

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

**ERZURUM 'DA ÇALIŞAN HEKİMLERDE TÜKENMİŞLİK DÜZEYİ**  
**VE**  
**SOSYODEMOGRAFİK DEĞİŞKENLERLE İLİŞKİSİ**

**Dr. Zahide KOŞAN**

**Tez Yöneticisi**  
**Prof. Dr. Asuman GÜRAKSIN**

**Uzmanlık Tezi**  
**ERZURUM 2010**

## İÇİNDEKİLER

|                                                               | Sayfa No |
|---------------------------------------------------------------|----------|
| İÇİNDEKİLER                                                   | I        |
| ONAY                                                          | III      |
| TEŞEKKÜR                                                      | IV       |
| TABLolar DİZİNİ                                               | V        |
| ÖZET                                                          | VII      |
| SUMMARY                                                       | X        |
| I.GİRİŞ VE AMAÇ                                               | 1        |
| II. GENEL BİLGİLER                                            | 6        |
| 2.1 Tükenmişlik Sendromu İle İlgili Kavramlar Ve Görüşler     | 6        |
| 2.1.1. Tükenmişlik Kavramı                                    | 6        |
| 2.1.2. Tükenmişlikle İlgili Görüşler                          | 7        |
| 2.1.2.1. Freudenberg'er'in Tükenmişlikle İlgili Görüşleri     | 7        |
| 2.1.2.2. Maslach'ın Tükenmişlikle İlgili Görüşleri            | 8        |
| 2.1.2.3. Perlman ve Hartman'ın Tükenmişlikle İlgili Görüşleri | 9        |
| 2.1.2.4. Meier'in Tükenmişlikle İlgili Görüşleri              | 10       |
| 2.1.2.5. Suran ve Sheridan'ın Tükenmişlikle İlgili Görüşleri  | 12       |
| 2.1.2.6. Cherniss'in Tükenmişlikle İlgili Görüşleri           | 14       |
| 2.1.2.7. Pines'in Tükenmişlikle İlgili Görüşleri              | 15       |
| 2.1.2.8. Gaines ve Jernier'in Tükenmişlikle İlgili Görüşleri  | 15       |
| 2.1.3. Tükenmişliğin Nedenleri                                | 16       |
| 2.1.4. Tükenmişliğin Nörobiyolojisi                           | 18       |
| 2.1.5. Tükenmişliğin Belirtileri                              | 21       |
| 2.1.6. Tükenmişliğin Evreleri                                 | 24       |
| 2.1.6.1. Şevk ve Coşku Dönemi                                 | 24       |
| 2.1.6.2. Durgunluk Dönemi                                     | 24       |
| 2.1.6.3. Engellenme Dönemi                                    | 24       |
| 2.1.6.4. Umursamazlık Dönemi                                  | 24       |
| 2.1.7. Tükenmişliğin Sonuçları                                | 25       |
| 2.1.8. Tükenmişliği Önleme ve Başa Çıkma Stratejileri         | 25       |
| 2.1.8.1. Organizasyon Düzeyinde                               | 26       |
| 2.1.8.2. Bireysel Düzeyde                                     | 26       |

|                                                                                                                                                 |            |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| <b>III. GEREÇ VE YÖNTEM</b>                                                                                                                     | <b>29</b>  |
| 3.1. Araştırmanın Tipi ve Yeri                                                                                                                  | 29         |
| 3.2. Araştırmanın Evren ve Örneklemi                                                                                                            | 29         |
| 3.3. Araştırmanın Hipotezleri                                                                                                                   | 29         |
| 3.4. Veri Toplama Yöntemi ve Ölçek                                                                                                              | 30         |
| 3.5. Verilerin Analizi ve Değerlendirme                                                                                                         | 32         |
| 3.6. Maslach Tükenmişlik Ölçeğinin Güvenirliği ve Geçerliliği                                                                                   | 32         |
| 3.7. Etik Konular ve İzin                                                                                                                       | 33         |
| 3.8. Araştırmanın Süresi                                                                                                                        | 34         |
| <b>IV. BULGULAR</b>                                                                                                                             | <b>35</b>  |
| 4.1. Maslach Tükenmişlik Ölçeğinin Güvenirliğine İlişkin Bulgular                                                                               | 35         |
| 4.2. Değişkenlerin Korelasyon Analizi Sonuçları                                                                                                 | 35         |
| 4.3. Araştırmaya Katılan Hekimlere İlişkin Tanıtıcı Bilgiler                                                                                    | 37         |
| 4.4. Hekimlerin Tükenmişlik Düzeylerinin Bazı Bağımsız Değişkenlerle ilişkisi                                                                   | 43         |
| 4.5. Hekimlerin Tükenmişlik Düzeyi ile Sosyodemografik Değişkenler Arasındaki İlişkiyi İncelemek Amacı İle Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları | 58         |
| <b>V. TARTIŞMA</b>                                                                                                                              | <b>70</b>  |
| 5.1. Ölçeğin Güvenirliği                                                                                                                        | 70         |
| 5.2. Maslach Tükenmişlik Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Birbiriyle ve Bazı Değişkenlerle ilişkisi                                                 | 71         |
| <b>VI. SONUÇLAR ve ÖNERİLER</b>                                                                                                                 | <b>87</b>  |
| 6.1. Sonuçlar                                                                                                                                   | 87         |
| 6.2. Öneriler                                                                                                                                   | 92         |
| <b>VII. KAYNAKLAR</b>                                                                                                                           | <b>93</b>  |
| <b>VIII. EKLER</b>                                                                                                                              | <b>102</b> |
| Ek-1. Kişisel Bilgi Formu                                                                                                                       | 102        |
| Ek-2. Maslach Tükenmişlik Ölçeği Türkçe Formu                                                                                                   | 105        |
| Ek-3. Araştırmanın izin yazıları                                                                                                                | 107        |

## ONAY

“Erzurum ’da çalışan hekimlerde tükenmişlik düzeyi ve sosyodemografik değişkenlerle ilişkisi” isimli çalışmamız Halk Sağlığı Anabilim Dalı’nın 31.01.2007 tarih ve 12 sayılı yazısı ile Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu’nun 09.02.2007 tarih ve 2 nolu oturum sayısının 9 nolu kararı ile Dahili Tıp Bilimleri Bölüm Kurulu’nun 03.04.2007 tarih ve 1 nolu oturum sayısının 8 nolu kararı ile uygun görülmüştür.

## TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim ve tezimin hazırlanması sürecinde desteğini esirgemeyen danışman hocam Prof. Dr. Asuman GÜRAKSIN'a, Yrd. Doç. Dr. Talat EZMECİ'ye ve Yrd. Doç. Dr. Nazım Ercüment BEYHUN'a teşekkürlerimi sunarım.

Ayrıca yardımlarından dolayı bölüm sekreterimiz Yeliz ÇAKIR HARARLI'ya ve tüm çalışma arkadaşlarıma teşekkür ederim.

## TABLÖLAR – GRAFİK ve ŞEKİL DİZİNİ

|                  |                                                                                                                                                                                 |    |
|------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| <b>Şekil 1.</b>  | Maslach'ın Tükenmişlik Modeli                                                                                                                                                   | 8  |
| <b>Tablo-1a.</b> | HPA Eksen İşleyişi ve Tükenmişlik İlişkisini Katılımcıların MTÖ'den Aldıkları Puanları Gruplandırarak Karşılaştıran Çalışmalar                                                  | 18 |
| <b>Tablo-1b.</b> | HPA Eksen İşleyişi ve Tükenmişlik İlişkisini Yarı Yapılandırılmış Görüşmelerle Klinik Düzeyde Tükenmişlik Tanısı Konan Hastalarla Sağlıklı Kontrolleri Karşılaştıran Çalışmalar | 19 |
| <b>Tablo-2.</b>  | Maslach Tükenmişlik Ölçeğinin Alt Boyutlarına İlişkin Türkiye Hekim Normları                                                                                                    | 31 |
| <b>Tablo-3.</b>  | Maslach Tükenmişlik Ölçeğinin Alt Boyutlarının Güvenirlik Analizi Sonuçları                                                                                                     | 35 |
| <b>Tablo-4.</b>  | Maslach Tükenmişlik Ölçeğinin Alt Boyutlarının Birbirleri ile Korelasyonu                                                                                                       | 36 |
| <b>Tablo-5.</b>  | Duygusal Tükenme, Duyarsızlaşma, Kişisel Başarı Noksanlığı ile Bazı Değişkenlerin Karşılaştırılması                                                                             | 37 |
| <b>Tablo-6.</b>  | Erzurum İlinde Çalışan Tüm Hekimlerin ve Örneklemin Çalıştıkları Kurumlara Göre Dağılımı                                                                                        | 37 |
| <b>Tablo-7.</b>  | Hekimlerin Bazı Kişisel Özelliklerine Göre Dağılımı                                                                                                                             | 38 |
| <b>Tablo-8.</b>  | Hekimlerin Mesleki Özelliklerine Göre Dağılımı                                                                                                                                  | 40 |
| <b>Tablo-9.</b>  | Hekimlerin Kariyer ve Eğitim Özelliklerine Göre Dağılımı                                                                                                                        | 42 |
| <b>Tablo-10.</b> | Hekimlerin Tükenmişlik Düzeyi Alt Gruplarının Puan Değerleri (n=711)                                                                                                            | 43 |
| <b>Grafik 1.</b> | Tükenmişlik düzeyi alt boyutlarının puan ortalamaları                                                                                                                           | 43 |
| <b>Tablo-11.</b> | Hekimlerin Duygusal Tükenmişlik Düzeylerinin Kariyer Durumlarına Göre Dağılımı                                                                                                  | 45 |
| <b>Grafik 2.</b> | Hekimlerin Duygusal Tükenmişlik Düzeylerinin Kariyer Durumlarına Göre Dağılımı                                                                                                  | 45 |
| <b>Tablo-12.</b> | Hekimlerin Duyarsızlaşma Düzeylerinin Kariyer Durumlarına Göre Dağılımı                                                                                                         | 46 |
| <b>Grafik 3.</b> | Hekimlerin Duyarsızlaşma Düzeylerinin Kariyer Durumlarına Göre Dağılımı                                                                                                         | 46 |
| <b>Tablo-13.</b> | Hekimlerin Kişisel Başarı Puanının Kariyer Durumlarına Göre Dağılımı                                                                                                            | 47 |
| <b>Grafik 3.</b> | Hekimlerin Kişisel Başarı Puanının Kariyer Durumlarına Göre Dağılımı                                                                                                            | 47 |
| <b>Tablo-14.</b> | Hekimlerin Bazı Kişisel Özellikleri İle Tükenmişlik Puanları Arasındaki İlişki                                                                                                  | 50 |
| <b>Tablo-15.</b> | Hekimlerin Mesleki Özellikleri İle Tükenmişlik Puanları Arasındaki İlişki                                                                                                       | 53 |
| <b>Tablo-16.</b> | Hekimlerin Eğitim Özellikleri ile Tükenmişlik Puanları Arasındaki İlişki                                                                                                        | 56 |
| <b>Tablo-17.</b> | Hekimlerin Duygusal Tükenmişlik Boyutuna Göre Bazı Kişisel Değişkenlere Ait Çoklu Regresyon Analizi Sonuçları                                                                   | 59 |

|                                                                                                                                 |           |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>Tablo- 18.</b> Hekimlerin Kişisel Başarı Boyutuna Göre Bazı Kişisel Değişkenlere Ait Çoklu Regresyon Analizi Sonuçları.      | <b>60</b> |
| <b>Tablo-19.</b> Hekimlerin Duygusal Tükenmişlik Boyutuna Göre Bazı Mesleki Değişkenlere Ait Çoklu Regresyon Analizi Sonuçları. | <b>62</b> |
| <b>Tablo- 20.</b> Hekimlerin Duyarsızlaşma Boyutuna Göre Bazı Mesleki Değişkenlere Ait Çoklu Regresyon Analizi Sonuçları        | <b>63</b> |
| <b>Tablo- 21.</b> Hekimlerin Kişisel Başarı Boyutuna Göre Bazı Mesleki Değişkenlere Ait Çoklu Regresyon Analizi Sonuçları       | <b>65</b> |
| <b>Tablo-22.</b> Hekimlerin Duygusal Tükenmişlik Boyutuna Göre Bazı Eğitim Değişkenlerine Ait Çoklu Regresyon Analizi Sonuçları | <b>66</b> |
| <b>Tablo- 23.</b> Hekimlerin Duyarsızlaşma Boyutuna Göre Bazı Eğitim Değişkenlerine Ait Çoklu Regresyon Analizi Sonuçları       | <b>68</b> |
| <b>Tablo- 24.</b> Hekimlerin Kişisel Başarı Boyutuna Göre Bazı Eğitim Değişkenlerine Ait Çoklu Regresyon Analizi Sonuçları      | <b>69</b> |
| <b>Tablo- 25.</b> Türkiye’de yapılmış bazı çalışmaların MTÖ alt boyut puan ortalamaları                                         | <b>73</b> |

## ÖZET

Araştırma 2007 yılında Erzurum'da çalışan hekimlerin tükenmişlik düzeyini ölçmek ve buna etki eden etmenleri belirlemek amacıyla kesitsel olarak planlanmıştır. Erzurum il genelinde Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastaneler ve sağlık ocakları, Üniversite hastaneleri ve özel hastanelerde görev yapan hekimler araştırma kapsamına alınmıştır. Sağlık müdürlüğünden, tıp fakültesi personel müdürlüğünden, özel hastane başhekimliklerinden elde edilen listelerden 1166 hekimin görev yaptığı tespit edilmiştir. Araştırmanın örnekleme, ½ oranında sistematik örneklem yöntemi ile belirlenmiş ve 711 hekime anket uygulanmıştır.

Araştırmada hekimlerin sosyo-demografik özellikleriyle, çalışma koşulları, alışkanlıkları, boş zaman uğraşları ile ilgili bilgileri toplamaya yönelik kişisel bilgi formu ve Maslach tükenmişlik ölçeği kullanılmıştır.

MTÖ alt boyutları normal dağılıma uymadığı için nonparametrik testler (Kruskall- Wallis ve Mann Withney U testi ) uygulanmıştır. MTÖ'nün alt boyutlarının birbiri ile olan ilişkilerinin ve bazı sayısal değişkenlerin ( yaş, çocuk sayısı, meslekte toplam çalışılan süre, son kurumda toplam çalışılan süre ve aylık nöbet sayısı) değerlendirilmesi için Spearman sıralı korelasyon analizi yapılmıştır. Duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarı puanı median değerinden ikiye bölünerek değişkenler, ikili değişken haline getirilmiş ve diğer bağımsız değişkenlerin puanlar üzerindeki etkisi lojistik regresyon analizi ile ölçülmüştür. Düşük olanlar referans kabul edilip diğer bağımsız değişkenlerle birlikte binary lojistik regresyon analizine alınmıştır.

Çalışmaya katılan hekimlerin %49.0'unun Sağlık Bakanlığı'na bağlı kuruluşlarda, %46.4'ünün üniversitede, %4.6'sının özel sağlık kuruluşlarında çalıştıkları; Hekimlerin yaklaşık olarak %60'ının 34 yaş ve altında olduğu %65'i erkek olduğu, %72.9'unun evli, evli olan hekimlerin %81.9'unun çocuğunun olduğu saptanmıştır. Hekimlerin %75.9'unun eşlerinin çalıştığı ve %20.3'ünün yönetimle ilgili görevlerinin olduğu, %42.9'unun meslekte toplam hizmet yılının 6 yıl ve altında olduğu, % 73.8'inin ise halen çalıştığı kurumdaki hizmet yılının 6 yıl ve altında olduğu belirlenmiştir. Hekimlerin %57.1'inin nöbet tuttuğu, nöbet tutanların %43.7'sinin aylık nöbet sayısının 6 ve üzerinde olduğu, %85.2'sinin mesleğini isteyerek seçtiği,

%47.5'inin doğru seçim yaptığını düşündüğü, %54.6'sının ise çocuğunun hekim olmasını istemediği belirlenmiştir.

Duygusal Tükenme ve duyarsızlaşma ile aylık nöbet sayısı arasında pozitif yönde önemli bir korelasyon saptanırken, hekimlerin yaşı, çocuk sayısı, meslekte toplam çalışılan süre arasında istatistiksel olarak negatif yönde önemli bir korelasyon olduğu gözlenmiştir.

Kişisel başarı puanı ile yaş, çocuk sayısı, meslekte çalışılan süre ve son kurumda çalışılan süre arasında pozitif yönde bir korelasyon saptanırken, aylık nöbet sayısı arasında negatif yönde bir korelasyon olduğu gözlenmiştir.

Çalışmamıza katılan hekimlerde, tükenmişliğin üç alt boyutu olan duygusal tükenme ( $15.6 \pm 7.0$ ), duyarsızlaşma ( $5.7 \pm 3.9$ ) ve kişisel başarı noksanlığı ( $21.0 \pm 4.4$ ) düşük düzeyde bulunmuştur. Tükenmeyi en çok yaşayan grubun araştırma görevlilerinin olduğu bulunmuştur. Yaşla birlikte çalışmamıza katılan hekimlerin tükenme düzeyleri azalırken kişisel başarı düzeyleri artmaktadır. Özel hastanelerde çalışan hekimlerin tükenme düzeyleri en düşük grup olduğunu tespit edilmiştir. Mesleğini kendi isteğiyle seçtiğini belirten hekimlerin duygusal tükenme ve duyarsızlaşmayı daha az yaşadıkları saptanmıştır. Çocuğunun hekim olmasını isteyen hekimlerin tükenme düzeylerinin düşük olduğu saptanmıştır.

Sonuç olarak; fiziksel, duygusal ve zihinsel bulgu ve belirtilerle kendini gösteren tükenmişlik, erken tanınmazsa ciddi sağlık sorunlarına yol açarak hekimlerin çalışma performanslarını olumsuz yönde etkileyebilir. En önemli nedeninin çalışma ortamındaki aşırı iş yükü ve bunun sonucu oluşan stres olduğu düşünülen tükenmişlik kamu kurumlarında daha çok yaşanmaktadır. Kamu kurumlarındaki organizasyon bozuklukları, sosyal desteğin yeterince sağlanamaması, ekip anlayışının eksikliği ve iletişim sorunları buna yol açan önemli etmenlerdir. Hekimlerin yakınmaları dikkate alınarak çözüm yolları geliştirilmeli, özlük hakları iyileştirilerek maaşları hakettiği düzeye çıkarılmalı, çalışma koşulları süratle iyileştirilmeli, üzerlerindeki aşırı iş yükü yeterli isdihtam sağlanarak azaltılmalı, hekimlerin kendilerini ifade edebilmeleri sağlanabilmeli, nöbet yükleri azaltılmalı ve nöbet ertesi izin kullanmaları sağlanmalıdır.

Tükenmişlikle baş etmek için bir yandan gevşeme teknikleri gibi bireysel yöntemler kullanılabilir diğer yandan da sosyal destek grupları kurarak benzer koşullar altındaki hekimlerin iş ortamlarının zorlukları ve stresle baş etme yollarını karşılıklı tartışmaları ve fikir alışverişinde bulunmaları sağlanabilir.

## SUMMARY

The research was planned cross-sectional in order to measure the level of burnout of the medical doctors in Erzurum Province and to define the factors affecting it. The medical doctors working in hospitals and health centers attached to the Ministry of Health, university hospitals and private hospitals were included in the research. From the lists obtained from Provincial Health Directorate, University and Private Hospital Administrations, it was detected that 1166 medical doctors were in duty in the Province. The sample of research was defined with the method of systematic sampling at a rate of 50 percent and the questionnaire was applied to 711 medical doctors.

In research, personal information forms aiming at collecting information related to socio demographic characters, working conditions, habits and leisure activities of the medical doctors were used and Maslach Burnout Inventory was employed.

Non-parametric tests (Kruskall-Wallis and Mann Withney U test) were applied as the lower dimensions of MBI are not fitted to normal distribution. Spearman rank correlation analysis were conducted for evaluating the interrelationships among lower dimensions of MBI and some quantitative variables such as age, number of children, the professional working duration, the working duration in the last place of work and monthly number of duty turns. Variables were converted into dual variables by splitting Emotional Exhaustion, Depersonalization, and Personal Accomplishment in two parts from median values; and the effects of other independent variables on grade points were estimated by logistical regression analysis. The lower ones were considered as reference and were taken into binary logistical regression analysis together with other independent variables.

49 percent of the medical doctors included in the research was from the institutions attached to the Ministry of Health, 46.4 percent from university hospitals and 4.6 percent from private health institutions. It was also seen that 60 percent of the sample were 34 years old or lower and 65 percent were male while 72.9 percent of medical doctors were married and of which 81.9 percent have children. On the other hand, 75.9 percent of samples were married with a working spouse and 20.3 percent has administrative duties. 42.9 percent have six-year and less working time in their professional life while 73.8 percent have six-year and less working time at the

institution they work. 57.1 percent of medical doctors have turn of duty of which 43.7 percent have six and more monthly duty turns. 85.2 percent have declared that he has chosen his profession with his own will while the 47.5 percent think that he had a right choice. 54.6 percent, however, stated that he/she did not desire their children to choose the same profession.

A statistically significant positive correlation was detected between the number of monthly turns of duty and emotional exhaustion and depersonalization. Again a statistically significant but negative correlation was found between emotional exhaustion and depersonalization and the age, number of children and the working years in profession.

A positive correlation was observed between personal accomplishment and age, number of children, the working years in profession and the working years in the last institution while a negative correlation was seen between personal accomplishment and the number of monthly turns of duty.

It was observed that the lower three dimension of burnout syndrome, that is emotional exhaustion ( $15.6 \pm 7.0$ ), depersonalization ( $5.7 \pm 3.9$ ) and personal accomplishment ( $21.0 \pm 4.4$ ) were at low levels. It was found that the group experiencing the burnout at the highest level was research assistants. As the age increased, the level of burnout was diminishing while personal accomplishment levels were going up. It was observed that the medical doctors working for private hospitals have the lowest level of burnout. On the other hand, it was detected that those who chose their professions by their own will had experienced emotional exhaustion and depersonalization at lesser extents. Those who desire that their children choose the same profession had a low level of emotional exhaustion.

As a conclusion, if burnout associated with physical, emotional and mental signs and symptoms is not recognized in time, it may reduce the performance of medical doctors by causing serious health problems. Burnout, which is supposed that the most important cause of it is excessive workload and accordingly the high stress levels, are seen in public institutions to a great extent. Organizational disorders, lack of social support, deficiency of team work and communication problems are the main causes for the higher incidence of burnout in public institutions.

The research findings may lead us to think that the problems associated with burnout could be alleviated if the working conditions are improved, the wage levels are increased, the working hours are diminished, the work load is decreased, the duty turns are lessened and the leaves after duty turns are secured. In addition, to overcome burnout, individual methods such as relaxation techniques could be used. On the other hand, by forming social support groups, medical doctors sharing the same conditions may have a forum to discuss their problems and exchange ideas in order to find the ways combating the difficulties related to working environment and stress.

## I GİRİŞ VE AMAÇ

Hekimlik, insanlarla yüz yüze iletişimin yoğun olduğu alanlardan biridir. Sağlık hizmeti vermek oldukça stresli bir uğraştır. Bu tür mesleklerde çalışan kişilerde oluşan duygusal tepkilerin düzeyi tükenmişliğe kadar uzanabilmektedir. Tükenmişlik, ilk olarak 1974 yılında H Freudenberger<sup>1</sup> tarafından "enerji, güç veya kaynaklar üzerindeki aşırı taleplerden dolayı tükenmeye başlamak" olarak tanımlanmıştır. Tükenmişlik, duygusal taleplerin yoğun olduğu ortamlarda uzun süre çalışmaktan kaynaklanan, fiziksel yıpranma, işyerinde çalışanlara ve yaşama karşı olumsuz tutumlar geliştirilmesi gibi belirtilerin eşlik ettiği bir durum olarak tanımlanabilir. Tükenmişlik konusunda çalışmalara öncülük eden Maslach, tükenmişliği, yorucu ve problemlili insanlarla yoğun olarak ilgilenenlerin gösterdiği zorlanma tepkisi olarak tanımlamıştır.<sup>2</sup> Sturgess ve Poulsen tükenmişliği "insanlara hizmet verilen mesleklerde çalışan kişilerin işlerinin sonucu olarak meydana gelen, ilerleyici bir idealizm, enerji ve amaç kaybı" olarak tanımlamışlardır.<sup>3</sup> Cherniss ise tükenmişliği "aşırı adanmışlık hastalığı" olarak tanımlamıştır.<sup>4</sup>

Maslach tarafından, 1986 yılında yayınlanan "Maslach Tükenmişlik Ölçeği El Kitabı"nda, tükenme kavramının duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarı noksanlığı olarak 3 alt boyut ortaya konulmuştur.<sup>2</sup> Duygusal tükenmişlik kavramı, bireyin duygusal kaynaklarının tükenmesi ve enerjisinin azalmasını tanımlamaktadır. Duyarsızlaşma, çalışanın hizmet verdiği kişilere karşı takındığı negatif, gayri ciddi tavır ve duyguları tanımlamaktadır. Kişisel başarı noksanlığı ise kişinin kendini olumsuz değerlendirme eğilimi, kendini yeterli bulmaması olarak tanımlanır.<sup>2-4</sup> Çalışanlar duygusal anlamda kendilerini işlerine verememekte, işinde başarısız olduğu düşüncesiyle tatminsizlik duymakta ve iş dışı faaliyetlere yönelmektedir.

Yapılan çalışmalar tükenme ile karşılaşma riskinin doktorlar, hemşireler, diş hekimleri, öğretmenler, polisler, psikologlar, çocuk bakıcıları gibi insanlarla yüz yüze çalışan mesleklerde diğer mesleklere göre daha yüksek olduğunu göstermektedir. Bu sendrom, uzun yıllardan bu yana önemli bir çalışma konusu olagelmıştır.<sup>5</sup>

Tükenmişlik sendromunun ortaya çıkmasında profesyonellerin kişilik özellikleri rol oynayabilir, ancak; çalışma sisteminin yapısı, özellikleri bu konuda daha önemli olan risk faktörleri arasında yer almaktadır. İş yükünün fazla olması, çalışma saatlerinin uzun olması, kronik, ölümcül hastalar ile uğraşmak, iş yerinde ilişki ve görev paylaşımı sorunlarının yaşanması tükenmişlik de rol oynamaktadır.<sup>6</sup>

Bireylerin yaşamlarında karşılaştıkları “zor” durumlar onların tükenmişlik düzeylerini artırabilir. Örneğin, iş yaşamında karşılaşılan stres, çocukların bakımı, ev içi sorumluluklar ev yaşamındaki stresle birleşir ve bu da bireylerin “tükenme” düzeylerinde artışa neden olur.<sup>7</sup>

Tükenmişlik sendromunun ortaya çıkmasında kültürel nedenler de rol oynayabilir. Pek çok sosyal, politik ve ekonomik faktör sağlık ile ilgili algıları ve çevresel koşulları değiştirebilir. Bu değişimler özellikle hükümetlerin genel ve sağlık özelindeki politikalarına bağlı olarak meydana gelebilir.<sup>5</sup>

Tükenme ciddi bireysel ve kurumsal sorunlara yol açmaktadır. Tükenmenin yalnızca iş koşullarına bağlı gelişmediği, mükemmeliyetçilik, ayrıntıcılık gibi obsesif kişilik özelliklerini taşıyanlarda, amaç ve beklentilerine erişememenin sonucunda görüldüğüne ilişkin yayınlar vardır.<sup>5,6</sup> Yapılan çalışmalar, kişiler arası ilişkilerdeki olumsuzluk, motivasyon eksikliği, fazla iş yükü ve kişinin stresle başa çıkma becerisinin tükenmişlikle ilişkili olduğunu göstermektedir.<sup>4</sup> Yoğun bir tükenme durumu bireyde psikosomatik bozukluklara, evlilik ve aile yaşantısındaki sorunlara, uykusuzluk, alkol ve madde kullanımına neden olabilmektedir. Kurumsal açıdan ise çalışanların işe geç gelmesi, erken ayrılması, işi bırakması, dinlenme raporları alması, işte yeniliklerin, yapıcı eleştirilerin, üretkenliğin ve yaratıcı girişimlerin kısırlığı gibi sorunlarla kendini göstermektedir.<sup>7</sup> İlginç olarak tükenmişlik sendromundan kurtulmayı sağlayan etmenler zaman zaman bu bozukluğun nedeni olabilmektedir. Bu etmenler arasında yeni iş ortamı, daha fazla özerklik, yönetim desteği ve işin ilginç olması sayılabilir.<sup>4</sup>

Türkiye'nin çeşitli illerinde gerek hekimler gerekse sağlık çalışanları üzerinde yapılan çalışmalarda tükenmişlik düzeyleri düşük bulunmuştur.<sup>6,14-20,22,23,25</sup> Ergin'in “Maslach Tükenmişlik Ölçeğinin Türkiye Sağlık Personeli Normları” çalışmasında tükenmişlik puan ortalamaları orta düzeydedir. Demir ve arkadaşları Ankara'da üniversite ve devlet hastanelerinde çalışan hemşirelerde yaptığı çalışmada tükenmişlik

düzeyleri yüksek bulunmuştur.<sup>23</sup> Hemşirelerde benzer çalışmalarda da yüksek tükenmişlik değerleri bulunmuştur.<sup>14,17,19,23,31,37,42</sup> Shanefeld, bir Amerikan üniversite hastanesinde yaptığı çalışmada iç hastalıkları asistanlarının tükenme düzeylerini yüksek bulmuştur.<sup>30</sup>

Tüm sağlık çalışanlarının katıldığı araştırmalarda, meslek gruplarına göre farklılıklar da bildirilmiştir. Ergin, uzman hekimler, pratisyen hekimler, diş hekimleri, eczacılar, hemşireler, sağlık teknisyenleri ve ebeler için Maslach Tükenmişlik Ölçeği Türkiye normlarını çıkardığını çalışmasında, pratisyen hekim ve hemşirelerin duygusal tükenmişlik ve duyarsızlaşma puanlarının diğer meslek gruplarından daha yüksek olduğunu göstermiştir.<sup>28</sup> Manisa’da sağlık ocağı çalışanları arasında hekimlerin diğer meslek gruplarına göre daha fazla duyarsızlaşma yaşadığı bildirilmiştir.<sup>23</sup> Onkoloji klinikleri ve acil servis çalışanlarında duygusal tükenmişlik puanlarının diğer alt ölçek puanlarından yüksek olduğu bildirilmiştir.<sup>2,27,33</sup> TTB’nin Türkiye genelinde yaptığı araştırmaya katılan Tabip Odalarına kayıtlı 1754 kayıtlı uzman ya da pratisyen olarak çalışan hekimlerin aldıkları “duygusal” tükenme puan ortalaması uzman hekimlere göre daha düşük; “duyarsızlaşma” puanı ise daha yüksektir.<sup>31</sup> Pratisyen hekimlerin aldıkları “kişisel başarı” puan ortalaması da uzman hekimlerin aldıkları puan ortalamasından düşüktür.<sup>31</sup> Hekimler arasında tükenmişlik düzeyleri değişmektedir. Örneğin, İspanya’da 273 uzman ve pratisyen hekimin tükenmişlik düzeyini karşılaştıran bir çalışmanın sonuçlarına göre uzman hekimlerin pratisyen hekimlere göre daha yüksek tükenmişlik düzeyleri olduğu bulunmuştur. Bu durumdan araştırma grubunun yer aldığı sağlık sistemindeki değişiklikler sorumlu tutulmuştur.<sup>32</sup>

Tükenmişlik sendromunun görülme sıklığı hakkında kesin bir rakam vermek zordur. Çünkü pek çok bireysel, çevresel ve yönetsel koşulların etkileşimlerine bağlıdır. Ancak yine de yapılan çalışmalar tükenmişlik sendromunun hekimlerin % 30-40’ının kişisel ve mesleki verimliliğini etkilediğini göstermektedir.<sup>33</sup>

Tükenmişlik sendromunun gerek yaygın görülmesi gerekse hem sağlık personeli hem de hastalar üzerine yapmış olduğu olumsuz etkiler göz önüne alındığında, sağlık çalışanlarının karşısında önemli bir sorun olarak durmaktadır.

Hekimliğe ilk adım olarak sayılabilecek tıp fakültesi eğitimiyle başlayan uzun ve yoğun çalışma mezuniyet sonrası da devam etmektedir. Büyük bir sorumluluk ve

fedakarlık gerektiren hekimlik mesleği içindeki kişiler, gerek çalışma şartlarının uygun olmayışı gerekse toplumsal baskı ve zorlamalar, mesleklerinden soğumalarına neden olup hekimlik mesleğini seçmede yanlış karar verdiklerini düşünmeye ve hatta ilk fırsatta farklı bir meslek yapma imkanlarını aramaya yönelttiği bir gerçektir.<sup>35</sup>

Kişiler yüksek performans ve öz saygınlıkla, tatmin edici bir ücret alabilecekleri, sosyal ve ruhsal beklentilerini doyurabilecekleri bir işte çalışmak isterler. Beklentiler, mesleki verimliliği etkileyen en önemli unsurdur. İşin fizik koşulları, yoğunluk veya monotonluk düzeyi, iş yükü, rollerdeki belirsizlikler, diğer çalışanlar ve yöneticilerle ilişkiler, işteki ilerleme olanakları, kararlarda söz sahibi olma gibi konularda iş yerinin türüne göre farklı sorunlar yaşanabilir. Bu sorunların ortaya çıkardığı sıkıntılar tükenmişliğe ve iş verimsizliğine neden olmaktadır.<sup>35</sup>

Hekimlerin tükenme düzeylerinin yüksek olmasının hastalar açısından da önemi bulunmaktadır. Hekimlerin “tükenmiş”; hastalar tarafından algılandığı biçimiyle “mutsuz” olması, onların birincil derecede sorumlu oldukları “hastalar” ya da “hizmet almak için başvuranların ihtiyaçlarını yeterince karşılamamalarına neden olabilir. Bu nedenle hekimlerin sağlık açısından tam bir iyilik halinde olmaları için gerekli önlemlerin alınması gerektiğinin üzerinde durulmaktadır.<sup>8</sup>

Bölgemizde gerek kırsal - kent arasında sağlık personeli dağılımındaki dengesizlik ve çalışma ortam faktörlerindeki yetersizlik nedeni ile ortaya çıkan problemler hekimlerde hoşnutsuzluk yaratabilmektedir

Sonuç olarak beklentilerini önemli derecede yitirmiş hekimlerin mesleki doyum ve verimliliğinin azalması, doğrudan topluma yansıyan sonuçları da beraberinde getirecek ve bu kısır döngü giderek ağırlaşacaktır. Bölgemizde hekimlerin tükenmişlik düzeyine ilişkin bir çalışma bulunmamaktadır. Çalışma koşulları ve benzer nedenlerle bölgemizde çalışan hekimlerde tükenmişlik düzeyinin yüksek olabileceği düşünülerek bu araştırma planlanmıştır.

### **Araştırmanın Amaçları**

Araştırmanın yakın dönemdeki amaçları:

- 1-Hekimlerde tükenmişlik düzeyini saptamak
- 2-Tükenmişlik düzeyine etki eden faktörleri belirlemek

Araştırmanın uzak dönemdeki amaçları:

- Bölgenin özelliklerini de dikkate alan çözüm önerileri sunmak

## II GENEL BİLGİLER

### 2.1. Tükenmişlik Sendromu İle İlgili Kavramlar ve Görüşler

#### 2.1.1 Tükenmişlik Kavramı

Çalışma ortamı kaynaklı bir psikosomatik sendrom olan tükenmişlik, kişilerin mesleğin özgün anlamı ve amacından kopması, hizmet götördüğü insanlarla ilgilenemiyor oluşu ya da aşırı stres ve mesleki doyumsuzluğa tepki olarak kişinin kendini psikolojik olarak işinden geri çekmesi olarak tanımlanmaktadır.<sup>21</sup> Ana belirtilerini enerji kaybı, motivasyon eksikliği, olumsuz tutum ve hizmet verdiklerinden geri çekilme oluşturmaktadır. Daha çok, doğrudan insana hizmet veren, hizmetin yürütülmesinde insan ilişkilerinin önemli bir yere sahip olduğu alanlarda (sağlık, eğitim, bankacılık)görülmektedir.<sup>21</sup>

Tükenmişlikle ilgili literatür incelendiğinde, araştırmacıların tükenmişliğin psikolojik bir durum olduğu konusunda fikir birliğinde oldukları ancak tükenmişliğin tanımlanması konusunda ortak bir fikre varamadıkları görülmektedir. Tükenmişlik kavramı ilk olarak Freudenberger tarafından tanımlanmış ve son 30 yıldır farklı meslek alanları ile ilgili olarak üzerinde yoğun bir şekilde çalışılmıştır. Tükenmişlik, kısaca kişinin kendisine büyük hedefler koyup daha sonra istediklerini elde edemeyip hayal kırıklığına uğrayarak, yorulduğunu ve enerjisinin tükendiğini hissetmesi, bedensel ve duygusal olarak işinin gereklerini yerine getiremeyecek hale gelmesi olarak açıklanabilir. Tükenmişliğin yapılan birçok tanımı vardır. Bunların bazılarını aşağıda değinilmiştir. Freudenberger'e göre tükenmişlik; enerji ve güç kaynaklarında aşırı isteklerde bulunulması sonucunda yaşanan başarısızlık, aşınma ve bitkinlik duygularının toplamıdır.<sup>1</sup>

Santinello'ya göre tükenmişlik; kişiler arası ilişkilerde mesafeyi, duyarsızlığı ve ilgisizliği içeren psikolojik bir sorundur.<sup>38</sup> Edelwich ve Brodsky tükenmişliği; iş koşullarına bağlı olarak enerjinin ve amacın giderek yitirilmesi, Pines, Aranson ve Kafry ise duygusal yükü ağır işlerde uzun süre çalışma sonucunda fiziksel, ruhsal ve zihinsel tükenme olarak tanımlamaktadır.<sup>22,38,40</sup>

Dünya Sağlık Örgütü yayınladığı Dünya Sağlık Raporu'nda tükenmişliği; fazla çalışma ile ortaya çıkan aşırı duygusal yorgunluk ve bunun sonucunda iş ve sorumluluklarını yerine getirememe durumu olarak tanımlamıştır.<sup>41</sup>

Storlie ise tükenmişliği; mesleki bir otizm olarak tanımlamaktadır.<sup>42</sup> Tükenmişlik insan ruhunun çöküşünü ifade eder. Sürekli ümitsizlik ve olumsuzluğun olduğu bir enerji tükeniştir.<sup>42</sup>

Maslach ve arkadaşları ise tükenmişliği; "diğer insanlarla yüz yüze çalışanlarda sıklıkla ortaya çıkan duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarıda azalma sendromu" şeklinde tanımlamışlardır.<sup>11</sup> Günümüzde, tükenmişliğin en çok kullanılan ve kabul gören tanımı bu üç boyutlu tükenmişlik tanımıdır.

### **2.1.2 Tükenmişlikle İlgili Görüşler**

Tükenmişlik kavramını ortaya koymak için araştırmacılar çeşitli görüşler ortaya koymuşlardır. Kişilerin strese dayanma gücündeki farklılıklar, insan davranışlarını tanımlama ve sınıflandırmadaki güçlükler nedeniyle tükenmişlikle ilgili farklı görüşlere rastlanmaktadır. Bunlardan bazıları aşağıda özetlenmiştir.

#### **2.1.2.1 Freudenberg'in Tükenmişlikle İlgili Görüşleri**

"Tükenmişlik" kavramı Freudenberg'in "Journal of Social Issues" dergisinde yayınlanan makalesi ile literatüre girmiştir. Freudenberg'e göre tükenmişlik; enerji ve güç kaynaklarından aşırı isteklerde bulunulması sonucunda yaşanan başarısızlık, aşınma ve bitkinlik duygularının toplamıdır.<sup>1</sup> Tükenme başarısızlık, yıpranma veya enerji, güç ve potansiyel üzerinde aşırı isteklerde ortaya çıkan bir durumdur ve bu tam olarak, kurumdaki personelin herhangi bir sebepten dolayı yüklendiği ve çalışamaz duruma gelip, amaca hizmet edemediği zamanı göstermektedir.<sup>43</sup>

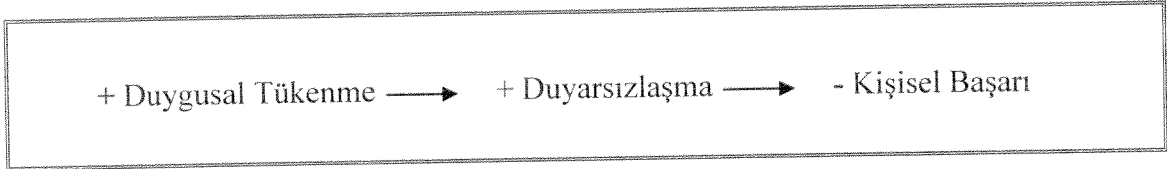
Tükenmişlik, çabuk öfkelenme, ani huzursuzluk ve engellenme ile belirgin olup kolay ağlama, önemsiz baskıları taşıyabileceğinin üstünde algılama ve duyguları ele almada güçlük yaşamadır. İş yerinde harcanan zaman süresi artmasına karşın, başarı düşmektedir ve kişi arkadaşlarının çoğunu kaybetmektedir.<sup>44</sup>

Genellikle birey bir kurumda çalışmaya başladıktan bir yıl sonra ortaya çıkar, çünkü bu süre içerisinde bazı faktörler etkili olmaya başlamaktadır.

#### 2.1.2.2.Maslach'ın Tükenmişlikle İlgili Görüşleri

Maslach modeline göre tükenmişliğin, duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve başarı duygusunun azalması olmak üzere üç boyutu bulunmaktadır.<sup>2,3</sup> Aşağıdaki şekil Maslach'ın tükenmişlik modelindeki birbirini izleyen aşamaları göstermektedir.

Şekil 1.Maslach'ın Tükenmişlik Modeli



Bu üç boyuta ilişkin tükenmişliği ölçebilmek için 22 maddeden oluşan “Maslach Tükenmişlik Ölçeği” geliştirilmiştir. Tükenmişliğin üç boyutuyla ilgili bilgiler aşağıda verilmiştir.

**Duygusal Tükenme:** Kişinin yaptığı iş nedeniyle aşırı yüklenilmiş ve tüketilmiş olması olarak tanımlanır. Tükenmişliğin bu boyutu daha çok insanlarla yoğun ve yüz yüze ilişkinin kaçınılmaz olduğu meslek çalışmalarında görülmektedir. Duygusal tükenme, tükenmişlik durumunun başlangıcı, merkezi ve en önemli bileşenidir. Duygusal yönden yoğun bir çalışma temposu içinde bulunan birey, kendini zorlamakta ve diğer insanların duygusal talepleri altında ezilmektedir. Duygusal tükenme bu duruma bir tepki olarak ortaya çıkmaktadır.<sup>2,3</sup>

**Duyarsızlaşma:** Kişinin bakım ve hizmet verdiklerine karşı, duygudan yoksun biçimde tutum ve davranışlar sergilemesini içermektedir. Bu davranış katı, soğuk ve ilgisiz şekillerde kendini belli eder. Duygusal tükenme yaşayan kişi, kendisini diğer insanların sorunlarını çözmede güçsüz hisseder ve duyarsızlaşmayı bir kaçış yolu olarak kullanır. İnsanlarla olan ilişkilerini işin yapılabilmesi için gerekli olan en az düzeye indirir.<sup>2,3</sup> Maslach'a göre tükenmişliğin üç bileşeninden duyarsızlaşma alt boyutu en problemli boyut olarak görülmektedir. Duyarsızlaşma, Maslach tarafından hizmet verilen kişilere karşı uzaklaşmış, katı hatta insancıl olmayan bir yanıt olarak

tanımlanmıştır. Uzaklaşmanın artmasıyla, diğerlerinin gereksinmelerine aldırış etmeyen bir tutum ve duygularına aldırılmama durumu meydana gelmektedir.<sup>2,3</sup>

**Kişisel Başarı:** Kişisel başarı; sorunun üstesinden başarı ile gelme ve kendini yeterli bulma olarak tanımlanmaktadır. Kişisel başarı noksanlığı ise, kişinin kendini işinde yetersiz ve başarısız olarak algılamasıdır. Diğer insanlar hakkında geliştirilen olumsuz düşünceler sonucunda birey, kendisi hakkında da olumsuz düşünceler geliştirir. Suçluluk, sevilme hissi ve başarısızlık duyguları, kendine saygıyı azaltarak kişiyi depresyona sokabilmektedir.<sup>2,3</sup>

Maslach, Tükenmişlik olgusunu üç bileşenli sendrom olarak kavramlaştırmış ve üç düzeyde ifade etmiştir.<sup>2,3</sup> Bunlar;

1. Fiziksel yorgunluk ve bitkinlik hissi,
2. İş ve hizmet verilenlerden soğuma,
3. Kendi kendinden şüphelenmeye varan ruhsal yorgunluk.

#### **2.1.2.3. Perlman ve Hartman'ın Tükenmişlikle İlgili Görüşleri**

Perlman ve Hartman (1982)'a göre tükenmişlik: “Kronik duygusal strese verilen ve üç bileşenden oluşan bir yanıttır. Bu bileşenler; duygusal ve/veya fiziksel tükenme, düşük iş üretimi ve başkalarına karşı duyarsızlaşmayı içeren davranış boyutundaki reaksiyonlardır”.<sup>51,52</sup>

Perlman ve Hartman'ın yaklaşımı, kişisel değişkenler ve bireyin çevresini yorumlayan bilişsel bir odağa sahiptir. Bu modele göre, tükenmenin üç boyutu, stresin üç temel semptom kategorisini yansıtmaktadır.<sup>51,46</sup> Bunlar:

1. Fiziksel semptomlar üzerinde odaklanan fizyolojik boyut (fiziksel tükenme),
2. Tutum ve duygular üzerinde odaklanan duygusal-bilişsel boyut (duygusal tükenme),
3. Semptomatik davranışlar üzerinde odaklanan davranışsal boyuttur (duyarsızlaşma ve düşük iş verimi).

Yaklaşım, bireysel özelliklerin ve kuramsal/sosyal çevrenin, tükenmenin etkisi ve algılanmasında önemli olduğunu göstermektedir. Stresi etkin ve etkin olmayan başa çıkma yolları etkilemektedir. Yaklaşımın dört aşaması bulunmaktadır.<sup>46,52</sup>

**1. Aşama: Durumun strese götürme derecesi:** Hangi durumun strese yol açtığını gösteren bir aşamadır. Stresin oluşumunda iki temel durum mevcuttur. Birinci durum bireyin beceri ve yetenekleri, algısal ve gerçek organizasyonel talepleri karşılamak için yetersiz olabilir. İkincisi bireyin işi, istek, ihtiyaç ve değerleri ile örtüşmeyebilir.

**2. Aşama: Algılama stres düzeyi:** Bireyin algıladığı stres düzeyini içermektedir.

Strese yol açan birçok durum, bireyin kendini stres altında algılaması ile sonuçlanır.

**3. Aşama: Strese verilen tepki:** Bu aşama strese verilen üç temel tepki kategorisini içermektedir. Fizyolojik, bilişsel ve davranışsal belirtilerden hangisinin ortaya çıkacağını, kişisel ve örgütsel değişkenleri belirlemektedir.

**4. Aşama: Strese verilen tepkinin sonucu:** Bu aşamada tükenmişlik, kronik duygusal stresin yaşanması ile oluşur.

#### **2.1.2.4. Meier'in Tükenmişlikle İlgili Görüşleri**

Meier'in kuramı, Bandura'nın çalışmasını temel alarak tükenmişlik kavramında değişik boyutlar içeren yeni bir yaklaşım önermektedir. Tükenmişlik, bireylerin işlerinden anlamlı pekiştireç, kontrol edilebilir yaşantı veya bireysel yeterliliğin az olmasından dolayı, küçük ödül ve büyük ceza beklentisinden kaynaklanan bir durum olarak tanımlanmaktadır.<sup>53,54</sup>

Bu yaklaşımda tükenmişlik iş deneyimlerinin tekrarı ile sonuçlanan durum olarak ele alınmış ve üç aşamada açıklanmıştır. Bireyin;

1. İşle ilgili olumlu pekiştireç davranışı beklentisinin düşük ve ceza beklentisinin yüksek olması,
2. Var olan pekiştireçleri kontrol etme ili ilgili beklentisinin yüksek olması,

3. Pekiştireçleri kontrol etmek için gerekli davranışları göstermede, öz yeterlik beklentisinin düşük olması.

Böyle düşük seviyelerde beklentisi olan bireyler sıklıkla korku ve anksiyete gibi olumsuz duygular yaşamaktadırlar. Bu yaklaşımın dört boyutu bulunmaktadır.<sup>53,54</sup> Bunlar;

**1. Pekiştirme Beklentileri:** Belli iş yaşantılarının kişinin gizli ya da açık amaçlarını karşılayıp karşılamayacağı ile ilgili beklentileridir. İş yaşantısı sonuçları, bireyin attığı değer ve anlama göre bireyden bireye değişir. Şöyle ki, bir öğretmen sınıfta sürekli soru soran öğrencilerle çalışmak isterken diğer bir öğretmen sessizce dinleyen öğrencileri tercih edip bu şekilde doyum sağlayabilir. Her ikisi de bu şekilde işlerinden memnuniyet duyarken, tam tersi bir durum her ikisi için de doyumsuzlukla sonuçlanabilir.

**2. Sonuç Beklentileri:** Belli sonuçlara yol açan davranışlar hakkındaki betimlemeler olarak tanımlanmaktadır. Pekiştirme beklentileri, belli sonuçların istenen amaçları karşılayıp karşılamadığını tanımlarken, sonuç beklentileri hangi davranışların o sonuçları elde etmede gerekli olduğunu tanımlamaktadır. Örneğin; bir öğretmen “Öğrenciler bu konuyu öğrenemezler” şeklindeki beklentisini destekleyen yaşantıları nedeni ile bezginlik yaşayabilir.

**3. Yeterli Olma Beklentileri:** Verimli davranışı yapmada kişisel yeterlik beklentisine işaret eder.<sup>53</sup> Bandura, yeterli olma beklentisi ve sonuç beklentileri arasındaki farka dikkat çekmiştir. Bu bilme (sonuç beklentisi) ve yapma (yeterlik beklentisi) arasındaki farktır. Yeterlik beklentisi, bireyin sonuçlar üretmede gerekli davranışları başarılı bir şekilde yapma kabiliyetidir. Örneğin öğretmen, öğrenciler materyali öğrenmediği için tükenmişlik yaşayabilir (sonuç beklentisi) ya da öğretmek için kişisel yeterlikten yoksun olduğunu hissedebilir (yeterlik beklentisi).<sup>54</sup>

**4. Bağlamsal İşleme Süreci:** Bu süreç tükenmişlik yaklaşımının en geniş kategorisidir. Çünkü bu kategoride insanın beklentileri nasıl öğrendiği, sürdürdüğü ve değiştirdiğiyle ilgili açıklama yapılmaktadır. Bağlamsal işleme, insanın bağlamda bilgi işleme süreçlerine işaret etmektedir. Sosyal guruplar, örgütsel yapı, öğrenme tarzı ve kişisel inançlar buna örnek olarak gösterilebilir. Meier’e göre bu kavram Bandura’nın yeterli olma beklentilerini bilişsel süreçlere bağlamasıyla ilgilidir.<sup>53,54</sup> Bandura’ya göre

çevresel olaylarda yer alan yeterli olma bilgisi birey tarafından bilişsel süreçlerden geçirilerek filtre edilir. Böylece iki ayrı kişinin yaşadığı benzer başarı deneyimi yeterli olmayı farklı etkiler, çünkü; bireyler başarılarını farklı düşünmektedirler. Bandura'ya göre bilişsel süreçler, yeni davranış kalıplarının akılda tutulmasında ve kazanılmasında önemli rol oynamaktadır.<sup>54</sup>

#### **2.1.2.5. Suran ve Sheridan'ın Tükenmişlikle İlgili Görüşleri**

Bu yaklaşım gözlem ve deneyimlere dayanmaktadır. Erken ve orta yetişkinlik süresince gelişimsel açıdan benzer özellikler gösteren dört basamağın detaylı olarak incelenmesi konusunda girişimde bulunan yaklaşımdaki basamaklar şunlardır;

1. Basamak; kimlik, rol karmaşası,
2. Basamak; yeterlilik, yetersizlik,
3. Basamak; verimlilik, durgunluk,
4. Basamak; yeniden oluşturma, hayal kırıklığı.

Her bir basamak, tükenmişliğin oluşumunda etkili olan hayat tarzını içermektedir. Suran ve Sheridan'a göre tükenmişlik her basamakta yaşanma ihtimali bulunan çatışmaların doyumsuz kalmasıyla ortaya çıkmaktadır.<sup>56</sup> Yaklaşım, Erikson'un kişilik gelişimi kuramını temel almaktadır.<sup>57</sup>

**1. Basamak; kimlik, rol karmaşası;** Profesyonel gelişim ile ilgili konuların etkin olarak dikkate alınması, lisenin son sınıfında ve üniversitenin ilk yıllarında başlamaktadır. Kişisel ve mesleki kimlik rollerinin olduğu bu zaman dilimi, psikolojik gelişim açısından kritik bir dönemdir. Ego kimliği ve rol karmaşası arasındaki çatışmaların kararlılığı, mesleki seçim ile profesyonel ve bireysel hedeflerin belirlenmesinde ağırlık kazanmaktadır. Ebeveyn, aile ve yaşlılar, destek, yönlendirme ve kendine saygı konularında önemli kaynaklar oluşturmaktadır. Temel sorun "Nasıl bir profesyonel olacağım?" sorusunu içermektedir. Bu sorunun yanıtı meslek seçimi yönünü ve meslek labirentinde bireye yol gösteren ilk duygulara dayanmaktadır. Mesleki gelişimin anlamlı bir şekilde tamamlanamaması, gelecekte bireyi rol karmaşası ile karşı karşıya bırakmaktadır. Böylece, bireylerin tükenmişlik tohumları atılmış olur. Kimlik, tüm benliğiyle "ben kimim?" sorusuna yanıt bulma sürecidir.<sup>45,56</sup>

**2. Basamak; yeterlilik, yetersizlik;** Profesyonelin kimlik süreci, bireyin işindeki yeterlilik duygusunu elde etmesi ve kişisel-sosyal yaşamını etkili bir şekilde birleştirmesi ile tamamlanmaktadır. Bu süreçte birey becerileri geliştirerek bağımsızlaşmaktadır. Deneyim esnasında birey, insanların gözünde profesyonel kimlik geliştirir ve bunu yapmak için duyulan kaygının çoğu azalır. Bundan sonra gelen soru “yaptığım işte ne kadar iyiyim?” sorusudur. Bu sorunun en tutulan çözümü, kendini diğer eş düzeydeki profesyonellerle karşılaştırmak ya da birkaç yıl sonraki pozisyonda kendini görmeye çalışmaktır. Kendini başkalarıyla kıyaslama, “birçok profesyonelin yaptığı kadar ya da onlardan daha iyi olabilirim” hissine yol açmaktadır. Bu dönem yirmili yaşların başlarında oluşmaktadır. Bu tür bir karşılaştırmanın sonucu olumsuzsa, birey kişisel yetersizlik ve mesleki aşağılık duygusu ile baş başa kalmaktadır. Meslekle ilgili katı beklentileri olan bireyin tükenme riski olabilir. Yeterlik ise kişinin yapmayı seçtiği işte kendini değerli hissetmeyi öğrenme sürecidir.<sup>46,56</sup>

**3. Basamak; verimlilik, durgunluk;** Çıraklığın tamamlanmasıyla profesyonel birey sistemden özgür hale gelmekte ve meslek süreci başlamaktadır. Bu süreç otuzlu yaşlar ile başlayan ve otuzlu yaşların sonlarına kadar süren bir süreçtir. İlk kararlar; yer ve tarz (profesyonel küçük bir kolejde mi, büyük bir üniversitede mi çalışmak istiyor; yalnız bir pratisyen mi yoksa bir enstitü üyesi mi olmak istiyor?) belirlemeyi içermektedir. Özel ilgi, eğilim ve yetenekler açık hale gelmektedir. Beceriler özelleşmeye başlamakta ve bir tanesi özel yetenek ve ilgi için belirgin hale gelmektedir. Bu noktada profesyonel birey, kariyerinin amacını ilk kez sorgulamaktadır. Bu durum evlilik ve çocuk sahibi olmayı erteleyen bireyler için daha zor bir zamandır. Kariyer ve kişisel mutluluk ilişkisi incelenir ve belki sorumluluğu seçme ihtiyacı ortaya çıkabilir. Bu durum, çocuk sahibi olmak isteyip, kariyerine de ara verme çatışması yaşayan kadınlar için daha zordur.<sup>45,56</sup> Bu aşama profesyonelin odaklandığı ve üretici olduğu bir aşamadır. Bireyin hayatını sağlamlaştırıp, yeteneklerine olanak verme duygusu, enerjisini işte verimli olma ve yaratıcı bir yaşam tarzı geliştirme üzerine çevirebilmektedir. Ancak profesyonelin stil ve ilgi geliştirememesi, bir amaç ve hedefsizlikle sonuçlanmaktadır. Yetenekleri yaratıcı olarak kullanabilecek bir ortam olmayınca, daha önceki başarılar da anlamlı görünmeyecektir. Kişi ne yapacağını bilemez hale gelmektedir. “hepsi bu muymuş?” duygusu hakim olmaya başlamakta ve

tükenmişlik kaçınılmaz bir son haline gelmektedir. Verimlilik ise “yaratıcı olmayı, bireyin kendisini olduğu gibi ifade etmeyi ve öyle davranmayı öğrenme” sürecidir.<sup>46,56</sup>

**4. Basamak; yeniden oluşturma, hayal kırıklığı;** Orta ve ileri otuzlu yaşlardan, orta ve ileri kırklı yaşlara kadar geçen zaman bireyin erken seçimlerini sorguladığı dönemdir. Bireyin iş ile ilgili doyumsuzluğu olabilir. Bireyin yeteneklerini kullanmasından yıllar sonra, sıkılma ve muhtemelen tükenmişlik ortaya çıkmaktadır.

Stres, gerginlik ve yorgunluk bireyin hayatında baskın duruma geçmektedir. Bu dönemde incinme ve fanilik duygusu hakim olmaktadır. Orta yaşta ortaya çıkan meslekle ilgili hayal kırıklığı duygusu, mesleğin amaçlarını yeniden değerlendirmede, olumlu bir uyarıcı rolü de oynamış olabilir. Yeniden oluşturma ise, kişinin kişisel ve profesyonel yaşamında olmak istediği kişi olması için yeni bir neden keşfetme sürecidir.<sup>45,56</sup> Bu kuramda elli yaşa kadar olan tükenme durumu ele alınmış, tükenmenin daha ileri yaşlarda da ortaya çıkabileceği belirtilmiştir. Ancak bu durum basamak olarak incelenmemiştir.<sup>46,56</sup>

#### **2.1.2.6.Cherniss’in Tükenmişlikle İlgili Görüşleri**

Cherniss tükenmişliğin kökünde stresin olduğunu vurgulayarak; stresin, taleplerin başa çıkma kaynaklarını aşması sonucunda ortaya çıktığını belirtmektedir.<sup>14</sup> Tükenmişlik, zaman içerisinde ortaya çıkan bir durumdur. Belirli mesleki özelliklerle işe giren birey kendisinden çok daha farklı istekleri bulunan bireylerle etkileşim içindedir. Bu etkileşimde yaşanan sorunlar ya da aksaklıklar değişik derecelerde yaşanan stres kaynaklarına neden olmaktadır. Bireyler bu stres kaynaklarıyla farklı şekillerde baş etmektedirler. Bazıları sorunu etkin olarak çözme yoluna giderken bazıları da olumsuz tutumlarını değiştirerek sorunla baş etmeyi tercih etmektedirler. Stresle karşılaşan birey, stresle başa çıkmak için ilk olarak stres kaynağını ortadan kaldırmayı seçmektedir. Eğer başarılı olmazsa stresle başa çıkma tekniklerine başvurarak rahatlama yoluna gidebilir. Eğer yine birey başarılı olmazsa, bu kez duygusal yükünü azaltmak için, işle olan psikolojik ilişkisini kesmektedir. Stresle başa çıkma teknikleri olumsuz durumun iyileşmesinde etkili olmuşsa, bireyde olumlu davranış değişikliği ortaya çıkar. Bu teknikler etkili olmamışsa, olumsuz tutum değişiklikleri görülmektedir.<sup>55</sup>

#### **2.1.2.7. Pines'in Tükenmişlikle İlgili Görüşleri**

Pines modeline göre tükenmişlik, fiziksel, duygusal ve zihinsel açıdan bitkinlik durumu olarak tanımlanmaktadır. Bu modele göre tükenmişliğin temelinde bireyi sürekli olarak duygusal baskı altında tutan iş ortamları vardır. Ancak bu iş ortamları sadece işe güdülenme düzeyi yüksek olan bireylerde tükenmişliğe yol açabilir.<sup>39,76</sup>

Kronik yorgunluk, enerji azalması, bezginlik ve zafiyet bedensel bitkinliğin, çaresizlik, umutsuzluk, aldanmış olma duygusu ve hayal kırıklığı duygusal bitkinliğin; işe yaramama, değersizlik, suçluluk duyguları ve kendine karşı olumsuz tutumlar içinde olma ise zihinsel bitkinliğin belirtileridir.<sup>39,59</sup>

Güdülenme düzeyi yüksek olan bireyler, iş çevresini destekleyici olarak algırlarlar. Böylece bu bireyler, beklentilerini ve dolayısıyla kendini gerçekleştirme şansını da beraberinde yakalamaktadırlar. Ancak, iş çevresinde stres boyutunun yüksek, destek ve ödül boyutunun düşük olduğu durumlarda, yaşanan başarısızlık, tükenmişliğin en önemli nedenini oluşturmaktadır. Bir kez tükenmişlik yaşandığında güdülenme düzeyleri giderek azalmaktadır. Bu durum bazı bireylerde işten ayrılma veya iş değişikliği ile sonuçlanmaktadır.<sup>39,40,59</sup>

#### **2.1.2.8. Gaines ve Jermier'in Tükenmişlikle İlgili Görüşleri**

Gaines ve Jermier'e göre tükenmişlik, sürecin odak noktasında yer almaktadır. Duygusal tükenmişlik, yorgunlukla benzer olmasına karşın devamlılık gösterdiğinden dolayı süregelen yorgunluk olarak adlandırılabilir. Bireyler tarafından bu süregelen yorgunluk normal olarak algılanmaktadır. Çalışan, kendini işin gereklerinin yerine getirilmesinde bireysel olarak yetersiz hissetmektedir.<sup>60</sup>

### 2.1.3. Tükenmişliğin Nedenleri

Tükenmişliğe etki eden faktörler incelendiğinde birçok nedenden söz edildiği görülmüştür. Bu nedenlerden bir kısmı kişisel, bir kısmı ise örgütseldir. Burada tükenmişliğin bütün nedenlerini incelemek mümkün olamayacağından, tükenmişliği etkileyen bazı kişisel ve örgütsel nedenlere yer verilmiştir.<sup>1,2,3,14</sup>

Çam, tükenmişliğin nedenlerini kişisel ve çevresel nedenler olarak ele almıştır. Yaş, medeni durum, çocuk sayısı, işe aşırı bağlılık, kişisel beklentiler, motivasyon, kişilik, performans, kişisel yaşamdaki stresler, mesleki doyum, informal destek, üstlerinden gördüğü destek gibi birçok kişisel özellik tükenmişlikle ilgili araştırmalarda karşılaşılan ve tükenmişlik ile ilgili görülen özelliklerin başında gelmektedir.<sup>50</sup>

İşin niteliği, çalışılan kurumun tipi, haftalık çalışma süresi, kurumun özellikleri, iş yükü, iş gerilimi, rol belirsizliği, rol çatışması, yönetimle ilgili işlerde geçirilen zaman miktarı, kişinin eğitim durumu, eğitim işi için yeterli veya yetersiz oluşu, önemli kararlara katılamama, örgütsel işleyişteki kusurlar, adalet yokluğu, kontrol eksikliği, işin yüksek performans gerektirmesi, hizmet verilen insanlarla ilişkiler, yetersiz personel, yetersiz araç, örgütün havası, örgüt ortamı, ekonomik ve toplumsal nedenler gibi birçok etken ise tükenmenin örgütsel nedenleri olarak kabul edilmiş ve araştırmalara konu olmuştur.<sup>50</sup>

Tümkiye, tükenmenin nedenlerini, insanların beklentileriyle ilişkilendirmekte ve tükenmişliğin; gerçek dışı beklentilerle gerçekler arasındaki uyumsuzluğun fazla olmasından kaynaklanan durum olduğunu ve hayatının büyük bölümünü iş kolik olarak geçiren, çeşitli sebeplerle yoğun iş yükü altında çalışan kişilerin tükenme duygusuyla daha fazla karşı karşıya kaldıklarını belirtmiştir.<sup>61</sup> Murat ise, ulaşılması olanaksız olan hedeflere sahip olmak, zihni yorgunluk, bireyin kendisini aşırı güdülemeye çalışması, katı kurallar, her şeyi mükemmel yapma isteği, insanlarla sık sık karşı karşıya gelme ve zamanı gelmeden üst makamlara terfi etmek gibi faktörlerin de tükenmişliğe yol açtığını belirtmiştir.<sup>69</sup> Bu bilgiye dayanarak tükenmişliğin tek bir nedene bağlı olmadığı, tükenmişliğin ortaya çıkmasında birçok faktörün rol aldığı söylenebilmektedir. Tükenmişliğe etki eden demografik özelliklere bakıldığında; tükenmişlik düzeyi ile yaş arasında yakın bir ilişki olduğu görülmektedir. Tükenmişliğin özellikle genç çalışanlar arasında, yaşlı çalışanlara oranla daha fazla görüldüğü ifade edilmektedir. Buradan

yaşın etkisiyle çalışanların daha tecrübeli, olgun, dengeli ve tükenmişliğe karşı daha dirençli oldukları anlaşılmaktadır. Genç, dolayısıyla tecrübesiz çalışanlar tükenmeye karşı daha dayanıksız olabilmektedirler. Bunu doğrulayan birçok araştırma bulunmaktadır.<sup>29,61,63</sup>

Tükenmişliğe etkisi olduğu düşünülen cinsiyet faktörüne bakıldığında ise; cinsiyetin tükenmişliğe etkisi konusunda farklı görüşler vardır. Bazı araştırmacılar erkeklerin bazıları ise kadınların daha yoğun tükenmişlik yaşadıklarını ifade etmektedirler.<sup>43</sup> Bazı araştırmacılar ise cinsiyetin tükenmişliği etkileyen bir faktör olmadığı sonucuna varmışlardır.<sup>65,67</sup>

Hamann ve Gordon'a göre tükenmişlik soğuk algınlığı gibidir. Herkes soğuk algınlığı geçirebilir, soğuk algınlığının süresi ve şiddeti önemlidir. Aynı şekilde herkes orta ya da şiddetli düzeyde tükenmişlik yaşayabilir. Sonuçta, tükenmişlik herkesin yaşayabileceği bir olgudur ancak nedenlerinin, süresinin ve belirtilerinin kişiden kişiye değişebileceği söylenebilir.<sup>70</sup>

### 2.1.4. Tükenmişliğin Nörobiyolojisi

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri AD., Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisinden Dr. Sertöz' ün 2007 yılında yayınlanan meta analitik (Tükenmişlik nörobiyolojisini araştıran toplam 25 makale) çalışma özeti aşağıda sunulmuştur:<sup>71</sup>

**TABLO 1a. Hipotalamus-Pitüiter-Adrenal Eksen İşleyişi ve Tükenmişlik İlişkisini, Katılımcıları Tükenmişlik Envanterinden Aldıkları Puanlara Göre Gruplandırarak Karşılaştıran Çalışmalar\*.**

| Tükenmişlik değerlendirilmesi | Sorgulanan değerler                                                                                                 | Sonuçlar                                                                                                                                                                            | Kaynak                 |
|-------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|
| SMTÖ (n=111)                  | • 08:00 ve 16:00 tükürük kortizol düzeyleri                                                                         | • Her iki ölçümde kortizol düzeyi yüksek tükenmişliği olanlarda daha yüksek [sadece kronik yüksek tükenmişliği olanlarda istatistiksel anlamlı]                                     | Melamed ve ark. 1999   |
| SMTÖ (n=36)                   | • Sabah 08:00-10:00 arası tek kan örneği: toplam kortizol [3 yıllık izlem]                                          | • Tükenmişlik ile kortizol arasında ilişki saptanamamış                                                                                                                             | Grossi ve ark. 1999    |
| MTE ve ÖTÖ (n=66)             | • 2 ardışık günde ölçülen tükürük kortizolü ile KUY (4 örnek)<br>• 3. gün 0,5 mgr DST sonrası tükürük KUY (4 örnek) | • Tüm ölçümlerde yüksek tükenmişlik grubunda düşük kortizol düzeyi saptanmış<br>• Yüksek tükenmişlikte deksametazona artmış baskılanma yanıtı                                       | Pruessner ve ark. 1999 |
| MTE (n=41)                    | • Sabah ve akşam kortizol (tükürük ve plazma) düzeyleri                                                             | • Yüksek tükenmişlik grubunda düşük tükenmişlik saptanan gruba göre sabah kortizol düzeyleri anlamlı düşük<br>• Yüksek tükenmişlik grubunda akşam kortizol düzeyleri anlamlı yüksek | Morgan ve ark. 2002    |
| SMTÖ (n=63)                   | • Sabah 08:00-10:00 arası tek kan örneği: toplam kortizol                                                           | • Yüksek ve düşük tükenmişlik grupları arasında serum kortizol düzeyleri farklılığı saptanamamış                                                                                    | Grossi ve ark. 2003    |
| SMTÖ (n=24)                   | • Sabah kan kortizolü (08:00-09:00)<br>• Tükürük KUY (4 örnek)<br>• Diurnal tükürük kortizol döngüsü (5 örnek)      | • Gruplar arasında fark saptanamamış<br>• Gruplar arasında fark saptanamamış<br>• Gruplar arasında fark saptanamamış                                                                | Ekstedt ve ark. 2004   |
| MTE (n=42)                    | • Akşam 17:00-19:00 arası tükürük örneği: toplam kortizol [Girişim öncesi ve sonrası grupları karşılaştırma]        | • Gruplar arasında fark saptanamamış                                                                                                                                                | Galantino ve ark. 2005 |

\* Toplam 8 makaleden iki tanesi aynı örnekleimde yapılan çalışmalar olduğu için sadece bir tanesi (Ekstedt ve ark. 2004) tabloya alındı.

MTE: Maslach Tükenmişlik Envanteri, SMTÖ: Shirom-Melamed Tükenmişlik Ölçeği, KUY: Kortizol Uyanma Yanıtı, DST: Deksametazon Süpresyon Testi.

**TABLO 1b. Hipotalamus-Pituitar-Adrenal Eksen İşleyişi ve Tükenmişlik İlişkisini, Yarı Yapılandırılmış Görüşmelerle Klinik Düzeyde Tükenmişlik Tanısı Konan Hastalarla Sağlıklı Kontrolleri Karşılaştıran ya da Hasta Grubunu Bir Tedavi Girişimi Öncesi ve Sonrası Kendi İçinde Karşılaştıran Çalışmalar\*.**

| Tükenmişlik değerlendirmesi                                                                                                  | Sorgulanan değerler                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Sonuçlar                                                                                                                                                                                                                                                                  | Kaynak                    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• MTE</li> <li>• Belirtilere dayalı klinik tanı</li> <li>• (n=16/16)</li> </ul>       | <ul style="list-style-type: none"> <li>• [Girişim öncesi ve sonrası 4 ay boyunca ayda bir kez olmak üzere ölçülen]</li> <li>• 24 saatlik idrarda serbest kortizol düzeyi</li> <li>• Sabah 08:00 tek kan örneği: kortizol</li> <li>• Sabah 08:00 tek kan örneği: DHEAs</li> <li>• Sabah 08:00 tek kan örneği: ACTH</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hastalarda 4 ay değişmeyen düşük düzey</li> <li>• Gruplar arasında fark saptanamamış</li> <li>• Gruplar arasında fark saptanamamış</li> <li>• Gruplar arasında fark saptanamamış</li> </ul>                                      | Moch ve ark. 2003         |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• MTE</li> <li>• Belirtilere dayalı klinik tanı</li> <li>• (n=22/23)</li> </ul>       | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tükürük KUY (3 örnek)</li> <li>• 12:00 tükürük kortizolü</li> <li>• Stres testi sonrası tükürük kortizolü</li> </ul>                                                                                                                                                                | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hastalarda yüksek KUY</li> <li>• Gruplar arasında fark saptanamamış</li> <li>• Test ile ilişkili bir değişiklik saptanamamış</li> </ul>                                                                                          | DeVente ve ark. 2003      |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• SMTÖ</li> <li>• DSM-IV/ICD-10 uyum bozukluğu tanısı</li> <li>• (n=22/42)</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tükürük KUY (4 örnek)</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kadın hastalarda yüksek</li> <li>• Erkek hastalar ile kontroller arasında fark saptanamamış</li> <li>• [Erkeklerde orta düzeyde tükenmişlik bildiren gruptakilerin KUY düşük tükenmişlik düzeyi olanlara göre yüksek]</li> </ul> | Grossi ve ark. 2005       |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• MTE</li> <li>• ICD-10 işle ilgili nevrasteni tanısı</li> <li>• (n=74/35)</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 2 ardışık günde tükürük KUY (3 örnek)</li> <li>• 3. gün 0,5 mgr DST sonrası tükürük KUY (3 örnek)</li> <li>• Diurnal tükürük kortizol döngüsü (3 örnek)</li> </ul>                                                                                                                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gruplar arasında fark saptanamamış</li> <li>• Gruplar arasında fark saptanamamış</li> <li>• Gruplar arasında fark saptanamamış</li> </ul>                                                                                        | Mommersteeg ve ark. 2006a |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• MTE</li> <li>• ICD-10 işle ilgili nevrasteni tanısı</li> <li>• (n=22/21)</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 2 ardışık günde tükürük KUY (3 örnek)</li> <li>• Diurnal tükürük kortizol döngüsü (3 örnek)</li> <li>• Psikoterapi sonrası tükürük KUY (3 örnek)</li> </ul>                                                                                                                         | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hastalarda düşük düzey</li> <li>• Gruplar arasında fark saptanamamış</li> <li>• Psikoterapi sonrası hastalarda KUY artışı</li> </ul>                                                                                             | Mommersteeg ve ark. 2006c |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• MTE</li> <li>• ICD-10 işle ilgili nevrasteni tanısı</li> <li>• (n=56/38)</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tükürük KUY (3 örnek)</li> <li>• 0,5 mgr DST sonrası tükürük KUY (3 örnek)</li> <li>• Tükürük DHEAs</li> <li>• Kortizol/DHEAs oranı</li> </ul>                                                                                                                                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gruplar arasında fark saptanamamış</li> <li>• Gruplar arasında fark saptanamamış</li> <li>• Hastalarda yüksek DHEAs</li> <li>• Gruplar arasında fark saptanamamış</li> </ul>                                                     | Mommersteeg ve ark. 2006d |

TABLO 1b'nin Devamı.

| Tükenmişlik değerlendirmesi                                                                                                                          | Sorgulanan değerler                                                                                                                                                                                                                                                      | Sonuçlar                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Kaynak                    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• MTE ve UIUÖ</li> <li>• ICD-10 işle ilgili nevrasteni tanısı</li> <li>• (n=29/33/26)</li> </ul>              | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 2 ardışık günde tükürük KUY (3 örnek)</li> <li>• 3. gün 0,5 mgr DST sonrası tükürük KUY (3 örnek)</li> <li>• Tükürük KUY (3 örnek) (Haftasonu)</li> <li>• Tüm günlerde tükürük DHEAs</li> <li>• Kortizol/DHEAs oranı</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gruplar arasında fark saptanamamış</li> <li>• İş uyumu olan grupta daha yüksek baskılanma</li> <li>• Gruplar arasında fark saptanamamış; hafta içine göre düşük</li> <li>• Gruplar arasında fark saptanamamış</li> <li>• Gruplar arasında fark saptanamamış</li> </ul> | Langelaan ve ark. 2006    |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• MTE ve UIUÖ</li> <li>• ICD-10 işle ilgili nevrasteni tanısı</li> <li>• (n=42) iki haftalık izlem</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 2 ardışık günde tükürük KUY (3 örnek)</li> <li>• 3. gün 0,5 mgr DST sonrası tükürük KUY (3 örnek)</li> <li>• 2 ardışık günde ölçülen tükürük DHEAs</li> <li>• Kortizol/DHEAs oranı</li> </ul>                                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• [Daha yüksek tükenme şiddeti olan ve uykuda daha düşük dinlenenlerde]</li> <li>• KUY daha düşük</li> <li>• DST sonrası güçlü baskılanma</li> <li>• DHEAs daha yüksek</li> <li>• Kortizol/DHEAs daha düşük</li> </ul>                                                   | Sonnenschein ve ark. 2007 |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• MTE</li> <li>• Klinik tanı yöntemi belirtilmemiş</li> <li>• (n=9/9)</li> </ul>                              | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sabah 08:00-10:00 arası tek kan örneği: toplam kortizol</li> <li>• Sabah 08:00-10:00 arası tek kan örneği: ACTH</li> </ul>                                                                                                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gruplar arasında fark saptanamamış</li> <li>• Gruplar arasında fark saptanamamış</li> </ul>                                                                                                                                                                            | Tops ve ark. 2007         |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• MTE</li> <li>• ICD-10 işle ilgili nevrasteni tanısı</li> <li>• (n=37/34)</li> </ul>                         | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sabah 08:00 kan örneği: toplam kortizol</li> <li>• 1 mgr DST testi sonrası serum kortizol</li> </ul>                                                                                                                            | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gruplar arasında fark saptanamamış</li> <li>• Gruplar arasında fark saptanamamış</li> </ul>                                                                                                                                                                            | Önen Sertöz ve ark. 2007  |

\*Toplam 10 makaleden iki tanesi (Mommersteeg ve ark. 2006a; Mommersteeg ve ark. 2006b) aynı örnekleimde yapılan çalışmalar olduğu için sadece bir tanesi (Mommersteeg ve ark. 2006a) tabloya alındı.

MTE: Maslach Tükenmişlik Envanteri. SMTÖ: Shirom-Melamed Tükenmişlik Ölçeği. UIUÖ: Utrecht İş Uyumu Ölçeği. DHEAs: Dihidroepiandrostenodion-sülfat. ACTH: Adrenokortikotropin Hormon. KUY: Kortizol Uyanma Yanıtı. DST: Deksametazon Süpresyon Testi.

Sertöz; Tükenmişlik ve HPA-ekseni arasındaki ilişkiyi araştıran ilk çalışmalarda birbirine zıt bulgular bulunduğunu. İzleyen yıllarda yapılan daha gelişmiş araştırma desenlerine sahip çalışmalardan gelen veriler ise tükenmişlikte HPA-ekseni işlevlerinin bozulmadığına işaret ettiğini, ancak sonuçlar kesin bir yargıya varılmasına imkan vermediğini belirtmiştir. Tükenmişlikte bağışıklık sistemi yanıtının farklı olduğu yönünde veri bulunduğunu; stres ile hipokampus nöron oluşumu (nörogenez) arasındaki ilişkiye dair kuvvetli kanıtlar olmasına karşın tükenmişlikte konuyla ilgili çalışma bulunmadığını; Olası yolaklardan birisi olabilecek olan monoaminerjik sistemle ilgili verileri ise kısıtlı olduğunu belirtmektedir.<sup>71</sup>

Sertöz; gelecek çalışmalarda klinik düzeyde tükenmişlik sendromu tanısı alan bireylerde HPA-ekseni fonksiyonunun değerlendirilmesinde önemsenmesi gereken kurallara (kan alma ya da tükürük toplama zamanı, HPA-eksen işlevlerini etkileyebilecek değişkenlerin kontrol edilmesi gibi) dikkat edilmesi ve tükenmişlikte HPA-ekseni işlevlerinin yanı sıra hipokampus nöron oluşumu, nörotrofinler, yangısal yanıt, monoaminerjik sistemin değerlendirilmesi nörobiyolojisinin anlaşılmasında daha fazla bilgi sağlayacağını belirtmiştir.<sup>71</sup>

### **2.1.5.Tükenmişliğin Belirtileri**

Tükenmişlik verilen hizmetin niteliğinde ve niceliğinde bozulmaya yol açtığı gibi hizmeti veren bireylerin sağlığını da olumsuz etkilemektedir. Tükenmişliğin belirtileri araştırıldığında, çok çeşitli belirtilerle ortaya çıktığı görülmektedir. Tükenmişlik sendromu fiziksel, davranışsal ve psikolojik-duygusal belirtiler göstermektedir. Tükenmişliğin belirtileri üç başlık altında şöyle sıralanabilir.<sup>34,48,50,52,61-63,72-74,76,77</sup>

### **Fiziksel Belirtileri**

- Yorgunluk ve bitkinlik hissi
- Sık sık baş ağrısı
- Uykusuzluk
- Solunum güçlüğü
- Uyuşukluk
- Kilo kaybı
- Genel ağrı ve sızılar
- Yüksek kolesterol
- Koroner kalp rahatsızlığı
- Çok sık görülen soğuk algınlığı ve grip
- Sindirim sistemi hastalıkları
- Hızlı kalp atması
- Enfeksiyonlara karşı direncin azalması
- Hafıza problemleri

### **Davranışsal Belirtiler**

- Çabuk öfkelenme
- İşe gitmek istememe hatta nefret etme
- Birçok konuyu şüphe ve endişe ile karşılama
- Alınganlık, takdir edilmediğini düşünme
- İş duyumsuzluğu, işe geç gelmeler
- Alkol ve ilaç kullanımının artması
- Öz-saygısı ve öz-güvende azalma
- Yakın çevre ile sorunlar yaşama
- İzolasyon, uzaklaşma, içe kapanma ve sıkıntı
- Teslimiyet, suçluluk, içlerimşlik
- Hevesin kırılması, çaresizlik, kolay ağlama, konsantrasyon güçlüğü
- Unutkanlık, hareketli olmayış
- Yansıtma
- Kendi kendine zihinsel uğraş içinde olma

- Örgütlemeye yetersizlik
- Rol çatışması, görev ve kurallarla ilgili karışıklık
- Görevlilere fazla güvenme veya onlardan kaçınma
- Kuruma yönelik ilginin kaybı
- Bazı şeyleri erteleme ya da sürüncemede bırakma
- Başarısızlık hissi
- Çalışmaya yönelmede direniş
- Arkadaşlarla iş konusunda tartışmaktan kaçınma, alaycı olma ve suçlayıcı olma.

#### **Psikolojik-Duygusal Belirtileri**

- |                          |                    |
|--------------------------|--------------------|
| • Aile sorunları         | • Yabancılaşma     |
| • Uyku düzensizliği      | • İç sıkıntısı     |
| • Depresyon              | • Özgüvende azalma |
| • Psikolojik hastalıklar | • Alınganlık       |
| • Hayal kırıklığı        | • İlgisizlik       |
| • Umutsuzluk             | • Endişe           |

İwanicki tükenmişlikle ilgili belirtileri derecelerine göre sınıflandırmıştır. Çeşitli derecelerde ele alınan tükenmişliğin her derecede farklı davranışlarla gözlenebileceği söylenmektedir. Buna göre tükenmişlik, hafif, orta ve şiddetli olarak üç grupta incelenmekte ve ortaya çıkan davranışlar şu şekilde sıralanmaktadır.<sup>37</sup>

**Hafif Derecede Tükenme Gösterenler:** Kısa süren sinirlilik, alınganlık, bitkinlik, endişe ve sonuçsuz çabalarda bulunma.

**Orta Derecede Tükenme Gösterenler:** Hafif derecede tükenme gösterenlerdeki belirtiler vardır ancak bu belirtiler en az iki haftada bir veya daha sık tekrarlanır.

**Şiddetli Derecede Tükenme Gösterenler:** Fiziksel rahatsızlıklar, ülser, kronik ağrılar ve migren gibi sorunlar bildirirler. Aile sorunları biçiminde ortaya çıkan belirtileri ise; belli olmayan nedenlerle evde bulunmama, eşini ve çocuklarını ihmal etme, cinsel fonksiyonlarda anormallikler, aile üyeleri tarafından dışlanmışlık hissi yaşama olarak ifade edilebilir.

### 2.1.6. Tükenmişliğin Evreleri

Birçok araştırmacı tükenmişliği farklı evrelere ayırmışlardır. Bu farklılığın nedeni bireylerin durum ve koşullara hoşgörü düzeylerinin farklı olmasıdır. Edelman ve Brodsky aşama aşama yaşanan bir süreç olarak belirtilen tükenmişliği dört bölümde incelemektedirler.<sup>21,22,73,87</sup>

**2.1.6.1.Şevk ve Coşku Dönemi:** Bu dönemin başlangıcında umut, enerjide artma ve mesleki idealler vardır. Ancak iş ortamındaki önyargı, uygulama sorunları, sık eleştirilme, kendine ve yaşamın diğer yönlerine zaman ve enerji ayıramayışına karşı uyum sağlama çabası görülmekte ise de bunlarla baş edememe sonucunda yavaş yavaş durgunlaşma başlamaktadır. Bu dönem bu koşulların varlığında, çalışmaya başladıktan yaklaşık bir yıl sonra ortaya çıkar.

**2.1.6.2.Durgunluk Dönemi:** Bu evrede istek ve mutlulukta bir azalma vardır. Başlangıçtaki motivasyon azalır. Beklentilerin gerçekleşmemesi nedeniyle hayal kırıklığı yaşanır. İşinin dışındaki ilgiler daha önemli hale gelir. İşten alınan doyum kişisel gereksinimler kadar önemli görülmemektedir.

**2.1.6.3.Engellenme Dönemi:** Birey bu döneme girdiğinde mesleğini sürdürüp sürdüremeyeceğine dair ciddi endişeleri vardır. Bu dönemde kişi kendi değeri ve anlamıyla ilgili sorular sormaya, işi sürdürüp sürdürmemeyi sorgulamaya başlar. İşin sınırlılıklarını, yaptığı işin amaçlarını gerçekleştirmede tehdit edici olarak görülür. Duygusal, davranışsal ve fiziksel sorunlar ortaya çıkmaya başlar.

**2.1.6.4.Umursamazlık Dönemi:** Bu dönemde birey yüksek düzeyde umutsuzluk, ilgisizlik ve doyumsuzluk yaşamaya başlayarak mesleği ile ilgili inançlarını yitirir. İş iştir düşüncesiyle işi için çok az zaman harcar. İlgisizliğin en yoğun yaşandığı dönemdir. İşe geç gelme, duyarsız davranma, rutinlerin dışında bir iş yapmama ve sürekli işinden yakınma vardır. Bu devrede derin bir umutsuzluk gözlenmektedir. Mesleğini ekonomik ve sosyal güvence için sürdürme söz konusudur. Tükenmişliğin bir süreç olması ve her dönemin farklı özellikler göstermesi nedeniyle, tükenmişlik dönemlere ayrılarak incelenmektedir. Bireylerin tükenmişlik düzeyleri değerlendirildiğinde bütünüyle tükenmişlik var ya da yok denilememekte, her döneme ilişkin değerlendirmeler ayrı ayrı yapılmaktadır. Bu evreler her zaman kronolojik sırayla ardı ardına yaşanmayabilir. Birey zaman zaman farklı evreler arasında gidip gelebilir.

### 2.1.7.Tükenmişliğin Sonuçları

Tükenmişliğin sonuçlarının neler olduğu araştırıldığında, çeşitli bilgilerle karşılaşmıştır. Tükenmişliğin belirtileri olarak ifade edilen çeşitli faktörler tükenmişliğin sonuçları olarak da ifade edilmektedirler. Tükenmişliğin bireylerde fiziksel, duygusal ve iş yaşamını etkileyen bazı sonuçları olduğu görülmüştür. Tükenmişlik yaşayan insanların çok karmaşık duygular yaşadığı bunun sonucu olarak birçok davranış bozukluğu gösterdiği saptanmıştır.<sup>75</sup> Bu kapsamda, işi savaştalama, aksatma, hastalık nedeniyle işe gelmemede artış, işe geç gelmedeki artış, işi bırakma eğilimi ya da niyetindeki artış, insan ilişkilerinde uyumsuzluk, eş ve aile bireylerinden uzaklaşma şeklindeki sonuçlardan söz edildiği görülmüştür.<sup>50</sup>

Tükenmişlik geniş bir sosyo-ekonomik etkiye sahiptir. Birçok meslek sahibi tükenmişlik nedeniyle mesleklerinden erken bir şekilde emekli olmaktadır. Tükenmişlik sonucunda iş günü kayıpları ve üretimde azalma belirgindir. Ayrıca bireyin kişiler arası ve aile ilişkilerinde zararlı etkiler yaratabilir ve yaşama karşı olumsuz tavır geliştirmesine neden olabilir.<sup>80</sup> Tükenmişliğin birey için önemli sonuçlarından birisi de zararlı alışkanlıklara yol açmasıdır. Sorunları aşmak isteyen birey sigara, alkol, sakinleştirici ilaç gibi zararlı maddelerin kullanımını arttırmakta ve zamanla bağımlı hale gelebilmektedir.<sup>63</sup>

Yorgunluk, bitkinlik, uyku bozuklukları, baş ağrısı, uyuşukluk, solunum güçlüğü, deri şikayetleri, sindirim güçlükleri vb. tükenmişliğin fiziksel sonuçlarıdır. Duygusal tükenme, çabuk öfkelenme, içe kapanma, alay etme, negatif duygular, alınganlık vb. tükenmişliğin duygusal sonuçlarıdır. Hizmet kalitesinde düşme, işe gelmeme isteği, işten ayrılma isteği, iş kazaları, performans miktarı ve kalitesinde düşme ise sendromun örgüt ortamındaki zararlı sonuçlarıdır.<sup>81,82</sup>

### 2.1.8.Tükenmişliği Önleme ve Başa çıkma stratejileri

Genellikle bireysel, kurumsal ve hatta sistemden kaynaklanan etmenlerin bir arada rol oynaması ile ortaya çıkan tükenmişlik, bir sendrom ve sistem sorunu olarak ele alınmalıdır. Etkili müdahale, hem bireysel hem de örgütsel zeminde olmalıdır. En önemlisi baştan ortaya çıkarıcı etmenlerin giderilmesi, bu olmuyorsa erken dönemde

tanınarak hızla müdahale edilmesidir. Tükenmeyi önlemek ve onunla başa çıkmak için yapılabilecekler organizasyonel ve bireysel düzeyde ele alınmıştır.<sup>78,83-89</sup>

#### **2.1.8.1.Organizasyon Düzeyinde**

**Devlet yönetimi düzeyinde yapılması gerekenler:** Ülkemizde hastanelerin çağdaş yönetim ilkelerine uygun olarak örgütlenmesi için çalışanların görevlerini ve yetkilerini belirleyen gerekli yasal düzenlemelerin yapılması ve yaşama geçirilmesi. Demokratik, yatay sorumluluk ve yetkileri paylaşan yönetim yaklaşımının benimsenmesi, sistemdeki ödül kaynaklarının artırılması, uzun çalışma saatlerinin azaltılması, düşük ücret sorunun giderilmesi, tatil ve sosyal aktivite olanaklarının artırılması, personel yetersizliği sorununun giderilmesi.<sup>78,83-89</sup>

**İş yeri yöneticileri düzeyinde yapılması gerekenler:** Görev tanımlarının açık ve net olması, işe yeni başlayan kişinin uyum programına katılımı ve geniş görüşlülük sağlanması, iş ile çalışan arasında uyumu sağlamak için işin modifiye edilmesi, bölümlerin özelliklerine göre etkin personel planının yapılması, düzenli ekip içi toplantıları ile öneri ve eleştirilerin alınması, sorun çözmede kalıcı mekanizmaların oluşturulması, sorunların ilk ortaya çıkışında ele alınması, yöneticilerin çalışanı destekledikleri, sıkıntılı bir durumda kendilerinden yardım alabilecekleri, elemanların gereksinim duyduğu sürekli eğitim olanaklarının sağlanması, sistemdeki ödül kaynaklarının çoğaltılması, çalışanların bireysel ihtiyaçlarının karşılanmasına önem verilmesi ve kolaylaştırılması, alınan kararlara katılımın sağlanması gereklidir. Hoşgörülü, esnek, adaletli, katılımcı bir yönetim anlayışı ve dinleyen, değer veren bir yönetici, tükenmenin önlenmesi ve giderilmesinde son derece önemlidir.<sup>78,83-89</sup>

#### **2.1.8.2: Bireysel Düzeyde**

**Bireysel düzeyde yapılması gerekenler:** iş ortamını kontrol etme olasılığının az olduğu yerlerde bireysel baş etme yöntemleri öncelik kazanmaktadır.<sup>78,83-89</sup>

- Tükenmişlik seviyesine gelmiş olan bireyin en önemli ihtiyacı güç ve inançtır. Bu aşamadan çıkış için bakış açılarının, düşünce sisteminin, değerler sıralamasının değiştirilmesi ve geliştirilmesi gerekir. “Her şey benim kontrolümde olsun, mükemmel olursam kontrolü ele alabilirim, başkalarını memnun etmek zorundayım, insanları incitmemem gerekir, herkes beni sevsin” gibi... Mantıksız inançların,

otomatik düşüncelerin, olumsuz algıların fark edilmesi ve düşüncelerin yeniden yapılandırılması gerekir.

- İşe başlamadan önce kişi yaptığı işin zorluklarını ve risklerini öğrenmelidir.
- Tükenmenin ne olduğunun ve belirtilerinin bilinmesi kişinin kendindeki durumu erkenden tanımasını ve çözüm aramaya yönelmesini sağlayacaktır.
- Kişiler duygularını ve zorluklarını paylaşmaları gerektiğinde yardım istemeleri konusunda teşvik edilmelidirler.
- Kişinin insan olarak sınırlılıkları olan bir birey olduğunu ve sorumluluklarının sınırlarını bilmesi, gereksiz ve kaldıramayacağı yüklerin altına girmesini önleyebilir. Kişi hizmet sunduğu kişilere ancak kendi sorumluluk sınırları içinde yardım edebileceğini, kurumun sınırlılıklarını kendisinin aşamayacağını, aşmasının da gerekmediğini, tüm sistemin sorunlarından değil ancak kendi yaptıklarından sorumlu olduğunu bilmelidir.
- Kişi yaşamının iş dışındaki alanlarını geliştirmesi için teşvik edilmelidir. Hobileri olan, sosyal ilişkileri zengin kişiler tükenmeye karşı daha donanımlıdır.
- Kişi tatil ve dinlenme olanaklarını mutlaka kullanmalıdır. Örneğin öğle tatilini çalışarak geçirmek, işlerini bitiremediği için izin kullanmamak doğru değildir.
- İşyerindeki rutin alışkanlıklarını bırakmak, monotonluğu azaltmak, örneğin her öğle tatilini aynı kişilerle aynı yerde geçirmek yerine değişik öğle tatili planları yapmak yararlı olabilir.
- İş çıkışı rahatlatıcı aktivitelerde bulunmak son derece yararlıdır. Özellikle fiziksel boşalım sağlayan spor aktiviteleri yararlıdır.
- Rahatlamak aslında bazen iyi anları anımsamak kadar basittir.
- Nefes alma, gevşeme teknikleri, meditasyon yapılabilir.
- Hayatınızda nükteye, mizah dergilerine yer verebilir, evinizde sakinleşip dinlenebileceğiniz rahatlama köşesi oluşturabilirsiniz.

### **İş arkadaşları düzeyinde yapılması gerekenler:**

- Aynı yerde çalışan kişilerin zaman zaman iş dışı konularda konuşmaları ve birlikte hoşça vakit geçirmeleri, aralarında daha sıcak ve yakın bir ilişki kurulmasını sağlayarak birbirlerine olan desteklerini arttırır.
- Birlikte çalışanların uyumlu bir ekip çalışması içinde olmaları, aralarında adil bir görev paylaşımının olması, hem hizmetin kalitesini arttırır, hem de ilişki sorunlarını önler.
- Birlikte çalışmadan doğan sorunların zamanında, sorun kronikleşmeden çözülmesi gereklidir.
- İşte karşılaşılan sorunların ve duygusal zorlukların paylaşılabileceği destekleyici grupların oluşturulması da yararlıdır.
- Daha kıdemli iş arkadaşları, işe yeni başlayan kişilere gerçekçi rol modelleri olabilmelidirler.
- İş yerinde destekleyici bir ortam içinde olmak kritik bir öneme sahiptir.

### **Aile düzeyinde yapılması gerekenler:**

- İş dışındaki yaşamda ailenin ve diğer yakın kişilerin desteği vazgeçilmezdir, ayrıca bu yolla kişi, işi dışında var olduğu ve takdir edildiği bir alan bulmuş olacaktır.

### III GEREÇ VE YÖNTEM

#### 3.1. Araştırmanın Tipi ve Yeri

Araştırma 2007 yılında Erzurum'da çalışan hekimlerin tükenmişlik düzeyini ölçmek ve buna etki eden etmenleri belirlemek amacıyla analitik ve kesitsel olarak planlanmıştır. Erzurum il genelinde Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastaneler ve sağlık ocakları, Üniversite hastaneleri ve özel hastanelerde görev yapan hekimler araştırma kapsamına alınmıştır.

#### 3.2. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Bu araştırmanın evrenini Erzurum il genelinde Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastaneler ve sağlık ocakları, Üniversite hastaneleri ve özel hastanelerde çalışan hekimler oluşturmuştur. Sağlık müdürlüğünden, tıp fakültesi personel müdürlüğünden, özel hastane başhekimliklerinden elde edilen listelerden 1166 hekimin görev yaptığı tespit edilmiştir.

Araştırmanın örnekleme, evrenin yarısı hedeflenmiş ve sistematik örneklem yöntemi ile belirlenmiştir. Bu işlem için öncelikle harita üzerinde il merkezi etrafında bir ilçeden başlanıp, bir atlayarak toplam dokuz ilçenin merkezinde çalışan tüm hekimler araştırmaya dahil edilmiştir. İl merkezinde ise tüm sağlık ocakları ve bu ocaklarda görev yapan tüm hekimler araştırmaya dahil edilmiştir. İl merkezinde bulunan tüm hastaneler araştırma kapsamına alınmıştır. Hastanelerin klinikleri liste halinde sıralanıp, kariyer durumları da dikkate alınarak, evrenin ½ 'si olan 584 kişi örnek olarak hedeflenmiş, 711 hekime anket uygulanmıştır.

#### 3.3. Araştırmanın Hipotezleri:

- Gelir düzeyi yüksek olan hekimlerin gelir düzeyi düşük olan hekimlere göre tükenmişlik düzeyi daha düşüktür.
- Meslekte geçirilen süre arttıkça tükenmişlik düzeyi azalmaktadır.
- Araştırma görevlisi hekimlerin tükenmişlik düzeyi diğer hekimlere göre daha yüksektir.

d. Kendi ifadelerine göre sağlık sorunu olan hekimlerin tükenmişlik düzeyleri, sağlık sorunu olmayan hekimlere göre daha yüksektir.

e. Mesleğini isteyerek seçen hekimlerin tükenmişlik düzeyi, mesleğini isteyerek seçmeyen hekimlerden daha düşüktür.

### **3.4. Veri Toplama Yöntemi ve Ölçek**

Anket formu düzenlendikten sonra Aziziye Doğum ve Çocuk hastanesinde çalışan hekim grubuna ön uygulama yapıp, gerekli düzeltmeler yapıldıktan sonra son şekli verilmiştir. Gerekli yasal izinler Etik Kurul ve Sağlık Müdürlüğü'nden alındıktan sonra kurumların yönetim birimleri ile görüşülerek yardımcı olmaları istenmiştir. Hekimlerle tek tek görüşülüp, gerekli olan açıklamalar yapıp, onayları alındıktan sonra anket formunu doldurmaları istenmiştir. Anket formunun ve ölçeğin doldurulması mesai saatleri içinde, iş yoğunluğunun azaldığı saatlerde yapılmıştır. Cevaplandırma yaklaşık olarak 20 dakika sürmüştür. Araştırmada hekimlerin sosyo-demografik özellikleriyle, çalışma koşulları, alışkanlıkları, boş zaman uğraşları ile ilgili bilgileri toplamaya yönelik kişisel bilgi formu ve Maslach tükenmişlik ölçeği kullanılmıştır.

Bölüm 1: Araştırmaya katılan hekimlerin sosyo-demografik bazı özelliklerini belirleyecek olan 34 sorudan oluşan bilgi formudur. Bu sorular hekimlerin kişisel bazı özelliklerini, mesleki özelliklerini ve kariyer -eğitim özelliklerini tanımaya yönelik sorulardır.

Bölüm 2: Maslach Tükenmişlik Ölçeği ( MTÖ ); Ergin, tarafından geçerlilik ve güvenirlik çalışması yapılmış olan ölçek 22 sorudan oluşmaktadır. Ölçeğin özgün biçimindeki 7 basamaklı yanıt seçeneklerinin ülkemize uygun olmadığı belirlenerek, uyarlama çalışmasında basamak sayısı 5'e indirilmiştir.<sup>28</sup> Beşli likert tipi bir ölçek olan MTÖ tükenmişliği 3 ayrı boyutta değerlendirmektedir. Bunlar duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarıdır. Puanlama ölçeğin her alt boyutu için ayrı ayrı yapılmaktadır. Elde edilen veriler, Ergin'in<sup>29</sup> çalışmasında kullanmış olduğu tükenmişlik alt boyutları değer aralıkları göz önüne alınarak değerlendirmiştir. Buna göre tükenmişlik alt boyutlarının puanlaması aşağıdaki gibidir.

**Tablo-2.** Maslach Tükenmişlik Ölçeğinin Alt Boyutlarına İlişkin Türkiye Hekim Normları

|                           | <b>Düşük</b> | <b>Orta</b> | <b>Yüksek</b> |
|---------------------------|--------------|-------------|---------------|
| Duygusal tükenme          | 20 ve altı   | 21 - 27     | 28 ve üzeri   |
| Duyarsızlaşma             | 8 ve altı    | 9 - 12      | 13 ve üzeri   |
| Kişisel başarı noksanlığı | 23 ve altı   | 24 - 27     | 28 ve üzeri   |

Bu ölçekte yer alan maddeler “hiçbir zaman” 0,” her zaman” 4 puan olarak hesaplanmaktadır. Duygusal tükenme ve duyarsızlaşma alt ölçek puanları, her bir madde için, Hiçbir zaman (0), Çok nadir (1), Bazen (2), Çoğu zaman (3), Her zaman (4) olarak, kişisel başarı alt ölçek puanı ise bunun tersi şeklinde değerlendirilmektedir.<sup>28</sup> Buna göre ölçeğin alt boyutlarından alınabilecek puanlar, duygusal tükenme için 0–36; duyarsızlaşma için 0–20 ve kişisel başarı noksanlığı için de 0–32 arasında değişmektedir.

Maslach Tükenmişlik Ölçeği’nde;

Duygusal Tükenme: 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20

Duyarsızlaşma: 5, 10, 11, 15, 22

Kişisel Başarı: 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21 numaralı sorular ile değerlendirilmektedir.

Duygusal tükenmişlik ve duyarsızlaşma boyutları olumsuz, kişisel başarı boyutu olumlu ifadelerden oluşmaktadır. Bu nedenle her alt boyutun puanı ayrı ayrı değerlendirilecektir. Duygusal tükenmişlik ve duyarsızlaşma puanlarının artışı tükenmişliğin fazla olduğunu gösterirken, kişisel başarı puanının azalışı tükenmişliği açıklar.

Her üç alt boyutun da düşük, orta ve yüksek olmak üzere üç düzeyde tükenmişlikle bağlantısı kurulmaktadır. Tüm çalışmalarda tükenmişlik; düşük, orta ve yüksek düzeylerde yaşanan duygu dağılımı olarak kavramlaştırılmıştır.

### 3.5. Verilerin Analizi ve Değerlendirme

Araştırmada belirtilen bağımlı ve bağımsız değişkenlerin dağılımı incelenmiştir.

a) Bağımlı değişkenler: Hekimlerin tükenmişlik düzeyi (MTÖ değeri)

b) Bağımsız değişkenler: Hekimlere ait sosyo-demografik bazı özellikler (yaş, cinsiyet, medeni durum, vb), sağlık durumu ve bazı alışkanlıklar (sigara -alkol kullanma, spor yapma, tatil çıkma, vb), bazı mesleki özellikler (kariyer durumu, uzmanlık alanı, meslekte çalışılan süre, çalışılan kurumun fiziki şartları, yönetsel görev, vb)

Veri girişi ve istatistiksel analizler SPSS for Windows 15.00 programı aracılığı ile yapılmıştır.

MTÖ alt boyutları normal dağılıma uymadığı için nonparametrik testler (Kruskal- Wallis ve Mann Withney U testi ) kullanılmıştır.

MTÖ'nün alt boyutlarının birbiri ile olan ilişkilerinin ve bazı sayısal değişkenlerin ( yaş, çocuk sayısı, meslekte toplam çalışılan süre, son kurumda toplam çalışılan süre ve aylık nöbet sayısı) değerlendirilmesi için Spearman sıralı korelasyon analizi yapılmıştır.

Duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarı puanı median değerinden ikiye bölünerek değişkenler, ikili değişken haline getirilmiş ve diğer bağımsız değişkenlerin puanlar üzerindeki etkisi lojistik regresyon analizi ile ölçülmüştür. Düşük olanlar referans kabul edilip diğer bağımsız değişkenlerle birlikte binary lojistik regresyon analizine alınmıştır.

### 3.6. Maslach Tükenmişlik Ölçeği'nin Güvenirliği ve Geçerliği

Ölçeğin ülkemize uyarlama çalışmaları Ergin tarafından yapılmıştır.<sup>28</sup> Maslach Tükenmişlik Ölçeği'nin güvenirliği iki yöntemle incelenmiştir. Bunlardan birincisi, ölçeğin iç tutarlılığının toplam 552 doktor ve hemşireden oluşan gruptan elde edilen verilerle hesaplanmasıdır. Cronbach Alfa katsayıları Duygusal Tükenme için 0.83, Duyarsızlaşma için 0.71 ve Kişisel başarı için 0.72 dir. Ölçeğin güvenirliği test-tekrar test yöntemiyle de incelenmiştir. Bunun için ilk uygulamadan 2-4 hafta sonra 99 kişiye ulaşılmıştır. Ölçeğin alt boyutlarına ilişkin test-tekrar test güvenirlik katsayıları ise sırasıyla 0.83, 0.72 ve 0.67 dir.

Çam da zamandaş geçerlik yöntemini kullanarak Maslach Tükenmişlik Ölçeği'nin geçerliğini incelemiştir.<sup>49</sup> Sonuçta hemşirelerin kendilerini değerlendirmeleri ile arkadaşlarının onları değerlendirmeleri arasındaki farkın t testi ile incelenmesi sonucunda iki değerlendirme arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Bu çalışmaların sonuçlarına dayanılarak Maslach Tükenmişlik Ölçeği'nin araştırmalarda kullanmak için yeterli düzeyde güvenilirlik ve geçerliliğinin olduğu ve tükenmişliği ölçmede kullanılabileceği kanısına varılmıştır. 276 hemşireden oluşan katılımcının verdikleri yanıtlara dayanarak elde edilen Kuder-Richardson 20 formülüne göre güvenilirlik katsayıları: Duygusal tükenme için 0.89; Duyarsızlaşma için 0.71; Kişisel başarı için 0.72 bulunmuştur. Ölçeğin yarıya bölme tekniği ile saptanan korelasyon katsayılarının Spearman-Brown düzeltilmesi yapıldıktan sonra elde edilen güvenilirlik katsayıları ise Duygusal tükenme için 0.84; Duyarsızlaşma için 0.78 ve Kişisel başarı için 0.72 'dir.<sup>49</sup>

### **3.7.Etik Konular ve İzin**

Araştırmanın amaç ve kapsamını içeren bilgi formu hazırlanmış, Tıp Fakültesi Dekanlığı Etik Kurulu, Dahili Tıp Bilimleri Bölüm Kurulu, Atatürk Üniversitesi Rektörlüğü ve Erzurum İl Sağlık Müdürlüğü'ne sunularak gerekli izin onayları alınmıştır. (Ek: 3-4) Araştırma raporu ilgili birimlere gönderilmiştir.

Araştırmaya katılım gönüllülük esasına göre sağlanmıştır. Anket formlarına isim yazılmamıştır. Toplanan bilgilerin araştırmanın amacı dışında kullanılmayacağı anket formu üzerinde belirtilmiştir. Anketler araştırmacı tarafından gizlilik ilkesi doğrultusunda kişilere yüz yüze görüşme yöntemi ile uygulanmıştır.

### 3.9. Araştırmanın Süresi

#### Araştırma Düzenleme Planı ve Zaman Çizelgesi (2007 – 2009)

|                                                                                                                  | 2007         |              |                 |                  |              |              | 2008         |              |                 |                  |              |              | 2009         |              |                 |                  |              |              |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|--------------|-----------------|------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|-----------------|------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|-----------------|------------------|--------------|--------------|
|                                                                                                                  | Ocak – Şubat | Mart - Nisan | Mayıs - Haziran | Temmuz - Ağustos | Eylül - Ekim | Kasım Aralık | Ocak – Şubat | Mart - Nisan | Mayıs - Haziran | Temmuz - Ağustos | Eylül - Ekim | Kasım Aralık | Ocak – Şubat | Mart - Nisan | Mayıs - Haziran | Temmuz - Ağustos | Eylül - Ekim | Kasım Aralık |
| <b>KONU İLE İLGİLİ LİTERATÜR TARAMASI</b>                                                                        |              |              |                 |                  |              |              |              |              |                 |                  |              |              |              |              |                 |                  |              |              |
| <b>PLANLAMA AŞAMASI</b><br>Ön denemenin yapılması,<br>Gerekli izinlerin alınması,<br>Anket formunun hazırlanması |              |              |                 |                  |              |              |              |              |                 |                  |              |              |              |              |                 |                  |              |              |
| <b>UYGULAMA AŞAMASI</b><br>Veri toplama, veri işleme                                                             |              |              |                 |                  |              |              |              |              |                 |                  |              |              |              |              |                 |                  |              |              |
| <b>ANALİZ AŞAMASI</b><br>Verilerin analizi,<br>yorumlanması                                                      |              |              |                 |                  |              |              |              |              |                 |                  |              |              |              |              |                 |                  |              |              |
| <b>YAZIM AŞAMASI</b><br>Araştırma raporunun yazımı,<br>basımı, raporun ilgili yerlere sunumu                     |              |              |                 |                  |              |              |              |              |                 |                  |              |              |              |              |                 |                  |              |              |

## IV BULGULAR

Araştırma bulguları beş bölüm halinde sunulmuştur. Birinci bölümde ölçeğin güvenilirliğine ilişkin veriler, ikinci bölümde değişkenlerin korelasyon analizi sonuçları, üçüncü bölümde araştırmaya katılan hekimlere ilişkin tanıtıcı bilgiler, dördüncü bölümde ölçek alt grupları puan ortalamalarının bağımsız değişkenlerle ilişkisi, beşinci bölümde hekimlerin duygusal tükenme boyutuna etki eden etmenlere yönelik regresyon analizi sonuçları sunuldu.

### 4.1- Maslach Tükenmişlik Ölçeğinin Güvenirliğine İlişkin Bulgular

MTÖ'ni oluşturan alt boyutlara ait güvenilirlik analizi sonuçları Tablo-3'de verilmiştir.

**Tablo-3.** Maslach Tükenmişlik Ölçeğinin Alt Boyutlarının Güvenirlik Analizi Sonuçları

| Ölçek Alt Boyutları  | Cronbach-Alpha Değerleri |
|----------------------|--------------------------|
| Duygusal Tükenme     | 0.87                     |
| Duyarsızlaşma        | 0.74                     |
| Kişisel Başarı Puanı | 0.76                     |

### 4.2-Değişkenlerin Korelasyon Analizi Sonuçları

MTÖ'nin alt boyutlarının birbirleri ile olan ilişkilerinin değerlendirilmesi için Spearman sıra korelasyon katsayısı analizi yapıldı ve analiz sonuçları Tablo-4'de verildi.

Duygusal tükenme ile duyarsızlaşma arasında pozitif yönde doğrusal önemli bir korelasyon olduğu gözlemlendi ( $r = 0.62$ ,  $P = 0.00$ ). Duygusal tükenme ve duyarsızlaşma puanı arasında tanımlama katsayısı %38.4 idi ( $r^2 = 0.38$ ). Duygusal tükenme ile kişisel başarı puanı arasında doğrusal negatif yönde önemli ilişki olduğu gözlemlendi ( $r = -0.43$ ,

P= 0.000). Duyarsızlaşma ile kişisel başarı puanı arasında tanımlama katsayısı %16.0 olarak bulundu (  $r^2= 0.16$ , P= 0.00).

**Tablo-4.** Maslach Tükenmişlik Ölçeğinin Alt Boyutlarının Birbirleri ile Korelasyonu

| Ölçek Alt Boyutları |        |        |      |
|---------------------|--------|--------|------|
| Ölçek Alt Boyutları | DT     | D      | KBP  |
| DT                  | 1.00   |        |      |
| D                   | 0.62*  | 1.00   |      |
| KBP                 | -0.43* | -0.40* | 1.00 |

\*p<0.01

Bazı sayısal değişkenlerin ölçek alt grupları ile yapılan korelasyon analizi sonuçları Tablo-5 de verildi.

Duygusal Tükenme ile aylık nöbet sayısı arasında pozitif yönde önemli bir korelasyon saptanırken, hekimlerin yaşı, çocuk sayısı, meslekte toplam çalışılan süre arasında istatistiksel olarak negatif yönde önemli bir korelasyon olduğu gözlemlendi. Yaş, çocuk sayısı, meslekte çalışılan toplam süre, son kurumda çalışılan toplam süre arttıkça duygusal tükenme puanının doğrusal olarak azaldığı, aylık nöbet sayısı arttıkça duygusal tükenme puanının doğrusal olarak arttığı saptandı.

Duyarsızlaşma ile nöbet sayısı arasında pozitif yönde bir korelasyon olduğu saptanırken, yaş, çocuk sayısı, meslekte çalışılan süre ve son kurumda toplam çalışılan süre arasında istatistiksel olarak negatif yönde bir korelasyon olduğu gözlemlendi. Yaş, meslekte çalışılan toplam süre, son kurumda çalışılan toplam süre, çocuk sayısı arttıkça duyarsızlaşma puanının doğrusal olarak azaldığı, aylık nöbet sayısı arttıkça duyarsızlaşma puanının doğrusal olarak arttığı saptandı.

Kişisel başarı puanı ile yaş, çocuk sayısı, meslekte çalışılan süre ve son kurumda çalışılan süre arasında pozitif yönde bir korelasyon saptanırken, aylık nöbet sayısı arasında negatif yönde bir korelasyon olduğu gözlemlendi. Yaş, çocuk sayısı, meslekte çalışılan süre ve son kurumda çalışılan süre kişisel başarı puanının doğrusal olarak arttığı, aylık nöbet sayısı arttıkça kişisel başarı puanının doğrusal olarak azaldığı saptandı.

**Tablo-5.** Duygusal Tükenme, Duyarsızlaşma, Kişisel Başarı Noksanlığı ile Bazı Değişkenlerin Karşılaştırılması.

|                                   |   | DT     | D      | KBN    |
|-----------------------------------|---|--------|--------|--------|
| Yaş                               | r | - 0.22 | -0.25  | 0.30   |
|                                   | P | < 0.00 | < 0.00 | < 0.00 |
| Çocuk Sayısı                      | r | -0.21  | -0.21  | 0.15   |
|                                   | P | < 0.00 | < 0.00 | < 0.00 |
| Meslekte Toplam Çalışılan Süre    | r | -0.23  | -0.27  | 0.29   |
|                                   | P | < 0.00 | < 0.00 | < 0.00 |
| Son Kurumda Toplam Çalışılan Süre | r | -0.12  | -0.20  | 0.20   |
|                                   | P | < 0.00 | < 0.00 | < 0.00 |
| Aylık Nöbet Sayısı                | r | 0.29   | 0.27   | -0.14  |
|                                   | P | < 0.00 | < 0.00 | < 0.00 |

#### 4.3- Araştırmaya Katılan Hekimlere İlişkin Tanıtıcı Bilgiler

Erzurum ilinde çalışan toplam hekim sayısı 2007 yılsonu itibarı ile 1166'dır. Hekimlerin kurumlara göre dağılımında; %51.8'inin Sağlık Bakanlığı'na bağlı kuruluşlarda, %44.8'inin üniversitede (Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi), %3.4'ünün özel sağlık kuruluşlarında çalıştıkları tespit edilmiştir. Araştırmaya katılan örneklem grubunun ise; %49.0'unun Sağlık Bakanlığı'na bağlı kuruluşlarda, %46.4'ünün üniversitede, %4.6'sının özel sağlık kuruluşlarında çalıştıkları saptanmıştır. ( Tablo- 6)

**Tablo-6.** Erzurum İlinde Çalışan Tüm Hekimlerin ve Örneklem Çalıştıkları Kurumlara Göre Dağılımı

| Kurum Adı            | Araştırma Evreni |       | Örneklem |       |
|----------------------|------------------|-------|----------|-------|
|                      | Sayı             | Yüzde | Sayı     | Yüzde |
| Sağlık Bakanlığı     | 604              | 51.8  | 348      | 49.0  |
| Atatürk Üniversitesi | 522              | 44.8  | 330      | 46.4  |
| Özel Kurumlar        | 40               | 3.4   | 33       | 4.6   |
| Toplam               | 1166             | 100   | 711      | 100   |

Hekimlerin kişisel özellikleri Tablo-7’de gösterilmiştir.

Hekimlerin yaş gruplarına göre dağılımları incelendiğinde yaklaşık olarak 3/5’inin 34 yaş ve altında olduğu görülmektedir. Ortalama yaş  $34.4 \pm 7.7$ ’dir. Hekimlerin %65’i erkek olup, medeni durumlarına göre gruplandırıldığında, %72.9’unun evli, %26.2’sinin bekar olduğu, evli olan hekimlerin %81.9’unun çocuğunun olduğu saptanmıştır. Hekimlerin çocuk sayısının ortancasının 2 olduğu bulunmuştur. Hekimlerin %76.1’inin eşlerinin çalıştığı ve %54.0’ünün hekim olduğu belirlenmiştir.

Hekimlerin %81.6’sının arabasının, %42.8’inin ise evinin olduğu belirlenmiştir. Hekimlerin %33.3’ünün aylık gelirlerinin 5001 YTL ve üzerinde olduğu, %81.0’inin düzenli spor yapmadığı, %52.3’ünün her yıl tatile çıktığı saptanmıştır. Yine %11.0’inin tanı konmuş kronik bir hastalığı olduğu, %70.5’inin sigara içmediği, sigara içenlerin %54.7’sinin bir paket ve üzerinde sigara içtiği, günde ortalama içilen sigara adedinin ise  $17.6 \pm 10.9$  olduğu tespit edilmiştir. Hekimlerin %80.6’sının alkol kullanmadığı belirlenmiştir.

**Tablo-7.** Hekimlerin Bazı Kişisel Özelliklerine Göre Dağılımı

| Özellik                   | Sayı          | Yüzde          |
|---------------------------|---------------|----------------|
| Yaş Grupları (n=711)      |               |                |
| <25                       | 37            | 5.2            |
| 25-34                     | 374           | 52.6           |
| 35-44                     | 219           | 30.8           |
| 45-55                     | 68            | 9.6            |
| 55 >                      | 13            | 1.8            |
| Ortalama: $34.4 \pm 7.7$  | Ortanca: 32   | Min. Değer: 24 |
|                           |               | Mak. Değer: 63 |
| Cinsiyet (n=711)          |               |                |
| Erkek                     | 462           | 65.0           |
| Kadın                     | 249           | 35.0           |
| Medeni Durum (n=711)      |               |                |
| Evli                      | 518           | 72.9           |
| Bekar                     | 186           | 26.2           |
| Dul / Boşanmış            | 7             | 1.0            |
| Çocuk Durumu (n=525)      |               |                |
| Evet                      | 430           | 81.9           |
| Hayır                     | 95            | 18.1           |
| Ortanca: 2                | Min. Değer: 1 | Mak. Değer: 4  |
| Eş Çalışma Durumu (n=521) |               |                |
| Evet                      | 396           | 76.1           |
| Hayır                     | 125           | 23.9           |

**Tablo-7. Hekimlerin Kişisel Bazı Özelliklerine Göre Dağılımı (Devamı)**

| Özellik                           | Sayı        | Yüzde          |
|-----------------------------------|-------------|----------------|
| Eş Mesleği (n=396)                |             |                |
| Doktor                            | 214         | 54.0           |
| Hekim Dışı Sağ. Per.              | 64          | 16.3           |
| Memur                             | 92          | 23.2           |
| İşçi                              | 1           | 0.2            |
| Özel Sektör                       | 25          | 6.3            |
| Otomobil Varlığı (n=711)          |             |                |
| Evet                              | 580         | 81.6           |
| Hayır                             | 131         | 18.4           |
| Ev Varlığı (n=711)                |             |                |
| Evet                              | 304         | 42.8           |
| Hayır                             | 407         | 57.2           |
| Aylık Gelir (n=711)               |             |                |
| 1000-2000                         | 111         | 15.6           |
| 2001-3000                         | 133         | 18.7           |
| 3001-4000                         | 140         | 19.7           |
| 4001-5000                         | 90          | 12.7           |
| 5001 ve Üzeri                     | 237         | 33.3           |
| Spor Durumu (n=711)               |             |                |
| Evet                              | 135         | 19.0           |
| Hayır                             | 576         | 81.0           |
| Tatil Yapma Durumu (n=711)        |             |                |
| Her yıl                           | 372         | 52.3           |
| Ara sıra                          | 221         | 31.1           |
| Çıkılmıyorum                      | 118         | 16.6           |
| Kronik Hastalık Durumu (n=711)    |             |                |
| Evet                              | 78          | 11.0           |
| Hayır                             | 633         | 89.0           |
| Sigara İçme Durumu (n=711)        |             |                |
| Evet                              | 210         | 29.5           |
| Hayır                             | 501         | 70.5           |
| Günde İçilen Sigara Adedi (n=711) |             |                |
| 1-9                               | 42          | 5.8            |
| 10-19                             | 53          | 7.5            |
| 20 ≥                              | 115         | 16.2           |
| İçmeyenler                        | 501         | 70.5           |
| Ortalama: 17.6 ± 10.9             | Ortanca: 20 | Min. Değer: 1  |
|                                   |             | Mak. Değer: 60 |
| Alkol Durumu (n=711)              |             |                |
| Düzenli                           | 11          | 1.5            |
| Ara sıra                          | 127         | 17.9           |
| Hayır                             | 573         | 80.6           |

Hekimlerin mesleki özellikleri Tablo-8’de gösterilmiştir.

Hekimlerin %86.1’i il merkezinde, %19.6’sı birinci basamakta çalışmaktadır. Yine %20.3’ünün yönetimle ilgili görevlerinin olduğu, %42.9’unun meslekte toplam hizmet yılının, %73.8’inin ise halen çalıştığı kurumdaki hizmet yılının 6 yıl ve altında olduğu belirlenmiştir. Meslekte toplam hizmet süresi ortalaması ise  $9.9 \pm 7.7$  dir.

Hekimlerin %57.1’inin nöbet tuttuğu, nöbet tutanların %43.7’sinin aylık nöbet sayısının 6 ve üzerinde olduğu, %85.2’sinin mesleğini isteyerek seçtiği, %47.5’inin doğru seçim yaptığını düşündüğü, %54.6’sının ise çocuğunun hekim olmasını istemediği belirlenmiştir.

**Tablo-8.** Hekimlerin Mesleki Özelliklerine Göre Dağılımı

| Özellik                                                   | Sayı | Yüzde          |
|-----------------------------------------------------------|------|----------------|
| Yerleşim Birimi (n=711)                                   |      |                |
| İl merkezi                                                | 612  | 86.1           |
| İlçe                                                      | 99   | 13.9           |
| Çalışılan Kurum (n=711)                                   |      |                |
| Sağlık Ocağı- Diğer                                       | 139  | 19.6           |
| Devlet Hastanesi                                          | 209  | 29.3           |
| Üniversite Hastanesi                                      | 330  | 46.5           |
| Özel Hastane                                              | 33   | 4.6            |
| Yönetmel Görev (n=711)                                    |      |                |
| Evet                                                      | 144  | 20.3           |
| Hayır                                                     | 567  | 79.7           |
| Meslekte Toplam Hizmet Süresi (n=711)                     |      |                |
| ≤6                                                        | 305  | 42.9           |
| 7-10                                                      | 125  | 17.6           |
| 11-17                                                     | 170  | 23.9           |
| 18 ≥                                                      | 111  | 15.6           |
| Ortalama: $9.9 \pm 7.7$ Ortanca: 8      Min. Değer: 0.2   |      | Mak. Değer: 40 |
| Şu anki Çalıştığınız Kurumdaki Hizmet Süresi (n=711)      |      |                |
| ≤6                                                        | 525  | 73.8           |
| 7-10                                                      | 61   | 8.6            |
| 11-17                                                     | 81   | 11.4           |
| 18 ≥                                                      | 40   | 5.6            |
| cevaplamayan                                              | 4    | 0.6            |
| Ortalama: $5.0 \pm 6.0$ Ortanca: 2.5      Min. Değer: 0.1 |      | Mak. Değer: 35 |
| Nöbet Durumu (n=711)                                      |      |                |
| Evet                                                      | 406  | 57.1           |
| Hayır                                                     | 305  | 42.9           |

**Tablo-8.** Hekimlerin Mesleki Özelliklerine Göre Dağılımı (Devamı)

| Özellik                                        | Sayı         | Yüzde         |
|------------------------------------------------|--------------|---------------|
| Aylık Nöbet Süresi ( n=407)                    |              |               |
| Aylık 6 nöbetin altı                           | 229          | 56.3          |
| Aylık 6 nöbet ve üzeri                         | 178          | 43.7          |
| Ortanca:6                                      | Min. Değer:1 | Mak. Değer:15 |
| Mesleğini İsteyerek Seçme (n=711)              |              |               |
| Evet                                           | 606          | 85.2          |
| Hayır                                          | 105          | 14.8          |
| Meslek Hakkındaki Düşünceler (n=711)           |              |               |
| Doğru Seçim                                    | 338          | 47.5          |
| Bazen Yanlış Seçim                             | 299          | 42.1          |
| Yanlış Seçim                                   | 74           | 10.4          |
| Çocuğunun Hekim Olmasını İsteme Durumu (n=711) |              |               |
| Evet                                           | 323          | 45.4          |
| Hayır                                          | 388          | 54.6          |

Hekimlerin eğitim ile ilgili özellikleri Tablo-9’da gösterilmiştir.

Hekimlerin kariyer durumuna göre dağılımında en büyük grubu %29.1 ile pratisyen hekimlerin oluşturduğu belirlenmiştir. Kariyer yapan hekimlerin %47.8’ini dahili tıp bilimlerinde, %9.9’unun ise temel tıp bilimlerinde çalıştıkları tespit edilmiştir. Pratisyen hekimlerin %58.5’inin tıpta uzmanlık sınavına hazırlandıkları saptanmıştır. Hekimlerin %32.3’ünün çalışma ortamından memnun olduğu, %24.3’ünün işinin beklentilerini karşıladığı, %68.4’ünün kurumlarındaki fiziksel koşulları yetersiz bulduğu, %41.6’sının son bir yıl içinde hizmet içi eğitim aldığı, %22.8’inin kongre, kurs ve seminerlere düzenli olarak katıldığı, %25.9’unun düzenli olarak tıbbi yayın izlediği ve hekimlerin yalnızca %59.8’inin iş yerinde görev tanımının belirli olduğu ifade edildi.

**Tablo-9.** Hekimlerin Kariyer ve Eğitim Özelliklerine Göre Dağılımı

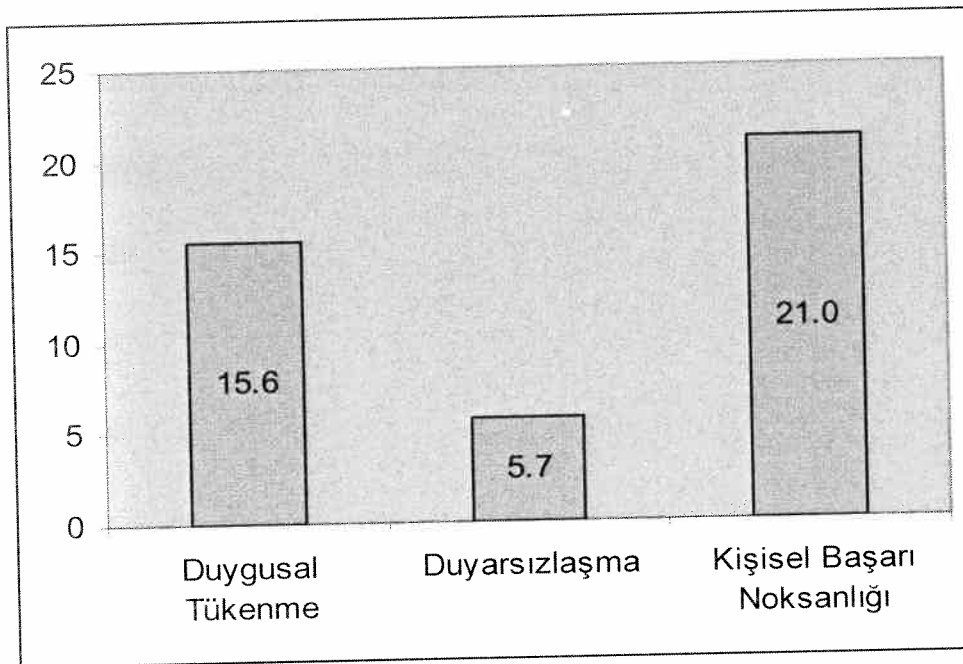
| Özellik                                             | Sayı | Yüzde |
|-----------------------------------------------------|------|-------|
| Kariyer (n=711)                                     |      |       |
| Pratisyen Dr.                                       | 207  | 29.1  |
| Arş. Gör.Dr.                                        | 195  | 27.4  |
| Uzman Dr.                                           | 181  | 25.5  |
| Yrd. Doç. Dr.                                       | 34   | 4.8   |
| Doç. Dr.                                            | 50   | 7.0   |
| Prof. Dr.                                           | 44   | 6.2   |
| Uzmanlık Alanınız (n=504)                           |      |       |
| Temel Tıp Bilimleri                                 | 50   | 9.9   |
| Cerrahi Tıp Bilimleri                               | 213  | 42.3  |
| Dahili Tıp Bilimleri                                | 241  | 47.8  |
| Tus'a Hazırlanma Durumu (pratisyenler için) (n=207) |      |       |
| Evet                                                | 121  | 58.5  |
| Hayır                                               | 86   | 41.5  |
| Çalışma Ortamı Memnuniyeti (n=711)                  |      |       |
| Evet                                                | 230  | 32.3  |
| Kısmen                                              | 366  | 51.5  |
| Hayır                                               | 115  | 16.2  |
| İşin Beklentileri Karşılama Durumu (n=711)          |      |       |
| Evet                                                | 173  | 24.3  |
| Kısmen                                              | 416  | 59.0  |
| Hayır                                               | 119  | 16.7  |
| İşyerinin Fiziki Koşulları (n=711)                  |      |       |
| Yeterli                                             | 225  | 31.6  |
| Yetersiz                                            | 486  | 68.4  |
| Son Bir Yıl İçinde Alınan Hizmet İçi Eğitim (n=711) |      |       |
| Evet                                                | 296  | 41.6  |
| Hayır                                               | 415  | 58.4  |
| Kongre, Kurs, Seminere Katılım (n=711)              |      |       |
| Evet sık sık katılıyorum                            | 162  | 22.8  |
| Zaman zaman katılıyorum                             | 409  | 57.5  |
| Hayır katılmıyorum                                  | 140  | 19.7  |
| Tıbbi Yayın İzleme Durumu (n=711)                   |      |       |
| Evet                                                | 184  | 25.9  |
| Zaman zaman                                         | 365  | 51.3  |
| Hayır                                               | 162  | 22.8  |
| İşyerinde Görev Tanımlarının Belirli Olması (n=711) |      |       |
| Evet                                                | 425  | 59.8  |
| Hayır                                               | 286  | 40.2  |

#### 4.4-Hekimlerin Tükenmişlik Düzeylerinin Bazı Bağımsız Değişkenlerle İlişkisi

Hekimlerin MTÖ'den aldıkları puanlar ölçeğin alt boyutlarına göre hesaplanmıştır. Alınan ortalama duygusal tükenmişlik puanı  $15.6 \pm 7.0$ , duyarsızlaşma puanı  $5.7 \pm 3.9$  ve kişisel başarı puanı  $21.0 \pm 4.4$  olarak bulunmuştur. (Tablo-10, Grafik-1)

**Tablo-10.** Hekimlerin Tükenmişlik Düzeyi Alt Gruplarının Puan Değerleri (n=711)

|         | Ortalama $\pm$ SS | Ortanca | Min. - Mak. Değer |
|---------|-------------------|---------|-------------------|
| MTÖ-DT  | $15.6 \pm 7.0$    | 15      | 0 - 36            |
| MTÖ-D   | $5.7 \pm 3.9$     | 6       | 0 - 20            |
| MTÖ-KBN | $21.0 \pm 4.4$    | 21      | 0 - 32            |



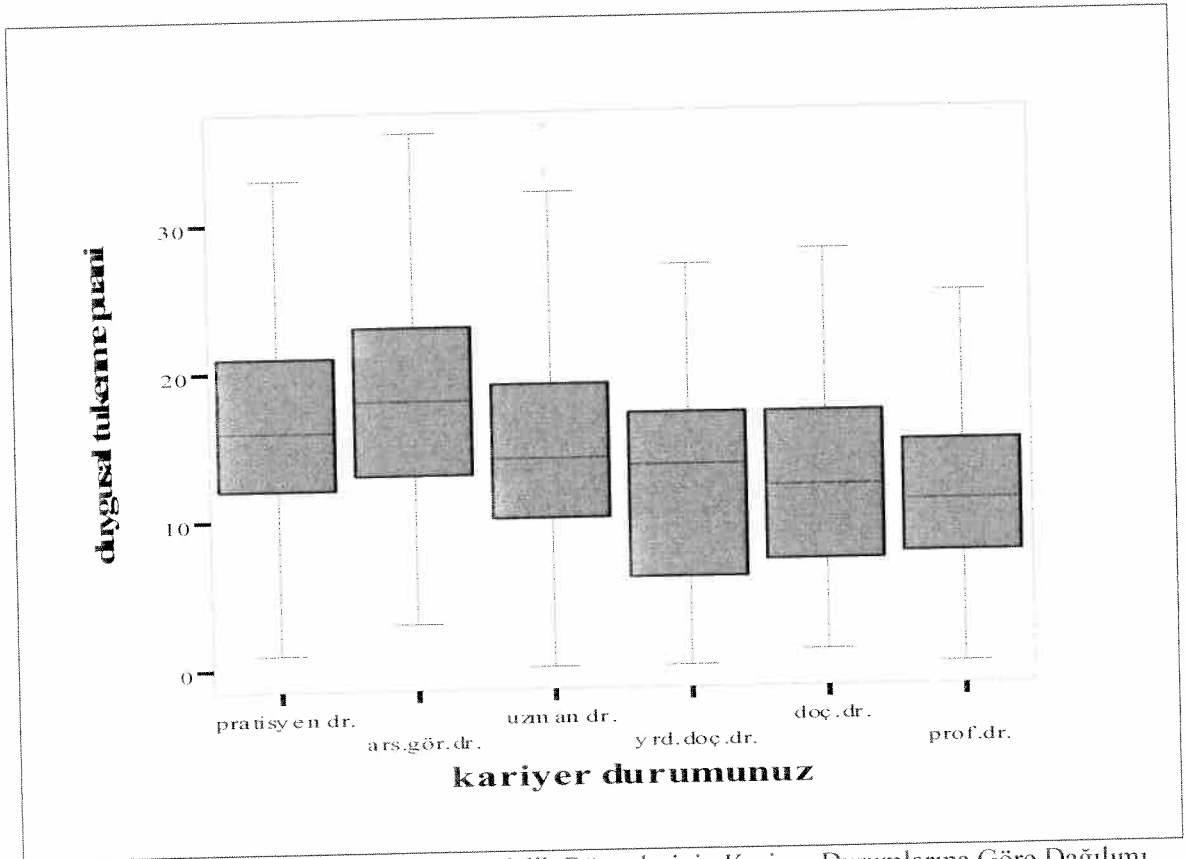
**Grafik-1.** Tükenmişlik düzeyi alt boyutlarının puan ortalamaları

Tükenmişlik ölçeğinin alt boyutlarına ilişkin yapılan Ergin'in<sup>28</sup> Türkiye Hekim Normları çalışmasının sonuçlarına göre araştırmaya katılan hekimlerin tükenmişlik düzeylerinin kariyer durumuna göre dağılımları tablo-11,12 ve 13'de verildi. Ölçek alt boyutlarının kariyer durumlarına göre dağılımları grafik-2,3 ve 4 de gösterildi.

Duygusal tükenmişlik düzeyi hekimlerin %75.0'inde düşük, %19.7'sinde orta, %5.3'ünde yüksek düzeyde saptandı. Duyarsızlaşma puanı hekimlerin %76.2'sinde düşük, %18.4'ünde orta, %5.4'ünde yüksek düzeyde bulundu. Kişisel başarı puan ortalaması ise % 69.6'sında düşük, % 24.1'inde orta, % 6.3'ünde yüksek düzeyde bulundu.

**Tablo-11.** Hekimlerin Duygusal Tükenmişlik Düzeylerinin Kariyer Durumlarına Göre Dağılımı

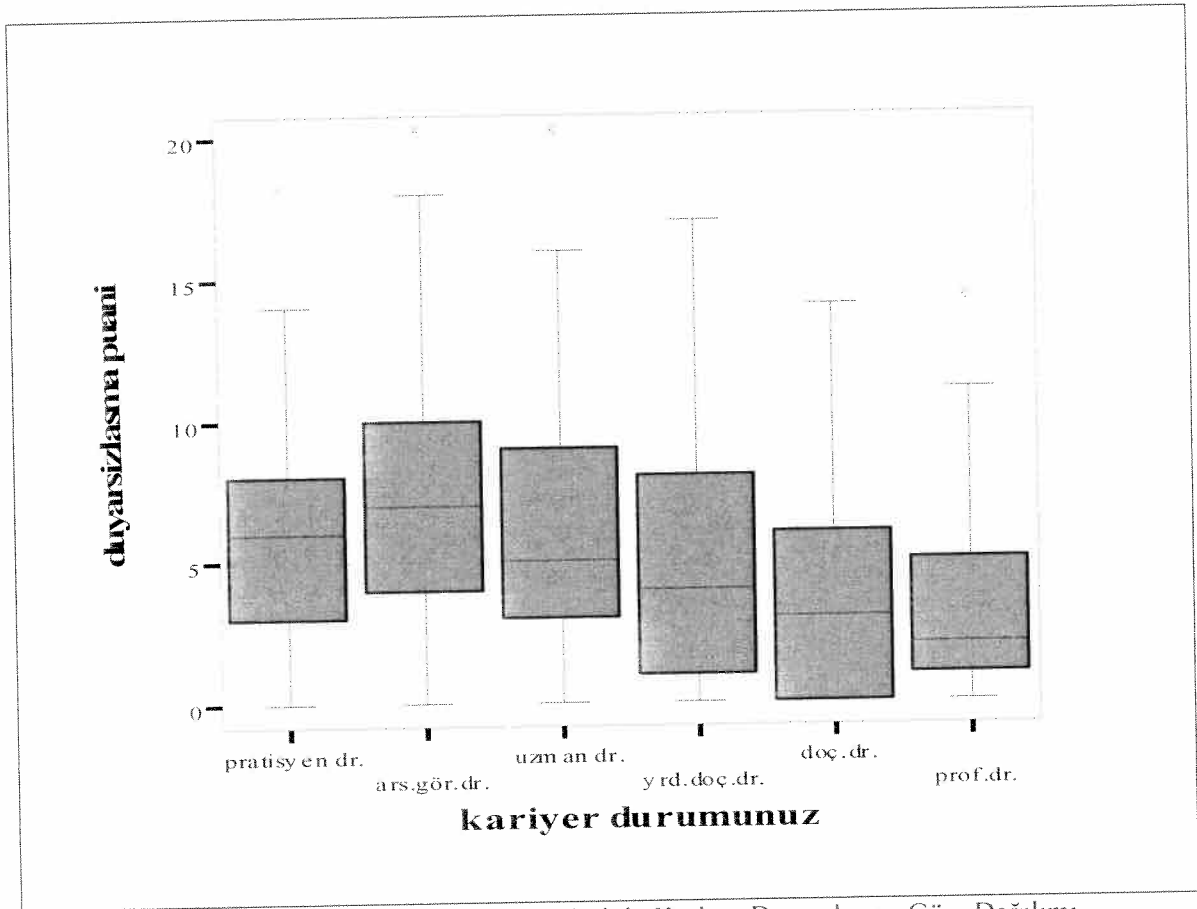
| Duygusal Tükenmişlik Puanı |       |       |      |       |        |       |        |       |
|----------------------------|-------|-------|------|-------|--------|-------|--------|-------|
| Kariyer Durumu             | Düşük |       | Orta |       | Yüksek |       | Toplam |       |
|                            | Sayı  | Yüzde | Sayı | Yüzde | Sayı   | Yüzde | Sayı   | Yüzde |
| Pratisyen Dr               | 153   | 73.9  | 50   | 24.2  | 4      | 1.9   | 207    | 29.1  |
| Ars.Gör.Dr.                | 123   | 63.1  | 48   | 24.6  | 24     | 12.3  | 195    | 27.4  |
| Uzman Dr.                  | 141   | 77.9  | 31   | 17.1  | 9      | 5.0   | 181    | 25.5  |
| Yrd.Doç.Dr.                | 31    | 91.2  | 3    | 8.8   | 0      | 0.0   | 34     | 4.8   |
| Doç.Dr.                    | 46    | 92.0  | 3    | 6.0   | 1      | 2.0   | 50     | 7.0   |
| Prof.Dr.                   | 39    | 88.6  | 5    | 11.4  | 0      | 0.0   | 44     | 6.2   |
| Toplam                     | 533   | 75.0  | 140  | 19.7  | 38     | 5.3   | 711    | 100.0 |



**Grafik-2.** Hekimlerin Duygusal Tükenmişlik Düzeylerinin Kariyer Durumlarına Göre Dağılımı

**Tablo-12.**Hekimlerin Duyarsızlaşma Düzeylerinin Kariyer Durumlarına Göre Dağılımı

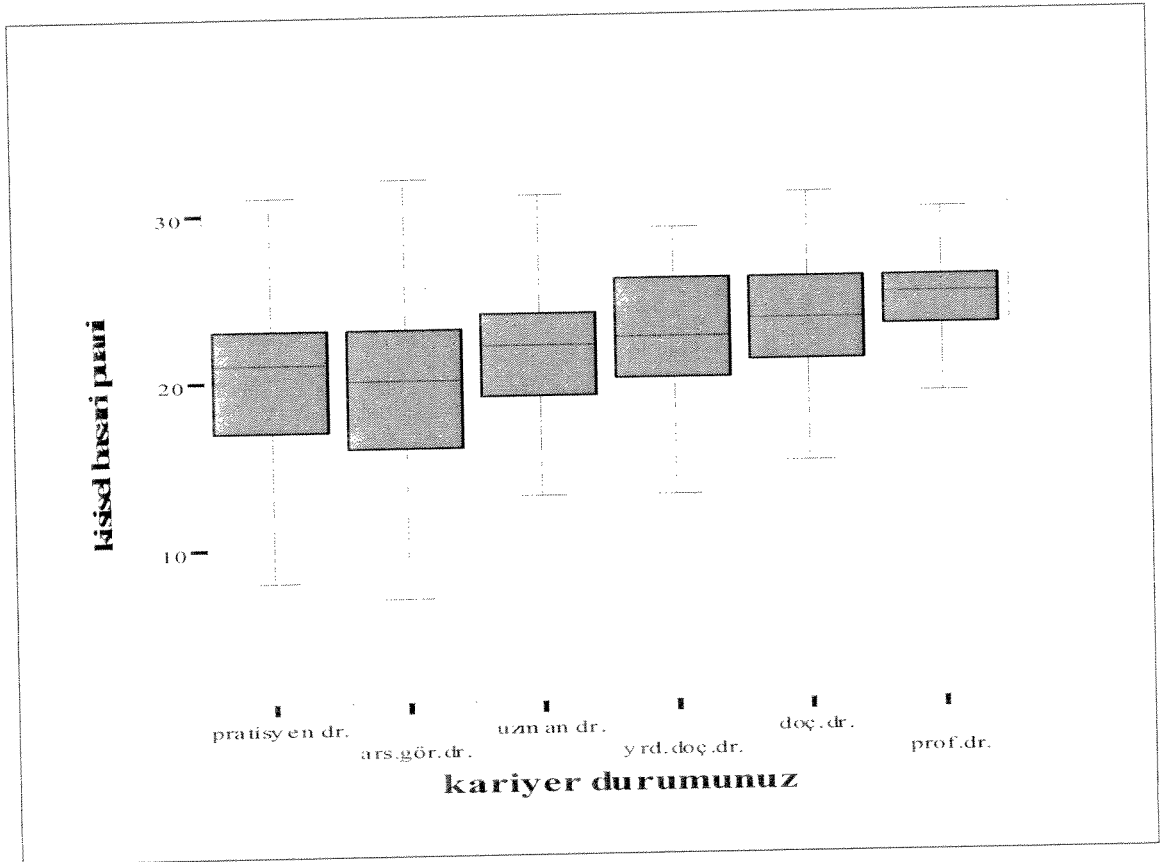
| Duyarsızlaşma Puanı |       |       |      |       |        |       |        |       |
|---------------------|-------|-------|------|-------|--------|-------|--------|-------|
| Kariyer             | Düşük |       | Orta |       | Yüksek |       | Toplam |       |
| Durumu              | Sayı  | Yüzde | Sayı | Yüzde | Sayı   | Yüzde | Sayı   | Yüzde |
| Pratisyen Dr.       | 160   | 77.3  | 37   | 17.9  | 10     | 4.8   | 207    | 29.1  |
| Ars.Gör.Dr.         | 130   | 66.7  | 48   | 24.6  | 17     | 8.7   | 195    | 27.4  |
| Uzman Dr.           | 135   | 74.6  | 38   | 21.0  | 8      | 4.4   | 181    | 25.5  |
| Yrd.Doç.Dr.         | 28    | 82.4  | 5    | 14.7  | 1      | 2.9   | 34     | 4.8   |
| Doç.Dr.             | 49    | 98.0  | 0    | 0.0   | 1      | 2.0   | 50     | 7.0   |
| Prof.Dr.            | 40    | 90.9  | 3    | 6.8   | 1      | 2.3   | 44     | 6.2   |
| Toplam              | 542   | 76.2  | 131  | 18.4  | 38     | 5.4   | 711    | 100.0 |



**Grafik-3.** Hekimlerin Duyarsızlaşma Düzeylerinin Kariyer Durumlarına Göre Dağılımı

**Tablo-13.** Hekimlerin Kişisel Başarı Puanının Kariyer Durumlarına Göre Dağılımı

| <b>Kişisel Başarı Puanı</b> |       |       |      |       |        |       |        |       |
|-----------------------------|-------|-------|------|-------|--------|-------|--------|-------|
| Kariyer Durumu              | Düşük |       | Orta |       | Yüksek |       | Toplam |       |
|                             | Sayı  | Yüzde | Sayı | Yüzde | Sayı   | Yüzde | Sayı   | Yüzde |
| Pratisyen Dr                | 157   | 75.8  | 43   | 20.8  | 7      | 3.4   | 207    | 29.1  |
| Ars.Gör.Dr                  | 155   | 79.5  | 32   | 16.4  | 8      | 4.1   | 195    | 27.4  |
| Uzman Dr.                   | 122   | 67.4  | 45   | 24.9  | 14     | 7.7   | 181    | 25.5  |
| Yrd.Doç.Dr.                 | 20    | 58.8  | 11   | 32.4  | 3      | 8.8   | 34     | 4.8   |
| Doç.Dr.                     | 25    | 50.0  | 18   | 36.0  | 7      | 14.0  | 50     | 7.0   |
| Prof.Dr.                    | 16    | 36.4  | 22   | 50.0  | 6      | 13.6  | 44     | 6.2   |
| Toplam                      | 495   | 69.6  | 171  | 24.1  | 45     | 6.3   | 711    | 100.0 |



**Grafik-3.** Hekimlerin Kişisel Başarı Puanının Kariyer Durumlarına Göre Dağılımı

Hekimlerin kişisel özelliklerine göre MTÖ alt boyutlarından aldıkları puanların tanımlayıcı istatistik analiz sonuçları Tablo-14’de verilmiştir.

Hekimlerin yaş grupları, medeni durumu, aylık geliri ve tatil yapma durumuna göre duygusal tükenmişlik puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur. Önemliliğin hangi gruptan kaynaklandığını göstermek için yapılan ileri analizlerde Mann - Wihtney U testi kullanılmıştır.

Hekimlerin yaş gruplarına göre duygusal tükenmişlik puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu gözlemlendi. Yapılan ileri analizde 25 yaş altındaki hekimlerin duygusal tükenmişlik 25-34 yaş grubundaki hekimlerin duyarsızlaşma puan ortalamaları, diğer yaş gruplarındaki hekimlerin puan ortalamalarından yüksek bulunurken kişisel başarı puan ortalamaları düşük bulundu ( $P= 0.00$ ).

Cinsiyete göre duygusal tükenmişlik ve duyarsızlaşma puan ortalamaları karşılaştırıldığında farkın önemsiz olduğu bulundu ( $P = 0.5$ ). Kişisel başarı puan ortalamaları karşılaştırıldığında ise erkek hekimlerin puan ortalamalarının kadın hekimlerden anlamlı olarak yüksek olduğu tespit edildi ( $P = 0.00$ ).

Medeni duruma göre duygusal tükenmişlik puan ortalamaları karşılaştırıldığında farkın istatistiksel olarak önemli olduğu bulundu. Yapılan ileri analizde dul/ boşanmış hekimlerin duygusal tükenmişlik ve kişisel başarı puan ortalamalarının evli ve bekar hekimlerden yüksek olduğu ( $P= 0.00$ ,  $P= 0.00$ ), bekar hekimlerin ise duyarsızlaşma puan ortalamalarının dul/ boşanmış ve evli hekimlerden yüksek olduğu gözlemlendi ( $P=0.00$ ).

Çocuk durumuna göre hekimlerin duygusal tükenmişlik puan ortalamaları karşılaştırıldığında farkın önemsiz olduğu bulundu ( $P= 0.2$ ). Çocuğu olmayan hekimlerin duyarsızlaşma puan ortalamaları, çocuğu olan hekimlerin ise kişisel başarı puan ortalamaları anlamlı olarak yüksek bulundu ( $P= 0.00$ ,  $P= 0.02$ ).

Eşin çalışma durumuna göre duygusal tükenmişlik ve duyarsızlaşma puan ortalamaları karşılaştırıldığında farkın istatistiksel olarak önemsiz olduğu saptandı ( $P=0.1$ ,  $P = 0.2$ ). Eşi çalışmayan hekimlerin kişisel başarı puan ortalamaları eşi çalışan hekimlerden anlamlı olarak yüksek bulundu ( $P= 0.01$ ).

Otomobil sahipliğine göre puan ortalamaları karşılaştırıldığında, otomobili olan hekimlerin duygusal tükenme ve duyarsızlaşma puan ortalamaları olmayanlara göre anlamlı şekilde düşük iken ( $P=0.00$ ), kişisel başarı puanı anlamlı olarak yüksekti ( $P=0.00$ ).

Ev sahipliğine göre puan ortalamaları karşılaştırıldığında ev sahibi olan hekimlerin ev sahibi olmayanlara göre duygusal tükenme ve duyarsızlaşma puan ortalamaları anlamlı olarak düşük iken ( $P= 0.00$ ,  $P= 0.00$ ), kişisel başarı puan ortalamaları yüksek bulundu ( $P= 0.00$ ).

Aylık gelir durumuna göre puan ortalamaları karşılaştırıldığında duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarı puanları açısından istatistiksel olarak fark önemli bulundu ( $P= 0.00$ ). Yapılan ileri analizde bu farkın 4000 YTL ve altı geliri olanlardan kaynaklandığı tespit edildi.

Spor yapma durumuna göre puan ortalamaları karşılaştırıldığında duyarsızlaşma ve kişisel başarı puanları açısından istatistiksel olarak önemli bir fark yok iken, spor yapan hekimlerin duygusal tükenme puanları anlamlı olarak düşük bulundu ( $P= 0.02$ ).

Tatil yapma durumuna göre puan ortalamaları karşılaştırıldığında duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarı puanları açısından istatistiksel olarak fark önemli bulundu ( $P= 0.00$ ). Yapılan ileri analizde tatile çıkmayanların duygusal tükenmişlik ve duyarsızlaşma puanları yüksek iken, kişisel başarı puanının düşük olduğu saptandı.

Kronik hastalık durumuna göre puan ortalamaları karşılaştırıldığında duygusal tükenmişlik, duyarsızlaşma ve kişisel başarı puan ortalamaları arasındaki fark önemsiz bulundu ( $P= 0.1$ ,  $P= 0.2$ ,  $P= 0.7$ ).

Sigara içme durumuna göre puan ortalamaları karşılaştırıldığında duygusal tükenme ve duyarsızlaşma puanları açısından istatistiksel olarak fark önemli bulundu ( $P= 0.01$ ,  $P= 0.01$ ). Günde içilen sigara adedine göre puan ortalamaları karşılaştırıldığında önemli bir fark tespit edilmedi.

Alkol kullanma durumuna göre puan ortalamaları karşılaştırıldığında duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarı puanları açısından istatistiksel olarak fark önemsizdi ( $P= 0.5$ ,  $P= 0.1$ ,  $P= 0.3$  ).

**Tablo-14.**Hekimlerin Bazı Kişisel Özellikleri İle Tükenmişlik Puanları Arasındaki İlişki

| Kategori                  | MTÖ-DT<br>Ort ± SS | MTÖ-D<br>Ort ± SS  | MTÖ-KBP<br>Ort ± SS |
|---------------------------|--------------------|--------------------|---------------------|
| Yaş Grupları (n=711)      |                    |                    |                     |
| 25 yaş altı               | 17.0 ± 7.9         | 6.4 ± 3.7          | 18.2 ± 4.3          |
| 25-34                     | 16.5 ± 6.5         | 6.5 ± 3.8          | 20.3 ± 4.3          |
| 35-44                     | 14.9 ± 7.3         | 4.9 ± 3.7          | 21.9 ± 4.2          |
| 45-55                     | 12.9 ± 7.6         | 4.3 ± 4.1          | 23.0 ± 4.5          |
| 55 ve üzeri               | 11.3 ± 6.6         | 3.7 ± 3.9          | 24.6 ± 3.5          |
|                           | KW= 25.9, P= 0.00  | KW=40.9, P= 0.00   | KW =51.6, P= 0.00   |
| Cinsiyet (n=711)          |                    |                    |                     |
| Erkek                     | 15.4 ± 7.1         | 5.9 ± 4.1          | 21.5 ± 4.4          |
| Kadın                     | 15.9 ± 6.8         | 5.4 ± 3.4          | 20.1 ± 4.4          |
|                           | U=50600.5, P=0.5   | U=49623.0, P= 0.2  | U=41518.0, P= 0.00  |
| Medeni Durum (n=711)      |                    |                    |                     |
| Evli                      | 15.1 ± 7.1         | 5.5 ± 4.0          | 21.4 ± 4.4          |
| Bekar                     | 16.9 ± 6.6         | 6.5 ± 3.4          | 19.9 ± 4.5          |
| Dul / Boşanmış            | 18.2 ± 10.1        | 5.1 ± 5.1          | 23.1 ± 2.7          |
|                           | KW =10.1, P= 0.00  | KW =13.6, P= 0.00  | KW =18.1, P= 0.00   |
| Çocuk Durumu (n=525)      |                    |                    |                     |
| Evet                      | 15.0±7.2           | 5.2±4.0            | 21.6±4.2            |
| Hayır                     | 15.9±7.0           | 6.8±4.1            | 20.4±5.1            |
|                           | U=19170.0, P=0.2   | U= 16880.0, P=0.00 | U= 17660.0, P= 0.02 |
| Eş Çalışma Durumu (n=495) |                    |                    |                     |
| Evet                      | 15.5 ± 7.1         | 5.6 ± 4.1          | 21.1 ± 4.4          |
| Hayır                     | 14.0 ± 7.0         | 5.1 ± 4.0          | 22.3 ± 4.3          |
|                           | U=22286.5, P=0.1   | U=22979.0, P= 0.2  | U= 20858.0, P= 0.01 |
| Otomobil Varlığı (n=711)  |                    |                    |                     |
| Evet                      | 15.2 ± 7.1         | 5.6 ± 4.0          | 21.3 ± 4.4          |
| Hayır                     | 17.4 ± 6.7         | 6.6 ± 3.5          | 19.7 ± 4.6          |
|                           | U= 30911.0,P=0.00  | U= 31222.0, P=0.00 | U= 30525.0, P= 0.00 |
| Ev Varlığı (n=711)        |                    |                    |                     |
| Evet                      | 14.3 ± 7.2         | 4.9 ± 4.0          | 21.8 ± 4.4          |
| Hayır                     | 16.6 ± 6.8         | 6.4 ± 3.8          | 20.4 ± 4.4          |
|                           | U= 49817.5,P=0.00  | U= 47559.0, P=0.00 | U= 51204.0, P= 0.00 |
| Aylık Gelir (n=711)       |                    |                    |                     |
| 1000-2000                 | 17.7 ± 7.0         | 6.8 ± 3.3          | 20.0 ± 4.1          |
| 2001-3000                 | 17.1 ± 6.4         | 6.4 ± 4.0          | 19.5 ± 5.0          |
| 3001-4000                 | 16.3 ± 7.0         | 6.0 ± 3.9          | 20.9 ± 4.2          |
| 4001-5000                 | 15.0 ± 7.2         | 5.6 ± 4.1          | 21.2 ± 4.5          |
| 5001 ve üzeri             | 13.6 ± 6.9         | 4.8 ± 3.8          | 22.4 ± 4.0          |
|                           | KW= 37.0, P= 0.00  | KW= 29.9, P= 0.00  | KW= 44.0, P= 0.00   |

**Tablo-14.**Hekimlerin Bazı Kişisel Özellikleri İle Tükenmişlik Puanları Arasındaki İlişki (Devamı)

| Kategori                          | MTÖ-DT<br>Ort ± SS | MTÖ-D<br>Ort ± SS  | MTÖ-KBP<br>Ort ± SS |
|-----------------------------------|--------------------|--------------------|---------------------|
| Spor Durumu (n=711)               |                    |                    |                     |
| Evet                              | 14.5 ± 6.7         | 5.6 ± 4.1          | 21.2 ± 4.2          |
| Hayır                             | 15.9 ± 7.1         | 5.8 ± 3.9          | 21.0 ± 4.3          |
|                                   | U= 33991.5, P=0.02 | U= 37627.5, P=0.5  | U= 37452.0, P=0.5   |
| Tatil Yapma Durumu (n=711)        |                    |                    |                     |
| Her yıl                           | 14.4 ± 6.7         | 5.2 ± 3.9          | 21.8 ± 4.2          |
| Ara sıra                          | 15.3 ± 6.9         | 5.2 ± 3.6          | 21.1 ± 4.5          |
| Çıkıyorum                         | 19.8 ± 6.9         | 7.6 ± 4.1          | 18.5 ± 4.4          |
|                                   | KW = 50.1, P= 0.00 | KW= 30.8, P= 0.00  | KW = 42.2, P= 0.00  |
| Kronik Hastalık Durumu (n=711)    |                    |                    |                     |
| Evet                              | 16.9 ± 7.8         | 6.2 ± 4.0          | 21.1 ± 4.2          |
| Hayır                             | 15.4 ± 6.9         | 5.7 ± 3.9          | 21.0 ± 4.5          |
|                                   | U= 22025.5, P=0.1  | U= 22634.0, P=0.2  | U= 24105.0, P=0.7   |
| Sigara İçme Durumu (n=711)        |                    |                    |                     |
| Evet                              | 16.4 ± 7.1         | 6.4 ± 4.2          | 21.0 ± 4.6          |
| Hayır                             | 15.3 ± 7.0         | 5.5 ± 3.8          | 21.1 ± 4.5          |
|                                   | U= 46600.0, P=0.01 | U= 46220.5, P=0.01 | U= 73973.0, P=0.7   |
| Günde İçilen Sigara Adedi (n=210) |                    |                    |                     |
| 1-9                               | 16.7 ± 7.4         | 6.9 ± 4.0          | 20.4 ± 4.9          |
| 10-19                             | 14.6 ± 6.4         | 5.4 ± 3.7          | 21.2 ± 3.9          |
| 20 ve üzeri                       | 17.2 ± 7.2         | 6.6 ± 4.4          | 21.0 ± 4.5          |
|                                   | KW = 4.0, P=0.1    | KW = 3.6, P=0.1    | KW = 0.5, P=0.6     |
| Alkol Durumu (n=711)              |                    |                    |                     |
| Düzenli                           | 17.1 ± 11.5        | 6.7 ± 4.7          | 22.6 ± 3.8          |
| Ara sıra                          | 16.0 ± 6.9         | 6.2 ± 3.9          | 20.9 ± 4.7          |
| Hayır                             | 15.5 ± 7.0         | 5.6 ± 3.9          | 21.0 ± 4.4          |
|                                   | KW= 1.3, P=0.5     | KW= 3.7, P=0.1     | KW = 12.1, P=0.3    |

Hekimlerin mesleki özelliklerine göre MTÖ alt boyutlarından aldıkları puanların tanımlayıcı istatistik analiz sonuçları Tablo-15’de verilmiştir.

Hekimlerin çalıştığı kuruma, meslekte toplam çalışma süresine, şimdiki kurumda toplam çalışma süresine ve mesleği hakkında düşüncelerine göre duygusal tükenmişlik puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur. Önemliliğin hangi gruptan kaynaklandığını göstermek için yapılan ileri analizlerde yine Mann - Wihtney U testi kullanılmıştır.

Yerleşim birimine göre puan ortalamaları karşılaştırıldığında ilçede görev yapan hekimlerin duygusal tükenmişlik puan ortalamaları anlamlı olarak yüksek bulundu ( $P=0.02$ ). Duyarsızlaşma ve kişisel başarı puan ortalamaları karşılaştırıldığında fark önemsizdi ( $P= 0.09$ ,  $P= 0.1$ ).

Kurumlara göre duygusal tükenmişlik, duyarsızlaşma ve kişisel başarı puan ortalamaları karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak farkın önemli olduğu saptanmıştır ( $P= 0.00$ ,  $P= 0.00$ ,  $P= 0.00$ ). Yapılan ileri analizde duygusal tükenmişlik ve duyarsızlaşma puan ortalaması en yüksek kurum devlet hastaneleri, kişisel başarı puan ortalaması en yüksek kurum özel hastaneler olarak tespit edilmiştir.

Yönetim ile ilgili görev varlığına göre puan ortalamaları karşılaştırıldığında, duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarı puanı açısından istatistiksel olarak farkın önemli olduğu saptanmıştır ( $P= 0.00$ ,  $P=0.00$ ,  $P= 0.00$ ).

Meslekte toplam çalışma süresi ve şimdiki kurumda toplam çalışma süresine bakıldığında 6 yıl ve daha az çalışan grup ile diğer gruplar arasında duygusal tükenmişlik, duyarsızlaşma ve kişisel başarı puanı açısından istatistiksel olarak farkın önemli olduğu saptanmıştır ( $P= 0.00$ ). Yapılan ileri analizde 6 yıl ve altında çalışan hekimlerin duygusal tükenme ve duyarsızlaşma puan ortalamalarının yüksek, kişisel başarı puan ortalamalarının düşük olduğu bulunmuştur.

Nöbet tutma durumuna göre puan ortalamaları karşılaştırıldığında duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarı puanları açısından istatistiksel olarak farkın önemli olduğu saptandı. Nöbet tutanların duygusal tükenme ve duyarsızlaşma puanları yükselirken kişisel başarı puanları azalmıştır ( $P= 0.00$ ). Nöbet sayısına göre puan ortalamaları karşılaştırıldığında 6 ve üzeri nöbet tutanlarda duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarı puanları açısından istatistiksel olarak farkın önemli olduğu, duygusal tükenme ve duyarsızlaşma puanı artarken kişisel başarı puanının azaldığı saptanmıştır ( $P= 0.00$ ).

Mesleğini kendi isteği ile seçme durumuna göre puan ortalamaları karşılaştırıldığında duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarı puanı açısından istatistiksel olarak farkın önemli olduğu bulundu. Mesleğini kendi isteğiyle seçen hekimlerin duygusal tükenme ve duyarsızlaşma puanları daha düşük, kişisel başarı puanları daha yüksek bulunmuştur ( $P= 0.00$ ).

Mesleği hakkında doğru seçim yaptığını düşünenlerin puan ortalamaları karşılaştırıldığında yapılan ileri analizde duygusal tükenme ve duyarsızlaşma puan ortalamaları diğerlerinden anlamlı olarak düşük iken, kişisel başarı puan ortalamaları anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (P= 0.00).

Çocuğunun hekim olmasını isteyenlerin puan ortalamaları karşılaştırıldığında duygusal tükenmişlik ve duyarsızlaşma puan ortalamaları düşük, kişisel başarı puan ortalamaları anlamlı olarak yüksek idi (P= 0.00).

**Tablo-15.**Hekimlerin Mesleki Özellikleri İle Tükenmişlik Puanları Arasındaki İlişki

| Kategori                                             | MTÖ – DT<br>Ort ± SS | MTÖ-D<br>Ort ± SS | MTÖ-KBP<br>Ort ± SS |
|------------------------------------------------------|----------------------|-------------------|---------------------|
| <b>Yerleşim Birimi (n=711)</b>                       |                      |                   |                     |
| İl merkezi                                           | 15.4 ± 7.1           | 5.7 ± 4.0         | 21.1 ± 4.5          |
| İlçe                                                 | 16.9 ± 6.3           | 6.3 ± 3.6         | 20.3 ± 4.2          |
|                                                      | U= 26080.5,P=0.02    | U= 27097.0,P=0.09 | U= 27237.5,P=0.1    |
| <b>Çalışılan Kurum (n=711)</b>                       |                      |                   |                     |
| Sağlık Ocağı- Diğer                                  | 15.7 ± 5.8           | 5.8 ± 3.6         | 20.2 ± 4.3          |
| Devlet Hastanesi                                     | 16.1 ± 7.1           | 6.1 ± 3.8         | 21.1 ± 4.2          |
| Üniversite Hastanesi                                 | 15.9 ± 7.5           | 5.7 ± 4.1         | 21.1 ± 4.6          |
| Özel Hastane                                         | 9.9 ± 4.5            | 3.5 ± 3.2         | 23.8 ± 3.4          |
|                                                      | KW =26.5, P= 0.00    | KW =13.3, P= 0.00 | KW =18.7, P= 0.00   |
| <b>Yönetmel Görev (n=711)</b>                        |                      |                   |                     |
| Evet                                                 | 13.5 ± 6.8           | 4.9 ± 4.0         | 22.3 ± 4.2          |
| Hayır                                                | 16.1 ± 7.0           | 6.0 ± 3.8         | 20.7 ± 4.5          |
|                                                      | U= 32249.0,P=0.00    | U= 33381.5,P=0.00 | U= 30398.0,P=0.00   |
| <b>Meslekte Toplam Çalışma Süresi (n=711)</b>        |                      |                   |                     |
| 6 yıl ve altı                                        | 17.2 ± 6.7           | 6.7 ± 3.7         | 19.8 ± 4.4          |
| 7-10                                                 | 15.1 ± 6.2           | 5.8 ± 3.8         | 21.0 ± 3.8          |
| 11-17                                                | 15.1 ± 7.5           | 5.0 ± 3.9         | 22.0 ± 4.5          |
| 18 yıl ve üzeri                                      | 12.5 ± 7.1           | 4.1 ± 3.8         | 23.1 ± 4.1          |
|                                                      | KW= 39.2, P= 0.00    | KW = 50.1, P=0.00 | KW = 53.7, P=0.00   |
| <b>Şimdiki Kurumda Toplam Çalışma Süresi (n=711)</b> |                      |                   |                     |
| 6 yıl ve altı                                        | 16.4 ± 6.9           | 6.3 ± 3.8         | 20.5 ± 4.4          |
| 7-10                                                 | 13.3 ± 7.3           | 4.5 ± 3.6         | 21.5 ± 4.7          |
| 11-17                                                | 13.8 ± 7.3           | 4.4 ± 3.9         | 22.4 ± 4.1          |
| 18 yıl ve üzeri                                      | 11.7 ± 7.0           | 3.5 ± 3.6         | 24.0 ± 3.5          |
|                                                      | KW = 28.0, P=0.00    | KW = 43.0, P=0.00 | KW = 34.8, P=0.00   |
| <b>Nöbet Durumu (n=711)</b>                          |                      |                   |                     |
| Evet                                                 | 17.1 ± 7.0           | 6.4 ± 3.9         | 20.5 ± 4.4          |
| Hayır                                                | 13.6 ± 6.6           | 4.9 ± 3.7         | 21.8 ± 4.4          |
|                                                      | U= 44658.0,P=0.00    | U= 48443.0,P=0.00 | U= 50894.0,P=0.00   |

**Tablo-15.**Hekimlerin Mesleki Özellikleri İle Tükenmişlik Puanları Arasındaki İlişki (Devamı)

| Kategori                                       | MTÖ – DT<br>Ort ± SS | MTÖ-D<br>Ort ± SS   | MTÖ-KBP<br>Ort ± SS |
|------------------------------------------------|----------------------|---------------------|---------------------|
| Nöbet Sayısı (n=407)                           |                      |                     |                     |
| 6nöbet ve altı                                 | 15.8±7.1             | 5.6±3.8             | 21.0±4.2            |
| 6nöbetin üzeri                                 | 18.8±6.5             | 7.5±3.9             | 19.8±4.6            |
|                                                | U = 15057.5, P=0.00  | U = 14869.0, P=0.00 | U = 17429.5, P=0.00 |
| Mesleğini İsteyerek Seçme (n=711)              |                      |                     |                     |
| Evet                                           | 15.0 ± 6.7           | 5.5 ± 3.7           | 21.3 ± 4.3          |
| Hayır                                          | 19.0 ± 8.0           | 7.1 ± 4.6           | 19.3 ± 4.7          |
|                                                | U = 22550.0, P=0.00  | U = 25361.0, P=0.00 | U = 23853.0, P=0.00 |
| Mesleğiniz Hakkında Düşünceleriniz (n=711)     |                      |                     |                     |
| Doğru Seçim                                    | 12.2 ± 5.9           | 4.5 ± 3.6           | 22.5 ± 4.2          |
| Bazen Yanlış Seçim                             | 17.9 ± 6.2           | 6.5 ± 3.7           | 20.1 ± 4.0          |
| Yanlış Seçim                                   | 22.1 ± 6.8           | 8.2 ± 4.3           | 18.0 ± 4.9          |
|                                                | KW = 105.7, P=0.00   | KW = 48.3, P=0.00   | KW = 45.2, P= 0.00  |
| Çocuğunun Hekim Olmasını İsteme Durumu (n=711) |                      |                     |                     |
| Evet                                           | 12.4 ± 6.2           | 4.5 ± 3.5           | 22.1 ± 4.5          |
| Hayır                                          | 18.3 ± 6.6           | 6.8 ± 3.9           | 20.1 ± 4.2          |
|                                                | U = 31910.5, P=0.00  | U = 41274.5, P=0.00 | U = 45521.5, P=0.00 |

Hekimlerin eğitim özelliklerine göre MTÖ alt boyutlarından aldıkları puanların tanımlayıcı istatistik analiz sonuçları Tablo-16’da verilmiştir.

Hekimlerin kariyer durumlarına, uzmanlık alanına, çalışma ortam memnuniyetine, işin beklentilerini karşılama durumuna, kongre – kurs – seminere katılım ve tıbbi yayın izleme durumuna göre duygusal tükenmişlik puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur. Önemliliğin hangi gruptan kaynaklandığını göstermek için yapılan ileri analizlerde yine Mann - Wihtney U testi kullanılmıştır.

Hekimlerin kariyer durumlarına göre puan ortalamaları karşılaştırıldığında yapılan ileri analizde araştırma görevlilerinin duygusal tükenme ve duyarsızlaşma puan ortalamaları diğerlerinden anlamlı olarak yüksek iken, kişisel başarı puan ortalamaları anlamlı olarak düşük bulunmuştur (P= 0.00).

Uzmanlık alanına göre puan ortalamaları karşılaştırıldığında yapılan ileri analizde temel tıp bilimlerini seçen hekimlerin duygusal tükenmişlik ve duyarsızlaşma

puan ortalamaları, dahili ve cerrahi tıp bilimlerini seçen hekimlerden anlamlı olarak düşük bulunmuştur ( $P= 0.00$ ). Kişisel başarı puan ortalaması daha yüksek olmasına rağmen istatistiksel bir fark tespit edilmemiştir ( $P= 0.1$ ). Dahili tıp bilimlerinde bulunan hekimlerin duygusal tükenmişlik puan ortalamaları, cerrahi tıp bilimlerindeki hekimlerin ise duyarsızlaşma puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur.

Pratisyenlerin TUS'a hazırlanıyor olma durumuna göre puan ortalamaları karşılaştırıldığında TUS'a hazırlanan pratisyen hekimlerin duyarsızlaşma puan ortalamaları, hazırlanmayan pratisyen hekimlerden anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ( $P= 0.03$ ). TUS'a hazırlanan pratisyen hekimlerin duygusal tükenmişlik ve kişisel başarı puan ortalamaları, hazırlanmayan pratisyen hekimlerden düşük olmasına rağmen istatistiksel olarak fark saptanmamıştır ( $P= 0.3$ ,  $P=0.8$ ).

Hekimlerin çalışma ortamı memnuniyetine göre puan ortalamaları karşılaştırıldığında yapılan ileri analizde çalışma ortamından memnun olmayanların duygusal tükenme ve duyarsızlaşma puan ortalamaları diğerlerinden anlamlı olarak yüksek iken, kişisel başarı puan ortalamaları anlamlı olarak düşük bulunmuştur ( $P=0.00$ ).

Hekimlerin işin beklentilerini karşılama durumuna göre puan ortalamaları karşılaştırıldığında yapılan ileri analizde işin beklentilerini karşıladığını ifade edenlerin duygusal tükenme ve duyarsızlaşma puan ortalamaları diğerlerinden anlamlı olarak düşük iken, kişisel başarı puan ortalamaları anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ( $P=0.00$ ).

Fiziksel koşulları yeterli olarak algılama durumuna göre puan ortalamaları karşılaştırıldığında duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarı puanı açısından istatistiksel olarak fark önemli bulundu. Evet yanıtını veren hekimlerin duygusal tükenme ve duyarsızlaşma puanları düşük iken kişisel başarı puanları yüksek idi ( $P=0.00$ ).

Son bir yıl içinde iş yerinde hizmet içi eğitimi alma durumuna göre puan ortalamaları karşılaştırıldığında duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarı puanı açısından istatistiksel olarak farkın önemsiz olduğu saptandı (  $P= 0.7$ ,  $P = 0.6$ ,  $P=0.1$ )

Kongre, kurs, seminere katılma durumuna göre puan ortalamaları karşılaştırıldığında duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarı puanı açısından istatistiksel olarak fark önemli idi Yapılan ileri analizde evet yanıtını veren hekimlerin duygusal tükenme ve duyarsızlaşma puanları düşük iken kişisel başarı puanları yüksek bulunmuştur ( $P= 0.00$ ).

Tıbbi yayın izleme durumuna göre puan ortalamaları karşılaştırıldığında duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarı puanı açısından istatistiksel olarak fark önemli idi. Yapılan ileri analizde evet yanıtını veren hekimlerin duygusal tükenme ve duyarsızlaşma puanları düşük iken kişisel başarı puanları yüksek bulunmuştur ( $P=0.00$ ).

İş yerinde görev tanımlarının belirli olması durumuna göre duygusal tükenme puan ortalamaları karşılaştırıldığında fark önemli olup, evet yanıtını veren hekimlerin, hayır yanıtını veren hekimlerden duygusal tükenmişlik, duyarsızlaşma puan ortalamaları düşük, kişisel başarı puan ortalamaları yüksek bulunmuştur ( $P= 0.00$ ).

**Tablo-16.** Hekimlerin Eğitim Özellikleri ile Tükenmişlik Puanları Arasındaki İlişki

| Kategori                         | MTÖ – DT<br>Ort ± SS | MTÖ-D<br>Ort ± SS | MTÖ-KBP<br>Ort ± SS |
|----------------------------------|----------------------|-------------------|---------------------|
| <b>Kariyer (n=711)</b>           |                      |                   |                     |
| Pratisyen Dr.                    | 16.0 ± 6.2           | 5.9 ± 3.6         | 20.3 ± 4.4          |
| Arş. gör.Dr.                     | 18.4 ± 7.0           | 7.0 ± 3.9         | 19.7 ± 4.5          |
| Uzman Dr.                        | 14.8 ± 7.2           | 5.7 ± 4.0         | 21.7 ± 4.1          |
| Yrd. Doç. Dr.                    | 12.0 ± 6.9           | 4.5 ± 4.0         | 22.3 ± 4.3          |
| Doç. Dr.                         | 12.1 ± 6.1           | 3.3 ± 3.0         | 23.0 ± 4.3          |
| Prof. Dr.                        | 11.4 ± 5.9           | 3.4 ± 3.3         | 24.2 ± 3.2          |
|                                  | KW = 67.7 P= 0.00    | KW = 63.0,P= 0.00 | KW = 65.0, P= 0.00  |
| <b>Uzmanlık Alanınız (n=504)</b> |                      |                   |                     |
| Temel Tıp Bilimleri              | 9.8 ± 5.4            | 3.1 ± 2.7         | 21.9 ± 4.4          |
| Cerrahi Tıp Bilimleri            | 15.9 ± 7.2           | 6.4 ± 4.1         | 21.7 ± 4.3          |
| Dahili Tıp Bilimleri             | 16.2 ± 7.4           | 5.6 ± 4.0         | 20.9 ± 4.6          |
|                                  | KW = 35.2, P=0.00    | KW = 26.5, P=0.00 | KW = 4.1,P= 0.1     |

**Tablo-16.** Hekimlerin Eğitim Özellikleri ile Tükenmişlik Puanları Arasındaki İlişki (Devamı)

| Kategori                                             | MTÖ – DT<br>Ort ± SS | MTÖ-D<br>Ort ± SS  | MTÖ-KBP<br>Ort ± SS |
|------------------------------------------------------|----------------------|--------------------|---------------------|
| TUS 'a Hazırlanma Durumu (pratisyenler için) (n=207) |                      |                    |                     |
| Evet                                                 | 15.7 ± 5.8           | 6.2 ± 3.2          | 20.3 ± 4.2          |
| Hayır                                                | 16.4 ± 6.6           | 5.5 ± 4.1          | 20.3 ± 4.6          |
|                                                      | U= 4780.0, P= 0.3    | U= 4313.0, P= 0.03 | U= 5120.0, P= 0.8   |
| Çalışma Ortamı Memnuniyeti (n=711)                   |                      |                    |                     |
| Evet                                                 | 11.3 ± 6.1           | 4.3 ± 3.6          | 22.2 ± 4.3          |
| Kısmen                                               | 16.3 ± 6.0           | 5.9 ± 3.6          | 21.0 ± 4.0          |
| Hayır                                                | 22.0 ± 6.3           | 8.4 ± 4.2          | 18.6 ± 5.0          |
|                                                      | KW= 178.7, P=0.00    | KW= 80.6, P= 0.00  | KW = 44.5, P= 0.00  |
| İşin Beklentileri Karşılama Durumu (n=711)           |                      |                    |                     |
| Evet                                                 | 10.1 ± 5.7           | 4.0 ± 3.3          | 22.9 ± 4.2          |
| Kısmen                                               | 16.2 ± 5.9           | 5.8 ± 3.6          | 21.1 ± 4.0          |
| Hayır                                                | 21.5 ± 6.9           | 8.2 ± 4.3          | 18.0 ± 4.6          |
|                                                      | KW= 185.9, P=0.00    | KW= 72.3, P= 0.00  | KW = 75.0, P= 0.00  |
| İşyerin Fizik Koşulları (n=711)                      |                      |                    |                     |
| Yeterli                                              | 12.4 ± 6.1           | 4.3 ± 3.6          | 22.4 ± 3.9          |
| Yetersiz                                             | 17.1 ± 7.0           | 6.4 ± 3.9          | 20.4 ± 4.6          |
|                                                      | U= 33440.0, P=0.00   | U= 36869.5, P=0.00 | U= 40610.5, P=0.00  |
| Son Yıl İçinde Hizmet İçi Eğitim Programı (n=711)    |                      |                    |                     |
| Evet                                                 | 15.5 ± 6.6           | 5.6 ± 3.7          | 20.7 ± 4.4          |
| Hayır                                                | 15.7 ± 7.3           | 5.8 ± 4.0          | 21.2 ± 4.5          |
|                                                      | U= 60441.5, P=0.7    | U= 60148.5, P=0.6  | U= 57530.0, P=0.1   |
| Kongre, Kurs, Seminere Katılım (n=711)               |                      |                    |                     |
| Evet sık sık katılıyorum                             | 12.4 ± 6.1           | 4.3 ± 3.6          | 23.2 ± 4.3          |
| Zaman zaman katılıyorum                              | 15.7 ± 6.6           | 5.9 ± 3.7          | 20.9 ± 4.2          |
| Hayır katılmıyorum                                   | 19.1 ± 7.6           | 7.1 ± 4.2          | 19.0 ± 4.3          |
|                                                      | KW= 61.2, P= 0.00    | KW= 40.5, P= 0.00  | KW= 66.1, P= 0.00   |
| Tıbbi Yayın İzleme Durumu (n=711)                    |                      |                    |                     |
| Evet                                                 | 12.1 ± 4.6           | 4.4 ± 3.7          | 23.1 ± 4.3          |
| Zaman zaman                                          | 15.5 ± 6.4           | 5.7 ± 3.6          | 21.1 ± 4.0          |
| Hayır                                                | 19.8 ± 6.7           | 7.5 ± 4.2          | 18.5 ± 4.4          |
|                                                      | KW= 98.7, P= 0.00    | KW= 50.3, P= 0.00  | KW= 95.1, P= 0.00   |
| İşyerinde Görev Tanımlarının Belirli Olması (n=711)  |                      |                    |                     |
| Evet                                                 | 14.0 ± 6.7           | 5.1 ± 3.7          | 21.7 ± 4.3          |
| Hayır                                                | 18.0 ± 6.8           | 6.8 ± 4.0          | 20.0 ± 4.5          |
|                                                      | U= 40690.5, P=0.00   | U= 45736.0, P=0.00 | U= 47545.5, P= 0.00 |

#### **4.5- Hekimlerin tükenmişlik düzeyi ile sosyo-demografik değişkenler arasındaki ilişki ile ilgili lojistik regresyon analizi sonuçları**

Hekimlerin tükenmişlik düzeyi ile bazı sosyo-demografik değişkenler arasındaki ilişkiyi incelemek amacı ile lojistik regresyon analizi yapıldı.

MTÖ alt boyutları ile yapılan istatistik analiz sonucunda anlamlı bulunan hekimlerin kişisel özelliklerinin lojistik regresyon modeli Tablo – 17,18,19’da verilmiştir.

Hekimlerin aylık geliri, tatil yapma ve sigara içme durumunun model içindeki etkilerinin istatistiksel olarak önemli, duygusal tükenmişlik üzerinde etkili risk faktörleri olduğu saptandı (Tablo-17).

Hekimlerin duygusal tükenmişliği ile aylık gelir arasındaki ilişki incelendiğinde; aylık geliri 1000 – 4000 YTL arasında olanların 5000 YTL ve üzeri olanlara göre duygusal tükenmişliğinin yüksek olduğu, en fazla riskin 1.87 katla (OR = 1.87, % 95 G.A. =1.20 – 2.89) aylık geliri 3001– 4000 YTL arasında olan grupta olduğu saptandı.

Hekimlerin duygusal tükenmişliği ile tatil yapma durumu arasındaki ilişki incelendiğinde; tatile çıkmayanların duygusal tükenmişliğinin yüksek olduğu, riskin her yıl tatile çıkanlardan 3.11 kat (OR = 3.11, % 95 G.A. = 1.89 – 5.11) fazla olduğu bulundu.

Hekimlerin duygusal tükenmişliği ile sigara içme durumları arasındaki ilişki incelendiğinde; sigara içenlerin duygusal tükenmişliğinin içmeyenlerden 1.42 kat (OR=1.42, %95 G.A. =1.01 – 1.99) yüksek olduğu saptandı.

Oluşturulan modele duygusal tükenmişlik ile istatistik analiz sonucunda anlamlı bulunan bağımsız değişkenler olarak; hekimlerin yaşı, medeni durumu, otomobil varlığı, ev varlığı, aylık geliri, spor yapma ve tatile çıkma durumu, sigara kullanımı konmuştur. Hekimlerin yaş grubunun, medeni durumunun, otomobil ve ev varlığının, spor yapma durumunun modele etkilerinin istatistiksel olarak önemli olmadığı saptandı.

**Tablo-17.** Hekimlerin Duygusal Tükenmişlik Boyutuna Göre Bazı Kişisel Değişkenlere Ait Çoklu Regresyon Analizi Sonuçları

| Kategori                  | OR (%95.0 G.A.)    | P    |
|---------------------------|--------------------|------|
| <b>Aylık Gelir</b>        |                    |      |
| 5001 Ve Üzeri             | 1.00 (Ref.)        |      |
| 1000 - 2000               | 1.78 (1.07 - 2.95) | 0.02 |
| 2001 - 3000               | 1.67 (1.04 - 2.67) | 0.03 |
| 3001 - 4000               | 1.87 (1.20 - 2.89) | 0.00 |
| 4001 - 5000               | 1.47 (0.89 - 2.43) | 0.1  |
| <b>Tatil Yapma Durumu</b> |                    |      |
| Her Yıl                   | 1.00 (Ref.)        |      |
| Ara Sıra                  | 1.09 (0.76 - 1.56) | 0.5  |
| Çıkmıyorum                | 3.11 (1.89 - 5.11) | 0.00 |
| <b>Sigara İçme Durumu</b> |                    |      |
| Hayır                     | 1.00 (Ref.)        |      |
| Evet                      | 1.42 (1.01 - 1.99) | 0.03 |

Oluşturulan modele duyarsızlaşma ile istatistik analiz sonucunda anlamlı bulunan bağımsız değişkenler olarak; yaş grupları, medeni durum, çocuk durumu, otomobil varlığı, ev varlığı, aylık gelir, tatil yapma durumu ve sigara içme durumu konmuştur.

Hekimlerin aylık gelirinin model içindeki etkilerinin istatistiksel olarak önemli olduğu saptandı.

Hekimlerin duyarsızlaşması ile aylık gelir arasındaki ilişki incelendiğinde; aylık gelir azaldıkça duyarsızlaşma açısından riskin arttığı saptandı. En fazla riskin 1.97 katla (OR= 1.97, % 95 G.A. = 1.19 -3.25) aylık geliri 1000 – 2000 YTL arasında olan grup olduğu gözlemlendi.

Hekimlerin yaş grupları, medeni durum, çocuk durumu, ev ve otomobil varlığı, tatil yapma durumu ve sigara içme durumunun modele etkilerinin istatistiksel olarak önemli olmadığı saptandı.

Oluşturulan modele kişisel başarı ile istatistik analiz sonucunda anlamlı bulunan bağımsız değişkenler olarak; yaş grupları, cinsiyet, medeni durum, çocuk durumu, eş çalışma durumu, ev varlığı, otomobil varlığı, aylık gelir ve tatil yapma durumu konmuştur.

Hekimlerin cinsiyeti, eş çalışma durumu ve aylık gelirin model içindeki etkilerinin istatistiksel olarak önemli olduğu saptandı (Tablo- 18).

Hekimlerin kişisel başarı ile cinsiyet arasındaki ilişki incelendiğinde; erkek hekimlerin kişisel başarısının kadın hekimlerden 1.94 kat (OR= 1.94, % 95 G.A.= 1.28–2.94) yüksek olduğu saptandı.

Hekimlerin kişisel başarı ile eş çalışma durumu arasındaki ilişki incelendiğinde; eş çalışmayan hekimlerin kişisel başarı puanının eş çalışan hekimlerden 1.64 kat (OR= 1.64,% 95 G.A. = 1.01 -2.68) daha yüksek olduğu gözlemlendi.

Hekimlerin kişisel başarı ile aylık geliri arasındaki ilişki incelendiğinde; aylık geliri 5001 TL ve üzeri olan hekimlerin kişisel başarı puanları aylık geliri 5000 TL ve altında olan hekimlerden 4.13 kat (OR= 4.13, %95 G.A.= 1.50 – 11.35) daha yüksek olduğu gözlemlendi.

Hekimlerin yaş grupları, medeni durum, çocuk durumu, ev varlığı, otomobil varlığı ve tatil yapma durumunun modele etkilerinin istatistiksel olarak önemli olmadığı saptandı.

**Tablo-18.** Hekimlerin Kişisel Başarı Boyutuna Göre Bazı Kişisel Değişkenlere Ait Çoklu Regresyon Analizi Sonuçları.

| Kategori          | OR (%95.0 G.A.)     | P    |
|-------------------|---------------------|------|
| Cinsiyet          |                     |      |
| Kadın             | 1.00 (Ref.)         |      |
| Erkek             | 1.94 (1.28 - 2.94)  | 0.00 |
| Eş Çalışma Durumu |                     |      |
| Evet              | 1.00 (Ref.)         |      |
| Hayır             | 1.64 (1.01 - 2.68)  | 0.04 |
| Aylık Gelir       |                     |      |
| 1000 - 2000       | 1.00 (Ref.)         |      |
| 2001 - 3000       | 1.44 (0.50 - 4.10)  | 0.4  |
| 3001 - 4000       | 2.32 (0.82 - 6.58)  | 0.1  |
| 4001 - 5000       | 2.51 (0.87 - 7.28)  | 0.08 |
| 5001 ve Üzeri     | 4.13 (1.50 - 11.35) | 0.00 |

MTÖ alt boyutları ile istatistik analiz sonucunda anlamlı bulunan hekimlerin mesleki özelliklerinin lojistik regresyon modeli Tablo-19, 20, 21’de verilmiştir.

Oluşturulan modele duygusal tükenmişlik ile istatistik analiz sonucunda anlamlı bulunan bağımsız değişkenler olarak; yerleşim birimi, çalışılan kurum, yönetsel görev, meslekte toplam çalışma süresi, şimdiki kurumda toplam çalışma süresi, nöbet durumu, mesleğini isteyerek seçmesi, mesleği hakkında düşünceleri ve çocuğun hekim olmasını isteme durumu konmuştur.

Hekimlerin çalıştığı kurum, yönetsel görevi, şimdiki kurumda toplam çalışma süresi, mesleği hakkında düşünceleri ve çocuğunun hekim olmasını isteme durumunun modele etkilerinin istatistiksel olarak önemli olduğu saptandı ( Tablo-19).

Hekimlerin duygusal tükenmişliği ile çalıştığı kurum arasındaki ilişki incelendiğinde; üniversite hastanesinde çalışanların, sağlık ocağı ve devlet hastanesinde çalışanlardan duygusal tükenmişliğinin yüksek olduğu, üniversite hastanesinde çalışanlarda riskin 14.00 kat ( $OR= 14.00$ , %95 G.A.= 3.12 –62.81) fazla olduğu bulundu.

Hekimlerin duygusal tükenmişliği ile yönetsel görev arasındaki ilişki incelendiğinde; yönetsel görevi olmayan hekimlerin olan hekimlerden duygusal tükenmişliğinin yüksek olduğu, riskin 1.81 kat ( $OR= 1.81$ , % 95 G.A.= 1.14 –2.89) fazla olduğu saptandı.

Hekimlerin duygusal tükenmişliği ile mesleği hakkındaki düşünceleri arasındaki ilişki incelendiğinde; yanlış seçim yaptığını düşünen hekimlerin duygusal tükenmişliğinin diğer hekimlerden 5.55 kat ( $OR= 5.55$ , % 95 G.A.= 2.82-10.92) yüksek olduğu gözlemlendi.

Hekimlerin duygusal tükenmişliği ile çocuğunun hekim olmasını isteme durumu arasındaki ilişki incelendiğinde; çocuğunun hekim olmasını istemeyenlerin duygusal tükenmişliğinin diğer hekimlerden 2.17 kat ( $OR= 2.17$ , % 95 G.A.= 1.46-3.21) yüksek olduğu gözlemlendi.

Hekimlerin duygusal tükenmişliği ile şimdiki kurumda çalışılan süre arasındaki ilişki incelendiğinde; şimdiki kurumda çalışılan süre 6 yıl ve daha az olan hekimlerin

duygusal tükenmişliğinin yüksek olduğu, riskin diğer hekimlerden 3.61 kat (OR= 3.61, %95 G.A.= 1.54 - 8.50) fazla olduğu saptandı.

Hekimlerin yerleşim birimi, meslekte toplam çalışma süresi, nöbet durumu ve mesleğini isteyerek seçmesinin modele etkilerinin istatistiksel olarak önemli olmadığı saptandı.

**Tablo-19.** Hekimlerin Duygusal Tükenmişlik Boyutuna Göre Bazı Mesleki Değişkenlere Ait Çoklu Regresyon Analizi Sonuçları.

| Kategori                                      | OR (%95.0 G.A.)      | P    |
|-----------------------------------------------|----------------------|------|
| <b>Çalışılan Kurum</b>                        |                      |      |
| Özel Hastane                                  | 1.00 (Ref.)          |      |
| Sağlık Ocağı – Diğer                          | 12.20 (2.64 - 56.23) | 0.00 |
| Devlet Hastanesi                              | 10.31 (2.27 - 46.64) | 0.00 |
| Üniversite Hastanesi                          | 14.00 (3.12 - 62.81) | 0.00 |
| <b>Yönetmel Görev</b>                         |                      |      |
| Evet                                          | 1.00 (Ref.)          |      |
| Hayır                                         | 1.81 (1.14 - 2.89)   | 0.01 |
| <b>Mesleğiniz Hakkında Düşünceleriniz</b>     |                      |      |
| Doğru Seçim                                   | 1.00 (Ref.)          |      |
| Bazen Yanlış Seçim                            | 4.09 (2.74 - 6.09)   | 0.00 |
| Yanlış Seçim                                  | 5.55 (2.82 - 10.92)  | 0.00 |
| <b>Çocuğunun Hekim Olmasını İsteme Durumu</b> |                      |      |
| Evet                                          | 1.00 (Ref.)          |      |
| Hayır                                         | 2.17 (1.46 - 3.21)   | 0.00 |
| <b>Şimdiki Kurumda Toplam Çalışılan Süre</b>  |                      | 0.02 |
| 18 Yıl Ve Üzeri                               | 1.00 (Ref.)          |      |
| 6 Yıl Ve Altı                                 | 3.61 (1.54 - 8.50)   | 0.00 |
| 7 – 10 Yıl                                    | 2.56 (0.94 - 6.93)   | 0.06 |
| 11 – 17 Yıl                                   | 3.25 (1.25 - 8.45)   | 0.01 |

Oluşturulan modele duyarsızlaşma ile istatistik analiz sonucunda anlamlı bulunan bağımsız değişkenler olarak; çalışılan kurum, yönetmel görev, meslekte toplam çalışma süresi, şimdiki kurumda toplam çalışma süresi, nöbet durumu, mesleğini isteyerek seçmesi, mesleği hakkında düşünceleri ve çocuğun hekim olmasını isteme durumu konmuştur.

Hekimlerin nöbet durumu, meslekte toplam çalışma süresi, mesleği hakkında düşünceleri ve çocuğunun hekim olmasını isteme durumunun modele etkilerinin istatistiksel olarak önemli olduğu saptandı ( Tablo- 20).

Hekimlerin duyarsızlaşma ile meslekte toplam çalışılan süre arasındaki ilişki incelendiğinde; meslekte toplam çalışma süresi 6 yıl ve daha az olan hekimlerin duyarsızlaşmanın çalışma yılı daha fazla olan hekimlerden 2.10 kat (OR = 2.10, %95 G.A.=1.24-3.55) yüksek olduğu, çalışma yılı arttıkça riskin azaldığı gözlemlendi.

Hekimlerin duyarsızlaşma ile nöbet durumu arasındaki ilişki incelendiğinde; nöbet tutan hekimlerin duyarsızlaşması, nöbet tutmayan hekimlerden 1.41 kat (OR=1.41, %95 GA =1.004 -1.996) yüksek olduğu bulundu.

Hekimlerin duyarsızlaşma ile mesleği hakkındaki düşünceleri arasındaki ilişki incelendiğinde; yanlış seçim yaptığını düşünen hekimlerin duyarsızlaşmasının doğru seçim yaptığını düşünen hekimlerden 2.11 kat (OR =2.11, % 95 G.A. =1.17-3.81) yüksek olduğu gözlemlendi.

Hekimlerin duyarsızlaşması ile çocuğunun hekim olmasını isteme durumu arasındaki ilişki incelendiğinde; çocuğunun hekim olmasını istemeyenlerin duyarsızlaşmasının diğer hekimlerden 1.94 kat (OR =1.94, % 95 G.A. =1.32 – 2.85) yüksek olduğu saptandı.

Hekimlerin yerleşim birimi, yönetsel görev, şimdiki kurumda toplam çalışma süresi, ve mesleğini isteyerek seçmesinin modele etkilerinin istatistiksel olarak önemli olmadığı saptandı.

**Tablo-20.** Hekimlerin Duyarsızlaşma Boyutuna Göre Bazı Mesleki Değişkenlere Ait Çoklu Regresyon Analizi Sonuçları

| Kategori                             | OR (% 95.G.A.)       | P    |
|--------------------------------------|----------------------|------|
| Meslekte Toplam Çalışma Süresi       |                      |      |
| 18 Yıl Ve Üzeri                      | 1.00 (Ref.)          |      |
| 6 Yıl Ve Altı                        | 2.10 (1.24 - 3.55)   | 0.00 |
| 7 - 10 Yıl                           | 1.57 (0.87 - 2.84)   | 0.1  |
| 11 - 17 Yıl                          | 1.34 (0.76 - 2.35)   | 0.3  |
| Nöbet Durumu                         |                      |      |
| Hayır                                | 1.00 (Ref.)          |      |
| Evet                                 | 1.41 (1.004 - 1.996) | 0.04 |
| Mesleğiniz Hakkında Düşünceleriniz   |                      |      |
| Doğru Seçim                          | 1.00 (Ref.)          |      |
| Bazen Yanlış Seçim                   | 1.89 (1.29 - 2.77)   | 0.00 |
| Yanlış Seçim                         | 2.11 (1.17 - 3.81)   | 0.01 |
| Çocuğun Hekim Olmasını İsteme Durumu |                      |      |
| Evet                                 | 1.00 (Ref.)          |      |
| Hayır                                | 1.94 (1.32 - 2.85)   | 0.00 |

Oluşturulan modele duyarsızlaşma ile istatistik analiz sonucunda anlamlı bulunan bağımsız değişkenler olarak; çalışılan kurum, yönetsel görev, meslekte toplam çalışma süresi, şimdiki kurumda toplam çalışma süresi, nöbet durumu, mesleğini isteyerek seçmesi, mesleği hakkında düşünceleri ve çocuğun hekim olmasını isteme durumu konmuştur.

Hekimlerin yönetsel görevi, mesleği hakkında düşünceleri ve meslekte toplam çalışma süresinin modele etkilerinin istatistiksel olarak önemli olduğu saptandı (Tablo-21).

Hekimlerin kişisel başarısı ile yönetsel görevi arasındaki ilişki incelendiğinde; yönetsel görevi olan hekimlerin olmayan hekimlerden kişisel başarısının 2.40 kat ( $OR=2.40$ , % 95 G.A. =1.58 –3.65) fazla olduğu gözlemlendi.

Hekimlerin kişisel başarısı ile mesleği hakkındaki düşünceleri arasındaki ilişki incelendiğinde; doğru seçim yaptığını düşünen hekimlerin kişisel başarılarının, yanlış seçim yaptığını düşünen hekimlerden 4.89 kat ( $OR =4.89$ , % 95 G.A. =2.70 - 8.83) yüksek olduğu gözlemlendi.

Hekimlerin kişisel başarısı ile meslekte toplam çalışılan süre arasındaki ilişki incelendiğinde; meslekte toplam çalışma süresi arttıkça kişisel başarının arttığı, toplam çalışma yılının 18 yıl ve üzeri olan hekimlerin kişisel başarısının 6 yıl ve daha az çalışan hekimlerden 3.02 kat ( $OR = 3.02$ , %95 G.A. =1.82- 5.00) yüksek olduğu gözlemlendi.

Hekimlerin çalışılan kurumu, şimdiki kurumda toplam çalışma süresi, nöbet durumu ve mesleğini isteyerek seçmesinin modele etkilerinin istatistiksel olarak önemli olmadığı saptandı

**Tablo-21.** Hekimlerin Kişisel Başarı Boyutuna Göre Bazı Mesleki Değişkenlere Ait Çoklu Regresyon Analizi Sonuçları

| Kategori                           | OR (% 95.0 G.A.)   | P    |
|------------------------------------|--------------------|------|
| Yönetmel Görev                     |                    |      |
| Hayır                              | 1.00 (Ref.)        |      |
| Evet                               | 2.40 (1.58 - 3.65) | 0.00 |
| Mesleğiniz Hakkında Düşünceleriniz |                    |      |
| Yanlış Seçim                       | 1.00 (Ref.)        |      |
| Doğru Seçim                        | 4.89 (2.70 - 8.83) | 0.00 |
| Bazen Yanlış Seçim                 | 2.28 (1.26 - 4.15) | 0.00 |
| Meslekte Toplam Çalışma Süresi     |                    |      |
| 6 Yıl Ve Altı                      | 1.00 (Ref.)        |      |
| 7 - 10 Yıl                         | 1.25 (0.81 - 1.93) | 0.3  |
| 11 - 17 Yıl                        | 1.64 (1.10 - 2.44) | 0.01 |
| 18 Yıl Ve Üzeri                    | 3.02 (1.82 - 5.00) | 0.00 |

MTÖ alt boyutları ile tanımlayıcı istatistik analiz sonucunda anlamlı bulunan hekimlerin eğitim özelliklerinin lojistik regresyon modeli Tablo- 22,23,24’de verilmiştir.

Oluşturulan modele duygusal tükenmişlik ile istatistik analiz sonucunda anlamlı bulunan bağımsız değişkenler olarak; kariyer durumu, çalışma ortam memnuniyeti, işin beklentileri karşılama durumu, işyerinin fiziki koşulları, kongre kurs seminere katılım, tıbbi yayın izleme durumu ve işyerinde görev tanımının belirli olması konmuştur.

Hekimlerin kariyer durumu, çalışma ortam memnuniyeti, işin beklentilerini karşılama durumu ve işyerinin fiziki koşulları modele etkilerinin istatistiksel olarak önemli olduğu saptandı ( Tablo- 22).

Hekimlerin duygusal tükenmişliği ile kariyer durumu arasındaki ilişki incelendiğinde; Araştırma görevlisi olan hekimlerin duygusal tükenmişliğinin yüksek olduğu, riskin diğer hekim gruplarından 3.73 kat ( OR =3.73,% 95 G.A. =1.60 –8.66) yüksek olduğu bulundu.

Hekimlerin duygusal tükenmişliği ile çalışma ortam memnuniyeti arasındaki ilişki incelendiğinde; çalışma ortamından memnun olmayan hekimlerin duygusal

tükenmişliğinin yüksek olduğu, riskin çalışma ortamından memnun olan hekimlerden 5.89 kat (OR = 5.89, %95 G.A.= 2.94 – 11.79) yüksek olduğu saptandı.

Hekimlerin duygusal tükenmişliği ile işin beklentileri karşılama durumu arasındaki ilişki incelendiğinde; işi beklentilerini karşılamayan hekimlerin duygusal tükenmişliğinin yüksek olduğu, riskin işinin beklentilerini karşılayan hekimlerden 4.17 kat (OR= 4.17, %95 G.A. = 1.99- 8.74) yüksek olduğu bulundu.

Hekimlerin duygusal tükenmişliği ile işyerinin fiziki koşulları arasındaki ilişki incelendiğinde; İşyerinin fiziki koşullarını yetersiz bulan hekimlerin duygusal tükenmişliğinin yüksek olduğu, riskin işyerinin fiziki koşullarını yeterli bulan hekimlerden 1.57 kat (OR=1.57, %95 G.A.= 1.06- 2.33 ) yüksek olduğu gözlemlendi.

Hekimlerin, kongre kurs seminere katılım, tıbbi yayın izleme durumu ve işyerinde görev tanımının belirli olmasının modele etkilerinin istatistiksel olarak önemli olmadığı saptandı.

**Tablo-22.** Hekimlerin Duygusal Tükenmişlik Boyutuna Göre Bazı Eğitim Değişkenlerine Ait Çoklu Regresyon Analizi Sonuçları

| Kategori                                  | OR (%95.0 G.A.)    | P    |
|-------------------------------------------|--------------------|------|
| <b>Kariyer durumu</b>                     |                    |      |
| Prof. Dr.                                 | 1.00 (Ref.)        |      |
| Pratisyen Dr.                             | 2.12(0.92 - 4.91)  | 0.07 |
| Arş.Gör. Dr.                              | 3.73 (1.60 - 8.66) | 0.00 |
| Uzman Dr.                                 | 2.18 (0.93 - 5.10) | 0.07 |
| Yrd. Doç. Dr.                             | 1.34(0.44 - 4.04)  | 0.5  |
| Doç. Dr.                                  | 1.34 (0.49 -3.68)  | 0.5  |
| <b>Çalışma Ortamı Memnuniyeti</b>         |                    |      |
| Evet                                      | 1.00 (Ref.)        |      |
| Kısmen                                    | 2.34 (1.51 - 3.64) | 0.00 |
| Hayır                                     | 5.89 (2.94- 11.79) | 0.00 |
| <b>İşin Beklentileri Karşılama Durumu</b> |                    |      |
| Evet                                      | 1.00 (Ref.)        |      |
| Kısmen                                    | 2.77 (1.63 - 4.68) | 0.00 |
| Hayır                                     | 4.17 (1.99 - 8.74) | 0.00 |
| <b>İşyerinin Fiziki Koşulları</b>         |                    |      |
| Yeterli                                   | 1.00 (Ref.)        |      |
| Yetersiz                                  | 1.57 (1.06 - 2.33) | 0.02 |

Oluşturulan modele duyarsızlaşma ile istatistik analiz sonucunda anlamlı bulunan bağımsız değişkenler olarak; kariyer durumu, çalışma ortam memnuniyeti, işin beklentileri karşılama durumu, işyerinin fiziki koşulları, kongre kurs seminere katılım, tıbbi yayın izleme durumu ve işyerinde görev tanımının belirli olması konmuştur.

Hekimlerin kariyer durumu, çalışma ortam memnuniyeti, işin beklentilerini karşılama durumu ve işyerinin fiziki koşulları modele etkilerinin istatistiksel olarak önemli olduğu saptandı (Tablo- 23).

Hekimlerin duyarsızlaşması ile kariyer durumu arasındaki ilişki incelendiğinde; Araştırma görevlisi olan hekimlerin duyarsızlaşmasının yüksek olduğu, riskin profesör doktorlardan 4.99 kat ( $OR = 4.99$ , % 95 CI=2.05 –12.14) yüksek olduğu bulundu.

Hekimlerin duyarsızlaşması ile çalışma ortam memnuniyeti arasındaki ilişki incelendiğinde; çalışma ortamından memnun olmayan hekimlerin duyarsızlaşmasının yüksek olduğu, riskin çalışma ortamından memnun olan hekimlerden 2.76 kat ( $OR = 2.76$ , %95 G.A.= 1.46 – 5.23) yüksek olduğu saptandı.

Hekimlerin duyarsızlaşması ile işin beklentileri karşılama durumu arasındaki ilişki incelendiğinde; işi beklentilerini karşılamayan hekimlerin duyarsızlaşmasının yüksek olduğu, riskin işinin beklentilerini karşılayan hekimlerden 2.16 kat ( $OR = 2.16$ , %95 G.A. = 1.07- 4.34) yüksek olduğu bulundu.

Hekimlerin duyarsızlaşması ile işyerinin fiziki koşulları arasındaki ilişki incelendiğinde; İşyerinin fiziki koşullarını yetersiz bulan hekimlerin duyarsızlaşmasının yüksek olduğu, riskin işyerinin fiziki koşullarını yeterli bulan hekimlerden 1.62 kat ( $OR = 1.62$ , %95 G.A.= 1.09- 2.40 ) yüksek olduğu gözlemlendi.

Hekimlerin, kongre kurs seminere katılım, tıbbi yayın izleme durumu ve işyerinde görev tanımının belirli olmasının modele etkilerinin istatistiksel olarak önemli olmadığı saptandı.

**Tablo- 23.** Hekimlerin Duyarsızlaşma Boyutuna Göre Bazı Eğitim Değişkenlerine Ait Çoklu Regresyon Analizi Sonuçları

| <b>Kategori</b>                           | <b>OR (%95.0 G.A.)</b> | <b>P</b> |
|-------------------------------------------|------------------------|----------|
| <b>Kariyer Durumu</b>                     |                        |          |
| Prof. Dr.                                 | 1.00 (Ref.)            |          |
| Pratisyen Dr.                             | 2.67 (1.09 - 6.52)     | 0.03     |
| Arş.Gör. Dr.                              | 4.99 (2.05 - 12.14)    | 0.00     |
| Uzman Dr.                                 | 3.21 (1.31 - 7.85)     | 0.01     |
| Yrd. Doç. Dr.                             | 1.92 (0.61 - 6.00)     | 0.2      |
| Doç. Dr.                                  | 0.85 (0.27 - 2.67)     | 0.7      |
| <b>Çalışma Ortamı Memnuniyeti</b>         |                        |          |
| Evet                                      | 1.00 (Ref.)            |          |
| Kısmen                                    | 1.96 (1.25 - 3.09)     | 0.00     |
| Hayır                                     | 2.76 (1.46 - 5.23)     | 0.00     |
| <b>İşin Beklentileri Karşılama Durumu</b> |                        |          |
| Evet                                      | 1.00 (Ref.)            |          |
| Kısmen                                    | 1.10 (0.66 - 1.83)     | 0.7      |
| Hayır                                     | 2.16 (1.07 - 4.34)     | 0.03     |
| <b>İşyerinin Fiziki Koşulları</b>         |                        |          |
| Yeterli                                   | 1.00 (Ref.)            |          |
| Yetersiz                                  | 1.62 (1.09 - 2.40)     | 0.01     |

Oluşturulan modele kişisel başarı ile istatistik analiz sonucunda anlamlı bulunan bağımsız değişkenler olarak; kariyer durumu, çalışma ortam memnuniyeti, işin beklentileri karşılama durumu, işyerinin fiziki koşulları, kongre kurs seminere katılım, tıbbi yayın izleme durumu ve işyerinde görev tanımının belirli olması konmuştur.

Hekimlerin, işin beklentilerini karşılama durumu, işyerinin fiziki koşulları ve tıbbi yayın izleme durumunun modele etkilerinin istatistiksel olarak önemli olduğu saptandı (Tablo- 24).

Hekimlerin kişisel başarısı ile işin beklentileri karşılama durumu arasındaki ilişki incelendiğinde; işi beklentilerini karşılayan hekimlerin kişisel başarısının yüksek olduğu, işinin beklentilerini karşılamayan hekimlerden 2.70 kat (OR= 2.70, %95 G.A.=1.52- 4.79) yüksek olduğu bulundu.

Hekimlerin kişisel başarısı ile işyerinin fiziki koşulları arasındaki ilişki incelendiğinde; İşyerinin fiziki koşullarını yeterli bulan hekimlerin kişisel başarısının yüksek olduğu, işyerinin fiziki koşullarını yetersiz bulan hekimlerden 1.64 kat (OR= 1.64, %95G.A.=1.14- 2.36 ) yüksek olduğu gözlemlendi.

Hekimlerin kişisel başarısı ile tıbbi yayın izleme durumu arasındaki ilişki incelendiğinde; düzenli olarak tıbbi yayın izleyen hekimlerin kişisel başarısının yüksek olduğu, tıbbi yayın izlemeyen hekimlerden 4.96 kat (OR= 4.96, %95 G.A.= 3.03- 8.11 ) yüksek olduğu gözlemlendi.

Hekimlerin, kariyer durumu, çalışma ortam memnuniyeti, kongre kurs seminere katılım ve işyerinde görev tanımının belirli olmasının modele etkilerinin istatistiksel olarak önemli olmadığı saptandı.

**Tablo- 24.** Hekimlerin Kişisel Başarı Boyutuna Göre Bazı Eğitim Değişkenlerine Ait Çoklu Regresyon Analizi Sonuçları

| <b>Kategori</b>                           | <b>OR (% 95.G.A.)</b> | <b>P</b> |
|-------------------------------------------|-----------------------|----------|
| <b>İşin Beklentileri Karşılama Durumu</b> |                       |          |
| Hayır                                     | 1.00 (Ref.)           |          |
| Evet                                      | 2.70 (1.52 - 4.79)    | 0.00     |
| Kısmen                                    | 2.06 (1.28 - 3.30)    | 0.00     |
| <b>İşyerinin Fiziki Koşulları</b>         |                       |          |
| Yetersiz                                  | 1.00 (Ref.)           |          |
| Yeterli                                   | 1.64 (1.14 - 2.36)    | 0.00     |
| <b>Tıbbi Yayın İzleme Durumu</b>          |                       |          |
| Hayır                                     | 1.00 (Ref.)           |          |
| Evet                                      | 4.96 (3.03 - 8.11)    | 0.00     |
| Zaman Zaman                               | 2.30 (1.51 - 3.50)    | 0.00     |

## V. TARTIŞMA

Araştırmamıza Erzurum il genelinde çalışan 711 hekim katılmıştır. Maslach Tükenmişlik Ölçeğinin güvenirliğine ait bulgulara, tükenmişlik ölçeğinin alt boyutlarının birbiri ile ilişkisine ve bazı bağımsız değişkenlerle ilişkisine ait bulgulara, hekimlerin duygusal tükenme boyutuna etki eden etmenlere yönelik lojistik regresyon analizi sonuçlarına mevcut literatür ile karşılaştırmalı olarak değindik. Tartışma ve yorumlar bulgular bölümündeki sıraya uygun olarak yapılmıştır.

### 5.1- Ölçeğin Güvenirliği

Araştırmamızda kullanılan Maslach Tükenmişlik Ölçeğine ait yaptığımız güvenirlik analizi sonuçlarına göre; Cronbach-alpha değeri Duygusal Tükenme için 0.87, Duyarsızlaşma için 0.74, Kişisel Başarı için 0.76 olarak bulunmuştur. (Tablo-3).

Maslach ve Jackson tarafından geliştirilmiş ölçeğin güvenirlik katsayısı duygusal tükenmişlik için 0.88, kişisel başarı için 0.83 ve duyarsızlaşma için 0.72 olarak saptanmıştır.<sup>2</sup> Ergin tarafından Türkçeye uyarlanmış ve geçerlilik, güvenirlik çalışmaları yapılmış olan ölçeğin üç alt boyutuna ait Cronbach-alpha katsayıları; Duygusal Tükenmişlik için 0.83, Duyarsızlaşma için 0.65, Kişisel Başarı için 0.72'dir.<sup>28</sup> Çam tarafından da Türkçeye uyarlanmış ölçeğin güvenirliği ise duygusal tükenme için 0.84; duyarsızlaşma için 0.78 ve kişisel başarı için 0.72'dir.<sup>2,28,49</sup>

Cronbach alpha değeri 0.60'ın altında ise kabul edilemez

0.60- 0.65 ise itiraz edilebilir

0.65- 0.70 minimal düzeyde kabul edilebilir

0.70- 0.80 iyi

0.80- 0.90 çok iyi

0.90'ın üstü ise skala kısaltılarak kullanılacak düzeydedir.<sup>120</sup>

Güvenirlik katsayısını çeşitli faktörler etkilemektedir. Bunlar anketin uygulandığı bireylerin çevre koşulları, anket uygulanan bireylerin anketin uygulandığı zaman içinde bulundukları biyolojik, fizyolojik, psikolojik ve genel sağlık durumları;

anket yapmaya güdülenmiş olup olmamaları; uygulanan anket ve anketin içindeki yapısal özellikler; anketi uygulayan kişinin uygulama şeklidir.<sup>121</sup> Bizim çalışmamızda ölçek güvenilir bulunmuştur.

## **5.2- Maslach Tükenmişlik Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Birbiriyle ve Bazı Değişkenlerle İlişkisi**

Çalışmamızda duygusal tükenme ile duyarsızlaşma arasında pozitif korelasyon ve duygusal tükenme ile kişisel başarı puanı arasında negatif korelasyon olduğu gözlemlendi. Duyarsızlaşma ile kişisel başarı puanı arasında ise negatif korelasyon olduğu saptandı. (Tablo-4) Sonuçlar Sayıl, Demir, Aslan S.H, Aslan D. ve Özyurt'un hekimler ve diğer sağlık çalışanları üzerinde yaptıkları çalışmalarla uyumlu bulunmuştur. 15,23,26,31,58

Çalışmamızda yaş ile duygusal tükenmişlik ve duyarsızlaşma arasında negatif korelasyon; kişisel başarı ile yaş arasında pozitif korelasyon saptanmıştır. (Tablo-5) Literatürde de bu yönde çalışmalar mevcuttur. Ergin, Dolunay, Aslan ve arkadaşları ile Taycan ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmalarda da yaş arttıkça duygusal tükenme ve duyarsızlaşmanın azaldığı ve kişisel başarının arttığını bulmuşlardır.<sup>26,28,91,93</sup> Kırılmaz ve arkadaşları ile Sayıl ve arkadaşları yaş ile tükenmişlik düzeyi arasında anlamlı bir ilişki bulmadıklarını bildirmişlerdir.<sup>15,67</sup>

Meslekte toplam çalışılan süre ve son kurumda çalışılan süre ile duygusal tükenmişlik ve duyarsızlaşma arasında negatif korelasyon, kişisel başarı ile pozitif korelasyon olduğu görülmüştür (Tablo-5). Yani kendini yetersiz ve başarısız hissetme daha çok mesleğe yeni başlayanlarda ortaya çıkmakta, deneyim kazanılması ile birlikte kişi kendini daha başarılı hissetmektedir. Çalışma süresi arttıkça duyarsızlaşma ve duygusal tükenmişliğin azaldığını gösteren çalışmalar bulunmaktadır.<sup>21,26,28</sup> Ancak Sünter ve arkadaşlarının araştırmasında MTÖ alt puanları ile çalışma süresi arasında bir ilişki bulunmamıştır.<sup>95</sup> Öte yandan Randall ve Scott, mesleğe yeni başlayanlarda ortaya çıkan bu tepkiyi, yaşama ve mesleğe bağlanmanın henüz tam anlamıyla gerçekleşmemiş olmasıyla açıklamaktadır.<sup>94</sup> Ergin, bu durum hakkındaki gözlemlerini şu şekilde özetlemektedir: "İşe yeni başlayanlar eskilere oranla daha çok hasta görmekte, rutin işleri daha fazla yapmakta, üzerlerinde daha fazla denetim ve baskı hissetmektedirler. Mesleki doyum sağlayacak bazı statü özelliklerinden yoksun olmaları, yenilerle eskiler

arasında işe ilişkin değerlerin ve genel yaşam beklentilerinin, dolayısıyla da işin taşıdığı önemin yarattığı farklılıklar tükenmişlik riskini artıran başlıca nedenler olarak dikkati çekmektedir”.<sup>28</sup>

Çalışmamızda çocuk sahibi olma ile kişisel başarı puanı arasında pozitif bir ilişki tespit edilmiştir (Tablo-5). Çocuk sahibi olanların başarı puanı ortalamaları, çocuğu olmayanlardan yüksektir ve bu yükseklik istatistiksel olarak anlamlıdır. Bu sonuç; insanın neslini sürdürmesinin toplum tarafından takdir ile karşılandığını göstermektedir. Böylelikle çocuk sahibi olanlar toplumsal açıdan daha çok destek görmekte ve tükenmişlik riskine karşı da korunmuş olmaktadır. Ergin, Dolunay, Taycan ve arkadaşları benzer bir sonuç bildirirken, Kırılmaz ve arkadaşları çocuk sayısı ile tükenmişlik arasında anlamlı bir ilişki olmadığını belirtmişlerdir.<sup>29,67,91,93</sup>

Aylık tutulan nöbet sayısı ile duygusal tükenmişlik ve duyarsızlaşma arasında pozitif korelasyon; kişisel başarı arasında ise negatif korelasyon saptanmıştır (Tablo-5). Daha fazla nöbet tutan, günlük çalışma saatleri daha uzun olan ve uykuya daha az zaman ayırabilen hekimlerde -özellikle araştırma görevlilerinde- duygusal tükenme ve duyarsızlaşma puanlarının daha yüksek olduğu, kişisel başarının ise daha düşük olduğu tespit edilmiştir.<sup>58,96,97</sup>

Çalışmamızda tükenme düzeylerini Maslach Tükenmişlik Ölçeğini kullanarak saptadık. Sonuçları ise düşük, orta ve yüksek olarak üç düzey üzerinden değerlendirdik. Çalışmamıza katılan hekimlerde; tükenmişliğin üç alt boyutu olan duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarı noksanlığı düşük düzeyde bulunmuştur (Tablo-10).

Türkiye'nin çeşitli illerinde gerek hekimler gerekse sağlık çalışanları üzerinde yapılan Ergin, Aslan, Çimen, Sayıl, Yaman, Karlıdağ, Özyurt ve Ekerbiçer'in çalışmaların da tükenmişlik düzeyleri aşağıdaki tabloda gösterilmiştir (Tablo-25).<sup>15,19,24,29,31,92</sup>Ergin'in “Maslach Tükenmişlik Ölçeğinin Türkiye Sağlık Personeli Normları” çalışmasındaki tükenmişlik düzeyleri, çalışmamızdaki puan ortalamalarından yüksek bulunmuştur.<sup>29</sup>

**Tablo- 25.** Türkiye’de yapılmış bazı çalışmaların MTÖ alt boyut puan ortalamaları

|                         | <b>DT</b>      | <b>D</b>       | <b>KBN</b>     |
|-------------------------|----------------|----------------|----------------|
|                         | <b>Ort.+SS</b> | <b>Ort.+SS</b> | <b>Ort.+SS</b> |
| Bizim çalışmamız (2007) | 15.6±7.0       | 5.7±3.9        | 21.0±4.4       |
| Yavuzylmaz (2007)       | 14.1±5.9       | 5.0±2.7        | 9.4±3.2        |
| TTB (2005)              | 15.4±6.7       | 5.5±3.5        | 22.0±4.0       |
| Özyurt (2004)           | 13.4±6.2       | 4.4±3.4        | 22.6±4.2       |
| Serinkan (2003)         | 15.3±6.5       | 5.8±3.1        | 22.4±3.5       |
| Yaman (2002)            | 16.7±7.4       | 9.9±5.6        | 16.1±7.4       |
| Çimen (2002)            | 13.9±5.8       | 4.1±3.0        | 20.3±4.2       |
| Ekerbiçer (2002)        | 14.0±6.6       | 4.8±3.3        | 22.3±4.5       |
| Karlıdağ (2000)         | 14.0±6.0       | 5.3±3.1        | 20.5±4.2       |
| Bilici (1998)           | 14.5±7.3       | 5.1±4.0        | 21.4±3.2       |
| Sayıl (1997)            | 18.0±6.5       | 5.4±3.3        | 20.3±4.2       |
| Aslan (1997)            | 16.9±6.2       | 6.8±3.4        | 21.1±3.3       |
| Ergin (1992)            | 21.8±6.2       | 9.3±3.3        | 26.8±3.9       |

Bu puanların hesaplanmasının ve sayısal olarak karşılaştırılmasının yanında her bir alt başlığın risk faktörleri açısından ayrı ayrı değerlendirilmesi de gerekir. Tükenmişlik düzeyi alt boyutlarının daha önce de belirtildiği gibi farklı anlamları bulunmaktadır. Duygusal tükenme; kişinin mesleği tarafından tüketilmiş ya da aşırı iş yükü altında olduğunu hissetmesini, duyarsızlaşma; çalışanların hizmet verdikleri kişilere karşı duygudan yoksun ve umursamaz bir şekilde davranmalarını, kişisel başarı noksanlığı ise bireylerin sorunların üstesinden gelememe durumunu ifade etmektedir.<sup>3,67</sup> Bu nedenle alınan tükenme puanlarını ayrı ayrı ifade etmek ve tartışmak yerinde olur.

Araştırmada katılımcıların tükenmişlik puanları yaş gruplarına göre incelendi. Çalışmamıza katılan hekimlerin yaşları ilerledikçe tükenme düzeylerinin azaldığı görüldü. Hekimlerin yaş gruplarına göre duygusal tükenmişlik puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğunu saptadık. Yapılan ileri analizde 25 yaş altındaki hekimlerin duygusal tükenmişlik puan ortalamalarının ve 25–34 yaş

grubundaki hekimlerin duyarsızlaşma puan ortalamalarının diğer yaş gruplarındaki hekimlerin puan ortalamalarından yüksek olduğu ve her iki yaş grubunun kişisel başarı puan ortalamalarının diğer yaş gruplarından düşük olduğu bulunmuştur (Tablo-14). Bu bulgular literatür bilgileriyle uyumludur. Genç çalışanların dolayısıyla deneyimi daha az olanların tükenmeye daha yatkın oldukları bilinmektedir.<sup>7</sup> Birçok çalışmada yaşla birlikte tükenmenin azaldığı saptanmıştır.<sup>15-21</sup> Yaşla birlikte doğrusal olarak kişisel başarı puanının arttığı ve bunun 55 yaş ve üzerinde en yüksek olduğu saptanmıştır. İşinde kıdemli olma, iş tecrübesinin artması, bağımsız karar alma yeteneğinin gelişmesi, doyum sağlayacak bazı statülere sahip olmaları ve zorluklarla başa çıkma yollarını bilmeleri gibi durumlar bunu sağlamış olabilir.<sup>29,31</sup> Yaşla birlikte duygusal tükenme ve duyarsızlaşma puan ortalamasının azalıp kişisel başarı puan ortalamasının artması, Cherniss'e göre, insanlarla yüz yüze çalışılan mesleklerde gençlerin deneyimle elde edilen sorunlarla başa çıkma yollarını bilmemelerinden, yeterli sezgi ve iç donanımdan yoksun olmalarından kaynaklanmaktadır.<sup>5</sup>

Cinsiyete göre duygusal tükenmişlik ve duyarsızlaşma puan ortalamaları karşılaştırıldığında farkın önemsiz olduğu bulundu (Tablo-14). Kişisel başarı puan ortalamaları karşılaştırıldığında ise erkek hekimlerin puan ortalamalarının kadın hekimlerden yüksek olduğu ve bu yüksekliğin istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edildi (Tablo-14).Yapılan lojistik regresyon analizine göre erkeklerin KB puan ortalamaları kadınlardan 1.94 kat (%95 G.A.= 1.28 - 2.94) yüksek olarak bulunmuştur. Kadınların iş dışı yaşamlarında sorumluluklarının fazla olması kişisel başarı düzeylerinin erkeklere göre daha düşük olmasının nedeni olabilir.<sup>27</sup> Ondokuzmayıs Üniversitesi öğretim elemanlarının tükenmişlik düzeyleri ile ilgili araştırmada, öğretim elemanlarının cinsiyetlerine göre duygusal tükenme düzeyleri arasında anlamlı bir fark bulunmazken, kadınlarda duyarsızlaşmanın daha fazla görüldüğü; erkek öğretim elemanlarının ise kişisel başarı düzeylerinin daha yüksek olduğu bulunmuştur. <sup>98</sup> Karlıdağ ve arkadaşları erkeklerin duyarsızlaşma düzeylerini daha yüksek bulmuşlardır.<sup>92</sup> Ergin, çalışmasında kadınlarda duygusal tükenmenin daha fazla görüldüğünü bulmuştur.<sup>29</sup> Yine aynı çalışmada erkeklerin kişisel başarı puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur.<sup>29</sup> Bazı araştırmalarda kadınların tükenmişlik düzeyleri daha yüksek bulunurken, bazılarının da ise erkekler tükenmeye daha yatkın

görülmektedir. Maslach, Schaufeli, Leiter'e göre tükenmişlikte cinsiyet değişkenin etkisi için kesin ifadelerde bulunmak çok zordur.<sup>11</sup>

Medeni duruma göre tükenmişlik puan ortalamaları karşılaştırıldığında farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulundu. Yapılan ileri analizde dul/ boşanmış hekimlerin duygusal tükenmişlik ve kişisel başarı puan ortalamalarının evli ve bekar hekimlerden yüksek olduğu; bekar hekimlerin ise duyarsızlaşma puan ortalamalarının dul/ boşanmış ve evli hekimlerden yüksek olduğu saptandı (Tablo-14). Dul/ boşanmış bireyler toplumsal sorumluluklarını kendi başlarına yerine getirmeye çalışmaktadırlar ve bu durum onların sorun çözme kapasiteleri için zaman zaman zorlayıcı olabilir. Özyurt'un araştırmasında bekâr hekimlerin duyarsızlaşma puan ortalamalarının evli olanlara ve eşinden ayrılmış olanlara göre daha yüksek olduğu, kişisel başarı puan ortalamalarının ise bekar hekimlerde düşük olduğu bulunmuştur.<sup>58</sup> Ondokuzmayıs üniversitesi araştırmasında öğretim elemanlarının medeni durumuna göre duygusal tükenme düzeyleri arasında anlamlı bir fark olmadığı görülürken, bulgular bekar öğretim elemanlarının evlilerden daha fazla duyarsızlaşma yaşadıklarını, evli öğretim elemanlarının kişisel başarı puan ortalamalarının bekarlara göre daha yüksek olduğunu ortaya koymuştur.<sup>98</sup> Bekârlarda duyarsızlaşma düzeyinin evlilerden daha yüksek olduğunu gösteren araştırmalar bulunmaktadır.<sup>10,29,98</sup> Bireyin tükenmişlik durumuyla başa çıkabilmesinde aile kurumunun sağladığı sosyal destek önemli bir rol oynamaktadır. Öte yandan evli bireylerin kişiler arası ilişkiler konusunda deneyimlerinin ve problem çözme becerilerinin daha fazla olmasının duyarsızlaşma düzeylerini azaltabileceğini gösteren çalışmalar mevcuttur.<sup>104,105</sup> Maslach ve Jackson ise yaptıkları araştırmada evli bireylerin bekâr ve dullara göre daha az tükenmişlik düzeyine sahip olduklarını bildirmişlerdir<sup>9</sup>. Bu bulgular çalışmamızı destekler niteliktedir. Ancak literatür incelendiğinde medeni duruma göre tükenmişlik düzeyleri arasında farkın olmadığını gösteren çok sayıda araştırma ile de karşılaşılabilmektedir.<sup>25,46,61, 92,103</sup>

Çalışmamızda çocuk sahibi olma durumuna göre hekimlerin duygusal tükenmişlik puan ortalamaları karşılaştırıldı ve farkın önemsiz olduğu bulundu. Çocuğu olmayan hekimlerin duyarsızlaşma puan ortalamaları, çocuğu olan hekimlerin ise kişisel başarı puan ortalamaları anlamlı olarak yüksek bulundu (Tablo-14). Yaman ve arkadaşlarının Ankara'daki eğitim hastanelerinde çalışan aile hekimliği asistanları

üzerinde yaptıkları çalışmada birden fazla çocuğu olanların duygusal tükenme ve duyarsızlaşmayı daha çok yaşadıklarını bulmuşlardır.<sup>24</sup> Bunu da, iş ortamındaki stresin evdeki ev işleri ve çocuk bakımı işleriyle katlanarak artmasına bağlamışlardır. Maslach ve Jackson çocuk sahibi olanların tükenmişliği daha az yaşadıklarını belirtmişlerdir.<sup>9</sup> Collier, iç hastalıkları asistanları üzerinde yaptığı çalışmada çocuk sahibi olanların duyarsızlığı daha az yaşadıklarını bulmuşlardır.<sup>122</sup>

Evli ve çocuk sahibi olmanın başlı başına bir sosyal destek anlamına geldiği ve sosyal desteğin de tükenmişliği azaltıcı ve tedavi edici bir etkisi olduğu görüşünden yola çıkılarak, çocukların, yoğun iş stresinden uzaklaştırıcı bir etki oluşturduğu, sevgi ve kabul gibi duygusal ihtiyaçları karşılamada önemli bir etken olduğu, bu nedenle de çocuk sahibi olmanın tükenmişliği azaltıcı bir faktör olduğu düşünülmektedir.<sup>107</sup>

Eşin çalışma durumuna göre duygusal tükenmişlik ve duyarsızlaşma puan ortalamaları karşılaştırıldığında farkın istatistiksel olarak önemsiz olduğunu saptadık (Tablo-14). Eşi çalışmayan hekimlerin kişisel başarı puan ortalamaları eşi çalışan hekimlerden anlamlı olarak yüksek bulduk ( Tablo-14).Lojistik regresyon analizinde eşi çalışmayan hekimlerin KB puanlarının eşi çalışan hekimlerden 1.64 kat (% 95 G.A.=1.01 - 2.68) yüksek olarak bulunmuştur. Eşin çalışıyor olması, iş yükünü ağırlaştırmakta, ev işlerinin ve varsa çocuk bakımının aksamasına yol açmaktadır. Bunun da hekimlerin günlük iş streslerini üzerlerinden atmaları için gereken dinlenme zamanının azalmasına yol açtığını düşünülebilir.

Otomobil sahibi olma durumuna göre puan ortalamaları karşılaştırıldığında, otomobili olan hekimlerin duygusal tükenme ve duyarsızlaşma puan ortalamaları olmayanlara göre anlamlı şekilde düşük iken, kişisel başarı puanı anlamlı olarak yüksekti (Tablo-14). Kaya ve arkadaşları ile Özyurt'un çalışmalarında ise araba sahibi olma ile tükenmişlik açısından bir fark bulunamamıştır.<sup>119,58</sup>

Ev sahibi olma durumuna göre puan ortalamaları karşılaştırıldığında ev sahibi olan hekimlerin ev sahibi olmayanlara göre duygusal tükenme ve duyarsızlaşma puan ortalamaları anlamlı olarak düşük iken kişisel başarı puan ortalamaları yüksek bulundu (Tablo-14). Buğdaycı ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada ev sahibi olmayanların daha fazla duyarsızlaşma yaşadıkları tespit edilmiştir.<sup>100</sup> Ev ve araba sahibi olmanın sosyal statü üzerinde olumlu etkilerinin olduğu göz önüne alındığında tükenmişlik

düzeyini düşürmesi olağan karşılanmalıdır. Ancak Üner ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada ise oturulan evin mülkiyeti ile tükenmişlik arasında bir ilişki saptanmamıştır.<sup>102</sup>

Aylık gelir durumuna göre puan ortalamaları karşılaştırıldığında duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarı puanları açısından istatistiksel olarak farkın anlamlı olduğu bulundu (Tablo-14). Yapılan lojistik regresyon analizi sonucunda aylık geliri 5000 YTL ve üzeri olanlara göre 1-4000 YTL olanlarda duygusal tükenmişlik puanı 1.87 kat( % 95 G.A. =1.20 – 2.89); duyarsızlaşma puanı 1.97kat (% 95 G.A. = 1.19 -3.25); 5001 YTL ve üzeri alanların kişisel başarı puanı 4.13 kat (%95 G.A.=1.50 - 11.35) yüksek olarak bulunmuştur. Mollaoğlu ve arkadaşları yaptıkları çalışmada gelir düzeyi artışının tükenmeyi azalttığını bulmuşlardır.<sup>108</sup> Martin ve Schinke'nin 1998'de sağlık çalışanlarında yaptıkları çalışmada alınan maaştan memnuniyet arttıkça tükenmişliğin azaldığı görülmüştür.<sup>109</sup> Karlıdağ ve arkadaşları gelir düzeyinin hekimlerin duygusal tükenme ve duyarsızlaşma düzeyleri üzerinde bir etkisinin olmadığını göstermişlerdir.<sup>92</sup>

Spor yapma durumuna göre puan ortalamaları karşılaştırıldığında duyarsızlaşma ve kişisel başarı puanları açısından istatistiksel olarak önemli bir fark yok iken, spor yapan hekimlerin duygusal tükenme puanları anlamlı olarak düşük bulundu (Tablo-14).Özyurt çalışmasında spor yapanların duygusal tükenmeyi daha az yaşadıklarını göstermiştir.<sup>58</sup> Serinken'de hastane dışı sosyal aktivitelerde bulunan hekimlerin duygusal tükenmelerinin ve iş streslerinin azaldığını belirtmiştir.<sup>27</sup> Spor duygusal tükenmeyle baş etmede önerilen yöntemlerden biridir. Sporla bir yandan stres atarken diğer yandan gevşeyerek günün yorgunluğu giderilmeye çalışılmaktadır. Dierendock spor yapmanın ve gevşeme tekniklerinin tükenmeyi azalttığını göstermiştir.<sup>110</sup>

Tatil yapma durumuna göre puan ortalamaları karşılaştırıldığında duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarı puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak fark önemli bulundu (Tablo-14). Yapılan ileri analizde tatile çıkmayanların duygusal tükenmişlik ve duyarsızlaşma puan ortalamaları yüksek iken, kişisel başarı puan ortalamalarının düşük olduğu saptanmıştır. Yapılan lojistik regresyon analizinde tatile çıkmayanların duygusal tükenmişliğinin yüksek olduğu, riskin her yıl tatile çıkanlardan 3.11 kat (% 95 G.A.= 1.89 – 5.11) fazla olduğu bulunmuştur. Özçınar'da çalışmasında

hekimlerin duyarsızlaşma puan ortalamaları açısından farkın istatistiksel olarak önemli olduğunu belirtmiştir. Asistanlığın ilk yıllarında izin kullanma imkânının çoğunlukla olmaması bu grupta tükenmişlik sendromunun görülmesini arttırdığı yapılan uluslararası çalışmalarda da saptanmıştır.<sup>96,97,111</sup>

Kronik hastalık durumuna göre puan ortalamaları karşılaştırıldığında duygusal tükenmişlik, duyarsızlaşma ve kişisel başarı puan ortalamaları arasındaki farkın önemsiz olduğu saptanmıştır (Tablo-14). Özyurt'da çalışmasında hastalığı olduğunu ifade eden hekimler ile etmeyen hekimler arasında ki farkın istatistiksel olarak önemsiz olduğunu bulmuştur.<sup>58</sup> TTB'nin çalışmasında ise herhangi bir hastalığı olduğunu ifade eden hekimlerin duygusal tükenmişlik puan ortalamaları ve kişisel başarı puan ortalamaları açısından herhangi bir hastalığı olmadığını belirten hekimlere göre farkın istatistiksel olarak anlamlı bulduklarını belirtmişlerdir.<sup>31</sup>

Sigara içme durumuna göre puan ortalamaları karşılaştırıldığında duygusal tükenme ve duyarsızlaşma puanları açısından istatistiksel olarak fark önemli bulundu (Tablo-14). Yapılan lojistik regresyon analizinde sigara içenlerin duygusal tükenmişliğinin sigara içmeyenlerden 1.42 kat (%95 G.A.=1.01 – 1.99) yüksek olduğu saptandı. Bu durum yoğun stres altında olan zaten tükenmişlik yaşayan sağlık personelinin sigarayı bir çözüm olarak görüyor olmasından kaynaklanabilir.

Alkol kullanma durumuna göre puan ortalamaları karşılaştırıldığında duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarı puanları açısından istatistiksel olarak fark önemsizdi (Tablo-14). Yavuzylmaz'da çalışmasında alkol kullanımı ile MTÖ alt puanları arasında bir fark bulamadığını belirtmiştir.<sup>112</sup> Bizim çalışmamızda alkol kullandığını belirten hekim sayısı çok azdı, farkın önemsiz olmasını bundan kaynaklanıyor olabilir. Yapılan çalışmalar tükenmenin iş kaybından aile içi sorunlara, psikosomatik hastalıklardan alkol-madde-sigara kullanımına ve hatta uykusuzluk-depresyon gibi ruhsal hastalıklara uzanan çok çeşitli ciddi sonuçları olduğunu göstermektedir.<sup>7,86</sup>

Yerleşim birimine göre puan ortalamaları karşılaştırıldığında ilçede görev yapan hekimlerin duygusal tükenmişlik puan ortalamaları anlamlı olarak yüksek bulundu (Tablo-15). Duyarsızlaşma ve kişisel başarı puan ortalamaları karşılaştırıldığında fark önemsizdi (Tablo-15). Biz bunu ilçede, çalışma ve sosyal yaşam şartlarının yeterli

olmamasına bağladık. Bu konuda literatürde farklı sonuçlar bulunmaktadır. Sünter ve arkadaşlarının çalışmasında çalışılan sağlık ocağının bulunduğu yerleşim birimine göre ölçeklerden alınan puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulmamıştır.<sup>95</sup> Buna karşın Ellis ve Graf yaptıkları bir araştırmada benzer şekilde, okulun bulunduğu yerin öğretmenlerde<sup>86,113</sup>; Canbaz, Dabak, Öz ve Peşken de çalışılan sağlık ocağının yerinin pratisyen hekimlerde tükenmişliğe etki etmediği sonucuna ulaşmışlardır.<sup>95</sup> Aksu ve Baysal ise görev yapılan ilçenin, ilköğretim okulu müdürlerinin tükenmişlik düzeylerinde farklılaşmaya neden olduğunu bulmuşlardır.<sup>114</sup> Ergin'in çalışmasında düşük gelişme düzeyindeki bölgelerde çalışma, sağlık memurları ve teknisyenleri dışındaki altı meslek grubunda, deneklerin yaklaşık % 60'ı tarafından istenmemektedir.<sup>29</sup>

Kurumlara göre duygusal tükenmişlik, duyarsızlaşma ve kişisel başarı puan ortalamaları karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak farkın önemli olduğu saptanmıştır (Tablo-15). Yapılan ileri analizde duygusal tükenmişlik ve duyarsızlaşma puan ortalaması en yüksek kurum devlet hastaneleri, kişisel başarı puan ortalaması en yüksek kurum ise özel hastaneler olarak tespit edilmiştir. Yapılan lojistik regresyon analizinde özel hastanede çalışan hekimlere göre, üniversite hastanesinde çalışan hekimlerin duygusal tükenmişlik puanları 14.00 kat (% 95 G.A. =3.12 - 62.81), birinci basamakta çalışan hekimlerin duygusal tükenmişlik puanları 12.20 kat(% 95 G.A.= 2.64 - 56.23) devlet hastanelerinde çalışan hekimlerin duygusal tükenmişlik puanları 10.31 kat (% 95G.A.= 2.27 - 46.64) yüksek olduğu saptanmıştır. Özel hastanede çalışmanın çok daha iyi bir gelir düzeyi sağladığı bilinen bir gerçektir. Kurumsal olumsuzlukları yaşamamaları, beklentilerinin karşılanması, hastalarının sosyo-ekonomik düzeylerinin daha yüksek olması tükenmeyi daha az yaşamalarını sağladığına inanmaktayız. Devlet hastanesi çalışanları yoğun iş yükü nedeniyle duygusal yüklenmeyle karşı karşıyadırlar. Bürokratik işlerin çokluğu ve aşırı stres, yorgunluk tükenmeyi tetikleyen önemli unsurlar olmaktadır. Devlet hastaneleri hekimleriyle yapılan diğer çalışmalarda da benzer bulgulara rastlanmıştır.<sup>58</sup> Özyurt çalışmasında Tıp Fakültesi'nde çalışan hekimlerde duyarsızlaşmayı en yüksek bulmuştur.<sup>58</sup> Bilici ve arkadaşları Karadeniz Teknik Üniversite'sindeki bir grup akademisyen üzerinde yaptığı çalışmada da tıp fakültesinde çalışan akademisyenlerin duyarsızlaşma puanlarının daha yüksek olduğunu bulmuştur.<sup>115</sup> Karlıdağ ve arkadaşları

ise İnönü üniversitesinde Tıp Fakültesi öğretim üyelerinin duyarsızlaşma puanlarını daha düşük bulmuştur.<sup>92</sup> Çimen'in TSK'nde çalışan hekimlerle, Sağlık Bakanlığı'nda çalışan hekimler arasında yaptığı karşılaştırmada Sağlık Bakanlığı çalışanlarının kişisel başarı duyguları daha yüksek bulunmuştur.<sup>19</sup>

Yönetim ile ilgili görev varlığına göre puan ortalamaları karşılaştırıldığında, duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarı puanı açısından istatistiksel olarak farkın önemli olduğu saptanmıştır (Tablo-15).Yapılan lojistik regresyon analizinde yönetimde görev alan hekimlere göre almayanların duygusal tükenmişlik puanları 1.81 kat (% 95 G.A.=1.14 - 2.89) daha yüksek, yönetimde görev alan hekimlerin kişisel başarı puanlarının 2.40 kat (% 95 G.A.=1.58 - 3.65) yüksek olduğu bulunmuştur. Özyurt' un çalışmasında da yönetim'de görev alanların duygusal tükenmeyi daha az yaşadıkları belirtilmiştir.<sup>58</sup>Yöneticiliğin daha iyi gelir, güç ve itibar sağlamasının kişisel başarı artışında önemli etken olduğu daha önceki çalışmalarda da belirtilmiştir.<sup>1</sup>

Meslekte toplam çalışma süresi ve son kurumda çalışma süresine bakıldığında 6 yıl ve daha az çalışan grup ile diğer gruplar arasında duygusal tükenmişlik, duyarsızlaşma ve kişisel başarı puanı açısından istatistiksel olarak farkın önemli olduğu saptanmıştır (Tablo-15). Yapılan ileri analizde 6 yıl ve altında çalışan hekimlerin duygusal tükenme ve duyarsızlaşma puan ortalamalarının yüksek, kişisel başarı puan ortalamalarının düşük olduğu bulunmuştur. Yapılan lojistik regresyon analizinde 18 yıl ve üzeri çalışanlara göre 6yıl ve altında çalışan hekimlerin duygusal tükenmişlik puanları 3.61 kat (% 95 G.A.=1.54 - 8.50), duyarsızlaşma puanları 2.10 kat (% 95 G.A.= 1.24 - 3.55) yüksek bulunmuştur. Lojistik regresyon analizinde 6 yıl ve altı çalışanlara göre 18 yıl ve üzeri çalışanların kişisel başarı puanları 3.02 kat (% 95 G.A. = 1.82 - 5.00) yüksek bulunmuştur. Edelwich modeline göre, büyük umutlarla mesleğe başlama ve beklenti düzeyinde umutlarının karşılanmamış olması, zamanla çalışanlarda tükenmişliğe yol açmaktadır.<sup>22,47</sup> Meslekte daha yeni ve deneyimsiz olanlarda, daha uzun süredir çalışma ve daha deneyimlilere göre tükenmenin daha yüksek düzeylerde yaşandığı bildirilmiştir.<sup>26</sup> Girgin'in öğretmenlerde tükenmişlik konulu araştırmasının bulgularıyla bu çalışmada da duyarsızlaşma ve kişisel başarısızlık düzeyleri açısından anlamlı fark saptanmıştır.<sup>73</sup> Çıtak, sağlık çalışanlarının tükenmişlikleri konulu çalışmasında, 5 yılın altında çalışanların kişisel başarı puan ortalamalarının daha düşük 5 yılın üstünde çalışanlarda ise kişisel başarı puan ortalamalarının daha yüksek

olduğunu saptamıştır.<sup>117</sup> Çam ise sağlık çalışanlarının tükenmişlik, düzeyinde anlamlı fark saptamamıştır.<sup>47</sup> Goldberg ve arkadaşları 1996'da toplam çalışma süresinin, tükenmişliğin belirgin bir göstergesi olmadığını belirtmiştir.<sup>118</sup>

Nöbet tutma durumuna göre puan ortalamaları karşılaştırıldığında duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarı puanları açısından istatistiksel olarak farkın önemli olduğu saptandı. Nöbet tutanların duygusal tükenme ve duyarsızlaşma puanları yükselirken kişisel başarı puanları azalmıştır (Tablo-15).Yapılan lojistik regresyon analizinde nöbet tutan hekimlerin duyarsızlaşma puanları nöbet tutmayanlardan 1.41 kat (%95 G.A.=1.004-1.996) yüksek olduğu bulunmuştur. Nöbet sayısına göre puan ortalamaları karşılaştırıldığında 6 ve üzeri nöbet tutanlarda duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarı puanları açısından istatistiksel olarak farkın önemli olduğu, duygusal tükenme ve duyarsızlaşma puanı artarken kişisel başarı puanının azaldığı saptanmıştır. (Tablo-15).Bu da nöbet tutan hekimlerin duygusal tükenme ve duyarsızlaşmaya daha yatkın olduklarını göstermektedir. Nöbetle birlikte gelen aşırı iş yükü, stres, nöbet ertesi izninin olmaması ve uykusuzluk tetikleyici etmenler olarak sıralanabilir. Özyurt ve Aslan'ın çalışmalarında da benzer sonuçlar bulunmuştur.<sup>26,58</sup> Aslan hekimlerin nöbetle birlikte streslerinin arttığını, nöbette tek başına kalarak hastanın tüm sorumluluğunu üstlenmek zorunda kaldığını ve tüm bunlarında tükenmeye yol açtığını belirtmektedir.<sup>26</sup> Sağlık hizmetlerinde gece çalışması, vardiya, çağırılma, nöbet, vb. uygulamalar sağlık personelinde psiko-sosyal sorunların meydana gelmesini kolaylaştırabilmektedir. Nöbet normal çalışma süresi dışında nitelendirilmektedir. Bazı ülkelerde fazla çalışma, dinlenme, bazı ülkelerde ise ücretlendirme hakkı ile karşılanmaktadır. Ancak belli süreyi aşan çalışma saatleri de sınırlandırılmaktadır. Örneğin, Fransa'da yataklı tedavi kurumlarında ayda en fazla 20, Avusturya'da haftada en fazla 5 saat, yılda ise 60 saat fazla çalışma yaptırılmaktadır. Benzer olarak Avusturya'da bir sağlık personelinin günlük çalışma saatinin üst sınırı 10 olarak belirlenmiştir.<sup>116</sup>

Mesleğini kendi isteği ile seçen ve doğru seçim yaptığını düşünen hekimlerin duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarı puanı açısından puan ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak farkın önemli olduğu bulundu. Mesleğini kendi isteğiyle seçen hekimlerin duygusal tükenme ve duyarsızlaşma puanları daha düşük, kişisel başarı puanları daha yüksek bulunmuştur (Tablo-15). Yapılan lojistik regresyon

analizinde doğru seçim yaptığını düşünen hekimlere göre yanlış seçim yaptığını düşünen hekimlerin duygusal tükenme puanları 5.55 kat (%95 G.A.=2.82- 10.92), duyarsızlaşma puanları 2.11kat (%95 G.A.=1.17 - 3.81) yüksek, doğru seçim yaptığını düşünen hekimlerin yanlış seçim yaptığını düşünen hekimlere göre kişisel başarı puanları 4.89 kat (%95 G.A.=2.70 - 8.83) yüksek bulunmuştur. Özyurt da çalışmasında mesleğini kendi isteğiyle seçtiğini belirten hekimlerin duygusal tükenme ve duyarsızlaşmayı daha az yaşadıklarını belirtmiştir.<sup>58</sup> Bilici ve arkadaşları çalışmalarında mesleğini kendi isteğiyle seçen akademisyenlerin tükenmişliklerinin daha düşük olduğunu saptamışlardır.<sup>115</sup>

Çocuğunun hekim olmasını isteyenlerin puan ortalamaları karşılaştırıldığında duygusal tükenmişlik ve duyarsızlaşma puan ortalamaları düşük, kişisel başarı puan ortalamaları anlamlı olarak yüksek idi (Tablo-15).Yapılan lojistik regresyon analizinde çocuğunun hekim olmasını istemeyenlerin isteyenlere göre duygusal tükenmişlik puanı 2.17 kat (%95 G.A. = 1.46-3.21), duyarsızlaşma puanları 1.94 kat (%95 G.A. = 1.32 - 2.85) yüksek bulunmuştur. Çocuğunun hekim olmasını isteyenlerin mesleğine aşırı bağlı, mesleğin getirdiği statünün bilincinde olan, meslekte başarılı ve toplumda saygın bir kimlik kazanmış hekimler olduğu kanaatindeyiz. Tüm bunlar tükenmeyi azaltan etmenlerdir. Shugerman'ın çalışmasına katılan hekimlerin %80'inin iş doyumunun yüksek olmasına rağmen ancak %44'ü çocuklarının hekim olmasını istemektedirler.<sup>123</sup> Bununda nedeni olarak günümüzde hekimliğin giderek artan itibar kaybı, iş yükünün artması bunun yanında gelir düzeyi yüksek ve revaçta bilgisayar, işletme gibi başka meslek dallarının olması gösterilebilir.

Hekimlerin kariyer durumlarına göre puan ortalamaları karşılaştırıldığında yapılan ileri analizde araştırma görevlilerinin duygusal tükenme ve duyarsızlaşma puan ortalamaları diğerlerinden anlamlı olarak yüksek iken, kişisel başarı puan ortalamaları anlamlı olarak düşük bulunmuştur (Tablo-16).Yapılan lojistik regresyon analizinde profesör doktorlara göre araştırma görevlilerinin duygusal tükenmişlik puanları 3.76 kat (% 95G.A.=1.61 - 8.75), duyarsızlaşma puanları 4.99 kat (% 95G.A.=2.05 - 12.14) yüksek bulunmuştur. Araştırma görevlilerinin tükenme düzeylerinin yüksek olmasının nedenleri olarak; mesleklerinde yeni, genç ve deneyimsiz olmaları, mesleğe uyum sağlamada güçlük çekmeleri gösterilebilir. Ayrıca araştırma görevlilerinin çalışmamızda da gösterildiği gibi iş yükleri daha çok ve nöbetleri de fazladır. Araştırma görevlilerinin

gerek rutin işleri daha fazla yapıyor olmaları gerekse hiyerarşik olarak en alt sıralarda bulunmaları nedeniyle iş stresleri artmakta buda tükenmişliğin boyutunu artırmaktadır. Çalışmamızda pratisyenler, tükenmişlik düzeyi en yüksek ikinci gruba oluşturmaktadırlar. Pratisyenlik ülkemizde bir uzmanlık dalı olarak görülmemektedir. Tıp fakültelerinde birinci basamağa yönelik yeterli eğitim alamamaktadırlar. Toplum nezdinde itibarları düşüktür. Önemli bir kısmı pratisyenliği uzmanlığa geçişte bir atlama tahtası olarak görmektedirler. Pratisyenler tıp fakültesini bitirir bitirmez hiçbir hizmet içi eğitim almadan işe başlamaktadırlar. Ayrıca sınırları tanımlanmış bir yetki, görev ve sorumlulukları yoktur. Bina, tıbbi araç gereç, sağlık personeli gereksinimi ve sevk zincirinin çalışmaması gibi sorunların yanında çalışma koşulları ve fizik kapasiteleri yetersiz yerlerde çalışmaktadırlar.<sup>19,29,58</sup> Özyurt'un sonuçları da bizimle paralellik göstermektedir.<sup>58</sup> Çimen'in Türk Silahlı Kuvvetleri'nde çalışan sağlık personeli üzerinde yaptığı çalışmada da pratisyenlerin tükenmişlik düzeyi yüksek bulunmuştur.<sup>19</sup> Ergin'in "Maslach Tükenmişlik Ölçeğinin Türkiye Sağlık Personeli Normları" çalışmasında ise pratisyenlerin tükenmişlik düzeyi bizimkinin iki kat üzerinde bulunmuştur.<sup>29</sup> Benzer bulgular diğer çalışmalarda da bulunmuştur.<sup>15-19,23,24,26,27</sup> Karlıdağ ve ark. pratisyenlerin duygusal tükenme ve duyarsızlaşma puanlarını uzmanlardan daha düşük bulmuştur.<sup>92</sup>

Uzmanlık alanına göre puan ortalamaları karşılaştırıldığında yapılan ileri analizde temel tıp bilimlerini seçen hekimlerin duygusal tükenmişlik ve duyarsızlaşma puan ortalamaları, dahili ve cerrahi tıp bilimlerini seçen hekimlerden anlamlı olarak düşük bulunmuştur (Tablo-16). Kişisel başarı puan ortalaması daha yüksek olmasına rağmen istatistiksel bir fark tespit edilmemiştir (Tablo-16). Dahili tıp bilimlerinde bulunan hekimlerin duygusal tükenmişlik puan ortalamaları, cerrahi tıp bilimlerindeki hekimlerin ise duyarsızlaşma puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur. Bu da dahili ve cerrahi tıp bilimlerinde çalışan hekimlerin işlerinin çokluğu ve yeterince dinlenememe sonucu aşırı stres ve yorgunluğun tükenmeyi tetiklemesine bağlıyoruz.

Pratisyenlerin TUS'a hazırlanıyor olma durumuna göre puan ortalamaları karşılaştırıldığında TUS'a hazırlanan pratisyen hekimlerin duyarsızlaşma puan ortalamaları, hazırlanmayan pratisyen hekimlerden anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (Tablo-16). TUS'a hazırlanan pratisyen hekimlerin duygusal tükenmişlik ve kişisel başarı puan ortalamaları, hazırlanmayan pratisyen hekimlerden düşük olmasına rağmen

istatistiksel olarak fark saptanmamıştır (Tablo-16). Özyurt çalışmasında TUS'a hazırlanan pratisyen hekimlerin duygusal tükenmişlik ve kişisel başarı puan ortalamalarını TUS'a hazırlanmayan pratisyen hekimlerden yüksek bulduklarını belirtmiştir.<sup>58</sup>

Hekimlerin çalışma ortamı memnuniyetine göre puan ortalamaları karşılaştırıldığında yapılan ileri analizde çalışma ortamından memnun olmayanların duygusal tükenme ve duyarsızlaşma puan ortalamaları diğerlerinden anlamlı olarak yüksek iken, kişisel başarı puan ortalamaları anlamlı olarak düşük bulunmuştur (Tablo-16).Yapılan lojistik regresyon analizinde çalışma ortamından memnun olanlara göre olmayanların duygusal tükenmişlik puanları 5.89 kat (%95 G.A.= 2.94 - 11.79) yüksek duyarsızlaşma puanları 2.76 kat (%95 G.A.=1.46 - 5.23) yüksek bulunmuştur. Çalıştıkları ortamdaki memnun olmayan hekimlerin duyarsızlaşma ve duygusal tükenme düzeylerinde daha fazla tükenmişlik yaşamalarının sebebi, bulundukları iş ortamında rahat olamamaları, çatışma yaşamaları, gerginlik duymaları, stresli bir ortamda bulunmaları ve huzurlu çalışamamaları olabilir. Çalışılan ortamdaki memnuniyet durumu ile tükenmişlik ilişkisi başka araştırmalarda da incelenmiş ve tükenmişliği etkileyen bir faktör olduğu ortaya konmuştur. Kırılmaz, Çelen ve Sarp'ın yaptığı araştırmada Kişisel Başarı düzeyinin memnuniyet durumundan etkilenmediğini duyarsızlaşma düzeyinin etkilendiğini belirtmişlerdir.<sup>67</sup> Dolunay'ın çalışmasında üç alt boyut da memnuniyet durumundan etkilenmektedir.<sup>93</sup> Çam'ın çalışmasında da memnuniyet tükenmişliği etkilemektedir.<sup>47,49</sup> Maslach ve Jackson iş ortamının tükenmişlikle ilişkili olduğunu belirtmişlerdir.<sup>10</sup>

Hekimlerin işin beklentilerini karşılama durumuna göre puan ortalamaları karşılaştırıldığında yapılan ileri analizde işin beklentilerini karşıladığını ifade edenlerin duygusal tükenme ve duyarsızlaşma puan ortalamaları diğerlerinden anlamlı olarak düşük iken, kişisel başarı puan ortalamaları anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (Tablo-16). Yapılan lojistik regresyon analizinde işinin beklentilerini karşılamadığını belirten hekimlerin duygusal tükenmişlik puanlarının işinin beklentilerini karşıladığını belirten hekimlerden 4.17 kat (%95 G.A.=1.99 - 8.74), duyarsızlaşma puanları 4.17 kat (% 95 G.A.=1.99 - 8.74) yüksek, işinin beklentilerini karşıladığını belirten hekimlerin işinin beklentilerini karşılamadığını belirten hekimlere göre kişisel başarı puanları 2.70 kat (%95 G.A.=1.52 - 4.79) yüksek bulunmuştur.

Fiziki koşulları yeterli olarak algılama durumuna göre puan ortalamaları karşılaştırıldığında duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarı puanı açısından istatistiksel olarak fark önemli bulundu. Evet, yanıtını veren hekimlerin duygusal tükenme ve duyarsızlaşma puanları düşük iken kişisel başarı puanları yüksek idi (Tablo-16). Yapılan lojistik regresyon analizinde fiziki koşulların yetersiz olduğunu belirten hekimlerin fiziki koşulların yeterli bulunduğunu belirten hekimlere göre duygusal tükenmişlik puanının 1.57 kat (% 95 G.A.=1.06 - 2.33), duyarsızlaşma puanının 1.62 kat (%95 G.A.=1.09 - 2.40) yüksek olduğu bulunmuştur. Fiziki koşulların yeterli olduğunu belirten hekimlerin kişisel başarı puanının 1.64 kat (%95 G.A.=1.14 - 2.36) yüksek olduğu saptanmıştır. Fiziki koşulları yeterli algılayan hekimlerin, memnuniyet düzeylerinin arttığını ve tükenmeyi daha az yaşadıkları söylenebilir. Aşırı iş yükü ve dinlenme zamanlarının az olması, hastaların gereksinimlerinin finansal, bürokratik ve idari nedenlerden dolayı karşılanamaması, yöneticilerin yetersizliği, yaptığı işi kontrol etme ya da etkileme duygusundan yoksun olma, çalışanlar arasında destek ve sosyal ilişkilerin olmaması gibi etmenlerin çalışma ortamına ilişkin stresleri oluşturduğu bildirilmektedir.<sup>24,58,112</sup>

Son bir yıl içinde iş yerinde hizmet içi eğitimi alma ve durumuna göre puan ortalamaları karşılaştırıldığında duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarı puanı açısından istatistiksel olarak farkın önemsiz olduğu saptandı (Tablo-16). Özyurt'un çalışması da bizim sonuçlarımızla uyumludur.<sup>58</sup> Ancak Kaya ve arkadaşlarının çalışmasında mezuniyet sonrası eğitim alanların duyarsızlaşma puan ortalamalarının eğitim almayanlara göre daha düşük olduğu belirtilmiştir.<sup>119</sup> Üner ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada bu bulguyu desteklemektedir.<sup>102</sup>

Kongre, kurs, seminere katılma durumuna göre puan ortalamaları karşılaştırıldığında duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarı puanı açısından istatistiksel olarak fark önemli idi Yapılan ileri analizde evet yanıtını veren hekimlerin duygusal tükenme ve duyarsızlaşma puanları düşük iken kişisel başarı puanları yüksek bulunmuştur (Tablo-16).

Tıbbi yayın izleme durumuna göre puan ortalamaları karşılaştırıldığında duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarı puanı açısından istatistiksel olarak fark önemli idi. Yapılan ileri analizde evet yanıtını veren hekimlerin duygusal tükenme

ve duyarsızlaşma puanları düşük iken kişisel başarı puanları yüksek bulunmuştur (Tablo-16). Yapılan lojistik regresyon analizinde tıbbi yayın izlediğini belirten hekimlerin tıbbi yayın izlemeyen hekimlere göre kişisel başarı puanlarının 4.96 kat (%95 G.A.= 3.03 - 8.11) yüksek olduğu bulunmuştur.

İş yerinde görev tanımlarının belirli olması durumuna göre tükenmişlik puan ortalamaları karşılaştırıldığında fark önemli olup, evet yanıtını veren hekimlerin, hayır yanıtını veren hekimlerden duygusal tükenmişlik, duyarsızlaşma puan ortalamaları düşük, kişisel başarı puan ortalamaları yüksek bulunmuştur (Tablo-16). Görev yetki ve sorumluluklarının belli olduğunu belirten hekimlerin daha az tükenmeye maruz kaldıkları belirlenmiştir. Yetki, görev ve sorumlulukların belirlenmesi en önemli kalite göstergelerinden birisidir. O nedenle böyle bir sonuç beklenebilir. Belirsizlik kaos yaratır. Kaosta en önemli stres kaynaklarından birisidir.<sup>58</sup>

Şimdi olsaydı tekrar hekim olurdum diyenlerin tükenmeyi daha az yaşadıkları saptanmıştır. Bu da şu anki konumlarından memnun olduklarını, gelecek kaygılarının olmadığını, işleriyle bütünleştiklerini ve işlerini severek yaptıklarını gösterir. Literatür sonuçları da çalışmamızla uyumludur. Aslan asistanlar üzerinde yaptığı çalışmasında şimdi sınava girsem tekrar Tıp Fakültesi'ni yazardım diyenlerin tükenmişliği daha az yaşadığını saptamıştır.<sup>26</sup> Sayıl ve arkadaşlarının çalışmasında ise asistan ve pratisyenlerle birlikte yaptığı diğer bir çalışmada ise tekrar hekim olurdum diyenlerin diğer gruba göre tükenmişlik düzeyleri yönünden bir farklılık saptayamamıştır.<sup>15</sup>

## VI. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

Erzurum il genelinde değişik kesim ve kurumlardan kesitsel örneklem yöntemiyle seçtiğimiz 711 hekim üzerinde yaptığımız çalışmada;

1. Katılımcıların genel tükenme düzeylerinin alt sınırlarda olduğu: Duygusal tükenmişlik düzeyi hekimlerin %75.0'inde düşük, %19.7'sinde orta, %5.3'ünde yüksek düzeyde saptandı. Duyarsızlaşma puanı hekimlerin %76.2'sinde düşük, %18.4'ünde orta, %5.4'ünde yüksek düzeyde bulundu. Kişisel başarı puan ortalaması ise % 69.6'sında düşük, % 24.1'inde orta, % 6.3'ünde yüksek düzeyde bulunmuştur.
2. Yaş durumuna göre 25 yaş altındaki hekimlerin duygusal tükenmişlik puan ortalamaları, 25-34 yaş grubundaki hekimlerin duyarsızlaşma puan ortalamaları anlamlı olarak yüksek, her iki yaş grubundaki hekimlerin kişisel başarı puan ortalamalarının ise anlamlı olarak düşük olduğu saptanmıştır.
3. Cinsiyete göre erkek hekimlerin kişisel başarı puan ortalamalarının anlamlı olarak yüksek olduğu görülmüştür. Yapılan lojistik regresyon analizine göre erkeklerin kişisel başarı puan ortalamaları kadınlardan 1.94 kat daha yüksek bulunmuştur.
4. Medeni duruma göre dul/ boşanmış hekimlerin duygusal tükenmişlik ve kişisel başarı puan ortalamalarının evli ve bekar hekimlerden anlamlı olarak yüksek olduğu, bekar hekimlerin ise duyarsızlaşma puan ortalamalarının dul/ boşanmış ve evli hekimlerden anlamlı olarak yüksek olduğu bulunmuştur.
5. Çocuğu olmayan hekimlerin duyarsızlaşma puan ortalamaları, çocuğu olan hekimlerin ise kişisel başarı puan ortalamalarının yüksek olduğu tespit edilmiştir.
6. Eşi çalışmayan hekimlerin kişisel başarı puan ortalamaları, eşi çalışan hekimlerden anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Lojistik regresyon analizinde eşi çalışmayan hekimlerin kişisel başarı puan ortalamalarının eşi çalışan hekimlerden 1.64 kat daha yüksek olduğu gözlenmiştir.
7. Ev ve otomobili olan hekimlerin duygusal tükenme ve duyarsızlaşma puan ortalamaları olmayanlara göre anlamlı olarak düşük, kişisel başarı puan ortalamalarının ise anlamlı olarak yüksek olduğu saptanmıştır.

8. Aylık geliri 4000 YTL ve altı olanların duygusal tükenmişlik ve duyarsızlaşma puan ortalamalarının anlamlı olarak yüksek, kişisel başarı puan ortalamalarının anlamlı olarak düşük olduğu bulunmuştur. Yapılan lojistik regresyon analizi sonucunda da aylık geliri 5000 YTL ve üzeri olanlara göre 1-4000 YTL olanlarda duygusal tükenmişlik puanı 1.87 kat, duyarsızlaşma puanı 1.97 kat, aylık geliri 5001 YTL ve üzeri olanların kişisel başarı puanı 4.13 kat, yüksek bulunmuştur.
9. Spor yapan hekimlerin duygusal tükenme puan ortalamaları anlamlı olarak düşük olduğu görülmüştür.
10. Tatile çıkmayanların duygusal tükenmişlik ve duyarsızlaşma puan ortalamaları anlamlı olarak yüksek iken, kişisel başarı puan ortalamasının anlamlı olarak düşük olduğu saptanmıştır. Yapılan lojistik regresyon analizinde tatile çıkmayanların duygusal tükenmişliğinin yüksek olduğu, riskin her yıl tatile çıkanlardan 3.11 kat, daha yüksek olduğu bulunmuştur.
11. Sigara içenlerin duygusal tükenme ve duyarsızlaşma puan ortalamaları yüksek iken kişisel başarı puan ortalamalarının düşük olduğu tespit edilmiştir. Yapılan lojistik regresyon analizinde sigara içenlerin duygusal tükenmişliğinin sigara içmeyenlerden 1.42 kat yüksek olduğu saptanmıştır.
12. İlçede görev yapan hekimlerin duygusal tükenmişlik puan ortalamaları anlamlı olarak yüksek bulunmuştur.
13. Duygusal tükenmişlik ve duyarsızlaşma puan ortalaması en yüksek kurum devlet hastaneleri, kişisel başarı puan ortalaması en yüksek kurumun özel hastaneler olduğu saptanmıştır. Yapılan lojistik regresyon analizinde ise özel hastanede çalışan hekimlere göre, üniversite hastanesinde çalışan hekimlerin duygusal tükenmişlik puanları 14.00 kat, birinci basamakta çalışan hekimlerin duygusal tükenmişlik puanları 12.20 kat, devlet hastanelerinde çalışan hekimlerin duygusal tükenmişlik puanları 10.31 kat yüksek olduğu saptanmıştır.
14. Yönetimde görev alanların duygusal tükenmeyi daha az yaşadıkları ve daha yüksek kişisel başarı duygusuna sahip oldukları saptanmıştır. Yapılan lojistik regresyon analizinde ise yönetimde görev alan hekimlere göre almayanların duygusal tükenmişlik puanları 1.81 kat daha yüksek, yönetimde görev alan hekimlerin kişisel başarı puanlarının 2.40 kat daha yüksek olduğu bulunmuştur.

15. Çalışma süresi 6 yıl ve altında olan hekimlerin duygusal tükenme ve duyarsızlaşma puan ortalamalarının yüksek, kişisel başarı puan ortalamalarının düşük olduğu bulunmuştur. Yapılan lojistik regresyon analizinde ise 18 yıl ve üzeri çalışanlara göre 6 yıl ve altında çalışan hekimlerin duygusal tükenmişlik puanları 3.61 kat, duyarsızlaşma puanları 2.10 kat yüksek bulunmuştur. Lojistik regresyon analizinde 6 yıl ve altı çalışanlara göre 18 yıl ve üzeri çalışanların kişisel başarı puanları 3.02 kat daha yüksek bulunmuştur.
16. Nöbet tutan hekimlerin duygusal tükenmeye ve duyarsızlaşmaya daha yatkın oldukları ve kişisel başarılarının düştüğü saptanmıştır. Yapılan lojistik regresyon analizinde nöbet tutan hekimlerin duyarsızlaşma puanları, nöbet tutmayanlardan 1.41 kat daha yüksek olduğu bulunmuştur.
17. Mesleğini kendi isteğiyle seçenlerin duygusal tükenmeyi ve duyarsızlaşmayı daha az yaşadıkları tespit edilmiştir. Yapılan lojistik regresyon analizinde doğru seçim yaptığını düşünen hekimlere göre, yanlış seçim yaptığını düşünen hekimlerin duygusal tükenme puanları 5.55 kat, duyarsızlaşma puanları 2.11 kat daha yüksek, doğru seçim yaptığını düşünen hekimlerin yanlış seçim yaptığını düşünen hekimlere göre kişisel başarı puanları 4.89 kat yüksek bulunmuştur.
18. Çocuğunun hekim olmasını isteyenlerin tükenmeyi daha az yaşadıkları ve kişisel başarı puanlarının anlamlı olarak yüksek olduğu saptanmıştır. Yapılan lojistik regresyon analizinde çocuğunun hekim olmasını istemeyenlerin isteyenlere göre duygusal tükenmişlik puanı 2.17 kat, duyarsızlaşma puanları 1.94 kat yüksek bulunmuştur.
19. Araştırma görevlilerinin duygusal tükenme ve duyarsızlaşma puan ortalamaları diğerlerinden anlamlı olarak yüksek iken, kişisel başarı puan ortalamaları anlamlı olarak düşük bulunmuştur. Yapılan lojistik regresyon analizinde profesör doktorlara göre araştırma görevlilerinin duygusal tükenmişlik puanları 3.76 kat, duyarsızlaşma puanları 4.99 kat yüksek bulunmuştur.
20. Temel tıp bilimlerini seçen hekimlerin duygusal tükenmişlik ve duyarsızlaşma puan ortalamaları, dahili ve cerrahi tıp bilimlerini seçen hekimlerden anlamlı olarak düşük bulunmuştur.

21. TUS'a hazırlanan pratisyen hekimlerin duyarsızlaşma puan ortalamalarının hazırlanmayan pratisyen hekimlerden anlamlı olarak yüksek olduğu bulunmuştur.
22. İşinin beklentilerini karşıladığını ifade eden hekimlerin duygusal tükenme ve duyarsızlaşma puan ortalamaları diğerlerinden anlamlı olarak düşük iken, kişisel başarı puan ortalamaları anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Yapılan lojistik regresyon analizinde işinin beklentilerini karşılamadığını belirten hekimlerin duygusal tükenmişlik puanlarının işinin beklentilerini karşıladığını belirten hekimlerden 4.17 kat, duyarsızlaşma puanları 4.17 kat yüksek, işinin beklentilerini karşıladığını belirten hekimlerin işinin beklentilerini karşılamadığını belirten hekimlere göre kişisel başarı puanları 2.70 kat yüksek bulunmuştur.
23. Çalışma ortamından memnun olmayan hekimlerin duygusal tükenme ve duyarsızlaşma puan ortalamaları diğerlerinden anlamlı olarak yüksek iken, kişisel başarı puan ortalamaları anlamlı olarak düşük bulunmuştur. Yapılan lojistik regresyon analizinde çalışma ortamından memnun olanlara göre olmayanların duygusal tükenmişlik puanları 5.89 kat, duyarsızlaşma puanları ise 2.76 kat daha yüksek bulunmuştur.
24. Çalıştıkları kurumda fiziki koşulların yeterli olduğunu düşünenlerin tükenmeyi daha az yaşadıkları ve kişisel başarı puan ortalamalarının ise anlamlı olarak yüksek olduğu saptanmıştır. Yapılan lojistik regresyon analizinde fiziki koşulların yetersiz olduğunu belirten hekimlerin, fiziki koşulları yeterli bulduğunu belirten hekimlere göre, duygusal tükenmişlik puanının 1.57 kat, duyarsızlaşma puanının 1.62 kat yüksek olduğu bulunmuştur. Fiziki koşulların yeterli olduğunu belirten hekimlerin kişisel başarı puanının 1.64 kat yüksek olduğu saptanmıştır.
25. Kongre, kurs ve seminerlere katılan ve düzenli tıbbi yayın izleyen hekimlerin tükenmeyi daha az yaşadıkları ve kişisel başarı puan ortalamalarının ise anlamlı olarak yüksek olduğu tespit edilmiştir. Yapılan lojistik regresyon analizinde tıbbi yayın izlediğini belirten hekimlerin tıbbi yayın izlemeyen hekimlere göre kişisel başarı puanlarının 4.96 kat yüksek olduğu bulunmuştur.
26. Kurumunda görev, yetki ve sorumluluklarının belli olduğunu söyleyenlerin tükenmeyi daha az yaşadıkları ve kişisel başarı puanlarının daha yüksek olduğunu saptanmıştır.

Bu değişkenler incelendiğinde duygusal tikenmişlik ve duyarsızlaşma üzerine özellikle çalışma ortamı ile ilgili değişkenlerin ağırlıklı olarak etkili olduğu, kişisel başarı alt boyutunda ise ağırlıklı olarak kişisel özelliklerin ön plana çıktığı gözlenmektedir.

Tikenmişliğin üç alt boyutunda lojistik regresyon analizinde etkili olduğu gösterilen; aylık gelir, yönetsel görev varlığı, mesleği hakkında düşünceleri ve çocuğun hekim olmasını isteme durumunun riski artırdığını düşünmekteyiz. Bu nedenle bundan sonra yapılacak olan çalışmalarda özellikle bu değişkenlere yer verilmesinin doğru olacağı ve çözüm nerileri geliştirilmesine katkı sağlayacağı kanısındaız.

## ÖNERİLER

- Ülkemizde tüm sağlık kuruluşlarının çağdaş yönetim ilkelerine uygun olarak örgütlenmesi için çalışanların görevlerini ve yetkilerini belirleyen gerekli yasal düzenlemeler yapılmalı ve yaşama geçirilmelidir.
- Hekimlik mesleğinin itibarı korunmalı, etik ilkelere uyulmalı, hekimliğe zarar verecek davranışlardan kaçınılmalıdır.
- Hekimler görevlerini doğru olarak yerine getirecek şekilde eğitilmelidir.
- Mezuniyet öncesi eğitim birinci basamak sağlık hizmetlerine yönelik ve uygulamalı olarak yapılacak şekilde değiştirilmelidir.
- İşe başlamadan önce kişi yaptığı işin zorluklarını ve risklerini öğrenmelidir.
- Pratisyenlik kavramı netleştirilmeli, görev alanları, yetki ve sorumlulukları belirlenmelidir.
- Üniversite, Sağlık Bakanlığı ve tabip odaları işbirliği ile mezuniyet sonrası sürekli eğitim programları geliştirilmelidir.
- Aşırı iş yükü hekimler üzerine eşit olarak dağıtılarak, yükün aynı kişiler üzerinde birikmesi önlenmelidir.
- Nöbetler düzenlenmelidir.
- Gün içinde iş dışı aktivitelere zaman ayrılmalıdır.
- Çalışanların bireysel ihtiyaçlarının karşılanmasına önem verilmesi ve kolaylaştırılması, alınan kararlara katılımın sağlanması gereklidir.
- Çalışma grupları kurarak birbirlerinin sorunlarını paylaşmaları sağlanmalıdır.
- Hoşgörü, esnek, adaletli, katılımcı bir yönetim anlayışı ve dinleyen, değer veren bir yönetici, tükenmenin önlenmesi ve giderilmesinde son derece önemlidir.

## VII. KAYNAKLAR

- 1 Freudenberger NJ. Staff burnout. Journal of Social Issues; 30: 159-165, 1974.
- 2 Maslach C. , Jackson, S. E., The measurement of experienced burnout, J. of Occupational Behaviour, 2, p. 99-113, 1981.
- 3 Maslach C, Jackson SE. Maslach Burnout Inventory Manual. 2nd ed. Palo Alto, Ca: Consulting Psychologist Press 1986.
- 4 Sturgess, J., Poulsen, A., The Prevalence of burnout in occupational therapists. Occup. Ther. Ment. Health 3 (4), 47-60.4,1983.
- 5 Cherniss, C. ,“Professional Burnout In Human Service Organizations”, Praeger Press, New York (1980).
- 6 Piko BF. Burnout, Role Conflict, Job Satisfaction and Psychosocial Health Among Hungarian Health Care Staff: A Questionnaire Survey. International Journal of Nursing Studies, Article in Press (Available online at [www.sciencedirect.com](http://www.sciencedirect.com)) (Access date: June 27, 2005).
- 7 Özgüven HD, Haran S. Tükenme. Kriz ve Müdahale Kitabında (Ed. Sayıl I, Berksun O, Palabıyıkoglu R. Ve ark. Ankara Üniversitesi Psikiyatrik Kriz Uygulama ve Araştırma Merkezi Yayınları No: 6, Ankara:199-214, 2000.
- 8 Editorial. Annals of Internal Medicine. March; 136 (5): 391-393, 2002.
- 9 Maslach, C.,Burnout: The Cost Of Caring, New Jersey: Prentice-Hall (1982).
- 10 Maslach, C. Jackson, S.E. , “The role and family variables in burnout”, Sex Roles, 12 (7–8), 837–850 ( 1985).
- 11 Maslach, C., Schaufeli, W.,Leiter, M.P., Jop burnout. annual review of psychology, (2001).
- 12 Cherniss, C.,“Observed supervisory behavior and teacher burnout in special education”, Exceptional Children, 54, 449-454. (1988).
- 13 Cherniss,C., Professional Burnout inHuman Service Organizations, New York: (1993).
- 14 Cherniss, C.,Social and emotional learning for leaders. Educational Leadership, 26-28 (1998, April).
- 15 Sayıl I. ve ark: Ankara Üniversitesi Hastanelerinde Çalışan Doktor ve Hemşirelerin Tükenmişlik Düzeyleri . Kriz Dergisi 5 (2) Sf. 71-77 (1997)
- 16 Fidaner, C. : Yarının hekimi. Toplum ve Hekim, Eylül - Ekim 94 Cilt: 9 Sayı :63 Sf. 29-31
- 17 Ersoy F, Yıldırım C, Edirne T, : Tükenmişlik Sendromu. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi 2001 2; 11-17

- 18 Gözüml S.: Koruyucu sağlık hizmetlerinde görev yapan hemşire ve ebelerin iş doyumu, tükenmişlik ve işe devamsızlığı etkileyen faktörlerin araştırılması. Doktora Tezi. Erzurum, 1996.
- 19 Çimen M.: Maslach tükenmişlik ölçeği sağlık personeli Türkiye normlarının silahlı kuvvetler sağlık personeli tükenmişlik puanları ile karşılaştırmalı olarak incelenmesi. Toplum ve Hekim Mayıs – Haziran Cilt: 17 Sayı :3 Sf : 212-6 (2002).
- 20 Ay S, Güngör N, Özbaşaran F. Manisa İl Merkezi Sağlık Ocaklarında Çalışan Personelin Sosyo-Demografik Özelliklerin Tükenmişlik Düzeyleri Üzerine Etkisi. IX. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, Kongre Kitabı, Ankara,306-( 2004).
- 21 Kaçmaz N. Tükenmişlik Sendromu İst Tıp Fak Derg;68: 29-32 (2005).
- 22 Edelwich, J.;A.Brodsky; Burnout:Stages of disillusionment in the helping professions.Human Sciences Press;Newyork (1980).
- 23 Demir A. Hemşirelerin Tükenmişlik Düzeyleri ve Tükenmişliği Etkileyen Bazı Faktörlerin İncelenmesi. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yayınlanmamış yüksek lisans tezi. Sivas, (1995)
- 24 Yaman H., Urgan M., Tükenmişlik: Aile hekimliği asistan hekimleri üzerine bir inceleme, Türk Psikoloji Dergisi, 49, sf. 37-44,( 2002)
- 25 Torun A., Stres ve tükenmişlik. Endüstri ve örgüt psikolojisi, Tevruz S (Ed.). Türk Psikoloji Derneği Yayını, sf. 43-53, (1996).
- 26 Aslan S.H. Aslan O. ve ark., Hekimlerde tükenmede cinsiyetle ilişkili etkenler. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 22, 2 sf. 132-136,( 1997).
- 27 Serinken M. Ve ark., Tükenme sendromu ve acil servis hekimleri, Toplum ve Hekim Eylül – Ekim Cilt: 17 Sayı :5 Sf : 358-365 (2003).
- 28 Ergin C. Doktor ve hemşirelerde tükenmişlik ve Maslach Tükenmişlik Ölçeğinin uyarlanması, Bayraktar R, Dağ İ, (Ed). VVII. Ulusal Psikoloji Kongresi Bilimsel Çalışmaları, Ankara, Türk Psikologlar Derneği Yayını,(1992) s, 143-154.
- 29 Ergin C: Maslach Tükenmişlik Ölçeği'nin Türkiye sağlık personeli normları. 3P Dergisi 4:28-33; 1996.
- 30 Shanfelt TD, Bradley KA, Wipf JE, Back A. Burnout and Self-Reported Patient Care in an Internal Medicine Residency Program. Annals of Internal Medicine 136(5): 358-367, 2002.
- 31 Aslan D.Ve ark. Türkiye'de Tabip Odalarına Kayıtlı Olan Bir Grup Hekimde Tükenmişlik Sendromu ve Etkileyen Faktörler Türk Tabipler Birliği Yayınları Ağustos 2005.
- 32 Diaz Gonzalez RJ, Hidalgo Rodrigo I. The burn-out syndrome in physicians of the public health system of a health area. Rev Clin Esp.,194(9):670-6; Sep 1994.

- 33 Deckard G. J., Hicks L. L. The occurrence and distribution of burnout among infectious disease physicians. *Journal of Infectious Disease*, 165,224-228, 1992.
- 34 Deckard, G., Meterko, M. ve Field, D. "Physician burnout: an examination of personal, Professional And Organizational Relationships", *Medical Care*, 32 (7):745-754, (1994).
- 35 Yeni Bin Yılın Başında Türkiye Sağlık Sektörünün Durumu, Ankara:Türk Tabipler Birliği Yayınları, 7-52;2002.
- 36 Editorial. *Annals of Internal Medicine*. 136 (5): 391-393; March 2002.
- 37 Vızlı, C., "Görme engelliler ilköğretim okullarında çalışan öğretmenlere normal ilköğretim okullarında çalışan öğretmenlerin tükenmişlik düzeylerinin karşılaştırılması Üsküdar İlçesi Örneği", Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Marmara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, İstanbul (2005).
- 38 Pedrabissi L., J.P. Rolland ,M. Santinello ,Stres and Bournout among Teachers in Italy and France; *Journal of Psychology* ,Vol.127, (1993).
- 39 Pines, A. M. "Burnout: An existential perspective. In *Professional Burnout*", Recent developments in theory and research, 33-51,(1993).
- 40 Pines, A. M., Aranson, E. ve Kaffry, D. , "Burnout: From Tedium To Personal Growth", Free Press, New York, (1981).
- 41 Dünya Sağlık Örgütü, Dünya Sağlık Raporu, Çev. Ed. Metin, B., Akın. A.,Güngör İ. Ankara:Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, 45- 57, (1998).
- 42 Storlie F. J. "Burnout: The elaboration of a concept". *American Journal of Nursing*, 19( 12), 2108-2111,(1979).
- 43 Örmən, U. , "Tükenmişlik duygusu ve yöneticiler üzerinde bir uygulama", Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul (1992).
- 44 Taşgın, N., "Gençlik ve spor müdürlüğü merkez ve taşra örgüt yöneticilerinin tükenmişlik düzeylerinin iş doyumu düzeylerine etkisi", Doktora Tezi, Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Konya (2004).
- 45 Başören, M., "Çeşitli değişkenlere göre rehber öğretmenlerin tükenmişlik düzeylerinin incelenmesi", Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Zonguldak Karaelmas Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Zonguldak (2005).
- 46 Şanlı, S., "Adana ilinde çalışan polislerin iş doyumu ve tükenmişlik düzeylerinin bazı değişkenler açısından incelenmesi", Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Adana (2006).
- 47 Çam.O., "Hemşirelerde tükenmişlik ve çeşitli değişkenlere göre incelenmesi",Yayınlanmamış Doktora Tezi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir(1989).

- 48 Çam, O., “Tükenmişlik Envanterinin Geçerlik Ve Güvenirliğinin Araştırılması”,7. Psikoloji Kongre Kitabı, Ankara: Psikologlar Derneği Yayınları( 1991).
- 49 Çam, O., Tükenmişlik envanterinin geçerlik ve güvenirliliğinin araştırılması, VII.Ulusal Psikoloji Kongresi Bilimsel Çalışmaları, Ankara: Hacettepe Üniversitesi VII.Ulusal Psikoloji Kongresi Düzenleme Kurulu ve Türk Psikologlar Derneği Yayını, 155-159(1992).
- 50 Çam, M. O.,Tükenmişlik, İzmir: Saray Medikal Yayıncılık (1995).
- 51 Perlman and Hartman Human Relations. Burnout: Summary and Future Research Human Relations, Vol. 35, No. 4, 283-305 (1982)
- 52 Sılığ, A., “Banka çalışanlarının tükenmişlik düzeylerinin çeşitli değişkenler açısından incelenmesi”, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Anadolu Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Eskişehir (2003).
- 53 Meier, S. T. “Toward A Theory Of Burnout”, Human Relations, 36, 10, 899-910, (1983).
- 54 Bandura, A., “Self-Efficacy:Toward A Unifying Theory Of Behavioral Change”,Psychological Review, 84, 2, 191-215, (1977).
- 55 Burke, R. J., “Career Stages, Satisfaction and Well Being, Among Police Officers” Psychological Reports Vol 65 (1):3-12 (1989).
- 56 Suran, B. G., Sheridan, E. P., “Management Of Burnout: Training Psychologists In Professional Life Span Perspectives”, Professional Psychology: Research And Practice. 15,6, 741-752 (1984).
- 57 Eriksson PS, Wallin L,Functional consequences of stressrelated suppression of adult hippocampal neurogenesis –a novel hypothesis on the neurobiology of burnout. Acta Neurol Scand, 110: 275–280 (2004).
- 58 Özyurt, A. “İstanbul Hekimlerinin İş Doyum ve Tükenmişlik Düzeyleri”, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimler Enstitüsü(2004).
- 59 Ok, S. “Banka İş Görenlerinin İş Doyumunun Bazı Değişkenler Açısından İncelenmesi”, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü (1995).
- 60 Gaines J. ve Jermier J. “Emotional Exhaustion In A High Stress Organization”.Academy of Management Journal, 26, 567-586 (1983).
- 61 Tümkeya, S., “Öğretmenlerdeki tükenmişlik, görülen psikolojik belirtiler ve başa çıkma davranışları”, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Adana (1996).
- 62 İzgar, H., “Okul yöneticilerinin tükenmişlik düzeyleri nedenleri ve bazı etken faktörlere göre incelenmesi (Orta Anadolu Örneği)”, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Konya (2000).

- 63 İzgar, H. ,Okul Yöneticilerinde Tükenmişlik, Ankara: Nobel Kitapevi (2001),
- 64 Örmən, U. ,“Tükenmişlik Duygusu ve Yöneticiler Üzerinde Bir Uygulama”,Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü (1992).
- 65 Sucuoğlu, B. ve Kuloğlu, N.,“Özürlü Çocuklarla Çalışan Öğretmenlerde Tükenmişliğin Değerlendirilmesi”, Ankara: Türk Psikoloji Dergisi, Sayı 10-36,44,60 (1996).
- 66 Susanne, C., “Organizing Systems To Support Competent Social Behavior 6n Children And Youth: Teacher Stresss And Bunout”, Western Regional Resorce Center, Http://ntract. Uoregon.Edu/WRRC/,March. (2000).
- 67 Kırılmaz, A. Y.,Ü, Çelen ve N. Sarp, “İlköğretimde çalışan bir öğretmen grubunda tükenmişlik durumu araştırması”, Ankara Üniversitesi Eğitim Fakültesi,İlköğretim-Online 2-9 (<http://www.ilkogretim-online.org.tr>) (2003).
- 68 Murat M., “Emniyet Görevlilerinin Tükenmişlik Durumları”, Polis Bilimleri Dergisi, Cilt:5 Sayı:2 (2003).
- 69 Murat M., “Sınıf Öğretmenlerinde 10 Yıllık Meslek Sürecinde Tükenmişliğin Gelişiminin Haritalanması ve Bazı değişkenlere Göre incelenmesi”, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Trabzon: Karadeniz Teknik Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü(2000).
- 70 Hamann and Gordon Music Educators Journal.Burnout An Occupational Hazard: Many elements of a music teacher's life can contribut 87: 34-39; (2000).
- 71 Sertöz Ö., Binbay T , Elbi Mete H., Tükenmişliğin Nörobiyolojisi: Hipotalamus-Pituiter-Adrenal Eksen ve Diğer Bulgular Türk Psikiyatri Dergisi 19(3) 318-328;( 2008).
- 72 Sabuncuoğlu, Z., Örgütsel Psikoloji, Bursa: Ezgi Kitapevi Yayınları(1996).
- 73 Girgin, G., “İlkokul öğretmenlerinde meslekten tükenmişliğin gelişimini etkileyen değişkenlerin analizi ve bir model önerisi (İzmir İli Kırsal Ve Kentsel Yöre Karşılaştırması)”, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir; (1995).
- 74 Girgin G. Tükenmişlik sendromuna bir örnek: Zihinsel engelli öğrencilere eğitim veren öğretmenlerin mesleki Tükenmişlik düzeyi TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 4 -4(2005).
- 75 Dilsiz, B., “Konya ilinde ki ortaöğretim okullarında çalışan öğretmenlerin tükenmişlik ve iş doyumu düzeylerinin bölgelere göre değerlendirilmesinin çok değişkenli istatistiksel analizi”, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü, Konya (2006).
- 76 Baysal, A., “Lise ve dengi okul öğretmenlerinde meslekte tükenmişliğe etki eden faktörler”, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir. (1995).

- 77 Dursun, S.,“Öğretmenlerde tükenmişlik ile yükleme biçimi, cinsiyet, eğitim düzeyi ve hizmet süresi değişkenleri arasındaki yordayıcı ilişkilerin incelenmesi”, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Karadeniz Teknik Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Trabzon(2000).
- 78 Schaufeli, W. B., Daamen, J. Burnout Among Dutch Teachers: An MBI Validity Study. Educational & Psychological Measurement, 54, 3, 803-813; (1994).
- 79 Iacovides, A. Fountoulakis, K. N. ve Kaprinis, G. “The relationship between job stres, Burnout And Clinical Depression”, Journal Of Affective Disorders, 75, 209-221 (2003).
- 80 Gümüş, H., “Farklı mesleklerde çalışanların iş ve yaşam doyumlarının tükenmişlik düzeyleri açısından karşılaştırılması”, Yayınlanmamış Doktora Tezi, (2006).
- 81 Torun, A. İstanbul: Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü “Stres ve Tükenmişlik”, Endüstri ve Örgüt Psikolojisi, Türk Psikologlar Derneği Yayını(1996).
- 82 Düzyürek S, Ünlüoğlu G. Hekimde tükenmişlik (burnout) sendromu.Psikiyatri Bülteni 1:108-112(1992)
- 83 Evans BK, Fischer DG. The nature of burnout: a study of the three-factor model of burnout in human and non-human service samples. J Occup Organizational Psychol; 66:29-38 ( 1993).
- 84 Fawzy FI, Fawzy NW, Pasnau RO. Burnout in the health professionals, “Handbook of Studies on General Hospital Psychiatry, editor: Judd FK, Burrows GD, Lipsitt DR, Elseiver Science Publishers BV, Amsterdam (1991)”
- 85 Freudenberger HJ, Richelson G: Tukenmeye Rağmen Nasıl Yaşanabilir? Cev.:Nesrin H. Şahin, Stresle Başa Çıkma Olumlu Bir Yaklaşım, Türk Psikologlar Derneği Yayınları No:2, 3.Basım.Ankara, (1998).
- 86 Ellis B., Miller K.I.: The role of assertiveness, personel control and participation in the prediction of nurse bornout. Journal of Applied Communication Research, 21(4) 322-342. (1993)
- 87 Sever AD. Hemşirelerin iş stresi ile başa çıkma yolları ve bunun sonuçlarının araştırılması. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Yayınlanmamış Doktora Tezi, İstanbul, (1997).
- 88 Richadson AM, Burke RJ. Models of burnout: implications for intervention. Int J Stress Manag; 2:31- 43,(1995).
- 89 Taormina RJ, Law CM. Approaches to preventing burnout:the effects of personal stress management and organizational socialization. J Nurs Manag; 8: 89 – 99 ,(2000).

- 90 Surgevil, O. Tükenmişlik ve tükenmişliği etkileyen örgütsel faktörler: Akademik personel üzerinde bir uygulama. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı Yönetim ve Organizasyon, İzmir (2005).
- 91 Taycan O., L. Kutlu, S. Çimen ve N. Aydın ,“Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerde Depresyon ve Tükenmişlik Düzeyinin Sosyodemografik Özelliklerle İlişkisi”, Anatolian Journal Of Psychiatry, Vol. 7, ss. 100 – 108 (2006).
- 92 Karlıdağ, R., Ünal, S. ve Yoloğlu, S., Hekimlerde İş Doyumu ve Tükenmişlik Düzeyi. Türk Psikiyatri Dergisi, 11(1) (2000).
- 93 Dolunay AB. Keçiören ilçesi “genel liseler ve teknik-ticaret-meslek liselerinde görevli öğretmenlerde tükenmişlik durumu” araştırması. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası; 55: 51-62 (2002).
- 94 "Randall M, Scott WA. Burnout job satisfaction and job performance. Aust Psychol;23:335-347 (1988).
- 95 Sünter AT, Canbaz S, Dabak Ş, Öz H, Pekşen Y. Pratisyen hekimlerde tükenmişlik, işe bağlı gerginlik ve iş doyumunu düzeyleri. Konya ve Karaman Tabip Odası Genel Tıp Dergisi: 16: 9–14;Mart 2006.
- 96 Heim E., Stressonen der heilberufe., Zselhpsychoson Med., 38., 207-226,(1992).
- 97 Hersbach P., Stress in Krankenhaus-die belastungen von krankenpflegekraefte und aretzen/aertzinnen., Psycholher Psychosom Med. Psychol., 41., 176-186,(1991).
- 98 Barut Y., Kalkan M.,Ondokuz Mayıs Üniversitesi Öğretim Elemanlarının Tükenmişlik Düzeylerinin incelenmesi Ondokuz Mayıs Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, 14, 66-77 (2002).
- 99 Kim-Wan MO Teacher Burnout: Relations with Stress, Personality, and Social Support CUHK Education Journal Vol. 19 No.1 pp. 3-11
- 100 Buğdaycı R, Kurt AÖ, Şaşmaz T, Öner S, Tamamoğulları N, Galioğlu C ve ark. Mersin İlinde Görev Yapan Hekimlerde Ruhsal Tükenmişlik Durumu ve Etkileyen Faktörler. 9. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Bildiri Özet Kitabı. Sayfa 307.Hacettepe Üniversitesi, Ankara, (2004).
- 101 Ekerbiçer H, Çelik M, Aral M, Buğdaycı R. Kahramanmaraş'ta Çalışan Hekimlerde Mesleksi Tükenmişlik Düzeyi ve Bazı Kişisel Özelliklerle İlişkisi. 8. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Kongre Kitabı 2. Sayfa 700.Dicle Üniversitesi, Diyarbakır, 2002.
- 102 Üner S, Bossi TB, Erçeltik Ö, Ertuğrul İ, Göde S, Kılıç L ve ark. Keçiören İlçesi Sağlık GrupBaşkanlığı'na Bağlı Birinci Basamak Sağlık Çalışanlarının Maslach Tükenmişlik Ölçeğine Göre İncelenmesi. 9. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Bildiri Özet Kitabı. Sayfa 303.Hacettepe Üniversitesi, Ankara, 2004.

- 103 Özmen, H., "Görme engelliler okullarında görev yapan öğretmenlerin tükenmişlik düzeyleri", Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Ankara (2001).
- 104 Constable, J.F., Russell DW The effect of social support and the work environment upon burnout among nurses *Journal of Human Stress*, 11, 20-27 (1986).
- 105 Cordes, C. L., Dougherty, T. W. Ve M. B. "Patterns of Burnout Among Managers and Professionals: a Comparison of Models", *Journal of Organizational Behavior*, Vol.18:685-701, (1997).
- 106 Richardsen A.M., Occupational Stress and job satisfaction among physicians: sex differences. *Soc. Sci. Med.* 33:1179-1187;1991.
- 107 Greenglass E.R., R.J. Burke and L. Fiksenbaum, "Workload and Burnout in Nurses". *Journal of Community & Applied Social Psychology*, Vol. 11, p. 211-215, 2001.
- 108 Mollaoğlu M, Yılmaz M, Kars T. Hemşirelerde Tükenmişlik (Burnout) Sendromu. *Toplum ve Hekim*, Temmuz-Ağustos, 18 (4): 289-292, 2003.
- 109 Martin, U., Schinke, S. P., Organizational and individual factors influencing job satisfaction and burnout of mental health workers. *Social Work in Health Care*, 28(2), 51-62, (1998).
- 110 Dierendonck, Dirk Van, Schaufeli, Wilmar B., Buunk, Bram P ; "Towards A Process Model Of Burnout: Results From A Secondary Analysis", *European Journal Of Work And Organizational Psychology*, Vol. 10, Num. 1, 41-52 (2001).
- 111 Özçınar M., asistan doktorlarda burnout sendromu: Aile Hekimliği Uzmanlık Tezi İstanbul -2005.
- 112 Yavuzylmaz A, Topbaş M, Çan E, Çan G, Özgün Ş: Trabzon İl Merkezindeki Sağlık Ocakları Çalışanlarında Tükenmişlik Sendromu İle İş Doyumu Düzeyleri Ve İlişkili Faktörler TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 6 (1) 2007.
- 113 Graf, L. W., "Superintendent Burnout in the Public Schools: A Study of Demographic and Environmental variables and Their Effects on the School Superintendent", *Dissertation Abstract International*, 57 (8), 3337 A. (1996).
- 114 Aksu, A. ve A. Baysal, "İlköğretim Okulu Müdürlerinde Tükenmişlik", *Kuram ve Uygulamada Eğitim Yönetimi Dergisi*, 41: 7-24, (2005).
- 115 Bilici M, Mete F, Soylu C. Bir grup akademisyende depresyon ve tükenme düzeyleri. *Türk Psikiyatri Derg*; 9:181-189,1998.
- 116 Özdemir M. Sağlık Çalışanların Sorunları. *Toplum ve Hekim*, 16(6): 402-12, Kasım-Aralık 1999.

- 117 Çıtak, G., Hemşirelik yüksek okulu öğretim elemanlarının empati beceri ve tükenmişlik düzeylerinin belirlenmesi, Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara(1998).
- 118 Goldberg R.A., Work-related stress and depression among physicians pursuing postgraduate training in emergency medicine an int. Study., Ann. Emerg. 20:992-996, 1991.
- 119 Kaya M, Üner S, Karanfil E, Uluyol R, Yüksel F, Yüksel M : Birinci Basamak Sağlık Çalışanlarının Tükenmişlik Durumları TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni,: 6 (5) 2007.
- 120 DeVellis R.F. scale Development Theory and Application. London: SAGE Publications,:83-86, 1991.
- 121 Özgüven İ.E. Psikolojik Testler.Ankara: Sistem Ofset: 85-86, 2000.
- 122 Collier VU, McCue JD, Markus A, Smith L. Stress in medical residency: status quo after a decade of reform? Ann Intern Med.;136:384-90, 2002.
- 123 Shugerman R , Linzer M , Nelson K , Douglas J , Williams R ,Konrad R . Pediatric generalists and sub-specialists: Determinants of career satisfaction . *Pediatrics* 2001 ; 108 : E40 .

## IIIIV- EKLER

### Ek-1. Kişisel Bilgi Formu

Sayın Meslektaşım,

Bu çalışma, hekimlerin tükenmişlik düzeyi ve etkileyen faktörleri tespit etmek amacıyla yapılmaktadır. Buradan elde edilen veriler yalnızca bilimsel amaçlı kullanılacaktır. Bu nedenle vereceğiniz cevapların gerçeği yansıtması çok önemlidir. Bu anketin doldurulmasında yapacağınız katkıdan dolayı şimdiden teşekkür ediyorum. Saygılarımla.

Dr. Zahide KOŞAN

Anket numarası .....

### KİŞİSEL BİLGİ FORMU

1- Yaşınız: .....

2- Cinsiyetiniz: 1- Erkek ( ) 2- Kadın ( )

3- Medeni durumunuz: 1- Evli ( ) 2- Bekâr ( ) 3- Dul / Boşanmış ( )

4- Çocuğunuz var mı? 1- Evet (Kaç çocuğunuz var? ..... ) 2- Hayır ( )

5- Eşiniz çalışıyor mu? 1- Evet (Mesleği ..... ) 2- Hayır ( )

6- Size veya eşinize ait arabanız var mı? 1- Evet ( ) 2- Hayır ( )

7- Size veya eşinize ait eviniz var mı? 1- Evet ( ) 2- Hayır ( )

8- Ailenizin şu andaki toplam aylık geliri ne kadardır?(Döner sermaye, performans, kira geliri vb. dahil)

1- 1000-2000 ( ) 2- 2001-3000 ( ) 3- 3001-4000 ( )

4- 4001-5000 ( ) 5- 5000 ve üzeri ( )

9- Düzenli olarak spor yapıyor musunuz?

1- Evet ( ) 2- Hayır ( )

10- Ne sıklıkta tatile çıkıyorsunuz?

1- Her yıl ( ) 2- Ara sıra ( ) 3- Çıkılmıyorum ( )

11- Kronik bir hastalığınız var mı?

1- Evet ( ) 2- Hayır ( )

- 12- Sigara içiyor musunuz?  
1- Halen içiyorum ( ) 2- Bıraktım ( ) 3- Hiç içmedim ( )
- 13- Günde içilen sigara adedi (halen içenler cevaplandırarak)  
1- 1-9 adet ( ) 2- 10-19 adet ( ) 3- 20 ve üzeri ( )
- 14- Kaç yıldır sigara içiyorsunuz? (..... ay / yıl)
- 15- Alkol kullanıyor musunuz?  
1- Düzenli olarak ( ) 2- Ara sıra ( ) 3- Hayır ( )
- 16- Halen çalıştığınız yer: 1- İl merkezi ( ) 2- İlçe ( ) 3- Köy ( )
- 17- Kariyer durumunuz:  
1- Pratisyen Dr. ( ) 2- Arş. Gör. Dr. ( ) 3- Uzman Dr. ( )  
4- Yrd. Doç. Dr. ( ) 5- Doçent Dr. ( ) 6- Profesör Dr. ( )
- 18- Araştırma görevlisi, uzman veya akademisyen iseniz alanınız nedir?  
1- Temel Tıp Bilimleri ( ) 2- Cerrahi Tıp Bilimleri ( ) 3- Dahili Tıp Bilimleri ( )
- 19- Pratisyenseniz TUS 'a hazırlanıyor musunuz?  
1- Evet ( ) 2- Hayır ( )
- 20- Halen çalıştığınız iş yeri: (Birden fazla seçenek işaretlenebilir)  
1- Sağlık Ocağı ( ) 2- Devlet hastanesi ( ) 3- Üniversite hastanesi ( )  
4- Muayenehane ( ) 5- Özel Hastane ( ) 6- Diğer (.....)
- 21- İş yerinde yönetsel göreviniz var mı?  
1- Evet ( ) 2- Hayır ( )
- 22- Meslekteki toplam çalışma süreniz: ..... ay / yıl .....
- 23- Şu anda çalıştığınız kurumdaki toplam çalışma süreniz? ..... ay / yıl
- 24- İş yerinizde nöbet tutuyor musunuz?  
1- Evet (..... gün / ay) 2- Hayır ( )
- 25- Mesleğinizi isteyerek mi seçtiniz?  
1- Evet ( ) 2- Hayır ( )
- 26- Hekimlik mesleğini seçmeniz konusundaki düşünceleriniz:  
1- Doğru seçim yaptığımı düşünüyorum. ( )  
2- Bazen yanlış seçim yaptığımı düşünüyorum. ( )  
3- Yanlış seçim yaptığımı düşünüyorum. ( )

- 27- Çocuğunuzun hekim olmasını ister misiniz?  
1- Evet ( ) 2- Hayır ( )
- 28-Çalışma ortamınızdan memnun musunuz?  
1- Evet ( ) 2- Kısmen ( ) 3- Hayır ( )
- 29- İşiniz beklentilerinizi karşılıyor mu?  
1- Evet ( ) 2- Kısmen ( ) 3- Hayır ( )
- 30- Sizce işyerinizdeki fiziki koşullar yeterli midir?  
1- Yeterli ( ) 2- Yetersiz ( )
- 31- Son bir yıl içinde çalıştığınız kurumda hizmet içi eğitimi aldınız mı?  
1- Evet ( ) 2- Hayır ( )
- 32- Kongre, kurs, seminer gibi etkinliklere katılıyor musunuz?  
1- Evet sık sık katılıyorum. ( )  
2- Fırsat buldukça katılıyorum. ( )  
3- Katılmıyorum. ( )
- 33- Düzenli olarak tıbbi yayın izliyor musunuz?  
1- Evet ( ) 2- Zaman zaman ( ) 3- Hayır ( )
- 34- Sizce işyerinizde görev, sorumluluk ve yetkiler belirli midir?  
1- Evet ( ) 2- Hayır ( )

### MASLACH TÜKENMİŞLİK ÖLÇEĞİ

Aşağıda işinizin çeşitli yönleriyle ilgili cümleler bulunmaktadır. Her cümleyi dikkatle okuyarak işinizin o cümlede belirtilen yönünden ne derece memnun olduğunuzu bir (x ) işareti ile belirtiniz

| Duyguları Yaşama Sıklığı ve Sayısı |                        |                   |                         |                        |
|------------------------------------|------------------------|-------------------|-------------------------|------------------------|
| 0                                  | 1                      | 2                 | 3                       | 4                      |
| Hiçbir Zaman<br><b>HBZ</b>         | Çok Nadir<br><b>ÇN</b> | Bazen<br><b>B</b> | Çoğu Zaman<br><b>ÇZ</b> | Her Zaman<br><b>HZ</b> |

## MASLACH TÜKENMİŞLİK ÖLÇEĞİ

|                                                                                        | 0   | 1  | 2 | 3  | 4  |
|----------------------------------------------------------------------------------------|-----|----|---|----|----|
|                                                                                        | HBZ | ÇN | B | ÇZ | HZ |
| 1-İşimden soğuduğumu hissediyorum.                                                     |     |    |   |    |    |
| 2- İş dönüşü kendimi ruhen tükenmiş hissediyorum.                                      |     |    |   |    |    |
| 3- Sabah kalktığımda bir gün daha bu işi kaldıramayacağımı düşünüyorum                 |     |    |   |    |    |
| 4- İşim gereği karşılaştığım insanların ne hissettiğini hemen anlarım.                 |     |    |   |    |    |
| 5- İşim gereği bazı kimselere sanki insan değillermiş gibi davrandığımı fark ediyorum. |     |    |   |    |    |
| 6- Bütün gün insanlarla uğraşmak benim için gerçekten çok yıpratıcı                    |     |    |   |    |    |
| 7- İşim gereği karşılaştığım insanların sorunlarına en uygun çözüm yollarını bulurum.  |     |    |   |    |    |
| 8- Yaptığım işten tükendiğimi hissediyorum.                                            |     |    |   |    |    |
| 9-Yaptığım iş sayesinde insanların yaşamına katkıda bulunduğuma inanıyorum.            |     |    |   |    |    |
| 10- Bu işte çalışmaya başladığımdan beri insanlara karşı sertleştim.                   |     |    |   |    |    |
| 11- Bu işin beni giderek katılaştırmasından korkuyorum.                                |     |    |   |    |    |
| 12- Çok şeyler yapabilecek güçteyim.                                                   |     |    |   |    |    |
| 13- İşimin beni kısıtladığını hissediyorum.                                            |     |    |   |    |    |
| 14- İşimde çok fazla çalıştığımı hissediyorum.                                         |     |    |   |    |    |
| 15- İşim gereği karşılaştığım insanlara ne olduğu umurumda değil.                      |     |    |   |    |    |
| 16- Doğrudan doğruya insanlar ile çalışmak bende çok fazla stres yapıyor.              |     |    |   |    |    |
| 17- İşim gereği karşılaştığım insanlar ile aramda rahat bir hava yaratırım.            |     |    |   |    |    |
| 18- İnsanlarla yakın bir çalışmadan sonra kendimi canlanmış hissederim.                |     |    |   |    |    |
| 19- Bu işte birçok kayda değer başarı elde ettim.                                      |     |    |   |    |    |
| 20- Yolun sonuna geldiğimi hissediyorum                                                |     |    |   |    |    |
| 21- İşimde duygusal sorunlara serinkanlılıkla yaklaşıyorum                             |     |    |   |    |    |
| 22-Karşılaştıklarımın problemlerini ben yaratmışım gibi davrandıklarımı hissediyorum.  |     |    |   |    |    |

T.C.  
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI

HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

ERZURUM 'DA ÇALIŞAN HEKİMLERDE TÜKENMİŞLİK DÜZEYİ  
VE SOSYODEMOGRAFİK DEĞİŞKENLERLE İLİŞKİSİ

Dr. Zahide KOŞAN

Uzmanlık Eğitime Başlama Tarihi : 17.11.2005

Uzmanlık Eğitimi Bitirme Tarihi : 24.03.2010

Uzmanlık Sınavı Tarihi : 24.03.2010

Tez Danışmanı : Prof. Dr. Asuman GÜRAKSIN

Jüri üyesi : Prof. Dr. Asuman GÜRAKSIN

Jüri üyesi : Prof. Dr. Cahit KARAKELLEOĞLU

Jüri üyesi : Prof. Dr. İlyas ÇAPOĞLU

Jüri üyesi : Yrd. Doç. Dr. Talat EZMECİ

Jüri üyesi : Yrd. Doç. Dr. Ercüment BEYHUN

Prof. Dr. Asuman GÜRAKSIN  
Halk Sağlığı Anabilim Dalı Başkanı

Mart-2010  
ERZURUM