

T.C  
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ  
GÖĞÜS HASTALIKLARI  
ANABİLİM DALI

**TÜRKİYE'DEKİ GÖĞÜS HASTALIKLARI  
HEKİMLERİNDE TÜKENMİŞLİK SENDROMU  
SIKLIĞININ ARAŞTIRILMASI**

DR. MERVE ATİK

UZMANLIK TEZİ

İZMİR-2017

T.C  
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ  
GÖĞÜS HASTALIKLARI  
ANABİLİM DALI

**TÜRKİYE'DEKİ GÖĞÜS HASTALIKLARI  
HEKİMLERİNDE TÜKENMİŞLİK SENDROMU  
SIKLIĞININ ARAŞTIRILMASI**

DR. MERVE ATİK

DANIŞMAN ÖĞRETİM ÜYESİ:  
PROF. DR. EYÜP SABRİ UÇAN

**UZMANLIK TEZİ**

**İZMİR-2017**

## İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER	I
TABLO LİSTESİ	III
ŞEKİL LİSTESİ	V
KISALTMALAR	VI
TEŞEKKÜR	VII
ÖZET	VIII
ABSTRACT	IX
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Tükenmişlik Sendromu Tanımı	4
2.2. Tükenmişlikle İlgili Geliştirilen Modeller	5
2.2.1. Cherniss Tükenmişlik Modeli	5
2.2.2. Pines Tükenmişlik Modeli	5
2.2.3. Edelwich ve Brodsky Tükenmişlik Modeli	5
2.2.4. Perlman ve Hartman 'ın Tükenmişlik Modeli	7
2.2.5. Maslach Tükenmişlik Modeli	8
2.2.5.1 Duygusal Tükenme ( <i>Emotional exhaustion</i> )	9
2.2.5.2 Duyarsızlaşma ( <i>Depersonalization</i> )	9
2.2.5.3 Kişisel Başarı Eksikliği ( <i>Lack of Personal Accomplishment</i> )	10
2.3. Tükenmişliğe Neden olan Faktörler	10
2.3.1. Bireysel Faktörler	10
2.3.2. Çevresel Faktörler	11
2.4. Tükenmişliğin Belirtileri	12
2.5. Tükenmişliğin Sonuçları	14
2.5.1. Bireysel Sonuçlar	14
2.5.2. Örgütsel Sonuçlar	14
2.5.3. Aile İle İlgili Sonuçlar	14
2.6. Tükenmişliği Önleme ve Başa Çıkma Yolları	15
2.6.1. Bireysel Düzeyde Yapılması Gerekenler	15
2.6.2. Örgütsel Düzeyde Yapılması Gerekenler	15
2.7. Türkiye’de değişen sağlık sistemi ve getirdikleri	16

2.7.1. Hizmet sunumu reformu	17
2.7.2. Hizmet finansmanı reformu	19
2.8. Hekimlerde Tükenmişlik	21
<b>3. GEREÇ VE YÖNLEM</b>	<b>23</b>
3. 1. Araştırmanın Türü	23
3. 2. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Büyüklüğü	23
3. 3. Veri Toplama Araçları	24
3.3.1 Sosyodemografik Veri Formu	24
3.3.2. Maslach Tükenmişlik Ölçeği	24
3. 4. İstatistiksel Yöntemler	26
<b>4. BULGULAR</b>	<b>27</b>
4.1. Araştırmaya Katılan Hekimlerin Sosyodemografik Özelliklerine İlişkin Frekans ve Yüzdeler	27
4.2. Araştırmaya katılan hekimlerin “Maslach Tükenmişlik Ölçeğine” (MTÖ) verdikleri yanıt oranları	33
4.3. Araştırmaya Katılan Hekimlerin ‘Maslach Tükenmişlik Ölçeği’nin Alt Boyutlarına İlişkin Tanımlayıcı İstatistikleri	41
<b>5. TARTIŞMA</b>	<b>56</b>
<b>6. SONUÇ VE ÖNERİLER</b>	<b>70</b>
<b>7. KAYNAKLAR</b>	<b>72</b>
<b>8. EKLER</b>	<b>83</b>

## TABLO LİSTESİ

- Tablo 1.** Araştırmaya Katılan Hekimlerin Demografik Özellikleri
- Tablo 2.** Araştırmaya Katılan Hekimlerin Mesleki Özellikleri
- Tablo 3.** İcap/nöbet durumu
- Tablo 4.** Fakülte ve Uzmanlık alanı tercih durumu
- Tablo 5.** Uzmanlık alanını kendi isteği ile seçen 296 kişinin; “bugün tekrar tercih şansınız olsa aynı uzmanlık alanını tercih eder miydiniz?” sorusuna verdikleri cevap
- Tablo 6.** Tanı alınan hastalık durumu
- Tablo 7.** Alışkanlıklar ve antidepresan ilaç kullanımı
- Tablo 8.** Fiziksel ve ruhsal destek yapıları
- Tablo 9.** Meslek seçimi ile ilişkili temel sorun algısı
- Tablo 10.** Katılan hekimlerin MTÖ alt boyutlarının dağılımı
- Tablo 11.** Yaşa göre MTÖ alt boyutlarının dağılımı
- Tablo 12.** Cinsiyete göre MTÖ alt boyutlarının dağılımı
- Tablo 13.** Medeni durum değişkenine göre MTÖ alt boyutlarının dağılımı
- Tablo 14.** Sahip olunan çocuk sayısı değişkenine göre MTÖ alt boyutlarının dağılımı
- Tablo 15.** Bakmakla yükümlü olunan kişi değişkenine göre MTÖ alt boyutlarının dağılımı
- Tablo 16.** Akademik unvan değişkenine göre MTÖ alt boyutlarının dağılımı
- Tablo 17.** Çalışılan kurum değişkenine göre MTÖ alt boyutlarının dağılımı
- Tablo 18.** Meslekte çalışılan yıl değişkenine göre MTÖ alt boyutlarının dağılımı
- Tablo 19.** Tıp fakültesini kendi isteği ile seçme durumuna göre MTÖ alt boyutlarının dağılımı
- Tablo 20.** Uzmanlık alanını kendi isteği ile seçme durumuna göre MTÖ alt boyutlarının dağılımı
- Tablo 21.** Tekrar tercih şansı olsa aynı uzmanlık alanını tercih etme durumuna göre MTÖ alt boyutlarının dağılımı
- Tablo 22.** Uzmanlık alanı tercih sırası değişkenine göre MTÖ alt boyutlarının dağılımı
- Tablo 23.** Aylık maaş değişkenine göre MTÖ alt boyutlarının dağılımı
- Tablo 24.** Aylık maaşın yeterlilik algısı değişkenine göre MTÖ alt boyutlarının dağılımı
- Tablo 25.** Aylık nöbet durumuna göre MTÖ alt boyutlarının dağılımı
- Tablo 26.** Aylık icap durumuna göre MTÖ alt boyutlarının dağılımı
- Tablo 27.** Aylık nöbet ve/veya icap durumuna göre MTÖ alt boyutlarının dağılımı

**Tablo 28.** Nöbet tutanlar hariç tutulduğunda ‘Aylık icap durumu’ değişkenine göre MTÖ alt boyutlarının dağılımı

**Tablo 29.** Bilinen bir hastalığa sahip olma durumuna göre MTÖ alt boyutlarının dağılımı

**Tablo 30.** Bilinen bir hastalığa sahip olma durumuna göre MTÖ alt boyutlarının dağılımı

**Tablo 31.** Antidepresan ilaç kullanma durumuna göre MTÖ alt boyutlarının dağılımı

**Tablo 32.** Geçmişte antidepresan ilaç kullanmış olma durumuna göre MTÖ alt boyutlarının dağılımı

**Tablo 33.** Sigara içme durumuna göre MTÖ alt boyutlarının dağılımı

**Tablo 34.** “Kendisine ve ailesine yeterli vakit ayırabiliyor olduğunu düşünme” durumuna göre MTÖ alt boyutlarının dağılımı

**Tablo 35.** Üstlerden takdir gördüğünü düşünme durumuna göre MTÖ alt boyutlarının dağılımı

**Tablo 36.** Destek alınabilecek yapıların varlığı durumuna göre MTÖ alt boyutlarının dağılımı

**Tablo 37.** Destek alınabilecek yapıların alt başlıklarına göre MTÖ alt boyutlarının dağılımı

**Tablo 38.** Meslek seçimi ile ilişkili olarak yaşanılan/veya gelecekte yaşanılacağı düşünülen sorunlara göre MTÖ alt boyutlarının dağılımı

## ŞEKİL LİSTESİ

**Şekil 1.** Sağlık Hizmetlerinden Memnuniyet (%) ve Kişi Başı Kamu Cari Sağlık Harcaması (OECD Health data 2016)

**Şekil 2.** “İşim gereği karşılaştığım insanlara ne olduğu umurumda değil” ifadesine verine yanıt oranları



## KISALTMALAR

**ABD:** Amerika Birleşik Devletleri

**ASCO:** Amerikan Klinik Onkoloji Derneği

**ASYOD:** Akciğer Sağlığı ve Yoğun Bakım Derneği

**D:** Duyarsızlaşma

**DT:** Duygusal Tükenme

**GSS:** Genel Sağlık Sigortası

**KBE:** Kişisel Başarı Eksikliği

**MTÖ:** Maslach Tükenmişlik Ölçeği ( Maslach Burnout Inventory: MBI )

**OECD:** Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü

**ORCAP:** Organisational culture, burnout, and quality of care

**OSAS:** Obstrüktif uyku apne sendromu

**SDP:** Sağlıkta Dönüşüm Programı

**SGK:** Sosyal Güvenlik Kurumu

**SPSS:** Statistical Package of Social Sciences

**SVF:** Sosyodemografik Veri Formu

**TS:** Tükenmişlik Sendromu

**TTD:** Türk Toraks Derneği

**TUS:** Tıpta uzmanlık sınavı

**TUSAD:** Türkiye Solunum Araştırmaları Derneği



## TEŞEKKÜR

Tezimin hazırlanma sürecinde katkılarından dolayı, başta değerli hocam ve tez danışmanım Prof. Dr. Eyüp Sabri Uçan olmak üzere Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı'nda yapmış olduğum uzmanlık eğitimim süresince bilgi ve deneyimleri ile her alanda bana yol gösteren sayın hocalarım, Prof. Dr. Can Sevinç'e, Prof. Dr. Atila Akkoçlu'ya, Prof. Dr. A. Hikmet Çımrın'a, Prof. Dr. Oya İtil'e, Prof. Dr. Oğuz Kılınç'a, Doç. Dr. Aylin Özgen Alpaydın'a, Öğr. Gör. Uzm. Dr. Kemal Can Tertemiz'e, Öğr. Gör. Uzm. Dr. Begüm Ergan'a; Bizlere klinikte tecrübeleri ile yardımlarını eksik etmeyen Uzm. Dr. Gökçen Ömerlioğlu Şimşek ve Uzm. Dr. Özge Oral Tapan'a;

Tezimin yazım ve istatistiksel aşamasında danıştığım her konuda desteklerini esirgemeyen Prof. Dr. Hülya Ellidokuz ve Prof. Dr. Köksal Alptekin'e teşekkür ederim.

Beni yetiştiren, hiçbir fedakarlıktan kaçınmayan anneme, babama; desteklerini ve sevgilerini her zaman hissettiğim ablam ve sevgili eşi Alper abime;

Her koşulda beni destekleyen, endişelerimi, hüznlerimi ve sevinçlerimi paylaştığım eşime;

Asistanlık dönemi boyunca beraber çalıştığım, can yoldaşlarım tüm asistan arkadaşlarıma;

Ve yıllar sonra özlemle hatırlayacağım göğüs hastalıkları ailesinin tüm üyelerine teşekkür ederim.

Sonsuz saygı ve sevgilerimle...

Merve Atik

# TÜRKİYE’DEKİ GÖĞÜS HASTALIKLARI HEKİMLERİNDE TÜKENMİŞLİK SENDROMU SIKLIĞININ ARAŞTIRILMASI

## ÖZET

**Amaç;** “Tükenmişlik Sendromu” işi gereği yoğun duygusal tepkilere maruz kalan ve sürekli diğer insanlarla yüz yüze çalışmak zorunda olan bireylerde görülen, kişinin gerek iş hayatında gerekse diğer insanlarla olan ilişkilerinde olumsuzluklara yol açan, kronik yorgunluk, çaresizlik, umutsuzluk ve özsaygı yitimi duygularının gelişimi ile birlikte seyreden fiziksel, duygusal ve entelektüel tükenmeyle karakterize bir sendrom olarak tanımlanmıştır.

Bu araştırma ile Türkiye’deki göğüs hekimlerinde tükenmişlik sendromu sıklığının araştırılması ve buna etki eden faktörlerin saptanması amaçlandı.

**Yöntem;** Bu kesitsel, tanımlayıcı çalışmada Türkiye’de göğüs hastalıkları alanında çalışmakta olan hekimlere Eylül- Kasım 2016 tarihleri arasında elektronik posta, telefon, kısa mesaj yolu ile ulaşıldı. Bilgilendirilmiş gönüllü onamı ile sosyodemografik veri formu ve maslach tükenmişlik ölçeğinden oluşan anket formları gönderildi. Ayrıca ulaşılabilen hastaneler ziyaret edildi göğüs hekimlerine basılı anket formları dağıtıldı.

**Bulgular;** Çalışmaya 105 (%29.8) araştırma görevlisi, 148 (%42.0) uzman, 99 (%28.1) öğretim üyesi olmak üzere toplam 352 kişi katıldı. Hekimlerin 238’i (%67.6) kadındı. Yaş ortalaması 38.93(±9.977) bulundu. En yüksek tükenmişlik düzeyleri asistanlarda ve uzmanlarda bulundu ( $p<0.001$ ). En düşük tükenmişlik puanları özel sağlık kuruluşlarında çalışan hekimlerdeydi ( $p<0.001$ ). Duygusal tükenmişlik, duyarsızlaşma, kişisel başarıda azalma boyutları ile toplam nöbet sayısı arasında pozitif, yaş ile negatif yönde ilişki bulundu ( $p<0.001$ ). Alınan maaşın yeterli olduğunu düşünenlerde duygusal tükenme ve duyarsızlaşma daha düşük saptandı ( $p<0.05$ ). Uzmanlık alanı kendi isteği ile seçen 296 kişinin %50.3’ü bugün tekrar tercih imkânı olsa aynı uzmanlık alanını seçmeyeceğini belirtti. Hekimlerin %83.5’u kendilerine ya da ailelerine yeterli vakit ayıramadıklarını belirtti.

**Sonuç;** Göğüs hastalıkları hekimlerinde tükenmişlik sendromunun araştırıldığı bu çalışmada; hekimlerin tükenmişlik düzeylerinin önceki araştırmalardan oldukça yüksek olduğu saptandı. Belki de gerçek çözüm; konuya taraf olan birimlerin, bir masa etrafında eşit koşullarda ve eşit güçte bir araya gelerek sağlık sisteminin ve çalışma koşullarının, insan onuruna ve yaşama haklarına saygı gösteren bir yapıda yeniden ele alınması ve düzeltilmesi olacaktır.

**Anahtar Kelimeler:** Tükenmişlik sendromu, göğüs hastalıkları, duyarsızlaşma, duygusal tükenme, kişisel başarı eksikliği.

# THE INVESTIGATION OF FREQUENCY THE BURNOUT SYNDROME IN PULMONOLOGISTS IN TURKEY

## ABSTRACT

**Background:** The burnout syndrome is defined as “a syndrome which is seen in people who are forced to work face-to-face with other people and experience strong negative emotional reactions, leading to adversities in their relationships with other people and causes chronic fatigue, helplessness, hopelessness and loss of self-respect characterized by physical emotional and intellectual exhaustion.” The aim of this study is to investigate the burnout syndrome and to determine the factors affecting the burnout syndrome in chest physicians.

**Methods:** In this cross-sectional descriptive study, chest physicians were reached via e-mail, telephone, text message between september and november 2016. Informed consent forms and questionnaire forms consisting of socio-demographic data form and maslach burnout inventory were delivered. Also, accessible hospitals were visited. Printed questionnaires were distributed to pulmonologist.

**Results;** Including 105 (29.8%) research assistants, 148 (42.0%) specialist and 99 (28.1%) assistant professors, in total 352 people participated in the study. 238 of physicians (67.6%) were female. The mean age was 38.93 ( $\pm 9.97$ ). The highest burnout levels were found in the assistants and specialist ( $p < 0.001$ ). The lowest burnout scores were in physicians working in private health centers ( $p < 0.001$ ). There was a positive correlation between emotional exhaustion, depersonalization, lack of personal accomplishment and total number of night shift, there was a negative correlation with age ( $p < 0.001$ ). Emotional exhaustion and depersonalization were lower in those who thought that salary was sufficient ( $p < 0.05$ ). Among 296 pulmonologists, who chose the field of specialty willingly, 50.3% noted that they would not prefer the same field if they could have another right of choice today. Of all respondents, 83.5% stated that they don't have enough time for themselves or their families.

**Conclusion;** In this research, the burnout syndrome was investigated in pulmonologists, the levels of burnout in pulmonologists were significantly higher than in previous surveys. Perhaps the real solution will be to reconsider and revise the health system and the working conditions in a structure that respects human dignity and the right to life by the related units with the issue equally gathering around a table.

**Key words:** Burnout syndrome, pulmonary disease, emotional exhaustion, depersonalization, lack of personal accomplishment.

## 1.GİRİŞ ve AMAÇ

Çağımızın önemli sorunlarından biri olan "Tükenmişlik sendromu" işi gereği yoğun duygusal taleplere maruz kalan ve sürekli diğer insanlarla yüz yüze çalışmak durumunda olan kişilerde görülen fiziksel bitkinlik, uzun süreli yorgunluk, çaresizlik ve umutsuzluk duygularının yapılan işe, hayata ve diğer insanlara karşı olumsuz tutumlarla yansması ile oluşan bir durumdur.

Tükenmişlik sendromu hem bireysel hem de örgütsel yaşamda büyük sorunlar yaratması nedeniyle araştırmacıların üzerinde yoğun bir şekilde çalıştığı bir konudur. Tükenmişlik sebebiyle ortaya çıkan sorunları belirlemek ve bunlara çözüm önerilerinde bulunmak günümüzde oldukça önemli hale gelmiştir [1].

Bugüne dek pek çok değişik meslek grupları arasında olduğu gibi sağlık çalışanları arasında da tükenmişlik düzeyleri ile ilgili çeşitli çalışmalar yapılmıştır. Hekimlik mesleği ve diğer meslek gruplarına sahip yetişkinler karşılaştırıldığında, doktorlarda tükenmişliğin önemli ölçüde fazla olduğu bildirilmiştir [2]. Türkiye’de çalışan doktorlarda da benzer şekilde mesleki tükenmişlik riskinin yüksek olduğu tespit edilmiştir [3-6].

Son yıllarda uluslararası düzeydeki siyasi, sosyal, ekonomik ve teknolojik gelişmelere paralel olarak Türkiye’de de pek çok alanda değişim yaşanmıştır. Özellikle sağlık sisteminde yaşanan değişim, sistemin parçalarından biri olan hekimleri de şüphesiz ki etkilemiştir. Bunun doğal bir sonucu olarak da toplumda ve hekimlerde "hekimlik mesleği" algısı değişime uğramıştır. Tüm bu değişiklikler birey bazında hekime yansımış ve olasıdır ki onu derinden etkilemiştir.

Yapılan çalışmalarda hekimler içerisinde aile hekimi, acil tıp uzmanı ve dahiliye uzmanı gibi hastaya ilk olarak müdahale eden doktorlarda tükenmişlik riski daha fazla bulunmuştur [2]. Ancak literatürde göğüs hastalıkları alanında tükenmişlik sendromu ile ilgili çalışma bulunmamaktadır.

Göğüs hastalıkları alanı yüksek morbidite ve mortaliteye sahip kronik ve son dönem, riskli hasta gruplarını kapsamaktadır. Göğüs hastalıkları hekimleri servis ve poliklinik hizmetlerinin yanı sıra, yoğun bakım ve bronkoskopi ünitelerinde de çalışmaktadır. Acil müdahale gerektiren bu riskli hasta grupları nedeniyle yoğun nöbet ve/veya icap koşullarına sahiptirler.

Son yıllarda, sağlık politikalarındaki değişimin bir sonucu olarak 2. ve 3. basamak sağlık kuruluşlarına başvurular, yaklaşık 4 kat artmıştır. Yine özel kuruluşlar, 2. ve 3. basamak hastanelerdeki nitelikli yatak sayısında son yıllarda belirgin artış göze çarpmaktadır [7]. Türkiye’de hekim başına düşen hasta sayısı, Avrupa ortalamasının çok üzerindedir [8]. Sağlık Bakanlığı politikaları gereği, göğüs hastalıkları asistan hekim kadro sayıları son dönemde azaltılmıştır. Yüksek Öğretim Kurulu, Sağlık Bakanlığı ve Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı’nın ortaklaşa hazırladığı, haziran 2010 ve 2014 tarihinde yayınlanan “Türkiye’de Sağlık Eğitimi ve Sağlık İnsan gücü Durum Raporu”na göre 2004 yılında Tıpta Uzmanlık Sınavı (TUS)’da toplam 174 göğüs hastalıkları kadrosu açılmışken, 2013 yılında 76 kadro açılmış olduğu görülmektedir [7-9].

Asistan kadro sayılarındaki azalma ve buna paralel yıllık atanan yeni uzman sayısındaki azalmaya karşın 2. ve 3. basamak hastanelere olan başvurulardaki artışlar nedeniyle asistan ve uzman hekimlerin mesai koşulları ağırlaşmıştır. Asistan hekimlerin nöbet sayıları oldukça artmıştır. Hekim yetersizliği nedeniyle nöbet sonrası izin kullanılamamaktadır. 36 saat mesai kavramı söz konusudur.

Aralık 2013 verilerine göre 100.000 kişiye düşen göğüs hastalıkları uzmanı sayısı Yunanistan’da 11.7 iken, Türkiye’de 2.6 olarak yayınlanmıştır. Bu rakam Avrupa ortalaması olan 3.7’nin de oldukça altındır [8]. Uzman hekim sayısındaki yetersizlik nedeniyle pek çok hekim, kurumunda tek uzman olarak çalışmakta ve ayın her günü icap nöbeti tutmaktadır. Bunun yanında, çalıştığı kurumlarda acil hekimi sayısı yetersiz olan hekimler, ayrıca ortak acil servis nöbeti de tutmaktadır.

2008 yılından itibaren Sosyal güvenlik reformu çerçevesinde, bütün vatandaşlara “eşit kapsam ve kalitede sosyal güvenlik hizmeti” anlayışı ile geliştirilen yeni sağlık sisteminin bir getirisi olarak, sevk sistemi olmaksızın doğrudan 2. ve 3. basamak kuruluşlara başvurular yapılabilmektedir.

Bu uygulama eğitim araştırma ve üniversite hastanelerini, hizmet sunumunun öncelikli olduğu, eğitim ve araştırmanın mecburen daha geri plana atıldığı merkezler haline gelmesine neden olmuştur [10, 11]. Bu durumun akademik çalışma sayılarını azalttığı, öğretim üyelerinde mesleki tatminsizliğe yol açtığı, asistanlık eğitimi kalitesinin düşmesine neden olduğu düşünülmektedir.

Tüm bu nedenlerden ötürü pek çok meslek ve uzmanlık alanında daha önce incelenmiş olan tükenmişlik sendromunun göğüs hastalıkları alanında da incelenmesine gerek olduğu düşünülmüştür.

Bu çalışmanın amacı; Türkiye'deki Göğüs hastalıkları hekimlerindeki tükenmişlik düzeylerinin gösterilmesi ve tükenmişlik ile ilişkili etkenlerinin saptanmasıdır.

Böylece hekimler için daha sağlıklı bir çalışma ortamı yaratılması, hastalara daha güler yüzlü sağlık hizmeti sunulması, asistan hekimler için daha kaliteli bir eğitim sistemi tasarlanması ve sağlık sisteminde insan kaynaklarının daha verimli ve etkili kullanılması noktasında önemli faydalar sağlanabileceği düşünülmektedir.



## 2. GENEL BİLGİLER

### 2. 1. Tükenmişlik Sendromu Tanımı

Tükenmişliğin “Mesleki bir tehlike” olarak ilk klinik tanımı 1974 yılında; sağlık çalışanları arasında görülen yorgunluk, hayal kırıklığı ve işi bırakmayla karakterize bir durumu tanımlamak için; bir sağlık hizmetleri kuruluşunda psikolog olarak çalışan Herbert Freudenberger tarafından yapılmıştır. Freudenberger tükenmişliği; “Başarısız olma, yıpranma enerji ve güç kaybı veya karşılanamayan istekler sonucu bireyin iç kaynaklarında tükenme durumu” şeklinde ifade etmiştir [12, 13].

Tükenmişlik kavramı daha sonra Maslach ve Jackson tarafından geliştirilmiştir [14, 15]. Christina Maslach tarafından yapılan tanıma göre tükenmişlik; yaptığı iş gereği sürekli olarak insanlarla yüz yüze çalışan bireylerde sıklıkla görülen ve duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarı eksikliği olmak üzere üç boyutu olan bir sendrom olarak değerlendirilmektedir [16, 17].

Duygusal tükenme kişinin yaptığı iş nedeniyle aşırı yüklenilmesi ve tükenmiş olma duyguları ile tanımlanırken, duyarsızlaşma kişinin bakım ve hizmet verdiği kişilere karşı bu kişilerin birey olduklarını dikkate almadan duygudan yoksun şekilde davranmasıdır. Kişisel başarı eksikliği ise, başarı ile sorunların üstesinden gelememe ve kendini yeterli bulmama olarak tanımlanır [18]. Bireyde tükenme, duygusal tükenme ve duyarsızlaşmanın artması, kişisel başarı duygusunun azalması ile ortaya çıkmaktadır [18].

Tükenmişlik sendromuna yol açan temel nedenler için; iş ortamında kişiden yüksek performans beklentisi, yeterli düzeyde ücret yada ödül olmaksızın yoğun iş yükünün olması ve sosyal destek eksikliği sayılabilir [19].

Tükenmişlik sendromu gelişen kişilerde depresif veya anksiyöz semptomlar, uyku bozuklukları, kronik ağrı sendromları, gastrointestinal ya da kardiyovasküler fonksiyonel bozukluklar gelişebilir [19]. Tükenmişlik Sendromu sonucunda ortaya çıkan zihinsel ve fiziksel sonuçlar kişinin iş ve aile yaşantısını olumsuz yönde etkilemektedir.

Tükenmişlik sendromu hem bireysel hem de örgütsel yaşamda büyük sorunlar yaratması nedeniyle araştırmacıların üzerinde yoğun bir şekilde çalıştığı bir konudur. Tükenmişlik sebebiyle ortaya çıkan sorunları belirlemek ve bunlara çözüm önerilerinde bulunmak günümüzde oldukça önemli hale gelmiştir [1].

## **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**

Tükenmişlik kavramına önemli katkıları olan araştırmacılardan biri olan Cary Cherniss, 1980 yılında tükenmişlik ile ilgili farklı bir model geliştirmiştir. Cherniss tükenmişliği zamana yayılmış bir süreç olarak ele almaktadır. Bu modele göre tükenmişliğin temelinde “stres” yer almaktadır. Bu modelde tükenmişlik “işle ilgili stres kaynaklarına bir tepki olarak başlayan, başa çıkma davranışlarını içeren ve işle psikolojik ilişkiyi kesmeyle son bulan süreç" olarak tanımlanmaktadır [20].

Gerek çevreden gelen beklentiler, gerekse bireyin kendinden beklentileri baş edebilme gücünden daha fazla ise, bu durum strese neden olur. Birey, stresle başa çıkmak için ilk olarak stres kaynağını ortadan kaldırmayı seçmektedir. Eğer başarılı olmazsa, stresle başa çıkma tekniklerine başvurarak rahatlama yoluna gitmektedir. Eğer birey tekrardan başarısızlık yaşarsa, bu kez artan duygusal yükü yeniden dengeye sokabilmek için, işe dair psikolojik ilişkisine son verme yolunu seçmektedir [13].

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

Pines modelinde “motivasyon kavramı” önem kazanmaktadır. Kişiler bireysel anlamda yüksek motivasyona sahip olsalar da işyerlerinden gereken motivasyonu alamazlarsa tükenmişlik yaşayabilirler. Pines ve Aronson’un tanımına göre, tükenmişlik; “bir şevk, enerji, idealizm, perspektif ve amaç kaybıdır ve sürekli strese, umutsuzluğa, çaresizliğe ve kapana kısılmışlık duygularına neden olan; fiziksel, duygusal ve zihinsel bir tükenme durumudur” [21].

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

Edelwich ve Brodsky tükenmişliğin birbirini izleyen ve belirlenebilir aşamalardan geçerek bir süreç sonunda ortaya çıktığını öne sürmüşler ve tükenmişliğin “İdealistik coşku, durağanlaşma, engellenme ve umursamazlık (apati)” olmak üzere dört aşamada gerçekleştiğini belirtmişlerdir [22]. Bu evrelendirme tükenmeyi anlamayı kolaylaştıran bir



bakış açısı sağlamaktadır. Ancak, tükenme kişinin bir evreden diğerine geçtiği kesikli bir süreç değil, sürekli bir olgudur [13, 23].

- **İdealistik Coşku Evresi (*Enthusiasm*):** Bu evrede umut, enerji artışı ve ulaşılamayacak düzeydeki mesleksel beklentiler söz konusudur. Yüksek beklentilere ve hayallere, seçilen meslekteki amaçlara ulaşabilmek için şiddetli motivasyona sahip olunan aşamadır. Genellikle çalışma hayatına yeni başlayan kişilerde görülür [24]. Bu aşamadaki birey, hizmet verdiği insanlar üzerinde olumlu etkiler bırakmak için bütün enerjisi ile çalışmaktadır. Ancak takdir edilmeyi, ödüllendirilmeyi beklerken, karşılaşılan tablo gerçekçi olmayan önyargılar, prensipler, hükümler ve amaçlarla ilgili sorunlar olabilir. Bu durumda gayretinin karşılığında uğradığı hayal kırıklığı sonucu birey, kaçınılmaz olarak tükenmişliğin ikinci aşaması olan durağanlaşma aşamasına doğru ilerlemeye başlar.
- **Durağanlaşma Evresi (*Stagnation*):** Bu evrede artık istek ve umutta bir azalma olur. Mesleğini uygularken karşılaştığı güçlüklerden, daha önce umursamadığı ya da yadsıdığı bazı noktalardan giderek rahatsız olmaya başlamıştır. Sorgulanmaya başlanan “işten başka bir şey yapmıyor olmaktır”. Bu aşamada, birey işine yönelik daha önce gösterdiği gayreti gösterememektedir. Nitekim sahip olduğu enerji düzeyi düşmekte, motivasyonu azalmakta, işle ilgili beklentilerine yönelik hayal kırıklıkları yaşamakta ve bunların sonucu olarak da işinden soğumaktadır.
- **Engellenme Evresi (*Frustration*):** Başka insanlara yardım ve hizmet etmek için çalışmaya başlamış olan kişi, insanları, sistemi, olumsuz çalışma koşullarını değiştirmenin ne kadar zor olduğunu anlar. Yoğun bir engellenmişlik duygusu yaşar. Bu aşamada kişi mesleğini sürdürüp sürdüremeyeceğini sorgulamaya başlar. Bireyin işinde sürekli engellenme yaşaması sonunda birey üç yol izleyebilir;
  - a) Adaptif Savunmalar: Bireyin içinde bulunduğu durum ile bir denge kurarak tükenmişlikten çıkmasıdır.
  - b) Maladaptif Savunmalar: Kişinin sorunu görmezden gelerek daha yoğun ve daha uzun süre çalışarak sorunu çözebileceğini düşünmesi ile tükenmişliği daha da ağırlaştırır.
  - c) Durumdan Kendini Çekme: Kişinin işini yaparken mekanikleşerek, kendisini ruhen işine vermemesidir [25].

- **Umursamazlık Evresi (Apathy):** “Engellenmeye karşı kullanılan doğal bir savunma mekanizması” şeklinde tanımlanır. Bu evrede, çok derin duygusal kopma ya da kısırlaşma, derin bir inançsızlık ve umutsuzluk gözlenmektedir. Mesleğini ekonomik, sosyal güvence için sürdürmekte, ondan zevk almamaktadır. Böyle bir durumda iş yaşamı kişi için bir doyum ve kendini gerçekleştirme alanı olamamakta, kişiye ancak sıkıntı ve mutsuzluk veren bir alan haline dönüşecektir [22]. Umursamazlık aşamasının tipik belirtileri; işten duygusal olarak kopma, işe geç gelme, hizmet verilenlerle görüşmeleri kısa kesme, hizmet veren kişide teslim olmuş, her şeyden vazgeçmiş bir görünüş, mekanikleşme ve rutinlerin korunması şeklindedir [24]. Kişi mesleğini sevdiği için değil, sosyal ve ekonomik güvence için mecburiyetten yapmaktadır. Mesleğine yönelik değişiklikleri yapmak için geç kaldığına inanmakta ve riske girmek istememektedir, çünkü artık onun için en önemli şey kendini güvende hissetmektir. Bu durum hizmet sunulan insanları hor görme, aşağılama, küçük görme şeklinde gelişir. En kötüsü de bunu yaşayan bireyin, diğer insanların bu tipte bir davranışı hak ettiklerine yürekten inanmasıdır. Dışarıdan bakıldığında soğuk, ilgisiz ve katı bir imaja sahip olan bu bireyler, ilerleyen süreçlerde özel yaşamlarında da çatışmalar yaşayabilir ve genellikle yalnız kalmayı tercih edebilirler [24].

#### **2.2.4. Perlman ve Hartman 'ın Tükenmişlik Modeli**

Tükenmişliğin kavramlaştırılması çalışmaları içerisinde önemli bir yeri olan Pearlman ve Hartman, 1982 yılına kadar yapılmış tükenmişlik tanımlamalarından yola çıkarak, bu konuda “çoklu kavramlaştırma” yapmışlardır. Buna göre tükenmişlik “kronik duygusal strese verilen ve üç bileşenden oluşan bir yanıttır”. Bu modele göre, tükenmenin üç boyutu, stresin üç temel semptom kategorisini yansıtmaktadır.

Bunlar;

- Fiziksel semptomlar üzerinde odaklaşan fizyolojik boyut (fiziksel tükenme),
- Tutum ve duygular üzerinde odaklaşan duygusal-bilişsel boyut (duygusal tükenme),
- Semptomatik davranışlar üzerinde odaklaşan davranışsal boyuttur.

Model; bireysel özelliklerin ve kurumsal/sosyal çevrenin, tükenmenin etkisi ve algılanmasında önemli olduğunu göstermektedir. Stresi etkin ve etkin olmayan başa çıkma yolları etkilemektedir. Modelin dört aşaması bulunmaktadır.

- **Durumun Strese Götürme Derecesi**

Bu, hangi durumun strese yol açtığını gösteren bir aşamadır. Strese neden olan iki büyük unsur mevcuttur;

Birincisi, bireyin beceri ve yetenekleri ki bunlar algılanan ya da gerçek örgütsel istekleri karşılamakta yeterli olmayabilir.

İkincisi, bireyin işi kendi beklentileri, ihtiyaçları ve değerlerini karşılamayabilir. Kısaca stresin derecesini kişi ile örgüt değişkenleri arasındaki uyumsuzluğun derecesi belirlemektedir.

- **Algılanan Stres Düzeyi**

Strese yol açan birçok durum kişinin kendini stres altında algılaması ile sonuçlanmaz. Birinci aşamadan ikinciye geçiş, rol ve örgüt değişkenlerine, bireylerin kişiliklerine ve geçmiş özelliklerine bağlıdır.

- **Strese Verilen Tepki**

Bu aşama strese cevap olarak verilen 3 ana tepki kategorisini içermektedir. Fizyolojik, bilişsel ve davranışsal belirtilerden hangisinin ortaya çıkacağını, kişisel ve örgütsel değişkenler belirlemektedir [26].

- **Strese Verilen Tepkinin Sonucu**

Bu aşamada tükenmişlik, kronik duygusal stresin yaşanması ile oluşur. Tükenmişliğin sonucunda iş doyumunu ya da iş düzeyinde bir değişim olabilir. Psikolojik ve fiziksel sağlık durumunda bir bozulma meydana gelebilir. Birey işi bırakabilir ya da işten atılabilir[26].

## **2.2.5. Maslach Tükenmişlik Modeli**

Günümüzde kabul gören en yaygın tükenmişlik tanımı, Maslach ve arkadaşları tarafından yapılan ve tükenmişliği üç boyutlu olarak algılayan tanımdır. Bu üç boyut duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarı eksikliği olarak adlandırılmıştır [17, 27].

### **2.2.5.1 Duygusal Tükenme (*Emotional exhaustion*)**

Duygusal tükenme tükenmişliğin ana bileşeni ve bu kompleks sendromun en belirgin yansımasıdır. Bu anlamda duygusal tükenme, işin gerektirdiği taleplerinin ve değişikliklerin yarattığı strese verilen ilk tepkidir [17, 28]. Maslach'a göre "Çalışanların fiziksel ve duygusal açıdan kendilerini aşırı yorgun ve yıpranmış hissetmeleri" şeklinde tanımlanabilen duygusal tükenme; çalışanların kendilerini işlerine verememeleri ve kendilerini hizmet sundukları bireylere karşı eskisi kadar sorumlu hissetmemeleri gibi sonuçlara yol açabilir [29].

Duygusal yönden yoğun bir çalışma temposu içinde bulunan birey, kendini zorlamakta ve diğer insanların duygusal talepleri altında ezilmektedir. Taşıdığı duygusal yükü en aza indirmek için sürekli kaçmaya yönelir. İnsanlarla ilişkilerini, işini yapmaya yetecek olan en düşük seviyede indirger [30]. Bu kişiler kendilerini yeni bir güne başlayabilmek için gerekli enerjiden yoksun hissederler. Ertesi gün yeniden işe gitme zorunluluğu büyük bir endişe kaynağıdır. Tükenmişliğin üç boyutu arasında en çok bildirilen ve araştırılanı, duygusal tükenme boyutudur. Ancak duygusal tükenme, tek başına tükenmişlik tanısı koymada yeterli değildir [17].

### **2.2.5.2 Duyarsızlaşma (*Depersonalization*)**

Maslach'a göre tükenmişliğin üç bileşeninden duyarsızlaşma alt boyutu, en problemlili boyut olarak görülmektedir. Duyarsızlaşma, Maslach tarafından "hizmet verilen kişilere karşı uzaklaşmış, katı hatta insancıl olmayan bir yanıt" olarak tanımlanmıştır [26]. Duyarsızlaşma; kişinin bakım ve hizmet verdiklerine karşı, duygudan yoksun biçimde tutum ve davranışlar sergilemesini içermektedir. Duygusal tükenme yaşayan kişi, kendisini diğer insanların sorunlarını çözmede güçsüz hisseder ve duyarsızlaşmayı bir kaçış yolu olarak kullanır. İnsanlarla olan ilişkilerini işin yapılabilmesi için gerekli olan en az düzeye indirir [31]. Kişi hizmet verdiği insanlara birer nesne gibi davranır, karşısındakilere aşağılayıcı ve kaba davranışlar sergiler; onların rica ve isteklerini göz ardı eder. Küçültücü bir dil kullanma, insanları kategorize etme, katı kurallara göre iş yapma ve başkalarından sürekli kötülük geleceğini sanma, duyarsızlaşmanın ilk belirtileri arasındadır.

Duyarsızlaşma ile diğerlerinden bilişsel bir uzaklaşmaya yönelen bireyin, yaşadığı bu duyarsızlaşma ve uzaklaşmanın aslında duygusal tükenmişliğe yönelik bir tepki, bir anlamda da kendini koruma stratejisi olduğu vurgulanmaktadır [17, 28].

### **2.2.5.3 Kişisel Başarı Eksikliği (*Lack of Personal Accomplishment*)**

Kişisel başarı eksikliği kişinin kendisini işinde yetersiz ve başarısız olarak değerlendirmesini ifade eder. Sorunun başarıyla üstesinden gelememe ve kendini yetersiz görme olarak tanımlanır. Başkaları hakkında geliştirdiği olumsuz düşünce tarzı, kişinin kendisi hakkında negatif düşünmesine yol açar. Kişi bu düşünce ve yanlış davranışları ile kendisini suçlu hisseder. Kendisini kimsenin sevmediğine dair bir duygu geliştirir. Kendisi hakkında başarısız hükmünü verir. Olumlu sonuçlara ulaşmak için, defalarca denemede bulunan kişi, bunların verimli olmadığını gördüğünde stres ve depresyon bulguları sergiler. Kişiler bu denemeleri defalarca tekrarladıktan sonra, yeniden denemenin faydalı olmayacağını düşünerek denemekten vazgeçerler. Kişisel başarı eksikliği ne yaparsa yapsın, ne denli çabalarsa çabalasın, durumunda bir değişiklik yaratamadığı algısının kişide yarattığı bir yılgınlıktır. Kişi işinde ilerlemediğini, hatta gerilediğini düşünür, harcadığı çabanın bir işe yaramadığına inanır, potansiyel yetersizliğini görüp yılgınlığa düşer [32].

## **2. 3. Tükenmişliğe Neden olan Faktörler**

Tükenmişlik insanın beklentileri ile ilişkilidir. Genellikle gerçek dışı beklentilerin ve gerçek ile beklentiler arasındaki uyumsuzluğun fazla olması sonucunda oluşur. Tükenmişliğe etki eden faktörler; bireysel faktörler ve örgütsel faktörler olarak açıklanmıştır. Maslach ve Leiter'e göre tükenmişlik olgusu üzerinde etkili olan etmenlerden örgütle ilgili olanlar, bireysel etmenlere oranla daha önemli olup üzerinde çok daha fazla düşünülmesi gerekmektedir [33].

### **2.3. 1. Bireysel Faktörler**

Tükenmişliğe etki eden bireysel faktörler; yaş, cinsiyet, medeni durum, çocuk sahibi olma, eğitim durumu, mesleki tecrübe, kişilik yapısı, empati yeteneği, iletişim becerisi, duygusal kontrol, bireysel ihtiyaçlar, beklenti düzeyi şeklinde tanımlanabilir. Bireylerin problemleri çözme biçimleri, sorunlara yaklaşımları, diğer bireylerle olan sosyal ilişkileri ve kendilerini kontrol edebilmeleri, tükenmişlik düzeyleri üzerinde belirleyici olmaktadır.

Tüm bireylerin tükenmişlik yaşama olasılığının var olduğu kabul edilmekle birlikte, belirli özellikteki bireylerin bu riski diğerlerine nazaran daha fazla taşıdığı söylenebilir. Bu özellikler arasında; A tipi kişilik yapısı (rekabetçi, kendini işine adanmış, sürekli zaman endişesi duyan davranışlar gösteren, aceleci), dış kontrol odaklı olma, empati yeteneğinden ve duygusal

kontrolden yoksun olma gibi özellikler sayılabilir [34]. “B tipi” kişilik yapısına sahip bireylerde ise tükenmişlik daha az görülmektedir. “B tipi” kişilik yapısına sahip bireyler rekabetten hoşlanmayan, mükemmele ulaşmak için uğraşmayan, heyecana kapılmayan, sakin, sabırlı, sorumluluk duygusu çok fazla olmayan, yaşananları olurlarına bırakan, takdir görmeye önem vermeyen, sosyal hayata önem veren, hayatı ciddiye almayan, hoşgörü sahibi, çevresiyle diğer kişilere oranla daha az problem yaşayan, yaptıkları hakkında başkalarının ne dediği ve düşündüğüyle ilgilenmeyen kişilerdir [35].

Diğer bireysel nedenler arasında; gerçek dışı hedeflerin olması, özsaygının bozulması, aşırı duyarlılık, bireyin kendi işi hakkında hissettikleri, kariyer memnuniyetsizliği, fazla alkol kullanımı, egzersiz yapmama, tatil yapamama, sosyal aktivite azlığı, yaptığı işi kontrol etme ya da etkileme duygusundan yoksun olma gibi nedenler yer almaktadır [36]. Ayrıca bireyin kendi işi hakkında hissettiklerinin de en az dışarıdan görünen iş koşulları kadar önem taşıdığı anlaşılmıştır [32].

### **2.3.2. Örgütsel Faktörler**

Genellikle işyerinin ekonomik kaygıları nedeniyle çalışana verilen değer arka planda kaldığı çalışma ortamları, tükenmişliğin daha sık gözlemlendiği yerlerdir. İnsanlara karşı duyulan sorumluluğun, nesnelere karşı duyulan sorumluluktan daha fazla olması nedeniyle insanlarla yüz yüze ilişki gerektiren mesleklerde çalışan kişilerde tükenme riski daha yüksektir [24]. İşin niteliği, çalışılan ortam, çalışma saatleri ve düzeni, işyerinin özellikleri, iş yükü, rol çatışmaları, örgütsel desteğin olmaması, iş koşulları, nöbet ve fazla mesai gibi külfetlerin yeterince ödüllendirilmemesi, görev tanımının net olmayışı, yetersiz ücret, idareciler tarafından gerekli takdiri görememe, idari baskı, yetersiz hizmet içi eğitim, bürokrasi ve kırtasiye işlerinin fazlalığı, önemli kararlara katılmayıp, adil muamele göreme, işin yüksek performans gerektirmesi, özerkliğin eksikliği, hizmet verilenlerin nitelikleri, yetersiz sayıda ve nitelikte yardımcı personel ile çalışma, ekipman yetersizliği gibi pek çok neden tükenmişliğe neden olmaktadır [32, 37].

İşyerindeki ilişkilerde yaşanan çatışmalar da tükenmişlik sendromuna zemin hazırlar [36]. Çalışanlar arasında destek ve sosyal ilişkilerin olmaması, çalışma ortamında arkadaşça olmayan rekabete dayalı ilişkiler, eşitsizlik, paylaşımın olmaması, iş ortamında mobing, iş arkadaşları ile olan olumsuz deneyimler ve gerginlikler tükenmişlik nedenleri arasında yer almaktadır [38, 39]. Akademik bir kurumda çalışmak ise tükenmişlikten koruyan bir faktördür [40].

## 2.4. Tükenmişliğin Belirtileri

Tükenmişlik sendromu aniden ortaya çıkan bir durum değildir, aksine yavaş ve sinsi gelişen bir belirtiler yumağıdır. Tükenmişlik belirtilerinin göz ardı edilmesi de onun ilerlemesine ve başa çıkılmaz hale gelmesine neden olmaktadır. Bu sebeple tükenmenin sinsi sürecinin belirtilerinin iyi bilinmesi ve zamanında teşhis edilerek gerekli önlemlerin alınması çok önemlidir. Tükenmişlik belirtileri kişiden kişiye farklılık göstermekle birlikte, genel olarak fiziksel, psikolojik ve davranışsal belirtiler olmak üzere üç başlık altında incelenmektedir [41].

### Fiziksel belirtiler

- Yorgunluk ve bitkinlik hissi
- Sık sık baş ağrısı
- Uyuşukluk, uyku bozuklukları
- Çok sık görülen soğuk algınlığı, sık enfeksiyon geçirme, bağışıklık sisteminde bozulma
- Solunum güçlüğü
- Kas krampları, yaygın ağrı ve sızılar
- Kilo kaybı veya şişmanlık
- Gastrointestinal hastalıklar
- Yüksek tansiyon, yüksek kolesterol
- Çarpıntı, kardiyak semptomlar [14, 15, 27].

### Davranışsal belirtiler

- Çabuk öfkelenme
- Unutkanlık
- Konsantrasyon düşüklüğü
- Ani sinir patlamaları
- Sık gelen ağlama nöbetleri
- Hizmet verilen kişilere hatalı müdahaleler ve hizmet verilenlerin şikayet sayılarındaki artış
- Evraklarla ilgili sahtekârlıklar,
- Birçok konuyu şüphe ve endişe ile karşılama
- İş arkadaşlarına karşı alaycı ve suçlayıcı olma,

- Ani tepki verme ve eleştiriye aşırı duyarlılık
- İlaç, alkol ve tütün vb. Alma eğilimi ya da alımında artma
- Çevre ile ilişkilerde bozulma
- İzolasyon, uzaklaşma, içe kapanma ve sıkıntı
- Teslimiyet, güncellik, suçluluk, içermişlik
- Yansıtma
- Başarısızlık hissi
- Örgütsel bağlılıkta azalma,
- Çalışmaya yönelmede direniş, İşi yavaşlatma
- Bazı şeyleri erteleme ya da sürüncemede bırakma
- İşten uzaklaşma, işe geç gitme ve gitmemeler,
- Hastalıktan kaynaklanan nedenlerle işe gelmemelerde ve geç gelmelerde artış,
- İşten ayrılma ve başka iş alanlarına transfer olma isteği
- Yeni bir meslek eğitimi alma eğilimi [14, 26, 27, 42]

#### **Psikolojik belirtiler**

- Engellenmişlik hissi ve sinirlilik
- Nedeni bilinmeyen huzursuzluk ve tedirginlik duygusu
- Öz saygısı ve öz güvende azalma
- Çevreye karşı düşmanlık duygusu,
- Güçsüzlük, enerji kaybı,
- İş ile ilgili ümitsizlik,
- İlgisizlik,
- Aile içi sorunlarda artış,
- Tatminsizlik,
- Hayata karşı negatif tutumlar geliştirme,
- Nezaket, saygı ve arkadaşlık gibi olumlu duygularda azalma,
- Düşüncelerde belirsizlik ve karmaşıklık,
- Asılsız şüpheler ve paranoya,
- Depresyon,
- Suçluluk hissi
- Çaresizlik [26, 27, 42, 43]



## **2.5. Tükenmişliğin sonuçları**

Tükenmişlik, ilk başta bireysel düzeyde etkisini gösteren bir sendrom olsa bile bu durum zaman içinde bireysel boyutları aşmaktadır. Tükenmişlik zamanla bireyin kendisi ile birlikte ailesini, çevresini ve iş yaşantısını da etkilediğinden aslında toplumsal bir sorun haline dönüşmektedir.

### **2.5.1. Bireysel Sonuçlar**

Tükenmişlik yaşayan bireyin yaşadığı duygusal yorgunluk beraberinde fiziksel yorgunluğu da getirmektedir. Bu durumda olan çalışanlar için sabah kalkıp yeni bir güne başlamak oldukça zor olmaktadır [17]. Stres altındaki insanlar genel olarak daha kolay sinirlenirler ve oldukça önemsiz olaylara bile çok sert tepki gösterirler. Bu durumdaki bireylerin; uyku düzenleri değişir, içki ve sigara kullanımında önemli derecede artış görülür, gittikçe daha yorgun ve huzursuz olurlar. Kişide geçmeyen soğuk algınlıkları, bitmeyen baş ağrıları, kas krampları, yaygın ağrı ve sızılar, gastrointestinal yakınmalar, hipertansiyon, çarpıntı gibi fiziksel semptomlar gelişebilir.

### **2.5.2. Örgütsel Sonuçlar**

Tükenmişliğin belki de en görünür etkisi, bireyin iş performansındaki değişimdir. Artan işe gelmeme veya geç gelme eğilimi, sık izin ve rapor talepleri; üretkenlikte azalma, diğer çalışanların performansının da olumsuz etkilenmesi ile doğrudan ve dolaylı olarak belirgin verim kaybına neden olmaktadır [36, 44]. Bunun sonucu olarak da performans kayıpları, takım çalışmasında bozulmalar ve en nihayetinde insan kaynakları yönetiminde güçlükler ortaya çıkmaktadır. Dikkat eksikliği ve konsantrasyon güçlüğü yaşayan bireylerde iş kazalarında artış meydana gelir. Ayrıca bakım ve hizmet verdikleri kişilere kaba ve sert tavırlar sergileyen çalışanlar nedenli müşteri veya hastalardan gelen şikâyetlerde artma olmaktadır [44]. Maslach ve Leiter'e göre de tükenmişliğin en büyük maliyeti, işinde başarılı ve idealist insanların kaybedilmesidir [28].

### **2.5.3. Aile İle İlgili Sonuçlar**

Tükenmişlik sadece bireyi ve onun iş yaşantısını değil, aynı zamanda aile hayatını ve sosyal ilişkilerini de olumsuz yönde etkilemektedir. Duygusal olarak yorgun olan birey, evine fiziksel olarak da yorgun ve gergin gelerek, evde işi ile ilgili şikâyetlerini yansıtmakta ve dolayısıyla, ailesinin ondan ayırmasını beklediği zaman ve ilginin azalmasına neden olmaktadır. Öte yandan, bazı bireylerin eve gittiklerinde işlerinden bahsetmemeyi tercih

etmeleri avantajlı gibi görülse de, bu durum evli çiftler arasında açık, paylaşımcı ve güvenilir bir ilişki kurulmasına engel olabilir [45].

## **2.6. Tükenmişliği Önleme ve Başa Çıkma Yolları**

Tükenmişlikle mücadele edebilmek için öncelikle ‘problemin varlığını ve önemini kabul etmek’ gerekir. Bu noktadan sonra, tükenmişlikle mücadele edebilmek için bireysel ve örgütsel düzeyde bazı teknikler kullanılabilir. Tükenmişlikle mücadelede hem bireyin ve çevresinin hem de örgütün çabası büyük önem taşımaktadır [28].

### **2.6.1. Bireysel Düzeyde Yapılması Gerekenler**

Kendisinde tükenmişlik belirtilerinin olduğunu fark eden birey, bunu görmezden gelmek yerine, yakınlarından, yöneticilerden yardım almalı ve eğer gerekiyorsa profesyonel psikolojik destek istemelidir [28]. Birey kendini tanımalı, güçlü ve zayıf yönlerinin farkına varmalı [15] çok yüksek ve gerçekçi olmayan beklentilerini gözden geçirmelidir [46]. İşi gereği etkileşimde bulunduğu insanların sorunlarını içselleştirmemelidir [45]. Dinlenmek, rahatlamak ve deşarj olmak için zaman ayırmalı, egzersiz ve spor, müzik, okuma, meditasyon gibi hobiler edinmelidir [15]. Stresli bir durumu aşmaya çalışırken, kendi kendisi ile diyalog kurarak durumunu değerlendirmeli, kendisine olumsuz şeyler yerine olumlu ve mantıklı şeyler telkin etmeli [28]. Kendisine daha iyi bakmalı, hem fiziksel hem de psikolojik olarak sağlıklı olmalı [15]. Mizah duygusunu yitirmemeli [46]. ‘Daha çok çalışmak’ yerine, ‘daha akıllı çalışmak’ önerisi kullanılmalı [45]. Birey, kendisine daha ulaşılabilir hedefler belirlemeli [47] eve iş götürmemelidir [48].

### **2.6.2. İş Arkadaşları Düzeyde Yapılması Gerekenler**

İş arkadaşları zaman zaman bir araya gelerek iş dışı konulardan da konuşabilecekleri bir ortam oluşturmalı, birlikte hoşça vakit geçirerek aralarında iyi ilişkiler geliştirebilmelidir. Uyumlu bir ekip çalışması yapabilmeli ve aralarında adaletli bir görev paylaşımı sağlamalıdır. Birlikte çalışmaktan kaynaklanan sorunları kronikleşmeden çözme yoluna gitmeli ve işe yeni başlayan çalışanlara, daha kıdemli çalışanlar gerçekçi ve aşırı idealize olmamış, daha uyumlu rol modelleri olmalıdırlar.

### **2.6.3. Örgütsel Düzeyde Yapılması Gerekenler**

Görev tanımları açık ve net olmalıdır [28]. Objektif bir performans değerlendirme sistemi benimsenmeli, çalışanların kişisel yeterlilikleri ile tam olarak örtüşen performans kriterleri konmalı, yönetici, izin konusunda çok katı tutum izlememelidir [28]. Yönetici, çalışanın

serbest karar verme ve kararlara katılma olanaklarını arttırmalıdır [49]. 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 [48]. Bireyin beklentileri değiştirilmeli, olumlu deneyimleri vurgulanarak bireyin kendisini olumsuz değerlendirmesi önlenmelidir [47]. Yönetici, işin yoğunlaştığı zamanlarda yardımcı personel ve ek donanım sağlamalıdır [28]. 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 sağlanmalı. Çalışanlara danışmanlık hizmeti sağlanmalı [28]. Organizasyon içinde sosyal destek ve güven düzeyi yükseltilmelidir [46].

Kurum içinde profesyonel eğitim ve sosyalleşme imkânı sağlanmalı [46] ayrıca; stres ve tükenmişlikten korunmaya ve kurtulmaya yönelik eğitim programları verilmelidir [50].

## **2.7 Türkiye’de değişen sağlık sistemi ve getirdikleri**

1980 sonrası neoliberal politikalar tüm dünyada olduğu gibi Türkiye’de de kendini göstermeye başlamıştır. Bu politikaların bir sonucu olarak, birçok alanda başlayan özelleştirmeler sağlık alanını da etkilemiştir. “Sağlık reformu pandemisi” olarak da tanımlanan bu değişim süreci uluslararası kuruluşların (Uluslararası Para Fonu, Dünya Bankası) öncülüğünde tüm dünyayı etkilemeye devam etmektedir [51, 52]. Ülkemizde de bu salgın etkeninin “kontaminasyon”u ile sağlık alanında meydana gelen makro ölçekli bir değişim olarak “Sağlıkta Dönüşüm Programı” (SDP) 2003 yılında uygulamaya konulmuştur [51, 53]. Piyasa eksenli düzenlemelerle yeniden şekillendiren sağlık reformunun uygulandığı tüm ülkelerde olduğu gibi, sistemin bileşenlerini; hizmet sunumu ve finansmanın birbirinden ayrılması, “kullanıcı ödentilerinin” yaygınlaştırılması, kamunun sağlık alanındaki rolünü değiştirerek hizmet sunumundan çekilmesi ve kendisine bağlı sağlık kurumlarının yapılarını değiştirmesi, sağlık kurumlarında işletmecilik anlayışının yaygınlaşması, özel sağlık sektörünün güçlendirilmesi oluşturmaktadır [51].

SDP uygulamasından Türkiye'nin sağlık sistemi ve sağlık çalışanları büyük ölçüde etkilenmiştir. 2010 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından yapılan sağlık personeli memnuniyet araştırmasında, çalışanlarının performansa dayalı ödeme, adaletli yönetim, özlük hakları, emeğinin karşılığını alabilme gibi konularda ciddi sorunlar yaşadığı, başta hastanelerin özerkleşmesi olmak üzere SDP'nin bileşenlerini benimsemediği görülmüştür [54, 55].

SDP çerçevesinde 2004 yılında bütün ülke genelinde uygulamaya konulan performansa dayalı ek ödeme uygulaması bakanlığa bağlı sağlık hizmeti sunan tüm kurumlarda başlatılmış [56] böylece performansa dayalı döner sermaye uygulaması ile birlikte esnek ücretlendirme gündeme gelmiştir. Bu durum sağlık hizmet sunumunda ekip anlayışını bozup, meslektaşlar arasında bir rekabet anlayışının ortaya çıkmasına neden olmuştur [57].

SDP Temel Reform Alanları;

- ✓ Hizmet Sunumunda Reform
  - Birinci Basamakta Aile Hekimliği ve Sağlık İşletmeleri
- ✓ Hizmet Finansmanında Reform

### **2.7.1. Hizmet sunumu reformu;**

Sağlık hizmetlerinin sunumunda kamu ağırlıklı olmak üzere, kamu-özel karışımı bir yapılanma söz konusudur [58]. Kamu artık hizmet sunmaktan çok, sağlık hizmetleri piyasasını düzenleyen ve kurallar koyan bir yapıya bürünmektedir. Böylelikle, sağlık hizmetlerini sunan ve finanse edenler ayrıştırılmış, kamu hastaneleri özerk bir yapıya dönüştürülerek, desantralize bir hale getirilmiştir [59]. “Pazar güdülerinin” kamusal sağlık kurumlarına yerleşmesi, herhangi bir mal/varlık transferi olmaksızın, kamusal sağlık kurumlarının işletmeleştirildiği, sağlık sektörünün de piyasalaştırıldığı bir manzara ortaya çıkmıştır. Bunun doğal bir sonucu olarak da; “hasta” yerine “müşteri” “sağlık hizmetleri tüketicisi” ya da “sağlık hizmetleri kullanıcısı” ifadeleri kullanılmaya başlanmıştır [60].

#### **✓ Aile hekimliği sistemi;**

SDP'nin temel bileşenlerinden birisi, birinci basamak sağlık hizmetinin uygulama şekli olan aile hekimliğidir. Aile hekimliği hizmetinin sunumu için en uygun kişiler de doğal olarak aile hekimliği uzmanlarıdır. Ancak bu noktada ülkemizdeki aile hekimliği uzmanlarının sayısal yetersizliği, sahada çalışmakta olan pratisyen hekimlerin de uygulamada yer almasını zorunlu hale getirmiştir. 2015 yılı sonu itibarıyla 6.902 aile sağlığı merkezinde 21.696 hekim görev

yapmakta, 3.629 kişiye bir aile hekimi hizmet vermektedir [61]. Bu rakam 1. basamak sağlık hizmetlerinin (gebe, loğusa, bebek, çocuk izlemleri, aşılama hizmetleri, aile planlaması gibi koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak tanı, tedavi, rehabilitasyon ve danışmanlık hizmetleri ve evde veya gezici/yerinde sağlık hizmetlerinin yürütülmesi) tamamını karşılaması beklenen bir hekimin ulaşabileceğinin çok üzerindedir. Ancak sistemin sorunlarından biri aile hekimleri listelerinde kayıtlı olan kişi başına (4000 kişiye kadar) ücret almaları ve 1000 kişinin altına düşmeleri durumunda 1 yıllık sözleşmelerinin sonlandırılmasıdır. Bu durum nicelik esasına göre ücretlendirmeyi gündeme getirmiştir [57]. Yine aile hekimliği sisteminin “bölge tabanlı” değil de “liste tabanlı” olması koruyucu hekimlik noktasında bölgeye hakimiyeti ortadan kaldırmıştır. Bu durumda herhangi bir hekime kayıtlı olmayan, yani aile hekimliği sisteminin kapsamadığı bir toplum kesimi olacaktır. Sadece sistemin içinde kalanları görmenin ve kapsayıcılık oranını bilmemenin önemli bir sorun olduğu düşünülmektedir [62]. Nitekim aile hekimliği modelinin tedavi ağırlıklı olduğu bir gerçektir. Bu hekimlerin köyleri ziyaret edeceği, gezici hizmet vereceği, hekime başvurmayan ve asıl risk altındaki toplumlara erişebileceği gibi öngörülerde bulunmak gerçekçi olarak kabul edilemez [63]. Olasılıkla bunun bir sonucu olarak da mevcut uygulamada halk tarafından aile hekimlerine ağırlıklı olarak reçete yazımı için başvurulmaktadır [58].

#### ✓ Sağlık işletmeleri

SDP'nin bir diğer unsuru kamu hastanelerinin özerkleşmesidir [64]. Finans ve hizmetin birbirinden ayrıldığı, hastane yönetiminin finansal açıdan özerkleştiği ve piyasa kurallarının ön plana çıktığı bir dönüşüm yaşanmaktadır [59].

SDP çerçevesinde geliştirilen performans temelli ödeme sisteminde hekimler, hastalara sundukları hizmetlere göre puan toplamakta ve ay sonunda da hastanenin döner sermaye hesabından topladıkları puanları oranında ek ödeme almaktadırlar [53]. Bu etkinin bir yansıması olarak 2005- 2010 yılları arasında Sağlık Bakanlığı'na bağlı eğitim-araştırma hastanelerinde akademik yayın faaliyetleri %25 oranında azalmıştır. Aynı dönemde bu hastanelerde poliklinik sayısı %54, yatan hasta sayısı %64 artarken; performans temelli ödeme sisteminin kışkırttığı invaziv işlemler hasta sayısı ile orantısız olarak (örneğin bronkoskopi için %187) artmıştır [65]. Ayrıca performans temelli ödeme sistemi öncesinde hasta başına hastalara açılan damar yolu sayısı 0.1, enjeksiyon sayısı 9.9 ve aynı hastalık için yapılan tanısal tetkik sayısı 18.6 iken, performans temelli ödeme sistemi sonrası bu değerler

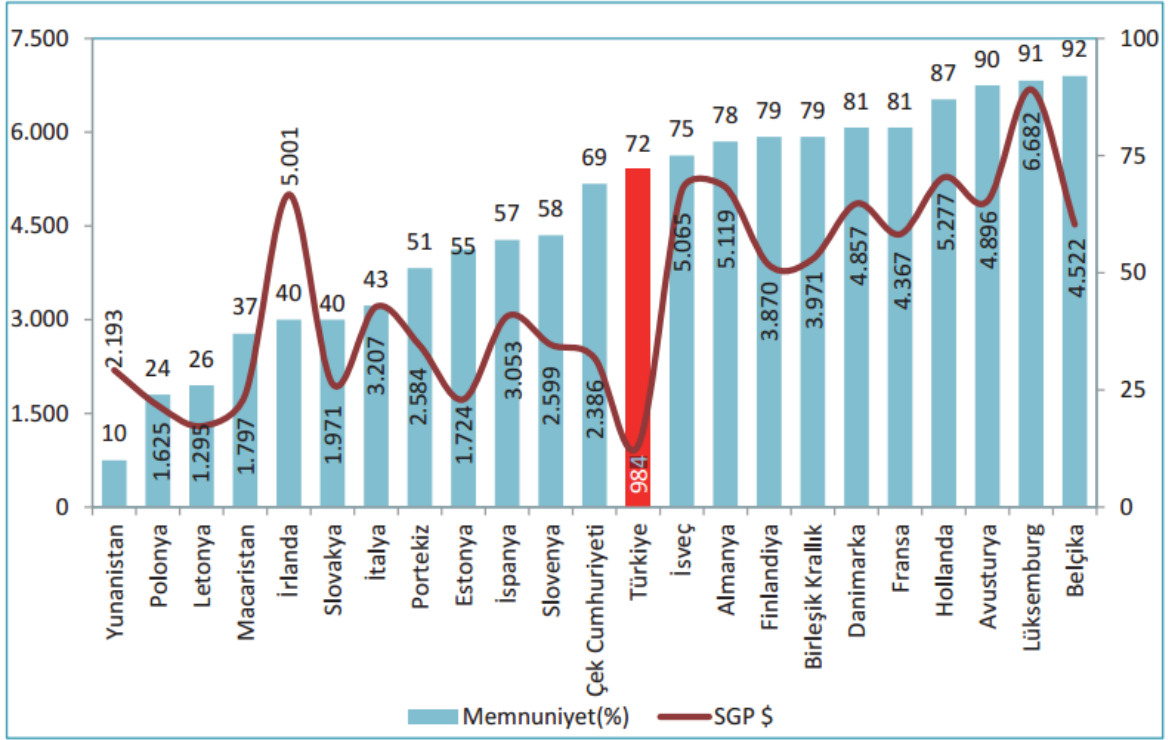
sırasıyla 2.1'e, 13.6'ya ve 28.2'ye yükselmiştir [66]. Özetle; Türkiye'de uygulamaya konulan Sağlıkta Dönüşüm Programı, bileşenlerinden birisi olan performans temelli ödeme sistemi sayesinde hekimlik meslek etik değerlerinde aşınmaya neden olmuş ve hekimleri, kazançlarını arttırmak için hastaya sundukları hizmetin içeriğini, sayısını ve önceliğini değiştirmeye zorlamıştır [66]. Verimlilik açısından bakıldığında performans politikasının uygulandığı sağlık birimlerinde yatan hasta sayısında, yatak işgal oranlarında ve yatak devir hızında artış, hastanelerde ortalama kalış süresinde ise azalma saptanmıştır [67]. Ancak biliyoruz ki saptanan performans kriterleri sağlık hizmetinin niteliğini ölçmemektedir [68].

Ayrıca kurumsal performans sisteminin üniversite hastanelerinde de uygulanıyor olması "üniversite" kimlikleri, kuruluş gerekçeleri ve öncelikleriyle çelişmektedir. Bu durum, tıp fakültelerini, araştırma ve eğitim alanları olmaları gerekliliği ve gerçeğinin dışına taşıyan bir tercih olmuştur [69].

### **2.7.2. Hizmet finansmanı reformu;**

Türkiye, 2003 yılından bu yana öngördüğü reformlar kapsamında sağlık güvencesi sunan mevcut sosyal güvenlik kurumlarını 2006 yılında SGK çatısı altında birleştirmiş ve 2008'de uygulanmaya başlanan genel sağlık sigortası (GSS) ile de tüm nüfusu sağlık güvencesi kapsamına almayı amaçlanmıştır. Ancak program kapsamında özellikle yoksulların sigorta kapsamına alındıklarına vurgu yapılmasına karşın, bu durum gerçekleri tam olarak yansıtmaktan uzaktır [66]. Sosyal Güvenlik Kurumu'na göre, 2011'de Türkiye'de sigorta kapsamı dışında kalan kişi sayısı 10 milyonun üzerindedir ve nüfusun %14'ünü oluşturmaktadır. Buna ek olarak 6 milyon kişinin sağlık hizmetlerine erişemediği tahmin edilmektedir [66].

Son yıllarda küresel ekonomik kriz ve ülke içindeki ekonomik sıkıntılar nedeniyle kamudan sağlık hizmetlerine ayrılan pay azaltılmış, artan sağlık harcamalarını sınırlamak için sağlık güvencesinin kapsamı daraltılmıştır. Hizmete erişimi olumsuz yönde etkileyen kullanıcı katkılarını daha da yaygınlaştırma eğilimi mevcuttur. Maalesef bu durum sosyal devlet anlayışı ile bağdaşmamaktadır [70]. Ancak mevcut sistemde "OECD Health Data 2016" verilerine bakılacak olunursa yüksek hasta memnuniyeti ve düşük kişi başı kamu sağlık harcamaları ile başarı sağlanmış gibi görülmektedir [61] (**şekil 1**).



**Şekil 1. Sağlık hizmetlerinden memnuniyet ve kişi başı kamu cari sağlık harcaması [61].**

2015 verilerine göre Türkiye yıllık kişi başı hekime müracaat sayısı 8.4 ile Avrupa ortalamasının üzerindedir [61]. Bu durum siyasi aktörler ve sağlık yöneticileri tarafından iyi bir göstergemiş gibi yansıtılmaktadır ancak bu artışların bir kısmı gereksiz artışlar olabilir. Bunun temel nedenleri olarak performansa dayalı ödeme biçimi ve halkın sağlıkla ilgili bilgi ve algısının düşük düzeyde olması gösterilebilir [58]. Piyasa aktörlerinin, medya ve yeni iletişim teknolojilerinin yönlendirmeleri ile “hastalıkların hiç olmadığı bir hayat” a dair illüzyon yaratılmış, bireylerin sağlık hizmetlerine yönelik talebi arttırılmıştır. Günümüzdeki artan hekim başvuruları, bu kıskırtılmış talebin bir yansımasıdır [71]. Bununla paralel olarak Türkiye’de 2014 yılındaki acil servis başvuruları 104 milyonun üzerindedir [72]. Böylece Türkiye sağlık reformu sonrası dünyada nüfusundan daha fazla acil başvurusu olan tek ülke olmuştur [73]

Ülkemizde son yıllarda sağlık sisteminde yaşanmakta olan bu değişim sürecinin tüm toplumu olduğu gibi, sistemin ana unsurlarından biri olan hekimleri de etkilediği düşünülmektedir. Değişen çalışma koşulları, ücretlendirme ve maaş sistemi, hasta-hekim ilişkileri ve en önemlisi değişen "hekim kimliği algısı"nın hekimlerde yarattığı etkinin incelenmesinin tarihsel süreç içerisinde döneme ışık tutması açısından önemli olacağı düşünülmektedir.

## 2.8. Hekimlerde Tükenmişlik

Sağlık personelleri arasında yapılan çalışmalarda tükenmişlik düzeylerinin hekimlerde diğer sağlık çalışanlarına göre daha yüksek olduğu görülmektedir [74, 75]. Bunun nedeni olarak eğitim seviyesi arttıkça stres yaratan durum ve sorumluluklarla karşılaşılma olasılığının da artması gösterilebilir. Maslach'a göre; yüksek eğitilmiş kişilerin yüksek beklenti düzeyleri ile gerçeklerin örtüşmemesi durumunda tükenmişlik ortaya çıkmaktadır [17].

Literatürde hekimler arasında tükenmişlik sendromu sıklığının %25-60 olduğu görülmektedir [76, 77]. Hekimlerde tükenmişliğin sebeplerine bakıldığında ise bazı araştırmacılar sağlık hizmeti vermek ile ilişkili etmenlerin buna neden olduğunu savunurken, bazı araştırmacılar ise hekimin kişiliğine özgü etmenlerin de buna zemin oluşturduğunu belirtmektedirler [78, 79]. Örneğin genel kişilik özellikleri arasında “sürekli şikâyet etme eğilimi” olanlar olabilir [80]. Hekimlerde tükenmişliğin mesleki nedenleri ise; yaşamı tehdit edebilen hastalıklarla uğraşma, bakılan hasta sayısının fazlalığı, çalışma saatlerinin uzunluğu, aşırı iş yükü ve yorgunluk, nöbet ve/veya icap tutma, uyku yetersizliği, yetersiz sayıda ve nitelikte yardımcı personel ile çalışma, etik ikilemler, idareci kadrodan yetersiz destek, çevrenin doktordan beklentisinin fazla olması, geçim sorunları, kendisine ve özel yaşantısına zaman ayıramama gibi sorunlardır [81, 82].

Amerika'da cerrahlarda tükenmişliğin araştırıldığı bir çalışmada; son 3 ay içerisinde yapılan major medikal hataların duyarsızlaşma boyutundaki her bir puan artışta (ölçek aralığı 0-33) %11 oranında arttığı gösterilmiş ve tükenmişliğin hekimlerde mesleki tatminsizlik, artan medikal hatalar, malpraktis davaları, olası madde bağımlılığı ya da suicidal düşünceler ile ilişkili olduğu; hekimin “önce zarar verme” dürtüsünün karşısında ciddi bir potansiyel olduğu vurgulanmıştır [83].

Hekimlerde yapılan araştırmalarda uzmanlık alanlarına göre bakıldığında en fazla tükenmişlik düzeyleri hasta ile ilk karşılaşan acil servis, dahiliye ve aile hekimlerinde iken; dermatoloji, radyoloji, patoloji, gibi uzmanlık alanlarında ise iş doyumu memnuniyetinin en yüksek olduğu bildirilmektedir [2].

Yoğun bakımlarda çalışan hekimlerde de kritik hasta bakımı, vardiyalı çalışma koşulları, iş arkadaşları ile çatışmalar gibi etmenlerle ilişkilendirilen yüksek düzeylerde tükenmişlik olduğunu bildiren yayınlar mevcuttur [84, 85].

Onkoloji uzmanlarında yapılmış çok sayıda tükenmişlik araştırması mevcuttur [40, 86]. Amerikan Klinik Onkoloji Derneği (ASCO) üyesi olan medikal onkologların % 45'inin



tükenmişlikle ilişkili duygusal tükenme ve/veya duyarsızlaşma semptomları yaşadığını bildirmiştir [87]. Allegra ve ark. 1700 onkoloji uzmanının yaklaşık %62'sinde tükenmişlik belirtileri olduğunu ve hayat mücadelesini paylaştıkları onkoloji hastalarının bakımı sürecinde tükenmişlik sendromu için büyük risk taşıdıklarını belirtmişlerdir [88].

Hekimlerde tükenmişlik sendromu araştırmalarına bakıldığında uzmanlık alanlarının çoğunda tükenmişlik ve iş doyumunu çalışmalarının yapılmış olduğu görölmektedir. Ancak ileri yaş bakım hastaları, kanser, kronik solunum yetmezliğı gibi yüksek mortaliteye sahip zor hasta gruplarına hizmet veren göğüs hastalıkları alanında yapılmış ulusal ya da uluslar arası araştırma mevcut değildir.

Bu çalışmada zorlu mesai şartları, yoğun bakım, servis ve poliklinik hizmetleri, nöbet ve/veya yoğun icap koşulları altında çalışmakta olan göğüs hastalıkları hekimlerinde tükenmişlik sendromu sıklığının araştırılması planlandı.

### 3. GEREÇ ve YÖNTEMLER

#### 3.1. Araştırmanın Türü

Bu çalışma Türkiye'deki Göğüs hastalıkları hekimlerinde tükenmişlik sendromu sıklığının incelenmesi ve ilişkili faktörlerin belirlenmesi amacıyla planlanmış kesitsel ve tanımlayıcı bir araştırmadır.

#### 3.2. Araştırmanın Yöntemi

- ✓ Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Yerel Etik Kurulu onayı alınarak göğüs hastalıkları alanında aktif çalışmakta olan hekimlere Eylül- Kasım 2016 tarihleri arasında bilgilendirilmiş gönüllü onamı ve anket formları gönderilmesi planlandı.
- ✓ Türk Toraks Derneği (TTD) merkez yönetim kurulu izni alınarak 'yahoo mail grup' aracılığı ile mail grup üyesi olan göğüs hekimlerine elektronik posta aracılığıyla bilgilendirilmiş gönüllü onamı ve anket formları gönderildi. Her iki haftada bir hatırlatmalar yapıldı. Çalışmaya katılımı arttırmak için Türkiye Solunum Araştırmaları Derneği (TÜSAD) ve Akciğer Sağlığı ve Yoğun Bakım Derneği (ASYOD) mail gruplarından da ilgili dernek yönetim kurullarının bilgileri dâhilinde duyurular yapıldı.
- ✓ Uzmanlık dernekleri tarafından düzenlenen bilimsel toplantılarda katılımcılara basılı anket formları dağıtıldı, ulaşılabilen hastaneler ziyaret edildi, göğüs hekimleri ile görüşülerek yüz yüze anket yapıldı.
- ✓ Araştırmacılar tarafından farklı illerden göğüs hekimlerine telefonla ulaşıldı, birebir telefon görüşmeleri yapılarak ankete katılmaları istendi böylece her üç dernek üyesi olmayan hekimlere de ulaşmak hedeflendi.
- ✓ Ayrıca yanıtlama süresini kısaltacak hızlı ve pratik 'doc.google' formatı ile anketler akıllı cep telefonları ile doldurulabilir hale dönüştürüldü. Anket linki e-posta, 'whatsapp' ve kısa mesaj ile ulaşılabilen hekimlere gönderildi.

#### 3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Büyüklüğü

Araştırma evreni, Türkiye'deki 2. basamak devlet hastaneleri, eğitim araştırma hastaneleri, üniversite hastaneleri ve özel sağlık kuruluşlarında çalışmakta olan tüm uzman hekim, asistan hekim ve öğretim üyelerinden oluşmaktadır. Örneklem büyüklüğü hesaplanırken Sağlık Bakanlığı İstatistik Analiz ve Bilgi Sistemleri Daire Başkanlığı'ndan öğrenilen tüm ülke

geneli hastanelerinde aktif çalışan 1976 göğüs hastalıkları uzman hekimi ve 373 göğüs hastalıkları asistan hekimi toplam sayısı 2349 alınarak; sıklığı bilinmeyen durumlarda kabul edilen %50 sıklık ve %5 hata payı ile %95 güven düzeyinde en az 330 gönüllü alınması planlandı.

### **3. 4. Veri Toplama Araçları**

Araştırmada hekimlerin tükenmişlik düzeylerini tespit etmek ve tükenmeye neden olan değişkenleri belirlemek amacıyla “sosyodemografik veri formu” ve “maslach tükenmişlik ölçeği (MTÖ)” bir arada kullanılmıştır.

#### **3.4.1 Sosyodemografik Veri Formu (EK-2)**

Tükenmişlik düzeyleri ile ilişkisi ortaya konulması planlanan mesleki ve sosyodemografik özellikleri içeren 29 soruluk form; ilgili literatür incelenerek araştırmacılar tarafından hazırlanmıştır. Sosyodemografik veri formu yaş, cinsiyet, akademik unvan, araştırma görevlisi ise kıdem durumu, çalışmakta olunan kurum, tıp fakültesinden mezun olunan yıl, tıp fakültesinin ve uzmanlık alanın isteğe bağlı mı seçildiği, uzmanlık alanı tercihinin TUS'ta kaçınıcı tercihi olduğu, tekrar seçme hakkı olsa aynı uzmanlık alanını seçip seçmeme durumu, aylık nöbet ve icap sayısı, haftalık çalışma saatleri, maaş durumu, alınan maaşın yeterlilik algısı, medeni durum, sahip olunan çocuk sayısı, bakmakla yükümlü olunan kişi varlığı, tanı alınmış olunan hastalık varlığı, şu an veya geçmişte antidepresan ilaç kullanma durumu, kendisine ve ailesine yeterli vakit ayırabilme algısı, sigara içme durumu, üstler tarafından takdir edilme algısı, meslek seçiminde yaşadığı ve yaşayacağını düşündüğü temel sorun, fiziksel ya da ruhsal destek alabilecek yapıların olup olmadığı olmak üzere toplam 29 sorudan oluşmaktadır.

### 3.4.2. Maslach Tükenmişlik Ölçeği (EK-3)

Ölçek Maslach ve Jackson (1981), tarafından geliştirilmiştir. Canan Ergin tarafından Türkçe'ye çevrilen envanterin 235 kişilik (doktor, hemşire, öğretmen, avukat, polis vb.) bir grupla ön denemesi yapılmış, bu gruptan elde edilen verilerin analizi sonucunda envantere bazı değişiklikler yapılmıştır [89]. Özgün formu “hiçbir zaman, yılda birkaç kere, ayda bir, ayda birkaç kere, haftada bir, haftada birkaç kere, her gün” şeklinde 7 basamaklı cevap seçeneklerinden oluşmaktadır. Ancak eğitim düzeyi ne olursa olsun hemen tüm katılımcılar bu şekilde cevap vermekte zorluk çektiklerinden Türk kültürüne daha uygun olduğu gerekçesi ile Türkçe uyarlamasında cevap seçenekleri 5 basamağa indirilmiştir [75].

**Duygusal Tükenme: (*Emotional Exhaustion*)** alt ölçeği, kişinin mesleği ya da işi tarafından tüketilmiş ve aşırı yüklenilmiş olma duygularını tanımlar ve 9 maddeden oluşmaktadır(1.2.3.6.8.13.14.16.20. maddeler).

**Duyarsızlaşma (*Depersonalization*)** alt ölçeği, kişinin hizmet verdiklerine karşı, bireylerin kendilerine özgü birer varlık olduklarını dikkate almaksızın duygudan yoksun biçimde davranmalarını tanımlar ve 5 maddeden oluşmaktadır (5.10.11.15.22. maddeler). .

**Kişisel Başarı Eksikliği: (*Lack of Personal Accomplishment*)** insanlarla çalışan bir kimsede yeterlilik ve başarıyla üstesinden gelme duygularını tanımlar ve 8 maddeden oluşmaktadır (4.7.9.12.17.18.19.21. maddeler).

Duygusal Tükenme (DT), Duyarsızlaşma (D) ve Kişisel Başarı Eksikliği (KBE) alt ölçek puanları, her bir madde için; ‘Hiçbir zaman (0), Yılda birkaç kez (1), Ayda birkaç kez (2), Haftada birkaç kez(3), Her gün(4) olarak puanlandırılmaktadır. Buna göre ölçeğin alt boyutlarından alınabilecek puanlar, Duygusal Tükenme için 0-36; Duyarsızlaşma için 0-20 ve Kişisel Başarı Eksikliği için de 0-32 arasında değişmektedir.

Orijinal ölçekte “kişisel başarı puanı” hesaplanarak yüksek kişisel başarı; düşük tükenmişlik ile ilişkilendirilmektedir; ancak biz çalışmamızda kolaylık olması açısından ölçek puanlarını tersten hesaplayarak “kişisel başarı eksikliği” şeklinde ifade ettik. Böylece yüksek “kişisel başarı eksikliği puanı” yüksek tükenmişlik düzeyi ile ilişkili olmaktadır.

Tükenmişlik tek bir puan ile ifade edilmemekte, her bir katılımcının üç alt ölçekten aldıkları puanlar ayrı ayrı değerlendirilmektedir.

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 [90]. MTÖ anketinin Türkçe çevirisi için henüz alt boyutlarında geçerliliği yapılmış düşük-orta-yüksek sınır değerleri mevcut değildir [32, 75, 89]. Bu nedenle bu çalışmada ortanca değerleri alınarak gruplar kendi içinde karşılaştırılmıştır. Tükenmişlik var ya da yok yorumu yaptıracak bir kesme değeri bulunmadığı için, kategorik sınıflama yapılmamıştır.

**Ölçeğin güvenilirliği ve geçerliği:** Ölçeğin güvenilirlik ve geçerlik çalışmaları Ergin ve Çam tarafından yapılmıştır. 552 doktor ve hemşireden elde edilen verilerin üç alt boyuta ilişkin Cronbach alfa kat sayıları Duygusal Tükenme 0.83, Duyarsızlaşma 0.65, Kişisel Başarı eksikliği 0.72'dir. Ölçeğin alt boyutlarına ilişkin tekrar test tekrar güvenilirlik kat sayıları ise Duygusal Tükenme 0.83, Duyarsızlaşma 0.72, Kişisel Başarı 0.67'dir [89]. Çam, yapmış olduğu güvenilirlik çalışmasında Duygusal Tükenme 0.89, Duyarsızlaşma 0.71, Kişisel Başarı 0.72 olarak bulmuştur [27].

### 3. 5. İstatistiksel Yöntemler

Elde edilen verilerin istatistiksel anazi "SPSS for Windows 22.0" istatistik paket programı kullanılarak yapıldı. Kolmogorov-Smirnov ve Shapiro-Wilk testleri ile normal dağılıma uygunluğuna bakıldı. Normal dağılıma uygun olmadığı görüldü bu nedenle istatistiksel yöntemlerde nonparametrik testler kullanıldı. İkili grupların sayısal değişkenlerinin ortalamalarının karşılaştırılmasında Mann Whitney U ve Pearson ki-kare testi, ikiden çok grubun sayısal değişkenlerinin karşılaştırılmasında Bonferonni düzeltmeli Kruskal Wallis testi kullanıldı. Birden fazla bağımsız değişkenin bağımlı değişken üzerinde etkisini ölçmek için kovaryans analizi kullanıldı. Anlamlılık düzeyi  $p<0.05$  kabul edildi.

## 4. BULGULAR

### 4.1 Araştırmaya katılan hekimlerin sosyodemografik özelliklerine ilişkin frekans ve yüzdeler

Çalışmaya 105 (%29.8) araştırma görevlisi, 148 (%42.0) uzman, 99 (%28.1) öğretim üyesi olmak üzere toplam 352 kişi katıldı. Çalışmaya katılan hekimlerin 238'i (%67.6) kadın, 114'ü (%32.4) erkekti. Yaşları 24-63 arasında değişen hekimlerin yaş ortalamaları 38,93(±9.977) olarak hesaplandı.

Çalışmaya katılan hekimlerin demografik özellikleri aşağıda belirtildiği gibidir (Tablo 1).

**Tablo 1. Araştırmaya Katılan Hekimlerin Demografik Özellikleri**

Demografik özellikler		Sayı (n)	Yüzde (%)
<b>Cinsiyet</b>	Kadın	238	% 67.6
	Erkek	114	% 32.4
<b>Yaş</b>	≤ 30	92	% 26.1
	31-35	60	% 17.0
	36-45	103	% 29.3
	46-55	70	% 19.9
	>55	27	% 7.7
<b>Medeni durum</b>	Bekar	76	% 21.6
	Evli	252	% 71.6
	Boşanmış	19	% 5.4
	Evli→ayrı yaşıyor	5	% 1.4
<b>Sahip olunan çocuk sayısı</b>	Yok	144	% 40.9
	1 çocuk	104	% 29.5
	2 çocuk	95	% 27.0
	3 çocuk	9	% 2.6
<b>Bakmakla yükümlü olunan kişi varlığı</b>	Var	50	% 14.2
	Yok	302	% 85.8

**Tablo 2. Araştırmaya Katılan Gönüllülerin Mesleki Özellikleri**

		<b>Sayı (n)</b>	<b>%</b>
<b>Çalışılan kurum</b>	2. basamak devlet hastanesi	63	17.9
	Eğitim araştırma hastanesi	112	31.8
	Üniversite	154	43.8
	Özel sağlık kuruluşu	23	6.5
<b>Akademik unvan</b>	Araştırma görevlisi	105	29.8
	Uzman	148	42.0
	Eğitim sorumlusu Şef	7	2.0
	Yardımcı doçent	21	6.0
	Doçent	26	7.4
	Profesör	45	12.8
<b>Meslekte çalışılan yıl</b>	≤5 yıl	84	23.9
	6-10 yıl	64	18.2
	>10 yıl	204	58.0
<b>Aylık maaş</b>	< 10.000 TL	297	84.4
	10.000 TL-20.000 TL	50	14.2
	>20.000 TL	5	1.4
<b>Maaşın yeterli olduğu düşüncesi</b>	Evet	31	8.8
	Hayır	227	64.5
	Kısmen	94	26.7
<b>Üstler tarafından takdir görme algısı</b>	Evet	55	15.6
	Hayır	157	44.6
	Bazen	140	39.8
<b>Kendisi veya ailesi için yeterli vakit ayırabildiğini düşünüyor olma</b>	Evet	58	16.5
	Hayır	294	83.5

Hekimlerin 154'ü (%43.8) üniversitede, 112'si (%31.8) eğitim araştırma hastanesinde 63'ü (%17.9) ikinci basamak devlet hastanesinde ve 23'ü (%6.5) özel sağlık kuruluşunda çalışıyordu. Katılanların 84'ü (%23.9) meslek hayatlarının ilk 5 yılında idi, 204'ü (%58) meslekte 10 yıldan fazla çalışmaktaydı. 227 hekim (64.5%) aldıkları maaşın yetersiz olduğunu düşünürken, 94 hekim (%26.7) kısmen yeterli olduğunu düşünmekteydi. Hekimlerin %44.6'sı (n=157) çalışma alanında verilen görevi başarı ile tamamladıklarında üstleri tarafından takdir görmediğini; %83.5'i (n=294) iş hayatından kalan zamanlarda kendisi ve ailesi için yeterli vakit ayıramadığını belirtti (Tablo 2).

Göğüs hastalıkları hekimlerinin icap ve nöbet koşulları sorgulandığında; 276 (%78.4) hekim mevcut çalışma koşulları altında nöbet ve/veya icap tutmakta idi. Nöbet ve icaplar hariç tutulduğunda haftalık çalışma saatleri 20-70 arasında değişmek ile beraber ortalama 42,56( $\pm$ 5.651) saat/hafta olarak bulundu (Tablo 3).

**Tablo 3. İcap/nöbet durumu**

<b>Nöbet ve/veya icap</b>	Yok	76	% 21.6
	Var	276	% 78.4
<b>Aylık nöbet sayısı</b>	Nöbet tutmayan	154	% 43.8
	$\leq 3$ nöbet	82	% 23.3
	$> 3$ nöbet	116	% 33.0
<b>Aylık icap sayısı</b>	İcap tutmayan	220	% 62.5
	$\leq 10$ icap	76	% 21.6
	$> 10$ icap	56	% 15.9

Göğüs hastalıkları hekimlerine tıp fakültesi tercihlerini kendi istekleri ile mi yaptıkları sorulduğunda 308'i (%87.5) kendi isteği ile tercih ettiğini belirtti; tıpta uzmanlık alanını ise 296 kişi (%84.1) kendi isteği ile yaptığını belirtti (Tablo 4). Uzmanlık alanını kendi isteği ile seçen 296 kişinin %50.3'ü (n:149) bugün tekrar tercih imkanı olsa aynı uzmanlık alanını seçmeyeceğini belirtti (Tablo 5).

**Tablo 4. Fakülte ve Uzmanlık alanı tercih durumu**

		Sayı (n)	Yüzde (%)
<b>Tıp fakültesini kendi isteğinizle mi seçtiniz?</b>	Evet	308	87.5
	Hayır	44	12.5
<b>Tıpta uzmanlık alanınızı isteyerek mi seçtiniz?</b>	Evet	296	84.1
	Hayır	56	15.9
<b>Bugün yeniden olsa aynı uzmanlık alanını seçer misiniz?</b>	Evet	156	44.3
	Hayır	196	55.7



**Tablo 5. Uzmanlık alanını kendi isteği ile seçen 296 kişinin; “bugün tekrar tercih şansınız olsa aynı uzmanlık alanını tercih eder miydiniz?” sorusuna verdikleri cevap**

<b>Evete</b>	<b>147</b>	<b>%49.7</b>
<b>Hayır</b>	<b>149</b>	<b>%50.3</b>
<b>Toplam</b>	<b>296</b>	<b>%100</b>

Çalışmaya katılan hekimlere kronik stres ile ilişkili olabilecek tanı aldıkları hastalıklar soruldu. Yaşları 24-63 arasında değişen katılımcıların 170'inde (%48.3) herhangi bir hastalık bulunmazken; 27(%7.7) kişide esansiyel hipertansiyon, 10 (%2.2) kişide diyabetes mellitus, 26 (%7.4) kişide gastrik ülser, 5(%1.1) kişide malignite; 16(%4.5) kişide major depresif bozukluk, 18 (%5.1) kişide yaygın anksiyete bozukluğu, 21(%6.0) kişide uyku bozukluğu, 13 (%3.7) kişide ürtiker, 30 (%8.5) kişide lumbalji saptanırken; göğüs hastalıkları alanında mesleki bir risk faktörü olan tüberküloz hastalığı 2(%0.6) kişide mevcuttu.

105 (%29.8) kişi diğer hastalıkları olduğunu belirtti (glokom, hipotiroidi, kronik hepatit, osteoartrit, epilepsi, vitiligo, hiperlipidemi... vb.) (Tablo 6).

**Tablo 6. Tanı alınan hastalık durumu**

	Sayı (n)	Yüzde (%)
<b>Yok</b>	170	(%48.3)
<b>Esansiyel hipertansiyon</b>	27	(%7.7)
<b>Diyabet</b>	10	(%2.2)
<b>Gastrik ülser</b>	26	(%7.4)
<b>Malignite</b>	5	(%1.1)
<b>Major depresif bozukluk</b>	16	(%4.5)
<b>Yaygın anksiyete bozukluğu</b>	18	(%5.1)
<b>Uyku bozukluğu</b>	21	(%6.0)
<b>Ürtiker</b>	13	(%3.7)
<b>Tüberküloz</b>	2	(%0.6)
<b>Lumbalji</b>	30	(%8.5)
<b>Diğer</b>	105	(%29.8)

Çalışmaya katılan hekimlerin 47'si (%13.4) şuan antidepresan ilaç kullanmaktayken, 149'u (%42.3) geçmişte bir dönem antidepresan ilaç kullanmış olduğunu belirtti. Göğüs hastalıkları hekimlerinin sigara içme alışkanlıkları sorgulandığında ise; 236 'sı (% 67) hiç içmemiş, 69'si (%19.6) bırakmış, 47'si (%13.4) halen içmekteydi (Tablo 7).

**Tablo 7. Alışkanlıklar ve antidepresan ilaç kullanımı**

		Sayı (n)	%
<b>Şuan antidepresan ilaç kullanıyor olma</b>	Evet	47	13.4
	Hayır	305	86.6
<b>Geçmişte antidepresan ilaç kullanmış olma</b>	Evet	149	42.3
	Hayır	203	57.7
<b>Sigara içme durumu</b>	Hiç içmeyen	236	67.0
	Bırakmış olan	69	19.6
	Halen içmekte	47	13.4
<b>Fiziksel ya da ruhsal desteğe sahip olduğunu düşünme</b>	Evet	255	72.4
	Hayır	97	27.6

Hekimlere ihtiyaç duyduklarında fiziksel veya ruhsal destek alabilecekleri yapılar olup olmadığı sorulduğunda 97'si (%27.6) herhangi bir desteğe sahip olmadığını belirtti. Fiziksel yada ruhsal desteğe sahip olduğunu düşünen 255 kişi bu desteğin en fazla sıklıkla eş (%65.9) ve anne-baba (%60.8) olduğunu belirtti (Tablo 8).

**Tablo 8. Fiziksel ve ruhsal destek yapıları**

Anne-baba	155 (%60.8)
Kardeşler	131 (%51.4)
Eş	168 (%65.9)
Arkadaş	79 (%31.0)
Akraba	23 (%9.0)
Sivil toplum kuruluşu	5 (%2.0)
Meslek örgütü	23 (%9.0)

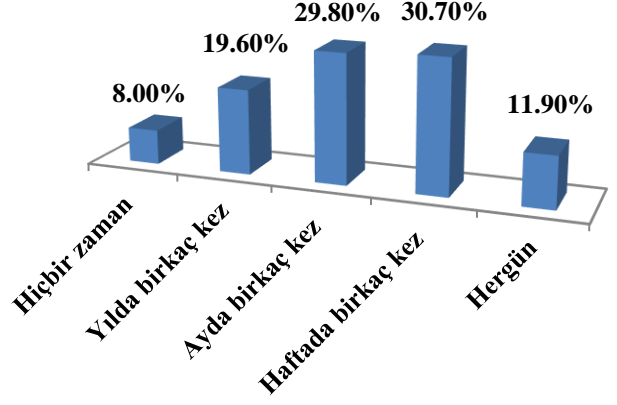
Hekimlere meslek seçimi ile ilişkili olarak yaşamakta olduğu veya gelecekte yaşayabileceğini düşündüğü temel sorun sorulduğunda en çok verilen cevaptan en aza doğru sırasıyla; 305 kişi (%86.6) ülkenin sosyopolitik durumu; 298 kişi (%84.7) performans sistemi; 298 kişi (%84.7) üstlerle ilişkilerin bozuk olması; 287 kişi (%81.5) akademik çalışma/egitim için yeterli zaman ayıramamak; 282 kişi (%80.1) yetersiz ücretlendirme; 279 kişi (%79.3) kişisel uğraşlara zaman ayıramamak; 273 kişi (%77.6) mortalitesi yüksek kronik hastalığa sahip hastalar; 257 kişi (%73) fiziki koşulların yetersizliği; 253 kişi (%71.9) uygunsuz çalışma/icap/nöbet koşulları; 245 kişi (%69.6) duygusal tatminsizlik, 225 kişi (%63.9) hasta ve hasta yakınları ile iletişim problemleri; 213 kişi (%60.5) yaşayacağı yeri seçememek; 158 kişi (%44.9) aile bütünlüğünün bozulması; 120 kişi (%34.1) çalışma arkadaşları ile ilişkilerin bozuk olması olarak yanıtlandı (Tablo 9).

**Tablo 9. Meslek seçimi ile ilişkili temel sorun algısı**

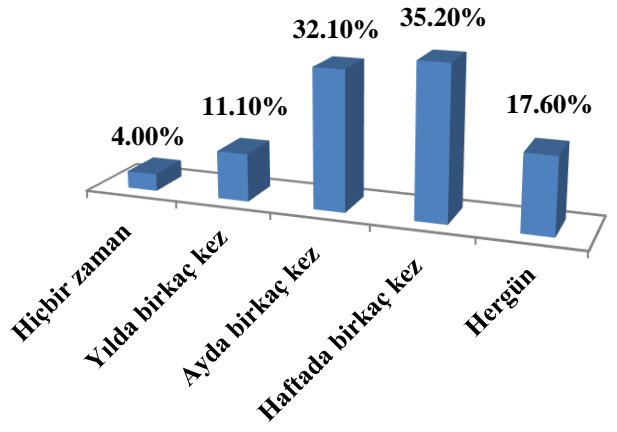
	<b>Var</b>	<b>Yok</b>
<b>Ülkenin sosyopolitik durumu</b>	305 (%86.6)	47 (%13.4)
<b>Performans sistemi</b>	298 (%84.7)	54 (%15.3)
<b>Üstlerle ilişkilerin bozuk olması</b>	298 (%84.7)	54 (%15.3)
<b>Akademik çalışma/egitim için yeterli zaman ayıramamak</b>	287 (%81.5)	65 (%18.5)
<b>Yetersiz ücretlendirme</b>	282 (%80.1)	70 (%19.9)
<b>Kişisel uğraşlara zaman ayıramama</b>	279 (%79.3)	73 (%20.7)
<b>Mortalitesi yüksek kronik hastalığa sahip hastalar</b>	273 (%77.6)	79 (%22.4)
<b>Fiziki koşulların yetersizliği</b>	257 (%73.0)	95 (%27.0)
<b>Uygunsuz çalışma/icap/nöbet koşulları</b>	253 (%71.9)	99 (%28.1)
<b>Duygusal tatminsizlik</b>	245 (%69.6)	107 (%30.4)
<b>Hasta ve hasta yakınları ile iletişim problemleri</b>	225 (%63.9)	127 (%36.1)
<b>Yaşayacağım yeri seçememek</b>	213 (%60.5)	139 (%39.5)
<b>Aile bütünlüğünün bozulması</b>	158 (%44.9)	194 (%55.1)
<b>Çalışma arkadaşları ile ilişkilerin bozuk olması</b>	120 (%34.1)	232 (%65.9)

## 4.2. Araştırmaya katılan hekimlerin “Maslach Tükenmişlik Ölçeğine” (MTÖ) verdikleri yanıt oranları

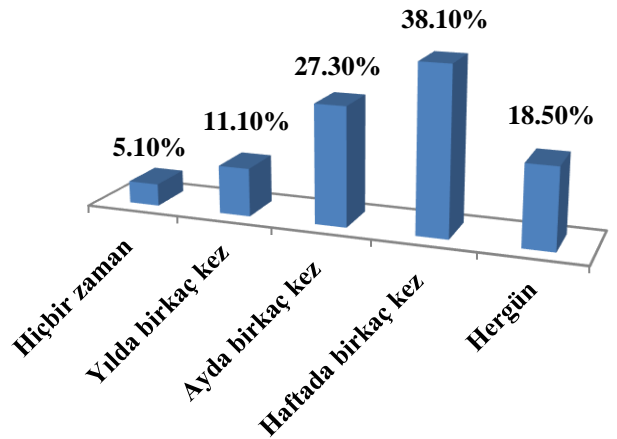
1. “Kendimi işimden soğumuş hissediyorum.”



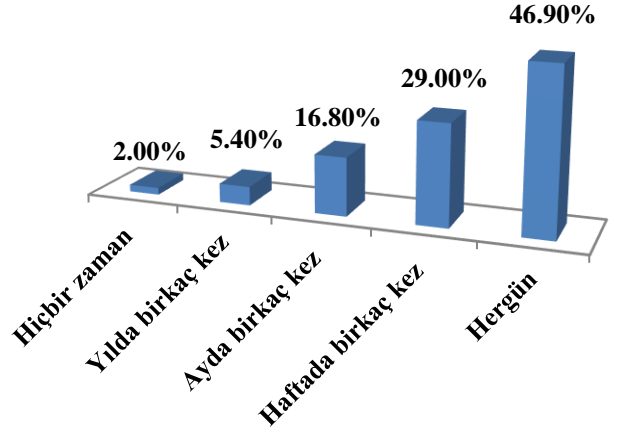
2. “İşgününün sonunda kendimi ruhen tükenmiş hissediyorum.”



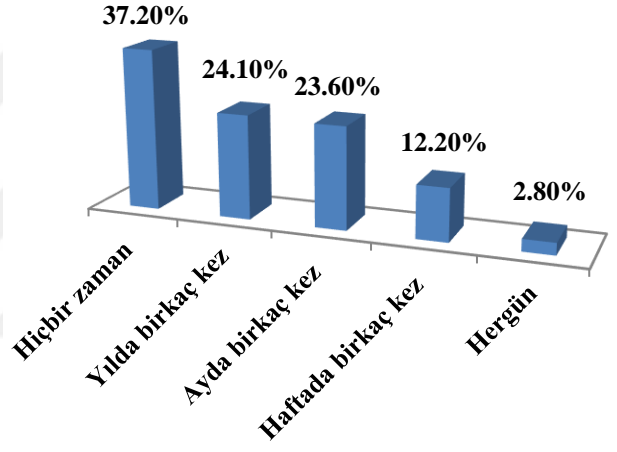
3. “Sabah kalkıp yeni bir işgünü ile karşılaşmak zorunda kaldığımda kendimi yorgun hissediyorum”



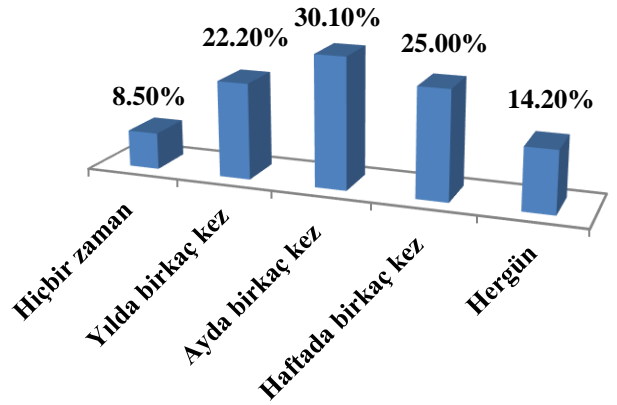
4. “Hastalarımın pek çok şey hakkında neler hissettiklerini hemen anlayabilirim.”



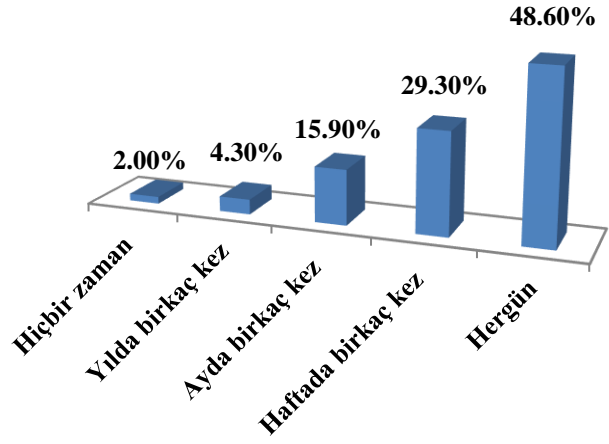
5. “Bazı hastalarımın onlar sanki kişilikten yoksun bir objeymiş gibi davrandığını hissediyorum.”



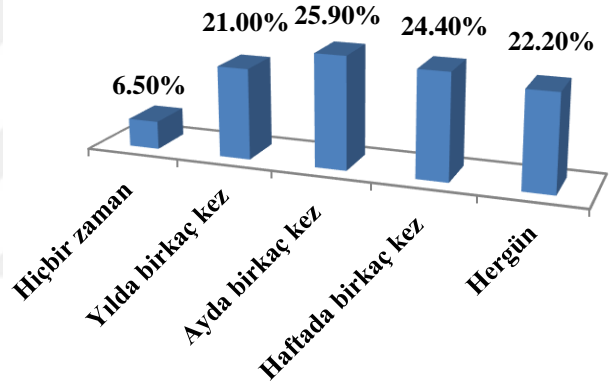
6. “Bütün gün insanlarla uğraşmak benim için gerçekten bir gerginliktir.”



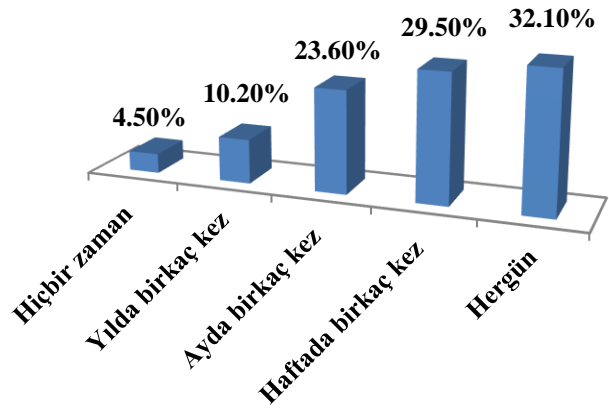
7. "Hastalarımın sorunlarını etkili bir şekilde hallederim."



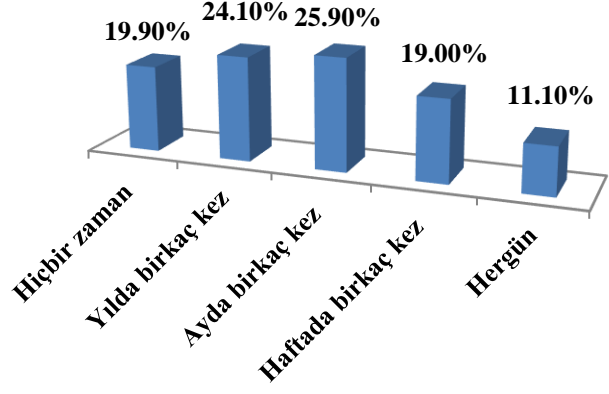
8. "İşimin beni tükettiğini hissediyorum."



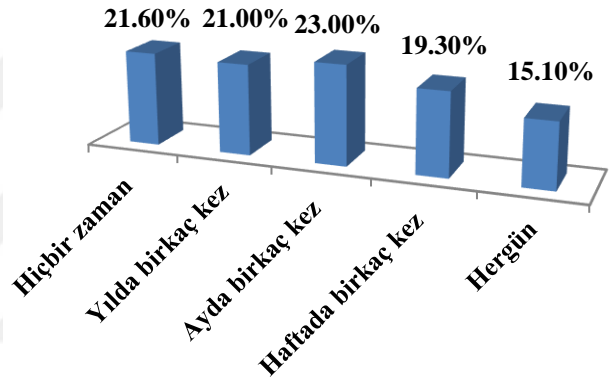
9. "İşimle diğer insanların yaşamlarını olumlu yönde etkilediğimi hissediyorum."



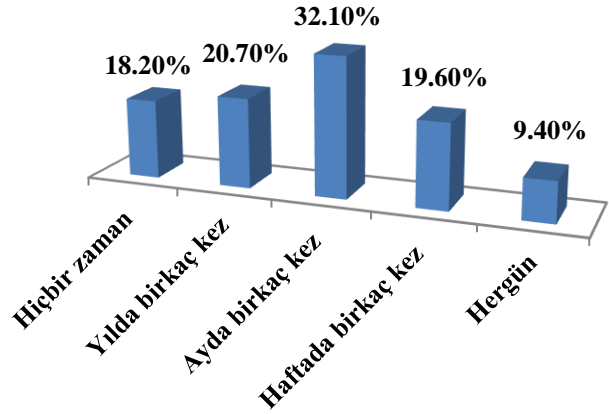
10. “Bu işe başladığımdan beri insanlara karşı sertleştim.”



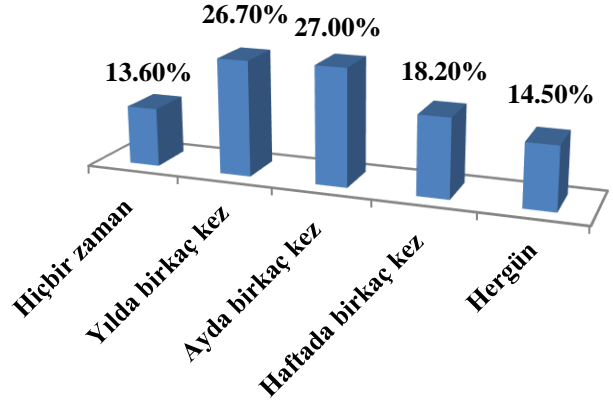
11. “Bu işin beni giderek katılaştırmasından korkuyorum”



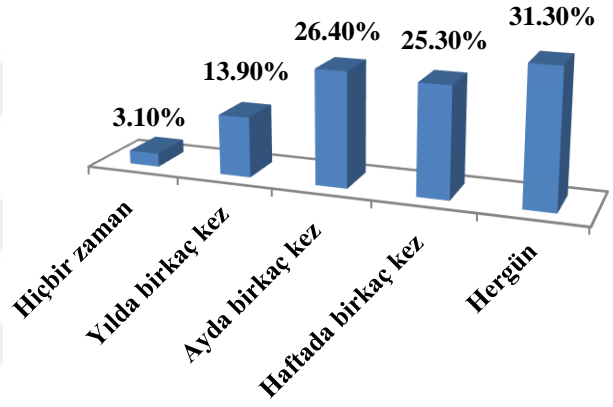
12. “Kendimi çok enerjik hissediyorum.”



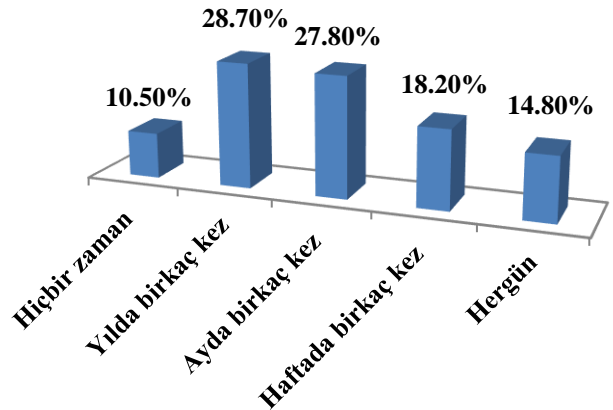
13. "İşimin beni hayal kırıklığına uğrattığını düşünüyorum."



14. "İşimde gücümün üstünde çalıştığımı hissediyorum."

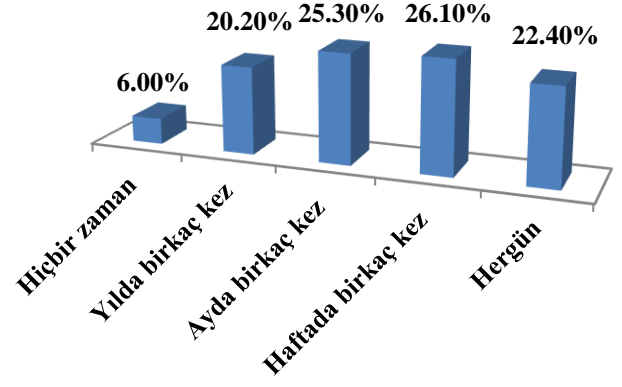


16. "Doğrudan insanlarla çalışmak bende çok fazla strese neden oluyor."

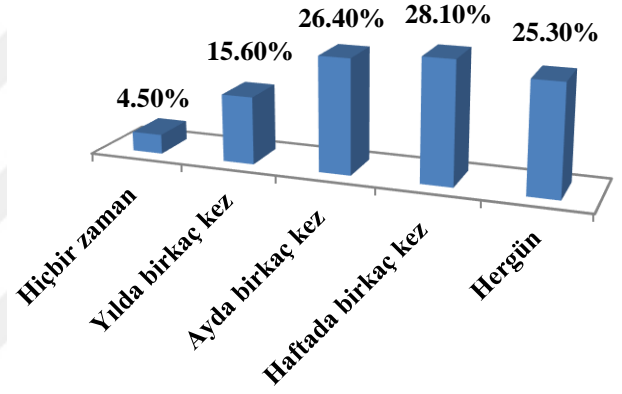




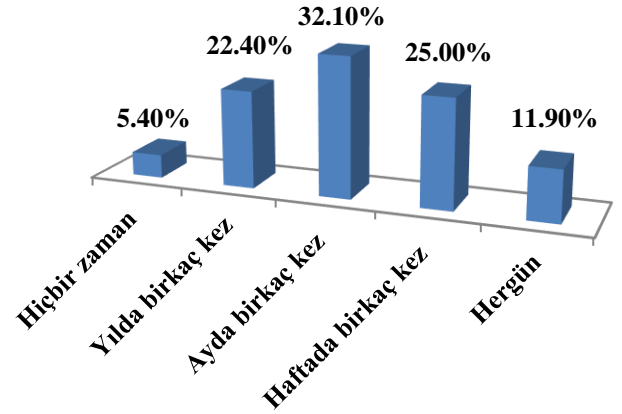
17. "Hastalarımın rahat bir atmosferi kolayca sağlayabilirim."



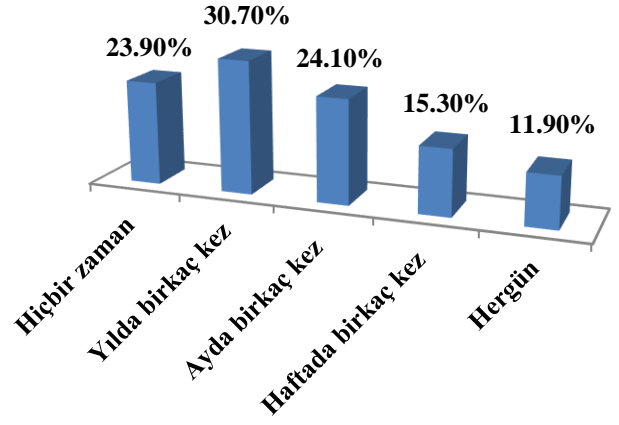
18. "Hastalarımınla yakın ilişki içinde çalıştıktan sonra kendimi neşeli hissediyorum."



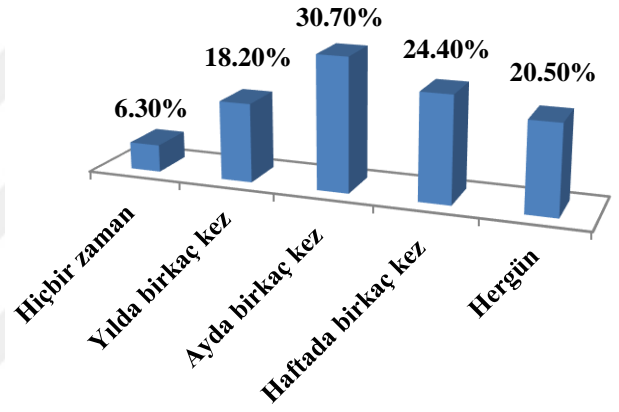
19. "Bu meslekte pek çok değerli işler başardım."



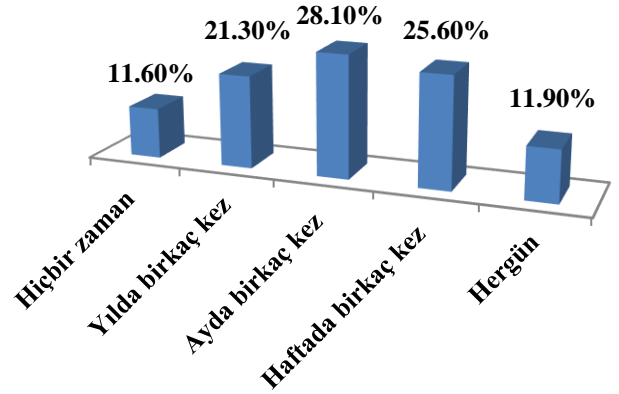
20. "Kendimi çok çaresiz hissediyorum."



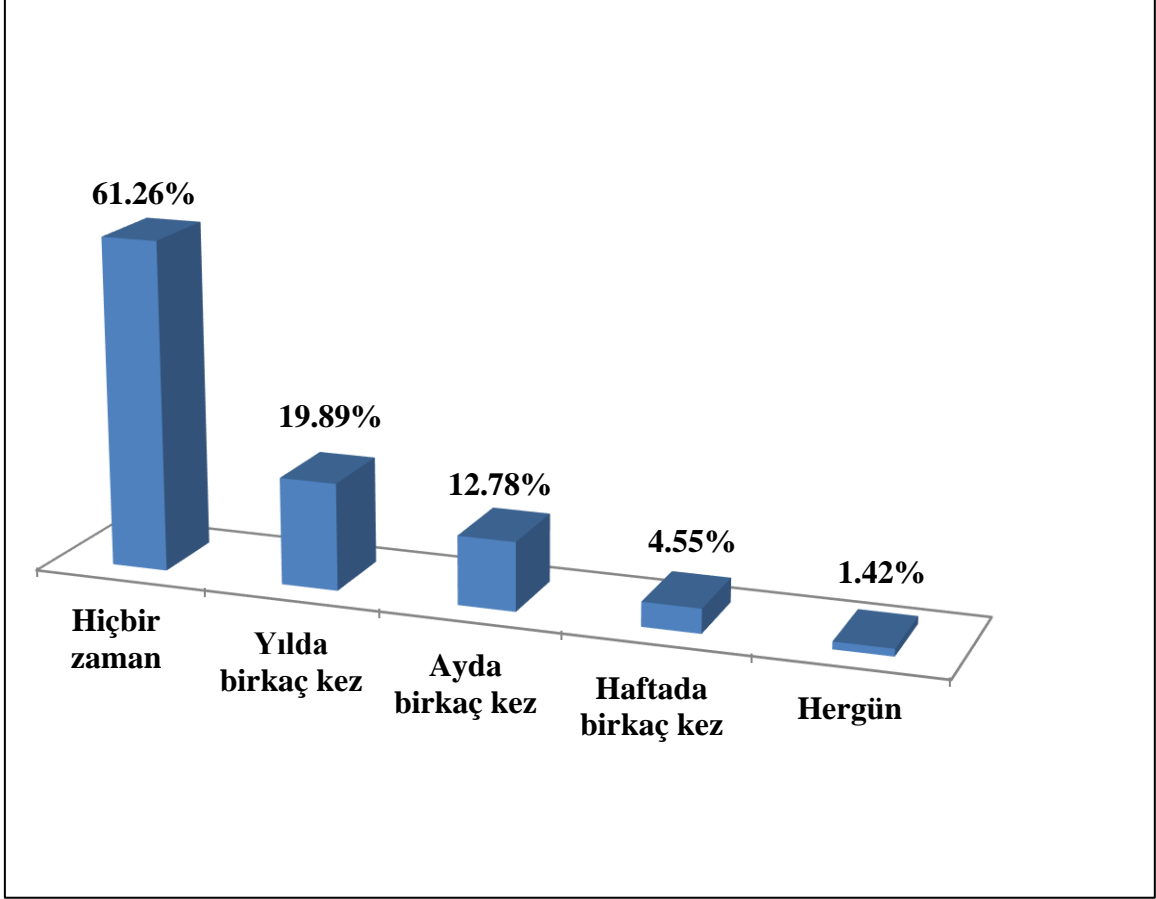
21. "İşimde duygusal sorunları bir hayli soğukkanlılıkla hallederim."



22. "Hastaların bazı problemlerini sanki ben yaratmışım gibi davrandıklarını hissediyorum."



Hekimlere yöneltilen “İşim gereği karşılaştığım insanlara ne olduğu umurumda değil” ifadesine %61,26’sı “hiçbir zaman” şeklinde yanıtlamıştır (Şekil 2.)



Şekil 2. “İşim gereği karşılaştığım insanlara ne olduğu umurumda değil” ifadesine verine yanıt oranları (MTÖ 15.)

### 4.3. Araştırmaya Katılan Hekimlerin ‘Maslach Tükenmişlik Ölçeği’ nin Alt Boyutlarına İlişkin Tanımlayıcı İstatistikleri

Tükenmişlik sendromu daha önce de belirtildiği gibi duygusal tükenme (DT), duyarsızlaşma (D) ve kişisel başarı eksikliği (KBE) olmak üzere üç alt grupta ele alınmaktadır. Araştırmaya katılan hekimlerin tükenmişlik alt boyutları puanları Tablo10’ da verilmiştir.

**Tablo 10. Katılan hekimlerin MTÖ alt boyutlarının dağılımı**

	<b>DUYGUSAL TÜKENMİŞLİK</b>	<b>DUYARSIZLAŞMA</b>	<b>KİŞİSEL BAŞARI EKSİKLİĞİ</b>
<b>N (352)</b>			
<b>Mean (Std. Deviation)</b>	19.81 ±8.02	7.54 ±4.51	11.63 ±6.17
<b>Median (min-max)</b>	20 (0-36)	7 (0-20)	11 (0-32)

Yaşa göre değerlendirildiğinde 35 yaş ve altındaki hekimlerde DT, D ve KBE alt boyutlarının her üçünde de tükenmişlik düzeyleri anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (Tablo 11).

**Tablo 11. Yaşa göre MTÖ alt boyutlarının dağılımı**

	<b>DT</b>		<b>D</b>		<b>KBE</b>	
	Ortalama (Std. sapma)	Ortanca (min-max)	Ortalama (Std. sapma)	Ortanca (min-max)	Ortalama (Std. sapma)	Ortanca (min-max)
<b>≤35 yaş (n=152)</b>	21.9 ±7.06	21(3-36)	9.49 ±4.10	9(2-20)	13.15 ±5.58	13(0-32)
<b>&gt;35 yaş (n=200)</b>	18.21 ±8.34	19(0-36)	6.07 ±4.25	6(0-18)	10.48 ±6.36	10(0-20)
<b>p</b>	<b>&lt;0.001</b>		<b>&lt;0.001</b>		<b>&lt;0.001</b>	

Hekimlerin tükenmişlik alt boyutları değerlendirildiğinde arasındaki fark cinsiyete göre her üç boyutta da istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı (Tablo 12).

**Tablo 12. Cinsiyete göre MTÖ alt boyutlarının dağılımı**

	<b>KADIN (n=238)</b>		<b>ERKEK (n=114)</b>		<b>P</b>
	Ortalama (Std. sapma)	Ortanca (min-max)	Ortalama (Std. sapma)	Ortanca (min-max)	
<b>DT</b>	20.42±7.36	20 (0-36)	18.53 ±9.14	18 (0-36)	<b>0.029</b>
<b>D</b>	7.72 ±4.33	7 (0-20)	7.17 ±4.87	7 (0-20)	<b>0.208</b>
<b>KBE</b>	11.87±5.83	12 (0-27)	11.15 ±6.82	10,5 (0-32)	<b>0.234</b>

Medeni durum değişkenine göre değerlendirildiğinde DT ve D alt boyutlarında en düşük puanlar boşanmış olanlarda, en düşük KBE puanları ise evli ancak ayrı yaşayanlarda bulunmuş olup; bekarlarda her üç boyutta da (D, DT, KBE) yüksek tükenmişlik saptanmıştır. Gruplar arasındaki fark D ve KBE alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p<0,05$ ) (Tablo 13).

**Tablo 13. Medeni durum değişkenine göre MTÖ alt boyutlarının dağılımı**

	DT		D		KBE	
	Ortalama (Std. sapma)	Ortanca (min-max)	Ortalama (Std. sapma)	Ortanca (min-max)	Ortalama (Std. sapma)	Ortanca (min-max)
<b>Hiç evlenmemiş (Bekar) (n=76)</b>	20.67±8.06	20 (0-36)	9.04 ±4.56	9 (0-20)	13.87±6.03	14 (0-32)
<b>Evli (n=252)</b>	19.72 ±8.03	19 (0-36)	7.17 ±4.46	7 (0-20)	11.1 ±6.12	11 (0-27)
<b>Boşanmış (n=19)</b>	16.53±6.09	18 (4-32)	6.11±3.07	7 (0-11)	10.05±4.68	10 (0-19)
<b>Evli→Ayrı yaşıyor (n=5)</b>	23.60±11.28	26 (7-34)	9.20 ±6.30	12 (2-16)	10.6 ±9.18	6 (3-22)
<b>p</b>	<b>0.120</b>		<b>0.007</b>		<b>0.005</b>	

‘Sahip olunan çocuk sayısı’ değişkenine göre değerlendirildiğinde en yüksek DT, D ve KBE puanlarının çocuğu olmayanlar grubunda saptanmıştır. D ve KBE boyutlarında bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur( $p <0,001$ ) (Tablo 14).

**Tablo 14. Sahip olunan çocuk sayısı değişkenine göre MTÖ alt boyutlarının dağılımı**

	DT		D		KBE	
	Ortalama (Std. sapma)	Ortanca (min-max)	Ortalama (Std. sapma)	Ortanca (min-max)	Ortalama (Std. sapma)	Ortanca (min-max)
<b>Çocuğu olayan (n=144)</b>	20.97±7.76	20 (0-36)	8.97±4.60	9 (0-20)	13.16±5.85	13 (0-32)
<b>1 çocuk (n=104)</b>	19.21±7.68	20(0-36)	6.84±4.07	6 (0-18)	10.92±5.68	10 (0-25)
<b>2 çocuk (n=95)</b>	18.81±8.68	19 (4-36)	6.21±4.32	6 (0-16)	10.47±6.67	10 (0-27)
<b>3 çocuk (n=9)</b>	18.56±7.53	16(11-35)	6.89±4.13	8 (1-14)	7.67±6.14	5 (1-18)
<b>p</b>	<b>0.138</b>		<b>&lt;0.001</b>		<b>&lt;0.001</b>	

Bakmakla yükümlü olunan kişi değişkenine göre MTÖ alt boyutlarında anlamlı fark saptanmamıştır ( $p>0.05$ ) (Tablo 15).

**Tablo 15. 'Bakmakla yükümlü olunan kişi' değişkenine göre MTÖ alt boyutlarının dağılımı**

	<b>DT</b>		<b>D</b>		<b>KBE</b>	
	Ortalama (Std. sapma)	Ortanca (min- max)	Ortalama (Std. sapma)	Ortanca (min- max)	Ortalama (Std. sapma)	Ortanca (min- max)
<b>Bakmakla yükümlü olunan kişi var (n=50)</b>	20.08±6.74	20 (9-35)	7.66±4.42	8 (1-16)	10.16±6.18	10 (0-23)
<b>Bakmakla yükümlü olunan kişi yok (n=302)</b>	19.76±8.22	19(0-36)	7.52±4.53	7 (0-20)	11.88±6.14	12 (0-32)
<b>p</b>	<b>0.768</b>		<b>0.748</b>		<b>0.075</b>	

Akademik unvan değişkenine göre değerlendirildiğinde, her üç alt boyutta da asistan ve uzman hekimlerde tükenmişlik düzeyleri öğretim üyelerinden, anlamlı olarak fazla bulunmuştur ( $p<0.001$ ) (Tablo 16).

**Tablo 16. Akademik unvan değişkenine göre MTÖ alt boyutlarının dağılımı**

	<b>DT</b>		<b>D</b>		<b>KBE</b>	
	Ortalama (Std. sapma)	Ortanca (min- max)	Ortalama (Std. sapma)	Ortanca (min-max)	Ortalama (Std. sapma)	Ortanca (min- max)
<b>Asistan (n=105)</b>	22.76±7.00	22 (3-36)	10±4.29	10 (2-20)	13.57±5.48	14 (0-32)
<b>Uzman (n=148)</b>	20.39±8.27	20 (0-36)	7.56±4.20	7 (0-18)	11.92±6.36	11 (0-27)
<b>Yard. Doç+ Doç (n=47)</b>	16.06±6.71	16 (0-31)	5.21±3.83	4 (0-14)	8.94±5.55	8 (0-21)
<b>Prof + eğitim sorumlusu şef (n=52)</b>	15.56±7.37	15 (0-32)	4.63±3.52	4 (0-13)	9.35±6.01	9 (0-26)
<b>p</b>	<b>&lt;0.001</b>		<b>&lt;0.001</b>		<b>&lt;0.001</b>	

Çalışılan kurum değişkenine göre en yüksek DT,D, KBE puanları 2. Basamak devlet hastanelerinde bulunmuş olup, bunu eğitim araştırma hastaneleri ve üniversite hastaneleri izlemektedir. Özel sağlık kuruluşunda ise istatistiksel olarak anlamlı olarak en düşük tükenmişlik puanları mevcuttur ( $p<0,05$ ) (Tablo 17).

**Tablo 17. Çalışılan kurum değişkenine göre MTÖ alt boyutlarının dağılımı**

	DT		D		KBE	
	Ortalama (Std. sapma)	Ortanca (min-max)	Ortalama (Std. sapma)	Ortanca (min-max)	Ortalama (Std. sapma)	Ortanca (min-max)
<b>2. basamak devlet hastanesi (n=63)</b>	22.22±9.56	23 (0-36)	8.30±4.59	8 (0-16)	13.08±6.72	13 (0-25)
<b>Eğitim araştırma hastanesi (n=112)</b>	20.21±7.32	20(5-36)	7.79±4.41	7(0-20)	12.39±6.28	12(1-32)
<b>Üniversite (n=154)</b>	19.16±7.74	19(0-36)	7.51±4.49	7(0-20)	11.18±5.60	11 (0-27)
<b>Özel sağlık kuruluşu (n=23)</b>	15.52±6.45	14(6-28)	4.52±3.91	4 (0-15)	7.04±5.48	6 (0-25)
<b>p</b>	<b>0.005</b>		<b>0.004</b>		<b>&lt;0.001</b>	

Meslekte çalışma süresi değişkenine göre MTÖ alt boyutları değerlendirildiğinde her üç alt boyutta da en yüksek tükenmişlik düzeylerinin mesleğin ilk 5 yılındaki hekimlerde anlamlı olarak yüksek olduğu görülmüştür (Tablo 18).

**Tablo 18. ‘Meslekte çalışılan yıl’ değişkenine göre MTÖ alt boyutlarının dağılımı**

	DT		D		KBE	
	Ortalama (Std. sapma)	Ortanca (min-max)	Ortalama (Std. sapma)	Ortanca (min-max)	Ortalama (Std. sapma)	Ortanca (min-max)
<b>≤ 5 yıl (n=83)</b>	22.69±6.36	22 (7-36)	10.24±4.18	10 (2-20)	13.40±5.46	14 (0-32)
<b>&gt; 5 yıl (n=269)</b>	18.92±8.27	19(0-36)	6.71±4.28	6 (0-18)	11.09±6.28	11 (0-27)
<b>p</b>	<b>&lt;0.001</b>		<b>&lt;0.001</b>		<b>0.002</b>	

Tıp fakültesini kendi isteği ile seçme değişkenine göre tükenmişlik düzeylerinde gruplar arasında anlamlı fark bulunmamıştır ( $p>0.05$ ) (Tablo 19).

**Tablo 19. ‘Tıp fakültesini kendi isteği ile seçme durumu’ değişkenine göre MTÖ alt boyutlarının dağılımı**

	DT		D		KBE	
	Ortalama (Std. sapma)	Ortanca (min-max)	Ortalama (Std. sapma)	Ortanca (min-max)	Ortalama (Std. sapma)	Ortanca (min-max)
<b>Kendi isteği ile seçenler (n=308)</b>	19.54±7.90	19.5(0-36)	7.38±4.43	7( 0-20)	11.58±6.26	11(0-32)
<b>Kendi isteği ile seçmeyenler (n=44)</b>	21.70±8.67	20.5(4-35)	8.66±4.94	9 (0-20)	11.98±5.52	11.5(4-23)
<b>p</b>	<b>0.163</b>		<b>0.105</b>		<b>0.764</b>	

Uzmanlık alanını kendi isteği ile seçme durumunda ise ‘uzmanlık alanını kendi isteği ile seçmeyen’ grupta DT alt boyutunda anlamlı olarak tükenmişlik düzeyleri yüksek bulunmuştur ( $p<0.05$ ).

**Tablo 20. ‘Uzmanlık alanını kendi isteği ile seçme durumu’ değişkenine göre MTÖ alt boyutlarının dağılımı**

	DT		D		KBE	
	Ortalama (Std. sapma)	Ortanca (min-max)	Ortalama (Std. sapma)	Ortanca (min-max)	Ortalama (Std. sapma)	Ortanca (min-max)
<b>Uzmanlık alanını kendi isteği ile seçenler (n=296)</b>	19.21±7.86	19 (0-36)	7.33±4.49	7( 0-20)	11.54±6.22	11(0-32)
<b>Uzmanlık alanını kendi isteği ile seçmeyenler (n=56)</b>	22.95±8.18	22(4-36)	8.66±4.48	8 (2-20)	12.11±6.17	11 (2-27)
<b>p</b>	<b>0.002</b>		<b>0.054</b>		<b>0.679</b>	



Bugün tekrar tercih şansı olsa aynı uzmanlık alanını tercih durumu değişkenine göre her üç alt boyutta da tekrar aynı uzmanlık alanını seçeceğini belirtenlerde tükenmişlik puanları anlamlı olarak düşük bulunmuştur ( $p<0.05$ ) (Tablo 21).

**Tablo 21. ‘Bugün tekrar tercih şansı olsa aynı uzmanlık alanını tercih durumu’ değişkenine göre MTÖ alt boyutlarının dağılımı**

	<b>DT</b>		<b>D</b>		<b>KBE</b>	
	Ortalama (Std. sapma)	Ortanca (min-max)	Ortalama (Std. sapma)	Ortanca (min-max)	Ortalama (Std. sapma)	Ortanca (min-max)
<b>Tekrar aynı uzmanlık alanı seçenler (n=156)</b>	16.14±7.05	16(0-36)	6.39±4.26	6 (0-20)	10.76±6.42	10 (0-32)
<b>Tekrar aynı uzmanlık alanı seçmeyeceğini belirtenler (n=196)</b>	22.72±7.54	22(4-36)	8.46±4.50	8 (0-20)	12.33±5.89	12 (0-27)
<b><i>p</i></b>	<b>&lt;0.001</b>		<b>&lt;0.001</b>		<b>0.011</b>	

TUS sınavında uzmanlık alanı tercih sırasına göre değerlendirildiğinde ilk 3 tercihi olanlarda DT ve D boyutlarında tükenmişlik düzeyleri anlamlı olarak düşük bulunmuştur ( $p< 0.05$ ).

**Tablo 22. ‘Uzmanlık alanı tercih sırası durumu’ değişkenine göre MTÖ alt boyutlarının dağılımı**

	<b>DT</b>		<b>D</b>		<b>KBE</b>	
	Ortalama (Std. sapma)	Ortanca (min-max)	Ortalama (Std. sapma)	Ortanca (min-max)	Ortalama (Std. sapma)	Ortanca (min-max)
<b>Uzmanlık alanını ilk 3 tercihi olan (n=148)</b>	17.87±8.07	18 (0-36)	6.80±4.47	6( 0-20)	12.09±6.67	12 (0-32)
<b>Uzmanlık alanını &gt;3. Tercihi olan (n=204)</b>	21.21±7.70	21(0-36)	8.08±4.48	8 (0-20)	11.30±5.77	11 (0-27)
<b><i>p</i></b>	<b>&lt;0.001</b>		<b>0.008</b>		<b>0.239</b>	

Aylık maaş durumuna göre değerlendirildiğinde maaş arttıkça tükenmişlik puanlarının düştüğü en yüksek DT, D ve KBE puanlarının  $\leq 10.000$  TL maaş alanlarda olduğu görüldü. Bu durum DT ve D alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p < 0.001$ ) (Tablo 23).

**Tablo 23. ‘Aylık maaş durumu’ değişkenine göre MTÖ alt boyutlarının dağılımı**

	DT		D		KBE	
	Ortalama (Std. sapma)	Ortanca (min-max)	Ortalama (Std. sapma)	Ortanca (min-max)	Ortalama (Std. sapma)	Ortanca (min-max)
$\leq 10.000$ (n= 297)	20.49±8.02	20(0-36)	7.93±4.49	8 (0-20)	11.81±6.01	12 (0-32)
10.000-20.000 (n=50)	16.34±7.01	16(2-30)	5.50±4.01	4 (0-18)	11.10±7.08	10 (0-24)
>20.000 (n=5)	13.80±6.49	14(5-20)	5.20±5.26	3( 0-13)	6.40±3.05	5 (4-11)
<i>p</i>	<b>&lt;0.001</b>		<b>&lt;0.001</b>		<b>0.091</b>	

Aylık maaşın yeterlilik algısı durumuna göre aldıkları maaşın yeterli olduğunu düşünenlerde tüm alt boyutlarda tükenmişlik düzeyleri düşük bulundu ancak bu fark DT ve D alt boyutlarında anlamlı olarak değerlendirildi (Tablo 24).

**Tablo 24. ‘Aylık maaşın yeterlilik algısı’ değişkenine göre MTÖ alt boyutlarının dağılımı**

	DT		D		KBE	
	Ortalama (Std. sapma)	Ortanca (min-max)	Ortalama (Std. sapma)	Ortanca (min-max)	Ortalama (Std. sapma)	Ortanca (min-max)
<b>Yeterli</b> (n= 31)	15.87±8.94	17 (0-33)	5.90±5.03	5 (0-18)	9.97 ±6.63	10 (0-24)
<b>Kısmen Yeterli</b> (n=94)	18.03±6.85	17 (7-36)	6.64±4.02	6 (0-15)	11.36±5.66	11 (1-27)
<b>Yetersiz</b> (n=227)	21.08±8.05	21 (0-36)	8.14±4.53	8( 0-20)	11.97±6.29	12 (0-32)
<i>p</i>	<b>&lt;0.001</b>		<b>0.003</b>		<b>0.258</b>	

Aylık nöbet durumuna göre tüm alt boyutlarda nöbet tutmayanlarda tükenmişlik düzeyleri anlamlı olarak düşük bulunmuştur. Ayda 3’den fazla nöbet tutanlarda ise bu durum tam tersidir ( $p < 0.001$ ) (Tablo 25).

**Tablo 25. ‘Aylık nöbet durumu’ değişkenine göre MTÖ alt boyutlarının dağılımı**

	DT		D		KBE	
	Ortalama (Std. sapma)	Ortanca (min-max)	Ortalama (Std. sapma)	Ortanca (min- max)	Ortalama (Std. sapma)	Ortanca (min-max)
<b>nöbet yok (n=154)</b>	17.48±8.51	16 (0-36)	5.71±4.08	5 (0-16)	10.15±6.41	9 (0-27)
<b>≤ 3 nöbet (n=82)</b>	20.52±7.54	20(2-36)	8.06±4.11	7 (0-18)	12.01±5.99	11(0-25)
<b>&gt; 3 nöbet (n=116)</b>	22.39±6.74	21 (0-36)	9.61±4.37	9( 0-20)	13.34±5.49	14 (0-32)
<b>p</b>	<b>&lt;0.001</b>		<b>&lt;0.001</b>		<b>&lt;0.001</b>	

Aylık icap durumuna göre değerlendirildiğinde, gruplar arasında anlamlı fark bulunmamıştır (Tablo 26). Nöbet ve/veya icap durumuna bakıldığında ise her üç boyutta da bu fark anlamlıdır (p<0.001) (Tablo 27). Nöbet tutanlar hariç bırakıldığında ise icap tutanlar ve tutmayanlar arasında D ve DT boyutunda anlamlı fark bulunmuştur (p<0.05) (Tablo 28) .

**Tablo 26. ‘Aylık icap durumu’ değişkenine göre MTÖ alt boyutlarının dağılımı**

	DT		D		KBE	
	Ortalama (Std. sapma)	Ortanca (min-max)	Ortalama (Std. sapma)	Ortanca (min- max)	Ortalama (Std. sapma)	Ortanca (min-max)
<b>İcap tutmayan (n=220)</b>	19.48±7.60	19.5(0-36)	7.73±4.57	7.5 (0-20)	11.78±6.06	12 (0-32)
<b>≤10 icap (n=76)</b>	20.14±8.61	20(4-36)	7.28±4.14	7 (1-20)	11.72±5.95	11(0-25)
<b>&gt;10 icap (n=56)</b>	20.64±8.80	19.5(2-36)	7.16±4.81	6.5( 0-16)	10.93±6.91	11 (0-25)
<b>p</b>	<b>0.696</b>		<b>0.560</b>		<b>0.612</b>	

**Tablo 27. ‘Aylık nöbet ve/veya icap durumu’ değişkenine göre MTÖ alt boyutlarının dağılımı**

	DT		D		KBE	
	Ortalama (Std. sapma)	Ortanca (min- max)	Ortalama (Std. sapma)	Ortanca (min- max)	Ortalama (Std. sapma)	Ortanca (min-max)
<b>Nöbet ve İcap tutmayan (n=70)</b>	15.29±8.12	14(0-36)	4.93±3.89	4 (0-16)	9.53±6.81	8.5 (0-27)
<b>Nöbet ve/veya icap tutanlar (n=282)</b>	20.93±7.60	21(0-36)	8.19±4.43	8 (0-20)	12.16±5.90	12 (0-32)
<b>p</b>	<b>&lt;0.001</b>		<b>&lt;0.001</b>		<b>&lt;0.001</b>	

**Tablo 28. Nöbet tutanlar hariç tutulduğunda ‘Aylık icap durumu’ değişkenine göre MTÖ alt boyutlarının dağılımı**

	<b>DT</b>		<b>D</b>		<b>KBE</b>	
	Ortalama (Std. sapma)	Ortanca (min- max)	Ortalama (Std. sapma)	Ortanca (min- max)	Ortalama (Std. sapma)	Ortanca (min-max)
<b>Nöbet ve İcap tutmayan (n=70)</b>	15.29±8.12	14(0-36)	4.93±3.89	4 (0-16)	9.53±6.81	8.5 (0-27)
<b>Yalnızca icap tutanlar (n=84)</b>	19.31±8.44	19(4-36)	6.36±4.15	6 (0-16)	10.67±6.05	9.5 (0-23)
<b>p</b>		<b>0.004</b>		<b>0.030</b>		<b>0.160</b>

Bilinen bir hastalığa sahip olma durumu değerlendirildiğinde tükenmişlik düzeylerinde anlamlı fark bulunmamıştır (Tablo 29).

**Tablo 29. ‘Bilinen bir hastalığa sahip olma durumu’ değişkenine göre MTÖ alt boyutlarının dağılımı**

	<b>DT</b>		<b>D</b>		<b>KBE</b>	
	Ortalama (Std. sapma)	Ortanca (min- max)	Ortalama (Std. sapma)	Ortanca (min- max)	Ortalama (Std. sapma)	Ortanca (min-max)
<b>Komorbidite varlığı (n=182)</b>	20.59±8.46	21(0-36)	7.74±4.60	11(0-20)	11.86±6.01	11(0-32)
<b>Komorbidite yok (n=170)</b>	18.97±8.46	20(0-36)	7.34±4.71	7(0-20)	11.39±6.27	11 (0-32)
<b>p</b>		<b>0.072</b>		<b>0.514</b>		<b>0.585</b>

Hastalık alt boyutları değerlendirildiğinde ise DT alt boyutunda yaygın anksiyete bozukluğu ve major depresif bozukluk tanımlayanlarda anlamlı bir şekilde tükenmişlik düzeyleri daha yüksek bulunmuş olup ( $p<0.05$ ), gastrik ülseri olanlarda D puanları, bilinen bir malignite varlığında ise KBE puanları anlamlı olarak yüksek saptanmıştır. Esansiyel hipertansiyonu olan grupta ise tüm alt boyutlarda tükenmişlik puanları daha düşük olarak saptanmış olup bunun ileri yaş değişkeni ile daha ilişkili olduğu düşünülmüştür ( $p<0.001$ ) (Tablo 30).

Bunu değerlendirmek amaçlı yapılan kovaryans analizinde yaş değişkeni kaldırıldığında her üç alt boyutunda da esansiyel HT değişkenine göre gruplar arası fark bulunmamıştır (DTp=0.239, D p=0.685, KBE p=0.280).

**Tablo 30. ‘Bilinen bir hastalığa sahip olma durumu’ değişkenine göre MTÖ alt boyutlarının dağılımı**

	DT		D	KBE
		Ortanca (min-max)	Ortanca (min-max)	Ortanca (min-max)
Esansiyel HT	Var	14 (5-31)	4 (0-12)	8 (0-26)
	Yok	20 (0-36)	7 (0-20)	12 (0-32)
	<i>p</i>	<b>&lt;0.001*</b>	<b>&lt;0.001*</b>	<b>0.003*</b>
Diyabet	Var	18.5 (2-34)	7.5 (0-14)	12.5 (0-24)
	Yok	20 (0-36)	7 (0-20)	11 (0-32)
	<i>p</i>	<b>0.754</b>	<b>0.742</b>	<b>0.703</b>
Gastrik ülser	Var	21 (8-35)	10.5 (1-18)	11 (0-25)
	Yok	19 (0-36)	7 (0-20)	11 (0-32)
	<i>p</i>	<b>0.101</b>	<b>0.008</b>	<b>0.562</b>
Malignite	Var	26 (10-31)	8 (4-18)	23 (17-26)
	Yok	19 (0-36)	7 (0-20)	11 (0-32)
	<i>p</i>	<b>0.279</b>	<b>0.575</b>	<b>0.001</b>
Major depresif bozukluk	Var	25.50 (4-35)	7.50	12.50
	Yok	19 (0-36)	7 (0-20)	11 (0-32)
	<i>p</i>	<b>0.030</b>	<b>0.167</b>	<b>0.210</b>
Yaygın anksiyete bozukluğu	Var	24.50 (10-35)	8	14
	Yok	19 (0-36)	7 (0-20)	11 (0-32)
	<i>p</i>	<b>0.006</b>	<b>0.111</b>	<b>0.256</b>
Uyku bozukluğu	Var	22 (0-35)	8	11
	Yok	19 (0-36)	7 (0-20)	11 (0-32)
	<i>p</i>	<b>0.132</b>	<b>0.576</b>	<b>0.850</b>
Ürtiker	Var	26 (7-34)	8	7
	Yok	20 (0-36)	7 (0-20)	11 (0-32)
	<i>p</i>	<b>0.156</b>	<b>0.286</b>	<b>0.609</b>
Tüberküloz	Var	17.50 (16-19)	7.5	10.5
	Yok	20 (0-36)	7 (0-20)	11 (0-32)
	<i>p</i>	<b>0.606</b>	<b>0.911</b>	<b>0.823</b>
Lumbalji	Var	21 (10-35)	8 (0-16)	12
	Yok	19 (0-36)	7 (0-20)	11 (0-32)
	<i>p</i>	<b>0.230</b>	<b>0.305</b>	<b>0.229</b>
Diğer	Var	21 (0-36)	11 (0-20)	11 (0-32)
	Yok	19 (0-36)	7 (0-20)	11 (0-27)
	<i>p</i>	<b>0.104</b>	<b>0.958</b>	<b>0.754</b>

\*Kovaryans analizi ile yaş değişkeni kaldırıldığında her üç alt boyutunda da gruplar arası fark bulunmamıştır(DT p=0.239, D p=0.685, KBE p=0.280).

Antidepresan ilaç kullanmakta olanlarda, kullanmayanlara göre DT puanları anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ( $p < 0.001$ ). D ve KBE alt boyutlarında anlamlı fark saptanmamıştır (Tablo 31).

**Tablo 31. ‘Antidepresan ilaç kullanma durumu’ değişkenine göre MTÖ alt boyutlarının dağılımı**

	<b>DT</b>		<b>D</b>		<b>KBE</b>	
	Ortalama (Std. sapma)	Ortanca (min-max)	Ortalama (Std. sapma)	Ortanca (min-max)	Ortalama (Std. sapma)	Ortanca (min-max)
<b>Antidepresan ilaç kullanmakta olan (n=47)</b>	23.32±8.28	24(2-35)	8.36±4.51	8(0-17)	11.91±6.12	11(2-26)
<b>Antidepresan ilaç kullanmayan (n=305)</b>	19.27±7.85	19(0-36)	7.42±4.51	7 (0-20)	11.59±6.19	11 (0-32)
<b>p</b>	<b>&lt;0.001</b>		<b>0.165</b>		<b>0.868</b>	

Geçmişte bir dönem antidepresan ilaç kullanmış olan 149 kişinin tükenmişlik düzeyleri DT ve D boyutlarında kullanmamış olanlara göre daha yüksek bulunmuştur ( $p < 0.05$ ). KBE’de ise anlamlı fark yoktur (Tablo 32).

**Tablo 32. ‘Geçmişte Antidepresan ilaç kullanmış olma durumu’ değişkenine göre MTÖ alt boyutlarının dağılımı**

	<b>DT</b>		<b>D</b>		<b>KBE</b>	
	Ortalama (Std. sapma)	Ortanca (min-max)	Ortalama (Std. sapma)	Ortanca (min-max)	Ortalama (Std. sapma)	Ortanca (min-max)
<b>Geçmişte Antidepresan ilaç kullanmış olan (n=149)</b>	21.44±7.51	20(2-36)	8.24±4.34	8 (0-20)	12.22±6.04	12 (0-26)
<b>Hiç antidepresan ilaç kullanmamış (n=203)</b>	18.61±8.18	19(0-36)	7.03±4.58	7 (0-20)	11.20±6.24	11 (0-32)
<b>p</b>	<b>0.002</b>		<b>0.013</b>		<b>0.125</b>	

Sigara içme durumuna göre değerlendirildiğinde, halen sigara içmekte olanlarda DT ve D boyutlarında anlamlı fark saptanmıştır ( $p<0.05$ ) (Tablo 33).

**Tablo 33. ‘Sigara içme durumu’ değişkenine göre MTÖ alt boyutlarının dağılımı**

	<b>DT</b>		<b>D</b>		<b>KBE</b>	
	Ortalama (Std. sapma)	Ortanca (min-max)	Ortalama (Std. sapma)	Ortanca (min-max)	Ortalama (Std. sapma)	Ortanca (min-max)
<b>Hiç içmedim (n=236)</b>	19.58±7.67	19 (0-36)	7.22±4.41	7 (0-20)	8.93±6.59	11 (0-27)
<b>Bıraktım (n=69)</b>	18.78±8.53	19 (0-35)	7.54±4.16	7 (0-20)	12.17±5.95	11 (0-25)
<b>Halen sigara içiyorum (n=47)</b>	22.47±8.53	22 (4-36)	9.19±5.21	9(0-20)	12.77±7.03	12(1-32)
<b>p</b>	<b>0.042</b>		<b>0.042</b>		<b>0.239</b>	

‘Hekimlere sorulan kendisi ve ailesi için yeterli zaman ayırabildiğinizi düşünüyor musunuz?’ sorusuna olumlu yanıt verenlerde DT ve D puanları anlamlı olarak düşük saptanmıştır ( $p<0.05$ ). KBE boyutunda fark saptanmamıştır (Tablo 34).

**Tablo 34. ‘Kendinize ve ailenize yeterli vakit ayırabiliyor olduğunuzu düşünme durumu’ değişkenine göre MTÖ alt boyutlarının dağılımı**

	<b>DT</b>		<b>D</b>		<b>KBE</b>	
	Ortalama (Std. sapma)	Ortanca (min-max)	Ortalama (Std. sapma)	Ortanca (min-max)	Ortalama (Std. sapma)	Ortanca (min-max)
<b>Evet (n=58)</b>	13.79±7.37	14(0-32)	5.62±4.20	5(0-15)	8.93±6.59	8(0-25)
<b>Hayır (n=294)</b>	20.99±7.60	21(0-36)	7.92±4.48	8 (0-20)	12.17±5.95	12 (0-32)
<b>p</b>	<b>0.002</b>		<b>0.013</b>		<b>0.125</b>	

İş ortamında üstler tarafından taktir gördüğünü düşünen hekimlerde DT alt boyutu puanları anlamlı olarak düşük bulundu ( $p<0.001$ ). D ve KBE alt boyutlarında daha düşük puanlar mevcuttu ancak anlamlı fark saptanmadı (Tablo 35).

**Tablo 35. ‘Üstlerden taktir gördüğünü düşünme durumu’ değişkenine göre MTÖ alt boyutlarının dağılımı**

	<b>DT</b>		<b>D</b>		<b>KBE</b>	
	Ortalama (Std. sapma)	Ortanca (min-max)	Ortalama (Std. sapma)	Ortanca (min-max)	Ortalama (Std. sapma)	Ortanca (min-max)
<b>Evet (n=55)</b>	15.07±7.21	15 (0-33)	6.71±3.93	7 (0-16)	10.07±6.17	10 (0-24)
<b>Hayır (n=157)</b>	21.52±8.18	21 (0-36)	8.17±4.74	8 (0-20)	12.12±6.48	11 (0-32)
<b>Bazen (n=140)</b>	19.74±7.40	19 (3-36)	7.16±4.40	7 (0-20)	11.70±5.74	12 (0-27)
<b>p</b>	<b>&lt;0.001</b>		<b>0.100</b>		<b>0.117</b>	

Hekimlere ihtiyaç duyduklarında yardım ve destek alabilecekleri fiziksel ve sosyal yapıların olup olmadığı soruna verilen yanıtlara göre değerlendirildiğinde; desteğe sahip olduğunu düşünenlerde DT ve D alt boyutlarında anlamlı olarak daha düşük puanlar saptandı ( $p<0.05$ ) (Tablo 36).

**Tablo 36. ‘Destek alınabilecek yapıların varlığı durumu’ değişkenine göre MTÖ alt boyutlarının dağılımı**

	<b>DT</b>		<b>D</b>		<b>KBE</b>	
	Ortalama (Std. sapma)	Ortanca (min-max)	Ortalama (Std. sapma)	Ortanca (min-max)	Ortalama (Std. sapma)	Ortanca (min-max)
<b>Var (n=255)</b>	19.24±7.95	19 (0-36)	7.17±4.44	7 (0-20)	11.40±6.15	11(0-32)
<b>Yok (n=97)</b>	21.30±8.05	20 (7-36)	8.53±4.57	8 (0-20)	12.26±6.20	12 (0-25)
<b>p</b>	<b>0.049</b>		<b>0.012</b>		<b>0.163</b>	



Destek alınabilecek yapılar alt başlıklarına bakıldığında ise yalnızca akraba ve sivil toplum kuruluşu desteğine sahip olduğunu düşünenlerde DT ve D puanlarında anlamlı fark çıkmıştır ( $p<0.05$ ) (Tablo 37).

**Tablo 37. ‘Destek alınabilecek yapıların alt başlıkları’ değişkenine göre MTÖ alt boyutlarının dağılımı**

	<b>DT</b>	<b>D</b>	<b>KBE</b>
Anne-baba	<i>0.759</i>	<i>0.246</i>	<i>0.606</i>
Kardeşler	<i>0.364</i>	<i>0.622</i>	<i>0.273</i>
Eş	<i>0.640</i>	<i>0.051</i>	<i>0.297</i>
Arkadaş	<i>0.919</i>	<i>0.061</i>	<i>0.395</i>
Akraba	<i>0.047</i>	<i>0.040</i>	<i>0.626</i>
Sivil toplum kuruluşu	<i>0.026</i>	<i>0.028</i>	<i>0.238</i>
Meslek örgütü	<i>0.513</i>	<i>0.326</i>	<i>0.905</i>

\*p değerleri tabloda listelenmiştir.

Hekimlere sorulan ‘meslek seçimleri ile ilişkili olarak yaşadıkları veya gelecekte yaşayacaklarını düşündükleri sorunlar’a göre değerlendirildiğinde en fazla yanıtlan ülkenin sosyopolitik durumu cevabı ile DT alt boyutunda anlamlı fark bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Performans sistemini sorun olarak değerlendiren grupta ise DT ve D alt boyutlarında anlamlı fark bulunmuştur ( $p<0.05$ ) üstlerle ilişkilerin bozuk olması, mortalitesi yüksek kronik hastalığa sahip hasta profili, fiziki koşulların yetersizliği, uygunsuz çalışma/icap/nöbet koşulları, mesleki duygusal tatminsizlik, hasta ve yakınları ile iletişim problemleri, yaşanılan yeri seçememek sorunları ile her üç alt boyutta da (DT, D, KBE) anlamlı fark saptanmıştır. Akademik çalışma/egitim için yeterli zaman ayıramamak, yetersiz ücretlendirme, kişisel uğraşlara zaman ayıramama, aile bütünlüğünün bozulması, çalışma arkadaşları ile iletişim problemleri sorunları ile DT ve D alt boyutlarında anlamlı fark saptanmıştır ( $p<0,05$ ) (Tablo 38).

**Tablo 38. ‘Meslek seçimi ile ilişkili olarak yaşanılan/veya gelecekte yaşanılacağı düşünülen sorunlar’ değişkenine göre MTÖ alt boyutlarının dağılımı**

	<b>DT</b>	<b>D</b>	<b>KBE</b>
<b>Ülkenin sosyopolitik durumu</b>	<i>0.010</i>	<i>0.508</i>	<i>0.070</i>
<b>Performans sistemi</b>	<i>&lt;0.001</i>	<i>0.001</i>	<i>0.135</i>
<b>Üstlerle ilişkilerin bozuk olması</b>	<i>&lt;0.001</i>	<i>&lt;0.001</i>	<i>0.034</i>
<b>Akademik çalışma/eğitim için yeterli zaman ayıramamak</b>	<i>&lt;0.001</i>	<i>0.001</i>	<i>0.847</i>
<b>Yetersiz ücretlendirme</b>	<i>&lt;0.001</i>	<i>0.004</i>	<i>0.334</i>
<b>Kişisel uğraşlara zaman ayıramama</b>	<i>&lt;0.001</i>	<i>0.001</i>	<i>0.221</i>
<b>Mortalitesi yüksek kronik hastalığa sahip hastalar</b>	<i>&lt;0.001</i>	<i>0.004</i>	<i>0.008</i>
<b>Fiziki koşulların yetersizliği</b>	<i>&lt;0.001</i>	<i>&lt;0.001</i>	<i>0.005</i>
<b>Uygunsuz çalışma/icap/nöbet koşulları</b>	<i>&lt;0.001</i>	<i>&lt;0.001</i>	<i>&lt;0.001</i>
<b>Duygusal tatminsizlik</b>	<i>&lt;0.001</i>	<i>&lt;0.001</i>	<i>0.004</i>
<b>Hasta ve hasta yakınları ile iletişim problemleri</b>	<i>&lt;0.001</i>	<i>&lt;0.001</i>	<i>0.001</i>
<b>Yaşayacağım yeri seçememek</b>	<i>&lt;0.001</i>	<i>&lt;0.001</i>	<i>0.002</i>
<b>Aile bütünlüğünün bozulması</b>	<i>&lt;0.001</i>	<i>0.016</i>	<i>0.503</i>
<b>Çalışma arkadaşları ile ilişkilerin bozuk olması</b>	<i>0.006</i>	<i>0.044</i>	<i>0.419</i>

\*p değerleri tabloda listelenmiştir.

## 5. TARTIŞMA

Bu çalışmada Türkiye'deki göğüs hastalıkları hekimlerinde tükenmişlik sendromu sıklığı ve ilişkili faktörler incelenmiş, bulunan sorunlara çözüm önerileri geliştirilmesi amaçlanmıştır. Çalışma sonuçları, globalleşen toplumlarının ve değişen sağlık sistemlerinin hasta-hekim ilişkileri üzerindeki etkilerini ortaya koyması açısından da önemlidir.

Veri toplanma sürecinde ulaşılabilen göğüs hekimlerinden, geri dönüş alınan toplam 352 anket çalışmamıza dahil edilmiştir. Böylece evreni örnekleyecek yeterli örneklem büyüklüğü sağlanmıştır.

Tükenmişlik alanında çalışan araştırmacıların üzerinde durdukları bir nokta, tükenmişliğin daha çok insanlarla yüz yüze ilişki gerektiren mesleklerde görülen bir olgu olduğudur. Bu nedenle, sağlık personeli, tükenmişlik düzeyleri yönünden en fazla incelenen meslekler arasındadır [74].

Richards'a göre de tükenmişlik sendromuna en yüksek risk oluşturan meslek grupları arasında doktor ve hemşireler yer almaktadır. Hastalardaki sağlık sorunlarının ruhsal ve sosyal stres kaynakları ile yakından ilişkili olduğunu bilen doktor ve hemşireler, isteyerek seçtikleri ve doyum aldıkları mesleklerinin kendilerine zarar verebileceğini çoğu zaman düşünmeyebilirler. Hasta bakımının yarattığı kaygılar, hasta ile iyi bir ilişkinin kurulması ve sürdürülmesi zorunluluğu, alandaki yenilikleri takip etme gereği, iş yükü, düzensiz ve uzun mesai saatleri, sıkıntıda olan insanlarla empati yapma ve belirsizlik karşısında sorumluluk alma zorunlulukları, ekip içi çatışmalar, rol belirsizliği, otonom çalışmama ve zamana karşı yarış sağlık çalışanlarının karşılaştığı günlük zorluklardır [6].

Literatürde yapılan çalışmalarda hekimler arasında tükenmişlik düzeyinin %25-60 olduğu belirtilmektedir [77]. Hekimlerdeki tükenmişlik düzeylerinin toplumun diğer çalışanları ile karşılaştırıldığı çalışmalardan birinde; Amerika'daki hekimler arasındaki tükenmişlik prevalansının endişe verici düzeylere ulaştığı, özellikle de bakım hizmetlerinin yoğun olduğu; acil tıp, iç hastalıkları ve aile hekimliği uzmanlık alanındaki hekimlerin daha büyük risk altında olduğu belirtilmiştir. Aynı çalışmada hekimlerin mesai saatlerinin Amerikalı işçilerden daha uzun olduğu, hekimlerin iş-özel hayat denkleminde zorlu bir mücadele verdikleri ifade edilmiştir [2].

Tükenmişlik profesyonellerin işleri gereği karşılaştıkları kişilere karşı duyarsızlaşmaları, duygusal yönden kendilerini tükenmiş hissetmeleri ve kişisel başarı ve yeterlilik duygularının azalması şeklinde ortaya çıkar [6]. Tükenmişlik araştırmalarında

kullanılan Maslach tükenmişlik ölçeği de bu alt boyutları ayrı ayrı değerlendirir. Maslach tükenmişlik anketinin Türkçe çevirisinde geçerliliği ve güvenilirliği yapılmış limit değerleri bulunmadığından, çalışmamızda tükenmişlik düzeyleri “düşük”, “orta” ve “yüksek” şeklinde gruplandırılmamıştır [75]. Bu nedenle katılan hekimlerin tükenmişlik düzeyi hakkında net bir yorum yapılamamış olması, çalışmanın en büyük kısıtlılıklarından biridir.

Çalışmamıza katılan hekimlerin ortanca (en düşük- en yüksek) tükenmişlik puanları; MTÖ-DT puanı 20 (0-36); MTÖ-D puanı 7 (0-20) ve MTÖ-KBE 11 (0-32) şeklinde bulunmuştur.

2005 yılında Türk Tabipler Birliği tarafından tabip odalarına kayıtlı 1737 pratisyen ve uzman hekimin katıldığı Türkiye’deki hekimlerde tükenmişlik sendromunun araştırıldığı bir çalışmada tükenmişlik düzeylerinin ortanca MTÖ-DT puanı 16 (0-36); MTÖ-D puanı 5 (0-20) ve MTÖ-KBE puanı 10 (0-32) bulunmuştur [81]. Bu sonuçları tek değişkenli t testi ile bizim çalışma sonuçlarımız ile karşılaştırıldığımızda göğüs hekimlerinde her üç boyutta da istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksek sonuçlar elde ettik ( $p<0.001$ ). Bu farkın göğüs hastalıkları alt grubunda tükenmişliğin daha yüksek olmasından ya da aradan geçen 12 yılda Türkiye’nin sağlık sisteminde meydana gelen değişikliklerden kaynaklandığı yorumu yapılabilir.

Tükenmişlik ile ilişkili olarak demografik özelliklerden cinsiyet konusundaki araştırmalar tutarlı sonuçlar ortaya koymamıştır. Kimi çalışmalar, kadınların erkeklerden daha fazla tükenmişlik yaşadığını [28, 34, 89, 91]; kimileri, erkeklerin kadınlardan daha fazla tükenmişlikle karşı karşıya kaldığını [35, 92, 93] belirtirken, bazı araştırmalarda ise tükenme açısından erkekler ile kadınlar arasında farklılık olmadığını ortaya koymaktadır[94-96]. Çalışmamızda da cinsiyet değişkeni ile D ve KBE boyutlarında anlamlı fark saptanmazken; kadınlarda daha yüksek DT puanı bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Alandaki başka araştırmalarda da bulunan benzer sonuçlara yapılan yorum; kadınların cinsiyet rolleri gereği karşılarındaki insanları daha fazla gözetmeleri ve önem vermelerinin duygusal tükenmelerini arttırdığı yönündedir [89, 97].

Medeni durum değişkeni değerlendirildiğinde çalışmamızda bekârlarda D ve KBE alt boyut puanları anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Evli olmayan bireylerin toplumsal sorumluluklarını kendi başlarına yerine getirmeye çalıştıkları da düşünülecek olursa, bu durum onların sorun çözme kapasiteleri için zaman zaman zorlayıcı olabilir. Bu nedenle özellikle bireylerin sorunların üstesinden gelememe durumlarını ifade eden “kişisel başarı noksanlığı” bekâr olanlar arasında evli olanlara göre daha sık görülebilir.

Maslach ve Jackson; evli olanların başkalarının sorumluluğunu yüklenmeye bağı olarak kişiler arası ilişkilerde daha deneyimli olduklarını, dolayısıyla da krizlerle baş etme ve problem çözme becerilerinin gelişmiş olabileceğini vurgulamaktadır [17]. Boşanmış olanların hiç evlenmemiş olanlardan daha az tükenme eğilimi göstermesi de bu teoriyi desteklemektedir. Ayrıca yayınlarda aile kavramının, bireylerin iş stresi ile başa çıkabilmesi için sosyal destek ortamı sağlıyor olabileceği belirtilmektedir [15, 98].

Çocuk sahibi olma durumu değerlendirildiğinde hiç çocuğu olmayanlarda D ve KBE alt boyutlarında, daha yüksek puanlar saptanmıştır ( $p<0.05$ ). Taycan ve arkadaşları da hemşirelerde depresyon ve tükenmişlik düzeyinin sosyodemografik özelliklerle ilişkisini inceleyen çalışmasında benzer sonuçlar bildirilmiştir [99]. Goodfellow ve arkadaşları ise çocuğun, iş yaşamına karşı sosyal bir destek olduğunu ileri sürmüştür [100].

Çalışmamızda her üç boyutta da gençlerde daha yüksek tükenmişlik düzeyleri bulunmuştur ( $p<0.001$ ). Bu durum Cherniss'e göre, gençlerin deneyim ile kazanılan başa çıkma yolları, sezgi ve iç donanımının yetersiz düzeyde olması ile ilişkili bulunmuştur [20].

Yine mesleğin ilk 5 yılında olanlarda; yani "en yeniler" grubunda benzer şekilde tükenmişliğin yüksek bulunması ( $p<0.001$ ), sağlık çalışanlarında tükenmişlik sendromu üzerine çalışmaları olan Ergin'e göre; işe yeni başlayanların eskilere oranla daha çok hasta görmeleri. daha rutin işler yapmaları, üzerlerindeki denetimin fazla olması ve doyum sağlayacak bazı statü özelliklerine sahip olamamaları şeklinde yorumlanmıştır [89]. Bir başka görüşe göre ise bu durum; işe yeni başlayan kişilerin iş hakkında çok daha fazla heyecanlı ve istekli olmaları sebebiyle daha çok enerji sarf ederek daha çabuk sürede yorulmalarına bağlanabilmektedir. İşlerinde kendilerini kanıtlamak isteyen bu kişiler, genel itibarıyla kısa zaman içerisinde büyük başarılar kazanabileceklerine inanmakta, fakat zaman içerisinde hedeflerine ulaşamadıklarında heyecanları tükenmektedir. Gerçekleri kabullenmek ve hedeflerini düşürmek yerine tükenmişliğe sürüklenmektedirler [24].

Akademik unvan değişkeni de benzer şekilde her üç alt boyutta anlamlı bulunmuştur ( $p<0.001$ ). Literatürde de çeşitli meslek gruplarında kariyer yolunun alt basamaklarında daha fazla tükenmişlik yaşandığı belirtilmektedir [24, 101]. Ancak asistan ve uzman hekimlerin görece toplam çalışma saatleri, nöbet ve/veya icap nöbeti tutuyor olmaları da göz önüne alındığında bu sonuç daha anlamlı hale gelmektedir.

Pek çok araştırmacı tarafından gösterilmiştir ki tükenme aşırı yüke bir tepki olarak niteliksel iş gerektiren (mevcut zamana göre çok fazla çalışma gerektiren) durumlarda ortaya

çıkılmaktadır [17]. Bu durum aslında doktorluk mesleğinin bir getirisidir. Çalışmamıza katılan hekimlere “işleri dışında kalan zamanlarda kendilerine ya da ailelerine yeterli vakit ayırıp ayıramadıkları” sorulduğunda; 294’ü (%83.5) “hayır” şeklinde yanıtlamıştır. Amerika’da yapılan bir çalışmada ise katılan doktorların % 36.4’ü kendi özel hayatı için yeterli vakit ayıramadığını belirtmiştir [2]. Bu sonuç ülkemizdeki hekimlerin çalışma saatleri ve vardiya kavramlarının sorgulanması gerektiğini göstermektedir.

Bazı ülkelerde fazla çalışma; dinlenme hakkı, bazı ülkelerde ise ücretlendirme hakkı ile karşılanmaktadır. Ancak belli süreyi aşan çalışma saatleri de sınırlandırılmaktadır. Örneğin, Fransa ve Avusturya’da yataklı tedavi kurumlarında çalışanlarda çalışma saatlerinin üst limiti belirlenmiş, hatta Avusturya’da bir sağlık personelinin günlük çalışma saatinin üst sınırı 10 saat/gün olarak belirtilmiştir. Gece ve vardiya çalışması için çeşitli ülkelerde ek izin, erken emeklilik, ek ücret, yemek ve ulaşım hizmeti gibi olanaklar verilmektedir [102]. Ülkemiz de ise genellikle nöbet sonrasında izin hakkı olmaksızın 36 saat mesai kavramı söz konusudur.

Diüurnal ritmin tükenmişlik üzerine etkisi ile ilişkili olarak Marchand ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada duygusal tükenme ve toplam tükenmişlik ortalamasının uyanıklık sonrası 30. dakikada ölçülen düşük kortizol düzeyleri ile; buna karşılık, kişisel başarıda azalma alt boyutunun ise yatmadan önce ölçülen düşük kortizol düzeyi ile ilişkili olduğu bulunmuştur [103].

Åkerstedt ve ark. tükenmişlik belirtileri olan bireylerin de uyku fragmantasyonu bildiriyor olmalarından, uykunun tükenmişliğin gelişimi ile ilişkili olabileceğini savunmuşlardır [104].

Vardiyalı çalışan işçilerde polisomnografi ile yapılan bazı çalışmalarda geceleri çalışmanın, tren sürücülerini, kamyon sürücülerini ve işlem operatörlerinde tam uykuda artan teta ve alfa aktivitesi düzeyleri ile ilişkili olduğunu göstermiştir [105, 106]. Bu çalışmaların sonuçları vardiya çalışmalarının uyku ve uykululuğu etkilediğini ve uyku bozukluğunun düzeyinin iş güvenliği ve iş performansı açısından etkileri olabileceğini göstermektedir [104].

İspanyada yüksek tükenmişlik puanı ve düşük tükenmişlik puanı olan hekimlerin uykusuzluk semptomlarının yaygınlığı ve uyku kalitesi arasındaki ilişkinin araştırılması amacıyla yapılan bir çalışmada çok değişkenli lojistik regresyon sonucunda tükenmişliğin tüm uykusuzluk semptomlarıyla kuvvetli bir şekilde ilişkili olduğu saptanmıştır [107]. Çalışmamızda da “hiç nöbet tutmayan”, “3 ve daha az nöbet tutan” ve “3’den fazla nöbet

tutan” hekimler değerlendirildiğinde DT, D ve KBE alt boyutlarında da her üç grup için anlamlı fark saptanmıştır ( $p<0.001$ ). Yalnızca icap nöbeti tutan hekimlerde de nöbet ve icap tutmayanlara göre DT ve D boyutunda tükenmişlik düzeyleri arasında anlamlı fark saptanmıştır ( $p<0.05$ ).

ABD’de 1840 enfeksiyon hastalıkları hekiminin katıldığı bir web-anket sonucunda en fazla tükenmişlik özel muayenehanede çalışan hekimlerde (% 55) görüldüğü, bunu devlete bağlı çalışan hekimler (% 39) ve üniversitelerde çalışan hekimlerin (% 37) izlediği bildirilmiştir [76]. Üniversitelerdeki düşük tükenmişlik düzeyleri; akademik faaliyetlerin ve kişisel gelişim olanağının, tükenmişliği önlemesi ve mesleki tatmine olan katkısı açısından anlamlıdır.

Ülkemizde ise Ergin tarafından yapılan bir çalışmada iş doyumu en yüksek olanların muayenehane, eczane, diş kliniği gibi özel iş yerleri olan sağlık çalışanlarında olduğu, bu grubu poliklinik hizmetleri ve yataksız tedavi kurumlarında çalışanların izlediği, iş doyumu en düşük olanların ise hastanelerde çalışanlarda olduğu görülmüştür [74]. Aynı çalışmada; özel iş yeri olan sağlıkçılarda takdir görme, yaşam doyumu ve iş doyumu, kamuda çalışanlara göre daha yüksek oranda saptanmıştır. İş doyumu ve özel iş yerinde çalışma arasındaki ilişki ise serbest çalışmanın hem yüksek gelir sağlaması, hem de yürütülen çalışmanın özerkliği, kişilerin bağımsız karar alabilmeleri, tanınma ve prestij gibi ek avantajları olması ile açıklanmıştır.

Bu çalışmada çalışılan kuruma göre değerlendirildiğinde en düşük tükenmişliğin özel sağlık kuruluşlarında çalışanlarda, en yüksek tükenmişliğin ise 2. Basamak devlet hastanelerinde olduğu görülmüştür. Ülkemizdeki değişen sağlık sistemi ile tam gün yarasının bir getirisi olarak kamuda çalışan hekimlerin muayenehane açma hakkı mevcut değildir. Bu değişiklik sonrası pek çok muayenehane kapatılmıştır. Kendi muayenehanesi olan çok az sayıda hekim olması ve bunun istatistiksel anlamı olmaması nedeniyle anket seçeneklerinde “özel sağlık kuruluşu” ifadesinin altında değerlendirilmiştir. Ayrıca özel sağlık kuruluşlarında da benzer; yüksek ücretlendirme ve prestij avantajı olmasının düşük tükenmişlik ile ilişkili olduğu düşünülmektedir. Üniversitelerde ve eğitim araştırma hastanelerinde ise araştırma olanaklarının ve kişisel gelişim imkânlarının, mesleki tatmini arttırması tükenmişlik karşısında yarar sağlamaktadır. Akademik bir kurumda çalışmanın tükenmişlikten koruyan bir faktör olduğu bilinmektedir [40].

Çalışmamıza katılan hekimlerin yalnızca %8.8'i aldıkları aylık ücretin yeterli olduğunu düşünürken, %91.2'si ise kısmen yeterli veya yetersiz olduğu düşüncesindedir. Göğüs hekimlerinin %84.4'ü ayda 10.000 TL'den az aylık ücret kazanmaktadır. Aylık ücret ve tükenmişlik arasında ilişki incelendiğinde DT, D boyutlarında “≤10.000 TL aylık ücreti olanlarda” en yüksek, “>20.000 TL aylık ücreti olanlarda” ise en düşük tükenmişlik düzeyleri mevcuttur (p<0.001). Kazandıkları ücreti yeterli bulanlarda DT ve D boyutlarında tükenmişlik anlamlı olarak düşük bulunmuştur (p<0.001).

Türkiye’de en düşük gelire sahip olup en çok çalışan hekim kitlesini asistan hekimler oluşturmaktadırlar. 2015 yılında ülkemizde asistan hekimler arasında yapılan bir anket çalışmasında uzmanlık öğrencilerinden %82.6’sı gelirlerinden memnun olmadığını belirtmektedirler [108]. Bizim çalışmamızda ise asistan hekimlerin %7.6’sı yeterli aylık ücret aldığını düşünürken %57.1’i kısmen yeterli bulmakta, %35.2’si yeterli olmadığını belirtmektedir. Asistanlar arasında aylık gelir farkı bulunmamış olup, aylık geliri yeterli bulma durumuna göre de tükenmişlik düzeyleri arasında anlamlı fark saptanmamıştır.

Türkiye’de uzmanlık öğrencilerinde yapılan bir anket çalışmasında uzmanlık öğrencilerinin %25’i tekrar seçme şansları olsa aynı uzmanlık alanını seçmeyeceğini ifade etmiştir [108]. Çalışmamızda ise bu oran asistanlar arasında %55.2 olarak bulunmuştur. Benzer bir soru 7255 sağlık personelinin dahil olduğu bir çalışmada “her şeye yeniden başlasalardı aynı işi mi seçerlerdi?” şeklinde sorulmuş, bu soruya verilen cevapların işin önemi, işin içeriği ve ücret olmak üzere 3 alt boyutu saptanmıştır. Kişilerin cevaplarında ise en etkili olan boyutun “işin önemi” olduğu vurgulanmıştır [74].

Çalışmamızda da tıpta uzmanlık alanını seçimi TUS’da ilk 3 tercihi olan hekimlerde DT ve D tükenmişlik puanları anlamlı olarak düşük saptanmıştır (p<0.05). Benzer şekilde tıpta uzmanlık tercihlerini kendi istekleri ile yapan (%84.1) hekimlerde DT puanları daha düşük bulunmuştur. Bu da gönüllülük esasına göre yapılan işlerin tükenmişlik oluşumunu engellediğini, işini severek ve isteyerek yapanların tükenmişlik sendromuna karşı diğerlerinden daha dirençli olduklarını göstermektedir [41].

Çalışmamızda uzmanlık alanı tercihini kendi isteği ile yapan 296 hekimin %50.3’ü bugün tekrar tercih şansı olsa aynı uzmanlık alanını seçmeyeceğini belirtmiştir. Bu hekimlerin DT ve D puanlarının yüksek olması (p<0.001) göğüs hastalıkları alanını isteyerek tercih eden hekimlerin yarısının; beklentilerinin, alandaki gerçekler ile örtüşmediğinin bir göstergesidir. Bu durum olasılıkla tükenmişlik için büyük bir risk faktörüdür.



Çalışmada kronik stres ile ilişkili olabilecek fiziksel ve ruhsal rahatsızlıklar sorgulandığında, en fazla saptanan rahatsızlıklar lumbalji (%8.5), gastrik ülser (%7.4), esansiyel hipertansiyon(%7.7) ve uyku bozukluğu(%6) olmuştur. Tükenmişlik ile ilişkileri incelendiğinde gastrik ülseri olanlarda D puanları, bilinen bir malignite varlığında ise KBE puanları anlamlı olarak yüksek saptanmıştır. Esansiyel hipertansiyonu olan grupta ise tüm alt boyutlarda tükenmişlik puanları daha düşük olarak saptanmış olup bunun ileri yaş değişkeni ile daha ilişkili olduğu düşünülmüştür. Bunu değerlendirmek amaçlı yapılan kovaryans analizinde yaş değişkeni kaldırıldığında her üç alt boyutunda da esansiyel hipertansiyon değişkenine göre gruplar arası fark bulunmamıştır.

Yapılan araştırmalarda; uykusuzluk veya OSAS gibi uyku bozukluğu olan çalışanlarda, sağlıklı bireylere kıyasla daha yüksek iş stresinin olduğunu bildirmiştir [109, 110]. Çalışmamızda ise, uyku bozukluğu belirten hekimlerde tükenmişlik açısından fark saptanmamıştır.

Yaygın anksiyete bozukluğu tanımlayanlarda ise DT alt boyutunda anlamlı bir şekilde tükenmişlik düzeyleri daha yüksek bulunmuştur. Literatürde de yaygın anksiyete bozukluğunun duygusal tükenmişlik açısından risk olduğundan bahsedilmektedir [80].

Tükenmişlik sendromu ve depresyon belirtileri pek çok çalışmada incelenmiş ve aralarında anlamlı düzeyde ilişki olduğu gösterilmiştir [111, 112]. Örtüşen özellikleri olmasına karşın, tükenmişlik ve depresyonun ayrı sendromlar oldukları; ancak, bir arada görülebildikleri kabul edilmektedir [112, 113]. Çalışmamızda major depresif bozukluk tanısı olanlarda DT boyutu arasında anlamlı ilişki saptanmıştır ( $p<0.05$ ). Antidepresan ilaç kullanmakta olanlarda DT boyutunda, geçmişte herhangi bir dönemde antidepresan ilaç kullanmış olanlarda DT ve D boyutunda anlamlı ilişki bulunmuştur. Araştırma sonuçlarımıza göre Türkiye'deki göğüs hastalıkları hekimlerinin yaklaşık yarısının bir dönem antidepresan ilaç kullanmış olduğu görülmektedir. Hekimlerde genel popülasyondan daha yüksek oranda depresyon belirtilerinin görüldüğü daha önceki çalışmalarda gösterilmiştir[114]. Bu çalışmalarda kadınların, erkek meslektaşlarından daha fazla depresyon oranına sahip olduğunu, daha yüksek oranda intihar yaşadıkları vurgulanmıştır [114-117]. Amerikalı kadın doktorlarda yapılan bir çalışmada doktorların %19.5'inde depresyon öyküsü olduğu, özellikle; çok çalıştığını düşünen, kariyerinden memnun olmayan, çok iş stresi yaşayan hekimlerde bu oranın fazla olduğu belirtilmektedir [116]. Çalışmamıza katılan göğüs hekimlerinin %67,6'sının kadın olmasından da anlaşılacağı gibi ülkemizdeki göğüs hekimlerinin

çoğunluğunu kadın hekimler oluşturmaktadır. Cinsiyet faktörünün de bu duruma etkisinin olabileceği düşünülebilir.

İzmir’de Dokuz Eylül Tıp Fakültesi, Ege Tıp Fakültesi, İzmir Göğüs Hastanesi ve Atatürk Eğitim Hastanesi’nde 1986-1998 yıllarını kapsayan tarama sonucunda 6156 kişi içinde 59 tüberküloz hastası personel bulunmuş olup, göğüs kliniklerinde risk 6.37 kez fazla saptanmıştır [118]. ABD’de göğüs hastalıkları asistanlarının enfeksiyon hastalıkları asistanlarından daha yüksek oranda tüberkülin deri testi konversiyonu gösterdikleri saptanmış ve bu durum göğüs hastalıklarında yapılan bronkoskopi gibi bulaşmayı kolaylaştıran işlemlere bağlanmıştır [119]. Araştırmamıza katılan göğüs hekimlerinden 2’sinde (%0.6) mesleki bir risk faktörü olan tüberküloz hastalığı saptanmıştır. İstatistiksel açıdan sayının yetersiz olması nedeniyle tükenmişlik ile ilişkisi gösterilememiştir, ancak meslek hastalığı tanımında olmayan bu morbiditesi yüksek enfeksiyon etkeninin göğüs kliniği çalışanlarda yüksek risk oluşturduğu bilinmektedir. Ülkemizdeki pek çok kurumda kişisel koruyucu ekipman ve teknik alt yapının bulaş riskine karşı yeterli olmadığı bilinmekte ve bu durumun sağlık çalışanlarında tedirginlik ve güvensizlik yarattığı düşünülmektedir.

Aktif sigara içme durumunun tükenmişlik ile ilişkisi değerlendirildiğinde DT ve D boyutunda anlamlı ilişki bulunmuştur( $p<0.05$ ). Stresin sigara içme arzusunu arttırdığı bilinmektedir [120]. İş stresi, tükenmişlik ve sigara içme durumunun incelendiği çalışmalarda sigara içme davranışı ile tükenmişlik arasında potansiyel bir bağlantı olduğu ifade edilmiştir [121]. Literatürde hekimler arasında sigara içme alışkanlığı %18-50 arasında değişmektedir [122, 123]. Bu çalışmada, sigara ile koruyucu hekimlik alanında aktif mücadele vermesi beklenen göğüs hastalıkları hekimlerinde ise sigara içme oranı %13.4 bulunmuştur. Bu oran toplam hekim popülasyonuna göre düşük de olsa, bu alanda topluma örnek olması gereken ve sigaranın zararlarını en yakından bilen uzmanlık alanına göre yüksek kabul edilebilir. Türkiye’de Türk Toraks Derneği üyesi olan göğüs hastalıkları hekimlerinde yapılan bir anket çalışmasında göğüs hekimlerinin ancak %52’sinin sigara bırakma yardımı konusunda mesleki eğitim aldığı, %39.5’inin sigara bırakma polikliniği yaptığı bildirilmiştir [124]. Bu veri, Türkiye’de göğüs hastalıkları hekimlerinin tütün kontrolü ve sigara bırakma konusunda yeterli düzeyde bilgiye sahip olmadığını göstermektedir. Kendisi sigara içen hekimlerin bu mücadelede, topluma etkisinin olamayacağı bir gerçektir. Ancak hekimlerde tükenmişliğe yol açan yoğun ve stresli çalışma koşulları hekimlerin duyarsızlaşmalarına neden olabilir. Duyarsızlaşma yaşayan hekimlerde bu durum, hastalarına yardım etme, sigara içmelerine

engel olma, böylece sakatlık ve ölümleri önleme gibi düşüncelerinin önünde bir engel oluşturabilir. Cox ve Leiter, hastaneleri; çalışanların sağlığının, simbiyotik olarak hizmet ettikleri insanların sağlığı ile ilişkili olduğu ortamlar, olarak tarif etmişlerdir [125]. Tükenmişlik yaşayan hekimler, hastalarına yeterince faydalı olamayacaklardır.

Çalışmada, ihtiyaç duyduklarında destek alabilecekleri yapıların olmadığını belirtenlerde, DT ve D boyutlarında tükenmişlik puanları yüksek saptanmıştır ( $p<0.05$ ). Bu durum sosyal desteğin tükenmişliği önlemede önemini ortaya koymaktadır. Ancak destek yapılarının alt boyutları arasında anlamlı bir fark saptanmamış olması, “desteğin var oluşunun,” “kimden olduğundan” daha önemli olduğu anlamını taşımaktadır. Sağlık kurumlarında, çalışanların tükenmişlikten korunması için, iş arkadaşları ve yöneticiler arasında iletişimin geliştirilmesi, organizasyon içinde sosyal destek ve güven düzeyinin yükseltilmesi sağlanabilir [46]. Amerika’da anestezi uzmanlarının tükenmişlik nedenlerinin incelendiği bir araştırmada iş arkadaşlarından ve üstlerinden yetersiz destek algısının kişisel başarının düşüklüğü ile ilişkisi belirtilmiştir. Yeterli desteğin varlığını hisseden hekimlerin iş doyumun yüksek olduğu ve iş kaynaklı stresse karşı koyabildiği ifade edilmiştir [1].

Araştırmamıza katılan hekimlerin yalnızca %15.6’sı başarılarının üstleri tarafından takdir edildiğini düşünürken, %39.8’i bazen takdir gördüğünü, %44.6’sı ise üstleri tarafından takdir görmediğini ifade etmişlerdir. Üstler tarafından takdir gördüğünü düşünen hekimlerin DT boyutunda tükenmişlik puanları daha düşük saptanmıştır ( $p<0.001$ ). Çalışmaya katılan hekimlerin %84.7’si meslek hayatının bir döneminde üstler ile ilişkilerinin bozuk olmasını sorun olarak gördüğünü ifade etmişlerdir. Çalışma arkadaşları ile ilişkilerinde sorun yaşadığını ve yaşayabileceğini düşünenlerin oranı ise %34.1’dir. Visser ve arkadaşları tarafından Hollanda’da 2400 uzman hekim arasında yapılmış olan bir çalışmada “kötü yönetim” ve “kişilerin destek hissetmemesi” iş memnuniyetini azaltan önemli faktörler olarak belirtilmiştir [126].

McManus ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada hekimlerin ihtiyaçlarını gözden geçirirken onlara karar verme mekanizmalarında fırsatların tanınması, kontrol ve otonomilerine ihtiyaç gösterilmesi, değerli oldukları duygusunun hissettirilmesi önemli olduğu üzerinde durulmuştur [127].

Mijakoski ve arkadaşları tükenmişlik ve örgüt kültürünü araştırdıkları çalışmada katılan hekim ve doktorlarından en yüksek puanı klan kültürü almıştır [128]. Klan kültürü tipi; çalışanların birbirlerini aile gibi görerek birbirleriyle her türlü kişisel bilgilerini paylaştığı,

yöneticilerin ise danışman olarak görüldüğü organizasyon tipidir. Benzer şekilde, Hollanda'da diyabet bakımına katılan 83 sağlık personelinde yapılan kesitsel bir araştırmada en yüksek puanı olan örgüt kültürü türü olarak klan gösterilmiştir [129]. Bu durum sağlık çalışanlarının, yapılan hizmetin doğası gereği, milliyeti ne olursa olsun ekip bilinci, aile sıcaklığı ve güven ortamını benimsemekte olduklarını göstermektedir.

Ülkemizden Ege Üniversitesi'nin de dahil olduğu 9 Avrupa ülkesinden 10 üniversitenin yer aldığı çok merkezli bir çalışma olan "ORCAB projesi" kapsamında; hasta güvenliğini ve bakım kalitesini artırmada hastane organizasyon kültürü ve sağlık çalışanlarında tükenmişlik araştırılmış; düşük duygusal tükenme ve duyarsızlaşma puanı ile ekip çalışması, kişiler arası iyi ilişkiler, üstler ve meslektaşlardan gelen destek, karar vermede bağımsızlık ve uygun fiziksel koşullar ilişkili bulunmuştur [128, 130, 131]. Yine bu çalışmada klan örgüt kültürünün çalışanları tükenmişlikten korunmada belirli bir role sahip olduğu gösterilmiştir[128].

Motivasyon ve iş doyumunu, aslında birbiriyle kesişen iki olgudur. Werther'e göre, çalışma ortamı işçinin gereksinimlerini karşılayacak şekilde düzenlenir ve önüne performansla bağlantılı ödüller konulursa motivasyonun artacağı, ancak koşullar uygun değilse ve ödüller beklentileri karşılamazsa iş doyumunun azalacağı ve motivasyonun da düşeceğini belirtilmiştir [132]. Ancak hekimlik mesleği; kendi içinde etik değerleri olan, "önce zarar verme!" prensibi ile yapılan, alınacak kararlarda zarar ve yarar noktasında hekim vicdanının kullanıldığı bir meslektir. Hekimlere vicdan ile performans arasında tercih hakkı sunulması, Hipokrat'tan günümüze gelen meslek geleneğinin bozulmasına neden olacaktır. Çalışma sonuçlarımızdan da görüleceği gibi hekimlerin %84.7'si değişen sağlık sisteminin bir parçası olan "performans sistemini" sorun olarak değerlendirmektedir. Daha önce sağlık çalışanları arasında da yapılan araştırmalarda da benzer sonuçlar bulunmuş, çalışanlarının başta performansa dayalı ödeme olmak üzere SDP'nin bileşenlerini benimsemediği görülmüştür [54, 55]. Hastalara sunulan hizmetlere ve toplanılan puanlara göre ücretlendirme [53], sunulan hizmet sayılarının (özellikle de invaziv işlemlerin) hasta sayısı ile orantısız olarak artışına neden olmuştur [65]. Bu durumun hekimlik meslek etik değerlerinde aşınmaya neden olduğu ve hekimleri, kazançlarını arttırmak için hastaya sundukları hizmetin içeriğini, sayısını ve önceliğini değiştirmeye zorladığı düşünülmektedir [66]. Performans sisteminden memnun olmayan hekimlerde DT ve D puanlarının anlamlı olarak daha yüksek saptanmış olması; hekimlerin etik değerler ile maddiyat çıkmazı arasında bırakıldığında, ya vicdanının

önüne puanları koyarak duyarsızlaşmasına; ya da puanların önüne vicdanını koyarak duygusal tükenme yaşamasına neden olacağını düşündürmüştür.

Çam, tükenmişlik düzeyini etkileyen en önemli faktörlerin örgütsel nitelikte olduğunu, özellikle “iş yeri koşullarından memnuniyet,” “iş stresi” ve “iş doyumunun” öneminden bahsetmiştir [32]. Visser ve arkadaşları da benzer şekilde “çalışma koşullarının” iş stresi ve tükenme ile ilişkisini vurgulamıştır [126]. Çalışmaya katılan hekimlerinin meslek seçimleri ile ilişkili tanımladıkları sorunlar; mortalitesi yüksek kronik hastalığa sahip hasta profilinin olması (%77.6), fiziki koşulların yetersizliği (%73) ve mesleki duygusal tatminsizlik (%69.6) DT, D ve KBE boyutlarında anlamlı fark yaratmıştır. Bu durumun özellikle 2. basamak hastanelerde alt yapı, donanım ve eğitimli personel yetersizliği nedeniyle hekimlerin üzerine düşen iş yükü ile ilişkili olduğu düşünülmüştür. Ülkemizde çoklu hastalığı olan, genel durumu kötü, yaşlı hastalar; hangi nedenle olursa olsun “solunum problemi” varsa göğüs hekimine yönlendirilir ve sahiplenmesi beklenmektedir. Mortalitesi çok yüksek bu hasta gruplarının yönetimini üstlenen göğüs hekiminin; yetersiz donanım ve eğitimsiz personel ile mücadelesi duygusal tükenmesine neden olabilir. Tüm bu kişisel çabalara karşılık, hekimler; hasta yakınlarından, meslektaşlarından veya üstlerinden takdir göremezse ya da maddi tatmin yaşamazlarsa, bir süre sonra duyarsızlaşabilirler. Hastalarına bir birey olarak değil sanki bir eşya gibi davranabilir, kaba ve sert tutumlar sergileyebilirler. Bu aşamaya gelmiş olan bir hekim artık tüm umudunu yitirir. Saplandığı noktadan çıkabileceği bir çözüm olduğuna inanmayan hekimler bu noktada kişisel başarısının azaldığını hissedebilirler. Storlie, tükenmişliği; “kelimesi kelimesine ruhun kollapsıdır (çöküş)” şeklinde tanımlamıştır. Storlie’ye göre bu sinsi süreç, “Gücün, güçsüzlüğe teslim oluşudur, siz ne yaparsanız yapın, ne kadar sıkı çalışırsanız çalışın durumda bir değişiklik yaratamadığınız algısının, oluşturduğu bir teslimiyettir.” şeklinde açıklanmıştır [133].

Hasta ve hasta yakınları ile iletişim problemi göğüs hekimleri tarafından %63.9 oranında sorun olarak algılanmaktadır. Bu durumun tükenmişliğe katkısı her üç boyutta da anlamlı olarak bulunmuştur( $p<0.001$ ). Son yıllarda giderek artan iletişim problemleri ve şiddet, sağlık çalışanları için önemli bir sorun haline gelmiştir. Bu durum iş stresinin, iş yoğunluğundan bağımsız bir şekilde artışına neden olmaktadır. Bu konuda özellikle hasta ile ilk karşılaşan acil servis hekimlerinin maruz kaldığı şiddet ve tükenmişlik ilişkisi pek çok kez incelenmiş, karşılaşılan şiddet düzeyi arttıkça tükenmişliğin de arttığı belirtilmiştir [122, 134].

Hekimlerin karşılaştıkları sorunlardan diğeri; yaşayacakları yeri seçememek (%60.5) ve aile bütünlüğünün bozulmasıdır (%44.9). Devletin para, barınma, kitap vb. yardımı olmaksızın kendi imkânları ile mesleki eğitimlerini alan doktorlar; başka hiçbir meslek dalında olmayan “mecburen devlete hizmet etmek zorunluluğuna” tâbi tutulmaktadır. Herkesin sağlık hizmetlerinden eşit faydalanması uğruna, hizmeti götürenlere söz hakkı tanınmaksızın; onlardan devletin işaret ettiği yerlerde, istenilen süre boyunca kalmasını istemek insan hakları ile ne ölçüde bağdaşmaktadır? Bu süre içerisinde pek çok hekim eşinden ve ailesinden ayrı kalmak durumunda bırakılmaktadır [135]. Çalışmamızda bu durum ile tükenmişlik alt boyutları arasında anlamlı ilişki saptanmıştır ( $p<0.05$ ). Özellikle mecburi hizmet yükümlülüğü olan genç hekimlerde, bu durumun tükenmişliğe yol açtığı düşünülmektedir. Uzmanlık eğitimini yeni tamamlamış, güncel literatüre ait bilgiler ile donanmış genç hekimler; en idealist duygular ve mesleki yüksek beklentiler ile gittikleri mecburi hizmette karşılaştıkları güçlükler (yetersiz malzeme, cihaz ve ilaç, kötü fiziki koşullar, zor çalışma şartları, yetersiz personel ve mevcut sağlık personelinin karşılayabileceğinden fazla hasta, vb...) sonucunda hayal kırıklığı, umutsuzluk, durağanlaşma, duyarsızlaşma ve tükenmişlik sürecine kolaylıkla girebilmektedir.

Akademik çalışma/eğitim için yeterli zaman ayıramadığını belirten hekimlerde (%81.5) tükenmişliğin DT ve D alt boyutlarında anlamlı fark saptanmıştır ( $p<0.05$ ). Yine ülkemizde hekimler arasında yapılmış bir çalışmada, hekimlerin %45-55 oranda pratik ve teorik eğitim olanakları hakkında olumsuz düşünceye sahip olduğu, %86’sının bilimsel çalışma ve işlere yeterli zaman ayıramamanın kariyerlerinde sorun oluşturacağını düşündüğü belirtilmiştir [81]. İsrail’de 309 hekim arasında yapılmış bir çalışmada profesyonel kişisel yeterlilik geliştirildiğinde, işe bağlı stresin önemli bir bölümünün azaldığı; buna bağlı olarak da iş doyumunu ile ilgili önemli bir motivasyon kaynağının arttığı ifade edilmiştir. Kişisel bilgi ve becerilerin artmasına yönelik olarak yapılan eğitim etkinliklerinin stres ve tükenme düzeylerini azalttığı belirtilmektedir. Aynı çalışmada kişisel yeterliliğin en önemli anti-stres kaynaklarından birisi olduğu vurgulanmıştır [136]. Günümüzde kısırlanmış talep ve performans politikaları sonucu çalışan uzman hekimlerin mesai koşullarının ağırlaştığı, rutin iş yükü içerisinde akademik eğitim faaliyetlerine ayırabildikleri zamanın azalmış olduğu düşünülmektedir. 2005- 2010 yılları arasında Sağlık Bakanlığı’na bağlı eğitim-araştırma hastanelerinde akademik yayın faaliyetlerinin %25 oranında azaldığı, üniversitelerde de

durumun benzer olduğu bilinmektedir [65, 68]. Bu durum hekimlerde tükenmişlik açısından risk oluşturmaktadır.

Uluslararası kuruluşların öncülüğünde tüm dünyayı etkilemeye devam eden “Sağlık reformu pandemisi” uygulandığı ülkelerde hemen hemen aynı bileşenleri içermektedir [51].

Makedonya’da da Avrupa Birliği üyelik hedefleri tarafından yönlendirilen benzer sağlık reformlarının, hekim ve hemşirelerin karşısında artmış hizmet talebi ile sonuçlandığı, hastanelerde karmaşık yapılanma sorunlarını gündeme getirdiği belirtilmektedir [128].

Romanya’da “sağlık sistemi hasta olduğunda sağlık personellerine ne olur?” sorusu ile son 20 yıllık reform süreçlerinin etkilerinin araştırıldığı bir çalışmada; sağlık personellerinde gelişen umutsuzluk ile iş stresi arasındaki ilişki ortaya konulmuş ve çalışanlarda değişen sisteme karşı red reaksiyonu geliştiğini belirtilmiştir. Ancak tüm bu olumsuzluklara rağmen birçok sağlık çalışanın mesleğine ve bakım hizmetine devam etmekte kararlı olduğu fakat çözüm için adımlar bekledikleri vurgulanmıştır [137].

Bulgaristan, İrlanda, Yugoslavya’da da sağlık çalışanları arasında yapılan çalışmalarda benzer sonuçlar mevcuttur [138-140]

Ülkemizde de, hekimlerin sağlık reform süreçleri karşısında kaygıları mevcut olup, değişen çalışma koşulları, ücretlendirme ve maaş sistemi, özlük hakları, hasta-hekim ilişkileri ve en önemlisi değişen “hekim kimliği” algısına dair derin hayal kırıklıkları söz konusudur.

Hekimler de birey olarak toplumun bir parçasıdır. Bu nedenle de toplumda meydana gelen değişikliklerden tüm bireyler olduğu gibi hekimler de etkilenir. Meydana gelen değişikliklerin iş stresini; iş stresinin de tükenmişlik düzeyini artıran etmen olduğu bilinmektedir [32, 126]. Araştırmamızda hekimlere yöneltilen “şuan yaşadıkları veya gelecekte yaşayacaklarını düşündükleri sorunlar nelerdir?” sorusuna verilen en fazla yanıt ülkenin sosyopolitik durumu olmuştur (%86.6). Bu durumun duygusal tükenmişlik boyutu ile anlamlı bulunmuş olması dikkat çekicidir ( $p<0.05$ ). Toplumun “en duyarlı” olanları, bu özellikleri nedeniyle hekim olmayı tercih ederler. Çünkü bir insana yardım etmek, acılarını dindirmek, başkalarının iyi olmasını öncelemek ancak duyarlı olanların yapabileceği bir iştir. Hekimlerin; toplumsal, ekonomik, sosyopolitik... kısacası insanı ilgilendiren tüm olaylara da duyarlılık göstermeleri işte bu nedendir.

Çalışmamızda “işim gereği karşılaştığım insanlara ne olduğu umurumda değil” ifadesine göğüs hekimlerinin %61.4’ü “asla!” şeklinde yanıt vermişlerdir. Buradan da anlaşılacağı gibi; tüm olumsuzluklara ve tükenmişliğe karşı hekimler; mesleğe adım attıkları ilk anda söz verdikleri gibi hayatlarını insanlık yoluna adamakta, hastaların sağlığını ve esenliğini baş kaygıları olarak saymaktadırlar. Bu veri de bize en kötü koşullarda bile insan saygısının ve insan onurunun hekimlik mesleğine egemen olduğunu göstermektedir. Tüm hekimler şimdiye dek olduğu gibi, bundan sonrasında da gerektiğinde kendisinden, ailesinden, çocuklarından çaldıkları zamanları hastalarının iyiliği için kullanmaya devam edeceklerdir.





## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

- ✓ Tükenmişlik; işi gereği yoğun duygusal tepkilere maruz kalan ve sürekli diğer insanlarla yüz yüze çalışmak zorunda olan bireylerde görülen, kişinin gerek iş hayatında gerekse diğer insanlarla olan ilişkilerinde olumsuzluklara yol açan, kronik yorgunluk, çaresizlik, umutsuzluk ve özsaygı yitimi duygularının gelişimi ile birlikte seyreden fiziksel, duygusal ve entelektüel tükenmeyle karakterize bir sendromdur.
- ✓ Tükenmişlik yaşayan hekimler hastalarına karşı duyarsızlaştığında, optimal bakımı gösteremezler. Bu nedenle, “hastane” çalışanların sağlığının simbiyotik olarak hizmet ettikleri insanların sağlığı ile ilişkili olduğu bir ortam olarak değerlendirilmelidir.
- ✓ Kaliteli ve güvenilir bir sağlık hizmeti sunumu için bir hekimin hastasına ortalama olarak 15-20 dakika ayırması gerektiği söylenebilir. Poliklinik hizmeti veren uzman hekimlerin her bir hastasına ortalama 17 dakika ayırdığını varsayarak günde 25 hasta talebini karşılamalarını hedeflemek makul olacaktır.
- ✓ Göğüs hekimlerinin iş yüklerinin azalması, daha etkili ve verimli sağlık hizmeti sunabilmeleri için göğüs hastalıkları uzman sayısının artırılması gerekmektedir.
- ✓ Hekimlerin çalışma saatleri ve vardiya kavramlarının sorgulanması gerekmektedir. (Hekimlerin nöbet sonrası izin kullanmaları zorunlu hale getirilmelidir, günlük çalışma üst limitleri belirlenmelidir.)
- ✓ Akademik eğitim, mesleki bilgilerin geliştirilmesi, bilimsel faaliyetler için hekimler özendirilmeli, bu konuda yönetimlerin ve devletin desteği sağlanmalıdır.
- ✓ Üniversitelere akademik araştırmalar için gerekli olan teşvikler sağlanmalıdır.
- ✓ Üniversiteler ve eğitim araştırma hastaneleri hizmet sunuma odaklanmak zorunda bırakılmamalı, birinci basamak sağlık sistemi ve 2. basamak hastaneler geliştirilerek hizmet sunumun ağırlıklı olarak bu noktalarda yoğunlaşması sağlanmalı. (Sevk sistemi uygulanmalı)
- ✓ Mecburi hizmet yasası kaldırılmalı, gelişmişlik düzeyi az olan bölgelere sağlık hizmeti sağlamak için; fazla ücret, hızlı kıdemlenme gibi avantajlar sağlanarak bu bölgelerde çalışmak isteyen hekimlerin tercihinin bırakılması,
- ✓ Performans sistemi kaldırılmalı, bireyler arası adaletin sağlanabileceği objektif ücretlendirme sistemi benimsenmeli,
- ✓ Sağlık çalışanları fiziksel, ergonomik ve biyolojik mesleki risklere karşı eğitilmeli, etkili koruyucu önlemler alınmalı,

- ✓ Kurumlarda sosyal desteğin sağlanabildiği bir örgüt kültürü geliştirilmeli, iş arkadaşları, yöneticiler ve personeller arasında etkili iletişim geliştirilmeli;
- ✓ Görev tanımları açık ve net olmalı,
- ✓ Yönetim, işin yoğunlaştığı zamanlarda yardımcı personel ve ek donanım sağlayarak hekimlere destek olduğunu hissettirmelidir.

Bütün bu öneriler ulusal uzmanlık dernekleri ve meslek örgütü tarafından defalarca dile getirilen taleplerdir. Ancak çok azı hayata geçirilmiştir.

Sağlık reform süreçlerinde değişen çalışma koşulları, ücretlendirme ve maaş sistemi, özlük hakları, hasta-hekim ilişkileri ve en önemlisi değişen “hekim kimliği” algısına dair hekimlerde derin hayal kırıklıkları söz konusudur.

Belki de gerçek çözüm; konuya taraf olan birimlerin, bir masa etrafında eşit koşullarda ve eşit güçte bir araya gelerek sağlık sisteminin ve çalışma koşullarının, insan onuruna ve yaşama haklarına saygı gösteren bir yapıda yeniden ele alınması ve düzeltilmesidir.

## 7. KAYNAKLAR

1. Kroll H, Macaulay T, Jesse M. A preliminary survey examining predictors of burnout in pain medicine physicians in The United States. *Pain Physician*, 2016;19: 689-696.
2. Shanafelt TD, Bradley KA, Wipf JE, Back AL. Burnout and satisfaction with work-life balance among us physicians relative to the general US population. *Archives of Internal Medicine*, 2012; 172: 1377-1385.
3. Karlıdağ R, Ünal S, Yoloğlu S. Hekimlerde iş doyum ve tükenmişlik düzeyi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2000; 11: 49-57.
4. Ünal S, Karlıdağ R, Yoloğlu S, Hekimlerde tükenmişlik ve iş doyum düzeylerinin yaşam doyum düzeyleri ile ilişkisi. *Klinik Psikiyatri*, 2001; 4: 113-118.
5. Günüşen N, Üstün B. Türkiye'de ikinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hemşire ve hekimlerde tükenmişlik: literatür incelemesi. *DEU Hemşirelik Yüksek Okulu ED*, 2010;3: 40-51.
6. Sayıl I, Haran S, Ölmez Ş, Özgüven HD. Ankara Üniversitesi Hastanelerinde çalışan doktor ve hemşirelerin tükenmişlik düzeyleri. *Kriz Dergisi*, 1997; 5: 71-77.
7. Köse MR, Başara B, Güler C, Yentür GK. Sağlık istatistikleri yılı 2013. Ankara, TC Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, 2014.
8. TC Yükseköğretim Kurulu, TC Sağlık Bakanlığı, TC Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı. Türkiye'de sağlık eğitimi ve sağlık insan gücü durum raporu. 1. baskı, Eskişehir, YÖK Yayın, 2014.
9. TC Yükseköğretim Kurulu, TC Sağlık Bakanlığı, TC Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı. Türkiye'de sağlık eğitimi ve sağlık insan gücü durum raporu, Ankara, YÖK Yayın, 2010.
10. Öztuna B. Sosyal Güvenlik Kurumu'nda Kurumsal Karne Modeli. *Çalışma Dünyası Dergisi*, 2014; 2. 22-45.
11. SGK Sağlık Uygulama Tebliği, resmi gazete, tarih: 25.03.2010, sayı:27532 (mükerrer). erişim: [http://www.tdb.org.tr/tdb/admin/mevzuat/userfiles/SUT\\_2010\\_guncellenen-06082010.pdf](http://www.tdb.org.tr/tdb/admin/mevzuat/userfiles/SUT_2010_guncellenen-06082010.pdf)
12. Budak G, Sürgevil O. Tükenmişlik ve tükenmişliği etkileyen örgütsel faktörlerin analizine ilişkin akademik personel üzerinde bir uygulama. *Dokuz Eylül Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 2013; 20. 95-108.

13. Kaçmaz N. Tükenmişlik (burnout) sendromu. İstanbul Tıp Fakültesi Dergisi, 2005; 68: 29-32
14. Freudenberger HJ. Staff burn-out. Journal Of Social Issues, 1974; 30: 159-165.
15. Maslach C, Jackson SE, Leiter MP. Maslach burnout inventory. Third edition. Palo Alto, CA, Consulting Psychologists Press, 1997; 191-218.
16. Nyssen AS, Hansez I, Baele P, Lamy M, et al. Occupational stress and burnout in anaesthesia. British Journal Of Anaesthesia, 2003; 90: 333-337.
17. Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job burnout. Annual Review of Psychology, 2001; 52: 397-422.
18. Leiter MP, Maslach C. Nurse turnover: the mediating role of burnout. Journal of Nursing Management, 2009; 17: 331-339.
19. 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: 213-222.
20. Cherniss C. Professional burnout in human service organizations. New York, Praeger Publishers, 1980.
21. Pines A, Aronson E. Career burnout: causes and cures. Paperback, New York, US, Free press, 1989.
22. Edelwich J, Brodsky E. Burn-out: Stages of disillusionment in the helping professions. 6<sup>th</sup> ed. New York, NY, Human Sciences Press, 1980.
23. Ergin C. Doktor ve hemşirelerde tükenmişlik ve maslach tükenmişlik envanterinin uyarlanması. 7. Ulusal Psikoloji Kongresi, 1992, Ankara, Türkiye.
24. Polatçı S. Tükenmişlik sendromu ve tükenmişlik sendromuna etki eden faktörler (Gaziosmanpaşa Üniversitesi akademik personeli üzerinde bir analiz). Tokat, Gaziosmanpaşa Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek lisans tezi, 2007.
25. Johnson AB, Gold V, Knepper D. Frequency and intensity of professional burnout among teachers of the mildly handicapped. College Student Journal, 1984.
26. Perlman B, Hartman EA. Burnout: summary and future research. Human Relations, 1982; 35: 283-305.
27. Çam O, Tükenmişlik envanterinin geçerlik ve güvenilirliğinin araştırılması. VII. Ulusal Psikoloji Kongresi Bilimsel Çalışmaları El Kitabı, 1992; 155-166.

28. Sürgevil O. Çalışma hayatında tükenmişlik sendromu: tükenmişlikle mücadele teknikleri. 1. baskı, nobel yayın, 2006.
29. Cordes CL, Dougherty TW. A review and an integration of research on job burnout. *Academy of Management Review*, 1993; 18: 621-656.
30. Martin Rod A. The psychology of humor. An intergrative approach. Burlington, Elsevier Academic Publication, 2007.
31. Maslach C, Jackson SE. A social psychological analysis. in: Sanders GS, Suls J, editors. *Social psychology of health and illness*. New Jersey, Lawrence Erlbaum Associates Inc Publishers, 2013; 227-251
32. Çam O. The burnout in nursing academicians in Turkey. *International Journal Of Nursing Studies*, 2001; 38: 201-207.
33. Maslach C, Leiter MP. The truth about burnout. First edition. San francisco, Jossey-Bass, 1997.
34. Torun A. Stres ve tükenmişlik, in: Tevrüz S editör, *Endüstri ve örgüt psikolojisi*. 2. baskı, Türk Psikologlar Derneği yayını, İstanbul, 1998. 43-45.
35. Polatçı S, Ardıç K, Tınaz Z. Tükenmişlik sendromu ve demografik özelliklerin tükenmişlik üzerine etkisi: Tokat orta öğretim kurumlarında bir analiz. *Sosyal Ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi*, 2007; 1-22.
36. Çağlıyan Y. Tükenmişlik sendromu ve iş doyumuna etkisi (devlet ve vakıf üniversitelerindeki akademisyenlere yönelik alan araştırması). Doktora tezi, Kocaeli Üniversitesi, İzmit, 2007.
37. Hingley P, Harris P. Stress. Burn-out at senior level. *Nursing Times*, 1985; 82: 28-29.
38. Özçınar M. Asistan doktorlarda burnout sendromu. Sağlık Bakanlığı Dr. Lütfü Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi aile hekimliği, uzmanlık tezi, İstanbul, 2005.
39. Gül H, İnce M, Özcan N. The relationship between workplace mobbing and burnout among academics at a Turkish university. *Research Journal Of International Studies*, 2011; 18: 118-134.
40. Liakopoulou M. Burnout, staff support, and coping in pediatric oncology. *Supportive Care In Cancer*, 2008; 16: 143-150.
41. Ardıç K, Polatçı S. Tükenmişlik sendromu akademisyenler üzerinde bir uygulama (GOÜ örneği). *İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 2008; 10: 1-28.

42. Leiter MP, Maslach C. The impact of interpersonal environment on burnout and organizational commitment. *Journal of Organizational Behavior*, 1988; 9: 297-308.
43. Tümkaya S. Akademik tükenmişlik leğinin geliştirilmesi: geçerlik ve güvenirlik alışması. Ulusal Psikolojik Danışma ve Rehberlik Kongresi, Gazi Üniversitesi, Gazi Eğitim Fakültesi, Ankara, 1999.
44. Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced burnout. *Journal Of Organizational Behavior*, 1981; 2: 99-113.
45. Maslach C. Burnout: the cost of caring. Englewood cliffs, NJ, Prentice Hall, 1982.
46. Muldary TW. Burnout among health professionals: manifestations and management. 6<sup>th</sup> ed. NJ, USA, Appleton-Century-Crofts, 1983.
47. 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
48. Maslach C, Leiter MP. Early predictors of job burnout and engagement. *Journal Of Applied Psychology*, 2008. 93: 498.
49. Leiter MP, Maslach C. Early predictors of job burnout and engagement. *Journal of Applied Psychology*, 2008; 93: 498-512.
50. Solmuş T. İş yaşamında duygular ve kişiler arası ilişkiler, psikoloji penceresinden insan kaynakları yönetimi [from the perspective of human resources management, interrelations and feelings in working life]. İstanbul, beta, 2004.
51. Yavuz CI, Hamzaoğlu O. Sağlık bakanlıklarının Türkiye ve dünyada yeniden yapilandirilmesi. *Toplum ve Hekim*, 2013; 28: 163.
52. Hamzaoğlu O. Dünyada sağlık reformu Türkiye’de sağlıkta dönüşüm: gerçekler ve belgeleri. *Toplum ve Hekim*, 2013; 28.
53. Akdağ R. İlerleme raporu; Türkiye sağlıkta dönüşüm programı. Ankara, TC Sağlık Bakanlığı, 2008; 749.
54. Öcek Z, Türk M. Sağlık emekçilerinin sağlıkta dönüşüm programına uyumunu değerlendirmeye yönelik bir girişim: “sağlık personeli memnuniyet araştırması”. *Toplum ve Hekim*, 2014; 29: 129.
55. Akdağ R. Sağlık personeli memnuniyet araştırması. Hıfzısıhha Mektebi Müdürlüğü, Refik Saydam Hıfzısıhha Merkezi Başkanlığı, Sağlık Bakanlığı, Ankara, 2010.

56. Akdağ R. Türkiye sağlıkta dönüşüm programı ve temel sağlık hizmetleri: kasım 2002-2008. Ankara, TC Sağlık Bakanlığı, 2008.
57. Gül SS, Ergun AD. Piyasa odakli bir uygulama olarak aile hekimliği: sağlık hizmetinin sunumunda olasi kayiplar. II. Sosyal haklar ulusal sempozyumu, 4-6 kasım 2010, Denizli.
58. Yıldırım HH. Türkiye sağlık sistemi: sağlıkta dönüşüm programı değerlendirme raporu. Ankara, Sağlık-Sen Yayınları, 2013.
59. Günaydin D. Sağlık hizmetlerinde küresel reform yaklaşımları. İktisat Ve İctimaiyat Enstitüsü, Sosyal siyaset konferansları, 2011: 323.
60. Vaizoğlu SA. Sağlık hizmetlerinde “memnu-niyet”. Toplum ve Hekim, 2014; 29.
61. Köse MR, Başara BB, Güler C, Soyutun İ, ve ark. Sağlık istatistikleri yılığı 2015. TC Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, Ankara, 2016.
62. Öcek Z, Çiçeklioğlu M. Aile hekimliği birinci basamak sağlık ortamını nasıl dönüştürdü? Ankara, Türk Tabipleri Birliği Yayınları, 2013.
63. Öztekin Z. Türkiye’de sağlıkta dönüşüm programı ve aile hekimliği. Hacettepe Tıp Dergisi, 2009; 40: 6-12
64. TC Sağlık Bakanlığı. Sağlıkta dönüşüm programı, Ankara, 2003.
65. Altın S, What changed in the chest diseases’ education hospitals in the last 5 years? Turkish Thoracic Society 14th Annual Congress Abstract Book: ss-166, April 2011, Antalya, Turkey.
66. Civaner MM, Azap A, Pala K, Akalın A, ve ark. ‘The Lancet’ sağlıkta dönüşüm programı’nın başarıları’nı dünyaya pazarlıyor. Toplum ve Hekim, 2013; 28.
67. TC Sağlık Bakanlığı. Sağlıkta performans yönetimi, Ankara, 2006.
68. Elbek O, Adaş EB. Sağlıkta dönüşüm: eleştirel bir değerlendirme. Türkiye Psikiyatri Derneği Bülteni, 2009; 12: 33-43.
69. Hamzaoğlu O. Yeni liberal politikalar ve Türkiye’de sağlıkta reform-dönüşüm. Toplum ve Hekim, 2007; 22: 418-431.
70. Yıldırım HH, Yıldırım T, Erdem R. Sağlık hizmetleri finansmanında kullanıcı katkıları: genel bir bakış ve Türkiye için bir durum değerlendirmesi. Amme İdaresi Dergisi, 2011; 44: 71-98.
71. Sezgin D. Sağlıkta dönüşüm: sağlık paradigması ve medya. Toplum ve Hekim, 2016; 31: 101-109.

72. Çukurova Z, Akın M, Özgül E, Kazancı EG, ve ark. Kamu hastaneleri istatistik yıllığı 2014. Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu, Sağlık Bakanlığı Yayın No: 1000, Ankara, 2015.
73. Aktan AO, Pala K, İlhan B. Health-care reform in Turkey: far from perfect. *The Lancet*, 2014; 383: 25-26.
74. Ergin C. Sağlık personelinin iş anlayışları ve tutumları araştırması. TC Sağlık Bakanlığı, 1995.
75. Ergin C. Maslach tükenmişlik ölçeğinin Türkiye sağlık personeli normları. *3p Dergisi*, 1996; 4: 28-33.
76. Deckard GJ, Hicks LL, Hamory BH. From the infectious diseases society of America the occurrence and distribution of burnout among infectious diseases physicians. *Journal of Infectious Diseases*, 1992; 165: 224-228.
77. Shanafelt TD. Burnout and self-reported patient care in an internal medicine residency program. *Annals of Internal Medicine*, 2002; 136: 358-367.
78. Ergin C. Doktor ve hemşirelerde tükenmişlik ve Maslach Tükenmişlik Ölçeği'nin uyarlanması. Ankara, Türk Psikologlar Derneği Yayını, 1993.
79. Yaman H, Ungan M. Burnout in young doctors: a study of residents of family medicine in Ankara. *Türk Psikoloji Dergisi*, 2002; 17: 37-44.
80. Zapf D. Organisational, work group related and personal causes of mobbing/bullying at work. *International Journal Of Manpower*, 1999; 20: 70-85.
81. Aslan D. Türkiye'de tabip odalarına kayıtlı olan bir grup hekimde tükenmişlik sendromu ve etkileyen faktörler. (Burnout syndrome and influencing factors in some of the physicians registered in chambers of physicians in Turkey). Ankara, Türk Tabipleri Birliği Yayınları, 2005.
82. Legassie J, Zibrowski EM, Goldszmidt MA. Measuring resident well-being: impostorism and burnout syndrome in residency. *Journal of General Internal Medicine*, 2008; 23: 1090-1094.
83. Shanafelt TD. Relationship between clerical burden and characteristics of the electronic environment with physician burnout and professional satisfaction. *Mayo Clin Proc*, 2016; 91.
84. Embriaco N. High level of burnout in intensivists: prevalence and associated factors. *American Journal of Respiratory And Critical Care Medicine*, 2007; 175: 686-692.



85. Guntupalli K, Fromm R. Burnout in the internist-intensivist. *Intensive Care Medicine*, 1996; 22: 625-630.
86. Hlubocky FJ, Back AL, Shanafelt TD. Addressing burnout in oncology: why cancer care clinicians are at risk, what individuals can do, and how organizations can respond, in Dizon DS, Pennell N, editors. *American Society of Clinical Oncology Educational Book, 52nd Annual Meeting*. Chicago, American Society of Clinical Oncology, Inc, 2016, 271-279.
87. Shanafelt TD. Burnout and career satisfaction among us oncologists: results of the 2012 asco survey. *American Society Of Clinical Oncology*, 2013.
88. Allegra CJ, Hall R, Yothers G. Prevalence of burnout in the us oncology community: results of a 2003 survey. *Journal Of Oncology Practice*, 2005; 1: 140-147.
89. Ergin C. Doktor ve hemşirelerde tükenmişlik ve maslach tükenmişlik ölçeğinin uyarlanması. VII. Ulusal Psikoloji Kongresi Bilimsel Çalışmaları: p.25, 22-25 Eylül 1992, Ankara, Hacettepe Üniversitesi.
90. Schaufeli WB, Van Dierendonck D. A cautionary note about the cross-national and clinical validity of cut-off points for the maslach burnout inventory. *Psychological Reports*, 1995; 76: 1083-1090.
91. Örmen U. Tükenmişlik duygusu ve yöneticiler üzerinde bir uygulama. İstanbul, Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, yüksek lisans tezi, 1993.
92. Girgin G, Baysal A. Zihinsel engelli öğrencilere eğitim veren öğretmenlerin mesleki tükenmişlik düzeyi ve bazı değişkenler (İzmir örneği). *Pamukkale Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 2005; 18: 1-10.
93. Otacıoğlu SG. Müzik öğretmenlerinde tükenmişlik sendromu ve etkileyen faktörler. *Inönü Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 2008; 9.
94. Naktiyok A, Karabey CN. İşkoliklik ve tükenmişlik sendromu. *Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 2005; 19.
95. Şanlı S. Adana ilinde çalışan polislerin iş doyumunu ve tükenmişlik düzeylerinin bazı değişkenler açısından incelenmesi. *Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı*, yüksek lisans tezi, Adana, 2006.
96. Gençay ÖA. Beden eğitimi öğretmenlerinin iş doyumunu ve mesleki tükenmişliklerinin bazı değişkenler açısından incelenmesi. *Kastamonu Eğitim Dergisi*, 2007; 15: 765-780.

97. Maslach C and Jackson SE. Maslach burnout inventory. Research edition. Manual, Consulting Psychologists Press, 1981.
98. Maslach C and Jackson SE. The role of sex and family variables in burnout. *Sex Roles*, 1985; 12: 837-851.
99. Taycan O, Kutlu L, Çimen S, Aydın, N. Bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerde depresyon ve tükenmişlik düzeyinin sosyodemografik özelliklerle ilişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2006; 7: 100-108.
100. Goodfellow A, Varnam R, Rees D, Shelly MP. Staff stress on the intensive care unit: a comparison of doctors and nurses. *Anaesthesia*, 1997; 52: 1037-1041.
101. Ergin C. Akademisyenlerde tükenmişlik ve çeşitli stres kaynaklarının incelenmesi. *Edebiyat Fakültesi Dergisi*, 1995; 12.
102. Özdemir M. Sağlık çalışanlarının sorunları. *Toplum ve Hekim*, 1999; 14: 404.
103. Marchand A. Burnout symptom sub-types and cortisol profiles: what's burning most? *Psychoneuroendocrinology*, 2014; 40: 27-36.
104. Akerstedt T, Kecklund G, Gillberg M. Sleep and sleepiness in relation to stress and displaced work hours. *Physiology & Behavior*, 2007; 92: 250-255.
105. Torsvall L. Sleepiness on the job: continuously measured eeg changes in train drivers. *Electroencephalography And Clinical Neurophysiology*, 1987; 66: 502-511.
106. Kecklund G, Akerstedt T. Sleepiness in long distance truck driving: an ambulatory eeg study of night driving. *Ergonomics*, 1993; 36: 1007-1017.
107. Vela-Bueno A. İnsomnia and sleep quality among primary care physicians with low and high burnout levels. *Journal of Psychosomatic Research*, 2008; 64: 435-442.
108. Sayek İ, Aktan AÖ, Demir T, Özyurt A. Tıpta uzmanlık eğitimi raporu. Ankara, Türk Tabipleri Birliği Yayınları, 2015.
109. Kim HC. Association between job stress and insomnia in korean workers. *Journal of Occupational Health*, 2011; 53: 164-174.
110. Guglielmi O. Job stress, burnout, and job satisfaction in sleep apnea patients. *Sleep Medicine*, 2014; 15: 1025-1030.
111. Erol A, Sarıççek A, Gülseren Ş. Asistan hekimlerde tükenmişlik: iş doyumu ve depresyonla ilişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2007.
112. Leiter MP, Durup J. The discriminant validity of burnout and depression: a confirmatory factor analytic study. *Anxiety, Stress, And Coping*, 1994; 7: 357-373.

113. Mcknight JD, Glass DC. Perceptions of control, burnout, and depressive symptomatology: a replication and extension. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1995; 63: 490.
114. Stefansson CG, Wicks S. Health care occupations and suicide in Sweden 1961–1985. *Social Psychiatry And Psychiatric Epidemiology*, 1991; 26: 259-264.
115. Weiner A, Marten S, Wochnick E, Davis MA, et al. Psychiatric disorders among professional women. *Archives Of General Psychiatry*, 1979; 36: 169-173.
116. Frank E, Dingle AD. Self-reported depression and suicide attempts among us women physicians. *American Journal Of Psychiatry*, 1999; 156: 1887-1894.
117. Schernhammer ES, Colditz GA. Suicide rates among physicians: a quantitative and gender assessment (meta-analysis). *American Journal of Psychiatry*, 2004; 161: 2295-2302.
118. Kılınç O, Uçan ES, Çakan A, Ellidokuz H, ve ark. İzmir’de sağlık çalışanları arasında tüberküloz hastalığı riski: tüberküloz meslek hastalığı olarak kabul edilebilir mi. *Toraks Dergisi*, 2000; 1: 19-24.
119. Malasky C. Occupational tuberculous infections among pulmonary physicians in training1-3. *Am Rev Respir Dis*, 1990; 142: 505-507.
120. Childs E, De wit H. Effects of acute psychosocial stress on cigarette craving and smoking. *Nicotine & Tobacco Research*, 2010; 214.
121. Cecil J, Mchale C, Hart J, Laidlaw A. Behaviour and burnout in medical students. *Medical Education Online*, 2014; 19.
122. Erdur B. Assessment of the relation of violence and burnout among physicians working in the emergency departments in Turkey. *Ulus Travma Acil Cerrahi Derg*, 2015; 21: 175-181.
123. Oray NÇ, Balcı B, Özlem EN, Özaçar E, ve ark., Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi tıpta uzmanlık öğrencilerinin mesleki tükenmişlik düzeyleri. *Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 2013; 27: 67-73.
124. Bostan PP, Elbek O, Kılınç O, Akçay MŞ, ve ark. Türk Toraks Derneği üyesi olan göğüs hastalıkları hekimleri arasında sigara bırakma polikliniği yapılma sıklığı ve ilişkili faktörler. *Tuberk Toraks*, 2014; 62: 131-136.
125. Cox T, Leiter M. The health of health care organizations. *Work & Stress*, 1992; 6: 219-227.

126. Vsser MR. Stress, satisfaction and burnout among dutch medical specialists. *Canadian Medical Association Journal*, 2003; 168: 271-275.
127. Mcmanus I, Winder B, Gordon D. The causal links between stress and burnout in a longitudinal study of uk doctors. *The Lancet*, 2002; 359: 2089-2090.
128. Mijakoski D. Burnout, engagement, and organizational culture: differences between physicians and nurses. *Open Access Macedonian Journal Of Medical Sciences*, 2015; 3: 506.
129. Bosch M. Organizational culture, team climate and diabetes care in small office-based practices. *BMC Health Services Research*, 2008; 8: 180.
130. Karadzinska-Bislimovska J. Linkages between workplace stressors and quality of care from health professionals' perspective–macedonian experience. *British Journal of Health Psychology*, 2014; 19: 425-441.
131. Montgomery A. Improving quality and safety in the hospital: the link between organizational culture, burnout, and quality of care. *British Journal Of Health Psychology*, 2013;18: 656-662.
132. Werther WB. *Human resources and personnel management*. 5<sup>th</sup> edition. McGraw-Hill, 1996.
133. Storlie FJ. Burnout: the elaboration of a concept. *Ajn The American Journal Of Nursing*, 1979; 79: 2108-2111.
134. Kalemoglu M, Keskin Ö. Gata Haydarpaşa Eğitim Hastanesi acil servis çalışanlardaki stres faktörleri ve tükenmişlik. *Ulus Travma Acil Cerrahi Derg*, 2002; 8: 215-219.
135. Üner H. Mecburi hizmet: geç kalmış bir değerlendirme. *Toplum Ve Hekim*, 1991; 7: 4-7.
136. Kushnir T, Cohen AH, Kitai E. Continuing medical education and primary physicians' job stress, burnout and dissatisfaction. *Medical Education*, 2000; 34: 430-436.
137. Spânu F. What happens to health professionals when the ill patient is the health care system? Understanding the experience of practising medicine in the romanian socio-cultural context. *British Journal of Health Psychology*, 2013; 18: 663-679.
138. Todorova IL. Organizational hierarchies in bulgarian hospitals and perceptions of justice. *British Journal of Health Psychology*, 2014; 19: 204-218.

139. McGowan Y. Through doctors' eyes: a qualitative study of hospital doctor perspectives on their working conditions. *British Journal of Health Psychology*, 2013; 18: 874-891.
140. Humphries N. Quality of care and health professional burnout: narrative literature review. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 2014; 27: 293-307.



# EKLER

## EK-1

### BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Bu çalışma ile toplanan veriler Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Göğüs Hastalıkları A.D. da çalışmakta olan Dr. Merve ATİK'in 'TÜRKİYE'DEKİ GÖĞÜS HASTALIKLARI HEKİMLERİNDE TÜKENMİŞLİK SENDROMU SIKLIĞININ ARAŞTIRILMASI' adlı uzmanlık tezi için kullanılacaktır.

Bu web-anket, Türkiye'deki Göğüs hastalıkları alanında çalışan araştırma görevlisi, uzman ve öğretim üyelerinin tükenmişlik sendromu sıklığını belirlemek ve hekimlerin sigara alışkanlıklarının incelenmesi amacıyla hazırlanmıştır.

Bu çalışmada mümkünse tüm hekimlere ulaşılması planlanmıştır, Veri toplama sürecinin Kasım 2016' da sonlandırılması planlanmıştır.

Tükenmişlik Sendromu kişilerin mesleğin özgün anlamı ve amacından kopması, aşırı stres ve mesleki doyumsuzluğa tepki olarak kişinin kendini işinden geri çekmesi olarak tanımlanır.

Bu anket iki kısımdan oluşmaktadır;

1) Sosyo-demografik ve mesleki özellikler soru formu 2) Maslach tükenmişlik ölçeği (MTÖ)

- Araştırmanın sağlıklı sonuca ulaşması için bu soruları lütfen dikkatli bir şekilde okuyarak işaretleyiniz.
- Çalışmaya yalnızca **göğüs hastalıkları** alanında **aktif** olarak çalışmakta olan hekimler alınacaktır.
- Eğer uzmanlık sonrası üst ihtisasınız varsa (alerji, yoğun bakım, meslek hastalıkları) lütfen testi cevaplamayınız.
- Lütfen, her soru için size uygun seçeneği parantez içine (x) işareti koyup işaretleyiniz.
- Lütfen işaretsiz ifade bırakmayınız. Tamamı işaretlenmeyen formlar değerlendirmeye alınmayacaktır.
- Açık uçlu soruları uygun biçimde yanıtlayınız.
- Adınızı ve soyadınızı yazmanıza gerek yoktur.
- Sorulara verilen cevaplar araştırma amacıyla kullanılacak ve bilgiler kesinlikle gizli tutulacaktır.
- Bu anket 51 sorudan oluşmaktadır. 15 dakikanızı alacaktır.

Eğer bu çalışmaya katılmayı kabul ediyorsanız; elektronik posta adresimize en kısa sürede dönmenizi rica ederiz

Yardımcı olduğunuz için teşekkürler..

Sorumlu araştırmacı;  
Prof. Dr. Eyüp Sabri Uçan  
e-mail; [eucan@deu.edu.tr](mailto:eucan@deu.edu.tr)  
tel; 02324123803

Çalışma ile ilgili ek bilgi için başvurulabilecek kişi  
Asist. Dr. Merve Atik  
e-mail; [merve\\_ci@hotmail.com](mailto:merve_ci@hotmail.com)  
tel; 05439476642

**EK-2**

**FORM 1- SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU**

1) Yaşınız? .....

2) Cinsiyetiniz

Kadın	
Erkek	

3) Akademik Ünvanınız?

Araştırma görevlisi	
Uzman	
Eğitim sorumlusu Şef yardımcısı	
Eğitim sorumlusu Şef	
Yardımcı doçent	
Doçent	
Profesör	

4) Asistan hekim iseniz kaçınıcı ayınızdasınız ? .....

5) Çalıştığınız kurum?

2. basamak devlet hastanesi	
Eğitim araştırma hastanesi	
Üniversite	
Özel sağlık kuruluşu	

6) Tıp fakültesinden mezun olduğunuz yıl? .....

7) Tıp fakültesini kendi isteğinizle mi seçtiniz?

Evet	
Hayır	

8) Tıpta uzmanlık alanınızı isteyerek mi seçtiniz?

Evet	
Hayır	

9) TUS'ta kaçınıcı tercihinizdi? .....

10) Bugün yeniden olsa aynı uzmanlık alanını seçer misiniz?

Evet	
Hayır	



**11) Aylık nöbet sayınız ( Ortalama haftada tuttuğunuz nöbetleri hafta sonu ve hafta içi sayısı olarak belirtiniz)**

Hafta içi	
Hafta sonu	

**12) Aylık icap sayınız ( Ortalama haftada tuttuğunuz icap nöbetlerini hafta sonu ve hafta içi sayısı olarak belirtiniz)**

Hafta içi	
Hafta sonu	

**13) Haftalık çalışma saatiniz (yalnızca mesai saatlerini yazınız)**

..... saat/hafta

**14) Ne kadar maaş alıyorsunuz ( maaş+ performans)**

< 10.000 TL	
10.000 TL-20.000 TL	
>20.000 TL	

**15) Sizce aldığımız ücret yeterli mi?**

Evet	
Hayır	
Kısmen	

**16) Medeni durumunuz**

Hiç evlenmemiş (Bekar)	
Evli	
Boşanmış	
Eşi ölmüş	
Evli→Ayrı yaşıyor	

**17) sahip olduğunuz çocuk sayısı**

.....

**18) Bakmakla yükümlü olduğunuz sağlık sorunu olan kişi var mı?**

Evet	
Hayır	

**19) Tanı almış olduğunuz bir hastalığınız var mı? (olanların yanına 'X' koyunuz)**

\_\_Esansiyel hipertansiyon

\_\_diyabet

\_\_gastirik ülser

\_\_ malignite

\_\_major depresif bozukluk

\_\_yaygın anksiyete bozukluğu

\_\_uyku bozukluğu

\_\_ürtiker

\_\_tüberküloz

\_\_ lumbalji

\_\_diğer \_\_\_\_\_

**20) Herhangi bir antideprasan ilaç kullanıyor musunuz? (prozac, lustral, cipram, cipralax, efexor, cymbalta, citol, paxil, desyrel... vb )**

Evet	
Hayır	

**21) Herhangi bir antideprasan ilaç geçmişte kullandınız mı? (prozac, lustral, cipram, cipralax, efexor, cymbalta, citol, paxil, desyrel... vb )**

Evet	
Hayır	

**22) Kendinize veya ailenize yeterli vakit ayırabildiğinizi düşünüyor musunuz?**

Evet	
Hayır	

**23) Sigara içme durumunuz ?**

Hiç içmedim	
Bıaktım	
Halen sigara içiyorum	

**24) Sigara bıraktırma sertifikanız varmı?**

Evet	
Hayır	

**25) Günlük poliklinik rutininizde sigara polikliniği yapıyor musunuz?**

Evet	
Hayır	

**26) Çalışma alanınızda verilen görevi başarı ile tamamladığınızda üstleriniz sizi takdir eder ya da ödüllendirir mi?**

Evet	
Hayır	
Bazen	

**27) Meslek seçiminiz ile ilişkili olarak yaşadığınız /veya gelecekte yaşayacağınızı düşündüğünüz temel sorun ?**

	Şu an	Gelecekte
Fiziki koşulların yetersizliği		
Duygusal tatminsizlik		
Üstlerle ilişkilerin bozuk olması		
Çalışma arkadaşları ile ilişkilerin bozuk olması		
Mortalitesi yüksek kronik hastalığa sahip hastalar		
Yaşayacağım yeri seçememek		
Aile bütünlüğünün bozulması		
Yetersiz ücretlendirme		
Performans sistemi		
Uygunsuz çalışma/icap/nöbet koşulları		
Akademik çalışma/egitim için yeterli zaman ayıramamak		
Kişisel uğraşlara zaman ayıramama		
Ülkenin sosyopolitik durumu		
Hasta ve hasta yakınları ile iletişim problemleri		

**28) Fiziksel yada ruhsal yardıma ihtiyacınız olduğunda destek alabileceğiniz yapılar varmı?**

Evet	
Hayır	

**29) Cevabınız evet ise kimden sosyal destek alıyorsunuz?**

Anne-baba	
Kardeşler	
Eş	
Komşu	
Akraba	
Sivil toplum kuruluşu	
Meslek örgütü	

**EK-3**  
**FORM-2 MASLACH TÜKENMİŞLİK ÖLÇEĞİ**  
(Maslach burnout inventory manual)

<b>Aşağıda, kişilerin ruh durumlarını ifade ederken kullandıkları bazı cümleler verilmiştir. Lütfen her bir cümleyi dikkatle okuyarak hangi sıklıkta hissettiğinizi size uyan seçeneğe 'X' işareti koyarak belirtiniz.</b>	<b>Hiçbir zaman</b>	<b>Yılda birkaç kez</b>	<b>Ayda birkaç kez</b>	<b>Haftada birkaç kez</b>	<b>Hergün</b>
1. "Kendimi işimden soğumuş hissediyorum."	0	1	2	3	4
2. "İşgününün sonunda kendimi ruhen tükenmiş 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 hemen anlayabilirim."	4	3	2	1	0
5. "Bazı hastalarım onlar sanki kişilikten yoksun bir objeymiş gibi davrandıklarını hissediyorum."	0	1	2	3	4
6. "Bütün gün insanlarla uğraşmak benim için gerçekten bir gerginliktir."	0	1	2	3	4
7. "Hastalarımın sorunlarını etkili bir şekilde hallederim."	4	3	2	1	0
8. "İşimin beni tükettiğini hissediyorum."	0	1	2	3	4
9. "İşimle diğer insanların yaşamlarını olumlu yönde etkilediğimi hissediyorum."	4	3	2	1	0
10. "Bu işe başladığımdan beri insanlara karşı sertleştim."	0	1	2	3	4
11. "Bu işin beni giderek katılaştırmasından korkuyorum"	0	1	2	3	4
12. "Kendimi çok enerjik hissediyorum."	4	3	2	1	0
13. "İşimin beni hayal kırıklığına uğrattığını düşünüyorum."	0	1	2	3	4
14. "İşimde gücümün üstünde çalıştığımı hissediyorum."	0	1	2	3	4
15. "İşim gereği karşılaştığım insanlara ne olduğu umurumda değil."	0	1	2	3	4
16. "Doğrudan insanlarla çalışmak bende çok fazla strese neden oluyor."	0	1	2	3	4
17. "Hastalarımın rahat bir atmosferi kolayca sağlayabilirim."	4	3	2	1	0
18. "Hastalarımınla yakın ilişki içinde çalıştıktan sonra kendimi neşeli hissediyorum."	4	3	2	1	0
19. "Bu meslekte pek çok değerli işler başardım."	4	3	2	1	0
20. "Kendimi çok çaresiz hissediyorum."	0	1	2	3	4
21. "İşimde duygusal sorunları bir hayli soğukkanlılıkla hallederim."	4	3	2	1	0
22. "Hastaların bazı problemlerini sanki ben yaratmışım gibi davrandıklarını hissediyorum."	0	1	2	3	4

**EK-4**  
**ETİK KURUL ONAY BELGESİ**

**DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ**  
**GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL KARARI**

<b>ETİK KOMİSYONUNUN ADI</b>	<b>DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ</b> <b>GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU</b>
<b>AÇIK ADRES</b>	<b>Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı 2. Kat İnciraltı-İZMİR</b>
<b>TELEFON</b>	<b>0 232 412 22 54-0 232 412 22 58</b>
<b>FAKS</b>	<b>0 232 412 22 43</b>
<b>E-POSTA</b>	<b>etikkurul@deu.edu.tr</b>

<b>BAŞVURU BİLGİLERİ</b>	DOSYA NO:	2838-GOA
	ARAŞTIRMA	UZMANLIK TEZİ <input type="checkbox"/> AKADEMİK AMAÇLI <input type="checkbox"/>
	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	<b>Türkiye'deki Göğüs Hastalıkları Hekimlerinde Tükenmişlik Sendromu Sıklığının Araştırılması</b>
	ARAŞTIRMA PROTOKOL KODU	
	SORUMLU ARAŞTIRMACI ÜNVANI/ADI/SOYADI ve UZMANLIK ALANI	Prof.Dr.Eyüp Sabri UÇAN Göğüs Hastalıkları A.D
	DESTEKLEYİCİ VE AÇIK ADRESİ	-
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ VE ADRESİ	-
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/> ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>

<b>DEĞERLENDİRİLEN BELGELER</b>	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili		
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	Mevcut		Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	ARAŞTIRMA İLE İLGİLİ LİTERATÜR	Mevcut		Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input checked="" type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	Mevcut		Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	OLGU RAPOR FORMU	Mevcut		Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>

KARAR BİLGİLERİ	Karar No:2016/21-12	Tarih:28.07.2016
	Prof.Dr.Eyüp Sabri UÇAN'ın sorumlusu olduğu "Türkiye'deki Göğüs Hastalıkları Hekimlerinde Tükenmişlik Sendromu Sıklığının Araştırılması" isimli klinik araştırmaya ait başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, etik açıdan çalışmanın gerçekleştirilmesinin uygun olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.	
<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	Cinsi yet	Araştırma ile ilişkili mi?		İmza
Prof.Dr.Banu ÖNVURAL (Başkan)	Tıbbi Biyokimya	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Ş.Reyhan UÇKU (Başkan Yardımcısı)	Halk Sağlığı	DEU Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D.	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Nejat SARIOSMANOĞLU	Kalp Damar Cerrahisi	DEU Tıp Fakültesi Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı	Erkek	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Ece BÖBER	Pediyatrik Endokrinoloji	DEU Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Vesile ÖZTÜRK	Nöroloji	DEU Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Sevinç ERASLAN	Endokrinoloji	DEU Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Mukaddes GÜMÜŞTEKİN	Tıbbi Farmakoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Ayşe Aydan ÖZKÜTÜK	Tıbbi Mikrobiyoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Nihal GELECEK	Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	DEU Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksek Okulu	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Müge KIRAY	Fizyoloji	DEU Tıp Fakültesi Fizyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Doç.Dr.Şeyda SEREN İNTEPELER	Hemşirelik Yönetimi	DEU Hemşirelik Fakültesi Hemşirelik Yönetimi A.D	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Doç.Dr.Sefa KIZILDAĞ	Tıbbi Biyoloji ve Genetik	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Biyoloji ve Genetik A.D	Erkek	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Sevda ÖZKARDEŞLER	Anesteziyoloji	DEU Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon A.D.	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Uzm.Dr.Ahmet Can BİLGİN	Hukuk	DEU Tıp Tarihi ve Etik A.D	Erkek	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
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"/>	