



**T.C.  
KAFKAS ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ  
ANESTEZİYOLOJİ VE REANİMASYON ANABİLİM DALI**

**KARS VE ÇEVRE İLLERDE GÖREV YAPAN ANESTEZİ VE REANİMASYON  
HEKİMLERİNDE TÜKENMİŞLİK SENDROMUNUN SOSYODEMOGRAFİK  
ÖZELLİKLERLE İLİŞKİSİNİN İNCELENMESİ**

**DR. MUSTAFA KÜTÜK**

**UZMANLIK TEZİ**

**TEZ DANIŞMANI**

**YRD.DOÇ.DR. ÜRFETTİN HÜSEYİNOĞLU**

**KARS-2014**

## TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim sırasında yardım ve desteklerini benden esirgemeyen, bilgi ve deneyimlerini paylaŐan baŐta sayın hocam Yrd.Doç.Dr.Ürfettin Hüseyinoğlu ve Anestezi ve Reanimasyon Anabilim dalımızdaki uzmanlarıma ve birlikte çalıŐtıđım arkadaşlarıma teŐekkürlerimi sunarım.

Ayrıca anneme, babama, kardeŐlerime ve eŐim Sinem'e bana sonsuz desteklerinden dolayı teşekkür ederim.

## **İÇİNDEKİLER**

**TEŞEKKÜR**

**İÇİNDEKİLER**

**ÖZET**

**SUMMARY**

**KISALTMALAR**

**GİRİŞ**

**GENEL BİLGİLER**

Tükenmişlik Sendromu

Tükenmişlik Kavramı

Tükenmişliğin Boyutları

Tükenmişlik İle İlgili Kavramlar

Tükenmişliğin Belirtileri

Tükenmişliğin Dönemleri

Tükenmişlikle İlgili Kuramsal Açıklamalar

Tükenmişliğin Sebepleri

Tükenmişliğin Sonuçları

Tükenmişliği Önleme Ve Başa Çıkma Yolları

**GEREÇ VE YÖNTEM**

**ARAŞTIRMADA KULLANILAN FORMLAR**

**BULGULAR**

**TARTIŞMA**

**SONUÇ VE ÖNERİLER**

**KAYNAKLAR**

**ÖZGEÇMİŞ**

## ÖZET

**Amaç:** Bu çalışmada, Kars ve çevre illerde anestezi ve reanimasyon hekimlerinde tükenmişlik düzeylerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır

**Gereç ve yöntem:** Kars ve çevresinde görev yapan anestezi, reanimasyon ve algoloji birimlerinde çalışan anestezi ve reanimasyon uzmanları, uzmanlık eğitimi alan araştırma görevlisi hekimler bu çalışmaya dahil edildi. Amaca yönelik olarak duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarıyı araştıran Maslach Tükenme Ölçeği (MTÖ) ile kişisel özellikler, alışkanlıklar ve çalışma koşullarını araştıran sosyodemografik veri toplama formu 69 hekime ulaştırıldı ve elde edilen veriler değerlendirilmeye alındı.

**Bulgular:** Ankete katılan 69 kişiden 30 'u asistan doktor,39'u uzman doktor idi . Alınan ortalama MTÖ Duygusal Tükenmişlik Puanı (MTÖ-DT)  $20,01\pm 6,78$ , MTÖ Duyarsızlaşma Tükenmişlik Puanı (MTÖ-DYS)  $8,41\pm 3,85$ , MTÖ Kişisel Başarı Tükenmişlik Puanı (MTÖ-KB)  $12,72\pm 4,79$  puan olarak hesaplandı.

**Sonuç:** Çalışmaya katılan anestezi hekimlerinin kişisel başarı alt tükenmişlik puanları incelendiğinde istatistiksel olarak pozitif yönde bulgulara ulaşıldı. Tükenmişlik üzerinde etkin rol oynayan bu problemler için çalışma koşullarının düzenlenmesi, eğitime ağırlık verilmesi, psikolojik destek birimlerinin oluşturulması ve örgütsel düzenlemelerin yapılması gibi çözümler önerilebilir.

**Anahtar kelimeler:** Anestezi ve reanimasyon hekimi, Tükenmişlik sendromu, Maslach Tükenmişlik Ölçeği, Kars ve çevre iller

## SUMMARY

**Objective:** The objective of this study was to assess levels of burnout at anesthesia and intensive care physicians in and around Kars.

**Materials and methods:** Working in and around Kars anesthesia, resuscitation and pain medicine specialists anesthesiologists working in the unit, specialty training research assistants, physicians were included in this study. Maslach Burnout Inventory (MBI) investigate emotional exhaustion depersonalization personal succes. The personal characteristics, habits, and working conditions, and investigating the socio-demographic datacollection form prepare with MBI were delivered to 69 physicians were analyzed.

**Findings:** 69 people were enrolled, of whom 39 were specialist doctors and 30 were residents. MBIs in doctors were calculated as EE  $20.01 \pm 6.78$  , D  $8.41 \pm 3.85$  , PA  $12.72 \pm 4.79$ .

**Result:** Burnout subscale scores of personal success at participates of anesthesia physicians in this study were obtained the findings as a positive directione by statistical analysis. The high rate of emotional exhaustion and depersonalization are experienced, although physicians feel themselves successful. Regulation of working conditions, concentrating on education, psychological support and organizational arrangements can suggest as a solutions for Burnout.

**Key words:** Anesthesia and intensive care physicians, Burnout syndrome, Maslach Burnout Inventory, Kars and arraround city

## KISALTMALAR

<b>ad</b>	: Alt değer
<b>DT</b>	: Duygusal tikenme
<b>DYS</b>	: Duyarsızlaşma
<b>KB</b>	: Kişisel başarı
<b>MTÖ</b>	:Maslach Tikenmişlik Ölçeği
<b>n</b>	: Kişi sayısı
<b>o</b>	: Ortalama
<b>ort</b>	: Ortanca
<b>sp</b>	: Standart sapma
<b>üd</b>	: Üst değer

## GİRİŞ

İnsanlarla yüz yüze iletişimin yoğun olduğu; zaman, duygusal katılım, empati gibi fazla efor gerektiren, ancak tüm iş yüküne rağmen kazanımı yetersiz olan meslek gruplarından biride hekimliktir. Günlerinin büyük bir kısmını iş yerinde geçiren çalışanların işten kaynaklanan birçok nedenle problem yaşadıkları bilinmektedir. Yoğun iş temposu, ekonomik kriz, hayat pahalılığı, sağlık sorunları, maaş yetersizliği, iş yerinde yaşanan kurumsal ve kişiler arası sorunlar gibi sosyo-ekonomik ve bireysel problemler aynı zamanda sağlık çalışanlarının iş yükünün giderek artması çalışanları olumsuz etkilemektedir. Duygusal yükü ağır işlerde çalışmanın fiziksel, ruhsal ve zihinsel tükenme ile sonuçlandığı bildirilmekte ve bu durum doktorluk, hemşirelik ve öğretmenlik gibi insanlarla yakın ilişki içinde çalışan meslek gruplarında daha fazla görülmektedir. Yardıma gereksinimi olan kişilerle işleri gereği bir araya gelen mesleklerde “tükenmişlik sendromu” sık karşılaşılan bir durumdur. Fiziksel ve duygusal yorgunluk, duyarsızlaşma ve üretkenlikte azalma ile karakterize olan bu durumun hekimlerin iş ve yaşam kaliteleri üzerinde olumsuz etkileri mevcuttur. Hem birey hem de bireyin çalıştığı kurum açısından olumsuz bir durumdur.

Anestezistin görevi, ameliyat öncesi, ameliyat boyunca ve ameliyattan sonraki dönemdeki hastanın tıbbi durumunu düzenlemek, ameliyat boyunca anesteziyi idame ettirmek ve ameliyattan sonra derlenmeyi sağlamaktır. Olabilecek hayati riskler karşısında hızlı düşünüp, doğru ve hızlı karar verebilmeli, müdahale için zaman kaybetmemelidir. Ameliyathaneler genellikle kapalı ortamlardır ve acil durumlar nedeniyle sıklıkla mesai saatleri aşılabılır. Dinlenme ve yemek yeme için yeterince zaman ayrılamayabilir. Ayrıca, ortamındaki anestezik gazları ve radyasyonun zararlı etkileri de bulunmaktadır. Bu şartlarda anestezi uzmanları tükenmişlik riskinin arttığı hekim grubundadır(1,2,3,4,5). Anestezi uzmanları arasında en önemli stres nedeninin zaman sıkıntısı olduğu bildirilmektedir(6).

Tükenmişlik sendromu terimi, ilk kez gönüllü sağlık çalışanları arasında görülen yorgunluk, hayal kırıklığı ve iş bırakma durumlarını tanımlamak için 1974 yılında Freudenberger tarafından ortaya atılmıştır. Freudenberger, bu durumu, “enerji, güç veya kaynaklar üzerinde aşırı talepler oluşturarak başarısızlığa uğramak, yıpranmak ve yorulup tükenmek” şeklinde tariflemiştir(3,7).

Sturgess ve Poulsen burnout'u "insanlara hizmet veren mesleklerde çalışan kişilerin işlerinin bir sonucu olarak deneyimledikleri ilerleyici bir idealizm, enerji ve amaç kaybı" olarak tariflemişlerdir(8).

Maslach ve Jackson'a göre bu sendroma ilişkin üç temel etmen mevcuttur: Duygusal tükenmişlik, depersonalizasyon (duyarsızlaşma), bireysel beceri ve başarıda azalma olarak ifade edilmektedir. İlk olarak duygusal tükenme ortaya çıkmakta ve kişi işinden yorulmaya ve işi için gerekli zihinsel gücü bulamamaya başlamaktadır. Bundan sonraki depersonalizasyon (duyarsızlaşma) ise çalışanların hizmet verdikleri kişilere birer insan yerine nesne gibi duygudan yoksun davranmalarıyla kendini göstermektedir. Duyarsızlaşmanın, kişinin duygusal izolasyonu ile stresten kaçınmaya çalışması sebebiyle geliştiği düşünülür. Bu mekanizma çoğu zaman başarısız olur ve tükenmişliğin son aşamasına sebep olur ki bu da bireysel beceri ve başarıda düşme, sorunların üstesinden gelememe ve kendini yeterli bulmama, kendini olumsuz değerlendirme eğilimi; işe ve iş gereği karşılaşılan kişilerle ilişkilere bağlı başarı ve yeterlilik duygularında azalma ile ortaya çıkar. İleri tükenmişlik durumunda kişilerde verecek hiç bir şeyi kalmamış hissi, hastalara karşı olumsuz tavırlar gözlenir. Tükenme, duygusal tükenme ve duyarsızlaşmanın artması, kişisel başarı duygusunun azalması ile ortaya çıkmaktadır(4,9).

Yoğun bir tükenme durumu bireyde psikosomatik bozukluklara, evlilik ve aile yaşantısındaki sorunlara, uykusuzluk, alkol ve madde kullanımına neden olabilmektedir. Kurumsal açıdan ise görevlilerin işe geç gelmesi, erken ayrılması, işi bırakması, dinlenme raporları alması, işte yeniliklerin, yapıcı eleştirilerin, üretkenliğin ve yaratıcı girişimlerin kısırlığı gibi sorunlarla kendini göstermektedir(10).Tükenmişlik sendromuna neden olan etmenlerin belirlenmesinin ve bunların engellenmesinin sağlık çalışanlarının iş verimini, topluma ve kendilerine katkılarını artıracığı belirtilmektedir(2).

Bu çalışmada, Kars ve çevre illerde uzman veya uzmanlık öğrencisi olarak çalışan anestezi ve reanimasyon hekimlerinde tükenmişlik düzeylerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.



## GENEL BİLGİLER

### TÜKENMİŞLİK SENDROMU

#### Tükenmişlik Kavramı

Tükenmişlik kavramı ilk olarak 1974 yılında, Alman asıllı Herbert J. Freudenberger tarafından, gönüllü sağlık personelinde görülen 'enerji, güç veya kaynaklar üzerindeki aşırı taleplerden dolayı başarısız olmak, yıpranmak ve yorulup tükenmeye başlamak' şeklinde tanımlanmıştır. İnsanlarla birebir ilişki kurmayı gerektiren mesleklerde daha sık karşılaşılan bir durumdur. Freudenberger bunu, konuşma diliyle kronik uyuşturucu alışkanlığının etkilerine gönderme yapan bir terim olan 'burnout' ile ifade etmiştir(11).

Konu ile ilgili ilk bilimsel makaleler ise, bir psikiyatrist olan Freudenberger ve bir sosyal psikolog olan Christina Maslach tarafından yazılmıştır(12). Tükenmişliğin kabul edilmiş tek bir tanımı bulunmamaktadır. Tükenmişliğin sözlük anlamı; kaybetme, bitkinlik, aşırı enerji, güç ve kaynak kullanımından dolayı oluşan tükenmedir. Çeşitli yazarlarca tanımı yapılan tükenmişlik; fiziksel ve zihinsel güçlerde bir bitkinlik, yorgunluk, ruhsal bir çöküntü, pozitif enerji kaybı, esneklik ve kuvvette bir azalma, çalışmanın anlamını kaybettiren bir etki, insan ilişkilerindeki becerilerin nesnelleşmesi, bezginlik, bıkkınlık ve duygusal, fiziksel, davranışsal bitkinlik olarak ifade edilmiştir(13).

Freudenberger ve Richelson' a göre; çok yavaş ve sinsi ortaya çıkan tükenmişlik, modern çağın gerektirdiği toplumsal yaşantının bir ürünü olup, bu yaşantıya anlam kazandırma çabaları sonucu gelişen bir durumdur. İnsanın iç kaynakları üzerinde karşılanamayan istek ve taleplerden dolayı ortaya çıkan tükenme durumu, başarısızlık, yıpranma, enerji ve güç kaybı olarak tanımlanmıştır.(3)

Cherniss' e göre tükenmişlik; bireyin mesleğinde yaşadığı stres ve gerginliğe bir yanıt olarak, işine profesyonel olarak ilgisinin azalmasıdır. Edelwich ve Brodsky'ye göre tükenmişlik; çalışma şartlarına bağlı olarak, bireyin enerji ve idealizminde gittikçe artan bir hasardır(12).

Günümüzde 'tükenmişlik' kavramı için en yaygın ve kabul gören tanım, Maslach Tükenmişlik Ölçeği'ni (MTO) (Maslach Burnout Inventory-MBI) geliştiren Christina Maslach tarafından yapılan tanımdır. Bu tanıma göre tükenmişlik; yaptığı iş gereği sürekli olarak insanlarla yüz yüze çalışan bireylerde sıklıkla görülen ve

duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarıda azalma hissi olmak üzere üç boyutu olan bir sendrom olarak değerlendirilmektedir.(14)

Duygusal tükenme, tükenmişliğin bireysel stres boyutunu belirtmekte ve bireyin duygusal ve fiziksel kaynaklarında azalmayı ifade etmektedir. Duyarsızlaşma, tükenmişliğin kişiler arası boyutunu temsil etmekte ve hizmet alana yönelik negatif, katı tutumları ve işe karşı tepkisizleşmeyi belirtmektedir. Düşük kişisel başarı duygusu ise kişinin kendisini olumsuz değerlendirme eğiliminde olmasını ifade etmektedir. Tükenmişliğin değişik tanımlamalarının analizinde bu olgunun beş ortak noktası belirlenmiştir (11) :

1. Zihinsel ve duygusal tükenme, yorgunluk ve depresyon gibi hoş gitmeyen (disforik) bulguların egemenliği söz konusudur,
2. Zihinsel ve duygusal semptomlar, fiziksel semptomlardan daha fazla vurgulanmıştır,
3. Tükenmişlik bulguları işle ilişkilidir,
4. Bu bulgular daha önce psikopatolojik hastalığı saptanmamış normal bireylerde de görülmektedir,
5. Sonuçta oluşan olumsuz tutum ve davranışlar nedeniyle bireyin etkinliğinde ve iş performansında düşme olmaktadır.

### **Tükenmişliğin Boyutları**

#### **Duygusal Tükenme**

Tükenmişliğin ilk bulgusu, bireyin işinden duygusal olarak bitkinlik duymasıdır. Böyle bir durumdaki birey kendisini, yolun sonuna gelmiş, kullanılmış, gücünü tüketmiş ve fiziksel olarak yorgun düşmüş olarak hisseder. Sabah kalktığına, yeni bir iş gününün başlayacağı düşüncesinden yılgınlık duyar. İşine karşı başlangıçta heyecan duyan, neler yapabileceği konusunda idealist düşüncelere sahip bir bireye, hiç beklenmedik bir şekilde duygusal tükenme yerleşebilir; ancak, yöneticileri ve çalışma arkadaşları bu durumu, bireyin çok çalışmasının doğal bir sonucu olarak değerlendirebilirler (15).

#### **Duyarsızlaşma**

Duyarsızlaşma, bireyin işi gereği ilişkide bulunduğu insanların özgün ve çekici kılan özelliklerini bilinçli olarak görmezden gelerek, onlarla arasına mesafe koyma çabasıdır(11). Duygusal tükenme yaşayan birey, daha önce benzer bir durumla karşılaşan çalışanların yapmış oldukları gibi, yöneticisi ve çalışma arkadaşlarıyla duyarsızlaşma yaratan bir ilişki içine girer. Diğerlerinden ayrık davranır, ilişkileri alaycı bir tarz alır. Böylelikle iş arkadaşları ve organizasyona karşı duyarsızlık hisseder.

Tükenmişlik kurbanı yöneticiler, organizasyonları için özellikle tehlikelidirler; çünkü böyle yöneticiler, tükenmişliği kendilerine bağlı olarak çalışanlara da bulaştırarak dalga etkisi oluşturlar (15).

### **Düşük Kişisel Başarı Hissi**

Duygusal tükenme ve duyarsızlaşma yanında, tükenmişliğin üçüncü ve nihai boyutu, kişisel başarı algısının düşüklüğüdür. Çoğu birey kariyerine, mesleğe ve topluma önemli katkıda bulunacağı beklentisi ile başlar. Ancak birkaç yıl sonra, bu beklentileri yaşayamadığının farkına varır. Çalışanın hedefleri ve yapabilecekleri arasında oluşan farka sistemden kaynaklanan pek çok neden katkıda bulunabilir:

- 1) Eğitim sürecinde iş ortamında bulunmamanın yol açtığı gerçeklikten uzak ve yüksek beklentiler,
- 2) Kurumsal prensip ve kurallarla çalışanlar üzerindeki kısıtlamalar,
- 3) Bireyin görevini yerine getirebilmesi için gereken kaynakların yetersizliği,
- 4) Çalışanların birbirleriyle uyum içinde olmamaları nedeniyle zaman zaman ortaya çıkan geçimsizlikler,
- 5) Bireyin başarısı hakkında geribildirim alamaması.(15)

Tükenmişliğin özünde 'duygusal tükenme' boyutunun olduğu ve duyarsızlaşma ile kişisel başarı eksikliği boyutlarının da buna eşlik ettiği görüşü ileri sürülmektedir.(10)

### **Tükenmişlik İle İlgili Kavramlar**

#### **Stres**

Stres, başlangıcı uyarıcı bir yaşam deneyimi ile başlayan bir etki-tepki olayıdır. Ayrıca stres; organizmanın fiziksel ve ruhsal sınırlarının tehdit edilmesi ve zorlanması ile ortaya çıkan ve etkilerini psikolojik ve sosyal düzeylerde gösteren bir durumdur. (16)

Selye'ye göre, stres her zaman zararlı, kötü ve kaçınılması gereken bir olgu olarak değerlendirilmemelidir. Terfi etmek, ün kazanmak, evlenmek gibi amaçlarla ilgili olaylar olumlu stresler olup; bireyi motive ve teşvik edici bir etkiye sahiptir. Ölüm, işsiz kalmak, mesleğinde ilerleme kaydedememek gibi engelleme ve kayıplarla ilgili olaylar da olumsuz streslerdir ve psikolojik ve fiziksel açılardan zararlı sonuçları bulunmaktadır.(17)

Stres etmenlerini (stresörler) gruplandırmak mümkündür (17):

1. Fiziksel: Travma, şiddetli egzersiz, gürültü, ısı, çevre kirliliği, cerrahi girişimler vb.

2. Sosyal: Birey-çevre ilişkisi-çatışması,
3. Psikolojik: Hayal kırıklığı, izolasyon vb.

Adaletsiz, keyfi performans değerlendirmeleri, ücret eşitsizlikleri, esnek olmayan kurallar, rol çatışması ve rol belirsizliği, beceri yetersizliği, bilginin azlığı ve uygun olmaması, çok fazla bilgi, karar verememe, gerçekçi olmayan hedefler, aşırı yüklenme, yeterli destek bulamama, çatışmacı durumlar, rekabet, yetki olmadan verilen sorumluluklar iş kaynaklı stresin nedenleri olarak sayılabilmektedir (18).

Günlük yaşamda genellikle birbirleri yerine kullanılan tükenmişlik ve stres kavramları aynı şeyi ifade etmemektedir. Stresin hem olumlu hem de olumsuz yönleri bulunabilir ama tükenmişlik için böyle bir durum söz konusu değildir. Levinson'a göre, insanların kendilerini çaresiz, kapana kısılmış, bitmiş hissetmelerine neden olduğu için tükenmişlik stresten daha ağır bir durumu ifade etmektedir(19).

Stresin kurum üzerindeki direkt sonuçları ise; aşırı stresin, bireyin kurum içindeki verimliliğini etkilemesi şeklinde kendisini göstermektedir. Her bireyin, optimum strese ihtiyacı vardır; ancak, normalden fazla stres iş verimini azaltmaktadır. Devamsızlık oranının artması, işe geç gelme, saldırganlık, kurum aleyhine çalışma, dikkatsizlik, kaza yapma eğiliminin artması, hastalık nedeni ile iş gücü kaybı gibi sonuçlardır(19).

### **Genel Adaptasyon Sendromu**

Selye (1974), organizmanın herhangi bir stres durumunda bozulan dengesinin uyumunu sağlayabilmek için bir bütün halinde tepki göstermesine 'Genel Adaptasyon Sendromu' adını vermiştir. Buna göre, genel adaptasyon sendromu, üç dönemde ele alınmaktadır (20):

1. Alarm Dönemi: Bu dönemde canlı, dış uyarı stres olarak algılamakta, şoka ya da kontrşoka girmektedir. Şok durumunda vücut ısısı ve kan basıncı düşer, kalp duracakmış gibi olur. Bunun hemen ardından kontrşok durumu gelir. Canlı organizma savaşıyor ya da kaçarak kendini korumaya çalışır.
2. Direnç (Adaptasyon) Dönemi: Vücut direnci normalin üzerine çıkar. Ancak, stres verici durumdan kaçmak ya da uyum sağlamak zorunda olduğundan, başka stresörlere karşı direnci düşer. Eğer bu dönem başarı ile aşılsa, organizma normal koşullarına geri döner; aksi takdirde kuvvetten düşerek çöker.
3. Tükenme Dönemi: Stres verici durum çok ciddi olup uzun sürerse, organizma tükenme aşamasına gelir. Bazen bu dönemde alarm dönemi belirtileri görülebilir.

Stresin bireylerde kan basıncı yükselmesi, peptik ülser, baş ağrısı, sırt ağrısı gibi fiziksel sağlık sonuçları yanında, kognitif fonksiyonlarda gerileme gibi psikolojik

sonuçları da vardır. Duygusal düzeyde anksiyete, depresyon, korku, çabuk sinirlenme gibi psikolojik etkiler oluşabilmektedir(16).

### **Depresyon**

Depresyon, kişide en az iki hafta süren karamsarlık, iştahsızlık, sıkıntı ve keder duygularına neden olmaktadır. Depresif duygu durumu bazen, çevreye gösterilen bir tepki şeklinde de ortaya çıkabilir. Depresyondaki kişi, düşünsel boyutta kendini işe yaramaz ve yetersiz olarak değerlendirir, karar vermede güçlük çeker, geçmişteki hatalarına takılıp bağışlanamaz günahlar işlediğini düşünür. Fiziksel boyutta da uyku problemleri, iştah azalmasına bağlı kilo kaybı, enerji kaybı gibi sorunlar söz konusudur. İntihar olasılığı da bu bireylerde oldukça yüksektir(21).

Tükenmişlikle depresyonun benzer oldukları düşünülse de, bu iki kavram önemli farklar içerir. Depresyon aslında klinik bir sendromdur. Ancak tükenmişlik, bireyin iş ilişkilerindeki krizi ifade eder. Depresyon genel olarak bireyin yaşamını tüm boyutları ile etkilemektedir. Tükenmişlik ise iş ortamındaki sosyal yaşamın kalitesini olumsuz etkileyen bir durumdur. Bu nedenle her iki kavram, psikolojik anlamda birbirinden farklıdır. Ancak, depresyon eğilimi fazla olan bireylerin tükenmişliğe daha kolay maruz kalabilecekleri de bildirilmektedir (11).

Taycan ve arkadaşlarının bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerde depresyon ve tükenmişlik düzeyinin sosyo-demografik özelliklerle ilişkisini inceleyen çalışmalarında da, depresyonla tükenmişlik arasında istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı bir ilişki görülmüştür(22).

### **İş doymu**

İşin bireye sağladıklarının birey tarafından algılanması ile oluşan hoşnutluk duygusudur ve bireylerin başarılı, mutlu ve verimli olabilmelerinin en önemli şartlarından biridir.Çalışan bireyler, çalışma koşullarının iyileştirilmesi, çalışma hayatına ait ekonomik, psikolojik ve toplumsal ihtiyaçlarının, beklentilerinin karşılanması durumunda iş doymu sağlamaktadırlar(23). İş doymu veya doyumsuzluğu, çalışan bireylerin işlerine, iş arkadaşlarına veya çalışma ortamına ilişkin duygu, düşünce ve davranışlarını ifade etmektedir(24).

İş doymu insanları çalışmaya sevk eden önemli bir etken, gösterdikleri çabalar sonucunda elde ettikleri başarı umutlarıdır. Bu umutlar gerçekleştiğinde doyum söz konusu olmaktadır. Arzu ve ihtiyaçlar her şeyden önce insanın kendi benliği ile yakından ilişkili olmaktadır. Bu nedenle iş doymu aynı zamanda bireyin kendi egosunun doyum yolu olarak tanımlanabilmektedir(10). İş doymu hem

bireysel hem de kurumsal açıdan önemlidir. Birey açısından bakıldığında iş, bireyin yaşamında önemli bir yer tutmaktadır. Günün büyük bir bölümünün işte geçmesi, doğal olarak bireyin her türlü gereksinimlerinin karşılanmasını iş ortamından beklemesine neden olmaktadır. Bu durum, çalışanın genel yaşam doyumunu, fiziksel ve ruhsal sağlığını olumsuz yönde etkilemektedir. İş doyumsuzluğu aynı zamanda işe devamsızlık, kayıtsızlık, olumsuzluk, işi yavaşlatma, işten ayrılma gibi hizmeti olumsuz etkileyecek kurumsal sonuçlara neden olmaktadır(25).

Çalışanın işinden memnun olmaması iş doyumsuzluğuna yol açmaktadır. İş doyumunu sağlayamayan bir çalışan işini sevmezken, tükenmişlik yaşayan bir çalışan işini çok seviyor ancak yetmediğini düşünüyor olabilir. İş doyumunda, işin olumsuz yönleri ön plandayken tükenmişlikte bunlara ek olarak kişinin bakış açısı ve değerlendirmeleri de bulunmaktadır. Çalışan, işinde istediği doyuma ulaşamıyorsa iş doyumsuzluğu yaşıyor, hem de kendisini yetersiz hissediyorsa tükenmişlik yaşıyor denilebilir(19).

### **Tükenmişliğin Belirtileri**

Tükenmişlik üretilen işin niteliğini, niceliğini bozduğu gibi bu sendromu yaşayan hizmet veren bireylerinde sağlığını olumsuz etkilemektedir. Tükenmişlik yavaş ve sinsi başlar ve ortaya çıkışı ne kadar ani de olsa sürekli gelişen kronik bir durumdur. Gün içinde yaşanan ani bir olay yaşanan tükenmişliğin belirtisi olabilir. Tükenme durumuna gelmeden kısa bir süre önce, genellikle bir iş veya sınav baskısı, bir aile üyesinin hastalığı ya da arka arkaya gelen stres yaratıcı olaylar gibi bazı çevresel koşullar olabilir. Ancak tükenmişlik herhangi bir olay olmadan aniden de ortaya çıkabilir. Tükenmiş kişiler genellikle, zayıf yönlerini iyi gizleyebilen, yetenekli insanlar oldukları için çoğunlukla bu durumun ilk dönemlerinde içlerinde olup bitenlerin farkında olmayabilirler.(26)

Tükenmişlik sadece negatif duyguların varlığı ile değil pozitif duyguların yokluğuyla da ilgilidir. Kendisini işine adanmış bir insanın yaptığı iş; işine karşı duyduğu heyecanla, işini iyi yaptığında aldığı doyumla, çalışma arkadaşlarıyla arasındaki keyifli ilişkilerle ve sahip olduğu değerlerin övünç kaynağı olmasıyla değerlendirilecektir. Bunun gibi olumlu duygular, çalışanların bağlılığını ve motivasyonunu artıracaktır. Yaptığı iş bireyi mutlu ediyorsa o da işini daha iyi yapmaya çalışacaktır. Ayrıca kendisini iyi hisseden birey, yaratıcı ve yeni çözümlere daha açık bir hale gelerek, işinde özel şeyler yapmak için ayrıca bir gayret göstermek isteyecektir(19).

Günümüzde gittikçe karmaşıklaşan iş dünyasında tükenmişlik küçük sinyallerle başlar. Potter'a göre bu uyarı sinyalleri; engellenmişlik hissi, duygu patlamaları, rahatsız edilmeme isteği yabancılaşma duygusu, düşük performans, ilaç ve alkol kullanımında artış şeklinde sayılabilir (27).

Tükenmişlik genellikle; fiziksel, duygusal ve davranışsal kategorileri içeren bir belirtiler yumağı şeklinde tanımlanmıştır (28).Tükenmişlik belirtileri çeşitlilik gösterir. Tükenmişlik yaşayan birey mesleki doyumsuzluk ve yorgunluk duyguları yaşadığını fark eder ve işe gitmeyi istememe, terslik ve tahammülsüzlük, kendinden şüphelenme hissi, benliğine uygun olmayan davranışlar içersine girer(29).Tükenen biri dışarıdan bakıldığında pek sempatik değildir. Bu insanlar garip, eleştirici, kızgın, önerilere veya eleştirilere kapalı ve insanları iten davranışlar içinde görülürler. Ancak bilinmesi gereken, tükenmişlik kötü niyetten oluşan bir olgu değildir; tersine iyi niyetten doğan bir problemdir. Tükenen kişilerin çoğu, bir zamanlar belli bir amaca ulaşmak için çabalamışlardır. Programları dolu olan, her zaman kendisinden istenenden daha fazlasını yapmaya çabalayan kendi sınırlarını hep zorlayan bu insanlar hayata büyük beklentilerle başlamış yol boyunca da daha azıyla yetinmeyi reddetmişlerdir. Hep bir ideale hizmet etmek için işe başlamışlardır.Tükenmenin nedenleri insanların bu idealleriyle ilişkilidir (30). 'İşime karşı duyduğum heyecanı kaybettim', 'İşimin sonuna mı geliyorum?', 'İşimde her geçen gün daha mutsuz, sinirli ve gergin oluyorum', 'Bu işe devam etmeyi sürdürüp sürdürmeme konusunda kararsızım' gibi ifadelerle aktarılan tükenmişlik, herkes için farklı bir anlam ifade etse de aslında özünde yatan temel düşünce hep aynıdır. Tükenmişlik yaşayanlarda görülen temel belirtiler; işe duyulan ilginin kaybı, duygularda aşınma ( çalışma şevki, bağlılık, güven ve neşenin yerini sinirlilik, kaygı ve depresyonun alması ) ve iş ile birey arasındaki uyumsuzluk şeklinde olmaktadır(14).Tükenmişliği yaşayan insanlar kendilerini sürekli gergin olarak tanımlamakta ve sinirlilik, duyarsızlık, keskin tavırların en baskın duyguları olduğunu söylemektedir. Bu tür duygular insanların iş yerlerindeki çalışma arkadaşlarıyla, aileleriyle ve en önemlisi hizmet sunduğu insanlarla ilişkilerini bozmaya başlamaktadır(11).

### **Fiziksel Belirtiler:**

Ciddi göğüs ağrıları, canlılığı kaybetme(20), sık görülen baş ağrısı, solunum güçlüğü ve takipne, uyuşukluk, genel ağrı ve sızılar, yüksek kolesterol, yorgunluk,

bitkinlik hissi, mide hastalıkları(31),bulantı, kas krampları, bel ağrısı, uyku bozuklukları, hastalıklara bağışıklığın azalması(32), hafıza problemleri, hipertansiyon, hızlı kalp artması(33),kilo kaybı veya şişmanlama, diyabet, alerji, deri şikayetleri, geçmeyen soğuk algınlıkları/grip yakınmaları tükenmişlikle ilişkilendirilen fiziksel belirtiler arasında sayılabilir(34).

### **Psikolojik Belirtiler:**

Duygularla ilgili belirtiler daha önce ortaya çıkar ve daha kolay tanınır. Yalnızlık, yardımsızlık, umutsuzluk duyguları, engellenmişlik(20)ve sinirlilik tükenmişliğin belirtilerindendir. Birey kendisini engellenmiş hisseder; çünkü hedefine ulaşması kesintiye uğratılmıştır. Eğer birey işi üzerindeki kontrolünü kaybetmiş ya da işini yapmak için gereken kaynaklardan yoksun bir durumdaysa; onu hedefine götüren kariyer yolu üzerindeki engelleri de aşamayacaktır. Buna ek olarak birey beklediği ödülleri de alamıyorsa kendisini yetersiz hissetmesi doğaldır. Harcanan zaman ve çabanın bir sonucu olarak da birey kendisini tükenmiş hissedecektir. Bireyin engellenmişlik duygusuna eşlik eden sinirlilik hali, insanlara karşı negatif tepkileri ve işe karşı duyarsızlaşmayı başlatacaktır. Bu negatif tepkiler için, bir günah keçisi arayışına giren birey kendi problemleri için diğerlerini suçlamaya başlayacak ve onlara verdikleri tepkiler daha cezalandırıcı ve agresif bir hal alacaktır. Bununla birlikte sinirli olan birey işini yapış şekli konusunda daha katı olacak ve kendisini yeni uygulamalara kapatıp, yenilikleri takip edemeyecektir(26).İnsanlar kendilerine saygı ve güven duyulmadığını ve yaptıkları işe değer verilmediğini düşündüklerinde öz saygı ve yeterlilik hisleri zararlanacaktır. Bir anlamda işleri konusunda kendilerini küçük düşürülmüş hisseden bireyler, çevrelerine karşı bir düşmanlık duygusu da besleyebilirler. Çalıştıkları yerde kendilerini bir yabancı gibi hisseden bu insanlar, zarar verici misilleme bile yapabilirler(11). Korku ve kaygı tükenmişliği körükleyen duygulardandır. Bu duygular, çalışanın işi üzerindeki kontrol duygusunu kaybettiği ve iş çevresinin belirsiz olduğu durumlarda oluşmaktadır. Günümüzde iş yerlerinde birçok çalışan bu gibi durumlarla karşılaşmaktadır. Yaygın görüş insanların diğerleriyle rekabet halinde olmaları veya işlerini kaybetme ve gelecek korkusu yaşamaları halinde daha iyi çalıştığı şeklindeyse de; aslında böylesi bir ortam çalışanların dikkatini dağıtıcı bir etki yaratmakta ve onların işlerine daha az ilgi ve bağlılık göstermelerine ve işe yönelik enerjilerinin azalmasına sebep olmaktadır(35). Tükenmişlik; kaygı, depresyon gibi ruhsal açıdan tehlikeli durumlara da yol açabilmektedir. Bu gibi durumlar; alınganlık, belirgin üzüntü, apatik görünüm, asılsız



şüpheler ve paranoya, öz saygı ve öz güvende azalma, başarısızlık hissi, suçluluk, içlerlemişlik, çaresizlik gibi duygularla karakterizedir(27).

### **Davranışsal Belirtiler:**

Tükenmişliğin diğer belirtilerine kıyasla başkaları tarafından daha kolay gözlenebilen davranışsal belirtiler aslında tükenmişliğin ciddi bir boyuta ulaştığını gösterir. İçinde yaşadığı karmaşayı uzunca bir süre boyunca saklamaya çabalamış birey için tükenmişlik duygusu bir anlamda, bireyin içinde saklayamayacağı kadar huzursuzluk barındırmasıdır(19).Tükenme gösteren bireyler psikolojik olarak içe çekilirler ve bu psikolojik geri çekilme; yüzeysel ilişkilere girme, kişilere ayrılan zamanın kasıtlı olarak uygun olmayan bir biçimde harcanması, hizmet sunulan kişiden uzaklaşma şeklinde oluşur. Bireyin tükenmişliği evine taşıdığı noktada, tükenme ve negatif duygulanımları ailesi ve arkadaşlarıyla olan ilişkilerini de etkileyecektir(27).Tükenmişlik yaşayan bireyler; çabuk öfkelenme, ani sinir patlamaları, gözyaşlarını tutamama, aşırı alınganlık, yalnız kalma isteği, işe gitmek istememe, işe geç gelme/gelmeme, iş yerinde işi yavaşlatma ya da sürüncemede bırakma, örgütlenme gülcüğü, ilaç, alkol ve tütün almaya eğilim ya da bunların kullanımında artış, az ya da çok yemek yeme, evlilik çatışmaları ve boşanma, aile çatışmaları, aile ve arkadaşlardan uzaklaşma ve içe kapanma, kişiler arası problemler, sıkıntı, konsantrasyon güçlüğü, unutkanlık, hareketli olamayış, başkalarına fazla güvenmeme veya onlardan kaçınma, duruma yönelik ilginin kaybı, bazı şeyleri erteleme ya da sürüncemede bırakma, çalışmaya yönelmede direnç, hizmet sunulan kişilere tek tip davranma, onları küçümseme ve onlarla alay etme, değişim direnç ve katılık, çalışma arkadaşlarıyla iş konusunda tartışmaktan kaçınma, alaycı ve suçlayıcı olma gibi davranışsal belirtiler göstermektedir (10).

Benzer şekilde genel olarak tükenmişlik sürecindeki belirtiler Freudenberg (1974) tarafından :'Çabuk öfkelenme, ani sinirlenme ve engellenme belirtileriyle, duyguların kontrolü zorlaşır. Kişi kolay ağlamaya başlar, önemsiz baskılar ona taşıyabileceğinden çok fazlaymış gibi gelir. Çabuk öfkelenme ile şüpheli bir tutum, alınganlık gibi duygularla kişi başkalarının onu hep aldattığını düşünür. Başkalarının yapamadıklarını kendisinin yapabileceğine inanan kişi gittikçe kendisine aşırı bir güven duymaya başlar ve süreç içinde diğerlerini küçümser. Kişinin görünüşü gittikçe kapalı bir kutuya benzer. Aşırı katı, inatçı, esnekliğini yitirmiş bir görünüm veren kişi, her şeyi kendisinin bildiğine inanır, bu nedenle ilerleyici ve bir değişim gösteremez. Sözelleşen negatif tutumlar görülür. Herkesin kendi çıkarına çalıştığına inanan kişi

diğerlerine kötü davranmaya surat asmaya başlar, bakışları, hareketleri ve görüntüsü depresifleşir. Kişi kendisini korumak için böyle görünür. Karşısındaki kişiler ne olup bittiğini anlamazlar ancak bireyde bazı değişikliklerin de olduğunu fark ederler. Çoğu çalışılan yerde harcanan zaman artmasına rağmen başarıyla korelasyon göstermez. Birey sanki gidecek yeri yokmuş gibi başıboş dolaşmaktadır. Aslında çoğu kez gidecek yeri de olmaz çünkü işi hayatının tamamını kapladığından arkadaşlarının da çoğunu kaybetmiş durumdadır(29,36).Bu bireyler kendilerini sürekli gergin olarak tanımlamaktadırlar(34).

### **Tükenmişliğin Dönemleri**

Kademeli bir süreç olan tükenmişlik coşku dönemi, durgunluk dönemi, engellenme dönemi ve ilgisizlik dönemi olmak üzere dört dönemden oluşmaktadır(37).

**Coşku Dönemi:** Başlangıçta kişide umut, enerji artışı ve mesleki idealler vardır. Fakat iş ortamındaki uygulama sorunları, önyargı, sık eleştiri, kendine ve yaşamın diğer yönlerine yeterli zaman ayırmayı, enerji sağlayamaması, uyum sağlama çabası ve tüm bunlarla baş edememe sonucu durgunlaşma meydana gelir.Bu dönem çalışmaya başladıktan yaklaşık bir yıl sonra oluşur.

**Durgunluk Dönemi:** Başlangıçtaki motivasyon azalır. Kişinin beklentileri gerçekleşmediği için hayal kırıklığı meydana gelir. İş dışı uğraşları daha önemli olmaya başlar.

**Engelleme Dönemi:** Kişişalışmanın değeri ve anlamıyla ilgili sorular sormaya başlar. İş sürdürüp sürdürmemeyi sorgular. Duygusal, fiziksel ve davranışsal problemler bu dönemde görülmeye başlar.

**İlgisizleşme Dönemi:**Kişi artık derin duygusal kopmalar, kısırlaşma, umutsuzluk, inançsızlık gösterir. İş iştir düşüncesi olduğu için işine çok uzun zaman harcar. Bu dönemde yaşanan ilgisizlik çok yoğundur. İşe geç gelme, duyarsızlık, rutin yapılacaklar dışında başka bir iş yapmama, sürekli işten yakınma oluşur. Bireylerin tükenmişlik düzeyleri değerlendirildiğinde tamamıyla tükenmişlik vardır veya yoktur denilmemekte, her döneme ilişkin değerlendirme ayrı ayrı yapılmaktadır. Bu evreler her zaman sırayla arka arkaya yaşanmayabilir. Bu değerlendirmelerin birbirini izlemesi, erkenden önleme aşamasında önemlidir(37).

## **Tükenmişlikle İlgili Kuramsal Açıklamalar**

### **Freudenberger'in Katkıları**

Freudenberger'e göre tükenme başarısızlık, yıpranma veya enerji güç ve potansiyel üzerinde aşırı isteklerde ortaya çıkan bir durumdur ve bu tam olarak, kurumdaki personelin herhangi bir sebepten dolayı yüklendiği ve çalışmaz duruma gelip, amaca hizmet etmediği zamanı göstermektedir. Tükenmişlik kelimesi literatüre 1974 yılında Freudenberger'in yayınladığı makaleyle girmiştir (38).

Freudenberger, tükenme belirtilerini ücretsiz kliniklerde çalışan bireyler üzerinde gözlemiştir. Tükenmenin bitkinlik ve yorgunluk hissi, baş ağrılarından dolayı acı çekme, mide ve bağırsak rahatsızlıkları, nefes alma gibi fiziksel belirtileri bulunmaktadır. Güvensizlik, paranoya ve değişime tahammül edememe durumları ilerleyen aşamalarda oluşur.(39)

### **Suran ve Sheridan'in Tükenmişlik Yaklaşımı**

Bu kavramda elli yaşa kadar olan tükenme durumu ele alınmış, tükenmenin ileri yaşlarda da ortaya çıkabileceği belirtilmiştir. Ancak bu durum basamak olarak ele alınmış ve her bir basamak tükenmişliğin oluşumunda etkili olan hayat tarzını içermektedir. Suran ve Sheridan'a göre tükenmişlik her basamakta yaşanma ihtimali bulunan çatışmaların doyumsuz kalmasıyla ortaya çıkmaktadır(40). Bu yaklaşım, Erikson'un kişilik gelişimi kuramını temel olarak almaktadır(41).

**1. Basamak; kimlik, rol çatışması:** Profesyonel gelişim ile ilgili konuların etkin olarak dikkate alınması, lisenin son sınıfında ve üniversitenin ilk yıllarında başlamaktadır. Kişisel ve mesleki kimlik rollerinin olduğu bu zaman dilimi, psikolojik gelişim açısından kritik bir dönemdir. Ego kimliği ve rol karmaşası arasındaki çatışmaların kararlılığı, mesleki seçim ile profesyonel ve bireysel hedeflerin belirlenmesinde ağırlık kazanmaktadır. Ebeveyn, aile ve yaşlılar, destek, yönlendirme ve kendine saygı konularında önemli kaynaklar oluşturmaktadır. Temel sorun nasıl bir profesyonel olacağım? Sorusunu içermektedir. Mesleki gelişimin anlamlı bir şekilde tamamlanamaması, gelecekte bireyi rol karmaşası ile karşı karşıya bırakmaktadır. Böylece bireylerin tükenmişlik tohumları atılmıştır.

**2. Basamak;yeterlilik, yetersizlik:** Profesyonelin kimlik süreci, bireyin işindeki yeterlilik duygusunu elde etmesi ve kişisel-sosyal yaşamını etkili bir şekilde birleştirmesi ile tamamlanmaktadır. Bu sürede birey becerileri geliştirerek bağımsızlaşmaktadır. Deneyim esnasında birey, insanların gözünde profesyonel

kimlik geliştirir ve bunu yapmak için duyulan kaygının çoğu azdır. Bundan sonra gelen soru, yaptığım işte ne kadar iyiyim? Sorusudur. Bu sorunun çözümü, kendini diğer eş düzeydeki profesyonellerle karşılaştırmaktır. Bu dönem yirmili yaşların başlarında oluşmaktadır. Meslekle ilgili katı beklentileri olan bireyin tükenme riski olabilir.

**3. Basamak; verimlilik, durgunluk:** Çıraklığın tamamlanmasıyla profesyonel birey sistemden özgür hale gelmekte ve meslek süreci başlamaktadır. Bu süreç otuzlu yaşlar ile başlayan ve otuzlu yaşların sonlarına kadar süren bir süreçtir. Bu aşama profesyonelin odaklandığı ve üretici olduğu bir aşamadır. Bireyin hayatını sağlamlaştırıp, yeteneklerine imkan verme duygusu, enerjisini işte verimli olma ve yaratıcı bir yaşam tarzı geliştirme üzerine çevirebilmektedir. Ancak profesyonelin stil ve ilgi geliştirememesi, bir amaç ve hedefsizlikle sonuçlanmaktadır. Yetenekleri yaratıcı olarak kullanabilecek bir ortam olmayınca daha önceki başarılarında anlamlı görünmeyecektir. Kişi ne yapacağını bilemez hale gelmektedir ve tükenmişlik kaçınılmaz hale gelmektedir. Verimlilik işte yaratıcı olmayı, bireyin kendisini olduğu gibi ifade etmeyi ve öyle davranmayı öğrenme sürecidir.

**4. Basamak;yeniden oluşturma, hayal kırıklığı:** Orta ve otuzlu yaşlardan, orta ve ileri kırklı yaşlara kadar geçen zaman bireyin erken seçimlerini sorguladığı dönemdir. Bireyin işle ilgili doyumsuzluğu olabilir. Bireyin yeteneklerini kullanmasından yıllar sonra, sıkılma ve muhtemelen tükenmişlik ortaya çıkmaktadır. Stres gerginlik ve yorgunluk bireyin hayatında baskın duruma geçmektedir. Bu dönemde incinme ve fanilik duygusu hakim olmaktadır. Yeniden oluşturma ise, kişinin kişisel ve profesyonel yaşamında olmak istediği kişi olması için yeni bir neden keşfetme sürecidir(40).

### **Gaines ve Jermier Tükenmişlik Modeli**

Tükenmişliğin ilk aşamasını oluşturan duygusal tükenmişlik sürecin en önemli boyutudur. Bu boyut, diğer boyutlarla ardışık bir süreç oluşturmaktadır. Duygusal tükenmişlik, yorgunlukla benzer olmasına karşın, devamlılık gösterdiğinden dolayı süregelen yorgunluk olarak adlandırılabilir. Birey tarafından bu durum normal olarak algılanmaktadır. Çalışan, kendi işin gereklerinin yerine getirilmesinde bireysel olarak yetersiz hissetmektedir. Duygusal tükenmişlik, fiziksel yorgunluk, kaygı, uykusuzluk, alkol ve ilaç kullanımı, kişiler arası ilişkilerden geri çekilme, eş veya çocuklarla olan zayıf ilişkiler ve benzeri gerilimlerle ilgilidir. Aynı zamanda duygusal tükenmişlik,

kronik ve iş deneyiminin yaygın ve etkili özelliklerinin her ikisini kapsayan birkaç gerilim kavramından biri olarak tanımlanır(42).

### **Edelwich Tükenmişlik Modeli**

Edelwich modelinde, büyük umutlarla mesleğe başlamak ve beklenti düzeyinde umutlarının karşılanmamış olması, zamanla çalışanlarda tükenmişliğe neden olmaktadır(43). Edelwich ve Brodsky'e göre tükenmişlik, yardım edici mesleklerde çalışan iş görenlerde, iş koşullarının bir sonucu olarak ortaya çıkan, idealizm enerji ve amaç kaybıdır.

Edelwich ve Brodsky, alanda yaptıkları görüşme, gözlem ve edindikleri deneyimlere dayanarak, tükenmişliğin birbirini izleyen, belirlenebilir aşamalardan geçen bir süreç sonunda ortaya çıktığı sonucuna varmışlardır. Bu aşamalar:

- İdealistlik Coşku
- Durgunluk,
- Engellenme,
- Duyarsızlaşma'dır.

1. İdealist Coşku: Bu aşamada çalışanın işe ilişkin umudu, motivasyonu en üst düzeyde olmaktadır. Çalışan, işini en iyi düzeyde yapabilmek için, yüksek düzeyde performans göstermektedir. Çalışan bu çabalardan dolayı yöneticilerinden övgüler beklemektedir. Fakat gösterilen çabaların, ön yargılı tutumlar, çeşitli kurallar ve sorunlardan dolayı beklenen karşılığı bulamamakta ve bu nedenle çalışan yavaş yavaş durgunluk dönemine girmektedir.

2. Durgunluk: Bu dönemde çalışanın, motivasyonu azalarak enerji düzeyi de düşmeye başlamaktadır. Yaptığı işe karşı ilgisi azalmakta, işini sorgulamaya başlamakta ve hayal kırıklığı yaşamaktadır. Bu durumun sürmesiyle iş doyumunu düşmekte ve iş dışındaki hayatı daha önemli bir duruma gelmektedir.

3. Engellenme: Çalışan uzun vadede mesleğini sürdürüp sürdüremeyeceğini sorgulamaya başlamaktadır. Bu dönemde kişi iki yönlü engelleme ile karşı karşıya kalmaktadır. Birincisi yöneticilerinin isteklerini karşılamadığı için engellenmesi, ikincisi ise yöneticilerinin taleplerinden fırsat bulup kendi isteklerini yerine getiremediği için engellenmesi olmaktadır. Engellenme nedeniyle, kişi zamanla içine kapanmakta ve uygun olmayan savunma mekanizmaları geliştirmektedir. Bu durumun devam etmesiyle dördüncü döneme girilmektedir.

4. Apati: Bu aşamada duygusal kopma, inançların tamamen yitilmesi, umutsuzluk duyarsızlık görülmektedir. İlgisizlik ve duyarsızlık kişinin yaptığı işin her yönüne

yansımaktadır. Bu durumda kişi işten erken ayrılmaya başlamakta ve sık sık rapor alarak işten kendisi uzak tutmaya çalışmaktadır(44).

### **Pines Tükenmişlik Modeli**

Pines'e göre; tükenmişliğin temel nedeni, iş ortamının bireyi sürekli duygusal baskı altında tutmasıdır. Bu noktada motivasyon düzeyi önemlidir. Motivasyon düzeyi yüksek olan bireylerin, kendilerini sürekli duygusal baskı altında hissettikleri bir çalışma ortamında, tükenmişlik yaşamaları ihtimaldir. Yüksek düzeyde stresli bir iş çevresi, düşük düzeyde destek ve ödüllendirme, motivasyon düzeyi yüksek olan bireyleri başarılı olabilecekleri iş ortamından uzaklaştırmaktadır(45). Pines,gerçek yaşamda hiçbir iş çevresinin tamamen destekleyici ya da tamamen engelleyici olmadığını vurgulayarak, tükenmişlik durumunun ortaya çıkma olasılığının iş çevresindeki destekleyici ve engelleyici unsurlar arasında bir denge kurulup kurulmamasına bağlı olarak değişeceğini belirtmektedir(46).Pines ve Aranson'a(45) göre bu modelde tükenmişlik bireyleri duygusal anlamda sürekli tüketen ortamların, bireyler üzerinde yol açtığı fiziksel, duygusal ve zihinsel bitkinlik durumu olarak tanımlamaktadır.

### **Cherniss Tükenmişlik Modeli**

Cherniss Modeli, tükenmişliği zamana yaymış bir süreç sonunda ortaya çıkan bir durum olarak ele almaktadır. Tükenmişlik işle ilgili stres kaynaklarına bir tepki olarak başlayan ve iş ile psikolojik olarak ilişkiyi kesmeyi içeren, bir başa çıkma davranışıyla son bulan bir süreçtir. Tükenmişlik iş ortamında ortaya çıkan stres kaynaklarına uyum sağlama ve stres ile başa çıkma yoludur.

Gerek çevreden gerekse bireyin kendisinin yarattığı talepler bireyin baş edebilme gücünü aşıyorsa stres oluşmaktadır. Bu durumda birey, stresle başa çıkmak için ilk olarak stres kaynağını ortadan kaldırmayı seçmektedir. Eğer başarılı olmazsa stresle başa çıkma tekniklerine başvurarak rahatlama yoluna gidebilir. Eğer yine birey başarılı olmazsa, işle olan ilişkisini kesmektedir(47).

Cherniss tükenme araştırmalarını, hem aşırı iş yükü hem de değer çatışmalarını temel alarak devam ettirmiştir. Ona göre tükenmişlik, hizmet sektöründe çalışan profesyonelin rolünde gizli olan tutarsızlıklardan kaynaklanmaktadır. Bu sektörde çalışanlar, eğitimleri ve deneme süreleri boyunca profesyonel olmanın anlamına yönelik, gerçekçi olmayan bakış açıları geliştirmektedirler. Eğitimleri sırasında karşılaştıkları insanlar, benzer duyguları paylaşıyorlardı. Bunu fark eden Cherniss,

günlük çalışma hayatında her gün karşılaşılan sorunlar ve iş hayatının gerçekleri ile romantik mistik düşünce arasındaki uçuruma dikkat çekmiştir(38).

Tüm bu sürecin sonunda ise, motivasyonda düşme, iş arkadaşları ve yöneticilere karşı olumsuz tutumlar geliştirme, iş yaşamına ilişkin hedeflerde küçülmeye iş doyumsuzluğu gibi durumlar oluşmaktadır(29).

### **Leiter Tükenmişlik Modeli**

Leiter tükenmişlik modelinde iki varsayım bulunmaktadır. Birinci varsayım, Maslach Tükenmişlik Ölçeği ile tanımlanan tükenmişliğin üç bileşenin (duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve düşük kişisel başarı hissi), iş saatleri dışındaki diğer zamanlarda da etkili olduğuna dayanmaktadır. İkinci varsayım ise, bu üç bileşenin, çevresel koşullar, farklı kişilik özellikleriyle farklı ilişkilere sahip olduğunu ifade etmektedir(29).

Duygusal tükenmişlik modelin ana fikridir. Çalışanlar işteki stres kaynakları ve taleplere karşı daha duyarlı olduklarından öncelikle duygusal tükenmişliğin geliştiği var sayılmaktadır. Duygusal tükenmişlik yaşayan çalışan, hizmet verdiği kişilere karşı duyarsızlaşarak tükenmişlik duygusu ile baş etmektedir. Bu modele göre duygusal tükenmişlik, mesleki stres kaynaklarına gösterilen bir tepki olmaktadır. Temel stres kaynakları olarak, iş yükü ve iş yerindeki kişilerle yaşanan çatışmalar belirtilmektedir. Duyarsızlaşma çalışanların iş ilişkilerindeki kişisel yeterliliklerini kaybetmelerine ve tükenmişlik durumlarına neden olan başarı duygularının azalmasına neden olmaktadır. Duyarsızlaşma, başarı ve bir dereceye kadar duygusal tükenmişlik üzerinde etkisi olan diğer sonuçları etkilemektedir. Etkili beceri kullanımının ve baş etme çabalarının tükenmişlik ve kişisel başarı üzerinde tampon etkisi yarattığı öne sürülmektedir. Modele göre çalışanlardaki tükenmişlik, işteki stres kaynaklarına karşı duyarsız kalmayla artmaktadır. Bu da örgütlerdeki iş yükü ve sıradanlık, çalışan yönetici çatışmaları, hizmet alan ile ilişkiler, karar verme eksikliği gibi işin doğasında bulunmaktadır. Tükenmişliğin önlenmesi, insan kaynakları birimlerinin daha duyarlı hale gelmesiyle mümkün olmaktadır. İnsan kaynakları birimleri, iş yükünün kontrol edilebilir olmasına, görev dağılımının zenginleştirilmesine, kişilerarası çatışmaları azaltma yöntemlerinin belirlenmesine yönelmelidir(29).

### **Pearlman ve Hartman'ın Tükenmişlik Modeli**

Pearlman ve Hartman'a göre tükenmişlik; 'kronik duygusal strese verilen ve üç bileşenden oluşan bir yanıttır. Bu bileşenler; duygusal ve/veya fiziksel tükenme,

düşük iş üretimi ve başkalarına karşı duyarsızlaşmayı içeren davranış boyutundaki reaksiyonlardır”.

Yaklaşım, bireysel özelliklerin ve kuramsal/sosyal çevrenin, tükenmenin etkisi ve algılanmasında önemli olduğunu göstermektedir. Stresi etkin ve etkin olmayan başa çıkma yolları etkilemektedir.

Yaklaşımın dört aşaması bulunmaktadır.

**1. Aşama:** Durumun strese iletkenliğini göstermektedir. Stresin oluşumunda iki temel durum mevcuttur. Bireyin becerisi ve yetenekleri algısal ve gerçek organizasyonel talepleri karşılamak için yetersiz olabilir ya da iş bireyin istek, ihtiyaç ve değerleri ile örtüşmeyebilir.

**2. Aşama:** Bireyin algıladığı stres düzeyini içermektedir. Strese yol açan birçok durum, bireyin kendini stres altında algılaması ile sonuçlanır.

**3. Aşama:** Strese verilen üç temel tepki kategorisini içerirken,

**4. Aşama:** Stresin sonuçlarını temsil etmektedir. Bu aşamada tükenmişlik, kronik duygusal stresin yaşanması ile oluşur. Tükenmişliğin sonucunda iş doyumunu ya da iş düzeyinde bir değişme olur. Psikolojik ve fizyolojik sağlık durumunda bir bozulma meydana gelebilir.

Bu model bireylerin çevresel ve kişisel değişkenlerini ele alan bilişsel bir modeldir ve neredeyse tükenmişlik araştırmalarında ele alınan tüm değişkenleri kapsamaktadır. Bu modele göre bireyin özellikleri, iş çevresi ve sosyal çevresi tükenmişlikle başa çıkma konusunda oldukça etkilidir(48).Pearlman ve Hartman(39),bu modelin tükenmişlik olgusunun incelenmesinde, iyi bir dayanak sayılabileceğini öngörmektedir.

### **Meier'in Tükenmişlik Yaklaşımı**

Tükenmişlik, bireylerin işlerinde anlamlı pekiştirici, kontrol edilebilir yaşantısı veya bireysel yeterliliğin az olmasından dolayı, küçük ödül ve büyük ceza beklentisinden kaynaklanan bir durum olarak tanımlanmaktadır(49).

Bu yaklaşımda tükenmişlik üç boyutta açıklanmıştır. Bireyin;

1. İşle ilgili olumlu yönde pekiştirici davranış, beklentisinin düşük ve ceza beklentisinin yüksek olması
2. Var olan pekiştiricileri kontrol etme ile ilgili beklentisinin yüksek olması
3. Pekiştiricileri kontrol etmek için gerekli davranışları göstermede, kişisel yeterlik beklentisinin düşük olması



Meier'e (49)göre bu kavram Bandura'nın(50),yeterli olma beklentilerini bilişsel süreçlere bağlamasıyla ilgilidir. Bandura'ya göre çevresel olaylarda yer alan yeterli olma bilgisi birey tarafından bilişsel süreçlerden geçilerek filtre edilir. Bilişsel süreçler, yeni davranış kalıplarının akılda tutulmasında ve kazanılmasında önemli rol oynamaktadır.

Meier Tükenmişlik yaklaşımının dört boyutu bulunmaktadır.

**1. Pekiştirme Beklentileri:** Belli iş yaşantılarının kişinin gizli ya da açık amaçlarını karşılayıp karşılayamayacağı ile ilgili beklentileridir. İş yaşantısı sonuçları bireyin attığı değer ve anlama göre bireyden bireye değişir.

**2. Sonuç Beklentileri:** Belli sonuçlara yol açan davranışlar hakkındaki betimlemeler olarak tanımlanmaktadır(50). Pekiştirme beklentileri, belli sonuçların istenen amaçları karşılayıp karşılamadığını tanımlarken, sonuç beklentileri hangi davranışların o sonuçları elde etmede gerekli olduğunu tanımlamaktadır.

**3. Yeterli Olma Beklentileri:** Yeterlilik beklentisi, bireyin sonuçları üretmede gerekli davranışları başarılı bir şekilde yapma kabiliyetidir. Verimli davranışı yapmada kişisel yeterlik beklentisine işaret eder(50).Yeterli olma beklentisi ve sonuç beklentileri arasındaki farka dikkat çekmiştir. Bu bilme ve yapma arasındaki farktır(49).

**4. Bağlamsal İşleme Süreci:** Bu süreç tükenmişlik yaklaşımının en geniş bölümüdür. Burada insanın beklentileri nasıl öğrendiğini, sürdürdüğü ve değiştirdiğiyle ilgili açıklama yapılmaktadır. Bağlamsal işleme, insanın bağlamada bilgi işleme süreçlerine işaret etmektedir. Sosyal gruplar, örgütsel yapı, öğrenme tarzı ve kişisel inançlar buna örnek olarak gösterilebilir(49).

### **Maslach'ın Tükenmişlik Yaklaşımı**

Günümüzde tükenmişlikle ilgili kabul gören en yaygın tanım, Maslach ve arkadaşları tarafından yapılan ve tükenmişliği üç boyutlu bir kavram olarak ele almaktır. Bu tanımda tükenmişlik; hizmet sektöründe çalışanlarda sıklıkla ortaya çıkan üç boyutlu birsendrom olarak kabul edilir. Bu üç boyut, duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve düşük kişisel başarı olarak adlandırılmaktadır(28).Maslach

tükenmişlik olgusunu üç bileşenli sendrom yaklaşımına göre kavramlaştırmış ve şu şekilde düzeylere indirmiştir(29).

- Fiziksel yorgunluk ve bitkinlik hissi,
- İş ve hizmet verilenlerden soğuma, uzaklaşma, şeklinde psikolojik yorgunluk,
- Kendi kendinden şüphelenmeyi içeren ruhsal yorgunluk

Maslach modeline göre tükenmişliğin, duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve başarı duygusunun azalması olmak üzere üç bileşeni bulunmaktadır(28).

Bu üç boyuta ilişkin tükenmişliği ölçebilmek için 22 maddeden oluşan “Maslach Tükenmişlik Ölçeği” geliştirilmiştir.

**Duygusal Tükenme:** Bu alt boyut, tükenmişliğin bireysel stres boyutunu ve çalışanların kendilerini fiziksel ve duygusal acıdan yorgun ve aşırı yıpranmış hissetmelerini ifade etmektedir. Tükenmişliğin bu boyutu daha çok insanlarla yoğun ve yüz yüze ilişkinin kaçınılmaz olduğu meslek çalışmalarında görülmektedir. Bu duygu, içeriği insan olan ve yoğun bir iş hayatına sahip kişileri birinci dereceden tehdit etmektedir.

Duygusal tükenme, tükenmişlik durumunun başlangıcı, merkezi ve en önemli bileşenidir. Duygusal yönden yoğun bir çalışma temposu içinde bulunan birey, kendini zorlamakta ve diğer insanların duygusal talepleri altında ezilmektedir.

Duygusal tükenme bu duruma bir tepki olarak ortaya çıkmaktadır(51).

**Duyarsızlaşma:** Bu boyutta başkalarına karşı tutumlarda ve yanıt vermede olumsuz bir değişme vardır. Özellikle bu durum hizmet verilen iş kişilere yöneliktir. Bu genellikle, işe yönelik idealizmin kaybolması ve hızla artan uzaklaşma duygusu ile eşleştirilir(52).Geliştirilen, soğuk, ilgisiz, katı hatta insani olmayan yapı, tükenmişlik sendromunun ikinci ayağı olan duyarsızlaşma oluşturur. Dozu gittikçe artan bu negatif reaksiyon çeşitli şekillerde ortaya çıkar. Diğer insanların hayatında çıkıp, kendisini yalnız bırakmasını içten arzu eder(38).

Duygusal tükenme yaşayan birey, kendisini diğer insanların sorunlarını çözmede güçsüz hisseder ve duyarsızlaşmayı bir kaçış olarak kullanır. İnsanları kategorize eder, kişilere rutin kalıplara göre davranır ve katı ilkelere göre hareket eden bürokrata dönüşür. Bu durumun duyarsızlaşmanın ilk belirtileridir(28).

Maslach'a göre tükenmişliğin üç bileşeninden duyarsızlaşma alt boyutu en problemlili boyut olarak görülmektedir. Uzaklaşmanın artmasıyla, diğerlerinin

gereksinimlere aldırış etmeyen bir tutum ve duygularına aldırmama durumu meydana gelmektedir(53).

**Bireysel Başarıda Azalma:** Maslach Modeli' nde öngörülen üçüncü tükenmişlik bileşeni, düşük başarı hissidir. Diğer insanlar hakkında geliştirilen olumsuz düşünceler sonucunda birey, kendisine yönelmekte ve kendisi hakkında da olumsuz düşünceler geliştirmektedir. Başkalarına ilişkin olumsuz düşünce ve davranışlarından dolayı kendisini suçlu hissetmekte, kimse tarafından sevilmediği, hastalarıyla ilgilenmede yetersiz kaldığı ve işinde başarılı olmadığı düşüncesine kapılmaktadır. Tüm bunların sonucunda çalışan, kendisine olan saygısını kaybedebilmekte ve depresyona girebilmektedir. Bu noktada, tükenmişliğin üçüncü aşaması olan düşük kişisel başarı hissi ortaya çıkmaktadır. Kişisel sorunlarını çözümlenebilmek için terapist ve uzmanlara başvurur. Bazıları da işlerini değiştirir. Kişinin bir başkasına olumsuz yanıtlar vermesini, düşük moral, kişiler arası anlaşmazlık, düşük üretkenlik, başkaları ile başa çıkmada yetersizlik ve benlik saygısının azalmasını içerir(28,52).

### **Tükenmişliğin Sebepleri**

Tükenmişlik yaşayanların çoğu belli bir amaca ulaşmak için gayret göstermiş kişilerdir. Yoğun programları olan, her zaman sınırları zorlayan, daha fazlası için çabalayan bu kişiler, hayata büyük beklentilerle başlamış, daha azıyla yetinmeyi reddetmiş insanlardır. Tükenme nedenleri, insanların bu idealleriyle ilişkilidir(36).

Yöney ve Ünalın'a göre de genel olarak kişilere çalışma, kişinin karakteriyle yaptığı işin uyuşmaması, sosyal desteğin az olması gibi durumlar en çok göze çarpan tükenmişlik nedenleridir(54).

Tükenmişliğe etki eden faktörleri 'bireysel nedenler' ve 'örgütsel nedenler' olmak üzere iki gruba ayırmak daha doğru olur. Genel olarak, yapılan işin niteliği, ortam, çalışma düzeni ve saatleri, iş yükü, rol belirsizliği, rol çatışması, yeterli örgütsel desteğin olmaması, çalışma koşulları, yeterince ödüllendirilmeme, takdir görmeme, idari baskı, huzursuzluk, yetersiz eğitim, bürokratik işlerin fazla olması, kararlara katılmama, yapılan işin yüksek bilgive performans gerektirmesi, niteliksel ve niceliksel olarak yetersiz yardımcı eleman, yetersiz ekipman ve hizmet verilenlerin nitelikleri, uzun süre yaşanan iş stresi ve stresle mücadelede yaşanan başarısızlığın fark edilmesi, sorumluluk ve yetki arasında uyumsuzluk, geribildirim olmaması, iş

ortamının güvenilir olmaması, iş arkadaşları arasında dostça olmayan rekabete dönük ilişkiler, paylaşımın az olması, yönetimin gerçekçi olmayan beklentileri, çalışanlara eşit davranılmaması gibi faktörler 'örgütsel nedenler' kapsamında değerlendirilmiştir(24,25).

Örgütsel faktörlerin yanı sıra, yaş, cinsiyet, medeni durum, çocuk sahibi olup olmama, eğitim düzeyi, kişilik yapısı, empati kurma yeteneği, beklentiler, işkoliklik gibi bireylerin tükenmişlik düzeylerine etki eden faktörler de 'bireysel nedenler' başlığı altında incelenmektedir.

Klasik görüşe göre tükenmişlik, temel olarak bireysel bir sorundur ve bireylerin karakterleri, davranışları veya üretkenliklerinden kaynaklanmaktadır. Bu bakış açısına göre, insanlar problemdir ve çözümü de onları değiştirmek veya onlardan kurtulmaktır. Ancak Maslach ve Leiter, büyük oranda bunun karşıtının da doğru olabileceğini savunmaktadır. Yazarlara göre tükenmişlik, bireylerin sadece kendi kişisel sorunları değil, çalıştıkları sosyal ortamın da sorunudur. İş yerinin yapısı ve işleme şekli, bireylerin birbirlerine karşı nasıl davranacaklarını ve işleri yürütme şeklini de biçimlendirmektedir. İşyeri, işin insani yönünü düşünmezse tükenmişlik riski, ödeteyeceği yüksek bedelle beraber artmaktadır. Yazarlara göre, tükenmişlik nedenleri, bireysel olmaktan çok iş çevresinden kaynaklanmaktadır(11). Bireylerin yaşamlarında karşılaştıkları zor durumlar da, onların tükenmişlik düzeylerini arttırabilmektedir. Örneğin, iş yaşamında karşılaşılan stres, çocukların bakımı, ev hayatı ile ilgili sorumluluklar ve ev yaşamındaki stresle birleşmekte ve bu durum, bireylerin tükenmişlik düzeylerinde artışa neden olmaktadır(19).

### **Kurumsal Nedenler**

Stresli çalışma ortamının neden olduğu etkiler sonucunda, çalışan bireylerin daha içe dönük hale geldikleri, tükenmişlikle baş edebilme yeteneklerinin köreldiği ve böylelikle sadece fiziksel olarak değil, psikolojik ve sosyal açılardan da tükendikleri ifade edilmektedir(51).

Tükenmişliğin Maslach, Schaufeli ve Leiter tarafından benimsenen kurumsal nedenleri, birey ile işi arasında şu altı alandan bir veya birkaçında uyumsuzluk olması durumunda oluşmaktadır:

## **Aşırı İş Yükü**

Maslach ve Leiter'e göre; bireylerin çok kısa sürede, çok kısıtlı olanaklarla, çok fazla şey yapmaları gerekiyorsa aşırı iş yükü söz konusudur. Buna göre yeni zorluklarla karşılaşmak bir gerginlik sebebi değildir; fakat sınırların ötesine geçmek bireyde gerginlik oluşturabilir. İş yükündeki uyumsuzluk genelde aşırı iş yükü olarak karşımıza çıkmaktadır. Aşırı talepler bireyin enerjisini tüketir ve bu durumun tamiri imkansız hale gelebilir. İş yükü uyumsuzluğu, yanlış iş seçimi durumunda da görülmektedir. Bazı yetenekler gerektiren veya bu tip işlere alışkın olmayan bireylerde iş yükü fazla olmasa bile bu durum ortaya çıkabilir(11). Yoğun iş yüküne bağlı olarak, çalışan bireyin aşırı bilişsel ve duygusal yüklenmesi söz konusu olmakta ve bununla mücadele etme davranışı olarak duyarsızlaşma meydana gelmektedir(55). Söz konusu aşırı bilişsel ve duygusal yüklenim nedeniyle, çalışma süresinin ve hizmet alanla kurulan ilişkinin fazla olduğu böyle işlerde çalışan bireylerden bu şartlarda uzun süre çalışmasını beklemek, tükenmişlik içinde olma olasılığını arttırmaktadır. Bu gibi durumlarda bireyin zaman zaman geçici olarak geri çekilmesine izin vermek, yeterli mola ve dinlenme fırsatı tanımak, iş yüküne bunun doğurduğu olumsuz sonuçlardan kaçınmak için yapılması gereken en doğru uygulamalardır(51).

## **Kontrol Eksikliği ve Kararlara Katılmama**

Maslach'a göre kontrol; çalışma önceliklerinin belirlenmesi, iş yapma şekillerinin seçilmesi ve kaynakların kullanımına yönelik karar verme kapasitesi ile ilgilidir. Bu kapasitenin kullanılmasının engellenmesi bireysel özerkliği ve işe katılımı sınırlandırmakta, böylelikle çalışan birey işindeki önemli konular üzerinde kontrolünü kaybetmeye ve karşılaştığı problemleri tanımlayamaz hale gelmektedir(56).

Bireylerin işlerini etkin olarak yapabilmeleri için yeterli kaynağa sahip olmamalarını ifade eden bu uyumsuzluk, sorumluluğun yetkilerin üzerine çıktığı, bireylerin işlerini etkin düzeyde yapabilmeleri için yeterli yetkiye sahip olmadıkları durumları da içermektedir. Sorumluluklarının düzeyi nedeniyle büyük yük altında olan bireyler, iş yükü yanında kontrol yönünden de bir kriz yaşayabilirler. Böyle bir krizi yaşayan birey, çalıştığı işin sonuçları konusunda fazlaca sorumlu olmasına karşın bu işi yapmak için yeterli imkanlara sahip olmadığından, stres kaçınılmaz olacaktır(11).

Bireyler seçim yapmak, kararlar almak, yeteneklerini kullanmak, problem çözmek, kendileri için kayda değer olabilen sonuçlar üzerinde katkı sağlamak isterler; ancak,

kontrol eksikliği gibi aşırı kontrol de istenmeyen bir durumdur (14).Çünkü aşırı kontrol, çalışan bireylerin bitkin düşmelerine, işlerinden bezginlik duymalarına, kendilerinin yetersiz olduğunu düşünmelerine ve kendilerine güvende azalmaya neden olabilmektedir(56).Kararlara katılım; bireyin çalıştığı kurumun karar verme sürecinde etkisinin varlığı veya bu etkinin derecesi olarak tanımlanabilmektedir. Yöneticilerin zaman azlığı veya söz konusu işe bulaşmama isteği ile karar vermekten kaçındığı durumlar bulunmaktadır. Ancak, karar verme sürecine katkı vermek istediği halde engellendiğinde ve özellikle kendisini doğrudan etkileyecek konularda fikrinin sorulmadığı, sadece sonuçların bildirildiği durumlarda bireyde kızgınlık ve stres oluşmaktadır. Çünkü çalışan bireylerin kendilerini güvenli hissedebilmeleri için, kişiliklerinin dikkate alındığını bilmeye ihtiyaçları vardır(57).

### **Ödüllendirilmeme**

Kişinin mesleğinde kazandığı başarılar için ödül verilmemesi, işin ve çalışanların değerini düşürür. Maslach'a göre, iş ortamında yaşanan krizler, kurumun çalışanlarını anlamlı bir şekilde ödüllendirebilme kapasitesini olumsuz etkilemekte ve iş doyumunu azalmakta buda işin çekiciliğini yitirmesine, takım çalışmasının bozulmasına, kutuplaşmanın artmasına, yönetimin sorunların kaynağı olarak görülmesine ve sonuç olarak da bitkinlik, alaycılık ve bireyin kendisini yetersiz hissetmesi gibi durumlara neden olmaktadır(28).

### **Topluluğun Dağılması**

Bağımsız yada bir kurumun üyesi olsalar da, pek çok insan, başka insanlarla birlikte çalışarak başarılı olmaktadır (29).Kişi çalışma ortamında olumlu ilişkileri kaybettiğinde başarısızlık ortaya çıkmaktadır. Aynı ortamda çalışan bireyler, mutluluğu, başarıyı, rahatı ve eğlenceyi sevdikleri, saydıkları diğer bireyler ile paylaştıklarında görevlerini daha iyi yaparlar. Çalışma çevresinin en yıkıcı olan şey, iş yerindeki kronik çözümlenmemiş çatışmalardır. Bu tekrarlayan çatışmalar, olumsuz duygular, korku ve düşmanca tavırların ortaya çıkmasına neden olarak sosyal desteği azaltır(14).Çalışma ortamında iş arkadaşlarının destekleyici bir hava oluşturması, tükenmişlikle mücadelede son derece önemlidir. İş arkadaşları ve yöneticilerinden gelen destek ile birey tükenmişlikle daha iyi mücadele edebilir ama iş arkadaşları ve yöneticiler aynı zamanda tükenmişliğin nedeni de olabilirler. Tükenmişlik araştırmalarında, çalışan bireylerin üstlerinden gelecek sosyal desteğin, iş arkadaşlarından gelecek destekten bile daha önemli olduğu belirlenmiştir(13).

## **Adil Muamele Görmemek**

Belirli bir kurumda çalışanların, kurumsal karar ya da politikaların doğruluğu hakkındaki görüşlerini ifade eden adalet kavramı aynı zamanda; kurumun herkes için tutarlı ve eşit kurallara sahip olması anlamına gelir (35). Kurumda kaynakların dağıtım sürecinin herkes tarafından anlaşılır ve tutarlı olması, önemlidir. Adalet duygusunun var oluşu, kurumun birliğinin ve bütünlüğünün; eksikliği ise, kurumun değerlerinde ve çalışanlarıyla ilişkisinde bir karışıklığın, düzensizliğin belirtisidir(11). İşyerinde adaletsizlik, çalışanla işin çevresi arasında ciddi bir uyumsuzluk kaynağıdır. Çalışanların hiçbir adalet belirtisi göstermeyen bir kuruma duyduğu güven kaybolur. Çünkü bu durum, yetki sahibi olan insanların dürüst olmadıklarını ve çalışanların kim olduğuna saygı duymadıkları gösterir. Adaletsizlik, terfi süreçleri ve değerlendirmeleri sırasında daha belirgin bir hal alır(14). Belirli bir kurumda çalışanların, kurumsal karar ya da politikaların doğruluğu hakkındaki görüşlerini ifade eden adalet kavramı aynı zamanda; kurumun herkes için tutarlı ve eşit kurallara sahip olması anlamına gelir. Eğer çözüm arayışlarında her iki taraf da dinlenmiyorsa, bu da adaletsizlik olarak algılanabilir(11). Birey ile iş arasında adalet açısından uyum; kurum farklı bakış açılarına sahip bireylerden oluşsa da, çalışanların işle ilgili her türlü önemli kararın açık bir şekilde alındığını düşünmeleridir. Bu uyum kurumun insana duyduğu saygının ve çalışanlarda var olan adalet duygusunun bir göstergesidir. Birey ile iş arasında, adalet açısından uyumsuzluk ise; çalışanların, kurumiçinönemli olan kararların, güçlü birey ve kliniklerin çıkarları doğrultusunda alındığını düşünmeleridir(35). Bir örgütte adalet açısından algılanan uyumsuzluk, tükenmişliküzzerinde iki şekilde etkili olur: Öncelikle adaletsiz bir kurum algısı, duygusal acıdan üzücü ve tüketici bir etki yaratır; ikinci olarak da, kuruma karşı duyarsızlaşmayı körükler. Başka bir deyişle adalet açısından yaşanacak uyumsuzluk veya olumsuz bir adalet algısı; tükenmişliğin duygusal tükenme ve duyarsızlaşma boyutuyla ilişkilidir(11).

Kurumsal adaletle ilgili çalışmalar, kurumsal psikoloji alanında ortaya atılan Stacy Adams'ın 'Eşitlik Kuramı' ile başlamaktadır(58).

Eşitlik kuramı; en genel tanımıyla bireylerin iş ilişkilerinde hak ve adalet kavramlarında eşitliği sağlama adına motive olduklarını ifade etmektedir. Bu kuram, bilişsel bir temele sahiptir. Adams'a göre bireyler, genel olarak bir denklik durumu ararlar. Başka bir deyişle örgütiçinde bireylerin adil ya da hakkaniyetli bir muamele

gördükleri hissini taşımaları önemlidir. Çalıştıkları kurumla olan ilişkilerinde bireyler, kuruma verdikleri ile kurumun bireyin kendisine ve başkalarına sağladıklarını öznel bir kıyaslamaya tabi tutarlar. Bu kıyaslamamanın sonucunda birey, sahip oldukları özelliklerin bir uzantısı olarak ortaya koyduğu çabaların, kurumda bir karşılığını alamadığı yargısına varabilir. Kastedilen karşılık; ücret gibi maddi bir durum olabileceği gibi, yeterince takdir edilmemek gibi duygusal bir durum da olabilir(19).

'Değerimi bilmiyorlar' gibi bir serzeniş, bu şekilde bir kıyaslamamanın sonucudur. Bu durumla karşılaşan kişi durumu eşitlemeye çalışır ve çözüm olarak performansını düşürme yoluna gider. Bu durumun tam tersi ise, birey yaptığı kıyaslama sonucunda kurum tarafından, çabalarından daha fazlasıyla ödüllendirildiğini düşünebilir. Bu durumda birey daha fazla çalışarak bunu 'hak etmek' için uğraşır. En adil olan durum ise, girdilerle çıktılarının birbirine denk olduğu ve bunun sürekliliğinin sağlandığı durumdur. Diğer bir kıyaslama ise, bireyin kendisini, kendisine eşdeğer konumda olan çalışma arkadaşlarıyla kıyaslamasıdır ki bu sosyal kıyaslama, bir önceki bireysel kıyaslamadan daha önemlidir. Bu kıyaslamamanın adil ve eşit olarak sonuçlanması hem kurum hem de birey açısından önemlidir(25).

Literatürde örgütsel adaletin üç temel boyutta incelendiği görülmektedir:

1. Dağıtımsal Adalet (Distributive Justice): Cohen'e göre dağıtımsal adalet, kaynakların kişilere, belirli standartlar, fonksiyonel kurallar ve hükümlere göre belirlenmiş oransal paylar şeklinde paylaştırılmasıdır. Bireyler elde ettikleri sonuçları (gelir, prim, terfi, sosyal haklar gibi) adalet veya adaletsiz olarak algılayabilir. Dağıtımsal adalette esas olan, bireylerin, dağıtılan kaynaklardan adil şekilde pay aldığını düşünmeleridir. Dağıtım adaletsizliğinin sonunda bireyler sonuçlarayönelik tepki gösterebilirler(58). Özetle bireysel adalet, bireylerin davranışlarının sonuçlarına ilişkin değerlendirmelerini ifade eder(59).

2. İşlemsel / Süreçsel Adalet (Procedural justice): İşlemsel adalet kavramı bireyin kendisine veya bir başkasın ilişkin kararların alınışında kullanılan süreçlerin / prosedürlerin ya da izlenen yöntemlerin doğru veya yanlışlığı hakkındaki değerlendirmesini ifade eder(19). Bireylerin işlemsel adaletle ilişkin yargıları, onların kendilerini değerlendirmelerinde ve öz saygılarında etkili olduğu gibi, özellikle içinde buldukları sistemi de etkiler. Bir işletmede, ücret veya ödeme sisteminin, disiplin politikalarının ve yönetim kararların çalışanlar tarafından benimsenmesinde ve örgütsel bağlılık yaratılmasında, bu yargılar etkilidir(59).



3. Kişilerarası Etkileşim Adaleti: Çalışanlarlayöneticiler arasında gerçekleşen iletişimdeki adalet algılaması ile ilgilidir. Çalışan bireyler yöneticilerinin kendileri ve diğerleri ile aynı şekilde iletişim kurmalarını beklerler. Kurulan bu iletişimde de adalet ararlar. Kimilerine saygılı kimilerine saygısız davranan yöneticiler adil olarak algılanmazlar. Kişilerarası iletişim eksikliği sonucu yöneticilere karşı tepki doğabilir(58).

İş yükü ve ücret dağılımındaki eşitsizlik, insanların hile yolu ile başarıya ulaşmaları gibi durumlar adaletsizliği bariz bir şekilde göstermektedir. Eğer birey herhangi bir kararın adaletsiz olduğunu düşünüyorsa, kurum içinde de bu şikayetini dile getirebileceği sistemlerin olmasını ister. Bir kararın doğruluğunu sorgulama sistemleri; her iki tarafın sesini de duyurmuyorsa; bu durumda bu süreçlerin de adaletsiz olduğu yargısına varılacaktır.Kurum politikalarının; paranın veya maddi değerlerin çalışanlardan önce geldiği mesajını vermesi de, karşılıklı saygıda ve paylaşılan değerlerde eksilmeye neden olacak, adaletsizlik duygusuna neden olacaktır(11).

Levental'e göre örgüt içinde adalet algılamalarını doğrudan etkileyecek altı temel ilke bulunmaktadır (20):

1. Tutarlılık kuralı: Kaynak kullanımı ile ilgili alınacak kararların birbirleriyle tutarlı olması kuralıdır.
2. Önyargılı olmamak kuralı: Dağıtımda veya işlemde örgütçalışanlarına karşı önyargılı olmama kuralıdır.
3. Doğruluk kuralı: Bilgilerin doğruluğu ile ilgili kuraldır.
4. Düzeltibilme kuralı: Alınan bazı kararlara çalışanların itiraz edebilmeleri veya o kararı düzeltirebilme haklarının olması ile ilgili kuraldır.
5. Temsilcilik kuralları: Çalışanları etkileyecek kararlara alınmasında onlardan temsilciler seçilmesi ve sorulmasıyla ilgili kuraldır.
6. Etik kural: Alınacak kararların, özellikle dağıtım ve işlemle ilgili, çalışanların etik değerleriyle aynı yönde olması gerektiğine ilişkin kuraldır(19).

Bir iş yerinde üç temel bileşenden söz edilebildiği sürece, o iş yeri adil olarak görülür: Güven, açıklık ve saygı. Bir kurum birlik duygusuna sahipse, o kurumda çalışanlar görevlerini yerine getirmek için birbirlerine güvenirlere, amaçlarını açık bir şekilde ifade edebilirler ve birbirlerine karşı saygı çerçevesinde davranırlar. Bir kurumadil davranış sergilemesi; kurum başarısına katkıda bulunan her bireye değer vermesi, onların önemli olduğunu hissettirmesi anlamına gelir. Güven, açıklık ve

saygı şeklinde belirtilen adaletin üç bileşeni, bir çalışanın işle bütünleşmesini sağlayan temel unsurlardır. Bunun zıddı olarak, sözü edilen üç unsurun yokluğu, doğrudan tükenmişliğin oluşmasına neden olur(14).

Bireyler herhangi bir stres yaşadıklarında, yöneticilerinin sadece problemi çözmelerini değil; aynı zamanda iyimser, adaletli ve hem birey hem örgütün yüksek beklentilere sahip olmalarını beklerler (19).

Kurumlarda adalet anlayışının olmaması iki yolla tükenmişliği doğurabilir:

1. Adaletsiz davranışa maruz kalmak, duygusal kızgınlık ve tükenme yaratabilir,
2. Adaletsizlik, iş yeri hakkında derin sinizm duygularının oluşmasına neden olabilir(11).

### **Değer Çatışması**

Cherniss'e göre; bir organizasyonda çalışan birey, kendisini artık özgür biri olarak değil de, işleri daha çok çalıştığı kurumdaki değerler sistemi tarafından belirlenen biri olarak görmektedir. İşin gerekleri ile bireyin kişisel prensipleri arasında uyumsuzluk olduğunda, değerlerin çatışması oluşmaktadır(26).

Bireysel ve kurumsal değerler arasındaki uyumsuzluğun yanı sıra, kurumun değerleri de kendi içinde çatışıyor olabilir(11).

### **Diğer**

Bireylere gerçekçi hedefler konmaması, motivasyonu düşük iş arkadaşları ile çalışma, bireyin karakteri ile yaptığı iş arasındaki uyumsuzluk, işle ilgili objektif deneyim ve işin subjektif baskısı, bürokrasi ve çalışanlarla yönetim arasındaki ilişkiler, pozitif geribildirim alamama, yapıcı olmayan eleştiriler, bireylerin mesleki gelecekleri ve kariyerleri konusunda kendilerini güvensiz hissetmeleri, belirsizlik ve engellenme durumunda olmaları, mola verebilecek, birbirleri ile iletişim kurup tartışabilecek zaman ve ortamlarının olmaması, işleri ile ilgili bilgi ve becerilerini güncelleyebilecekleri sürekli bir eğitim imkanının olmaması da tükenmişliği etkileyen diğer nedenlerdendir(12,60).

### **Bireysel Nedenler**

Tükenmişlikle ilgili araştırmalarda, bireysel özelliklerden bazıları tükenmişlik ile ilişkili bulunmakla birlikte bu ilişki, tükenmişlik ile kurumsal faktörlerin ilişkisi kadar bariz değildir. Bu da tükenmişliğin bireysel olmaktan ziyade sosyal bir olgu olduğunu belirtmektedir(11). Farklı özelliklere sahip bireyler, çalışma ortamının dinamiklerinden

farklı düzeylerde etkilenmektedirler. Bireysel faktörler, aynı örgütsel tükenmişlik etkenlerine maruz kaldıkları halde neden bazı bireylerin tükenmişlik yaşarken diğer bazılarının yaşamadığını belirleyen bir gösterge olarak da kabul edilebilir(19).

### **‘ A veya B Tipi ’ kişilik yapısında olma**

Bireylerin kişilik yapısı tükenmişlikle ilgili önemli bir değişkendir. Bireyin kişilik özellikleri iş seçimlerini etkileyebilir. Bazı bireyler daha az stresi olan işleri seçer, bazı bireyler işe daha fazla stres yaşayacakları işlere yönelebilirler. Birçok araştırmaya göre kişilik, bireyin hem işle ilgili algıların, hem de duygusal tepkilerini etkilemektedir. Bireylerin ihtiyaçlarını, yeteneklerini, istekleri ve kişilik örüntüleri, çalıştıkları işyerin talep ya da sınırlılıkları bireyin iş stresini yaşamalarına neden olmaktadır(61). A tipi ve B tipi olmak üzere iki temel kişilik vardır(62).

A tipi kişilik içe dönük bir kişiliktir. Utangaç, çekingen, tek başına çalışmaktan hoşlanan özellikleri içerir(33).Hızlı yemek yer, yüksek sesle ve acele konuşur, zamanı boşa harcamaktan nefret eder, aynı anda birçok şeyi birden yapmaya gayret ederler(62).Birinci derece özellikleri arasında dinlenme, dostluk ve zevk verici şeylere çok az zaman ayırma; başkalarının konuşmasını sık sık kesme sayılabilir. Diğer insanlara öfke, huzursuz ve sabırsızca davranırlar. İkinci derece önemli özellikleri işe aşırı titizlik, yarışmacılık ve her şeyi kontrol etme isteği mevcuttur(20).

Örgütlerde genellikle A tipi davranış gösterenler ödüllendirilir. Yöneticilerden A tipi davranış göstermeleri beklenir(62).Friedman ve Rosenman, koroner kalp rahatsızlığı olan bireylerde, ‘A tipi davranış’ adını verdikleri bazı ortak davranış özellikleri saptamışlardır. Buna göre; hızlı çalışmak ve hızlı konuşmak, sürekli zamanla yarışmak, başarı odaklı olmak, aynı anda birkaç işi birlikte yapmaya çalışmak, sabırsız ve öfkeli olmak, para ve sorumluluk kavramlarını başarının göstergesi olarak kullanmak, nitelikten çok niceliğe önem vermek A tipi davranış özellikleri içindedir(57).Tükenmişlikle bireysel özellikler arasındaki ilişkilerin araştırıldığı çalışmalarda, duygusal tükenme boyutunun, Tip A kişilik özellikleri ile ilişkili olabileceği belirlenmiş ve ‘duygusal’ bireylerin, ‘mantıksal’ bireylere göre özellikle duyarsızlaşma alt boyutunda daha fazla tükenme görülmüştür. Tahammülsüz bireylerin özellikle duygusal tükenme puanlarının yüksek bulunduğu

çalışmalarda, tükenmişlik ayrıca 'nörotiklik' ile de ilişkilendirilmiştir. Nörotiklik; anksiyete, düşmanca tavır, depresyon, bencillik ve kırılabilirlik gibi özellikleri içermektedir. Buna göre; nörotik kişiler, duygusal olarak dengesiz ve psikolojik strese eğilimlidirler(11).

B tipi davranış gösterenler bireyler işe, A tipi kişilik özelliklerini taşımayan, tam karşıtı olan bireylerdir. Zaman sıkışıklığından yakınmazlar, gerekmedikçe başarılarını gösterme veya tartışma gereği duymazlar. Saldırgan ve düşmanca davranmazlar. Çevreyle daha az sorun yaşarlar. Huzursuz olmadan çalışır, suçluluk duymadan rahatlayabilirler. Kendi eylemleri ile ilgili başkalarının neler düşüneceği ile ilgilenmezler. B tipi kişilik özelliği dışı dır. Toplumsal çalışmalardan hoşlanan, atılgan, duygusal problemlerini başkasına açabilen özellikleri vardır. Katı kurallardan arınmış ve esnektirler. Sakin ve düzenli çalışırlar. Kendisinden ve çevrelerinden emindirler. Zaman baskısı, zamansızlık, başarılı olmak için yoğun çabaları, rekabetçilik ve gerçekçi olmayan hedeflere ulaşma isteği, yavaşlığa karşı düşmanca duygular, aynı anda birçok şeyle uğraşmak gibi A tipi kişilik özelliklerini taşıyanların daha fazla stres ve iş tükenmişliği yaşadıkları bilinmektedir(33,61,62).

#### **Dış kontrol odaklı olma**

İç kontrol odağına sahip bireyler, stresle başa çıkmak ya da stresin olumsuz etkilerini en aza indirmek için çaba sarf etmektedirler. Buna karşın, stresle mücadele etmenin kendi güç ve yeteneklerinin ötesinde olduğunu düşünen dış kontrol odağına sahip bireyler, aktif bir çözüm arayışı yerine pasif bir şekilde stresin etkilerine maruz kalmayı tercih ederler(24). Dış kontrol odaklı bireylerde, iç kontrole sahip bireylere göre daha fazla tükenmişlik yaşandığı bulunmuştur(14).

#### **Empati yeteneği**

Bireyin kendisini karşısındaki yerine koyarak onun rolüne girmesi, olaylara onun gözüyle bakması dolayısıyla onun duygu ve düşüncelerini doğru algılaması ve bu durumu ona iletmesi şeklinde ifade edilir(63). Empati kurma becerisi olan bireyler, diğerlerince daha çok sevilmeaktedirler; ancak, bu bireylerin başkalarının sıkıntılarını içselleştirmeleri, tükenmişlik riskini arttırabilir(19). Yapılan çalışmalarda, kadınların erkeklere göre karşısındaki bireyleri daha fazla gözetmeleri ve önemsemeleri gibi nedenlerle, duygusal tükenmeyi daha fazla yaşadıkları öne sürülmüştür.(14)

### **Beklenti düzeyi**

Bireyler, işlerindeki beklentilerine göre farklılık gösterirler. Bazılarında hem işin doğası, hem de daha büyük başarı sağlama imkanı bağlamında bu beklentiler çok fazladır. Beklentiler idealist, gerçeklikten uzak olursa, tükenmişliĝeyol açan birer faktör olarak karşımıza çıkar(11).Tükenmişlik sendromunu yenen ya da ondan korunmaya çalışan profesyonellerin de yüksek hedef ve beklentileri vardır. Bu beklenti ve hedefler daha gerçekçidir. Ayrıca bu bireyler bu beklentilere ulaşma konusunda aşırı zorlayıcı değillerdir(19).

### **Demografik Değişkenler**

Tükenmişlik ile en güçlü ilişki yaş ile bulunmuştur. Yapılan çalışmalardan elde edilen bulgulara göre, genççalışanlardatükenmişlik düzeyinin daha yüksek olduğu, mesleki tecrübe de yaş ile ilişkili olduğu içintükenmişlik, kariyerinin başlangıcındaki kişilerde artmıştır. Ayrıca, Maslach ve Jackson, yaşlıların kişisel başarı algısının, gençlere göre daha yüksek olduğunu belirtmişlerdir(11,15).Medeni durum değişkeni ile ilgili olarak ise; evlenmemiş bireylerin (özellikle erkeklerde), evlenmiş bireylere göretükenmişliğe daha eğilimli olduğu ifade edilebilir. Bekarlar, boşanmışlardan bile daha fazla tükenmişlik sergileyebilirler. Maslach ve Jackson da, bekar ve boşanmışlarda duygusal tükenmedüzeyinin, evli olanlara göre dahayüksek olduğunu göstermişlerdir(11,15).

Maslach ve Jackson'a göre eğitim düzeyi ile tükenmişlik arasında pozitif bir ilişki bulunmaktadır. Yazarlara göre, eğitim düzeyiarttıkça duygusal tükenmedüzeyi de artma eğilimindedir(15).Yüksek eğitim düzeyine sahip bireylerde mesleki beklentilerin daha yüksek olması, bu beklentilerin gerçekçi olmaması ve yüksek eğitimlilerin daha fazla sorumluluk gerektiren stresli işlerde çalışmaları gibi nedenlerin bu sonuçta rol oynayabileceği ifade edilmiştir(14).Cinsiyetin, tükenmişlik gelişimi içingüçlü bir etken olmadığı ifade edilmektedir. Bazı çalışmalar kadınlarda, bazıları ise erkeklerde tükenmişliğin daha fazla görüldüğünü vurgularken, diğer bazıları da her iki cinsiyette eşit düzeydetükenmişlik bildirmiştir.

### **Diğer**

Mükemmeliyetçi olma, kendini feda etme, konuşulmayan duygular, diğer insanlarla yaşanan sorunlar da tükenmişlikdüzeyi üzerine etkilidirler(19).

## **Anesteziyologlarda Tükenmişliğe neden olan faktörler**

2003 İsveç'te yapılan bir çalışmada anesteziyologların işi şu şekilde tanımlanmıştır:

- 1.Profesyonel sanatçı; anestezi vermek ve hastanın hayati fonksiyonlarını kontrol etmek
- 2.İyi bir yardımcı; hastaya yardım etmek, ağrı ve anksiyetesini gidermek.
- 3.Hizmetkar; hastalarla ilgilenen diğer doktor ve hemşireler için işi kolaylaştırmak amacıyla hizmet vermek.
- 4.Koordinatör; ameliyathaneleri organize etmek ve yönetmek(64).

Anesteziyologların yaptıkları iş nedeniyle oluşan streslerinin yanında özellikle kapalı bir ortam olan ameliyathanelerde çalışmaları, uzun süreli anestezi ajanlara maruz kalmaları, ortam ısı ve aydınlatma ile ilgili sorunlar, aşırı iş yükü, uzun çalışma saatleri, gece nöbetlerinin varlığı, her zaman dikkatli olma zorunluluğu, hastaların artan istekleri, birlikte çalışılan ekiple yaşanan sorunlar, iş için gerekli araçlarda kısıtlılıklar stres ve anksiyete nedeni olabilmektedir.

Çalışmalarda anesteziyologlar için strese neden olan altı faktörüzerinde durulmaktadır.

Bunlar;

- 1.Zaman sınırlılığı
- 2.Aşırı işyükü(fiziksel ve ruhsal)
- 3.İşin karmaşıklığı
- 4.Sorumluluk(etik)ve hastalarazarar vermek korkusu
- 5.İşin kolektif boyutu, işyeri atmosferi ve iletişim sorunları
6. İş kontrolü eksikliği olarak ifade edilmiştir(60).

## **Tükenmişliğin Sonuçları**

Tükenmişliğin belirtileri, aynı zamanda tükenmişliğin sonuçları şeklinde ele alınabilir. Tükenmiş çalışanın hizmet sunduğu kişiler daha düşük nitelikte hizmet alır ve insanı olmayan tavırlara maruz kalır. Çalışanları düşük performans gösteren kurumlarda etkilenmektedir. Ayrıca sürekli çatışmalara maruz kalan ve duygusal acıdan birbirinden giderek uzaklaşan ailelerde etkilenir. Tükenmişlik tek başına onu yaşayana zarar getiren bir olgu değil, aynı zamanda bireyin etrafındaki her şeyi ve herkesi yıkıma uğratabilen bir olgudur(55).

### **Tükenmişliğin Bireysel Sonuçları**

Yorgunluk, uyku bozuklukları, kardiyovasküler ve gastrointestinal problemler, sık soğuk algınlığı, sırt ağrısı, kas gerginliği, bulantı, nefessizlik hissi, kilo problemleri, yeme alışkanlığında değişim, güçsüzlük, kızgınlık, sıkıntı, hayal kırıklığı, depresyon, cesaretin kırılması, ilgisizlik, gerçeğin farkına varma, umutsuzluk, karamsarlık, düşük moral, empati kaybı, konsantrasyon bozukluğu, hata bulma, başkalarını suçlama, geri çekilme, izole olma, devamsızlık, gereksiz risk alma, ilaç veya alkol kullanma, kendine güvende azalma, apati, anlamsızlık hissi, insan ilişkilerinde bozulma olarak belirtilebilir(12).

### **Tükenmişliğin Kurumsal Sonuçları**

Bir işletmede tükenmişlik belirtilerini yaşayan çalışanların sayısının artması, kurumsal tükenmişliği gösterir. İş gören devir hızının yüksek olması, hizmet kalitesinin düşmesi ve bununla ilgili şikayetler alınması, çalışanların mesai saatlerine uymamaları ve günüçinde sık sık dışarı çıkmak istemeleri, çalışan bireyler arasında iletişim ve uyumda bozulma neticesinde çatışmaların artması, çalışanların fiziksel ve duygusal problemlerinde artış olması, organizasyon el yaratıcılık ve üretkenlikte azalma başlıca belirtileridir.

Tükenmişlik, işe gitmeme, işten ayrılma, iş değiştirme gibi çeşitli kaçınma şekilleriyle ilişkilidir. İşine devam eden bireylerde tükenmişlik, üretkenlikte azalma, iş etkinliğinde bozulma gibi sonuçları doğurmaktadır. Dolayısıyla; iş doyumunu, işe ve organizasyona bağlılık azalır. Tükenmişlik yaşayan kişiler daha fazla çatışma ve görevlerini aksatma yoluyla iş arkadaşları üzerinde de olumsuz bir etkiye neden olabilir ve böylece tükenmişliğin yayılmasına neden olabilirler.(11)

### **Tükenmişliğin Aile İle İlgili Sonuçları**

Tükenmişlik sadece bireyi ve onun iş yaşantısını değil, aynı zamanda aile hayatı ve sosyal ilişkilerinde de olumsuzluklar yaratır. Duygusal olarak yorgun olan birey, evine fiziksel olarak da yorgun ve gergin gelerek, evde işi ile ilgili şikayetlerini yansıtmakta ve dolayısıyla, ailesinin ondan ayırmasını beklediği zaman ve ilginin azalmasına sebep olmaktadır. Bazı bireylerin eve gittiklerinde işlerinden bahsetmemeyi tercih etmeleri avantajlı gibi görülse de, bu durum evli çiftler arasında acık, paylaşımcı ve güvenilir bir ilişki kurulmasına engel teşkil edebilir(55).

## **Sağlık Çalışanlarında Tükenmişliğin Sonuçları**

De Valk ve Oostrom'a göre sağlık çalışanlarında tükenmişliğin sonuçları(65):

1. Tükenmişlik yaşayan doktorlarda iş doyumu, tükenmişlik yaşamayanlara göre dahadüşüktür. İşlerini değerli bulmamakta, kendilerine adil davranılmadığına ve çatışan değerleri göğüslemek zorunda kaldıklarına inanmaktadırlar,
2. Aile ve kişisel ilişkileri de sıklıkla tükenmişlik tarafından olumsuz etkilenmektedir,
3. Doktorların kolayca ilaç bulabilmeleri, ilaç bağımlılığı riskini arttırmaktadır,
4. Depresif duygular, doktorlarda da tükenmişlik sendromunun sık görülen bir sonucudur ve bazen intihara kadar ilerleyen sonuçları olabilmektedir,
5. Hastalarla empati kurma becerisinde azalma, işten psikolojik olarak çekilme, sinirlilik ve sabırsızlık ile daha kötü bir tavır takınma olabilir
6. Tükenmişlikle ilişkili olarak yeterlilik duygusundaki azalma, doktorlarda kendi performansını subjektif ve objektif olarak daha düşük algılamaya neden olabilir.

Konu ile ilgili diğer çalışmalarda;

1. Duygusal tükenme yaşayan doktorların, insanlardan uzak durmaya daha eğilimli oldukları ve hastayadaha olumsuz yaklaşımlar içinde oldukları(17),
2. Üstleri ile sürtüşme içinde olanların, duygusal tükenme yönünden yüksek puanlara, buna karşın üstleri ile iyi ilişkileri olanların ise, kişisel başarı alt boyutunda puanlarının yüksek olduğu,(11)
3. Özellikle hastalarla birebir etkileşim halinde olan doktorların kendilerini sıkça sürekli yorgun, enerjisi tükenmiş, nedensiz olarak huzursuz olarak tarif ettikleri ve yoğun baş ağrısı, halsizlik, iş yapma isteğinin olmaması gibi şikayetlerde buldukları belirtilmiştir(19).

## **Tükenmişliği Önleme ve Tükenmişlikle Başa çıkma Yolları**

Burnout'u önleme ve üstesinden gelme yönünde yürütülecek çalışmalar, üç ana başlık altında incelenebilir(32):

- Çalışan kişideki değişiklik ve gelişmeler
- Görev ve rol yapısındaki değişiklik ve gelişmeler
- Yönetim ve örgütlenme ile ilgili önlem ve değişiklikler

Burnout'u önlemek ve üstesinden gelmek için esas olan, problemin varlığını ve önemini kabul etmektir.

**Çalışan kişideki değişiklik ve gelişmeler:** Daha çok bireysel olarak uygulanabilecek yöntemlerden oluşur. Çalışanları daha gerçekçi amaçlar



benimsemeleri yönünde cesaretlendirmek, çalışan bireyin kendi kendisiyle ilgili beklentilerinde azalma sağlayabilir. Kişinin, tutumları, karar verme ve problem çözme yaklaşımları ile ilgili bilişsel değişiklikler yapması, değerlerini, algı ve beklentilerini netleştirmesi sağlanabilir(66,68).

Çalışanın duygularını ifade ediş tarzını değiştirmesi, baş etme kapasitelerini geliştirmesi ya da modifiye ederek verimlilik potansiyellerini arttırması yönünde desteklenebilir. İletişim becerilerini kuvvetlendirmek ve çalışanın rolünün netliği için bazı stratejiler geliştirmesi sağlanabilir(66,68).

Çalışanın karar alma sürecindeyken, kendisini daha fazla ortaya koyabilmesi için, kendisine fırsat ve cesaret verilebilir. Stresi yaşayan çalışan için konsültasyon ve danışmaya yoğunlaşmış bir çalışma programı oluşturulabilir. Çalışanların ego tiplerinin belirlenip bireysel özelliklerine göre problemleriyle ilgilenmek gerekebilir. Destek gruplarının oluşumu için çaba gösterilmelidir. Bazı spor aktiviteleri, müzik çalışmaları gibi etkinliklerin destek sağlayıcı özelliklerinden yararlanılabilir(68).

Düzenli egzersiz programlarına katılma, sigarayı bırakma, alkol alımının kontrol edilmesi, diyet değişiklikleri, özbakım sorumluluğunu arttırma gibi önlemler yer alabilir.

Burnout'ta tükenme, mental ve emosyonel düzeydedir. Tükenmişliği yaşayan bireyin, kendini halsiz, yorgun ve özgüvensiz hissettiği için meditasyon, yoganın yanısıra içgörme yönelik olmayan koşu, tenis, yüzme gibi fiziksel aktivitelere de ihtiyacı vardır. Stresi ve tükenmişliği kanalize etmek sıklıkla kas gevşetici egzersizler ile olanaklıdır. Gevşeme teknikleri özellikle bitkinlik hissini azaltarak, hastalar ile olan ilişkilerin uyumlu olmasına yardımcı olur(69).

Quill ve Williamson stres yönetimini 5 kategoride incelemişler(70):

- Kendine zaman ayırma: meditasyon, psikoterapi, tıp haricinde başka bir konuda eğitim alma
- Duyguların paylaşımı: Tıp içi veya dışından grup aktivitelerine katılma, duygu ve düşüncelerin aile fertleriyle paylaşılması, aile ve arkadaşlara zaman ayrılması
- Fiziki ve emosyonel bireysel ihtiyaçların karşılanması: Uygun nöbet listesinin ayarlanması, sık tatile çıkma, akşam ve hafta sonu mesailerinin sınırlandırılması, düzenli tıbbi bakım ve düzenli egzersiz
- Bireysel filozofik düşüncenin geliştirilmesi: Uzun ve kısa vadeli planların yapılması ve uygulamaya konması. Zaman yönetiminin iyi yapılması
- Stresten kurtulmaya yönelik eğitim toplantıları

**Görev ve rol yapısındaki değişiklik ve gelişmeler:** Hizmet verilenlerin sayısı sınırlandırılarak veya çalışanların sayısı artırılarak hekim-hasta oranlarıyüksek tutulup yoğunluk azaltılabilir(66,67).

Çalışanların önerilerini almak için kendi problemleri üzerinde konuşabilecekleri ve gerektiğinde destek alabilecekleri resmi ve gayri resmi programlara başvurmaları sağlanabilir. Bu programlar benzer koşullar altında çalışanların, iş ortamlarının zorlukları ve stresle başetme yöntemleri hakkında karşılıklı fikir alıp vermelerini sağlamak için uygun bir ortam oluşturabilir. Eğitim içerikli uygulamalar, bireysel stresle başetme yöntemlerini geliştirmek amacıyla oluşturulmuş teknikler ihtiva eder(67). Çalışanın görev yerinden uzaklaşmasından dolayı suçluluk duymasını azaltmak için, izin isteklerinormal karşılanmalıdır. İşyerinde molalara izin veren bir çalışma şekli uygulanmalıdır(66).Zaman zaman, kongreler, seminerler gibi işten geri çekilme olanakları sağlanabilir. Çalışanın emeğinin tam karşılığı olacak şekilde ücretlendirildiğini hissetmesi önemlidir(3).

**Yönetim ve örgütleniş ile ilgili önlem ve değişiklikler:** Organizasyon tekniklerini savunanlar, stres etmenlerinin bireysel kontrol mekanizmalarından daha fazla unsurlar içerdiğini ve yalnızca bireysel kontrol teknikleri ile sorunun aşılamayacağını belirtmektedirler(3).

Organizasyon teknik üç temel öğeden oluşur:

- İşin modifikasyonu
- Danışmanlık hizmetleri
- Kurum olarak sorun çözme

**İşin modifikasyonu:** Aşırı yüklenme, boş oturma, belirsizlik ya da çatışmadan kaynaklanan stresin azaltılmasında en basit ve en etkili yöntemdir. Aynı zamanda iş ve çalışanlar arasında uyumun sağlanmasına yardımcı olur(32).

Bireysel iş stresini azaltmak için işin yeniden yapılanmasına yönelik yöntemler:

- Zor işleri eşit olarak dağıtarak yükün aynı kişiler üzerinde birikmesini engellemek

- Zor işlerin dönüşümlü olarak yapılmasını sağlamak

- Gün içerisinde iş harici aktiviteler için zaman ayarlamak

- Yarım gün çalışmayı desteklemek, bu yöntemle insan kaynakları ve esneklik artar

- Çalışanlara yeni programlar oluşturması için olanak sağlamak

**Danışmanlık hizmetleri:** Bu yöntem ile danışmanların öneri ve eleştirilere daha açık olması sağlanırken, çalışanların fikirlerine de önem verilmiş olunur. Düzenli aralıklarla geri bildirim almak için anket düzenlemek faydalıdır(32).

**Kurum olarak sorun çözme:** Kalite gelişim programlarının bir amacı da iş ortamının doğru değerlendirilmesini ve sorunların ilk ortaya çıkış anında ele alınmasını sağlayacak kalıcı bir mekanizmanın oluşturulmasını sağlamaktır. Çalışanlarla sorun çözmeye yönelik toplantıların düzenlenmesi, kimlik belirsizliğini ve iletişimsizlikten kaynaklanan çatışmaları engelleyebilir(32).

İzin ve zaman konusunda katı davranılmaması, bireyde istek ve gereksinimlerine duyarlı davranıldığı duygusunu uyandırarak, işine ve yönetime karşı duyarlılığın sağlanmasına yardımcı olur(32).

Bireyin kendisini bir grubun üyesi olarak algılaması çok önemlidir. Bu, grubun üyelerinin, birbirinden uzaklaşmasına izin verilmemesi anlamındadır. Böylelikle bireydeki burnout'a ilişkin değişimler erken fark edildiğinden erken müdahalede bulunma şansı da verir(32).

## GEREÇ ve YÖNTEM

Bu çalışmaya Kars ve çevresinde sağlık kuruluşlarında anestezi, reanimasyon ve algoloji birimlerinde çalışan anestezi ve reanimasyon uzmanları, reanimasyon uzmanlığı eğitimi alan araştırma görevlisi hekimler ve üniversitede görev yapan öğretim üyeleri alındı. Etik kurul onayı Kafkas Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu'ndan alındıktan sonra çalışmaya başlandı. Bu amaca yönelik olarak duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarıyı araştıran MTÖ ile kişisel özellikler, alışkanlıklar ve çalışma koşullarını araştıran sosyodemografik veri toplama formu ve bilgilendirilmiş olur formunun hekimlere ulaştırılarak anket formunun doldurulması sağlandı. Ulaşılan 69 formdaki veriler değerlendirilmeye alındı. Uygulanan anketlerde cevaplayıcıların araştırmacının yapıldığını bilmelerinden kaynaklanan etkilerin (Hawthorne Etkisi) de olabileceği dikkate alındı. Bu tür etkileri en aza indirmek için ankette, cevaplayıcıların isim belirtmemeleri istenmiş ve araştırma sonuçlarının işe ilişkin değerlendirmelerde kesinlikle kullanılmayacağı belirtildi.

Çalışmadan elde edilen bulgular, bilgisayar ortamında SPSS 18.0 (Statistical Package for Social Sciences, v18. Chicago ABD) paket programı ile çözümlendi. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotlardan ortalama, standart sapma, min ve maks değerler, sayı ve yüzdeler kullanıldı. İletim ölçümlerinin çözümleyici istatistiklerinde ise normal dağılıma uyan ve iki grulu karşılaştırmalarda t testi, üç grulu karşılaştırmalarda varyans analizi kullanıldı. Varyans analizinde anlamlı çıkan bulgularda post hoc test olarak LSD analizi uygulandı. Normal dağılımın değerlendirilmesi Shapiro-Wilk testi ile yapıldı. Anlamlılık ölçütü olarak  $p < 0,05$  anlamlı kabul edildi.

## Araştırmada Kullanılan Formlar

Ankette sosyodemografik verileri incelemek için hazırlanmış 23 sorudan oluşan 1. bölüm ve tükenmişlik düzeyini belirlemek için, Maslach tarafından geliştirilen, ülkemiz için geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Çam ve Ergin tarafından yapılmış olan MTÖ kullanıldı.

## Sosyodemografik Veri Toplama Formu

Aşağıda gösterilen sorulardan oluşan hekimlerin yaş, cinsiyet, medeni durum gibi kişisel özelliklerinin yanı sıra alışkanlıkları, sağlık sorunları, çalışma ortamı ve koşulları gibi özelliklerini de sorgulayan sosyodemografik veri toplama formu hazırlandı.

### Sosyodemografik Veri Toplama Formu

1. Yaş:                      2. Cinsiyet:                      3. Medeni durum: evli( ) bekar( ) flört( )

4. Çocuk sayısı:

5. Herhangi bir hobiniz var mı? Ne sıklıkla yapabiliyorsunuz?.....

Kitap okuma( ) Müzik dinleme( ) Sinema( ) Yüzme( ) Tenis( ) Yürüyüş( ) Dans( ) Spor( ) Dalış-dağcılık( ) TV izleme( ) Futbol( ) Basketbol( ) Resim( ) Takı tasarımı( ) Avcılık- atıcılık( ) Fotoğraf çekmek( ) Bulmaca çözmek( ) At yarışı( ) Yemek yapmak( ) Bahçe işleri( ) Seyahat( ) Alışveriş( ) Diğer:.....

6. Sigara kullanıyor musunuz? evet( ) hayır ( )

7. Alkol kullanıyor musunuz? evet( ) hayır ( ) sosyal içici ( )

8. Herhangi bir kronik hastalığınız var mı ?var( ) yok( )

9. Mesleki kariyer

Prof. Dr. ( ) Doç. Dr. ( ) Yrd. Doç. Dr. ( ) Uzm. Dr. ( ) Asistan Dr. ( )

10. Meslek yılı:                      11. İhtisas yılı:

12. Çalışılan kurum ve çalışma süresi:

13. Haftalık çalışma saatiniz nedir?

14. Aylık nöbet sayınız nedir?

15. Nöbet izni kullanıyor musunuz?
16. Her yıl düzenli olarak tatile çıkar mısınız? Evet ( ) Hayır( )
17. Günde kaç saat uyuyorsunuz?.....saat,Uyku düzensizliğiniz var mı?var( )yok( )
- 18.Haftada kaç saat açık alanda kalabiliyorsunuz?.....
19. Meslek seçimi: İsteyerek ( ) Rastlantısal ( ) Yakınların etkisiyle ( )
20. Aylık geliriniz nedir?.....TL
21. Yaşadığınız herhangi bir sorun var mı? Varsa sorun alanı:Evlilik ( )Eğitim( )  
Cinsel yaşam ( ) Sağlık ( ) Ekonomi ( ) Çalışma ortamı ( ) Diğer ( ) Yok ( )
22. Sorun süresi(ay,yıl):
23. Stresle başa çıkma yöntemi: Arkadaşlarla konuşma ( ) Yürüyüşe çıkma ( )  
Alışverişe çıkma ( ) Kimseyle paylaşamama ( ) Ev işi ( ) Diğer.....

### **Maslach Tükenmişlik Ölçeği**

Maslach Tükenmişlik Ölçeği, Ergin tarafından Türkçeye çevrilmiş ve ölçeğin 235 kişilik (doktor, hemşire, öğretmen, avukat, polis v.b.) bir grupta yapılan ön uygulamasından sonra, gruptan elde edilen verilerin analizi sonucunda ölçekte bazı değişiklikler yapılmıştır. Ölçeğin özgün formunda hiçbir zaman, yılda birkaç kere, ayda bir, ayda birkaç kere, haftada bir, haftada birkaç kere, her gün şeklinde 7 basamaklı olan cevap seçeneklerinin, hiçbir zaman, çok nadir, bazen, çoğu zaman, her zaman şeklinde beşli dereceleme olarak düzenlenmesine karar verilmiştir (7). MTÖ, duygusal tükenme (DT), duyarsızlaşma (DYS) ve kişisel başarı (KB) olmak üzere üç alt boyuttan ve 22 maddeden oluşmaktadır. Ölçekte, duygusal tükenme ile ilgili 9, duyarsızlaşma ile ilgili 5, kişisel başarı ile ilgili 8 madde bulunmaktadır. Maslach Tükenmişlik ölçeğini oluşturan soru maddeleri 0-4 puan aralığında puanlandıktan sonra, her alt ölçek kendi arasında toplanıp üç ayrı puan elde edilir. Duygusal tükenme ve duyarsızlaşma boyutlarında hiçbir zaman 0, çok nadir 1, bazen 2, çoğu zaman 3, ve her zaman 4 puan ile değerlendirilmiştir. Düşük kişisel başarı boyutunda ise puanlama hiçbir zaman 4, çok nadir 3, bazen 2, çoğu zaman 1 ve her zaman 0 puan olarak diğer boyutların tersine hesaplanmaktadır. Bu puanların toplanması ile DT için 0-36, DHS için 0-20 ve KB için 0-32 arasında değişen puanlar

elde edilir. DT bölümü kişinin mesleği tarafından tüketilmiş ve aşırı yüklenilmiş olma duygularını; DYS bölümü kişinin hizmet verdiği kişilere karşı duygudan yoksun ve umursamaz davranmasını; KB bölümü ise kişinin başarı ile sorunların üstesinden gelme duygularını tanımlamaktadır. Duygusal tükenme ve duyarsızlaşma alt gruplarında, yüksek puanlar yüksek tükenmişliği, kişisel başarı alt grubunda ise tersine puanlandığı için yüksek puan tükenmişlikteki artışı göstermektedir. Tablo 'da katılımcılara dağıtılan Maslach Tükenmişlik ölçeği görülmektedir.

**Tablo .Maslach tükenmişlik ölçeği**

	Hiçbir zaman	Çok nadir	Bazen	Çoğu zaman	Her zaman
1. İşimden soğuduğumu hissediyorum					
2. İş dönüşü kendimi ruhen tükenmiş hissediyorum.					
3. Sabah kalktığımda bir gün daha bu işi kaldıramayacağımı hissediyorum.					
4. İşim gereği karşılaştığım insanların ne hissettiğini hemen anlarım.					
5. İşim gereği bazı kimselere sanki insan değilmiş gibi davrandığımı fark ediyorum.					
6. Bütün gün insanlarla uğraşmak benim için gerçekten çok yıpratıcı.					
7. İşim gereği karşılaştığım insanların sorunlarına en uygun çözüm yollarını bulurum.					
8. Yaptığım işten yıldığımı hissediyorum.					
9. Yaptığım iş sayesinde insanların yaşamına katkıda bulunduğuma inanıyorum.					
10. Bu işte çalışmaya başladığımdan beri insanlara karşı sertleştim.					

11. Bu işin beni giderek katılaştırmasından korkuyorum.					
12. Çok şeyler yapabilecek güçteyim.					
13. İşimin beni kısıtladığını düşünüyorum.					
14. İşimde çok fazla çalıştığımı hissediyorum.					
15. İşim gereği karşılaştığım insanlara ne olduğu umurumda değil.					
16. Doğrudan doğruya insanlarla çalışmak bende çok fazla stres yaratıyor.					
17. İşim gereği karşılaştığım insanlarla aramda rahat bir hava yaratırım.					
18. İnsanlarla yakın bir çalışmadan sonra kendimi canlanmış hissedirim.					
19. Bu işte birçok kayda değer başarı elde ettim.					
20. Yolun sonuna geldiğimi hissediyorum.					
21. İşimdeki duygusal sorunlara serinkanlılıkla yaklaşıyorum.					
22. İşim gereği karşılaştığım insanların bazı problemlerini sanki ben yaratmışım gibi davrandıklarını hissediyorum.					



## BULGULAR

Kars ve çevresindeki anesteziistlerde tükenmişlik sendromunun araştırılmasını amaçlayan bu çalışmada, 69 hekime ulaşıldı. Hekimlerin Maslach Tükenmişlik Ölçeğinden (MTÖ) aldıkları puanlar ölçeğin alt boyutlarına göre hesaplandı. Alınan ortalama MTÖ Duygusal Tükenmişlik Puanı (MTÖ-DT)  $20,01\pm6,78$ , MTÖ Duyarsızlaşma Tükenmişlik Puanı (MTÖ-DYS)  $8,41\pm3,85$ , MTÖ Kişisel Başarı Tükenmişlik Puanı (MTÖ-KB)  $12,72\pm4,79$  olarak belirlendi (Tablo 1).

**Tablo 1. Mashlach Tükenmişlik Envanterinden Alınan Puanlar ve İç Geçerlilikleri**

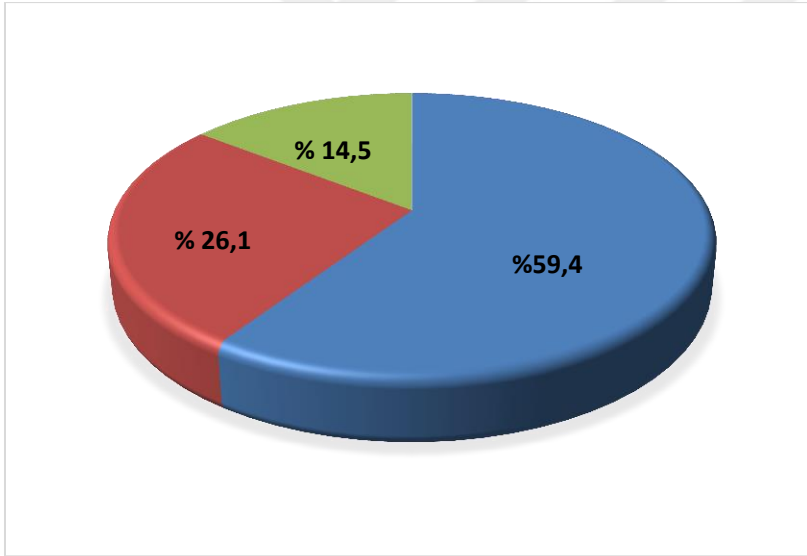
	n	Min	Max	Ort.	Ortanca	Cronbach $\alpha$
<b>MTÖ-DT</b>	69	2,00	35,00	$20,01\pm6,78$	20,00	0,895
<b>MTÖ-DYS</b>	69	1,00	19,00	$8,41\pm3,85$	9,00	0,600
<b>MTÖ-KB</b>	69	4,00	28,00	$12,72\pm4,79$	12,00	0,653

Elde edilen verilerin sonuçlarına göre, araştırmaya katılan hekimlerin %52,2'si erkek, 47,8'i kadındı (Şekil 1).

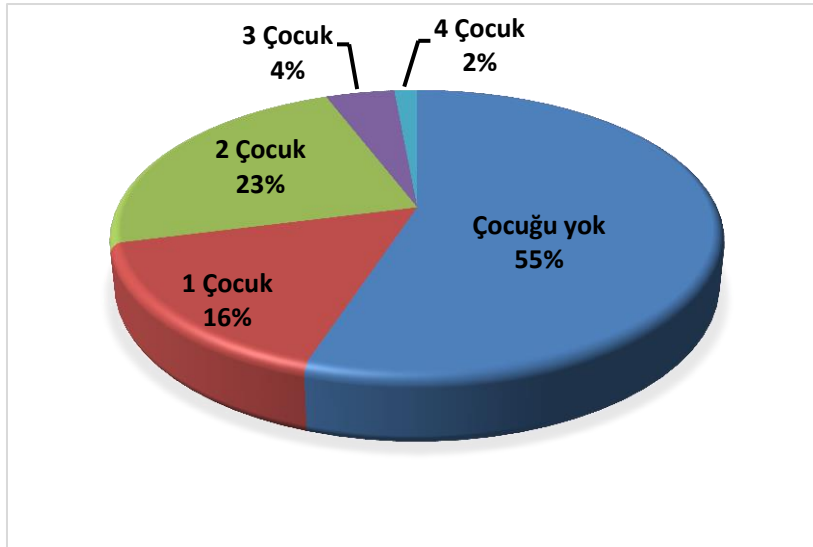


**Şekil 1. Katılımcıların Cinsiyet Oranları**

Katılımcıların, %59,4'ü evli, %26,1'i bekâr, %14,5'i flört durumundaydı. Katılımcıların Çoğunluğunun (%55) hiç çocuğu yok iken, %23'ü 2 çocuğa, %16'sı tek çocuğa sahipti (Şekil 2 ve 3).



**Şekil 2. Katılımcıların Medeni Durumlarının Oranları**



**Şekil 3. Katılımcıların Çocuk Sayılarının Oranları**

Hekimlerin cinsiyet, yaş ve medeni durumlarına göre tükenmişlik puanlarının karşılaştırılması Tablo 2’de görülmektedir.

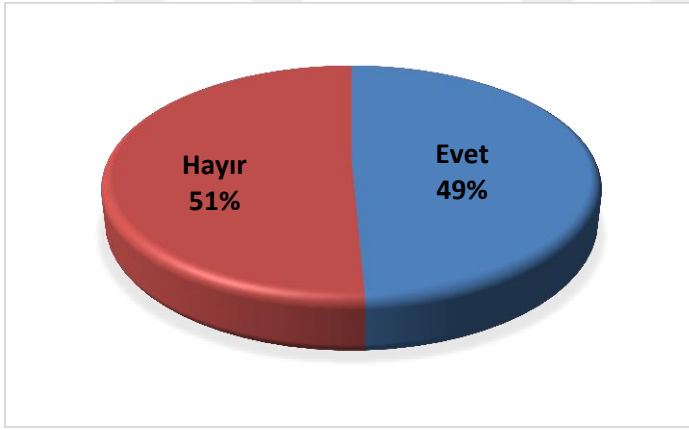
**Tablo 2. Hekimlerin Cinsiyet, Yaş ve Medeni durumlarına Göre Tükenmişlik Puanlarının Karşılaştırılması (n=69)**

Değişkenler	n	MTÖ -DT	Önemlili k	MTÖ -DYS	Önemlili k	MTÖ -KB	Önemlili k	
Cinsiyet	Erkek	36	19,36 ±6,98	t=-0,834	8,06± 3,63	t=-0,785	12,14 ±5,03	t=-1,061*
	Kadın	33	20,73 ±6,59	p=0,407	8,79± 4,12	p=0,435	13,36 ±4,51	p=0,292
Medeni Durum	Evli	41	19,10 ±6,28	F=0,943 p=0,395	8,44± 4,28	F=0,014 p=0,986	13,02 ±4,54	F=0,197** p=0,821
	Bekâr	18	21,56 ±7,53		8,28± 3,61		12,22 ±4,14	
	Flört	10	21,00 ±7,44		8,50± 2,55		12,40 ±6,98	
Yaş	25-30	27	21,33 ±5,74	F=1,633 p=0,190	8,70± 3,75	F=0,894 p=0,449	13,56 ±4,77	F=1,325** p=0,274
	31-40	34	20,06 ±6,60		8,24± 4,02		12,76 ±4,91	
	41-44	4	15,50 ±10,3		6,00± 4,55		9,50± 1,73	

		4		
45+	4	15,25 ±9,91	10,25 ±2,06	10,00 ±4,97

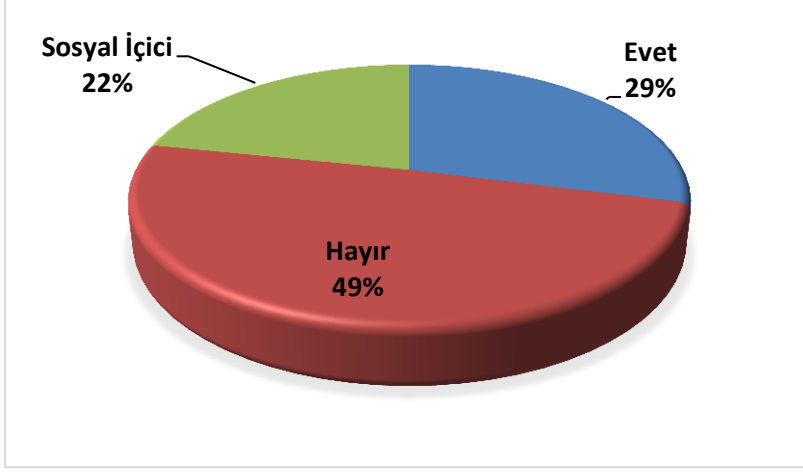
\* t: Student t test, \*\*F: Varyans analizi

Hekimlerde cinsiyete göre, medeni duruma göre ve yaş aralıklarına göre MTÖ-DT, MTÖ-DYS ve MTÖ-KB puanlarında anlamlı bir fark belirlenmedi ( $p>0,05$ ).

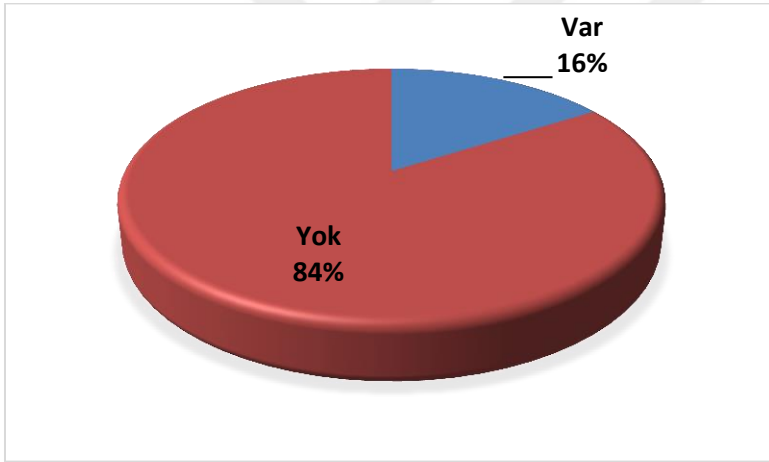


**Şekil 4. Katılımcıların Sigara Kullanma Oranları**

Sigara içen hekimlerin oranı %49 iken, içmeyenlerin oranı %51’idi. Hekimlerin %49’u alkol kullanmazken, %29’u kullandığını, %22’si sosyal içici olduğunu belirtmiştir (Şekil 4 ve 5).

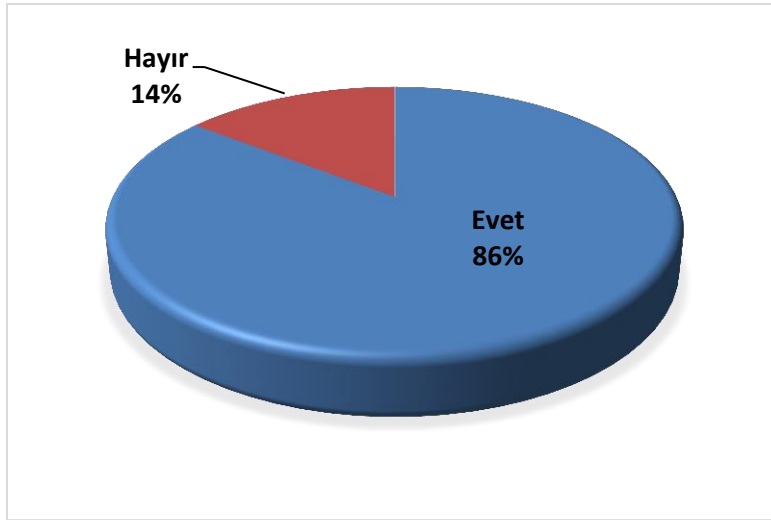


**Şekil 5. Katılımcıların Alkol Kullanma Oranları**



**Şekil 6. Katılımcıların Kronik Hastalığa Sahip Olup Olmama Durumları**

Hekimlerin %84'ünün kronik bir hastalığı olmadığı, %16'sının en az bir hobisinin olduğu belirlendi (Şekil 6 ve 7).



Şekil 7. Katılımcıların Herhangi Bir Hobiye Sahip Olup Olmama Durumları

Tablo 3. Hekimlerde Sigara-Alkol Kullanma Durumu, Kronik Hastalık Varlığı, Uyku Düzensizliği ve Hobilerin Olması Durumuna Göre Tükenmişlik Puanlarının Karşılaştırılması (n=69)

Değişkenler		n	MTÖ- DT	Önemlili k	MTÖ -DYS	Önemlili k	MTÖ- KB	Önemlili k
Sigara Kullanma	Evet	34	21,65 ±5,40	t=2,014 p=0,048	8,06± 3,45	t=-0,734 p=0,466	12,38 ±4,78	t=-0,582* p=0,56
	Hayır	35	18,43 ±7,65		8,74± 4,25		13,06 ±4,85	
Alkol Kullanma	Evet	20	21,90 ±4,49	F=1,607 p=0,208	20,01 ±6,78	F=1,519 p=0,227	12,40 ±5,33	F=1,066** p=0,350
	Hayır	34	19,88 ±7,75		7,15± 3,18		13,50 ±5,07	
	Sosyal İçici	15	17,80 ±6,64		8,88± 4,32		11,40 ±3,02	
Kronik Hastalık	Var	11	21,00 ±5,81	t=0,523 p=0,603	10,00 ±3,80	t=1,508 p=0,136	15,36 ±6,07	t=2,038* p=0,046
	Yok	58	19,83 ±6,98		8,10± 3,83		12,22 ±4,40	
Uyku Düzensizliği	Var	40	20,48 ±5,89	t=0,660 p=0,512	9,40± 4,00	t=2,619 p=0,011	13,30 ±4,70	t=1,174* p=0,244
	Yok	29	19,38 ±7,92		7,03± 3,25		11,93 ±4,88	
Hobi	Evet	59	20,86 ±5,78	t=2,636 p=0,010	8,37± 3,91	t=-0,171 p=0,865	13,05 ±4,88	t=1,383* p=0,171
	Hayır	10	15,00 ±9,99		8,60± 3,72		10,80 ±3,91	

\* t: Student t test, \*\*F: Varyans analizi

Çalışmaya katılan hekimlerden, sigara içenlerin MTÖ –DT puan ortalaması  $21,65 \pm 5,40$ , içmeyenlerinki ise  $18,43 \pm 7,65$ 'idi ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı ( $p < 0,05$ ). Sigara içen hekimler anlamlı olarak daha yüksek MTÖ –DT puanına sahipti. Hekimlerin sigara içme durumlarına göre MTÖ –DYS ve MTÖ-KB puan ortalamaları ise değişmemekteydi ( $p > 0,05$ ). Hekimlerin alkol kullanma durumuna göre MTÖ –DT, MTÖ –DYS ve MTÖ-KB puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamsızdı ( $p > 0,05$ ). Kronik hastalığı olanların MTÖ-KB puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı iken ( $p < 0,05$ ), MTÖ –DYS ve MTÖ-KB puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamsızdı ( $p > 0,05$ ). Kronik hastalığı olanlar anlamlı olarak daha yüksek MTÖ-KB puanına sahipti. Uyku düzensizliği olanların MTÖ -DYS puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı iken ( $p < 0,05$ ), MTÖ –DYS ve MTÖ-KB puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamsızdı ( $p > 0,05$ ). Uyku düzensizliği olanlar anlamlı olarak daha yüksek MTÖ –DYS puanına sahipti. Bir hobisi olan hekimlerin MTÖ -DT puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı iken ( $p < 0,05$ ), MTÖ –DYS ve MTÖ-KB puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamsızdı ( $p > 0,05$ ). Hobisi olanlar anlamlı olarak daha düşük MTÖ –DT puanına sahipti (Tablo 3).

Hekimlerin Kariyer Durumu, Meslek Yılı, İhtisas Yılı, Çalışma Yeri ve Haftalık Çalışma Sürelerine Göre Tükenmişlik Puanlarının Karşılaştırılması Tablo 4'de sunulmuştur.

Çalışmaya katılan hekimlerin kariyer durumlarına göre MTÖ-DT ve MTÖ-KB puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlıydı ( $p < 0,05$ ). Farkın hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek için yapılan LSD post hoc testte, Prof. Dr.'ların anlamlı olarak Yrd. Doç. Dr., Uzm. Dr. ve Asistan Dr.'dan daha düşük MTÖ-DT puan ortalamasına sahip oldukları ve Prof. Dr.'ların anlamlı olarak Uzm. Dr. ve Asistan Dr.'dan daha düşük MTÖ-KB puan ortalamasına sahip oldukları belirlenmiştir ( $p < 0,05$ ). Kariyer durumlarına göre MTÖ-DYS puan ortalamaları arasındaki fark ise istatistiksel olarak anlamsızdı ( $p > 0,05$ ).

Çalışmaya katılan hekimlerin meslek yılına göre MTÖ-DT, MTÖ-DYS ve MTÖ-KB alt boyutlarının her üçüde anlamlı olarak farklıydı ( $p < 0,05$ ). Meslek yılında MTÖ-DT alt boyutu için farkın hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek için yapılan LSD post hoc testte meslek yılı 16 ve üzeri olan hekimlerin meslek yılı 0-5 yıl, 6-10 yıl ve 11-15 olan hekimlerden anlamlı olarak daha düşük MTÖ-DT puan ortalamasına sahip oldukları belirlenmiştir ( $p > 0,05$ ). Meslek yılında MTÖ-DYS alt boyutu için farkın hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek için yapılan LSD post hoc testte ise,

meslek yılı 0-5 olan hekimlerin anlamlı olarak meslek yılı 6-10 olan hekimlerden daha yüksek MTÖ-DYS puan ortalamasına sahip oldukları belirlenmiştir ( $p>0,05$ ). Meslek yılında MTÖ-KBalt boyutu için farkın hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek için yapılan LSD post hoc testte ise, meslek yılı 0-5 olan hekimlerin anlamlı olarak meslek yılı 6-10 ve 16+ olan hekimlerden daha yüksek MTÖ-KB puan ortalamasına sahip oldukları belirlenmiştir ( $p>0,05$ ).

**Tablo 4. Hekimlerin Kariyer Durumu, Meslek Yılı, İhtisas Yılı, Çalışma Yeri ve Haftalık Çalışma Sürelerine Göre Tükenmişlik Puanlarının Karşılaştırılması (n=69)**

Değişkenler	n	MTÖ -DT	Önemlili k	MTÖ -DYS	Önemlilik	MTÖ- KB	Önemlilik	
Kariyer	Prof.Dr.	2	5,50± 4,95	5,50± 6,36	F=6,134 <b>p=0,001</b>	6,00± 2,83	F=5,002** <b>p=0,004</b>	
	Yrd.Doç. Dr.	4	13,50 ±4,51	7,75± 2,36		F=0,541 p=0,656		10,00 ±3,56
	Uzm.Dr.	33	20,03 ±6,89	8,27± 3,72				11,58 ±4,35
	Asistan Dr.	30	21,83 ±5,37	8,83± 4,09				14,80 ±4,61
Meslek Yılı	0-5	26	22,08 ±4,95	10,08 ±4,30	F=3,673 <b>p=0,017</b>	14,96 ±4,64	F=4,208** <b>p=0,009</b>	
	6-10	29	19,86 ±7,25	7,10± 3,00		F=3,026 <b>p=0,036</b>		11,55 ±4,90
	11-15	10	18,70 ±7,02	8,00± 3,27				12,10 ±2,51
	16+	4	11,00 ±6,98	8,00± 5,10				8,25± 3,69
İhtisas Yılı	0-5	37	20,92 ±5,58	9,27± 4,24	F=2,936 <b>p=0,040</b>	14,24 ±4,56	F=4,158** <b>p=0,009</b>	
	6-10	24	20,04 ±7,33	7,46± 2,92		F=1,460 p=0,234		11,63 ±4,84
	11-15	5	19,60 ±8,41	7,80± 3,90				10,40 ±1,82
	16+	3	9,33±	6,33±				6,67±



			7,51		4,73		2,31	
<b>Çalışma Yeri</b>	Üniversite hastanesi	31	20,38 ±6,96	t=0,410	8,35± 3,80	t=-0,098	11,48 ±4,47	t=-1,984*
	Devlet hastanesi	38	19,71 ±6,72	p=0,683	8,45± 3,96	p=0,922	13,74 ±4,86	p=0,051
<b>Haftalık Çalışma Süresi (Saat)</b>	61-	34	17,71 ±7,63		7,18± 3,07		10,56 ±4,41	
	61-80	19	21,58 ±5,17	F=2,963	8,47± 3,91	F=5,825	15,58 ±4,88	F=6,018**
	81-100	9	23,11 ±5,62	<b>p=0,039</b>	9,22± 3,35	<b>p=0,001</b>	14,22 ±3,87	<b>p=0,001</b>
	100+	7	23,00 ±4,08				13,57 ±2,37	

\* t: Student t test, \*\*F: Varyans analizi

Çalışmaya katılan hekimlerin ihtisas yılına göre MTÖ-DT ve MTÖ-KB alt boyutlarında puan ortalamaları anlamlı olarak farklı (p<0,05), MTÖ-DYS alt boyutunda farkıydı (p>0,05). İhtisas yılında MTÖ-DT alt boyutu için farkın hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek için yapılan LSD post hoc testte, ihtisas yılı 16 ve üzeri olan hekimlerin anlamlı olarak ihtisas yılı 0-5 yıl, 6-10 yıl ve 11-15 olan hekimlerden daha düşük MTÖ-DT puan ortalamasına sahip oldukları belirlenmiştir (p>0,05).

İhtisas yılında MTÖ-KB alt boyutu için farkın hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek için yapılan LSD post hoc testte ise, ihtisas yılı 16 ve üzeri olan hekimlerin anlamlı olarak ihtisas yılı 0-5 yıl, 6-10 yıl ve 11-15 olan hekimlerden daha düşük MTÖ-KB puan ortalamasına sahip oldukları belirlenmiştir (p>0,05).

Çalışmaya katılan hekimlerin çalıştıkları hastane türüne göre MTÖ-DT, MTÖ-DYS ve MTÖ-KB alt boyutlarında puan ortalamaları istatistiksel olarak farkıydı (p>0,05).

Hastanede çalışma süresine göre, MTÖ-DT, MTÖ-DYS ve MTÖ-KB alt boyutlarının her üçünde anlamlı olarak farklıydı (p<0,05). Hastanede çalışma süresine göre MTÖ-DT alt boyutu için farkın hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek için yapılan LSD post hoc testte, hastanede çalışma süresi haftada 61 saatten az çalışan hekimlerin MTÖ-DT puan ortalamasının, anlamlı olarak 61-80 ve 81-100 saat çalışan hekimlerden düşük olduğu belirlenmiştir (p<0,05). Hastanede çalışma süresine göre MTÖ-DYS alt boyutu için farkın hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek için yapılan LSD post hoc testte, hastanede çalışma süresi 100 saat ve üzeri olan hekimlerin anlamlı olarak 61 saatten az, 61-80 ve 81-100 saat çalışan hekimlerden yüksek olduğu belirlenmiştir (p<0,05). Hastanede çalışma süresine göre MTÖ-KB alt boyutu için farkın hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek için yapılan LSD post hoc testte ise, hastanede çalışma süresi haftada 61 saatten az çalışan hekimlerin

anlamli olarak 61-80 ve 81-100 saat çalışan hekimlerden düşük olduğu belirlenmiştir (p<0,05).

**Tablo 5. Hekimlerin Aylık Nöbet Sayıları, Nöbet İzni Kullanma Durumları ve Gelir Düzeylerine Göre Tükenmişlik Puanlarının Karşılaştırılması (n=69)**

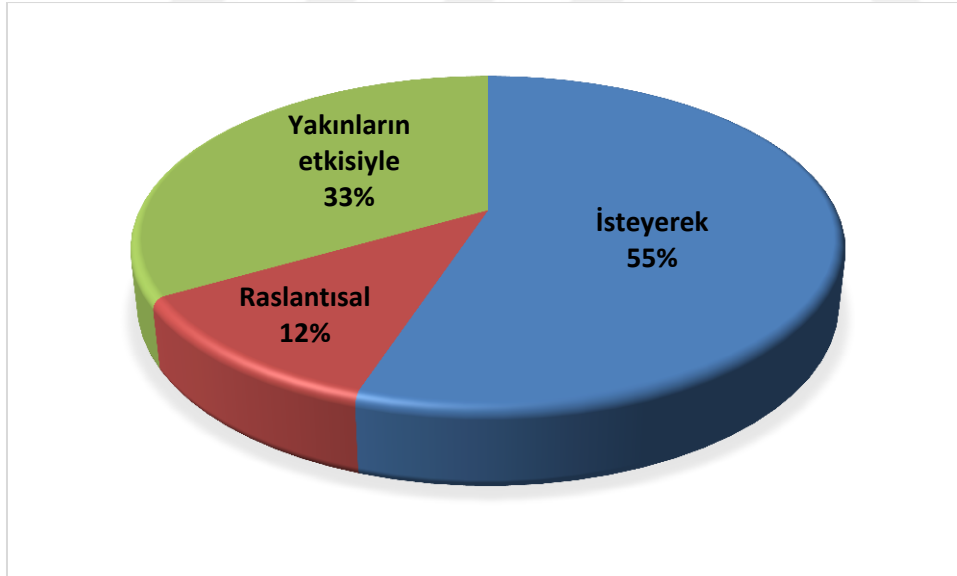
Değişkenler	n	MTÖ -DT	Önemlili k	MTÖ -DYS	Önemlili k	MTÖ -KB	Önemlilik
Aylık Nöbet Sayısı	0-5	29	18,00 ±7,63		7,66± 3,49	10,2 4±3, 87	
	6-10	36	21,25 ±5,98	F=2,511 p=0,089	8,22± 3,39	14,8 1±4, 61	F=9,074** p=0,000
	11-15	4	23,50 ±3,00		15,50 ±4,12	12,0 0±4, 55	
Nöbet İzni	Evet	17	19,71 ±6,54	t=-0,215 p=0,831	7,29± 3,87	12,1 2±5, 22	t=-0,599* p=0,551
	Hayır	52	20,12 ±6,92		8,77± 3,82	12,9 2±4, 68	
Gelir Düzeyi	3000- 4999	26	21,73 ±5,67		8,58± 4,26	14,1 5±4, 73	
	5000- 9999	33	19,30 ±6,14	F=1,523 p=0,226	8,27± 3,86	12,7 0±4, 68	F=4,421** p=0,016
	10000+	10	17,90 ±10,4		8,40± 2,99	9,10 ±3,6 0	

\* t: Student t test, \*\*F: Varyans analizi

Çalışmaya katılan hekimlerin aylık nöbet sayısına göre MTÖ-DYS ve MTÖ-KB alt boyutlarında puan ortalamaları anlamlı olarak farklıken ( $p<0,05$ ), MTÖ-DT alt boyutunda farksızdı ( $p>0,05$ ). Aylık nöbet sayısına göre MTÖ-DYS alt boyutunda farkın hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek için yapılan LSD post hoc testte, aylık nöbet sayısı 11-15 arası olan hekimlerin 0-5 ve 6-10 olan hekimlerden anlamlı olarak yüksek olduğu belirlenmiştir ( $p<0,05$ ). Aylık nöbet sayısına göre MTÖ-KB alt boyutunda farkın hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek için yapılan LSD post hoc testte ise, aylık nöbet sayısı 0-5 olan hekimlerin aylık nöbet sayısı 6-10 olan hekimlerden anlamlı olarak düşük olduğu belirlenmiştir ( $p<0,05$ ).

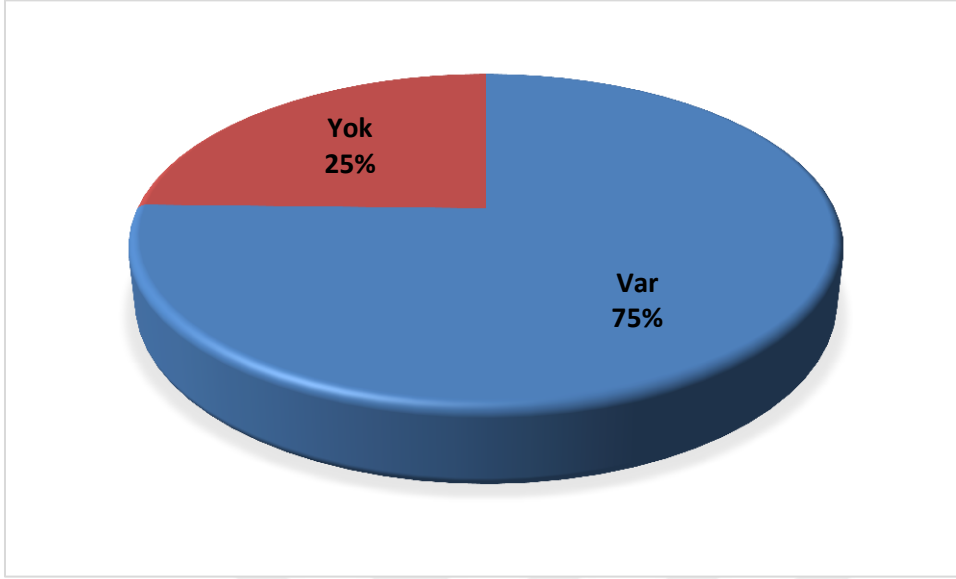
Çalışmaya katılan hekimlerin nöbet izni kullanma durumuna göre MTÖ-DT, MTÖ-DYS ve MTÖ-KB alt boyutlarının her üçü de anlamlı olarak farksızdı ( $p>0,05$ ).

Çalışmaya katılan hekimlerin gelir durumuna göre MTÖ-KB alt boyutunda puan ortalamaları anlamlı olarak farklıken ( $p<0,05$ ), MTÖ-DT ve MTÖ-DYS alt boyutlarında farksızdı ( $p>0,05$ ). Gelir durumuna göre MTÖ-KB alt boyutunda farkın hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek için yapılan LSD post hoc testte, ayda 10,000 TL ve üzeri kazanan hekimlerin 3000-4999 ve 5000-9999 kazanan hekimlerden anlamlı olarak düşük MTÖ-KB puanına sahip oldukları belirlenmiştir ( $p<0,05$ ).



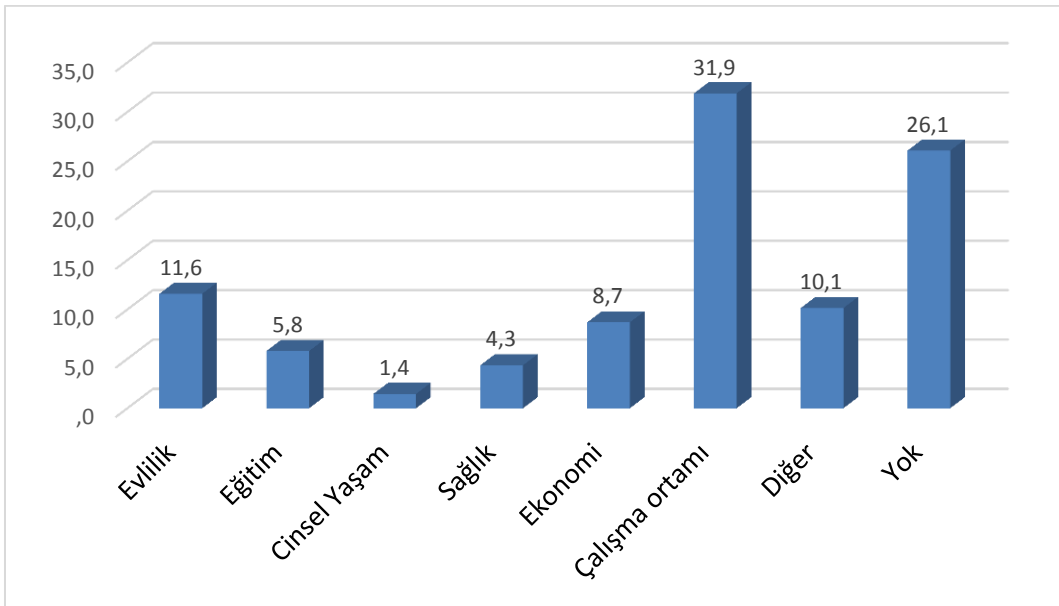
**Şekil 8. Katılımcıların Meslek Seçim Şekilleri**

Hekimlerin meslek seçim şekilleri %55 kendi istekleriyleydi, bunun yanı sıra %33'ü yakınlarının etkisiyle, %12'si rastlantısal olarak mesleği seçmişlerdi (Şekil 8).



**Şekil 9. Katılımcıların Sorun Yaşayıp Yaşamama Oranları**

Çalışmaya katılan hekimlerin %75'inin en az bir sorunu varken, %25'inin herhangi bir sorunu yoktu (Şekil 9). Sorunu olan hekimlerde, var olan sorun dağılımları incelendiğinde, hekimlerin, %31,9 çalışma ortamı ile %11,6 evlilikle ilgili sorunlar yaşadıkları belirlendi. Diğer sorun alanları Şekil 10'da görüldüğü gibidir.



**Şekil 10. Sorun Yaşayan Hekimlerin Sorun Alanları**

**Tablo 6. Hekimlerin Meslek Seçimi, Sorun Yaşama, Tatile Çıkma ve Stresle Başa Çıkma Yöntemlerine Göre Tükenmişlik Puanlarının Karşılaştırılması (n=69)**

Değişkenler	n	MTÖ-DT	Önemlili k	MTÖ-DYS	Önemlili k	MTÖ-KB	Önemlili k
<b>Meslek Seçimi</b>	İsteyerek	38	18,03 ±6,26		7,63±	11,66 ±	
	Rastlantısal	8	26,13 ±4,94	F=5,977 p=0,004	11,75 ±	15,63 ±	F=2,836** p=0,066
	Yakınların Etkisiyle	23	21,17 ±6,83		8,5±2	13,48 ±	
<b>Sorun</b>	Var	52	21,54 ±5,91	t=3,528 p=0,001	8,90±	13,40 ±	t=2,111* p=0,039
	Yok	17	15,35 ±7,33		6,88±	10,65 ±	
<b>Tatile Çıkma</b>	Evet	32	18,84 ±7,18	t=-1,341 p=0,184	7,31±	12,56 ±	t=-0,260* p=0,796
	Hayır	37	21,03 ±6,35		9,35±	12,86 ±	
<b>Stresle Başa Çıkma Yöntemi</b>	Arkadaşlarla konuşma	29	18,38 ±7,20		7,97± 4,12	13,24 ±5,60	
	Yürüyüşe çıkma	11	19,27 ±7,11		8,91± 3,24	11,73 ±4,69	
	Alışverişe çıkma	7	17,71 ±4,89	F=1,658 p=0,158	9,57± 4,83	11,71 ±4,15	F=0,902** p=0,485
	Kimseyle paylaşmama	8	24,13 ±7,06		7,50± 3,02	10,38 ±4,03	
	Ev işi	4	22,50 ±5,07		9,00± 4,00	14,50 ±5,07	
	Diğer	10	22,90 ±5,13		8,80± 4,13	14,20 ±2,70	

\* t: Student t test, \*\*F: Varyans analizi

Çalışmaya katılan hekimlerin meslek seçimi türüne göre MTÖ-DT ve MTÖ-DYS alt boyutlarında puan ortalamaları anlamlı olarak farklıken ( $p < 0,05$ ), MTÖ-KB alt boyutunda farksızdı ( $p > 0,05$ ). Meslek seçimi türüne göre MTÖ-DT alt boyutunda farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için yapılan LSD post hoc testte, mesleği isteyerek seçenlerin MTÖ-DT puan ortalamalarının anlamlı olarak rastlantısal seçenlerden düşük olduğu belirlenmiştir ( $p < 0,05$ ). Meslek seçimi türüne göre MTÖ-DYS alt boyutunda farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için yapılan LSD post hoc testte ise, mesleği rastlantısal olarak seçenlerin MTÖ-DYS puan

ortalamlarının anlamlı olarak isteyerek ve yakınların etkisiyle seçenlerden yüksek olduğu belirlenmiştir ( $p<0,05$ ).

Çalışmaya katılan hekimlerin sorun yaşama durumuna göre MTÖ-DT ve MTÖ-KB alt boyutlarında puan ortalamaları anlamlı olarak farklıken ( $p<0,05$ ), MTÖ-DYS alt boyutunda farksızdı ( $p>0,05$ ). Sorun yaşayan hekimlerin MTÖ-DT ve MTÖ-KB alt boyutlarında puan ortalamaları anlamlı olarak fazlaydı ( $p<0,05$ ).

Çalışmaya katılan hekimlerin tatile çıkma durumuna göre MTÖ-DT ve MTÖ-KB alt boyutlarında puan ortalamaları anlamlı olarak farksızken ( $p>0,05$ ), MTÖ-DYS alt boyutunda farklıydı ( $p<0,05$ ). Tatile çıkan hekimlerin MTÖ-DYS puan ortalamaları anlamlı olarak düşüktü.

Çalışmaya katılan hekimlerin stresle başa çıkma yöntemine göre MTÖ-DT, MTÖ-DYS ve MTÖ-KB alt boyutlarında puan ortalamaları anlamlı olarak farksızdı ( $p>0,05$ ).

**Tablo 7. Hekimlerin Tükenmişlik Puanları ile Çocuk Sayısı, Çalışma Süresi, Uyuma Saati, Açık Alanda Kalma Süresi ve Sorun Süresi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi(n=69)**

	Çocuk sayısı	Çalışma süre	Uyuma saati	Açık alan	Sorun süresi
MTÖ-DT	$r=-0,161^*$	$r=-0,250^*$	$r=-0,114^*$	$r=0,122^*$	$r=0,238^*$
	$p=0,186$	<b><math>p=0,038</math></b>	$p=0,350$	$p=0,317$	<b><math>p=0,049</math></b>
MTÖ-DYS	$r=-0,124^*$	$r=-0,045^*$	$r=-0,160^*$	$r=-0,062^*$	$r=0,252^*$
	$p=0,308$	$p=0,711$	$p=0,188$	$p=0,610$	<b><math>p=0,036</math></b>
MTÖ-KB	$r=-0,135^*$	$r=-0,202^*$	$r=-0,133^*$	$r=-0,012^*$	$r=0,194^*$
	$p=0,267$	$p=0,096$	$p=0,275$	$p=0,925$	$p=0,111$

\* r: Pearson Korelasyon Analizi

Çalışmaya katılan hekimlerde, MTÖ-DT puanı ile hastanede çalışma süresi ve sorun yaşama süresi arasında pozitif yönlü istatistiksel ilişki saptandı ( $p<0,05$ ). Çalışma süresi ve sorun yaşama süresi arttıkça MTÖ-DT puanı da artmaktaydı ( $p<0,05$ ). Hekimlerde ayrıca MTÖ-DYS puanı ile sorun yaşama süresi arasında pozitif yönlü istatistiksel ilişki saptandı ( $p<0,05$ ). Sorun yaşama süresi arttıkça, MTÖ-DYS puanı da artmaktaydı ( $p<0,05$ ).

## **İstatistiksel yöntem**

Çalışmadan elde edilen bulgular, bilgisayar ortamında SPSS 18.0(StatisticalPackageforSocialSciences, v18. Chicago ABD) paket programı ile çözümlendi. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotlardan ortalama, standart sapma, min ve maks değerler, sayı ve yüzdeler kullanıldı. İletim ölçümlerinin çözümleyici istatistiklerinde ise normal dağılıma uyan ve iki gruplu karşılaştırmalarda t testi, üç gruplu karşılaştırmalarda varyans analizi kullanıldı. Varyans analizinde anlamlı çıkan bulgularda post hoc test olarak LSD analizi uygulandı. Normal dağılımın değerlendirilmesi Shapiro-Wilk testi ile yapıldı. Anlamlılık ölçütü olarak  $p < 0,05$  anlamlı kabul edildi.

## TARTIŞMA

Hekimlik gibi yoğun çalışma saatleri, ağır iş yükü, ölümcül hastalara bakım verme, hasta ve yakınlarına gerektiğinde destek verme gibi duygusal yük ve strese sebep olan durumlara maruz kalınan mesleklerde tükenmişlik riski yüksektir. Anesteziyoloji, hastanın hayatını doktorun eline teslim ettiği bir branştır. Anestezistin çalışma alanı olan ameliyathaneler genellikle hastanelerin alt katlarında, kişisel dinlenme alanlarının az olduğu ve görev sırasında dış ortama girip çıkmanın zor olduğu çalışma birimleridir. Yoğun ameliyathanelerde çıkış saatine uyulamayabilir, acil durumlar nedeniyle sıklıkla mesai saatleri aşılabılır, beslenme düzensiz olabilir. Ameliyathanede maruz kalınan anestezi gazları veradyasyonun zararlı etkilerinin de giderilmesi çoğu zaman mümkün olmaz. Aynı zamanda anestezi uzmanları kapalı ve yoğun bir manyetik alanda, hepatit gibi bulaşıcı hastalık riskiyle çalışırlar. Tüm bu koşullar düşünüldüğünde anestezi uzmanlarının diğer hekimlere göre tükenme açısından daha fazla risk altında olduğu düşünülebilir.(1)

Kars ve çevre illerde görev yapan anestezi ve reanimasyon hekimlerinde 69 doktor ile yapılan çalışmamızda Alınan ortalama MTÖ Duygusal Tükenmişlik Puanı (MTÖ-DT)  $20,01 \pm 6,78$ , MTÖ Duyarsızlaşma Tükenmişlik Puanı (MTÖ-DYS)  $8,41 \pm 3,85$ , MTÖ Kişisel Başarı Tükenmişlik Puanı (MTÖ-KB)  $12,72 \pm 4,79$  olarak belirlendi.

Çalışmamıza katılan hekimlerin (36)%52,2'si erkek,(33) 47,8'i kadındı. Hekimler cinsiyetlerine göre değerlendirildiğinde tükenme alt boyutlarında anlamlı bir fark bulunmadı.

Beyhan ve ark. yaptıkları çalışmada cinsiyet olarak tükenme puanları üzerinde bizim çalışmamızla uyumlu olarak anlamlı bir fark bulunmamış(1). Yang tarafından bir grup öğrenci üzerinde yapılan bir çalışmada katılımcılarda maskülen özellikler (agresif, güçlü, kendine güvenen, bağımsız, yarışmacı bir kişiliği olan) fazla ise cinsiyetinden bağımsız olarak bireylerin tükenme düzeylerinde azalma saptanmıştır. Bu özelliklerin temel olarak kişilerin kendine güven duygularını artırdığı belirtilmiştir(71).



Aslan ve ark.'larının yaptığı TTB'ye kayıtlı hekimlerde tükenmişlik düzeylerinin incelendiği çalışmada tükenmişliğin DT alt grubunda kadın ve erkekler arasında anlamlı fark bulunmadığı, buna karşılık DYS ve KB puanları bakımından kadınların daha tükenmiş olduğubulunmuş (72)

Çalışmamıza katılan 69 hekimden (41)%59,4'ü evli, (18)%26,1'i bekar,(10)%14,5'i flört durumundaydı. Bu gruplar arasında tükenme alt boyutlarında anlamlı bir fark belirlenmedi. Medeni durumtükenmişlikle ilişkisininolmadığını bildirençalışmalar mevcuttur. Buna rağmen(57,73)bekar doktorlarda tükenmişlik düzeyinin evli doktorlarda daha yüksek bulunduğu çalışmalarda vardır(74).

Çalışmamıza katılan 69 hekimden 27'si 25-30 yaş, 34'ü 31-40 yaş, 4'ü 41-44 yaş, 4'ü 45 üstü yaş aralığındaydı. Bu gruplar arasında tükenme alt boyutlarında anlamlı bir fark belirlenmedi.

Aslan ve Çam'ın yaptıkları çalışmalar, duygusal tükenme ve duyarsızlaşma ile kişisel başarı puanları arasında negatif ilişki belirlemiştir.Yaş ve çalışma yılı arttıkça, duyarsızlaşmanın azalması, bireylerin deneyimle elde ettikleri başa çıkma yollarının daha gelişmiş olmasıyla ilişkilendirilebilir.Bu bulgu, daha genç ve meslekte daha yeni olanlarda mesleğe bağlanmanın ve işin kontrollerinde olduğu duygusunun henüz gelişmemiş olmasıyla açıklanabilir (75,76).

Genç yaştaki profesyonel deneyimi olmayanların tükenmeye daha yatkın oldukları bilinmektedir(77).Özyurt ve arkadaşlarının 596 doktorla yaptıkları çalışmada yaş ilerledikçe tükenmişlikdüzeylerinin azaldığı bulunmuş(78). Erol ve ark.'larının eğitim araştırma hastanesinde araştırma görevlisi olarak çalışan 117 doktor ile yaptıklarıçalışmada da meslekte geçirdikleri süre ve yaş ile tükenmişlik düzeyleri arasında ters ilişki olduğu bulunmuş(79).Aslan ve arkadaşlarının 1754 doktor ile yaptığı çalışmada da yaş ilerledikçe tükenmişlik düzeylerinin azaldığı bulunmuş(72).

Yaşın tükenmişlikten koruyucu bir faktör olduğunu savunan araştırmacılar,genç ve tecrübesiz çalışanların işin gerekleri ile baş etmeyi henüz bilmemelerinden dolayı duygusal tükenmeye karşı savunmasız oldukları veolgunlaşmayla birlikte stresli durumlarla nasıl başa çıkacaklarını öğrenmeleriyle açıklamaktadırlar. Tüm bunların yanında literatürde yaşla beraber tükenmişliğin de arttığını gösteren çalışmalar da

mevcuttur (80,81,82). Öztürk ve ark. Yapmış olduğu çalışmada yaşla ilgilifark gösterilememiştir(83).Kaya ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, 39 yaş ve üzeri grupta kişisel başarı puanının düşük olduğu gözlenmiştir(84).

Uyku bozukluğunun pek çok psikolojik problemin altında yatan önemli bir problem olduğu, uyku kalitesi ve tükenmişlik arasında karşılıklı bir etkileşim olduğu ve uyku kalitesiazaldıkça duygusal tükenme ve duyarsızlaşmada artış olduğu yapılan çalışmalarda bildirilmiştir(72).

Bizim çalışmamızda Uyku düzensizliği olanların MTÖ -DYS puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı iken ( $p<0,05$ ), MTÖ –DTS ve MTÖ-KB puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamsızdı ( $p>0,05$ ). Uyku düzensizliği olanlar anlamlı olarak daha yüksek MTÖ –DYS puanına sahipti.

Finlandiya’da yapılan bir çalışmada uyku düzensizlikleri ile intihar düşünceleri ilişkilendirilmiştir. Anesteziyologların intihar ve kaza sonrası ölüm oranları, genel popülasyonve diğer doktorlarla kıyaslandığında daha yüksek bulunmuştur. Sebep olarak ise bağımlılık yapan ilaçlara özellikle narkotikler ve opioidlere ulaşmalarının daha kolay olması ve diğer doktorlara göre daha stresli işlerinin olması belirtilmiştir (60,85,86)

Yapılan çalışmalarda anesteziyologların alkol ve ilaç bağımlılığı ve intihar oranları diğer doktorlarla karşılaştırıldığında yüksek bulunmuştur. Anesteziyologların bağımlılık yapan ilaçlar ve anestezi ajanlara kolay ulaşabilmeleri, ilaç dozlarını ve etkilerini iyi bilmelerinin önemli bir faktör olduğu belirlenmiştir. Bu çalışmalarda anesteziyologların yüksek stres altında çalıştıkları ve anksiyete düzeylerinin yüksek olduğu belirlenmiştir(87,88).

Çalışmaya katılan hekimlerden, sigara içenlerin MTÖ –DT puan ortalaması  $21,65\pm 5,40$ , içmeyenlerinki ise  $18,43\pm 7,65$ ’idi ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı ( $p<0,05$ ). Sigara içen hekimler anlamlı olarak daha yüksek MTÖ –DT puanına sahipti. Hekimlerin sigara içme durumlarına göre MTÖ –DYS ve MTÖ-KB puan ortalamaları ise değişmemekteydi ( $p>0,05$ ). Hekimlerin alkol kullanma durumuna göre MTÖ –DT, MTÖ –DYS ve MTÖ-KB puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamsızdı ( $p>0,05$ ).

Çalışmamızla uyumlu olarak Beyhan ve Ark. Doğu Akdeniz bölgesindeki anestezi hekimlerinde yaptıkları çalışmada Sigara kullanan anesteziistlerin MT-DT

tükenmişlik puanlarını içmeyenlere oranla anlamlı olarak daha yüksek bulmuşlar ve yine çalışmamızla uyumlu olarak alkol kullanımının tükenme üzerine etkisinin anlamlı olmadığını bulmuşlardır.(1)

Anesteziyologlar uykuya dalmak için ilaç ve alkol kullanabilirler(60). Finlandiya'da Juntunen tarafından 3496 hekim arasında yapılan bir çalışmada alkol tüketiminin iş koşulları ve strese bağlı olarak arttığı saptanmıştır(89). Kenna ve Wood tarafından 479 sağlık çalışanı arasında yapılmış olan bir başka çalışmaya göre de sağlıkpersonelinin alkol tüketiminin yaşla arttığı bulunmuştur(90). Girgin ve arkadaşlarının Bursa il merkezinde anesteziistler üzerinde yaptığı çalışmada, sigara tüketiminin tükenmişlik üzerine etkisinin olmadığı belirtilmiştir(91).

Girgin ve arkadaşlarının Bursa il merkezinde anesteziistler üzerinde yaptığı çalışmada, kronik hastalığın tükenmişlik üzerine etkisinin olmadığı belirtilmiştir(91). Beyhan ve Ark. Doğu Akdeniz bölgesindeki anestezi hekimlerinde yaptığı çalışmada aynı sonucu bulmuşlar(1).

Bizim çalışmamızda bunların aksine Kronik hastalığı olanların MTÖ-KB puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı iken ( $p<0,05$ ), MTÖ -DYS ve MTÖ-KB puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamsızdı ( $p>0,05$ ). Kronik hastalığı olanlar anlamlı olarak daha yüksek MTÖ-KB puanına sahipti. Bu sonuç azalmış kişisel başarı olarak değerlendirildi.

Hobi ile uğraşma tükenmişliği önlemeye ve tükenmişlik tedavisine yönelik önerilen yöntemlerdendir. Hobi ile uğraşanlarda tükenmişliğin kontrol altına alınabilmesi ve ilerlemesinin engellenebilmesinin mümkün olabileceği bildirilmektedir.(19)

Beyhan ve ark. Doğu Akdenizde yaptıkları çalışmada hobiye sahip olmayan Anestezi hekimlerinin duygusal tükenme puanlarını anlamlı olarak daha yüksek ( $p=0,013$ ) olduğunu bulmuşlar(1).Kurçer ve arkadaşlarının Harran Üniversitesi tıp fakültesinde yaptıkları çalışmada da hobi sahibi olmanın hekimlerde tükenmişliği azalttığı bildirilmiştir(92).

Çalışmamızda bir hobisi olan hekimlerin MTÖ -DT puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı iken ( $p<0,05$ ), MTÖ -DYS ve MTÖ-KB puan ortalamaları

istatistiksel olarak anlamsızdı ( $p>0,05$ ). Hobisi olanlar anlamlı olarak daha düşük MTÖ –DT puanına sahipti (Tablo 3).bulduğumuz sonuç diğer çalışmalarla uyumludur.

Beyhan ve ark. asistanhekimlerde özellikle duygusal tükenme ve duyarsızlaşma alanlarında tükenme olduğunuvurgulamışlardır. Asistanlık döneminde çalışma saatlerinin uzun olması, sık nöbet tutulması, uykusuzluk, öğrenilmesi gereken bilginin fazla oluşu, deneyim eksikliği gibi pek çok faktörün bu sonuçlara neden olabileceğini düşünmüşler(1).

Çalışmamızda hekimlerin kariyer durumlarına göre MTÖ-DT ve MTÖ-KB puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlıydı ( $p<0,05$ ). Prof. Dr.'ların anlamlı olarak Yrd. Doç. Dr. Uzm. Dr. ve Asistan Dr.'dan daha düşük MTÖ-DT puan ortalamasına sahip oldukları ve Prof. Dr.'ların anlamlı olarak Uzm. Dr. ve Asistan Dr.'dan daha düşük MTÖ-KB puan ortalamasına sahip oldukları belirlenmiştir ( $p<0,05$ ). Kariyer durumlarına göre MTÖ-DYS puan ortalamaları arasındaki fark ise istatistiksel olarak anlamsızdı ( $p>0,05$ ).asistan hekimlerin tükenmişlik alt kategorilerinde aldıkları puan ortalamaları diğer gruplardan daha yüksekti.

Aktuğ ve arkadaşlarının Osmangazi Üniversitesinde yaptıkları çalışmada asistan hekimlerde özellikle duygusal tükenme ve duyarsızlaşma alanlarında tükenme olduğu saptanmıştır(93).(MTÖ-DT  $p=0,01$ , MTÖ-DYS  $p=0,01$ , MTÖ-KB  $p=0,02$ ).

Çalışmamızda hekimlerin meslek yılına göre MTÖ-DT, MTÖ-DYS ve MTÖ-KB alt boyutlarının her üçü de anlamlı olarak farklıydı ( $p<0,05$ ).meslek yılı 16 ve üzeri olan hekimlerin meslek yılı 0-5 yıl, 6-10 yıl ve 11-15 olan hekimlerden anlamlı olarak daha düşük MTÖ-DT puan ortalamasına sahip oldukları belirlenmiştir ( $p>0,05$ ).meslek yılı 0-5 olan hekimlerin anlamlı olarak meslek yılı 6-10 olan hekimlerden daha yüksek MTÖ-DYS puan ortalamasına sahip oldukları belirlenmiştir ( $p>0,05$ ). Meslek yılı 0-5 olan hekimlerin anlamlı olarak meslek yılı 6-10 ve 16+ olan hekimlerden daha yüksek MTÖ-KB puan ortalamasına sahip oldukları belirlenmiştir ( $p>0,05$ ).meslek yılı 0-5 yıl olan hekimler yüksek MTÖ-DYS ve MTÖ-KB puanına sahip 16+ olanlar daha düşük MTÖ-DT puanına sahip.

Aslan ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada hekimlerin yıl olarak çalışma süreleri ile tükenme durumları arasındaki ilişki incelenmiştir. En yüksek Duygusal tükenme 10-14 yıldır çalışan hekimlerde görülürken, çalışma süresi 5-9 yıl

olan hekimlerde duyarsızlaşma diğer gruplardan yüksektir. Meslekte çalışma süresi en az olan grup (0-4 yıl) kişisel başarı açısından en düşük puanı almıştır(72). Randall ve arkadaşları, kendini yetersiz ve başarısız hissetmenin daha çok mesleğe yeni başlayanlarda ortaya çıktığını, deneyim kazanılması ile birlikte kişinin kendisini başarılı hissettiğini belirtmekte ve mesleğe yeni başlayanlarda ortaya çıkan bu tepkiyi, yaşama vemesleğe bağlanmanın henüz tam anlamıyla gerçekleşmemiş olmasıyla açıklamaktadır(94).Ergin, bu durum hakkındaki görüşlerini şu şekilde özetlemektedir: 'İşe yeni başlayanlareskilere oranla daha çok hasta görmekte, daha rutin işler yapmakta, üzerlerinde daha fazladenetim ve baskı hissetmektedirler. Mesleki doyum sağlayacak bazı statü özelliklerindenyoksun olmaları, yenilerle eskiler arasında işe ilişkin değerlerin ve genel yaşambeklentilerinin, dolayısıyla da işin taşıdığı önemin yarattığı farklılıklar tükenmişlik riskiniartıran başlıca nedenler olarak dikkati çekmektedir'(10).Yapılan çalışmalarda meslekte geçirilen süre ile tükenmişliğin düşük kişisel başarı altboyutu arasında anlamlı ilişki saptanmıştır(22). Beyhan ve arkadaşlarıİhtisas yılına göre hekimlerin MTÖ-DT ortalama puanlarını "0-6" ve "16 yıl üzeri" gruplar arasında birbirine yakın ve diğer gruplardan daha yüksek olduğunu bulmuşlar. 16 yıl üzeri ihtisas yılına sahip olan anesteziistlerde MTÖ-DYS tükenme puanı yüksek ve fark anlamlı bulmuşlar( $p=0,016$ ).(1)

Çalışmamızda hekimlerin ihtisas yılına göre MTÖ-DT ve MTÖ-KB alt boyutlarında puan ortalamaları anlamlı olarak farklıyken ( $p<0,05$ ), MTÖ-DYS alt boyutunda farksızdı ( $p>0,05$ ). İhtisas yılı 16 ve üzeri olan hekimlerin anlamlı olarak ihtisas yılı 0-5 yıl, 6-10 yıl ve 11-15 olan hekimlerden daha düşük MTÖ-DT puan ortalamasına sahip oldukları belirlenmiştir ( $p>0,05$ ).ihtisas yılı 16 ve üzeri olan hekimlerin anlamlı olarak ihtisas yılı 0-5 yıl, 6-10 yıl ve 11-15 olan hekimlerden daha düşük MTÖ-KB puan ortalamasına sahip oldukları belirlenmiştir ( $p>0,05$ ).

Girgin ve arkadaşlarının Bursa'da yaptığı çalışmalarında katılımcıların çalıştıkları kurumun tükenme üstünde etkili olmadığı saptanmıştır(91). Bu çalışmayla uyumlu olarak Çalışmamızda hekimlerin çalıştıkları hastane türüne göre MTÖ-DT, MTÖ-DYS ve MTÖ-KB alt boyutlarında puan ortalamaları istatistiksel olarak farksızdı ( $p>0,05$ ).

İsveç'teyapılan bir çalışmada ise uzun çalışma saatleri ve stresli bir iş yapmanın anesteziyologlarda tükenmişliğe neden olduğu belirlenmiştir.(60)Sağlık hizmetlerinde gece çalışması, vardiya, çağrılma, nöbet, vb. uygulamalar sağlık personelinde psikososyal sorunların meydana gelmesini kolaylaştırabilmektedir. Normalçalışma süresi dışında kalan gece çalışması, vardiya, çağrılma, nöbet, vb. uygulamalar 'fazla çalışma' olarak nitelendirilmektedir. Bazı ülkelerde fazla çalışma dinlenme, bazı ülkelerde ise ücretlendirme hakkı ile karşılanmaktadır. Ancak belli sureyi aşan çalışma saatleri desınırlandırılmaktadır. Örneğin, Fransa'da yataklı tedavi kurumlarında ayda en fazla 20,Avusturya'da haftada en fazla 5 saat, yılda ise 60 saat fazla çalışma yaptırılmaktadır. Benzer olarak Avusturya'da bir sağlık personelinin günlükçalışma saatinin üst sınırı 10 olarak belirlenmiştir(23).

Karlıdağ ve ark. Günlükçalışma süresi 9 saat ve üzerinde olan hekimlerde duygusal tükenmişliği ve depersonalizasyonu daha yüksek bulmuşlardır (57)

Günlük çalışma saatinin değişken olarak alındığı Aslan ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada araştırmaya katılan hekimlerin günlük çalışma saatleri arttıkça "duygusal" ve "duyarsızlaşma" tükenme puanlarının arttığı saptanmıştır. Çalışma saati ile "duygusal" tükenme puanı arasındaki ilişki anlamlıdır. Çalışma saatlerini "sekiz saat ve altında" olarak belirten hekimlerin "kişisel başarı" puanları daha düşük bulunmuştur(72).Beyhan ve ark. yaptıkları çalışmada Haftalık çalışma saati değişkenlerinin MTÖ alt kategorileri üzerine etkisi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptamamışlar.(1)

Çalışmamızda hastanede çalışma süresine göre, MTÖ-DT, MTÖ-DYS ve MTÖ-KB alt boyutlarının her üçü de anlamlı olarak farklıydı ( $p<0,05$ ).hastanede çalışma süresi haftada 61 saatten az çalışan hekimlerin MTÖ-DT puan ortalamasının, anlamlı olarak 61-80 ve 81-100 saat çalışan hekimlerden düşük olduğu belirlenmiştir ( $p<0,05$ ). Hastanede çalışma süresi 100 saat ve üzeri olan hekimlerin anlamlı olarak 61 saatten az, 61-80 ve 81-100 saat çalışan hekimlerden yüksek olduğu belirlenmiştir ( $p<0,05$ ). Hastanede çalışma süresi haftada 61saatten az çalışan hekimlerin anlamlı olarak 61-80 ve 81-100 saat çalışan hekimlerden düşük olduğu belirlenmiştir ( $p<0,05$ ).

Ülkemizde araştırma görevlisi doktorların çalışma saatlerinin üst sınırının belli olmaması ve birçok bölümde klinikteki işleri bitmeden evlerine gidememelerinden dolayı diğer mesleklerde çalışanlara göre daha uzun saatler çalışmaktadırlar.

Özellikle nöbet tuttuktan sonraki gün çalışmak zorunda kalan hekimler kesintisiz 33 saate kadar çalışabilmektedir. Ayrıca nöbet ücretlerinin de yeterli olmaması gibi sebeplerle fazla nöbet tutan doktorlar tükenmişlik sendromuna daha duyarlı hale gelmektedir(72).Erol ve arkadaşları çalışmalarında aylık nöbet sayısının artmasıyla duyarsızlaşmanın arttığını ve özellikle aylık nöbet sayısı 6 ve üzerinde olanlardaki duyarsızlaşma puanının daha az sayıda nöbet tutanlara göre anlamlı ölçüde yüksek olduğunu saptamışlardır.(79)

Çalışmamızda hekimlerin aylık nöbet sayısına göre MTÖ-DYS ve MTÖ-KB alt boyutlarında puan ortalamaları anlamlı olarak farklıken ( $p<0,05$ ), MTÖ-DT alt boyutunda farksızdı ( $p>0,05$ ). Aylık nöbet sayısına göre MTÖ-DYS alt boyutunda aylık nöbet sayısı 11-15 arası olan hekimlerin 0-5 ve 6-10 olan hekimlerden anlamlı olarak yüksek olduğu belirlenmiştir ( $p<0,05$ ). Aylık nöbet sayısına göre MTÖ-KB alt boyutunda aylık nöbet sayısı 0-5 olan hekimlerin aylık nöbet sayısı 6-10 olan hekimlerden anlamlı olarak düşük olduğu belirlenmiştir ( $p<0,05$ ).

Nöbet sonrası izin kullanmanın tükenme üstünde anlamlı bir etkisi saptanmamış olup Beyhan ve Girgin'in çalışmalarıyla uyumludur.(1,91)

Yapılan çalışmalarda, gelirin giderleri karşılayabilmesinin iş doyumunu artıran bir faktör olduğu, düşük gelirin iş doyumunu etkileyerek tükenmeye neden olduğu, aylık gelirdüzeyi ile tükenme arasında nedensel bir ilişki bulunmadığı saptanmıştır.(57)Beyhan ve ark. yaptıkları çalışmada aylık gelir değişkenlerinin MTÖ alt kategorileri üzerine etkisi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptamamışlar(1).Yeşil ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada gelir düzeyi daha iyi olan katılımcıların daha kötü olan katılımcılara göre tükenme, duyarsızlaşma düzeyleri daha yüksek bulunmuştur(95).

Çalışmaya katılan hekimlerin gelir durumuna göre MTÖ-KB alt boyutunda puan ortalamaları anlamlı olarak farklıken ( $p<0,05$ ), MTÖ-DT ve MTÖ-DYS alt boyutlarında farksızdı ( $p>0,05$ ). Gelir durumuna göre MTÖ-KB alt boyutunda ayda 10,000 TL ve üzeri kazanan hekimlerin 3000-4999 ve 5000-9999 kazanan hekimlerden anlamlı olarak düşük MTÖ-KB puanına sahip oldukları belirlenmiştir ( $p<0,05$ ).

Sayıll ve arkadaşları tarafından yapılan Ankara Üniversitesi hastanelerinde çalışan doktor ve hemşirelerin tükenmişlik düzeylerinin araştırıldığı bir çalışmada,

benzer olarak en fazla sorun yaşanan alanın çalışma ortamı olduğu belirtilmiş ve çalışma ortamından kaynaklanan sorunların MTÖ'nün her üç alt grubunda da tükenmişliği artırdığı gösterilmiştir(2).

Çalışmamızda hekimlerin %75'inin en az bir sorunu varken, %25'inin herhangi bir sorunu yoktu (Şekil 9). Sorunu olan hekimlerde, var olan sorun dağılımları incelendiğinde, hekimlerin, %31,9'u en fazla çalışma ortamı ile ilgili sorun yaşamaktadır. Çalışmaya katılan hekimlerin sorun yaşama durumuna göre MTÖ-DT ve MTÖ-KB alt boyutlarında puan ortalamaları anlamlı olarak farklı (p<0,05), MTÖ-DYS alt boyutunda farksızdı (p>0,05). Sorun yaşayan hekimlerin MTÖ-DT ve MTÖ-KB alt boyutlarında puan ortalamaları anlamlı olarak fazlaydı (p<0,05). Çalışmaya katılan hekimlerde, MTÖ-DT puanı ile hastanede haftalık çalışma süresi ve sorun yaşama süresi arasında pozitif yönlü istatistiksel ilişki saptandı (p<0,05). Çalışma süresi ve sorun yaşama süresi arttıkça MTÖ-DT puanı da artmaktaydı (p<0,05). Hekimlerde ayrıca MTÖ-DYS puanı ile sorun yaşama süresi arasında pozitif yönlü istatistiksel ilişki saptandı (p<0,05). Sorun yaşama süresi arttıkça, MTÖ-DYS puanı da artmaktaydı (p<0,05).

Çalışmaya katılan hekimlerin stresle başa çıkma yöntemlerine göre MTÖ-DT, MTÖ-DYS ve MTÖ-KB alt boyutlarında puan ortalamaları anlamsızdı (p>0,05).

Meslek seçiminin bilinçli ve isteyerek yapanların mesleğin gereklerini yerine getirmede daha başarılı olacağı ve bunun tükenmişlik sendromunu azaltacağı bilinmektedir(67). Sayıl ve arkadaşları, mesleğini kendilerine uygun bulanların duygusal tükenme ve duyarsızlaşma alt boyutlarında tükenmişlik düzeylerinin daha düşük olduğunu ve düşük kişisel başarı düzeylerinin etkilenmediğini göstermişlerdir(2). Taycan ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, iş yaşamından memnun olanların tükenmişlik tüm alt boyutlarında tükenmişlik düzeylerinin düşük olduğu bulunmuştur(22). Tekin(96) ve Altan'ın (97) hemşireler ile yaptıkları çalışmalarda bizim çalışmamızın sonuçlarıyla uyumlu olarak mesleğini istemeden seçenlerde tükenmişlik düzeylerinin daha fazla olduğu bulunmuş. Aktuğ ve arkadaşları tarafından yapılan ve Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde çalışan hekimlerde tükenmişlik düzeylerini inceleyen çalışmada kişinin meslek seçme şeklinin kişisel başarı üzerinde anlamlı bir etkisinin olmadığı ancak



duygusal tükenme ve duyarsızlaşmada kendi isteğiyle girenlerin, aile yönlendirmesi veya tesadüfen girenlere göre daha olumlu bir tablo sergiledikleri saptanmıştır(93). Bizim çalışmamızda Hekimlerin meslek seçim şekiller %55 kendi istekleriyleydi, bunun yanı sıra %33'ü yakınlarının etkisiyle, %12'si rastlantısal olarak mesleği seçmişlerdi (Şekil 8).Çalışmaya katılan hekimlerin meslek seçimi türüne göre MTÖ-DT ve MTÖ-DYS alt boyutlarında puan ortalamaları anlamlı olarak farklıken ( $p<0,05$ ), MTÖ-KB alt boyutunda farksızdı ( $p>0,05$ ). Meslek seçimi türüne göre mesleği isteyerek seçenlerin MTÖ-DT puan ortalamalarının anlamlı olarak rastlantısal seçenlerden düşük olduğu belirlenmiştir ( $p<0,05$ ). Meslek seçimi türüne göre mesleği rastlantısal olarak seçenlerin MTÖ-DYS puan ortalamalarının anlamlı olarak isteyerek ve yakınların etkisiyle seçenlerden yüksek olduğu belirlenmiştir ( $p<0,05$ ). Aktuğ ve ark çalışmasıyla uyumlu bulunmuştur(93).

Yıllık izin kullanımının sağlanması ve düzenlenmesi tükenmişliği önlemeyeyönelikörgütselyöntemlerdendir. Bazı çalışmalarda yıllık izin kullanmamanın tükenmişliğinduyarsızlaşma alt boyutuyla ilişkili olduğu bildirilmiştir(22).

Çalışmamızda hekimlerin tatile çıkma durumuna göre MTÖ-DT ve MTÖ-KB alt boyutlarında puan ortalamaları anlamlı olarak farksızken ( $p>0,05$ ), MTÖ-DYS alt boyutunda farklıydı ( $p<0,05$ ). Tatile çıkan hekimlerin MTÖ-DYS puan ortalamaları anlamlı olarak düşüktü.

Alimoğlu ve Ark., Akdeniz Üniversitesinde 141 hemşire üzerinde yaptığı çalışmada çalışma süresince yeterli gün ışığına maruz kalamayan hemşirelerde iş doyum düzeyinin düştüğünü belirtmiştir. Ayrıca, gün içinde 3 saatten az gün ışığına maruz kalmanın ameliyathane hemşirelerinin duygu durumu üzerinde olumsuz etkisi olduğu bildirilmiştir(98).Biz çalışmamızda açık alanda kalma süresi ile tükenmişlik alt kategorileri arasında farkı anlamsız olarak tespit ettik.

## SONUÇ VE ÖNERİLER

Kars ve çevre illerde görev yapmakta olan anesteziyoloji ve reanimasyon hekimlerinde sosyodemografik özelliklerin tükenmişlik üzerine etkilerinin incelendiği çalışmamızda, cinsiyet, medeni durum, yaş, alkol kullanma, kamu hastanesi veya üniversite hastanesinde çalışma, nöbet izni kullanma, stresle başa çıkma yöntemlerinin farklılığı, açık alan ve güneş ışığında kalma süresinin tükenmişlik üzerine etkisinin olmadığı görüldü. Uyku düzensizliği olanlarda MTÖ-DYS puanı yüksek, sigara alışkanlığı olanlarda MTÖ-DT yüksek, kronik hastalığı bulunanlarda MTÖ-KB puanı yüksek, hobisi olanların MTÖ-DT düşük, asistan hekim olanların her üç alt boyutta puanları daha yüksek, meslek yılına göre 16 yıl ve üzeri olanlar daha düşük MTÖ-DT puanı, 0-5 olanlar daha düşük MTÖ-DYS ve MTÖ-KB puanı, ihtisas yılına göre 16 yıl ve üzeri olanlar daha düşük MTÖ-DT ve MTÖ-KB puanı, haftalık çalışma saati 61 saatten az olanların MTÖ-DT puanı düşük 100 saat ve üzeri olanların MTÖ-DT puanı yüksek, aylık nöbet sayısı 0-5 olanların MTÖ-KB puanı daha düşük, 11-15 olanların MTÖ-DYS puanları daha yüksek, gelir düzeyleri ile MTÖ-KB puanları negatif ilişki, sorun yaşama süreleri ile MTÖ-DT ve MTÖ-DYS puanları pozitif ilişki, meslek seçiminde isteyerek seçenlerde MTÖ-DT puanı düşük, rastlantısal olarak seçenlerde MTÖ-DYS puanları yüksek, düzenli olarak yıllık iznini kullanan ve tatile çıkanlarda MTÖ-DYS puanı düşük olarak belirlenmiştir.

Tükenmişliği kolaylaştıran faktörlere yönelik düzenlemelerin yapılması, ruhsal destek sağlayacak birimlerin kurulması ve gereğinde yardım alınması, çalışılan birimlere ait sorunların hızlı ve etkin çözümlenmesi, yardımcı personel ve ek donanımın eksiksiz sağlanması, çalışanların alınan kararlara katılımının sağlanması, profesyonel ve kişisel gelişim için fırsatların sağlanması, değerli oldukları duygusunun hissettirilmesi, yıllık izinlerin düzenli olarak verilmesi, aylık nöbet sayılarının ve çalışma saatlerinin düzenlenmesi, gelir düzeylerinin yükseltilmesi, stres ve tükenmişlikle başa çıkma yollarının öğretilmesinin faydalı olacağı kanaatindeyiz.

## KAYNAKLAR

1. Beyhan S, Güneş Y, Türktan M, Özcengiz D Çukurova Üniversitesi. Doğu Akdeniz Bölgesindeki Anestezi Hekimlerinde Tükenmişlik Sendromunun Araştırılması Turk J Anesth Reanim 2013; 41:7-13
2. Sayıl I, Haran S, Ölmez Ş, Devrimci Özgüven H. Ankara Üniversitesi Hastanelerinde çalışan doktor ve hemşirelerin tükenmişlik düzeyleri. Kriz Dergisi 1997;5(2):71-77.
3. Freudenberger NJ. Staffburnout. J Social Issues, 1974;30:159-165.
4. Maslach C, Jackson S.E. In: Maslach Burnout Inventory (Manual). 2nd Edition. Consulting Psychologists Press, PaloAlto, CA 1986, 145-62.
5. Budak, G. ve Sürgevil, O. "Tükenmişlik ve Tükenmişliği Etkileyen Örgütsel Faktörlerin Analizine İlişkin Akademik Personel Üzerinde Bir Uygulama", Dokuz Eylül Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 2005; 20:95-108.
6. Kluger MT, Townend K, Laidlaw T. Job satisfaction, stress and burnout in Australian specialist anaesthetists. Anaesthesia 2003; 58:339-345.)
7. Freudenberger HJ. The Staff Burnout syndrome in alternative institutions. Psychother Theory Res Pract 1975;12:73-82.
8. Sturgess J, Poulsen A. The prevalence of burnout in occupational therapists. Occup. Ther. Ment. Health 1983;3(4):47-60.).
9. Wright TA, Bonett R. The contribution of burnout to work performance. Journal of Organizational Behavior 1997;18:491-499.
10. Ergin C. Doktor ve hemşirelerde tükenmişlik ve Maslach Tükenmişlik Ölçeğinin uyarlanması. VII. Ulusal Psikoloji Kongresi Bilimsel Çalışmaları, Ankara, 1993.
11. Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job Burnout. Annu Rev Psychol. 2001;52:397-422
12. Muldary, TW.(1983). Burnout And Health Professionals: Manifestations And Management, A Capistrano Publication, CA.

13. Sullivan IG. Professional Burnout In Medicine And The Helping Professions. The Haworth PressInc. 1999 NewYork.
14. Maslach C, Leiter MP. Earlypredictors of job burnout and engagement. JAppl Psychol. 2008 May;93(3):498-512.
15. Jackson SE, Schuler RS. Preventing employee burnout. Personnel. 1983 Mar-Apr;60(2):58-68.
16. Maslach C. Stress, Burnout, And Workaholism. American Psychological Association.1986 Washington DC.
17. Maslach C. Burnout: The Cost of Caring, Prentice Halls. Englewood Cliffs, 1982 New Jersey.
18. Barutcuğil İ. Organizasyonlarda Duyguların Yönetimi, Kariyer Yayıncılık İletişim Eğitim Hiz.Ltd.Şti.1.Baskı,2002 İstanbul.
19. Surgevil O. Çalışma Hayatında Tükenmişlik Sendromu- Tükenmişlikle Mücadele Teknikleri. Nobel Yayın,2006 Ankara.
20. Baltaş A, Baltaş Z. Stres ve Başa Çıkma Yolları, 14.Basım (Genişletilmiş Yeni Basım), Remzi Kitabevi, 1994 İstanbul.
21. Blackburn IM. Depresyon ve Başa Çıkma Yolları. Cev. Şahin NH, Rugancı RN, Remzi Kitabevi, 1992 İstanbul.103
22. Taycan O, Kutlu L, Cimen S, Aydın N. Bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerde depresyon ve tükenmişlik düzeyinin sosyodemografik özelliklerle ilişkisi. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 2006; 7(2):100-108.
23. Yavuzyılmaz A, Topbaş M, Can E, Can G, ozgun Ş. Trabzon İl Merkezindeki Sağlık Ocakları Çalışanlarında Tükenmişlik Sendromu İle İş Doyumu Düzeyleri ve İlişkili Faktörler. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni,2007; 6(1):41-50.
24. Solmuş T. İş Yaşamında Duygular ve Kişilerarası İlişkiler-Psikoloji Penceresinden İnsan Kaynakları Yönetimi, Beta Basım, 1.Basım, 2004 İstanbul.
25. Budakoğlu İİ, Ozcan C, Atlı K, Erdal R. T.C Devlet Demiryolları Ankara Fabrikaları ve 2.Bölge Müdürlüğü'nde Çalışanların Tükenmişlik Durumları. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 2006(5):317-325.
26. Sahin Hisli N.Stresle Başa Çıkma. Türk Psikologlar Derneği Yayınları, 1994.
27. Potter B. Preventing Job Burnout; Transforming Work Pressures in to Productivity, Course Technology Cips. 2005 California.

28. Yıldırım F. Banka Çalışanlarında İş Doyumu ve Algılanan Rol Çatışması İle Tükenmişlik Arasındaki İlişki. Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi.1996 Ankara.
29. Kırlangıç O. Tükenmişlik. Saray Medikal Yayıncılık San ve Tic. Ltd. Şti. 1. Baskı, 1995 İzmir.
30. Legassie JZ, Goldszmidt MA. Measuring Resident Well-Being: Impostorism And Burnout Syndrome In Residency. J Gen Intern Med 2008; 23: 1090-4.
31. Çam, O. "Hemşirelerde Tükenmişlik (Burnout) Sendromunun Araştırılması", İzmir: Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı Doktora Tezi, 1991.
32. Ersoy F, Yıldırım CR, Edirne T. Tükenmişlik (Staff Burnout) Sendromu, Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi.2001; 15-20.
33. İzgar H. "Okul Yöneticilerinde Tükenmişlik Nedenleri" Ankara: Nobel Yayın Dağıtım, 2001.
34. Maslach C, Leiter MP. "The Truth About Burnout", San Francisco, CA: Jossey-Bass, 1997.
35. Leiter MP. Gltal Med Lav Ergon. A twoprocess model of burnout and work engagement: distinct implications of demands and values. 2008 Jan-Mar;30:52-8.
36. Freudenberger NJ, Pichelson G. "Burnout, How To Beat The High Cost Of Success", New York: Bantam Books, Doubleday-Company Inc, 1981.
37. Işıkhani V. "Çalışma Hayatında Stres ve Basa Çıkma Yolları", Ankara: Sandal Yayınları, 2004.
38. Örmən U. "Tükenmişlik Duygusu ve Yöneticiler Üzerinde Bir Uygulama", Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 1993.
39. Perlman B, Hartman AE. "Burnout: Summary And Future Research", Human Relations, 1982;35:283-305.
40. Suran BG, Sheridan EP. "Management Of Burnout: Training Psychologists In Professional Life Span Perspectives", Professional Psychology: Research And Practice, 1984;15:741-752.
41. Ericson E. Childhood and Society. Norton Publication: New York, 2nd Edition, 1963.

42. Gaines J, Jermier J. "Emotional Exhaustion In A High Stress Organization", Academy Of Management Journal, 1983;26:567-586.
43. Çam O. Tükenmişlik envanterinin geçerlik ve güvenirliğinin araştırılması. VII. Ulusal Psikoloji Kongresi Düzenleme Kurulu ve Türk Psikologlar Derneği Yayını, Ankara: Hacettepe Üniversitesi, 1992; 155-159.
44. Edelwich J, Brodsky A. Burnout: Stages of disillusionment in the helping professions. New York: Human Sciences Press, 1980.
45. Pines A, Aranson E. "Career Burnout, Causes And Cures", New York, The Free Press, 1988.
46. Pines A. Burnout: An existential perspective. In W. B. Schaufeli, D. Maslach, & T. Marek (Eds.), Professional burnout: Research developments in the organization research. Washington, D.C.: Taylor & Francis, 1993.
47. Ok S. Banka çalışanlarının tükenmişlik düzeylerinin iş doyumu, rol çatışması, rol belirsizliği ve bazı bireysel özelliklere göre incelenmesi, Yayınlanmamış doktora tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara, 2002.
48. Sılığ A. "Banka Çalışanlarının Tükenmişlik Düzeylerinin Çeşitli Değişkenler Açısından İncelenmesi", T.C. Eskişehir Anadolu Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Eğitim Bilimleri (Eğitimde Psikolojik Hizmetler) Ana Bilim Dalı, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Eskişehir, 2003.
49. Meier ST. "Toward A Theory Of Burnout", Human Relations, 1983;36:899-910.
50. Bandura A. "Self-Efficacy: Toward A Unifying Theory Of Behavioral Change", Psychological Review, 1977;84:191-215.
51. Çam O, Mandiracioglu A. Violence exposure and burn-out among Turkish nursing homestaff. Occup Med (Lond). 2006 Oct;56(7):501-3.
52. Baysal A. "Lise ve Dengi Okul Öğretmenlerinde Meslekte Tükenmişliğe Etki Eden Faktörler", Yayınlanmamış Doktora Tezi, İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 1995.
53. Garden AM. "Depersonalization: A Valid Dimension Of Burnout", Human Relations, 1987;60:545-560.
54. Yöney H, Ünal P. "Profesyonel Yasa da İş Stresi ve Tükenmişlik", 2004
55. Maslach C, Zimbardo PG. Burnout – The Cost of Caring, Prentice-Hall, Inc. 1982 New Jersey.

56. Uğurluoğlu SO. Banka Çalışanlarının Tükenmişlik Düzeylerinin İş Doymu, Rol Çatışması, Rol Belirsizliği ve Bazı Bireysel Özelliklere Göre İncelenmesi. Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Doktora Tezi, 2002 Ankara.
57. Karlıdağ R, Ünal S, Yoloğlu S. Hekimlerde iş doymu ve tükenmişlik düzeyi. Türk Psikiyatri Dergisi 2000;11:49-57.
58. Ozdevecioğlu M. Algılanan Örgütsel Adaletin Bireylerarası Saldırgan Davranışlar Üzerindeki Etkilerinin Belirlenmesine Yönelik Bir Araştırma. Erciyes Un. İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi.21:77-96.
59. Sucuoğlu B, Kuloğlu N. Özürlü Çocuklarla Çalışan Öğretmenlerde Tükenmişliğin Değerlendirilmesi. Türk Psikoloji Dergisi.10(36),44-60
60. Nyssen AS, Hansez I, Baele P, Lamy M, De Keyser V. Occupational Stress And Burnout in Anaesthesia. Br J Anaesth. 2003 Mar;90(3):333-7.
61. Akçamete G, Kaner S, Sucuoğlu B. “Engelli ve Engelli Olmayan Çocuklarla Çalışan Öğretmenlerin Tükenmişlik Ve iş doymu Düzeyleri Arasındaki ilişkinin Karşılaştırmalı Olarak incelenmesi”, Ankara: Nobel Yayın Dağıtım, 2001.
62. Aydın Pİ. “İş Yaşamında Stres”, Ankara: Pegama Yayıncılık, 2002.
63. Akgoz S, Ozcakır E, Atıcı E, Altınsoy Y, Tombul K, Kan İ, Kan Uludağ Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi'nde Çalışan Hekimlerin Empatik Eğilimleri, Türkiye Klinikleri Tıp Etiği-Hukuku-Tarihi Dergisi. 2005;13(2)97-104.
- 64.Larsson J, Homstrom I, Rosenqvist U. Professional artist, good samaritan, servantandco-ordinator: four ways of understanding the anaesthetist's work. Acta Anaesthesiologica 2003; 47: 787-793.
65. De Valk MM, Oostrom C, Schrijvers AJ. An assessment of occupational healthcare in the Netherlands (1996-2005). OccupMed (Lond). 2006 Oct;56(7):475-9.
- 66.Beemsterboer J, Baum BH. Burnout: Definitions and health care management, Socialwork in healthcare. 1984; 10:97-110.
67. Pines A, Maslach C. Characteristics of staff burnout in mental health setting, Hospital and Community Psychiatry, 1978;29:233-237.
- 68.Mayou R. Burnout, British Med. Journal.1986;2:264-265.
- 69.Phipps L. Stress among doctors and nurses in the emergency department of a general hospital, Can. Med. Assoc. J.,1988; 139:375-376.
- 70.Quill TE, Williamson PR. Health approaches to physician stress. Arch Intern Med 1990;150:1857-1861

71. Yang HJ, Farn CK. An investigation the factor saffecting MIS student burnout in technical-vocational college. *Computers in Human Behavior* 21 (2005): 917-932.
72. Aslan D, Kiper N, Karaağaoğlu E, Topal F, Güdük M, Cengiz S. Türkiye'de tabip odalarına kayıtlı olan bir grup hekimde tükenmişlik sendromu ve etkileyen faktörler. *Türk Tabipler Birliği Yayınları*, 2005.
73. Sunter AT, Canbaz Z, Dabak S, Oz H, Peksen Y. Pratisyen hekimlerde tükenmişlik, ise bağlı gerginlik ve is doyumunu düzeyleri. *Genel Tıp Dergisi* 2006; 16(1): 48-50.
74. Dericiogulları A, Konak S, Arslan E, Ozturk B. Öğretim Elemanlarının Tükenmişlik Düzeyleri. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi* 2007; (2)5: 46-49.
- Maslach C, Jackson SE. *Maslach Burnout Inventory*. CA, PressPalo Alto, 1986: 27-29.
75. am O. Tükenmişlik envanterinin geçerlilik ve güvenirliğinin arttırılması. 1.baskı. Ankara: Bilimsel Yayınlar; 1992, 48-71.
76. Aslan H, Gurkan BS, Alparslan N. Tıpta uzmanlık ğrencisi hekimlerde tükenme düzeyleri. *Türk Psikiyatri Dergisi* 1996; 7(1):39-45.
77. Serinken M, Ergor A, Cımrın AH, Ersoy G. İzmir İlindeki Acil Servis Hekimlerinin Tükenme Düzeyleri. *Toplum ve Hekim, Temmuz-Ağustos* 2003, 18 (4): 293-299.
78. zyurt A, Hayran O, Dur H. Predictors of burnout and job satisfaction among Turkish physicians. *Q J Med*, 2006; 99:161–169.
79. Erol A, Sarıecek A, Gülseren ř. Asistan Hekimlerde Tükenmişlik: İşDoyumu ve Depresyonla İlişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2007; 8:241-247.
80. Aslan SH, Aslan RO, Alparslan N, Gürkan S, nal M. Hekimlerde Tkenmede Cinsiyetle İlişkili Etmenler. * Tıp Fak Derg*, 1997; 22(2):132–136.
81. Canbaz S, Sünter AT, Dabak S, z H, Peksen Y. Hemşirelerde Tükenmişlik Sendromu, İş Doyumu ve İşe Bağlı Gerginlik. *Hemşirelik Forumu Dergisi*. 2001; 4(2):31– 34.
82. Olgun N, ınar S. Hemodiyaliz Hemşirelerinin İş Doyumlarının Değerlendirilmesi. *ınar Dergisi*, 1997; 3(1):9–11.
83. Öztürk A, Tolga Y, şenol V, Günay O. Kayseri ilinde görev yapan sağlık idarecilerinin tükenmişlik düzeylerinin değerlendirilmesi. *Erciyes Tıp Dergisi*, 2008;30:92-99.



84. Kaya M, Üner S, Karanfil E, Uluyol R, Yüksel F, Yüksel M. Birinci basamak sağlık çalışanlarının tükenmişlik durumları. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 2007;6:357-363.
85. Ohtonen P, Alahuhta S. Mortality among Finnish anesthesiologists from 1984-2000. Acta Anaesthesiol Scand 2002; 46:1196-1199.
86. Kain ZV. Anesthesiologists and Acute Perioperative Stress: A cohort study Anesthesia and analgesia 2002; 95:177-83.
87. Spiegelman WG, Saunders L, Mazze RI. Addiction and Anesthesiology. Anesthesiology 1984; 60: 335-341.
88. Thomas CB: Suicide among us: can we learn to prevent it? Johns Hopkins Med J 1969; 129:190-192.
89. Juntunen J, Asp S, Olkinuora M, Aarimaa M, Strid L, Kauttu K. Doctors' drinking Habits and consumption of alcohol. BMJ. 1988 Oct 15;297(6654):951-4.
90. Kenna GA, Wood MD. Alcohol use by health care professionals. Drug and Alcohol Dependence 2004(75): 107-116.
91. Girgin NK, Bayrak VM, Akkaya C, Erşaylı DT, Yılmazlar A. Bursa il merkezinde görevli anesteziistlerde mesleki tükenmeyi etkileyen faktörler. Türk Anest. Rean. Der. Dergisi 2006;34:48-55.
92. Kurçer MA. Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Hekimlerinin iş doyumunu ve tükenmişlik düzeyleri. Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 2005;2:10-15.
93. Aktuğ İY, Susur A, Keskin S, Balcı Y, Seber G. Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesinde çalışan hekimlerde tükenmişlik düzeyleri. Osmangazi Tıp Dergisi, 2006;28:91-101.
94. Randall CS, Winniford MD, Mueller CW, Johnson SR. Job satisfaction and work place characteristics of primary and specialty care physicians at a bimodal medical school. Acad Med. 2001 Nov;76(11):1148-52.
95. Yeşil A, Ergün Ü, Amasyalı C, Er F, Olgun NN, Aker AT. Çalışanlar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği Türkçe Uyarlaması Geçerlik ve Güvenilirlik Çalışması. Nöropsikiyatri Arşivi 2010; 47: 111-117.
96. Tekin A. Yönetici Hemşirelerin Tükenmişlik Düzeylerinin Belirlenmesi. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2009.
97. Altan B, Gönener D, Demirkıran C. Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Tükenmişlik Düzeyleri ve Aile Desteğinin Etkisi. Fırat Tıp

Dergisi, 2010; 15(1):10–16.

98. Alimoğlu MK, Dönmez L. Day light exposure and the other predictors of burnout among nurses in a University Hospital. *Int J nursStud* 2005;42(5):549-555.



## **ÖZ GEÇMİŞ**

1981 Adana/Kozan Doğumluyum. ilkokulu Gazeteci Adem Yavuz ilkokulu 1988-92, orta öğrenimimi Yüreğir orta okulu 1992-95, liseyi Sunar Nuri Çomu lisesi 1995-98, Üniversiteyi Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi 1999-2006 yılında tamamladıktan sonra mecburi hizmet yükümlüsü olarak İstanbul 112 Açık Sağlık Hizmetlerinde tamamladıktan sonra 2009 yılında Kars Kafkas Üniversitesi Anestezi ve Reanimasyon Anabilim Dalına Araştırma Görevlisi olarak başladım.