılabilir.

Seçilecek tedaviye etkisi açısından majör depresyonları hafif, orta ve ağır olarak ayırmak da yararlıdır.

**Hafif:** Kişi, depresyon belirtilerinden bazılarını gösterir ve günlük işleri yapmak için ek bir güç sarfetmesi gerekir.

**Orta:** Kişi, birçok depresyon belirtisini gösterir ve bunlar günlük rutin aktiviteleri engeller.

**Ağır:** Kişi, depresyonun neredeyse tüm belirtilerini gösterir ve mevcut tablo kişinin günlük aktivitelerini belirgin şekilde kısıtlar.

#### a. Tipik ve Atipik Depresyonlar

Depresif kişilerin uykusu, iştahı, vücut ağırlığı ve enerji düzeyi genellikle değişir. ‘Tipik’ semptomları olanlar, normalden daha az uyurlar, uykuya geç dalar ve/veya gece sık sık uyanır ve sıklıkla tekrar uyuyamazlar. İştahsızlık ve kilo kaybı da tipik semptomlardandır. ‘Atipik’ semptomlar, sanıldığından çok daha sık görülürler ve uyku süresinde artma (günde 16-18 saati bulabilir), aşırı uykuya rağmen belirgin yorgunluk hissi, sıklıkla karbonhidratlara yönelik doymak bilmeyen bir iştah ile birlikte giden aşırı yeme davranışı ve kaçınılmaz kilo artışı içerir.

Atipik depresyonda, kişiler keyifli deneyimlere olumlu yanıt verebilmeyi sürdürürler. Hastaların %40’ından fazlasında bu atipik semptomların en az biri görülür. Bu kişilerin aşırı derecede hassas bir kişilik yapısına da sahip oldukları söylenir. Olumsuz bir tutum amaçlanmadığında bile, sıklıkla kendilerini hafife alınmış ya da eleştirilmiş hissedebilirler. Atipik özellikler gösteren hastaların hastalıkları daha erken yaşlarda başlar, daha fazla psikomotor yavaşlama görülür.

Bu hastalarda sıklıkla anksiyete semptomları da görülür. Bu kişilerin depresif duygu durumlarında geçici düzelmeler olabilir, kişilerarası ilişkilerinde reddedilmeye karşı aşırı duyarlıdırlar (59).

### **b. Mevsimsel Depresyon**

Mevsimsel yapı gösteren duygu durum bozukluğu hipersomnia, karbonhidrat arama davranışı, aşırı yemek yeme, kilo alma ve yorgunluk bitkinlikle belirlidir. Burada majör depresif bozukluğun başlaması ve remisyona girmesi ile yılın belirli bir zamanı arasında düzenli bir ilişki vardır. Sözelimi epizodlar düzenli olarak sonbaharda ya da kışın ortaya çıkmakta, ilkbaharda düzelmektedir. Işık terapisinin özellikle yararlı olduğuna ilişkin çok sayıda yayın vardır.

Bazı araştırmacılar, mevsimsel duygu durumu bozukluğunun, hava koşullarına bağlı olarak, daha az güneşli olan kuzey enlemlerinde daha sık ortaya çıktığını ileri sürerler. Mevsimsel duygu durumu bozukluğu olan kişiler sıklıkla, gerek suni bir ışık kaynağının altında, gerekse güneşli iklimi olan bir yere seyahat ettiklerinde kendilerini çok iyi hissettiklerini belirtirler. Bir hastaya mevsimsel duygulanım bozukluğu tanısı konulması için, hastanın 3 farklı yılda mevsimlere bağlı olarak en az üç vaka geçirmiş olması gerekir (60).

### **c. Melankolik ve Psikotik Depresyon**

Majör depresif bozukluğun somatik tedavilere iyi yanıt veren bir türüdür. Psikotik semptomlarla seyreden majör depresyonlar sık görülmemekle beraber, depresyonun en ölümcül tipidir. Bu tip depresyonu olan kişiler aşırı (ve sebepsiz) bir değersizlik veya ümitsizlik hissi yaşarlar ya da mantıksız bir şekilde ölmüş olmalarının daha iyi olacağı inancına kapılırlar. Bazen trajik cinayetler ve intiharlar, psikotik semptomlarla seyreden major depresyonlu kişilerce gerçekleştirilmektedir. Bu tip depresyonlar, psikiyatrik acil durumlardır ve kişinin rızası olmasa da hastaneye yatırılması gerekebilir.

#### **d. Bipolar Depresyon**

Bipolar ya da ‘manik-depresif’ terimleri, sağlıklı dönemler arasında ortaya çıkan ve depresif mizaç ile manik epizodlar arasında gidip gelen dramatik duygu durum dalgalanmalarını tarif eder. Mizacın kabardığı dönemlerin bazıları nispeten hafif geçebilir (hipomanik) ve hatta kişinin yaratıcılığını, üretkenliğini ve enerjisini arttırıyor izlenimi verebilir. Manik epizodlarda, kişi kendine zarar verebilecek davranışlar sergiler; bunlar: grandiyosite, öngörülemeyen duygudurum değişiklikleri, uykusuzluğu başlatabilecek irritabilite (bazı kişiler günler ve geceler boyunca uyumazlar), çok yüksek borçlanmayla sonuçlanabilecek kontrolsüz harcamalar ve uygunsuz cinsel davranışlar olabilir. Bu davranışlar, kişinin genelde sürdürdüğü günlük aktivitelerden çok farklı olmaları nedeniyle kolayca tanınır ve kişinin hastaneye yatırılmasını sağlarlar.

Bipolar olgularda, aile öyküsünde bipolar bozukluk bulunması, antidepresan ilaca ve lityuma yanıt, unipolar depresyonlara göre daha olumludur. Hezeyanlı depresyonun bipolar bozuklukla ilişkili olabileceği yönünde aile çalışmaları verileri vardır. Bipolar depresyonda özellikle lityum ilk tercih tedavisi olmakla birlikte mani esnasında gözlenen depresif belirtilerin lityuma zayıf yanıtla ilişkili olduğu bildirilmektedir.

Bipolar bozukluğun akut dönem ve koruma sağaltımlarında farmakoterapitemel araçtır. Ancak belli olgularda psikoterapötik girişimlerin önemli bir katkısı olabilir (61).

#### **2.2.4.2. Minör Depresyon**

Minör depresyonlar altı gruba ayrılır.

##### **a. Distimik Bozukluk**

İki yıl ya da daha fazla devam eden kronik depresyondur. Gün içerisinde sürekli olarak görülen belirtiler vardır. Unutkanlık, karar vermede güçlük çekme, yetersizlik duyguları, benlik saygısında azalma, umutsuzluk, gelecekte beklenimin olmaması, tükenmişlik ve çaresizlik, geçmişe ait düşüncelere dalma, saygınlığını ve sevgisini kaybetme endişesi vardır (62).

### **b. Tekrarlayıcı Kısa Depresyon**

Birkaç saat ile birkaç gün gün süren şiddetli depresyon belirtileri görülür.

### **c. Uzamış Yas**

Önemli bir kaybın ardından yaşanan, iki aydan daha uzun süren ağır yas reaksiyonudur. Normal ve anormal yası birbirinden ayıran bazı semptomlar vardır. Aşırı suçluluk hissi ve kendini suçlama, değersizlik hissi, yaşamın gereklerini uzun süre sürdürememe ve hatta intihar düşüncelerinin varlığıdır. Bunlar normal bir yas sürecinin bulguları değildir.

### **d. Mikst Anksiyete Depresyon**

Periyodik olarak görülen kaygı, konsantrasyon ve hafıza bozuklukları, yorgunluk ve ümitsizlik durumudur. Mikst anksiyete depresyonun başlıca özelliği, en az bir ay süren mutsuzluk hissi ve buna şu semptomlardan en az dördünün eşlik ettiği durumdur: Konsantre olmada güçlük, uyku düzensizliği, yorgunluk ya da halsizlik, irritabilite, kaygı, ağlamaya meyil, aşırı dikkat düzeyi, en kötü ihtimalin gerçekleşeceğini bekleme, ümitsizlik ve düşük özgüven ya da değersizlik hissi gibi belirtilerdir.

### **e. Minör Depresif Bozukluk**

Bu bozukluk, majör depresyon semptomlarına benzer ancak daha az semptomla seyreder ve günlük aktiviteleri daha az etkiler.

### **f. Premenstrüel Disforik Bozukluk**

Menstrüel döngünün adet öncesi döneminde ortaya çıkan ve adet kanamasının başlamasıyla kaybolan, duygu ve davranış değişiklikleri ve fiziksel belirtilerle kendini gösteren bir bozukluktur. Yapılan çeşitli çalışmalarda çökkünlük, bulantı ve mizaçta dalgalanmalar, gerginlik, sinirlilik en sık görülen belirtiler arasındadır (63).

### 3. GEREÇ VE YÖNTEM

Çalışma, İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesi'nde uzmanlık eğitimini almakta olan araştırma görevlisi doktorlar üzerinde gerçekleştirilen kesitsel tipte bir araştırmadır.

#### 3.1. Evren ve Örneklem

Çalışmamızın evrenini; İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesi'nde tıpta uzmanlık eğitimi almakta olan toplam 301 araştırma görevlisi doktor oluşturmaktadır. Örneklem seçilmemiş evrenin tamamına ulaşılması amaçlanmıştır. Araştırmaya katılmayı kabul eden toplam 290 araştırma görevlisi doktor (%96.3) çalışma grubunu oluşturmuştur. Çalışmaya katılmayı kabul etmeyen 6 araştırma görevlisi ve yıllık izin, doğum izni veya raporlu olduğu için ulaşılamayan 5 araştırma görevlisi araştırmaya dahil edilmemiştir.

#### 3.2. Veri Toplama Araçları

Araştırmaya katılıp katılmamaya karar verilmesini sağlamak amacıyla geliştirilen, bir sayfalık araştırmanın konu, kapsam, önem ve çalışma şeklinin belirtildiği "Gönüllülerin Bilgilendirilmiş Olur/Rıza Formu" kullanıldı.

Çalışmanın amacına uygun olarak literatür bilgileri de taranarak üç bölümden oluşan bir anket form hazırlandı. Anketin birinci bölümü "araştırma görevlisi doktorların bazı sosyodemografik özellikleri, sağlık durumu, alışkanlıkları, meslek ve çalışma hayatı ile ilgili bazı özellikleri içeren "Kişisel Bilgi Formu", ikinci bölümü "Maslach Tükenmişlik Ölçeği" ile ilgili soruları, üçüncü bölümü ise "Beck Depresyon Ölçeği" ile ilgili soruları içermektedir.

#### 1. Kişisel Bilgi Formu:

##### Sosyodemografik Özellikler:

Çalışma grubunu oluşturanların yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, toplam aylık gelir, çocuk sahibi olma durumu, konut durumu, son 1 yılda tatil yapıp



yapmadığı, ve sosyal etkinliklere katılıp katılmadığı ile ilgili bilgilerin yer aldığı bölümdür.

### **Sağlık Durumu ve Alışkanlıkları:**

Katılımcının kronik hastalık varlığı, düzenli ilaç kullanıp kullanmadığı, kullanmakta olduğu psikiyatrik ilaç olup olmadığı, uykuya dalmakta güçlük, uyuyamama, az uyuma ya da çok uyuma gibi uyku sorunu olup olmadığı ve sigara- alkol alışkanlığı olup olmadığı ile ilgili bilgilerin yer aldığı bölümdür.

### **Çalışma Ortamı ile İlgili Özellikler:**

Katılımcının uzmanlık eğitimi aldığı temel tıp bilimleri, dahili tıp bilimleri, cerrahi tıp bilimlerinden hangisine dahil olduğu, mesleğini isteyerek seçip seçmediği, bölümünü isteyerek seçip seçmediği, bölümündeki fiziksel şartların yeterli olup olmadığı, nöbet sayısının kabul edilebilir seviyede olup olmadığı, eğitim ve araştırma hedefinin öncelikli olup olmadığı, standart tıpta uzmanlık eğitiminin olup olmadığı, sürekli tıp eğitimi için ayrılan sürenin yeterli olup olmadığı, bölümle ilgili yayınların takip edilebilip edilemediği, bilimsel toplantılara katılıp katılmadığı ile ilgili bilgilerin yer aldığı araştırıldığı bölümdür.

### **Çalışma Koşulları ile İlgili Özellikler:**

Katılımcının meslekteki çalışma süresi, bölümdeki çalışma süresi, haftalık çalışma süresi, günde baktığı ortalama hasta sayısı ve aylık tuttuğu nöbet sayısı ile ilgili bilgilerin yer aldığı bölümdür.

### **Meslek ve Bölüm Hakkındaki Görüşleri ile İlgili Özellikler:**

Katılımcının çalışma ortamında amir ve kıdemlileriyle uyum içinde çalışıp çalışmadığı, hemşire ve diğer personellerle uyum içinde çalışıp çalışmadığı, amir ve çalışma arkadaşları tarafından takdir edilip edilmediği, bölümünden memnun olup olmadığı, imkanı olsa farklı bölüm seçip seçmeyeceği, hasta veya hasta yakını tarafından fiziksel şiddete maruz kalıp kalmadığı, hasta veya hasta

yakını tarafından tehdit edilip edilmediği ve gelecekle ilgili mesleksel kaygılarının olup olmadığı ile ilgili bilgilerin yer aldığı bölümdür.

## 2. Maslach Tükenmişlik Ölçeği:

Orijinali Maslach ve Jackson tarafından geliştirilen Maslach Tükenmişlik Ölçeği'nin Türkiye'de geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Ergin tarafından yapılmıştır (28). Ölçeğin alt boyutları “Duygusal Tükenme” (DT), “Duyarsızlaşma” (D) ve “Kişisel Başarı” (KB) olarak tanımlanmaktadır. Orijinal ölçekte her bir madde yedili likert skalası ile 0-6 puan arasında yanıtlanırken, Türkçe uyarlamasında maddeler beşli likert skalasına dönüştürülmüş ve 0-4 arasında puanlama yapılmıştır. Sorulara verilen yanıtlarda (0) “Hiçbir zaman” ve (4) “Her zaman” olarak puanlanmaktadır. Duygusal Tükenme (DT) boyutunda (1., 2., 3., 6., 8., 13., 14., 16., 20.) olmak üzere 9 madde, Duyarsızlaşma D boyutunda (5., 10., 11., 15., 22.) olmak üzere 5 madde, ve Kişisel Başarı KB boyutunda ise (4., 7., 9., 12., 17., 18., 19., 21.) olmak üzere 8 madde bulunmaktadır. Buna göre, ölçeğin alt boyutlarından alınabilecek puanlar, Duygusal Tükenme DT için 0-36, Duyarsızlaşma D için 0-20 ve Kişisel Başarı KB için 0-32 arasında değişmektedir (28).

Maslach Tükenmişlik Ölçeği'nde, Duygusal Tükenme ve Duyarsızlaşma ile ilgili ifadeler olumsuz, Kişisel Başarı ile ilgili olanlar ise olumlu ifadelerdir. Duygusal Tükenme alt ölçeği kişinin mesleği ya da işi nedeniyle tüketilmiş ve aşırı yüklenilmiş olma duygularını tanımlar. Duyarsızlaşma alt ölçeği, kişinin bakım ve hizmet verdiği kişilere karşı, bireylerin kendilerine özgü birer varlık olduklarını dikkate almaksızın, duygudan yoksun bir şekilde aşığılayıcı ve umursamaz davranmasını tanımlarken, Kişisel Başarı alt ölçeği ise, insanlarla yüz yüze çalışan bir kişide yeterlik ve sorunların başarı ile üstesinden gelme duygularını tanımlar. Her biri tükenmişliğin bir boyutuna ait olmak üzere, her bir boyuttan 3 ayrı toplam puan elde edilmektedir. Böylece, Maslach Tükenmişlik Ölçeği'nin puanlaması sonucunda toplam puan ve alt ölçek puanları elde edilmektedir. DT ve D alt ölçeklerinden alınan yüksek puanlar tükenmişliği gösterirken, kişisel başarı KB alt ölçeğinden alınan düşük puanlar tükenmişlik

olarak kabul edilmektedir. Bu araştırmada da benzer şekilde her bir katılımcı için üç ayrı puan hesaplanmıştır. DT, D alt boyutlarından yüksek puan ve KB alt boyutundan düşük puan alınması tükenmişliği ifade etmektedir.

Maslach ve Jackson tarafından geliştirilmiş ölçeğin güvenilirlik katsayısı duygusal tükenmişlik için 0,88; kişisel başarı için 0,83 ve duyarsızlaşma için 0,72 olarak saptanmıştır (19). Ergin tarafından doktor ve hemşireler üzerinde yapılan geçerlilik güvenilirlik çalışmasında Cronbach Alpha katsayıları DT, D ve KB alt boyutları için sırasıyla; 0.83, 0.65 ve 0.72 bulunmuştur (28).

Bizim alışmamızda ise Maslach Tükenmişlik Ölçeği genel puanları için yapılan güvenilirlik analizi sonucunda Cronbach Alpha katsayısı 0,81 olarak tespit edilmiştir. DT alt boyutu Cronbach Alpha katsayısı 0,90, D alt boyutu Cronbach Alpha katsayısı 0,74 ve KB alt boyutu Cronbach Alpha katsayısı ise 0,64 olarak bulundu.

Literatürde Cronbach's Alpha katsayısının 0-1 arası dağılım gösterdiği,  $0,00 \leq \alpha < 0,40$  ise ölçeğin güvenilir olmadığı,  $0,40 \leq \alpha < 0,60$  ise ölçeğin düşük güvenilirlikte olduğu,  $0,60 \leq \alpha < 0,80$  ise ölçeğin oldukça güvenilir olduğu,  $0,80 \leq \alpha < 1$  ise ölçeğin yüksek derecede güvenilir bir ölçek olduğu göz önüne alındığında çalışmamızda kullanılan Maslach Tükenmişlik Ölçeği DT alt boyutunun yüksek derecede güvenilir, D ve KB alt boyutunun ise oldukça güvenilir olduğu gözlenmektedir (64).

### 3. Beck Depresyon Ölçeği:

Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), 1988 yılında Beck tarafından geliştirilen ve bireylerin yaşadığı depresyon belirtilerinin şiddetinin belirlenmesi için kullanılan bir ölçektir. Depresyon ve bedensel belirtiler olmak üzere iki faktörden oluşan bir kendi bildirim değerlendirme ölçeğidir. Ergen ve yetişkinlere uygulanabilir, ve zaman sınırlaması yoktur. 21 maddeden oluşan ölçekte sorular 0-3 arası puanlanan likert tipi maddelerdir. Ölçekten alınabilen puan aralığı 0-63'tür. Ölçekten alınan toplam puanın yüksekliği bireyin yaşadığı depresyonun şiddetini gösterir. 0-9 puan normal düzeyi, 10-18 puan hafif düzeyde depresif

belirtileri, 19-29 puan orta düzeyde depresif belirtileri, ve 30-63 puan şiddetli depresif belirtileri işaret etmektedir. Beck tarafından geliştirilen ölçeğin Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirliği Hisli tarafından yapılmıştır. Ölçeğin Türkçe için geçerlik ve güvenilirlik makalesinde kesme puanınının 17 olarak kabul edildiği belirtilmiştir. Ölçekten 17 ve üzeri puan alanlar depresyon şüphesi var olarak kabul edilir ( 65).

Ölçeğin orjinalinde Beck Cronbach alfa katsayısını 0,93 olarak bulmuştur (66). Ölçeğin Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirliği çalışmasında ise, Cronbach alfa katsayısı 0,80 olarak bulunmuştur (65).

Bizim çalışmamızda ölçeğin Crobach's alfa değeri 0,91 bulundu.

### **3.3 Araştırmanın Uygulanması, Etik Konular ve İzinler**

Araştırma; literatür taraması, anket formlarının oluşturulması, gerekli izinlerin alınması gibi ön hazırlıklar tamamlandıktan sonra yürütüldü. araştırmanın yapılabilmesi için gerekli olan etik kurul izni İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'ndan alındı (Tarih/Sayı: 13.09.2017/188). İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesi'nde yapılabilmesi için İzmir İl Sağlık Müdürlüğü'nden (Tarih/Sayı: 30.10.2017/77597247-604.02) gerekli izinler yazılı olarak alındı (Ek 4, Ek 5).

Araştırma görevlisi doktorlar görev yaptıkları bölümlerde ziyaret edilerek çalışmanın konusu ve amacı hakkında bilgilendirildi. Daha sonra çalışmaya katılmayı kabul eden kişilerden onamları yazılı olarak alındı. Önceden hazırlanmış olan anket formlar, gözlem altında katılımcıların kendileri tarafından dolduruldu.

Çalışmamızda veri toplama aşaması, 01.11.2017-01.12.2017 tarihleri arasında 21 işgününde tamamlandı. Bu süre içinde toplam 290 araştırma görevlisi doktor ile görüşme yapılmıştır.

### 3.4. Araştırmanın Değişkenleri

#### Bağımlı değişkenler

- MTÖ alt boyutları puanı
- BDÖ puanı

#### Bağımsız değişkenler

- Yaş
- Cinsiyet
- Medeni Durum
- Tanı Konulmuş Kronik Hastalık
- Uykuya Dalmada Güçlük
- Son 1 Yıl İçinde Tatil
- Sigara ve Alkol Alışkanlığı
- Meslekte Toplam Çalışma Süresi
- Mesleğin İsteyerek Seçilmesi
- Bölümün İsteyerek Seçilmesi
- Çalışma Ortamının Fiziksel Şartları
- Nöbet Sayısı Kabul Edilebilir mi
- Eğitim ve Araştırma Öncelikli mi
- Eğitim İçin Ayrılan Süre Yeterli mi
- Amir ve Öğretim Üyeleriyle Uyum
- Amir ve Arkadaşlar Tarafından Takdir
- İmkan Olsa Farklı Bölüm Seçimi
- Hasta veya Yakınından Fiziksel Şiddet
- Toplam Aylık Gelir
- Çocuğun Olup Olmaması
- Düzenli İlaç Kullanımı
- Psikiyatrik İlaç Kullanımı
- Konut Durumu
- Sosyal Etkinliklere Katılım
- Çalışılan Bölüm
- Bölümde Çalışılan Süre
- Ayda Tutulan Nöbet Sayısı
- Haftalık Çalışma Süresi
- Günde Bakılan Hasta Sayısı
- Standart Asistan Eğitimi
- Yayın Takibi
- Bilimsel Toplantılara Katılım
- Hemşire ve Personel ile Uyum
- Bölümden Memnuniyet
- Hasta Veya Yakınından Tehdit
- Gelecekle İlgili Kaygı

### 3.5. Araştırmanın Takvimi

Araştırmanın takvimi tarihsel süreç içerisinde aşağıda ayrıntılı olarak gösterilmiştir (**Tablo 1**).

**Tablo 1.** Araştırmanın Takvimi

Ocak-Mayıs 2017	Literatür taraması
Mayıs-Haziran 2017	Araştırmanın planlanması
Haziran-Ağustos 2017	Anket formlarının oluşturulması
Ağustos-Aralık 2017	Verilerin toplanması
Aralık-Ocak 2018	Verilerin bilgisayara aktarılması
Ocak-Mart 2018	Verilerin analizi
Mart-Haziran 2018	Rapor Yazımı

### 3.6. Araştırmanın Kısıtlılıkları

Bu çalışma; İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesi'nde görev yapmakta olan araştırma görevlisi doktorların tükenmişlik düzeylerinin, depresyon sıklığının ve bu sorunlarla ilişkili olduğu düşünülen bazı faktörlerin incelendiği kesitsel tipte bir araştırmadır. Araştırmamızda klinik görüşme yapılmamış yalnızca kişilerin kendilerini değerlendirdikleri ölçekler kullanılmıştır. Elde ettiğimiz sonuçlar sadece bu eğitim araştırma hastanesinde eğitim almakta olan araştırma görevlisi doktorlara genellenebilir. Bu nedenle ülkemizdeki tüm uzmanlık eğitimi alan araştırma görevlisi doktorların durumlarını yansıtması ve sonuçların tüm araştırma görevlisi doktorlara genellenebilmesi açısından daha geniş çaplı çalışmalar yapılmasının gerekli ve faydalı olacağını düşünmekteyiz.

### 3.7. Verilerin Analizi

Araştırma sonunda anket formu aracılığı ile elde edilen veriler, *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versiyon 22.0 istatistik paket

programında değerlendirildi. Verilerin kontrolleri ve analizleri aynı programda yapıldı. İstatistiksel analizlerde tanımlayıcı istatistikler için ortalama değer, standart sapma, ortanca değer, en yüksek ve en düşük değerler kullanıldı. Verilerin normal dağılıma uygunluğu için Kolmogorov Smirnov Testi kullanıldı. Veriler normal dağılıma uymadığı için analizlerde non-parametrik testler kullanıldı. MTÖ ve BDÖ'nün sosyodemografik değişkenlere göre karşılaştırılmasında, Mann Whitney U Testi, Kruskal Wallis Testi kullanıldı. Kruskal Wallis test istatistiği sonucunun önemli bulunması halinde farka neden olan grupları tespit etmek amacıyla Post hoc testi kullanıldı. Maslach Tükenmişlik Ölçeği'nin alt boyutlarından alınan puanlar ile BDÖ'den alınan puanlar arasında ilişki olup olmadığı Spearman korelasyon analizi ile değerlendirildi. İstatistiksel anlamlılık değeri olarak  $p < 0,05$  kabul edildi.

## 4. BULGULAR

İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesi'nde görev yapmakta olan araştırma görevlisi doktorların tükenmişlik düzeylerinin, depresyon sıklığının ve bu sorunlarla ilişkili olabileceği düşünülen bazı faktörlerin incelendiği bu araştırmada bulgular yedi başlık halinde sunulmuştur. Bu başlıklar;

4.1 Araştırma görevlisi doktorların tanımlayıcı özelliklerine ilişkin bulgular

4.2 Araştırma görevlisi doktorların sağlık durumuna ve alışkanlıklarına ilişkin bulgular

4.3 Araştırma görevlisi doktorların çalışma ortamına ilişkin bulgular

4.4 Araştırma görevlisi doktorların çalışma koşullarına ilişkin bulgular

4.5 Araştırma görevlisi doktorların meslek ve bölüm hakkındaki görüşlerine ilişkin bulgular

4.6 Araştırma görevlisi doktorların tükenmişlik ve depresyon ölçek puanlarına ilişkin bulgular

4.7 Araştırma görevlisi doktorların bazı değişkenlere göre tükenmişlik ve depresyon ölçek puanlarına ilişkin bulgulardır.

### **4.1. Araştırma Görevlisi Doktorların Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular**

Çalışma grubunu oluşturan araştırma görevlisi doktorların tanıtıcı özelliklerine ilişkin bulgular **Tablo 2'de** verildi. Buna göre çalışmaya katılan toplam 290 araştırma görevlisi doktorun yaş ortalaması  $29,1 \pm 4,4$  yıl idi. Araştırma görevlisi doktorların %51,0'nin kadın, % 49,0'unun erkek, %43,4'ünün evli ve %79,0'nun ise çocuk sahibi olmadığı görüldü. Araştırma görevlisi doktorların aylık ortalama gelirleri  $6943,8 \pm 2678,0$  YTL olup, %17,6'sının kendi evinde, %76,9'unun kirada oturduğu belirlendi. Araştırma



görevlisi doktorların %29,3'ü son bir yıl içerisinde hiç tatil yapmadığını ve %71,0'i ise sosyal etkinliklere yeterince katılmadığını ifade etti.

**Tablo 2.** Araştırma Görevlisi Doktorların Bazı Sosyodemografik ve Ekonomik Özellikleri

Değişken	Sayı(n)	Yüzde(%)	
Cinsiyeti (n=290)	Kadın	148	51,0
	Erkek	142	49,0
Yaş Grubu (n=290)	20-29	205	70,7
	30-39	72	24,8
	40 ve üzeri	13	4,5
Ortalama:29,12 ( $\pm$ 4,47)	Ortanca: 28	Alt değer: 24	Üst değer: 53
Medeni Durumu (n=290)	Evli	126	43,4
	Bekar	162	55,9
	Dul/Boşanmış	2	0,7
Toplam Aylık Geliri	<5000YTL	30	10,3
	5000-10000 YTL	228	78,6
	>10000	32	11,1
Ortalama:6943,86 ( $\pm$ 2678)	Ortanca:6500	Alt değer:0	Üst değer:20000
Çocuk Sahibi Olma Durumu	Var	61	21,0
	Yok	229	79,0
Ortalama:1,49 ( $\pm$ 0,1)	Ortanca: 0	Alt değer: 1	Üst değer: 4
Konut Durumu	Kira	223	76,9
	Kendi evim	51	17,6
	Kendi evi değil ama kira ödemiyor	14	4,8
	Lojman	2	0,7
Son 1 Yılda Tatil Yapma Durumu	Yaptım	205	70,7
	Yapmadım	85	29,3
Sosyal Etkinliklere Katılım Durumu	Katıldım	84	29,0
	Katılmadım	206	71,0
Toplam	290	100,0	

#### 4.2. Araştırma Görevlisi Doktorların Sağlık Durumuna ve Alışkanlıklarına İlişkin Bulgular

Araştırma görevlisi doktorların sağlık durumuna ve alışkanlıklarına ilişkin bulgular **Tablo 3**'de özetlendi. Hekimlerin %11,0'inin kronik bir hastalığı olup %9,0'u düzenli olarak ilaç almakta ve %4,1'i de halen psikiyatrik bir ilaç kullanmakta idi. Çalışmaya katılanların %58,6'sı hiç sigara ve alkol kullanmadığını, %30,7'si de uykuya dalmakta güçlük çektiğini belirtti.

**Tablo 3.** Araştırma Görevlisi Doktorların Sağlık Durumları ve Alışkanlıkları İle İlgili Bazı Özellikleri

Değişken		Sayı(n)	Yüzde(%)
Kronik Hastalık Öyküsü	Var	32	11,0
	Yok	258	89,0
Düzenli İlaç Kullanma Durumu	Kullanıyor	26	9,0
	Kullanmıyor	264	91,0
Psikiyatrik İlaç Kullanma Durumu	Kullanıyor	13	4,5
	Kullanmıyor	277	95,5
Uykuya Dalmada Güçlük Çekme Durumu	Çekiyor	89	30,7
	Çekmiyor	201	69,3
Sigara ve Alkol Alışkanlığı	Yok	170	58,6
	Sadece sigara	49	16,9
	Sadece alkol	27	9,3
	Sigara ve alkol	44	15,2
Toplam		290	100,0

#### 4.3. Araştırma Görevlisi Doktorların Çalışma Ortamına İlişkin Bulgular

Araştırma görevlisi doktorların görev yaptıkları bölümler ve çalışma koşullarına ilişkin bulgular **Tablo 4**'de özetlendi. Araştırma görevlisi doktorların %90'ı mesleklerini, %86,9'u ise çalıştıkları bölümü isteyerek seçtiğini ifade etti. Araştırma görevlisi doktorların %78,6'sı çalışma ortamındaki fiziksel şartların

yeterli olmadığını ve %46,2'si nöbet sayısının kabul edilebilir düzeyin üstünde olduğunu düşünmekte idi. Araştırma görevlisi doktorların %21,0'i çalıştıkları bölümde eğitim ve araştırma hedeflerinin öncelikli olduğunu ve %44,5'i çalıştıkları bölümde standart bir asistan eğitimi olduğunu belirtirken, % 73,8'i ise bölümlerindeki sürekli tıp eğitim için ayrılan bu sürenin yeterli olmadığını ifade etti. Katılımcıların %65,5'inin bölümleri ile ilgili yayınları düzenli takip edemedikleri ve %77,2'sinin de bilimsel toplantılara katılım düzeylerinin yeterli olmadığını saptandı.

**Tablo 4.** Araştırma Görevlisi Doktorların Çalışma Ortamı İle İlgili Bazı Özellikleri

Değişken		Sayı(n)	Yüzde(%)
Bölümü	Temel Tıp Bilimleri	20	6,9
	Dahili Tıp Bilimleri	159	54,8
	Cerrahi Tıp Bilimleri	111	38,3
Mesleği İsteyerek Seçme Durumu	Evet	261	90,0
	Hayır	29	10,0
Bölümü İsteyerek Seçme Durumu	Evet	252	86,9
	Hayır	38	13,1
Çalıştığı Ortamda Fiziksel Şartların Yeterlilik Durumu	Yeterli	62	21,4
	Yeterli değil	228	78,6
Kabul Edilebilir Sayının Üzerinde Nöbet	Var	134	46,2
	Yok	156	53,8
Çalıştığı Bölümde Eğitim ve Araştırma Hedeflerinin Öncelikli Olma Durumu	Öncelikli	61	21,0
	Öncelikli Değil	229	79,0
Çalıştığı Bölümde Standart Asistan Eğitiminin Varlığı	Var	129	44,5
	Yok	161	54,5
Çalıştığı Bölümde Sürekli Tıp Eğitimi İçin Ayrılan Sürenin Yeterliliği	Yeterli	76	26,2
	Yeterli Değil	214	73,8
Bölümü İle İlgili Yayınları Takip Etme Durumu	Takip Ediyor	100	34,5
	Takip Etmiyor	190	65,5
Bilimsel Toplantılara Katılma Durumu	Katılıyor	66	22,8
	Katılmıyor	224	77,2
Toplam		290	100,0

#### 4.4. Araştırma Görevlisi Doktorların Çalışma Koşullarına İlişkin Bulgular

Araştırma görevlisi doktorların çalışma koşullarına ilişkin bulgular **Tablo 5'de** verilmiştir. Araştırma görevlisi doktorların meslekte ve bölümlerinde çalışma süreleri incelendiğinde; çalışma yılı ortalaması sırasıyla  $4,29 \pm 2,4$  ve  $2,13 \pm 1,04$  idi. Araştırma görevlisi doktorlar haftada ortalama  $66,93 \pm 20,1$  saat çalıştıklarını, günde ortalama  $41,39 \pm 35,24$  hasta baktıklarını ve ayda ortalama  $5,80 \pm 3,5$  nöbet tuttuklarını ifade ettiler.

**Tablo 5.** Araştırma Görevlisi Doktorların Çalışma Koşulları ile İlgili Bazı Özellikleri

Değişken	Sayı(n)	Yüzde(%)
Meslekteki Çalışma Süresi (Yıl)		
0-5 yıl	237	81,7
6-10 yıl	37	12,8
11 ve üzeri yıl	16	5,5
Ortalama:4,29 yıl ( $\pm 2,4$ )	Ortanca:3	Min:1 Max:29
Bölümde Çalışma Süresi (Yıl)		
0-1	99	43,1
2-3	168	57,9
4 ve üzeri	23	8,0
Ortalama:2,13 yıl ( $\pm 1,04$ )	Ortanca:2	Min:1 Max:6
Haftalık Çalışma Süresi (Saat)		
0-40	55	19,0
41-60	71	24,4
61 ve üzeri	164	56,6
Ortalama:66,93 ( $\pm 20,15$ )	Ortanca:70	Min:10 Max:120
Günde Bakılan Hasta Sayısı		
0-20	102	35,2
21-40	76	26,2
41 ve üzeri	112	38,6
Ortalama:41,39 ( $\pm 35,24$ )	Ortanca:38	Min:0 Max:200
Aylık Nöbet Sayısı		
0-4	92	31,7
5-9	140	48,3
10 ve üzeri	58	20,0
Ortalama: 5,8 ( $\pm 3,55$ )	Ortanca:6	Min:0 Max:15
Toplam	290	100,0

#### 4.5. Araştırma Görevlisi Doktorların Meslek ve Bölüm Hakkındaki Görüşlerine İlişkin Bulgular

Araştırma görevlisi doktorların meslek ve bölüm hakkındaki görüşlerine ilişkin bulgular **Tablo 6’da** özetlendi. Araştırmaya katılanların %82,0’nın amir öğretim üyeleri ve kıdemli görevlilerle, %80,0’nın da hemşire ve diğer personel ile uyum içinde çalışabildiği gözlemlendi. Çalışmada Araştırma görevlisi doktorların %78,3’ü seçmiş oldukları bölümden memnun olduklarını, %49,0’u da yaptıkları işin amir ve çalışma arkadaşları tarafından takdir edildiğini ifade etti. Araştırma görevlisi doktorların %56,6’sının hasta veya hasta yakınları tarafından tehdit edildiği % 24,8’inin ise fiziksel şiddet gördüğü ve büyük çoğunluğunun (%87,2) geleceğe dair mesleki kaygıları olduğu saptandı.

**Tablo 6.** Araştırma Görevlisi Doktorların Seçmiş Oldukları Meslek ve Bölüm Hakkındaki Görüşleri

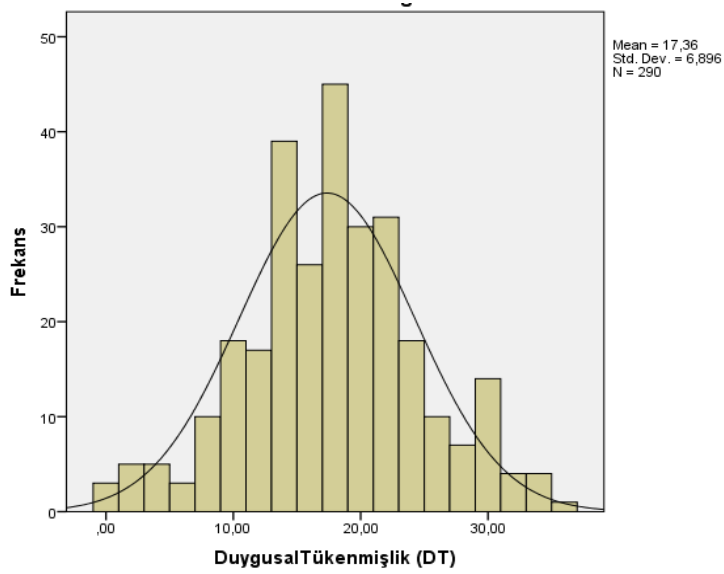
Değişken		Sayı (n)	Yüzde(%)
Amirleri ile Uyum Durumu	Uyumlu	240	82,0
	Uyumsuz	50	18,0
Hemşire ve Diğer Personel İle Uyum Durumu	Uyumlu	232	80,0
	Uyumsuz	58	20,0
Amirler Tarafından Takdir Edilme Durumu	Takdir Ediliyor	142	49,1
	Takdir Edilmiyor	148	50,9
Bölümden Memnun Olma Durumu	Memnun	227	78,3
	Memnunu Değil	63	21,7
İmkan Olsa Farklı Bölüm Seçme Durumu	Seçerim	128	45,0
	Seçmem	162	55,0
Hasta Yakını Tarafından Şiddet Görme Öyküsü	Var	72	24,8
	Yok	218	75,2
Hasta Yakını Tarafından Tehdid Edilme Öyküsü	Var	164	56,6
	Yok	126	43,4
Mesleki Kaygı Duyma Durumu	Var	253	87,2
	Yok	37	12,8
Toplam		290	100

#### 4.6. Araştırma Görevlisi Doktorların Tükenmişlik ve Depresyon Ölçek Puanlarına İlişkin Bulgular

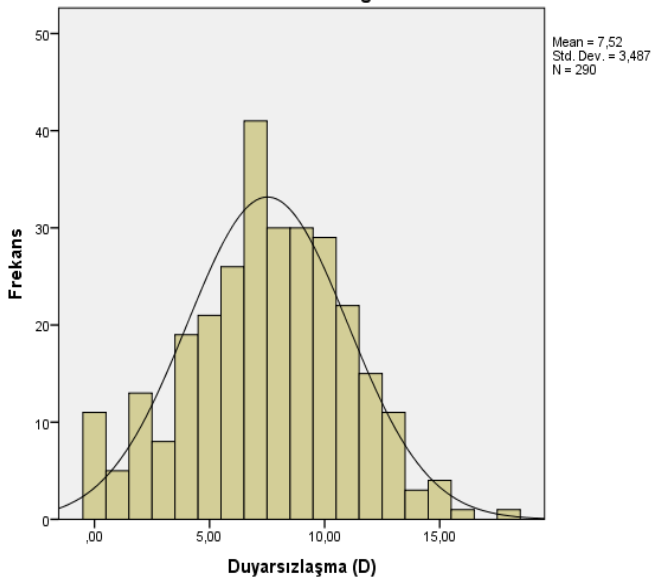
Araştırma görevlisi doktorların MTÖ ve BDÖ'den aldıkları puanların dağılımı **Tablo 7**'de verilmiştir. Katılımcıların MTÖ-Duygusal Tükenmişlik (DT) puan ortalaması  $17,3 \pm 6,8$  (0-36) ( $p < 0,04$ ) (**Şekil 1**), MTÖ-Duyarsızlaşma (D) Puanları  $7,5 \pm 3,4$  (0-18) ( $p < 0,01$ ) (**Şekil 2**), MTÖ-Kişisel Başarı (KB) Puanları  $19,4 \pm 3,3$  (3-28) ( $p < 0,01$ ) (**Şekil 3**) ve BDÖ Puanları  $11,1 \pm 8,8$  (0-53) ( $p < 0,01$ ) (**Şekil 4**) olup normal dağılımıyordu.

**Tablo 7.** Araştırma Görevlisi Doktorların Maslach Tükenmişlik Ölçeğinin Alt Boyutlarından ve Beck Depresyon Ölçeğinden Aldıkları Puanların Dağılımı

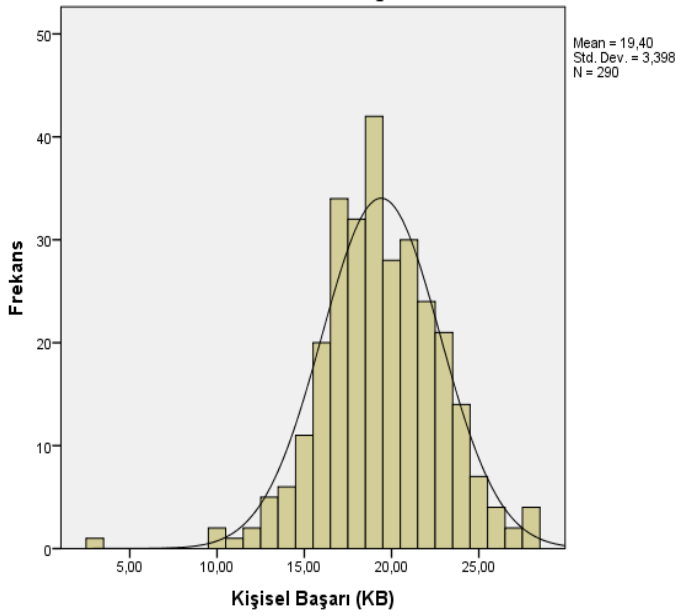
Ölçekler	Ortalama $\pm$ ss	Ortanca	Alt-üst değer
MTÖ- Duygusal Tükenme (DT)	$17,3 \pm 6,8$	17	0 36
MTÖ- Duyarsızlık (D)	$7,5 \pm 3,4$	8	0 18
MTÖ- Kişisel Başarı (KB)	$19,4 \pm 3,3$	19	3 28
Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)	$11,1 \pm 8,8$	9	0 53



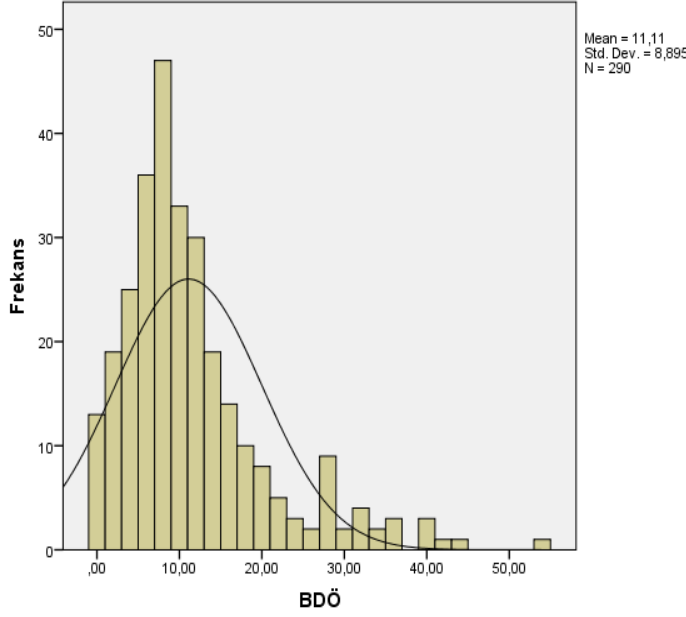
Şekil 1. MTÖ-Duygusal Tükenmişlik (DT) Puanları Histogram Grafiği



Şekil 2. MTÖ-Duyarsızlaşma (D) Puanları Histogram Grafiği



Şekil 3. MTÖ-Kişisel Başarı (KB) Puanları Histogram Grafiği



Şekil 4. BDÖ Puanları Histogram Grafiği

Depresyon derecelerine bakıldığında ise araştırma görevlisi doktorların %54,5'i normal, %30,3 hafif, %9,3'ü orta ve %5,9'u şiddetli depresyon belirtileri göstermekteydi. (**Tablo 8**)

**Tablo 8.** Araştırma Görevlisi Doktorların Depresyon Derecesine Göre Dağılımı

		Sayı(n)	Yüzde(%)
Depresyon derecesi (n=290)			
Normal: 0-9 puan	normal	158	54,5
Hafif: 10-18 puan	hafif	88	30,3
Orta: 19-29 puan,	orta	27	9,3
Şiddetli: 30-63 puan	şiddetli	17	5,9
Toplam		290	100,0

Çalışma grubundakilerin BDÖ ile MTÖ'nin alt boyutlarından aldıkları puanlar arasındaki ilişki **Tablo 9'da** verilmiştir.

Buna göre ortanca BDÖ puanı ile ortanca DT ve D puanı arasında pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon; ortanca BDÖ puanı ile ortanca KB puanı arasında ise negatif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon



saptanmıştır. (sırasıyla  $r=0,646$   $p=0.000$ ;  $r=0,417$   $p=0.000$ ;  $r= -0,205$   $p=0.000$  ). Tablo 9’da da belirtildiği gibi BDÖ puanları arttıkça DT ve D puanlarının da doğru orantılı olarak arttığı KB puanlarının ise ters orantılı olarak azaldığı gözlenmektedir.

Buna göre BDÖ’inden alınan puanlar ile MTÖ’nin DT ve D alt boyutlarından alınan puanlar arasında pozitif yönde orta düzeyde bir korelasyon; BDÖ’inden alınan puanlar ile KB alt boyutundan puanlar arasında ise negatif yönde zayıf bir korelasyon saptanmıştır. (sırasıyla;  $r=0,646$   $p=0.000$ ;  $r=0,417$   $p=0.000$ ;  $r= -0,205$   $p=0.000$  ).

**Tablo 9.** Araştırma Görevlisi Doktorların Maslach Tükenmişlik Ölçeği’nin Alt Boyutlarından Aldıkları Puanlar ile Beck Depresyon Ölçeği’nden Aldıkları Puanlar Arasındaki İlişki

		Beck Depresyon Ölçeği(BDÖ)	
		r	p
Maslach Tükenmişlik Ölçeği (MTÖ)	Duygusal Tükenme (DT)	0,646	<b>0.000</b>
	Duyarsızlaşma (D)	0,417	<b>0.000</b>
	Kişisel Başarı (KB)	-0,205	<b>0.000</b>

r: Spearman Korelasyon Katsayısı

#### 4.7. Araştırma Görevlisi Doktorların Bazı Değişkenlere Göre Tükenmişlik ve Depresyon Ölçek Puanlarına İlişkin Bulgular

Araştırmaya katılan araştırma görevlisi doktorların MTÖ’nin alt boyutlarından ve BDÖ’inden aldıkları puanların bazı sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı **Tablo 10’da** verildi.

Cinsiyete göre yapılan değerlendirmede, kadın ve erkekler arasında DT ( $p=0,779$ ), D ( $p=0,234$ ) ve BDÖ ( $p=0,599$ ) puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark yok iken, kadınların KB puanları erkeklere göre anlamlı derecede düşük bulunmuştur ( $p=0,043$ ).

Medeni durum “bekâr, evli, dul/boşanmış” şeklinde sorulmuştur. Analizlerde ise “bekar ve evli” olarak değerlendirmeye alınmıştır. Yapılan analizler sonucunda yaş gruplarına ve medeni duruma göre DT, D, KB ve BDÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

Araştırma görevlisi doktorlar gelir durumları yönünden değerlendirildiğinde; sadece BDÖ puanları ile gelir durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki gözlenmiştir ( $p=0,009$ ). Bu farklılık “<5000 YTL” aldığını ifade eden grup ile “>10000 YTL” grubu ve “5000-10000 YTL” ile “>10000YTL” aldığını ifade eden grup arasındaki farklılıktan kaynaklanmaktadır. Gelir düzeyi düştükçe BDÖ puanının anlamlı biçimde arttığı saptanmıştır. Gruplar arasında diğer puanlar bakımından farklılık yoktur ( $p>0,05$ ).

Araştırma görevlisi doktorların KB puanı ( $p=0,033$ ) ile çocuk sahibi olma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmış iken DT ( $p=0,661$ ), D ( $p=0,362$ ) ve BDÖ ( $p=0,422$ ) puanları ile herhangi bir ilişki gözlenmemiştir ( $p>0,05$ ). Çocuk sahibi olmayanların KB puanları olanlara göre anlamlı derecede düşük bulunmuştur.

Konut durumu “Kira, kendi evi, kendi evi değil ama kira ödemiyo, lojman” şeklinde sorulmuştur. Analizlerde ise “kendi evi” ve “kira” olarak değerlendirmeye alınmıştır. Araştırma görevlisi doktorlar konut durumları yönünden değerlendirildiğinde; sadece DT puanları ile konut durumu arasında anlamlı bir ilişki gözlenmiştir. Kirada oturan araştırma görevlisi doktorların DT puanları daha yüksek saptanmıştır. ( $p=0,018$ ). Gruplar arasında diğer puanlar bakımından farklılık yoktur ( $p>0,05$ ). Araştırma görevlisi doktorların son bir yılda tatil yapma durumları ile DT ( $p=0,030$ ), D ( $p=0,010$ ) ve KB ( $p=0,006$ ) puanları arasında anlamlı bir fark saptanmış iken BDÖ ( $p=0,074$ ) puanı arasında anlamlı bir ilişki gözlenmemiştir ( $p>0,05$ ). Tatil yapmayanların yapanlara göre DT ve D puanları istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek, KB puanı ise tatil yapmayanlarda istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Tatil yapmayan araştırma görevlisi doktorların daha fazla Duygusal Tükenme, Duyarsızlaşma ve Kişisel Başarısızlık yaşadıkları gözlenmiştir.

Araştırma görevlisi doktorların sosyal etkinliklere katılım durumları değerlendirildiğinde; sosyal etkinliklere düzenli katılım gösteremeyen asistan hekimlerin katılım gösteren hekimlere göre anlamlı derecede DT puanları daha yüksek ( $p<0,001$ ), KB puanları daha düşük ( $p=0,024$ ) ve BDÖ puanları daha

yüsek ( $p=0,002$ ) bulunmuştur. D puanları bakımından gruplar arası farklılık saptanmamıştır. ( $p>0,05$ ). Sosyal etkinliklere düzenli katılım sağlayamayan araştırma görevlisi doktorlar daha fazla Duygusal Tükenme, Kişisel Başarısızlık yaşamakta ve aynı zamanda da daha fazla depresif belirtiler göstermektedirler.

**Tablo 10.** Araştırma Görevlisi Doktorların MTÖ'nin Alt Boyutları ve BDÖ'nden Aldıkları Puanların Bazı Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı

		MTÖ Alt Boyutları			
Değişkenler		DT Puanı Ortanca (min-max)	D Puanı Ortanca (min-max)	KB Puanı Ortanca (min-max)	BDÖ Puanı Ortanca (min-max)
Cinsiyet	Kadın	17,0 (0-32)	7,0 (0-15)	19,0 (3-28)	8,0 (0-44)
	Erkek	17,0 (0-36)	8,0 (0-18)	20,0 (12-28)	9,0 (0-53)
	p	0,779 <sup>a</sup>	0,234 <sup>a</sup>	<b>0,043<sup>a</sup></b>	0,599 <sup>a</sup>
Yaş	20-29	17,0 (0-36)	8,0 (0-18)	19,0 (3-28)	9,0 (0-41)
	30-39	17,0 (1-34)	7,0 (0-16)	20,0 (13-27)	8,0 (0-53)
	≥40	17,0 (0-29)	5,0 (2-10)	20,0 (17-25)	13,0 (0-30)
	p	0,607 <sup>b</sup>	0,079 <sup>b</sup>	0,194 <sup>b</sup>	0,605 <sup>b</sup>
Gelir Durumu	<5000 YTL	17,5 (10-32)	7,0 (2-13)	21,0 (22-26)	11,0 (8-31)
	5000-10000	17,5 (0-30)	8,0 (0-15)	19,0 (10-27)	9,0 (0-41)
	>10000 YTL	13,5 (0-36)	7,0 (0-18)	20,5 (3-28)	6,0 (0-53)
	p	0,05 <sup>b</sup>	0,441 <sup>b</sup>	0,431 <sup>b</sup>	<b>0,009<sup>b</sup></b>
Medeni Durum	Bekar	17,0 (0-36)	8,0 (0-18)	19,0 (3-28)	8,0 (0-53)
	Evli	17,0 (0-33)	7,0 (0-16)	20,0 (10-28)	9,0 (0-40)
	p	0,968 <sup>a</sup>	0,593 <sup>a</sup>	0,384 <sup>a</sup>	0,960 <sup>a</sup>
Çocuk Sahibi Olma	Evet	17,0 (0-33)	7,0 (1-13)	20,0 (13-26)	10,0 (0-44)
	Hayır	17,0 (0-36)	8,0 (0-18)	19,0 (3-28)	9,0 (0-53)
	p	0,661 <sup>a</sup>	0,362 <sup>a</sup>	<b>0,033<sup>a</sup></b>	0,422 <sup>a</sup>
Konut Durumu	Kira	18,0 (0-36)	8,0 (0-16)	19,0 (3-28)	9,0 (0-53)
	Kendi Evi	16,0 (0-29)	6,0 (0-18)	20,0 (13-28)	8,0 (0-40)
	p	<b>0,018<sup>a</sup></b>	0,120 <sup>a</sup>	0,079 <sup>a</sup>	0,143 <sup>a</sup>
Son Bir Yılda Tatil	Evet	17,0 (0-34)	7,0 (0-15)	20,0 (10-28)	9,0 (0-53)
	Hayır	18,0 (0-36)	9,0 (0-18)	19,0 (3-28)	9,0 (0-40)
	p	<b>0,03<sup>a</sup></b>	<b>0,01<sup>a</sup></b>	<b>0,006<sup>a</sup></b>	0,074 <sup>a</sup>
Sosyal Etkinliklere Katılım	Evet	15,0 (0-36)	7,0 (0-18)	20,0 (11-28)	7,0 (0-44)
	Hayır	18,0 (0-34)	8,0 (0-16)	19,0 (3-28)	9,0 (0-53)
	p	<b>0,000<sup>a</sup></b>	0,147 <sup>a</sup>	<b>0,024<sup>a</sup></b>	<b>0,002<sup>a</sup></b>

<sup>a</sup>Mann-Whitney U testi <sup>b</sup>Kruskal-Wallis testi

Çalışma grubunu oluşturanların MTÖ'nin alt boyutları ve BDÖ'nden aldıkları puanların sağlık durumları ve bazı alışkanlıklarına göre dağılımı **Tablo 11'de** verildi.

Kronik hastalık durumu ve düzenli ilaç kullanım durumlarına göre DT, D, KB ve BDÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

Araştırma görevlisi doktorlar, psikiyatrik ilaç kullanım durumları yönünden değerlendirildiğinde; DT, D, KB ve BDÖ puanları ile psikiyatrik ilaç kullanımı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki gözlenmiştir. Psikiyatrik ilaç kullananlarda DT ( $p=0,012$ ), D ( $p=0,044$ ) ve BDÖ ( $p=0,010$ ) puanlarının daha fazla, KB ( $p=0,020$ ) puanının ise daha düşük olduğu ve gruplar arasındaki farkında istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır.

Araştırma görevlisi doktorların uyku problemi yaşama durumları ile DT, D, KB ve BDÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır. Uyku problemi yaşayan araştırma görevlisi doktorların DT ( $p<0,001$ ), D ( $p=0,001$ ) ve BDÖ ( $p<0,001$ ) puanlarının arttığı, KB ( $p=0,040$ ) puanının ise azaldığı gözlenmiştir. Uyku problemi yaşayan araştırma görevlisi doktorlar daha fazla Duygusal Tükenme, Duyarsızlaşma ve Kişisel Başarısızlık yaşamakta, aynı zamanda da daha fazla depresif belirtiler göstermektedirler.

Araştırma görevlisi doktorlar alışkanlık durumlarına göre değerlendirildiğinde; alışkanlık durumlarına göre gruplar arasında DT puanları bakımından istatistiksel anlamlı fark elde edilmiştir ( $p=0,028$ ). Bu farklılık “sadece sigara içtiğini ifade eden” grup ile “hiçbir alışkanlığı olmadığını ifade eden” grup arasındaki farklılıktan kaynaklanmaktadır. “Sadece sigara içtiğini ifade eden”ler “hiçbir alışkanlığı olmayan”lara göre daha fazla Duygusal Tükenme halindedirler.

Alışkanlık durumlarına göre gruplar arasında KB puanları bakımından istatistiksel anlamlı farklılık vardır ( $p= 0,046$ ). Bu farklılık “sadece alkol kullandığını ifade eden” grup ile “hem alkol hem de sigara kullanan” grup

arasındaki farklılıktan kaynaklanmaktadır. “Sadece alkol kullandığını ifade eden” asistan hekimler daha fazla Kişisel Başarısızlık yaşamaktadırlar.

Alışkanlık durumlarına göre gruplar arasında BDÖ puanları bakımından istatistiksel anlamlı farklılık vardır ( $p=0,014$ ). Bu farklılık “hem sigara hem de alkol kullandığını ifade eden” grup ile “hiçbir alışkanlığı olmadığını ifade eden” grup arasındaki farklılıktan kaynaklanmaktadır. “Hem sigara hem de alkol kullandığını” belirten araştırma görevlisi doktorlar daha fazla Depresif belirtiler göstermektedirler. D puanları bakımından gruplar arası farklılık saptanmamıştır ( $p>0,05$ ).

**Tablo 11.** Araştırma Görevlisi Doktorların MTÖ'nin Alt Boyutları ve BDÖ'nden Aldıkları Puanların Sağlık Durumları ve Bazı Alışkanlıklarına Göre Dağılımı

Değişkenler	MTÖ Alt Boyutları				
	DT Puanı Ortanca (min-max)	D Puanı Ortanca (min-max)	KB Puanı Ortanca (min-max)	BDÖ Puanı Ortanca (min-max)	
Kronik Hastalık	Var	20,0 (3-22)	8,0 (0-16)	19,0 (10-28)	11,0 (0-44)
	Yok	17,0 (0-36)	8,0 (0-18)	19,0 (3-28)	8,0 (0-53)
	p	0,069 <sup>a</sup>	0,508 <sup>a</sup>	0,651 <sup>a</sup>	0,111 <sup>a</sup>
Düzenli İlaç Alımı	Var	20,0 (6-31)	9,0 (2-16)	18,0 (14-28)	11,0 (0-41)
	Yok	17,0 (0-36)	7,0 (0-18)	19,0 (3-28)	8,0 (0-53)
	p	0,077 <sup>a</sup>	0,068 <sup>a</sup>	0,287 <sup>a</sup>	0,051 <sup>a</sup>
Psikiyatrik İlaç Alımı	Var	22,0 (10-30)	10,0 (2-16)	17,0 (14-24)	17,0 (4-41)
	Yok	17,0 (0-36)	7,0 (0-18)	19,0 (3-28)	9,0 (0-53)
	p	<b>0,012<sup>a</sup></b>	<b>0,044<sup>a</sup></b>	<b>0,020<sup>a</sup></b>	<b>0,010<sup>a</sup></b>
Uyku Sorunları	Var	21,0 (3-34)	8,0 (0-18)	19,0 (10-26)	15,0 (1-53)
	Yok	16,0 (0-36)	7,0 (0-16)	20,0 (3-28)	8,0 (0-40)
	p	<b>0,000<sup>a</sup></b>	<b>0,001<sup>a</sup></b>	<b>0,040<sup>a</sup></b>	<b>0,000<sup>a</sup></b>
Sigara ve Alkol	Yok	17,0 (0-36)	7,0 (0-15)	19,0 (10-28)	8,0 (0-36)
	Sigara	19,0 (9-32)	9,0 (2-18)	19,0 (11-26)	9,0 (0-44)
	Alkol	18,0 (0-32)	7,0 (0-14)	18,0 (3-28)	9,0 (0-41)
	Sigara ve Alkol	18,0 (0-33)	8,0 (1-16)	20,0 (12-28)	12,0 (0-40)
	p	<b>0,028<sup>b</sup></b>	0,05 <sup>b</sup>	<b>0,046<sup>b</sup></b>	<b>0,014<sup>b</sup></b>

<sup>a</sup>Mann-Whitney U testi <sup>b</sup>Kruskal-Wallis testi

Çalışma grubunu oluşturanların MTÖ'nin alt boyutları ve BDÖ'nden aldıkları puanların çalışma ortamı ile ilgili bazı özelliklere göre dağılımı **Tablo 12'de** verildi.

Araştırma görevlisi doktorlar çalışmakta oldukları bölümlere göre değerlendirildiğinde; gruplar arasında DT ve D puanları bakımından istatistiksel anlamlı fark elde edilmiştir (sırasıyla  $p<0,001$ ,  $p<0,001$ ). Bu farklılık Temel tıp bilimlerinde çalışanlar ile Dahili tıp ve Cerrahi tıp bilimlerinde çalışanlar arasındadır. Dahili Tıp Bilimleri ve Cerrahi Tıp Bilimleri bölümlerinde çalışmakta olan araştırma görevlisi doktorlar daha fazla Duygusal Tükenme ve Duyarsızlaşma yaşamaktadırlar. Gruplar arasında diğer puanlar bakımından farklılık yoktur ( $p>0,05$ ).

Araştırma görevlisi doktorların mesleklerini isteyerek seçmiş olmaları ile DT, D ve KB puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır (sırasıyla  $p<0,001$ ,  $p=0,010$ ,  $p=0,020$ ). Mesleklerini isteyerek seçenlerin DT ve D puanları istemeyerek seçenlere göre anlamlı olarak daha düşük iken, KB puanları ise anlamlı olarak daha yüksektir. BDÖ puanları bakımından gruplar arası farklılık saptanmamıştır ( $p>0,05$ ).

Araştırma görevlisi doktorların bölümlerini isteyerek seçip seçmeme durumlarına göre; gruplar arasında DT ve BDÖ puanları bakımından istatistiksel anlamlı farklılık vardır (sırasıyla  $p<0,001$ ,  $p=0,002$ ). Bölümünü isteyerek seçmeyenlerin DT ve BDÖ puanları isteyerek seçenlere göre anlamlı olarak daha yüksektir. Bölümünü istemeden seçmiş olan araştırma görevlisi doktorlar daha fazla Duygusal Tükenme yaşamakta ve daha fazla Depresif belirtiler göstermektedirler. Gruplar arasında diğer puanlar bakımından farklılık yoktur ( $p>0,05$ ).

Araştırma görevlisi doktorların çalışma ortamlarındaki fiziksel şartların yeterli olup olmaması durumuna göre; gruplar arasında DT ve D puanları bakımından istatistiksel anlamlı farklılık vardır (sırasıyla  $p<0,001$ ,  $p<0,001$ ). Çalışma ortamındaki fiziksel şartların yeterli olduğunu ifade eden katılımcıların DT ve D puanlarının diğer katılımcılara göre anlamlı olarak daha düşük olduğu

gözlendi. Gruplar arasında diğer puanlar bakımından bir farklılık saptanmadı ( $p>0,05$ ).

Nöbet sayılarının kabul edilebilir düzeyde olduğunu ifade eden araştırma görevlisi doktorların DT ve BDÖ puanlarının nöbet sayısının kabul edilebilir düzeyin üstünde olduğunu belirten katılımcılara göre anlamlı derecede düşük olduğu gözlemlendi (sırasıyla  $p<0,001$ ,  $p=0,022$ ). Nöbet sayısının kabul edilebilir düzeyin üstünde olduğunu belirten araştırma görevlisi doktorlar daha fazla Duygusal Tükenme yaşamakta ve daha fazla depresif belirtiler göstermektedirler. Gruplar arasında diğer puanlar bakımından bir farklılık saptanmadı. ( $p>0,05$ ).

Eğitim ve araştırma hedeflerinin öncelikli olduğunu ifade eden araştırma görevlisi doktorların DT ( $p<0,001$ ) , D ( $p=0,008$ ) puanlarının düştüğü, KB ( $p=0,000$ ) puanının ise arttığı gözlemlenmiştir. Gruplar arasında diğer puanlar bakımından bir farklılık saptanmadı ( $p>0,05$ ). Eğitim ve araştırma hedeflerinin öncelikli olduğunu ifade eden araştırma görevlisi doktorlar daha az Duygusal Tükenme, daha az Duyarsızlık ve daha az Kişisel Başarısızlık yaşamaktadırlar.

Bölümlerinde standart bir asistan eğitimi olmadığını ifade eden araştırma görevlisi doktorların DT ( $p=0,008$ ), D ( $p=0,001$ ) puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bölümlerinde standart bir asistan eğitimi olmadığını ifade eden araştırma görevlisi doktorlar daha fazla Duygusal Tükenme ve Duyarsızlık yaşamaktadır. Gruplar arasında diğer puanlar bakımından bir farklılık saptanmadı. ( $p>0,05$ ).

Sürekli tip eğitimi için ayrılan sürenin yeterli olduğunu ifade eden araştırma görevlisi doktorların DT ( $p=0,007$ ) , D ( $p=0,014$ ) puanlarının düştüğü, KB ( $p=0,024$ ) puanının ise arttığı saptanmıştır. BDÖ puanları bakımından gruplar arası farklılık gözlenmemiştir ( $p>0,05$ ). Sürekli tip eğitimi için ayrılan sürenin yeterli olduğunu ifade eden araştırma görevlisi doktorların daha az duygusal tükenme, duyarsızlık ve kişisel başarısızlık yaşadığı belirlenmiştir.

Bölümleri ile ilgili yayınları takip edebildiklerini ifade eden araştırma görevlisi doktorların DT ( $p<0,001$ ) , D ( $p=0,001$ ) puanlarının düştüğü, KB ( $p<0,001$ ) puanının ise arttığı saptanmıştır. BDÖ puanları bakımından gruplar

arası farklılık gözlenmemiştir. ( $p>0,05$ ). Bölümleri ile ilgili yayınları takip edebildiklerini ifade eden araştırma görevlisi doktorlar daha az Duygusal Tükenme, Duyarsızlık ve Kişisel Başarısızlık yaşamaktadır.

Bilimsel toplantılara yeterli düzeyde katılmadıklarını ifade eden araştırma görevlisi doktorlarda DT ( $p<0,001$ ), D ( $p=0,031$ ) ve BDÖ ( $p=0,008$ ) puanlarının arttığı, KB ( $p<0,001$ ) puanının ise azaldığı gözlenmiştir. Bilimsel toplantılara yeterli düzeyde katılmadıklarını ifade eden araştırma görevlisi doktorlar daha fazla Duygusal Tükenme, Duyarsızlaşma ve Kişisel Başarısızlık yaşamakta, aynı zamanda da daha fazla depresif belirtiler göstermektedirler.

Araştırmaya katılan araştırma görevlisi doktorların MTÖ'nin alt boyutları ve BDÖ'nden aldıkları puanların çalışma koşulları ile ilgili bazı özelliklere göre dağılımı **Tablo 13'de** verildi.

Araştırma görevlisi doktorların meslekte çalışma süresi ve bölümde çalışma süresine göre DT, D, ve KB puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

Araştırma görevlisi doktorların haftalık çalışma sürelerine göre; gruplar arasında DT ve D puanları bakımından istatistiksel anlamlı farklılık vardır (sırasıyla  $p<0,001$ ,  $p<0,001$ ). Bu farklılık haftada "0-40 saat" ile haftada "41-60 saat" ve "61 ve üzeri saat" çalışanlar arasındadır.

Araştırma görevlisi doktorların haftalık çalışma sürelerine göre; gruplar arasında KB puanları bakımından istatistiksel anlamlı farklılık vardır ( $p=0,003$ ). Bu farklılık haftada "0-40 saat" ile haftada "61 ve üzeri saat" çalışanlar arasındadır. Haftalık çalışma süreleri arttıkça araştırma görevlisi doktorlarda Duygusal Tükenmişlik ve Duyarsızlaşmanın arttığı, Kişisel Başarının ise düştüğü gözlenmiştir. Gruplar arasında BDÖ puanları bakımından farklılık yoktur ( $p=0,05$ ).



**Tablo 12.** Araştırma Görevlisi Doktorların MTÖ'nin Alt Boyutları ve BDÖ'nden Aldıkları Puanların Çalışma Ortamı ile İlgili Bazı Özelliklere Göre Dağılımı

			MTÖ Alt Boyutları			
Değişkenler			DT Puanı Ortanca (min-max)	D Puanı Ortanca (min-max)	KB Puanı Ortanca (min-max)	BDÖ Puanı Ortanca (min-max)
Bölüm	Temel Bilimleri	Tıp	11,0 (1-32)	2,0 (0-13)	22,0 (3-27)	9,0 (1-33)
		Dahili Tıp Bilimleri	17,0 (0-34)	8,0 (0-18)	19,0(10-28)	9,0 (0-53)
	Cerrahi Bilimleri	Tıp	18,0 (0-36)	8,0 (1-16)	19,0 (10-28)	9,0 (0-41)
		p	<b>0,000<sup>b</sup></b>	<b>0,000<sup>b</sup></b>	0,086 <sup>b</sup>	0,928 <sup>b</sup>
Mesleğini Seçme	İsteyerek	Evet	17,0 (0-36)	7,0 (0-18)	19,0 (3-28)	9,0 (0-44)
		Hayır	22,0 (7-34)	9,0 (2-15)	18,0 (10-23)	11,0 (0-53)
		p	<b>0,000<sup>a</sup></b>	<b>0,010<sup>a</sup></b>	<b>0,020<sup>a</sup></b>	0,307 <sup>a</sup>
Bölümünü Seçme	İsteyerek	Evet	17,0 (0-36)	7,0 (0-18)	19,0 (3-28)	8,0 (0-44)
		Hayır	21,0 (7-34)	9,0 (0-16)	18,0 (11-26)	14,0 (0-53)
		p	<b>0,000<sup>a</sup></b>	0,058 <sup>a</sup>	0,102 <sup>a</sup>	<b>0,002<sup>a</sup></b>
Bölümünüzde Şartlar Yeterli mi	Fiziksel	Evet	13,0 (0-31)	4,0 (0-15)	21,0 (3-28)	8,0 (0-41)
		Hayır	18,0 (0-36)	8,0 (1-18)	19,0 (10-28)	9,0 (0-53)
		p	<b>0,000<sup>a</sup></b>	<b>0,000<sup>a</sup></b>	0,054 <sup>a</sup>	0,082 <sup>a</sup>
Nöbet Sayısı Edilebilir Üstünde mi	Kabul Düzeyin	Evet	19,0 (0-34)	9,0 (0-16)	19,0 (10-28)	10,0 (0-53)
		Hayır	15,0 (0-36)	7,0 (0-18)	20,0 (3-27)	8,0 (0-44)
		p	<b>0,000<sup>a</sup></b>	0,116 <sup>a</sup>	0,054 <sup>a</sup>	<b>0,022<sup>a</sup></b>
Eğitim ve Araştırma Hedefleri Öncelikli mi	Araştırma	Evet	13,0 (0-34)	5,0 (0-15)	21,0 (11-27)	7,0 (0-53)
		Hayır	18,0 (0-36)	8,0 (0-18)	19,0 (3-28)	9,0 (0-44)
		P	<b>0,000<sup>a</sup></b>	<b>0,008<sup>a</sup></b>	<b>0,000<sup>a</sup></b>	0,057 <sup>a</sup>
Standart Eğitimi Var mı	Asistan	Evet	16,0 (0-34)	7,0 (0-18)	20,0 (11-28)	9,0 (0-53)
		Hayır	18,0 (0-36)	8,0 (0-15)	19,0 (3-28)	9,0 (0-41)
		p	<b>0,008<sup>a</sup></b>	<b>0,001<sup>a</sup></b>	0,090 <sup>a</sup>	0,444 <sup>a</sup>
Sürekli Tıp Eğitim Ayrılan Süre Yeterli mi	Eğitim için	Evet	15,0 (0-34)	7,0 (0-18)	21,0 (11-28)	9,0 (0-53)
		Hayır	18,0 (0-36)	8,0 (0-15)	19,0 (3-28)	9,0 (0-44)
		p	<b>0,007<sup>a</sup></b>	<b>0,014<sup>a</sup></b>	<b>0,024<sup>a</sup></b>	0,682 <sup>a</sup>
Bölümle İlgili Yayınları Edebiliyor musunuz	İlgili Takip	Evet	15,0 (0-32)	6,0 (0-15)	21,0 (11-28)	9,0 (0-40)
		Hayır	18,0 (1-36)	8,0 (0-18)	19,0 (3-28)	8,0 (0-53)
		p	<b>0,000<sup>a</sup></b>	<b>0,001<sup>a</sup></b>	<b>0,000<sup>a</sup></b>	0,920 <sup>a</sup>
Bilimsel Toplantılara Yeterli Düzeyde Katılabiliyor musunuz	Toplantılara	Evet	14,0 (0-32)	6,0 (0-15)	21,0 (3-28)	7,0 (0-40)
		Hayır	18,0 (0-36)	8,0 (0-18)	19,0 (10-28)	9,0 (0-53)
		p	<b>0,000<sup>a</sup></b>	<b>0,031<sup>a</sup></b>	<b>0,000<sup>a</sup></b>	<b>0,008<sup>a</sup></b>

<sup>a</sup>Mann-Whitney U testi <sup>b</sup>Kruskal-Wallis testi

Günde bakılan ortalama hasta sayısına göre değerlendirildiğinde; gruplar arasında DT ve BDÖ puanları bakımından istatistiksel anlamlı farklılık vardır (sırasıyla  $p<0,001$ ,  $p=0,009$ ). Bu farklılık günde “41 ve üzeri hasta” ile günde “21-40 hasta” ve “0-20 hasta” bakanlar arasındadır. Günde bakılan ortalama hasta sayısına göre değerlendirildiğinde; gruplar arasında D puanları bakımından istatistiksel anlamlı farklılık vardır ( $p<0,001$ ). Bu farklılık günde “0-20 hasta” ve “41 ve üzeri hasta” bakanlar arasındadır. Günde bakılan ortalama hasta sayısı arttıkça araştırma görevlisi doktorlarda Duygusal Tükenmişliğin, Duyarsızlaşmanın ve Depresif belirtilerin arttığı gözlenmektedir.

Gruplar arasında KB puanları bakımından farklılık yoktur ( $p=0,979$ ).

Araştırma görevlisi doktorların aylık tutulan nöbet sayısına göre; gruplar arasında DT ve D puanları bakımından istatistiksel anlamlı farklılık vardır (sırasıyla  $p<0,001$ ,  $p<0,001$ ). Bu farklılık ayda “0-4 nöbet” tuanlar ile ayda “5-9 nöbet” ve “10 ve üzeri nöbet” tutanlar arasındadır.

Araştırma görevlisi doktorların aylık tutulan nöbet sayısına göre; gruplar arasında KB puanları bakımından istatistiksel anlamlı farklılık vardır ( $p=0,016$ ). Bu farklılık ayda “0-4 nöbet” tutanlar ile ayda “10 ve üzeri nöbet” tutanlar arasındadır. Haftalık çalışma süreleri arttıkça araştırma görevlisi doktorlarda Duygusal Tükenmişlik ve Duyarsızlaşmanın arttığı ve Kişisel Başarının düştüğü gözlenmiştir. Gruplar arasında BDÖ puanları bakımından farklılık yoktur ( $p=0,071$ ).

Araştırma görevlisi doktorların MTÖ'nin alt boyutları ve BDÖ'nden aldıkları puanların seçmiş oldukları meslek ve bölüm hakkındaki bazı görüşlerine göre dağılımı **Tablo 14'de** verildi.

Amirleri ile uyum içinde çalışmadığını ifade eden ifade eden araştırma görevlisi doktorların DT ( $p<0,001$ ), D ( $p=0,005$ ) ve BDÖ ( $p=0,001$ ) arttığı saptanmıştır. KB punları bakımından gruplar arası farklılık gözlenmemiştir ( $p=0,065$ ). Amirleri ile uyum içinde çalışmadığını ifade eden araştırma görevlisi doktorların daha fazla Duygusal Tükenme,Duyarsızlık ve Depresif belirtiler yaşadığı belirlenmiştir.

**Tablo 13.** Araştırma Görevlisi Doktorların MTÖ'nin Alt Boyutları ve BDÖ'nden Aldıkları Puanların Çalışma Koşulları ile İlgili Bazı Özelliklere Göre Dağılımı

		MTÖ Alt Boyutları			
Değişkenler		DT Puanı	D Puanı	KB Puanı	BDÖ Puanı
		Ortanca (min-max)	Ortanca (min-max)	Ortanca (min-max)	Ortanca (min-max)
Meslekte Çalışma Süresi	≤5 Yıl	17,0 (0-36)	8,0 (0-18)	19,0 (3-28)	9,0 (0-44)
	6-10 Yıl	17,0 (2-34)	8,0 (0-16)	20,0 (13-28)	7,0 (0-53)
	≥11 yıl	20,0 (0-33)	5,0 (0-11)	20,0 (17-25)	9,5 (0-31)
	p	0,569 <sup>b</sup>	0,05 <sup>b</sup>	0,150 <sup>b</sup>	0,494 <sup>b</sup>
Bölümde Çalışma Süresi	0-1 Yıl	17,0 (0-36)	8,0 (0-18)	19,0 (10-28)	9,0 (0-53)
	2-3 Yıl	17,0 (0-34)	7,0 (0-16)	19,0 (3-28)	9,0 (0-40)
	≥4 Yıl	18,0 (0-27)	8,0 (2-13)	19,0 (16-27)	8,0 (0-33)
	p	0,658 <sup>b</sup>	0,757 <sup>b</sup>	0,442 <sup>b</sup>	0,830 <sup>b</sup>
Haftada Çalışılan Saat	0-40	13,0 (0-32)	5,0 (0-13)	21,0 (10-28)	8,0 (0-31)
	41-60	15,0 (2-32)	7,0 (0-15)	20,0 (11-26)	8,0 (0-41)
	≥61	19,0 (0-36)	9,0 (0-18)	19,0 (3-28)	10,0 (0-53)
	p	<b>0,000<sup>b</sup></b>	<b>0,000<sup>b</sup></b>	<b>0,003<sup>b</sup></b>	0,05 <sup>b</sup>
Günde Bakılan Ortalama Hasta Sayısı	0-20	15,0 (0-32)	7,0 (0-15)	19,0 (3-28)	8,0 (0-40)
	21-40	17,0 (2-32)	8,0 (0-18)	19,0 (12-28)	8,0 (0-39)
	≥41	20,0 (0-36)	8,0 (0-16)	19,0 (10-28)	10,0 (0-53)
	p	<b>0,000<sup>b</sup></b>	<b>0,000<sup>b</sup></b>	0,979 <sup>b</sup>	<b>0,009<sup>b</sup></b>
Aylık Nöbet Sayısı	0-4	15,0 (0-32)	6,0 (0-15)	20,0 (10-28)	8,0 (0-41)
	5-9	17,0 (0-34)	8,0 (0-18)	19,0 (3-28)	9,0 (0-44)
	≥10	20,0 (0-36)	10,0 (1-16)	19,0 (12-28)	10,0 (0-53)
	p	<b>0,000<sup>b</sup></b>	<b>0,000<sup>b</sup></b>	<b>0,016<sup>b</sup></b>	0,071 <sup>b</sup>

<sup>a</sup>Mann-Whitney U testi <sup>b</sup>Kruskal-Wallis testi

Hemşire ve diğer personel ile uyum içinde çalışabildiğini ifade araştırma görevlisi doktorların DT ( $p<0,001$ ), D ( $p=0,002$ ) ve BDÖ ( $p=0,014$ ) puanları uyumlu çalışmayanlara göre anlamlı olarak daha yüksek iken KB ( $p=0,007$ ) puanları anlamlı olarak daha düşüktür. Hemşire ve diğer personel ile uyum içinde

çalışmadığını ifade araştırma görevlisi doktorlarda Duygusal Tükenmişlik, Duyarsızlaşma ve Depresif belirtilerin arttığı ve Kişisel Başarının azaldığı saptanmıştır.

Amir ve çalışma arkadaşları tarafından yaptıkları işin takdir edilmediğini ifade eden araştırma görevlisi doktorların DT( $p<0,001$ ), D ( $p<0,001$ ) ve BDÖ ( $p=0,007$ ) puanları takdir edildiğini ifade edenlere göre anlamlı olarak daha yüksek iken KB ( $p<0,001$ ) puanları anlamlı olarak daha düşüktür. Amir ve çalışma arkadaşları tarafından yaptıkları işin takdir edilemediğini ifade araştırma görevlisi doktorlarda Duygusal Tükenmişlik, Duyarsızlaşma ve Depresif belirtilerin arttığı ve Kişisel Başarının azaldığı saptanmıştır.

Bölümlerinde memnun olmayan ve imkanları olsa idi farklı bir bölümü seçmeyi düşündüğünü ifade edenlerin sırasıyla DT ( $p<0,001$ ,  $p<0,001$ ), D ( $p<0,001$ ,  $p<0,001$ ) ve BDÖ ( $p<0,001$ ,  $p<0,001$ ) puanları bölümlerinden memnun olan ve farklı bir bölüm seçmeyi düşünmeyenlere göre anlamlı olarak daha yüksek iken KB ( $p=0,012$ ,  $p=0,004$ ) puanları anlamlı olarak daha düşük olduğu gözlenmiştir. Bölümlerinden memnun olmayan ve imkanları olsa idi farklı bir bölümü seçmeyi düşündüğünü ifade eden araştırma görevlisi doktorların daha fazla Duygusal Tükenme, Duyarsızlık ve Kişisel Başarısızlık yaşadığı ve BDÖ puanlarının da daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Hasta yakını şiddetine maruz kalan araştırma görevlisi doktorların DT ( $p<0,001$ ), D ( $p<0,001$ ) ve BDÖ ( $p<0,001$ ) puanları kalmayanlara göre anlamlı olarak daha yüksektir. Gruplar arasında KB ( $p=0,151$ ) puanları bakımından farklılık saptanmamıştır.

Hasta yakını tehditine maruz kalan araştırma görevlisi doktorların ise DT ( $p<0,001$ ) ve D ( $p<0,001$ ) puanları kalmayanlara göre anlamlı olarak daha yüksektir. Gruplar arasında KB ve BDÖ puanları bakımından farklılık gözlenmemiştir ( $p=0,071$ ,  $p=0,068$ ).

Gelecekle ilgili mesleksi kaygısı olan araştırma görevlisi doktorların DT ( $p<0,001$ ), D ( $p<0,001$ ) ve BDÖ ( $p<0,001$ ) puanlarının anlamlı olarak daha yüksek, KB ( $p=0,002$ ) puanlarının ise anlamlı olarak daha düşük olduğu saptandı. Gelecekle ilgili mesleksi kaygısı olduğunu ifade araştırma görevlisi doktorların

Duygusal Tükenmişlik, Duyarsızlaşma ve Depresif belirtilerin arttığı ve Kişisel Başarının azaldığı gözlenmiştir.

**Tablo 14.** Araştırma Görevlisi Doktorların MTÖ'nin Alt Boyutları ve BDÖ'nden Aldıkları Puanların Seçmiş Oldukları Meslek ve Bölüm Hakkındaki Bazı Görüşlerine Göre Dağılımı

		MTÖ Alt Boyutları			
Değişkenler		DT Puanı Ortanca (min-max)	D Puanı Ortanca (min-max)	KB Puanı Ortanca (min-max)	BDÖ Puanı Ortanca (min-max)
Amirler ile Uyum İçinde Çalışabilme	Evet	17,0 (0-34)	7,0 (0-18)	19,0 (3-28)	8,0 (0-53)
	Hayır	21,0 (8-36)	10,0 (2-15)	18,0 (10-28)	12,0 (0-36)
	p	<b>0,000<sup>a</sup></b>	<b>0,005<sup>a</sup></b>	0,065 <sup>a</sup>	<b>0,001<sup>a</sup></b>
Hemşire ve Diğer Personel ile Uyum İçinde çalışabilme	Evet	17,0 (0-34)	7,0 (0-18)	19,0 (3-28)	8,0 (0-53)
	Hayır	21,0 (4-36)	9,0 (2-16)	18,0 (10-26)	11,0 (0-36)
	p	<b>0,000<sup>a</sup></b>	<b>0,002<sup>a</sup></b>	<b>0,007<sup>a</sup></b>	<b>0,014<sup>a</sup></b>
Yapılan İşin Amir ve Çalışma Arkadaşları Tarafından Takdir Edilmesi	Evet	15,0 (0-36)	7,0 (0-16)	20,0 (11-28)	8,0 (0-40)
	Hayır	19,0 (2-34)	8,0 (0-18)	18,0 (3-28)	10,0 (0-53)
	P	<b>0,000<sup>a</sup></b>	<b>0,000<sup>a</sup></b>	<b>0,000<sup>a</sup></b>	<b>0,007<sup>a</sup></b>
Bölümden Memnuniyet	Evet	17,0 (0-32)	7,0 (0-16)	19,5 (3-28)	8,0 (0-40)
	Hayır	22,0 (11-36)	9,0 (0-18)	19,0 (10-26)	15,0 (0-53)
	p	<b>0,000<sup>a</sup></b>	<b>0,000<sup>a</sup></b>	<b>0,012<sup>a</sup></b>	<b>0,000<sup>a</sup></b>
İmkan Olsa Farklı Bir Bölüm Seçme	Evet	21,0 (2-36)	9,0 (0-18)	19,0 (10-28)	12,0 (0-53)
	Hayır	15,0 (0-32)	7,0 (0-14)	19,5 (3-28)	7,0 (0-40)
	p	<b>0,000<sup>a</sup></b>	<b>0,000<sup>a</sup></b>	<b>0,004<sup>a</sup></b>	<b>0,000<sup>a</sup></b>
Hasta Yakını Şiddetine Maruziyet	Evet	21,0 (0-34)	9,0 (2-18)	19,0 (12-28)	12,0 (0-53)
	Hayır	16,0 (0-36)	7,0 (0-15)	19,0 (3-28)	8,0 (0-41)
	p	<b>0,000<sup>a</sup></b>	<b>0,000<sup>a</sup></b>	0,151 <sup>a</sup>	<b>0,000<sup>a</sup></b>
Hasta Yakını Tehditine Maruziyet	Evet	19,0 (0-36)	8,0 (2-16)	19,0 (10-28)	9,0 (0-53)
	Hayır	15,0 (0-32)	7,0 (0-18)	20,0 (3-28)	8,0 (0-40)
	p	<b>0,000<sup>a</sup></b>	<b>0,000<sup>a</sup></b>	0,071 <sup>a</sup>	0,068 <sup>a</sup>
Gelecekle İlgili Mesleki Kaygı	Evet	18,0 (2-36)	8,0 (0-16)	19,0 (3-28)	9,0 (0-53)
	Hayır	12,0 (0-25)	5,0 (0-18)	21,0 (14-28)	5,0 (0-40)
	p	<b>0,000<sup>a</sup></b>	<b>0,000<sup>a</sup></b>	<b>0,002<sup>a</sup></b>	<b>0,000<sup>a</sup></b>

<sup>a</sup>Mann-Whitney U testi

## 5. TARTIŞMA

Bu bölümde araştırma görevlisi doktorların tükenmişlik ve depresyon düzeyi, tükenmişlik ve depresyon ile ilişkili faktörler ve tükenmişlik ve depresyon birlikteliği daha önceki literatürlerin bulgularıyla karşılaştırılmış ve asistan hekimlerin ruh sağlığına ilişkin çıkarımlar yapılmıştır.

### 5.1. Araştırma Görevlisi Doktorlarda Tükenmişlik ve Depresyon Düzeyi

Tükenmişlik çalışma şartlarından doğan, fiziksel ve duygusal çöküş olarak kendini gösteren bir durum olarak kabul edilmektedir (67). Literatürde insanlarla doğrudan iletişim içinde var olan, insanlara hizmet veren ve verilen hizmetin değerlendirilmesinde insan unsurunun önemli bir payı olan meslek gruplarında tükenmişliğin daha sık bir biçimde görüldüğü bildirilmektedir (68). Bu alanda yapılan çalışmalar doğal olarak hemşireler, doktorlar, öğretmenler, avukatlar gibi insanlarla yoğun ilişki kurmayı gerektiren meslekleri yürütenler üzerine odaklanmıştır. Bu çalışmalarda özellikle sağlık kurumlarında çalışanların buldukları ortamlar nedeni ile tükenmişlik duygusunu yoğun biçimde yaşamakta oldukları ifade edilmektedir (69-73).

Çalışmamızda İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesi'nde görev yapmakta olan araştırma görevlisi doktorların Maslach Tükenmişlik Ölçeği alt boyutlarından aldıkları DT, D, KB puanları sırasıyla 17, 8, 19 olarak bulunmuştur. Özkan'ın (74) bir üniversite hastanesinde görev yapan araştırma görevlisi doktorlar üzerinde yapmış olduğu çalışmada DT, D, KB puanları sırasıyla 28, 12, 20 olarak, Özkula ve ark.'nın (75) Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi'nde çalışmakta olan araştırma görevlisi doktorlarda tükenmişlik sendromu çalışmasında asistan hekimlerdeki DT, D, KB puan ortalamaları sırasıyla 26, 15, 28.9 olarak, Ersoy ve ark.'nın (76) tıp fakültesi hastanesi acil servisinde görev yapan araştırma görevlisi doktorlar üzerinde yapmış olduğu çalışmada DT, D, KB puanları sırasıyla 24.6, 13.3, 27 olarak, Oray ve ark.'nın (77) Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi araştırma görevlisi doktorlarda mesleki tükenmişlik düzeyleri çalışmasında ise DT, D, KB puanları sırasıyla 19.2, 19, 24.4 olarak saptanmıştır.

Çalışmamızda elde edilen bulgular literatür olarak verilen üçüncü basamak üniversite hastanelerinde görev yapmakta olan araştırma görevlisi doktorlar üzerinde gerçekleştirilen bu çalışmalarla karşılaştırıldığında DT, D ve KB alt boyutlarından elde edilen değerlerin literatür değerleri ortalamasının daha altında bir değere sahip olduğu gözükmemektedir.

Çalışmanın evreni oluşturan İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi hastanesi ortak kullanım protokolü ile çalışan hem üniversite hastanesi hem de eğitim ve araştırma hastanesidir. Üniversite hastanelerinde akademik ortamdaki hiyerarşik düzenin daha katı olması tükenmişliği arttırıcı bir faktör olarak düşünülebilir. Eğitim araştırma hastanelerinde öğretim üyesi kadrolarının daha az olması hiyerarşik baskının daha az hissedilmesine neden olabilir. Ortak kullanım protokolüyle çalışan hastaneler hem üniversite hastanesi hem de eğitim ve araştırma hastanesi olmaları nedeniyle bu iki avantaja da sahip olmalarından dolayı çalışmamıza katılan araştırma görevlisi doktorlardaki DT ve D tükenmişlik düzeylerinin üniversite hastanelerinde görev yapmakta olan araştırma görevlisi doktorlara göre daha düşük oranda saptanmasına neden olmuş olabilir.

Bu avantajlara karşın çalışmamızda araştırma görevlisi doktorların KB puanlarının da aynı şekilde üniversite hastanelerinde görev yapmakta olan araştırma görevlisi doktorlara göre daha düşük oranda saptanmış olması burada görev yapan araştırma görevlisi doktorların ortak kullanım protokolü ile hem üniversite hastanesi hem de eğitim ve araştırma hastanesi olarak hizmet veren bir hastanede almış oldukları eğitimden memnun olmadıklarını ve mesleki tatminlerinin yeterli olmadığını düşündürmektedir.

Literatürde sağlık çalışanlarında depresyonun, diğer meslek gruplarına göre daha sık görüldüğü belirtilmektedir (7). Sağlık çalışanlarının sektörün gerektirdiği yükümlülükler ve insanlarla yüz yüze ilişki kurulması gibi nedenlerle daha fazla stres ve baskı altında kaldıkları ve bu stres ve baskının beraberinde depresyonu getirdiği ifade edilmektedir (78). Yapılan çalışmalarda bildirilen depresyon yaygınlık hızlarının toplum tabanlı çalışmalara göre daha yüksek olması, hekimliğin, depresyon açısından yüksek riskli bir meslek grubu olduğunu göstermektedir (79). Hekimler arasında görülen depresyonun, özellikle

tıp fakültesinden mezuniyetin ardından ilk yılda % 30'lara varan yaygınlıklarının dikkat çekici bir bulgu olduğu belirtilmektedir (14). Iacovides ve ark.ları yaptıkları çalışmada depresyonun sağlık çalışanlarının %30'unda görüldüğünü belirtmişlerdir (80). Demir ve ark.'nın İstanbul'da Tıpta uzmanlık öğrencileri üzerinde yapmış oldukları çalışmada BDÖ ortalama puanı 9.56 (SD:8.8) olarak saptanmıştır. Ortanca BDÖ puanı ise 8 olarak belirlenmiştir (81). Bizim yaptığımız çalışmada da asistan hekimlerin depresyon düzeyleri değerlendirildiğinde; literatür verileri ile uyumlu olarak BDÖ puanı 8.8 (SD: 11.1) median BDÖ puanı ise 9 (0-53) bulunmuştur. Bu verilere göre araştırma görevlisi doktorların %54.5'inin depresyon derecesinin normal olduğu, %30.3'ünün hafif , %9.3'ünün orta ve %5.9'unun şiddetli olmak üzere toplamda %45.5'inin depresyon belirtileri gösterdiği saptanmıştır.

Literatürde tükenmişlik ve depresyonun örtüşen özellikleri olmasına karşın, ayrı sendromlar oldukları, aralarında anlamlı düzeyde ilişki olduğu ve bir arada görülebildikleri kabul edilmektedir (82). Çalışmamızda da literatürle uyumlu olarak depresyon düzeyi ile tükenmişliğin üç boyutu arasında da anlamlı düzeyde ilişki saptanmıştır. Depresyon düzeyi yükseldikçe duyarsızlaşma ve duygusal tükenmişliğin arttığı, kişisel başarının düştüğü dikkat çekmiştir. Erol ve ark. ile Taycan ve ark.'nın yapmış oldukları çalışmalarda da BDÖ ile MTÖ'nin üç alt ölçeği arasında anlamlı bir ilişkinin olduğu, depresyon düzeyi yükseldikçe duygusal tükenme ve duyarsızlaşmanın arttığı, kişisel başarının azaldığı görülmüştür (83,7). Iacovides ve ark. ise yapmış oldukları çalışmalarında tükenmişlik ve depresyonun birbirinden farklı kavramlar olduğunu, ancak aralarında orta derecede bir korelasyonun bulunduğunu ifade etmişlerdir (80). Hekimlerin mesleklerinden dolayı yaşamış oldukları stresin, sürekli olarak sağlıklı insanlarla birlikte olmalarının ve hastanelerdeki varolan sistemdeki düzensizliklerin, beraberinde depresyon ve tükenmişliği de getirdiği söylenebilir (84).



## 5.2. Araştırma Görevlisi Doktorlarda Sosyodemografik Özellikler, Sağlık Durumu ve Alışkanlıklar ile Tükenmişlik ve Depresyon ilişkisi

Literatürde tükenmişliği hazırlayan faktörler içinde kadın olmanın bireysel bir etken olduğunu belirten çalışmalar olmasına karşın cinsiyetin tükenmişlik yönünden belirleyici olmadığını vurgulayan çalışmalar da mevcuttur. Kadınların yöneticilik ve üst kademe görevlerde çok fazla rol almamalarının bunda etken olabileceği, iş kolları açısından erkeklere benzer yetki ve sorumluluklar verildiğinde ise, cinsiyetin tükenme üzerindeki belirleyici etkisinin ortadan kalkabileceği ifade edilmektedir (85). Kaya ve ark. (86), Taycan ve ark. (7) ile Özbayır ve ark. (87) yapmış oldukları çalışmalarda cinsiyetin tükenmişlikte etkili olduğunu ve tükenmişliğin kadınlarda daha sık olduğunu vurgularken, Demir (88), Özkan (74) ve Kurçer (89) ise yapmış oldukları çalışmalarda cinsiyete göre katılımcıların, Duygusal Tükenme, Duyarsızlaşma ve Kişisel Başarı düzeylerinin değişmediğini bildirmişlerdir. Bizim çalışmamızda cinsiyete göre Duygusal Tükenme ve Duyarsızlaşma alt boyutunun değişmediği, ancak Kişisel Başarı alt boyutunda tükenmişliğin kadınlarda daha yüksek olduğu saptanmıştır. Aslan (90), Havle (91) ve Sünter'in (92) hekimlerde tükenmişlik düzeylerinin incelendiği çalışmalarda da bizim çalışmamızdaki bulgulara benzer şekilde Kişisel Başarısızlığın kadınlarda daha fazla olduğu bulunmuştur. Bu sonucun sebepleri arasında ataerkil toplum yapısına sahip olan ülkemizde çalışma ortamlarında da erkeklerin kendilerini daha rahat ve başarılı hissetmeleri, kadınların ise onlara biçilen cinsiyet rolleri yüzünden kariyerlerine ek olarak ev ve aile ile ilgili görevleri de üstlenmiş olmaları ve bu ekstra yüklerin kişisel başarıları üzerinde veya kişisel başarı algıları üzerinde negatif etkilere neden olarak kadınları tükenmişliğe daha yatkın hale getirmiş olabilir.

Tükenmişliği etkileyen bireysel faktörlerden birisi de yaştır. Yaş ile tükenmişlik arasındaki ilişkinin incelendiği çalışmalarda değişik sonuçlar bulunmuştur. Çalışmamızda araştırma görevlisi doktorların yaş gruplarına göre tükenmişlik düzeylerinin farklılık göstermediği saptanmıştır. Bizim çalışmamızla uyumlu olarak yaş grupları arasında tükenmişlik açısından farklılık olmadığını gösteren çalışmalar bulunmaktadır (73, 92, 93). Bununla birlikte

genç yaştaki profesyonel deneyimi olmayanların tükenmeye daha yatkın oldukları yaş ile tükenmişliğin azaldığını gösteren çalışmalar da bulunmaktadır (83, 90, 94). Araştırmamızda örneklemin büyük bir kısmının 20-29 yaş aralığında olması ve diğer yaş gruplarında az sayıda örnek bulunması yaş gruplarına göre tükenmişlik düzeyleri yönünden farklılık bulunmama nedeni olarak düşünülebilir.

Tükenmişliği etkileyen bireysel faktörlerden bir diğeri gelir durumudur. Ekonomik gelirin az olmasına paralel olarak bireylerde ihtiyaçların karşılanamaması, özgüven eksikliği ve geleceğe yönelik olumsuz düşünceler nedeniyle tükenmişlik yaşanabileceği ifade edilmektedir (95). Gelir durumu ile tükenmişlik alt boyutları arasındaki ilişkiyi inceleyen çeşitli çalışmalar mevcuttur. Literatürde aylık gelir ile tükenmişlik arasında negatif bir ilişki olduğunu gösteren çalışmalar (7, 91, 96) olduğu gibi bizim çalışmamızla uyumlu olarak gelir düzeyi ile tükenmişlik açısından gruplar arasında farklılık olmadığını gösteren çalışmalar da mevcuttur (97, 85). Çalışmamızda elde ettiğimiz bulgulara göre gelir durumu azaldıkça BDÖ puanının yükseldiği saptanmıştır. Bizim çalışmamızla uyumlu olarak gelir durumu azaldıkça depresyon düzeyinin yükseldiğini gösteren literatür çalışmaları mevcuttur. Başpınar ve ark. tarafından tıpta uzmanlık öğrencilerinde yapılan çalışmada gelir durumu arttıkça depresyon düzeyinin azaldığı tespit edilmiştir (98). Elmas tarafından 5. ve 6. Sınıf tıp öğrencileri üzerinde yapılan çalışma da da aylık gelir miktarının azlığının depresyonda artışa neden olduğu saptanmıştır (99).

Tükenmişlik ile ilgili sık çalışılan değişkenlerden biri olan medeni durumun, tükenmişliği etkileyen bir değişken olduğu ifade edilmektedir. Literatürde daha çok evli olmanın ve aile ortamının; sağladığı huzur ve sevgi nedeniyle kişinin stresle başa çıkmasına yardımcı olduğunu ve bireyin kendisine duyduğu güveni artırıp, hayata olumlu bakmasını ve daha sıkı sarılmasını sağlayarak tükenmişliği engellediği belirtilmektedir (19). Evlilerde duygusal tükenmenin ve duyarsızlaşmanın düşük, kişisel başarının yüksek olduğunu vurgulayan çalışmalar (100, 101) olduğu gibi bizim çalışmamızda elde ettiğimiz

verilere benzer şekilde medeni durumun tükenmişlik üzerinde etkisiz olduğunu belirten çalışmalar da mevcuttur (102-104).

Araştırmamızda ele aldığımız konulardan biri de çocuk sahibi olmanın araştırma görevlisi doktorlarda tükenmişlik üzerindeki olası etkilerinin incelenmesidir. Literatürde aile sahibi olmanın tükenmişlik açısından olumlu etkisi, bireyin ihtiyacı olan sosyal desteği ailesinden alabilmesi ile açıklanmaktadır (106). Bizim çalışmamızda DT, D, BDÖ puanları açısından gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmazken, KB puanlarının çocuk sahibi olan hekimlerde anlamlı derecede yüksek olduğu görülmüştür. Literatürde bizim çalışmamızla uyumlu olarak çocuk sahibi olanlarda Kişisel Başarının daha yüksek olduğunu (7, 105) vurgulayan çalışmalar bulunmaktadır. Bu durum, çocuk sahibi olan bireylerin ebeveyn olarak sorumluluklarını daha da ciddiye almaları, daha çok empati yapabilmeleri ve iş yerinde de aynı sorumluluk ve empati ile davranmalarından kaynaklanıyor olabilir.

Literatürde konut sahibi olma durumu ile tükenmişlik alt boyutları ve depresyon arasındaki ilişkiyi inceleyen çeşitli çalışmalar mevcuttur. Yılmaz (107) ile Al-Dubai ve Rampal (108) tarafından yapılan çalışmalarda MTÖ alt puanları ile konut sahibi olma durumu arasında anlamlı bir fark bulunmadığı rapor edilmiştir. Başpınar ve ark. tarafından yapılan “Tıpta Uzmanlık Öğrencisi Hekimlerde Depresyon Sıklığı ve Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi” isimli çalışmada ev sahibi olanlarla kirada oturanların BDÖ puanları karşılaştırılmış ve anlamlı bir fark bulunamadığı rapor edilmiştir (98). Bizim çalışmamızda ise; sadece Duygusal Tükenme puanları ile konut sahibi olma durumu arasında anlamlı bir ilişki gözlenmiştir. Oturdukları evin sahibi olmayan asistan hekimlerin daha fazla duygusal tükenme yaşadıkları belirlenmiştir. Literatürle uyumlu olarak gruplar arasında duyarsızlaşma, kişisel başarı ve depresyon puanları bakımından bir farklılık saptanmamıştır. ( $p>0,05$ ). Elde ettiğimiz bu bulgu ülkemizde konut sahibi olmanın sadece barınma aracı olarak görülmemesi aynı zamanda iyi bir konut sahibi olmanın toplumsal statü göstergesi olarak kabul ediliyor olmasından kaynaklanmış olabilir.

Çalışmamızda son bir yıl içerisinde tatile gidemeyen araştırma görevlisi doktorların anlamlı derecede yüksek duygusal tükenme ve duyarsızlık yaşadığı, kişisel başarılarının ise anlamlı derecede düşük olduğu görülmüştür. Literatürde bizim çalışmamızın bulgusunu destekler nitelikte çalışmalar bulunmaktadır (109). Kişilerin tatil gibi iş stresinden uzaklaşarak bedensel ve zihinsel olarak dinlenmeye yarayan aktiviteler yapmasının tükenmişliğe karşı koruyucu bir faktör olabileceği söylenebilir.

Literatürde sosyal aktivitelere yeterince zaman ayıramayan, tatil yapmakta güçlük çeken, iş yorgunluğunu üzerinden atamayan bireylerin tükenmişlik ve depresyon seviyelerinin ciddi derecede yüksek olduğu ifade edilmektedir. Pek çok çalışma sosyal aktivitelerin ve doğru bir iş/sosyal yaşam dengesinin tükenmişliği önleyici etkilerine dikkat çekmektedir (3, 28, 42). Literatürle uyumlu olarak bizim araştırmamızda da sosyal etkinliklere yeterince katılmadıklarını belirten araştırma görevlisi doktorların daha fazla duygusal tükenme ve depresyon yaşadığı görürülürken, kişisel başarılarının ise daha düşük olduğu saptanmıştır. Taycan ve ark. tarafından yapılan çalışmada da benzer şekilde sosyal etkinliklere katılmada yetersiz olanların duygusal tükenme, duyarsızlık ve depresyon puanlarının istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu saptanmıştır (7).

Araştırmamızda ele aldığımız konulardan bir diğeri de fiziksel ve psikolojik sağlık durumunun araştırma görevlisi doktorlarda tükenmişlik ve depresyon üzerindeki olası etkilerinin incelenmesidir. Çalışmamızda tükenmişlik ve depresyon düzeylerinin kronik hastalık varlığı ve düzenli ilaç alımından etkilenmediği saptanmıştır. Bircan ve ark. tarafından yapılan çalışmada da benzer şekilde kronik hastalık varlığının MTÖ alt puanları ile BDÖ puanı üzerine istatistiksel olarak anlamlı bir fark oluşturmadığı (93) Yılmaz'ın çalışmasında da düzenli ilaç kullanımı ile tükenmişlik alt ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farkın olmadığı gözlenmiştir (107).

Çalışmamızda psikiyatrik ilaç alımı ile tükenmişlik ve depresyon ile ilişkisi incelendiğinde; psikiyatrik ilaç kullanan araştırma görevlisi doktorların daha fazla Duygusal Tükenme, Duyarsızlaşma ve Kişisel Başarısızlık yaşadığı ve aynı

zamanda da daha fazla depresif belirtiler gösterdiği saptanmıştır. Literatürde benzer sonuçlara ulaşılan çalışmalar mevcuttur. Taycan ve ark., aynı zamanda Demir ve ark. hemşire ve sağlık personelleri üzerinde yaptıkları çalışmalarda benzer sonuçlara ulaşmışlardır (7, 81). Blanchard ve ark.'nın onkoloji asistanlarında tükenmişlikle ilgili yaptıkları çalışmada anksiyolitik ilaç kullananlarda DT ve D puanlarının yüksek olduğu bulunmuştur (110). Toker'in (105) acil tıp uzmanlığı öğrencilerinde tükenmişlik düzeyini incelediği çalışmada acil serviste çalışmaya başladıktan sonra psikiyatrik ilaç kullananların Duygusal Tükenme ve Duyarsızlaşma puanları, psikiyatrik ilaç kullanmayanlara göre daha yüksek olarak saptanmıştır. Bireylerin sağlık bakım gereksinimlerini karşılama amacıyla 24 saat kesintisiz hizmet sunmakta olan hekimlerin, öncelikle kendi sağlıklarının yerinde olması gerekmektedir. Fiziksel ve psikolojik sağlığı yerinde olmayan hekimlerin daha hızlı tükeneceği ve bu nedenle de daha fazla psikiyatrik ilaç kullanımının olması çalışmamızda beklenen bir sonuç olarak değerlendirilebilir.

Literatürde tükenmişlik sendromunun kronik stres sonucu oluşan bir hastalık olduğu ve sıklıkla yorgunluk, uyku problemleri birlikte seyrettiği ifade edilmektedir (111). Yılmaz ve ark. yaptıkları çalışmada uyku bozukluğunun DT, D ve BDÖ puanlarını yükseltirken KB puanını düşürdüğünü göstermişlerdir (107). Dabak ve ark. tarafından yapılan çalışma da bu bulguları desteklemektedir (112). Bizim çalışmamızda da literatürle benzer şekilde uyku problemi yaşayan uykuya dalmada güçlük çeken araştırma görevlisi doktorların daha fazla Duygusal Tükenme, Duyarsızlaşma ve Kişisel Başarısızlık yaşadığı, aynı zamanda da daha fazla depresif belirtiler gösterdiği saptanmıştır.

Maslach stres sonucu oluşan uykusuzluk, artmış ilaç ve alkol kullanımının tükenmişlik ile ilişkili olabileceğini öne sürmektedir (3). Araştırmamızda sigara, alkol kullanma alışkanlıklarına bakıldığında, sigara içenlerde DT puanlarının istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğu alkol kullananlarda ise KB puanlarının istatistiksel olarak anlamlı derecede daha düşük olduğu gözlenmiştir. Sorunları aşmak isteyen birey sigara, içki, sakinleştirici ilaç gibi zararlı maddelerin kullanımını arttırmakta ve zamanla bağımlı hale

gelebilmektedir. Bu durum yoğun stres altında olan zaten tükenmişlik yaşayan araştırma görevlisi doktorların sigarayı ve alkolü bir çözüm olarak görüyor olmasından kaynaklanabilir.

### **5.3. Araştırma Görevlisi Doktorların Çalışma Ortamı Özellikleri ile Tükenmişlik ve Depresyon İlişkisi**

Her iş kolunda olduğu gibi hastane ve diğer sağlık kurumlarında çalışan sağlık personeli için de çalışma ortamlarının tükenmişlik ve depresyon açısından oldukça önemli olduğu düşünülmektedir. Yoğun dikkat gerektiren yorucu işlerin yapıldığı stresli iş ortamlarında çalışan bireylerin tükenmişlik sendromu ve depresyon yaşama risklerinin daha fazla olduğu ifade edilmektedir. Farklı ülkelerde yapılan araştırmalarda doktorlar, hemşireler ve diğer sağlık personellerinin tükenmişlik ve depresyon seviyelerini genel olarak yüksek olduğu gözlenmektedir. Araştırma görevlisi doktorlar açısından değerlendirildiğinde ise; literatürde uzmanlıklarını henüz almamış olan ve eğitimlerine devam eden araştırma görevlisi doktorların hem hekimlik mesleğinin stresini, hem de tamamlanması gereken uzmanlık eğitiminin stresini aynı anda yaşamakta oldukları ve dolayısıyla da çalışma ortamlarında aynı anda iki farklı role sahip oldukları belirtilmektedir. Bu yüzden de araştırma görevlisi doktorların çalışma ortamlarından beklentilerinin diğer sağlık çalışanlarından daha farklı olduğu ifade edilmektedir (28, 99, 114).

Bireylerin verimli bir şekilde çalışabilmesi, tükenmişlik ve depresyon gibi sorunlardan kaçınabilmesi için optimal çalışma koşullarının sağlanmasının gerekli olduğu belirtilmektedir (99). Yaptığımız çalışmada İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ndeki çalışma ortamı ile araştırma görevlisi doktorların tükenmişlik ve depresyon seviyeleri arasındaki ilişki incelenmiştir. Yapılan araştırmalarda, çeşitli cerrahi dallarda yüksek duygusal tükenmişlik ve duyarsızlaşma düzeyleri bildirilmektedir. Bertges ve ark.'nın yaptığı çalışmada transplant yapan cerrahi birimlerde çalışan hekimlerde DT ve D düzeyleri yüksek bulunmuştur. Ayrıca Johnson ve ark. tarafından baş boyun cerrahi bölümünde çalışan hekimlerde yapılan çalışmada

DT ve D düzeyleri yüksek bulunmuştur (115-117). Araştırmamızda literatürle uyumlu olarak Dahili Tıp Bilimleri ve Cerrahi Tıp Bilimleri bölümlerinde çalışan araştırma görevlisi doktorların DT ve D puanlarının Temel Tıp Bilimleri bölümünde çalışanlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu, KB ve BDÖ puanları kıyaslandığında ise bölümler arasında anlamlı bir fark olmadığı gözlenmiştir. Bu bulguyu farklı bölümlerdeki çalışma şartlarına, cerrahi ve dahili bölümlerde gerçekleştirilen operasyonların ciddiyeti, ve bunun araştırma görevlisi doktorlar üzerinde yarattığı strese bağlamak mümkündür.

Meslek seçimini bilinçli ve isteyerek yapanların mesleğin gereklerini yerine getirmede daha başarılı olacağı bunun da tükenmişlik sendromunu azaltacağı ifade edilmektedir (118). Yapılan çalışmalarda mesleğini kendi isteği ile seçmeyenlerde tükenmişlik artmaktadır. Taycan ve ark. tarafından yapılan çalışmada mesleklerini isteyerek seçmeyen hemşirelerin tükenmişlik düzeylerinin daha yüksek olduğu bulunmuştur (7). Haran ve ark. tarafından doktor ve hemşirelerde yapılan çalışmada da meslek seçimini rastlantısal ya da yakınlarının etkisiyle yapmış olanlarda tükenmişlik düzeyinin daha fazla olduğu gözlenmiştir (73). Bizim çalışmamızda da elde ettiğimiz bulgular literatür ile uyumlu olup mesleklerini isteyerek seçmeyenlerin daha fazla Duygusal Tükenme, Duyarsızlaşma ve Kişisel Başarısızlık yaşadığı saptanmıştır. BDÖ puanı açısından gruplar arasında fark bulunamamıştır. Ülkemizde ailelerin çocuklarının meslek seçiminde oldukça etkili olduğu ve devlet kadrolarında garanti çalışma imkanı olan mesleklerin seçilmesi yönünde baskı yaptığı gözlenmektedir. İş imkanından dolayı ve aile istediği için mesleklerini istemeden seçmiş olmanın araştırma görevlisi doktorlarda duygusal tükenmişliği ve duyarsızlaşmayı artırdığı ve kişisel başarıyı düşürdüğü söylenebilir.

Araştırmamızda ele aldığımız konulardan bir diğeri de çalışılan bölümün isteyerek seçilmesinin araştırma görevlisi doktorlarda tükenmişlik ve depresyon üzerindeki olası etkilerinin incelenmesidir. Çalışmamızda bölümünü istemeden seçmiş olan araştırma görevlisi doktorların daha fazla Duygusal Tükenme yaşadığı ve daha fazla Depresif belirtiler gösterdiği saptanmıştır. Yılmaz ve ark. yapmış oldukları çalışmada bizim çalışmamızın sonuçları ile uyumlu olarak

bölümünü isteyerek seçmeyenlerin DT ve BDÖ puanlarının yüksek olduğu bulunmuştur (107). Ülkemizde tıpta uzmanlık eğitimi için Tıpta Uzmanlık Sınavı yapılmakta ve buradan elde edilen puana göre tercih yapılmaktadır. Bu nedenle hekimler istedikleri bölümleri kazanabilmek için yoğun çaba göstermektedirler. Ancak yetersiz kadro nedeniyle ve birçok bölümün puanlarının da yüksek olması nedeniyle çoğu zaman hekimler istediği bölümden daha çok puanlarının yettiği bölümleri tercih etmek zorunda kalmaktadırlar. Bu durumun çalışmamıza katılan araştırma görevlisi doktorlarda duygusal tükenmişlik ve depresyon düzeylerini yükseltmiş olabileceğini söyleyebiliriz.

Literatürde araştırma görevlisi doktorlar özelinde olduğu kadar tüm sağlık personelinin tükenmişlik sendromuna ve depresyona yakalanmasını engellemek için bireysel motivasyon ve enerji düzeylerini artıracak bir çalışma ortamının oluşturulmasının esas olduğu ifade edilmektedir. Bu ortamın araştırma görevlisi doktorların yorucu tempoya ayak uydurmalarına yardımcı olacak şekilde, belirlenmiş ihtiyaçlarına cevap vermesinin önemli olduğu belirtilmektedir. Bu açıdan hastane binalarındaki fiziksel şartların oldukça önem taşıdığı düşünülmektedir. Sağlık personelinin bireysel ihtiyaçlarını karşılayabilecekleri, enerji depolamak ve dinlenmek için kullanabilecekleri alanlara ihtiyaç duyulduğu ifade edilmektedir (7, 27, 112).

Yaptığımız çalışmada araştırma görevlisi doktorlara hastanedeki fiziksel şartların yeterli olup olmadığı sorulmuştur. Çalışma ortamındaki fiziksel şartların yeterli olmadığını düşünen araştırma görevlisi doktorların DT ve D puanlarının diğer katılımcılara göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu bulunmuştur. Çalışma bulgularımızla paralel olarak Yılmaz tarafından yapılan çalışmada da fiziksel şartların yetersiz olmasının DT ve D puanlarını anlamlı ölçüde yükselttiği bulunmuştur (107). Yine Al-Dubai ve Rampal tarafından yapılan 'Prevalance and Associated Factors of Burnout Among Doctors in Yemen' isimli çalışmada da fiziksel yetersizliklerin tükenmişliği arttırdığı sonucu bulunmuştur (108). Çalışmamızdan elde ettiğimiz sonuçlara dayanarak fiziksel şartların yetersiz olmasının araştırma görevlisi doktorların tükenmişlik düzeyi üzerinde önemli etkileri olduğunu söyleyebiliriz. Buna dayanarak fiziksel şartların



iyileştirilmesinin araştırma görevlisi doktorların mesleklerini isteyerek yapmalarında ve tükenmişlik yaşamamalarında çok önemli bir faktör olduğu söylenebilir.

Araştırmamızda araştırma görevlisi doktorlara nöbet sayılarının kabul edilebilir düzeyin üzerinde olup olmadığı sorulduğunda; nöbet sayılarının kabul edilebilir düzeyin üzerinde olduğunu belirten araştırma görevlisi doktorların daha fazla duygusal tükenme yaşadığı ve daha fazla depresif belirtiler gösterdiği saptanmıştır. Elde ettiğimiz bulgular literatür ile uyumludur. Al-Dubai ve Rampal tarafından yapılan çalışmada uzun çalışma süreleri ve fazla nöbet tutmanın DT seviyesini anlamlı ölçüde arttırdığı ifade edilmiştir (108). Kurçer tarafından yapılan çalışmada da nöbet tutan hekimlerin tutmayanlara göre DT ve BDÖ puanları anlamlı ölçüde yüksek iken KB puanı ise anlamlı ölçüde düşük bulunmuştur (89). Nöbet sayılarının çokluğu araştırma görevlisi doktorların kendilerine yeterince zaman ayıramamalarına ve tükenmişlik yaşamalarına neden olmuş olabilir

Eğitim programlarının uygulanmasında hizmet odaklı çalışılan kurumlarda ciddi güçlüklerin ortaya çıktığı bilinmektedir. Ülkemizde birçok kurumda standart bir eğitim programının olmadığı görülmektedir. Eğitim ve araştırma hedeflerine yeterli önemin verilmediği, sürekli tıp eğitimine ayrılan sürenin yetersiz kaldığı bildirilmektedir. Hasta ve vaka sayılarının yüksek olması sebebiyle eğitime yeterli süre ayıramamakta, bu açığı kapamak için de öğle arası gibi araştırma görevlisi doktorların yemek yiyip dinlenebilmelerini sağlayacak zamanlara eğitim saatlerinin konulabildiği bildirilmektedir (7, 73, 119). Araştırmamıza katılan araştırma görevlisi doktorlara çalıştıkları bölümlerde eğitim ve araştırma hedeflerinin öncelikli olup olmadığı sorulduğunda; katılımcıların büyük çoğunluğunun (%79) hayır yanıtını verdiği gözlenmiştir. Eğitim araştırma hedeflerinin öncelikli olmadığını ifade eden araştırma görevlisi doktorlar daha fazla Duygusal Tükenme ve Duyarsızlaşma ile daha az Kişisel Başarı yaşamaktadırlar. Literatür çalışmalarında da benzer sonuçlara ulaşılmıştır. Yılmaz tarafından yapılan çalışmada da eğitimin öncelikli olmadığını düşünenlerin tükenmişlik düzeyleri anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur (107).

Bu açıdan ele alındığında eğitim ve araştırma hedeflerinin öncelikli bir yere sahip olmaması ve araştırma görevlisi doktorların eğitim ve araştırma beklentilerinin karşılanmaması tükenmişliği arttıran bir faktör olarak değerlendirilebilir.

Eğitim faaliyetlerinin doğru ve etkin bir şekilde yürütülmesi hem araştırma görevlisi doktorların yeterli ve güncel bilgilerle donanmış kalifiye uzmanlar olabilmelerini sağlamak açısından, hem de hastanelerde iş gücünün hatalı kullanımını önlemek bakımından önemlidir. Bu bağlamda bazı kurumlarda eğitim faaliyetlerinin araştırma görevlisi doktorlar tarafından yürütüldüğü görülmektedir. Eğitici motivasyonunun hizmet kaygısı nedeniyle düşük olduğu durumlarda tez çalışmalarına yeterince önem verilmediği, bu çalışmaların ikinci plana atıldığı gözlenmektedir. TUKMOS (Tıpta Uzmanlık Kurulu Müfredat Oluşturma ve Standart Belirleme Sistemi) ve ÇEP (Çekirdek Eğitim Programı)'in doğru ve etkin bir şekilde uygulanması gerekmektedir. Bu uygulamada kurum içi yetersizlikler olduğu gibi kurumlar arası farklılıklar olduğu da göze çarpmaktadır (99, 113, 114).

Rossouw ve ark. tarafından hekimlerde yapılan çalışmada yetersiz eğitimin DT, D ve BDÖ puanlarını anlamlı oranda artırdığı bulunmuştur (109). Bizim çalışmamızda da araştırma görevlisi doktorlara çalıştıkları bölümde standart asistan eğitimi olup olmadığı sorulduğunda araştırmaya katılan araştırma görevlisi doktorların yarıdan fazlası (%54,5 n=161) hayır cevabını vermiştir. Bölümlere göre incelendiğinde bu oranlar Temel Tıp Bilimleri'nde %35, Dahili Tıp Bilimleri'nde %46, Cerrahi Tıp Bilimleri'nde ise %72'dir. Çalışmamızda literatürle uyumlu olarak standart asistan eğitimi olmadığını ifade eden araştırma görevlisi doktorların daha fazla Duygusal Tükenme ve Duyarsızlık yaşadığı gözlenmiştir. KB alt boyutunda ve BDÖ'ndan alınan puan açısından ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. Bu bulgulara göre özellikle Cerrahi Tıp Bilimleri bölümlerinde standart asistan eğitimi eksikliğinin oldukça önemli bir sorun olduğu gözlenmektedir. Standart asistan eğitimi almayan araştırma görevlisi doktorların başarılı olamama korkusuyla tükenmişliğe daha fazla yatkın oldukları söylenebilir.

araştırma görevlisi doktorların yaşadığı sorunlardan biri de alana özgü yetkinliklerin kazanılması sırasında yaşanan sıkıntılardır. Bazı kurumlarda araştırma görevlisi doktorların uygulamalı eğitimler almada sıkıntılar çektiği bildirilmektedir. Özellikle dahili ve cerrahi tıp bilimleri bölümlerinde eğitim alan araştırma görevlisi doktorlar için bu durumun ciddi etkilere sahip olduğu ifade edilmektedir. Bu açıdan ele alındığında gerekli uygulama eğitimlerinin tamamlanmasının oldukça önemli olduğu bildirilmektedir (7, 120).

Çalışmamızda da araştırma görevlisi doktorlara sürekli tıp eğitimi için ayrılan sürenin yeterli olup olmadığı sorulduğunda araştırmaya katılan araştırma görevlisi doktorlardan sürekli tıp eğitiminin yetersiz olduğunu düşünenlerin DT ve D puanları anlamlı olarak daha yüksek KB puanı ise anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur. BDÖ puanı açısından gruplar arasında fark bulunmamıştır. Rossouw ve ark. tarafından yapılan çalışmada ise eksik tıp eğitiminin DT, D ve BDÖ puanlarını anlamlı derecede yükselttiği KB puanına ise anlamlı bir etkisi olmadığı bulunmuştur (106). araştırma görevlisi doktorların sürekli tıp eğitimi saatlerinin yetersiz olması durumunda bilgilerini güncelleştirme olanağı bulamadığını bu durumda kendilerine olan güvenlerini kaybetmelerine, mesleki yeterlilikleri ile ilgili şüphe duymaya başlamalarına ve tükenmişlik yaşamalarına neden olabileceği ifade edilmektedir (7, 120). Bu nedenle sürekli olarak yapılan tıp eğitimlerinin araştırma görevlisi doktorların daha donanımlı bir şekilde işlerinde kendilerini daha rahat hissetmelerine, kişisel başarılarını arttırarak tükenmişlik seviyelerinin azaltılmasına katkı sağlayacağını düşünmekteyiz.

Araştırma görevlisi doktorlar açısından yaşanan sorunlardan bir diğeri de bölümle ilgili yayınların yeterince takip edilememesi ve bilimsel toplantılara yeterince katılım gösterilememesidir. Bu iki durum araştırma görevlisi doktorların yeni teknolojiler ve güncel bilgiler ile donatılmasının yanısıra araştırma görevlisi doktorların yoğun iş temposundan uzaklaşabilmesine, bakış açılarını genişletebilmelerine, ve akademik ve profesyonel bağlantılar edinebilmelerine de yardımcı olabilmektedir. Bu açıdan bilimsel yayınların takibini kolaylaştırmak adına her bölümde ilgili yayınların bulunması, araştırma

görevlisi doktorların bu yayınlara kolayca ulaşmalarının sağlanması ve dinlenme/okuma odası gibi bu aktiviteleri teşvik edici ortamların oluşturulmasının önemli olduğu ifade edilmektedir. Bilimsel kongreler ve toplantılar açısından ise her ne kadar TUKMOS (Tıpta Uzmanlık Kurulu Müfredat Oluşturma ve Standart Belirleme Sistemi)'da asistan/araştırma görevlilerinin katılması gereken temel kongre sayısı belirlenmiş olsa da pek çok kurumda bu sayılara ulaşamadığı görülmektedir. Kongre ve toplantılara katılımın yeterli olmaması konusunda kurumlarda yaşanan maddi kaygılar ve sağlık hizmetlerinin aksamasına yönelik çekinceler kadar yoğun çalışma saatleri yüzünden araştırma görevlisi doktorların katılım için gerekli vakitleri bulamamasının da etkili olduğu bildirilmektedir (7, 73, 119).

Bölümle ilgili yayınların takibinin tükenmişlik ve depresyon üzerine etkisinin araştırıldığı Yılmaz ve ark. tarafından yapılan çalışmada bölümle ilgili yayınları takip edemeyen araştırma görevlisi doktorların DT ve D puanlarının anlamlı derecede düşük olduğu bulunmuştur. KB açısından herhangi bir fark bulunmamıştır (107). Bizim çalışmamızda da araştırma görevlisi doktorlara bölümleri ile ilgili yayınları yeterince takip edip edemedikleri sorulduğunda; %34,5'inin (n=190) bölümleri ile ilgili yayınları yeterince takip edebildikleri saptanmış olup bölümleri ile ilgili yayınları takip edebildiklerini belirten asistan hekimlerin DT ve D alt boyut puanlarının anlamlı derecede düşük, KB puanlarının ise yüksek olduğu gözlenmiştir. Çalışmamızda elde ettiğimiz bulgular ışığında bölüm ile ilgili yayınları takip edenlerin daha düşük tükenmişlik seviyelerine sahip oldukları bu durumun da araştırma görevlisi doktorlarda tükenmişliğe karşı koruyucu bir faktör olduğu söylenebilir

Çalışmamızda araştırma görevlisi doktorlara bilimsel toplantılara yeterli düzeyde katılıp katılmadıkları sorulduğunda; bilimsel toplantılara yeterli düzeyde katılabildiğini belirten katılımcıların DT, D ve BDÖ puanlarının anlamlı derecede daha düşük, KB puanlarının ise anlamlı derecede daha yüksek olduğu gözlenmiştir. Çalışmamızda elde ettiğimiz bulgu ile benzer şekilde Rossouw ve ark. tarafından yapılan çalışmada da bilimsel toplantılara ve eğitimlere yeterli düzeyde katılmayan hekimlerde DT, D ve BDÖ puanları anlamlı derecede

yüksek, KB puanı ise anlamlı derecede düşük bulunmuştur (9). Elde ettiğimiz bulgulara göre bölümle ilgili yayınları düzenli olarak takip etmenin ve bilimsel toplantılara yeterli düzeyde katılımın araştırma görevlisi doktorların tükenmişlik yaşamalarını engellemek için önemli faktörler olduğunu söyleyebiliriz. Araştırma görevlisi doktorlara bu tür aktivitelere zaman ayırabilecekleri bir çalışma ortamının sağlanmasının ve yine bu tür aktivitelere katılım için mali katkı olanakları sunulmasının tükenmişlikle mücadelede etkili olabileceğini düşünmekteyiz

#### **5.4. Araştırma Görevlisi Doktorların Çalışma Koşulları ile Tükenmişlik ve Depresyon İlişkisi**

Ülkemizdeki sağlık personelinin en büyük sorunlarından birisinin uzun çalışma saatleri olduğu ifade edilmektedir. OECD raporlarına göre ülkemiz sağlık çalışanları, hemşire, hekim veya laborant gibi farklı meslek guruplarına göre AB ülkelerindeki meslektaşlarına oranla 3 ila 10 kat daha fazla çalışmaktadırlar. Uzun çalışma saatlerinin de bireylerde yorgunluk, yılgınlık, enerji düşüklüğü ile başlayan ve tükenmişliğin diğer belirtilerinin oluşmasıyla devam eden bir sürece neden olduğu ifade edilmektedir. Buna ek olarak, nöbet sayılarının fazlalığı ve nöbet sürelerinin uzunluğunun araştırma görevlisi doktorlar da dahil olmak üzere nöbet tutan tüm sağlık personelinde iş motivasyonunu ve iş doyumunu azalttığı, tükenmişlik ve depresyona neden olduğu bildirilmektedir (73, 112).

Uzun çalışma saatleri ve nöbet sayısındaki fazlalığın tükenmişlik için risk oluşturduğu birçok çalışmada belirtilmektedir (106, 121). Karlıdağ ve ark. günlük çalışma süresi 9 saat ve üzerinde olan hekimlerde Duygusal Tükenmişliği ve Duyarsızlaşmayı daha yüksek bulmuşlardır (104). Erol ve ark. 'nın yaptığı çalışmada, çalışma süresindeki ve nöbet sayısındaki artışın duyarsızlaşmada artışa neden olduğu saptanmıştır (83). Al Dubai ve Rampal tarafından yapılan bir diğer çalışmada 40 saatin üzerinde çalışanlarda DT ve D puanları daha yüksek, KB puanı ise daha düşük bulunmuştur (108). Campbell tarafından yapılan cerrahi branşlardaki hekimlerde tükenmişliği araştıran çalışmada tutulan nöbet sayısı

arttıkça hekimlerin DT, D puanlarının yükseldiği KB puanının ise azaldığı sonucu bulunmuştur (116). Mc Knight ve ark. tarafından yapılan bir diğer çalışmada tutulan nöbet sayısı arttıkça depresyon ve tükenmişlik seviyelerinin de arttığı ifade edilmiştir (82).

Literatürle uyumlu olarak bizim çalışmamızda da haftalık çalışma süresi ve ayda tutulan nöbet sayısı arttıkça araştırma görevlisi doktorlarda Duygusal Tükenmişlik ve Duyarsızlaşmanın arttığı, Kişisel Başarının düştüğü gözlenmiştir. Farklı araştırmalarda çalışma saatlerinin azaltılmasından sonra araştırma görevlisi doktorlarda tükenmişliğin azaldığı gösterilmiştir (122-124). Ülkemizde de benzer uygulamaların yapılarak araştırma görevlisi doktorların çalışma saatlerinin özellikle diğer mesleklerin ortalama çalışma süresi olan 8 saat ile sınırlandırılmasının, özellikle cerrahi ve dahili branşlarda nöbet sayısının standardizasyonunun sağlanmasının araştırma görevlisi doktorlarda tükenmişlik ve depresyon düzeylerini azaltmada etkili olabileceğini düşünmekteyiz

Meslekte geçirilen sürenin tükenmişlik ve depresyon üzerine etkisinin incelendiği Taycan ve ark. tarafından yapılan çalışmada meslekte çalışılan süre ile DT, D ve BDÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın bulunmadığı ancak KB başarı puanının meslekte geçirilen süre arttıkça arttığı tespit edilmiştir (7). Bu konuda yapılan bir diğer çalışmada Kurçer meslekte geçirilen süre ile hekimlerin DT, D, ve KB puanları arasında anlamlı bir farkın olmadığını saptamıştır (89). Bizim çalışmamızda literatürde elde edilen bulgularla benzer şekilde meslekteki çalışma süresi ile tükenmişlik ve depresyon puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı gözlenmiştir. Yine çalışmamızda bölümde geçirilen sürenin tükenmişlik ve depresyon üzerine etkisi incelendiğinde; Yılmaz ve ark.'nın (107) bu konuda yapmış olduğu çalışmadaki bulgular ile benzer şekilde bölümde geçirilen süre ile tükenmişlik ve depresyon puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı saptanmıştır. Çalışmamızda elde ettiğimiz bu bulgulara göre; bireylerde gözlenen depresyon ve tükenmişlik üzerinde meslekte ve çalışılan bölümde geçirilen süreden daha çok bu süre içerisinde karşılaşılan ve yaşanan sorunların, meslekten ve ortamdaki memnuniyetin etkili olduğunu düşünmekteyiz.

Ülkemizde sağlık sektörünün yaşadığı sıkıntılardan birinin de her yıl giderek artan hasta sayısı olduğu ifade edilmektedir. Özellikle 2000’li yılların başından itibaren sosyal güvenlik sisteminin tabana yayılması sonucu hastanelere başvuran hasta sayılarında ciddi bir artış gözlemlendiği bildirilmiştir. Fakat yeterli sayıda kalifiye sağlık personeli yetiştirilemediğinden artan hasta sayısının birtakım olumsuz etkilerinin gündeme geldiği ifade edilmektedir. Bu artış sebebiyle araştırma görevlisi doktorların gün içinde baktıkları hasta sayılarının ciddi derecede yükselmiş, mesai saatleri içinde tüm hastalara bakılabilmesi için hasta başına ayrılan sürenin giderek düşmeye başladığı bildirilmektedir. Bu durumun hem araştırma görevlisi doktorlar hem de hastalar açısından olumsuz etkileri olduğu bildirilmektedir. Gün içinde çok sayıda hastaya bakan araştırma görevlisi doktorların aynı süre çalışmış olsalar bile kendilerini daha yorgun ve daha tükenmiş hissettiği bildirilmektedir. Kısa sürede hastanın dertlerini dinlemek, tanı koymak, veya gerekli müdahaleyi yapmak için harcadıkları ekstra efor yüzünden strest seviyelerinin artmakta olduğu, araştırma görevlisi doktorların dikkat toplamakta ve odaklanmakta güçlükler yaşadığı bildirilmektedir. Bu durumun da sunulan hizmetin kalitesini düşürdüğü ve hastalar için risk oluşturduğu ifade edilmektedir (99, 119).

Çalışmamızda da günde bakılan ortalama hasta sayısının tükenmişlik ve depresyon üzerine etkisi incelendiğinde; Yılmaz ve ark.’nın (107) bu konuda yapmış olduğu çalışmadaki bulgular ile benzer şekilde günde bakılan ortalama hasta sayısı arttıkça Duygusal Tükenmişliğin, Duyarsızlaşmanın ve Depresif belirtilerin arttığı KB puanı açısından ise anlamlı bir farkın olmadığı gözlemlenmiştir. Demir ve ark. tarafından yapılan çalışmada da günde bakılan hasta sayısı arttıkça depresyon düzeyinin yükseldiği ifade edilmiştir (81). Araştırma görevlisi doktorlarda saptanan depresyon ve tükenmişlik seviyelerindeki yükseklik bakılan hasta sayısının fazla olması nedeni ile gelişen bedensel ve zihinsel yorgunluk artışı ile açıklanabilir. Çalışmalardan elde edilen bu bulgulara göre acil durumlar ve serviste yatan hastalar hariç günlük bakılabilecek hasta sayısına sınırlama getirilmesinin, asistan hekimlerde tükenmişlik ve depresyon düzeylerini azaltmada etkili olacağı düşünülebilir.

## **5.5. Araştırma Görevlisi Doktorların Meslek ve Bölüm Hakkındaki Görüşler ile Tükenmişlik ve Depresyon ilişkisi**

Özellikle hastaneler gibi farklı bölümlerde, görev tanımları geniş bir yelpazeye dağılmış çok sayıda çalışanın bir arada bulunduğu ortamlarda çalışanlar arası uyumu sağlamak oldukça önemlidir. Bu hususta bölüm başkanlarına, amirlere ve kıdemli görevlilere büyük sorumluluklar düşmektedir. Amirlerin sorumlu oldukları personel ile uyum içinde çalışması ve her çalışanın kendini huzurlu ve başarılı hissedebileceği bir ortamı yaratabilmesi önemlidir. Bu bağlamda araştırmamıza katılan araştırma görevlisi doktorlara İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde birlikte çalıştıkları amir öğretim üyeleri ve kıdemli personel ile uyum içinde çalışıp çalışmadıkları sorulmuştur.

Araştırma görevlisi doktorların tükenmişlik ve depresyon seviyeleri üzerinde belirleyici bir etkiye sahip olan etmenlerden bir diğerinin de amir öğretim üyeleri ve kıdemli personel ile uyum içinde çalışabilmek olduğu bildirilmektedir (80). Literatürde bu konuda Iacovides tarafından yapılan bir çalışmada amirleri ile uyum içinde çalışmanın öğrencilerde tükenmişlik ve depresyon düzeyini önemli ölçüde azalttığı tespit edilmiştir (80). Martin ve ark. tarafından yapılan bir diğer çalışmada amirler ile uyumlu çalışmanın hastane çalışanlarında tükenmişliği azalttığı tespit edilmiştir (125). Akbolat ve Işık tarafından sağlık çalışanlarında yapılan çalışmada üstleriyle uyumlu çalışmayanların tükenmişlik düzeyi yüksek bulunmuştur (126). Yılmaz yaptığı çalışmada amirleri ile uyumlu çalışmanın DT ve D puanını anlamlı oranda düşürdüğünü, KB puanını ise anlamlı oranda arttırdığını bulmuştur (107). Literatür ile uyumlu olarak bizim çalışmamızda da amirleri ile uyum içinde çalışmadığını ifade eden araştırma görevlisi doktorların daha fazla Duygusal Tükenme, Duyarsızlık ve Depresif belirtiler yaşadığı saptanmıştır. KB puanı açısından gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Çalışmamızda elde ettiğimiz bulgular amirler ve çalışanlar arası uyumun tükenmişlik ve depresyon açısından önemli olduğunu göstermektedir. Her kurumda belirlenmiş olan organizasyon yapısı ve görev tanımlarına göre belli departmanlar ve ekipler



bulunmaktadır. Uyum içinde çalışmayan ekipler verimli olamaz ve kaliteli hizmet sunamazlar. Ekiplerin uyum içerisinde çalışabilmesi için organizasyon yapısında yukarıdan aşağı doğru bir uyumun da var olması gerekir. Bu uyum çalışanların üstlerine karşı saygı duymalarına, onların fikir ve görüşlerini önemsemelerine, ekip performansını en üst seviyede tutmak için efor ve özveri sarfetmelerine sebep olur. Amirlerin ve kıdemli personellerin sorumlulukları altında çalışan bireylerden saygı beklmeleri için o bireylere saygılı yaklaşımları, onların güvenini kazanmaları gerekir. Özellikle bazı kurumlarda yöneticilerin, bölüm başkanlarının ve amirlerin sert ve otoriter tutumları ekip içerisinde gerginlikleri arttırmakta, iletişimi zayıflatmakta ve artan stres dolayısıyla araştırma görevlisi doktorlar başta olmak üzere tüm personelin tükenmişlik ve depresyon seviyelerini etkilemektedir (73, 81).

Çalışma ortamında araştırma görevlisi doktorların yaşadığı bir diğer sorun da diğer hastane personeli ve hemşireler ile uyum içerisinde çalışmakta yaşanan sıkıntılardır. Bu konuda Johnson ve ark. tarafından yapılan bir çalışmada hemşire ve sağlık personeliyle uyum içinde çalışan hekimlerin aldıkları DT, D ve BDÖ puanları daha yüksek KB puanı ise daha düşük bulunmuştur (87). Özyurt ve ark. tarafından yapılan bir diğer çalışmada da aynı şekilde personellerle uyum içinde çalışan araştırma görevlisi doktorların tükenmişlik seviyesi daha düşük saptanmıştır (94). Bizim çalışmamızda da hemşire ve diğer personel ile uyum içinde çalışmadığını ifade araştırma görevlisi doktorlarda Duygusal Tükenmişlik, Duyarsızlaşma ve Depresif belirtilerin arttığı ve Kişisel Başarının azaldığı saptanmıştır. Elde ettiğimiz bulgular daha önce yapılan çalışmalar ile uyumlu olup hemşire ve diğer personel ile uyumlu çalışmanın araştırma görevlisi doktorlarda tükenmişlik ve depresyon düzeylerini azaltmada etkili olabileceğini göstermektedir. Çalışmamızda elde ettiğimiz bu bulgular personel arası uyumun tükenmişlik ve depresyon açısından ne kadar önemli olabildiğini göstermesi açısından oldukça düşündürücüdür. Tüm iş kollarında olduğu gibi sağlık sektöründe de bireyler arası uyumun kurumların yerleşik kuralları çerçevesinde oluşturulması gerekmektedir. Uyum içinde çalışmayan ekipler verimli olamazlar ve kaliteli hizmet sunamazlar. Bu açıdan sunulan hizmetin hayat kurtarmak gibi

son derece önemli olduğu sağlık sektöründe ekip içi ve ekipler arası uyumun bozulmamasına dikkat edilmesi gerektiği düşünülmektedir (104).

Meslekte yapılan işin amir ve arkadaşları tarafından takdir edilmesinin tükenmişlik ve depresyon üzerine etkisinin incelendiği Gülseren ve ark. tarafından yapılan çalışmada; amir ve çalışma arkadaşları tarafından yaptıkları işin takdir edildiğini ifade eden grubun takdir edilmediğini ifade edenlere göre tükenmişlik ve depresyon düzeylerinin istatistiksel olarak anlamlı derecede daha düşük olduğu bulunmuştur (83). Rosenberg ve ark. tarafından yapılan bir diğer çalışmada da yaptığı iş amirleri tarafından takdir edilen çalışanların tükenmişlik ve depresyon düzeyi daha düşük bulunmuştur (121). Bizim çalışmamız da literatür ile uyumlu olarak amir ve çalışma arkadaşları tarafından yaptıkları işin takdir edilmediğini ifade eden araştırma görevlisi doktorlarda Duygusal Tükenmişlik, Duyarsızlaşma ve Depresif belirtilerin arttığı ve Kişisel Başarının azaldığı saptanmıştır. Çalışmamızdan elde ettiğimiz bu bulgu araştırma görevlisi doktorlarda takdir edilme duygusunun tükenmişlik ve depresyonu önlemede etkili bir faktör olabileceğini göstermektedir. Yapılan işin ve başarılı uygulamaların takdir edilmesi çalışanların kendilerini önemli hissetmesini sağlar, çalıştıkları kuruma kattıkları değer fark edildiğini bilmek bireyleri rahatlatır ve iş motivasyonunu artırır. Özellikle araştırma görevlisi doktorlar gibi mesleki, eğitimsel ve aynı zamanda da akademik kaygıları olan çalışanların motivasyonlarını hızla kaybetmeleri olası bir durumdur. Tükenmişlik ve depresyon seviyeleri oldukça yüksek olan sağlık personelinin durumunu daha da kötüleştirmemek adına cezalandırıcı uygulamalardan kaçınılarak ödüllendirici yaklaşımların benimsenmesinin daha uygun olacağını düşünmekteyiz.

Araştırma görevlisi doktorların seçilmiş olan bölümden memnun olup olmamasının ve imkan olsa idi farklı bir bölümü seçmeyi düşünüp düşünmemesinin tükenmişlik ve depresyon üzerine etkisinin incelendiği araştırmamızda; bölümlerinden memnun olmayan ve imkanları olsa idi farklı bir bölümü seçmeyi düşündüğünü ifade eden araştırma görevlisi doktorların daha fazla Duygusal Tükenme, Duyarsızlık ve Kişisel Başarısızlık yaşadığı ve BDÖ puanlarının da daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bizim çalışma bulgumuzla

uyumlu olan benzer literatür çalışmaları mevcuttur. Başpınar ve ark. tarafından yapılan çalışmada bölümünden memnun olan araştırma görevlisi doktorların depresyon puanları olmayanlara göre daha düşük bulunmuştur (98). Bir diğer çalışmada Karlıdağ ve ark. çalıştığı bölümden memnun olan hekimlerin istatistiksel olarak anlamlı ölçüde daha az tükenme yaşadığını bulmuşlardır (104). Yılmaz tarafından yapılan çalışmada imkanı olsa farklı bölüm seçmeyi düşünenlerin DT ve D puanları anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur. KB puanında anlamlı fark bulunmamıştır (107). Haran ve ark. tarafından yapılan çalışmada ise imkanı olsa farklı bölüm seçecek olanların DT ve BDÖ puanlarının anlamlı derecede daha yüksek olduğu saptanmıştır (73). Çalışmamızdan elde ettiğimiz bu bulgulara göre bölümünü değiştirmek isteyen araştırma görevlisi doktorların aslında istedikleri bölümde asistanlık yapamadıklarını ancak istedikleri bölümleri kazanacak puanı alamamış olmalarından dolayı özgüvenlerinin azalmış olabileceğini ve bu durumun da araştırma görevlisi doktorlarda tükenmişlik ve depresyon seviyelerini etkilediğini düşünmekteyiz.

Hastanelerde çalışanların yaşadığı sorunlardan bir diğeri de ülkemizde sık sık rastlanan hasta yakını şiddeti ve tehdididir. Bu olgu hastane personelinin işle ilgili motivasyonlarını kaybetmelerine, çoğu zaman tükenmişlik sendromu ve ciddi depresyonlar yaşamalarına sebep olmaktadır (98). Yapılan araştırmalarda, işyerinde şiddete maruz kalmanın, çalışanların, stres, depresyon, kaygı düzeylerini arttırmakta aynı zamanda, düşük kendine güven ve işine konsantre olamama gibi psikolojik problemlere neden olduğu belirtilmektedir. Çalışma hayatında şiddet olaylarının önemli bir diğer sonucu da tükenmişliğe neden olmasıdır (127). Literatürde, iş yerinde şiddet ve tükenmişlik, depresyon ile ilgili çeşitli çalışmalara rastlamak mümkündür. Başpınar ve ark. tarafından yapılan çalışmada hasta yakını şiddetine maruz kalanlarda depresyon oranının anlamlı olarak arttığı gözlenmiştir (98) Winstanley ve ark. tarafından 375 sağlık personeli üzerinde yapılan bir diğer çalışmada, birden fazla fiziksel şiddete veya tehdide maruz kalan çalışanların duygusal tükenme ve duyarsızlaşma düzeyinin bu tür davranışlara hiç maruz kalmayan çalışanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bulunmuştur (128). Dursun (129), bir kamu hastanesinde farklı

görevlerde yer alan sağlık çalışanları üzerinde gerçekleştirdiği çalışmasında, işyerinde şiddet olaylarına maruz kalan veya tanık olan çalışanların Duygusal Tükenme ve Duyarsızlaşma düzeyinin, şiddet olaylarına maruz kalmayan çalışanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğunu tespit etmiştir. Barrack ve ark. tarafından yapılan çalışmada hasta yakınları tarafından tehdit edilen hekimlerin tükenmişlik ve depresyon düzeyinin anlamlı olarak daha yüksek olduğu bulunmuştur (124). Mc Knight ve ark. tarafından yapılan bir diğer çalışmada da aynı şekilde hasta yakını tehdidine maruz kalanların aldığı DT, D ve BDÖ puanları istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur (82). Bizim çalışmamızda da literatür ile uyumlu olarak hasta yakını şiddetine maruz kalan araştırma görevlisi doktorların DT, D ve BDÖ puanları anlamlı olarak daha yüksek saptanmıştır. Hasta yakınları tarafından tehdit edilen araştırma görevlisi doktorların ise DT ve D alt ölçek puanları anlamlı derecede yüksek iken literatürden farklı olarak depresyon seviyelerinde anlamlı bir fark saptanmamıştır. Bu çalışmadan elde edilen bulgular; iş yerinde hasta yakını tehdit ve şiddetine maruz kalmanın asistan hekimlerin tükenmişlik düzeyini arttırdığını, psikolojik ve ruhsal sağlıklarını olumsuz yönde etkilediğini göstermektedir. Konunun insan sağlığı olması ve dolayısı ile araştırma görevlisi doktorların üstlenmiş oldukları sorumluluğa karşı oldukça duyarlı olmaları, böyle bir sonucun ortaya çıkmasında etkili olmuş olabilir.

Gelecek kaygısı insanları depresyona itebilen, tükenmişlik sendromu yaşamalarına sebep olabilen oldukça önemli bir sorundur. Literatüre baktığımızda Al Dubai ve Rampal tarafından yapılan çalışmada gelecekle ilgili kesinliğin olmaması ve mesleki kaygıların tükenmişlik düzeyini anlamlı olarak yükselttiği tespit edilmiştir (108). Martini ve ark. tarafından yapılan bir diğer çalışmada gelecekle ilgili kaygıların hekimlerde tükenmişliği ve depresyon düzeylerini arttırdığı tespit edilmiştir (123). Çalışmamızda elde ettiğimiz bulgular literatür ile uyumlu olup gelecekle ilgili mesleksi kaygısı olduğunu ifade eden araştırma görevlisi doktorlarda duygusal tükenmişlik, duyarsızlaşma ve depresif belirtilerin arttığı, kişisel başarının ise azaldığı gözlenmiştir.

## 6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

Araştırmamızda, 18 Şubat 2011 tarihli ve 27850 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanarak yürürlüğe giren ortak kullanım protokolüyle faaliyet gösteren 10 adet üniversite hastanesinden biri olan İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nde görev yapmakta olan araştırma görevlisi doktorların tükenmişlik ve depresyon düzeylerinin ve bu sorunlara etki eden faktörlerin belirlenmesi ve gerekli önleyici tedbirlerin alınmasına yönelik önerilerin sunulması amaçlanmıştır.

### 6.1. Sonuçlar

Çalışmamızda İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesi’nde görev yapmakta olan araştırma görevlisi doktorların Maslach Tükenmişlik Ölçeği alt boyutlarından aldıkları median DT, D, KB puanları sırasıyla 17, 8, 19 olarak saptanmıştır.

Araştırma görevlisi doktorların BDÖ puanı 8.8 (SD: 11.1) median BDÖ puanı ise 9 (0-53) bulunmuştur. Bu verilere göre araştırma görevlisi doktorların %54.5’inin depresyon derecesinin normal olduğu, %30.3’ünün hafif, %9.3’ünün orta ve %5.9’unun şiddetli olmak üzere toplamda %45.5’inin depresyon belirtileri gösterdiği saptanmıştır.

Çalışmamızda depresif belirti düzeyi ile tükenmişliğin üç alt boyutu arasında anlamlı düzeyde bir ilişkinin olduğu; depresif belirti düzeyi arttıkça duygusal tükenmişlik ve duyarsızlaşmanın arttığı, kişisel başarının düştüğü saptanmıştır.

Kirada oturan; son bir yılda tatil yapmayan; sosyal etkinliklere düzenli katılım sağlayamayan; psikiyatrik ilaç kullanan; uyku problemleri yaşayan; sigara içen; dahili ve cerrahi tıp bilimleri bölümlerinde çalışmakta olan; mesleğini ve bölümünü kendi isteği ile seçmemiş olan; çalışma ortamındaki fiziksel şartların yeterli olmadığını düşünen; nöbet sayısının kabul edilebilir

düzeyin üstünde olduğunu belirten; bölümlerinde eğitim araştırma hedeflerinin öncelikli olmadığını, standart bir asistan eğitiminin olmadığını, sürekli tıp eğitimi için ayrılan sürenin yeterli olmadığını düşünen; bölümleri ile ilgili yayınları düzenli takip edemediğini ve bilimsel toplantılara yeterli düzeyde katılmadığını ifade eden; amirleri ile ve hemşire, diğer personel ile uyum içinde çalışmadığını belirten; amir ve çalışma arkadaşları tarafından yaptıkları işin takdir edilmediğini düşünen; bölümlerinden memnun olmayan ve imkanları olsa idi farklı bir bölümü seçmeyi düşündüğünü ifade eden; hasta yakını şiddetine ve tehdidine maruz kalan; gelecekle ilgili mesleki kaygısı olan araştırma görevlisi doktorlarda duygusal tükenmenin daha yüksek olduğu saptanmıştır. Haftalık çalışma süresi, günde bakılan ortalama hasta sayısı, ayda tutulan nöbet sayısı arttıkça duygusal tükenmişlik puanlarının yükseldiği bulunmuştur.

Son bir yılda tatil yapmayan; psikiyatrik ilaç kullanan, uyku problemleri yaşayan, sigara içen; dahili ve cerrahi tıp bilimleri bölümlerinde çalışmakta olan; mesleğini kendi isteği ile seçmeyen; çalışma ortamındaki fiziksel şartların yeterli olmadığını düşünen; bölümlerinde eğitim araştırma hedeflerinin öncelikli olmadığını, standart bir asistan eğitimi olmadığını, sürekli tıp eğitimi için ayrılan sürenin yeterli olmadığını düşünen; bölümleri ile ilgili yayınları düzenli takip edemeyen; bilimsel toplantılara yeterli düzeyde katılmayan; amirleri ile ve hemşire, diğer personel ile uyum içinde çalışmadığını belirten; amir ve çalışma arkadaşları tarafından yaptıkları işin takdir edilmediğini düşünen; bölümlerinden memnun olmayan ve imkanları olsa idi farklı bir bölümü seçmeyi düşündüğünü ifade eden; hasta yakını şiddetine ve tehdidine maruz kalan; gelecekle ilgili mesleki kaygısı olan araştırma görevlisi doktorlarda duyarsızlaşmanın fazla olduğu gözlenmiştir. Haftalık çalışma süresi, günde bakılan ortalama hasta sayısı, ayda tutulan nöbet sayısı arttıkça duyarsızlaşma puanlarının yükseldiği bulunmuştur.

Kişisel başarı düşüklüğü ise kadın olan; çocuk sahibi olmayan; son bir yılda tatil yapmayan; sosyal etkinliklere düzenli katılım sağlayamayan; psikiyatrik ilaç kullanan; uyku problemleri yaşayan; alkol kullanan; mesleğini

kendi isteği ile seçmeyen; bölümlerinde eğitim araştırma hedeflerinin öncelikli olmadığını, sürekli tip eğitimi için ayrılan sürenin yeterli olmadığını düşünen; bölümleri ile ilgili yayınları düzenli takip edemeyen; bilimsel toplantılara yeterli düzeyde katılmayan; hemşire ve diğer personel ile uyum içinde çalışmadığını ifade eden; amir ve çalışma arkadaşları tarafından yaptıkları işin takdir edilmediğini düşünen, bölümlerinden memnun olmayan ve imkanları olsa idi farklı bir bölümü seçmeyi düşündüğünü ifade eden; gelecekle ilgili mesleki kaygısı olan araştırma görevlisi doktorlarda tespit edilmiştir. Haftalık çalışma süresi ve ayda tutulan nöbet sayısı arttıkça kişisel başarısı puanlarının düştüğü bulunmuştur.

Depresyon puanları çalışmamızda gelir düzeyi düşük olanlarda; sosyal etkinliklere katılımı yetersiz olanlarda; psikiyatrik ilaç kullananlarda; uyku sorunu yaşayanlarda; sigara ve alkol kullananlarda; bölümünü istemeden seçmiş olanlarda; nöbet sayısının kabul edilebilir düzeyin üstünde olduğunu düşünenlerde; bilimsel toplantılara yeterli düzeyde katılmayanlarda; amirleri ve diğer sağlık personelleri ile uyum içinde çalışmadığını ifade edenlerde; amirleri ve çalışma arkadaşları tarafından takdir edilmediğini düşünenlerde; bölümlerinden memnun olmayan ve imkanları olsa farklı bir bölümü seçmeyi düşünenlerde; hasta yakını şiddetine maruz kalanlarda ve gelecekle ilgili mesleki kaygıları olanlarda daha yüksek olarak saptanmıştır. Günde bakılan ortalama hasta sayısı arttıkça depresyon düzeyinin arttığı bulunmuştur.

## **6.2. Öneriler**

Bu bölümde araştırma görevlisi doktorlar özelinde tükenmişlik ve depresyonun etkilerinden korunabilmesi ve bu sendromlarla etkili bir şekilde mücadele edebilmesi için önerilerde bulunulmuştur. Bu öneriler bireysel ve örgütsel olmak üzere iki başlık altında sunulmuştur.

### **6.2.1. Bireysel Öneriler**

- İzin kullanımını konusunda özenli davranılmalı, yorgunluk veya tükenmişlik belirtileri görüldüğünde izin kullanmaktan çekinilmemelidir.

- Sosyal aktivitelere önem verilmeli, araştırma görevlisi doktorlar iş dışında kendilerine zaman ayırmalıdır. Araştırma görevlisi doktorlar ihtiyaç duydukları manevi desteği sağlayacak aile ve arkadaşları ile vakit geçirmeli, sevdikleri hobileri ve aktiviteleri yapmalıdırlar.

- Fiziksel ve psikolojik olarak sağlıklı kalabilmek için beslenme, egzersiz, ve uyku düzenine dikkat edilmelidir.

- Araştırma görevlisi doktorların uzmanlık eğitimlerine gereken önemi vererek eğitim ve araştırma hedefleri için zaman ayırabilmeleri önemlidir. Bu hedefler ikinci plana atılmamalı, bilimsel yayınlar mümkün olduğunca takip edilmelidir.

- Araştırma görevlisi doktorlar, bilimsel kongre ve toplantılara mümkün olduğunca katılmaya çalışmalı, bu kongreleri aynı zamanda sosyalleşmek için bir fırsata dönüştürmeye gayret etmelidirler.

- Araştırma görevlisi doktorlar bölüm başkanlarına, amir öğretim üyelerine ve kıdemli personele geri bildirimde bulunmaktan çekinmemeli, ihtiyaç duyduklarında gerekli mentorluk ve desteği danışmanlarından talep edebilmelidirler.

### **6.2.2. Örgütsel Öneriler**

- Araştırma görevlisi doktorların uzun çalışma saatleri ve yoğun nöbet programları yeniden düzenlenmeli, çalışma saatleri OECD ortalamalarına yaklaştırılmalıdır. Nöbet tutan hekimlere dinlenebilmeleri için fırsat tanınmalıdır. Araştırma görevlisi doktorların ayda en az bir haftasonunu kendilerine ayırmalarına fırsat verilmelidir.

- Hastane içindeki fiziksel şartların iyileştirilmesi için gerekli girişimlerde bulunulmalıdır. Çalışanlara ve araştırma görevlisi doktorlara dinlenebilecekleri ortamlar sunulmalıdır.



- Eğitici ve amirler bilgi paylaşımı kadar deneyim paylaşımına da önem vermeli, yıllık seminerler, sabah vaka toplantıları, literatür toplantıları gibi etkinlikler önceden planlanarak mesai saatleri içinde düzenli bir şekilde yapılması sağlanmalıdır.

- Kongre desteğinin endüstriye bağımlılığı azaltılarak, YÖK/Sağlık Bakanlığı tarafından kongrelere temel katılım desteği (sözlü sunum gibi) sağlanmalıdır.

- Bilimsel yayınlara ulaşmadaki sıkıntıları gidermek için Pubmed gibi çevrimiçi veri tabanlarına ulaşılabilirlik artırılmalıdır.

- Eğiticilerin yeterliliği denetlenmeli, araştırma görevlisi doktorların öğretim üyelerine yönelik geri bildirim yapabilecekleri bir sistem kurulmalıdır. Uzman hekimlerin eğitime katkıları artırılmalıdır. Asistan karnesi gibi eğitici karnesi uygulaması getirilmelidir. Kurumların verdikleri eğitimler sürekli olarak denetlenmelidir.

- Öğretim elemanlarına, eğitimin öncelikleri olması gerektiği bilinci yerleştirilmelidir. Eğitim vakası için gerekirse Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenen katsayı artırılmalıdır. Özel vakaların mesai içinde alınmaması konusunda etkili önlemlerin alınması sağlanmalıdır.

- Araştırma görevlisi doktorlar sadece hizmet elemanı olarak görülmemeli, yetkin uzman olmaları için gereken eğitimi alıp almadıkları sürekli olarak denetlenmelidir.

- Uzmanlık eğitiminde teknoloji kullanımı (cerrahi branşlar için simülasyon eğitimleri gibi) yaygın olarak eğitime dahil edilmeli ve böylece uygulama eğitimlerindeki eksiklikler giderilmelidir.

## ÖZET

**Amaç:** Tükenmişlik sendromu ve depresyon; sağlık çalışanları arasında son zamanlarda giderek daha fazla dikkat çeken önemli sağlık sorunlarıdır. Bu çalışma ile İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesi'nde görev yapmakta olan araştırma görevlisi doktorların tükenmişlik ve depresyon düzeylerinin ve bu sorunlara etki eden faktörlerin belirlenmesi amaçlanmıştır.

**Gereç ve Yöntem:** Kesitsel tanımlayıcı nitelikteki araştırmanın evrenini 01.11.2017-01.12.2017 tarihleri arasında İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi Eğitim Araştırma Hastanesi'nde görev yapmakta olan 301 araştırma görevlisi doktor oluşturdu. Araştırmada örneklem seçilmedi, evrenin tamamına ulaşılması hedeflendi, toplam 290 (%96.3) araştırma görevlisi doktor ile çalışma tamamlandı. Veriler; Kişisel Bilgi Formu, Maslach Tükenmişlik Ölçeği ve Beck Depresyon Ölçeği kullanılarak toplandı. Verilerin istatistiksel analizinde, Kolmogorov Smirnov Testi, Mann Whitney-U, Kruskal Wallis ve Spearman korelasyon katsayısı analizi kullanıldı ve  $p < 0,05$  önemli kabul edildi.

**Bulgular:** Çalışmaya katılan araştırma görevlisi doktorların yaş ortalaması  $29,1 \pm 4,4$  yıl idi. Araştırma görevlisi doktorların %51,0'nin kadın, %49,0'unun erkek, %43,4'ünün evli ve %79,0'nun ise çocuk sahibi olmadığı belirlendi. Araştırma görevlisi doktorların aldıkları MTÖ puanları ve BDÖ puanları normal dağılmıyordu ( $p < 0,001$ ). Ortanca MTÖ-DT puanı 17 (0-36), MTÖ-D puanı 8 (0-18), MTÖ-KB puanı 19 (3-28) ve BDÖ puanı 9 (0-53) olarak bulundu. Tükenmişlik puanları kadınlarda, son bir yılda tatil yapmayanlarda, sosyal etkinliklere katılımı yetersiz olanlarda, psikiyatrik ilaç kullananlarda, uyku sorunu yaşayanlarda, sigara ve alkol kullananlarda, mesleğini ve bölümünü istemeden seçmiş olanlarda, çalışma ortamındaki fiziksel şartların yeterli olmadığını, nöbet sayısının kabul edilebilir düzeyin üstünde olduğunu, eğitim araştırma hedeflerinin öncelikli olmadığını, bölümlerinde standart bir asistan eğitimi olmadığını, sürekli tip eğitimi için ayrılan sürenin yeterli olmadığını düşünenlerde, bölümleri ile ilgili yayınları düzenli takip edemeyenlerde, bilimsel toplantılara yeterli düzeyde katılamayanlarda, amirleri ve diğer sağlık

personelleri ile uyum içinde çalışmadığını ifade edenlerde, amirleri ve çalışma arkadaşları tarafından takdir edilmediğini düşünenlerde, bölümlerinden memnun olmayan ve imkanları olsa farklı bir bölümü seçmeyi düşünenlerde, hasta yakını şiddeti ve tehditine maruz kalanlarda daha yüksek saptandı. Haftalık çalışma süresi, günde bakılan ortalama hasta sayısı, ayda tutulan nöbet sayısı arttıkça tükenmişlik puanlarının yükseldiği bulundu ( $p<0,05$ ). Depresyon puanı ise gelir düzeyi düşük olanlarda, sosyal etkinliklere katılımı yetersiz olanlarda, psikiyatrik ilaç kullananlarda, uyku sorunu yaşayanlarda, sigara ve alkol kullananlarda, bölümünü istemeden seçmiş olanlarda, nöbet sayısının kabul edilebilir düzeyin üstünde olduğunu düşünenlerde, bilimsel toplantılara yeterli düzeyde katılmayanlarda, amirleri ve diğer sağlık personelleri ile uyum içinde çalışmadığını ifade edenlerde, amirleri ve çalışma arkadaşları tarafından takdir edilmediğini düşünenlerde, bölümlerinden memnun olmayan ve imkanları olsa farklı bir bölümü seçmeyi düşünenlerde, hasta yakını şiddetine maruz kalanlarda daha yüksek bulundu. Günde bakılan ortalama hasta sayısı arttıkça depresif belirtilerin arttığı saptandı ( $p<0,05$ ).

**Sonuç:** Tükenmişlik ve depresyon araştırma görevlisi doktorlarda yaygın görülen önemli bir halk sağlığı sorunudur. Gerekli müdahaleler yapılmadığında araştırma görevlisi doktorların geleceğini tehdit eder boyutlardadır. Tükenmişliği ve depresyonu etkileyen faktörlerin belirlenmesi, çalışma şartlarının düzeltilmesi ve tükenmişlik ve depresyon ile baş etmeye yönelik önlemlerin alınması bu sağlık sorunlarından korunulmasında etkili olacaktır.

**Anahtar Sözcükler:** Tükenmişlik, Depresyon, Araştırma Görevlisi Doktor

## ABSTRACT

### **Evaluation of the Level of Burnout, Depression and Related Factors on Researcher Doctors working at Katip Celebi University Faculty of Medicine as Doctors.**

**Aim:** Burnout syndrome and depression; are important health problems that have become increasingly popular among health professionals recently. In this study, we aimed to determine the prevalence of burnout and depression among researcher doctors who are working in İzmir Katip Celebi University Faculty of Medicine Atatürk Education Research Hospital and to evaluate the factors affecting these problems.

**Methods:** The universe of this descriptive and cross-sectional study was formed by 301 researcher doctors who were working at İzmir Katip Celebi University Faculty of Medicine Training and Research Hospital between 01.11.2017 - 01.12.2017. We did not select a sample in this study and we aimed to reach the whole of the universe, and a total of 290 (96.3%) researcher doctors participated to the study. Data was collected by using; Personal Information Form, Maslach Burnout Scale and Beck Depression Scale. The data was analysed using Kolmogorov-Smirnov test, Mann Whitney-U, Kruskal-Wallis and Spearman correlation, and  $p < 0.05$  was considered as statistically significant.

**Results:** The mean age of the researcher doctors was  $29.1 \pm 4.4$  years. Among researcher doctors: 51,0% were women, 49,0% were men, 43,4% were married and 79,0% of the married researcher doctors had a child. Maslach burnout inventory scores and Beck depression inventory scores were not normally distributed ( $p < 0.001$ ). The median emotional exhaustion score was 17 (0-36), the depersonalization score was 8 (0-18), the personal accomplishment score was 19 (3-28), and the Beck depression inventory score was 9 (0-53). Burnout scores were significantly higher among following groups; women, ones who couldn't go on vacation during last year, not participating in social activities, taking psychiatric medication, having sleep problems, using cigarettes and alcohol, when they had unwillingly chosen their profession and department, they found

that the physical conditions in the working environment were not adequate and having higher number of shifts than acceptable, among those who think that the educational research is not a priority, when there is no standard assistant doctor training in the department, among those who think that continuous type of medical education is not enough, among those who can not regularly follow the publications related to their departments, among those who can not participate to scientific meetings adequately, those who mentioned that they could not work in harmony with supervisors and other health personnel, those who think they are not appreciated by their supervisors and colleagues, among those who might choose a different department if they had the opportunity, and who were exposed to intimidation and threat and relatives' complaints. Weekly working time, the average number of patients seen per day and number of shifts in a month were higher among those who had high burnout scores ( $p < 0.05$ ). The depression score was higher in those who had low income, inadequate participation in social activities, psychiatric drug users, having sleeping problems, smokers and alcohol users, when they had unwillingly chosen their department, think that the number of shifts was above the acceptable level, among those who can not participate to scientific meetings adequately, those who mentioned that they could not work in harmony with supervisors and other health personnel, those who thought they were not appreciated by their supervisors and colleagues, those who were not satisfied with their departments and who were considering to choose a different department if they had opportunities and who were exposed to intimidation and threat and relatives' complaints. Depressive symptoms increased as the average number of outpatient consultations per day increased. ( $p < 0.05$ ).

**Conclusion:** Burnout and depression are important public health problems that are common in researcher doctors. It threatens the future of healthcare professionals and researcher doctors when necessary interventions are not made. Determination of the factors affecting burnout and depression, improving working conditions and taking measures to cope with burnout and depression might be effective in preventing these health problems.

**Keywords:** Burnout, Depression, Researcher doctor

## KAYNAKLAR

1. Gerilim Altında Yönetici, Albrect, K., 1988, Çev: K. Tosun vd., İ.Ü. İşletme Fakültesi, Yayın No.197, İstanbul.
2. Freudenberger H. Staff Burnout. *J Soc Issues*. 1974; 30: 159-165.
3. Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behavior*. 1981; 92: 99-113
4. Grunfeld E, Whelan TJ, Zitzelsberger L, Willan AR, Montesanto B, Evans WK. Cancer care workers in Ontario: Prevalence of burnout, job stress and job satisfaction. *CMAJ*. 2000; 163:166-9.
5. Gillespie M, Melby V. Burnout among nursing staff in accident and emergency and acute medicine: A comparative study. *J Clin Nurs*. 2003; 12:842-51.
6. Çevik A, Volkan VD. Depresyonun psikodinamik etiyojisi. Depresyon Monografaları Serisi 3. 1993. p.109-122.
7. 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): 100-108.
8. Buğdaycı R, Kurt AÖ, Şaşmaz T, Öner S. Mersin ilinde pratisyen ve uzman hekimlerde depresyon sıklığı ve etkileyen faktörler. *Toplum Hekimliği Bülteni*. 2007;26(1):32-36
9. Newbury-Birch D, Kamali F. Psychological stress, anxiety, depression, job satisfaction, and personality characteristics in preregistration house officers. *Postgrad Med J*. 2001; 77(904):109-11
10. Center C, Davis M, Detre T, Ford DE, Hansbrough W, Hendin H, Laszlo J, et al. Confronting depression and suicide in physicians. A consensus statement. *JAMA*. 2003;289:3161-3166.

**11.** Resmi Gazete. Sayı: 2009/15153.  
<http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2009/07/20090718-5.htm> (Erişim tarihi: 19.06.2018).

**12.** Türk Tabipler Birliği. Asistan Hekimin Hakları var. Talep Ediyoruz: Nitelikli Uzmanlık Eğitimi. [http://www.ttb.org.tr/kutuphane/14mart\\_asistan.pdf](http://www.ttb.org.tr/kutuphane/14mart_asistan.pdf) (Erişim tarihi: 19.06.2018).

**13.** Verimet T. “Tıp Doktoru, Diş Hekimi ve Hemşirelerde, Tükenmişlik ve Depresyon”. *Aydın Sağlık Dergisi*. 2016; 2(2): 1-23.

**14.** Firth-Cozens J. Interventions to improve physicians’ wellbeing and patient care. *Soc Sci Med*. 2001;52:215-222.

**15.** Tyssen R, Vaglum P. Mental health problems among young Doctors: an updated review of prospective studies. *Harv Rev Psychiatry*. 2002; 10(3):154-65.

**16.** Polikandrioti M. Burnout syndrome. *Health Science Journal*. 2009; 3:195-196.

**17.** Demiral Y, Akvardar Y, Ergör A, Ergör G. Üniversite Hastanesinde Çalışan Hekimlerde İş Doyumunun Anksiyete Ve Depresyon Düzeylerine Etkisi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 2015; 20(3):157-164.

**18.** Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarına Ait Kurum ve Kuruluşlar ile Devlet Üniversitelerinin İlgili Birimlerinin Birlikte Kullanımı ile İşbirliği Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik.

<http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2017/06/20170616-2.htm> (Erişim Tarihi: 19.06.2018)

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

**20.** Jackson SE, Schwab RL, Schuler RS. Toward an understanding of the burnout phenomenon. *Journal of applied psychology*. 1986;71(4):630.

- 21.** Suran G, Sheridan EP. Management of Burnout. Training Psychologists in Professional Life Span Perspectives. *Professional Psychology: Research and Practice*. 1985; 16(6):741.
- 22.** Sılığ A. Banka Çalışanlarının Tükenmişlik Düzeylerinin Çeşitli Değişkenler Açısından İncelenmesi, T.C. Eskişehir Anadolu Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Eskişehir, 2003..
- 23.** Freuderberger H, Richelson G. Burn Out, The High Cost of High Achievement 1981;6.
- 24.** Baysal A. Lise ve Dengi Okul Öğretmenlerinde Meslekte Tükenmişliğe Etki Eden Faktörler Doktora Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü 1995.
- 25.** Kumar VK, Weil PD. The Truth about Burnout: How Organizations Cause Personal Stress and What to do about It. 1998; 51(2):542.
- 26.** Storlie FJ. Burnout: the elaboration of a concept. Burnout: the elaboration of a concept. *AJN The American Journal of Nursing*. 1979;79(12):2108-2111.
- 27.** Çam O. The burnout in nursing academicians in Turkey. *International Journal of Nursing Studies*. 2001;38(2):201-2017.
- 28.** Ergin C. Doktor ve Hemşirelerde Tükenmişlik ve Maslach Tükenmişlik Ölçeğinin Uyarlanması, 7.Ulusal Psikoloji Kongresi Bilimsel Çalışmaları, Hacettepe Üniversitesi, 7. Ulusal Psikoloji Kongresi Düzenleme Kurulu ve Türk Psikologlar Derneği Yayını, 22-25 Eylül 1992.
- 29.** Kırılancı Ç, Olcay M. Tükenmişlik. Saray Medikal Yayıncılık, 1. Baskı, İzmir, 1996.
- 30.** Dworkin GA. Teacher Burnout in the Public Schools: Structural Causes and Consequences for Children, State University of New York Press,1987.



- 31.** Cordes CL, Dougherty TW. A Review and An İntegration of Research on Job Burnout. *Academy of Management Review*. 1993; 18(4): 621-656.
- 32.** Cordes CL, Dougherty TW, Blum M. Patterns of burnout among managers and professionals: a comparison of models. *Journal of Organizational Behaviour*. 1997; 18 (6): 685-701
- 33.** Beverly A. Potter Preventing Job Burnout: Transforming Work Pressures into Productivity, Course Technology Crisp, California, 1995.
- 34.** Gürşimşek I, Girgin G. İzmir Örnekleminden Okul Öncesi Milli Eğitim Bakanlığına Bağlı Okullarda Hizmet Veren Öğretmenlerde Görülen Tükenmişlik Düzeyi, Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Eğitim Fakültesi, 2. Ulusal Öğretmen Yetiştirme Sempozyumu, 314-320, Çanakkale, 10-12 Mayıs 2000.
- 35.** Yıldırım F. Banka Çalışanlarında İş Doyumu ve Algılanan Rol Çatışması ile Tükenmişlik Arasındaki İlişki, T.C. Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji AD, Sosyal Psikoloji Programı, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 1996.
- 36.** Edelwich J, Brodsky A. Burn Out: Stages of Disillusionment in The Helping Professions, Human Sciences Press, New York City, 1980.
- 37.** Girgin G. İlkokul Öğretmenlerinde Meslekten Tükenmişliğin Gelişimini Etkileyen Değişkenlerin Analizi ve Bir Model Önerisi (İzmir İli Kırsal ve Kentsel Yöre Karşılaştırması), T.C. Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı Yayınlanmamış Doktora Tezi, İzmir, 1995.
- 38.** Pines A, Aronson E. Career Burnout; Causes and Cures, The Free Pres, A Division of Macmillan, Inc., New York, 1988.
- 39.** Pines AM. Occupational Burnout: A Cross-Cultural İsraeli Jewish-Arab Perspective and İts İmplications For Career Counselling. *Career development International*. 2003; 8(2): 97-106.

40. Meier ST. Toward a Theory of Burnout. *Human Relations*. 1983; 36(10): 899-910.
41. Bandura A. Perceived Self-Efficacy in Cognitive Development and Functioning. *Educational Psychologist*. 1993; 28(2): 117-148.
42. Bandura A. Self Efficacy. *Harvard Mental Health Letter*. 1997; 13(9): 4-6.
43. Bandura A, Locke EA. Negative Self-Efficacy and Goal Effects Revisited. *Journal of Applied Psychology*. 2003; 88(1): 87-99.
44. Silah M. Çalışma Psikolojisi, Selim Kitabevi Yayınları, No: 1, 2001
45. Aytaç S. Çalışma Yaşamında Kariyer Yönetimi, Planlaması, Geliştirilmesi, Sorunları, Epsilon Yayıncılık, 1997.
46. Budak G, Budak G. İşletme Yönetimi, Fakülteler Kitabevi, Barış Yayınları, 2004.
47. Hock RR. Professional Burnout Among Public School Teachers, Public Personel Management. 1988;17(2): 167-189.
48. Wright TA, Douglas GB. The Contribution of Burnout to Work Performance. *Journal of Organizational Behaviour*. 1997; 18: 491-499.
49. Cimilli C. Depresyonda sosyal ve kültürel etmenler. *Duygudurum Dizisi*. 2001;4:157-168.
50. Köknel Ö. Ruhsal Çöküntü Depresyon, Altın Kitaplar, 6. Baskı, İstanbul, 2005, s.15-17.
51. Adasal R. Ruh Hastalıkları, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Yayınları, 3. Baskı, 1976, s. 223.
52. Köroğlu E. Depresyon Nedir? Nasıl Baş Edilir? HYB Yay., 2. Baskı, Ankara, 2006, s. 13.

- 53.** American Psychiatric Association Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth Edition. Arlington, VA: American Psychiatric Association. 2013.
- 54.** Işık E. Depresyon ve Bipolar Bozukluklar, Görsel Sanatlar Matbaacılık, Ankara, 2003. s.20-32.
- 55.** Doğan O. Depresyonun Epidemiyolojisi. Duygudurum dizisi 2000; 1:29-38.
- 56.** Özmen E, Aydemir Ö, Bayraktar E. Genel Tıpta Psikiyatrik Sendromlar, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 1997.
- 57.** Aydın H, Bozkurt A, Özgen F. Duygudurum bozukluklarının genetik yönü, depresyonla ilgili nörofizyolojik ve nöroanatomik çalışmalar. Depresyon Monografileri Serisi, 1993, s. 135-152.
- 58.** NIOSH Exposure To Stress Occupational Hazards in Hospitals, Department Of Health And Human Services Centers for Disease Control and Prevention, *National Institute for Occupational Safety and Health*. Publication No. 2008–136.
- 59.** Köroğlu E, Güleç C. Psikiyatri Temel Kitabı, Hyb Yay., 2. Baskı, Ankara, 2007 s. 256
- 60.** Taneli B, Taneli Y, Taneli T, “Depresyon ve Anksiyete Bozukluklarının Birlikte Bulunmaları ve Psikofarmakolojik Tedavi Yaklaşımı”. *Psikiyatri Dünyası*. 2001; 5 (4): 116-121
- 61.** Köroğlu E, Güleç C. Psikiyatri Temel Kitabı, Hyb Yay., 2. Baskı, Ankara, 2007 s. 278.
- 62.** Yavuz R. ‘Depresyonun Kliniği’. İ. Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Depresyon, Somatizasyon ve Psikiyatrik Aciller Sempozyumu, İstanbul, 2-3 Aralık 1999, s.32.

- 63.** Danacı AE, Taşkın O, Kotlan SO, Uyar Y. “Premenstrüel Disforik Bozuklukta Semptomatolojinin Adet Döngüsüyle İlişkisi”. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2001; 2(1):15-20.
- 64.** Özdamar K. Paket Programlar İle İstatistiksel Veri Analizi, Kaan Kitabevi, Eskişehir, 2004.
- 65.** Hisli N. Beck Depresyon Envanterinin üniversite öğrencileri için geçerliği,güvenirliği. *Psikoloji Dergisi*. 1989; 7:3-13.
- 66.** Beck AT, Beamesderfer A. Assessment of depression: the depression inventory. Karger Publishers. *Psychological Measurements in Psychopharmacology*. 1974; 7: 151-169.
- 67.** Budak G, Sürgevil O. Tükenmişlik ve Tükenmişliği Etkileyen Örgütsel Faktörlerin Analizine İlişkin Akademik Personel Üzerinde Bir Uygulama. *D.E.Ü.İ.B.F. Dergisi*. 2005; 20(2),95-108.
- 68.** Kaya N, Kaya H, Ayık S, Uygur E. Bir Devlet Hastanesinde Çalışan Hemşirelerde Tükenmişlik, *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*. 2010;7(1): 401-419.
- 69.** Kılıç T, Seymen O. Sağlık Sektöründe Tükenmişlik Sendromuna Etki Eden Faktörlerin Analizi ve Bir Araştırma, *Yönetim ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi*. 2011; (16): 47-67.
- 70.** Akpınar AT, Taş Y. Acil Servis Çalışanlarının Tükenmişlik ve İş Doyum Düzeyleri Arasında İlişkiyi Belirlemeye Yönelik Bir Araştırma. *Türkiye Acil Tıp Dergisi*. 2011; 11(4):161-165.
- 71.** Barutçu E, Serinkan C. Günümüzün Önemli Sorunlarından Biri Olarak Tükenmişlik Sendromu ve Denizli’de Yapılan Bir Araştırma. *Ege Akademik Bakış*. 2008; 8(2): 541-561.
- 72.** Metin Ö, Özer FG. Hemşirelerin Tükenmişlik Düzeyinin Belirlenmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 2007; 10(1): 58-66.

- 73.** Haran S, Özgüven HD, Ölmez Ş. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastaneleri ve Ankara Numune Hastanesi'nde Çalışan Doktor ve Hemşirelerde Tükenmişlik Düzeyleri. *Kriz Dergisi*. 2000; 6(1): 75-84.
- 74.** Özkan C. Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde Araştırma Görevlisi Olarak Çalışan Doktorlarda Tükenmişlik Sendromunu Etkileyen Faktörler, Uzmanlık Tezi, Mersin, 2012
- 75.** Özkula G, Durukan E. Hekimlerde Tükenmişlik Sendromu: Sosyodemografik Özelliklerin Rolü. Düşünen Adam. *The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*. 2017; 30:136-144
- 76.** Ersoy S, Kavalcı C, Yel C, Yılmaz F, Kavalcı G, Aslan Ö. Tıp Fakültesi Hastaneleri ve Sağlık Bakanlığı Eğitim ve Araştırma Hastaneleri'nde çalışan Acil Tıp Asistanlarının Tükenmişlik Düzeylerinin Karşılaştırılması. *Ankara Med J*. 2014; 14(2): 41-45.
- 77.** Çolak Oray N, Balcı B, Özlem EN, Özaçar E, Abalı L, İbiş MA, Öncel T. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıpta Uzmanlık Öğrencilerinin Mesleki Tükenmişlik Düzeyleri. *DEÜ Tıp Fakültesi Dergisi*. 2013; 27(2): 67-73.
- 78.** Bahadır E, Kalender B. Sağlık Çalışanlarında Depresyon Tükenmişlik Ve Yaşam Kalitesi Düzeylerinin İncelenmesi. *Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi*. 2017; 5(40): 454-465
- 79.** Grasse J. Improving the mental health of doctors. *BMJ Career Focus*. 2003; 327:188.
- 80.** Iacovides A, Fountoulakis KN, Moysidou C, Ierodiakonou C. Burnout in nursing staff: is there a relationship between depression and burnout? *Int J Psychiatry Med*. 1999; 29:421-433.
- 81.** Demir F, Ay P, Erbaş M, Özdil M, Yaşar E. The Prevalence of Depression and its Associated Factors among Resident Doctors Working in a Training Hospital in Istanbul. *Turk Psikiyatri Dergisi*. 2007; 18(1): 31.

- 82.** Mc Knight JD, Glass DC. Perceptions of control, burnout and depressive symptomatology: a replication and extension. *J Consult Clin Psychol* 1995; 63:490-494
- 83.** Erol A, Sarıççek A, Şeref G. Asistan hekimlerde tükenmişlik: İş doyumu ve depresyonla ilişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2007,8(4):241-247.
- 84.** Kaçmaz N. Tükenmişlik Sendromu. *İstanbul Tıp Fakültesi Dergisi*. 2005; 68(1): 29-32.
- 85.** Ertuğrul E. Üniversite Uygulama ve Araştırma Hastanesinde Çalışan Hemşire, Ebe, Sağlık Memuru ve Acil Tıp Teknisyenlerinde Tükenmişlik ve Depresyon Düzeyinin Değerlendirilmesi, Yüksek Lisans Tezi, Zonguldak, 2010.
- 86.** Kaya M, Üner S, Karanfil E, Uluyol R, Yüksel F, Yüksel M. Birinci Basamak Sağlık Çalışanlarının Tükenmişlik Durumları. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 2007; 6(5):357–363.
- 87.** Özbayır T, Demir F, Candan Y, Dramalı A. Ameliyathane Hemşirelerinin Tükenmişliğinin İncelenmesi. *Hemşirelik Forumu Dergisi*. 2006; 2(2):18–25.
- 88.** Demir S. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastaneleri Çalışanlarının Tükenmişlik ve İş Doyumu Düzeylerinin Bazı Değişkenler Açısından İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Atılım Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Kurumları İşletmeciliği Anabilim Dalı, Ankara, 2010.
- 89.** Kurçer MA. Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Hekimlerinin İş Doyumu ve Tükenmişlik Düzeyleri. *Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 2005;2(3):10-15.
- 90.** Aslan D, Kiper N, Karaağaoğlu E, Topal F, Güdük M, Cengiz ÖS. Türkiye'de Tabip Odalarına Kayıtlı Olan Bir Grup Hekimde Tükenmişlik Sendromu ve Etkileyen Faktörler. *Ankara, Türk Tabipleri Birliği Yayınları*, 2005: 49.

- 91.** Havle N, İlnem M C, Yener F, Gümüş H. İstanbul'da Çalışan Psikiyatristlerde Tükenmişlik, İş Doyumu ve Bunların Çeşitli Değişkenlerle İlişkisi. *Düşünen Adam*, 2008; 21(1-4): 4-13.
- 92.** Sünter AT, Canbaz S, Dabak Ş, Öz H, Pekşen Y. Pratisyen Hekimlerde Tükenmişlik, İşe Bağlı Gerginlik Ve İş Doyumu Düzeyleri. *Genel Tıp Dergisi*. 2006; 16(1): 9-14.
- 93.** Bircan M, Ak A, Bayrak D, Kaya H, Gül M, Cander B. Acil Tıp Hizmeti Veren Hekimlerde Tükenme Sendromu. *Akademik Acil Tıp Dergisi*. 2005; 4(7): 51-54.
- 94.** Özyurt A, Hayran O, Sur H. Predictors Of Burnout And Job Satisfaction Among Turkish Physicians. *Qjm: Monthly Journal Of The Association Of Physicians*, 2006; 99(3): 161-9.
- 95.** Acar H, Çakır M. Lise Öğrencilerinin Tükenmişlik Düzeylerinin İncelenmesi: Yeşilova İlçesi Örneği. Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, Haziran 2015, Sayı 34, 152 -168
- 96.** Bilici M, Mete F, Soylu C. Bir grup akademisyende depresyon ve tükenme düzeyleri. *Türk Psikiyatri Derg*. 1998; 9:181-189.
- 97.** Halbesleben JR, Rathert C. Linking physician burnout and patient outcomes: exploring the dyadic relationship between physicians and patients. *Health Care Manage Rev*. 2008;33(1):29-39.
- 98.** Başpınar R, Gökşin Cihan F, Kutlu R. Tıpta Uzmanlık Öğrencisi Hekimlerde Depresyon Sıklığı ve Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi. *Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Dergisi*. 2016;7(25):1-9.
- 99.** Elmas Ü. 5. ve 6. sınıf tıp öğrencilerinde anksiyete, depresyon ve tükenmişlik düzeyi, Trakya Üniversitesi, Uzmanlık tezi, 2012.
- 100.** Yavuzylmaz A, Topbas M, Çan E, Çan G, Özgün S. Trabzon İl Merkezindeki Sağlık Ocakları Çalışanlarında Tükenmişlik Sendromu ile İş

Doyumu Düzeyleri ve İlişkili Faktörler. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni 2007,6(1):41–50.

**101.** Sahin D, Turan FN, Alparslan N, Sahin İ, Faikoğlu R, Görgülü A. Devlet Hastanesinde Çalışan Sağlık Personelinin Tükenmişlik Düzeyleri. *Nöropsikiyatri Arsivi Dergisi* 2008, 45(4):116–12.

**102.** Yüksel C. Hemşirelerde Uyku Kalitesi İş Doyumu ve Tükenmişlik Arasındaki İlişkinin İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Bilim Dalı, Eskişehir, 2013.

**103.** Özyurt A. İstanbul hekimlerinin iş doyumu ve tükenmişlik düzeyleri, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış yüksek lisan tezi, 2003.

**104.** Karlıdağ R. Hekimlerde iş doyumu ve tükenmişlik düzeyi. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2000;11:1:49-57.

**105.** Toker İ. Acil Tıp Uzmanlık Öğrencilerinde İş Doyumu ve Tükenmişlik Düzeylerini Etkileyen Faktörler, Uzmanlık Tezi, Mersin, 2013.

**106.** Yakut Hİ, Kapısız SG, Durutuna S, Evran A. Sağlık Alanında Çalışma Yaşamında Tükenmişlik. *The Journal of Gynecology Obstetrics and Neonatology*. 2013; 10(38): 1564-1571.

**107.** Yılmaz TD. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastaneleri'nde Tıpta Uzmanlık Öğrencilerinin Tükenmişlik Düzeyi ve İlişkili Etmenler. Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 2009.

**108.** Al-Duabi SAR, Rampal KG. Prevalance and Associated Factors of Burnout Among Doctors in Yemen. *Journal of Occupational Health*. 2010;52(1):58-65.

**109.** Rossouw L, Seedat S, Emsley RA, Suliman S, Hagemester D. 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):567-573.

**110.** Blanchard P, Truchot D, Albiges-Sauvin L, et al Prevalence And Causes Of Burnout Amongst Oncology Residents: A Comprehensive Nationwide Cross-Sectional Study. *European Journal Of Cancer*, 2010; 46(15): 2708–2715.

**111.** Sandström A, Rhodin NR, Lundberg M, Olsson T, Nyberg L. Impaired Cognitive Performance in Patients with Chronic Burnout Syndrome. *Biological Psychology*. 2005; 69: 271-279.

**112.** Dabak R, Özçınar M, Sargın M, Tamer İ, Orbay E. Asistan Doktorlarda Tükenme (Burnout) Sendromu. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*. 2007; 11(2): 67-71.

**113.** Oruç S. Özel Eğitim Alanında Çalışan Öğretmenlerin Tükenmişlik Düzeylerinin Bazı Değişkenler Açısından İncelenmesi, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Adana, 2007.

**114.** Turgut N, Karacalar S, Polat C, Kıran Ö, Gültop F, Kalyon ST ve ark. Uzmanlık Eğitimindeki Doktorlarda Tükenmişlik Sendromu. *Turkish J Anesthesiol Reanim*. 2016;44:258-264.

**115.** Bertges Yost W, Eshelman A, Raoufi M, Aboul-joud MS. A national study of burnout among American transplant surgeons. *Transplant Proc*. 2005; 37:1399-1401.

**116.** Campbell Da, Sonnad SS, Eckhauser FE, Campbell KK, Greenfield LJ. Burnout among American surgeons. *Surgery*. 2001;130:696-702.

**117.** Johnson JT, Wagner RL, Rueger RM, Goepfert H. Professional burnout among head and neck surgeons: results of a survey. *Head Neck*. 1993; 15:557-560.

- 118.** Altay B, Gönener D3, Demirkıran C. Bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin tükenmişlik düzeyleri ve aile desteğinin etkisi. *Fırat Tıp Dergisi* 2010;15(1):10-16.
- 119.** Aktürk N, Akman F, Ellidokuz AH, Kınay M. Türkiye’de radyasyon onkolojisi anabilim dalında çalışmakta olan araştırma görevlisi hekimlerde tükenmişlik ve depresyon düzeyleri ve etki eden faktörlerin değerlendirilmesi. *Türk Onkoloji Dergisi*. 2015;30(3):109-117.
- 120.** Arslan H, Ünal M, Aslan O, Gürkan SB, Alparlan ZN. Pratisyen hekimlerde tükenme düzeyleri. *Düşünen Adam*. 1996;9(3):48-52.
- 121.** Rosenberg T, Pace M. Burnout among mental health professionals: special considerations for the marriage and family therapist. *J Marital Fam Ther*. 2006; 32:87-99.
- 122.** Gopal R, Glasheen JJ, Miyoshi TJ, Prochazka AV. Burnout and internal resident work-hour restrictions. *Arch Intern Med*. 2005; 165:2595-2600.
- 123.** Martini S, Arfken CL, Balon R. Comparison of burnout among medical residents before and after the implementation of work hours limits. *Acad Psychiatry*. 2006; 30:352-355.
- 124.** Barrack RL, Miller LS, Sotile WM, Sotile MO, Rubash HE. Effect of duty hour standards on burnout among orthopaedic surgery residents. *Clin Orthop Relat Res*. 2006; 449:134-137.
- 125.** Martin F, Poyen D, Boudierlique E, Gouvernet J, Rivet B, Disdier P et al. Depression and burnout in hospital health care professionals. *Int J Occup Environ Health*. 1997; 3:204-209.
- 126.** Akbolat M, Işık O. Sağlık Çalışanlarının Tükenmişlik Düzeyleri: Bir Kamu Hastanesi Örneği. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*. 2008; 11(2):229-254.

**127.** Nart S. İş Ortamında Şiddet, Tükenmişlik ve İş Tatmini İlişkileri: Sağlık Çalışanları Üzerinde Bir Araştırma. *Yönetim ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi*. 2014;(23):248-268.

**128.** 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(s412):144-147.

**129.** Dursun S. İşyeri Şiddetinin Çalışanların Tükenmişlik Düzeyi Üzerine Etkisi: Sağlık Sektöründe Bir Uygulama. *Çalışma İlişkileri Dergisi*. 2012;3(1):105-115.

## EK 1

İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde Araştırma Görevlisi Olarak Çalışan Doktorlarda Tükenmişlik ve Depresyon Düzeyleri ve Etki Eden Faktörlerin Değerlendirilmesi

### Kişisel Bilgi Formu

1. Kaç yaşındasınız?.....
2. Cinsiyetiniz?
  - 1) Kadın
  - 2) Erkek
3. Medeni durumunuz nedir?
  - 1) Evli
  - 2) Bekar
  - 3) Boşanmış/Dul
4. Toplam aylık gelir düzeyiniz?.....
5. Çocuğunuz var mı?
  - 1) Yok
  - 2) Var
  - Varsa kaç tane .....
6. Tanı konulmuş herhangi bir kronik hastalığınız var mı?
  - 1) Yok
  - 2) Var
  - Varsa belirtiniz .....
7. Düzenli olarak kullandığınız bir ilaç var mı?
  - 1) Yok
  - 2) Var
8. Halen kullanmakta olduğunuz herhangi bir psikiyatrik ilaç var mı?
  - 1) Evet
  - 2) Hayır
9. Uykuya dalmakta güçlük, uyuyamama, az uyuma ya da çok uyuma gibi uyku Sorununuz var mı?
  - 1) Evet
  - 2) Hayır
10. Konut durumunuz?
  - 1) Kira
  - 2) Kendi evim
  - 3) Kendi evim değil, ama kira ödemiyorum
  - 4) Lojman
11. Son bir yıl içerisinde tatil yapabildiniz mi?
  - 1) Evet
  - 2) Hayır
12. Sosyal etkinliklere yeterince katılabiliyor musunuz?
  - 1) Evet
  - 2) Hayır



30. Çalışma ortamındaki hemşire ve diğer personel ile uyum içerisinde çalışabiliyor musunuz?
- 1) Evet                      2) Hayır
31. Amir ve çalışma arkadaşlarınızca yaptığınız işin takdir edildiğinizi düşünüyor mu sunuz?
- 1) Evet                      2) Hayır
32. Bölümünüzden memnun musunuz?
- 1) Evet                      2) Hayır
33. İmkanınız olsa farklı bir branş/bölüm seçer miydiniz?
- 1) Evet                      2) Hayır
34. Mevcut işyerinizde hasta veya hasta yakını tarafından fiziksel şiddete maruz kaldınız mı?
- 1) Evet                      2) Hayır
35. Mevcut işyerinizde hasta veya hasta yakını tarafından tehdide maruz kaldınız mı?
- 1)Evet                      2) Hayır
36. Gelecekle ilgili mesleksel kaygılarınız var mı?
- 1) Evet                      2) Hayır

## EK 2

### Maslach Tükenmişlik Ölçeği (MTÖ)

Sayın cevaplayıcı; aşağıda bireylerin işleri ile ilgili tutumlarını yansıtan ve iş ile ilgili ruh durumlarını ifade eden cümleler yer almaktadır. Lütfen her bir cümleyi dikkatle okuyarak hangi sıklıkta hissettiğinizi size uyan seçeneğe (X) işareti koyarak belirtiniz

	Hiçbir zaman	Çok nadir	Bazen	Çoğu zaman	Her zaman
1. İşimden soğuduğumu hissediyorum.	0	1	2	3	4
2. İş dönüşü kendimi ruhen tükenmiş hissediyorum.	0	1	2	3	4
3. Sabah kalktığımda, bir gün daha bu işi kaldıramayacağımı hissediyorum.	0	1	2	3	4
4. İşim gereği karşılaştığım insanların ne hissettiğini hemen anlarım	0	1	2	3	4
5. İşim gereği karşılaştığım insanlara sanki insan değillermiş gibi davrandığımı fark ediyorum.	0	1	2	3	4
6. Bütün gün problemlerle insanlarla uğraşmak benim için gerçekten çok yıpratıcı.	0	1	2	3	4
7. İşim gereği karşılaştığım insanların sorunlarına en uygun çözüm yollarını bulurum.	0	1	2	3	4
8. Yaptığım işten yıldığımı hissediyorum.	0	1	2	3	4
9. Yaptığım iş sayesinde insanların yaşamına katkıda bulunduğuma inanıyorum	0	1	2	3	4
10. Bu işte çalışmaya başladığımdan beri insanlara karşı sertleştim	0	1	2	3	4
11. Bu işin beni giderek katılaştırmasından korkuyorum.	0	1	2	3	4
12. Çok şeyler yapabilecek güçteyim.	0	1	2	3	4
13. İşimin beni kısıtladığını hissediyorum.	0	1	2	3	4
14. İşimde çok fazla çalıştığımı hissediyorum.	0	1	2	3	4
15. İşim gereği karşılaştığım insanlara ne olduğu umurumda değil	0	1	2	3	4
16. Doğrudan doğruya insanlar ile çalışmak bende çok fazla stres yaratıyor.	0	1	2	3	4
17. İşim gereği karşılaştığım insanlarla aramda rahat bir hava yaratırım.	0	1	2	3	4
18. İnsanlarla yakın bir çalışmadan sonra kendimi canlanmış hissediyorum.	0	1	2	3	4
19. Bu işte birçok kayda değer başarı elde ettim.	0	1	2	3	4
20. Yolun sonuna geldiğimi hissediyorum.	0	1	2	3	4
21. İşimdeki duygusal sorunlara serin kanlılıkla yaklaşırım.	0	1	2	3	4
22. İşim gereği karşılaştığım insanların bazı problemlerini sanki ben yaratmışım gibi davrandıklarını hissediyorum.	0	1	2	3	4

### EK 3

#### Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)

Sayın cevaplayıcı aşağıda gruplar halinde cümleler verilmektedir. Öncelikle her gruptaki cümleleri dikkatle okuyarak, **BUGÜN DAHİL GEÇEN HAFTA** içinde kendinizi nasıl hissettiğini en iyi anlatan tek bir cümleyi seçiniz.

Bilimsel katkı ve yardımlarınız için sonsuz teşekkürler.

**A- 0. Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissetmiyorum.**

1. Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
2. Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
3. O kadar üzüntülü ve sıkıntılıyım ki artık dayanamıyorum.

**B- 0. Gelecek hakkında mutsuz ve karamsar değilim.**

1. Gelecek hakkında karamsarım.
2. Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
3. Geleceğim hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.

**C- 0. Kendimi başarısız bir insan olarak görmüyorum.**

1. Çevremdeki birçok kişiden daha çok başarısızlıklarım olmuş gibi hissediyorum.
2. Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.
3. Kendimi tümüyle başarısız biri olarak görüyorum.

**D- 0. Birçok şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.**

1. Eskiden olduğu gibi her şeyden hoşlanmıyorum.
2. Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
3. Her şeyden sıkılıyorum.

**E- 0. Kendimi herhangi bir şekilde suçlu hissetmiyorum.**

1. Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
2. Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
3. Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.

**F- 0. Bana cezalandırılmışım gibi geliyor.**

1. Cezalandırılabilirim hissediyorum.
2. Cezalandırılmayı bekliyorum.
3. Cezalandırıldığımı hissediyorum.



**G- 0. Kendimden memnunum.**

1. Kendi kendimden pek memnun değilim.
2. Kendime çok kızıyorum.
3. Kendimden nefret ediyorum.

**H- 0. Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.**

1. Zayıf yanların veya hatalarım için kendi kendimi eleştiririm.
2. Hatalarımdan dolayı ve her zaman kendimi kabahatli bulurum.
3. Her aksilik karşısında kendimi hatalı bulurum.

**İ- 0. Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.**

1. Zaman zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm olur. Fakat yapmıyorum.
2. Kendimi öldürmek isterdim.
3. Fırsatını bulsam kendimi öldürürdüm.

**J- 0. Her zamankinden fazla içimden ağlamak gelmiyor.**

1. Zaman zaman içindem ağlamak geliyor.
2. Çoğu zaman ağlıyorum.
3. Eskiden ağlayabilirdim şimdi istesem de ağlayamıyorum.

**K- 0. Şimdi her zaman olduğumdan daha sinirli değilim.**

1. Eskisine kıyasla daha kolay kızıyor ya da sinirleniyorum.
2. Şimdi hep sinirliyim.
3. Bir zamanlar beni sinirlendiren şeyler şimdi hiç sinirlendirmiyor.

**L. 0. Başkaları ile görüşmek, konuşmak isteğimi kaybetmedim.**

1. Başkaları ile eskiden daha az konuşmak, görüşmek istiyorum.
2. Başkaları ile konuşma ve görüşme isteğimi kaybetmedim.
3. Hiç kimseyle konuşmak görüşmek istemiyorum.

**M. 0. Eskiden olduğu gibi kolay karar verebiliyorum.**

1. Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
2. Karar verirken eskisine kıyasla çok güçlük çekiyorum.
3. Artık hiç karar veremiyorum.

**N- 0. Aynada kendime baktığımda değişiklik görmüyorum.**

1. Daha yaşlanmış ve çirkinleşmişim gibi geliyor.
2. Görünüşümün çok değiştiğini ve çirkinleştiğimi hissediyorum.
3. Kendimi çok çirkin buluyorum.

**O- 0. Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.**

1. Bir şeyler yapabilmek için gayret göstermem gerekiyor.
2. Herhangi bir şeyi yapabilmek için kendimi çok zorlamam gerekiyor.
3. Hiçbir şey yapamıyorum.

**P- 0. Her zamanki gibi iyi uyuyabiliyorum.**

1. Eskiden olduğu gibi iyi uyuyamıyorum.
2. Her zamankinden 1-2 saat daha erken uyanıyorum ve tekrar uyuyamıyorum.
3. Her zamankinden çok daha erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum.

**R- 0. Her zamankinden daha çabuk yorulmuyorum.**

1. Her zamankinden daha çabuk yoruluyorum.
2. Yaptığım her şey beni yoruyor.
3. Kendimi hemen hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun hissediyorum.

**S- 0. İştahım her zamanki gibi.**

1. İştahım her zamanki kadar iyi değil.
2. İştahım çok azaldı.
3. Artık hiç iştahım yok.

**T- 0. Son zamanlarda kilo vermedim.**

1. İki kilodan fazla kilo verdim.
2. Dört kilodan fazla kilo verdim.
3. Altı kilodan fazla kilo vermeye çalışıyorum.

**U- 0. Sağlığım beni fazla endişelendirmiyor.**

1. Ağrı, sancı, mide bozukluğu veya kabızlık gibi rahatsızlıklar beni endişelendirmiyor.
2. Sağlığım beni endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zorlaşıyor.
3. Sağlığım hakkında o kadar endişeliyim ki başka hiçbir şey düşünmüyorum.

**V- 0. Son zamanlarda cinsel konulara olan ilgimde bir değişme fark etmedim.**

1. Cinsel konularla eskisinden daha az ilgiliyim.
2. Cinsel konularla şimdi çok daha az ilgiliyim.
3. Cinsel konular olan ilgimi tamamen kaybettim.

EK 4



T.C.  
İZMİR KÂTİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ  
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

GİZLİ

Sayı : 31829978-050.01.04-E.1700069957  
Konu : Girişimsel Olmayan Etik Kurulu  
Kararı

05/10/2017

Sayın Ebru TURAN  
İKÇÜ Tıp Fak. Halk Sağlığı AD

**“Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi’nde Araştırma Görevlisi Olarak Çalışan Doktorlarda tükenmişlik ve depresyon düzeyleri ve etki eden faktörlerin değerlendirilmesi”** adlı araştırma başvuru dosyanız kurulumuzda gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiştir.

**Araştırmanın yapılacağı kurumdan/klinikten izin alınması koşulu ile** çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel açıdan sakınca bulunmadığına kurulumuzun **13.09.2017 tarihli ve 188 sayılı karar numarası** ile toplantıya katılan etik kurul üyelerinin **oy birliği** ile karar verilmiştir.

Bilgilerinizi rica ederim.

*e-İmzalıdır*

Doç. Dr. Orhan GÖKALP  
Etik Kurul Başkanı

Belge Doğrulamak İçin: <http://ubs.ikc.edu.tr/ERMS/Record/ConfirmationPage/Index> adresinden AHTDEC9 kodu girerek belgeyi doğrulayabilirsiniz.

Adres : İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Çiğli Ana  
Yerleşkesi 35620 Çiğli/İzmir - TÜRKİYE

e-posta : [bulent.maral@ikc.edu.tr](mailto:bulent.maral@ikc.edu.tr)

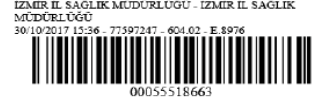
Bilgi İçin İrtibat : Bulent Maral - Memur  
Telefon : (0 232) 3293535 (Santral)  
Belgegeçer No : (0 232) 3860888  
İnternet Adresi : [www.ikc.edu.tr](http://www.ikc.edu.tr)



## EK 5



T.C.  
İZMİR VALİLİĞİ  
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ



Sayı : 77597247-604.02  
Konu : Abdullah Çete'nin Araştırma İzni

### DAĞITIM YERLERİNE

İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Asistan Doktoru Abdullah Çete'nin "Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde Araştırma Görevlisi Olarak Çalışan Doktorlarda Tükenmişlik ve Depresyon Düzeyleri ve Etki Eden Faktörlerin Değerlendirilmesi" konulu araştırmasıyla ilgili evrakları incelenmiş olup, çalışmanın hizmeti aksatmayacak şekilde ve araştırmaya katılımın gönüllülük esasına dayalı olması koşuluyla, İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde yürütülmesi uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

**e-İmzalıdır.**  
**Uzm. Dr. Bediha SALNUR**  
**İl Sağlık Müdürü**

#### **Dağıtım:**

İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim Ve Araştırma Hastanesi  
İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi

Poligon Mah. 123/11 Sk. No:6 Karabağlar/ İZMİR

Bilgi için: Meltem SERTTAŞ

Faks No: 0232 2464344

Unvan: HEMŞİRE

e-Posta: meltem.serttas@saqlik.gov.tr İnt. Adresi: <http://izmirguney.khb.saglik.gov.tr/>

Telefon No: 0232 232 32 32 / 2350

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 8987acc4-5266-4dac-a509-19cb44a2c339 kodu ile erişebilirsiniz.  
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

## ÖZGEÇMİŞ

**Abdullah ÇETE**

**Tel: 0544 740 7264**

**Adres:** 8711 Sokak No:107 Kat :1 Daire:5 Küçük Çiğli Mahallesi ÇIĞLI  
İZMİR

**Doğum Tarihi:** 25.12.1985

**Doğum Yeri:** Gaziantep

**Uyruğu:** T.C.

**Medeni Hali:** Evli

### **Eğitim Durumu:**

2014- ..... **Kâtip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi (İzmir)**  
Halk Sağlığı Tıpta Uzmanlık Eğitimi

2004 – 2011 **Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi (Bursa)**  
Lisans

1997 – 2004 **İslâhiye Opet Anadolu Lisesi (Gaziantep)**  
Ortaöğrenim

1992 – 1997 **Sakçagözü İlköğretim Okulu (Gaziantep)**  
İlköğretim

**Askerlik İle İlişği:** Yok

**Yabancı Diller:** İngilizce  
(İyi Seviyede)

## **Çalıştığı Kurumlar:**

### **2014- ..... Kâtip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi**

2014 Nisan ayında yapılan tıpta uzmanlık sınavıyla halk sağlığı anabilim dalında eğitim alma hakkını kazandım ve hala bu kurumda eğitimime devam ediyorum.

### **2013-2014: Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi**

2012 eylül ayında yapılan tıpta uzmanlık sınavıyla aile hekimliği anabilim dalında eğitim almaya hak kazandım. Aile hekimliği anabilim dalında 1 yıl eğitim gördükten sonra 2014 nisan ayında yapılan tıpta uzmanlık sınavıyla kâtip çelebi üniversitesi halk sağlığı anabilim dalını kazandım ve bu kurumda eğitim almaya başladım.

### **2011-2013: Gaziantep Nurdağı Devlet Hastanesi**

2004 yılında başladığım tıp fakültesi eğitimimi 2011 yılında tamamladım. Aynı yıl yapılan atamada aynı zamanda memleketim olan Gaziantep Nurdağı Devlet Hastanesine atandım. Bu kurumda 2 yıl boyunca acil servis hekimi olarak çalıştım. Çalıştığım esnada aynı zamanda uzmanlık eğitimi için yapılan tıpta uzmanlık sınavlarına da girdim ve 2012 eylül ayında yapılan sınavda Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi aile hekimliği bölümünü kazandım.

**Bilgisayar Bilgisi:** \* Word – Excel

\* Powerpoint

\* Spss

**İlgilenilen Alanlar:** Sinema, Müzik, Yüzme, Futbol, Masa Tenisi