

**T.C.**  
**PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ**  
**TIP FAKÜLTESİ**  
**AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

**TIP FAKÜLTESİNDE ÇALIŞAN TIP DOKTORLARI VE TIP**  
**ÖĞRENCİLERİNDE TÜKENMİŞLİK SENDROMU**  
**VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER**

**UZMANLIK TEZİ**  
**DR. YUSUF KIRMIZIGÜL**

**DANIŞMAN**  
**PROF. DR. TAMER EDİRNE**

**DENİZLİ – 2018**

**T.C.**  
**PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ**  
**TIP FAKÜLTESİ**  
**AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

**TIP FAKÜLTESİNDE ÇALIŞAN TIP DOKTORLARI VE TIP**  
**ÖĞRENCİLERİNDE TÜKENMİŞLİK SENDROMU**  
**VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER**

**UZMANLIK TEZİ**  
**DR. YUSUF KIRMIZIGÜL**

**DANIŞMAN**  
**PROF. DR. TAMER EDİRNE**

**DENİZLİ – 2018**

Prof.Dr. Tamer EDİRNE danışmanlığında Dr. Yusuf KIRMIZIGÜL tarafından yapılan “Tıp fakültesinde çalışan tıp doktorları ve tıp öğrencilerinde tükenmişlik sendromu ve ilişkili faktörler” başlıklı tez çalışması .....tarihinde yapılan tez savunma sınavı sonrası yapılan değerlendirme sonucu jürimiz tarafından Aile Hekimliği Anabilim/Bilim Dalı’nda TIPTA /YANDAL UZMANLIK TEZİ olarak kabul edilmiştir.

**BAŞKAN** Prof. Dr. Tamer EDİRNE

**ÜYE** Doç. Dr. Aysun ÖZŞAHİN

**ÜYE** Prof. Dr. Okay BAŞAK

**Yukarıdaki imzaların adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım. ....**

**Prof. Dr. Osman ÇİFTÇİ**

**Pamukkale Üniversitesi**

**Tıp Fakültesi Dekanı**

# TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim süresince bilgi ve deneyimlerinden yararlanma fırsatı bulduğum, bilgi ve tecrübeleri ile yol gösteren, eleştirel bir gözle bakabilmeyi öğreten ve tez danışman hocam olan Prof. Dr. Tamer EDİRNE'ye;

Manevi desteği ve yapıcı tavrı ile hepimizin yanında olduğunu her daim hissettiren, bilgi ve tecrübesiyle destek, hoşgörü ve sabır gösteren sevgili hocamız Doç. Dr. Aysun ÖZŞAHİN'e;

Birlikte çalıştığım tüm araştırma görevlisi arkadaşlarıma;

Beni bugünlere getiren canım aileme;

Her zaman yanımda olan, desteğini hep hissettiğim sevgili nişanlım Dr. Emine ÇELİK'e

içten teşekkürlerimi sunarım...

# İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR .....	iv
İÇİNDEKİLER.....	v
TABLolar.....	viii
ŞEKİLLER.....	ix
KISALTMALAR.....	x
ÖZET .....	xi
ABSTRACT .....	xii
1. GİRİŞ ve AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER .....	3
2. 1. Tükenmişlik Sendromu Tanımı .....	3
2. 2. Tükenmişlik İle İlgili Kavramlar .....	4
2. 2. 1. Stres.....	5
2. 2. 2. Genel Uyum Belirtisi .....	5
2. 2. 2. 1. Alarm Reaksiyonu .....	6
2. 2. 2. 2. Direnç Dönemi .....	6
2. 2. 2. 3. Tükenme Dönemi .....	6
2. 2. 3. İş Doyumu ve Doyumsuzluğu.....	6
2. 3. Tükenmişliğe Etki Eden Faktörler.....	7
2. 3. 1. Bireysel Faktörler.....	7
2. 3. 2. Çevresel Faktörler .....	8
2. 4. Tükenmişliğin Belirtileri.....	8
2. 4. 1. Fiziksel Belirtiler .....	9
2. 4. 2. Psikolojik Belirtiler.....	9
2. 4. 3. Davranışsal Belirtiler.....	10

2. 5. Tükenmişlik Modelleri .....	11
2. 5. 1. Edelwich ve Brodsky Tükenmişlik Modeli.....	11
2. 5. 2. Pearlman ve Hartman Tükenmişlik Modeli.....	11
2. 5.3. Meier Tükenmişlik Modeli .....	12
2. 5.4. Suran ve Sheridan'ın Tükenmişlik Modeli .....	13
2. 5.5. Cherniss Tükenmişlik Modeli.....	13
2. 5.6. Pines Tükenmişlik Modeli.....	13
2. 5.7. Golembiewski Tükenmişlik Modeli.....	14
2. 5.8. Maslach Tükenmişlik Modeli.....	14
2. 5.8. 1. Duygusal Tükenme .....	15
2. 5.8. 2. Duyarsızlaşma.....	15
2. 5.8. 3. Kişisel Başarısızlık .....	16
2. 6.Tükenmişlik ve Depresyon.....	16
2. 7.Tükenmişliğin Sonuçları .....	18
2. 8. Hekimlerde Ruh Sağlığı ve Tükenmişlik.....	21
2. 9. Depresyon .....	22
3. GEREÇ ve YÖNTEMLER.....	25
3. 1.Araştırmanın Amacı ve Türü.....	25
3. 2.Araştırmanın Evreni .....	25
3. 3.Çalışmaya Dahil Edilme ve Edilmeme Kriterleri.....	26
3. 4.Veri Toplama Araçları.....	26
3. 5.Sosyodemografik Veri Formu .....	27
3. 6.Maslach Tükenmişlik Ölçeği .....	27
3. 7.Genel Sağlık Anketi-12.....	29
3. 8.İstatistiksel Yöntemler.....	29

4. BULGULAR.....	30
4. 1. Katılımcıların Demografik Özellikleri .....	30
4. 2. Katılımcıların Tükenmişlik Düzeyleri ve GSA-12 Puanları.....	33
4. 3. Yaşa Göre Tükenmişlik Düzeyleri ve GSA-12 Puanları.....	33
4. 4. Cinsiyete Göre Tükenmişlik Düzeyleri ve GSA-12 Puanları.....	34
4. 5. Medeni Duruma Göre Tükenmişlik Düzeyleri ve GSA-12 Puanları.....	35
4. 6. Eşinin Çalışma Durumuna Göre Tükenmişlik Düzeyleri ve GSA-12 Puanları.....	35
4. 7. Çocuğu Olma Durumuna Göre Tükenmişlik Düzeyleri ve GSA-12 Puanları.....	36
4. 8. Aile Yapısına Göre Tükenmişlik Düzeyleri ve GSA-12 Puanları.....	37
4. 9. Hissedilen Gelir Durumuna Göre Tükenmişlik Düzeyleri ve GSA-12 Puanları.....	37
4. 10. Unvana Göre Tükenmişlik Düzeyleri ve GSA-12 Puanları.....	38
4. 11. Bölüme Göre Tükenmişlik Düzeyleri ve GSA-12 Puanları.....	39
4. 12. Meslekte Geçen Süreye Göre Tükenmişlik Düzeyleri ve GSA-12 Puanları.....	40
4. 13. Kronik Hastalık Varlığına Göre Tükenmişlik Düzeyleri ve GSA-12 Puanları.....	42
4. 14. Evde Engelli Kişi Varlığına Göre Tükenmişlik Düzeyleri ve GSA-12 Puanları.....	42
4. 15. Değiştirilmek İstenene Göre Tükenmişlik Düzeyleri ve GSA-12 Puanları.....	43
4. 16. GSA-12 ve Tükenmişlik Arasındaki İlişki.....	44
5. TARTIŞMA.....	45
6. SONUÇ ve ÖNERİLER.....	58
7. KAYNAKLAR.....	60
8. EKLER.....	73

EK-1: Sosyodemografik Veri Formu

EK-2: Maslach Tükenmişlik Ölçeği

EK-3: Genel Sağlık Anketi-12

## TABLULAR

<b>Tablo 1:</b> Demografik Özellikler.....	31
<b>Tablo 2:</b> Katılımcıların Tükenmişlik Düzeyleri ve GSA-12 Puanları.....	33
<b>Tablo 3:</b> Yaşa Göre Tükenmişlik Düzeyleri ve GSA-12 Puanları.....	33
<b>Tablo 4:</b> Cinsiyete Göre Tükenmişlik Düzeyleri ve GSA-12 Puanları.....	34
<b>Tablo 5:</b> Medeni Duruma Göre Tükenmişlik Düzeyleri ve GSA-12 Puanları.....	35
<b>Tablo 6:</b> Eşinin Çalışma Durumuna Göre Tükenmişlik Düzeyleri ve GSA-12 Puanları.....	36
<b>Tablo 7:</b> Çocuğu Olma Durumuna Göre Tükenmişlik Düzeyleri ve GSA-12 Puanları.....	36
<b>Tablo 8:</b> Aile Yapısına Göre Tükenmişlik Düzeyleri ve GSA-12 Puanları.....	37
<b>Tablo 9:</b> Hissedilen Gelir Durumuna Göre Tükenmişlik Düzeyleri ve GSA-12 Puanları.....	38
<b>Tablo 10:</b> Unvana Göre Tükenmişlik Düzeyleri ve GSA-12 Puanları.....	39
<b>Tablo 11:</b> Bölüme Göre Tükenmişlik Düzeyleri ve GSA-12 Puanları.....	40
<b>Tablo 12:</b> Meslekte Geçen Süreye Göre Tükenmişlik Düzeyleri ve GSA-12 Puanları.....	41
<b>Tablo 13:</b> Kronik Hastalık Durumuna Göre Tükenmişlik Düzeyleri ve GSA-12 Puanları.....	42
<b>Tablo 14:</b> Evde Engelli Kişi Varlığına Göre Tükenmişlik Düzeyleri ve GSA-12 Puanları.....	43
<b>Tablo 15:</b> Değişirilmek İstenene Göre Tükenmişlik Düzeyleri ve GSA-12 Puanları.....	43
<b>Tablo 16:</b> GSA-12 ye Göre Tükenmişlik Düzeyleri.....	44
<b>Tablo 17:</b> GSA-12 ve Tükenmişlik Ölçeklerinin Korelasyonlarının İncelenmesi.....	44



## ŞEKİLLER

<b>Şekil 1:</b> Maslach tükenmişlik modeli.....	27
---	----

## KISALTMALAR

**DT** : Duygusal Tükenmişlik

**D** : Duyarsızlaşma

**KB** : Kişisel Başarı

**MTÖ** : Maslach Tükenmişlik Ölçeği

**GSA-12** : Genel Sağlık Anketi-12

**SPSS** : Statistical Program For Social Sciences

**DSM-V-TR** : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - Fifth

Edition - Text Revision (Ruhsal Bozuklukların Tanımlanması ve

Sınıflandırması El Kitabı, Gözden Geçirilmiş Beşinci Baskı)

**PAÜ** : Pamukkale Üniversitesi

## ÖZET

Tükenmişlik Sendromu, mesleği gereği duygusal harabiyetlere maruz kalan ve başka insanlarla sürekli yüz yüze çalışan bireylerde görülen bitkinlik, uzun süreli yorgunluk, umutsuzluk ve çaresizlik duygularının işe, yaşama ve diğer insanlara karşı olumsuz tutum ve davranışlarla yansımaları ile oluşan bir durumdur. Çalışmamızda sağlık hizmeti veren doktorlarda tükenmişlik seviyelerini, ruhsal durumlarını ve bunu etkileyen faktörleri belirlemek amaçlanmıştır. Çalışmamızda Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde çalışan 416 doktora sosyodemografik özelliklerin sorgulandığı anket, Maslach Tükenmişlik Ölçeği ve Genel Sağlık Anketi-12 uygulandı. Maslach Tükenmişlik Ölçeği ve Genel Sağlık Anketi-12 puanları ile yaş, cinsiyet, medeni durum, eşinin çalışma durumu, çocuk sahibi olma durumu, aile yapısı, hissedilen aylık gelir durumu, unvan, çalışmakta olunan bölüm, meslekte geçirilen süre, kronik hastalık varlığı, evde engelli/ hasta kişi varlığı, bölüm/ meslek değiştirme isteği arasındaki ilişki değerlendirildi. Çalışmamızda Maslach Tükenmişlik Ölçeği; duygusal tükenme (DT), duyarsızlaşma (D) ve kişisel başarı hissi (KB) olmak üzere üç alt boyutta değerlendirildi. Aile yapısı ve evde engelli kişi varlığı ile Maslach Tükenmişlik alt ölçek puanları ve Genel Sağlık Anketi-12 puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmadı. Diğer sosyodemografik özellikler ile Maslach Tükenmişlik alt ölçek puanları ve Genel Sağlık Anketi-12 puanları arasında en az bir anlamlı ilişki bulundu. Sonuç olarak, doktorlarda tükenmişliğin sık görüldüğü bilinmektedir. Çalışmamızda görüldüğü gibi doktorlarda tükenmişlik seviyelerinin artması hastalar açısından da olumsuz sonuçlara neden olabilmesinden dolayı ciddi bir halk sağlığı sorunudur. Bu konuda yapılabilecek çalışmalarla tükenmişliği etkileyen unsurların saptanması, doktorların konu hakkında bilgilendirilmesi ve önlemlerin alınması gerekmektedir.

**Anahtar kelimeler:** Tükenmişlik sendromu, duygusal tükenme, duyarsızlaşma, kişisel başarı, genel sağlık anketi-12

## **ABSTRACT**

Burnout Syndrome is a condition of exhaustion, long fatigue, hopelessness and helplessness in individuals who are exposed to emotional destruction due to their profession and who are constantly face to face with other people, reflecting the negative attitudes and behaviors towards work, life and other people. In our work, doctors who provide health care are aimed to determine burnout levels, mental conditions and the factors that affect them. In our study, 416 physicians questioning sociodemographic characteristics, Maslach Burnout Questionnaire and General Health Questionnaire-12 were applied at Pamukkale University Medical Faculty Hospital. Maslach Burnout Questionnaire and General Health Questionnaire-12 scores were used to assess age, gender, marital status, partner's working status, child ownership status, family structure, perceived monthly income status, title, occupation, occupation, disabled / sick person presence, department / request to change occupation. Maslach Burnout Scale in our Study; emotional exhaustion (DT), depersonalization (D), and personal feelings of success (KB). There was no statistically significant relationship between family structure and the presence of disability at home and Maslach Burnout subscale scores and General Health Questionnaire-12 scores. There was at least one significant relationship between other sociodemographic characteristics and Maslach Burnout subscale scores and General Health Questionnaire-12 scores. As a result, it is known that burnout is common in doctors. As we have seen in our work, the increase in burnout levels in doctors is a serious public health problem as it can cause negative consequences for patients. It is necessary to determine the factors affecting burnout, doctors should be informed about the subject and precautions should be taken.

**Key words:** Burnout syndrome, emotional exhaustion, depersonalization, personal accomplishment, general health questionnaires-12

# 1. GİRİŞ ve AMAÇ

Tükenmişlik Sendromu ilk kez Herbert Freudenberger tarafından 1974 yılında tanımlanmış olup, uzun süre strese maruz kalan kişilerde gelişen zihinsel ve fiziksel enerji tükenmesi ile karakterize bir terim olarak kabul edilmektedir (1).

Tükenmişlik kavramı, 1970'li yıllardan günümüze kadar farklı yaklaşımlar ve yöntemlerle incelenmiş ve bu kavramla ilgili bilim adamlarının birçok model oluşturdukları görülmüştür. Bu modellerden başlıcaları; Freudenberger Modeli (1974), Edelwich ve Brodsky Tükenmişlik Modeli (1980), Cherniss Tükenmişlik Modeli (1980), Maslach Modeli (1981), Pearlman ve Hartman Tükenmişlik Modeli (1982), Meier Tükenmişlik Modeli (1983), Golembiewski Tükenmişlik Modeli (1983), Suran ve Sheridan Tükenmişlik Modeli (1985), ve Pines Tükenmişlik Modeli'dir (1988).

Tükenmişlik Sendromu sonucunda ortaya çıkan zihinsel ve fiziksel sonuçlar kişinin iş ve aile yaşantısını olumsuz yönde etkilemektedir (2,3,4).

Tükenmişlik Sendromu, iş gücü ve kalitesindeki düşüşlerin yanı sıra aile içinde huzursuzluk, cinsel istek azalması gibi sorunlara da yol açabilen önemli bir halk sağlığı sorunudur.

Çalışan insanlar günlük yaşamlarının çoğunluğunu işyerlerinde geçirmektedir ve bu yüzden çalışma ortamında maruz kalınan stres, kişinin sağlığı üzerine önemli bir etkiye sahiptir. Hekimlik, Uluslararası Çalışma Örgütü tarafından çalışma ortamından kaynaklanan pek çok olumsuz faktörün etkisiyle yoğun iş yüküne sahip stresli bir meslek olarak belirtilmektedir (5).

Yapılan çalışmalar tükenmişlik riskinin doktorlar gibi insanlarla iç içe çalışan mesleklerde diğer mesleklere göre daha yüksek olduğunu göstermektedir. Sağlık çalışanları, insanların hayatlarının en hassas tarafları ile yüz yüze gelmekte, hayatları tehlike altında olan insanlarla çalışmakta, sürekli hastaların beklentileri ile

karşılaşmaktadır. Sağlık çalışanları ile yapılan çalışmalarda; tükenmişliğin iş performansında azalmaya, fiziksel ve ruhsal sağlık sorunlarına, depresif duygulanıma, konsantrasyon bozukluğuna, iş değişikliği ve işe devam edememeye neden olduğu gösterilmiştir (6).

Ülkemizde ve dünyada yapılan çeşitli araştırmalar, hekimlerin tükenmişliğinin temellerinin henüz daha tıp fakültesindeyken atıldığına işaret etmektedir. Tükenmişlik nedeniyle öğrencilerin hem mesleki gelişimleri hem de dürüstlük, fedakârlık gibi kişilik özellikleri erozyona uğrayabilmektedir (7,8).

Bu çalışmanın amacı sağlık hizmeti veren doktorlarda tükenmişlik sendromu düzeylerini ve bunu etkileyen sosyodemografik faktörleri belirlemektir.

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2. 1. Tükenmişlik Sendromu Tanımı

Tükenmişlik kavramı, ilk olarak 1974 yılında Herbert Freudenberger tarafından tanımlanmıştır ve “mesleki bir tehlike” olarak tanımlayan ilk bilim adamıdır. Freudenberger tükenmişliği; başarısız olma, yıpranma, enerji ve güç kaybı veya karşılanamayan istekler sonucu bireyin iç kaynaklarında tükenme olarak tanımlamıştır (9,10).

İngilizcede “burnout” sözcüğü ile ifade edilen ve dilimize, yaygın biçimde kullanılan haliyle “tükenmişlik” olarak çevrilen kavram, hem bireysel boyutta, hem de örgütsel boyutta iş hayatını olumsuz etkileyen bir problemdir. Kavram, ilk olarak 1970'lerde Amerika'da müşteri hizmetlerinde çalışan insanların yaşadığı mesleki bunalımı ifade etmek amacıyla kullanılmıştır (9).

Ancak, Greene'nin 1961 yılında yayınladığı, ruhsal çöküntü yaşamış ve hayal kırıklığına uğramış olan bir mimarın işini terk edip Afrika ormanlarına kaçışını anlatan “Bir Tükenmişlik Olayı”, orijinal adıyla “A Burn-Out Case” isimli romanında da yer bulan bu popüler kullanım, büyük bir bıkkınlık ve kişinin işine duyduğu bağlılık ile idealizminin sönmesi şeklinde tanımlanmıştır. Yani, tükenmişlik kavramı bilimsel çalışmaların bir parçası olmadan çok önce sosyologlar tarafından sosyal bir problem olarak vurgulanmıştır (11).

Yapılan birçok araştırma, insanların önemli bir kısmının kendilerini işleri ile var ettiklerini göstermektedir ve bu insanlar iş hayatlarından bütün hayatlarına ilişkin bir anlam çıkartmaya çalışmaktadırlar. Bu da kişilerin işlerine neden yüksek bir hevesle bağlı olduklarının belirtisidir. Bu insanlar, çalışma yaşamlarında başarısız olduklarını, işlerinin önemsiz olduğunu ve dünya için hiçbir fayda sağlamadıklarını düşündüklerinde; kendilerini çaresiz, ümitsiz ve tükenmiş hissetmektedirler.



Freudenberger'in de belirttiği gibi, kendilerini tamamen işlerine adanmış ve işlerini sosyal hayatlarının devamı ve kendileri için vazgeçilmez olarak gören kişiler, tükenmişlik için risk altındadır (12).

Pines ve Aronson'a göre tükenmişlik, çalışma hayatı ile ilgili duygusal beklentilere uzun süre maruz kalan kişilerde ortaya çıkabilen; duygusal, fiziksel ve zihinsel olarak tükenme halidir (13).

Cherniss tükenmişliği; "işle ilgili stres kaynaklarına bir tepki olarak meydana gelen, çalışanların davranış ve alışkanlıklarını olumsuz etkileyen bir süreç" olarak tanımlamıştır (9).

Maslach'a göre; bilhassa insanlara hizmet sektöründe çalışan, stres artırıcı durumlara maruz kalan bireylerde duygusal tükenme, işe karşı profesyonel ilginin kaybı (duyarsızlaşma) ve kişinin kendini yetersiz hissetmesiyle sonuçlanabilen süregelen bir durumdur (14).

Günümüzde en yaygın kabul gören tanım, Christina Maslach'a aittir ve Maslach tarafından "İşi gereği insanlarla yoğun bir ilişki içerisinde olanlarda görülen duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve düşük kişisel başarı hissi" olarak tanımlanan tükenmişlik, daha ayrıntılı şekliyle "İşi gereği yoğun duygusal taleplere maruz kalan ve sürekli diğer insanlarla yüz yüze çalışmak durumunda kalan kişilerde görülen fiziksel bitkinlik, uzun süreli yorgunluk, çaresizlik ve umutsuzluk duygularının, yapılan işe, hayata ve diğer insanlara karşı olumsuz tutumlarla yansıması ile oluşan bir sendrom" şeklinde ifade edilmiştir (15).

## **2. 2. Tükenmişlik İle İlgili Kavramlar**

Tükenmişlik kavramı, iş ve çalışma hayatı sağlığı ile ilişkili bir kavramdır ve uzun süre devam eden stres durumunu ifade etmek için kullanılan bir kavram olduğu gibi, aynı zamanda çalışma hayatında iş doyumsuzluğu olarak bilinmektedir.

Tükenmişlik bazı çevrelerce strese benzer belirti ve etkilere sahip olduğu için bir stres türü olarak kabul edilirken, bazı çevrelerce de strese karşı bir tepki olarak kabul görmüştür. Bu kavramları birbirinden ayırt etmek pek mümkün değildir, biri diğerinin nedeni veya sonucu olabilir. Tükenmişlik ile ilgili bazı kavramlar stres, genel uyum belirtisi, iş doyumu ve doyumsuzluktur.

### **2. 2. 1. Stres**

Stres, organizmanın fiziksel ve ruhsal sınırlarının tehdit edilmesi ve zorlanmasıyla meydana gelen bir gerginlik durumudur. Tehlike ile karşılaşınca canlı kendini korumaya çalışır. Eğer savaşabileceği türden tehlike ise savaşır, savaşamayacağı türden ise ondan uzaklaşır. Organizmanın tehdit durumunda olduğu stres karşısında insanlarda hem fiziksel hem ruhsal düzeyde bir dizi olay meydana gelir (16).

Stres, bu hayatta bir gerçektir ama stres genellikle olumsuz bir şey olarak düşünülür. Aşırı stres, insanı çalışamayacak bir duruma getirip, ciddi sorunlar da oluşturabilir. Ancak stresin olumlu bir yanı da vardır; herkes için değişebilen ama yüksek olmayan dozda stres, varoluşun olumlu bir özelliğidir ve etkili bir işleyiş için gereklidir. Bu tür stres organizmada fiziksel ve ruhsal gelişmelere, büyümeye ve olgunlaşmaya yol açar.

### **2. 2. 2. Genel Uyum Belirtisi**

Organizmanın tehdit edilmesi ve bu sebeple dengenin bozulması, canlılığı korumaya neden olan alarm tepkisinin oluşmasına neden olur. Bozulan dengenin tekrar inşa edilmesi için yeni duruma uyum sağlanması gerekmektedir (16).

Strese verilen bu yanıt genel uyum belirtisi olarak da adlandırılır ve stresi zaman süreci içinde irdelemeyi amaçlayan bir yaklaşımdır. Genel uyum belirtisi; alarm reaksiyonu, direnç dönemi, tükenme dönemi olarak üç döneme ayrılır (17).

### **2. 2. 2. 1. Alarm Reaksiyonu**

Bu dönemde herhangi bir dış uyaran stres olarak algılanmaktadır. Vücut ısısının ve kan basıncının azaldığı, nabzın arttığı şok döneminin hemen arkasından organizma bu durumla başa çıkabilmek için, aktif fizyolojik girişimlerde bulunur. Amaç, savaşarak veya kaçarak organizmayı korumaktır (18).

### **2. 2. 2. 2. Direnç Dönemi**

Vücudun direncinin normalin üstüne çıktığı dönemdir. Organizmanın, karşı karşıya geldiği strese sebep olan duruma karşı direnci artmakta, lakin diğer stres vericilere karşı direnci azalmaktadır. Eğer direnç dönemi başarı ile atlatılabilirse, beden normal koşullarına geri döner (18)

### **2. 2. 2. 3. Tükenme Dönemi**

Strese sebep olan durum çok ciddi ve etkisi uzun süreli ise, organizma için tükenme basamağına gelinir. Her canlının uyum yeteneği ve enerjisi farklı ve sınırlıdır. Bu dönem hastalıklara çok açık olunan bir dönemdir ve organizmada derin izler bırakabilir (19).

### **2. 2. 3. İş Doymu ve Doyumsuzluğu**

İş doymu, bireyin işi ile alakalı değerlerinin karşılandığını algılaması ve bu değerlerin bireyin gereksinimleri ile uyumlu olması olarak tanımlanmaktadır (20). Bireyin yaptığı işten memnun olması, işini severek yapması, hem yaptığı işi kendisine hem de kendisini yaptığı işe layık görmesi, yaptığı işin karşılığı olarak aldığı ücreti

yeterli bulması gibi birçok olumlu faktör çalışanın iş doyum düzeyini yükseltir. Bu faktörlerin yokluğu ise bireyler üstünde doyumsuzluk oluşturur (21).

### **2. 3. Tükenmişliğe Etki Eden Faktörler**

İş hayatında sıklıkla gözlemlenebilen tükenmişliğin gerçekleşmesine katkı sağlayan birçok faktör sıralanabilmektedir. Tükenmişliğe etki eden bu faktörler ile ilgili sahip olunan bilgiler; pek çok araştırma sonucunda elde edilen bulgular ve konuyla ilgili araştırma yapanların gözlemleri sonucunda elde edilmiştir. Tükenmişliğe etki eden faktörler; yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu gibi demografik faktörler; kişilik yapısı, empati yeteneği, duygusal kontrol, bireysel ihtiyaçlar, beklenti düzeyi gibi kişisel faktörler; işin niteliği, hasta yoğunluğu, çalışma saatleri, iş yükü, iş güvenliği, iş ortamındaki iletişim, çalışma arkadaşları ve yöneticilerle ilişkiler, kurum plan ve politikaları, adalet, yetersiz ücret, ilerleme fırsatlarının olmaması, ödüllendirme eksikliği, işyerinin fiziksel koşulları gibi örgütsel faktörlerdir. Tükenmişliğe neden olan bu faktörler öncelikle bireysel faktörler ve çevresel faktörler olarak açıklanmıştır. Maslach ve Leiter'e göre tükenmişlik olgusu üzerinde etkili olan etmenlerden örgüt ile ilgili olanlar, bireysel etmenlere oranla daha önemli olup üzerinde çok daha fazla durulması gerekmektedir (22).

#### **2. 3. 1. Bireysel Faktörler**

Çalışanları tükenmişliğe götürebilecek etmenlerin baskın olduğu bir örgüt ortamı, farklı kişilikteki insanları farklı şekilde etkiler. Bazı kişiler, bu olumsuz etmenlerin etkisinden kişisel özellikleri sayesinde etkilenmeyebilir veya bu etmenlerden daha az etkilense de, kimisi için algılanan olumsuzluk çok daha ciddi olabilir ve birey, örgütsel faktörlerden normalden çok daha fazla etkilenebilir. Kişiler

arasında çeşitli uyaranların stres yapıcı olarak algılanması ve bunlarla başa çıkabilme becerilerinin değerlendirilmesi açısından önemli farklılıklar görülmektedir. Her bireyin tükenmişlik yaşama ihtimalinin var olduğu kabul edilmekle birlikte, belirli özelliklere sahip bireylerin bu riski diğerlerine göre daha fazla taşıdığı söylenebilir. Bu özellikler arasında; A tipi kişilik, dış kontrol odaklı olma, empati yeteneğinden ve duygusal kontrolden yoksun olma, gerçekçi olmayan beklenti düzeyine sahip olma gibi özellikler sayılabilir (23).

### **2. 3. 2. Çevresel Faktörler**

Çalışma koşulları ve çalışma ortamının özellikleri, işin niteliği ve aşırı iş yükü, çalışanlar arasındaki ilişkiler, çalışanın karşılamak zorunda olduğu taleplerin birbiri ile çatışması, tükenmişliğe neden olan çevresel faktörlerin en önemli nedenlerindedir. Aşırı iş yükünün ve çatışmanın olduğu iş yerlerinde tükenmişlik riskinin yüksek olduğu gözlenmiştir. Hizmet verilen kişi sayısı arttıkça verilen hizmetin hem kalitesi düşmekte hem de miktarı azalmaktadır. Tükenmişliğin ilerleyen seviyelerinde bu kişiler, hizmet verdiği insanlara bağırarak ya da kovmak gibi hareketlerde bulunabilirler (24).

### **2. 4. Tükenmişliğin Belirtileri**

Tükenmişlik sinsi ve yavaş başlayan, sürekli ilerleyen, kronik bir durumdur. Tükenmişlik durumu gelişmeden biraz süre önce; genellikle iş veya sınav baskısı, arka arkaya gelen stres yaratıcı olaylar veya aile üyelerinden birinin hastalığı gibi bazı çevresel koşullara rastlanır.

Tükenmişliğin çok çeşitli belirtileri vardır. Tükenmişlik yaşayan kişi, mesleki doyumsuzluk ve yorgunluk duyguları yaşadığını fark eder ve bu sebeple işe gitmekten kaçınır, tahammülsüzlük meydana gelir, kendinden şüphelenme hissi ve benlik imajına uygun olmayan davranışlar sergiler (25).

Tükenmişlik sendromu yaşayan kişiler garip, eleştirici, kızgın, eleştirilere kapalı ve insanlara itici gelen davranışlar sergileyebilirler. Tükenmişlik yaşayanlarda görülen temel belirtiler; işe duyulan ilginin kaybı, duygularda aşınma ve iş ile birey arasındaki uyumsuzluk şeklinde gözlenmektedir (26).

Yukarıda ki ifadelerde de görüldüğü gibi, tükenmişlik yaşayan kişiler kendilerini sürekli gergin olarak tanımlamakta ve sinirlilik, duyarsızlık ve keskin tutumların en baskın duyguları olduğunu belirtmektedirler. Bu tür duygular, insanların, okullarında, işyerinde, aileleriyle ve hizmet sunduğu insanlarla yani buldukları hemen her yerde ilişkilerini olumsuz yönde değiştirmeye başlamaktadır.

Tükenmişliğin belirtileri; fiziksel, psikolojik ve davranışsal olmak üzere üç ayrı başlık altında incelenebilir. Bu belirtiler aynı zamanda tükenmişliğin sonuçları olarak da düşünülebilir.

#### **2. 4. 1. Fiziksel Belirtiler**

İşlerini severek yapan insanlar, bazı dönemlerde gün içerisinde çok yoğun çalışmalarına rağmen ertesi gün işlerine aynı tempoyla devam edebilmektedirler. Tükenmiş insanların çoğu iş yaşamına böyle başlamışlardır (27).

Lakin bu kişilerin, tükenmişlik sürecinde hem fiziksel hem de ruhsal olarak sahip oldukları tüm enerjileri tüketebilir ve bu tükeniş ise kişide fiziksel olarak ciddi rahatsızlıklara sebep olmaktadır. Tükenmişliğin fiziksel belirtileri genelde yorgunluk ve bitkinlik hissi, baş ağrıları, mide-bağırsak rahatsızlıkları, tansiyon yükselmesi, uyku bozuklukları şeklinde sıralanır. Bu tip yakınmaların sürekli olması, ciddi bir tükenmişlik sendromunun habercisi olabilir (26,28).

#### **2. 4. 2. Psikolojik Belirtiler**

Maslach ve arkadaşlarına göre; tükenmişlik yaşayan insanlar, arkadaşlarından uzaklaşmakta ve insanlarla ilişki kurmada sorunlar yaşamaktadır (29).

Engellenmişlik hissi ve sinirlilik tükenmişliğin belirgin özelliklerindedir. Kişi, hedeflerine ulaşmanın önüne geçildiğini düşündüğü için kendisini engellenmiş hisseder. Eğer kişi, işi üzerindeki kontrolünü kaybetmiş veya işini yapmak için gereken kaynaklardan yoksun bir durumda ise, karşısına çıkan engelleri aşmakta zorluk çekecektir. Buna ilaveten kişi, beklediği ödülleri de alamıyorsa, kendisini yetersiz hissetmesi beklenen bir sonuç olacaktır ve bütün bunların sonucu olarak kişi kendisini tükenmiş hissedecektir (30).

Tükenmişliği körükleyen duygulardan diğer ikisi de korku ve kaygıdır ve bu duygular, çalışanın işi üzerindeki kontrol duygusunu kaybettiği ve iş çevresinin belirsizlik içinde olduğu durumlarda meydana gelmektedir. Günümüzde birçok çalışan, böyle durumlarla karşılaşabilmektedir. Kişilerin diğerleriyle rekabet içerisinde olmaları veya işlerini kaybetme ve gelecek korkusu yaşamaları halinde iyi çalıştığı şeklinde yaygın bir görüş olsa da aslında bu tarz bir ortam çalışanların dikkatini dağıtıcı bir etkiye sebep olmakta ve onların işlerine daha az ilgi, bağlılık göstermelerine ve işe yönelik enerjilerinde düşmeye sebep olmaktadır (31).

Tükenmişlik; anksiyete ve depresyon gibi psikolojik yönden tehlikeli durumları da meydana getirebilmektedir. Böyle durumlar; alınganlık, apatik görünme, özgüvende düşme, başarısızlık hissetme ve suçluluk duyma gibi duygularla karakterizedir.

### **2. 4. 3. Davranışsal Belirtiler**

Davranışsal belirtiler, artık tükenmişliğin ciddi bir boyuta ulaştığının da bir göstergesidir. İçinde yaşadığı karmaşayı uzunca bir süre saklamaya çalışmış bir kişi

için; tükenmişlik duygusu, kişinin içinde saklayamayacağı kadar huzursuzluğa neden olmaktadır.

Tükenmişlik yaşayan kişilerde; çabuk öfkelenme, ani sinir patlamaları, aşırı alınganlık, yalnız kalma isteği, işe geç gitme ya da gitmeme, işyerinde işi yavaşlatma, evlilik çatışmaları ve boşanma, konsantrasyon güçlüğü, unutkanlık, alaycı ve suçlayıcı olma gibi davranışsal belirtiler gözlenmektedir (31).

## **2. 5. Tükenmişlik Modelleri**

### **2. 5. 1. Edelwich ve Brodsky Tükenmişlik Modeli**

Bu modele göre tükenmişlik, hizmet veren mesleklerde çalışan kişilerde görülen ve iş şartlarının bir sonucu olarak idealizm, enerji ve amacın kaybı olarak tanımlanmıştır ve tükenmişliğe yol açan iş koşulları; hasta yoğunluğu, düşük ücret, uzun çalışma saatleri, yüksek idealler ile ulaşılabilen konum arasındaki uçurum, bürokratik ve ya politik zorlamadır (32).

Edelwich ve Brodsky (1980) tükenmişliğin birbirini takip eden ve belirlenebilir aşamalardan geçerek bir süreç sonunda oluştuğunu öne sürmüşler ve tükenmişliği “idealistik coşku, durgunluk, engellenme ve duygusuzlaşma (apati)” olmak üzere dört aşamada gerçekleştiğini belirtmişlerdir (33).

### **2. 5. 2. Pearlman ve Hartman Tükenmişlik Modeli**

Pearlman ve Hartman kendilerinden önce ki süreçlerde yapılmış olan tanımlamaların bir sentezi ve içerik analizini temel alarak bir tükenmişlik kavramı oluşturmak istemişlerdir. Buna göre tükenmişlik “kronik duygusal strese verilen ve üç bileşenden oluşan bir yanıttır”. Perlman ve Hartman’ın (1982) modeli, değişkenler ve kişinin etrafını yorumlayan algısal bir odağa sahiptir (34). Bunlar:



- a) Fiziksel semptomlar üzerinde odaklaşan fizyolojik boyut (fiziksel tükenme),
- b) Tutum ve duygular üzerinde odaklaşan duygusal-bilişsel boyut (duygusal tükenme),
- c) Semptomatik davranışlar üzerinde odaklaşan davranışsal boyuttur (duyarsızlaşma ve düşük iş verimi). Model epey geniş ve hemen hemen tükenmişlik araştırmalarında ele alınan bütün değişkenleri kapsamaktadır. Bu modele göre kişinin özellikleri, iş ve sosyal çevresi tükenmişlikle başa çıkma hususunda oldukça etkilidir. Perlman ve Hartman'ın tükenmişlik modelinde "durumun strese götürme derecesi, algılanan stres düzeyi, strese verilen tepki ve strese verilen tepkinin sonucu" olmak üzere dört aşamadan oluşur (34).

### **2. 5. 3. Meier Tükenmişlik Modeli**

Meier'in (1983) modeli, Bandura'nın "kendini yeterli bulma" (self-efficacy) görüşleri üzerine şekillenmiştir. Tükenmişlik hem kişisel hem de çevresel etkilerin bir fonksiyonu ve tekrarlayan çalışma hayatının sonucudur. Çalışma hayatı ile ilgili sonuçların kontrol edilebilir olmaması ve olumlu pekiştireç eksikliği, kişinin işinde az ödül almasına ve daha çok olumsuz pekiştireç almasına sebep olmaktadır (35). Bu modelde tükenmişlik, iş deneyimlerinin tekrarı ile sonuçlanan bir durum olarak belirtilmiş ve üç aşamada açıklanmıştır. Bireyin;

- a) İşle ilgili olumlu pekiştireç davranışı beklentisinin düşük ve ceza beklentisinin yüksek olması,
- b) Varolan pekiştireçleri kontrol etme ile ilgili beklentisinin yüksek olması,
- c) Pekiştireçleri kontrol etmek için gereken davranışları göstermede, kişisel yeterlilik beklentisinin düşük olması. Böyle düşük seviyelerde beklentisi olan bireyler sıklıkla korku ve anksiyete gibi olumsuz duyguları yaşamaktadırlar (35).

#### **2. 5. 4. Suran ve Sheridan'ın Tükenmişlik Modeli**

Suran ve Sheridan'ın (1985) modeli gözlem ve deneyimlere dayanmaktadır (36). Erken ve orta yetişkinlik süresince gelişimsel açıdan benzer özellikler gösteren dört basamağın detaylı olarak incelenmesi konusunda girişimde bulunan modeldeki birinci basamak; kimlik ve rol, ikinci basamak; yeterlilik, yetersizlik, üçüncü basamak; verimlilik, durgunluk ve dördüncü basamak ise yeniden oluşturma, hayal kırıklığıdır.

Her bir basamak, tükenmişliğin oluşumunda etkili olan hayat tarzını içermektedir. Suran ve Sheridan'a (1985) göre tükenmişlik, her basamakta yaşanma olasılığı olan çatışmaların doyumsuz kalmasıyla oluşmaktadır (36) ve bu model, Erikson'un (1950) kişilik gelişimi kuramını temel almaktadır (37,38).

#### **2. 5. 5. Cherniss Tükenmişlik Modeli**

Cherniss, 1980 yılında yeni bir tükenmişlik modelinden söz etmiştir. Bu modelde Cherniss tükenmişliği "işle ilgili stres kaynaklarına bir tepki olarak başlayan, başa çıkma davranışlarını içeren ve sonunda iş ile psikolojik ilişkinin koptuğu bir süreç" olarak tanımlamıştır. Birey ile kurumun beklentilerinin ters düşmesi strese neden olmaktadır. Stres meydana geldiğinde birey ilk olarak stresin sebebini ortadan kaldırmaya çalışmakta, eğer mümkün olmuyorsa stresle başa çıkma tekniklerini devreye sokmaktadır. Stresle savaşarak başarılı olan bireyler eski iyilik hallerine geri dönerek rahatlamakta, başarısız olanlar ise son seçenek olarak işi ile psikolojik bağıni kesebilmektedir (9).

#### **2. 5. 6. Pines Tükenmişlik Modeli**

Pines ve Aranson'a (1988) göre tükenmişlik, duygusal manada tüketici işlerde çalışan kişilerde görülen fiziksel, duygusal ve zihinsel bitkinlik olarak belirtilmektedir. İş yerlerinin destekleyici ve engelleyici niteliklerinin nasıl algılandığı kişiden kişiye farklılık

göstermektedir. Aynı yerde çalışan, eşit iş yüküne sahip olan herkeste tükenmişliğin görülmemesi üzerine bireysel farklılıklar incelenmiş; özellikle bireyin motivasyon (güdülenme) düzeyinin tükenmişlikle ilişkisi araştırılmıştır ve sonuç olarak; yüksek güdülenme gösteren, hayatın anlamını çok çalışmakta ve başarılı olmakta arayan kişiler beklentileri karşılanmadığında daha kolay hayal kırıklığı ve bıkkınlığa sürüklenmektedir (13).

### **2. 5. 7. Golembiewski Tükenmişlik Modeli**

Golembiewski modeline göre tükenmişlikte süreç önce duyarsızlaşma ile başlar. Duyarsızlaşma kişinin iş hayatında performansına yansır ve başarıya ilişkin değerlendirmelerini etkileyerek kişisel başarıda düşme hissine neden olur. Bir sonraki aşamada ise kişinin duygusal tükenmişlik yaşaması ile son bulur. Golembiewski modeline göre duyarsızlaşma, kişisel başarıda düşme hissini nedenidir. Kişisel başarıda düşme hissi de duygusal tükenmenin nedenidir (39).

### **2. 5. 8. Maslach Tükenmişlik Modeli**

Maslach modeline göre tükenmişlik; iş hayatlarında yaygın olarak insanlarla yüz yüze çalışan bireylerin, işleri gereği karşılaştıkları insanlara karşı duyarsızlaşmaları, duygusal olarak kendilerini tükenmiş hissetmeleri, kişisel başarı ve yeterlilik duygularında azalma şeklinde kendini gösteren bir sendrom olarak tanımlanmaktadır. Tanımdan da anlaşılacağı gibi Maslach'ın tükenmişlik modelinde tek bir boyuttan değil "duygusal tükenme, duyarsızlaşma, kişisel başarısızlık" olmak üzere üç farklı boyuttan bahsedilmektedir. Bu üç boyut kavramsal olarak birbirinden ayrı ancak birbiri ile ilişkilidir. Bu üç boyuta ilişkin tükenmişliği ölçebilmek için 22 maddeden oluşan "Maslach Tükenmişlik Ölçeği" geliştirilmiştir (40,41).

### **2. 5. 8. 1. Duygusal Tükenme (Emotional Exhaustion)**

Bireyin çalıştığı iş sebebiyle aşırı yüklenilmesi ve tüketilmiş olma duyguları olarak tanımlanır. Tükenmişliğin bu boyutu daha çok insanlarla yoğun ve yüz yüze ilişkinin kaçınılmaz olduğu meslek çalışanlarında görülmektedir. Duygusal tükenme, tükenmişlik durumunun başlangıcı, merkezi ve en önemli bileşenidir. Duygusal olarak yoğun bir iş temposu içinde bulunan birey, kendini zorlamakta ve diğer insanların duygusal talepleri altında ezilmektedir. Duygusal tükenme bu duruma bir tepki olarak meydana gelmektedir. Tükenmişliğin üç boyutu arasında en çok dikkat çeken ve araştırılanı, duygusal tükenme boyutudur. Ancak duygusal tükenme, tek başına tükenmişlik tanısı koymada yeterli değildir (42).

### **2. 5. 8. 2. Duyarsızlaşma (Depersonalization)**

Maslach modelinde bahsedilen ikinci boyut duyarsızlaşmadır. Duyarsızlaşma; bireyin hizmet verdiklerine karşı, duygudan yoksun bir şekilde tutum ve davranışlar göstermesini içermektedir. Bu davranış katı, soğuk ve ilgisiz şekillerde kendini gösterir. Duygusal tükenme yaşayan birey, kendisini diğer insanların sorunlarını çözmede güçsüz hisseder ve duyarsızlaşmayı bir kaçış yolu olarak kullanır. İnsanlarla olan ilişkilerini işin yapılabilmesi için gerekli olan en az seviyeye indirir (42).

Maslach'a göre tükenmişliğin üç boyutundan duyarsızlaşma alt boyutu en problemlili boyut olarak görülmektedir. Duyarsızlaşma, Maslach tarafından "hizmet verilen kişilere karşı uzaklaşmış, katı hatta insancıl olmayan bir yanıt" olarak tanımlanmıştır (43).

Duyarsızlaşma insanlara birer cansız nesne gibi davranmaya iter ve sıklıkla ilişkide bulunulan insanlardan bahsedilirken, kişi isimleri yerine, nesne isimlerini kullanmak şeklinde kendini gösterir. Uzaklaşmanın artmasıyla, hem diğerlerinin

gereksinimlerine aldırış etmeyen bir tutum hem de duygularına aldırmama durumu oluşmaktadır (44).

### **2. 5. 8. 3. Kişisel Başarı (Personal Accomplishment)**

Kişisel başarı; problemin üstesinden başarı ile gelme ve kendini yeterli görme olarak tanımlanmaktadır. Kişisel başarısızlık ise, kişinin kendini işinde başarısız ve yetersiz olarak algılamasıdır. Kişinin başkaları için geliştirdiği olumsuz düşünceler, kendisi için de olumsuz düşünceler geliştirmesine sebep olur. Kişi, kimse tarafından sevilmediği, hastalarıyla ilgilenmede yetersiz kaldığı, engellerin üstesinden gelemediği, işinde başarılı olamadığı gibi duygulara kapılabilir. Kişisel başarısızlık hissi düşük moral, kişiler arası anlaşmazlık, düşük üretkenlik, sorunların üstesinden gelmede yetersizlik, benlik saygısında azalma gibi belirtileri içerir (45).

Suçluluk, sevilmemeye hissi ve başarısızlık duyguları kendine saygıyı azaltarak bireyi depresyona sokabilmektedir (42).

Çam'ın (1991) araştırmasında belirttiği gibi Maslach, tükenmişlik olgusunu üç bileşenli sendrom olarak kavramlaştırmış ve üç boyutta ifade etmiştir.

- a) Fiziksel yorgunluk ve bitkinlik hissi,
- b) İş ve hizmet verilenlerden soğuma,
- c) Kendi kendinden şüphelenmeye varan ruhsal yorgunluk (15).

### **2. 6. Tükenmişlik ve Depresyon**

Depresyon; biyolojik, psikolojik ve sosyal sebeplerden kaynaklanan ve sonuçları itibarıyla insan hayatını olumsuz etkileyen bir duygu durum bozukluğudur. Depresyonun sadece birey üzerinde olumsuz etkileri olmamakta, bireyin ailesini, iş ve okul hayatını da olumsuz etkilemektedir. Literatür'de "Depresyon uzun bir zaman

devam eden ve birey yaşamını olumsuz yönde etkileyen ümitsizlik, hayattan haz almama hali" olarak tanımlanmaktadır (46).

Duygusal olarak birey kendisini yalnız ve mutsuz hisseder ve kimsenin ona değer vermediğini düşünür. Yaptığı iş ve geçmişte zevk aldığı birçok şey artık ona keyif vermez ve ümitsizlik hissine kapılır. Sosyal hayatında belirgin düşüşler yaşar, toplumla iletişimde kendini sürekli arka plana çeker. Depresyon zihinsel olarak ise; unutkanlık, dikkat eksikliği ve sürekli intihar düşüncesi ve intihara teşebbüse kadar gidebilir. Davranışsal olarak ise, iş ve diğer faaliyetlerindeki performansının azalması, halsizlik ve kilo alma veya verme şeklinde görülmektedir. Basit günlük işler bile birey için artık bir yük olmaya başlar. Uykuya dalmama, uykunun sık sık bölünmesi ve sabah çok erken uyanma şeklinde sorunlar görülebilir veya bazı kişilerde aşırı uyuma eğilimi olabilir. Bu kişiler çok uyumalarına rağmen dinlenmiş olarak uyanmazlar. Baş, boyun sırt, eklem ağrıları ve mide-bağırsak şikâyetleri eşlik edebilir. Çalışan kişiler üzerinde iş verimsizliği veya işten çekilme şeklinde görülebilmektedir. Vasıflı elemanların, depresyon yüzünden işten çekilmeleri hem örgütlere zarar verir hem de aile içinde ekonomik kaygıların artmasına neden olur (47).

Tükenmişlik ve depresyon birbirlerinden farklı iki kavram olarak değerlendirilmekte lakin tükenmenin son evresinde depresyon gelişimi görülebilmektedir. Belirtiler incelendiğinde, bitkinlik, uykusuzluk, yorgunluk, kendini soyutlama, ikili ilişkilerde zorlanma, kişisel başarıda düşüş belirtileri ortak belirtilerdir. İki kavram birbiriyle pek çok noktada benzerlik göstermektedir. Fakat, sebep ve sonuçları açısından incelendiğinde depresyon sadece iş kaynaklı değil her türlü yaşamsal sebebe bağlı olabilir, aniden oluşabilir ve rehabilitasyon veya ilaç tedavisi ile tedavi edilebilir. Buna karşın tükenmişlik çalışma ortamı kaynaklı olup uzun sürede

meydana gelmekte ve ciddi şekilde verimlilik kaybına neden olmaktadır ve çözümünü ise çalışma yaşamı içerisinde bulunmaktadır. Depresyondan kurtulmak için uzun süre ilaç tedavisi ve uzman desteği gerekli iken, tükenmişlik sendromundan kurtulmak için ilaç tedavisi ve uzman desteği gerekli olmamakta, çalışma şartlarının düzeltilmesi ve kişinin tükenmişlik yaşamakta olduğunu anlaması ve mücadele etmesi yeterli olmaktadır (48).

## **2. 7. Tükenmişliğin Sonuçları**

Tükenmişliğin sonuçları karşılıklı ilişkilerde bulunan personel, müşteri ve örgütler için ciddi önem arz etmektedir (49).

Tükenmişlik hem kişiler hem de örgütler açısından önemli problemlere sebep olmaktadır. Tükenmişlik yalnızca bireyi değil, aynı zamanda bireyin ilişkide olduğu herkesi olumsuz olarak etkilemektedir.

Tükenmişlik yaşayan kişinin yaşadığı duygusal yorgunluk beraberinde fiziksel yorgunluğu da getirmektedir ve bu durumda olan çalışanlar için sabah kalkıp yeni bir güne başlamak oldukça zor olmaktadır ve bu yorgunluk hissini esas kaynağı kişinin yaşadığı gerginliktir. Uzun süreler devam eden yorgunluk ve gerginlik; soğuk algınlığı gibi rahatsızlıklara yakalanma ihtimalini ve psikosomatik şikayetleri arttırmakta ve bu tip rahatsızlıkların uzun süre atlatılamamasına neden olmaktadır (11).

Tükenmişlik bireyin sadece bedensel sağlığıyla ilgili değil, aynı zamanda ruh sağlığıyla da ilgilidir. Tükenmişlik, kişisel başarı duygusunda ve bireyin benlik saygısında düşüşü beraberinde getirir. Bazı araştırma bulguları, tükenmişliğin tek başına ruhsal bir hastalık şekli olduğu varsayımını desteklemektedir ve tükenmişliğin ruhsal çöküntüye sebep olabileceğinin daha kabul edilebilir olduğu düşünülmektedir (15).

Tükenmişliğin çalışma hayatına etkileri; azalan mesleki başarı, hizmet sunulanlara yetersiz ilgi, işe devamsızlık ve iş değiştirme isteği şeklinde sıralanabilir. Tükenmişliğin belki de en görünür etkisi, bireyin iş performansındaki değişimdir. Temel olarak tükenmiş kişiler, işlerini daha kötü yaparlar ve tüm benliklerini işlerine vermektense, daha az çaba gösterirler (26).

Tükenmişliğin gelişiminden sonra; işi boş verme, işi başkasına yükleme, işe gelmeme, eş ve arkadaşlardan uzaklaşma, iş doyumsuzluğu, izin süresini uzatma gibi gelişmeler olabilmektedir (50). İşten uzaklaşma, işe geç gelme, işten erken ayrılma, işe gelmeme, sık sık iş değiştirme gibi tükenmişlik eğilimleri gösteren çalışan, örgütün performansını düşürecek ve örgütün verimli çalışmasını zora sokacaktır (51).

Sonuç olarak kişinin mesleki başarısının azalması, örgüt başarısını da önemli şekilde etkiler. Tükenmişlik kişinin hastaları ile ve meslektaşları ile verimli bir şekilde çalışma kapasitesini azaltır (52).

Tükenmişliğin iş hayatı üzerinde oluşturduğu bir diğer olumsuz etki de hastalara karşı yetersiz ilgi gösterilmesidir. İnsanlarla çalışmanın getirdiği duygusal gerginlik, kişilerin diğer insanlarla daha az iletişim kurmalarına sebep olur ve ek olarak tükenmişlik yaşayan çalışanlar, bireysel çatışmalar oluşturarak ve işlerin yapılmasını engelleyerek iş arkadaşlarının üzerinde olumsuz bir etki de bırakabilirler. Bu nedenle, tükenmişliğin bulaşıcı bir olgu olduğu söylenebilir (15).

Tükenmişliğin etkileri kişinin yalnızca çalışma hayatını kapsamamakta, kişinin bireysel olarak yıpranmasına sebep olduğu gibi, aynı zamanda özel hayatında da sorunlar yaşamasına sebebiyet vermektedir. Önemli bir sonu olarak kişinin ailesi de kişinin yaşadığı sorunlardan doğrudan etkilenmektedir. Duygusal tükenme ve insanlara karşı duyarsızlaşma işten dolayı kaynaklanabilir, fakat etkilerini tükenmişlik yaşayan bireyin ailesi ve arkadaşları güçlü bir şekilde hissedebilir. Sonuç olarak aile



üyeleri kendilerini yalnız ve değersiz hissetmekte, çalışan kişinin başka bireylere gösterdiği ilgiyi kıskanmakta ve kişiyi sürekli suçlamaktadır. Bu ve bunun gibi durumlar aile içi çatışmalar oluşmasına ve aile bireylerinin birbirlerinden uzaklaşmasına sebep olmaktadır. Günümüzde boşanma oranlarındaki artışa bakarsak bireylerin işlerinde başarılı olmak için aile hayatlarından ödün verdikleri varsayımını güçlendirmektedir. Başka bir deyişle, iş hayatındaki başarı, aile huzurunun bozulması pahasına gerçekleşmektedir (52). Fakat aile hayatı ile çalışma hayatındaki yaşam arasında bir doğru orantı, denge ve uyum var olduğu sürece gerçek başarının mümkün olacağı da unutulmamalıdır.

### **Tükenmeye Karşı Alınabilecek Önlemler:**

Tükenmişlik ciddi kişisel ve mesleki bir sorundur. Bununla baş edilebilecek çözüm yolları çok azdır. Fakat tükenmişlik sendromu üstesinden gelinemeyecek bir problem değildir ve önlem alındığı takdirde kişi bu durumdan korunabilir.

Yöney ve Ünalın'a (2004) göre tükenmişliği önleyebilmek için en azından aşağıdaki maddeler göz önünde bulundurulmalıdır:

- Birey gerekli zamanlarda hayır demesini bilmeli,
- Birey gerektiğinde her şeye ara verebilmeli,
- Gerçekçi hedeflere sahip olunmalı,
- Sağlığa önem verilmeli,
- Sosyal hayattan kopulmamalı ve canlı tutulmalıdır (53).

Bunlara ilaveten sonu tükenmişliğe kadar ulaşabilecek iş stresine karşı koyabilmek adına; bireyin uyum kapasitesi yüksek olmalı, kendisinin farkında olmalı ve kendisini var olan ile sınırlamayıp yeni seçenekler üretebilmeli, mesleği ne gerektiriyorsa en iyisini yapmalıdır.

Watkins tükenmişlikle baş etme yollarını şöyle sıralamıştır;

- Kişisel tedavi; kişi psikolojik destek alarak kendini yenileyebilir.
- Kendine vakit ayırması; istediği aktivitelere katılarak kişi kendini yenileyebilir.
- Psikolojisi düzgün insanlarla vakit geçirmek kişinin psikolojisine olumlu yönde katkı yapabilir (54).

## **2. 8. Hekimlerde Ruh Sağlığı ve Tükenmişlik**

Hekimlerde özellikle mezun olduktan sonraki ilk seneler, depresyon riskinin en yüksek olduğu dönem olarak bildirilmektedir. Genel populasyon için bildirilen %15 kadar olan depresyon sıklığı hekimlerde %38'e kadar çıkabilmektedir. Firth-Cozen ve arkadaşları ileriye yönelik izlem çalışmalarında mezuniyetin birinci yılında depresyon sıklığını %28, sekizinci yılda %18 olarak saptamışlardır. Buna ek olarak fazla çalışma, gece ve vardiya çalışmasının depresif etkileri konusunda ki çalışmaların sonuçları çelişkilidir. Uykusuzluğun, fazla çalışma ve depresyon ilişkisinde önemli bir etmen olarak etkisi olduğunu gösteren çalışmalar vardır (55).

Araştırmalar, doktorların depresyon, anksiyete, tükenmişlik de dahil olmak üzere genel toplumdan çok daha yüksek ruhsal sağlık sorunları oranlarına sahip olduğunu göstermiştir (55).

Hollanda'da 2400 doktor üzerinde yapılan bir çalışmada, iş stresinin olumsuz etkilerinin önlenmesinin iş doyumunu arttırdığı ve bu süreçte de yönetsel önlemlerin kişisel düzeyde alınacak önlemlerden daha önemli olduğu saptanmıştır. Visser ve arkadaşları tarafından Hollanda'da 2400 uzman doktor arasında yapılmış olan bu çalışma bulgularına göre "kötü yönetim" ve "kişilerin destek hissetmemesi" iş memnuniyetini azaltan önemli faktörlerdir. Aynı çalışmada çalışma koşullarının iş stresi, memnuniyet ve tükenme ile ilişkili olduğu saptanmıştır (56).

Hekimlerin yüksek tükenme düzeylerinin olmasının hastalar açısından da ciddi bulunmaktadır. Hekimlerin tükenmiş olması, onların birincil derecede sorumlu oldukları hastaların ihtiyaçlarını yeterince karşılayamamalarına sebep olabilir. Bu nedenle hekimlerin sağlık açısından tam bir iyilik halinde olmaları için gerekli önlemlerin alınması gerektiğinin üzerinde durulmaktadır (57).

Hekimlere hissettikleri desteği verebilmek için hekimlerin ihtiyaçlarının bilinmesi önemlidir. McManus ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada hekimlerin ihtiyaçlarını gözden geçirirken onlara karar verme mekanizmalarında imkanların verilmesi, kontrol ve otonomilerine ihtiyaç gösterilmesi ve değerli oldukları duygusunun hissettirilmesinin önemi üzerinde durulmuştur (58).

## **2. 9. Depresyon**

Bunalım ya da çökkünlük olarak da ifade edilen depresyon tanımı geniş olarak kullanıldığında karamsarlık, moral bozukluğu, kederli ve hüzünlü hissetme hali ile genel bir isteksizlik ve yaşama karşı ilginin kaybindan bahsedilmektedir. İsteksizlik ve moral bozukluğu olarak özetlenebilecek bu belirtilere ek olarak da uyku ve iştahdaki değişiklikler, gerginlik ve tahammülsüzlük, halsizlik, zihinsel yavaşlama, ve çabuk yorulma, unutkanlık ve dalgınlık, kendine güvende azalma ve intihar düşüncesi görülebilmektedir. Tanımı daha da daraltırsak; kendine güvendeki azalmanın belirleyici olduğu, bireyin kendine güvenmesinin normal olduğu zamanlarda depresyon tanısına daha temkinli yaklaşmanın gerekli olduğu da söylenmektedir (59).

Depresyon durumundaki kişinin dünya ile irtibatı azalır ya da kaybolur ve kendini aşağı görme durumu, kendine olan güvenini önemli ölçüde azaltır (60).

Kişinin depresyonda olduğunu söyleyebilmek için belirtilerin en az iki hafta takip edilmesi gerekir. DSM-V'te depresyonun şiddeti hafif, orta ve şiddetli olarak üç gruba ayrılmaktadır (DSM-V-TR).

### **DSM-V Tanı Ölçütleri:**

Uzun yıllar boyunca psikiyatri dünyasına kılavuz niteliği taşıyan DSM-IV yerini son yıllarda DSM-V'e bırakmıştır. DSM-V'te Depresyon Bozuklukları adı altında toplanan depresyonun tanı kriterlerinde herhangi bir değişim söz konusu olmamıştır.

Depresyon daha detaylı incelenmiş ve farklı alt gruplara ayrılmıştır. Bunlar sırası ile (American Psychiatric Association, 2013):

- Yıkıcı Duygudurumu Düzenleyememe Bozukluğu
- Majör (Yeğın) Depresyon Bozukluğu
- Süregiden Depresyon Bozukluğu (Distimik)
- Aybaşı Öncesi Disfori Bozukluğu
- Maddenin/İlacın Yol Açtığı Depresyon Bozukluğu
- Başka Bir Sağlık Durumuna Bağlı Depresyon Bozukluğu
- Tanımlanmış Diğer Bir Depresyon Bozukluğu
- Tanımlanmamış Depresyon Bozukluğu

### **Major depresif bozukluk tanı kriterleri (DSM V):**

**A.** Aşağıdakilerden en az 5'inin en az 15 gün süre ile gün boyu bulunması

(1. veya 2. kriter mutlaka bulunmalı)

1. Depresif duygudurum
2. İlgi-istek azalması
3. İştahta azalma ya da artma
4. Uykuda azalma ya da artma
5. Psikomotor yavaşlama ya da ajitasyon

6. Enerji azalması, yorgunluk
7. Suçluluk, değersizlik hissi
8. Konsantrasyon güçlüğü
9. İntihar eğilimi

**B.** İşlev kaybı vardır.

**C.** Semptomlar bir madde kullanımına ya da genel tıbbi duruma bağlı değildir.

**D.** Başka ruhsal hastalıkla açıklanamaz.

**E.** Hiçbir zaman bir manik ya da hipomanik nöbet yoktur.

Yas durumunun dışlama kriteri olması DSM-V'te kaldırılmıştır. Yani kişi yas durumunda olsun ya da olmasın önemli olan onun içinde bulunduğu durumdur.

### **Depresyonda Risk Faktörleri:**

Depresyonun oluşmasına birçok risk faktörü neden olmaktadır. Mesela kişinin genetik yapısı, cinsiyeti, kişilik özellikleri, çocukluk döneminde yaşadıkları ve etnik yapı gibi etkenler önemli bulunmaktadır.

Depresyon için temel risk etkenleri;

- Kadın olmak,
- Eğitim seviyesi,
- Ailesel yük ve sorumluluklar,
- Sosyal çevre ve kişiler arası ilişki azlığı,
- Bedensel rahatsızlıklar veya hastalıklar,
- 18–44 yaş aralığında olmak,
- İşsiz ve bekâr olmak,
- Düşük sosyoekonomik durum,
- İrk ve etnik yapı,

- Aile öyküsü ve genetik özellikler,
- Çocukluk dönemi yaşantıları,
- Diğer psikiyatrik durumlarla birliktelik,
- Olumsuz yaşam olayları ve stres etkenleri (61).

## **GEREÇ ve YÖNTEMLER**

### **3. 1. Araştırmanın Amacı ve Türü**

Bu çalışma, Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde sağlık hizmeti veren doktorların tükenmişliklerinin incelenmesi ve yaş, cinsiyet, medeni durum, görev süresi, mesleki bölüm ve unvan, aile yapısı, kronik hastalık varlığı, çocuk durumu ve gelir durumu gibi sosyo-demografik değişkenlerle karşılaştırılması amacıyla planlanmış kesitsel ve tanımlayıcı bir araştırmadır. Bu tez araştırmasında Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde sağlık hizmeti veren doktorların tükenmişlik düzeylerinin yüksek, ruh sağlıklarının bozuk olduğu ve tükenmişlik ile ruh sağlığı durumu arasında korelasyon olduğu hipotezi sınanmıştır.

### **3. 2. Araştırmanın Evreni**

Araştırmanın evrenini Pamukkale Üniversitesi'nde 2017-2018 öğretim yılında aile hekimliği dönemi intörn doktorları, Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde çalışmakta olan dahili, cerrahi ve temel bilimlerde görev yapan ve hasta görüşmesi yapan tıp mezunu asistan doktorları ve öğretim üyesi doktorları oluşturdu. Örneklem yapılması planlanmayan çalışmada evrenin tümüne ulaşılması amaçlandı. Araştırmaya katılmayı kabul etmeyenler, araştırmanın yapıldığı tarihlerde eğitimde, yıllık izinde veya raporlu olduğu için hastanede bulunmayanlar ve anket formlarında cevaplanmamış sorular bırakanların dışında dahili bilimlerde 214, cerrahi bilimlerde

89, temel bilimlerde 8 ve intörn doktorlardan 105 olmak üzere toplam 416 doktora ulaşıldı ve analize dahil edildi.

### **3. 3. Çalışmaya Dahil Edilme ve Edilmeme Kriterleri:**

Çalışmaya dahil edilme kriterleri: Doktorların Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi 6. sınıfta eğitim görüyor olması, tıp mezunu olup aynı zamanda hasta görüşmesi yapan asistan ya da öğretim üyesi olması, Türkçe bilmesi, yapılan araştırmaya katılmayı kabul etmesi, soruların tamamına cevap vermiş olması şeklindedir.

Çalışmaya dahil edilmeme kriterleri: Araştırmaya katılmayı reddetmesi, Türkçe bilmemesi, tıp mezunu olsa bile bölümü gereği hastalar ile hiç karşılaşmaması ve tıp mezunu olmaması şeklindedir.

### **3. 4. Veri Toplama Araçları**

Çalışmaya katılan doktorlara tıp yazını taranarak oluşturulan 15 soruluk bir anket formu uygulanmıştır. Bu anket formu ile katılımcıların sosyo-demografik özellikleri, kronik hastalık varlığı, evde engelli/özürlü birey varlığı, değiştirmek istedikleri bölüm/meslek olup olmadığı ve meslekte geçirilen yıl sorgulanmıştır. Buna ek olarak, 22 sorudan oluşan Maslach Tükenmişlik Ölçeği (MTÖ) ve 12 sorudan oluşan Genel Sağlık Anketi-12'yi (GSA-12) içeren anket formları kullanıldı. Üç bölümden oluşan toplam 49 soruluk bir anket formu oluşturuldu.

Araştırmaya başlamadan önce Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Etik Kurulundan izin alındı. Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesinde çalışan doktorlara çalışma hakkında bilgi verildi ve sözlü onamları alındı. Anketlerin uygulanması, araştırmacı tarafından doktorların bölümleri ziyaret edilerek yüz yüze görüşme tekniği uygulanarak gerçekleştirildi.

### 3. 5. Sosyodemografik Veri Formu

Araştırmacı tarafından hazırlanmış olan sosyodemografik veri formu yaş, cinsiyet, medeni durum, evli ise eş çalışma durumu, ocuk durumu, aile yapısı, hissedilen aylık gelir durumu, unvan, branş, mesleki olarak çalışılan süre, kronik hastalık varlığı, evde hasta/engelli/zrl birey varlığı ve meslek/bölüm değiştirmekle ilgili olmak üzere toplam 15 sorudan oluşmaktadır. (EK-1)

Henüz mezun olmadıkları için intörn doktorlardan branş ve mesleki olarak çalışılan süre sorularını boş bırakmaları istenmiştir. Meslek/bölüm değişimi sorusunda ise meslek şikkını işaretlememeleri istenmiştir.

Araştırmada kullanılan anket, literatür bilgisi doğrultusunda araştırmacı tarafından geliştirilen, katılımcıların tanımlayıcı özelliklerini saptamaya yönelik soruların yanı sıra Maslach Tükenmişlik leği ve Genel Sağlık Anketi-12'yi içeren bir anket formu aracılığıyla toplandı.

### 3. 6. Maslach Tükenmişlik leği

Maslach Tükenmişlik leği (EK-2) 1981 yılında Maslach ve Jackson tarafından geliştirilmiştir ve bu ölçeğin Türkçe'ye uyarlama çalışması 1993 yılında Ergin tarafından yapılmıştır (62).

Ölçek, tükenmişliği duygusal tükenme (DT), duyarsızlaşma (D) ve kişisel başarı hissi (KB) olmak üzere üç alt boyutta değerlendirmekte olup toplam 22 maddedir (62).

**Duygusal Tükenme + Duyarsızlaşma - Kişisel Başarı = Tükenmişlik**

**şekil 1.** Maslach Tükenmişlik Modeli (63)



Ölçekte bulunan (1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20) numaralı 9 madde “duygusal tükenme” (DT), (5, 10, 11, 15, 22) numaralı 5 madde “duyarsızlaşma” (D) ve (4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21) numaralı 8 madde “kişisel başarı” (KB) alt ölçeğine ait puanların hesaplanmasında kullanılır. Duygusal tükenme alt ölçeği kişinin işi tarafından tüketilmiş ve aşırı yüklenilmiş olma duygularını tanımlar. Duyarsızlaşma alt ölçeği kişinin hizmet verdiklerine karşı duygudan yoksun bir şekilde davranmasını tanımlar. Kişisel başarı alt ölçeği ise insanlarla çalışan bir kişide yeterlilik ve başarıyla üstesinden gelme duygularını tanımlar. Tüm alt ölçeklerle ilgili olarak yaşanan duyguların yaşanma sıklığı, Likert tipi ölçekleme yöntemi ile belirtilerek, sıklıkla artan puanlama ile '0' dan '4' e kadar puanlamanın sonuçlarına dayanılarak değerlendirilir. DT ve D alt ölçekleri olumsuz, KB alt ölçeği ise olumlu yanıtları içermektedir. Puanlar her alt ölçek için ayrı ayrı hesaplanmaktadır. Tükenmişliği olan bireylerde DT ve D puanlarının yüksek, KB puanlarının düşük düzeylerde olması beklenmektedir. Değerlendirmeler sırasında alınan MTÖ alt kategori puanları için herhangi bir “kesim noktası” kullanılmamıştır. Bunun nedeni Türkiye’de doktorlara yönelik yapılan araştırmalar için kesim noktalarının belirlenmemiş olmasıdır (64).

Ergin 1993 yılında MTÖ’nün Türkçeye uyarlanması çalışmasında yapmış olduğu geçerlilik ve güvenilirlik testlerinin sonucunda ölçeğin üç alt boyutuna ilişkin bulunduğu Cronbach’s Alpha katsayıları: DT 0,83; D 0,65; KB 0,72 olarak bulunmuş (62). Bu araştırma kapsamında yapılan güvenilirlik analizleri sonucunda ölçeğin bütünü için Cronbach’s alpha katsayısı 0,88 olarak hesaplandı. Ölçeğin alt boyutlarının Cronbach’s Alpha katsayıları: DT 0,88; D 0,73; KB 0,76 olarak hesaplandı. Cronbach’s Alpha katsayısı 0-1 arası dağılım gösterir.  $0,00 \leq \alpha < 0,40$  güvenilir değil,  $0,40 \leq \alpha < 0,60$  düşük güvenilirlikte,  $0,60 \leq \alpha < 0,80$  oldukça güvenilir,  $0,80 \leq \alpha < 1$  yüksek derecede güvenilir demektir.

### 3. 7. Genel Sağlık Anketi-12

Genel Sağlık Anketi–12 (GSA-12) David Goldberg tarafından geliştirilen, toplumda ve birinci basamak sağlık kuruluşlarında ruhsal durumu saptamak amacıyla oluşturulmuş, kişinin kendisinin doldurduğu bir ölçektir. Soruların kısa, anlaşılır olması, uygulama süresinin kısalığı, geçerlilik çalışmasının yapılmış olması, duyarlılık ve özgüllüğünün yüksek olması nedeniyle çalışmalarda sıkça tercih edilmektedir (65, 66).

Genel Sağlık Anketi (GSA) genel ruhsal rahatsızlığı ayırt etmek için geliştirildiği halde, aralarında zevk alma, durgun hissetme, dikkat dağınıklığı ve uykusuzluk gibi temel depresyon belirtilerini sorgulayan maddeler bulunmaktadır. Bu nedenle yapılan çalışmalarda psikiyatri uzmanının bulunmadığı merkezlerde depresyon taramasında da kullanılabileceği belirtilmiştir (67).

GSA-12'nin Türkiye'de geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları Kılıç tarafından yapılmış olup Türkiye için geçerli ve güvenilir bir testtir (Cronbach's alpha = 0.78) (68,69). Bu çalışmada ise Cronbach's alpha katsayısı = 0.92 olarak bulunmuştur.

Puanlamada sorulara verilen yanıtlardan a ve b şıklarına "0", c ve d şıklarına "1" puan verilmekte ve katılımcılar 0-12 arasında puan alabilmektedir. GSA-12 puanı 2 ve üzerinde olanlarda 0-1 puan olanlara göre ruhsal rahatsızlık görülme sıklığının daha fazla olduğu ifade edilmiştir ve ayrıca "2 ve üzerinde" puan alanlar GSA–12 sonucuna göre depresyon gelişimi açısından riskli grup olarak kabul edilmiştir. Bu kesme noktası için duyarlılık değeri (%74) ve özgüllük değeri (%82) olarak belirlenmiştir (68,69). Çalışmamızda da GSA-12 değerlendirilirken kesme noktası Kılıç'ın yaptığı gibi 0-1 puan ile 2 ve üzeri puan olarak alınmıştır. Buna göre GSA-12 puanı 2 ve üzerinde olanlar genel ruh sağlığında bozulma açısından yüksek riskli grup olarak değerlendirilmiştir (70).

### 3. 8. İstatistiksel Yöntemler

Örneklemeden elde edilen verilerin analizini yapmak için IBM SPSS 23.0 paket programı kullanıldı. Örneklem grubunun bağımsız değişkenler açısından normal dağılıp dağılmadığını anlamak için Kolmogorov-Smirnov ve Shapiro-Wilk testleri yapıldı. Kategorik değişkenler arası ilişkilerde Ki-kare Testi kullanıldı.

İstatistiksel analizlerde normal dağılıma uyanlarda tek yönlü Anova ve bağımsız gruplarda t testi; normal dağılıma uymayanlarda ise Kruskal-Wallis ve Mann-Whitney U testi kullanılmış ve ortalama değerler “aritmetik ortalama  $\pm$  standart sapma” şeklinde gösterildi. Anlamli fark bulunan değişkenlerde, alt gruplar arasındaki farkların yorumlanması için Post-hoc testler kullanıldı. Tükenmişlik alt alanları ve Genel Sağlık Anketi puanı değişkenleri arasında ilişki varlığı Spearman korelasyon analizi ile değerlendirildi. İstatistiksel anlamlılık için  $p < 0.05$  olarak kabul edildi.

Spearman korelasyon katsayısının 0-0.250 arasında olması ilişki yok ya da zayıf ilişki, 0.251-0.500 arasında olması orta düzeyde ilişki, 0.501-0.750 arasında olması güçlü ilişki, 0.751-1 arasında olması ise çok güçlü ilişki olarak yorumlanmıştır.

## **4. BULGULAR**

### **4. 1. Katılımcıların Demografik Özellikleri**

Bu bölümde araştırmaya katılan Pamukkale Üniversitesi Hastanesinde çalışan ve/veya öğrenim gören 416 doktorun demografik değişkenleri ve tükenmişlik envanterinin alt ölçeklerinden ve Genel Sağlık Anketi-12'den elde edilen bilgiler ile araştırmacı tarafından hazırlanan genel bilgi formundan elde edilen bulgular yer almaktadır. Katılımcıların demografik değişkenlerinin dağılımları Tablo 1'de verilmiştir.

<b>Tablo 1: Demografik Veriler</b>		<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Yaş Aralığı</b>	18-25	101	24,2
	26-35	270	64,9
	36-45	31	7,5
	46 ve üzeri	14	3,4
	Toplam	416	100,0
<b>Cinsiyet</b>	Kadın	186	44,7
	Erkek	230	55,3
	Toplam	416	100,0
<b>Medeni Durum</b>	Evli	146	35,1
	Bekar	262	63,0
	Boşanmış, dul	8	1,9
	Toplam	416	100,0
<b>Eşin çalışma durumu</b>	Evet	135	92,4
	Hayır	11	7,6
	Toplam	146	100,0
<b>Çocuk durumu</b>	Evet	67	16,1
	Hayır	349	83,9
	Toplam	416	100,0
<b>Aile yapısı</b>	Çekirdek aile	398	95,7
	Geniş aile	18	4,3
	Toplam	416	100,0
<b>Aylık Gelir durumu</b>	Yüksek	16	3,8
	İyi	168	40,4
	Orta	189	45,5
	Kötü	43	10,3
	Toplam	416	100,0

<b>Unvan</b>	Öğretim Üyesi	55	13,2
	Asistan	256	61,6
	İntörn	105	25,2
	Toplam	416	100,0
<b>Branş</b>	Cerrahi	89	28,6
	Dahili	214	68,8
	Temel	8	2,6
	Toplam	311	100,0
<b>Meslekte Geçirilen Süre</b>	0-5 yıl	209	67,1
	6-10 yıl	53	17,0
	11-15 yıl	21	6,8
	16-20 yıl	12	3,9
	21 yıl ve üzeri	16	5,2
	Toplam	311	100,0
<b>Kronik Hastalık durumu</b>	Evet	68	16,3
	Hayır	348	83,7
	Toplam	416	100,0
<b>Evde Hasta/ Engelli varlığı</b>	Evet	16	3,8
	Hayır	400	96,2
	Toplam	416	100,0

Katılımcıların 186'sı (%44,7) kadın ve 230'u (%55,3) erkektir. Katılımcıların 101'i (%24,2) 18-25 yaş, 270'i (%64,9) 26-35 yaş, 31'i (%7,5) 36-45 yaş, 14'ü (%3,4) 46 yaş ve üzeri olmak üzere 4 ayrı yaş aralığı vardır. Katılımcıların 55'i (%13,2) öğretim üyesi, 256'sı (61,6) asistan ve 105'i (%25,2) intörndü. Bölüm olarak bakıldığında intörnler hariç katılımcıların 89'u (%28,6) cerrahi, 214'ü (%68,8) dahili ve 8'i (%2,6) temel bilimlerde görev yapmaktaydı.

#### 4. 2. Katılımcıların Tükenmişlik Düzeyleri ve GSA-12 Puanları

Katılımcıların tükenmişlik düzeyleri ve GSA-12 puanları Tablo 2’de verilmiştir.

**Tablo 2:** Katılımcıların Tükenmişlik Düzeyleri ve GSA-12 Puanları

	<b>Duygusal Tükenme</b>	<b>Duyarsızlaşma</b>	<b>Kişisel Başarı</b>	<b>GSA-12</b>
<b>Sayı</b>	416	416	416	416
<b>Ortalama ve SS</b>	18,46 ± 7,08	7,11 ± 3,82	20,62 ± 4,84	3,57 ± 3,78
<b>En Düşük Puan</b>	1,00	0,00	8,00	0,00
<b>En Yüksek Puan</b>	36,00	18,00	32,00	12,00

#### 4. 3. Yaşa Göre Tükenmişlik Düzeyleri ve GSA-12 Puanları

Katılımcılar 18-25 yaş, 26-35 yaş, 36-45 yaş ve 46 yaş ve üzeri olmak üzere dört gruba ayrıldı.

Katılımcıların yaş gruplarına göre tükenmişlik alt ölçekleri ve GSA-12’den aldıkları puanların ortalama ve standart sapma değerleri Tablo 3’te özetlenmiştir.

**Tablo 3:** Yaşa Göre Tükenmişlik Düzeyleri ve GSA-12 Puanları

	<b>Duygusal Tükenme Ort ± SS</b>	<b>Duyarsızlaşma Ort ± SS</b>	<b>Kişisel Başarı Ort ± SS</b>	<b>GSA-12 Ort ± SS</b>
<b>Yaş</b>				
<b>18-25 (n=101)</b>	19,03 ± 7,13	6,95 ± 3,86	20,00 ± 4,82	4,00 ± 3,89
<b>26-35 (n=270)</b>	19,09 ± 6,77	7,61 ± 3,65	20,19 ± 4,59	3,69 ± 3,83
<b>36-45 (n=31)</b>	13,09 ± 6,73*	4,25 ± 3,75	24,70 ± 4,53*	2,19 ± 2,85
<b>≥ 46 (n=14)</b>	14,07 ± 7,55	4,64 ± 3,12*	24,07 ± 5,18	1,14 ± 2,10**

\* p <0,001, \*\* p=0,008

Tablo 3'te yaş grupları incelendiğinde; Duygusal tükenme, Duyarsızlaşma, Kişisel Başarı ve GSA-12 puanları ile yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ( $p < 0,001$ ).

36-45 yaş grubu ile 18-25 yaş grubu ve 26-35 yaş grubu arasında DT, D ve KB puanlarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ( $p < 0,001$ ).

46 yaş ve üzerindeki ile 26-35 yaş grubundakiler arasında Duyarsızlaşma ölçeği puanlarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ( $p < 0,001$ ).

46 yaş ve üzerindeki ile 18-25 yaş grubundakiler arasında GSA-12 puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ( $p=0,008$ ).

#### 4. 4. Cinsiyete Göre Tükenmişlik Düzeyleri ve GSA-12 Puanları

Katılımcıların cinsiyetlerine göre tükenmişlik alt ölçekleri ve GSA-12'den aldıkları puanların ortalama ve standart sapma değerleri Tablo 4'te özetlenmiştir.

**Tablo 4:** Cinsiyete Göre Tükenmişlik Düzeyleri ve GSA-12 Puanları

	<b>Duygusal Tükenme Ort ± SS</b>	<b>Duyarsızlaşma Ort ± SS</b>	<b>Kişisel Başarı Ort ± SS</b>	<b>GSA-12 Ort ± SS</b>
<b>Cinsiyet</b>				
<b>Kadın (n=186)</b>	19,06 ± 7,39	7,10 ± 3,78	20,86 ± 4,68	4,06 ± 3,88*
<b>Erkek (n=230)</b>	17,97 ± 6,80	7,10 ± 3,85	20,41 ± 4,98	3,17 ± 3,66

\*  $p=0,019$

Kadın ve erkeklerin DT, D ve KB puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır ( $p > 0,05$ ). Kadınların GSA-12 puanları erkeklerden daha yüksektir ve bu fark anlamlı bulunmuştur ( $p=0,019$ ).

#### 4. 5. Medeni Duruma Göre Tükenmişlik Düzeyleri ve GSA-12 Puanları

Katılımcıların medeni durumlarına göre tükenmişlik alt ölçekleri ve GSA 12'den aldıkları puanların ortalama ve standart sapma değerleri Tablo.5'te özetlenmiştir.

**Tablo 5:** Medeni Duruma Göre Tükenmişlik Düzeyleri ve GSA-12 Puanları

	<b>Duygusal Tükenme Ort ± SS</b>	<b>Duyarsızlaşma Ort ± SS</b>	<b>Kişisel Başarı Ort ± SS</b>	<b>GSA-12 Ort ± SS</b>
<b>Medeni Durum</b>				
<b>Evli (n=146)</b>	18,07 ± 7,46	6,91 ± 3,81	21,22 ± 5,20	2,90 ± 3,56**
<b>Bekar (n=262)</b>	18,75 ± 6,75	7,27 ± 3,81	20,14 ± 4,54*	3,89 ± 3,83
<b>Boşanmış, dul (n:8)</b>	16,12 ± 10,39	5,25 ± 4,02	24,87 ± 5,24	5,37 ± 4,53

\* p=0,009, \*\* p=0,014

Medeni duruma göre puanlar kıyaslandığında Duygusal Tükenme ve Duyarsızlaşma ölçeklerinde istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır ( $p>0,05$ ). Kişisel Başarı ölçeğinde boşanmış/dul ile bekarlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ( $p=0,009$ ).

GSA-12 puanlarına göre evliler ile bekarlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ( $p=0,014$ ).

#### 4. 6. Eşinin Çalışma Durumuna Göre Tükenmişlik Düzeyleri ve GSA-12 Puanları

Katılımcılardan evli olanların eşlerinin çalışma durumlarına göre tükenmişlik alt ölçekleri ve GSA-12'den aldıkları puanların ortalama ve standart sapma değerleri Tablo 6'da özetlenmiştir.



**Tablo 6: Eşinin Çalışma Durumuna Göre Tükenmişlik Düzeyleri ve GSA-12 Puanları**

	<b>Duygusal Tükenme Ort ± SS</b>	<b>Duyarsızlaşma Ort ± SS</b>	<b>Kişisel Başarı Ort ± SS</b>	<b>GSA-12 Ort ± SS</b>
<b>Eşi çalışıyor (n=136)</b>	18,22 ± 7,39	6,89 ± 3,86	21,54 ± 5,22*	2,86 ± 3,44
<b>Eşi çalışmıyor (n=10)</b>	15,54 ± 8,17	6,81 ± 2,63	17,27 ± 2,93	2,36 ± 3,50

\*p=0,004

Eşin çalışma durumuna göre puanlar kıyaslandığında DT, D ve GSA-12 puanlarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır (p>0,05). Eşi çalışan doktorların KB puanları eşi çalışmayan doktorlara göre daha yüksek bulunmuştur ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p=0,004).

#### 4. 7. Çocuğu Olma Durumuna Göre Tükenmişlik Düzeyleri ve GSA-12 Puanları

Katılımcıların çocuğu olma durumuna göre tükenmişlik alt ölçekleri ve GSA-12'den aldıkları puanların ortalama ve standart sapma değerleri Tablo 7'de verilmiştir.

**Tablo 7: Çocuğu Olma Durumuna Göre Tükenmişlik Düzeyleri ve GSA-12 Puanları**

	<b>Duygusal Tükenme Ort ± SS</b>	<b>Duyarsızlaşma Ort ± SS</b>	<b>Kişisel Başarı Ort ± SS</b>	<b>GSA-12 Ort ± SS</b>
<b>Çocuk Durumu</b>				
<b>Evet (n=67)</b>	14,86 ± 7,24*	5,47 ± 3,77*	23,62 ± 5,27*	2,58 ± 3,54**
<b>Hayır (n=349)</b>	19,15 ± 6,85	7,41 ± 3,75	20,03 ± 4,54	3,76 ± 3,80

\* p<0,001, \*\* p=0,005

Tablo 7 incelendiğinde; Duygusal Tükenme, Duyarsızlaşma, Kişisel Başarı ve GSA-12 puanları ile çocuk sahibi olma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ( $p<0,001$ ).

#### 4. 8. Aile Yapısına Göre Tükenmişlik Düzeyleri ve GSA-12 Puanları

Katılımcıların aile yapısına göre tükenmişlik alt ölçekleri ve GSA-12'den aldıkları puanların ortalama ve standart sapma değerleri Tablo 8'de özetlenmiştir

**Tablo 8:** Aile Yapısına Göre Tükenmişlik Düzeyleri ve GSA-12 Puanları

	<b>Duygusal Tükenme Ort ± SS</b>	<b>Duyarsızlaşma Ort ± SS</b>	<b>Kişisel Başarı Ort ± SS</b>	<b>GSA-12 Ort ± SS</b>
<b>Aile Yapısı</b>				
<b>Çekirdek Aile (n=398)</b>	18,50 ± 7,13	7,12 ± 3,80	20,56 ± 4,87	3,56 ± 3,78
<b>Geniş Aile (n=18)</b>	17,50 ± 5,89	6,61 ± 4,31	21,66 ± 4,18	3,83 ± 3,92

Tablo 8 incelendiğinde; Duygusal Tükenme, Duyarsızlaşma, Kişisel Başarı ve GSA-12 puanları ile aile yapıları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır ( $p>0,05$ ).

#### 4.9. Hissedilen Gelir Durumuna Göre Tükenmişlik Düzeyleri ve GSA-12 Puanları

Katılımcıların hissettikleri aylık gelir durumlarına göre yüksek, iyi, orta ve kötü olmak üzere dört gruba ayrılmıştır. Tükenmişlik alt ölçekleri ve GSA-12'den aldıkları puanların ortalama ve standart sapma değerleri Tablo 9'da özetlenmiştir.

**Tablo 9:** Hissedilen Gelir Durumuna Göre Tükenmişlik Düzeyleri ve GSA-12 Puanları

	<b>Duygusal Tükenme Ort ± SS</b>	<b>Duyarsızlaşma Ort ± SS</b>	<b>Kişisel Başarı Ort ± SS</b>	<b>GSA-12 Ort ± SS</b>
<b>Gelir Durumu</b>				
<b>Yüksek (n=16)</b>	15,75 ± 8,48	6,81 ± 3,33	20,81 ± 5,77	2,31 ± 2,89
<b>İyi (n=168)</b>	17,85 ± 7,45	6,66 ± 3,76	21,56 ± 5,07	2,72 ± 3,27
<b>Orta (n=189)</b>	18,74 ± 6,74	7,29 ± 3,98	20,22 ± 4,46	4,01 ± 3,90
<b>Kötü (n=43)</b>	20,65 ± 6,01*	8,13 ± 3,29	18,51 ± 4,48**	5,46 ± 4,42**

\*p=0,046, \*\*p=0,001

Tablo 9 incelendiğinde; Duygusal Tükenme puanları ile aylık gelir durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar bulunmuştur (p=0,046).

Duyarsızlaşma puanları ile aylık gelir durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır (p>0,05).

Aylık gelir durumu iyi olanların orta ve kötü olanlara göre hem KB hem de GSA-12 puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (p=0,001).

#### **4. 10. Unvana Göre Tükenmişlik Düzeyleri ve GSA-12 Puanları**

Katılımcılar unvanlarına göre öğretim üyesi, asistan ve intörn olmak üzere üç gruba ayrılmıştır. Tükenmişlik alt ölçekleri ve GSA-12 puanlarının ortalama ve standart sapma değerleri Tablo 10'da özetlenmiştir.

**Tablo 10:** Unvana Göre Tükenmişlik Düzeyleri ve GSA-12 Puanları

	<b>Duygusal Tükenme Ort ± SS</b>	<b>Duyarsızlaşma Ort ± SS</b>	<b>Kişisel Başarı Ort ± SS</b>	<b>GSA-12 Ort ± SS</b>
<b>Unvan</b>				
<b>Öğretim Üyesi (n=55)</b>	14,16 ± 7,44*	4,87 ± 3,77*	24,07 ± 5,16*	1,96 ± 3,09*
<b>Asistan (n=256)</b>	19,26 ± 6,72	7,74 ± 3,68	20,35 ± 4,42	3,77 ± 3,81
<b>İntörn (n=105)</b>	18,76 ± 7,00	6,72 ± 3,72	19,42± 4,91	3,93 ± 3,87

\*p<0,001

DT ölçeğinde öğretim üyelerinin puanı hem asistanlara hem intörlere kıyasla daha düşük bulunmuştur ve istatistiksel olarak anlamlıdır (p<0,001).

Duyarsızlaşma ölçeğinde öğretim üyelerinin puanı hem asistanlara hem intörlere kıyasla daha düşük bulunmuştur ve istatistiksel olarak anlamlıdır (p<0,001).

Duyarsızlaşma ölçeğinde intörnlerin puanı asistanlara kıyasla daha düşük bulunmuştur ve istatistiksel olarak anlamlıdır (p<0,001).

KB ölçeğinde öğretim üyelerinin puanı hem asistanlara hem intörlere kıyasla daha yüksek bulunmuştur ve istatistiksel olarak anlamlıdır (p<0,001).

GSA-12 ölçeğinde öğretim üyelerinin puanı hem asistanlara hem intörlere kıyasla daha düşük bulunmuştur ve istatistiksel olarak anlamlıdır (p<0,001).

DT, KB ölçeklerinde ve GSA-12'de asistan ve intörnler arasında anlamlı fark bulunamamıştır (p>0,05).

#### **4. 11. Bölüme Göre Tükenmişlik Düzeyleri ve GSA-12 Puanları**

Katılımcılar görev yaptıkları bölümlere göre cerrahi bölümler, dahili bölümler ve temel bölümler olmak üzere üç gruba ayrılmıştır. Tükenmişlik alt ölçekleri ve GSA-

12'den aldıkları puanların ortalama ve standart sapma değerleri Tablo 11'de özetlenmiştir.

**Tablo 11:** Bölümlere Göre Tükenmişlik Düzeyleri ve GSA-12 Puanları

	<b>Duygusal Tükenme Ort ± SS</b>	<b>Duyarsızlaşma Ort ± SS</b>	<b>Kişisel Başarı Ort ± SS</b>	<b>GSA-12 Ort ± SS</b>
<b>Bölüm</b>				
<b>Cerrahi (n=89)</b>	19,98 ± 6,34*	7,82 ± 3,86	21,21 ± 4,28	3,78 ± 3,89
<b>Dahili (n=214)</b>	17,89 ± 7,38	7,00 ± 3,81	20,92 ± 5,01	3,34 ± 3,71
<b>Temel (n=8)</b>	12,87 ± 1,80	6,87 ± 4,42	21,25 ± 3,19	2,62 ± 3,20

\*p=0,005

Tablo 11 incelendiğinde; Duygusal Tükenme ölçeğinde cerrahi bölümlerin puanı hem dahili bölümlerden hem de temel bölümlerden daha yüksektir ve bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,005).

DT ölçeğinde dahili bölümler ile temel bölümler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır (p>0,05).

Duyarsızlaşma, KB ve GSA-12 puanları ile bölümler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır (p>0,05).

#### **4. 12. Meslekte Geçen Süreye Göre Tükenmişlik Düzeyleri ve GSA-12 Puanları**

Katılımcılar meslekte geçirdikleri süreye göre 0-5 yıl, 6-10 yıl, 11-15 yıl, 16-20 yıl ve 21 yıl ve üzeri olmak üzere beş gruba ayrıldı.

Katılımcıların meslekte geçirdikleri süreye göre tükenmişlik alt ölçekleri ve GSA-12'den aldıkları puanların ortalama ve standart sapma değerleri Tablo 12'de özetlenmiştir.

**Tablo 12:** Meslekte Geçen Süreye Göre Tükenmişlik Düzeyleri ve GSA-12 Puanları

	<b>Duygusal Tükenme Ort ± SS</b>	<b>Duyarsızlaşma Ort ± SS</b>	<b>Kişisel Başarı Ort ± SS</b>	<b>GSA-12 Ort ± SS</b>
<b>Mesleki Süre</b>				
<b>0-5 yıl (n=209)</b>	19,03 ± 6,56*	7,79 ± 3,76	20,26 ± 4,35*	3,54 ± 3,68
<b>6-10 yıl (n=53)</b>	20,66 ± 7,36*	7,96 ± 3,16	20,79 ± 4,92*	4,96 ± 4,32*
<b>11-15 yıl (n=21)</b>	13,85 ± 6,50	4,57 ± 3,66	23,47 ± 5,07	1,38 ± 2,13
<b>16-20 yıl (n=12)</b>	10,91 ± 6,57	3,00 ± 2,98	26,33 ± 4,20	1,58 ± 2,90
<b>≥ 21 (n=16)</b>	13,50 ± 7,21	4,18 ± 3,16	24,25 ± 5,11	1,37 ± 2,09

\* p<0,001

Tablo 12'de mesleki süreler incelendiğinde; Duygusal Tükenme, Duyarsızlaşma, Kişisel Başarı ve GSA-12 puanları ile mesleki süreler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (p<0,001).

DT ve D ölçeklerinde 0-5 yıl grubu ve 6-10 yıl grubunun puanlarını diğer yıllara göre kıyasladığımızda hem 11-15 yıl grubu ile hem 16-20 yıl grubu ile hem de 21 yıl ve üzerindeki ile istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar bulunmuştur (p<0,001).

KB ölçeğinde 0-5 yıl grubundakiler ile 11-15 yıl grubu, 16-20 yıl grubu ve 21+ yıl grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (p<0,001).

KB ölçeğinde 6-10 yıl grubundakiler ile 16-20 yıl grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (p<0,001).

GSA-12 puanlarına göre 6-10 yıl grubunun hem 11-15 yıl grubu ile hem de 21+ yıl grubu ile arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (p<0,001).

#### 4. 13. Kronik Hastalık Varlığına Göre Tükenmişlik Düzeyleri ve GSA-12 Puanları

Katılımcıların kronik hastalık varlığına göre tükenmişlik alt ölçekleri ve GSA-12'den aldıkları puanların ortalama ve standart sapma değerleri Tablo 13'te özetlenmiştir.

**Tablo 13:** Kronik Hastalık Varlığına Göre Tükenmişlik Düzeyleri ve GSA-12 Puanları

	<b>Duygusal Tükenme Ort ± SS</b>	<b>Duyarsızlaşma Ort ± SS</b>	<b>Kişisel Başarı Ort ± SS</b>	<b>GSA-12 Ort ± SS</b>
<b>Kronik Hastalık Varlığı</b>				
<b>Evet (n=68)</b>	19,88 ± 7,41	7,13 ± 3,58	20,00 ± 4,55	4,89 ± 3,81*
<b>Hayır (n=348)</b>	18,18 ± 6,99	7,10 ± 3,87	20,73 ± 4,90	3,31 ± 3,73

\* p<0,001

Tablo 13 incelendiğinde; Duygusal Tükenme, Duyarsızlaşma, Kişisel Başarı puanları ile kronik hastalık durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (p>0,05).

GSA-12 puanları ile kronik hastalık durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (p<0,001).

#### 4.14.Evde Engelli Kişi Varlığına Göre Tükenmişlik Düzeyleri ve GSA-12 Puanları

Katılımcıların evde hasta/engelli/özürlü kişi varlığına göre tükenmişlik alt ölçekleri ve GSA-12'den aldıkları puanların ortalama ve standart sapma değerleri Tablo 14'te özetlenmiştir.

**Tablo 14:** Evde Engelli Kişi Varlığına Göre Tükenmişlik Düzeyleri ve GSA-12 Puanları

	<b>Duygusal Tükenme Ort ± SS</b>	<b>Duyarsızlaşma Ort ± SS</b>	<b>Kişisel Başarı Ort ± SS</b>	<b>GSA-12 Ort ± SS</b>
<b>Evde Engelli Kişi Varlığı</b>				
<b>Evet (n=16)</b>	18,56 ± 7,91	6,75 ± 4,25	19,93 ± 3,69	4,18 ± 4,13
<b>Hayır (n=400)</b>	18,46 ± 7,06	7,12 ± 3,80	20,64 ± 4,89	3,55 ± 3,77

Tablo 14 incelendiğinde; Duygusal Tükenme, Duyarsızlaşma, Kişisel Başarı ve GSA-12 puanları ile kronik hastalık durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

#### **4. 15. Değiştirilmek İstenene Göre Tükenmişlik Düzeyleri ve GSA-12 Puanları**

Katılımcıların 94'ü (%22,6) bölüm, 89'u (%21,4) meslek ve 233'ü (%56) hiçbiri yanıtını verdi. (Bu soruda intörnlerden meslek şikkını işaretlememeleri istenmiştir.)

Katılımcıların değiştirilmek istenene göre tükenmişlik alt ölçekleri ve GSA-12'den aldıkları puanların ortalama ve standart sapma değerleri Tablo 15'te özetlenmiştir.

**Tablo 15:** Değiştirilmek İstenene Göre Tükenmişlik Düzeyleri ve GSA-12 Puanları

	<b>Duygusal Tükenme Ort ± SS</b>	<b>Duyarsızlaşma Ort ± SS</b>	<b>Kişisel Başarı Ort ± SS</b>	<b>GSA-12 Ort ± SS</b>
<b>Değiştirilmek İstenen</b>				
<b>Bölüm (n=94)</b>	21,53 ± 5,76	7,79 ± 3,09	18,00 ± 4,03	4,90 ± 3,66
<b>Meslek (n=89)</b>	22,62 ± 5,60	8,96 ± 3,57	19,44 ± 4,49	4,59 ± 3,99
<b>Hiçbiri (n=233)</b>	15,63 ± 6,78*	6,11 ± 3,86*	22,11 ± 4,72*	2,64 ± 3,49*

\*  $p<0,001$



Tablo 15 incelendiğinde; Duygusal Tükenme, Duyarsızlaşma, Kişisel Başarı ve GSA-12 puanlarında hiçbirini işaretleyenler ile hem meslek hem de bölüm şikkını işaretleyenler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ( $p<0,001$ ).

Bütün alt ölçeklerde ve GSA-12 anketinde bölüm ve meslek değiştirmek isteyenlerin puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

#### 4. 16. GSA-12 ve Tükenmişlik Arasındaki İlişki

GSA-12 ile alt ölçeklerin puanlarının kıyaslaması tablo 16'da verilmiştir.

**Tablo 16:** GSA-12 ye Göre Tükenmişlik Düzeyleri

	<b>Duygusal Tükenme</b>	<b>Duyarsızlaşma</b>	<b>Kişisel Başarı</b>
	<b>Ort ± SS</b>	<b>Ort ± SS</b>	<b>Ort ± SS</b>
<b>GSA-12</b>			
<b>0-1 puan (n:183) %44</b>	14,06 ± 6,11*	5,48 ± 3,44*	21,77 ± 5,00*
<b>≥ 2 puan (n:233) %56</b>	21,92 ± 5,75	8,37 ± 3,62	19,70 ± 4,52

\*  $p<0,001$

GSA-12'ye göre 0-1 puan aralığında olanlar ile 2 veya üzeri puan olanları alt ölçeklere göre kıyasladığımızda, GSA-12 puanlarının bütün alt ölçeklerin puanları ile arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar bulunmuştur ( $p<0,001$ ).

GSA-12 ve Tükenmişlik Ölçeklerinin Korelasyonlarının İncelenmesi Tablo 17'de verilmiştir.

**Tablo 17:** GSA-12 ve Tükenmişlik Ölçeklerinin Korelasyonlarının İncelenmesi

	<b>Duygusal Tükenme</b>	<b>Duyarsızlaşma</b>	<b>Kişisel Başarı</b>
<b>GSA-12 /Spearman</b>	0,592	0,396	- 0,222
<b>Korelasyon Katsayısı</b>			
<b>P</b>	<0,001	<0,001	<0,001

## 5. TARTIŞMA

Araştırmamızda Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesinde sağlık hizmeti vererek çalışan doktorlarda tükenmişlik düzeyleri, Maslach Tükenmişlik Ölçeği kullanılarak incelenmiştir. Alt ölçeklerde Duygusal Tükenmişlik, Duyarsızlaşma ve Kişisel Başarı puanlarındaki yükseklik tükenmişlik seviyesini göstermektedir. Tükenmişlik sendromu tanısı koymak için Maslach Tükenmişlik Ölçeğinde herhangi bir kesme değeri belirlenmemiştir. Bunlara ek olarak katılımcıların ruh sağlığı düzeyleri Genel Sağlık Anketi-12 kullanılarak ölçülmüştür.

Ülkemizde ve yurtdışında sağlık çalışanlarının (doktor, hemşire, sağlık personeli) tükenmişlik seviyelerini inceleyen çalışmalar mevcuttur. Bu çalışmaların çoğunun evrenini sadece tek bir branşın doktorları veya pratisyen hekimler oluştururken, bir kısmını da hekim olmayan sağlık çalışanları oluşturmuştur. Ancak literatürde 3. basamakta yapılmış ve tüm branşların öğretim üyesi ve araştırma görevlisi doktorlarından oluşan ve intörn doktorların da çalışmaya dahil edildiği çalışmalar sınırlıdır.

Marakoğlu ve Armutlukuyu öğretim üyeleri ve araştırma görevlileri ile bir tıp fakültesinde çalışma yapmıştır (71) ve bizim çalışmamıza çok yakın bir çalışma olmasına rağmen çalışmaya intörn doktorların dahil edilmemesi nedeniyle çalışmamızın literatüre önemli katkıda bulunabileceğini düşünmekteyiz.

Biz araştırmamızda PAÜ Tıp Fakültesi doktorları arasında Maslach Tükenmişlik Ölçeğine göre DT puanı  $18,46 \pm 7,08$  , D puanı  $7,11 \pm 3,82$  ve KB puanı  $20,62 \pm 4,84$

olarak saptadık. Marakoğlu ve Armutlukuyu tarafından öğretim üyeleri ve araştırma görevlileri ile bir tıp fakóltesinde yapılan çalışmada (71), DT puanı  $16,45 \pm 7,80$  , D puanı  $6,28 \pm 3,93$  ve KB puanı  $20,36 \pm 4,63$  olarak bildirilmiştir. Bu çalışmada intörn doktorlar dahil edilmemiştir. Aslan ve arkadaşları tarafından yürütölen ve evrenini uzman doktorlar ile pratisyen doktorların oluşturduğu bir çalışmada DT, D ve KB puan ortalamaları sırasıyla  $15,48 \pm 6,7$  ,  $5,51 \pm 3,51$  ve  $22,06 \pm 4,05$  olarak saptanmıştır (72). Özyurt ve arkadaşlarının yaptığı ve Türkiye’de çalışan hekimlerin tükenmişlik düzeylerini incelediği çalışmanın sonucuna göre uzman doktor ve araştırma görevlisi doktorların DT, D ve KB puan ortalamaları sırasıyla  $12,72 \pm 6,13$  ,  $4,14 \pm 3,25$  ,  $22,84 \pm 4,09$  ve  $17,01 \pm 5,67$  ,  $6,62 \pm 3,78$  ,  $20,22 \pm 4,54$  olarak rapor edilmiştir (73). Serinken ve arkadaşları tarafından İzmir’de acil servislerde çalışan 113 hekim arasında yapılan bir çalışmada DT puan ortalaması  $15,3 \pm 6,5$  , D puan ortalaması  $5,8 \pm 3,1$  ve KB puan ortalaması  $22,4 \pm 3,5$  olarak bildirilmiştir (74). 2013 yılında aile hekimleri ile yapılan bir çalışmada ortalama DT puanı  $16,1 \pm 7,2$  , D puanı  $4,3 \pm 3,2$  ve KB puanı  $21,0 \pm 3,7$  bulunmuştur (75).

Doktorluk yoğun, stresli ve riski seviyesi yüksek bir meslek olarak bilinmektedir. Daha önce doktorlarla yapılan çalışmaların sonucunda tükenmişlik düzeylerinin diğer meslek gruplarına kıyasla daha yüksek olduğu gözlemlenmiştir. Biz çalışmamızda bir üniversite hastanesinde çalışan doktorların uzman doktor, pratisyen doktor ve eğitim araştırma hastanesinde araştırma görevlisi olarak çalışan doktorlara göre daha yüksek tükenmişlik düzeylerine sahip olduklarını saptadık. Bu sonuç üniversite hastanesinde çalışan doktorların düşük ücretle çalışmalarına (71,73) , uzun çalışma saatlerine ve fazla sayıda nöbet tutmalarına (73,80) bağlanabilir.

Çalışmamızda katılımcıların %56'sında ruh sağlığında bozulma olduğunu saptadık. İngiltere'de doktorlar üzerinde yapılan bir çalışmada bu oran %30 olarak bildirilmiştir (76). Yeni Zelanda'da doktorlar üzerinde yapılan bir çalışmada %31 olarak (77), Malta'da doktorlar ile yapılan bir başka çalışmada %49,4 olarak saptanmıştır (78). Türkiye'de bir üniversite hastanesinde doktorlarda yapılan çalışmada ise depresyon sıklığı %27,4, anksiyete sıklığı %18,9 olarak saptanmıştır (79).

Çalışmamızda 36-45 yaş grubunun; 18-25 yaş grubu ve 26-35 yaş grubuna göre DT, D ve KB alt ölçeklerindeki tükenmişlik seviyesi anlamlı olarak daha düşük saptanmıştır. Kırk altı yaş ve üzerindeki 26-35 yaş grubundakilere göre D ölçeği puanları daha düşük olarak saptanmıştır ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır. Benzer şekilde, 46 yaş ve üzerindeki 18-25 yaş grubundakilere göre GSA-12 puanları daha düşük çıkmıştır ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır. Ayrıca, bütün yaş gruplarında yaş arttıkça GSA-12 puanlarının azaldığı gözlemlenmiştir. Çalışmamıza katılanlar arasında en yaşlılar grubunda tükenmişlik ve depresyon daha az oranda gözlenmiştir.

Özyurt ve arkadaşlarının 596 doktorla yaptığı çalışmada yaş arttıkça tükenmişlik düzeylerinin azaldığı bildirilmiştir (73). Erol ve arkadaşlarının eğitim araştırma hastanesinde araştırma görevlisi olarak çalışan 117 doktor ile yaptığı çalışmada da meslekte geçirdikleri süre ve yaş ile tükenmişlik düzeyleri arasında ters ilişki olduğu belirtilmiştir (80). Aslan ve arkadaşlarının 1754 doktor ile yaptığı çalışmada da yaş ilerledikçe tükenmişlik düzeylerinin azaldığı saptanmıştır (72). İleri yaşın tükenmişlikten koruyucu bir faktör olduğunu savunan araştırmacılar, genç ve tecrübesiz çalışanların işlerinin gerektirdikleri ile mücadele etmeyi henüz bilememelerinden dolayı tükenmişliğe karşı dayanıksız olduklarını ve olgunlaşmayla birlikte stresli durumlar ile

nasıl baş edeceklerini öğreniyor olmaları ile açıklamaktadırlar (81). Tüm bunların yanında literatürde yaş ile beraber tükenmişliğin de arttığını gösteren çalışmalar da mevcuttur (82,83) .

Katılımcılar cinsiyetlere göre iki gruba ayrılarak incelendiğinde, tükenmişlik alt ölçekleri açısından iki grup arasında anlamlı farklılık olmadığı izlenmiştir. Bizim çalışmamızla uyumlu olarak tükenmişlik açısından cinsiyetler arasında farklılık olmadığını gösteren birçok çalışma bulunmaktadır (72,84-86). Buna karşın GSA-12 puanlarına göre katılımcılar arasında kadınların erkeklere göre daha fazla depresyon riski altında olduğunu saptadık. Bir tıp fakültesinde sağlık çalışanları üzerinde yapılan bir çalışmada kadınlarda depresyon görülme düzeyi erkeklerden daha fazla saptanmıştır (87). Benzer bir çalışmada kadın doktorların erkek doktorlara göre daha fazla depresyon yaşadıkları belirtilmiştir (88). Aslan ve arkadaşlarının yaptığı Türk Tabipler Birliğine kayıtlı doktorlarda tükenmişlik seviyelerinin incelendiği çalışmada, tükenmişliğin DT alt boyutunda kadın ve erkekler arasında anlamlı fark bulunmadığı, buna karşılık D ve KB puanları bakımından kadınların daha tükenmiş olduğu bildirilmiştir (72). Tükenmişliğin kadınlarda daha fazla olduğunu gösteren başka çalışmalar da mevcuttur (48,89-93). Kadınların tükenme düzeylerinin yüksek olmasının nedeni olarak, kadınlarda tükenmeyi iş ve iş dışı etmenlerin, erkeklerde ise yalnızca iş ile ilgili etmenlerin belirliyor olması gösterilmiştir (74). Özyurt (73) ve Erol (80) tarafından doktorlar ile yaptıkları çalışmalarda ise duyarsızlaşmanın erkeklerde daha fazla olduğu, tükenmişliğin diğer alt gruplarında ise iki grup arasında fark olmadığı saptanmıştır.

GSA-12 puanlarına göre bekarların evlilere göre ruhsal sağlıklarının daha bozuk olduğu saptanmıştır. Ayrıca KB alt ölçek puanı en düşük yine bekarlar arasındadır. Evli olmayan kişiler toplumsal sorumluluklarını da kendi başlarına yerine getirmeye

çalışmaktadırlar ve bu durum onların sorun çözme kapasiteleri için zaman zaman zorlayıcı olabilir. Bu sebeple özellikle kişilerin sorunların üstesinden gelememe durumlarını ifade eden kişisel başarıda düşüklük evli olmayan hekimlerde evli olan hekimlere göre daha sık görülebilir (84). Maslach ve Jackson evlilerde bekarlara göre daha az tükenmişlik görüldüğünü tespit etmiştir (41). Tükenmişlik belirtilerinin evlilerde daha az görülmesi, eşlerin birbirlerine destek olarak tükenmişlik yaşama riskini azaltması ile açıklanabilir ve evliliğin kişilerarası ilişkiler ve stresle başa çıkma deneyimi kazandırdığı bildirilmektedir (89). Bizim çalışmamızın sonuçlarının da literatürdeki bu çalışmalarla benzer olduğu görülmüştür.

Eşin çalışma durumuna göre puanlar kıyaslandığında DT, D ve GSA-12 puanlarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır. Eşi çalışan doktorların KB puanları eşi çalışmayan doktorlara göre daha yüksek bulunmuştur ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır. Doktorlar üzerinde yapılan tükenmişlik çalışmalarında eşin çalışma durumunu ele alan az sayıda çalışma vardır. Marakoğlu ve Armutlukuyu'nun çalışmasında eşi çalışmayan grupta olanların eşi çalışan gruba göre DT ve D puanları istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük bulunmuştur ve KB puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır (71). Kurçer'in 2005 yılında Harran Üniversitesi Tıp Fakültesinde görev yapmakta olan 135 hekim üzerinde yaptığı çalışmada, eş meslek değişkeniyle tükenmişliğin üç alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunamamıştır (86). Yavuzılmaz'ın 2007 yılında Trabzon il merkezi sağlık ocaklarında görev yapmakta olan 227 sağlık çalışanı üzerinde yaptığı çalışmada, eşi çalışmayanlar arasında çalışanlara göre D puanları istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek iken, DT ve KB puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (91). Yapılan çalışmalarda farklı sonuçlar olmakla beraber, bazı çalışmalarda ise evli olmak ve

destekleyici bir eŖe sahip olmak tüklenmiŖliđi önlemede önemli bir etken olarak bildirilmiŖtir (94,95). Bu durumda, eŖi çalıŖan grubun eŖi çalıŖmayan gruba göre KB puanlarının yüksek olmasının sebebi eŖlerin birbirlerini daha iyi anlayabilmesi ve eŖlerine daha fazla sosyal destek verebilmelerinden kaynaklanmıŖ olabilir.

Katılımcılar çocuk sahibi olma durumlarına göre incelendiğinde DT, D, KB ve GSA-12 puanları ile çocuk sahibi olma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar bulunmuŖtur. Çocuk sahibi olanlarda, bütün tüklenmiŖlik alt boyut puanları ve GSA-12 puanları çocuk sahibi olmayanlara göre daha olumlu çıkmıŖtır. Yapılan birçok çalıŖmada çocuk sahibi olma durumuyla tüklenmiŖlik alt boyutlarının puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar bulunamamıŖtır (96-99). Yavuzyılmaz ve arkadaşlarının (91) 2007 yılında Trabzon il merkezinde sağlık ocaklarında görev yapan sağlık çalıŖanları üzerinde yaptığı çalıŖmada ve Erol ve arkadaşlarının (80) 2007 yılında Atatürk Eğitim ve AraŖtırma Hastanesinde görev yapmakta olan asistan doktorlar üzerinde yaptıkları çalıŖmada, çocuğu olanların çocuğu olmayanlara göre D puanları istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük saptanırken, DT ve KB puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıŖtır. Evli ve çocuk sahibi olmak huzurlu, samimi ve sıcak bir aile içerisinde bulunmak kiŖinin kendisine duyduğu güveni artırıp, yaŖama daha pozitif bakmasını ve daha sıkı sarılmasını sağladığından, tüklenmiŖlikle daha etkili baŖ etme hususunda sosyal destek ortamı oluŖturabilir (63). Ayrıca, Ardiç ve Polatçı, Deliormaz ve arkadaşları, Erol ve arkadaşları ve Yakut ve arkadaşlarının yaptığı çalıŖmalarda da bunu destekleyen sonuçlar yer almaktadır (63,100,101,102).

ÇalıŖmamızda katılımcıların cevapları hissedilen gelir durumuna göre incelendiğinde, DT puanları ile aylık gelir durumları arasında ters orantılı bir iliŖki vardır. Gelir durumu en kötü olanlarda DT en yüksek saptanırken, gelir durumu en yüksek

olanlarda en düşük olarak saptanmıştır. KB alt ölçeği ve GSA-12'ye göre aylık gelir durumu iyi olanların, orta ve kötü olanlara göre tükenmişlik ve depresyon riski açısından durumları daha olumlu olarak saptanmıştır. D puanları ile aylık gelir durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır. Marakoğlu ve Armutlukuyu'nun çalışmasına göre çalışmaya katılan hekimler arasında aldığı ücreti yeterli bulmayanlarda, bulanlara göre DT ve D puanları istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek iken, KB puanları da istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük olduğu bildirilmiştir (71). Harran Üniversitesinde 2011 yılında görevli akademisyenler üzerinde yapılan çalışmada, bizim çalışmamızla benzer sonuçlar bulunmuştur (103). Gelir durumu ile tükenmişlik arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar bulunmayan çalışmalar da vardır (86,102). Çalışmamızda saptamış olduğumuz bu sonuca göre, mesleki başarı için harcanmış olan emek, zaman ve enerjinin karşılığını ücret olarak alamadığını düşünmek tükenmişlik seviyesini artırıcı bir unsur olabilir.

Katılımcıları unvanlarına göre incelediğimizde, öğretim üyelerinin hem DT, D, KB alt ölçeklerinde, hem de GSA-12 ölçeğinde, asistanlara ve intörlere kıyasla çok daha olumlu düzeylerde oldukları saptanmıştır. D alt ölçeğinde asistanlar intörlere göre daha yüksek puan almıştır ama DT, KB ölçeklerinde ve GSA-12'de asistan ve intörlere arasında anlamlı fark bulunamamıştır. Marakoğlu ve Armutlukuyu'nun çalışmasına göre asistanlarda, diğer akademik unvana (Prof.Dr, Doç.Dr, Yrd.Doç.Dr) sahip hekimlere göre DT ve D puanları her birine kıyasla istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek saptanmıştır (71). Shanafelt ve arkadaşlarının 2009 yılında Amerikan Cerrahi Derneği üyesi 7905 cerrah üzerinde yaptıkları çalışmada, akademik kariyerini tamamlamış doktorlarda tükenmişlik seviyesi daha düşük saptanmıştır (104). Toker'in 2011 yılında Türkiye'deki farklı üniversitelerde (94 devlet ve 31 vakıf üniversitesi) görev yapan 648 akademisyen üzerinde yaptığı çalışmada Prof. Dr. ve Doç. Dr. unvanı ile



görev yapanların Arş. Gör. Dr. unvanı ile görev yapanlara göre DT ve D puanlarının düşük, KB puanlarının yüksek olduğu saptanmıştır (105). Polatçı ve Ardiç tarafından 2008 yılında Gaziosmanpaşa Üniversitesinde görev yapan 202 akademisyen üzerinde yapılan çalışmada Arş. Gör. Dr. unvanı ile görev yapanların diğer akademik unvanla görev yapanlara göre DT ve D puanları istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunurken, KB puanları istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük bulunmuştur. Bunun sebebini bazıları kariyer yolunun ilk basamaklarında olmaya bağlamıştır (63). Çalışmamıza katılan intörnlerin tükenmişlik seviyelerinin yüksekliğinin nedeni, intörnlüğün ne tam olarak öğrencilik ne de tam olarak hekimliğin başladığı arada kalmış bir dönem olmasından kaynaklanabilir (87) ve akademik kariyer yükseldikçe tükenmişlik seviyesinin düşmesinin sebebi olarak tecrübe ile oluşan bilgi ve becerilerinin artmasıyla beraber hem mesleki hem de toplumsal statü ve saygınlığın artmasından kaynaklanabilir (71).

Katılımcılar çalıştıkları bölümlere göre incelendiğinde, cerrahi bölümlerde çalışanların DT ölçeğinde hem dahili bölümlerde, hem de temel bölümlerde çalışanlara göre daha yüksek puan aldıkları gözlenmiştir. Diğer ölçeklerde anlamlı farklılık bulunamamıştır. Bizim çalışmamızın sonucuna çok benzer bir sonucu olan Çan ve arkadaşlarının 2006 yılında Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesinde görev yapan 192 asistan doktor üzerinde yaptığı çalışmada, cerrahi bölümlerde çalışan doktorların DT puanlarını cerrahi bölümlerde çalışmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek saptamışlardır. Bunun nedeni olarak cerrahi bölümlerde çalışan doktorların daha riskli ortamlarda çalışması, iş yoğunluğu, yaşanan stres ve yorgunluğun diğer bölümlerde çalışanlara göre daha çok olmasından kaynaklanabileceği belirtilmiştir (96). Buna zıt olarak ise Can ve arkadaşlarının 2010 yılında İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesinde görev yapmakta olan 165

asistan doktor üzerinde yapmış olduğu çalışmada cerrahi olmayan bölümlerde görevli hekimlerin, cerrahi bölümlerde görevli hekimlere göre DT puanları anlamlı derecede yüksek saptanmış iken, D ve KB puanları arasında fark bulunmamıştır. Bunun nedenini, cerrahi olmayan bölümlerin kadınlar tarafından daha çok tercih edilmesi ve yapılan çalışmalarda kadınların erkeklere göre daha çok duygusal tükenmişlik yaşamasının olabileceği, bu durumun bir başka nedeni de cerrahi olmayan bölümlerdeki asistan doktorların cerrahi bölümlerdeki asistan doktorlara göre daha fazla oranda bölümlerini istemeyerek seçmeleri, başka bir bölümü istemeleri ve hekim toplumunda bölümlerin saygınlık durumu hakkında olumsuz düşüncelerinin olabileceği belirtilmiştir (106).

Katılımcılar meslekte geçirdikleri süreler göre incelendiğinde, 0-5 yıl grubu ve 6-10 yıl grubundakilerin DT ve D ölçeklerinde hem 11-15 yıl grubu, hem 16-20 yıl grubu, hem de 21 yıl ve üzerinelere göre daha tükenmiş oldukları saptanmıştır. KB ölçeğinde 0-5 yıl grubundakilerin 11-15 yıl grubu, 16-20 yıl grubu ve 21+ yıl gruplarına göre daha düşük puan aldığı saptanmıştır. KB ölçeğinde 6-10 yıl grubundakilerin 16-20 yıl grubuna göre daha düşük puan aldığı saptanmıştır. GSA-12 puanlarına göre 6-10 yıl grubundakilerin hem 11-15 yıl grubuna, hem de 21+ yıl grubuna göre daha yüksek depresyon riski altında oldukları saptanmıştır. Çalışmamızda mesleğin ilk yıllarında olanlar meslekte yıllarını geçirmiş olanlara göre daha tükenmiş olarak saptanmıştır. Marakoğlu ve Armutlukuyu'nun çalışmasında da bizim çalışmamıza benzer sonuçlar elde edilmiştir (71). Taycan ve arkadaşlarının 2006 yılında yapmış olduğu çalışmada da mesleki deneyimi 1-5 yıl arasında olanların kişisel başarı puanlarının daha deneyimli çalışanlara göre düşük çıktığı, yani bu çalışanların kişisel başarı duygularının daha düşük olduğu sonucu ortaya çıkmıştır (48). Bu sonuç kişisel başarı alt boyutu için çalışmamızı destekler bir niteliktedir. Ayrıca, Kebapçı ve

Akyolcu'nun çalışmasında mesleki deneyimi fazla olan çalışanların duygusal tükenmişlik ve duyarsızlaşma değerlerinin düşük olduğu sonucu ortaya çıkmıştır (107). Bunun aksine, Günüşen ve Üstün'ün yapmış olduğu çalışmada, mesleki deneyim ile duygusal tükenmişlik ve kişisel başarı alt boyutları arasında anlamlı farklılıklar olduğu sonucu elde edilmiştir (108). Bu çalışmaya göre 10 yıl ve üzeri çalışanlarda duygusal tükenme 10 yılın altındakilere göre daha yüksek düzeyde iken, kişisel başarı alt boyutunda 10 yılın altında mesleki deneyimi olan çalışanlar yüksek puanlar almıştır. Diğer bir ifadeyle; mesleki deneyimi az olan çalışanların kişisel başarı hislerinin yüksek oldukları söylenebilir (108). Akbolat ve Işık'ın (2008) çalışmasında, sağlık alanında 20 yıl ve üzeri çalışanların geleceğe yönelik iyimserliklerini kaybetmeleri sebebiyle tükenmişliklerinin arttığı belirtilmiştir (109). Helvacı ve Turhan'ın (2013) çalışmasında, hizmet yılındaki artışın duygusal tükenmişliği artırdığı ifade edilmiştir (110). Literatürde tükenmişliğin alt boyutları ile mesleki deneyim arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar bulunamayan bazı çalışmalar da bulunmaktadır (111,112). Bizim sonuçlarımızın farklı olmasının nedeni, bizim çalışmamızda mesleki süre olarak 0-5 yıl ile 6-10 yıl grubunda olan hekimlerin hem mesleki deneyimlerinin az olması, hem de bu gruptakilerin çoğunun tükenmişlik seviyeleri yüksek bulunan asistanlardan oluşması, hem de meslekte uzunca yıllar çalışan katılımcıların çoğunun öğretim üyelerinden oluşması olabilir. Ayrıca, Ergin'in de vurguladığı gibi, bizim çalışmamızda meslekte geçen süre arttıkça tükenmişlik düzeyinin azalmasının sebebi olarak işe yeni başlayanların kıdemlilere göre daha çok hasta görmeleri, daha rutin işler yapmaları, doyum sağlayacak bazı özelliklere sahip olmamaları, üzerlerindeki denetim ve baskının fazla olmasından kaynaklanmış olabilir (89).

Katılımcılar kronik hastalık durumlarına göre incelendiğinde DT, D ve KB puanları ile kronik hastalık durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark

bulunmamıştır. Buna karşılık, GSA-12'ye göre kronik hastalığı olanların olmayanlara göre ruhsal sağlık durumları daha kötü saptanmıştır. Yapılan bazı çalışmalarda kronik bir hastalık varlığı ile tükenmişlik alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (113,114). Yapılan bir çalışmada ise bedensel bir hastalığın varlığı duygusal tükenmeyi arttıran bir faktör olarak bulunmuştur (85). Başka bir çalışmada ise kronik bir hastalığa sahip olmak kişisel başarıyı azaltıcı bir faktör olarak bulunmuştur (97). Sonuç olarak bir hastalığa sahip olmak bireyin ruh sağlığını bozabilir. Kronik hastalıkların ilk çıkışı depresyon dönemlerinde sıkça görülebilmektedir. Yani kronik bir hastalığa sahip olmak depresyon nedeni olabildiği gibi, depresyon da kronik bir hastalığa sebep olabilir veya gidişini kötüleştirebilir (115).

Ailesinde engelli kişi varlığına göre katılımcılar incelendiğinde, DT, D, KB ve GSA-12 puanları ile kronik hastalık durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Marakoğlu ve Armutlukuyu'nun çalışmasında, ailelerinde engelli birey olanlarda KB puanı, ailesinde engelli biri olmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek saptanmıştır (71).

Katılımcılar iş ile ilgili değişiklik isteklerine göre incelendiğinde, meslek değiştirmek isteyenler ile bölüm değiştirmek isteyenler, hiçbirini değiştirmek istemeyenlere göre bütün alt ölçeklerde daha tükenmiş olarak saptanmıştır. Ayrıca GSA-12'ye göre de depresyon açısından daha fazla risk altında oldukları saptanmıştır. Benzer çalışmalardan Marakoğlu ve Armutlukuyu'nun çalışmasında katılımcıların çalıştığı branşları dışında ihtisas yapmak isteyenlerin, çalıştığı branş dışında ihtisas yapmak istemeyenlere göre DT ve D puanları istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek iken KB puanları istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük saptanmıştır (71). Can ve arkadaşlarının 2010 yılında İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesinde görev yapan 165 asistan doktor üzerinde yaptığı çalışmada, başka bir bölüm

isteyenlerde tükenmişlik düzeyi anlamlı derecede yüksek bildirilmiştir (106). Marakoğlu ve Armutlukuyu'nun çalışmasında, katılımcılardan hekimliği bırakmayı düşünenlerde DT ve D puanları istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek iken KB puanı ise istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük saptanmıştır (71). Polatçı ve Ardıç'ın 2008 yılında Gaziosmanpaşa Üniversitesinde görev yapan 202 akademik personel üzerinde yaptığı çalışmada bizim çalışmamıza benzer sonuçlar bulunmuş olup, meslekte devam etme arzusunun tükenmişlik üzerinde etkili bir durum olduğu belirtilmiştir (63). Sonuç olarak, başka bir meslekte çalışmayı düşünenler ile başka bir bölümde çalışmayı düşünenlerin tükenmişlik düzeyleri, düşünmeyenlere göre oldukça yüksektir. Bu da doktorların yaşadıkları tükenmişliği, görev yaptıkları bölüme veya sahip oldukları mesleğe bağladıklarını göstermektedir (116). Bölümlerine göre doktorların iş yükünün fazla olması, bölümlerinin mesleki olarak daha riskli olması ve hem bedensel hem de zihinsel olarak fazla çalıştıkları bölümlerde olmaları tükenmişliği tetikleyebildiği gibi doktorların branş veya meslek değiştirme düşüncesine de neden olabilir.

GSA-12 ile bütün alt ölçekleri kıyasladığımızda depresyon riski yüksek olan katılımcıların aynı zamanda tüm alt ölçeklerde daha tükenmiş oldukları saptanmıştır. GSA-12 ile tükenmişlik arasındaki ilişki incelendiğinde, GSA-12 puanları arttıkça DT ve D puanlarının doğru orantılı olarak arttığı ve KB puanlarının ters orantılı olarak azaldığı görülmüştür ve bu ilişki istatistiksel olarak anlamlıdır. Biz de zaten çalışmamızın öncesinde bu hipotezi ileri sürmüştük.

Tükenmişlik ve depresyonun ayrı sendromlar oldukları, aralarında anlamlı düzeyde ilişki olduğu ve bir arada görülebildikleri kabul edilmektedir (117). Tükenmişlik ve ruh sağlığı arasındaki bu ilişki farklı çalışmalarda da gösterilmiştir (118,119). Sonuç olarak, doktorlarda yüksek tükenmişlik düzeyleri bildirilmiştir ve bunun da bozulmuş ruh sağlığı ile ilişkili olabileceği ileri sürülmüştür (120).

### **Araştırmanın Kısıtlılıkları ve Karşılaşılan Güçlükler:**

Bu araştırma sadece Pamukkale Üniversitesinde yapılmıştır. Bu sebeple çalışma sonuçlarını Türkiye'deki diğer doktorlar için genellemek doğru bir yaklaşım olmayabilir.

Seçilen örneklemin bulunduğu ortam ve iş gereklilikleri hesaba katıldığında, anket dağıtımı ve toplama işlemi, çalışma için zorluk teşkil etmiştir. Ancak, katılımcıların, araştırmanın amacına uygun olarak anket doldurmada özenli davranması, araştırmanın amacı doğrultusunda ilerlemesini ve eksik bilgi sınırlılığını gidermesini sağlamıştır.

Katılımcıların isimleri gizlenmiş olup, bu gizlilik düzeyi kalabalık yerlerde yeterli olmuştur. Ancak özellikle az sayıda doktorun görev yaptığı yerlerde, kimliklerin tahmin edilebilir olması nedeni ile gerçek cevapları yansıtmamış olabilirler. Ayrıca, araştırmanın yapıldığı tarihlerde görevi başında olmayanlar ve çalışmaya katılmak istemeyenler de araştırmanın dışında bırakılmıştır.

## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde çalışan doktorlarda tükenmişlik düzeylerinin ve GSA-12 puanlarının oldukça yüksek olduğu bulundu. Bu kurumda çalışan hekimlerin duygusal tükenmişlik ve duyarsızlaşma puanları yüksek, kişisel başarı hisleri ise düşüktür. 36-45 yaş aralığında olanların hem 18-25 yaş hem de 26-35 yaş aralığında olanlara göre tüm alt ölçeklerde daha az tükenmiş oldukları bulundu. 46 yaş ve üzerindekiilerin duyarsızlaşma puanları, 26-35 yaş aralığındakilere göre daha düşük bulundu. Meslekte daha uzun çalışmış olanların tükenmişlik oranı ve depresyon riski daha düşüktür.

Katılımcılar arasında kadınlarda GSA-12 puanları daha yüksek bulundu, yani kadın hekimler daha yüksek depresyon riski altındadır.

Aile yapısı ve evde engelli kişi varlığı incelendiğinde gruplar arasında tükenmişlik düzeyi ve GSA-12 puanları arasında anlamlı fark bulunamadı. Buna karşılık, bekarların depresyon riski, evlilere göre daha yüksek saptanmıştır.

Eşi çalışanların KB puanları, eşi çalışmayanlara göre daha yüksek saptanmıştır.

Çocuğu olanların KB puanları daha yüksek saptanırken, DT, D ve GSA-12 puanları daha düşük saptanmıştır.

Gelir durumu kötüden yükseğe doğru gittikçe DT puanlarında azalmalar izlendi. Gelir durumu iyi olanların orta ve kötü olanlara göre KB puanı yüksek bulunurken, GSA-12 puanları daha düşük saptanmıştır.

Öğretim üyelerinin hem asistanlara hem de intörlere göre DT, D ve GSA-12 puanları düşük bulunurken KB puanı yüksek saptanmıştır. Asistanların D puanlarının intörlere göre daha yüksek olduğu görülmüştür.

Cerrahi bölümlerin DT puanı, hem dahili bölümlere hem de temel bölümlere göre daha yüksek saptanmıştır.

Mesleki çalışma sürelerinde 0-5 yıl grubu ve 6-10 yıl grubundakilerin DT ve D puanları hem 11-15 yıl grubuna, hem 16-20 yıl grubuna, hem de 21 yıl ve üzerinelere göre daha yüksek saptanmıştır. 0-5 yıl grubundakilerin KB puanları 11-15 yıl grubu, 16-20 yıl grubu ve 21+ yıl gruplarına göre daha düşük bulundu. 6-10 yıl grubundakilerin KB puanları 16-20 yıl grubuna göre daha düşük bulundu. 6-10 yıl grubundakilerin GSA-12 puanları hem 11-15 yıl grubuna hem de 21+ yıl grubuna göre daha yüksek saptanmıştır.

Kronik hastalığı olanların GSA-12 puanları daha yüksek idi.

Bölüm ve/ veya meslek değiştirmek istemeyenlerin DT, D ve GSA-12 puanları, hem bölüm değiştirmek isteyenlere, hem de meslek değiştirmek isteyenlere göre daha düşük bulunurken, KB puanları daha yüksek saptanmıştır.

GSA-12'ye göre depresyon riski yüksek olan katılımcıların DT ve D puanları daha yüksek bulunurken, KB puanları daha düşük saptanmıştır.

Tükenmişlik sendromunun doktorlarda sık görüldüğü bilinmektedir. İnsanlarla yüz yüze ilişkinin en yoğun olarak yaşandığı mesleklerden biri olan doktorlar hem tükenme hem de ruh sağlığı açısından ciddi bir risk altındadır. Doktorlarda tükenmişlik seviyelerinin artması hastalar açısından da olumsuz sonuçlara neden olabilmesinden dolayı ciddi bir halk sağlığı sorunudur. Özellikle Tıp fakülteleri gibi buldukları bölgelerde en üst düzeyde sağlık hizmeti veren ve aynı zamanda geleceğin doktorlarını yetiştirmeyi hedefleyen kurumlarda, tükenmişliği azaltıcı sosyal destekler ile çalışmayı motive edici destekler verilmelidir. Tükenmişlik seviyelerinin azaltılması için doktorların bölümlerini seçerken isteklerine ve becerilerine uygun bölümlere yerleşebilmesinin sağlanması, çalışma şartlarının düzenlenmesi, mobbingin önlenmesi, gelir durumlarında iyileştirmeler yapılması ve görev dağılımlarının eşit olması gibi önlemlerin alınması faydalı olacaktır.



## 7. KAYNAKLAR

1. Bauer J, Hafner S, Kachele H, Wirsching M, Dahlbender RW. The burn out syndrome and restoring mental health at the working place. *Psychother Psychosom Med Psychol* 2003;53(5):213-22.
2. Ortacioğlu SG. Müzik Öğretmenlerinde Tükenmişlik Sendromu ve Etkileyen Faktörler. İnönü Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi 2008;9:103-116.
3. Demirkol İ. Avukatlarda İş Doyumu, Tükenmişlik ve Denetim Odağının Bazı Demografik Değışkenler Bağlamında İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Mersin: Mersin Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü 2006.
4. Maraşlı M. Lise Öğretmenlerinin Tükenmişlik Düzeyleri. *Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi* 2005;3:27-33.
5. International Labour Organization. Work-related stress in nursing 2001  
Erişim Adresi:  
<http://www.ilo.org/public/english/protection/safework/stress/nursing.htm>  
Erişim Tarihi: 06.05.2018.
6. Al-Dubai SAR, Rampal KG. Prevalance and associated factors of burnout among doctors in Yemen. *J Occup Health* 2010;52:58-65.
7. Funda S, Uzun N. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Dönem VI Öğrencilerinde Tükenmişlik Düzeyi ve Etkileyen faktörler, *Hacettepe Tıp Dergisi* 2011;42:42-48.
8. Dyrbye L, Shanafelt T. A narrative review on burnout experienced by medical students and residents, *Medical Education* 2016;50(1):132–149.
9. Sürgevil O. Çalışma Hayatında Tükenmişlik Sendromu Tükenmişlikle Mücadele Teknikleri. Ankara, Nobel Yayın Dağıtım 2006:17–93.

10. Dworkin AG. Teacher Burnout in the Public Schools, Structural Causes and Consequences for Children. State University of New York Press, Albany 1986 Erişim Adresi: <http://site.ebrary.com/lib/deulibrary>. Erişim Tarihi: 01.07.2010.
11. Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job Burnout. Annual Review of Psycholog 2001;52:397-422.
12. Pines AM. A psychoanalytic existential approach to burnout: Demonstrated in the cases of a nurse, a teacher and a manager. Psychotherapy 2001;39(1):103-113.
13. Pines AM, Aronson E. Career burnout. New York: Free Press 1988:35.
14. Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced burnout. J Occup Behav 1981;2(1):99-113.
15. Maslach C, Zimbardo PG. Burnout - The Cost of Caring. New Jersey, Prentice Hall 1982:74-82.
16. Baltaş Z, Baltaş A. Stres ve Başa ıkma yolları. İstanbul, Remzi Kitabevi 1997:25.
17. Güler Z, Başpınar N, Gürbüz H. İş Yaşamında Stres ve Kamu Kurumlarındaki Sekreterler Üzerinde Bir Uygulama. T.C. Anadolu Üniversitesi Yayınları No: 1332.
18. Altutaş E. Stres Yönetimi. İstanbul, Alfa Basın Dağıtım 2003:13-16.
19. Rowshan A. Stres Yönetimi. İstanbul, Sistem Yayıncılık 2002:11-12.
20. Telman N, Ünsal P. alışan Memnuniyeti. İstanbul, Epsilon Yayınları 2004:12.
21. Çelikkol A. Çağdaş İş Yaşamında Ruh Sağlığı. İstanbul, Alfa Yayın 2001:130.

22. Maslach C, Leither MP. The Truth about Burnout. San Fransisco, Prentice-Hall 1997:74-76.
23. Torun A. Stres ve Tükenmişlik. İstanbul, Türk Psikologlar Derneği Yayınları 1997:44.
24. Yörükoğlu S. Özel Bir Hastanede Çalışan Sağlık Personelinin Rol Çatışması, Rol Belirsizliği ve Tükenmişlik Düzeylerinin Belirlenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul 2008:93.
25. Kırlangıç Ç, Olcay M. Tükenmişlik. İzmir, Saray Medikal Yayıncılık 1995:21.
26. Maslach C, Leither MP. The Truth about Burnout. San Fransisco, Prentice-Hall 1997:19-74.
27. Freudenberg HJ, Richelson G. Burn-Out; How to Beat the High Cost of Succes. New York, Bantam Boks 1981:43.
28. Potter BA. Overcoming Job Burnout. California, Roning Publishing 1998:6-15.
29. Birdir K, Tepeci M. Otel genel müdürlerinde tükenmişlik sendromu ve tükenmişliğin genel müdürlerin işlerini değiştirme eğilimlerine etkileri. Anatolia Turizm Araştırmaları Dergisi 2003;2:93-106
30. Lewandowski CA. Organizational Factors Contributing to Worker Frustration: The Precursor to Burnout. Journal of Sociology and social Welfare 2003;30:587-611.
31. Potter BA. Overcoming Job Burnout: How to renew Enthusiasm for Work. California, Ronin Publishing 1995:2.

32. Yıldırım F. Banka Çalışanlarında İş Doyumu ve Algılanan Rol Çatışması İle Tükenmişlik Arasındaki İlişki, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara 1996.
33. Edelwich J, Brodsky A. Burn-out Stages Disillusionment In The Helping Professions, Newyork, Human Sciences Press 1980.
34. Perlman B, Hartman EA. Burnout: Summary and Future Research. Human Relation 1982;35:283-305.
35. Meier ST. Toward A Theory Of Burnout. Human Relations 1983;36:899-910.
36. Suran BG, Sheridan EP. Management Of Burnout: Training Psychologists In Professional Life Span Perspectives. Professional Psychology: Research And Practice 1985;15:741-752.
37. Seğmenli S. Rehber Öğretmenlerde Tükenmişlik Düzeylerinin İncelenmesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü 2001.
38. Sılığ A. Banka Çalışanlarının Tükenmişlik Düzeylerinin Çeşitli Değişkenler Açısından İncelenmesi. Yüksek lisans tezi, Eskişehir, Anadolu Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü 2003.
39. Sağlam Arı G ve Çına Bal E. Tükenmişlik Kavramı: Birey ve Örgütler Açısından Önemi, Yönetim ve Ekonomi 2008;15(1):131-148.
40. Johnson AB, Gold V, Knepper D. Frequency and intensity of professional burnout among teachers of the mildly handicapped. College-Student Journal 1984;18(3):261-266.
41. Maslach C, Jackson SE. Maslach Burnout Inventory. CA, Press Palo Alto 1986:27-29.

42. Maslach C. Burnout: A Social Psychological Analysis, The Burnout Syndrome: Current Reserch, Theory and Interventions .Park Ridge, Ill, London House Management 1981:31-52.
43. Perlman B, Hartman EA. Burnout: Summary and Future Research. Human Relation 1982:283-305.
44. Çam O. Tükenmişlik Envanterinin Geçerlik Güvenirliğinin Araştırılması. VII. Ulusal Psikoloji Kongresi Bilimsel Çalışmaları El Kitabı 1991.
45. Baysal A. Lise ve Dengi Okul Öğretmenlerinde Meslekte Tükenmişliğe Etki Eden Faktörler. Yayımlanmamış Doktora Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir 1995.
46. Demir V. Bilinçli Farkındalık Temelleri Hazırlanan Eğitim Programının Bireylerin Depresyon Ve Stres Düzeyleri Üzerine Etkisi. T.C. İstanbul Arel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul 2014.
47. Karadağ N. Tükenmişlik ve İş Doyumu (Kırklareli Devlet Hastanesi Hemşireleri Örneği, Beykent Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul 2013.
48. Taycan O, Kutlu L, Çimen S, Aydın N. Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerde Depresyon ve Tükenmişlik Düzeyinin Sosyodemografik Özelliklerle İlişkisi, Anadolu Psikiyatri Dergisi, İstanbul 2006;101.
49. Uluköy M. Sağlık Çalışanlarının Örgütsel Adalet Algısı İle Tükenmişlik Duyguları Arasındaki İlişki: Bir Uygulama. Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi 2015;39:213-226.
50. Girgin G. İlkokul öğretmenlerinde meslekte tükenmişliğin gelişimini etkileyen değişkenlerin analizi ve bir model önerisi (İzmir ili kırsal ve

kentsel yöre karşılaştırması). (Yüksek Lisans Tezi). Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Eğitim Bilimleri Ana Bilim Dalı. İzmir 1995.

51. Vahey DC, Aiken LH, Sloane DM, Clarke SP, Vargas D. Nurse Burnout And Patient Satisfaction. Medical Care 2004;42:1157-1166.
52. Örmən U. Tükenmişlik Duygusu ve Yöneticiler Üzerinde Bir Uygulama. T.C. Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İngilizce İşletme Anabilim Dalı Yayınlanmamış Doktora Tezi, İstanbul 1993.
53. Yöney H, Ünalın P. Profesyonel Yaşamda İş Stresi ve Tükenmişlik 2004 Erişim Adresi: [www.insankaynaklari.com.htm](http://www.insankaynaklari.com.htm) Erişim Tarihi: 16.04.2011
54. Acun M. Bazı Değişkenlere Göre Biyoloji Öğretmenlerinin Mesleki Tükenmişlik Düzeylerinin İncelenmesi. (Yüksek Lisans Tezi) Fen Bilimleri Enstitüsü. Dicle Üniversitesi. Ankara 2010.
55. Firth-Cozens J. A perspective on stress and depression. Understanding doctors' performance. Radcliffe Publishing. Oxford 2006.
56. Visser MRM, Smets EMA, Oort FJ, Haes HCJM. Stres, Satisfaction and Burnout Among Dutch Medical Specialists. CMAJ 2003;168:271-5.
57. Editorial. Annals of Internal Medicine. March 2002;136:391-393.
58. McManus IC, Winder BC, Gordon D. The Casula Links Between Stress and Burnout in a Longitudinal Study of UK Doctors. The Lancet 15 June 2002;359:2089-2090.
59. Eker Ö. Depresyon 2011. Erişim Adresi: <http://www.aktifterapi.com/depresyon/> Erişim Tarihi: 08.05.2018

60. Tanrıverdi H, Sarihan M. İşe Bağlılığın Tükenmişlik ve Depresyon Üzerindeki Etkileri: Sağlık Çalışanları Üzerinde Bir Araştırma. İstanbul. Uluslararası İşletme ve Yönetim Dergisi 2013;1(2):206-228.
61. Ertuğrul E. Üniversite Uygulama ve Araştırma Hastanesinde Çalışan Hemşire, Ebe, Sağlık Memuru ve Acil Tıp Teknisyenlerinin Tükenmişlik ve Depresyon Düzeyinin Değerlendirilmesi. (Yüksek Lisans Tezi) Zonguldak 2010.
62. Ergin C. Maslach tükenmişlik ölçeğinin Türkiye sağlık personeli normları. Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi 1996;4(1):28-33.
63. Polatçı S, Ardıç K. Tükenmişlik sendromu akademisyenler üzerinde bir uygulama. Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi. 2008;10(2):69-96.
64. Çam O. The Burnout in Nursing Academicians in Turkey. International Journal of Nursing Studies 2000;38:201-207.
65. Goldberg D, Williams P. A user's guide to the General Health Questionnaire. Windsor: NFER-Nelson 1988
66. Goldberg D, Hillier V. A scale version of the General Health Questionnaire, Psychol Med 1979;9:139–145.
67. Özdemir H, Rezaki M. Depresyon Saptanmasında Genel Sağlık Anketi-12. Türk Psikiyatri Dergisi 2007;18(1):13-21.
68. Kılıç C, Rezaki M, Rezaki B, Kaplan I, Özgen G, Sağduyu A, Öztürk MO. General Health Questionnaire (GHQ-12 & GHQ-28): Psychometric properties and factor structure of the scales in a Turkish primary care sample. Soc Psychiatry Epidemiol 1997;32(6):327-31.

69. Stock C, Küçük N, Miseviciene I, Guillén-Grima F, Petkeviciene J, Aguinaga O. Differences in health complaints among university students from three European countries. *Prev Med* 2003;37:535-43.
70. Kılıç C. Genel Sağlık Anketi: Güvenilirlik ve geçerlilik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi* 1996;7(1):3-9
71. Marakoğlu K, Armutlukuyu M. Tıp fakültelerinde çalışan öğretim üyeleri ve araştırma görevlilerinde tükenmişlik düzeylerinin değerlendirilmesi (Tıpta Uzmanlık Tezi). Konya, Selçuk Üniversitesi 2014.
72. Aslan D, Kiper N, Karaağaoğlu E, Topal F, Gündük M, Cengiz ÖS. Türkiye'de Tabip Odalarına Kayıtlı Olan Bir Grup Hekimde Tükenmişlik Sendromu ve Etkileyen Faktörler. Ankara, Türk Tabipleri Birliği Yayınları 2005:49.
73. Özyurt A, Hayran O, Sur H. Predictors of burnout and job satisfaction among Turkish physicians. *Q J Med* 2006;99:161–169.
74. Serinken M, Ergör A, Çımrın AH, Ersoy G. İzmir İlindeki Acil Servis Hekimlerinin Tükenme Düzeyleri. *Toplum ve Hekim*, Temmuz-Ağustos 2003;18(4):293-299.
75. Baykan Z, Çetinkaya F, Naçar M, Kaya A, Işıldak MÜ. Aile hekimlerinin tükenmişlik durumları ve ilişkili faktörler. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi* 2014;18(3):122-133
76. Baldwin PJ, Dodd M, Wrate RM. Young doctors' health—II. Health and health behaviour. *Social Science & Medicine*, 1997;45(1):41-44 Erişim Adresi: [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(96\)00307-3](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(96)00307-3) Erişim Tarihi: 28.05.2018



77. Bruce SM, Conaglen HM, Conaglen JV. Burnout in physicians: A case for peer-support 2005;35(5):272-278 Erişim Adresi: <https://doi.org/10.1111/j.1445-5994.2005.00782.x> Erişim Tarihi: 28.05.2018
78. Taylor East R, Grech A, Gatt C. The mental health of newly graduated doctors in Malta. *Psychiatry Danub* 2013 Sep;25 Suppl 2: S250-5.
79. Demiral Y, Akvardar Y, Ergör A. Üniversite hastanesinde çalışan hekimlerde iş doyumunun anksiyete ve depresyon düzeylerine etkisi. *DEÜ Tıp Fakültesi Dergisi* 2006;20:157-64.
80. Erol A, Sarıçiçek A, Uzunseren Ş. Asistan Hekimlerde Tükenmişlik: İş Doyumu ve Depresyonla İlişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2007;8:241-247.
81. Özgüven HD, Haran S. Tükenme. *Kriz ve Müdahale Kitabı*. Ankara Üniversitesi Psikiyatrik Kriz Uygulama ve Araştırma Merkezi Yayınları No: 6, Ankara 2000:199-214.
82. Çam O. Hemşirelerde Tükenmişlik ve Çeşitli Değişkenlere Göre İncelenmesi. (Doktora Tezi) İzmir, Ege Üniversitesi 1991.
83. Üstün B. Hemşirelerin Atılganlık ve Tükenmişlik Düzeyleri. (Doktora Tezi) Ankara, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü 1995.
84. Kırılmaz AY, Çelen Ü, Sarp N. İlköğretimde Çalışan Bir Öğretmen Grubunda Tükenmişlik Durumu Araştırması. *İlköğretim-Online Dergisi* 2003;2(1):2-9.
85. Haran S, Özgüven HD, Ölmez S, Sayıl I. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastaneleri ve Ankara Numune Hastanesi'nde Çalışan Doktor ve Hemşirelerde Tükenmişlik Düzeyleri. *Kriz Dergisi* 1998;6(1):75-79

86. Kurçer M. Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Hekimlerinin İş Doymu ve Tükenmişlik Düzeyleri. Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2005;2(3):10–15.
87. Elgin FR, Taş C, Polat Işık AÖ. Kocaeli Tıp Fakültesi Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Sağlık Personelinde Anksiyete, Depresyon ve Tükenmişlik Düzeyi (Yüksek Lisans Tezi). İstanbul, Üsküdar Üniversitesi 2017
88. Bynoe AG. Stres in women doctors. British Journal of Hospital Medicine 1994;51:267-9.
89. Ergin C. Doktor ve Hemşirelerde Tükenmişlik ve Maslach Tükenmişlik Ölçeğinin Uyarlanması. VII. Ulusal Psikoloji Kongresi Kitabı, Ankara 22–25 Eylül 1992:143–154.
90. Özbayır T, Demir F, Candan Y, Dramalı A. Ameliyathane Hemşirelerinin Tükenmişliğinin İncelenmesi. Hemşirelik Forumu Dergisi 2006;2:18– 25.
91. Yavuzyılmaz A, Topbaş M, Çan E, Çan G, Özgün S. Trabzon İl Merkezindeki Sağlık Ocakları Çalışanlarında Tükenmişlik Sendromu ile İş Doymu Düzeyleri ve İlişkili Faktörler. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni 2007;6(1):41–50.
92. Doğan K. Ankara’da İki Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Çalışan Sağlık Personelinin Tükenmişlik Durumu ve İlişkili Etmenler. (Yüksek Lisans Tezi) Ankara, Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü 2005.
93. Aslan H, Aslan O, Kesepara C. Kocaeli’nde bir grup sağlık çalışanında işe bağlı gerginlik, tükenme ve iş doymu. Toplum ve hekim dergisi 1997;12(82):24-29.
94. McMurray JE, Linzer M, Konrad TR. The work lives of women physicians. J Gen Intern Med 2000;15:372-380.

95. Belloch Garcia SL, Renovell Alborch JR, Gomez Salinas L. The burnout syndrome in resident physicians in hospital medical specialties. *Ann Med Interna* 2000;17:118-122.
96. Çan E, Topbaş M, Yavuzyılmaz A, Çan G, Özgün Ş. Karadeniz teknik üniversitesi tıp fakültesindeki araştırma görevlisi hekimlerin tükenmişlik sendromu ile iş doyumunu düzeyleri ve ilişkili faktörler. *Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Dergisi* 2006;23(1):17-24.
97. Gül ŞK, Gül HL, Oruç AF, Gedik D, Mayadağlı A, Aksu A, Bıçakçı BC. Radyasyon onkolojisi kliniği çalışanlarında depresyon ve tükenmişlik düzeylerinin sosyodemografik özelliklerle ilişkisinin değerlendirilmesi. *Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıp Dergisi* 2012;23(1):11-7.
98. Öztürk G, Çetin M, Yıldırım N, Türk YZ, Fedai T. Hekimlerde tükenmişlik ve iş doyumunu düzeyleri. *Anatol J Clin Investig* 2012;6(4):239-45.
99. Uzun Ş, Karacaoğlu B, Akıncı SB, Erden İA, Sarıcaoğlu F, Aypar Ü. Anesteziyoloji ve dahiliye asistanlarında iş stresi ve tükenmişlik durumu. *Journal of Anesthesia-JARSS* 2013;21(4):224-9.
100. Deliormaz RB, Yıldız S, Boz İT, Yiğit İ. Akademik personelin tükenmişlik düzeyi: Marmara üniversitesi örneği. *Marmara Üniversitesi İktisadi İdari Bilimler Fakültesi Dergisi* 2008;25(2):465-97.
101. Erol A, Akarca F, Değerli V, Sert E, Delibaş H, Gülpek D, Mete L. Acil servis çalışanlarında tükenmişlik ve iş doyumunu. *Klinik Psikiyatri Dergisi* 2012;15:103-10.
102. Yakut Hİ, Kapısız SG, Durutuna S, Evran A. Sağlık alanında çalışma yaşamında tükenmişlik. *The Journal of Gynecology – Obstetrics and Neonatology* 2013;10(38):1564-71.

103. Sağlam AÇ. Akademik personelin sosyo-demografik özelliklerinin tükenmişlik düzeyleri ile ilişkisi. Mustafa Kemal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi 2011;15(8):407-20.
104. Shanafelt TD, Balch CM, Bechamps GJ, Russell T, Dyrbye L, Satele D, ve ark. Burnout and career satisfaction among American surgeons. Ann Surg. 2009;250(3):463-71.
105. Toker B. Öğretim elemanlarında tükenmişlik: Türkiye'deki üniversitelerde ampirik bir çalışma. Doğu Üniversitesi Dergisi 2011;12(1):114-27.
106. Can H, Güçlü YA, Doğan S, Erkalı MB. Cerrahi ve cerrahi dışı kliniklerdeki asistan hekimlerde tükenmişlik sendromu. İzmir Tepecik Eğitim Hastanesi Dergisi 2010;20(1):33-40.
107. Kebapçı A, Akyolcu N. Acil birimlerde çalışan hemşirelerde çalışma ortamının tükenmişlik düzeylerine etkisi. Türkiye Acil Tıp Dergisi 2011; 11(2):59-67.
108. Günüşen N, Üstün B. Türkiye'de İkinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Hemşire ve Hekimlerde Tükenmişlik: Literatür İncelemesi. DEUHYO ED. 2010;3(1):40-51.
109. Akbolat M, Işık O. Sağlık Çalışanlarının Tükenmişlik Düzeyleri: Bir Kamu Hastanesi Örneği. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi 2008;11(2):229-254.
110. Helvacı I, Turhan M. Tükenmişlik Düzeylerinin İncelenmesi: Silifke'de Görev Yapan Sağlık Çalışanları Üzerinde Bir Araştırma. İşletme ve İktisat Çalışmaları Dergisi 2014;1(4):58-68.
111. Altay H, Akgül V. Seyahat Acentaları Çalışanlarının Tükenmişlik Düzeyi: Hatay Örneği. Mustafa Kemal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi 2010;7(14):87-112.

112. Ayraler A, Yavuz Göksan B, Bakım B, Karamustafalıoğlu O. Diyaliz Ünitesinde Çalışan Sağlık Ekibinde Tükenmişlik Sendromu. *Journal Of Academic Research İn Medicine* 2011;1:52-56.
113. Aydın ÖG, Çatav EK, Ercan S, Yalçın S, Kara H, Aksoy M. Birinci basamak sağlık çalışanlarında tükenmişlik ve iş doyumunun stresle başa çıkma tarzları ve çeşitli değişkenler açısından incelenmesi. *Sağlığın Başkenti Dergisi* 2011;20:4-11.
114. Beyhan S, Güneş Y, Türktan M, Özcengiz D. Doğu Akdeniz bölgesindeki anestezi hekimlerinde tükenmişlik sendromunun araştırılması. *Türk Anestezi ve Reanimasyon Dergisi* 2013;41:7-13.
115. Elbi H. Kronik Hastalık ve Depresyon. *J Clin Psy* 2008;11(3):3-18
116. Raquepaw JM, Miller RS. Psychotherapist Burnout: A Componential Analysis, *Professional Psychology: Research&Practice* 1989;20(1):32–36.
117. Mc Knight JD, Glass DC. Perceptions of control, burnout and depressive symptomatology: A replication and extension. *J Consult Clin Psychol* 1995;63:490-494.
118. Nyklicek I, Pop VJ. Past and familial depression predicts current symptoms of professional burnout. *J Affect Disord* 2005;88:63-68.
119. Ahola K, Honkonen T, Kivimaki M, Virtanen M, Isometsä E, Aromaa A, Lönnqvist J. Contribution of burnout to the association between job strain and depression: The health 2000 study. *J Occup Environ Med* 2006;48:1023-1030.
120. Thomas NK. Resident burnout. *JAMA* 2004;292:2913-2915.

## 8. EKLER

### EK-1: Sosyodemografik Veri Formu

**Sayın Katılımcı,**

Bu çalışma ile sağlık çalışanları arasında tükenmişlik düzeyi ve etkileyen etmenlerin araştırılması amaçlanmıştır. Anket formunda vermiş olduğunuz tüm bilgiler, bilimsel yayın amacı dışında kesinlikle kullanılmayacaktır. Adınızı soyadınızı belirtmenize gerek yoktur. Katılımınız için şimdiden teşekkür ederiz.

#### SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER

**1. Yaş aralığı seçiniz.** 1) 18-25 2) 26-35 3) 36-45 4) 46-55 5) 55+

**2. Cinsiyetiniz?** 1) Kadın 2) Erkek

**3. Medeni durumunuz?** 1) Evli 2) Bekar 3) Boşanmış, dul, ayrı yaşıyor

Evli değil iseniz 5. soruya geçiniz..

**4. Eşinizin çalışma durumu ve mesleği nedir?** 1) Çalışıyor (.....)

2) Çalışmıyor

**5. Çocuğunuz var mı?** 1) Evet 2) Hayır

Yok ise 7. soruya geçiniz..

6. Kaç çocuğunuz var? (.....)

7. Aile yapınız?

1) Çekirdek Aile (Anne-Baba-Çocuk)

2) Geniş Aile (Anne-Baba-Çocuk-Büyükanne-Büyükbaba-Torun)

8. Size göre aylık gelir durumunuz?

1) Yüksek

2) İyi

3) Orta

4) Kötü

9. Unvanınız?

1) Öğretim Üyesi

2) Asistan

3) İntörn

Öğrenci iseniz 13. soruya geçiniz..

10. Branşınız?

(.....)

11. Tıp Fakültesi mezuniyet yılı?

(.....)

12. Meslekte geçirilen toplam süre?

(.....)

13. Mevcut herhangi kronik bir hastalığınız var mı?

1) Evet

2) Hayır

14. Evde hasta/engelli/özürlü biri var mı?

1) Evet

2) Hayır

15. Hangisini değiştirmek isterdiniz?

1) Bölüm

2) Meslek

3) Hiçbiri

## EK-2: Maslach Tükenmişlik Ölçeği

### MASLACH TÜKENMİŞLİK ÖLÇEĞİ (Maslach burnout inventory manual)

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



## EK-3: Genel Sağlık Anketi-12

# GENEL SAĞLIK ANKETİ

Bu bölümde son birkaç hafta içinde herhangi bir tıbbi şikayetinizin olup olmadığını, genel olarak sağlığınızın nasıl olduğunu öğrenmek istiyoruz. **Bütün soruları** size en uygun cevabı işaretleyerek cevaplayınız.

Geçmişteki değil, **yalnız son dönemdeki ve şu andaki şikayetlerinizi** sorduğumuzu unutmayınız.

### 1. Son zamanlarda endişeleriniz nedeniyle uykusuzluk çekiyor musunuz?

A. Hayır, hiç çekmiyorum B. Her zamanki kadar C. Her zamankinden sık D. Çok sık

### 2. Son zamanlarda kendinizi sürekli zor altında hissediyor musunuz?

A. Hayır, hiç hissetmiyorum B. Her zamanki kadar C. Her zamankinden sık D. Çok sık

### 3. Son zamanlarda yaptığınız işe dikkatinizi verebiliyor musunuz?

A. Her zamankinden iyi B. Her zamanki kadar C. Her zamankinden az D. Çok daha az

### 4. Son zamanlarda işe yaradığınızı düşünüyor musunuz?

A. Her zamankinden iyi B. Her zamanki kadar C. Her zamankinden az D. Çok daha az

### 5. Son zamanlarda sorunlarınızla uğraşabiliyor musunuz?

A. Her zamankinden iyi B. Her zamanki kadar C. Her zamankinden az D. Çok daha az

### 6. Son zamanlarda karar vermekte güçlük çekiyor musunuz?

A. Hayır, hiç çekmiyorum B. Her zamanki kadar C. Her zamankinden sık D. Çok sık

### 7. Son zamanlarda zorlukları halledemeyecek gibi hissediyor musunuz?

A. Hayır, hiç hissetmiyorum B. Her zamanki kadar C. Her zamankinden sık D. Çok sık

### 8. Son zamanlarda farklı yönlerden baktığınızda kendinizi mutlu hissediyor musunuz?

A. Her zamankinden çok B. Her zamanki kadar C. Her zamankinden az D. Çok daha az

**9. Son zamanlarda günlük işlerinizden zevk alabiliyor musunuz?**

A. Her zamankinden çok B. Her zamanki kadar C. Her zamankinden az D. Çok daha az

**10. Son zamanlarda kendinizi keyifsiz ve durgun hissediyor musunuz?**

A. Hayır, hiç hissetmiyorum B. Her zamanki kadar C. Her zamankinden sık D. Çok sık

**11. Son zamanlarda kendinize güveninizi kaybediyor musunuz?**

A. Hayır, hiç kaybetmiyorum B. Her zamanki kadar C. Her zamankinden fazla D. Çok fazla

**12. Son zamanlarda kendinizi değersiz biri olarak görüyor musunuz?**

A. Hayır, hiç görmüyorum B. Her zamanki kadar C. Her zamankinden sık D. Çok sık