

**T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

Tez Yöneticisi
Yrd. Doç. Dr. Serdar ÖZTORA

**5. VE 6. SINIF TIP ÖĞRENCİLERİNDE ANKSİYETE
DEPRESYON VE TÜKENMİŞLİK DÜZEYİ**

(Uzmanlık Tezi)

Dr. Ümit ELMAS

EDİRNE-2012

TEŐEKKÖR

Uzmanlık eğitimimde ve tez çalıőmam boyunca gösterdiği her tÖrlÖ destek ve yardımından dolayı tez danıőmanım Yrd. Doç. Dr. Serdar ÖZTORA'ya, yardım ve katkılarını esirgemeyen hocalarım Anabilim Dalı Baőkanı Prof. Dr. H. Nezih DAĞDEVİREN'e, Yrd. Doç. Dr. Ayőe AYLAN'a, eğitimimde emeği geçen tÖm hocalarıma ve birlikte çalıőtıđımız tÖm asistan arkadaşlarıma teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

GİRİŞ VE AMAÇ	1
GENEL BİLGİLER	3
ANKSİYETE BOZUKLUKLARI	3
DEPRESYON	9
TÜKENMİŞLİK SENDROMU	20
GEREÇ VE YÖNTEMLER	32
BULGULAR	36
TARTIŞMA	70
SONUÇLAR	84
ÖZET	87
SUMMARY	89
KAYNAKLAR	91
EKLER	

SİMGE VE KISALTMALAR

- BAÖ** : Beck Anksiyete Ölçeği
- BDÖ-BB** : Birinci Basamak İçin Beck Depresyon Ölçeği
- DSM-IV-TR** : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-Fourth Edition- Text Revision (Ruhsal Bozuklukların Tanımlanması ve Sınıflandırması El Kitabı, Gözden Geçirilmiş Dördüncü Baskı)
- MTÖ** : Maslach Tükenmişlik Ölçeği
- OKB** : Obsesif-Kompulsif Bozukluk
- SF** : Sosyal fobi
- DSÖ** : Dünya Sağlık Örgütü
- YAB** : Yaygın Anksiyete Bozukluğu

GİRİŞ VE AMAÇ

Sağlık çalışanları, çalışma saatleri içinde ve zaman zaman çalışma saatleri dışında çok sayıda hasta ile karşılaşmak, insan hayatı ile ilgili önemli kararlar vermek durumunda kalmak, bu kararların ciddi sonuçları ile yüz yüze olmak, sürekli olarak hata yapmaktan kaçınmaya çalışmak gibi durumlarla karşı karşıyadırlar. Özellikle sağlık alanında çalışan kişiler psikolojik duygusal ve fiziksel stresin etkisi altındadırlar (1,2). Çalışma yaşamındaki streslerin kısa erimli sonuçları arasında ise anksiyete yer almaktadır (3). Yaşanan anksiyete kişinin düşünme, algılama ve öğrenme yetilerini bozabilir. Kişide dikkatini toplayamama, öğrendiğini anımsayamama ve olaylar ya da kişiler arasında gerekli bağlantıları kuramama durumu görülebilir. Bunun sonucunda kişinin dikkati seçici olur ve bazı noktalara odaklanırken diğerlerine üstünkörü bakar duruma gelebilir (4,5).

Farklı ülkelerde yürütülmüş olan araştırmalarda, hekimler ve tıp fakültesi öğrencileri arasında depresyonun öncelikli sağlık sorunları arasında yer aldığı ortaya konmuştur (6-8). Günümüzde doktorların üstlenmiş olduğu görevi yerine getirirken karşılaştıkları çeşitli stres etkenleri (artmış çalışma saatleri, uykusuzluk, yetersiz destek mekanizmaları, hasta ölümü, yüksek sorumluluk alma gereği, olumsuz iş ilişkileri) ve doktorlara duyulan saygıda gözle görünür bir şekilde var olan azalma sonucu hekimler daha riskli bir topluluk halini almaktadır (3,6). Ayrıca hekim ve tıp fakültesi öğrencilerinin genellikle yardıma ihtiyaçları olduğu halde bunu talep etmemeleri ve sorunlarını kendi başlarına çözebilecekleri kanısına sahip olmaları, ruhsal sorunlar geliştiğinde sağlık hizmetlerinden yararlanmalarını da güçleştirmektedir (8,9). Depresyon gelişmiş hekimlerin sadece çok küçük bir bölümünün tıbbi tedavi aldığı ve kendi reçetelendirdikleri ilaçları kullandıkları gösterilmiştir (7).

Yaptıkları iş nedeniyle, hekimlerin ruh sağlığı sadece kendilerini değil, toplumu da

yakından ilgilendirmektedir. Hekimlerde depresyon varlığı, verdikleri hizmetin niteliğini olumsuz olarak etkilemekte ve iş yaşamında ciddi sorunlara yol açmaktadır (7).

Gençlik dönemi, bireyin sosyal ve fiziksel değişiklikler yaşadığı, duygusal, davranışsal, cinsel, ekonomik, akademik ve toplumsal bir çok çatışma yaşadığı, psikososyal ve cinsel olgunlukla birlikte kimlik bulma çabalarının arttığı bir çelişkiler dönemidir. Bu dönemde üniversite gençliğinin ruhsal sağlığı, toplumsal sağlığın önemli bileşenlerinden biri olmaktadır (10-13). Psikiyatri kliniklerine başvuruda öğrenciler için kadın olmak, yaş, ailesinden uzakta yaşamak gibi faktörler başvuruyu arttıran faktörler olarak bildirilmektedir (13,14). Öğrencilerde danışmanlık servislerine en çok başvurunun, %62 oranında depresif belirti kaynaklı olduğu belirtilmektedir (15,16).

Yapılan çalışmalar tükenme ile karşılaşma riskinin doktorlar, hemşireler, diş hekimleri, öğretmenler, polisler, psikologlar, çocuk bakıcıları gibi insanlarla yüz yüze çalışan mesleklerde diğer mesleklere göre daha yüksek olduğunu göstermektedir.

Tükenmişlik sendromunun ortaya çıkmasında insanların kişilik özellikleri rol oynayabilir, ancak içinde buldukları iş koşullarının özellikleri bu konuda daha önemli olan risk faktörleri arasında yer almaktadır. İş yükünün fazla olması, çalışma saatlerinin uzun olması, kronik hastalar ile uğraşmak, iş yerinde ilişki ve görev paylaşımı sorunlarının yaşanması “tükenme” de rol oynamaktadır (17). Meslek grupları içerisinde doktorların mesleki açıdan daha fazla tükenmişlik yaşadıkları bilinmektedir (18,19). Son dönemlerde yapılan araştırmalar hekimlerin tükenmişliklerinin temellerinin tıp fakültesinde atıldığına işaret etmektedir (20). Mesleğe bağlı yıpranma öğrencilik yıllarında başlamakta, artarak devam etmekte ve bu durum en belirgin olarak tıp fakültesi son sınıfında yaşanmaktadır (18).

Bu çalışmada genç ve üniversitede olmaları ve de hekim olmaları nedeniyle normal topluma oranla çok daha fazla risk altında olan Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde eğitim gören 5 ve 6. sınıf tıp öğrencilerinin anksiyete, depresyon ve tükenmişlik düzeylerinin belirlenmesi, sosyodemografik özelliklerin ve ilişkili olabilecek etkenlerin araştırılarak değiştirilebilir faktörlerin tespit edilmesi amaçlanmıştır.

GENEL BİLGİLER

ANKSİYETE BOZUKLUKLARI

Anksiyete Kavramı

Anksiyete nedeni bilinmeyen, içten gelen, belirsiz, korku, kaygı, sıkıntı, kötü bir şey olacaktı endişesi ile yaşanan bir bunaltı duygusudur. Yaşamı tehdit eden ya da tehdit şeklinde algılanan bir çeşit alarm duygusudur. İçten ya da dıştan gelen tehlikeler ya da tehlike beklentilerine karşı yaşanan bir tepkidir (21). Kişi bunu sanki kötü bir şey olacaktı gibi nedeni belirsiz bir sıkıntı, bir endişe duygusu olarak algılar (22).

Freud 1894'te anksiyeteyi, motivasyonel bir durum ve defansif bir davranış olarak tanımlamıştır (23). Anksiyete, stresli durumlara karşı normal bir cevap, fizyolojik, psikolojik olarak deneyimlenen gerçek veya gerçek olmayan tehlikenin algılanmasına emosyonel bir reaksiyondur. İnsanın varoluşu için gerekli yaşamsal bir güç, bireyin olgunlaşma sürecinde kuvvetli bir faktördür (24). Webster sözlüğüne göre anksiyete, olması yakın ya da olmuş bir tersliğin yarattığı acı veren bir huzursuzluktur (3).

Anksiyete bozuklukları toplumda en yaygın görülen ruhsal bozukluklardır. Yetişkindekine benzer bir şekilde, anksiyete bozuklukları çocuk ve ergenlerde de en sık görülen ruhsal bozukluklardır (25,26). 1990'lardan bu yana anksiyete bozuklukları üzerinde daha fazla durulmaktadır. Dünyada çeşitli ülkelerde yapılan çalışmalarda yaşam boyu yaygınlığa ilişkin benzer oranlar saptanmıştır. Amerika'da yapılan bir çalışmada ise Amerikan toplumunda yaklaşık olarak dört erişkinden birinde anksiyete bozukluğu bulunmuştur.

Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından yayımlanan Ruhsal Bozukluklar için Tanı ve

İstatistik kitabında (DSM-IV-TR)' de tanımlanan şekli ile anksiyete bozukluklarının sınıflaması aşağıda yazıldığı şekildedir (21).

Sınıflama:

Anksiyete bozuklukları DSM-IV'te alt başlıklar olarak ele alınmıştır:

1. Yaygın Anksiyete Bozukluğu
2. Panik Bozukluk
 - a-Agorafobi ile birlikte
 - b-Agorafobi ile birlikte olmayan
3. Özgül Fobi
4. Sosyal Fobi
5. Obsesif-Kompulsif Bozukluk (OKB)
6. Posttravmatik Stres Bozukluğu (PTSB)
7. Akut Stres Bozukluğu
8. Genel Tıbbi Duruma Bağlı Anksiyete Bozukluğu
9. Madde Kullanımına Bağlı Anksiyete Bozukluğu
10. Başka Türü Adlandırılmayan Anksiyete Bozukluğu

Anksiyetenin Etyolojisi

1. Psikolojik varsayımlar

a. Psikoanalitik varsayım: Bu görüşe göre anksiyete temelde bir iç çatışmanın (intrapsişik) ürünüdür. Buradaki çatışma benlik ile alt benlik, ya da benlik ile üst benlik arasında oluşabilir. Alt benlikten haz ilkesi doğrultusunda doyum arayan dürtüler üst benliğin gerçekleri tarafından engellenir. Benlik bunlar arasındaki çatışmayı çözerek dürtüyü bastırırsa (regresyon) sorun çözülür. Benlik çatışmayı çözemezse, bastıramazsa bunu tehlike olarak algılar. Bütün bu süreç bilinç dışında yaşanır. Bilinç alanında ise ortaya anksiyete çıkar. Buna "serbest yüzen anksiyete" denir. Bastırma işe yaramadığında bu çatışmayla baş etmek için diğer savunma düzeneklerini kullanırsa, kullandığı savunma düzeneğine göre diğer anksiyete bozukluklarının klinik tabloları gelişir.

b. Davranışçı varsayım: Davranışçı görüşe göre anksiyete öğrenilmiş bir süreçtir. Koşullu uyarılar koşulsuz tepkilere neden olur. Ayrıca sosyal öğrenme ile ailenin tepkileri de model olarak alınır.

c. Bilişsel (kognitif) varsayım: Bu varsayıma göre anksiyetenin nedeni olayın kendisi değil, bu olayın kişi tarafından nasıl yorumlandığı, nasıl algılandığıdır. Olayların çarpıtılmış düşünce örüntüleriyle algılanması sonucunda anksiyete ortaya çıkar (21).

2) Biyolojik varsayımlar: Anksiyete bozukluklarında otonom sinir sisteminde sempatik etkinliğin arttığı, buna bağlı olarak fizyolojik belirtilerin ortaya çıktığı düşünülmektedir. Biyokimyasal olarak yapılan çalışmalarda nörotransmitterler üzerinde durulmakta, noradrenalin ve serotonin düzeylerinin arttığı, GABA (Gama Amino Bütirik Asit) düzeyinin azaldığı düşünülmektedir. Santral adenzin, kolesistinin ve glutamat ile birlikte NO'nun (Nitrik Oksit) da anksiyete oluşumunda önemli bir role sahip olduğunu düşündüren önemli ipuçları bulunmaktadır (27). Ayrıca bazı nörokimyasal maddelerin (sodyum laktat gibi) verilmesiyle yapay olarak panik nöbetleri ortaya çıkarılabilmektedir. Amigdalada aşırı aktivite ve düzenleme bozukluğu sosyal anksiyete ile ilişkili olabilir (28). Bunların dışında kalıtsal bir yatkınlığın olduğundan da söz edilmektedir .

Anksiyete Bozukluklarının Epidemiyolojisi

Anksiyete en yaygın psikiyatrik bozukluk grubunu oluşturur (28). Anksiyete belirtilerinin toplumumuzda görülme sıklığı %10-30 arasında bildirilmektedir (4,29). Anksiyetenin genel nüfustaki yaygınlık oranı %4-6 olarak bildirilmektedir. Kadınlarda genellikle erkeklere göre iki kat sık görülmektedir (30). Sosyoekonomik durum yükseldikçe anksiyete bozukluklarının oranı azalır (28).

Panik bozukluğu: Çeşitli ülkelerde yapılan epidemiyolojik çalışmaların sonuçları, panik bozukluğunun yaşamboyu prevalansının %1,5-2,5 olduğunu ortaya koymuştur. Panik ataklarının yaşamboyu prevalansı ise, kullanılan tanı ölçütlerine göre değişmekle birlikte, birçok ülkede %7 ile %9 arasında bulunmuştur (31,32). Panik bozukluğu birinci basamak sağlık hizmetlerinin verildiği kurumlara başvuran hastalar arasında da sık görülmektedir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından yapılan ve ICD-10'a (İnternational Classification of Diseases-10) göre tanı konulan uluslararası bir çalışmada, panik bozukluğunun birinci basamak sağlık kurumlarında görülen hastalar arasındaki yaşamboyu prevalansı %3,4 bulunmuştur (32,33). Panik bozukluğu, en sık olarak geç ergenlik ile otuzlu yaşlar arasındaki dönemde başlamaktadır. Klinik örnekleme, başlangıç yaşı ortalaması 25 civarındadır. Panik bozukluğu, daha düşük oranlarda olmakla birlikte, çocuklukta ya da 40 yaşın üzerinde de başlayabilmektedir. Panik bozukluğu genellikle, ayrılık yada boşanma gibi bir yaşam olayını

takiben ortaya çıkmaktadır (4,5). Panik bozukluğunun kadınlarda daha sık görüldüğü, çeşitli epidemiyolojik ve klinik çalışmaların ortak bir bulgusudur (34). Kadınların erkeklere oranı yaklaşık 3/1'dir (5,32,35,36).

Yaygın anksiyete bozukluğu: YAB'nun yaşam boyu görülme sıklığı %5-6'dır. Başka bir deyişle, her 100 kişiden 5-6'sı yaşamlarının herhangi bir döneminde bu rahatsızlığı yaşayabilir. Yaşla birlikte kaygı duyarlılığı artar. YAB yaşlılıkta en sık görülen anksiyete bozukluğudur (37). Kadınlarda 2 kat daha fazla görülmektedir (5).

Agorafobi: Agorafobinin 6 aylık yaygınlığı %2,8-5,7 olarak bildirilmektedir. Buna rağmen agorafobikler, psikiyatristler tarafından görülen fobik hastaların %60'ını oluştururlar. Agorafobiklerin üçte ikisi kadındır. Agorafobiler genellikle erken erişkin dönemde (18-35 yaşlar arasında) başlar. Çocukluk döneminde "ayrılık anksiyetesi" yaşayanlarda daha erken başladığı ileri sürülmektedir (38).

Sosyal fobi: SF'nin yaşam boyu görülme oranı %2-13 arasındadır. Bir yıllık prevalans %7,9 olarak bulunmuştur. En sık görülen psikiyatrik hastalıklardan biridir. Daha sıklıkla yalnız yaşayan, evlenmemiş ya da boşanmış kişilerde görülmektedir (39). Türkiye'de üniversite öğrencilerinde yapılan araştırmada %24'ünde bu hastalığın olduğu saptanmıştır. Sosyal fobi alt tipine göre değişmekle birlikte erken ve geç ergenlik dönemi arasında başlar (10-17 yaş) (5). Yaygın tipin daha erken yaşta başladığına dair bilgiler vardır (40).

Özgül fobi: Özgül fobiler, fobiler grubu arasında en yaygın olan türüdür. Özgül fobinin 6 aylık yaygınlığı %5-10 arasında ve kadın/erkek oranı 2'dir (4,5). Özgül fobiler toplumda %2,7 oranında görülür (kadında (%3,8), erkekte (%1,4)). Dul ve boşanmışlarda, bekâr ve evlilere göre daha fazla özgül fobi vardır. Toplum taramalarında rastlanan özgül fobiklerin yaş ortalaması toplum genelinden düşüktür (ortalama 39,5, özgül fobide 37,9). Bunun nedeni hastalığın erken başlangıçlı olmasıdır. Özgül fobinin başlama yaşı ortalama 16,5'tur. Birçok hasta çocukluğundan beri bu korkularının olduğunu, bir kısmı ise ergenlik döneminden sonra oluştuğunu söyler. İleri yaşta özgül fobi başlaması nadirdir. Hastalığın seyri genellikle kroniktir (41).

Obsessif-kompulsif bozukluk: OKB önceleri nadir olarak görülen bir hastalık olarak kabul edilmesine karşın son yıllarda yapılan araştırmalarda hiç de nadir olmadığı

belirlenmiştir. Büyük toplum kesimlerinde yapılan araştırmalarda OKB'nin her 100 kişiden 2-3'ünde görüldüğü saptanmıştır (5,42). Genellikle ergenlik döneminde ve 20-30'lu yaşlarda başlamasına karşın, okul öncesi çağdaki çocuklar dahil herhangi bir yaşta görülebilir. Erkeklerde daha erken yaşlarda başlamasına karşın genel olarak kadınlarda daha sık görülmektedir (42).

Anksiyete Bozukluklarının Klinik Özellikleri

Temel olarak anksiyete bozukluklarında belirtiler benzerdir. Ancak kullanılan savunma düzeneklerine göre farklı belirtiler eşlik ederek farklı klinik tablolar oluşur. Genel anlamda anksiyetenin 4 temel klinik özelliği vardır.

1) Bilişsel belirtiler: Gerçeklik duygusunda değişme, çevrenin değişiyor gibi algılanması, dikkat dağınıklığı, konsantrasyon güçlüğü, kontrolünü yitirme kaygısı, fiziksel zarar göreceği endişesi.

2) Affektif belirtiler: Korku, huzursuzluk, sıkıntı, gerginlik, endişe, çaresizlik, alarm duygusu, panik .

3) Davranışsal belirtiler: Anksiyete yaratan durumlardan kaçınma davranışı, dona kalma.

4) Fizyolojik belirtiler: Kardiyovasküler sistem: Çarpıntı, kan basıncı değişiklikleri, soluk renk ya da yüzde kızarma.

Solunum sistemi : Nefes darlığı, hava açlığı, boğazda düğümlenme, boğulma hissi

Gastrointestinal sistem : Yutma güçlüğü, bulantı, kusma, ishal , karın ağrısı)

Genitoüriner sistem : Sık idrara çıkma, empotans, cinsel isteksizlik

Cilt belirtileri : Terleme, kızarma, sıcak basması

Nörolojik : Tremor, parestezi, anestezi, baş dönmesi, bayılma hissi veya bayılmalar, kas gerginliği, motor huzursuzluk (21).

Risk Faktörleri:

Cinsiyet farkları: Alan çalışmalarında elde edilen sonuçlar hemen hemen tüm anksiyete bozukluklarının kadınlarda daha yaygın olduğunu göstermektedir. Pek çok çalışmada panik, YAB, agorafobi, ve basit fobi kadınlarda erkeklere göre iki kat daha fazladır. OKB ve sosyal fobide ise kadın/erkek oranı hemen hemen eşittir.

Yaşa özgü ifade modelleri: Anksiyete bozuklukları, özellikle de fobiler tüm yaşam boyunca sürme eğilimi taşırlar. Ancak özgüllük ve kronisite açısından anksiyete alt tipleri

arasında büyük farklar bulunmaktadır. Erişkinler üzerinde yapılan epidemiyolojik çalışmalar kadınlardaki anksiyete bozukluklarının erken ve orta erişkinlikte daha sık olmak üzere yaşamın tüm dönemlerinde görüldüğünü göstermektedir. Ayrıca, erkeklerdeki anksiyete bozuklukları da yaşam boyunca daha sabitken, kadınlarda dördüncü ve beşinci on yıllık dönemlerde artış göstermekte, daha sonra azalmaktadır. Kadınlardaki yüksek hızlar tüm yaşam dönemleri için geçerlidir ve ileri yaşlarda anksiyetenin azalması ile düşmez.

Sosyal sınıf: Toplum çalışmaları birbiriyle uyumlu şekilde anksiyete bozukluklarının hızlarının düşük sosyoekonomik yapı ve düşük eğitim düzeyi olan toplum kesimlerinde daha yüksek olduğunu göstermektedir. Hollanda Ruh Sağlığı Alan taraması ve sıklık çalışmasına (NEMESIS) göre, anksiyete bozuklukları ev kadınlarında, işsizlerde ve özürlü olanlarda daha sık görülmektedir.

Ailesel ve genetik etmenler: Tüm büyük anksiyete bozukluğu alt tiplerinde ailesel geçiş özelliği bulunmaktadır. Bunun yanı sıra, görece orta büyüklükte bulunan kalıtılabilirlik çevresel koşulların da etkili olabileceğini göstermektedir. Anksiyete alt tiplerinden, panik bozukluğu hemen hemen yedi kat risk artışı ile, en kuvvetli ailesel geçiş gösteren anksiyete bozukluğudur.

Huy ve kişilik: Anksiyete gelişmesi için hassasiyet yaratan en erken göstergelerden biri davranışsal inhibisyonudur. Yeni uyaranlar ve mücadele gerektiren durumlar ile karşı karşıya gelindiğinde psikolojik tepkisellik veya davranışsal olarak geri çekilme anlamına gelir. Anksiyete duyarlılığı anksiyete duyularının zararlı fizyolojik, psikolojik veya sosyal sonuçların (bayılma ya da kalp atağı tehdidi) göstergesi olabileceği inancı ile belirlidir. Anksiyete bozukluklarının anksiyete bulguları ve bozukluklarının gelişimine öncülük ettiği ve depresyondan çok anksiyetenin gelişmesi için özgül bir yordayıcı özellik olduğu gösterilmiştir.

Eş tanılar: Anksiyete bozukluklarının gelişmesi için risk arttıran eş tanılar yeme bozuklukları, depresyon ve madde kullanımınıdır.

Tıbbi bulgular ve bozukluklar: Çeşitli araştırmalarda, anksiyete bozuklukları ile alerjiler, yüksek ateş, immünolojik bozukluklar ve enfeksiyonlar, epilepsi ve bağ dokusu hastalıkları arasında birliktelik olduğu gösterilmiştir. Ayrıca, ileriye dönük çalışmalarda

anksiyete bozukluklarının iskemik kalp hastalığı ve migren gibi bazı kardiyovasküler ve nörolojik hastalıkların gelişimi için de risk etmeni olduğu gösterilmiştir.

Yaşam olayları ve stres etmenleri: Herhangi birinin güvenlik kavramını tehdit eden yaşam deneyimleri sıklıkla en azından geriye dönük olarak anksiyete bozukluklarının başlamasına neden olarak ya da tetikleyicisi olarak algılanmaktadır. Yaşam deneyimlerinin nedensel rolü ile ilişkili kanıtların değerlendirilmesinde anksiyete alt tipleri ayrı ayrı değerlendirilmelidir. Stresli yaşam olayları panik dönemleri başlatan ailede depresyon öyküsü gibi diğer risk etmenleri ile etkileşir. Özgül çevresel etmenler açısından, ebeveynliğin anksiyete bozukluğuna hassasiyeti arttırmasındaki rolü konusunda anksiyetenin anne-çocuk ilişkisindeki kesintiye yanıt kuramı işlenmekte, annenin aşırı koruyucu tavrının anksiyete ile özellikle de ayrılma anksiyetesi ile ilişkili olduğu ileri sürülmektedir (21).

DEPRESYON

Tanımı

Duygulanım (affekt) bireyin uyaranlara, olaylara, anılara, düşüncelere duygusal tepki ile katılabilme yetisidir. Neşe, öfke, üzüntü, nefret, kin gibi duygusal içeriğin dışı vurumudur. Duygudurum (mood, mizaç) kişinin içsel, duygusal durumudur. Bireyin bir süre neşeli, üzüntülü, sıkıntılı, taşkın ya da çökkün bir duygulanım içinde bulunmasıdır. Kişinin belli bir süre göreceli olarak değişmez biçimde bulunduğu duygulanım durumuna mood adı verilir (43). Duygudurum bozuklukları, belirti ve araz kümelerinden oluşan, süresi haftalardan aylara uzayabilen, kişinin her zamanki işlevselliğinin belirgin derecede değiştiği, dönemsel ya da döngüsel biçimde yinelemeye eğilimi olan sendromlar olarak tanımlanabilir (21). İnsanda duygudurum normal duygudurum (*euthymia*), taşkın duygudurum, çökkün duygudurum, sıkıntılı, tedirgin (disforik) duygudurum olmak üzere dört ana başlıkta toplanır. Depresyon (çökkünlük), derin üzüntülü, bazen de hem üzüntülü, hem bunaltılı bir duygudurumla birlikte düşünce, konuşma, devinim ve fizyolojik işlevlerde yavaşlama, durgunlaşma ve bunların yanı sıra küçüklük, güçsüzlük, isteksizlik, karamsarlık duygu ve düşünceleri ile belirli bir sendromdur (30).

Tarihçe

Depresyon sözcüğü çökme, kendini kederli hissetme işlevsel ve yaşamsal aktivitenin azalması gibi anlamlarda kullanılmaktadır. Kelimenin kökeni olan “depress” sözcüğü ise, Latince “*depressus*” tan gelmektedir. Yazılı kaynaklarda 17. yüzyıldan beri bu sözcüğün

kullanıldığına rastlanmaktaysa da, ruhsal bir rahatsızlığın tanımlanması için kullanımı geçen yüzyılın sonunda Kraepelin tarafından yapılmıştır. Depresyon ve benzeri ruhsal hastalıkların tanımlanma ve sınıflandırılma çabaları eski çağlara kadar uzanır. Sümer ve Mısır kaynaklarında bu konuda bazı bilgilere rastlanmıştır. Bilindiği kadarıyla ilk kez eski Yunan’ da Hipokrat, bu sendromun belirtilerini tanımlamış ve etiolojisi ile ilgili bir açıklama getirmiştir. Hipokrat ekolü, vücutta insanın emosyonları ile ilgili dört sıvının olduğunu (kan, sarı safra, kara safra, lenf) ve bunlardan kara safra ve lenf sıvısının mani, melankoli, frenitis ve paranoya gelişimine neden olduğunu ileri sürmüştür. Hipokrat’ın “eğer üzüntü uzun sürerse artık melankolidir” sözü, o zamanlarda depresyonun bir rahatsızlık olarak ele alındığına dair iyi bir fikir vermektedir (21).

Epidemiyoloji

Neredeyse 2500 yıldan beri insanlığın en sık görülen hastalıkları arasında tanımlanmasına rağmen, duygudurum bozuklukları ancak yakın zamanda önemli bir halk sağlığı sorunu olarak değerlendirilmeye başlanmıştır. Dünya Sağlık Örgütü, dünya çapında en acil sağlık sorunlarını sıraladığı listesinde depresyonu 4. sıraya koymuştur. DSÖ’ye göre iş görmezlikle geçirilen yılların önde gelen nedeni olarak depresyon gösterilmektedir (44). Her 5 kadından ve her 10 erkekten biri yaşamının herhangi bir döneminde depresif bozukluklara yakalanmaktadır (21). Genel olarak majör depresyon yaygınlığı %3-5,8 kadardır. Bir yıllık yaygınlık %2,6-6,2 olarak verilmektedir. Hayat boyu risk erkekler için (%5-12), kadınlar için %10-25’tir. Farklı araştırmalara göre farklı rakamlar verilmekle birlikte tüm oranlar buna yakındır. Epidemiyolojik veriler herhangi bir yılda kadınların %13’ü, erkeklerin %8’inin depresyonda olduğunu göstermektedir. Türkiye Ruh Sağlığı Profili Çalışması’nda 12 aylık depresif nöbet yaygınlığı kadınlarda (%5,4), erkeklerde (%2,3), tüm nüfusta %4,0 olarak verilmektedir. Görüldüğü gibi kadınlarda iki kat daha fazladır (28,39,45). Son 30–40 yıl içinde yapılan araştırmalardan elde edilen verilere göre çökkünlüklerde kadın erkek arasındaki farkın giderek azaldığı sanılmaktadır. Bu gelişmiş toplumlarda kadının sosyoekonomik konumundaki ve kadın rolündeki değişmeye bağlı olabilir. Çökkünlükler kadınlarda en çok 35–45 yaşları arasında, erkeklerde 55 yaşlarından sonra görülmekte ise de bu bozuklukların genç yaşlarda sanıldığından da çok görüldüğüne ilişkin veriler artmaktadır (30). Gençlerde depresyon, en çok görülen, psikososyal ve akademik işlevlerde ciddi düzeyde bozulmalara yol açan ve gelişimsel sorunların aşılmasını engelleyen ruhsal bozukluklardan biridir. Depresyon herhangi bir yaşta başlayabilir, ancak ortalama başlangıç 20’li yaşların ortalarında olmaktadır (4,46). Epidemiyolojik veriler, başlangıç yaşının son yıllarda daha

erken yaşlara kaydığını göstermektedir (39,47-49). Depresif bozukluklar evlilere kıyasla boşanmış kişilerde daha sıktır. Sosyoekonomik durumla korelasyon yoktur. Irk ve dini gruplar arasında fark yoktur (28,39). Hekimler arasında görülen depresyonun, özellikle tıp fakültesinden mezuniyetin ardından ilk yılda %30'lara varan yaygınlıkları dikkat çekicidir. Bildirilen yaygınlık hızlarının toplum tabanlı çalışmalara oranla daha yüksek olması, hekimliğin, depresyon açısından yüksek riskli bir meslek grubu olduğunu göstermektedir (8,26). Türkiye'de depresyon prevalansını araştıran ilk çalışmalara göre, nokta prevalans hızı yaklaşık %10'dur (4,13,50,51).

Klinik Özellikler

Depresif duygudurum ile ilgili ve zevk almanın kaybı depresyonun anahtar kelimeleridir. Hastalar kendilerini sıkıntılı, umutsuz ya da değersiz hissettiklerini söylerler. Hastalar için depresif duygudurum kendini normal üzüntü ya da yastan ayırt ettiren farklı bir niteliktedir. Hastalar sıklıkla depresif belirtileri öldürücü ruhsal bir acı olarak tanımlarlar. Depresif hastalar bazen iyileştikçe kaybolan bir belirti olan ağlayamamaktan yakınır. Depresyondaki hastalar ailelerinden, arkadaşlarından ve daha önce ilgilendikleri etkinliklerden uzak dururlar. Depresyondaki hastaların hemen hepsi görevlerini yapmakta zorluk çıkaran, okul ve işte başarısızlıkla sonuçlanan bir enerji azlığından ve yeni tasarılar kurmak için istek azlığından yakınır (52,53).

Depresyonun genel belirtileri :

- Depresif duygudurum varlığı
- Hiçbir şeyden zevk alamama (anhedoni)
- Konuşmada, düşüncelerde, davranışta yavaşlama
- Enerji kaybı, yorgunluk, bitkinlik, letarji, anerji,
- Uyku bozukluğu (genellikle insomnia olur)
- İştahta değişme (genellikle kilo kaybı olur)
- Somatik yakınmalar
- Ajitasyon (huzursuzluk olarak yaşanan artmış motor etkinlik)
- Cinsel ilgi ve etkinlikte azalma
- İşe ya da yapılan diğer etkinliklere karşı ilgi kaybı
- Değersizlik, kendini küçük görme, kendi kendini kınama, utanç ya da suçluluk duyguları
- Düşünmede yavaşlama ya da “düşüncelerinin (zihninin) karmakarışık olması”

yakınmalarıyla belirli düşünme ya da düşüncelerini belirli bir konu üzerinde yoğunlaştırma yetisinde azalma

- Anksiyete
- Benlik saygısında azalma
- Çaresizlik duyguları
- Karamsarlık ve umutsuzluk
- Ölüm düşünceleri veya intihar girişimleri (4,54,55).

Depresyon tanımlamasının odak noktasını üzüntülü duygudurum (depresyon), azalan keyif alma kapasitesi (anhedoni) oluşturmaktadır. Duygudurum değişikliği depresyonun en temel ögesi olarak düşünülür, acı ve üzüntü duygusu, hoş olmayan olaylara aşırı duyarlılık, mutluluk verici olaylara duyarsızlık, beklenti memnuniyetinde azalma, zevk alamama, afektte küntleşme, apati şeklinde dışa vurum olarak belirtilebilir. Çökkün duygudurum terimi negatif afektif yansımayı simgeler ve çökkün, kederli, dokunaklı, irritabl veya anksiyöz gibi çeşitli şekillerde tanımlanır.

Depresyonda rastlanan duygular arasında üzüntü, mutsuzluk, isteksizlik, çaresizlik, cesaretsizlik, elem, keder, umutsuzluk, kendini değersiz görme, kendi değerini küçümseme, suçluluk, kötümserlik ve karamsarlık bulunmaktadır (4,43,56). Fakat depresif hastalar çoğu kez yaşadıkları bu duygularla doktora başvuramazlar. Hastalar genellikle halsizlik/bitkinlik, iştahsızlık, zayıflama, çarpıntı, nefes darlığı gibi somatik yakınmalarla hekime başvururlar (4).

Depresyonda genel olarak üç alanda bozukluk olduğu söylenebilir:

- 1) Emosyonel alanda (disfori, irritabilite, anhedoni, toplumdaki uzaklaşma)
- 2) Kognitif alanda (kendini kınama, değersizlik ya da suçluluk duyguları, umutsuzluk, düşüncelerini belirli bir konu üzerinde toplamada güçlük çekme, bellek bozukluğu, hezeyanlar ya da halüsinasyonlar)
- 3) Vegetatif alanda (yorgunluk-bitkinlik, enerji kaybı insomnia-hipersomnia, anoreksiya-hiperfaji, psikomotor retardasyon / ajitasyon, libido kaybı).

Depresyonlu Hastanın Değerlendirilmesi

1) Öyküden Elde Edilen Bilgiler:

- a. Anhedoni-zevk alamama,
- b. Arkadaşlar veya aileden uzaklaşma,
- c. Güdülenme yokluğu ve engellenmeye dayanma gücünde azalma,

d. Vejetatif belirtiler: Libido kaybı, iştahsızlık ve kilo kaybı, iştah artışı ve kilo alma, düşük enerji düzeyi, adet düzensizliği, sabah erken uyanmadır (terminal insomnia). Çökkün hastaların yaklaşık %75'i uykusuzluk veya aşırı uyuma gibi uyku bozukluklarına sahiptir, gün içinde dalgalanma (semptomlar sabahleyin kötüleşir) yaşarlar.

e. Kabızlık,

f. Ağız kuruluğu,

g. Baş ağrısı.

2) Ruhsal Durum Muayenesinden Elde Edilen Bilgiler:

a. Genel görünüm ve davranış: Psikomotor yavaşlama veya ajitasyon, göz temasında azalma, ağlama, vücudun öne eğilmesi, kişisel görünüme dikkat etmeme.

b. Duygulanım: Sıkıntılı.

c. Duygudurum: Çökkün.

d. Konuşma: Azdır ya da kendiliğinden konuşmaz, tek hecelerle, uzun aralıklarla konuşur, konuşma hafif, düşük tonda ve monotondur.

e. Düşünce içeriği: Çökkün hastaların %60'ında özkıyım düşünceleri ve %15'inde tamamlanmamış özkıyım, obsesif yinelenmeler, yaygın umutsuzluk, değersizlik ve suçluluk duyguları, bedenle ilgili zihinsel uğraşlar, kararsızlık, içerik yetersizliği, varsanı ve sanrılar (duygudurumla uyumlu suçluluk, yok olma, kötülük görme gibi), kendiliğindenlikte azalma.

f. Duyum: Çelinebilirlik, yoğunlaşma güçlüğü, bellek zayıflığı, yönelim bozukluğu olabilir.

g. İçgörü ve yargılama: Kişisel değersizlikle ilgili bilişsel bozukluklar nedeniyle bozular.

3) Eşlik Eden Bulgular:

a. Bedensel yakınmalar: Depresyonu maskeleyebilir. Özellikle kalp, sindirim sistemi, boşaltım sistemi, sırtın alt tarafında ağrı ve ortopedik yakınmalar.

b. Sanrı ve varsanıları mevcut ise içerikleri çökkün duygudurumla uyumlu olmaya eğilimlidir. En yaygın olanlar suçluluk, yoksulluk, hak edilmiş kötülük görme, bedenle ilgili olanlar ve dünyanın sonu geldiği şeklindedir. Duygudurumla uyumsuz sanrılar, duygudurumla belirgin olarak ilişkisi olmayan içeriktedirler, örneğin çökkün durumlarla ilişkisiz düşünce sokulması, yayınlanması, etkilenme sanrılarıdır.

4) Yaşa Özgü Bulgular: Depresyon değişik yaşlarda farklı şekillerde görülebilir.

a. Puberte öncesi: Somatik yakınmalar, ajitasyon, tek sesli işitsel varsanılar, kaygı bozuklukları ve fobiler.

b. Ergenlik: Madde kötüye kullanımı, antisosyal davranış, huzursuzluk, okuldan kaçma, okul güçlükleri, gelişigüzel cinsel ilişkiler, reddedilmeye aşırı duyarlılık, yetersiz kişisel bakım

c. Yaşlılık: Bilişsel kusurlar (bellek yitimi, yönelim bozukluğu ve konfüzyon, psödodemans ya da depresyonun demans sendromu, apati, çelinebilirlik)

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 (57).

Cinsiyet: Majör depresyon kadınlarda erkeklere göre iki kat daha fazla görülmektedir (39). 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 (57).

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 (57).

İrk ve etnik gruplar: Majör depresyon dağılımının ırklara ve etnik gruplara göre farklılık göstermediği (39,58) 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 (57).

Medeni durum: Depresyon ayrı yaşayan ya da boşanmış eşler arasında daha yüksek oranda izlenmektedir (39,59,60). 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 (57). Erkekler için en yüksek risk dönemi boşanmadan sonraki 6 aydır (39).

Aile öyküsü ve genetik özellikler: Kişinin birinciden 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 (39,57). Aile çalışmalarında depresif bozukluklarda ailesel bir yatkınlığın sözkonusu olduğu görülmüştür. Evlatlık çalışmalarında ise biyolojik anababasında unipolar bozukluk olanların anababası 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 (4,61).

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 (57).

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 (57).

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 (39,58,62,63), antisosyal ve paranoid kişilik yapısına sahip bireylerde daha az izlenmekte olduğu yönünde görüşler vardır (5,57). Depresyon geçirmeye yatkın kişiler genellikle kimseyi incitmeye, 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 (4,64).

Olumsuz yaşam olayları ve stres etkenleri: Olumsuz yaşam olaylarının tek başlarına değil, ancak kişide genetik, biyolojik ya da psikişik bir yatkınlık bulunması durumunda depresyon oluşumuna neden olduğu düşünülmektedir. Bir çok insan olumsuz yaşam olayları yaşadığı halde depresyon epizoduna girmemektedir (64,4). Çünkü negatif olaylar daha çok “afektif diatez”e sahip bireyler üzerinde etkili olmaktadır. Çalışma hayatındaki olumsuzluklar da bireyin verimini, sağlığını ve sosyal yaşantısını etkilemektedir (65).

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 (57).

Sosyo-ekonomik 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 (23,39,57).

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 (57).
6. Virütik hastalıklar (İnfluenza, AİDS)
7. Endokrin hastalıklar (Diyabet, Guatr)
8. Ameliyatlar (Histerektomi, Sterilizasyon, Transplantasyon)
9. Romatoid Artrit, Kanser gibi hastalıklar depresyon için risk oluşturmaktadır (39).

Majör Depresif Epizod için DSM-IV Tanı Ölçütleri

A. İki haftalık bir dönem sırasında daha önceki işlevsellik düzeyinde bir değişiklik olması ile birlikte aşağıdaki semptomlardan en az beşinin olması: Semptomlardan en az birinin ya (1) depresif duygudurum ya da (2) ilgi kaybı ya da artık zevk alamama olması gerekir.

Not: Açıkça genel tıbbi duruma bağlı olan ya da duyguduruma uygun olmayan hezeyan ya da halüsinasyon semptomlarını katmayınız.

1. Ya hastanın kendisinin bildirmesi (örneğin kendisini üzgün, boşlukta hissediyor) ya da başkalarının gözlemesi (örneğin ağlamaklı bir görünümü vardır) ile belirli, hemen her gün yaklaşık gün boyu süren depresif duygudurum. Not: çocuklarda ve ergenlerde irritabl duygudurum bulunabilir.

2. Hemen her gün, yaklaşık gün boyu süren, tüm etkinliklere karşı ilgide belirgin azalma ya da artık bunlardan eskisi gibi zevk alamıyor olma (ya hasta kendisinin bildirmesi ya da başkalarınca gözleniyor olması ile belirlendiği üzere).

3. Perhizde değilken önemli derecede kilo kaybı ya da kilo alımının olması (örneğin ayda vücut kilosunun %5'inden fazlası olmak üzere ya da hemen her gün iştahın azalmış ya da artmış olması. Not: çocuklarda beklenen kilo alımının olmaması).

4. Hemen her gün, insomnia (uykusuzluk) ya da hipersomnia (aşırı uyku) olması.

5. Hemen her gün, psikomotor ajitasyon ya da reterdasyonun olması (sadece huzursuzluk ya da ağırlaştığı duygularının olduğunun bildirilmesi yeterli değildir, bunların

başkalarınınca da gözleniyor olması gerekir)

6. Hemen her gün yorgunluk, bitkinlik ya da enerji kaybının olması.

7. Hemen her gün değersizlik, aşırı ya da uygun olmayan suçluluk duyguları (sanrısallabilir) olması (sadece hasta olmaktan ötürü kendini kınama ya da suçluluk duyma olarak değil)

8. Hemen her gün, düşünme ya da düşüncelerini belli bir konu üzerinde yoğunlaştırma yetisinde azalma ya da kararsızlık (ya hastanın kendisi söyler ya da başkaları bunu gözlemiştir).

9. Yineleyici ölüm düşünceleri (sadece ölmekten korkma olarak değil), özgül bir tasarı kurmaksızın yineleyen intihar etme düşünceleri, intihar girişimi ya da intihar etmek üzere özgül bir tasarının olması.

B. Bu semptomlar bir Mikst Epizodun tanı ölçütlerini karşılamamaktadır.

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

D. Bu belirtiler bir maddenin (ilaç kötüye kullanım ya da bir tedavi ilacı kullanımı) doğrudan fizyolojik etkilerine ya da genel bir tıbbi duruma (örn. Hipotroidizm) bağlı değildir.

E. Bu semptomlar sevilen birinin, bir nesnenin veya durumun yitirilmesinden sonra ortaya çıkan **yas** durumu ile daha iyi açıklanamaz. Bu semptomlar 2 aydan daha uzun sürer ya da bu semptomlar, belirgin bir işlevsel bozulma, değersizlik düşünceleriyle hastalık düzeyinde uğraşma, intihar düşünceleri, psikotik semptomlar ya da psikomotor retardasyonla belirlidir (66,67).

Majör depresif bozuklukta hastalık dönemleri genellikle haftalar ya da aylar boyu sürebilen prodromal dönemin ardından başlar. DSM-IV-TR majör depresif bozukluk tanısı için;

1) Disforik duygudurum ya da alışlagelmiş etkinliklere karşı ilgide azalma olması,

2) Ek olarak en az dört klasik depresif belirti ve bulgu olması,

3) Bunların en az iki haftadır sürüyor olması,

4) Bu belirti ve bulguların depresif belirtilere yol açabilen başka bir süreç, örneğin yas, sıklıkla depresyonla iç içe giden fiziksel bir durum ya da başka bir akıl hastalığıyla açıklanamıyor olması gereklidir. Tek hastalık dönemi olabilir ya da sıklıkla görüldüğü gibi yineleyici ya da her iki türlü de olabilir.

Günümüzdeki tanıma göre bir kişide olumsuz bir yaşam olayının ardından 14 gün süren moral bozukluğu ve kendine olan güvende azalma, uyku ve konsantrasyon bozukluğu ve cinsel ilgide azalma gibi belirtiler ortaya çıkarsa bu kişi ılımlı şiddette majör depresif

bozukluk tanı ölçütlerini karşılıyor demektir.

Ayırıcı Tanı

Kişilerde tespit edilen bütün bulgu ve belirtiler depresyon tanısını düşündürse de, genel olarak depresyon tanısı konmadan önce yapılması gereken üç şey daha vardır:

1) Mevcut belirtilerin herhangi bir medikal hastalığa bağlı olup olmadığını ayırt etmek için iyi bir fizik ve nörolojik muayene ve laboratuvar incelemeleri yapılmalıdır. Depresyonun büyük oranda fiziksel hastalıklarla ilişkili olduğu unutulmamalıdır (yaşlılarda yaklaşık %50).

2) Belirtilerin herhangi bir ilaç veya madde (opioid ve benzeri) kullanımına bağlı olup olmadığı iyi bir soruşturma ve muayene ile ayrılmalıdır.

3) Belirtilerin işlevselliği bozacak düzeyde olup olmadığı soruşturulmalı ve mümkünse psikolojik testlerle tespit edilmelidir.

Tanı koymadan önce yapılması gereken incelemeler:

- 1) Rutin fizik ve nörolojik muayene
- 2) İdrar analizi
- 3) Kan analizi (biyokimya, karaciğer fonksiyon testleri)
- 4) Akciğer grafisi
- 5) EKG (Elektrokardiyografi)
- 6) Bağımsız hikâye (akraba ve/veya arkadaşlardan alınan bilgiler)
- 7) Psikolojik testler

Depresyon belirtileri birçok başka hastalık ve bozukluğun belirtileri ile karışabilir, bu hastalık ve bozukluklardan bir kısmının klinik özellikleri aşağıda gösterilmiştir:

- 1) Hipertiroidizm (taşikardi, çarpıntılar, tremor, terleme, ekzoftalmi, tiroit büyümesi)
- 2) Hiperglisemi (terleme, güçsüzlük, açlık, tremor, baş ağrısı)
- 3) Feokromasitoma (hipertansiyon, zonklayıcı baş ağrısı, çarpıntı, hiperhidroz)
- 4) Solunum bozuklukları (nefes darlığı, öksürük, göğüs belirtileri, ateş)
- 5) Aritmiler (çarpıntılar, göğüs ağrısı, nefes darlığı, bayılmalar, EKG değişiklikleri)

Farklı sistemleri ilgilendiren birçok tıbbi hastalık veya belirti dizinleri ya da gidiş özellikleri belirgin olarak farklı olan birçok psikiyatrik bozukluk, iyi bir öykü ve muayene ihmal edilirse depresyon ile rahatlıkla karışabilmektedir. Bu nedenle bu hastalıklar ve bozuklukların depresyon ile uyuşan ve ayrışan belirtilerini çok iyi bilmek ve araştırmak gerekir, çünkü iyi bir öykü, dikkatli fizik ve nörolojik muayene ile rutin laboratuvar muayeneleri ayırımı büyük ölçüde sağlayabilmektedir.

Belirtileri depresyonla karışabilen bazı psikiyatrik bozukluklar:

- 1) Demans (özellikle yakın hafızada bozukluk, konuşma ve anlama bozukluğu, davranış ve kişilikte bozulma, sinsî başlangıç)
- 2) Anksiyete (sürekli korku veya endişe, terleme, çarpıntı, huzursuzluk gibi fiziksel belirtiler uykusuzluk özellikle uykuya dalmada zorluk, yaygın özgül fobiler)
- 3) İki uçlu bozukluk (açık epizodik gidiş depresyon, mani veya hipomaniyle alternatif olarak yaşanır aile hikâyesi belirgindir)
- 4) Şizofrenik bozukluk (ciddi kişilik bozulması, düşünce bozuklukları, depresif duygu durumu ile uyumsuz hezeyanlar özellikle işitsel halüsinasyonlar, bizar ve uygunsuz duygu durumu, ciddi ilişki bozuklukları, bizar davranışlar, başlangıç geç erişkinlik veya orta yaşta)

TÜKENMİŞLİK SENDROMU

Tükenmişliğin Tanımı

İlk kez 1974 yılında Herbert Freudenberger tarafından “başarısız olma, yıpranma, enerji ve gücün azalması veya tatmin edilemeyen istekler sonucunda bireyin iç kaynaklarında meydana gelen tükenme durumu” şeklinde tanımlanan tükenmişlik, ilk tanımlanışından bugüne değin üzerinde pek çok araştırma yapılmış ve tanımlar geliştirilmiş bir kavramdır (26).

Tükenme kavramı, ilk olarak gönüllü sağlık çalışanları arasında görülen yorgunluk, hayal kırıklığı ve işi bırakmayla karakterize bir durumu tanımlamak için Freudenberger tarafından ortaya atılmış ve daha sonra Maslach ve Jackson tarafından geliştirilmiştir (26,68-74). Uzun dönemli iş stresinin tükenmişliğe yol açtığını söyleyen Maslach tükenmişliği “profesyonel bir kişinin mesleğinin özgün anlamı ve amacından kopması, hizmet verdiği insanlar ile artık gerçekten ilgilenemiyor olması” biçiminde tanımlamıştır. Tükenmişliğin majör özellikleri enerji kaybı, motivasyon eksikliği, diğerlerine karşı negatif tutum ve aktif olarak diğerlerinden geri çekilme şeklindedir (26,68,72,73).

1970’li yılların sonundan beri, profesyonel tükenmişlik kavramına ilgi hızla büyümüş ve tükenmişlikle ilgili bilgiler oldukça artmaya başlamıştır. Günümüzde, tükenmişlik ciddi bir problem olarak dikkate alınmaktadır. Tükenmişlik, bireyin yaşam kalitesini dramatik bir biçimde azaltır ve aynı zamanda, hem aile yaşamı hem de iş yaşamı üzerinde negatif bir etki yaparak bireye ızdırap verebilir (75).

Hayatın büyük bir bölümünü işkolik olarak geçiren ve çeşitli nedenlerle yoğun iş yükü altında yaşayan kişiler ‘tükenme’ durumuyla karşı karşıya kalırlar (76). Tükenmişlik özellikle olumlu beklenti, heves ve kendini insanlara yardıma adanmış duygularıyla mesleğe başlayanlar

için trajik bir sondur (77). Günümüzdeki hızlı değişimler, ağır yaşam koşulları ve iş koşulları tüm insanları etkilemekle birlikte tükenme ve işe bağlı gerginlik daha çok hekimlik, hemşirelik ve öğretmenlik gibi insanlarla yüz yüze çalışan, yoğun ve süregelen ilişkide olan mesleklerde görülmekte ve bu durum sorunun hem bireysel hem de kurumsal bağlamda sıklıkla ele alınması ihtiyacını doğurmaktadır (78,79).

Tükenmişlik sendromu, ilk kez gönüllü sağlık çalışanları arasında işyerlerinde görülen tükenmişlik tablosunu tariflemek için ortaya atılan bir terimdir (26,29,80,81).

Maslach ve Jackson'a göre tükenmişlik, bireyin işinden duygusal olarak uzaklaşması ve tükenmesi (emotional exhaustion), depersonalizasyon ve kişisel başarısının (personal accomplishment) düşmesini içeren üç boyuttan oluşmaktadır (26,68,72,80).

Duygusal tükenme bireyin diğerlerine verecek hiçbir şeyi kalmadığı ve emosyonel kaynaklarının azaldığı durumu anlatır. Depersonalizasyon diğerlerine ilgi göstermeme, uzaklaşma, aldırış etmeme ve düşmanca tavırlarından dolayı bireyin kendisini ve hizmet verdiklerini olumsuz biçimde algılamasıdır. Kişisel başarıda azalma ise, iş sorumluluklarını yerine getirme ve hizmet verilenlerle çalışmada artık etkili olunmadığı duygusudur (26,82) Tükenmişlik kişinin yapması beklenen ile yaptığı arasındaki dengesizliğin göstergesi olarak da ele alınabilir. Tükenmişlik sendromu özellikle yoğun talep ile baskı altında çalışan bireylerde çok görülmektedir. Hekimler de yetersiz kurumsal kaynakların kısıtlılığı içinde hasta isteklerini karşılayabilmek için aşırı yüklenmiş bir meslek grubudur. Bu nedenle hekimlerde tükenmişlik sendromun sık görülmesi beklenen bir durumdur. Hekimlerde tükenmişliğin ilk belirtilerinin yorgunluk ve duygusal tükenmişlik biçiminde henüz tıp fakültesi ya da asistanlık eğitimi sırasında başlayabildiği, ancak bunların olağan kabul edilmesi nedeniyle gözden kaçabildiği bildirilmektedir (2,26,83).

Tükenmişlik, kişinin işinin özgün anlamı ve amacından uzaklaşması ve hizmet götür düğü insanlarla gerçek anlamıyla ilgilenemiyor olması biçiminde tanımlanabilir. Yorgunluk, hayal kırıklığı ve sonuçta işin bırakılmasına neden olabilir (2,81,84). Tükenmişlikte bazı sosyodemografik ve işle ilgili değişkenlerin önemli olduğu belirlenmiştir. İş yükünün ağır, günlük çalışma süresinin uzun olması, çalışma koşullarının olumsuz olarak algılanması tükenmişliğe neden olmaktadır (2,85). Tükenmişlik duyarsızlaşma, çalışanların hizmet verdikleri kişilere birer insan yerine nesne gibi davranmaları, kişisel başarıda düşme, iş gereği karşılaşılan kişilerle ilişkilere bağlı başarı ve yeterlilik duygularında azalma ile ortaya çıkar. Tükenme sonucunda yaratıcılık yok olur. Ne yaparsa yapsın, ne denli çabalarsa çabalasın durumda bir değişiklik yaratamadığı algısının kişide oluşturduğu bir yılgınlık ortaya çıkar (2,80,81,84,86).

Tükenmişlik sessiz ilerleyebilen bir süreçtir. Üretkenliğinde azalma, bireysel başarısında düşme sonucu yetersizlik duyguları yaşayan bireyin başa çıkma yolları artık etkisiz kalmakta, benlik saygısında azalma ve depresyon gelişerek kişi bir kısır döngü içine girebilmektedir (25,26).

Tükenmişlik Nedenleri

Tükenmişlik teriminin “iş stresi”, “bitkinlik”, “yabancılaşma” ya da depresyonla eş anlamlı olmadığını belirtmek gerekir. Tükenmişliğin, stresli çalışma şartlarına ek olarak zaman, duygusal katılım, empati açısından yüksek efor harcanması ve yeterli tatmin sağlanamayacak şekilde olumsuz sonuç alınması sebebiyle geliştiği düşünülür. Tükenmişlik sendromunun gelişmesinde stresin bir biçimde önemli rol oynadığı konuyla ilgili yazarların büyük çoğunluğunca kabul gören bir düşüncedir. Stres kavramı, bireysel algılamaya bağlı, öznel bir duygudur. Kimilerince kendini gösterebilme fırsatı olarak algılanabilecek bir olay , diğer kişiler tarafından içinden çıkılmaz bir problem olarak algılanabilir. Stres toleransı sürekli aşılınan birey, bu durumdan olumsuz olarak etkilenir (25). Tükenmişliğe neden olabileceği belirtilen sayısız etmeni iki ana başlık altında toplamak mümkündür:

1. Çevresel nedenler

İşin niteliği, çalışılan ortam, çalışma saatleri ve düzeni, işyerinin özellikleri, iş yükü, işteki rol ya da rollerin belirsizliği, örgütsel desteğin olmaması, iş koşulları, nöbet ve fazla mesai gibi külfetlerin yeterince ödüllendirilmemesi, yetersiz ücret, hastalar ve idareciler tarafından gerekli takdir görememe, diğer işler ve yönetimle ilgili işlerle geçirilen zaman miktarı, idari baskı, yetersiz eğitim, bürokrasi ve kırtasiye işlerinin fazlalığı, önemli kararlara katılamayıp, işin yüksek performans gerektirmesi, özerkliğin eksikliği, hizmet verilenlerin nitelikleri, yetersiz görevli, yetersiz araç gibi nedenler tükenmişliğe yol açar. (19,81,87).

2. Bireysel nedenler

Yaş, evlilik, çocuk sayısı, eğitim, kendini işe adama ve işine aşırı bağlanma, bireysel beklentiler, bireyin ego gücü ve kişilik, A tipi kişilik özelliklerinin bulunması (26,68,88,89), özsaygı, deneyim, duygusal denge durumu, özel hayatta karşılaşılan psikososyal stresörler tükenmişliğe yol açan bireysel nedenlerdir (19,73,81). Dış kontrol odaklı, karşılanmasa güç beklentileri olan (90), öz yeterliliğe sahip olmayan ve empati kuramayan bireyler daha fazla tükenme riski altındadırlar. Sağlık çalışanlarını bir kısmının bireysel özellikleri sebebiyle tükenmişlik sendromuna daha yatkın olduğu gözlenmiştir. Özellikle nevrotik kişilik,

anksiyete, gerçek dışı hedefler ve azalmış özsaygı bu bozukluğa eğilim yaratabilmektedir. Stres yanıtını etkileyen bir başka etken de duyarlılıktır. Ayrıca, bireyin kendi işi hakkında hissettiklerinin de en az dışardan görünen iş koşulları kadar önem taşıdığı anlaşılmıştır.

Çalışma ortamına ve yönetime ilişkin etmenler strese sebep olabilir. Bunlar:

- Aşırı iş yükü ve dinlenme zamanlarının az olması
- Çalışmanın karşılığının alınmaması
- Hastaların gereksinimlerinin finansal, bürokratik ve idari nedenlerden dolayı karşılanamaması
- Önderlerin yetersizliği, denetim yetersizliği, ya da her ikisi
- Yetersiz uzman eğitimi ve yönlendirme
- Yaptığı işi kontrol etme ve etkileme duygusundan yoksun olma
- Çalışanlar arasında destek ve sosyal ilişkilerin olmaması
- Kağıt işi ve bürokratik engellerin çok fazla zaman alması (91).

Tükenmişlik Belirtileri

Tükenmişlik verilen hizmetin niteliğinde ve niceliğinde bozulmaya yol açtığı gibi hizmeti veren bireylerin sağlığını da olumsuz etkilemektedir. Tükenmişliğin belirtileri araştırılırlığında çok çeşitli belirtilerle ortaya çıktığı görülmektedir (68).

Fiziksel (bedensel) belirtiler

- Kronik yorgunluk ve bitkinlik hissi
- Güçsüzlük, enerji kaybı
- Hastalıklara daha hassas olma
- Baş ağrıları
- Uyku bozuklukları
- Dispeptik yakınmalar
- Kas krampları ve bel ağrısı
- Solunum güçlüğü ve taşipne
- Kilo kaybı
- Çeşitli cilt rahatsızlıkları (19,26,68,80,81,88).

Duygusal belirtiler

- Depresif duygulanım, güvensiz hissetme, çaresizlik hissi, hayal kırıklığı
- Kızgınlık, sabırsızlık, huzursuzluk gibi negatif duygulanımlarda artış

- Nezaket, saygı ve arkadaşlık gibi pozitif duygulanımlarda azalma
- Birçok konuda şüphecilik ve endişe hissi, güvensizlik
- İlaç, alkol ve tütün vb. almaya eğilim ya da alımında artma
- Özsaygı ve özgüvende azalma
- Evlilik, aile çatışmaları, aile ve arkadaşlardan uzaklaşma
- Sosyal izolasyon, uzaklaşma, içe kapanma
- Teslimiyet, suçluluk duygusu, çaresizlik, kolay ağlama
- Bilişsel becerilerde güçlükler yaşama, konsantrasyon bozuklukları
- Başarısızlık hissi, değersizlik, ümitsizlik, boşluk ve anlamsızlık hissi, apati (88,92,93).

Davranışsal belirtiler

- Yapılması gereken şeyleri erteleme veya sürüncemede bırakma
- Arkadaşlarla iş konusunda konuşmaktan kaçınma, alaycı ve suçlayıcı olma
- Sık sık işi bırakmayı düşünme
- Yansıtma, rasyonalizasyon, inkar etme
- Görevlilere fazla güvenmeme veya onlardan kaçınma
- Alınganlık, ani tepkisellik, takdir edilmediğini düşünme, eleştiriye aşırı duyarlılık
- Hergün işe gitmeye karşı giderek artan direnç, işe geç kalmalar, gelmemeler
- Hastalara tek tip davranma, küçümseme ve alay etme
- Hastaları insandan ziyade birer obje olarak görme
- Hasta ile ilişkiyi erteleme, hastayla yüzyüze veya telefonla görüşmeye direnç geliştirme (68,94-98).

Tükenmişlik Görülme Sıklığı

Tükenmişliğin yaygınlığı hakkında kesin rakamlar vermek zordur, çünkü bu durum pek çok bireysel, çevresel ve yönetsel koşulla ilişkilidir. Ancak yine de doktorların %30 ile %40'ının iş performansını etkilediği ileri sürülmüştür (99).

Tükenmişliğin Evreleri

Tükenme dört evre ile tanımlanmıştır. Bu evrelendirme tükenmeyi anlamayı kolaylaştıran bir bakış açısı sağlamaktadır. Aslında tükenme, kişinin bir evreden diğerine geçtiği kesikli bir süreç değil, sürekli bir olgudur (30,68).

I. Evre: Sevk ve coşku evresi (enthusiasm): Bu evrede yüksek bir umutluluk,

enerjide artma ve gerçekçi olmayan boyutlara varan mesleki beklentiler sergilenmektedir. Kişi için mesleği her şeyin önündedir, uykusuzluğa, gergin çalışma ortamlarına, kendine ve yaşamın diğer yönlerine zamanını ve enerjisini ayıramayışına karşı üstün bir uyum sağlama çabasıdır (25,30).

II. Evre: Durağanlaşma evresi (stagnation): Bu evrede artık istek ve umutlulukta bir azalma olur. Mesleğini uygularken karşılaştığı güçlüklerden, daha önce umursamadığı ya da yadsıdığı bazı noktalardan giderek rahatsız olmaya başlamıştır. Sorgulanmaya başlanan “işten başka bir şey yapmıyor olmak”tır. Mesleği kuramsal ve pratik tüm yönleri ile kişinin varoluşunu tamamen dolduramamıştır (25,30).

III. Evre: Engellenme evresi (frustration): Başka insanlara yardım ve hizmet etmek için çalışmaya başlamış olan kişi, insanları, sistemi, olumsuz çalışma koşullarını değiştirmenin ne kadar zor olduğunu anlar. Yoğun bir engellenmişlik duygusu yaşar. Bu noktada 3 yoldan biri seçilmektedir. Bunlar; adaptif savunma ve başa çıkma stratejilerini harekete geçirme, maladaptif savunmalar ve başa çıkma stratejileri ile tükenmişliği ilerletme, durumdan kendini çekme veya kaçınmadır (25,30).

IV. Evre: Umursamazlık evresi (apathy): Bu evrede, çok derin duygusal kopma ya da kısırlaşma, derin bir inançsızlık ve umutsuzluk gözlenmektedir. Mesleğini ekonomik ve sosyal güvence için sürdürmekte, ondan zevk almamaktadır. Böyle bir durumda iş yaşamı kişi için bir doyum ve kendini gerçekleştirme alanı olmaktan çok uzak, kişiye ancak sıkıntı ve mutsuzluk veren bir alan olacaktır (25,30).

Tükenmişliğin Sonuçları

Tükenmişliğin sonuçları incelendiğinde işi savaştırma, işi bırakma eğilimi ve niyetinde artış, hizmetin niteliğinde bozulma, işe izinsiz gelmeme, izin sonunda rapor vb. yollarla izni uzatma eğilimi, işte ve iş dışında insan ilişkilerinde bozulma ve uyumsuzluk eğilimi, eş ve aile bireylerinden uzaklaşma eğilimi, düşük iş performansı, iş doyumsuzluğu, sebepsiz hastalanma eğilimleri, işteki yaralanma ve iş kazalarında artma gibi olumsuz sonuçlar görülmektedir (85,88,100).

Tükenmişliğe maruz kalan kişilerde yorgunluk, uykusuzluk, iştahsızlık, baş ağrıları, sindirim güçlükleri gibi fiziksel sonuçlar ve depresyon, kaygı, çaresizlik, özsaygının azalması, alınganlık gibi duygusal sorunlar sıklıkla görülmektedir (85).

Tükenmişlik sendromu yaşayan kişiler sıkıntılarını azaltabilmek umuduyla içki, sigara, uyuşturucu sakinleştirici tüketimini artırmakta ve zamanla bu maddelere bağımlı hale gelmektedir. İşe devamsızlık, işten ayrılma, performans miktarı ve kalitesinde düşme ise

sendromun örgüt ortamındaki zararlı sonuçlarıdır. Yapılan araştırmalarda tükenmişliğin birçok olumsuz sonucu ortaya çıkmıştır. Tükenmişlik yaşayan insanların çok karmaşık duygular yaşadığı, bunun sonucu olarak birçok davranış bozukluğu gösterdiği gözlenmiştir (19).

Tükenmişliğin sonuçları arasında strese bağlı belirtiler de yer almaktadır. Aşırı stres altında çalışan kişiler stres yaratan kaynaklara karşı bir takım tepkiler geliştirmektedir. Depresyon, bıkkınlık ve tatmin olmama gibi subjektif tepkiler yanında, dikkati toplayamama, karar vermede güçlük çekme, unutkanlık, eleştirilere karşı aşırı duyarlılık gibi duygusal tepkiler ve göreve zamanında gelmeme, verimsizlik, kötü çalışma atmosferi, iş tatminsizliği, yüksek kaza oranı ve işte husumete maruz kalma gibi örgütsel tepkiler de ortaya çıkmaktadır (19,68,85).

Maslach tükenmişliğin etkisinin en çok görüldüğü durumun kişinin iş performansındaki düşüş olduğunu ifade etmektedir. Bu düşüş daha ziyade kişinin niteliğinde ve kalitesinde kendini gösterir. Bunun sonucu olarak, motivasyon düşer, sinirlilik artar, itici davranışlar ortaya çıkar. Kararlarında isabetli değildirler ama bu onları fazla etkilemez. Tükenmiş kişiler kendisini yenileme ihtiyacı duymaz, yenilikçi değil tutucu ve statü koruyucudurlar. Birçok insanla çalışmanın yarattığı duygusal gerginlik hizmet sunan kişileri psikolojik olarak çekingenliğe ve insanlarla en alt düzeyde ilişki kurmaya itebilir. Hizmet sunan kişi yerindedir fakat yanında kimse yokmuş gibi davranır. Çok az göz göze gelir, soruları mırıltı ile cevaplar. Bedensel temastan kaçınır (el sıkma gibi). Bazı durumlarda insanlarla doğrudan ilişkili olmayan görevleri tercih eder. İsteddiği olanakları bulan ve ihtiyaçlarını gideren bir kimse tatmin olacak, psikolojik yönden huzura kavuşacaktır. Aksi takdirde bir tatminsizlik veya ruh çöküntüsü veya bozulma dediğimiz psikolojik durumlar ortaya çıkacaktır (19,85,88,94).

Tükenmişlik ile Başetme ve Önleme Yolları

Tükenmişliği önlemek ve üstesinden gelmek için esas olan, problemin varlığını ve önemini kabul etmektir. Tükenmişliği önlemek için uygulanan yöntemlerin oluşturulması için, bir taraftan sağlık çalışanlarının günlük rutinini gözlemek, diğer taraftan da var olan tükenmişlik olguları için geliştirilmiş tedavi tekniklerini incelemek gerekir. Bu konuda geliştirilen yöntemlerin çoğu stres ile mücadele alanında elde edilen deneyimlere dayanmaktadır. Öncelikle kişinin yaptığı işin zorluklarını ve risklerini öğrenmesi gereklidir. Tükenmenin ne olduğunun ve belirtilerinin bilinmesi kişinin kendindeki durumu erkenden tanımasını ve çözüm aramaya yönelmesini sağlayacaktır (101). Kişiler duygularını ve

zorluklarını paylaşmaları, gerektiğinde yardım istemeleri konusunda teşvik edilmelidirler (68,86). Kendinde tükenme ve psikiyatrik belirtilerin ortaya çıktığını gören birey bu sıkıntılarını saklamak ve görmezden gelmek yerine yakınlarından, yöneticilerinden destek almaya çalışmalı, gerekirse profesyonel psikiyatrik yardım aramalıdır. Kişinin insan olarak sınırlılıkları olan bir birey olduğunu ve sorumluluklarının sınırlarını bilmesi, gereksiz ve kaldıramayacağı yüklerin altına girmesini önleyebilir. Kişi hizmet sunduğu kişilere ancak kendi sorumluluk sınırları içinde yardım edebileceğini, kurumunun sınırlılıklarını kendisinin aşamayacağını, aşmasının da gerekmediğini, tüm sistemin sorunlarından değil, ancak kendi yaptıklarından sorumlu olduğunu bilmelidir (68,86,102).

Kişi yaşamının iş dışındaki alanlarını geliştirmesi için teşvik edilmelidir. Hobileri olan, sosyal ilişkileri zengin kişiler tükenmeye karşı daha dayanıklıdırlar. Kişi tatil ve dinlenme olanaklarını mutlaka kullanmalıdır. Örneğin öğle tatilini çalışarak geçirmek, işlerini bitiremediği için izin kullanmamak doğru değildir. İş yerindeki rutin alışkanlıklarını bırakmak, monotonluğu azaltmak, örneğin her öğle tatilini aynı kişilerle aynı yerde geçirmek yerine değişik öğle tatili planları yapmak yararlı olabilir (68,86). Stresli işlerde çalışan kişilerin işten çıktıktan sonra rahatlatıcı aktivitelerde bulunmaları son derece yararlıdır. Özellikle fiziksel boşalım sağlayan spor aktivitelerinin çok yararlı olduğu bildirilmektedir. Diğer stresle başa çıkma tekniklerinin öğrenilmesi ve uygulanması da yararlıdır (68,72,74).

Bireysel düzeyde yapılması gerekenler: Tükenmişliği önlemede bireylere de kimi görevler düşmektedir. Öncelikle tükenmişliğin ne olduğunu ve belirtilerinin bilinmesi kişinin kendi üzerinde yaşadığı durumu erken tanımasını ve çözüm aramaya yönelmesini sağlayacaktır. Bireyler işle ilgili gerçekçi hedef ve beklentiler geliştirmelidir. Bir kurum ya da bir işe başlamadan önce birey yaptığı işin zorluklarını ve risklerini bilirse, karşılaşılabileceği sorunları önceden görerek önlem alması mümkün olacaktır. Bu nedenle bireylerin çalışacakları işe ilişkin talepleri ile ilgili pozisyona başvurmadan önce iş hayatına atılacağı örgütü de araştırması sürprizlerle karşılaşılmasını açısından yarar sağlayacaktır (100).

Kişiler, duygularını ve zorlukları paylaşmalarının, gerektiğinde yardım istemelerinin, sorunlar artmadan çözümde önemli bir kolaylık sağlayacağını bilmelidir. Bireyler yaşamlarının iş dışındaki alanlarını geliştirmelidir. Şüphesiz hobileri olan, sosyal ilişkileri zengin kişiler tükenmeye karşı daha donanımlıdırlar (68).

Aile düzeyinde yapılması gerekenler: Aile bireyleri, dostlar ve sevilen iş arkadaşları ile beraber olmak da sosyal destek anlamında tükenmişliği önleyebilecek bir mekanizma olmakta, başkalarıyla konuşmak kişinin gerginliğini hafifletmekte, sorunlarına daha tarafsız

bir gözle bakmasını sağlamakta, çözüm yolları hakkında bilgi vermekte ve sorunların çözümüne katkı sağlamaktadır (100). Özellikle kadınlar için iş dışındaki yaşamda aileden ve diğer yakın kişilerden destek almanın kritik bir önemi olduğu bildirilmektedir (68,72,74,101). Tıp öğrencileri için arkadaş, sınıf arkadaşı ve fakülte yönetiminin desteğinin aile ve eş desteğinden çok daha önemli olduğunu belirten çalışmalar mevcuttur (103).

İş yeri yöneticileri düzeyinde yapılması gerekenler: Yöneticilerin yalnızca hizmet sunulan kişilere karşı değil, bu hizmeti sunan kendi elemanlarına karşı da destekleyici olmaları ve onların sağlığına özen göstermeleri gereklidir (104). Yöneticiler çalışanlarına karşı açık olmalı, sıkıntılı bir durumda kendisine başvurabileceklerinin mesajını sözel ve davranışsal olarak verebilmelidirler. Yöneticiler elemanlarından neler beklediklerini baştan belirtmeli, kendi verdikleri sözlere uymalı, elemanın sorumluluğunda olmayan konularla ilgili beklenti taşımamalı, elemanlarını gereksiz bürokratik işlerden uzak tutmalıdırlar. Elemanların gereksinim duyduğu sürekli eğitim olanaklarının sağlanması da karşılaşılan mesleki zorluklarla baş edilmesi açısından gereklidir. Sürekli aynı işi yapmak yerine rotasyonlar ile çalışmanın tükenmeyi önlediği bildirilmektedir. Yöneticiler elemanlarının rotasyon ile çalışmalarını ve değişik tipte gereksinimleri olan kişilere hizmet vermelerine izin veren bir çalışma programı uygulamalıdırlar (101,105). Yöneticiler elemanlarını üzerinde çalıştıkları konuda okumaları, bilimsel toplantılara katılmaları ve araştırmalar yapmaları konusunda desteklemelidirler. Yöneticiler zamanın ve şartların gereklerine göre izledikleri uygulamalarda değişiklikler yapabilmeli, artık gerekmeyen uygulamalardan vazgeçebilmeli, gerekli yeni yöntemleri uygulamaya sokabilmelidirler. Yöneticiler zaman zaman ekip içi sorunların tartışıldığı toplantılar düzenlemeli, ancak bu toplantılarda adil olmalı, uzayıp giden yararsız konuşmalara izin vermemeli ve elemanlarının bireysel sorunlarını tüm topluluğun önünde değil, özel konuşmalıdırlar (101). Hoşgörülü, esnek, adaletli, katılımcı bir yönetim anlayışı ve dinleyen, değer veren bir yönetici, tükenmenin önlenmesi ve giderilmesinde son derece önemlidir (68,72,74).

Organizasyon tekniklerini savunanlar, stres etmenlerinin bireysel kontrol mekanizmalarından daha öte unsurlar içerdiğini ve yalnızca bireysel kontrol teknikleri ile sorunun aşılamayacağını öne sürmektedirler (26,68).

Organizasyon teknik üç temel öğeden oluşur:

- İşin modifikasyonu
- Danışmanlık hizmetleri

- Kurum olarak sorun çözüme

İşin modifikasyonu: Aşırı yüklenme, boş oturma, belirsizlik ya da çatışmadan kaynaklanan stresin azaltılmasında en basit ve en etkili yöntemdir. Aynı zamanda iş ve çalışanlar arasında uyumun sağlanmasına yardımcı olur (91).

Bireysel iş stresini azaltmak için işin yeniden yapılanmasına yönelik yöntemler:

- Zor işleri eşit olarak dağıtarak yükün aynı kişiler üzerinde birikmesini engellemek
- Zor işlerin dönüşümlü olarak yapılmasını sağlamak
- Gün içerisinde iş harici aktiviteler için zaman ayarlamak
- Yarım gün çalışmayı desteklemek, bu yöntemle insan kaynakları ve esneklik artar
- Çalışanlara yeni programlar oluşturması için olanak sağlamak.

Danışmanlık hizmetleri: Bu yöntem ile danışmanların öneri ve eleştirilere daha açık olması sağlanırken, çalışanların fikirlerine de önem verilmiş olunur. Düzenli aralıklarla geri bildirim almak için anket düzenlemek yararlıdır (91).

Kurum olarak sorun çözüme: Kalite gelişim programlarının bir amacı da iş ortamının doğru değerlendirilmesini ve sorunların ilk ortaya çıkış anında ele alınmasını sağlayacak kalıcı bir mekanizmanın oluşturulmasını sağlamaktır. Çalışanlarla sorun çözmeye yönelik toplantıların düzenlenmesi, kimlik belirsizliğini ve iletişimsizlikten kaynaklanan çatışmaları engelleyebilir. İzin ve zaman konusunda katı davranılmaması, bireyde istek ve gereksinimlerine duyarlı davranıldığı duygusunu uyandırarak, işine ve yönetime karşı duyarlılığın sağlanmasına yardımcı olur. Bireyin kendisini bir grubun üyesi olarak algılaması çok önemlidir. Bu, grubun üyelerinin, birbirinden uzaklaşmasına izin verilmemesi anlamındadır. Böylelikle bireydeki tükenmişliğe ilişkin değişimler erken fark edildiğinden erken müdahalede bulunma şansı da verir (91).

İş arkadaşları düzeyinde yapılması gerekenler: Aynı yerde çalışan kişilerin zaman zaman iş dışı konularda konuşmaları ve birlikte hoşça vakit geçirmeleri, aralarında daha sıcak ve yakın bir ilişki kurulmasını sağlayarak birbirlerine olan desteklerini artırır. Birlikte çalışanların uyumlu bir ekip çalışması içinde olmaları, aralarında adil bir görev paylaşımının olması, hem hizmetin kalitesini artırır hem de ilişki sorunlarını önler. Birlikte çalışmaktan doğan sorunları zamanında, sorun kronikleşmeden çözmeleri son derece yararlıdır. Ayrıca ekibin işte karşılaştıkları sorunları ve duygusal zorlukları paylaşabilecekleri destekleyici gruplara katılmaları da etkili bir koruyucu yaklaşımdır (105,106). Daha kıdemli iş arkadaşları

işe yeni başlayan kişilere gerçekçi ve aşırı idealize olmayan daha adaptif rol modelleri olabilmelidirler (102). Özellikle erkekler için iş yerinde destekleyici bir ortam içinde olmanın kritik bir önemi olduğu bildirilmektedir (68,72,74,101).

Devlet yönetimi düzeyinde yapılması gerekenler: İnsana hizmet veren mesleklerde sistemdeki ödül kaynaklarının arttırılması, uzun çalışma saatlerinin azaltılması, düşük ücret sorununun giderilmesi, tatil ve sosyal aktivite olanaklarının arttırılması, personel yetersizliği sorununa çare bulunması, merkeziyetçi-hiyerarşik yönetim şekillerinden daha demokratik, yatay, sorumluluk ve yetkileri paylaştıran yönetim yaklaşımlarına yönelmesi için devletin önderlik etmesi, gerçekleştirilmesi gereken değişikliklerin başında gelmektedir (68,72,74,86,102). Bu tür düzeltmeler aslında tükenme sorununun büyük ölçüde üstesinden gelmeyi sağlayabilir.

Tükenmişlik ve Tıp

Sağlık çalışanları en yüksek oranda şiddete ve tehdide uğrayan meslek grubudur. Sağlık sektörü en gelişmiş esneklik ve takım çalışması düzeyine sahip sektördür. Türkiye haftalık 55 saatlik çalışma saati ortalamasıyla Avrupa'da en fazla ortalama çalışma süresi olan ülkedir. Ayrıca hafta sonu çalışma da en fazla Türkiye'dedir. Uzun çalışma saatlerinin en önemli negatif etkisi iş ve gündelik hayat dengesi üzerindedir. Hem çalışma saati fazla olan (107,108) hem de iş yükü fazla olan doktorların tükenmişlikleri de fazladır. İş yükünün fazla olmasının yanında işlerinde daha az seçim hakkı ve serbestlikleri olan doktorlar daha fazla tükenmektedirler (109). Her geçen gün doktorlar ve sağlık çalışanları artan tükenmişlik riski ile karşı karşıyadır ve bu durum sağlık hizmetlerini de tehdit etmektedir (110). İletişim ve yönetim becerilerinin yetersiz olduğunu düşünen doktorlarda tükenmişlik seviyeleri daha yüksek saptanmaktadır. Bu nedenle sağlık çalışanlarını tükenmişlikten korumak için iletişim ve yönetim becerilerinin arttırılması faydalı olabilir (111). Duygusal tükenmişlik yaşayan doktorların hastalarının daha az memnun olduğu ve iyileşme sürelerinin daha uzun olduğu tespit edilmiştir (112).

Tıp Öğrencileri ve Tükenmişlik

Tıp öğrencileri kendilerinin psikolojik olarak güçlü yanlarını ve duygusal zayıflıklarını ve kendi karakter özelliklerini anlamalıdır. Kendi temel ilkelerini, ideallerini, hayat felsefelerini açıkça dile getirebilmeli ve bunları eğitimlerindeki hedefleri ile örtüştürebilmelidir. Yetiştirdiği ailenin yapısının, ırkın, kültürün ve cinsiyet gibi faktörlerin

kişilerin tutum ve kabiliyetlerini nasıl etkilediğini bilmeli ve bunları hastalarla konuşabilmelidir. Hastalara duyulan sempati ve empatinin farkını anlayabilmeli ve bunları kullanabilmelidir. Belirsizlik, risk alma ve güvence arama davranışları sırasında kendi tutumlarını bilmeli, hastayla otonomi, yardımseverlik, zarar vermeme ve adalet gibi tutumlar çerçevesinde bir ilişki kuracağını açıklayabilmelidir. Zor hasta-doktor ilişkilerinde bile hislerini fark edebilmelidir (113). Dışadönük kişilik yapısı ve arkadaş canlısı, anlayışlı olmak tükenmişlikle ters orantılıdır (109).

GEREÇ VE YÖNTEMLER

Kesitsel ve tanımlayıcı nitelikteki bu araştırma, Edirne, Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nda yürütüldü. Trakya Üniversitesi'nde 2010-2011 öğretim yılında 144 beşinci sınıf, 91 altıncı sınıf olmak üzere toplam 235 tıp öğrencisi bulunmaktaydı. Çalışmada evrenin tamamına ulaşılması amaçlandı fakat öğrencilerin staj amaçlı belli bir zaman için veya çeşitli eğitim programları ile yatay geçiş yaparak eğitimlerine başka fakültelerde devam etmeleri, bunların yanında ara dönemde intörnlerin mezun olabilmelerinden ötürü bazılarının ulaşılabilmesi veya bazı öğrencilerin çalışmaya katılmayı kabul etmemeleri nedeniyle araştırma 2010-2011 öğretim yılında Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde eğitim görmekte olan ve anket formlarını doldurmayı kabul eden 118 beşinci sınıf, 84 intörn olmak üzere toplam 202 tıp öğrencisine uygulandı. Öğrencilere araştırmacılar tarafından gerekli açıklamalar yapıldıktan sonra anketler doldurtuldu. Fakat çalışmadan çıkarılma kriterleri dikkate alındığında, 12 öğrencinin daha önce tanı almış psikiyatrik durumu veya geçirilmiş psikiyatrik hastalığının olması nedeniyle istatistik değerlendirilmeye alınmadı. Çıkarılan veriler sonrası, 190 öğrenciden gelen veriler çalışmada kullanıldı. Çalışmaya Mayıs 2011'de başlandı, Temmuz 2011'de görüşmeler tamamlandı.

Çalışmaya Dahil Edilme ve Çalışmadan Çıkarılma Kriterleri

Toplam 202 katılımcı çalışmaya alınma koşullarını karşılamıştır. Dahil edilme kriterleri öğrencilerin Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi 5 ve 6. sınıfında eğitim görüyor olması, yapılan araştırmaya katılmayı kabul etmeleri, soruların yarısından fazlasına cevap vermiş olmaları şeklindeydi. Araştırmaya katılmayı reddeden, tanı konmuş psikotik durumu

olan veya geçirilmiş psikiyatrik hastalığı bulunan 12 öğrenci araştırmaya dahil edilmedi.

Veri Toplama Aracı

Veri toplamak için araştırmacılar tarafından geliştirilen sosyodemografik veri toplama formu, Birinci Basamak için Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ-BB), Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ) ve Maslach Tükenmişlik Ölçeğini (MTÖ) içeren anket formları kullanıldı. (Ek-1).

Sosyodemografik veri formu

Araştırmacılar tarafından geliştirilen yaş, cinsiyet, sınıf, doğum yeri, yaşam koşulları, aylık gelir ve harcamalar, çalışma ortamı, TUS'a hazırlık durumu, destek mekanizmaları, iş durumu ve günlük uğraşlar gibi bilgileri içeren öğrencilerin genel özelliklerini değerlendirmek amacıyla kullanılan formdur.

Birinci basamak için Beck Depresyon Ölçeği

Bu araştırmada öğrencilerde depresyon varlığını ölçmek amacıyla 7 soruluk Birinci Basamak için Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ-BB) kısa formu kullanıldı. Ölçeğin Türkçe'ye adaptasyonu geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Aktürk ve arkadaşları tarafından 2005'te yapılmıştır. BDÖ-BB üzüntü, kötümserlik, geçmişteki başarısızlık, kendini beğenme, kendini suçlama, ilgi kaybı ve intihar düşüncesi veya isteği belirtilerini kullanarak yedi başlık altında depresyon taraması yapmıştır. Kullandığı başlıklar DSM-IV'e göre Majör Depresif Bozukluğu yansıtan Beck Depresyon Ölçeğinden alınmıştır. Her başlık 0'dan 3'e kadar dört basamaklı bir derecelendirme içerir; BDÖ-BB puanı her başlıktaki en yüksek puanların toplanmasıyla elde edilir. Toplam en fazla 21 puan elde edilebilir. Herhangi bir kesme puanı bildirilmemekle beraber 4'ün üzerindeki puanlarda depresyon olasılığı %90'ın üzerindedir (114).

Beck Anksiyete Ölçeği

Bireylerin yaşadığı anksiyete belirtilerinin sıklığının belirlenmesi amacıyla 1988'de Beck ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş, ergen ve yetişkinlere uygulanan, 21 maddeden oluşmuş 0-3 arası puanlanan likert tipi bir ölçektir (115,116). Her bir soru 0 (hiç) ile 3 (ciddi derecede) arasında değerlendirilmektedir ve yüksek puanlar anksiyete yakınmalarındaki artışa işaret etmektedir. Böylece bu ölçekten alınabilecek toplam puan 0 ile 63 arasında değişmektedir. Toplam puanın yüksekliği bireyin yaşadığı anksiyetenin şiddetini gösterir. Ölçeğin Türkçe'ye geçerlik güvenilirlik çalışması 1998'de Ulusoy ve arkadaşları tarafından

gerçekleştirilmiştir (117,118,119).

Maslach Tükenmişlik Ölçeği

Araştırmada öğrencilerin algıladıkları tükenmişliği belirlemek için 1981 yılında Maslach ve Jackson tarafından geliştirilen ve 1992 yılında Canan Ergin tarafından Türkçe'ye uyarlanan Maslach Tükenmişlik Ölçeği (MTÖ) kullanılmıştır (120). Geçerlik ve güvenirlik çalışması Çam (121) tarafından yapılan ölçek, her birinde beş basamaklı yanıt seçenekleri olan 22 sorudan oluşmaktadır. Duygusal tükenme (DT) 9 madde (1,2,3,6,8,13,14,16,20), duyarsızlaşma (DSY) 5 madde (5,10,11,15,22), kişisel başarı (KB) 8 madde (4,7,9,12,17,18,19,21) olmak üzere üç alt boyutu vardır (73). Duygusal tükenme ve duyarsızlaşma boyutları olumsuz, kişisel başarı, boyutu olumlu yanıtları içermektedir. Bu ölçekte yer alan maddeler hiçbir zaman 0, her zaman 4 puan olacak şekilde puanlanmaktadır. Buna göre, ölçeğin alt boyutlarından alınabilecek puanlar, duygusal tükenme için 0-36, duyarsızlaşma için 0-20 ve kişisel başarı için 0-32 arasında değişmektedir. Ölçekten elde edilen puanlar için kesme (cut off) değeri olmadığından tükenme var ya da yok şeklinde bir sınıflama yapılamamaktadır. Duygusal tükenme ve duyarsızlaşmada yüksek puan, kişisel başarıda ise düşük puan tükenmişliğin yüksek düzeyde olduğunu yansıtmaktadır (74,81,84,120,122).

Maslach Tükenmişlik Ölçeği'nin Türkçeye uyarlaması sırasında bazı değişiklikler yapılmıştır (74,84,120). Bunlardan en önemlisi, özgün formda 7 basamaklı olan yanıt seçeneklerinin 5 basamağa indirilmiş olmasıdır. Özgün formda bu seçenekler "hiçbir zaman, yılda birkaç kere, ayda bir, ayda birkaç kere, haftada bir, haftada birkaç kere, her gün" şeklindedir. Ancak, eğitim düzeyi ne olursa olsun, hemen bütün denekler bu şekilde cevap vermekte zorluk çektiklerinden, basamak sayısı 5'e indirilmiş ve "hiçbir zaman - çok nadir - bazen - çoğu zaman - her zaman" şeklinde düzenlenmiştir. Bu nedenle, Türkiye'de elde edilen veriler, yabancı çalışmalarla karşılaştırılırken bu farklılığı dikkate almak gerekmektedir (122).

Etik Kurul Onayı

Bu araştırmada uluslar arası etik kurallara uyulmuştur ve Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu'ndan onay alınmıştır (Ek-2). Araştırmaya katılacak olan bireyler sözlü olarak bilgilendirilmiş ve onayları alınmıştır.

İstatistik

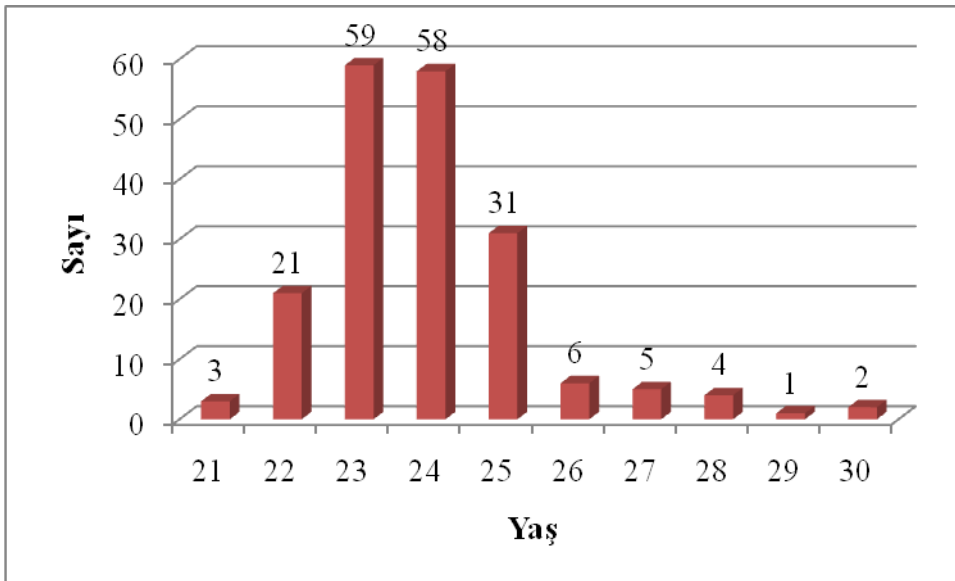
Bu araştırmanın tüm istatistiksel analizleri “ Statistical Package for Social Sciences” (SPSS 19) paket programı (Seri No: 10240642) kullanılarak gerçekleştirildi. Araştırma sonucunda elde edilen veriler sayı ve yüzdeler hesapları, Mann Whitney U, Kruskal-Wallis ve Ki-kare testleri ile spearman korelasyon analizi kullanılarak değerlendirilmiştir.

BULGULAR

TANIMLAYICI İSTATİSTİKLER

Bu çalışma Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde okuyan ve çalışmaya katılmayı kabul eden 5 ve 6. sınıf tıp fakültesi öğrencilerine yapılmıştır. Çalışmaya katılan 202 öğrenciden 12'si daha önce tanı almış psikiyatrik durum nedeniyle çalışmadan çıkarıldı. Bu 12 öğrencinin 6'sının depresyon, 1'inin anksiyete, 2'sinin sosyal fobi tanısı bulunmaktaydı. Tanı alan öğrencilerin 8'i ilaç kullanmazken 4'ü halen ilaç kullanmaktaydı.

Araştırmaya dahil edilen toplam 190 öğrencinin 99'u (%52,1) kadın, 91'i (%47,9) erkekti. Öğrencilerin yaşı 21 ile 30 arasında değişmekte olup, yaş ortalaması $23,90 \pm 1,5$ ortanca değeri 24 olarak bulundu. Katılımcıların yaş dağılımları Şekil 1'de belirtilmiştir.



Şekil 1. Katılımcıların yaş dağılımı

Katılımcılardan 2'si evli 188'i bekârdı. Hiçbirinin çocuğu yoktu. Katılımcıların 108'i (%56,8) 5. sınıflardan oluşurken 82'si (%43,2) 6. sınıf öğrencisiydi.

Katılımcıların 141'i (%74,2) yıl kaybı olmadığını belirtirken, 49'unun (%25,8) yıl kaybı vardı. Yıl kaybı olan katılımcıların 23'ünün (%47,0) 1 yıl ve altında kaybı varken, 14'ünün (%28,6) 1-2 yıl arası kaybı vardı. Yıl kaybı olan katılımcıların 12'sinin (%24,4) yıl kaybı 3 yıl ve üstü olup görüşmeler sırasında af ile fakülteye döndüklerini belirttiler. Ortalama yıl kaybı $1,26 \pm 0,439$ olarak bulundu. Yıl kaybı olan katılımcıların yıl kaybı sayıları Tablo 1'de gösterilmiştir.

Tablo 1. Yıl kaybı olan katılımcıların yıl kaybı sayısı

Yıl kaybı	Kişi sayısı (n)	%
1 yıl ve altı	23	47,0
1-2 yıl	14	28,6
3 yıl ve üzeri	12	24,4
Toplam	49	100,0

Katılımcıların çoğunluğu 121'i (%63,7) ev arkadaşlarıyla birlikte yaşarken, 46'sı (%24,2) yalnız yaşamaktaydı. Yurtta kalan sadece 3 öğrenci (%1,6) vardı. Katılımcıların kimlerle birlikte yaşadığı Tablo 2'de gösterilmiştir.

Tablo 2. Katılımcıların birlikte yaşadığı kişiler

Birlikte yaşadığı kişi	Kişi sayısı (n)	%
Yalnız	46	24,2
Aile/akrabalarıyla	20	10,5
Yurtta	3	1,6
Ev arkadaşlarıyla	121	63,7
Toplam	190	100,0

Katılımcılardan 185'inin (%97,4) kendisine ait odası varken, 5'inin (%2,6) kendisine ait odası yoktu. Öğrencilerin 94'ü (%49,5) aylık harcamalarında ve sosyal yaşantısını karşılamada güçlük çekmediğini ifade ederken, 72 kişi (%37,9) kısmen güçlük çektiğini ifade ediyor, 24'ü (%12,6) aylık harcama ve sosyal yaşantısını karşılamada güçlük çekiyordu. Katılımcıların 186'sı (%97,9) ailesinden harçlık alırken, 4'ü (%2,1) harçlık almıyordu. Yalnızca 2 kişi (%1,0) dul yetim maaşı alıyordu. Öğrencilerin 102'si (%53,7) öğrenim

bursundan faydalanırken, 88 öğrenci (%46,3) öğrenim bursundan faydalanmıyordu.

Aylık gelir miktarını belirten 171 katılımcının aylık geliri 250 TL ile 3000 TL arasında değişkenlik gösterip 27'sinin (%15,8) geliri 0-500 TL, 96'sının (%56,1) 500-1000 TL arasında, 48 öğrencinin (%28,1) geliri ise 1000 TL ve üstündeydi. Aylık gelir miktarını belirten 171 katılımcının ortalama gelir miktarı 941,23 TL±432,175 ortanca değeri 900 olarak bulundu.

Katılımcıların 154'ünün (%81,1) sosyal güvencesi varken, 36'sının (%18,9) sosyal güvencesi yoktu. Öğrencilerin 166'sı (%87,4) kronik hastalığı olmadığını ifade ederken, 24'ü (%12,6) kronik hastalığı olduğunu belirtti. Tanı alan öğrencilerin 3'ünde (%1,6) astım, 2'sinde (%1,1) alerjik rinit, 2'sinde (%1,1) epilepsi hastalığı mevcuttu. Katılımcıların 188'inin (%98,9) bedensel engeli bulunmazken 2'sinin (%1,1) bedensel engeli vardı ancak bedensel engelinin ne olduğunu her iki katılımcı da belirtmedi.

Öğrencilerin stajyer/intörnlükten memnuniyet düzeyleri sorgulandığında, 60 katılımcı (%31,6) hiç memnun olmadığını ifade ederken, 130'u (%68,4) çeşitli düzeylerde memnun olduklarını belirtti. Katılımcıların stajyer/intörnlükten memnuniyetine göre dağılımı Tablo 3'te gösterilmiştir.

Katılımcıların 41'i (%21,6) son 3 ay içindeki çalışma ortamından hiç memnun olmadığını ifade ederken, 52'si (%27,4) az miktarda memnun olduğunu, 97'si (%51,0) de orta ve üstü düzeyde memnun olduğunu belirtti. Katılımcıların son 3 ay içinde çalışma ortamlarından memnuniyetine göre dağılım Tablo 3'te gösterilmiştir.

Tablo 3. Katılımcıların memnuniyet düzeyleri

	Hiç n (%)	Az miktarda n (%)	Orta düzeyde n (%)	Oldukça n (%)	Çok n (%)
Stajyer/intörnlükten memnuniyet	60 (%31,6)	42 (%22,0)	63 (%33,2)	25 (%13,2)	0 (%0)
Son 3 ay içinde çalışma ortamından memnuniyet	41 (%21,6)	52 (%27,4)	58 (%30,5)	33 (%17,4)	6 (%3,1)
Birlikte çalıştıkları hekimlerin tutumundan memnuniyet	23 (%12,1)	41 (%21,6)	78 (%41,1)	40 (%21,0)	8 (%4,2)

Katılımcıların 78'i (%41,1) birlikte çalıştıkları hekimlerin kendilerine karşı tutumlarından orta düzeyde memnunken, 23'ü (%12,1) hiç memnun değil, sadece 8 kişi (%4,2) memnundu. Katılımcıların birlikte çalıştıkları hekimlerin kendilerine karşı tutumundan memnuniyeti Tablo 3'te gösterilmiştir.

Son 3 ay içinde ortalama günlük çalışma süresi sorulduğunda öğrencilerin 69'unun (%36,3) son üç ay içinde günlük çalışma süresi nöbetler hariç 8 saatken, 3 öğrenci (%1,6) hiç çalışmadığını ifade etmiş, 3'ü (%1,5) de 10 saatin üzerinde çalıştığını belirtmişti. Öğrencilerin günlük ortalama çalışma süresi $7,31 \pm 2,46$ saattir. Ortanca değeri 8 saat olarak bulundu.

Katılımcılara son 3 ay içinde tutulan nöbet sayısı sorulduğunda nöbet sayıları değişken olmakla birlikte son üç ayda toplam 20 nöbetten fazla nöbet tutan 10 kişi (%5,2) vardı. Son 3 ayda tutulan toplam nöbet sayısı tüm katılımcılar için ortalama $8,55 \pm 7,3$ ortanca değeri 6 olarak bulundu.

Katılımcıların 61'i (%32,1) çalıştıkları ortamın güneş görmediğini ifade ederken, 129'u (%67,9) ortamın güneş gördüğünü belirtti.

Son 3 ay içindeki günlük ders çalışma süresiyle ilgili soruda öğrencilerin 69'u (%36,4) günde ortalama 2 saat çalıştığını ifade ederken, 26'sı (%13,7) hiç çalışmadığını belirtti. Günde ortalama 4 saatten fazla çalışan ise sadece 6 kişi (%3,1) vardı. Öğrencilerin son 3 ay içindeki günlük ders çalışma süresinin ortalaması $2,01 \pm 1,39$ ortanca değeri 2 saat olarak bulundu.

Katılımcıların tıpta uzmanlık sınavına hazırlanıp hazırlanmadıkları sorusuna 58'i (%30,5) hayır yanıtını verirken, 132'si (%69,5) evet yanıtını verdi. Ancak TUS için dersaneye gidip gitmedikleri sorusuna 38'i (%20,0) hayır yanıtını verirken, 152'si (%80,0) evet olarak yanıt verdi. Hayır yanıtını veren 38 öğrencinin dersaneye gitmeme nedenleri 16'sının (%42,1) maddi imkansızlık, 9'unun (%23,7) gerekli olmadığını düşündüğü içindi. Hayır yanıtını veren 38 öğrencinin 7'si (%18,4) de diğer nedenler nedeniyle dersaneye gitmediğini belirtti. Bu nedenler arasında 5. sınıfta gittikleri için, önümüzdeki yıl gitmeyi planladıkları için, fakültenin yorucu olmasından dolayı, dersanelere karşı olmalarından ve zaman kaybı olduğu düşüncesi bulunmaktaydı. Dersaneye gitmeme nedenleri Tablo 4'te gösterilmiştir.

Tablo 4. Katılımcıların dersaneye gitmeme nedenleri

Dersaneye gitmeme nedeni	Kişi sayısı (n)	Toplam
TUS'a girmeyeceğim	4	10,5
Bilgimin yeterli olduğumu düşünüyorum	2	5,3
Maddi imkansızlık	16	42,1
Gerekli olduğumu düşünmüyorum	9	23,7
Diğer nedenler	7	18,4
Toplam	38	100,0

Evet yanıtını veren 152 öğrencinin dersaneye gitme nedenleri ise 90'ının (%59,2) dersaneye gitmenin gerekli olduğunu düşünmesi, 36'sının (%23,7) bilgilerinin yeterli olmadığını düşünmeleri, 17'sinin (%11,2) arkadaşlarının dersaneye gitmesi nedeniyledi. 9 öğrenci (%5,9) de diğer nedenlerden dolayı dersaneye gitmekteydi. Bunlar bilgi yetersizliği ve motivasyon isteği, kaynak temini ve ders çalışma ortamı sağlaması, soru çözme tekniğini öğrenme, test mantığı kazanma, vicdanen rahatlamak, okulda verilen eğitimin sınav için yetersiz olduğu düşüncesi şeklindeydi. Dersaneye gitme nedenlerinin dağılımı Tablo 5'te gösterilmiştir.

Tablo 5. Katılımcıların dersaneye gitme nedenleri

Dersaneye gitme nedeni	Kişi sayısı (n)	Toplam
Arkadaşlarım gidiyor	17	11,2
Gerekli olduğunu düşünüyorum	90	59,2
Bilgimin yeterli olduğunu düşünmüyorum	36	23,7
Diğer nedenler	9	5,9
Toplam	152	100,0

Öğrencilerin 136'sı (%71,6) tıp fakültesini seçme kararını kendi isteğiyle verdiğini ifade ederken, 34'ü (%17,9) aile yönlendirmesiyle karar vermişti. 20 (%10,5) öğrenci diğer nedenlerin kararında etkili olduğunu belirtmişti. Bunlar anlık ve düşünülmeden verilmiş bir karar olduğu, dersane yönlendirmesi, puanının tutması nedeniyle şeklindeydi. Katılımcıların tıp fakültesini seçme kararı Tablo 6'da verilmiştir.

Tablo 6. Katılımcıların tıp fakültesini seçme kararı

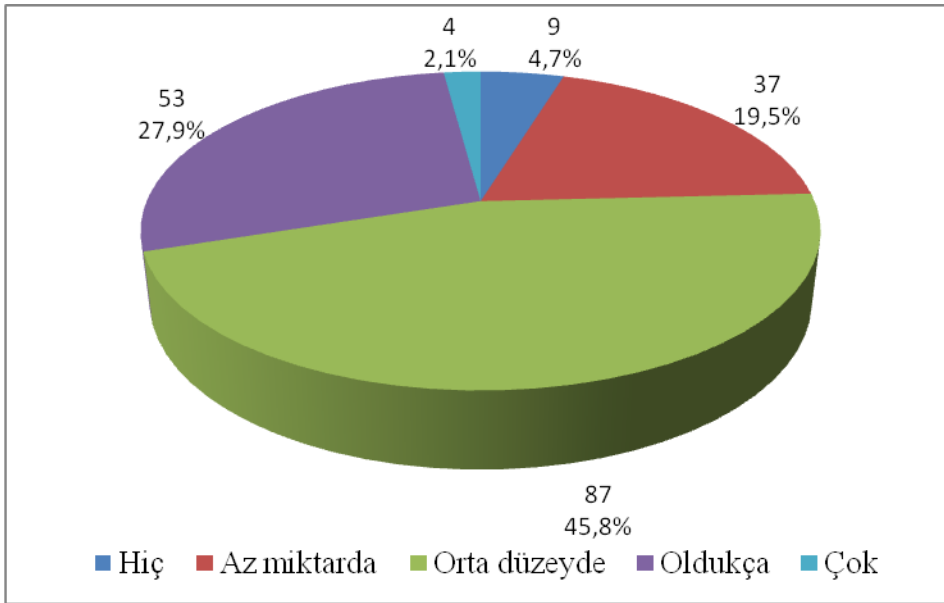
Kararı etkileyen faktörler	Kişi sayısı (n)	%
Kendi isteğim ile	136	71,6
Aile yönlendirmesiyle	34	17,9
Diğer	20	10,5
Toplam	190	100,0

Katılımcılara tıp fakültesine girerken meslekleriyle ilgili ileride karşılaşacakları zorluklara dair yeterli ön bilgiye sahip olup olmadıklarına dair inançları sorulduğunda 142'si (%74,7) hayır, 48'i (%25,3) evet yanıtını verdi. Yine tıp fakültesine girerken bitirdikten sonra

nasıl bir çalışma ortamında bulunacaklarına dair düşünceleri sorulduğunda 24'ünün (%12,6) yanıtı olumsuz iken, 142'sinin (%74,7) yanıtı olumluydu, 24 öğrencinin (%12,6) ise bu konuda fikri/beklentisi yoktu. Son 3 ay içinde tıp fakültesini bırakmayı düşünüp düşünmedikleri sorulduğunda ise 151 öğrenci (%79,5) hayır yanıtını verirken, 39'u (%20,5) evet demişti.

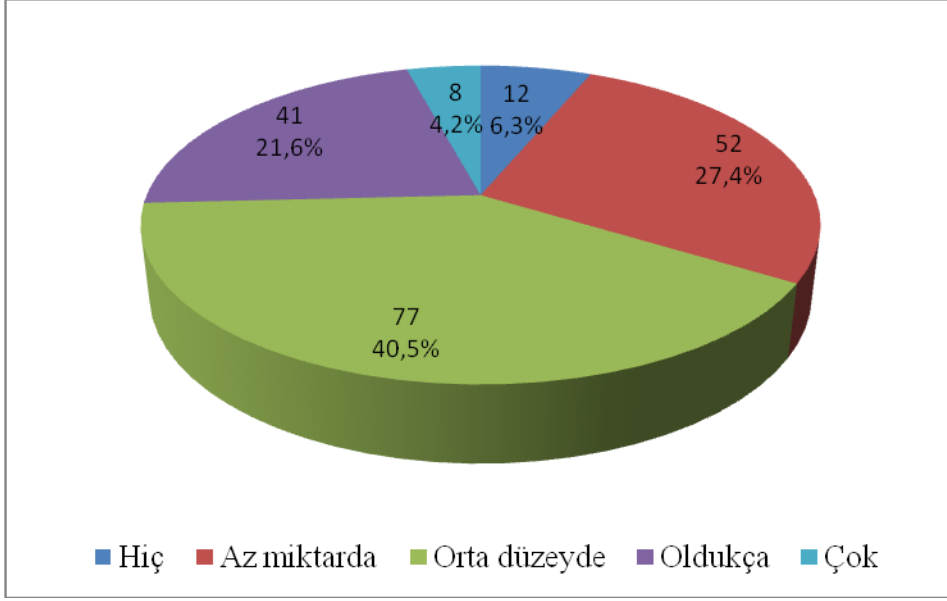
Yine hekimliğin kendilerine ne kadar uygun bir meslek olduğuyla ilgili soruya 95'i (%50,0) uygun yanıtını verirken, 78'i (%41,1) kısmen uygun, 17 öğrenci de (%8,9) uygun değil şeklinde yanıtladı. Mesleklerinin toplumda hak ettiği yeri bulduğuna dair inançları sorgulandığında katılımcıların 176'sının (%92,6) yanıtı hayır iken, sadece 14'ünün (%7,4) yanıtı evetti.

Katılımcıların 87'si (%45,8) hastaları tarafından orta düzeyde takdir edildiğini düşünürken, 9 katılımcı (%4,7) hiç takdir görmediğini ifade etti. Katılımcıların hastaları tarafından takdir edilme derecesi Şekil 2' de gösterilmiştir.



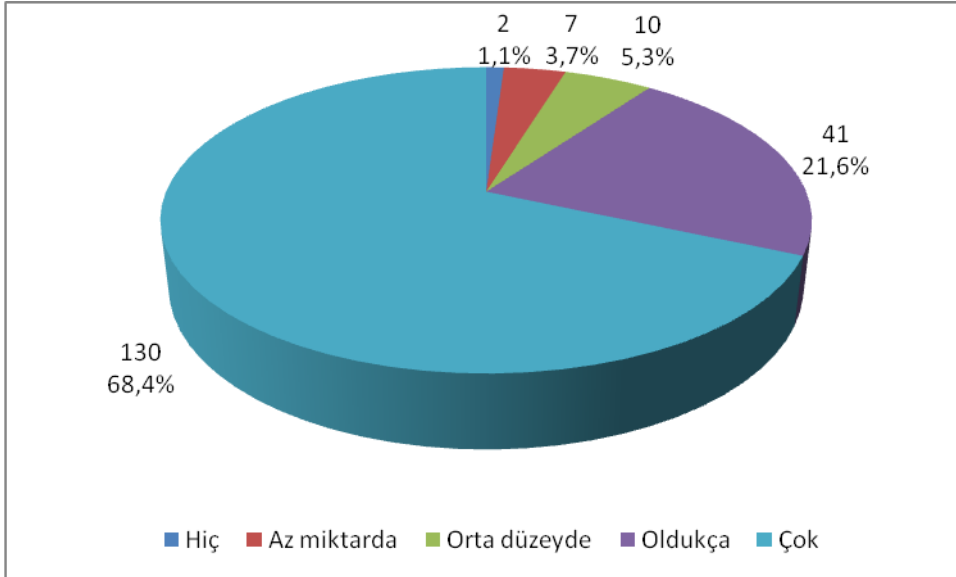
Şekil 2. Katılımcıların hastaları tarafından takdir edilme derecesi

Öğrencilerin 77'si (%40,5) çalıştığı ortamdaki insanlardan orta düzeyde destek gördüğünü ifade ederken, 12 kişi (6,3) hiç destek görmediğini ifade etti. Çalışılan ortamdaki insanlardan destek görme derecesi Şekil 3' te gösterilmiştir.



Şekil 3. Katılımcıların çalışılan ortamdaki insanlardan destek görme derecesi

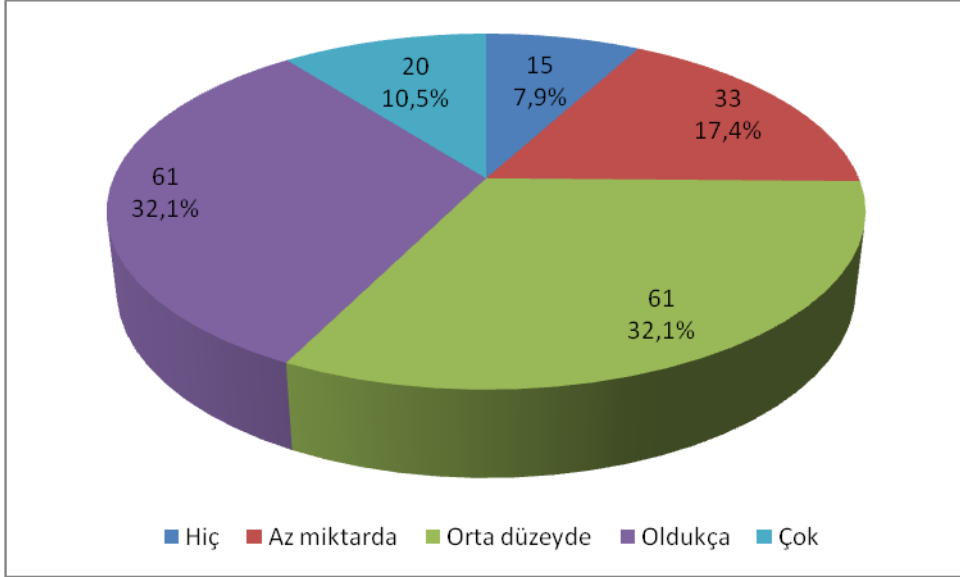
Öğrencilere ne derece aile desteği gördükleri sorulduğunda; 130 öğrenci (%68,4) çok fazla destek gördüğünü ifade ederken, 41'i (%21,6) oldukça fazla destek gördüğünü ifade etmiş, sadece 2 öğrenci (%1,1) hiç aile desteği görmediğini ifade etmişti. Katılımcıların aileden destek görme derecesi Şekil 4' te gösterilmiştir.



Şekil 4. Katılımcıların aileden destek görme derecesi

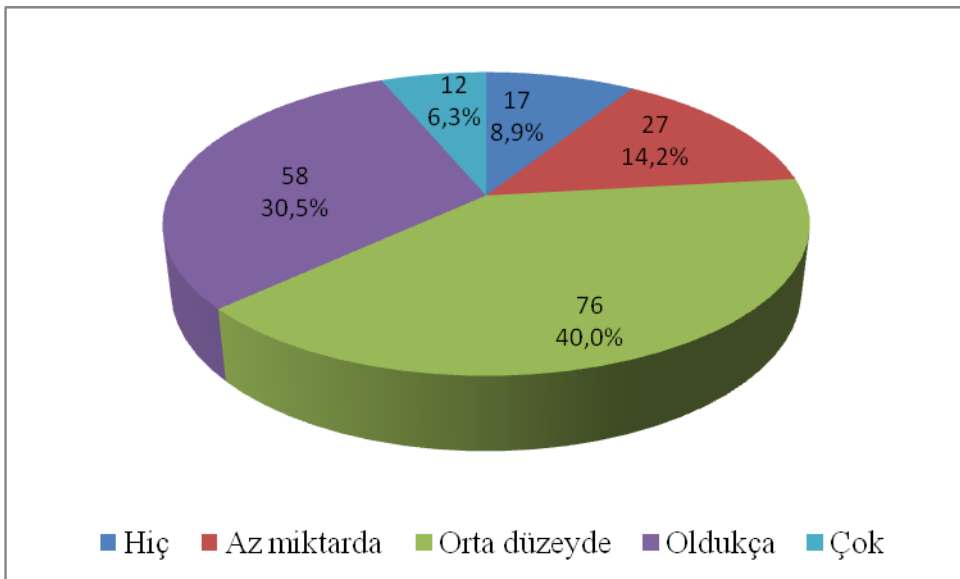
Öğrencilere hekim arkadaşları ve aileleri haricinde yakın çevrelerindeki insanlardan ne derece destek görüp sorunlarını paylaştıkları sorulduğunda, 61'i (%32,1) öğrenci orta düzeyde, 61'i (%32,1) oldukça fazla, 20'si (%10,5) çok fazla destek gördüğünü ifade ederken

15 öğrenci (%7,9) hiç destek görmediğini ifade etti. Katılımcıların yakın çevrelerindeki insanlardan destek görme derecesi Şekil 5’te gösterilmiştir.



Şekil 5. Katılımcıların yakın çevrelerindeki insanlardan destek görme derecesi

Şu ana dek aldıkları eğitimle mesleki çalışma açısından öz güvenlerindeki artış derecesinin 76’sı (%40,0) orta düzeyde olduğunu ifade ederken, 58 öğrenci (%30,5) oldukça fazla olduğunu, 17’si de (%8,9) hiç öz güveni olmadığını ifade etti. Katılımcıların mesleki çalışma açısından öz güvendeki artış derecesi şekil 6’da gösterilmiştir.



Şekil 6. Katılımcıların mesleki çalışma açısından özgüvendeki artış derecesi

Öğrencilere okul/ders dışındaki uğraşları sorulduğunda 82'si (%43,2) spor yaptığını ifade etti. Katılımcıların okul/ders dışında ilgilenilen uğraşlar Tablo 7'de gösterilmiştir.

Tablo 7. Katılımcıların okul/ders dışındaki uğraşları

Öğrencilerin okul/ders dışındaki uğraşları	Kişi sayısı (n)	%
Spor yapmak	82	43,2
Müzik yapmak	39	20,5
Fotoğraf çekmek	20	10,5
Resim yapmak	13	6,8
Dans etmek	14	7,4
Sinema/Tiyatro izlemek	123	64,7
Diğer	25	13,2

Öğrencilere günlük hayatlarında kendilerine ve diğer ilgi ve uğraşlarına yeterince zaman ayırıp ayıramadıkları sorulduğunda, 32'si (%16,8) hiç zaman ayıramadığını ifade etti. Katılımcıların günlük hayatta kendilerine, ilgi ve uğraşlarına ayırdıkları zaman Tablo 8'de gösterilmiştir.

Tablo 8. Katılımcıların günlük hayatta kendilerine, ilgi ve uğraşlarına ayırdıkları zaman

Ayrılan zaman miktarı	Kişi sayısı (n)	%
Hiç	32	16,8
Az miktarda	60	31,6
Orta düzeyde	67	35,3
Oldukça	24	12,6
Çok	7	3,7
Toplam	190	100,0

Öğrencilerin 110'u (%57,9) halen duygusal bir beraberlik yaşadığını ifade ederken, 80'i (%42,1) duygusal bir beraberliği olmadığını ifade etti. Halen duygusal beraberliği olan 110 öğrencinin 89'u (%80,9) partnerlerinden olumlu destek almaktaydı. Katılımcıların partnerlerinden aldıkları desteğin derecesi Tablo 9'da gösterilmiştir.

Tablo 9. Katılımcıların partnerlerinden aldıkları desteğin derecesi

Partner desteği derecesi	Kişi sayısı (n)	Toplam
Hiç veya az miktarda	7	6,4
Orta düzeyde	14	12,7
Oldukça	29	26,4
Çok	60	54,5
Toplam	110	100,0

Öğrencilere ailelerinin hangi şehirde yaşadığı sorulduğunda 62'si (%32,6) İstanbul, 17'si (%8,9) Edirne, 10'u (%5,3) Tekirdağ'da yaşadıklarını ifade ederken, 9 öğrenci (%4,7) yabancı ülkede yaşadıklarını belirtti. Öğrencilerin ailelerinin yaşadığı şehirlerin Edirne'ye uzaklığına göre bakıldığında ise 102 öğrencinin (%53,7) ailesi 250 km'ye kadar olan mesafede yaşarken, 26'sının (%13,7) 500 km'ye kadar olan mesafeyi içeren şehirlerde, 62 öğrencinin (%32,6) ailesi ise 500 km'den fazla uzaklıktaki mesafedeki şehir ve ülkelerde yaşıyordu.

Öğrencilere ailelerini ziyaret etme sıklığı sorulduğunda 46'sı (%24,2) ayda bir, 32'si (16,8) 3-6 ayda bir şeklinde yanıtlarken, 48 öğrenci (%25,3) 6 ay ve üstü yanıtını verdi. Öğrencilerin aileleri ziyaret sıklığı Tablo 10'da gösterilmiştir.

Tablo 10. Öğrencilerin aileleri ziyaret sıklığı

Ziyaret sıklığı	Kişi sayısı (n)	%
Ayda birden fazla	43	22,6
Ayda bir	46	24,2
2 ayda bir	21	11,1
3-6 ayda bir	32	16,8
6 ay ve üzeri	48	25,3
Toplam	190	100,0

Öğrencilere imkanları olsa ailelerini ziyaret sıklıkları sorulduğunda bu soruyu yanıtlayan 178 öğrencinin 61'i (%34,3) ayda bir, 51'i (%28,7) her hafta sonu, 37'si (%20,8) 2 haftada bir yanıtını verdi. Öğrencilerin imkanları olsa aileleri ziyaret sıklığı Tablo 11'de gösterilmiştir.

Tablo 11. Öğrencilerin imkanları olsa aileleri ziyaret sıklığı

Ziyaret sıklığı	Kişi sayısı (n)	Toplam
Her haftasonu	51	28,7
2 haftada bir	37	20,8
Ayda bir	61	34,3
2 ayda bir	12	6,7
3 ayda bir	9	5,0
6 ayda bir	2	1,1
Diğer	6	3,4
Toplam	178	100,0

ÇOKLU KARŞILAŞTIRMALAR

Katılımcıların Beck anksiyete puanları 0 ile 33 arasında değişmekte olup ortalama $9,28 \pm 7,72$ puan olarak bulundu. Beck anksiyete puanlarını değerlendirdiğimizde katılımcıların 150'sinde (%78,9) kesme puanı olan 16'nın altında bulunurken, 40'ında (%21,1) 16 puan ve üzerinde bulundu. Katılımcıların BAÖ'ye göre Beck anksiyete düzeyleri Tablo 12'de gösterilmiştir.

Tablo 12. Katılımcıların Beck Anksiyete Ölçeği'ne göre Beck anksiyete düzeyleri

Anksiyete düzeyi	Kişi sayısı (n)	%
Hafif düzeyde anksiyete (8-15 puan)	150	78,9
Orta düzeyde anksiyete (16-25 puan)	31	16,3
Şiddetli anksiyete (26 ve üzeri puan)	9	4,7

Katılımcıların Birinci Basamak İçin Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ-BB) toplam 0-21 arasında değişmekte olup ortalama puanı $4,22 \pm 3,35$ idi. BDÖ-BB'ye göre katılımcıların 66'sında (%34,7) depresyon olduğu saptandı.

Katılımcıların toplam tükenmişlik ortalaması $41,42 \pm 9,33$ (minimum 0, maksimum 67) puan olarak saptandı. Öğrencilerin MTÖ' den aldıkları puanlar ölçeğin alt başlıklarına göre hesaplandı. Alınan ortalama "duygusal tükenme" puanı $14,42 \pm 6,0$, "duyarsızlaşma" puanı $6,74 \pm 3,65$ ve "kişisel başarı" puanı $18,26 \pm 5,02$ olarak bulundu.

Beck Anksiyete Ölçeği Sonuçlarının Değerlendirilmesi

Çalışmaya katılan kız öğrencilerin 26'sında (%13,68) erkek öğrencilerin 14'ünde (%7,36) anksiyete saptandı. Cinsiyetlere göre yapılan değerlendirmede Beck anksiyete puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmedi (Pearson $\chi^2=3,376$; $p=0,066$).

Yaşa göre yapılan değerlendirmede Beck anksiyete puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($Z=-0,667$; $p=0,505$).

Sınıfa göre yapılan değerlendirmede 5. Sınıf öğrencilerinin 25'inde (%23,1) 6. Sınıf öğrencilerinin 15'inde (%18,2) anksiyete saptandı. Öğrencilerin sınıfa göre Beck anksiyete puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmedi (Pearson $\chi^2=0,661$; $p=0,416$).

Yıl kaybına göre anksiyete sorgulandığında yıl kaybı olan 49 öğrencinin 11'inde (%22,4) anksiyete saptanırken, yıl kaybı olmayan 141 öğrencinin 29'unda (%20,5) anksiyete saptandı. Yıl kaybına göre yapılan değerlendirmede Beck anksiyete puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmedi (Pearson $\chi^2=0,077$; $p=0,781$).

Öğrencilerin birlikte yaşadığı insanlara göre yapılan değerlendirmede anksiyete saptanan 40 öğrencinin 12'si (%30,0) yalnız, 1'i (%2,5) aile ve akrabalarıyla, 25'i (%62,5) ev arkadaşlarıyla yaşıyor, sadece 2 öğrenci (%5) yurttta kalıyordu. Öğrencilerin birlikte yaşadığı insanlar ile anksiyete arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı (Pearson $\chi^2=7,264$; $p=0,053$).

Kendisine ait odası olmayan 5 öğrencinin 2'sinde (%40) kendisine ait odası olan 185 öğrencinin 38'inde (%20,5) anksiyete tespit edildi. Öğrencilerin kendilerine ait odaya sahip olup olmamaları ile anksiyete puanları arasında ilişki yoktu (Pearson $\chi^2=1,109$; $p=0,284$).

Aylık harcama ve sosyal yaşantısını karşılamada güçlük çeken 24 öğrencinin 9'unda (%37,5) kısmen güçlük çeken 72 öğrencinin 10'unda (%13,8) güçlük çekmeyen 94 öğrencinin 21'inde (%22,3) anksiyete tespit edildi. Aylık harcama ve sosyal yaşantısını karşılamada güçlük çekmeye göre yapılan değerlendirmede Beck anksiyete puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görüldü (Pearson $\chi^2=6,223$; $p=0,045$). Öğrencilerin aylık harcama ve sosyal yaşantıda güçlük çekme durumuna göre anksiyete düzeyi Tablo 13'te gösterilmiştir.

Tablo 13. Öğrencilerin aylık harcama ve sosyal yaşantısını karşılamada güçlük çekme durumuna göre anksiyete düzeyi

Anksiyete	Aylık harcama ve sosyal yaşantıda güçlük çekme			Toplam
	Hayır n (%)	Kısmen n (%)	Evet n (%)	
Var	21(%52,5)	10 (%25)	9 (%22,5)	40
Yok	73(%48,7)	62 (%41,3)	15 (%10)	150
Toplam	94 (%49,5)	72 (%37,9)	24 (%12,6)	190

Pearson $\chi^2=6,223$; p=0,045

Aylık gelir miktarı ile anksiyete arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmedi (Pearson $\chi^2=0,321$; p=0,852).

Kronik hastalığı olan 24 öğrencinin 7'sinde (%29,1) kronik hastalığı olmayan 166 öğrencinin 33'ünde (%19,9) anksiyete saptandı. Kronik hastalık varlığı ile anksiyete puanları arasında ilişki saptanmadı (Pearson $\chi^2=1,088$; p=0,297).

Stajyer intörlükten orta ve üstü düzeyde memnun olduğunu ifade eden 88 öğrenciden 17'sinde (%19,3) az miktarda memnun olduğunu ifade eden 42 öğrenciden 5'inde (%11,9) hiç memnun olmadığını ifade eden 60 öğrenciden 18'inde (%30,0) anksiyete saptandı. Stajyer intörlükten memnuniyet ile anksiyete arasında ilişki saptanmadı (Pearson $\chi^2=5,164$; p=0,076).

Son 3 ay içinde çalışma ortamından memnuniyete göre yapılan değerlendirmede Beck anksiyete puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmedi (Pearson $\chi^2=3,975$; p=0,137). Öğrencilerin son 3 ay içinde çalışma ortamından memnuniyetine göre anksiyete düzeyi Tablo 14'te gösterilmiştir.

Tablo 14. Öğrencilerin son 3 ay içinde çalışma ortamından memnuniyetine göre anksiyete düzeyi

Anksiyete	Hiç n (%)	Az miktarda n (%)	Orta ve üstü düzeyde n (%)	Toplam
Var	12 (%30,0)	13 (%32,5)	15 (%37,5)	40
Yok	29 (%19,3)	39 (%26,0)	82 (%54,7)	150
Toplam	41(%21,6)	52(%27,4)	58 (51,1)	190

Pearson $\chi^2=3,975$; p=0,137

Birlikte çalıştıkları hekimlerin kendilerine karşı tutumlarından çok memnun olduğunu ifade eden 8 öğrencinin 3'ünde (%37,5) oldukça memnun olduğunu ifade eden 40 öğrenciden 9'unda (%22,5) orta düzeyde memnun olduğunu ifade eden 78 öğrenciden 10'unda (%12,8) az miktarda memnun olduğunu ifade eden 41 öğrenciden 10'unda (%24,3) hiç memnun olmadığını ifade eden 23 öğrenciden 8'inde (%34,8) anksiyete saptandı. Birlikte çalıştıkları hekimlerin öğrencilere karşı tutumları ile anksiyete puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmedi (Pearson $\chi^2=7,867$; $p=0,084$).

Öğrencilerin son 3 ay içinde günlük çalışma süresi ile anksiyete arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmedi ($Z=-1,712$; $p=0,087$).

Öğrencilerin son 3 ay içinde toplam tuttıkları nöbet sayısı ile anksiyete arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmedi ($Z=-0,417$; $p=0,677$).

Öğrencilerin son 3 ay içinde günlük ders çalışma süresi ile anksiyete arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmedi ($Z=-0,522$; $p=0,601$).

Tıpta Uzmanlık Sınavı için dersaneye giden 152 öğrencinin 30'unda (%19,7) dersaneye gitmeyen 38 öğrencinin 10'unda (%26,3) anksiyete saptandı. TUS için dersaneye gitmeye göre yapılan değerlendirmede Beck anksiyete puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmedi (Pearson $\chi^2=0,792$; $p=0,374$).

Tıpta Uzmanlık Sınavı'na hazırlandığını ifade eden 132 öğrencinin 26'sında (%19,7) hazırlanmadığını ifade eden 58 öğrencinin 14'ünde (%24,1) anksiyete tespit edildi. TUS'a hazırlanıp hazırlanmama durumu ile anksiyete arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmedi (Pearson $\chi^2=0,478$; $p=0,489$).

Tıp fakültesini seçme kararını kendi isteği ile verdiğini ifade eden 136 öğrenciden 28'inde (%20,5) aile yönlendirmesiyle karar verdiğini ifade eden 34 öğrencinin 7'sinde (%20,6) diğer nedenlerle karar verdiğini ifade eden 20 öğrencinin 5'inde (%25,0) anksiyete saptandı. Tıp fakültesini seçme kararı ile anksiyete ilişkili bulunmadı (Pearson $\chi^2=0,210$; $p=0,901$).

Öğrencilerin tıp fakültesine girerken hekimlik mesleği ile ilgili ileride karşılaşılabilecek zorluklara dair yeterli ön bilgiye sahip olduğunu ifade eden 5 öğrencide (%12,5) ve bu konuda yeterli bilgi sahibi olmadığını ifade eden 35 öğrenci (%87,5) olmak üzere toplam 40 öğrencide anksiyete saptandı. Öğrencilerin tıp fakültesine girerken hekimlik mesleği ile ilgili ileride karşılaşılabilecek zorluklara dair yeterli ön bilgiye sahip olma durumu ile anksiyete arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık mevcuttu (Pearson $\chi^2=4,371$; $p=0,037$).

Öğrencilerin tıp fakültesini bırakma düşüncesine göre yapılan değerlendirmede anksiyete saptanan 40 öğrencinin 14'ü (%35) son üç ay içinde tıp fakültesini bırakmayı

düşündüğünü ifade ederken 26 öğrenci (%65) bu düşünceye sahip olmadığını belirtti. Öğrencilerin tıp fakültesini bırakma düşüncesi ile anksiyete arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu (Pearson $\chi^2=6,506$; $p=0,011$). Buna göre tıp fakültesini bırakma düşüncesi olan öğrencilerde anksiyete artmaktaydı.

Öğrencilerin mesleklerinin toplumda hak ettiği yerde olup olmadığına dair inançlarına göre yapılan değerlendirmede anksiyete saptanan 40 öğrencinin 39'u (%97,5) mesleklerinin toplumda hak ettiği yerde olmadığına, 1 öğrenci de (%2,5) hekimlik mesleğinin toplumda hak ettiği yerde olduğuna inanıyordu. Öğrencilerin hekimlik mesleğinin toplumda hak ettiği yerde olup olmadığına dair inançları ile anksiyete arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmadı (Pearson $\chi^2=1,759$; $p=0,185$).

Öğrencilerin hastaları tarafından takdir edilme derecesine göre yapılan değerlendirmede anksiyete saptanan 40 öğrencinin (%21,1) 17'si (%42,5) hiç veya az miktarda, 13'ü (%32,5) orta düzeyde, 10 öğrenci de (%25,0) oldukça ve çok miktarda destek gördüğünü ifade etti. Öğrencilerin hastaları tarafından takdir edilme derecesi ile anksiyete arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptandı (Pearson $\chi^2=9,377$; $p=0,009$). Hasta takdiri arttıkça öğrencilerin anksiyete düzeyi azalmaktaydı.

Öğrencilerin çalıştıkları ortamdaki insanlardan destek görme derecesine göre yapılan değerlendirmede anksiyete saptanan 40 öğrencinin (%21,1) 21'i (%52,5) hiç veya az miktarda, 13'ü (%32,5) orta düzeyde, 6 öğrenci de (%15,0) oldukça ve çok miktarda destek gördüğünü ifade etti. Öğrencilerin çalıştıkları ortamdaki insanlardan destek görme derecesi ile anksiyete arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı (Pearson $\chi^2=8,418$; $p=0,015$). Çalışma ortamındaki insanlardan görülen destek arttıkça öğrencilerin anksiyete düzeyi azalmaktaydı.

Duygusal beraberliği olan 110 öğrencinin 23'ünde (%20,9) yeni ayrıldığını ifade eden 10 öğrencinin 5'inde (%50) ve duygusal beraberliği olmadığını ifade eden 70 öğrencinin 12'sinde (%17,1) anksiyete saptandı. Duygusal bir beraberlik yaşayıp yaşamamaya göre anksiyete arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmedi (Pearson $\chi^2=5,687$; $p=0,058$).

Öğrencilerin aileleri ziyaret sıklığına göre anksiyete düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmedi (Pearson $\chi^2=1,473$; $p=0,983$).

Birinci Basamak İçin Beck Depresyon Ölçeği Sonuçlarının Değerlendirilmesi

Çalışmaya katılan kız öğrencilerin 37'sinde (%19,47) erkek öğrencilerin 29'unda (%15,26) depresyon saptandı. Öğrencilerde cinsiyet ile depresyon arasında ilişki saptanmadı

(Pearson $\chi^2=0,634$; $p=0,426$).

Öğrencilerde yaş ile depresyon arasında ilişki saptanmadı ($Z=-0,414$; $p=0,679$).

Sınıfa göre yapılan değerlendirmede 5. Sınıf öğrencilerinin 39'unda (%36,1) 6. Sınıf öğrencilerinin 27'sinde (%32,9) depresyon saptandı. Öğrencilerin sınıfa göre depresyon düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmedi (Pearson $\chi^2=0,208$; $p=0,648$).

Yıl kaybına göre depresyon sorgulandığında yıl kaybı olan 49 öğrencinin 20'sinde (%40,8) depresyon saptanırken, yıl kaybı olmayan 141 öğrencinin 46'sında (%32,6) depresyon saptandı. Yıl kaybı ile depresyon düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmedi (Pearson $\chi^2=1,076$; $p=0,299$).

Öğrencilerin birlikte yaşadığı insanlara göre yapılan değerlendirmede depresyon saptanan 66 öğrencinin 13'ü (%19,7) yalnız, 6'sı (%9,1) aile ve akrabalarıyla, 44'ü (%66,7) ev arkadaşlarıyla yaşıyor sadece 3 öğrenci (%4,5) yurttan kalıyordu. Öğrencilerin birlikte yaşadığı insanlar ile depresyon arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmedi (Pearson $\chi^2=5,994$; $p=0,096$).

Kendisine ait odası olmayan 5 öğrencinin 3'ünde (%60,0) kendisine ait odası olan 185 öğrencinin 63'ünde (%34,0) depresyon tespit edildi. Öğrencilerin kendilerine ait odaya sahip olup olmamalarına göre depresyon düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı (Pearson $\chi^2=1,446$; $p=0,344$).

Aylık harcama ve sosyal yaşantısını karşılamada güçlük çeken 24 öğrencinin 13'ünde (%54,2) kısmen güçlük çeken 72 öğrencinin 25'inde (%34,7) güçlük çekmeyen 94 öğrencinin 28'inde (%28,8) depresyon tespit edildi. Aylık harcama ve sosyal yaşantısını karşılamada güçlük çekmeye göre yapılan değerlendirmede depresyon düzeyi ile istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmedi (Pearson $\chi^2=5,012$; $p=0,082$).

Öğrencilerin aylık gelir miktarına göre yapılan değerlendirmede depresyon saptanan 62 (%36,3) öğrencinin 9'unda (%14,5) aylık gelir 0-500TL arası, 42'sinde (%67,7) aylık gelir 500-1000 TL arası, 11 öğrencinin geliri de 1000 TL ve üzerindedir. Öğrencilerde aylık gelir miktarı ile depresyon arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulundu. (Pearson $\chi^2=6,128$; $p=0,047$)

Sosyal güvencesi olan 154 öğrencinin 57'sinde (%37,0), sosyal güvencesi olmayan 36 öğrencinin 9'unda (%25,0) depresyon saptandı. Sosyal güvenceye sahip olup olmamaya göre depresyon düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı (Pearson $\chi^2=1,857$; $p=0,173$).

Kronik hastalığı olan 24 öğrencinin 9'unda (%37,5) kronik hastalığı olmayan 166

öğrencinin 57'sinde (%34,3) depresyon saptandı. Kronik hastalık varlığı ile depresyon düzeyi arasında ilişki saptanmadı (Pearson $\chi^2=0,093$; $p=0,761$).

Stajyer intörlükten orta ve üstü düzeyde memnun olduğunu ifade eden 88 öğrenciden 23'ünde (%34,9) az miktarda memnun olduğunu ifade eden 42 öğrenciden 17'sinde (%40,5) hiç memnun olmadığını ifade eden 60 öğrenciden 26'sında (%43,3) depresyon saptandı. Stajyer intörlükten memnuniyet ile depresyon düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmedi (Pearson $\chi^2=5,437$; $p=0,066$). Öğrencilerin stajyer/intörlükten memnuniyetine göre depresyon düzeyi Tablo 17'de gösterilmiştir.

Son 3 ay içinde çalışma ortamından memnuniyete göre yapılan değerlendirmede depresyon düzeyi ile istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmedi (Pearson $\chi^2=3,025$; $p=0,220$). Öğrencilerin son 3 ay içinde çalışma ortamından memnuniyetine göre depresyon düzeyi Tablo 15'te gösterilmiştir.

Tablo 15. Öğrencilerin stajyer/intörlükten ve son 3 ay içinde çalışma ortamından memnuniyetine göre depresyon düzeyi

	Depresyon	Hiç n (%)	Az miktarda n (%)	Orta ve üstü düzeyde n (%)	P değeri
Stajyer/intörlükten memnuniyet	Var	26 (%39,4)	17 (%25,7)	23 (%34,9)	p=0,066
	Yok	34(%27,4)	25 (%20,2)	65 (%52,4)	
Son 3 ay içinde çalışma ortamından memnuniyet	Var	17 (%25,7)	21 (%31,8)	28 (%42,5)	p=0,220
	Yok	24(%19,3)	31 (%25,0)	69 (%55,7)	

Pearson $\chi^2=5,437$ Pearson $\chi^2=3,025$

Birlikte çalıştıkları hekimlerin kendilerine karşı tutumlarından çok memnun olduğunu ifade eden 8 öğrencinin 2'sinde (%25,0) oldukça memnun olduğunu ifade eden 40 öğrenciden 10'unda (%25,0) orta düzeyde memnun olduğunu ifade eden 78 öğrenciden 25'inde (%32,0) az miktarda memnun olduğunu ifade eden 41 öğrenciden 18'inde (%43,9) hiç memnun olmadığını ifade eden 23 öğrenciden 11'inde (%47,8) depresyon saptandı. Birlikte çalıştıkları hekimlerin öğrencilere karşı tutumları ile depresyon düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmedi (Pearson $\chi^2=5,406$; $p=0,248$).

Öğrencilerin son 3 ay içindeki günlük çalışma süreleri ile depresyon arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($Z=-1,540$; $p=0,123$).

Öğrencilerin son 3 ay içinde toplam tuttıkları nöbet sayısı ile depresyon arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($Z=-0,083$; $p=0,934$).

Öğrencilerin son 3 ay içindeki günlük ders çalışma süreleri ile depresyon arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($Z=-0,226$; $p=0,821$).

Son 3 ay içinde çalıştığı ortamın güneş gördüğünü ifade eden 129 öğrencinin 40'ında (%31,0), son 3 ay içinde çalıştığı ortamın güneş görmediğini ifade eden 61 öğrencinin 26'sında (%42,6) depresyon saptandı. Son 3 ay içinde çalıştıkları ortamın güneş görme durumu ile depresyon düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmedi (Pearson $\chi^2=2,465$; $p=0,116$).

Tıpta Uzmanlık Sınavı için dersaneye giden 152 öğrencinin 53'ünde (%34,9) dersaneye gitmeyen 38 öğrencinin 13'ünde (%34,2) depresyon saptandı. TUS için dersaneye gitmeye göre yapılan değerlendirmede depresyon düzeyi ile istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmedi (Pearson $\chi^2=0,006$; $p=0,939$).

Tıpta Uzmanlık Sınavı'na hazırlandığını ifade eden 132 öğrencinin 42'sinde (%31,8) hazırlanmadığını ifade eden 58 öğrencinin 24'ünde (%41,4) depresyon tespit edildi. TUS'a hazırlanıp hazırlanmama durumu ile depresyon düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmedi (Pearson $\chi^2=1,625$; $p=0,202$).

Tıp fakültesini seçme kararını kendi isteği ile verdiğini ifade eden 136 öğrenciden 42'sinde (%63,7) aile yönlendirmesiyle karar verdiğini ifade eden 34 öğrencinin 15'inde (%22,7) diğer nedenlerin karar vermesinde etkili olduğunu ifade eden 20 öğrencinin 9'unda (%13,6) depresyon saptandı. Tıp fakültesini seçme kararı ile depresyon düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki yoktu (Pearson $\chi^2=3,140$; $p=0,208$). Öğrencilerin tıp fakültesini seçme kararına göre depresyon düzeyi Tablo 16'da gösterilmiştir.

Tablo 16. Öğrencilerin tıp fakültesini seçme kararına göre depresyon düzeyi

Depresyon	Tıp fakültesini seçme kararının verilme şekli			Toplam
	Kendi isteği ile n (%)	Aile yönlendirmesiyle n (%)	Diğer n (%)	
Var	42 (%63,7)	15 (%22,7)	9 (%9,1)	66
Yok	94 (%75,8)	19 (%15,3)	11(%8,9)	124
Toplam	136 (%71,6)	34 (%17,9)	20 (%10,5)	190

Pearson $\chi^2=3,140$; $p=0,208$

Son 3 ay içinde tıp fakültesini bırakmayı düşünen 39 öğrencinin 23'ünde (%59,0), son 3 ay içinde tıp fakültesini bırakmayı düşünmediğini ifade eden 151 öğrencinin 43'ünde (%28,5) depresyon saptandı. Son 3 ay içinde tıp fakültesini bırakma düşüncesi ile depresyon düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptandı (Pearson $\chi^2=12,716$; $p=0,000$).

Hekimlik mesleğinin kendilerine uygun olduğunu ifade eden 26 öğrenci (%39,4), kısmen uygun olduğunu ifade eden 30 öğrenci (%45,4) ve uygun olmadığını ifade eden 10 öğrenci (%15,2) olmak üzere toplam 66 öğrencide depresyon saptandı. Öğrencilerin hekimlik mesleğinin kendilerine uygun olduğunu düşünenlerle uygun olmadığını düşünenler arasında depresyon açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı (Pearson $\chi^2=7,103$; $p=0,029$).

Öğrencilerin mesleklerinin toplumda hak ettiği yerde olup olmadığına dair inançlarına göre yapılan değerlendirmede depresyon saptanan 66 öğrencinin 62'si (%93,9) mesleklerinin toplumda hak ettiği yerde olmadığına, 4 öğrenci de (%6,1) hekimlik mesleğinin toplumda hak ettiği yerde olduğuna inanıyordu. Öğrencilerin hekimlik mesleğinin toplumda hak ettiği yerde olup olmadığına dair inançları ile depresyon arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmadı (Pearson $\chi^2=0,253$; $p=0,615$).

Öğrencilerin çalıştıkları ortamdaki insanlardan destek görme derecesine göre yapılan değerlendirmede depresyon saptanan 66 öğrencinin (%34,7) 36'sı (%54,5) hiç veya az miktarda, 22'si (%33,3) orta düzeyde, 8 öğrenci de (%12,2) oldukça ve çok miktarda destek gördüğünü ifade etti. Öğrencilerin çalıştıkları ortamdaki insanlardan destek görme derecesi ile depresyon arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptandı (Pearson $\chi^2=21,683$; $p=0,000$). Öğrencilerin çalıştıkları ortamdaki insanlardan destek görme derecesi arttıkça depresyon azalmaktaydı.

Aileden destek alma derecesine göre yapılan değerlendirmede depresyon saptanan 66 öğrencinin (%34,7) 6'sı (%9,1) hiç veya az miktarda, 7'si (%10,6) orta düzeyde, 53 öğrenci de (%80,3) oldukça ve çok miktarda destek gördüğünü ifade etti. Aileden destek alma derecesi ile depresyon arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktaydı (Pearson $\chi^2=10,589$; $p=0,005$). Öğrencilerin ailelerinden aldıkları destek arttıkça depresyon azalıyordu.

Öğrencilerin hekim arkadaşları ve aileleri haricindeki yakın çevrelerindeki insanlardan destek görme derecesine göre yapılan değerlendirmede depresyon saptanan 66 öğrencinin (%34,7) 22'si (%33,3) hiç veya az miktarda, 20'si (%30,3) orta düzeyde, 24 öğrenci de (%36,4) oldukça ve çok miktarda destek gördüğünü ifade etti. Öğrencilerin hekim arkadaşları ve aileleri haricindeki yakın çevrelerindeki insanlardan destek görme derecesi ile depresyon arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmedi (Pearson $\chi^2=3,641$; $p=0,162$).

Halâ duygusal bir beraberliği olan 110 öğrencinin 37'sinde (%33,6) yeni ayrıldığını ifade eden 10 öğrencinin 4'ünde (%40,0) ve duygusal beraberliği olmadığını ifade eden 70 öğrencinin 25'inde (%35,7) depresyon saptandı. Halen duygusal bir beraberlik yaşayıp yaşamamaya göre depresyon düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmedi (Pearson $\chi^2=0,325$; $p=0,904$).

Partnerden aldığı desteğe göre yapılan değerlendirmede partnerinden destek gördüğünü ifade eden 110 öğrencinin 37'sinde (%33,6) depresyon saptandı. Duygusal beraberliği olan öğrencilerin partnerlerinden destek alma derecesi ile depresyon arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı (Pearson $\chi^2=6,592$; $p=0,086$).

Maslach Tükenmişlik Ölçeği Sonuçlarının Değerlendirilmesi

Öğrencilerin tamamı ölçeği eksiksiz yanıtladı. Çalışmaya katılan 99 kız öğrenci ve 91 erkek öğrencinin MTÖ toplam puan ortalamaları kız öğrencilerin (41,79±9,106) ve erkek öğrencilerin (41,02±9,601) benzerdi. Katılımcıların cinsiyet ile MTÖ toplam tükenmişlik puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($Z=-0,640$; $p=0,522$). Kız ve erkek öğrencilerin sırasıyla MTÖ duygusal tükenmişlik (14,63±5,804), (14,19±6,225) duyarsızlaşma (6,91±3,485), (6,55±3,825) kişisel başarı (18,25±4,541), (18,26±5,529) ortalamaları benzerdi. Cinsiyet ile duygusal tükenmişlik alt grubu ($Z=-0,771$; $p=0,441$), cinsiyet ile duyarsızlaşma alt grubu arasında ($Z=-0,621$; $p=0,534$), cinsiyet ile bireysel başarı alt grubu ($Z=-0,233$; $p=0,816$) arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı.

Yaş ile MTÖ toplam ($r=0,093$; $p=0,201$), duygusal tükenmişlik ($r=0,067$; $p=0,358$), duyarsızlaşma ($r=0,079$; $p=0,278$) alt grupları arasında yapılan değerlendirmede istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmazken yaş ile bireysel başarı alt grubu ($r=-0,045$; $p=0,538$) arasında yapılan değerlendirmede negatif yönde korelasyon saptandı. Öğrencilerin yaşı arttıkça bireysel başarısı azalıyordu.

Sınıfa göre değerlendirmede 5. sınıf öğrencilerinin MTÖ toplam puan (38,81±9,207), MTÖ duygusal tükenmişlik (13,20±5,661), MTÖ duyarsızlaşma (5,79±3,459) ortalamaları, 6. sınıf öğrencilerinin MTÖ toplam puan (44,87±8,3665), MTÖ duygusal tükenmişlik (16,01±6,087), duyarsızlaşma (7,99±3,526) ortalamaları değişmekteydi. Öğrencilerin sınıfa göre MTÖ toplam ($Z=-4,559$; $p=0,000$) ve duygusal tükenmişlik ($Z=-2,961$; $p=0,003$), duyarsızlaşma ($Z=-4,238$; $p=0,000$) alt grupları arasında yapılan değerlendirmede istatistiksel olarak anlamlı farklılık mevcuttu. 6. sınıf öğrencilerinde tükenmişlik, duygusal tükenmişlik ve duyarsızlaşma 5. sınıf öğrencilerine göre artış göstermekteydi. Bireysel başarı puan ortalamaları 5. sınıf öğrencilerinin (18,0±5,351), 6. sınıf öğrencilerinin (18,60±4,570)

şeklindeydi. Sınıf ile bireysel başarı alt grubu arasında yapılan değerlendirmede istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı ($Z=-0,483$; $p=0,629$).

Öğrencilerin yıl kaybına göre MTÖ toplam puan ortalamaları yıl kaybı olmayanların ($41,85\pm 8,687$) ve yıl kaybı olanların ($40,18\pm 10,979$) benzerdi. Katılımcıların yıl kaybı ile MTÖ toplam tükenmişlik puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($Z=-0,584$; $p=0,559$). Yıl kaybı olan ve olmayan öğrencilerin sırasıyla MTÖ duygusal tükenmişlik ($14,24\pm 6,200$), ($14,48\pm 5,947$) duyarsızlaşma ($6,67\pm 3,799$) ve ($6,76\pm 3,605$) bireysel başarı ($17,08\pm 5,700$), ($18,67\pm 4,722$) ortalamaları benzerdi. Yıl kaybı ile duygusal tükenmişlik alt grubu ($Z=-0,285$; $p=0,775$), yıl kaybı ile duyarsızlaşma alt grubu arasında ($Z=-0,174$; $p=0,862$), yıl kaybı ile bireysel başarı alt grubu ($Z=-1,650$; $p=0,099$) arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmadı.

Yıl kaybı olan öğrencilerin yıl kaybı süresine göre MTÖ toplam, duygusal tükenmişlik, duyarsızlaşma ve bireysel başarı puan ortalamaları değişmekteydi. Yıl kaybı ile MTÖ toplam ($KW=2,888$; $p=0,236$), duygusal tükenmişlik alt grubu ($KW=5,115$; $p=0,078$), yıl kaybı ile duyarsızlaşma alt grubu arasında ($KW=3,681$; $p=0,159$), yıl kaybı ile bireysel başarı alt grubu ($KW=0,692$; $p=0,708$) arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmadı. Öğrencilerin yıl kaybı sürelerine göre MTÖ ve alt ölçekleri puan ortalamaları Tablo 17’de gösterilmiştir.

Tablo 17. Öğrencilerin yıl kaybı sürelerine göre Maslach Tükenmişlik Ölçeği ve alt ölçekleri puan ortalamaları

Öğrencilerin Yıl Kaybı Süresi	1 yıl ve altı	1-2 yıl	3 yıl ve üstü	P değeri
MTÖ Toplam Ort±SS	39,91±12,685	43,14±9,181	37,25±9,156	0,236
MTÖ Duygusal Tükenme Ort±SS	14,22±6,508	16,57±5,761	11,58±5,401	0,078
MTÖ Duyarsızlaşma Ort±SS	6,04±3,914	8,43±3,413	5,83±3,614	0,159
MTÖ Kişisel Başarı Ort±SS	17,52±5,976	15,79±5,886	17,75±5,137	0,708

MTÖ: Maslach tükenmişlik ölçeği, Ort±SS: Ortalama± standart sapma.

Öğrencilerin birlikte yaşadığı insanlara göre yapılan değerlendirmede öğrencilerin MTÖ toplam, duygusal tükenmişlik, duyarsızlaşma ve bireysel başarı puan ortalamaları benzerdi. Öğrencilerin birlikte yaşadığı insanlar ile MTÖ toplam tükenmişlik (KW=1,147; p=0,766), duygusal tükenmişlik (KW=1,492; p=0,684), duyarsızlaşma (KW=1,233; p=0,745) ve bireysel başarı (KW=1,428; p=0,699) alt grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmedi. Öğrencilerin birlikte yaşadığı insanlara göre MTÖ ve alt ölçekleri puan ortalamaları Tablo 18’de gösterilmiştir.

Tablo 18. Öğrencilerin birlikte yaşadığı insanlara göre Maslach Tükenmişlik Ölçeği ve alt ölçekleri puan ortalamaları

Birlikte yaşadığı insanlar	Yalnız	Aile/ akrabalarıyla	Yurtta	Ev arkadaşlarıyla	p
MTÖ Toplam Ort±SS	40,50±9,619	43,00±8,516	45,67±12,583	41,40±9,331	0,766
MTÖ Duygusal Tükenme Ort±SS	13,93±5,964	14,80±5,952	19,00±8,888	14,42±5,979	0,684
MTÖ Duyarsızlaşma Ort±SS	6,37±3,708	7,10±3,567	7,33±3,215	6,80±3,676	0,745
MTÖ Kişisel Başarı Ort±SS	18,20±5,154	19,10±3,626	16,33±2,309	18,19±5,237	0,699

MTÖ: Maslach tükenmişlik ölçeği, Ort±SS: Ortalama± standart sapma

Öğrencilerin aylık harcama ve sosyal yaşantısını karşılamada güçlük çekme durumuna göre yapılan değerlendirmede öğrencilerin MTÖ toplam, duygusal tükenmişlik, duyarsızlaşma ve bireysel başarı puan ortalamaları benzerdi. Öğrencilerin aylık harcama ve sosyal yaşantısını karşılamada güçlük çekme durumu ile MTÖ toplam (KW=1,781; p=0,410), duygusal tükenmişlik (KW=3,889; p=0,143), duyarsızlaşma (KW=0,580; p=0,748), bireysel başarı (KW=1,200; p=0,549) alt grupları arasında yapılan değerlendirmede istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmedi. Öğrencilerin aylık harcama ve sosyal yaşantısını karşılamada güçlük çekme durumuna göre MTÖ ve alt ölçekleri puan ortalamaları Tablo 19’da gösterilmiştir.

Tablo 19. Öğrencilerin aylık harcama ve sosyal yaşantısını karşılamada güçlük çekme durumuna göre Maslach Tükenmişlik Ölçeği ve alt ölçekleri puan ortalamaları

Aylık giderlerini karşılama güçlüğü	Hayır	Kısmen	Evet	P değeri
MTÖ Toplam Ort±SS	41,22±9,383	40,99±9,235	43,50±9,523	0,410
MTÖ Duygusal Tükenme Ort±SS	14,39±5,657	13,63±5,911	16,88±7,073	0,143
MTÖ Duyarsızlaşma Ort±SS	6,93±3,637	6,61±3,706	6,38±3,609	0,748
MTÖ Kişisel Başarı Ort±SS	17,97±4,439	18,74±5,085	17,96±6,843	0,549

MTÖ: Maslach tükenmişlik ölçeği, Ort±SS: Ortalama± standart sapma

Öğrencilerin aylık gelir miktarı ile MTÖ toplam ($r=-0,036$; $p=0,641$), duygusal tükenmişlik ($r=-0,060$; $p=0,439$), duyarsızlaşma ($r=-0,028$; $p=0,719$) ve bireysel başarı ($r=0,021$; $p=0,787$) alt grupları arasında yapılan değerlendirmede istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı.

Öğrencilerin sosyal güvence varlığına göre MTÖ toplam puan, duyarsızlaşma ortalamaları sosyal güvencesi olmayanların ($38,187\pm 10,541$), ($5,47\pm 3,493$) ve sosyal güvencesi olanların ($42,18\pm 8,890$), ($7,03\pm 3,629$) şeklinde değişmekteydi. Sosyal güvence varlığı ile MTÖ toplam puan ($Z=-2,010$; $p=0,044$), duyarsızlaşma alt grubu ($Z=-2,363$; $p=0,018$) arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık mevcuttu. Sosyal güvencesi olan ve olmayan öğrencilerin sırasıyla MTÖ duygusal tükenmişlik ($14,75\pm 5,886$), ($13,00\pm 6,343$) kişisel başarı ($18,37\pm 4,722$), ($17,78\pm 6,211$) ortalamaları benzerdi. Sosyal güvence varlığı ile duygusal tükenmişlik ($Z=-1,691$; $p=0,091$), bireysel başarı ($Z=-0,192$; $p=0,847$) ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki yoktu.

Kronik hastalık varlığına göre yapılan değerlendirmede kronik hastalığı olan ve olmayan öğrencilerin sırasıyla MTÖ toplam ($41,83\pm 8,165$), ($41,36\pm 9,507$) duygusal tükenmişlik ($14,38\pm 5,578$), ($14,42\pm 6,072$) duyarsızlaşma ($7,42\pm 4,021$) ve ($6,64\pm 3,591$) kişisel başarı ($18,29\pm 5,521$), ($18,29\pm 5,521$) puan ortalamaları benzerdi. Kronik hastalık varlığı ile MTÖ toplam puanı ortalaması ($Z=-0,302$; $p=0,970$), kronik hastalık ile duygusal tükenmişlik alt grubu ($Z=-0,268$; $p=0,361$), kronik hastalık ile duyarsızlaşma alt grubu ($Z=-0,913$; $p=0,788$), kronik hastalık ile bireysel başarı alt grubu ($Z=-0,038$; $p=0,763$) arasında

istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmadı.

Stajyer intörlükten memnuniyet ile MTÖ toplam puan ortalaması (KW=20,619; p=0,000), duygusal tükenmişlik (KW=28,134; p=0,000), duyarsızlaşma (KW=11,158; p=0,004), bireysel başarı (KW=6,012; p=0,049) ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık mevcuttu. Öğrencilerin stajyer intörlükten memnuniyeti arttıkça toplam tükenmişlik, duygusal tükenmişlik ve duyarsızlaşma düzeyi azalma göstermekte, bireysel başarı artmaktaydı. Öğrencilerin stajyer/intörlükten memnuniyetine göre MTÖ ve alt ölçekleri puan ortalamaları Tablo 20’de gösterilmiştir.

Tablo 20. Öğrencilerin stajyerlik/intörlükten memnuniyet durumuna göre Maslach Tükenmişlik Ölçeği ve alt ölçekleri puan ortalamaları

Stajyerlik/intörlükten memnuniyet durumu	Hiç	Az miktarda	Orta ve üstü düzeyde	P değeri
MTÖ Toplam Ort±SS	45,48±9,557	40,43±10,039	39,13±7,903	0,000
MTÖ Duygusal Tükenme Ort±SS	17,67±6,299	14,07±5,412	12,36±5,081	0,000
MTÖ Duyarsızlaşma Ort±SS	7,98±3,942	6,64±3,740	5,93±3,165	0,004
MTÖ Kişisel Başarı Ort±SS	17,33±5,048	17,81±5,853	19,100±4,475	0,049

MTÖ: Maslach tükenmişlik ölçeği, Ort±SS: Ortalama± standart sapma

Son 3 ay içinde çalışma ortamından memnuniyete göre yapılan değerlendirmede öğrencilerin MTÖ toplam, duygusal tükenmişlik, duyarsızlaşma ve bireysel başarı puan ortalamaları değişmekteydi. Son 3 ay içinde çalışma ortamından memnuniyet ile MTÖ toplam (KW=17,830; p=0,000), duygusal tükenmişlik (KW=18,181; p=0,000) ve duyarsızlaşma (KW=10,195; p=0,006) alt grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık mevcuttu. Öğrencilerin son 3 ay içinde çalışma ortamından memnuniyeti arttıkça toplam tükenmişlik, duygusal tükenmişlik, duyarsızlaşma azalmaktaydı. Son 3 ay içinde çalışma ortamından memnuniyet ile bireysel başarı (KW=3,401; p=0,183) arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktu. Öğrencilerin son 3 ay içinde çalışma ortamından memnuniyetine göre MTÖ ve alt ölçekleri puan ortalamaları Tablo 21’de gösterilmiştir.

Tablo 21. Öğrencilerin son 3 ay içinde çalışma ortamından memnuniyet durumuna göre Maslach Tükenmişlik Ölçeği ve alt ölçekleri puan ortalamaları

Son 3 ay içinde çalışma ortamından memnuniyet durumu	Hiç	Az miktarda	Orta düzeyde	P değeri
MTÖ Toplam Ort±SS	46,71±8,427	41,17±8,913	39,14±8,807	0,000
MTÖ Duygusal Tükenme Ort±SS	17,88±6,816	14,44±5,289	13,43±5,332	0,000
MTÖ Duyarsızlaşma Ort±SS	7,80±3,881	7,42±3,680	5,71±3,418	0,006
MTÖ Kişisel Başarı Ort±SS	18,44±5,282	17,33±4,488	18,21±4,930	0,183

MTÖ: Maslach tükenmişlik ölçeği, Ort±SS: Ortalama± standart sapma

Birlikte çalıştıkları hekimlerin öğrencilere karşı tutumları ile MTÖ toplam, duygusal tükenmişlik, bireysel başarı puan ortalamaları değişmekteydi. Birlikte çalıştıkları hekimlerin öğrencilere karşı tutumları ile MTÖ toplam (KW=16,247; p=0,003), duygusal tükenmişlik (KW=18,448; p=0,001) ve bireysel başarı (KW=13,942; p=0,007) alt grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık mevcuttu. Birlikte çalıştıkları hekimlerin öğrencilere karşı tutumlarından memnuniyet arttıkça tükenmişlik, duygusal tükenmişlik, bireysel başarı düzeyi azalmaktaydı. Birlikte çalıştıkları hekimlerin öğrencilere karşı tutumları ile duyarsızlaşma alt grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmedi (KW=6,215; p=0,184). Öğrencilerin birlikte çalıştıkları hekimlerin kendilerine karşı tutumlarından memnuniyete göre MTÖ ve alt ölçekleri puan ortalamaları Tablo 22'de gösterilmiştir.

Öğrencilerin son 3 ay içindeki günlük çalışma süreleri ile duygusal tükenmişlik (r=0,093; p=0,203), bireysel başarı (r=0,095; p=0,194) alt grupları arasında yapılan değerlendirmede istatistiksel olarak anlamlı farklılık mevcut değildi. Öğrencilerin son 3 ay içindeki günlük çalışma süreleri ile MTÖ toplam (r=0,222; p=0,002) ve duyarsızlaşma alt grubu (r=0,181; p=0,012) arasında yapılan değerlendirmede pozitif yönde korelasyon saptandı. Öğrencilerin son 3 ay içindeki günlük çalışma süreleri arttıkça toplam tükenmişlik ve duyarsızlaşma artış göstermekteydi.

Tablo 22. Öğrencilerin birlikte çalışılan hekimlerin tutumundan memnuniyet durumuna göre Maslach Tükenmişlik Ölçeği ve alt ölçekleri puan ortalamaları

Birlikte çalışılan hekimlerin tutumundan memnuniyet derecesi	Hiç	Az miktarda	Orta düzeyde	Oldukça	Çok	P değeri
MTÖ Toplam Ort±SS	46,57± 9,760	43,90± 9,311	38,83± 9,802	41,08± 6,922	40,88± 5,718	0,003
MTÖ Duygusal Tükenme Ort±SS	17,30± 7,351	16,54± 6,356	13,44± 5,452	12,40± 5,232	14,88± 1,727	0,001
MTÖ Duyarsızlaşma Ort±SS	7,74± 4,191	7,56± 3,950	6,27± 3,406	6,18± 3,404	7,00± 3,295	0,184
MTÖ Kişisel Başarı Ort±SS	19,09± 4,512	17,41± 5,084	17,31± 5,176	20,80± 4,369	16,75± 3,615	0,007

MTÖ: Maslach tükenmişlik ölçeği, Ort±SS: Ortalama± standart sapma

Öğrencilerin son 3 ay içinde toplam tuttıkları nöbet sayısı ile MTÖ toplam ($r=0,343$; $p=0,000$), duygusal tükenmişlik ($r=0,230$; $p=0,001$) ve duyarsızlaşma ($r=0,330$; $p=0,000$) alt grupları arasında yapılan değerlendirmede pozitif yönde korelasyon saptanırken, öğrencilerin son 3 ay içinde toplam tuttıkları nöbet sayısı ile bireysel başarı alt grubu ($r=-0,011$; $p=0,881$) arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık mevcut değildi. Öğrencilerin son 3 ay içinde toplam tuttıkları nöbet sayısı arttıkça toplam tükenmişlik, duygusal tükenmişlik ve duyarsızlaşma artış göstermekteydi. Öğrencilerin son 3 ay içinde toplam tuttıkları nöbet sayısının bireysel başarılarını etkilemediği görüldü.

Öğrencilerin son 3 ay içindeki günlük ders çalışma süreleri ile duygusal tükenmişlik ($r=-0,210$; $p=0,004$) duyarsızlaşma ($r=-0,189$; $p=0,009$) grupları arasında yapılan değerlendirmede negatif yönde korelasyon saptanırken, bireysel başarı ($r=0,243$; $p=0,001$) alt grubu arasında yapılan değerlendirmede pozitif yönde korelasyon saptandı. Öğrencilerin son 3 ay içindeki günlük ders çalışma süreleri ile MTÖ toplam ($r=-0,118$; $p=0,106$) arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık mevcut değildi. Öğrencilerin son 3 ay içindeki günlük ders çalışma süreleri arttıkça duygusal tükenmişlik ve duyarsızlaşma azalma gösterirken, bireysel başarıları artış göstermekteydi.

Tıpta Uzmanlık Sınavı'na hazırlanma durumuna göre yapılan değerlendirmede TUS'a hazırlanmadığını ifade eden ve TUS'a hazırlandığını ifade eden öğrencilerin sırasıyla MTÖ toplam (43,50±10,016), (40,51±8,898) duygusal tükenmişlik (16,69±5,995), (13,42±5,741) duyarsızlaşma (7,93±3,656), (6,21±3,530) bireysel başarı (16,34±5,080), (19,10±4,782) puan ortalamaları değişmekteydi. TUS'a hazırlanma durumu ile MTÖ toplam (Z=-2,315; p=0,021), duygusal tükenmişlik (Z=-3,351; p=0,001), duyarsızlaşma (Z=-2,830; p=0,005) ve bireysel başarı (Z=-3,745; p=0,000) alt grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık mevcuttu. TUS'a hazırlanan öğrencilerde toplam tükenmişlik, duygusal tükenmişlik ve duyarsızlaşma azalırken, bireysel başarı artış gösteriyordu.

Tıp fakültesini seçme kararına göre yapılan değerlendirmede MTÖ toplam, duygusal tükenmişlik, duyarsızlaşma ve bireysel başarı ortalamaları değişmekteydi. Tıp fakültesini seçme kararı ile MTÖ toplam (KW=1,009; p=0,604), duygusal tükenmişlik (KW=4,203; p=0,122) ve duyarsızlaşma (KW=1,128; p=0,569) alt grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı. Tıp fakültesini seçme kararı ile bireysel başarı alt grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık mevcuttu (KW=7,231; p=0,027). Tıp fakültesini aile yönlendirmesiyle seçen öğrencilerde, tıp fakültesini kendi isteğiyle veya diğer nedenlerle seçen öğrencilere göre bireysel başarı düşmekteydi. Öğrencilerin tıp fakültesini seçme kararına göre MTÖ ve alt ölçekleri puan ortalamaları Tablo 23'te gösterilmiştir.

Tablo 23. Öğrencilerin tıp fakültesini seçme kararına göre Maslach Tükenmişlik Ölçeği ve alt ölçekleri puan ortalamaları

Öğrencilerin Tıp Fakültesini Seçme Kararı	Kendi isteği ile	Aile yönlendirmesiyle	Diğer	P değeri
MTÖ Toplam Ort±SS	41,22±8,571	41,12±12,301	43,30±8,767	0,604
MTÖ Duygusal Tükenme Ort±SS	13,88±5,854	16,00±6,164	15,35±6,393	0,122
MTÖ Duyarsızlaşma Ort±SS	6,57±3,649	7,15±3,526	7,15±3,924	0,569
MTÖ Kişisel Başarı Ort±SS	18,84±4,772	15,88±5,520	18,35±4,891	0,027

MTÖ: Maslach tükenmişlik ölçeği, Ort±SS: Ortalama± standart sapma

Son 3 ay içinde tıp fakültesini bırakmayı düşünen ve son 3 ay içinde tıp fakültesini bırakmayı düşünmeyen öğrencilerin sırasıyla MTÖ toplam ($44,69 \pm 10,089$), ($40,58 \pm 8,965$) duygusal tükenmişlik ($18,13 \pm 6,849$), ($13,46 \pm 5,379$) bireysel başarı ($16,67 \pm 4,687$), ($18,67 \pm 5,042$) puan ortalamaları değişmekteydi. Son 3 ay içinde tıp fakültesini bırakmayı düşünen ve son 3 ay içinde tıp fakültesini bırakmayı düşünmeyen öğrencilerin sırasıyla duyarsızlaşma ($7,49 \pm 3,769$), ($6,54 \pm 3,601$) ortalamaları benzerdi. Son 3 ay içinde tıp fakültesini bırakma düşüncesi ile MTÖ toplam ($Z=-2,212$; $p=0,027$), duygusal tükenmişlik ($Z=-3,819$; $p=0,000$), ve bireysel başarı ($Z=-2,411$; $p=0,016$) alt grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık mevcuttu. Son 3 ay içinde tıp fakültesini bırakma düşüncesi ile duyarsızlaşma ($Z=-1,324$; $p=0,185$) arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmadı. Son 3 ay içinde tıp fakültesini bırakma düşüncesi olan öğrencilerde toplam tükenmişlik ve duygusal tükenmişlik son 3 ay içinde tıp fakültesini bırakma düşüncesi olmayanlara göre artmış, bireysel başarı ise azalmıştı.

Öğrencilerin hekimlik mesleğinin kendilerine uygunluk derecesine göre yapılan değerlendirmede hekimlik mesleğinin kendilerine uygun olduğunu, kısmen uygun olduğunu ve uygun olmadığını düşünen öğrencilerin sırasıyla MTÖ toplam ($40,48 \pm 8,769$), ($41,14 \pm 9,407$), ($47,94 \pm 9,990$) duygusal tükenmişlik ($12,38 \pm 5,549$), ($15,51 \pm 5,545$), ($20,76 \pm 4,764$), bireysel başarı ($20,16 \pm 4,427$), ($16,35 \pm 4,668$), ($15,82 \pm 5,503$) puan ortalamaları değişmekteydi. Hekimlik mesleğinin kendilerine uygun olduğunu, kısmen uygun olduğunu ve uygun olmadığını düşünen öğrencilerin sırasıyla duyarsızlaşma ($6,16 \pm 3,728$), ($7,10 \pm 3,387$), ($8,29 \pm 3,869$) ortalamaları benzerdi. Öğrencilerin hekimlik mesleğinin kendilerine uygunluk derecesi ile MTÖ toplam ($KW=10,778$; $p=0,005$), duygusal tükenmişlik ($KW=30,377$; $p=0,000$) ve bireysel başarı ($KW=28,512$; $p=0,000$) alt grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görüldü. Öğrencilerin hekimlik mesleğinin kendilerine uygunluk derecesi ile duyarsızlaşma ($KW=5,299$; $p=0,071$) alt grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı. Öğrencilerde hekimlik mesleğinin kendilerine uygun olmadığına olan inançları arttıkça toplam tükenmişlik ve duygusal tükenmişlik artma, bireysel başarı ise azalma göstermekteydi.

Öğrencilerin hastaları tarafından takdir edilme derecesine göre yapılan değerlendirmede MTÖ toplam, duygusal tükenmişlik, duyarsızlaşma ve bireysel başarı puan ortalamaları değişmekteydi. Öğrencilerin hastaları tarafından takdir edilme derecesi ile MTÖ toplam ($KW=7,581$; $p=0,023$), duygusal tükenmişlik ($KW=17,583$; $p=0,000$) duyarsızlaşma ($KW=11,956$; $p=0,003$) ve bireysel başarı ($KW=16,311$; $p=0,000$) alt grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık mevcuttu. Öğrencilerin hastaları tarafından takdir edilme

derecesi arttıkça toplam tükenmişlik, duygusal tükenmişlik ve duyarsızlaşma azalmakta, bireysel başarı artmaktaydı. Öğrencilerin hastaları tarafından takdir edilme derecesine göre MTÖ ve alt ölçekleri puan ortalamaları Tablo 24’te gösterilmiştir.

Tablo 24. Öğrencilerin hastalar tarafından takdir edilme derecesine göre Maslach Tükenmişlik Ölçeği ve alt ölçekleri puan ortalamaları

Hastalar tarafından takdir edilme derecesi	Hiç veya Az miktarda	Orta düzeyde	Oldukça ve çok	P değeri
MTÖ Toplam Ort±SS	44,43 ± 11,376	40,30±8,754	40,70±7,883	0,023
MTÖ Duygusal Tükenme Ort±SS	17,83±6,530	13,43±5,629	13,18±5,082	0,000
MTÖ Duyarsızlaşma Ort±SS	8,39 ± 4,047	6,49±3,344	5,77±3,354	0,003
MTÖ Kişisel Başarı Ort±SS	15,83 ± 5,322	18,46±4,754	19,91±4,477	0,000

MTÖ: Maslach tükenmişlik ölçeği, Ort±SS: Ortalama± standart sapma

Öğrencilerin çalıştıkları ortamdaki insanlardan destek görme derecesine göre yapılan değerlendirmede MTÖ toplam, duygusal tükenmişlik, bireysel başarı puan ortalamaları değişmekteydi. Öğrencilerin çalıştıkları ortamdaki insanlardan destek görme derecesi ile MTÖ toplam (KW=11,940; p=0,003), duygusal tükenmişlik (KW=33,289; p=0,000), duyarsızlaşma (KW=7,687; p=0,021) ve bireysel başarı (KW=16,115; p=0,000) alt grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık mevcuttu. Öğrencilerin çalıştıkları ortamdaki insanlardan aldıkları destek arttıkça tükenmişlik, duygusal tükenmişlik ve duyarsızlaşma azalmakta, bireysel başarı artmaktaydı. Öğrencilerin çalıştıkları ortamdaki insanlardan destek görme derecesine göre MTÖ ve alt ölçekleri puan ortalamaları Tablo 25’te gösterilmiştir.

Öğrencilerin ailelerinden destek görme derecesine göre yapılan değerlendirmede duygusal tükenmişlik ve bireysel başarı puan ortalamaları değişmekteydi. MTÖ toplam (KW=0,288; p=0,866), duygusal tükenmişlik (KW=2,893; p=0,235) ve duyarsızlaşma alt grubu (KW=2,576; p=0,276) arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmedi. Öğrencilerin ailelerinden destek görme derecesi ile bireysel başarı alt grubu arasında

istatistiksel olarak anlamlı farklılık mevcuttu (KW=8,523; p=0,014). Buna göre aile desteği arttıkça öğrencilerin başarısı artıyordu. Öğrencilerin ailelerinden destek görme derecesine göre MTÖ ve alt ölçekleri puan ortalamaları Tablo 26'da gösterilmiştir.

Tablo 25. Öğrencilerin çalıştıkları ortamdaki insanlardan destek görme derecesine göre Maslach Tükenmişlik Ölçeği ve alt ölçekleri puan ortalamaları

Birlikte çalışılan insanlardan destek görme durumu	Hiç veya az miktarda	Orta düzeyde	Oldukça ve çok	P değeri
MTÖ Toplam Ort±SS	44,11±11,212	40,78±8,274	38,92±7,254	0,013
MTÖ Duygusal Tükenme Ort±SS	17,47±6,702	13,96±4,841	11,14±4,677	0,000
MTÖ Duyarsızlaşma Ort±SS	7,73±4,160	6,49±3,194	5,82±3,346	0,083
MTÖ Kişisel Başarı Ort±SS	16,42±5,114	18,45±4,949	20,35±4,161	0,002

MTÖ: Maslach tükenmişlik ölçeği, Ort±SS: Ortalama± standart sapma

Tablo 26. Öğrencilerin ailelerinden destek görme derecesine göre Maslach Tükenmişlik Ölçeği ve alt ölçekleri puan ortalamaları

Ailelerinden destek görme derecesi	Hiç veya Az miktarda	Orta düzeyde	Oldukça ve çok	P değeri
MTÖ Toplam Ort±SS	40,11±11,559	41,80±11,263	41,47±9,147	0,866
MTÖ Duygusal Tükenme Ort±SS	15,78±8,438	17,10±5,087	14,19±5,890	0,235
MTÖ Duyarsızlaşma Ort±SS	6,22±4,944	8,40±3,273	6,67±3,589	0,276
MTÖ Kişisel Başarı Ort±SS	15,44±5,918	14,10±5,877	18,65±4,796	0,014

MTÖ: Maslach tükenmişlik ölçeği, Ort±SS: Ortalama± standart sapma

Öğrencilerin hekim arkadaşları ve aileleri haricinde yakın çevrelerindeki insanlardan destek görme derecesine göre yapılan değerlendirmede MTÖ toplam, duygusal tükenmişlik, duyarsızlaşma ve bireysel başarı puan ortalamaları değişmekteydi. Öğrencilerin hekim arkadaşları ve aileleri haricinde yakın çevrelerindeki insanlardan destek görme derecesi ile MTÖ toplam (KW=1,258; p=0,533), duygusal tükenmişlik (KW=4,624; p=0,099), duyarsızlaşma (KW=1,494; p=0,474) ve bireysel başarı (KW=4,325; p=0,115) alt grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı. Öğrencilerin hekim arkadaşları ve aileleri haricinde yakın çevrelerindeki insanlardan destek görme derecesine göre MTÖ ve alt ölçekleri puan ortalamaları Tablo 27’de gösterilmiştir.

Tablo 27. Öğrencilerin hekim arkadaşları ve aileleri haricinde yakın çevrelerindeki insanlardan destek görme derecesine göre Maslach Tükenmişlik Ölçeği ve alt ölçekleri puan ortalamaları

Yakın çevrelerindeki insanlardan destek görme dereces	Hiç veya Az miktarda	Orta düzeyde	Oldukça ve çok	P değeri
MTÖ Toplam Ort±SS	42,31±9,363	41,49±11,346	40,84±7,534	0,533
MTÖ Duygusal Tükenme Ort±SS	15,90±5,854	14,21±6,333	13,69±5,735	0,099
MTÖ Duyarsızlaşma Ort±SS	7,29±3,458	6,62±3,738	6,49±3,695	0,474
MTÖ Kişisel Başarı Ort±SS	16,83±5,357	18,70±5,184	18,77±4,583	0,115

MTÖ: Maslach tükenmişlik ölçeği, Ort±SS: Ortalama± standart sapma

Öğrencilerin mesleki özgüven artış derecesine göre yapılan değerlendirmede öğrencilerin MTÖ toplam, duygusal tükenmişlik, duyarsızlaşma ve bireysel başarı puan ortalamaları değişmekteydi. Öğrencilerin mesleki özgüven artış derecesi ile MTÖ toplam (KW=10,293; p=0,036), duygusal tükenmişlik (KW=21,843; p=0,000) ve bireysel başarı (KW=23,085; p=0,000) alt grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık mevcuttu. Öğrencilerin mesleki özgüven artış derecesi ile duyarsızlaşma (KW=6,619; p=0,157) alt grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı. Öğrencilerin kendilerine güveni arttıkça toplam tükenmişlik ve duygusal tükenme azalmakta, bireysel başarı artış göstermekteydi. Öğrencilerin mesleki özgüven artış derecesine göre MTÖ ve alt ölçekleri

puan ortalamaları Tablo 28’de gösterilmiştir.

Tablo 28. Öğrencilerin mesleki özgüven artış derecesine göre Maslach Tükenmişlik Ölçeği ve alt ölçekleri puan ortalamaları

Mesleki özgüven artış derecesi	Hiç	Az miktarda	Orta düzeyde	Oldukça	Çok	P değeri
MTÖ Toplam Ort±SS	47,24± 8,533	40,44± 10,301	41,03± 7,950	39,81± 10,554	45,67± 6,457	0,036
MTÖ Duygusal Tükenme Ort±SS	21,00± 5,362	15,59± 6,222	13,79± 5,337	13,00± 6,018	13,25± 4,202	0,000
MTÖ Duyarsızlaşma Ort±SS	9,06± 3,976	6,41± 3,522	6,54± 3,247	6,34± 4,020	7,33± 3,229	0,157
MTÖ Kişisel Başarı Ort±SS	13,88± 5,231	16,41± 5,366	18,88± 4,069	18,71± 5,119	22,50± 4,056	0,000

MTÖ: Maslach tükenmişlik ölçeği, Ort±SS: Ortalama± standart sapma

Öğrencilerin duygusal beraberlik durumlarına göre yapılan değerlendirmede öğrencilerin MTÖ toplam, duygusal tükenmişlik, duyarsızlaşma ve bireysel başarı puan ortalamaları benzerdi. Öğrencilerin duygusal beraberlik durumları ile MTÖ toplam (KW=4,242; p=0,120), duygusal tükenmişlik (KW=0,716; p=0,699), duyarsızlaşma (KW=1,321; p=0,517) ve bireysel başarı (KW=1,769; p=0,413) alt grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmedi. Öğrencilerin duygusal beraberlik durumlarına göre MTÖ ve alt ölçekleri puan ortalamaları Tablo 29’da gösterilmiştir.

Öğrencilerin partnerlerinden destek görme derecesine göre yapılan değerlendirmede MTÖ toplam, duygusal tükenmişlik, duyarsızlaşma ve bireysel başarı puan ortalamaları değişmekteydi. Öğrencilerin partnerlerinden destek görme derecesi ile MTÖ toplam (KW=0,326;p=0,955), duygusal tükenmişlik (KW=1,352;p=0,717), duyarsızlaşma (KW=1,498;p=0,919) ve bireysel başarı (KW=3,888;p=0,274) alt grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı. Öğrencilerin partnerlerinden destek görme derecesine göre MTÖ ve alt ölçekleri puan ortalamaları Tablo 30’da gösterilmiştir.

Tablo 29. Öğrencilerin duygusal beraberlik durumları göre Maslach Tükenmişlik Ölçeği ve alt ölçekleri puan ortalamaları

Öğrencilerin duygusal beraberlik durumları	Hayır	Evet	Yeni ayrıldım	P değeri
MTÖ Toplam Ort±SS	40,01±8,483	42,09±9,798	43,90±9,267	0,120
MTÖ Duygusal Tükenme Ort±SS	13,90±5,156	14,75±6,342	14,30±7,804	0,699
MTÖ Duyarsızlaşma Ort±SS	6,34±3,274	6,90±3,886	7,70±3,401	0,517
MTÖ Kişisel Başarı Ort±SS	17,93±4,924	18,29±5,024	20,20±5,808	0,413

MTÖ: Maslach tükenmişlik ölçeği, Ort±SS: Ortalama± standart sapma

Tablo 30. Öğrencilerin partnerlerinden destek görme derecesi göre Maslach Tükenmişlik Ölçeği ve alt ölçekleri puan ortalamaları

Partnerin destek derecesi	Hiç veya az miktarda	Orta düzeyde	Oldukça	Çok	P değeri
MTÖ Toplam Ort±SS	46,71±11,84 2	41,14±8,725	41,86±10,98 9	42,12±9,377	0,955
MTÖ Duygusal Tükenme Ort±SS	16,14±7,335	15,71±6,094	14,62±6,085	14,43±6,521	0,717
MTÖ Duyarsızlaşma Ort±SS	6,86±4,634	7,36±3,586	7,00±3,808	6,75±3,990	0,919
MTÖ Kişisel Başarı Ort±SS	19,14±1,952	15,93±5,526	18,21±5,772	18,778±4,69 4	0,274

MTÖ: Maslach tükenmişlik ölçeği, Ort±SS: Ortalama± standart sapma

Öğrencilerin ailelerini ziyaret sıklığına göre yapılan değerlendirmede MTÖ toplam, duygusal tükenmişlik, duyarsızlaşma ve bireysel başarı puan ortalamaları değişmekteydi.

Öğrencilerin ailelerini ziyaret sıklığı ile MTÖ toplam (KW=7,938;p=0,094), duyarsızlaşma (KW=5,117;p=0,276) ve bireysel başarı (KW=0986;p=0,912) alt grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı. Öğrencilerin ailelerini ziyaret sıklığı ile duygusal tükenmişlik (KW=10,579;p=0,032) arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık mevcuttu. Öğrencilerin ailelerini ziyaret sıklığı azaldıkça duygusal tükenmişlik artış göstermekteydi. Öğrencilerin ailelerini ziyaret sıklığına göre MTÖ ve alt ölçekleri puan ortalamaları Tablo 31’de gösterilmiştir.

Tablo 31. Öğrencilerin ailelerini ziyaret sıklığına göre Maslach Tükenmişlik Ölçeği ve alt ölçekleri puan ortalamaları

Öğrencilerin ailelerini ziyaret sıklığı	Ayda birden fazla	Ayda bir	2 ayda bir	3-6 ayda bir	6 ay ve üzeri	P değeri
MTÖ Toplam Ort±SS	39,58± 8,508	40,46± 9,818	40,00± 7,382	43,16± 7,454	43,46± 11,045	0,094
MTÖ Duygusal Tükenme Ort±SS	12,74± 6,087	13,89± 5,646	13,10± 4,230	15,78± 5,059	16,08± 6,986	0,032
MTÖ Duyarsızlaşma Ort±SS	5,91± 3,463	6,65± 3,453	6,29± 3,621	6,94± 3,852	7,63± 3,796	0,276
MTÖ Kişisel Başarı Ort±SS	19,14± 4,627	17,98± 4,745	18,86± 3,877	18,16± 5,138	17,54± 5,964	0,912

MTÖ: Maslach tükenmişlik ölçeği, Ort±SS: Ortalama± standart sapma

TARTIŞMA

5 ve 6. sınıf tıp öğrencileri hastanede hasta hizmetine aktif olarak katılarak gece ve hafta sonu nöbet tutmakta, nöbet tuttıkları ve personel eksikliği olan yerlerde her türlü eksikliği tamamlamak durumunda kalmakta, üstelik hiçbir şekilde ücret almadan bunu yapmaktadırlar. Bu dönemde TUS'a hazırlanarak sınav stresiyle baş etmek zorunda kalmaktadırlar. Çalışmamızda Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde okumakta olan 5 ve 6. sınıf tıp öğrencilerinde tükenmişliğin saptanması, sosyodemografik veriler, öğrencilerin çalıştıkları ortam ve şartlardan kaynaklanan nedenlerle ilişkisinin ortaya konması, öğrencilerin depresyon ve anksiyete düzeyinin saptanması ve buna neden olabilecek etkenlerin araştırılması amaçlandı. Bu bağlamda tespit edilen etkenlerden hayat kalitesini yükseltme ve psikolojik açıdan rahatlama sağlayacak değişikliklerin neler olabileceği irdelendi.

Çalışmamızda anksiyete ve depresyonun ortaya çıkmasında risk faktörü olabileceğini düşündüğümüz bazı etmenler sorgulandığında; cinsiyet, yaş, sınıf, yıl kaybı, öğrencilerin birlikte yaşadığı insanlar, kendine ait odaya sahip olma, kronik hastalık varlığı, stajyer/intörnlükten-çalışma ortamından-birlikte çalışılan hekimlerin kendilerine karşı tutumundan memnuniyet durumu, son 3 ay içinde çalıştıkları ortamın güneş görmesi, günlük çalışma ve ders çalışma süresi, toplam tuttıkları nöbet sayısı, TUS'a hazırlanma ve TUS için dersaneye gitme, tıp fakültesini seçme kararı, halen duygusal beraberliklerinin olup olmadığı gibi değişkenlerin 5 ve 6. Sınıf tıp öğrencilerinde anksiyete ve depresyonun ortaya çıkmasında etkili olmadığı sonucuna varıldı. Bu değişkenlerle anksiyete ve depresyon arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmedi.

İnanç ve ark. (123) 2004'te yaptıkları bir araştırmada üniversite öğrencilerinin %35'inin yaygın anksiyete bozukluğu yaşadıklarını saptamışlardır. Literatüre benzer şekilde bizim çalışmamızda da anksiyete %21,1 oranında saptandı.

Anksiyete ileri yaş gruplarında çalışanlarda daha alt yaş gruplarında çalışanlara göre daha yüksek düzeyde görülmektedir (3). Ankara'da yapılan bir araştırmada, 46 ve üzeri yaş grubunda olan hemşirelerin anksiyete puan ortalamaları yaş grubu daha genç olan hemşirelerin anksiyete puan ortalamalarına göre yüksek olduğu sonucu bulunmuştur (124). Bu durum çalışma yaşamında çalışırken karşılaşılan olumsuzlukların çalışma süresi ile ve dolayısıyla yaşla birlikte artması ile açıklanabilir. Çalışmamıza benzer şekilde tıp fakültesi son sınıf öğrencileri ile yapılan bir çalışmada katılımcıların yaşı ile Beck Anksiyete puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır (125).

Tıp fakültesi son sınıf öğrencileri ile yapılan bir çalışmada kadınlardaki anksiyete puanının, erkeklere göre istatistiksel olarak anlamlı daha yüksek olduğu bulunmuştur (125). İngiltere'de genel pratisyenlerin (126) ve Avustralya'da ulusal opera sanatçılarının (127), Kocaeli ilindeki bir yüzme kulübünde yüzme sporu ile uğraşan çocukların (128), Selçuk Üniversitesi Beden Eğitimi ve Spor Yüksek Okulunda okuyan öğretmen adaylarının (129) katıldıkları araştırmaların sonucunda benzer şekilde kadınlarda anksiyete düzeyi erkeklere göre yüksek bulunmuştur. Kaygı ve strese verilen tepkilerde cinsiyet açısından farklılıklar olduğu; kadınlarda kaygıya daha sık rastlandığı, stres ve kaygı durumlarında erkeklerin daha saldırgan olduğu, kadınların stres karşısında daha çok kaygı ve çökkünlük gösterme eğilimleri olduğu tespit edilmiştir (130). Kadın ve erkek cinsiyet arasında anlamlı bir fark olmadığını gösteren ender de olsa çalışmalar vardır (131). Çalışmamızda kız öğrencilerin 26'sında (%13,7) erkek öğrencilerin 14'ünde (%7,4) anksiyete bulundu ancak anksiyete ile cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı.

Antalya'daki hekimlerin katıldığı diğer bir araştırmada ise, kötü çalışma ortamı ve çalışma koşulları ile karşılaşan hekimlerin anksiyete puan ortalamaları bu etkenlerle karşılaşmayan hekimlerin anksiyete puan ortalamalarına göre daha yüksek olduğu sonucu bulunmuştu (3). Çalışmamızda stajyer/intörlükten memnuniyet, çalışma ortamından memnuniyet, birlikte çalışılan hekimlerin öğrencilere karşı tutumundan memnuniyet anksiyete üzerinde etkili bulunmadı.

Diğer birçok çalışma ile uyumlu olarak bizim çalışmamızda da nöbet tutma durumu (8) ve günlük çalışma süresi ile anksiyete arasında ilişki bulunmadı (132).

Çalışmamızda tıp fakültesi son sınıf öğrencilerinde yapılan bir çalışmada da olduğu gibi tıp fakültesini seçme kararı ile anksiyete arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki

saptanmadı (125). Ancak ülkemizde meslek seçimi çoğunlukla bireyin kendisinden çok ailesi veya diğer yetişkinler tarafından yapılmaktadır. Bu durum bireyin ilgisinin olduğu mesleği seçmek yerine sadece yeteneğini dikkate alan, bir başka yönden ise mesleğin saygınlığı, iş güvencesi ve benzeri özelliklerini temel alarak yapılan bir meslek seçimi sürecini getirmektedir. Bireyin meslekle ilgili beklentilerini karşılamaktan uzak bu meslek seçimi durumu bireyin yaşamında çok önemli duygusal sıkıntılara neden olabilir. Ayrıca ülkemizde meslek seçiminin bireyin ilgisi, yetenekleri ve beklentilerinden daha çok, akademik başarı ve arkasından gelen ÖSS’de kaç puan aldığına bakılarak yapılmaktadır. Meslek kazanmaya hazırlık veya seçilen meslekle ilgili bireyin aldığı eğitim ve bu eğitim sonrası mesleğin icra edilmesi insan yaşamının çok önemli bir boyutunu oluşturmaktadır. Birey yıllarca mesleğe yönelik eğitim görmekte ve çok daha uzun yıllarda bu mesleği icra etmektedir. Eğer seçtiği veya seçmek zorunda kaldığı mesleğin gelecek beklentilerini karşılamayacağını düşünüyor ise, duygusal sorunlar yaşaması kaçınılmaz görünmektedir (133).

Bir insanın işi onun kendisine duyduğu güveni ve diğer insanlarla ilişkilerini etkiler. İsteddiği okulda okuyamayan öğrencilerde, ders başarısının genelde daha düşük olduğu gözlenmiştir. Çorapçıoğlu Özkürkçigil’in üniversite öğrencileri üzerinde yaptığı bir çalışmada içinde buldukları psikolojik sıkıntılı durum nedeniyle ders başarısı düşen ve ders çalışamayan öğrencilerde psikiyatrik tanı alma olasılığı yüksek saptanmıştı (11). İsteddiği okulda ya da bölümde okuyamayan öğrencilerin bulunduğu bölümden duyduğu memnuniyetsizlik öğrencilerde bölümü bırakma düşüncesine neden olabilir. Çalışmamızda da son 3 ay içinde tıp fakültesini bırakma düşüncesi ile anksiyete arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptandı. Buna göre tıp fakültesini bırakma düşüncesi olan öğrencilerde anksiyete artmaktaydı.

Çalışmamızda öğrencilerin çalıştıkları ortamdaki insanlardan destek görme ve hastaları tarafından takdir edilme derecesi ile anksiyete arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptandı. Öğrencilerin çalıştıkları ortamdaki insanlardan gördüğü destek ve hasta takdiri arttıkça anksiyete azalmaktaydı. Öğrencilerin öğrencilikten çıkıp doktor gibi hissetmeye ve görülmeye başladığı stajyerlik ve intörnlük dönemi boyunca değerlendirdikleri, takip ve tedavi etme gayreti gösterdikleri hastaları tarafından takdir edilmeleri onların motivasyonunu ve başarısını arttırdığı gibi mesleklerini severek yapmalarına ve hevesle çalışmalarına neden olduğundan özgüven artışıyla birlikte anksiyeteyi de azalttığı düşünülmektedir.

Çalışmamızda günlük hayatta kendine ve diğer ilgi, uğraşlarına vakit ayırabilen öğrencilerde anksiyete puanları düşük saptandı. Öğrencilerin günlük hayattaki uğraşlarına vakit ayırabilmeleri onların sosyalleşmelerine, günün stres ve yorgunluğundan kurtularak

dinlenmelerine dolayısıyla anksiyete düzeylerinde azalmaya olanak sağlar.

Toplumda bildirilen depresyon oranları ülkeden ülkeye değişkenlik göstermekle birlikte (Amerika %4,7, Türkiye %10-20) genel olarak kadınlarda %8 erkeklerde %3 oranında gözlenmektedir (134). Epidemiyolojik veriler herhangi bir yılda kadınların %13'ü, erkeklerin %8'inin depresyonda olduğunu göstermektedir. Türkiye Ruh Sağlığı Profili Çalışması'nda 12 aylık depresif nöbet yaygınlığı kadınlarda (%5,4), erkeklerde (%2,3), tüm nüfusta (%4,0) olarak verilmektedir. Görüldüğü gibi kadınlarda iki kat daha fazladır (28,39,45). Ancak bizim çalışmamızda tespit ettiğimiz gibi, daha önce yapılmış çalışmalarda da bu oran hekimler ve tıp öğrencileri arasında daha yüksektir (8,25). 1980'lerde İsveç'te yapılan bir çalışmada doktorların diğer mesleklerdeki kadın ve erkeklere göre daha uzun çalışma sürelerinin olduğu, vardiyalı çalışma programına maruz kaldıkları ve daha uyarıcı bir işe sahip oldukları gösterilmiştir. Günlük hayatta bir takım işlerdeki göre doktorların negatif veya pozitif yönde daha fazla duygusal tepki verdiği bildirilmiştir (8). Bu bulgular bize hekimliğin yüksek riskli bir meslek grubu olduğunu göstermektedir.

Yapılan bazı araştırmalarda üniversite popülasyonunda depresyonun %17-23 oranında görüldüğü ve üniversite danışma merkezlerine başvuran öğrencilerin %45'inin depresyonda olduğu saptanmıştır (135). Öğrencilerin depresyon oranlarını inceleyen çalışmaların bazılarında ise genel toplum taramalarında bulunan değerlerden daha yüksek depresyon oranları (%32-%35) bildirilmektedir (12,136,137). Hekimler arasında görülen depresyonun, özellikle tıp fakültesinden mezuniyetin ardından ilk yılda %30'lara varan yaygınlıkları dikkat çekicidir (8,26). Literatüre benzer şekilde bizim çalışmamızda da depresyon %34,7 oranında saptandı.

Çökkünlükler kadınlarda en çok 35–45 yaşları arasında, erkeklerde 55 yaşlarından sonra görülmekte ise de bu bozuklukların genç yaşlarda sanıldığından da çok görüldüğüne ilişkin veriler artmaktadır (30). Depresyon herhangi bir yaşta başlayabilir, ancak ortalama başlangıç 20'li yaşların ortalarında olmaktadır (4,46). Epidemiyolojik veriler, başlangıç yaşının son yıllarda daha erken yaşlara kaydığını göstermektedir (39,47-49). Bizim çalışmamızda depresyon ile yaş arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Bu durum katılımcılarının yaşlarının birbirine çok yakın olmasından ve yaş aralığının dar olmasından kaynaklı olabilir.

Cinsiyet ayrımında, kadınların erkeklere göre daha depresif ve daha düşük benlik saygısına sahip oldukları gözlenmiş, depresyonun yetişkin erkeklerde kadınlarda olduğundan daha farklı fiziksel etkilere yol açtığı vurgulanmaktadır (138). Ülkemizde yapılan bazı çalışmalarda depresyon oranının kadınlarda daha yüksek bulunduğu bildirilmiştir (60). Başka

bir yönden bakıldığında, biyolojik yapısı, ruhsal özellikleri, geliştirmiş olduğu kişilik yapısı, sorunlarla başa çıkma tarzı, toplumsal ve kültürel konumu ile cinsiyet rolünün, kadını depresyona daha yatkın kıldığı vurgulanmaktadır (133). Kadınlarda gözlenen depresyonun olası nedenleri arasında kadınlara işte ve evde fazla sorumluluk yüklenmesi, kadınların hastalar ile daha çok empati kurması, anne olması yani bir başka bireyin sorumluluğunu taşıma bulunmaktadır (8). Çalışmamıza katılan kız öğrencilerin 37'sinde (%19,5) erkek öğrencilerin 29'unda (%15,3) depresyon saptandı. Çalışmamıza benzer şekilde üniversite öğrencilerinde yapılan bir başka araştırmada cinsiyet farklılığının depresyonu etkilemediği gözlenmiştir (139).

Bulgularımıza göre öğrencilerin aylık harcama ve sosyal yaşantılarını karşılamada günlük çekmesiyle ile depresyon arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktu. Ancak öğrencilerin aylık gelir miktarı ile depresyon arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulundu. Ülkemizde depresyonun en yüksek oranda düşük gelir düzeyindekilerde bulunduğu bildirilse de sosyo-ekonomik durumla korelasyon bulunmamıştır (28,39). Sosyo-ekonomik durum bireyin algısına da bağlı bir değişkendir. Birey, objektif kriterlere göre değerlendirildiğinde belli bir sosyo-ekonomik düzeyde değerlendirilebilecekken, kendi algısı farklı bir sosyo-ekonomik düzeyi işaret edebilir. Bu nedenle, sosyo-ekonomik durumu düşük seviyede olmasına rağmen kendi durumunu daha yeterli algılayabilmesi nedeniyle ekonomik durumun her zaman depresyonu etkilemeyeceğini düşündürmektedir (133).

Depresyon gözlenen hastalarda, kronik hastalık bildiriminin yüksekliğinin dikkat çektiği, psikosomatik etkenli rahatsızlıklarla depresyonu etkilemede de benzerlik gösterdikleri belirtilmiştir (140,141). Araştırmalar uzun süren hastalık durumlarının yeti yitimine yol açarak birey üzerinde depresif etki oluşturabildiğini, başka bir ifadeyle yaşanan fiziksel ve biyolojik rahatsızlığın bireyin yaşam kalitesini düşürdüğünü göstermektedir. Kronik hastalıkların tam anlamıyla bir tedavisi olmadığı ve süreğen olduğu göz önünde tutulduğunda depresyonu tetikleyebileceği düşünülmektedir (133). Ancak çalışmamızda kronik hastalık varlığı ile depresyon arasında ilişki saptanmadı.

Stajyer/intörnlükten memnuniyet, çalışma ortamından memnuniyet, birlikte çalışılan hekimlerin öğrencilere karşı tutumundan memnuniyet kısacası iş memnuniyetinin sağlanamadığı durumlarda mesleği değiştirme yada bırakma düşüncesi, öğrenciler için ise tıp fakültesini bırakma düşüncesini gündeme getirmekteydi. Çalışmamızda stajyer/intörnlükten memnuniyet, çalışma ortamından memnuniyet, birlikte çalışılan hekimlerin öğrencilere karşı tutumundan memnuniyet depresyon üzerinde etkili bulunmamıştı. Ancak yapılan araştırmalarda Thommassen ve ark. (142)'nin yapmış olduğu bir çalışmada tükenmişlik ve

depresyon gibi duygusal dalgalanma yaşayan hekimlerin iş memnuniyeti, yaşamayanlara göre düşük bulunmuştur ve bunların %33'lük bir bölümü iş yeri değişikliği istemektedir. Fischer ve ark. (143)'nin İsveç'te yaptıkları bir çalışmada iş yerinde alınan sosyal destekte kadınlar arasında daha fazla olup iş yaşamını iyi yönde etkilemektedir.

Çorapçioğlu Özkürkçigil'in üniversite öğrencileri üzerinde yaptığı bir çalışmada maddi durumu kötü olan öğrencilerin psikiyatrik tanı alma oranı oldukça yüksek bulunmuştu (11). Ülkemizde yapılan bazı başka çalışmalarda da düşük gelir düzeyine sahip olan öğrencilerin, orta ve yüksek gelir düzeyi olan öğrencilere göre daha fazla ruhsal soruna sahip oldukları gözlenmiştir (144,145). Çalışmamızda da aylık gelir miktarı ile depresyon ilişkili bulundu.

Çalışmamızda hekimlik mesleğinin öğrencilere uygun meslek olup olmadığı düşüncelerine göre depresyon arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu. Hekimlik mesleğinin kendilerine uygun olduğu düşüncesi kuvvetlendikçe depresyon azalmaktaydı. İşin bireye uyumu, saygınlık, kabul edilirlilik, tek başına karar verebilme iş doyumunu açısından önemli parametrelerdir. İş doyumunu ile ilgili yapılmış çalışmalar da gösteriyor ki depresyon ile negatif bir ilişkisi vardır (146,132).

Çalışmamızda son 3 ay içinde tıp fakültesini bırakma düşüncesi ile depresyon arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptandı. Buna göre tıp fakültesini bırakma düşüncesi olan öğrencilerde depresyon artmaktaydı. Öğrencilerin depresif olması hekimlik mesleğinden soğumalarına ya da yaptıkları işlerden zevk alamamalarına neden olduğundan bitirmesi son derece zor olan tıp fakültesini bırakma düşüncesini akıllarına getirmelerine neden olmuş olabilir veya bu düşünce onları depresif yapabilir.

Diğer birçok çalışma ile uyumlu olarak bizim çalışmamızda da nöbet tutma durumu (8) ve günlük çalışma süresi ile depresyon arasında ilişki bulunamadı (132).

Çalışmamızda saptanan ilgi çekici bir nokta tıp fakültesine girerken meslekle ilgili karşılaşılabilecek olan zorluklara dair yeterli ön bilgi edinilmiş olma durumuna 142 olgu (%74,7) tarafından "hayır" denmiş olmasıdır. Bu da bize gösteriyor ki ülkemizde üniversitede eğitimini almak istediğimiz dallar ve çalışma hayatı hakkında yeterince aydınlatılmıyoruz. Eğitim politikaları bu noktalarda düşünülerek yeniden gözden geçirilmelidir.

Çalışmamızda öğrencilerin çalıştıkları ortamdaki insanlardan destek görme derecesi ile depresyon arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptandı. Öğrencilerin çalıştıkları ortamdaki insanlardan destek görme derecesi arttıkça depresyon azalmaktaydı. Çalışmamızda aileden destek alma derecesi ile depresyon arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktaydı. Öğrencilerin ailelerinden destek alma derecesi arttıkça depresyon azalıyordu.

Çalışmamızla uyumlu olarak ergenlerde yapılan bir araştırmada da ailesi ile iletişime girebilen ailesinden destek görenlerde depresyon oranının düşük olduğu saptanmıştır (147). Earle ve Kelly'nin (148) bir çalışmasında depresyon ile başa çıkma yolları arasında yardıma ihtiyacı olduğunu düşünen doktorların ailelerine ya da bir arkadaşlarına yönelimin en fazla olduğu saptanmıştır. Araştırmamızda öğrencilerin hekim arkadaşları ve aileleri haricindeki yakın çevrelerindeki insanlardan destek görme derecesi ile depresyon arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmedi.

Günlük hayatta kendine ve diğer ilgi, uğraşlarına vakit ayırabilenlerde depresyon puanları düşük saptanmıştır. Depresyonun destek tedavi şekli olan bu durum, depresyonun oluşmamasında da etken olarak görülebilir.

Doktorluk mesleği her zaman hastalar ve diğer meslek grupları açısından saygın görülüp takdir edilen bir meslek grubu olarak bilinmesine rağmen bizim çalışmamızda sadece %7,4'lük bir bölüm bu görüşe katılmaktadır. Depresyon ve anksiyete ile ilişkisi kurulamamış olsa da dikkat çekici bir orandır. Aslında bu oran son zamanlarda kutsal sayılan hekimlik mesleğine duyulan saygının ne kadar azaldığına olan inancın da bir nevi kanıtı niteliğinde. Bırakın saygınlığı mesleki güvenliğimizin bile sağlanamadığı düşünüldüğünde ileriki dönemlerde hergün icra edilmesi daha da zor olan hekimlik mesleğini seçme konusunda insanlar tereddütle yaklaşacaklardır.

Bu kadar olumsuz düşünce, %34,7 gibi depresyon ve %21,1 gibi anksiyete oranlarına ulaşılmasına rağmen hekimliği bırakmayı düşünen sadece 39 olgu (%20,5) bulunmaktadır. Bu da her ne zorluk olursa olsun doktorların mesleklerini severek yaptıklarının bir göstergesi olarak kabul edilmelidir.

Tükenmişlikle ilgili son yıllarda hem ülkemizde hem de yurt dışında birçok çalışma yapılmakla birlikte çalışmaların çoğunda araştırma gruplarının mezuniyetleri sonrasında sahada hekimlik yapan kişiler olduğu görülmektedir. Oysa sağlık çalışanı adayı olma açısından dönem 5 ve 6 öğrencileri araştırmaya değer bir noktadadır. Bu nedenle mezuniyet öncesi dönemde yapılabilecek uygun müdahalelerde tükenmişliğe neden olan risk faktörlerini saptamak gerekmektedir.

Tıp öğrencileri ile yapılan çalışmalarda öğrencilerin tükenmişliklerinin sosyodemografik verilere göre değişimiyle ilgili farklı sonuçlar mevcuttur.

Genel olarak cinsiyet tükenmişliğin güçlü bir öngörücüsü değildir. Bazı araştırmalar; kadınların (149,150), bazı araştırmalar ise; erkeklerin daha fazla tükenmişlik yaşadıklarını, bazı çalışmalar da her iki cinsiyetin tükenmişliklerinin eşit oranlarda olduğunu belirtmektedir (19,84,151-153). Yapılan çalışmaların bir kısmında, erkeklerde duyarsızlaşmanın daha fazla

olduğu (80,94,154), kadınların duygusal tükenme seviyelerinin yüksek olduğu savunulmaktadır (80,94,155). Çalışmamızda öğrencilerin tükenmişlik, duygusal tükenmişlik, duyarsızlaşma ve bireysel başarı puanları benzerdi ve cinsiyete göre tükenmişlik ve alt ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı. Bu çalışmada tükenmişlik düzeyleri üzerinde cinsiyet faktörünün etkili olmaması, tıp fakültesindeki faktörlerin kız ve erkek öğrencileri eşit ölçüde etkilediğinin göstergesi olabilir.

Tükenmişliğin gençlerde ve ileri yaştaki çalışanlarda görülme düzeyi farklılık göstermektedir (100). Genel kanı, tükenmişliğin yaş ilerledikçe azaldığı yönündedir (26,73). Tükenmişliğe ilişkin yapılan araştırmalarda genç çalışanların, mesleğin ilk yıllarında beklentilerinin de yüksek olması nedeniyle daha fazla tükenmişlik hissettikleri ortaya konulmuştur (90). Üniversite öğrencilerinde yapılan çalışmalarda ise, genel olarak yaş ile tükenmişlik arasında ilişki olmadığını savunan çalışmalar ağırlıktadır (19,103,151). Yapılan bazı çalışmalarda duygusal tükenmişlik ve duyarsızlaşmanın yaşla birlikte azaldığı, bireysel başarının arttığı saptanmıştır (74,79,88). Bu durum ileri yaştaki bireylerin geçmişten gelen deneyimlerinin etkisi ile genç çalışanlara göre daha sabırlı, olgun ve dengeli olmaları, bu özellikleri nedeniyle de tükenmişliğe karşı direnç göstermeleri ile ilişkilendirilmiştir (88). Çalışmamızda yaş ile tükenmişlik, duygusal tükenmişlik, duyarsızlaşma alt grupları arasında yapılan değerlendirmede istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmazken yaş ile bireysel başarı alt grubu arasında yapılan değerlendirmede negatif yönde korelasyon saptandı. Öğrencilerin yaşı arttıkça bireysel başarısı azalmaktaydı. Kişisel başarının düşük olması, diğer bir deyişle kişisel başarı alt boyutunda yaşanan tükenmişliğin yaşla birlikte artışı öğrencilerin farklı üniversite ve fakültelerde eğitim görmüş yaşlılarının iş sahibi olması, mezun olmuş olması, yaşam koşullarının iyi ve mesleki tatminlerinin olması nedeniyle olabilir. Katılımcıların öğrenci olarak görüldükleri halde kendilerinden çalışan gibi davranmaları beklentisi ve artan iş yükü kendilerini yetersiz ve başarısız bulduklarının, olumsuz değerlendirme eğiliminde olduklarını düşündürmektedir.

Tıp öğrencilerinde tükenmişlik birçok araştırmaya konu olmuştur ve bunların çoğu klinik eğitimin ağırlıklı olduğu yıllara odaklanmıştır. Örneğin Gutrie ve ark. (156)'ı 1, 4 ve 5. sınıf tıp öğrencilerini takip etmesi sonucu yaptıkları çalışmada MTÖ-İHA (Maslach Tükenmişlik Ölçeği-İnsanlara Hizmet Verenler Anketi) uygulamışlardı ve çalışmalarında 5. sınıf öğrencilerinin 4. sınıf öğrencilerine göre anlamlı derecede daha fazla duygusal tükenmişlik yaşadıklarını, fakat duyarsızlaşma ve kişisel başarı açısından aralarında fark saptanmadığını belirtmişlerdi. Rosen ve ark. (18) Amerika Birleşik Devletleri'nde MTÖ-İHA ve diğer bazı anketlerle yaptıkları intörnlüğün başlangıç ve sonu arasındaki farkları

araştırdıkları çalışmada intörnlerin yıl sonunda tükenmişlik düzeyleri artmaktaydı. Willcock ve ark. (155) Avustralya'da 5. sınıf ve intörnleri kapsayan ve öğrencileri 5. sınıfta iki, intörnlük döneminde de dört kez gördükleri bir çalışmada MTÖ kullanmışlardı ve intörnlerin duygusal tükenme ve duyarsızlaşmalarının 5. sınıflara oranla anlamlı derecede yüksek bulmuşlardı, fakat kişisel başarı algısı alt ölçeğinde ise anlamlı fark bulamamışlardı. Benzer olarak çalışmamızda da 6. sınıf öğrencilerinde tükenmişlik, duygusal tükenmişlik ve duyarsızlaşma 5. sınıf öğrencilerine göre artış göstermekteydi. Sınıf ile bireysel başarı alt grubu arasında yapılan değerlendirmede istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı. Yapılan araştırmalarda da görüldüğü gibi intörnlükte diğer sınıflara kıyasla tükenmişlik artış göstermektedir. İntörnlük hastayla temasın ve sorumluluğun arttığı bir dönem olması nedeniyle ne tam olarak öğrencilik ne de tam olarak hekimliğin başladığı, arada kalmış bir dönem olarak değerlendirilebilir. Araştırmacılar intörnlerin alturistik bir düşünce sistemine ve hasta olanı iyi etme fantezilerine sahip olduğunu, kendilerine ait kahraman imajlarının olduğunu belirtmiş, intörnlük döneminde bu idealist düşüncelerinin gerçekleşmeme tehlikesinin oluşması sonucu sıkıntı duymaya başlamış olabileceklerini ve tükenme yaşamış olmalarının buna bağlı olabileceğini belirtmiştir (155). Bu da, çalışmamızdaki intörnlükte yaşanan tükenmişlik seviyesindeki belirgin artışı açıklayabilir.

Çalışmamızda öğrencilerin yıl kaybı olma durumu ile MTÖ ve alt ölçek puanları arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı. Benzer olarak Sevencan ve ark. (19)'nın Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi dönem VI öğrencilerinde tükenmişliği irdeleyen çalışmasında da yıl kaybı ile tükenmişlik arasında bir ilişki saptanmamıştı. Güdük ve ark. (151)'nin Ankara'da bir tıp fakültesinde okuyan son sınıf tıp öğrencilerinde tükenmişliği ele alan çalışmasında yıl kaybı olan grupta duygusal tükenmişlik daha yüksek saptanmıştı. Bu sonucu yıl kaybı nedeniyle daha fazla miktarda harç ödeme, sayıca daha fazla sorunla karşılaşma, ekonomik olarak daha uzun süre aileye bağımlı olmak gibi nedenler etkilemiş olabileceği düşünülmüştü (151).

Çalışmamızda öğrencilerin birlikte yaşadığı insanlar, kronik hastalık varlığı ile tükenmişlik ve alt ölçekleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmadı. Ülkemizde de intörnlükte yapılan çalışmalarda benzer sonuçlar elde edilmiştir (19,151). Çalışmamızda da, literatürle uyumlu bir şekilde ikamet edilen yer ile tükenmişlik arasında anlamlı ilişki saptanmadı. Buna göre öğrencilerin nerede ve kimlerle yaşadığı (yurt, ev, vs. ve arkadaş, aile ,akraba ile) öğrenciler için tükenmişliği etkileyen risk faktörleri arasında bulunmadı.

Sevencan ve ark. (19) aylık harcamalarında güçlük çeken son sınıf tıp öğrencilerinde duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarı alt ölçeklerinden aldıkları puanları

harcamalarında güçlük çekmeyen öğrencilere göre anlamlı derecede yüksek bulmuşlardı. Güdük ve ark. (151) ise istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmamakla birlikte aylık harcamalar ve sosyal yaşantıyı karşılamada güçlük çekenlerin tükenmişliklerini yüksek bulmuştu. Benzer şekilde bizim çalışmamızda da öğrencilerin aylık harcama ve sosyal yaşantısını karşılamada güçlük çekme durumu ile MTÖ toplam, duygusal tükenmişlik, duyarsızlaşma, bireysel başarı alt grupları arasında yapılan değerlendirmede istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmedi.

Ülkemizde, konu ile ilgili çalışan bireylerde yapılan çalışmalarda, genel olarak aldıkları ücretin düşük olması özellikle duyarsızlaşma alt boyutunda tükenmişliği arttırmaktaydı (73,74). İstanbul'da psikiyatristler üzerinde yapılan bir çalışmada maddi gelir açısından tatminsizliğin duygusal tükenmişlik ve duyarsızlaşmada artışa bireysel başarıda azalmaya neden olduğu sonucuna varılmıştı (72). Ancak bazı çalışmalarda da gelir düzeyinin tükenmişliği etkilemediği kanısına varılmıştı (94,112). Bunun muhtemel nedeni, tükenmişliğin daha çok içsel veya psikolojik yollarla etkilenebileceğidir. Ücret gibi dışsal ya da maddi faktörlerin etkileri çalışanlar için sınırlı olabileceğini düşündürmekteydi (157). Al-Dubai ve Rampal, (107) düşük harçlık düzeyini yüksek tükenmişlik ile ilişkili bulmuştur. Çalışmamızda öğrencilerin aylık gelir miktarı ile MTÖ toplam, duygusal tükenmişlik, duyarsızlaşma ve bireysel başarı alt grupları arasında yapılan değerlendirmede istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı. Öğrencilerin aylık gelir miktarına göre tükenmişlik yaşamamalarının nedeninin gelir durumunun etkilememesinden veya %98'inin aile harçlığı ile geçimini sağladığı ailelerinin maddi durumlarının iyi olması ve öğrencilerin yarısından fazlasının ek olarak burs almasından kaynaklı olabileceği düşünüldü.

Bulgularımıza göre öğrencilerin sosyal güvenceye sahip olup olmama durumları ile MTÖ toplam puan, duyarsızlaşma alt grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık mevcuttu. Sosyal güvencesi olmayanlarda tükenmişliğin yüksek bulunması beklenirken sosyal güvencesi olan öğrencilerde sosyal güvencesi olmayanlara göre tükenmişlik ve duyarsızlaşma yüksek bulunmuştu. Öğrencilerin sosyal güvencesini aileleri sağladığından öğrencileri etkilemediği düşünülebilir.

Yemen'de hekimlerle yapılan bir çalışmada iş memnuniyetinin tükenmişlik ile ilişkili bir faktör olduğu ifade edilmiştir (107). Günüşen ve ark. (158) ülkemizde doktor ve hemşireler üzerinde yapılan çalışmalarda işinden memnun olmayanların tükenmişliklerinin yüksek olduğunu belirtmiştir. Ayrıca, ülkemizde tıp fakültesi öğrencilerinde yapılan çalışmalarda, intörn olmaktan memnun olmayanların memnun olanlara göre duygusal tükenme ve duyarsızlaşma puanlarının anlamlı derecede yüksek, kişisel başarı algılarının ise anlamlı

derecede düşük olduğu tespit edilmiştir (19,151). Ülkemizde yapılan çalışmalara benzer şekilde çalışmamızda stajyer intörlükten memnuniyet ile MTÖ toplam puan ortalaması, duygusal tükenmişlik, duyarsızlaşma ve bireysel başarı ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık mevcuttu. Öğrencilerin stajyer intörlükten memnuniyeti arttıkça toplam tükenmişlik, duygusal tükenmişlik ve duyarsızlaşma düzeyi azalma göstermekte, bireysel başarı artmaktaydı. Bu durum son sınıf tıp öğrencilerinin iş memnuniyetlerini arttıracak ve eğitimlerini destekleyecek yeni düzenlemelerin gerekli olduğunu düşündürmektedir (108).

Çalışma ortamı ve koşullarının tükenmişlik sendromunun ortaya çıkmasında etkili olduğu düşünülmektedir (72,159). Çalışmamızda çalışma ortamından memnuniyet ile MTÖ toplam, duygusal tükenmişlik ve duyarsızlaşma alt grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuşken, çalışma ortamından memnuniyet ile bireysel başarı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktu. Öğrencilerin çalışma ortamından memnuniyeti arttıkça toplam tükenmişlik, duygusal tükenmişlik, duyarsızlaşma azalmaktaydı.

Çalışmamızda birlikte çalıştıkları hekimlerin öğrencilere karşı tutumları ile MTÖ toplam, duygusal tükenmişlik ve bireysel başarı alt grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık mevcuttu. Birlikte çalıştıkları hekimlerin öğrencilere karşı tutumlarından memnuniyet arttıkça tükenmişlik, duygusal tükenmişlik, bireysel başarı düzeyi azalmaktaydı. Birlikte çalıştıkları hekimlerin öğrencilere karşı tutumları ile duyarsızlaşma alt grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmemiştir. Bireysel başarıdaki azalma birlikte çalıştıkları hekimlerin olumlu yöndeki tutumunun öğrencileri rahatlığa sevk etmesinden ve iş disiplininin azalmasına neden olmasından kaynaklanabilir. Anksiyetenin ne zaman maladaptif, nerede adaptif olduğunun tespiti önem arz etmektedir. Anksiyeteye ilgili uyarılmışlığın performansı olumlu etkilediği optimal bir aralık vardır (160). Hafif düzeyde kaygının, kişileri daha dikkatli olmaya zorlayarak başarıyı arttırdığı, buna karşılık ağır kaygının başarıyı olumsuz yönde etkilediği bilinmektedir (161). Buna göre bir miktar stres altında çalışmak öğrencilerin başarısını artırıcı yönde etki etmektedir.

Bulgularımıza göre çalışma ortam ve koşulları, birlikte çalışılan kişilerin tutum ve davranışları iş yeri ve iş memnuniyetini oluşturduğundan literatürle uyumlu olarak çalışmamızda da tükenmişliği etkilemektedir.

Öğrencilerin günlük çalışma süreleri ile duygusal tükenmişlik, bireysel başarı alt grupları arasında yapılan değerlendirmede istatistiksel olarak anlamlı farklılık mevcut değildi. Öğrencilerin günlük çalışma süreleri ile MTÖ toplam puanı ve duyarsızlaşma alt grubu arasında yapılan değerlendirmede pozitif yönde korelasyon saptandı. Öğrencilerin günlük

çalışma süreleri arttıkça toplam tükenmişlik ve duyarsızlaşma artış göstermekteydi.

Öğrencilerin son 3 ay içinde toplam tuttıkları nöbet sayısı ile MTÖ toplam puanı, duygusal tükenmişlik ve duyarsızlaşma alt grupları arasında yapılan değerlendirmede pozitif yönde korelasyon saptanırken, öğrencilerin son 3 ay içinde toplam tuttıkları nöbet sayısı ile bireysel başarı alt grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık mevcut değildi. Öğrencilerin son 3 ay içinde toplam tuttıkları nöbet sayısı arttıkça toplam tükenmişlik, duygusal tükenmişlik ve duyarsızlaşma artış göstermekteydi. Öğrencilerin son 3 ay içinde toplam tuttıkları nöbet sayısının bireysel başarılarını etkilemediği görüldü.

Uzun çalışma saatleri ve nöbet sayısındaki fazlalığın tükenmişlik için risk oluşturduğu birçok çalışmada vurgulanmıştır (84,107,108,152,154,162). Çalışma süresindeki ve nöbet sayısındaki artışın özellikle duyarsızlaşma düzeyinde artışa neden olduğu saptanmıştır (26,88). Yapılan çalışmalarda nöbet sistemi veya çoğunlukla gece çalışmanın insanlara düzensiz bir yaşam sunarak duygusal tükenmeyi arttırdığı bildirilmiştir (79,81,84). Çalışmamıza paralel olarak eczacılar ile yapılan bir araştırmada, iş yükü arttıkça duygusal tükenmenin arttığı saptanmıştı (163).

Çalışmamızda öğrencilerin günlük ders çalışma süreleri ile duygusal tükenmişlik ve duyarsızlaşma grupları arasında yapılan değerlendirmede negatif yönde korelasyon saptanırken, bireysel başarı alt grubu arasında yapılan değerlendirmede pozitif yönde korelasyon saptandı. Öğrencilerin günlük ders çalışma süreleri ile toplam tükenmişlik arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık mevcut değildi. Öğrencilerin günlük ders çalışmaya ayırdıkları süre arttıkça duygusal tükenmişlik ve duyarsızlaşma azalma gösterirken, bireysel başarıları artış göstermekteydi. Buna göre öğrenciler ders çalışmaya vakit ayırabildiklerinde hem tükenmişlikleri azalıyor hem de başarı oranları artıyordu.

Bulgularımıza göre TUS'a hazırlanma durumu ile toplam tükenmişlik, duygusal tükenmişlik, duyarsızlaşma ve bireysel başarı alt grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık mevcuttu. TUS'a hazırlanan öğrencilerde toplam tükenmişlik, duygusal tükenmişlik ve duyarsızlaşma azalırken, bireysel başarı artış gösteriyordu. Öğrencilerin ders çalışma durumunda olduğu gibi TUS'a çalışabilecek vakitleri ve fırsatları olabildiğinde daha başarılı oluyorlar ve daha az tükenmişlik yaşıyorlardı. Gelecekleri adına sistematik ve düzenli çalışabilmek öğrencilerin motivasyonunu, disiplinini ve özgüvenini arttırdığı gibi sınav kaygılarını azaltarak iş memnuniyetini de arttırmaktadır.

Çalışmamızda öğrencilerin hekimlik mesleğinin kendilerine uygunluk derecesi ile MTÖ toplam, duygusal tükenmişlik ve bireysel başarı alt grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık mevcuttu. Öğrencilerin hekimlik mesleğinin kendilerine uygunluk derecesi

ile duyarsızlaşma alt grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı. Öğrencilerde hekimlik mesleğinin kendilerine uygun olmadığına olan inançları arttıkça toplam tükenmişlik ve duygusal tükenmişlik artma, bireysel başarı ise azalma göstermekteydi.

Çalışmamızda tıp fakültesini seçme kararı ile MTÖ toplam, duygusal tükenmişlik ve duyarsızlaşma alt grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı. Tıp fakültesini seçme kararı ile bireysel başarı alt grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık mevcuttu. Tıp fakültesini aile yönlendirmesiyle seçen öğrencilerde, tıp fakültesini kendi isteğiyle veya diğer nedenlerle seçen öğrencilere göre bireysel başarı düşmekteydi. Meslek seçimini bilinçli ve isteyerek yapanların mesleğin gereklerini yerine getirmede daha başarılı olacağı bunun da tükenmişlik sendromunu azaltacağı bilinmektedir (79). Yapılan çalışmalarda mesleğini kendi isteği ile seçenlerde tükenmişlik azalmaktaydı (79,80). Çalışmamıza benzer şekilde akademisyenler üzerinde yapılan bir araştırmada akademisyenliği isteyerek seçenler ile seçmeyenler karşılaştırıldığında, bu mesleği gönüllü olarak seçenlerin diğerlerine göre daha az duygusal tükenme ve daha fazla kişisel başarı yaşadıkları gözlenmiştir. Bu durum işini severek ve isteyerek yapan akademisyenlerin tükenmişlik sendromuna göre diğerlerinden daha dirençli olduklarını göstermektedir (88).

Yapılan çalışmalarda tükenmişlik, istifa planları, işten ayrılma ve iş devamsızlığıyla ilişkili bulunmuştur (164). Ülkemizde yapılan araştırmalarda mesleğini bırakmayı yada değiştirmeyi düşünenlerde duygusal tükenmişlik ve duyarsızlaşma yüksek saptanmıştı (73,74,88). Literatüre uyumlu olarak çalışmamızda da son 3 ayda tıp fakültesini bırakmayı düşünen öğrencilerde tükenmişlik düzeyi, duygusal tükenme yüksek, kişisel başarı düzeyleri düşük bulundu. Mesleğini değiştirmeyi düşünenlerin duygusal tükenme ve duyarsızlaşma yaşamalarının nedeni mesleklerini sevmedikleri halde yapmak zorunda olmalarından kaynaklanabileceği düşünülmektedir (74).

Maslach'a göre, iş yeri ile ilgili sorunlarda, aynı ortamı paylaştığımız iş arkadaşlarımızın desteği, arkadaş ve aile desteğinden çok daha önemlidir (165). Tıp öğrencileri için de arkadaş, sınıf arkadaşı ve fakülte yönetiminin desteğinin aile ve eş desteğinden çok daha önemli olduğunu belirten çalışmalar mevcuttur (103). Çalışmamızda öğrencilerin hastaları tarafından takdir edilme derecesi ve çalıştıkları ortamdaki insanlardan aldıkları destek arttıkça toplam tükenmişlik, duygusal tükenmişlik ve duyarsızlaşma azalmakta, bireysel başarı artmaktaydı. Benzer şekilde İstanbul'da psikiyatristler üzerinde yapılan bir çalışmada yaptıkları iyi bir iş karşılığında takdir edilmediklerini düşünenlerde duyarsızlaşma puanları yüksek bulunmuştu. Çalışmamızda öğrencilerin hekim arkadaşları ve aileleri haricinde yakın çevrelerindeki insanlardan destek görme derecesi ile MTÖ toplam,

duygusal tükenmişlik, duyarsızlaşma ve bireysel başarı alt grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı. Çalışmamızda öğrencilerin duygusal beraberlik yaşama durumu, duygusal beraberliği olanların da partner desteği alma derecesi ile tükenmişlik ve alt ölçekleri arasında ilişki saptanmadı.

Öğrencilerin mesleki özgüven artış derecesi ile MTÖ toplam, duygusal tükenmişlik ve bireysel başarı alt grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık mevcuttu. Öğrencilerin mesleki özgüven artış derecesi ile duyarsızlaşma alt grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı. Öğrencilerin kendilerine güveni arttıkça toplam tükenmişlik ve duygusal tükenme azalmakta, bireysel başarı artış göstermekteydi. Çalıştıkları veya eğitim gördükleri ortamda takdir gören öğrencilerin mesleki özgüveninde belirgin artış olmuş bunun da tükenmişliği azalttığı ve öğrencilerin başarısını arttırdığı düşünülebilir.

Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi araştırma görevlileri üzerinde yapılan bir araştırmada aile konusunda zorluk çekmeyen araştırma görevlisi hekimlerde kişisel başarı puan ortalaması ve duyarsızlaşma yüksek bulunmuştur (81). Bizim çalışmamızda da öğrencilerin ailelerinden destek görme derecesi ile bireysel başarı alt grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık mevcuttu. Buna göre aile desteği arttıkça öğrencilerin başarısı artıyordu. Ailenin destek ve sevgisinin her zaman hissedilmesi kişinin kendine güvenini ve başarısını arttırabilir. Ailesiyle beraber olan hekimler her türlü sıkıntı ve stresini ailesi ile paylaşmakta, sorumlulukları azalmakta, daha rahat ve duyarsız olabilmekteler (81).

Öğrencilerin ailelerini ziyaret sıklığı ile duygusal tükenmişlik arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık mevcuttu. Öğrencilerin ailelerini ziyaret sıklığı azaldıkça duygusal tükenmişlik artış göstermekteydi. Ailesinden çok uzakta olup istediği zaman veya ihtiyaç duyduğu zamanlarda onların yanında olamayan öğrencilerde özlem duygusu, aile desteğinin hissedilmemesi duygusal tükenmişliği arttırmış olabilir.

Bu araştırmanın kısıtlılıkları arasında, katılımın gönüllülük esasına dayalı olması sebebiyle çalışmaya katılmayanların tükenmiş, depresif veya anksiyetesi yüksek öğrenciler olma olasılıklarının fazla olabilmesidir. Fakat çalışmaya toplam öğrenci sayısının %85,9'unun katılmış olması çalışmanın bu kısıtlılığının etkisini azaltabilir.

SONUÇLAR

Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile hekimliği Anabilim Dalı tarafından yapılan bu çalışmada öğrencilerin hangi durumlarda sıkça anksiyete ve depresyon yaşadıkları, tükenmişlik, anksiyete ve depresyon düzeylerinin sosyodemografik değişkenlerden etkilenip etkilenmediği, öğrencilerin eğitim hayatlarını olumsuz etkileyebilecek bu durumlar hakkında bilgi sağlanması ve bu bilgilerin öğrencilerin özellikle ruhsal iyi oluşlarının korunmasında kullanılması amaçlanarak hazırlanmış çalışmamızın sonuçları şu şekilde özetlenebilir:

1. Çalışmamızda depresyon %34,7 ve anksiyete %21,1 oranında saptandı. Çalışmamıza katılan kız öğrencilerin 37'sinde (%19,47) erkek öğrencilerin 29'unda (%15,26) depresyon saptandı.
2. Katılımcıların toplam tükenmişlik ortalaması $41,42 \pm 9,33$ (minimum 0, maksimum 67) puan olarak saptandı. Öğrencilerin MTÖ' den aldıkları puanlar ölçeğin alt başlıklarına göre hesaplanmıştır. Alınan ortalama "duygusal tükenme" puanı $14,42 \pm 6,0$, "duyarsızlaşma" puanı $6,74 \pm 3,65$ ve "kişisel başarı" puanı $18,26 \pm 5,02$ olarak bulundu.
3. Çalışmamızda öğrencilerin aylık harcama ve sosyal yaşantısını karşılamada güçlük çekme durumu ve aylık gelir miktarı ile tükenmişlik ve alt grupları arasında yapılan değerlendirmede istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmazken, öğrencilerin aylık harcama ve sosyal yaşantılarını karşılamada güçlük çekmesi depresyon üzerinde etkili bulunmamış ancak öğrencilerin aylık gelir miktarının azlığının depresyonda artışa neden olduğu saptandı.
4. Çalışmamızda stajyer/intörnlükten memnuniyet, çalışma ortamından memnuniyet, birlikte çalışılan hekimlerin öğrencilere karşı tutumundan memnuniyet depresyon

ve anksiyete üzerinde etkili bulunmazken, tükenmişlik ve alt ölçekleriyle ilişkili bulundu.

5. Nöbet tutma durumu ve günlük çalışma süresi depresyon ve anksiyete ile ilişki bulunmazken, tükenmişlikle ilişkili bulundu.
6. Tıpta Uzmanlık Sınavı'na hazırlanan öğrencilerde ve günlük ders çalışmaya yeteri kadar süre ayırabilenlerde duygusal tükenmişlik ve duyarsızlaşma azalma gösterirken, bireysel başarıları artış göstermekteydi.
7. Çalışmamızda öğrencilerde hekimlik mesleğinin kendilerine uygun olduğu düşüncesi kuvvetlendikçe depresyon azalırken, tıp fakültesini bırakma düşüncesi olan öğrencilerde anksiyete ve depresyon artmaktaydı. Hekimlik mesleğinin kendilerine uygun olmadığını düşünen ve son 3 ayda tıp fakültesini bırakmayı düşünen öğrencilerin tükenmişlik ve duygusal tükenmişlikleri yüksek, bireysel başarıları düşüktü.
8. Öğrencilerin tıp fakültesini seçme kararı ile anksiyete arasında ilişki saptanmadı. Tıp fakültesini aile yönlendirmesiyle seçen öğrencilerde, tıp fakültesini kendi isteğiyle veya diğer nedenlerle seçen öğrencilere göre bireysel başarı düşmekteydi.
9. Öğrencilerin çalıştıkları ortamdaki insanlardan destek görme derecesi arttıkça depresyon ve anksiyete azalmaktaydı. Öğrencilerde aile desteği arttıkça depresyon azalıyor, kişisel başarı artıyordu. Öğrencilerin hekim arkadaşları ve aileleri haricinde yakın çevrelerindeki insanlardan destek görmesinin tükenmişliklerini etkilemediği sonucuna varıldı.
10. Çalışmamızda hasta takdiri arttıkça öğrencilerde anksiyete azalmaktaydı. Hastaları tarafından takdir edilme derecesi, çalıştıkları ortamdaki insanlardan aldıkları destek ve mesleki özgüveni fazla olan öğrencilerin tükenmişlikleri düşük, bireysel başarıları yüksekti.
11. Günlük hayatta kendine, diğer ilgi ve uğraşlarına vakit ayırabilenlerde depresyon ve anksiyete puanları düşük saptandı.
12. Öğrencilerin ailelerini ziyaret sıklığı azaldıkça duygusal tükenmişlik artış göstermekteydi.

Toplum sağlığını korumak, geliştirebilmek ve hastaları iyileştirebilmek ancak sağlık çalışanlarının sağlıklı olabilmesi ile olanaklıdır. Bu nedenle stajyer/intörnlerin tükenmişlik durumlarına neden olan faktörlerin ortadan kaldırılması için yapılacak düzenlemelerde verdikleri hizmetin karşılığını alabilmeleri için ücretlendirmeye, mesleki bilgi ve becerilerin artırılmasına, nöbet yoğunluğunun ve yoğun çalışma temposunun azaltılmasına ve diğer

alışanlarla ilişkilerin olumlu bir şekilde yeniden düzenlenmesine, çalışma koşulları iyileştirilmesine önem verilmesi, aile desteğinin sağlanması uygun olacaktır. Çalışma ortamı ve koşullarının iyileştirilmesi, çalışma yaşamına ilişkin ekonomik, psikolojik ve toplumsal gereksinimlerinin karşılanması ile ilgili politikalar geliştirilmelidir.

ÖZET

Hekimlerde depresyon varlığı, verdikleri hizmetin niteliğini olumsuz olarak etkilemekte ve iş yaşamında ciddi sorunlara yol açmaktadır. Son dönemlerde yapılan araştırmalar hekimlerin tükenmişliklerinin temellerinin tıp fakültesinde atıldığına işaret etmektedir. Mesleğe bağlı yıpranma öğrencilik yıllarında başlamakta, artarak devam etmekte ve bu durum en belirgin olarak tıp fakültesi son sınıfında yaşanmaktadır.

Çalışmamızda, öğrencilerin anksiyete, depresyon ve tükenmişlik düzeylerinin saptanması, stajyer veya intörn olma durumundan ve sosyodemografik değişkenlerden etkilenip etkilenmediğinin belirlenmesi amaçlandı. İlişkili olabilecek etkenler araştırılarak değiştirilebilir faktörler irdelendi.

Kesitsel ve tanımlayıcı nitelikteki bu araştırma, Edirne, Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nda yürütüldü. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde 2010-2011 öğretim yılında eğitim görmekte olan 118 beşinci sınıf, 84 intörn olmak üzere toplam 202 tıp öğrencisine uygulandı. Öğrencilere araştırmacılar tarafından geliştirilen Birinci Basamak için Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ-BB), Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ) ve Maslach Tükenmişlik Ölçeğini (MTÖ) içeren anket formları uygulandı.

Çalışmamızda aylık gelir miktarının azlığının depresyonda artışa neden olduğu saptandı. Günlük hayatta kendine, diğer ilgi ve uğraşlarına vakit ayırabilenlerde depresyon ve anksiyete düzeyinde azalma saptandı. Destek mekanizmaları (aile desteği, çalışma ortam desteği) arttıkça tükenmişlik azalmaktaydı. Nöbet sayısının ve çalışma süresinin fazlalığı tükenmişliğin artışına neden olurken, özgüven artışı, meslek seçiminden duyulan memnuniyet bireysel başarıyı arttırmaktaydı. Çalışmamızda hasta takdiri arttıkça öğrencilerde anksiyete azalmaktaydı.

Sonuç olarak anksiyete, depresyon ve tükenmişliğe neden olan faktörlerin ortadan kaldırılması için yapılacak düzenlemelerde öğrencilerin verdikleri hizmetin karşılığını alabilmeleri için ücretlendirmeye, mesleki bilgi ve becerilerin arttırılmasına, nöbet yoğunluğunun ve yoğun çalışma temposunun azaltılmasına ve diğer çalışanlarla ilişkilerin olumlu bir şekilde yeniden düzenlenmesine, çalışma koşulları iyileştirilmesine önem verilmesi, aile desteğinin sağlanması uygun olacaktır.

Anahtar kelimeler: Anksiyete, depresyon, tükenmişlik, tıp öğrencisi

THE LEVEL OF ANXIETY, DEPRESSION AND BURNOUT IN 5. AND 6. CLASS MEDICAL STUDENTS

SUMMARY

The presence of depression in doctors affects the quality of their service negatively and cause serious problems in business life. Recent studies address that the foundation of burnout in medical doctors lay from medical school. Occupational deformation starts from student years and grow to be the most prominent in internship of the medical school.

The aim of our study was to determine the level of anxiety, depression and burnout of medical students and their relationship with class and sociodemographic factors. Affecting factors were investigated and modifiable factors were evaluated.

This descriptive and cross-sectional study was conducted by the Department of Family Medicine of Trakya University Medical Faculty in Edirne. A total of 202 students comprising of 118 fifth graders and 84 interns of Trakya University Medical Faculty in year 2010-2011 were included. The participants were asked to fill out the questionnaire developed by the researchers including the Beck Depression Inventory for Primary Care, Beck Anxiety Inventory and Maslach Burnout Inventory.

In our study, lower monthly income was associated with a higher rate of depression. In participants who can spend time for themselves and their hobbies had lower depression and anxiety levels. Support from family and work environment were lowering the burnout level. Higher working hours and shifts increased the level of burnout, while the higher confidence and satisfaction from job choice increased the personal accomplishment. The appreciation of the patients was decreasing the level of anxiety.

In conclusion, the modifications regarding to eliminate the factors causing anxiety, depression and burnout should aim to provide a payment to reward their service, to increase the knowledge and skills, to decrease the intensity of work load and shifts and to improve the relationships with co-workers as well as the family support.

Keywords: Anxiety, depression, burnout, medical students.

KAYNAKLAR

1. Shamain J, Kerr MS, Laschinger HK, Thomson D, A Hospital-level analysis of the work environment and workforce health indicators for registered nurses in ontario's acute- care hospitals. *Canad J Nurs* 2001;33:35-50.
2. Yaşan A, Eşsizoglu A, Yalçın M, Özkan M. Bir üniversite hastanesinde çalışan araştırma görevlilerinde iş memnuniyeti, anksiyete düzeyi ve ilişkili etmenler. *Dicle Tıp Dergisi*, 2008;35(4):228-233.
3. Pıçakçıfe M. Çalışma Yaşamı ve Anksiyete. *TAF Preventive Medicine Bulletin*. 2010;9(4):367-374.
4. Özmen E, Aydemir Ö. ve Bayraktar E. Genel Tıpta Psikiyatrik Sendromlar. Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 1997.
5. Kaplan HI, Sadock BJ, Gerbb JA. Kaplan and Sadock's Synopsis of psychiatry. Baltimore: Williams & Wilkins 1994.
6. Theorell T Changing society: changing role of doctors *BMJ* 2000;320:1417-1418.
7. Firth-Cozens J Interventions to improve physicians' well being and patient care. *Soc Sci Med*. 2001;52:215-222.
8. Demir F, Ay P, Erbaş M, Özdil M, Yaşar E. İstanbul'da bir eğitim hastanesinde çalışan uzmanlık öğrencilerinde depresyon yaygınlığı ve ilişkili etmenler. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2007;18(1):31-7.
9. Graske J Improving the mental health of doctors. *BMJ Career Focus*, 2003 327:188
10. Bayhan V Genç Kimliği: Üniversite Gençliğinin Sosyolojik Profili. Malatya: İnönü Üniversitesi Yayınları; 2003. s.27-41.
11. Özkürkçügil Çorapçioğlu A. Bir mediko-sosyal merkeze genel sağlık sorunları ile başvuran öğrencilerden psikiyatrik tanı alanlarda bazı sosyodemografik özellikler. *Türk Psikiyatri Derg* 1999;10(2):115-122.
12. Engin DM, Serkan SA. Farklı özanlayış düzeyine sahip üniversite öğrencilerinde depresyon, anksiyete ve stresin değerlendirilmesi. *Eğitim ve Bilim* 2010;35(158):115-127.

13. Kaya M, Genç M, Kaya B, Pehlivan E. Tıp fakültesi ve Sağlık Yüksekokulu öğrencilerinde depresif belirti yaygınlığı, stresle başa çıkma tarzları ve etkileyen faktörler. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2007;18(2):137-146.
14. O'Neil MK, Lancee WJ, Freeman SJJ ve ark. Help-seeking behaviour of depressed students. *Soc Sci Med.* 1984;18(6):511-514.
15. Surtees PG, Pharoah PDP, Wainwright NWJ ve ark. A followup study of new users of a university counselling service. *Br J Guid Counc.* 1998;26(2):255-272.
16. Evans SW Mental Health Services in schools: Utilization, effectiveness, and consent. *Clin Psychol Rev.* 1999;19(2):165-178.
17. Özgüven HD, Haran S. Tükenme. *Kriz ve Müdahale* (Ed. Sayıl I, Berksun O, Palabıyıkoglu R. ve ark.) Ankara Üniversitesi Psikiyatrik Kriz Uygulama ve Araştırma Merkezi Yayınları No: 6, Ankara, 2000;199-214.
18. Rosen IM, Gimotty PA, Shea JA, Bellini LM. Evolution of sleep quantity, sleep deprivation, mood disturbances, empathy, and burnout among interns. *Academic Medicine* 2006;81:82-5.
19. Sevensan F, Uzun N, Yücel HE, Şener A, Yılmaz AE, Üner S. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi dönem VI öğrencilerinde tükenmişlik düzeyi ve etkileyen faktörler. http://www.hacettepetipdergisi.com/managete/fu_folder/2011-01/html/2011-42-1-042-048.htm
20. Mazurkiewicz R, Korenstein D, Fallar R, Ripp J. The prevalence and correlations of medical student burnout in the pre-clinical years: a cross-sectional study. *Psychol Health Med* 2011.<http://www.tandfonline.com/doi/abs/>.
21. Sadock BJ, Sadock VA, Kaplan and Saddock's Comprehensive Textbook of Psychiatry Çeviri Editörleri: Aydın H, Bozkurt A. Sekizinci Baskı İstanbul: Güneş Kitabevleri;2007. s.1559-1800
22. Öztürk O. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. 2nci basım. İstanbul: Bayrak Matbaacılık; 1989:39
23. Doğan O. Ruhsal Bozuklukların Epidemiyolojisi. 1nci baskı. Sivas: Dilek Matbaası; 1995.
24. Dereli N. İlk kez kalıcı pacemaker yerleştirilen hastalara uygulanan programlanmış eğitimin hastanın anksiyete düzeyine olan etkisinin incelenmesi. Doktora tezi. İzmir. Ege Üniv; 1992.
25. K Hsu, V Marshall. Prevalence of depression and distress in a large sample o Canadian residents, interns, and fellows. *Am J Psychiatry*, Dec 1987;144:1561-1566.
26. Erol ve ark. Asistan hekimlerde tükenmişlik: İş doyumunu ve depresyonla ilişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2007;8:241-247.
27. Uzbay İT. Anksiyetenin nörobiyolojisi. Ankara. *Klinik Psikiyatri Dergisi.* 2002;5(1): 5-11.
28. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan and Sadock's Klinik Psikiyatri El Kitabı 4.Baskı çev. Ed. Bozkurt A. İstanbul: Güneş Tıp Kitabevleri.
29. Öztürk O. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. Ankara: Hekimler yayın birliği, 1992.
30. Öztürk MO. Ruh sağlığı ve bozuklukları. Feryal matbaası; 2004. s.293-348

31. Lepine JP, Pelissolo A. Epidemiology, comorbidity and genetics of panic disorder. In: Nutt DJ, Ballenger JC, Lepine JP; eds. Panic Disorder: Clinical Diagnosis, Management and Mechanisms. London: Martin Dunitz; 1999.
32. Tükel R. Panik bozukluğu. Klinik psikiyatri 2002;Ek 3:5-13.
33. Üstün TB, Sartorius N. Mental Illness in General Health Care: An International Study. Chichester: Wiley; 1995.
34. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan and Sadock's Concise Textbook of Clinical Psychiatry. 3.Baskı, Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2008. p.236-71.
35. Rapee RM, Murrell E. Predictors of agoraphobic avoidance. J Anxiety Disord 1988;2: 203-217.
36. Reich J, Noyes R, Troughton E Dependent personality associated with phobic avoidance in patients with panic disorder. Am J Psychiatry 1987;144:323-326.
37. Yaygın Anksiyete Bozukluğu. Hastalar ve yakınları için rehber Türkiye Psikiyatri Derneği Anksiyete Bozuklukları Bilimsel Çalışma Birimi <http://www.psikiyatri.org.tr>
38. Sungur MZ. Fobik Bozukluklar. Psikiyatri dünyası 1997;1:5-11.
39. Doğan O. Depresyonun Epidemiyolojisi. Duygudurum dizisi 2000;1:29-38.
40. Sosyal Fobi. Hastalar ve yakınları için rehber Türkiye Psikiyatri Derneği Anksiyete Bozuklukları Bilimsel Çalışma Birimi <http://www.psikiyatri.org.tr>
41. Özgül Fobi. Hastalar ve yakınları için rehber Türkiye Psikiyatri Derneği Anksiyete Bozuklukları Bilimsel Çalışma Birimi <http://www.psikiyatri.org.tr>
42. Obsesif-Kompulsif Bozukluk. Hastalar ve yakınları için rehber Türkiye Psikiyatri Derneği Anksiyete Bozuklukları Bilimsel Çalışma Birimi <http://www.psikiyatri.org.tr>
43. Işık E. Duygulanım bozuklukları/Depresyon ve Mani, İstanbul: Boğaziçi Matbaası; 1991. s.15-55.
44. Brundtland GH The World Health Report 2001: Mental Health: New Understanding, New Hope. Geneva: World Health Organization; 2001. p.30.
45. Rihmer Z, Angst J: Mood disorders: epidemiology. In: Sadock BJ and Sadock VA (eds) Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. 7. Baskı, Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2005. p.447-59.
46. Schwenk TL, Coyne JC. Depression. Tetbook of Family Practise, 4. Baskı, RE Rakel (ed). W.B. Saunders Company, Philadelphia, 1990. p.1582-1595.
47. Köroğlu E Majör Depresif Bozukluk. Psikiyatri Temel Kitabı, cilt 1, Ed: Güleç C. Köroğlu E. Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 1997. s.389-421.
48. Öztürk MO. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. 8. basım. Ankara: Feryal Matbaası, 2001.
49. Yüksel N. Ruhsal Hastalıklar. 2. baskı. Ankara: Çizgi Tıp Yayınevi, 2001.
50. Küey L, Güleç C. Depresyonun Epideiyolojisi. Depresyon Monografaları Serisi; 1993. s.53-68.
51. Güleç C. Toplum Ruh Sağlığı Açısından Psikiyatrik Epidemiyoloji. Halk Sağlığı Temel Bilgiler. Ed: Bertan M, Güler Ç. 2. baskı, Ankara: Güneş Kitabevi; 1997. s.442-454.

52. Kaplan HI, Sadock BJ. Pocket Handbook of Clinical Psychiatry, second edition, New York. New York University Medical Center, press Williams and Wilkins, November 1995. p.97-112.
53. Bell JA. Affective disorders. Psychiatry, Harwal Publishing Company, Pennsylvania, 1985. p.52-54.
54. Hamilton M. Frequency of symptoms in melancholia (depressive illness). Brith. J. Psychiatry 1989;154:201-206.
55. American Psychiatric Association diagnostic and statistical manuel of mental disorders (DSM-III-R) 3rd ed (revised). American Psychiatric Association; 1987.
56. Güleç C. Depresyon/Çağdaş Tedavi Yaklaşımları. Ankara; 1991.
57. Işık E. Depresyon ve Bipolar Bozukluklar, Ankara: Görsel Sanatlar Matbaacılık; 2003. s.20-32.
58. Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA Synopsis of Psychiatry. 7. baskı, Mass Publishing Co, Giza; 1995.
59. Doğan O. Ruhsal Bozuklukların Epidemiyolojisi. İnci baskı. Sivas: Dilek Matbaası; 1995.
60. Erol N, Kılıç C, Ulusoy M ve ark. Türkiye Ruh Sağlığı Profili Raporu. Ankara: Eksen Tanıtım; 1998.
61. Aydın H, Bozkurt A, Özgen F. Duygudurum bozukluklarının genetik yönü, depresyonla ilgili nörofizyolojik ve nöroanatomik çalışmalar. Depresyon Monografaları Serisi'nde, s.135-152.
62. Gelder M, Gath D, Mayou R Oxford Textbook of Psychiatry. 2. Baskı, Oxford, Oxford University Press; 1989.
63. Hecht H, van Calker D, Berger M ve ark. Personality in patients with affective disorders and their relatives. J Affect Disord 1998;51(1):33-43.
64. Öztürk MO. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. Ankara: Nurol matbaacılık; 1988.
65. 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.
66. Kılıç C. Türkiye Ruh Sağlığı Profili: Erişkin nüfusta hastalıkların yaygınlığı, ilişkili faktörler, yeti yitimi ve ruh sağlığı hizmeti kullanımı sonuçları. Ankara: TC Sağlık Bakanlığı; 1998.
67. Sağduyu A, Rezaki M ve ark. Temel Sağlık Hizmetlerinde Ruhsal Sorunlar: Tartışma. Temel sağlık hizmetlerinde ruhsal sorunlar'da editörler: TB Üstün, Sağduyu A, Rezaki M Ankara. Hacettepe Üniversitesi Psikiyatri Bölümü DSÖ İşbirliği Merkezi; 1997.
68. Kaçmaz N. Tükenmişlik (burnout) sendromu. İst. Tıp Fak. Derg 2005;68(1):29-32
69. Gilloran A, McKinley A, McGlew T, McKee K, Robertson A. Staff nurses work satisfaction in psychiatric wards. J Adv Nurs 1994;20: 997-1003.
70. Goodell TT, Van Ess Coling H. Outcomes of nurses' job satisfaction. JONA 1994; 24:36-41.
71. Jeanneau M, Armelius K. Self-image and burnout in psychiatric staff. J Psychiatr Ment Health Nurs 2000;7:399-406.

72. Havle N, İnlem MC, Yener F, Gümüş H. İstanbul'da çalışan psikiyatristlerde tükenmişlik, iş doyumu ve bunların çeşitli değişkenlerle ilişkisi. *Düşünen Adam* 2008; 21(1-4):4-13.
73. Barutçu E, Serinkan C, Günümüzün önemli sorunlarından biri olarak tükenmişlik sendromu ve Denizli'de yapılan bir araştırma. *Ege Akademik Bakış Dergisi* 2008;8(2) 541-561.
74. Metin Ö, Özer F. Hemşirelerin tükenmişlik düzeyinin belirlenmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2007;10(1):58-66.
75. Hellesoy, O. Gronhaug, K. & Kvitastein, O. Burnout: Conceptual Issues and Empirical Findings from a New Research Setting. *Scandinavian Journal of Management* 2000; 16:233-47.
76. Baltaş A. ve Baltaş Z. *Stres ve Başa Çıkma Yolları*, İstanbul: Remzi Kitabevi; 2002. s. 77.
77. Maslach C. Goldberg J. *Prevention of Burnout: New Perspectives, Applied and Preventive Psychology*, 7, Cambridge University Pres, 1998. s.63-64.
78. Keel P. Psychological stress caused by work: burnout syndrome. *Soz Praventivmed* 1993;2:131-132.
79. Altay B, Gönener D, Demirkıran C. Bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin tükenmişlik düzeyleri ve aile desteğinin etkisi. *Fırat Tıp Dergisi* 2010;15(1):10-16.
80. Aktuğ İY, Susur A, Keskin S, Balcı Y, Seber G. Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde çalışan hekimlerde tükenmişlik düzeyleri. *Osmangazi Tıp Dergisi* 2006; 28(2):91-101.
81. Çan E, Yavuzylmaz A, Çan G, Özgün Ş. Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi'ndeki araştırma görevlisi hekimlerin tükenmişlik sendromu ile iş doyumu düzeyleri ve ilişkili faktörler. *O.M.Ü. Tıp Dergisi* 2006;23(1):17-24.
82. Lee RT, Ashforth BE. On the meaning of Maslach's three dimensions of burnout. *J Appl Psychol* 1990. p.75:743.
83. Shanafelt TD, Bradley KA, Wipf JE, Back AC. Burnout and self-reported patient care in internal medicine residency programs. *Ann Intern Med* 2002;136:358-367.
84. Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD Şanlıurfa. Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi hekimlerinin iş doyumu ve tükenmişlik düzeyleri. *Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2005;2(3):10-15.
85. Özen G, Mirzeoğlu N. Bir spor örgütünde çalışan spor uzmanlarının tükenmişlik ve örgütsel bağlılıklarının incelenmesi. *Spor Yönetimi ve Bilgi Teknolojileri Dergisi (Elektronik dergi)* 1(2):12-17.
86. Karlıdağ ve ark. Hekimlerde tükenmişlik düzeylerinin aleksitimi düzeyleriyle ilişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2001;2(3):153-160.
87. Pines A, Maslach C, Characteristics of staff burnout in mental health setting, *Hospital and Community Psychiatry*. 1978;29:233-237.
88. Ardiç K, Polatçı S. Tükenmişlik sendromu akademisyenler üzerinde bir uygulama (GOÜ örneği). *Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi* 2008;10(2):69-96.

89. Nagy S. ve L G Davis “Burnout: A Comparative Analysis of Personality and Environmental Variables”, Psychological Reports, 1985;57(3):1319–1326.
90. Cordes C. L. ve T. W. Dougherty “A Review and an Integration of Research on Job Burnout”, The Academy of Management Review, 1993;18(4): 621–656.
91. Ersoy F, Yıldırım C, Edirne T. Tükenmişlik (Staff Burnout) Sendromu. STED [e-dergi].2001. <http://www.ttb.org.tr/STED/sted0201/1.html>
92. Sabuncuoğlu Z. Örgütsel Psikoloji 2. Baskı, Bursa: Ezgi Kitabevi Yayınları; 1996.
93. Tümkaya S. “Akademik Tükenmişlik Ölçeğinin Geliştirilmesi: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması”. Ulusal Psikolojik Danışma ve Rehberlik Kongresi, Gazi Üniversitesi, Gazi Eğitim Fakültesi, Ankara; 1999.
94. Ören N, Türkoğlu H. Öğretmen adaylarında tükenmişlik. Muğla Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi (İlke) Bahar 2006 ;16.
95. Barrick RK. Burnout ad Job Satisfaction of Vocational Supervisors. JAE 1989. p.35-41.
96. Felton JS. Burnout as a clinical entity its importance in health care workers. Occup Med 1998;48(4):237-50.
97. Cronin-Stubbs D, Rooks CA. The stress, social support and burnout of critical care nurses. Heart Lung 1985;14:31-39.
98. Cullen A. Burnout. Why do we blame the nurse? Am J Nurs 1995;95:22-27.
99. Rick J, Briner R.B, Psychosocial risk assessment: problems and prospects, Occup. Med. 2000;50(5):310-314.
100. Arı GS, Bal EÇ. Tükenmişlik kavramı: Birey ve örgütler açısından önemi. Yönetim ve Ekonomi 2008;15(1):131-148.
101. Slaby AE. Handbook of psychiatric emergencies. 4th ed. Connecticut: Appleton & Lange; 1994.
102. Edelwich J, Brodsky S. Burnout, stages of disillusionment in the helping professions. New York: Human Science Press; 1980.
103. Santen SA, Holt DB, Kemp JD, Hemphill RR. Burnout in medical students examining the prevalence and associated factors. South Med J 2010;103(8):758-63.
104. Phipps L. Stress among doctors and nurses in the emergency department of a general hospital. CMAJ 1988;139(5):375-6.
105. McCue JD, Sachs CL. A stress management workshop improves residents' coping skills. Arch Intern Med 1991;151(11):2273-7.
106. Heim E. Job stressors and coping in health professions. Psychother Psychosom 1991;55(2-4):90-9.
107. Al-Dubai SA, Rampal KG. Prevalence and associated factors of burnout among doctors in Yemen. J Occup Health 2010;52(1):58-65.
108. Arigoni F, Bovier PA, Sappino AP. Trend of burnout among Swiss doctors. Swiss Med Wkly 2010;140.
109. McManus IC, Jonvik H, Richards P, Paice E. Vocation and avocation: Leisure activities correlate with professional engagement, but not burnout, in a cross-sectional survey of UK doctors. BMC Med 2011;9(1):100.

110. Spickard A, Jr, Gabbe SG, Christensen JF. Mid-career burnout in generalist and specialist physicians. *JAMA* 2002;288(12):1447-50.
111. Ramirez AJ, Graham J, Richards MA, Cull A, Gregory WM. Mental health of hospital consultants: the effects of stress and satisfaction at work. *Lancet* 1996;347(9003):724-8.
112. 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.
113. Novack DH, Epstein RM, Paulsen RH. Toward creating physician-healers: fostering medical students' self-awareness, personal growth, and well-being. *Acad Med* 1999;74(5):516-20.
114. Aktürk Z, Dağdeviren N, Türe M, Tuğlu C, Birinci Basamak için Beck Depresyon Tarama Ölçeği'nin Türkçe Çeviriminin Geçerlik ve Güvenirliği. *Türk Aile Hek Derg* 2005;9(3):117-22.
115. Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA An Inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *J Consult Clin Psychol* 1988;56(6):893-7.
116. Erözkan A. Üniversite son sınıf öğrencilerinin kaygı düzeyini yordayan faktörlerin incelenmesi. *International Online Journal of Educational Sciences* 2011 ISSN:1309-2707.
117. Ulusoy M, Şahin N, Erkmen H. Turkish version of the beck anxiety inventory: psychometric properties. *J Cognitive Psychotherapy: Int Quaterly*, 1998;12(2):163-172.
118. Canbaz S, Sünter AT, Aker S, Pekşen Y. Tıp fakültesi son sınıf öğrencilerinin kaygı düzeyi ve etkileyen faktörler. *Genel Tıp Derg* 2007;17(1):15-19.
119. Ulusoy M Beck Anksiyete Envanteri: Geçerlik ve güvenirlilik çalışması Yayınlanmamış uzmanlık tezi. Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, İstanbul; 1993.
120. Ergin C. Doktor ve hemşirelerde tükenmişlik ve Maslach Tükenmişlik Ölçeğinin uyarlanması. 7. Ulusal Psikoloji Kongresi Bilimsel Çalışmaları, Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları; 1992, s.143-54.
121. Çam O. Tükenmişlik Envanteri'nin geçerlik ve güvenirliliğinin araştırılması. 7. Ulusal Psikoloji Kongresi Bilimsel Çalışmaları, Türk Psikologlar Derneği Yayınları, Ankara: 1992. s.155-160
122. Ergin C. Maslach Tükenmişlik Ölçeğinin Türkiye sağlık personeli normları. *3P Dergisi* 1996;4(1):28-33.
123. İnanç N, Savaş H.A, Tutkun H, Herken H, Savaş E. Gaziantep Üniversitesi Mediko-Sosyal Merkezi'nde psikiyatrik açıdan incelenen öğrencilerin klinik ve sosyo-demografik özellikleri *Anatolian Journal of Psychiatry* 2004;5:222-230.
124. Görgülü RS. Hemşirelerin anksiyete düzeylerinin saptanması ve hemşireleri iş ortamında etkileyen stresörlerin tanımlanması. Ankara. Doktora tezi. Hacettepe Üniv; 1998.
125. Canbaz S, Sünter AT, Aker S, Pekşen Y. Tıp fakültesi son sınıf öğrencilerinin kaygı düzeyi ve etkileyen faktörler. *Genel Tıp Derg* 2007;17(1):15-19.

126. Sutherland VJ, Cooper CL. Jop stress, satisfaction and mental health among general practitioners before and after introduction of new contract. *BMJ*. 1992;304(6841):1545-48.
127. Kennny DT, Davis P, Oates J. Music Performance Anxiety and Occupational Stress Amongs Opera Choru Artists and Their Relationship with State and Trait Anxiety and Perfectionism. *Journal of Anxiety Disorders*. 2004;18(6):757-77.
128. Karakaya I, Coşkun A, Ağaoğlu B. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2006;7:162-166.
129. Taşgın Ö. Beden Eğitimi ve Spor Yüksek Okulunda Okuyan Öğretmen Adaylarının Mesleki Kaygı Düzeylerinin Bazı Değişkenler Açısından İncelenmesi. *Kastamonu Eğitim Dergisi*. 2006;14(2):679-686.
130. Baltaş A, Baltaş Z. *Stres ve Başa Çıkma Yolları*. 18. Baskı. İstanbul: Remzi Kitabevi, 1998:47.
131. Üskül B, Selvi A, Melikoğlu A, Varol N, Türker H. Göğüs Hastalıkları Kliniğinde Yatan Hastalarda Anksiyete ve Depresyon Düzeyleri ile Sosyodemografik Faktörlerin ve Hastalık Tanılarının İlişkisi. *Akciğer Arşivi*. 2006;7:11-15.
132. Yumi Sakata, et al, Effort-Reward Imbalance and Depression in Japanese Medical Residents. *Journal of Occupational Health* Aug 25, 2008;50(6):498.
133. Korkmaz S. Üniversite öğrencilerinde depresyonun yordanması: sosyodemografik değişkenler, olumsuz yaşam olayları, algılanan beklentiler, algılanan ilişkiler 2006-mitosweb.com
134. Işık E. *Depresyon ve Bipolar Bozukluklar*, Ankara: Görsel Sanatlar Matbaacılık 2003:20-32.
135. Özbay G. Üniversite Öğrencilerinin Problem Alanlarını Belirlemeye Yönelik Bir Ölçek Geliştirme Geçerlik Güvenirlik Çalışması. Yayımlanmamış yüksek lisans tezi. Trabzon: Karadeniz Teknik Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü; 1997.
136. Doğan O, Doğan S, Çorapçioğlu A ve ark. (1994) Üniversite öğrencilerinde depresyon yaygınlığı ve bazı değişkenlerle ilişkisi. *C.Ü. Tıp Fak. Dergisi*, 16(2):148-151.
137. Dahlin M, Joneborg N, Roneson B. Stress and depression among medical students: a cross-sectional study. *Medical education* 2005;39(6):594-604.
138. Hankin, B.L., Abramson, L.Y., Moffitt, T.E., Silva, P.A., McGee, R. ve Angell, K.E. "Development Of Depression From Preadolescence To Young Adulthood: Emerging Gender Differencesin a 10-Year Longitudinal Study." *Journal of Abnormal Psychology*, 1998;107:128-141.
139. Özdel L, Bostancı M, Özdel O, Oğuzhanoglu N.K. "Üniversite öğrencilerinde depresif belirtiler ve sosyo-demografik özelliklerle ilişkisi." *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2002;3:155-161.
140. Levenson J.L, Hamer R, Silverman J.J, Rossiter L.F. "Psychopathology in Medical İnpatients and İts Relationship to Length of Hospital Stay." *International Journal Psychiatry* 1987;16:231-237.
141. Lindeman S, Hamalainen J, Isometsa E, Poikolainen K, Heikkeenen M, Aro H. "The 12- Month Prevalence and Risk Factors for Major Depressive Episode İn Finland: Representative Sample Of 5993 Adults." *Acta Psychiatry Scand* 2000;102:178-184.

142. Thommasen HV, Lavanchy M, Connelly I, Berkowitz J, Grzybowski S. Mental health, job satisfaction, and intention to relocate. Opinions of physicians in rural British Columbia Can Fam Physician, 2001 Apr; 47:737-744.
143. Fischer BB, Klaghofer R ve ark. Junior physicians' workplace experiences in clinical fields in German-speaking Switzerland Swiss Med wkly 2005;135:19-26.
144. Kızıltan G. Üniversite Öğrencilerinin Uyum Düzeylerinin Etkileyen Etmenler. Yayımlanmamış Doktora Tezi. Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü; 1984.
145. Özyürek R. Üniversite Öğrencilerinin Kişisel Bazı Nitelikleri ile Çeşitli Problemlerinin Kaygı Düzeylerine Etkisi. Yayımlanmamış Uzmanlık Tezi. Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü; 1989.
146. Erol A, Sarıçiçek A, Gülseren Ş. Asistan hekimlerde tükenmişlik: İş doyumu ve depresyonla ilişkisi Anadolu Psikiyatri Dergisi 2007;8:241-247.
147. Ertem Ü, Yazıcı S Ergenlik Döneminde Psiko-Sosyal Sorunlar ve Depresyon Aile ve Toplum Dergisi 2006;8(3):7-12.
148. Earle L, Kelly L Coping Strategies, Depression, And Anxiety Among Ontario Family Medicine Residents Canadian Family Physician 2005;51:242-243.
149. McMurray JE, Linzer M, Konrad TR. The work lives of women physicians. J Gen Intern Med 2000;15:372-380.
150. Gautam M. Women in medicine: stresses and solutions. West J Med 2001;174:37-41.
151. Güdük M, Erol Ş, Yağcıbulut Ö, Uğur Z, Özvarış ŞB, Aslan D. Ankara'da bir tıp fakültesinde okuyan son sınıf öğrencilerde tükenmişlik sendromu, Sted dergisi 2005;14(8):169-73.
152. Gençay AÖ. Beden eğitimi öğretmenlerinin iş doyumu ve mesleki tükenmişliklerinin bazı değişkenler açısından incelenmesi, Kastamonu Eğitim Dergisi Ekim 2007;15(2):765-80.
153. Yaman H, Ungan M. tükenmişlik: aile hekimliği asistan hekimleri üzerinde bir inceleme Türk Psikoloji Dergisi 2002;17(49):37-44.
154. Özyurt A, Hayran O, Sur H. Predictors of burnout and job satisfaction among Turkish physicians. Q J Med 2006;99:161-169.
155. Willcock SM, Daly MG, Tennant CC, Allard BJ. Burnout and psychiatric morbidity in new medical graduates. Med J Aust 2004;181(7):357-60.
156. Guthrie E, Black D, Bagalkote H, Shaw C, Campbell M, Creed F. Psychological stress and burnout in medical students: A five-year prospective longitudinal study. J R Soc Med 1998;91(5):237-43.
157. Azizoğlu Ö, Özyer K. Polislerde Tükenmişlik Sendromu Üzerine Bir Ampirik Çalışma. Anatolia: Turizm Araştırmaları Dergisi 2010; Bahar 21(1):137-147.
158. Günüşen NP, Üstün B. Türkiye'de ikinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hemşire ve hekimlerde tükenmişlik: Literatür incelemesi. DEUHYO ED 2010;3(1):40-51.
159. Çam- Kırlangıç O. Tükenmişlik sendromu. Bornova, İzmir: Saray Medikal yayıncılık; 1995:13-80.

160. Karamustafaoğlu O, Yumrukçal H. Depresyon ve anksiyete bozuklukları. Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni 2011;45(2):65-74.
161. Erözkan A. Investigation of Factors Predicting the Anxiety Level of University Senior Students International Online Journal of Educational Sciences 2011;3(2):776-805.
162. Toral-Villanueva R, Aguilar-Madrid G, Juarez-Perez CA. Burnout and patient care in junior doctors in Mexico City. Occup Med 2009;59(1):8-13.
163. Calgan Z, Aslan D, Yegenoglu S. Community pharmacists' burnout levels and related factors: an example from Turkey. Int J Clin Pharm 2011;33(1):92-100.
164. Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job burnout. Annu Rev Psychol 2001;52:397-422.
165. Maslach C. Burnout: The cost of caring. Cambridge: Malor; 2003.

EKLER

EK 1: Anket Formu

T.C.

TRAKYA ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**5. VE 6. SINIF TIP ÖĞRENCİLERİNDE
ANKSİYETE DEPRESYON VE TÜKENMİŞLİK
DÜZEYİ**

Arş. Gör. Dr. Ümit Elmas

Danışman:

Yrd. Doç. Dr. Serdar Öztora

Tıpta Uzmanlık Tezi Anket Çalışması

Sayın katılımcı;

Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı olarak “5. ve 6. Sınıf Tıp Öğrencilerinde Anksiyete Depresyon ve Tükenmişlik Düzeyi”ni saptamak amacıyla hazırladığımız bu çalışmaya katılmanızı rica ediyoruz. Çalışmaya katılmak zorunlu olmayıp katılıp katılmamaktan dolayı herhangi bir ödül ya da ceza ile karşılaşmayacaksınız. Vermiş olduğunuz bilgiler yalnızca bilimsel araştırma amacıyla kullanılacak olup, hiçbir şekilde kimlik bilgilerinizle ilişkilendirilmeyecek ve tamamen gizli tutulacaktır.

1. Cinsiyetiniz : 1) Kadın 2) Erkek
2. Yaşınız :
3. Medeni durumunuz: 1) Evli 2) Bekâr 3) Boşanmış/dul
4. Çocuğunuz var mı? 1) Hayır 2) Evet (Sayısı:)
5. Kaçınıcı sınıftasınız? 1) 5. sınıf 2) 6. sınıf
6. Yıl kaybınız var mı? 1) Hayır 2) Evet (Belirtiniz: yıl)
5. Kiminle birlikte yaşıyorsunuz?
- 1) Yalnız 2) Aile/akrabalarımlla 3) Yurtta 4) Ev arkadaşlarıyla
6. Kendinize ait odanız var mı?
- 1) Yok 2) Var
7. Aylık harcamalarınızı ve sosyal yaşantınızı karşılamada güçlük çekiyor musunuz?
- 1) Hayır 2) Kısmen 3) Evet
8. Gelir kaynaklarınız nelerdir? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)
- 1) Aile harçlığı 2) Dul/yetim maaşı
3) Öğrenim bursu 4) Maaş (çalışıyorum)
9. Aylık geliriniz ne kadardır? TL.
10. Sosyal güvenceniz var mı? 1) Yok 2) Var:
11. Kronik hastalığınız var mı? 1) Yok 2) Var:
12. Bedensel engeliniz var mı? 1) Yok 2) Var:
13. Herhangi bir psikiyatrik hastalık tanısı aldınız mı?
- 1) Hayır 2) Evet (Belirtiniz:.....)
14. Halen bir psikiyatrik tedavi görüyor musunuz?
- 1) Hayır 2) Evet (Belirtiniz:.....)

15-17. sorular için “0: En az”, “4: En çok” olacak şekilde kendinize uygun puanı işaretleyiniz.

15. Stajyerlik/intörnlükten ne kadar memnunsunuz?

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

16. Son 3 ay içinde çalışma ortamınızdan ne kadar memnunsunuz?

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

17. Birlikte çalıştığınız hekimlerin size karşı tutumlarını genellikle nasıl buluyorsunuz?

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

18. Son 3 ay içinde günlük çalışma süreniz ortalama kaç saattir?

Nöbetler hariç: saat/gün

19. Son 3 ay içinde toplam tuttuğunuz nöbet sayısı nedir? gün

20. Son 3 ay içinde çalıştığınız ortam güneş görüyor mu?

1) Hayır 2) Evet

21. Son 3 ay içinde günlük ders çalışma süreniz ortalama kaç saattir? saat/gün

22. Tıpta uzmanlık sınavına (TUS) hazırlanıyor musunuz?

1) Hayır 2) Evet

23. TUS için dershaneye gidiyor musunuz?

1) Hayır 2) Evet

24. TUS dershanesine gitmiyorsanız, nedeninizi belirtiniz.

1) TUS'a girmeyeceğim 2) Bilgimin yeterli olduğunu düşünüyorum
3) Maddi imkânsızlık 4) Gerekli olduğunu düşünmüyorum
5) Diğer:

25. TUS dershanesine gidiyorsanız, nedeninizi belirtiniz.

1) Arkadaşlarım gidiyor 3) Bilgimin yeterli olduğunu düşünmüyorum
2) Gerekli olduğunu düşünüyorum 4) Diğer:

26. Tıp fakültesini seçme kararınızı nasıl verdiniz?

1) Kendi isteğim ile 2) Aile yönlendirmesi ile
3) Tesadüfen 4) Diğer:

27. Tıp fakültesine girerken mesleğinizle ilgili ileride karşılaşacağınız zorluklarla dair yeterli ön bilgi edinmiş olduğunuza inanıyor musunuz?

1) Hayır 2) Evet

28. Tıp fakültesine girerken, bitirdikten sonra nasıl bir çalışma ortamında bulunacağınıza dair düşünceniz nasıldı?

1) Olumsuzdu 2) Olumluydu 3) Fikrim/beklentim yoktu

29. Son 3 ay içinde tıp fakültesini bırakmayı düşündünüz mü?

1) Hayır 2) Evet

30. Hekimlik size ne derece uygun bir meslektir?

1) Uygun 2) Kısmen uygun 3) Uygun değil

31. Mesleğinizin toplumda hak ettiği yeri bulduğuna inanıyor musunuz?

1) Hayır 2)Evet

32-40. sorulardaki skalada “0: En az”, “4: En çok” olacak şekilde kendinize uygun puanı işaretleyiniz.

32. Hastalarınız tarafından ne derecede takdir edildiğinizi düşünüyorsunuz?

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

33. Çalıştığınız ortamdaki insanlardan ne derecede destek gördüğünüze inanıyorsunuz?

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

34. Ailenizden ne derecede destek aldığınızı düşünüyorsunuz?

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

35. Hekim arkadaşlarınız ve aileniz haricinde yakın çevrenizdeki insanlardan ne derecede destek görüp sorunlarınızı paylaşıyorsunuz?

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

36. Şu ana dek aldığınız eğitim ile mesleki çalışma açısından öz güveninizde ne derecede artma oldu?

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

37. Okul/ders dışında ilgilendiğiniz uğraşlarınız var mı?

- 1) Spor yapmak 2) Müzik yapmak 3) Fotoğraf çekmek 4) Resim yapmak
5) Dans etmek 6) Sinema/teyatro izlemek 7) Diğer:

38. Günlük hayatınızda kendinize, diğer ilgi ve uğraşlarınıza yeterince zaman ayırabildiğinize inanıyor musunuz?

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

39. Halen duygusal bir beraberlik yaşıyor musunuz?

- 1) Hayır 2) Evet 3) Yeni ayrıldım (..... önce)

40. Partnerinizden ne derecede destek aldığınızı düşünüyorsunuz?

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

41. Aileniz hangi şehirde yaşıyor?

42. Ailenizi ne sıklıkla ziyaret edebiliyorsunuz?

- 1) Her hafta sonu 1) 2 haftada bir 3) Ayda bir 4) 2 ayda bir 5) 3 ayda bir
6) 6 ayda bir 7) Yılda bir 8) Diğer (Belirtiniz:.....)

43. İmkânınız olsa ailenizi ne sıklıkla ziyaret ederdiniz?

- 1) Her hafta sonu 1) 2 haftada bir 3) Ayda bir 4) 2 ayda bir 5) 3 ayda bir
6) 6 ayda bir 7) Yılda bir 8) Diğer (Belirtiniz:.....)

44-50. sorulardaki ifadeleri dikkatle okuduktan sonra, **bugün dâhil olmak üzere son iki haftadaki** duygu durumunuzu en iyi açıklayan ifadeyi işaretleyiniz. Eğer bir grupta birden fazla ifade sizin durumunuza uyuyorsa en yüksek puanı alan ifadeyi seçiniz.

44. Üzüntü

- 0) Üzgün değilim.
- 1) Zaman zaman üzgünüm.
- 2) Her zaman üzgünüm.
- 3) Dayanamayacak kadar üzgün ve mutsuzum.

45. Kötümserlik

- 0) Gelecekte umutsuz değilim.
- 1) Geleceğim hakkında eskisinden daha umutsuzum.
- 2) Gelecekte çok umutsuzum.
- 3) Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.

46. Geçmişteki başarısızlıklar

- 0) Kendimi başarısız görmüyorum.
- 1) Yapabileceğim kadar başarılı olamadım.
- 2) Geriye baktığımda pek çok başarısızlık görüyorum.
- 3) Kendimi bir insan olarak tamamen başarısız görüyorum.

47. Kendini beğenmeme

- 0) Kendi hakkımda her zamanki gibi hissediyorum.
- 1) Kendime olan güvenim azaldı.
- 2) Kendimle ilgili hayal kırıklığı yaşıyorum.
- 3) Kendimden nefret ediyorum.

48. Kendini suçlama

- 0) Kendimi her zamankinden fazla eleştirmiyorum ve suçlamıyorum.
- 1) Kendimi her zamankinden fazla suçluyorum.
- 2) Kendimi bütün hatalarım için suçluyorum.
- 3) Her kötü olayda kendimi suçluyorum.

49. İlgî kaybı

- 0) Diğer insanlara ve olaylara olan ilgimi kaybetmedim.
- 1) Diğer şeyler ve insanlar eskisine göre daha az ilgimi çekiyor.
- 2) Diğer şeyler ve insanlara olan ilgimin çoğunu kaybettim.
- 3) Herhangi bir şeye ilgi duymakta çok zorlanıyorum.

50. İntihar düşüncesi veya isteği

- 0) Kendimi öldürme gibi düşüncelerim yok.
- 1) Kendimi öldürme düşüncem var ama bunu yapmam.
- 2) Kendimi öldürmek isterdim.
- 3) Fırsatını bulsam kendimi öldürürüm.

Toplam puan:

(Araştırmacı tarafından doldurulacaktır.)

*44-50. sorulardan herhangi birine 3 yanıtını veriyorsanız, Aile Hekimliği Anabilim Dalından
Dr. Ümit Elmas ile irtibata geçiniz: 0(284)2357641 – 1460.*

Aşağıda insanların kaygılı ve endişeli oldukları zamanlarda yaşadıkları bazı belirtiler verilmiştir. Lütfen her maddeyi dikkatle okuyunuz. Daha sonra, her maddedeki belirtinin **bugün dâhil son bir haftadır** sizi ne kadar rahatsız ettiğini aşağıdaki uygun yere (X) işareti koyarak belirtiniz.

	HİÇ (0)	HAFİF DÜZEYDE “Beni pek etkilemedi” (1)	ORTA DÜZEYDE “Hoş değildi ama katlanabildim” (2)	CİDDİ DÜZEYDE “Dayanmakta çok zorlandım” (3)
1- Bedeninizin herhangi bir yerinde uyuşma var mı?				
2- Sıcak ateş basmaları				
3- Bacaklarda halsizlik, titreme				
4- Gevşeyememe				
5- Çok kötü şeyler olacak korkusu				
6- Baş dönmesi sersemlik				
7- Kalp çarpıntısı				
8- Dengeyi kaybetme korkusu				
9- Dehşete kapılma				
10- Sinirlilik				
11- Boğuluyormuş gibi olma duygusu				
12- Ellerde titreme				
13- Titreklilik				
14- Kontrolü kaybetme korkusu				
15- Nefes almada güçlük				
16- Ölüm korkusu				
17- Korkuya kapılma				
18- Midede hazımsızlık ya da rahatsızlık hissi				
19- Baygınlık				
20- Yüzün kızarması				
21- Terleme (sıcağa bağlı olmayan)				

Aşağıda belli bazı duyguları ve durumları içeren ifadeler yer almaktadır. Bu ifadelerde belirtilen duygu ve durumları yaşayıp yaşamadığınızı düşünerek **size en uygun olan** sıklık sayısını aşağıdaki tabloya bakarak her cümle için en uygun rakamı yazınız.

Duyguları yaşama sıklığı ve sayısı

0	1	2	3	4
Hiçbir zaman	Çok nadir	Bazen	Çok zaman	Her zaman

	Hangi sıklıkla	
1		İşimden duygusal olarak uzaklaştığımı hissediyorum.
2		İşgününün sonunda kendimi bitkin hissediyorum.
3		Sabahları yeni bir işgünü ile karşılaşacağımdan kendimi yorgun hissediyorum.
4		Hastalarımın neler hissettiklerini kolayca anlayabilirim.
5		Bazı hastalarımın onlar sanki bir objeymiş gibi davrandığını hissediyorum.
6		Bütün gün insanlarla birlikte çalışmaktan gerginlik duyuyorum.
7		Hastalarımın tıbbi sorunlarını etkili bir şekilde hallederim.
8		İşimin beni tükettiğini hissediyorum.
9		Hekimliğimle diğer insanlara olumlu yönde katkıda bulunduğumu hissediyorum
10		Hekimliğin beni insanlara karşı katılaştırdığını hissediyorum.
11		Hekimliğin beni duygusal olarak katılaştırmasından sıkıntı duyuyorum.
12		Kendimi çok enerjik hissediyorum.
13		İşimin beni hayal kırıklığına uğrattığını düşünüyorum.
14		İşimde, gücümün üstünde çalıştığımı hissediyorum
15		Bazı hastaların başına gelenler gerçekten umurumda değil
16		Doğrudan insanlarla birlikte çalışmak beni gerçekten yoruyor.
17		Hastalarımın rahat bir ortamı kolaylıkla sağlayabilirim
18		Hastalarımın yakından ilgilendiğimde kendimi rahatlamış hissediyorum
19		Bu meslekte pek çok değerli işler başardım.
20		Kendimi çok çaresiz hissediyorum
21		İşimle ilgili sorunları soğukkanlılıkla hallederim
22		Hastaların bazı problemleri için beni suçladıklarını hissediyorum.

Anketimiz bitmiştir. Cevapladığınız için teşekkür ederiz.

EK 2: Bilimsel Araştırma Değerlendirme Komisyonu Onayı

T.C. TRAKYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI BİLİMSEL ARAŞTIRMA DEĞERLENDİRME KOMİSYONU Edirne, Türkiye

ARAŞTIRMA BAŞVURUSU ONAYIBAŞVURU BİLGİLERİ	PROTOKOL KODU	TÜBADK 2011/105				
	PROTOKOL ADI	5. Ve 6. Sınıf Öğrencilerinde Anksiyete Depresyon ve Tükenmişlik Düzeyi				
	SORUMLU ARAŞTIRICI ÜNİVANI / ADI	Yrd. Doç. Dr. Serdar ÖZTORA				
	ARAŞTIRMA MERKEZİ					
	DESTEKLEYİCİ					
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	<input checked="" type="checkbox"/> Tek Merkez <input type="checkbox"/> Ulusal	<input type="checkbox"/> Çok Merkez <input type="checkbox"/> Uluslararası				
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 10/ 02	Tarih: 04.05.2011				
Üniversitemiz Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalında Görevli Yrd. Doç. Dr. Serdar ÖZTORA'nın sorumluluğunda yapılması planlanan ve yukarıda başvuru bilgileri verilen Araş. Gör. Dr. Ümit ELMAS'ın tez çalışmasının araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, araştırmaya ilişkin giderlerin gönüllüye ve/veya bağlı bulunduğu sosyal güvenlik kurumuna ödetilmediği koşullarda gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel standartlar açısından sakınca bulunmadığına mevcudun oy birliği ile karar verilmiştir.						
DEĞERLENDİRME KOMİSYONU BİLGİLERİ						
ÇALIŞMA ESASI						
Helsinki Bildirgesi, İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu, TÜBADK Yönergesi						
ÜYELER						
Ünvan/Ad/ Soyadı	Uzmanlık Dalı	Kurumu	Cinsiyeti	İlişki(*)	Katılım (**)	İmza
Prof. Dr. Ç. Hakan KARADAĞ Başkan	Farmakoloji	T.Ü.T.F. Tıbbi Farmakoloji A.D.	E	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Hasan ÜMIT Başkan Yardımcısı	İç Hastalıklar	T.Ü.T.F. İç Hastalıklar A.D.	E	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	İznilidir
Doç. Dr. Ülfet VATANSEVER ÖZBEK Üye	Çocuk Sağ. ve Hast.	T.Ü.T.F. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları A.D.	K	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. F. Nesrin TURAN Üye	Biyoistatistik	T.Ü.T.F. Biyoistatistik A.D.	K	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Hilmi TOZKIR Üye	Tıbbi Biyoloji	T.Ü.T.F. Tıbbi Biyoloji A.D.	E	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Esin KARLIKAYA Üye	Tıp Tarihi ve Etik	T.Ü.T.F. Tıp Tarihi ve Etik A.D.	K	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Tunç KUTOĞLU Üye	Anatomi	T.Ü.T.F. Anatomi A.D.	E	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Erhan TABAKOĞLU Üye	Göğüs Hastalıkları	T.Ü.T.F. Göğüs Hastalıkları A.D.	E	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Figen KULOĞLU Üye	Enfeksiyon Hastalıkları	T.Ü.T.F. Enfeksiyon Hastalıkları A.D.	K	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Ömer Nuri PAMUK Üye	İç Hastalıklar	T.Ü.T.F. İç Hastalıkları A.D.	E	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Yener YÖRÜK Üye	Göğüs Cerrahisi	T.Ü.T.F. Göğüs Cerrahisi A.D.	E	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	İznilidir
Doç. Dr. Recep YAĞIZ Üye	Kulak, Burun ve Boğaz Hastalıkları	T.Ü.T.F. K.B.B. Hast. A.D.	E	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Ümit Nusret BAŞARAN Üye	Çocuk Cerrahisi	T.Ü.T.F. Çocuk Cerrahisi A.D.	E	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Atakan SEZER Üye	Genel Cerrahi	T.Ü.T.F. Genel Cerrahi A.D.	E	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Avukat Gülden ATILLA ÖZTÜRK Üye		T.Ü. Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Müdürüğü	K	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	

*Araştırma ile ilişki
**Toplantıda Bulunma

Prof. Dr. Murat DİKMENÇİL
Dekan