

**T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

(YÜKSEK LİSANS TEZİ)

**ONKOLOJİ ALANINDA ÇALIŞAN HEKİMLER İLE
DERMATOLOJİ ALANINDA ÇALIŞAN HEKİMLERİN
TÜKENMİŞLİK SENDROMU AÇISINDAN
KARŞILAŞTIRILMASI**

ALEV DÜZGÜN

**DANIŞMAN
PROF DR SEDAT ÖZKAN**

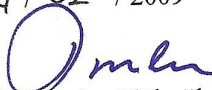
**PREVANTİF ONKOLOJİ ANABİLİMDALI
PSİKOSOSYAL ONKOLOJİ VE EĞİTİM PROGRAMI**

İSTANBUL-2009

TEZ ONAYI

Aşağıda tanıtımı yapılan tez, jüri tarafından başarılı bulunarak Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.






24 / 02 / 2009


Prof. Dr. Emine Kökoğlu
Enstitü Müdürü

Kurum : İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Program Adı : Psikososyal Onkoloji ve Eğitim Bilim Dalı
Programın seviyesi : Yüksek Lisans Doktora
Anabilim Dalı : Prevatif Onkoloji
Tez Sahibi : Alev DÜZGÜN
Tez Başlığı : "Onkoloji alanında çalışan hekimler ile dermatoloji alanında çalışan hekimlerin tükenmişlik sendromu açısından karşılaştırılması"
Sınav Yeri : İ.Ü.İst.Tıp Fak.Psikiyatri Anabilim Dalı-Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Bilim Dalı
Sınav Tarihi : 19 / 02 / 2009

Tez Sınav Jürisi

Ünvanı Adı Soyadı Üniversitesi, Fakültesi, Anabilim Dalı

1. Prof. Dr. Sedat ÖZKAN / İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı 
2. Prof. Dr. Güler BAHADIR / İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı 
3. Prof. Dr. Arşaluy KAYIR / İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı 
4. Prof. Dr. Sıdıka KURUL / İ.Ü. Onkoloji Enstitüsü Prevatif Onkoloji Anabilim Dalı 
5. Doç. Dr. Mert BAŞARAN / İ.Ü. Onkoloji Enstitüsü Klinik Onkoloji Anabilim Dalı 

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmayla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığı beyan ederim.

Alev Düzgün



İTHAF

Annem'e

TEŞEKKÜR

Öncelikle tez çalışmam boyunca akademik bilgi, birikim ve önerileri ile bana yol gösteren Psikososyal Onkoloji Bilim Dalı başkanı Prof Dr Sedat Özkan'a; yine bu süreçte ilgisini eksik etmeyen Prof Dr Mine Özkan'a; Psikososyal onkoloji eğitimimde bana farklı bakış açıları kazandıran Prof Kemal Çakmaklı'ya; psikososyal onkoloji eğitim programının devamlılığını koruyan Prevanatif Onkoloji Anabilim Dalı başkanı Prof Dr Sıdıka Kurul'a ve İÜ Onkoloji Enstitü Müdürü Prof Dr Erkan Topuz'a; çalışmaya katılan tüm hekimlere bu çalışmayı anlamlandırdıkları için tekrar teşekkür ederim.

Yüksek lisans eğitimimde tanıma fırsatı bulduğum değerli hocalarım Prof Dr Psk Güler Bahadır ve Prof Dr Psk Arşaluyz Kayır'a mesleki gelişimime katkılarından dolayı sonsuz teşekkürlerimi sunarım. Tez çalışmamın başlangıcından sonuna kadar devam eden süreçte bilgi ve deneyimleri ile yanımda olan Dr Deniz Karayün ile desteğini esirgemen Psk Aslı Yeşil'e ayrıca teşekkür ederim.

Yaşamım boyunca emek ve destekleri ile bana güç veren aileme, 2006 yazında kanser teşhisi alan ve 2007 kışında hayatını kaybeden anneme hayatımda bıraktığı önemli izler adına teşekkürü bir borç bilirim.

Alev Düzgün

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI	HATA! YER İŞARETİ TANIMLANMAMIŞ.
BEYAN	İİ
İTHAF	İİİ
TEŞEKKÜR.....	V
İÇİNDEKİLER	VI
TABLolar LİSTESİ	Vİİİ
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	X
ÖZET	Xİ
ABSTRACT.....	Xİİ
1. GİRİŞ VE AMAÇ	13
2. GENEL BİLGİLER.....	16
2.1. Tükenmişlik Sendromu	16
2.2. Stress ve Başa Çıkma.....	22
2.3. Ölümcül hasta ve hastalıklarla çalışmak.....	24
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	30
3.1. Araştırma Grubu	30
3.2. Veri Toplama Araçları	30
3.2.1. Kişisel Bilgi Formu	30
3.2.2. Maslach Tükenmişlik Envanteri	31
3.2.3. Çalışanlar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği:	32
3.2.4. COPE Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği	34
3.3. İşlem.....	35
3.4. İstatistiksel Yöntemler	35
4. BULGULAR.....	36
4.1. Kişisel Bilgi Formu ile İlgili Bulgular	36
4.2. Maslach Tükenmişlik Ölçeğine İlişkin Bulgular.....	42
4.3. Çalışanlar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeğine İlişkin Bulguları	47
4.4. COPE Başa Çıkma Tutumları Ölçeğine İlişkin Bulgular	51
4.5. İlişkisel Hesaplamalara İlişkin Bulgular.....	56
5. TARTIŞMA	61

KAYNAKLAR	69
FORMLAR	77
ÖZGEÇMİŞ	82

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 4.1: <i>Yaş Dağılımı</i>	36
Tablo 4.2: <i>Cinsiyet Dağılımı</i>	37
Tablo 4.3: <i>Medeni Durum</i>	37
Tablo 4.4: <i>Sahip olunan çocuk sayısı</i>	38
Tablo 4.5: <i>Sağlık probleminin varlığı</i>	39
Tablo 4.6: <i>Kanser teşhisi alan yakınun varlığı</i>	39
Tablo 4.7: <i>Hekimlerin mesleki yaşam bilgilerine ait ortalamalar ve t değerleri</i>	41
Tablo 4.8: <i>Maslack Tükenmişlik ölçeği puanlarının cinsiyet dağılımı</i>	42
Tablo 4.9: <i>Yaşa göre tükenmişlik düzeyleri ve t değerleri</i>	43
Tablo 4.10: <i>Tükenmişlik düzeylerini medeni duruma göre dağılımı ve Z değerleri</i>	43
Tablo 4.11: <i>Tükenmişlik düzeyinin meslekte çalışma süresine göre dağılımı ve t değerleri</i>	44
Tablo 4.12: <i>Tükenmişlik düzeyinin Dermatoloji ve Onkoloji alanında çalışan hekimlere göre ortalamaları, standart sapmaları ve t değerleri</i>	45
Tablo 4.13: <i>Çalışanlar için yaşam kalitesi ölçek puanlarının cinsiyete göre dağılımı, ortalamaları, Z ve t değerleri</i>	47
Tablo 4.14: <i>Yaşa göre çalışanlar için yaşam kalitesi ölçeği ortalamaları ve t değerleri</i>	48
Tablo 4.15: <i>Meslekte çalışma süresine göre çalışanlar için yaşam kalitesi ölçeği ortalamaları ve t değerleri</i>	48
Tablo 4.16: <i>Çalışanlar için Yaşam Kalitesi ölçeğinin Dermatoloji ve Onkoloji alanında çalışan hekimlere göre ortalamaları, standart sapmaları ve t değerleri</i>	49
Tablo 4.17: <i>Onkoloji alanında çalışan hekimlerin COPE alt ölçekleri ortalamaları</i>	52
Tablo 4.18: <i>Dermatoloji alanında çalışan hekimlerin COPE alt ölçekleri puan ortalamaları</i>	53
Tablo 4.19: <i>COPE alt ölçekleri puan ortalamaları, standart sapmaları ve t değerleri</i> ...	55
Tablo 4.20: <i>MASLACH ve ÇYKÖ* alt boyutları arasındaki korelasyonlar</i>	56
Tablo 4.21: <i>Onkoloji alanında çalışan hekimlerin başa çıkma tutumları ile sosyodemografik özellikler ve bazı psikolojik faktörler arasındaki korelasyonlar</i>	59

Tablo 4.22: *Dermatoloji alanında çalışan hekimlerin başa çıkma tutumları ile sosyodemografik özellikler ve bazı psikolojik faktörler arasındaki korelasyonlar60*

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 2.1: <i>Kanserde Ruhsal Tepkiler</i>	26
Şekil 4.1: <i>Maslach alt ölçek puanları gruplar arası karşılaştırma grafiği</i>	46
Şekil 4.2 <i>Çalışanlar için yaşam kalitesi ölçeğinin alt ölçekleri puanları gruplar arası karşılaştırma grafiği</i>	50

ÖZET

Düzgün, A. (2008). Onkoloji alanında çalışan hekimler ile dermatoloji alanında çalışan hekimlerin tükenmişlik sendromu açısından karşılaştırılması. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Prevanatif Onkoloji ABD, Psikososyal Onkoloji Bilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.

Bu çalışmada onkoloji alanında çalışan hekimler ile dermatoloji alanında çalışan hekimlerin tükenmişlik düzeyi, yaşam kalitesi, stresle başa çıkma tutumları gibi çeşitli değişkenler açısından farklılık gösterip göstermediğini incelemek amaçlanmıştır.

Bu amaç doğrultusunda Onkoloji alanında ve Dermatoloji alanında görev yapmakta olan toplam 50 hekim çalışmaya dahil edilmiştir. Veri toplama araçları olarak; Kişisel Bilgi Formu, Maslach Tükenmişlik Ölçeği, Çalışanlar için Yaşam Kalitesi Ölçeği ve COPE Başa Çıkma Tutumları Ölçeği kullanılmıştır.

Dermatoloji alanında çalışan hekimlerin onkoloji alanında çalışan hekimlere göre duygusal tükenme ($p<.00$) duyarsızlaşma ($p<.05$) ve kişisel başarı ($p<.05$) puanları daha yüksek çıkmıştır. Mesleki tatmin ($p<.05$) düzeyi dermatoloji alanında çalışan hekimlerden daha düşük bulunan onkoloji alanında çalışan hekimlerde ikincil travmatik stres olarak da bilinen eşduyum yorgunluğunun ($p<.00$) daha yüksek olduğu bulunmuştur. Başa çıkma tutumları açısından ise zihinsel boş verme, şakaya vurma, madde kullanımı, davranışsal boş verme, inkar, etkin başa çıkma ve yararlı sosyal destek aramak tutumlarında gruplar arasında anlamlı farklılıklar bulunmuştur ($p<.05$).

Anahtar kelimeler: Tükenmişlik, yaşam kalitesi, stresle başa çıkma

ABSTRACT

Duzgun, A. (2009). Comparison of Burnout Syndrome in Medical Doctors Who Work in Oncology and Dermatology Departments. Istanbul University, Institute of Health Science, Preventive Oncology Department, Psychosocial Oncology Department, Masters Thesis, Istanbul.

This study aimed to investigate whether or not there are differences concerning burnout, quality of life, coping with stress and other variables between medical doctors who work in oncology and dermatology departments.

For this reason 50 doctors who work in oncology and dermatology were included in the study sample. Maslach burnout scale, Professional Quality of Life Scale and COPE The Coping Orientations to Problems Experienced scale were used as the data gathering tools in the study.

Medical doctors in department of dermatology demonstrated higher points in emotional exhaustion ($p<.00$), depersonalization ($p<.05$) and personal accomplishment ($p<.05$) compared with those who work in department of oncology. Job satisfaction rate among the doctors in department of dermatology is higher ($p<.05$). Compassion fatigue, also known as a Secondary Traumatic Stress Disorder, rate among the doctors in department of oncology is higher ($p<.00$). In terms of attitudes coping with stress, mental disengagement, humor, substance use, behavioral disengagement, denial, active coping and use of instrumental social support attitudes were significant differentiates between groups ($p<.05$).

Key words: Burnout, quality of life, coping strategies

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Kanser hastasıyla uğraşan tedavi ekibi sağlık çalışanları arasında en ciddi zorlanmayı yaşayan gruplar arasında yer alır (Özkan ve Armay, 2007). Bir bireyin yaşamında rastlayacağı en kaçınılmaz kayıp olgusu ise ölümdür. Sağlık çalışanları yaptıkları işin olası olumsuz sonuçlarıyla baş etme konusunda donanımlı olsalar da, ölüm gibi travmatik olaylara yoğun olarak maruz kaldıkları için psikolojik ve fiziksel olarak daha dayanıksız hale gelmektedirler. Ayrıca, yoğun maruziyetin başa çıkmanın bozulmasına neden olduğu gözlenmektedir (Yılmaz, 2006).

Sağlık alanında çalışanlarda, yoğun iş yükü, ağır ve ölümcül hastalara bakım verme, gerektiğinde hasta ve yakınlarına duygusal destek vermek zorunda kalmak gibi nedenler işle ilgili stres ve gerginliğe ve dolayısı ile tükenmeye yol açtığı bilinmektedir. Yardım gereksinimi olan kişilerle işleri gereği yüz yüze gelinen mesleklerde "tükenmişlik sendromu" sık karşılaşılan bir durumdur. Uzun süreli stresli çalışma ortamına maruz kalındığında fiziksel ve duygusal yorgunluk, duyarsızlaşma ve üretkenlikte azalma ile karakterize olan bu durumun hekimlerin iş ve yaşam doyumları üzerinde de olumsuz bir etkileşim yarattığı bilinmektedir (Freudenberger 1974, Maslach ve Jackson 1981, Cordes ve Dougherty 1993).

Olkinuora ve arkadaşları (1990) yaptıkları çalışmada özellikle onkoloji, yoğun bakım birimleri gibi bölümlerde çalışanlarda tükenmeye daha sık rastlandığı saptanmıştır. Fakat onkoloji alanında çalışmak, tıbbın diğer alanlarıyla kıyaslandığında özellikle stres verici, kaygıyı arttırıcı, tükenmişliğe ve depresyona daha çok yol açan bir alan olarak görmeyen çalışmalar da mevcuttur (Babayiğit, 1996; Watson ve ark, 1994). Piedmont (1993) gibi araştırmacılar, benzer iş koşullarında görev yapsalar da, tükenme düzeylerinin, kişilik özellikleri, kişinin stres yaratan durumlara bakış ve onlarla baş etme yöntemlerindeki farklılıklar nedeniyle, bireysel olarak şekillendiğini düşünmektedir.

Kanser ve tedavisinin psikolojik etkileri, kanser hastalarının hayat kalitesini etkileyen psikolojik faktörler, duygusal desteğin önemi, kanserin etkileri ile başa çıkma yolları, kansere psikolojik uyum gibi araştırmaların yanında son zamanlarda kanser hastaları ile çalışan hekimlere yönelik çalışmalara az da olsa rastlanmaktadır (Asai ve ark, 2007; Dunwoodie ve Auret, 2007; İşçen, 2006; Travado ve ark, 2005; Babayiğit, 1996; Dolu, 1997). Bu çalışmalarda hekimlerin tükenmişlik düzeyleri, iş doyumunu, empatik becerileri, çatışma eğilimleri, stresle başa çıkma tarzları incelenmiş fakat tükenmişlik ile stresle başa çıkma tarzlarının bir arada incelendiği karşılaştırmalı bir çalışmaya rastlanmamıştır.

Sağlık alanında çalışanlarda yoğun iş yükü dışında; hastanın sorumluluğunu yüklenme, ağır ve ölümcül hastalara bakım verme, hasta ve yakınlarına duygusal destek vermek zorunda kalma gibi sebepler ve bunlara ek olarak sağlık hizmetinin dağılımındaki yetersizlikler, çalışma şartlarının kötülüğü, işle ilgili stres ve gerginliğe yol açar. İşle ilgili gerginlik şartların devam etmesi halinde mesleki olarak tatminsizliğe ve daha sonra da tükenmişliğe yol açabilir. Bugün bunlara dayanarak tükenmişlik sendromunun sağlık çalışanları arasında büyük bir sorun olduğu bilinmektedir (Maslach, 1976; Aslan ve ark, 1996).

Tükenmişlik sendromunun gelişmesinde stresin bir biçimde anahtar rol oynadığı ileri sürülmektedir. Bu olgu sağlık ile ilgili yardımcı mesleklerde çok yaygın görülmektedir. Bu mesleğe özgü ve tükenmişlik olgusunun ortaya çıkmasına neden olan birçok etmen vardır. Ayrıca akut sıkıntıda olan hastaya yardımcı olamamak ve hastaların düzelmediğini izlemek önemli etmenlerdir. Kronik, çaresiz ve ölen hastalarla çalışmanın kendine özgü koşulları da tükenmişlik sendromuna neden olabilmektedir (Ersoy ve ark., 2001).

Bu sebeplerle daha önce araştırılmadığı görülen ölüm ve ölümcül hastalıklarla daha sık karşılaşan onkoloji alanında çalışan hekimler ile ölüm ve ölümcül hastalıkların daha az karşılaştığı dermatoloji alanında çalışan hekimlerin tükenmişlik düzeyleri ve başa çıkma tutumları açısından incelenmesini amaçlayan bu çalışma bir karşılaştırma çalışması olarak önem kazanmaktadır.

Bu çalışmanın amaçları arasında;

İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanelerinin onkoloji alanında çalışan hekimleri ile dermatoloji alanında çalışan hekimlerinin

- 1) tükenmişlik sendromu açısından aralarında farklar olup olmadığının araştırılması
- 2) algılanan yaşam kalitesi açısından aralarında farklar olup olmadığının araştırılması
- 3) stresle başa çıkma tarzları açısından aralarında farklar olup olmadığının araştırılması

yer almaktadır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Tükenmişlik Sendromu

Tükenmişlik ile literatürde bu kavram ile ilgili geçerli iki tanım yapılmıştır. Bunlardan birincisi Maslach'ın tanımıdır. Bu tanıma göre, tükenmişlik, işe bağlı tutum ve davranışlardaki değişikliklerle kendini gösteren duygusal tükenmişlik, duyarsızlaştırma ve azalmış başarı duygusu olmak üzere üç bileşene sahip olmasının yanı sıra, fiziksel tükenme, kronik yorgunluk, çaresizlik ve ümitsizlik hisleri, negatif bir benlik kavramının gelişmesi ile iş, yaşam ve diğer insanlara yönelik olumsuz tutumlarla belirginleşen fiziksel, duygusal ve zihinsel bir tükenme sendromudur (Maslach, 1978; Maslach ve Jackson, 1981).

İkincisi ise Pines ve Aronson'un tanımıdır ve onlara göre, tükenmişlik, bir şevk, enerji, idealizm, perspektif ve amaç kaybıdır ve sürekli strese, umutsuzluğa, çaresizliğe ve kapana kısılmışlık duygularına neden olan fiziksel, duygusal ve zihinsel bir tükenme durumudur (Pines ve Aronson, 1988).

Maslach (1976) tükenmişlik sendromunun “fiziksel”, “duygusal” ve “zihinsel” süreçler olmak üzere üç bölümde incelemiştir. Fiziksel tükenmişlik belirtileri; kronik yorgunluk, güçsüzlük, enerji kaybı, yıpranma, hastalıklara daha hassas olma, sık baş ağrıları, bulantı, kas krampları, bel ağrısı, uyku bozuklukları gibi değişik sorun ve yakınmaları içerir. Duygusal tükenmişlik bulguları depresif duygulanım, desteksiz, güvensiz hissetme, ümitsizlik, evde gerilim ve tartışma artışı, kızgınlık, sabırsızlık, huzursuzluk gibi negatif duygulanımlarda artış, nezaket, saygı ve arkadaşlık gibi pozitif duygulanımlarda azalma içermektedir. Zihinsel tükenmişlik bulguları da doyumсузлук, kendine, işine ve genel olarak yaşama karşı negatif tutumlar içerebilir.

Edelwich ise tükenmişlik sendromunun dört aşamada ele almıştır (Edelwich 1980; Akt. Baird, 1999):

- İdealistik coşku
- Durgunlaşma
- Engellenme
- Apati

İdealistik Coşku

Birey kendini hizmet verdiği kişilerle aşırı şekilde özdeşleştirerek, verimsiz bir şekilde enerjisini tüketmektedir. İş birey için yaşamın tek anlamıdır, bu konuda büyük umutlar ve beklentileri vardır. Seçtiği mesleğin amaçlarına ulaşmak için güçlü bir motivasyona sahiptir. Sıklıkla mesleki eğitimi sürdürmeye ısrarlı bir istek vardır. Övgüyü hakedebilecek bu birey, sık sık prensip ve amaçlarla ilgili sorunlarla karşılaştığından durgunluk dönemine girmeye başlar.

Durgunluk

Kişi, bu evrede, işiyle sadece idare edecek kadar ilgilenmektedir. İş yavaşlatmayı düşünür, mevcut enerji düzeyi düşmeye başlar ve motivasyonunu kaybetmeye başlar. Artık, prensiplerin, kıdemliliğin ve başarının peşine düşülmez. İşten alınan doyum giderek önemini yitirir, iş dışındaki yaşam (arkadaşlar, spor, hobiler, aile, ev) daha önemli hale gelebilir.

Engellenme

Kişi artık gerçekliği tekrar değerlendirme evresine girmiştir. Mesleği ile ilgili hayal kırıklığı yaşamaktadır ve mesleğin amaçlarına ulaşma çabalarına engel olduğu düşüncesindedir.

Apati

Bu evrede hayal kırıklıklarına karşı geliştirilen bir savunma mekanizması olarak ilgisizlik ve kayıtsızlık kullanılmaktadır. Birey, görevin bir iş, işin de bir görev olduğunu düşünmektedir. Tipik belirtileri olarak , işe geç gelme ve hasta randevularını erken bitirme görülür. Bireyde genellikle vazgeçmiş veya teslim olmuş bir hava mevcuttur. Mekanik bir tarzla rutinlerin korunması hedeflenir. İlgisizlik, sürekli şikayet etme ile savunmaya geçilir.

Tükenmişlik sendromuna ilişkin üç temel etmen tanımlanmıştır;

1. Duygusal tükenmişlik (Emotional exhaustion)
2. Duyarsızlaşma (Depersonalization)
3. Kişisel başarı (Personel accomplishment)

Duygusal Tükenmişlik; çalışma hayatındaki kişilerin aşırı psikolojik ve duygusal yüklenme durumlarını açıklamak üzere kullanılmaktadır. Bu durum özellikle uğraştıkları konuyla derinden ilgilenen çalışanları kapsar, çalışan duygusal yönden kendini aşırı yıpranmış hisseder. Duygusal tükenme, enerji yoksunluğu ve bireyin duygusal kaynaklarının tükendiği hissine kapılmasıyla belirlidir (Jackshon ve ark, 1986; Keel, 1993).

Duyarsızlaşma; hizmet verilene karşı uzaklaşma, katı ve hatta insancıl olmayan tarzda yaklaşım olarak değerlendirilmektedir. Uzaklaşmanın artmasıyla diğerlerinin ihtiyaçlarını önemsemeyen bir turum ve onların duygularını hiçe sayma söz konusu olur.

Duyarsızlaşma yaşayan kişi, diğer insanlara saygılı ve nazik davranmayı reddedebilir, onların istek ve taleplerini gözardı edebilir. Bu diğerlerine karşı aldırmaçlık, nefret hissetme ve onlardan uzaklaşmayı da içeren davranış, insancıl olmama ile kendini gösterir (Maslach, 1976; Garsed, 1987).

Duyarsızlaşma, kavram olarak genelde diğerlerine ilgi göstermemeyi, uzaklaşmayı, aldırış etmemeyi ve hostilityyi içeren negatif reaksiyonlar olarak yorumlanmaktadır. Bireyin kendisini ve hizmet verdiği kişileri insancıl olmayan tarzda algılamasıdır (Garned, 1987).

Duyarsızlaşmayı etkileyen durumlardan biri de çalışan kişi ve hizmet verdiği kişinin karşılıklı durumudur. Bu durum hizmet verenle alan arasındaki ilişkinin mesafesiyle ilişkilidir. Duyarsızlaşma, hasta-hekim ilişkisi gibi mesafenin yakın olduğu işlerde çalışanlarda, diğer işlerde çalışanlara göre daha sık görülmektedir (Stevens, 1983).

Duyarsızlaşma ile ilgili olarak yapılan çalışmalarda önemli olduğu sonucuna varılan dört etmen şunlardır: (Garned, 1987)

- Bireyleri kendisinden uzaklaştıracak şekilde davranma eğilimi
- Diğerlerine düşmanca davranma (hostilite)
- İlgisizlik, diğerlerine olumsuz reaksiyonlar verme
- Reddetme

Bu terim çalışanların, hizmet verdikleri kişilere birer insan yerine nesne gibi davranmalarıyla gösterir. Bu davranış kriz durumlarında oluşabilecek yoğun emosyonel gerilimleri düşürebilir. Hizmet verdikleri kişilere orta derecede duyarsız davranma, bazı mesleklerde iş etkinliğini artırmak için gerekli olabilir (Jackshon ve ark, 1986).

Kişisel başarı; kişinin görevinde dikkate değer sonuçlar elde etme ve diğerlerinin yaşantısını olumlu etkileme yönündeki doyum olarak tarif edilmiştir. Bireysel başarıda azalma, işe ve iş gereği karşılaşılan kişilerle ilişkilere bağlı başarı ve yeterlilik duygularında azalmayla ortaya çıkar. Tükenme sonucunda yaratıcılık yok olur, daha iyisi için uğraş verilmez. Ne yaparsa yapsın, ne denli çabalarsa çabalasın, durumunda bir değişiklik yaratamadığı algısının kişide yarattığı bir yılgınlıktır. Kişi

işinde ilerlemediğini, hatta gerilediğini düşünür, harcadığı çabanın bir işe yaramadığına inanır, potansiyel yetersizliğini görüp yılgınlığa düşer.

Bireyde tükenmişlik, birinci boyut olan duygusal tükenme (yorulma, yıpranma) ile başlamaktadır. Duygusal tükenme kişinin, yaptığı iş nedeniyle aşırı yüklenilmiş ve tüketilmiş olma duygularıdır. İkinci boyutu bireyin çalıştığı kişilere olumsuz, alaycı tutum ve duygular geliştirmesi oluşturmakta ve bu boyut duyarsızlaşma olarak tanımlanmaktadır. Üçüncü boyut ise bireyin kendisini çalıştığı işle ilgili olarak olumsuz değerlendirmesi, bir başka deyişle kendisini başarısız hissetmesidir.

Genellikle tükenmişlik kavramı, bir çeşit iş stresi olarak da kabul edilmekte, aynı nedenlerle ortaya çıktığı kabul edilen üç boyutu kapsayacak şekilde kullanılmaktadır. Bireyde tükenmişlik, duygusal tükenme ile duyarsızlaşmanın artması, kişisel başarının ve başarı duygusunun azalması ile ortaya çıkmaktadır. Bireyin düşük iş performansı göstermesi, sürekli olarak işte bulunmaması, işle ilgili işlevlerini yerine getirmemesi ile sonuçlanan tükenmişlik, sosyal bir sorun olarak kabul edilmektedir (Erksoy ve ark,2001; Freudenberger, 1974).

Tükenmişlik sendromu, ilk olarak gönüllü sağlık çalışanları arasında görülen yorgunluk, hayal kırıklığı ve işi bırakma ile karakterize bir durumu tanımlamak için ortaya atılmıştır. Sonraki yıllarda yapılan çalışmalar tükenme ile karşılaşma riskinin doktorlar, hemşireler, diş hekimleri, öğretmenler, polisler, psikologlar, çocuk bakıcıları gibi insanlarla yüzyüze çalışan mesleklerde diğer mesleklere göre daha yüksek olduğunu göstermiştir. Bu sendrom, uzun yıllardan bu yana önemli bir çalışma konusu olagelmıştır. Bazı veriler dünyada sağlık çalışanlarında diğer meslek gruplarına göre daha az sıklıkta tükenmişlik durumu ile karşılaşıldığını belirtmektedir (Piko, 2005).

2.1.1. Tükenmişlik Sendromu ve Sağlık Çalışanları

Bireylerin işleri gereği karşılaştıkları insanlara karşı duyarsızlaşmaları, duygusal yönden kendilerini tükenmiş hissetmeleri ve kişisel başarı ve yeterlilik duygularında azalma şeklinde kendini gösteren bir sendrom olarak tanımlanan tükenmişliğin sağlık alanında çalışanlarda sık görülmesinin sebepleri olarak; 1- hayatı tehdit eden hastalıklarla uğraşmak, 2-hem kendisinin, hem de aile ve çevresinin kendisinden beklentilerinin yüksek olması, 3-yoğun çalışma, iş yükü ve aşırı sorumluluk, 4-yetersiz sayıda ve nitelikte yardımcılarla çalışmak, 5-geçim sorunları, 6-bu sorunlarla başa çıkmaya çalışırken kendisine ve özel hayatına zaman ayıramamak sayılmaktadır (Aslan ve ark, 1996).

Son yıllarda yapılan sağlık alanında çalışanlarda tükenmişlik sendromunu inceleyen çalışmalarda; hekimlerin iş doyumunu ile tükenmişlik düzeyini karşılaştıran çalışmalar (Ünal ve ark; 2001), asistan doktorlarda ve pratisyen hekimlerde tükenmişlik sendromu, hekimlerde işe bağlı gerginlik ve iş doyumunu (Özçınar, 2005; Sünter ve Ark, 2006) ile tükenmişlik düzeylerinin araştırıldığı görülmüştür.

Ergin (1992), duygusal tükenmenin, bireyin yaşamında işinin önemli bir yer tutmasıyla ve işle ilgili konuları, boş zamanlarında da kendisine dert etmesiyle ilişkili olduğunu bildirmiş, duygusal tükenme düzeylerini, işin bireyin yaşamındaki önemini yanı sıra, iş doyumunu, işin aile yaşamının olumsuz yönde etkilemesi, iş-yetenek uyumu, çalışma süresi ve iş değiştirme isteğinin etkilediğini belirtmiştir. Olkinuora ve arkadaşları (1990) yaptıkları çalışmada özellikle onkoloji, yoğun bakım birimleri gibi bölümlerde çalışanlarda tükenmeye daha sık rastlandığı saptanmıştır. Grunfeld ve arkadaşlarının (2000) onkoloji servisinde yaptıkları bir çalışmada mesleki deneyimlerini tümüyle kullanabilme, işte değişiklik yaratabilme, entellektüel açıdan uyarılabilme iş doyumunu ile yakından ilişkili bulunmuştur. Benzer iş koşullarında görev yapsalar da, tükenme düzeylerinin, kişilik özellikleri, kişinin stres yaratan durumlara bakışı ve onlarla baş etme yöntemlerindeki farklılıklar nedeniyle, bireysel olarak şekillendiğini düşünülmektedir (Piedmont,1993).

2.2. Stress ve Başa Çıkma

Stres kavramı için farklı tanımlamalar yapılmaktadır. Walter B. Cannon'a göre; stres kavramı, istenmeyen çevresel etkilerden sonra bozulan fizyolojik iç dengeyi kazanmak için gerekli olan fizyolojik uyarıcılardır. Selye göre stres, stres faktörlerine karşı organizmanın verdiği cevap anlamına gelmektedir (Stora, 1994). Lazarus'a göre ise stres, kişiden kaynaklanan bireysel dayanma gücünü aşan, bireye göre kendisini tehdit eden ilişkilerin toplamıdır.

Stres verici olaylar ya da etkenlerin olumsuz etkilerini en aza indirmek ya da tümüyle ortadan kaldırmak için bazı başa çıkma tutumlarını kullanmak evrensel bir davranıştır. "Başa çıkma", bireyin kendisi için stres oluşturan olay ya da etkenlere karşı direnmesi ve bu durumlara karşı dayanma amacıyla gösterdiği bilişsel, duygusal ve davranışsal tepkilerin tümü olarak tanımlanabilir (Folkman, 1986).

Selye, bedenin stresli durumlarda verdiği üç aşamalı tepkiyi "Genel Uyum Sendromu" olarak adlandırmıştır. Bu kurama göre, organizmanın strese tepkisi üç aşamada gelişir. Bunlar alarm tepkisi, direnme ve tükenme aşamalarıdır (Johnstone, 1989; Balcı, 2000).

a) Alarm Aşaması: Birey bir stres kaynağı ile karşılaştığında, sempatik sinir sisteminin etkin hale gelmesi nedeniyle beden *savaş* ya da *kaç* tepkisi" gösterir. *Savaş* ya da *kaç* tepkisi sırasında bedende oluşan fiziksel ve kimyasal değişimler sonucunda kişi, stres kaynağı ile yüzleşmeye ya da kaçmaya hazır hale gelir.

b) Direnme Aşaması: Alarm aşamasını, "uyum ya da direnme aşaması" izler. Stres kaynağına uyum sağlanırsa her şey normale döner. Bu aşamada kaybedilen enerji, yeniden kazanılmaya ve bedendeki tahribat giderilmeye çalışılır.

c) *Tükenme Aşaması*: Uyum aşamasındaki gerilim kaynakları ve bunların yoğunluk dereceleri azalmadığı sürece ya da artış gösterdikleri durumlarda bireyin gayreti kırılır ve davranışlarında ciddi derecede sapmalar ve hayal kırıklıklarının yaşandığı bir evreye girilir. Bu aşamada uzun süreli stres kaynakları ile mücadele edilemez.

Genel olarak stresle başa çıkmayı doğrudan ve savunucu başa çıkma olmak üzere iki kategoride incelemektedir (Morris, 2002). A. Doğrudan başa çıkma teknikleri: Bu teknik bireyin rahatsız edici, tehdit edici ya da engelleyici bir durumu değiştirmek amacıyla yaptığı her hangi bir davranış anlamına gelmektedir. Bireyin bir durum karşısında gösterebileceği üç temel başa çıkma tarzı vardır. Bunlar; (1) bireyin stres yaratan durumla yüz yüze gelmesi yani yüzleşmesi, (2) isteklerinin bazılarında vazgeçerek karşı tarafından bazı isteklerinden vazgeçmesi konusunda ikna etmesi yani uzlaşması ve (3) yenilgiyi kabul edip çabalamayı bırakması diğer bir deyişle geri çekilmesidir. B. Savunucu başa çıkma teknikleri: Bu teknik bireylerin kendilerini gerçekten tehdit edilmediklerine yönelik olarak inandırmalarıdır. Savunucu başa çıkma tekniği daha az karmaşık, daha kolay ve çabuk sonuçlar verebileceği umuduyla sık kullanılan bir teknik olarak adlandırılabilir.

Birey bu teknikte inkâr, bastırma, yansıtma, özdeşim kurma, gerileme, entelektüelleştirme, karşı tepki geliştirme, yer değiştirme, yüceltme gibi yollara başvurmaktadır. Diğer tarafta başa çıkma mekanizmalarının seçiminde stres türlerinin de etkisi olabileceği ileri sürülmektedir. Bu nedenle kişinin ne oranda ve ne etkinlikte başa çıktığından çok hangi durumlarda ne tür başa çıkma yollarını kullandığı üzerinde durulmuştur. Yapılan çalışmalar bazı başa çıkma yollarının diğerlerinden daha etkili olduğu şeklinde bulgular ortaya koysalar da, bunlar henüz meta-analizlerle sonuçlandırılmamış yargılardır. Özellikle aktif ve problem odaklı başa çıkma tarzlarının daha etkili olduğu ortaya çıkarken, duygusal yapıdaki başa çıkmanın daha etkisiz ve pasif yapıda olduğu belirtilmiştir (Özbay ve ark; 1994).

2.3. Ölümcül hasta ve hastalıklarla çalışmak

Kansere bağlı ölümler, kalp-damar hastalıklarına bağlı ölümlerden sonra ikinci sırada yer almaktadır. Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) yapılan bir çalışmada 2000 yılında 1.22 milyon yeni kanser olgusu tespit edilmişken, aynı yıl içinde kansere bağlı 552.200 kişinin öldüğü bildirilmiştir. Ülkemizde meydana gelen tüm ölümler içinde kansere bağlı ölümlerin payı, 1970'li yıllarda sebebi bilinen ölümler arasında 4. sırada yer alırken 1990–1999 yılları arasında arttığı ve kalp hastalıklarına bağlı ölümlerden sonra ikinci sırayı aldığı bildirilmiştir. Kansere; türüne, hasta yaş ve cinsiyetine ve coğrafi bölgelere göre farklılıklar göstermekle birlikte, insidans hızı toplumda yüz binde 100 ile 350 arasında değişen bir hastalıktır. Günümüzde tüm dünyada bir yılda ortaya çıkan 10 milyon yeni olgunun, 5.3 milyonunu (%53) erkekler, 4.7 milyonunu (%47) ise kadınlar oluşturmaktadır. Sayının yıllar içinde artması ve yeni kanser olgularının sayısının 2020 yılında yıllık 20 milyona ulaşması beklenmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı Kansere Savaş Dairesi Başkanlığı, 2002; Kılıç ve ark, 2004)

Uludağ Tıp Fakültesi Hastanesinde yapılan bir çalışma 2003-2005 yılları arasında doldurulan defin ruhsatlarındaki toplam 4043 ölüm vakası incelendiğinde en fazla ölüm 574(%14,2) olgu ile onkoloji kliniği hastalarında görülmüştür. Dermatoloji (5 olgu), fiziksel tıp ve rehabilitasyon (1 olgu), göz (1 olgu), kulak burun boğaz (13 olgu), plastik ve rekonstruktif cerrahi (6 olgu) ve radyoloji (1 olgu) servisleri ölüm sayıları az olan klinikler olarak bulunmuştur (Aydın ve Fedakar, 2006).

Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesinde 1998 yılı içerisinde meydana gelen 1313 ölüm vakasının temel nedeni saptanmış; ölüm olgularının % 35.35'ini kanser ölümlerinin oluşturduğu bulunmuştur. Ölüm raporları ve kayıt defterine göre ölüm nedeni kanser olan olguların % 45.97'si (n=114) İç Hastalıkları Anabilim Dalı'nda, %13.71'i (n=34) Radyasyon Onkolojisi Anabilim Dalı'nda, % 12.90'ı (n=32) Yoğun Bakım Üniteleri'nde, % 8.06'sı (n=20) Cerrahi Anabilim Dalı'nda, % 7.66'sı (n=19) Hekimlikte Acil Vakalar Anabilim Dalı'nda, % 2.42'si (n=6) Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı'nda, % 2.42'si (n=6) Ortopedi Anabilim Dalı'nda, % 2.42'si (n=6) Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı'nda, % 1.21'i (n=3) Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları

Anabilim Dalı'nda, % 0.81'i (n=2) Enfeksiyon Hastalıkları Anabilim Dalı'nda, % 0.81'i (n=2) Kulak Burun Boğaz Anabilim Dalı'nda, % 0.81'i (n=2) Kardiyoloji Anabilim Dalı'nda, % 0.40'ı (n=1) Üroloji Anabilim Dalı'nda, % 0.40'ı (n=1) Nöroloji Anabilim Dalı'nda meydana geldiği görülmüştür (Vehid ve ark, 2000).

Onkolojide çalışanların çoğu, tedavinin uzun olması ve hastalarla ilişkilerinin çoğunlukla yaşam-ölüm konusu üzerine kurulmuş olması yüzünden diğer branşlara göre hastalarla farklı bir duygusal bağ kurabilmekteler (Peteet ve ark., 1989). Onkoloji alanında çalışan hekimler, yaşadıkları hasta kayıplarının bir sonucu olarak kendi ölümlerini değerlendirirler ve ölümle aralarındaki ilişkiye bir anlam atfetmek ihtiyacı içindedirler. Ölümleri görmek ve kendi ölümleri gerçeği ile karşılaşmak zorunda olmaları onları kendi hayat kalitelerini ve yaşama dair anlamlandırmalarını yeniden gözden geçirme ihtiyacı ile yüz yüze getirir. Her kayıp, başa çıkma mekanizmalarında bir seferberliğe neden olur. Böyle tolere edilemeyen kayıplar tanımlanamayan bir sıkıntı ile sonuçlanır. Bu da önemli bir stres kaynağıdır (Mount, 1986).

Yalom (2000), "Ölüm korkusu her zaman ve her yerde bulunur ve ölüm korkusu o kadar büyüktür ki, hayat enerjisinin büyük bir bölümü ölümün inkarında harcanır" der. Yalom'a ölüm hakkında çoğunlukla olguların konuşulduğunu, ölümün bizde yarattığı duyguların pek konuşulmadığından bahsetmektedir. Yalom'a göre ölüm olgusunun kendisi yok edici ama ölüm üzerinde düşünebilmek, onunla ilgili duyguların farkedilmesi, paylaşılması; kişiyi zenginleştiren bir tutumdur.

Ölümcül bir hastalıkla karşılaşan kişide gelişen ruhsal tepkiler, bu yeni ve kabulü çok güç olan, yaşamı ve geleceği tehdit eden duruma uyum sağlamak ve başa çıkmak amaçlıdır. Ancak, bu aşamada uyuma yönelik tepkiler yanında uyuma yaramayan davranışlar da ortaya çıkabilir. Şekil 2.1'de Kübler-Ross'un tanımladığı kanserde uyuma yönelik olan ve olmayan tepkiler yer almaktadır.

Şekil 2.1: Kanserde Ruhsal Tepkiler

Klinik aşamalar	Uyuma yönelik tepki	Uyum dışı tepki
Tanı öncesi	Kanser olasılığı ile ilgili kaygı	Kanser tanısı konmadan belirti geliştirme. Kanser olasılığının inkarı
Tanı	İnkâr, kaygı kızgınlık, isyan, öfke, depresif durumlu uyum	Kesin inkar ve tedaviyi reddetme ağır depresyonla tedaviyi ret
Tedavi	Tedavinin geciktirilmesi Beden algısı ile ilgili değişiklikler Kaygı, korku Depresif duygu durumu Özgeci duygular	Reaktif depresyon Beden algı ile ilgili değişiklikler ve uzamış yas durumu
Tedavi sonrası iyileşme	Hastalık ve tedavi sınırları içinde yaşama dönüş	Kaygı ve depresyon
Nüks ya da progresyon	Bilgi ve yeni tedavi seçenekleri arayışı	Major depresyon
Terminal dönem	Korku, varoluşçu endişeler, Yaşamın sorgulanması Yas duygusu, Bazen kabulleniş	Major depresyon Akut delirium

Elizabeth Kubler-Ross Chiago Üniversitesi'nde 1969'da ölümcül hastalığa yakalanan bireylerle görüşmeler yaparak ölümün kademe teorisini geliştirmiştir. Bu teori ölümcül hastalığı olan bireylerin bu durumla baş edebilme mekanizmalarını kapsamaktadır. Ancak bu mekanizmaların kapsadığı zaman ve geçiriliş biçimleri kişiden kişiye değişiklik gösterir. Bu mekanizmalar; reddetme-inkâr, öfke-kızgınlık, pazarlık, depresyon ve kabullenmedir.

Reddetme-inkâr; ilk kademedir. Bu dönemde hasta öleceğine inanmak istemez. Bir anlamda ölüme hayır der, bir yanlışlık olduğunu umar ve gerçeği kabullenmek istemez. Bu dönem kısa sürer, hasta dış çevreyi kişisel ilişkilerini, ailesini düşünmeye başlar.

Kızgınlık-öfke; burada birey neden ben ölmeliyim? Niçin ben? sorusunu sorar. Hayatının bitmesi, birçok planları ve hayallerini terk etmesi gerekmektedir. Bunu haksızlık olarak görür. Kendinden sağlıklı kişileri kıskanır, onlara öfke duyar "neden ben?" diye sorar.

Pazarlık; ölümlle mücadele de üçüncü aşamadır. Tanrıyla, hemşire-hekimlerle veya diğer etki edebilen kişilerle anlaşmaya, hayatı uzatacak, ölümü geciktirecek isteklerde bulunmaya başlar.

Depresyon; genellikle çaresizliğin bir habercisidir. Pazarlık bir sonuç vermeyince hasta depresyona girer. Birey içine kapanmıştır, kimseyle konuşmak istemez. Bu dönemde "evet ben" şeklinde konuşmaya başlar.

Kabullenme; onaylama aşamasıdır. Gerçekten birey mutlu olmasa da ölümü kabullenmiştir. Bu dönemde yarım kalan işlerini yapmaya, dine daha fazla bağlanmaya başlar. Birey "hazırım" şeklinde konuşmaya başlar. Kabullenme, bireyin yaşama değer vermesini ve yaşama isteğini daha fazla arttırır.

Bu evreler her zaman birbirini takip etmeyebilir. Herhangi bir evrenin süresi birkaç saat kadar kısa olduğu gibi, birkaç ay gibi uzun da olabilir(Kubler-Rose, 1992). Kubler-Ross, hastaların geçirdikleri bu aşamaları, ailelerinin ve tedavi ekibi üyelerinin de hastayla aynı şiddetle olmamakla birlikte yaşadıklarını ileri sürmektedir (Kubler-Ross 1975; Akt. Okyayuz, 1995).

Hastanın kaybı, sağlık ekibinin geçmişte kendisinin yaşadığı kayıptakine benzer fakat daha az şiddette bir yas tepkisini tetikler. Sağlık ekibinin arkadaşları ya da daha profesyonel kişilerle kayıp ve yasa ilişkin duygu ve düşüncelerini paylaşmaları ve sosyal destek ağı içinde olmaları bu süreci daha sağlıklı geçirmelerini sağlamaktadır. Sağlık ekibi, ailelere ve hastalarına karşı görevlerini yerine getirirken, destek sağlarken, daha etkin olabilmek ve kendilerini koruyabilmek için ölüm hakkındaki bireysel duygularını ve güçlüklerini daha iyi tanımalı ve anlamalıdır. Bu genellikle her bireyin kendi kayıpları hakkındaki içgörüsü ve sevdikleri biri/birilerinin kaybını yaşadılarsa bu kaybın kendileri üzerindeki etkisinin de farkında olabilmelerini sağlar (Erden, 1993; Şenler, 2001). Yani her kaybın ardından yaşanan yas süreci içerisinde hem bugünü ait hem de geçmişe ait kayıpların oluşturduğu duygusal yaraların iyileşmesi mümkündür.

Çeşitli yazarlara göre terminoloji biraz farklı olsa da genel olarak yas reaksiyonları tipik yas ve patolojik yas olmak üzere iki başlık halinde incelenir. Bibring ve Jacobson, 1917'de Freud'un görüşleri ile uyumlu olarak patolojik yas reaksiyonlarının ortaya çıkmasında terkedilmişlik yaşantısının rol oynadığı, kaybedilene duyulan öfkenin açığa vurulamaması, bastırılması ve özbenliğe yöneltilmesinin önemine değinmişlerdir (Berksun, 1995).

Kayıplar karşısında bireyin yaşadığı yas tutma sürecinde üç temel ögeyi her zaman göz önünde tutmak gerekir

1 Her kayıp, bireyde kaçınılmaz bir elem, acı süreci başlatır

2 Her kayıp, geçmiş kayıpları tazeler

3 Her kayıp, eğer doğru dürüst yaşanırsa psikolojik büyüme ve yenilenme için bir araç olabilir (Volkan, 1993; Akt. Okyayuz, 1995).

Hekimlerin diğer insanlardan daha fazla ölüm kaygısına sahip oldukları ve bunda "başarı ve başarısızlık" faktörünün etkili olabildiği savunulmaktadır. Çünkü hekim için hastanın ölümü bir "başarısızlık" olarak algılanabilir. Ciddi bir hastalığa yakalanmış hastayı iyileştirmek ise, hekimler için büyük bir "başarı" olarak kabul

edilebilir. Bu durum mesleğe yeni başlamış, genç ve deneyimsiz hekimler için daha önemli olduğundan dolayı, onlar daha fazla ölüm kaygısı veya ölüm korkusuna sahip olabilmektedirler. Aynı zamanda hasta kayıplarından sonra sağlık personelinin hasta ailesi ve yakınları tarafından suçlanması sık karşılaşılan tepkiler arasında yer alır (Kaşıkçı, 2006).

Kanserli hastalarla çalışan sağlık personelinde strese neden olan faktörler arasında;

- Hastanın durumunun ciddi olması,
- Hastanın beklentilerinin artması,
- Verilen bakımdan memnun olmama,
- Çabaların sonuçlarını kontrol edememe,
- Hastaların ölümü,
- Hasta aileleriyle ilgili problemler,
- Personel araç gereç yetersizliği,
- Fazla sorumluluk,
- Ekip üyeleriyle iletişim problemleri,
- İş yükü,
- Yönetimle ilgili problemler,
- Düşük ücret, sosyal olanakların yetersizliği,
- Hizmet içi eğitimin yetersiz olması,
- Yeni işe başlama, ilerleme olanaklarının olmaması,
- Hasta ve yöneticilerden olumlu geribildirim alamama,
- Kemoterapinin yan etkileriyle karşılaşma,
- İş ve özel yaşamı dengeleme,
- Beklenmedik krizler, yer almaktadır (Ergun ve Ark, 2005).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırma Grubu

Hasta kaybının çok yaşandığı kanser hastaları ile çalışan hekimler ile hasta kaybının az olduğu dermatoloji alanında çalışan hekimlerin tükenmişlik, stresle başa çıkma vb değişkenler açısından karşılaştırmayı amaçlayan bu çalışmaya, İstanbul Tıp Fakültesi ve İstanbul Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanelerinde görev yapan hekimler katılmıştır. Hasta ölümlerinin az görüldüğü dermatoloji alanında çalışan hekimleri temsilen 25 dermatoloji uzmanı (n=4) ve dermatoloji uzmanlık öğrencisi (n=21), hasta ölümlerinin fazla görüldüğü onkoloji alanında çalışan hekimleri temsilen 25 onkoloji (n=14) ve hematoloji (n=11) uzmanı (n=6) ve uzmanlık öğrencisi (n=19) bu çalışmanın örneklemini oluşturmaktadır.

3.2. Veri Toplama Araçları

Bu çalışmada veri toplama aracı olarak; kişisel bilgi formu, Maslach Tükenmişlik Envanteri, Çalışanlar için Yaşam Kalitesi Ölçeği ve COPE başa çıkma tutumlarını değerlendirme ölçeği kullanılmıştır.

3.2.1. Kişisel Bilgi Formu

Kişisel bilgi formunda yaş, eğitim düzeyi, medeni durum gibi sosyodemografik bilgiler ve mesleki bilgilere ulaşmak için çeşitli sorular yer almaktadır.

3.2.2. Maslach Tükenmişlik Envanteri

Maslach tükenmişlik envanteri bu konuda en çok çalışması olan araştırmacılardan Christine Maslach tarafından geliştirilmiştir. Maslach tükenmişlik envanteri, yaşanan tükenmişliğin üç boyutunu değerlendiren, üç alt ölçek içerir. Maslach ve Jackson tarafından 1981’de geliştirilen bu ölçeğin Türkçe’ye uyarlama çalışmasını Ergin (1993) gerçekleştirmiştir.

Ölçek, toplam 22 madde ve üç alt ölçekten oluşmaktadır. Bunlardan birincisi 9 maddeden (1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20) oluşan “duygusal tükenme” (DT), ikincisi 5 maddeden (5, 10, 11, 15, 22) oluşan “duyarsızlaşma” (D) ve üçüncüsü 8 maddeden (4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21) oluşan “kişisel başarı” (KB) alt ölçeğidir (Çam,1992).

Duygusal tükenme alt ölçeği dokuz maddeden oluşur ve kişinin işi tarafından tüketilmiş ve aşırı yüklenilmiş olma duygularını tanımlar. Depersonalizasyon alt ölçeği beş maddeden oluşur, kişinin hizmet verdiklerine karşı, bireylerin kendilerine özgü birer varlık olduklarını dikkate almaksızın ve duygudan yoksun bir şekilde davranmalarını tanımlar.

Bireysel başarı alt ölçeği sekiz maddeden oluşur, insanlarla çalışan bir kimsede yeterlilik ve başarıyla üstesinden gelme duygularını tanımlar. Her üç alt ölçeğin de düşük, orta ve yüksek düzeylerde değerlendirmeleri yapılabilir. Tüm alt ölçeklerle ilgili olarak yaşanan duyguların yaşanma sıklığı, likert tipi ölçekleme yöntemi ile belirtilerek, sıklıkla artan puanlama ile '1' dan '5' ya kadar puanlamanın sonuçlarına dayanılarak değerlendirilir. Tükenmişliğin yüksekliği, DT ve D alt ölçeklerindeki yüksek puanı, KB altölçeğindeki düşük puanı yansıtır. Ölçeğin test-tekrar test güvenilirlik katsayıları "Duygusal tükenme" (DT) için 0.83, "Duyarsızlaşma" (D) için 0.72, "Kişisel başarı" (KB) için 0.72 olarak belirlenmiştir. Ölçeğin Türkiye ye ilişkin norm çalışması da yapılmıştır.

Önceden belirtildiği gibi, ölçeğin 3 alt boyutu vardır ve bunlar ayrı ayrı puanlanmaktadır. Bunlardan duygusal tükenme (emotional exhaustion) boyutu "İşimden soğuduğumu hissediyorum", "İşimin beni kısıtladığımı hissediyorum" gibi 9 ifadeden oluşmaktadır ve tükenmişlik ölçeğinin en önemli alt boyutu olarak kabul edilmektedir. Buna eşlik eden diğer iki alt boyuttan duyarsızlaşma (depersonalization) boyutunda 5 madde vardır ve "İşim gereği karşılaştığım insanlara ne olduğu umurumda değil" ya da "Bu işte çalışmaya başladığımdan beri insanlara karşı sertleştim" gibi ifadeler yer almaktadır. Üçüncü boyut olan kişisel başarı (personal accomplishment) boyutunda 8 madde vardır. Bunlar "Yaptığım iş sayesinde insanların hayatına katkıda bulunduğuma inanıyorum" ya da "Bu işte kayda değer birçok başarı elde ettim" şeklinde ifadeler bulunmaktadır.

Tükenmişliğin orta düzeyi, her üç altölçekteki orta düzeyi yansıtır. Tükenmişliğin düşük düzeyi, DT ve D alt ölçekteki düşük, KB alt ölçeğindeki yüksek puanları yansıtır. Tükenmişliğin bu üç yönü arasındaki ilişkiyle ilgili olarak, her alt ölçeğin puanı ayrı olarak değerlendirilir ve DT ve D alt ölçeklerindeki maddeler aynı şekilde, KB alt ölçeğindeki maddeler ise ters puanlanarak toplam puan elde edilmektedir.

3.2.3. Çalışanlar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği:

Stamm (1997-2005) tarafından hazırlanan ve mesleki tatmin, mesleki yorgunluk veya travmatik stres tepkileri ile tükenmişlik belirtilerini saptamak için geliştirilen Çalışanlar için Yaşam Kalitesi Ölçeğini Yeşil ve arkadaşları 2007 yılında Türkçe'ye uyarlayıp geçerlik güvenirlik çalışmasını yapmıştır.

Otuz madde ve üç alt ölçekten oluşan bir öz bildirim değerlendirme aracıdır. Mesleki tatmin alt ölçeklerden ilkidir ve çalışanın kendi mesleği veya işiyle ilgili bir alanda yardıma ihtiyacı olan bir başka kişiye yardım etmesi sonucunda duyduğu tatmin

ve memnuniyet duygusunu ifade eder. Bu alt ölçekten alınan yüksek puan yardım eden olarak memnuniyet veya tatmin duygusunun düzeyini gösterir. Ölçekteki 3, 6, 12, 16, 18, 20, 22, 24, 27, 30. maddeler mesleki tatmini ölçen maddelerdir.

İkinci alt ölçek olan tükenmişlik alt ölçeği, umutsuzluk, iş yaşamında oluşan sorunlarla başa çıkmada zorluk, yaşanmasıyla ortaya çıkan tükenmişlik duygusunu ölçen bir testtir. Bu ölçekten alınan yüksek puan tükenmişlik düzeyinin yüksek olduğunu gösterir. Ölçekteki 1, 4, 8, 10, 15, 17, 19, 21, 26, 29. maddeler tükenmişliği ölçen maddelerdir.

Üçüncü ölçek olan eşduyum yorgunluğu (compassion fatigue-Secondary Traumatic Stress) alt ölçeği, stres verici olayla karşılaşma sonucunda ortaya çıkan belirtileri ölçmek için oluşturulmuş bir testtir. Bu ölçekten yüksek puan almak, bir sorunun olduğu anlamına gelmezken, değeri neyin yükselttiği hakkında değerlendirme yapmanın gerekliliği anlamına gelmektedir.

Ölçekten 17'nin üzerinde puan alan çalışanlara bir destek veya yardım alması önerilmektedir. Ölçekteki 2, 5, 7, 9, 11, 13, 14, 23, 25, 28, maddeler bu durumu ölçmek için geliştirilmiş maddelerdir. Ölçekten elde edilen puanların değerlendirilmesi aşamasında 1, 4, 15, 17 ve 29. maddeler ters çevrilerek hesaplanması gereken maddelerdir. Ölçekteki maddelerin değerlendirilmesi "Hiçbir zaman" (0) ile "Çok sık" (5) arasında değişen altı basamaklı bir çizelge üzerinden yapılmıştır.

Çalışanlar için yaşam kalitesi ölçeğinin iç geçerliliği ile ilgili olarak Cronbach's Alfa değeri: 0.848 olarak hesaplanmıştır. Maddelerin standardizasyonu esas alınarak hesaplanan Cronbach's Alfa değeri: 0.865 tir (Yeşil ve ark., 2007).

3.2.4. COPE Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği

İnsanların günlük yaşamlarında güç veya bunaltı verici olaylarla ya da sorunlarla karşılaştıkları zaman kullandıkları başa çıkma tutumlarını değerlendirmeyi amaçlayan ölçek, 1989’da Carver ve Scheier tarafından COPE envanteri (The Coping Orientations to Problems Experienced scale) adıyla geliştirilmiş, dilimize Cope (Başa çıkma tutumlarını değerlendirme ölçeği) olarak (2005) Ağargün ve arkadaşları tarafından çevrilmiş ve geçerlilik, güvenilirlik çalışması yapılmıştır. COPE başa çıkma tutumlarını değerlendirme ölçeğinin iç geçerliliği ile ilgili olarak Cronbach’s Alfa değeri: 0.79 olarak hesaplanmıştır.

Ölçek 60 sorudan oluşan bir öz bildirim ölçeğidir. Ölçek şu şekilde bir açıklama paragrafıyla başlar: “Bu ölçek yardımıyla insanların günlük yaşamlarında güç veya bunaltı verici olaylarla ya da sorunlarla karşılaştıkları zaman nasıl tepki verdiklerini araştırmayı amaçlıyoruz. İnsanların karşılaştıkları sorunlarla baş etmelerinin çok sayıda yolu olabilir. Ancak yine de siz seçenekleri bir sorunla karşılaştığınızda, genel olarak ne yaptığınızı ya da nasıl davrandığınızı düşünerek işaretlemeye çalışın. Seçenekleri işaretlerken bir öncekinden bağımsız düşünmeye özen gösterin.”

Atmış farklı durum dört seçenek üzerinden yanıtlandırılır. Bu yanıtlar: 1=Asla böyle bir şey yapmam; 2=Çok az böyle yaparım; 3=Orta derecede böyle yaparım; 4=Çoğunlukla böyle yaparım. Ölçek 60 soru ve 15 alt ölçekten oluşmuştur. Her alt ölçek dörder sorudan oluşmaktadır.

Bu alt ölçeklerin her biri ayrı bir başa çıkma tutumu hakkında bilgi verir. Sonuç olarak alt ölçeklerden alınacak puanların yüksekliği hangi başa çıkma tutumunun kişi tarafından daha çok kullanıldığı hakkında yorum yapma olasılığı verir. Bu 15 başa çıkma tutumu ya da alt ölçek şunlardır:

1. Pozitif yeniden yorumlama ve gelişme,
2. Zihinsel boş verme,

3. Soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma,
4. Yararlı sosyal destek kullanımı,
5. Aktif başa çıkma,
6. İnkâr,
7. Dini olarak başa çıkma,
8. Şakaya vurma,
9. Davranışsal olarak boş verme,
10. Geri durma,
11. Duygusal sosyal destek kullanımı,
12. Madde kullanımı,
13. Kabullenme,
14. Diğer meşguliyetleri bastırma,
15. Plan yapma.

3.3. İşlem

Araştırmada kullanılmasına karar verilen soru ve ölçekler, Ek 1’de görüldüğü gibi bir araya getirilerek bir form hazırlanmıştır. Araştırmaya katılan hekimlerle birebir görüşülüp formların doldurulması için 1haftalık bir süre tanınmıştır. Veri toplama işlemi Kasım 2007 ile Ekim 2008 arasında gerçekleştirilmiştir.

3.4. İstatistiksel Yöntemler

Veriler için SPSS16 paket programı kullanılarak değerlendirilmiştir. İstatistiksel analizlerde parametrik homojen dağılım gösteren veriler için *bağımsız gruplar için t testi*, parametrik olmayan ve dağılımın homojen olmadığı veriler için *Mann-Whitney U testi*, *Kruskal-Wallis testi*, bazı değişkenler arasındaki ilişkilerin belirlenmesinde ise *Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon* tekniği kullanılmıştır.

4. BULGULAR

Bu bölümde, araştırmanın temel amacı doğrultusunda elde edilen verilere uygulanan istatistik analizi sonuçlarına yer verilmektedir. Öncelikle kişisel bilgi formundaki verilere ilişkin bulgular gruplar arası karşılaştırmalarla birlikte verilecek, daha sonra diğer ölçme araçları ile elde edilen tükenmişlik, başa çıkma tutumları gibi değişkenlerin gruplar arasında karşılaştırılmasına ilişkin bulgulara değinilecektir.

4.1. Kişisel Bilgi Formu ile İlgili Bulgular

Yaş

Çalışmaya katılan tüm hekimlerin yaşları ortalaması $34,06 \pm 5,16$ dır. Dermatoloji alanında çalışan hekimlerin yaşları ortalaması $31,12 \pm 3,23$ (Min= 26 yaş, Max= 40 yaş), Onkoloji alanında çalışan hekimlerin yaşları ortalaması $37 \pm 5,09$ (Min= 29 yaş, Max= 50 yaş) bulunmuştur. İki grup arasındaki yaş farkı anlamlı bulunmuştur (Tablo 4.1).

Tablo 4.1: Yaş Dağılımı

	<i>Ortalama</i>	<i>SS</i>	<i>Z</i>
<i>Dermatoloji (n=25)</i>	31	3,23	
<i>Onkoloji (n=25)</i>	37	5,09	-4,21 **
<i>Toplam</i>	34	5,16	

**p < .00

Cinsiyet

Dermatoloji alanında çalışan hekimlerin 17'si kadın 8'i erkek, Onkoloji alanında çalışan hekimlerin ise 11'i kadın 14'ü erkektir. Toplamda 50 hekimin % 56'si kadın % 44'ü ise erkektir. Gruplar arasında cinsiyet dağılımında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (Tablo 4.2).

Tablo 4.2: Cinsiyet Dağılımı

	<i>Kadın</i>	<i>Erkek</i>	<i>Z</i>
<i>Dermatoloji (n=25)</i>	17	8	-1,69
<i>Onkoloji (n=25)</i>	11	14	
<i>Toplam</i>	28	22	

Medeni Durum

Çalışmaya katılan hekimlerden dermatoloji alanında çalışan hekimlerin 14'ünün bekar, 11'inin evli; onkoloji alanında çalışan hekimlerin 12'sinin bekar, 13'ünün ise evli olduğu görülmüştür. Çalışmaya katılan tüm hekimden % 52'si bekar % 48'i ise evlidir. Gruplar arasında cinsiyet dağılımında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (Tablo 4.3).

Tablo 4.3: Medeni Durum

	<i>Bekar</i>	<i>Evli</i>	<i>Z</i>
<i>Dermatoloji (n=25)</i>	14	11	
<i>Onkoloji (n=25)</i>	12	13	-,56
<i>Toplam</i>	26	24	

Sahip Olunan Çocuk Sayısı

Çalışmaya katılan hekimlerden dermatoloji alanında çalışan hekimlerin 6'sı 1, 3'ü 2 çocuğa sahipken 16'sının çocuğu yoktur. Onkoloji alanında çalışan hekimlerden oluşan grupta ise 9 hekim 1, 4 hekim 2, 2 hekim 3 çocuğa sahipken 10 hekimin çocuğu yoktur. Genel olarak çalışmaya katılan hekimlerin % 48'i en az 1 tane çocuğa sahipken % 52'si çocuk sahibi değildir. Gruplar arasında sahip olunan çocuk sayısı açısından anlamlı bir fark görülmemiştir (Tablo 4.4).

Tablo 4.4: Sahip olunan çocuk sayısı

	Çocuk sayısı				KW
	0	1	2	3	
<i>Dermatoloji (n=25)</i>	16	6	3	0	
<i>Onkoloji (n=25)</i>	10	9	4	2	4,04
<i>Toplam</i>	26	15	7	2	

Sağlık Probleminin varlığı

Dermatoloji alanında çalışan hekimler grubundaki hekimlerin 14'inin (%60) herhangi bir rahatsızlığı yokken, 11'i rahatsızlıklarının olduğunu belirtmiştir. Onkoloji alanında çalışan hekimler grubunda ise 9 hekim rahatsızlıklarının olmadığını söylerken 16'sı rahatsızlıklarının var olduğunu söylemiştir. Çalışmaya katılan hekimlerin % 40'ının hiçbir sağlık probleminin olmadığını, % 60'ının ise sağlık problemlerinin olmadığı belirlenmiştir. Gruplar arasında sağlık probleminin varlığı açısından anlamlı bir fark görülmemiştir (Tablo 4.5).

Tablo 4.5: Sağlık probleminin varlığı

	<i>Herhangi bir rahatsızlık rahatsızlığınız var mı?</i>		<i>Z</i>
	<i>Var</i>	<i>Yok</i>	
<i>Dermatoloji (n=25)</i>	11	14	
<i>Onkoloji (n=25)</i>	9	16	-,96
<i>Toplam</i>	20	30	

Kanser Teşhisi Alan Yakınının Varlığı

Dermatoloji alanında çalışan hekimlerin oluşturduğu gruptaki hekimlerin 14'ü kanser teşhisi alan en az bir yakınının olduğunu belirtirken, 11'i olmadığını belirtmiştir. Onkoloji alanında çalışan hekimlerin oluşturduğu gruptaki hekimlerin 17'si kanser teşhisi alan en az bir yakınının olduğunu belirtirken, 8'i olmadığını belirtmiştir. Toplamda çalışmaya katılan hekimlerin % 62'si kanser teşhisi alan en az bir yakınının olduğunu, % 38'nin kanser teşhisi alan bir yakının olmadığı görülmüştür. Gruplar arasında kanser teşhisi alan yakının varlığı açısından karşılaştırıldığında onkoloji alanında çalışan hekimlerin kanser teşhisi alan yakın sayısı dermatoloji alanında çalışan hekimlerden daha fazla olsa da bu anlamlı bir farklılık değildir (Tablo 4.6).

Tablo 4.6: Kanser teşhisi alan yakının varlığı

	<i>Kanser teşhisi alan bir yakın var mı?</i>		<i>Z</i>
	<i>Var</i>	<i>Yok</i>	
<i>Dermatoloji (n=25)</i>	14	11	
<i>Onkoloji (n=25)</i>	17	8	-,60
<i>Toplam</i>	34	16	

Mesleki Yaşam Bilgileri

Dermatoloji alanında çalışan hekimlerden oluşan grubun meslekte çalışma süresi ortalama $4,92 \pm 2,50$ yıl bulunurken; Onkoloji alanında çalışan hekimlerden oluşan grubun meslekte ortalama çalışma süresi $10,60 \pm 6,03$ yıl bulunmuştur. Gruplar arasında meslekte çalışma sürelerinin ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur (Tablo 4.7).

Dermatoloji alanında çalışan hekimlerin haftalık çalışma süreleri incelendiğinde %96'sının (n=24) 40 saat (Min=30 saat, Max=50saat), onkoloji alanında çalışan hekimlerin % 56'sının (n=14) 30 saat, % 40'ının (n=10) 40 saat çalıştığını (Min=30 saat, Max= 50 saat) belirttiği görülmüştür. Haftalık çalışma süreleri gruplar arasında anlamlı bir farklılık göstermemektedir (Tablo 4.7).

Tedavisinin üstlenildiği hastalardan kaçını kaybetmediği sorusuna dermatoloji alanında çalışan hekimden % 84'ü hiç, % 16'sı 1-2 hasta kaybettiklerini belirtmiştir. Bu soruya onkoloji alanında çalışan hekimlerin cevabı 10 ile 50 hasta arasında değişmekte, % 36'sı bu sayıyı 10 ile 20 hasta arasında belirtirken % 64 ü 30 dan fazla hasta kaybetmediğini belirtmiştir. Yıl içinde çalıştıkları birimleri değerlendirdiklerinde dermatoloji alanında çalışan hekimlerin % 32'si hiç, % 68'si 1 ile 2 arasında hasta kaybedildiğini belirtmiştir. Onkoloji alanında çalışan hekimlerin % 82'si ise çalıştıkları birimde yıl içinde 100 den fazla hasta kaybettiklerini belirtmiştir. Tedavisinde görev aldıkları veya almadıkları hasta kayıp sayısı açısından gruplar arasındaki fark anlamlı bulunmuştur (Tablo 4.7).

Tablo 4.7: Hekimlerin mesleki yaşam bilgilerine ait ortalamalar ve t değerleri

		<i>Ortalama</i>	<i>SS</i>	<i>t</i>
<i>Meslekte çalışma süresi</i>	Dermatoloji (n=25)	4,92	2,50	-4,35**
	Onkoloji (n=25)	10,60	6,03	
<i>Haftalık çalışma süresi</i>	Dermatoloji (n=25)	40,40	2,00	1,96
	Onkoloji (n=25)	38,00	5,86	
<i>Mesai saatinde görülen hasta sayısı</i>	Dermatoloji (n=25)	27,96	3,53	-,75
	Onkoloji (n=25)	28,80	4,39	
<i>Kaybedilen hasta sayısı</i>	Dermatoloji (n=25)	,32	,75	-13,71**
	Onkoloji (n=25)	30,00	10,80	
<i>Birimde kaybedilen hasta sayısı</i>	Dermatoloji (n=25)	1,08	,86	-19,3**
	Onkoloji (n=25)	106,00	32,50	

**p < .00

4.2. Maslach Tükenmişlik Ölçeğine İlişkin Bulgular

Çalışmaya katılan hekimlerin duygusal tükenme alt ölçeği puanları ortalaması $19,76 \pm 3,62$; duyarsızlaşma alt ölçeği puanları ortalaması $8,28 \pm 2,97$; kişisel başarı alt ölçeği puanları ortalaması $28,14 \pm 5,01$ bulunmuştur. Cinsiyetler açısından incelendiğinde duyarsızlaşma ($t= 3,02$; $p<.05$) ve kişisel başarı ($t=2.31$; $p<.05$) düzeyleri arasında anlamlı farklılıklar bulunmuştur. Duyarsızlaşma ve kişisel başarı puanları kadınlarda daha yüksek bulunmuştur (Tablo 4.8). Duygusal tükenme puanları kadınlarda daha yüksek bulunsa da bu fark anlamlı bulunmamıştır ($t=.88$; $p>.05$).

Tablo 4.8: Maslack Tükenmişlik ölçeği puanlarının cinsiyet dağılımı

	<i>Cinsiyet</i>	<i>N</i>	<i>Ortalama</i>	<i>SS</i>	<i>t</i>
<i>Duygusal tükenme</i>	Kadın	28	20,11	4,21	.88
	Erkek	22	19,18	2,94	
<i>Duyarsızlaşma</i>	Kadın	28	9,32	3,24	3,02*
	Erkek	22	6,95	1,94	
<i>Kişisel Başarı</i>	Kadın	28	29,53	4,45	2.31*
	Erkek	22	26,36	5,21	

$p<.05$

Tükenmişlik düzeyinin yaşa göre değişim gösterip göstermediğine 34 yaş kesim noktası alınarak oluşturulan yaş grupları arasında duygusal tükenmenin 34 yaş altında daha yüksek olduğu Tablo 4,9'da görüldüğü gibi bulunmuştur ($t=-4,49$; $p<.00$). Duyarsızlaşma alt ölçeğinden alınan puanlar açısından 34 yaş altındaki grubun duyarsızlaşma puanları 34 yaş üstü grubundan daha yüksek, kişisel başarı puanı daha düşük bulunsa da bu farklılıklar anlamlı bulunmamıştır.

Tablo 4.9: Yaşa göre tükenmişlik düzeyleri ve t değerleri

	<i>Yaş</i>	<i>N</i>	<i>Ortalama</i>	<i>SS</i>	<i>t</i>
<i>Duygusal tükenme</i>	≥ 34	24	17,62	1,84	-4,49**
	< 34	26	21,61	3,97	
<i>Duyarsızlaşma</i>	≥ 34	24	7,54	2,15	-1,75
	< 34	26	8,96	3,47	
<i>Kişisel Başarı</i>	≥ 34	24	28,25	5,67	,15
	< 34	26	28,04	4,42	

p< .00

Tükenmişlik düzeylerinin medeni duruma göre dağılımı incelendiğinde duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarı düzeylerinin bekar hekimlerde evli hekimlerden daha yüksek görülse de bu farklılık anlamlı bulunmamıştır (Tablo 4.10).

Tablo 4.10: Tükenmişlik düzeylerini medeni duruma göre dağılımı ve Z değerleri

	<i>Medeni durum</i>	<i>N</i>	<i>Ortalama</i>	<i>SS</i>	<i>Z</i>
<i>Duygusal tükenme</i>	Bekar	26	19,85	2,92	-1,05
	Evli	24	19,67	4,32	
<i>Duyarsızlaşma</i>	Bekar	26	8,62	3,49	-,22
	Evli	24	7,91	2,31	
<i>Kişisel başarı</i>	Bekar	26	28,58	4,41	-,55
	Evli	24	27,67	5,65	

Meslekte çalışma süresi açısından incelendiğinde, 10 yıldan fazla mesleki deneyime sahip hekimler ile 10 yıldan daha az mesleki deneyime sahip hekimlerin duygusal tükenme puanları ortalaması arasındaki fark anlamlı bulunmuştur. Tablo 4.11’de görüldüğü gibi duygusal tükenme düzeyi 10 yıldan az deneyime sahip hekimlerde daha yüksek bulunmuştur ($t=-3,19$; $p<.00$). Duyarsızlaşma ve kişisel başarı düzeyleri de 10 yıldan az mesleki deneyimi olan grupta daha yüksek bulunmuştur. Fakat bu farklılık anlamlı bulunmamıştır.

Tablo 4.11: Tükenmişlik düzeyinin meslekte çalışma süresine göre dağılımı ve t değerleri

	<i>Meslekte Çalışma süresi</i>	<i>N</i>	<i>Ortalama</i>	<i>SS</i>	<i>t</i>
<i>Duygusal tükenme</i>	≥ 10	14	17,36	1,49	-3,19**
	< 10	36	20,69	3,79	
<i>Duyarsızlaşma</i>	≥ 10	14	8,07	2,30	-,35
	< 10	36	8,36	3,22	
<i>Kişisel başarı</i>	≥ 10	14	27,57	6,47	-,49
	< 10	36	28,36	4,41	

$p<.00$

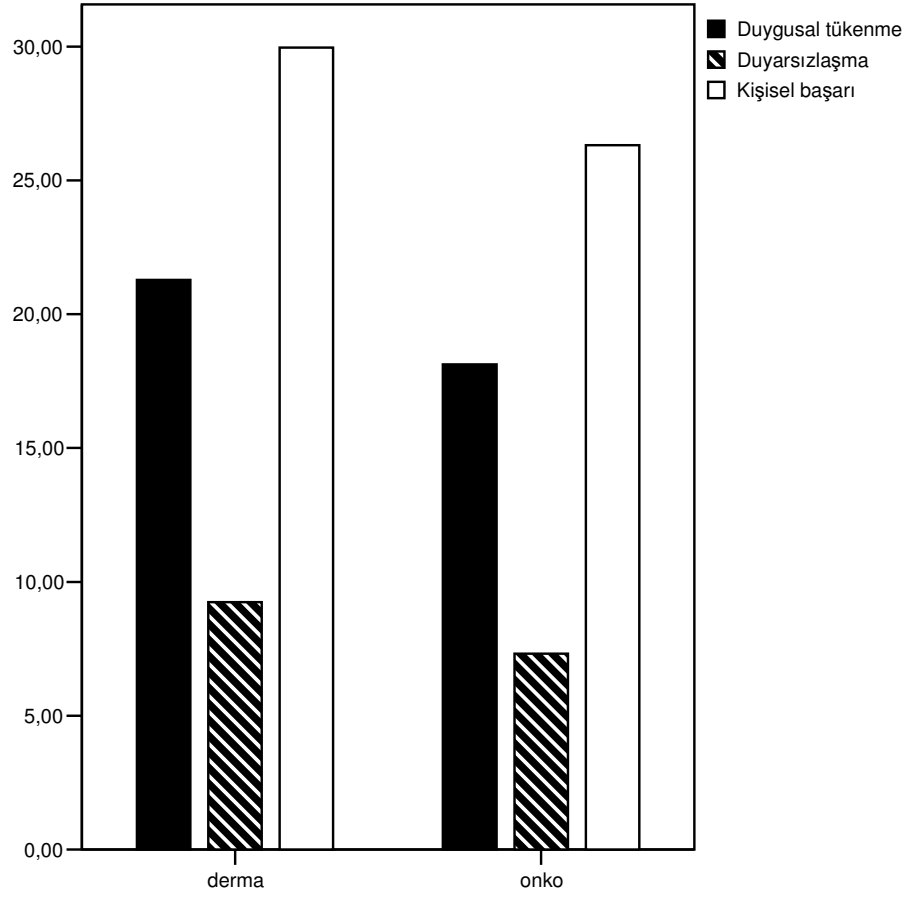
Tükenmişlik düzeyleri dermatoloji ve onkoloji alanında çalışan hekim gruplarına göre karşılaştırıldığında ortalamalar arasında farklar anlamlı bulunmuştur (Tablo 4.12). Duygusal tükenme ($t=4,26$; $p<.00$), duyarsızlaşma($t=3,29$; $p<.05$) ve kişisel başarı ($t=2,73$; $p<.05$) alt ölçekleri puan ortalamaları dermatoloji alanında çalışan hekimlerde onkoloji alanında çalışan hekimlerden daha yüksek bulunmuştur (Şekil 4.1).

Tablo 4.12: Tükenmişlik düzeyinin Dermatoloji ve Onkoloji alanında çalışan hekimlere göre ortalamaları, standart sapmaları ve t değerleri

		<i>N</i>	<i>Ortalama</i>	<i>SS</i>	<i>t</i>
Duygusal Tükenme	Dermatoloji	25	21,64	4,13	4,26**
	Onkoloji	25	17,88	1,54	
Duyarsızlaşma	Dermatoloji	25	9,24	3,39	3,29*
	Onkoloji	25	7,32	2,13	
Kişisel Başarı	Dermatoloji	25	29,96	2,91	2,73*
	Onkoloji	25	26,32	5,99	

* $p < .05$

** $p < .00$



Şekil 4.1: *Maslach alt ölçek puanları gruplar arası karşılaştırma grafiği*

4.3. Çalışanlar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeğine İlişkin Bulguları

Çalışanlar için yaşam kalitesi ölçeğinin alt ölçeklerinin genel puan ortalamaları; mesleki tatmin için $17,66 \pm 5,03$; tükenmişlik için $13,70 \pm 4,17$ ve eşduyum yorgunluğu için $12,82 \pm 4,16$ olarak bulunmuştur.

Cinsiyet açısından ortalamalar arasında farklılıklar incelendiğinde kadınların tükenmişlik puan ortalaması erkeklerden daha yüksek ($t=3,25$; $p<.00$) bulunmuştur (Tablo 4.13). Mesleki tatmin düzeyi kadın hekim grubunda erkeklerden daha yüksek, eşduyum yorgunluğu ise daha düşük bulunmuştur. Fakat bu farklılık anlamlı bulunmamıştır.

Tablo 4.13: Çalışanlar için yaşam kalitesi ölçek puanlarının cinsiyete göre dağılımı, ortalamaları, Z ve t değerleri

	<i>Cinsiyet</i>	<i>N</i>	<i>Ortalama</i>	<i>SS</i>	<i>Z</i>	<i>t</i>
<i>Mesleki tatmin</i>	Kadın	28	18,04	5,29	-1,01	
	Erkek	22	17,18	4,76		
<i>Tükenmişlik</i>	Kadın	28	15,18	4,58		3,25**
	Erkek	22	11,82	2,63		
<i>Eşduyum</i>	Kadın	28	12,57	3,59	-,89	
<i>Yorgunluğu</i>	Erkek	22	13,14	4,86		

$p<.00$

Sahip olunun yaş açısından çalışanlar için yaşam kalitesi ölçeğinden alınan puan ortalamaları incelendiğinde tükenmişlik ve eşduyum yorgunluğuna ilişkin anlamlı bir farklılık bulunmazken; mesleki tatminin 34 yaş ve üstü grupta daha yüksek olduğu bulunmuştur (Tablo 4.14). Tükenmişlik düzeyi 34 yaş altı grupta daha yüksek bulunurken, eşduyum yorgunluğu 34 yaş üstü grubunda daha yüksek bulunmuştur. Fakat bu farklılıklar anlamlı bulunmamıştır.

Tablo 4.14: Yaşa göre çalışanlar için yaşam kalitesi ölçeği ortalamaları ve t değerleri

	<i>Yaş</i>	<i>N</i>	<i>Ortalama</i>	<i>SS</i>	<i>t</i>
Mesleki tatmin	>= 34	24	15,71	3,63	-2,81**
	< 34	26	19,46	5,52	
Tükenmişlik	>= 34	24	12,87	3,61	-1,35
	< 34	26	14,46	4,55	
Eşduyum yorgunluğu	>= 34	24	13,25	4,20	,69
	< 34	26	12,42	4,17	

**p < .00

Meslekte çalışma süresi göz önüne alındığında çalışanlar için yaşam kalitesi ölçeğinin mesleki tatmin, tükenmişlik ve eşduyum yorgunluğu alt ölçeklerinden alınan puanlar açısından anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (Tablo 4.15). Mesleki tatmin ve eşduyum yorgunluğu meslekte çalışma süresi 10 yıldan fazla olan grupta daha yüksek bulunmuştur. Fakat bu farklılık anlamlı bulunmamıştır.

Tablo 4.15: Meslekte çalışma süresine göre çalışanlar için yaşam kalitesi ölçeği ortalamaları ve t değerleri

	<i>Meslekte çalışma süresi</i>	<i>N</i>	<i>Ortalama</i>	<i>SS</i>	<i>t</i>
Mesleki tatmin	>= 10	14	16,07	4,19	-1,55
	< 10	36	18,28	5,25	
Tükenmişlik	>= 10	14	13,50	3,89	-21
	< 10	36	13,78	4,32	
Eşduyum yorgunluğu	>= 10	14	14,07	3,43	,27
	< 10	36	12,33	4,36	

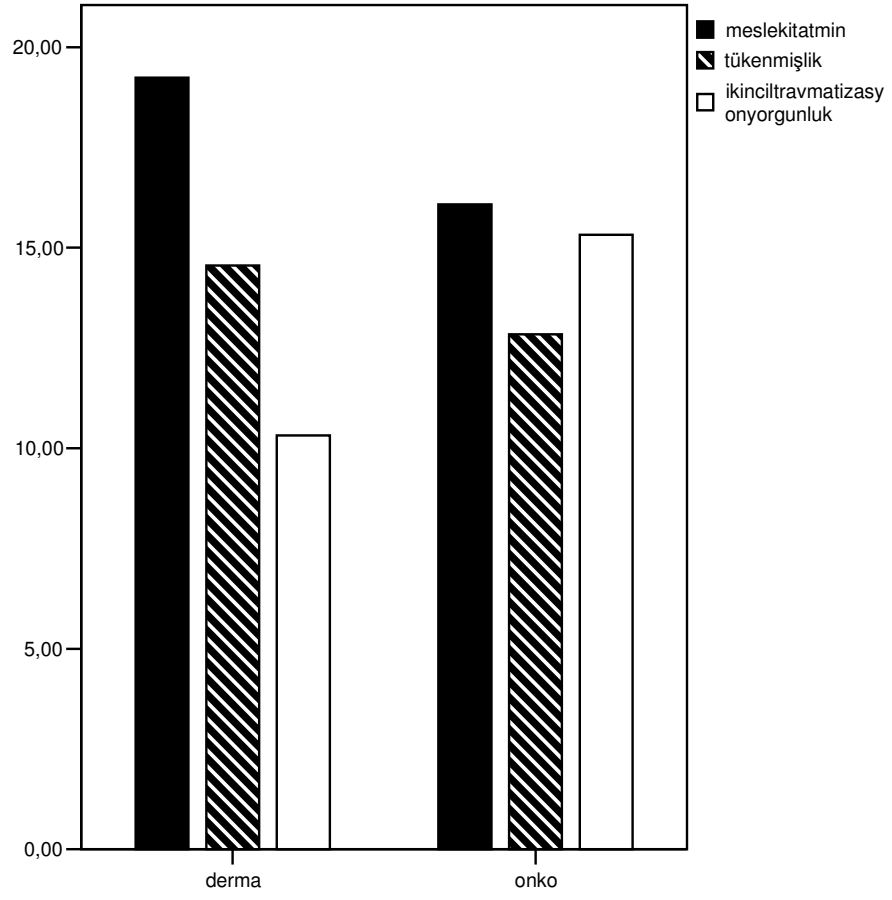
Çalışanlar için yaşam kalitesi ölçeğinden alınan puanların dermatoloji ve onkoloji alanında çalışan hekimler açısından karşılaştırıldığında tükenmişlik düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık bulunmazken, mesleki tatmin ($t=2,37$; $p<.05$) ve eşduyum yorgunluğu ($t=5,27$; $p<.00$) puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur. Tablo 4.16'da görüldüğü gibi mesleki tatmin dermatoloji alanında çalışan hekimlerde daha yüksek bulunurken, eşduyum yorgunluğu onkoloji alanında çalışan hekimlerde daha yüksek bulunmuştur (Şeki 4.2). Anlamlı bir farklılık bulunmasa da tükenmişlik düzeyi dermatoloji alanında çalışan hekimlerde daha yüksek bulunmuştur.

Tablo 4.16: Çalışanlar için Yaşam Kalitesi ölçeğinin Dermatoloji ve Onkoloji alanında çalışan hekimlere göre ortalamaları, standart sapmaları ve t değerleri

		<i>N</i>	<i>Ortalama</i>	<i>SS</i>	<i>t</i>
<i>Mesleki tatmin</i>	Dermatoloji	25	19,24	6,08	2,37*
	Onkoloji	25	16,08	3,08	
<i>Tükenmişlik</i>	Dermatoloji	25	14,56	4,87	1,48
	Onkoloji	25	12,84	3,19	
<i>Eşduyum yorgunluğu</i>	Dermatoloji	25	10,32	4,06	-5,27**
	Onkoloji	25	15,32	2,43	

* $p < .05$

** $p < .00$



Şekil 4.2 *Çalışanlar için yaşam kalitesi ölçeğinin alt ölçekleri puanları gruplar arası karşılaştırma grafiği*

4.4. COPE Başa Çıkma Tutumları Ölçeğine İlişkin Bulgular

Çalışmaya katılan tüm hekimlerin COPE ölçeğinden aldıkları puanlar incelendiğinde alt ölçeklere ilişkin ortalamalar; pozitif yeniden yorumlama alt ölçeği için 13,68 (Min= 10, Max=17); plan yapma alt ölçeği için 13,54 (Min=10, Max=16); duygusal sosyal destek alt ölçeği için 13,20 (Min=10, Max=16); yararlı sosyal destek kullanımı alt ölçeği için 13,12 (Min=9, Max=16); etkin başa çıkma alt ölçeği için 12,62 (Min=10, Max=16); soruna odaklanma alt ölçeği için 12,14 (Min=9, Max=15); Kabullenme alt ölçeği için 11,24 (Min=9, Max=16); diğer meşguliyetleri bastırma alt ölçeği için 10,50 (Min=4, Max=13); zihinsel boşverme alt ölçeği için 9,58 (Min=6, Max=13); dini olarak başa çıkma alt ölçeği için 9,32 (Min=5, Max=14); geri durmak alt ölçeği için 8,66 (Min=7, Max=11); şakaya vurmak alt ölçeği için 8,42 (Min=5, Max=14); madde Kullanımı alt ölçeği için 6,46 (Min=4, Max=12); davranışsal boşverme alt ölçeği için 6,38 (Min=4, Max=9) ve inkar alt ölçeği için 6,14 (Min=4, Max=10) bulunmuştur.

Onkoloji alanında çalışan hekimlerin COPE başa çıkma tutumları incelendiğinde; yararlı sosyal destek kullanımı alt ölçeği ortalaması 14,24; plan yapma alt ölçeği ortalaması 13,76; pozitif yeniden yorumlama alt ölçeği ortalaması 13,56; etkin başa çıkma alt ölçeği ortalaması 13,00; duygusal sosyal destek alt ölçeği ortalaması 12,80; soruna odaklanma alt ölçeği ortalaması 11,64; Kabullenme alt ölçeği ortalaması 11,16; diğer meşguliyetleri bastırma alt ölçeği ortalaması 10,84; şakaya vurmak alt ölçeği ortalaması 10,56; zihinsel boşverme alt ölçeği ortalaması 10,20; dini olarak başa çıkma alt ölçeği ortalaması 9,96; geri durmak alt ölçeği ortalaması 8,64; davranışsal boşverme alt ölçeği ortalaması 7,52; madde Kullanımı alt ölçeği ortalaması 7,48 ve inkar alt ölçeği ortalaması 7,32 bulunmuştur (Tablo 4.17). Tablo 4.18’de ise dermatoloji alanında çalışan hekimelerin COPE başa çıkma tutumlarına ilişkin bilgiler yer almaktadır.

Tablo 4.17: Onkoloji alanında çalışan hekimlerin COPE alt ölçekleri ortalamaları

<i>COPE Stresle Başa Çıkma Alt ölçekleri</i>	<i>Ortalama</i>	<i>SS</i>
<i>Yararlı sosyal destek</i>	14,24	1,53
<i>Plan yapma</i>	13,76	1,23
<i>Pozitif yeniden yorumlama</i>	13,56	1,39
<i>Etkin başa çıkma</i>	13,00	1,53
<i>Duygusal sosyal destek</i>	12,80	1,29
<i>Soruna odaklanma</i>	11,64	1,61
<i>Kabullenme</i>	11,16	1,93
<i>Diğer meşguliyetleri bastırma</i>	10,84	1,07
<i>Şakaya vurmak</i>	10,56	1,73
<i>Zihinsel boşverme</i>	10,20	1,68
<i>Dini olarak başa çıkma</i>	9,96	2,07
<i>Geri durmak</i>	8,64	1,04
<i>Davranışsal boşverme</i>	7,52	,82
<i>Madde Kullanımı</i>	7,48	2,31
<i>İnkâr</i>	7,32	1,25

Tablo 4.18: Dermatoloji alanında çalışan hekimlerin COPE alt ölçekleri puan ortalamaları

<i>COPE Stresle Başa Çıkma Alt ölçekleri</i>	<i>Ortalama</i>	<i>SS</i>
<i>Pozitif yeniden yorumlama</i>	13,80	1,61
<i>Duygusal sosyal destek</i>	13,60	1,73
<i>Plan yapma</i>	13,32	1,46
<i>Soruna odaklanma</i>	12,64	1,32
<i>Etkin başa çıkma</i>	12,24	1,09
<i>Yararlı sosyal destek</i>	12,00	1,98
<i>Kabullenme</i>	11,32	1,60
<i>Diğer meşguliyetleri bastırma</i>	10,16	2,89
<i>Zihinsel boşverme</i>	8,96	1,79
<i>Geridurma</i>	8,68	1,25
<i>Dini olarak başa çıkma</i>	8,68	2,63
<i>Şakaya vurmak</i>	6,28	1,17
<i>Madde kullanımı</i>	5,44	1,73
<i>Davranışsal boşverme</i>	5,24	1,09
<i>İnkâr</i>	4,96	,93

Dermatoloji alanında çalışan hekimler ile onkoloji alanında çalışan hekimlerin başa çıkma tutumları karşılaştırmak için yapılan t testi sonuçlarına göre zihinsel boş verme, soruna odaklanma, yararlı sosyal destek, etkin başa çıkma, inkar, şakaya vurmak, davranışsal boş verme ve madde kullanımı tutumları açısından iki grup arasındaki farklılıklar anlamlı çıkmıştır (Tablo 4.19).

Onkoloji alanında çalışan hekimlerin şakaya vurmak ($t = -10,22$; $p < .00$), davranışsal boş verme ($t = -8,34$; $p < .00$), inkar ($t = -7,56$; $p < .00$), yararlı sosyal destek ($t = -4,47$; $p < .00$), madde kullanımı ($t = -3,53$; $p < .00$), zihinsel boş verme ($t = -2,52$; $p < .05$) ve etkin başa çıkma ($t = -2,02$; $p < .05$) düzeyleri dermatoloji alanında çalışan hekimlerden daha yüksek bulunmuştur. Soruna odaklanma tutumu ise dermatoloji alanında çalışan hekimlerde onkoloji alanında çalışan hekimlerden daha yüksek bulunmuştur ($t = 2,02$; $p < .05$).

Dini olarak başa çıkma, plan yapma ve diğer meşguliyetleri bastırma tutumları açısından onkoloji alanında çalışan hekimlerin puan ortalamaları dermatoloji alanında çalışan hekimlerden daha yüksek olsa da bu fark anlamlı bulunmamıştır. Aynı şekilde duygusal sosyal destek, pozitif yeniden yorumlama, kabullenme ve geri durma tutumları dermatoloji alanında çalışan hekimlerde daha yüksek olduğu görülmüş ama bu farklılık anlamlı bulunmamıştır.

Tablo 4.19: COPE alt ölçekleri puan ortalamaları, standart sapmaları ve t değerleri

		N	Ortalama	SS	t
Pozitif yeniden yorumlama	Dermatoloji	25	13,80	1,61	,57
	Onkoloji	25	13,56	1,39	
Zihinsel boş verme	Dermatoloji	25	8,96	1,79	-2,52*
	Onkoloji	25	10,20	1,68	
Soruna odaklanma	Dermatoloji	25	12,64	1,32	2,41*
	Onkoloji	25	11,64	1,60	
Yararlı sosyal destek	Dermatoloji	25	12,00	1,98	-4,47**
	Onkoloji	25	14,24	1,54	
Etkin başa çıkma	Dermatoloji	25	12,24	1,09	-2,02*
	Onkoloji	25	13,00	1,53	
İnkar	Dermatoloji	25	4,96	,93	-7,56**
	Onkoloji	25	7,32	1,25	
Dini olarak başa çıkma	Dermatoloji	25	8,68	2,62	-1,91
	Onkoloji	25	9,96	2,07	
Şakaya vurmak	Dermatoloji	25	6,28	1,173	-10,22**
	Onkoloji	25	10,56	1,73	
Davranışsal boş verme	Dermatoloji	25	5,24	1,09	-8,34**
	Onkoloji	25	7,52	,82	
Geri durma	Dermatoloji	25	8,68	1,25	,12
	Onkoloji	25	8,64	1,04	
Duygusal sosyal destek	Dermatoloji	25	13,60	1,73	1,85
	Onkoloji	25	12,80	1,29	
Madde kullanımı	Dermatoloji	25	5,44	1,73	-3,53**
	Onkoloji	25	7,48	2,31	
Kabullenme	Dermatoloji	25	11,32	1,60	,32
	Onkoloji	25	11,16	1,93	
Diğer meşguliyetleri bastırma	Dermatoloji	25	10,16	2,87	-1,01
	Onkoloji	25	10,84	1,07	
Plan yapma	Dermatoloji	25	13,32	1,46	-1,14
	Onkoloji	25	13,76	1,23	

* p < .05 **p < .00

4.5. İlişkisel Hesaplamalara İlişkin Bulgular

Tükenmişlik sendromuna ilişkin duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarı alt boyutları ile çalışanlar için yaşam kalitesine ilişkin mesleki tatmin, tükenmişlik ve eşduyum yorgunluğu alt boyutları arasında anlamlı ilişkiler bulunmuştur. Dermatoloji alanında çalışan hekimlerin eşduyum yorgunluğu düzeyleri ile duygusal tükenme ($r = .49, p < .05$) ve duyarsızlaşma ($r = .59, p < .01$) düzeyleri arasında anlamlı ve pozitif ilişki bulunurken duyarsızlaşma düzeyleri ile tükenmişlik ($r = .54, p < .00$) düzeyleri arasında da anlamlı ve pozitif bir ilişki bulunmuştur. Onkoloji alanında çalışan hekimlerin kişisel başarı düzeyleri ile eşduyum yorgunluğu ($r = -.51, p < .01$) arasında anlamlı ve negatif bir ilişki saptanmıştır.

Tablo 4.20: MASLACH ve ÇYKÖ* alt boyutları arasındaki korelasyonlar

*MASLACH = Tükenmişlik ölçeği

ÇYKÖ = Çalışanlar için yaşam kalitesi ölçeği

		<i>DUYGUSAL TÜKENME</i>	<i>DUYARSIZLAŞMA</i>	<i>KİŞİSEL BAŞARI</i>
Mesleki tatmin	Dermatoloji	,02	,35	,12
	Onkoloji	,12	,22	,22
Tükenmişlik	Dermatoloji	,31	,54**	-,34
	Onkoloji	-,02	,39	,28
Eşduyum yorgunluğu	Dermatoloji	,49*	,59**	-,18
	Onkoloji	,12	-,23	-,51**

* $p < .05$ ** $p < .01$

COPE alt ölçekleri ve onkoloji alanında çalışan hekimlerin sosyodemografik özellikleri arasındaki ilişki incelendiğinde (Tablo 4.19); cinsiyet ile pozitif yeniden yorumlama ($r = -.41, p < .05$), madde kullanımı ($r = .40, p < .05$), kabullenme ($r = .50, p < .05$) ve diğer meşguliyetleri bastırma ($r = .40, p < .05$) tutumları arasında anlamlı ilişki bulunmuştur.

Yaş ($r = .47, p < .05$) ve meslekte çalışma süresi ($r = .49, p < .05$) ile inkar arasında ise anlamlı ve pozitif ilişki bulunmuştur. Meslek hayatında kaybedilen hasta sayısı ile dini olarak başa çıkma ($r = .58, p < .01$) tutumu arasında anlamlı ve pozitif, plan yapma ($r = -.50, p < .05$) tutumu arasında anlamlı ve negatif bir ilişki bulunmuştur.

Dermatoloji alanında çalışan hekimlerin başa çıkma tutumları ile sosyodemografik özellikleri arasındaki ilişki incelendiğinde (Tablo 4.20) ise cinsiyet ile zihinsel boşverme ($r = -.52, p < .01$), yaralı sosyal destek ($r = -.39, p < .05$), geri durma ($r = .52, p < .05$) ve duygusal sosyal destek ($r = -.59, p < .01$) tutumları arasında anlamlı ilişki bulunmuştur.

Yaş ile zihinsel boşverme ($r = -.49, p < .05$), etkin başa çıkma ($r = -.46, p < .05$), geri durma ($r = -.59, p < .01$) ve duygusal sosyal destek ($r = -.44, p < .05$) tutumları arasında anlamlı ve negatif ilişki bulunmuştur.

Meslekte çalışma süresi ile davranışsal boşverme ($r = -.56, p < .01$), kabullenme ($r = -.41, p < .05$) arasında anlamlı ve negatif bir ilişki, plan yapma ($r = -.49, p < .05$) ile anlamlı ve pozitif bir ilişki bulunmuştur. Meslek hayatında kaybedilen hasta sayısı ile inkar ($r = .61, p < .01$), şakaya vurmak ($r = .65, p < .01$) ve geri durma ($r = .47, p < .05$), tutumu arasında anlamlı ve pozitif ilişki bulunmuştur.

Tükenmişlik ve diğer psikolojik faktörler ile başa çıkma tutumları arasında anlamlı ilişkiler bulunmuştur. Onkoloji alanında çalışan hekimlerin duygusal tükenme düzeyleri ile madde kullanımı ($r = .47, p < .05$) tutumları arasında anlamlı ve pozitif bir ilişki bulunmuştur. Duyarsızlaşma düzeyi ile zihinsel boşverme ($r = .55, p < .01$) ve inkar ($r = .62, p < .01$) tutumları arasında anlamlı ve pozitif ilişki bulunurken, kabullenme ($r = -.44, p < .05$) tutumu ile anlamlı ve negatif bir ilişki bulunmuştur. Kişisel başarı düzeyi ile duygusal sosyal destek ($r = .42, p < .05$), pozitif yeniden yorumlama ($r = .52, p < .01$) ve plan yapma ($r = .63, p < .01$) tutumları arasında anlamlı ve pozitif ilişki bulunmuştur.

Dermatoloji alanında çalışan hekimlerin duygusal tükenme düzeyleri ile dini olarak başa çıkma ($r = .47, p < .05$) tutumları arasında anlamlı ve pozitif bir ilişki bulunmuştur. Duyarsızlaşma düzeyi ile zihinsel boşverme ($r = .59, p < .01$) tutumu arasında anlamlı ve pozitif, plan yapma ($r = -.55, p < .01$) tutumları arasında ise anlamlı ve negatif bir ilişki bulunmuştur. Kişisel başarı ile başa çıkma tutumları arasında ise anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

Çalışanlar için yaşam kalitesine ilişkin boyutlar ile hekimlerin başa çıkma tutumları arasındaki ilişki incelendiğinde dermatoloji alanında çalışan hekimlerin eş duyum yorgunluğu düzeyi ile zihinsel boşverme ($r = .44, p < .05$), yararlı sosyal destek ($r = .41, p < .05$), inkar ($r = .51, p < .01$), dini olarak başa çıkma ($r = .44, p < .05$), geri durma ($r = .59, p < .01$) ve kabullenme ($r = .41, p < .05$) tutumları arasında anlamlı ve pozitif yönde ilişki bulunurken, onkoloji alanında çalışam hekimlerde eş duyum yorgunluğu ile başa çıkma tutumları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

Tablo 4.21: Onkoloji alanında çalışan hekimlerin başa çıkma tutumları ile sosyodemografik özellikler ve bazı psikolojik faktörler arasındaki korelasyonlar

	Cinsiyet	Yaş	Meslekte çalışma süresi	Kaybedilen hasta sayısı	Duygusal tükenme	Duyarsızlaşma	Kişisel başarı	Mesleki tatmin	Tükenmişlik	Eşduyumu yorgunluğu
Pozitif yeniden yorumlama	-,41*	,27	,27	-,33	,37	,35	,52**	,34	,12	-,08
Zihinsel boşverme	-,33	,23	,24	-,13	,22	,55**	,34	,21	,27	-,19
Soruna odaklanma	-,10	-,16	-,12	-,31	,29	-,16	,30	,22	,30	-,21
Yararlı Sosyaldestek	,30	-,04	,01	-,35	,23	-,05	,15	,10	-,03	,06
Etkin başa çıkma	,05	,12	,16	-,25	,08	,12	,02	,30	,34	-,04
İnkâr	-,09	,47*	,49*	,06	-,05	,62**	-,03	,37	,22	-,06
Dini olarak başa çıkma	,38	-,27	-,28	,58**	-,15	,06	-,35	-,03	,02	,30
Şakaya vurmak	-,09	-,17	-,13	-,13	,33	,24	,36	-,06	,10	-,36
Davranışsal boşverme	,27	,03	,12	-,05	,26	,19	,19	,19	-,19	,10
Geri durma	,00	,19	,28	-,11	,12	,32	,19	,34	,51**	-,08
Duygusal sosyal destek	-,27	,27	,25	-,36	,15	,02	,42*	,44	,38	-,17
Madde kullanımı	,40*	,00	,06	-,30	,47*	,26	,05	,38	,31	,34
Kabullenme	,50*	-,16	-,18	-,06	-,04	-,44*	-,17	,14	-,25	,39
Diğer meşguliyetleri bastırma	,40*	-,05	,02	,00	-,11	,02	,08	,19	-,06	,29
Plan yapma	-,17	,14	,15	-,50*	,36	,05	,63**	,19	,48*	-,35

*p<.05 **p<.01

Tablo 4.22: Dermatoloji alanında çalışan hekimlerin başa çıkma tutumları ile sosyodemografik özellikler ve bazı psikolojik faktörler arasındaki korelasyonlar

	Cinsiyet	Yaş	Meslekte çalışma süresi	Kaybedilen hasta sayısı	Duygusal tükenme	Duyarsızlaşma	Kişisel başarı	Mesleki tatmin	Tükenmişlik	Eşduyum yorgunluğu
Pozitif yeniden yorumlama	-,19	-,17	-,08	-,15	,15	-,27	-,03	-,32	,21	,074
Zihinsel boşverme	-,52**	-,49*	-,09	,20	,15	,59**	-,14	,33	,19	,44*
Soruna odaklanma	-,27	-,41*	-,03	,04	,09	,08	-,03	-,02	-,01	,17
Yararlı Sosyaldestek	-,39*	-,36	,15	,17	,20	,01	,05	-,09	,16	,41*
Etkin başa çıkma	-,07	-,46*	,01	-,10	,33	,15	,34	-,09	-,18	,12
İnkâr	,12	-,05	-,16	,61**	,21	,19	,078	,22	,32	,51**
Dini olarak başa çıkma	-,08	-,13	-,37	,31	,47*	,16	-,17	-,17	,36	,44*
Şakaya vurmak	-,32	,13	-,11	,65**	-,25	,09	,34	,30	,09	,24
Davranışsal boşverme	,09	-,21	-,56**	-,10	,09	,16	,12	,01	,29	,08
Geri durma	-,52**	-,59**	-,21	,47*	,08	,21	,14	,34	,46*	,59**
Duygusal sosyal destek	-,59**	-,44*	-,11	,10	,12	,16	-,25	-,07	,13	,22
Madde kullanımı	,23	-,06	-,16	,14	-,35	-,08	,20	,34	-,28	-,32
Kabullenme	-,36	-,36	-,41*	,19	,11	,32	-,21	,14	,38	,41*
Diğermeşguliyetleri bastırma	,23	-,09	-,12	,28	-,11	-,19	,34	,04	-,16	,06
Plan yapma	,27	,09	,49*	-,10	,03	-,55**	,20	-,24	-,38	-,19

*p<.05 **p<.01

5. TARTIŞMA

Ölüm ve ölümcül hastalarla çalışan hekimlerle ölüm ve ölümcül hastalarla daha az karşılaşan hekimlerin tükenmişlik, yaşam kalitesi ve sorunlarla başa çıkma tutumlarının karşılaştırılması amaçlanan bu çalışmanın bulgularına bir önceki bölümde yer verildi. Bu bölümde ise elde edilen sonuçlar ilgili literatür ışığında değerlendirilip tartışılacaktır.

Cinsiyet tükenme sendromu açısından tartışmalı bir değişkendir. Bu konuda yapılan çalışmaların bazısında cinsiyet açısından duygusal tükenme düzeyinde fark saptanmazken bazı çalışmalarda da fark saptanmıştır. Kimi çalışmalarda tükenme puanları kadın ve erkeklerde benzer bulunurken (Aslan ve ark, 1997; Ekerbiçer ve ark, 2002), kimi kaynaklarda duygusal tükenmenin kadınlarda daha yoğun yaşandığı bulunmuştur (Ergin, 1992; Kusmir ve ark, 2000; Aktuğ ve ark, 2006; Dericioğulları ve ark, 2007). Bu çalışmada ise tükenmişliğe ilişkin duyarsızlaşma düzeyleri diğer çalışmalarla uyumlu olarak kadın hekimlerde erkek hekimlerden daha yüksek görülmüştür ($p<.05$). Kişisel başarı düzeylerinin kadınlarda daha yüksek düzeyde bulunması seçilen örneklemin temsil etmede yetersizliğinden kaynaklanmış olabilir. Çünkü her ne kadar gruplar arasında cinsiyet dağılımı anlamlı bir farklılık göstermese de dermatoloji alanında kadın hekim sayısı onkoloji alanından daha fazla olduğu görülmektedir.

Hekimlerde medeni durum ve tükenmişlik ilişkisi üzerine de farklı sonuçlar bildirilmiştir. Medeni durumla tükenmişlik arasında ilişki olmadığını bildirdiği çalışmalar da (Karlıdağ ve ark, 2000 ;Sünter ve ark, 2006), bekar hekimlerde tükenmişlik düzeyinin evli hekimlerde daha yüksek bulunduğu çalışmalar da mevcuttur (Ekerbiçer ve ark, 2002; Özçınar, 2005; Aktuğ ve ark, 2006; Dericioğulları ve ark, 2007). Bu çalışmadan ise elde edilen verilere göre medeni durumun tükenmişlik düzeyine anlamlı düzeyde bir etkisi görülmemiştir.

Hekimlerde tükenmişlik düzeyi ile yaş ilişkisinin incelendiği çalışmalarda yaşın tükenmişlikte etkili olduğu ve gençlerde tükenmişliğin daha fazla yaşandığı görülmüştür. Yaş ile birlikte duygusal tükenme ve duyarsızlaşma azalırken, kişisel başarı düzeyi artmaktadır. (Dericioğulları ve ark, 2007; Aslan ve ark, 2005; Aktuğ ve ark, 2006). Bu çalışmada da literatürdeki çalışmalarla tutarlı olarak daha genç hekimlerde duygusal tükenmenin daha yüksek olduğu görülmüştür ($p<.00$). Yine literatürle uyumlu olarak duyarsızlaşma düzeyleri genç hekimlerde daha yüksek ve kişisel başarı düzeyleri istatistiksel olarak anlamlı olmasa da daha düşük olduğu görülmüştür ($p>.05$).

Manisa ilinin merkez sağlık kurumlarımda çalışan sağlık personeli üzerinde yapılan bir çalışmada, çalışma süresinin tükenmişliği arttırdığı saptanmıştır. Bu kapsamda, sağlık ocağında 10 yıl ve üzerinde çalışmış olan bireylerde duygusal tükenme puanları daha yüksek çıkmıştır (Ay ve ark, 2004). Bunun gibi meslekte çalışma süresine göre değerlendirildiğinde, meslekte çalışma süresinin az olması durumuna duygusal tükenmenin olumsuz yönde etkilendiğini gösteren çalışmaların (Aslan ve ark, 2005; Dericioğulları,2007) yanı sıra meslekte çalışma süresinin tükenmişlik düzeylerini etkilemediğini söyleyen çalışmalara da rastlanmaktadır (Sünter ve ark, 2006, Kurçer, 2005). Bu çalışmada ise 10 yıldan daha az mesleki deneyime sahip hekimlerin duygusal tükenme düzeyi 10 yıldan az deneyime sahip hekimlerden diğer çalışmalara uyumlu olarak daha yüksek bulunmuştur ($p<.00$).

Yaş ve çalışma yılı arttıkça, tükenmişlik düzeylerinin azalmasını, bireylerin deneyimle elde ettikleri başa çıkma yollarının tecrübelerle daha da gelişmemesine; daha genç ve meslekte daha yeni olanlarda mesleğe bağlanmanın ve işin kontrollerinde olduğu duygusunun henüz gelişmemiş olmasına bağlanmaktadır.

Ankara'da 7 ayrı onkoloji merkezinde kanserli hastalarla çalışan sağlık personelinin (Doktor, Hemşire ve Sosyal Hizmet Uzmanı) iş doyumları incelendiği araştırma kapsamına toplam 202 sağlık personelinin (Doktor: 111, Hemşire: 69 ve SHU: 22) iş doyumunun "orta düzeyde" olduğu bulunmuştur. Onkoloji hastalarıyla

çalışan hekim ve hemşirelerde iş doyumu ve tükenmişlik düzeylerinin incelendiği bir çalışmada; bekar, 1-2 yıllık iş deneyimi olan ve fiziksel sağlık sorununun olduğu belirten hekimlerde tükenmişlik düzeyi daha yüksek bulunmuştur (Doğan ve ark, 2007). Onkoloji alanında çalışan hekimlerde tükenmişlik, işdoyumu veya iş stresinin incelendiği çalışmalarda onkoloji alanında çalışıyor olmanın önemli bir stres kaynağı olduğunu vurgulayan çalışmaların (Dorz ve ark, 2003; Sherman ve ark, 2006) yanında onkoloji alanının tek başına tükenmişlik düzeyini etkileyecek bir unsur olmadığına değinin çalışmalar da mevcuttur (Babayiğit, 1996; Dolu, 1997; Likopoulou ve ark, 2007).

Pediyatrik onkoloji ve diğer pediyatrik bölümlerde görev yapan 113 hekimin tükenmişlik düzeylerinin karşılaştırıldığı çalışmanın sonuçları tükenmişlik düzeyinin çalışılan birimler açısından anlamlı bir farklılık yaratmadığı pediyatrik onkolojide çalışan hekimlerin daha yüksek tükenmişlik düzeyine sahip olmadığı bulunmuştur (Liakopoulou ve ark, 2007). Bu çalışmalar meslekte çalışma süresi, deneyim ve çeşitli kişisel faktörlerin hangi bölümde çalışıyor olduğundan daha önemli olduğunu savunmaktadır.

Bu çalışmada da tükenmişlik düzeyleri açısından dermatoloji alanında çalışan hekimelerin duygusal tükenme ($p<.00$) ve duyarsızlaşma ($p<.05$) düzeyleri onkoloji alanında çalışan hekimlerden daha yüksek bulunmuştur. Bu çalışmaya katılan dermatoloji alanında çalışan hekimlerin mesleki deneyim, meslekte çalışma süresi ve yaş faktörleri açısından onkoloji alanında çalışan hekimlerden farklı özelliklerde olması ile açıklanabilir. Bununla birlikte kişisel başarı düzeyinin ve mesleki tatminin ($p<.05$) onkoloji alanında çalışan hekimlerde daha düşük bulunması da ($p<.05$) bu alanda çalışan hekimlerin sıklıkla maruz kaldıkları hasta kayıplarının kişisel başarıları algısında olumsuz etkili yaratması ile ilişkili olduğu düşünülmektedir.

Hekimlerin, ölümü bir mesleki başarısızlık olarak değerlendirmesi, ölümcül hastalara mekanik yaklaşımları sonucunu doğurmaktadır (Aksoy ve ark, 2002). Günümüzde tıp eğitimi ile birlikte gelişen teknoloji-tedavi ağırlıklı sağlık sistemi

ölümün kaçınılmazlığının kabul edilmesi yerine, ölümü tıbbın düşmanı ve başarısızlığı olarak algılanmasına sebep vermektedir (Civaner, 2003). Onkoloji alanında çalışan hekimlerin sıklıkla karşılaştıkları hastalarının yaşamın son evresinde bulunduğu bilinmesi ve sıklıkla yaşanan hasta kayıpları, mesleki tatmin ve kişisel başarılarında olumsuz etkilere sebep olmaktadır.

Dermatoloji ve onkoloji alanında çalışan hekimler eşduyum yorgunluğu açısından karşılaştırıldığında onkoloji alanında çalışan hekimlerde daha yüksek bulunmuştur ($p<.00$). Sağlık profesyonellerinde eşduyum yorgunluğunu inceleyen çalışmaların (Simon ver ark, 2005; Baird, 1999) aksine mesleki deneyimle ilişkili bulunan eşduyum yorgunluğu bu çalışmada meslekte çalışma süresi, yaş veya cinsiyet değişkenleri açısından farklılık göstermemiştir. Hem onkoloji hem de dermatoloji alanında çalışan hekimlerin eşduyum yorgunluğu düzeyi ile duygusal tükenmişlik düzeyi pozitif, kişisel başarı düzeyi arasında negatif bir ilişki görülmüştür. Onkoloji alanında çalışan hekimlerin eşduyum yorgunluğu düzeyi ile duyarsızlaşma düzeyleri arasında dermatoloji alanında çalışan hekimlerden farklı olarak anlamlı bir ilişkisi saptanmıştır. Onkoloji alanında çalışan hekimlerin eşduyum yorgunluğunun artması ile duyarsızlaşma düzeylerinin de arttığı görülmüştür. Onkoloji alanında çalışan hekimlerin duyarsızlaşma düzeyleri ile başa çıkma tutumları arasındaki ilişkilere bakıldığında ise duyarsızlaşma düzeylerin arttıkça zihinsel boşverme, inkar tutumlarının arttığı, kabullenme tutumunun ise azaldığı görülmüştür. Kişisel başarı düzeyinin duygusal sosyal destek, pozitif yeniden yorumlama ve plan yapma tutumlarının birlikte arttığı görülmektedir.

Dolu'nun (1997), onkolojide çalışan hekimlerin stresle başa çıkmada aktif başa çıkma ve planlama gibi başa çıkma yollarını daha fazla kullandığını bulduğu çalışmanın sonuçları ile uyumlu olarak bu çalışmada da onkoloji alanında çalışan hekimlerin plan yapma ve etkin başa çıkma yollarını daha fazla kullandıkları görülmüştür. Bunun yanında “yararlı sosyal destek” ve “etkin başa çıkma” yollarını dermatoloji alanında çalışan hekimlerden anlamlı olarak daha yüksek düzeyde kullandıkları görülmüştür. Olumsuz başa çıkma tutumları arasında yer alan davranışsal

boş verme, inkar, madde kullanımı ve zihinsel boş verme tutumları onkoloji alanında çalışan hekimlerde daha fazla kullanıldığı görülmüştür.

Ölümün yaşamın doğal bir parçası olarak değil sadece hastalıkla ilgili bir olgu olarak görülmesi sağlık profesyonellerinin hastaların ölmekte olduğunu anlamalarını ve bunu kabullenmelerini güçleştirmektedir (Civaner, 2003). Yine bu görüşe dayanarak yaşamın son evrelerinde olan hastaların tedavisini sürdürürken ve sonrasında hasta kayıpları yaşayan hekimlerin başa çıkma tutumu olarak neden inkarı kullandıkları açıklanabilir.

Kanser hastalarının yakınlarının duygudurumlarını inceleyen Okyayuz (2004), kanserli hastaların yakınlarının, daha kaygılı ve depresif olduklarını ve duygularını daha çok bastırdıklarını bulurken, Devrimci-Özguven ve Ünlüoğlu (1998) da kanserli hasta yakınlarında %37.5 oranında uyum bozukluğu saptamıştır. Bu sonuçlara dayanarak kanserin bir aile hastalığı olmasının yanı sıra toplumsal uyumu da etkileyebilecek güçte olduğu görülmektedir.

Gün boyunca hastalık, ağrı, ıstırap, yakınma ve ölümlerle yüz yüze olan doktorun dayanıklı olabilmesi için doktorluk rolünün çeşitli yönleri arasında denge kurabilmesi gerekir. Denge eksikliği ise doktorlarda ıstırap, depresyon ve tükenmişliğe yol açar. Değersizlik ve yetersizlik duyguları hâkim olmaya başladıkça hastalarına, mesleklerine ve kendilerine karşı kızgınlık ve engellenmişlik duyguları yaşayabilirler. Çoğu doktor, özel başa çıkma tarzları ve kişilik özellikleri nedeniyle denge eksikliği yaşama açısından risk altındadır. Bu özellikler, sağlıklı miktarlarda kendini bilme, esprili olma, alçak gönüllülük ve yumuşaklık ile dengelendiğinde uyum artabilir (Kaplan ve Sadock, 1998, Kaynak: Tot ve Bal, 2003). Onkoloji alanında çalışan hekimlerin de bu özelliklerini daha fazla kullanmalarından kaynaklı dermatoloji alanındaki hekimlerde daha düşük tükenmişlik düzeyine sahip oldukları söylenebilir. Başa çıkma tutumlarından şakaya vurma tutumunu daha fazla kullanmalarının yanında yararlı sosyal destek ve etkin başa çıkma tutumlarının onkoloji alanında çalışan hekimlerde daha fazla kullanılması tükenmişlik düzeyini düşüren sebepler arasında yer alabilir. Bunun yanına olumsuz baş etme yollarından daha fazla yaralandıkları görülen onkoloji alanında

çalışan hekimlerin inkar, zihinsel ve davranışsal boş verme gibi tutumları daha fazla kullanıyor olmaları duygusal tükenme ve duyarsızlaşma düzeyleri dermatoloji alanına göre daha düşük bulunsa da mesleki tatmin ve kişisel başarıya olumlu bir katkısı olduğu düşünülmemektedir.

1997 yılında Türk Tabipler Birliği üyesi hekimler üzerinde yapılan bir çalışmada (Aslan ve ark, 2005) hekimlerin %42,4'ünün sigara bağımlısı olduğu belirlenmiştir. Tuğlu ve arkadaşlarının 2000 yılında yaptıkları çalışmada bu oran benzer şekilde %43,8 olarak bulunmuştur. Sürekli olarak hastalarla çalışmanın anksiyete, umutsuzluk ve depresyon yaratabilen bir yönü olabileceği ve kaçış olarak alkol yahut madde kullanımının artabileceği görüşü ile onkoloji alanında madde kullanımının daha fazla görülmesi açıklanabilir. Aynı zamanda onkoloji alanında çalışan hekimlerin duygusal tükenme düzeylerinin arttıkça madde kullanımının arttığı da görüşmüştür (Tuğlu ve ark, 2000).

Onkoloji alanında çalışan erkek hekimlerde madde kullanımı, kabullenme ve diğer meşguliyetleri kullanma daha fazla görülürken, pozitif yeniden yorumlama tutumu kadın hekimlerde daha fazla kullanıldığı görülmüştür. Dermatoloji alanında çalışan kadın hekimlerde zihinsel boşverme, yararlı sosyal destek ve duygusal sosyal destek tutumları daha fazla görülürken, geri durma tutumu erkek hekimlerde daha fazla kullanıldığı görüşmüştür. Bu açıdan İşçen'nin (2006) onkologlarla yaptığı çalışmada duygulara yönelik başa çıkma tutumlarının cinsiyetler açısından ilişkili bulmadığı çalışmanın sonuçlarıyla uyumlu sonuçlar elde edilmiştir.

Onkoloji alanında çalışan hekimlerin yaşı ve meslekte çalışma süresi arttıkça başa çıkma tutumları arasından inkarın kullanımının da arttığı görülmüştür. Dermatoloji alanında çalışan hekimlerin yaşı arttıkça zihinsel boşverme, etkin başa çıkma, geri durma ve duygusal sosyal destek kullanımının azaldığı görülmüştür. Dermatoloji alanında çalışan hekimlerin meslekte çalışma süresi ile birlikte davranışsal boşverme ve kabullenme tutumları azalırken, plan yapma tutumunun arttığı görülmüştür.

Başa çıkma tepkilerinin, deneyim ve hizmet yılına bağlı olduğuna yönelik bulgular elde eden Hytten ve Halse (1989) deneyimli yardım çalışanlarının daha etkili bilişsel ve davranışsal başa çıkma yolları kullandıklarını bildirmişlerdir. Son yıllarda yapılan bazı çalışmalarda ise, acil durum çalışanlarının, bu işin olası sonuçlarıyla baş etme konusunda donanımlı olsalar da, ölüm ve yıkıma sürekli maruz kalmanın travma sonrası stres belirtilerine neden olabileceğini ortaya koymuştur. Ayrıca, yoğun maruziyetin başa çıkmanın bozulmasına neden olduğunu öne süren çalışmalar vardır. Bir başka deyişle, travmatik olaylara yoğun olarak maruz kalan bireyler psikolojik ve fiziksel olarak daha dayanıksız hale gelir (Bryant ve Harvey 1996, Marmar ve ark. 1999, McFarlane 1988; Kaynak: Yılmaz, 2007). Bu çalışmada da onkoloji alanında çalışan hekimlerin yaş ve meslekte çalışma süresi arttıkça sadece “inkar” tutumunun arttığı görülmüştür.

Sonuç ve Öneriler

Çalışmanın amaçları doğrultusunda elde edilen sonuçları özetleyecek olursak; ölüm ve ölümcül hastalarla çalışan hekimlerin kişisel başarı ve mesleki tatmin düzeyinin dermatoloji alanında çalışan hekimlerden daha düşük olduğu sonucuna ulaşılmışken; duygusal tükenme ve duyarsızlaşma düzeylerinin onkoloji alanında çalışan hekimlerde dermatoloji alanında çalışan hekimlerden daha düşük olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Eşduyum yorgunluğu (ikincil travmatik stres düzeyi) onkoloji alanında çalışan hekimlerde dermatoloji alanında çalışan hekimlerden daha yüksek düzeyde olduğu görülmüştür. Başa çıkma tutumlarından şakaya vurmak, davranışsal boş verme, inkar, yararlı sosyal destek, madde kullanımı, zihinsel boş verme ve etkin başa çıkma tutumlarının onkoloji alanında çalışan hekimlerde dermatoloji alanında çalışan hekimlerden daha fazla kullanıldığı görülmüştür.

Tükenmişlik tek bir değişkenle açıklanması zor bir tablodur, dermatoloji alanında çalışan hekimlerin mesleki deneyimleri ile yaş ortalamalarının onkoloji alanında çalışan hekimlerden düşük olması ve dermatoloji alanına özgü zorluklardan (Örneğin; kronik,

tekrarlayan, geç iyileŐen hasta ve hastalık popülasyonuna sahip olunması gibi) kaynaklı tükenmişlik düzeylerinin daha yüksek bulunması söz konusu olabilir. Onkoloji alanında çalışan hekimlerin etkin başa çıkma ve inkar tutumlarını dermatoloji alanında çalışan hekimlerden daha fazla kullanıyor olmaları tükenmişlik düzeyini dengeleyen bir diğer faktör olabilir.

Ölümül bir hastalık karşısında hastanın yaşadığı inkar, öfke, suçluluk, keder, depresyon, ümitsizlik, korku ve anksiyete duyguları hekimlerde de ortayaıkabilmekte dir. Hekimlerin bu tür duygu ve tepkilerinin nedeni ve Őiddeti genellikle farklılık göstermektedir. Hekimin hasta bakımında yetersiz ve başarısız olmaktan duyduğu korku hekimin hastayla iletişimini sınırlamasına neden olabilmektedir. Hastalığın tedaviye yanıt vermemesi, giderek durumun ağırlaŐması, hastanın acı çekmesinin önlenememesi hekimin öfke, keder, suçluluk ve başarısızlık gibi duygular yaŐamasına neden olduğu düşünölmektedir. Hekimin ölümcül hastalık tanı ve tedavi süresince yaşadığı inkar duygusu, onu sadece hastalığı tedavi etme ve teknik iŐlemleri gerçekleŐtirmeye odaklayabilmesini sağlarken, hasta bakımının psikososyal yönü eksik kalabilmektedir. Oysa kanser hastada çok yönlü psikososyal sorunlara neden olan bir hastalık grubu olarak bilinmektedir. Bu nedenlerle hekim tarafından hastalık ve ölüme yüklenen anlamın açığa kavuŐturulması, hekimin kendi davranıŐlarına karşı içgörü kazanması ve etkin başa çıkma tutumlarının geliŐtirilmesi önem kazanmaktadır. Hasta ile değil hastalıkla mücadele tarzının benimsenmesinin de kişisel başarı algısını ve mesleki tatmini olumlu yönde etkileyeceği ve daha etkin başa çıkma tutumlarının kullanımını arttıracığı öngörülmektedir.

Çalışmaya katılan hekim sayısının kısıtlı oluŐu elde edilen sonuçların genellenebilirliğini azaltmaktadır. Gelecekte daha farklı uzmanlık alanları ve fazla sayıda sağlık profesyonelinin katılımının sağlanacağı çalışmalar yürütölebilir.

KAYNAKLAR

Ağargün, M. Y., Beşiroğlu, L., Kıran, Ü. K., Özer, Ö. A. Ve Kara, H. (2005). COPE Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği: Psikometrik Özelliklere İlişkin Bir Ön Çalışma. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 6, 221–226.

Aksoy, Ş., Çevik, E. ve Edison, Z. (2002). Yasamın Sonunda Verilen Kararlara İlişkin Bir Etik Tartışma. *T Klin J Med Ethics, Law and History*, 10.

Aslan, H., Gürkan, S. B., Alparslan, Z. N. ve Ünal M. (1996). Tıpta Uzmanlık Öğrencisi Hekimlerde Tükenme Düzeyleri, *Türk Psikiyatri Dergisi*, 7(1): 39-45.

Aslan, D., Kiper, N., Karaağaoğlu, E., Topal, F., Güdük, M. ve Cengiz, Ö.S.(2005). Türkiye’de tabip odalarına kayıtlı olan bir grup doktorda tükenmişlik sendromu ve etkileyen faktörler. Türk Tabipleri Birliği Yayınları, Ankara, 2005.

Ay, S., Güngör, N. ve Özbaşaran, F.(2004). Manisa il merkezi sağlık ocaklarında çalışan personelin sosyodemografik özelliklerinin tükenmişlik düzeyleri üzerine etkisi. IX.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, Kongre Kitabı, Ankara.

Aydiner, A.H. ve Fedakar, R. (2006). Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi’nde defin ruhsatlarına yazılan ölüm nedenlerinin uluslar arası hastalık sınıflaması-10 (ICD-10) ile uyumu. *Adli Tıp Bülteni*;11(1):5-12

Babayiğit, Z. İ. (1996). Onkoloji Alanında Çalışan Hekimlerin Ansiyete ve Depresyon Düzeyi Üzerindeki Etkileri. İ. Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Prevariantif Onkoloji A.B.D. Psikososyal Onkoloji ve Eğitim Bilim Dalı, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

Back, L. A., Rarnold ve W. Baile. (2005). Approaching difficult communication task in onkology. *CA Cancer J Clin*;55:164-177.

Balcı, A. (2000). *Öğretim Elemanlarının İş Stresi. Kuram ve Uygulama*. Nobel Yayınları, Ankara.

Baird, S. (1999). Vicarious Traumatization, Secondary Traumatic Stress, and Burnout in Sexualassault and Domestic Violence Agency Staff And Volunteers. University of North Texas, Master Thesis.

Berksun, O.E. (1995). Psikososyal ve Medikal Yönleriyle Kayıp, Yas, Ölüm. *Kriz Dergisi* 3 (1-2) 68-69

Civaner, M. (2003).Önemli Bir Etik Sorun Olarak Yaşım Son Dönemi. *Toplum ve Hekim Dergisi*, 18(2).

Cordes, C.L. ve Dougherty, T.M. (1993). A review and an integration of research on job burnout. *Acad Manage Rev*, 18: 621-656.

Çam, O. (1992).Tükenmişlik Envanterinin Geçerlik ve Güvenirliğinin Araştırılması. VII. Ulusal Psikoloji Kongresi , 25 Eylül 1992 , Ankara.(Kongre Kitabı s.s: 155 - 160).

Dericioğulları, A., Konak, Ş., Arslan, E. ve Öztürk B. (2007). Öğretim Elemanlarının Tükenmişlik Düzeyleri: Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Örneği. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, Cilt2; Sayı5.

Devrimci H, Ünlüoğlu G (1998) Kanser hastaları ve yakınlarında psikiyatrik bozukluklar. *3P Dergisi*, 6: 196-206.

Tel, H., Doğan, S., Eroğlu, S., Ördek, B. ve Çoban, S. (2007) “Onkoloji Hastalarıyla Çalışan Hekim Ve Hemşirelerde İş Doyumu ve Tükenmişlik” XVIII. Ulusal Kanser Kongresi, 19-23 Nisan, Antalya.

Dolu, G. (1997). Onkolojide Çalışan Hekimlerde Tıbbi Sosyal Çalışma Açısından Tükenmişlik (Burnout) Sendromunun Araştırılması, İ. Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Prevanatif Onkoloji A.B.D. Psikososyal Onkoloji ve Eğitim Bilim Dalı, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

Dorz, S., Novara, C., Sica, C. ve Sanavio, E. (2003). Predicting Burnout Among HIV/AIDS and Oncology Health Care Workers. *Psychology & Health*, Volume 18-5, 677 – 684.

Ekerbiçer, H., Çelik, M., Aral, M. ve Buğdaycı, R..(2002). Kahramanmaraş'ta Çalışan Hekimlerde Mesleksel Tükenmişlik Düzeyi ve Bazı Kişisel Özelliklerle İlişkisi. 8.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, Diyarbakır.

Erden G. (1993). Ölüm Sürecinde Olan Çocuk: Ölümü Kabul ve Tedavi Sürecinde Etkili Yardım. *Kriz Dergisi* 10(1): 19-27.

Ergin, C., (1992). Doktor ve hemşirelerde tükenmişlik ve Maslach tükenmişlik ölçeğinin uyarlanması., 7. Ulusal Psikoloji Kongresi, Bilimsel Yayınları, Ankara

Ergin, C. (1996). Maslach tükenmişlik ölçeğinin Türkiye sağlık personeli normları, *3P dergisi*, 4:11, 28-33.

Ergun ve ark.(2005). Kanserli Hastalarla Çalışan Sağlık Personelinde Strese Neden Olan Faktörler. *Cancer Nurs*, Volume 28(3), 193–199.

Ersoy, F., Yıldırım, C. ve Edirne, T. (2001). Tükenmişlik (Staff Burnout) Sendromu, *STED Dergisi*, <http://www.ttb.org.tr/STED/sted0201/1.html> (Erişim Tarihi: 15 Şubat 2008)

Freudenberger, H.J. (1974). Staff Burnout. *J. Soc. Issues* 30,159-165.

Folkman, S., Lazarus, R.S. (1980). An analysis of coping in a middle-aged community sample. *J Health Soc Behav*, 21:219-239.

Folkman, S., Lazarus, R.S., Gruen, R.J. ve DeLongis, A. (1986). Appraisal, coping, health status, and psychological symptoms. *J Pers Soc Psychol*, 50: 571–579.

Garden, A.M. (1987): Depersonalisation, a valid dimension of burnout?, *Human Relations*. 40:545-560

Grunfeld, E., Whelan, T.J., Zitzelsberger, L. ve ark. (2000) Cancer care workers in Ontario: Prevalence of burnout, job stress and job satisfaction. *Med Ass J*, 163(2): 166-172.

Holahan, C., Moos, R.H. (1987). Personal and contextual determinants of coping strategies. *J Pers Soc Psychol*, 52: 946–955.

İşçen, P. (2006). Onkologların Çatışma Eğilimlerinin, Empatik Becerilerinin, İş Doyumlarının ve Stresle Başa Çıkma Tarzlarının incelenmesi. İstanbul: İ. Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Prevantif Onkoloji A.B.D. Psikososyal Onkoloji ve Eğitim Bilim Dalı, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

Jackson, S.E., Schwab, R.L. ve Schuler, R.S. (1986). Toward an understanding of the burnout phenomenon., *J. Of Applied Psychology*. 11:615-627.

Johnstone, M. (1989). *Stress in Teaching. An Overview of Research. Midlothian: The Scottish Council for Research in Education*. SCRE Publication.

Kanserle Savaş Politikası ve Kanser Verileri (1995-1999), T.C. Sağlık Bakanlığı Kanser Savaş Dairesi Başkanlığı Bakanlık Yayın No:618, 145, Ankara, 2002.

Karlıdağ, R., Ünal, S. ve Yoloğlu, S.(2000). Hekimlerde iş doyum ve tükenmişlik düzeyi. *Türk Psikiyatri Derg* ;11:49-57.

Kaşıkcı, M. K. (2006). Ölümçül Hasta, Hemşire ve Hekimlerin Ölüm ve Ötenaziye İlişkin Görüşlerinin İncelenmesi. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; Yüksek Lisans Tezi, Erzurum.

Keel, P. (1993). Psychische belastungen durch die Arbeit., Burnout syndrom. *Social and Preventive Medicine*, 131-132.

Kılıç, S., Kömürcü, Ş., Rzayev, M., Özet, A., Kır, T., Arpacı, F. ve ark. (2004). Gata Tıbbi Onkoloji Bilim Dalında İzlenen Hastaların Bazı Sosyodemografik Özellikleri ve Tanıları. *Gülhane Tıp Dergisi* 46 (2) : 115 – 124.

Kurçer, M.(2005). Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Hekimlerinin İş Doyumu ve Tükenmişlik Düzeyleri. *Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*; 2(3): 10-15.

Kushnir, T., Kitai, E. ve Cohen, A.(2000). Continuing medical education, and primary physicians` job stress, burnout and dissatisfaction. *Medical Education*, 34: 430-436.

Kubler-Rose E (1992). Yaşamın Son Günleri. Çev: Terakye G. Hürbilek Matbaacılık, Ankara.

Liakopoulou, M., Panaretaki, I., Papadakis,V., Katsika, A., Sarafidou, J., Laskari, H., Anastasopoulos, I., Vessalas, G., Bouhoutsou, D., Papaevangelou, V., Polychronopoulou S. ve Haidas, S. (2007). Burnout, staff support, and coping in Pediatric Oncology. *Supportive Care in Cancer*, Volume 16, Number 2: 143-150.

Maslach, C. (1976). Burned-out., *Human Behavior*, 5,s.16-22.

Maslach, C. (1978). The client role in staff burn-out. *Journal of Social Issues*. 34 (4), 111-124.

Maslach, C., Jackson, S. E. (1981) The measurement of experienced burnout. *J Occup Behav*, 2: 99-113.

Morris, C. G. (2002) *Psikolojiyi Anlamak: Psikolojiye Giriş*. (Çev: Ayvasık, H.B.ve Sayıl M.). Türk Psikologlar Derneği Yayınları, Ankara.

Okyayuz, U (1995). "Ölüm ve Ölümcül Hastalık", *Kriz Dergisi*, 3(1-2): 185-189.

Okyayuz, U (2004). Kanser ve Behçet Hastalarının Ailelerinin Duygudurum ve Aile işlevleri Açısından İncelenmesi, *Türk Psikoloji Dergisi*, 19 (53), 87 - 99

Olkinuora, M., Asp, S., Juntunenj. ve ark. (1990). Stress symptoms, burnout and suicidal thoughts in Finnish physicians., *Soc. Psychiatry, Psychiatry Epidemiol.* 25:81-86.

Özbay, Y., Ayas, A. ve Çepni, S. (1994) Stres Araştırmalarında Biyopsikolojik ve Psikososyal Yaklaşımlar. *Akademik Yorum*; No:6.

Özçınar, M. (2005). Asistan Doktorlarda Burnout Sendromu. Dr. Lütfü Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi. Tıpta Uzmanlık Tezi, İstanbul.

Özkan, S., Armay, Z. (2007). *Psiko_onkoloji*. Novartis Oncology katkılarıyla; Form Reklam, İstanbul.

Peteet, J.R., Murray-Ross, D., Medeiros, C., Walsh-Burke, K., Rieker, P. ve Finkelstein, D. (1989). *Job stress and satisfaction among the staff members at a cancer center*. *Cancer*; 64(4):975-82

Piedmont, R.L. (1993). A longitudinal analysis of burnout in the health care setting; the role of personal predispositions. *J. Pers. Assess*, 61:457-473

Piko, B.F. (2005) Burnout, Role Conflict Job Satisfaction and Psychosocial Health Among Hungarian Health Care Staff: A Questionnaire Survey. *International Journal of Nursing Studies*. 43(3):311-8.

Pines, A. Ve Maslach, C. (1978). Characteristics of staff burnout in mental health setting. *Hospital and Community Psychiatry*. 29:233-237.

Pines, A.M. ve Aronson, E. (1988). *Career burnout: Causes and cures*. New York: Free Press.

Sherman, A.C., Edwards, D., Simonton, S. ve Mehta, P. (2006). Caregiver stress and burnout in an oncology unit. *Palliat Support Care*. 4(1):65-80.

Stamm,B.H. (1997-2005). Professional Quality of Life: Compassion Satisfaction and Fatigue Subscales, R-IV (ProQOL). Elde edilme tarihi Ağustos 18, 2007 <http://www.isu.edu/~bhstamm>.

Stevens, G.B. ve O'Neill P. (1983). Expectation and burnout in the developmental disabilities field., *Am. J. Of Community Psychology*. 11:615-627.

Stora, J. B. (1994), *Stres* (Çev. Aysen Kalın) (2. Baskı). İstanbul: İletişim Yayıncılık.

Sünter, A. T., Canbaz, Z., Dabak, Ş., Öz H. ve Pekşen, Y. (2006). Pratisyen hekimlerde tükenmişlik, işe bağlı gerginlik ve iş doyumu düzeyleri. *Genel Tıp Dergisi*, 16(1).

Şenler F. Ç (2001). Akciğer Kanserinde Psikososyal Sorunlar ve Tedavisi. *Solunum* 3, Özel sayı2 223-225.

Tot, Ş. ve Bal, N. (2003). Tıp Doktorlarında Psikiyatrik Sorunlar. *Yeni Symposium* 41(1): 12-21.

Tuğlu, C., Güzelant, A., Erdoğan, S., Őenveli, B. ve Abay, E. (2000). Hekimlerde Sigara İçme AlıŐkanlıđı Ve Ruhsal rnt. *Bağımlılık Dergisi*. Cilt:1, Sayı: 1, Sayfa: 32-37.

nal S, Karlıdağ R.,Yoloğlu S. (2001). Hekimlerde Tükenmişlik ve iş Doyumu Düzeylerinin Yaşam Doyumu Düzeyleri ile ilişkisi. *Klinik Psikiyatri*;4: 113-118.

Yalom, I. (2000). *VaroluŐcu Psikoloji*, (ev. Zİ Babayiğit). Kabalcı Yayınları, İstanbul.

Yesil, A., Ergün, ., Amasyalı, C., Er, F., Olgun, N.N. ve Aker, A.T. (2007). Çalışanlar için yaşam kalitesi leği geçerlilik güvenirlik alıŐması. 7-9 Aralık Uluslararası Ruhsal Travma Toplantıları V Poster Bildiri, İstanbul.

Yılmaz, B. (2007). Yardım alıŐanlarında Travmatik Stres. *Klinik Psikiyatri*, 10:137-147.

Vehid, S., Köksal, S., Aran, S.N., Kaymaz, A., Sipahioğlu, F. ve zbal, A.N. (2000). Evaluation of the distribution of deaths occurred at Cerrahpaşa Medical School in the year 1998. *Cerrahpaşa J Med*; 31 (1): 16-22.

FORMLAR

Ek.1 : Kişisel Bilgi Formu

DEĞERLİ KATILIMCI;

FARKLI UZMANLIK ALANLARINDA ÇALIŞAN HEKİMLERİN MESLEKİ TÜKENMİŞLİKLERİNİ VE BUNU ETKİLEYEN FAKTÖRLERİ İNCELEMİYİ AMAÇLAYAN BU ÇALIŞMA İÇİN ÇEŞİTLİ FORM VE ÖLÇEKLER BİR ARAYA GETİRİLMİŞTİR. ÇALIŞMANIN BİLİMSEL SONUÇLARA ULAŞMASI İÇİN TÜM FORMLARIN SİZLER TARAFINDAN DİKKATLİ VE EKSİKSİZ DOLDURULMASI GEREKMEKTEDİR. BU KONUDAKİ YARDIMLARINIZDAN DOLAYI TEŞEKKÜR EDERİZ.

BU ÇALIŞMA ONKOLOJİ ENSTİTÜSÜ PREVANTİF ONKOLOJİ ANABİLİMDALI PSİKOSOSYAL ONKOLOJİ VE PROGRAMI ÖĞRENCİSİ PSİKOLOG ALEV DÜZGÜN TARAFINDAN YÜKSEK LİSANS TEZ ÇALIŞMASI OLARAK SÜRDÜRÜLMEKTEDİR.

PSK. ALEV DÜZGÜN

DANIŞMAN

PROF SEDAT ÖZKAN

KİŞİSEL BİLGİ FORMU

- 1) YAŞINIZ _____
- 2) CİNSİYETİNİZ _____
- 3) MEDENİ DURUMUNUZ BEKAR EVLİ _____ (AY/YIL)
- 4) ÇOCUĞUNUZ YOK VAR ----- TANE
- 5) ÇALIŞTIĞINIZ KURUMUN ADI?

- 6) BU KURUMDA ÇALIŞTIĞINIZ BÖLÜMÜN ADI?

- 7) NE KADAR ZAMANDIR BU BÖLÜMDE GÖREV YAPMAKTASINIZ?
_____ (AY/YIL)
- 8) MESLEKTE TOPLAM ÇALIŞMA SÜRENİZ NEDİR?
_____ (AY/YIL)
- 9) ÇALIŞTIĞINIZ KURUMDAKİ ÜNVANINIZ NEDİR?
- | | |
|--|---|
| ASİSTAN DOKTOR <input type="checkbox"/> | ÖĞRETİM ÜYESİ-DOÇENT <input type="checkbox"/> |
| UZMAN DOKTOR <input type="checkbox"/> | ÖĞRETİM ÜYESİ-PROFESÖR <input type="checkbox"/> |
| ÖĞRETİM GÖREVLİSİ-YARDIMCI DOÇENT <input type="checkbox"/> | DİĞER _____ |
- 10) DAHA ÖNCE GÖREV YAPTIĞINIZ BİRİM VE BULUNDUĞUNUZ ZAMAN VE SÜRELERİNİ LÜTFEN AŞAĞIDA BELİRTİNİZ;
- Ör: PEDIATRİK ONKOLOJİ 2006 YILINDA 4AY _____ -----YILINDA _____ (AY/YIL)
- _____ -----YILINDA _____ (AY/YIL)

11) SON BEŞ YILDIR ÇALIŞTIĞINIZ HASTA GRUPLARINI AŞAĞIDA İŞARETLEYEREK VEYA YAZARAK BELİRTİNİZ.

Ör: MEME KANSERİ	...	CİLT KANSERİ	...	DİĞER(BELİRTİNİZ)_____
JİNEKOLOJİK KANSERLER	...	LENFOMA	...	DİĞER(BELİRTİNİZ)_____
GASTROİNTESTİNAL KANSERLER	...	LÖSEMİ	...	DİĞER(BELİRTİNİZ)_____
AKCİĞER KANSERİ	...	DİĞER(BELİRTİNİZ)_____	...	DİĞER(BELİRTİNİZ)_____
BAŞ-BOYUN KANSERLERİ	...	DİĞER(BELİRTİNİZ)_____	...	DİĞER(BELİRTİNİZ)_____

12) MESLEĞİNİZİ İSTEYEREK Mİ SEÇTİNİZ?

EVET

HAYIR İSE; LÜTFEN SEÇMEK İSTEDİĞİNİZ MESLEKLERİ YAZINIZ _____

13) ÇALIŞTIĞINIZ BÖLÜMÜ İSTEYEREK Mİ SEÇTİNİZ?

EVET

HAYIR İSE; LÜTFEN VARSA ÇALIŞMAK İSTEDİĞİNİZ BÖLÜMLERİ YAZINIZ _____

14) ÇALIŞTIĞINIZ BÖLÜMDEN MEMNUN MUSUNUZ?

EVET HAYIR

15) HAFTALIK ORTALAMA ÇALIŞMA SÜRENİZ? _____ SAAT

16) MESAİ SAATLERİNDE BAKMAKTAN SORUMLU OLDUĞUNUZ ORTALAMA HASTA SAYISI? _____ KİŞİ

17) HERHANGİ BİR RAHATSIZLIĞINIZ VARMIDI? YOK VAR (BELİRTİN) _____

18) KANSER TEŞHİSİ ALAN YAKINLARINIZ VAR MI?

YOK VAR EĞER VAR İSE;

YAKINLIĞINIZI BELİRTİNİZ;

TEŞHİSİ VE ZAMANI

TOPLAM TEDAVİ SÜRESİ VE SEYRİ

(ÖR: BABA-EŞ-KUZEN-ARKADAŞ... VB)

(ÖR: MEME CA 1990, MİDE CA 2007... VB)

(2YIL SÜRDÜ VE BİTTİ, 6AY SÜRDÜ VE DEVAM

EDİYOR, 4YIL SÜRDÜ VE HAYATTA DEĞİL)

19) TEDAVİSİNİ TAMAMEN VEYA BİR KISIMINI YÜRÜTTÜĞÜNÜZ HASTALARINIZDAN MEVCUT RAHATSIZLIĞINDAN DOLAYI HAYATINI KAYBEDEN OLDU MU?

EVET KİŞİ

HAYIR

20) ÇALIŞTIĞINIZ BİRİMDE HANGİ SIKLIKLA TEDAVİSİNİ YÜRÜTMEDİĞİNİZ HASTALARIN KAYIP BİLGİSİNİ ALIRSINIZ?

BİR HAFTA BOYUNCA ORTALAMA -----KEZ

BİR AY BOYUNCA ORTALAMA -----KEZ

BİR YIL BOYUNCA ORTALAMA _____ KEZ

Aşağıda bireylerin işleriyle ilgili tutumlarını yansıtan ifadeler yer almaktadır. Her maddede yer alan ifadenin size ne kadar uygun olduğunu 5'li ölçek üzerinden işaretleyiniz.

	Hiçbir zaman	Çok nadir	Bazen	Çoğu zaman	Her zaman
1. İşimden soğuduğumu hissediyorum.	1	2	3	4	5
2. İş dönüşü kendimi ruhen tükenmiş hissediyorum.	1	2	3	4	5
3. Sabah kalktığımda, bir gün daha bu işi kaldıramayacağımı hissediyorum.	1	2	3	4	5
4. İşim gereği karşılaştığım insanların ne hissettiğini anlarım.	1	2	3	4	5
5. İşim gereği karşılaştığım bazı kimselere, sanki insan değilmiş gibi davrandığımı fark ediyorum.	1	2	3	4	5
6. Bugün insanlarla uğraşmak benim için gerçekten çok yıpratıcı.	1	2	3	4	5
7. İşim gereği karşılaştığım insanların sorunlarına en uygun çözüm yollarını bulurum.	1	2	3	4	5
8. Yaptığım işten tükendiğimi hissediyorum.	1	2	3	4	5
9. Yaptığım iş sayesinde insanların yaşamına katkıda bulunduğuma inanıyorum.	1	2	3	4	5
10. Bu işte çalışmaya başladığımdan beri, insanlara karşı sertleştim.	1	2	3	4	5
11. Bu işin beni giderek katılaştırmasından korkuyorum.	1	2	3	4	5
12. Çok şeyler yapabilecek güçteyim.	1	2	3	4	5
13. İşimin beni kısıtladığını hissediyorum.	1	2	3	4	5
14. İşimde çok fazla çalıştığımı hissediyorum.	1	2	3	4	5
15. İşim gereği karşılaştığım insanlara ne olduğu umurumda değil.	1	2	3	4	5
16. Doğrudan doğruya insanlarla çalışmak bende çok fazla stres yaratıyor.	1	2	3	4	5
17. İşim gereği karşılaştığım insanlarla aramda rahat bir hava yaratırım.	1	2	3	4	5
18. İnsanlarla yakın bir çalışmadan sonra kendimi canlanmış hissedirim.	1	2	3	4	5
19. Bu işte birçok kayda değer bir başarı elde ettim.	1	2	3	4	5
20. Yolun sonuna geldiğimi, her şeyin bittiğini hissediyorum.	1	2	3	4	5
21. İşimdeki duygusal sorunlara serinkanlılıkla yaklaşıyorum.	1	2	3	4	5
22. İşim gereği karşılaştığım insanların bazen problemlerinin, zaman zaman benden kaynaklandığını düşünüyorum.	1	2	3	4	5

CALISANLAR İCİN YASAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ-R-IV

Yaptığımız işin veya mesleğin gereği olarak insanlara yardım etmek, onların yaşantısıyla doğrudan temasa geçmemizi sağlar. Duygularımız ya da yaşanan acıyı paylaşabilmemiz ve hissedebilmemiz yardım ettiğimiz kişinin olumlu ve olumsuz yaşantılarından veya durumundan etkilenecektir. Mesleğinizin özelliklerinden kaynaklanabilecek olumlu ve olumsuz deneyimleriniz hakkında sorular sormak istiyoruz. Lütfen, her soruyu içinde bulunduğunuz durumu göz önüne alarak değerlendiriniz. **GEÇTİĞİMİZ SON BİR AYDAKİ** duygu ve düşüncelerinizi dikkate alarak içinde bulunduğunuz durumu ne kadar sıklıkla yaşadığımızı aşağıdaki çizelgede belirtilen 0 ile 5 arasındaki rakamlardan herhangi birini seçerek CÜMLELERİN YANINDAKİ BOŞLUKLARA YAZINIZ.

0=Hiçbir zaman 1=Nadiren 2=Bazı zamanlar 3=Sıkça 4=Sık Sık 5=Çok Sık

- ___ 1. Kendimi mutlu hissediyorum.
- ___ 2. Yardım ettiğim kişiler zihnimi aşırı meşgul ediyor.
- ___ 3. İnsanlara yardım edebiliyor olmaktan memnun oluyorum.
- ___ 4. Başkalarıyla ilişki kurabildiğimi hissediyorum.
- ___ 5. Ani ya da beklenmedik ses duyunca sığıyorum ya da ürküyorum.
- ___ 6. Başkalarına yardım ettikten sonra kendimi daha güçlü hissediyorum
- ___ 7. Yardım eden rolümle kendi özel hayatımı birbirinden ayırmakta zorlanıyorum.
- ___ 8. Yardım ettiğim kişinin yaşadığı çok acı bir olay uyumun bozulmasına neden oluyor.
- ___ 9. Yardım ettiğim kişilerin yaşadığı stresin bana de geçebileceğini düşünüyorum.
- ___ 10. Yardım eden olarak kendimi kapana sıkışmış gibi hissediyorum.
- ___ 11. Yardım için yaptığım çalışmalarımın dolaylı zaman zaman kendimi zorda hissediyorum.
- ___ 12. İşimi seviyorum.
- ___ 13. Yardım eden olmamın sonucunda kendimi çökkün hissediyorum.
- ___ 14. Yardım ettiğim kişilerin başlarından geçen çok acı yaşantıları sanki kendim yaşıyormuş gibi hissettiğim oluyor.
- ___ 15. Bana güç veren inançlarım var.
- ___ 16. Bildiğim yardım yöntemlerini ne kadar çok kullanabilirsem o kadar iyi hissediyorum.
- ___ 17. Her zaman olmak istediğim gibi bir insanım.
- ___ 18. İşim beni tatmin ediyor.
- ___ 19. Kendimi tükenmiş hissediyorum.
- ___ 20. Yardım ettiğim kişiler ve onlara yaptığım yardımlarla ilgili olumlu düşünce ve duygular taşıyorum.
- ___ 21. Yaptığım işin yoğunluğu veya yardım ettiğim kişilerin çokluğu gibi nedenlerle kendimi tükenmiş hissediyorum.
- ___ 22. İşimde yaptıklarımın bir fark yaratabileceğime inanıyorum.
- ___ 23. Bana, yardım ettiğim insanların korku verici yaşantılarını hatırlattığı için çeşitli etkinlik ve durumlarda bulunmaktan kaçınıyorum.
- ___ 24. Yardım edebildiğim durumlardan gurur duyuyorum.
- ___ 25. Yardım etmemin sonucu olarak sıkıntı verici veya korkutucu düşüncelerim oluyor.
- ___ 26. Çalışma sisteminden dolayı kendimi çıkmaza girmiş gibi hissediyorum.
- ___ 27. Yardım eden olarak kendimi “başarılı” hissediyorum.
- ___ 28. Travma mağdurlarıyla yaptığım çalışmaların önemli bölümlerini hatırlayamıyorum.
- ___ 29. Çok hassas bir insanım.
- ___ 30. Bu işi seçtiğim için mutluyum.

COPE - BAŞA ÇIKMA ÖLÇEĞİ

Bu ölçek yardımıyla insanların günlük yaşamlarında güç veya bunaltı verici olaylarla ya da sorunlarla karşılaştıkları zaman nasıl tepki verdiklerini araştırmayı amaçlıyoruz. İnsanların karşılaştıkları sorunlarla baş etmelerinin çok sayıda yolu olabilir. Ancak yine de siz seçenekleri bir sorunla karşılaştığınızda genel olarak ne yaptığınızı düşünerek işaretlemeye çalışın. Seçenekleri işaretlerken bir öncekinden bağımsız düşünmeye özen gösterin.

Seçenekleri belirtirken şu puanlamayı kullanın:		ASLA	ÇOK AZ	ORTA	ÇOKU NLUK LA
1 -	Sorunla karşılaştığımda daha önceki tecrübelerden yararlanıp sorunun üstesinden gelmeye çalışırım	1	2	3	4
2 -	Sorun olan şeyleri aklımdan atmak için bir şeyler yapmaya ya da başka türlü meşguliyetlere yönelirim.	1	2	3	4
3 -	Sorunla karşılaştığımda moralim bozulur ve duygularımı dışarı yansıtırım.	1	2	3	4
4 -	Başkalarından bu tür sorunlarında ne yaptıkları konusunda tavsiyeler almaya çalışırım.	1	2	3	4
5 -	Sorunla başa çıkma konusunda kendimi konsantre ederim.	1	2	3	4
6 -	Kendi kendime "böyle bir sorunun gerçekte var olmadığını" söylerim.	1	2	3	4
7 -	Allah'a tevekkül eder, O'na dayanırım.	1	2	3	4
8 -	İçinde bulunduğum sorunla ilgili olarak gülerim.	1	2	3	4
9 -	Kendi kendime bir şey yapamayacağımı söyleyerek çabalamayı bırakır ve soruna teslim olurum.	1	2	3	4
10-	Kendimi hemen bir şeyler yapmaktan vazgeçiririm.	1	2	3	4
11-	Duygularımı bir başkasıyla tartışırım.	1	2	3	4
12-	Kendimi daha iyi hissedebilmek için alkol ya da sakinleştirici ilaç alırım.	1	2	3	4
13-	Kendimi yaşadığım soruna alıştırmaya çalışırım.	1	2	3	4
14-	Sorunla ilgili bir şeyler öğrenmek için birileriyle konuşurum.	1	2	3	4
15-	Diğer düşünce ve meşguliyetlere yönelmem ve sorundan kendimi uzak tutmaya uğraşmam.	1	2	3	4
16-	Karşılaştığım sorundan farklı şeylerle ilgili hayaller kuranım.	1	2	3	4
17-	Üzülürüm ama söz konusu sorunun bilincinde olurum.	1	2	3	4
18-	Allah'ın yardımını umarım.	1	2	3	4
19-	Bir eylem planı yaparım.	1	2	3	4
20-	Söz konusu sorunla ilgili şakalar yaparım.	1	2	3	4
21-	Karşıma çıkan sorunun var olduğunu ve değişmeyeceğini kabullenirim.	1	2	3	4
22-	Sorun el verinceye kadar herhangi bir şey yapmayı ertelerim.	1	2	3	4
23-	Arkadaş veya akrabalarından moral ve manevi destek almaya çalışırım.	1	2	3	4
24-	Sorunla baş etmede amacıma ulaşmaya çabalamaktan hemen vazgeçerim.	1	2	3	4
25-	Sorunun üstesinden gelebilmek için ilave şeyler yaparım.	1	2	3	4
26-	Alkol ya da sakinleştirici olarak bir an olsun kendimi kaybedip olanları unutmaya çalışırım.	1	2	3	4
27-	Sorun olduğuna inanmayı reddederim.	1	2	3	4
28-	Duygularımı dışarı vururum.	1	2	3	4
29-	Daha olumlu taraflarını görebilmek için sorunu başka bir açıdan ele almaya çalışırım.	1	2	3	4
30-	Sorunla ilgili somut bir şeyler yapabilen kişilerle konuşurum.	1	2	3	4
31-	Sorunla karşılaştığımda her zamankinden daha çok uyurum.	1	2	3	4
32-	Ne yapacağım ya da yapmam gerektiği konusunda bir strateji belirlemeye çalışırım.	1	2	3	4
33-	Sorunu çözmeye odaklanırım ve eğer gerekirse yapmam gereken diğer şeyleri bir süre kendi haline bırakırım.	1	2	3	4
34-	Başkalarından sempati ve anlayış görmeyi beklerim.	1	2	3	4
35-	Sorunla daha az meşgul olmak için alkol ya da ilaç alırım.	1	2	3	4
36-	Sorunla ilgili şaka yaparım.	1	2	3	4
37-	İstedikimi elde etmeye uğraşmayı bırakırım.	1	2	3	4
38-	İyiye giden bir şeyler arayıp bulmaya çalışırım.	1	2	3	4
39-	Sorunu en iyi nasıl çözebileceğim konusunda düşünürüm.	1	2	3	4
40-	Sorun gerçekte olmamış gibi davranırım.	1	2	3	4
41-	Olumsuz şeyler yaparak işlerin daha da kötüye gitmesine yol açmadığımdan emin olmak isterim.	1	2	3	4
42-	Sorunun çözümüne yönelik gayretlerime engel olabilecek şeyleri önlemeye ciddi şekilde caba gösteririm.	1	2	3	4
43-	Sorunla karşılaştığımda sinemaya gider veya TV izler ya da sorunla ilgili daha az düşünürüm.	1	2	3	4
44-	Olup biten şeyin ya da sorunun bir realite olduğunu kabul ederim.	1	2	3	4
45-	Benzer durumlara karşılaşılan kişilere bu durumda ne yaptıklarını sorarım.	1	2	3	4
46-	Büyük oranda duygusal rahatsızlık hisseder ve bu tür hisleri dışarıya yansıtırım.	1	2	3	4
47-	Sorunla aktif olarak uğraşmayı hedefleyerek daha iyi bir tavır takınırım.	1	2	3	4
48-	Sorunla karşılaştığımda dini inancımda bir huzur bulmaya çalışırım.	1	2	3	4
49-	Bir şeyler yapmak konusunda kendimi uygun ve doğru zamanı beklemeye zorlarım.	1	2	3	4
50-	Sorunlu durumla ilgili eğlenir ya da oyun oynarım.	1	2	3	4
51-	Sorunu çözmeye yönelik çabalarımı azaltırım.	1	2	3	4
52-	Neler hissettiğim konusunda birisiyle konuşurum.	1	2	3	4
53-	Yaşadıklarım konusunda kendi kendime yardım olsun diye alkol ya da sakinleştirici ilaç alırım.	1	2	3	4
54-	Sorunla birlikte yaşamayı öğrenirim.	1	2	3	4
55-	Soruna odaklanabilmek için diğer meşguliyetlerimi bir tarafa bırakırım.	1	2	3	4
56-	Takınmam gereken tavır konusunda daha ciddi düşünürüm.	1	2	3	4
57-	Sanki sorun yokmuş veya hiç olmamış gibi davranırım.	1	2	3	4
58-	Yapmam gereken şey neyse atmam gereken adımı zamanında atarım.	1	2	3	4
59-	Basıma gelen şeyden ya da yaşadığım sorundan bir şeyler öğrenir ya da tecrübe kazanırım.	1	2	3	4
60-	Her zamankinden daha çok dua ve ibadet ederim.	1	2	3	4

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	ALEV	Soyadı	DÜZGÜN
Doğ.Yeri	İSTANBUL	Doğ.Tar.	1982
Uyruğu	TC	TC Kim No	
Email	alevdesem@yahoo.com	Tel	

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mez. Yılı
Doktora		
Yük.Lis.	İÜ Sağlık Bilimleri Enst.-Psikososyal Onkoloji Bilim Dalı	2009
Lisans	Mersin Üniversitesi Psikoloji Bölümü	2005
Lise	Mersin Yabancı Dil Ağırlıklı Gazi Lisesi	2000

İş Deneyimi

	Görevi	Kurum	Süre (Yıl - Yıl)
1.	Psikolog	İBB Kadın ve Aile Sağlığı Merkezi	2007 - ...
2.	Psikolog	Esenyurt Engelliler Koordinasyon Mer.	2005-2007

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama*	Konuşma*	Yazma*	KPDS/ÜDS Puanı	(Diğer) Puanı
İngilizce	İyi	İyi	İyi	50	

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
ALES Puanı	58.307	66.975	74.663

Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma becerisi
MS Office	İyi
SPSS	Orta

