

**T.C.
PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI**

**HEKİMLERDE EMPATİ, İŞ DOYUMU, İŞ STRESİ DÜZEYLERİ VE
BİRBİRLERİ İLE İLİŞKİLERİ**

**UZMANLIK TEZİ
DR. CELİLE HATİPOĞLU**

**DANIŞMAN
YRD. DOÇ. DR. ÖZGÜR SEVİNÇ**

DENİZLİ - 2013

**T.C.
PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI**

**HEKİMLERDE EMPATİ, İŞ DOYUMU, İŞ STRESİ DÜZEYLERİ VE
BİRBİRLERİ İLE İLİŞKİLERİ**

**UZMANLIK TEZİ
DR. CELİLE HATİPOĞLU**

**DANIŞMAN
YRD. DOÇ. DR. ÖZGÜR SEVİNÇ**

DENİZLİ - 2013

Yrd. Doç. Dr. Özgür Sevinç danışmanlığında Dr. Celile Hatipoğlu tarafından yapılan “Hekimlerde Empati, İş Doyumu, İş Stresi Düzeyleri Ve Birbirleri İle İlişkileri” başlıklı tez çalışması 19/06/2013 tarihinde yapılan tez savunma sınavı sonrası yapılan değerlendirme sonucu jürimiz tarafından Halk Sağlığı Anabilim Dalı’nda TIPTA UZMANLIK TEZİ olarak kabul edilmiştir.

BAŞKAN Prof. Dr. Ali İhsan Bozkurt



ÜYE Prof. Dr. Mehmet Bostancı



ÜYE Yrd. Doç. Dr. Özgür Sevinç



Yukarıdaki imzaların adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.
19./06./2013



Prof. Dr. Mustafa Kılıç
Pamukkale Üniversitesi
Tıp Fakültesi Dekanı

TEŞEKKÜR

Bu tezin gerçekleŐtirilmesinde, eğitimim sÜresince gerekli bÜtÜn yardım, tavsiye ve yönlendirmeleri yapan, karŐılaŐtıđım problemlerin çözÜmünde fikirlerinden ve deneyimlerinden yararlandığım çok değerli danışman hocam Sayın Yrd. Doç. Dr. Özgür SEVİNÇ'e, uzmanlık eğitimim sÜresince sundukları bilimsel, verimli, destekleyici ortam ile yetiŐmemde büyük katkıları bulunan, benden yardımlarını, deneyimlerini ve değerli fikirlerini esirgemeyen çok kıymetli hocalarım Anabilim Dalı BaŐkanı Sayın Prof. Dr. Ali İhsan BOZKURT'a, Sayın Prof. Dr. Mehmet BOSTANCI'ya, Sayın Prof. Dr. Mehmet ZENCİR'e ve Sayın Doç. Dr. Ahmet ERĐİN'e saygı ve teŐekkürlerimi sunarım.

Asistanlığım boyunca dostça ve huzurlu bir çalışma ortamını paylaŐtıđım, her zaman destek ve yardımlarını gördÜğüm asistan arkadaşlarıma teŐekkürlerimi sunarım.

Öğrencilik hayatım boyunca bana emeği geçen bÜtÜn hocalarıma ve her zaman ilgi, sevgi, anlayış ve destekleri ile yanımda olan çok sevgili aileme saygı ve teŐekkürlerimi sunarım.

Dr. Celile HATIPOğLU

İÇİNDEKİLER

Sayfa No

ONAY SAYFASI	III
TEŞEKKÜR	IV
İÇİNDEKİLER	V
ŞEKİLLER DİZİNİ	VIII
TABLolar DİZİNİ	IX
ÖZET	XI
İNGİLİZCE ÖZET	XII
GİRİŞ	1
GENEL BİLGİLER	4
EMPATİ	4
Empatinin Etimolojisi ve Tanımı	4
Hekimlik Mesleğinde Empati	8
İŞ STRESİ	10
Stres Tanımı	10
Stresin Etkileri ve Hastalık Yaklaşımları	13
İş Stresi	15
İş Stresi İle İlgili Modeller ve Teoriler	16
İş Talep-Kontrol Modeli	17
İş Talep-Kontrol-Destek Modeli	19
İş Talep-Kontrol (-Destek) Modelleri ve Sağlık İlişkisi	22
Hekimlik Mesleğinde İş Stresi	23
İŞ DOYUMU	24
İş Doyumunu Tanımı	24
İş Doyumunun Birey Açısından Önemi	26
İş Doyumunun Örgüt (Kurum) Açısından Önemi	27
İş Doyumunun Toplum Açısından Önemi	28
İş Doyumu Kuramları.....	28
Kapsam (İçerik) Kuramları	28

Süreç Kuramları	33
Hekimlik Mesleğinde İş Doyumu	36
GEREÇ VE YÖNTEM	39
ARAŞTIRMANIN TİPİ	39
ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEM SEÇİMİ	39
ARAŞTIRMANIN DEĞİŞKENLERİ	40
Araştırmanın Bağımlı Değişkenleri	40
Araştırmanın Bağımsız Değişkenleri	40
ANKET FORMU	41
ARAŞTIRMADA KULLANILAN ÖLÇEKLER	41
Empatik Eğilim Ölçeği	41
Minnesota İş Doyum Ölçeği	42
İsveç İş Yükü-Kontrol-Destek Ölçeği	43
VERİ TOPLAMA	43
ARAŞTIRMANIN İZİNLERİ	44
İSTATİSTİKSEL ANALİZ	44
BULGULAR	45
KATILIMCILARIN GENEL ÖZELLİKLERİ	45
KATILIMCILARIN ÇALIŞMA YAŞAMI ÖZELLİKLERİ	47
EMPATİ EĞİLİMİ, İŞ DOYUMU, İŞ STRESİ DÜZEYLERİ	50
EMPATİ EĞİLİMİ	51
İŞ STRESİ	54
İş Yükü	54
İş Kontrolü	56
İş Sosyal Destek	58
İş Stresi Puanı	60
İŞ DOYUMU	62
Genel İş Doyumu	62
İçsel İş Doyumu	64
Dışsal İş Doyumu	66
ÖLÇEKLERDEN ELDE EDİLEN PUANLARIN İLİŞKİLERİ.....	68

EMPATİ EĞİLİMİ DÜZEYİNİN İŞ STRESİ-İŞ DOYUMU İLİŞKİSİNE ETKİSİ	70
TARTIŞMA	72
EMPATİ	72
İŞ STRESİ	73
İŞ DOYUMU	81
EMPATİ, İŞ STRESİ, İŞ DOYUMU İLİŞKİSİ	90
ARAŞTIRMANIN KISITLILIKLARI	92
SONUÇ VE ÖNERİLER	93
KAYNAKLAR	94
EKLER	119
EK 1.....	119
EK 2.....	120

ŞEKİLLER DİZİNİ

	Sayfa No
Şekil 1 İş talep-kontrol modeli.....	18
Şekil 2 İş talep-kontrol-destek modeli.....	20
Şekil 3 Kapsam kuramlarının kıyaslanması.....	33
Şekil 4 Araştırmaya katılanların empati düzeylerine göre tabakalanmış iş stresi düzeyleri ve iş doyumu düzeyleri ile ilişkileri.....	71

TABLolar DİZİNİ

	Sayfa No
Tablo 1 Araştırmaya katılanların genel özellikleri	46
Tablo 2 Araştırmaya katılanların çalışma yaşamı özellikleri	48
Tablo 3 Araştırmaya katılanların çalıştıkları kurumlara göre bölüm dağılım özellikleri	49
Tablo 4 Araştırmaya katılanların empati eğilimi, iş doyumunu, iş stresi ölçeklerinden aldıkları puanların özellikleri	50
Tablo 5 Araştırmaya katılanların genel özelliklerine göre empati eğilimi düzeyleri	52
Tablo 6 Araştırmaya katılanların çalışma yaşamı özelliklerine göre empati düzeyleri	53
Tablo 7 Araştırmaya katılanların genel özelliklerine göre iş yükü düzeyleri	54
Tablo 8 Araştırmaya katılanların çalışma yaşamı özelliklerine göre iş yükü düzeyleri	55
Tablo 9 Araştırmaya katılanların genel özelliklerine göre iş kontrol düzeyleri	56
Tablo 10 Araştırmaya katılanların çalışma yaşamı özelliklerine göre iş kontrol düzeyleri	57
Tablo 11 Araştırmaya katılanların genel özelliklerine göre iş sosyal destek düzeyleri	58
Tablo 12 Araştırmaya katılanların çalışma yaşamı özelliklerine göre iş sosyal destek düzeyleri	59
Tablo 13 Araştırmaya katılanların genel özelliklerine göre iş stresi puanı düzeyleri	60
Tablo 14 Araştırmaya katılanların çalışma yaşamı özelliklerine göre iş stres puanı düzeyleri	61
Tablo 15 Araştırmaya katılanların genel özelliklerine göre genel iş doyumunu düzeyleri	62
Tablo 16 Araştırmaya katılanların çalışma yaşamı özelliklerine göre genel iş doyumunu düzeyleri	63
Tablo 17 Araştırmaya katılanların genel özelliklerine göre içsel iş doyumunu düzeyleri	64
Tablo 18 Araştırmaya katılanların çalışma yaşamı özelliklerine göre içsel iş doyumunu düzeyleri	65
Tablo 19 Araştırmaya katılanların genel özelliklerine göre dışsal iş doyumunu düzeyleri	66
Tablo 20 Araştırmaya katılanların çalışma yaşamı özelliklerine göre dışsal iş doyumunu düzeyleri	67

Tablo 21	Ölçeklerden elde edilen puanların ilişkileri	68
Tablo 22	Ölçeklerden elde edilen puanların bazı değişkenlere göre düzeltilmiş ilişkileri	69
Tablo 23	İş doyumu düzeyini etkileyen faktörler	69
Tablo 24	Araştırmaya katılanların empati düzeylerine göre iş stresi ve iş doyumu düzeyleri	70

ÖZET

Hekimlerde Empati, İş Doymu, İş Stresi Düzeyleri Ve Birbirleri İle İlişkileri

Dr. Celile Hatipoğlu

Sağlık hizmetlerinde, yeterli mesleki bilgi ve becerilere ilaveten nitelikli hasta hekim ilişkisi de gereklidir. Hasta hekim ilişkisinin niteliğini belirten bileşenlerden biri ise; hekimin hastasına karşı sahip olduğu empatidir. Ülkemizde hekimlerde hem empati, hem iş doymu, hem de iş stresi düzeylerini bir arada ele alan çalışma saptanmamıştır. Bu çalışmanın amacı; hekimlerdeki empati eğilimi, iş doymu, iş stresi düzeyleri ile ilişkili genel ve mesleki özelliklerin ortaya konulması ve hekimlik mesleğinde empati eğilimi, iş stresi ve iş doymu düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesidir. Bu çalışma kesitsel tipte bir araştırmadır. Araştırmada Denizli Merkez İlçesi'nde çalışan hekimler arasından örnekleme alınan 330 hekimin 318'ine (%96,3) ulaşılabilmektedir. Araştırmanın bağımlı değişkenleri “empati eğilimi düzeyi, iş stresi düzeyi ve iş doymu düzeyi”dir. Araştırmanın bağımsız değişkenleri ise, katılımcıların genel özellikleri ve çalışma yaşamı özellikleridir. Araştırma verisi; sosyodemografik ve çalışma yaşamı özelliklerine ilişkin sorular ile Dökmen'in empatik eğilim ölçeği, Minnesota iş doymu ölçeği ve İsveç iş yükü kontrol destek ölçeği sorularını içeren soru formları vasıtasıyla toplanmıştır. Katılımcıların empati eğilimi ölçeğinden aldıkları puanların ortalaması 70,5, iş stresi ölçeğinden elde edilen iş stresi puanlarının ortalaması 0,8, genel iş doymu düzeyi puanlarının ortalaması 3,4'tür. Katılımcıların cinsiyet, yaş, çalıştıkları kurum özellikleri kontrol edildiğinde, empati eğilim puanının; genel iş doymu puanı ile pozitif yönde, genel iş doymu puanının, iş stres puanı ile ters yönde orta dereceli korelasyon gösterdiği bulunmuştur. Çalışmada, empati ve iş doymu düzeyleri yüksek, iş stresi düzeyi ise düşük bulunmuştur. Çalışma sonucuna göre, hekimlerin empati düzeyleri yükseltilebilirse, yüksek iş stresi olan hekimlerde bile iş doymuları artırılabilir.

Anahtar kelimeler: empati, iş stresi, iş doymu, hekim

SUMMARY

Levels and Interrelations of Empathy, Job Satisfaction, and Job Stress of Physicians

Celile Hatipoğlu, MD

In addition to adequate professional knowledge and skills, the qualified patient-physician relationship is required in health care. One indicator of the quality of the patient-physician relationship is the physician's empathy towards his/her patients. In our country, there hasn't been any study dealing with any combination of the empathy, job satisfaction and job stress levels of physicians totally. The aim of this study is to find out general and professional features associated with levels of empathy tendency, job satisfaction, job stress of physicians and to evaluate the association between levels of empathy tendency, job satisfaction, job stress in the profession of medicine. This cross-sectional study was conducted in the Central District of Denizli, with clinicians who were currently practicing. As a result of the sample size calculation, it was planned to reach 330 physicians. 318 (96.3%) physicians were reached in the data collection phase. The dependent variables of the study were the levels of empathy tendency, job satisfaction and job stress. The independent variables of the study were the general and professional features of the participants. The data was gathered with a questionnaire containing the questions with regard to the sociodemographic attributes, the features of working life, the Dökmen's Empathic Tendency Scale, the Minnesota Job Satisfaction Scale and the Swedish Demand-Control-Support Questionnaire. Mean scores obtained from the scales of empathic tendency, job stress and general job satisfaction of the participants were 70.5, 0.8 and 3.4 respectively. Controlling for participants' characteristics of sex, age and the institution they worked, the empathy tendency scores were positively correlated with general job satisfaction scores and the general job satisfaction scores were moderately negatively correlated with job stress scores. In this study, it was found that the levels of empathy and job satisfaction were high, the level of job stress was low. In addition, when the level of empathy of the physician's increases, despite having an even higher job stress, the physician's job satisfaction increases.

Keywords: empathy, job stress, job satisfaction, physician

GİRİŞ

Sağlık hizmetlerinde hekimin profesyonel olarak görev yapabilmesinin temelinde; mesleki bilgi ve becerilerinin yeterliliğinin yanı sıra hasta hekim ilişkisinin niteliği de yer almaktadır. Nitelikli bir hasta-hekim ilişkisi sağlanırsa hem hasta, hem hekim, hem de sağlık hizmet sunumu açısından çeşitli çıktılar elde edilebilir. Hasta-hekim ilişkisinin niteliğini belirten bileşenlerden biri ise; hekimin hastasına karşı sahip olduğu empatidir (1).

Empati; durumun kendisini yaşamadan diğer kişinin duygusal halini doğru bir şekilde bilme halidir, diğer kişinin durumunda olsaydı ne hissedeceğini tasavvur edebilmesidir (2). Diğer kişinin içsel deneyimlerini ve hislerini anlayabilme yetisi ve diğer kişinin bakış açısından dış dünyayı görebilme kapasitesidir (3, 4).

Türk Dil Kurumu sözlüğüne göre empatinin kelime anlamı “duygudaşlık”tır (5). Oxford tıp sözlüğüne göre; diğer kişinin düşüncelerini ve duygularını anlayabilme yetisidir (6).

Hekimlik mesleğinde empati, hekimin hastanın bakış açısını, deneyimlerini bilişsel olarak tanıyabilme ve bu anlayışı hastaya geri iletebilme yetisidir (4, 7). Kendisine empati ile yaklaşılan hasta, hekime saygı (8, 9) ve güven (10) duymaktadır. Tedavi sürecine etkin hasta katılımı gözlenmektedir (7). Hastanın tedaviye uyumu artmakta (15), istenen tedavi sonuçları alınmaktadır (7, 11, 12). Ayrıca, empati ile yaklaşılan hastada plasebo etkisi de gözlenmiştir (16).

Empati sayesinde, hasta üzerinde olumlu psikolojik etkiler de gözlenir (11, 12). Örneğin; hastanın anksiyetesi azalır (11, 13). Kötü haberlerle daha iyi başa çıkabilme yetisi kazanır (14). Hastanın sağlık hizmetine ilişkin memnuniyeti artar (7, 8, 17).

Hasta-hekim ilişkisinde empatiyi uygulayan hekim; hastasından kaliteli bilgi elde eder ve böylelikle hekimin teşhis becerisi artar (8, 9, 18). Dolayısıyla hekimlik deneyiminde artış yaşanır (2, 20). Hastasının tedaviye uyumunun artması (9) ile istenen tedavi sonuçlarına daha kolay ulaşılır (7, 11, 12). Hekimlik mesleğinin anlamında artış (2, 20), hekimin yaşadığı streste azalma (8, 9, 18), iş doyumunda artma (18), tükenme (19) ve malpraktis suçlamalarında azalma gözlenir (8, 9, 18).

Sağlık hizmet sunumu açısından ise; aynı şikâyetle tekrar tekrar hasta başvurularında azalma, sağlık kurumlarının gereksiz meşguliyetinde azalma ve sağlık hizmeti sunum kalitesinde artış gözlenir.

Empatik iletişim öğretilen önemli mesleki vasıflardan biridir (21). Hekimlerin içsel kapasiteleri değişse bile, tıptaki diğer herhangi bir beceri gibi, kliniksel empati öğretilir ve kişiye kazandırılabilir (22). Ancak; empati, tıp eğitimi boyunca azalmaktadır (23). Ayrıca; ağır iş yükü, empatiye çok az önem verilmesi (24), şefkat, merhamet ve sağlık bakımının duygusal boyutlarına ilişkin yetersiz eğitim (25, 26), zaman baskısının yarattığı anksiyete (2), hekimlerin hastalarının duygusal ihtiyaçlarını hastalık ve bakım bakış açısının merkezinde görmemeleri (2) ve hasta ile hekimler arasındaki gerilimler (2), hekimin empati kurmasının önündeki engellerdendir.

İş stresi, İş Güvenliği ve Sağlığı Ulusal Enstitüsü (NIOSH)'nün tanımına göre, “işin gereklilikleri ile çalışanın yetenekleri, kaynakları ya da ihtiyaçları eşleşmezse ortaya çıkan zararlı bedensel ve duygusal cevaplar”dır (27).

Hekimler yüksek iş stresi yaşayan meslek gruplarından biridir. Hekimlik mesleği objelerden ziyade, insan ile ilgilenir. Eylemlerinin insan yaşamı üzerinde derin etkileri vardır (28). Özellikle sağlık personeli, iş çevresi, iş doğası, görev ve etkileşimin çeşitliliği nedeniyle, strese karşı daha da savunmasızdır (29).

Sağlık çalışanlarında, yüksek beklentiler ile yetersiz zaman, yetersiz beceriler ya da işteki sosyal destek eksikliği birleşince, iş ile ilişkili stres yaşanmaktadır. Bu da çalışanlarda ciddi rahatsızlıklara, tükenmeye ya da psikosomatik hastalıklara ve en sonunda da yaşam kalitesinde, iş doyumunda, yapılan işin kalitesinde azalmaya, verilen hizmette bozulmalara neden olur (30, 31). Ayrıca, artmış işe devamsızlık ve personel değişim hızı nedeniyle stresin topluma maliyeti de yüksektir (30).

Hekimlerin yaşadığı iş stresi, özellikle 3 sonuç ile yakından ilişkilidir. Yüksek stres yaşayan hekimler ya mesleklerini bırakırlar ya uzmanlık dallarını değiştirirler ya da mutsuz bir şekilde mesleklerine devam ederler (32). İş stresinin hekimler, kurumlar, sağlık sistemi ve toplum üzerinde etkileri olduğundan, iş stresi ile ilgili değişkenlerin tespit edilmesi ve gerekli müdahalelerin yapılması önemlidir.

İş doyumunu, işten duyulan memnuniyet (33), kişinin işi ile ne kadar mutlu olduğu (34), bireyin işini yaparken algıladığı hoşnutluk duygusudur (35-37). Bu duygu zaman içinde, çalışanın işini ve iş çevresini değerlendirerek geliştirdiği bir durumdur (37, 38). Hekimlerin iş doyumunu, kişisel, mesleki ve hasta ile ilişkili faktörleri yansıtır. Tıbbi hizmetlere ulaşılabilirlik ve tıbbi bakım hizmetlerinin niteliği ile ilgilidir (39). Bu nedenle, iş doyumunu ve ilgili değişkenlerin tespit edilmesi ve gerekli müdahalelerin yapılması önemlidir.

Empati, hekimin iş doyumunda artma ve iş stresinde azalma ile sonuçlanabilir (18). Empatinin belirleyicileri ile ilgili olarak, ülkemizde Teke ve ark.'nın "hekimlerin empatik özelliklerinin ölçümü ve bu ölçümlerin demografik değişkenlere göre değişimi" adlı çalışması mevcuttur (40). İş doyumunu ile hekimin sosyodemografik özelliklerinin ve algılanan stres düzeyinin ilişkisini irdeleyen çalışmalar da mevcuttur (41). Bununla birlikte; ülkemizde hem empati, hem iş doyumunu, hem de iş stresi düzeylerini birarada ele alan çalışmalarda yetersizlik vardır.

Bu çalışmanın amacı; hekimlerdeki empati eğilimi, iş doyumunu, iş stresi düzeyleri ile ilişkili genel ve mesleki özelliklerin ortaya konulması ve hekimlik mesleğinde empati eğilimi, iş stresi ve iş doyumunu düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesidir.

GENEL BİLGİLER

Bu bölümde çalışmanın temel bağımlı değişkenlerini oluşturan empati eğilimi, iş stresi ve iş doyumunu kavramları hakkında genel bilgi verilmektedir.

EMPATİ

Empatinin Etimolojisi ve Tanımı

Sağlık hizmetlerinde hekimin profesyonel olarak görev yapabilmesinin temelinde; mesleki bilgi ve beceri yeterliliğinin yanı sıra hasta-hekim ilişkisinin niteliği de yer almaktadır. Nitelikli bir hasta-hekim ilişkisi sağlanırsa hem hasta, hem hekim, hem de sağlık hizmet sunumu açısından çeşitli çıktılar elde edilebilir. Hasta-hekim ilişkisini irdeleyen farklı kavramsal yapılar var olmakla birlikte, hasta-hekim ilişkisinin niteliğini belirten bileşenlerden biri, hekimin hastasına karşı sahip olduğu “empati”dir (1).

Empati, Aristo tarafından ilk kez Rhetoric adlı eserinde tanımlandığı günden bu yana değişikliklere uğramıştır (42, 43).

Empati, Yunan dilindeki “empathia”dan köken almaktadır. Burada "em" önekinin karşılığı , "...de" ya da "...in içinde, içerde"; "pathia" nın karşılığı ise "hissetme"dir (42).

Geçen yüzyılın sonlarında Almanca’da, estetik ve psikoloji alanlarındaki çalışmalar kapsamında “einfühlung” adı verilen bir kavram ortaya atılmıştır. Bu kavramı ilk kullananlardan birisi Alman psikologlardan Theodor Lipps olmuştur. 1897 yılında Lipps, “einfühlung”u; “bir insanın, kendisini karşısındaki bir nesneye - örneğin bir sanat eserine - yansıtması, kendini onun içinde hissetmesi ve bu yolla o nesneyi kendi içine alarak (özümseyerek) anlaması sürecidir” şeklinde tanımlamıştır (44). Burada tanımlandığı şekliyle “einfühlung”, bir insanın karşısındaki bir nesneyi algılamasında ortaya çıkmaktadır. Lipps 1897’den sonraki çalışmalarında, nesnelere yanı sıra insanların algılanması sırasında da “einfühlung”un ortaya çıkabileceğinden söz etmiştir (45).

1909 yılında Titchener, “einfühlung” terimini, Eski Yunanca’daki “empathia” teriminden yararlanarak İngilizce’ye “empathy” olarak tercüme etmiştir (46).

Empati sözcüğünün, Türk Dil Kurumu sözlüğüne göre kelime anlamı “duygudaşlık”tır (5). Ayrıca, “empati” sözcüğünün karşılığı olarak “eşduyum” kelimesi de kullanılmaktadır (42). Türk Dil Kurumu sözlüğünde empati, “kişinin kendisini başka bir bilincin yerine koyarak söz konusu bilincin duygularını, isteklerini ve düşüncelerini, denemeksizin anlayabilmesi becerisi” şeklinde tanımlanmaktadır (5).

Güncel empati kavramı, tartışmalı yönleri bulunmakla birlikte üzerinde daha fazla görüş birliğinin bulunduğu bir noktadadır (42). İlgili bilimsel yayınlara bakıldığında, farklı yıllarda, farklı araştırmacıların empatiyi değişik şekillerde tanımladıkları görülmektedir. Bu duruma dikkat çeken bazı araştırmacılar, empatinin yeterince iyi tanımlanmadığını, yapılan tanımlar arasında tutarlılık bulunmadığını belirttikleridir (47, 48). Buna rağmen Batson ve arkadaşlarının da belirttikleri gibi, ilgili yayınlar incelendiğinde, empatiye ilişkin tanımların, yıllar boyunca üç temel aşamadan geçtiği görülür (49). Bu aşamaları şöyle sıralayabiliriz: Başlangıçtan 1950’lerin sonlarına kadar, empati, bilişsel nitelikli bir kavram olarak ele alınmış, “empati ölçümü” adı altında daha çok kişilerin birbirlerinin kişilik özelliklerini nasıl algıladıkları ölçülmüştür. 1960’lı yıllarda ise empatinin bilişsel boyutunun yanı sıra duygusal boyutu da vurgulanmıştır; bu yıllarda, bir kişinin karşısındaki kişi gibi hissetmesi, empati kabul edilmiştir. 1970’lerde ise üçüncü aşamaya geçilmiştir. Bu dönemde empati, 1960’lara oranla daha dar anlamda kullanılmaya başlanmış, bir kişinin belirli bir duygusunu anlamaya ve durumu ona iletmeye “empati” adı verilmiştir (46).

Günümüzde empati denildiğinde akla, Carl Rogers ve onun konuyla ilgili çalışmaları gelir. Psikoterapi alanında empatik iletişim kurma becerisiyle ünlenmiş Rogers’ın adı ile empati kavramı adeta özdeş hale gelmiştir (46).

Meslek yaşamı boyunca empatiyi çeşitli şekillerde tanımlamış olan Rogers’ın 70’li yıllarda ulaştığı empati anlayışı, bugün çoğunluğun üzerinde anlaştığı bir tanıma dönüşmüştür. Katı bir nitelik taşımayan söz konusu tanıma göre empati, “bir kişinin kendisini, karşısındaki kişinin yerine koyarak olaylara onun bakış açısıyla bakması, o kişinin duygularını ve düşüncelerini doğru olarak anlaması, hissetmesi ve bu durumu ona iletmeye süreci”dir (56).

Empatinin bileşenlerinin neler olduğu konusunda araştırmacılar arasında bazı görüş farklılıkları vardır. Örneğin, Hoffman'a göre empatinin bilişsel, duygusal ve güdüsel (motivasyonel) olmak üzere üç bileşeni vardır (50). Bazı araştırmacılar empatinin bilişsel yönünü, bazıları ise duygusal yönünü vurgulamaktadırlar. Fakat, çoğunluğun üzerinde uzlaştığı görüş, empatinin bilişsel ve duygusal bileşenlerden oluştuğudur (47, 49, 51).

Kimi yazarlar empatiyi afektif (52, 53) bir süreç, kimi yazarlar ise bilişsel (54, 55) bir süreç olarak tanımlamışlardır. Günümüzde ise empatinin, hem afektif (duygusal empati) hem de bilişsel (bilişsel empati) süreçlerin katkısıyla ortaya konan, birden çok boyutu olan bir yeti olduğu kabul edilir (58). Bununla birlikte motivasyon, perspektif alma vb. alt bileşenlerinin de olduğunu belirten kaynaklar da mevcuttur (56).

Empati kurma süreci, üç temel ögeden oluşmaktadır. Bir insanın karşısındaki bir kişi ile (özellikle bir terapistin/danışmanın karşısındaki hasta/danışan ile) empati kurabilmesi için gerekli olan bu öğeleri şöyle sıralayabiliriz (46):

- a) Empati kuracak kişi, kendisini karşısındakinin yerine koymalı, olaylara onun bakış açısıyla bakmalıdır. Başka bir söyleyişle, empati kurmak isteyen kişinin, karşısındaki kişinin fenomenolojik alanına girmesi gereklidir. Psikolojide “Fenomenolojik Yaklaşım”a göre, her insanın bir fenomenolojik alanı vardır. Her insan gerek kendisini gerekse çevresini, kendine özgü bir biçimde algılar; bu algısal yaşantı öznedir; kişiye özgüdür. Yani her insan dünyaya, kendine özgü bir bakış tarzıyla bakar. Karşımızdaki kişinin rolüne girerek empati kurduğumuzda, o kişinin rolünde kısa bir süre kalmalı, daha sonra bu rolden çıkarak kendi yerimize geçebilmeliyiz. Aksi halde empati kurmuş sayılmayız. Karşımızdaki ile özdeşim kurmak (ona benzemek) veya ona sempati duymak, empatiden farklı şeylerdir.

Eski Yunanca'daki “sympatheia” teriminden İngilizce'ye “sympathy” olarak aktarılan sempati teriminin kelime anlamı, “birisiyle birlikte acı çekmek”tir. İlk olarak 18. yüzyılın ortalarında David Hume ve Adam Smith tarafından inceleme konusu yapılan sempati, içinde bulunduğumuz yüzyılda psikoloji kapsamında, daha çok sosyal psikoloji alanında ele alınmıştır. Bugün psikoterapi/psikolojik danışma

alanında sempati, özellikle empati kavramının yanlış anlaşılmasını önlemek amacıyla inceleme konusu yapılmaktadır (46).

Bir insana sempati duymak demek, o insanın sahip olduğu duygu ve düşüncelerin aynısına sahip olmak demektir. Karşımızdaki kişiye sempati duyuyorsak, onunla birlikte acı çekeriz ya da seviniriz. Empati kurduğumuzda ise karşımızdakinin duygu ve düşüncelerini anlamak esastır. Kendimizi sempati duyduğumuz kişinin yerine koymamız ve onu anlamamız şart değildir; sempati de “yandaş” olmak esastır. Empati kurduğumuzda ise, karşımızdaki kişiyle aynı duyguları ve görüşleri paylaşmamız gerekmez; sadece onun duygularını ve düşüncelerini anlamaya çalışırız. Bir insanı “anlamak” ile ona “hak vermek” başka şeylerdir. Empati de anlamak, sempati de ise anlamış olalım ya da olmayalım, karşımızdakine hak vermek söz konusudur (46).

Bir psikolojik yardım ilişkisi söz konusu ise, terapistin/danışmanın karşısındaki hasta/danışan ile empati kurması yeterlidir; uzmanın karşısındaki kişiye sempati duyması psikolojik yardım ilişkisini zedeleyebilir. Ancak, günlük yaşamda, çevremizdeki insanlara hem sempati duymamızda hem de onlarla empati kurmamızda bir sakınca yoktur. Belki en fazla, bizimle aynı duyguları paylaşan, bize sempati duyan yakınlarımızın, zaman zaman da olsa bizimle empati kurmalarını, bizi anlamalarını bekleriz. Çevremizdekiler bize sempati duyduklarında, bir gruba ait olduğumuzu, bizimle empati kurduklarında ise bizi anladıklarını hissederiz.

- b) Kişinin empati kurmuş sayılması için, karşısındaki kişinin duygularını ve düşüncelerini doğru olarak anlaması gereklidir. Karşısındakinin yalnızca duygularını ya da yalnızca düşüncelerini anlamış olması yeterli değildir. Empatiyi tanımlarken bu nokta vurgulanarak, empatinin iki temel bileşeninden söz edilmiş olmaktadır. Bunlar, empatinin bilişsel ve duygusal bileşenleridir. Karşısındakinin rolüne girerek onun ne düşündüğünü anlamak, bilişsel nitelikli bir etkinlik (bilişsel rol alma/ bilişsel perspektif alma), karşısındakinin hissettiklerinin aynısını hissetmek ise duygusal nitelikli bir etkinliktir (duygusal rol alma/ duygusal perspektif alma). Bilişsel rol alma, duygusal rol almanın ön şartı sayılabilir (46).

c) Empati tanımındaki son öge ise, empati kuran kişinin zihninde oluşan empatik anlayışın, karşıdaki kişiye iletilmesi davranışdır. Karşısındaki kişinin duygularını ve düşüncelerini tam olarak anlasa bile, eğer anladığını ona ifade etmez ise, empati kurma sürecini tamamlamış sayılmamaktadır (46). Bununla birlikte, araştırmacılar, insanların zihinlerinde kurdukları empatiyle, karşılarındaki kişiye ilettikleri empati arasında farklılık bulunduğunu belirtmektedirler (44, 47, 57). Bir kişinin karşısındaki insanlara empatik tepki vermesinin başlıca iki yolu vardır. İlki, yüzünü ve/veya bedenini kullanarak onu anladığını ifade etmesi, diğeri sözlü olarak onu anladığını ifade etmesidir. Empatik tepki vermenin en etkili yolu ise bu ikisini birlikte kullanmaktır (46).

Terapi/danışma ortamlarının yanı sıra günlük yaşamın hemen her kesiminde empatik anlayış, insanları birbirine yaklaştırma, iletişimi kolaylaştırma özelliğine sahiptir. İnsanlar, kendileriyle empati kurulduğunda, anlaşıldıklarını ve kendilerine önem verildiğini hissederler. Diğeri insanlar tarafından anlaşılma ve önem verilme ise kişileri rahatlatır (46).

Yapılan çeşitli araştırmalarda, çok sayıdaki değişken ile empatik beceri ve eğilim arasında ilişki bulunmuştur (müzik, evcil hayvan besleme, drama eğitiminin verilmesi). Ayrıca, yapılan araştırmalar, konuya ilişkin eğitim verilmesi durumunda kişilerin iletişim/empati kurma becerilerinin geliştirilebildiğini göstermektedir (49, 58). Empatik davranışı geliştirebilmek için, kişilere ya da küçük gruplara iletişim/empati eğitimi verilebilir. Bu tür eğitimler, kişilerin empatik davranış geliştirmelerine önemli katkıda bulunabilir (46).

Hekimlik Mesleğinde Empati

Empati bir kişinin kendisini bir başkasının yerine koyabilmesi ve bu yolla onun duygularını, düşüncelerini, tutumlarını ve yaşantısını anlayabilmesidir (59). Psikoloji ve psikiyatri alanında ilk olarak, 1897'de Theodor Lipps ve daha sonra 1918 yılında Southard tarafından kullanıldığı kabul edilir (42).

Hekimlik mesleğinde empati, hekimin hastanın bakış açısını, deneyimlerini bilişsel olarak tanıyabilmesi ve bu anlayışı hastaya geri iletebilmesi yetisidir (4, 7). Hekimlik mesleğinde empati süreci, bir döngü şeklinde ifade edilebilmektedir. Bu döngü, hekimin hissettiklerini hastaya aktarabilmesini takiben, hastanın da buna

karşılık vermesi ile tamamlanmaktadır. Bu döngüye “Empati Döngüsü (empathic cycle)” denilmektedir (42).

Bu döngü birbirini izleyen evrelerden oluşur: Hastadan duygu ya da ifadenin alınması, empati yapıldığında bunun hastaya iletilmesi ve hastanın kendisi ile empati yapıldığı ya da anlaşıldığının farkına varması. Bu süreç "empati döngüsü" olarak tanımlanır ve şu evrelerden oluşur (60);

1. Hasta bir duygusunu ifade eder,
2. Klinisyen bu duyguyu tanır,
3. Klinisyen bu duyguyu tanıyıp aldığı hastaya ifade eder,
4. Hasta duygusunu iletmiş olduğunu fark eder,
5. Hasta duygusunu iletmiş olduğunu fark ettiğini klinisyene geri bildirir.

Birinci evrede, hasta içsel yaşantılarını gerek sözel gerekse sözel olmayan biçimde ifade eder. Bazı nedenlerle bu evrede empati engellenebilmektedir. Örneğin, hastanın savunmaları (yadsıma, akla uygunlaştırma) sıkıntısını ifade etmesine engel olabilir (42, 61). Dil ve iletişim becerisinde kısıtlılıklar nedeni ile bazı hastalar içsel yaşantılarını ancak yaklaşık bir biçimde ifade edebilirler (61).

İkinci evrede, klinisyenin işi, hastadan gelen ipuçlarını doğru bir şekilde almaktır (68).

Üçüncü evrede, klinisyenin eşduyumlu ifadeleri yer alır. Yalnızca sözler değil, yüz ifadesi, beden dili, ses tonu ve yanıtlarda neyin seçildiği kadar, seçilmediği de önemlidir (42, 61).

Dördüncü evrede, klinisyen "doğruya yakın" bir mesajı sözel ya da sözel olmayan bir biçimde hastaya iletir (42, 61).

Beşinci evrede, hasta, klinisyenin eşduyumlu ifadesini anladığına ilişkin geri bildirimde bulunur, eşduyumlu iletişimin tamamlanabilmesi için bu gereklidir (42).

Hasta-hekim ilişkisinde uygulanan empati döngüsünün hasta, hekim ve sağlık hizmetleri üzerinde çeşitli etkileri olabilmektedir.

Kendisine empati ile yaklaşılana hasta, hekime saygı (8, 9) ve güven (10) duymaktadır. Tedavi sürecine etkin hasta katılımı gözlenmektedir (7). Hastanın tedaviye uyumu artmakta (15), istenen tedavi sonuçları alınmaktadır (7, 11, 12). Ayrıca, empati ile yaklaşılana hastada plasebo etkisi de gözlenmiştir (16).

Empati sayesinde, hasta üzerinde olumlu psikolojik etkiler de gözlenir (11, 12). Örneğin; hastanın anksiyetesi azalır (11, 13). Kötü haberlerle daha iyi başa çıkabilme yetisi kazanır (14). Hastanın sağlık hizmetine ilişkin memnuniyeti artar (7, 8, 17).

Hasta-hekim ilişkisinde empatiyi uygulayan hekim; hastasından kaliteli bilgi elde eder ve böylelikle hekimin teşhis becerisi artar (8, 9, 18). Dolayısıyla hekimlik deneyiminde artış yaşanır (2, 20). Hastasının tedaviye uyumunun artması (9) ile istenen tedavi sonuçlarına daha kolay ulaşılır (7, 11, 12). Hekimlik mesleğinin anlamında artış (2, 20), hekimin yaşadığı streste azalma (8, 9, 18), iş doyumunda artma (18), tükenme (19) ve malpraktis suçlamalarında azalma gözlenir (8, 9, 18).

Sağlık hizmet sunumu açısından ise; aynı şikâyetle tekrar tekrar hasta başvurularında azalma, sağlık kurumlarının gereksiz meşguliyetinde azalma ve sağlık hizmeti sunum kalitesinde artış gözlenir.

İŞ STRESİ

Stres Tanımı

Stres kavramının kökeni Latince'de "Estrictia", eski Fransızca'da "Estrece" sözcüklerinden gelmektedir. Bu kavram, 17. yüzyılda "felaket, bela, musibet, dert, keder, elem" anlamlarında kullanılmıştır. 18. ve 19. yüzyılda ise kavramın anlamı değişmiş ve "organizmaya, nesnelere ve ruhsal yapıya yönelik güç, baskı" gibi anlamlarda kullanılmaya başlanmıştır. Daha sonra ise stres kavramı "nesnenin ya da organizmanın bütünlüğüne veya varolma durumuna karşı uygulanan güç" şeklindeki organizmanın edilgen olduğu bir tanımdan çıkarak, "organizma veya nesnenin uygulanan bu güce gösterdiği direnci" de anlamı içinde barındıran bir kavram haline gelmiştir (62).

Stres kavramının çok çeşitli tanımları yapılmıştır. "Çevreden baskı", "durum ve birey arasında yaşanan etkileşimlerden biri", "kişinin içindeki gerilim" bu tanımlardan birkaçıdır (63). Türk Dil Kurumu sözlüklerine göre stres tanımları "ruhsal gerilim", "canlı organizmasında savunma uyandırıcı etkilerle (stres faktörü) buna karşı oluşan savunma mekanizması", "dayanıklılığı azaltan fiziksel veya mental gerilim, gerginlik", "canlıların yaşamı için uygun olmayan koşullar" olarak sıralanabilir (64, 65).

Günümüzdeki anlamıyla stres kavramını, stresin insan üzerindeki etkilerine yönelik çalışmalarıyla ünlenen Selye kullanmıştır. 1950'lere kadar stres, "organizmada fizyolojik ve fizyopatolojik değişiklikler yapan uyarıcı" olarak kabul edilmekteydi (62). Selye'nin, stresin biyolojik etkisine dayanarak yaptığı stres tanımı ise; "organizmanın tehdit eden bir uyarıcıya karşı, spesifik olmayan cevabı"dır (66). Bu tepkiyi yaratan uyarıcıları da "stresör" olarak tanımlamıştır (62). Daha sonraları stres için "olağanüstü talepler, sınırlamalar veya fırsatlarla yüz yüze gelindiğinde birey tarafından yaşanan bir gerilim durumu", "uyarıcılar, tepkiler ve iki etkinlik arasındaki etkileşim" şeklinde tanımların yapıldığı da olmuştur (62).

Lazarus ve Folkman ise, stresin psikolojik etkisine dayanarak stres kavramını, "kişi-çevre etkileşiminde, kişinin uyumunu, iyi oluş halini tehlikeye sokan ve mevcut kaynakları zorlayan ya da aşan çevre talepleridir" şeklinde tanımlamışlardır (66, 67).

En genel anlamıyla stres, "kişiyeye güç gelen, baskı ve engellenme yaratan, çıkmaza sokan, çaresizliğe sürükleyen, acı veren, bunaltı ve üzüntü verici yaşam olayları"dır (66, 67).

Çok sayıda stres tanımı olmasına rağmen, çoğu araştırmacının hemfikir olduğu konu, stres, bir süreç olarak kavramsallaştırılmıştır (68).

Yapılan çeşitli stres tanımları incelendiğinde, çoğunlukla stresin olumsuz ve zararlı bir anlamda ele alındığı görülmektedir. Oysa stres kişiyi zora soksa da, uyumunu tehlikeye soksa da, acı ve bunaltı verse de stresle başa çıkıldığında kişiyi ileriye, mutluluğa, başarıya götüren bir özelliğe de sahiptir. Örneğin Levi stresi, "hoş olan" ve "hoş olmayan" şeklinde ikiye ayırmıştır. Selye ise; neşe, canlılık, başarı ya da kazanç sağlayan stresler için "eustress", sıkıntı veren stresler için de "distress" ifadelerini kullanmıştır. Ancak sonucu ne olursa olsun, genellikle stres yaşandığı zaman içinde kişi için çok zorlayıcı olması nedeniyle, çalışmalarda stres ifadesi kullanılmaya devam edilmiştir (67).

Stres ile ilişkili bazı kavramlar vardır. "Gerilim"; stres durumunun sistem üzerindeki etkisidir. Gerilim sayesinde sistem, stres durumunda olduğunun bilgisini alır ve dengeye dönme sürecine girer. "Zorlanma"; dengeye dönme süreci için sistemin ödediği bedel veya harcadığı enerji miktarıdır. "Rahatsızlık/sıkıntı" durumu ise, gerilimin subjektif olarak yaşanma biçimidir (69).

Organizmada stres yanıtının oluşmasına neden olan etmenler stresörler olarak adlandırılırlar. “Stres etmeni ya da stresör”, uyum yapma çabası gerektiren, yaşamda değişikliğe yol açan durum ya da olaylar şeklinde tanımlanabilir. Daha kısa tanımıyla stres etmeni, “stres yapıcı olay, stres yanıtına neden olan olay”dır.

Stres ile karşılaşılan ortam ya da durumlara göre stres kaynakları; bireysel (kendinden kaynaklanan), çevresel (çevresinden, içinde yaşadığı ortamdan kaynaklanan) ve örgütsel (çalıştığı, geçimini sağladığı ortamdan kaynaklanan) olarak üç bölümde ele alınabilir (62). Ayrıca stres kaynakları, stres kaynaklarının özellikleri ile ilgili bilgiler gözden geçirildiğinde, 3 grupta toplanabilir. Bunlar: a) günlük olaylar, b) yaşam olayları ve c) spesifik yaşam durumlarıdır (67).

Günlük olayları stres kaynağı olarak ele alan çalışmalarda bir sınavın kötü geçmesi, komşunun yaptığı gürültü nedeniyle uyuyamama, baş ağrısı, çocuğunun okulda başarılı bir proje yapamadığını öğrenmek gibi olaylar yer almaktadır. Stres yaratan günlük olaylar genel olarak “değişme ve uyum gerektiren, süresi sınırlı olaylar” olarak tanımlanmaktadır. Yaşam olayları, aile ve iş yaşantısına ait olaylardır. Yaşam olaylarını belirlemeye yönelik ölçeklerde; eşin ölümü, hamilelik, ekonomik durumda önemli bir değişiklik, emekli olma, başka bir yere taşınma, çocukların evden ayrılması gibi olaylar bulunmaktadır. Yaşam olayları günlük olaylardan farklı olarak “daha uzun bir sürece yayılan ve yaşam biçiminde genel değişikliklere yol açan olaylar”dır. Spesifik yaşam durumları yaklaşımında ise anne-baba ilişkilerinde sorunların yaşanması, alkol sorunu yaşanan aile ortamı, iş yaşamında sorunların olması, menapoz döneminde olma gibi kronik durumlar ele alınmaktadır (67).

Yaşam koşullarında oluşan hoş giden ya da gitmeyen değişiklikler, bireyin yeterli bir şekilde yanıt vermesini gerektiren meydan okumalara neden olmakta ve sağlık ile hastalık arasındaki dengeyi etkilemektedir (62). Meyer (1958) yaşam koşullarında oluşan değişikliğin (bölge değişikliği, doğum, ölüm, yeni iş deneyimi gibi) sağlık ve hastalık arasındaki dengeyi etkilediğini belirtir. Rahe (1968) ve Holmes (1974), yaptıkları araştırmalarda, kişinin hayatındaki değişiklikler ile hastalık başlangıcı ve ciddiyeti arasında bağlantı olduğunu göstermişlerdir (70). Richard Rahe ve Thomas Holmes isimli araştırmacılar, ortalama bir bireyin hayatında değişen düzeylerde strese neden olan yaşam olaylarını sıralamışlar, her bir yaşam olayına puan vermişlerdir. Bu yaşam olayları ile hastalık başlangıcı ve ciddiyeti arasında bir

ilişki olduğunu göstermişlerdir (62, 70). Ancak, yaşam olaylarının etkisini anlamak için; bireyin fiziksel hassasiyetini, meydana gelen değişikliğin kişi için anlamını, kişinin stres ile baş etme becerilerinin düzeyini, sosyal destek sistemlerinin varlığı ile bu sosyal destek sistemlerinin kullanılıp kullanılmadığını, kişinin etnik-sınıfsal durumunu, kişi üzerindeki kültürel etkileri de göz önünde bulundurmak gerekmektedir. Hastalık, kişinin çoklu özellikleri sonucunda ortaya çıkmaktadır. Yaşam olaylarının sayısının fazlalığı, kişinin baş etme becerilerinin yetersizliği, sosyal destek alamaması fiziksel süreçleri etkiler ve kronik stres tepkisinin gelişmesini sağlar. Olayın kişi tarafından tehdit edici olarak değerlendirilmesi sonucunda da bilişsel-duygusal-fiziksel yapılar bütünüyle aktive olur (62, 70).

Stresin Etkileri ve Hastalık Yaklaşımları

Stres hem fiziksel, hem de psikolojik bir haldir. Stresin varlığının kişilerdeki ilk işareti “davranış değişikliği”dir. Strese verilen akut cevaplar, duygusal, davranışsal, düşünsel ve fiziksel boyutlarda ele alınabilir. Strese bireyin duygusal boyutta verdiği cevaplar; anksiyete, depresyon, iritabilite, tükenmişlik, davranışsal boyutta; geri çekilme, saldırganlık, ağlamalar, motivasyon kaybı, düşünsel boyutta; konsantrasyon ve problem çözme güçlüğü, fiziksel boyutta ise; çarpıntı, bulantı, baş ağrısıdır. Eğer stres devam ederse kronik etkileri nedeniyle mental ve fiziksel rahatsızlıklar oluşmaya başlar (anksiyete rahatsızlıkları, depresyon, kalp hastalıkları gibi) (63). Baş etme becerileri çöktüğünde, bütün beden, organ ve sistemler stres yaşar (hipotalamus-hipofiz bezi-endokrin hattı, otonom sinir sistemi, bağışıklık sistemi, kas sistemi, beynin bilişsel-duygusal merkezleri) (70). Ayrıca, sık tekrarlayan streslerde bağışıklık yükselmesi ve başlangıç noktasına düşüşü çok sık olur. Bu durum düzensizliğe yol açabilir ve otoimmün hastalıklara geçişi kolaylaştırabilir (71).

Kişi üzerinde oluşan stresin etkileri, iki koruyucu fizyolojik mekanizmanın işlevselliğine dayanır (63).

İlk mekanizma “alarm reaksiyonları”ndan oluşur. Güvenliğimiz tehlikeye girdiğinde, ilk olarak fizyolojik uyarılma gerçekleşir. Kas gerginliği, nefes alma sayısı ve kalp hızı artar. Bu, kişiye yönelen tehdide karşı herkesçe bilinen ilk tepkidir. Kişi ya savaşıyor ya da kaçıyor. Günlük karşılaşılan tehditler ise daha fazla psikolojik yanıtı yol açar. Örneğin; iş yerindeki amirinden haksız sözlü saldırı durumunda,

sosyal olarak, savaş ya da kaç, kabul edilebilir bir davranış değildir. Duygusal ve fiziksel enerjiye ihtiyaç duyan agresif, iddiacı iletişim ortaya çıkar (63).

İkinci mekanizma ise “adaptasyon”dur. Kişinin güvenliğine bir tehdit yoksa, alarm reaksiyonları durdurulur. Örneğin; kişi tren yolunun yakınında bir evde oturuyorsa, trenler ilk geçmeye başladığında, yukarıda bahsedilen alarm reaksiyonları gerçekleşecekken, zamanla bu yanıtlar azalır. Ancak, adaptasyon süreci gerçekleşmezse, fiziksel yıpranma, hırpalanma ve mental tükenmişlik ile bireyde çöküş yaşanır (63).

Stresin hastalıklarla ilişkisini araştıran ilk çalışmaları yapan kişi Walter Cannon’dur. Otonom sinir sisteminin uyarılmasının, organizmayı hipertansiyon, taşikardi ile kendini gösteren “savaş ya da kaç” yanıtına hazırladığını bildirmiştir. Daha sonraki çalışmalarda, sindirim sistemi ile stres arasındaki ilişki gösterilmiştir. Uzun süren herhangi bir stres, fiziksel hastalığa neden olabilecek bir takım fizyolojik değişikliklerin meydana gelmesini sağlar. Her insanın genetik olarak stresten etkilenmeye yatkın bir organı vardır. Bazı kişiler için bu organ mideyken, bazıları için kalp ya da deri olabilir. Sürekli tedirgin ve çökkün kişiler, fiziksel ve psikosomatik hastalıklar için daha büyük risk altındadır (62).

Taylor (1995) stresin hastalıklara neden olmasına ilişkin dört yoldan bahseder (72).

1. Doğrudan yol: Stres, hastalığın gelişmesine neden olan fizyolojik ve psikolojik değişiklikler üretebilir. Yorgunluk, ağrı gibi hastalık işaretleri tedavi edilmezse hastalığa yol açabilir.

2. Etkileşimsel yol: Önceden var olan psikolojik ve fizyolojik duyarlılıkların önemini vurgular. Stres sadece daha önceden duyarlılığı olan kişilerde hastalığa neden olur. Tek başına stres ya da hassasiyet, hastalık oluşumu için yeterli değildir.

3. Sağlık davranışı yolu: Stres, sağlık alışkanlıklarını ya da sağlık davranış örüntülerini değiştirdiği ölçüde hastalığa neden olur.

4. Hastalık davranışı yolu: Yapılan araştırmalarda stres altındaki kişilerin, stres altında olmayanlara göre hastanelere daha çok başvurdukları belirlenmiştir. Kaygı, dikkat dağınıklığı, terleme, uykusuzluk gibi semptomlar, stres altındaki kişiler tarafından hastalık işaretleri olarak yorumlanır. Hastalık, ilgi ve sempati görme ya da sorumluluklardan kaçınma gibi, ikincil kazançlar nedeniyle ortaya çıkabilir.

Önemli vücut sistemlerinde stres, hastalığa şu şekilde neden olur (73).

1. Bağışıklık tepkisini azaltarak ya da abartarak,
2. Hipo/hiper aktivite sonucu endokrin problemler yaşatarak,
3. Otonomik kontrol dengesini değiştirerek, kardiovasküler, solunum, salgı sistemlerinde değişiklik yaparak,
4. Uyku sürelerini değiştirerek,
5. Sindirim sistemi işlevlerinde değişiklik yaparak,
6. Beynin nörotransmitter ve nöroendokrin faaliyetlerini etkileyerek.

Stres ve hastalık ilişkisinde başlıca vurgulanan hastalıklar şunlardır: Enfeksiyon sıklığında artış, otoimmün hastalıklar (crohn, ülseratif kolit, romatoid artrit, sistemik lupus eritematozus vb.), kanser gibi bağışıklık sistemi sorunları, baş ağrıları, başlıca hipertansiyon, ateroskleroz, kalp krizi, migren olmak üzere kardiyovasküler sistem hastalıkları, reflü, ülser, irritabl barsak sendromu, mide-bağırsak sorunları gibi sindirim sistemi hastalıkları, şeker hastalığı, infertilite, psöriazis, atopik dermatit, egzema, psikojenik kaşıntı, aşırı terleme gibi deri hastalıkları, astım, hiperventilasyon sendromu gibi solunum sistemi rahatsızlıkları vb. (62, 73).

İş Stresi

İş stresi, İş Güvenliği ve Sağlığı Ulusal Enstitüsü (NIOSH)'nün tanımına göre, “işin gereklilikleri ile çalışanın yetenekleri, kaynakları ya da ihtiyaçları eşleşmezse ortaya çıkan zararlı bedensel ve duygusal cevaplar”dır (27).

İş stresi sıklıkla, işin zorluğu ile karıştırılmaktadır. Oysa, zor bir görevin başarılması, kişinin rahat hissetmesini ve iş doyumuna ulaşmasını sağlayabilir. İş stresi ise, bu zorlu görevler, karşılanamayan iş taleplerine dönüşürse ortaya çıkan olumsuz bir durumdur (27).

İşte stres yaratan durumlar; işte kontrolün olmaması, işte karşılaşılan istek ve baskılar, yetersiz ödüller, artmış zaman baskısı (zaman sınırlaması olan durumlar), destek yokluğu, daha uzun çalışma saatleri, daha kısa tatil günleri, belirsizlik, tahmin edilemeyen, tanıdık olmayan durumlar, çatışmalar, iş güvensizliği, terfi imkanlarının azlığı, zayıf geribildirimler, izolasyon, taciz-şiddet, rol çatışması ve iş-yaşam dengesi sorunları vb.dir. Bunların hepsi, iş stresörleri olarak adlandırılırlar (63, 74).

Gerekliliklerin yerine getirilmemesi, başa çıkılamayan iş stresine, çalışanın sağlığında bozulmalara, yaralanmalara neden olabilir (27). İş stresörleri ve başa çıkılamayan iş stresi, birçok bedensel ve ruhsal sorunlara (kalp, damar hastalıkları, gastrointestinal sıkıntılar, anksiyete, depresyon, tükenme, işe gelmeme, aşırı yorgunluk, kazalar, madde kullanımı, kas iskelet sistemi hastalıkları, iş-aile çatışması, otoimmün hastalıklar) yol açar. İş stresi bu sağlık sorunlarına ilaveten, düşük morale, iş performansında azalmaya, iş kazalarında artışa, iş doyumunda azalmaya ve hizmet alan kişilerin memnuniyetinde düşüşe yol açabilmektedir. Bütün bu sorunlar, iş doyumсуuzluğu, çalışanların işe devamsızlıklarında, işten ayrılmalarında ve erken emekliliklerde artış ile sonuçlanmaktadır (63, 66, 74-78). Böylece, üretim veya hizmet sektörleri de olumsuz etkilenmekte, toplumsal etkiler de ortaya çıkabilmektedir (63). Özetle söylemek gerekirse, iş stresinin etkileri bireyler, kurumlar ve toplum üzerinde görülür (63).

İş Stresi İle İlgili Modeller ve Teoriler

İş stresi son yıllarda, hem sağlık hem de ekonomik etkileri nedeniyle daha fazla gündeme gelmektedir (79). İş sağlığı ile ilgilenenler, iş özellikleri ile çalışan sağlığı arasındaki ilişkiye odaklanmaktadır. İş ile ilişkili hastalıkları açıklayabilmek için modellerden faydalanılmaktadır (80). İşteki psikososyal stres ile ilgili birçok model geliştirilmiştir. Bu modellere ilişkin örnekler aşağıda gösterilmektedir (66, 74).

- Kişi-çevre uyumu modeli (Person-environment fit model),
- İş özellikleri modeli (Job characteristics model),
- Vitamin modeli (Vitamin model),
- Michigan modeli (Michigan model),
- İş talep-kontrol modeli (Job demand-control-model),
- İş talep-kontrol-destek modeli (Job demand-control-support model),
- Ödül-çaba dengesizliği modeli (Effort-reward imbalance model),
- İş ile ilgili sebepler ve sonuçlar stres modeli (Model of causes and consequences of work related stres),
- Maslach ve Jackson'ın tükenme süreci (The burnout process introduced by Maslach and Jackson),
- Lazarus ve Folkman'ın etkileşimsel modeli (Lazarus and Folkman's transactional model) (Cognitive theory of psychological stress and coping),

- Cox'un transaksyonel modeli (Cox's transactional model of occupational stress),
- Talep-beceri-destek modeli (Demand-skill-support model),
- Talep ile artan gerilim kompensasyon modeli (Demand induced strain compensation model),
- İş talepleri-kaynakları modeli (Job demands-resources model),
- DRIVE modeli (DRIVE model)

Bu modeller içinde, Karasek'in iş talep-kontrol modeli, mesleki stres araştırmalarında en fazla kullanılan modellerden biridir (66).

İş Talep-Kontrol Modeli

İş talep-kontrol modeli, iş gerilim modeli (job strain model) olarak da isimlendirilir (81). İş talep-kontrol modeli, iş stresini açıklayan belki de en etkili modeldir (74). Karasek'in iş talep-kontrol modelini tanıtan ilk makalesi 1979'dan beri 2000'in üzerinde atıf almıştır. İş talep-kontrol modeli, son 30 yıldaki iş stresi alanyazınında baskın araştırma modelidir (66).

İş talep-kontrol modeli ile başta sadece kardiyovasküler hastalıklarla ilgili, sonra çok çeşitli, farklı sağlık sonuçları ile ilgili çalışmalar yapılmıştır. Daha sonra ise model, daha sosyolojik, epidemiyolojik ya da iş psikolojisi bakış açıları ile değerlendirilmiştir (76)

Cox ve Griffiths, iş talep-kontrol modelinin etkileşimsel bir model olduğunu, iş talep-kontrol modelinin, bu etkileşim sürecinde ne olduğundan ziyade, bireyin çevre ile etkileşiminin yapısal özellikleri üzerine odaklandığını ifade etmektedir (74).

İş Talebi

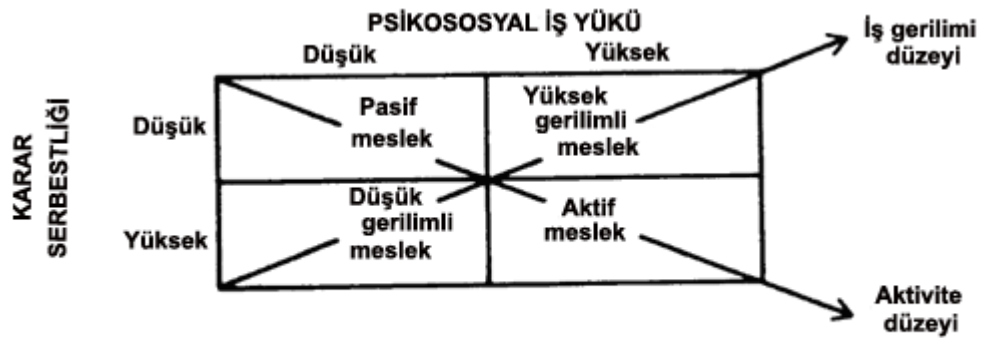
İş talebi (job demand), iş yükü miktarını, zaman baskısını, zihinsel çabayı, rol çatışmasını, kişi üzerindeki sorumlulukları ifade eder (76, 81). Kişilerin kendi kendilerine yüklediklerinden (mükemmellik gereksinimi, başarıya ilişkin görüşü vb.) ziyade, çalışma ortamında kişilere verilen görevler kastedilmektedir (82).

Talepler, stres oluşumunda ana sebeplerden biridir. Talepler arttıkça, stres de artar. Ayrıca, gereğinden az iş ile ilgili taleple karşılaşan birey de stres geliştirebilir. Bunun sebebi ise; kişinin teşvik ve sorumluluk ihtiyacıdır. Örneğin, çok az iş talebi sıkılmaya, bu da sırasıyla kişinin gereğinden fazla nitelikli hissetmesi ya da işinde yeterince takdir edilmemesi ile sonuçlanabilir (83).

Kontrol

Kontrol (job control), işe ilişkin sorumlulukların kontrolü ve nasıl bu görevlerin yerine getirildiği olarak tanımlanabilen, stres gelişimi ile yakından ilişkili diğer faktördür (84). Kontrol, otonomi (özerklik) kavramı ile özdeşleşmektedir. Bireyin öncelikle hangi göreve başlayacağını, görevlerini yerine getirirken nasıl bir yol izleyeceğini kontrolünün, bireyde olmasıdır (85). Bu faktör, kişinin kendisine duyduğu güven (86), iş amaçları (87) ve kontrol odağı (88) ile ilgili ana konulardan biridir. Görevlerine ilişkin yetersiz kontrole sahip olduğunu düşünen kişiler, kendilerini daha az değerli hissedebilirler. Tersine, istediklerinden daha fazla kontrole gereksinim duyan kişiler, kendisine aşırı yüklenmiş ya da fazla çalışmış hissedebilirler (83). Kişinin, iş ortamında sahip olduğu kontrolün miktarına ilişkin algısı, bu algıların özerklik düzeyi ile ilgili kişinin ihtiyaçlarını karşılayıp karşılamaması, stres üzerinde anında bir etkiye sahiptir (89). Bu nedenle, kişinin algısı çok önemlidir. Bireysel beklentiler ile kontrol algısı farklılaşmaya başladıkça ve kişisel işler arttıkça, günlük sorunlar gibi önemsiz konular bile önemli stresli olaylar olarak görülebilir (90). Önemli stresli olaylar da muhtemelen bireyin baş etme gücünü aşar, kişide performans kaybı, stres nedenli rahatsızlıklar yaşanır (82).

İş talep-kontrol modeli ile ilişkili hipotezler ve iş tanımları vardır (76, 81). İş talep-kontrol modeline göre, iş işleyişi üzerinde karar serbestliğine sahip olmak çalışanın stresini azaltır, ilaveten, çalışanın bilgisi de artarak öğrenme süreci de faal hale gelir. Psikolojik talepler, stresi arttırdığı gibi öğrenmeyi de arttırır. Bu iki mekanizma şekilde görülmektedir (Şekil 1) (76, 81).



Şekil 1. İş talep-kontrol modeli. Karasek (1979)'dan alınmıştır (81).

İş talep-kontrol modeline ait şematik görünümün köşegenlerine bakılarak, iş tanımları dört kategoriye ayrılabilir (Şekil 1).

1. Yüksek gerilimli iş:

- Yüksek iş talebi ve düşük iş kontrolünü barındırır.
- Psikolojik gerginlikler ve fiziksel hastalıklar beklenir.

2. Aktif iş:

- Yüksek iş talebi ile birleşen yüksek iş kontrolünü içerir.
- Öğrenme, motivasyon artışı ve beceri gelişimine yol açar.
- Hekimler, aktif iş grubuna girer.

3. Düşük gerilimli iş:

- Düşük iş talebi ve yüksek iş kontrolünü içerir.

4. Pasif iş:

- Düşük iş talebi ve düşük iş kontrolünü içerir.
- Tüm aktivitelerde, genel problem çözme faaliyetlerinde azalma vardır.

Daha sonra, Johnson ve Hall tarafından çalışanın iş arkadaşından ya da üstlerinden gördüğü sosyal destek, modele üçüncü boyut olarak eklenmiştir (91). Bu model, iş talep-kontrol-destek modeli olarak adlandırılmıştır (66).

İş Talep-Kontrol-Destek Modeli

İş talep-kontrol-destek modeli, kişi ile çevre arasındaki ilişkiyi, özellikle çalışma ortamındaki etkileşime odaklanarak inceler. İş talep-kontrol-destek modeli, bireyin iş hayatında, stres gelişimini açıklamak için üç boyut (yapı) kullanır. Bu modelde merkezde birey vardır. Bireyin işe ait algıları üç faktör tarafından şekillendirilir. Bu faktörler, psikososyal çalışma ortamını da temsil eden iş talebi (demand), iş kontrolü (control) ve destek (support)'tir (83).

Bu modele göre “yüksek sosyal destek”, “yüksek iş talebi ve düşük iş kontrolü”nün etkilerini tamponlayabilir. Tersine, “düşük sosyal destek” ile “yüksek iş talebi ve düşük iş kontrolü” birleşince stresin etkileri şiddetlenir (66). İş talep-kontrol-destek modeline göre, iş talebi, iş kontrolü ve işyerindeki toplumsal bütünleşme sağlık etkilerinin gelişiminde önemlidir.

İş Talebi

İş talep-kontrol modelinde belirtilmiştir.

Kontrol

İş talep-kontrol modelinde belirtilmiştir.

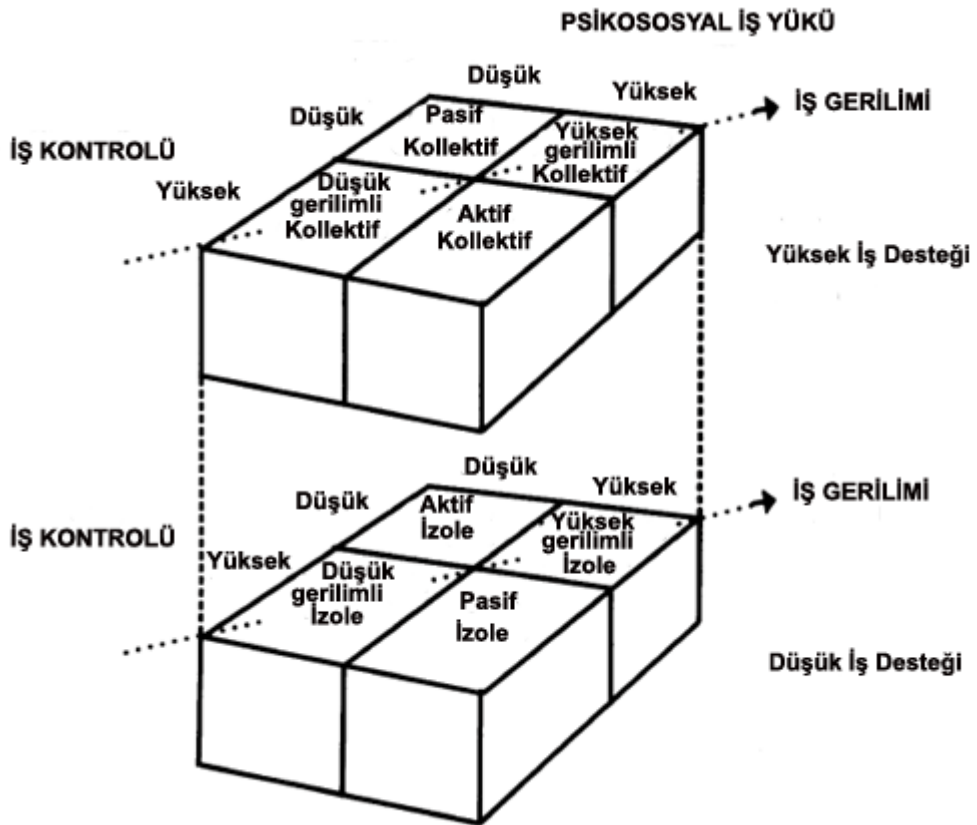
Destek

Destek, modeldeki son boyuttur. Yönetim ya da çalışanın danışmanı tarafından yapılan yardımın tipi ve düzeyidir (83). Bireyin algıladığı destek, sıklıkla katalizör görevi görüp, sağlığı bozan stres gelişimini önler ya da kolaylaştırır (92).

İş arkadaşlarından ve/veya işvereninden destek eksikliğini hisseden kişiler, sıklıkla daha az değerli hissederler. Daha fazla desteklendiğini hisseden bireylerin üretkenliğine kıyasla daha düşük seviyede üretkenlik gösterirler (83, 93).

Boyutlar Arasında Etkileşimler

İş yükü-kontrol-sosyal destek modeline göre; iş stresi, yüksek iş yükü ile düşük iş kontrolünün birlikte etkilerinin bir sonucu olarak ortaya çıkarken, sosyal destek, iş yükü ile iş kontrolü arasındaki ilişkide tampon görevi görür (94). Bu ilişkiye dair şematik görünüm Şekil 2’de gösterilmiştir (91).



Şekil 2. İş talep-kontrol-destek modeli. Johnson ve Hall (1988)’den alınmıştır (91).

Bu boyutlar arasındaki etkileşimler, iş stresi düzeyinin belirleyicisidir. Örneğin; yüksek talep, düşük kontrol ve düşük destek içeren işlerde çalışanlar, stres gelişimi

için yüksek riskli grup olarak değerlendirilirler (83). Yüksek riskli grupta çalışanlar, yüksek gerilim yaşarken, aynı zamanda diğerlerinden ayrı kaldıklarını, izole olduklarını da hissederler. Bu boyutların yüksek talep, düşük kontrol ve düşük destek şeklindeki kombinasyonu, çoğu kişi için tükenmenin formülüdür. Bu da, iş doyumunda düşme ve işin sürdürülebilirliğinde zorluklar ile ilişkilidir (95).

“İş talep-kontrol modeli” ile genişletilmiş şekli olan “İş talep-kontrol-destek modeli”nin ilişkili olduğu üç hipotez aşağıda belirtilmiştir:

1. Gerilim (strain) hipotezi:

- a. Çalışanın karar serbestliği düşük, çalışana yüklenen iş talebi yüksekse, bireyin algıladığı stres daha fazladır (81).
- b. Yüksek iş talebi ve düşük karar serbestliği ile artan olumsuz sonuçlar üzerine odaklanır (76, 81).

2. Tampon (buffer) hipotezi:

- a. İş talep-kontrol modelinde, iş talepleri ve iş gerilimi arasında, kontrol olumlu etkiye sahiptir (66). Yüksek iş talebi durumlarında bile, kontrol, gerilimin muhtemel olumsuz etkilerini tamponlar (66, 76). Ancak, yapılan çalışmalarda, belirsiz sonuçlar ve hipoteze yetersiz destek ile karşılaşan araştırmacılar vardır. Bu nedenle, hipotez sorgulanmaktadır (66).
- b. İş talep-kontrol-destek modelinin tampon hipotezine göre, sosyal destek yüksek gerilimin olumsuz etkilerini yumuşatır (76).

3. Eş-gerilim (iso-strain) hipotezi:

- a. Düşük sosyal destek (ya da yüksek sosyal izolasyon) algılanan karar serbestliği düzeyine bakılmaksızın, iş gerilimi üzerinde olumsuz etkilere sahiptir (66).
- b. Yapılan iş, yüksek iş talebi, düşük kontrol ve düşük destek (izolasyon) içeriyorsa, en tehlikeli iş durumu olarak düşünülebilir (76). Bir başka deyişle, bu hipoteze göre en kötü durum, eş-gerilim (iso-strain) olarak adlandırılan, sosyal desteğin olmadığı iş gerilimi durumudur (94).

İş Talep-Kontrol (-Destek) Modelleri ve Sağlık İlişkisi

Günümüzde artmış iş talepleri, hızlı tempolu çalışma ortamları, belirsizlik ve yüksek oranda uyum sağlamayı gerektiren koşullar, iş stresinin artmasına katkıda bulunur. Bu da, fiziksel ve psikolojik sıkıntılara yol açar (96). Bu tür çalışma koşullarına sahip işler yüksek stresli işler olarak tanımlansa da, benzer iş stresörleri bireyler üzerinde benzer etkilere sahip olmayabilir. Çalışmalara göre, stres algısı kişilik özelliklerine göre değişebilir (97). Dahası, bireyler arasındaki kavramsal ve kültürel farklılıklar stres ile ilişkili gerilimlerin sonuçlarını etkileyebilir (66). Briener'e göre, kültürel etkiler, stres hakkındaki inanışlar üzerinde etkilidir (98). Kültürel içerik, bireysel farklılıklara rağmen, cevap paternlerini değiştirebilir (66). Kültür, kişilerin neyi stresli olarak algıladıklarını ve strese nasıl tepki verdiklerini etkiler (99).

Karasek'in araştırmalarına göre, yüksek iş talebi ile düşük iş kontrolü (yüksek gerilim koşulları) oransız olarak, büyük olasılıkla, artmış depresyon seviyeleri, aşırı yorgunluk, kardiyovasküler hastalıklar ve mortalite göstermektedir (81). Orta ya da yüksek seviyelerde iş talebi ile karşılaşılsa bile, yüksek seviyede iş kontrolüne sahip (bir bakıma koşullarla boy ölçüşebilen) bireyler en düşük hastalık seviyelerine sahip bireylerdir.

İş talep-kontrol(-destek) modeli, iş stresinin sağlık üzerindeki etkilerini anlayabilmek için en fazla çalışılan modellerden biridir (100). Sun ve ark. sanayide çalışan işçiler ile yaptıkları çalışmada yüksek iş stresi seviyeleri ile daha yüksek sistolik kan basıncı, vücut kitle indeksi arasında ilişki saptamıştır (101). Agardh ve ark. yüksek iş geriliminin, diabetes mellitus tip 2 ile ilişkili olduğunu bulmuştur (102). Blackmore ve ark.'na göre, yüksek iş stresi seviyeleri artmış major depresyon riski ile bağlantılıdır. Kadınların gördükleri sosyal destek ile bu ilişki tamponlanabilir (103). Aboa-Eboule ve ark.'nın çalışmasında, kronik (izlemsel çalışma süresinin en az 2/3'ünde) strese maruz kalan bireylerde, artmış tekrarlayan koroner hastalık riski bulunmuştur (104). Schnall ve ark.'na göre; iş gerilimi, hipertansiyon ve sol ventrikül yüklenmesi ile ilişkilidir (105).

Hekimlik Mesleğinde İş Stresi

Özellikle sağlık personeli iş çevresi, işin doğası, görev ve etkileşimin çeşitliliği nedeniyle strese karşı daha da savunmasızdır (29). Hekimler yüksek iş stresi yaşayan meslek gruplarından biridir. Hekimlik mesleği objelerden ziyade, insan ile ilgilidir. Eylemlerinin insan yaşamı üzerinde derin etkileri vardır (28).

Hekimlikteki stres kaynakları içsel (kişilik özellikleri kaynaklı) ve dışsal (tıp fakültesine ya da klinik uygulamalara uyum sağlamak ile ilgili) olmak üzere ikiye ayrılabilir (106-109).

Hekim için dışsal stres kaynaklarına ilişkin; hekimin çalıştığı bölüm, uzmanlık dalı, tıbbi eğitim düzeyi, kurumsal etmenler, kurum uygulamaları (30, 31, 110-114), düşük ücret algısı, aşırı iş yükü, yönetim işleri, özerklik kaybı (31, 115-119), içsel stres kaynaklarına ilişkin ise; belirsizliğe tahammülsüzlük, hastalanan ya da ölen insanlarla karşılaşma, onlara verilen duygusal cevaplar (30), kişisel yetersizlik, yetenek ve/veya işteki sosyal destek dengesizliği, tıbbi hata, malpraktis davaları ve hasta şiddetine ilişkin korkular örnek olarak verilebilir (31, 109).

Sağlık çalışanlarında, yüksek beklentiler ile yetersiz zaman, yetersiz beceriler ya da işteki sosyal destek eksikliği birleşince, iş ile ilişkili stres yaşanmaktadır. Bu da çalışanlarda ciddi rahatsızlıklara, tükenmeye ya da psikosomatik hastalıklara ve en sonunda da yaşam kalitesinde, iş doyumunda, yapılan işin kalitesinde azalmaya, verilen hizmette bozulmalara neden olabilmektedir (30, 31). Ayrıca artmış işe devamsızlık ve personel değişim hızı nedeniyle stresin topluma maliyeti de yüksektir (30).

Hekimlerin yaşadığı iş stresi, özellikle 3 sonuç ile yakından ilişkilidir. Yüksek stres yaşayan hekimler ya mesleklerini bırakırlar ya uzmanlık dallarını değiştirirler ya da mutsuz bir şekilde mesleklerine devam ederler (32). İş stresinin hekimler, kurumlar, sağlık sistemi ve toplum üzerinde etkileri olduğundan iş stresi ile ilgili değişkenlerin tespit edilmesi ve gerekli müdahalelerin yapılması önemlidir.

İŞ DOYUMU

İş Doyumunu Tanımı

İş, örgütsel ortamda belirli bir zaman diliminde gerçekleşen, beraberinde kimi ilişkileri getiren ve ücret karşılığı girilen mal ve hizmet üretme çabasıdır. Doyum ise duygusal bir tepki biçimidir (120). Latince’de yeterli anlamına gelen “satis” kelimesinden türetilmiş bir kelimedir (121). Doyum kelimesinin Türk Dil Kurumu’na göre kelime anlamı, “elindekiden hoşnut olma durumu”dur (122). Kişisel, duygusal ve sosyal nitelikli bir kavram olan doyum, bir başka birey tarafından doğrudan gözlenemeyen, yalnızca ilgili birey tarafından hissedilerek tanımlanabilen iç huzuru betimleyen, geçişli, değişken ve karmaşık bir kavramdır (123). Doyum kavramı yorumlanırken, bir süreç, aynı zamanda da bir sonuç olarak ele alınmaktadır. Bir süreç olarak doyuma bakıldığında, temelinde yatan unsurlar ve psikolojik süreçler üzerinde durulurken, sonuç açısından doyum kavramı ise, beklentinin karşılanması olarak görülebilmektedir (124).

Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO)’nün tanımına göre iş doyumunu, “işçinin işini yaparken ya da yapması sayesinde, gereksinimlerini karşılayabilme düzeyinin bir türevi”dir (36).

İş doyumunu kavramı ilk olarak 1920’li yıllarda oluşmuş, asıl önemi 1940’lı yıllarda anlaşılmıştır. Herzberg, Mausner ve Synderman 1959 yılında iş doyumunu ve doyumsuzluğunun farklı faktörler sonucu oluştuğunu savunmuşlardır (125-130). İş doyumunu da, diğer tutumlar gibi duygusal, bilişsel ve davranışsal özelliklerin bir karışımıdır (131). İş doyumunun, kişilere, gruplara ve kültürlere göre farklılıklar göstermesinden dolayı kısa bir tanımı yapılamamış, çok boyutlu bir kavram olduğu kabul edilmiştir (132, 133). Bu tanımlardan bazıları şunlardır:

İş doyumunu, en genel anlamda, “çalışanın kendi işinden duyduğu hoşnutluk, kendisini ve işini değerlendirmesi sonucu ulaştığı olumlu duygusal durum” olarak tanımlanmaktadır (38, 134-137). Benzer şekilde, “kişilerin işlerinden duydukları memnuniyet ya da memnuniyetsizlik” olarak tanımlayan araştırmacılar da vardır (138). Lawler ise, iş doyumunu kavramını açıklayabilecek en önemli unsurun “çalışanın işten beklentileri ile işin çalışana gerçekte sundukları arasındaki ilişki” olduğunu, iş doyumunun “kişinin hak ettiğini düşündüğü ile elde edebildiği arasındaki fark” ile ortaya çıktığını belirtmiştir (139-143). Vroom ise, iş doyumunu,

“çalışanların işlerindeki rolüne karşı duygusal tepkileri” olarak tanımlamakta ve “kişinin işine karşı olumlu tepkilerini iş doyumuna, olumsuz tepkilerini ise iş doyumsuzluğu” olarak ifade etmektedir (144-146).

Kısacası; iş doyumuna, işten duyulan memnuniyet (33), kişinin işi ile ne kadar mutlu olduğu (34), bireyin işini yaparken algıladığı hoşnutluk duygusudur (35-37). Bu duygu zaman içinde, çalışanın işini ve iş çevresini değerlendirerek geliştirdiği bir durumdur (37, 38).

Çalışanlar çalışma yaşamı süresince, yaptığı işe, çalıştığı işletmeye ve iş ortamına dair pek çok deneyim kazanmaktadır. Çalışanların iş hayatı süresince, gördükleri, yaşadıkları, kazandıkları, kaybettikleri, mutlulukları ve üzüntüleri olmaktadır. Tüm bu bilgi ve duyguların sonucunda çalışanlar, yaptığı işe ya da çalıştığı kuruma karşı bir tutum ortaya koymaktadır. İş doyumuna bu tutumların genel bir sonucu olup, çalışanın fiziksel ve zihinsel açıdan iyi durumda olmasını ifade eder (147).

İş doyumuna kişinin değerleri ile ilintilidir. Kişinin bilinçli veya bilinçsiz olarak elde etmeyi arzuladıklarıdır. Her çalışan farklı değerlere önem vermektedir. Yani aynı durum farklı kişiler için değişik seviyede iş doyumuna yol açabilmektedir. İş doyumunun temeli algılamaya dayalıdır ve her zaman objektif olarak o anki durumu ölçmemektedir. Her insan kendi değerleri ile iş durumunu kıyaslamakta ve kişilerin algılamaları farklılık göstermektedir (148).

İş doyumuna konusunda yapılan tanımlamalardan da anlaşılacağı üzere iş doyumunu sağlayan alt boyutlar bugüne kadar geliştirilmiş birçok teori ve yapılan birçok araştırmada farklılık göstermiştir. İş doyumunda üç önemli olgu; değerler, algılama ve önemdir. İnsanlar doyum duygusunu sahip oldukları değerlere, bu değerlere yönelik algılamalarına ve bu değerlere verdikleri öneme göre hisseder veya hissetmezler (149).

İş doyumunu etkileyen pek çok faktör sayılmaktadır. Ancak, iş doyumunu etkileyen faktörler genel çerçevede bireysel ve örgütsel olmak üzere iki ana unsura bağlanabilir (35, 38, 150). Unsurlardan birincisi, bireyin kişisel durumu olmakla birlikte; yaş, cinsiyet, öğrenim düzeyi, medeni durumu, işyerindeki statüsü, hizmet süresi, sosyokültürel çevresi, kişilik yapısı, özel yaşamları, bireyin duyguları, düşünceleri, istekleri ile içinde bulunduğu ihtiyaçlar (fiziksel, psikolojik ve güvenlik

ihtiyaçları) ve bunların Şiddet dereceleri ile ilgilidir. Doyumu etkileyen ikinci ana unsur ise, işe y6nelik Őartlardır. Bunlar; iş ve niteliği, iş 6zerindeki kontrol, y6netim ve denetim, rol belirsizliği, rol atıŐması, rol stresi, aşırı iş y6k6, 6cret, gelişme ve y6kselme olanakları, işyerinin fiziksel koşulları, mesleki saygınlık, işyerinin sosyal ortamı, çalışma grubunun b6t6nleŐme d6zeyi, mesleki topluluk oluŐturma ve çalışanın 6rg6t içindeki konumudur (35-38, 151, 152). Koşulların beklentileri karşılama 6l6s6n6n b6y6kl6Đ6 oranında doyum da y6ksek olacaktır (142).

İŞ stresinde olduğu gibi iş doyumсуuzluĐunun da yol açtığı bireysel ve 6rg6tsel sonuçlar mevcuttur.

İŞ Doyumunun Birey Açısından 6nemi

İŞ doyumunu etkileyen fakt6rler, kişiden kişiye deĐiŐtiĐi gibi, iş doyumunun sonuçları da kişiden kişiye farklı Şekillerde ortaya çıkmaktadır. Farklı bireysel 6zelliklere sahip çalışanların, işten algıladıkları iş doyumunu duygusu da farklı olmaktadır.

Carroll ve Tosi, iş doyumunu ve iten g6d6lenme sayesinde, bireysel d6zeyde y6ksek verimlilik g6r6leceğini belirtmiştir (153). İŞ doyumсуuzluĐu yaşayan birey, isabetsiz kararlar almakta, yetersizlik duygusu, işe karşı bıkkınlık, işe gitmede isteksizlik ve işten kaçma isteği, iş miktar ve kalitesinde d6Ő6Ő yaŐamaktadır (38, 154, 155). Çalışanın d6Ő6k morale sahip olması sonucu işi yavaŐlatmalar, işi durdurmalar, iş veriminde d6Őmeler, iş ilişkilerinde olumsuzluklar, çalışanlar arasında geçimsizlik, iş kurallarına uyumsuzluk durumları ortaya çıkar. Ayrıca, işinden memnun olamayan çalışan, işyerindeki işinden çok işyeri dıŐındaki d6nyası ile ilgilenecektir. İŞine yeterince ilgi duymayan çalışan iş kazalarına daha çok yatkın olmaktadır, 6nk6; kazaların bireyin psikolojik ve fiziksel durumlarıyla ilişkisi bulunmaktadır (156).

İŞ doyumunu, Locke'a g6re sadece iş ile ilgili etkilere sahip olmayıp, yaŐamdan elde edilen doyuma, beden ve ruh sağlığına, bireyin gelişimine de etki etmektedir (157).

İŞ doyumunu ile yaşam doyumunu arasındaki ilişkiyi inceleyen bilim adamlarının 6zerinde durduğu 6nemli bir konu, iş doyumunun yaşam doyumunu, yaşam doyumunun iş doyumunu arttıracadığı konusundaki g6r6Őleridir (157). Ancak Iverson,

iş doyumunun yaşam doyumuna üzerine olan etkisinin, yaşam doyumunun iş doyumuna üzerine olan etkisinden daha fazla olacağına dikkat çekmektedir (158).

İş doyumunu düzeyinden, çalışanların sağlık durumları da etkilenmektedir. Yapılan araştırmalar, iş doyumunu düşük olan çalışanlarda sinirsel (uykusuzluk, baş ağrısı vb.) ve duygusal çöküntülerin (stres, hayal kırıklığı vb.) ortaya çıktığını ve iş doyumunun düşüklüğü ile aralarında anlamlı bir ilişki olduğunu göstermektedir (159). İş doyumunun düşüklüğü, çalışanı olumsuz duygulara sevk eder. İş doyumunun düşüklüğü çalışmada yoğun ve sürekli kaygı yaratmakta, onun ruh sağlığını olumsuz etkilemektedir (38, 155, 160, 161)

İş Doyumunun Örgüt (Kurum) Açısından Önemi

İş doyumunu hakkında kesin olan bir nokta, dinamik olduğudur. Yöneticiler bir kez iş doyumunu sağlayıp, sonra bu konuyu gözden uzak tutmamalıdır. İş doyumunu hızlı elde edilebildiği gibi, hızla iş doyumunun düşüklüğüne dönüşebilir. Bir kurumda koşulların bozulduğunu gösteren en önemli kanıt, iş doyumunun düşük olmasıdır (161).

İş doyumunun örgüt açısından önemi, verimlilik, yabancılaşma, şikayet ve yakınmaların artması, işe devamsızlık, işten ayrılma, personel devir oranının yükselmesi, çatışmalar, iş kazaları vb. kavramlarla olan yakın ilişkisine dayanmaktadır (153, 162).

İş doyumunu ile verimlilik ilişkisi konusunda yapılan araştırmalarda pozitif ilişki bulunmaktadır (35-38, 153, 156, 161, 163-165). İş doyumunun yüksekliğinin doğrudan bireysel performans artışından ziyade, örgütsel düzeyde bir artışa ve örgütün genel başarısının artışına neden olduğu ifade edilmektedir. Ayrıca, iş doyumunun düşüklüğü işi yavaşlatma, disiplin sorunları gibi gizli şekillerde de kendini gösterebilmektedir (166).

İş doyumunun düşüklüğü ve yabancılaşma arasında yüksek bir ilişkinin olduğu ve yabancılaşan çalışanların kendilerini örgütün bir üyesi olarak kabul etmediği görülmektedir (153, 160, 161). Bütünleşme düzeyi arttıkça iş doyumunu da artmaktadır (35, 128, 164, 167-169).

İş doyumunu ile sık sık kısa ya da uzun sürelerle işe devamsızlık, işi bırakma ve personel değişim hızı arasında ilişki bulunmaktadır (35-38, 128, 159, 160, 163-165,

167-169). Personel değişim hızının yüksek olması ise yetişmiş iş gücü kaybı demektir (156).

İş Doyumunun Toplum Açısından Önemi

İş doyumunun sonuçları, çalışanların fiziksel ve ruhsal sağlığını, organizasyonun çalışma barışını, verimliliğini ve toplumun gelişmesini etkiler. Dolayısıyla, iş doyumunu sonuçları itibarıyla sadece bireysel ve örgütsel etkilere sahip olmayıp, aynı zamanda toplum üzerinde de etkilere sahiptir (166).

İş doyumсуuzluğu yarattığı boşluk ve işten soğuma duygularıyla, sadece düşük moral ve düşük verimliliğe değil, sağlıksız bir topluma gidiş de hızlandırmaktadır (154).

İş Doyumu Kuramları

İş doyumunu bir tutumdur. Davranış içeren güdülenmeden farklıdır. Ancak, literatürde ilk kez sistematik bir biçimde incelenmesi güdülenme kuramlarıyla başlamıştır (170). İş doyumunu kavramı güdülenme, moral, işle özdeşleşme, işi çekici bulma kavramlarıyla yakından ilgilidir. Günü, bir amaca doğru çaba harcamayı gerektirmesine karşılık, iş doyumunu, işe bağlı olarak memnun olmayı göstermektedir (171).

Birçok araştırmacı insan davranışları için birçok çalışma yapmış ve kuramlar geliştirmiştir (172). Tarihsel olarak birbirini izleyen bu kuramlar motivasyon kavramı içerisinde; kapsam (içerik) ve süreç kuramları olarak iki grupta incelenebilir (135, 137, 173). Bu modellerden bazıları, kişilerin ihtiyaçlarını ifade eden güdülere, dolayısıyla kişinin içsel faktörlerine, bazıları ise teşviklere yani kişinin dışında olan, dışarıdan verilen faktörlere yani dışsal faktörlere ağırlık vermektedir. Özetle, davranışı “neyin” motive ettiği üzerinde duran teorilere “kapsam (içerik) kuramları”; davranışın “nasıl” motive edildiği üzerinde duran teorilere “süreç kuramları” denir (174).

Kapsam (İçerik) Kuramları

İnsan davranışını neyin motive ettiği üzerinde duran kuramlardır. İnsan davranışının belli bir amacı olduğunu ve bu amacı elde etmek için çaba sarf ettikleri varsayımına dayanır (149). Bu bağlamda, nelerin güdülemeye yol açtığına, iş

doyumunun hangi değişken ya da değişken gruplarının bir sonucu olduğuna açıklık getirmeyi amaçlamaktadırlar (175).

Kapsam kuramları aşağıda belirtilmiştir:

1. Maslow'un ihtiyaçlar (gereksinimler) hiyerarőisi kuramı
2. Alderfer'in ERG (Existence-Relatedness-Growth) kuramı
3. Herzberg'in motivatör-hijyen (çift etmen) (ikili etmen) kuramı
4. Mc Clelland'ın öğrenilmiş ihtiyaçlar (başarma güdüsü) (başarma ihtiyacı) kuramı
5. Douglas McGregor'un X ve Y kuramları
6. Z kuramı

1. Maslow'un İhtiyaçlar (Gereksinimler) Hiyerarőisi Kuramı

Bu kuram 1960'larda insan davranışlarına açıklık getiren bir model olarak alınmıştır (176). Maslow, insanı gereksinimleri olan bir varlık olarak tanımlayarak, bireyleri doyum sağlamak üzere davranışta bulunmaya sürükleyen güdöleri, üç temel varsayımla açıklamıştır (177).

1. Her davranış, gereksinimleri gidermeye yöneliktir, yalnız giderilmeyen gereksinimler davranışı etkiler.
2. Gereksinimler, temelden (fizyolojik; yeme, barınma) karmaşığa (benlik, başarma, kendini gerçekleştirme) doğru sıralama gösterir.
3. En alt düzeydeki gereksinim giderilince, bir sonraki gereksinime geçilir.

Kuram insan davranışını yöneten ihtiyaçları, temelden karmaşığa doğru, hiyerarőik olarak sıralamıştır. Bunlar; fizyolojik ihtiyaçlar, güvenlik ihtiyaçları, sevgi ve aidiyet ihtiyacı, saygı ihtiyacı, ideallerini ve yeteneklerini gerçekleştirme ihtiyacıdır (36, 128, 129, 176, 178-180).

Maslow, bu kuramını doğrudan iş yaşamına uygulamayı düşünmemiştir. Ancak anlaşılabilir oluşu nedeniyle en çok bilinen doyum kuramı olmuştur (36, 128, 129, 180). Maslow'un ihtiyaçlar hiyerarőisi, bireyin iş hayatında motivasyonuna ilişkin ilk temel teoridir (181). 1943'lerde Maslow ve sonraki yıllarda onu izleyen Alderfer, iş doyumunu bireyin gereksinmelerinin doyurulması ile ilişkilendirmişlerdir. Maslow'a göre, insan gereksinmeleri hiyerarőik bir yapı içerisindedir. Bu gereksinme kalıpları geneldir ve her bireye kesin olarak uygulanacak özellikte değildir. Bir yönetici yalnızca bu gereksinmeleri doyurma derecesini değil, bunun yanında özlem düzeyini

de bilmelidir. Buna göre, bir düzeydeki gereksinmesi belli bir noktaya kadar doyum sağlamış olan bir kişi, daha üst düzeydekileri özleyecektir. Tüm doyum söz konusu değildir. Bir bireyin gereksinme yapısının doyum sağlanamayan bölümü, onu daha üst düzeylere tırmanmaya güdüleyecektir. Bu nedenle yönetimin sürekli amacı, var olan durumdan hoşnut olmayan bireye bir güven ortamı yaratmak olmalıdır (182).

2. Alderfer'in ERG (Existence-Relatedness-Growth) Kuramı

Clayton Alderfer, Maslow'un modelini modern durumlara uyarlayarak; modeli, "Varlığı sürdürme, İlişkilerde bulunma ve Gelişme ihtiyaçları (VİG)" üzerine kurmuştur (183). Clayton Alderfer'in ERG Kuramı, İngilizce var olma (Existance), ilişkililik (Relatedness) ve gelişme (Growth) sözcüklerinin baş harfleri kullanılarak İngilizce ERG, Türkçe ise VİG kuramı şeklinde isimlendirilmiştir (184).

Bu üç düzeyin bir hiyerarşi halinde var olduğu (Maslow'un teorisinde olduğu gibi) ve böylece bireylerin bunları sırayla karşılama ihtiyacı duyacağı varsayılır (184). Alt düzeydeki gereksinimler daha fazla doyurulunca, daha üst düzeydekilere istek artar (istek güçlenmesi). Fakat, üst düzeydeki gereksinimler az doyurulursa, alt düzeylere daha fazla istek duyulur (gereksinim hüsrarı) (36, 128, 129, 180). Başka bir deyişle, bu kuram; eğer bir insan sonraki en yüksek düzeyi karşılamayı başaramazsa, onun altındaki düzeyin o insanın zihninde bir hayli büyük bir önem teşkil edeceğini ileri sürmektedir. Böylece, örneğin çalıştığı işte önemli kararlar almasına izin verilmeyen bir işgören, bunun yerine meslektaşları ile iyi etkileşimler, karşılıklı ilişkiler kurma üzerine odaklanabilir (184).

3. Herzberg'in Motivatör-Hijyen (İkili Etmen) Kuramı

Herzberg'in motivatör-hijyen (ikili etmen) (çift etmen) kuramının, motivasyon modelleri arasında, çalışma uygulamaları için özel olarak geliştirilmiş ilk modeller arasında yer aldığı söylenebilir (181).

Herzberg ve meslektaşları, iş tutumlarının sebepleri, ilişkileri ve sonuçları ile ilgili yüzlerce çalışmayı ayrıntılı bir şekilde gözden geçirdikten sonra, öncelikle bir kişinin işine yönelik olumlu tutumlara yol açan faktörlerin, olumsuz iş tutumlarına yol açan faktörlerden farklı olduğu hipotezini geliştirmişlerdir. Bu hipotez, evrimsel bir şekilde, iş doyumunun basitçe sadece iş doyumsuzluğunun karşıtı olmadığı anlamına geldiği için yaygın olarak kabul görmüştür (185). Herzberg'e göre; "iş

doyumunu ve iş doyumsuzluğu hisleri birbirinden bağımsızdır” (185) ve “iş doyumu ile doyumsuzluğu farklı kaynaklardan türemektedir” (186).

Bu teoriye göre, işe ait davranışları belirleyen faktörler pozitif (motivator) ve negatif (hijyen) olmak üzere ikiye ayrılır. Bu faktörlerin ayrımı çeşit olarak değil, etki itibarıyla birbirinden farklıdır (178). Bu kurama göre; olumlu (güdü ya da motivator) etmenlerin beslenmesi iş doyumu sağlarken, hijyen etmenlerinin beslenmesi iş doyumsuzluğunun önlenmesine katkıda bulunur, ancak iş doyumu sağlamaz. İşte doyumlu olmanın karşıtı işte doyumsuz olmak; işte doyumsuz olmamanın karşıtı da işte doyumlu olmak değildir (128, 129, 180).

Hijyen faktörleri, iş doyumsuzluğunu engellemek için koruyucu gibi hizmet ederler ve çevre ile de ilişkili olduğu için, Herzberg bu faktörlere koruyucu hekimlikte kullanılan terim ile benzerlik nedeniyle “hijyen faktörleri” adını vermiştir. Herzberg olumlu etmenlere “motivatorler” demiştir, çünkü; motivatorler iş doyumu için gereklidirler (187).

Motivator olarak tanımlanan faktörler, bireyleri çalışmaya yönelten üst düzey motivasyon faktörleridir. Hijyen olarak tanımlanan diğer faktörler ise çalışma ile bağlantılı nedenlere dayanmaz. Motivasyon faktörleri doğrudan doğruya işle yani işin kendisiyle, işin yapılma tarzıyla, işten dolayı tanınma ve gelişme imkânı bulması ile ilgilidir. Herzberg için gerçekleştirilmesi motive edici bazı pozitif faktörler; işin yerine getirilmesi, işe ilişkin başarıların sonuçlarının gözlenmesi, bireyin yaptıklarının üstleri ve arkadaşları tarafından takdir edilmesi, bireye belli ölçülerde sorumluluk yüklenmesi, işte yükselme imkânlarının artırılması, bireyi geliştirme ile ilgili imkânlar yaratılması olarak sayılabilir. Bir başka deyişle, motivasyon faktörleri işin içeriğini, özünü esas almaktadır. Buna karşılık, hijyen faktörleri, işin çevresel faktörleriyle ilgilidir. Negatif faktörler (hijyen faktörleri), pozitif faktörlerin (motivator) tersi değildir. Bu nedenle; hijyen faktörlerinin doyuma ulaşması bir motivasyon kaynağı oluşturmaz. Ancak, hijyen faktörleri tatmin edilmezlerse, sonuçta bireyin motivasyonları azalır. Hijyen faktörleri; belirsizlik, iş güvenliği, prestij, işletme politikasının uyumlu olması, çalışma koşulları, iş ortamında adil olma, iş dışı sorunlar, bireyler arası ilişkiler, ücret artışları veya hayal kırıklığına uğramış beklentiler olarak sayılabilir. İşin içeriğiyle, işin çevresel şartları arasında bir

ayrım yaratılmasının önemi, insanların kendileri için yaptıkları şeylerden daha fazla güdlenecekleri düşüncesinden ileri gelmektedir (36, 128, 129, 149, 178, 180).

Bu modelin herkese uygulanabilirliğinin olmayışı ve kişinin başarı düzeyinden çok, doyum ve doyumsuzluk üzerinde fazla durulması yönünden eleştiriye uğramaktadır. Buna rağmen, yöneticilerin motive etmeyi anlamalarına da önemli katkılar sağlamıştır (128, 129, 180, 188, 189).

4. Mc Clelland'ın Öğrenilmiş İhtiyaçlar (Başarma İhtiyacı) Kuramı

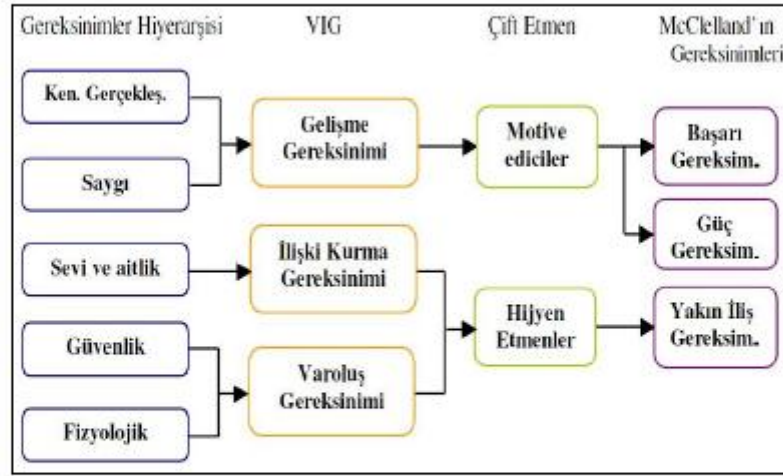
Mc Clelland'ın öğrenilmiş ihtiyaçlar (başarma ihtiyacı) kuramı, bireyin doğuştan gelen psikolojik karakteristiğinden ziyade, sosyal nitelik kazanmış ihtiyaçlarının görünümünü yansıtır (181). Bir başka deyişle, insanlar bu ihtiyaçlarla doğmamakta, aksine; yaşam tecrübeleri yoluyla bu ihtiyaçları öğrenmektedirler (189).

Bu kuram, insanların gereksinimlerinin; kişinin kendi kültürlerinden, çeşitli durumlarda kendi yaşantıları ile öğrendiklerinden, aile durumundan, eğitiminden ve milli kültüründen etkilendiğini savunur (190). Yani, Mc Clelland, diğerlerinden farklı olarak "ihtiyaçların öğrenmeyle sonradan kazanılacağını" ifade etmektedir (191).

Modelinin temeli, üç temel güdünün -başarı, güç ve arkadaşlık- oluşması için insan davranışlarıyla çevresel etmenlerin nasıl birleştirilebileceği üzerinedir. Mc Clelland bu güdülerin her birinin farklı tip tatmin duygusu doğuracağını söyler. Modele göre bireyin bir işi etkili ve verimli bir biçimde başarma olasılığı; diğer ihtiyaçlara oranla belirli güdünün gücünün, görevi yerine getirmede başarı olasılığının ve o görev için konulan ödülün değerinin bir bileşimine bağlıdır (191).

Mc Clelland bu üç ihtiyaç ve güdü içinden, en çok başarı güdüsünün birey ve toplumu etki altında bıraktığını iddia etmektedir. Birey faaliyetlerinde başarılı olmayı arzuladığı halde, başarısız olmaktan da büyük ölçüde korku ve çekingenlik duymaktadır. Bu korku bireyi başarıya götürecek faaliyetlerde bulunmaktan alıkoyacaktır. Bu korkunun yenilmesi halinde ise, başarılı olma isteği bireyi faaliyette bulunmaya yöneltecektir (192).

Buraya kadar bahsedilen dört kuram kendi içlerinde ayrılmış olsa da aynı amacı açıklamak için çalışılmıştır. Bu kuramlar, Şekil 3'te karşılaştırılmış ve eşleştirilmiştir (193).



Şekil 3. Kapsam kuramlarının kıyaslanması

5. Douglas McGregor'un X ve Y Kuramları

Mc Gregor'a göre idareciler çalışanların ne ile motive edilebileceklerini saptayabilirler. Ancak bunu yaparken alacakları kararların isabet derecesi, onların hareket noktalarını teşkil eden kabullerinin doğruluk derecesine bağlı olacaktır (194).

6. Z Kuramı

İşgörenin iyimser ya da kötümser olarak değil, tarafsız olarak değerlendirilmesi gerektiğini savunur. Görüldüğü gibi Z teorisi, insana iyi ya da kötü olarak yaklaşmayıp, X ve Y kuramlarının duruma bağlı olarak fayda sağlayacağını iddia etmektedir (195).

Süreç Kuramları

İnsan davranışının nasıl motive edildiği üzerinde duran kuramlardır. Süreç kuramları, iş doyumunun hangi değişkenlerin bir sonucu olduğunu ve bu değişkenlerin nasıl bir etken ile iş doyumunu etkilediğini açıklama amacındadır (196). Süreç kuramları daha çok güdüsel sürecin nasıl işlediğini incelemektedir (177).

İçeriksel motivasyon kuramlarının karşıtı olan süreç kuramları, bu davranışların nasıl istenen yöne sevk edilebileceğini açıklamaya çalışır. Bu kuramlar, eylemin altındaki belirli psikolojik süreçler üzerinde yoğunlaşır (181). Süreç kuramları, bireyin motive edilmesi sürecindeki adımlar üzerinde odaklanır (197).

İnsanların harekete geçmeden önceki düşünce süreçlerini inceler (184). İnsanların iş yerinde nasıl ve neden, diğerlerinden farklı bir hareket tarzı seçiminde bulunduğu süreci ile ilgili düşünceyi önemser. Süreç kuramları, davranışları etkileyen eylemleri algılama sürecini anlamak üzerine odaklanmıştır (198).

Süreç kuramları, insan davranışının nasıl başladığı, nasıl yönetildiği, nasıl sürdürüldüğü ve nasıl durdurulduğu sürecini açıklamayı amaçlar. Bir başka ifadeyle, motivasyonun nasıl harekete dönüştüğünü ortaya koyarak, motivasyon sürecini oluşturan değişkenlerin birbirlerini nasıl etkilediklerini ve birbirleriyle olan ilişkilerini açıklamaya çalışır. Bu kuramların, motivasyonun oluşumunu bir süreç halinde açıklamaları nedeniyle, bunların dinamik modeller olduğunu söylemek mümkündür (199).

Süreç kuramlarının örnekleri aşağıda belirtilmektedir:

1. Vroom'un beklenti kuramı
2. Porter ve Lawler'in geliştirilmiş beklenti kuramı
3. Adams'ın eşitlik kuramı
4. Locke'in amaç kurma (amaçlama) (tutarsızlık-farklılık) kuramı
5. İş özellikleri kuramı

1. Vroom'un Beklenti Kuramı

Beklenti (expectancy) yaklaşımı, güdülenme kuramları arasında en önemli olanlardan biridir. Beklenti kuramı, kişileri harekete geçiren gücün kaynağı olarak; kişilerin işlerinden beklentileri ve işlerinden elde ettikleri ödülün değerliliğini, ödülü arzulama derecesini (valence) görmektedir (200).

Bu kurama göre; çalışanı çaba harcamaya iten güç, gelecek hakkında beklentileri ve gelecekte elde edecekleridir. Vroom, bireylerin iki koşulda çalıştıklarını belirtmiştir. Bunlar; ekonomi ve güdüdür. Burada, kişinin çalışmayı çalışmamaya tercih edişi anlaşılmaktadır. Vroom'un beklenti kuramı, bireyin kazanç beklentisinin yüksek olduğu durumlarda çalışmayı tercih edeceğini vurgulamaktadır (180).

Beklenti kuramı, diğer kuramların parçalarını bir araya getirir. Genel olarak, beklenti kuramında davranışlar; hedeflerin ve seçimlerin gerçekleşme beklentisi ile açıklanabilir (179).

2. Porter ve Lawler'in Geliştirilmiş Beklenti Kuramı

Porter ve Lawler tarafından öne sürülen motivasyon yaklaşımında; kişinin ulaşmak istediği amaç ve amaca yönelik değerler, onun davranışını etkileyen bir faktör olarak algıladığı eşitlik ya da hoşnutluğu içermelidir. Algılama, bireyin işe bakış açısıdır. Bu bakış açısı, işgörenlerin işlerinden almayı beklediklerinden oldukça fazla etkilenir. Eğer beklentiler karşılık bulmazsa, hoşnutsuz davranışlar gösterecekler, sonuç olarak da doyumsuzluk duyacaklardır (201).

Porter ve Lawler modelinde doyum, performansın ve bunun sonunda elde edilen ödüllerin sonucudur. Performans da, ödüllerin değeri ve algılanan ödül sonucu ortaya çıkan doyumdan etkilenmektedir (149). Bu kuramda, ödüllerin doyuma yol açtığı, performansın ödül ile bağlantılı olduğu varsayımı geçerlidir (180).

3. Adams'ın Eşitlik Kuramı

J. Stacey Adams'ın 1965'te ortaya koyduğu eşitlik kuramı, insanların gösterdikleri performans karşılığında aldıkları ödüllerde eşit davranıldığını görmek istedikleri ve bu eşitlik ile motive oldukları varsayımına dayanır. İşgören kendi eforu ve bu efor karşılığında aldığı getiriyi, kendisi ile aynı seviyede gördüğü bir başka işgörenin efor ve getirisi ile mukayese eder (202).

Adams'ın eşitlik kuramında, bireyin özlem düzeyi üzerinde durulmadan girdi ile çıktının birbirine olan oranı, doyum ya da doyumsuzluk kaynağı olarak ele alınmaktadır. Bu nedenle, aşırı derecede ödüllendirilen bir işgörenin doyumsuzluk duyması beklenebilir. Arkadaşları ile aynı miktarda iş yapmasına karşılık, onlardan daha fazla ücret alan bir kişinin doyumsuzluğu buna örnek olarak verilebilir (203). Bu modele göre; insanlar, çabaları ve bu çabaları karşılığı elde ettikleri ödüller ile benzer iş durumunda diğer kişilerin çaba-ödül durumlarını karşılaştırırlar.

4. Locke'ın Amaçlama (Tutarsızlık-Farklılık) Kuramı

Locke, iş doyumunu, gerçek ve beklenen verimlilik düzeyleri arasındaki farkın büyüklüğü olarak ele almıştır (194).

Her bireyin işleri ile ilgili belirlediği amaçları vardır ve bu belirlediği amaçlar onu yönlendirir. İnsanlar bu belirledikleri amaçlara, fiziki ve akli enerjilerinin büyük bir bölümünü yönlendirirler (194). Bireyin amaçlarına ulaşması ya da yüksek düzeyde performans göstermesi, doyum adını verdiğimiz olumlu bir duygusal

durumu ortaya koyarken, amaçlarına ulaşmaması doyumsuzluk hissine neden olmaktadır (203).

Bu yaklaşım; bireyin elde ettiği çıktılarını, elde etmeyi amaçladığı çıktılarla karşılaştırılması sonucu, eşitliğin var olduğu durumda iş doyumunun bulunduğunu iddia etmektedir. Kişiler, elde ettikleri çıktılarının değeri ne kadar fazla ise o kadar fazla, aksi durumda ise o kadar az doyuma ulaşacaklardır (186).

5. İş Özellikleri Kuramı

Hackman ve Oldham, 1975 yılında, iş doyumunun nedenlerini açıklayan işin özellikleri yaklaşımını ortaya atmışlardır (204). Yaklaşımına göre; içsel iş motivasyonunun hissedilebilmesi ve bu durumun kalıcı olabilmesi için gerekli üç anahtar durum şunlardır: Birincisi, kişinin iş sonuçları hakkında bilgi edinmesidir. İkinci olarak, kişinin işin sonuçlarına yönelik kişisel sorumluluk duyması, son olarak ise kişinin işini anlamlı bulmasıdır. Eğer bu üç psikolojik halden bir tanesi ortadan kaldırılırsa, içsel motivasyon düşecektir. Bu psikolojik haller gerçekte insanların kişisel özellikleri ve içyapılarıyla ilgili olmakla birlikte, yönetsel açıdan yapılması gerekli olan; bu psikolojik halleri kuvvetlendirecek işi tasarlamaktır (205).

Sonuç, iyi çalışmaktan kaynaklanan, kendiliğinden oluşmuş ödüllerle güçlenen bir pozitif iş motivasyonu döngüsüdür. Ayrıca araştırmacılar, yüksek düzeyde içsel motivasyon sağlayacak şekilde işlerin düzenlenmesinin, kişinin işinde yüksek tatmin duyacağını, kişisel gelişme tatmini yaşayacağını ve sonuçta da iş etkinliğinin artacağını savunmuşlardır (205).

Hekimlik Mesleğinde İş Doyumu

Hekimlerin iş doyumunu, kişisel, mesleki ve hasta ile ilişkili faktörleri yansıtır. Bu nedenle, tıbbi hizmetlere ulaşılabilirlik ve tıbbi bakım hizmetlerinin niteliği ile ilgilidir (39).

Hekimler özellikle hasta bakmak için eğitilirler. Bogue ve ark.'na göre; en büyük iş doyum kaynağı hastalarla ilgilenmektir (206). Hekimler, insanlara yardım etme, problemleri çözme, hastalar ve aileleri ile ilişkilerinin gelişmesi gibi nedenlerle birçok doyuma ulaşırlar (207). Hekimlerin iş doyumunu yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi gibi kişisel özelliklerin yanı sıra, yapılan işin içeriği, ücret politikası, çalışma koşulları gibi kurumsal ve çevresel etkenler etkilemektedir (129). İş ile ilgili bazı faktörler, iş doyumunun anahtarları olarak tanımlanabilir. Zaman baskısı, aşırı iş

yükü, uzun çalışma saatleri, işbirlikçi olmayan iş ilişkileri, yüksek iş stresi düzeyleri, malpraktis suçlamaları, komplike vaka sayılarında artış, müdahaleler, yönetsel uygulamalar, ev-iş ve sosyal yaşam ilişkisi, fiziksel şiddet ve tehditler iş doyumunun azalmasına katkıda bulunurken (206-212), algılanan otonomi ya da iş kontrolü, iş doyumunun artmasına katkıda bulunurlar (212, 213).

Hekimlerin mesleki doyum düzeyleri önemlidir ve bunun birçok sebebi vardır (214, 215). Öncelikle hekimlerin işlerinde mutlu olmaları kendi esenlikleri için önemlidir. İkincisi, mesleki tatmin, bir bütün olarak sağlık hizmetlerinin ne derece iyi fonksiyon görüp görmediğinin bir belirteçidir. Üçüncüsü, hekimlerin yaşadığı doyumsuzluk, bazı istenmeyen sonuçlara yol açabilir. Bunlar; motivasyonsuzluk, tükenme (216, 217), hasta bakım yetersizliği (218), mesleği bırakma düşüncesi, meslek değişimi, işten ayrılma ya da erken emeklilik (219-222) ve gelecek nesillerde hekimlik mesleğini seçenlerin sayısındaki azalmadır (223). Doyumsuz hekimler, tıp öğrencilerine uzmanlık dallarını daha az tavsiye etmektedirler (224). Hekimin yaşadığı düşük iş doyumunu, psikiyatrik semptomlara (225, 226) ve ruh sağlığında bozulmalara yol açmakta (41), koroner kalp hastalığı oluşmasına (227), beden sağlığı algısında düşümlere neden olmaktadır (114). Hatta, intihar teşebbüsleri ile de karşılaşılabilir (228).

Hekimin iş doyumunu yaşamaması, hastanın da lehinedir (229). Bakım hizmetlerinin niteliğini de etkilemektedir (114). İş doyumunu yaşayan hekimlerin ilgilendiği hastalar, hekimlerine daha fazla güvenmekte, hekimleri ile ilişkileri daha fazla devamlılık arz etmekte, tedaviye uyumları artmakta, olumlu tedavi sonuçları ve memnuniyet yaşamaktadırlar (114, 218, 230, 231).

Hekimin doyumsuzluğunun hasta üzerindeki etkileri de son derece önemlidir. İş doyumsuzluğu yaşayan hekimler daha riskli reçete yazma eğilimine sahip olabilir, diğer hekimlerin yazdığı reçetelere daha az dikkat edebilirler. Bu tarz durumlar, daha ciddi ilaç reçeteleme hataları ile sonuçlanabilir (232). İş doyumsuzluğu yaşayan hekimlerin hastaları, yalnızca sağlık planlarını, hekimlerini değiştirmeye istekli olmayıp, ayrıca düşük tedavi uyumu nedeni ile daha fazla hasta olabilmektedirler. Bunlar, özellikle kronik hastalıkları olanları etkiler (114).

Hekimin iş doyumsuzluğunun çalıştığı kurum ve toplum üzerindeki sonuçları da önemlidir. İlk olarak, iş doyumunu ile personel değişim oranı ters orantılıdır (233).

İşinde doyumsuzluk yaşayan hekim çok pahalıya mal olabilir. Hekimin mutsuzluğuna değer biçmek son derece zordur. Ancak, hekimin ayrılışının gerçek değeri hasta bakımının kesintiye uğraması, sağlık planlarında kayıtsızlıklar, kurumun azalmış etkinliği gibi hususlardan ileri gelmektedir (114).

Yukarıda bahsedilen ve çalışmamızın da temel bağımlı değişkenlerini oluşturan empati, iş stresi ve iş doyumunu kavramları tümüyle birbirinden bağımsız sonuçlar gibi görünmemektedirler. Bu değişkenlerin birbirleriyle ilişkili olduğunu gösteren çalışma sonuçları bulunmaktadır. Ancak; literatürde, hekimlerde bu üç kavramı bir arada ele alan çalışma saptanmamıştır. Bu çalışmanın amacı; hekimlerdeki empati eğilimi, iş doyumunu, iş stresi düzeyleri ile ilişkili genel ve mesleki özelliklerin ortaya konulması ve hekimlik mesleğinde empati eğilimi, iş stresi ve iş doyumunu düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesidir.

GEREÇ VE YÖNTEM

ARAŞTIRMANIN TİPİ

Bu çalışma 01.06.2012 ve 01.09.2012 tarihleri arasında Denizli İli Merkez İlçesi'nde yürütülmüş kesitsel tipte bir araştırmadır.

ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEM SEÇİMİ

Denizli İli Merkez İlçesi'nde çalışmakta olan hekimler çalışmanın evrenini oluşturmaktadır. Denizli İl Sağlık Müdürlüğü ile Halk Sağlığı Müdürlüğü'nden elde edilen bilgilere göre, merkez ilçede görev yapan toplam hekim sayısı 1360'dır. Örneklem büyüklüğü, evrendeki birey sayısı bilindiği zaman uygulanan örneklem hesabı formülü ile hesaplanmıştır.

$$n = N t^2 pq / d^2 (N-1) + t^2 pq$$

N: Hedef kitledeki birey sayısı (1360)

n: Örneklem alınacak birey sayısı

p: İncelenen olayın görülüş sıklığı (gerçekleşme olasılığı) (0,50)

q: İncelenen olayın görülmemiş sıklığı (gerçekleşmeme olasılığı) (0,50)

t: Belirli bir anlamlılık düzeyinde, t tablosuna göre bulunan teorik değer (1,96)

d: Olayın görülüş sıklığına göre kabul edilen \pm örneklem hatası (0,05)

Sonuç: n= 299,6

Örneklem hesabı sonucunda elde edilen 300 değerine %10 ilave edilerek 330 hekime ulaşılması planlanmıştır.

Örneklem seçiminde, klinikte aktif olarak hasta muayene etmeyen hekimler dışlandıktan sonra, hekimler çalıştıkları kurumlara göre ağırlıklı olarak tabakalanmıştır. Her bir tabakadan basit rastgele örneklem seçimi yöntemi ile çalışmaya katılması planlanan 330 hekim belirlenmiştir. Veri toplama aşamasında bu hekimlerin 318'ine (%96,3) ulaşılabilmektedir (Bkz. EK 1).

ARAŞTIRMANIN DEĞİŞKENLERİ

Bu kısımda araştırmada kullanılan bağımlı ve bağımsız değişkenlere ve değişkenlerin nasıl sınıflandırıldığına yer verilmiştir.

Araştırmanın Bağımlı Değişkenleri

1. Empati eğilimi düzeyi
2. İş stresi düzeyi
3. İş doyumu düzeyi

Araştırmanın Bağımsız Değişkenleri

1. Genel özellikler
 - i. Yaş
 - ii. Cinsiyet
 - iii. Medeni durum
 - iv. Eşin çalışma durumu
 - v. Eşin çalıştığı iş
 - vi. Eşin çalıştığı sektör: Sağlık sektörü/ diğer sektörler
 - vii. Çocuk sahibi olma durumu
 - viii. Kronik hastalık varlığı
 - ix. Son bir yıl içinde olumsuz yaşam olayı geçirme durumu: Kendinin rahatsızlanması, yakınının rahatsızlanması veya yakınıni kaybetme, aile içi geçimsizlik, ekonomik problemler, işyeri ile ilgili problemler vb. (62, 70)
 - x. Katılımcının bakımı ile ilgilendiği kişi varlığı
2. Çalışma yaşamı özellikleri
 - i. Çalıştığı kurum: Aile sağlığı merkezi, devlet hastanesi, özel hastane, üniversite hastanesi
 - ii. Tıbbi eğitim düzeyi: Pratisyen hekim, tıpta uzmanlık öğrencisi, uzman hekim, yan dal uzmanlık öğrencisi, yan dal hekimi
 - iii. Akademik ünvan
 - iv. Çalıştığı bölüm: dahili bölüm, cerrahi bölüm, acil servis
 - v. Çalıştığı birimin yönelimi*: teknoloji yoğun/ insan ilişkileri yoğun

- vi. Meslekteki çalışma süresi
- vii. İşyerindeki çalışma süresi

*Çalıştığı birim, teknoloji yoğun (technology oriented specialty) ve insan ilişkileri yoğun (people oriented specialty) uzmanlık dalları olarak, literatürde kullanıldığı şekilde ikiye ayrılmıştır. İnsan ilişkileri yoğun bölümler; aile hekimliği, iç hastalıkları, pediatri, nöroloji, kadın hastalıkları ve doğum, halk sağlığı/koruyucu tıp, psikiyatri, oftalmoloji, dermatolojidir. Teknoloji yoğun bölümler ise; anestezi, acil tıp, patoloji, radyoloji, radyasyon onkolojisi, genel cerrahi ve diğer cerrahi alt dallarıdır (234).

ANKET FORMU

Araştırmanın verileri; literatür taranarak araştırmacı tarafından hazırlanan sosyodemografik ve çalışma yaşamı özelliklerine ilişkin sorular ile Dökmen'in empatik eğilim ölçeği, Minnesota iş doyumu ölçeği ve İsveç iş yükü kontrol ölçeği sorularını içeren soru formları vasıtasıyla toplanmıştır. Hekimlere toplam 71 soru yöneltilmiştir (Bkz. EK 2).

Araştırma planlandıktan sonra, soru formları 10 hekim üzerinde pilot olarak uygulanmış, gerekli düzeltmeler yapılarak soru formuna son hali verilmiştir.

ARAŞTIRMADA KULLANILAN ÖLÇEKLER

Empatik Eğilim Ölçeği

Empatik eğilim ölçeği, kişilerin günlük yaşamdaki empati kurma potansiyellerini ölçmektedir. Likert tipi bir ölçektir, 20 sorudan oluşmaktadır ve her soruya 1'den 5'e kadar puan verilmektedir. Empatik eğilim ölçeği puanlamasında: Tamamen aykırı; 1 puan, Oldukça aykırı; 2 puan, Kararsızım; 3 puan, Oldukça uygun; 4 puan, Tamamen uygun; 5 puan olarak değerlendirilmektedir. Puanları toplarken 3, 6, 7, 8, 11, 12, 13 ve 15 numaralı sorular ters puanlanmaktadır. Ölçekten alınacak minimum puan 20, maksimum puan ise 100'dür. Toplam puan, bireylerin empatik eğilim puanlarını ifade etmektedir. Puanın yüksek olması, empatik eğilimin yüksek olduğunu; düşük olması ise empatik eğilimin düşük olduğunu göstermektedir. Empatik eğilim ölçeği 1988'de Dökmen tarafından geliştirilmiş, geçerlilik ve güvenilirliği yapılmıştır. Empatik eğilim ölçeği, Dökmen tarafından 70

kişilik bir öğrenci grubuna ölçeğin tekrarı yöntemiyle, üç hafta arayla iki defa uygulanmıştır. Bu uygulamadan elde edilen ölçeğin güvenilirliği 0,82'dir (49). Çalışmamızda, empatik eğilim ölçeği için hesaplanan Cronbach Alpha değeri ise 0,598'dir.

Minnesota İş Doyum Ölçeği

Minnesota iş doyum ölçeği, iş doyum düzeyini belirlemek amacıyla, 1967 yılında Weiss ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. Baycan tarafından Türkçe'ye çevrilip, geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmıştır (Cronbach Alpha=0.77) (235). Çalışmamızda ise bu ölçeğin Cronbach Alpha değeri 0,925'tir. Minnesota iş doyum ölçeğinin içsel ve dışsal doyum faktörlerini ortaya çıkarıcı özelliklere sahip kısa formu, 20 maddeden oluşan, beşli Likert tipi bir araçtır. Minnesota iş doyum ölçeği puanlamasında: Hiç memnun değilim; 1 puan, Memnun değilim; 2 puan, Kararsızım; 3 puan, Memnunum; 4 puan, Çok memnunum; 5 puan olarak değerlendirilmektedir. Alt ölçeklerden "İçsel Doyum"; başarı, tanınma veya takdir edilme, işin kendisi, iş sorumluluğu, yükselme ve terfiye bağlı görev değişikliği gibi işin içsel niteliğine ilişkin öğelerden oluşmaktadır (12 madde) (1, 2, 3, 4, 7, 8, 9, 10, 11, 15, 16, 20). İçsel doyum puanı, içsel faktörleri oluşturan maddelerden elde edilen puanların toplamının 12'ye bölünmesi ile elde edilmektedir (235). Çalışmamızda içsel doyum alt ölçeğinin Cronbach Alpha değeri 0,888'dir. "Dışsal Doyum"; kurum politikası ve yönetimi, denetim şekli, yönetici, çalışma arkadaşları ve astlarla ilişkiler, çalışma koşulları, ücret gibi işin çevresine ilişkin öğelerden oluşmaktadır (8 madde) (5, 6, 12, 13, 14, 17, 18, 19). Dışsal doyum puanı, dışsal faktörleri oluşturan maddelerden elde edilen puanların toplamının 8'e bölünmesi ile elde edilmektedir (235). Çalışmamızda dışsal doyum alt ölçeğinin Cronbach Alpha değeri 0,860'tur. Genel doyum; içsel doyum ve dışsal doyum alt boyutlarının toplamından oluşmaktadır (20 madde). Genel doyum puanı, 20 maddeden elde edilen puanların toplamının 20'ye bölünmesi ile elde edilir (235).

Tüm puan ortalamaları 1,0 ile 5,0 arasında bir değer olarak hesaplanmaktadır. Ölçeğin nötr doyum puanı 3'tür. Ölçekten alınan genel doyum puanı 3'ten düşükse iş doyumunu düşük, 3'ten büyük ise iş doyumunu yüksek olarak değerlendirilmektedir (235).

İsveç İş Yükü-Kontrol-Destek Ölçeği

Araştırmaya katılan hekimlerin iş stres düzeyinin belirlenmesinde “İsveç İş Yükü Kontrol Destek Ölçeği”nin sorularından faydalanılmıştır.

İsveç iş yükü-kontrol-destek anketi 17 sorudan oluşmaktadır. Ölçeğin üç ana alt bölümü vardır. İş yükü için 5, iş kontrolü için 6 ve sosyal destek için 6 soru içermektedir. İş kontrolü; beceri kullanımı (4 soru) ve karar serbestliği (2 soru) alt başlıklarından oluşmaktadır. İş yükü, beceri kullanımı ve karar serbestliği alt bölümleri için yanıt seçenekleri “sıklıkla, bazen, nadiren ve hiç bir zaman” yanıtlarından oluşmaktadır. Sosyal destek için ise “tamamen katılıyorum, kısmen katılıyorum, kısmen katılmıyorum ve tamamen katılmıyorum” seçenekleri vardır. Değerlendirmede yanıt seçenekleri 1-4 arasında kodlanarak, her bir alt bölümün puanlarının toplanması ile ilgili alt bölüm toplam skoru, beceri kullanımı ve karar serbestliği için elde edilen puanların toplanması ile iş kontrolü toplam skoru elde edilerek, yüksek puanların yüksek iş yükü, yüksek iş kontrolü ve yüksek sosyal destek biçiminde değerlendirilmesi önerilmektedir. İş stresi, iş yükünün iş kontrolüne oranı olarak değerlendirilmektedir (236).

İş yükü-iş kontrolü ve sosyal destek modeline dayalı oluşturulan ölçeklerin iş stresinin açıklanmasında geçerli ve güvenilir oldukları gösterilmiştir (237-239). Sanne ve ark. tarafından geliştirilen ölçeğin iş yükü, kontrol ve sosyal destek alt bölümleri için bildirilen Cronbach's alfa katsayıları 0,51-0,72 arasında değişmektedir (239, 240). İsveç iş yükü-kontrol-destek ölçeği psikososyal iş stresi ölçümünde kullanılan, geçerliliği, güvenilirliği gösterilmiş bir ölçektir (238, 239, 241). Demiral ve ark. iş stresi ölçeğinin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında Cronbach alpha ile değerlendirilen iç güvenilirlik katsayılarını iş yükü için 0,68, iş kontrolü için 0,52 ve sosyal destek için 0,77 olarak saptamıştır (236). Çalışmamızda, Cronbach alpha değerleri İsveç iş yükü-kontrol-destek ölçeği için 0,651, iş yükü alt boyutu için 0,311, iş kontrolü alt boyutu için 0,233, iş sosyal destek alt boyutu için ise 0,901 olarak hesaplanmıştır.

VERİ TOPLAMA

Hazırlanan anket formu aile sağlığı birimlerinde, Denizli ve Servergazi Devlet Hastaneleri'nde, Pamukkale Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi'nde ve özel hastanelerde çalışan hekimlere, kendilerinden onam alınarak uygulanmıştır.

Anket formları, hekimlere dağıtılmış ve doldurmaları istenmiştir. Veri toplama, 01.06.2012- 31.09.2012 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

ARAŞTIRMANIN İZİNLERİ

Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Komisyonu tarafından 16.05.2012 tarih ve B.30.2.PAÜ.0.20.05.09/108 sayılı kararı ile çalışmanın yapılmasına etik açıdan sakınca olmadığı onaylanmıştır. Yapılacak araştırmanın içeriği hakkında Denizli İl Sağlık Müdürlüğü, Denizli İl Halk Sağlığı Müdürlüğü, Denizli Devlet Hastanesi Baştabipliği, Servergazi Devlet Hastanesi Baştabipliği, Pamukkale Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkez Müdürlüğü ve örnekleme yer alan özel hastanelerin mesul müdürlükleri bilgilendirilerek araştırma izin belgeleri alınmıştır.

İSTATİSTİKSEL ANALİZ

Araştırmadan elde edilen veriler Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) for Windows 10.0 paket programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Tanımlayıcı istatistik analizlerinden ortalama, standart sapma, ortanca, en küçük ve en büyük değerler, frekans, yüzde değerleri hesaplanmıştır. Analitik istatistik yöntemlerinden normal dağılıma uygunluk testleri, parametrik test koşullarının sağlandığı durumlarda Student t testi, One-way ANOVA, Pearson korelasyon testleri, parametrik test koşullarının sağlanmadığı durumlarda Mann Whitney-U, Kruskal Wallis, Spearman korelasyon, ki kare ve Mantel-Haenszel ki kare testleri kullanılmıştır. İleri düzey istatistik analizlerde post-hoc Tukey testi, Tamhane testi ve Bonferroni düzeltmeleri, Backward lineer regresyon analizi kullanılmıştır. Analizlerde istatistik anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak kabul edilmiştir.

BULGULAR

KATILIMCILARIN GENEL ÖZELLİKLERİ

Araştırmaya Denizli Merkez İlçesi'nde aile sağlığı birimleri, devlet hastaneleri, özel hastaneler ve üniversite hastanesinde çalışan hekimler arasından 318 hekim katılmıştır.

Araştırmaya katılan hekimlerin sosyodemografik özellikleri Tablo 1'de gösterilmiştir.

Araştırmaya katılan hekimlerin; 101'i (%31,8) kadın, 217'si (%68,2) erkektir. Yaş ortalaması $39,4 \pm 9,1$; ortancası 39 (14) olup en küçük katılımcı 25 yaşında, en büyük katılımcı ise 69 yaşındadır. 53 kişi (%16,7) 30 yaş altı, 55 kişi (%17,3) 30-34 yaş arası, 55 kişi (%17,3) 35-39 yaş arası, 57 kişi (%17,9) 40-44 yaş arası, 62 kişi (%19,5) 45-49 yaş arası ve 36 kişi (%11,3) 50 yaş ve üzerindedir.

Katılımcıların büyük bir bölümü evlidir (%82,4) ve %71,1'i çocuk sahibidir. Evli olanların %78,3'ünün eşi çalışmaktadır. Çalışan eşlerin ise %77,7'si sağlık sektöründedir.

Katılımcıların %18,2'sinin kronik bir hastalığı bulunmaktadır, %15,1'inin ise bakımı ile ilgilendiği bir kişi vardır, %21,7'sinin son bir yıl içinde yaşadığı olumsuz bir yaşam olayı mevcuttur.

Tablo 1. Araştırmaya katılanların genel özellikleri

Sosyodemografik Özellikleri		n	%
Cinsiyet			
	Kadın	101	31,8
	Erkek	217	68,2
Yaş dağılımı			
	<30	53	16,7
	30-34	55	17,3
	35-39	55	17,3
	40-44	57	17,9
	45-49	62	19,5
	≥50	36	11,3
Medeni durum			
	Evli	262	82,4
	Bekar	47	14,8
	Boşanmış	8	2,5
	Ayrı yaşayan	1	0,3
Eşin çalışma durumu*			
	Eşi çalışan	206	78,3
	Eşi çalışmayan	38	14,4
	Emekli	19	7,2
Eşin çalıştığı sektör**			
	Sağlık sektörü	160	77,7
	Diğer sektörler	46	22,3
Çocuk sahibi olma durumu			
	Evet	226	71,1
	Hayır	92	28,9
Kronik hastalık varlığı			
	Evet	58	18,2
	Hayır	260	81,8
Olumsuz yaşam olayı			
	Evet	69	21,7
	Hayır	249	78,3
Bakımı ile ilgilendiği kişi varlığı			
	Evet	48	15,1
	Hayır	270	84,9
Toplam		318	100

* 263 kişi yanıtlamıştır

**206 kişi yanıtlamıştır.

KATILIMCILARIN ÇALIŞMA YAŞAMI ÖZELLİKLERİ

Katılımcıların çalışma yaşamı özellikleri Tablo 2 ve Tablo 3'te verilmiştir.

Araştırmaya katılan hekimlerin 43'ü (%13,5) aile sağlığı birimlerinde, 87'si (%27,4) devlet hastanelerinde, 66'sı (%20,7) özel hastanelerde ve 122'si (%38,4) üniversite hastanesinde çalışmaktadır (Tablo 2).

Pratisyen hekim 55 kişi (%17,3), uzman hekim 153 kişi (%48,1), yan dal hekimi 21 kişidir (%6,6). 83 hekim (%26,1) tıpta uzmanlık öğrencisi, 6 hekim (%1,9) yan dal uzmanlık öğrencisidir (Tablo 2).

Katılımcıların 43'ü (%13,5) aile sağlığı birimlerinde, 169'u (%39,6) dahili bölümlerde, 124'ü (%39,0) cerrahi bölümlerde, 25'i (%7,9) acil serviste çalışmaktadır (Tablo 2).

Katılımcıların 117'si (%36,8) teknoloji yoğun bölümlerde, 201'i (%63,2) insan ilişkileri yoğun bölümlerde çalışmaktadır. %13,2'si akademik bir unvan sahibidir. Meslekte çalışma sürelerinin ortalaması $14,7 \pm 9,1$ yıl; ortancası 14,0 (15,0) yıl; minimum 0,1, maksimum 44 yıldır. İş yerlerinde çalışma sürelerinin ortalaması $5,1 \pm 5,2$ yıl; ortancası 3,5 (4,6) yıl; minimum 0,1, maksimum 34 yıldır (Tablo 2).

Tablo 2. Araştırmaya katılanların çalışma yaşamı özellikleri

Çalışma Yaşamı Özellikleri	n	%
Çalıştıkları kurum		
Aile sağlığı birimi	43	13,5
Devlet hastanesi	87	27,4
Özel hastane	66	20,7
Üniversite hastanesi	122	38,4
Tıbbi eğitim düzeyi		
Pratisyen hekim	55	17,3
Tıpta uzmanlık öğrencisi	83	26,1
Uzman hekim	153	48,1
Yan dal uzmanlık öğrencisi	6	1,9
Yan dal hekimi	21	6,6
Çalıştıkları bölüm		
Aile sağlığı birimi	43	13,5
Dahili	126	39,6
Cerrahi	124	39,0
Acil	25	7,9
Çalıştıkları bölümün niteliği		
Teknoloji yoğun	117	36,8
İnsan ilişkileri yoğun	201	63,2
Akademik Ünvan		
Yok	276	86,8
Yrd. Doç. Dr.	13	4,1
Doç. Dr.	16	5,0
Prof.Dr.	13	4,1
Meslekte çalışma süresi (yıl)		
<5	53	16,7
5-9	50	15,7
10-14	63	19,8
15-19	41	12,9
20-24	69	21,7
≥25	42	13,2
Kurumda çalışma süresi (yıl)		
≤1	76	23,9
>1-4	111	34,9
≥5	131	41,2
Toplam	318	100,0

Hekimler çalıştıkları kurumlara göre değerlendirildiğinde, devlet hastanesindekilerin büyük bir bölümü (%49,4) cerrahi branşlarda; benzer şekilde özel hastanelerde çalışanların da büyük bir bölümü (%60,6) cerrahi branşlarda görev almaktadır. Bununla birlikte üniversite hastanesinde çalışanların ise büyük bir bölümü (%60,7) dahili branşlarda görev yapmaktadır (Tablo 3).

Tablo 3. Araştırmaya katılanların çalıştıkları kurumlara göre bölüm dağılım özellikleri

Kuruma Göre Bölüm Özellikleri	n	%
Aile sağlığı birimi	43	100,0
Devlet hastaneleri		
Dahili	33	37,9
Cerrahi	43	49,4
Acil	11	12,6
Toplam	87	100,0
Özel hastaneler		
Dahili	19	28,8
Cerrahi	40	60,6
Acil	7	10,6
Toplam	66	100,0
Üniversite hastanesi		
Dahili	74	60,7
Cerrahi	41	33,6
Acil	7	5,7
Toplam	122	100,0

EMPATİ EĞİLİMİ, İŞ DOYUMU, İŞ STRESİ DÜZEYLERİ

Katılımcıların empati eğilimi ölçeğinden aldıkları puanların ortalaması 70,5±9,4'tür.

İş doyumunu ölçeği ile genel iş doyumunu puanı, içsel iş doyumunu puanı ve dışsal iş doyumunu puanları elde edilmiştir. Genel iş doyumunu düzeyi puanlarının ortalaması 3,4±0,7, içsel iş doyumunu alt boyutundan aldıkları puanların ortalaması 3,6±0,7, dışsal iş doyumunu alt boyutundan aldıkları puanların ortalaması 3,1±0,8'dir.

İş stresi ölçeğinden elde edilen iş yükü alt boyutu puanlarının ortalaması 16,1±2,0'dir. İş beceri ve iş karar serbestliği alt boyutlarının toplanması ile elde edilen iş kontrol alt boyutu puanının ortalaması 20,3±2,5'tür. İş sosyal destek alt boyutu puanlarının ortalaması 18,9±4,3'tür. İş yükü ve iş kontrol alt boyutlarından elde edilen puanların birbirlerine bölünmesiyle elde edilen iş stres puanı ortalaması 0,8±0,2'dir (Tablo 4).

Tablo 4. Araştırmaya katılanların empati eğilimi, iş doyumunu, iş stresi ölçeklerinden aldıkları puanların özellikleri

	Ortalama	Standart Sapma	Ortanca	ÇADA*	En Küçük	En Büyük
Empati eğilimi	70,5	9,4	70,0	12,0	46,0	96,0
Genel iş doyumunu	3,4	0,7	3,5	1,0	1,4	5,0
İçsel iş doyumunu	3,6	0,7	3,7	1,0	1,4	5,0
Dışsal iş doyumunu	3,1	0,8	3,1	1,1	1,0	5,0
İş yükü	16,1	2,0	16,0	2,0	9,0	20,0
İş kontrolü	20,3	2,5	21,0	3,0	9,0	24,0
İş becerisi	13,5	1,6	14,0	2,0	7,0	16,0
İş karar serbestliği	6,8	1,6	8,0	2,0	2,0	8,0
İş sosyal destek	18,9	4,3	20,0	5,0	6,0	24,0
İş stresi	0,8	0,2	0,8	0,2	0,4	1,6

*ÇADA: Çeyrekler Arası Dağılım Aralığı

EMPATİ EĞİLİMİ

Katılımcıların empati eğilimi düzeyleri, katılımcıların genel özellikleri ve çalışma yaşamı özelliklerine göre iki farklı kategori halinde incelenmiştir (Tablo 5, Tablo 6).

Katılımcıların empati eğilimi düzeyleri; cinsiyet, yaş dağılımı, medeni durum, eşin çalışma durumu, eşin çalıştığı sektör, çocuk sahibi olma durumu, olumsuz yaşam olayı varlığı, bakımı ile ilgilendiği kişi varlığı ve kronik hastalık varlığı değişkenlerine göre incelenmiştir (Tablo 5).

Katılımcıların cinsiyet durumlarına göre empati eğilimi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Kadınların empati eğilimi puanları, erkeklerin empati eğilimi puanlarından daha yüksek bulunmuştur.

Ancak, incelenen diğer değişkenler açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Tablo 5. Araştırmaya katılanların genel özelliklerine göre empati eğilimi düzeyleri

	n (%)	ort±ss	p
Cinsiyet			
Kadın	101 (31,8)	74,47±9,15	0,001
Erkek	217 (68,2)	68,60±8,91	
Yaş dağılımı			
<30	53 (16,7)	69,62±9,29	0,741
30-39	110 (34,6)	70,44±9,35	
≥40	155 (48,7)	70,78±9,48	
Medeni durum			
Evli	262 (82,4)	70,81±9,39	0,157
Bekar/ Boşanmış/Ayrı yaşayan	56 (17,6)	68,85±9,28	
Eşin çalışma durumu*			
Eşi çalışan	206 (78,3)	70,43±9,26	0,110
Eşi çalışmayan	38 (14,4)	70,81±9,81	
Emekli	19 (7,2)	75,15±9,09	
Eşin çalıştığı sektör**			
Sağlık sektörü	160 (77,7)	71,01±9,51	0,115
Diğer sektörler	46 (22,3)	68,59±8,14	
Çocuk sahibi olma			
Evet	226 (71,1)	70,80±9,38	0,321
Hayır	92 (28,9)	69,65±9,40	
Kronik hastalık varlığı			
Evet	58 (81,8)	71,27±7,70	0,406
Hayır	260 (18,2)	70,29±9,72	
Olumsuz yaşam olayı			
Evet	69 (21,7)	70,44±10,08	0,982
Hayır	249 (78,3)	70,47±9,20	
Bakımı ile ilgilendiği kişi varlığı			
Evet	48 (15,1)	71,95±9,31	0,234
Hayır	270 (84,9)	70,20±9,39	
Toplam	318 (100)	70,47±9,38	

*Toplam 263 kişi yanıtlamıştır.

** Toplam 206 kişi yanıtlamıştır.

Katılımcıların empati düzeyleri tıbbi eğitim düzeyi, çalıştıkları kurum, bölüm, çalıştıkları işin yönelimi, akademik unvan sahibi olma durumu, meslekte ve kurumda çalışma sürelerine göre incelenmiştir (Tablo 6).

Empati düzeyleri ile çalışma yaşamına ilişkin değişkenler arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

Tablo 6. Araştırmaya katılanların çalışma yaşamı özelliklerine göre empati düzeyleri

	n (%)	ort±ss	p
Tıbbi eğitim düzeyi			
Pratisyen hekim	55 (17,3)	69,41±8,02	0,286
Tıpta uzmanlık öğrencisi	83 (26,1)	69,59±9,18	
Uzman hekim/Yan dal uzmanlık öğrencisi/Yan dal hekimi	180 (56,6)	71,20±9,83	
Çalıştıkları kurum			
Aile sağlığı birimi	43 (13,5)	69,41±7,79	0,635
Devlet hastanesi	87 (27,4)	71,42±9,71	
Özel hastane	66 (20,8)	70,49±9,63	
Üniversite hastanesi	122 (38,4)	69,86±9,51	
Çalıştıkları bölüm			
Aile sağlığı birimi	43 (13,5)	69,41±7,79	0,517
Dahili	126 (39,6)	71,42±9,84	
Cerrahi	124 (39,0)	69,90±9,61	
Acil	25 (7,9)	70,32±8,38	
İşin Yönelimi			
Teknoloji yoğun	117 (36,8)	69,38±9,28	0,115
İnsan ilişkileri yoğun	201 (63,2)	71,10±9,41	
Akademik Ünvan			
Yok	276 (86,8)	70,21±9,20	0,434
Yrd. Doç. Dr.	13 (4,1)	72,07±9,32	
Doç. Dr.	16 (5,0)	73,68±10,39	
Prof. Dr.	13 (4,1)	70,46±12,11	
Meslekte çalışma süresi (yıl)			
<10	103 (32,4)	69,89±9,45	0,448
≥10	215 (67,6)	70,74±9,36	
Kurumda çalışma süresi (yıl)			
<5	187 (58,8)	69,85±9,42	0,162
≥5	131 (41,2)	71,35±9,30	
Toplam	318 (100)	70,47±9,38	

İŞ STRESİ

İş stresi ana başlığı altında katılımcıların iş yükü, iş kontrol düzeyi, işte sosyal destek ve iş stresi puanları değerlendirilecektir.

İş Yükü

40 yaşında ve daha büyük, eşi çalışmayan/emekli olan, çocuk sahibi olan ve olumsuz yaşam olayı yaşamayan hekimlerin iş yükü puanları daha düşük bulunmuştur (Tablo 7).

Tablo 7. Araştırmaya katılanların genel özelliklerine göre iş yükü düzeyleri

	n (%)	ort±ss	p
Cinsiyet			
Kadın	101 (31,8)	16,28±1,73	0,207
Erkek	217 (68,2)	15,94±2,05	
Yaş dağılımı			
<30	53 (16,7)	16,28±1,92	0,017
30-39	110 (34,6)	16,32±2,04	
≥40	155 (48,7)	15,78±1,89	
Medeni durum			
Evli	262 (82,4)	16,00±1,92	0,208
Bekar/Boşanmış/Ayrı yaşayan	56 (17,6)	16,28±2,15	
Eşin çalışma durumu*			
Eşi çalışan	206 (78,3)	16,16±1,82	0,042
Eşi çalışmayan/emekli	57 (21,7)	15,47±2,16	
Eşin çalıştığı sektör**			
Sağlık sektörü	160 (77,7)	16,17±1,77	0,736
Diğer sektörler	46 (22,3)	16,12±2,07	
Çocuk sahibi olma			
Evet	226 (71,1)	15,89±1,90	0,009
Hayır	92 (28,9)	16,45±2,06	
Kronik hastalık varlığı			
Evet	58 (81,8)	15,70±2,24	0,227
Hayır	260 (18,2)	16,13±1,89	
Olumsuz yaşam olayı			
Evet	69 (21,7)	16,49±2,11	0,012
Hayır	249 (78,3)	15,93±1,90	
Bakımı ile ilgilendiği kişi varlığı			
Evet	48 (15,1)	15,75±2,27	0,294
Hayır	270 (84,9)	16,11±1,90	
Toplam	318 (100)	16,05±1,96	

*Toplam 263 kişi yanıtlamıştır.

** Toplam 206 kişi yanıtlamıştır.

Devlet hastanesinde çalışan hekimlerin iş yükü puanları, diğer kurumlarda çalışan hekimlerinkinden daha yüksek bulunmuştur. Cerrahi bölümlerde çalışan hekimlerin puanları, dahili bölümlerde çalışanlardan daha yüksek bulunmuştur. Teknoloji yoğun bölümlerde çalışan, meslekte çalışma süresi 10 yıldan kısa, aynı kurumda çalışma süresi 5 yıldan az olan hekimlerin iş yükü puanları daha yüksek bulunmuştur (Tablo 8).

Tablo 8. Araştırmaya katılanların çalışma yaşamı özelliklerine göre iş yükü düzeyleri

	n (%)	ort±ss	p
Tıbbi eğitim düzeyi			
Pratisyen hekim	55 (17,3)	15,92±1,53	0,478
Tıpta uzmanlık öğrencisi	83 (26,1)	16,24±1,98	
Uzman hekim/Yan dal uzmanlık öğrencisi/Yan dal hekimi	180 (56,6)	16,01±2,07	
Çalıştıkları kurum			
Aile sağlığı birimi	43 (13,5)	15,81±1,50	0,002
Devlet hastanesi	87 (27,4)	16,70±1,81	
Özel hastane	66 (20,8)	15,39±2,07	
Üniversite hastanesi	122 (38,4)	16,04±2,03	
Çalıştıkları bölüm			
Aile sağlığı birimi	43 (13,5)	15,81±1,50	
Dahili	126 (39,6)	15,72±1,90	0,008
Cerrahi	124 (39,0)	16,41±2,16	
Acil	25 (7,9)	16,40±1,58	
İşin Yönelimi			
Teknoloji yoğun	117 (36,8)	16,47±2,12	0,002
İnsan ilişkileri yoğun	201 (63,2)	15,81±1,82	
Akademik Ünvan			
Yok	276 (86,8)	16,09±1,95	0,780
Yrd. Doç. Dr.	13 (4,1)	16,07±2,01	
Doç. Dr.	16 (5,0)	15,81±2,31	
Prof. Dr.	13 (4,1)	15,53±1,66	
Meslekte çalışma süresi (yıl)			
<10	103 (32,4)	16,42±1,99	0,012
≥10	215 (67,6)	15,87±1,92	
Kurumda çalışma süresi (yıl)			
<5	187 (58,8)	16,30±2,03	0,014
≥5	131 (41,2)	15,70±1,81	
Toplam	318 (100)	16,05±1,96	

İş Kontrolü

İş kontrolü puanları, 30 yaşından daha küçük olan hekimlerde diğer gruplara göre daha düşük bulunmuştur. Bununla birlikte evli ve çocuk sahibi olan hekimlerin puanları daha yüksek bulunmuştur (Tablo 9).

Tablo 9. Araştırmaya katılanların genel özelliklerine göre iş kontrol düzeyleri

	n (%)	ort±ss	p
Cinsiyet			
Kadın	101 (31,8)	19,94±2,65	0,193
Erkek	217 (68,2)	20,40±2,49	
Yaş dağılımı			
<30 yaş	53 (16,7)	18,77±2,58	<0,001
30-39 yaş	110 (34,6)	20,17±2,58	
≥40	155 (48,7)	20,82±2,30	
Medeni durum			
Evli	262 (82,4)	20,55±2,38	<0,001
Bekar/Boşanmış/Ayrı yaşayan	56 (17,6)	18,85±2,85	
Eşin çalışma durumu*			
Eşi çalışan	206 (78,3)	20,44±2,39	0,077
Eşi çalışmayan/Emekli	57 (21,7)	21,00±2,29	
Eşin çalıştığı sektör**			
Sağlık sektörü	160 (77,7)	20,46±2,36	0,746
Diğer sektörler	46 (22,3)	20,44±2,50	
Çocuk sahibi olma			
Evet	226 (71,1)	20,67±2,33	<0,001
Hayır	92 (28,9)	19,22±2,76	
Kronik hastalık varlığı			
Evet	58 (81,8)	20,18±1,97	0,312
Hayır	260 (18,2)	20,27±2,66	
Olumsuz yaşam olayı			
Evet	69 (21,7)	20,23±2,26	0,626
Hayır	249 (78,3)	20,26±2,62	
Bakımı ile ilgilendiği kişi varlığı			
Evet	48 (15,1)	20,10±2,52	0,525
Hayır	270 (84,9)	20,28±2,55	
Toplam	318 (100)	20,25±2,54	

*Toplam 263 kişi yanıtlamıştır.

** Toplam 206 kişi yanıtlamıştır.

Uzman/yan dal uzmanlık öğrencisi/yan dal hekiminden oluşan grubun iş kontrolü puanı, diğer hekimlerin iş kontrolü puanından daha yüksek bulunmuştur. Devlet hastanesi ve özel hastanelerde çalışan hekimlerin iş kontrolü puanı, diğer kurumlarda çalışanlara göre daha yüksek bulunmuştur. Teknoloji yoğun bölümlerde çalışan, bir akademik unvan sahibi, meslekte çalışma süresi 10 yıl ve üzerinde, aynı kurumda çalışma süresi 5 yıl ve daha fazla olan hekimlerin iş kontrolü puanları daha yüksek bulunmuştur (Tablo 10).

Tablo 10. Araştırmaya katılanların çalışma yaşamı özelliklerine göre iş kontrol düzeyleri

	n (%)	ort±ss	p
Tıbbi eğitim düzeyi			
Pratisyen hekim	55 (17,3)	19,25±2,60	<0,001
Tıpta uzmanlık öğrencisi	83 (26,1)	18,68±2,57	
Uzman hekim/Yan dal uzmanlık öğrencisi/Yan dal hekimi	180 (56,6)	21,28±1,97	
Çalıştıkları kurum			
Aile sağlığı birimi	43 (13,5)	18,72±2,68	<0,001
Devlet hastanesi	87 (27,4)	20,82±2,17	
Özel hastane	66 (20,8)	21,69±1,50	
Üniversite hastanesi	122 (38,4)	19,61±2,70	
Çalıştıkları bölüm			
Aile sağlığı birimi	43 (13,5)	18,72±2,68	<0,001
Dahili	126 (39,6)	20,17±2,77	
Cerrahi	124 (39,0)	20,87±2,12	
Acil	25 (7,9)	20,28±1,90	
İşin Yönelimi			
Teknoloji yoğun	117 (36,8)	20,84±2,18	0,003
İnsan ilişkileri yoğun	201 (63,2)	19,91±2,68	
Akademik Ünvan			
Yok	276 (86,8)	19,98±2,55	<0,001
Yrd. Doç. Dr.	13 (4,1)	21,07±2,01	
Doç. Dr.	16 (5,0)	22,31±1,13	
Prof. Dr.	13 (4,1)	22,76±1,09	
Meslekte çalışma süresi (yıl)			
<10	103 (32,4)	19,17±2,58	<0,001
≥10	215 (67,6)	20,77±2,36	
Kurumda çalışma süresi (yıl)			
<5	187 (58,8)	20,02±2,60	0,020
≥5	131 (41,2)	20,59±2,43	
Toplam	318 (100)	20,25±2,54	

İş Sosyal Destek

Eşi çalışmayan/emekli olan, eşi sağlık sektöründe çalışan ve çocuk sahibi olan hekimlerin iş sosyal destek puanları daha yüksek bulunmuştur (Tablo 11).

Tablo 11. Araştırmaya katılanların genel özelliklerine göre iş sosyal destek düzeyleri

	n (%)	ort±ss	p
Cinsiyet			
Kadın	101 (31,8)	18,99±4,13	0,942
Erkek	217 (68,2)	18,83±4,36	
Yaş dağılımı			
<30	53 (16,7)	17,84±4,40	0,105
30-39	110 (34,6)	19,07±4,39	
≥40	155 (48,7)	19,10±4,14	
Medeni durum			
Evli	262 (82,4)	19,03±4,25	0,151
Bekar/Boşanmış/Ayrı yaşayan	56 (17,6)	18,17±4,39	
Eşin çalışma durumu*			
Eşi çalışan	206 (78,3)	18,70±4,33	0,014
Eşi çalışmayan/emekli	57 (21,6)	20,14±3,80	
Eşin çalıştığı sektör**			
Sağlık sektörü	160 (77,7)	19,04±4,17	0,043
Diğer sektörler	46 (22,3)	17,59±4,61	
Çocuk sahibi olma			
Evet	226 (71,1)	19,28±4,11	0,009
Hayır	92 (28,9)	17,89±4,56	
Kronik hastalık varlığı			
Evet	58 (81,8)	19,67±3,49	0,251
Hayır	260 (18,2)	18,70±4,43	
Olumsuz yaşam olayı			
Evet	69 (21,7)	18,53±4,39	0,391
Hayır	249 (78,3)	18,97±4,26	
Bakımı ile ilgilendiği kişi varlığı			
Evet	48 (15,1)	19,54±4,59	0,093
Hayır	270 (84,9)	18,76±4,22	
Toplam	318 (100)	18,88±4,28	

*Toplam 263 kişi yanıtlamıştır.

** Toplam 206 kişi yanıtlamıştır.

Tıpta uzmanlık öğrencilerinin iş sosyal destek puanları diğer hekimlerden daha düşük bulunmuştur. Bir akademik ünvana sahip olanlar arasında doçentlerin puanı diğer hekimlerden yüksek bulunmuştur. Özel hastanelerde çalışan, meslekte çalışma süresi 10 yıl ve üzerinde olan hekimlerin puanları daha yüksek bulunmuştur (Tablo 12).

Tablo 12. Araştırmaya katılanların çalışma yaşamı özelliklerine göre iş sosyal destek düzeyleri

	n (%)	ort±ss	p
Tıbbi eğitim düzeyi			
Pratisyen hekim	55 (17,3)	19,01±4,00	0,015
Tıpta uzmanlık öğrencisi	83 (26,1)	17,93±4,22	
Uzman hekim/Yan dal uzmanlık öğrencisi/Yan dal hekimi	180 (56,6)	19,27±4,35	
Çalıştıkları kurum			
Aile sağlığı birimi	43 (13,5)	18,93±4,04	0,025
Devlet hastanesi	87 (27,4)	18,31±4,09	
Özel hastane	66 (20,8)	19,84±4,58	
Üniversite hastanesi	122 (38,4)	18,75±4,29	
Çalıştıkları bölüm			
Aile sağlığı birimi	43 (13,5)	18,93±4,04	0,491
Dahili	126 (39,6)	19,09±4,33	
Cerrahi	124 (39,0)	18,58±4,40	
Acil	25 (7,9)	18,92±3,35	
İşin Yönelimi			
Teknoloji yoğun	117 (36,8)	18,51±4,47	0,318
İnsan ilişkileri yoğun	201 (63,2)	19,09±4,17	
Akademik Ünvan			
Yok	276 (86,8)	18,68±4,30	0,016
Yrd. Doç. Dr.	13 (4,1)	20,61±2,98	
Doç. Dr.	16 (5,0)	21,25±3,85	
Prof. Dr.	13 (4,1)	18,53±4,66	
Meslekte çalışma süresi (yıl)			
<10	103 (32,4)	18,00±4,42	0,007
≥10	215 (67,6)	19,30±4,16	
Kurumda çalışma süresi (yıl)			
<5	187 (58,8)	18,75±4,33	0,498
≥5	131 (41,2)	19,06±4,22	
Toplam	318 (100)	18,88±4,28	

*Toplam 263 kişi yanıtlamıştır.

** Toplam 206 kişi yanıtlamıştır.

İş Stresi Puanı

40 yaş ve üzerindeki hekimlerin iş stresi puanları diğer yaş gruplarındaki hekimlerden daha düşük bulunmuştur. Evli, eşi çalışmayan/emekli, çocuk sahibi olan hekimlerin iş stresi puanları daha düşük bulunmuştur (Tablo 13).

Tablo 13. Araştırmaya katılanların genel özelliklerine göre iş stresi puanı düzeyleri

	n (%)	ort±ss	p
Cinsiyet			
Kadın	101 (31,8)	0,83±0,18	0,103
Erkek	217 (68,2)	0,79±0,15	
Yaş dağılımı			
<30	53 (16,7)	0,88±0,17	<0,001
30-39	110 (34,6)	0,82±0,16	
≥40	155 (48,7)	0,76±0,14	
Medeni durum			
Evli	262 (82,4)	0,79±0,15	<0,001
Bekar/Boşanmış/Ayrı yaşayan	56 (17,6)	0,88±0,18	
Eşin çalışma durumu*			
Eşi çalışan	206 (78,3)	0,80±0,15	0,007
Eşi çalışmayan/Emekli	38 (14,4)	0,74±0,14	
Eşin çalıştığı sektör**			
Sağlık sektörü	160 (77,7)	0,80±0,13	0,926
Diğer sektörler	46 (22,3)	0,81±0,19	
Çocuk sahibi olma			
Evet	226 (71,1)	0,78±0,14	<0,001
Hayır	92 (28,9)	0,87±0,17	
Kronik hastalık varlığı			
Evet	58 (81,8)	0,78±0,14	0,581
Hayır	260 (18,2)	0,81±0,16	
Olumsuz yaşam olayı			
Evet	69 (21,7)	0,82±0,16	0,064
Hayır	249 (78,3)	0,80±0,16	
Bakımı ile ilgilendiği kişi varlığı			
Evet	48 (15,1)	0,79±0,17	0,416
Hayır	270 (84,9)	0,81±0,16	
Toplam	318 (100)	0,80±0,16	

*Toplam 263 kişi yanıtlamıştır.

** Toplam 206 kişi yanıtlamıştır.

Tıbbi eğitim düzeyine göre tüm gruplar arasında iş stresi puanları açısından fark vardır. Tıpta uzmanlık öğrencilerinin iş stresi puanları en yüksekken, uzman hekim/yan dal uzmanlık öğrencisi/yan dal hekiminden oluşan grupta iş stresi düzeyleri en düşüktür. Özel hastane hekimlerinin iş stres puanları diğer kurumlarda çalışan hekimlerden daha düşük bulunmuştur. Akademik ünvanı olmayanlar en yüksek iş stres puanı düzeyine sahipken, profesör doktor ünvanına sahip olan hekimler en düşük iş stres puanı düzeyine sahiptir. Meslekte 10 yıldan az çalışan hekimler, kurumlarında 5 yıldan az çalışan hekimlerin iş stresi puanları daha yüksek bulunmuştur (Tablo 14).

Tablo 14. Araştırmaya katılanların çalışma yaşamı özelliklerine göre iş stres puanı düzeyleri

	n (%)	ort±ss	p
Tıbbi eğitim düzeyi			
Pratisyen hekim	55 (17,3)	0,84±0,15	<0,001
Tıpta uzmanlık öğrencisi	83 (26,1)	0,88±0,16	
Uzman hekim/ Yan dal uzmanlık öğrencisi/ Yan dal hekimi	180 (56,6)	0,76±0,14	
Çalıştıkları kurum			
Aile sağlığı birimi	43 (13,5)	0,86±0,16	<0,001
Devlet hastanesi	87 (27,4)	0,81±0,15	
Özel hastane	66 (20,8)	0,71±0,10	
Üniversite hastanesi	122 (38,4)	0,83±0,17	
Çalıştıkları bölüm			
Aile sağlığı birimi	43 (13,5)	0,86±0,16	0,064
Dahili	126 (39,6)	0,79±0,18	
Cerrahi	124 (39,0)	0,79±0,15	
Acil	25 (7,9)	0,81±0,07	
İşin Yönelimi			
Teknoloji yoğun	117 (36,8)	0,80±0,14	0,927
İnsan ilişkileri yoğun	201 (63,2)	0,81±0,17	
Akademik Ünvan			
Yok	276 (86,8)	0,82±0,16	<0,001
Yrd. Doç. Dr.	13 (4,1)	0,76±0,06	
Doç. Dr.	16 (5,0)	0,71±0,12	
Prof. Dr.	13 (4,1)	0,68±0,08	
Meslekte çalışma süresi (yıl)			
<10	103 (32,4)	0,87±0,16	<0,001
≥10	215 (67,6)	0,77±0,15	
Kurumda çalışma süresi (yıl)			
<5	187 (58,8)	0,83±0,17	<0,001
≥5	131 (41,2)	0,77±0,14	
Toplam	318 (100)	0,80±0,16	

İŞ DOYUMU

İş doyumunu ana başlığı altında katılımcıların genel, içsel ve dışsal iş doyumunu puanları değerlendirilmiştir.

Genel İş Doyumu

Genel iş doyumunu puanları, katılımcıların genel özelliklerine göre incelendiğinde yaş değişkeni ile yapılan post-hoc analizde 40 yaş ve üzeri grupların, evli, eşi çalışmayan/emekli ve çocuk sahibi olan katılımcıların genel iş doyumunu düzeyleri anlamlı olarak daha yüksektir (Tablo 15).

Tablo 15. Araştırmaya katılanların genel özelliklerine göre genel iş doyumunu düzeyleri

	n (%)	ort±ss	p
Cinsiyet			
Kadın	101 (31,8)	3,41±0,65	0,757
Erkek	217 (68,2)	3,44±0,71	
Yaş dağılımı			
<30	53 (16,7)	3,15±0,53	<0,001
30-39	110 (34,6)	3,34±0,78	
≥40	155 (48,7)	3,59±0,63	
Medeni durum			
Evli	262 (82,4)	3,49±0,67	<0,001
Bekar/Boşanmış/Ayrı yaşayan	56 (17,6)	3,12±0,69	
Eşin çalışma durumu*			
Eşi çalışan	206 (78,3)	3,43±0,66	0,005
Eşi çalışmayan/Emekli	57 (21,6)	3,71±0,69	
Eşin çalıştığı sektör**			
Sağlık sektörü	160 (77,7)	3,45±0,66	0,129
Diğer sektörler	46 (22,3)	3,29±0,68	
Çocuk sahibi olma			
Evet	226 (71,1)	3,53±0,68	<0,001
Hayır	92 (28,9)	3,17±0,64	
Kronik hastalık varlığı			
Evet	58 (81,8)	3,48±0,63	0,486
Hayır	260 (18,2)	3,41±0,70	
Olumsuz yaşam olayı			
Evet	69 (21,7)	3,30±0,74	0,077
Hayır	249 (78,3)	3,46±0,67	
Bakımı ile ilgilendiği kişi varlığı			
Evet	48 (15,1)	3,46±0,74	0,717
Hayır	270 (84,9)	3,42±0,68	
Toplam	318 (100)	3,43±0,69	

*Toplam 263 kişi yanıtlamıştır.

** Toplam 206 kişi yanıtlamıştır.

Katılımcıların çalışma yaşamı özelliklerine göre incelendiğinde, genel iş doyumunu puanları; tıbbi eğitim düzeyi, çalıştıkları kurum, akademik unvan sahibi olunması, meslekte ve kurumda çalışma süreleriyle ilişkili bulunmuştur (Tablo 16).

Tıbbi eğitim düzeyi için post-hoc analiz yapıldığında tıpta uzmanlık öğrencisi ile uzman hekim/yan dal uzmanlık öğrencisi/yan dal hekimi olanlar arasında anlamlı fark vardır. Özel hastanelerde çalışan hekimlerin genel iş doyumunu düzeyleri diğer kurumlarda çalışan hekimlere göre daha yüksek bulunmuştur. Akademik unvan sahibi olan hekimlerin genel iş doyumunu puanları diğer hekimlere göre yüksek bulunmuştur. Meslekte 10 yıl ve üzeri, aynı kurumda ise 5 yıl ve üzeri çalışan hekimlerin iş doyum puanları daha yüksek bulunmuştur.

Tablo 16. Araştırmaya katılanların çalışma yaşamı özelliklerine göre genel iş doyumunu düzeyleri

	n (%)	ort±ss	p
Tıbbi eğitim düzeyi			
Pratisyen hekim	55 (17,3)	3,37±0,56	<0,001
Tıpta uzmanlık öğrencisi	83 (26,1)	3,16±0,58	
Uzman hekim/Yan dal uzmanlık öğrencisi/Yan dal hekimi [#]	180 (56,6)	3,57±0,74	
Çalıştıkları kurum			
Aile sağlığı birimi	43 (13,5)	3,42±0,53	<0,001
Devlet hastanesi	87 (27,4)	3,25±0,67	
Özel hastane	66 (20,8)	3,79±0,77	
Üniversite hastanesi	122 (38,4)	3,36±0,64	
Çalıştıkları bölüm			
Aile sağlığı birimi	43 (13,5)	3,42±0,53	0,781
Dahili	126 (39,6)	3,45±0,73	
Cerrahi	124 (39,0)	3,43±0,72	
Acil	25 (7,9)	3,31±0,63	
İşin Yönelimi			
Teknoloji yoğun	117 (36,8)	3,40±0,71	0,652
İnsan ilişkileri yoğun	201 (63,2)	3,44±0,68	
Akademik Ünvan			
Yok	276 (86,8)	3,35±0,68	<0,001
Yrd. Doç. Dr.	13 (4,1)	3,86±0,26	
Doç. Dr.	16 (5,0)	3,96±0,68	
Prof. Dr.	13 (4,1)	4,02±0,61	
Meslekte çalışma süresi (yıl)			
<10	103 (32,4)	3,16±0,62	<0,001
≥10	215 (67,6)	3,56±0,69	
Kurumda çalışma süresi (yıl)			
<5	187 (58,8)	3,34±0,69	0,007
≥5	131 (41,2)	3,55±0,67	
Toplam	318 (100)	3,43±0,69	

İçsel İş Doyumu

Doğrudan işin içsel niteliklerine bağlı olarak belirlenen içsel iş doyumu puanları, hekimlerin genel özelliklerine göre incelendiğinde; 40 yaş ve üzeri, evli, eşi çalışmayan/emekli ve çocuk sahibi olan hekimlerde daha yüksek bulunmuştur (Tablo 17).

Tablo 17. Araştırmaya katılanların genel özelliklerine göre içsel iş doyumu düzeyleri

	n (%)	ort±ss	p
Cinsiyet			
Kadın	101 (31,8)	3,61±0,65	0,859
Erkek	217 (68,2)	3,62±0,70	
Yaş dağılımı			
<30	53 (16,7)	3,27±0,54	<0,001
30-39	110 (34,6)	3,51±0,75	
≥40	155 (48,7)	3,82±0,61	
Medeni durum			
Evli	262 (82,4)	3,68±0,67	<0,001
Bekar/Boşanmış/Ayrı yaşayan	56 (17,6)	3,31±0,69	
Eşin çalışma durumu*			
Eşi çalışan	206 (78,3)	3,62±0,64	0,004
Eşi çalışmayan/Emekli	57 (21,6)	3,91±0,70	
Eşin çalıştığı sektör**			
Sağlık sektörü	160 (77,7)	3,64±0,64	0,188
Diğer sektörler	46 (22,3)	3,50±0,66	
Çocuk sahibi olma			
Evet	226 (71,1)	3,74±0,67	<0,001
Hayır	92 (28,9)	3,32±0,63	
Kronik hastalık varlığı			
Evet	58 (81,8)	3,74±0,64	0,146
Hayır	260 (18,2)	3,59±0,69	
Olumsuz yaşam olayı			
Evet	69 (21,7)	3,49±0,70	0,082
Hayır	249 (78,3)	3,65±0,68	
Bakımı ile ilgilendiği kişi varlığı			
Evet	48 (15,1)	3,62±0,71	0,991
Hayır	270 (84,9)	3,62±0,68	
Toplam	318 (100)	3,62±0,68	

*Toplam 263 kişi yanıtlamıştır.

** Toplam 206 kişi yanıtlamıştır.

İçsel iş doyumunu puanları, hekimlerin çalışma yaşamı özelliklerine göre incelendiğinde; tıbbi eğitim düzeyi yönünden tüm gruplar arasında anlamlı fark saptanmıştır. Bir akademik unvan sahibi olan, özel hastanede çalışan, meslekte 10 yıl ve üzeri, kurumda 5 yıl ve üzeri görev yapan hekimlerin içsel iş doyumunu puanları daha yüksek bulunmuştur (Tablo 18).

Tablo 18. Araştırmaya katılanların çalışma yaşamı özelliklerine göre içsel iş doyumunu düzeyleri

	n (%)	ort±ss	p
Tıbbi eğitim düzeyi			
Pratisyen hekim	55 (17,3)	3,57±0,52	<0,001
Tıpta uzmanlık öğrencisi	83 (26,1)	3,28±0,57	
Uzman hekim/Yan dal uzmanlık öğrencisi/Yan dal hekimi	180 (56,6)	3,79±0,72	
Çalıştıkları kurum			
Aile sağlığı birimi	43 (13,5)	3,61±0,48	<0,001
Devlet hastanesi	87 (27,4)	3,53±0,73	
Özel hastane	66 (20,8)	3,98±0,69	
Üniversite hastanesi	122 (38,4)	3,49±0,64	
Çalıştıkları bölüm			
Aile sağlığı birimi	43 (13,5)	3,61±0,48	0,542
Dahili	126 (39,6)	3,60±0,72	
Cerrahi	124 (39,0)	3,67±0,72	
Acil	25 (7,9)	3,46±0,58	
İşin Yönelimi			
Teknoloji yoğun	117 (36,8)	3,65±0,72	0,518
İnsan ilişkileri yoğun	201 (63,2)	3,60±0,66	
Akademik Ünvan			
Yok	276 (86,8)	3,54±0,67	<0,001
Yrd. Doç. Dr.	13 (4,1)	4,03±0,27	
Doç. Dr.	16 (5,0)	4,13±0,66	
Prof. Dr.	13 (4,1)	4,22±0,53	
Meslekte çalışma süresi (yıl)			
<10	103 (32,4)	3,29±0,63	<0,001
≥10	215 (67,6)	3,78±0,65	
Kurumda çalışma süresi (yıl)			
<5	187(58,8)	3,50±0,69	<0,001
≥5	131 (41,2)	3,79±0,64	
Toplam	318 (100)	3,62±0,68	

Dışsal İş Doyumu

İşin çevresel niteliklerine bağlı olarak belirlenen dışsal iş doyumu puanları, katılımcıların genel özelliklerine göre incelendiğinde; evli, eşi çalışmayan/emekli ve çocuk sahibi olan hekimlerde daha yüksek bulunmuştur (Tablo 19).

Tablo 19. Araştırmaya katılanların genel özelliklerine göre dışsal iş doyumu düzeyleri

	n (%)	ort±ss	p
Cinsiyet			
Kadın	101 (31,8)	3,11±0,78	0,668
Erkek	217 (68,2)	3,15±0,84	
Yaş dağılımı			
<30	53 (16,7)	3,04±0,66	0,082
30-39	110 (34,6)	3,10±0,92	
≥40	155 (48,7)	3,21±0,78	
Medeni durum			
Evli	262 (82,4)	3,20±0,81	0,003
Bekar/Boşanmış/Ayrı yaşayan	56 (17,6)	2,84±0,81	
Eşin çalışma durumu*			
Eşi çalışan	206 (78,3)	3,14±0,80	0,028
Eşi çalışmayan/Emekli	57 (21,7)	3,41±0,83	
Eşin çalıştığı sektör**			
Sağlık sektörü	160 (77,7)	3,18±0,79	0,083
Diğer sektörler	46 (22,3)	2,96±0,82	
Çocuk sahibi olma			
Evet	226 (71,1)	3,22±0,82	0,007
Hayır	92 (28,9)	2,95±0,79	
Kronik hastalık varlığı			
Evet	58 (81,8)	3,10±0,75	0,726
Hayır	260 (18,2)	3,15±0,84	
Olumsuz yaşam olayı			
Evet	69 (21,7)	3,00±0,87	0,124
Hayır	249 (78,3)	3,18±0,80	
Bakımı ile ilgilendiği kişi varlığı			
Evet	48 (15,1)	3,22±0,88	0,293
Hayır	270 (84,9)	3,12±0,81	
Toplam	318 (100)	3,14±0,82	

*Toplam 263 kişi yanıtlamıştır.

** Toplam 206 kişi yanıtlamıştır.

Çalıştıkları kurumlara göre hekimlerin dışsal iş doyum puanları birbirinden farklıdır. Özel hastanede çalışanlar en yüksek puanı, devlet hastanesinde çalışanlar ise en düşük puanı elde etmişlerdir. Bir akademik ünvana sahip olan hekimlerin, meslekte 10 yıl ve üzeri çalışan hekimlerin dışsal iş doyum puanları daha yüksek bulunmuştur (Tablo 20).

Tablo 20. Araştırmaya katılanların çalışma yaşamı özelliklerine göre dışsal iş doyum düzeyleri

	n (%)	ort±ss	p
Tıbbi eğitim düzeyi			
Pratisyen hekim	55 (17,3)	3,08±0,70	0,066
Tıpta uzmanlık öğrencisi	83 (26,1)	2,99±0,71	
Uzman hekim/Yan dal uzmanlık öğrencisi/Yan dal hekimi	180 (56,6)	3,23±0,89	
Çalıştıkları kurum			
Aile sağlığı birimi	43 (13,5)	3,14±0,68	<0,001
Devlet hastanesi	87 (27,4)	2,82±0,77	
Özel hastane	66 (20,8)	3,51±0,94	
Üniversite hastanesi	122 (38,4)	3,17±0,75	
Çalıştıkları bölüm			
Aile sağlığı birimi	43 (13,5)	3,14±0,68	0,470
Dahili	126 (39,6)	3,23±0,83	
Cerrahi	124 (39,0)	3,06±0,86	
Acil	25 (7,9)	3,08±0,78	
İşin Yönelimi			
Teknoloji yoğun	117 (36,8)	3,03±0,85	0,078
İnsan ilişkileri yoğun	201 (63,2)	3,20±0,80	
Akademik Ünvan			
Yok	276 (86,8)	3,06±0,81	<0,001
Yrd. Doç. Dr.	13 (4,1)	3,60±0,38	
Doç. Dr.	16 (5,0)	3,72±0,83	
Prof. Dr.	13 (4,1)	3,72±0,84	
Meslekte çalışma süresi (yıl)			
<10	103 (32,4)	2,95±0,72	0,003
≥10	215 (67,6)	3,23±0,85	
Kurumda çalışma süresi (yıl)			
<5	187(58,8)	3,10±0,82	0,319
≥5	131 (41,2)	3,19±0,83	
Toplam	318 (100)	3,14±0,82	

ÖLÇEKLERDEN ELDE EDİLEN PUANLARIN İLİŞKİLERİ

Empati eğilim puanının; genel-içsel-dışsal iş doyumu puanları ve iş sosyal destek puanları ile pozitif yönde orta dereceli bir korelasyon gösterdiği bulunmuştur. İş kontrolü puanıyla ise pozitif yönde zayıf bir korelasyon gösterdiği bulunmuştur.

Genel iş doyumu puanının, iş doyumu alt boyutları ile pozitif yönde çok güçlü, iş yükü ile ters yönde orta dereceli, iş kontrol düzeyi ile pozitif yönde orta dereceli, iş sosyal destek puanı ile pozitif yönde güçlü, iş stres puanı ile ters yönde güçlü korelasyon gösterdiği bulunmuştur.

İçsel iş doyumu puanının, dışsal iş doyumu puanı ile pozitif yönde çok güçlü, iş yükü ile ters yönde orta dereceli, iş kontrol düzeyi ve iş sosyal destek düzeyi ile pozitif yönde orta dereceli, iş stresi puanı ile ters yönde güçlü korelasyon gösterdiği bulunmuştur.

Dışsal iş doyumu puanının; iş yükü ile ters yönde orta dereceli, iş kontrol düzeyi ile pozitif yönde orta dereceli, iş sosyal destek düzeyi ile pozitif yönde güçlü, iş stres puanı ile ters yönde orta dereceli korelasyon gösterdiği bulunmuştur.

İş yükü düzeyinin, iş sosyal destek puanı ile ters yönde zayıf, iş stres puanı ile aynı yönde güçlü korelasyon gösterdiği bulunmuştur.

İş kontrol düzeyinin, iş sosyal destek puanı ile pozitif yönde zayıf, iş stres puanı ile ters yönde güçlü korelasyon gösterdiği bulunmuştur.

İş sosyal destek düzeyinin, iş stres puanı ile ters yönde zayıf bir korelasyon gösterdiği bulunmuştur (Tablo 21, Tablo 22).

Tablo 21. Ölçeklerden elde edilen puanların ilişkileri#

	Genel doyum	İçsel doyum	Dışsal doyum	İş yükü	İş kontrolü	İş sosyal destek	İş stres puanı
	r	r	r	rho	rho	rho	rho
Empati	0,405**	0,405**	0,346**		0,118*	0,333**	
Genel doyum		0,949**	0,918**	-0,328**	0,415**	0,568**	-0,525**
İçsel doyum			0,746**	-0,308**	0,435**	0,482**	-0,525**
Dışsal doyum				-0,305**	0,339**	0,591**	-0,455**
İş yükü						-0,243**	0,696**
İş kontrolü						0,224**	-0,689**
İş sosyal destek							-0,329**

*p<0,05 **p<0,001 #Sadece istatistiksel olarak anlamlı korelasyon değerleri tabloda verilmiştir.

Tablo 22. Ölçeklerden elde edilen puanların bazı değişkenlere göre düzeltilmiş ilişkileri#¹

	Genel doyum	İçsel doyum	Dışsal doyum	İş yükü	İş kontrolü	İş sosyal destek	İş stres puanı
	r	r	r	r	r	r	r
Empati	0,433**	0,433**	0,336**			0,317**	
Genel doyum		0,941**	0,914**	-0,248**	0,321**	0,495**	-0,405**
İçsel doyum			0,746**	-0,218**	0,328**	0,404**	-0,392**
Dışsal doyum				-0,244**	0,262**	0,526**	-0,357**
İş yükü						-0,176*	0,591**
İş kontrolü						0,158**	-0,742**
İş sosyal destek							-0,244**

*p<0,05 **p<0,001 #Sadece istatistiksel olarak anlamlı korelasyon değerleri tabloda verilmiştir.

¹Cinsiyet, yaş, çalışılan kurum etkileri düzeltilmiştir.

İş doyumunu düzeyini etkileyen empati eğilimi puanı, iş stresi puanı, medeni durum (bekar-evli), eşin çalışma durumu (eşi çalışıyor-çalışmıyor), çocuk sahibi olma durumu (çocuk sahibi-çocuk sahibi değil), tıbbi eğitim düzeyi (pratisyen hekim-tıpta uzmanlık öğrencisi-uzman hekim), çalıştığı kurum (özel hastane-diğerleri), meslekte çalışma süresi ve akademik unvan varlığı (akademik unvanı var-akademik unvanı yok) değişkenleri ile oluşturulan model, lineer regresyon analizi ile incelenmiştir. Buna göre, iş doyumunu düzeyini etkileyen birbirinden bağımsız etkilere sahip faktörler, empati eğilimi puanı, iş stresi puanı, çalıştığı kurum, meslekte çalışma süresi ve akademik unvan varlığıdır. Modelin açıklayıcılığı %41,3'tür.

Tablo 23. İş doyumunu düzeyini etkileyen faktörler

Değişkenler	Beta (SH)**	%95 Güven Aralığı	p
Empati eğilimi puanı	0,027 (0,003)	0,021 – 0,034	<0,001
İş stresi puanı	-1,397 (0,235)	-1,861 – -0,934	<0,001
Çalıştığı kurum	0,244 (0,082)	0,083 – 0,406	0,003
Meslekte çalışma süresi	0,011 (0,004)	0,004 – 0,019	0,004
Akademik unvan varlığı	0,322 (0,097)	0,130 – 0,513	0,001

**SH=Standart hata

Empati Eğilimi Düzeyinin İş Stresi-İş Doymu İlişisine Etkisi

İş stresi düşük olanların %89,8’inde, yüksek olanların ise %59,6’sında iş doymu düzeyi yüksek bulunmuştur. İş stresinin, genel iş doymu üzerine olumsuz etki gösterdiği saptanmıştır ($p<0,001$). Bununla birlikte, iş stresinin bu etkisinin üzerinde, empati düzeyinin de belirleyici bir rolü olduğu görülmüştür. İş stresi düzeyi hem düşük hem de yüksek olan gruplarda empati düzeylerine göre genel doym düzeyleri farklılaşmaktadır. Her iki grup için de, empati düzeyi yüksek olanların daha yüksek genel doym düzeyinde oldukları saptanmıştır ($p=0,003$, $p<0,001$) (Tablo 24).

İş stresinin empati düzeylerine göre tabakalandırılmış olarak iş doymu üzerine etkisini incelediğimiz Mantel-Haenszel analizi sonucuna göre empati düzeyinin hem düşük hem de yüksek iş stresi düzeyine sahip hekimlerde iş doymu üzerinde anlamlı bir olumlu etkisi olduğu gösterilmiştir (MH ağırlıklı OR=3,23, GA= 2,02-6,48) (Tablo 24) (Şekil 4).

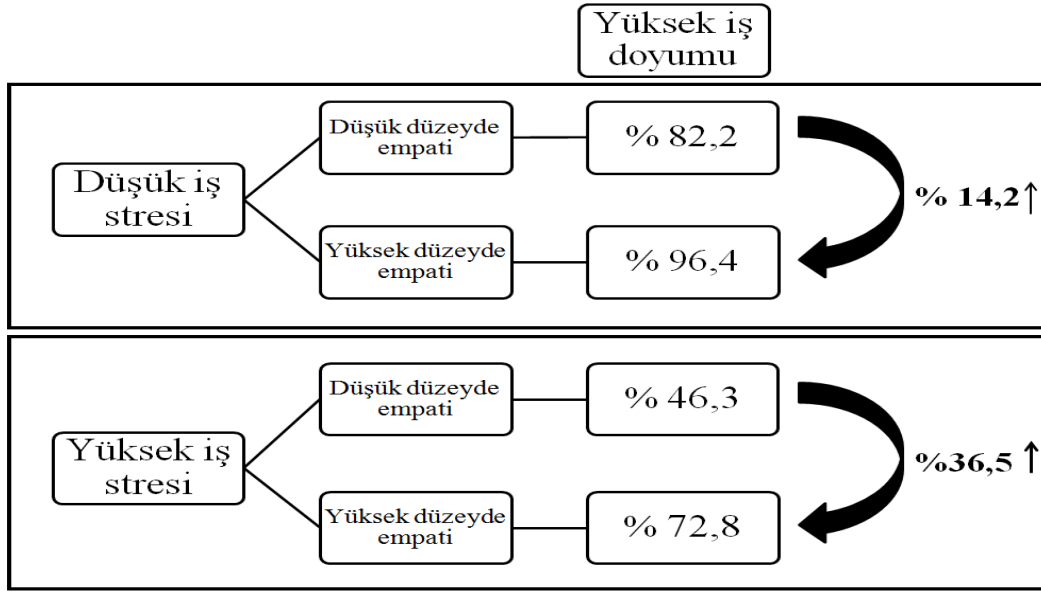
Tablo 24. Araştırmaya katılanların empati düzeylerine göre iş stresi ve iş doymu düzeyleri

		Genel iş doym düzeyi					p*	p**
		Düşük		Yüksek		Toplam		
		n	%	n	%			
Düşük iş stresi	Düşük düzeyde empati	13	17,8	60	82,2	73	0,003	<0,001
	Yüksek düzeyde empati	3	3,6	81	96,4	84		
	Toplam	16	10,2	141	89,8	157		
Yüksek iş stresi	Düşük düzeyde empati	43	53,8	37	46,3	80	<0,001	
	Yüksek düzeyde empati	22	27,2	59	72,8	81		
	Toplam	65	40,4	96	59,6	161		

* İş stresi düzeylerine göre grup içi analiz

** İş stresi düzeyine göre gruplar arası analiz

Tablo 24’te gösterilen bulguların şematize hali Şekil 4’te gösterilmiştir. Yüksek iş stresi olan gruptaki hekimleri empati düzeyine göre kategorize ettiğimizde, düşük ve yüksek empati grupları arasındaki yüksek iş doym düzeyleri farkı %36,5’tir. Düşük iş stresi olan grupta ise bu fark %14,2’dir.



Şekil 4. Araştırmaya katılanların empati düzeylerine göre tabakalanmış iş stresi düzeyleri ve iş doyumunu düzeyleri ile ilişkileri

Hem yüksek hem de düşük iş stresi olan gruptaki hekimlerin empati düzeyini, yüksek düzeyde empati haline dönüştürmüş olsaydık, 318 hekimimizin içerisinde 237 yerine 268 hekimimizin yüksek iş doyumuna sahip olmasını sağlardık (21+10=31 kişi).

Genel olarak değerlendirdiğimizde; empatiyi yükselterek yüksek iş doyumunda, yüksek iş stresine sahip olan hekimlerde yaklaşık %13, tüm hekimlerde ise yaklaşık %10 oranında artış sağlamak mümkün olacaktır.

Eğer sadece yüksek iş stresi olan grupta, düşük empati düzeyine sahip olan hekimlerde, eğitimle empati düzeyinin, yüksek düzeyde empati grubuna benzemesini sağlamış olsaydık, bu gruptaki 21 kişinin yüksek iş doyumuna ulaşmasını sağlamış olacaktık. Diğer bir ifade ile yaklaşık bu grubun %25'inde (21/80) yüksek iş doyumuna ulaşmasını sağlamış olacaktık.

TARTIŞMA

EMPATİ

Empatik eğilim ölçeğinden en düşük 20, en yüksek 100 puan alınabilir. Çalışmaya katılan hekimlerin empati eğilim puanı ortalaması 70,5'tir.

Literatürde, kadın hekimlerin, erkek hekimlere kıyasla daha yüksek empati düzeylerine sahip olduğunu bulan çalışmalar vardır (3, 4, 242-244). Bununla birlikte İtalyan hekimlerde yapılan bir çalışmada empati üzerinde cinsiyetlere göre bir farklılık bulunmamıştır (245). Çalışmamızda, kadın hekimler erkek hekimlere kıyasla daha yüksek empati eğilim düzeyine sahiptir.

Empati düzeylerindeki cinsiyet açısından farklılıklara yönelik birçok açıklama öne sürülmüştür. Örneğin, kadınlar erkeklere kıyasla duygusal uyarılara daha alıcıdır (246). Kadınlar hem daha iyi anlayışa, hem de daha iyi empatik ilişki kurabilmesine katkıda bulunan niteliklere sahiptir (15). “Ebeveynlik sorumluluğu (parental investment)” teorisinin temeline göre, kadınlar erkeklere kıyasla daha fazla ebeveynlik tutumu geliştirmektedir (246). Bunlar; kadınların daha yüksek düzeyde empati göstermesine katkıda bulunur. Ayrıca, Gilligan ve ark.'na göre; kadınlar başkaları için erkeklere kıyasla daha fazla sorumluluk hissi taşırlar (247).

Empati konusundaki cinsiyet farklılıkları, empati ile ilişkili olduğu düşünülen, kadın hekimlerin hastaları ile daha fazla zaman geçirmesi (248-250), olumlu iletişim stiline sahip olmaları (250), daha fazla koruyucu sağlık hizmeti sunmaları (230, 252-254), daha koruyucu ve hasta odaklı bakım sunmasına dair bulgularla uyumludur (255, 256).

Çalışmamızda, hekimlerin yaşları, medeni durumları, çocuk sahibi olma durumları, kronik hastalık varlığı, olumsuz yaşam olayı yaşama durumu, bakımı ile ilgilendiği kişi varlığı, eğitim düzeyleri, çalıştıkları kurum, çalıştıkları bölüm, işin yönelimi, akademik unvan varlığı ile empati eğilim düzeyleri arasında bir ilişki bulunmamıştır. Bunun nedeni; ülkemizde tıp eğitimi süresince ve mezuniyet sonrası çalıştıkları kurumlarda, pratisyen hekimlere, araştırma görevlisi olan hekimlere, uzman hekimlere ve akademisyen hekimlere sistematik bir empati eğitiminin verilmemesi olabilir. Empati düzeylerinin, hekimlere eğitim müdahaleleri yapılarak değiştirilip değiştirilemeyeceği konusunda çalışmalar tutarlı değildir (257). Bazı araştırmacılara göre, empati kişilik özelliğidir ve tıp eğitimi boyunca azalabilir (257).

Ancak, empati düzeyinin, iletişim becerileri konularında alınan eğitim aktiviteleri ile arttırılabileceğini öne süren çalışmalar da vardır (24, 258).

Hekimlerin mezuniyet öncesi ya da sonrası empati eğitimleri alıp almadığı sorusu, subjektif yanıtlar içereceğinden ve eğitimlerin etkinliği objektif olarak ölçülemeyeceğinden ankette yer verilmemiştir. Bu konuda daha ileri araştırmalar yapılabilir. Hem tıp eğitimi boyunca empati düzeylerindeki değişim, hem de eğitim müdahalesinin etkinliği değerlendirilmeli ve hekimlere yönelik gerekli müdahaleler yapılmalıdır.

İŞ STRESİ

Çalışmada kullanılan iş stresi ölçeğinden elde edilen iş yükü puanının, iş kontrol puanına bölünmesi ile iş stresi puanı elde edilir. İş stresi ölçeğinden alınabilecek en düşük iş stresi puanı 0,2, en yüksek iş stresi puanı ise 3,3'tür. Çalışmaya katılan hekimlerin iş stresi puanı 0,8'dir.

İş stresi ile cinsiyet arasında ilişki olduğunu öne süren (262-265), kadın hekimlerde daha fazla iş stresi tespit eden çalışmalar (265-270) olduğu gibi, ilişki bulmayan çalışmalar da (271-273) vardır. Çalışmamızda, iş stres puanı açısından kadın ve erkek hekimler arasında fark saptanmamıştır. Ayrıca, cinsiyete göre, iş yükü, iş kontrolü ve işteki sosyal destek puanları açısından da fark bulunmamıştır. Aynı çalışma ortamında, benzer görevlerde çalışmaları cinsiyete göre iş stresi açısından fark bulunmamasının nedeni olabilir. Çünkü; tıp uygulamalarında strese neden olan etmenler, hem kadınlar hem de erkekler için aynıdır (266). Ayrıca, cinsiyete göre çoğu stresör açısından fark tespit etmeyen çalışmalar da vardır (274). Bu durum; günümüzde, cinsiyetin çalışma hayatında bir fark yaratmamasından kaynaklanıyor olabilir. Kurumların stratejilerinde, çalışılan ortamlarda kadın ya da erkek olmanın etkisi olmadığı gibi, kişisel beklentilerde de kadın ile erkek arasında fark yoktur. Çünkü; bireylerin mesleki değerlerini, tutumlarını; bireylerin toplumsal geçmişi ve mesleki sosyalleşmesi belirler. Bu iki faktör arasında dinamik bir etkileşim vardır. Bu faktörlerin her ikisi de önemlidir. Zamanla bu iki faktörün önemleri değişse de, mesleki davranışın kaynaklarını sürekli oluşturmaya devam ederler. Bazı durumlarda, yeni deneyimler daha önceki deneyimlerin etkisinin yerine geçebilmekte, onları azaltabilmekte ya da kuvvetlendirebilmekte, bazen de önceki

deneyimler, yeni deneyimlerin etkisiyle bütünleşebilmektedirler (275). Çalışmamızda cinsiyetler arasında fark bulunmamasının sebebi, bu dinamik denge olabilir.

Çalışmalarda, cinsiyete göre iş stres düzeyi ile ilgili farklı bulgular, kadın hekimlerin, yukarıda bahsedilen iki güçlü toplumsal kuvvetin etkisinde kalmalarından kaynaklanıyor olabilir. Bu güçlü toplumsal kuvvetler; mesleki sosyalleşme ile toplumsal cinsiyettir. Kadın hekimlerin bazı tutumları erkek meslektaşlarına çarpıcı bir şekilde benzerken, bazı tutumları ise belirgin olarak farklıdır. Zamanla, bu farklılıklar zayıflar ya da belirginleşir. Erkek ve kadın hekimler arasındaki benzerliklerin ve farklılıkların etkin analizi, mesleki sosyalleşme ve toplumsal cinsiyet kavramlarına odaklanmayı gerektirir (275).

Cinsiyet ile iş stresi arasındaki ilişkiyi mesleki sosyalleşme (medical socialization) açısından açıklayan araştırmacılar vardır (275). Merton sosyalleşmeyi (toplumsallaşmayı), “kişilerin, üyesi oldukları ya da üyesi olmaya çalıştıkları grupların değerlerini ve tutumlarını, ilgilerini, yeteneklerini ve bilgisini, kısaca kültürünü, seçerek kazandığı bir süreç” olarak tanımlamaktadır (276). Hekimler açısından “mesleki sosyalleşme”; bilginin, değerlerin, mesleki normların damıtılarak, yavaş yavaş nasıl hekim olunacağına öğrenildiği, uzun ve yoğun bir süreçtir. Hekimlerin uyguladıkları mesleki tarzları ve değerleri, bu süreçte muhtemelen kümelenerek birbirine yaklaşmaktadır (277). Amerika Birleşik Devletleri’nde yapılan çalışmalara göre, mesleki sosyalleşme sonucunda, kadın ve erkek doktorların benzer değerlere ve davranışlara sahip olduğu bulunmuştur (278-279). Notman ve ark.’nın tıp fakültesi öğrencilerinde yaptıkları çalışmada, stres düzeyi ve algılanan stres faktörü sayısı açısından cinsiyetler açısından fark bulunmamıştır (280). Bu da mesleki sosyalleşmenin öğrencilik hayatı sırasında başladığını göstermektedir (274).

Tıp uygulamalarında strese neden olan etmenler, hem kadın hem de erkek hekimler için aynı olmasına rağmen, kadınlar üzerinde iş yerinin dışında da stres yaratan kaynaklar vardır. Bu da toplumdaki geleneksel kadın rolüdür. Toplumsal cinsiyet, geleneksel kadına özgü değerleri teşvik eder (275). Hem iş, hem de özel hayatını entegre edebilmek kadın hekimler için erkek hekimlere kıyasla daha zordur (266). Toplumsal cinsiyet rolü, hekimlerin iş yaşamlarını ve stres algılarını da etkiler (278). Gross’a göre, mesleki talepler ve zaman baskısı hem erkek hem de kadın hekimleri etkilemesine rağmen, kadın hekimlerin üzerinde ailevi zorunlulukların da

baskısı vardır (278). Kadın hekimler, mesleki stres düzeylerini arttırabilen ilave iş-ev çatışması (281), rol çatışmaları (282), aile-kariyer çatışması (283-285), birden fazla role sahip olmalarının ve bu rollerin gereklerini yerine getirmeye çalışmalarının zorluklarını da yaşayabilmektedirler (265, 266, 286-289). Ancak, aileler, genellikle daha düşük statüdeki kadınlara kıyasla, işlerinde tam zamanlı çalışan kadın hekimlere, genellikle ev ve çocuk bakımı işlerinde yardımcı olurlar (290). Çalışmamızdaki cinsiyete göre iş stresi açısından fark bulunmamasının nedeni, toplumdaki kadın rolünün, kadın hekimlerin toplumdaki daha yüksek statüsü ile dengelenmesi olabilir. Ayrıca, çalışmamızda cinsiyete göre fark bulunmamasının diğer bir nedeni, Swanson ve ark.'nın yaptıkları çalışmada belirttikleri gibi, günümüzün toplumsal ikliminde, mesleki ve ev rolleri arasındaki kutupluluğun azalması da olabilir (290).

Kadın ve erkek hekimlerin yaşadıkları iş stresi düzeyleri arasında fark olmamasının nedenlerinden bir diğeri, stresle başa çıkma yöntemlerinin başarılı bir şekilde hem kadın hem de erkek hekimler tarafından uygulanması olabilir. Mesleki stres kaynakları ile nasıl başa çıkabildikleri açısından kadın ve erkek hekimler arasında bazı bireysel farklılıklar vardır (274). Erkekler ve kadınlar stresli durumlarla başedebilme hususunda farklı tutumlar izleyebilirler (274). Erkekler, etkin bir biçimde stres ile baş edebilme, kadınlar ise duygularını ifade edebilme ve sosyal destek arama konusunda gelişmişlerdir (291). Kadın ve erkek hekimlerin stresle baş etmeye ilişkin sahip oldukları farklı yollar, nihayetinde benzer düzeylerde iş stresi yaşamalarının, cinsiyete göre stres düzeyi arasında fark bulunmamasının nedenlerinden biri olabilir.

Çalışmamızda 40 ve üzeri yaş grubunda yer alan hekimlerin iş stres düzeyleri, diğer yaş gruplarına kıyasla daha düşük bulunmuştur. Bazı çalışmalarda da bu bulgu desteklenmekte, yaşça daha büyük hekimlerin, daha düşük iş stresine sahip olduğu bildirilmektedir (206, 267, 292, 293). Çalışmamıza göre, yaşça daha büyük hekimler, genç hekimlere kıyasla hem daha az iş yüküne, hem de daha fazla iş kontrolüne sahiptir. Yaş ilerledikçe hekimlerin kazandığı deneyim artmaktadır. Deneyim ile kazandıkları karar serbestliği, bu durumun oluşmasında etkili olabilir. Kıdemli hekimler iş yüklerine ilişkin daha fazla kontrole sahiptirler (294). Linn ve ark.'nın yaptıkları çalışmaya göre, yaşça daha büyük hekimler genç hekimlere kıyasla, daha

az anksiyeteye, iş ve kişisel yaşamları arasında daha az çatışmaya, daha az zaman baskısı ve daha az geleceğe yönelik endişeye sahiptirler (295). Daha kıdemli hekimler, hem mali yönden istikrara, hem de azalmış iş yüküne sahiptir. Ayrıca, kendilerinden istenen işlerin tanımı belirlenmiştir (206). Kıdemli hekimler, hasta yükü, imkânların eksikliği, hasta yönetimi gibi stres kaynakları ile baş etme becerilerini geliştirmiş (296), baskı oluşturan durumlara uyum sağlamaya yönelik daha fazla deneyim kazanmışlardır (294).

Hekimlerin medeni durumları ile bazı ailevi özelliklerinin de iş stresi ile ilişkili olduğu saptanmıştır. Evli, eşi çalışmayan, çocuk sahibi olan hekimlerin iş stres puanları daha düşüktür.

İş stresi ve evliliğe ilişkin birkaç yaklaşım vardır. İlk yaklaşıma göre, ev ile iş alanlarına ait rollerin kişiden bekledikleri birleşir ve artmış stres düzeyine, gerilime ve hastalıklara yol açar. Bu teoriye “rollerin birbiri üzerine eklenmesi teorisi (role additivity theory)” adı verilmektedir (297, 298). Rollerin birbiri üzerine eklenmesi teorisinin olumlu yönüne göre, mesleki ve ev yaşantısı ile ilgili roller, birbirlerini tamamlar ve kişinin esenliğinde artışa sebep olurlar (299, 300).

“Çoklu roller gerilimi azaltmaktadır” teorisine göre, bu roller yer değiştirmekte ya da bir rol diğer rol alanına taşmaktadır. Yani, bir alana ait tutum ya da davranış paterni, diğer alana da taşınır ve onu etkiler (299, 301). Eksikliklerin ya da olumsuzlukların yaşandığı alan, diğer alan tarafından dengelenir ve eksiklikleri giderilmeye çalışılır (290). Evde ve işte sahip olunan rollerin birbirlerini dengelemesi, evli hekimlerde iş stresinin daha düşük bulunmasının nedeni olabilir.

Diğer bakış açısına göre; bekar, evli ya da ebeveyn olma gibi karmaşık rollerdeki değişimler hem evde, hem işte önemli düzeyde stres oluştururlar (299). Bu bakış açısıyla uyumlu sonuç bulan Lewis ve Cooper bir çalışmada, çok küçük çocuk sahibi olan ebeveynlerin, çocuk sahibi olmayanlara kıyasla daha büyük ev/iş stresi yaşadığı sonucuna ulaşmıştır (302). Ayrıca, bu karmaşık rollerdeki değişimler ile işe ait taleplerin daha da arttığı evreler aynı zamana denk gelebilir (303). Ancak, eşin ya da partnerin ev işlerine ya da çocuk bakımına katkısı çok önemlidir (290). Bu bakış açısından hareketle, çalışmayan eşler, ev işlerine, çocuk bakımına daha fazla katkıda bulunup, hekimin algıladığı stresin düşmesine sebep olabilir.

Sosyal destek, mesleki stres kaynaklarına geliştirilen stres reaksiyonlarına karşı bir tampon görevi görmektedir (304). Bazı araştırmalara göre, hekimler sosyal desteği iş arkadaşlarından ziyade, arkadaşlarından ve ailelerinden görürler (294, 305). 20 yıllık bir süre kapsanacak şekilde 706 hekim üzerinde yapılan bir çalışmaya göre; evlilik, çocuk sahibi olmak, kişi için bir destek gücü olabilir. Evli hekimler, hem iş hem de kişisel yaşamları açısından daha doyum içindedirler. Evli olmayan hekimler, daha fazla anksiyeteye, iş ve kişisel yaşamları arasında daha fazla çelişkiye, gelecek hakkında ve genel olarak daha fazla strese sahip olabilirler (295). Doktorların kişisel yaşamlarındaki doyumları aslında, stres kaynakları ve yaşadıkları stres ya da gerilim arasında bir tampon görevi görmektedir. Hekimin doyumunu arttıkça, yaşadığı stres de düşmektedir. Kişisel yaşamları ile tatmin olan hekimler, stres faktörlerini özel yaşamları sayesinde tamponlayabilirler (206). Yapılan bir çalışmaya göre, eşlerinden destek gören hekimler hem iş-ev dengesini kurmakta, hem de hekimlerin iş stresleri azalmaktadır (306). Hekimler, ailelerinden sosyal destek görmektedir (294, 305). Birçok çalışmaya göre evlilik, güçlü sosyal ilişkiler, hekimlerin algıladıkları stres üzerinde tampon görevi görmektedir (277, 307-312). Dolayısıyla, evli, çocuk sahibi olan, eşi çalışmayan hekimler eşlerinden gördükleri destek sayesinde iş stresini üzerlerinde daha az hissediyor olabilirler. Hekimler eşleri ve çocukları ile vakit geçirdiklerinde, iş yaşamının stresinden arınabilirler. Ayrıca, “çoklu roller gerilimi azaltmaktadır” teorisi ile uyumlu sonuç bulan Amerika Birleşik Devletleri’nde yapılan bir çalışmada, çocuk sahibi olmak, hekimlerin mesleki stres düzeyini arttırmamaktadır denilmektedir (301). Başka bir çalışmada ise, hiç çocuğu olmayan ya da tek çocuğu olan hekimlere kıyasla, üç çocuğa sahip olan kadın hekimler, daha mutlu olduklarını, uzmanlık dallarının daha sabit olduğunu, eğer seçim yapmaları gerekirse yeniden hekim olacaklarını belirtmişlerdir (32).

Hekimlerin iş stres düzeyleri, tıbbi eğitim düzeylerine göre değişmektedir. En stresli grup, tıpta uzmanlık öğrencisi olan hekimlerdir. Tıpta uzmanlık öğrencisi olan hekimler, hala eğitim alan hekim grubunu oluşturmaktadırlar. Tıpta uzmanlık öğrencisi olan hekimlerin hem iş yükleri fazla, hem de iş kontrolleri ve iş arkadaşları ile üstlerinden gördükleri sosyal destek azdır. Uzman, yan dal uzmanlık öğrencisi ve yan dal hekimlerinden oluşan grubun ise iş stres düzeyi en düşük, iş kontrolleri ve sosyal destek düzeyleri de en yüksek seviyede bulunmuştur.

Tıpta uzmanlık eğitimi süreci, tıp fakültesini takiben tıbbi eğitim ve beceri kazanılan yüksek düzeyde mesleki stres yaşanan bir dönemdir (313). Birçok araştırmacıya göre, bu süreç, bir hekimin kariyerindeki en yorucu ve iş taleplerinin en fazla olduğu dönem (314) ve bir hekimin kariyerindeki en stresli zamanlardır (315-317).

Tıpta uzmanlık eğitimi sürecinde, hekimler yüksek iş talebi ve düşük iş kontrolünü sıklıkla yaşarlar. Bu durum da, yüksek iş stresi yaşamalarına katkıda bulunur (314). Çalışmamız, tıpta uzmanlık öğrencisi olan hekimlerin stres kaynaklarını detaylı olarak incelemese de, uzmanlık eğitimindeki stres kaynaklarına ilişkin literatürde birçok çalışma vardır. Tıpta uzmanlık öğrencisi olan hekimler, karar verme ve iş çizelgelerinin hazırlanmasında çok az yetkiye sahiptirler (318). Genellikle tıpta uzmanlık eğitimi dönemi, uzun, çok zor ve yorucu çalışma saatleri, artmış vaka yoğunluğu, uyku yoksunluğu ve yoğun baskı içinde çalışmayı içerir (316, 317, 319-322). Ayrıca, vardiyalı iş tüm uzmanlık dallarının eğitiminde ayrılmaz bir parçadır. 24 saat hasta bakım ihtiyacı ve ekonomik faktörler sebebiyle uzun çalışma saatlerine sahiptirler. Geleneksel görüşe göre, uzun çalışma saatleri, tıbbi eğitim deneyimlerini güçlendirir. Ancak, uzun ve düzensiz çalışma saatleri; akut ve kronik uykusuzluklara, kötü uyku kalitesine, birçok olumsuz sonuca neden olur. Dikkat, bilişsel, motor beceriler ve ruh hali gibi birçok alanda bozulmalar meydana gelir. Asistanların performansı, profesyonelliği, güvenliği, iyi oluş halleri uykusuzluktan etkilenir. Bunlar da, hasta bakımına ilişkin muhtemel bozulmalarla sonuçlanır. Çalışmalara göre, olumsuz sağlık sonuçları, motorlu araç kazaları, artmış alkol ve ilaç kullanımı, ciddi tıbbi hatalar, hem uykusuzlukla hem de vardiyalı iş ile ilişkilidir (320). Buysse ve ark.na göre hastaneler, sınırlı sayıda personelle 24 saat bakım verdiği için, asistanlar için vaka yükü ile birlikte uykusuzluklar kaçınılmazdır (323). Hastaların bazı özellikleri (324), yalnızlık, mesleki yetersizlik hissi, tıpta uzmanlık öğrencileri arasındaki rekabet (321, 322, 325), hekimin altında çalıştığı, denetleyen, zor uzman doktorlar, üstleri tarafından hiyerarşiyi kuvvetlendirmek için kasıtlı olarak verilen düşük seviye işler, mesleki desteğin olmaması, ağır iş yükü ve personel yetersizliği (321, 322) tıpta uzmanlık öğrencisi olan hekimlerde sıkıntı oluşturabilir. Tıpta uzmanlık eğitimi alınan bu dönemin hekimlerin yaşamlarındaki etkisinin algılanmasına yönelik, Papp ve ark.'nın çalışmasına göre, hekimler

sevdiklerini, ailelerini, arkadaşlarını istedikleri sıklıkta göremediklerini, egzersiz ve yeme alışkanlıklarının olumsuz yönde etkilendiğini, çok az boş zamanları olduğunu, eğer evlilerse eşleri ile ilişkilerinde çeşitli sıkıntıların olduğunu, çocukları olanlar ise görevlerini yerine getirmeyen bir ebeveyn gibi hissettiklerini belirtmişlerdir (321, 322). Ford ve Wentz'e göre yetersiz kişisel zaman (307), Blackwell ve ark.larına göre sosyal desteğin iş nedeniyle bozulması (326) tıpta uzmanlık eğitiminin alındığı döneme ilişkin ana stres kaynaklarıdır. Alexander ve ark. ise asistan hekimlerin stres düzeyinin, mesleki stres kaynaklarından ziyade, zaman yokluğu ve başa çıkabilme kaynaklarının yetersizliği (327) ile daha çok ilişkili olduğunu belirtmişlerdir. Hastaların geleneksel bakım beklentilerine, üniversite hastanelerine yönelik eğitim ve araştırmaya ilişkin beklentiler de eklenir (270). Üniversite hastanelerine, daha kronik ve kompleks problemleri olan hastaların başvurusu da daha fazladır (328, 329). Bu çalışma koşulları ise, sıklıkla tıp eğitiminin bir gerekliliği gibi görülebilir. En ideal öğrenme fırsatlarının hasta bakımının sürekliliği ile sağlanabileceği, tıp kültürüne sahip olabilmek için bu zorlukların bir geçiş dönemi olduğu görüşü de mevcuttur (330, 331).

Genellikle çoğu çalışma uzmanlık öğrencilerinin çalışma ortamlarından kaynaklanan stres üzerine yoğunlaşmıştır. Fakat diğer etmenler, doğrudan ya da dolaylı olarak uzmanlık öğrencilerinin mesleklerine ve hastalarına karşı tutum ve davranışlarını etkileyebilir. Bu faktörlerden birkaçı, sağlık hizmeti sunumu sistemindeki değişiklikler, toplumun hekime yönelik tutumu, artan eğitim maliyetleri, uygulamaların değişimine yönelik taleplerdir (319).

Aile sağlığı birimi, devlet hastanesi ve üniversite hastanesi hekimleri benzer düzeyde iş stresi düzeylerine sahipken, özel hastane hekimleri, en düşük iş stresi düzeyine sahiptir. En yüksek iş stresi düzeyi ise aile sağlığı birimi hekimlerindedir. Aile hekimleri ile niteliksel tipte bir çalışmaya göre, aile hekimleri kişisel, mesleki ve sağlık sistemine ait çeşitli zorluklara maruz kalmaktadır (108). Bu çalışmaya göre bu zorlukların; kişilik özellikleri, aile ve kariyer dengesini kurma ihtiyacı, dökümantasyon, yönetim işlerinin zorluğu, iş yerlerindeki değişen roller, kısıtlı kaynaklar, maruz kalınan kurallar ve düzenlemeler, uzman hekimlerin destek olmaması, değersiz hissetme ve finansal sorunlar olduğunu belirtmişlerdir. Hastanelerde ve birinci basamak sağlık kurumlarında yapılan işin ve sahip olunan

sorumlulukların doğası birbirinden farklıdır (332). Hastanelerdeki hekimler özellikle bir alana uzmanlaşmıştır. Belirli tıbbi problemlere göre gruplanmış hastalarla ilgilenmektedirler. Hem yataklı servislerde, hem de acil servislerde belirli görevlere sahiptirler. Ancak, birinci basamak hekimleri, geniş bir yelpazeye yayılmış sağlık sorunları ile ilgilenmektedirler (333).

Çalışmamıza göre iş yükü, diğer kurumlara kıyasla devlet hastanelerinde en yüksektir. İş yükü bakımından devlet hastanelerini, üniversite hastaneleri izlemektedir. En düşük iş yüküne ise özel hastaneler sahiptir. Almanya’da özel ve devlet hastanelerinde yapılan bir çalışmaya göre, niceliksel anlamda iş yükü devlet hastanelerinde, özel hastanelere kıyasla daha yüksektir (334). Bu sonuç daha önce yapılan diğer çalışmalarla da uyumludur (268, 335, 336). Devlet, üniversite ve özel hastanelerin hasta profili ve başvuran hasta sayıları birbirinden farklıdır. Devlet ve üniversite hastanelerindeki hekimler sıklıkla daha küçük kapasiteli özel hastanelerden yönlendirilen, daha ciddi hastalıklara sahip hastalarla ilgilenirler. Multimorbiditeye sahip hastalar da hekimler üzerinde daha fazla iş yüküne sebep olurlar (335, 337). Ayrıca, kamu ve özel sektörün benzerlik ve farklılıklarını ortaya koyan iki teorik bakış açısı mevcuttur. Genel bakışa göre, bütün kurumlar yönetim, işlevsellik, değerler, karar verme ilkelerine göre benzerdir. Buna ters bakış açısına göre, iki sektör arasında bürokrasi, piyasa güçleri, arz ve talep açısından ana farklılıklar vardır. Bu farklılıklar sektörler arasında, çalışanların psikolojik sağlıklarını ve iyi oluş hallerini de içeren işyerinin genel yönelimi üzerine farklı etkilere sahiptir (338). Örneğin, özel sektör çalışanları daha fazla ekonomik kazanca sahiptir. Bu da daha üretken olmaları konusunda özendiricidir. Ayrıca, farklı yasal ve siyasi koşullar daha çok kamu sektörü çalışanları üzerindedir ki, bu durum, kamu sektöründe daha düşük iş doyumu ve iş kontrolü algısı ile sonuçlanmaktadır (338).

Hekimlerin çalıştıkları bölüme ve işin yönelimine yani teknoloji yoğun ve insan ilişkileri yoğun olmasına göre iş stresi puanları açısından fark yoktur. Amerika Birleşik Devletleri’nde yapılan bir çalışmada da benzer şekilde, çalışılan bölüm iş stresi üzerinde etkili bulunmamıştır (306). Stres yaratan duygusal olaylar (örneğin, özellikle tedavi sırasında ölen hastalar) ile tüm hekimler karşılaşılır. Bu nedenle, çalıştıkları bölüme ve işin yönelimine göre, iş stres puanları açısından fark bulunmamış olabilir.

Akademik ünvanı olmayan hekimler en yüksek düzeyde iş stresine sahipken, “profesör” akademik ünvanına sahip hekimler ise en düşük düzeyde iş stresine sahiptir. Akademik ünvanı olan hekimler zamanlarının çoğunu hasta bakımı ile ilgilenmekten ziyade, araştırmalara, öğretim ve denetleme çalışmalarına ayırmaktadırlar (295). Hekimlerin akademik ünvana sahip olmaları hem iş yoğunluklarını azaltmakta, hem de işleri ile ilgili kararlara olan kontrollerini arttırmaktadır.

Meslekte en az 10 yıl, kurumda en az 5 yıl çalışan hekimlerin iş stres puanları daha düşüktür. Diğer çalışmalarda da meslekte geçirilen süre fazla ise iş stresi azalmaktadır. Hekimin hem mesleğindeki, hem de çalıştığı kurum ile ilgili deneyimleri arttıkça iş stres puanları azalmaktadır. Hekimler deneyim kazandıkça, zaman içerisinde stresli iş çevrelerine yönelik bireysel adaptasyonlar geliştiriyor olabilir (293).

Çalışma ortamının, kişinin ihtiyaçları, ilgilendikleri, istekleri ve kişiliği ile uygunluğu iş stresi ile ilgilidir (94). Çalıştığı iş yerinde daha uzun süre çalışan hekimler, stres kavramında önemli olan çalışılan ortama uygunluk derecesini daha fazla yakalamış olabilirler. Bu da, hekimlerin yaşadıkları iş stresi düzeylerindeki azalmayı açıklayabilir.

İŞ DOYUMU

Hangi iş özelliklerinin hekimlerin iş doyumunu ile ilişkili olduğunu bilmek, sadece hekimlerin kendisi için önemli olmayıp, aynı zamanda toplum için de önemlidir (136). Çünkü; hekimlerin iş doyumunu sadece hekimin sağlığı ve esenliği (339) için önemli olmayıp, sağlık çalışanlarının morali (340, 341), hekimin işten ayrılması, erken emekliliği (342), hastaların tıbbi tedaviye uyumu (238), hasta memnuniyeti (218) ve genel olarak sağlık hizmetlerinin niteliği ile de ilgilidir (340, 341).

Çalışmada kullandığımız Minnesota iş doyumunu ölçeğinden en az 1, en yüksek 5 puan alınabilir. İş doyumunu ölçeğinden alınan 3 puanı nötr doyum puanını oluştururken, 3 puandan büyük değerler yüksek iş doyumunu düzeyini, düşük değerler ise düşük iş doyumunu düzeyini gösterir. Çalışmamızdaki hekimlerin iş doyumunu puan ortalaması 3,4'tür. Dolayısıyla çalışmaya katılan hekimlerin iş doyumunu düzeylerinin yüksek olduğu söylenebilir.

İş doyumu ve cinsiyet ilişkisi, bazı çalışmalarda kadın hekim lehine (115, 211, 267, 277, 343), bazılarında ise erkek hekim lehine (36, 277, 344-347) olsa da cinsiyetlere göre iş doyumu açısından fark bulmayan (129, 134, 136, 163, 165, 274, 277, 348-355) çalışmalar da vardır. Çalışmamızda kadın ve erkek hekimler arasında iş doyumu düzeyi açısından fark bulunmamıştır. Cinsiyetlere göre iş doyumu düzeyleri arasında fark bulunmamasının nedeni, günümüzde sağlık iş kolunda cinsiyetin, çalışma hayatında bir fark yaratmamasından kaynaklanıyor olabilir. Hekimler, cinsiyet farkı gözetilmeksizin, benzer ortamlarda, benzer beklentilerle çalışmakta, benzer etkenlere maruz kalmaktadırlar. Cinsiyetlere göre iş doyumu düzeyinde fark olmaması, iş stresinde olduğu gibi mesleki sosyalleşme nedeniyle olabilir. Kurumların stratejilerinde, çalışılan ortamlarda kadın ya da erkek olmanın etkisi olmadığı gibi, kişisel beklentilerde de kadın ile erkek arasında fark yoktur. Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan çalışmalara göre, mesleki sosyalleşme sonucunda, kadın ve erkek hekimlerin benzer değerlere ve davranışlara sahip olduğu bulunmuştur (278, 279). Tıp uygulamalarında iş doyumsuzluğuna neden olan etmenler, hem kadınlar hem de erkekler için aynıdır (266). Yapılan çalışmalarda hekimlerde iş doyumunun temel belirleyicilerinin; zaman baskısı/müdahaleler (örneğin; zaman baskısı, değişikliklere, müdahalelere, hastaların isteklerine ayak uydurmaya çalışmak), çalışma ortamı (iş arkadaşları ve personel ile iletişim yoksunluğu, hastalarla iletişim, işteki çatışmalar, personel ile yaşanan problemler, işte destek eksikliği, işte takdir görmemek), kariyer başarısı ve amaçların gerçekleştirilmesi (örneğin; kariyer gelişimi, amaçlarını gerçekleştirmek, kontrol edemediği faktörlerin varlığı) olduğu gösterilmiştir (274).

Literatürde, kadın hekimlerin, erkek hekimlerle benzer iş doyumu ifade etmesini eleştiren çalışmalar da vardır. Çünkü; toplumsal cinsiyet rolü, hekimlerin iş yaşamlarını da etkileyebilir (278). Gross'a göre, mesleki talepler ve zaman baskısı, hem erkek hem de kadın hekimleri etkilemesine rağmen, kadın hekimlerin üzerinde ailevi zorunlulukların da baskısı vardır (278). Kadın hekimler mesleki stres düzeylerini arttırabilen ilave iş-ev çatışması da yaşayabilmektedirler (281). Kadın hekimlerin iş doyumu düzeyini çalışmamızda olduğu gibi erkek hekimlerle benzer düzeyde bulan çalışmalar, kadınların daha kötü şartlarda çalışmaları da, daha düşük mesleki konuma ve yetkiye sahip olsalar bile, daha fazla zaman baskısı, daha az

kontrol ve daha az gelir bildirseler dahi, erkek meslektaşları ile benzer ya da daha yüksek düzeyde iş doyumuna sahip olduklarını bildirdiklerini öne sürmektedirler (277, 356-358). Bu durumu bazı araştırmacılar, “halinden memnun kadın işçi paradoksu (paradox of contented female worker)” (356), bazı araştırmacılar ise “kognitif uyumsuzluk teorisi (theory of cognitive dissonance)” (277) olarak tanımlamaktadırlar. Onlara göre, kadınlar sosyal yönden istenen cevabı vermiş olabilirler ya da erkekler ile kıyaslandıklarında, işlerine ait daha az ya da daha farklı beklentilere sahip olabilirler. İş ve kariyere ilişkin farklı değerler, içsel ödüllere daha fazla ilgi (entellektüel uyarım ve ilişkiler gibi) ve dışsal ödüllere daha az ilgi gibi hipotetik sebepler verilmektedir. Ayrıca, hekim olabilmek için o kadar çok zaman ve çaba harcayan kadın hekimlerin, kariyerlerinden doyum sağlamadıklarını söylemekten çekinmeleri ile ilişkili olabilir denilmektedir (32, 277, 356). Bazı çalışmalarda, erkeklere kıyasla kadın hekimlerin, işe ve aileye ayırdıkları zaman arasında denge kurmayı başarmış olabileceği belirtilmektedir (359). Bazı çalışmalarda ise, erkek hekimler, kadın hekimlerin yaşadıkları sorunları anlayarak, onlara destek olurlar, bu sayede; kadın hekimler mesleki doyumlarını en azından erkeklerin yaşadığı seviyeye kadar arttırmış olabilir denilmektedir (211, 360, 361). Ayrıca, hekimin mesleki mutluluğuna katkıda bulunan değişkenleri değerlendirmekte, mevcut iş doyumunu ölçümlerinin yetersiz olabileceği de öne sürülmektedir (32).

Yaş ile iş doyumunu arasındaki ilişkiye bakıldığında, 40 yaş ve üzerindeki grupta iş doyumunu daha yüksektir. İş doyumunu ve yaş arasında herhangi bir ilişki tespit etmeyen çalışmalar mevcut olduğu gibi (128, 134, 165, 350, 352, 353), yaş ile iş doyumunu arasında ilişki olduğunu gösteren başka çalışmalar da mevcuttur (165, 295, 355, 356). Bazı çalışmalarda, yaşça daha büyük hekimlerin, genç hekimlere kıyasla iş doyumunu düzeylerinin daha yüksek olduğu bildirilmektedir (32, 36, 211, 260, 261, 355, 364-367).

Yaş ile iş doyumunu arasında ilişki bulunduğunu öne süren çalışmalarda, bu ilişkinin üç farklı biçiminden bahsedilmektedir (368). Birincisi, yaş yükseldikçe, iş doyumunun da buna paralel olarak artacağı düşüncesidir. Bulgular bölümünde değinilmemiş olmasına karşın bizim çalışmamızda da, yaş ile genel iş doyumunu düzeyi arasında pozitif doğrusal bir ilişki bulunmuştur. Bazı çalışmalar da bunu

desteklemektedir (206, 367, 369-374). Bodur ve ark. yaş ilerledikçe iş doyumunun artmasını, zaman içinde görevin benimsenmesi ve başka mesleki seçeneklerin azalmasına bağlamaktadırlar (137). Ayrıca, genç hekimler daha az mesleki fırsatlara sahiptir. Bu belirsizlik, mesleki doyumlarını olumsuz bir şekilde etkileyebilir (384). Ayrıca, genç hekimler daha kıdemli hekimlere kıyasla, hem çalışma çizelgelerinin hazırlanmasında, hem de hasta seçimlerinde daha az imkâna sahiptir (362). İşe ait kararlara etkin şekilde katılamamaları, iş doyumlarının düşmesine neden olabilmektedir.

İkinci görüşe göre; iş doyumunu yaşla azalır, genç hekimler daha yüksek iş doyumuna sahiptir (348, 382, 383). Bu durum özellikle, genç hekimlerin daha idealist yaklaşımlarından olabilir (368).

Üçüncü görüşe göre, yaş ile iş doyumunu arasında bimodal, “U” şeklinde bir ilişki vardır. Hem daha genç hem de yaşça daha büyük hekimler, kariyerlerinin orta dönemlerini yaşayan hekimlere kıyasla daha yüksek iş doyumuna sahiptir (342, 385). İş yaşantısının ilk yıllarında iş doyumunu belli bir düzeyden giderek azalır, belli bir döneme ulaştığında azalma son bulur ve aynı seviyede belli bir süre devam eder, daha sonra 45 yaş civarında iş doyumunu düzeyi yeniden artmaya başlar (368).

Dördüncü görüşe göre ise; yaş ile iş doyumunu arasında “ters U” şeklinde bir ilişki vardır. İş doyumunu düzeyi, yaş düzeyine bağlı olarak belirli bir noktaya kadar artar ve bu noktadan sonra azalmaya başlar (368).

Mottaz, yaş ve iş doyumunu arasındaki doğrusal ilişkiye dört açıklama ile yaklaşmıştır (375). İlk açıklamaya göre, kohort farklılıkları etkilidir (375). Yaş ile hekimlerin yaşadıkları iş doyumunun artması, tutum ve beklentilerdeki nesil farklılıkları ile ilişkili olabilir (32). Genç çalışanlar içsel ödüllere, yaşça daha büyük çalışanlar ise dışsal ödüllere daha fazla önem vermektedirler. Genç çalışanlar için, ilginç ve zor işler, yaşça daha büyük çalışanlar için ise ücret ve ek olanaklar daha önemlidir. Bu yüzden, genç çalışanlar daha doyumsuzdur. Çünkü; işin sağladıklarından daha fazlasını talep ederler (375). İkinci olarak, iş değişikliği olanağının etkisi önemlidir. Yaşça daha büyük çalışanlar, daha fazla kıdeme ve iş deneyimine sahiptirler. Bu sayede, daha ödüllendirici ve tatminkâr işlere kolaylıkla geçebilirler (375). Üçüncü açıklama, “kuvvetle bastırma” görüşüdür. Yaşça daha büyük çalışanlar, ilginç iş, özerklik ve promosyonları daha az önemli ve elde etmenin

zor olduğu ödüller olarak düşünürler. Sonuç olarak, işlerinden daha az ödül talep ederek, genç çalışanlara kıyasla işlerinde daha fazla doyum yaşarlar (375). En son olarak “uyum teorisi (theory of accommodation)” öne sürülmüştür. Çalışanlar işlerinde belli bir süre çalışınca, işe ait değerlerini işyeri koşullarına göre ayarlama eğilimindedirler. Böylece, işlerinden daha fazla doyum elde ederler (375).

Bovier ve Perneger’e göre, daha genç hekimler eğitim alan hekimlerdir. Ve eğer yaptıkları iş nedeniyle doyumsuzluk yaşarlarsa, bazı hekimler, daha genç olmaları sebebiyle uzmanlık dallarını, mesleklerini bırakabilmektedir. “Doğal seçim” olarak tabir edilebilecek bu durum, daha büyük hekimlerin iş doyumlarının da daha yüksek olmasına sebep olabilir (136).

Luthans and Thomas’ın çalışmasına göre, yaş ve iş doyumunu arasındaki ilişki doğrusal olmaktan ziyade, eğriseldir. Luthans and Thomas, 40 yaşından sonra iş doyumunun tekrar düşmesine yönelik üç açıklama getirmektedirler (375). Onların ilk açıklamasına göre, bu durum, uyum ve istifa süreci ile ilgili olabilir. Daha büyük çalışanlar, beklenti ve isteklerinin daha kısıtlı hale geldiğini fark ederek hayal kırıklığına uğrayabilirler. İkinci açıklamalarına göre, belki de, daha erken emeklilik fikri ile başa çıkabilmeleri için bireysel girişimleri olabilir. Erken emekliliği haklı çıkarmak için, işinin gerçekten eskisi kadar tatmin edici olmadığını hissedebilir. Üçüncü açıklamalarına göre, daha büyük çalışanlar, değişen teknolojiler, aşırı derecede yüklenen roller ya da nesnel verimlilik ölçümlerine artan vurgu gibi faktörlerle üzerlerinde artan bir baskı hissedebilirler. Clark ve ark. “U” şeklindeki eğrisel ilişkinin sebebinin, yaşla değişen beklentiler olduğunu vurgulamışlardır (376). Kong ve ark. ise, işin tipinin, iş yaş doyumunu ilişkisinin doğrusal ya da eğrisel olmasında etkili olduğunu belirtmişlerdir (377).

Yaş ilerledikçe, yapılan iş ile ilgili olarak kazanılan tecrübenin, kıdem, yaşadıkları gurur duygusunun ve işe uyumun artması sonucu, iş doyumunun arttığı rapor edilmiştir (32, 137, 156, 164, 375). Yaşla artan başa çıkma gücü, kararlılık, daha yüksek benlik gibi faktörlerle ilişkili olabileceğini belirtmişlerdir (367, 378). Mesleki bilgi ve deneyimi arttıkça, kariyerinde ilerledikçe, hekimin mesleğine ilişkin yeterlilik duygusu gelişmekte ve hekim daha otonom davranabilmektedir. Güç sorunları çözümü konusunda yetkinleştikçe, yaptığı işten doyumunu da artmaktadır (352). Carmel'e göre mesleki benlik saygısı, iş ve yaşam doyumunu ile pozitif, tükenme

ile negatif ilişkilidir (379). Kişinin edindiği tecrübe sayesinde karşılaştığı sorunları daha kolay çözüme kavuşturabilmesi, özgüveninin daha yüksek olması, dolayısıyla iş doyumunun artması sözkonusu olabilir.

Evli, eşi çalışmayan, çocuk sahibi olan hekimlerde iş doyumunu daha yüksektir. Çalışmamızda olduğu gibi, evli olanlarda iş doyumunun daha yüksek olduğunu bildiren çalışmalar mevcuttur (363). Ancak; evli ve bekar sağlık çalışanları arasında iş doyumunu açısından fark olmadığını bildiren çalışmalar da mevcuttur (128, 129, 134, 163, 343, 352, 355, 380, 381).

Çalışmalara göre, evlilik, eşin çalışmaması, çocuk sahibi olunması gibi faktörler, kişilerin özel hayatlarına düzen ve destek getirmektedir. Bu sayede, iş doyumları üzerinde etkili olabileceğinden söz edilmektedir (32, 156, 386-388). 20 yıllık bir süre kapsanacak şekilde yapılan bir çalışmaya göre, evlilik, çocuk sahibi olmak, kişi için bir destek gücü olabilir. Evli hekimler, hem iş hem de kişisel yaşamları açısından daha doyum içindedirler (295).

Hekimler, eşleri ve çocukları ile vakit geçirdiklerinde, iş yaşamının stresinden arınabilirler. Bunun muhtemel sebepleri, hekimlerin farklı kariyer beklentilerine sahip olmaları, ebeveyn olarak duydukları doyumun iş doyumunu üzerindeki taşıma etkisi ya da çocuğu olan hekimlerin tıbbı karşı daha hassas, daha humanistik yaklaşımı olabilir (389, 390). Çalışmamıza göre, çocuk sahibi olmak, hekimlerin mesleki stres düzeyini arttırmamaktadır. Çimen ve Şahin'in yaptıkları çalışmada, iş doyumunu düzeyinin, çocuğu olanlarda çocuğu olmayanlara kıyasla daha yüksek olduğu rapor edilmiştir (391). Bu bulgu, "çoklu roller gerilimi azaltmaktadır teorisi" ile uyumludur (32, 301). Özaltın ve ark. çocuğu olmayan hekimlerin iş doyumunu düzeyinin, 2 veya 3 çocuğu olan hekimlerin iş doyumunu düzeyinden daha düşük olduğunu bildirmişlerdir (164). Tözün ve ark. ise hekimlerin sahip oldukları çocuk sayısı ile genel iş doyum puan ortalamaları arasında bir fark bulmamıştır (134).

Eşin çalışmasının, hane halkı gelirini arttırarak iş doyumunu olumlu yönde etkileyebileceği düşünülebilir. Hane gelirinin artması sayesinde, maddi nedenlerden ötürü oluşabilecek problemleri engelleyebilir, aile ve dolayısıyla iş hayatını olumlu yönde etkileyebilir (134, 163, 381). Ancak; çalışmamızda eşi çalışmayan hekimlerin iş doyumunu daha yüksek bulunmuştur. Bu da, çalışmayan/emekli olan eşin evdeki yükün bir kısmını üstlenmesinden olabilir. Ayrıca, eşlerinin çalışma durumuyla

hekimlerin iş doyumunda anlamlı bir ilişki saptamayan çalışmalar da mevcuttur (134, 163, 381).

Hekimlerin toplam hizmet süreleri ile genel iş doyumunda puan ortalamaları arasında fark bulmayan çalışmalar olduğu gibi (134, 164), bizim çalışmamıza benzer şekilde meslekte ve kurumda çalışma süresi daha fazla olan hekimlerin iş doyumlarını daha fazla bulan çalışmalar da vardır (156, 180, 353, 392).

Oshagbemi, çalışanın tecrübesi ile iş doyumunda olumlu bir ilişki olduğunu ve aynı alanda ve/veya aynı kurumda çalışma süresi daha uzun olanların iş doyumunun da daha yüksek olduğunu bildirmektedir (147).

Tıpta uzmanlık eğitimi alan hekimler, diğer hekimlere kıyasla daha düşük iş doyumunda sahiptir. Bovier ve Perneger'in, İsviçre'de, kamu ve özel sektörde çalışan hekimlerle iş doyumunda belirleyen faktörleri tespit etmek amacıyla yaptıkları çalışmaya göre, eğitim alan hekimler, kamuda ve özel sektörde çalışan hekimler arasında en az iş doyumunda yaşayan hekim grubudur. Bovier ve Perneger, bu durumun birçok sebeple açıklanabileceğini belirtmişlerdir (136). Bovier ve Perneger'e göre, tıpta uzmanlık eğitimi alan hekimlerin görevleri henüz tamamıyla yapılandırılmamıştır. İşlerinde daha az özerkliğe, daha düşük itibar ve gelire sahiptirler. Tüm bu özellikler de daha düşük iş doyumunda ile sonuçlanabilir.

Tıp öğrencileri, tıpta uzmanlık eğitimi alan hekimler ve akademisyen hekimler ile yapılan çalışmada, mesleki doyumda tıp eğitimi boyunca artmakta, asistan hekimlerde ise en yüksek düzeye ulaşmaktadır (393). Uzun çalışma saatleri, sözel ya da duygusal kötü davranma, istismar, geleceğe yönelik belirsizlik, iş doyumda katkıda bulunmaktadır. Ayrıca tıp eğitimi alanlarda "travmatik ideallerden uzaklaşma" kavramı ile sinizmin (sönme, karamsarlık, insancılık kaybı) yaygın görüldüğü ifade edilmektedir (394).

Çalışmamızda özel hastanede çalışan hekimler en yüksek iş doyumunda sahip hekim grubudur. Hem kamu-özel sektör (36) hem de üniversite hastanesi-özel hastane (395) hekimlerinin kıyaslandığı çalışmalarda, özelde çalışan hekimlerde daha yüksek düzeyde iş doyumunda tespit edilmiştir.

Özelde çalışan hekimlerin iş doyumlarının daha yüksek olması birkaç faktöre bağlanabilir. Bu faktörlerden ilki, özel sektör çalışanlarının ücret tatmininin, kamu sektörü çalışanlarına göre yüksek olmasıdır. Genellikle, özel sektörde çalışan

hekimlere verilen maaşlar, kamu sektöründe çalışan hekimlerin maaşlarına kıyasla daha yüksektir (396). Ücret, çalışan tarafından sadece ekonomik bir kazanç olarak görülmemekte, çalışanın iş yerine yapmış olduğu katkıların bir karşılığı, aynı zamanda emeğin bir değeri olarak görülmektedir. Çalışanın ücret ile ilgili beklentilerinin tam olarak karşılık bulmaması, hatta eşit statüdeki kişiler arasında karşılaştırma yapıldığında daha düşük ücret almanın, iş doyumunu olumsuz yönde etkilediği görülmektedir (397).

Özel hastanede çalışan hekimlerin iş doyumunun daha yüksek olmasının bir diğer nedeni, özel sektörde çalışan hekimlerin çalıştıkları yerin coğrafi konumunu seçebilmeleridir (398). Bu sayede işlerine ve özel yaşamlarına ilişkin daha fazla kontrol elde edebilirler.

Ayrıca, özel sektör hekimlerinin iş doyumlarının daha yüksek olmasını, örgütsel adalet kavramı açısından ele alan çalışmalar da vardır. Heponiemi ve ark.'na göre; iş doyumunu ile örgütsel adalet koreledir ve özel sektörde örgütsel adalet daha yüksektir (268).

Çalışmamızda hekimlerin çalıştıkları bölümün, yaptıkları işin teknoloji ya da insan ilişkileri yoğun olmasının iş doyumunu ile bir ilişkisi saptanmamıştır. Benzer şekilde, uzmanlık dalları arasında fark bulmayan çalışmalar da vardır (32, 350).

Akademik ünvanı olmayan hekim grubunun iş doyumunu daha düşüktür. Akademik ünvana sahip olan hekimlerin karar verme yetkinliklerinin fazla olması, bu durumu açıklayabilir. Akademisyen olanların iş doyumlarının daha yüksek olması, meslek içi eğitime devam ediyor olmaları ile de ilişkili olabilir. Çalışmalarda, mesleki bilgileri güncelleme olanakları ve sürekli tıp eğitimine ayrılan zaman ile iş doyumunu pozitif yönde ilişkili bulunmuştur (136, 363, 399).

Akademik ünvanı olan hekimler zamanlarının çoğunu hasta bakımı ile ilgilenmekten ziyade, araştırmalara, öğretim ve denetleme çalışmalarına ayırmaktadırlar (295). Tıp öğrencilerine ders vermek, hekimlerin iş doyumunun artmasına katkıda bulunabilir (400-402).

Çalışmamızda meslekte 10 yıl ve daha fazla, kurumda ise 5 yıl ve daha fazla çalışan hekimlerin iş doyumunu düzeyleri daha yüksektir. Bu durum, bazı çalışmalar ile uyumludur (206, 224, 348, 376). Ancak, meslekte çalışma süresine göre iş doyumunu arasında ilişki saptamayan çalışmalar da vardır (352, 403).

Kurumda çalışma süresi de iş doyumu ile doğru orantılıdır. Çalışmaya yeni başlayan personelin iş doyumunun, uzun süre çalışanlara göre daha düşük olduğunu belirten çalışmalar vardır (347).

Oshagbemi, çalışanın tecrübesi ile iş doyumu arasında olumlu bir ilişki olduğunu ve aynı alandaki ve/veya aynı kurumdaki çalışma süresi daha uzun olanların iş doyumunun daha yüksek olduğunu bildirmiştir (147).

Hekimler ne kadar iş doyumu yaşadıklarını beklentilerine göre derecelendirirler. Yaş faktöründe olduğu gibi, meslekte uzun çalışma sürelerine sahip hekimler, mesleklerindeki ilk zamanlara kıyasla, iş doyumuna ait beklentilerini olgunlaştırmıştır. Örneğin; meslekte daha yeni hekimler, tıp fakültesi boyunca, ideal olarak olması gereken teçhizat ve personel teminine ait bazı beklentiler edinirler. Pratikte karşı karşıya kaldıkları, beklentileri ile bağdaşmayabilir. Hekimin beklentileri karşılandıkça da iş doyumu artmaktadır (206). Bazı araştırmacılara göre, hekimlerin kurumda ve meslekte çalışma süreleri arttıkça, hekimler hem iş doyumlarını azaltan faktörlerle başa çıkma yollarını öğrenirler, hem de bu yöntemleri uygulayabilirler. Hekimler kariyerleri boyunca, değerleri ile irtibatlarını koparmadan, çalışma ortamına nasıl uyum sağlayacaklarını keşfedip öğrenirler. Böylelikle, hekimlerin iş doyumları da artar (206, 404, 405). Bazı uzmanlara göre, bu durum, “varlığını sürdürme işlevi (survival function)” nin bir sonucu olabilir. İş doyumlarını sürdürmek için daha fazla yol bulan hekimler, tüm mesleki yaşamlarını muhtemelen hekim olarak geçirirler. Daha az iş doyumu yaşayan hekimler elenir, mesleği bırakır. Daha fazla iş doyumuna sahip hekimler ise mesleklerinde daha uzun süre görev yaparlar. Böylelikle, meslekte çalışma süresi arttıkça hekimlerin iş doyumları da artar (224, 348, 406).

Hekimlerin meslekte geçirdikleri süre arttıkça, hekimler kariyerlerinin sonuna doğru yaklaşırlar. Bu hekimler mali istikrarlarını sağlamış, bu hekimlerin çocukları eğitimlerini tamamlamıştır. Bu faktörler “özgürlük etkenleri (freedom factors)” olarak tanımlanmakta ve hekimlerin mesleklerinde geçirdikleri süre ile daha yüksek doyum elde etmelerine katkıda bulunmaktadır (220).

EMPATİ, İŞ STRESİ, İŞ DOYUMU İLİŞKİSİ

Hekimlerin iş doyumunu ve iş stresi, sağlık sistemlerinin niteliklerini belirten önemli belirleyicilerdendir (407-409). Özellikle sağlık alanında çalışan kişiler psikolojik, duygusal ve fiziksel stresin etkisi altındadırlar (410). Hekimin yaşadığı stres, hem hekimin işini etkiler, bunun yansımaları hastaları, ayrıca sağlık kuruluşlarını ve sağlık sistemini de etkiler (411). İş doyumunu, kişilerin başarılı, mutlu ve üretken olabilmelerinin önemli gereklerinden biridir. Sürekli özveri gerektiren hekimlik mesleğinde iş doyumunun büyük önemi bulunmaktadır (129). Hekimler, uzmanlıklarını (412, 413) ya da çalışma alanlarını değiştirmeye (412, 414), çalışma saatlerini azaltmaya (412, 414, 415) ve tamamen hasta bakımı işini bırakmaya (412, 413, 415) eğilimli olurlar. Bu nedenle, hekimin yaşadığı iş stresi ve iş doyumunu düzeyleri ve birbirlerine yaptıkları etkiler çok önemlidir. Literatürde, ayrıca hekimin sahip olduğu empatinin, iş doyumunu arttırdığına ve iş stresini azalttığına ilişkin çalışmalar vardır. Bu nedenle çalışmamızda, empati, iş stresi ve iş doyumunu kavramlarının birbirleri ile ilişkilerinin yanı sıra, üçlü ilişkisi de sorgulanmıştır.

Çalışmamıza göre, empati eğilim puanının; iş doyumunu puanı ile pozitif yönde, orta dereceli bir korelasyon gösterdiği bulunmuştur. Literatürdeki çalışmalara göre, hekimin sahip olduğu empati, hekimin iş doyumunu arttırmaktadır. Empati, hekimlik mesleğinde kullanılması önerilen bir iletişim yöntemidir. Penson ve ark.na göre iletişim, başa çıkma ve yönetme becerileri konusunda yeterli olmamak stresi artırıcı bir etkiye sahiptir (416).

Çalışmamıza göre, empati eğilim puanı, iş stres puanı ile anlamlı bir korelasyon göstermemektedir. Ancak, bazı çalışmalara göre, hekimin sahip olduğu empati ile stres azalmaktadır. Bir başka deyişle, stresli sağlık personeli daha az empati gösterirler (417, 418). Nörofizyoloji ile ilgili çalışmalar, “gerilim, stres empatik kapasiteyi azaltır” fikrine destek olmaktadır (313). Korku, baskı, stres, içsel empati cevabı için kendiliğinden ateşlenen nöronların aktivitelerini baskılamaktadır (419-421). Bu nöronlar, “ayna nöronlar (mirror neurons)” olarak adlandırılırlar ve farklı duygusal ve davranışsal cevaplardan sorumludurlar. Özellikle bu nöronlar algılanan bir uyarana cevaben kendiliğinden ateşlenirler ve içsel empati deneyimini oluştururlar (420, 421). Bu nörofizyolojik reaksiyon, Larson and Yao’ya göre empatik

sürecin ilk basamağıdır (422). Diğer araştırmacılara göre; ayna nöronlar ile onların ara uyarılmalar oluşturabilme gücü empatik algılama için gereklidir (419, 420)

Çalışmamızda, iş stresi ile iş doyum puanlarının ters yönde güçlü ilişki gösterdiği bulunmuştur. Çalışmamıza benzer şekilde, yüksek iş stresi ile düşük iş doyumunu saptayan çalışmalar vardır (211, 266, 347, 423, 424).

İşyerinde yaşanan stresin, yapılan işten doyum sağlayamamanın hem nedeni hem sonucu olabileceği öne sürülmektedir (425). Kimi çalışmalara göre, iş stresi, iş doyumunun önemli bir yordayıcısıdır (426, 427). Williams ve ark.'na göre, işte yaşanan doyumsuzluk, iş stresinin sadece yakın dönem sonucudur (114). Kimi çalışmalara göre; iş doyum, hekimi, iş stresine (338) ve iş stresinin olumsuz sonuçlarına karşı koruyucudur (429). Hekimler, çalışma şartları ile doyum yaşarsa, iş stresi ile daha iyi başa çıkabilirler (430). Visser ve ark.'nın çalışmasında, hekimlerde tespit ettikleri göreceli olarak yüksek stres seviyelerine rağmen, hekimler işleri ile bir hayli doyum yaşamaktadırlar (429). Ayrıca İngiltere'de yapılan bir çalışmada, iş stresi ve duygusal tükenme arasındaki ilişki üzerine, iş doyumunun koruyucu etkisi bulunmuştur (339).

İş doyumunu ile iş stresini çalışan çalışmalar mevcuttur (423, 424, 431, 432). Ancak, literatürde empati, iş stresi, iş doyum kavramlarının üçünü bir arada ele alan bir çalışma yoktur. Çalışmamıza göre, düşük iş stresi yaşayan hekim grubunda, empati eğiliminin düşük düzeyden, yüksek düzeye çıkması ile yüksek iş doyumunu yaşayan hekimler %14,2 artmıştır. Ayrıca, öncelikli olarak ele alınması gereken yüksek iş stresi yaşayan hekimlerde ise empati eğilimi düzeyinin artması ile yüksek iş doyumunu yaşayan gruptaki hekim sayısı %36,5 artmıştır. Sonuç olarak; empati düzeyinin hem düşük hem de yüksek iş stresi düzeyine sahip hekimlerde, iş doyumunu üzerinde olumlu bir etkisi olduğu gösterilmiştir. İş stresinin sonuçları üzerinde, bazı kişilik özellikleri, tamponlayıcı bir faktör olarak görülebilir (66). Bu bağlamda, empati, iş stresinin iş doyum üzerindeki etkisini tamponlayabilir. Michie'ye göre, hekimlerin kişisel başa çıkma becerilerinde artış sağlanarak iş stresinin kişi üzerinde oluşturduğu iş doyumsuzluğu ve bunun sonuçları önlenir (63). Empati, iş stresi ile başa çıkabilme yöntemlerinden biri olarak kabul edilebilir. Hekimlerin empati bilgileri ve becerileri artırılarak, iş stresinin hekim üzerinde yarattığı olumsuz etkiler azaltılarak hekimin yaşadığı iş doyumunu bir miktar artırılabilir.

ARAŞTIRMANIN KISITLILIKLARI

Araştırmada ele alınan faktörler, zaman içinde deęiŐime uğrayabilmektedir. Bu nedenle araştırmanın bulguları, uygulandığı zaman dilimi içinde sınırlıdır.

Araştırmada, anket çalışmalarının genel kısıtlılığı olarak, kişilerin yanıtlarına güvenilmiŐtir. Araştırma, Denizli Merkez İlçesi'nde kayıtlı hekimlerden örneklem seçimine dayandığı için tüm hekimlere genellenemez.

Araştırma kesitsel tipte bir çalışma olduğu için, bahsedilen iliŐkilerin nedenselliği hakkında yeterli bilgi vermemektedir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

1. Çalışmamızda kullandığımız ölçeklerin alt ve üst puan sınırları göz önünde bulundurulduğunda, hekimlerin empati ve iş doyumunu düzeyleri yüksek, iş stresi düzeyi ise düşük bulunmuştur.

2. İş doyumunu etkileyen faktörler, empati eğilimi düzeyi, iş stresi düzeyi, meslekte çalışma süresi, çalıştığı kurum ve akademik unvan varlığıdır. Dolayısıyla hekimlerin empati düzeylerini geliştirici ve iş stresi düzeyini azaltıcı yönde önlemler alınması, bu konularda gerekli hizmet içi eğitim ve rehberlik hizmetlerinin planlanması iş doyumunu yönünden yararlı olabilecektir.

3. Bu uygulamaların planlamasında empati düzeyi ve iş stresi yönünden daha riskli olduğunu saptadığımız gruplara öncelik verilmelidir.

4. Çalışmamızın bir diğer sonucuna göre; hekimlerin empati düzeyleri yükseltilebilirse, yüksek iş stresi yaşıyor olsalar bile, daha yüksek düzeyde iş doyumunu sağlanabilir.

5. İş doyumunu üzerinde etkisi olduğu tespit edilen empati ve iş stresi düzeylerine yönelik programların oluşturulması amacıyla bu meslek grubuna yönelik müdahale çalışmalarının yapılması gerekmektedir.

KAYNAKLAR

1. Epner DE, Baile WF. Wooden's pyramid: building a hierarchy of skills for successful communication. *Med Teach* 2011;33:39-43.
2. Halpern J. What is clinical empathy? *J Gen Intern Med* 2003;18:670-4.
3. Hojat M, Gonnella JS, Nasca TJ, Mangione S, Vergare M, Magee M. Physician empathy: definition, components, measurement and relationship to gender and speciality. *Am J Psychiatry* 2002;159(9):1563-9.
4. Hojat M, Mangione S, Nasca TJ, Cohen JM, Gonnella JS, Erdmann JB, et al. The Jefferson scale of empathy: development and preliminary psychometric data. *Educ Psychol Measurement* 2001;61(2):349-65.
5. Türk dil kurumu Bilim ve Sanat Terimleri Ana Sözlüğü internet erişim adresi: (http://tdk.gov.tr/index.php?option=com_bilimsanat&view=bilimsanat&kategoriget=terim&kelimeget=empati&hngget=md) (en son erişim tarihi 15.06.2013)
6. Moscrop A. Empathy: a lost meaning? *West J Med* 2001;175:59-60.
7. Coulehan JL, Platt FW, Egener B, Frankel R, Lin CT, Lown B, Salazar WH. "Let me see if I have this right...": words that help build empathy. *Ann Intern Med* 2001;135(3):221-7.
8. Beckman HB, Markakis KM, Suchman AL, Frankel RM. The doctor-patient relationship and malpractice: lessons from plaintiff depositions. *Arch Intern Med* 1994;154:1365-70.
9. Levinson W, Roter DL, Mullooly JP, Dull VT, Frankel RM. The relationship with malpractice claims among primary care physicians and surgeons. *JAMA* 1997;277:553-9.
10. Roter D, Hall J, Merisca R, Nordstrom B, Cretin D, Svarstad B. Effectiveness of interventions to improve patient compliance: a meta-analysis. *Med Care* 1997;36:1138-61.
11. Rietveld S, Prins P. The relationship between negative emotions and acute subjective and objective symptoms of childhood asthma. *Psychol Med* 1998;28:407-15.
12. Frasure-Smith N, Lesperance F, Talajie M. The impact of negative emotions on prognosis following myocardial infarction: is it more than depression? *Health Psychol* 1995;14:388-98.
13. Butow P, Maclean M, Dunn S, Tattersall M, Boyer M. The dynamics of change: cancer patients' preferences for information, involvement and support. *Ann Oncol* 1997;8:857-63.
14. Gurgis A, Sanson-Fisher R. Breaking bad news: consensus guidelines for medical practitioners. *J Clin Oncol* 1995;13:2449-56.
15. Hojat M, Gonnella JS, Mangione S, et al. Empathy in medical students as related to clinical competence, gender and academic performance. *Med Educ* 2002;36:522-7.
16. Di Blasi Z, Kleijnen J. Context effects: powerful therapies or methodological bias? *Eval Health Prof* 2003;26:166-179.
17. Kim SS, Kaplowitz S, Johnston MV. The effects of physician empathy on patient satisfaction and compliance. *Eval Health Prof* 2004;27:237-51.
18. Mangione S, Kane GC, Caruso JW, Gonnella JS, Nasca TJ, Hojat M. Assessment of empathy in different years of internal medicine training. *Med Teach* 2002;24:370-3.

19. Roter D, Steward S, Putnam N, Lipkin M. Communication patterns of primary care physicians. *JAMA* 1997;277:350-6.
20. Rousseau P. Empathy. *Am J Hosp Palliat Care* 2008;25(4):261-2.
21. Neumann M, Bensing J, Mercer S, Ernstmann N, Ommen O, Pfaff H. Analyzing the “nature” and “specific effectiveness” of clinical empathy: a theoretical overview and contribution towards a theory-based research agenda. *Patient Educ Couns* 2009;74:339-46.
22. Buckman R, Tulsy JA, Rodin G. Empathic responses in clinical practice: Intuition or tuition? *CMAJ* 2011;22;183-5.
23. Hojat M, Mangione S, Nasca TJ, Rattner S, Erdmann JB, Gonnella JS, Magee M. An empirical study of the decline in empathy in medical school. *Med Educ* 2004;38:934-41.
24. Greenberg LW, Ochenschlanger D, O'Donnell R, Mastruserio J, Cohen GJ. Communicating bad news: a pediatric department's evaluation of a simulated intervention. *Pediatrics* 1999;103:1210-7.
25. Baile WF, Buckman R, Lenzi R, Glober G, Beale EA, Kundelka AP. SPIKES-a six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. *Oncologist* 2000;5:302-11.
26. Clark PA. What residents are not learning: observations in an NICU. *Acad Med* 2001;76:419-24.
27. Stress at work. U.S. department of health and human services. Public health service. Centers for disease control and prevention. National institute for occupational safety and health. <http://www.cdc.gov/niosh/docs/99-101/pdfs/99-101.pdf>
28. Antoniou ASG, Davidson MJ and Cooper CL. Occupational stress, job satisfaction and health state in male and female junior hospital doctors in Greece. *Journal of Managerial Psychology* 2003;18(6):592-621.
29. Kunaviktikul W, Nuntasupawat R, Srisuphan W, Booth RZ. Relationships among conflict, conflict management, job satisfaction, intent to stay, an turnover of professional nurses in Thailand. *Nurs Health Sci* 2000;2:9-16.
30. Marine A, Ruotsalainen JH, Serra C, Verbeek JH. Preventing occupational stress in healthcare workers. *Cochrane Database Syst Rev* 2006;18;(4):CD002892.
31. Weinberg A, Creed F. Stress and psychiatric disorder in healthcare professionals and hospital staff. *Lancet* 2000;355(9203):533-7.
32. Frank E, McMurray JE, Linzer M, Elon L. Career satisfaction of US women physicians: results from the women physicians' health study. *Arch Intern Med* 1999;159(13):1417-26.
33. Bruce R, OcAfee PJ, Champagne, Organizational Behaviour, A. Manager's View , St.Poul , West Publishing Company,1987.
34. Mrayyan MT. Nurse job satisfaction and retention: comparing public to private hospitals in Jordan. *J Nurs Manag* 2005;13:40-50.
35. Ünsal P, Türetgen İ. Bir iş doyumunu ölççeği geliştirme çalışması. *Yönetim/ İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi İşletme İktisadi Enstitüsü Dergisi*. 2005;16(51):43-55.

36. Ergin C. Bir İş doyumu ölçümü olarak iş betimlemesi ölçeği: uyarlama, geçerlik ve güvenilirlik çalışması. Turk J Psychol 1997;12(39):25-36.
37. Çelen Ü, Piyal B, Karaodul G. Ankara onkoloji hastanesinde çalışanların iş doyumu. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi 2004;7(3):295-318.
38. Aksu G, Acuner A, Tabak R. Sağlık Bakanlığı merkez ve taşra teşkilatı yöneticilerinin iş doyumuna yönelik bir araştırma (Ankara Örneği). Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası 2002;55(4):271-281.
39. Hills D, Joyce C, Humphrey J. Validation of a job satisfaction scale in the Australian clinical medical workforce. Eval Health Prof 2012;35(1):47-76.
40. Teke K, Cengiz E, Demir C. Hekimlerin empatik özelliklerinin ölçümü ve bu ölçümlerin demografik değişkenlere göre değişimi. Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi 2010;19:505-16.
41. Williams ES, Konrad TR, Linzer M, McMurray J, Pathman DE, Gerrity M, et al. Physician, practice, and patient characteristics related to primary care physician physical and mental health: results from the physician worklife study. Health Services Research 2002;37(1):121-43.
42. Gülseren Ş. Eşduyum (Empati): Tanımı ve kullanımı üzerine bir gözden geçirme. Turk Psikiyatri Derg 2001;12(2):133-45.
43. Sharma RM. Empathy: a retrospective on its development in psychotherapy. Australian and New Zeland Journal Of Psychotherapy 1992;26:377-390.
44. Barrett-Lennard GT. The empathy cycle: refinement of a nuclear concept. J Couns Psychol 1981;28:91-100.
45. Wispe L. The distinction between sympathy and empathy: to call forth a concept, a word is needed. J Pers Soc Psychol 1986;50(2):314-321.
46. Dökmen Ü. Sanatta ve günlük yaşamda iletişim çatışmaları ve empati, İstanbul, 2008.
47. Iannotti RJ. The nature and measurement of empathy in children. Couns Psychol 1975;5:21-5.
48. Hickson J. Psychological research on empathy: In search of an elusive phenomenon. Psychological Report 1985;57:91-4.
49. Dökmen Ü. Empatinin yeni bir modele dayanılarak ölçülmesi ve psikodrama ile geliştirilmesi. Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi, 1988b;21(1-2):155-90.
50. Rogers CR. Empatik olmak değeri anlaşılamamış bir varoluş şeklidir. Çev.F.Akkoyun, Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi, 1983;16:103-24.
51. Brems C. Dimensionality of empathy and its correlates. J Psychol 1988;123(4):329-37.
52. Eisenberg N, Miller PA. Empathy and prosocial behaviour. Psychol Bull 1987;101:91-119.
53. Chakrabarti B, Baron-Cohen S. Empathizing: neurocognitive developmental mechanisms and individual differences. Progress Brain Res 2006;156:403-417.
54. Davis MH. Measuring individual differences in empathy: evidence for a multidimensional approach. J Pers Soc Psychol 1983;44:113-26.

55. Baron-Cohen S, Wheelwright S. The empathy quotient: an investigation of adults with Asperger syndrome or high functioning Autism and normal sex differences. *J Autism Dev Disord* 2004;34:163-75.
56. Bora E, Baysan L. Empati ölçeği-Türkçe formunun üniversite öğrencilerinde psikometrik özellikleri. *Klin Psikofarmakol Bul* 2009,19(1):39-47.
57. Jackson E. Behavior in groups as a predictor of internal empathy and communicated empathy. *Soc Work Groups* 1987;10(1):3-16.
58. Dökmen Ü. Duygusal yüz ifadelerinin iki boyut üzerindeki dağılımı. *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi* 1987b;19:303-19.
59. Basch MF. Empathic understanding: a review of the concept and some theoretical considerations. *J Am Psychoanal Assoc.* 1983;31:101-26.
60. Barrett-Lennard GT. The phases and focus of empathy. *Br J Med Psychol* 1993;66:3-14.
61. Miller IJ. The therapeutic empathic communication (TEC) process. *American Journal of Psychotherapy.* 1989;43(4):531-45.
62. Eşsizoglu A, Işıklı B, Güleç G, Aksaray G, Yenilmez Ç, Kırel AÇ, Yenilmez Ç (ed.). Çatışma ve stres yönetimi-II T.C. Anadolu Üniversitesi yayını no: 2758 Açıköğretim fakültesi yayını no: 1716, 2013.
63. Michie S. Causes and management of stres at work. *Occup Environ Med* 2002;59:67-72.
64. Türk Dil Kurumu güncel Türkçe sözlük internet erişim adresi: http://tdk.gov.tr/index.php?option=com_gts&arama=gts&guid=TDK.GTS.524002c2451c45.02990715 (en son erişim tarihi 15.03.2013)
65. Türk Dil Kurumu bilim ve sanat terimleri sözlüğü internet erişim adresi: http://tdk.gov.tr/index.php?option=com_bilimsanat&view=bilimsanat&kategoriget=terim&keli meget=stres&hngget=md (en son erişim tarihi: 15.03.13)
66. Györkös C, Becker J, Massoudi K, de Bruin GP, Rossier J. The impact of personality and culture on the job demands-control model of job stress. *Swiss Journal of Psychology* 2012;71(1):21-8.
67. Tuğrul-Daş C. Stres ve depresyon. *Psikiyatri Dünyası* 2000;4(1):12-17.
68. Oliver JE, Mansell A, Jose PE. A longitudinal study of the role of negative affectivity on the work stressor-strain process. *Int J Stress Manag* 2010;17(1):56-77.
69. Şahin NH. Stres nedir? Ne değildir? Nesrin Hisli Şahin (ed.) Stresle başa çıkma: olumlu bir yaklaşım (3.basım) Ankara Türk Psikologlar Derneği Yayınları 1998.
70. Goldberger L, Breznitz S. *Handbook of Stress Theoretical and Clinical Aspects.* NewYork: A Division of McMillan Inc.1982.
71. Rice PL. *Stress and health* (3rd edition). New york: Brooks/ Coole Publishing Company.
72. Taylor SE. *Health Psychology.* New York: McGraw-Hill.1995.
73. Dinçel E. Stresin psikofizyolojisi ve strese bağlı bedensel hastalıklar. *Türk Psikoloji Bülteni* 2004;34:56-84

74. Mark GM, Smith AP. Stress models: a review and suggested new direction. In: Houdmont J, Leka S. eds. *Occupational Health Psychology, European Perspectives On Research, Education and Practice*, Nottingham: Nottingham University Press, 2008;3:111-44. http://psych.cf.ac.uk/home2/smith/Mark_and_Smith_Typeset.pdf.
75. Dunnagan T, Peterson M, Haynes G. Mental health issues in the workplace: a case for a new managerial approach. *J Occup Environ Med* 2001;43(12):1073-80.
76. Van der Doef M, Maes S. The job demand-control(-support) model and psychological well-being: a review of 20 years of empirical research. *Work Stress* 1999;13(2):87-114.
77. Truelsen T, Nielsen N, Boysen G, Grønbaek M. Self-reported stress and risk of stroke: The Copenhagen city heart study. *Stroke* 2003;34:856-62.
78. Mein G, Martikainen P, Stansfeld SA, Brunner EJ, Fuhrer R, Marmot M. Predictors of early retirement in British civil servants. *Age Ageing* 2000;29:529-36.
79. Landsbergis PA. The changing organization of work and the safety and health of working people: A commentary. *J Occup Environ Med* 2003;45:61-72.
80. Vegchel N, Jonge J, Bosma H, Schaufeli W. Reviewing the effort-reward imbalance model: drawing up the balance of 45 empirical studies. *Soc Sci Med* 2005;60:1117-31.
81. Karasek R. Job demands, job decision latitude and mental strain: implications for job redesign, *Adm Sci Q* 1979;24:285-308.
82. Tansey TN, Mizelle N, Ferrin JM, Tschopp MK, Frain M. Work-related stress and the demand-control-support framework: implications for the P x E fit model. *J Rehabil* 2004;70(3):34-41.
83. Karasek RA, Theorell T. *Healthy work: Stress, productivity, and the reconstruction of working life*. New York, NY: Basic Books, Inc. 1990.
84. Kompier M, Levi L. *Stress at work: Causes, effects, and prevention*. Ireland: Luxembourg. 1993.
85. Beehr TA. *Psychological stress in the workplace*. New York, NY: Rutledge. 1995.
86. Koslowsky M. *Modeling the stress-strain relationship in work settings*. New York, NY: Rutledge. 1998.
87. Steil JM, Hay JL. Social comparison in the workplace: A study of 60 dual-career couples. *Pers Soc Psychol Bull* 1997;23:427-38.
88. Cox EP. Empowerment of the low income elderly through group work. *Soc Work Groups* 1988;11:111-25.
89. Lazarus RS. *Stress and emotion: A new synthesis*. New York, NY: Springer Publishing Company, Inc. 1999.
90. Gruen RJ, Folkman S, Lazarus RS. Centrality and individual differences in the meaning of daily hassles. *J Pers* 1988;56:743-62.
91. Johnson JV, Hall EM. Job strain, work place social support, and cardiovascular disease: a cross-sectional study of a random sample of the Swedish working population. *Am J Public Health* 1998;78:1336-42.

92. Leather P, Lawrence C, Beale D, Cox T, Dickson R. Exposure to occupational violence and the buffering effects of intra-organizational support. *Work Stress* 1998;12:161-78.
93. Storey K, Certo NJ. Natural supports for increasing integration in the workplace for people with disabilities: a review of the literature and guidelines for implementation. *Rehabil Couns Bull* 1996;40:62-76.
94. Li J, Yang W, Cho S. Gender differences in job strain, effort-reward imbalance, and health functioning among Chinese physicians. *Soc Sci Med* 2006;62:1066-77.
95. Schalock RL, McGaughey MJ, Kienan WE. Placement into nonsheltered employment: findings from national employment surveys. *Am J Ment Retard* 1989;94:80-7.
96. DeFrank RS, Ivancevich JM. Stress on the job: an executive update. *Academy of Management Executive*. 1998;12(3):55-66.
97. Grant S, Langan-Fox J. Personality and the occupational stressor-strain relationship: the role of the Big Five. *J Occup Health Psychol* 2007;12:20-33.
98. Briner RB. Absence from work. *Br Med J* 1996;313:874-7.
99. Liu C, Spector PE, Shi L. Cross-national job stress: a quantitative and qualitative study. *J Organ Behav* 2007;28:209-39.
100. In Plakhotnik MS, Nielsen SM, Pane DM. (Eds.), *Proceedings of the Tenth Annual College of Education & GSN Research Conference* pp. 9-16. Miami: Florida International University (http://coeweb.fiu.edu/research_conference/).
101. Sun J, Wang S, Zhang J, Li W. Assessing the cumulative effects: the association between job stress and allostatic load in a large sample of Chinese employees. *Work Stress* 2007;21(4):333-47.
102. Agardh EE, Ahlom A, Anderson T, Efendic S, Grill V, Hallqvist J, et al. Work stress and low sense of coherence is associated with type 2 diabetes in middle-aged Swedish women. *Diabetes Care*, 2003;26(3):719-724.
103. Blackmore ER, Stansfeld SA, Weller I, Munce S, Zagorski BM, Stewart DE. Major depressive episodes and work stress: Results from a national population study. *American Journal of Public Health*, 2007;97(11):2088-93.
104. Aboa-Eboule C, Brisson C, Maunsell E, Masse B, Bourbonnais R, Vezina M, et al. Job strain and risk of acute recurrent coronary heart disease events. *JAMA* 2007;298(14):1652-60.
105. Schnall PL, Pieper C, Schwartz JE, Karasek R, Schlusser Y, Devereux RB, Pickering TG. The relationship between job strain workplace diastolic blood pressure and left ventricular mass index. *JAMA* 1990;263(14):1929-35.
106. Firth-Cozens J. Individual and organizational predictors of depression in general practitioners. *Br J Gen Pract* 1998;48:1647-51.
107. Tyssen R, Vaglum P, Gronvold NT, Ekeberg O. The relative importance of individual and organizational factors for the prevention of job stress during internship: a nationwide and prospective study. *Med Teach* 2005;27:726-31.

- 108.Lee FJ, Brown JB, Stewart M. Exploring family physician stress: helpful strategies. *Can Fam Physician* 2009;55:288–9.
- 109.Benbassat J, Baupal R, Chan S, Nirel N. Sources of distress during medical training and clinical practice: Suggestions for reducing their impact. *Med Teach* 2011;33(6):486-90.
- 110.Coomber S, Todd C, Park G, Baxter P, Firth-Cozens J, Shore S. Stress in UK intensive care unit physicians. *Br J Anaesth* 2002;89:873–81.
- 111.Sharma A, Sharp DM, Walker LG, Monson JR. Stress and burnout among colorectal surgeons and colorectal nurse specialists working in the National Health Service. *Colorectal Dis* 2008;10:397–406.
- 112.Kuhn G, Goldberg R, Compton S. Tolerance for uncertainty, burnout, and satisfaction with the career of emergency medicine. *Ann Emerg Med* 2009;54:106-13.
- 113.Bressi C, Manenti S, Porcellana M, Cevalles D, Farina L, Felicioni I, Meloni G, et al. Haemato-oncology and burnout: an Italian survey. *Br J Cancer* 2008;98:1046–52.
- 114.Williams ES, Skinner AC. Outcomes of physician job satisfaction: a narrative review, implications, and directions for future research. *Health Care Manage Rev* 2003;28(2):119-39.
- 115.Sutherland VJ, Cooper CL. Identifying distress among general practitioners: predictors of psychological ill-health and job dissatisfaction. *Soc Sci Med* 1993;37:575–81.
- 116.Stoddard JJ, Hargraves JL, Reed M, Vratil A. Managed care, professional autonomy, and income: effects on physician career satisfaction. *J Gen Intern Med* 2001;16:675-84.
- 117.Shirom A, Nirel N, Vinokur AD. Overload, autonomy, and burnout as predictors of physicians' quality of care. *J Occup Health Psychol* 2006;11:328-42.
- 118.McNearney TA, Hunnicutt SE, Maganti R, Rice J. What factors relate to job satisfaction among rheumatologists? *J Clin Rheumatol* 2008;14:133-7.;
- 119.Pillay R. Work satisfaction of medical physicians in the South African private health sector. *J Health Organ Manag* 2008;22:254-68.
- 120.Aşık-Akşit N. Çalışanların iş doyumunu etkileyen bireysel ve örgütsel faktörler ile sonuçlarına ilişkin kavramsal bir değerlendirme. *Türk İdare Dergisi* 2010;467:31-51.
- 121.Sencan N, Yegenoglu S, Aydınhan B. Sağlık çalışanları ve eczacılar üzerinde yapılan iş doyumunu ve örgütsel bağlılık araştırmaları. *Marmara Pharmaceutical Journal* 2013;17(2):104-12.
- 122.Türk Dil Kurumu güncel Türkçe sözlük internet erişim adresi: http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_gts&arama=gts&guid=TDK.GTS.51a45bf1af93e4.31053899 (en son erişim tarihi: 15.03.13).
- 123.Örücü E, Yumuşak S, Bozkır Y. Kalite yönetimi çerçevesinde bankalarda çalışan personelin iş tatmini ve iş tatminini etkileyen faktörlerin incelenmesine yönelik bir araştırma. *Celal Bayar Üniversitesi Yönetim ve Ekonomi Dergisi* 2006;13:39-51.
- 124.Yapraklı Ş, Yılmaz MK. Çalışanların iş stresi algılarının iş tatminleri üzerindeki etkisi: Erzurum'da ilaç mümessilleri üzerinde bir saha araştırması, Atatürk Üniversitesi İ.İ.B.F Dergisi 2007;21:155-83.

125. Rosvold E, Bjertness E. Physicians who do not take sick leave: hazardous heroes?. *Scand J Public Health* 2001;29:71-5.
126. Westert G, Schellevis F, Bakker D. Monitoring health inequalities through general practice: the second dutch national survey of general practice. *Eur J Public Health* 2005;1:59-65.
127. Bodur S. Job satisfaction of health care staff employed at health centres in Turkey. *Occup Med* 2002;52(6):353-5.
128. Karlıdağ R, Ünal S, Yoloğlu S. Hekimlerde iş doyum ve tükenmişlik düzeyi. *Türk Psikiyatri Derg* 2000;11(1):49-57.
129. Musal B, Elçi Ö, Ergin S. Uzman hekimlerde mesleki doyum. *Toplum ve Hekim*. 1995;10(68):2-7.
130. Gedik T, Akyüz KC, Batu C. Orman endüstri işletmelerinde yönetici iş tatmin düzeyinin belirlenmesi (Düzce ili örneği)", *Kastamonu Üniversitesi Orman Fakültesi Dergisi*, 2009;9(1):1-11.
131. Çetinkan C. Örgütlerde Güdülenme ve İş Doyumu, Anı Yayıncılık, Ankara. 2000.
132. Demireli C, Munzur Ç. Personelin çatışma yönetimi algıları ve iş doyum düzeylerinin incelenmesi: Mersin gençlik hizmetleri ve spor il müdürlüğü örneği. *Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi* 2012;34:295-309.
133. Gül H, Oktay E, Gökçe H. İş tatmini, stres, örgütsel bağlılık, işten ayrılma niyeti ve performans arasındaki ilişkiler: sağlık sektöründe bir uygulama *Akademik Bakış* 2008;15:1-11.
134. Tözün M, Çulhacı A, Ünsal A. Aile hekimliği sisteminde birinci basamak sağlık kurumlarında çalışan hekimlerin iş doyum (Eskişehir). *TAF Prev Med Bull* 2008;7(5):377-84.
135. Batıgün A, Şahin N. İş stresi ve sağlık psikolojisi araştırmaları için iki ölçek: A-tipi kişilik ve iş doyum. *Türk Psikiyatri Derg* 2006;17(1):32-45.
136. Bovier P, Perneger T. Predictors of work satisfaction among physicians. *Eur J Public Health* 2003;13:299-305.
137. Bodur S, Güler S. Sağlık yöneticilerinde iş doyum. *Genel Tıp Dergisi*. 1997; 7(1): 12-14.
138. Ardıç K, Baş T. Kamu ve vakıf üniversitelerindeki akademik personelin iş tatmin düzeyinin karşılaştırılması. <http://www.ikademi.com/orgutsel-davranis/1592-kamu-ve-vakif-universitelerindeki-akademik-personelintatmin-duzeyi.html>.
139. Pınar İ. İş tatmini oluşturan boyutların toplam tatmin üzerindeki etkilerinin doğrulayıcı faktör analizi ile incelenmesi üzerine Türk işletmelerinde bir araştırma. *İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi Dergisi*, 2008;37:151-66.
140. Barutçugil İ. Stratejik İnsan Kaynakları Yönetimi, Kariyer Yayıncılık, İstanbul. 2004.
141. Samad S. Predicting turnover intentions: the case of Malaysian government doctors. *The Journal of American Academy of Business* 2006;8(2):113-9.
142. Bayrak-Kök S. İş tatmini ve örgütsel bağlılığın incelenmesine yönelik bir araştırma. *İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi* 2006;20(1):291-317.
143. Sayyan S. İşletmelerde Verimlilik ve Verimlilik Artırılmasına İlişkin Bir Uygulama, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul; 1990.

- 144.Vroom VH. Work And Motivation, John Wiley and Sons Inc.1967
- 145.Weiss HM. Deconstructing job satisfaction seperating evaluations, beliefs and affective experiences. Human Resource Management Review 2002;12:173-94.
- 146.Odom RY, Boxx WR, Dunn MG. Organizational cultures, commitment, satisfaction and cohesion. Public Productivity and Management Review 2000;14(2):157-68.
- 147.Oshagbemi T. Is length of service related to the level of job satisfaction?. Int J Soc Econ 2000;27(3):213–26.
- 148.Duyan EC. Çalışma yaşamında yoga: iş tatmini ve stres yönetiminde etkileri üzerine bir araştırma, Yüksek Lisans Tezi, Bursa, Uludağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2008.
- 149.Saylan T. Çalışanların iş tatminini etkileyen faktörlerin belirlenmesine yönelik bir alan araştırması. Yüksek lisans tezi, Ankara, Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı, 2008.
- 150.Blenegen MA. Nurses’ job satisfaction: a meta-analysis of related variables. Nurs Res 1993;42(1):36-41.
- 151.Newstron JW, Davis K. Organizational Behavior, Tenth Edition Mcgraw-Hill. 1997.
- 152.Tull A. Synergistic supervision, job satisfaction, and intention to turnover of new professionals in student affairs, J Coll Stud Dev, 2006;47(4):465-480.
- 153.Başaran İE. Örgütsel Davranış, Gül Yayınevi, Ankara. 1998.
- 154.Vecchio RP. Organizational Behavior, The Dreyden Pres, Orlando. 1988.
- 155.Tengilimoğlu D, Yiğit A. Hastanelerde liderlik davranışlarının personel iş doyumuna etkisini belirlemeye yönelik bir alan çalışması. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi 2005;8(5):380-400.
- 156.Sevimli F, İşcan ÖF. Bireysel ve iş ortamına ait etkenler açısından iş doyumunu. Ege Akademik Bakış Dergisi 2005;5(1):59-64.
- 157.Judge TA, Locke EA. Effect of dysfunctional thought processes of subjective well-being and job satisfaction. J Appl Psychol 1993;78(3):475-90.
- 158.Iverson RD, Maguire C. The relationship between job and life satisfaction. Human Relations 2000;53(6):807-11.
- 159.Miner JB. Industrial-Organizational Psychology, Mcgraw-Hill Inc. Singapore. 1992.
- 160.Currivan DB. The Causal order of job satisfaction and organizational commitment in models of employee. Human Resource Management Review 1999;9(4):495-524.
- 161.Akıncı Z. Turizm sektöründe işgören iş tatminini etkileyen faktörler: beş yıldızlı konaklama işletmelerinde bir uygulama. Akdeniz İ.İ.B.F. Dergisi, 2002;4:2-25.
- 162.Durak İ, Serinkan C. Hemşirelerde iş tatmini: Denizli devlet hastanesi yoğun bakım ünitelerinde bir araştırma. Karaman İİBF Dergisi 2007;13:122-35.
- 163.Yavuzylmaz A, Topbaş M, Çan E, Çan G, Özgün Ş. Trabzon il merkezindeki sağlık ocakları çalışanlarında tükenmişlik sendromu ile iş doyumunu düzeyleri ve ilişkili faktörler. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni. 2007;6(1):41-50.
- 164.Özaltın H, Kaya S, Demir C, Özer M. Türk Silahlı Kuvvetlerinde görev yapan muvazzaf tabiplerinin iş doyum düzeylerinin değerlendirilmesi. Gülhane Tıp Dergisi 2002;44(4):423–7.

- 165.Sünter AT, Canbaz S, Dabak Ş, Öz H, Peşken Y. Pratisyen hekimlerde tükenmişlik, işe bağlı gerginlik ve iş doyumunu düzeyleri. Genel Tıp Derg. 2006;16(1):9-14.
- 166.Davis K. İşletmede İnsan Davranışı-Örgütsel Davranış, Çev.Kemal Tosun, İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi Yayını. İstanbul. 1988.
- 167.Yüksel İ. Hekimlerin iş güçlüğüne oluşturan değişkenlerin iş doyumunu, iş gerilimi ve örgütsel bağlılık üzerindeki etkisinin analizi. Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi. 2003;13(1):261-72.
- 168.Çetinkanat C. İş doyumunu ve tükenmişlik. Eğitim Araştırmaları 2002;9:186-193.
- 169.Özyurt A. İstanbul hekimlerinin iş doyumunu ve tükenmişlik düzeyleri. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, 2003.
- 170.Toker B. Motivasyonda kullanılan özendirme araçlarının iş doyumuna etkileri: beş ve dört yıldızlı otel işletmelerinde bir uygulama, Ege Akademik Bakış Dergisi 2008;8:69-91.
- 171.Özdayı N. Resmi ve Özel Liselerde Çalışan Öğretmenlerin İş Tatmini ve İş Streslerinin Karşılaştırmalı Analizi. Doktora Tezi, İstanbul, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 1990.
- 172.Onaran O. Çalışma Yaşamında Güdülenme Kuramları, Ankara Üniversitesi, Siyasal Bilgiler Fakültesi Yayınları (No: 470), Sevinç Matbaası, Ankara. 1981.
- 173.Koçel T. İşletme Yöneticiliği, 6.Baskı, İstanbul, Beta Yayın, 1998.
- 174.Tosi HL, Mero NP. The Fundamentals of Organizational Behaviour, U.K., Blackwell Publishing, 2003.
- 175.Yalçınkaya-Akyüz M. Okul öncesi Eğitim Kurumlarında Örgüt İklimi ve İşdoyumunu Kuram ve Uygulama, Ege Üniversitesi Eğitim Fakültesi Yayınları, No:2, İzmir. 2000
- 176.Smith PJ, Drake IJ. Sanayi Bilimlerinde Davranış, (Çeviren: Kemal Tosun vd.), İstanbul Üniversitesi Yayınları, No:2459, İstanbul. 1981.
- 177.Çakmur H. İş doyumunu kavramı ve değerlendirilmesi geliştirilmiş iş betimlemesi ölçeği. TAF Prev Med Bull 2011;10(6):759-64.
- 178.Aktay DD. İş tatmini ve örgütsel bağlılık arasındaki ilişki ve askeri hastanede bir uygulama. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Hastane ve Sağlık Kuruluşlarında Yönetim Bilim Dalı, 2010.
- 179.Minor-Evans L, Lamberton LH. Working with People: A Human Relation Guide, U.S.A. Irwin Inc. Press, 1997.
- 180.Özyurt A, Hayran O, Sur H. Predictors of burnout and job satisfaction among Turkish Physicians. Q J Med. 2006;99:161-9.
- 181.Steers RM. Motivation And Leadership, Sixth Edition, New York McGraw Hill Book Company, 1996.
- 182.Ergenç A. İş Doyumunun Belirleyicileri olarak Beklenti-Algılama Tutarsızlığı ve Çalışma Değerleri, Eskişehir, Yönetim Psikolojisi II, Türkiye ve Orta Doğu Amme İdaresi Enstitüsü Yayınları No:201, 1981

- 183.Şimşek MŞ, Akgemci T, Çelik A. Davranış Bilimlerine Giriş ve Örgütlerde Davranış, Adım Matbaacılık, Konya. 2005.
- 184.Bennett R. Organizational Behavior, Second Edition, M&E Handbook Series, London, Pitman Publishing,1994.
- 185.Kurt T. Herzberg'in çift faktörlü güdüleme kuramının öğretmenlerin motivasyonu açısından çözümlenmesi. Gazi Eğitim Fakültesi Dergisi, 2005;25(1):285-99.
- 186.Greenberg J, Robert AB. Behavior in Organizations Understanding & Managing the Human Side of Work, Fifth Edition. New Jersey, Prentice-Hall International Inc. , Englewood Cliffs, 1995.
- 187.Herzberg F. One More Time; How Do You Motivate Employees?, London, The McMillan Pres Ltd., 1976.
- 188.Can H. Organizasyon ve Yönetim, Siyasal Kitapevi, Ankara. 1999.
- 189.Efil İ. İşletmelerde Yönetim ve Organizasyon, Genişletilmiş ve Gözden Geçirilmiş 6. Baskı, Alfa Basım, Ankara. 1999.
- 190.Silah M. Endüstride Çalışma Psikolojisi, 2. Baskı, Seçkin Yayıncılık, Ankara 2005.
- 191.Can H, Akgün A ve Kavuncu Ş; Kamu ve Özel Kesimde Personel Yönetimi, Ankara, 2.Basım, Siyasal Kitapevi, 1991.
- 192.Eren E. Yönetim ve Organizasyon, Beta Basım İstanbul. 1993.
- 193.http://www.tayfuntopaloglu.com/pdf/tayfun_topaloglu_motivasyonda_kapsam_kuramlari.pdf.
- 194.Durmaz M. Kişilerarası İletişim ve Motivasyon, Ege Üniversitesi, İletişim Fakültesi Yayınları No:17, Ege Üniversitesi Basım Evi, İzmir. 2004.
- 195.Özkalp E, Kirel Ç. Örgütsel Davranış, Anadolu Üniversitesi, Eğitim, Sağlık ve Bilimsel Araştırma Çalışmaları Vakfı, Yayın No:149, Eskişehir. 2001.
- 196.Balcı A. Eğitim Yöneticisinin İş Doyumu. Doktora Tezi, Ankara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara. 1985.
- 197.Certo SC. Modern Management; Quality, Ethics, and the Global Environment, Fifth Edition, Boston, Allyn and Bacon, 1992.
- 198.Schermerhorn JR., Hunt JG, Osborn RN.; Managing Organization Behavior, Fifth Edition, New York, John Willey & Sons, Inc., 1994.
- 199.Baykal B. Motivasyon Kavramına Genel Bir Bakış, İstanbul, İstanbul Üniversitesi İktisat Fakültesi Yayın No:428, 1978.
- 200.Dikmen AA. İş doyumu ve yaşam doyumu ilişkisi. www.acikarsiv.ankara.edu.tr/browse/2789/3608.pdf.
- 201.Lawler EE. III and Lyman P. The Effect of Performance on Job Satisfaction, New York, Industrial Relations, 1966.
- 202.Daft RL. Principles of Management, 4. Ed., The Dryden Press. 1997.
- 203.Ergenç, Alev; "İş Doyumunun Belirleyicileri olarak Beklenti-Algılama Tutarsızlığı ve Çalışma Değerleri", Turgay Ergun, Eskişehir, Yönetim Psikolojisi II, Türkiye ve Orta Doğu Amme İdaresi Enstitüsü Yayınları, No:201, 1981.

- 204.Toker, B. Demografik değişkenlerin iş tatminine etkileri: izmir'deki beş ve dört yıldızlı otellere yönelik bir uygulama. Doğuş Üniversitesi Dergisi, 2007;8(1):95-6.
- 205.Kaşlı M. İş özellikleri modelinin otel işletmelerinde uygulanabilirliğine yönelik bir araştırma, Doğuş Üniversitesi Dergisi, 2007;8(2):159-74.
- 206.Bogue RJ, Guarneri JG, Reed M, Bradley K, Hughes J.Secrets of physician satisfaction. Study identifies pressure points and reveals life practices of highly satisfied doctors. Physician Exec 2006;32(6):30-9.
- 207.Mawardi BH. satisfactions, dissatisfactions, and causes of stress in medical practice. JAMA 1979;241:1483-6.
- 208.Linzer M, Manwell LB, Williams ES, Bobula JA, Brown RL, Varkey AB, et al. Working conditions in primary care: physician reactions and care quality. Ann Intern Med 2009;151:28-36.
- 209.Janus K, Amelung VE, Baker LC, Gaitanides M, Schwartz FW, Rundall TG. Job satisfaction and motivation among physicians in academic medical centers: insights from a cross-national study. J Health Polit Policy Law 2008;33:1133-67.
- 210.Pratt WR. Physician career satisfaction: examining perspectives of the working environment. Hosp Top 2010;88:43-52.
- 211.Cooper CL, Rout U, Faragheb R. Mental health, job satisfaction, and job stress among general practitioners. BMJ 1989;298:366-70.
- 212.Katerndahl D, Parchman M, Wood R. Perceived complexity of care, perceived autonomy, and career satisfaction among primary care physicians. J Am Board Fam Pract 2009;22:24-33.
- 213.McGlone SJ, Chenoweth IG. Job demands and control as predictors of occupational satisfaction in general practice. Med J Aust 2001;175:88-91.
- 214.Zuger A. Dissatisfaction with medical practice. N Engl J Med 2004;350:69-75.
- 215.Mechanic D. Physician discontent. Challenges and opportunities. JAMA 2003;290:941-6.
- 216.Linzer M, Visser MR, Oort FJ, et al. Predicting and preventing physician burnout: results from the United States and Netherlands. Am J Med. 2001;111(2):170-5.
- 217.Keeton K, Fenner DE, Johnson TRB, Hayward RA. Predictors of physician career satisfaction, work-life balance, and burnout. Obstet Gynecol. 2007;109(4):949-55.
- 218.Haas JS, Cook EF, Puopolo AL, et al. Is the professional satisfaction of general internists associated with patient satisfaction? J Gen Intern Med 2000;15:122-8.
- 219.Linzer M, Konrad TR, Douglas J, et al. Managed care, time pressure, and physician job satisfaction: results from the physician worklife study. J Gen Intern Med. 2000;15(7):441-50.
- 220.Sibbald B, Bojke C, Gravelle H. National survey of job satisfaction and retirement intentions among general practitioners in England. BMJ 2003;326 (7379):22-25.
- 221.Pathman DE, Konrad TR, Williams ES, Scheckler WE, Linzer M, Douglas J. Physician job satisfaction, dissatisfaction, and turnover. SGIM career satisfaction study group. J Fam Pract 2002;51(7):593-3.

222. Buchbinder SB, Wilson M, Melick CF, Powe NR. Primary care physician job satisfaction and turnover. *Am J Manag Care*. 2001;7(7):701-713
223. Perneger TV, Deom M, Cullati S, Bovier PA. Growing discontent of Swiss doctors, 1998-2007. *Eur J Public Health*. 2012;22(4):478-83.
224. Wetterneck TB, Linzer M, McMurray JE, Douglas J, Schwartz MD, Bigby J, Gerrity MS, et al. Worklife and satisfaction of general internists. SGIM Career satisfaction study group. *Arch Intern Med* 2002;162(2):649-56.
225. Lewis JM, Barnhart FD, Howard BL, Carson DI, Nace EP. Work satisfaction in the lives of physicians. *Tex Med* 1993;89(2):54-61.
226. Johnson JV, Hall EM, Ford DE, et al. The psychosocial work environment of physicians. The impact of demand and resources on job dissatisfaction and psychiatric distress in a longitudinal study of Johns Hopkins Medical School graduates. *J Occup Environ Med* 1995;37(9):1151-9.
227. Sales ST, House J. Job dissatisfaction as a possible risk factor in coronary heart disease. *J Chronic Dis* 1971;23(12):861-73.
228. Arnetz, BB, Horte LG, Hedberg A, Theorell T, Allander E, Malke H. Suicide patterns among physicians related to other academics as well as to the general population: results from a national long- term prospective study and a retrospective study. *Acta Psychiatr Scand* 1987;75(2):139-43
229. Scheurer D, McKean S, Miller J, Wetterneck T. US physician satisfaction: a systematic review. *J Hosp Med* 2009;4(9):560-8.
230. Linn LS, Brook RH, Clark VA, Davies AR, Fink A, Kosecoff J. Physician and patient satisfaction as factors related to the organization of internal medicine group practices. *Med Care* 1985;23(10):1171-8.
231. DiMatteo MR, Sherbourne CD, Hays RD, et al. Physicians' characteristics influence patients' adherence to medical treatment: results from the Medical Outcomes Study. *Health Psychol* 1993;12(2):93-102
232. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. *To Err is Human: Building a Safer Health System*. Washington, DC: National Academy Press, 1999.
233. Mobley WH, Griffeth RW, Hand HH, Meglino BM. Review and conceptual analysis of the employee turnover process. *Psychol Bull* 1979;86(3):493-522.
234. Chen D, Lew R, Hershman W, Orlander J. A cross-sectional measurement of medical student empathy. *J Gen Intern Med* 2007;22(10):1434-8.
235. Baycan A. An analysis of several aspects of job satisfaction on between different occupational groups. *Yayınlanmamış yüksek lisans tez.*, İstanbul. Boğaziçi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü
236. Demiral Y, Ünal B, Kılıç B, Soysal A, Bilgin A, Uçku R, Theorell T. İş stresi ölçeğinin İzmir Konak Belediyesi'nde çalışan erkek işçilerde geçerlilik ve güvenilirliğinin incelenmesi. *Toplum Hekimliği Bülteni* 2007; 26(1):11-8.

237. Karasek R, Brisson C, Kawakami N, Houtman I, Bongers P, Amick B. The job content questionnaire (JCQ): an instrument for internationally comparative assessments of psychosocial job characteristics. *J Occup Health Psychol* 1998;3(4):322-55.
238. Theorell T. The demand-control-support model for studying health in relation to work environment: An interactive model . In: Orth-Gomer K, Schneiderman N, editors. Behavioral medicine approaches to cardiovascular disease prevention. NJ: Lawrence Erlbaum Associates, 1996.
239. Sanne B, Torp S, Mykletun A, Dahl AA. The Swedish Demand-Control-Support Questionnaire (DCSQ): factor structure, item analyses, and internal consistency in a large population. *Scand J Public Health* 2005; 33(3):166-74.
240. Sale JE, Kerr MS. The psychometric properties of Karasek's demand and control scales within a single sector: data from a large teaching hospital. *Int Arch Occup Environ Health* 2002;75(3):145-52.
241. Johnson JV, Hall EM, Theorell T. Combined effects of job strain and social isolation on cardiovascular disease morbidity and mortality in a random sample of the Swedish male working population. *Scand J Work Environ Health* 1989;15(4):271-9.
242. Hojat M, Gonnella JS, Nasca TJ, Mangione S, Veloksi JJ, Magee M.. The Jefferson Scale of Physician Empathy: Further psychometric data and differences by gender and specialty at item level. *Acad Med* 2002a;77:58-60.
243. Hojat M, Vergare MJ, Maxwell K, Brainard G, Herrine SK, Isenberg GA, Veloski J, Gonnella JS.. The devil is in the third year: A longitudinal study of erosion of empathy in medical school. *Acad Med* 2009;84:1182-91.
244. Suh DH, Hong JS, Lee DH, Gonnella JS, Hojat M. The Jefferson Scale of Physician Empathy: a preliminary psychometric study and group comparisons in Korean physicians. *Med Teach* 2012;34(6):e464-8.
245. Di Lillo M, Cicchetti A, Lo Scalzo A, Taroni F, Hojat M. The Jefferson scale of physician empathy: preliminary psychometrics and group comparisons in Italian physicians. *Acad Med* 2009;84:1198-1202.
246. Trivers RL. Parental investment and sexual selection, in *Sexual Selection and the Descent of Man*. Edited by Campbell B. Chicago, Aldine, 1972.
247. Gilligan C. *In a different voice*. Cambridge, MA: Harvard University Press. 1982.
248. Bertakis KD, Helms LJ, Callahan EJ, Azari R, Robbins JA. The influence of gender on physician practice style. *Med Care* 1995;33:407-16.
249. Collins KS, Schoen CA, Khoransanizadeh F. Practice satisfaction and experience of women physicians in an era of managed care. *J Am Med Womens Assoc* 1997;52(2):52-6.
250. Kaplan SH, Gandek B, Greenfield S, Rogers W, Ware JE. Patient and visit characteristics related to physicians' participatory decision-making style: results from the Medical Outcomes Study. *Med Care* 1995;33:1176-87.

251. Levinson W, Roter D. Physicians' psychosocial beliefs correlate with their patient communication skills. *J Gen Intern Med* 1995;10:375-9.
252. Lurie N, Slater J, McGovern P, Ekstrum J, Quam L, Margolis K. Preventive care of women: does the sex of the physician matter? *N Engl J Med* 1993;329(7):478-82.
253. Hall JA, Palmer RH, Orav EJ, Hargraves JL, Wright EA, Louis TA. Performance quality, gender, and professional role: a study of physicians and nonphysicians in 16 ambulatory care practices. *Med Care* 1990;28(6):489-501. +
254. Frank E, Harvey LK. Prevention advice rates of women and men physicians. *Arch Fam Med* 1996;5:215-9.
255. Maheux B, Duford F, Beland F, Jacques A, Lavesque A. Female medical practitioners: more preventive and patient oriented? *Med Care* 1990; 28:87-92.
256. Hojat M, Gonnella JS, Xu G: Gender comparisons of young physicians' perceptions of their medical education, professional life, and practice: a follow-up study of Jefferson Medical College graduates. *Acad Med* 1995;70:305-312.
257. Forest-Streit U. Differences in empathy: a preliminary analysis. *J Med Educ* 1982;57:65-7.
258. Goldstein AP, Goedhart A. The use of structured learning for empathy enhancement in paraprofessional psychotherapists. *J Community Psychol* 1973;1:168-73.
259. LaMonica EL, Carew DK, Winder AE, Bernazza-Hasse AM, Blanchard KH. Empathy training as the major thrust of a staff development program. *Nurs Res* 1976;25:447-51.
260. LaMonica EL, Wolf RM, Madea AR, Oberst MT. Empathy and nursing care outcomes. *Sch Inq Nurs Pract* 1987;1:197-213.
261. Kirk WG, Thomas AH. A brief in-service training strategy to increase levels of empathy of psychiatric nursing personnel. *J Psychiatr Treat Eval* 1982;4:177-9.
262. Smith JW, Denny WJ, Witzke DB: Emotional impairment in internal medicine house staff. *JAMA* 1986;255:1155-8.
263. Ford CV, Wentz DK: The internship year: A study of sleep, mood states, and psychophysiologic parameters. *South Med J* 1984;77:1435-42.
264. Elliot DL, Girard DE: Gender and the emotional impact of internship. *J Am Med Worn Assoc* 1986;41:54-6.
265. Young EH. Relationship of residents' emotional problems, coping behaviors, and gender. *J Med Educ* 1987;62:642-50.
266. Richardsen AM, Burke RJ. Occupational stress and job satisfaction among physicians: sex differences. *Soc Sci Med* 1991;33(10):1179-87.
267. Aasland OG, Olff M, Falkum E, Schweder T, Ursin H. Health complaints and job stress in Norwegian physicians: the use of an overlapping questionnaire design *Soc Sci Med* 1997;45(11):1615-29.
268. Heponiemi T, Kuusio H, Sinervo T, Elovainio M. Job attitudes and well being among public vs. private physicians: organizational justice and job control as mediators. *Eur J Public Health* 2010;21(4):520-5.

269. Buxrud EG. Is health service a good working place for female physicians?. *Tidsskr Nor Laegeforen* 1993;113(15):1869-72.
270. Barton LL, Friedman AD, Locke CJ. Stress in pediatric faculty. Results of a national survey. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1995;149(7):751-7.
271. Simpson LA, Grant L. Sources and magnitude of job stress among physicians. *J Behav Med* 1991;14(1):27-42.
272. Martocchio JJ, O'Leary AM. Sex differences in occupational stress: a meta-analytic review. *J Appl Psychol* 1989;74:495-501.
273. Spielberger CD, Reheiser EC. The job stress survey: Measuring gender differences in occupational stress. *J Soc Behav Pers* 1994;9:199-218.
274. Rout U. Gender differences in stress, satisfaction and mental wellbeing among general practitioners in England. *Psychol Health Med* 1999;4(4):345-54.
275. Martin SC, Arnold RM, Parker RM. Gender and medical socialization. *J Health Soc Behav* 1988;29(4):333-43 Theme: Continuities in the Sociology of Medical Education.
276. Merton RK. *Social Theory and Social Structure*. Revised edition. Glencoe, IL: Free Press. 1957.
277. McMurray JE, Linzer M, Konrad TR, Douglas J, Shugerman R, Nelson K. The work lives of women physicians results from the physician work life study. The SGIM career satisfaction study group. *J Gen Intern Med* 2000;15(6):372-80.
278. Gross EB. Gender differences in physicians' stress. *J Am Med Womens Assoc* 1992;47(4):107-12.
279. Maheux B, Dufort F, Beland F. Professional and socio-political attitudes of medical students: gender differences reconsidered. *J Am Med Womens Assoc* 1988;43:73-6.
280. Notman, MT, Salt P, Nadelson CC. Stress and adaptation in medical students: who is most vulnerable? *Compr Psychiatry* 1984;25:335-66.
281. Hochschild AR. *The Second Shift: Working Parents and the Revolution at Home*. New York, NY: Metropolitan Books; 1989.
282. Cartwright LK. (). Occupational stress in women physicians. In: R. Payne & J. Firth-cozen (Eds), *Stress in health profession*. New York: John Wiley. 1987.
283. Callan Clair M. and Eve Klipstein. 1981. "Women Physicians in Connecticut: A Survey." *Connecticut Medicine* 45:494-96.
284. Ferrier BM, Woodward CA. Career choices, work patterns and perceptions of undergraduate education of McMaster medical graduates: comparison between men and women. *Can Med Assoc J* 1982;126(12):1411-4.
285. Nadelson CC; Notman MT; Lowenstein P. 1979. The practice patterns, life styles, and stresses of women and men entering medicine: a follow-up study of Harvard medical school graduates from 1967 to 1977. *J Am Med Womens Assoc* 1979;34(11):400-6.
286. Bickel J. Women in medical education: a status report. *N Engl J Med* 1988;319:1579-84.

287. Clark EJ, Rieker PP. Gender differences in relationships and stress of medical and law students. *J Med Educ* 1986;61:32-40
288. Abelson HT, Bowden RA. Women and the future of academic pediatrics. *J Pediatr* 1990;116:829-33.
289. Schaller JG. Women and the future of academic pediatrics. *J Pediatr* 1991;118:314-21.
290. Swanson V, Power KG, Simpson RJ. Occupational stress and family life: a comparison of male and female doctors. *J Occup Organ Psychol* 1998;71:237-60
291. Ptacek JT, Smith RE, Espe K, Dodge KL. Gender differences in coping with stress: when stressor and appraisals do not differ. *Pers Soc Psychol Bull* 1994;20(4):421-30.
292. Keswani RN, Taft TH, Coté GA, Keefer L. Increased levels of stress and burnout are related to decreased physician experience and to interventional gastroenterology career choice: findings from a us survey of endoscopists *Am J Gastroenterol* 2011;106:1734-40.
293. Peisah C, Latif E, Wilhelm K et al. Secrets to psychological success: why older doctors might have lower psychological distress and burnout than younger doctors. *Aging Ment Health* 2009;13:300-7.
294. King MB, Cockcroft A, Gooch C. Emotional distress in doctors: sources, effects and help sought. *J Roy Soc Med* 1992;85:605-8.
295. Linn LS, Yager J, Cope D, Leake B. Health status, job satisfaction, job stress, and life satisfaction among academic and clinical faculty. *JAMA* 1985;254(19):2775-82.
296. Gilbert R. In: *Stress and the medical profession*. Rout, U. Unpublished British Medical Association Conference Report, 1992. aktaran: Fielden S. L., Peckar C. J. Work stress and hospital doctors: a comparative study *Stress Med* 1999;15:137-141
297. Goode WJ. A theory of role strain. *Am Sociol Rev* 1974;25(4):483-96.
298. Sekaran U. Factors influencing the quality of life in dual career families. *Journal of Occupational Psychology* 1983;56(2):161-74.
299. Cooke RA, Rousseau DM. Stress and strain from family roles and work-role expectadons. *J Appl Psychol* 1984;69:252-60.
300. Verbrugge LM. Role burdens and physical health in women and men. *Women and Health* 1986;11:47-77
301. Ducker D. Research on women physicians with multiple roles: a feminist perspective. *J Am Med Womens Assoc* 1994;49:78-84
302. Lewis SN, Cooper CL. Stress in two-earner couples and stage in the lifecycle. *Journal of Occupational Psychology* 1987;60:289-303
303. Bartoleme F, Evans P. Professional lives versus private lives-shifting patterns of managerial commitment. *Organ Dyn* 1979;8:3-29.
304. Hurrell JJ, McLaney MA. Exposure to job stress: a new psychometric instrument. *Scand J Work Environ Health* 1988;14:27-8.
305. Myerson S. Doctors' methods of dealing with 'ongoing' stress in general practice. *Med Sci Res* 1991;19:267-69.

306. Linzer M, Gerrity, Douglas J.A., McMurray J. E., Williams E. S. and Konrad T.R. for the Society of General Internal Medicine (SGIM) Career Satisfaction Study Group (CSSG) Physician stress: results from physician worklife study. *Stress and Health* 2002 ;18; 37–42
307. Ford CV, Wentz DK. Internship: what is stressful? *South Med J* 1986;79:595-9.
308. May HJ, Revicki DA. Professional stress among family physicians. *J Fam Pract* 1985;20:165-71.
309. Revicki DA, May HJ. Development and validation of the physician stress inventory. *Fam Pract Res J* 1983;2:211-25.
310. Mazie B. Job stress, psychological health, and social support of family practice residents. *J Med Educ* 1985;60:935-41.
311. Landau C, Hall S, Wartman SA, et al. Stress in social and family relationships during the medical residency. *J Med Educ* 1986;61:654-60.
312. Kelner M, Rosenthal C. Postgraduate medical training, stress, and marriage. *Can J Psychiatry* 1986;31:22-24
313. Passalacqua SA, Segrin C. The Effect of resident physician stress, burnout, and empathy on patient-centered communication during the long-call shift. *Health Commun* 2012;27(5):449-56.
314. Serrano K. Women residents, women physicians and medicine's future. *WMJ* 2007;106(5):260-5.
315. Hillhouse JJ, Adler CM, Walters DN. A simple model of stress, burnout, and symptomology in medical residents: a longitudinal study. *Psychol Health Med* 2000;5:63-73.
316. Leung L, Becker CE. Sleep deprivation and house staff performance: update 1984-1991. *J Occup Med* 1992;34(12):1153-60.
317. Sutton B. The need to study and define resident duty hours. *Acad Psychiatry* 2004;28:253-5.
318. Shetty K, Bhattacharya J. Summaries for patients. changes in hospital mortality after regulations to restrict resident doctors' work hours. *Ann Intern Med* 2007;147(2):73-80.
319. Butterfield PS. The stress of residency a review of the literature. *Arch Intern Med* 1988;148:1428-35.
320. Mansukhani MP, Kolla BP, Surani S, Varon J, Ramar K. Sleep deprivation in resident physicians, work hour limitations, and related outcomes: a systematic review of the literature. *Postgrad Med* 2012;124(4):241-9.
321. Rose M, Manser T, Ware JC. Effects of call on sleep and mood in internal residents. *Behav Sleep Med* 2008;6:75-88.
322. Schwartz AJ, Black ER, Goldstein MG, Jozefowicz RF, Emmings FG. Levels and causes of stress among residents. *J Med Educ* 1987;62(9):744-53.
323. Buysse DJ, Barzansky B, Dingers D, Hogan E, Hunt CE, Owens J, et al. Sleep, fatigue, and medical training: Setting an agenda for optimal learning and patient care. *Sleep* 2003;26:218-25.

324. Herzog DB, Wyshak G, Stern TA. Patient-generated dysphoria in house officers. *J Med Educ* 1984;59:869-74.
325. Ford CV. Emotional distress in internship and residency. *Psychiatr Med* 1983;1:143-150
326. Blackwell B, Gutmann MC, Jewell KE. Role adoption in residency training. *Gen Hosp Psychiatry* 1984;6:280-8.
327. Alexander D, Monk JS, Jonas AP. Occupational stress, personal strain, and coping among residents and faculty members. *J Med Educ* 1985;60:830-9.
328. Bergman AB. Resident stress. *Pediatrics* 1988;82:260-3.
329. McCall TB. The impact of long working hours on resident physicians. *N Engl J Med* 1988;318:775-8.
330. Daughtery SR, Baldwin DC. Sleep deprivation in senior medical students and first-year residents. *Acad Med* 1996;71:93-5.
331. Rosen IM, Bellini LM, Shea JA. Sleep behaviors and attitudes among internal medicine housestaff in a US university-based residency program. *Acad Med* 2004;79:407-16.
332. Al-Meerza A, Al-Sayegh SFY, Al-Sayrafy LM, Alkoot EM, El-Shazly MK, Kamel MI. Comparison of sources and expressions of stress among hospital and primary health care physicians. *Alexandria Journal of Medicine* 2012;48: 367-71.
333. Nilsson MS, Pilhammar E. Professional approaches in clinical judgements among senior and junior doctors: implications for medical education. *Med Educ* 2009;9:25-33.
334. Mache S, Vitzthum K, Nienhaus A, Klapp BF, Groneberg DA. Physicians' working conditions and job satisfaction: does hospital ownership in Germany make a difference? *BMC Health Serv Res* 2009; 9:148-156.
335. Fuss I, Nübling M, Hasselhorn HM, Schwappach D, Rieger MA. Working conditions and work-family conflict in German hospital physicians: psychosocial and organisational predictors and consequences. *BMC Public Health* 2008;8:353-69.
336. Nelson A, Cooper CL, Jackson PR. Uncertainty amidst change: the impact of privatization on employee satisfaction and well-being. *J Occup Organ Psychol* 1995;68(1):57-71.
337. Bayliss EA, Edwards AE, Steiner JF, Main DS: Processes of care desired by elderly patients with multimorbidities. *Fam Pract* 2008;25(4):287-93.
338. Scott PG, Falcone S. Comparing public and private sector organizations: an exploratory analysis of three frameworks. *American Review of Public Administration* 1998;28(2):126-145.
339. Ramirez AJ, Graham J, Richards MA, Cull A, Gregory WM. Mental health of hospital consultants: the effects of stress and satisfaction at work. *Lancet* 1996;347(9003):724-8
340. Kassirer JP. Doctor discontent. *N Engl J Med* 1998;339(21):1543-5.
341. Grol R, Mookink H, Smits A, et al. Work satisfaction of general practitioners and the quality of patient care. *Fam Pract* 1985;2(3):128-35.
342. Kerr EA, Hays RD, Mittman BS, Siu AL, Leake B, Brook RH. Primary care physicians' satisfaction with quality of care in California capitated medical groups. *JAMA* 1997;278(4):308-12

343. Pratt WR. Physician Career satisfaction: examining perspectives of the working environment. *Hosp Top* 2010;88(2):43-52.
344. Rivet C, Ryan B, Stewart M. Hands on: is there an association between doing procedures and job satisfaction? *Can Fam Physician* 2007;53(1):92-3.
345. LaBarbera DM. Gender differences in the vocational satisfaction of physician assistants. *JAAPA* 2010;23(10):33-4, 36-9.
346. Hayran O, Aksayan S. Pratisyen hekimlerde iş doyumunu. *Toplum ve Hekim* 1991;16-7.
347. Nur D. Kamu hastanelerinde çalışan sağlık personelinde iş doyumunu ve stres ilişkisi. *Klinik Psikiyatri* 2011;14:230-40.
348. Leigh JP, Kravitz RL, Schembri M, Samuels SJ, Mobley S. Physician career satisfaction across specialties. *Arch Intern Med* 2002;162(14):1577-84.
349. Rosta J, Nylenna M, Aasland OG. Job satisfaction among hospital doctors in Norway and Germany. A comparative study on national samples. *Scand J Public Health* 2009;37:503-8.
350. Voltmer E, Rosta J, Siegrist J, Aasland OG. Job stress and job satisfaction of physicians in private practice: comparison of German and Norwegian physicians. *Int Arch Occup Environ Health*. 2012;85(7):819-28.
351. Klein J, Frie KG, Blum K, Siegrist J, dem Knesebeck OV. Effort-reward imbalance, job strain and burnout among clinicians in surgery. *Psychother Psychosom Med Psychol* 2010;60:374-9.
352. Yasan A, Essizoglu A, Yalçın M, Özkan M. Bir üniversite hastanesinde çalışan araştırma görevlilerinde iş memnuniyeti, anksiyete düzeyi ve ilişkili etmenler. *Dicle Tıp Dergisi* 2008;35(4):228-33.
353. Yıldız N, Yolsal N, Ay P. İstanbul tıp fakültesinde çalışan hekimlerde iş doyumunu. *İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*. 2003;66(1):34-41.
354. Tatlı H, Kaya H, Halisdemir N. Bingöl il merkezinde bulunan hastanelerde görev yapan hekimlerin iş doyumlarının değerlendirilmesi. *İnönü Üniv Tıp Fak Derg* 2008;15(3):151-61.
355. Abdel-Rahman AG, Meki F, Abdel-Halim AWE, Allam MF. Low Job Satisfaction Among Physicians in Egypt. *TAF Prev MEd Bull* 2008;7(2):91-6.
356. Phelan J. The paradox of the contented female worker: an assessment of alternative explanations. *Soc Psychol Q* 1994;57:95-107.
357. Charles W, Mueller CW, Wallace JE. Justice and the paradox of the contented female worker. *Soc Psychol Q* 1996;59(4):338-49.
358. Hodson R. Gender differences in job satisfaction: why aren't women more dissatisfied? *Sociol Q* 1989;30(3):385-99.
359. Grant L, Simpson LA, Rong XI, Peters-Golden H. Gender, parenthood and work hours of physicians. *J Marriage Fam* 1990;52:39-49.
360. Kravitz RL, Linn LS, Shapiro MF. Physician satisfaction under the Ontario health insurance plan. *Med Care* 1990;28:502-12.
361. Cartwright LK. Career satisfaction and role harmony in a sample of young women physicians. *J Voc Behav* 1978;12:184-96.

362. Haas JS, Cleary PD, Puopolo AL, Burstin HR, Cook EF, Brennan TA. Differences in the professional satisfaction of general internists in academically affiliated practices in the greater-Boston area. Ambulatory medicine quality improvement project investigators. *Gen Intern Med* 1998;13(2):127-30.
363. Ünal S, Karlıdağ R, Yoloğlu S. Hekimlerde Tükenmişlik ve İş Doyumu Düzeylerinin Yaşam Doyumu Düzeyleri ile ilişkisi. *Klinik Psikiyatri* 2001;4:113-8.
364. Branthwaite A, Ross A. Satisfaction and job stress in general practice. *Fam Pract* 1988;5:83-93.
365. Winefield HR, Anstey TJ. Job stress in general practice: practitioners age, sex and attitudes as predictors. *Fam Pract* 1991;8(2):140-4.
366. Freeborn DK. Satisfaction, commitment, and psychological well-being among HMO physicians. *West J Med* 2001;174(1):13-8.
367. Siassi I, Crocetti G, Spiro HR. Emotional health, life and job satisfaction in ageing workers. *Aging Work* 1975;2:289-96.
368. Bakan İ. Çalışanların 'yöneticilerden tatmin' ve 'genel tatmin' düzeyleri ile demografik özellikleri arasındaki ilişkiler: bir alan çalışması. Öneri: Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi 2009;31(15):53-67.
369. Aldag RJ, Brief AP. Age and reactions to task characteristics, *Industrial Gerontology*, 1975;2:223-9.
370. Near JP, Rice RW, Hunt RG. Work and extra work correlates of life and job satisfaction. *Acad Manage J* 1978;21:248-64.
371. Ronen S. Job satisfaction and the neglected variable of job seniority. *Human Relations* 1978;31:297-308.
372. Stagner R. Boredom on the assembly line: age and personality variables. *Industrial Gerontology* 1975;2:23-44.
373. Staines GL, Quinn RP. American workers evaluate the quality of their jobs. *Monthly Labour Review* 1979;102(1):3-12.
374. Weaver CN. Sex differences in the determinants of job satisfaction. *Acad Manage J* 1978;21:265-74.
375. Hickson C, Oshagbemi T. The effect of age on the satisfaction of academics with teaching and research. *Int J Soc Econ* 1999;26(4):537-544.
376. Clark A, Oswald A, Warr P. Is job satisfaction U-shaped in age?. *J Occup Organ Psychol* 1996;69(1):57-81.
377. Kong BA, Chye TG, Hian CK. The impact of age on the job satisfaction of accountants. *Personnel Review* 1993;22(1):31-9.
378. Rhodes SR. Age-related differences in work attitudes and behaviour: a review and conceptual analysis *Psychol Bull* 1983;93:328-67.
379. Carmel S. The professional self-esteem of physicians scale, structure, properties, and the relationship to work outcomes and life satisfaction. *Psychol Rep* 1997;80(2):591-602.

380. Aslan H, Aslan RO, Kesepara C. Kocaeli'nde bir grup sağlık çalışanında işe bağlı gerginlik, tükenme ve iş doyumunu. *Toplum ve Hekim* 1997;12:24-9.
381. Kurçer MA. Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi hekimlerinin iş doyum ve tükenmişlik düzeyleri. *Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2005;2:10-15
382. DeVoe J, Fryer Jr GE, Hargraves JL, Phillips RL, Green LA. Does career dissatisfaction affect the ability of family physicians to deliver high-quality patient care?. *J Fam Pract.* 2002;51(3):223-8.
383. Sturm R. Effect of managed care and financing on practice constraints and career satisfaction in primary care. *J Am Board Fam Pract* 2002;15(5):367-77.
384. Terry K. Too many primary care doctors? *Med Economics* 1997:119-35.
385. Shanafelt TD, Novotny P, Johnson ME, Zhao X, Steensma DP, Lacy MQ, Rubin J, Sloan J. The well-being and personal wellness promotion strategies of medical oncologists in the North Central Cancer Treatment Group. *Oncology* 2005;68(1):23-32.
386. Çekmecioğlu H. İş, güç. *Endüstri İlişkileri ve İnsan Kaynakları Dergisi* 2006;8(2):154-166
387. Cartwright LK, Wink P, Kmetz C What leads to good health in midlife women physicians? some clues from a longitudinal study. *Psychosom Med* 1995;57(3):284-92.
388. Levinson W, Tolle SW, Lewis C. Women in academic medicine: combining career and family. *N Engl J Med.* 1989;321:1511-17.
389. Laine C, On being Dr. Mom. *Ann Intern Med* 1998;129:579-80.
390. Carr PL, Ash AS, Friedman RH, Scaramucci A, Bamett RG, Szalacha L, et al. Relation of family responsibilities and gender to the productivity and careersatisfaction of medical faculty. *Ann Intern Med* 1998;129:532-8
391. Çimen M, Şahin İ Bir kurumda çalışan sağlık personelinin iş doyum düzeyinin belirlenmesi. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi* 2000;5:53-67.
392. Musal B, Ergin S. Pratisyen Hekimlerde Mesleki Doyum ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. *Toplum ve Hekim* 1993;4:22-26.
393. Cujec B, Oancia T, Bohm C, Johnson D. Career and parenting satisfaction among medical students, residents and physician teachers at a Canadian medical school. *CMAJ.* 2000;162(5):637-40.
394. Sheehan KH, Sheehan DV, White K, Leibowitz A, Baldwin DC. A pilot study of medical student abuse. Student perceptions of mistreatment and misconduct in medical school. *JAMA.* 1990;263(4):533-7.
395. Sugiura-Ogasawara M, Suzuki S, Kitazawa M, Kuwae C, Sawa R, Shimizu Y, Takeshita T, Yoshimura Y; Japan Society of Obstetrics and Gynecology/Career Support Committee. Career satisfaction level, mental distress, and gender differences in working conditions among Japanese obstetricians and gynecologists. *J Obstet Gynaecol Res* 2012;38(3):550-8.
396. Kankaanranta T, Nummi T, Vainiomäki J, Halila H, Hyppölä H, Isokoski M, Kujala S, et al. The role of job satisfaction, job dissatisfaction and demographic factors on physicians' intentions to switch work sector from public to private. *Health Policy* 2007;83(1):50-64.

- 397.Eğinli AT. Çalışanlarda iş doyumunu: kamu ve özel sektör çalışanlarının iş doyumuna yönelik bir araştırma. Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi 2009;23:35-53.
- 398.Bell DJ, Bringman J, Bush A, Phillips OP. Job satisfaction among obstetrician-gynecologists: a comparison between private practice physicians and academic physicians. Am J Obstet Gynecol 2006;195(5):1474-8.
- 399.Kushnir T, Cohen AH, Kitai E. Continuing medical education and primary physicians' job stress, burnout and dissatisfaction. Med Educ 2000;34(6):430-6.
- 400.Kitai E, Kushnir T, Herz M, Melamed S, Vigiser D, Granek M. Correlation of work structure and job satisfaction among Israeli general practitioners. Isr Med Assoc J 1999;1(4):236-40.
- 401.Eliason BC, Guse C, Gottlieb MS. Personal values of general practitioners, practice satisfaction, and service to the underserved. Arch Fam Med 2000;9:228-32.
- 402.Vanham I, Verhoeven AAH, Groenier KH, Groothoff JW, DeHaan J. Job satisfaction among general practitioners: a systematic literature review Eur J Gen Pract 2006;12:174-180.
- 403.Appleton K, House A, Dowell A. A survey of job satisfaction, sources of stress and psychological symptoms among general practitioners in Leeds. British Journal of General Practice 1998;48:1059-63.
- 404.Murray A, Montgomery JE, Chang H, Rogers WH, Inui T, Safran DG. Doctor discontent. A comparison of physician satisfaction in different delivery system settings, 1986 and 1997. J Gen Intern Med 2001;16(7):452-9.
- 405.Spickard A Jr, Gabbe SG, Christensen JF. Mid-career burnout in generalist and specialist physicians. JAMA 2002;288(12):1447-50.
- 406.Chopra SS, Sotile WM, Sotile MO. Physician burnout. JAMA 2004;291(5):633.
- 407.McKinlay JB, Marceau L. New wine in an old bottle: does alienation provide an explanation of the origins of physician discontent? Int J Health Serv 2011;41:301-35.
- 408.Renzi C, Tabolli S, Ianni A, Di Pietro C, Puddu P. Burnout and job satisfaction comparing healthcare staff of a dermatological hospital and a general hospital. J Eur Acad Dermatol Venereol 2005;19:153-7.
409. Van den Hombergh P, Kunzi B, Elwyn G, van Doremalen J, Akkermans R, Grol R, Wensing M. High workload and job stress are associated with lower practice performance in general practice: an observational study in 239 general practices in the Netherlands. BMC Health Serv Res 2009;9:118-25.
- 410.Shamain J, Kerr MS, Laschinger HK, Thomson D. A hospital-level analysis of the work environment and workforce health indicators for registered nurses in Ontario's acute-care hospitals. Canad J Nurs 2001;33:35-50.
- 411.Hu YY, Fix ML, Hevelone ND, Lipsitz SR, Greenberg CC, Weissman JS, Shapiro J. Physicians' needs in coping with emotional stressors the case for peer support. Arch Surg 2012;147(3):212-7.

412. Williams ES, Konrad TR, Scheckler WE, et al. Understanding physicians' intentions to withdraw from practice: the role of job satisfaction, job stress, mental and physical health. *Health Care Manage Rev* 2001;26(1):7-19.
413. Campbell DA Jr, Sonnad SS, Eckhauser FE, Campbell KK, Greenfield LJ. Burnout among American surgeons. *Surgery* 2001;130(4):696-705.
414. Shanafelt TD, West CP, Sloan JA, et al. Career fit and burnout among academic faculty. *Arch Intern Med* 2009;169(10):990-5.
415. Landon BE, Reschovsky JD, Pham HH, Blumenthal D. Leaving medicine: the consequences of physician dissatisfaction. *Med Care* 2006;44(3):234-42.
416. Penson RT, Dignan FL, Canellos GP, et al. Burnout: caring for the caregivers. *Oncologist*, 2000;5(5):425-34
417. Shanafelt TD, West C, Zhao X, et al. Relationship between increased personal well-being and enhanced empathy among internal medicine residents. *J Gen Intern Med* 2005;20(7):559-64.
418. Bellini LM, Baime M, Shea JA. Variation of mood and empathy during internship. *JAMA* 2002;287(23):3143-6.
419. Gallese, V. The roots of empathy: The shared manifold hypothesis and the neural basis of intersubjectivity. *Psychopathology* 2003;36:171-80
420. Decety J, Jackson PA. A social-neuroscience perspective on empathy. *Current Directions in Psychology Science*, 2006;15:54-8.
421. Kaplan JT, Iacoboni M. Getting a grip on other minds: mirror neurons, intention understanding, and cognitive empathy. *Soc Neurosci* 2006;1:175-83.
422. Larson EB, Yao X. Clinical empathy as emotional labor in the patient physician relationship. *JAMA* 2005;293:1100-6.
423. Jonge J, Bosma H, Peter R, Siegrist J. Job strain, effort-reward imbalance and employee well-being a large-scale cross-sectional study. *Soc Sci Med* 2000;50:1317-27.
424. Vegchel N, Jonge J, Meijer T, Hamers JPH. Different effort constructs and effort-reward imbalance effects on employee well-being in ancillary health care workers. *J Adv Nurs* 2001;34(1):128-36.
425. Spector PE. *Job Satisfaction: Application, Assessment, Cause, and Consequences*. California: SAGE Publications, 1997.
426. Locker D. Work stress, job satisfaction and emotional well-being among Canadian dental assistants. *Community Dent Oral Epidemiol* 1996;24(2):133-7
427. Norbeck JS. Perceived job stress, job satisfaction and psychological symptoms in critical care nursing. *Res Nurs Health* 1985;8(3):253-9.
428. Williams ES, Skinner AC. Outcomes of physician job satisfaction: a narrative review, implications, and directions for future research. *Health Care Manage Rev* 2003;28(2):119-39.
429. Visser MR, Smets EM, Oort FJ, De Haes HC. Stress, satisfaction and burnout among Dutch medical specialists. *CMAJ* 2003;168(3):271-5.

430. Bovier PA, Arigoni F, Schneider M, Gallacchi MB. Relationships between work satisfaction, emotional exhaustion and mental health among Swiss primary care physicians. *Eur J Public Health* 2009;19(6):611-7.
431. Calnan M, Wainwright D, Almond S. Job strain, effort-reward imbalance and mental distress. a study of occupations in general medical practice. *Work Stress* 2000;14(4):297-311.
432. Lewig KA, Dollard MF. Emotional dissonance, emotional exhaustion and job satisfaction in call centre workers. *European Journal of Work and Organizational Psychology* 2003;12(4):366-92.

EK 1. Denizli Merkez İlçe’de çalışan ve örnekleme alınan hekim dağılımı

Kurum Adı	Mevcut	Hedef	Ulaşılan	Ulaşma yüzdesi
Aile sağlığı birimi	155	47	43	91,4
Devlet hastaneleri	294	89	87	97,7
Özel hastaneler	226	69	66	95,6
Üniversite hastanesi	414	125	122	97,6
Toplam	1089	330	318	96,3

**HEKİMLERDE EMPATİ, İŞ DOYUMU ve İŞ STRESİ DÜZEYLERİ VE
BİRBİRLERİ İLE İLİŞKİLERİ ANKET FORMU**

Sevgili meslektaşım;

Bu anket formu, Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim dalında yapmakta olduğum tez çalışmasına veri toplamak amacıyla hazırlanmıştır. Bu çalışmadaki amaç, hekimlerin empati, iş doyumunu, iş stresi düzeylerini ve aralarındaki ilişkileri belirlemektir. Anket formunda isim belirtmeyiniz. Soruları dikkatli bir biçimde okuyup cevaplamanız büyük önem taşımaktadır. Ankette size en uygun olan seçeneğin önündeki paranteze lütfen (X) işareti koyunuz ve cevapsız soru bırakmayınız. Soruları yanıtlarken göstereceğiniz samimiyetiniz, ilginiz ve katılımınız için teşekkür ederim.

Saygılarımla

Anket no :.....

1. **Cinsiyetiniz:** () Kadın () Erkek
2. **Yaşınız:**
3. **Medeni durumunuz:**
 - () Evli
 - () Bekar
 - () Boşanmış
 - () Eşi vefat etmiş
 - () Ayrı yaşıyor
4. **Evlisenez yanıtlayınız:**
 - () Eşim çalışıyor (Ne iş yaptığımı belirtiniz:.....)
 - () Eşim çalışmıyor
 - () Emekli
5. **Çocuğunuz var mı?**
 - () Evet
 - () Hayır
6. **Tıp öğrenim düzeyiniz:**
 - () Pratisyen hekim
 - () Tıpta uzmanlık/ doktora öğrencisi (Alanınızı belirtiniz.....)
 - () Uzman hekim/ doktora mezunu (Alanınızı belirtiniz.....)
 - () Yan dal uzmanlık öğrencisi (Alanınızı belirtiniz.....)
 - () Yan dal uzman hekimi (Alanınızı belirtiniz.....)
7. **Akademik ünvanınız var mı?**
 - () Yok
 - () Yardımcı doçent doktor
 - () Doçent doktor
 - () Profesör doktor
8. **Şu anda çalıştığınız işyeri (birden fazla seçenek işaretlenebilir):**
 - () Aile sağlığı merkezi () Devlet hastanesi () Üniversite hastanesi
 - () Özel hastane / poliklinik () Özel muayenehane

9. Çalıştığınız bölüm: () Dahili bölüm () Cerrahi bölüm () Acil servis

10. Meslekteki toplam çalışma süreniz:..... (yıl)

11. Şu an çalıştığınız işyerindeki çalışma süreniz:..... (yıl)

12. Bilinen sürekli bir hastalığınız var mı?

() Hayır

() Evet (Hastalığınızı ve hastalığınızın süresini belirtiniz.)

13. Son bir yılda kendinizde, ailenizde, 1. derece akrabalarınızda olumsuz bir yaşam olayıyla (ölüm, boşanma, hastalık vb) karşılaştınız mı?

() Hayır

() Evet (Belirtiniz:.....)

14. İlgilendiğiniz bakıma muhtaç bir yakınınız var mı? () Hayır () Evet

Açıklama: Aşağıda işinizin çeşitli yönleri ile ilgili sorular bulunmaktadır Dikkatle okuyarak durumunuza en uygun olanı bir (X) işareti ile belirtiniz.

		Hiç bir zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla
15	İşinizde çok hızlı çalışmak zorunda mısınız?				
16	İşinizde çok yoğun çalışmak zorunda mısınız?				
17	İşiniz çok fazla kuvvet (efor) gerektirir mi?				
18	İşinizle ilgili görevleri yetiştirecek kadar zamanınız oluyor mu?				
19	İşinizde sizden birbiriyle çelişen görevler istenir mi?				
20	İşinizde yeni şeyler öğrenme olasılığı var mıdır?				
21	İşiniz yüksek düzeyde beceri ve uzmanlık gerektirir mi?				
22	İşinizde sizden yenilikler yapmanız beklenir mi?				
23	İşinizde her gün aynı şeyleri mi yaparsınız?				
24	İşinizi nasıl yapacağınız konusunda karar vermede sizin seçim hakkınız var mıdır?				
25	İşinizde ne yapacağınıza karar vermede sizin seçim hakkınız var mıdır?				
		Katılmıyorum		Katılıyorum	
		Kısmen	Tamamen	Kısmen	Tamamen
26	Çalıştığım yerde sakin ve hoş bir ortam var.				
27	Çalıştığımız yerde birbirimizle iyi geçiniriz.				
28	İş yerinde diğer çalışanlar beni destekler.				
29	Kötü günümdeysem iş yerindekiler durumumu anlarlar.				
30	Üstlerimle ilişkilerim iyidir.				
31	İş arkadaşlarımla çalışmak hoşuma gider.				

Açıklama: Lütfen aşağıdaki sorulara ne derece katıldığınızı her bir sorudan sonra verilmiş kutulara size uygun numarasını işaretleyerek belirtiniz. Sorulara cevap verirken aşağıda görülen 5 numaralık skalayı kullanınız. Skaladaki daha yüksek numara soruya daha fazla katılma durumunu göstermektedir.

Hiç katılmıyorum 1-----2-----3-----4-----5 Kesinlikle katılıyorum

		1	2	3	4	5
32	Çok sayıda dostum var.					
33	Film seyrederken bazen gözlerim yaşarır.					
34	Sıklıkla kendimi yalnız hissederim.					
35	Bana dertlerini anlatanlar yanımdan ferahlanmış ayrılırlar.					
36	Başkalarının problemleri beni kendi problemlerim kadar ilgilendirir.					
37	Duygularımı başkalarına iletmekte güçlük çekerim.					
38	İnsanların film seyrederken ağlamaları tuhafıma gider.					
39	Birisiyle tartışırken bazen dikkatim onun söylediklerinden çok vereceğim cevap üzerine yoğunlaşır.					
40	Çevrede çok sevilen bir insanım.					
41	Televizyondaki filmler mutlu sona ulaşınca rahatlarım.					
42	Düşüncelerimi başkalarına iletmekte güçlük çektiğim olur.					
43	İnsanların çoğu bencildir.					
44	Sinirli bir insanım.					
45	Genellikle insanlara güvenirim.					
46	İnsanlar beni tam olarak anlayamıyorlar.					
47	Girişken bir insanım.					
48	Bir yakınım bana derdimi anlatmak beni rahatlatır.					
49	Genellikle hayatımdan memnunum.					
50	Yakınlarım bana sık sık derdini anlatırlar.					
51	Genellikle keyfim yerindedir.					

Aşağıda işinizin çeşitli yönleri ile ilgili cümleler bulunmaktadır. Her cümleyi dikkatle okuyarak işinizin o cümlede belirtilen yönünden ne derece memnun olduğunuzu bir (X) işareti ile belirtiniz. Her cümleye cevap verirken, “bu yönden işimden ne derece memnunum” diye kendinize sorunuz.

1.Hiç memnun değilim, 2.Memnun değilim, 3.Kararsızım, 4.Memnunum, 5.Çok memnunum.

ŞİMDİKİ İŞİMDEN		1	2	3	4	5
52	Beni her zaman memnun etmesi bakımından					
53	Tek başıma çalışma olanağı olması bakımından					
54	Ara sıra değişik şeyler yapabilme şansım olması bakımından					
55	Toplumda “saygın bir kişi” olma şansı vermesi bakımından					
56	Yöneticimin ekibindeki kişileri idare tarzı bakımından					
57	Yöneticimin karar vermedeki yeteneği bakımından					
58	Vicdanıma aykırı olmayan işler yapabilme şansım olması bakımından					
59	Bana basit bir iş sağlaması bakımından					
60	Başkaları için bir şeyler yapabilme olanağını bana vermesi bakımından					
61	Kişilere, ne yapacaklarını söyleme şansına sahip olma bakımından					
62	Kendi yeteneklerimi kullanarak bir şeyler yapabilme şansı olması bakımından					
63	İş ile ilgili alınan kararların uygulamaya konması bakımından					
64	Yaptığım iş ile karşılığında aldığım ücret bakımından					
65	İş içinde terfi olanağımın olması bakımından					
66	Kendi kararlarımı uygulama serbestliğini bana vermesi bakımından					
67	İşimi yaparken kendi yöntemlerimi kullanabilme şansını bana vermesi bakımından					
68	Çalışma şartları bakımından					
69	Çalışma arkadaşlarımla birbirleriyle anlaşmaları bakımından					
70	Yaptığım iyi bir iş karşılığında takdir edilmem bakımından					
71	Yaptığım iş karşılığında duyduğum başarı hissi bakımından					