

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

**PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ'NDE
ARAŞTIRMA GÖREVLİSİ OLARAK ÇALIŞAN HEKİMLERDE
TÜKENMİŞLİK DÜZEYİ VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER**

**UZMANLIK TEZİ
DR. FATMA NUR EĞİLMEZ**

**DANIŞMAN
DOÇ. DR. ÖZGÜR SEVİNÇ**

DENİZLİ - 2024

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

**PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ'NDE
ARAŞTIRMA GÖREVLİSİ OLARAK ÇALIŞAN HEKİMLERDE
TÜKENMİŞLİK DÜZEYİ VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER**

**UZMANLIK TEZİ
DR. FATMA NUR EĞİLMEZ**

**DANIŞMAN
DOÇ. DR. ÖZGÜR SEVİNÇ**

DENİZLİ - 2024

TEŞEKKÜR

Tez çalışmamın gerçekleştirilmesinde, tavsiye ve yönlendirmeleriyle destek olan, bu süreçte her türlü kolaylığı ve yardımı sağlayan çok kıymetli danışman hocam Doç. Dr. Özgür SEVİNÇ'e ve uzmanlık eğitimim boyunca büyük katkılarda bulunan, bir halk sağlığı uzmanı olarak yetişmemde emekleri geçen değerli hocalarım Anabilim Dalı Başkanı Prof. Dr. Ahmet ERGİN'e; Doç. Dr. Nurhan MEYDAN ACIMIŞ'a ve Dr. Öğr. Üyesi Süleyman Utku UZUN'a şükranlarımı sunarım.

Uzmanlık eğitimim sürecinde beraber çalışma fırsatı bulduğum asistanlara; bölüme birlikte başlayıp sonrasında yollarımızın ayrıldığı canım eşkıdemim Ece YILDIZ'a, 2022 yılında aramızdan ayrılan kalbi güzel, kendi güzel kıdemlim Havva KASAL'a,

Tezimin yürütülmesinde verdikleri katkılardan dolayı çok sevdiğim doktor arkadaşlarım Hande KARABAŞ'a, Nurefşan AYDENİZ YILMAZ'a ve Hicret GÜNEŞ'e,

Bugünlere gelebilmem için her türlü fedakarlığı yapan, hayatımın her anında, her kararında, her zaman beni destekleyen, yanımda duran; canımdan çok sevdiğim, hayattaki en kıymetli hazinelerim annem Hacer EĞİLMEZ'e ve babam Yahya EĞİLMEZ'e, beni kendi çocuklarından ayırmayan, dünyadaki en güzel hislerden biri olan kardeşliği tattıran ablalarım Meryem Eğilmez KARAMAN'a, Meral EĞİLMEZ'e, Mukaddes CERAN'a; beni öz kardeşlerinden ayırmayan ağabeyim Kenan EĞİLMEZ'e, her ihtiyacım olduğunda yanımda olan ağabeyim İhsan CERAN'a ve neşe kaynağı yeğenlerim Ahsen, Ecrin, Ömer Alp, Ahmet Kayra ve Eymen'e,

Halk sağlığı uzmanı ünvanı kazanabilmem için geçen uzun ve zorlu yollarda benimle olan, düştüğümde elimden tutup kaldıran, arkadaştan öte kardeşlerim olan, geçen yıllara rağmen eskimeyip daha da güçlenen dostlukları için Seher SAĞ'a, Selin ERCAN ERDOĞAN'a, Mürüvet DUNKAT'a, Havva AKSEL'e ve Duygu KAMALI'ya sonsuz teşekkürlerimi sunuyorum.

Dr. Fatma Nur EĞİLMEZ

İÇİNDEKİLER

| | Sayfa No |
|---|----------|
| TEŞEKKÜR | iv |
| İÇİNDEKİLER | v |
| KISALTMALAR DİZİNİ | vii |
| TABLolar DİZİNİ | viii |
| ÖZET..... | x |
| SUMMARY | xii |
| GİRİŞ | 1 |
| GENEL BİLGİLER..... | 5 |
| TÜKENMİŞLİĞİN TANIMI VE ÖNEMİ..... | 5 |
| TÜKENMİŞLİĞİN TARİHÇESİ | 8 |
| TÜKENMİŞLİK MODELLERİ | 9 |
| Cherniss Modeli..... | 9 |
| Pines Modeli..... | 9 |
| Edelwich ve Brodsky Modeli..... | 11 |
| Perlman ve Hartman Modeli..... | 11 |
| Meier Modeli..... | 12 |
| Suran ve Sheridan Modeli | 12 |
| Maslach Modeli | 12 |
| TÜKENMİŞLİĞİ ETKİLEYEN FAKTÖRLER | 14 |
| Bireysel ve Sosyal Faktörler | 15 |
| Çevresel ve Mesleki Faktörler..... | 15 |
| TÜKENMİŞLİĞİN BELİRTİLERİ | 21 |
| Fiziksel Belirtiler | 21 |
| Davranışsal Belirtiler | 21 |
| Zihinsel Belirtiler..... | 22 |
| TÜKENMİŞLİĞİN SONUÇLARI..... | 22 |
| Kişisel Sonuçları | 22 |
| Çalışma Hayatı ile İlgili Sonuçları..... | 23 |
| Aile Hayatı ve Sosyal Hayat ile İlgili Sonuçları..... | 23 |

| | |
|--|----|
| TÜKENMİŞLİĞİ ÖNLEME YOLLARI | 24 |
| GEREÇ VE YÖNTEM..... | 27 |
| ARAŞTIRMANIN TİPİ | 27 |
| ARAŞTIRMANIN YERİ VE ZAMANI | 27 |
| ARAŞTIRMANIN EVRENİ..... | 27 |
| ARAŞTIRMANIN ÖRNEKLEMİ | 27 |
| Örneklem Büyüklüğü Hesabı..... | 27 |
| Örneklem Seçimi | 28 |
| ARAŞTIRMANIN UYGULAMA ŞEKLİ VE VERİ TOPLAMA ARACI..... | 29 |
| ARAŞTIRMANIN DEĞİŞKENLERİ | 30 |
| Araştırmanın Bağımlı Değişkeni | 30 |
| Araştırmanın Bağımsız Değişkenleri..... | 30 |
| MASLACH TÜKENMİŞLİK ÖLÇEĞİ (MTÖ)..... | 30 |
| İSTATİSTİKSEL ANALİZ | 31 |
| ARAŞTIRMANIN İZİNLERİ..... | 32 |
| BULGULAR | 33 |
| TARTIŞMA | 59 |
| ARAŞTIRMANIN KISITLILIKLARI VE GÜÇLÜ YANLARI..... | 71 |
| SONUÇ VE ÖNERİLER..... | 72 |
| KAYNAKLAR | 77 |
| EKLER..... | 90 |
| Ek-1. Anket Formu | 90 |
| Ek-2. Etik Kurul Onayı..... | 95 |
| Ek-3. Araştırma İzni..... | 96 |

KISALTMALAR DİZİNİ

CİMER: Cumhurbaşkanlığı İletişim Merkezi

D: Duyarsızlaşma

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

DT: Duygusal Tükenme

ICD-11: International Classification of Diseases and Related Health Problems -11

KB: Kişisel Başarı

MTÖ: Maslach Tükenmişlik Ölçeği

SABİM: Sağlık ve Sosyal Hizmet Birlik ve Mücadele

ÜK: Ülseratif Kolit

TABLolar DİZİNİ

Sayfa No

| | |
|--|----|
| Tablo 1. Her Bölümden Ulaşılmaması Hedeflenen ve Ulaşılan Katılımcı Sayısı | 28 |
| Tablo 2. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri | 33 |
| Tablo 2.(Devamı) Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri | 34 |
| Tablo 3. Katılımcıların Sigara İçme ve Alkol Kullanımıyla İlgili Özellikleri | 35 |
| Tablo 4. Katılımcıların Kronik Hastalık Özellikleri..... | 36 |
| Tablo 5. Katılımcıların Düzenli İlaç Kullanımları ve Kullandıkları İlaç Grupları.. | 36 |
| Tablo 6. Katılımcıların Sosyal Etkinliklere/Hobilerine Zaman Ayırabilme, Spor Yapma ve Tatile Gitme Durumları | 37 |
| Tablo 7. Katılımcıların Hekimlik Mesleği ve Bölümleriyle İlgili Özellikleri..... | 38 |
| Tablo 8. Katılımcıların Hekimlik Mesleği ve Uzmanlık Bölümleriyle İlgili Düşünceleri | 39 |
| Tablo 8. (Devamı) Katılımcıların Hekimlik Mesleği ve Uzmanlık Bölümleriyle İlgili Düşünceleri | 40 |
| Tablo 9. Katılımcıların Bölümlerinde Şiddete Uğrama ve Şikayet Edilme Durumları | 41 |
| Tablo 10. Katılımcıların Mesleki Gelecek Kaygıları ve Ülkemizde Hekimlikle İlgili Atılan Adımları Değerlendirmeleri..... | 42 |
| Tablo 11. Katılımcıların Maslach Tükenmişlik Ölçeği (MTÖ) Puanları | 43 |
| Tablo 12. Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Maslach Tükenmişlik Ölçeği (MTÖ) Puan Ortalamaları..... | 44 |
| Tablo 13. Katılımcıların Sigara İçme ve Alkol Kullanımıyla İlgili Özelliklerine Göre Maslach Tükenmişlik Ölçeği (MTÖ) Puan Ortalamaları | 45 |
| Tablo 14. Katılımcıların Kronik Hastalık Varlığı ve Düzenli İlaç Kullanımlarına Göre Maslach Tükenmişlik Ölçeği (MTÖ) Puan Ortalamaları | 46 |
| Tablo 15. Katılımcıların Sosyal Etkinliklere/Hobilere Zaman Ayırma, Spor Yapma ve Tatile Gitme Durumlarına Göre Maslach Tükenmişlik Ölçeği (MTÖ) Puan Ortalamaları..... | 47 |

| | |
|---|----|
| Tablo 16. Katılımcıların Hekimlik Süresi ve Uzmanlık Bölümleriyle İlgili Özelliklerine Göre Maslach Tükenmişlik Ölçeği (MTÖ) Puan Ortalamaları | 48 |
| Tablo 17. Katılımcıların Nöbet Sayısı, Çalışma Saati ve Baktıkları Hasta Sayısına Göre Maslach Tükenmişlik Ölçeği (MTÖ) Puan Ortalamaları | 49 |
| Tablo 18. Katılımcıların Hekimlik ve Uzmanlık Bölümleri Seçme Durumlarına Göre Maslach Tükenmişlik Ölçeği (MTÖ) Puan Ortalamaları | 50 |
| Tablo 19. Katılımcıların Uzmanlık Bölümleriyle İlgili Düşüncelerine Göre Maslach Tükenmişlik Ölçeği (MTÖ) Puan Ortalamaları | 51 |
| Tablo 20. Katılımcıların Bölümlerinde Şiddete Uğrama ve Şikayet Edilme Durumlarına Göre Maslach Tükenmişlik Ölçeği (MTÖ) Puan Ortalamaları | 52 |
| Tablo 21. Katılımcıların Mesleki Gelecek Kaygıları ve Ülkemizde Hekimlikle İlgili Atılan Adımları Değerlendirmelerine Göre Maslach Tükenmişlik Ölçeği (MTÖ) Puan Ortalamaları..... | 53 |
| Tablo 22. Katılımcıların Duygusal Tükenme Düzeyini Etkileyen Faktörlere İlişkin Çoklu Doğrusal Regresyon Analiz Sonuçları | 55 |
| Tablo 23. Katılımcıların Duyarsızlaşma Düzeyini Etkileyen Faktörlere İlişkin Çoklu Doğrusal Regresyon Analiz Sonuçları..... | 56 |
| Tablo 24. Katılımcıların Kişisel Başarı Düzeyini Etkileyen Faktörlere İlişkin Çoklu Doğrusal Regresyon Analiz Sonuçları..... | 57 |
| Tablo 25. Katılımcıların Maslach Tükenmişlik Ölçeği Toplam Puanını Etkileyen Faktörlere İlişkin Çoklu Doğrusal Regresyon Analiz Sonuçları..... | 58 |
| Tablo 26. Türkiye’de Yapılmış Benzer Çalışmaların Sonuçları | 60 |

ÖZET

Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde Araştırma Görevlisi Olarak Çalışan Hekimlerde Tükenmişlik Düzeyi ve İlişkili Faktörler

Dr. Fatma Nur EĞİLMEZ

Tükenmişliğin günümüzde kabul gören tanımını Maslach, iş yerindeki stres yapıcı unsurlara karşı bir tepki olarak uzun sürede ortaya çıkan psikolojik bir sendrom, çalışan ile işi arasındaki uyumsuzluğun sonucu oluşan kronik bir gerginlik durumu olarak yapmıştır. Hekim tükenmişliği; duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve azalmış kişisel başarı hissini içeren uluslararası alanda yaygın yer edinen işle ilgili bir durumdur. Araştırma görevlisi olarak çalışan hekimlerin meslek hayatının ilk yıllarında oldukları göz önünde tutulduğunda; tükenmişlik seviyelerinin, tükenmişliğe etki eden faktörlerin belirlenmesinin, yolun başında doğru adımlar atılabilmesi adına önemli olduğu düşünülmektedir. Bu çalışmanın amacı, Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde araştırma görevlisi olarak çalışan hekimlerde tükenmişlik düzeylerinin ve ilişkili olabilecek faktörlerin değerlendirilmesidir. Kesitsel tipteki araştırmanın evrenini Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde araştırma görevlisi olarak çalışan 650 hekim oluşturmaktadır. Veri toplama aracı olarak katılımcıların sosyodemografik özelliklerini, meslekle ilgili durumlarını sorgulayan ve tükenmişliği ölçen soruları içeren 58 soruluk anket formu uygulanmıştır. Tükenmişlik 22 soruluk Maslach Tükenmişlik Ölçeği kullanılarak ölçülmüştür. Araştırma öncesinde etik kurul izni ve gerekli kurumsal izinler alınmıştır. Veri analizi için SPSS 17.0 programı kullanılmıştır. Ölçümsel verilerin analizinde Mann Whitney U, Kruskal Wallis testleri ve tükenmişlik düzeyiyle ilişkili etmenlerin değerlendirilmesinde çoklu doğrusal regresyon (backward) modeli kullanılmıştır. Ulaşılması gereken örneklem büyüklüğü 242 olarak belirlenen çalışmada 298 kişiye ulaşılmıştır. Katılımcıların % 60,1'i kadın olup yaş ortalaması 28,49±2,87'dir. Çalışmaya katılanların tükenmişlik düzeyleri orta seviye tespit edilmiştir. Sonuç olarak cinsiyet, sigara içme, sosyal etkinlik/hobilere zaman ayırabilme, uzmanlık alanı, nöbet tutma, bölüm seçiminden pişmanlık duyma, mobbinge uğrama, sözlü ve psikolojik şiddet yaşama, fiziksel şiddet yaşama ,mesleksel geleceğe dair kaygı, sosyal etkinlik/hobilere zaman ayırabilme ve alanla ilgili çıkan yayınları/ mevcut gelişmeleri takip edebilme değişkenleriyle ölçek toplam

puanı veya duygusal tükenme, duyarsızlaşma, kişisel başarı alt boyutlarından en az biriyle istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur. Araştırma görevlisi olarak çalışan hekimlerde tükenmişlik ayrıntılı olarak ele alınmalı ve tükenmişliğin önüne geçilebilmesi için gerekli önlemler alınmalıdır.

Anahtar Kelimeler: tükenmişlik, hekim tükenmişliği, araştırma görevlisi hekim

SUMMARY

Burnout Level and Related Factors among Physicians Working as Research Assistants at Pamukkale University Faculty of Medicine

Fatma Nur EĞİLMEZ, MD

Maslach defined burnout as a psychological syndrome that emerges over a long period of time as a reaction to stressful elements in the workplace, and as a chronic state of tension resulting from the incompatibility between the employee and the job. Physician burnout is a widespread work-related condition that includes emotional exhaustion, desensitization, and a decreased sense of personal accomplishment. Considering that physicians working as research assistants are in their early years of their professional lives, it is thought that determining burnout levels and factors affecting burnout is important in order to take the right steps at the beginning of the path. The aim of this study is to evaluate burnout levels and possible related factors in physicians working as research assistants at Pamukkale University Faculty of Medicine. The universe of the cross-sectional study consists of 650 physicians working as research assistants at Pamukkale University Faculty of Medicine. A 58-question questionnaire form was applied as a data collection tool, which included questions that questioned the sociodemographic characteristics of the participants, their professional status, and measured burnout. Burnout was measured using the 22-question Maslach Burnout Scale. Ethics committee approval and necessary institutional permissions were obtained before the study. SPSS 17.0 program was used for data analysis. Mann Whitney U, Kruskal Wallis tests were used in the analysis of the measurement data and multiple linear regression (backward) model was used in the evaluation of factors related to burnout level. 298 people were reached in the study where the required sample size was determined as 242. 60.1% of the participants were female and the average age was 28.49 ± 2.87 . The burnout levels of the participants in the study were determined to be moderate. As a result, a statistically significant relationship was found between the variables of gender, smoking, being able to spare time for social activities/hobbies, field of expertise, being on duty, regretting the choice of department, being subjected to mobbing, experiencing verbal and psychological violence, experiencing physical violence, anxiety about the professional future, being

able to spare time for social activities/hobbies and being able to follow publications/current developments related to the field and the total score of the scale or at least one of the sub-dimensions of emotional exhaustion, depersonalization and personal accomplishment. Burnout in physicians working as research assistants should be addressed in detail and necessary measures should be taken to prevent burnout.

Keywords: Burnout, physician burnout, research assistant physician

GİRİŞ

Freudenberger, tükenmişliği “enerji, güç veya kaynaklar üzerinde aşırı talepte bulunarak bitkin düşmek” olarak tanımlamıştır (1). Günümüzde yaygın olarak kabul gören tükenmişlik tanımı Maslach tarafından yapılmıştır. Maslach’a göre tükenmişlik, iş yerindeki stres yapıcı unsurlara karşı bir tepki olarak uzun sürede ortaya çıkan psikolojik bir sendrom, çalışan ile işi arasındaki uyumsuzluğun sonucu oluşan kronik bir gerginlik durumudur(2).

Kabul gören mevcut tanımıyla tükenmişlik; bireylerin işleri gereği karşılaştıkları insanlara karşı duyarsızlaşmaları, duygusal yönden kendilerini tükenmiş hissetmeleri, kişisel başarı ve yetebilme duygularının azalmasıdır (3).Tükenmişlik, hem birey hem de örgütler açısından iş yaşamını önemli ölçüde tehdit eden bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır. İngilizcede “job burnout” ya da “staff burnout” olarak tanımlanan kavram Türkçede “tükenmişlik , tükeniş sendromu- mesleki tükenmişlik ” kavramları ile ifade edilmektedir (4). Ayrıca tükenmişlik, duygusal taleplerin yoğun olduğu ortamlarda uzun süre çalışmaktan kaynaklanan, fiziksel yıpranma, işyerinde çalışanlara ve yaşama karşı olumsuz tutumlar geliştirilmesi gibi belirtilerin eşlik ettiği bir durum olarak tanımlanabilir(5).

İnsanlara hizmet veren kurumlardaki profesyonel personelin çoğu zaman diğer insanlarla yoğun ilişki içinde zaman harcaması gerekir. Sıklıkla, personel-müşteri etkileşimi, müşterinin mevcut sorunları (psikolojik, sosyal, fiziksel) etrafında şekillenir. Bu sorunlara yönelik çözümler her zaman kolay ve açık bir şekilde elde edilemez, dolayısıyla duruma belirsizlik ve hayal kırıklığı eklenir. Bu tür koşullar altında sürekli olarak insanlarla çalışan hizmet profesyoneli için, kronik stres duygusal olarak yıpratıcı olabilir ve "tükenmişlik" riski taşır(2). Günümüzde tükenmişlik sendromunun sağlık çalışanları arasında büyük bir sorun olduğu bilinmektedir. Uzun yıllardan bu yana yapılan önemli araştırmalar tükenme riskinin doktorlar, hemşireler ve diş hekimleri gibi özellikle sağlık sektöründe çalışanlar, öğretmenler gibi insanlarla yüz yüze çalışan mesleklerde diğer mesleklere göre daha yüksek olduğunu göstermektedir (6).

Hekim tükenmişliği; duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve azalmış kişisel başarı hissini içeren uluslararası alanda yaygın yer edinen işle ilgili bir durumdur. Hastalar, sağlık iş gücü, maliyetler ve hekim sağlığı üzerinde olumsuz etkilerle ilişkilendirilen tükenmişlik belirtilerinin oranları, hekimler üzerinde yapılan çalışmalarda %50'yi aşmaktadır. Bu sorun; hekimler, hastalar ve sağlık sistemleri üzerinde olumsuz etkileri olan bir halk sağlığı krizi olarak değerlendirilebilir. Tükenmişlik büyük ölçüde sağlık hizmeti kuruluşları ve sistemlerinden kaynaklanmaktadır. Aşırı iş yükü, verimsiz iş süreçleri, sağlık kuruluşu kaynaklı zorluklar bunlar arasında sayılabilir. Kadın ve genç hekimlerde yaygın olarak bildirilen daha yüksek tükenmişlik oranlarıyla, hekim düzeyindeki bireysel faktörler de rol oynamaktadır. Etkili çözümler bu etmenlerle uyumludur. Örneğin, yerel olarak geliştirilen uygulama değişiklikleri ve klinik çalışma için artan destek gibi örgütsel çabalar, tükenmişliği azaltmada fayda sağlamıştır. Farkındalık temelli stres azaltma ve toplumu, bağlantılı olmayı ve anlamı teşvik eden küçük grup programları gibi bireysel odaklı çözümlerin de etkili olduğu gösterilmiştir. Hangi özel yaklaşım benimsenirse benimsensin, hekim tükenmişliği sorunu en iyi şekilde hem sağlık sistemlerinin hem de bireysel hekimlerin ortak sorumluluğu olarak görüldüğünde ele alınır (7). Tükenmiş hekim; kızgın, sabırsız, işe devamlılıkta sorun yaşayan hekim olarak karşımıza çıkmaktadır. Ayrıca bu durum azalmış üretkenlik ve düşük sağlık hizmet kalitesi ile ilişkilendirilir. 2018'de çevrimiçi bir ankete yanıt veren 15.000 Amerikalı doktorun %42' sinde tükenmişlik belirtileri bulunmuştur. 2019'da tekrarlanan çalışmada benzer bulgular elde edilmiş olup tükenmişlik oranı % 44 olarak bildirilmiştir. Diğer alanlardaki doktora düzeyindeki profesyonellerle karşılaştırıldığında, hekimler daha uzun saatler çalışmakta, iş ve özel yaşamları arasındaki dengeden daha az memnun olmakta ve tükenmişlik belirtilerini önemli ölçüde deneyimlemektedir. Tükenmişlik, majör tıbbi hata riskinin artmasıyla ilişkilidir. 42.000'den fazla hekimi içeren 47 çalışmanın bir meta-analizi, hekim tükenmişliğinin olumsuz hasta güvenliği olayları riskini ikiye katladığını ve genel bakım kalitesinin düşmesine ve hasta memnuniyetinin azalmasına yol açtığını bulmuştur (8).

Hekim tükenmişliğinin, bazı araştırmacılar tarafından bir halk sağlığı krizi olarak adlandırılmasının başlıca sebebi artmış tükenmişlik düzeyinin, artmış tıbbi hata insidansı ile ilişkili olmasıdır (9). Dünyada hekim tükenmişliği üzerine yapılan

çalışmalarda tükenmişlik prevalansı %4–61 arasında değişmektedir (10). Zhang ve ark. tarafından sistematik derleme ve meta analiz çalışmasında, 45 ülkeden 109628 hekimi içeren 182 çalışma verileri kullanılmıştır. Genel tükenmişlik sıklığı %0 ila %80,5; duygusal tükenme %0 ila %86,2; duyarsızlaşma %0 ila %89,9 ve düşük kişisel başarı %0 ila %87,1 arasında değişmektedir. Çin'de yapılan 9302 hekimin katıldığı 11 araştırmada ise prevalans %66,5 ila %87,8 arasında görölmektedir (11). Dünya genelinde yapılan çalışmalarda yaygınlık oranı değişiyor olsa da hekim tükenmişliği sık olarak görölmektedir (12) .

Araştırma görevlisi kavramı, uzman doktorların mesleki yaşamının önemli bir bölümünü oluşturan 4 ila 5 senelik zaman diliminde kullanılan ünvanıdır. Asistanlık olarak da bilinir. Araştırma görevlisi hekimlerin bir yandan öğrenmesi gereken çok Şey varken, diğer yandan yetiştirmesi gereken işler vardır. Mesleki gelişiminin sağlanması, hekimlik uygulamalarının tıp etiği ilke ve kurallarına uygun gerçekteştirilebilmesi açasından kritik bir dönemdir. Asistanlık eğitimi boyunca görölen kurumsal ve uygulamalı eğitim, özellikle rol model olan eğitim kadrolarından edinilen hizmet verme biçimi ve hastaya yaklaşım tarzı önemlidir (13). Altı yıllık zorlu bir tıp eğitimden sonra dünyanın en zor sınavlarından birine tabi tutulan ve sonrasında da seçtiği branşa göre yine zorlu bir eğitim alan hekimlerimizin hem fiziksel hem duygusal yönden çok yıprandığı ortadadır. Hayati tehdit oluşturan hastalıklarla uğraşmak, hastanın tedavisi ile ilgili önemli kararlar vermek, hata yapmaktan sakınmaya çalışmak, gerektiğinde empati yapıp hasta ve yakınlarına moral desteği verme zorunluluğunda olmak, uzun ve yorucu çalışma saatleri, hasta sayısının fazlalığı, sık tutulan nöbetler, tatmin edici olmayan maaşlar, istenildiği vakitte izin kullanamamak gibi durumlar tükenmişliğe neden olan faktörlerden sadece birkaçıdır (14).

Ülkemizde araştırma görevlisi olarak çalışan hekimlerin tükenmişliği ile ilgili resmi kaynaklardan elde edilen bilgiler bulunmamakla birlikte bu konuda yapılmış çalışmalar mevcuttur. 2019 yılında Bingöl ilinde çalışan 119 hekimi kapsayan kesitsel tipteki çalışmada duygusal tükenme sıklığına %23,5 duyarsızlaşma sıklığına %11,8 olduğu bulunmuştur (10). İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesinde 85'i cerrahi dışı ve 80'i cerrahi dalda uzmanlık eğitimi almakta olan toplam 165 araştırma

görevlisi hekimin dahil edildiği araştırma sonuçlarına göre; dahili dallardaki asistan doktorların % 75,3'ünde duygusal tükenmişlik, % 63,5'inde duyarsızlaşma düzeyi yüksek bulunmasına karşın sadece % 11,8'inde kişisel başarı duygusu düşük tespit edilmiştir. Cerrahi branşlardaki hekimlerin ise %50'sinde duygusal tükenmişlik, %65'inde duyarsızlaşma düzeyi, %8,8'inde de kişisel başarı duygusu düşük olarak belirlenmiştir (15).

Hekim tükenmişliği anlayışımız son yıllarda önemli ölçüde ilerlemesine rağmen, bilgimizdeki birçok boşluk devam etmektedir. Tükenmişliğin etkileri ve müdahalelerin hem tükenmişlik hem de etkileri üzerindeki etkisine ilişkin boylamsal araştırmalara ve kombinasyon halinde uygulanan etkili çözümlere yönelik araştırmalara ihtiyaç vardır. Tıbbın hastalara ve halk sağlığına yönelik misyonunu yerine getirebilmesi için, sağlık hizmeti sunumundaki tüm paydaşların birlikte çalışması gerekir (7).

Araştırma görevlisi olarak çalışan hekimlerin henüz meslek hayatının başında oldukları göz önünde tutulduğunda tükenmişlik seviyelerinin, etki eden faktörlerin belirlenmesinin önemli bir nokta olduğu düşünülmektedir. Ayrıca mutlu, iyi ve güçlü hisseden hekimin hastalarına da o oranda faydalı olacağı varsayıldığında, araştırma görevlisi hekimlerin tükenmişliği sadece meslek grubunu değil aynı zamanda tüm toplumu etkileyen bir durumdur. Bu çalışma Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde araştırma görevlisi olarak çalışan hekimlerde tükenmişlik düzeylerinin ve ilişkili olabilecek faktörlerin değerlendirilmesi amacıyla planlanmıştır. Elde edilen verilere dayanarak araştırma görevlisi hekimlerde tükenmişliğin üstesinden gelmek için alınacak önlemlere ışık tutması beklenmektedir.

GENEL BİLGİLER

TÜKENMİŞLİĞİN TANIMI VE ÖNEMİ

Türk Dil Kurumunun sözlüğünde tükenmişlik kelime anlamı olarak, “gücünü yitirmiş olma, çaba göstermeme durumu” olarak tanımlanmaktadır. Genel olarak tükenmişlik; bireysel, örgütsel ve ailesel nedenlerden dolayı, kişinin kendisini yetersiz, başarısız ve gücünü kaybetmiş hissettiği, işten ve yaşamdan soğuduğunu düşündüğü durumudur. Ayrıca birçok araştırmacı tükenmişliğin, beklentiler, tutumlar, güdüler ve duygular içeren, bireysel düzeyde ortaya çıkan, içsel psikolojik bir deneyim olduğu konusunda karar birliğine varmışlardır (16).

Tükenme sendromu terimi, ilk kez gönüllü sağlık çalışanları arasında görülen enerji kaybı, hayal kırıklığı ve iş bırakma durumlarını tanımlamak için 1974 yılında psikanalist Herbert J. Freudenberger tarafından ortaya atılmıştır. Freudenberger tükenmişliği “başarısız olma, yıpranma veya kişilerin aşırı istek ve talepleri yüzünden yaşadığı güç ve enerji kaybı” şeklinde mesleki bir hastalık olarak ifade etmiştir (14). Tükenmişlik konusunda genel çerçevede birbirine yakın fakat ifade olarak birbirinden farklı kimi tanımlar yer almaktadır. Freudenberger’den sonra konuya ilişkin çalışmaları ve özellikle tükenmişliğe ilişkin geliştirdiği ölçek nedeniyle en fazla anılan teorisyen olan Maslach’a göre tükenmişlik, işyerindeki stres artırıcı unsurlara karşı bir tepki olarak uzun sürede ortaya çıkan psikolojik bir sendromdur. Pines ve Aranson tükenmişliği; duygusal talepler gerektiren durumlara uzun süre maruz kalmanın neden olduğu fiziksel, duygusal ve zihinsel tükenme durumu olarak tanımlamaktadırlar. Kimi yazarlara göre tükenmişlik, stresle etkin şekilde başa çıkmadaki başarısızlığın bir sonucu olarak değerlendirilmektedir. Bir başka tanıma göre, çalışma ortamında yaşanan stresin ortadan kaldırılmaması sonucu fiziksel sonuçlar da yaratabilen psikolojik bir sorundur. Literatürde stresin üç aşaması: alarm- direniş ve tükenme olarak ifade edilmektedir. Alarm döneminde birey herhangi bir dış uyarıya stres yapıcı bir faktör olarak algılar. Bedensel ve ruhsal sınırlarının zorlandığını hisseden birey bu uyarıdan kaçarak ya da mücadele ederek yeniden eski uyum düzeyine dönmeye çalışır. Fiziksel ve duygusal enerjinin harekete geçirilerek stres faktörünün olumsuz etkilerine karşı çıktığı direniş dönemi sonrasında, başarılı bir şekilde sorunla başa

çıkılmışsa “genel uyum düzeyi”ne dönülerek direniş aşaması sonlanır. Ancak, uyaran çok şiddetli ise ve birey olumsuz etkileri ortadan kaldıramaz durumdaysa, aynı zamanda stres faktörüne uzun süre maruz kalınmış ise tükenme dönemi ortaya çıkar. Bir uğraş ya da mesleğin tükenmişlik yaratmasının öncelikle, bireylerarası ilişkiler açısından yoğunluk ve önemli ölçüde rol ya da iş stresi içermesine bağlı olduğu önemle vurgulanmaktadır (4) .

Günümüzde en fazla kullanılan haliyle tükenmişlik; “iş gereği yoğun duygusal taleplere maruz kalan ve sürekli olarak insanlarla yüz yüze çalışma durumunda olan kişilerde görülen fiziksel bitkinlik, uzun süreli yorgunluk, çaresizlik ve umutsuzluk duygularının; yapılan işe, hayata ve diğer insanlara karşı olumsuz tutumlar şeklinde yansımaları ile oluşan bir sendrom” olarak Maslach tarafından tanımlanmıştır (17). Tükenmişlik, bir tür "insan-iş" yapan kişilerde sıklıkla görülen bir duygusal tükenme ve sinizm sendromudur. Tükenmişlik sendromunun önemli bir yönü, artan duygusal tükenme hissidir. Duygusal kaynakları tükendikçe, çalışanlar psikolojik düzeyde artık kendilerinden veremeyeceklerini hissederler. Ayrıca tükenmişlik, fiziksel bitkinlik, uykusuzluk, artan alkol ve uyuşturucu kullanımı ve evlilik ve aile sorunları dahil olmak üzere, kişisel olarak bildirilen çeşitli kişisel sıkıntı endeksleri ile ilişkili görünmektedir (2).

Tükenmişlik, Uluslararası Hastalık Sınıflandırmasının (ICD-11) 11. revizyonunda mesleki bir olgu olarak yer almaktadır. Tıbbi bir durum olarak sınıflandırılmamıştır. İnsanların sağlık hizmetlerine başvurma nedenlerini içeren ancak hastalık veya sağlık durumu olarak sınıflandırılmayan 'Sağlık durumunu veya sağlık hizmetleriyle teması etkileyen faktörler' bölümünde açıklanmaktadır. Tükenmişlik, ICD-11'de, başarılı bir şekilde yönetilemeyen kronik iş yeri stresinin bir sonucu olarak kavramsallaştırılan bir sendrom olarak ifade edilmektedir. Enerji tükenmesi veya bitkinlik duyguları, kişinin işine karşı artan zihinsel mesafesi veya işiyle ilgili olumsuzluk veya sinizm duyguları, ve azaltılmış profesyonel etkinlik olmak üzere üç boyutla karakterize edilir. Tükenmişlik, özellikle mesleki bağlamdaki olguları ifade eder ve yaşamın diğer alanlarındaki deneyimleri tanımlamak için kullanılmamalıdır (18).

Tükenmişlik hissi içerisinde olan çalışanlar, mesleğin ve işin gereklerini yerine getiremez duruma gelmektedirler (4).

Tükenmişliğin en sık görüldüğü meslek gruplarının başında bilindiği üzere hekimlik gelmektedir. Diğer alanlardaki doktora düzeyindeki profesyonellerle karşılaştırıldığında, hekimler; daha uzun saatler çalışmakta, iş ve özel yaşamları arasındaki dengeden daha az memnun olmakta ve tükenmişlik belirtilerini önemli ölçüde göstermektedir (8). Tükenmişliğin çalışma hayatına etkileri azalan mesleki başarı, hastalara gösterilen yetersiz ilgi, devamsızlık ve iş değiştirme isteği şeklinde sıralanabilir. Tükenmişliğin belki de en görünür etkisi, hekimin performansındaki değişimdir. Temel olarak tükenmiş kişiler, daha kötü iş yaparlar ve tüm benliklerini işlerine vermeye daha az çaba gösterirler (19). Tükenmişlik, yaratıcılığı engeller ve bireyin hastalarıyla ve meslektaşlarıyla verimli bir şekilde çalışma kapasitesini düşürür (20). Hekim tükenmişliğinin çalışma hayatı üzerinde yarattığı diğer bir olumsuz etki de, hastalara yetersiz ilgi gösterilmesidir. İnsanlarla çalışmanın getirdiği duygusal gerginlik, bireylerin diğer insanlarla daha az iletişim kurmalarına neden olur. Ayrıca tükenmişlik yaşayan hekimler, bireysel çatışmalar yaratıp işlerin yapılmasını engelleyerek, çalışma arkadaşlarının üzerinde de olumsuz bir etki bırakabilirler. Bu nedenle, tükenmişliğin bulaşıcı olduğu söylenebilir (21). Tükenmişlik hem görev başında bulunmama, işten ayrılma niyeti, işten ayrılma ve işgücü devri ile ilişkili hem de çalışmaya devam eden insanların verimliliklerinin ve etkinliklerinin düşmesine de yol açar. Bu da beraberinde, çalışanların iş doyumunda ve işe duyulan bağlılıkta azalma yaratır (19). Tükenmişlik semptomlarına sahip olan hekimler, olmayanlara göre daha az sürelerde çalışmakta ve daha yüksek oranla mesleklerini bırakmaktadırlar. Tükenmiş hekim artan devamsızlık, azalan üretkenlik ve düşük bakım kalitesi ile ilişkilendirilmiştir. Konuyla ilgili yapılan çalışmalar hekim tükenmişliğinin hasta güvenliğiyle ilgili olumsuz durum gelişme riskini iki katına çıkardığını, hasta memnuniyetinin azalmasına yol açtığını ve majör tıbbi hata riskini artırdığını belirlemiştir (8).

Bütün bu bilgiler ışığında tükenmişlik, sadece hekimleri değil etkileşimde oldukları tüm insanları ilgilendirdiği için önemli bir halk sağlığı sorunu olarak karşımıza çıkmaktadır.

Tükenmişlik, 1900'lu yıllarda ortaya çıkan, çeşitli tanımlamaları yapılmış bir durumdur(22) .Genel olarak iş yerinde yaşanan strese ve negatif olaylara karşı çalışanın verdiği tepki, davranış ve duygu reaksiyonlarının bütünü olarak tanımlanabilmektedir(23,24). Tükenmişlik işi sebebiyle daha uzun saatler insanlarla iletişim halinde bulunması gereken çalışanlarda daha fazla gelişmektedir. Özellikle doktorlar ve hemşireler gibi uzun saatler boyunca hasta bireylerle çalışılan mesleklerde tükenmişlik yaygın olarak saptanmıştır (25–28). Tükenmişlik sendromu tüm dünyadaki sağlık çalışanlarında görülebilen ve ortak özellikler gösteren bir sendromdur. Tükenmişlik sonucunda hem sağlık çalışanı hem de hizmet verdiği hastalar olumsuz etkilenmektedir(29)

Araştırma görevlisi olarak görev yapan hekimlerde tükenmişlik konusunda yapılmış çalışmalar mevcut olmakla birlikte uzman hekimlere kıyasla daha az sayıdadır. Halbuki eğitim aşamasındaki görece daha az tecrübeli olan bu doktor grubunda tükenmişlik oranları hiç az olmamakla birlikte, bu aşamalarda yapılan medikal hatalarla tükenmişlik düzeylerinin ilişkili olduğunu gösteren çalışmalar da bulunmaktadır (30–32). Bu sebeple araştırma görevlisi hekimlerde bu tarz çalışmalar yapmak büyük bir önem kazanmaktadır.

TÜKENMİŞLİĞİN TARİHÇESİ

İlk ortaya çıkışı 1961'de psikolojik baskı ve hayal kırıklığına uğramış bir mimarın işinden ayrılması ve Afrika ormanlarına yerleşmesini anlatan tükenmişlikle ilgili bir olguya dayanır. Tükenmişlik kavramı yardım mesleklerinde ortaya çıkan bir psikolojik durum olarak ilk defa 1969 yılında şartlı tahliye memurları arasındaki personel tükenmişliğini engellemek amacıyla yeni bir örgütsel yapı öneren Bradley tarafından kullanılmıştır. Ancak literatürde tükenmişlik sendromunun fikir babasının yaygın bir biçimde Herbert Freudenberger olduğu ifade edilmektedir. Freudenberger 1974 yılında yayınladığı “personel tükenmişliği” adlı makalesinde bu sendromu ayrıntılı bir şekilde tanımlamıştır. Öte yandan neredeyse aynı dönemlerde Christina Maslach tesadüfen tükenmişlik terimini aynı şekilde kullanmış ve bu kavramla ilgili temel olarak sağlık alanında çalışanlar üzerinde çalışmalar yapmaya başlamıştır.

Maslach ve çalışma arkadaşları bu terimi benimsediklerinde tükenmişliğin yeni bir psikolojik durum olduğunu keşfetmişlerdir (33).

TÜKENMİŞLİK MODELLERİ

Cherniss Modeli

Tükenmişliği zaman içinde gelişen bir süreç olarak ele alan en kapsamlı modeli Cherniss önermiştir (34). Bu modelde iş yükü, müşteri ile yüz yüze ilişki, belirlenmemiş amaçlar, örgüt içi çatışma, olumsuz iş koşulları, destek ve danışmanlık eksikliği gibi örgütsel değişkenlerin, çalışanın kişiliği, evlilikten aldığı doyum, kariyer planları gibi kişilikle ilgili değişkenler ile etkileşim içinde olduğu ve tüm bu stres kaynaklarının zamanla tükenmişliğe neden olduğu belirtilmektedir (35). Tükenmişlik; azalan iş hedefleri, iş sonuçları için daha az kişisel sorumluluk, daha az idealizm, kişinin müşterilerinden daha fazla duygusal uzaklaşma, işe yabancılaşma ve artan kişisel çıkar gibi olumsuz tutum değişikliklerinden oluşur. Bu olumsuz tutum değişikliklerinin gelişimi, bir başa çıkma biçimini veya aktif problem çözme yoluyla yetersiz başa çıkmanın sonucunu temsil eder. Tükenmişliği etkilemek için üç değişken paneli varsayılmıştır. Birincisi, kişinin iş ortamının yönleri (oryantasyon, iş yükü, özerklik, liderlik ve denetim) tükenmişliği doğrudan ve ayrıca ikinci bir panel aracılığıyla dolaylı olarak stres kaynaklarını etkiler. Stres kaynağı olan bu panel, tükenmişlik üzerinde doğrudan etkiye sahiptir. Üçüncü panelde ise bireyin (demografik özellikleri, kariyer yönelimleri, ek iş destekleri ve talepleri) tükenmişlik üzerinde hem doğrudan hem de stres kaynakları değişkeni aracılığıyla dolaylı bir etkisi vardır(34) .

Pines Modeli

Bu modele göre tükenmişliğin üç boyutundan biri olan fiziksel bitkinlik; enerji azalması, kronik yorgunluk ve güçsüzlük ile karakterize edilmektedir. Tükenmişliğin ikinci boyutu olan duygusal bitkinlik; çaresizlik, umutsuzluk, kapana kısılmış olma, aldanmışlık ve hayal kırıklığı gibi duyguları içermektedir. Modelin üçüncü boyutu

olan zihinsel bitkinliğin nitelikleri; bireyin kendisine, yaptığı işe, diğer insanlara ve yaşama karşı olumsuz tutumlar sergilemesi şeklinde sıralanmaktadır (16). Model psikanalitik-varoluşçu bir bakış açısına dayanarak, insanların iş ve aşk seçimlerinin benzer çözülmemiş çocukluk sorunlarıyla ilişkili olduğunu ve kariyer tükenmişliği ile çift tükenmişliğin bu sorunları çözmeyi amaçlayan varoluşçu arayıştaki başarısızlıkla ilişkili olduğunu savunur. Freud'un da bir mektupta sevme ve çalışma yeteneğinin psikolojik iyi oluşun kanıtı olduğunu yazdığı iddia edilmektedir. İnsanların kariyer ve yakın bir eş seçimi, kim oldukları hakkında çok şey anlatır ve yaşamları üzerinde büyük bir etkiye sahiptir. Ek olarak, hem kariyer tükenmişliği hem de çift tükenmişliği, iş ya da aşk yoluyla hayatta anlam bulmaya yönelik varoluşsal bir arayıştaki benzer bir başarısızlık duygusuyla ilişkilidir. Psikanalitik-varoluşçu bakış açısına göre, kariyer ve çift tükenmişliği arasında belirli bir ilişki beklenebilir (36). Varoluşçu bakış açısına göre tükenmişliğin temel nedeni, insanların hayatlarının anlamlı olduğuna, yaptıkları şeylerin yararlı ve önemli olduğuna inanma ihtiyacında yatmaktadır (37). Varoluş arayışına en sık seçilen cevaplardan biri çalışmaktır. Diğerleri aşktır. İşlerinden varoluşsal bir önem duygusu elde etmeyi bekleyen insanlar mesleklerine büyük umutlar, idealizm ve motivasyonla girerler ve işleriyle bir meslek olarak ilişki kurarlar. Başarısız olduklarını, yaptıkları işin önemsiz olduğunu, dünyada bir farkları olmadığını hissettiklerinde kendilerini çaresiz ve umutsuz hissetmeye başlarlar ve sonunda tükenirler. Herhangi bir meslek seçiminin bilinçsiz belirleyicileri, bireyin kişisel ve ailevi geçmişini yansıtır. İnsanlar, önemli çocukluk deneyimlerini tekrarlamalarına, çocukluklarında tatmin edilmeyen ihtiyaçlarını karşılamalarına ve ailevi mirasları tarafından kendilerine aktarılan mesleki hayalleri ve mesleki beklentileri gerçekleştirmelerine olanak tanıyan bir meslek seçerler (38). Meslek seçimi bu kadar önemli konuları içerdiğinde, insanlar kariyere çok yüksek umutlar ve beklentilerle, ego katılımı ve tutkuyla girerler. En büyük tutku tipik olarak çözülmemiş bir çocukluk sorunu veya "mecazi bir yara" etrafında döner ve onu çözüme ve iyileştirme umuduyla beslenir. Başarı çocukluk yaralarını iyileştirmeye yardımcı olur. Ancak insanlar başarısız olduklarını hissettiklerinde, iş çocukluk travmasını iyileştirmek yerine tekrarladığında, sonuç tükenmişliktir (36).

Edelwich ve Brodsky Modeli

Edelwich ve Brodsky 'e göre tükenme birdenbire ortaya çıkmayan ve dört evre ile tanımlanabilecek bir sendromdur. Çalışma yaşamı içerisinde öncelikle büyük beklentiler ve istekler içerisinde olan çalışan, beklentilerinin karşılanmaması sonucunda tükenmişlik yaşamaya başlamaktadır. Tükenmişlik yaşayan çalışan işe karşı olumsuz tutumlar geliştirerek, işinden uzaklaşmakta ve iş doyumunu azalmaktadır. Çalışan, tükenmişlik sendromunu coşku, durgunluk, engellenme ve umursamazlık evreleriyle yaşamaktadır.(39) .

1. Evre: Şevk ve İdealistik Coşku Evresi: Yüksek bir mutluluk ve motivasyonun olduğu evredir. Kişi stresli çalışma koşulları, uykusuzluk ve diğer olumsuz koşullara rağmen mesleğini her şeyin üstünde tutmaktadır.

2. Evre: Durgunluk Evresi: Beklentileri karşılamaya kişide hayal kırıklıkları yaşanır ve doyum azalmaya başlar. Kişi için işin önemi azalmıştır ve sevecek yapmamaktadır.

3. Evre: Engellenme Evresi: Kişi sistemi ve çalışma şartlarını değiştirmenin zor olduğunu anlayarak kendini engellenmiş hisseder. İş anlamını ve değerini yitirmektedir.

4. Evre: Apati - Umursamazlık Evresi: İşten kopma, işe gelmeme veya geç gelme yoğun olarak yaşanmakta ve derin duygusal kopma ile umutsuzluk gözlenmektedir. İş yaşamı kişi için kendini gerçekleştirme alanı olmak yerine mutsuzluk veren sıkıntılı bir yer haline gelmektedir (39).

Tükenmişlik bir süreç olması sebebiyle her evre farklı özellikler göstermektedir. Bu sebeple tükenmişlik evrelerine göre tükenmişliğin olup olmadığını söylemek yerine her evreyi ayrı değerlendirilmeye gerekmektedir. Ayrıca bu dönemlerin birbirini izlemesi erken tanı ve önleme çalışmalarında önemli olmaktadır (40).

Perlman ve Hartman Modeli

Perlman ve Hartman'ın yaklaşımı, kişisel değişkenler ve bireyin çevresini yorumlayan bilişsel bir odağa sahiptir (41). Tükenmenin üç boyutu, stresin üç temel

semptom kategorisini yansıtan, fiziksel semptomlar üzerinde odaklaşan fizyolojik boyut (fiziksel tükenme), tutum ve duygular üzerinde odaklaşan duygusal-bilişsel boyut (duygusal tükenme) ve semptomatik davranışlar üzerinde odaklaşan davranışsal boyuttur (duyarsızlaşma ve düşük iş verimi). Bu modelde; “durumun strese götürme derecesi, algılanan stres düzeyi, strese verilen tepki ve strese verilen tepkinin sonucu” olmak üzere dört aşama bulunmaktadır (16).

Meier Modeli

Bandura'nın öz-yeterlilik modeli temel alınarak geliştirilmiştir. Meier'e göre tükenmişlik; bireyin işle ilgili olumlu pekiştirici beklentisinin çok düşük, ceza beklentilerinin çok yüksek olduğu; var olan pekiştiricileri kontrol edebilme yönündeki beklentilerinin düşük olduğu ve pekiştiricileri kontrol edebilmek için gereken davranışları yapmayla ilgili kişisel yeterlilik beklentilerinin düşük olduğu, tekrarlayan iş yaşantılarının sonucu gelişen bir durumdur. Meier'in tükenmişlik modeli pekiştirme beklentileri, sonuç beklentileri, yeterli olma beklentileri ve bağlamsal bilgi işleme / davranışları anlamlandırma süreci olmak üzere dört öge ile açıklanabilir (16).

Suran ve Sheridan Modeli

Suran ve Sheridan'ın tükenmişlik modelindeki yaklaşımın temelini, Eric Erikson'un kişilik gelişimi kuramı oluşturmuştur. Model dört aşamadan oluşmaktadır. Bu aşamalar kimlik-rol karmaşası, yeterlilik-yetersizlik, verimlilik-durgunluk, yeniden oluşturma- hayal kırıklığı olarak belirlenmiştir (42).

Maslach Modeli

Maslach ve Jackson yaptıkları çalışmalar sonucunda tükenmişliği sınıflandırarak duygusal tükenme, duyarsızlaşma, kişisel başarı eksikliği şeklinde üç ayrı kategoride değerlendirmişlerdir (43). Tükenme kişilerin duygusal kaynaklarının tükenmesi ile başlayan bir sendromdur. Duygusal kaynakların tükenmesi ile birlikte kişi ilişkide bulunduğu diğer kişilerden uzaklaşma yolunu tercih etmekte, yani duyarsızlaşmaktadır. Son aşamada ise kişi önceki yaşantısındaki olumlu tutumları ile

şimdiki tutumları arasındaki ayrımı fark ederek, çalıştığı kuruma ve topluma katkılarının sınırlandığını düşünmektedir. Böylece kişi kendini olumsuz değerlendirme eğilimine girerek kişisel başarıda düşüklük adı verilen son evreyi yaşamaktadır (24). Maslach tükenmişlik modeli olarak bilinen bu modelde tükenmişlik, üç bileşenli bir psikolojik belirtiler grubu olarak ele alınmaktadır. Duygusal tükenme (emotional exhaustion); tükenmişliğin içsel boyutudur. Duygusal tükenme yaşayan kişi yaptığı işine geçmişteki kadar katkılar sağlayamadığını ve sorumlu davranmadığını düşünerek gerginlik yaşamaktadır (44,45) Gerginlik ile birlikte engellendiğini düşünen kişi ertesi gün aynı işe gitme kaygısı içerisine girmektedir (46). Bu sebeple duygusal tükenme, tükenmişliğin en kritik ve belirleyici boyutudur (24).

Duygusal tükenme yaşayan bir kişi, duygusuzluk, hissizlik, acizlik, pasif olma, tepkisiz olma, hevesiz olma, memnuniyetsizlik ve umutsuzluk gibi duygular içerisine girmekte ve kişide yorgunluk, enerji eksikliği gibi belirtiler gözlenmektedir (4). Ayrıca duygusal tükenmenin düzeyi kişinin diğer kişiler ile olan etkileşiminin nicelik ve nitelik olarak yetersizliğinden etkilenmektedir (47). Duygusal tükenme, tükenmişlik sendromunun başlangıcı olarak düşünülmekte ve bu sebeple sendromun merkezi şekliyle yorumlanmaktadır (48). Bu aşamada çalışanlar içinde buldukları durum sebebiyle gerginlik ve hayal kırıklıkları nedeniyle duygusal olarak tükendiklerini ve yıprandıklarını hissetmekte, zihinsel boşluk içinde olduklarını düşünmektedir (46). Kendilerini bu denli duygusal ve zihinsel olarak tükenmiş olarak hisseden çalışanlar, hissettikleri rahatsızlıkla birlikte artık başkaları için faydalı olamadıklarını düşünmektedirler (49). Duygusal tükenme yaşayan çalışanlar görevlerini yerinde getirirken zorluklar yaşamaya başlamaktadırlar. Hatta görevlerini yerine getirdiklerinde dahi mutluluk hissetmemektedirler (50). Maslach ve Jackson yaptıkları çalışmalarda özellikle insan ilişkilerinin yoğun olduğu mesleklerde duygusal tükenmenin daha çok yaşandığını belirtmektedirler. Tükenmişlik sendromunda duygusal tükenme yaşayan çalışanların yaşadıkları duygusal kayıplar sebebiyle, tükenmişliğin ikinci aşaması olan duyarsızlaşma yaşanmaya başlamaktadır(51)

Duyarsızlaşma, kişilerin birlikte çalıştıkları diğer kişilerle onların birey olduklarını dikkate almaksızın duygusuz tutum ve davranışları sergilemesi ile başlayan

bir aşamadır(4). Duyarsızlaşma, kişilerin aşırı duygusal tükenmeye karşı geliştirdikleri bir tepki olup (52),tükenmişliğin kişilerarası boyutunu ifade etmektedir (53). Kişi bu aşamada iken duygusuz ve kayıtsız bir tutum içerisinde (24). Duyarsızlaşma, müşterileri, çalışanları veya kurumun tamamını kapsayacak şekilde işe ait olumsuz ya da aşırı tepkisiz kalma eğilimidir. Kişiler duyarsızlaştıkları zaman, işlerine ve karşılaştıkları insanlara karşı mesafeli ve ilgisiz bir yaklaşım içerisinde girmektedirler (54). Duyarsızlaşma yaşayan çalışanlar diğer kişilere karşı sergiledikleri uzaklaşma ve yalnızlık eğilimi, çalışanların örgüte ve diğer çalışanlara karşı sinik bir durumda kalmalarına sebebiyet vermektedir (55). Hatta duyarsızlaşmanın artması ile birlikte çalışanlar diğer kişilere karşı kötü duygular hissetmekte ve kötülük yapma isteği ortaya çıkmaktadır (56). Bu hisler çalışanların diğer kişilere karşı katı, acımasız, duygusuz davranmasına neden olmaktadır(44). Tüm bu davranışlar duyarsızlaşma boyutunun kişinin sadece kendisini değil çevresindeki kişileri de etkilediğini göstermektedir. Kişisel başarıda düşme hissi ise, bireyin kendisi ve iş yapma biçimi ile ilgili değerlendirmelerinin olumsuz olmasını ifade etmektedir (57).

Tükenmişliğin kendine yönelik değerlendirme boyutunu ifade eden kişisel başarıda düşme hissi, kişinin duyarsızlaşması sonucunda kendini değersiz görmesi, başarı duygusunun azalması veya tükenmesi ile işine sarılmaması durumudur (54). Sonuç olarak kişi, işinde ve birlikte çalıştığı kişilerle olan ilişkilerinde yetersizlik ve başarısızlık hissetmeye başlamaktadır(58) .Bu durum ise çalışanlara işlerinde gerileme yaşadıklarını düşündürmektedir(4). Tükenmişliğin son boyutu olarak değerlendirilen kişisel başarıda düşme hissini çok az sayıda çalışan tarafından yaşandığı belirtilmektedir (59).

TÜKENMİŞLİĞİ ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Tükenmişliğe sebep olan faktörler bireysel ve sosyal faktörler ile çevresel ve mesleki faktörler olmak üzere iki kısımda ele alınabilir.

Bireysel ve Sosyal Faktörler

Bireysel özellikler, bireyin sahip olduğu, bazı durumlarda tükenmişliğe zemin hazırlayan ya da tükenmişliği artıran, bazı durumlarda ise tükenmişliği ve etkilerini azaltıcı bir rol oynayan özellikleri ifade etmektedir. Tükenmişliği etkileyen bireysel ve sosyal özellikler arasında cinsiyet, yas, eğitim, medeni durum, iste çalışma süresi, sosyal destek, kişilik ve beklentiler sayılmaktadır (4). Medeni durum, çocuk sayısı, yaş, çalışma yılı, motivasyon düzeyi, benlik saygısı, güç, engellemeye dayanıklılık düzeyi, işe aşırı düşkün olma, kişisel beklenti düzeyi ve çalışanlarda tükenmişlik sendromu tolerans düzeyi tükenmişliğin kişisel nedenleridir. Hekimlerin evlilik durumları (çocuk sayısının fazla olması, aile içi ilişkilerin bozuk nitelikte olması, bireyin eşinin çalışması, boşanmış ya da ayrılmış olması) tükenmişliği etkileyebilir. Ayrıca, ulaşılmaması olanaksız hedeflere sahip olmak, zihinsel yorgunluk, bireyin kendisini aşırı güdülemeye çalışması, katı kurallar, her şeyi mükemmel yapma isteği, insanlarla sık sık karşı karşıya gelme ve zamanı gelmeden üst makamlara terfi etmek gibi faktörler de tükenmişliğe yol açmaktadır (60).

Çevresel ve Mesleki Faktörler

İş ortamı, iş yükü, iş ilişkileri ile rol karmaşası, mesleki kıdem, sosyal desteklerin azlığı, meslek tanımının açık bir biçimde yapılmamış olması, yönetimle ilgili sorunlar, ekonomik sorunlar, işyerinin fiziksel koşulları, ailesel ve toplumsal nedenler tükenmişliğin çevresel nedenleri olarak belirlenmiştir. Diğer bütün meslek mensupları gibi, hekimler de mezun olduklarında ideallerine uygun iş ortamı beklentisi içindedir. Hekimler için bu, iyi düzenlenmiş bir hastane, sağlıklı fiziki çevre, kullanıma uygun yeterli araç-gereç, aynı dili konuşan bir ekip ile ekiple iyi iletişim içinde olma ve insan fizyolojisini zorlamayan çalışma saatleri gibi koşullar demektir. Hekimlerin ve hemşirelerin bu düzendeki bir ortamda işlerini sürdürebilmeleri, mesleği sevmeye, iş verimini yükseltmeye ve hizmeti beklenen düzeyde vermeye de beraberinde getirebilir. Ancak uygulamada bu koşulların genellikle istenen düzeyde olmadığı söylenebilir. Bu tür yetersiz çevresel faktörler ve çalışma koşulları, hekimlerde farkında olunmayan ya da olunmayan bazı olumsuzluklar yaratmaktadır (60).

İş Yüğü

Çalışma ortamında insanın performansını, sağlığını ve mutluluğunu olumsuz yönde etkileyen faktörlere iş yükü denir. İnsanın zorlanmaya maruz kalmadan, normal performansla görevini yapabilmesi için insan faktörünü olumsuz yönde etkileyen iş özelliklerinin bilinmesi ve bunların azaltılmaya çalışılması ya da kontrol altına alınması sağlanmalıdır (61). İş yükü karmaşık insan-makine sistemlerinde çalışanların işlerini verimli ve etkin bir şekilde yapabilmeleri için gerekli olan ekipmanın, eğitim seviyesinin, organizasyonel ve çevresel koşulların sağlanabilmesi için dikkate alınması gereken önemli bir faktördür (62).

İş yükü sonucunda bireylerde; iş stresi, iş- aile çatışması ve hem zihinsel hem de fiziksel sağlık sorunlarının ortaya çıktığı belirtilmektedir (62–64). İş yükünün örgütlerde ortaya çıkardığı sorunlar; iş performansının düşmesi, iş tatmini ve örgütsel bağlılığın azalması ve işten ayrılma niyetinde artma şeklinde ifade edilmektedir (65–67). Tükenmişlik, iş yükünün hem bireyleri hem de örgütleri olumsuz olarak etkileyen önemli bir sonucu olarak belirtilmektedir (24).

Mobbing

Mobbing son zamanlarda sıkça duyulan, tükenmişlikle ilişkisi olduğu bilinen önemli etkenlerden biridir. Hem kamu hem de özel sektörde görevli birçok çalışan için eleştiri, hakaret, saldırganlık belirtileri, fiziksel taciz ve tehditlerin varlığı bir gerçektir. Mobbing Latince “mobile vulgus” sözcüklerinden gelen ve şiddet uygulayan kanunsuz kalabalık demek olan “mob” fiilinden türetilmiştir (68). Mobbing kavramının ilk olarak, yuvalarını korumak için saldırganın etrafında uçan kuşların davranışlarını betimlemek amacıyla 19. yüzyılda İngiliz biyologlar tarafından kullanıldığı bilinmektedir (69).

Leymann 1984 yılında İsveç’te mobbing davranışlarını tanımlarken bu davranışların bir tür işyeri terörü olduğunu vurgulamıştır. Bu terör bir ya da birkaç kişinin tek bir kişiye sistemli olarak yönelttikleri etik dışı iletişim ve düşmanca davranışlardan oluşmaktadır (70). Davenport’a göre mobbing; duygusal bir saldırdır. Kişinin saygısız ve zararlı bir davranışın hedefi olmasıyla başlar. Mobbing, bir kişinin diğer insanları kendi rızaları ile veya rızaları dışında başka bir kişiye karşı etrafında

toplamaşı ve sürekli kötü niyetli hareketlerde bulunması, ima, alay ve karşısındaki kişinin toplumsal itibarını düşürme gibi yollarla, saldırgan bir ortam yaratarak onu işten çıkarmaya zorlamasıdır (68). ILO'ya göre mobbing; zalimce, kötü niyetli ve aşağılayıcı girişimler yoluyla bir bireye veya bir gruba zarar vermeyi amaçlayan saldırgan davranışlar kısaca psikolojik tacizdir (71). Mobbing sözcüğünün Türk Dil Kurumu Sözlüğünde karşılığı “bezdiri” olarak geçmekte ve bu sözcük ise “İş yerlerinde, okullarda vb. topluluklar içinde belirli bir kişiyi hedef alıp, çalışmalarını sistemli bir biçimde engelleyip huzursuz olmasına yol açarak yıldırma, dışlama, gözden düşürme” şeklinde tanımlanmıştır (72). Dilimizde mobbing sözcüğü yerine kullanılan başlıca kavramlar; işyerinde duygusal linç, psikolojik terör, zorbalık, psikolojik taciz, psikolojik taciz, duygusal saldırı, yıldırma, duygusal taciz, zorbalık ve işyeri travması olarak sıralanabilir (73). Mobbing, çalışanın sistematik ve sürekli olarak aşağılanması, küçük düşürülmesi, gerekli bilgilere ulaşmasının engellenmesi, hakkında dedikodular çıkarılması gibi olumsuz davranışları içeren çalışanın fiziksel, ruhsal ve sosyal açıdan rahatsız edilerek işi bırakmasına neden olan bir süreçtir (74). Bu konuda söz sahibi olan birçok profesyonel tarafından mobbingin farklı tanımlamaları yapılmıştır. Bütün bu tanımların ışığı altında mobbing; işyerinde gerçekleşen, bir ya da birkaç kişi tarafından, bir ya da birkaç kişiye, sistemli bir şekilde, düşmanca ve ahlakdışı bir yaklaşımla, çok çeşitli sebeplerle, kişiyi sindirme ve kaçırma maksadıyla, kişinin özgüvenine yönelik psikolojik saldırgan davranışları ifade eder (75). Tanımlamalarda dikkati çeken temel noktalar; mobbing davranışının kişiye yönelik düşmanca tavırlar sergilenerek oluşması, uzun süreli, sistematik, yıpratıcı ve kişiyi sürekli olarak dışlamaya yönelik olmasıdır (76).

Yapılan araştırmalara göre, mobbingin ortalama süresi 15 ay olmakla beraber en kısa 6 ay, en uzun ise 29-46 aydır (77).

TBMM işyerinde psikolojik taciz (mobbing) ve çözüm önerileri komisyonunun Nisan 2011'de yayınladıkları rapora göre çalışma yaşamında mobbing davranışları dikey, düşey ve yatay mobbing olmak üzere üçe ayrılmaktadır. Üst konumda yer alanların astlarına yönelik olarak gerçekleştirdikleri davranışlar, düşey mobbing; aynı konumda çalışan kişilerin birbirlerine uyguladıkları davranışlar, yatay mobbing; aralarında ast-üst ilişkisi bulunan çalışanların üstlerine uyguladıkları mobbing davranışları ise dikey mobbing olarak isimlendirilmektedir(78).

Mobbing sürecinde mobbing uygulayanlar (mobbingciler), mobbinge uğrayanlar (mağdurlar) ve izleyiciler olarak üç grup rol almaktadır. Genellikle mobbingi uygulayanlar; antipatik kişilikli, narsist, tehdit altında ben merkezci, kendi normlarını örgüt politikaları haline getirmeye çalışan ve ön yargılı kişiler olarak kaşımıza çıkmaktadırlar (76). İş yerinde psikolojik şiddet mağdurlarıyla ilgili yapılan araştırmalar mağdurların genelde çalışkan, dürüst, akıllı, işini yapan, kendilerini başkalarına beğendirme ihtiyacı içerisinde olmayan, kendine güvenen, özgüveni yüksek, performanslı, vasıflı, nitelikli ve girişken, kısmen yargılayıcı ama hiçbir zaman suçlayıcı kişiliği olmayan, uyumsal, kişileri ve olayları değil de düşünce yapısıyla uğraşmayı kendisine daha çok amaç ve hedef edinmiş insanlar olduğunu ortaya koymaktadır. Ancak bir süre sonra mağdur olan her şeyin sebebinin kendisinde olduğu kararına varmaya başlar ve özgüveni kaybolduktan sonra özsaygısını da yitirmektedir (79).

Mobbing beş aşamada gelişmektedir.

a) *Çatışma*: Kritik bir olayla, bir anlaşmazlık ile karakterize edilir. Henüz mobbing değildir ama mobbing davranışına dönüşebilir. Bu evrede mağdur herhangi bir fizyolojik veya psikolojik rahatsızlık hissetmeyebilir.

b) *Saldırgan Eylemler*: Saldırgan eylemler ve psikolojik saldırılar, mobbing dinamiklerinin harekete geçtiğini gösterir. Bu davranışlar, grup içerisinde kişiyi yalnız bırakıp onu cezalandırmaya yönelik eylemlerdir.

c) *Yönetimin Katılımı*: Bireyin çalışma arkadaşları ve yönetim, bireyin işi ile ilgili temel nitelikleri yerine, kişisel özellikleri ile ilgili hatalar bulma ve kişiyi damgalamaya yönelik hatalar üretmeye başlarlar. Yönetim bu aşamada çalışma ortamının psikososyal durumunun kontrolü sorumluluğunu reddederek mobbing süreci içindeki yerini alır (68).

d) *Yanlış Yakıştırmalar ve Tanularla Damgalanma*: Mobbing mağduru olan birey, işyerlerinde karşılaştığı problemleri çözebilmek adına psikolog yardımı almaya başlar. Mobbing mağdurunun psikolog desteği aldığından haberi olan ve genellikle de düşük eğitim geçmişine sahip kişilerin çalışmış olduğu iş yerlerinde bireyin durumu hakkında yapılan yanlış yorumlar gitgide artış gösterir. Birey iyileşmek adına çok

sayıda çeşitli merkezlere başvurabilir. Lakin almış olduğu destek ya da yardımdan faydalanmasını sağlayacak bir ortam oluşturmak yerine, uzun vadeli hastalık izinleri ile çalışma hayatında uzaklaştırılması tercih edilmektedir.

e) İşine Son Verilme: Mağdurun işyerinden veya çalıştığı bölümden ayrılmak durumunda kaldığı aşamadır. Mobbing kurbanı işten kovulabilir, istifaya zorlanabilir ya da emekli edilebilir (79).

Mobbingin iş yaşamına ve örgütler üzerine de birçok olumsuz psikolojik ve ekonomik etkileri bulunmaktadır. Mağdurun maruz kaldığı mobbing tüm yaşamına etki eder ve ortaya mutsuz ve verimsiz bir birey çıkarır. Mağdur iş hayatında da bocalamaya başlar ve bu durum tam bir kısır döngüye girer (76). Mobbinge maruz kalan çalışanın, tükenmişlikle karşı karşıya kalma ihtimali yüksektir.

Ülkemizde Araştırma Görevlisi Hekimlerle İlgili Son Düzenlemeler

Bu çalışmada tükenmişliğe etkisi ele alınan faktörlerden biri de, ülkemizde araştırma görevlisi hekimlerle ilgili son düzenlemelerdir. Araştırma görevlisi hekimlerin nöbet durumuyla ilgili değişiklik Resmi Gazete’de 3 Eylül 2022 tarihinde yayınlanmıştır (resmi gazete sayısı:31942). Tıpta ve Diş Hekimliğinde Uzmanlık Eğitimi Yönetmeliği’nin on birinci maddesine göre;

Uzmanlık öğrencilerinin nöbet uygulaması üç günde birden daha sık olmamak kaydıyla ayda en fazla sekiz nöbet olacak şekilde düzenlenir. Gece nöbeti tutan uzmanlık öğrencileri nöbetin ertesi günü sağlık hizmeti sunumunda görev almaz. Bu hükmün uygulanmadığının tespit edilmesi halinde eğitim programları kurulca değerlendirmeye alınır. İhlâlin mahiyetine ve durumun gereklerine göre kurumun uyarılmasından, programın eğitim yetkisinin kaldırılmasına kadar hangi yaptırımın uygulanacağına kurulca karar verilir.

Böylece araştırma görevlisi hekimlerin ayda en fazla sekiz nöbet tutabileceği ve nöbet ertesi izin kullanabilecekleri ifade edilmiştir.

Maaşla ilgili düzenleme Resmi Gazete’de 12 Ağustos 2022 tarihinde yayınlanmıştır (resmi gazete sayısı:31921). Sağlık Bakanlığı Ek Ödeme Yönetmeliği’nin on dördüncü maddesine göre;

Temel ek ödeme, sabit ödeme ile taban ödeme toplamından oluşur. Sabit ödeme; personelden tabip ve dış tabipleri ile tıpta uzmanlık mevzuatına göre uzman olanlar için 209 sayılı kanunun ek 3 üncü maddesine göre merkezî yönetim bütçesinden yapılan ek ödeme tutarı ile tabip dışı personel için aynı kanunun 5 inci maddesinin ikinci fıkrasının altıncı cümlesi gereği merkezî yönetim bütçesinden yapılan ek ödeme tutarıdır. Taban ödeme; motivasyon ve ödüllendirme amacıyla personele yapılan ödemedir. Bu ödeme, personelin kadro unvanına göre Ek-3B tabloda belirlenen taban katsayı ile en yüksek devlet memuru aylığı ve aktif çalışma gün katsayısının çarpımı sonucu bulunan tutardır. Bu ödeme disiplin cezası alanlardan; uyarma ve kınama cezası alanlara bir ek ödeme dönemi, aylıktan kesme cezası alanlara iki ek ödeme dönemi, kademe ilerlemesi cezası alanlara üç ek ödeme dönemi süresince yapılmaz. Teşvik ek ödemesi: İşin ve sağlık hizmetinin özelliğine göre, bulaşıcı hastalık sürveyansı, kanser tarama hizmetleri, çevre sağlığı ve tütün kontrolü hizmetleri, tüberküloz takibi ve doğrudan gözetimli tedavi, iş sağlığı ve güvenliği hizmetleri, özel sağlık kuruluşları ile eczane ve ecza deposu denetimleri, koruyucu sağlık hizmetleri eğitimi; 112 acil sağlık hizmetleri kapsamında çağrı cevaplama oranı, vakaya erişim ve hastaneye teslim süresi ile günlük vaka sayısı; laboratuvarlarda numune sayısı ve numune çeşitliliği, analiz, numune ve analiz sonuçlandırma süresi, kalibrasyon ve laboratuvar verimliliği ve benzeri kriterler ile; personelin görev yeri, görevi, kadro ve unvanı dikkate alınarak Bakanlıkça belirlenen birim teşvik hedeflerinin gerçekleşme durumuna göre personele yapılan ek ödemedir. Bu ek ödeme, personelin kadro unvanına göre, hak ettiği taban ödemenin birim teşvik katsayısı ve aktif çalışma gün katsayısı ile çarpımı sonucu bulunan tutardır. Bu tutar, profesör ve doçent unvanlı personel ile entegre ilçe devlet hastanesi başhekimisi, toplum sağlığı merkezi başkanı, halk sağlığı laboratuvarı sorumlusu ve yan dal uzmanları için % 20'ye kadar artırımlı uygulanabilir. Birim teşvik katsayısı, birim teşvik hedeflerinin gerçekleşme oranına göre (0) ile (1) arasında değişen katsayıdır. Birim teşvik katsayısına toplu sözleşme hükümlerinden kaynaklanan artışlar eklenir.

Böylece araştırma görevlisi hekimler 'taban ödeme' başlığı altında ek ödeme almaya başlamıştır (yaklaşık on bin lira).

TÜKENMİŞLİĞİN BELİRTİLERİ

Tükenmişlik verilen hizmetin niteliğinde ve niceliğinde bozulmaya yol açtığı gibi hizmeti veren bireylerin sağlığını da olumsuz etkilemektedir.

Tükenmişliğin belirtileri araştırıldığında çok çeşitli veriler elde edilmiştir. Bu belirtileri Çam bu alanda yapılan çalışmalara ve ilgili literatürlere dayanarak fiziksel, davranışsal ve zihinsel şeklinde sınıflamıştır (80)

Fiziksel Belirtiler

Kronik yorgunluk, bitkinlik hissi, güçsüzlük, enerji kaybı, hastalıklara daha hassas olma, baş ağrıları, uyuşukluk, uyku bozuklukları, dispeptik yakınmalar, kas krampları, bel ağrısı, solunum güçlüğü, taşipne, kilo kaybı, çeşitli cilt rahatsızlıkları olarak bilinmektedir.

Davranışsal Belirtiler

Çabuk öfkelenme, işe gitmek istemeyiş hatta nefret etme, birçok konuyu endişe ile karşılama, alınganlık, takdir edilmediğini düşünme, öz saygı ve öz güvende azalma, kuruma yönelik ilginin kaybı, izolasyon, uzaklaşma, içe kapanma, başarısızlık hissi, çalışmaya yönelmede direniş, arkadaşlarla iş konusunda tartışmaktan kaçınma, alaycı ve suçlayıcı olma; depresif duygulanım, güvensiz hissetme, çaresizlik hissi, kızgınlık, sabırsızlık, huzursuzluk gibi negatif duygulanımlarda artış; nezaket, saygı ve arkadaşlık gibi pozitif duygulanımlarda azalma; her gün işe gitmeye karşı giderek artan direnç, işe geç kalmalar, gelmemeler; birçok konuda şüphecilik, endişe hissi, alınganlık, takdir edilmediğini düşünme; ilaç, alkol ve tütün vb. almaya eğilim ya da alımında artma; evlilik, aile çatışmaları, aile ve arkadaşlardan uzaklaşma; sosyal izolasyon, uzaklaşma, içe kapanma, teslimiyet, suçluluk duygusu, çaresizlik, kolay ağlama, görevlilere fazla güvenmeme veya onlardan kaçınma, yapılması gereken şeyleri erteleme veya sürüncemede bırakma, başarısızlık hissi, hastalara tek tip davranma, küçümseme ve alay etme, hasta ile ilişkiyi erteleme, hastayla yüz yüze veya telefonla görüşmeye direnç geliştirme, arkadaşlarla iş konusunda konuşmaktan

kaçınma, alaycı ve suçlayıcı olma, sık sık işi bırakmayı düşünme, hastaları insandan ziyade birer obje olarak görme olarak belirtilmektedir.

Zihinsel Belirtiler

Unutkanlık, bir konuya odaklanmakta güçlük çekme, konfüzyon ,yaratıcılık kaybı, çalışma veriminde düşme, tutucu düşünme ve değişime direnç şeklinde belirtilmektedir.

TÜKENMİŞLİĞİN SONUÇLARI

Tükenmenin insanlar üzerinde geçici veya kalıcı rahatsızlıklar bıraktığı yapılan araştırmalarca ispatlanmıştır. Ancak bu tür rahatsızlıklar ortaya çıkmadan önce tükenmişliğin fiziksel, psikolojik ve davranışsal belirtilerine bakılarak, tükenmişliğin bireyler üzerinde geçici, tedavisi uzun süren veya kalıcı rahatsızlıklar bırakacağı konusunda fikir sahibi olmak mümkündür. Bu nedenle tükenmişliğin belirtileri başlığı altında incelenen durumlar, aynı zamanda tükenmişliğin sonuçları şeklinde de ele alınabilmektedir (81)

Tükenmişlik hem bireyler hem de örgütler açısından önemli sonuçları olan bir kavramdır. Bireylerin önceleri içsel olarak yaşadıkları bazı belirti ve durumlar bir süre sonra aile, sosyal ve iş yaşamına da yansımaktadır (43).

Kişisel Sonuçları

Bir stres türevi olan tükenmişlik sendromu bireyleri pek çok açıdan etkilemektedir (21). Bireyin tükenmişlik nedeniyle yaşadıkları, fiziksel açıdan yorulup yıpranmasına neden olmaktadır. Ancak bireyin yaşadığı yorgunluk hissini asıl kaynağı, iş ortamında yaşadığı gerginliktir. İş ortamında sürekli devam eden bu gerginlik, bireyin uykusunu bölen kabuslar görmesine, uykusuzluk nedeniyle oluşan halsizlik ve huzursuzluk yaşamasına, sık sık bir şeylerin ters gideceği düşüncesine kapılmasına neden olmaktadır. Diğer yandan kronikleşen yorgunluk ve gerginlik; grip, soğuk algınlığı gibi rahatsızlıklara yakalanma olasılığını ve baş ağrılarını artırmakta,

bu tip rahatsızlıkların uzun süre atlatılamamasına neden olmaktadır (21,82). Tükenmişlik bireyin sadece fiziksel sağlığı ile ilgili değil, aynı zamanda ruh sağlığı ile de ilgilidir. Tükenmişlik, kişisel başarı duygusunda ve bireyin benlik saygısında azalmayı beraberinde getirir (83).

Tükenmişliğin en önemli ve en gözle görülür sonuçlarından birisi de tüm bunlar nedeniyle yaşanan enerjideki düşüştür(84) .

Çalışma Hayatı ile İlgili Sonuçları

Tükenmişlik, ilk başta bireysel düzeyde etkisini gösteren bir sendrom olsa bile bu durum zaman içinde bireysel boyutları aşmaktadır. Bireyin sağlığını kaybetmesine ve moralinin bozulmasına neden olan tükenmişlik, çalışma hayatı üzerinde de bazı olumsuz etkilere sahiptir(81) Hizmet verilen kişilere karşı negatif davranışlar sergileme, insanlarla ilişkilerde bozulma ve aktif olarak diğer insanların olduğu ortamlara girmeme ve geri çekilme, hizmetin niteliğinde bozulma, hatalar yapma, kaza ve yaralanmalarda artış, kuruma ve işe ilginin kaybı, yaratıcılığın kaybı, işte doyumsuzluk yaşama, düşük performans ve mesleki başarıda azalma, işte idealizm kaybı, işe geç gelme ve devamsızlık, bazı şeyleri erteleme ya da sürüncemede bırakma, işe gelmeme, örgütsel bağlılıkta azalma ve tüm bunların sonunda işi bırakma eğilimi ve iş değiştirme isteği tükenmişliğin işle ilgili sonuçları olarak belirlenebilmektedir (44,85–90) .

Aile Hayatı ve Sosyal Hayat ile İlgili Sonuçları

Tükenmişliğin sonuçları birey ve çalışma hayatı üzerinde yaptığı olumsuz etkilerle bitmemekte, tükenmişlik sonucu ortaya çıkan ruhsal sıkıntılar, davranış bozukluklarına ve kişilerarası anlaşmazlıklara yol açtığından aile hayatını da olumsuz etkilemektedir(21,91,92) . Tükenmişlik işten kaynaklanabilir ama etkileri, tükenmişlik yaşayan kişinin ailesi, arkadaşları ve yakın çevresi tarafından da güçlü bir şekilde hissedilir. (60).

Yaşanan tükenme duygusu ile eve gelen bireyin eşi, çocukları veya anne-babası kendilerini ihmal edilmiş ve yalnız hissetmekte, bireyin kendileri ile birlikte olmaktan

dolayı memnuniyetsizlik yaşadığını düşünmektedirler. Bu nedenle de bireyi suçlamaktadırlar. Zaten yaşadığı tükenmişlikten kaynaklanan suçluluk duygusuna sahip olan birey, ailesi tarafından da bu tarz bir suçlama ile daha ciddi sorunlara itilerek aile içi çatışmaların yaşanmasına, aile fertlerinin birbirlerinden uzaklaşmalarına, boşanma veya ayrı evde yaşamalara, çocuk ve ebeveynin birbirinden kopmasına neden olmaktadır (81).

TÜKENMİŞLİĞİ ÖNLEME YOLLARI

İşyerinde ruh sağlığı durumlarını önlemek, işyerindeki psikososyal riskleri yönetmekle ilgilidir. DSÖ, işverenlerin bunu doğrudan çalışma koşullarını ve ortamlarını hedefleyen örgütsel müdahaleler uygulayarak yapmalarını tavsiye etmektedir. Örgütsel müdahaleler, işyerindeki ruh sağlığı risklerini değerlendiren ve ardından hafifleten, değiştiren veya ortadan kaldıran müdahalelerdir. Örgütsel müdahaleler, örneğin esnek çalışma düzenlemeleri sağlamayı veya işyerinde şiddet ve tacizle başa çıkmak için çerçeveler uygulamayı içerir. DSÖ, işyerinde ruh sağlığını iyileştirmeye kararlıdır. DSÖ'nün sağlık, çevre ve iklim değişikliğine ilişkin küresel stratejisi ve DSÖ Kapsamlı ruh sağlığı eylem planı (2013–2030), işyerinde iyi bir ruh sağlığı sağlamak için ilgili ilkeleri, hedefleri ve uygulama stratejilerini ana hatlarıyla belirtir. Bunlar, yaşam standartları ve çalışma koşulları gibi ruh sağlığının sosyal belirleyicilerinin ele alınmasını; damgalama ve ayrımcılığın azaltılması; ve iş sağlığı hizmetlerine erişim de dahil olmak üzere sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi yoluyla kanıta dayalı bakıma erişimin artırılmasıdır. 2022'de DSÖ'nün Dünya ruh sağlığı raporunda herkes için ruh sağlığını dönüştürmek, iş yerinin ruh sağlığı üzerinde dönüştürücü eyleme ihtiyaç duyulan bir ortamın önemli bir örneği olduğunu vurgulamıştır. İş yerinde ruh sağlığına ilişkin DSÖ yönergeleri, ruh sağlığını geliştirmek, ruh sağlığı durumlarını önlemek ve ruh sağlığı koşullarıyla yaşayan insanların işe katılmasını ve başarılı olmasını sağlamak için kanıta dayalı öneriler sunmaktadır. Öneriler, kurumsal müdahaleleri, yönetici eğitimi ve işçi eğitimini, bireysel müdahaleleri, işe dönüşü ve istihdamı kapsamaktadır. DSÖ ve Uluslararası Çalışma Örgütü'nün eşlik eden politika özeti, iş yerinde ruh sağlığı: politika özeti, DSÖ tavsiyelerinin uygulanması için pragmatik bir çerçeve sağlar. Özellikle

hükümetlerin, işverenlerin, işverenleri ve işçileri temsil eden kuruluşların ve diğer paydaşların işyerinde ruh sağlığını iyileştirmek için neler yapabileceğini ortaya koymaktadır (93). Yetişkin yaşamımız boyunca zamanımızın büyük bir kısmı işte geçmektedir. İşyerindeki deneyimimiz, genel refahımızı belirleyen faktörlerden biridir. Ruh sağlığını geliştirmek ve ruhsal bozukluğu olan çalışanları desteklemek için işyeri inisiyatiflerini devreye sokan işverenler ve yöneticiler, yalnızca çalışanlarının sağlığında değil, aynı zamanda işteki üretkenliklerinde de kazanımlar görüyorlar. Olumsuz bir çalışma ortamı ise fiziksel ve zihinsel sağlık sorunlarına, zararlı madde veya alkol kullanımına, devamsızlığa ve verimlilik kaybına neden olabilir. İşyerinde ruh sağlığı, Dünya Ruh Sağlığı Günü 2017'nin temasıdır. Dünya Ruh Sağlığı Günü, ruh sağlığı sorunlarına ilişkin farkındalığı artırmak ve daha iyi ruh sağlığını desteklemek için çabaları seferber etmek genel amacı ile her yıl 10 Ekim'de kutlanmaktadır (94). Herkesin çalışma hakkı vardır ve tüm işçilerin güvenli ve sağlıklı bir çalışma ortamına sahip olma hakkı vardır. Çalışmak ruh sağlığı için koruyucu bir faktör olabileceği gibi ruh sağlığının kötüleşmesine de katkıda bulunabilir. İşle ilgili ruh sağlığı koşulları önlenebilir. DSÖ, işyerinde ruh sağlığına ilişkin kılavuzlar geliştirmiştir. Buna, Uluslararası Çalışma Örgütü ile iş birliği içinde geliştirilen İşyerinde ruh sağlığı: Politika özeti eşlik eder. Bu ürünler birlikte, ruh sağlığını geliştirmek, ruh sağlığı durumlarını önlemek ve ruh sağlığı koşullarıyla yaşayan insanların işe katılmasını ve başarılı olmasını sağlamak için işyerinde ruh sağlığına yönelik kanıta dayalı önerilerin uygulanmasını iyileştirmeyi amaçlar (95). Dünya nüfusunun yaklaşık %60'ı çalışmaktadır. Tüm çalışanların işyerinde güvenli ve sağlıklı bir ortamda yaşama hakkı vardır (93)

Bireysel düzeyde yapılması gerekenler işe; başlamadan önce kişinin yaptığı işin zorluklarını ve risklerini öğrenmesi ve tükenmenin belirtilerini bilmesi, kendisindeki durumu erken tanınmasını ve bu konuda çözüm aramaya yönelmesini sağlayacaktır. Genel olarak tükenmişliğin tedavisi değişim ve yenilenme duygusu sağlar. İş sorumluluğunda ve kadrosunda değişiklik, tatil, mesleki gelişmeyle ilgili çalışma gruplarına katılmak, günlük egzersizler, masaj ya da yoga gibi terapiler, boş zaman etkinliklerinde değişiklik ve yoğun stresin elimine edilmesi için mesleki rehberlik hizmeti destekleyici olabilmektedir. Tükenmişliği önlemenin bir başka yolu ise, iş yaşamı ile iş dışındaki yaşam arasında denge oluşturmaktır. Birinin diğerini olumsuz

etkileyebileceği şeylerden kaçınılması gerekir. Örneğin, zaman yönetimi iyi yapılmalı biri diğerinin zamanını almamalıdır. Stres ve tükenmişliğin azalmasına katkı sağlayacak etkenlerden bir başkası ise egzersiz yapmaktır. Egzersiz yapmak fiziksel sağlık kadar zihinsel sağlık için de iyidir. Birey egzersiz yaptığında kendisi için sağlıklı ve olumlu şeyler yaptığını hisseder. Bunlara ek olarak öğle yemeği sırasında iş ortamından uzaklaşmak, yürüyüşe çıkmak, kitap okumak, aktif spor yapmak, meditasyon, gevşeme egzersizleri gibi faaliyetler yararlı olabilir (60).

GEREÇ VE YÖNTEM

ARAŞTIRMANIN TİPİ

Araştırma kesitsel yöntem ile yürütülmüştür.

ARAŞTIRMANIN YERİ VE ZAMANI

Araştırma Nisan 2023 - Aralık 2023 tarihleri arasında tamamlanmıştır. Veri toplama işlemi Nisan 2023 – Ağustos 2023 döneminde Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde yapılmıştır.

ARAŞTIRMANIN EVRENİ

Araştırma evrenini Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde görev yapan araştırma görevlisi hekimler oluşturmaktadır. Araştırma görevlisi olarak çalışan hekimlerin sayısı 650 olarak belirlenmiştir. Bu sayıya 01.02.2023 tarihinde Pamukkale Üniversitesi Tıp fakültesi resmi internet sitesinden ve Pamukkale Üniversitesi tıpta uzmanlık kurulu biriminden alınan bilgiler ile ulaşılmıştır.

Çalışmada hariç tutma kriteri belirlenmemiştir. Evren içerisinde yer alan gönüllü herkes çalışmaya katılımcı olarak kabul edilmiştir.

ARAŞTIRMANIN ÖRNEKLEMİ

Örneklem Büyüklüğü Hesabı

Araştırmanın örneklem hesabı Open Epi programı ile yapılmıştır. %95 güven aralığında %5 hata payı ile hedef kitledeki birey sayısı 650 kabul edildiğinde; örneklem büyüklüğü =242 olarak bulunmuştur. Hekim tükenmişliği sıklığı literatür taranarak %50 olarak kabul edilmiştir (11,96). Ulaşılması gereken en az katılımcı sayısı 242 olarak belirlenmiştir.

Örneklem Seçimi

Örneklem büyüklüğü belirlendikten sonra, her bölümde çalışan araştırma görevlisi hekim sayısına göre ağırlıklandırılarak tabakalandırma yapılmıştır. Her bölümden ulaşılması hedeflenen ve ulaşılan katılımcı sayısı Tablo1’de ayrıntılı olarak gösterilmiştir.

Tablo 1. Her Bölümden Ulaşılması Hedeflenen ve Ulaşılan Katılımcı Sayısı

| Bölüm İsmi | Arş. Gör. Dr. Sayısı | Ulaşılması Hedeflenen Minimum Katılımcı Sayısı | Ulaşılan Katılımcı Sayısı |
|--|-----------------------------|---|----------------------------------|
| Kadın doğum hastalıkları ve doğum | 22 | 8 | 2 |
| Göz hastalıkları | 12 | 4 | 1 |
| Göğüs cerrahisi | 11 | 4 | 4 |
| Kalp ve damar cerrahisi | 2 | 1 | 0 |
| Ortopedi ve travmatoloji | 18 | 7 | 0 |
| Kulak burun boğaz hastalıkları | 11 | 4 | 2 |
| Üroloji | 10 | 4 | 1 |
| Genel cerrahi | 21 | 8 | 5 |
| Anesteziyoloji ve reanimasyon | 47 | 17 | 15 |
| Tıbbi patoloji | 10 | 3 | 6 |
| Plastik ve rekonstrüktif cerrahi | 12 | 4 | 4 |
| Beyin ve sinir cerrahisi | 9 | 3 | 4 |
| İç hastalıkları | 74 | 28 | 32 |
| Göğüs hastalıkları | 17 | 6 | 17 |
| Çocuk sağlığı ve hastalıkları | 66 | 25 | 13 |
| Psikiyatri | 25 | 9 | 18 |
| Nöroloji | 11 | 4 | 4 |
| Radyoloji | 27 | 10 | 12 |
| Nükleer tıp | 4 | 2 | 3 |

| | | | |
|---|-----|-----|-----|
| Tıbbi farmakoloji | 5 | 2 | 3 |
| Fiziksel tıp ve rehabilitasyon | 12 | 4 | 7 |
| Deri ve zührevi hastalıkları | 19 | 7 | 4 |
| Adli tıp | 11 | 4 | 9 |
| Halk sağlığı | 12 | 5 | 11 |
| Enfeksiyon hastalıkları | 11 | 4 | 10 |
| Çocuk cerrahisi | 0 | 0 | 0 |
| Radyasyon onkolojisi | 0 | 0 | 0 |
| Kardiyoloji | 11 | 4 | 3 |
| Aile hekimliği | 48 | 18 | 28 |
| Çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları | 23 | 9 | 15 |
| Tıbbi genetik | 7 | 3 | 3 |
| Acil tıp | 42 | 16 | 24 |
| Tıbbi biyokimya | 9 | 3 | 7 |
| Anatomi | 3 | 1 | 5 |
| Tıbbi fizyoloji | 4 | 2 | 5 |
| Histoloji ve embriyoloji | 12 | 5 | 9 |
| Tıbbi mikrobiyoloji | 11 | 4 | 11 |
| Tıp tarihi ve etik | 1 | 0 | 1 |
| Toplam | 650 | 242 | 298 |

ARAŞTIRMANIN UYGULAMA ŞEKLİ VE VERİ TOPLAMA ARACI

Konuyla ilgili daha önce yapılmış çalışmalar gözden geçirilerek bir anket hazırlanmıştır. Anket; sosyodemografik bilgileri sorgulayan 9 soru, sigara ve alkol alışkanlıklarıyla ilgili 2 soru, kronik hastalık ve ilaç kullanımlarıyla ilgili 2 soru, sosyal etkinlik/hobileri, spor ve tatil yapma durumlarıyla ilgili 3 soru, hekimlik hayatlarıyla ilgili 20 soru, Maslach tükenmişlik ölçeği 22 soru olmak üzere toplam 58 sorudan oluşmaktadır. Anketlerin uygun şekilde doldurulması araştırmacı tarafından ilgili

bölümler ziyaret edilerek gerçekleştirilmiştir. Katılımcılar anketleri kendileri doldürmüştür. Çalıştıkları bölümlerde, doktor odalarında, poliklinik hizmetleri sırasında, yataklı serviste buldukları süreçte, laboratuvarlarda, gece ve hafta sonu nöbetlerinde, seminer saatlerinde, toplantı için bir araya geldiklerinde, tıp fakültesi ve hastane bahçesinde, sosyal alanlarda olmak üzere ulaşılabilir her yerde ve her anda araştırma görevlisi hekimler ziyaret edilmiştir.

ARAŞTIRMANIN DEĞİŞKENLERİ

Araştırmanın Bağımlı Değişkeni

Maslach tükenmişlik ölçeğinden alınan puan ile belirlenen tükenmişlik durumu çalışmanın bağımlı değişkenidir.

Araştırmanın Bağımsız Değişkenleri

Yaş, cinsiyet, medeni durum, çocuk varlığı-sayısı-yaşı, bakmakla yükümlü olunan kişi varlığı, anne- baba öğrenim durumu, gelir durumu, sigara-alkol kullanımı, kronik hastalık varlığı, ilaç kullanımı, sosyal aktiviteye sahip olma, hobilerinin olması, spor yapma, tatile gitme durumları ve hekimlik mesleğiyle ilgili tükenmişlik durumunu etkileyebileceği düşünülen bilgilerdir.

MASLACH TÜKENMİŞLİK ÖLÇEĞİ (MTÖ)

Maslach ve Jackson tarafından geliştirilen “Maslach Tükenmişlik Ölçeği” toplam 22 maddeden oluşmakta ve tükenmişliği Duygusal Tükenme (DT), Duyarsızlaşma (D), Kişisel Başarı (KB) olmak üzere üç boyutta değerlendirmektedir (43).Ülkemizde, ölçeğin güvenilirlik ve geçerlik çalışmaları Ergin ve Çam tarafından 1992 yılında yapılmıştır. Her bir alt boyut için hesaplanan “Cronbach alfa” katsayıları; duygusal tükenme boyutu için 0.83, duyarsızlaşma boyutu için 0.65 ve kişisel başarı boyutu için 0.72 olarak bulunmuştur. Bu çalışmada ise “Cronbach alfa” katsayıları; duygusal tükenme boyutu için 0.89, duyarsızlaşma boyutu için 0.70 ve kişisel başarı

boyutu için 0.69 olarak hesaplanmıştır. Duygusal tükenme boyutunda 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20. maddeler olmak üzere 9 madde, duyarsızlaşma boyutunda 5, 10, 11, 15, 22. maddeler olmak üzere 5 madde, kişisel başarı boyutunda ise 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21. maddeler olmak üzere 8 madde yer almaktadır. Kişisel başarı boyutundaki maddeler ters kodlanmaktadır. Ölçek beşli likert skalasına sahip ve 0-4 arasında puanlama yapılmaktadır. Hiçbir zaman 0 puan, çok nadir 1 puan, bazen 2 puan, çoğu zaman 3 puan, her zaman 4 puan almaktadır. Her biri tükenmişliğin bir boyutuna ait olmak üzere, her bir boyuttan üç ayrı toplam puan elde edilmektedir. Böylece, Maslach Tükenmişlik Ölçeği'nin puanlaması sonucunda toplam puan ve alt ölçek puanları elde edilmektedir. Duygusal tükenme ve duyarsızlaşma alt ölçeklerinden yüksek, kişisel başarı alt ölçeğinden düşük puanlar tükenmişlik olarak kabul edilmektedir. Ancak, tek yönlü bir puan elde etmek için duygusal tükenme ve duyarsızlaşma alt ölçeklerindeki maddeler aynı şekilde, kişisel başarı alt ölçeğindeki maddeler ise ters puanlanarak hesaplama yapılmaktadır. Bu puanların toplanması ile DT için 0-36, D için 0-20 ve KB için 0-32 arasında değişen puanlar elde edilmektedir. Ölçeğin kesim noktası yoktur. Alınan toplam puan arttıkça tükenmişlik de artmaktadır. Ölçekten toplam en az 0 en fazla 88 puan alınmaktadır (97).

İSTATİSTİKSEL ANALİZ

Araştırmamızda elde edilen verilerin istatistiksel analizinde SPSS 17.0 paket programı kullanılmıştır. Veriler değerlendirilirken isimsel değişkenler için sayı (n) ve yüzde (%), sürekli değişkenler için ortalama, standart sapma, ortanca, 1. ve 3. çeyrekler gibi tanımlayıcı ölçütler verilmiş olup, ölçümsel verilerin analizinde kesikli değerler olduğundan dolayı nonparametrik Mann Whitney U ve Kruskal Wallis testleri uygulanmıştır. Analizler sonucunda $p < 0,05$ anlamlı kabul edilmiştir.

Tükenmişlik düzeyiyle ilişkili etmenlerin değerlendirilmesinde çoklu doğrusal regresyon (backward) modeli oluşturulmuştur. Modele tek değişkenli analizlerde p değeri 0,05'ten küçük olan değişkenler dahil edilmiştir.

ARAŞTIRMANIN İZİNLERİ

Araştırma için Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından 28.02.2023 tarih ve 04 sayılı kararı ile araştırmanın yapılmasına etik açıdan sakınca olmadığı onayı alınmıştır (EK 2) Araştırmanın yapılabilmesi için Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığından onay alınmıştır (EK 3)

BULGULAR

Araştırmaya 298 araştırma görevlisi hekim katılmıştır. Katılımcıların %60,1'i erkek , %39,9'u kadındır. Yaş ortalaması $28,49 \pm 2,87$ 'dir. Anne öğrenim durumlarına bakıldığında %33,2'sinin yüksekokul/üniversite mezunu olduğu, %25,8'inin lise mezunu olduğu, %1 oranında ise okuryazar olmayan anne olduğu görülmektedir. Baba öğrenim durumunda %48,3'lük büyük bir oranla yüksekokul/üniversite mezunu yer almaktadır. Bunu %22,5 ile lise mezunu olanlar takip ederken %0,3 katılımcının (bir kişi) babası okuryazar değildir. Araştırmaya katılanların %53'ü gelirinin giderinden fazla olduğunu belirtmiştir. Katılımcıların %37,6'sı evli iken %61,1'i bekarıdır. Evli olanların %92,9'unun eşi çalışmaktadır. Araştırmaya katılanların %14,4'ünün çocuğu vardır. Çocuk sayısını belirten katılımcılar arasında bir çocuğu olanlar %90,2, iki çocuğu olanlar %9,8'lik dilimi oluşturmaktadır. İki çocuğu olanların küçük çocuklarının ve tek çocukların yaş ortalaması $2,54 \pm 2,84$ iken iki çocuğu olanların büyük çocukların yaş ortalaması $10,50 \pm 4,79$ 'dur. Katılımcıların %5,4'ü bakmakla yükümlü oldukları (yaşlı, engelli, maddi açıdan yetersiz vb.) kişilerin varlığını dile getirmişlerdir (Tablo 2).

Tablo 2. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri

| | Sayı (n) | Yüzde (%) |
|------------------------------|----------|-----------|
| Cinsiyet | | |
| Erkek | 179 | 60,1 |
| Kadın | 119 | 39,9 |
| Yaş | | |
| <i>Ort.±SS. = 28,49±2,87</i> | | |
| <i>Min.-Maks. = 24-46</i> | | |
| Anne öğrenim düzeyi | | |
| Okuryazar değil | 3 | 1,0 |
| Okuryazar | 4 | 1,3 |
| İlkokul mezunu | 88 | 29,5 |
| Ortaokul mezunu | 27 | 9,2 |
| Lise mezunu | 77 | 25,9 |
| Yüksekokul/üniversite mezunu | 99 | 33,2 |

Tablo 2.(Devamı) Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri

| | Sayı (n) | Yüzde (%) |
|--|----------|-----------|
| Baba öğrenim düzeyi | | |
| Okuryazar değil | 1 | 0,3 |
| Okuryazar | 5 | 1,7 |
| İlkokul mezunu | 56 | 18,8 |
| Ortaokul mezunu | 25 | 8,4 |
| Lise mezunu | 67 | 22,5 |
| Yüksekokul/üniversite mezunu | 144 | 48,3 |
| Gelir durumu | | |
| Geliri giderinden düşük olanlar | 39 | 13,1 |
| Geliri giderine eşit olanlar | 101 | 33,9 |
| Geliri giderinden fazla olanlar | 158 | 53,0 |
| Medeni durum | | |
| Bekar | 182 | 61,1 |
| Evli | 112 | 37,6 |
| Ayrı yaşıyor | 1 | 0,3 |
| Boşanmış/dul | 3 | 1,0 |
| Eş çalışma durumu(evli olanlar arasında) | | |
| Çalışanlar | 104 | 92,9 |
| Çalışmayanlar | 8 | 7,1 |
| Çocuk sahibi olma | | |
| Çocuğu olanlar | 43 | 14,4 |
| Çocuğu olmayanlar | 255 | 85,6 |
| Çocuk sayısı | | |
| Bir çocuğu olanlar | 39 | 90,7 |
| İki çocuğu olanlar | 4 | 9,3 |
| Küçük çocukların ve tek çocuk olanların yaşları | | |
| <i>Ort.±SS. = 2,54±2,84</i> | | |
| <i>Min.-Maks. = 0 - 12</i> | | |
| Büyük çocuklarının yaşları | | |
| <i>Ort.±SS. = 10,50±4,79</i> | | |
| <i>Min.-Maks. = 6 - 17</i> | | |
| Bakmakla yükümlü olunan kişi varlığı | | |
| Var | 16 | 5,4 |
| Yok | 282 | 94,6 |

Katılımcıların % 23,5'i sigara içmekte olduğunu, %71,1' i hiç sigara içmediğini ve %5,4 'ü ise sigarayı bıraktığını belirtmiştir. Sigara içenlerin günlük içtiği sigara

sayısı ortalaması $12,32 \pm 9,61$ 'dir. Geçmişte sigara içenlerin kullanım süreleri ortalaması 6 ± 4 senedir. İçtikleri süre boyunca günlük içtiği sigara sayısı ortalaması $2,67 \pm 7,79$ olarak karşımıza çıkmaktadır. Alkol kullanım durumuna baktığımızda %45 ile hiç kullanmayanlar ve %44,3 ile ara sıra kullananlar çoğunluğu oluşturmaktadır (Tablo 3).

Tablo 3. Katılımcıların Sigara İçme ve Alkol Kullanımıyla İlgili Özellikleri

| | Sayı (n) | Yüzde (%) |
|--|----------|-----------|
| Sigara içme durumu | | |
| İçenler | 70 | 23,5 |
| Hiç içmeyenler | 212 | 71,1 |
| İçip bırakanlar | 16 | 5,4 |
| İçenlerin günlük içtiği sigara sayısı | | |
| <i>Ort.±SS. = 12,32±9,61</i> | | |
| <i>Min.-Maks. = 0,28-40,00</i> | | |
| İçip bırakanların kaç sene içtiği | | |
| <i>Ort.±SS. = 6,00±4,00</i> | | |
| <i>Min.-Maks. = 1,00 – 10,00</i> | | |
| İçip bırakanların içtiği dönemde günlük sigara sayısı | | |
| <i>Ort.±SS. = 12,67±7,79</i> | | |
| <i>Min.-Maks. = 1,00 – 20,00</i> | | |
| Alkol kullanım durumu | | |
| Sürekli kullananlar | 9 | 3,0 |
| Ara sıra kullananlar | 132 | 44,3 |
| Eskiden kullananlar | 23 | 7,7 |
| Hiç kullanmayanlar | 134 | 45,0 |

Araştırmaya katılanların %16'sının kronik hastalığı bulunmaktadır. Hastalığını söyleyenler arasında %26,6 oranla tiroid hastalıkları ilk sırada yer almaktadır. Bunu %22,8 ile diğer hastalıklar takip etmektedir. Psikiyatrik hastalıklar %8,8, hematolojik hastalıklar %8,8, diyabet %6,6, inflamatuvar bağırsak hastalıkları %6,6, hipertansiyon %4,4, kalp hastalıkları %4,4 şeklinde sıralamada kendine yer bulmaktadır (Tablo 4).

Tablo 4. Katılımcıların Kronik Hastalık Özellikleri

| | Sayı (n) | Yüzde (%) |
|--|----------|-----------|
| Kronik hastalık varlığı | | |
| Olanlar | 48 | 16,1 |
| Olmayanlar | 250 | 83,9 |
| Hastalık (cevaplandırılan kişi sayısı:45) | | |
| <i>Tiroit hastalığı</i> | 12 | 26,6 |
| <i>Psikiyatrik hastalık</i> | 4 | 8,8 |
| <i>Hematolojik hastalık</i> | 4 | 8,8 |
| <i>Diyabet</i> | 3 | 6,6 |
| <i>İnflamatuvar bağırsak hastalığı</i> | 3 | 6,6 |
| <i>Hipertansiyon</i> | 2 | 4,4 |
| <i>Kalp hastalığı</i> | 2 | 4,4 |
| <i>Alerji- Astım</i> | 2 | 4,4 |
| <i>Romatizmal hastalık</i> | 2 | 4,4 |
| <i>Renal hastalık</i> | 1 | 2,2 |
| <i>Diğer</i> | 10 | 22,8 |

Katılımcıların %22,5'i düzenli ilaç kullanmaktadır. En çok kullanılan ilaç grubu %24,4 ile tiroid ilaçlarıdır. Antidepresanlar %22,6 ile ikinci sırada yer alırken üçüncü sırada diğer ilaçlar bulunmaktadır. Oral kontraseptifler (%8,2), vitaminler (%4,8), crohn/ülseratif kolit ilaçları (%4,8), kardiyovasküler ilaçlar (%4,8), insülin (3,2) listede yer alan ilaç gruplarının başlıcalarıdır (Tablo 5).

Tablo 5. Katılımcıların Düzenli İlaç Kullanımları ve Kullandıkları İlaç Grupları

| | Sayı (n) | Yüzde (%) |
|---|----------|-----------|
| Düzenli ilaç kullanımı | | |
| Kullananlar | 67 | 22,5 |
| Kullanmayanlar | 231 | 77,5 |
| Kullanılan ilaç (cevaplandırılan kişi sayısı:62) | | |
| <i>Tiroit ilacı</i> | 14 | 24,2 |
| <i>Antidepresan</i> | 15 | 22,6 |
| <i>Oral kontraseptif</i> | 5 | 8,2 |
| <i>Vitamin</i> | 3 | 4,8 |
| <i>Crohn/ÜK ilacı</i> | 3 | 4,8 |
| <i>Kardiyovasküler ilaç</i> | 3 | 4,8 |
| <i>Akne ilacı</i> | 2 | 3,2 |
| <i>Alerji ilacı</i> | 2 | 3,2 |
| <i>İnsülin</i> | 2 | 3,2 |
| <i>Diğer</i> | 13 | 21,0 |

Katılımcılara sosyal etkinlik ve hobilere zaman ayırabilmeyle ilgili soru sorulduğunda %65,8'i yeterli bulmamakla birlikte zaman ayırabildiğini belirtmiştir. Spor konusuna gelindiğinde %43,3'ü hiç spor yapmadığını, %40,9 u ise spor yaptığını ancak düzenli olmadığını söylemiştir. Araştırmaya katılan kişilerin %79,5'i son bir sene içinde tatile gittiğini belirtmiştir (Tablo 6).

Tablo 6. Katılımcıların Sosyal Etkinliklere/Hobilerine Zaman Ayırabilme, Spor Yapma ve Tatile Gitme Durumları

| Değişkenler | n | % |
|---|----------|----------|
| Sosyal etkinliklere/hobilere zaman ayırabilme durumu | | |
| Yeterli zaman ayırabilenler | 48 | 16,1 |
| Zaman ayırabilen ama yeterli olmadığını düşünenler | 196 | 65,8 |
| Hiç zamanı olmayanlar | 54 | 18,1 |
| Spor yapma durumu | | |
| Düzenli spor yapanlar | 47 | 15,8 |
| Spor yapan ama düzenli bulmayanlar | 122 | 40,9 |
| Hiç spor yapmayanlar | 129 | 43,3 |
| Son bir sene içerisinde tatile gitme durumu | | |
| Gidenler | 237 | 79,5 |
| Gitmeyenler | 61 | 20,5 |

Katılımcıların ortalama hekimlik süresi $3,50 \pm 2,71$ senedir. Araştırma kapsamına giren araştırma görevlisi hekimlerin %72,5'i dahili bilimler, %14,8'i cerrahi bilimler ve 12,8'i de temel bilimler bölümlerinde görev almaktadır. Sağlık bakanlığı kadrosunda yer alanların oranı % 51,3'tür. Katılımcıların araştırma görevlisi hekim olarak geçirdiği süre ortalama $2,05 \pm 1,59$ yıldır. Çalışmaya katılanların %33,2'si asistanlıkta birinci yılında yer almaktadır. Çalıştıkları bölümde nöbet tutma durumları sorgulandığında %64,4'ü nöbet tutmaktadır. Araştırma görevlisi hekimlerin ayda nöbet sayısı ortalama $5,66 \pm 2,32$, haftalık çalışma saatleri ortalama $54,28 \pm 18,61$, poliklinik hizmetleri sırasında günde bakılan hasta sayısı ortalama $37,31 \pm 20,73$ 'tür (Tablo 7).

Tablo 7. Katılımcıların Hekimlik Mesleği ve Bölümleriyle İlgili Özellikleri

| Değişkenler | n | % |
|--|-----|------|
| Hekimlik yapma süresi (sene) (Ort±SS) , (Min-Max) (3,50±2,71) , (0,33-22,50) | | |
| Uzmanlık alanı | | |
| Temel bilimler | 38 | 12,7 |
| Dahili bilimler | 216 | 72,5 |
| Cerrahi bilimler | 44 | 14,8 |
| Araştırma görevlisi kadrosu | | |
| YÖK kadrosu | 145 | 48,7 |
| SBA kadrosu | 153 | 51,3 |
| Araştırma görevlisi olarak çalışma süresi(sene) (Ort±SS) , (Min-Max) (2,05±1,59) , (0,08-10,08) | | |
| Asistanlık yılı | | |
| 1.yıl | 99 | 33,2 |
| 2.yıl | 80 | 26,8 |
| 3.yıl | 44 | 14,8 |
| 4.yıl | 41 | 13,8 |
| 5.yıl ve üzeri | 34 | 11,4 |
| Nöbet tutma durumu | | |
| Çalıştığı bölümde nöbet olmayanlar | 80 | 26,8 |
| Çalıştığı bölümde nöbet olan ama bazı sebeplerle tutmayanlar* | 26 | 8,7 |
| Nöbet tutanlar | 192 | 64,5 |
| Ayda ortalama nöbet sayısı (Ort±SS) , (Min-Max) (5,66±2,32) , (1-10) | | |
| Haftalık ortalama çalışma saati (Ort±SS) , (Min-Max) (54,28±18,61) , (30-230) | | |
| Poliklinik hizmetleri sırasında günde ortalama bakılan hasta sayısı (Ort±SS) , (Min-Max) (37,31±20,73), (1-150) | | |

* kıdem, hastalık, gebelik, engel durumu vb.

Katılımcıların %74,8'i hekimlik mesleğini kendi isteğiyle seçtiğini belirtirken, %46,6'sı tekrar seçim yapma şansı olsa hekimlikten başka meslek tercih edeceğini bildirmiştir. Çalışmaya katılan araştırma görevlisi hekimlerin %79,9'u uzmanlık bölümünü kendi isteğiyle seçtiğini, %53'ü de tekrar seçim yapma fırsatı olsa yine aynı bölümü tercih edeceğini söylemiştir. Katılımcıların iş yükü algısı sorgulandığında

%37,6'sı iş yükünün orta olduğunu belirtmiştir. Yüzde 60,1'i bölümdeki faaileyetlerin önceliğinin sağlık hizmet sunumu olduğunu düşünmektedir. Araştırmaya katılanların uzmanlık alanıyla ilgili çıkan yayınları ve mevcut gelişmeleri takip edebilme durumları ele alındığında %48,7'si tarafından bazen takip edilebildiği belirtilmiştir. Katılımcıların %55,4'ü bölümünde mobbinge uğradığını düşünmezken, %2'si her zaman mobbinge uğradığı fikrine sahiptir (Tablo 8).

Tablo 8. Katılımcıların Hekimlik Mesleği ve Uzmanlık Bölümleriyle İlgili Düşünceleri

| Değişkenler | n | % |
|---|-----|------|
| Hekimlik mesleğini seçme biçimi | | |
| Kendi isteğiyle seçenler | 223 | 74,8 |
| Kendi isteği dışında sebeplerle seçenler | 34 | 11,4 |
| Kararsız olanlar | 41 | 13,8 |
| Tekrar seçim yapma fırsatı olsa meslek tercihi | | |
| Hekimliği seçecek olanlar | 82 | 27,5 |
| Hekimlikten başka meslek seçecek olanlar | 139 | 46,7 |
| Kararsız olanlar | 77 | 25,8 |
| Uzmanlık bölümünü seçme biçimi | | |
| Kendi isteğiyle seçenler | 238 | 79,9 |
| Kendi isteği dışında sebeplerle seçenler | 18 | 6,0 |
| Kararsız olanlar | 42 | 14,1 |
| Tekrar seçim yapma fırsatı olsa uzmanlık bölümü tercihi | | |
| Aynı bölümü seçecek olanlar | 158 | 53,0 |
| Farklı bölümü seçecek olanlar | 53 | 17,8 |
| Kararsız olanlar | 87 | 29,2 |
| Algılanan iş yükü | | |
| Az | 23 | 7,7 |
| Orta | 112 | 37,6 |
| Fazla | 84 | 28,2 |
| Çok fazla | 57 | 19,1 |
| Gücünü aşacak derecede /aşırı | 22 | 7,4 |

Tablo 8. (Devamı) Katılımcıların Hekimlik Mesleği ve Uzmanlık Bölümleriyle İlgili Düşünceleri

| Değişkenler | n | % |
|---|----------|----------|
| Bölümde yürüttükleri faaliyetlerin önceliğiyle ilgili düşünce | | |
| Eğitim /araştırma olduğunu düşünenler | 76 | 25,5 |
| Sağlık hizmet sunumu olduğunu düşünenler | 179 | 60,1 |
| Kararsız olanlar | 43 | 14,4 |
| Alanla ilgili çıkan yayınları/ mevcut gelişmeleri takip edebilme durumu | | |
| Her zaman | 35 | 11,7 |
| Sıklıkla | 145 | 48,7 |
| Bazen | 94 | 31,5 |
| Çok nadiren | 21 | 7,1 |
| Hiçbir zaman | | |
| Bölümde mobbinge uğradığını düşünme durumu | | |
| Her zaman düşünenler | 6 | 2,0 |
| Genellikle düşünenler | 25 | 8,4 |
| Bazen düşünenler | 70 | 23,5 |
| Kararsız olanlar | 32 | 10,7 |
| Düşünmeyenler | 165 | 55,4 |

Katılımcıların %29,5'i çalıştıkları bölümde hasta veya hasta yakını tarafından hiçbir zaman sözlü/psikolojik şiddete uğramadıklarını belirtirken, bu soruya 'bazen' cevabını veren katılımcıların oranı % 29,2'dir. Çalışmaya katılan araştırma görevlisi hekimlerin %11,4'ü hasta veya hasta yakınları tarafından fiziksel şiddete maruz kaldığını belirtmiştir. Görev yaptığı bölümde hasta veya hasta yakınları tarafından başhekimlik/CİMER/SABİM vb. kanallar üzerinden şikayet edilip edilmedikleri sorgulandığında araştırmaya katılanların %33,2'si şikayet edildiğini ifade etmiştir (Tablo 9).

Tablo 9. Katılımcıların Bölümlerinde Şiddete Uğrama ve Şikayet Edilme Durumları

| Değişkenler | n | % |
|--|-----|------|
| Bölümde hasta veya hasta yakını tarafından sözlü/psikolojik şiddete uğrama sıklığı | | |
| Her zaman | 3 | 1,0 |
| Sıklıkla | 29 | 9,7 |
| Bazen | 87 | 29,3 |
| Çok nadiren | 91 | 30,5 |
| Hiçbir zaman | 88 | 29,5 |
| Bölümde hasta veya hasta yakını tarafından fiziksel şiddete uğrama sıklığı | | |
| Her zaman | 0 | 0,0 |
| Sıklıkla | 3 | 1,0 |
| Bazen | 9 | 3,0 |
| Çok nadiren | 22 | 7,4 |
| Hiçbir zaman | 264 | 88,6 |
| Bölümde hasta veya hasta yakınları tarafından başhekimlik/CİMER/SABİM vb. kanallar üzerinden şikayet edilme durumu | | |
| Şikayet edilenler | 99 | 33,2 |
| Şikayet edilmeyenler | 199 | 66,8 |

Araştırmaya katılanların %48,7'si mesleki geleceğiyle ilgili çok kaygılandığını söylerken, bunu %45,3'lük oranla çok olmasa da kaygılandığını belirtenler takip etmektedir. Ülkemizde hekim maaşlarıyla ilgili yapılan son düzenlemeleri yeterli bulmayla ilgili katılımcılara düşünceleri sorulduğunda %52,3'ü bu konuda bir adım atıldığını ancak bunun yeterli olmadığını belirtmiştir. Benzer şekilde hekim mesai saatleri/nöbet sayıları ilgili yapılan son düzenlemeleri yeterli bulma sorusunda ise katılımcıların %63,1'lik kısmı bir adım atıldığını ama çok yeterli olmadığını ifade etmiştir (Tablo 10).

Tablo 10. Katılımcıların Mesleki Gelecek Kaygıları ve Ülkemizde Hekimlikle İlgili Atılan Adımları Değerlendirmeleri

| Değişkenler | n | % |
|--|-----|------|
| Mesleksel gelecekle ilgili kaygı durumu | | |
| Çok kaygılananlar | 145 | 48,7 |
| Kaygı duyan ama çok olmayanlar | 135 | 45,3 |
| Kaygısı olmayanlar | 18 | 6,0 |
| Ülkemizde hekim maaşlarında yapılan son düzenlemelerle ilgili düşünce | | |
| Yeterli bulanlar | 5 | 1,7 |
| Bir adım atıldığını ama çok yeterli olmadığını düşünenler | 156 | 52,3 |
| Kesinlikle yetersiz bulanlar | 137 | 46,0 |
| Ülkemizde hekim mesai saatleri/nöbet sayılarında yapılan son düzenlemelerle ilgili düşünce | | |
| Yeterli bulanlar | 8 | 2,7 |
| Bir adım atıldığını ama çok yeterli olmadığını düşünenler | 188 | 63,1 |
| Kesinlikle yetersiz bulanlar | 102 | 34,2 |

Katılımcıların Maslach Tükenmişlik Ölçeğinden aldığı puanlar değerlendirilmiştir. Duygusal Tükenme (DT) alt boyutundan alınan en düşük puan 2, en yüksek puan 35 olup puan ortalaması $17,90 \pm 7,19$ 'dur. Duyarsızlaşma (D) alt boyutuna baktığımızda alınan puanlar 0 ve 19 arasında değişmekte ve katılımcıların ortalama puanı $7,50 \pm 3,60$ olarak karşımıza çıkmaktadır. Kişisel Başarı alt boyutundan en düşük 6, en yüksek 28 puan alınmıştır. Katılımcıların ortalama kişisel başarı puanı ise $18,03 \pm 3,95$ 'tir. Maslach Tükenmişlik Ölçeğinden elde edilen toplam puana bakıldığında en düşük 13 iken en yüksek 73 puan alınmıştır. Toplam puan ortalaması $39,37 \pm 11,57$ olarak bulunmuştur (Tablo 11).

Tablo 11. Katılımcıların Maslach Tükenmişlik Ölçeği (MTÖ) Puanları

| |
|--|
| <i>Duygusal Tükenme (DT) alt boyutu</i> |
| <i>Ort.±SS.</i> = 17,90 ±7,19 |
| <i>Min.-Maks.</i> = 2 – 35 |
| <i>Ortanca (1. Ve 3. Çeyrekler)</i> = 18 (13 – 23) |
| <i>Duyarsızlaşma (D) alt boyutu</i> |
| <i>Ort.±SS.</i> = 7,50 ± 3,60 |
| <i>Min.-Maks.</i> = 0 - 19 |
| <i>Ortanca (1. ve 3. Çeyrekler)</i> = 8 (5 - 10) |
| <i>Kişisel Başarı (KB) alt boyutu</i> |
| <i>Ort.±SS.</i> = 18,03 ± 3,95 |
| <i>Min.-Maks.</i> = 6 - 28 |
| <i>Ortanca (1. ve 3. Çeyrekler)</i> = 18 (15 - 21) |
| <i>Maslach Tükenmişlik Ölçeği (MTÖ) Toplam Puan</i> |
| <i>Ort.±SS.</i> = 39,37 ± 11,57 |
| <i>Min.-Maks.</i> = 13 - 73 |
| <i>Ortanca (1. ve 3. Çeyrekler)</i> = 39,5 (32 – 47) |

Araştırmaya katılanların sosyodemografik özelliklerine göre aldıkları Maslach Tükenmişlik Ölçeği puanları arasındaki ilişki incelenmiştir. Cinsiyet değişkeni ele alındığında erkeklerin kişisel başarı düzeyinin kadınlara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p=0,002$). Duygusal tükenme düzeyi gelir durumuna göre anlamlı farklılık göstermektedir. Geliri giderinden düşük ve geliri giderine eşit olan katılımcıların duygusal tükenme düzeyleri geliri giderinden fazla olanlara göre daha yüksektir ($p=0,044$). Çocuk sayısı kişisel başarı düzeyi ve Maslach Tükenmişlik Ölçeği toplam puanı ile ilişkilidir. İki çocuğu olan katılımcıların kişisel başarı düzeyi tek çocuğu olanlara göre daha yüksek tespit edilmiştir ($p=0,021$). Ayrıca tek çocuğu olanlar iki çocuğu olan katılımcılara göre daha yüksek Maslach Tükenmişlik Ölçeği toplam puanına sahiptir ($p=0,024$). Çocuk yaşına bakıldığında bir yaşından büyük çocuğu olanların kişisel başarı düzeyi bir yaşında ve daha küçük çocuğu olanlara göre daha yüksek bulunmuştur ($p=0,028$). Diğer sosyodemografik özellikler ile Maslach Tükenmişlik Ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (Tablo 12).

Tablo 12. Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Maslach Tükenmişlik Ölçeği (MTÖ) Puan Ortalamaları

| Değişkenler | n | Duygusal Tükenme | Duyarsızlaşma | Kişisel Başarı | MTÖ Toplam Puan |
|-------------------------------------|-----|------------------|---------------|----------------|-----------------|
| | | Ort. ± SS. | Ort. ± SS. | Ort. ± SS. | Ort. ± SS. |
| Cinsiyet | | | | | |
| Kadın | 179 | 17,77±6,77 | 7,53±3,72 | 17,44 ± 3,95 | 39,86±11,14 |
| Erkek | 119 | 17,46±7,43 | 7,27±3,48 | 18,57 ± 3,88 | 38,15±11,98 |
| P | | 0,351 | 0,527 | 0,002 | 0,118 |
| Yaş | | | | | |
| 28 ve altı | 173 | 18,11±6,59 | 7,57±3,64 | 17,93±3,50 | 39,76±10,91 |
| 28 üzeri | 125 | 17,01±7,58 | 7,23±3,60 | 17,82±4,53 | 38,42±12,25 |
| P | | 0,201 | 0,567 | 0,543 | 0,321 |
| Anne öğrenim | | | | | |
| Ortaokul ve altı | 122 | 17,06±6,77 | 7,22±3,36 | 17,79±4,08 | 38,50±10,68 |
| Lise ve üzeri | 176 | 18,13±7,21 | 7,60±3,83 | 17,96±3,86 | 39,77±12,10 |
| P | | 0,060 | 0,252 | 0,825 | 0,124 |
| Baba öğrenim | | | | | |
| Lise ve altı | 154 | 17,80±6,98 | 7,60±3,76 | 17,54±4,13 | 39,85±11,58 |
| Üniversite | 144 | 17,47±7,09 | 7,23±3,46 | 18,82±3,72 | 38,43±11,37 |
| P | | 0,654 | 0,330 | 0,118 | 0,293 |
| Gelir durumu | | | | | |
| Gelir giderden düşük ve gidere eşit | 140 | 18,79±7,15 | 7,84±3,59 | 17,99±3,78 | 40,64±11,13 |
| Gelir giderden fazla | 158 | 17,12±7,15 | 7,19±3,59 | 18,07±4,11 | 38,24±11,86 |
| P | | 0,044 | 0,078 | 0,580 | 0,056 |
| Medeni durum | | | | | |
| Bekar/boşanmış/dul | 185 | 18,07±6,79 | 7,46±3,43 | 17,87±3,87 | 39,67±10,93 |
| Evli/ayrı yaşıyor | 113 | 16,85±7,42 | 7,37±3,98 | 17,91±4,14 | 38,31±12,47 |
| P | | 0,554 | 0,608 | 0,767 | 0,694 |
| Eş çalışma* | | | | | |
| Çalışan | 104 | 17,18±7,66 | 7,47±4,02 | 17,92±4,26 | 38,72±12,92 |
| Çalışmayan | 8 | 13,86±3,07 | 6,71±3,86 | 17,86±2,96 | 34,71±5,85 |
| p | | 0,056 | 0,941 | 0,730 | 0,256 |
| Çocuk varlığı | | | | | |
| Var | 43 | 14,30±7,30 | 6,73±3,78 | 18,36±3,79 | 34,67±10,93 |
| Yok | 255 | 18,16±6,86 | 7,53±3,59 | 17,81±3,98 | 39,88±11,43 |
| p | | 0,022 | 0,881 | 0,515 | 0,101 |
| Çocuk sayısı** | | | | | |
| Bir | 39 | 14,83±7,61 | 7,10±3,73 | 17,83±3,71 | 36,10±10,71 |
| İki | 4 | 10,50±2,51 | 4,00±3,36 | 22,25±1,50 | 24,25±6,23 |
| p | | 0,111 | 0,075 | 0,021 | 0,024 |
| Çocuk yaşı*** | | | | | |
| Bir yaş ve daha küçük | 12 | 13,42±6,21 | 6,25±3,41 | 17,00±3,21 | 34,67±8,10 |
| Bir yaşından büyük | 12 | 12,75±3,41 | 7,33±3,89 | 20,00±4,04 | 32,08±11,65 |
| p | | 0,506 | 0,542 | 0,028 | 0,470 |
| Bakmakla yükümlü olunan kişi | | | | | |
| Var | 16 | 17,91±6,92 | 7,18±3,89 | 18,82±4,62 | 38,27±13,62 |
| Yok | 282 | 17,64±7,04 | 7,44±3,62 | 17,84±3,93 | 39,24±11,41 |
| p | | 0,926 | 0,653 | 0,543 | 0,853 |

*evli olanlar arasında

**çocuğu olanlar arasında

*** çocuğunun yaşını belirtenler arasında

Araştırmaya katılanların sigara içme ve alkol kullanımı özellikleriyle Maslach Tükenmişlik Ölçeği puanları arasındaki ilişki irdelenmiştir. Sigara içen katılımcıların sigara içmeyenlere göre duygusal tükenme düzeyinin daha yüksek olduğu bulunmuştur (p=0,009). İçilen sigara miktarı ve içme süresi ile Maslach Tükenmişlik Ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmemiştir. Alkol kullanımına bakıldığında ise alkol kullananların kişisel başarı düzeyi kullanmayanlara göre daha yüksektir (p=0,032) (Tablo 13).

Tablo 13. Katılımcıların Sigara İçme ve Alkol Kullanımıyla İlgili Özelliklerine Göre Maslach Tükenmişlik Ölçeği (MTÖ) Puan Ortalamaları

| Değişkenler | n | Duygusal Tükenme | Duyarsızlaşma | Kişisel Başarı | MTÖ Toplam Puan |
|---|-----|------------------|---------------|----------------|-----------------|
| | | Ort. ± SS. | Ort. ± SS. | Ort. ± SS. | Ort. ± SS. |
| Sigara içme | | | | | |
| İçenler | 70 | 20,01±7,27 | 7,74±3,87 | 18,69±3,96 | 38,12±12,38 |
| İçmeyenler | 228 | 17,25±7,05 | 7,42±3,52 | 17,83±3,93 | 38,84±11,29 |
| p | | 0,009 | 0,546 | 0,057 | 0,265 |
| Günde içilen sigara sayısı* | | | | | |
| 12'den az | 37 | 19,43±7,77 | 8,03±3,90 | 18,08±3,98 | 41,38±13,37 |
| 12 ve daha fazla | 27 | 20,15±6,74 | 7,56±3,79 | 19,63±3,78 | 40,07±11,82 |
| p | | 0,708 | 0,444 | 0,234 | 0,639 |
| Bırakanların kaç sene içtiği** | | | | | |
| 10 seneden az | 7 | 12,71±5,40 | 4,86±3,38 | 18,29±4,49 | 31,29±11,95 |
| 10 sene | 5 | 17,20±12,59 | 6,20±3,49 | 19,00±3,16 | 36,40±18,95 |
| p | | 0,625 | 0,460 | 0,755 | 0,745 |
| Bırakanların günde içtiği sigara sayısı*** | | | | | |
| 20'den az | 7 | 11,00±6,68 | 4,43±3,55 | 18,29±4,49 | 29,14±13,83 |
| 20 tane | 5 | 19,60±9,81 | 6,80±2,77 | 19,00±3,16 | 39,40±15,12 |
| p | | 0,142 | 0,218 | 0,742 | 0,255 |
| Alkol kullanımı | | | | | |
| Kullananlar | 141 | 18,28±7,02 | 7,56±3,84 | 18,56±4,14 | 39,28±11,86 |
| Kullanmayanlar | 157 | 17,56±7,34 | 7,44±3,39 | 17,56±3,72 | 39,44±11,34 |
| p | | 0,375 | 0,893 | 0,032 | 0,855 |

*günde kaç sigara içtiğini belirtenler arasında

**geçmişte kaç sene içtiğini belirtenler arasında

***içip bırakan katılımcılardan geçmişte günde kaç adet içtiğini belirtenler arasında

Araştırmaya katılanların kronik hastalık varlığı ve düzenli ilaç kullanımı özelliğiyle Maslach Tükenmişlik Ölçeği puanları arasında istatistiksel anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (Tablo 14).

Tablo 14. Katılımcıların Kronik Hastalık Varlığı ve Düzenli İlaç Kullanımlarına Göre Maslach Tükenmişlik Ölçeği (MTÖ) Puan Ortalamaları

| Değişkenler | n | Duygusal Tükenme | Duyarsızlaşma | Kişisel Başarı | MTÖ Toplam Puan |
|--------------------------------|-----|------------------|---------------|----------------|-----------------|
| | | Ort. ± SS. | Ort. ± SS. | Ort. ± SS. | Ort. ± SS. |
| Kronik hastalık varlığı | | | | | |
| Olanlar | 48 | 17,12±6,79 | 6,88±3,77 | 18,00±3,90 | 38,00±11,44 |
| Olmayanlar | 250 | 17,75±7,08 | 7,05±3,59 | 17,86±3,97 | 39,43±11,50 |
| p | | 0,360 | 0,067 | 0,490 | 0,175 |
| Düzenli ilaç kullanımı | | | | | |
| Kullananlar | 67 | 17,80±7,15 | 7,55±3,85 | 17,82±3,74 | 39,54±12,18 |
| Kullanmayanlar | 231 | 17,61±7,00 | 7,39±3,56 | 17,90±4,02 | 39,10±11,30 |
| p | | 0,934 | 0,742 | 0,920 | 0,887 |

Katılımcıların sosyal etkinliklere ve hobilere zaman ayırabilme durumu sorgulandığında hiç zamanı olmayanların zaman ayırabilenlere göre duygusal tükenme düzeyi ($p<0,001$), duyarsızlaşma düzeyi ($p=0,005$) ve Maslach Tükenmişlik Ölçeği toplam puanı ($p<0,001$) daha yüksek bulunmuştur. Kişisel başarı alt boyutuna bakıldığında ise zaman ayırabilenlerin kişisel başarı düzeyi hiç zamanı olmayanlara göre daha yüksek bulunmuştur ($p<0,001$). Spor yapma ve son bir sene içerisinde tatile gitme durumuyla Maslach Tükenmişlik Ölçeği puanları arasında istatistiksel anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir (Tablo 15).

Tablo 15. Katılımcıların Sosyal Etkinliklere/Hobilere Zaman Ayırma, Spor Yapma ve Tatile Gitme Durumlarına Göre Maslach Tükenmişlik Ölçeği (MTÖ) Puan Ortalamaları

| Değişkenler | n | Duygusal Tükenme Ort. ± SS. | Duyarsızlaşma Ort. ± SS. | Kişisel Başarı Ort. ± SS. | MTÖ Toplam Puan Ort. ± SS. |
|---|-----|--------------------------------|-----------------------------|------------------------------|-------------------------------|
| Sosyal etkinlik/hobilere zaman ayırabilme durumu | | | | | |
| Zaman ayırabilenler | 244 | 16,70±6,74 | 7,26±3,59 | 18,24±3,95 | 37,72±11,25 |
| Hiç zamanı olmayanlar | 54 | 22,54±6,45 | 8,29±3,73 | 16,02±11,92 | 46,80±9,60 |
| p | | <0,001 | 0,005 | <0,001 | <0,001 |
| Spor yapma durumu | | | | | |
| Spor yapanlar | 169 | 17,45±7,33 | 7,75±3,72 | 18,12±4,07 | 39,07±12,03 |
| Spor yapmayanlar | 129 | 18,50±6,97 | 7,17±3,43 | 17,91±3,80 | 39,75±10,97 |
| p | | 0,240 | 0,225 | 0,623 | 0,676 |
| Son bir sene içerisinde tatile gitme durumu | | | | | |
| Gidenler | 237 | 17,91±7,43 | 7,59±3,65 | 18,20±3,90 | 39,30±11,91 |
| Gitmeyenler | 61 | 17,87±6,20 | 7,15±3,39 | 17,38±4,11 | 39,64±10,23 |
| p | | 0,870 | 0,456 | 0,154 | 0,766 |

Katılımcılar uzmanlık alanlarına cerrahi branşlar ve cerrahi dışı branşlar olarak ayrılıp tükenmişlik düzeyleri incelendiğinde cerrahi branşta görev yapanların diğer branştakilere göre duygusal tükenme düzeyinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p=0,021$). Nöbet tutma durumu tükenmişlik düzeyiyle anlamlı ilişkisi olan bir diğer faktördür. Nöbet tutanların tutmayanlara göre hem duygusal tükenme düzeyi hem de Maslach Tükenmişlik Ölçeği toplam puanı daha yüksek olarak tespit edilmiştir ($p<0,001$). Hekimlik mesleğinde geçirilen süre, asistanlık kadrosu ve asistanlıkta kaçınıcı yılında bulunduğu değişkenleri ile Maslach Tükenmişlik Ölçeği puanları arasında istatistiksel anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir (Tablo 16).

Tablo 16. Katılımcıların Hekimlik Süresi ve Uzmanlık Bölümleriyle İlgili Özelliklerine Göre Maslach Tükenmişlik Ölçeği (MTÖ) Puan Ortalamaları

| Değişkenler | n | Duygusal Tükenme | Duyarsızlaşma | Kişisel Başarı | MTÖ Toplam Puan |
|------------------------|-----|------------------|---------------|----------------|------------------|
| | | Ort. ± SS. | Ort. ± SS. | Ort. ± SS. | Ort. ± SS. |
| Uzmanlık alanı | | | | | |
| Cerrahi branşlar | 44 | 19,69±6,86 | 7,69±2,64 | 16,62±3,76 | 42,76±10,88 |
| Cerrahi dışı branşlar | 254 | 17,39±7,01 | 7,39±3,73 | 18,04±3,96 | 38,74±11,52 |
| p | | 0,021 | 0,444 | 0,772 | 0,098 |
| Hekimlik süresi | | | | | |
| 3 seneden kısa | 140 | 18,09±6,87 | 7,58±3,55 | 17,75±3,42 | 39,92±10,88 |
| 3 sene ve daha uzun | 158 | 17,73±7,47 | 7,42±3,66 | 18,28±4,36 | 38,87±12,16 |
| p | | 0,869 | 0,619 | 0,253 | 0,627 |
| Kadro | | | | | |
| YÖK | 145 | 17,82±7,35 | 7,36±3,71 | 18,34±4,62 | 38,83±12,55 |
| SBA | 153 | 17,98±7,05 | 7,63±3,50 | 17,74±3,17 | 39,87±10,58 |
| p | | 0,968 | 0,609 | 0,152 | 0,478 |
| Asistanlık yılı | | | | | |
| 2.yıl ve daha kısa | 179 | 17,84±7,47 | 7,38±3,63 | 18,13±3,82 | 39,09±11,88 |
| 3.yıl ve daha uzun | 119 | 17,99±6,78 | 7,67±3,56 | 17,88±4,15 | 39,78±11,12 |
| p | | 0,878 | 0,458 | 0,612 | 0,611 |
| Nöbet durumu | | | | | |
| Nöbet tutanlar | 192 | 19,14±6,87 | 7,81±3,62 | 17,39±3,90 | 41,02±11,17 |
| Nöbet tutmayanlar | 106 | 15,66±7,23 | 6,93±3,52 | 18,22±4,05 | 36,38±11,74 |
| p | | <0,001 | 0,052 | 0,501 | <0,001 |

Araştırmaya katılanların ayda tutukları ortalama nöbet sayısı ele alındığında ayda 6'dan az nöbet tutanların 6 ve daha fazla sayıda nöbet tutanlara göre duygusal tükenme düzeyi ($p=0,008$), duyarsızlaşma düzeyi ($p<0,001$) ve Maslach Tükenmişlik Ölçeği toplam puanı ($p=0,002$) daha yüksek olarak belirlenmiştir. Haftalık çalışma süresinin 40 saatten fazla olduğunu söyleyenler haftalık 40 saat ve daha az çalışanlarla kıyaslandığında duygusal tükenme düzeyi, duyarsızlaşma düzeyi ve Maslach Tükenmişlik Ölçeği toplam puanı ($p=0,002$) daha yüksek tespit edilmiştir ($p<0,001$). Katılımcıların poliklinikte çalışırken günde baktığı hasta sayısı incelendiğinde 40 hastadan fazla bakanların 40 ve daha az hasta bakanlara göre duyarsızlaşma düzeyi ($p=0,002$) ve Maslach Tükenmişlik Ölçeği toplam puanı ($p=0,032$) daha yüksek olarak bulunmuştur (Tablo 17).

Tablo 17. Katılımcıların Nöbet Sayısı, Çalışma Saati ve Baktıkları Hasta Sayısına Göre Maslach Tükenmişlik Ölçeği (MTÖ) Puan Ortalamaları

| Değişkenler | n | Duygusal Tükenme | Duyarsızlaşma | Kişisel Başarı | MTÖ Toplam Puan |
|-------------------------------|----|------------------|------------------|----------------|------------------|
| | | Ort. ± SS. | Ort. ± SS. | Ort. ± SS. | Ort. ± SS. |
| Ayda nöbet * | | | | | |
| 6'dan az | 10 | 18,79±7,34 | 6,87±3,68 | 18,27±3,49 | 39,39±11,4 |
| 6 ve daha fazla | 0 | 20,23±6,22 | 9,11±3,14 | 18,14±4,44 | 1 |
| | 92 | | | | 43,23±10,36 |
| p | | 0,008 | <0,001 | 0,617 | 0,002 |
| Haftalık çalışma | | | | | |
| 40 saat ve daha az | 11 | 15,60±7,23 | 6,60±2,84 | 18,68±3,70 | 35,52±11,60 |
| 40 saatten fazla | 9 | 20,38±6,45 | 8,25±3,69 | 18,10±4,03 | 42,54±10,5 |
| | 17 | | | | 4 |
| | 9 | | | | |
| p | | <0,001 | <0,001 | 0,055 | <0,001 |
| Günde bakılan hasta ** | | | | | |
| 40 ve daha az | 11 | 18,78±6,87 | 7,08±3,58 | 18,29±3,54 | 39,57±10,3 |
| 40'tan fazla | 5 | 20,42±6,74 | 9,07±3,32 | 18,10±4,47 | 4 |
| | 62 | | | | 43,39±11,62 |
| p | | 0,067 | 0,002 | 0,637 | 0,032 |

*Nöbet tutan katılımcılar arasında

** Hasta bakan katılımcılar arasında

Katılımcıların hekimlik mesleğini ve uzmanlık bölümünü seçme ile ilgili özellikleri ve Maslach Tükenmişlik Ölçeği puanları arasındaki ilişki incelenmiştir. Hekimliği kendi isteğiyle seçmediğini belirtenler ve bu konuda kararsız olanların hekimliği kendi isteğiyle seçenlere göre duyarsızlaşma düzeyi yüksek belirlenmiştir ($p=0,029$). Hekimlik mesleğini tercih ettiği için pişman olanların duygusal tükenme düzeyi ve Maslach Tükenmişlik Ölçeği toplam puanı pişman olmayanlarla karşılaştırıldığında daha yüksek olarak tespit edilmiştir ($p<0,001$). Uzmanlık bölümünü kendi isteği dışında seçen ve bu konuda kararsız olan katılımcıların duyarsızlaşma düzeyi ve Maslach Tükenmişlik Ölçeği toplam puanı kendi isteğiyle seçenlere göre daha yüksek bulunmuştur ($p=0,006$). Uzmanlık bölümü seçimi konusunda pişmanlık duyanların duygusal tükenme düzeyi, duyarsızlaşma düzeyi, Maslach Tükenmişlik Ölçeği toplam puanı pişman olmayanlara göre daha yüksek iken ; bölüm tercihinde pişman olmayanların kişisel başarı düzeyi pişman olanlara kıyasla daha yüksektir ($p<0,001$)(Tablo 18).

Tablo 18. Katılımcıların Hekimlik ve Uzmanlık Bölümleri Seçme Durumlarına Göre Maslach Tükenmişlik Ölçeği (MTÖ) Puan Ortalamaları

| Değişkenler | n | Duygusal Tükenme | Duyarsızlaşma | Kişisel Başarı | MTÖ Toplam Puan |
|---|-----|------------------|------------------|------------------|------------------|
| | | Ort. ± SS. | Ort. ± SS. | Ort. ± SS. | Ort. ± SS. |
| Hekimliği kendi isteğiyle seçme durumu | | | | | |
| Evet diyenler | 223 | 17,81±7,09 | 7,22±3,64 | 18,05±3,88 | 37,48±11,42 |
| Hayır diyenler/ kararsızlar | 75 | 18,17±7,51 | 8,31±3,38 | 17,99±4,18 | 40,49±12,00 |
| p | | 0,872 | 0,029 | 0,630 | 0,301 |
| Meslek seçiminden pişmanlık durumu | | | | | |
| Pişman olanlar | 216 | 19,03±7,18 | 7,69±3,73 | 17,83±4,02 | 40,99±11,48 |
| Pişman olmayanlar | 82 | 14,66±6,16 | 7,00±3,21 | 18,57±3,73 | 35,09±10,73 |
| p | | <0,001 | 0,133 | 0,100 | <0,001 |
| Uzmanlık bölümünü kendi isteğiyle seçme durumu | | | | | |
| Evet diyenler | 238 | 17,50±7,35 | 7,21±3,57 | 18,25±3,98 | 38,46±11,63 |
| Hayır diyenler/ kararsızlar | 60 | 19,50±6,32 | 8,62±3,54 | 17,17±3,74 | 42,95±10,67 |
| p | | 0,059 | 0,006 | 0,052 | 0,006 |
| Bölüm seçiminden pişmanlık durumu | | | | | |
| Pişman olanlar | 140 | 20,55±6,54 | 8,32±3,66 | 17,11±3,61 | 43,76±10,43 |
| Pişman olmayanlar | 158 | 15,56±6,93 | 6,77±3,39 | 18,85±4,07 | 35,47±11,16 |
| p | | <0,001 | <0,001 | <0,001 | <0,001 |

Araştırmaya katılanların uzmanlık bölümüyle ilgili düşünceleri ile Maslach Tükenmişlik Ölçeği puanları arasındaki ilişkiye bakılmıştır. Algıladığı iş yükünü fazla, çok fazla ve aşırı olarak değerlendiren katılımcıların duygusal tükenme düzeyi, duyarsızlaşma düzeyi ve Maslach Tükenmişlik Ölçeği toplam puanı az ve orta olarak düşünenlere göre daha yüksek bulunmuştur ($p<0,001$). Katılımcıların bölümdeki faaliyetinin önceliğiyle ilgili fikirleri sorgulandığında; sağlık hizmet sunumu olduğunu düşünenlerin eğitim/araştırma diyenlere göre, faaliyet önceliğiyle ilgili kararsız olanların eğitim araştırma olduğunu düşünenlere göre duygusal tükenme düzeyi daha yüksek olarak belirlenmiştir ($p<0,001$). Ayrıca önceliği sağlık hizmet sunumu olarak

belirtenlerin duyarsızlaşma düzeyi ($p=0,002$) ve Maslach Tükenmişlik Ölçeği toplam puanı ($p<0,001$) eğitim/araştırma olduğunu söyleyenlere göre daha yüksektir. Çıkan yayınları hiç takip edemediğini ve çok nadiren takip edebildiğini söyleyenlerin duygusal tükenme düzeyi($p<0,001$), duyarsızlaşma düzeyi($p=0,006$) ve Maslach Tükenmişlik Ölçeği toplam puanı ($p<0,001$) bazen ve daha sık aralıklarla takip edebilen katılımcılara göre daha yüksek bulunmuştur. Kişisel başarı alt boyutu ele alındığında ise bazen ve daha sık aralıklarla yayınları takip edebilen katılımcılar hiç takip edemediğini ve çok nadiren takip edebildiğini söyleyenlere göre daha yüksek kişisel başarı düzeyine sahiptir ($p=0,003$). Mobbinge uğrayan ve bu konuda kararsız olan katılımcıların duygusal tükenme düzeyi($p<0,001$), duyarsızlaşma düzeyi($p=0,002$) ve Maslach Tükenmişlik Ölçeği toplam puanı ($p<0,001$) mobbinge uğradığını düşünmeyenlere daha yüksek olarak belirlenmiştir. Ayrıca mobbinge uğramayanların kişisel başarı düzeyi mobbinge uğrayan ve bu konuda kararsız kalanlara göre daha yüksek saptanmıştır ($p=0,002$) (Tablo 19).

Tablo 19. Katılımcıların Uzmanlık Bölümleriyle İlgili Düşüncelerine Göre Maslach Tükenmişlik Ölçeği (MTÖ) Puan Ortalamaları

| Değişkenler | n | Duygusal Tükenme | Duyarsızlaşma | Kişisel Başarı | MTÖ Toplam Puan |
|---|-----|-------------------|------------------|----------------|--------------------|
| | | Ort. ± SS. | Ort. ± SS. | Ort. ± SS. | Ort. ± SS. |
| Algılanan iş yükü | | | | | |
| Fazla/çok fazla/aşırı | 163 | 20,62±6,32 | 8,35±3,38 | 17,56±3,85 | 43,41±10,23 |
| Az/orta | 135 | 14,22±6,21 | 6,37±3,61 | 18,26±4,05 | 34,33±10,94 |
| p | | <0,001 | <0,001 | 0,120 | <0,001 |
| Bölümdeki faaliyetlerinin önceliğiyle ilgili düşünce | | | | | |
| Eğitim /araştırma diyenler | 76 | 14,65±6,67 | 6,32±3,57 | 18,05±3,95 | 34,92±10,62 |
| Sağlık hizmet sunumu diyenler | 179 | 18,89±6,80 | 7,90±3,71 | 17,77±4,9 | 41,01±11,62 |
| Kararsızlar | 43 | 17,82±7,13 | 7,44±2,87 | 18,06±3,39 | 39,21±10,53 |
| p | | <0,001* | 0,002** | 0,930 | <0,001** |
| Yayınları takip edebilme durumu | | | | | |
| Hiç/çok nadiren | 115 | 20,06±6,56 | 8,28±3,59 | 17,23±3,74 | 43,11±10,41 |
| Bazen/sıklıkla/her zaman | 183 | 16,55±7,25 | 7,01±3,53 | 18,54±4,00 | 37,01±11,66 |
| p | | <0,001 | 0,006 | 0,003 | <0,001 |
| Mobbinge uğrama durumu | | | | | |
| Uğramayanlar | 165 | 15,78±6,93 | 6,90±3,41 | 18,67±4,19 | 36,01±11,508 |
| Uğrayanlar ve kararsızlar | 133 | 20,53±6,63 | 8,23±3,70 | 17,24±3,49 | 43,53±10,26 |
| p | | <0,001 | 0,002 | 0,002 | <0,001 |

* Yapılan post-hoc analizlerde istatistiksel anlamlılığın kaynaklandığı ikililer 1-2; 1-3

**Yapılan post-hoc analizlerde istatistiksel anlamlılığın kaynaklandığı ikili 1-2

Araştırmaya katılanların çalıştığı bölümde şiddete uğrama ve şikayet edilme durumları ile Maslach Tükenmişlik Ölçeği puanları arasındaki ilişki ele alınmıştır. Sözlü/psikolojik şiddet durumlarına bakıldığında şiddete uğramış olan katılımcıların duygusal tükenme düzeyi, duyarsızlaşma düzeyi ve Maslach Tükenmişlik Ölçeği toplam puanı hiç şiddet yaşamayanlara göre daha yüksek olarak bulunmuştur ($p<0,001$). Bölümde çalışırken fiziksel şiddete maruz kalan katılımcılara kıyasla hiç fiziksel şiddet yaşamayanların duyarsızlaşma düzeyi ($p=0,017$) ve Maslach Tükenmişlik Ölçeği toplam puanı ($p=0,035$) daha yüksek saptanmıştır. Bölümde görev yaptığı süreçte şikayet edilenlerin duygusal tükenme düzeyi, duyarsızlaşma düzeyi ve Maslach Tükenmişlik Ölçeği toplam puanı şikayet almayanlara göre daha yüksektir ($p<0,001$) (Tablo 20).

Tablo 20. Katılımcıların Bölümlerinde Şiddete Uğrama ve Şikayet Edilme Durumlarına Göre Maslach Tükenmişlik Ölçeği (MTÖ) Puan Ortalamaları

| Değişkenler | n | Duygusal Tükenme | Duyarsızlaşma | Kişisel Başarı | MTÖ Toplam Puan |
|--|-----|------------------|------------------|----------------|------------------|
| | | Ort. ± SS. | Ort. ± SS. | Ort. ± SS. | Ort. ± SS. |
| Sözlü/psikolojik şiddet yaşama durumu | | | | | |
| Yaşayanlar | 210 | 19,47±6,72 | 8,15±3,46 | 18,00±3,64 | 41,62±10,89 |
| Hiç yaşamayanlar | 88 | 14,17±6,92 | 5,93±3,45 | 18,13±4,62 | 33,98±11,43 |
| p | | <0,001 | <0,001 | 0,552 | <0,001 |
| Fiziksel şiddet yaşama durumu | | | | | |
| Yaşayanlar | 34 | 19,76±8,09 | 8,68±3,55 | 17,15±3,35 | 43,29±12,53 |
| Hiç yaşamayanlar | 264 | 17,66±7,04 | 7,34±3,58 | 18,15±4,01 | 38,86±11,37 |
| p | | 0,118 | 0,017 | 0,167 | 0,035 |
| Şikayet edilme durumu | | | | | |
| Edilenler | 99 | 20,15±6,37 | 8,84±3,35 | 18,10±3,97 | 42,89±10,39 |
| Edilmeyenler | 199 | 16,78±7,32 | 6,83±3,54 | 18,00±3,95 | 37,61±11,75 |
| p | | <0,001 | <0,001 | 0,966 | <0,001 |

Katılımcıların hekimlik mesleğinin geleceğine dair kaygıları ve ülkemizde son zamanlarda hekimlikle ilgili atılan adımları değerlendirmeleri ile Maslach Tükenmişlik Ölçeği puanları arasındaki ilişki incelenmiştir. Mesleksel gelecek konusunda çok kaygılanan katılımcıların duygusal tükenme düzeyi, duyarsızlaşma düzeyi ve Maslach Tükenmişlik Ölçeği toplam puanı bu konuda az kaygılananlar ve

kaygısı olmayanlara kıyasla daha yüksektir ($p<0,001$). Hekim maaşlarındaki son düzenlemelerle ilgili düşüncesi ‘kesinlikle yetersiz’ yönünde olanların düzenlemelerin yeterli olduğunu ve yetersiz bulsa da bir adım atıldığını düşünenlere göre duygusal tükenme düzeyi($p<0,001$), duyarsızlaşma düzeyi($p=0,006$) ve Maslach Tükenmişlik Ölçeği toplam puanı ($p<0,001$)daha yüksek olarak tespit edilmiştir. Katılımcıların hekim mesai saatleri ve nöbet sayılarındaki son düzenlemelerle ilgili düşüncesi sorgulandığında yeterli olduğu fikrindekilere ve yetersiz olsa da bir adım atıldığını söyleyenlere kıyasla atılan adımların kesin bir şekilde yetersiz olduğunu düşünenlerin duygusal tükenme düzeyi daha tespit edilmiştir ($p=0,020$) (Tablo 21).

Tablo 21. Katılımcıların Mesleki Gelecek Kaygıları ve Ülkemizde Hekimlikle İlgili Atılan Adımları Değerlendirmelerine Göre Maslach Tükenmişlik Ölçeği (MTÖ) Puan Ortalamaları

| Değişkenler | n | Duygusal Tükenme | Duyarsızlaşma | Kişisel Başarı | MTÖ Toplam Puan |
|---|-----|------------------|------------------|----------------|------------------|
| | | Ort. ± SS. | Ort. ± SS. | Ort. ± SS. | Ort. ± SS. |
| Mesleki geleceğe dair kaygı durumu | | | | | |
| Çok kaygılananlar | 145 | 21,00±6,27 | 8,46±3,30 | 17,97±3,83 | 43,49±10,16 |
| Az kaygılananlar ve kaygısı olmayanlar | 153 | 14,97±6,77 | 6,59±3,64 | 18,10±4,07 | 35,46±11,49 |
| p | | <0,001 | <0,001 | 0,722 | <0,001 |
| Hekim maaşlarındaki son düzenlemelerle ilgili düşünce | | | | | |
| Kesinlikle yetersiz diyenler | 137 | 19,79±6,84 | 8,08±3,59 | 18,19±3,88 | 41,68±11,10 |
| Yeterli/bir adım atıldı ama yetersiz diyenler | 161 | 16,30±7,11 | 7,00±3,54 | 17,90±4,01 | 37,40±11,63 |
| p | | <0,001 | 0,006 | 0,641 | <0,001 |
| Hekim mesai saatleri/nöbet sayılarındaki son düzenlemelerle ilgili düşünce | | | | | |
| Kesinlikle yetersiz diyenler | 102 | 19,26±7,18 | 7,75±3,29 | 18,15±3,96 | 40,86±11,57 |
| Yeterli/bir adım atıldı ama yetersiz diyenler | 196 | 17,19±7,11 | 7,37±3,75 | 17,97±3,95 | 38,59±11,52 |
| p | | 0,020 | 0,303 | 0,664 | 0,119 |

Araştırmaya katılanların duygusal tükenme düzeyini etkileyen faktörleri belirlemeye yönelik yapılan çoklu analizde sigara içme durumu, sosyal etkinlik ve hobilere zaman ayırabilme durumu, uzmanlık alanı, nöbet varlığı, mobbinge uğrama durumu, sözlü/ fiziksel şiddete maruz kalma durumu, mesleksel geleceğe dair kaygı durumu değişkenleri ile duygusal tükenme düzeyi arasında ilişkili bulunmuştur. Sigara içenlerin içmeyenlere göre (B=3,222), sosyal etkinliklere ve hobilere hiç zamanı olmayanların zaman ayırabilenlere göre (B=4,852), cerrahi branşlarda görev yapanların cerrahi dışı alanlarda çalışanlara göre (B=4,109), nöbet tutanların tutmayanlara göre (B=3,221), mobbinge uğrayanların ve bu konuda kararsız kalanların mobbinge uğramadığını belirtenlere göre (B=4,368), çalışma sürecinde sözlü/psikolojik şiddete maruz kalanların bu durumu hiç yaşamayanlara göre (B=3,546), mesleksel geleceğe dair çok kaygılananların bu konuda az kaygılananlar ve kaygısı olmayanlara göre (B=5,674) duygusal tükenme düzeyi daha yüksek bulunmuştur (Tablo 22).

Tablo 22. Katılımcıların Duygusal Tükenme Düzeyini Etkileyen Faktörlere İlişkin Çoklu Doğrusal Regresyon Analiz Sonuçları

| Değişkenler | B | Standart Hata | P değeri | %95 Güven Aralığı | |
|---|-------|---------------|----------|-------------------|-----------|
| | | | | Alt sınır | Üst sınır |
| Sigara içme durumu | | | | | |
| İçmeyenler (referans) | - | - | - | - | - |
| İçenler | 3,221 | 1,557 | 0,041 | 0,132 | 6,310 |
| Sosyal etkinlik/hobilere zaman ayırabilme durumu | | | | | |
| Zaman ayırabilenler(referans) | - | - | - | - | - |
| Hiç zamanı olmayanlar | 4,852 | 1,558 | 0,002 | 1,760 | 7,943 |
| Uzmanlık alanı | | | | | |
| Cerrahi dışı branşlar(referans) | - | - | - | - | - |
| Cerrahi branşlar | 4,109 | 1,873 | 0,031 | 0,392 | 7,826 |
| Nöbet tutma durumu | | | | | |
| Nöbet tutmayanlar(referans) | - | - | - | - | - |
| Nöbet tutanlar | 3,221 | 1,288 | 0,014 | 0,665 | 5,777 |
| Mobbinge uğrama durumu | | | | | |
| Uğramayanlar(referans) | - | - | - | - | - |
| Uğrayanlar ve kararsızlar | 4,368 | 1,132 | <0,001 | 2,120 | 6,615 |
| Sözlü/psikolojik şiddet yaşama durumu | | | | | |
| Hiç yaşamayanlar(referans) | - | - | - | - | - |
| Yaşayanlar | 3,546 | 1,147 | 0,003 | 1,270 | 5,823 |
| Mesleksel geleceğe dair kaygı durumu | | | | | |
| Az kaygılananlar ve kaygılanmayanlar (referans) | - | - | - | - | - |
| Çok kaygılananlar | 5,674 | 1,072 | <0,001 | 3,546 | 7,802 |
| R² | 0,491 | | | | |
| Düzeltilmiş R² | 0,455 | | | | |

Backward lineer regresyon analizi yapılmış olup modele gelir durumu, çocuk varlığı, sigara içme alışkanlığı, sosyal etkinlik ve hobilere zaman ayırabilme durumu, uzmanlık alanı, nöbet tutma durumu, meslek seçiminden dolayı pişmanlık duyma durumu, bölüm seçiminden dolayı pişmanlık duyma durumu, algılanan iş yükü, yayınları takip edebilme durumu, mobbinge uğrama durumu, sözlü şiddet yaşama durumu ve mesleksel gelecek kaygısı durumu değişkenleri eklenmiştir.

Çalışmaya katılanların duyarsızlaşma düzeyinde etkili faktörlerin belirlenmesi için çoklu analiz yapılmıştır. Yapılan analiz sonucunda bölüm seçimi konusunda pişmanlık duyma durumu, kişinin algıladığı iş yükü, sözlü/ psikolojik şiddet yaşama durumu, mesleksel gelecek konusunda endişelenme ile duyarsızlaşma düzeyi arasında ilişki belirlenmiştir. Bölüm seçiminden pişmanlık duyan katılımcıların pişman olmayanlara göre (B=1,045), iş yükünü fazla/ çok fazla/aşırı olarak değerlendirenlerin az/ orta bulanlara göre (B=1,238), sözlü/psikolojik şiddetle karşı karşıya kalanların bu durumu hiç yaşamayanlara göre (B=1,222), mesleksel geleceğe dair çok

kaygılananların kaygısı az olanlara ve hiç kaygılanmayanlara göre (B=1,169) duyarsızlaşma düzeyi daha yüksek tespit edilmiştir (Tablo 23).

Tablo 23. Katılımcıların Duyarsızlaşma Düzeyini Etkileyen Faktörlere İlişkin Çoklu Doğrusal Regresyon Analiz Sonuçları

| Değişkenler | B | Standart Hata | P değeri | %95 Güven Aralığı | |
|---|-------|---------------|----------|-------------------|-----------|
| | | | | Alt sınır | Üst sınır |
| Bölüm seçiminden pişmanlık duyma durumu | | | | | |
| Pişman olmayanlar(referans) | - | - | - | - | - |
| Pişman olanlar | 1,045 | 0,481 | 0,031 | 0,099 | 1,992 |
| Algılanan iş yükü | | | | | |
| Az/orta (referans) | - | - | - | - | - |
| Fazla/çok fazla/aşırı | 1,238 | 0,434 | 0,005 | 0,384 | 2,092 |
| Sözlü/psikolojik şiddet yaşama durumu | | | | | |
| Hiç yaşamayanlar(referans) | - | - | - | - | - |
| Yaşayanlar | 1,222 | 0,462 | 0,009 | 0,314 | 2,131 |
| Mesleksel geleceğe dair kaygı durumu | | | | | |
| Az kaygılananlar ve kaygılanmayanlar (referans) | - | - | - | - | - |
| Çok kaygılananlar | 1,169 | 0,396 | 0,003 | 0,390 | 1,948 |
| R² | 0,189 | | | | |
| Düzeltilmiş R² | 0,172 | | | | |

Backward lineer regresyon analizi yapılmış olup modele sosyal etkinlik ve hobilere zaman ayırabilme durumu, bölüm seçiminden dolayı pişmanlık duyma durumu, algılanan iş yükü, yayınları takip edebilme durumu, mobbinge uğrama durumu, sözlü şiddet yaşama durumu, fiziksel şiddet yaşama durumu ve mesleksel gelecek kaygısı durumu değişkenleri eklenmiştir.

Katılımcıların kişisel başarı düzeyini etkileyen faktörleri belirlemek için çoklu analiz yapılmıştır. Cinsiyet, sosyal etkinlik/hobilere zaman ayırabilme durumu, mobbinge uğrama durumu, yayınları takip edebilme durumu değişkenleriyle kişisel başarı düzeyi arasında ilişki saptanmıştır. Erkeklerin kadınlara göre (B=1,303), sosyal etkinliklere/hobilere ayıracak zaman bulabilenlerin hiç zamanı olmayanlara göre (B=1,394), mobbinge uğramayanların uğradığını düşünenler ve kararsız kalanlara göre (B= 0,946), bazen/ sıklıkla/ her zaman yayınları takip edebildiğini söyleyenlerin çok nadiren takip edebilenler/ hiç takip edemeyenlere göre (B=0,992) kişisel başarı düzeyi yüksek saptanmıştır (Tablo 24).

Tablo 24. Katılımcıların Kişisel Başarı Düzeyini Etkileyen Faktörlere İlişkin Çoklu Doğrusal Regresyon Analiz Sonuçları

| Değişkenler | B | Standart Hata | P değeri | %95 Güven Aralığı | |
|---|-------|---------------|----------|-------------------|-----------|
| | | | | Alt sınır | Üst sınır |
| Cinsiyet | | | | | |
| Kadın (referans) | - | - | - | - | - |
| Erkek | 1,303 | 0,451 | 0,004 | 0,416 | 2,190 |
| Sosyal etkinlik/hobilere zaman ayırabilme durumu | | | | | |
| Hiç zamanı olmayanlar(referans) | - | - | - | - | - |
| Zaman ayırabilenler | 1,394 | 0,584 | 0,018 | 0,245 | 2,542 |
| Mobbinge uğrama durumu | | | | | |
| Uğrayanlar ve kararsızlar(referans) | - | - | - | - | - |
| Uğramayanlar | 0,946 | 0,453 | 0,038 | 0,055 | 1,837 |
| Yayınları takip edebilme durumu | | | | | |
| Hiç/çok nadiren (referans) | - | - | - | - | - |
| Bazen/sıklıkla/her zaman | 0,992 | 0,456 | 0,030 | 0,095 | 1,890 |
| R² | 0,107 | | | | |
| Düzeltilmiş R² | 0,091 | | | | |

Backward linear regresyon analizi yapılmış olup modele cinsiyet, alkol kullanım durumu, sosyal etkinlik ve hobilere zaman ayırabilme durumu, bölüm seçiminden dolayı pişmanlık duyma durumu, yayınları takip edebilme durumu, mobbinge uğrama durumu değişkenleri eklenmiştir.

Araştırmaya katılanların Maslach Tükenmişlik Ölçeğinde aldığı toplam puana etki eden değişkenleri belirlemek için çoklu analiz yapılmıştır. Analiz sonucunda sosyal etkinliklere/ hobilere zaman ayırabilme durumu, nöbet varlığı, mobbinge uğrama durumu, sözlü/psikolojik şiddet yaşama durumu, fiziksel şiddet yaşama durumu, mesleksel geleceğe dair kaygı durumu ile ölçekten alınan toplam puan arasında ilişki görülmüştür. Sosyal etkinliklere/ hobilere hiç zaman ayıramayanların ayıracak zaman bulabilenlere göre (B=10,621), nöbet tutanların tutmayanlara göre (B=5,483), mobbinge uğrayanların ve bu hususta kararsız kalanların mobbinge uğramayanlara göre (B=6,787), sözlü/psikolojik şiddet yaşayanların hiç yaşamayanlara göre (B=4,606), fiziksel şiddete maruz kalanların bu durumu hiç tecrübe etmeyenlere göre (B=10,759), mesleksel gelecek ile ilgili çok kaygısı olanların az kaygısı olanlar ve kaygılanmayanlara göre (B=7,013) Maslach Tükenmişlik Ölçeğinden aldığı toplam puan daha yüksek olarak bulunmuştur (Tablo 25).

Tablo 25. Katılımcıların Maslach Tükenmişlik Ölçeği Toplam Puanını Etkileyen Faktörlere İlişkin Çoklu Doğrusal Regresyon Analiz Sonuçları

| Değişkenler | B | Standart Hata | P Değeri | %95 Güven Aralığı | |
|---|--------|---------------|----------|-------------------|-----------|
| | | | | Alt Sınır | Üst Sınır |
| Sosyal etkinlik/hobilere zaman ayırabilme durumu | | | | | |
| Zaman ayırabilenler(referans) | - | - | - | - | - |
| Hiç zamanı olmayanlar | 10,621 | 2,594 | <0,001 | 5,474 | 15,768 |
| Nöbet durumu | | | | | |
| Nöbet tutmayanlar (referans) | - | - | - | - | - |
| Nöbet tutanlar | 5,483 | 2,185 | 0,014 | 1,147 | 9,819 |
| Mobbinge uğrama durumu | | | | | |
| Uğramayanlar (referans) | - | - | - | - | - |
| Uğrayanlar ve kararsızlar | 6,787 | 1,859 | <0,001 | 3,098 | 10,476 |
| Sözlü/psikolojik şiddet yaşama durumu | | | | | |
| Hiç yaşamayanlar(referans) | - | - | - | - | - |
| Yaşayanlar | 4,606 | 1,955 | 0,020 | 0,728 | 8,484 |
| Fiziksel şiddet yaşama durumu | | | | | |
| Hiç yaşamayanlar (referans) | - | - | - | - | - |
| Yaşayanlar | 10,759 | 3,978 | 0,008 | 2,866 | 18,653 |
| Mesleki geleceğe dair kaygı durumu | | | | | |
| Az kaygılananlar ve kaygılanmayanlar (referans) | - | - | - | - | - |
| Çok kaygılananlar | 7,013 | 1,834 | <0,001 | 3,375 | 10,652 |
| R² | 0,439 | | | | |
| Düzeltilmiş R² | 0,405 | | | | |

Backward lineer regresyon analizi yapılmış olup modele sosyal etkinlik ve hobilere zaman ayırabilme durumu, nöbet tutma durumu, meslek seçiminden dolayı pişmanlık duyma durumu, bölüm seçiminden dolayı pişmanlık duyma durumu, algılanan iş yükü, yayınları takip edebilme durumu, mobbinge uğrama durumu, sözlü şiddet yaşama durumu, fiziksel şiddet yaşama durumu ve mesleki gelecek kaygısı durumu değişkenleri eklenmiştir.

TARTIŞMA

Bu çalışmaya katılan araştırma görevlisi hekimlerin tükenmişlik düzeylerinin orta seviyede olduğu tespit edilmiştir. Maslach Tükenmişlik Ölçeği (MTÖ) duygusal tükenme alt boyutundan alınan ortalama puan 17,9 (MTÖ duygusal tükenme alt boyutundan alınabilecek puan 0-36 arası); duyarsızlaşma alt boyutundan alınan ortalama puan 7,5 (MTÖ duyarsızlaşma alt boyutundan alınabilecek puan 0-20 arası); kişisel başarı alt boyutundan alınan ortalama puan 18,0 (MTÖ kişisel başarı alt boyutundan alınabilecek puan 0-32 arası) ve ölçekten alınan toplam puan ortalaması 39,4 (MTÖ toplam alınabilecek puan 0-88 arası) olarak bulunmuştur. Türkiye sınırları içerisinde bu araştırmaya benzer popülasyonlarda yapılan çalışmalarda Maslach Tükenmişlik Ölçeği duygusal tükenme alt boyutundan alınan ortalama puanlar 15,4 ile 28,0; duyarsızlaşma alt boyutundan alınan ortalama puanlar 4,3 ile 14,5; kişisel başarı alt boyutundan alınan ortalama puanlar 11,0 ile 29,0 ve ölçekten alınan toplam puan ortalamaları 31,8 ile 53,4 arasında değişmektedir. Ülkemizde aynı konuda yapılmış benzer çalışmalarda bu çalışmanın sonuçlarına yakın ortalama puanlar elde edilmiştir. Literatürdeki benzer çalışmalarda Maslach Tükenmişlik Ölçeğinden alınan puanlar ve bu çalışmanın sonuçları Tablo 25'te gösterilmiştir.

Tablo 26. Türkiye’de Yapılmış Benzer Çalışmaların Sonuçları

| Araştırmayı yapan kişi/kişiler | Araştırmanın Yapıldığı Yer / Yıl | Araştırma Grubu | Maslach Tükenmişlik Ölçeğinden Alınan Puan Ortalamaları* | | | |
|--------------------------------|----------------------------------|-------------------------------|--|--------------|---------------|-------------|
| | | | DT alt boyutu | D alt boyutu | KB alt boyutu | Toplam Puan |
| Bu çalışma | Denizli/2023 | 298 arş.gör.dr | 17,9 | 7,5 | 18,0 | 39,4 |
| Sarı (98) | İzmir- Hatay/ 2022 | 382 int.dr ve arş.gör.dr | 20,6 | 7,8 | 14,1 | - |
| Yıldız ve ark. (99) | Türkiye / 2020 | 206 arş.gör.dr | 22,7 | 9,8 | 18,8 | - |
| Gündoğdu(100) | Sivas/ 2019 | 227 arş.gör.dr | 17,8 | 7,9 | 14,2 | 40,1 |
| Köylü (101) | Kütahya/ 2019 | 239 İnt dr ve dr | 18,6 | 8,3 | 15,6 | - |
| Karavaşin(102) | Ankara/ 2019 | 168 Acil tıp arş.gör.dr | 21,5 | 10,6 | 19,9 | - |
| Topel (103) | Ankara/ 2019 | 206 arş.gör.dr | 19,3 | 8,7 | 13,7 | - |
| Altınsoy (104) | İzmir/ 2019 | 152 acil tıp arş.gör.dr | 23,1 | 11,1 | 19,0 | - |
| Koçyiğit (105) | İstanbul/ 2019 | 144 dr | 21,7 | 14,5 | 20,0 | 53,4 |
| Samancı (106) | Samsun/ 2018-2019 | 299 aile hekimi | 15,6 | 5,2 | 11,0 | 31,8 |
| Güleç Kalamam (107) | İstanbul/ 2018-2019 | 592 dr | 18,5 | 8,0 | 19,4 | - |
| Çete (108) | İzmir/ 2018 | 290 arş.gör.dr | 17,3 | 7,5 | 19,4 | - |
| Yavuzekinci (109) | Ankara/ 2018 | 207 **anestezi dr ve tekniker | 17,6 | 4,9 | 23,7 | - |
| Kırmızıgül (110) | Denizli/ 2017-2018 | 416 int dr ve arş.gör.dr | 18,5 | 7,1 | 20,6 | - |
| Uyar (111) | Edirne/ 2017 | 248 arş.gör.dr | 29,2 | 7,2 | 27,6 | - |
| Cenik (112) | Samsun/ 2017 | 175 arş.gör.dr | 16,0 | 7,0 | 20,2 | - |
| Bıçak (113) | Zonguldak/ 2017 | 300***arş.gör.dr ve hemşire | 15,4 | 6,2 | 23,4 | - |
| Hürşitoğlu (114) | Kahramanmaraş/ 2017 | 147 arş.gör.dr | 20,0 | 7,0 | 21,0 | - |
| Kaygısuz (115) | Isparta/2016 | 153 arş.gör.dr | 26,7 | 11,9 | 29,0 | - |
| Polat (116) | İstanbul/ 2016 | 177 dr | 19,7 | 7,6 | 18,6 | - |
| Atik (117) | Türkiye/ 2016 | 352 göğüs hastalıkları dr | 19,8 | 7,5 | 11,6 | - |
| Kütük (118) | Kars/ 2014 | 69 dr | 20,0 | 8,4 | 12,7 | - |
| Armutlukuyu (119) | Konya/ 2014 | 894 ögr. üyesi arş.gör.dr | 16,4 | 6,2 | 20,3 | - |
| Kaya ve ark. (120) | Kayseri/ 2014 | 143 aile hekimi | 16,1 | 4,3 | 21,0 | - |
| Toker (121) | Türkiye/ 2013 | 167 acil tıp arş.gör.dr | 21,3 | 10,2 | 19,8 | - |
| Özkan (122) | Mersin/ 2012 | 190 arş.gör.dr | 28,0 | 12,0 | 20,0 | - |
| Yılmaz (123) | Ankara / 2009 | 360 arş.gör.dr | 17,1 | 6,7 | 13,1 | 36,9 |

*DT: Duygusal Tükenme D:Duyarsızlaşma KB: Kişisel başarı TR: Türkiye

** araştırma görevlisi doktor olarak çalışan 149 kişinin verileri

*** araştırma görevlisi doktor olarak çalışan 129 kişinin verileri

Çalışma bulgularına göre cinsiyet, sigara içme alışkanlığı, sosyal etkinlik/hobilere zaman ayırabilme durumu, uzmanlık alanı, nöbet tutma, bölüm seçiminden pişmanlık duyma durumu, algılanan iş yükü, alanla ilgili çıkan yayınları/ mevcut gelişmeleri takip edebilme durumu, mobbinge uğrama durumu, sözlü/psikolojik şiddete maruz kalma, fiziksel şiddet yaşama ve mesleki geleceğe dair kaygı durumu değişkenleri ile tükenmişliğin en az bir boyutunun veya ölçek toplam puanının anlamlı ilişkisi olduğu saptanmıştır.

Tükenmişlik ve cinsiyet arasındaki ilişki ele alındığında, erkek araştırma görevlisi hekimlerin kişisel başarıları kadın hekimlere göre daha yüksek bulunmuştur. Başka bir deyişle kadın katılımcıların kişisel başarı açısından erkeklere göre daha tükenmiş oldukları belirlenmiştir. Çalışan kadınların işten kalan zamanlarında aile ve sosyal hayatlarında da yoğun bir tempo içerisinde buldukları bilinen bir gerçektir. Hekimlik yaparken bir yandan da ev hanımı rolünü gerçekleştirmek durumunda kalmaktadırlar. Özellikle ataerkil bir yapıya sahip ülkemizde kadınlara düşen sorumluluklar erkeklere kıyasla çok daha fazla olmaktadır. Bir yandan iş dışı durumların getirdiği yükler bir yandan her ne kadar geçmişe kıyasla daha iyi bir noktaya gelmiş olsa da tam bir toplumsal cinsiyet eşitliğinin sağlanamadığı günümüzde kadın erkek çatışması altında çalışmak durumunda kalmak, kadın araştırma görevlisi hekimlerin kendisini mesleki anlamda eksik ve yetersiz görmesine sebep olmuş olabilir. Kanaatimce bu sonuç kadın hekimlerimizin başarısızlığından değil aksine mesleklerini icra ederken kendilerini hep daha iyi bir noktada görmek istemelerinden kaynaklanmış olabilir. Ayrıca kadınların genel olarak erkeklere kıyasla daha mükemmeliyetçi çabaları da kişisel başarı hissinde düşüklüğe sebep olmuş olabilir. Gündoğdu (100), Aslan(12), Yıldız(99), Yılmaz(123), Karlıdağ(124), Armutlukuyu(119), Havle ve ark.(125), Altınsoy(104), Kalaman(107), Prieto(126) , Grassi ve ark.(127), Sünter (128)yaptıkları çalışmalarda bu bulguya paralel yönde erkek hekimlerin kadın hekimlere göre kişisel başarı puanının daha yüksek olduğunu, kadınların kişisel başarı noktasında daha tükenmiş durumda olduklarını saptamışlardır. Cinsiyet ve tükenmişlik ilişkisine bakıldığında aksi yönde sonuçlar elde eden çalışmalar da bulunmaktadır. Taycan(129), Pejušković ve ark. Sırbistan'da (130), Köylü(101) , Sarı(98) , Acimis(131) yaptıkları araştırmalarda erkek katılımcılar kişisel başarı açısından kadınlara göre daha tükenmiş durumda bulunmuştur. Literatürde

kadın ve erkekler karşılaştırıldığında Maslach Tükenmişlik Ölçeğinin kişisel başarı hissi alt boyutunda istatistiksel olarak anlamlı fark bulmayan birçok çalışma mevcuttur (6,29,102,103,105,106,109–111,113–115,117,118,120–122,132–138).

Sigara içme alışkanlığıyla duygusal tükenme arasında anlamlı bir ilişki belirlenmiş olup, sigara içenlerin içmeyenlere göre daha fazla duygusal tükenme yaşadığı saptanmıştır. Dündar ve ark. tarafından, yapılan çalışmada bu sonuca benzer şekilde , yüksek tükenmişlik düzeyine sahip hekimlerde sigara kullanma riskinin daha yüksek olduğu bulunmuştur (139) . Avrupa’da 12 ülkede 1393 hekimle yapılan bir çalışmada artmış sigara kullanımının tükenmişlik ile çok güçlü ilişkisi olduğu belirlenmiştir (140). Benzer şekilde Atik de çalışmasında aktif sigara içme durumunun duygusal tükenmeyle ilişkili olduğunu saptamıştır (117) . Yıldız ve ark. duygusal tükenme düzeyinin sigara kullanımı oranını artırdığını belirtmişlerdir (141). Uyar (111), Armutlukuyu (119), Beyhan ve ark. (142), Topel (103)Çete (108) Kütük(118) tarafından yapılan araştırmalarda sigara içen katılımcıların sigara içmeyenlere göre daha yüksek duygusal tükenmişlik içerisinde oldukları tespit edilmiştir. Bu bulgunun aksi yönde Yavuzekinci çalışmasında sigara kullananlardaki duygusal tükenme puanı yüksek olanların oranının daha düşük olduğunu tespit etmiştir (109) . Tükenmişlik ve sigara kullanımı arasındaki ilişki incelendiğinde, sigara içenler ve içmeyenler arasında duygusal tükenme açısından anlamlı fark olmadığı görülen çalışmalara da rastlanmaktadır (3,29,98,101,102,104,121,122,133,136,143–148).

Türkiye Psikiyatri Derneği, sigaranın daha çok alışkanlık yapıcı daha az zevk verici bir bağımlılık türü olarak kabul edildiğini beyan etmektedir (149). Bu bilgidен yola çıkarak sigaranın zevk ve tatmin duygusu yaratmaktan öte tekrarlanan sağlık düşmanı bir hareket olduğu yorumuna varabiliriz. Ayrıca psikiyatri hastalarında genel nüfusa göre sigara içmenin ve nikotin bağımlılığının daha çok görüldüğü dernek tarafından bildirilmektedir (149). Tükenmişliği bir anlamda insanın aşama aşama psikolojik çöküşü olarak düşünürsek, sigara içen katılımcıların daha yüksek tükenmişlik düzeyine sahip olması şaşırtıcı bir bulgu değildir. Sigara içmenin bir kereyle başlayıp süreç içerisinde alışkanlık ve bağımlılığa dönüştüğü bilinen bir gerçektir. Sigara kullanımını sorunlarından kaçış için bir durak olarak gören kişilerin tükenmişliğe karşı savunmasız oldukları düşünülebilir. Başka bir pencereden bakmak

gerekirse zaten tükenmişlik yaşayan kişiler sağlıklarını tehlikeye atacak durumlara karşı daha cesur olabilirler.

Çalışmaya katılanlar sosyal etkinliklere, hobilerine zaman ayırabilme açısından ele alındığında; hiç zamanı olmadığını belirtenlerin Maslach Tükenmişlik Ölçeği toplam puanı ve duygusal tükenme boyutundan elde ettikleri puan sosyal etkinliklere, hobilere zaman ayırabildiğini söyleyenlere göre anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Kısacası sosyal etkinliklere hobilerine hiç zaman ayıramayan katılımcıların zaman ayırabilenlere göre duygusal yönden daha tükenmiş durumda oldukları saptanmıştır. Ayrıca kişisel başarı boyutunun da bu değişkenle ilişkisi bulunmuştur. Sosyal etkinliklere, hobilerine zaman ayırabilen kişilerin hiç zamanı olmayanlara göre kişisel başarı puanı anlamlı derecede yüksek belirlenmiştir. Bu puan farkı, hiç zamanı olmadığını düşünenlerin kişisel başarı noktasında daha tükenmiş durumda olduklarını göstermektedir. Bu bulguyla paralel olarak Sarı'nın araştırmasında, hobilerine yeterli vakit ayırabildiğini belirten katılımcıların ayıramayanlara göre; sosyal etkinliklere katılımının yeterli olduğunu düşünenlerin düşünmeyenlere göre duygusal tükenmişlik düzeyi daha düşük olarak raporlanmıştır (98). Yılmaz hobisi olmayan katılımcıların Maslach Tükenmişlik Ölçeği tüm alt boyutlarında ve toplam puanda hobisi olanlara göre daha tükenmiş seviyede olduğunu belirtmiştir (123). Polat da çalışmasında hobilerine vakit ayıramayan, sosyal etkinliklere katılmayan kişilerin duygusal tükenme düzeyinin daha yüksek olduğunu sonuçlamıştır (136). Bu sonucu destekler nitelikte Gündoğdu, çalışmasında hobisini terk edenlerin duygusal tükenmişliğinin daha fazla ve hobisi olmayan kişilerin kişisel başarı açısından daha tükenmiş durumda olduğunu saptamıştır (100). Armutlukuyu da herhangi bir hobisi olanların olmayanlara göre duygusal tükenme puanını düşük, kişisel başarı puanını ise daha yüksek tespit etmiştir (119). Hobisi olan kişilerin olmayanlarla kıyaslandığında daha az duygusal tükenmişlik içerisinde olduğunu Kütük de kendi çalışmasında belirtmiştir (118) Budak ve Sürvegil hobileri ile düzenli ilgilenen ve yeterli vakit ayıranlarda tükenmişliğin kontrol altına alınabilmesi ve ilerlemesinin engellenebilmesinin mümkün olduğunu ifade etmişlerdir (53). Literatürde hobi ile uğraşmanın tükenmişliğe yatkınlığı azalttığını ifade eden başka çalışmalar da mevcuttur (109,133,142,150). Bununla birlikte Turgut çalışmasında, hobi sahibi olma ve hobilerini yapma sıklığı ile tükenmişlik arasında ilişki bulunmadığını belirtmiştir (6).

Çete tarafından sosyal etkinliklere yeterince katılmadıklarını belirtenlerin daha fazla duygusal tükenme içerisinde, kişisel başarılarının ise daha düşük olduğu saptanmıştır (108). Uyar da , sosyal aktivitelere katılmayanların duygusal tükenme puanının daha yüksek olduğunu çalışmasında gösteren araştırmacılardan biridir (111). Köylü'nün çalışması sonucunda, benzer şekilde sosyal etkinliklere katılıp katılmama durumuyla kişisel başarı düzeyi arasında ilişki varlığı gösterilmiştir (101). Yine Fransa'da yapılan bir çalışmada sosyal aktivite yapmak tükenmişliğe karşı koruyucu bir faktör olarak beyan edilmiştir(151). Hem yurt içi hem yurt dışı birçok yayında sosyal aktivitelerin tükenmişliği önleyici yanlarına dikkat çekilmektedir (2,97,121,129,152,153). Kişinin hobilerine, sosyal aktivitelere zaman ayırması; aslında kendine vakit yaratabilmesi, kişisel zaman oluşturabilmesi anlamlarına gelmektedir. Cenik tarafından kişinin kendisine ayırdığı vakit ile tükenmişlik düzeyi ele alındığında, kendine vakit ayıramadığını düşünenler kendine vakit ayırabilenlere kıyasla duygusal tükenme skoru daha yüksek iken kişisel başarı skoru önemli derecede düşük bulunmuştur (112). Ülkemizde ve dünyada birçok yazar tarafından bireyin kendisine ayırdığı zamanın yetersiz olmasının, tükenmişliğin önemli yordayıcılarından biri olduğu deklare edilmektedir (154–160).

Bütün bu veriler ışığında hobilere, sosyal aktiviteye zaman ayırmak tükenmişlikten korunmak adına yapılabilecek eylemler arasında yer almaktadır. Kişinin hobileriyle ilgilendiği zamanların kendi ruh, mental ve fiziksel sağlığına yapılmış yatırım olduğu görüşündeyiz. İş yerinde olanları fikren ev hayatına da taşıyan katılımcı hobileriyle uğraş anında en azından bu düşüncelerden uzaklaşabilir. Bir nevi nefes almak olarak düşündüğümüz bu anların kişi tarafından yeterli bulunmasının tükenmişliği azaltması beklenen bir sonuçtur. Mecbur olduğu için değil sadece kendi isteğiyle zevk almak için bir şeyler yapmak insanın kendisine duyduğu saygıyı beraberinde getirirken tükenmişliği de bireyden uzaklaştırmaktadır. Benzer yorumlar sosyal aktivitelere katılım için de geçerliken; sosyal kelimesiyle durum, tek başınalıktan birden fazla kişiyle paylaşımaya dönüşmektedir. İnsanın sadece bedeninin doymasının varlığı ve gelişimi için yeterli olmadığı bilinen bir gerçektir. Sağlığın tanımını yaparken artık dilimizde yer etmiş, hafızalara kazınmış olsa da Dünya Sağlık Örgütü'ne göre sağlık kavramını hatırlamak yerinde olabilir. DSÖ tarafından 'sağlık' sadece hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, bedence, ruhça ve sosyal yönden tam

iyilik hali olarak tanımlanmaktadır (161). Kişinin sosyal yönden iyi olabilmesinin birden çok adımı olsa da; insanlarla bir araya gelmek, çeşitli aktivitelere katılmak, maddi manevi sevdikleriyle paylaşım içerisinde bulunmak temel taşlardan sayılabilir. Sosyal aktivitelere yeterince katılım sağlayabilen insanların kendini tükenmişliğin yıkıcı etkilerinden koruması öngörülen bir sonuçtur. Kişisel gözlemler, tecrübeler ve bilimsel verilerin yol göstericiliğinde diyebiliriz ki; hobilere, sosyal etkinliklere yeterli zaman ayırmak tükenmişlikten uzak kalabilmek adına yapılacak faaliyetler listesinde ilk sıralarda kendine yer bulmaktadır.

Katılımcıların uzmanlık alanlarına göre tükenmişlik düzeyleri arasında fark olup olmadığı öğrenilmek istendiğinde, cerrahi branşlarda görev alan araştırma görevlisi hekimlerin cerrahi alanlar dışında çalışanlara göre daha yüksek duygusal tükenmişliğe sahip oldukları saptanmıştır. Literatür tarandığında cerrahi alanlarda çalışan hekimlerin daha fazla duygusal tükenmişlik içerisinde bulunduğunu bildiren benzer çalışmalar olduğu görülmektedir (100,110–112,139,148,162–164). Amerika’da yapılan bir çalışmada, cerrahi branşta çalışan hekimlerin %40’ının çok şiddetli düzeyde duygusal tükenmişlik yaşadığı tespit edilmiştir (165). Chati ve ark. tarafından Fransa’da yapılan çalışmada benzer şekilde, mide cerrahlarında duygusal tükenme düzeyinin yüksek olduğu belirtilmiştir (151).

Çalışma planlanırken bulunması öngörülen bir sonuç olmakla birlikte yoruma açık bir bulgudur. Son zamanlarda hekimler arasında cerrahi branşların popülaritesinin azaldığı çarpıcı bir şekilde yüzümüze çarpmaktadır. Hekimlik özelinde bakıldığında mesleki tatminin doruk noktasına ulaşan cerrahi alanların bu yanına rağmen tercih edilmemesi ülkemiz açısından vurgulanması gereken bir durum olmakta ve birçok soru işaretini de beraberinde getirmektedir. ‘Günümüzde hekimler arasında cerrahi branşlar eskiye nazaran neden daha az tercih ediliyor?’ sorusuna verdiğimiz cevaplar aslında tükenmişlik ve uzmanlık alanı arasındaki ilişkiyi açıklar nitelikte olacaktır. Cerrahi alanlarda çalışan hekimlerin aldıkları riskler çok daha fazladır. Bu riskler yanında stres ile birlikte hekime geri dönüş yapmaktadır. Meslekte belirli mesai saatleri olmasına rağmen cerrahlarda bu saatlerin esnediği görülmektedir. Nöbetlerinin diğer branşlara göre daha yoğun geçmesi, geceleri çoğu zaman uyumaya fırsatlarının olmadığı cerrahlar tarafından çeşitli platformlarda dillendirilen durumlardır. Sadece nöbetlerde değil gün içerisinde poliklinik, yatan hasta servisi ve ameliyathane

hizmetleri sürecinde de yoğun tempo içerisinde çalışmaları gerekmektedir. Bahsettiğimiz bu durumlar cerrahi branşta görev yapan araştırma görevlisi hekimlerin diğer alandakilere göre daha tükenmiş durumda olmasını açıklayan faktörler arasında yer alabileceği düşüncesi içerisindeyiz. Bu sonucun aksine Can ve ark. cerrahi olmayan dallardaki araştırma görevlisi hekimlerin cerrahi branştakilere göre daha yüksek düzeyde tükenmişlik yaşadığını bulmuşlardır (15).

Bununla birlikte hekimlerin uzmanlık alanı ve duygusal tükenmişlik düzeyleri arasında ilişki saptamayan çalışmalar da olduğu bilinmektedir.(98,113,122). Uzmanlık alanı ve tükenmişlik ilişkisi hakkında farklı bulgular elde edilen çalışmalar mevcut olsa da genel anlamda bulgumuza paralel yönde sonuçların elde edildiği görülmüştür.

Hekimlik mesleğinden bahsedildiğinde akla ilk gelen kavramlardan biri nöbettir. Bu çalışmada nöbet tutmanın duygusal tükenme düzeyini ve Maslach Tükenmişlik Ölçeğinden alınan toplam puanı artırıcı etkisi olduğu tespit edilmiştir. Çok çeşitli meslek grupları bulunmakla birlikte nöbet tutan mesleklerin azınlıkta kaldığı görülmektedir. Bu azınlıktaki mesleklerin başında da hekimlik gelmektedir. Nöbet tutmak geceyi hastanede geçirmek demektir. İnsanın biyolojik ritme sahip bir canlı olduğu göz önüne alındığında uyuması gereken saatlerde çalışmak durumunda kalması tükenmişliği de peşinden getirebilmektedir. Nöbet esnasında belki uyuyabilme şansı bulan hekimlerin o şartlar altında ne kadar verimli uyuyabileceği de soru işaretidir. Gün içindeki yorgunluğun, stresin insanın doğası gereği dinlenmesi gereken gece vaktinde de devam etmesi sebebiyle, nöbetin tükenmenin önünü açtığı düşünülmektedir. Geceyi hastanede geçiren hekimlerin ertesi gün ise gündüzü uykuyla geçirmesi olağandır, bu da beraberinde uyku düzensizliğini getirebilir. İnsanın gelişimi için yemek, içmek kadar mühim bir noktada bulunan uykunun yetersizliği ve niteliksizliği tükenmeye karşı daha savunmasız kişiler meydana getirebilir. Çan (148), Köylü(101), Koşan ve ark.(166) Polat(136), Yavuzekinci (109) Oğuzberk (135)Topel (103) de çalışmalarında benzer şekilde nöbet tutanların tutmayanlara göre daha fazla duygusal tükenmişlik yaşadığını bulmuşlardır. Ayrıca artan nöbet sayısı ile birlikte duygusal tükenme skorunun da yükseldiğini gösteren çalışmalar bulunmaktadır (99,108,111,112,114,119,122,159,167) Literatür incelendiğinde nöbet tutma ve duygusal tükenmişlik arasındaki ilişki noktasında zıt bulguya rastlanmamıştır. Ancak

Turgut ve ark. (6), Kayğusuz (115) çalışmalarında nöbet durumu ve duygusal tükenme düzeyi arasında anlamlı bir ilişki saptamamışlardır.

Çalışmanın önemi bulgularından biri de, bölüm seçimi konusunda pişmanlık duyan araştırma görevlisi hekimlerin pişman olmayanlara göre daha yüksek duyarsızlaşma düzeyine sahip bulunmaları şeklinde belirtilmiştir. Bu değişken, çalışmaya katılanlara ‘Tekrar seçim yapma imkanınız olsa aynı bölümü tercih eder miydiniz?’ şeklinde sorulmuştur. Bu soruya ‘hayır’ cevabını verdiği halde aynı bölümde çalışmaya devam etmek elbette ki yıpratıcı bir durumdur. Görev yaptığı branşta devam etmek istemediği halde çalışmak zorunda kalanların bir süre içerisinde bölümleriyle ilgili durumları kanıksamaları olağandır. Alışmaktan öte yok saymak, kendini olan bitenin dışında tutmak bu sürecin kaçınılmaz bir sonucu gibi görünmektedir. İstmeden yapılan her şey gibi meslek de bir noktadan sonra insana yük olur. Eğer hekim branşını değiştirmeyip bu sürece bir şekilde devam etmek zorundaysa; işine, işinin getirdiklerine uzaktan bakmaya başlar. Mesleğinin gereklerini yerine getirirken hekim tepkisizlik, hissizlik içerisine girebilir. Tüm bunların rehberliğinde, bölüm seçiminden pişmanlık duyan araştırma görevlisi hekimlerin daha fazla duyarsızlaşma içerisinde olmaları beklenen bir bulgu olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu bulguyla aynı yönde branşından memnun olmayanların, uzmanlık alanını değiştirmek isteyenlerin duyarsızlaşma düzeyinin daha yüksek olduğunu raporlayan çeşitli çalışmalara rastlanmaktadır (15,98,108,110–112,115,117,119,123,147,168,169). Hekimlerde tükenmişlik konusunda benzer çalışmalar incelendiğinde bu bulgunun aksi yönde sonuca ulaşan bir araştırma görülmemiştir.

Çalışmaya katılanların iş yükü algısına göre duyarsızlaşma düzeyinin anlamlı şekilde değiştiği saptanmıştır. İş yükünü fazla/ çok fazla/ gücünü aşacak derecede, aşırı olarak değerlendirenlerin az/ orta olarak belirtenlere göre duyarsızlaşma seviyesi daha yüksek bulunmuştur. İş yükü kavramı içerisinde ihtiva ettiği yük kelimesi özelinde ele alındığında kişinin gücüne göre belirlenmesi gereken bir durumdur. İnsan kaldıracabileceğinden fazlasını yüklenirse bir yere kadar direnebilse dahi son noktaya geldiğinde tükenmek durumunda kalabilir. İş yükünü fazla bulanların aynı koşullar altında çalışmaya devam etmesi bir süre sonra duyarsızlaşmalarına sebep olabilir. Önceden tepki vereceği durumlara artık tepki veremez hale gelebilirler. İş yükü

arttıkça duyarsızlaşmanın artması aslında kendi içerisinde kendini açıklayan bir bulgudur. Maslach ve ark. 2001’de yayınlanan çalışmada iş yoğunluğu ve tükenmişlik arasında önemli bir ilişki olduğunu beyan etmişlerdir(24) .Bununla aynı doğrultuda elde edilmiş sonuçlar göze çarpmaktadır. Birçok çalışmada hekimlerde duyarsızlaşmanın gelişiminde iş yükünün önemli bir rol oynadığı kanıtlanmıştır (3,119,120,129,170).

Çalışma sonucunda; alanıyla ilgili çıkan yayınları, mevcut gelişmeleri bazen/ sıklıkla/ her zaman takip edebildiğini söyleyenlerin kişisel başarı hissi çok nadiren takip edebilen/ hiçbir zaman takip edemeyenlere göre daha yüksek bulunmuştur. Yani yayınları, gelişmeleri takip edebilenlerin kişisel başarısı daha yüksek iken; hiç takip edemeyenlerin, çok nadiren takip edebilenlerin kişisel başarı hususunda tükenmişliği daha fazladır. Gündoğdu (100), Köylü (101), Çete (108) yaptıkları çalışmalarda kişisel başarı ve yayın takip edebilme arasında anlamlı ilişki olduğunu ortaya koymuşlardır. Hekimlik profesyonel bir meslek olması ve direkt insan sağlığıyla ilişkili olması sebebiyle mevcut gelişmelerin takip edebilmesi çok önemli bir mevzudur. İnsan sürekli gelişen, değişen bir varlık olması dolayısıyla insan sağlığıyla ilgili gelişmeler de sürekli ilerleme göstermektedir. Tıp bilimi yerinde saymayan, canlı dinamikleri olan bir bilim dalıdır. Alanında güncel gelişmeleri, yayınları takip edebilen araştırma görevlisi hekimlerin daha donanımlı daha özgüvenli hekimler olması beklenen bir sonuçtur. Kendi alanında bilgi sahibi olanların kişisel başarısının yüksek olması da muhtemeldir.

Araştırma görevlisi olarak görev yapan hekimlerde tükenmişliği etkileyen faktörler belirlenmek istendiğinde, mobbing bu listenin başlarında kendine yer edinmektedir. Çalışma sonucunda mobbinge uğradığını düşünen ve bu konuda kararsız kalan katılımcıların Maslach Tükenmişlik Ölçeği toplam puanı ve duygusal tükenme alt boyutundan elde ettiği puan, mobbinge uğramadığını belirtenlere göre daha yüksek raporlanmıştır. Yani mobbinge uğrayan ve kararsız kalanlar, mobbinge maruz kalmayanlara göre daha fazla duygusal tükenmişlik içerisindedirler. Mobbing durumuyla ilişkili bir diğer gösterge de kişisel başarıdır. Mobbinge uğramayanların kişisel başarı alt boyutundan edindiği skor daha yüksektir. Başka bir söylemle; mobbing mağdurları ve mobbing yaşayıp yaşamadığı konusunda kararsız kalanlar kişisel başarı açısından, mobbinge uğramayanlara göre daha fazla tükenmiş

durumdadırlar. Halihazırda gerçekleştirilmesi zor olan hekimliği daha da zor hale getiren bir mevzudur ‘mobbing’. Düşmanca davranışlarla karşı karşıya kalan birey çaresiz ve savunmasız bir pozisyona itilmektedir(70). Uzun süre psikolojik baskı altında kalmak her insanı yıldıracağı gibi araştırma görevlisi hekimleri de bıkkınlık, yorgunluk noktasına getirebilmektedir. Kişiyi kendi meslektaşları veya iş yerinde alt-üst konumundaki insanlardan gelen zalimce gerçekleştirilen kötü niyetli tavırlar kişiyi duygusal tükenmişliğe sürükleyebilir. Bir çocuğa dahi saygıyla onun kişisel alanını taciz etmeden yaklaşılması gerekirken; hekim ünvanını almış, belli bir yaşa deneyime sahip bireyin aşağılanması, kötü muameleye maruz kalması kişide duygusal tükenmişliğe sebep olabilir.

Duygusal olarak tükenme içerisindeki kişi mobbinge maruz kalmaya devam ettikçe artık kendini başarısız görmeye de başlayabilir. Yaptığı işin haksız negatif eleştiri alması, kasıtlı biçimde sürekli kötülenmesi, zorbalanmak bireyde kişisel başarı hissi eksikliğini doğurabilir. Mobbing gibi asla kabul edilemez bir durumun yaşanması, mağdur kişide duygusal yönden ve kişisel başarı hissinde tükenmişliğe yol açması beklenen bir sonuçtur. Dikmetaş ve ark. benzer şekilde araştırma görevlisi hekimlerde yaptıkları çalışmada mobbing ile duygusal tükenme ve kişisel başarı arasında anlamlı ilişki bulmuşlardır (171). Altınsoy ise çalışmasında tükenmişlik ile duygusal tükenme düzeyi arasında pozitif ilişki tespit ederken, kişisel başarı ile tükenmişlik arasında herhangi bir ilişki saptamamıştır (104). Gündoğdu ise çalışmasında üstlerle ilişkilerin bozukluğunun, MTÖ toplam puanı ve tüm alt boyutlarında etkili olduğunu belirtmiştir (100). Benzer çalışma gruplarında yapılmış, tükenmişlik ile mobbing arasındaki ilişkiyi deklare eden çalışmalar olduğu görülmektedir (172–174).

Son zamanlarda sağlık çalışanlarına özellikle hekimlere karşı saldırgan tavırlar artmış bulunmaktadır. Medyada ‘doktora şiddet’ başlığı altında birçok haber kendine yer edinmeye başlamıştır. Bu çalışma duygusal tükenme, duyarsızlaşma alt boyutlarından alınan puan ve ölçekten elde edilen toplam skor ile hasta veya hasta yakınları tarafından sözlü/ psikolojik şiddete maruz kalma arasında anlamlı ilişki saptamıştır. Sözlü/ psikolojik şiddet yaşayan katılımcıların duygusal tükenme ve duyarsızlaşma düzeyleri hiç yaşamayanlara göre daha yüksek tespit edilmiştir. Şiddet hiçbir zaman, hiçbir yerde ve koşulda kabul edilemez insanlık dışı bir davranıştır.

Kişinin psikolojik şiddet altında görevini yapmaya çalışmasının, sözlü saldırılara maruz kalmasının tükenmişliğe sebep olması yüksek olasılıkla gerçekleşmesi beklenen bir sonuçtur. İş hayatında en az bir kere psikolojik ve/ veya sözlü şiddete maruz kalan hekim, bu travmayla birlikte mesleğine devam ettiği süreçte duygusal tükenme ve bir süre sonra da duyarsızlaşma yaşamaya başlamakta ve tükenmişliğin pençesinde hekimliğe devam etme mecburiyetinde kalabilmektedir.

Hekimliğin toplumdaki değerini, saygınlığını hızla kaybettiği günümüzde hiçbir türlü kabul edilemez olmakla birlikte şiddetin en kötüsü, sonuçları en korkunç tablolar yaratan hatta ölüme kadar gidebilen fiziksel şiddet ne yazık ki hekimlerin her an karşı karşıya kalabilecekleri bir tehlikedir. Fiziksel şiddet yaşama değişkeni ile Maslach Tükenmişlik Ölçeğinden alınan puan arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Ölçeğin alt boyutları ile fiziksel şiddete maruz kalma durumu arasında istatistiksel anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Anlamlı ilişki saptanamaması fiziksel şiddete uğrayanların sıklığının %11.4 olması sebebiyle kişi sayısının azlığı olarak açıklanabilir. Bu azlık ifadesi yalnızca istatistiksel analiz açısından kullanılmış olup, 1 kişinin dahi fiziksel şiddet yaşaması korkunç iken %11'lik bir oran kanaatimizce can yakıcı bir sonuçtur.

Türkiye' de ve dünya genelinde yapılan birçok çalışma sözel, psikolojik veya fiziksel şiddet yaşamının hekimlerde tükenmişliği artırdığını belirtmektedir (98,101,102,104,117,121,136,150,175–179).

Çalışmaya katılan araştırma görevlisi hekimlerin meslekleriyle ilgili şu anki fikirlerine ek olarak, ileriki zamanlara dair kaygı duyup duymadıkları da öğrenilmek istenmiştir. Mesleksel geleceğe dair çok kaygılandığını belirten katılımcıların, az kaygılananlar ve kaygı sahibi olmayanlara göre duygusal tükenme, duyarsızlaşma alt boyutları ve ölçekten elde ettikleri toplam puan daha fazla saptanmıştır. Mesleğinin geleceğiyle ilgili çok kaygısı olan katılımcılar daha fazla duygusal tükenmişlik ve duyarsızlaşma yaşamaktadırlar. Milattan öncesine dayanan felsefi bir akım olan 'carpe diem' dilimizde karşılığı 'anı yaşa' günümüzde popüler bir söylem olarak karşımıza çıksa da; insan geçmişi, bugünü ve geleceği ile insandır. Belli bir yaşa, birikime, olgunluğa erişmiş bireyin yarınlar yokmuşçasına yaşaması çok da karşılaşılan bir durum değildir. Uzun vadeli planlar yapmak, hayaller kurmak insanın fitratında vardır.

Haliyle kişinin mesleğiyle ilgili geleceğini düşünmesi de kaçınılmaz hale gelmektedir. Kişinin mesleğiyle ilgili geleceğe dair umutlarının azalması, kaygılarının varlığı; bugün kişide tükenmişliği meydana getirebilecek sebeplerdendir. Hayatta bazı anların gelecekte güzellik getireceği beklentisiyle katlanabilir hale geldiği birçok kişi tarafından deneyimlenmiştir. İnsanın geleceğine dair endişelerinin fazlalığı, şu an içinde bulunduğu duruma dair de bakışını değiştirebilir. Mevcut şartların rahatsız ediciliği ilerde devam edecekse düşüncesi kişiyi duygusal tükenmişliğe sürükleyebilirken, sürekli aynı kaygılar içinde bulunmak duyarsızlaşmayı da beraberinde getirebilir. Yılmaz da bu bulguya paralel olarak, mesleki anlamda gelecekte ne olacağının belirsizliğinin duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve MTÖ toplam puanını artırdığını çalışmasında göstermiştir.(123). Armutlukuyu'nun çalışmasında da mesleğinin geleceğini olumsuz görenlerin duygusal tükenme ve duyarsızlaşma puanı yüksek bulunmuştur (119). Oğuzberk ve ark. da benzer şekilde araştırmalarının sonucunda mesleki geleceğinden umutsuz olanların umutlu olanlara kıyasla daha fazla duygusal tükenmişlik yaşadığını raporlamışlardır (135).

ARAŞTIRMANIN KISITLILIKLARI VE GÜÇLÜ YANLARI

Araştırma görevlisi hekimler iş yoğunlukları sebebiyle ulaşılması zor çalışma popülasyonu olarak karşımıza çıkmaktadır. Tüm çabalara rağmen başta cerrahi branşlar olmak üzere, her bölümde hedeflenen katılımcı sayısına ulaşamamış olması bu çalışmanın kısıtlılığı olarak gösterilebilir.

Bununla birlikte genel çalışma grubunda hedeflenen kişi sayısından daha fazla katılımcıya ulaşılmış olması güçlü yan olarak belirtilebilir. Ayrıca literatür incelendiğinde ülkemizde son dönem hekimlerdeki maaş ve nöbet düzenlemeleriyle ilgili hekimlerin fikirlerini sorgulayan çalışma olmadığı görülmüştür. Her ne kadar tükenmişlik ve bu değişkenlerin arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamış olsa da, bu konuda gelecekte yapılacak çalışmalara ışık tutacağı düşünülmektedir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmanın sonucunda Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde görev yapmakta olan araştırma görevlisi hekimlerde tükenmişlik orta seviyede saptanmıştır. Maslach Tükenmişlik Ölçeğinden elde edilen toplam puan ve alt boyutları ayrı ayrı değerlendirilmiştir. Sonuç olarak ;

Duygusal Tükenme: Sigara içme, sosyal etkinlik/hobilere zaman ayırabilme durumu, uzmanlık alanı, nöbet tutma durumu, mobbinge uğrama durumu, sözlü/psikolojik şiddet yaşama durumu ve mesleksel geleceğe dair kaygı durumu değişkenleri ile ilişkili bulunmuştur.

Duyarsızlaşma: Bölüm seçiminden pişmanlık duyma durumu, algılanan iş yükü, sözlü/psikolojik şiddet yaşama durumu ve mesleksel geleceğe dair kaygı durumu değişkenleri ile ilişkili bulunmuştur.

Kişisel Başarı: Cinsiyet, sosyal etkinlik/hobilere zaman ayırabilme durumu, mobbinge uğrama durumu ve alanla ilgili çıkan yayınları/ mevcut gelişmeleri takip edebilme durumu değişkenleri ile ilişkili bulunmuştur.

Maslach Tükenmişlik Ölçeği Toplam Puan: sosyal etkinlik/hobilere zaman ayırabilme durumu, nöbet tutma durumu, mobbinge uğrama durumu, sözlü/psikolojik şiddet yaşama durumu, fiziksel şiddet yaşama durumu ve mesleksel geleceğe dair kaygı durumu değişkenleri ile ilişkili bulunmuştur.

Araştırma görevlisi hekimlerin sigara içme alışkanlığıyla tükenmişlik düzeyleri arasındaki ilişki göz önüne alındığında sigara içme düzeyinin en aza indirilmesi gerektiği düşünülmektedir. Sağlık profesyoneli olan kişilere sigaranın zararları konulu seminerler düzenlemek kulağa ilk başta anlamsız gibi gelse de, sürekli tekrarlanması hekimin bu konudaki farkındalığını artırabilir. Ayrıca bu kadar hakim oldukları konuda, bile bile bu hataya düşmelerinin sebepleri incelenip, hekimleri sigara içmeye iten faktörleri ortadan kaldırmaya yönelik çalışmalar planlanabilir. Ek olarak sigarayı bırakmaları için bu konuda uzman olan kişiler tarafından hekimlere destek sağlanmalıdır.

Tükenmişliği etkileyen bir diğer önemli etken de sosyal etkinliklere/hobilere zaman ayırabilme durumu olarak belirlenmiştir. Bu durum birçok faktörle ilişkili olmakla birlikte en önemli sebebin zaman olduğu düşünülmektedir. Araştırma görevlisi hekimlerin mesai saatlerinin sabit olması, bölüm amirleri ve tıp fakültesi yönetimi tarafından çalışması gerekenden fazla sürelerde hastanede kalmaları ortadan kaldırılmalıdır. Yoğun iş temposu içinde kendi hobilerine, sosyal aktiviteye zaman bulamayan hekimler için gün içerisinde sosyalleşebilecekleri ortam oluşturulabilir. Sadece hekimlerin kullanacağı sosyal alan imkanları sağlanabilir.

Cerrahi alanlarda çalışanların daha tükenmiş oldukları belirlendiğine göre, bu branşlardaki araştırma görevlisi hekimlerin çalışma koşulları daha yakından incelenmelidir. Bu koşullar belirlendikten sonra durum tespitiyle kalınmamalı kalıcı çözümler getirilmelidir. Bu konuda hastane yönetimine çok fazla görev düştüğü kanısındayız. Ayrıca cerrahların çok riskli, psikolojik açıdan da bir hayli yıpratıcı ortamlarda çalıştıkları düşünüldüğünde; en çok ilgilenilmesi, el üstünde tutulması gereken hekim grubu olduğu unutulmamalıdır. Cerrahların mesleklerini icra ederken kendilerini güvende, rahat ve özgür hissedebildikleri iş ortamları meydana getirilmelidir.

Araştırma görevlisi hekimlerin tükenmişliğine katkısı olan bir diğer durum da nöbet tutma olarak bulunmuştur. Ülkemizde yapılan son düzenlemelerle nöbet sayısına kısıtlama getirilse de, olayın sadece nöbet sayısı ile ilgili olmadığı görüşündeyiz. Ayrıca kısıtlama getirilmiş haliyle de aylık en fazla sekiz nöbet olarak belirlenmiştir. Bir insanın ayda sekiz geceyi hastanede geçirmesi yazarken kolay gibi görünse de, sekiz nöbet azımsanacak bir rakam değildir. Nöbetlerde araştırma görevlisi hekimlere ayrılan odalar, sunulan imkanlar, gece sürecinde onlardan yapması beklenen işler ayrıntılı bir şekilde irdelenmelidir. Çözüm sadece nöbet sayısının azaltılması değil, nöbetlerin de optimal koşullarda tutulması sağlanmalıdır. Hekimin gün içerisinde ihtiyacı olabilecek her şey hastane tarafından karşılanmalıdır. Doktor odalarının mahremiyeti sağlanmalı, dileyen dilediği saatte ve şekilde içeriye girememelidir. Kısacası araştırma görevlisi hekimlerin nöbetleri hususunda hem nicelik hem nitelik olarak düzenlemeye gidilmelidir.

Bölüm seçiminden dolayı pişmanlık duymanın tükenmişliği pekiştirdiği tespit edildiğine göre, araştırma görevlisi hekimlerin pişmanlık sebepleri araştırılmalıdır. Branşına dair hayal ettiklerini, görevi sürecinde bulamayanların beklentileri incelenebilir. Bu beklentileri karşılamak için adımlar atılmalıdır. Bununla birlikte uzmanlık alanını belirlemeden önce, kişilerin bölümleri ve getirdiklerini öğrenebilmeleri adına son sınıf tıp fakültesi öğrencilerine her şey şeffaflığıyla anlatılmalıdır. İntern hekimlik sürecinde her bölümde çalışma fırsatı sunulmalı, işleyişe tanıklık etmeleri sağlanmalıdır.

Kişilerin algıladıkları iş yükü arttıkça, tükenmişliğin de artması; araştırma görevlisi hekimlerin iş yüklerinin azaltılması gerektiğini göstermektedir. Bu konuda atılacak ilk adım görev tanımının net bir çerçeve içerisinde yapılması olabilir. Poliklinik hizmetlerinde çalışılan zamanlarda, hekimin bakabileceği kadar hastaya randevu verilmelidir. Hem doktorun hem hastanın insan olduğu unutulmadan, işlerin otomatik halledilmediği düşünülerek randevu sistemi düzenlenmelidir. Bu konuda yetkili mercilere görev düşmektedir. Çalışma saatleri belli sınırlar içerisinde tutulmalıdır. Araştırma görevlisi hekimin bir makine olmadığı, temel ve sosyal ihtiyaçları olan canlı bir varlık olduğu her zaman akılda tutularak iş yükü orta seviyelere çekilmelidir.

Her alanda olduğu gibi tıp alanında da güncel gelişmeleri, çıkan yayınları takip edebilmek önemli bir noktadır. Hele ki daha eğitim sürecinde olan doktorların branşıyla ilgili yenilikleri takip edebilmeleri hassas bir konudur. Araştırma görevlisi hekimlerin, ünvanlarından da anlaşıldığı üzere tek görevleri sağlık hizmeti sunmak değil, aynı zamanda araştırmak ve öğrenmektir. Onlara bunun için imkan ve zaman sağlanmalıdır. En azından haftada bir gün, araştırma görevlilerinin yenilikleri araştırıp, tartışabilmesi için seminer zamanları ayarlanmalıdır. Her hekim alanıyla ilgili gerçekleştirilen kongrelere, kurslara katılım sağlayabilmelidir. Bu konuda tıp fakültesi yönetimi, hastane idaresi ve öğretim üyeleri araştırma görevlisi hekimlere her türlü kolaylığı sağlamalıdır.

Sağlık alanı, mobbingin en fazla karşımıza çıktığı alanlardan biridir. Mobbing ve tükenmişlik arasındaki pozitif ilişki, bu konu üzerinde ısrarla durulması gerektiğini tekrar hatırlatmaktadır. Öncelikle mobbinge uğrayıp uğramadığı konusun da kararsız

olan katılımcıların varlığı düşünülürse, mobbingin ne olduğu araştırma görevlisi hekimlere anlatılmalıdır. Hangi durumda, nelerle karşılaştıklarında mobbinge uğradıklarını bilmeleri gerekmektedir. Mobbing konusunda ülkemizde tam anlamıyla yasal bir düzenleme mevcut olmamakla birlikte, mobbing içerisinde kabul edilen davranışların bildirilmesi konusunda hekimler çekingen tavır içerisine girmemelidirler. Mobbing yapan kişilerin tespiti halinde gerek bölüm şefi, gerek tıp fakültesi yönetimi tarafından gerekli yaptırımlar uygulanmalıdır. Mobbing kurbanları her açıdan desteklenmeli, yalnız olmadıkları onlara hissettirilmelidir. Tek cümleyle özetlemek gerekirse, mobbing hiçbir alanda kabul edilemez bir durumdur.

Şiddetin her türlüyle sıkça karşılaştığımız bu günlerde, hekimler buna maruz kalan meslek gruplarının başında yer almaktadır. Devlet hekimini yasalarla, uygulamalarıyla korumak zorundadır. Şiddet içeren davranışlarda bulunan kişiler caydırıcı cezalara çarptırılmalıdır. Şiddet noktasında hekime düşenler başlığı altında sunulacak herhangi bir şey olmadığı kanısındayız. Hekim, üzerine düşen görev ve sorumluluklar dahilinde zaten zorlu şartlar altında çalışan insandır. Bu işleyiş içerisinde, kendini korumak ve savunmak gibi endişeleri olmamalıdır. Can korkusuyla mesleğini yapan bir hekimin, başka bir cana ne kadar faydası olabileceği soru işaretidir. Görev arkadaşının şiddete uğradığı yerde, zamanda hekimden işine devam etmesini beklemek kabul edilemez bir durumdur. Şiddet önlenabilir bir olgudur ve bunu önleyebilecek yetkili makamların görevlerini yerine getirmesi gerekmektedir.

Araştırma görevlisi hekimler, meslek hayatının başlarında olan kişilerdir. Hayata dair hayalleri, idealleri olan bu insanların mesleki gelecek kaygılarının giderilmesi gerekmektedir. Mesleğinin geleceğine dair kaygılanma durumu, geçmişin ve bugünün sonucudur. Bugünkü şartlar düzelmedikçe geleceğe dair hekimin umutlarının yeşermesi de beklenemez. Hekimliğin şartları iyileştirilmeli, hak ettikleri maddi ve manevi her türlü hak tanınmalıdır.

Hekimlik lisans eğitimi sürecinde en az altı sene, uzmanlık eğitimi sürecinde de en az dört sene olmak üzere on senelik bir süreçtir. Tahmin edildiği üzere sadece on sene değil, çocukluğundan itibaren bu amaç uğruna yıllarını vermiş kişiler hekim olabilmektedir. Yılların sayısından öte, nasıl geçtiği, yaşanan güçlükler, başa çıkılması gerekenler düşünülünce hekimlik mücadelelerle elde edilen, devamında da aynı

mücadeleyi gerektiren meslektir. Optimal çalışma koşulları sağlansa dahi, hekimlik birebir insanla ilgilenen çok zorlu bir meslektir. Tüm bu zorluklara rağmen doktor olmayı seçen, bu çetin sürece katlanan kişiler hak ettikleri değeri, saygıyı görmelidirler. Yakın geçmişte yaşamış olduğumuz pandemi süreci hekimliğin önemini çarpıcı şekilde gözler önüne sermiştir. Hekim mesleki etiketinden önce insandır ve hastane dışında da bir kimliği, hayatı olduğu unutulmamalıdır. Hastanelere fabrika, hekime makine, hastaya ürün gözüyle bakan dünyada yaşamak elbette hekimi yıpratır, tüketen bir dünya olacaktır. Kendini güçlü, mutlu hisseden hekim, hastalarına da aynı gücü sirayet ettirebilir. Hekimi toplumdan, toplumu hekimden ayrı tutmak mümkün değildir. Sağlıklı toplum için sağlıklı hekimlerin varlığı şarttır.

Araştırma görevlisi hekimlerin tükenmişliğini inceleyen, buna yol açan faktörleri ayrıntılı şekilde ele alan çalışmalara ihtiyaç vardır. Bu çalışmaların sonuçları, önerileri yol göstericiliğinde hekimleri tükenmişlikten korumak adına her türlü önlem alınmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Freudenberger HJ. Staff Burn-Out. *Journal of Social Issues*. 1974;30(1):159–65.
2. Maslach C, behavior SJJ of organizational, 1981 undefined. The measurement of experienced burnout. *Wiley Online LibraryC Maslach, SE JacksonJournal of organizational behavior, 1981•Wiley Online Library [Internet]. 1981 [cited 2023 Aug 11];2(2):99–113. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/job.4030020205>*
3. Serinken M, Ergör A, Çımrın A. İzmir İlindeki Acil Servis Hekimlerinin Tükenme Düzeyleri. *Toplum ve Hekim*. 2003 Jul;18(4):293–9.
4. Sağlam Arı G, Çına Bal E. Tükenmişlik kavramı: Birey ve örgütler açısından önemi. *Yönetim ve Ekonomi Dergisi*. 2008;15(1):131–48.
5. Altay B. Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Tükenmişlik Düzeyleri ve Aile Desteğinin Etkisi. *Fırat Tıp Dergisi [Internet]. 2010 [cited 2023 Aug 25];15(1):10–6. Available from: <https://dergipark.org.tr/en/pub/firattip/issue/6355/84796>*
6. Turgut N, Karacalar S, Polat C, Kıran Ö, Gültop F, Kalyon ST, et al. Burnout syndrome during residency. *Turk Anesteziyoloji ve Reanimasyon Derneği Dergisi*. 2016 Oct 1;44(5):258–64.
7. West C, ... LDJ of internal, 2018 undefined. Physician burnout: contributors, consequences and solutions. *Wiley Online LibraryCP West, LN Dyrbye, TD ShanafeltJournal of internal medicine, 2018•Wiley Online Library [Internet]. 2018 Jun 1 [cited 2023 Aug 25];283(6):516–29. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/JOIM.12752>*
8. Yates SW. *Physician Stress and Burnout*. Vol. 133, *American Journal of Medicine*. Elsevier Inc.; 2020. p. 160–4.
9. Saultz J. *Burnout*. Vol. 52, *Family Medicine*. Society of Teachers of Family Medicine; 2020. p. 5–7.
10. METE B, DEĞER M, PEHLİVAN E. Doktorlarda Mesleki Tükenmişlik Sendromuna Çalışma Yaşam Kalitesinin Etkisi. *Anadolu Kliniği Tıp Bilimleri Dergisi*. 2020 Jun 13;25(2):94–101.
11. Zhang XJ, Song Y, Jiang T, Ding N, Shi TY. Interventions to reduce burnout of physicians and nurses An overview of systematic reviews and meta-analyses. Vol. 99, *Medicine (United States)*. Lippincott Williams and Wilkins; 2020.
12. Aslan D. Türkiye’de Tabip Odalarına Kayıtlı olan Bir Grup Hekimde Tükenmişlik Sendromu ve Etkileyen Faktörler. Ankara; 2005.

13. Haluk T, Çiğdem T. Eğitim Hastanelerinde Asistan Doktorların Klinik İş Yükleri Bakımından Performans Ölçütlerinin Karşılaştırılması. Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi. 2010 Jan;1(1):114–36.
14. Beyoğlu E, Erdoğan A, Okyay RA. Asistan Hekimlerde Tükenmişlik Sendromu. Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 2022 Jul 15;17(2):222–7.
15. Can H, Güçlü Y, Doğan S, Erkaleli M. Cerrahi ve cerrahi dışı kliniklerdeki asistan hekimlerde tükenmişlik sendromu. İzmir Tepecik Eğitim Hastanesi Dergisi. 2010;20(1):33–40.
16. Poyraz K, Sürücüoğlu H. İlk Ve Orta Öğretim Okul Yöneticilerinde Tükenmişlik (Kütahya İl Merkezi Örneği). Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi. 2015;44.
17. Verimer T. Tıp Doktoru, Diş Hekimi ve Hemşirelerde Tükenmişlik ve Depresyon. Aydın Sağlık Dergisi. 2016;2(1):1–15.
18. <https://www.who.int/news/item/28-05-2019-burn-out-an-occupational-phenomenon-international-classification-of-diseases> erişim tarihi :14.12.2022.
19. Maslach C, Leither M. The Truth about Burnout. San Fransisco, Prentice-Hall. 1997;73–4.
20. Örmen U. Tükenmişlik Duygusu ve Yöneticiler Üzerinde Bir Uygulama [Yayımlanmamış Doktora Tezi]. [İstanbul]: T.C. Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü ; 1993.
21. Maslach C, Zimbardo P. Burnout- The Cost of Caring. New Jersey, Prentice Hall. 1982;77–82.
22. Freudenberger H. Burnout: Past, present, and future concerns. Loss Grief Care. 1989;3(1–2):1–10.
23. Maslach C, Leiter M. Stress: Concepts, cognition, emotion, and behavior. In: Burnout. Cambridge: Elsevier Academic Press; 2016. p. 351–7.
24. Maslach C, Schaufeli W, Leiter MP. Job burnout. Annu Rev Psychol. 2001;52(1):397–422.
25. Henderson G. Physician burnout. Hosp Physician. 1984;20(10):8–9.
26. Yost W, Eshelman A, Raoufi M, Abouljoud M. A national study of burnout among American transplant surgeons. Transplant Proc. 2005;37(2):1399–401.
27. Akçalı D, Dayanır H, İlhan M, Babacan A. İç Anadolu Bölgesinde anesteziyoloji ve algoloji çalışanlarında tükenmişlik durumu. Ağrı Dergisi. 2010;22(2):79–85.
28. Yakut H, Kapisiz S, Durutuna S, Evran A. Sağlık alanında çalışma yaşamında tükenmişlik. Jinekoloji-Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi. 2013;10(38).

29. Marakođlu K, etin Kargin N, Armutlukuyu M. Tıp Fakóltesi Araştırma Görevlilerinde Tükenmişlik Sendromu ve İlişkili Faktörlerin Değerlendirilmesi. Genel Tıp Dergisi. 2013;23(4).
30. Brunsberg K, Landrigan C, Garcia B, Petty C, Sectish T, Simpkin A. Association of Pediatric Resident Physician Depression and Burnout with Harmful Medical Errors on Inpatient Services. Academic Medicine. 2019;94(8):1150–6.
31. Kang E, Lihm H, Kong E. Association of intern and resident burnout with self-reported medical errors. Korean J Fam Med. 2013;34(1):36.
32. West C, Huschka M, Novotny P, Sloan J, Kolars J, Habermann T. Association of perceived medical errors with resident distress and empathy: a prospective longitudinal study. JAMA. 2006;296(9):1071–8.
33. Schaufeli W, Enzmann D. The burnout companion to study and practice: A critical analysis. In: The burnout companion to study and practice: A critical analysis. CRC press; 1998. p. 1–2.
34. Burke RJ, Greenglass ER. A longitudinal examination of the Cherniss model of psychological burnout. . Soc Sci Med. 1995;40(10):1357–63.
35. Sılığ A. Banka alışanlarının Tkenmişlik Düzeylerinin eşitli Değişkenler Açısından İncelenmesi [Yüksek Lisans Tezi]. [Eskişehir]: Anadolu Üniversitesi; 2003.
36. Pines A, Nunes R. The relationship between career and couple burnout: Implications for career and couple counseling. J Employ Couns. 2003;40(2):50–64.
37. Pines A. Burnout: An existential perspective. Washington: Taylor & Francis; 1993. 19–32 p.
38. Pines A, Yanai O. Journal of Employment Counseling. 2001 Dec;38(4):170–84.
39. Edelwich J, Brodsky A. Burn-out: Stages of disillusionment in the helping professions. New York: Human Sciences Press; 1980. 353–354 p.
40. zkanan A. Çalışanların tükenmişlik algıları: Maslach modeli ve tükenmişlik dönemleri çerçevesinde bir analiz. Balıkesir Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi. 2021;24(45):313–50.
41. Perlman B, Hartman E. Burnout: Summary and Future Research. Sage Journals. 1982;35(4).
42. Karabıyık zipek A. Ortaöğretim Okullarında Görev Yapan ğretmenlerde Mesleki Tükenmişlik Düzeyi ve Nedenleri [Yüksek Lisans Tezi]. [Edirne]: Trakya Üniversitesi; 2006.

43. Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced burnout . *Journal of Occupational Behaviour*. 1981;99–113.
44. Leiter MP, Maslach C. The Impact of interpersonal environment on burnout and organizational commitment. *Journal of Organizational Behavior*. 1988;9(4):297–308.
45. Sweeney JT, Summers SL. The effect of the busy season workload on public accountants' job burnout. *Behavioral Research in Accounting*. 2002;14(1):223–45.
46. Friesen D, Sarros JC. Sources Of burnout among educators. *Journal of Organizational Behavior*. 1989;10(2):179–88.
47. Sağlam AÇ. Akademik personelin sosyo-demografik özelliklerinin tükenmişlik düzeyleri ile ilişkisi. *Mustafa Kemal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*. 2011;8(15):407–20.
48. Acar A, Erkan M. The effects of quality work life and burnout syndrome: A study on hospitality industry. *Journal of Tourism*. 2018;4(1):35–53.
49. Greenglass ER, Burke RJ. Burnout over time. *J Health Hum Resour Adm*. 1990;13(2):192–204.
50. Ertürk E, Keçecioglu T. Çalışanların iş doyumları ile mesleki tükenmişlik düzeyleri arasındaki ilişkiler: Öğretmenler üzerine örnek bir uygulama. *Ege Akademik Bakış*. 2012;12(1):39–52.
51. Başoğlu B, Aytaç KY. Gençlik Hizmetleri ve Spor İl Müdürlerinin liderlik davranışı ve tükenmişlik arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi. *International Periodical for the Languages, Literature and History of Turkish or Turkic*. 2016;11(3):465–78.
52. Maslach C, Goldberg J. Prevention of burnout: new perspectives. *Applied & Preventive Psychology*. 1998;7:63–74.
53. Budak G, Sürvegil O. Tükenmişlik ve tükenmişliği etkileyen örgütsel faktörlerin analizine ilişkin akademik personel üzerinde bir uygulama. *Dokuz Eylül Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*. 2005;20(2):65–108.
54. Demir R, Türkmen E, Doğan A. Examination of burnout level of academics in terms of demographic variables. *International Journal of Social Sciences and Education Research*. 2015;1(4):1194–222.
55. Çankaya M. Özel hastane çalışanlarının tükenmişlik düzeyleri ve bir alan uygulaması. *International Journal of Academic Value Studies*. 2017;3(9):1–15.
56. Akman B, Taşkın N, Özden Z, Çörtü F. Okul öncesi öğretmenlerinde tükenmişlik üzerine bir çalışma. *İlköğretim Online*. 2010;9(2):807–15.

57. Maslach C. Job burnout: new directions in research and intervention. *Curr Dir Psychol Sci.* 2003;12(5):189–92.
58. Cordes CL, Dougherty TW, Blum M. Patterns of burnout among managers and professionals: a comparison of models. *Journal Of Organizational Behavior: The International Journal Of Industrial, Occupational and Organizational Psychology and Behavior.* 1997;18(6):685–701.
59. Ekberg JY, Griffith N, Foxall MJ. Spouse burnout syndrome. *J Adv Nurs.* 1986;11(2):161–5.
60. Işıkhana V. Çalışanlarda tükenmişlik sendromu. In: Akciğer kanserinde destek tedavisi . Ankara: TÜSAD Eğitim Kitapları Serisi; 2016. p. 366–91.
61. Jung HS, Jung HS. Establishment of overall workload assessment technique for various tasks and workplaces. *Int J Ind Ergon.* 2001;28(6):341–35.
62. Tanrıverdi H, Teker Ç. EĞİTİM HASTANELERİNDE ASİSTAN DOKTORLARIN KLİNİK İŞ YÜKLERİ BAKIMINDAN PERFORMANS ÖLÇÜTLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI . *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi* . 2010;1(1):114–36.
63. Gürbüz S, Turunc O, Celik M. The impact of perceived organizational support on work–family conflict: does role overload have a mediating role? *Economic and Industrial Democracy.* 2013;34(1):145–60.
64. Galambos N, Sears H, Almeida DM, Kolaric GC. Parents’ work overload and problem behavior in young adolescents. *Journal of Research on Adolescence.* 1995;5(2):201–23.
65. Brown M, Benson J. Managing to overload? Work overload and performance appraisal processes. *Group Organ Manag.* 2005;30(1):99–124.
66. Buchanan B. Building organizational commitment: The socialization of managers in work organizations. *Adm Sci Q.* 1974;533–46.
67. Ahuja MK, Chudoba KM, Kacmar CJ, Mcknight D, George JF. IT road warriors: Balancing work-family conflict, job autonomy, and work overload to mitigate Turnover Intentions. *Mis Quarterly.* 2007;1–17.
68. Davenport N, Schwartz RD, Eliot GP. Mobbing, İşyerinde Duygusal Taciz. ÖnerToy OC, editor. İstanbul: Sistem Yayıncılık; 2003.
69. Westhues K. The Mobbings at Medaille College. *New York Academe.* 2003;30(1):8–10.
70. Leymann H. The Content and Development of Mobbing at Work. *European Journal of Work and Organizational Psychology.* 1996;5(2):165–84.
71. Aslan Ertürk A. İş Hukuku Boyutuyla Türkiye’de Psikolojik Taciz(Mobbing) ve Dünyadan Örnekler. *Marmara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Hukuk Araştırmaları Dergisi.* 2014;20(1):285–339.

72. Tutar H. İşyerinde Psikolojik Şiddet. Ankara: BRC Basım; 2004.
73. Yılmaz A, Özler DE, Mercan N. Mobbing ve Örgüt İklimi İle İlişkinde Yönelik Ampirik Bir Araştırma. Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi . 2008;7(26):334–57.
74. Karcioğlu F, Çelik Ü. MOBBİNG (YILDIRMA) VE ÖRGÜTSEL BAĞLILIĞA ETKİSİ. Atatürk üniversitesi iktisadi ve idari bilimler dergisi. 2012;26(1):59–75.
75. Yavuz H. Çalışanlarda Mobbing (Psikolojik Şiddet) Algısını Etkileyen Faktörler: Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Üzerine Bir Araştırma [Yüksek Lisans Tezi]. [Isparta]: Süleyman Demirel Üniversitesi; 2007.
76. Kaygusuz ÖR. Bir üniversite hastanesindeki araştırma görevlisi doktorların mobbinge maruz kalma algıları, iş doyumunu ve tükenmişlik düzeylerinin değerlendirilmesi [Tıpta Uzmanlık Tezi]. Süleyman Demirel Üniversitesi; 2016.
77. Einarsen S. Harassment and bullying at work: A review of the scandinavian approach. Aggress Violent Behav. 2000;5(4):379–401.
78. https://www5.tbmm.gov.tr/komisyon/kefe/docs/komisyon_rapor_no_6.pdf erişim tarihi 27.04.2023.
79. Göymen Y. İş Hayatında Mobbing ve Mobbinge Başa Çıkma Yolları. Toros Üniversitesi İİSBF Sosyal Bilimler Dergisi . 2020;7(13):31–60.
80. Çam O. Tükenmişlik. Kırangıç Yayınları; 1995.
81. Ardıç K, Polatçı S. TÜKENMİŞLİK SENDROMU AKADEMİSYENLER ÜZERİNDE BİR UYGULAMA (GOÜ Örneği). Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi. 2008;10(2):69–96.
82. Kahill S. Symptoms of Professional Burnout: Areview of the Empirical Evidence. Canadian Psychology. 1988;29:284–97.
83. Özkan C. Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde araştırma görevlisi olarak çalışan doktorlarda tükenmişlik sendromunu etkileyen faktörler [Tıpta uzmanlık tezi]. [Mersin]: Mersin üniversitesi ; 2012.
84. Freudenberg HJ, Richelson G. Burn-Out; How to Beat the High Cost of Success. New York: Bantam Boks, Doubleday & Company; 1981.
85. Lee R, Ashforth B. A Further Examination of Managerial Burnout: Toward an Integrated Model. J Organ Behav. 1993;14(1):3–20.
86. Ergin C. Doktor ve Hemsirelerde Tükenmişlik ve Maslach Tükenmişlik Ölçeğinin Uyarlanması. In: VII Ulusal Psikoloji Kongresi Bilimsel Çalışmaları. Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayını; 1993.

87. Weisberg J. Measuring Workers' Burnout and Intention to Leave. *Int J Manpow.* 1994;15(1):4–14.
88. Gmelch W, Gates G. The Impact of Personal, Professional and Organizational Characteristics on Administartor Burnout. *Journal of Educational Administration.* 1998;36(2):146–59.
89. Kaçmaz N. Tükenmişlik (Burnout) Sendromu. *İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Dergisi.* 2005;68(1):29–32.
90. Lambie GW. The Contribution of Ego Development Level to Burnout in School Counselors: Implications for Professional School Counseling. *Journal of Counseling & Develpoment .* 2007;82–5.
91. Burke RJ, Greenglass ER. Hospital Restructuring and Psychological Burnout in Nursing Staff. *Equal Oppurtunities International.* 2001;20(1):61–71.
92. Potter BA. Preventing Job Burnout Transforming Work Pressures into Productivity. California: Thomson Crisp Learning; 1995.
93. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-at-work> erişim tarihi:20.01.2023.
94. <https://www.who.int/news-room/events/detail/2017/10/10/default-calendar/world-mental-health-day-2017> erişim tarihi:20.01.2023.
95. <https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/promotion-prevention/mental-health-in-the-workplace> erişim tarihi:20.01.2023.
96. Rotenstein L, Torre M, Ramos M, Rosales R, Guille C, Sen S. Prevalence of burnout among physicians: a systematic review. *JAMA.* 2018;320(11):1131–50.
97. Ergin C. Doktor ve hemşirelerde tükenmişlik ve Maslach tükenmişlik ölçeğinin uyarlanması. VII Ulusal psikoloji kongresi bilimsel çalışmaları. 1992;22–5.
98. Sarı OB. Tıp fakültesi son sınıf öğrencileri ve araştırma görevlilerinde Tükenmişlik sendromu: çok merkezli çalışma [Tıpta Uzmanlık Tezi]. [İzmir]: İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2022.
99. Yıldız MS, Doğan ÖB, Dayan A. Tıp Uzmanlık Öğrencilerinde Ruhsal Liderlik ve Tükenmişlik Sendromu İlişkisi. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi.* 2022;26(2):29–36.
100. Gündoğdu G. Sivas cumhuriyet üniversitesi tıp fakültesi hastanesinde çalışan araştırma görevlilerinde tükenmişlik düzeyi ve ilişkili etmenler [Tıpta Uzmanlık Tezi]. [Sivas]: Cumhuriyet Üniversitesi ; 2021.
101. Köylü E. Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi tıp fakültesindeki son Sınıf öğrencileri ve hekimlerde tükenmişlik sendromu ve ilişkili faktörler [Tıpta Uzmanlık Tezi]. [Kütahya]: Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi ; 2020.

102. Kardeşahin KS. Ankara'da çalışan acil tıp uzmanlık öğrencilerinin tükenmişlik düzeyinin sosyodemografik verilerle incelenmesi [Tıpta Uzmanlık Tezi]. [Ankara]: Gazi Üniversitesi ; 2020.
103. Topel M. Dahili ve Cerrahi Bilimler Araştırma Görevlilerinde Tükenmişlik Sendromu Oranlarının Karşılaştırılması ve İşyeri Doyumuyla Olan İlişkisinin Gösterilmesi [Tıpta Uzmanlık Tezi]. [Ankara]: Hacettepe Üniversitesi; 2019.
104. Altınsoy NB. İzmir İli Acil Tıp Asistan Hekimlerinin Tükenmişlik Sendromu Yönünden Değerlendirilmesi [Tıpta Uzmanlık Tezi]. [İzmir]: Dokuz Eylül Üniversitesi; 2019.
105. Koçyiğit B. Özel ve Devlet Hastanesinde Çalışan Doktorlarda Tükenmişlik Sendromu ve Algılanan Stres Düzeyi Arasındaki İlişki [Yüksek Lisans Tezi]. [İstanbul]: Beykent Üniversitesi; 2019.
106. Samancı M. Aile Hekimlerinin Öz Yeterlilik Algılarının Tükenmişlikleri Üzerindeki Etkisi [Yüksek Lisans Tezi]. [Samsun]: Ondokuz Mayıs Üniversitesi; 2019.
107. Güleç Kalaman K. Hekimlerde Tükenmişlik Düzeyleri, Kusurlu Tıbbi Uygulamalar ve Defansif Tıp Uygulamaları Arasındaki İlişki [Tıpta Uzmanlık Tezi]. [İstanbul]: İstanbul Üniversitesi; 2019.
108. Çete A. İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde araştırma görevlisi olarak çalışan doktorlarda tükenmişlik ve depresyon düzeyleri ve etki eden faktörlerin değerlendirilmesi [Tıpta Uzmanlık Tezi]. [İzmir]: İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi; 2018.
109. Yavuzekinci MA. Ameliyathanede çalışan anestezi doktorları ve anestezi teknikerlerinin tükenmişlik düzeyinin sosyodemografik değişkenlerle ilişkisi [Tıpta Uzmanlık Tezi]. [Ankara]: Ufuk Üniversitesi ; 2018.
110. Kırmızıgül Y. Tıp Fakültesinde Çalışan Tıp Doktorları Ve Tıp Öğrencilerinde Tükenmişlik Sendromu Ve İlişkili Faktörler [Tıpta Uzmanlık Tezi]. [Denizli]: Pamukkale Üniversitesi; 2018.
111. Uyar AA. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma Görevlileri Empati Düzeylerinin İş Doyumu ve Tükenmişlik ile İlişkisi [Tıpta Uzmanlık Tezi]. [Edirne]: Trakya Üniversitesi ; 2018.
112. Erdoğan Cenik E. Ondokuz mayıs üniversitesi tıp fakültesi tıpta uzmanlık öğrencilerinin tükenmişlik düzeyi ve etkileyen faktörler [Tıpta Uzmanlık Tezi]. [Samsun]: Ondokuz Mayıs Üniversitesi; 2017.
113. Bıçak S. Bir üniversite hastanesinde çalışan öğretim üyeleri, araştırma görevlileri ve hemşirelerin tükenmişlik düzeylerinin belirlenmesi ve buna etki eden faktörler [Tıpta Uzmanlık Tezi]. [2018]: Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi; 2018.

114. Hurşitoğlu O. Araştırma görevlisi olarak çalışan doktorlarda tükenmişlik sendromunu etkileyen faktörler ve tükenmişlik sendromunun savunma biçimleri ile ilişkisi [Tıpta Uzmanlık tezi]. [Kahramanmaraş]: Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi; 2017.
115. Kayğusuz ÖR. Bir üniversite hastanesindeki araştırma görevlisi doktorların mobbinge maruz kalma algıları, iş doyumunu ve tükenmişlik düzeylerinin değerlendirilmesi [Tıpta Uzmanlık Tezi]. [Isparta]: Süleyman Demirel Üniversitesi; 2016.
116. Polat Z. Hekimlerde yaşam kalitesi, tükenmişlik ve etki eden faktörler [Tıpta Uzmanlık Tezi]. [İstanbul]: Sağlık Bilimleri Üniversitesi; 2018.
117. Atik M. Türkiye’deki göğüs hastalıkları hekimlerinde tükenmişlik sendromu sıklığının araştırılması [Tıpta Uzmanlık Tezi]. [İzmir]: Dokuz Eylül Üniversitesi; 2017.
118. Kütük M. Kars ve çevre illerde görev yapan anestezi ve reanimasyon hekimlerinde tükenmişlik sendromunun sosyodemografik özelliklerle ilişkisinin incelenmesi [Tıpta Uzmanlık Tezi]. [Kars]: Kafkas Üniversitesi ; 2014.
119. Armutlukuyu M. Tıp fakültelerinde çalışan öğretim üyeleri ve araştırma görevlilerinde tükenmişlik düzeylerinin değerlendirilmesi [Tıpta Uzmanlık Tezi]. [Konya]: Selçuk Üniversitesi ; 2014.
120. Kaya A, Çetinkaya F, Naçar M, Baykan Z. Aile hekimlerinin tükenmişlik durumları ve ilişkili faktörler. Türk Aile Hek Derg . 2014;18(3):122–33.
121. Toker İ. Acil tıp uzmanlık öğrencilerinde iş doyumunu ve tükenmişlik düzeylerini etkileyen faktörler [Tıpta Uzmanlık Tezi]. [Mersin]: Mersin Üniversitesi; 2013.
122. Özkan C. Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi’nde araştırma görevlisi olarak çalışan doktorlarda tükenmişlik sendromunu etkileyen faktörler [Tıpta Uzmanlık Tezi]. [Mersin]: Mersin Üniversitesi; 2012.
123. Yılmaz TD. Ankara üniversitesi tıp fakültesi hastaneleri’’nde tıpta uzmanlık öğrencilerinin tükenmişlik düzeyi ve ilişkili etmenler. [Tıpta Uzmanlık Tezi]. [Ankara]: Ankara Üniversitesi ; 2009.
124. Karlıdağ R, Ünal S, Yoloğlu S. Hekimlerde iş doyumunu ve tükenmişlik düzeyi. Türk Psikiyatri Dergisi. 2000;11(1):49–57.
125. Havle N, İnem M, Yener F, Gümüş H. İstanbul’da çalışan psikiyatristlerde tükenmişlik, iş doyumunu ve bunların çeşitli değişkenlerle ilişkisi. Düşünen Adam. 2008;21(1–4):4–13.
126. Prieto L, Robles E, Salazar L, Daniel E. Burnout in primary care doctors of the province of Caceres. Aten Primaria . 2002;29(5):294–302.

127. Grassi L, Magnani K. Psychiatric morbidity and burnout in the medical profession: an Italian study of general practitioners and hospital physicians. *Psychother Psychosom* . 2000;69(6):329–34.
128. Sünter A, Canbaz S, Dabak Ş, Öz H, Pekşen Y. Pratisyen Hekimlerde Tükenmişlik, İşe Bağlı Gerginlik Ve İş Doyumu Düzeyleri. *Genel Tıp Dergisi*. 2006;16(1):9–14.
129. Taycan O, Taycan Erdoğan S, Çelik C. Doğu anadolu bölgesi'nde yer alan bir ilde devlet hizmet yükümlülüğü'nün hekimler üzerindeki etkileri ve tükenmişlik. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2013;24(3):182–91.
130. Pejušković B, Lečić-Toševski D, Priebe S, Tošković O. Burnout syndrome among physicians—the role of personality dimensions and coping strategies. *Psychiatr Danub*. 2011;23(4):389–95.
131. Meydan Acimis N, Tekindal MA. Burnout and Mobbing Among Physicians in a City Center. *Int J Caring Sci* [Internet]. 2017;10(2):871–88. Available from: www.internationaljournalofcaringsciences.org
132. Haran S, Özgüven H, Ölmez S, Sayıl I. Fakültesi Hastaneleri ve Ankara Numune Hastanesi'nde Çalışan Doktor ve Hemşirelerde Tükenmişlik Düzeyleri. *Kriz Dergisi*. 1998;6(1):75–9.
133. Kurçer M. Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Hekimlerinin İş Doyumu ve Tükenmişlik Düzeyleri. *Harran Univ Tıp Fak Derg*. 2005;2(3):10–5.
134. Ekerbiçer H, Çelik M, Aral M, Buğdaycı R. Kahramanmaraş'ta Çalışan Hekimlerde Mesleksi Tükenmişlik Düzeyi ve Bazı Kişisel Özelliklerle İlişkisi. In: 8 Ulusal Halk Sağlığı Kongre Kitabı 2. Diyarbakır; 2002.
135. Oğuzberk M, Aydın A. Ruh sağlığı çalışanlarında tükenmişlik. *Klinik Psikiyatri*. 2008;11:176.
136. Polat Z. Hekimlerde yaşam kalitesi, tükenmişlik ve etki eden faktörler [Tıpta Uzmanlık Tezi]. [İstanbul]: Sağlık Bilimleri Üniversitesi; 2018.
137. Ardıç K, Polatçı S. TÜKENMİŞLİK SENDROMU AKADEMİSYENLER ÜZERİNDE BİR UYGULAMA (GOÜ Örneği). *Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*. 2008;10(2):69–96.
138. Akpınar T, Taş Y. Acil servis çalışanlarının tükenmişlik ile iş doyum düzeyleri arasındaki ilişkiyi belirlemeye yönelik bir araştırma. *Türkiye Acil Tıp Derg*. 2011;11(4):161–5.
139. Dündar C, Köksal E, Pekşen Y. Tıpta Uzmanlık Öğrencilerinde Tükenmişlik ve Etkileyen Faktörler: Kesitsel Bir Çalışma. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences*. 2017;37(1):10–5.
140. Soler J, Yaman H, Esteva M, Dobbs F, Asenova R, Katić M. Burnout in European family doctors: the EGPRN study. *Fam Pract*. 2008;25(4):245–65.

141. Yıldız A, Çiçek İ, Şanlı M. Sağlık Çalışanlarında Tükenmişliğin Belirleyicileri: Sigara ve Alkol Kullanımına Etkisinin İncelenmesi. Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi . 2018;5(3):126–32.
142. Beyhan S, Güneş S, Türktan M, Özgenciz D. Doğu Akdeniz Bölgesindeki Anestezi Hekimlerinde Tükenmişlik Sendromunun Araştırılması. Turk J Anaesth Reanim. 2013;41(1):7–13.
143. Aydın Ö, Çatav E, 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. Sağlıkın Başkenti Dergisi. 2011;20:4–11.
144. Uzun Ş, Karacaoğlu B, Akıncı S, Erden İ, Sarıcaoğlu F, Aypar Ü. Anesteziyoloji ve dahiliye asistanlarında iş stresi ve tükenmişlik durumu. Journal of Anesthesia-JARSS. 2013;21(4):224–9.
145. Girgin N, Bayrak V, Akkaya C, Erşaylı D, Yılmazlar A. Bursa il merkezinde görevli anesteziistlerde mesleki tükenmeyi etkileyen faktörler. Türk Anestezi ve Reanimasyon Dergisi . 2006;34(1):48–55.
146. Gül Ş, Gül H, Oruç A, Gedik D, Mayadağlı A, Aksu A. Radyasyon onkolojisi kliniği çalışanlarında depresyon ve tükenmişlik düzeylerinin sosyodemografik özelliklerle ilişkisinin değerlendirilmesi. J Kartal TR . 2012;23(1):11–7.
147. Sönmez CI, Ayhan Başer D, Gülmez H. Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Asistan Doktorlarında Tükenmişlik Düzeyi Ve İlişkili Faktörlerin Belirlenmesi. Eurasian Journal Of Family Medicine. 2018;7(3):93–100.
148. Çan E, Topbaş M, Yavuzylmaz A. Karadeniz Teknik Üniversitesi tıp fakültesindeki araştırma görevlisi hekimlerin tükenmişlik sendromu ile iş doyumunu düzeleri ve ilişkili faktörler. J Exp Clin Med. 2006;23(1):17–24.
149. <https://psikiyatri.org.tr/halka-yonelik/46/nikotin-sigara-bagimlilik> Erişim tarihi:18.01.2024.
150. Erdur B, Ergin A, Yuksel A, Türkçüer İ, Ayrik C, Boz B. Türkiye’de acil servislere çalışan hekimler arasında şiddet ve tükenmişlik ilişkisinin değerlendirilmesi. Ulus Travma Acil Cerrahi Derg. 2015;21(3):175–81.
151. Chati R, Huet E, Grimberg L, Schwarz L, Tuech J, Bridoux V. Factors associated With burnout among French digestive surgeons in training: results of a national survey on 328 residents and fellows. Am J Surg. 2017;213(4):754–62.
152. Bandura A. Perceived Self-Efficiency in Cognitive Development and Functioning. Educ Psychol. 1993;28(2):117–48.
153. Sargent M, Sotile W, Sotile M, Rubash H, Barrack R. Quality of life during orthopaedic training and academic practice: part 1: Orthopaedic surgery residents and faculty1: . JBJS. 2009;91(10):2395–405.

154. Ozyurt A, Hayran O, Sur H. Predictors of burnout and job satisfaction among Turkish physicians. *Qjm*. 2006;99(3):161–9.
155. Elit L, Trim K, Mand-Bains I, Sussman J, Grunfeld E. Job satisfaction, stress, and burnout among Canadian gynecologic oncologists. *Society of Gynecologic Oncology Canada*. 94(1):134–9.
156. Thomsen S, Soares J, Nolan P, Dallender J, Arnetz B. Feelings of professional fulfilment and exhaustion in mental health personnel: the importance of organizational and individual factors. *Psychother Psychosom*. 1999;68(1):157–64.
157. Renzi C, Tabolli S, Ianni A, Di Pietro C, Puddu P. Burnout and job satisfaction comparing healthcare staff of a dermatological hospital and a general hospital. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2005;19(2):153–7.
158. Whippen D, Canellos G. Burnout syndrome in the practice of oncology: results of a random survey of 1000 oncologists. *J Clin Oncol*. 1991;9(10):1916–20.
159. Heim E. Stressors in health occupations. Do females have a greater health risk? *J Psychosom Med Psychoanal*. 1992;38(3):207–26.
160. Visser MRM, Smets EMA, Oort FJ, De Haes DH. Stress, satisfaction and burnout among Dutch medical specialists. *CMAJ*. 2003;163(3):271–5.
161. WHO. Constitution. World Health Organization, Geneva, 1948.
162. Campbell D, Sonnad S, Eckhauser F, Campbell K, Greenfield L. Burnout among American surgeons. *Surgery*. 2001;130(4):696–705.
163. Johnson J, Wagner R, Rueger R, Goepfert H. Professional burnout among head and neck surgeons: results of a survey. *Head Neck*. 1993;15(6):557–60.
164. İlhan M, Tüzün H, Ceyhan M, Maral I, Aygün R. Aynayı Kendine Doğrultmak: Bir Tıp Fakültesi Araştırma Görevlilerinde Kişisel Özellikler ve Çalışma Koşullarına İlişkin Değişkenlerin Tükenmişlik Sendromu İle İlişkisi. *Toplum ve Hekim*. 2005;20(6):455–62.
165. Shanafelt T, Balch C, Bechamps G, Russell T, Dyrbye L, Satele D. Burnout and career satisfaction among American surgeons. *Ann Surg*. 2009;250(3):463–71.
166. Kosan Z, Calikoglu EO, Guraksin A. Levels of burnout and their associated factors among physicians working in Northeast Anatolia. *Niger J Clin Pract*. 2018;21(7):875–81.
167. Al-Duabi S, Rampal K. Prevalance and Associated Factors of Burnout Among Doctors in Yemen. *J Occup Health*. 2010;52(1):58–65.
168. Sayıl İ, Haran S, Ölmez Ş, Devrimci Özgüven H. Ankara Üniversitesi Hastanelerinde Çalışan Doktor ve Hemşirelerin Tükenmişlik Düzeyleri. *Kriz Dergisi*. 1997;5(2).

169. Martini S, Arfken C, Churchill M, Balon R. Burnout comparison among residents in different medical specialties. *Academic Psychiatry*. 2004;28(3):240–2.
170. Biaggi P, Peter S, Ulich E. Stressors, emotional exhaustion and aversion to patients in residents and chief residents - what can be done? *Swiss Med Wkly*. 2003;133(23):339–46.
171. Dikmetaş E, Top M, Ergin G. Asistan hekimlerin tükenmişlik ve mobbing düzeylerinin incelenmesi. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2011;22(3):137–49.
172. Karsavuran S, Kaya S. The relationship between burnout and mobbing among hospital managers. *Nurs Ethics*. 2017;24(3):337–48.
173. Hacimusalar Y, Misir E, Civan Kahve A, Demir Hacimusalar G, Guclu MA, Karaaslan O. The effects of working and living conditions of physicians on burnout level and sleep quality. *Med Lav*. 2021;112(5):346–59.
174. Aykut G, Efe EM, Bayraktar Ş, Şentürk S, Başeğmez İ, Özkumit Ö, et al. Mobbing exposure of anaesthesiology residents in Turkey. *Turk Anesteziyoloji ve Reanimasyon Dernegi Dergisi*. 2016 Aug 1;44(4):177–89.
175. Dursun S. İşyeri şiddetinin çalışanların tükenmişlik düzeyi üzerine etkisi: Sağlık sektöründe bir uygulama. *Çalışma İlişkileri Dergisi*. 2012;3(1):105–15.
176. Nart S. İş ortamında şiddet, tükenmişlik ve iş tatmini ilişkileri: Sağlık çalışanları üzerinde bir araştırma. *Journal of Management and Economics Research*. 2014;12(23):248–68.
177. Giménez Lozano GL, Martínez Ramón JP, Morales Rodríguez FM. Doctors and Nurses: A Systematic Review of the Risk and Protective Factors in Workplace Violence and Burnout. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(6):3280.
178. Sui G, Liu G, Jia L, Wang L, Yang G. Associations of workplace violence and psychological capital with depressive symptoms and burn-out among doctors in Liaoning, China: a cross-sectional study. *BMJ Open*. 2019;9(5).
179. Barrack R, Miller L, Sotile W, Sotile M, Rubash H. Effect of duty hour standards on burnout among orthopaedic surgery residents. *Clin Orthop Relat Res*. 2006;449:134–7.

EKLER

Ek-1. Anket Formu

PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ'NDE ARAŞTIRMA GÖREVLİSİ OLARAK ÇALIŞAN HEKİMLERDE TÜKENMİŞLİK DÜZEYİ VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER

Sayın katılımcı; **tükenmişlik; başarısız olma, yıpranma, enerji ve güç kaybı veya karşılanamayan istekler sonucu bireyin iç kaynaklarında tükenme durumu** anlamına gelir. Soruları bu tanım çerçevesinde değerlendirmeniz rica olunur. Anket anonimdir. Lütfen isim yazmayınız. Bu araştırma bir uzmanlık tezi olacak şekilde düzenlenmiştir. Soruları içtenlikle cevapladığınız için teşekkür ederiz.

Arş. Gör. Dr. Fatma Nur EĞİLMEZ

Doç. Dr. Özgür SEVİNÇ

Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D.

1. Yaşınız.....
2. Cinsiyetiniz?
 - a) Kadın b) Erkek
3. Medeni haliniz?
 - a) Bekar b) Evli c) Ayrı yaşıyor d) Boşanmış/dul
4. Eşinizin çalışma durumunu belirtiniz (Evli değilseniz bu soruyu geçiniz).
 - a) Çalışmıyor b) Çalışıyor
5. Annenizin öğrenim durumunu belirtiniz.
 - a) Okuryazar değil b) Okuryazar c) İlkokul mezunu d) Ortaokul mezunu e) Lise mezunu f) Yüksekokul/üniversite mezunu
6. Babanızın öğrenim durumunu belirtiniz.
 - a) Okuryazar değil b) Okuryazar c) İlkokul mezunu d) Ortaokul mezunu e) Lise mezunu f) Yüksekokul/üniversite mezunu
7. Gelir durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz?
 - a) Gelirim giderimden düşük b) Gelirim giderime eşit c) Gelirim giderimden fazla
8. Çocuğunuz var mı?
 - a) Evet, var (çocuk sayısı....., büyükten küçüğe çocuk yaşlarını yazınız.....) b) Hayır, yok
9. Bakmakla yükümlü olduğunuz (yaşlı, engelli, maddi açıdan yetersiz vb.) biri/birileri var mı ?

- a) Evet b) Hayır
- 10. Sigara içiyor musunuz?**
a) Evet..... (ortalama adet/ günde) b) Hayır, hiç içmedim
c) İçtim, bıraktım (sene boyunca)(ortalama adet/ günde)
- 11. Alkol kullanım durumunuzu belirtiniz.**
a) Sürekli kullanıyorum b) Ara sıra kullanıyorum c) Eskiden kullanıyordum d) Hiç kullanmadım
- 12. Kronik bir hastalığınız var mı?**
a) Hayır
b)Evet.....
.....(hastalığı yazınız)
- 13. Düzenli kullandığınız ilaç var mı?**
a) Hayır
b)Evet.....
.....(ilacı yazınız)
- 14. Sosyal etkinliklere/hobilerinize yeterince zaman ayırabiliyor musunuz?**
a) Evet, yeterli zaman ayırabiliyorum b) Zaman ayırabiliyorum ama yeterli olduğunu düşünmüyorum c) Hayır, hiç zamanım olmuyor
- 15. Spor yapıyor musunuz?**
a) Evet, düzenli spor yapıyorum b) Spor yapıyorum ama düzenli değil c) Hayır, hiç spor yapmıyorum
- 16. Son bir sene içerisinde tatile gittiniz mi?**
a) Evet b) Hayır
- 17. Ne kadar süredir hekimlik yapıyorsunuz?.....yıl veay**
- 18. Hekimlik mesleğini kendi isteğinizle mi seçtiniz?**
a) Evet b) Hayır c) Kararsızım
- 19. Tekrar seçim yapma fırsatınız olsa hekimlik mesleğini tercih eder miydiniz?**
a) Evet b) Hayır c) Kararsızım
- 20. Araştırma görevlisi kadro durumunuzu belirtiniz.**
a) YÖK kadrosu b) SBA kadrosu

21. Ne kadar süredir şu anki bölümünüzde araştırma görevlisi olarak çalışıyorsunuz?
.....yıl veay
22. Uzmanlık bölümünüzü isteyerek mi seçtiniz?
a) Evet b) Hayır c) Kararsızım
23. Tekrar seçim yapma fırsatınız olsa aynı bölümü tercih eder miydiniz?
a) Evet b) Hayır c) Kararsızım
24. Nöbet tutuyor musunuz?
a) Çalıştığım bölümde nöbet yok b) Çalıştığım bölümde nöbet var ama ben tutmuyorum (kıdem, hastalık, engel durumu vb. sebeplerle) c)
Nöbet tutuyorum, ayda ortalama adet
25. Haftalık ortalama kaç saat çalışıyorsunuz?.....
26. Eğer hasta bakıyorsanız, poliklinik hizmetleri sırasında günde ortalama kaç hasta bakıyorsunuz?.....
27. İş yükünüzü nasıl değerlendirirsiniz?
a) Az b) Orta c) Fazla d) Çok fazla e) Gücümü aşacak derecede /aşırı
28. Çalışmakta olduğunuz bölümde hizmet önceliğinin hangisi olduğunu düşünüyorsunuz?
a) Eğitim /araştırma b) Sağlık hizmet sunumu c) Kararsızım
29. Alanınızla ilgili çıkan yayınları/ mevcut gelişmeleri takip edebiliyor musunuz?
a) Hiçbir zaman b) Çok nadiren c) Bazen d) Sıklıkla e) Her zaman
30. Bölümünüzde mobbing(en az 6 ay boyunca iş yerinde belirli bir kişiyi hedef alıp, çalışmalarını engelleyip; huzursuz olmasına yol açarak yıldırma, dışlama, gözden düşürme) uğradığınızı düşünüyor musunuz?
a) Hayır, düşünmüyorum b) Kararsızım c) Bazen düşünüyorum
d) Genellikle mobbing olduğu fikrindeyim e) Her zaman mobbinge uğruyorum
31. Çalışmakta olduğunuz bölümde hasta veya hasta yakını tarafından sözlü/psikolojik şiddete uğradınız mı?
a) Hiçbir zaman b) Çok nadiren c) Bazen d) Sıklıkla e) Her zaman
32. Çalışmakta olduğunuz bölümde hasta veya hasta yakını tarafından fiziksel şiddete maruz uğradınız mı?
a) Hiçbir zaman b) Çok nadiren c) Bazen d) Sıklıkla e) Her zaman

33. Çalışmakta olduğunuz bölümde göreviniz süresince hasta veya hasta yakınları tarafından başhekimlik/CİMER/SABİM vb. kanallar üzerinden şikayet edildiniz mi?
- a) Evet b) Hayır
34. Mesleki geleceğinizle ilgili kaygılarınız var mı?
- a) Evet, çok kaygılanıyorum b) Kaygı duyuyorum ama çok değil c) Hayır, bu konuda kaygım yok
35. Ülkemizde hekim maaşlarıyla ilgili yapılan son düzenlemeleri yeterli buluyor musunuz?
- a) Evet, kesinlikle yeterli b) Bir adım atıldı ama çok yeterli olmadığını düşünüyorum c) Hayır, kesinlikle yetersiz
36. Ülkemizde hekim mesai saatleri/nöbet sayıları ilgili yapılan son düzenlemeleri yeterli buluyor musunuz?
- a) Evet, kesinlikle yeterli b) Bir adım atıldı ama çok yeterli olmadığını düşünüyorum c) Hayır, kesinlikle yetersiz

Maslach Tükenmişlik Ölçeği (MTÖ)

| Sayın cevaplayıcı; aşağıda bireylerin işleri ile ilgili tutumlarını yansıtan ve iş ile ilgili ruh durumlarını ifade eden cümleler yer almaktadır. Lütfen her bir cümleyi dikkatle okuyarak hangi sıklıkta hissettiğinizi size uyan seçeneğe (X) işareti koyarak belirtiniz. | | Hiçbir zaman | Çok nadir | Bazen | Çoğu zaman | Her zaman |
|---|---|--------------|-----------|-------|------------|-----------|
| 1 | İşimden soğuduğumu hissediyorum. | | | | | |
| 2 | İş dönüşü kendimi ruhen tükenmiş hissediyorum. | | | | | |
| 3 | Sabah kalktığımda, bir gün daha bu işi kaldıramayacağımı hissediyorum. | | | | | |
| 4 | İşim gereği karşılaştığım insanların ne hissettiğini hemen anlarım. | | | | | |
| 5 | İşim gereği karşılaştığım insanlara sanki insan değilmiş gibi davrandığımı fark ediyorum. | | | | | |
| 6 | Bütün gün problemlili insanlarla uğraşmak benim için gerçekten çok yıpratıcı. | | | | | |
| 7 | İşim gereği karşılaştığım insanların sorunlarına en uygun çözüm yollarını bulurum. | | | | | |
| 8 | Yaptığım işten yıldığımı hissediyorum. | | | | | |
| 9 | Yaptığım iş sayesinde insanların yaşamına katkıda bulunduğuma inanıyorum. | | | | | |
| 10 | Bu işte çalışmaya başladığımdan beri insanlara karşı sertleştim | | | | | |
| 11 | Bu işin beni giderek katılaştırmasından korkuyorum. | | | | | |
| 12 | Çok şeyler yapabilecek güçteyim. | | | | | |
| 13 | İşimin beni kısıtladığımı hissediyorum. | | | | | |
| 14 | İşimde çok fazla çalıştığımı hissediyorum. | | | | | |
| 15 | İşim gereği karşılaştığım insanlara ne olduğu umurumda değil. | | | | | |
| 16 | Doğrudan doğruya insanlar ile çalışmak bende çok fazla stres yaratıyor. | | | | | |
| 17 | İşim gereği karşılaştığım insanlarla aramda rahat bir hava yaratırım. | | | | | |
| 18 | İnsanlarla yakın bir çalışmadan sonra kendimi canlanmış hissediyorum. | | | | | |
| 19 | Bu işte birçok kayda değer başarı elde ettim. | | | | | |
| 20 | Yolun sonuna geldiğimi hissediyorum. | | | | | |
| 21 | İşimdeki duygusal sorunlara serin kanlılıkla yaklaşırım. | | | | | |
| 22 | İşim gereği karşılaştığım insanların bazı problemlerini sanki ben yaratmışım gibi davrandıklarını hissediyorum. | | | | | |

Ankete katıldığınız için teşekkür ederiz...

Ek-2. Etik Kurul Onayı

Evrak Tarih ve Sayısı: 01.03.2023-E.338083



T.C.
PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı : E-60116787-020-338083
Konu : Başvurunuz Hk.

01.03.2023

Sayın Doç. Dr. Özgür SEVİNÇ

İlgi : 09/02/2023 tarihli dilekçeniz. 10.150.1.85

947

2.03.2023

İlgi dilekçe ile başvurmuş olduğunuz "Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde Araştırma Görevlisi Olarak Çalışan Hekimlerde Tükenmişlik Düzeyi ve İlişkili Faktörler" konulu çalışmanız 28.02.2023 tarih ve 04 sayılı kurul toplantımızda görüşülmüş olup,

Yapılan görüşmelerden sonra; söz konusu çalışmanın yapılmasında ETİK AÇIDAN SAKINCA OLMADIGINA, altı ayda bir çalışma hakkında Kurulumuza bilgi verilmesine oy birliği ile karar verilmiştir.

Bilgilerinizi rica ederim.

Prof. Dr. Hülya ÇETİN
Kurul Başkanı

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu :BSVAC021Z9 Pin Kodu :92642

Belge Takip Adresi : <https://www.turkiye.gov.tr/pau-ebys>

Adres:Tıp Fakültesi Dekanlığı Kınıklı/Denizli

Telefon:0 (025) 8 Faks:0 (258) 296 17 65

e-Posta: tibbietik@pau.edu.tr Elektronik Ağ: <http://www.pau.edu.tr>

Keşif Adresi: paurektortluk@hs01.kep.tr

Bilgi için: Selda ERKİŞİ

Unvanı: Bilgisayar İşletmeni



Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Ek-3. Araştırma İzni

Evrak Tarih ve Sayısı: 30.03.2023-E.350721



T.C.
PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ
Tıp Fakültesi



Sayı : E-75867404-044-350721
Konu : Araş.Gör.Dr.Fatma Nur EĞİLMEZ Tez
Çalışma İzni hk.

30.03.2023

HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALINA

İlgi : 06.03.2023 tarihli ve 339549 sayılı yazı

10.150.1.85

5.04.2023

Anabilim Dalınız öğretim üyesi Doç.Dr.Özgür SEVİNÇ'in danışmanlığında Arş.Gör.Dr. Fatma Nur EĞİLMEZ'in "Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde Araştırma Görevlisi Olarak Çalışan Hekimlerde Tükenmişlik Düzeyi ve İlişkili Faktörler" başlıklı uzmanlık tez araştırmasının Fakültemizde araştırma görevlisi olarak çalışan hekimlerde, tez çalışmasına gönüllülük esasına göre anket yoluyla veri toplanarak araştırmanın yapılması Dekanlığımızca uygun görülmüş olup konu hakkında alınan Fakültemiz Yönetim Kurulu 29.03.2023 tarih ve 15/4 sayılı kararı ekte gönderilmiştir.

Bililerinizi ve gereğini rica ederim.

Prof. Dr. Osman İsmail ÖZDEL
Dekan Vekili

Ek: Fakülte Yönetim Kurulu Karar Sureti (1 Sayfa)

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu :B55AF8CEUN Pin Kodu :53482 Belge Takip Adresi : <https://www.turkiye.gov.tr/pau-ebys>
Adres:Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Kat:2
20160 Kınıklı/DENİZLİ
Telefon:0 (258) 296 16 07 Faks:0 (258) 296 17 65
e-Posta:tipfak@pau.edu.tr Elektronik Ağ:<https://www.pau.edu.tr/tp/>
Kep Adresi: paurektoriuk@hs01.kep.tr

Bilgi için: Ahmet AYKUT
Unvan: Bilgisayar İşletmeni (Ş)



Tel No: 0258 296 1611

Bu belge,güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

| T.C. PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ YÖNETİM KURULU TOPLANTI TUTANAĞI | | | |
|---|--------------|----------------|------------|
| Toplantı Tarihi | : 29.03.2023 | Karar | : 4 |
| Toplantı Sayısı | : 15 | Toplantı Saati | : 15:00 |
| Toplantı Günü | : Çarşamba | Toplantı Yeri | : Dekanlık |

Karar 4- Halk Sağlığı Anabilim Dalı öğretim üyesi Doç.Dr.Özgür SEVİNÇ'in danışmanlığında Arş.Gör.Dr. Fatma Nur EĞİLMEZ'in "Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde Araştırma Görevlisi Olarak Çalışan Hekimlerde Tükenmişlik Düzeyi ve İlişkili Faktörler" başlıklı uzmanlık tez araştırmasının Fakültemizde araştırma görevlisi olarak çalışan hekimlerde, tez çalışmasına gönüllülük esasına göre anket yoluyla veri toplanarak araştırmanın yapılmasının uygunluğuna ve Psikiyatri Anabilim Dalından destek alınmasının önerilmesine oy birliği ile karar verildi.

5.04.2023

| Prof.Dr. Osman İsmail ÖZDEL Dekan V. İmza | | | |
|---|------|------------------------------------|-----------|
| Prof.Dr. Gülçin METE | İmza | Prof.Dr. Ahmet ERGİN | Mazeretli |
| Prof.Dr. Otga YAYLALI | İmza | Doç.Dr. Samet YILMAZ | İmza |
| Doç.Dr. Erhan UĞURLU | İmza | Dr.Öğr.Üyesi İlknur Hatice AKBUDAK | İmza |