

DOKUZ EYLÜL  
ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ  
ACİL TIP ANABİLİM DALI



**İZMİR İLİ ACİL TIP ASİSTAN HEKİMLERİNİN  
TÜKENMİŞLİK SENDROMU YÖNÜNDEN  
DEĞERLENDİRİLMESİ**

**DR. NECİP BUĞRA ALTINSOY  
UZMANLIK TEZİ**

**İZMİR-2019**

DOKUZ EYLÜL  
ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ  
ACİL TIP ANABİLİM DALI



**İZMİR İLİ ACİL TIP ASİSTAN HEKİMLERİNİN  
TÜKENMİŞLİK SENDROMU YÖNÜNDEN  
DEĞERLENDİRİLMESİ**

**UZMANLIK TEZİ**

**DR. NECİP BUĞRA ALTINSOY**

Tez Danışmanı

Prof. Dr. Sedat YANTURALI

## TEŐEKKÜRLER

Bugünlere gelmemi sağlayan aileme;

Tez alıŐma ve yürütme sürecinde olduğu gibi uzmanlık eğitim sürecimde her zaman bilgi ve tecrübeleriyle yanımda olan, desteğini hiç esirgemeyen tez danıŐmanım Prof. Dr. Sedat YANTURALI'ya;

Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Acil Tıp Ana Bilim Dalı Başkanı Prof. Dr. Figen COŞKUN'a;

Uzmanlık eğitimim boyunca bilgi ve tecrübelerini benden esirgemeyen, acil tıp uzmanı kimliğimi kazanmamı sağlayan çok değerli hocalarım Prof. Dr. Gürkan Ersoy, Prof. Dr. Ersin AKSAY, Doç. Dr. BaŐak BAYRAM, Doç. Dr. NeŐe ÇOLAK ORAY ve Dr. Öğr. Üyesi Rıdvan ATİLLA' ya;

Asistanlığım boyunca beraber çalıştığım eğitimime ve hayatıma önemli katkıları olan tüm asistan arkadaşlarıma;

Sevgi ve saygılarımı sunar, tüm kalbimle teşekkür ederim.

Dr. N. Buğra ALTINSOY

## İÇİNDEKİLER

TABLO/ŞEKİL DİZİNİ .....	iii
KISALTMALAR .....	v
ÖZET .....	vi
SUMMARY .....	viii
1. GİRİŞ ve AMAÇ .....	1
2. GENEL BİLGİLER .....	3
3. GEREÇ ve YÖNTEM .....	19
4. BULGULAR .....	22
5. TARTIŞMA .....	58
6. SONUÇ .....	67
7. KAYNAKLAR.....	68
8. EKLER.....	74

## **TABLO/ŞEKİL DİZİNİ**

**Tablo 1.** Çalışmaya Katılan Hekimlerin Sosyodemografik Verileri

**Tablo 2.** Çalışmaya Katılan Hekimlerin Sigara, Alkol ve Madde Kullanım Oranları

**Tablo 3.** Çalışma Koşulları

**Tablo 4.** İzmir İli Acil Tıpta Uzmanlık Eğitimi Veren Hastaneler ile İlgili Veriler

**Tablo 5.** Nöbet Dışı Koşullar ile İlgili İfadelere Verilen Yanıtlar

**Tablo 6.** Hastane Faktörleri ile İlgili İfadelere Verilen Yanıtlar

**Tablo 7.** Nöbet Koşulları ile İlgili İfadelere Verilen Yanıtlar

**Tablo 8.** Acil Tıp Uzmanlığı ile İlgili Görüşler

**Tablo 9.** Araştırmaya Katılan Hekimlerin Maslach Tükenmişlik Ölçeğine (MTÖ) Ait Alt Boyutlardan Aldıkları Puanlara İlişkin Veriler

**Tablo 10.** Yaşa Göre MTÖ Alt Boyutlarının Dağılımı

**Tablo 11.** Cinsiyete Göre MTÖ Alt Boyutlarının Dağılımı

**Tablo 12.** Medeni Duruma göre MTÖ Alt Boyutlarının Dağılımı

**Tablo 13.** Çocuk Varlığına göre MTÖ Alt Boyutlarının Dağılımı

**Tablo 14.** Sigara, Alkol ve Keyif Verici Madde Kullanımına göre MTÖ Alt Boyutlarının Dağılımı

**Tablo 15.** ATUÖ Olarak Çalışılan Yıl ile MTÖ Alt Boyutlarının Karşılaştırılması

**Tablo 16.** Aylık Çalışma Saati ile MTÖ Alt Boyutlarının Karşılaştırılması

**Tablo 17.** Aylık Muayene Edilen Hasta Sayısı ile MTÖ Alt Boyutlarının Karşılaştırılması

**Tablo 18.** Gelir Düzeyi Algısı ile MTÖ Alt Boyutlarının Karşılaştırılması

**Tablo 19.** Özbakım Aksamaları ile MTÖ Alt Boyutlarının Karşılaştırılması

**Tablo 20.** Uyku Sorunu ile MTÖ Alt Boyutlarının Karşılaştırılması

**Tablo 21.** Boş Zaman Algısı ile MTÖ Alt Boyutlarının Karşılaştırılması

**Tablo 22.** Mola Verebilme Durumu ile MTÖ Alt Boyutlarının Karşılaştırılması

**Tablo 23.** Nöbet Sırasında Beslenebilme Durumu ile MTÖ Alt Boyutlarının Karşılaştırılması

**Tablo 24.** Sözel Şiddet Maruziyeti ile MTÖ Alt Boyutlarının Karşılaştırılması

**Tablo 25.** Fiziksel Şiddet Maruziyeti ile MTÖ Alt Boyutlarının Karşılaştırılması

**Tablo 26.** Hasta/Hastta Yakınlarından Olumlu Bildirim Alma Durumu ile MTÖ Alt Boyutlarının Karşılaştırılması

**Tablo 27.** Hasta/Hastta Yakınlarından Olumsuz Bildirim Alma Durumu ile MTÖ Alt Boyutlarının Karşılaştırılması

**Tablo 28.** Servise Hasta Yatırma Sorunu ile MTÖ Alt Boyutlarının Karşılaştırılması

- Tablo 29.** İş Arkadaşları ile Anlaşmazlık Yaşama Durumu ile MTÖ Alt Boyutlarının Karşılaştırılması
- Tablo 30.** Asistan Sayısı Yeterliliği Algısı ile MTÖ Alt Boyutlarının Karşılaştırılması
- Tablo 31.** Yardımcı Sağlık Personeli Yeterliliği Algısı ile MTÖ Alt Boyutlarının Karşılaştırılması
- Tablo 32.** Güvenlik Algısı ile MTÖ Alt Boyutlarının Karşılaştırılması
- Tablo 33.** Mobbing Algısı ile MTÖ Alt Boyutlarının Karşılaştırılması
- Tablo 34.** Araştırma İmkanları Algısı ile MTÖ Alt Boyutlarının Karşılaştırılması
- Tablo 35.** Geri Bildirimlerinin Dikkate Alınma Algısı ile MTÖ Alt Boyutlarının Karşılaştırılması
- Tablo 36.** Görev, Sorumluluk ve Yetki Algısı ile MTÖ Alt Boyutlarının Karşılaştırılması
- Tablo 37.** ATU'nun Bugünkü Yeri Algısı ile MTÖ Alt Boyutlarının Karşılaştırılması
- Tablo 38.** ATU'nun Gelecekteki Yeri Algısı ile MTÖ Alt Boyutlarının Karşılaştırılması
- Tablo 39.** ATUE'ye Devam Etme Düşüncesi ile MTÖ Alt Boyutlarının Karşılaştırılması
- Tablo 40.** ATU'yu Tekrar Seçme Düşüncesi ile MTÖ Alt Boyutlarının Karşılaştırılması
- Tablo 41.** İzmir İlinde Acil Tıpta Uzmanlık Eğitimi Vermekte Olan 5 Merkezin Çalışmaya Katılım Oranları
- Tablo 42.** İzmir İlinde Acil Tıpta Uzmanlık Eğitimi Vermekte Olan 5 Merkezin MTÖ Alt Boyutlarının Karşılaştırılması
- Tablo 43.** İzmir İlinde Acil Tıpta Uzmanlık Eğitimi Vermekte Olan 5 Merkeze ait Acil Servis Verileri ile MTÖ Alt Boyutlarının Korelasyonu

## **KISALTMALAR**

<b>ABD</b>	Amerika Birleşik Devletleri
<b>ATU</b>	Acil Tıp Uzmanlığı
<b>ATUE</b>	Acil Tıpta Uzmanlık Eğitimi
<b>ATUÖ</b>	Acil Tıpta Uzmanlık Öğrencisi
<b>DEÜTF</b>	Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi
<b>DT</b>	Duygusal Tükenme
<b>DYS</b>	Duyarsızlaşma
<b>EAH</b>	Eğitim Araştırma Hastanesi
<b>EÜTF</b>	Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi
<b>KB</b>	Kişisel Başarı
<b>MTÖ</b>	Maslach Tükenmişlik Ölçeği
<b>TTB</b>	Türk Tabipleri Birliği
<b>TUÖ</b>	Tıpta Uzmanlık Öğrencisi

## ÖZET

### İzmir İli Acil Tıp Asistan Hekimlerinin Tükenmişlik Sendromu Yönünden Değerlendirilmesi

Dr. Necip Buğra ALTINSOY, Dokuz Eylül Üniversitesi Acil Tıp Ana Bilim Dalı, İzmir

#### Giriş ve Amaç:

Tükenmişlik; insanlarla yüz yüze çalışmak zorunda olan bireylerin, meslekleri nedeniyle duygusal ve fiziksel olarak tükenmiş hissetmeleri, yeterlilik ve kişisel başarı duygularında azalma, hizmet verdikleri kişilere karşı duyarsızlaşmaları olarak ortaya çıkan bir sendromdur. Literatürde sağlık çalışanlarında tükenmişlik düzeylerini inceleyen birçok çalışma mevcut olsa da özellikle ülkemizde acil tıp asistan hekimlerinde tükenmişlik sendromunun değerlendirilmesine yönelik az sayıda çalışma mevcuttur. Bizim bildiğimiz kadarı ile bu çalışmalar genellikle tek bir merkezdeki bireyler üzerinde yapılmış ve merkezleri karşılaştıran çalışma bulunmamaktadır. Bu çalışma ile İzmir İli içerisinde farklı merkezlerde eğitim almakta olan acil tıp asistan hekimlerinin tükenmişlik düzeylerinin ve tükenmişlik düzeylerine etki eden faktörlerin saptanması amaçlandı.

**Gereç ve Yöntem:** İzmir İlinde acil tıpta uzmanlık eğitimi vermekte olan 5 merkezde (Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi) görev yapmakta olan acil tıp asistan hekimleri çalışmaya dahil edildi. Asistan hekimlerin isimlerine ilgili hastanelerin dekanlıklarından, başhekimliklerinden ve İzmir İl Sağlık Müdürlüğü'nden alınan izinler neticesinde ulaşıldı. Hekimlerle çalıştıkları hastanelerin eğitim günlerinde yüzyüze görüşüldü. Veri toplama formu 3 ana bölümden oluşmakta idi. Birinci bölümde katılımcıların sosyo-demografik, mesleki ve akademik özelliklerine yönelik 36 soruluk anket vardı. İkinci bölümler ise 9'u Duygusal Tükenmişlik (DT), 8'i Kişisel Başarı (KB) ve 5'i ise Duyarsızlaşmayı (DYS) ölçen 22 soruluk Maslach Tükenmişlik Ölçeği (MTÖ) anketi bulunuyordu. Ayrıca üçüncü bölümde çalıştıkları acil servise ait hasta sayısı, çalışan sayısı ve benzeri sorular bulunan Kurumsal Veri Formu vardı. Veriler SPSS 22.0 programı ile analiz edildi.



**Bulgular:** Çalışmaya 184 acil tıp asistan hekiminin 152'si (%83) katıldı. Çalışmaya katılan hekimlerin 53'ü (%34,9) kadın, 99'u (%65,1) erkekti. Yaşları 23 ila 46 arası değişmekte olup ortalaması 28.74 ( $\pm 3,72$ ) idi. 60 hekimin (%39,5) evli, 31'inin (%20,4) çocuk sahibi olduğu görüldü. 76 (%50) kişi sigara, 112 (%74) kişi alkol, 22 (%15) kişi keyif verici madde kullanıcısı idi. Hekimlerin MTÖ-DT puanı 23,17 ( $\pm 6,68$ ), MTÖ-DYS puanı 11,11 ( $\pm 3,97$ ), MTÖ-KB puanı 19 ( $\pm 5,00$ ) bulundu.

Bu yüksek tükenmişlik düzeyleri ile en çok ilişkili olan sosyo-demografik ve mesleki faktörler sırasıyla; nöbetler nedeniyle gündelik yaşamda meydana gelen aksamalar, sözel veya fiziksel şiddet maruziyeti, kadın cinsiyet, mobbing maruziyeti, hastane işleyişi ile ilgili sorunlar, üstlerle olan sorunlar, tıbbi araştırma imkanlarının yetersizliği, nöbet sırasında mola ve beslenmeye vakit bulamamak, aşırı çalışma saatleri, bekar olmak, çocuk sahibi olmamak, 30 yaşın altında olmak ve acil tıp asistanlığının ilk yılında olmak olarak saptandı.

İzmir ilinde acil tıpta uzmanlık eğitimi veren merkezlere ait veriler ile asistanların tükenmişlik düzeylerini karşılaştırdığımızda; akademik ünvanlı uzman sayısının daha fazla olduğu merkezlerde görev yapmakta olan asistan hekimlerin tükenmişlik düzeylerinin daha yüksek olduğunu saptadık. m<sup>2</sup>'ye düşen asistan hekim, hemşire ve personel sayısının daha fazla olduğu merkezlerde ise asistan hekimlerin tükenmişlik düzeyleri daha düşük idi.

Beklenilenin aksine hasta sayısı ve hasta sayısı ile ilişkili bazı faktörler (m<sup>2</sup>, sedye, asistan hekim ve personel başına düşen hasta sayısı) daha düşük tükenmişlik düzeyleri ile ilişkililiydi.

**Sonuç:** Bu çalışmanın sonucunda İzmir ili acil tıp asistan hekimlerinin tükenmişlik düzeylerinin oldukça yüksek olduğu saptandı. Bu durumun ortaya çıkmasında sosyo-demografik ve mesleki faktörlerin yanı sıra acil servislere ait yerel faktörlerin de önemli ölçüde rol oynadığı tespit edildi. Yapılan tespitler doğrultusunda asistan hekimlerin çalışma şartlarının iyileştirilmesi, çalışma güvenliklerinin sağlanması, üstleriyle olan ilişkilerin düzeltilmesi ve acil servislerin eksiklerinin giderilmesi acil tıp asistan hekimlerinin tükenmişlik düzeylerinin azalmasında önemli ölçüde katkı sağlayacaktır.

**Anahtar kelimeler:** tükenmişlik sendromu, acil tıp, duygusal tükenme, duyarsızlaşma, kişisel başarı

## SUMMARY

### **Assessment of Emergency Medicine Residents in the Province of Izmir from the Perspective of Burnout Syndrome**

Necip Buğra ALTINSOY, MD, Dokuz Eylül University, Department of Emergency Medicine, İzmir

**Introduction:** Burnout is a syndrome that arises among individuals who have to labor face-to-face with people through being insensitive towards the people they serve due to their professions, feeling emotionally and physically exhausted and waning of their feelings of competency and personal accomplishment. Despite the presence of many studies investigating the burnout levels of healthcare workers in the literature, there are few studies regarding the evaluation of burnout syndrome among emergency medicine residents particularly in our country. These studies were generally conducted on individuals in a single center and there are no studies comparing the centers. In this study, it was aimed to determine the burnout levels of emergency medicine residents being trained in different centers in the province of Izmir and the factors affecting these burnout levels.

**Materials and Method:** Emergency medicine residents working in Dokuz Eylül University Faculty of Medicine, Ege University Faculty of Medicine, University of Health Sciences İzmir Bozyaka Training and Research Hospital, İzmir Katip Celebi University, Atatürk Education and Research Hospital and University of Health Sciences İzmir Tepecik Training and Research Hospital in the province of Izmir which give specialty training of emergency medicine were included in the study. The names of the emergency medicine residents were obtained as a result of the permissions obtained from the deanships of the relevant hospitals, chief physicians and İzmir Provincial Health Directorate. Residents were interviewed face-to-face during the training days. The data collection form consisted of 3 main sections. In the first part, there was a 36-question questionnaire about the socio-demographic, occupational and academic characteristics of the participants. In the second part, there was a 22-item Maslach Burnout Inventory (MBI) questionnaire consisting of 9 Emotional Exhaustion (EE), 8 Personal Accomplishment (PA) and 5 Depersonalization (DP). In the third part, there was the data form which included the number of patients, the number of employees and similar questions belonging to the emergency department they worked. The data were analyzed via SPSS 22.0 program.

**Results:** Out of 184 emergency medicine residents, 152 (83%) of them participated in the study. Of the residents who participated in the study, 53 (34,9%) were female. Their ages ranged between 26 and 42. 60 residents (39,5%) were married and 31 (20,4%) of the residents had kids. 76 (50%) were smokers, 112 (74%) were alcohol taker and 22 (25%) of them were users of pleasure-giving substances. The residents' score of MBI-EE was 23,17 ( $\pm$  6,68), MBI-DP 11,11 ( $\pm$  3,97), while MBI-PA was 19 ( $\pm$  5,00). The factors most commonly associated with these high levels of burnout were orderly identified as disruptions in daily life due to call duties, exposure to verbal or physical violence, female gender, exposure to mobbing, problems regarding the functioning of hospital, troubles with superiors, insufficiency of medical research opportunities, not being able to find time for eating and resting during call duties, excessive working hours, being single, not having children, being under the age of 30 and being in the first year of Emergency Medicine Residency.

By a comparison of the data of the centers providing training in emergency medicine in the province of Izmir and the burnout levels of the residents, we have identified that burnout levels of residents working in centers with higher number of specialists with academic titles were higher. In those centers where the number of emergency medicine residents, nurses and staff per m2 is higher, the burnout levels of emergency medicine residents were lower.

Contrary to expectations, the number of patients and some related factors (m2, number of stretchers, emergency medicine residents and staff per patient) were associated with lower burnout levels

**Conclusion:** As a result of this study, it was determined that burnout levels of emergency medicine residents in İzmir were quite high. In addition to socio-demographic and occupational factors, local factors of emergency departments also played an important role in the emergence of this condition. In line with these findings, in order to reduce burnout levels of emergency medicine residents, it is necessary to take measures to improve working conditions of residents, to ensure working safety, to improve relations with their superiors and to eliminate deficiencies in emergency services.

**Keywords:** burnout syndrome, emergency medicine, emotional exhaustion, depersonalization, personal accomplishment

## 1. GİRİŞ ve AMAÇ

Tükenmişliğin “Mesleki bir tehlike” olarak ilk klinik tanımını 1974 yılında; sağlık çalışanları arasında görülen bitkinlik, hayal kırıklığı ve iş bırakma isteğiyle karakterize bir durum olarak; bir sağlık hizmetleri kuruluşunda psikolog olarak çalışan Herbert Fredenberger yapmıştır<sup>(1)</sup>.

Daha sonra Maslach ve Jackson tarafından tükenmişlik kavramı daha ayrıntılı bir şekilde tanımlanmıştır. Christina Maslach tarafından tükenmişlik; daha çok insanlarla yüz yüze çalışmak zorunda olan meslek gruplarında bireylerin, kendilerini duygusal olarak tükenmiş hissetmeleri, meslekleri nedeniyle karşılaştıkları insanlara karşı duyarsızlaşmaları, yeterlilik ve kişisel başarı duygularında belirgin bir azalma olarak ortaya çıkan bir sendrom olarak tanımlanmaktadır<sup>(2)</sup>.

Yapılan çalışmalar tükenmişliğin iş kaybindan aile içi sorunlara, alkol, madde, sigara kullanımından uykusuzluk, depresyon, psikosomatik bozukluklar gibi ruhsal hastalıklara uzanan çok çeşitli ciddi sonuçları olduğunu göstermektedir<sup>(3)</sup>.

Hekimlik, Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO) tarafından, çalışma ortamından kaynaklanan pek çok olumsuz faktörün etkisiyle yoğun iş yüküne sahip stresli bir meslek olarak nitelenmektedir<sup>(4)</sup>. Öneminin yeterince anlaşılması gereken bir meslek grubu olması açısından, Amerikan Stres Enstitüsü de hekimlik mesleğini riskli meslekler grubunda değerlendirmektedir<sup>(5)</sup>.

Hekimlerde tükenmişlik kavramı ele alındığında, yapılan bazı çalışmalar yoğun iş yükü, kendine ve ailesine yeterli vakit ayıramama, adaletsiz gelir dağılımı, performans sistemindeki sıkıntılar, hasta ve yakınlarıyla meydana gelen iletişim sorunları, hizmet verilen toplumun düşük eğitim düzeyi, işyerinde uygulanan mobbing ve hekime yönelik şiddet gibi faktörleri bu duruma öncü olarak belirtmişlerdir. Aynı zamanda hekimler Tüberküloz, Kırım Kongo kanamalı ateşi, hepatit B ve C, HIV, influenza gibi birçok bulaşıcı hastalık açısından da risk altındadır. Hekimlerin sağlığını tehdit eden diğer bazı faktörler arasında, bürokratik işlemler, kesiler, kazalar, sıcak ve soğuk maruziyeti, ayakta durma, ağırlık kaldırma, radyasyon, anestezi ve kemoterapötik ajanlar, antiseptik ve dezenfektan maddeler, solventler gibi çeşitli unsurlar yer almaktadır<sup>(6)</sup>.

Tükenmişliğin nasıl tanımlandığına bakılmaksızın, acil hekimlerinin diğer uzmanlık alanlarındaki hekimlerle karşılaştırıldığında, çok daha yüksek oranlarda ve çok daha erken başlayan bir tükenmişlikle karşı karşıya olduğu bildirilmiştir<sup>(7,8)</sup>. Acil tıp eğitimleri boyunca fazla hasta bakma, hasta ölümleri, uyku düzeninin bozulması, uzun çalışma saatleri asistanlar üzerindeki major stresörler olarak gösterilmektedir. Bunun yanı sıra zor hastalarla uğraşma, mesleki ilişkilerdeki problemler, yetersiz kaynaklar, zor ve kritik kararlar da tükenmişlik gelişiminde önemli yer tutmaktadır. Her 8 asistandan birinin belirgin stres sendromuna yakalandığı ve emosyonel problemler yaşadığını belirtilmiştir<sup>(9)</sup>.

Literatürde sağlık alışanlarında tükemişlik düzeylerini inceleyen birçok çalışma mevcut olsa da özellikle ülkemizde acil tıp asistan hekimlerinde tükemişlik sendromunun değerlendirilmesine yönelik az sayıda çalışma mevcuttur. Bizim bildiğimiz kadarı ile bu çalışmalar genellikle tek bir merkezdeki bireyler üzerinde yapılmış ve merkezleri karşılaştıran çalışma bulunmamaktadır.

Bu alışma ile İzmir İli içerisinde farklı merkezlerde eğitim almakta olan acil tıp asistan hekimlerinin tükemişlik düzeylerinin ve tükemişlik düzeylerine etki eden faktörlerin saptanması amaçlandı.



## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Tükenmişlik Sendromu'nun Tanımı

Tükenmişliğin “Mesleki bir tehlike” olarak ilk klinik tanımını 1974 yılında; sağlık çalışanları arasında görülen bitkinlik, hayal kırıklığı ve iş bırakma isteğiyle karakterize bir durum olarak; bir sağlık hizmetleri kuruluşunda psikolog olarak çalışan Herbert Fredenberger yapmıştır. Freudenberger tarafından tükenmişlik; “Başarısızlık hissi, yıpranma, enerji ve güç kaybı veya karşılanılmadığı düşünülen istekler sonucu bireyin iç kaynaklarında tükenme durumu” şeklinde ifade edilmiştir <sup>(1)</sup>.

Maslach ve Jackson tarafından Tükenmişlik kavramı daha ayrıntılı bir şekilde tanımlanmıştır. Christina Maslach tarafından yapılan tanımda tükenmişlik; genellikle işi nedeniyle insanlarla sürekli yüz yüze çalışan kişilerde sıklıkla görülen ve duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarı eksikliği olmak üzere üç alt boyutu olan bir sendrom olarak nitelendirilmektedir <sup>(2)</sup>.

Duygusal tükenme; tükenmişlik sendromunun ilk ve en önemli boyutu olarak değerlendirilmektedir. Kişi işinden duygusal olarak uzaklaşmış, bitkin ve aşırı yüklenilmiş olarak hissetmektedir <sup>(10)</sup>.

Duyarsızlaşma; bireyin işi gereği ilişkide bulunduğu ya da hizmet verdiği insanların kişisel özelliklerini bilinçli olarak görmezden gelerek, onlara duygudan yoksun bir şekilde davranmasıdır <sup>(10)</sup>.

Tükenmişliğin diğer bir boyutu kişisel başarı eksikliğidir. Kişi kariyer yaşamına başlamadan önce ya da ilk başladığı dönemde mesleki ve toplumsal olarak önemli katkılar yapacağını düşünmektedir. Zamanla bu beklentilerini yaşayamadığını düşünmeye başlar ve kendini yeterli bulamama, sorunların üstesinden tek başına gelememe duygularına kapılır <sup>(10,11)</sup>.

Tükenmişliğin en önemli alt boyutunun ‘duygusal tükenme’ olduğu ve duyarsızlaşma ile kişisel başarı eksikliği boyutlarının da buna eşlik ettiği görüşü ileri sürülmektedir <sup>(12)</sup>. Her ne kadar tükenme hissi tükenmişliğin mutlak bir kriteri olsa da tek başına yeterli olmamaktadır. Çalışma hayatında tükenmişlik ile birlikte; stres, iş doyumunu/doyumsuzluğu, depresyon gibi birbirlerinin nedeni ya da sonucu olabilecek faktörlerin ilişkisi değerlendirilerek daha net bir sonuca ulaşılabilir <sup>(13)</sup>.

## **2.2. Tükenmişlikle İlgili Geliştirilen Modeller**

Tükenmişlik kavramı, ilk ortaya konulduğundan bu yana çeşitli araştırmacılar tarafından farklı tanımlamalar yapılmıştır. Bunlardan bazıları aşağıdaki gibidir.

### **2.2.1. Cherniss Tükenmişlik Modeli**

Cherniss 1980 yılında tükenmişliği zamana yayılmış bir süreç olarak farklı bir açıdan ele almaktadır. Bu modele göre tükenmişliğin temelinde “stres” faktörü önemli yer tutmaktadır. Bu modelde tükenmişlik “işle ilgili stres kaynaklarına bir tepki olarak ortaya çıkan, stres ile başa çıkma davranışları ile başlayıp; işle psikolojik ilişkiyi kesmeyle son bulan zamana yayılmış bir süreç” olarak tanımlanmaktadır <sup>(14)</sup>. Stres kaynağı daha çok çevreden ve bireyin kendisinden olan beklentilerini karşılayamaması nedeniyle ortaya çıkmaktadır. Birey, stresle başa çıkmak için öncelikle stres kaynağını ortadan kaldırmaya çalışır. Başarılı olmadığını düşünmeye başlarsa, stresle başa çıkma tekniklerine başvurarak rahatlama yoluna gitmektedir. Eğer birey stres kaynağıyla karşılaşır tekrardan başarısızlık yaşarsa, bu kez artan duygusal yükü azaltabilmek için, işe dair psikolojik ilişkisiyle arasına mesafe koymaya çalışır <sup>(3)</sup>.

### **2.2.2. Pines Tükenmişlik Modeli**

Pines modelinde “motivasyon kavramı” ön planda tutulmaktadır. Tükenmişliğin temel nedeni daha çok bireyi sürekli duygusal baskı altında tutan iş atmosferidir. Birey bedensel, duygusal ve zihinsel açıdan bitkinlik belirtileri göstermeye başlar. Kronik yorgunluk, enerjide azalma, bezginlik ve zafiyet bedensel bitkinliği göstermektedir. Çaresizlik, umutsuzluk, aldanmışlık duygusu ve hayal kırıklığı duygusal bitkinliği gösterirken; işe yaramazlık, değersizlik hissi, suçluluk duygusu ve kendine karşı olumsuz tutumlar ise zihinsel bitkinliğin belirtileridir <sup>(15)</sup>.

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

Edelwich ve Brodsky’ye göre tükenmişlik, özellikle hizmet veren mesleklerde çalışan bireylerde, iş koşullarının bir sonucu olarak ortaya çıkan, idealizm, enerji ve amaç yitimidir.

Tükenmişliğe yol açan iş koşulları; çok fazla kişiye hizmet verme, yetersiz ücret, uzun çalışma saatleri, bürokratik ya da politik zorlamalar olarak sıralanabilir. Edelwich ve Brodsky tükenmişliğin birbirini izleyen ve belirlenebilir aşamalardan geçerek bir süreç sonunda ortaya çıktığını iddia ederek; tükenmişliğin “İdealistik coşku, durağanlaşma, engellenme ve umursamazlık (apati)” olmak üzere dört aşamada gerçekleştiğini belirtmişlerdir <sup>(16)</sup>.

- **İdealistik Coşku Evresi**

Çalışma hayatına yeni başlanılan dönemde kişide umut, enerjide artma ve yüksek düzeyde mesleki beklentiler mevcuttur. Bu aşamadaki birey şiddetli motivasyona sahiptir ve hizmet verdiği insanlar üzerinde olumlu etkiler bırakmak için bütün enerjisi ile çalışmaktadır. Takdir edilmeyi, ödüllendirilmeyi bekleyen birey, gayretinin karşılığında uğradığı hayal kırıklığı sonucunda tükenmişliğin ikinci aşaması olan durağanlaşma aşamasına doğru ilerlemeye başlar<sup>(16)</sup>.

- **Durağanlaşma Evresi**

Hayal kırıklığına uğrayan bireyde istek ve umutta bir azalma başlamıştır. Mesleğini uygularken karşılaştığı güçlüklerden, daha önce umursamadığı ya da görmezden geldiği sorunlardan giderek da fazla rahatsızlık duyar hale gelmiştir. İşine olan motivasyonunu kaybetmeye başlayan birey, iş dışı konulara daha fazla öncelik verir hale gelmeye başlamıştır<sup>(16)</sup>.

- **Engellenme Evresi**

Bu aşamada birey, olumsuz çalışma koşullarını değiştirmenin zorluğunu farkederek başarılı olmak için sarf ettiği enerjinin boşa gittiğini düşünür. Engellenme duygusundan kurtulmak isteyen birey bu durum ile denge kurmaya çalışarak, sorunu görmezden gelmeye çalışarak ya da işini yaparken duygudan yoksun bir şekilde davranarak bu durumun üstesinden gelmeye çalışır<sup>(16)</sup>.

- **Umursamazlık Evresi**

Engellenme duygusundan kurtulmak isteyen birey, bu durum ile başa çıkamaz ise umursamazlık evresine geçiş gösterir. Kişi işinden duygusal olarak uzaklaşır, umudunu tamamen kaybetmiştir ve derin bir inançsızlık içerisindedir. Birey işini sadece sosyo-ekonomik mecburiyetlerden ötürü sürdürmekte; işinden zevk alamamakta, işini kendini gerçekleştirme alanı olarak görememektedir. İşe geç gelme, hizmet verilen kişileri değersiz görme, rutinlerin dışına çıkmama, hizmet verilen kişilerle görüşme süresini kısa tutma gibi belirtiler gösterir<sup>(16)</sup>.



#### 2.2.4. Leiter Tükenmişlik Modeli

Leiter tükenmişlik modeli; Maslach Tükenmişlik Ölçeği'nin üç bileşeni olan duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve düşük kişisel başarı hissini; iş saatleri dışında da etkin olduğunu öne sürmektedir. Ayrıca farklı kişilik özelliklerine sahip bireyler ve farklı çevresel koşullara göre ölçeğin şeklinin değişeceğini ifade etmektedir <sup>(17)</sup>. İşteki stres kaynaklarına karşı duyarsızlaşma tükenmişliği daha da arttırmaktadır. Duygusal tükenmeye neden olan stres kaynaklarını yok etmeye çalışmak, tükenmişlik ile mücadelede ön plana çıkmaktadır. Kişinin becerilerine uygun iş seçimi ve gerekli eğitim ile stres azaltılabilir <sup>(18)</sup>.

#### 2.2.5. Perlman ve Hartman Tükenmişlik Modeli

Perlman ve Hartman kendilerinden daha önce yapılmış olan tükenmişlik modellerinden yola çıkarak tükenmişliği çoklu kavramsal bir yapı halinde ele almışlardır. Bu modele göre tükenmişlik kronik iş stresinin, üç bileşenden oluşan yanıtıdır. Bu bileşenler; fiziksel semptomları içeren fizyolojik boyut, duygular üzerinde odaklanan duygusal boyut, semptomatik davranışlar üzerinde odaklanan davranışsal boyuttur. Bireysel özelliklere ve iş ortamının özelliklerine göre tükenmenin etki ve algısının değiştiğini öne sürmektedir. Bu modelde dört aşama bulunmaktadır <sup>(19)</sup>.

- **Durumun strese götürme derecesi**

Strese hangi durumun neden olduğunu gösteren aşamadır. Stresin nedeni iki başlık altında incelenmekte olup ilki; kişinin bireysel becerisidir. Kişinin beceresi mesleki/kurumsal anlamda yeterli olmayabilir. İkinci başlık altında kişinin meslekten/kurumdan olan beklentileri, değerleri ve ihtiyaçları incelenmektedir. Kişi ile yaptığı meslek/kurum arasındaki uyum bu aşamada rol oynar <sup>(19)</sup>.

- **Algılanan stres düzeyi**

Birçok durumda kişi kendini stres altında hissetmeyebilir. Kişinin stres algısı ile bu durum ilişkilidir. Bireyin kişiliğine, geçmiş özelliklerine, kurum değişikliklerine göre kişiden kişiye göre farklılık göstermektedir <sup>(19)</sup>.

- **Strese verilen tepki**

Bu aşamada kişisel ve kurumsal değişkenlere göre; fizyolojik, bilişsel ve davranışsal 3 ana tepki kategorisinden hangilerinin ortaya çıkacağı belirlenmektedir <sup>(19)</sup>.

- **Strese verilen tepkinin sonucu**

Strese verilen tepkinin sonucunda kronik duygusal stresin yaşanması nedeniyle tükenmişlik oluşur. Yaşanan bu tükenmişliğin şiddetine göre iş doyumunu ve iş düzeyinde bir değişme meydana gelebilir. Kişinin psikolojik durumundan bozulma meydana gelebilir. Buna ilaveten kişinin fiziksel durumunda da bozulma görülebilir. Birey bu aşamadan sonra işinden atılabilir ya da kendi isteğiyle işi bırakabilir. Kişi tükenmişliği bu aşamada yaşar <sup>(19)</sup>.

## **2.2.6. Maslach Tükenmişlik Modeli**

Maslach ve ark. Tarafından yapılan, Tükenmişlik kavramına en büyük katkıyı sağlayan ve günümüzde en çok kabul göre modeldir. Bu model tükenmişliği; daha çok insanlarla yüz yüze çalışmak zorunda olan meslek gruplarında bireylerin, meslekleri nedeniyle karşılaştıkları insanlara karşı duyarsızlaşmaları, kendilerini duygusal olarak tükenmiş hissetmeleri, yeterlilik ve kişisel başarı duygularında belirgin bir azalma olarak ortaya çıkan bir sendrom olarak tanımlamaktadır <sup>(2)</sup>. Bu tanımdan yola çıkarak 22 maddeden oluşan “Maslach Tükenmişlik Ölçeği” geliştirilmiştir. Bu tanımın alt başlıklarının incelenmesiyle tükenmişlik kavramı daha net anlaşılabilir olacaktır.

### **2.2.6.1. Duygusal Tükenme**

Tükenmişlik sendromunun ana bileşeni olan duygusal tükenme bu kompleks sendromun en belirgin yansımasını meydana getirmektedir. Duygusal tükenme bu anlamda bireyin işinin gerektirdiği taleplerin ve değişikliklere karşı verdiği ilk tepkiyi yansıtmaktadır <sup>(10,17)</sup>. Maslach’ın “Çaşılan bireylerin kendilerini duygusal ve fiziksel olarak aşırı yıpranmış ve yorgun hissetmeleri durumu” olarak tanımladığı duygusal tükenme; kişilerin kendilerini hizmet sundukları bireylere karşı eskisi kadar sorumlu hissetmemeleri ve kendilerini işlerine vermemeleri sonuçlarına yol açabilmektedir <sup>(20)</sup>. Kendini duygusal olarak yoğun bir çalışma temposu içinde hisseden birey, diğer insanların duygusal taleplerini yerine getirmeye çalışırken kendini zorlamakta ve bu nedenle duygusal olarak ezilmektedir. Gittikçe diğer insanların duygusal talepleri nedeniyle daha fazla ezildiğini hisseden birey, artan bu duygusal yükü en aza indirmek için kaçmaya başlamaktadır. Kaçmaya yönelen birey insanlarla ilişkilerini işini yapmaya yetecek en az düzeye indirmeye çalışır<sup>(21)</sup>. Bu kişiler yeni bir güne başlayabilmek amacıyla kendileri için gerekli olan enerjiyi hissedemezler. Bir sonraki gün işe gidecek olma düşüncesi büyük bir stres kaynağı haline gelmiştir. Tükenmişliğin üç alt boyutundan en önemlisi olan en çok bilinen ve en çok araştırılanı duygusal tükenme olsa da; tek başına duygusal tükenmenin, Tükenmişlik Sendromu tanısı koyabilmek amacıyla yeterli olmadığı görülmektedir.

### 2.2.6.2 Duyarsızlaşma

Tükenmişliğin üç alt boyutundan biri olan duyarsızlaşma Maslach'a göre en önemli boyut olarak ele alınmaktadır. Maslach duyarsızlaşmayı "hizmet verilmesi gereken bireylere karşı mesafeli, sert hatta insancıl olmayan bir yanıt" olarak tanımlamaktadır. Duyarsızlaşma kişinin bakım ve hizmet verdiği bireylere yönelik olarak, duygudan uzaklaşmış hatta yoksun biçimde tutum ve davranışlar sergilemesi olarak ele alınmaktadır. Duygusal tükenme içerisinde olan birey, kendisini diğer insanların sorunlarını çözme konusunda yetersiz hissederek duyarsızlaşma seçeneğini bir kaçış olarak kullanmaktadır. İşini yapabilmek için insanlarla yüz yüze olmak zorunda kalan birey, insanlarla olan ilişkilerini mümkün olan en az düzeye indirmeye çalışır. Birey hizmet verdiği kişilere sanki onlar nesneymiş gibi davranmaya başlayarak karşısındaki kişilere aşağılayıcı ve kaba davranışlar sergiler ve onların tüm istek ve ricalarını, yapılması makul olması durumunda dahi reddeder. İnsanları sınıflandırma, küçültücü bir dil kullanma, başkalarından sürekli kötülük geleceği düşüncesi, katı kurallarla iş yapma duyarsızlaşmanın belirtileri arasından öne çıkmaktadır. Birey bu duyarsızlaşma ile diğer insanlardan ayrılırken; aslında yaşadığı duyarsızlaşmanın yaşamakta olduğu duygusal tükenmişliğe karşı verilen bir tepki, hatta bir bakımdan da kendini koruma amaçlı ortaya çıkan bir strateji olduğu gözlenmektedir <sup>(17,22)</sup>.

### 2.2.6.3 Kişisel Başarı Eksikliği

Kişisel başarı eksikliği bireyin kendisini işinde başarısız ve yetersiz olarak nitelendirmesidir. Kendisinin iş yerinde ortaya çıkan sorunların üzerinden gelemediği ve başarısız olduğu fikrine sahiptir. Başkalarına karşı oluşturduğu negatif düşünce şeklini kendisine doğru yönelterek, bu düşünce ve davranışlar sonucunda yetersizlik duygusuna kapılır. Bu yanlış düşünce şekli ve yanlış davranışlar sonucunda suçluluk duygusu ortaya çıkar. Suçluluk duygusunun neticesinde hiç kimsenin kendisini sevmediği gibi bir düşünce meydana gelir ve başarısız olduğuna dair kendi oluşturmuş olduğu düşünce benliğinde iyice yer edinmeye başlar. Pozitif sonuçlara ulaşmak amacıyla üst üste denemelerde bulunan birey, yaptığı denemelerin faydalı olmadığını gördükten sonra algıladığı stres nedeniyle depresyon bulguları sergilemeye başlar. Bireyler bu denemeleri bir süre boyunca tekrarladıktan sonra, tekrar denemenin faydalı olmadığını düşünerek tekrar denemekten imtina ederler. Birey bu aşamada ne yaparsa yapsın, ne denli çabalarsa çabalasın mevcut durumu değiştiremeyeceğini düşünmeye başlar ve bu durumun yarattığı algı nedeniyle bireyde yılgınlık oluşur. Birey işinde yaptığı olumlu şeylere rağmen ilerleyemediğini, hatta gerilediğini düşünmeye başlayarak, çabalamanın gereksiz olduğunu, kendisinin yetersiz bir birey olduğunu düşünüp yılgınlığa girer <sup>(23)</sup>.

## **2.3. Tükenmişliğe Yol Açan Faktörler**

### **2.3.1. Kişisel ve Sosyal Faktörler**

Tükenmişliğe yol açan kişisel ve sosyal faktörler arasında en önemlileri yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim, meslekte çalışma süresi, kişilik yapısı ve sosyal özellikler yer almaktadır.

#### **2.3.1.1. Yaş**

Tükenmişlikle en güçlü sosyodemografik değişkenin yaş ile arasında olduğu tespit edilmiştir. Tükenmişlikle alakalı yapılan birçok çalışmada mesleğe yeni başlayan genç bireylerde tükenmişliğin daha fazla görüldüğü tespit edilmiştir <sup>(20)</sup>. Maslach ve Jackson da daha yaşlı kişilerin başarı algısının, genç kişilerin başarı algısına kıyasla daha yüksek olduğunu ifade etmişlerdir <sup>(24)</sup>.

#### **2.3.1.2. Cinsiyet**

Yapılan araştırmalar neticesinde cinsiyet faktörünün, tükenmişlik gelişimi açısından önemli bir faktör olmadığı belirtilmektedir. Maslach da bu görüşe katılmakla beraber; erkeklerle kadınları tükenmişlik alt boyutlarında ayırdığını öne sürmüştür. Kadınlar duygusal tükenme alt boyutunda daha yüksek puan alırken, erkekler ise duyarsızlık alt boyutunda kadınlara nazaran daha yüksek puan almışlardır <sup>(25)</sup>.

#### **2.3.1.3 Medeni Durum**

Yapılan birçok çalışmada evlenmiş bireylerini evlenmemiş bireylere göre tükenmişliğe daha eğilimli olduğu belirtilmiştir. Ayrıca bekarların boşanmışlardan daha yüksek tükenmişliğe sahip oldukları bile söylenebilmektedir. Maslach ve Jackson da bekar ve boşanmış kişilerde duygusal tükenme düzeyinin, evli olanlardan daha yüksek olduğunu söylemişlerdir <sup>(17)</sup>.

#### **2.3.1.4. Eğitim**

Tükenmişlik ile eğitim arasındaki ilişkiyi Maslach kompleks bir durum olarak değerlendirmiştir. Farklı çalışmalarda da bu konuda farklı sonuçlara ulaşılmıştır. Çalışmalar sonucunda öğrenim düzeyinin artması durumunda tükenmenin azalacağı öngörülmüş olsa da, sonuçlar değerlendirildiğinde bu öngörü ile tamamiyle uyumsuz sonuçlara da rastlamak mümkün olmaktadır. Bu durum öğrenim düzeyi arttıkça stres ve sorumluluğun artabileceği olması ile açıklanmaktadır <sup>(26)</sup>.

### **2.3.1.5. Meslekte Çalışma Süresi**

Tükenmişliğin özellikle kişinin meslek hayatının ilk birkaç yılında ortaya çıktığı düşünülmektedir. Yapılan araştırmalar daha çok bir yıldan az ve beş yıldan fazla çalışmış olanlara göre birkaç yıl çalışmış olanların daha fazla tükenmiş oldukları tespit edilmiştir. Ergin'e göre çalışma süresi ile tükenmişlik zıt yönlü bir ilişki içerisinde. Çalışma süresi daha uzun olan bireylerde duygusal tükenme ve duyarsızlaşma azalmaktadır ve kişisel başarı düzeyi artmaktadır <sup>(12)</sup>.

### **2.3.1.6. Kişilik Yapısı**

Kişinin sahip olduğu biyolojik ve psikolojik özellikleri ifade eden kişilik kavramı tükenmişlik düzeyini belirleyen önemli bir unsur olarak karşımızda durmaktadır. Maslach'a göre kendilerini rahat bir şekilde ifade eden, inceleyen ve duygularını iş arkadaşlarıyla paylaşabilen çalışanların, tükenmişlik düzeyleri daha düşük seyretmektedir. Kişilik yapısı olarak A tipi kişilik veya B tipi kişilik yapısına sahip olmak da tükenmişliğe etki eden faktörlerden birisidir. B tipi kişiliğe sahip çalışanlar daha az rekabet eden, kendilerini işlerine daha az veren ve daha az zaman endişesine sahip bireylerdir. A tipi kişiliğe sahip kişiler ise, rekabet eden, kendini işine adanmış, zaman konusunda sürekli endişeleri olan kişilerdir. Bu kişiler rekabetçi kişilikleri ve daha fazla iş yükünü üzerlerine almaları sebebiyle tükenmişliğe daha yatkın olmaktadır <sup>(21)</sup>. Başkalarını ve kendini olumsuz olarak değerlendirmek de tükenmişliğe neden olabilir. Bireyin kendisi hakkında olumsuz düşüncelere sahip olması durumu, bireyin başarılarından çok başarısızlıklarına odaklanmasına neden olarak bu durumun kendini sürekli olarak devam ettirmesine neden olur. Bunun sonucu olarak da birey bu olumsuz bakış açısını yeni durumlara taşır ve düşük kişisel başarı hissine yol açar <sup>(27)</sup>.

## **2.3.2. İş ve Örgütle İlgili Faktörler**

### **2.3.2.1. İş Yükü**

Maslach ve Leiter iş yükünün tanımını belirli bir zaman aralığında belirli bir nitelikte yapılması gereken iş miktarı olarak yapmışlardır. İş yükünde olan uyumsuzluk genellikle aşırı iş yükü olarak kendini göstermektedir. Aşırı iş yükü, belirli bir zaman aralığı içerisindeki işi bitirme mecburiyeti, işi yapan kişinin işin niteliklerine göre yetersiz olması veya işin standartlarının işi yapana göre yüksek olmasını ifade etmektedir. Yoğun iş yükü nedeniyle, çalışan kişinin bilişsel ve duygusal olarak aşırı yüklenmesi meydana gelmekte ve bununla savaşıma davranışı olarak da duyarsızlaşma ortaya çıkmaktadır <sup>(28)</sup>.

### **2.3.2.2. Diğer Meslektaşlarla İlişki ve Yıldırma**

Çalışma ortamındaki iş arkadaşlarının birbirlerini destekleyici bir çalışma ortamı oluşturması, tükenmişlikle mücadelede önemli yer tutmaktadır. Çalışma arkadaşları ve yöneticilerinden gelen destek ile kişi tükenmişlikle daha iyi mücadele edebilme imkanına sahip olabilir. Fakat iş arkadaşları ve yöneticiler tükenmişliğin nedeni de olabilmektedirler <sup>(29)</sup>. Mobbing “Mevcut gücün ya da pozisyonun kötüye kullanılarak; sistematik olarak psikolojik şiddet, baskı, kuşatma, taciz, aşağılama, tehdit vb. şekillerde tecelli eden duygusal bir saldırı” olarak tanımlanır. Kişi saygısız ve zararlı davranışların hedefi olmaktadır. Mobbinge maruz kalan kişi zamanla işe gelmemeye başlayabilir, strese bağlı olarak psikosomatik semptomlar ortaya çıkabilir, ağır depresyona bağlı intihar girişiminde bulunabilir, kendine olan güvenini kaybeder ve genel bir kararsızlık haline bürünür. İlerleyen dönemlerde mobbinge maruz kalan bireylerin, gördükleri bu zararın şiddeti ve etkisi nedeniyle işlerini yapamaz hale geldikleri görülmektedir <sup>(30,31)</sup>.

### **2.3.2.3. Kontrol Eksikliği ve Kararlara Katılmama**

Mesleki anlamda kontrol; kişinin işi üzerinde sahip olduğu "seçim yapabilme, karar verebilme, sorun çözebilme ve sorumluluklarını yerine getirebilme imkânı” olarak tanımlanabilir. Maslach, bireylerin meslek yaşantılarında kontrolü ellerinde tutamadıkları durumlarda tükenmişliğin daha yüksek olduğunu gözlemlemiştir. Üst düzey yöneticiler tarafından işin nasıl, ne zaman, ne şekilde yapılacağı konusunda çalışana inisiyatif tanınmaması durumunda çalışanlar, kendilerine başka bir çıkış yolu bulamamaktadır. Bu da çalışanın, sadece duygusal stres yükünü, kızgınlık ve öfkesini arttırmakla kalmayıp, başarısızlık ve beceriksizlik hissini daha da arttıracaktır. Fakat zor durumdaki insanlarla muhatap olmak zorunda kalanlar üst düzey yöneticiler değil genelde alt düzeydeki çalışanlardır. Böylesine stresi yoğun bir ortamda çalışan bireylerde tükenmişliğin ortaya çıkması kaçınılmaz hale gelmektedir. Kararlara katılım ise; kişinin çalıştığı kurumun karar verme sürecinde etkisinin olup olmaması veya bu etkinin derecesi olarak tanımlanabilmektedir. Çalışana kendisini doğrudan etki edecek durumlarda fikir sorulmadığı, sadece sonuçların iletildiği durumlarda, bireyde tepki olarak kızgınlık ve stres oluşmaktadır. Çünkü çalışan bireylerin kendilerini daha güvende hissedebilmeleri, ancak kişiliklerinin dikkate alındığını bildikleri durumda mümkün olmaktadır <sup>(2,32)</sup>.

#### **2.3.2.4. Rol Çatışması**

Çalışma ortamındaki çalışan bireyden beklenmekte olan işlem ve eylemlerin tamamı iş yaşamında rol kavramını oluşturmaktadır. Bireyden iş ortamında birbirinden farklı beklentileri yerine getirmesi istenmektedir ve birey bunları yerine getirmekte zorluk çekmeye başlar. Bu zorluklar; bireylerin kişiliğine ve değer yargılarına aykırı bir iş yapması gerektiğinde, birey-rol çatışması; üstleri bir görevin yapılması ile ilgili çelişkili talimatlar verdiğiğinde, rol içi çatışma; üstlenilen rollerin birden çok olduğu ve bu rollerin birbiriyle çatıştığı durumlarda, roller arası çatışma olarak kendini göstermektedir. Rol çatışmasının sonucunda, çalışanların kendilerinden beklenen davranışları gösteremedikleri, çalışma performanslarının düştüğü ve örgütsel verimliliğin azaldığı ortaya çıkmaktadır <sup>(33)</sup>.

#### **2.3.2.5. Ödüllendirilmeme**

Ödüller; bireyin örgüte yaptığı katkıların neticesinde hem maddi hem sosyal olarak takdir edilmesini tanımlamaktadır. Maslach ' a göre, iş ortamından kaynaklanan kriz durumlarında, örgütün; çalışanlarını ödüllendirme konusunda kapasite azaltımına gittiği, onları maddi ve manevi doyum kaybına uğrattığı görülmektedir. Bu kayıplar, yapılan işin çekiciliğinin azalmasına, takım çalışmalarında aksamaya neden olur. İş yerinde ortaya çıkan kutuplaşmaların artması sonucunda, örgütsel ve bireysel beklentilerin karşılanmadığı görüldükçe yönetimin, sorunun çözüm merkezi yerine sorunun kaynağı olarak görülmeye başlamasına neden olur ve çalışanlar tükenmişliğe daha yatkın hale gelirler <sup>(17)</sup>.

#### **2.4. Tükenmişliğin Belirtileri**

Tükenmişlik sendromu bir anda ortaya çıkan bir durumdan ziyade zamanla ve sinsi bir şekilde ilerleyen bir belirtiler bütünüdür. Tükenmişlik belirtilerinin göz ardı edilmesi de onun ilerlemesine ve geri dönülmez bir noktaya ilerlemesine neden olur. Bu nedenle tükenmenin sinsi sürecinin belirtilerinin iyi gözlemlenmesi ve doğru zamanda teşhis edilerek gerekli önlemlerin alınması önemli hale gelmektedir. Tükenmişlik belirtileri her bireyde farklılık gösterse de genellikle fiziksel, psikolojik ve davranışsal belirtiler olmak üzere üç başlık altında <sup>(34)</sup>.

#### 2.4.1. Fiziksel Belirtiler

- Yorgunluk ve bitkinlik hissi,
- Sık görülen baş ağrısı,
- Ciddi göğüs ağrıları,
- Solunum güçlüğü,
- Bulantı,
- Mide barsak hastalıkları,
- Uyku bozuklukları,
- Hiperkolesterolemi,
- Hipertansiyon,
- Kronik yorgunluk,
- Kilo kaybı,
- Obezite,
- Diabetes mellitus,
- Kardiyovasküler hastalık riskinde artış,
- Dermatolojik problemler olarak sıralanabilir <sup>(35)</sup>.

#### 2.4.2. Psikolojik Belirtiler

Psikolojik belirtiler fiziksel belirtilerden daha önce ortaya çıkmaktadır ve hem birey tarafından hem de çevresi tarafından fark edilebilmektedir.

- Yalnızlık,
- Yardımsızlık, umutsuzluk duyguları,
- Engellenmişlik,
- Öz saygı ve öz güvende azalma,
- Başarısızlık hissi,
- Suçluluk, içlerlemişlik, çaresizlik,
- Aile sorunları,
- Uyku düzensizliği,
- Depresyon, psikolojik rahatsızlıklar,
- Sinirlilik, agresiflik,
- Daha cezalandırıcı olma,
- Düşmanlık duygusu geliştirme,



- Korku ve kaygı, alınganlık,
- Belirgin üzüntü, apatik görünüm,
- Asılsız şüpheler ve paranoya, gibi belirtiler sayılabilir <sup>(22,36)</sup>.

### **2.4.3. Davranışsal Belirtiler**

- Ani sinirlenme,
- Engellenme,
- Kolay ağlama,
- Şüpheli ve endişeli olma,
- Alınganlık,
- Takdir edilmediğini düşünme,
- İş doyumsuzluğu,
- İşten nefret etme, işe geç gelme,
- Özgüven ve özsaygıda azalma,
- Unutkanlık,
- Rol çatışması,
- Başarısızlık hissi,
- Ani tepkisellik, eleştiriye aşırı duyarlılık,
- Çabuk öfkelenme, tatminsizlik,
- Konsantrasyon bozuklukları, düzensizlik,
- Evlilik ve aile çatışmaları,
- İçer kapanma, suçluluk, hevesin kırılması gibi kendine, işine ve genel olarak hayata karşı negatif tutumlar olarak sıralanabilir <sup>(37)</sup>.

## **2.5. Tükenmişlik Sendromunun Sonuçları**

Yapılan birçok çalışma yaşanan tükenmişliğin, iş kaybı ve toplumsal sorunlardan psikiyatrik problemlere kadar uzanan geniş yelpazede ciddi sorunlara neden olduğunu ortaya koymaktadır <sup>(38)</sup>.

### **2.5.1. Kişisel Sonuçlar**

Kişisel faktörler yönünden ele alındığında kişinin mesleki ve sosyal hayatı, aile ile olan ilişkilerinde bozulma görülmekte hatta kişide sigara, alkol ve madde bağımlılığı ortaya çıkabilmektedir<sup>(39)</sup>. Birey kendini çaresiz, üzgün ve kendisine ağır gelen bir hayatla karşı karşıya kalmış gibi hissedebilmektedir <sup>(40)</sup>.

### **2.5.2. Kurumsal Sonuçlar**

Tükenmişlik sendromu öncelikle bireysel olarak ortaya çıkan bir problem olsa da zamanla kişide meydana gelen fiziksel ve psikolojik sorunlar meslek yaşamında, sosyal ve ailesel yaşamında da etkisini göstermeye başlamaktadır. Kurumsal açıdan değerlendirildiğinde ise Tükenmişlik Sendromu; işe gelmeme veya geç gelmeye yatkın olma, erken emeklilik istekleri, üretkenlikte azalma, iş arkadaşlarının verimliliğini de olumsuz etkilenmesi ile direkt ya da dolaylı olarak belirgin gelir ya da iş kaybına yol açmaktadır <sup>(40)</sup>. Tükenmişliğin ciddiyetine göre çalışanların motivasyonları ve yaratıcılıkları azalmakta, girişimci ruhları zedelenmektedir. Bunun sonucunda performans kayıpları, ekip ruhunda bozulmalar ve en nihayetinde insan kaynakları yönetiminde zorluklar oluşmaktadır. Tükenmişlik Sendromu'nun görülme sıklığının yüksek olması durumunda, çalışanların işe devamlılığında ve katılımında azalma ortaya çıkmaktadır. Sunulan hizmetin kalitesinin bozulması sebebiyle, iş yaşamında üzerinde önemle durulması gereken bir problemdir <sup>(41)</sup>.

### **2.5.3. Ailesel Sonuçlar**

Tükenmişliğin etkileri iş yaşamı ile sınırlı kalmayıp kişilerin özel hayatlarına ve sosyal yaşamlarına da etki edebilir. İş kaynaklı tükenmişlik duygusu aile hayatına taşınır; aile içinde huzursuzluk, anlaşmazlık, kopukluk gibi problemlere yol açar. Duygusal olarak yorgun olan birey, evine fiziksel olarak da yorgun ve gergin gelerek, evde işi ile ilgili şikayetlerini yansıtmakta ve dolayısıyla, ailesinin ondan ayırmasını beklediği zaman ve ilginin azalmasına neden olmaktadır Artan kavgalar ve sıkıntılar aile krizlerine ve ciddi aile problemlerine neden olabilir. Evdeki bu huzursuzlukların işteki stresten kaynaklandığını genelde fark edemeyen çiftler aralarındaki sevginin azaldığı sonucunu çıkarabilirler. Tüm bu gelişmeler ayrılma ya da boşanma gibi ciddi sonuçlara kadar gidebilir <sup>(28)</sup>.

### **2.6. Tükenmişlikle Mücadele Yöntemleri**

Tükenmişlik bireyin hem çalışma hayatını, hem de ruhsal ve bedensel sağlığını sürekli tehdit eden bir durumdur. Tükenmişlik sendromu ile başedebilmek için hem bireysel hem de örgütsel düzeyde etkili mücadele önemli rol oynamaktadır. Etkili mücadele için ise en önemli yöntem tükenmişliğin ortaya çıkmasına engel olacak yöntemler planlayabilmektir. Önlemenin mümkün olmadığı durumda ise, erken dönemde teşhis edilmeli ve hızlı müdahale edilmelidir <sup>(3)</sup>.

### 2.6.1. Tükenmişlikle Mücadelede Bireysel Yöntemler

Tükenmişlikle mücadele konusunda bireysel yöntemler büyük bir öneme sahip olsalar da, bireyin mesleki şartlarını ve içinde buldukları sosyal çevreyi tek başlarına değiştirebilmeleri çok zordur. Ancak bu durum nedeniyle birey tükenmişliğe teslim olmamalı ve çözüme yönelik bir çabada bulunabilmelidir. Kişinin, tükenmişlikle mücadele konusunda kendisini fiziksel ve ruhsal açıdan geliştirebileceği birçok yöntem bulunmaktadır <sup>(24)</sup>.

- Kendisinde tükenmişlik belirtilerinin olduğunu fark eden birey, bunu görmezden gelmek yerine, yakınlarından, yöneticilerden yardım almalı ve eğer gerekiyorsa profesyonel psikolojik destek istemelidir <sup>(22)</sup>.
- Birey kendini tanımalı, güçlü ve zayıf yönlerinin farkına varmalı, çok yüksek ve gerçekçi olmayan beklentilerini gözden geçirmelidir <sup>(40,42)</sup>.
- İş gereği etkileşimde bulunduğu insanların sorunlarını içselleştirmemelidir <sup>(28)</sup>.
- Dinlenmek, rahatlamak ve deşarj olmak için zaman ayırmalı, egzersiz ve spor, müzik, okuma, meditasyon gibi hobiler edinmelidir <sup>(42)</sup>.
- Stresli bir durumu aşmaya çalışırken, kendi kendisi ile diyalog kurarak durumunu değerlendirmeli, kendisine olumsuz şeyler yerine olumlu ve mantıklı şeyler telkin etmelidir <sup>(22)</sup>.
- Kendisine daha iyi bakmalı, hem fiziksel hem de psikolojik olarak sağlıklı olmalıdır <sup>(42)</sup>.
- Mizah duygusunu yitirmemelidir <sup>(40)</sup>.
- ‘Daha çok çalışmak’ yerine, ‘daha akıllı çalışmak’ önerisi kullanılmalıdır <sup>(28)</sup>.
- Birey, kendisine daha ulaşılabilir hedefler belirlemeli eve iş götürmemelidir <sup>(28,43)</sup>.

### 2.6.2. Tükenmişlikle Mücadelede Örgütsel Yöntemler

Tükenmişliği örgütsel düzeyde önleme bireysel yöntemlere göre daha kalıcı ve etkindir.

- Görev tanımları açık ve net olmalıdır <sup>(22)</sup>.
- Objektif bir performans değerlendirme sistemi benimsenmeli, çalışanların kişisel yeterlilikleri ile tam olarak örtüşen performans kriterleri konmalı, yönetici, izin konusunda çok katı tutum izlememelidir <sup>(22)</sup>.
- Yönetici, çalışanın serbest karar verme ve kararlara katılma olanaklarını arttırmalıdır <sup>(43)</sup>.
- Kurumun stresin yoğun olarak yaşandığı ve yaşanma olasılığının yüksek olduğu pozisyonları için iç kontrol odağına sahip bireyler tercih edilmeli, dış kontrol odağına sahip bireyler ise daha az stresli görevlerde değerlendirilmelidir. Yönetici, çalışanlarına karşı net ve samimi olmalı, problemleri bir durumda kendisine başvurabileceklerini sözleri ve davranışları ile belli

etmelidir. Yönetici oluşan bir sorunda çalışanın tarafında olarak onu etkin bir şekilde savunmalı, gerekiyorsa çalışan bireyin müşteri ile temas yapısı değiştirilmelidir <sup>(43)</sup>.

- Bireyin beklentileri değiştirilmeli, olumlu deneyimleri vurgulanarak bireyin kendisini olumsuz değerlendirmesi önlenmelidir <sup>(44)</sup>.
- Yönetici, işin yoğunlaştığı zamanlarda yardımcı personel ve ek donanım sağlamalıdır. Aşırı yüklenme, boş oturma, belirsizlik ya da çatışma nedeni ile ortaya çıkan stresin azaltılması için işin modifikasyonu yapılarak, zor işlerin hep aynı bireylere yüklenmesi yerine, eşit olarak dağıtılması sağlanmalıdır. İş ortamında gürültü azaltılmalı, havadar ve ergonomik bir çalışma ortamı ile yeterli ekipman sağlanmalıdır. Çalışanlara danışmanlık hizmeti sağlanmalıdır <sup>(22)</sup>.
- Organizasyon içinde sosyal destek ve güven düzeyi yükseltilmelidir. Kurum içinde profesyonel eğitim ve sosyalleşme imkânı sağlanmalı <sup>(40)</sup>.
- Stres ve tükenmişlikten korunmaya ve kurtulmaya yönelik eğitim programları verilmelidir <sup>(40)</sup>.

## 2.7. Acil Serviste Tükenmişlik Sendromu

Acil serviste görev yapmakta olan hekimler hasta yoğunluğu, bakım verilen hastaların ciddiyeti ve vardiya usulü çalışma programı sebebiyle her zaman stres altındadırlar. İş yerindeki strese ek olarak sosyal yaşam, aile ve arkadaşlık ilişkilerinin de bu durumdan etkilenmesi, acil servis hekimlerinin zaman içerisinde yıpranmasına zemin hazırlayan etkenlerin başında gelir <sup>(45)</sup>. Acil tıp asistan hekimlerinin ana stres faktörleri, eğitimleri boyunca çok sayıda hasta bakmaları, hasta ölümleri, bozulmuş uyku düzenleri, uzun çalışma saatleri olarak gösterilmektedir <sup>(46)</sup>. Her sekiz acil tıp asistanından birisi eğitiminin bir döneminde emosyonel problemlerle karşı karşıya gelmekte ve tükenmişlik sendromuna yakalanmaktadır. Tükenmişlik sendromu birçok faktöre bağlı olarak gelişse de tek başına vardiya sistemi şeklinde çalışmak bile tükenmişlik sendromuna yol açabilmektedir <sup>(47)</sup>. Uygun ve düzenli bir vardiya sistemi çalışanları yıpranma etkilerinden korumak için önemlidir. Vardiya sisteminde dinlenme çok önemlidir. Genel olarak her bir gece nöbeti tutan için bir tam gün boşluk kişinin tekrar eski haline gelebilmesi için gereklidir <sup>(48)</sup>.

Bunun yanında malpraktis (tıbbi hata) yapma korkusu, ani ölümlerle yüz yüze gelme, doğru tanı konması gerekliliği, suçluluk hissi, yoğun ve rutin işler, hasta sayısı, zehirlenme olguları, zor veya bağımlı hastalar, psikiyatrik hastalarla ilgilenme zorunluluğu, saygı ve takdir eksikliği, dinlenmek için belli bir zamanın olmaması, vardiya değişimleri, uzun nöbet süreleri, diğer personelle yaşanan güçlükler, meslek hastalıkları riski, diğer hekimlerle fikir ayrılığı, aile, arkadaşlar ve sosyal

aktiviteler için çok az zaman kalması, bürokratik işlemler, hasta sevklerinde zorluklar tükenmişlik gelişiminde önemli yer tutar <sup>(49)</sup>.

Acil servis hekimlerinin iş ortamından kaynaklanan stresleri yanında fiziksel ve psikolojik hastalıklara yakalanma riskleri de artmıştır. Acil servis nöbetleri sırasında epinefrin salgısı, vücut ısısı artmakta ve solunum sayısı yükselmektedir. Kalp hızı ve diastolik kan basıncı da nöbetlerde yükselmektedir <sup>(50)</sup>. Acil tıp hekimlerinin muayene ettikleri hasta popülasyonuna bağlı olarak HIV, hepatit ve tüberküloz gibi riskli enfeksiyonlara yakalanma oranlarının fazla olması da ek bir stres yaratmaktadır <sup>(6)</sup>.



### **3. GEREÇ VE YÖNTEM**

#### **3.1. Araştırmanın Türü**

Bu çalışma İzmir İli içerisinde aktif olarak görev yapmakta olan acil tıp asistan hekimlerinin tükenmişlik sendromu sıklığının ve etkileyen faktörler yönünden değerlendirilmesi amacıyla planlanmış kesitsel ve tanımlayıcı bir araştırmadır.

#### **3.2. Araştırmanın Yöntemi, Evreni ve Örneklem Büyüklüğü**

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Yerel Etik Kurulundan 4396-GOA onay numarası (Ek-1) ile ve İzmir İl Sağlık Müdürlüğü onayı alınarak çalışmaya başlandı.

İzmir İli içerisindeki Acil Tıpta Uzmanlık Eğitimi vermekte olan Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Acil Tıp Anabilim Dalı, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Acil Tıp Anabilim Dalı, İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Tıp Anabilim Dalı, Sağlık Bilimleri Üniversitesi İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Tıp Anabilim Dalı, Sağlık Bilimleri Üniversitesi İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Tıp Anabilim Dalı'nda aktif olarak görev yapan Acil Tıpta Uzmanlık Öğrencileri çalışmaya dahil edildi.

Acil tıp asistan hekimlerine veri toplama araçlarının uygulanması amacıyla ilgili hastanelerin başhekimliklerinden, Acil Tıp Anabilim Dalları'ndan ve İzmir İl Sağlık Müdürlüğü'nden gerekli izin belgeleri alındı. Aktif çalışan araştırma görevlilerinin isimlerine ve sayılarına ilgili Acil Tıp Anabilim Dalları'ndan alınan izin ile ulaşıldı. Anketi doldurmayı kabul eden acil tıp asistan hekimleri ile kendi hastanelerinde, eğitim günlerinde yüz yüze görüşülerek anket formu doldurulması istendi.

Kurumsal Veri Formu ilgili hastanelerin Kalite Yönetim Birimleri'nde mevcut olan resmi acil servis verileri kullanılarak dolduruldu.

### 3.3. Veri Toplama Araçları

Araştırmada hekimlerin tükenmişlik seviyelerini tespit etmek ve tükenmişliğe neden olan faktörleri belirleyebilmek amacıyla “Sosyo-demografik ve Mesleki Veri Toplama Formu”, “Kurumsal Veri Formu” ve “Maslach Tükenmişlik Ölçeği” bir arada kullanılmıştır.

#### 3.3.1 Veri Toplama Formu ve Kurumsal Veri Formu

“Sosyo-demografik ve Mesleki Veri Toplama Formu” ve “Kurumsal Veri Formu”nda yer alan sorular “Delphi Anket Tekniği” kullanılarak hazırlanmıştır. Bu kapsamda öncelikli olarak Dokuz Eylül Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı’nda görev yapmakta olan öğretim görevlilerine isimsiz olarak Acil Tıpta Uzmanlık Öğrencilerini tükenmişlik yönünden etkileyecek sosyo-demografik, mesleki ve kurumsal sorunları bildirmeleri istenmiştir. Daha sonra bu verilerin hepsi soru haline getirilmiştir. Hazırlanan sorular kendilerine; hangi soruların sorulması, hangilerine gerek olmadığını ölçmeyi amaçlayan 5’li Likert Tipi” anket haline getirilip, iletilmiştir. Belirli tur sayısının sonunda elenen soruların ardından ideal anket soru sayısına ulaşılmış ve nihayetinde 36 soruluk “Veri Toplama Formu” acil tıp asistan hekimlerine sorulması amacıyla anket haline getirilmiş, “Kurumsal Veri Formu” da doldurulmak üzere hazır hale getirilmiştir. (Ek-2)

#### 3.3.2. Maslach Tükenmişlik Ölçeği

Maslach ve Jackson tarafından geliştirilen ve bireylerde tükenmişlik düzeyinin ölçümünde kullanılan ölçek “Maslach Tükenmişlik Ölçeği-MTÖ Maslach Burnout Inventory- MBI” (Ek-3) adıyla anılmaktadır. Ölçekte, 9’u duygusal tükenmişlik düzeyini, 8’i kişisel başarı hissini, 5’i duyarsızlaşmayı ölçen “1- Hiç” ile “5- Çok Sık” arasında yer alan 5’li Likert tipi toplam 22 adet soru yer almaktadır. Ölçek değerlendirilirken, tükenmişliğin üç boyutundan ikisi olan duygusal tükenmişlik ve duyarsızlaşma boyutlarında puan ne kadar yüksekse, buna karşın üçüncü boyut olan kişisel başarı hissinde ise puan ne kadar düşük ise, o ölçüde tükenmişlik yaşandığı şeklinde bir sonuca ulaşılmaktadır. Maslach ve Jackson bu ölçeği daha çok insanlara hizmet eden meslek gruplarını düşünerek geliştirmişler, tükenmişliğin de bu mesleklere ilişkin özel bir sorun olduğunu savunmuşlardır. Dolayısı ile ölçek sağlık sektöründe insan kaynakları üzerine yapılan araştırmalarda sıklıkla kullanılmıştır.

Maslach ve Jackson tarafından geliştirilmiş ölçeğin güvenilirlik katsayısı duygusal tükenmişlik için 0,88; kişisel başarı için 0,83 ve duyarsızlaşma için 0,72 olarak saptanmıştır. MTÖ'nün Türkiye uyarlaması Ergin tarafından yapılmıştır. 522 kişi üzerinden yapılan bu uyarlama çalışmasında ölçeğin duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarı alt ölçeklerinin iç tutarlık katsayıları sırasıyla 0,83; 0,65 ve 0,72 olarak bulunmuştur. Çam tarafından da ölçeğin Türkçe versiyonunun güvenilirliği incelenmiştir. 276 hemşireden oluşan denek grubunun verdikleri yanıtlara dayanarak elde edilen güvenilirlik katsayıları duygusal tükenme için 0,89; duyarsızlaşma için 0,71 ve kişisel başarı için 0,72 bulunmuştur. Ölçeğin yarıya bölme tekniği ile saptanan korelasyon katsayılarının Sperman-Brown düzeltilmesi yapıldıktan sonra elde edilen güvenilirlik ise duygusal tükenme için 0,84; duyarsızlaşma için 0,78 ve kişisel başarı için 0,72'dir. Bu katsayıların 0,70'den büyük olması güvenilirliğin varlığına önemli bir işaret olarak kabul edilmektedir.

### **3.4. İstatistiksel Analiz**

Çalışmadan elde edilen parametre değerleri değerlendirilirken SPSS v. 22.0 paket programı kullanıldı. Verilerin istatistiksel değerlendirilmesinde kategorik veriler frekans ve yüzde cinsinden, sürekli veriler ise verinin dağılım şekline bağlı olarak ortalama  $\pm$  standart sapma veya medyan değeri (minimum-maksimum) cinsinden özetlendi. Sürekli değişkenlerin normal dağılım testi yapıldıktan sonra, normal dağılıma uyumlu olanlar için, iki grup karşılaştırmalarında Bağımsız iki grup t testi (independent sample t test) kullanıldı. İki'den çok grup karşılaştırmalarında ise ANOVA istatistiği kullanıldı ve fark bulunan gruplardan hangileri arasında fark olduğunu tespit etmek için Bonferroni ve Tukey-HSD post-hoc istatistikleri kullanıldı. Bazı sorulardaki değişkenler cevapların dağılımına göre birleştirildi. Sürekli değişkenler arasındaki ilişki değerlendirmesinde Pearson korelasyon katsayıları kullanıldı. Değişkenler %95 güven aralığı düzeyinde incelendi ve  $p < 0,05$  istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.



## 4. BULGULAR

### 4.1. Sosyodemografik Özellikler

Çalışmaya 152 acil tıp asistan hekimi katıldı. Çalışmaya katılan hekimlerin 53'ü (%34,9) kadın, 99'u (%65,1) erkekti. Yaşları 23 ila 46 arası değişmekte olup ortalaması 28.74 ( $\pm 3,72$ ) idi. Medeni durumları incelendiğinde 60'ının (%39,5) evli, 92'sinin (%60,5) bekar olduğu görüldü. Ayrıca hekimlerin 31 tanesi (%20,4) çocuk sahibi iken, 121 tanesi (%79,6) çocuk sahibi değildi (Tablo 1).

**Tablo 1.** Çalışmaya Katılan Hekimlerin Sosyodemografik Verileri

	Sayı	%
<b>Yaş</b>		
<27	35	23
27-29	75	49,3
$\geq 30$	42	27,6
<b>Cinsiyet</b>		
Kadın	53	34,9
Erkek	99	65,1
<b>Medeni Hal</b>		
Evli	60	39,5
Bekar	92	60,5
<b>Çocuk durumu</b>		
Çocuklu	31	20,4
Çocuksuz	121	79,6

### 4.2. Çalışmaya Katılan Hekimlerin Sigara, Alkol ve Madde Kullanım Oranları

Araştırmaya katılan hekimlerin yarısı (n=76) sigara içtiğini belirtti. Alkol kullananların oranı %74 (n=112), kullanmayanların oranı %26 (n=40) saptanırken; keyif verici madde kullananların oranı %15 (n=22) ve kullanmayanların oranı %85 (n=130) tespit edildi (Tablo 2).

**Tablo 2.** Sigara, Alkol ve Madde Kullanım Oranları

	Sayı	%
<b>Sigara</b>		
Kullanıyorum	76	50
Kullanmıyorum	76	50
<b>Alkol</b>		
Kullanıyorum	112	74
Kullanmıyorum	40	26
<b>Keyif Verici Madde</b>		
Kullanıyorum	22	15
Kullanmıyorum	130	85

### 4.3. Çalışmaya Katılan Hekimlerin Çalışma Koşulları

Çalışmaya katılan hekimlere Acil Tıpta Uzmanlık Öğrencisi (ATUÖ) olarak kaçınıcı yılında oldukları, aylık çalışma saatleri ve aylık baktıkları hasta sayıları soruldu.

Hekimlerin 51'i (%33,6) ilk yılında, 34'ü (%22,4) 2. yılında, 28'i (%18,4) 3. yılında, 24'ü (%15,8) 4. yılında, 15'i (%9,8) 5. yılında idi (Tablo 3).

Aylık çalışma saatleri sorgulandığında 64 (%42) hekimin 216 saat veya daha az çalıştığı, 22 (%14) hekimin 224-232 saat çalıştığı, 51 (%33) hekimin 240 saat çalıştığı ve 15 (%10) hekimin 256-264 saat çalıştığı tespit edildi (Tablo 3).

Aylık muayene edilen hasta sayıları incelendiğinde ortalama 1008 ( $\pm 535$ ) hasta muayene edildiği, 38 (%25) hekimin 1137 hastadan daha fazlasını muayene ettikleri saptandı (Tablo 3).

**Tablo 3.** Çalışma Koşulları

	Sayı	%
<b>ATUÖ Yılı</b>		
1. yıl	51	33,6
1-2. yıl arası	34	22,4
2.-3. yıl arası	28	18,4
3.-4. yıl arası	24	15,8
>4. Yıl	15	9,8
<b>Aylık Çalışma Saati</b>		
$\leq 216$ saat	64	42
224-232 saat	22	14
240 saat	51	33
256-264 saat	15	10
<b>Aylık Hasta Sayısı</b>		
<700	39	26
700-852	37	24
853-1137	38	25
>1137	38	25

#### 4.4. İzmir İli Acil Tıpta Uzmanlık Eğitimi Veren Hastaneler ile İlgili Veriler

Tükenmişlik ile ATUÖlerin çalıştıkları hastaneler ile ilgili faktörlerin karşılaştırılması amaçlanarak, ATUÖ sayısı, uzman sayısı, akademik ünvanlı uzman sayısı, bir nöbetteki ATUÖ sayısı, bir nöbetteki hemşire sayısı, bir nöbetteki personel sayısı, acil servisteki toplam sedye sayısı, acil servise bir günde gelen ortalama hasta sayısı, acil servise bir günde gelen ortalama 112 ambulans sayısı, acil servis hizmet alanı, hastanenin toplam yatak kapasitesi, bir günde ATUÖ başına düşen hasta sayısı, bir günde hemşire başına düşen hasta sayısı, bir günde personel başına düşen hasta sayısı, bir günde sedye başına düşen hasta sayısı ve m<sup>2</sup> başına düşen hasta sayısı, 1000 m<sup>2</sup> ye düşen asistan, hemşire ve personel sayısı değerlendirildi (Tablo 4).

Bir günde acil servise gelen hastaların triaj dağılımı incelendiğinde, hastanelerin triaj numaralandırmalarının birbiriyle uyuşmadığı tespit edildi. Bu nedenle acil servise gelen hastaların triaja göre dağılımı incelenemedi. Ayrıca hastaların acil serviste kalış süreleri değerlendirildiğinde, elde edilen sürelerin gerçek süreler ile tam olarak uyum sağlamadığı görüldüğünden, hastaların acil serviste kalma süreleri ile ilgili de net bir değerlendirme yapılamadı.

**Tablo 4.** İzmir İli Acil Tıpta Uzmanlık Eğitimi Veren Hastaneler ile İlgili Veriler

	Dokuz Eylül Üni.	Ege Üni.	Bozyaka EAH.	Katip Çelebi Üni.	Tepecik EAH.
ATUÖ Sayısı	33	48	33	37	34
Uzman sayısı	2	5	12	14	17
Akademik Unvanlı Uzman Sayısı	7	4	1	3	3
Bir nöbetteki ATUÖ sayısı	7	13	8	9	9
Bir nöbetteki hemşire sayısı	6	14	13	12	11
Bir nöbetteki personel sayısı	4	7	5	8	7
Acil servisteki toplam sedye sayısı	52	80	34	62	38
Bir günde gelen ortalama hasta sayısı	377	600	550	896	527
Bir günde gelen ortalama 112 ambulans sayısı	32	90	35	92	30
Acil servis hizmet alanı	1200	2000	700	920	800
Hastanenin toplam yatak sayısı	1000	1800	680	1100	840
Bir günde ATUÖ başına düşen hasta sayısı	26,9	23	34,3	49,7	29,2
Bir günde hemşire başına düşen hasta sayısı	31,4	24,4	21,1	37,3	23,9
Bir günde personel başına düşen hasta sayısı	47,1	42,8	55	56	75,2
Bir günde sedye başına düşen hasta sayısı	7,25	7,5	16,1	14,4	13,8
Bir günde m2 başına düşen hasta sayısı	0,34	0,3	0,8	0,97	0,65
1000 m2ye düşen ATUÖ sayısı	5,8	6,5	11	9,7	11
1000 m2ye düşen hemşire sayısı	5	7	18	13	13
1000 m2ye düşen personel sayısı	3,3	3,5	7,1	8,6	8,7

#### 4.5. Çalışmaya Katılan Hekimlerin Nöbet Dışı Koşullar ile İlgili İfadelere Verdikleri Yanıtlar

Çalışmaya katılan hekimlerin %57'si (n=87) mevcut gelir düzeylerinin yeterli olmadığını düşünmekte iken %27'si mevcut gelir düzeylerinin yeterli olduğunu düşünmekte idi.

Nöbetleri yüzünden kişisel öz bakımlarında aksama yaşayan hekimlerin oranı %76 (n=116) iken yalnızca %15'i (n=22) aksama yaşamadığını belirtti. Hekimlerin yine %76'sının (n=116) nöbet sonraları evde uyku problemi yaşadığı, %15'inin ise (n=22) uyku problemi yaşamadığı tespit edildi.

Hekimlerin nöbet dışında kalan yeterli boş zamanları sorgulandığında 103 hekim (%70) yeterli boş zamanının kalmadığını, 24 hekim (%16) yeterli boş zamanının kaldığını ifade etti. Katılımcıların nöbet dışı koşullar ile ilgili ifadelerine verdikleri yanıtlar Tablo 5'te gösterildi.

**Tablo 5.** Nöbet Dışı Koşullar ile İlgili İfadelere Verilen Yanıtlar

	Kesinlikle Katılıyorum	Kısmen Katılıyorum	Kararsızım	Kısmen Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
<b>Nöbet Dışı Koşullar</b>	<b>n (%)</b>	<b>n (%)</b>	<b>n (%)</b>	<b>n (%)</b>	<b>n (%)</b>
Mevcut gelir düzeyimin yeterli olduğunu düşünüyorum.	4 (2,6)	38 (25,0)	23 (15,1)	43 (28,3)	44 (28,9)
Kişisel öz bakımım konusunda nöbetler yüzünden aksamalar yaşıyorum.	45 (29,6)	71 (46,7)	14 (9,2)	17 (11,2)	5 (3,3)
Nöbet sonraları evde uyku sorunu yaşıyorum.	68 (44,7)	48 (31,6)	14 (9,2)	15 (9,9)	7 (4,6)
Nöbetlerim dışında yeterli boş zamanımın kaldığını düşünüyorum.	8 (5,3)	16 (10,5)	22 (14,5)	37 (24,3)	69 (45,4)

#### 4.6. Çalışmaya Katılan Hekimlerin Çalışmakta Oldukları Hastane İle İlgili İfadelere Verdikleri Yanıtlar

Çalışmaya katılan hekimlerin %47'si (n=76) beraber çalıştıkları asistan sayısını yeterli bulurken, %34'ü (n=51) yetersiz bulmaktaydı. 152 hekimin yalnızca 7'sinin (%4,6) beraber çalıştıkları yardımcı personel sayısını yeterli bulmakta olduğu, 130 tanesinin (%86) ise yetersiz bulmakta olduğu tespit edildi.

İş güvenliği için yeterli önlem alındığını düşünen hekimlerin oranı %7'de (n=11) kalırken, hekimlerin %86'sı (n=130) güvenlik önlemlerinin yetersiz kaldığı görüşündeydiler.

Mobbinge maruz kaldığını düşünen hekimlerin sayısı 55 (%36) iken, 71 hekim mobbinge maruz kaldığını düşünmüyor idi. Tıbbi araştırma yapabilmek için yeterli imkanlara sahip olduğunu düşünenlerin oranı %21 (n=32), bu görüşe katılmayanların oranı %51 (n=76) bulundu.

Çalışmaya katılan hekimler %18 oranında (n=27) yaptıkları bildirimlerin dikkate alındığını ifade ederken, %54 oranında (n=82) ise dikkate alınmadığını ifade etti.

Görev sorumluluk ve yetkilerinin belirli olduğunu düşünenlerin oranı %26 (n=43) iken, %51'i (n=77) bu ifadeyi olumsuz olarak yanıtladılar. Çalışmaya katılan hekimlerin hastane ile ilgili ifadelere verdikleri yanıtlar Tablo 6'da gösterildi.

**Tablo 6.** Hastane Faktörleri ile İlgili İfadelere Verilen Yanıtlar

	Kesinlikle Katılıyorum	Kısmen Katılıyorum	Kararsızım	Kısmen Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
<b>Hastane ile ilgili faktörler</b>	<b>n (%)</b>	<b>n (%)</b>	<b>n (%)</b>	<b>n (%)</b>	<b>n (%)</b>
Beraber çalıştığım asistan sayısını yeterli buluyorum.	18 (11,8)	58 (35,5)	29 (19,1)	28 (18,4)	23 (15,1)
Beraber çalıştığım yardımcı sağlık personeli sayısını yeterli buluyorum.	0 (0)	7 (4,6)	15 (9,9)	40 (26,3)	90 (59,2)
İş güvenliğim için yeterli önlem alındığını düşünüyorum.	2 (1,3)	9 (5,9)	11 (7,2)	52 (34,2)	78 (51,3)
Mobbinge maruz kaldığımı düşünüyorum.	18 (11,2)	37 (24,3)	27 (17,1)	51 (33,6)	20 (13,2)
Tıbbi araştırma yapmak için yeterli imkanlara sahibim.	10 (6,6)	22 (14,5)	44 (28,9)	44 (28,9)	32 (21,1)
Yaptığım geri bildirimler dikkate alınmıyor.	0 (0)	27 (17,8)	43 (28,3)	36 (23,7)	46 (30,3)
Görev, sorumluluk ve yetkilerimin belirli olduğunu düşünüyorum.	0 (0)	43 (26,3)	32 (21,1)	37 (24,3)	40 (26,3)

#### 4.7. Çalışmaya Katılan Hekimlerin Nöbet Koşulları ile İlgili İfadelere Verdikleri Yanıtlar

Çalışmaya katılan hekimlerin 54'ü (%42) haftada birkaç kez ya da daha fazla nöbet sırasında mola verebildiğini, 88'i (%58) ayda birkaç kez ya da daha az mola verebildiğini ifade etti. Her nöbetinde beslenebilme fırsatı olan hekimlerin oranı %21,1 (n=32) iken, hekimlerin %78,9'unun (120) haftada en az birkaç kez nöbet sırasında beslenme sorunu yaşadığı tespit edildi.

Çalışmaya katılan 152 hekimin 106'sı (%70) haftada en az birkaç kez sözel şiddete maruz kaldığını, 46'sı ayda birkaç kez ya da daha az sözel şiddete maruz kaldığını ifade etti. Yalnızca 1 hekim hiçbir zaman sözel şiddete maruz kalmadığını ifade etti. Fiziksel şiddet maruziyeti sorgulandığında 98 (%64,5) hekim yılda en az birkaç kez, 54 (%35,5) hekim hiç fiziksel şiddete maruz kalmadığını belirtti.

Hasta veya hasta yakınlarından, en az ayda birkaç kez olumlu bildirim alan hekimlerin oranı %69,1 (n=105) iken, %30,9'unun (n=47) yılda en fazla birkaç kez olumlu bildirim aldığı tespit edildi. 65 (%42,7) hekimin haftada en az birkaç, 87'sinin (%57,3) ayda en fazla birkaç kez olumsuz bildirim aldığı görüldü.

Nöbetleri sırasında hekimlerin 100'ünün (%65,8) her nöbet, 38'inin haftada en az birkaç kaç nöbet; yalnızca 14 (%9,2) hekimin ayda en fazla birkaç nöbet hastalarını ilgili servise yatırmak konusunda sorun yaşadıkları görüldü.

125 (%81,9) hekim en fazla ayda birkaç kez, 27 hekim (%18,1) haftada birkaç kez ya da daha sık, nöbetleri sırasında iş arkadaşlarıyla anlaşmazlık yaşadığını ifade etti. Çalışmaya katılan hekimlerin nöbet koşulları ile ilgili ifadelerine verdikleri yanıtlar Tablo 7'de gösterildi.

**Tablo 7.** Nöbet Koşulları ile İlgili İfadelere Verilen Yanıtlar

	Her Nöbet	Haftada birkaç kez	Ayda birkaç kez	Yılda birkaç kez	Hiçbir Zaman
<b>Nöbet Koşulları</b>	<b>n (%)</b>	<b>n (%)</b>	<b>n (%)</b>	<b>n (%)</b>	<b>n (%)</b>
Mola verebiliyorum.	24 (15,8)	40 (26,3)	45 (29,6)	18 (11,8)	25 (16,4)
Beslenmeye zaman bulabiliyorum.	32 (21,1)	68 (44,7)	28 (18,4)	13 (8,6)	11 (7,2)
Sözel şiddete maruz kalıyorum.	63 (41,4)	43 (28,3)	33 (21,7)	12 (7,9)	1 (0,7)
Fiziksel şiddete maruz kalıyorum.	1 (0,7)	6 (3,9)	22 (14,5)	69 (45,4)	54 (35,5)
Hasta/hasta yakınlarından olumlu geri bildirim alıyorum.	13 (8,6)	4 (28,9)	48 (31,6)	39 (25,7)	8 (5,3)
Hasta/hasta yakınlarından olumsuz geri bildirim alıyorum.	25 (16,4)	40 (26,3)	47 (30,9)	37 (24,3)	3 (2,0)
Yatış alan hastalarımı ilgili servise yatırmak konusunda sorun yaşıyorum.	100 (65,8)	38 (25,0)	7 (4,6)	4 (2,6)	3 (2,0)
İş arkadaşlarımla anlaşmazlık yaşıyorum.	1 (1)	26 (17,1)	27 (17,8)	52 (34,2)	46 (30,3)



#### 4.8. Çalışmaya Katılan Hekimlerin Acil Tıp Uzmanlığı İle İlgili İfadelere Verdikleri Yanıtlar

Çalışmaya katılan 152 hekimin yalnızca 5'i (%3,3) Acil Tıp Uzmanlığı'nın bugün hak ettiği yeri bulduğuna inanırken, 124 hekim bu görüşe katılmamaktadır.

Hekimlerin %44,1'i (n=67) Acil Tıp Uzmanlığı'nın gelecekteki yerinin iyi olduğunu düşünmekte, %27,7'si (n=42) bu konuda olumsuz düşünmektedir.

109 (%71,7) hekim Acil Tıp Uzmanlığı'na devam etmeyi düşündüğünü, yalnızca 9 hekim devam etmeyi düşünmediğini belirtti.

Bugün şans verilmesi durumunda hekimlerin %59,2'sinin tekrar Acil Tıp Uzmanlığı'nı seçeceği, %21,1'inin seçmeyeceği görüldü.

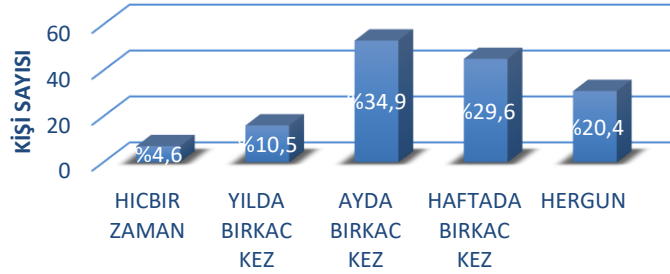
Çalışmaya katılan hekimlerin Acil Tıp Uzmanlığı ile ilgili ifadelerine verdikleri yanıtlar Tablo 8'de gösterildi.

**Tablo 8.** Acil Tıp Uzmanlığı ile İlgili Görüşler

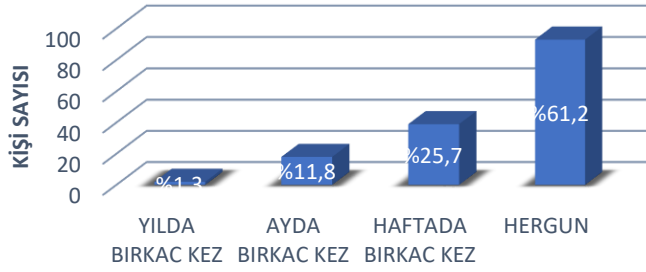
	Kesinlikle Katılıyorum	Kısmen Katılıyorum	Kararsızım	Kısmen Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
<b>Acil Tıp Uzmanlığı İle İlgili Görüşler</b>	<b>n (%)</b>	<b>n (%)</b>	<b>n (%)</b>	<b>n (%)</b>	<b>n (%)</b>
Acil Tıp Uzmanlığı'nın bugün hak ettiği yeri bulduğuna inanıyorum.	1 (0,7)	4 (2,6)	23 (15,1)	47 (30,9)	77 (50,7)
Acil Tıp Uzmanlığı'nın gelecekteki yerinin iyi olacağını düşünüyorum.	10 (6,6)	57 (37,5)	43 (28,3)	27 (17,8)	15 (9,9)
Acil Tıp Uzmanlığı'na devam etmeyi düşünüyorum.	41 (27,0)	68 (44,7)	34 (22,4)	4 (2,6)	5 (3,3)
Bugün şans verilse tekrar Acil Tıp Uzmanlığı'nı seçerim.	40 (26,3)	50 (32,9)	30 (19,7)	13 (8,6)	19 (12,5)

#### 4.9. Çalışmaya Katılan Hekimlerin “Maslach Tükenmişlik Ölçeğine” (MTÖ) Verdikleri Yanıt Oranları

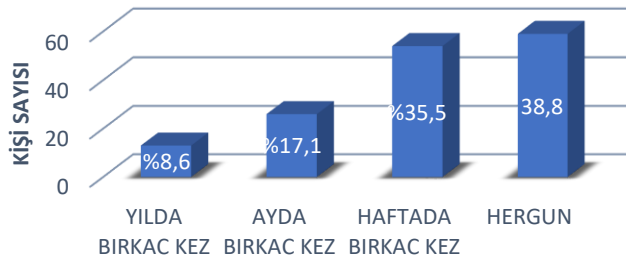
1.” Kendimi işimden duygusal olarak uzaklaşmış hissediyorum.”



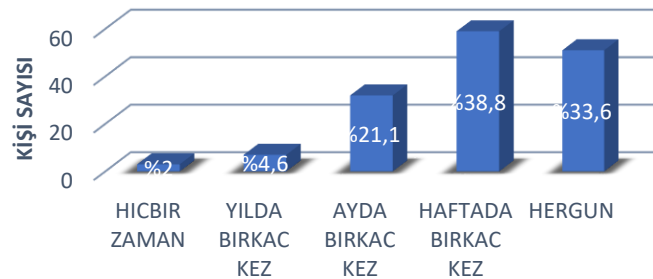
2. “İşgününün sonunda kendimi bitkin hissediyorum.”



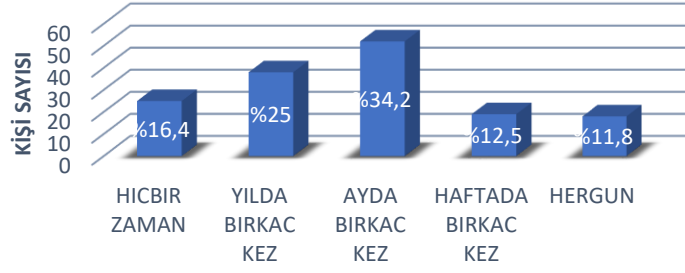
3. “Sabah kalkıp yeni bir işgünü ile karşılaşmak zorunda kaldığımda kendimi yorgun hissediyorum.”



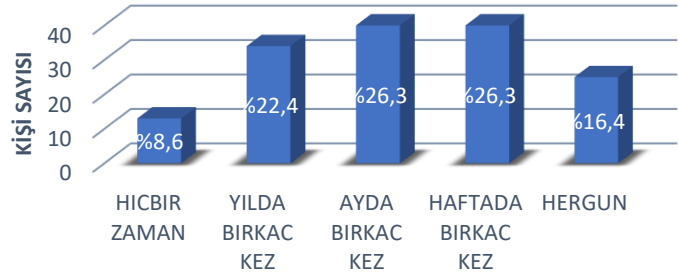
4. “Hastalarımın pekçok şey hakkında neler hissettiklerini anlayabilirim.”



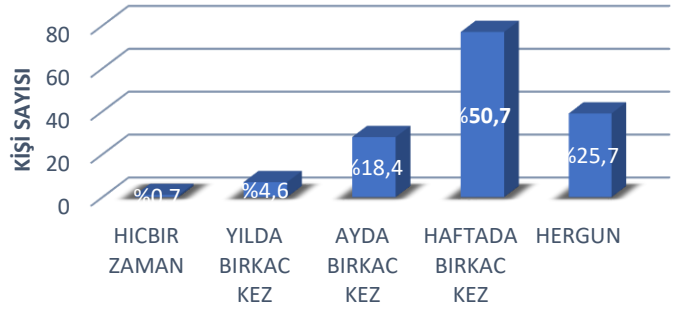
5.” Bazı hastalarım onlar sanki kişilikten yoksun bir objeymiş gibi davrandığını hissediyorum.”



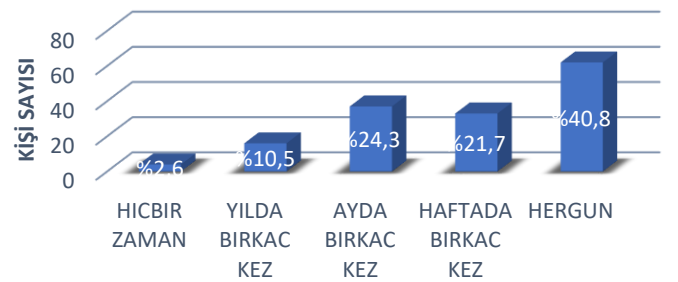
6.” Bütün gün insanlarla çalışmak benim için gerçekten bir gerginliktir.”



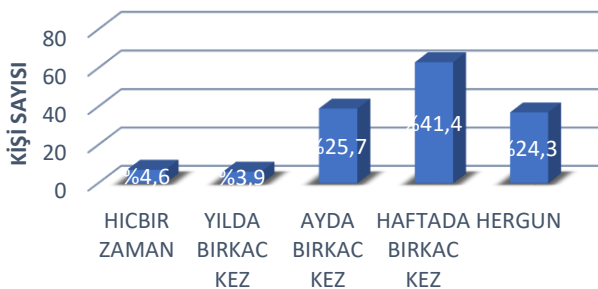
7. “Hastalarımın sorunlarını etkili bir şekilde hallederim.”



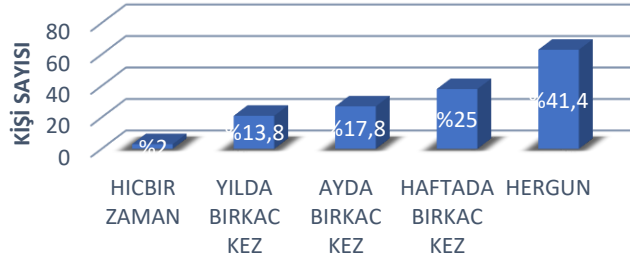
8. “İşimin beni tükettiğini hissediyorum.”



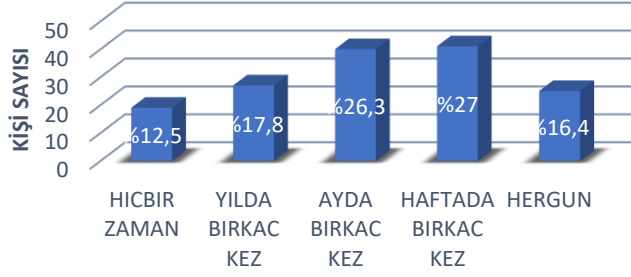
9. “İşimle diğer insanların yaşamlarını olumlu yönde etkilediğimi hissediyorum.”



10. “Bu mesleğe başladığımdan beri insanlara karşı katılaştığıımı hissediyorum.”



11. “Bu iş beni duygusal olarak katılaştırdığı için sıkıntı duyuyorum.”



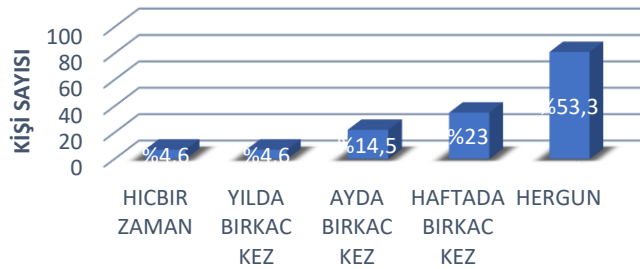
12. “Kendimi çok enerjik hissediyorum.”



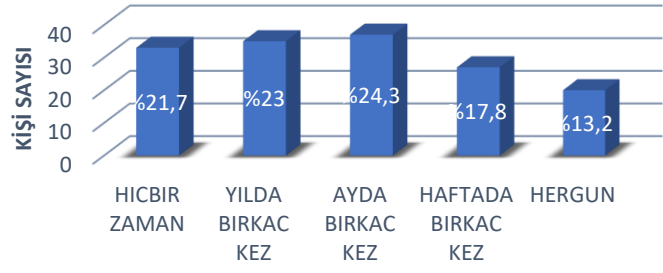
13.” İşimin beni hayal kırıklığına uğrattığıımı düşünüyorum.”



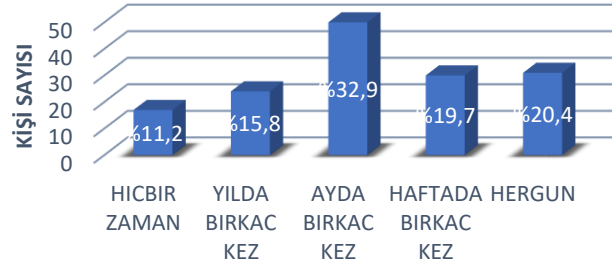
14. “İşimde gücümün üstünde çalıştığımı hissediyorum.”



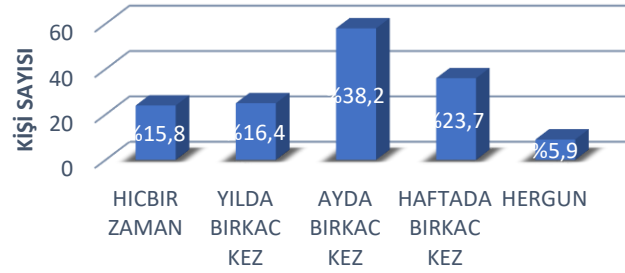
15. “Bazı hastaların başına gelenler gerçekten umurumda değil.”



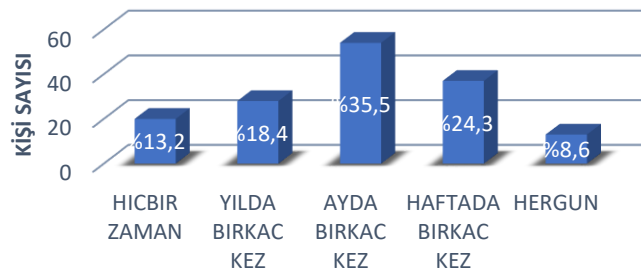
16. “Doğrudan insanlarla çalışmak bende çok fazla strese neden oluyor.”



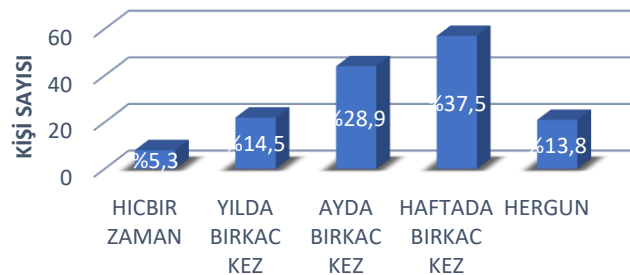
17. “Hastalarımın rahat bir atmosferi kolayca sağlayabilirim.”



18. “Hastalarımınla yakın ilişki içinde çalıştıktan sonra kendimi ferahlamış hissediyorum.”



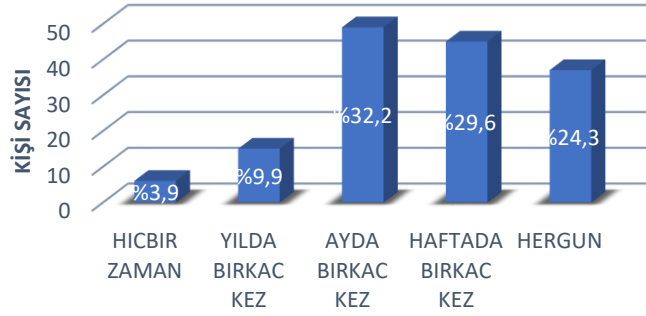
19. “Bu meslekte pek çok değerli işler başardım.”



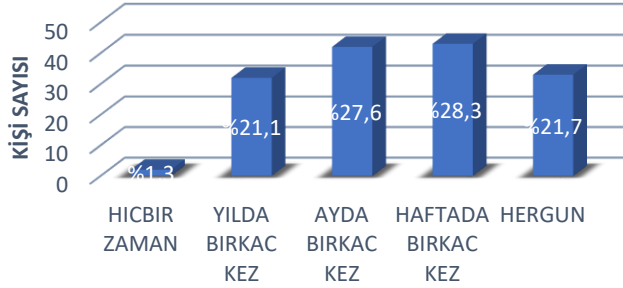
20. “Kendimi çok çaresiz hissediyorum.”



21. “İşimde duygusal sorunları bir hayli soğukkanlılıkla hallederim.”



22. “Hastaların bazı problemleri için beni suçladıklarını hissediyorum.”



#### 4.10. Maslach Tükenmişlik Ölçeği Alt Boyut Puanlamaları

Bu çalışmada, duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarı alt ölçeklerinden elde edilen toplam puanlar değerlendirilmiştir. Maslach Tükenmişlik Ölçeği alt ölçeklerinden, duygusal tükenme ve duyarsızlaşma alt ölçeklerinden alınan yüksek puan ile kişisel başarı boyutundan alınan düşük puan, yüksek tükenmişlik düzeyini ifade etmektedir.

Ölçeğin İngilizce özgün formunda tükenmişlik yaşanma yoğunluğuna göre yüksek, orta ve düşük olarak ifade edilebilecek limit değerleri mevcuttur. Schaufeli ve Dierendock tarafından Amerikan ve Hollandalı denekler ile yapılan bir araştırmada, tükenmişlik düzeylerinin sınıflandırılmasında kullanılan kesme noktalarının sosyal ve kültürel nedenlerden dolayı ülkeden ülkeye değişiklik gösterdiği belirtilmektedir. Ükelere özgü limit değerlerinin belirlenmesinin doğru olacağı ifade edilmiştir. MTÖ anketinin Türkçe çevirisi için henüz alt boyutlarında geçerliliği yapılmış düşük-orta-yüksek sınır değerleri mevcut değildir <sup>(12,23)</sup>. Bu nedenle bu çalışmada gruplar kendi içinde karşılaştırılmadı. Tükenmişlik var ya da yok yorumu yaptıracak bir kesme değeri bulunmadığı için, kategorik sınıflama yapılmadı. Tablo 9’da araştırmaya katılan hekimlerin MTÖ alt boyutlarından aldıkları puanlara ilişkin veriler gösterildi.

**Tablo 9.** Araştırmaya Katılan Hekimlerin Maslach Tükenmişlik Ölçeğine (MTÖ) Ait Alt Boyutlardan Aldıkları Puanlara İlişkin Veriler

	(DT) Duygusal Tükenme	(DYS) Duyarsızlaşma	(KB) Kişisel Başarı
<b>n=152</b>			
Ortalama (std. sapma)	23,17 ( $\pm 6,68$ )	11,11 ( $\pm 3,97$ )	19,00 ( $\pm 5,00$ )
Ortanca(min.-maks.)	23 (3-36)	11 (2-20)	14 (9-32)

#### 4.11. Çalışmaya Katılan Hekimlerin Sosyodemografik Özellikleri ile MTÖ Alt Boyutlarının Karşılaştırılması

Araştırmaya katılan hekimlerin MTÖ alt boyutları yaşa göre değerlendirildiğinde, 30 yaş ve üzeri hekimlerin DT puanlarının daha düşük, KB puanlarının daha yüksek olduğu; DYS puanları arasında fark olmadığı saptandı (Tablo 10).

**Tablo 10.** Yaşa Göre MTÖ Alt Boyutlarının Dağılımı

	Duygusal Tükenme	Duyarsızlaşma	Kişisel Başarı
	Ortalama (std. sapma)	Ortalama (std. sapma)	Ortalama (std. sapma)
<30 Yaş (n=110)	23,84 (±6,31)	11,58 (±4,00)	18,43 (±5,02)
≥30 Yaş (n=42)	21,19 (±7,05)	10,97 (±4,08)	20,5 (±4,69)
<b>p</b>	<b>0,026</b>	0,129	<b>0,022</b>

Cinsiyete göre MTÖ alt boyutları incelendiğinde, kadın hekimlerin DT puanlarının daha yüksek olduğu, KB puanlarının daha düşük olduğu, DYS puanları arasında anlamlı fark olmadığı görüldü (Tablo 11).

**Tablo 11.** Cinsiyete Göre MTÖ Alt Boyutlarının Dağılımı

	Duygusal Tükenme	Duyarsızlaşma	Kişisel Başarı
	Ortalama (std. sapma)	Ortalama (std. sapma)	Ortalama (std. sapma)
<b>Kadın (n=53)</b>	25,86 (±7,1)	11,58 (±4,18)	17,84 (±3,82)
<b>Erkek (n=99)</b>	21,93 (±6,73)	10,86 (±3,86)	19,62 (±5,45)
<b>p</b>	<b>0,001</b>	0,219	<b>0,036</b>



Medeni durum değişkeninin MTÖ alt boyutları ile ilişkisi incelendiğinde bekar olan hekimlerin DT ve DYS puanlarının daha yüksek olduğu bulundu. KB puanları arasında anlamlı fark saptanmadı (Tablo12).

**Tablo 12.** Medeni Duruma göre MTÖ Alt Boyutlarının Dağılımı

	<b>Duygusal Tükenme</b>	<b>Duyarsızlaşma</b>	<b>Kişisel Başarı</b>
	Ortalama (std. sapma)	Ortalama (std. sapma)	Ortalama (std. sapma)
<b>Evli (n=60)</b>	21,55 (±6,62)	10,21 (±3,78)	18,56 (±5,16)
<b>Bekar (n=92)</b>	24,45 (±7,19)	11,70 (±4,01)	19,29 (±4,90)
<b>p</b>	<b>0,013</b>	<b>0,020</b>	0,383

Çalışmaya katılan hekimlerin çocuk sahibi olma durumlarının MTÖ alt boyutları ile ilişkisi incelendiğinde, çocuk sahibi olan hekimlerin DT ve DYS puanlarının daha düşük olduğu görüldü. KB puanları arasında fark görülmedi (Tablo 13).

**Tablo 13.** Çocuk Varlığına göre MTÖ Alt Boyutlarının Dağılımı

	<b>Duygusal Tükenme</b>	<b>Duyarsızlaşma</b>	<b>Kişisel Başarı</b>
	Ortalama (std. sapma)	Ortalama (std. sapma)	Ortalama (std. sapma)
<b>Çocuklu (n=31)</b>	19,22 (±6,37)	8,61 (±3,51)	19,22 (±6,37)
<b>Çocuksuz (n=121)</b>	24,19 (±7,05)	11,76 (±3,84)	18,95 (±4,61)
<b>p</b>	<b>0,007</b>	<b>&lt;0,001</b>	0,786

#### 4.12. Çalışmaya Katılan Hekimlerin Sigara, Alkol ve Madde Kullanımları ile MTÖ Alt Boyutlarının Karşılaştırılması

Sigara kullanan hekimler ile kullanmayanların DT, DYS, KB puanları arasında fark yoktu.

Keyif verici madde kullanan hekimlerin de kullanmayanlara oranla DT, DYS, KB puanları arasında fark saptanmadı.

Alkol kullanan hekimlerin ise kullanmayanlara göre KB ve DYS puanı daha yüksek saptanırken; DT puanları arasında anlamlı fark olmadığı görüldü (Tablo 14).

**Tablo 14.** Sigara, Alkol ve Keyif Verici Madde Kullanımına göre MTÖ Alt Boyutlarının Dağılımı

	<b>Duygusal Tükenme</b>	<b>Duyarsızlaşma</b>	<b>Kişisel Başarı</b>
	Ortalama (std. sapma)	Ortalama (std. sapma)	Ortalama (std. sapma)
<b>Sigara</b>			
Kullanan (n=76)	23,46 (±6,18)	11,43 (±3,94)	19,40 (±4,61)
Kullanmayan (n=76)	23,15 (±7,94)	10,80 (±4,01)	18,60 (±5,36)
<b>p</b>	0,794	0,359	0,324
<b>Alkol</b>			
Kullanan (n=112)	23,80 (±6,52)	11,62 (±3,95)	19,50 (±4,70)
Kullanmayan (n=40)	21,64 (±8,34)	9,58 (±3,71)	17,64 (±5,64)
<b>p</b>	0,148	<b>0,006</b>	<b>0,045</b>
<b>Madde</b>			
Kullanan (n=22)	21,54 (±8,86)	12,00 (±3,85)	20,00 (±5,61)
Kullanmayan (n=130)	23,45 (±6,23)	10,96 (±3,99)	18,83 (±4,89)
<b>p</b>	0,363	0,270	0,392

#### 4.13. Çalışmaya Katılan Hekimlerin ATUÖ Olarak Çalıştıkları Yıl ile MTÖ Alt Boyutlarının Karşılaştırılması

Araştırmaya katılan hekimlerin Acil Tıpta Uzmanlık Öğrencisi (ATUÖ) olarak geçirdikleri süre ile MTÖ alt boyutlarının ilişkisi incelendiğinde, ilk yılındaki ATUÖlerin DT puanlarının daha yüksek olduğu, 3. yıldan sonra ise KB puanının daha yüksek olduğu tespit edildi (Tablo 15).

**Tablo 15.** ATUÖ Olarak Çalışılan Yıl ile MTÖ Alt Boyutlarının Karşılaştırılması

	Duygusal Tükenme	Duyarsızlaşma	Kişisel Başarı
	Ortalama (std. sapma)	Ortalama (std. sapma)	Ortalama (std. sapma)
<b>1.Yıl (n=51)</b>	25,62 (±6,37)	11,68 (±4,13)	18,11 (±5,05)
<b>&gt;1. Yıl (n=101)</b>	22,13 (±7,18)	10,83 (±3,89)	19,4 (±4,94)
<b>p</b>	<b>0,04</b>	0,163	0,12
<b>İlk 3 Yıl (n=113)</b>	23,43 (±6,67)	11,26 (±3,84)	18,48 (±5,11)
<b>&gt;3. Yıl (n=39)</b>	22,17 (±6,40)	10,87 (±4,32)	20,5 (±4,37)
<b>p</b>	0,309	0,298	<b>0,029</b>

#### 4.14. Çalışmaya Katılan Hekimlerin Aylık Çalışma Saatleri ile MTÖ Alt Boyutlarının Karşılaştırılması

Aylık çalışma saatleri ile MTÖ alt boyutlarının karşılaştırılması incelendiğinde, aylık 240 saate kadar çalışan hekimlerin DT, DYS ve KB puanlarında anlamlı bir farklılık saptanmamış olup, 240 saat ve daha fazla nöbet tutan hekimlerin DT puanı daha yüksek, KB puanı daha düşük saptandı. DYS puanları arasında fark saptanmadı (Tablo 16).

**Tablo 16.** Aylık Çalışma Saati ile MTÖ Alt Boyutlarının Karşılaştırılması

	Duygusal Tükenme	Duyarsızlaşma	Kişisel Başarı
	Ortalama (std. sapma)	Ortalama (std. sapma)	Ortalama (std. sapma)
<b>&lt;240 Saat (n=86)</b>	22,91 (±7,00)	10,98 (±3,99)	19,3 (±4,71)
<b>≥240 Saat (n=66)</b>	26,93 (±7,10)	10,13 (±4,70)	15,93 (±6,57)
<b>p</b>	<b>0,037</b>	0,539	<b>0,012</b>

#### 4.15. Çalışmaya Katılan Hekimlerin Aylık Muayene Ettikleri Hasta Sayısı ile MTÖ Alt Boyutlarının Karşılaştırılması

Araştırmaya katılan hekimlerin aylık muayene ettikleri hasta sayısı ile MTÖ alt boyutlarının karşılaştırması ele alındığında, 1137 hastadan daha fazlasını muayene edenlerin (n=38, %25) DT ve KB puanlarında fark saptanmadı ve DYS puanlarının ise daha düşük olduğu görüldü (Tablo 17).

**Tablo 17.** Aylık Muayene Edilen Hasta Sayısı ile MTÖ Alt Boyutlarının Karşılaştırılması

	<b>Duygusal Tükenme</b>	<b>Duyarsızlaşma</b>	<b>Kişisel Başarı</b>
	Ortalama (std. sapma)	Ortalama (std. sapma)	Ortalama (std. sapma)
<b>&lt;1137 Hasta (n=114)</b>	23,50 (±6,41)	10,61 (±9,89)	18,91 (±4871)
<b>≥1137 Hasta (n=38)</b>	22,18 (±7,42)	9,89 (4,27)	19,28 (±5,59)
<b>p</b>	0,291	<b>0,015</b>	0,689

#### 4.16. Çalışmaya Katılan Hekimlerin Gelir Düzeyi Algısı ile MTÖ Alt Boyutlarının Karşılaştırılması

Hekimlerin gelir düzeyi algısı ile MTÖ alt boyutları karşılaştırıldığında 3 alt boyutta da fark saptanmamıştır (Tablo 18).

**Tablo 18** Gelir Düzeyi Algısı ile MTÖ Alt Boyutlarının Karşılaştırılması

	<b>Duygusal Tükenme</b>	<b>Duyarsızlaşma</b>	<b>Kişisel Başarı</b>
	Ortalama (std. sapma)	Ortalama (std. sapma)	Ortalama (std. sapma)
Mevcut gelir düzeyimin yeterli olduğunu düşünüyorum.			
Katılıyorum (n=42)	22,19 (±7,68)	11,30 (±4,09)	18,97 (±5,43)
Kararsızım (n=23)	21,69 (±6,72)	10,13 (±3,15)	19,78 (±4,31)
Katılmıyorum (n=87)	24,04 (±6,06)	11,28 (±4,12)	18,81 (±4,99)
<b>p</b>	<b>0,796</b>	<b>0,263</b>	<b>0,542</b>

#### 4.17. Çalışmaya Katılan Hekimlerin Özbakım Aksamaları ile MTÖ Alt Boyutlarının Karşılaştırılması

Kişisel özbakımı konusunda nöbeter yüzünden aksama yaşayan hekimlerin, yaşamayanlara oranla DT ve DYS puanları daha yüksek, KB puanları daha düşük saptandı. (Tablo 19)

**Tablo 19.** Özbakım Aksamaları ile MTÖ Alt Boyutlarının Karşılaştırılması

	<b>Duygusal Tükenme</b>	<b>Duyarsızlaşma</b>	<b>Kişisel Başarı</b>
	Ortalama (std. sapma)	Ortalama (std. sapma)	Ortalama (std. sapma)
Kişisel bakımım konusunda nöbetler yüzünden aksamalar yaşıyorum.			
Katılıyorum (n=116)	24,72 (±5,80)	11,60 (±3,83)	18,18 (±4,85)
Kararsızım (n=14)	19,85 (±6,23)	9,28 (±4,41)	18,92 (±3,98)
Katılmıyorum (n=22)	17,13 (±7,30)	9,72 (±3,96)	23,36 (±4,16)
<b>p</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>0,026</b>	<b>0,004</b>

#### 4.18. Çalışmaya Katılan Hekimlerin Uyku Sorunu ile MTÖ Alt Boyutlarının Karşılaştırılması

Nöbet sonraları evde uyku sorunu yaşayan hekimlerin, yaşamayanlara göre DT puanlarının daha yüksek, KB puanlarının daha düşük olduğu görüldü. DYS puanları arasında anlamlı bir fark yoktu (Tablo 20).

**Tablo 20.** Uyku Sorunu ile MTÖ Alt Boyutlarının Karşılaştırılması

	<b>Duygusal Tükenme</b>	<b>Duyarsızlaşma</b>	<b>Kişisel Başarı</b>
	Ortalama (std. sapma)	Ortalama (std. sapma)	Ortalama (std. sapma)
Nöbet sonraları evde uyku sorunu yaşıyorum.			
Katılıyorum (n=116)	24,50 (±6,01)	11,30 (±3,88)	18,18 (±4,84)
Kararsızım (n=14)	19,85 (±6,23)	12,00 (±3,57)	18,92 (±3,98)
Katılmıyorum (n=22)	18,04 (±7,67)	9,59 (±4,48)	22,40 (±4,75)
<b>p</b>	<b>&lt;0,001</b>	0,067	<b>0,002</b>

#### 4.19. Çalışmaya Katılan Hekimlerin Boş Zaman Algısı ile MTÖ Alt Boyutlarının Karşılaştırılması

Nöbetleri dışında boş zamanının kalmadığını düşünen hekimlerin, kalanlara oranla DT puanları daha yüksek, KB puanları daha düşük tespit edildi. DYS puanları arasında anlamlı bir fark tespi edilmedi (Tablo 21).

**Tablo 21.** Boş Zaman Algısı ile MTÖ Alt Boyutlarının Karşılaştırılması

	<b>Duygusal Tükenme</b>	<b>Duyarsızlaşma</b>	<b>Kişisel Başarı</b>
	Ortalama (std. sapma)	Ortalama (std. sapma)	Ortalama (std. sapma)
Nöbetlerim dışında yeterli boş zamanımın kaldığını düşünüyorum.			
Katılıyorum (n=24)	18,12 (±6,50)	10,75 (±4,61)	21,45 (±6,12)
Kararsızım (n=22)	21,22 (±5,85)	10,09 (±3,58)	18,72 (±3,81)
Katılmıyorum (n=106)	24,72 (±6,50)	11,41 (±3,89)	18,50 (±4,82)
<b>p</b>	<b>&lt;0,001</b>	0,355	<b>0,006</b>

#### 4.20. Çalışmaya Katılan Hekimlerin Nöbet Sırasında Mola Verebilme Durumları ile MTÖ Alt Boyutlarının Karşılaştırılması

Her nöbet mola verebilen hekimlerin, ayda birkaç kez ya da daha az mola verebilen hekimlere göre DT puanlarının daha düşük olduğu tespit edildi. DYS ve KB puanları arasında anlamlı bir fark tespit edilmedi (Tablo 22).

**Tablo 22.** Mola Verebilme Durumu ile MTÖ Alt Boyutlarının Karşılaştırılması

	<b>Duygusal Tükenme</b>	<b>Duyarsızlaşma</b>	<b>Kişisel Başarı</b>
	Ortalama (std. sapma)	Ortalama (std. sapma)	Ortalama (std. sapma)
Mola verebiliyorum.			
Her nöbet (n=24)	21,00 (±7,86)	10,29 (±3,66)	20,08 (±5,18)
Haftada birkaç kez (n=40)	22,70 (±6,81)	10,85 (±3,43)	19,82 (±4,61)
Ayda birkaç kez ya da daha az (n=88)	24,21 (±6,91)	11,46 (±4,28)	18,34 (±5,07)
<b>p</b>	<b>0,049</b>	0,223	0,141

#### 4.21. Çalışmaya Katılan Hekimlerin Nöbetleri Sırasında Beslenebilme Durumları ile MTÖ Alt Boyutlarının Karşılaştırılması

Nöbetleri sırasında beslenmeye vakit bulamayan hekimlerin, DT ve DYS puanları daha yüksek, KB puanları daha düşük saptandı (Tablo 23).

**Tablo 23.** Nöbet Sırasında Beslenebilme Durumu ile MTÖ Alt Boyutlarının Karşılaştırılması

	<b>Duygusal Tükenme</b>	<b>Duyarsızlaşma</b>	<b>Kişisel Başarı</b>
	Ortalama (std. sapma)	Ortalama (std. sapma)	Ortalama (std. sapma)
Beslenmeye zaman bulabiliyorum.			
Her nöbet (n=32)	20,28 (±5,79)	11,34 (±3,42)	19,46 (±4,40)
Haftada birkaç kez (n=68)	24,13 (±7,66)	10,22 (±4,18)	20,00 (±4,45)
Ayda birkaç kez ya da daha az (n=52)	24,09 (±6,65)	12,15 (±3,81)	17,42 (±5,68)
<b>p</b>	<b>0,033</b>	<b>0,014</b>	<b>0,009</b>

#### 4.22. Çalışmaya Katılan Hekimlerin Nöbetleri Sırasında Sözel Şiddete Maruz Kalma Durumları ile MTÖ Alt Boyutlarının Karşılaştırılması

Haftada en az birkaç kez sözel şiddete maruz kalan hekimlerin, ayda birkaç kez ya da daha az sözel şiddete maruz kalanlara oranla DT ve DYS puanlarının daha yüksek; KB puanlarının daha düşük olduğu görüldü (Tablo 24).

**Tablo 24.** Sözel Şiddet Maruziyeti ile MTÖ Alt Boyutlarının Karşılaştırılması

	<b>Duygusal Tükenme</b>	<b>Duyarsızlaşma</b>	<b>Kişisel Başarı</b>
	Ortalama (std. sapma)	Ortalama (std. sapma)	Ortalama (std. sapma)
Sözel şiddete maruz kalıyorum.			
Her nöbet (n=63)	25,44 (±6,91)	12,44 (±4,00)	17,61 (±5,18)
Haftada birkaç kez (n=43)	22,55 (±8,20)	10,60 (±3,90)	20,18 (±4,63)
Ayda birkaç kez ya da daha az (n=46)	21,08 (±5,33)	9,78 (±3,50)	23,80 (±4,71)
<b>p</b>	<b>0,040</b>	<b>0,002</b>	<b>0,014</b>

#### 4.23. Çalışmaya Katılan Hekimlerin Fiziksel Şiddete Maruz Kalma Durumları ile MTÖ Alt Boyutlarının Karşılaştırılması

Hiçbir zaman fiziksel şiddete maruz kalmayanların diğerlerine oranla, DT ve DYS puanlarının daha düşük olduğu saptanırken, KB puanları arasında anlamlı fark saptanmadı (Tablo 25).

**Tablo 25.** Fiziksel Şiddet Maruziyeti ile MTÖ Alt Boyutlarının Karşılaştırılması

	<b>Duygusal Tükenme</b>	<b>Duyarsızlaşma</b>	<b>Kişisel Başarı</b>
	Ortalama (std. sapma)	Ortalama (std. sapma)	Ortalama (std. sapma)
Fiziksel şiddete maruz kalıyorum.			
Ayda en az birkaç kez (n=29)	25,31 (±4,63)	13,03 (±3,27)	17,27 (±5,62)
Yılda birkaç kez (n=69)	24,14 (±5,98)	11,04 (±4,10)	18,91 (±4,26)
Hiçbir zaman (n=54)	21,16 (±8,85)	10,18 (±3,86)	20,05 (±5,33)
<b>p</b>	<b>0,016</b>	<b>0,006</b>	0,052



#### 4.24. Çalışmaya Katılan Hekimlerin Hasta/Hasta Yakınlarından Olumlu Geri Bildirim Alma Durumları ile MTÖ Alt Boyutlarının Karşılaştırılması

Hasta veya hasta yakınlarından haftada en az birkaç kez olumlu geri bildirim alan hekimlerin daha az olumlu bildirim alanlara oranla KB puanı daha yüksek saptanırken, DT ve DYS puanları arasında anlamlı bir fark saptanmadı (Tablo 26).

**Tablo 26.** Hasta/Hastta Yakınlarından Olumlu Bildirim Alma Durumu ile MTÖ Alt Boyutlarının Karşılaştırılması

	<b>Duygusal Tükenme</b>	<b>Duyarsızlaşma</b>	<b>Kişisel Başarı</b>
	Ortalama (std. sapma)	Ortalama (std. sapma)	Ortalama (std. sapma)
Hasta/hasta yakınlarından olumlu geri bildirim alıyorum.			
Her nöbet (n=13)	24,76 (±4,81)	12,76 (±2,77)	21,38 (±5,93)
Haftada birkaç kez (n=44)	23,30 (±8,28)	11,93 (±3,99)	20,54 (±4,14)
Ayda birkaç kez ya da daha az (n=95)	23,10 (±6,80)	10,97 (±4,09)	18,24 (±5,11)
<b>p</b>	<b>0,794</b>	<b>0,182</b>	<b>0,010</b>

#### 4.25. Çalışmaya Katılan Hekimlerin Hasta/Hasta Yakınlarından Olumsuz Geri Bildirim Alma Durumları ile MTÖ Alt Boyutlarının Karşılaştırılması

Haftada en az birkaç kez hasta veya hasta yakınlarından olumsuz geri bildirim alanların, daha az olumsuz geri bildirim alanlara oranla DT ve DYS puanları daha yüksek; KB puanları daha düşük bulundu (Tablo 27).

**Tablo 27.** Hasta/Hastta Yakınlarından Olumsuz Bildirim Alma Durumu ile MTÖ Alt Boyutlarının Karşılaştırılması

	<b>Duygusal Tükenme</b>	<b>Duyarsızlaşma</b>	<b>Kişisel Başarı</b>
	Ortalama (std. sapma)	Ortalama (std. sapma)	Ortalama (std. sapma)
Hasta/hasta yakınlarından olumsuz geri bildirim alıyorum.			
Her nöbet (n=25)	26,32 (±7,82)	13,72 (±4,16)	16,12 (±4,71)
Haftada birkaç kez (n=40)	24,17 (±7,71)	11,82 (±3,41)	19,35 (±5,01)
Ayda birkaç kez ya da daha az (n=87)	22,04 (±6,30)	10,04 (±3,78)	19,67 (±4,83)
<b>p</b>	<b>0,011</b>	<b>0,001</b>	<b>0,013</b>

#### 4.26. Çalışmaya Katılan Hekimlerin Yatış Alan Hastalarını İlgili Servise Yatırmak Konusunda Sorun Yaşama Durumları ile MTÖ Alt Boyutlarının Karşılaştırılması

Yatış alan hastalarını ilgili servise yatırmak konusunda her nöbet sorun yaşayan hekimlerin, bu sorunu daha az yaşayanlara oranla DT ve DYS puanlarının daha yüksek olduğu saptanırken; KB puanları arasında anlamlı bir fark saptanmadı (Tablo 28).

**Tablo 28.** Servise Hasta Yatırma Sorunu ile MTÖ Alt Boyutlarının Karşılaştırılması

	<b>Duygusal Tükenme</b>	<b>Duyarsızlaşma</b>	<b>Kişisel Başarı</b>
	Ortalama (std. sapma)	Ortalama (std. sapma)	Ortalama (std. sapma)
Yatış alan hastalarını ilgili servise yatırmak konusunda sorun yaşıyorum.			
Her nöbet (n=100)	24,52 (±6,65)	11,66 (±3,85)	18,47 (±4,71)
Haftada birkaç kez (n=38)	22,07 (±7,34)	10,44 (±4,20)	19,73 (±5,35)
Ayda birkaç kez ya da daha az (n=14)	18,00 (±6,39)	9,07 (±3,51)	20,85 (±5,68)
<b>p</b>	<b>0,001</b>	<b>0,025</b>	0,152

#### 4.27. Çalışmaya Katılan Hekimlerin İş Arkadaşları ile Anlaşmazlık Yaşama Durumları ile MTÖ Alt Boyutlarının Karşılaştırılması

İş arkadaşları ile anlaşmazlık yaşayan hekimlerin, yaşamayanlara göre DYS puanlarının daha yüksek olduğu; DYS ve KB puanları arasında anlamlı bir fark olmadığı görüldü (Tablo 29).

**Tablo 29.** İş Arkadaşları ile Anlaşmazlık Yaşama Durumu ile MTÖ Alt Boyutlarının Karşılaştırılması

	<b>Duygusal Tükenme</b>	<b>Duyarsızlaşma</b>	<b>Kişisel Başarı</b>
	Ortalama (std. sapma)	Ortalama (std. sapma)	Ortalama (std. sapma)
İş arkadaşlarımla anlaşmazlık yaşıyorum.			
Katılıyorum (n=27)	24,875 (±7,80)	12,88 (±3,98)	17,62 (±5,35)
Kararsızım (n=27)	23,07 (±5,11)	10,81 (±4,56)	18,07 (±2,55)
Katılmıyorum (n=98)	22,94 (±7,36)	10,71 (±3,70)	19,64(±5,32)
<b>p</b>	0,243	<b>0,009</b>	0,085

#### 4.28. Çalışmaya Katılan Hekimlerin Beraber Çalıştıkları Asistan Yeterliliği Algısı ile MTÖ Alt Boyutlarının Karşılaştırılması

Hekimlerin beraber çalıştıkları asistan sayısı yeterliliği algısı incelendiğinde, 3 alt boyutta da anlamlı bir fark saptanmadı (Tablo 30).

**Tablo 30.** Asistan Sayısı Yeterliliği Algısı ile MTÖ Alt Boyutlarının Karşılaştırılması

	<b>Duygusal Tükenme</b>	<b>Duyarsızlaşma</b>	<b>Kişisel Başarı</b>
	Ortalama (std. sapma)	Ortalama (std. sapma)	Ortalama (std. sapma)
Beraber çalıştığım asistan sayısını yeterli buluyorum.			
Katılıyorum (n=72)	22,59 (±6,03)	10,97 (±4,19)	19,94 (±3,98)
Kararsızım (n=29)	22,93 (±6,93)	10,20 (±3,23)	18,82 (±3,88)
Katılmıyorum (n=51)	24,13 (±7,38)	11,84 (±3,99)	17,78 (±6,46)
<b>p</b>	0,597	0,175	0,079

#### 4.29. Çalışmaya Katılan Hekimlerin Yardımcı Sağlık Personeli Yeterliliği Algısı ile MTÖ Alt Boyutlarının Karşılaştırılması

Hekimlerin büyük bir çoğunluğunun, beraber çalıştıkları yardımcı sağlık personeli sayısını yetersiz bulması nedeniyle, MTÖ alt boyutlarının karşılaştırılması yapılamadı (Tablo 31).

**Tablo 31.** Yardımcı Sağlık Personeli Yeterliliği Algısı ile MTÖ Alt Boyutlarının Karşılaştırılması

	<b>Duygusal Tükenme</b>	<b>Duyarsızlaşma</b>	<b>Kişisel Başarı</b>
	Ortalama (std. sapma)	Ortalama (std. sapma)	Ortalama (std. sapma)
Beraber çalıştığım yardımcı sağlık personeli sayısını yeterli buluyorum.			
Katılıyorum (n=7)	24,71 (±4,34)	11,42	20,85 (±4,01)
Kararsızım (n=15)	22,86 (±5,66)	10,13	19,20 (±4,66)
Katılmıyorum (n=130)	23,13 (±6,90)	11,21	18,88 (±5,09)
<b>p</b>	0,752	0,299	0,571

#### 4.30. Çalışmaya Katılan Hekimlerin İş Güvenliği Yeterliliği Algısı ile MTÖ Alt Boyutlarının Karşılaştırılması

Hekimlerin büyük bir çoğunluğunun, iş güvenliği için yeterli önlem alınmadığını düşünmesi nedeniyle, MTÖ alt boyutlarının karşılaştırılması yapılamadı (Tablo 32).

**Tablo 32.** Güvenlik Algısı ile MTÖ Alt Boyutlarının Karşılaştırılması

	<b>Duygusal Tükenme</b>	<b>Duyarsızlaşma</b>	<b>Kişisel Başarı</b>
	Ortalama (std. sapma)	Ortalama (std. sapma)	Ortalama (std. sapma)
İş güvenliğim için yeterli önlem alındığını düşünüyorum.			
Katılıyorum (n=11)	24,54 (±5,53)	11,54 (±3,01)	18,36 (2,83)
Kararsızım (n=11)	20,27 (±4,33)	9,90 (±3,01)	18,81 (4,26)
Katılmıyorum (n=130)	23,30 (±6,89)	11,18 (±4,12)	19,07 ±5,21)
<b>p</b>	<b>0,213</b>	<b>0,555</b>	<b>0,849</b>

#### 4.31. Çalışmaya Katılan Hekimlerin Mobbinge Maruziyet Algısı ile MTÖ Alt Boyutlarının Karşılaştırılması

Psikolojik iş yeri baskısına (mobbing) maruz kaldığını düşünen hekimlerin, katılmayanlara göre DT ve DYS puanları daha yüksek saptanırken, KB puanları arasında anlamlı fark saptanmadı (Tablo 33).

**Tablo 33.** Mobbing Algısı ile MTÖ Alt Boyutlarının Karşılaştırılması

	<b>Duygusal Tükenme</b>	<b>Duyarsızlaşma</b>	<b>Kişisel Başarı</b>
	Ortalama (std. sapma)	Ortalama (std. sapma)	Ortalama (std. sapma)
Mobbinge maruz kaldığımı düşünüyorum.			
Katılıyorum (n=54)	25,55 (±6,35)	12,01 (±4,23)	17,83 ±5,84)
Kararsızım (n=27)	23,74 (±6,35)	11,74 (±4,00)	19,37 (±4,50)
Katılmıyorum (n=71)	21,15 (±6,48)	10,19 (±3,60)	19,76 (±4,34)
<b>p</b>	<b>0,001</b>	<b>0,005</b>	<b>0,225</b>

#### 4.32. Çalışmaya Katılan Hekimlerin Tıbbi Araştırma İmkanları Algısı ile MTÖ Alt Boyutlarının Karşılaştırılması

Tıbbi araştırma yapmak için yeterli imkana sahip olmadığını düşünen hekimlerin, DT ve DYS puanları daha yüksek bulundu. KB puanları arasında anlamlı bir fark yoktu (Tablo 34).

**Tablo 34.** Araştırma İmkanları Algısı ile MTÖ Alt Boyutlarının Karşılaştırılması

	<b>Duygusal Tükenme</b>	<b>Duyarsızlaşma</b>	<b>Kişisel Başarı</b>
	Ortalama (std. sapma)	Ortalama (std. sapma)	Ortalama (std. sapma)
Tıbbi araştırma yapmak için yeterli imkanlara sahibim.			
Katılıyorum (n=32)	18,86 (±8,20)	9,78 (±3,62)	21,00 (±5,75)
Kararsızım (n=44)	23,20 (±5,41)	10,63 (±3,82)	18,47 (±4,41)
Katılmıyorum (n=76)	24,93 (±5,87)	11,96 (±4,05)	18,47 (±4,92)
<b>p</b>	<b>0,001</b>	<b>0,010</b>	0,039

#### 4.33. Çalışmaya Katılan Hekimlerin Geri Bildirimlerinin Dikkate Alınma Algısı ile MTÖ Alt Boyutlarının Karşılaştırılması

Yaptığı geri bildirimlerin dikkate alınmadığını düşünen hekimlerin DT ve DYS puanları daha yüksek tespit edildi. KB puanları arasında anlamlı bir fark saptanmadı (Tablo 35).

**Tablo 35.** Geri Bildirimlerinin Dikkate Alınma Algısı ile MTÖ Alt Boyutlarının Karşılaştırılması

	<b>Duygusal Tükenme</b>	<b>Duyarsızlaşma</b>	<b>Kişisel Başarı</b>
	Ortalama (std. sapma)	Ortalama (std. sapma)	Ortalama (std. sapma)
Yaptığım geri bildirimler dikkate alınıyor.			
Katılıyorum (n=27)	19,85 (±6,31)	9,81 (±3,72)	20,48 (±4,36)
Kararsızım (n=43)	21,97 (±7,01)	10,25 (±3,49)	18,79 (±5,00)
Katılmıyorum (n=82)	24,90 (±6,06)	12,00 (±4,12)	18,63 (±5,16)
<b>p</b>	<b>0,001</b>	<b>0,009</b>	0,322

#### 4.34. Çalışmaya Katılan Hekimlerin Görev, Sorumluluk ve Yetki Algısı ile MTÖ Alt Boyutlarının Karşılaştırılması

Görev, sorumluluk ve yetkilerinin belirli olmadığını düşünen hekimlerin, DT ve DYS puanları daha yüksek, KB puanları ise daha düşük bulundu (Tablo 36).

**Tablo 36.** Görev, Sorumluluk ve Yetki Algısı ile MTÖ Alt Boyutlarının Karşılaştırılması

	<b>Duygusal Tükenme</b>	<b>Duyarsızlaşma</b>	<b>Kişisel Başarı</b>
	Ortalama (std. sapma)	Ortalama (std. sapma)	Ortalama (std. sapma)
Görev, sorumluluk ve yetkilerimin belirli olduğunu düşünüyorum.			
Katılıyorum (n=43)	20,04 (±5,65)	9,81 (±4,09)	21,48 (±4,21)
Kararsızım (n=32)	24,40 (±6,12)	10,43 (±3,52)	18,90 (±4,33)
Katılmıyorum (n=77)	25,66 (±5,98)	12,12 (±3,86)	17,66 (±5,19)
<b>p</b>	<b>0,001</b>	<b>0,013</b>	<b>0,012</b>

#### 4.35. Çalışmaya Katılan Hekimlerin Acil Tıp Uzmanlığı'nın Bugünkü Yeri Algısı ile MTÖ Alt Boyutlarının Karşılaştırılması

Araştırmaya katılan hekimlerin büyük bir çoğunluğunun, Acil Tıp Uzmanlığı'nın bugün hak ettiği yeri bulmadığını düşünmesi nedeni ile MTÖ alt boyutları karşılaştırması yapılamadı (Tablo 37).

**Tablo 37.** ATU'nun Bugünkü Yeri Algısı ile MTÖ Alt Boyutlarının Karşılaştırılması

	<b>Duygusal Tükenme</b>	<b>Duyarsızlaşma</b>	<b>Kişisel Başarı</b>
	Ortalama (std. sapma)	Ortalama (std. sapma)	Ortalama (std. sapma)
Acil Tıp Uzmanlığı'nın bugün hak ettiği yeri bulduğuna inanıyorum.			
Katılıyorum (n=5)	18,60 (±10,89)	8,40(±5,17)	21,20 (±9,41)
Kararsızım (n=23)	20,39 (±7,98)	10,00 (±3,78)	19,56 (±5,52)
Katılmıyorum (n=124)	23,87 (±6,05)	11,43 (±3,92)	18,81 (±4,70)
<b>p</b>	<b>0,673</b>	<b>0,429</b>	<b>0,602</b>

#### 4.36. Çalışmaya Katılan Hekimlerin Acil Tıp Uzmanlığı'nın Gelecekteki Yeri Algısı ile MTÖ Alt Boyutlarının Karşılaştırılması

Acil Tıp Uzmanlığı'nın gelecekteki yerinin iyi olacağını düşünen hekimlerin, diğerlerine oranla DT puanları daha düşük saptanırken, DYS ve KB puanları arasından anlamlı bir fark tespit edilmedi (Tablo 38).

**Tablo 38.** ATU'nun Gelecekteki Yeri Algısı ile MTÖ Alt Boyutlarının Karşılaştırılması

	<b>Duygusal Tükenme</b>	<b>Duyarsızlaşma</b>	<b>Kişisel Başarı</b>
	Ortalama (std. sapma)	Ortalama (std. sapma)	Ortalama (std. sapma)
Acil Tıp Uzmanlığı'nın gelecekteki yerinin iyi olacağını düşünüyorum.			
Katılıyorum (n=67)	21,01 (±6,99)	10,35 (±3,61)	20,46 (±5,41)
Kararsızım (n=43)	24,06 (±5,53)	11,60 (±3,61)	18,41 (±4,26)
Katılmıyorum (n=42)	25,71 (±6,24)	11,83 (±4,71)	17,28 (±4,41)
<b>p</b>	<b>0,012</b>	0,087	<b>0,002</b>

#### 4.37. Çalışmaya Katılan Hekimlerin Acil Tıpta Uzmanlık Eğitime Devam Etme Düşünceleri ile MTÖ Alt Boyutlarının Karşılaştırılması

Acil Tıp Uzmanlık Eğitimi'ne devam etmeyi düşünen hekimlerin diğerlerine oranla, DT ve DYS puanları daha düşük, KB puanları daha yüksek saptandı (Tablo 39).

**Tablo 39.** ATUE'ye Devam Etme Düşüncesi ile MTÖ Alt Boyutlarının Karşılaştırılması

	<b>Duygusal Tükenme</b>	<b>Duyarsızlaşma</b>	<b>Kişisel Başarı</b>
	Ortalama (std. sapma)	Ortalama (std. sapma)	Ortalama (std. sapma)
Acil Tıpta Uzmanlık Eğitime devam etmeyi düşünüyorum.			
Katılıyorum (n=109)	21,84 ±(±6,41)	10,60 (±3,72)	20,22 (±16,058)
Kararsızım (n=34)	29,94 (±5,87)	12,61 (±3,63)	16,08 (±6,04)
Katılmıyorum (n=9)	25,11 (±7,49)	11,66 (±6,57)	15,33 (±3,93)
<b>p</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>0,006</b>	<b>0,001</b>

#### 4.38. Çalışmaya Katılan Hekimlerin Tekrar Acil Tıp Uzmanlığı'nı Seçme Düşünceleri ile MTÖ Alt Boyutlarının Karşılaştırılması

Şans verilse tekrar Acil Tıp Uzmanlığı'nı seçmeyi düşünen hekimlerin diğerlerine oranla, DT ve DYS puanları daha düşük, KB puanları daha yüksek bulundu (Tablo 40).

**Tablo 40.** ATU'yu Tekrar Seçme Düşüncesi ile MTÖ Alt Boyutlarının Karşılaştırılması

	<b>Duygusal Tükenme</b>	<b>Duyarsızlaşma</b>	<b>Kişisel Başarı</b>
	Ortalama (std. sapma)	Ortalama (std. sapma)	Ortalama (std. sapma)
Bugün şans verilse tekrar Acil Tıp Uzmanlığı'nı seçerim.			
Katılıyorum (n=90)	20,98 (±6,40)	10,54 (±3,95)	20,33 (±4,14)
Kararsızım (n=30)	26,03 (±5,58)	12,73 (±7,66)	17,23 (±5,72)
Katılmıyorum (n=32)	25,65 (±6,01)	11,18 (±4,15)	16,93 (±5,42)
<b>p</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>0,005</b>	<b>0,002</b>



#### 4.39. İzmir İlinde Acil Tıpta Uzmanlık Eğitimi Vermekte Olan 5 Merkezin Çalışmaya Katılım Oranları

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde görev yapmakta olan 33 ATUÖ'nün 30'u (%90), Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde görev yapmakta olan 48 ATUÖ'nün 35'i (%73), Sağlık Bilimleri Üniversitesi İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde görev yapmakta olan 33 ATUÖ'nün 28'i (%84), İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde görev yapmakta olan 37 ATUÖ'nün 31'i (%83), Sağlık Bilimleri Üniversitesi İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde görev yapmakta olan 33 ATUÖ'nün 28'i (%84) çalışmaya katılmıştır.

**Tablo 41.** İzmir İlinde Acil Tıpta Uzmanlık Eğitimi Vermekte Olan 5 Merkezin Çalışmaya Katılım Oranları

	<b>Toplam Asistan Sayısı</b>	<b>Çalışmaya Katılan Asistan Sayısı</b>	<b>Yüzde</b>
<b>Dokuz Eylül Üni.</b>	33	30	90%
<b>Ege Üni.</b>	48	35	73%
<b>Bozyaka EAH.</b>	33	28	84%
<b>Katip Çelebi Üni.</b>	37	31	83%
<b>Tepecik EAH.</b>	33	28	84%
<b>Toplam</b>	<b>184</b>	<b>152</b>	<b>83%</b>

#### 4.40. İzmir İlinde Acil Tıpta Uzmanlık Eğitimi Vermekte Olan 5 merkezin MTÖ Alt Boyutlarının Karşılaştırılması

İzmir İlinde Acil Tıpta Uzmanlık Eğitimi Vermekte Olan 5 merkezin MTÖ alt boyutlarının karşılaştırılması incelendiğinde DT ve DYS puanları arasında anlamlı bir fark olmadığı görüldü. DYS puanları arasında ortaya çıkan farkın DEÜTF lehine daha yüksek olduğu ve bu farkın DEÜTF ile Bozyaka EAH. ve DEÜTF ile Katip Çelebi Üni. Atatürk EAH. arasında olduğu tespit edildi

**Tablo 42.** İzmir İlinde Acil Tıpta Uzmanlık Eğitimi Vermekte Olan 5 merkezin MTÖ Alt Boyutlarının Karşılaştırılması

	<b>Duygusal Tükenme</b>	<b>Duyarsızlaşma</b>	<b>Kişisel Başarı</b>
	Ortalama (std. sapma)	Ortalama (std. sapma)	Ortalama (std. sapma)
<b>Dokuz Eylül Üni.</b>	24,70 (±6,28)	13,16 (±3,54)	17,73 (±5,99)
<b>Ege Üni.</b>	24,48 (±5,66)	12 (±4,35)	18,37 (±3,77)
<b>Bozyaka EAH.</b>	20,42 (±8,62)	10 (±3,57)	20,64 (±4,73)
<b>Katip Çelebi Üni.</b>	22,38 (±6,58)	9,35 (±3,90)	19,87 (±5,73)
<b>Tepecik EAH.</b>	23,53 (±5,53)	10,89 (±3,29)	18,57 (±4,28)
<b>p</b>	0,084	<b>0,001</b>	0,202

#### **4.41. İzmir İlinde Acil Tıpta Uzmanlık Eğitimi Vermekte Olan 5 Merkeze ait Acil Servis Verileri ile MTÖ Alt Boyutlarının Korelasyonu**

Çalışmaya katılan hekimlerin çalıştıkları hastaneler ile ilgili bazı veriler ile MTÖ alt boyutlarının korelasyonu incelendi.

Birlikte çalışılan ATUÖ sayısı, bir nöbetteki ATUÖ sayısı, bir nöbetteki hemşire sayısı, acil servisteki toplam sedye sayısı, bir günde gelen ortalama 112 ambulans sayısı, hastanenin toplam yatak kapasitesi, hemşire başına düşen hasta sayısı ile MTÖ alt boyutları arasında anlamlı ilişki saptanmadı.

Birlikte çalışılan uzman sayısı ile DYS arasında, negatif yönde düşük korelasyon saptandı. DT ve KB puanları arasında anlamlı ilişki saptanmadı.

Birlikte çalışılan akademik ünvanlı uzman sayısının, DT ile pozitif yönde düşük korelasyon, DYS ile pozitif yönde düşük – orta derecede korelasyon gösterdiği saptandı. KB ile anlamlı ilişki saptanmadı.

Bir nöbetteki personel sayısı ile DYS arasından negatif yönde düşük korelasyon olduğu saptanırken, DT ve KB puanları ile anlamlı ilişki saptanmadı.

Bir günde gelen ortalama hasta sayısı ile DYS arasında negatif yönde düşük korelasyon saptandı. DT ve KB puanları ile anlamlı ilişki saptanmadı.

Acil servis hizmet alanı ile DYS arasında negatif yönde düşük korelasyon saptandı. DT ve KB puanları ile anlamlı ilişki saptanmadı.

ATUÖ başına düşen hasta sayısı ile DT arasında negatif yönde düşük korelasyon, DYS arasında negatif yönde düşük-orta korelasyon saptanırken KB ile arasından pozitif yönde düşük korelasyon saptandı.

Personel başına düşen hasta sayısı ile DYS arasında negatif yönde düşük korelasyon saptanırken, DT ve KB ile anlamlı ilişki saptanmadı.

Sedye başına düşen hasta sayısı ile DT arasında negatif yönde düşük korelasyon, DYS ile negatif yönde düşük – orta korelasyon, KB ile pozitif yönde düşük korelasyon saptandı.

m<sup>2</sup> başında düşen hasta sayısı ile DT arasında negatif yönde düşük korelasyon, DYS ile negatif yönde düşük-orta korelasyon, KB ile pozitif yönde düşük korelasyon saptandı.

m<sup>2</sup> başına düşen asistan sayısı ile DYS arasında negatif yönde düşük-orta korelasyon saptanırken, DT ve KB puanları arasında anlamlı ilişki saptanmadı.

m<sup>2</sup> başına düşen hemşire sayısı ile DYS arasında düşük-orta korelasyon, DYS ve KB ile düşük korelasyon saptandı.

m<sup>2</sup> başına düşen personel sayısı ile DT ve KB arasında düşük korelasyon saptanırken, KB ile anlamlı ilişki saptanmadı (Tablo 43).

**Tablo 43.** İzmir İlinde Acil Tıpta Uzmanlık Eğitimi Vermekte Olan 5 Merkeze ait Acil Servis Verileri ile MTÖ Alt Boyutlarının Korelasyonu

	<b>Duygusal Tükenme</b>	<b>Duyarsızlaşma</b>	<b>Kişisel Başarı</b>
	p (r)	p (r)	p (r)
ATUÖ Sayısı	0,377	0,823	0,487
Uzman sayısı	0,228	<b>0,002 (-0,254)</b>	0,343
Akademik Ünvanlı Uzman Sayısı	<b>0,120 (0,203)</b>	<b>&lt;0,001 (-,313)</b>	0,055
Bir nöbetteki ATUÖ sayısı	0,504	0,577	0,514
Bir nöbetteki hemşire sayısı	0,568	0,237	0,781
Bir nöbetteki personel sayısı	0,534	<b>0,006 (-0,222)</b>	0,512
Acil servisteki toplam sedye sayısı	0,137	0,205	0,297
Bir günde gelen ortalama hasta sayısı	0,262	<b>0,006 (-0,221)</b>	0,281
Bir günde gelen ortalama 112 ambulans sayısı	0,339	0,06	0,298
Acil servis hizmet alanı	0,270	<b>0,003 (-0,304)</b>	0,028
Hastanenin toplam yatak sayısı	0,532	0,266	0,351
Bir günde ATUÖ başına düşen hasta sayısı	<b>0,016 (-0,196)</b>	<b>&lt;0,001 (-0,304)</b>	<b>0,028 (0,179)</b>
Bir günde hemşire başına düşen hasta sayısı	0,519	0,673	0,945
Bir günde personel başına düşen hasta sayısı	0,228	<b>0,002 (-0,254)</b>	0,343
Bir günde sedye başına düşen hasta sayısı	<b>0,007 (-0,098)</b>	<b>0,002 (-0,254)</b>	0,343
Bir günde m <sup>2</sup> başına düşen hasta sayısı	<b>0,016 (-0,196)</b>	<b>&lt;0,001 (-0,304)</b>	<b>0,028 (0,179)</b>
Bir nöbette m <sup>2</sup> başına düşen ATUÖ sayısı	0,085	<b>0,001 (-0,269)</b>	0,144
Bir nöbette m <sup>2</sup> başına düşen hemşire sayısı	<b>0,012 (-0,198)</b>	<b>&lt;0,001 (-0,316)</b>	<b>0,030 (0,176)</b>
Bir nöbette m <sup>2</sup> başına düşen personel sayısı	<b>0,049 (-0,160)</b>	<b>0,001 (-0,267)</b>	0,102

\*r=korelasyon katsayısı

## 5. TARTIŞMA

Bu çalışma İzmir İli acil tıp asistan hekimlerinin tükenmişlik düzeyleri ve ilişkili faktörlerin incelenmesi amacıyla yapılan tanımlayıcı kesitsel bir çalışmadır. İzmir İli içerisinde Acil Tıpta Uzmanlık Eğitimi vermekte olan Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Acil Tıp Anabilim Dalı, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Acil Tıp Anabilim Dalı, İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Tıp Anabilim Dalı, Sağlık Bilimleri Üniversitesi İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Tıp Anabilim Dalı, Sağlık Bilimleri Üniversitesi İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Tıp Anabilim Dalı'nda aktif olarak görev yapan Acil Tıpta Uzmanlık Öğrencileri çalışmaya dahil edildi. Çalışmaya katılmayı kabul eden hekimlere Sosyo-demografik ve Mesleki Veri Toplama Formu ve Maslach Tükenmişlik Ölçeği uygulandı. Bazı hastane değişkenlerinin tükenmişlik ile ilişkisini incelemek amacıyla da Kurumsal Veri Formu uygulandı.

Çalışmaya 152 (%77) acil tıpta uzmanlık öğrencisi katıldı. Çalışmaya katılan hekimlerin 53'ü (%34,9) kadın, 99'u (%65,1) erkekti. Yaşları 23 ila 46 arası değişmekte olup ortalaması 28.74 ( $\pm 3,72$ ) idi. Medeni durumları incelendiğinde 60'ının (%39,5) evli, 92'sinin (%60,5) bekar olduğu görüldü. Ayrıca hekimlerin 31 tanesi (%20,4) çocuk sahibi iken, 121 tanesi (%79,6) çocuk sahibi değildi. 76 (%50) kişi sigara, 112 (%74) kişi alkol, 22 (%15) kişi keyif verici madde kullanıcısı idi.

Çalışmaya katılan hekimlerin MTÖ-DT puanı 23,17 ( $\pm 6,68$ ), MTÖ-DYS puanı 11,11 ( $\pm 3,97$ ), MTÖ-KB puanı 19 ( $\pm 5,00$ ) bulundu. Türk Tabipleri Birliği'nin 2005 yılında 1737 pratisyen ve uzman hekimin katılımıyla yapmış olduğu çalışmada DT puanı 15,5 ( $\pm 6,7$ ), DYS puanı 5,5 ( $\pm 3,5$ ), KB puanı 22 ( $\pm 4,05$ ) bulunmuştur <sup>(51)</sup>. Erol ve arkadaşlarının 440 acil personeli üzerinde yaptığı ve 127 acil servis hekiminin katıldığı çalışmada, acil servis hekimlerinin DT puanı 21,4( $\pm 7,9$ ), DYS puanı 8,2( $\pm 2,1$ ), KB puanı 21,9( $\pm 5,2$ ) saptanmıştır <sup>(52)</sup>. Ersoy ve arkadaşları tarafından 206 ATUÖ ile yapılan çalışmada DT puanı 24,63 $\pm$ 5,63, DYS puanı 13,38 $\pm$ 3,85, KB puanı 27,01 $\pm$ 4,42 bulunmuştur<sup>(53)</sup>. Oray ve arkadaşlarının DEÜTF Tıpta Uzmanlık Öğrencilerinde yapmış olduğu çalışmada DT puanı 19,17( $\pm 8,37$ ), DYS puanı 18.97( $\pm 7,73$ ), KB puanı 24,35( $\pm 6,27$ ) olarak hesaplanmıştır <sup>(54)</sup>. Serinken ve arkadaşlarının İzmir İli içerisindeki acil servislerde görevli pratisyen, uzman ve ATUÖ üzerinde yapılan çalışmada DT puanı 15,3( $\pm 6,5$ ), DYS puanı 5,8( $\pm 3,1$ ), KB puanı 22,4( $\pm 3,5$ ) olarak tespit edilmiştir <sup>(55)</sup>. Karlıdağ ve arkadaşlarınc 384 hekim üzerinde yapılan çalışmada DT puanı 14,06( $\pm 6,05$ ), DYS puanı 5,31( $\pm 3,12$ ), KB puanı 20,57( $\pm 4,23$ ) saptanmıştır <sup>(32)</sup>.

Bu puanların hesaplanması ve sayısal olarak karşılaştırılması, her bir alt başlığın ayrı ayrı değerlendirilmesiyle daha anlaşılabilir bir sonuç vermektedir. Ancak tükenme düzeyinin pek çok faktör tarafından etkilendiği göz önünde bulundurulmalıdır. Ülkemizde yapılan birçok çalışmadan da anlaşılacağı üzere ATUÖlerin tükenmişlik düzeyleri diğer hekimlere nazaran oldukça yüksek bulunmuştur. Mayo Clinic araştırmacıları tarafından 6880 hekim üzerinde yapılan bir çalışma sonucunda, acil tıp hekimlerinin tükenmişlik açısından en riskli grubu oluşturduğu bildirilmiştir<sup>(56)</sup>. ABD’de evrenini TUÖlerin oluşturduğu 3588 kişi üzerinde yapılan bir çalışmada da ATUÖlerin tükenmişlik düzeyi yine üst sıralarda yer almaktadır<sup>(57)</sup>.

Araştırmaya katılan hekimlerin yaş ile tükenmişlik ilişkisi incelendiğinde, 30 yaş altı hekimlerin DT puanının daha yüksek olduğu ve KB puanının daha düşük olduğu gözlemlendi. Maslach, tüm demografik değişkenler arasında yaşın en tutarlı değişkin olduğunu, gençlerin tükenmişlik düzeylerinin 30 veya 40 yaş üzerine göre daha yüksek olduğunu belirtmiştir<sup>(17)</sup>. Cherniss’e göre bu durum, gençlerin tecrübe ile kazanılan sorunlara çözüm bulma yolları, sezgi ve iç donanımın yetersizliğiyle ilişkilendirilmiştir<sup>(14)</sup>.

Cinsiyet değişkeninin tükenmişlik ile ilişkisi ele alındığında, kadın hekimlerin DT puanı daha yüksek, KB puanının ise erkek hekimlerden daha düşük olduğu saptandı. Çalışmamıza benzer şekilde kadınların daha fazla tükenmişlik yaşadığını gösteren araştırmalar olduğu gibi, erkeklerin daha fazla tükenmişlik yaşadığını ya da her iki cinsiyet arasında fark olmadığını gösteren çalışmalar da mevcuttur<sup>(12,22,27,32)</sup>. Ergin’e göre kadınların karşılarındaki insanları daha fazla gözetmeleri ve önem vermeleri, duygusal tükenmelerinin artmasında rol oynamaktadır<sup>(12)</sup>. Maslach ve Jackson ise cinsiyet değişkeninin önemli olmadığını, bu farklılığın üzerinde önemli yorumlara gidilmemesi gerektiğini açıklamışlardır<sup>(25)</sup>.

Çalışmamızda bekar hekimlerin DT ve DYS puanının, evli olan hekimlerden daha yüksek olduğu görüldü. Yapılan birçok çalışmada da benzer şekilde bekar olan bireylerde daha yüksek tükenmişlik düzeyleri saptanmıştır<sup>(52,58,59)</sup>. Çam işyerinden bağımsız olarak medeni durumun, tükenmişliğe etki eden bir faktör olduğunu savunmuştur<sup>(23)</sup>. Maslach ve Jackson ise evlilerde tükenmişlik sendromunun daha az görülme sebebini, evliliğin getirdiği sorumlulukların kazandırdığı yaşam deneyimleriyle ve kişiler arası ilişki kurabilme ve sorun çözebilme konusunda elde ettikleri tecrübe ile ilişkilendirmiştir<sup>(60)</sup>.

Hekimlerin çocuk sahibi olma durumları ile tükenmişlik ilişkisi ele alındığında, çocuk sahibi olanların DT ve DYS puanının daha düşük olduğu saptandı. Ülkemizde sağlık çalışanlarında tükenmişlik üzerine yapılan çalışmalarda da benzer şekilde çocuk sahibi olan bireylerin tükenmişlik düzeylerinin daha düşük olduğu saptanmıştır <sup>(61,62,63)</sup>. Aslan ve arkadaşları tarafından çocuk sahibi olmanın sosyal destek ile ilişkilendirilebileceği ve bu sosyal desteğin tek başına bile tükenmişlik düzeylerinde anlamlı derecede olumlu rol oynayacağı belirtilmiştir <sup>(64)</sup>. Goodfellow ve arkadaşları da aynı şekilde çocuk sahibi olmanın, iş yaşamına karşı sosyal bir destek olduğunu öne sürmüştür <sup>(65)</sup>.

Çalışmamızda sigara içiciliği ile tükenmişlik düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmamış olsa da araştırmaya katılan hekimlerin %50'sinin (n=76) sigara içtiğini bildirmesi, ATUÖlerin genel hekim popülasyonundan çok daha yüksek oranda sigara içicisi olduğunu göstermektedir <sup>(51)</sup>. Stresin sigara içme arzusunu arttırdığı bilindiği gibi iş stresi, tükenmişlik ve sigara içiciliği arasında anlamlı bir ilişki olduğunu gösteren çalışmalar da mevcuttur <sup>(66,67)</sup>.

Çalışmamızda alkol kullanan hekimlerin (n=112, %74) DYS puanlarının ve KB puanlarının daha yüksek olduğu, madde kullanan hekimlerin (n=22, %15) ise kullanmayanlara göre tükenmişlik düzeyleri arasında fark olmadığı saptandı. Maslach ve arkadaşları tükenmişliğin, alkol ve keyif verici madde ile ilişkili olduğunu saptamıştır <sup>(17)</sup>. Kenna ve ark. ise stres faktörünün sağlık çalışanlarında alkol ve madde kullanımını arttırdığını belirtse de genel popülasyon ile sağlık çalışanları kıyaslandığında, alkol ve madde kullanım oranının farklı olmadığını tespit etmiştir <sup>(68)</sup>.

ATUÖ olarak çalışılan yıl ile tükenmişlik alt boyutları karşılaştırıldığında, 1. Yılındaki hekimlerin DT düzeylerinin daha yüksek olduğu, 3. yıl ve üzerindeki hekimlerin ise KB puanlarının daha yüksek olduğu görüldü. 2017 yılında ABD'de yapılan ve evrenini ATUÖlerin oluşturduğu çalışmada, 1. yılındaki hekimlerin, 2. ve 3. yılındaki hekimlerden daha düşük tükenmişliğe sahip olduğu saptanmıştır. Ülkemizden farklı olarak ABD'de ilk yılındaki ATUÖlerin daha az çalıştığı ve daha çok rotasyona çıktığı göz önünde bulundurulduğunda, çalışmamızla benzer sonuçlar elde edildiği söylenebilir <sup>(69)</sup>. Birçok çalışmada da benzer şekilde mesleğinin ilk yıllarındaki hekimlerde daha yüksek tükenmişlik düzeyleri saptanmıştır <sup>(51,63,70)</sup>. Ergin; mesleğin ilk yıllarındaki bireylerin daha çok hasta görmeleri, daha çok rutin işler yapmaları, insiyatif alamamaları gibi nedenlerin bu duruma neden olduğunu belirtmiştir <sup>(12)</sup>.

Aylık 240 saat ve üzerinde çalışan hekimlerin daha az çalışanlara oranla DT puanlarının daha yüksek, KB puanlarının daha düşük olduğu tespit edildi. Araştırmaya katılan hekimlerin boş zaman algısı değerlendirildiğinde ise %69'u (n=106) nöbetleri dışında boş zamanları kaldığını düşünmemekte idi. MTÖ alt boyutları ile boş zaman algısı karşılaştırıldığında, boş zamanları olmadığını ifade eden hekimlerin DT puanı daha yüksek, KB puanı daha düşük saptandı. 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu'nu madde 99 uyarınca haftalık çalışma süresi 40 saattir. 4857 sayılı İş Kanunu'nun 63. Maddesinde ise bu süre 45 saat ile sınırlandırılmaktadır. Avrupa Birliği Mahkemesi'nin 11.01.2007 tarihli VOREL kararında, hekimlerin nöbetler dahil haftalık çalışma sürelerinin en çok 48 saat olabileceği belirtmiştir. Ülkemizde ATUÖler bu saatlerin üzerinde çalışmaktadırlar. Mayo Clinic araştırmacıları tarafından 6880 hekim üzerinde yapılan araştırmada çalışmamıza benzer şekilde, çalışma süresi ile tükenmişlik arasında net bir ilişki olduğu ortaya konmuştur<sup>(56)</sup>. Ülkemizde yapılan çalışmalar da uzun çalışma saatleri ve nöbet sayısındaki fazlalığın tükenmişlik için önemli bir risk faktörü olduğunu belirtmiştir<sup>(52,62,70)</sup>. ABD Lisansüstü Tıp Eğitimi Akreditasyon Kurumu da (ACGME) ATUÖlerin uzun çalışma saatlerinin olası hasta güvenliği ve hekim sağlığı açısından risk oluşturabileceği konusunda görüş bildirmiştir<sup>(71)</sup>.

Hekimlerin aylık ortalama baktıkları hasta sayısı ile tükenmişlik düzeyleri karşılaştırıldığında, 1137 hastadan daha fazlasına bakan hekimlerin (n=38, %25) daha düşük DYS puanına sahip oldukları, DT ve KB puanları arasında anlamlı fark olmadığı görüldü. Her ne kadar bu durum çelişkili gibi görünse de örneğin; acil servis resusitasyon biriminde görevli bir hekimin daha az sayıda hasta görmesine karşın daha nitelikli ve daha zor kararlar verilmesi gereken hastalarla, yeşil alan olarak nitelendirilen birimde görev yapan bir hekimin ise daha fazla sayıda hasta görmesine karşın tanı ve tedavisi daha kolay hastalarla karşı karşıya olması gibi iş yükünü etkileyen faktörler neticesinde bu sonuç ortaya çıkmış olabilir. Çalışmamızda hastanelerin triyaj sistemlerinin birbiri ile uyumsuz olmasının görülmesi neticesinde, acil servislere gelen hastaların tirajlara göre dağılımı yapılamamış olduğundan bu durum irdelenememiştir. Nitekim ABD'de yapılan büyük ölçekli çalışmalarda ve TTB tarafından yapılan çalışmada, hasta sayısı ile tükenmişlik ilişkisinin sorgulanmamış olması, hasta sayısı ve niteliğinin tükenmişlik üzerinde nasıl etki ettiği konusunda çalışmalara ihtiyaç olduğu kanaatini oluşturmaktadır<sup>(51,56,69)</sup>.



Hekimlerin gelir düzeyi algısı ile tükenmişlik ilişkisi karşılaştırıldığında, üç alt boyutta da anlamlı bir farklılık saptanmadı. Bu durumun nedeni ATUÖlerin benzer gelir düzeyine sahip olmasıyla açıklanabilir. Kenna ve Wood tarafından 479 sağlık çalışanı üzerinde yapılan bir çalışmada benzer bir şekilde tükenmişliğin gelir düzeyinden etkilenmediği saptanmıştır <sup>(68)</sup>. Ünal ve arkadaşları ise gelir düzeyi ile tükenmişlik arasında anlamlı bir ilişki saptamıştır <sup>(72)</sup>.

Araştırmaya katılan hekimlerin %76'sı (n=116) kişisel bakımları konusunda nöbetleri yüzünden aksama yaşadıklarını ve nöbet sonraları evde uyku sorunu yaşadıklarını belirtti. Uyku sorunu yaşayan ve kişisel özbakımında aksama yaşayan hekimlerin DT puanı daha yüksek, KB puanı daha düşük saptandı. Kanada'da yapılan, diurnal ritm ve kortizol düzeylerinin tükenmişlik üzerine etkisinin incelendiği bir çalışmada, çalışmamıza benzer şekilde duygusal tükenme ve kişisel başarı puanlarının kortizol düzeyleri ve uyku problemi ile ilişkili olduğu sonucuna varılmıştır <sup>(73)</sup>. Birçok çalışmada kişilerin nöbet sonraları uyku sorunları yaşamaları, güne yorgun başlamaları, kendilerine, ailelerine ve hizmet vermekte oldukları topluma karşı görevlerini yerine getirememeleriyle birlikte azalmış yaşam kalitesi ve tükenmişlik ile ilişkili bulunmuştur <sup>(62,74)</sup>.

Araştırmaya katılan hekimlerin yalnızca %15'i (n=24) her nöbet mola verebildiğini ifade etti. Her nöbet mola verebilen hekimlerin haftada birkaç kez ya da daha az mola verebilenlere göre DT puanları daha düşük saptandı. Bircan ve arkadaşları tarafından 246 acil servis ve 112 hekimi üzerinde yapılan çalışmada da mola veremeyen hekimlerin tükenmişlik puanları daha yüksek bulunmuştur <sup>(75)</sup>.

Her nöbet beslenmeye zaman bulabilen hekimlerin oranı %21 (n=32) idi. Haftada birkaç kez ya da daha az beslenebilme fırsatı bulabilen hekimlerin DT ve DYS puanı daha yüksek, KB puanı daha düşük saptandı. Yoğun vardiya nedeniyle beslenme sorunları yaşayan hekimlerin, obezite, tip 2 diyabet, hiperkolesterolemi gibi hastalıklara daha yatkın olduğu da yapılan çalışmalar neticesinde ortaya konmuştur <sup>(37)</sup>.

Hasta/hasta yakınlarından olumlu bildirim alanların KB puanı daha yüksek iken, DT ve DYS puanları arasında anlamlı bir fark yoktu. Olumsuz bildirim alanların ise DT ve DYS puanları daha yüksek, KB puanları daha düşük saptandı.

Hekimlerin sözel şiddet maruziyeti ile tükenmişlik düzeyleri karşılaştırıldığında, sözel şiddete maruziyet sıklığı arttıkça tükenmişlik düzeylerinin de arttığı görüldü. Ayrıca yalnızca 1 hekimin hiçbir zaman sözel şiddete maruz kalmadığını belirtmesi oldukça dikkat çekici idi. Buna ilave olarak araştırmaya katılan hekimlerin %64'ü (n=98) fiziksel şiddet maruz kaldığını belirtti. Fiziksel şiddete maruz kalan hekimlerin DT ve DYS puanları daha yüksek saptandı. Winstanley ve ark. tarafından 375 sağlık çalışanı üzerinde, Nart tarafından 213 sağlık çalışanı üzerinde, Dursun tarafından 161 sağlık çalışanı üzerinde yapılan çalışmalarda da çalışmamıza benzer şekilde herhangi bir şiddet türüne maruz kalan kişilerin DT ve DYS puanları daha yüksek saptanmıştır <sup>(76,77,78)</sup>. Hekimlerin %85'inin (n=130) iş güvenliği için yeterli önlem alınmadığını düşünmesi de bu noktada dikkat çekici idi.

Araştırmaya katılan hekimlerin %65'i (n=100) yatış alan hastalarını ilgili servise yatırma konusunda sorun yaşadığını ifade etti. Bu hekimlerin tükenmişlik düzeyleri değerlendirildiğinde DT ve DYS puanlarının daha yüksek olduğu görüldü.

Beraber çalışılan ATUÖ sayısı yeterliliği ile tükenmişlik alt boyutları karşılaştırıldığında anlamlı bir fark yoktu. Hekimlerin %85'i (n=130) beraber çalıştıkları yardımcı sağlık personeli sayısını yetersiz bulduğu gibi bu konuda olumlu fikri olan hekim sayısının azlığı nedeniyle MTÖ alt boyutlarının karşılaştırılması yapılamadı.

İş arkadaşlarıyla anlaşmazlık yaşayan hekimlerin DT ve KB puanları arasında fark saptanmazken, DYS puanları daha yüksek idi. Mijakoski ve ark. tarafından sağlık çalışanları üzerinde yapılan bir çalışmada, birlikte çalışma kültürünün daha gelişmiş olduğu bireylerin tükenmişlik düzeylerinin daha düşük olduğu tespit edilmiştir <sup>(79)</sup>.

Psikolojik iş yeri baskısına (mobbing) maruz kaldığını düşünen hekimlerin DT ve DYS puanları daha yüksek iken KB puanları arasında anlamlı fark yoktu. Literatürde mobbing ve tükenmişlik ilişkisini inceleyen çalışmalarda özellikle DT ve DYS puanları ile mobbing arasında anlamlı ilişki olduğu görülmüştür <sup>(80,81)</sup>.

“Tıbbi araştırma yapmak için yeterli imkanlara sahibim.” ifadesine katılmadığını belirten hekimlerin DT ve DYS puanları daha yüksek saptanırken, KB puanları arasında anlamlı farklılık yoktu. TTB tarafından yapılan bir araştırmada, araştırmaya katılan hekimlerin %50’si eğitim olanakları hakkında olumsuz düşünceye sahip olduklarını ve bilimsel çalışmalara yeterince zaman ayıramamanın kariyerlerinde sorun teşkil edeceğini belirtmiştir<sup>(51)</sup>. Kushnir ve ark. tarafından 309 hekim üzerinde yapılan çalışmada, profesyonel bilgi ve becerilerin artmasına yönelik eğitimlerin kişide işe bağlı stresin önemli bir bölümünü azalttığı ve kişisel yeterliliğin önemli bir stres önleyici faktör olduğu belirtilmiştir<sup>(82)</sup>.

Yaptığı geri bildirimlerin dikkate alınmadığını düşünen hekimlerin DT ve DYS puanları daha yüksek saptandı. Görev, sorumluluk ve yetkilerinin belirli olmadığını düşünen hekimlerin ise DT ve DYS puanının daha yüksek olmasının yanı sıra KB puanı da daha düşük saptandı. Visser ve arkadaşları tarafından 2400 hekim üzerinde yapılan çalışmada, üstlerinden destek bulamadığını ve kötü yönetildiğini düşünen hekimlerin tükenmişlik düzeyleri daha yüksek bulunmuştur<sup>(83)</sup>. İngiltere’de 331 hekim üzerinde yapılan 3 yıllık bir çalışmada hekimlere karar verme sürecinde fırsat tanınmasının, değerli olduklarının hissettirilmesinin tükenmişlik üzerinde etkin olduğu belirtilmiştir<sup>(84)</sup>.

Araştırmaya katılan hekimlerin büyük bir çoğunluğu (%81, n=128) Acil Tıp Uzmanlığı’nın bugün hak ettiği yeri bulmadığını düşünmekte idi. Acil Tıp Uzmanlığı’nın gelecekteki yerinin iyi olacağını düşünen hekimlerin oranı da %44 (n=67) ile sınırlı idi. Bu görüşe katılmayan hekimlerin DT puanı daha yüksek iken KB puanı daha düşük saptandı.

Acil Tıp Uzmanlığı’na devam etmek konusunda kararsız olan ve düşünmeyenlerin DT ve DYS puanı daha yüksek KB puanı daha düşük saptandı. “Tekrar şans verilse Acil Tıp Uzmanlığı’nı seçerim.” ifadesi hakkında kararsız olan ve katılmayanların oranının %40 (n=62) olduğu görüldü. Bu hekimlerin DT ve DYS puanı daha yüksek iken KB puanı daha düşük saptandı. TTB tarafından 2015 yılında 741 TUÖ üzerinde yapılan araştırmada, araştırmaya katılan TUÖlerin %25’i tekrar seçme imkânı olsa aynı uzmanlık alanını seçmeyeceğini ifade etmiştir. Araştırmamızda bu oranın yüksekliği göze çarpmaktadır<sup>(85)</sup>. Sağlık çalışanları üzerinde yapılmış birçok çalışmada mesleğini isteyerek yapmayan kişilerin tükenmişlik düzeylerinin daha yüksek olduğu görülmüştür<sup>(87)</sup>.

Araştırmamızda hastaneler arası tükenmişlik düzeyleri karşılaştırıldığında DEÜTF ATUÖlerin DYS düzeyi, Bozyaka EAH ve Tepecik EAH ATUÖlerinden daha yüksekti. DT ve KB puanları değerlendirildiğinde hastaneler arası fark yoktu. Hastaneler arası bazı faktörlerin tükenmişlik düzeyleri ile ilişkisi incelendiğinde, aralarında anlamlı bir ilişkisi bulunsa dahi incelenen faktörlerin tükenmişlik ile ilişkisi zayıf- orta düzey korelasyondan daha öteye gidemedi.

Acil servis hizmet alanı ile DYS arasında negatif yönlü bir ilişki bulunsa da m<sup>2</sup> başına düşen ATUÖ, hemşire ve personel oranları değerlendirildiğinde DT ve DYS ile aralarında negatif yönlü bir ilişki olduğu görüldü. İncelenen faktörler arasında akademik ünvanlı uzman sayısı ile DYS arasında negatif yönlü zayıf-orta korelasyon, hasta sayısı ile ilgili faktörler ile DYS arasında yine negatif yönlü zayıf-orta korelasyon olduğu görüldü. Farkın bu gruplardan kaynaklanma sebebi akademik ünvanlı uzman sayısının en çok, hasta sayısının en az, m<sup>2</sup> başına düşen çalışan sayısının ise en az olduğu DEÜTF idi.

Çalışmamızda hasta sayısının iş yükü ile birebir korele olmadığı, iş yükünü etkileyen birçok faktör olabileceği, ortalama hasta sayısı ile tükenmişlik alt boyutlarının karşılaştırması sırasında bahsedildi.

Akademik ünvanlı uzman sayısı ile DYS puanının pozitif korelasyonunun sebebi Ergin'e göre bu kişilerin üzerlerindeki denetimin daha fazla olması, Mcmanus'a göre ise karar verme sürecinde daha az etkin olmaları ile açıklanabilir <sup>(12,84)</sup>.

Çalışmamızın İzmir ile sınırlı olması sebebiyle 5 hastanenin verileri karşılaştırıldı. Bu nedenle hastane faktörleri ile tükenmişlik düzeyleri arasında anlamlı ilişki kurulabilmesi amacıyla daha çok hastane ve daha farklı coğrafi bölgelerin karşılaştırılması, daha sağlıklı sonuçlar elde edilmesini sağlayabilir.

Rotenstein ve arkadaşları tarafından, 1991 – 2018 yılları arasında 45 ülkede toplamda 109628 hekimin katıldığı 182 çalışmanın meta-analizi sonucu, çalışma kalitesi ve değerlendirme yöntemleri nedeniyle tükenmişliğin yaş, coğrafya, zaman, uzmanlık gibi değişkenlerle arasındaki ilişki güvenilir bir şekilde tespit edilememiştir <sup>(13)</sup>. Bu kısıtlılıklara rağmen birçok değişkenden bağımsız olarak, ülkemizde ve yurtdışında yapılan çalışmalar neticesinde acil tıp hekimlerinin tükenmişlik düzeylerinin yüksekliği göze çarpmaktadır.

## 5.1. Kısıtlılıklar

Çalışmada aktif olarak görev yapmakta olan 184 hekimin %83'üne (n=152) ulaşılabilmektedir. Tükenmişlik düzeyleri ile ilişkili faktörler Sosyo-demografik ve Mesleki Veri Toplama Formu ve Kurumsal Veri Formunda sorulan sorular ile sınırlı kalmıştır.

Maslach Tükenmişlik Ölçeği'nin Türkçe çevirisinin düşük, orta, yüksek tükenmişlik değerleri için kesme değerlerinin mevcut olmaması da çalışmanın bir diğer kısıtlılığıdır.

Çalışmamızda gözlemlenen, merkezler arasındaki triyaj ve kayıt sistemlerinin uyumsuzluğu nedeniyle kritik hastaların oluşturduğu işyükünün asistan hekimlerin tükenmişlik düzeylerine etkisinin incelenememiş olması da önemli bir kısıtlılık idi.

## 5.2. Gelecek Çalışmalar için Öneriler

Ülkemizde görev yapmakta olan acil tıp asistan hekimlerinin tükenmişlik düzeylerini saptamak ve neden olan faktörlere yönelik çözüm önerilerinde bulunabilmek amacıyla meslek örgütleri koordinasyonu ile daha geniş çaplı çalışmalar yapılabilir.

## 6. SONUÇ

Bu çalışmanın sonucunda İzmir ili acil tıp asistan hekimlerinin tükenmişlik düzeylerinin oldukça yüksek olduğu saptandı. Bu yüksek tükenmişlik düzeyleri ile en çok ilişkili olan sosyo-demografik, mesleki ve akademik faktörler sırasıyla şunlardı;

- Nöbetler nedeniyle gündelik yaşamda meydana gelen aksamalar,
- Acil Tıp Uzmanlık Eğitimi'ne devam etme konusunda kararsızlık,
- Hertürlü şiddet maruziyeti,
- Kadın cinsiyet,
- Mobbing maruziyeti,
- Hastane işleyişi ile ilgili sorunlar,
- Üstlerle olan sorunlar,
- Tıbbi araştırma imkanlarının yetersizliği,
- Nöbet sırasında mola ve beslenmeye vakit bulamamak,
- Aşırı çalışma saatleri,
- Bekar olmak,
- Çocuk sahibi olmamak,
- 30 yaşın altında olmak,
- Acil Tıp Asistanlığı'nın ilk yılında olmak.

Acil tıpta uzmanlık eğitimi veren merkezlere ait bazı veriler ile tükenmişlik düzeyleri karşılaştırıldığında ise;

- Akademik ünvanlı uzman sayısı ile pozitif yönde,
- Akademik ünvanı olmayan uzman sayısı ile negatif yönde,
- m<sup>2</sup> başına düşen asistan hekim, hemşire ve yardımcı personel sayısı ile negatif yönde,
- Acil servis hizmet alanı ile negatif yönde,
- Beklenen bir sonuç olmasa da hasta sayısı ve hasta sayısı ile ilişkili bazı faktörler (m<sup>2</sup> başına düşen hasta, sedye başına düşen hasta, ATUÖ başına düşen hasta, personel başına düşen hasta) ile negatif yönde bir ilişki saptandı.

Bu tespitler doğrultusunda acil tıp asistan hekimlerinin tükenmişlik düzeylerini azaltmak amacıyla asistan hekimlerin çalışma şartlarının iyileştirilmesi, çalışma güvenliklerinin sağlanması, üstleriyle olan ilişkilerin düzeltilmesi ve acil servislerin eksiklerinin giderilmesi için önlemler alınması gerekmektedir.

## 7. KAYNAKLAR

1. Freudenberger HJ. Staff burn-out. Journal Of Social Issues. 1974; 30:159-65
2. Maslach C, Jackson SE. Maslach burnout inventory. Press Palo Alto; 1986.
3. Kaçmaz N. Tükenmişlik (burnout) sendromu. İstanbul tıp fakültesi dergisi. 2005; 68(1):29–32.
4. Encyclopaedia of Occupational Health and Safety, 4th Ed., ILO, Geneva, 1998.
5. Bilir N, Yıldız AN. Sağlık Personelinin Mesleksel Riskleri. İş Sağlığı ve Güvenliği. 3 Baskı. Ankara. Hacettepe Üniversitesi Yayınları; 2014.
6. Dorevitch S, Forst L. The occupational hazards of emergency physicians. Am J Emerg Med. 2000; 18:300-11.
7. Kimo Takayesu J, Ramoska EA, Clark TR, et al. Factors associated with burnout during emergency medicine residency. Acad Emerg Med. 2014; 21:1031-35.
8. Dyrbye LN, Burke SE, Hardeman RR, et al. Association of Clinical Specialty With Symptoms of Burnout and Career Choice Regret Among US Resident Physicians. JAMA. 2018;320(11):1114-30.
9. Houry DE, Shockley LW, Markovchick V. Wellness issues and the emergency medicine resident. Ann Emerg Med. 2000; 35:394-97.
10. Leiter MP, Maslach C. Nurse turnover: the mediating role of burnout. Journal of Nursing Management. 2009; 17:331-39.
11. Bauer J, Häfner S, Kächele H, Wirsching M, et al. The burn-out syndrome and restoring mental health at the working place. Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie. 2003; 53:213-22.
12. Ergin C. Doktor ve hemşirelerde tükenmişlik ve maslach tükenmişlik ölçeğinin uyarlanması. VII. Ulusal Psikoloji Kongresi Bilimsel Çalışmaları. 1993.
13. Rotenstein LS, Torre M, Ramos MA et al. Prevalence of Burnout Among Physicians A Systematic Review. JAMA. 2018; 320(11):1131-50.
14. Cherniss C. Professional burnout in human service organizations. New York, Praeger Publishers, 1980.
15. Pines A, Aronson E. Career burnout: causes and cures. Paperback, New York, US, Free press, 1989.
16. Edelwich J, Brodsky A. Brodsky a. Burn-out stages disillusionment in the helping professions. Human Sciences Press; 1980.

17. Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job burnout. Annual review of psychology. 2001; 52:397-422.
18. Leiter MP, Maslach C. Burnout at work: a psychological perspective. London: Psychology Press, 2014:145-67.
19. Perlman B., Hartman E. A. Burnout: Summary and future research. Human Relations, 1982; 35(4), 283-305.
20. Cordes CL, Dougherty TW. A review and an integration of research on job burnout. Academy of Management Review, 1993; 18: 621-56.
21. Martin Rod A. The psychology of humor. An intergrative approach. Burlington, Elsevier Academic Publication, 2007.
22. Sürgevil O. Çalışma hayatında tükenmişlik sendromu: tükenmişlikle mücadele teknikleri. 1. baskı, Nobel Yayın, 2006.
23. Çam O. The burnout in nursing academicians in Turkey. International Journal Of Nursing Studies, 2001; 38: 201-207.
24. Jackson SE, Schuler RS. Preventing employee burnout. Personnel. 1983; 60:58-68
25. Maslach C, Jackson SE. The role and family variables in burnout. Sex Roles 1985;12(7-8):837-50.
26. Kushnir T, Cohen AH, Kitai E. Continuing medical education and primary physicians' job stress, burnout and dissatisfaction. Medical Education, 2000; 34: 430-436
27. Torun A. Stres ve tükenmişlik, in: Tevrüz S editör, Endüstri ve örgüt psikolojisi. 2.baskı, Türk Psikologlar Derneği yayını. 1998; 43-45.
28. Maslach C. Burnout, the cost of caring. Englewood Cliffs, N.J: Prentice-Hall; 1982.
29. Mijakoski D. Burnout, engagement, and organizational culture: differences between physicians and nurses. Open Access Macedonian Journal Of Medical Sciences, 2015; 3: 506.
30. Dikmetaş E, Top M, Ergin G. Asistan Hekimlerin Tükenmişlik ve Mobbing Düzeylerinin İncelenmesi, Türk Psikiyatri Dergisi, 2011; 22(3):137-49.
31. Gül H, Ince M, Özcan N. The Relationship between Workplace Mobbing and Burnout among Academics at a Turkish University. Research Journal of International Studies, 2011; 18:106–22.
32. Karlıdağ R, Ünal S, Yologlu S. Hekimlerde İş doyumunu ve tükenmişlik düzeyi. Türk Psikiyatri Dergisi. 2000; 11:49-57.
33. Örtqvist D, Wincent J. Prominent consequences of role stress: A meta-analytic review. International Journal of Stress Management. 2006; 13(4):399-422.



34. Leiter MP, Maslach C. The Impact of Interpersonal Environment on Burnout and Organizational Commitment. *Journal of Organizational Behaviour*. 1988; 9:297–308.
35. Legassie J, Zibrowski EM, Goldszmidt MA. Measuring resident wellbeing: Impostorism and burnout syndrome in residency. *Journal of general internal medicine*. 2008; 23:1090-94.
36. Potter B. Preventing job burnout; transforming work pressures into productivity. Crisp Publications; 1995.
37. Salvagioni DAJ, Melanda NF, Mesas EA et al. Physical, psychological and occupational consequences of job burnout: A systematic review of prospective studies. *PLoS One*. 2017; 12(10): e0185781.
38. Balcıoğlu İ, Memetalı S, Rozant R, Tükenmişlik Sendromu. *Dirim Tıp Gazetesi*. 2008; 83:99-104.
39. Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behaviour*. 1981; 2:99-113.
40. Muldary TW. Burnout and health professionals: Manifestations and management. *Annals of Internal Medicine*. 1983; 99:426-426
41. Wright TA, Bonett DG. The contribution of burnout to work performance. *Journal of Organizational Behavior*. 1997; 18:491-499
42. Maslach C, Jackson SE, Leiter MP. Maslach burnout inventory. Third edition. Palo Alto, CA, Consulting Psychologists Press. 1997; 191-218.
43. Maslach C, Leiter MP. Early predictors of job burnout and engagement. *Journal Of Applied Psychology*. 2008; 93:498.
44. Maslach C. Stress, burnout, and workaholism. In: Kilburg R, Thoreson R, Nathan P. editors. *Professionals in Distress: Issues, Syndromes and Solutions in Psychology*, American Psychological Association, 1986; 53-75.
45. Butterfield PS. The stress of residency: a review of the literature. *Arch Intern Med* 1988; 148:1428-35.
46. Schwartz AJ, Black ER, Goldstein MG. Levels and causes of stress among residents. *J Med Educ* 1987; 62:744-53.
47. Houry D, Shockley LW, Markovchick V. Wellness issues and the emergency medicine resident. *Ann Emerg Med* 2000; 35:394-7.
48. Spurgeon A, Harrington JM, Cooper CL. Health and safety problems associated with long working hours: a review of current position. *Occup Environ Med* 1997; 54:367-75.
49. Levitt Ma, Derrick GA. An evaluation of physiologic parameters of stress in the emergency department. *Am J Emerg Med* 1991; 9:217-19.

50. Adams SL, Roxel DM, Weiss J. Ambulatory blood pressure and holter monitoring of emergency physicians before, during, and after a night shift. *Acad Emerg Med.* 1998; 5:871-77.
51. Aslan D, Kiper N, Karaagaoğlu E ve ark. Türkiye’de Tabip Odalarına Kayıtlı Olan Bir Grup Hekimde Tükenmişlik Sendromu ve Etkileyen Faktörler. *Türk Tabipleri Birliği Yayınları, Ankara, 2005.*
52. Erol A, Akarca F, Değerli V ve ark. Burnout and Job Satisfaction Among Emergency Department Staff. *J Clin Psy.* 2012; 15(2):103-10.
53. Ersoy S, Kavalcı C, Yel C ve ark. Tıp Fakóltesi Hastaneleri ve Sağlık Bakanlığı Eğitim ve Araştırma Hastaneleri’nde çalışan acil tıp asistanlarının tükenmişlik düzeylerinin karşılaştırılması. *Ankara Med J.* 2014; 14(2):41-45.
54. olak ON, Balcı B, Özlem EN ve ark. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakóltesi Tıpta Uzmanlık Öđrencilerinin Mesleki Tükenmişlik Düzeyleri. *Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakóltesi Dergisi.* 2013; 27(2):67-73.
55. Serinken M, Ergör A, ımrın AH, Ersoy G. İzmir İlindeki Acil Servis Hekimlerinin Tükenme Düzeyleri. *Toplum ve Hekim.* 2003; 18:293-99.
56. Shanafelt TD, Hasan O, Dyrbye LN. Changes in Burnout and Satisfaction With Work-Life Balance in Physicians and the General US Working Population Between 2011 and 2014. *Mayo Clin Proc.* 2015 Dec; 90(12):1600-13.
57. Dyrbye LN, Burke SE, Hardeman RR et al. Association of Clinical Specialty With Symptoms of Burnout and Career Choice Regret Among US Resident Physicians. *JAMA.* 2018; 320(11):1114-30.
58. Yıldız N, Yolsal N, Ay P, Kıyan A. İstanbul Tıp Fakóltesi’nde alışan Hekimlerde İş Doyumu. *İst. Tıp Fak. Mecmuası.* 2003; 66(1): 34–41.
59. Sünter A T, Canbaz S, Dabak ř, Öz H, Pekşen Y. Pratisyen Hekimlerde Tükenmişlik, İşe Bağlı Gerginlik ve İş Doyumu Düzeyleri. *Genel Tıp Dergisi,* 2006; 16(1): 9–14.
60. Maslach C, Jackson SE. Burned-out cops and their families. *Psychology Today.* 1979; 12(12): 59-62.
61. Aktuđ İ, Susur A, Keskin S ve ark. Osmangazi üniversitesi tıp fakóltesinde çalışan hekimlerde tükenmişlik düzeyleri. *Osmangazi Tıp Dergisi.* 2006; 28(2): 91-101.
62. Taycan O, Kutlu L, imen S, Aydın, N. Bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerde depresyon ve tükenmişlik düzeyinin sosyodemografik özelliklerle ilişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi.* 2006; 7: 100-108.

63. Erol A, Sariçiçek A, Gülseren Ş. Asistan Hekimlerde Tükenmişlik: İş Doyumu ve Depresyonla İlişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2007; 8: 241-47.
64. Aslan S, Coşkun H, Alpaslan S, Nazan Z. Bakırköy ruh ve sinir hastalıkları hastanesinde çalışan hemşirelerde tükenme, işe bağlı gerginlik, a-tipi kişilik ve mükemmellecilik. *Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 2000; 25 (3): 135-42.
65. Goodfellow A, Varnam R, Rees D, Shelly MP. Staff stress on the intensive care unit: a comparison of doctors and nurses. *Anaesthesia*. 1997; 52: 1037-41.
66. Childs E, De wit H. Effects of acute psychosocial stress on cigarette craving and smoking. *Nicotine & Tobacco Research*. 2010; 214.
67. Cecil J, Mchale C, Hart J, Laidlaw A. Behaviour and burnout in medical students. *Medical Education Online*. 2014; 19.
68. Kenna GA, Lewis DC. Risk factors for alcohol and other drug use by healthcare professionals. *Subst Abuse Treat Prev Policy*. 2008 Jan 29; 3:3.
69. Lin M, Battaglioli N, Melamed M et al. High Prevalence of Burnout Among US Emergency Medicine Residents: Results From the 2017 National Emergency Medicine Wellness Survey. *Ann Emerg Med*. 2019 Mar 14. pii: S0196-0644(19)30064-2.
70. Özyurt A, Hayran O, Sur H. Predictors Of Burnout And Job Satisfaction Among Turkish Physicians. *Qjm: Monthly Journal Of The Association Of Physicians*, 2006; 99(3): 161-69
71. Wagner MJ, Wolf S, Promes S et al. Duty hours in emergency medicine: balancing patient safety, resident wellness, and the resident training experience: a consensus response to the 2008 institute of medicine resident duty hours recommendations. *Acad Emerg Med*. 2010 Sep;17(9):1004-11.
72. Ünal S, Karlıdağ R, Yoloğlu S. Hekimlerde tükenmişlik ve iş doyumunu düzeylerinin yaşam doyumunu düzeyleri ile ilişkisi. *Klinik Psikiyatri* 2001; 4:113-8.
73. Marchand A. Burnout symptom sub-types and cortisol profiles: what's burning most? *Psychoneuroendocrinology*, 2014; 40: 27-36.
74. Akerstedt T, Kecklund G, Gillberg M. Sleep and sleepiness in relation to stress and displaced work hours. *Physiology & Behavior*, 2007; 92: 250-55.
75. Bircan M, Ak A, Bayrak D ve ark. Acil tıp hizmeti veren hekimlerde tükenme sendromu. *Eurasian J Emerg Med*. 2006; 5:51-54.
76. Dursun S. İşyeri Şiddetinin Çalışanların Tükenmişlik Düzeyi Üzerine Etkisi: Sağlık Sektöründe Bir Uygulama. *Çalışma İlişkileri Dergisi*. 2012; 3(1): 105-15
77. Nart S. İş ortamında şiddet, tükenmişlik ve iş tatmini ilişkileri: Sağlık çalışanları üzerinde bir araştırma. *Yönetim ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi*, 2014; 23.

78. Winstanley S, Whittington R (2002) Anxiety, burnout and coping styles in general hospital staff exposed to workplace aggression: A cyclical model of burnout and vulnerability to aggression, *Work & Stress*, 2002; 16 (4):302-15.
79. Mijakoski D. Burnout, engagement, and organizational culture: differences between physicians and nurses. *Open Access Macedonian Journal Of Medical Sciences*, 2015; 3: 506.
80. Dikmetaş E, Top M, Ergin G. Asistan Hekimlerin Tükenmişlik ve Mobbing Düzeylerinin İncelenmesi. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2011; 22(3):137-49.
81. Gül H, Ince M, Özcan N. The Relationship between Workplace Mobbing and Burnout among Academics at a Turkish University. *Research Journal of International Studies*, 2011; 18:106–22.
82. Kushnir T, Cohen AH, Kitai E. Continuing medical education and primary physician' job stress, burnout and dissatisfaction. *Medical Education*. 2000; 34:430-36.
83. Vsser MR. Stress, satisfaction and burnout among dutch medical specialists. *Canadian Medical Association Journal*, 2003; 168: 271-75.
84. Mcmanus I, Winder B, Gordon D. The causal links between stress and burnout in a longitudinal study of uk doctors. *The Lancet*, 2002; 359:2089-90.
85. Sayek İ, Aktan AÖ, Demir T, Özyurt A. Tıpta uzmanlık eğitimi raporu. Ankara, Türk Tabipleri Birliği Yayınları, 2015.
86. 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.
87. Turgut N, Karacalar S, Polat C ve ark. Uzmanlık eğitimindeki doktorlarda tükenmişlik sendromu. *Turkish Journal Anaesthesiol Reanimation*. 2016; 44: 259-60

## 8. EKLER

### EK-1. Etik Kurul Karar Formu

KARAR BİLGİLERİ	Karar No:2019/11-38	Tarih:24.04.2019				
	Prof.Dr.Sedat YANTURALI'nın sorumlusu olduğu "İzmir İli Acil Tıp Asistan Hekimlerinin Tükenmişlik Sendromu Yönünden Değerlendirilmesi" isimli klinik araştırmaya ait 22.04.2019 tarihli araştırmacı dilekçesine ilişkin; -Kurum izinleri ile ilgili belgeler incelenerek bilgi edinilmiş ve uygun bulunmuştur.					
<b>ETİK KURUL BİLGİLERİ</b>						
ÇALIŞMA ESASI	Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu İşleyiş Yönergesi İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu					
<b>ETİK KURUL ÜYELERİ</b>						
Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile İlişkili mi?		İmza
Prof.Dr.Sadık Kıvanç METİN (Başkan)	Kalp ve Damar Cerrahisi	DEU Tıp Fakültesi Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı	Erkek	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Serkan YENER (Başkan Yardımcısı)	Endokrinoloji	DEU Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı	Erkek	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Arzu GENÇ	Nörolojik Fizyoterapi - Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	DEU Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksek Okulu	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	katılmadı
Prof.Dr. Scrimin ÖZKAL	Tıbbi Patoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Patoloji A.D	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Pınar TUNCEL	Tıbbi Biyokimya	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Doç.Dr.Nil Hocaoğlu AKSAY	Tıbbi Farmakoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Doç.Dr.Murat BEKTAŞ	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği	DEU Hemşirelik Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği	Erkek	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Doç.Dr.Tufan ÇANKAYA	Tıbbi Genetik	Tıbbi Genetik Anabilim Dalı	Erkek	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	katılmadı
Doç.Dr.Ayfer DAYI	Davranış Fizyolojisi	DEU Tıp Fakültesi Fizyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Doç.Dr.Korcan DEMİR	Pediyatrik Endokrinoloji	DEU Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	Erkek	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Doç.Dr.Mahmut Cem ERGON	Tıbbi Mikrobiyoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı	Erkek	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Öğr.Gör.Dr.Kıvanç YÜKSEL	Biyoistatistik ve Tıbbi Bilişim	Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyoistatistik ve Bilişim A.D	Erkek	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Av.Esra FIRTINA	Avukat	DEU Rektörlüğü Hukuk Müşavirliği	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	katılmadı
Mehmet Erhan ÖZKUL	Sağlık mensubu olmayan üye	D.E.U Tıp Fakültesi İdari Mali İşler	Erkek	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	

## EK-2. Veri Toplama Formu

### İzmir İli Acil Tıp Asistan Hekimlerinin Tükenmişlik Sendromu Yönünden Değerlendirilmesi

#### VERİ TOPLAMA FORMU

Anket No:

Sağlıkla ilgili meslek gruplarında "tükenmişlik" sık karşılaşılan; hem çalışanı, hem kurumu hem de hastaları olumsuz etkileyen istenmeyen bir durumdur. Özellik taşıyan ve çoğu kez hayati önemi olan acil servis hizmetlerinin nitelikli bir biçimde sürdürülebilmesi için acil servis hekimlerinin tükenmişlik yaşamaması önemlidir. Vereceğiniz yanıtlar ile acil tıpta uzmanlık öğrencilerinde mesleki tükenmişliğe neden olan risk faktörlerinin belirlenerek bunlara yönelik önlemler alınmasına katkı sağlayacaksınız. Yanıtladığınız anket formu, yalnızca araştırma ekibi tarafından değerlendirilecek ve sonuçlar bilimsel amaçlar dışında kullanılmayacaktır. Ankete katılan hekimlerin ismi gizli tutulacaktır. Katılanların hiçbir hukuki sorumluluğu olmayıp sorulara tam ve gerçeğe uygun yanıtlar vermeniz, düşüncelerinizi açıklıkla ifade etmeniz çalışmanın güvenilirliği ve bilimsel geçerliliği açısından önemlidir. Çalışmaya katılımınız tamamen gönüllüğünüze dayalıdır. Katkınız için şimdiden teşekkür ediyorum.

Araş. Gör. Dr. N. Buğra ALTINSOY  
Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Acil Tıp Anabilim Dalı

Tel:05443383215

e-mail:bugraaltinsoy@hotmail.com

#### Çalıştığınız Kurum:

Demografik bilgiler					
1. Yaşınız?					
2. Cinsiyetiniz?	KADIN		ERKEK		
3. Medeni durumunuz?	EVLİ		BEKAR		
4. Çocuğunuz var mı?	EVET		HAYIR		
5. Tıp fakültesinden hangi yıl mezun oldunuz?					
6.Acil Tıpta Uzmanlık Öğrencisi olarak kaçınıcı yılınızdasınız?	0.-1. YIL	1.-2. YIL	2.-3. YIL	3.-4. YIL	>4. YIL
7.Bir ayda kaç nöbet tutuyorsunuz?	GÜNDÜZ		GECE		
	PRIME		24 SAAT		
8.Nöbetinizde ortalama kaç hasta bakıyorsunuz?	GÜNDÜZ		GECE		
	PRIME		24 SAAT		
9. Gerekli hallerde nöbetinizi değiştirebiliyor musunuz?	EVET		HAYIR		
10. Sigara kullanıyor musunuz?	Kullanıyorum		Kullanmıyorum		
11. Alkol kullanıyor musunuz?	Kullanıyorum		Kullanmıyorum		
12. Keyif verici madde kullanıyor musunuz?	Kullanıyorum		Kullanmıyorum		
<i>Aşağıdaki cümleleri dikkatle okuyarak size en yakın gelen seçeneği işaretleyiniz.</i>					
13. Mevcut gelir düzeyimin yeterli olduğunu düşünüyorum.	Kesinlikle Katılıyorum	Kismen katılıyorum	Kararsızım	Kismen katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
14. Kişisel öz bakımım konusunda nöbetler yüzünden aksamalar yaşıyorum.	Kesinlikle Katılıyorum	Kismen katılıyorum	Kararsızım	Kismen katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
15.Nöbet sonraları evde uyku sorunu yaşıyorum.	Kesinlikle Katılıyorum	Kismen katılıyorum	Kararsızım	Kismen katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
16.Nöbetlerim dışında yeterli boş zamanımın kaldığını düşünüyorum.	Kesinlikle Katılıyorum	Kismen katılıyorum	Kararsızım	Kismen katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum

## EK-2. Veri Toplama Formu

### İzmir İli Acil Tıp Asistan Hekimlerinin Tükenmişlik Sendromu Yönünden Değerlendirilmesi

(17. – 27. Arası sorular nöbet koşullarınız ile ilgilidir.)					
17. Mola verebiliyorum.	Her nöbet	Haftada birkaç kez	Ayda birkaç kez	Yılda birkaç kez	Hiçbir zaman
19. Beslenmeye zaman bulabiliyorum.	Her nöbet	Haftada birkaç kez	Ayda birkaç kez	Yılda birkaç kez	Hiçbir zaman
20. Sözel şiddete maruz kalıyorum.	Her nöbet	Haftada birkaç kez	Ayda birkaç kez	Yılda birkaç kez	Hiçbir zaman
21. Fiziksel şiddete maruz kalıyorum.	Her nöbet	Haftada birkaç kez	Ayda birkaç kez	Yılda birkaç kez	Hiçbir zaman
22. Hasta/hasta yakınlarından <u>olumlu</u> geri bildirim alıyorum.	Her nöbet	Haftada birkaç kez	Ayda birkaç kez	Yılda birkaç kez	Hiçbir zaman
23. Hasta/hasta yakınlarından <u>olumsuz</u> geri bildirim alıyorum.	Her nöbet	Haftada birkaç kez	Ayda birkaç kez	Yılda birkaç kez	Hiçbir zaman
24. Yatış alan hastalarımı ilgili servise yatırmak konusunda sorun yaşıyorum.	Her nöbet	Haftada birkaç kez	Ayda birkaç kez	Yılda birkaç kez	Hiçbir zaman
25. İş arkadaşlarımla anlaşmazlık yaşıyorum.	Kesinlikle Katılıyorum	Kısmen katılıyorum	Kararsızım	Kısmen katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
26. Beraber çalıştığım asistan sayısını yeterli buluyorum.	Kesinlikle Katılıyorum	Kısmen katılıyorum	Kararsızım	Kısmen katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
27. Beraber çalıştığım yardımcı sağlık personeli sayısını yeterli buluyorum.	Kesinlikle Katılıyorum	Kısmen katılıyorum	Kararsızım	Kısmen katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
28. – 32. Arası sorular hastane koşullarınız ile ilgilidir.					
28. İş güvenliğim için yeterli önlem alındığını düşünüyorum.	Kesinlikle Katılıyorum	Kısmen katılıyorum	Kararsızım	Kısmen katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
29. Psikolojik işyeri baskısına (mobbing) maruz kaldığımı düşünüyorum.	Kesinlikle Katılıyorum	Kısmen katılıyorum	Kararsızım	Kısmen katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
30. Tıbbi araştırma yapmak için yeterli imkanlara sahibim.	Kesinlikle Katılıyorum	Kısmen katılıyorum	Kararsızım	Kısmen katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
31. Yaptığım geri bildirimler dikkate alınıyor.	Kesinlikle Katılıyorum	Kısmen katılıyorum	Kararsızım	Kısmen katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
32. Görev, sorumluluk ve yetkilerimin belirli olduğunu düşünüyorum.	Kesinlikle Katılıyorum	Kısmen katılıyorum	Kararsızım	Kısmen katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
33. Acil Tıp Uzmanlığı'nın bugün hakettiği yeri bulduğuna inanıyorum.	Kesinlikle Katılıyorum	Kısmen katılıyorum	Kararsızım	Kısmen katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
34. Acil Tıp Uzmanlığı'nın gelecekteki yerinin iyi olacağını düşünüyorum	Kesinlikle Katılıyorum	Kısmen katılıyorum	Kararsızım	Kısmen katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
35. Acil Tıp Uzmanlığı'na devam etmeyi düşünüyorum.	Kesinlikle Katılıyorum	Kısmen katılıyorum	Kararsızım	Kısmen katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
36. Bugün şans verilse tekrar Acil Tıp Uzmanlığı'nı seçerim.	Kesinlikle Katılıyorum	Kısmen katılıyorum	Kararsızım	Kısmen katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum

## EK-2. Veri Toplama Formu

### İzmir İli Acil Tıp Asistan Hekimlerinin Tükenmişlik Sendromu Yönünden Değerlendirilmesi

#### MASLACH TÜKENMİŞLİK ÖLÇEĞİ

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



## EK-2. Veri Toplama Formu

### İzmir İli Acil Tıp Asistan Hekimlerinin Tükenmişlik Sendromu Yönünden Değerlendirilmesi

#### KURUM ADI

Asistan sayısı nedir?		Kritik bakım alanındaki mevcut sedye sayısı nedir?	
Uzman sayısı nedir?		Gözlem alanındaki mevcut sedye sayısı nedir?	
Akademik ünvanlı uzman sayısı nedir?		Travma alanındaki mevcut sedye sayısı nedir?	
Bir nöbette kaç asistan çalışıyor?		Pediyatrik acil alanındaki mevcut sedye sayısı nedir?	
Bir nöbette kaç hemşire çalışıyor?		Doluluk oranı nedir?	
Bir nöbette kaç yardımcı personel çalışıyor?		Ayaktan taburcu olan hastanın ortalama kalış süresi nedir?	
Sedye/ yatak sayısı nedir?		Dış servise yatırılan hastanın ortalama kalış süresi nedir?	
Ortalama 24 saatlik hasta sayısı nedir?		Hastanenin toplam yatak kapasitesi nedir?	
Ortalama 24 saatlik 112 ambulans girişi nedir?		Acil servisin toplam hizmet alanı kaç m <sup>2</sup> dir?	
Ortalama 24 saatlik triajda Mavi kodlu hasta sayısı nedir		Asistanlar için ayrı bir oda var mı?	
Ortalama 24 saatlik triajda Yeşil kodlu hasta sayısı nedir?		Eğitim amaçlı kullanılacak ayrı bir oda (seminer salonu) var mı?	
Ortalama 24 saatlik triajda Sarı kodlu hasta sayısı nedir?		Nöbette her an danışılacak bir acil tıp uzmanı var mı?	
Ortalama 24 saatlik triajda Turuncu kodlu hasta sayısı nedir?		Nöbette her an danışılacak bir kıdemli acil tıp asistanı var mı?	
Ortalama 24 saatlik triajda Kırmızı kodlu hasta sayısı nedir?		Düzenli eğitim günü var mı?	
Mevcut toplam sedye kapasitesi nedir?		Acil tıp çekirdek eğitim programı uygulanıyor mu?	
Mevcut monitörlü sedye sayısı nedir?		Stres yönetimi konusunda herhangi bir eğitim verildi mi?	
Mevcut kapalı resüsitasyon alanındaki sedye sayısı nedir?		İletişim konusunda herhangi bir eğitim verildi mi?	