

T.C
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
ADLI TIP ENSTİTÜSÜ

Tez Danışmanları: Prof. Dr. İmdat ELMAS

Prof. Dr. İbrahim BALCIOĞLU

HAKİM VE CUMHURİYET SAVCILARINDA
PSİKOSOMATİK HASTALIKLAR
VE
TÜKENMİŞLİK SENDROMU

Sosyal Bilimler Anabilim Dalı

Yüksek Lisans Tezi

Gökçen Esra BADUROĞLU

Psikolog

İstanbul, 2010

*Bu çalışmaya başlamadan önce Adalet Bakanlığı Personel Genel Müdürlüğün ' den
06.12.2007 tarih ve B.0.30.PER.0.00.00.01/23287/104078 sayılı yazı ile izin alınmıştır.*

İÇİNDEKİLER

Tablo Listesi.....	6
Grafik Listesi.....	10
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	11
2. GENEL BİLGİLER.....	14
2.1. Zihin ve Beden İlişkisi.....	14
2.2. Psikosomatik Hastalıklar.....	15
2.2.1. Tanı ölçütleri.....	15
2.2.2. Psikosomatik Hastalıklarda Sınıflama.....	16
2.2.3. Psikosomatik Hastalıklarla İlgili Kuramsal Yaklaşımlar.....	17
2.2.3.1. Psikanalitik Yaklaşım.....	17
2.2.3.2. Kişilik Teorileri.....	18
2.2.3.3. Stres Kuramı.....	20
2.2.4. Psikosomatik Hastalıkların Oluşum Mekanizması.....	24
2.2.5. Psikosomatik Tıp ve Konsültasyon-Liyazon Psikiyatrisi.....	25
2.2.6. Psikosomatik Hastalıklarda Tedavi.....	25
2.2.6.1. Medikal Tedavi.....	25
2.2.6.2. Ruhsal Tedavi.....	26
2.3. Tükenmişlik (Burnout).....	26
2.3.1. Tükenmişlik ile İlgili Kuramsal Yaklaşımlar ve Modeller.....	27
2.3.1.1. Freudenberger 'ın Tükenmişlik Kavramı.....	27
2.3.1.2. Cherniss 'ın Tükenmişlik Modeli.....	28
2.3.1.3. Edelwich ve Brodsky Tükenmişlik Modeli.....	29
2.3.1.4. Meier 'ın Tükenmişlik Yaklaşımı.....	29
2.3.1.5. Suran ve Sheridan 'ın Tükenmişlik Yaklaşımı.....	30
2.3.1.6. Pines Tükenmişlik Modeli.....	31
2.3.1.7. Maslach'ın Tükenmişlik Modeli.....	31
2.3.1.7.1. Duygusal Tükenme.....	32

2.3.1.7.2. Duyarsızlaşma.....	33
2.3.1.7.3. Azalmış Kişisel Başarı.....	33
2.3.2. Tükenmişliğin Oluşum Süreci.....	33
2.3.3. Tükenmişliğin Oluşumuna Etki Eden Faktörler.....	34
2.3.3.1. Durumsal Faktörler.....	34
2.3.3.1.1. İşin Özellikleri.....	34
2.3.3.1.2. Mesleki Özellikler.....	35
2.3.3.1.3. Kurumsal Özellikler.....	36
2.3.3.2. Bireysel Faktörler.....	37
2.3.3.2.1. Demografik Faktörler.....	37
2.3.3.2.2. Kişilik Özellikleri.....	38
2.3.3.2.3. İş ile İlgili Düşünceler.....	39
2.3.4. Tükenmişliğin Belirtileri.....	41
2.3.4.1. Duygusal belirtiler.....	41
2.3.4.2. Davranışsal belirtiler.....	41
2.3.4.3. Bedensel belirtiler.....	41
2.3.5. Tükenmişliğin Sonuçları.....	42
2.3.5.1. Çalışma Performansı.....	42
2.3.5.2. Sağlık.....	43
2.3.6. Tükenmişlikle Başa Çıkma.....	43
2.3.6.1. Bireysel Odaklı Yöntemler.....	44
2.3.6.1.1. Çalışma Şeklini Değiştirmek.....	45
2.3.6.1.2. Önleyici Başa Çıkma Becerilerinin Geliştirilmesi.....	45
2.3.6.1.3. Sosyal Desteğin Kullanımı.....	46
2.3.6.1.4. Rahat Bir Yaşam Tarzı Geliştirmek.....	46
2.3.6.1.5. Sağlık Durumunu İyileştirmek.....	46
2.3.6.1.6. Kişisel Analiz.....	46
2.3.6.2. Kurum (Durumsal) Odaklı Yöntemler.....	47
2.3.7. Stres, Tükenmişlik ve Psikosomatik Hastalıklar.....	48

3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	49
3.1. Araştırmanın Şekli ve Örnekleme.....	49
3.2. Veri Toplama Araçları.....	49
3.2.1. Sosyodemografik Form.....	49
3.2.2. Maslach Tükenmişlik Ölçeği (Maslach Burnout Inventory-MBI).....	50
3.2.3. Tıbbi Durum Değerlendirme Formu.....	51
3.3. Verilerin Analizi.....	51
3.4. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	51
4. BULGULAR.....	52
4.1. Sosyodemografik Veriler ile İlgili Bulgular.....	52
4.2. Psikosomatik Semptom ve Hastalıkların Sıklığı ve Bazı Sosyodemografik Özellikler ile ilişkisi.....	59
4.3. Maslach Tükenmişlik Ölçeğinden Elde Edilen Bulgular ve Bazı Sosyodemografik Özellikler ile ilişkisi.....	71
4.4. Maslach Tükenmişlik Ölçeğinden Elde Edilen Bulgular ile Psikosomatik Semptom ve Hastalıkların sıklığı arasındaki ilişki.....	76
5. TARTIŞMA.....	82
5.1. Sosyodemografik bulgular.....	82
5.2. Psikosomatik Semptom ve Hastalıklar ile İlgili Bulgular.....	90
5.3. Tükenmişlik İle İlgili Bulgular.....	96
5.4. Tükenmişlik Düzeyi ile Psikosomatik Hastalıkların Sıklığı Arasındaki İlişki ile İlgili Bulgular.....	104
6. Sonuç.....	108
7. Özet.....	111
7. Abstract.....	113
8. Kaynaklar.....	115
-Ekler.....	122
-Özgeçmiş.....	135

TABLO LİSTESİ

Tablo 1. Katılımcıların Meslek Gruplarına Göre Cinsiyet Dağılımı

Tablo 2. Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerinin Dağılımı

Tablo 3. Katılımcıların Şuan ki Fakülte Tercihlerine Göre Dağılımı

Tablo 4. Katılımcıların Bazı Demografik Değişkenlerinin Ortalamaları

Tablo 5. İlk Tercihleri Hukuk Olan ve Olmayan Hakim ve C.Savcılarının Şuan ki Tercihleri Arasındaki İlişki

Tablo 6. Hakim ve C. Savcısı Olma ve Sigara Kullanma Durumu Arasındaki İlişki

Tablo 7. Hakim ve C. Savcısı Olma ve Alkol Kullanma Durumu Arasındaki İlişki

Tablo 8. İşi Zor bir Yaşam Olayı Olarak Gören Katılımcıların Sağlık Sorunlarını Zor Yaşam Olayı Olarak Görmelerine Göre Dağılımları

Tablo 9. Hakim ve C. Savcısı Olma ve Algılanan Zor Gelen Yaşam Olayları Arasındaki İlişkinin Ki Kare Testi ile Analizi

Tablo 10. Hakim ve C.Savcılarının Meslekleri ile İlgili Yıpratıcı Buldukları Konular

Tablo 11. Katılımcıların Meslek Hayatları Boyunca Göstermiş Oldukları Psikosomatik Sendrom ve Tanısını Aldıkları Psikosomatik Hastalıkların Cinsiyetlerine Göre Dağılımı

Tablo 12. Katılımcıların Meslek Hayatları Boyunca Göstermiş Oldukları Psikosomatik Sendrom ve Tanısını Aldıkları Psikosomatik Hastalıkların Meslek Gruplarına ve Semptom ile Hastalıkların Bulunduğu Sisteme Göre Dağılımları

Tablo 13. Katılımcıların Meslek Hayatları Boyunca Göstermiş Oldukları Psikosomatik Semptom ve Tanısını Aldıkları Psikosomatik Hastalıkların Toplam Sayısına Göre Dağılımları

Tablo 14. Katılımcıların Meslek Hayatları Boyunca Göstermiş Oldukları Psikosomatik Semptom ve Tanısını Aldıkları Psikosomatik Hastalıklar ile İlgili Bulgular

Tablo 15. Katılımcıların Meslek Hayatları Boyunca Göstermiş Oldukları Psikosomatik Semptom ve Tanısını Aldıkları Psikosomatik Hastalıkların Meslek Grubu ile İlişkisi

Tablo 16. Katılımcıların Meslek Hayatları Boyunca Göstermiş Oldukları Psikosomatik Semptom ve Tanısını Aldıkları Psikosomatik Hastalıkların Cinsiyet Değişkeni ile İlişkisi

Tablo 17. Katılımcıların Meslek Hayatları Boyunca Göstermiş Oldukları Psikosomatik Semptom ve Tanısını Aldıkları Psikosomatik Hastalıkların Yaş Değişkeni ile İlişkisi

Tablo 18. Katılımcıların Meslek Hayatları Boyunca Göstermiş Oldukları Psikosomatik Semptom ve Tanısını Aldıkları Psikosomatik Hastalıkların Çocuk Sayısı Değişkeni ile İlişkisi

Tablo 19. Katılımcıların Meslek Hayatları Boyunca Göstermiş Oldukları Psikosomatik Semptom ve Tanısını Aldıkları Psikosomatik Hastalıkların Meslekte Geçen Süre Değişkeni ile Korelasyon İlişkisi

Tablo 20. Katılımcıların Meslek Hayatları Boyunca Göstermiş Oldukları Psikosomatik Semptom ve Tanısını Aldıkları Psikosomatik Hastalıkların İl veya İlçede Daha Fazla Çalışmış Olma Değişkeni ile İlişkisi (Toplam N:106)

Tablo 21. Katılımcıların Meslek Hayatları Boyunca Göstermiş Oldukları Psikosomatik Semptom ve Tanısını Aldıkları Psikosomatik Hastalıkların Hukuk Fakültesini Tercih Etme Sırası Değişkeni ile İlişkisi

Tablo 22. Katılımcıların Meslek Hayatları Boyunca Göstermiş Oldukları Psikosomatik Semptom ve Tanısını Aldıkları Psikosomatik Hastalıkların Farklı Meslek Tercih Etme Değişkeni ile İlişkisi

Tablo 23. Katılımcıların Meslek Hayatları Boyunca Göstermiş Oldukları Psikosomatik Semptom ve Tanısını Aldıkları Psikosomatik Hastalıkların Sigara Kullanımları ile İlişkisi

Tablo 24. Katılımcıların Meslek Hayatları Boyunca Göstermiş Oldukları Psikosomatik Semptom ve Tanısını Aldıkları Psikosomatik Hastalıkların Alkol Kullanımları ile İlişkisi

Tablo 25. Katılımcıların Meslek Hayatları Boyunca Göstermiş Oldukları Psikosomatik Semptom ve Tanısını Aldıkları Psikosomatik Hastalıkların İş Zor Yaşam Olayı Algılama Durumu ile İlişkisi

Tablo 26. Katılımcıların Meslek Hayatları Boyunca Göstermiş Oldukları Psikosomatik Semptom ve Tanısını Aldıkları Psikosomatik Hastalıkların Sağlık Sorunlarını Zor Yaşam Olayı Algılama Durumu ile İlişkisi

Tablo 27. Katılımcıların Meslek Hayatları Boyunca Göstermiş Oldukları Psikosomatik Semptom ve Tanısını Aldıkları Psikosomatik Hastalıkların Toplumsal Sorunları Zor Yaşam Olayı Algılama Durumu ile İlişkisi

Tablo 28. Katılımcıların Meslek Hayatları Boyunca Göstermiş Oldukları Psikosomatik Semptom ve Tanısını Aldıkları Psikosomatik Hastalıkların Aile Sorunlarını Zor Yaşam Olayı Algılama Durumu ile İlişkisi

Tablo 29. Katılımcıların Meslek Hayatları Boyunca Göstermiş Oldukları Psikosomatik Semptom ve Tanısını Aldıkları Psikosomatik Hastalıkların Ulaşım Sorunlarını Zor Yaşam Olayı Algılama Durumu ile İlişkisi

Tablo 30. Katılımcıların Meslek Hayatları Boyunca Göstermiş Oldukları Psikosomatik Semptom ve Tanısını Aldıkları Psikosomatik Hastalıkların Geçim Sorunlarını Zor Yaşam Olayı Algılama Durumu ile İlişkisi

Tablo 31. Katılımcıların Maslach Tükenmişlik Ölçeğinin Alt Boyutlarından Aldıkları Puanlar

Tablo 32. Katılımcıların Maslach Tükenmişlik Ölçeğinin Alt Boyutlarından Aldıkları Puanlar Arasındaki Korelasyon İlişkisi

Tablo 33. Tükenmişlik Puanlarının Meslek Grubu Değişkeni ile İlişkisi

Tablo 34. Sosyodemografik Değişkenler ile Tükenmişlik Puanları Arasındaki İlişki

Tablo 35. Katılımcıların Meslek Hayatları Boyunca Göstermiş Oldukları Psikosomatik Semptom ve Tanısını Aldıkları Psikosomatik Hastalıkların Sıklığı ile Duygusal Tükenme Düzeyi Arasındaki Korelasyon ilişkisi

Tablo 36. Katılımcıların Meslek Hayatları Boyunca Göstermiş Oldukları Psikosomatik Semptom ve Tanısını Aldıkları Psikosomatik Hastalıkların Sıklığı ile Duyarsızlaşma Düzeyi Arasındaki Korelasyon İlişkisi

Tablo 37. Katılımcıların Meslek Hayatları Boyunca Göstermiş Oldukları Psikosomatik Semptom ve Tanısını Aldıkları Psikosomatik Hastalıkların Sıklığı ile Kişisel Başarı Düzeyi Arasındaki Korelasyon İlişkisi

Tablo 38. Katılımcıların Meslek Hayatları Boyunca Göstermiş Oldukları Psikosomatik Semptom ve Tanısını Aldıkları Psikosomatik Hastalıkların Sıklığı ile Tükenmişliğin Alt Boyutları arasındaki Korelasyon İlişkisinin Cinsiyet Gurubuna Göre Değerlendirilmesi

Tablo 39. Katılımcıların Meslek Hayatları Boyunca Göstermiş Oldukları Psikosomatik Semptom ve Tanısını Aldıkları Psikosomatik Hastalıkların Belirti Gösteren Organların Buldukları Belli Sistemlerle Tükenmişlik Alt Boyutları Arasındaki İlişki

Tablo 40. Katılımcıların Meslek Hayatları Boyunca Göstermiş Oldukları Psikosomatik Semptom ve Tanısını Aldıkları Psikosomatik Hastalıkların Belirti Gösteren Organların Buldukları Belli Sistemlerle Tükenmişlik Alt Boyutları Arasındaki İlişki (Devam)

GRAFİK LİSTESİ

Grafik 1. Psikosomatik Semptom ve Hastalıklar ve Görülme Yüzdeleri

Grafik 2. Kadın Hakim ve C.Savcılarında Psikosomatik Semptom ve Hastalıklar ve Görülme Yüzdeleri

Grafik 3. Erkek Hakim ve C.Savcılarında Psikosomatik Semptom ve Hastalıklar ve Görülme Yüzdeleri

Grafik 4. Belirti Gösteren Organların Bulunduğu Sisteme Göre Psikosomatik Semptom ve Hastalıkların Görülme Sıklığı

Grafik 5. Gözlenen Semptom ve Hastalık Sayısının Gözlendiği Kişi Sayısına Göre Dağılımı

1.GİRİŞ VE AMAÇ

Türkiye bir hukuk devletidir. Kişi hak ve Hürriyetlerinin en büyük teminatı da bağımsız yargı organlarıdır. Anayasa Mahkemesinin bir kararında şu ifade yer almaktadır: “Yargı yetkisi Türk ulusu adına bağımsız mahkemelerce kullanılır. Hakim demek mahkemelerde bağımsız yargı yetkisini Türk ulusu adına kullanan kimse demektir.” Mahkemeler dışında Anayasanın düzenlediği hiçbir kurum için bağımsızlıktan söz edilemez ve hakim dışında hiçbir devlet görevlisinin görevinde bağımsız bulunduğu bildirilmemiştir. Bu da hakimlerin hiçbir devlet görevlisiyle ölçülemeyecek önemde görev yaptıklarının Anayasaca kabul edildiğini gösterir (36).

Adaleti sağlama görevinde hakimın yanı sıra büyük sorumluluk taşıyan bir diğer meslek grubu Cumhuriyet Savcılarıdır. Ülkemizde Cumhuriyet Savcılarının hem adli, hem idari hem de mali görev ve sorumlulukları vardır ve bu sorumluluklar savcılarda çok daha büyük bir iş yükünü de beraberinde getirir (74).

Adli Görevleri:

- a.İşlenen suçların soruşturmasını yapmak ve kamu adına dava açmak
- b.Açılan kamu davalarının yine kamu adına duruşmalarda temsil görevini yerine getirmek
- c.Mahkemelerce verilen mahkumiyet kararlarının infazını sağlamak

İdari Görevleri:

- a.Kalem denetimini yapmak
- b.İcra daireleri ve noterleri denetlemek
- c.Nezarethaneleri denetlemek

Mali Görevleri:

- a.Adliyedeki ödenek sarfiyatını sağlamak (74)

Özellikle, insanlarla yoğun iletişim gerektiren meslek gruplarında görülen ve mesleğin doğası gereği yaşanan kronik stresle basa çıkamama sonucunda ortaya çıkan fizyolojik ve duygusal alanlarda hissedilen tükenme hissiyle kendini ortaya koyan durum tükenmişlik (Burnout) olarak adlandırılır. (65)

Türkiye’de ve dünyada Tükenmişlik hakkında yapılan çalışmalarda en fazla incelenen meslek grupları insanla yüz yüze en çok çalışanlar oldukları için sağlık personelleri, öğretmenler, polisler, avukatlar ve müşteri hizmetlerinde çalışanlardır. (25, 7, 1, 63, 57, 27, 6, 61, 12, 17, 54)

Kronik yaşanan veya tekrarlayan stres ile olumsuz duygusal durum, kişinin fiziksel sağlığına zarar verebilir. Yapısal bir değişiklik ya da işlev bozukluğunun söz konusu olduğu, oluş, alevlenme ve iyileşme nedenleri arasında psikososyal etkenlerin rol oynadığı bu fizyolojik bozukluklar psikosomatik hastalıklar olarak adlandırılmaktadır. (20, 48)

Şuana kadar yapılmış birçok çalışma tükenmenin, iş kaybından aile içi ilişki sorunlarına, psikosomatik hastalıklardan alkol, madde, sigara kullanımına ve hatta uykusuzluk, depresyon gibi ruhsal hastalıklara kadar uzanan çok çeşitli ciddi sonuçları olduğunu göstermektedir. Aynı zamanda bireyin sorunlarla baş etme yeteneği ve kişisel yaşam tarzına zarar vererek iş performansında ciddi bozulmalara neden olmaktadır. (19, 22)

Hakim ve C.Savcılarını toplumsal hayatı düzenlemede en önemli görevi üstlenmişlerdir. Verdikleri kararlarla tüm insanların hayatında çok büyük değişikliklere yol açabilen ve insanlarla yoğun ilişki kurarak çalışan mesleklerdir. Kararlarında yanlırlar ise masum insanların hayatı kararabilir, asıl suçlulara ise yeniden suç işlemeleri için fırsat verilmiş olur. Bu nedenle Hakim ve C.Savcılarının son derece sağlıklı kararlar vermeleri toplumun her bireyi için hayati önem taşır. Sağlıklı kararlar ise; sağlıklı zihin, sağlıklı ruh hali ve sağlıklı bir beden ile verilebilir.

Bu çalışmada amaç Hakim ve C.Savcılarının sosyodemografik özelliklerini belirlemek, sağlıkla ilgili bazı davranış şekilleri hakkında bilgi edinmek, meslekleri ile ilgili başlıca sıkıntılarını belirlemek, tükenmişlik düzeylerini ve psikosomatik hastalıklarının görülme sıklığını tespit etmek ve elde edilen bilgilerin birbirleri ile ilişkilerini incelemektir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1 Zihin ve Beden İlişkisi

Zihin ve beden arasındaki ilişki hakkında, tarihte bir çok uygarlıkta, çeşitli fikirler ortaya konmuştur. Örneğin 4000 yıl kadar önce, Çinli hekimler, fiziksel hastalıkların, öfke içeren dönemleri takiben ortaya çıktığını gözlemlemişlerdir. Yine aynı dönemde, Mısırlı hekimler ise, sağlığı korumak için olumlu duygular içinde olmanın ve iyimser bakış açısının önemi üzerinde durmuşlardır. Milattan önce 500'lü yıllarda, Hipocrates, beden kadar zihin hakkında da bilginin gerekliliğini vurgulamıştır. Yunan hekim Galen'in M.S. 2. yüzyılda, melankolik kadınların neşeli olanlara göre göğüs kanserine daha fazla eğilimli olduklarını gözlemlediğini kayda geçirmiştir. Bilim tarihinde zihin-beden birlikteliği inancının örneklerini çoğaltmak mümkündür (48).

Descartes 17. Yüzyılda iki farklı 'öz' ün varlığından bahsetmiştir: madde ve ruh. Zihin ve beden arasında net bir ayrılığın olduğu bu fikir, o dönem için felsefede, tıpta ve dinler üzerinde baskın bir hal almıştır ve bir süre tıbbi bilimler, zihni ve bedeni birbirinden bağımsız, iki ayrı varlık olarak kabul etmiş, ruhsal ve bedensel rahatsızlıkları, sadece zihin ve sadece beden çerçevesinde ele almışlardır. Ancak zamanla, zihin-beden bağına akla getiren bazı gelişmeler yaşanmıştır. Özellikle savaşlar, zihin ve beden arasındaki etkileşimin fark edilmesine katkıda bulunmuştur. Savaş sonrasında askerlerde gözlenen değişimler, olumsuz duygusal ve zihinsel durumun sağlık üzerindeki etkisi üzerine ilginin çekilmesini sağlamış ve zihin beden etkileşimi oldukça ilgi gören bir araştırma alanı haline gelmiştir. Zihinsel ve bedensel işleyiş hakkındaki tıbbi, fizyolojik, biyolojik ve psikolojik bilgi arttıkça Zihin ve beden etkileşimi hakkında bakış açısı değişmeye başlamıştır (48).

Günümüzde, zihin ve bedenin, birbiriyle etkileşim içindeki işleyişi büyük oranda kabul görmektedir. Zihin ve beden arasındaki ilişki, psikiyatrinin, özellikle de zihinsel ve duygusal süreçlerin fizyolojik işleyişi etkileyebileceği önermesi üzerine kurulu psikosomatik tıbbın ilgi alanına girmektedir. Bu etkileşimle ilgilenen diğer disiplinler arasında, çalışma

alanı zihinsel ve duygusal durumun beden immün sistemini ne şekilde etkilediği olan Psikonöroimmünoloji yer almaktadır. Yine ‘Davranışsal Tıp’ ve ‘Sağlık Psikolojisi’ alanları da ortaya atıldıkları 1970’li yıllardan bu yana psikolojik faktörlerin sağlık ve hastalık üzerindeki rolü ile ilgili çalışmalar yapmaktadır. (48, 75)

2.2 Psikosomatik Hastalıklar

Psikosomatik sözcüğü ilk kez JCA Heinroth (1818) tarafından kullanılmıştır. Psikosomatik, Yunanca “ruh” (psiko) ve “beden” (soma) anlamına gelen iki kelimenin birleştirilmesi ile oluşturulmuş, bedenle ruh arasındaki ilişkiye işaret eden bir kavramdır. Psikosomatik hastalıklar, oluşu, gidişi veya alevlenmesi üzerinde psikososyal etkenlerin rol oynadığı, gerçekten yapısal bir değişiklik ya da işlev bozukluğunun söz konusu olduğu fiziksel hastalıklardır. Bu konu ile ilgili yanlış olan yaygın bir inanış psikosomatik hastalıkları olan insanların gerçekte hasta olmadıkları ve tıbbi tedaviye gerek olmadığıdır. (35, 48, 8, 10)

Psikosomatik hastalıklar somatoform bozukluklar ile karıştırılmamalıdır. Somatoform bozukluklar, Somatizasyon Bozukluğu, Konversiyon Bozukluğu, Hipokondriasis, Beden Dismorfik Bozukluğu ve Somatoform Ağrı Bozukluğunun yer aldığı bir grup psikiyatrik bozukluktur. Somatoform bozukluklarda tıbbi bir hastalığın varlığını düşündürebilecek fiziksel yakınmalar ön plandadır, ancak yapılan muayene, tetkik ve araştırmalar sonucu bu tür bedensel yakınmaları açıklayacak nitelikte herhangi bir fiziksel ya da tıbbi bir hastalık tespit edilemez. Buna karşılık Psikosomatik rahatsızlıklarda, zihinsel durumun tetiklediği veya aracılık ettiği, bedeninin gerçek fiziksel hasarı bulunmaktadır. (48, 68)

2.2.1 Tanı Ölçütleri

Psikosomatik bozukluklar DSM II’ de “psikofizyolojik” bozukluklar olarak; DSM III’ de, “Fiziksel durumları etkileyen psikolojik faktörler (FDEPF)” olarak sınıflanmıştır. DSM IV’

de ise psikosomatik bozukluklar “Tıbbi Durumu Etkileyen Psikolojik Etkenler” başlığı altında verilmiştir. (48, 35)

A- Genel tıbbi bir durum vardır.

B- Psikolojik etkenler, aşağıdaki yollardan biriyle genel tıbbi durumu olumsuz yönde etkilemektedir:

(1) Psikolojik etkenlerle genel tıbbi durumun gelişmesi, alevlenmesi ya da iyileşmenin gecikmesi arasında, geçici yakın bir ilişkinin olduğu gösterildiğinden, bu etkenlerin genel tıbbi durumunun gidişini etkilediği yargısına varılmaktadır.

(2) Bu etkenler, genel tıbbi durumun tedavi edilmesini zorlaştırmaktadır.

(3) Bu etkenler, kişi için bir takım sağlık sorunları yaratmaktadır.

(4) Stresle ilişkili fizyolojik tepkiler, genel tıbbi durumun semptomlarının ortaya çıkmasına zemin hazırlamakta ya da bu semptomların alevlenmesine neden olmaktadır. (5)

2.2.2 Psikosomatik Hastalıklarda Sınıflama

Psikosomatik Hastalıklar, belirti veren organların ait oldukları sistemlere göre şu şekilde sınıflandırılabilir:

- 1- Baş ve Ağrı: Ağızda uçuk ve yaralar, diş eti sorunları, diş çürükleri, Atrofik rinitis, Behçet hastalığı, glokom, kas gerginliği ağrıları, konjonktivitis, meniere hastalığı, saman nezlesi, vasküler baş ağrıları (migren), vertigo.
- 2- Beslenme ve Sindirim: Anoreksiya nervosa, bulimia nervosa, obezite, kardiospazm, mide ülseri, duodenum ülseri, mide kanaması, crohn hastalığı, spastik kolon, sinirsel kusma, sinirsel kabızlık
- 3- Deri: Alerjik reaksiyonlar, egzama, hiperhidrosis, kaşıntı, ürtiker, nörodermit, sedef hastalığı, purpura, rosacea, saçkıran, siğil, sivilce, skleroderma (deri sertleşmesi), pruritis (anüs kaşıntısı).
- 4- Dolaşım: Anjina pectoris (göğüs ağrısı), anjionörotik ödem, aritmi, taşkardi, ateroskleroz (damar kireçlenmesi), hipertansiyon, koroner kalp hastalığı, beyin kanaması, emboli, bayılma.

- 5- İç Salgı: Addison hastalığı, cushing sendromu, diyabet, hipertroidi, hipotroidi, miksödem, hipoglisemi, hipopituitarizm (hormon eksiklikleri),
- 6- Bağışıklık Sistemi: Alerjik bozukluklar, enfeksiyonlar, herpetiform bozukluklar, kan hastalıkları, kollejen doku hastalıkları, tümörler, organ değişimleri.
- 7- Kas-İskelet-Sinir: Kas, iskelet bozulmaları, korea, multiple skleroz (MS), nöromiyopatiler, romotoid artrit, spazmodik tortikolis (istemsiz boyun kası kasılması).
- 8- Solunum: Solunum yollarında hırıltı, bronşiyal astım, hiperventilasyon sendromu, periyodik öksürük krizleri, tüberküloz.
- 9- Üreme-Boşaltım: Ağrılı menstrüasyon, regl düzensizlikleri, erken menopoza, amonere, yalancı gebelik, düşükler, cinsel işlev bozuklukları. (70)

2.2.3 Psikosomatik Hastalıklarla İlgili Kuramsal Yaklaşımlar

2.2.3.1 Psikanalitik Yaklaşım

Psikanaliz ekolüne göre, insan ruhu id, ego ve süper-ego gibi üç kısımdan oluşmaktadır. İd, gerçeklik ve ahlak kuralları ile ilgili olmayan ilk benliktir, insanın içgüdüsel ihtiyaçlarını, isteklerini ifade eder. Ego, ruh mekanizmasının, bilinç ve bilinçaltı arasında, id'in ilksel arzularını kontrol eden, organizmayı dış etkilerden koruyan kısımdır. Süper-ego ise, içinde yaşadığımız sosyal yasakların, kuralların temsilcisi olduğu mantığımızdır. Ruhun yapısını teşkil eden bu üç kısım arasında çatışma olduğu zaman nevrozlar, psikozlar ya da psikosomatik belirtiler meydana gelecektir. Psikanalitik yaklaşımdaki üç önemli isim Freud, Alexander ve Dunbar' dır. (56, 48)

Freud psikosomatik rahatsızlıklarda, semptomların bir çatışmayı sembolize ettiklerini, ruhsal çatışmaların organizmada önce fonksiyonel, sonra da lezyonel bozukluklara yol açtığını savunmuştur. Çatışmaların bedensel sağlık üzerindeki etkisini savunan Alexander, bu konu ile ilgili olarak 1961 yılında 'özgül çatışma hipotezi' ni geliştirmiştir. Bu hipoteze göre, psikosomatik rahatsızlıklar, her rahatsızlığa özgü olan

bilinçdışı çatışmaların ve olumsuz duygu durumların ürünüdür. Alexander' a göre duyguların uygun bir şekilde ifade edilememesi veya yetersiz ifade edilmesi sonucu sempatik ve parasempatik sinir sistemleri uygun olmayan şekilde fonksiyon gösterir. Sonuçta, kronik bir gerilim ve uyarılma söz konusu olur ve bu durum, vücudun fizyolojik reaksiyonlarını olumsuz etkiler. (56, 48)

Psikanalitik yaklaşımda çatışmaların yanı sıra, kişilik ve yaşam olayları gibi başka faktörlere de vurgu yapılmıştır. Alexander ve Dunbar, kişiliğin, içsel çatışmalar ve bu çatışmaların ortaya çıktığı gelişim dönemlerine bağlı olarak geliştiğini ve bu kişiliğin özelliklerinin sağlık üzerinde önemli rol oynadığını savunmuştur. Alexander ve Dunbar 'a göre her psikosomatik rahatsızlık için özgül kişilik özellikleri bulunmaktadır. Bu düşünce doğrultusunda 'kişilik profilleri' oluşturmuşlar ve bu kişilik profilleri ile bedensel rahatsızlıklar arasında bağlantı kurmaya çalışmışlardır. (48)

Alexander ayrıca yaşam olaylarının önemine vurgu yaparak çatışmalar ve yaşam olaylarının hastalık gelişiminde birlikte etkili olduğunu ifade etmiştir. Alexander 'a göre çözümlenmemiş psikolojik çatışmanın varlığı ile savunmaları zayıflayan kişi, belirli yaşam olayları karşısında en zayıf beden bölgelerinde rahatsızlık yaşamaktadır. (48)

Paris'te kurulmuş olan Psikosomatik Okulunun öncülerinden olan Pierre Marty, Christian David, Michel de M'uzan gibi psikanalistler psikosomatik hastalarının nevroz hastalarından farklarının, zihinselleştirme kapasitelerinin fakir olması, düşünsel dünyalarındaki kısır döngü ve depresyonu yaşama biçimleri olduğunu savunarak psikanalize, işlemcesel düşünce, zihinselleştirme yetersizliği, önbilincin geçirgen olmaması ve temel depresyon gibi yeni kuramsal açıklamalar sağlamışlardır. (67)

2.2.3.2 Kişilik Teorileri

Psikosomatik hastalıkların gelişiminde kişilik özelliklerinin önemi olduğu düşüncesi ilk önce psikanalitik yaklaşım tarafından ortaya atılmıştır. Ancak giderek farklı

yaklaşımlardan araştırmacılar bu teori üzerinde durmaya ve araştırma yapmaya başlamıştır. (48)

Konu ile ilgili en önemli çalışmaları yapan araştırmacılardan olan Roseman ve Friedman, 1959 yılında, A tipi kişilik yapısındaki bireylerin davranış özelliklerini, psikolojik-davranışsal belirtiler olarak tanımlayan iki kardiyologdur. (4)

A tipi kişilikteki birey yaşamında ikili bir savaş sürdürür. Birincisi zamana karşı olan savaştır. Bu kişiler gündelik hayattaki olağan davranışları bile (yürümek, yemek yemek gibi) hızla yapmak isterler, sabırsızdırlar, zaman öldürmeye tahammül edemezler, kısa zamanda çok fazla şey yapmaya çalışırlar. Sanki diğer insanlarınkinden daha hızlı bir saate göre hareket ederler, zamanı farklı algılar gibidirler. İkinci savaş ise yoğunlukla sosyal olaylar ve ilişkilerde karşılaşılan engellerle ilgilidir. Kişi sanki meydan okur gibidir. İş hayatındaki durumlar, iş yerindeki hedeflerle ilgili ağır yükümlülük altına girme, gittikçe zorlaşan amaçlara saplanma, rekabet ve sosyal ihtiraslar A tipi bireylerin kişilik özelliklerindedir. (48, 4)

Roseman ve Friedman tanımladığı psikolojik-davranışsal belirtiler şöyledir:

- Rekabet için yoğun istek
- Tanınmak ve ilerlemek için daimi arzu
- Saldırganlık ve düşmanlık
- Sürekli olarak farklı etkinliklere dahil olma
- Hızlandırılmış bir ritimde yaşama eğilimi (56)

Roseman ve Friedman 'a göre A tipi davranış özelliklerine sahip kişiler, kalp damar rahatsızlıkları için daha fazla risk taşımaktadırlar. Konuyla ilgili çok geniş kapsamlı (Western Collaborative Group Study) araştırmalarında, 3182 üst düzey yönetici ve orta düzey çalışandan, 4,5 ve sonrasında da 4 yıl olmak üzere toplam 8,5 yıllık izleme sürecinde veri toplamışlardır. 4,5 yıllık ilk çalışmanın sonucunda diğer anlamlı risk faktörlerinin yanı

sıra A tipi kişilik özellikleri de koroner kalp rahatsızlığı ile ilişkili bulunmuştur. Devamındaki 4 yıllık süreç tamamlandıktan sonra ulaştıkları sonuçların ise ilk sonuçlarla tutarlı oldukları görülmüştür. A tipi davranış örüntüsüne sahip bireylerin, kalp damar rahatsızlıklarına bağlı ölüm oranlarının, B tipi davranış örüntüsüne sahip bireylere göre iki kat fazla olduğu sonucuna ulaşılmıştır. (48)

B tipi davranış örüntüsüne sahip bireyler normal yaşamlarında; başkaları ile rekabete girmekten hoşlanmayan, heyecana kapılıp paniklemeyen, sabırlı, zamana karşı yarışmayan, sakin ve yumuşak bir mizaca sahiptirler. (60)

Yapılan diğer araştırmalarda Cameron ve Rychlak ülserli hastaların pasif, uysal ve yumuşak görüntülerinin ardında, öfke ve kin duygularının yattığını saptamıştır. Stokes, Kulchar, Pillsburg kronik ürtikerli hastaların kişilik tipini yönlendirici, gerilimli ve rekabetçi olarak tanımlamıştır. Greenwald gastrointestinal hastaları ve cilt hastalarıyla yaptığı araştırmada; gastrointestinal hastaların daha tepkisel (responsive) tarzda olduğunu, cilt hastalarının ise daha duyarsız (nonresponsive) olduklarını belirtmiştir. (35)

2.2.3.3 Stres Kuramı

Stres teorileri psikosomatik hastalıkları açıklamada en fazla kabul gören yaklaşımdır. Bunun en önemli nedeni stresin, zihin ve beden arasındaki bağlayıcı rolünün açık olarak görülmesidir. Olumsuz ruhsal ve zihinsel durumların, stres yaşantısı yoluyla bedensel hastalıklara dönüştüğü kabul edilirken, aynı şekilde, bedensel hastalıkların ruhsal belirti oluşumuna neden olması da yoğun stres yaşantısı ile açıklanmaktadır. (48)

Stres faktörünün psikosomatik hastalıklara yol açmasında, bağışıklık sisteminin rolüne özellikle vurgu yapılmaktadır. Selye 'ye göre strese karşı bedenin sürekli uyum sağlamaya çalışması, bedenin direncinin azalmasına ve sonuçta bedenin bağışıklık sisteminde parçalanmaya neden olmaktadır. Dolayısıyla böyle bir durum birçok psikosomatik hastalığın görülmesine sebep olmaktadır. Stres ile bağışıklık sistemi

arasındaki ilişkiyi ortaya çıkarmak için ilk klasik çalışma, 1991 ve 2003 yıllarında psikolog Sheldon Cohen ve çalışma arkadaşları tarafından gerçekleştirilmiştir. Çalışmanın sonucunda, sık sık strese maruz kalan kişilerin solunum yolları enfeksiyonlarına 3 ila 5 kat daha fazla yakalanma eğiliminde oldukları ortaya konulmuştur. (35, 2)

Stres terimi bir uyarı ve uyarana karşı organizmanın verdiği tepkiyi birlikte içeren, yani stresör ve stres tepkisinin bileşkesini tanımlayan bir terimdir. (68)

Bilimde stres ilk kez 17. yüzyılda elastiki nesne ve ona uygulanan dış güç arasındaki ilişkiyi açıklamak üzere fizikçi Hooke tarafından kullanılmıştır. Bundan yüz yıl sonra, bir fizikçi olan Young bunu bir formül üzerinde göstermiştir. Young 'a göre stres maddenin kendi içinde olan bir güç ya da dirençtir. Madde, kendi üzerine uygulanan dış güce kendi direnci oranında bir tepki (stres tepkisi) gösterir. Elastik kütle bu stres tepkisi sayesinde eğrilip bükülerek bu dış gücü dengelemeye ve ona uyum sağlamaya çalışır. Ancak eğer dış güç elastik kütle için kendi içerisindeki dirençten daha büyükse böyle bir dengeleme mümkün olmaz ve madde niceliksel bir değişime uğrayıp kırılabilir. Dıştan gelen gücün aşırı büyüklüğü durumunda ise niteliksel değişimler olabilir. (51)

Psikolojide kullanılan stres kavramı ise organizmanın dinamik olan dengesine (homeostasis) yönelik, içsel veya dışsal bir tehdit (stresör) ve sonrasında organizmanın bu yeni duruma uyum (adaptasyon) çabasını (stres tepkisini) ifade etmektedir. Diğer bir deyişle, stres, içeriden veya dışarıdan gelen ve mevcut dengeyi veya duygusal, bilişsel, sosyal işleyişi bozma eğilimi gösteren, kişiyi bu dengeyi korumaya veya bozulan dengeyi yeniden kurmaya yönelik yeni davranışlara zorlayan, gerçek ya da algılanan uyarıcılara verdiği fiziksel-ruhsal-bilişsel tepkilerdir. (48, 16)

Stresörler psikolojik, fiziksel, biyolojik ve psikososyal nitelikte olabilir. Kişiye göre tehdit olarak algılanabilecek duygu, düşünce ve davranışlar psikolojik stresörler olup kişiye özgü yorum içerir ve sübjektiftir. Fizyolojik ve biyolojik stresörler, bedensel yaralanmalar,

travmalar, organizmanın bütünü oluşturulan sistemlerle ilgili değişiklikler, çevre kirliliği, hastalığa maruz kalma, ısı, nem oranındaki değişiklikler gibi, organizmanın içinde veya dış çevresinde organizma için tehdit yaratan ya da denge durumunu bozacak düzeyde değişikliklere yol açan etkenlerdir. Psikososyal stresörler ise kişinin içinde yaşadığı sosyal ortamlarda üstlendiği roller ile ilgili, çevresiyle yaşadığı etkileşimin sonucu olarak ortaya çıkar. Aile içinde, iş yaşamında, okul veya arkadaş çevresinde yaşanan olaylar, sosyoekonomik, sosyokültürel etkenler bu stresörlere örnek olarak verilebilir. (68)

Stres ile ilgili yapılan çalışmalarda iki bilim adamının ismi öne çıkmaktadır. Walter Cannon ve Hans Selye. Fizyolog Walter B. Cannon'un, 1929 ve 1932 yıllarında yayınladığı kitaplar stres yaşantısı için ilk ve en önemli bilgi kaynaklarıdır. Cannon ilk kez "homeostasis" terimini vücudun dinamik dengesini tanımlamak için kullanmıştır. İnsanın homeostasisini kuran ve işlevlerini yöneten sistem, merkezi limbik sistem olan, Nörovejetatif sinir sistemidir. Limbik sistem, sinir sistemini endokrin yol (hormonal) ile yönetmektedir. Vejetatif sistem, sempatik ve parasempatik olmak üzere iki bölümden oluşur. Sempatik sistemin etkili maddesi adrenalın hormonu, parasempatik sistemin etkili maddesi ise asetilkolindir. Sempatik sistem harekete ve uyanıklığa yönelik organları çalıştırırken, parasempatik sistem enerji toplamaya yönelik organları çalıştırır. (39)

Cannon'a göre, çeşitli uyarıcılar veya olaylar karşısında, vücudun homeostasisi bozulur ve buna karşılık vücutta uyuma, yeniden homeostasisin sağlanmasına yönelik çeşitli fizyolojik tepkimeler yaşanır. Bu tepkinin amacı organizmayı uyarmak ve acil durumda 'savaş-kaç' tepkisi için hazırlıklı olmasını sağlamaktır. Yani stres bir 'acil durum' tepkisidir. Cannon' a göre stres günümüzdeki kullanılan olumsuz anlamının aksine, aslında işlevseldir. Tehlike veya tehdit durumlarında organizmanın durumla baş edebilmesine yardımcı olur, savaşması veya kaçması için gerekli enerji ihtiyacını karşılar. (48)

Diğer önemli isim Avusturyalı bir endokrinolog olan Hans Selye 'dir. Hans Selye 1946'da "Genel Adaptasyon Sendromu" hakkındaki çalışmasını yayınlamış ve "Stres"

kavramını ilk kez kullanmıştır. Genel Adaptasyon Sendromu stres araştırmalarında bir dönüm noktası olmuştur. Selye 'ye göre Stres organizmada tepki yaratan bir durum karşısında bedenın gösterdiği, duruma özgü olmayan (spesifik olmayan) tepki örüntüsüdür. Bu tanım ile Selye, bedenın tepkisinin stresöre göre değişmediğini, bedenın her stresör karşısında aynı biyolojik değişimlerle tepki verdiğini vurgulamıştır. (48, 51)

Hans Selye'nin stres kuramına göre organizmanın strese tepkisi üç aşamada gelişir. Bunlar alarm, direnme ve tükenme aşamalarıdır.

1. Alarm Aşaması: Böbrek üstü bezinin uyarılmasına bağlı olarak adrenalin salgılanması ve sempatik sinir sisteminin uyarılması ile "savaşma ve ya kaçma" davranışının görüldüğü evre. Solunumun ve kalp atışının hızlanması, kasların gerilmesi gibi fizyolojik değişimler yaşanır.
2. Direnç Aşaması: Vücut kendini korumaya devam eder. Vücudun savunma çabası stres durumuna karşı başarıya ulaştığı andan itibaren, vücut kendini savunmayı bırakacaktır. Ancak, strese karşı savunmanın yetersiz kaldığı zorlanma işaretleri yavaş yavaş belirir. Bağışıklık sisteminde zayıflama olur. Kişi bu safhadan sonra strese karşı tükenme aşamasına geçiş yapmak zorunda kalır.
3. Tükenme Aşaması: Stresör ortadan kalkmaz, direnç yetersiz kalırsa tükenme aşamasına geçilir. Artık kalıcı organizmada hasarlar meydana gelmeye başlar. Bu aşama hastalıklara açık olduğumuz aşamadır. Sonunda bedensel tükenme ve ölüm meydana gelir. (68, 2, 51)

Selye, stresin uzun sürmesinin bedende sistematik yıpranmalara, hasara ve hatta ölüme yol açabileceğini belirtmiştir. Psikosomatik hastalıkların ortaya çıkmasında üç önemli faktör vardır. Bunlar; stresin şiddeti, kronikleşmesi ve genel uyum belirtisinin hangi aşamada olduğudur.

Selye, psikosomatik hastalıkların açıklanmasında bu Genel Adaptasyon Sendromuna ek olarak özellikle Lokal Adaptasyon Sendromuna vurgu yapmıştır. Selye 'ye göre, bazı durumlarda, sistem, stresöre, tümüyle değil odaklanmış bir bölümüyle yanıt vererek, homeostatik dengesini kurmaya çalışır. Sistem, en yatkın organı seçerek, o organın çalışmasını bozar ve boşalım gerçekleşir. Sonuçta organizma hasta da olsa denge yeniden kurulmuş olur. (48)

Lazarus ve arkadaşları stresi organizmanın gereksinimlerinin, organizmanın kaynaklarını aştığında ortaya çıkan durum olarak değerlendirerek stresin psikolojik yönlerinin gelişimine öncülük etmiştir. Lazarus 'a göre, stres kişiye yönelmiş talepler ve onlarla baş edebilme kuvveti arasındaki ilişki sonucunda tetiklenmektedir. Lazarus ve arkadaşları, Selye ve Cannon'dan farklı olarak, stresin sadece fizyolojik tepkimeler örüntüsü olmadığını, zihinsel süreçlerin stres yaşantısı başlamasında ve devamında önemli rol oynadıklarını vurgulamışlar, stresin, bilişsel yaklaşımın da çalışma konusu olmasını sağlamışlardır. (48, 51, 14)

Lazarus ve Folkman'ın " Etkilesim Kuramı" na göre; strese neden olan, bireyin tamamen dışında gerçekleşen olaylar değildir. Aynı zamanda stres bireyin yaralanabilirliği-incinebilirliği ve savunma sisteminin yeterliliğine bağlı olarak yaşanan bir durumdur. Stres faktörleriyle karşılaştığında inkâr etme veya suçlama gibi çeşitli "Savunma Mekanizmaları" devreye girerek dengenin korunması veya tekrar denge sağlanması sağlanır. (2)

2.2.4 Psikosomatik Hastalıkların Oluşum Mekanizması

Herhangi bir ruhsal bir çatışma karşısında kalmak kişinin üzerinde ilk önce ruhsal nitelikte stres yaratır. Bu stres ruhsal bir gerilim oluşturarak limbik sistemdeki duygu mekanizmasını zorlar ve homeostatik dengeyi bozar. Limbik sistemin yönettiği vejetatif (otonom) sistem bozulan homeostatik dengeyi kurmaya çalışırken zorlanır ve gerilimi artar. Bu sırada otonom sistem tarafından yönetilen organların fizyolojik işlevlerinde de değişimler başlar. Sistem dengeyi ayakta tutamayacak kadar zorlandığında ise ya genel ya da lokal bir

adaptasyon tepkisi verir. Genel adaptasyon sendromunda tepki geneldir ve bayılma veya şok şeklinde olur. Lokal adaptasyon sendromunda ise otonom sistemdeki gerilim bedende yerel bir odakta boşalım gerçekleştirerek dengesini yeniden kurar. Psikosomatik Hastalıklarda lokal bir adaptasyon tepkisi söz konusudur. (39)

2.2.5 Psikosomatik Tıp ve Konsültasyon-Liyezon Psikiyatrisi

Psikosomatik Tıp terimi ilk kez 1818'de uyku bozukluklarının tedavisi üzerinde çalışan Alman Psikiyatrist J. C. Heinroth tarafından kullanılmıştır. 1930 ve 1940'larda psikiyatrinin içerisinde medikal tıba yakınlaşan bir disiplin olmuştur. (73)

Polonyalı bir psikiyatrist olan Lipowski, psikosomatiğin önde gelen isimleri arasında bulunmaktadır. Lipowski Konsültasyon-Liyezon Psikiyatrisini, psikiyatrinin bir üst disiplini olarak görmekte ve fiziksel hastalıklarda ve fiziksel yakınması olan hastalarda psikiyatrik morbiditenin araştırılması, tanısı, tedavisi ve klinik tıp ortamlarında psikiyatrik tıp hizmetinin sağlanması olarak tanımlamaktadır. (52)

2.2.6 Psikosomatik Hastalıklarda Tedavi

Psikosomatik hastalıkların tedavisinde sadece hastalığa ya da semptomla değil hasta birey üzerine odaklanma vardır. Burada birey biyopsikososyal bir varlık olarak kabul edilir ve multidisipliner bir anlayış ile ele alınır. (73)

Psikosomatik hastalıklarda işlev ya da doku bozukluğu olduğundan medikal tedavi zorunludur. Hastalık akut dönemde ise önceliklidir. Ancak psikosomatik hastalıkların oluşu, gidişatı ve alevlenmesinde ruhsal faktörlerin önemli bir etkinliği olduğundan, sadece medikal tedavi hastanın iyileşmesine yetmeyecektir. (73, 39)

2.2.6.1 Medikal Tedavi

Medikal tedavi iki yönde yapılır. Birincisi, herhangi bir organda doku patolojisi varsa ilgili uzmanlık dallarınca tedavisi yapılmalıdır. İkinci yön ise vegetatif sistemin çalışmasında

uyumsuzluk yaratarak organın işlevini bozan duruma yöneliktir. Bu uyumsuzluk da genellikle kişinin depresif durumu ve ya anksiyetesiyle yakından ilgilidir ve antidepresan anksiyolitik (anksiyete giderici) ve vegetatif sistem düzenleyici ilaç tedavisi uygulanır. (39)

2.2.6.2 Ruhsal Tedavi

Ruhsal tedavide psikoterapi uygulanmaktadır. Psikanalitik yaklaşımla tedavi yöntemi daha yararlı olmakla beraber, çok uzun sürmesi, pahalı bir tedavi olması, bu terapi için özel eğitim almış uzmanların sayısının hasta sayısına göre az olması nedeniyle klasik psikanaliz ancak inatçı ve yoğun nevrotik belirtileri bulunan psikosomatik hastalarında uygulanması tercih edilir. Yine Psikanalitik yaklaşımlı daha kısa süreli psikoterapilerin psikosomatik hastalarda çok yararlı olduğu bilinmektedir. Kullanılan diğer yöntemler arasında grup psikoterapileri, bilişsel-davranışçı terapiler, açıklayıcı konuşma, destekleyici psikoterapi, uğraş tedavisi, psikodrama bulunmaktadır. (39)

Psikosomatik hastalarında uygulanacak psikoterapi, hastaların nevrotik kişilik yapılarını düzeltmeyi ve bedensel belirtilere sığınmadan sorunlarını bilinç düzeyine çıkararak bilinçli bir yolla çözümlenmelerini öğretmeyi amaçlamalıdır. (39)

Psikosomatik hastalığı olan kişi organik bir belirti ile hekime başvurduğunda, uzmanlar arası bir işbirliği mümkün olmadığında, hekimin, hastanın psikososyal yönlerini öz öinüne alarak, ruhsal durumunu ve sorunlarını anlamaya çalışması, hastanın bu sorunlar karşısında gerçekçi ve çözümleyici bir tutum kazanmasına yardımcı olması tedavinin başarısına oldukça büyük katkı sağlayacaktır. Ancak hekim konu ile ilgili bilgi ve yetenek sınırlarını aşmamaya dikkat etmesi gerekir. (39)

2.3 Tükenmişlik (Burnout)

İnsanların işleri ile olan ilişkileri ve bu ilişki iyi gitmediğinde ortaya çıkan problemler modern çağın önemli bir olgusudur. Tükenmişlik (burnout) terimi bu olgu için, özellikle de insana yardım ve hizmet edilen mesleklerde çalışanlar için kullanılmıştır. (45)

İngilizcede “job burnout” , “staff burnout” ya da “occupational burnout” olarak tanımlanan kavram Türkçe’de “tükenmişlik - mesleki tükenmişlik ” kavramları ile ifade edilmektedir. (55)

Tükenmişlik olgusu ile ilgili literatürde çok çeşitli fikirler yer almaktadır. Yıllar boyunca araştırmacıların tek bir tanım üzerinde anlaşamadığı dikkat çekmektedir. İlk tanımlama girişimi Freudenberger ile başlamıştır. Günümüzde en çok kabul gören yaklaşım ise Maslach ‘ın Tükenmişlik yaklaşımıdır. (9)

2.3.1 Tükenmişlik ile İlgili Kuramsal Yaklaşımlar ve Modeller

Tükenmişliğin kavramsallaştırılmasına yönelik değişik araştırmacılar tarafından değişik tanımlamalar yapılsa da bu tanımlar arasında bazı benzerlikler bulunmaktadır. Tükenmişlik kavramıyla ilgili genel fikir birliği sağlanan unsurlar şunlardır:

- Tükenmişlik bireysel seviyede oluşmaktadır.
- Tükenmişlik duyguları, tutumları, güdüleri ve beklentileri kapsayan psikolojik bir yaşantıdır.
- Tükenmişlik problemler, sıkıntılar, rahatsızlıklar ve uyumsuzluklar ile ilgili negatif bir yaşantıdır.
- Tükenmişliğin çeşitli boyutları vardır ve duygusal tükenme boyutu her araştırmacı tarafından en önemli boyut olarak ele alınmıştır. (9)

2.3.1.1 Freudenberger ‘ın Tükenmişlik Kavramı

Tükenmişlik kavramı ilk kez 1974 yılında Freudenberger ‘ın stresle ilgili yayınladığı çalışmalarında yer almıştır ve başarısız olma, yıpranma, enerji ve güç kaybı veya karşılanmayan istekler sonucu bireyin iç kaynaklarında tükenme durumu olarak tanımlanmıştır. Freudenberger tükenme belirtilerini ücretsiz kliniklerde çalışanlar üzerinde gözlemlemiş ve bitkinlik, yorgunluk hissi, baş ağrıları, mide, bağırsak rahatsızlıkları, nefes

almada güçlük gibi fiziksel belirtileri, çabuk öfkelenme, anlık kızgınlıklar ve engellenme duygusuna kapılma gibi davranışsal belirtileri olduğunu tespit etmiştir. (25, 72, 69)

1980 yılında Freudenberger, Richelson ile beraber tükenmişlik kavramını tekrar ele almış ve kişinin kendisini bitirmesi, fiziksel ve zihinsel kaynaklarını tüketmesi, kişinin kendi kendine veya toplumun kişiye dayattığı bazı gerçekçi olmayan beklentilere ulaşmak için aşırı derecede çabalayarak kendini tüketmesi olarak tanımlamıştır. (11)

2.3.1.2 Cherniss 'in Tükenmişlik Modeli

Cherniss, tükenmişliği zamana yayılı bir süreç olarak ele alır ve temelinde stresin olduğunu vurgular. Cherniss 'e göre gerek çevreden gerekse bireyin kendisinin yarattığı talepler, işin gerekleri kişilerin sahip oldukları kaynakları aştığı zaman çalışanlar stres yaşamaya başlarlar. Tükenmişlik, işle ilgili bu stres kaynaklarına bir tepki olarak başlar ve kişinin kendisini işten psikolojik olarak geri çekmesi ile sona eren bir süreçtir. Bir başka ifadeyle tükenmişlik, kontrol edilemeyen stres durumlarına karşı kişinin verdiği bir başa çıkma tepkisidir. (9, 69, 62)

Modele göre stres yaşayan kişi, başa çıkma yolu olarak ilk önce stres kaynağını ortadan kaldırmaya çalışır. Bunda başarılı olamadığı takdirde egzersiz, meditasyon gibi bazı stresle başa çıkma tekniklerini kullanarak rahatlamaya çalışır. Bu da işe yaramazsa kişi duygusal yükünü azaltmak için işten psikolojik olarak geri çekilmeye başlar. İşten psikolojik geri çekilmenin göstergeleri arasında azalan motivasyon ve gayret, hizmet ettiği kişilere, amirlerine ve iş arkadaşlarına karşı olumsuz tutumlar, azalan hedefler, alaycı ve umursamaz davranışlar yer almaktadır. (9, 69)

Cherniss tükenmişlik araştırmalarına stres kaynakları ile ilgili olarak özellikle aşırı iş yükü (dışsal kaynak) ve değer çatışmalarını (içsel kaynak) temel alarak devam etti. Cherniss 'in gözlemlerine göre çalışanlar eğitim ve deneme (staj) dönemleri boyunca profesyonel olmanın anlamına yönelik gerçekçi olmayan görüşler geliştirmektedirler. Bu görüşlerle

kişiler çalışma hayatına başladıklarında ise rollerinde büyük tutarsızlıklar olduğunu fark ederler. Sonuç olarak tükenmişlik çalışanın beklentileri ile iş hayatının gerçekleri arasındaki uçurumdan kaynaklanır. (34)

2.3.1.3. Edelwich ve Brodsky Tükenmişlik Modeli

Bu modele göre tükenmişlik, kişinin büyük umutlar ve ideallerle işe başlaması, ancak çalışıkça bu beklentilerinin karşılanamaması sonucu oluşmaktadır. Edelwich ve Brodsky tükenmişliğin birbirini takip eden dört aşamada gerçekleştiğini belirtmişlerdir. (23)

- 1- İdealistik Coşku: Özellikle işe yeni başlanan dönemde görülen bu aşamada kişide enerji, umut ve beklenti düzeyi yüksektir. Bazı durumlarda kişi aynı zamanda mesleki eğitimine de devam etmek ister.
- 2- Durgunluk: Kişinin ilk aşamadaki enerji düzeyi düşmeye başlar, motivasyonu azalır, iş ile ilgili beklentilerinde hayal kırıklığı yaşar.
- 3- Engellenme: Kişi mesleğinin amaçlarını yerine getirme çabalarının engellendiğini düşünür. Bu engellenme sürdükçe kişi üç yol izleyebilmektedir. Adaptif Savunmada, kişi içinde bulunduğu duruma göre bir denge kurarak tükenmişlikten çıkmaya çalışır. Maladaptif Savunmada, kişi sorunu görmezden gelerek kendisini işine daha da çok vererek çözüm arar. Durumdan kendini çekmede, kişi giderek mekanikleşir ve kendisini ruhen işine vermez
- 4- Duyarsızlaşma: Artık ilgisizlik ve duyarsızlık kişinin her haline yansır. Belirtileri, duygusal kopma, inançların yitirilmesi, işe geç gelme, erken ayrılma, hizmet verilenlerle görüşmeleri kısa tutma, bu kişilere ilgisiz davranma ve bazen zamanla aşağılama. Kişi dışarıdan katı, soğuk ve ilgisiz görülür. (69, 62)

2.3.1.4. Meier 'in Tükenmişlik Yaklaşımı

Meier 'in tükenmişlik kavramına yaklaşımında Bandura 'nın çalışmalarının temel alındığı görülmektedir. Meier 'e göre tükenmişlik, kişilerin işlerinden aldıkları anlamlı pekiştirecin, kontrol edilebilir yaşantının veya bireysel yeterliliğinin az olması ile küçük ödül

ve büyük ceza beklentisinden kaynaklanmaktadır. Tükenmişlik kişinin iş deneyimlerinin tekrarı ile oluşur. (62, 46)

Bu yaklaşımda kişinin tükenmişliği üç boyutta açıklanmaktadır:

- 1- İş ile ilgili olumlu pekiştireç beklentisinin düşük, ceza beklentisinin yüksek olması
- 2- Var olan pekiştireçleri kontrol etme ile ilgili beklentisinin yüksek olması
- 3- Pekiştireçleri kontrol etmek için gereken davranışları yapabilmemesi kişisel yeterlilik beklentisinin düşük olması (46)

2.3.1.5. Suran ve Sheridan 'ın Tükenmişlik Yaklaşımı

Bu yaklaşımda Erikson 'nun kişilik gelişimi kuramı temel alınmıştır. Suran ve Sheridan, erken ve orta yetişkinlik sürecinde, benzer özellikler gösteren dört basamağı gözlemleyerek, her bir basamağın, tükenmişliğin oluşumunda etkili olan hayat tarzını içerdiğini vurgulamışlardır. Bu basamaklar:

1.Basamak: Kimlik, Rol Karmaşası: Lise son sınıf ve üniversite ilk yılları, kişisel ve mesleki rollerin oluştuğu, psikolojik gelişim açısından da kritik bir dönemdir. Kişinin nasıl bir profesyonel olacağı konusunda ebeveyn, aile, akranlar, yönlendirmeler ve kendine saygı önemli kaynakları oluşturur. Bu dönemde meslek seçiminin anlamlı bir şekilde tamamlanamaması gelecekte kişiyi rol çatışması ile karşı karşıya bırakır. Tükenmişlik tohumları bu şekilde atılmış olur.

2.Basamak: Yetersizlik, Yeterlilik: Profesyonel kimlik süreci, kişinin işinde yeterlilik duygusunu hissetmesi ile tamamlanır. Bu süreçte kişi "Yaptığım işte ne kadar iyiyim?" sorusunu sorar ve kendisini eş düzeydeki diğer profesyonellerle karşılaştırır. Bu dönem 20'li yaşların başlarında yaşanır. Karşılaştırma olumsuz olursa kişi, yetersizlik ve mesleki aşağılık duygusu yaşar ve tükenme riski artar. Karşılaştırma olumlu olursa kişi yapmayı seçtiği işte kendisini değerli hisseder.

3.Basamak: Verimlilik, Durgunluk: Çıracılık tamamlanır ve meslek süreci başlar. Bu dönem özellikle 30'lu yaşlardır. Çalışma yeri ve çalışma tarzı ile ilgili kararlar alınır. (Küçük ya da büyük bir işletme mi, bireysel veya ekip çalışması mı). Özel ilgi ve eğilimler belirgin hale gelir. Kişi ilk kez kariyerinin amacını sorgular. Bu dönem evliliği ve çocuk sahibi olmayı erteleyenler için daha zorlu bir dönemdir. Mesleki yaşamda çok üretici olunan bir aşamadır. Ancak kişi tarz ve özel bir eğilim geliştiremediğinde amaçsızlık duygusu yaşanır ve önceki başarılar da kişiye anlamsız görünür, Enerji motivasyon azalır. Tarzı ve eğilimi belirlemek ise verimliliği artırır.

4.Basamak: Yeniden Oluşturma, Hayal Kırıklığı: Kırklı yaşlardaki bu dönemde kişi erken yaşta yaptığı tercihlerini sorgulayabilir, iş ile ilgili doyumsuzlukları ortaya çıkabilir ve meslekle ilgili hayal kırıklığı yaşayabilir. Bu dönemde kişi yeniden oluşturma sürecine de girebilir. Yaşamında istediği kişi olabilmesi için yeniden keşfetme sürecini başlatabilir. (62)

2.3.1.6. Pines Tükenmişlik Modeli

Pines modeline göre tükenmişlik, fiziksel, duygusal ve zihinsel bitkinlik durumu olarak tanımlanır. Kronik yorgunluk ve enerji azalması fiziksel bitkinliğin, çaresizlik, umutsuzluk, aldanmış olma duygusu ve hayal kırıklığı duygusal bitkinliğin, insanlara, işe, yaşama ve kendine karşı olumsuz tutumlar ise zihinsel bitkinliğin belirtileridir. Tükenmişliğin temelinde bireyi sürekli olarak duygusal baskı altında tutan iş ortamları vardır. Ancak Pines modeli, bu tür iş ortamlarının sadece işe güdülenme (başarılı olma, takdir edilme, iz bırakma gibi) düzeyi yüksek olan kişilerde tükenmişliğe yol açtığını, güdülenme düzeyi düşük bireylerde stres, yabancılaşma, depresyon yorgunluk gibi durumlar oluşmasına rağmen tükenmişlik yaşanmayacağını vurgulamaktadır. (69, 62)

2.3.1.7. Maslach'ın Tükenmişlik Modeli

Tükenmişlik kavramı ile ilgili en çok kabul gören model Maslach ve arkadaşlarının geliştirdiği modeldir. Bu modeldeki tanıma göre tükenmişlik, genellikle insanlarla yüz yüze çalışan mesleklerdeki kişilerin; duygusal olarak kendilerini tükenmiş hissetmeleri, iş gereği

karşılaştıkları insanlara duyarsızlaşmaları ve kişisel başarı ya da yeterlilik duygularında azalma olarak görülen bir sendromdur. (25)

Bu modelde bireysel olarak yaşanan Tükenmişlik sendromunun durumsal bağlamına vurgu yapılmaktadır. Kişilik yapısı ve demografik değişkenler gibi kişisel faktörler de tükenmişlik üzerinde etkili olmakla beraber çalışma ortamının özelliklerinin tükenmişlik ile ilişkisi daha güçlüdür. (42, 40)

Maslach 'ın modelinde iş ortamı ile ilgili önemli kavramlardan biri "denge" dir.(42) İşin kişiden talepleri yüksek ama kişinin kaynakları bu talepleri karşılayamayacak kadar düşüktür. Burada "talep" den kastedilen, yapılan işin çalışandan istediği, fiziksel, psikolojik, sosyal ve örgütsel beklentilerdir. Bu beklentileri karşılamak için (taleplerin) çalışan fizyolojik ve psikolojik bazı bedeller öder. (3) Diğer önemli kavram "süreklilik" tir. Tükenmişlikte karşılanamayan iş talepleri veya stresörler akut durumlar olmaktan çok süregendir. Başka bir kavramda "çatışma" dır. Çatışma kişi ile hizmet ettiği kişiler, meslektaşları veya amirleri ile arasında, üstlendiği roller arasında veya değerler arasında olabilir. Bu kavramlar bir araya geldiğinde, gerçekçi olamayan beklentilerin ve sürekli bir duygusal gerginliğin olduğu bir çalışma şekli ortaya çıkarmaktadır. Bu çalışma şartları ise insana hizmet veren mesleklerde çok yaygındır. (42)

Maslach 'a göre tükenmişlik, işteki kişilerarası ve duygusal kronik strese verilen bir çeşit gecikmiş tepkidir. Tükenmişlik yaşantısının temel üç boyutu vardır; duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve azalmış kişisel başarı. (3)

2.3.1.7.1. Duygusal Tükenme

Tükenmişliğin stres boyutunu vurgular. Üç boyut içerisinde en önemli görülen, farklı yaklaşımlarda da ortak olarak ele alınan ve en ayrıntılı incelenen boyuttur. Kişinin tüm enerji kaynaklarını tüketmiş ve yenileyemiyormuş gibi hissetmesidir. Kişi için ertesi gün yeniden işe gitme zorunluluğu büyük bir stres ve kaygı kaynağıdır. Yeni bir iş gününe veya

ihtiyaç duyan bir insana ayıracak enerjisi kalmaz. Kişi hizmet verdiği kişilere geçmişte olduğu kadar verici ve sorumlu davranmadığını düşünür. Bu tükenme boyutunun temel kaynağı aşırı iş yükü ve iş yerinde kişiler arası yaşanan çatışmadır. (45, 42, 31)

2.3.1.7.2. Duyarsızlaşma

Tükenmişliğin kişilerarası ilişkiler boyutunu vurgular. İşi gereği iletişim kurduğu kişilere karşı olumsuz, duygusuz tepki verme veya onlardan aşırı derecede kopuk olma durumudur. Etkileşimde bulunduğu kişilere mesafeli, umursamaz ve alaycı bir tavır takınır. Katı kurallara göre iş yapma ve başkalarından kötülük geleceğini sanma da duyarsızlaşmanın belirtileri arasındadır. Kişi iş ortamındaki diğer insanları nesne olarak kabul ettiği onların taleplerini daha idare edilebilir olarak görür. İdeallerin yitirilmesi de bu boyutta yer alır. Maslach'a göre Duygusal tükenmenin şiddetlenmesi sonucu oluşur. (45, 42, 31)

2.3.1.7.3. Azalmış Kişisel Başarı

Tükenmişliğin kişisel gelişim boyutunu vurgular. Kişinin, işi ile ilgili yeterliliğinin ve verimliliğinin azaldığını hissetmesidir. Bu boyutta kişinin duyarsızlaşma yaşantısının bir sonucu olarak suçluluk hissi duyması da etkilidir. Yaşanan yetersizlik hissi, depresyonla, işin talepleriyle baş edememeye, algılanan sosyal destek eksikliğiyle ve meslekte ilerlemek için fırsatların olmaması ile ilişkilidir. (42, 31)

2.3.2. Tükenmişliğin Oluşum Süreci

Değişik fikirler olmakla beraber araştırmacılar genel olarak tükenmişliğin birbirini izleyen aşamalar sonucu oluştuğunu savunmaktadırlar. (21)

Tükenmişliğin gelişim sürecinde Maslach' a göre çalışanlar ilk olarak aşırı iş talepleri sonucunda duygusal tükenme yaşamaktadırlar. Duygusal tükenme sonucunda çalışanlar bu taleplerle başa çıkabilmek için bilişsel ve duygusal olarak işlerinden uzaklaşacakları faaliyetlere yönelmektedir, bunun sonucunda da duyarsızlaşma boyutu oluşmaktadır.

Yaşanan duygusal tükenme ve duyarsızlaşma sonucunda çalışanlar, son olarak azalan kişisel başarı duygusunu yaşamaktadırlar. (45) Tükenmişliğin oluşum sürecinin bu şekilde olması ve her bireyin tükenmişliğin alt boyutlarını farklı bir şiddette yaşadığının gözlemlenmesi, Tükenmişliğin tespit edilmesinde tek bir ölçüm yerine alt boyutların ayrı ayrı ölçümünü gerekli kılmıştır ve Maslach ile çalışma arkadaşları Maslach Tükenmişlik Ölçeğini (MTÖ) bu kuramsal çerçevede dahilinde geliştirmişlerdir. (3)

Tükenmişliğin birbirini izleyen aşamalar sonucu oluştuğuna dair diğer hipotezde Golembiewski ve Munzenrider çalışanın kişisel başarı hissinde azalma olması için önce duyarsızlaşma yaşantısının olması gerektiğini, Kişisel başarı hissi azaldıktan sonra da duygusal tükenmenin gerçekleşeceğini savunmaktadır. (21)

2.3.3. Tükenmişliğin Oluşumuna Etki Eden Faktörler

Maslach'a göre tükenmişlik çalışma ortamına özgü olan bireysel bir yaşantıdır. En başından beri yapılan çalışmalar durumsal, yani iş ortamı ile ilgili faktörlere vurgu yapmıştır. Araştırma sonuçları çevresel faktörlerin, özellikle de iş ortamının, tükenmişlik yaşantısı üzerinde, demografik değişkenler gibi bireysel faktörlerden daha etkili olduğunu göstermiştir. (45, 40)

2.3.3.1. Durumsal Faktörler

2.3.3.1.1. İşin Özellikleri

İşin kendisi ile ilgili, tükenmişlikle en çok bağlantılı bulunan özellik, işin taleplerinin, fazlalığıdır. Araştırma sonuçları da bu genel görüşü destekler niteliktedir. Fazla iş yükü ve belli miktarda işi kısa zaman içinde yapma zorunluluğu tükenmişlikle, özellikle de tükenmişliğin duygusal tükenme alt boyutu ile ilişkilidir. (45)

Konu ile ilgili diğer araştırma konularından rol çatışmasının ve rolün belirsizliğinin tüklenmişlikle anlamlı düzeyde bağlantılı olduğu anlaşılmıştır. Kişiden kişiliğine ve değerlerine aykırı bir iş istendiğinde birey-rol çatışması, amirlerden işin yerine getirilmesi ile ilgili çelişkili talimatlar geldiğinde rol içi çatışma, birbiriyle çatışan roller üstlenildiğinde roller arası çatışma ortaya çıkmaktadır. Rol belirsizliği ise işi yeterince iyi yapmak için kişinin elinde yeterli ve doğru bilgi olmadığında ortaya çıkmaktadır. (45, 72)

İşin taleplerinin miktarı ve özelliklerinin yanında bir de bu talepleri yerine getirirken ihtiyaç duyulan kaynakların yeterliliğine bakılmış ve sosyal desteğin yetersizliğinin tüklenmenin oluşumunda etkili olduğu görülmüştür. Özellikle kişinin amirinden, kıdemlisinden veya ona iş ile ilgili yol gösteren kişiden alacağı destek çok önemlidir. Ayrıca “tampon hipotezine” göre sosyal destek iş stresi ve tüklenme arasında koruyucu bir görev üstlenmektedir. İş stresi çok yüksek olsa dahi sosyal destek yüksek olduğunda tüklenmişlikle sonuçlanma riski azalmaktadır. (45)

Kaynakların yeterliliği ile ilgili diğer önemli konular bilgi ve kontrol hissidir. Yapılan iş sonucu çalışanın yeterince geri bildirim alamaması tüklenmişliğin üç boyutu ile de ilişkili olduğu anlaşılmıştır. Aynı şekilde çalışanın yaptığı işte karar mekanizmasında hiç katılımının olmaması tüklenmişlik ile bağlantılıdır. (45)

Hizmet verilen insanların zorlayıcılığı gibi konular üzerinde daha az çalışılmış ancak elde edilen bilgiler tüklenmişlik ile arasında birlikte artan ve birlikte azalan bir bağlantı olduğunu göstermiştir. (45)

2.3.3.1.2. Mesleki Özellikler

Tüklenmişlik Sendromu ile ilgili çalışmaların odak noktası halen eğitim alanındaki meslekler ve insana hizmet veren mesleklerdir. Bireyin, ister hizmet verdiği insanlar ister amirleri ve çalışma arkadaşları olsun, iş ortamındaki kişilerarası etkileşiminin niteliği, tüklenmişlik yaşantısının belirleyicisi olarak görülmektedir. İnsanlarla etkileşime geçmenin

strese, zorlanmaya, engellenmeye ve çatışmalara kaynak teşkil ettiği düşünülmektedir. Çalışmalar insanla ilişkisinin daha az kurulduğu meslekleri de incelemiş ve çalışanın insanla yüz yüze çalışmasının tükenmişlikle güçlü bir bağlantısı olduğu görülmüştür. (45, 40)

İnsanlarla etkileşim özellikle amirler ve meslektaşlar söz konusu olduğunda olumlu nitelik de taşıyabilir. Amirler söz konusu olduğunda, rehberlik, ödüllendirme ve takdir, meslektaşlar söz konusu olduğunda arkadaşlık, yardım ve teselli yaşantıları olabilir ve tükenmişlik için koruyucu sayılabilir. Ancak yine de kişiler arası etkileşim sıklıkla taraflar arasında çatışmayı da beraberinde getirir. Çatışmanın fazla olduğu çalışma ortamlarında, tükenmişlik yaşantısının oluşmasının ardından çalışanların verimliliği, organizasyona bağlılığı ve hizmetin kalitesi de düşer ve işten ayrılma sıklığı artar. (40)

Son zamanlarda yapılan çalışmalar, önceki araştırma konularına ek olarak meslekteki duygusal faktörlere de odaklanmıştır ve çalışanın mesleği gereği duygularını göstermesi veya göstermemesi gerekliliği, karşısındaki kişiyle empati kurması gerekliliği gibi değişkenlerin tükenmişlik ile ilişkili olduklarını göstermiştir. (45)

2.3.3.1.3. Kurumsal Özellikler

Araştırmacılar çoğunlukla mesleğin veya işin hangi yönlerinin tükenmişlikle bağlantılı olduğu üzerinde durmuşlardır. Çünkü sonuçlar göstermiştir ki aradaki ilişki oldukça güçlüdür. Ancak bazı araştırmalar kurumun (örgütün) kendisinin de bazı özellikleri bakımından tükenmişlikle ilişkili olabileceği üzerinde durmuş ve özellikle kurumun politikasının etkili olduğunu vurgulamıştır. (21)

Çalışılan kurumsal sistem hiyerarşiyi, kurallar sistemini, kendine özgü kaynakları içermektedir. Çalışmalar kurumsal yapının değerlerinin, çalışanın işi ile kurduğu duygusal ve bilişsel ilişkiyi etkileyebildiğini göstermektedir. Kurumun politikası ve değerleri göz önüne alındığında, belli bir şarta bağlı ödüllerin (bilinen belli bir davranış yine bilinen bir ödül getirir) sayısı az, aynı zamanda belli bir şarta bağlı olmayan cezaların (hangi durum

nedeniyle olduğu bilinmeyen) miktarı fazla ise tükenmişlik için risk düzeyi artmaktadır. (45, 21)

Kişiler işlerine çok fazla zaman, çaba, fedakarlık vermeleri ancak kurumsal yapı nedeniyle daha az ilerleme fırsatı, daha az güvenlik ve benzer karşılıklar aldıkça tükenmişlik riski de artmaktadır. (45)

2.3.3.2. Bireysel Faktörler

Tükenmişliğin oluşumuna çalışma ortamı ile birlikte etki eden bireysel özelliklerden de söz etmek mümkündür. Demografik özellikler, kişilik özellikleri ve kişinin işi ile ilgili düşünceleri önemli bireysel faktörlerdir. Ancak tükenmişlik ile bireysel faktörler arasındaki ilişki, tükenmişlik ile durumsal faktörler arasındaki ilişki kadar güçlü değildir, bu nedenle tükenmişlik sosyal bir olgu olarak kabul edilir.

2.3.3.2.1. Demografik Faktörler

Demografik faktörler içinde tükenmişlik ile ilişkili olanın yaş faktörü olduğu görülmüştür. Yaş azaldıkça tükenme artmaktadır. Bir başka deyişle kariyerinin başındaki kişiler daha fazla risk altındadır. (45)

Araştırmalar cinsiyetin etkili bir faktör olmadığını göstermektedir. Bazı araştırmalarda kadınlar bazılarında ise erkeklerin tükenmişlikleri yüksek bulunmuş, bazılarında ise bir fark bulunmamıştır. Cinsiyetler arasındaki küçük ama geçerli tek fark erkeklerde duyarsızlaşma puanlarının kadınlara göre yüksek olmasıdır. Bu fark cinsiyetlerin rol stereotipleri ile veya belli mesleklerde belli cinsiyette çalışanların fazlalığı ile ilişkilidir. (45)

Evli olmayanların, özellikle de evli olmayan erkeklerin evli olanlara göre tükenmişliğe daha meyilli görünmektedirler. Bekar olanlar boşanmış olanlardan dahi daha yüksek tükenme puanları almışlardır.

Etnik köken ile ilgili yeterli araştırma yapılamadığından bu değişken için bir kanıya varmak mümkün değildir.

Bazı araştırmalar eğitim seviyesi yükseldikçe tükenmişliğinde arttığını göstermiştir. Bunu yorumlamak için araştırmalar yeterli değildir. Başka değişkenlerinde etkili olması mümkündür. Ancak yüksek eğitim almış kişilerin işlerinde daha çok sorumluluk almaları ve daha çok iş stresi ile karşılaşmalarıyla açıklanabilir. Başka bir açıklama yüksek eğitim almış kişilerin işleri ile ilgili daha yüksek beklentileri olması ve bu beklentilerin karşılanamama riskinin de fazla olması olabilir. (45)

2.3.3.2.2. Kişilik Özellikleri

Hangi kişilik özelliklerinde bireylerin tükenmişlik yaşama riskinin arttığı ile ilgili yapılan araştırmalarda belli kişilik özellikleri öne çıkmıştır. Dayanıklılık ve girişkenliğin az olması (hardiness), düşük özgüven ve çekingen başa çıkma tarzı, stres düzeyi yüksek kişilerin özellikleridir ve tükenmişlik ile ilişkilidir. Ayrıca kişilik boyutlarından nevrozun tükenmişlik riskini arttırdığı düşünülmektedir. Nevrotik bireyler duygusal olarak tutarsız ve strese meyilli, genel olarak kaygılı, kindar, depresyona meyilli ve kırılgan bireylerdir. (45)

Tükenmişliğin özellikle duygusal tükenme boyutunun A tipi kişilik ile ilişkili olduğu anlaşılmıştır. A tipi ve B tipi kişilik ilk olarak iki kardiyolog Meyer Friedman ve Rosenman tarafından açıklanmıştır. A tipi kişilik yapısının temel bazı özellikleri şunlardır: (9, 24)

- Rekabetçidir.
- Kendini sürekli bir şeyler yapmak zorunda hisseder.
- Zaman baskısını sever. Az zamanda fazla iş yapmak ister.
- Yaşamında her şeyi hızlı yapar.
- Beklemeye hiç tahammülü yoktur.
- Kendileri ve başkaları için yüksek bir beklenti düzeyleri koyar. (24)

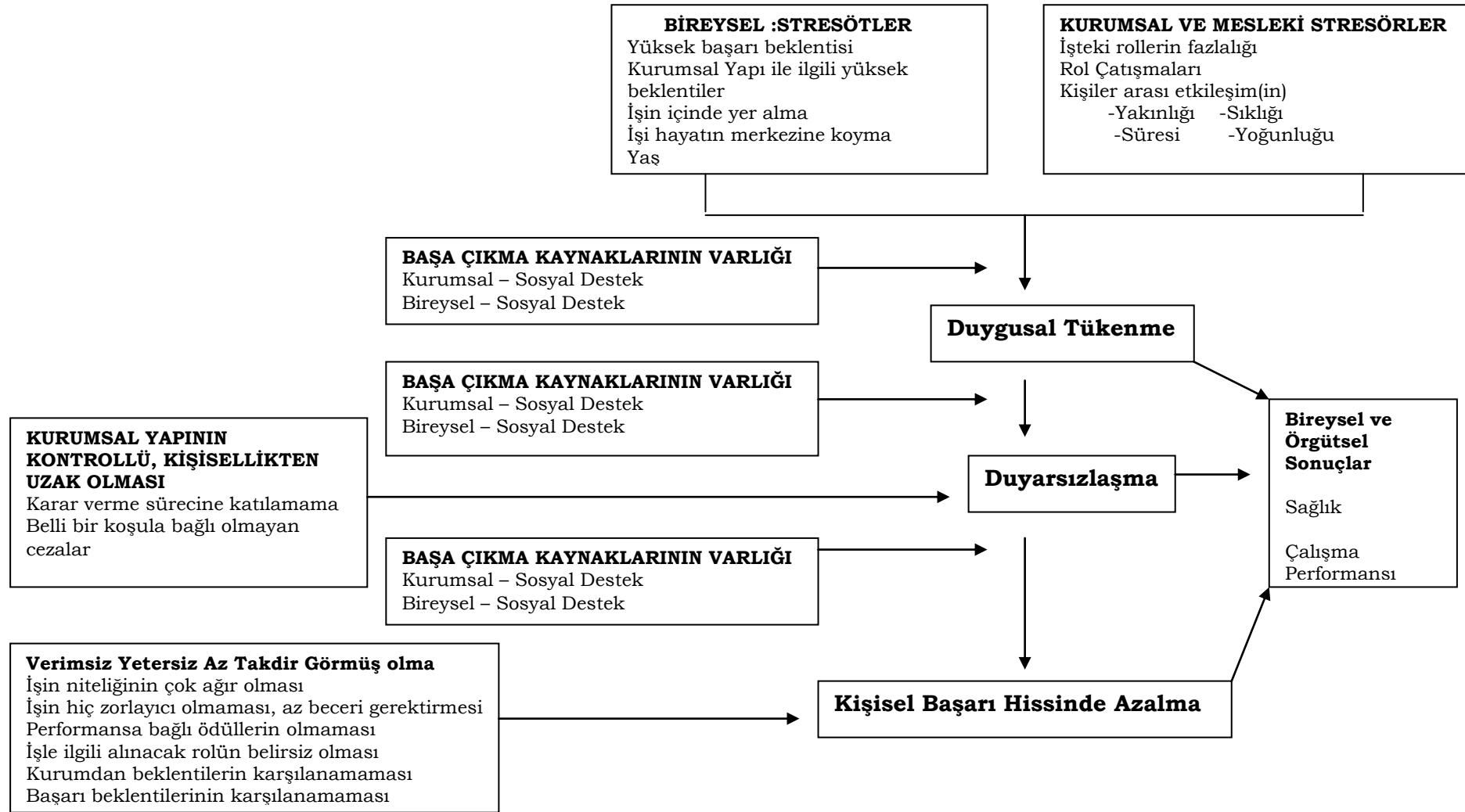
İş ortamındaki belirsizlik, çatışma ve iş yükü, A tipi kişilik özellikleri taşıyan bireylerin daha çok stres yaşamalarına ve iş ortamını daha düşmanca algılamalarına neden olmakta ve duygusal tükenme ve duyarsızlaşma yaşamaya daha yatkın hale gelmektedirler.

(9)

2.3.3.2.3. İş ile İlgili Düşünceler

Kişinin işi ile ilgili, işin doğasıyla (heyecanlı, monoton olmayan, eğlenceli iş gibi) veya kişinin işinde elde edeceği başarılarla ilgili beklentileri yüksek olduğunda tükenmişlik yaşama riski de yüksek demektir. Bu hipotez, yapılan araştırmaların bir kısmında doğrulanmış bir kısmında ise fark görülmemiştir. Boylamsal bir araştırma yapılması bilgilerin netleşmesini sağlayacaktır.

Şekil 1. TÜKENMİŞLİĞİN KAVRAMSAL ÇERÇEVESİ



Cordes, C.L. (1993) A Review and An Integration of Research of Job Burnout, Academy of Management Review, 18(4) s.641

2.3.4. Tükenmişliğin Belirtileri

Tükenmişlik, ortaya çıkışı genelde ani olsa da yavaş ve sinsice gelişen, kronik bir olgudur. Fiziksel, psikolojik ve davranışsal belirtileri gözlenebilir ve çeşitli tetkiklerle izlenebilir niteliktedir. Schaufeli (1990) tükenmişliğe ilişkin 100'den fazla belirti listelemiştir. Bazı araştırmacılar tükenmişliğin belirtilerini psikiyatrik, psikosomatik, somatik ve sosyal bozukluklar olarak ayrıştırmaktadır. Bireyin tükenmişlik yaşadığını ortaya koyabilecek belirtiler, duygusal, davranışsal ve bedensel olarak sınıflandırılmaktadır. (72, 69, 55, 59, 71)

2.3.4.1. Duygusal belirtiler

Motivasyon eksikliği, kişisel güvende azalma, değersizlik hissi, aşırı şüphecilik, kaygı, huzursuzluk, kendini soyutlanmış hissetme, çabuk öfkelenme, tatminsizlik, konsantrasyon bozuklukları, çaresizlik, zihin karışıklığı ve düzensizlik, bilişsel becerilerde güçlükler yasama. (55)

2.3.4.2. Davranışsal belirtiler

Ani tepkisellik ve eleştiriye aşırı duyarlılık, alınganlık, çabuk öfkelenme, sabırsızlık, kurallar konusunda katılık, işle ilgilenmek yerine başka şeylerle vakit geçirme, sürekli bir savunma ve suçlama hali, bir çok konuyu şüphe ve endişe ile karşılama, işe geç gelme, işten erken çıkma, madde kullanımında artış, inkâr etme, rasyonelleştirme, çevre ile ilişkilerde bozulmalar. (55, 31)

2.3.4.3. Bedensel belirtiler

Kronik yorgunluk, enerji kaybı, sık görülen soğuk algınlığı ve grip, sık baş ağrısı, uyku bozuklukları, kilo kaybı, genel ağrı ve sızılar, nefes darlığı, mide ve bağırsak hastalıkları. kardiovasküler hastalıklar.(55, 71, 31)

Bu belirtiler tek tek ele alındığında tükenmişlik dışında başka bazı sorunları da düşündürebilir. Ancak örgüt ortamında ve özellikle yapılan iş düşünüldüğünde bu

belirtileri, bireyde yaşanan bir tükenmenin işaretleri olarak düşünmek ve kaynakları tespit ederek, tükenme ile baş etmek için önlemler alınmalıdır. (55)

2.3.5. Tükenmişliğin Sonuçları

Tükenmişliğin bu kadar önemli bir kavram olmasının nedeni, hem birey üzerinde hem de çalıştığı kurum üzerinde ciddi etkilerinin olmasıdır. Bir bakıma tükenmişliğin belirtileri, aynı zamanda tükenmişliğin sonuçlarını da oluşturmaktadır. (69, 45)

Yapılan tüm araştırmalarda tespit edilen tüm sonuçlar incelendiğinde, hepsinin bir şekilde **çalışma performansı** ile ilişkili olduğu görüldüğünden performans üzerinde en çok durulan konu olmuştur. Diğer önemli sonuç ise bireyin sağlığı üzerindeki sonuçlarıdır. Tükenmişlik bir stres olgusu olduğundan sağlık üzerinde ciddi sonuçları oluşturmaktadır. (45)

2.3.5.1. Çalışma Performansı

Tükenmişlik, işten uzaklaşma, işi bırakma isteği duyma ve hatta gerçekten istifa etme ile doğrudan ilişkilidir. Kişi tükenmişlik yaşarken hala işte kalmaya devam ederse, bu iş doyumunun azalmasına, işine ve çalıştığı kuruma bağlılığının zayıflamasına, buna bağlı olarak da verimliliğinin ve etkili çalışmasının düşmesine neden olmaktadır. (45)

Tükenmişliğin aynı zamanda belirtileri olarak görülen enerji azlığı, dikkat dağınıklığı, odaklanma problemi gibi durumlar çalışma performansını düşürmekle beraber mesleki kaza ve yaralanmaların riskini de arttırmaktadır. (55)

Tükenmişlik yaşayan kişi meslektaşlarını da olumsuz etkiler. Meslektaşlarıyla sürekli çatışır ve onların işlerini yapmasını engeller. Burada tükenmişliğin bulaşıcılığından söz etmek gerekir. Tükenmişlik yaşayan kişi bu olumsuz etkileri nedeniyle çalışma arkadaşları için tükenmişlik açısından risk oluşturur. (45)

2.3.5.2. Sağlık

Bir çok araştırmacıya göre tükenmişliğin üç boyutundan özellikle duygusal tükenme boyutu ile fizyolojik sağlık sorunları arasında güçlü bir ilişki vardır. Aynı şekilde tükenmişlik ile madde kullanımı arasında da güçlü bir ilişki olduğu savunulmaktadır. (45)

Ruh sağlığı söz konusu olduğunda tükenmişlik ile ilişkisi karmaşık bir yapı sergilemektedir. Maslach, eldeki bilgilerin Tükenmişliğin kendisinin zaten ruhsal bir bozukluk olduğunu gösterdiğini ifade etmektedir. Ancak genel varsayım kişinin ruhsal ve zihinsel olarak işlevlerinde bazı bozulmalara yol açtığı şeklindedir. Kişide kaygı, depresyon, özgüvende düşüş gibi sorunlara yol açmaktadır. Alternatif bir görüş ise ruhsal olarak sağlıklı kişilerin uzun süreli stresle daha iyi baş ettikleri ve tükenmişlik yaşama risklerinin az olduğu yönündedir. Tükenmişlikle doğrudan alakalı olmayan, stresli bir durumda bulunan insanlarla ilgilenmeyi gerektiren bir mesleğin çalışanları üzerinde boylamsal olarak yapılan bir araştırma sonucunda, ergenlikte ve genç yetişkinlikte ruhsal olarak sağlıklı olmanın, bu tip zorlayıcı meslekleri tercih etme ve mesleği sürdürme ile ilişkili olduğu görülmüştür. (45, 47)

2.3.6. Tükenmişlikle Başa Çıkma

Tükenmişlikle başa çıkmak için çeşitli müdahale yöntemleri önerilmektedir. Bunların bazıları tükenmişlik ortaya çıktıktan sonra iyileştirmeye yönelik, bazıları ise tükenmişliğin hiç yaşanmaması için geliştirilen yöntemlerdir. İlginç olan tükenmişliğin oluşumunda çalışma ortamı ve kurumsal faktörlerin daha etkili olduğu kabul edilmesine karşın, başa çıkmada özellikle bireysel yöntemlere önem verilmiştir. Maslach 'a göre bireysel odaklı yöntemler kişinin duygusal tükenme düzeyini azaltmasına yardımcı olmakla beraber, tükenmişliğin diğer iki boyutu ile ilgili herhangi bir fayda sağlamayacaktır. Bireysel yöntemlere bu kadar önem verilmesinin nedeninin kurumsal odaklı yöntemlere göre daha kolay ve daha ucuz olmaları olduğunu ifade etmektedir. (45)

Tükenmişliği önleme yöntemleri, odaklandıkları hedefe göre ikiye ayrılır; birey odaklı (bireyi değiştirmeye yönelik) ve Kurumsal odaklı (kurumsal özellikleri değiştirmeye yönelik) yöntemler. İş ortamının özelliklerini değiştirmeye odaklanan yöntemler öncelikli önleme yolu, bireyi değiştirmeye odaklanan yöntemler ikincil ve üçüncül önleme yolu olarak kabul edilmelidir. Bunun yanında iki strateji arasında kesin bir ayrılık yoktur. Çoğu durumda her iki yöntemin bir kombinasyonu kullanılır. (42)

2.3.6.1 Birey Odaklı Yöntemler

Bireysel odaklı önleme ve iyileştirme stratejileri geliştirilmesinin altında yatan iki varsayım vardır. Birincisi; Tükenmişlik sadece çalışma ortamından değil belki daha önemlisi bireyin bu çalışma ortamına iş kolik denebilecek tepkisinden kaynaklanmaktadır. İkincisi; kurumların çalışma ortamındaki stresörleri kontrol etme sorumlulukları vardır ancak bireylerin de birinci olarak yaşadıkları stresi tespit etme ikinci olarak da bu stresi azaltmak veya kontrol altına almak için uygun adımları atma sorumluluğu vardır. Stres ortadan kaldırılamayan, sadece üstesinden gelinebilen bir olgudur. (42)

Bireysel odaklı yöntemler kişinin çalışma ortamındaki stresörlerle başa çıkma kapasitesini arttırmaya yönelik, tükenmişlik düzeyini azaltma amaçlı eğitimsel müdahaleler aracılığıyla uygulanır. Bu eğitimlerde aktarılan başa çıkma yöntemleri uygulaması bireysel de olabilir, bir grup olarak yürütülen bir yöntem de olabilir. Tükenmişlikle ilgili yapılan araştırmalar göstermiştir ki, bu tür eğitimler çalışanların, işin aşırı talepleriyle başa çıkma kapasitelerini arttırabilmektedir. Ancak bu yeni becerilerini her çalışan çalışma ortamına aktaramamaktadır. Çünkü kurumsal yapının belli sınırlılıkları vardır. Kurumsal yapının uygulama için müsait olduğu düşünüldüğünde sorulacak soru öğrenilen yöntemlerin tükenmişlik düzeyini etkileyip etkileyemediği olacaktır. Bu konu ile ilgili araştırmalar birbirinden farklı sonuçlar vermiştir. Araştırmalarda çok çeşitli başa çıkma yöntemleri öğretilmiş ve bazı araştırmalarda duygusal tükenme boyutunda gelişme kaydedildiği bazılarında ise gelişme olmadığı anlaşılmıştır. Duyarsızlaşma ve kişisel başarı boyutları ile ilgili olarak ise çok nadir gelişme kaydedilen sonuç bildirilmiştir. (45, 30)

Bireysel odaklı yöntemleri çeşitli kategorilere ayırmak mümkündür. Bazı yöntemler kişinin işi ile ilişkisini hedef alır (çalışma şeklinde değişiklik yapma, bazı başa çıkma teknikleri öğrenme sosyal destekten daha çok yararlanma gibi), diğerleri ise kişinin içsel kaynaklarını güçlendirmeyi (Daha rahat bir yaşam tarzı geliştirmek, sağlık sorunlarını ortadan kaldırmak, kişisel analiz yapabilmek) hedef almaktadır. (42)

2.3.6.1.1. Çalışma Şeklini Değiştirmek

Tükenmişliği önlemede en temel önerilerden biri biraz daha az çalışmaktır. Bu tükenmişlik yaşantısının başlama aşamasında, haftalık çalışma saatini düşürerek de olabilir, işi yapma hızını azaltarak da olabilir. İş süresince düzenli ara vermek ve fazla mesaiden kaçınmak da bu yöntemlerden sayılabilir. Ayrıca konuyla alakalı bir diğer öneri kişinin işine yaptığı yatırım (süre, ilgi, çaba vb.) kadar özel yaşamına da yatırım yapması ve dengeyi sağlamasıdır. (42)

2.3.6.1.2. Önleyici Başa Çıkma Becerilerinin Geliştirilmesi

Bu yöntemin amacı iş ortamındaki stresörleri değiştirmeden, sadece kişinin bu stresörlere tepkisini değiştirerek stresin kişi üzerindeki olumsuz etkilerini azaltmaktır. Bu amaçla bilişsel yeniden yapılandırma teknikleri kullanılır. Tekniğin içerisinde; kişinin aklındaki beklentileri düşürmek, kişinin davranışlarını yeniden yorumlamak, değerleri netleştirmek, yeni hedefler ve bu hedeflere giden küçük adımlar tespit etmek gibi yöntemler yer alır. (42)

Konu ile ilgili diğer bir yöntem kişinin yaşadığı gerginliğin azalması, bu kadar gerilmesine ve engellenmişlik hissetmesine neden olan kaynağın bulunması için duygularını açığa vurması veya paylaşmasıdır. Zaman yönetimi ve çatışma çözme becerileri kazanmak da tükenmişlik riskini azaltan birey odaklı yöntemlerdir. (42)

2.3.6.1.3. Sosyal Desteğin Kullanımı

Çalışma arkadaşlarından mesleki destek almak, amirlerden verimli rehberlik ve mesleki destek ve aile ile arkadaşlardan da sosyal destek almak tükenmişliğin önlenmesinde önemli rol oynamaktadır. Bu destek türlerini kullandığı takdirde kişi somut yardım, duygusal rahatlama ve yeni bir bakış açısı elde edebilir. (42)

2.3.6.1.4. Rahat Bir Yaşam Tarzı Geliştirmek

Bu yöntem kişinin verdiği stres tepkilerini ideal bir dengede tutmayı sağlar. Aşırı uyarılmayı ve sakin kalabilmeyi sağlayacak çeşitli teknikler mevcuttur. Tekniklerin bazıları mesai sırasında uygulanabilirken bazıları sadece iş dışı yaşantıda uygulanır. Biyolojik geri bildirimden, düzenli sıcak su banyosu ve masaja kadar birçok teknik kullanılabilir. Konu ile alakalı izlenecek diğer bir yol da kişinin iş dışı aktiviteler geliştirmesidir. (42)

2.3.6.1.5. Sağlık Durumunu İyileştirmek

Genel olarak sağlıklı ve zinde olmanın kişiyi tükenmişlikten koruduğu kabul edilmektedir. Bu nedenle beslenme, egzersiz gibi sağlıkla ilgili her konuda gerekli öneriler yapılır ve önlemler alınır. (42)

2.3.6.1.6. Kişisel Analiz

Kişinin kendi karakterini, ihtiyaçlarını, amaçlarını daha iyi anlaması hedeflenir. Böylece kişi neden tükenmişlik yaşadığını kavrayabilecektir. Bu bilgiye sahip olmak kişinin kendisini ve çalışma ortamını değiştirme kabiliyetini arttırmaktadır. Ayrıca kişi kendi ile ilgili farkındalık geliştirir ve kendisi ile ilgili daha iyi bir değerlendirme yapar. Örneğin neleri yapabileceğini neleri yapamayacağını net bir şekilde görür. Bu şekilde gerçekçi olmayan beklentilerini ve düşüncelerini fark eder ve değiştirmeye çalışır ve içsel stresörleri azaltmış olur. (42)

2.3.6.2 Kurum (Durumsal) Odaklı Yöntemler

Tükenmişlikle başa çıkmada, çalışma ortamı ile ilgili değişiklik yapmaya dayalı yöntemler oldukça önem taşımaktadır. Ancak ne kurumsal yapıyı (durumsal özellikleri) değiştirmek ne de bireyi değiştirmek tek başına yeterlidir. En etkili model kurumda yapılacak idari değişiklikleri, bireysel odaklı eğitimlerle birleştirmektir. (45)

Kurumlar, idari yetkilerini kullanarak tükenmişliğe neden olan stres faktörlerini azaltmaya yönelik önlemler alabilirler. Bu bağlamda yapılabilecek değişiklikler şunlardır:

- İşin yoğunlaştığı çalışma dönemlerinde yardımcı personel ve ek donanım sağlamak,
- Çalışanlara özgür karar verme ve karara katılma fırsatı sağlamak,
- Şarta bağlı ödülleri arttırmak, şarta bağlı olmayan cezalandırmaları önlemek,
- Kişisel gelişme ve dinlenme için ayrılan kaynakları ve zamanı çoğaltmak,
- Çalışan bireyler arası ilişkilerin düzenini değiştirerek sağlıklı ve uyumlu etkileşimi sağlamak, Çalışan bireyler arası iletişim kanallarının sayısını azaltıp, niteliğini yükselterek, olumsuz ve sağlıksız etkileşimi önlemek,
- Çalışma takımları oluşturmak ve geriye bildirim kanallarını işletmek,
- Çalışanlar için meslek ve stres danışmanlığı hizmetleri sunmak, özellikle insanla birebir çalışan meslek çalışanlarının kişilerarası iletişim becerilerini geliştirmek,
- Personel için stresle başa çıkma eğitim programları uygulamak,
- Örgütte, zaman yönetimi ve planlamasıyla, zamanı ekonomik kullanma alışkanlığı kazandırmak,
- İş monotonluğunu azaltmak için, uygun işe, uygun personeli atamak: İşin can sıkıcılığını ortadan kaldırmak için, iş basitleştirme yerine, iş rotasyonu, iş genişletme, iş zenginleştirme
- Etkin bir maaş ve ücret yönetimi uygulamak,
- Adil ve etkin bir performans değerlendirme sistemi oluşturmak,
- Örgüt içinde terfi politikasını hayata geçirmek için işe alma, personel seçimi ve görüşme sistemi oluşturmak. (60,45,42)

Durum odaklı bu yaklaşımda amaç aslında “iş”i değiştirmek değil, kişinin iş ile etkileşimini değiştirmektir. (42)

2.3.7. Stres Tükenmişlik ve Psikosomatik Hastalıklar

Psikosomatik Hastalıkları açıklamada en çok kabul gören yaklaşımlar stres teorileriyle ilgilidir. Stres kısaca kişiyi zorlayan fiziksel veya psikolojik bir uyarıcı karşısında kişinin geliştirdiği uyum sağlamaya yönelik tepkilerdir. Stresle ilgili en çok kabul gören çalışmaları yapan Selye 'nin Genel Adaptasyon Sendromuna göre ise tükenme, stres durumuna verilen bir dizi tepkinin son aşaması olarak görülmektedir. (48, 64)

Mesleki tükenmişlik, iş ile ilgili stresörlerin bir sonucu olarak çalışan kişide duygusal olarak kendisini tükenmiş hissetme, iş gereği karşılaştığı insanlara duyarsızlaşma ve kişisel başarı ya da yeterlilik duygusunda azalma olarak kendini gösteren bir sendromdur. Bu tükenmişliği örgütsel kökenli stres kaynaklarından doğan diğer tepkilerden farklı kılan özellik, çalışanın iş gereği karşılaştığı kişilerle kurduğu sık ve yoğun etkileşim sonucunda ortaya çıkmasıdır. Araştırmalarda tükenmişliğin sonuçları üzerinde durulmuş ve en çok kişinin iş yaşamı üzerindeki olumsuz sonuçlarına, daha sonra da kişinin sağlığı üzerindeki olumsuz sonuçlarına yoğunlaşmıştır. Tükenmişliğin 3 boyutundan, duygusal tükenme boyutunun diğer boyutlara göre, psikosomatik diye adlandırılan, strese bağlı sağlık sorunları ile daha ilişkili olduğu görülmektedir. (25, 45, 64)

Ganster ve Schaubroeck 'e göre Tükenmişlik de aslında, özellikle kişiler arası etkileşimin fazla olduğu stresli çalışma şartlarına tepki olarak oluşan, bir çeşit strestir. (28)

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1 Araştırmanın Şekli ve Örnekleme

Çalışmanın örneklemini İstanbul ilinde çeşitli adliyelerde görev yapan 109 Hakim ve Cumhuriyet Savcısı oluşturmaktadır. Çalışmaya başlamadan önce Adalet Bakanlığı Personel Genel Müdürlüğünün 06.12.2007 tarih ve B.0.30.PER.0.00.00.01/23287/104078 sayılı yazısı ile izin alınmıştır.

Verileri toplarken, kullanılan 3 veri toplama aracı kapalı bir zarf içinde, çalışmaya katılmayı kabul eden Hakim ve Cumhuriyet Savcılarına teslim edilmiş ve zarf içindeki gereçler ile ilgili bilgi verilerek, yazılı talimatlara uygun bir şekilde, tek seferde doldurmaları ve kendilerinden kapalı zarf içinde teslim alınacağı belirtilmiştir. Daha sonra gereçler Hakim ve Cumhuriyet Savcılarında kapalı zarf içinde toplanmıştır. Doldurulmamış veya eksik doldurulmuş gereçlerin bulunduğu zarflar çalışmanın örnekleminden çıkarılmıştır.

Kullanılan veri toplama araçları Sosyodemografik bilgi formu, Maslach Tükenmişlik Ölçeği (Maslach Burnout Inventory-MBI) ve Tıbbi Durum Değerlendirme Formudur.

3.2. Veri Toplama Araçları

3.2.1. Sosyodemografik Form

Sosyodemografik form, konu ile ilgili literatür dikkate alınarak araştırmacı tarafından oluşturulmuştur. Katılımcı numarası dahil olmak üzere 17 sorudan oluşan formda katılımcıların mesleği (Hakim veya cumhuriyet Savcısı), çalışma yeri, cinsiyeti, yaşı, medeni durumu, çocuk sayısı, çalışma süresi, eğitim durumu, hukuk fakültesinin kaçınıcı tercihleri olduğu, tercih hakları olsa şimdi neyi tercih edecekleri, sigara kullanımları, alkol kullanımları, zor gelen yaşam olayları, meslekleri ile ilgili yıpratıcı buldukları konular, boş

vakitlerini nasıl değerlendirdikleri ve gelecekte bekledikleri ile ilgili bilgiler toplanmaya çalışılmıştır.

3.2.2 Maslach Tükenmişlik Ölçeği (MTÖ) (Maslach Burnout Inventory-MBI)

Maslach Tükenmişlik Ölçeği ilk olarak Maslach ve Jackson tarafından, hizmet verdiği insanlarla yüz yüze çalışan bireylerin tükenmişlik düzeylerini 3 alt boyutta ölçmek için 1981'de geliştirilmiş ve 1986'da tekrar düzenlenmiştir. (58)

Toplam 22 maddeden oluşan ölçek tükenmişliği üç alt boyutta değerlendirmektedir. Birinci alt boyut olan "duygusal tükenme" boyutunda 9 madde, ikinci alt boyut olan "duyarsızlaşma" boyutunda 5 madde ve üçüncü alt boyut olan "kişisel başarı" boyutunda ise 8 madde yer almaktadır. Maddeler özgün formda yedi basamaklı cevap seçeneği ile değerlendirilmektedir ancak Türkçe uyarlamasında kültüre uyumlu hale getirmek için beş basamaklı değerlendirme kullanılmıştır. 0 = Hiçbir zaman 1= Çok nadir 2= Bazen 3= Çoğu zaman ve 4= Her zaman olmak üzere beşli derecelendirme ile cevaplanmaktadır. (26)

Puanlama her boyut için ayrı ayrı hesaplanmaktadır. Duygusal Tükenme ve Duyarsızlaşma alt ölçeklerinden yüksek puanlar, Kişisel Başarı alt ölçeğinden düşük puanlar yüksek tükenmişliği ifade etmektedir. Tükenmişliğin düşük düzeyi ise duygusal tükenme ve duyarsızlaşma alt boyutlarında düşük, kişisel başarı alt boyutunda ise yüksek puanı gerektirmektedir.

Ölçek Ergin tarafından 1992'de Türkçe 'ye uyarlanmış, Çam tarafından da geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Güvenilirlik analizi sonucunda ölçeğin üç alt boyutu için Cronbach Alfa katsayıları duygusal tükenme için 0.83, duyarsızlaşma için 0.65 ve kişisel başarı hissi azalması için 0.72 olarak elde edilmiştir. Yapılan test/tekrar test analizi sonucunda ise güvenilirlik katsayıları duygusal tükenme için 0.83, duyarsızlaşma için 0.72 ve kişisel başarı hissi azalması için 0.67 olarak elde edilmiştir. Yapı geçerliliğinin test

edilmesi maksadıyla LISREL 8.30 programı kullanılarak “Doğrulayıcı (Confirmatory) Faktör Analizi” yapılmıştır. Analiz sonucunda ölçeğin yapı geçerliliğine sahip olduğu görülmüştür. (26)

3.2.3. Tıbbi Durum Değerlendirme Formu

Tıbbi Durum Değerlendirme adı verilen form, konu ile ilgili literatür bilgisine dayanılarak, dolduran kişinin psikosomatik hastalıklar açısından durumunu tespit etmek amacıyla araştırmacı tarafından oluşturulmuştur. Ölçek, 9 ana gruba ayrılmış toplam 80 psikosomatik sendrom ve hastalığı içeren bir kontrol listedir. Katılımcılardan talimatla beraber, Hakim ve C.Savcısı olarak çalıştıkları süre içerisinde göstermiş oldukları semptomları ve tanısını almış oldukları hastalıkları belirleyerek işaretlemeleri istenmiştir.

3.3. Verilerin Analizi

Verilerin incelenmesi SPSS (Statistical Package for the Social Science) programı ile yapılmıştır. Yapılan analizlerde istatistiksel anlamlılık için $p < 0,05$ düzeyi aranmıştır. Parametrik verilerin analizinde; t testi, tek yönlü varyans analizi (ANOVA), Pearson korelasyon analizi, parametrik olmayan verilerin analizinde; Ki kare, Mann Whitney U testi ve Kruskal Wallis testi kullanılmıştır. Hangi analiz yöntemlerinin kullanılacağına tespitinde ise normal dağılımı görmek için Tek Örneklem Kolmogorov Smirnov Testi ve verilerin homojen olup olmadığını görmek için Verilerin Homojenliği Testi kullanılmıştır.

Bulguların sunumunda bazı kısaltmalar kullanılmıştır: *sd-serbestlik derecesi*, *N-gözlem miktarı*, *p-anlamlılık seviyesi*, *r-korelasyon katsayısı*, *DT-Duygusal Tükenme*, *D-Duyarsızlaşma*, *KB-Kişisel Başarı*, *MTÖ-Maslach Tükenmişlik Ölçeği* 'dir.

3.4. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın çalışma grubunu sadece İstanbul ilindeki adliyelerde görev yapan Hakim ve Cumhuriyet Savcıları oluşturmaktadır.

4. BULGULAR

Çalışmada 109 kişiden veri toplanmıştır. Bu kişilerin %43.1 'i (47 kişi) Hakim, %56.9 'u (62 kişi) Cumhuriyet Savcısıdır. Ölçekleri eksik veya yanlış dolduran katılımcılar çalışmadan çıkarılmıştır. Sonuçları analiz edilen ölçeklerin tamamının yanıtlanma oranı %100 'dür.

Tablo 1. Katılımcıların Meslek Gruplarına Göre Cinsiyet Dağılımı

		N	%
Hakim	Erkek	36	76,6
	Kadın	11	23,4
	Toplam	47	100
C.Savcısı	Erkek	61	98,4
	Kadın	1	1,6
	Toplam	62	100

4.1. Sosyodemografik Veriler ile İlgili Bulgular

Aşağıda katılımcıların sosyodemografik bilgilerine ilişkin bulgular yer almaktadır.

Tablo 2. Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerinin Dağılımı

Değişkenler	Alt Gruplar	N	%
Cinsiyet	Erkek	97	89
	Kadın	12	11
Yaş	30 – 40 Yaş Arası	10	9,2
	40 – 50 Yaş Arası	43	39,4
	50 – 60 Yaş Arası	45	41,3
	60 Yaş ve Üzeri	11	10,1
Medeni Durum	Evli	106	97,2
	Bekar	2	1,8
	Boşanmış	1	0,9
Eğitim Durumu	Lisans	104	95,4
	Yüksek Lisans ve Doktora	5	4,6
Çocuk Sayısı	Çocuk Yok	7	6,4
	1 Çocuk	19	17,4
	2 Çocuk	68	62,4
	3 ve Üzeri Çocuk	15	13,8
Meslekte Geçen Süre	10 – 20 Yıl Arası	34	31,2
	20 – 30 Yıl Arası	56	51,4
	30 Yıl ve Üzeri	19	17,4
Uzun Süre Çalışılan Yer	İlde Daha Fazla Çalışma	51	46,8
	İlçede Daha Fazla Çalışma	55	50,5
	İl ve İlçede Aynı Süre Çalışma	3	2,8
Hukuk Tercih Sırası	1. Tercih	53	48,6
	2. Tercih	27	24,8
	3. Tercih ve üzeri	29	26,6
Şuan ki Tercihleri	Yine Hukuk Fakültesi	68	62,4
	Başka Bir Fakülte	41	37,6
Sigara Kullanma Durumu	Sigara Kullanan	41	37,6
	Sigara Kullanmayan	68	62,4
Günlük Sigara Kullanımı	Hiç Kullanmıyor	68	62,4
	Günde 1 Paketten Az	22	20,2
	Günde 1 Paket	11	10,1
	Günde 1 Paketten Fazla	8	7,3

Alkol Kullanımı	Her gün veya Haftada 3-4 kez	5	4,6
	Haftada 1-2 kez	25	22,9
	Çok nadir veya hiç	79	72,5
İŞ Zor Gelen Yaşam Olayıdır	Evet	30	27,5
	Hayır	79	72,5
SAĞLIK SORUNLARI Zor Gelen Yaşam Olayıdır	Evet	37	33,9
	Hayır	72	66,1
TOPLUMSAL SORUNLAR Zor Gelen Yaşam Olayıdır	Evet	55	50,5
	Hayır	54	49,5
AİLE SORUNLARI Zor Gelen Yaşam Olayıdır	Evet	13	11,9
	Hayır	96	88,1
GEÇİM Zor Gelen Yaşam Olayıdır.	Evet	7	6,4
	Hayır	102	93,6
ULAŞIM Zor Yaşam Olayıdır	Evet	37	33,9
	Hayır	72	66,1

Tablo 3. Katılımcıların Şuan ki Fakülte Tercihlerine Göre Dağılımı

	N	%
Hukuk Fakültesi	68	62,4
Edebiyat Fakültesi	5	4,6
Eğitim Fakültesi	3	2,8
Mühendislik Fakültesi	11	10,1
Tıp Fakültesi	9	8,3
İletişim Fakültesi	4	3,7
Güzel Sanatlar F.	4	3,7
Orman Fakültesi	1	0,9
Fen Fakültesi	2	1,8
Konservatuar	1	0,9
Mimarlık Fakültesi	1	0,9
Toplam	109	100

Tablo 4. Katılımcıların Bazı Demografik Değişkenlerinin Ortalamaları

	Hakim	C.Savcısı	Genel
Yaş	51,30	50,44	50,81
Meslekte Geçen Süre (Yıl)	24,87	24,02	24,39
İlde Çalışma Süresi (Yıl)	13,13	12,06	12,52
İlçede Çalışma Süresi (Yıl)	11,74	11,95	11,86

Tablo 5. İlk Tercihleri Hukuk Olan ve Olmayan Hakim ve C.Savcılarının Şuan ki Tercihleri Arasındaki İlişki

		Yine Hukuk tercih ederim	Başka bir Bölüm Tercih Ederim	Toplam	Ki Kare	p
Hukuk İLK Tercihimdi	Hakim	19	7	26	0,258	0,611
	C.Savcısı	18	9	27		
	Toplam	37	16	53		
Hukuk İlk Tercihim Değildi	Hakim	14	7	21	1,739	0,187
	C.Savcısı	17	18	35		
	Toplam	31	25	56		

Tercihleri hukuk fakültesi olan ve olmayan Hakim ve Cumhuriyet Savcılarının şuan meslek seçimlerinin değişip değişmemesi yönünden anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Tablo 6. Hakim ve C. Savcısı Olma ve Sigara Kullanma Durumu Arasındaki İlişki

		Sigara		Toplam	Ki Kare	P
		Kullanıyor (N=41)	Kullanmıyor (N=68)			
Meslek Grubu	Hakim	19	28	47	0,278	0,598
	C. Savcısı	22	40	62		

Katılımcıların sigara kullanımlarının meslek gruplarına göre anlamlı bir farklılık göstermediği anlaşılmıştır.

Tablo 7. Hakim ve C. Savcısı Olma ve Alkol Kullanma Durumu Arasındaki İlişki

		Alkol		Toplam	Ki Kare	p
		Haftada 1-4 Kez veya Her gün (N=30)	Çok Nadir veya Hiç (N=79)			
Meslek Grubu	Hakim	10	37	47	1,616	0,146
	C. Savcısı	20	42	62		

Katılımcıların alkol kullanımlarının meslek gruplarına göre anlamlı bir farklılık göstermediği anlaşılmıştır.

Tablo 8. İş Zor bir Yaşam Olayı Olarak Gören Katılımcıların Sağlık Sorunlarını Zor Yaşam Olayı Olarak Görmelerine Göre Dağılımları

		N	%
İş zor bir yaşam olayıdır.	Sağlık zor gelen yaşam olayıdır	17	56,7
	Sağlık zor gelen yaşam olayı değildir	13	43,3
Toplam		30	100

Tablo 9. Hakim ve C. Savcısı Olma ve Algılanan Zor Gelen Yaşam Olayları Arasındaki İlişkinin Ki Kare Testi ile Analizi

		Meslek Grubu		Toplam	Ki Kare	p
		Hakim (N=47)	C. Savcısı (N=62)			
İş Zor Yaşam Olayıdır	Evet	14	16	30	0,212	0,645
	Hayır	33	46	79		
Sağlık Sorunları Zor Yaşam Olayıdır	Evet	12	25	37	2,608	0,106
	Hayır	35	37	72		
Toplumsal Sorunlar Zor Yaşam Olayıdır	Evet	24	31	55	0,012	0,912
	Hayır	23	31	54		
Aile Sorunları Zor Yaşam Olayıdır	Evet	5	8	13	0,131	0,718
	Hayır	42	54	96		
Ulaşım Zor Yaşam Olayıdır	Evet	12	25	37	2,608	0,106
	Hayır	35	37	72		
Geçim Zor Yaşam Olayıdır	Evet	1	6	7	2,536	0,111
	Hayır	46	56	102		

Katılımcıların zor yaşam olayı olarak algılarının meslek gruplarına göre anlamlı bir farklılık göstermediği anlaşılmıştır.

Tablo 10. Hakim ve C.Savcılarının Meslekleri ile İlgili Yıpratıcı Buldukları Konular

Meslekle İlgili Yıpratıcı Konular	Hakim (n=47)		C.Savcısı (n=62)		Toplam (N=109)	
	n	%	N	%	N	%
Aşırı iş yükü	31	65,9	39	62,9	70	64,2
Siyasilerin, avukatların tutum ve tavırları	2	4,2	3	4,8	5	4,5
Meslektaşların görevlerini gerektiği gibi yapmaması	3	6,3	-	-	3	2,7
Yasaların sık değişmesi	11	23,4	12	19,3	23	21,1
Personel yetersizliği veya uzman personelin olmaması	16	34	15	24,1	31	28,4
Mesleği gerektiği gibi yapamamak veya Adaleti sağlayamamak	1	2,1	4	6,4	5	4,5
Mesleki yükselmede veya görevlendirmelerde adaletsizlik	4	8,5	5	8	9	8,2
Sosyal yaşamdan uzaklaşma	6	12,7	10	16,1	16	14,6
Fiziki koşulların ve imkanların yetersizliği	15	31,9	16	25,8	31	28,4
Mesleğin çok özveri istemesi	1	2,1	1	1,6	2	1,8
UYAP ile ilgili sorunlar	3	6,3	2	3,2	5	4,5
Sık tayin olmak	-	-	3	4,8	3	2,7
Küçük ilçelerde görev yapmak	-	-	1	1,6	1	0,9
Boş vakit bulamamak	1	2,1	5	8	6	5,5
Medyanın ve medyadan etkilenen insanların yargıya ve Hakim, C.Savcılara olumsuz ve güvensiz yaklaşımı	4	8,5	2	3,2	6	5,5
İşin adaletsiz dağılımı	-	-	5	8	5	4,5
Stres	10	21,2	16	25,8	26	23,8
Meslek içinde branşlaşmanın olmaması	7	14,8	4	6,4	11	10
Yargının sorunlarına karşı gösterilen ilgisizlik	2	4,2	2	3,2	4	3,6
Görev ve sorumlulukların fazla olması	1	2,1	5	8	6	5,5
İnsanlarla iletişim kuramamak	-	-	2	3,2	2	1,8
Kolluk görevlilerinin işinde uzman olmaması	1	2,1	10	16,1	11	10
İşin rutin olması	1	2,1	1	1,6	2	1,8
Yargı sistemindeki yapısal sorunlar	1	2,1	5	8	6	5,5
Yanlış karar vermeme çabası, verilen cezaların yarattığı vicdani yükümlülük	6	12,7	-	-	6	5,5
Nöbetler	-	-	4	6,4	4	3,6
Sağlık sorunlarına neden olması	-	-	1	1,6	1	0,9
Aileye zaman ayıramamak	-	-	3	4,8	3	2,7

Gerçekçi olmayan taleplerde bulunulması	1	2,1	1	1,6	2	1,8
Sistemde değişiklik önerilememesi	-	-	1	1,6	1	0,9
Yargıya müdahale edilmesi	-	-	2	3,2	2	1,8
İddianamenin iadesi	-	-	1	1,6	1	0,9
İfade alma	-	-	1	1,6	1	0,9
Müddetnamenin hazırlanması	-	-	1	1,6	1	0,9
İnfaz dosyalarının incelenmesi	-	-	2	3,2	2	1,8

4.2. Psikosomatik Semptom ve Hastalıkların Sıklığı ve Bazı Demografik Özellikler ile ilişkisi

Tıbbi Durum Değerlendirme Formunda 80 psikosomatik sendrom ve hastalık yer almaktadır. Verilerin değerlendirilmesi sonucunda katılımcıların bu 80 hastalık ve semptomlardan 57'sini (%71,3) yaşadıkları, 23 tanesine (%28,8) ise meslek yaşantıları devam ettiği sürece hiç sahip olmadıkları anlaşılmıştır. 109 katılımcının olduğu örnekleme hiç rastlanmayan 23 psikosomatik sendrom ve hastalıklar şöyledir:

- Behçet Hastalığı
- Anoreksiya Nervosa
- Blumia Nervosa
- Crohn Hastalığı
- Nörodermit (Döküntü ve kaşıntı)
- Sedef Hastalığı
- Beyin Kanaması
- Emboli
- Bayılma
- Addison Hastalığı
- Cushing Sendromu
- Hipertiroidi (Toksik Guatr)
- Kollejen Doku Hastalıkları
- Organ Değişimleri
- Korea
- Multiple Skleroz
- Tüberküloz
- Ağrılı Menstrüasyon
- Erken menopoz
- Amonere (Regl olmama)
- Yalancı gebelik
- Düşükler
- Cinsel İşlev Bozuklukları

Tablo 11. Katılımcıların Meslek Hayatları Boyunca Göstermiş Oldukları Psikosomatik Sendrom ve Tanısını Aldıkları Psikosomatik Hastalıkların Cinsiyetlerine Göre Dağılımı

	VAR						YOK					
	Kadın		Erkek		Toplam		Kadın		Erkek		Toplam	
	n	%	n	%	N	%	n	%	n	%	N	%
Ağızda Uçuk ve Yara	4	33,3	25	25,8	29	26,6	8	66,7	72	74,2	80	73,4
Diş Eti Sorunları	5	41,7	33	34	38	34,9	7	58,3	64	66	71	65,1
Diş Çürükleri	8	66,7	41	42,3	49	45	4	33,3	56	57,7	60	55
Atrofik Rinitis	4	33,3	13	13,4	17	15,6	8	66,7	84	86,6	92	84,4
Glokom	2	16,7	8	8,2	10	9,2	10	83,3	89	91,8	99	90,8
Kas Gerginliği Ağrıları	7	58,3	25	25,8	32	29,4	5	41,7	72	74,2	77	70,6
Göz İltihabı	1	8,3	4	4,1	5	4,6	11	91,7	93	95,9	104	95,4
Meniere	1	8,3	6	6,2	7	6,4	11	91,7	91	93,8	102	93,6
Saman Nezlesi	2	16,7	17	17,5	19	17,4	10	83,3	80	82,5	90	82,6
Migren	5	41,7	10	10,3	15	13,8	7	58,3	87	89,7	94	86,2
Vertigo	-	-	13	13,4	13	11,9	12	100	84	86,6	96	88,1
Obezite	-	-	3	3,1	3	2,8	12	100	94	96,9	106	97,2
Kardio-spazm	4	33,3	8	8,2	12	11	8	66,7	89	91,8	97	89
Mide Ülseri	-	-	9	9,3	9	8,3	12	100	88	90,7	100	91,7
Duedonum Ülseri	-	-	9	9,3	9	8,3	12	100	88	90,7	100	91,7
Mide Kanaması	1	8,3	5	5,2	6	5,5	11	91,7	92	94,8	103	94,5
Spastik Kolon	1	8,3	3	3,1	4	3,7	12	100	94	96,9	105	96,3
Sinirsel Kusma	-	-	1	1	1	0,9	12	100	96	99	108	99,1
Sinirsel Kabızlık	2	16,7	21	21,6	23	21,1	10	83,3	76	78,4	86	78,9
Alerjik Reaksiyonlar	6	50	6	6,2	12	11	6	50	91	93,8	97	89
Egzama	5	41,7	15	15,5	20	18,3	7	58,3	82	84,5	89	81,7
Hiperhidrosis	-	-	7	7,2	7	6,4	12	100	90	92,8	102	93,6
Kaşıntı	2	16,7	16	16,5	18	16,5	10	83,3	81	83,5	91	83,5
Ürtiker	4	33,3	5	5,2	9	8,3	8	66,7	92	94,8	100	91,7
Purpura	-	-	1	1	1	0,9	12	100	96	99	108	99,1
Rosasea	-	-	3	3,1	3	2,8	12	100	94	96,9	106	97,2

Saçkıran	-	-	4	4,1	4	3,7	12	100	93	95,9	105	96,3
Siğil	1	8,3	8	8,2	9	8,3	11	91,7	89	91,8	100	91,7
Sivilce	2	16,7	14	14,4	16	14,7	10	83,3	83	85,6	93	85,3
Sklero- derma	-	-	2	2,1	2	1,8	12	100	95	97,9	107	98,2
Pruritis	-	-	2	2,1	2	1,8	12	100	95	97,9	107	98,2
Göğüs Ağrısı	2	16,7	11	11,3	13	11,9	10	83,3	86	88,7	96	88,1
Anjionö- rotik Ödem	-	-	1	1	1	0,9	12	100	96	99	108	99,1
Aritmi	3	25	12	12,4	15	13,8	9	75	85	87,6	94	86,2
Taşikardi	2	16,7	10	10,3	12	11	10	83,3	87	89,7	97	89
Damar Ki- reçlenmesi	-	-	1	1	1	0,9	12	100	96	99	108	99,1
Hiper- tansiyon	2	16,7	25	25,8	27	24,8	10	83,3	72	74,2	82	75,2
Koroner Kalp Hastalığı	-	-	5	5,2	5	4,6	12	100	92	94,8	104	95,4
Diyabet	-	-	9	9,3	9	8,3	12	100	88	90,7	100	91,7
Hipotroidi	2	16,7	6	6,2	8	7,3	10	83,3	91	93,8	101	92,7
Miksödem	-	-	1	1	1	0,9	12	100	96	99	108	99,1
Hipoglisemi	2	16,7	6	6,2	8	7,3	10	83,3	91	93,8	101	92,7
Hormon Eksiklikleri	-	-	2	2,1	2	1,8	12	100	95	97,9	107	98,2
Alerjik Bozukluklar	3	25	11	11,3	14	12,8	9	75	86	88,7	95	87,2
Enfeksi- yonlar	7	58,3	20	20,6	27	24,8	5	41,7	77	79,4	82	75,2
Herpetiform Bozukluk	-	-	6	6,2	6	5,5	12	100	91	93,8	103	95,5
Kan Hastalıkları	-	-	3	3,1	3	2,8	12	100	94	96,9	106	97,2
Tümörler	1	8,3	1	1	2	1,8	11	91,7	96	99	107	98,2
Kas İskelet Bozulmaları	1	8,3	8	8,2	9	8,3	11	91,7	89	91,8	100	91,7
Nöromiyo- pati	1	8,3	3	3,1	4	3,7	11	91,7	94	96,9	105	96,3
Romotoid Artrid	-	-	8	8,2	8	7,3	12	100	89	91,8	101	92,7
Spazmodik Tortikolis	1	8,3	11	11,3	12	11	11	91,7	86	88,7	97	89
Solunum Yollarında Hırıltı	-	-	11	11,3	11	10,1	12	100	86	88,7	98	89,9
Bronşiyal Astım	-	-	5	5,2	5	4,6	12	100	92	94,8	104	95,4
Hiper- ventilasyon	1	8,3	3	3,1	4	3,7	11	91,7	94	96,9	105	96,3
Öksürük krizleri	1	8,3	9	9,3	10	9,2	12	100	88	90,7	99	90,8
Regl Düzen- sizlikleri	3	25	-	-	3	2,8	9	75	97	100	106	97,2

Tablo 12. Katılımcıların Meslek Hayatları Boyunca Göstermiş Oldukları Psikosomatik Sendrom ve Tanısını Aldıkları Psikosomatik Hastalıkların Meslek Gruplarına ve Semptom ile Hastalıkların Bulunduğu Sisteme Göre Dağılımları

	VAR						YOK					
	Kadın		Erkek		Toplam		Kadın		Erkek		Toplam	
	n	%	n	%	N	%	n	%	n	%	N	%
Baş ve Ağrı	12	100	82	84,5	94	86,2	-	-	15	15,5	15	13,8
Beslenme Sindirim	5	41,7	48	49,5	53	48,6	7	58,3	49	50,5	56	51,4
Deri	11	91,7	49	50,5	60	55	1	8,3	48	49,5	49	45
Dolaşım	7	58,3	48	49,5	55	50,5	5	41,7	49	50,5	54	49,5
İç Salgı	4	33,3	23	23,7	27	24,8	8	66,7	74	76,3	82	75,2
Bağışıklık	8	66,7	37	38,1	45	41,3	4	33,3	60	61,9	64	58,7
Kas-İskelet	3	25	29	29,9	32	29,4	9	75	68	70,1	77	70,6
Solunum	2	16,7	25	25,8	27	24,8	10	83,3	72	74,2	82	75,2
Üreme	3	25	-	-	3	2,8	9	75	-	-	106	97,2

Tablo 13. Katılımcıların Meslek Hayatları Boyunca Göstermiş Oldukları Psikosomatik Semptom ve Tanısını Aldıkları Psikosomatik Hastalıkların Toplam Sayısına Göre Dağılımları

	N	%
Hiç Yok	3	2,8
1 - 3 Hastalık	29	26,6
4 - 6 Hastalık	34	31,2
7 - 9 Hastalık	23	21,1
10 - 12 Hastalık	17	15,6
13 - 15 Hastalık	3	2,8
Toplam	109	100

Tablo 14. Katılımcıların Meslek Hayatları Boyunca Göstermiş Oldukları Psikosomatik Semptom ve Tanısını Aldıkları Psikosomatik Hastalıklar ile İlgili Bulgular

	N	Minimum	Maksimum	Ortalama	Sd
Psikosomatik Hastalık ve Semptom Sayısı	109	0	15	5,73	3,519

Tablo 15. Katılımcıların Meslek Hayatları Boyunca Göstermiş Oldukları Psikosomatik Semptom ve Tanısını Aldıkları Psikosomatik Hastalıkların Meslek Grubu ile İlişkisi

		N	Ortalama	Sd	t	p
Psikosomatik Semptom ve Hastalıklar	Hakim	47	5,85	3,718	0,301	0,764
	C. Savcısı	62	5,65	3,388		

Hakim ve C.Savcısı katılımcıların Meslek Hayatları Boyunca Göstermiş oldukları Psikosomatik Semptom ve Tanısını Aldıkları Psikosomatik Hastalıkların sıklığı bakımından ortalamaları t testi ile karşılaştırılmış ancak anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Tablo 16. Katılımcıların Meslek Hayatları Boyunca Göstermiş Oldukları Psikosomatik Semptom ve Tanısını Aldıkları Psikosomatik Hastalıkların Cinsiyet Değişkeni ile İlişkisi

		N	Sıralama Ortalamaları	Mann-Whitney	p
Psikosomatik Semptom ve Hastalıklar	Kadın	12	75,42	337	0,017
	Erkek	97	52,47		

Katılımcıların Meslek Hayatları Boyunca Göstermiş oldukları Psikosomatik Semptom ve Tanısını Aldıkları Psikosomatik Hastalıkların sıklığında cinsiyet değişkenine göre fark olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılan analiz sonucunda grupların sıralama ortalamaları arasındaki fark $p < 0.05$ düzeyinde anlamlı bulunmuştur.

Tablo 17. Katılımcıların Meslek Hayatları Boyunca Göstermiş Oldukları Psikosomatik Semptom ve Tanısını Aldıkları Psikosomatik Hastalıkların Yaş Değişkeni ile İlişkisi

		N	Sıralama Ortalamaları	Kruskal Wallis	p
Psikosomatik Semptom ve Hastalıklar	30 – 40 Yaş	10	57,85	0,848	0,838
	40 – 50 Yaş	43	54,91		
	50 – 60 Yaş	45	52,76		
	60 Yaş Üzeri	11	61,95		

Katılımcıların Meslek Hayatları Boyunca Göstermiş oldukları Psikosomatik Semptom ve Tanısını Aldıkları Psikosomatik Hastalıkların sıklığında yaş değişkenine göre fark olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılan analiz sonucunda grupların sıralama ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

Tablo 18. Katılımcıların Meslek Hayatları Boyunca Göstermiş Oldukları Psikosomatik Semptom ve Tanısını Aldıkları Psikosomatik Hastalıkların Çocuk Sayısı Değişkeni ile İlişkisi

		N	Sıralama Ortalamaları	Kruskal Wallis	p
Psikosomatik Semptom ve Hastalıklar	Çocuk Yok	7	29,93	5,310	0,150
	1 Çocuk	19	60,92		
	2 Çocuk	68	56,38		
	3 Çocuk ve Üstü	15	52,93		

Katılımcıların Meslek Hayatları Boyunca Göstermiş oldukları Psikosomatik Semptom ve Tanısını Aldıkları Psikosomatik Hastalıkların sıklığında çocuk sayısı değişkenine göre fark olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılan analiz sonucunda grupların sıralama ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

Tablo 19. Katılımcıların Meslek Hayatları Boyunca Göstermiş Oldukları Psikosomatik Semptom ve Tanısını Aldıkları Psikosomatik Hastalıkların Meslekte Geçen Süre Değişkeni ile Korelasyon İlişkisi

			Meslekte Geçen Süre	Psikosomatik Semptom ve Hastalıklar
Pearson Korelasyon Analizi	Meslekte Geçen Süre	R	1,000	-0,006
		p değeri	.	0,949
		N	109	109
	Psikosomatik Semptom ve Hastalıklar	R	-0,006	1,000
		p değeri	0,952	.
		N	109	109

Katılımcıların Meslek Hayatları Boyunca Göstermiş oldukları Psikosomatik Semptom ve Tanısını Aldıkları Psikosomatik Hastalıkların sıklığı ile meslekte geçen süre arasındaki anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

Tablo 20. Katılımcıların Meslek Hayatları Boyunca Göstermiş Oldukları Psikosomatik Semptom ve Tanısını Aldıkları Psikosomatik Hastalıkların İl veya İlçede Daha Fazla Çalışmış Olma Değişkeni ile İlişkisi (Toplam N:106)

		N	Ortalama	Sd	t	p
Psikosomatik Semptom ve Hastalıklar	İlde Daha Uzun Çalışma	51	6,29	3,754	1,464	0,146
	İlçede Daha Uzun Çalışma	55	5,29	3,298		

Katılımcıların Meslek Hayatları Boyunca Göstermiş oldukları Psikosomatik Semptom ve Tanısını Aldıkları Psikosomatik Hastalıkların sıklığının ilde veya ilçede daha uzun çalışma değişkeni bakımından ortalamaları t testi ile karşılaştırılmış ancak anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Tablo 21. Katılımcıların Meslek Hayatları Boyunca Göstermiş Oldukları Psikosomatik Semptom ve Tanısını Aldıkları Psikosomatik Hastalıkların Hukuk Fakültesini Tercih Etme Sırası Değişkeni ile İlişkisi

		N	Sıralama Ortalamaları	Kruskal Wallis	p
Psikosomatik Semptom ve Hastalıklar	1.Tercihdi	53	52,58	1,686	0,430
	2.Tercihdi	27	52,78		
	3. ve Üzeri Tercihdi	29	61,50		

Katılımcıların Meslek Hayatları Boyunca Göstermiş oldukları Psikosomatik Semptom ve Tanısını Aldıkları Psikosomatik Hastalıkların sıklığında hukuk fakültesini tercih etmiş olma sırası değişkenine göre fark olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılan analiz sonucunda grupların sıralama ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

Tablo 22. Katılımcıların Meslek Hayatları Boyunca Göstermiş Oldukları Psikosomatik Semptom ve Tanısını Aldıkları Psikosomatik Hastalıkların Farklı Meslek Tercih Etme Değişkeni ile İlişkisi

		N	Ortalama	Std. Sap.	t değeri	p değeri
Psikosomatik Semptom ve Hastalıklar	Yine Hukuk Okurdum	68	5,00	3,328	-2,899	0,005
	Başka Fakültede Okurdum	41	6,95	3,528		

Katılımcıların Meslek Hayatları Boyunca Göstermiş oldukları Psikosomatik Semptom ve Tanısını Aldıkları Psikosomatik Hastalıkların sıklığında başka bir mesleği tercih etme değişkenine göre fark olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılan analiz sonucunda grupların ortalamaları arasındaki fark $p < 0.05$ düzeyinde anlamlı bulunmuştur.

Tablo 23. Katılımcıların Meslek Hayatları Boyunca Göstermiş Oldukları Psikosomatik Semptom ve Tanısını Aldıkları Psikosomatik Hastalıkların Sigara Kullanımları ile İlişkisi

		N	Ortalama	Sd	t	p
Psikosomatik Semptom ve Hastalıklar	Sigara Kullanan	41	5,27	3,433	-1,074	0,285
	Sigara Kullanmayan	68	6,01	3,560		

Katılımcıların Meslek Hayatları Boyunca Göstermiş oldukları Psikosomatik Semptom ve Tanısını Aldıkları Psikosomatik Hastalıkların sıklığının sigara kullanma değişkeni bakımından ortalamaları t testi ile karşılaştırılmış ancak anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Tablo 24. Katılımcıların Meslek Hayatları Boyunca Göstermiş Oldukları Psikosomatik Semptom ve Tanısını Aldıkları Psikosomatik Hastalıkların Alkol Kullanımları ile İlişkisi

		N	Sıralama Ortalamaları	Kruskal Wallis	p
Psikosomatik Semptom ve Hastalıklar	Her gün veya Haftada 3-4 kez	5	51,00	2,615	0,270
	Haftada 1-2 kez	25	63,92		
	Çok nadir veya hiç	79	52,43		

Katılımcıların Meslek Hayatları Boyunca Göstermiş oldukları Psikosomatik Semptom ve Tanısını Aldıkları Psikosomatik Hastalıkların sıklığında alkol kullanım miktarına göre fark olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılan analiz sonucunda grupların sıralama ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

Tablo 25. Katılımcıların Meslek Hayatları Boyunca Göstermiş Oldukları Psikosomatik Semptom ve Tanısını Aldıkları Psikosomatik Hastalıkların İşi Zor Yaşam Olayı Algılama Durumu ile İlişkisi

		N	Ortalama	Sd	t	p
Psikosomatik Semptom ve Hastalıklar	İŞ benim için zor yaşam olayıdır	30	7,53	3,785	3,452	0,001
	İŞ benim için zor yaşam olayı değildir	79	5,05	3,178		

Katılımcıların Meslek Hayatları Boyunca Göstermiş oldukları Psikosomatik Semptom ve Tanısını Aldıkları Psikosomatik Hastalıkların sıklığında iş hayatını zor bir yaşam olayı olarak görme değişkenine göre fark olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılan analiz sonucunda grupların ortalamaları arasındaki fark $p < 0.05$ düzeyinde anlamlı bulunmuştur.

Tablo 26. Katılımcıların Meslek Hayatları Boyunca Göstermiş Oldukları Psikosomatik Semptom ve Tanısını Aldıkları Psikosomatik Hastalıkların Sağlık Sorunlarını Zor Yaşam Olayı Algılama Durumu ile İlişkisi

		N	Ortalama	Sd	t	p
Psikosomatik Semptom ve Hastalıklar	SAĞLIK Sorunları benim için zor yaşam olayıdır	37	6,81	3,711	2,337	0,021
	SAĞLIK Sorunları benim için zor yaşam olayı değildir	72	5,18	3,307		

Katılımcıların Meslek Hayatları Boyunca Göstermiş oldukları Psikosomatik Semptom ve Tanısını Aldıkları Psikosomatik Hastalıkların sıklığında Sağlık Sorunlarını zor bir yaşam olayı olarak görme değişkenine göre fark olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılan analiz sonucunda grupların ortalamaları arasındaki fark $p < 0.05$ düzeyinde anlamlı bulunmuştur.

Tablo 27. Katılımcıların Meslek Hayatları Boyunca Göstermiş Oldukları Psikosomatik Semptom ve Tanısını Aldıkları Psikosomatik Hastalıkların Toplumsal Sorunları Zor Yaşam Olayı Algılama Durumu ile İlişkisi

		N	Ortalama	Sd	t	p
Psikosomatik Semptom ve Hastalıklar	TOPLUMSAL Sorunlar benim için zor yaşam olayıdır	55	5,62	3,303	-0,345	0,731
	TOPLUMSAL Sorunlar benim için zor yaşam olayı değildir	54	5,85	3,754		

Katılımcıların Meslek Hayatları Boyunca Göstermiş oldukları Psikosomatik Semptom ve Tanısını Aldıkları Psikosomatik Hastalıkların sıklığının Toplumsal Sorunları zor yaşam olayı olarak algılama değişkeni bakımından ortalamaları t testi ile karşılaştırılmış ancak anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Tablo 28. Katılımcıların Meslek Hayatları Boyunca Göstermiş Oldukları Psikosomatik Semptom ve Tanısını Aldıkları Psikosomatik Hastalıkların Aile Sorunlarını Zor Yaşam Olayı Algılama Durumu ile İlişkisi

		N	Sıralama Ortalamaları	Mann Whitney	p
Psikosomatik Semptom ve Hastalıklar	AİLE Sorunları benim için zor yaşam olayıdır	13	59,00	572,000	0,625
	AİLE Sorunları benim için zor yaşam olayı değildir	96	54,46		

Katılımcıların Meslek Hayatları Boyunca Göstermiş oldukları Psikosomatik Semptom ve Tanısını Aldıkları Psikosomatik Hastalıkların sıklığında Aile Sorunlarını zor yaşam olayı olarak algılama değişkenine göre fark olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılan analiz sonucunda grupların sıralama ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

Tablo 29. Katılımcıların Meslek Hayatları Boyunca Göstermiş Oldukları Psikosomatik Semptom ve Tanısını Aldıkları Psikosomatik Hastalıkların Ulaşım Sorunlarını Zor Yaşam Olayı Algılama Durumu ile İlişkisi

		N	Ortalama	Sd	t	p
Psikosomatik Semptom ve Hastalıklar	ULAŞIM Sorunları benim için zor yaşam olayıdır	37	6,16	3,610	0,910	0,365
	ULAŞIM Sorunları benim için zor yaşam olayı değildir	72	5,51	3,476		

Katılımcıların Meslek Hayatları Boyunca Göstermiş oldukları Psikosomatik Semptom ve Tanısını Aldıkları Psikosomatik Hastalıkların sıklığının Ulaşım Sorunlarını zor yaşam olayı olarak algılama değişkeni bakımından ortalamaları t testi ile karşılaştırılmış ancak anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Tablo 30. Katılımcıların Meslek Hayatları Boyunca Göstermiş Oldukları Psikosomatik Semptom ve Tanısını Aldıkları Psikosomatik Hastalıkların Geçim Sorunlarını Zor Yaşam Olayı Algılama Durumu ile İlişkisi

		N	Sıralama Ortalamaları	Mann Whitney	p
Psikosomatik Semptom ve Hastalıklar	GEÇİM Sorunları benim için zor yaşam olayıdır	7	59,93	322,500	0,668
	GEÇİM Sorunları benim için zor yaşam olayı değildir	102	54,66		

Katılımcıların Meslek Hayatları Boyunca Göstermiş oldukları Psikosomatik Semptom ve Tanısını Aldıkları Psikosomatik Hastalıkların sıklığında Geçim Sorunlarını zor yaşam olayı olarak algılama değişkenine göre fark olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılan analiz sonucunda grupların sıralama ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

4.3. Maslach Tükenmişlik Ölçeğinden Elde Edilen Bulgular ve Bazı Sosyodemografik Özellikler ile ilişkisi

Puanlama her boyut için ayrı ayrı hesaplanmaktadır. Duygusal Tükenme ve Duyarsızlaşma alt ölçeklerinden yüksek puanlar, Kişisel Başarı alt ölçeğinden düşük puanlar yüksek tükenmişliği ifade etmektedir. Tükenmişliğin düşük düzeyi ise duygusal tükenme ve duyarsızlaşma alt boyutlarında düşük, kişisel başarı alt boyutunda ise yüksek puanı gerektirmektedir.

MTÖ ile toplanan verilerin normal dağılım gösterip göstermediği Kolmogorov Smirnov Testi ile kontrol edilmiş ve normal dağılım gösterdiği tespit edilmiştir.

Tablo 31. Katılımcıların Maslach Tükenmişlik Ölçeğinin Alt Boyutlarından Aldıkları Puanlar

	N	Minimum	Maksimum	Ortalama
MTÖ – Duygusal Tükenme (DT)	109	4	30	15,35
MTÖ – Duyarsızlaşma (D)	109	0	15	4,78
MTÖ – Kişisel Başarı (KB)	109	13	31	22,52

Tablo 32. Katılımcıların Maslach Tükenmişlik Ölçeğinin Alt Boyutlarından Aldıkları Puanlar Arasındaki Korelasyon İlişkisi

	DT	D	KB
DT	1	0,664*	-0,519*
D		1	-0,461*
KB			1

*** p<0.01 ileri düzeyde anlamlı

Katılımcıların Tükenmişlik Ölçeği Alt Boyutlarının Puanları arasındaki ilişki olup olmadığının, ilişki varsa yönünün belirlenmesi için Pearson korelasyon analizi yapılmış ve DT ile D ve KB puanları arasında negatif yönde p<0,01 düzeyinde anlamlı bir ilişki, yine DT ile D puanı arasında da pozitif yönde, p<0,01 düzeyinde anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

Tablo 33. Tükenmişlik Puanlarının Meslek Grubu Değişkeni ile İlişkisi

		N	Ortalama	Sd	t	p
DT	Hakim	47	14,38	6,883	-1,334	0,185
	C.Savcısı	62	16,08	6,346		
D	Hakim	47	4,30	2,750	-1,331	0,186
	C.Savcısı	62	5,15	3,648		
KB	Hakim	47	22,52	3,806	0,610	0,543
	C.Savcısı	62	22,334	3,473		

Katılımcıların Hakim ve C.Savcısı olmalarına göre tükenmişlik alt boyut puanlarının ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır.

Tablo 34. Sosyodemografik Değişkenler ile Tükenmişlik Puanları Arasındaki İlişki

	MTÖ - DT	MTÖ - D	MTÖ - KB
Cinsiyet			
Kadın	17,92 ± 7,292	6,42 ± 3,288	22,17 ± 3,157
Erkek	15,03 ± 6,486	4,58 ± 3,265	22,57 ± 3,674
t testi	-1,435	-1,839	0,361
p	0,154	0,069	0,690
Yaş			
30 – 40 Yaş Arası	16,60 ± 5,232	5,90 ± 3,071	21,30 ± 2,163
40 – 50 Yaş Arası	15,93 ± 7,258	5,40 ± 3,606	22,30 ± 3,447
50 – 60 Yaş Arası	14,20 ± 6,423	3,98 ± 3,137	23,20 ± 3,929
60 Yaş ve Üzeri	16,64 ± 5,749	4,64 ± 2,378	21,73 ± 3,771
p (Anova)	0,486	0,150	0,334
Çocuk Sayısı			
Çocuk yok	12,29 ± 5,155	Sıralama Ortalamaları	23,43 ± 3,505
1 çocuk	17,26 ± 8,157	46,57	20,95 ± 3,551
2 çocuk	15,32 ± 5,939	59,34	22,65 ± 3,603
3 çocuk ve üzeri	14,47 ± 7,772	55,22	23,53 ± 3,461
		52,43	
p (Anova)	0,342	Kruskal Wallis 0,809	0,149
Meslekte Geçen Süre			
10 - 20 yıl arası	16,18 ± 6,235	5,29 ± 3,271	22,00 ± 3,219
20 - 30 yıl arası	14,55 ± 6,836	4,75 ± 3,418	22,59 ± 3,755
30 yıl ve üzeri	16,21 ± 6,613	3,95 ± 2,990	23,26 ± 3,871
p (Anova)	0,438	0,365	0,469
Uzun Süre Çalışılan Yer			
İlde daha uzun çalışan	16,00 ± 6,788	4,90 ± 3,601	22,39 ± 3,371
İlçede daha uzun çalışan	14,69 ± 6,563	4,56 ± 2,936	22,64 ± 3,927
t testi	1,009	0,532	-0,342
p	0,315	0,596	0,733

	MTÖ - DT	MTÖ - D	MTÖ - KB
Hukuk Tercih Sırası			
1.Tercih	14,74 ± 7,017	4,51 ± 3,361	22,91 ± 3,728
2.Tercih	15,78 ± 6,606	4,26 ± 3,633	23,22 ± 2,913
3.Tercih ve üzeri	16,07 ± 5,910	5,76 ± 2,734	21,17 ± 3,733
Anova			
p	0,637	0,168	0,057
Şuan ki Tercih		Sıralama Ortalamaları	
Yine hukuk fakültesi	13,04 ± 5,653	47,60	23,44 ± 3,117
Başka bir fakülte	<u>19,17 ± 6,348</u>	<u>67,28</u>	<u>21,00 ± 3,886</u>
t testi	-5,232	Mann Whitney	3,605
p	0,000	0,002	0,000
Sigara Kullanımı			
Sigara kullanıyor	14,76 ± 6,793	4,51 ± 3,950	22,93 ± 3,731
Sigara kullanmıyor	15,71 ± 6,515	4,94 ± 2,865	22,28 ± 3,540
t testi	-0,726	-0,655	0,906
p	0,470	0,514	0,367
Alkol Kullanımı			
Alkol kullanıyor	16,10 ± 7,063	5,70 ± 3,949	22,40 ± 4,546
Çok nadir veya hiç kullanmıyor	15,06 ± 6,448	4,43 ± 2,977	22,57 ± 3,217
p (Anova)	0,467	0,073	0,852
İş Zor Yaşam Olayıdır		Sıralama Ortalamaları	
Evet	19,77 ± 7,142	67,75	20,47 ± 3,181
Hayır	13,67 ± 5,576	50,15	23,30 ± 3,469
t testi	4,705	Mann Whitney	-3,898
p	0,000	0,009	0,000

	MTÖ - DT	MTÖ - D	MTÖ - KB
Sağlık Sorunları Zor Yaşam Olayıdır		Sıralama Ortalamaları	
Evet	18,24 ± 6,813	68,73	21,76 ± 3,869
Hayır	13,86 ± 6,019	47,94	22,92 ± 3,430
t testi	3,440	Mann Whitney	-1,600
p	0,001	0,001	0,113
Toplumsal Sorunlar Zor Yaşam Olayıdır			
Evet	15,05 ± 6,559	4,55 ± 3,316	22,47 ± 3,741
Hayır	15,65 ± 6,702	5,02 ± 3,305	22,57 ± 3,505
t testi	-0,467	-0,746	-0,146
p	0,641	0,457	0,884
Aile Sorunları Zor Yaşam Olayıdır			
Evet	18,15 ± 6,026	5,62 ± 3,254	21,54 ± 2,436
Hayır	14,97 ± 6,618	4,67 ± 3,311	22,66 ± 3,370
t testi	1,644	0,971	-1,048
p	0,103	0,165	0,297
Ulaşım Sorunları Zor Yaşam Olayıdır			
Evet	16,59 ± 6,379	5,30 ± 3,099	22,62 ± 3,218
Hayır	14,71 ± 6,672	4,51 ± 3,394	22,47 ± 3,816
Testi	1,418	1,174	0,204
p	0,159	0,243	0,830
Geçim Sorunları Zor Yaşam Olayıdır			
Evet	14,14 ± 7,841	2,86 ± 2,193	24,29 ± 2,289
Hayır	15,43 ± 6,550	4,91 ± 3,333	22,40 ± 3,659
Testi	-0,497	-1,603	1,341
p	0,620	0,112	0,183

Katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre tükenmişlik alt ölçeklerinden aldıkları puanların ortalamaları ile sıralama ortalamaları arasında fark olup olmadığına bakılmış, Hakim ve C.Savcıların şuan hukuk fakültesini tercih edip etmemelerine göre tükenmişliğin tüm alt boyutlarının puanlarının ortalama ve sıralama ortalamaları arasında $p<0,01$ düzeyinde, alkol kullanımı ile tükenmişliğin duyarsızlaşma alt boyutu puanlarının ortalamaları arasında $p<0,05$ düzeyinde, İş hayatını zor yaşam olayı olarak görmelerine göre tükenmişliğin tüm alt boyutlarının puanlarının ortalamaları ve sıralama ortalamaları arasında $p<0,01$ düzeyinde ve sağlık durumlarını zor yaşam olayı olarak görmelerine göre tükenmişliğin duygusal tükenme ve duyarsızlaşma alt boyutlarının puanlarının ortalamaları ve sıralama ortalamaları arasında $p<0,01$ düzeyinde anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

4.4. Maslach Tükenmişlik Ölçeğinden Elde Edilen Bulgular ile Psikosomatik Semptom ve Hastalıkların Sıklığı Arasındaki İlişki

Tablo 35. Katılımcıların Meslek Hayatları Boyunca Göstermiş Oldukları Psikosomatik Semptom ve Tanısını Aldıkları Psikosomatik Hastalıkların Sıklığı ile Duygusal Tükenme Düzeyi Arasındaki Korelasyon ilişkisi

Pearson Korelasyon Analizi		Psikosomatik Semptom ve Hastalıklar
Duygusal Tükenmişlik	R	0,640
	p	0,000
	N	109

Katılımcıların Meslek Hayatları Boyunca Göstermiş Oldukları Psikosomatik Semptom ve Tanısını Aldıkları Psikosomatik Hastalıklar ile Duygusal Tükenme puanları arasında pozitif yönde $p<0,01$ düzeyinde anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

Tablo 36. Katılımcıların Meslek Hayatları Boyunca Göstermiş Oldukları Psikosomatik Semptom ve Tanısını Aldıkları Psikosomatik Hastalıkların Sıklığı ile Duyarsızlaşma Düzeyi Arasındaki Korelasyon İlişkisi

Pearson Korelasyon Analizi		Psikosomatik Semptom ve Hastalıklar
Duyarsızlaşma	R	0,418
	p	0,000
	N	109

Katılımcıların Meslek Hayatları Boyunca Göstermiş Oldukları Psikosomatik Semptom ve Tanısını Aldıkları Psikosomatik Hastalıklar ile Duyarsızlaşma puanları arasında pozitif yönde $p<0,01$ düzeyinde anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

Tablo 37. Katılımcıların Meslek Hayatları Boyunca Göstermiş Oldukları Psikosomatik Semptom ve Tanısını Aldıkları Psikosomatik Hastalıkların Sıklığı ile Kişisel Başarı Düzeyi Arasındaki Korelasyon İlişkisi

Pearson Korelasyon Analizi		Psikosomatik Semptom ve Hastalıklar
Kişisel Başarı	R	-0,283
	p	0,003
	N	109

Katılımcıların Meslek Hayatları Boyunca Göstermiş Oldukları Psikosomatik Semptom ve Tanısını Aldıkları Psikosomatik Hastalıklar ile Kişisel Başarı puanları arasında negatif yönde $p<0,01$ düzeyinde anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

Tablo 38. Katılımcıların Meslek Hayatları Boyunca Göstermiş Oldukları Psikosomatik Semptom ve Tanısını Aldıkları Psikosomatik Hastalıkların Sıklığı ile Tükenmişliğin Alt Boyutları arasındaki Korelasyon İlişkisinin Cinsiyet Gurubuna Göre Değerlendirilmesi

		Psikosomatik Semptom ve Hastalıklar KADIN	Psikosomatik Semptom ve Hastalıklar ERKEK
Duygusal Tükenme	Pearson R	0,733	0,617
	p	0,007	0,000
	N	12	97
Duyarsızlaşma	Pearson R	0,648	0,360
	p	0,023	0,000
	N	12	97
Kişisel Başarı	Pearson R	-0,596	-0,250
	p	0,041	0,013
	N	12	97

Katılımcıların Meslek Hayatları Boyunca Göstermiş Oldukları Psikosomatik Semptom ve Tanısını Aldıkları Psikosomatik Hastalıkların Sıklığı ile Tükenmişliğin Alt Boyutları arasında cinsiyetlere göre bir korelasyon ilişkisi olup olmadığına bakıldığında, hem kadınların hem de erkeklerin Göstermiş Oldukları Psikosomatik Semptom ve Tanısını Aldıkları Psikosomatik Hastalıkların Sıklığı ile duygusal tükenme ve duyarsızlaşma boyutları arasında pozitif yönde ve $p < 0,05$, $p < 0,01$ düzeylerinde anlamlı bir ilişki, kişisel başarı boyutu ile negatif ve $p < 0,05$ düzeyinde anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur.

Tablo 39. Katılımcıların Meslek Hayatları Boyunca Göstermiş Oldukları Psikosomatik Semptom ve Tanısını Aldıkları Psikosomatik Hastalıkların Belirti Gösteren Organların Buldukları Belli Sistemlerle Tükenmişlik Alt Boyutları Arasındaki İlişki

	MTÖ - DT	MTÖ - D	MTÖ - KB
Baş ve Ağrı ile ilgili Semptom ve Hastalıklar	Sıralama Ort.	Sıralama Ort.	
Var (n=94)	58,46	56,16	22,33 ± 3,587
Yok (n=15)	33,30	47,70	23,73 ± 3,634
	Mann Whitney	Mann Whitney	t testi - 1,405
p	0,004	0,333	0,163
Sindirim Sistemi ve Beslenme ile ilgili Semptom ve Hastalıklar	Sıralama Ort.	Sıralama Ort.	
Var (n=53)	65,68	61,83	21,58 ± 3,511
Yok (n=56)	44,89	48,54	23,41 ± 3,505
	Mann Whitney	Mann Whitney	t testi - 2,716
p	0,001	0,027	0,008
Deri ile ilgili Semptom ve Hastalıklar	Sıralama Ort.		
Var (n=60)	63,14	5,38 ± 3,294	22,57 ± 3,441
Yok (n=49)	45,03	4,04 ± 3,195	22,47 ± 3,841
	Mann Whitney	t testi - -2,145	t testi - -0,139
p	0,003	0,034	0,889
Dolaşım Sistemi ile ilgili Semptom ve Hastalıklar			
Var (n=55)	16,09 ± 6,547	5,25 ± 3,449	21,98 ± 3,960
Yok (n=54)	14,59 ± 6,640	4,30 ± 3,106	23,07 ± 3,155
	t testi - -1,186	t testi - -1,523	t testi - 1,591
p	0,238	0,131	0,115

Tablo 40. Katılımcıların Meslek Hayatları Boyunca Göstermiş Oldukları Psikosomatik Semptom ve Tanısını Aldıkları Psikosomatik Hastalıkların Belirti Gösteren Organların Buldukları Belli Sistemlerle Tükenmişlik Alt Boyutları Arasındaki İlişki (Devam)

	MTÖ - DT	MTÖ - D	MTÖ - KB
İç Salgı Sistemi ile ilgili Semptom ve Hastalıklar			
Var (n=27)	17,11 ± 7,007	5,07 ± 3,751	21,33 ± 4,151
Yok (n=82)	14,77 ± 6,407	4,68 ± 3,162	22,91 ± 3,349
	t testi - -1,610	t testi - -0,532	t testi - 2,002
p	0,110	0,596	0,048
Bağışıklık Sistemi ile ilgili Semptom ve Hastalıklar			
	Sıralama Ort.	Sıralama Ort.	
Var (n=45)	64,04	59,01	22,31 ± 3,560
Yok (n=64)	48,64	52,18	22,67 ± 3,665
	Mann Whitney	Mann Whitney	t testi - 0,512
p	0,012	0,264	0,610
Kas İskelet Sistemi ile ilgili Semptom ve Hastalıklar			
Var (n=32)	18,91 ± 6,296	5,56 ± 3,627	22,13 ± 3,300
Yok (n=77)	13,87 ± 6,189	4,45 ± 3,127	22,69 ± 3,739
	t testi - -3,850	t testi - -1,606	t testi - 0,740
p	0,000	0,111	0,461
Solunum Sistemi ile ilgili Semptom ve Hastalıklar			
Var (n=27)	18,59 ± 6,744	4,96 ± 3,787	22,22 ± 3,309
Yok (n=82)	14,28 ± 6,239	4,72 ± 3,152	22,62 ± 3,717
	t testi - -3,053	t testi - -0,331	t testi - 0,497
p	0,003	0,741	0,620

Katılımcıların Meslek Hayatları Boyunca Göstermiş oldukları Psikosomatik Semptom ve Tanısını Aldıkları Psikosomatik Hastalıkların belirti veren organın ilgili olduğu sisteme göre tükenmişlik alt boyutlarından aldıkları puanların ortalamaları ve sıralama ortalamaları arasında fark olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılan bağımsız t testi ve tek yönlü varyans analizleri (ANOVA) sonucunda; baş ve ağrı ile ilgili psikosomatik semptom ve hastalıkların varlığı ile duygusal tükenme düzeyi ile arasında $p<0,01$ düzeyinde anlamlı fark olduğu, sindirim sistemi ve beslenme ile ilgili psikosomatik semptom ve hastalıkların varlığı ile tükenmişliğin üç alt boyutundan ayrı ayrı alınan puanlar arasında $p<0,05$ ve $p<0,01$ düzeylerinde anlamlı fark olduğu, deri ile ilgili psikosomatik semptom ve hastalıkların varlığı ile duygusal tükenme ve duyarsızlaşma alt boyutlarının düzeyleri arasında $p<0,05$ ve $p<0,01$ düzeylerinde anlamlı fark olduğu, İç Salgı sistemi ile ilgili psikosomatik semptom ve hastalıkların varlığı ile kişisel başarı hissi düzeyi arasında $p<0,05$ düzeyinde anlamlı ilişki olduğu, bağışıklık sistemi ile ilgili psikosomatik semptom ve hastalıkların varlığı ile duygusal tükenme düzeyi arasında $p<0,05$ düzeyinde anlamlı ilişki olduğu, Kas-iskelet sistemi ile ilgili psikosomatik semptom ve hastalıkların varlığı ile duygusal tükenme düzeyi arasında $p<0,01$ düzeyinde anlamlı ilişki olduğu, Solunum sistemi ile ilgili psikosomatik semptom ve hastalıkların varlığı ile duygusal tükenme düzeyi arasında $p<0,05$ düzeyinde anlamlı ilişki olduğu, karşılaştırılan diğer gruplar arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığı bulunmuştur.

5. TARTIŞMA

5.1. Sosyodemografik bulgular

Bu çalışmada Hakim ve C.Savcılarının demografik özelliklerini belirlemek, sağlıkla ilgili bazı davranış şekilleri hakkında bilgi edinmek, tükenmişlik düzeylerini ve psikosomatik hastalıklarının görülme sıklığını tespit etmek ve elde edilen bilgilerin birbirleriyle ilişkilerini incelemek amacıyla İstanbul 'da çeşitli adliyelerde görev yapmakta olan toplam 109 Hakim ve Cumhuriyet Savcısından veri toplanmıştır. Katılımcıların 47 'si (%43,1) Hakim 62 'si (%56,9) Cumhuriyet Savcısıdır.

İlgili literatür incelenmiş ve örneklemini veya örnekleminin bir parçasını (değişken olarak) Hakim ve Cumhuriyet Savcılarının oluşturduğu bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu nedenle elde edilen sosyodemografik bilgiler ile kontrol listesi ve ölçekler vasıtasıyla toplanan bilgiler bu meslek elemanları ile ilgili ilk veriler olacaktır.

Katılımcıların %89 'u (97kişi) erkek, %11 'i (12kişi) kadındır. Hakimlerin %23,4 'ü Cumhuriyet Savcılarının ise sadece %1,6 'sı (62 c.savcısından 1'i) kadındır. Adalet Bakanlığı Personel Genel Müdürlüğü kayıtlarına göre 28 Mayıs 2002 tarihi itibarıyla kadın Hakim ve Cumhuriyet Savcılarında ait sayısal dağılımı incelendiğinde toplam 9305 Hakim ve Cumhuriyet Savcısının % 80,5 'i (7485'i) erkek, %19,5 'i (1820'si) kadındır. Bu 1820 kadının ise %93,1 'i (1696'sı) Hakim, sadece %6,9 'u (124'ü) Cumhuriyet Savcısıdır. (38) Çalışmamızdaki meslek gruplarına göre cinsiyetin dağılımı bu verilerle uyumludur.

Katılımcıların yaş ortalaması tüm katılımcılar için 50,81, sadece Hakimlerin yaş ortalaması 51,30, sadece Cumhuriyet Savcılarının yaş ortalaması 50,44'dür. Çoğunluğu (%41,3) 50-60 yaş arasındadır. 65 yaşın üzerinde 11 (%10,1) Hakim ve Cumhuriyet Savcısı bulunmaktadır. Katılımcılar içinde en küçük yaş 33'tür. 33 yaşında genç katılımcı olmamasının nedeni, katılımcıların İstanbul ilinde çalışıyor olmalarıdır. Hakim ve

C.Savcılarının 1. bölgede çalışmaya başlamaları için belli bir süre ilçelerde çalışmış olmaları gerekmektedir.

Katılımcıların neredeyse tamamı evlidir. Sadece 2 bekar ve 1 boşanmış kişi çalışmada yer almıştır. Bu durumun ilde çalışmaya başlamış olan bir Hakim veya C.Savcısının belli bir yaşın üstünde olması ile bağlantılı olduğu düşünülmektedir. Yaşın ilerlemiş olması evli ve çocuk sahibi olma olasılığını arttırmaktadır.

%95,4'ü lisans %4,6'si yüksek lisans mezunudur. %6,4'ü (7kişi) çocuk sahibi değildir. Katılımcıların çoğunluğu (%62,4'ü) 2 çocuk sahibidir. 3 ve üzeri çocuk sahibi olanlar katılımcıların %13,08'ini oluşturmaktadır.

Katılımcıların %31,2'si 10-20 yıl arası, %51,4'ü 20-30 yıl arası, %17,4'ü 30 yılın üzerinde Hakim veya Cumhuriyet Savcılığı görevlerini sürdürmektedir. Ortalama çalışma süresi tüm katılımcılar için 24,39 yıldır. %46,8'i ilde, %50,5'i ilçede daha uzun süre çalışmıştır. %2,8'i ise il ve ilçede eşit süre çalışmıştır. İlde ortalama çalışma süresi 12,52 yıl, ilçede ortalama çalışma süresi 11,86 yıldır.

Çalışmaya katılan Hakim ve Cumhuriyet Savcılarının yarısından daha azının (%48,6) ilk tercihi hukuk fakültesi olmuştur. %24,8'inin 2.tercihi, %26,6'sının ise 3. Ve üzeri tercihi hukuk fakültesi olmuştur. Türkiye'de Arslan ve arkadaşlarının pratisyen doktorlarla yaptığı araştırmada doktorların %79,2'sinin ilk tercih olarak tıp fakültesini seçtikleri görülmüştür. (6) Hakim ve C.Savcılarının hukuk fakültesini ilk tercih olarak seçme oranlarının oldukça düşük olduğu düşünülmektedir. Şuan ki tercihleri ile ilgili elde edilen bilgiler sonucunda katılımcıların %62,4'ünün (68 kişi) hukuk fakültesini tercih edecekleri, %37,6'sının mesleklerini değiştirmek istedikleri anlaşılmıştır. Arslan ve arkadaşlarının araştırmasında ide doktorların ise %78,3'ü mesleklerini değiştirmek istemektedir. (6) Hakim ve C.Savcılarının meslek değiştirme isteği oranının doktorlara göre düşük olmasında, belli bir iş tecrübesi edinmiş olmalarının etkili olduğu, bu bölümde daha sonra açıklanacağı gibi

çalışma süresi arttıkça kişisel başarı hissini de artıyor olması ile alakalı olduğu düşünülmektedir. Çalışmamızda ayrıca hukuk fakültesinin ilk tercih olup olmaması ile tercihin değişmesi arasında anlamlı bir ilişki olmadığı görülmüştür.

Mesleğini değiştirmek isteyen 41 Hakim ve Cumhuriyet Savcısının şuan ki tercihlerinde ilk sırayı 11 kişi ile mühendislik fakültesi ardından 9 kişiyle tıp fakültesi ve 5 kişiyle edebiyat fakültesi izlemektedir. Tercih edilen diğer fakülteler ise tercih edilme sırasıyla; iletişim fakültesi ve Güzel sanatlar fakültesi (4'er kişi), eğitim fakültesi (öğretmenlik) (3 kişi), fen fakültesi (2 kişi), ve orman fakültesi, konservatuar ile mimarlık fakültesidir (1'er kişi).

Hakim ve Cumhuriyet Savcılarının sağlık davranışları ile ilgili olarak sigara ve alkol kullanımları hakkında veri toplanmıştır. Tüm katılımcıların %37,6'sı sigara kullanmaktadır. %7,3'ü (8kişi) günde 1 paketten fazla, %10,1'i günde 1 paket, %20,2'si ise günde 1 paketten az sigara kullanmaktadır. Hakimlerin (47 Hakim) %40,4'ü Cumhuriyet Savcılarının (62 C.Savcısı) %35,4'ü sigara kullanmaktadır. Sigara kullanımı hakimlerde daha fazla olmakla beraber bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Aslan ve arkadaşlarının Türkiye genelinde doktorlar ile yaptıkları bir araştırma sonuçlarına göre doktorların %34,6' sını sigara kullanmaktadır.(7) Hakim ve C.Savcılarının sigara kullanma oranı doktorlardan biraz daha yüksektir. Bilir ve arkadaşlarının çeşitli meslek elemanları ile yaptığı bir başka araştırma sonuçlarına göre; doktorların %43.9'u, öğretmenlerin %50.8'i, Acımuş ve arkadaşlarının yaptığı bir araştırma sonucuna göre ise banka çalışanlarının %67.9'u sigara kullanmaktadır. (13,1) Bu durumda katılımcılarımızın sigara kullanımı banka çalışanı, doktor ve öğretmenlerden daha düşüktür.

Aslan ve arkadaşlarının araştırmasına göre sigara içen doktorların %47,9 u günde bir paket ve üzeri kullanmaktadır.(7) Sigara kullanan Hakim ve C.Savcılarında da bu oran (%46,3) aşağı yukarı aynıdır.

Tüm katılımcıların %72,5'i hiçbir zaman veya çok nadir, %22,9'u haftada 1-2 defa, %4,6'sı ise haftada 3-4 defa veya her gün alkol kullanmaktadır. . Hakimlerin (47 Hakim) %21,2'si Cumhuriyet Savcılarının (62 C.Savcısı) %32,2'si haftada 1-4 defa veya her gün alkol kullanmaktadır. Alkol kullanımı C.Savcılarında daha fazla olmakla beraber bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Aslan'ın doktorlarla yaptığı araştırmada doktorların alkol kullanım miktarlarının Hakim ve C.Savcılarında daha fazla olduğu görülmektedir. (7, 6)

Çalışmamızda katılımcılara, onları en çok zorlayan yaşam olaylarının neler olduğu sorulmuştur. Sonuç olarak Hakim ve C.Savcılarını en çok zorlayan yaşam olayı %50,5 ile toplumsal olaylar olmuştur. Ardından %33,9 ile sağlık ve ulaşım sorunları, %27,5 ile iş yaşamı, %11,9 ile aile sorunları, %6,4 ile geçim sorunları gelmektedir. Ulaşımı katılımcıların bu kadar yüksek düzeyde zor yaşam olayı olarak görmesinin, araştırmanın örnekleminin İstanbul ilinde yaşayan ve çalışan kişilerden oluşması ile açıklamanın mümkün olduğu düşünülmektedir.

Hakimlerin %29,7'si (14 Hakim) C.Savcılarının %25,8'i (16 C.Savcısı) İş yaşamını zor gelen yaşam olayı olarak görmektedir. Hakimlerin %25,5'i (12 Hakim), C.Savcılarının ise %40,3'ü sağlık durumlarını zor gelen yaşam olayı olarak görmektedir. Hakimlerin iş yaşamını, C.Savcılarının ise sağlık konusunu daha zorlayıcı bulmakla beraber bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Çalışmamızda aynı sonuç diğer zor gelen yaşam olayları için de geçerlidir. İş hayatını zorlayıcı bir yaşam olayı olarak gören 30 Hakim ve C.Savcısının %56,7'si (17'si) sağlık durumlarını da zor bir yaşam olayı olarak görmektedir.

Hakim ve C.Savcılarının meslekleri ile ilgili onları en çok yıpratıcı konuların neler olduğu sorulmuş ve aşağıda bu konular en çok yıpratıcı bulunandan en aza doğru sıralanmıştır:

1. Aşırı iş yükü
2. Personel yetersizliği veya uzman personelin olmaması
3. Fiziki koşulların ve imkanların yetersizliği
4. Stres
5. Yasaların sık değişmesi
6. Sosyal yaşamdan uzaklaşma
7. Meslek içinde branşlaşmanın olmaması
8. Kolluk görevlilerinin işinde uzman olmaması
9. Mesleki yükselmede veya görevlendirmelerde adaletsizlik
10. Medyanın ve medyadan etkilenen insanların yargıya ve Hakim, C.Savcılarına olumsuz ve güvensiz yaklaşımı
11. Boş vakit bulamamak
12. Görev ve sorumlulukların fazla olması
13. Yargı sistemindeki yapısal sorunlar
14. Yanlış karar vermeme çabası, verilen cezaların yarattığı vicdani yükümlülük
15. Siyasilerin, avukatların tutum ve tavırları
16. Mesleği gerektiği gibi yapamamak veya Adaleti sağlayamamak
17. UYAP ile ilgili sorunlar
18. İşin adaletsiz dağılımı
19. Yargının sorunlarına karşı gösterilen ilgisizlik
20. Nöbetler
21. Meslektaşların görevlerini gerektiği gibi yapmaması
22. Sık tayin olmak
23. Aileye zaman ayıramamak
24. Mesleğin çok özveri istemesi
25. İnsanlarla iletişim kuramamak
26. İşin rutin olması
27. Gerçekçi olmayan taleplerde bulunulması
28. Yargıya müdahale edilmesi

29. İnfaz dosyalarının incelenmesi
30. Sağlık sorunlarına neden olması
31. Küçük ilçelerde görev yapmak
32. Sistemde değişiklik önerilememesi
33. İddianamenin iadesi
34. İfade alma
35. Müddetnamenin hazırlanması

Sonuçlara bakıldığında Hakim ve C. Savcılarının %10'unun ve daha fazlasının yıpratıcı bulduğu konular; aşırı iş yükü, personel yetersizliği veya uzman personelin olmaması, fiziki koşulların ve imkanların yetersizliği, stres, yasaların sık değişmesi, sosyal yaşamdan uzaklaşma, meslek içinde branşlaşmanın olmaması ve kolluk görevlilerinin işinde uzman olmamasıdır. Hakim ve C.Savcılarının %64,2' si aşırı iş yükü altında çalıştıklarını ifade etmektedir. Diğerlerinden ayrı olarak sadece bu konunun, bu kadar öne çıkmasında, araştırmamızın İstanbul ilinde çalışan Hakim ve C.Savcılar ile yapılmış olmasının etkili olduğu düşünülmektedir. 2007 yılı Cumhuriyet Başsavcılıkları soruşturma evresi iş yüküne bakıldığında Türkiye genelinde toplam sayı 5.443.037 iken, bunun 1.723.503 'ü yani %31'i sadece İstanbul 'a aittir. (76) Ancak Türkiye geneli için alınan istatistiklere bakıldığında da iş yükü yeterince fazladır. Adalet bakanlığı verilerine göre Ceza, Hukuk ve İdari Yargı Mahkemelerine 1998 yılında gelen toplam dava sayısı 4 milyon 101 bin 543 iken; bu sayı 2007 yılında 5 milyon 934 bin 915'e ulaştı. Bir hakime düşen yıllık dava sayısı ise 1998 yılında 734 iken, 2007 yılında yüzde 29.2'lik artış oranı ile 948'e ulaşmıştır. Son 22 yıllık sürede Cumhuriyet Başsavcılıklarındaki iş yükü artışı yüzde 324 olarak gerçekleşmiştir. (76)

Hakimlerin ve C.Savcılarının özellikle kendi görevleri ile ilgili onları yıpratıcı ve sadece hakimleri veya sadece C.Savcılarını zorlayan konulara incelersek, Hakimlerin %10 ve daha fazlasının meslekleri ile ilgili en yıpratıcı bulduğu konular;

1. Aşırı iş yükü (%65,9)
2. Personel yetersizliği veya uzman personelin olmaması (%34)
3. Fiziki koşulların ve imkanların yetersizliği (%31,9)
4. Yasaların sık değişmesi (%23,4)
5. Stres (%21,2)
6. Meslek içinde branşlaşmanın olmaması (%14,8)
7. Sosyal yaşamdan uzaklaşma ve yanlış karar vermeme çabası, verilen cezaların yarattığı vicdani yükümlülük (%12,7)

C.Savcılarının %10'unun ve daha fazlasının meslekleri ile ilgili en yıpratıcı bulduğu konular:

1. Aşırı iş yükü (%62,9)
2. Fiziki koşulların ve imkanların yetersizliği ve Stres (%25,8)
3. Personel yetersizliği veya uzman personelin olmaması (%24,1)
4. Yasaların sık değişmesi (%19,3)
5. Sosyal yaşamdan uzaklaşma ve Kolluk görevlilerinin işinde uzman olmaması (%16,1)

Görüldüğü gibi aşırı iş yükü iki meslek grubu için de en yıpratıcı konudur. Sıralamaya bakıldığında iki meslek grubu arasındaki dikkat çeken farklılıklardan biri Hakimlerin "Personel yetersizliği veya uzman personelin olmaması" ile "fiziki koşulların ve imkanların yetersizliği" unsurlarını C.Savcılarında daha yıpratıcı görmesidir. C.Savcılarını ise "mesleğin stresli olması" ile "sosyal yaşamdan uzaklaşma" unsurlarını Hakim meslektaşlarına göre daha yıpratıcı bulmaktadır.

C.Savcılarının mesleklerinde yıpratıcı bulduğu ancak Hakimlerin cevapları içinde yer almayan konular:

- İşin adaletsiz dağılımı
- İnsanlarla iletişim kuramamak
- Sağlık sorunlarına neden olması
- Aileye zaman ayıramamak
- Nöbetler
- Sık tayin olmak
- Küçük ilçelerde görev yapmak
- Sistemde değişiklik önerilememesi
- Yargıya müdahale edilmesi
- İnfaz dosyalarının incelenmesi
- İfade alma
- Müddetnamenin hazırlanması
- İddianamenin iadesi

Hakimlerin mesleklerinde yıpratıcı bulduğu ancak C.Savcılarının cevapları içinde yer almayan konular:

- Meslektaşların görevlerini gerektiği gibi yapmaması
- Yanlış karar vermeme çabası, verilen cezaların yarattığı vicdani yükümlülük

Bu bulgulara bakıldığında iki meslek grubunun görev ve sorumluluklarındaki farka göre yıpratıcı buldukları konularda da farklılaşma görülmektedir. Ayrıca dikkat çekici bir unsurda C.Savcılarının, aşırı iş yüküne bağlı olarak değerlendirilebilecek bir çok durumu (aileye zaman ayıramamak, insanlarla iletişim kuramamak, sağlık sorunları gibi) yıpratıcı bulduğu görülmektedir.

5.2. Psikosomatik Semptom ve Hastalıklar ile İlgili Bulgular

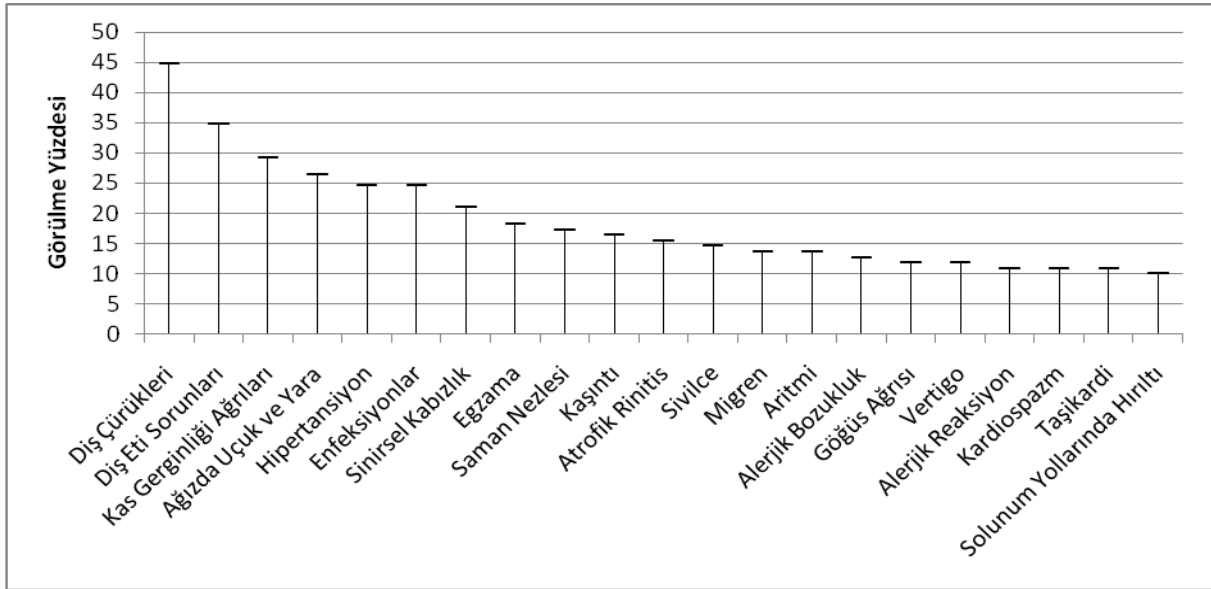
Literatürde çeşitli meslek elemanlarının sağlık durumları ile ilgili bilgi veren araştırmalar mevcut olmakla beraber sayıları oldukça azdır. Türkiye’de ve dünyada sağlık durumu araştırılan meslek grupları arasında Hakim ve C.Savcıları bulunmamaktadır. Yapılan en kapsamlı araştırmalardan biri İngiltere’de çalışmakta olan 26 farklı meslekten 25.352 kişinin katılımı ile gerçekleştirilmiştir. Bu araştırmada stresle ilişkili 3 değişkene bakılmıştır ve bunlardan biri de fiziksel sağlık durumlarıdır. Araştırmanın sonuçlarına göre sağlık durumu normalden kötü olan ilk altı meslek sırasıyla; Ambulans görevlileri, öğretmenler, sosyal hizmet görevlileri, müşteri hizmetleri çalışanları, bar çalışanları ve cezaevi personelidir. (33)

Araştırmamızda, katılımcıların meslek yaşamları boyunca gösterdikleri psikosomatik semptom veya tanısını aldıkları psikosomatik hastalıkların sıklığını belirlemek, en sık görülen semptom ve hastalıkların hangileri olduğunu, Hakimlerde ve C.Savcılarında, kadın ve erkek katılımcılarda hangi semptom ve hastalıkların daha sık görüldüğünü öğrenmek ve sıklıklarının çeşitli değişkenlerle ilişkili olup olmadığını incelemek amacıyla bu araştırma için özel olarak “Tıbbi Durum Değerlendirme Formu” adı verilen bir kontrol listesi oluşturulmuş ve katılımcılar tarafından doldurulmuştur. Bu formda belirti gösteren organların bulunduğu sisteme göre 9 ayrı kategoride toplam 80 psikosomatik semptom ve hastalık yer almaktadır.

Araştırma sonucunda bu 80 semptom ve hastalıktan 23 tanesinin örnekleminizde hiç gözlenmediği ortaya çıkmıştır. Bu semptom ve hastalıklar şöyledir; Behçet Hastalığı, Anoreksiya Nervosa, Blumia Nervosa, Crohn Hastalığı, Nörodermit (Döküntü ve kaşıntı), Sedef Hastalığı, Beyin Kanaması, Emboli, Bayılma, Addison Hastalığı, Cushing Sendromu, Hipertiroidi (Toksik Guatr), Kollejen Doku Hastalıkları, Organ Değişimleri, Korea, Multiple Skleroz, Tüberküloz, Ağrılı Menstrüasyon, Erken menopoz, Amonere (Regl olmama), Yalancı gebelik, Düşükler, Cinsel İşlev Bozuklukları. Bu hastalıkların örnekleminizde gözlenmemiş olmasının en önemli nedeni çoğunluğunun insan yaşamı üzerinde çok olumsuz sonuçları

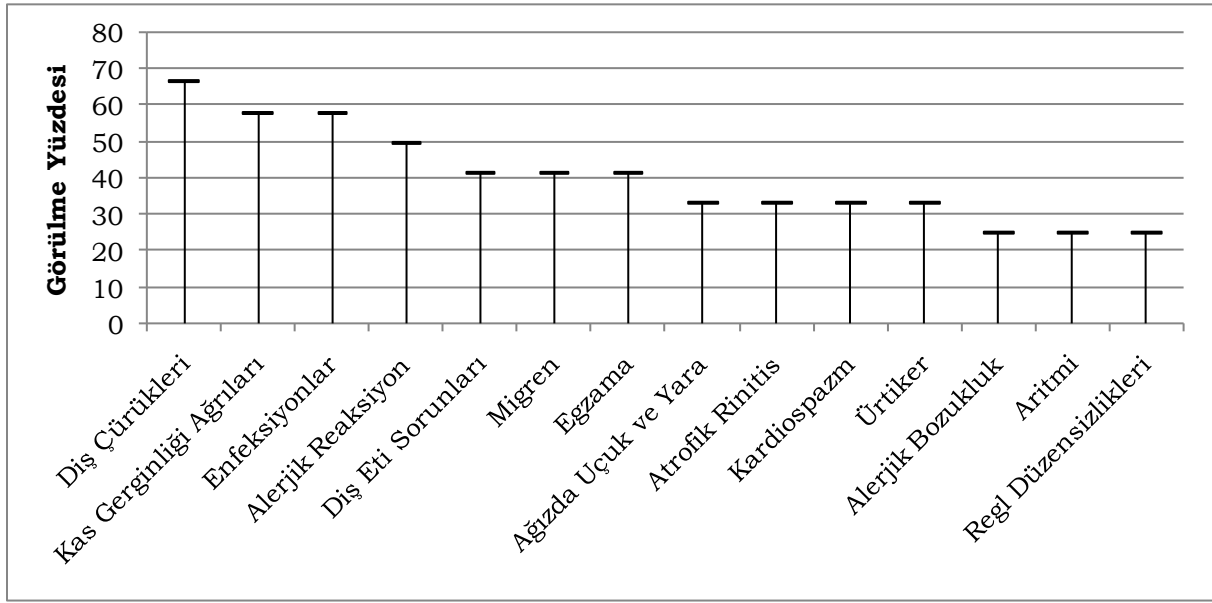
olan ciddi sağlık sorunları olmasdır. Hatta bir kısmı ölümle sonuçlanabilmektedir (Beyin kanaması gibi) Bir çoğu teşhis edildiği taktirde (multiple skleroz, Anoreksiya Nervosa, Emboli gibi) meslek yaşamının sürdürülmesini imkansız hale getirmektedir. Bir kısmı ise sadece kadınlara özgü üreme ve boşaltım sistemine dahil hastalıklardır ve örnekleminizde kadın katılımcı sayısı yeterli değildir.

Araştırma sonucunda tüm örnekleimde, katılımcıların %10'undan fazlasında görülen psikosomatik semptom ve hastalıklar Grafik 1 'de en sık görülden başlayarak sırasıyla verilmiştir.



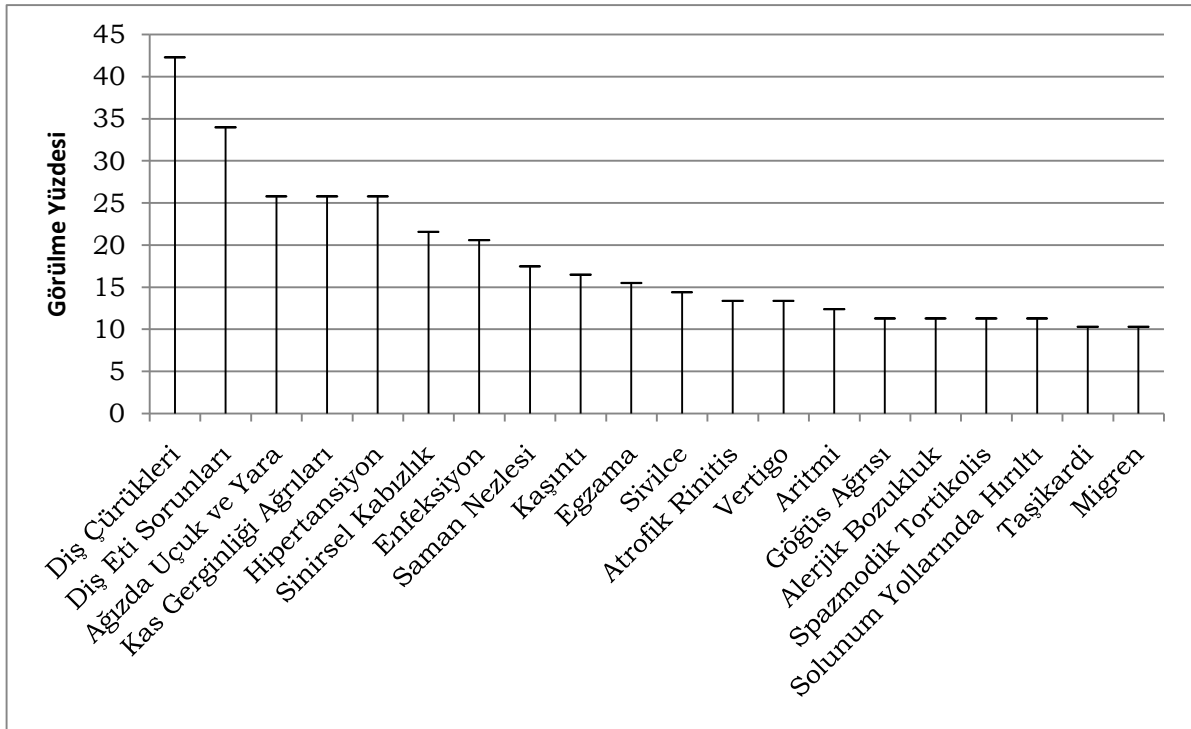
Grafik 1. Psikosomatik Semptom ve Hastalıklar ve Görülme Yüzdeleri

Örneklemi oluşturan kadın Hakim ve C.Savcılarında en sık görülen psikosomatik semptom ve hastalıklar Grafik 2 'de sırasıyla verilmiştir.



Grafik 2. Kadın Hakim ve C.Savcılarında Psikosomatik Semptom ve Hastalıklar ve Görülme Yüzdeleri

Örnekleme oluşturan kadın Hakim C.Savcılarında en sık görülen psikosomatik semptom ve hastalıklar Grafik 2 'de sırasıyla verilmiştir.



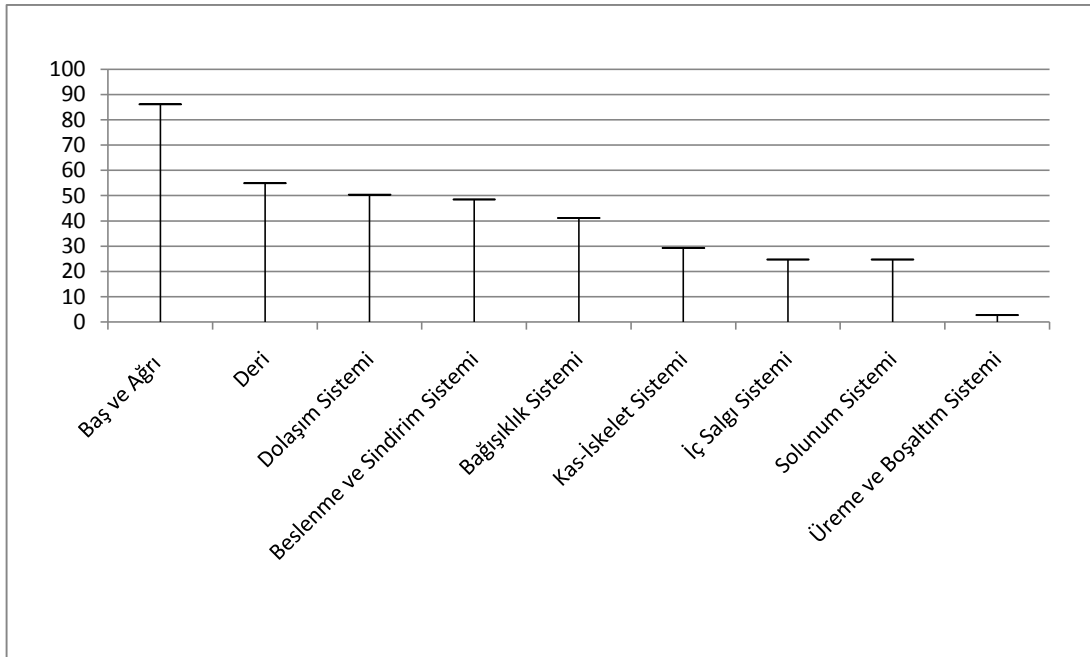
Grafik 3. Erkek Hakim ve C.Savcılarında Psikosomatik Semptom ve Hastalıklar ve Görülme Yüzdeleri

Erkek katılımcılarda gözlenip kadın katılımcılarda gözlenmeyen psikosomatik semptom ve hastalıklar şunlardır:

Vertigo	Obezite	Mide Ülseri
Duedonum Ülseri	Sinirsel Kusma	Hiperhidrosis
Purpura	Rosesea	Saçkıran
Skleroderma	Pruritis	Anjionörotik Ödem
Damar Kireçlenmesi	Koroner Kalp Hastalığı	Diyabet
Miksödem	Hormon Eksiklikleri	Herpetiform Bozukluk
Kan Hastalıkları	Romotoid Artrid	Solunum Yollarında Hırıltı
Bronşiyal Astım		

Sadece kadınlara özgü olan regl düzensizliği haricinde kadın katılımcılarda gözlenip erkek katılımcılarda gözlenmeyen psikosomatik semptom ve hastalık bulunmamaktadır.

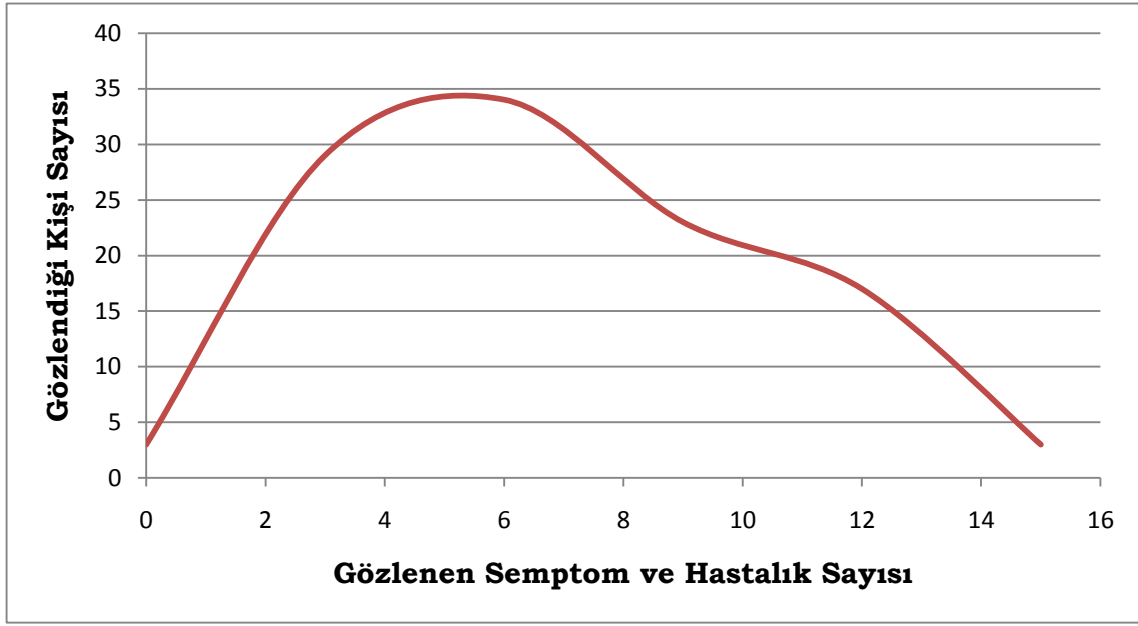
Katılımcılarda gözlenmiş olan psikosomatik semptom ve hastalıkların belirti gösteren organların bulunduğu sistemlerden en çok hangisinde gözlendiği Grafik 4 'de verilmiştir.



Grafik 4. Belirti Gösteren Organların Bulunduğu Sisteme Göre Psikosomatik Semptom ve Hastalıkların Görülme Sıklığı

En sık görülen psikosomatik semptom ve hastalıklar baş ve ağrı, en az görülenler ise üreme ve boşaltım sistemi ile ilgili bulunmuştur. Kadınlarda ilk sırada %100 ile baş ve ağrı ile ilgili semptom ve hastalıklar vardır. Araştırmaya katılan 12 kadının hepsinde baş ve ağrı kategorisinden bir veya daha fazla semptom ve hastalık gözlenmiştir. İkinci sırada %91,7 ile Deri semptom ve hastalıkları, üçüncü sırada ise genel sıralamanın aksine bağışıklık sistemi semptom ve hastalıkları yer almaktadır. Kadınlarda en az gözlenen ise %25 ile kas-iskelet sistemi ve üreme-boşaltım sistemi semptom ve hastalıkları olmuştur. Erkeklerde ise ilk iki sırada genel sıralama ve kadınlardaki sıralama ile eş olarak %84,5 ile baş ve ağrı, %50,5 ile deri semptom ve hastalıkları yer almaktadır. Üçüncü sırada %49,5 ile genel sıralamadaki dolaşım sistemi ve yine aynı yüzdeyle beslenme ve sindirim sistemi semptom ve hastalıkları yer almıştır. Üreme-boşaltım sistemi ile ilgili hiçbir semptom ve hastalık gözlenmemiştir. Bu durumun, örneklemimizde kadın Hakim, C.Savcısı sayısının az olması ve bu kategorideki çoğu hastalığın kadın hastalıkları ile ilgili olmasından ve diğerlerinin cinsel bozukluklar olması, katılımcıların da cinsel bozukluk semptomları gösterme algısının farklılaşması veya doktora giderek tanısını alma olasılığının düşük olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Katılımcıların gösterdikleri psikosomatik semptom ve teşhisini aldıkları psikosomatik hastalıkların ortalaması 5,73 semptom ve hastalıktır. Katılımcılar içinde bir kişide gözlenen minimum hastalık sayısı 0 (sıfır) bir kişide gözlenen maksimum hastalık sayısı 15 'tir. Gözlenen semptom ve hastalık sayısının, gözlendiği kişi sayısına göre dağılımı Grafik 5 'te verilmiştir. Görüldüğü gibi normal bir dağılım gözlenmiştir.



Grafik 5. Gözlenen Semptom ve Hastalık Sayısının Gözleendiği Kişi Sayısına Göre Dağılımı

Çalışmamızda gözlenen psikosomatik semptom ile hastalık sayısının Hakim ve C.Savcısı olma değişkenine göre farklılık göstermemiş ancak cinsiyet değişkenine göre istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Kadınların gösterdikleri psikosomatik semptom ve teşhisini aldıkları psikosomatik hastalıkların sayısı erkeklere göre anlamlı düzeyde fazladır. İlgili literatürde de psikosomatik bozuklukların kadınlarda erkeklerden daha sık ortaya çıktığını belirten sonuçlara rastlanmaktadır. (9) Almanya'da öğretmenlerle yapılan bir çalışmada hem psikosomatik hastalıkların hem de tükenmişlik düzeyinin kadınlarda daha fazla olduğu belirlenmiştir. (12)

Gözlenen psikosomatik semptom ile hastalık sayısının katılımcıların yaş grubuna göre farklılık göstermediği bulunmuştur. Çalışmamızda yaş faktörünün sağlık üzerinde etkili bir faktör olmamasının çok önemli bir bilgi olduğu düşünülmektedir. Bu durumda hastalıkların üzerinde durduğumuz psikososyal olgularla ilişkisi daha güçlenmiş olmaktadır. Bu ilişkiyi güçlendiren çalışmamızın diğer bir bulgusu ise katılımcıların sigara ve alkol kullanım düzeyleri ile gösterdikleri psikosomatik semptom ve teşhisini aldıkları psikosomatik hastalık sayısı arasında anlamlı bir farklılığın bulunmamış olmasıdır.

Diğer bir demografik özellik olan sahip olunan çocuk sayısı ile psikosomatik semptom ve hastalık sıklığı arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

Çalışmaya katılan Hakim ve C.Savcılarının toplam çalışmış olduğu süre ve ilde veya ilçede daha fazla çalışmış olmaları ile gösterdikleri psikosomatik semptom ve teşhisini aldıkları psikosomatik hastalık sayısı arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Bu konuda daha geçerli bilgiye ulaşmak için boylamsal çalışmaların gerekli olduğu düşünülmektedir.

Hukuk fakültesi ilk tercihi olan Hakim ve C.Savcılarını ile 2 ve üzeri sırada tercih etmiş olanlar arasında gösterdikleri psikosomatik semptom ve teşhisini aldıkları psikosomatik hastalık sayısına göre fark bulunmamıştır. Ancak istatistiksel olarak anlamlı bulunan ilginç bulgu şudur ki; şuan fırsatım olsa farklı bir fakültede okurdum diyen Hakim ve C.Savcılarının, yine hukuk fakültesini tercih ederdim diyen Hakim ve C.Savcılarında anlamlı derecede fazla psikosomatik semptom ve hastalığı olduğu bulunmuştur. Buradan katılımcıların yaptıkları meslekte memnun olmamalarının fiziksel sağlıkları üzerinde etkili olduğu sonucu çıkarılabilir. Bu sonuca varmamızı güçlendiren diğer bir bulgu ise Hakim ve C.Savcılarında iş yaşamını zorlayıcı bir yaşam olayı olarak görenlerin, zorlayıcı görmeyenlere göre anlamlı olarak daha fazla psikosomatik semptom ve hastalık göstermiş olmasıdır. Sağlık durumlarını zor gelen bir yaşam olayı olarak gören Hakim ve C.Savcılarında da görmeyenlere göre anlamlı derecede daha fazla psikosomatik semptom ve hastalık göstermiştir.

Çalışmamızda toplumsal sorunlar, aile sorunları, ulaşım sorunları ve geçim sorunları gibi diğer zor gelen yaşam olaylarının da psikosomatik semptom ve hastalıkların sıklığı üzerindeki etkisinde bakılmış ancak anlamlı bir ilişki görülmemiştir.

5.3. Tükenmişlik İle İlgili Bulgular

İngiltere 'de 26 meslek grubuna dahil 25.352 kişi ile yapılan kapsamlı araştırmada stresle ilişkili 3 değişken hakkında ölçümler yapılmıştır. Bu değişkenler; Fiziksel sağlık,

ruhsal/duygusal durum ve iş doyumudur. Tükenmişlik yaşantısı bu araştırmanın “ruhsal/duygusal durum” değişkeni içinde ele alınmıştır. Araştırmanın sonucunda her üç değişkende birden ortalamadan daha kötü durumda bulunun meslekler sırasıyla; Ambulans görevlileri, öğretmenler, sosyal hizmet görevlileri, müşteri hizmetleri çalışanları, cezaevi personeli ve polis memurları olmuştur. Araştırmacı sonuçları tartışırken, bu mesleklerin hepsinin insanla bire bir (yüz yüze veya sesli iletişim yoluyla) etkileşim kuran ve önceden belirlenmiş, çok sıkı kurallara uymayı gerektiren meslekler olduklarına dikkati çekmiştir. (33) Hakim ve C. Savcılığı tüm bu özellikleri ve stresle ilgili daha bir çok risk faktörünü taşıyan bir meslektir ancak daha önce de belirtildiği gibi ilgili literatürde Hakimler ve C. Savcıları ile ilgili herhangi bir araştırma yer almamaktadır.

Araştırmamızda katılımcılara uygulanan Maslach tükenmişlik ölçeği (Türkiye'ye uyarlanmış versiyonu) 3 boyutu ayrı ayrı ölçen sorulardan oluşturmaktadır ve 3 farklı puan elde edilerek değerlendirilir ve çeşitli değişkenlerle karşılaştırılır. Kısaca; duygusal tükenme alt ölçeği, kişinin fiziksel ve duygusal enerjisindeki ciddi azalmayı, duyarsızlaşma alt ölçeği, kişinin hizmet, bakım ve eğitim verdiklerine karşı, onların insan olduklarını dikkate almaksızın ve duygudan yoksun olarak davranımlarını tanımlar, kişisel başarı alt ölçeği, insanlarla çalışan bir kimsenin kendisini yeterli ve başarılı hissetmesini tanımlar. (43) Duygusal Tükenme ve Duyarsızlaşma alt ölçeklerinden yüksek puanlar, Kişisel Başarı alt ölçeğinden düşük puanlar yüksek tükenmişliği ifade etmektedir. Tükenmişliğin düşük düzeyi ise duygusal tükenme ve duyarsızlaşma alt boyutlarında düşük, kişisel başarı alt boyutunda ise yüksek puanı gerektirmektedir.

Tükenmişlik ölçeğinden elde edilen bulguların değerlendirilmesi sırasında alınan MTÖ alt kategori puanları için herhangi bir “kesim noktası” kullanılmamıştır. Bunun nedeni Türkiye’de yapılan araştırmalar için kesim noktalarının belirlenmemiş olmasıdır. (18) Bu nedenle de veriler Türkiye’de ve yurtdışında yapılan çalışmalardan elde edilen verilerle karşılaştırılarak ele alınacaktır.

Ayrıca ülkemizde Ergin'in sağlık çalışanları ile yaptığı Maslach Tükenmişlik Ölçeğinin geçerlik ve güvenirlik araştırmasında özellikle "duyarsızlaşma" boyutunun sosyal beğenirlik ölçeği ile diğer boyutlara göre daha yüksek korelasyon göstermiştir. Duyarsızlaşma alt ölçeğini oluşturan oldukça hassas ifadelerden oluşan soruları yanıtlarken deneklerin toplum açısından daha kabul gören cevaplar verme eğilimi olduğu görülmüştür. Yine veriler bu bilgi dikkate alınarak değerlendirilmelidir. (27)

Örnekleminizi oluşturan Hakim ve C.Savcılarının duygusal tükenme alt ölçeği puan ortalaması 15,35, duyarsızlık alt ölçeği puan ortalaması 4,78, kişisel başarı hissi alt ölçeği puan ortalaması 22,52 bulunmuştur. Puanlar arasındaki korelasyon ilişkisine bakıldığında duygusal tükenme ve duyarsızlaşma arasında pozitif ve anlamlı, duygusal tükenme ve duyarsızlaşma ile kişisel başarı arasında negatif yönde ve anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir.

Araştırmamızda Hakim ve C.Savcılarından elde edilen tükenmişlik alt boyutları düzeyi ile ilgili veriler Türkiye'de farklı meslek elemanları ile yapılan çalışmalardan elde edilen tükenmişlik alt boyutlarının düzeyi ile ilgili verilerle karşılaştırıldığında bazılarında daha yüksek bazılarında ise daha düşük olduğu görülmüştür. Maslach Tükenmişlik Ölçeği özgün formunda 7 basamaklı cevap seçeneği vardır. Ülkemize uyarlanırken kültüre uyumlu hale getirme sürecinde 5 basamaklı cevap seçeneği kullanılmıştır. Bu nedenle Yurtdışında yapılan özgün formunun uygulandığı araştırmalardan elde edilen alt ölçek puanları ile karşılaştırma yapmak mümkün olmamıştır. Tükenmişlik çok boyutlu bir sendrom olduğundan aşağıda bu boyutlar tek tek ele alınmıştır:

Duygusal Tükenmişlik Alt Boyutu: Türkiye'de yapılan tükenmişlik Sendromu ile ilgili araştırmalara bakıldığında Hakim ve C.Savcılarının duygusal tükenmişlik puanı (15.35) Aslan ve arkadaşlarının çalışmasından elde edilen Türkiye genelinde görev yapan doktorların ve Şanlı 'nın çalışmasındaki Adana'da görev yapan polislerin duygusal tükenmişlik puanı ile birbirine çok yakın (7), Taycan ve arkadaşlarının araştırmasında tespit

edilen hemşirelerin duygusal tükenme puanından yüksek (63), Harran Üniversitesi Tıp Fakültesinde çalışan doktorlardan, Ankara'da çalışan eczacıların duygusal tükenme puanlarından ve psikiyatrist ile psikologlardan ise düşüktür. (17, 37, 47)

Duyarsızlaşma Alt Boyutu: Araştırmamızda Hakim ve C:Savcılarının duyarsızlaşma alt ölçeğinden aldıkları puanların ortalaması 4.78 olarak tespit edilmiştir. Türkiye'de yapılan tükenmişlik ile ilgili yapılan diğer araştırmalara bakıldığında Hakim ve C.Savcılarının duyarsızlaşma düzeyi, Taycan, Kurçer ve Aslan'ın yaptığı üç farklı çalışmadaki doktorların, Şanlı 'nın çalışmasındaki polislerin duyarsızlaşma düzeyinden daha yüksek, Psikiyatristler ve psikologların, Taycan'ın çalışmasındaki hemşirelerin ve Çalgan'ın çalışmasındaki eczacıların duyarsızlaşma düzeylerinden ise daha düşüktür. (62, 7, 63, 17, 37, 47)

Kişisel Başarı Alt Boyutu: Hakim ve C.Savcılarının kişisel başarı düzeyi (22.43) Türkiye'de farklı mesleklerle yapılan araştırmalarla karşılaştırıldığında doktorlarla ve eczacılarla neredeyse aynı (7, 17) Psikiyatristlerin, psikologların, hemşirelerin ve polislerin kişisel başarı düzeylerinden ise daha yüksek bulunmuştur. (62, 63, 47)

Literatürde çeşitli meslek çalışanları ile yapılan tükenmişlik üzerine çalışmalarda hangi değişkenlerin tükenmişliğin alt boyutları ile ilişkili olduğu ayrı ayrı incelenmektedir. Çünkü bireyler tükenmişliğin oluşum sürecinin farklı bir basamağında olabilirler ve bazı alt boyutlar özellikle bazı belli faktörlerden etkilenebilirler ve birbirinden farklı sonuçlara neden olabilirler. Çalışmamızda tükenmişlik alt boyutlarından elde edilen puanları sosyodemografik değişkenler ve psikosomatik semptom ve hastalıkların sıklığı ile karşılaştırarak inceledik.

Hakim ve C.Savcılarının tükenmişlik düzeyleri 3 alt boyutta ayrı ayrı karşılaştırılmış ancak iki meslek grubu arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Hem Hakimler hem de S.Savcılarını üç tükenmişlik alt boyutundan birbirine yakın puanlar almışlardır.

Cinsiyet: Literatürde tükenmişlik düzeyleri ile karşılaştırılan cinsiyet değişkeni ile ilgili birbirinden farklı sonuçlar elde edilmiştir. Bazı araştırmalar kadınların bazı araştırmalar erkeklerin (22, 62, 7) daha fazla tükenmişlik yaşadığını, bazı araştırmalar ise tükenmişlik düzeyinde cinsiyetin etkili bir faktör olmadığını göstermiştir.(41)

Maslach Tükenmişlik Ölçeği'ni geliştiren Maslach ve Jackson ölçeğin geçerlik ve güvenilirlik analizlerini yaptıkları çalışmalarında elde ettikleri sonuçlara göre “duygusal tükenme” boyutunda kadınların erkeklerden daha yüksek puanlar almış, “duyarsızlaşma” ve “kişisel başarı” boyutunda erkeklerin kadınlardan daha yüksek puanlar almıştır. (43) Yine Maslach'ın bir başka araştırması ise fark küçük olsa da erkeklerin kadınlardan daha fazla tükenmişlik yaşadığını göstermiştir. (44)

Araştırmamızda literatüre uyumlu olarak kadınların duygusal tükenme puanları erkeklerden yüksek ve literatürle uyumsuz olarak duyarsızlaşma puanları da erkeklerden yüksek çıkmış ancak bu farkın anlamlı olmadığı bulunmuştur. Kişisel başarı puanları literatürle uyumlu olarak erkeklerin kadınlardan daha yüksektir ancak aynı şekilde bu fark da anlamlı değildir.

Maslach ve Jackson ile Greenglass ve Burke çalışmaları sonucunda cinsiyet değişkeninin tükenmişlikte önemli bir yordayıcı olmadığını, araştırmalarda kadın ve erkeklerin tükenmişlik düzeyleri arasında çok az bir fark olduğu bu farkın üzerinde önemli yorumlara gidilmemesi gerektiğini ifade etmiştir. (57)

Yaş: Tükenmişlik ile yaş grubu arasındaki ilişkiye bakıldığında literatürde yer alan sonuçlar yaş ilerledikçe duygusal tükenme ve duyarsızlaşma düzeyinin azaldığını, kişisel başarı düzeyinin ise arttığını göstermiştir. (25, 62, 7, 63, 61, 17) Araştırmamızda yer alan yaş gruplarının tükenmişlik düzeyleri açısından farklılaşmadıkları bulunmuştur. Bunun nedeninin il (Büyük şehir) merkezinde çalışan Hakim ve C.Savcılarının belli bir yaşın üzerinde olması olduğu düşünülmektedir. Araştırmamızdaki en genç katılımcının iş

tecrübesi 14 yıldır. İş tecrübesinin fazla olması ise kişilerin kendilerini mesleklerinde daha yeterli ve başarılı hissetmelerine, tükenmişlikle daha etkin baş edebilmelerine neden olmaktadır.

Medeni Durum: Tükenmişlikle ilgili araştırmaların çoğunda örneklemin medeni durumu ile tükenmişlik arasında, genellikle de “duygusal tükenme” alt boyutu arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. (43) Araştırma sonuçlarına göre bekar ve çocuksuz kişilerin, evli ve çocuklu kişilerden daha fazla tükenmişlik yaşamaktadır (25, 43, 7, 27, 47) Araştırmamızda Hakim ve C.Savcılarının neredeyse tamamı evli olduğundan bu demografik özellik ile karşılaştırma yapılamamıştır. Literatürde de yer aldığı gibi ailenin varlığı bir tür sosyal destektir ve tükenmişlik yaşantısının riskini veya düzeyini azaltan bir faktördür. (42) Araştırmamızın bu bulgusu ile Hakim ve C.Savcılarının tükenmişlik yaşama risklerini veya düzeylerini azaltan sosyal destek faktörüne sahip oldukları söylenebilir.

Çocuk sahibi olma: İlgili literatürde ve yapılmış araştırmalarda tükenmişlik düzeyi ile ilişkili olduğu ifade edilen bir faktörde çocuk sahibi olmadır. Literatürde çocuk sahibi olma tükenmişlik düzeyini azaltan bir faktör olarak ele alınmaktadır (21) Ergin sağlık çalışanları ile yaptığı çalışmada çocuk sahibi olmanın özellikle kişisel başarı düzeyini anlamlı bir şekilde arttırdığını bulmuştur.(27) Araştırmamıza katılan 109 Hakim ve C. Savcısının sadece 7 tanesinin çocuğu bulunmamaktadır. Katılımcıların birinci bölgede çalışması ve belli bir yaşın üzerinde olmaları nedeniyle çocuk sahibi olanların çoğunluğu oluşturduğu düşünülmektedir. İstatistiksel analiz yaparak karşılaştırma çocuk sahibi olmayanların azlığı nedeniyle söz konusu olmamıştır. Medeni durum değişkeninde olduğu gibi çocuk sahibi olma da tür sosyal destektir ve tükenmişlik yaşantısının riskini veya düzeyini azaltan bir faktördür ve Hakim ve C. Savcıları için koruyucu bir özellik olduğu düşünülmektedir.

Sigara ve Alkol Kullanımı: Sigara ve alkol kullanan ve kullanmayan katılımcılar arasında tükenmişliğin üç alt boyutunda da anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Bu veri ilgili literatürle uyumsuzdur. Kuramsal açıklamalar madde kullanımında artışın tükenmişliğin

hem belirtisi hem de sonucu olduğunu belirtmektedir.(43) Yapılmış araştırmalar bu açıklamayı destekleyen kanıtlar ortaya koymuştur.(7) Araştırmamızın verilerinin uyuşmamış olmasının en olası nedeni, daha önce de belirtildiği gibi belli bir yaş ve iş tecrübesi olması ve tükenmişlikle başa çıkma becerileri geliştirmiş olabileceğidir.

Çalışma Süresi: Araştırmamızda meslekte geçen sürenin tükenmişliğin 3 alt boyutu ile de ilişkili olmadığı bulunmuştur. Bu veri bir bakıma ilgili literatürle uyumludur. nk literatürde meslek hayatına yeni başlayanların iş tecrübesi fazla olanlara göre daha fazla tükenmişlik yaşadıklarını söylemektedir. Yani yeni çalışmaya başlayanlarda, özellikle ilk 5 yilda duygusal tükenme ve duyarsızlaşma puanları yüksek kişisel başarı puanları yüksektir. Meslekte geçen süre arttıa duygusal tükenme ve duyarsızlaşma azalmakta, kişisel başarı artmaktadır.(7, 27) Bu araştırmada mesleğe yeni başlayan Hakim veya C.Savcısı olmadığından, katılımcıların en az 14 yıl çalışma tecrübesi olduğundan tükenmişlik düzeylerinde artış gözlenememiştir. Hakim ve C.Savcılarında alışma süresi ve tükenmişlik arasındaki ilişki ile ilgili net bir çıkarım yapabilmek için hem il hem de ilçelerde görev yapan katılımcılarla bir çalışma yapılması gerekli görünmektedir.

şuan ki Meslek Tercih: katılımcı 109 Hakim ve C.Savcısının 68'i yine aynı mesleği yapmayı,41'inin ise şuan farklı bir mesleği tercih ettiklerini belirtmiştir. Farklı bir mesleği tercih edenlerin, mesleklerinden memnun olanlara göre duygusal tükenme ve duyarsızlaşma düzeylerinin anlamlı olarak yüksek olduğu, kişisel başarı düzeylerinin ise anlamlı olarak düşük olduğu bulunmuştur. Taycan hemşirelerle yaptığı araştırmasında mesleğini kendisine uygun bulan hemşirelerin tükenmişlik düzeylerinin daha düşük, kendisine uygun bulmayanların daha yüksek olduğu sonucuna ulaşmıştır.(63) Bu sonuç araştırmamızın verileri ile uygunluk göstermektedir. Aynı sonuçların alındığı başka araştırmalarda mevcuttur (57)

Zor Yaşam Olayları: Hakim ve C.Savcılarında zor gelen yaşam olayları ile tükenmişlik düzeyleri incelendiğinde toplumsal sorunları, aile sorunlarını, ulaşım ve geçim sorunlarını

zorlayıcı bulan ve bulmayan Hakim ve C.Savcılarında tükenmişlik düzeyleri açısından fark görülmemiştir.

Ancak iş yaşamını veya sağlık durumunu zorlayıcı yaşam olayı olarak görmenin tükenmişlik ile bağlantılı olduğu bulunmuştur. İş yaşantısını zor yaşam olayı olarak görenlerin, zorlayıcı görmeyenlere göre, sağlık durumunu zor yaşam olayı olarak görenlerin zorlayıcı görmeyenlere göre duygusal tükenme ve duyarsızlaşma düzeylerinin anlamlı olarak yüksek, kişisel başarı düzeylerinin ise anlamlı olarak düşük olduğu bulunmuştur.

Bulgularımızla tutarlı olarak, Sayıl ve arkadaşlarının Türkiye 'de doktor ve hemşirelerle yaptığı bir çalışmada yaşamlarında çalışma ortamını sorun alanı olarak tanımlayan sağlık çalışanlarının diğerlerine göre daha fazla tükenmişlik yaşadığını ortaya koymuştur. (57)

Diğer sosyodemografik değişkenlerden ilde veya ilçede daha uzun süre çalışma ve hukuk fakültesinin ilk tercih olması ve olmaması durumları ile tükenmişliğin 3 alt boyutu arasındaki ilişki incelenmiş ancak duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarı alt boyutlarından alınan puanların bu değişkenlere göre anlamlı olarak farklılaşmadığı görülmüştür.

Bu araştırmanın ilginç sonuçlarından birisi de demografik değişkenlerin hem tükenmişlik düzeyi hem de psikosomatik semptom ve hastalıkların sıklığı üzerindeki etkilerine bakılmış ve her ikisinde de hemen hemen aynı demografik özelliklerin (mesleklerinden memnun olmama, işi ve sağlık durumlarını zor yaşam olayı olarak görme) etkili olduğu görülmüştür.

Genel olarak tükenmişlik altı ölçeklerinin puanlarına bakıldığında, Hakim ve C.Savcılarının ileri yaşları, meslekte uzun denebilecek süre çalışmış olmaları, evli ve çocuk sahibi olmaları gibi sosyodemografik özelliklerin de etkisiyle duygusal tükenme ve

duyarsızlaşma düzeylerinin düşük düzeyde olduğu söylenebilir. Yukarıda da belirtildiği gibi yaş, medeni durum ve iş tecrübesi tükenmişlik riskini azaltan sosyodemografik (bireysel) özelliklerdir. Ancak bu özelliklere rağmen Hakim ve C.Savcılarının kişisel başarı puanları yurtiçi ve yurtdışında bazı meslek elemanları ile yapılan araştırmalarda elde edilen puanlardan daha düşüktür. Kuramsal açıklamalar dikkate alındığında bunda bireysel özelliklerin olumlu etkisinden çok iş ile ilgili faktörlerin olumsuz etkisinden söz etmek mümkündür.

5.4. Tükenmişlik Düzeyi ile Psikosomatik Hastalıkların Sıklığı Arasındaki İlişki ile İlgili Bulgular

Literatürde, iş stresinin yoğun veya kronik olduğu, çalışandan çok fazla işin talep edildiği, çalışanın işi üzerinde kontrolünün az olduğu ve alabildiği sosyal desteğin zayıf olduğu bir çalışma ortamının bireyde yol açtığı psikofizyolojik değişimlerin çeşitli sağlık sorunlarına (stresle ilişkili gerçek, fizyolojik hastalıklara) yol açtığı ifade edilmektedir. (29, 33) Aynı zamanda, Maslach'a göre bu tür bir çalışma ortamının tükenmişlik sendromunun ortaya çıkmasında etkisi çok büyüktür. (45) Bu bilgilerden yola çıkılarak tükenmişlik düzeyi ile sağlık problemlerinin sıklığının birlikte artış göstermesi beklenmektedir. Konu ile ilgili şuana kadar yapılmış araştırma sayısı az olmakla beraber araştırmalar bu beklenti ile uyumlu sonuçlanmıştır. (7, 54, 66, 15)

Hastalıkların sınıflandığı sitemlerde (ICD-10 gibi) "Tükenmişlik" sağlık durumunu etkileyen faktörlerden biri olarak yer almaktadır. Fizyolojik sağlık sorunlarının tükenmişlikle ilişkisi az çalışılmış bir konudur. Yapılan az sayıda çalışmada kas iskelet ağrılarının ve kardiyovasküler hastalıkların tükenmişlikle ilişkisi bulunmuştur. Bu rahatsızlıklar psikosomatik hastalıklar olarak da sayılmaktadır.(3)

Araştırmamızda tükenmişliğin 3 alt boyutunun düzeyi ile psikosomatik semptom ve hastalıkların sıklığı arasında bir ilişki olup olmadığı incelenmiş ve literatür ile uyumlu olduğu görülmüştür. Sonuçta duygusal tükenme ve duyarsızlaşma ile psikosomatik

semptom ve hastalıkların sıklığı arasında pozitif yönde, kişisel başarı ile negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

Genel olarak tükenmişlik, özellikle de tükenmişliğin duygusal tükenme boyutunun diğer boyutlara göre daha fazla, psikosomatik diye adlandırılan, strese bağlı sağlık sorunlarına yol açabileceği ifade edilmektedir. (45,53)

İlgili literatür bilgisine uyumlu olarak araştırmamızda Hakim ve C.Savcılarının duygusal tükenme ve duyarsızlaşma düzeyleri arttıkça gösterdikleri psikosomatik semptom ve tanısını aldıkları psikosomatik hastalık sayısı da artmaktadır. Aslan ve ark. araştırmalarında doktorların duygusal tükenme düzeylerini sağlık durumlarının iyi (sağlıklı) ve kötü (hastalığı olma) durumuna göre karşılaştırdığı ve sağlık durumu kötü olan doktorların, iyi olanlara göre duygusal tükenme düzeylerinin daha yüksek olduğunu bulmuşlardır (7). Araştırmamızdaki psikosomatik hastalıkların gerçek fizyolojik rahatsızlıklar olduğu için, Aslan 'ın verileriyle uyumlu görülmektedir. Macaristan'da sağlık çalışanları ile yapılan çalışmada ise yine araştırma sonucumuzla uyumlu olarak duygusal tükenme ve duyarsızlaşma düzeyi yükseldikçe psikosomatik semptomlarda da anlamlı derecede yükselme olduğu bulunmuştur. (54)

Aynı pozitif yönde ve anlamlı ilişki kadın ve erkek Hakim ve C.Savcılarını ayrı ayrı incelendiğinde de ortaya çıkmaktadır. En kuvvetli ve anlamlı ilişki (korelasyon=0,733) kadınlarda duygusal tükenmenin artması ile psikosomatik semptom ve hastalık sayısı arasında bulunurken, en zayıf ancak anlamlı ilişki (korelasyon=0,360) erkeklerde duyarsızlaşma ile psikosomatik semptom ve hastalık sayısı arasında bulunmuştur.

Kişisel başarı düzeyi ile psikosomatik semptom ve hastalıkların sıklığı arasındaki ilişki incelendiğinde çok kuvvetli bir ilişki olmasa da (korelasyon= -0,283) negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür. Hakim ve C.Savcılarının kişisel başarı hissi arttıkça gösterdikleri psikosomatik semptom ve tanısını aldıkları psikosomatik hastalık sayısı da az

olmaktadır. Macaristan'daki sağlık alışanlarında da kişisel başarı arttıkça psikosomatik semptom sayısının azatlığı bulunmuştur. (41) Kadın ve erkek Hakim ve C.Savcılarını ayrı ayrı incelendiğinde her iki cinsiyet içinde negatif yönde anlamlı ilişkinin geçerli olduğu ancak ilişkinin kadın Hakim ve C.Savcılarında daha kuvvetli (korelasyon= -0,596) olduğu görülmüştür.

Araştırmamızda sonuç olarak Hakim ve C.Savcılarında psikosomatik semptom ve hastalıklarının sıklığının tükenmişlik düzeyleri ile ilişkili olduğu ortaya çıkmıştır. Hangi sistemlerdeki psikosomatik semptom ve hastalıkların tükenmişlikle ilişkili olduğu incelendiğinde bazı hastalıkların tükenmişlik düzeyi yükseldikçe daha sık ortaya çıktığı görülmüştür:

- Baş ve ağrı, bağışıklık sistemi, kas-iskelet sistemi ve solunum sistemi ile ilgili psikosomatik semptom ve hastalıkların sıklığının özellikle duygusal tükenmişlikle ilişkili olduğu, yani bu semptom ve hastalıkların görüldüğü katılımcıların görülmediği katılımcılara göre duygusal tükenme düzeylerinin anlamlı derecede yüksek olduğu, yine bu hastalıkların duyarsızlaşma ve kişisel başarı düzeyleri ile anlamlı ilişkisi olmadığı bulunmuştur.
- Beslenme ve sindirim sistemi ile ilgili psikosomatik semptom ve hastalıkların sıklığının her üç boyutla da anlamlı düzeyde ilişkili olduğu, yani bu semptom ve hastalıkların görüldüğü katılımcıların, görülmediği katılımcılara göre duygusal tükenme ve duyarsızlaşma düzeylerinin anlamlı olarak daha yüksek, kişisel başarı düzeylerinin anlamlı olarak daha yüksek olduğu bulunmuştur.
- Deri ile ilgili psikosomatik semptom ve hastalıkların sıklığının katılımcıların duygusal tükenme ve duyarsızlaşma düzeyleri ile ilişkili olduğu ancak kişisel başarı düzeyi ile ilişkisi olmadığı, yani bu semptom ve hastalıkların görüldüğü katılımcıların görülmediği katılımcılara göre duygusal tükenmişlik ve duyarsızlaşma düzeylerinin anlamlı olarak daha yüksek olduğu bulunmuştur.

- İç salgı sistemi ile ilgili psikosomatik semptom ve hastalıkların sıklığının sadece kişisel başarı düzeyi ile ilişkili olduğu, yani bu semptom ve hastalıkların görüldüğü katılımcıların görülmediği katılımcılara göre kişisel başarı hissini anlamlı olarak daha az yaşadığı bulunmuştur.
- Dolaşım sistemi ile ilgili psikosomatik semptom ve hastalıklar örneklemimizde en sık görülen 3. grup olmakla beraber, bu semptom ve hastalıkların görüldüğü katılımcılarla görülmediği katılımcıların tükenmişlik puanları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır.
- Üreme ve Boşaltım sistemi ile ilgili semptom ve hastalıkların görüldüğü katılımcı sayısı çok düşük olduğundan (3 kişi hepsi kadın, regl düzensizliği) istatistiksel analize tabi tutulması mümkün olmamıştır.

6. SONUÇ

İstanbul'da görev yapan Hakim ve C.Savcılarının demografik özelliklerini belirlemek, meslek hayatları süresince gösterdikleri psikosomatik semptom ve tanısını aldıkları psikosomatik hastalıkların sıklığını inceleyerek sağlık durumları hakkında bilgi edinmek, mesleki tükenmişlik düzeylerini ve hangi faktörlerden etkilendiğini görmek amacı ile yapılan bu çalışma sonucunda elde edilen bilgiler kısaca şunlardır:

- Hakim ve C.Savcılarının çoğunluğu; erkek, 40-60 yaşları arasında (yaş ortalamaları 50,8), evli, 2 çocuk sahibi (%62), 20-30 yıl arası görev yapmakta olan, sigara (%62,4) ve alkol (%72,5) kullanmayan kişilerdir. Ayrıca kimi ilde kimi ilçede daha uzun süre çalışmıştır. %4,5'i yüksek lisans mezunudur.
- Hakim ve C.Savcılarının %48,6'sı hukuk fakültesine ilk tercihleri olarak girmiştir. %51,4'ünün ise ilk tercihi değildir. Şuanda %37,5' i başka bir mesleği tercih etmektedir.
- Hakim ve C.Savcılarında zor gelen yaşam olayları en fazla zor gelenden en az zor gelene doğru sırasıyla; toplumsal sorunlar, sağlık ve ulaşım sorunları, iş yaşamı, aile sorunları, geçim sorunlarıdır. Hakimler ve C.Savcılarını ayrı ayrı incelendiğinde aynı sıralama geçerli olmaktadır.
- İşin zor bir yaşam olayı olarak görenlerin %56,7' si sağlık durumlarını da zor bir yaşam olayı olarak görmektedir.
- Hakim ve C.Savcılarının sigara ve alkol kullanım alışkanlıkları arasında farklılık yoktur.
- Hakim ve C.Savcılarının meslekleri ile ilgili yıpratıcı buldukları bir çok konu vardır. İki meslek grubu için ortak olarak en yıpratıcı konuların ilk beş sırasında "Aşırı iş yükü", "Personel yetersizliği ve uzman personelin olmaması", "Fiziki koşulların ve imkanların yetersizliği", "Stres" ve "Yasaların sık değişmesi" bulunmaktadır. Ayrıca

iki meslek grubunun farklı oranda yıpratıcı bulduğu ve ye kendine özgü yıpratıcı bulduğu konular da yer almıştır.

- Hakim ve C.Savcılarının meslek hayatları boyunca gösterdikleri psikosomatik semptom ve tanısını aldıkları psikosomatik hastalıkların ortalaması 5,73 semptom ve hastalıktır. Bir kişide gözlenen semptom ve hastalık sayısı en az 0 (sıfır) en fazla 15'tir. 9 kategoride sıklığı araştırılan semptom ve hastalıklar, en fazla görüldenden en az görülene doğru sırasıyla şöyledir; baş ve ağrı, deri, dolaşım sistemi, beslenme ve sindirim sistemi, bağışıklık sistemi, kas-iskelet sistemi, iç salgı sistemi, solunum sistemi ve son olarak üreme ve boşaltım sistemi psikosomatik semptom ve hastalıkları.
- Kadın Hakim ve C.Savcılarını erkeklerden daha fazla psikosomatik semptom göstermiş ve psikosomatik hastalık tanısı almıştır. Hakim ve C.Savcılarını arasında böyle bir farklılık yoktur.
- Psikosomatik semptom ve hastalıkların sıklığı ile meslek grubu, yaş grubu, sahip olunan çocuk sayısı, meslekte geçen süre, daha uzun süre çalışılan yer (il,ilçe), hukuk fakültesini tercih etmiş olma sırası, sigara ve alkol kullanımını arasında ilişki yoktur.
- Psikosomatik semptom ve hastalıkların görülmesinde risk faktörleri; farklı bir meslekte çalışmayı istemek ve iş hayatını zor bir yaşam olayı olarak görmektir. İncelenen diğer zor gelen yaşam olayları ile arasında bir ilişki yoktur.
- Hakim ve C.Savcılarının duygusal tükenme alt ölçeği puan ortalaması 15,35, duyarsızlık alt ölçeği puan ortalaması 4,78, kişisel başarı hissi alt ölçeği puan ortalaması 22,52' dir. Duygusal tükenme ve duyarsızlaşma arasında pozitif ve anlamlı, duygusal tükenme ve duyarsızlaşma ile kişisel başarı arasında negatif yönde ve anlamlı bir ilişki vardır.
- Hakim ve C.Savcılarının duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarı hissi düzeyleri üzerinde cinsiyetin, yaş grubunun, çocuk sayısının, meslekte geçen sürenin, ilde veya ilçede daha uzun süre çalışmanın, alkol ve sigara kullanımının ve

hukuk fakültesinin ilk tercih olması ve olmaması anlamlı bir farklılığa neden olmamaktadır.

- Hakim ve C.Savcılarının duygusal tükenme ve duyarsızlaşma düzeylerinin yükselmesine kişisel başarı hissini ise azalmasına yol açan risk faktörleri neredeyse ortaktır. Bu risk faktörleri şunlardır; farklı bir meslekte çalışmayı istemek, işi yaşamını zor bir yaşam olayı olarak görmek, sağlık durumunu zor bir yaşam olayı olarak görmek. Sadece sağlık durumunu zor yaşamı olarak görmenin, kişisel başarı düzeyi üzerinde etkisi yoktur.
- Hakim ve C.Savcılarında tükenmişlik düzeyi arttıkça psikosomatik semptom ve hastalıkların sıklığı da artmaktadır. Tükenmişlik düzeyi düşük hakim ve C.Savcılarında psikosomatik semptom ve hastalıkların sıklığı da düşüktür. Kadın ve erkek Hakim ve C.Savcıları için de ayrı olarak aynı sonuç geçerlidir ancak kadınlarda sağlık durumları kişisel başarılarını erkeklere oranla daha fazla etkilemektedir.

Bu araştırma sonuçlarının, özellikle de örneklem grubu açısından tek olması özelliği ile ilgili literatüre önemli katkıda bulunduğu düşünülmektedir.

Ayrıca sorumlulukları çok fazla olan ve zorlayıcı insan gruplarıyla etkileşim içinde çalışan Hakim ve C.Savcılarının meslekleri ile ilgili en yıpratıcı özelliklerin tespiti ve sağlık durumlarını ve mesleki tükenmişlik düzeylerini etkileyen faktörlerin bilinmesi ile bu durumların önüne geçmek için alınacak önlemlerde yol gösterici olacaktır.

Sonucunda Hakim ve C.Savcılarının tükenmişlik yaşadıkları, çalışma ortamı ile tükenmişlik yaşantılarının olumsuz etkisi ile sağlık sorunlarının arttığı anlaşılmaktadır. Tükenmişlikle baş etmede çeşitli yaklaşımlar uygulanmaktadır. Elimizde risk faktörleri ve mesleklerinin yıpratıcı yönleri ile ilgili bilgiler de mevcuttur. Hakim ve C.Savcılarının, özellikle çalışma hayatlarının ilk yıllarında, uygun yaklaşımlarla tükenmişlik yaşantılarının önüne geçilebileceği düşünülmektedir. Aynı zamanda sağlık sorunlarının azalması söz konusu olacak ve mesleklerini daha iyi performansla icra etmeleri sağlanacaktır.

Araştırma sonuçlarımız dikkate alındığında çözüme ulaşmada ilk ve en önemli adımın Hakim ve C.Savcısı sayısının arttırılarak iş yükünün azaltılması olduğu düşünülmektedir.

7. ÖZET

Hakim ve C. Savcılarını toplumsal hayatını düzenlemede en önemli görevini üstlenmişlerdir. Meslekleri gereği aldıkları kararlar birçok insanın hayatlarında ciddi sonuçlar doğurmaktadır. Ayrıca meslekleri gereği her gün farklı onlarca zorlayıcı (fiziksel ve ruhsal sağlıkları iyi olmayan, fazla ve bazen gerçekçi olmayan taleplerde bulunan) insanla bire bir etkileşim içinde, ağır bir iş yükü altında çalışmaktadırlar.

Bu çalışmada, Hakim ve C.Savcılarının demografik özelliklerini belirlemek, sağlıkla ilgili bazı davranış şekilleri hakkında bilgi edinmek, meslekleri ile ilgili en yıpratıcı buldukları konuları öğrenmek, tükenmişlik düzeylerini ve psikosomatik hastalıklarının görülme sıklığını tespit etmek ve elde edilen bilgilerin birbirleriyle ilişkilerini incelemek amacıyla İstanbul 'da çeşitli adliyelerde görev yapmakta olan toplam 109 hakim ve Cumhuriyet Savcısından veri toplanmıştır.

Sonuç olarak bu çalışmanın örneklemini, ilgili literatürde hiç ele alınmamış bir mesleğin çalışanlarından oluşmaktadır. Bu nedenle bir araya getirilen demografik veriler ve psikosomatik semptom ve hastalıkların sıklığı ile ilgili elde edilen bilgiler literatüre katkıda bulunmuştur. Örneklem aynı zamanda "insanla yüz yüze çalışan bir meslek grubu olduğundan, tükenmişlik düzeyleri ile ilgili saptanan veriler, gelecek çalışmalarda araştırmacılara karşılaştırma yapma olanağı sağlamıştır.

Araştırma sonucunda Hakim C.Savcılarının, önemli bir kısmının iş ve sağlık durumlarını zorlayıcı yaşam olayları olarak algıladıkları, ve başka bir mesleği tercih etmiş olmayı diledikleri, bu durumlarının da tükenmişlik düzeylerinin ve psikosomatik semptom ve hastalıklarının sıklığının artması ile ilişkili olduğu görülmüştür. Ayrıca araştırmada tükenmişlik ile olumsuz sağlık durumunun bir arada görülmesi, ilgili literatürdeki kuramsal yaklaşımları ve araştırma sonuçlarını destekler niteliktedir.

Hakim ve C. Savcılarının sağlık durumlarının, mesleki tükenmişlik düzeylerinin ve bunları etkileyen faktörlerin bilinmesinin, olumsuz bir sağlık ve iş hayatı durumunun önüne geçmek için alınacak önlemlerde yol gösterici olarak kullanılabilceği düşünölmektedir. Toplumsal yaşantıda çok önemli görevler üstlenen Hakim ve C.Savcılarının mesleklerini ancak sağlıklı bir beden ve ruh hali ile gerektiği gibi gerçekleştirebileceklerinden bireysel ve kurumsal düzeyde gerekli önlemler mutlaka alınmalıdır.

Anahtar Sözcükler: Hakim, C.Savcısı, Psikosomatik, Tükenmişlik

7. ABSTRACT

Judges and public prosecutors undertake the most important division of duty in the process of obtaining social order. Due to their profession, decisions they made cause directly significant changes and different circumstances in peoples' life. As a heavy burden of their profession, each day they have got to be included in exhausting interactions and conversations with different kinds of people. Such as people suffering mentally, physically, or people have unrealistic, unethical requests.

This study relies on data obtained from 109 judges and public prosecutors that are employees in various courthouses of Istanbul in the meantime, and goals are; to determine demographic characteristics of judges and p. prosecutors, to find out the most exhausting factors of their job according to them, to state their attitudes about health, to determine their fatigue levels, to scan the frequency of psychosomatic disorders they have and finally to examine all these data to determine the relations between.

Consequently, the sample of this study is consisted of employees belong to two connected professions that are never worked on. Therefore, demographic data gathered and information about psychosomatic symptoms and frequency of disorders obtained contribute the litterateur. Due to the sample is a "interaction based - facing profession", data determined relevant burnout, allows researchers to compare their studies with.

As a result of this study it is occurred that remarkable part of judges and public prosecutors perceive their health and occupation issues as compelling and exhaustive situations, wish they had been chosen some other professions else. And it is also established that this condition is related with the increment of the frequency of burnout and psychosomatic disorders they have. Besides the fact of health problems and burnout occurred together in this study supports previous studies and theoretical approaches conventional.

It is being considered that determining occupational burnout frequencies and influential factors relevant, and defining health situations of judges and public prosecutors will be useful guiding to state the precautions that prevent negative health and occupation situations. Owing to the fact that judges and public prosecutors – undertake significant tasks in society- needs healthy conditions both mental and physical to achieve their duty as required, all necessary measures have to be taken whether individual or institutional statements.

Key Words: Judges, Public Prosecutors, Psychosomatic, Burnout

8. KAYNAKLAR

1. Acımuş, N. Bostancı, M, Bozkurt, A.İ. Özşahin, A. (2007) Denizli İli Merkezindeki Banka Çalışanlarında Tütün kullanım Durumu ve Sağlık Sorunları, *Bağımlılık Dergisi*, **8**: 115-120
2. Ağma, F.Ş. (2007), İş Yaşamında Stresin Nedenleri ve Olumsuz Etkileri, Yüksek Lisans Tezi, Atılım Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara
3. Ahola, K. (2007) Occupational Burnout and Health, (Vainio, H.,Mertanen, V. Editor) *People and Work Research Reports* No:81, Finnish Institute of Occupational Health, Tampereen Yliopistopaino Oy.,Finland
4. Aloupis, P. (2005), Koronerli Hastadaki Riskli Tutumların Psikanalitik Psikoterapi ile Aydınlatılması, *Yansıtma Psikopatoloji ve Projektif Testler Dergisi*, *Psikosomatik özel sayısı*, **3-4**: 51-56
5. American Psychiatric Association (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Fourth edition (DSM-IV), Washington, DC: Author
6. Arslan, H. Ünal, M. Aslan, O. Gürkan, S.B. Alparslan, Z.N (1996) Pratisyen Hekimlerde Tükenme Düzeyleri, *Düşünen Adam: Psikiyatri Nörolojik Bilimler Dergisi*, **9(3)**: 48-52
7. Aslan, D., Kiper, N., Karaağaoğlu, E., Topal, F., Güdük, M., Cengiz Ö.S. (2005) , Türkiye’de Tabip Odalarına Kayıtlı Olan Bir Grup Hekimde Tükenmişlik Sendromu ve Etkileyen Faktörler, Türk Tabipleri Birliği Yayınları, Ankara
8. Atkinson, R., Atkinson, R.C., Smith, E.E., Bem, D.J., Nolen-Hoeksema, S. (2002) Psikolojiye Giriş, 2.Baskı, s.498-521, Arkadaş Yayınlar, Ankara
9. Aydoğan, O. (2008) İş Stresinin Tükenmişlik ve Örgütsel Bağlılıkla İlişkisi: Kamu Sektöründe Bir Uygulama, Yüksek Lisans Tezi, Kara Harp Okulu Savunma Bilimleri Enstitüsü, Ankara
10. Babacan, S.S. (2003), Hastalıkta Ruh ve Beden Etkileşimi, *Kastamonu Eğitim Dergisi*, **11**: 519-524

11. Babaoğlan, E. (2006) İlköğretim Okulu Yöneticilerinde Tükenmişlik, Doktora Tezi, Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Bolu
12. Bauer, J., Stamm, A., Virnich, K., Wissing, K., Müller U., Wirsching, M., Schaarschmidt (2006), Correlation between burnout syndrome and psychological and psychosomatic symptoms among teachers, *Int Arch Occup Environ Health*, 79: 199-204
13. Bilir, N. Doğan, B.G. Yıldız, A.N. (1997) Sigara içme konusundaki davranışlar ve tutumlar, *Hacettepe Halk Sağlığı Vakfı Yayınları*. Ankara
14. Binbay, T. (2006) İş Stresi ve Akıl Sağlığı Sorunları, Türk Tabipleri Birliği Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi, s. 26-31
15. Borritz, M., Rugulies, R., Christensen, K. B., Villadsen, E. & Kristensen, T. (2006) Burnout as a predictor of self-reported sickness absence among human service workers: prospective findings from three year follow up of the PUMA study. *Occupational and Environmental Medicine* **63**: 98-106
16. Budak, S. (2005) Psikoloji Sözlüğü, 3. Baskı, s.700, Bilim ve Sanat Yayınları, Ankara
17. Çalgan, Z. (2007) Ankara Kent Merkezindeki Serbest Eczacıların Tükenmişlik Düzeyleri ve Etkileyen Faktörler, Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara
18. Çam O. (2001)Türkiye’de Hemşirelerin tükenmişlik Düzeyleri. *International Journal of Nursing Studies* 38: 201-207.
19. Çiper, A. (2006), Tükenmişlik Sendromunun Hizmet Kalitesine Etkisi ve Çağrı Merkezi Uygulaması, Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul
20. Coon, D., Mitterer, J. O. (2007), *Introduction to Psychology*, 12nd edition, Pp.447-448, Cengage Learning, USA
21. Cordes, C.L. (1993) A Review and An Integration of Research of Job Burnout, *Academy of Management Review*, **18(4)**: 621-656

22. Demirkol, İ. (2006), Avukatlarda İş Doyumu, Tükenmişlik ve Denetim Odağının Bazı Demografik Değişkenler Bağlamında incelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Mersin Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Mersin
23. Dinç, K. (2008) Yardım Mesleklerinde Tükenmişlik Sendromu, Dönem Projesi, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara
24. Durna, U (2005), “A ve B Tipi Kişilik Yapıları ve Bu Kişilik Yapılarını Etkileyen Değişkenler Üzerine Bir Araştırma”, *Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, **19**: 275-291
25. Erdemoğlu-Şahin, D. (2007) Öğretmenlerin Mesleki Tükenmişlik Düzeyleri, Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Ankara
26. Ergin, C. (1993). Doktor ve Hemşirelerde Tükenmişlik ve Maslach Tükenmişlik Ölçeğinin Uyarlanması. 7. Ulusal Psikoloji Kongresi Bilimsel Çalışmaları Ankara:7. Ulusal Psikoloji Kongresi Düzenleme Kurulu ve Türk Psikologlar Derneği Yayını
27. Ergin, C. (1995) Sağlık Personellerinin İş Anlayışları ve Tutumlarının Araştırılması, 1.Basım, T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, Ankara
28. Ganster, D.C. Schaubroeck, J. (1991) Work, stress and employee health. *Journal of Management*, **17**:235-271
29. Grossi, G., Persky, A., Evengard, B., Blomkvist, V., Orth-Gomer, K. (2003) Physiological correlates of burnout among women, *Journal of Psychosomatic Research*, **55** : 309- 316
30. Halbesleben, J.R.B. Buckley, M.R. (2004) Burnout in Organizational Life, *Journal of Management*, **30(6)** 859-879
31. Izgar, H. (2003) Çalışanlarda Stres ve Tkenmişlik, (Izgar, H Editör), 1. Baskı, s. 159-172, Eğitim Kitabevi Yayınları, Konya
32. Jenkins SR, Maslach C. 1994. Psychological health and involvement in interpersonally demanding occupations: a longitudinal perspective. *J. Organ. Behav.* **15**:101-27

33. Johnson, S., Cooper, C., Cartwright, S., Donald, I., Taylor, P., Millet, C. (2005) The experience of work-related stress across occupations, *Journal of Managerial Psychology*, **20 (2)**: 178-187
34. Kale, F. (2007) Beden Eğitimi Öğretmenlerinin İş Doyumu ve Tükenmişlik Düzeylerinin Çeşitli Değişkenler Açısından İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Niğde Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Niğde
35. Karşlı, E. (2008), Kişilerarası Tarz, Kendilik Algısı, Öfke ve Psikosomatik Bozukluklar, Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara
36. Kulak, S.C. (27.03.2006), Anayasa Mahkemesi Kararlarında Hukuk Devleti, http://www.turkhukuksitesi.com/makale_245.htm
37. Kurçer, M.A. (2005) Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Hekimlerinin İş Doyumu ve Tükenmişlik Düzeyleri, *Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, **2(3)**: 10-15
38. Kutlu-Gürsel, M. (2002) Kamu Görevine Girişte Kadın-Erkek Eşitliği İlkesi Konusunda Bir Değerlendirme, *D.E.Ü. Hukuk Fakültesi Dergisi*, **4(2)**: 27-57.
39. Koptagel-İlal, G. (2001) Davranış Bilimleri Tıpsal Psikoloji, 4. Baskı, s. 287-298, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul
40. Leiter, M. Maslach, C. (1988) The Impact of Interpersonal Environment on Burnout and Organizational Commitment, *Journal of Organizational Behavior*, **9**: 297-308
41. Martinussen, M., Richardsen, A.M., Burke, R.J. (2007) Job demands, job resources, and burnout among police officers, *Journal of Criminal Justice* **35** : 239-249
42. Maslach, C. Goldberg, J. (1998) Prevention of Burnout, *Applied and Preventive Psychology*, **7**: 63-74
43. Maslach, C. Jackson, S (1981) The Measurement of Experienced Burnout, *Journal of Occupational Behavior*, **2**: 99-113
44. Maslach, C., Jackson, S. (1985) The Role of Sex and Family Variables in Burnout, *Sex Roles*, **2**: 875
45. Maslach, C. Schaufeli, W.B. Leiter, M.P. (2001) Job Burnout, *Annu. Rev. Psychol.* **52**:397-422

46. Meier, S.T. (1983), Toward A Theory Of Burnout, *Human Relations*, **36(10)**: 899-910.
47. Oğuzberk, M, Aydın, A. (2008) Ruh Sağlığı Çalışanlarında Tükenmişlik, *Klinik Psikiyatri*, **11**:167-179
48. Onbaşıoğlu, B.M.(2006), Psikosomatik ve Ruhsal Rahatsızlığı Sahip Kişilerin Stres ile İlişkili Değişkenler Açısından İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
49. Özçınar, M. (2005), Asistan Doktorlarda Burnout Sendromu, Aile Hekimliği Uzmanlık Tezi, Dr. Lütfü Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği, İstanbul
50. Özgüven HD, Haran S. Tükenme. Kriz ve Müdahale Kitabında (Ed. Sayıl I, Berksun O, Palabıykoğlu R. Ve ark. Ankara Üniversitesi Psikiyatrik Kriz Uygulama ve Araştırma Merkezi Yayınları No: 6, Ankara, 2000: 199-214.
51. Paşa, M. (2007), Stresin Bireysel Performans Üzerindeki Etkileri ve Bir Uygulama, Doktora Tezi, Uludağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Bursa
52. Pelin, S.Ş. (2000) Tıp Evrimi Açısından ve Psikiyatri Özelinde Konsültasyon Kurumu, *Klinik Psikiyatri*, **3**: 117-125
53. Peterson, U. (2008) Stress and Burnout in Healthcare Workers, Department of Clinical Neuroscience Section of Personal Injury Prevention Karolinska Institutet, Stockholm, Sweden
54. Piko, B.F. (2006) Burnout, role conflict, job satisfaction and psychosocial health among Hungarian health care staff: A questionnaire survey, *International Journal of Nursing Studies* **43** : 311-318
55. Sağlam-Arı, G. Çına-Bal, E. (2008) Tükenmişlik Kavramı:Birey ve Örgütler Açısından Önemi, *Yönetim ve Ekonomi*, **15(1)**: 131-148
56. Samurçay, N. (1965) Psikosomatik Hekimlik ve Psikanaliz, *Araştırma Ankara Üniversitesi Dil ve Tarih-Coğrafya Fakültesi Felsefe Bölümü Dergisi*, 3: 271-280
57. Sayıl, I., Haran, S. Ölmez, Ş., Özgüven, H.D. (b.t.) Ankara Üniversitesi Hastanelerinde Çalışan Doktor ve Hemşirelerin Tükenmişlik Düzeyleri, *Kriz Dergisi*, **5(2)**: 71-77

58. Schaufeli, W.B. Enzmann, D. Girault, N. (1993) Measurement of Burnout: A Review, *Methodological Issues*, s. 199-215
59. Schaufeli, W. B. Van Dierendonck, D.(1993) The Construct Validity of Two Burnout Measures, *Journal of Organizatioanl Behavior*, **14**: 631-647
60. Silah, M. (2005) Endüstride Çalışma Psikolojisi, 2. Baskı, s. 145-177, Seçkin Yayıncılık, İstanbul
61. Sinat, Ö. (2007) Psikiyatri Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin Tükenmişlik Düzeylerinin Araştırılması, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul
62. Şanlı, S. (2006) Adana İlinde Çalışan Polislerin İş Doyumu ve Tükenmişlik Düzeylerinin Bazı Değişkenler Açısından İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Adana
63. Taycan, O. Kutlu, L. Çimen, S. Aydın, N. (2006) Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerde Depresyon ve Tükenmişlik Düzeyinin Sosyodemografik Özelliklerle İlişkisi, *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, **7**: 100-108
64. Torun, A. (1997) Stres ve Tükenmişlik (Tevrüz, S. Editör) 2. Baskı, s. 43-53, Türk Psikologlar Derneği yayını, Ankara
65. Topaloğlu, M., Koç, H., Yavuz, E.(2007), Öğretmenlerin mesleki tükenmişlik düzeylerinin belirlenmesine yönelik bir araştırma, *Kamu-İş*, **9(3)** : 31-52
66. Toppinen-Tanner, S., Ojajärvi, A., Väänänen, A., Kalimo, R. & Jäppinen, P. (2005) Burnout as a predictor of medically certified sick-leave absences and their diagnosed causes. *Behavioral Medicine* **31**:18-27.
67. Tunaboylu-İkiz, T. (2005) Sunu, *Yansıtma Psikopatoloji ve Projektif Testler Dergisi*, *Psikosomatik özel sayısı*, **3-4**: 7-8
68. Tunçer, Ö. (2005), Stres, Psikosomatik ve Somatoform Bozukluklar, *Medikal Açından Stres ve Çareleri Sempozyum Dizisi* **47**: 153-162
69. Uysal, M. B. (2007) Müşteri İlişkileri Departmanında Çalışanların Tükenmişlik Düzeyleri: Bir Banka Çalışanları Üzerinde Bir Araştırma, Yüksek Lisans Tezi, Sakarya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sakarya

70. Ünal, M. (b.t.) Psikosomatik Bozukluklar, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Ders Notları, Adana
71. Weber, a. Reinhard, A.J.(2000) Burnout syndrome: a disease of modern societies?, *Occupational Medicine*, **50(7)**: 512-517,
72. Yıldırım, S. (2007) Anaokulu Öğretmenlerinde Tükenmişlik Düzeyi ve Umutsuzluk Düzeyleri Arasındaki İlişki, Yüksek Lisans Tezi, Yeditepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
73. Yılmaz, A., Kumbasar, H. (2008), Psikosomatik Hastalıklarda Tedavi, *Türkiye Klinikleri JPsychiatry-Special Topics*, **1**:124-131
74. Yurtcan, E. (2004), Cumhuriyet Savcısının ve Ceza Yargıcının Başvuru Kitabı, 3. Baskı, Syf.30-36, İstanbul Barosu Yayınları. İstanbul.

İnternet Kaynakları:

75. http://www.ctf.edu.tr/anabilimdallari/pdf/381/Mind_Body_Relations.pdf
(07.09.2009)
76. http://www.tuik.gov.tr/VeriBilgi.do?tb_id=1&ust_id=12 (02.12.2009)

EKLER

EK- 1 : Sosyodemografik Form

SOSYODEMOGRAFİK FORM:

1.Katılımcı no:

2.Mesleğiniz: Hakim () Savcı ()

3.Şimdiki çalışma yeriniz:

4.Cinsiyetiniz: Bay () Bayan ()

5.Doğum tarihi ve yeriniz:

6.Medeni durumunuz:

7.Varsa çocuklarınızın sayısı ve yaşları:

8.Meslekte geçen toplam süre:

-İlde:

-İlçede:

9.Okuduğunuz

-Lise:

-Üniversite:

-Yüksek Lisans:

10.Üniversiteye girişte Hukuk fakültesinin kaçınıcı tercihinizdi:

11.Şimdi liseyi yeni bitirmiş olsanız hangi fakülteyi tercih edersiniz:

12.Sigara Kullanıyor musunuz?

-)Günde bir paketten çok.
-)Günde bir paket
-)Günde bir paketten az
-)Hiç

13.Alkol kullanıyor musunuz?

-)Her gün
-)Haftada 3-4 kez
-)Haftada 1-2 kez
-)Çok nadir
-)Hiç

14.Size en zor gelen yaşam olayları hangileridir?

-)İş
-)Geçim
-)Toplumsal Sorunlar
-)Aile Sorunları
-)Sağlık Sorunları
-)Ulaşım Sorunları

()Diğer (Lütfen belirtiniz.....)

15.Mesleğiniz ile ilgili sizi en çok yıpratın konular nelerdir?

1-

2-

3-

4-

5-

.Boş vakitlerinizi nasıl değerlendirirsiniz?.....

.....

.....

17.Gelecekte bekleneniz nelerdir?.....

.....

EK – 2 : Tıbbi Durum Değerlendirme Formu

Tıbbi Durum Değerlendirme Formu

Talimat: Aşağıda çeşitli tıbbi durumlar 9 gruba ayrılarak sıralanmıştır. Bu tıbbi durumların bir kısmı semptomdur (Yani doktor tanısı gerekmeyen, normal olmayan tıbbi durumlar). Örneğin; baş ağrısı, uçuk, sivilce, kızarıklık, kaşıntı, baş dönmesi vb. Diğer tıbbi durumlar ise doktor tanısı ile belirlenen hastalıklardır. Örneğin; glokom, alerjik rinit, ülser, yüksek tansiyon vb. Terimlerin bazıları tıbbi durumu tanımak amacıyla kısa açıklamalarıyla beraber verilmiştir.

Sizden istenen Hakim veya Savcı olarak çalıştığınız süre içerisinde bu rahatsızlıklardan hangilerinin tanısını aldığınızı ve hangi semptomları (tıbbi belirtileri) göstermiş olduğunuzu belirlemeniz ve başına işaret kaymanızdır.

Son olarak, burada yer almayan, ancak yaşamış olduğunuz her tür rahatsızlığı dikkatle yazınız.

1-Baş ve ağrı

- () Ağızda uçuk veya yaralar
- () Diş eti sorunları
- () Diş çürükleri
- () Atrofik Rinitis: Burunda kuruluk, kabuklanma, tıkanıklık
- () Behçet Hastalığı
- () Glokom: Göz tansiyonu
- () Kas erginliği ağrıları
- () Konjonktivitis: Göz iltihabı

- () Meniere Hastalığı: Bir iç kulak hastalığı. Denge kaybı ve baş dönmesi ile karakterize
- () Saman Nezlesi
- () Vasküler baş ağrıları (migren)
- () Vertigo: Baş dönmesi

2-Beslenme ve Sindirim

- () Anoreksiya Nervosa
- () Bulimia Nervosa
- () Obezite
- () Kardiospazm: Midenin kasılması
- () Mide Ülseri
- () Duodenum Ülseri: onikiparmak bağırsağı ülseri
- () Mide Kanaması
- () Crohn Hastalığı
- () Spastik Kolon (bağısak hastalığı)
- () Sinirsel Kusma
- () Sinirsel Kabızlık

3-Deri

- () Alerjik Reaksiyonlar
- () Dermatit: Egzama

- () Hiperhidrosis: Yüz, baş, koltuk altı ve avuç içinde aşırı terleme
- () Kaşıntı: Yerel-genel
- () Ürtiker: Deri döküntüsü ve kaşıntı
- () Nörodermit: Döküntü kaşıntı
- () Sedef Hastalığı
- () Purpura: Kanın damardan çıkıp deride kırmızı, mor lekeler oluşturması
- () Rosasea: Yüzde meydana gelen kızarıklıklar. Rengi zaman zaman açılıp koyulaşır
- () Saçkıran: Mantarların sebep olduğu saç dökülmesi
- () Siğil
- () Sivilce
- () Skleroderma: Deri sertleşmesi
- () Pruritis: Anüs kaşıntısı

4-Dolaşım

- () Anjina Pektoris: Göğüs ağrısı
- () Anjionörotik Ödem: yüz, dudak ve dilde meydana gelen ödem
- () Aritmi: Kalp ritim bozukluğu
- () Taşikardi: Kalp atışının hızlanması
- () Ateroskleroz: Damar kireçlenmesi
- () Hipertansiyon: Yüksek tansiyon

- () Koroner Kalp Hastalığı
- () Beyin Kanaması: Serebrovasküler kanama
- () Emboli: Pıhtı nedeniyle damarların tıkanması
- () Bayılma

5-İç Salgı

- () Addison Hastalığı
- () Cushing Sendromu
- () Diyabet: Şeker Hastalığı
- () Hipertiroidi: Toksik Guatr
- () Hipotiroidi :Tiroid bezlerinin yavaş çalışması
- () Miksödem: Hipertiroidide deri altının su toplaması
- () Hipoglisemi: Düşük şeker
- () Hipopituitarizm: Hormon eksiklikleri

6-Bağışıklık Sistemi

- () Alerjik Bozukluklar
- () Enfeksiyonlar
- () Herpetiform Bozukluklar: Uçuk benzeri yaralar
- () Kan Hastalıkları

- () Kollejen Doku Hastalıkları: Yumuşak doku hastalıkları
- () Neoplazik Hastalıklar: Tümörler
 - () Lösemi
 - () Lenfoma (lenfoid doku ve lenf bezlerindeki tümörler)
 - () Multiple Myelom (bir tür kan kanseri)
 - () Solid Tümörler: Kolon, mide, pankreas, akciğer, böbrek, meme, tiroid, over, uterus. Varsa hangisi
- () Organ Değişimleri

7-Kas - İskelet - Sinir

- () Kas, iskelet bozulmaları
- () Korea
- () Multiple Skleroz (MS)
- () Nöromiyopatiler: Periferik sinirler ve kas tutulması
- () Romatoid Artrit: Eklemlerde iltihap
- () Spazmodik Tortikolis: Boyun kaslarının istemsiz kasılması

8-Solunum

- () Solunum yollarında hırıltı
- () Bronşiyal Astım
- () Hiperventilasyon Sendromu: Aşırı soluk alma ve verme
- () Periyodik öksürük krizleri
- () Tüberküloz

9-Üreme – Boşaltım

- () Ağrılı Menstrüasyon
- () Regl Düzensizlikleri
- () Erken Menopoz
- () Amonere (regl olmama)
- () Yalancı gebelik
- () Düşükler
- () Cinsel İşlev Bozuklukları
 - () Cinsel Güçsüzlük (Ereksiyon, Ejekülasyon sorunları)
 - () Cinsel Soğukluk, Ağrılı Cinsel Birleşme

Adı geçen tıbbi durumlar haricinde geçirdiğiniz hastalıklar nelerdir?

EK – 3 : Maslach Tükenmişlik Ölçeği (MTÖ)

Katılımcı no:

MBI-MASLACH TÜKENMİŞLİK ÖLÇEĞİ

Talimat: Bu araştırmada değişik mesleklerden kişilerin iş ile ilgili tutumları incelenmektedir. Bu amaçla hazırlanan elinizdeki ankette, insanların işleri ile ilgili tutumlarını yansıtan ifadeler yer almaktadır. Sizden istenen, her bir ifade için size uygun olan durumu ne sıklıkta yaşadığınızı belirtmenizdir.

Bu ankette size verilen cümlelerde “işim gereği karşılaştığım insanlar” ifadesi, doktor için hasta, öğretmen için öğrenci, tüccar için müşteri gibi örnekleri anlatmak için kullanılmıştır. Siz de kendi işiniz dolayısıyla hizmet verdiğiniz, sorunlarıyla uğraştığınız yada işi yürütmek için muhatap olduğunuz insanları düşününüz.

Bu ankette kimliğiniz gizli tutulacaktır. Araştırmacıların dışında hiç kimse cevaplarınızı öğrenmeyecektir.

Verdiğiniz cevaplar bizim için çok değerlidir. Bu araştırmada bize yardımcı olduğunuz için teşekkür ederiz.

1.İşimden soğuduğumu hissediyorum.

Hiçbir zaman	Çok nadir	Bazen	Çoğu zaman	Her zaman
()	()	()	()	()

2.İş dönüşü kendimi ruhen tükenmiş hissediyorum.

Hiçbir zaman	Çok nadir	Bazen	Çoğu zaman	Her zaman
()	()	()	()	()

3.Sabah kalktığımda, bir gün daha bu işe dayanamayacağımı hissediyorum.

Hiçbir zaman	Çok nadir	Bazen	Çoğu zaman	Her zaman
()	()	()	()	()

4.İşim gereği karşılaştığım insanların ne hissettiğini hemen anlarım.

Hiçbir zaman	Çok nadir	Bazen	Çoğu zaman	Her zaman
()	()	()	()	()

5.İşim gereği karşılaştığım bazı kimselere sanki insan değillermiş gibi davrandığımı fark ediyorum.

Hiçbir zaman	Çok nadir	Bazen	Çoğu zaman	Her zaman
()	()	()	()	()

6.Bütün gün insanlarla uğraşmak benim için gerçekten çok yıpratıcı.

Hiçbir zaman	Çok nadir	Bazen	Çoğu zaman	Her zaman
()	()	()	()	()

7.İşim gereği karşılaştığım insanların sorunlarına en uygun çözüm yollarını bulurum.

Hiçbir zaman	Çok nadir	Bazen	Çoğu zaman	Her zaman
()	()	()	()	()

8.Yaptığım işten tükendiğimi hissediyorum.

Hiçbir zaman	Çok nadir	Bazen	Çoğu zaman	Her zaman
()	()	()	()	()

9.Yaptığım iş sayesinde insanların yaşamına katkıda bulunduğuma inanıyorum.

Hiçbir zaman	Çok nadir	Bazen	Çoğu zaman	Her zaman
()	()	()	()	()

10.Bu işte çalışmaya başladığımdan beri insanlara karşı sertleştim.

Hiçbir zaman	Çok nadir	Bazen	Çoğu zaman	Her zaman
()	()	()	()	()

11.Bu işin beni giderek katılaştırmasından korkuyorum.

Hiçbir zaman	Çok nadir	Bazen	Çoğu zaman	Her zaman
()	()	()	()	()

12.Çok şeyler yapabilecek güçteyim.

Hiçbir zaman	Çok nadir	Bazen	Çoğu zaman	Her zaman
()	()	()	()	()

13.İşimin beni kısıtladığını hissediyorum.

Hiçbir zaman	Çok nadir	Bazen	Çoğu zaman	Her zaman
()	()	()	()	()

14.İşimde çok fazla çalıştığımı hissediyorum.

Hiçbir zaman	Çok nadir	Bazen	Çoğu zaman	Her zaman
()	()	()	()	()

15.İşim gereği karşılaştığım insanlara ne olduğu umurumda değil.

Hiçbir zaman	Çok nadir	Bazen	Çoğu zaman	Her zaman
()	()	()	()	()

16.Doğrudan doğruya insanlarla çalışmak bende çok fazla gerginlik yaratıyor.

Hiçbir zaman	Çok nadir	Bazen	Çoğu zaman	Her zaman
()	()	()	()	()

17.İşim gereği karşılaştığım insanlarla aramda rahat bir hava yaratırım.

Hiçbir zaman	Çok nadir	Bazen	Çoğu zaman	Her zaman
()	()	()	()	()

18.İnsanlarla yakın bir çalışmadan sonra kendimi canlanmış hissedirim.

Hiçbir zaman	Çok nadir	Bazen	Çoğu zaman	Her zaman
()	()	()	()	()

19. Bu işte birçok kayda değer başarı elde ettim.

Hiçbir zaman	Çok nadir	Bazen	Çoğu zaman	Her zaman
()	()	()	()	()

20. Yolun sonuna geldiğimi hissediyorum.

Hiçbir zaman	Çok nadir	Bazen	Çoğu zaman	Her zaman
()	()	()	()	()

21. İşimdeki duygusal sorunlara serinkanlılıkla yaklaşıyorum.

Hiçbir zaman	Çok nadir	Bazen	Çoğu zaman	Her zaman
()	()	()	()	()

22. İşim gereği karşılaştığım insanların bazı problemlerini sanki ben yaratmışım gibi davrandıklarını hissediyorum.

Hiçbir zaman	Çok nadir	Bazen	Çoğu zaman	Her zaman
()	()	()	()	()

ÖZGEÇMİŞ

Gökçen Esra Baduroğlu

Doğum Tarihi: 14.08.1983

Uyruk: T.C.

Eğitim:

1997-2000 - Ataköy Cumhuriyet Lisesi

2000-2005 - İstanbul Üniversitesi Psikoloji Bölümü (1 yıl İngilizce hazırlık dahil)

2005 – İstanbul Üniversitesi Adli Tıp Enstitüsü Sosyal Bilimler Yüksek Lisansı

Staj ve İş Deneyimi:

2003 – Adli Tıp Kurumu, Gözlem İhtisas Dairesi (1 ay, Stajyer)

2004 – İstanbul Üniv. Tıp Fakültesi Psikiyatri Ana Bilim Dalı (1 ay, Stajyer)

2004 – Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi Psikozy Servisi (1 ay, Stajyer)

2005-2007 Özel Altın Adımlar Özel Eğitim ve Rehabilitasyon Merkezi, Psikolog

2007 ‘den itibaren Adalet Bakanlığı, Ceza ve Tevkifevleri Genel Müdürlüğü, Beyoğlu Cumhuriyet Başsavcılığı, Beyoğlu Denetimli Serbestlik ve Yardım merkezi Şubesinde Psikolog/Denetim Görevlisi olarak çalışmayı sürdürmektedir.