



T.C.

ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ

SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

UYGULAMALI PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI

UYGULAMALI PSİKOLOJİ BİLİM DALI

**KOCAELİ TIP FAKÜLTESİ EĞİTİM VE
ARAŞTIRMA HASTANESİNDE SAĞLIK
PERSONELİNDE ANKSİYETE, DEPRESYON
VE TÜKENMİŞLİK DÜZEYİ**

Yüksek Lisans Tezi

Tezi Hazırlayan:

Fatma Rida ELGİN

İSTANBUL- 2017



T.C.

ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ

SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

UYGULAMALI PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI

UYGULAMALI PSİKOLOJİ BİLİM DALI

**KOCAELİ TIP FAKÜLTESİ EĞİTİM VE
ARAŞTIRMA HASTANESİNDE SAĞLIK
PERSONELİNDE ANKSİYETE, DEPRESYON
VE TÜKENMİŞLİK DÜZEYİ**

Yüksek Lisans Tezi

Tezi Hazırlayan:

Fatma Rida ELGİN

Öğrenci No:

134101004

DANIŞMAN: Doç. Dr. Cumhuriyet TAŞ
Doç. Dr. Aslıhan Özlem POLAT IŞIK

İSTANBUL- 2017



T.C.
ÜSKÜDAR
ÜNİVERSİTESİ

YÜKSEK LİSANS TEZ SAVUNMA SINAVI TUTANAĞI

..SOSYAL.....BİLİMLER..... ENSTİTÜSÜ

GENEL BİLGİLER

Öğrenci No	: 134101004
Öğrenci Adı Soyadı	: Fatma Rida ELGİN
Anabilim Dalı	: Psikoloji Anabilim Dalı
Tez Danışmanı	: Doç. Dr. Cümhur TAŞ / Doç. Dr. Aslıhan Özlem POLAT
Tezin Başlığı	: Kocaeli Tıp Fakültesi Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Sağlık Personelinde Anksiyete, Depresyon ve Tükenmişlik Düzeyi. IŞIK
Toplantı Tarihi	: 21.08.2017
Saati	: 11.30
Öğrenci Savunmaya	: <input checked="" type="checkbox"/> Geldi
Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili hükümleri uyarınca tez bilimsel olarak incelenmiş, adayın tez çalışmasını sunmasının ardından, adaya tez çalışması ile ilgili sorular yöneltilmiştir.	
<input type="checkbox"/> Yapılan savunma sınavında adayın tez çalışması başarılı bulunarak KABUL edilmesine,	
<input type="checkbox"/> Yapılan savunma sınavı sonunda tez çalışmasının DÜZELTİLMESİNE , düzeltme için adaya ay EK SÜRE verilmesine (en fazla 3 ay)	
<input type="checkbox"/> Yapılan savunma sınavının sonunda tezin REDEDİLMESİNE	
<input type="checkbox"/> OY BİRLİĞİ <input type="checkbox"/> OY ÇOKLUĞU	
ile karar verilmiştir.	
Savunmada Tezin Başlığı	: <input checked="" type="checkbox"/> Değişmedi <input type="checkbox"/> Değişti
Tezin Yeni Başlığı	: <input checked="" type="checkbox"/> Değişmedi
Öğrenci Savunmaya	: <input type="checkbox"/> Gelmedi
Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili hükümleri uyarınca yukarıda belirtilen tarih ve saatte Tez Savunma Jürisi toplanmış ancak ilgili öğrenci savunma sınavına gelmemiştir. Adayın tez çalışmasını Jüri önünde sunmadığı için yapılan değerlendirmeler sonunda adayın tez çalışmasıyla ilgili aşağıdaki kararı,	
<input type="checkbox"/> OY BİRLİĞİ İLE REDEDİLMİŞTİR.	

Tez Sınavı Jürisi	Unvanı, Adı Soyadı	İmza
Başkan (Danışman Üye)	Doç. Dr. Cümhur TAŞ	C. Taş
Danışman Üye	Doç. Dr. Aslıhan Özlem POLAT IŞIK	Aslıhan
Üye	Yrd. Doç. Dr. Meltem Nettek	Meltem
Üye	Doç. Dr. Bays Metin	Bays
Üye	Yrd. Doç. Dr. R. Murat Demirel	R. Murat

(Tüm durumlarda jüri üyelerinin tez değerlendirme raporları gerekir.)

Sayı No :

Tarih : / / 20

Yukarıda kimlik bilgileri belirtilen ve Anabilim Dalımız Yüksek Lisans Programı öğrencisinin Tez Savunma Sınav Tutanağı ve eklerinin Enstitü Yönetim Kurulunda görüşülmesi hususunda bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

Not: Bu forma orijinal raporlar (bir nüsha) eklenecektir.

.....
Anabilim Dalı Başkanı
(Unvanı, Adı Soyadı, İmza)

DYEMİN METNİ

Yemin Metni Yüksek Lisans Tezi olarak sunduğum “**Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Sağlık Personelinde Anksiyete, Depresyon ve Tükenmişlik Düzeyi**” adlı çalışmanın, tarafımdan, bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı düşecek bir yardıma başvurmaksızın yazıldığını ve yararlandığım eserlerin kaynakçada gösterilenlerden oluştuğunu, bunlara atıf yapılarak yararlanılmış olduğunu belirtir ve bunu onurumla doğrularım.

Tarih 21/02/2017

Adı SOYADI: Fatma Rida ELGİN

İmza:



II) TEŞEKKÜR

Yüksek lisans tez çalışmam boyunca bana her türlü desteği veren, engin bilgi ve deneyimleri ile bana rehberlik eden, çalışmalarım sırasında birçok konuda örnek olan, veri analizi çalışmalarımda desteğini esirgemeyen beraber çalışmaktan ve tanımaktan mutluluk duyduğum değerli hocam ve tez danışmanım Sayın Doç. Dr. Cumhuri TAŞ'a,

Yüksek lisans boyunca emeği, hoşgörüsü ve yol göstericiliği, üstün manevi desteği, çalışma konusunun belirlenmesi ve anket çalışmalarımın planlanıp, uygulanmasında ve tez çalışmalarımın diğer tüm aşamalarında bilgi ve deneyimleriyle, mütevaziliği ve profesyonelliğiyle yardımını hiç esirgemeyen tez danışmanım Sayın Doç. Dr. Aslıhan Özlem Polat IŞIK' a,

Hayatımın her döneminde oldukları gibi yüksek lisans döneminde de yanımda olan, sevgilerini, desteklerini ve varlıklarını her daim hissettiren sevgili aileme,

Tez çalışmamın içerik ve düzenlemelerinde desteğini esirgemeyen değerli arkadaşım Meryem İKİZLER AHMED' e,

Tez çalışmamın İngilizce tercüme yazımında desteğini esirgemeyen değerli arkadaşım İrem GÜLERMAN' a,

Yoğun çalışma şartlarına rağmen tez hazırlama çalışmamda bana zaman ayırıp yardımcı olan Kocaeli Tıp Fakültesi Eğitim ve Araştırma Hastanesindeki sağlık personeline,

Ve adını sayamadığım katkıda bulunan herkese tüm kalbimle sonsuz saygı, sevgi ve teşekkürlerimi sunarım...

Fatma Rida ELGİN

III) ÖZET

(ELGİN, Fatma Rida, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2017)

Kocaeli Tıp Fakültesi Eğitim Ve Araştırma Hastanesinde Sağlık Personelinde Anksiyete, Depresyon Ve Tükenmişlik Düzeyi

Bu araştırma Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Eğitim ve Araştırma hastanesi sağlık personelinde bazı demografik değişkenler yönünden anksiyete, depresyon ve tükenmişlik düzeylerinin belirlenmesi amacı ile gerçekleştirilmiştir. Katılımcıların anksiyete, depresyon ve tükenmişlik düzeyleri ölçülmüş, bunların çeşitli sosyo-demografik değişkenlerle olan ilişkileri incelenmiştir.

Araştırmaya Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Eğitim ve Araştırma Hastanesine mensup personeller arasından seçilen 50 tıpta uzmanlık öğrencisi, 50 intörn, 50 idari personel, 50 hemşire olmak üzere toplam 200 personel katılmıştır. Çalışmada veri toplamak amacıyla "Beck Anksiyete Ölçeği" "Beck Depresyon Ölçeği" ve "Maslach Tükenmişlik Ölçeği" uygulanmış ve araştırmacılar tarafından hazırlanan "Sosyo-demografik Bilgi Formu" kullanılmıştır.

Verilerin analizinde SPSS 20.0 programı kullanılarak ki kare testi, varyans analizi (ANOVA) ve post hoc:TUKEY HSD uygulanmıştır. Depresyon düzeyleri incelendiğinde gruplar arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0.05$). Gruplar karşılaştırıldığında en yüksek anksiyete düzeyinin hemşirelerde olduğu görülmüştür ($p<0.05$). Aynı şekilde tükenmişlik ölçeğinde de en yüksek puan alan grubun hemşireler olduğu gözlemlenmiştir ($p<0.05$).

Sağlık çalışanlarının çalışma saati fazlalığı, iş yükü, çok sayıda hasta ve sorunla karşılaşmak, iş ortamındaki yaşadıkları rol çatışması gibi etkenler psikolojik ve fiziksel stresin etkisi altında kalmalarına sebep olmaktadır. Bu olumsuzluklar iş verimini ve ruh sağlığını etkileyecek şekilde bir tükenmişlik sendromuna yol açabilir. Bu olumsuz koşullar tüm personeli olumsuz etkilemekle beraber en çok tükenme belirtisi gösterenlerin hemşire grubu olduğu saptanmıştır. Bu durum meslek içi eğitim ve psikolojik danışmanlık desteğinin gerekliliğini göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Depresyon, Tükenme, Anksiyete, Sağlık.

IV)ABSTRACT

(ELGİN, Fatma Rida, Masters Thesis, İstanbul, 2017)

The Level Of Anxiety, Depression And Burnout In Kocaeli University Medical Faculty, Education And Research Hospital Among Medicall Personnel

This research was conducted in order to determine the level of anxiety, depression and burnout among medical personnel in Kocaeli University Medical Faculty, Education and Research Hospital in terms of certain variables. The relationship between the level of anxiety, depression and burnout and some variables such as gender, age, marital status, income state, educational background, working hours and whether any psychological treatment is exit or not.

200 medical personnel that were consist of 50 expertise students in medicine, 50 interns, 50 administrative personnel and 50 nurses from Kocaeli University Medical Faculty, Education and Research Hospital joined this research. In this study, “Beck Anxiety Scale”, “Beck Depression Scale”, and “Maslach Burnout Scale” was conducted for collecting data and “Socio-demographic Information Form” that was prepared by researches was used.

The data was analyzed by using SPSS20.0 program; also ci-square test, analysis of variance (ANOVA) and post hoc: TUKEY HSD was applied. When depression levels were examined, no significant difference was found between groups ($p>0.05$). When groups were compared, the highest level of anxiety was found in the nurses ($p<0.05$). Similarly, it was observed that nurses were the group with the highest score on the burnout scale ($p<0.05$).

Factors such as excessive hours of work, workload, confrontation with a large number of patients and problems, role conflicts in the work environment, etc. cause the medical personnel to be affected by the psychological and physical stress. It was determined that the adverse conditions mentioned before were affecting all the personnel negatively but the nurse group was the one showing the most burnout symptoms. This situation requires the support of in-service training and psychological counseling

Keywords: Depression, Burnout, Anxiety, Health

V)İÇİNDEKİLER

I) YEMİN METNİ	iii
II) TEŞEKKÜR.....	iv
III) ÖZET	v
IV) ABSTRACT	vi
V)İÇİNDEKİLER.....	vii
VI) TABLOLAR DİZİNİ	x
VII) ŞEKİLLER DİZİNİ.....	xii
VIII) KISALTMALAR	xiii
1. GİRİŞ.....	1
2. KURAMSAL ÇERÇEVE VE İLGİLİ ARAŞTIRMALAR.....	1
2.1. TÜKENMİŞLİK SENDROMU	1
2.1.1. Tükenmişliğin Tanımı ve Aşamaları	1
2.1.2. Tükenmişlik Modelleri	4
2.1.2.1. Duygusal Tükenme	4
2.1.2.2. Duyarsızlaşma	4
2.1.2.3. Kişisel Başarı Duygusunda Azalma	5
2.1.3. Tükenmişliği Etkileyen Faktörler	6
2.1.3.1. Bireysel ve Sosyal Faktörler	6
2.1.3.2. İş ve Örgütle İlgili Faktörler	8
2.1.4. Tükenmişliğin Belirtileri.....	9
2.1.4.1. Zihinsel (Psikolojik) Belirtiler.....	9
2.1.4.2. Fiziksel Belirtiler	9
2.1.4.3. Davranışsal Belirtiler	9
2.1.4.4. Sosyal Belirtiler.....	10
2.1.4.5. Örgütsel Belirtiler.....	10
2.1.4.6. Kişisel Tavra Dayalı Belirtiler	10
2.1.5. Tükenmenin Evreleri	10
2.1.5.1. Şevk ve Coşku Evresi.....	10
2.1.5.2. Durağanlaşma Evresi	10
2.1.5.3. Engellenme Evresi	11
2.1.5.4. Umursamazlık Evresi	11
2.1.6. Tükenmişliğin Sonuçları.....	11
2.1.7. Tükenmişlik ile Başetme ve Önleme Yolları.....	12

2.2. DEPRESYON.....	13
2.2.1. DSM-5 Tanı Ölçütleri.....	14
2.2.2. Depresyonun Belirtileri	15
2.2.2.1. Bilişsel Belirtiler	15
2.2.2.2. Duygusal Belirtiler	15
2.2.2.3. Davranışsal Belirtiler	15
2.2.2.4. Fizyolojik Belirtiler.....	16
2.2.3. Depresyon Nedenleri	16
2.2.3.1. Biyolojik Nedenler	16
2.2.3.2. Genetik Faktörler	16
2.2.3.3. Psikososyal Nedenler	16
2.2.4. Depresyonda Risk Faktörleri	17
2.3. ANKSİYETENİN TANIMI.....	19
2.3.1. Anksiyeteye Neden Olan Faktörler.....	19
2.3.2. Anksiyetenin Etiyolojisi	20
2.3.2.1. Psikolojik varsayımlar.....	20
2.3.2.1.1. Psikoanalitik varsayım.....	20
2.3.2.1.2. Davranışçı varsayım.....	20
2.3.2.1.3. Bilişsel (kognitif) varsayım	21
2.3.2.2. Biyolojik varsayımlar.....	21
2.3.3. Anksiyete Bozukluklarının Epidemiyolojisi.....	21
2.3.3.1. Ayrılma Kaygısı Bozukluğu	21
2.3.3.2. Seçici Konuşmazlık (Mutizm)	21
2.3.3.3. Özgül Fobi.....	21
2.3.3.4. Toplumsal Kaygı Bozukluğu (Sosyal Fobi).....	21
2.3.3.5. Panik Bozukluğu	21
2.3.3.6. Agorafobi	22
2.3.3.7. Yaygın Kaygı Bozukluğu.....	22
2.3.4. Risk Faktörleri	22
3.YÖNTEM.....	24
3.1. ARAŞTIRMANIN MODELİ.....	24
3.2. EVREN VE ÖRNEKLEM.....	24
3.3. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI.....	24
3.4. KİŞİSEL BİLGİ FORMU	24
3.5. BECK ANKSİYETE ÖLÇEĞİ	25

3.6. BECK DEPRESYON ENVANTERİ.....	25
3.7. MASLACH TÜKENMİŞLİK ÖLÇEĞİ.....	25
3.8. VERİLERİN İSTATİKSEL ANALİZİ.....	26
4. BULGULAR.....	27
5. TARTIŞMA.....	44
6. SONUÇ.....	49
7. ÖNERİLER VE KISITLILIKLAR.....	54
8. KAYNAKLAR.....	56
EKLER.....	63



VI) TABLOLAR DİZİNİ

Tablo.1: Katılımcıların Gruplara Göre; Yaş, Cinsiyet, Medeni Durum, Kiminle Birlikte Yaşadığı Bilgilerine Dair Tanımlayıcı Özellikler Tablosu.

Tablo.2: Katılımcıların Gruplara Göre; Yaş, Cinsiyet, Medeni Durum, Kiminle Birlikte Yaşadığı Bilgilerine Dair İstatistiksel Analiz Tablosu.

Tablo.3: Yaş Sürekli Değişkenine Dair Katılımcı Gruplarının İkişerli Karşılaştırılması (İleri İstatistiksel Analiz).

Tablo.4: Katılımcıların Gruplara Göre; Psikiyatrik Hastalık Ve Psikiyatrik Tedavi Bilgilerine Dair Tanımlayıcı Özellikler Tablosu.

Tablo.5: Katılımcıların Gruplara Göre; Psikiyatrik Hastalık Ve Psikiyatrik Tedavi Bilgilerine Dair İstatistiksel Analiz Tablosu.

Tablo.6: Katılımcıların Gruplara Göre; Gelir ve Maddi Güçlük Bilgilerine Dair Tanımlayıcı Özellikler Tablosu.

Tablo.7: Katılımcıların Gruplara Göre; Gelir ve Maddi Güçlük Bilgilerine Dair İstatistiksel Analiz Tablosu.

Tablo.8: Gelir Sürekli Değişkenine Dair Katılımcı Gruplarının İkişerli Karşılaştırılması (İleri İstatistiksel Analiz).

Tablo.9: Katılımcıların Gruplara Göre; Nöbet ve Mesleki Bilgilerine Dair Tanımlayıcı Özellikler Tablosu.

Tablo.10: Katılımcıların Gruplara Göre; Mesleki Durum ve Tutumlarına Dair İstatistiksel Analiz Tablosu.

Tablo.11: Mesleki Durum ve Tutumları Sürekli Değişkenlerine Dair Katılımcı Gruplarının İkişerli Karşılaştırılması (İleri İstatistiksel Analiz).

Tablo.12: Katılımcıların Gruplara Göre; Anksiyete, Depresyon, Tükenmişlik, Duygusal, Duyarsızlaşma, Kişisel Başarı Skor Ortalamaları, Standart Sapmaları ve Varyans Analizi Sonuçları

Tablo.13: Anksiyete, Depresyon, Tükenmişlik, Duygusal, Duyarsızlaşma, Kişisel Başarı Sürekli Değişkenine Dair Katılımcı Gruplarının İkişerli Karşılaştırılması (İleri İstatistiksel Analiz).



VII) ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil.1: Katılımcıların Gruplara Göre; Anksiyete Total Dağılım Grafiği.....	37
Şekil.2: Katılımcıların Gruplara Göre; Depresyon Total Dağılım Grafiği.....	38
Şekil.3: Katılımcıların Gruplara Göre; Tükenmişlik Total Dağılım Grafiği.....	39
Şekil.4: Katılımcıların Gruplara Göre; Duygusal Dağılım Grafiği.....	39
Şekil.5: Katılımcıların Gruplara Göre; Duyarsızlaşma Dağılım Grafiği.....	40
Şekil.6: Katılımcıların Gruplara Göre; Kişisel Başarı Dağılım Grafiği.....	41



VIII) KISALTMALAR

BDÖ : Beck Depresyon Ölçeği

BAÖ : Beck Anksiyete Ölçeği

MTÖ : Maslach Tükenmişlik Ölçeği

DT : Duygusal Tükenme

D : Duyarsızlaşma

KB : Kişisel Başarı

Akt. : Aktaran



1. GİRİŞ

2. KURAMSAL ÇERÇEVE VE İLGİLİ ARAŞTIRMALAR

2.1. TÜKENMİŞLİK SENDROMU

2.1.1. Tükenmişliğin Tanımı ve Aşamaları

“Tükenmişlik” kavramı 1974 yılında Freudenburg tarafından ortaya atılmış ve günümüzde kabul görmüştür (Kavaz ve arkadaşları, 2014). Maslach (1986) tükenmişliğin, iş yaşamındaki stres yaratan sebeplere karşı bir tepki olarak tanımlamakta ve ortaya çıkan psikolojik bir hastalık tablosu olduğunu söylemektedir.

Maslach ve Jackson (1981), birebir insanlarla ilişkili olan mesleklerde tükenmişliğin daha çok görüldüğü belirtmektedir.

Tükenmişlik, kişilerin meslekleri sebebiyle ilişkili olduğu insanlara karşı duyarsızlaşmaları, kendilerini duygusal olarak tükenmiş hissetmeleri ve kişisel başarı duygularının azalması olgularıyla kendini göstermektedir (Haran ve arkadaşları 1997). Tükenmişlik, kişinin hayata hep kötümser bir bakış açısı ile bakmasına, yaşamını etkileyen insanlar arası ilişkileri ile ailevi yaşantılarında da daha farklı zorluklarla karşılaşmasına sebep olan bir sendromdur (Davison ve Neale'a 1997; Avcı, 2013).

Tükenmişlik sendromu, mesleki olarak kişilerle yüz yüze iletişim kurulmasını gerektiren işlerde görev alan bireylerde fiziksel, duygusal, zihinsel yorgunluğa sebep olan bir sendrom olarak ifade edilmektedir (Karadağ, 2013). Bu sendrom, ilk olarak sağlık sektörü çalışanları arasında görülen yaptığı işe dair isteğinin azalması, halsizlik, bitkinlik, işe ve kendine karşı olumsuz tutum, işi bırakma isteğini tanımlamak amacı ile ortaya çıkmıştır. Tükenmişlik, kişinin çalışma ortamında karşılaştıkları bireylerle sürekli iletişim kurmaları nedeniyle ortaya çıkabilmektedir (Yakın, 2014).

Tükenme, kişisel nedenlerin sonlandığı, sürekli olaylar karşısında devamlı bir kötümser ve olumsuz düşüncenin yer aldığı, hayat enerjisinin bitmesi olarak ifade edilmektedir (Barutçu ve Serinkan, 2008). Böyle bir durumda ne yapılırsa yapılsın bir değişiklik ve farklılık olamayacağı duygusunun sonucunda ortaya çıkan bir teslimiyet duygusu olarak tanımlanmaktadır (Mete, 2008).

Spanial ve Caputo ise tükenmişliği, iş ve özel hayattaki stresle başa çıkma yetersizliği olarak tanımlanır. Başka bir deyişle tükenmişlik kavramı olarak güçsüzlük, anlamsızlık, ilkesizlik olarak geçmektedir. Çalışmalara göre duygu, düşünce ve davranışlarda kişisel, ruhsal bir deneyimdir (Ertuğrul, 2010).

Tükenmişlik, zamanla gelişen sonunda bireyin kendisini zihinsel, fiziksel ve psikolojik yetersiz hissetmesidir (Barutçu ve Serinkan, 2008). Demirtaş ve Güneş ise bu kavramı, bireysel olarak kişinin duygusal isteklerinin yoğun olması sebebiyle aralıksız çalışmaktan kaynaklanan, yaşama karşı negatif bakış, bedensel yıpranma gibi sonuçların çıktığı durum olarak tanımlamaktadır (Ertuğrul, 2010).

Kişinin yaşamı boyunca kendini zora sokan birçok sıkıntılara maruz kalması bu sorunların zamanla fiziksel ve psikolojik rahatsızlıklar meydana getirmesi, bireylerin dengesiz davranmasına sebep olabilir. Stresin devamlılığı halinde bireylerin tükenmişlikle karşı karşıya kalması hastalığın kronikleşmiş bir hal aldığını anlatmaktadır (Tekin, 2009; Aslan ve arkadaşları, 2000).

Pines ve Aranson' un aktardığına göre tükenmişlik, “duygusal ortamlarda uzun zaman geçirmekten kaynaklanan ruhsal, bilişsel, duygusal ve bedensel tükenme” olarak tanımlanmaktadır. Pines varoluşçu ve psiko-dinamik bakış açılarını birleştirerek, kişilerin meslek seçimi sürecinde psiko-dinamik sebeplerden etkilendiğini anlatmaktadır. Psiko-dinamik görüşe göre, psiko-dinamik sebepleri birbirine benzeyen kişiler aynı mesleklere yönelmektedir ve sebepleri farklı olan kişiler başka meslek gruplarına yönelmektedir. Yani, meslek olarak yöneticiliği seçen kişiler, benzer psiko-dinamik sebeplere sahip olurken, bu kişiler ile hemşireliği mesleğini seçen bir bireyin psiko-dinamik sebepleri farklı olmaktadır. Bu sebepler, kişilerin tercih ettikleri mesleklerde yüksek hedefler ve beklentiler ile başlamasını sağlamaktadır (Yakın, 2010).

Tükenmişlik sendromu yaşayan kişinin iş yaşamından kaynaklanan sorunların, diğer psikolojik faktörlerden daha etkili olduğu düşünülmektedir (Budak ve Sürgevil, 2005). Tükenmişliğin, kişiler gibi kurumlarda da negatif sonuçlar çıkardığı düşünülmektedir. Tükenmişlik ile başa çıkmak ise; bireysel, yönetsel ve örgütsel uygulamalarla mümkündür (Arı ve Bal, 2008).

Tükenmişliği, bireyin yaşama karşı negatif bir bakış açısı ile bakmasına neden olan tüm sosyal yaşantısını etkileyen, iş ve aile içinde sorunlar yaşamasına neden olan bir durum olarak tanımlanır (Aslan ve arkadaşları, 2000).

Demirtaş ve Güneş'e göre ise tükenmişliğin, bireylerin yaşamında isteklerin yoğun olduğu zamanlarda, belirsiz çalışma şartları nedeniyle bedende yorulma, umutsuzluk, hayata negatif bakış açısı, kendini çaresiz hissetme gibi belirtiler ortaya çıkmaktadır (Ertuğrul, 2010).

Mesleki tükenmişlik genellikle insanlara hizmet etmeyi amaçlayan çalışma ortamlarında görüldüğü savunulmaktadır (Maslach ve Jackson, 1986). Yapılan farklı araştırmalarda özellikle hizmet sektöründe çalışan bireylerin örneğin: öğretmenler, avukatlar, sosyal hizmet uzmanları, mali müşavirler, sağlık çalışanları gibi alanlarda çalışanların mesleki tükenmişlik düzeylerinin daha yüksek olduğu ortaya koyulmuştur (Avcı, 2013).

Çam'ın hemşireler ile yaptığı araştırmanın neticesinde yaşın ve çalışma süresinin artması ile duyarsızlaşmanın ve duygusal tükenmenin düştüğü, ancak bireysel başarı puanının arttığı sonucuna ulaşılmıştır. Hemşirelerin görev aldıkları bölümlerin kendi seçimleri olması, takdir edilmeleri, hastalarla ilişkilerinin pozitif olması, daha az saatlerde çalışmalarını tükenmişlikte pozitif bir etki yapmaktadır (Barutçu ve Serinkan, 2008).

Leither ve Maslach yaptıkları araştırmalarda hasta ve hemşire ilişkilerinde normal bir düzeyde seyrettiği zaman hemşirelerde görülen tükenmişliğin düştüğü, negatif olduğu durumlarda yükseldiği gözlenmiştir (Yakın, 2014; Leither ve Maslach, 1988).

Yapılan araştırmalarda stresin tükenmişlikte önemli bir faktör olduğu gözlenmiştir. İş stresi tükenmişliğin bireysel bir çeşididir. İş yükü fazlalığında kişi strese girer. İş ile çalışan birey arasındaki uyumsuzluk sonucunda tükenmişlik ortaya çıkar, gerginlik süreklidir (Çalgan ve ark., 2009).

İş yaşamında bireyler tükenmişlik sendromunun etkisiyle iş arkadaşlarına karşı duyarlılığını kaybederler. İşe gitmek istemezler, gitselerde hizmet vermek istemezler, diğer kişilere küçümseyici bir tavırla yaklaşır. Kişiyi değersizleştirici konuşmalar yaparlar. Böyle bir durumda bireylerin bu sorunlara layık oldukları düşünülür. Bütün bu davranışlar kişinin yaptığı işin veya gösterdiği ilginin büyük oranda bozulmaya neden olmaktadır (Bayramoğlu, 2009).

Tükenmişlik her meslekte insanlarda görüldüğü gibi çalışma hayatına başlamamış üniversite öğrencilerinde de görülmektedir. Duygusal stres etkilerinin diğer faktörlere göre insanlara hizmet veren gruplarda ayrı bir etkisi olduğu düşünülmektedir (Çalgan ve ark., 2009).

2.1.2. Tükenmişlik Modelleri

2.1.2.1. Duygusal Tükenme

Maslach duygusal tükenmenin yorgunluk, güçsüzlük, halsizlik, kişinin özgüven ve coşkusunun azalmasıyla karakterize olduğunu ifade etmektedir. İşe bağlı olarak kişinin kendini aşırı yüklenmiş ve tüketilmiş olarak hissettiği belirtilmektedir (Demir, 2004).

Duygusal tükenme boyutu, tükenmişliğin en nitelikli ve en açık belirtisi olarak kabul edilmektedir. Diğer bir deyiş ile duygusal tükenme ilk olarak ortaya çıkan boyuttur, bu boyuttan sonra tükenmişliğin diğer boyutlarına geçilir. Duygusal tükenme basit anlamda bitkinlik halidir. Bireyler depresif duygular sebebiyle kendilerini kızgın, ümitsiz, güvensiz, huzursuz ve olumlu duygularında azalma hissetmektedirler. (Tanrıverdi ve Sarıhan, 2013).

2.1.2.2. Duyarsızlaşma

Duyarsızlaşma kavramı bireyin etrafında bulunan kişilere karşı duyarsız, alaycı tavırları ve kişilere bir nesne gibi davranmalarıyla kendini göstermektedir.

Maslach, duyarsızlaşmayı hizmet verilen bireye karşı soğuk, sert ve hatta insancıl olmayan tarzda yaklaşım olarak değerlendirir. Duyarsızlaşma yaşayan kişi

diğer bireylere karşı değersizleştirme davranışlarında bulunabilir, onlara karşı saygılı ve nazik değildir. İstek ve taleplerini önemsemez. Onlara karşı nefret duygusu hissetmekte ve onlardan uzaklaşmayı tercih etmektedir. Duyarsızlaşma, kavram olarak genelde diğerlerine umursamaz tavırlar göstermeyi, uzaklaşmayı, aldırış etmemeyi içeren olumsuz reaksiyonlar olarak ifade edilmektedir.

Duygusal tükenme içinde bulunan kişi, başka insanların problemlerine çözüm getirmede yetersizdir. İçinde bulunduğu duygusal zorluk yüzünden daima suni mazeretlere sığınmaktadır. İnsanlarla ilişkilerini en düşük seviyeye indirir. Bu davranışlar duyarsızlaşmanın ilk belirtileridir. Kişi karşılaştığı bireylere karşı duyarsızlaşır, onlara insan değilmiş gibi küçültücü bir dil kullanarak, onlardan sürekli bir kötülük geleceğini sanarak duyarsızlaşma belirtilerini gösterir (Süloğlu, 2009; Aras, 2006).

2.1.2.3. Kişisel Başarı Duygusunda Azalma

Kişisel başarı, kişinin çalışma hayatındaki başarı hislerini tanımlar. Kişisel başarısızlık ise, kişinin çalışma hayatında başarısız olarak değerlendirilmesidir. Kişi bu durumda başarısızlık hisleri ile doludur. Karşılarındakilere hakkında negatif düşünce biçimi, kendisi hakkında da olumsuz düşünmesine fırsat verir. Kişi yanlış düşünce ve davranışları yüzünden suçluluk duygusuna kapılır. Başarısız olduğunu düşünür, kimse tarafından sevilmediği duygusuna kapılır. Bu düşünceler sonucu tükenmişliğin üçüncü aşaması olan düşük kişisel başarı hissi ortaya çıkar. Çalışma hayatında başarısızlık ve yetersizlik duygusu yüzünden ilerleme kaydedemediğini düşünerek kendini suçlu hisseder (Koçak, 2009).

Başarı hissini azalması, kendisini negatif olarak değerlendirip, kişisel başarıdan uzak olduğunu düşünmektedir. Duyarsızlaşmanın bir sebebi de çalışma şartlarının kişinin kapasitesi dışında olması sebebiyle duygularını zedelemesidir. Hissettikleri başarısızlık karşısında yetersizlik duygusu yaşayabilirler.

Hedeflere ulaşmada önüne çıkan engellerin karşısındakinden kaynaklandığını düşünerek küçük başarısızlıklarda özgüvenlerini kaybettikleri gibi kişilerinde güvenlerinin kaybedildiğini zannedebilirler (Armutçuk, 2010).

2.1.3. Tükenmişliği Etkileyen Faktörler

Tükenmişliği etkileyen iki faktör vardır. Birincisi bireysel ve sosyal faktörler, ikincisi iş ve örgütle ilgili faktörler.

2.1.3.1. Bireysel ve Sosyal Faktörler

Bireysel özellikler kişinin doğuştan varolan ve sosyal yaşamında sonradan kazandığı tükenmişliğin etkisini azaltan ya da bu etkileri artıran özellikleri kapsar.

- **Yaş:** Yaş, tükenmişlikle ilgili yapılan araştırmalarda en etkili faktör olarak görülmektedir, tükenmişliğin yaşlı çalışanlarda genç çalışanlara göre daha düşük olduğu, bunda da genç çalışanların tükenmişlik yaşadıklarında işlerini değiştirmiş olma olasılığının etkili olabileceği belirtilmektedir (Ertuğrul, 2010).

İlerleyen yaşlarda kişiler olgun ve dengeli olduklarından tükenmişliğe dirençlidirler. Yaptıkları araştırmada Demir ve arkadaşları hemşirelerde yeni işe başlayan ile uzun yıllar çalışanlar arasında tükenmişlik farkı görmektedirler. Uzun yıllar çalışanlarda tükenmişlik azalmış, yeni işe başlayanlarda tükenmişlik sendromu daha fazla olduğu gözlenmiştir (Aras, 2006).

Cinsiyet: Tükenmişlik ile cinsiyet arasında bir bağlantı kurulamamıştır. Bayanların yönetici konumunda rol almamalarının bu konuda etkili olabileceği, bayanlara erkeklerle benzerlik gösteren sorumluluk isteyen işler verildiğinde, cinsiyetin tükenme üzerinde belirleyici faktör olarak ortadan kalkabileceği, tükenmişliğin belirleyici unsurunun çalışma şartları ile ilgili olduğuna dikkat edilmiştir. Bayanların yüzde olarak erkeklere nazaran daha çok tükenmişlik yaşadığı görülmektedir (Öztürk ve ark., 2014).

Medeni Durum: Bireyin özel yaşamının dengeli olması tükenmişliğin ortaya çıkmasını engellediği savunulmaktadır. Eş ve çocuk sahibi olmak kişilerin yaşamını ve mesleki başarısını olumlu yönde etkilemekte aile ortamının sağladığı huzur ve sevgi kişinin stresle başa çıkar hale gelmesi ile tükenmişliğe olan yakınlığını azaltır (Özen ve Mirzeoğlu, 2006). Karadağ ve arkadaşlarının araştırmalarında evli ve çocuklu kişilerin kendilerini arkadaşlarından daha başarılı hissettikleri için daha az duygusal tükenmeye maruz kalmaktadırlar.

Yapılan bir diğerk araştırmada çalışma hayatı dışında çocuklarıyla paylaşım ve aile içi iletişim problem çözme becerilerini geliştirmekte, bireyi tükenmişlikten korumaktadır. Demir ve arkadaşlarının yaptığı çalışmaya göre ise çocuk bakımında sorun yaşayan hemşirelerin duygusal tükenmişliğin yüksek olduğu belirtilmektedir (Metin ve Özer, 2007). Maslach ve arkadaşları ise bekar erkeklerde duyarsızlaşma ve duygusal tükenmenin evli erkeklere göre daha çok yaşandığı belirtilmektedir.

- **Eğitim:** Tükenmişlik bireylerin eğitim düzeyi yükseldikçe artmaktadır. Kişilerin eğitim düzeyi yükseldikçe diğer kişilere oranla olaylara daha detaycı yaklaşmaları tükenmişliğe zemin hazırlamaktadır (Yıldırım, 2009).

Ehrenfeld çalışmasında, hemşirelerin yetersiz mesleki eğitimlerinden dolayı stres yaptıkları belirtilmektedir. Finn çalışmasında; mesleki deneyim ve eğitim düzeyi artan hemşirelerde iş doyumunun daha fazla yaşandığını vurgulamaktadır. Dahl ve O'Neal Körfez Savaşında çalışan hemşireler üzerinde yaptıkları çalışmada; eğitim düzeyi artmış olan hemşirelerin sorunlarla baş etme becerilerinin arttığını saptamışlardır. Storlie makalesinde, günümüzde hemşirelere yeni gelişen teknolojiler konusunda eğitim verilmesinin gerekliliği ayrıca çalışma ortamındaki birlikte çalıştıkları hekimlerle yeni gelişen teknolojileri birlikte değerlendirebilecek düzeye gelebilmeleri tükenmişlik ile baş etmek için önemli bir etken olduğunu vurgulamaktadır. Yapılan bir diğer araştırmaya göre demanslı hastalarla devamlı iletişim halinde olan hemşirelerin tükenmişlik düzeyleri ölçülerek bir yıl sonra bu hemşirelere tükenmişlik ve demanslı hastalara nasıl bakılacağı konusunda eğitimler verilmiştir. Bu eğitimler sonrasında demanslı hastalarla devamlı iletişim halinde olan hemşirelerin tükenmişlik düzeyinin azaldığı gözlemlenmiştir.

- **Kişilik Özellikleri:** Bireyin kişilik yapısı, problemlerle başa çıkma yolları, duygularını ifade edebilme düzeyi gibi özellikleri tükenmişlik ile baş etmede önemli faktörlerdir. Tükenmişlik eğilimi olanlar; insanlarla olan ilişkilerinde zorluk çeken, girişken olmayan, kaygılı, yardımseverlikte zorlanan, ilişkilerinde tutarsız davranan insanlardır. Bu durum bulunan insanlarda tükenmişlik görölme olasılığı yüksektir (Demirbaş, 2006).

Bireyin kendi kişisel zorlukları ve diğer çalışanlarla olan ikili ilişkilerinde yaşadığı sorunlar tükenmişliğe sebep olur. İnsanlarla olan ilişkilerindeki uyumsuzluğu ve yarattığı tartışma ortamı tükenmişlik için uygun bir ortam oluşturur. Bireyin kişisel özellikleri, problemleri çözme teknikleri, duygularını ifade etme ve kriz yönetme şekillerinin tükenmişlik açısından önemi büyüktür. Bu kişilik yapısına sahip bireyler genellikle içinde buldukları durumları kontrol edemez ve kabullenirler. Sonucunda aşırı duygusal olmaları nedeniyle duygusal olarak tükenme olasılıkları yüksektir.

Tükenmişliğe yatkın bireyler yukarıda belirtilen özelliklere ek olarak tahammülsüz ve sabırsız olan kişilerdir. Çalışma hayatında karşılaştıkları her engel karşısında çabuk sinirlenip, hayal kırıklığı yaşarlar. Çalışma ortamında hizmet alanlara karşı duyarsız yaklaşarak, düşmanca bir tavır sergileyebilirler. Bazı çalışanların kişisel özelliklerinden dolayı tükenmişliğe daha yatkın olduğu saptanmıştır. Özellikle anksiyete, nevrotik, gerçekdışı hayaller ve azalmış özgüvenin tükenmişliğe yol açma ihtimali yüksektir. Stres yanıtını etkileyen bir başka etken ise duyarlılıktır. Ayrıca, bireyin gözünde kendi çalıştığı işi hakkındaki düşüncelerinin başkalarının çalıştığı iş koşullarından daha önemli olduğunu hissettiği gözlemlenmiştir. Bu noktada önemli olan bireyin kişisel özelliklerini çalışma hayatına yansıtmasına engel olmasıdır (Karadağ, 2013).

2.1.3.2. İş ve Örgütle İlgili Faktörler

Çalışma şartlarının zorluğu, görev dağılımındaki problemler, ölümcül hastalarla ilgilenmek tükenmede önemli bir faktördür (Ertuğrul, 2010).

Tükenmişlik gizli seyreden, ani ortaya çıkan ve gelişen bir durumdur. Gün içinde yaşanacak herhangi bir olay tükenmişliği gün yüzüne çıkarabilir. Aile içinde herhangi birinin hastalığı, iş yerinde yaşanan streslerde neden olabilir. Bu gibi insanlar zayıflıklarını iyi saklayan, başarılı kişilerdir. O yüzden baştan tükenmişliklerini anlamaları zaman alır (Sürgevil, 2006).

2.1.4. Tükenmişliğin Belirtileri

Çalışan kişilerde tükenmişliğin belirtileri altı kategoriye ayrılmaktadır. Bunlar sırası ile zihinsel, fiziksel, davranışsal, sosyal, örgütsel ve kişisel tavra dayalı belirtiler olarak sıralanabilir (Schaufeli ve Buunk, 1996).

2.1.4.1. Zihinsel (Psikolojik) Belirtiler

Bireyin kendisini depresif, kızgın, huzursuz hissetmesi, zihinsel hareketlerde yavaşlama, tedirginlik ve konsantrasyon bozukluğu zihinsel (psikolojik) belirtiler arasındadır. Özellikle engellenme duygusu ve hayal kırıklığı bireyin psikolojik olarak tükenmesinde önemli bir rol oynar (Sosyal, 2011).

2.1.4.2. Fiziksel Belirtiler

Olumsuz şartlar altında çalışan birey, kendisini fiziksel anlamda kötü hissedebilir. Fizyolojik açıdan birçok rahatsızlık yaşayan kişinin sorunları arasında baş ağrısı, kas ağrısı ve mide bulantısı yer alır (Belcastro, Gold ve Grand, 1982; Schaufeli ve Buunk, 1996). Bu sorunların yanında cinsel problemler, uyku düzensizlikleri, iştahta azalma, sık nefes alıp verme gibi sorunlar tükenme yaşayan kişide görülür (Kahill, 1988; Schaufeli ve Buunk, 1996). Ayrıca çeşitli psikosomatik hastalıklar (ülser, mide ve bağırsak hastalıkları, koroner kalp rahatsızlığı) yaşanabilir (Belcastro, Gold ve Grand, 1982 akt., Schaufeli ve Buunk, 1996). Tükenmişlik yaşayan kişilerde sıkça karşılaşılan bu fiziksel belirtiler bireyin günlük yaşamını olumsuz yönde etkilemektedir.

2.1.4.3. Davranışsal Belirtiler

Çalışan bireyin üzerinde baskı hissetmesi sonucu ortaya çıkan bir diğer alt belirti ise davranışsal belirtilerdir. Bu belirtiler arasında sigara, madde, alkol kullanımında artış, hiperaktivite, iş yerinde çalışmada zorlanma, işe geç gitme (veya hiç gitmeme), çalışma arkadaşlarından ayrı durma, ilaç kullanma yer alır (Sosyal, 2011).

2.1.4.4. Sosyal Belirtiler

Çalıştığı ortamda tükenmişlik yaşayan kişi fiziksel ve psikolojik olarak kendisini diğer çalışanlardan izole eder. Çalışma arkadaşlarından uzak durmayı yeğleyen kişi yalnız başına görevini bitirip evine döner. Diğerlerinin de kendisinden uzaklaştığını hisseder (Sosyal, 2011).

2.1.4.5. Örgütsel Belirtiler

Tükenmişliğin örgütsel belirtileri hakkında çok fazla bulgu bulunmamaktadır. Bilinenler arasında işi bırakma, iş performansında düşme ve işe gitmeme yer alabilir (Firth ve Britten, 1989; Jackson, Schwab ve Schuler, 1986; Schaufeli ve Buunk, 1996).

2.1.4.6. Kişisel Tavra Dayalı Belirtiler

Tükenmişliğin belirtileri arasında son olarak kişisel tavra dayalı belirtiler yer almaktadır. Motivasyonel düşüşler bu belirtilerin ana temasını oluşturur. Bireyin motivasyonu azaldıkça işe olan azimli tutumu ve idealistik düşünceleri de azalır. Bu belirtilerin yanında kişi hayal kırıklığı ve bıkkınlık yaşar. İşten ayrılmayı, ara vermeyi daha sık düşünür olur (Schaufeli ve Enzman, 1998).

2.1.5. Tükenmenin Evreleri

Brodsky ve Edelwich'a göre tükenmişlik zamanla gelişen bir durumdur. Aşamaların sıralı olması gerekmez. Evre atlanıp veya bir evrede takılınabilir. Her evre kişiyi farklı etkilemektedir (Karlıdağ,1998).

2.1.5.1. Şevk ve Coşku Evresi

Bu evrede bireyde real olmayan mesleki beklentiler, aşırı ümitlilik hali ve enerji artışı görülmektedir. Kişi işini her şeyden çok önemser. Uykusuz kalması, zor şartlarda çalışması hayatının diğer ihtiyaçlarına fırsat vermeden uyum sağlamaya çalışmaktadır (Kaçmaz, 2005; Sinat, 2007).

2.1.5.2. Durağanlaşma Evresi

Bu evrede umutlar azalmış, durağanlığa geçilmiş, idealist halinden işi önemsemez hale gelmiştir. İş hayatında daha önce umursamadığı konularda rahatsız olmaya başlamıştır. Bireyin sorguladığı yaşamında işten başka herhangi bir şey

yapmıyor olmak, yaptığı işte kişinin hedeflerine ve iş tatminini sağlayamamaktadır (Şenel ve ark., 2013).

2.1.5.3. Engellenme Evresi

İnsanlara hizmet etmek düşüncesiyle işe başlamış kimse varolan olumsuz çalışma sisteminin değiştirilmesinin ne kadar zor olduğunu anlayarak, kendini engellenmiş hisseder.

2.1.5.4. Umursamazlık Evresi

Çalışmalarda anlaşılmıştır ki işi yavaşlatma veya işlere her gün aynı şeyler gözüyle bakma, sık tartışmalar, sızlanmalar, umursamaz olmak tükenmişlik belirtileridir. İleri boyuttaki inançsızlık, ümitsizlik, kısır döngü kişinin mesleğini sosyal ve ekonomik güvence açısından yapmakta, işinden zevk almamaktadır. Kişi kendini istediği gibi gerçekleştiremediği için sorunlu ve umutsuzdur (Güllüce, 2006).

2.1.6. Tükenmişliğin Sonuçları

Tükenmişliğin sonuçları incelendiğinde işi savsaklama, işi bırakma eğilimi ve niyetinde artış, hizmetin niteliğinde bozulma, işe izinsiz gelmeme, izin sonunda rapor vb. yollarla izni uzatma eğilimi, işte ve iş dışında insan ilişkilerinde bozulma ve uyumsuzluk eğilimi, eş ve aile bireylerinden uzaklaşma eğilimi, düşük iş performansı, iş doyumsuzluğu, sebepsiz hastalanma eğilimleri, işteki yaralanma ve iş kazalarında artma gibi olumsuz sonuçlar görülmektedir (Özen ve Mirzeoğlu, 2015; Ardıç ve Polatçı, 2008; Arı ve Bal, 2008).

Tükenmişliğe maruz kalan kişilerde yorgunluk, uykusuzluk, iştahsızlık, baş ağrıları, sindirim güçlükleri gibi fiziksel sonuçlar ve depresyon, kaygı, çaresizlik, özsaygının azalması, alınganlık gibi duygusal sorunlar sıklıkla görülmektedir (Özen ve Mirzeoğlu, 2015). Tükenmişlik sendromu olan bireyler çektikleri sıkıntıları en aza indirebilmek ümidiyle bağımlılık yapan maddelere yönelmekten çekinmemektedirler. Bu sebeplerden dolayı davranış bozuklukları yaşarlar. Yapılan birçok çalışmalar tükenmişliğin getirdiği olumsuzluklara dikkat çekmişlerdir (Sevencan ve ark., 2011).

Maslach'a göre tükenmişliğin etkisi en fazla çalışma kapasitesinin düşmesinde görülür. Bu evrede kararlarında isabetsizlik, itici tavırlar, motivasyon düşüklüğü, asabiyet hali ortaya çıkar.

Tükenmiş kişiler kendisini yenilemek için çaba göstermez, var olanı korumayı tercih etmektedir. Çalışırken yanındakini yok sayar, göz göze gelmemek için yoğun bir çaba sarf eder (Sevencan ve ark., 2011; Özen ve Mirzeoğlu, 2015; Ardıç ve Polatçı, 2008; Ören ve Türkoğlu, 2006).

2.1.7. Tükenmişlik ile Başetme ve Önleme Yolları

Tükenmişliği önlemek için sorunların var olduğunu ve önemli olduğunu kabul etmek gerekir. Tükenmişliği önlemek için sağlık personelinin günlük işlerini takip etmek, var olan tükenmişlik olguları için yeni tedavi tekniklerini araştırmak gerekmektedir. Kişi öncelikle işinin zorluklarını ve risklerini öğrenmesi gerekir. Tükenmenin belirtilerini bilmesi, tanınması, kendisinin hangi evrede olduğu ve nasıl çözüleceğine yönelmesini sağlar. İnsan duygu ve zorluklara karşı mücadelede yardım istemeye teşvik edilmelidir. Sorunlarını görmezden gelmek yerine ailesinden, arkadaşlarından destek istemeli gerekirse profesyonel yardım almalıdır. Kişi sınır ve sorumluluklarını iyi bilmeli, taşıyamayacağı yükler altına girmemelidir.

Kişi kendi sınır ve sorumluluklarını iyi bilmeli, taşıyamayacağı yüklerin altına girmemelidir. Kişi hizmet sunduğu kişilere ancak kendi sorumluluk sınırları içinde yardım edebileceğini, kurumunun sınırlılıklarını kendisinin aşamayacağını, aşmasının da gerekmediğini, tüm sistemin sorunlarından değil, ancak kendi yaptıklarından sorumlu olduğunu bilmelidir (Kaçmaz, 2005; Karlıdağ ve ark., 2001; Edelwich ve Brodsky, 1980).

Kişi iş dışındaki sosyal alanlarını da geliştirmesi için teşvik edilmelidir. Hobileri ve sosyal ilişkileri güçlü olan kişilerde tükenmişlik görülme oranı daha az görülmektedir. Kişi kendine verilen tatil haklarını çalışarak değil, dinlenerek geçirmeli, iş yerindeki tatil zamanlarını monotonluktan kurtarmalı, öğle tatillerini değişik aktivitelerle geçirmelidir. Kişi bedensel rahatlık için spor gibi aktiviteleri tercih etmelidir, daha farklı aktivitelerde önerilmeli ve uygulanmalıdır (Kaçmaz, 2005; Havle, İnlem, Yener ve Gümüş, 2008; Metin ve Özer, 2007).

2.2. DEPRESYON

Depresyon kişinin kendini umutsuz ve çaresiz hissetmesi olarak ifade edilmektedir. Depresyon tanımında bireyin hüznü, üzgün, genel olarak isteksiz, hayattan zevk almama, moral bozukluğu, uyku bozuklukları, unutkanlık, sinirlilik, dalgınlık, agresif olma hali görülmektedir. Bir başka deyişle kendine güvenin azalmasıyla depresyon görülme olasılığının arttığı söylenmektedir. (Eker, 2012).

Depresyon durumundaki kişinin dünya ile ilişkisi azalır veya kaybolur; insanlara tanıma ve bağlanma ilgisi yoktur. Kendini aşağı görme durumu, kendine olan güvenini önemli ölçüde azaltır (Tanrıverdi ve Sarıhan, 2013).

Literatür'de "Depresyon uzun bir zaman devam eden ve birey yaşamını olumsuz yönde etkileyen ümitsizlik, hayattan haz almama hali" olarak tanımlanmaktadır. Ayrıca suçluluk, yalnızlık, düş kırıklığı, değersizlik hissi ve üzüntü duyguları ile tanımlanır. Bu durumdaki kişilerde intihar eğilimi görülmektedir (Demir, 2014).

Öztürk'e göre ise depresyon, “derin üzüntülü konuşma, devinim ve fizyolojik işlevlerde yavaşlama durgunlaşma ve bunların yanı sıra çaresizlik, güçsüzlük, bıkkınlık, karamsarlık duygu ve düşünceleri ile belirli” bir sendromdur (Ertuğrul, 2010; Öztürk, 2004).

Avcı ve Küvey'in aktardığına göre depresyon tüm dünyada insan sağlığını en fazla tehdit eden sorunların başında gelmektedir. Yalnızlık oranının yükselmesindeki sebeplerin tanı güçlüğü içermesi, ekonomik sorunlar, intihar eylemlerinin artması araştırmaların önemini arttırmaktadır (Avcı ve Küvey, 1998).

Depresyon, eski tarihten bugüne bilinen psikiyatrik hastalıklardan birisidir. Tıp literatüründe ise depresyonu ilk olarak açıklayan Hipokrates olarak bilinmektedir. Hipokrates bu bozukluğu kara safra fazlalığı ile açıkladığı için “melaine chole” olarak adlandırmıştır (Jadhav, 1996).

Yeşilbaş sonbaharın kişinin depresyona en çok yatkın mevsim olduğunu düşünmektedir (Yeşilbaş, 2008). Soranus'un psikolojik rahatsızlıkların klinik tedavisinde hastalarına tiyatro oyunlarını izletip, rol teklif ettiğinde melankolideki hasta komediyi; manideki hastanın trajediyi tercih ettiği gözlemlenmiştir. 19. YY Fransız psikiyatristler bu bozukluğun döngülü olabileceğini “folie circulaire” terimi ile tanımlamışlardır. Sonraki yıllarda DSM-III'le birlikte belirti kümelerinin varlığına dayanarak tanı koyma noktasına gelmiştir (Akıskal, 2005). Bugüne kadar yapılan

araştırmalarda mutsuzluğun uzun süre devam etmesi, şartların zorluğuyla orantısızsa ya da kişinin kontrolünün çıktıysa, depresyona ilişkin bir semptom görülebilmektedir. Çeşitli bedensel rahatsızlıklarda ve psikiyatrik bozukluklarda eş tanı olarak depresyon görülebilmektedir (Karamustafalıoğlu ve Yumrukçal, 2011).

Bireyin depresyonda olduğunu söyleyebilmek için belirtilerin en az iki hafta takip edilmesi gerekir. DSM-V-TR depresyonun şiddetini hafif, orta ve şiddetli olarak üç gruba ayırmaktadır (DSM-V).

Erkek ve kızlarda depresyon grlme oranı çocukluk döneminde eşit iken, iken ergenlik döneminde kadınlarda depresyon grlme sıklığı iki katına çıkmaktadır. Kadınlarda depresyonun daha sık görülmesinde, hormonal faktörler hamilelik, düşük yapma, doğum sonrası dönem, menopoz öncesi ve menopoz rol oynayabilir (Akdeniz ve Gönül, 2004).

2.2.1. DSM-5 Tanı ltleri

Uzun yıllar boyunca psikiyatri dünyasına kılavuz niteliği taşıyan DSM- IV yerini son yıllarda DSM-5'e bırakmıştır. DSM-5'te Depresyon Bozuklukları adı altında toplanan depresyonun tanı kriterlerinde herhangi bir değişim söz konusu olmamıştır. Depresyon daha detaylı incelenmiş ve farklı alt gruplara ayrılmıştır. Bunlar sırası ile (APA, 2013):

- 2.1.4.5. Yıkıcı Duygudurumu Dzenleyememe Bozukluğu
- 2.1.4.6. Yeğin (Majör) Depresyon Bozukluğu
- 2.1.4.7. Süregiden Depresyon Bozukluğu (Distimik)
- 2.1.4.8. Aybaşı ncesi Disfori Bozukluğu
- 2.1.4.9. Maddenin/İlacın Yol Açtığı Depresyon Bozukluğu
- 2.1.4.10. Başka Bir Sağlık Durumuna Bağlı Depresyon Bozukluğu
- 2.1.4.11. Tanımlanmış Diğer Bir Depresyon Bozukluğu
- 2.1.4.12. Tanımlanmamış Depresyon Bozukluğu

2.2.2. Depresyonun Belirtileri

Depresyonun belirtileri dört alanda kategorize edilebilir (Şayan, 2010). Bunlar;

1. Duygusal semptomlar
2. Bilişsel semptomlar
3. Davranışsal semptomlar
4. Fiziksel semptomlar

2.2.2.1. Bilişsel Belirtiler

Depresyondaki birey hayatında ters giden her olayın sorumlusu olarak kendini görmekte, başkaları ile işbirliği içinde olma ihtimalini düşünmemektedir.

Bu evredeki kişiler şimdi ve gelecekle ilgili düşüncelerinde kaygı duyarlar. Sürekli tekrar eden ölüme ve intihara ait düşünceler, fobiler yan belirtiler olarak ortaya çıkmaktadır. Basit olaylarda bile kararsız kalırlar, önceki kararları ile ilgili pişmanlık olmaktadır. Sık sık unutkanlıktan yakınırırlar (Yakın, 2014).

2.2.2.2. Duygusal Belirtiler

Depresyon belirtisi kişinin çok yoğun duygusallık içinde olmasıyla tanımlanır. Depresyonun en belirgin belirtisi üzgün olma halidir. Genel olarak çaresizlik, mutsuzluk, karamsarlık, üzüntü, hayal kırıklığı olarak tanımlanır.

Duygusal çöküntü yaşayan kişiler karar vermekten, bir işe başlamaktan, herhangi bir şeye ilgi duymaktan yoksundurlar. Değersizlik hissi, intihar düşünceleri ve ağlama nöbetleri görülmektedir. Depresyonda olan kişilerin duyguları gün içerisinde değişiklik göstermektedir. Sabahın erken saatleri duyguların en yoğun yaşandığı zamandır. Akşam saatlerinde duygular düzene girmektedir. Depresyonlu hastalarda kaygı duygusu görülmektedir. (Yakın, 2014).

2.2.2.3. Davranışsal Belirtiler

Depresyon ile birlikte fiziksel ağırlaşma ve isteksizlik oluşmaktadır. Kişi bir işi başlatma ya da devam ettirme noktasında zorlanmaktadır.

Ağır depresyon hastalarında hareketlerde yavaşlama çok fazla olabilir, mutsuz bir yüz ifadesiyle ve sessiz bir şekilde konuşur (Yakın, 2014).

2.2.2.4. Fizyolojik Belirtiler

Depresif kişilerde uyku bozuklukları il belirtilerdir. Aşırı uyuma veya uykusuzluk sonucu uyku bozuklukları ortaya çıkar. Uzun süreli uyuyamama, sabahları erken ve yorgun uyanma sorunları yaşarlar. Huzursuz edici rüyalar görürler. İştah azalması yüzünden kilo kaybı yaşarlar, çok nadir iştah açıklığı vardır. Daha önce zevkle yedikleri yemeklerden yiyemez olurlar, zorla tüketmeye devam ederler. Depresyon hastalarında libido kaybı görülmektedir (Yakın, 2014).

2.2.3. Depresyon Nedenleri

Depresyonun nedenleri kesin olarak belli sayıda ana başlıklara ayrılmasa bile araştırmacıların çoğu bu ana başlıkları şu şekilde sıralamıştır.

2.2.3.1. Biyolojik Nedenler

Depresyonun biyolojik nedenlerinin ilki kalıtım olarak bilinmektedir. Aile bireylerinde depresyon görülmüş olma olasılığı bireyde depresyon görülme oranlarını arttırmaktadır (Gezer, 2008).

2.2.3.2. Genetik Faktörler

Depresyon hastalığında genetik yatkınlık görülmektedir. Fakat çevresel etkenler genetik olmasa da depresyonu tetikleyebilir. Yapılan araştırmalarda ağır depresyon görülen bireylerin ailelerinde de depresyon görülme olasılığı daha fazladır. Yine tek yumurta ikizlerinde birinin depresyon geçirmesi durumunda diğ erinin hastalanma oranı % 50'dir. Bu çalışmalar da depresyona genetik yatkınlığın olduğunu göstermektedir (Mercan, 2014).

2.2.3.3. Psikososyal Nedenler

Araştırmalar sonucunda depresyonun ortaya çıkışında etken olan stresin sonradan görülen ataklarla ilişkisi olmadığı görülmüştür. Bu araştırmaya göre stres beyinde

kalıcı değişimlere sebep olmakta, hastalığın tekrarlamasına yol açmaktadır. Bireyde stres yaratan durumlar ortadan kalksa da hastalık kendiliğinden tekrarlayabilmektedir. Erken yaşta ailesini ve yakınlarını kaybeden bireylerin ilerleyen yaşlarında depresyon yaşama riski fazladır. Eşini kaybeden kişilerde depresyon ortaya çıkma oranı en fazladır (Mercan, 2014).

2.2.4. Depresyonda Risk Faktörleri

Depresyonun ortaya çıkmasında birçok risk faktörü etken olmaktadır. Bireyin genetik yapısı, cinsiyet, kişilik özellikleri, çocukluk dönemi yaşantıları, etnik yapı gibi etkenler önemli bulunmaktadır. Kadın olmak, eğitim seviyesi, ailesel yük ve sorumluluklar, sosyal çevre ve kişiler arası ilişki azlığı, bedensel rahatsızlıklar depresyon için temel risk etkenleri olarak görünmektedir. 18–44 yaş aralığında olmak, işsiz ve bekâr olmak, düşük sosyoekonomik durum da depresyon için diğer risk etkenleridir (Ertuğrul, 2010).

- **Yaş:** Depresyonun çocuk ve yaşlılarda görülme ihtimalinin daha az olduğu, ortalama başlangıç yaşının 40 olup, 20 ile 50 arasında değişmektedir. Depresyon için 65 yaş üzerinde %1.7; 75 yaş üzerinde %3.2; 79 yaş üzerinde %0.5; primer depresyon için %1.8; sekonder depresyon için %1.9 gibi oldukça düşük prevalans hızları bildirilmektedir. Sosyal yaşamın farklılaşmasına bağlı olarak yaşlardaki depresyonun arttığı gözlemlenmektedir. Son yapılan araştırmalarda depresyonun 20 yaş altında olan bireylerde görülme oranında artış gözlemlenmiştir. Depresyon kadınlarda 35-45 yaşlar arasında, erkeklerde ise 55-70 yaşlar arasında en yüksek artışını oranda görülmektedir (Savrun, 1999).

- **Cinsiyet:** Depresyonun epidemiyolojisiyle ilgili yapılan çalışmalarda kadınlarda depresyon görülme oranının erkeklere oranla yaklaşık 2 kat fazla olduğu bilinmektedir. Yapılan çalışmaların bazılarında depresyon oranı kadınlarda daha yüksek oranlarda bulunmuştur. Ülkemizde yapılan araştırmalarda depresyon görülme oranı kadınlarda daha yüksek bulunmuştur (Doğan, 2000).

- **Medeni Durum:** Araştırma sonuçlarında depresyonun görülme oranının medeni duruma göre farklılaştığı görülmektedir. Araştırmalar depresyonda medeni durumun önemli olduğunu göstermiştir. Birçok araştırmada boşanmış ve dul olan kişilerde depresyon daha sık görülmektedir. Bazı görüşlere göre bekarların evlilerden daha çok

depresyona girdiği öne sürölmüştür. Mutsuz evliliklerde ki bireylerde depresyon görölme riski artmaktadır. Boşanmış olan erkeklerde depresyonun en yüksek görölme oranı boşanma sonrasındaki ilk 6 ay olarak bilinmektedir (Doğan, 2000).

Aile Öyküsü ve Genetik Özellikler: Depresyonun genetik etkenler ile ilişkisini araştıran çalışmalar aile, evlatlık, ikiz çalışmalarıdır (Yakın, 2014).

Erken Dönem Çocukluk Yaşantıları: Birçok araştırmacı çocuklara verilen sevginin ve olumlu duyguların depresyonu önlediği ve anne-babadan ayrılmanın riskli olduğu görölmüştür. Spitz, bebekler ikinci altı ayında anneden ayrıldığında açık depresif belirtiler gözlemlemiştir. Bireyi şekillendiren dönemlerde yaşanan ayrılık ve kayıpların, ya çocuğun depresif yapı geliştirmesine ya da ancak ilkel savunma düzeneği kullanarak depresyondan korunabileceği olgusuna dikkat çekmiştir (Yakın, 2014).

Çocukluk Dönemi Yaşantıları: Çocukluk çağındaki depresyonlar, çocuğun kişilik ve kişiler arası gelişimini doğrudan etkileyeceğinden tedavisinde çok önemli olduğu düşünölmektedir. Bebeklerde depresyona çok sık rastlanmamakla birlikte, bebek depresyonu bebek ile bakıcısı arasındaki rahatsızlığı yansıtmaktadır. Bebek ile bakıcı arasındaki bağ iyi kurulmamıştır veya ayrılık, ölüm gibi nedenlerle bozulmuştur. Başka bir durum ise; bebeğin gereksinimlerine “bakıcı” tarafından tam cevap verilememesidir.”“Burada “bakıcı” dan kastedilen sadece ücret karşılığı olarak bebekle ilgilenen kişi değil, bebeğin bakımını üstlenmiş olan anne, annecanne, abla vb. gibi akrabaları olarak düşünölmelidir (Yakın, 2014).

2.3. ANKSİYETENİN TANIMI

Anksiyete bozukluğu istenmeyen semptomlarıyla başka duygudurum bozukluklarından ayrılan bir bozukluk olup, kaygı ya da bunaltı olarak da adlandırılmakta ve fizyolojik olarak çarpıntılar, nefes almada zorluklar, hızlı hızlı nefes alma, elde ve ayakta titremeler, aşırı terleme gibi belirtiler vermektedir. Psikolojik açıdan ise sıkıntılar, heyecanlar, aniden çok kötü bir şeyin olacağı hissi ve korkusu görülebilmektedir (Karamustafalıoğlu ve Yumrukçal, 2011).

Anksiyete, korku hissine benzemekte olup, bunu ortaya çıkaran uyaran korkudaki kadar net değildir ve güvenliği tehdit eden ya da etmesi imkan dahilinde olan bir tehlike karşısında yaşanan bir tepki korku olarak bilinmektedir ve somut bir tehdide karşı organizmanın cevabı şeklinde tanımlanabilir. Korku ile anksiyete arasındaki farkı kişi belirlerken, Freud tarafından kullanılan "angst" sözcüğünün yanlış tercüme sonucu anksiyete olarak tercüme edilmiştir. Çünkü bu kelime Almancada korku için kullanılmakta olup, Freud'un bu çalışmalarının başlarında bu farkı bilmediği öne sürülmektedir ve korku bilinen dış objelerden, anksiyete ise bilinç dışı nesne tasarımları ve baskılanmış istek ve fantezilerden oluşması temel farktır (Tural, 2014).

2.3.1. Anksiyeteye Neden Olan Faktörler

Anksiyete semptomları ve klinik tablo kişilere bağlı olup, bazı hastalarda çarpıntılar ve terlemeler görülür. Kimilerinde ise bulantılar, kusmalar, boşluk duyguları görülmektedir. Yine kimilerinde, gaz ağrıları, hatta diyare gibi gastrointestinal semptomlar görülür. Bazı hastalardaysa sık idrar yapma, yüzeysel solunumlar, göğüste sıkışma duyguları gibi belirtiler görülmekte olup bunların hepsi visseral tepkilerdir ve kimi vakalarda kas gerginliği önde gelir. Bu tip hastalarda kas katılığında ya da spazmından, baş ağrısı ve boyun tutukluğu görülür (Kocabaşoğlu, 2014).

Genel olarak Kaygı (Anksiyete) Bozuklukları DSM-V’te tanımlanan şekli ile sınıflaması aşağıda yazıldığı şekildedir.

Sınıflama:

1. Ayrılma Kaygısı Bozukluğu
2. Seçici Konuşmazlık (Mutizm)
3. Özgül Fobi
4. Toplumsal Kaygı Bozukluğu (Sosyal Fobi)
5. Panik Bozukluğu
6. Agorafobi
7. Yaygın Kaygı Bozukluğu
 - *Maddenin İlacın Yol Açtığı Kaygı Bozukluğu
8. Başka Bir Sağlık Durumuna Bağlı Kaygı Bozukluğu
9. Tanımlanmış Diğer Bir Kaygı Bozukluğu
10. Tanımlanmamış Kaygı Bozukluğu.

2.3.2. Anksiyetenin Etyolojisi

2.3.2.1. Psikolojik varsayımlar

2.3.2.1.1. Psikoanalitik varsayım

Bu görüşe göre anksiyete temelde bir iç çatışmanın (intrapsişik) ürünüdür. Buradaki çatışma benlik ile alt benlik, ya da benlik ile üst benlik arasında oluşabilir. Alt benlikten haz ilkesi doğrultusunda doyum arayan dürtüler üst benliğin gerçekleri tarafından engellenir. Benlik bunlar arasındaki çatışmayı çözerek dürtüyü bastırırsa (regresyon) sorun çözülür. Benlik çatışmayı çözemezse, bastıramazsa bunu tehlike olarak algılar. Bütün bu süreç bilinç dışında yaşanır. Bilinç alanında ise ortaya anksiyete çıkar.

2.3.2.1.2. Davranışçı varsayım

Davranışçı görüşe göre anksiyete öğrenilmiş bir süreçtir. Koşullu uyarılar koşulsuz tepkilere neden olur. Ayrıca sosyal öğrenme ile ailenin tepkileri de model olarak alınır.

2.3.2.1.3. Bilişsel (kognitif) varsayım

Bu varsayımına göre anksiyetenin nedeni olayın kendisi değil, bu olayın kişi tarafından nasıl yorumlandığı, nasıl algılandığıdır. Olayların çarpıtılmış düşünce örüntüleriyle algılanması sonucunda anksiyete ortaya çıkar.

2.3.2.2. Biyolojik varsayımlar

Anksiyete bozukluklarında otonom sinir sisteminde sempatik etkinliğin arttığı, buna bağlı olarak fizyolojik belirtilerin ortaya çıktığı düşünülmektedir. Biyokimyasal olarak yapılan çalışmalarda nörotransmitterler üzerinde durulmakta, noradrenalin ve serotonin düzeylerinin arttığı, GABA (Gama Amino Bütirik Asit) düzeyinin azaldığı düşünülmektedir.

2.3.3. Anksiyete Bozukluklarının Epidemiyolojisi

2.3.3.1. Ayrılma Kaygısı Bozukluğu

Kişinin bağlandığı insanlardan ayrılmasıyla ilgili, gelişimsel olarak uygun olmayan ve aşırı düzeyde bir kaygı ya da korku duyması olarak tanımlanmıştır (DSM V).

2.3.3.2. Seçici Konuşmazlık (Mutizm)

Kişinin başka durumlarda konuşuyor olmasına karşın, konuşmanın beklendiği özgül toplumsal durumlarda (örn. okulda), sürekli bir biçimde, konuşamıyor olma olarak tanımlanmıştır. (DSM V)

2.3.3.3. Özgül Fobi

Özgül bir nesne ya da durumla ilgili olarak belirgin bir korku ya da kaygı duyma (örn. Uçağa binme, yükseklikler, hayvanlar, iğne yapılması, kan görme) olarak tanımlanmıştır (DSM V).

2.3.3.4. Toplumsal Kaygı Bozukluğu (Sosyal Fobi)

Kişinin, başkalarınca değerlendirilebilecek olduğu bir ya da birden çok toplumsal durumda belirgin bir korku ya da kaygı duyması olarak tanımlanmıştır.

2.3.3.5. Panik Bozukluğu

Temel özelliği, aniden ortaya çıkan ve zaman zaman tekrarlayan, insanı dehşet içinde bırakan yoğun sıkıntı ya da korku nöbetleridir. Kişilerin çoğu zaman “kriz”

adını verdiği bu nöbetlere panik atak adı verilir. Panik Atığı, birdenbire başlar, giderek şiddetlenir ve 10 dakika içinde şiddeti en yoğun düzeye çıkar; çoğu zaman 10-30 dakika (seyrek olarak da 1 saate kadar) devam ettikten sonra kendiliğinden geçer.

2.3.3.6. Agorafobi

Agorafobi bazı durumlar veya nesnelere duyulan mantıksız/aşırı korkudur. (örn. toplu taşıma araçlarını kullanma, açık yerlerde bulunma, kapalı yerlerde bulunma).

2.3.3.7. Yaygın Kaygı Bozukluğu

Kişinin en az altı aylık bir sürenin çoğu gününde, birtakım olaylar ya da etkinliklerle (işte ya da okulda başarı gösterebilme gibi) ilgili olarak, aşırı kaygı ve kuruntu (kaygılı beklenti) duyması olarak tanımlanmıştır (DSM V).

2.3.4. Risk Faktörleri

Cinsiyet farkları: Alan çalışmalarında elde edilen sonuçlar hemen hemen tüm anksiyete bozukluklarının kadınlarda daha yaygın olduğunu göstermektedir. Pek çok çalışmada panik, YAB, agorafobi, ve basit fobi kadınlarda erkeklere göre iki kat daha fazladır.

Yaşa özgü ifade modelleri: Anksiyete bozuklukları, özellikle de fobiler tüm yaşam boyunca sürme eğilimi taşırlar. Erişkinler üzerinde yapılan epidemiyolojik çalışmalar kadınlardaki anksiyete bozukluklarının erken ve orta erişkinlikte daha sık olmak üzere yaşamın tüm dönemlerinde görüldüğünü göstermektedir. Ayrıca, erkeklerdeki anksiyete bozuklukları da yaşam boyunca daha sabitken, kadınlarda dördüncü ve beşinci on yıllık dönemlerde artış göstermekte, daha sonra azalmaktadır. Kadınlardaki yüksek hızlar tüm yaşam dönemleri için geçerlidir ve ileri yaşlarda anksiyetenin azalması ile düşmez.

Sosyal sınıf: Toplum çalışmaları birbiriyle uyumlu şekilde anksiyete bozukluklarının hızlarının düşük sosyoekonomik yapı ve düşük eğitim düzeyi olan toplum kesimlerinde daha yüksek olduğunu göstermektedir.

Ailesel ve genetik etmenler: Tüm büyük anksiyete bozukluğu alt tiplerinde ailesel geçiş özelliği bulunmaktadır. Bunun yanı sıra, görece orta büyüklükte bulunan kalıtılabilirlik çevresel koşulların da etkili olabileceğini göstermektedir.

Huy ve kişilik: Anksiyete gelişmesi için hassasiyet yaratan en erken göstergelerden biri davranışsal inhibisyonudur. Yeni uyaranlar ve mücadele gerektiren durumlar ile karşı karşıya gelindiğinde psikolojik tepkisellik veya davranışsal olarak geri çekilme anlamına gelir. Anksiyete duyarlılığı anksiyete duyularının zararlı fizyolojik, psikolojik veya sosyal sonuçların (bayılma ya da kalp atağı tehdidi) göstergesi olabileceği inancı ile belirlidir.

Anksiyete bozukluklarının anksiyete bulguları ve bozukluklarının gelişimine öncülük ettiği ve depresyondan çok anksiyetenin gelişmesi için özgül bir yordayıcı özellik olduğu gösterilmiştir.

Eş tanılar: Anksiyete bozukluklarının gelişmesi için risk arttıran eş tanılar yeme bozuklukları, depresyon ve madde kullanımındır.

Tıbbi bulgular ve bozukluklar: Çeşitli araştırmalarda, anksiyete bozuklukları ile alerjiler, yüksek ateş, immünolojik bozukluklar ve enfeksiyonlar, epilepsi ve bağ dokusu hastalıkları arasında birliktelik olduğu gösterilmiştir.

Yaşam olayları ve stres etmenleri: Herhangi birinin güvenlik kavramını tehdit eden yaşam deneyimleri sıklıkla en azından geriye dönük olarak anksiyete bozukluklarının başlamasına neden olarak ya da tetikleyicisi olarak algılanmaktadır. Yaşam deneyimlerinin nedensel rolü ile ilişkili kanıtların değerlendirilmesinde anksiyete alt tipleri ayrı ayrı değerlendirilmelidir. Stresli yaşam olayları panik dönemleri başlatan ailede depresyon öyküsü gibi diğer risk etmenleri ile etkileşir. Özgül çevresel etmenler açısından, ebeveynliğin anksiyete bozukluğuna hassasiyeti arttırmadaki rolü konusunda anksiyetenin anne-çocuk ilişkisindeki kesintiye yanıt kuramı işlenmekte, annenin aşırı koruyucu tavrının anksiyete ile özellikle de ayrılma anksiyetesi ile ilişkili olduğu ileri sürülmektedir.

3. YÖNTEM

Bu bölümde, araştırmanın modeli, evren ve örnekleme, araştırmada kullanılan ölçekler, araştırmanın süreci ve yapılan istatistiksel işlemler yer almaktadır.

3.1. ARAŞTIRMANIN MODELİ

Sağlık personellerinin depresyon, anksiyete ve tükenmişliklerinin yaş, cinsiyet, medeni durum, görev süresi, eğitim seviyesi, mesleki ünvan, çocuk sayısı ve gelir durumu gibi sosyo-demografik değişkenlerle bunların ilişkisini tanımlayıcı kesitsel bir araştırma tasarlanmıştır.

3.2. EVREN VE ÖRNEKLEM

Bu araştırmanın örneklemini Kocaeli Tıp Fakültesi Eğitim ve Araştırma Hastanesine mensup sağlık personelleri arasından gönüllü olan 50 tıpta uzmanlık öğrencisi, 50 hemşire, 50 intörn, 50 idari personel olmak üzere seçilen toplam 200 personelden oluşturmaktadır. Katılımcılar, sözlü olarak bilgilendirilmeyi takiben ölçekleri doldurmuşlardır. Uygulama süresi maksimum 30 dakika sürmüştür. Araştırma için Üsküdar Üniversitesi girişimsel olmayan araştırmalar etik kurulu onayı alınmıştır.

3.3. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Bu araştırmada, araştırmaya katılan sağlık personellerine Beck Depresyon Envanteri, Beck Anksiyete Envanteri, Maslach Tükenmişlik Ölçeği ve Kişisel Bilgi Formu kullanılmıştır.

3.4. KİŞİSEL BİLGİ FORMU

Çalışmada sosyo-demografik bilgiyi toplamak amacıyla araştırmacı tarafından hazırlanmış 45 sorudan oluşan Kişisel Bilgi Formu uygulanmıştır. Kişisel bilgi formunda kişilerin yaş, cinsiyet, gelir durumu ve aile bilgileriyle ilgili sorular bulunmaktadır. Etik kurallar ve gerçekçi cevaplar alabilmek amacıyla araştırma sırasında bireylere kimlik bilgilerini içeren sorular yöneltilmemiştir.

3.5. BECK ANKSİYETE ÖLÇEĞİ

Bireylerin yaşadığı anksiyete belirtilerinin sıklığının belirlenmesi amacıyla 1988" de Beck ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş, ergen ve yetişkinlere uygulanan, 21 maddeden oluşmuş 0-3 arası puanlanan likert tipi bir ölçektir (Beck AT, Epstein N, Brown G, 1988; Erözkan A. 2011). Her bir soru 0 (hiç) ile 3 (ciddi derecede) arasında değerlendirilmektedir ve yüksek puanlar anksiyete yakınmalarındaki artışa işaret etmektedir. Böylece bu ölçekten alınabilecek toplam puan 0 ile 63 arasında değişmektedir. Toplam puanın yüksekliği bireyin yaşadığı anksiyetenin şiddetini gösterir. Ölçeğin Türkçe' ye geçerlik güvenirlik çalışması 1998" de Ulusoy ve arkadaşları tarafından gerçekleştirilmiştir (Ulusoy M, ğahin N, Erkmn H.1998; Canbaz S, Sünter AT, Aker S, 2007; Ulusoy M Beck Anksiyete Envanteri 1993).

3.6. BECK DEPRESYON ENVANTERİ

Beck Depresyon Envanteri (BDE), Beck ve arkadaşları tarafından 1961 yılında erişkinlerde depresyonu davranışsal bulgularını ölçmek amacıyla geliştirilmiştir. Depresyonun şiddetini ölçmek, tedavi ile olan değişimleri izleyebilmek ve hastalığı tanımlayabilmek amacıyla tasarlanmıştır. Depresyona ilişkin davranışlar ve semptomlar bir dizi cümle ile tanımlanmıştır. Her bir cümleye sayı olarak 0-3 arasında numara verilmiştir. 21 maddeden oluşmaktadır ve maddeler hafif formdan şiddetli forma göre sıralanmıştır (Hisli, 1989).

Ölçekten alınacak toplam puan 0-63 arasında değişmektedir ve alınan puanlara göre hastaların depresyon şiddetini; minimal (0-9 puan), hafif (10-16 puan), orta (17-29 puan), şiddetli (30-63 puan) şeklinde sınıflandırmaktadır (Hisli, 1989).

3.7. MASLACH TÜKENMİŞLİK ÖLÇEĞİ

Maslach Tükenmişlik Ölçeğinin (MTÖ) 22 maddeden oluşan 3 alt ölçeği vardır: Duygusal tükenme (DT), kişisel başarı (KB) ve duyarsızlaşma (DU). MTÖ, Maslach ve Jackson tarafından 1981 yılında geliştirilmiştir. Türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışması Engin ve Çam tarafından yapılmıştır (Ergin, 1992). MTÖ beş dereceli (0: Hiçbir zaman, 1:Çok nadir, 2:Bazen, 3:Çoğu zaman, 4:Her zaman) likert tipi bir ölçektir. Alt ölçek puanları duygusal tükenme ve duyarsızlaşma için yukarıdaki gibi,

kişisel başarı için ise tersine puanlanmaktadır. Puanların toplanması ile DT için 0-36, DU için 0-20 ve KB için 0-32 değişen puanlar elde edilir. Tüm alt boyutlardan alınan puan yükseldikçe tükenmişliğin yükseldiği kabul edilmektedir.

Cronbach Alpha güvenirlik katsayılarını duygusal tükenme için 83, duyarsızlaşma için 65 ve kişisel başarı hissi için 72 olarak bulmuştur (Oruç, 2007).

3.8. VERİLERİN İSTATİKSEL ANALİZİ

Elde edilen veriler değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotlar (frekans, yüzde, ortalama, standart sapma, minimum, maksimum) kullanıldı. Veriler ki-kare testi, varyans analizi (ANOVA) post hoc:Tukey HSD uygulanarak değerlendirildi. Tüm sonuçlar için anlamlılık düzeyleri $p < 0.05$ kabul edilmiştir. SPSS 20.0 ve Microsoft Excel kullanılarak değerlendirilmiştir.

4. BULGULAR.

Araştırmaya toplam 200 katılımcı alınmıştır. Katılımcılar hemşire, tıpta uzmanlık öğrencisi, intörn ve idari personel olarak 4 grupta incelenmiştir. Her bir meslek grubunda 50 katılımcı bulunmaktadır.

Tablo.1:Katılımcıların Gruplara Göre; Yaş, Cinsiyet, Medeni Durum, Kiminle Birlikte Yaşadığı Bilgilerine Dair Tanımlayıcı Özellikler Tablosu.

		HEMŞİRE (S:50)		TIPTA UZ (S:50)		İNTÖRN (S:50)		İDARİ (S:50)	
		<i>Ort.</i>	<i>SS</i>	<i>Ort.</i>	<i>SS</i>	<i>Ort.</i>	<i>SS</i>	<i>Ort.</i>	<i>SS</i>
Yaş		30.98	(4.75)	27.04	(2.59)	23.20	(1.62)	31.21	(7.26)
		n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Yaş Grubu	15-24	3	(%6)	2	(%4)	43	(%86)	9	(%19)
	25-34	35	(%70)	47	(%94)	7	(%14)	25	(%52)
	35-44	12	(%24)	1	(%2)	-	-	11	(%23)
	45 yaş ve üzeri	-	-	-	-	-	-	3	(%6)
Cinsiyet	Kadın	45	(%90)	26	(%52)	25	(%50)	20	(%41)
	Erkek	5	(%10)	24	(%48)	25	(%50)	29	(%59)
Medeni Durum	Evli	32	(%64)	15	(%30)	1	(%2)	32	(%64)
	Bekar	13	(%26)	35	(%70)	49	(%98)	16	(%32)
	Boşanmış	5	(%10)	-	-	-	-	2	(%4)
Kiminle Birlikte	Yalnız	7	(%14)	23	(%46)	8	(%16)	5	(%11)
	Aile/Akraba	42	(%84)	21	(%42)	12	(%24)	38	(%84)
	Yurt	1	(%2)	-	-	4	(%8)	1	(%2)
	Ev Arkadaşı	-	-	6	(%12)	26	(%52)	1	(%2)

Sosyo-demografik veriler detaylı olarak Tablo.1’ de verilmiştir. Katılımcıların yaş ortalaması şu şekildedir; hemşire 30.98±4.75, tıpta uzmanlık öğrencisi, 27.04±2.59, intörn 23.2±1.62, idari personel 31.21±7.26. Yaş dağılımları 4 gruba bölünerek kesikli değişkene dönüştürüldü. 15-24 yaş aralığı birinci grup, 25-34 yaş aralığı ikinci grup, 35-44 yaş aralığı üçüncü grup, 45 yaş ve üzeri katılımcılar dördüncü grup olarak tanımlandı. Mesleklerin dağılımına göre yaş gruplandırması incelendiğinde; **hemşire** 15-24 aralığında 3 (%6), 25-34 aralığında 35 (%70), 35-44 aralığında 12 (%24) katılımcı ve 45 yaş ve üzeri katılımcı bulunmadı. **Tıpta uzman** 15-24 aralığında 2 (%4), 25-34 aralığında 47 (%94), 35-44 aralığında 1 (%2) katılımcı ve 45 yaş ve üzeri aralığında katılımcı bulunmadı.

İntörn 15-24 aralığında 43 (%86), 25-34 aralığında 7 (%14), 35-44 aralığında katılımcı ve 45 yaş ve üzeri aralığında katılımcı bulunmadı. **İdari** 15-24 aralığında 9 (%18.75), 25-34 aralığında 25 (%52.08), 35-44 aralığında 11 (%22.92) ve 45 yaş ve üzeri aralığında 3 (%6.25) katılımcı bulundu.

Cinsiyet dağılımı incelendiğinde **hemşire** kadın 45 (%90) ve erkek 5 (%10) **tıpta uzman** kadın 26 (%52) ve erkek 24 (%48) **intörn** kadın 25 (%50) ve erkek 25 (%50) **idari** kadın 20 (%40.82) ve erkek 29 (%59.18) katılımcı bulundu.

Medeni durum dağılımı incelendiğinde hemşire evli 32 (%64), bekar 13 (%26), boşanmış 5 (%10), **tıpta uzman** evli 15 (%30), bekar 35 (%70), boşanmış katılımcı bulunmadı, **intörn** evli 1 (%2), bekar 49 (%98), boşanmış katılımcı bulunmadı, **idari** evli 32 (%64), bekar 16 (%32), boşanmış 2 (%4) katılımcı bulundu.

Kiminle birlikte yaşıyorsunuz sorusunun dağılımı incelendiğinde **hemşire** yalnız yaşaması 7 (%14), aile/akraba 42 (%84), yurt 1 (%2) katılımcı ve ev arkadaşlarıyla yaşayan katılımcı bulunmadı. **Tıpta uzman** yalnız yaşaması 23 (%46), aile/akraba 21 (%42) katılımcı, yurttan yaşayan katılımcı bulunmadı ve ev arkadaşları 6 (%12) katılımcı bulundu. **intörn** yalnız yaşaması 8 (%16), aile/akraba 12 (%24), yurt 4 (%8), ev arkadaşları 26 (%52) katılımcı bulundu. **İdari** yalnız yaşaması 5 (%11.11), aile/akraba 38 (%84.44), yurt 1 (%2.22), ev arkadaşları 1 (%2.22) katılımcı bulundu.

Tablo.2:Katılımcıların Gruplara Göre; Yaş, Cinsiyet, Medeni Durum, Kiminle Birlikte Yaşadığı Bilgilerine Dair İstatistiksel Analiz Tablosu.

İstatistiksel Analiz	F	p*
Yaş	34.185	<.001***
İstatistiksel Analiz	Chi-Square	p**
Yaş Grubu	137.92	<.001***
Cinsiyet	29.06	<.001***
Medeni durum	73.67	<.001***
Kiminle birlikte	98.243	<.001***

*:ANOVA **:Ki-Kare Test ***:İstatistiksel olarak anlamlı.

Farklı meslek grubu olan sağlık personellerinin yaş, cinsiyet, medeni durum, kiminle birlikte yaşadığı bilgisine göre farkı ki-kare testi ve varyans analizi sonuçları

elde edilmiştir. Tablo.2 incelendiğinde katılımcıların meslek gruplarına göre yaş, cinsiyet, medeni durum, kiminle birlikte yaşadığı bilgisi farkı istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0.05$).

Tablo.3: Yaş Sürekli Değişkenine Dair Katılımcı Gruplarının İkişerli Karşılaştırılması (İleri İstatistiksel Analiz).

YAŞ		Mean Difference	p*
Hemşire	Tıpta uzman	3.940	<.001**
	İntörn	7.780	<.001**
	İdari	-.228	.995
Tıpta uzman	Hemşire	-3.940	<.001**
	İntörn	3.840	<.001**
	İdari	-4.168	<.001**
İntörn	Hemşire	-7.780	<.001**
	Tıpta uzman	-3.840	<.001**
	İdari	-8.008	<.001**
İdari	Hemşire	.228	.995
	Tıpta uzman	4.168	<.001**
	İntörn	8.008	<.001**

*: Tukey HSD **:İstatistiksel olarak anlamlı.

Farklı meslek grubu olan sağlık personellerinin yaş farkı ileri istatistiksel yöntem olan Post Hoc: Tukey HSD kullanılarak araştırıldı. Tablo.3' de bu sonuçlar bulunmaktadır. Tablo.3 incelendiğinde hemşire ile idari grubundaki katılımcıların yaş dağılımları farkı istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ($p>0.05$), diğer meslek gruplarının birbirinden yaş farkı istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0.05$).

Meslek gruplarının ikişerli olarak farkı ki-kare testi ile karşılaştırıldı. Cinsiyet açısından hemşire ve tıpta uzman, hemşire ve intörn, hemşire ve idari gruplarının farkı istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0.05$). Diğer meslek grupları arasında cinsiyet farkı istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ($p>0.05$).

Medeni durum açısından hemşire ve idari grubunun farkı istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0.05$). Diğer meslek grupları arasında medeni durum farkı istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ($p>0.05$).

Katılımcının birlikte yaşama durumu açısından hemşire ve idari grubunun farkı istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0.05$). Diğer meslek grupları arasında birlikte yaşama durumu farkı istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ($p>0.05$).

Tablo.4: Katılımcıların Gruplara Göre; Psikiyatrik Hastalık Ve Psikiyatrik Tedavi Bilgilerine Dair Tanımlayıcı Özellikler Tablosu.

		HEMŞİRE		TIPTA UZ		İNTÖRN		İDARİ	
		n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Psikiyatrik Hastalık	Hayır	45	(%90)	43	(%86)	41	(%82)	45	(%90)
	Evet	5	(%10)	7	(%14)	9	(%18)	5	(%10)
Psikiyatrik Tedavi	Hayır	46	(%92)	48	(%96)	47	(%94)	48	(%96)
	Evet	4	(%8)	2	(%4)	3	(%6)	2	(%4)

Katılımcıların meslek gruplarına göre psikiyatrik hastalık dağılımı Tablo.4' de incelenmiştir. Tablo.4' e göre **hemşire** psikiyatrik hastalık olmayan (hayır) 45 (%90), psikiyatrik hastalık olan (evet) 5 (%10) katılımcı bulundu. Tıpta uzman psikiyatrik hastalık olmayan (hayır) 43 (%86), psikiyatrik hastalık olan (evet) 7 (%14) katılımcı bulundu. **İntörn** psikiyatrik hastalık olmayan (hayır) 41 (%82), psikiyatrik hastalık olan (evet) 9 (%18) katılımcı bulundu. **İdari** psikiyatrik hastalık olmayan (hayır) 45 (%90), psikiyatrik hastalık olan (evet) 5 (%10) katılımcı bulundu.

Tablo.4' e göre psikiyatrik tedavi dağılımı incelendiğinde **hemşire** hayır 46 (%92), evet 4 (%8) **tıpta uzman** hayır 48 (%96), evet 2 (%4), **intörn** hayır 47 (%94), evet 3 (%6) **idari** hayır 48 (%96), evet 2 (%4) katılımcı bulundu.

Tablo.5: Katılımcıların Gruplara Göre; Psikiyatrik Hastalık Ve Psikiyatrik Tedavi Bilgilerine Dair İstatistiksel Analiz Tablosu.

İstatistiksel Analiz	Chi-Square	p*
Psikiyatrik Hastalık	1.945	.584
Psikiyatrik Tedavi	1.058	.787

*:Ki-Kare Test

Tablo.5 incelendiğinde meslek gruplarına göre psikiyatrik hastalık ve psikiyatrik tedavi bilgisi farkı istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ($p>0.05$). İstatistiksel anlamlılık bulunmadığı için katılımcı gruplarının ikişerli karşılaştırılması (ileri istatistiksel analiz) yapılmadı.

Tablo.6: Katılımcıların Gruplara Göre; Gelir ve Maddi Güçlük Bilgilerine Dair Tanımlayıcı Özellikler Tablosu.

	HEMŞİRE		TIPTA UZ		İNTÖRN		İDARİ		
	<i>Ort.</i>	<i>SS</i>	<i>Ort.</i>	<i>SS</i>	<i>Ort.</i>	<i>SS</i>	<i>Ort.</i>	<i>SS</i>	
Gelir	2.637.23	(488.95)	4.614.63	(1.121.06)	934.0 0	(542.56)	2.008.3 3	(925.91)	
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Gelir Gr.	2000' den Az	0	(%0.0)	2	(%4.3)	26	(%60.5)	42	(%93.3)
	2001-3000	3	(%7.3)	34	(%72.3)	10	(%23.3)	2	(%4.4)
	3001-4000	12	(%29.3)	10	(%21.3)	5	(%11.6)	1	(%2.2)
	4001'den Fazla	26	(%63.4)	1	(%2.1)	2	(%4.7)	0	(%0.0)
Maddi Güçlük	Hayır	22	(%46)	32	(%65)	29	(%58)	9	(%19)
	Kısmen	18	(%38)	11	(%22)	18	(%36)	23	(%48)
	Evet	8	(%17)	6	(%12)	3	(%6)	16	(%33)

Katılımcıların meslek gruplarına göre gelir ve maddi güçlük dağılımı Tablo.6' da incelenmiştir.

Gelir dağılımı incelendiğinde hemşire 2637.23±488.95, tıpta uzman 4614.63±1121.06, intörn 934±542.56, idari 2008.33±925.91 olarak bulundu. Gelir dağılımları 4 gruba bölünerek kesikli değişkene dönüştürüldü. 2000'den az aralığı birinci grup, 2001-3000 aralığı ikinci grup, 3001-4000 aralığı üçüncü grup, 4000' den fazla dördüncü grup olarak tanımlandı. Gelir dağılımı grupları incelendiğinde **hemşire** 1000' den az 1 (%2), 1001-2000 aralığında katılımcı bulunmadı, 2001-3000 aralığında 45 (%90)3001-4000 aralığında 5 (%10), **tıpta uzman** 1000' den az aralığında katılımcı bulunmadı, 1001-2000 aralığında 6 (%12), 2001-3000 aralığında 43 (%86), 3001-4000 aralığında 7 (%14), **intörn** 1000' den az aralığında 4 (%8), 1001-2000 aralığında 26 (%52), 2001-3000 aralığında 41 (%82), 3001-4000 aralığında 9 (%18), **idari** 1000' den az 1 (%2.22), 1001-2000 aralığında 1 (%2.22), 2001-3000 aralığında 45 (%90), 3001-4000 aralığında 5 (%10) katılımcı bulundu.

Gelir dağılımı incelendiğinde hemşire 2000' den az aralığında 0 (%0), 2000-3000 aralığında 3 (%7.32), 3001-4000 aralığında 12 (%29.27), 40001' den fazla aralığında 26 (%63.41) katılımcı bulundu. Tıpta uzman 2000' den az aralığında 2 (%4.26), 2000-3000 aralığında 34 (%72.34), 3001-4000 aralığında 10 (%21.28), 40001' den fazla aralığında 1 (%2.13) katılımcı bulundu. İntörn 2000' den az aralığında 26

(%60.47), 2000-3000 aralığında 10 (%23.26), 3001-4000 aralığında 5 (%11.63), 40001' den fazla aralığında 2 (%4.65) katılımcı bulundu. İdari 2000' den az aralığında 42 (%93.33), 2000-3000 aralığında 2 (%4.44), 3001-4000 aralığında 1 (%2.22), 40001' den fazla aralığında 0 (%0) katılımcı bulundu.

Maddi güçlük dağılımı incelendiğinde **hemşire** hayır 22 (%45.83), kısmen 18 (%37.5), evet 8 (%16.67), **tıpta uzman** hayır 32 (%65.31), kısmen 11 (%22.45), evet 6 (%12.24), **intörn** hayır 29 (%58), kısmen 18 (%36), evet 3 (%6), **idari** hayır 9 (%18.75), kısmen 23 (%47.92), evet 16 (%33.33) katılımcı bulundu.

Tablo.7: Katılımcıların Gruplara Göre; Gelir ve Maddi Güçlük Bilgilerine Dair İstatistiksel Analiz Tablosu.

İstatistiksel Analiz	F	p*
Gelir	158.621	<.001***
İstatistiksel Analiz	Chi-Square	p**
Gelir Grubu	200.11	<.001***
Maddi Güçlük	29.06	<.001***

*:ANOVA **:Ki-Kare Test ***:İstatistiksel olarak anlamlı.

Tablo.7 incelendiğinde meslek gruplarına göre gelir ve maddi güçlükleri farkı istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p < 0.05$).

Tablo.8: Gelir Sürekli Değişkenine Dair Katılımcı Gruplarının İkişerli Karşılaştırılması (İleri İstatistiksel Analiz).

Gelir		Mean Difference	p*
Hemşire	Tıpta uzman	-1977.400	<.001**
	İntörn	1703.234	<.001**
	İdari	628.908	< 0.002**
Tıpta uzman	Hemşire	1977.400	<.001**
	İntörn	3680.634	<.001**
	İdari	2606.309	<.001**
İntörn	Hemşire	-1703.234	<.001**
	Tıpta uzman	-3680.634	<.001**
	İdari	-1074.326	<.001**
İdari	Hemşire	-628.908	< 0.002**
	Tıpta uzman	-2606.309	<.001**
	İntörn	1074.326	<.001**

*:ANOVA *: Tukey HSD **:İstatistiksel olarak anlamlı.

Farklı meslek grubu olan sağlık personellerinin gelir farkı ileri istatistiksel yöntem olan Post Hoc: Tukey HSD kullanılarak araştırıldı. Tablo.8’ de bu sonuçlar bulunmaktadır. Tablo.8 incelendiğinde bütün meslek gruplarının birbirinden gelir farkı istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0.05$).

Gelir grupları ve maddi güçlük açısından İstatistiksel anlamlılık bulunduğu için katılımcı gruplarının ikişerli karşılaştırılması (ileri istatistiksel analiz) yapıldı. Meslek gruplarının ikişerli olarak farkı ki-kare testi ile karşılaştırıldı. Maddi güçlük açısından hemşire ve tıpta uzman, hemşire ve intörn, tıpta uzman ve intörn gruplarının farkı istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ($p>0.05$). Diğer meslek grupları arasında farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0.05$).

Gelir grupları açısından meslek gruplarının bütün ikişerli karşılaşmaları arasında farklılıklar istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0.05$).

Tablo.9: Katılımcıların Gruplara Göre; Nöbet ve Mesleki Bilgilerine Dair Tanımlayıcı Özellikler Tablosu.

		Hemşire		Tıpta uzman		İntörn		İdari	
		<i>Ort.</i>	<i>SS</i>	<i>Ort.</i>	<i>SS</i>	<i>Ort.</i>	<i>SS</i>	<i>Ort.</i>	<i>SS</i>
Çalışma Ortamı Memnuniyet		2.00	(1.25)	2.48	(0.89)	2.72	(0.97)	2.29	(1.41)
Birlikte Çalıştığınız Hekimlerin Size Tutumu		2.79	(1.01)	3.09	(0.85)	3.06	(0.84)	2.86	(1.12)
Son 3 Ay Günlük Çalışma Süresi		15.27	(13.03)	23.02	(54.28)	7.88	(0.86)	13.59	(12.77)
Son 3 Ay Toplam Nöbet		25.27	(22.52)	19.73	(11.72)	8.18	(6.41)	36.26	(42.80)
		<i>n</i>	(%)	<i>n</i>	(%)	<i>n</i>	(%)	<i>n</i>	(%)
Son 3 Ay Ortamda Güneş Görmesi	Hayır	30	(%33)	23	(%25)	18	(%20)	21	(%23)
	Evet	19	(%18)	26	(%25)	32	(%31)	27	(%26)
Hekimlik /Hemşirelik Uygun mu	Uygun	15	(%22)	21	(%31)	25	(%37)	6	(%9)
	Kısmen Uygun	25	(%31)	26	(%33)	21	(%26)	8	(%10)
	Uygun Değil	9	(%50)	2	(%11)	2	(%11)	5	(%28)
		<i>Ort.</i>	<i>SS</i>	<i>Ort.</i>	<i>SS</i>	<i>Ort.</i>	<i>SS</i>	<i>Ort.</i>	<i>SS</i>
Hastalarınız Tarafından Takdir		2.00	(1.22)	2.29	(0.79)	2.56	(0.86)	2.03	(1.38)
Çalışma Arkadaşları Desteği		2.36	(1.26)	2.90	(0.90)	2.92	(0.72)	2.56	(1.25)
Şu ana dek aldığınız eğitim ile mesleki çalışma açısından öz güveninizde ne derecedeki artış		2.82	(1.16)	2.45	(0.87)	2.56	(0.93)	2.74	(1.14)

Katılımcıların meslek gruplarına göre çalışma ortamı memnuniyet, birlikte çalıştığınız hekimlerin size tutumu, son 3 ay günlük çalışma süresi, son 3 ay toplam nöbet, son 3 ay ortamda güneş görmesi, hekimlik hemşirelik uygunluğu, hastalarınız

tarafından takdir, çalışma arkadaşları desteği ve özgüveniniz arttı mı bilgilerine dair dağılım Tablo.9' da incelenmiştir.

“Son 3 ay içinde çalışma ortamınızdan ne kadar memnunsunuz?” dağılımı incelendiğinde hemşire 2 ± 1.25 , tıpta uzman 2.48 ± 0.89 , intörn 2.72 ± 0.97 , idari 2.29 ± 1.41 olduğu bulundu.

“Birlikte çalıştığınız hekimlerin size tutumu” sorusuna verilen cevapların dağılımı incelendiğinde hemşire 2.79 ± 1.01 , tıpta uzman 3.09 ± 0.85 , intörn 3.06 ± 0.84 , idari 2.86 ± 1.12 olduğu bulundu.

“Son 3 ay içinde günlük çalışma süreniz ortalama kaç saattir?” verilen cevapların dağılımı incelendiğinde hemşire 15.27 ± 13.03 tıpta uzman 23.02 ± 54.28 intörn 7.88 ± 0.86 idari 13.59 ± 12.77 olduğu bulundu.

“Son 3 ay içinde toplam tuttuğunuz nöbet sayısı nedir?” sorusuna verilen cevapların dağılımı incelendiğinde hemşire 25.27 ± 22.52 , tıpta uzman 19.73 ± 11.72 , intörn 8.18 ± 6.41 , idari 36.26 ± 42.8 olduğu bulundu.

“Son 3 ay içinde çalıştığınız ortam güneş görüyor mu?” sorusuna verilen cevapların dağılımı incelendiğinde **hemşire** hayır 30 (%32.61), evet 19 (%18.27), **tıpta uzman** hayır 23 (%25), evet 26 (%25), **intörn** hayır 18 (%19.57), evet 32 (%30.77), **idari** hayır 21 (%22.83), evet 27 (%25.96) olduğu bulundu.

“Hekimlik/hemşirelik size ne derece uygun bir meslektir?” sorusuna verilen cevapların dağılımı incelendiğinde **hemşire** uygun aralığında 15 (%22.39), kısmen uygun aralığında 25 (%31.25), uygun değil aralığında 9 (%50), **tıpta uzman** uygun aralığında 21 (%31.34), kısmen uygun aralığında 26 (%32.5), uygun değil aralığında 2 (%11.11), **intörn** uygun aralığında 25 (%37.31), kısmen uygun aralığında 21 (%26.25), uygun değil aralığında 2 (%11.11), **idari** uygun aralığında 6 (%8.96), kısmen uygun aralığında 8 (%10), uygun değil aralığında 5 (%27.78) olduğu bulundu.

“Hastalarınız tarafından ne derecede takdir edildiğinizi düşünüyorsunuz?” sorusuna verilen cevapların dağılımı incelendiğinde hemşire 2 ± 1.22 , tıpta uzman 2.29 ± 0.79 , intörn 2.56 ± 0.86 , idari 2.03 ± 1.38 olduğu bulundu.

“Çalıştığınız ortamdaki insanlardan ne derecede destek gördüğünüze inanıyorsunuz?” sorusuna verilen cevapların dağılımı incelendiğinde hemşire 2.36 ± 1.26 , tıpta uzman 2.9 ± 0.9 , intörn 2.92 ± 0.72 , idari 2.56 ± 1.25 olduğu bulundu.

“Şu ana dek aldığınız eğitim ile mesleki çalışma açısından öz güveninizde ne derecede artma oldu mu” sorusuna verilen cevapların dağılımı incelendiğinde hemşire 2.82±1.16, tıpta uzman 2.45±0.87, intörn 2.56±0.93, idari 2.74±1.14 olduğu bulundu.

Tablo.10: Katılımcıların Gruplara Göre; Mesleki Durum ve Tutumlarına Dair İstatistiksel Analiz Tablosu.

İstatistiksel Analiz	F	p*
Çalışma Ortamı Memnuniyet	3.409	<.0.019***
Birlikte Çalıştığınız Hekimlerin Size Tutumu	1.107	0.347
Son 3 Ay Günlük Çalışma Süresi	2.214	0.088
Son 3 Ay Toplam Nöbet	9.663	<.001***

İstatistiksel Analiz	Chi-Square	p**
Son 3 Ay Ortamda Güneş	6.613	0.085
Hekimlik Hemşirelik Uygun Mu*	14.59	<.0.024***

İstatistiksel Analiz	F	p*
Hastalarınız Tarafından Takdir	2.803	<.0.041***
Çalışma Arkadaşları Desteği	3.310	<.0.021***
Şu ana dek aldığınız eğitim ile mesleki çalışma açısından öz güveninizdeki Artış	1.328	0.267

*:ANOVA **:Ki-Kare Test ***:İstatistiksel olarak anlamlı.

Tablo.10 incelendiğinde katılımcıların meslek gruplarına göre çalışma ortamı memnuniyet, birlikte çalıştığınız hekimlerin size tutumu, son 3 ay günlük çalışma süresi, son 3 ay toplam nöbet, son 3 ay ortamda güneş, hekimlik hemşirelik uygun mu, hastalarınız tarafından takdir, çalışma arkadaşları desteği ve özgüveniniz arttı mı bilgilerine dair ki-kare testi ve varyans analizi sonuçları elde edilmiştir.

Meslek grupları arasında sağlık personellerinin çalışma ortamı memnuniyet, 3 ay toplam nöbet, hekimlik hemşirelik uygun mu, hastalarınız tarafından takdir, çalışma arkadaşları desteği farkı istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0.05$). Birlikte

çalıştığınız hekimlerin size tutumu, son 3 ay günlük çalışma süresi ve özgüveniniz arttı mı bilgisine göre farkı istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ($p>0.05$).

Tablo.11: Mesleki Durum ve Tutumları Sürekli Değişkenlerine Dair Katılımcı Gruplarının İkişerli Karşılaştırılması (İleri İstatistiksel Analiz).

p*		Çalışm Ortamı Memnuni yet	Birlikte Çalıştığınız Hekimlerin Size Tutumu	Son 3 Ay Günlük Çalışma Süresi	Son 3 Ay Toplam Nöbet	Hastaların Takdiri	Çalışma Arkadaşları Desteği	Özgüven Artışı
Hemşire	Tıpta uzman	.186	.441	.577	.621	.540	.057	.277
	İntörn	<.012**	.508	.611	<.002**	<.045**	<.042**	.585
	İdari	.621	.988	.993	.233	.999	.803	.985
Tıpta uzman	Hemşire	.186	.441	.577	.621	.540	.057	.277
	İntörn	.730	.999	.055	<.045**	.569	<.001**	.950
	İdari	.859	.672	.428	<.020**	.723	.396	.516
İntörn	Hemşire	<.012**	.508	.611	<.002**	<.045**	<.042**	.585
	Tıpta uzman	.730	.999	.055	<.045**	.569	<.001**	.950
	İdari	.261	.742	.792	<.001**	.131	.335	.824
İdari	Hemşire	.621	.988	.993	.233	.999	.803	.985
	Tıpta uzman	.859	.672	.428	<.020**	.723	.396	.516
	İntörn	.261	.742	.792	<.001**	.131	.335	.824

*: Tukey HSD **:İstatistiksel olarak anlamlı.

Farklı meslek grubu olan sağlık personellerinin çalışma ortamı memnuniyeti, birlikte çalıştığınız hekimlerin size tutumu, son 3 ay günlük çalışma süresi, son 3 ay toplam nöbet, hastalarınız tarafından takdir, çalışma arkadaşları desteği, şu ana dek aldığınız eğitim ile mesleki çalışma açısından öz güveninizde ne derecede artma oldu? Sorularına verilen cevapların farkı ileri istatistiksel yöntem olan Post Hoc: Tukey HSD kullanılarak araştırıldı. Tablo.11’ de bu sonuçlar bulunmaktadır.

Tablo.11 incelendiğinde hemşire ile idari grubundaki katılımcıların çalışma ortamı memnuniyet dağılımları farkı istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0.05$), diğer meslek gruplarının birbirinden farkı istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ($p>0.05$).

“Hekimlik hemşirelik uygun mu” açısından İstatistiksel anlamlılık bulunduğu için katılımcı gruplarının ikişerli karşılaştırılması (ileri istatistiksel analiz) yapıldı. Meslek gruplarının ikişerli olarak farkı ki-kare testi ile karşılaştırıldı. İntörn grubunun uygun cevabı vermesi diğer gruplardan istatistiksel olarak farklı bulundu ($p<0.05$).

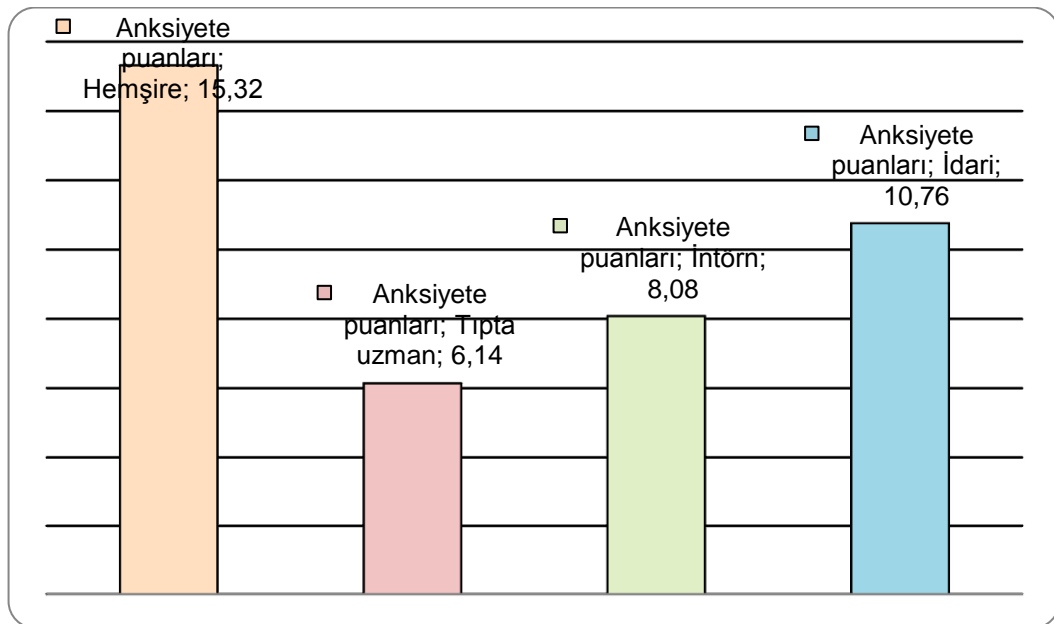
Son 3 ay toplam nöbet açısından hemşire ve intörn, tıpta uzman ve intörn, tıpta uzman ve idari, intörn ve idari farkı istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0.05$), diğer meslek gruplarının birbirinden farkı istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ($p>0.05$).

Hastalar tarafından takdir hemşire ile intörn grubundaki katılımcıların farkı istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0.05$), diğer meslek gruplarının birbirinden farkı istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ($p>0.05$).

Çalışma arkadaşları desteği hemşire ile intörn grubundaki katılımcıların farkı istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0.05$), diğer meslek gruplarının birbirinden farkı istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ($p>0.05$).

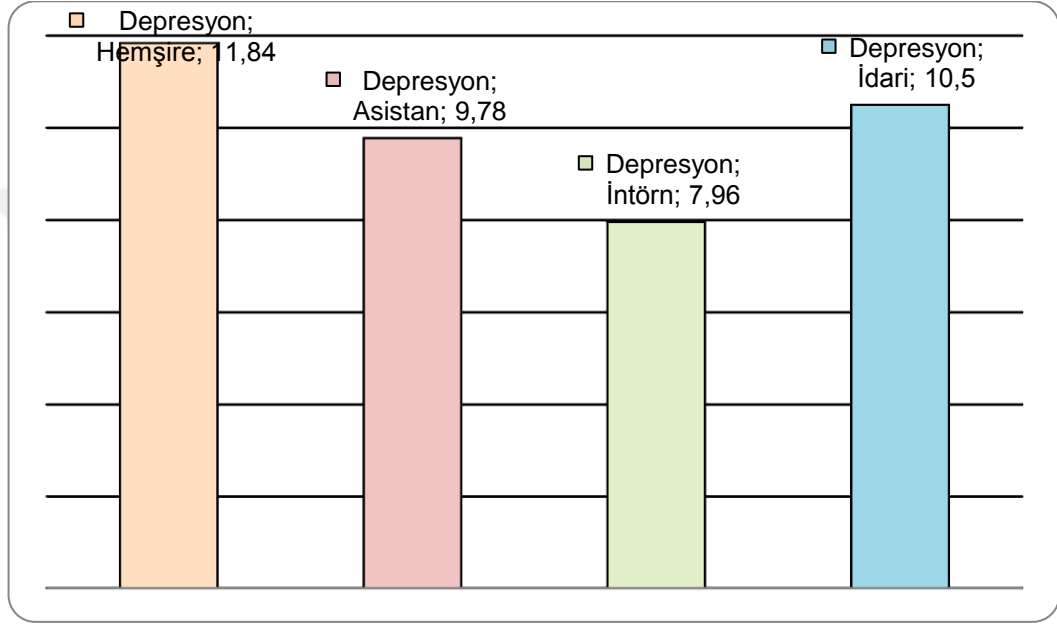
Birlikte çalıştığınız hekimlerin size tutumu, Son 3 ay günlük çalışma süresi ve özgüveniniz arttı mı açısından meslek gruplarının birbirinden farkı istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ($p>0.05$).

Meslek grupları ikiye ayrılarak farkı ki-kare testi ile karşılaştırıldı. Son 3 ay ortamda güneş açısından hemşire ve intörn gruplarının farkı istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0.05$). Diğer meslek grupları arasında fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ($p>0.05$). “Hekimlik hemşirelik uygun mu” açısından hemşire ve intörn, tıpta uzman ve idari, intörn ve idari gruplarının farkı istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0.05$). Diğer meslek grupları arasında fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ($p>0.05$).



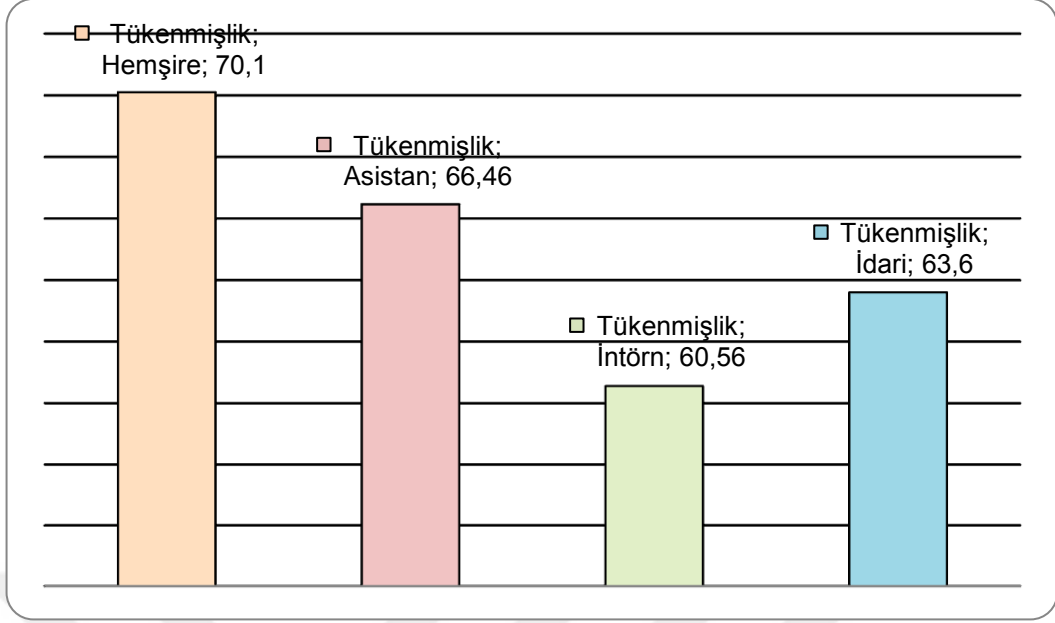
Şekil.1: Katılımcıların Gruplara Göre; Anksiyete Total Dağılım Grafiği.

Araştırmaya katılan sağlık personellerinin anksiyete total ortalamaları ve standart sapmaları **Tablo.12'de** özetlenmiştir. Buna göre; hemşire meslek grubunun ortalaması 15.32 ve standart sapması 12.36' dir. Tıpta uzman meslek grubunun ortalaması 6.14 ve standart sapması 6.51' dir. İntörn meslek grubunun ortalaması 8.08 ve standart sapması 8.55' dir. İdari meslek grubunun ortalaması 10.76 ve standart sapması 11.17' dir. Dağılımın grafiksel gösterimi Şekil.1' dir.



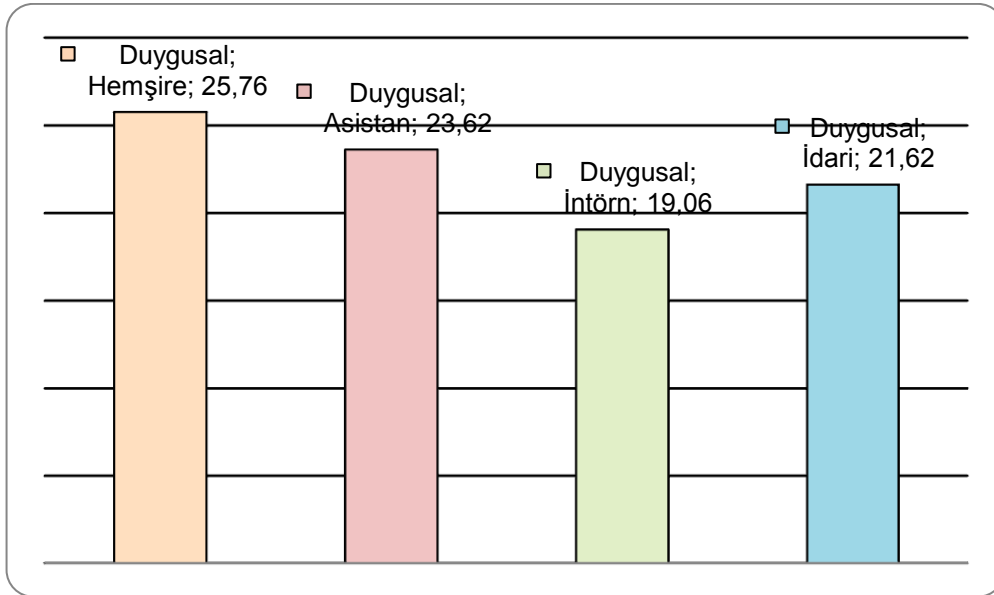
Şekil.2: Katılımcıların Gruplara Göre; Depresyon Total Dağılım Grafiği.

Araştırmaya katılan sağlık personellerinin depresyon total ortalamaları ve standart sapmaları **Tablo.12'de** özetlenmiştir. Buna göre; hemşire meslek grubunun ortalaması 11.84 ve standart sapması 7.63' dir. Tıpta uzman meslek grubunun ortalaması 9.78 ve standart sapması 7.71' dir. İntörn meslek grubunun ortalaması 7.96 ve standart sapması 6.86' dir. İdari meslek grubunun ortalaması 10.76 ve standart sapması 11.17' dir. Dağılımın grafiksel gösterimi Şekil.2' dir.



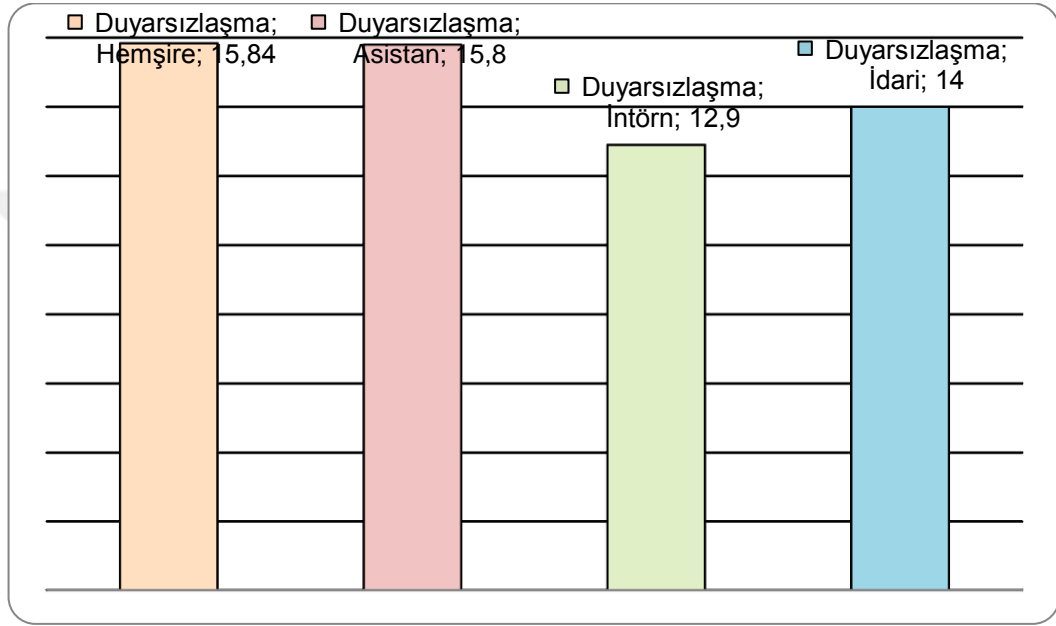
Şekil.3: Katılımcıların Gruplara Göre; Tükenmişlik Total Dağılım Grafiği.

Araştırmaya katılan sağlık personellerinin Tükenmişlik total ortalamaları ve standart sapmaları **Tablo.12'de** özetlenmiştir. Buna göre; hemşire meslek grubunun ortalaması 70.1 ve standart sapması 13.71' dir. Tıpta uzman meslek grubunun ortalaması 66.46 ve standart sapması 10.8' dir. İntörn meslek grubunun ortalaması 60.56 ve standart sapması 10.18' dir. İdari meslek grubunun ortalaması 63.6 ve standart sapması 13.33' dir. Dağılımın grafiksel gösterimi Şekil.3' dedir.



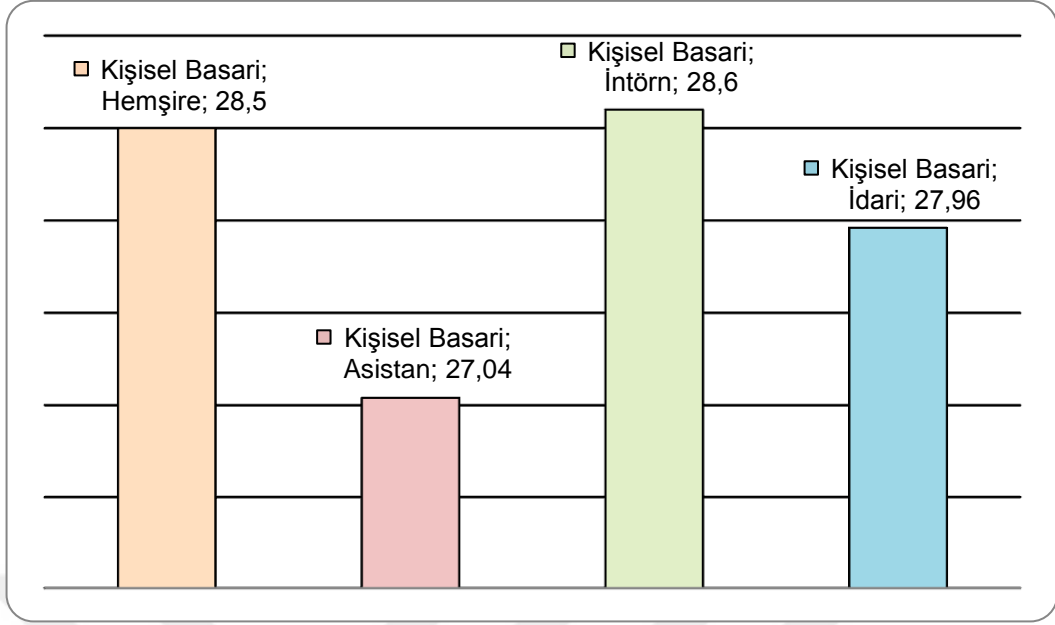
Şekil.4: Katılımcıların Gruplara Göre; Duygusal Dağılım Grafiği.

Araştırmaya katılan sağlık personellerinin Duygusal puan ortalamaları ve standart sapmaları **Tablo.12'de** özetlenmiştir. Buna göre; hemşire meslek grubunun ortalaması 25.76 ve standart sapması 7.37' dir. Tıpta uzman meslek grubunun ortalaması 23.62 ve standart sapması 7.38' dir. İntörn meslek grubunun ortalaması 19.06 ve standart sapması 6.01' dir. İdari meslek grubunun ortalaması 21.62 ve standart sapması 7.86' dir. Dağılımın grafiksel gösterimi Şekil.4' dedir.



Şekil.5: Katılımcıların Gruplara Göre; Duyarsızlaşma Dağılım Grafiği.

Araştırmaya katılan sağlık personellerinin duyarsızlaşma puan ortalamaları ve standart sapmaları **Tablo.12'de** özetlenmiştir. Buna göre; hemşire meslek grubunun ortalaması 15.84 ve standart sapması 4.55' dir. Tıpta uzman meslek grubunun ortalaması 15.8 ve standart sapması 4.09' dir. İntörn meslek grubunun ortalaması 12.9 ve standart sapması 4.09' dir. İdari meslek grubunun ortalaması 14 ve standart sapması 4.76' dir. Dağılımın grafiksel gösterimi Şekil.5' dadır.



Şekil.6: Katılımcıların Gruplara Göre; Kişisel Başarı Dağılım Grafiği.

Araştırmaya katılan sağlık personellerinin kişisel başarı ortalamaları ve standart sapmaları **Tablo.12'de** özetlenmiştir. Buna göre; hemşire meslek grubunun ortalaması 28.5 ve standart sapması 5.6' dir. Tıpta uzman meslek grubunun ortalaması 27.04 ve standart sapması 6.03' dir. İntörn meslek grubunun ortalaması 28.6 ve standart sapması 5.57' dir. İdari meslek grubunun ortalaması 27.96 ve standart sapması 6.55' dir. İdari meslek grubunun ortalaması 27.96 ve standart sapması 6.55' dir. Dağılımın grafiksel gösterimi Şekil.6' dır.

Tablo.12: Katılımcıların Gruplara Göre; Anksiyete, Depresyon, Tükenmişlik, Duygusal, Duyarsızlaşma, Kişisel Başarı Skor Ortalamaları, Standart Sapmaları ve Varyans Analizi Sonuçları

	Hemşire		Tıpta uzman		İntörn		İdari		İstatistiksel Analiz	
	Ort.	SS	Ort.	SS	Ort.	SS	Ort.	SS	F	p
Anksiyete	15.32	(12.36)	6.14	(6.51)	8.08	(8.55)	10.76	(11.17)	8.049	<.001
Depresyon	11.84	(7.63)	9.78	(7.71)	7.96	(6.86)	10.5	(9.04)	2.123	0.099
Tükenmişlik	70.1	(13.71)	66.46	(10.8)	60.56	(10.18)	63.6	(13.33)	7.898	<.001
Duygusal	25.76	(7.37)	23.62	(7.38)	19.06	(6.01)	21.62	(7.86)	5.407	0.001
Duyarsızlaşma	15.84	(4.55)	15.8	(4.09)	12.9	(4.09)	14	(4.76)	0.72	0.541
Kişisel Başarı	28.5	(5.6)	27.04	(6.03)	28.6	(5.57)	27.96	(6.55)	5.653	0.001

Araştırmaya katılan sağlık personellerinin meslek durumlarına göre anksiyete, depresyon, tükenmişlik, duygusal, duyarsızlaşma, kişisel başarı ortalamaları ve standart sapmaları Tablo.12'da özetlenmiştir.

Anksiyete, tükenmişlik, duygusal, kişisel başarı puanlarının tek yönlü varyans analizi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulundu ($p<0.05$), depresyon duyarsızlaşma grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmadı ($p>0.05$).

Tablo.13: Anksiyete, Depresyon, Tükenmişlik, Duygusal, Duyarsızlaşma, Kişisel Başarı Sürekli Değişkenine Dair Katılımcı Gruplarının İkişerli Karşılaştırılması (İleri İstatistiksel Analiz).

p*		Anksiyete	Depresyon	Tükenmişlik	Duygusal	Duyarsızlaşma	Kişisel Basari
Hemşire	Tıpta uzman	<.001**	.556	.446	<.001**	.611	0.44
	İntörn	<.002**	.068	<.001**	<.005**	<.001**	<.0.001**
	İdari	.101	.828	.023**	.156	.969	<.0.04**
Tıpta uzman	Hemşire	<.001**	.556	.446	<.001	.611	0.44
	İntörn	.762	.653	<.009**	<.006**	.557	0.07
	İdari	.095	.968	.506	.172	.867	0.64
İntörn	Hemşire	<.002**	.068	<.001**	<.005**	<.001**	<.0.001**
	Tıpta uzman	.762	.653	<.009**	<.006**	.557	0.07
	İdari	.531	.371	.286	.592	.950	0.59
İdari	Hemşire	.101	.828	<.023**	.156	.969	<.0.04**
	Tıpta uzman	.095	.968	.506	.172	.867	0.64
	İntörn	.531	.371	.286	.592	.950	0.59

*: Tukey HSD **:İstatistiksel olarak anlamlı.

Farklı meslek gruplarına göre anksiyete, depresyon, tükenmişlik, duygusal, duyarsızlaşma, kişisel başarı sürekli değişkenlerinin farkı ileri istatistiksel yöntem olan Post Hoc: Tukey HSD kullanılarak araştırıldı. Tablo.13' de bu sonuçlar bulunmaktadır.

Tablo.13 incelendiğinde; anksiyete açısından, hemşire ve tıpta uzman, hemşire ve intörn dağılımları farkı istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0.05$), diğer meslek gruplarının birbirinden farkı istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ($p>0.05$).

Tükenmişlik açısından, hemşire ve intörn, hemşire ve idari, tıpta uzman ve intörn dağılımları farkı istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0.05$), diğer meslek gruplarının birbirinden farkı istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ($p>0.05$).

Duygusallık açısından, hemşire ve tıpta uzman, hemşire ve intörn, tıpta uzman ve intörn dağılımları farkı istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0.05$), diğer meslek gruplarının birbirinden farkı istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ($p>0.05$).

Duyarsızlaşma açısından hemşire ve intörn farkı istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0.05$), diğer meslek gruplarının birbirinden farkı istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ($p>0.05$).

Kişisel başarı açısından, hemşire ve intörn, hemşire ve idari dağılımları farkı istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0.05$), diğer meslek gruplarının birbirinden farkı istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ($p>0.05$).

		Yaş	Cinsiyet	Gelir
Anksiyete	r*	,102	-,304**	,017
	p	,154	,000	,827
	N	198	199	176
Depresyon	r*	,062	-,206**	,093
	p	,388	,004	,221
	N	198	199	176
Tükenmişlik	r*	,142*	-,079	,221**
	p	,047	,265	,003
	N	198	199	176
Duygusal	r*	,161*	-,142*	,229**
	p	,024	,045	,002
	N	198	199	176
Duyarsızlaşma	r*	,052	,023	,256**
	p	,463	,745	,001
	N	198	199	176
Kisiselbasari	r*	,027	,004	-,088
	p	,707	,958	,243
	N	198	199	176

* Spearman's rho

5. TARTIŞMA

Sağlık çalışanlarının çalışma saati fazlalığı, iş yükü, çok sayıda hasta ve sorunla karşılaşmak, , iş ortamındaki yaşadıkları rol çatışması gibi etkenler psikolojik ve fiziksel stresin etkisi altında kalmalarına sebep olmaktadır. Sağlık çalışanlarının yaşamlarındaki düşünme, algılama ve öğrenme yetileri zamanla bozulabilmektedir. Sağlık çalışanlarının yardıma ihtiyacı olduğunda bunu talep etmemesi, problemlerini kendi başına çözebilecekleri düşüncesine sahip olmaları nedeniyle psikolojik sorunlar geliştiğinde sağlık birimlerinden hizmet alma isteği güçleşmektedir.

Araştırmamızda Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Eğitim ve Araştırma Hastanesine mensup personeller arasından seçilen 50 tıpta uzman, 50 intörn, 50 idari personel, 50 hemşire olmak üzere toplam 200 personel katılmıştır. Sağlık 4 grup sağlık personeline anksiyete, depresyon ve tükenmişlik düzeyi belirlemek ve veri toplamak amacıyla “Beck Anksiyete Ölçeği” “Beck Depresyon Ölçeği” ve “Maslach Tükenmişlik Ölçeği” uygulanmış ve "Sosyo-demografik Bilgi Formu" kullanılmıştır.

Demir (2010) yaptığı bir çalışmaya göre kadın ve erkeklerin depresyon ve tükenmişlik düzeyi arasında anlamlı bir fark bulamamıştır. Yakın'ın (2014) “ İstanbul Dr. Lütfi Kırdar Eğitim Ve Araştırma Hastanesinde Çalışan Sağlık Personellerinin (Hemşire, Ebe, Sağlık Memuru ve Acil Tıp Teknisyeni) Depresyon ve Tükenmişlik Düzeylerinin Değerlendirilmesi” isimli çalışmasında erkek çalışanlar ile kadın çalışanlar arasında tükenmişlik ve depresyona yatkınlık düzeyleri arasında bir fark çıkmamıştır. Ardıç ve Polatçı (2008) araştırmalarının sonucunda da cinsiyetin tükenmişlik üzerinde etkili olmadığını bulmuşlardır. Yakın (2014) tezinde Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde çalışan sağlık personellerinin tükenmişlik ve depresyon puan ortalamaları “cinsiyet” değişkenine göre anlamlı düzeyde farklılaşmamaktadır ($p>0.05$). Bu durum “cinsiyet” değişkeninin farklılaşmaya neden olmadığı şeklinde yorumlanmaktadır. Bizim çalışmamızda da tükenmişlik düzeyleri arasında anlamlı bir fark bulamamıştır.

Fakat bizim çalışmamızda cinsiyetler arasında depresyon açısından farklılık bulunmuştur. Cinsiyet değişkenine göre kadınlarda depresyon görülme düzeyi erkeklerden daha fazla olması farklılığa neden olmaktadır.

Yakın (2014) tezinde; Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde çalışan sağlık personellerinin depresyon puan ortalamaları "eğitim" değişkenine göre anlamlı düzeyde farklılaşmamaktadır ($p>0.05$), şeklinde bir sonuç bulunmuştur. Benzer şekilde Yılmaz (2014) tezinde de meslekler ve BDÖ ($F=1.01$, $p=.38$), ÇBASDÖ ($F=1.36$, $p=.25$) ve MDÖ ($F=.54$, $p=.65$) arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark elde edilememiştir. Bulut (2015) tezinde de "Yapılan test sonucu, 5 grubun BDÖ skorları arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p>0.05$)". Bizim çalışmamız sağlık çalışanlarının meslek grupları üzerinedir. Farklı meslek grupları farklı eğitim düzeyleri göstermektedir. Bizim çalışmamızda da depresyon farklı meslek gruplarında yani farklı eğitim gruplarında anlamlı düzeyde farklılaşmamaktadır ($p>0.05$). Bizim çalışmamızda da diğer çalışmalarla paralellik göstermektedir.

Yakın (2014) tezinde, Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde çalışan sağlık personellerinin Depresyon puanlarında yaş değişkenine göre bir farklılık bulunmamaktadır. Bu çalışmada en düşük yaş olan grup intörn grubudur. Bu grup depresyon açısından diğer gruplardan farklı bulunmadı, Gökler' in tezi ile paralellik göstermektedir.

Gençlerin duyarsızlaşmaya daha çok yakalandığını, tükenmişliğin evli ve çocuk sahibi olanlarda çok görülmediğinden, idari görevde çalışanların duyarsızlaşma puanlarının yüksek olduğundan, ders saatindeki artışın olumsuzluğundan, akademisyenliği gönüllü olarak seçmeyenlerin duyarsızlaşma puanlarının yüksekliğinden bahsetmişlerdir (Yakın, 2014). Bu çalışmada da genç olan intörn grubunun yaş olarak daha yüksek olan hemşire grubundan duyarsızlaşma olarak farklı bulunmuştur. Yakın tezini desteklemektedir. Fakat idari grup duyarsızlaşma puanı Yakın'ın tezinde belirtildiği gibi diğer gruplardan yüksek değildir, yani benzer değildir.

Bu çalışmaya katılan hemşire, tıpta uzman, intörn, idari personelin depresyon, anksiyete ve tükenmişlik düzeyleri farklılık göstermektedir. Araştırmaya katılan sağlık personellerinin depresyon total ortalamaları ve standart sapmaları hesaplandığında (Tablo.12) depresyon puanı en yüksek hemşire, en düşük intörn grubunda, anksiyete total ortalamaları ve standart sapmaları hesaplandığında (Tablo.12) anksiyete en yüksek hemşire grubunda, en düşük tıpta uzman grubunda, tükenmişlik total ortalamaları ve standart sapmaları hesaplandığında (Tablo.12) tükenmişlik düzeyi en yüksek hemşire, en düşük intörn grubu olduğu bulunmuştur.

“Malatya İlindeki Aile Sağlığı ve Toplum Sağlığı Merkezlerinde Görev Yapan Sağlık Çalışanlarının İş Doyumu, Tükenmişlik ve Anksiyete Düzeyleri” adlı araştırmaya katılanların meslek grupları açısından tükenmişlik puanları arasında bir fark bulunmamıştır (Çağan, 2014). Yaptığımız çalışmada sağlık personellerinin (hemşire, tıpta uzman, intörn, idari personel) tükenmişlik oranları birbirinden farklılık göstermesi Çağan’ın yapmış olduğu çalışmayla uyumluluk göstermemektedir.

“Sağlık Çalışanlarında Depresyon ve Tükenmişlik Düzeylerinin Bazı Demografik Değişkenler Açısından İncelenmesi (İğdır İli Devlet Hastanesi Örneği)” adlı çalışmada meslek grupları ile depresyon oranları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (Bulut, 2015). Yaptığımız çalışmada 4 meslek grubunun depresyon oranlarında anlamlı bir fark bulunması araştırmalar arasında uyumluluk göstermemektedir.

“Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nde Çalışan Sağlık Personellerinin Depresyon Ve Tükenmişlik Düzeyinin Değerlendirilmesi” puan ortalamalarından Maslach ölçeği Kişisel Başarı boyutu puanları “çalışma yeri” değişkenine göre anlamlı düzeyde farklılaşmaktadır (Yakın, 2014). “Ameliyathane Hemşiresi” olarak çalışanlarda anlamlı bir şekilde yüksektir. Yaptığımız çalışmada 4 grup arasındaki depresyon puanlarında bu değişkene göre bir farklılık bulunmamaktadır. En yüksek oran hemşire grubunda bulunmaktadır.

“Denizli Devlet Hastanesinde Çalışmakta Olan Hekim Dışı Sağlık Personelinde Tükenmişlik Sendromu ve İlişkili Değişkenler” isimli çalışmada duygusal tükenme boyutunda sağlık memurlarının hemşire ve ebelere ve diğer hekim dışı sağlık personeline göre daha az tükenme yaşadıkları, kişisel başarı hislerinin ise daha fazla olduğu tespit edilmiştir (Armutçuk, 2010). Yaptığımız çalışmada idari personelin duygusal tükenme boyutunda hemşirelere göre daha az tükenme oranına sahip olmaları bulgularımızla benzerlik göstermektedir. Kişisel başarı hislerinin ise diğer sağlık personellerine göre daha az olması bulgularımızda farklılık göstermektedir.

1992 yılında sağlık personeli üzerinde yaptığı çalışmada meslek grupları arasında tükenmişlik puanları açısından çok büyük farklılıklar olmamakla birlikte hemşirelerin sağlık teknisyenleri, ebeler, hekimler ve eczacılara göre daha fazla duygusal tükenme ve duyarsızlaşma yaşadıklarını bulmuştur (Ergin, 1992). Çalışmamız

sonucu duygusal tükenme ve duyarsızlaşma oranlarının hemşirelerde diğer sağlık personelinde daha fazla olması çalışmalar arasında benzerlik göstermektedir.

Erol ve arkadaşlarının “İş Doyumu ve Depresyonla İlişkisi” adlı çalışmasında eğitim ve araştırma hastanesinde görev yapan 117 araştırma görevlisi incelenmiş ve DT, D, KB, BDÖ puan ortalamaları sırasıyla 20, 8, 19, 9 bulunmuş. Aslan ve arkadaşlarının yaptığı ‘Türkiye’de Tabip Odalarına Kayıtlı Olan Bir Grup Hekimde Tükenmişlik Sendromu ve Etkileyen Faktörleri inceleyen ve evrenini uzman doktor, pratisyen doktorların oluşturduğu çalışmada DT, D, KB puan ortalamaları sırasıyla 16, 5, 22 olarak bulunmuş. Özyurt ve arkadaşlarının yaptığı ve Türkiye’de çalışan hekimlerin tükenmişlik düzeylerini incelediği çalışmanın sonucunda uzman doktor ve araştırma görevlisi doktorların DT, D, KB puan ortalamaları sırasıyla 12, 4, 23 ve 17, 7, 20 olarak bulunmuş. Hekimlik yoğun, stresli ve yüksek riskli bir meslek olarak bilinmektedir. Daha önce hekimlerle yapılan çalışmaların sonucunda tükenmişlik düzeylerinin diğer meslek gruplarına kıyasla hekimlerde daha yüksek olduğu bulunmuştur. Yapmış olduğumuz çalışmada tükenmişlik düzeyi hemşirelerin diğer sağlık personelinde (tıpta uzman, hemşire, intörn, idari personel) daha yüksek olması yapılan çalışmalarla farklılık göstermektedir.

Çalışmalar tıp öğrencilerinin, mezuniyet sonrası çalışmakta olan doktorlar ile bazı konularda farklılık gösterdiklerini ortaya koymaktadır. Ramirez AJ ve arkadaşları yaptığı çalışmada işyerinde stres doktorlarda, yüksek duygusal tükenmişliğe ve duyarsızlaşmaya neden olurken, öğrencilerde stres ve tükenmişlik yoğun olarak ilişkili bulunmamıştı. Guthrie ve ark. yaptıkları çalışmada öğrencilerin hasta ile ilişkileri sırasında sıkıntı yaşıyorlar ise de bunu ilginç ve faydalı buluyor olmalarından ötürü daha az tükenmişlik yaşamalarından kaynaklanıyor olabileceğini savunmuştur. Yaptığımız çalışmada tükenmişlik düzeylerinin intörnlerin tıpta uzmanlardan daha düşük olması bulgularımızın benzerlik göstermesine neden olmuştur.

“Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğrencilerinde Sosyal Anksiyete Bozukluğu ve Belirtileri İle Tükenmişlik Düzeylerinin Değerlendirilmesi” adlı çalışmasında intörnlerin klinik eğitim görmekte olan diğer sınıflardan farkı hem daha fazla hastayla temas halinde olması hem de diğer öğrencilere kıyasla daha fazla sorumluluğunun bulunmasıdır (Memiş, 2011). İntörnlerde yaşanan tükenmişlik seviyesindeki belirgin artışı, intörnlük ne tam olarak öğrencilik ne de tam olarak hekimliğin başladığı arada

kalmış bir dönem olarak değerlendirilmiştir. Yaptığımız çalışmada intörnlerin tükenmişlik düzeyinin diğer sağlık personelinden düşük olması çalışmayla farklılık göstermektedir.

“Gülhane Askeri Tıp Fakültesi Eğitim Hastanesi’nde Çalışan Sağlık Personelinin Tükenmişlik ve İş Doyumu Düzeylerini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi” adlı çalışmada hemşirelerin, tükenmişliğin boyutlarından duygusal tükenme, duyarsızlaşma boyutlarına ilişkin ortalamaları tıpta uzman hekim ve diğer sağlık personeline göre yüksektir (Mertoğlu, 2013). Hemşirelerin tükenmişlik boyutları düzeylerinin tıpta uzman hekim ve diğer sağlık personelinden daha yüksek olduğunu göstermektedir. Yapılan çalışmamızla bulgular benzerlik göstermektedir.

“Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastaneleri’nde Tıpta Uzmanlık Öğrencilerinin Tükenmişlik Düzeyi ve İlişkili Etmenler” adlı araştırma kapsamına giren tıpta uzmanlık öğrencilerinde üç alt ölçek puan arasında en düşük puan ortalaması duyarsızlaşma alt ölçeğinde iken, en yüksek puan ortalaması duygusal tükenme alt ölçeğinde izlenmektedir (Yılmaz, 2009). Yaptığımız çalışmada intörn grubunun en düşük oranı duygusal tükenme, en yüksek oranı kişisel başarı duygusunda olması nedeniyle yapılan araştırma ile farklılık göstermektedir.

İngiltere’de yapılan bir çalışmada sağlık çalışanlarının iş yerinde yaşadıkları olumsuz olayların ve çalışma şartlarının yanında iş dışındaki olumsuzlukların ve kişilik özelliklerinin de kişiyi depresif hale getirebileceği bulunmuştur. Sağlık çalışanlarının depresyona girmelerine neden olabilecek faktörler arasında iş stresi, rol belirsizliği, çok fazla çalışma, ödüllendirilmeme ve yönetimle sorunlarda yer almaktadır (Weinberg ve Creed, 2010; Binbay ve Kaya, 2007).

"Sosyo-demografik Bilgi Formu'nda “Herhangi bir psikiyatrik hastalık tanısı aldınız mı?” ve “Halen bir psikiyatrik tedavi görüyor musunuz?” sorularının yanıtı katılımcı grupları arasında anlamlı bir fark bulamamıştır. Sağlık çalışanları psikiyatrik tanı ve tedavi açısından farklılık göstermemektedir.

6. SONUÇ

Çalışma toplam 200 katılımcıya uygulanmıştır. Katılımcılar 4 meslek grubunda; hemşire, tıpta uzman, intörn ve idari olarak incelenmiştir. Her bir meslek grubunda 50 katılımcı bulunmaktadır.

Katılımcı bireylerin sosyodemografik bilgileri şu şekildedir. **Yaş faktörü:** Katılımcıların yaş dağılımı incelendiğinde araştırmaya 15-45 ve üzeri yaş aralığında 200 kişiden oluşan 4 meslek grubu, her meslek grubundan da 50 katılımcı katılmıştır ve grupların yaş ortalamaları hemşire 30.98, tıpta uzman 27.04, intörn 23.2, idari personel 31.27 olarak bulunmuştur. **Cinsiyet faktörü:** Çalışmaya 116 kadın ve 83 erkek katılmıştır. Cinsiyet dağılımı incelendiğinde hemşire 45 kadın, 5 erkek tıpta uzman 26 kadın, 24 erkek, intörn 25 kadın, 25 erkek, idari personel 20 kadın 29 erkek katılımcı bulunmuştur. **Medeni durum:** Araştırmaya katılan 200 kişiden 80 kişi evli, 113 kişi bekar, 7 kişi boşanmıştır. 4 grubun medeni durum dağılımı incelendiğinde hemşire evli 32, bekar 13, boşanmış 5, tıpta uzman evli 15, bekar 35, boşanmış kişi bulunamadı. İntörn evli 1, bekar 49, boşanmış kişi bulunamadı. İdari personelde evli 32, bekar 16, boşanmış 2 kişi katılımcı bulundu. **Kiminle birlikte yaşıyorsunuz:** Kiminle birlikte yaşıyorsunuz sorusunun dağılımı incelendiğinde 200 katılımcıdan toplam 43 yalnız, 113 aile/akraba, 6 yurt, 33 ev arkadaşı ile yaşadığı tespit edildi. Hemşire yalnız yaşayan 7, aile/akraba 42, yurt 1, ev arkadaşlarıyla yaşayan katılımcı bulunamadı. Tıpta uzman yalnız yaşayan 23, aile/akraba 21, yurttan ve ev arkadaşları katılımcı bulunamadı. İntörn yalnız yaşayan 8, aile/akraba 12, yurt 4, ev arkadaşlarıyla 26 katılımcı bulundu. İdari personel yalnız yaşayan 5, aile/akraba 38, yurt 1, ev arkadaşlarıyla 1 katılımcı bulundu.

Farklı meslek grubu olan sağlık personellerinin yaş, cinsiyet, medeni durum, kiminle birlikte yaşadığı bilgisine göre farkı ki-kare testi ve varyans analizi yapılmıştır. Katılımcıların meslek gruplarına göre yaş, cinsiyet, medeni durum, kiminle birlikte yaşadığı bilgisi farkı istatistiksel olarak anlamlı bulundu. ($p < 0.05$). Hemşire ile idari grubundaki katılımcıların yaş dağılımları farkı istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ($p > 0.05$), diğer meslek gruplarının birbirinden yaş farkı istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p < 0.05$). Cinsiyet açısından hemşire ve tıpta uzman, hemşire ve intörn, hemşire ve idari gruplarının farkı istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p < 0.05$). Diğer meslek grupları arasında cinsiyet farkı istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ($p > 0.05$). Medeni durum açısından hemşire ve idari grubunun farkı istatistiksel olarak anlamlı

bulundu ($p<0.05$). Diğer meslek grupları arasında medeni durum farkı istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ($p>0.05$).

Katılımcının birlikte yaşama durumu açısından hemşire ve idari grubunun farkı istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0.05$). Diğer meslek grupları arasında birlikte yaşama durumu farkı istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ($p>0.05$).

Katılımcıların meslek gruplarına göre psikiyatrik hastalık dağılımı incelenmiştir. Herhangi bir psikiyatrik hastalık tanısı aldınız mı? Sorusuna 200 katılımcıdan 174 hayır, 26 evet olarak yanıtlamıştır. **Hemşire** psikiyatrik hastalık olmayan (hayır) 45, psikiyatrik hastalık olan (evet) 5 katılımcı bulundu. **Tıpta uzman** psikiyatrik hastalık olmayan (hayır) 43, psikiyatrik hastalık olan (evet) 7 katılımcı bulundu. **İntörn** psikiyatrik hastalık olmayan (hayır) 41, psikiyatrik hastalık olan (evet) 9 katılımcı bulundu. **İdari personel** psikiyatrik hastalık olmayan (hayır) 45, psikiyatrik hastalık olan (evet) 5 katılımcı bulundu. Halen bir psikiyatrik tedavi görüyor musunuz? Sorusuna 200 katılımcıdan 189 hayır, 11 evet olarak yanıtlanmıştır. Psikiyatrik tedavi dağılımı incelendiğinde **hemşire** hayır 46, evet 4 **tıpta uzman** hayır 48, evet 2 , **intörn** hayır 47 , evet 3 **idari** hayır 48 , evet 2 katılımcı bulundu.

Meslek gruplarına göre psikiyatrik hastalık ve psikiyatrik tedavi bilgisi farkı istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ($p>0.05$).

Katılımcıların gruplara göre gelir ve maddi güçlük dağılımı incelenmiştir. Gelir dağılımları 4 gruba bölünerek kesikli değişkene dönüştürülmüştür. Birinci grup 2000'den az, ikinci grup 2001-3000 aralığı, üçüncü grup 3001-4000 aralığı, dördüncü grup 4000' den fazla olarak tanımlanmıştır. Gelir dağılımı incelendiğinde hemşire 2000' den az aralığında 0 (%0), 2000-3000 aralığında 3 (%7.32), 3001-4000 aralığında 12 (%29.27), 4000' den fazla aralığında 26 (%63.41) katılımcı bulundu. Tıpta uzman 2000' den az aralığında 2 (%4.26), 2000-3000 aralığında 34 (%72.34), 3001-4000 aralığında 10(%21.28), 4001' den fazla aralığında 1 (%2.13) katılımcı bulundu. İntörn 2000' den az aralığında 26 (%60.47), 2000-3000 aralığında 10 (%23.26), 3001-4000 aralığında 5 (%11.63), 4000' den fazla aralığında 2 (%4.65) katılımcı bulundu. İdari 2000' den az aralığında 42 (%93.33), 2000-3000 aralığında 2 (%4.44), 3001-4000 aralığında 1 (%2.22), 4000' den fazla aralığında 0 (%0) katılımcı bulundu. Katılımcı 4 grubun birbirinden gelir farkı istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. ($p<0.05$)

Gelir grupları ve maddi güçlük açısından istatistiksel anlamlılık bulunduğu için katılımcı gruplarının ikişerli karşılaştırılması (ileri istatistiksel analiz) yapıldı. Maddi güçlük açısından hemşire ve tıpta uzman, hemşire ve intörn, tıpta uzman ve intörn gruplarının farkı istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ($p>0.05$). Diğer meslek grupları arasında farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0.05$). Sonuç olarak farklılık idari personelin maddi güçlük çekmesi, diğer grupların maddi güçlüğü “kısmen” ve “evet” çekmediği için fark olmaktadır.

Gelir grupları açısından meslek gruplarının bütün ikişerli karşılaşmaları arasında farklılıklar istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0.05$).

Katılımcıların meslek gruplarına göre çalışma ortamı memnuniyet, birlikte çalıştığınız hekimlerin size tutumu, son 3 günlük çalışma süresi, son 3 ay toplam nöbet, son 3 ay ortamda güneş, hekimlik hemşirelik/mesleğiniz uygun mu, hastalarınız tarafından takdir, çalışma arkadaşları desteği ve özgüveniniz arttı mı bilgilerine dair dağılım incelenmiştir.

Meslek grupları arasında sağlık personellerinin çalışma ortamı memnuniyet, 3 ay toplam nöbet, hekimlik hemşirelik uygun mu, hastalarınız tarafından takdir, çalışma arkadaşları desteği farkı istatistiksel olarak anlamlı bulundu. ($p<0.05$). Hemşire ile idari personel grubundaki katılımcıların memnuniyet dağılımları farkı istatistiksel olarak anlamlı bulundu. ($p<0.05$), diğer meslek gruplarının birbirinden farkı istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı. ($p>0.05$) Hemşire memnuniyeti oranı en düşük, intörn memnuniyeti oranı en yüksek olması istatistiksel anlamlılığı oluşturmaktadır.

Birlikte çalıştığınız hekimlerin size tutumu, son 3 ay günlük çalışma süresi, son 3 ay ortamda güneş ve özgüveniniz arttı mı bilgisine göre farkı istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ($p>0.05$). Meslek grupları ikişerli olarak farkı ki-kare testi ile karşılaştırıldı. Son 3 ay ortamda güneş açısından hemşire ve intörn gruplarının farkı istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0.05$). Diğer meslek grupları arasında fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ($p>0.05$). “Hekimlik hemşirelik uygun mu” açısından hemşire ve intörn, tıpta uzman ve idari, intörn ve idari gruplarının farkı istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0.05$). İntörnün istatistiksel olarak hemşire ve tıpta uzmandan daha yüksek olması farklılığı ortaya çıkarmıştır. Diğer meslek grupları arasında fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ($p>0.05$).

Hastalar tarafından takdir hemşire ile intörn grubundaki katılımcıların farkı istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0.05$), diğer meslek gruplarının birbirinden farkı istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ($p>0.05$). İntörn grubunun istatistiksel olarak daha fazla takdir gördüğünü düşünmesi sonucunda diğer gruplardaki katılımcılarla anlamlı bir fark ortaya çıktığı bulunmuştur.

Çalışma arkadaşları desteği hemşire ile intörn grubundaki katılımcıların farkı istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0.05$), diğer meslek gruplarının birbirinden farkı istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ($p>0.05$). İntörn grubunun istatistiksel olarak daha fazla çalışma arkadaşlarının desteğini aldığını düşünmesi hemşire ve tıpta uzman grubundaki katılımcılarla arasında anlamlı bir fark ortaya çıktı bulunmuştur.

Birlikte çalıştığınız hekimlerin size tutumu, Son 3 ay günlük çalışma süresi ve özgüveniniz arttı mı açısından meslek gruplarının birbirinden farkı istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ($p>0.05$).

Anksiyete açısından, hemşire ve tıpta uzman, hemşire ve intörn dağılımları farkı istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0.05$), diğer meslek gruplarının birbirinden farkı istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ($p>0.05$). Sonuç olarak araştırmaya katılan sağlık personellerinin anksiyete total ortalamaları ve standart sapmaları hesaplandığında (Tablo.12) anksiyete en yüksek hemşire grubunda, en düşük tıpta uzman grubunda olduğu bulunmuştur.

Araştırmaya katılan sağlık personellerinin depresyon total ortalamaları ve standart sapmaları hesaplandığında (Tablo.12) depresyon puanı en yüksek hemşire, en düşük intörn grubunda olduğu bulunmuştur. Depresyon puanlarının tek yönlü varyans analizi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır. ($p>0.05$).

Tükenmişlik açısından, hemşire ve intörn, hemşire ve idari, tıpta uzman ve intörn dağılımları farkı istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0.05$), diğer meslek gruplarının birbirinden farkı istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ($p>0.05$). Sonuç olarak araştırmaya katılan sağlık personellerinin tükenmişlik total ortalamaları ve standart sapmaları hesaplandığında (Tablo.12) tükenmişlik düzeyi en yüksek hemşire, en düşük intörn grubu olduğu bulunmuştur.

Duygusal tükenme alt ölçeği: Araştırmaya katılan sağlık personellerinin duygusal tükenme alt ölçeği puan ortalamaları ve standart sapmaları hesaplandığında (Tablo.12) en yüksek hemşire grubu, en düşük intörn grubu olduğu bulunmuştur.

Duyarsızlaşma: Araştırmaya katılan sağlık personellerinin duyarsızlaşma puan ortalamaları ve standart sapmaları hesaplandığında (Tablo. 12) duyarsızlaşma açısından en yüksek hemşire grubu, en düşük intörn grubu olduğu bulunmuştur.

Kişisel başarı duygusunda azalma: Kişisel başarı açısından, hemşire ve intörn, tıpta uzman ve intörn dağılımları farkı istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0.05$), diğer meslek gruplarının birbirinden farkı istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ($p>0.05$). Sonuç olarak araştırmaya katılan sağlık personellerinin kişisel başarı ortalamaları ve standart sapmaları hesaplandığında (Tablo. 12) kişisel başarı duygusunda azalma en yüksek puanın intörn grubu, en düşük puanın tıpta uzman grubu olduğu bulunmuştur.

7. ÖNERİLER VE KISITLILIKLAR

Sağlık çalışanlarının lisans eğitim programlarına, kişisel gelişim, ikna psikolojisi ve müzakere teknikleri, işe bağlı gerginliklerle baş edebilme ve sorun çözme yöntemleri konusunda dersler eklenmelidir.

Sağlık personelinin hizmet içi eğitimlerle sürekli yenilenmelidir. Sağlık çalışanlarına etkili ekip çalışması, problem çözme ve karar verme, stres ve öfke yönetimi, zor insanlarla iletişim konuları hakkında konunun uzmanları tarafından eğitimler sunulmalıdır.

Sağlık birimlerine yeterli sayıda personel alınımı sağlanmalıdır.

Mesleğe yeni başlayan sağlık personellerinin mesleğe uyum sağlaması için oryantasyon çalışmaları yapılmalıdır.

Tıpta uzmanlık öğrencilerinin (intörn) gelir düzeyi günümüz şartlarına göre yeniden gözden geçirilerek, yükseltilmelidir.

Sağlık çalışanlarının çalışma ortamları güneş görmesi, nem, aydınlanma, koku, ses gibi çevresel etkenler dikkate alınarak, düzenlenmelidir,

Çalışanların üst yöneticileri tarafından işle ilgili motivasyon sağlanmalı, başarılarında desteklenmeli, çalışmaları hakkında geri bildirim yapılmalıdır,

Çalışanların ruh sağlığını korumak ve sürdürmek için depresyon, anksiyete ve tükenmişlik düzeyleri belirli aralıklarla tespit edilerek sorunlar saptanmalı ve gerekli müdahaleler uzmanlar tarafından yapılarak, çalışanlara psikolojik danışmanlık hizmetleri verilmelidir.

Sağlık personellerinin çalıştığı birimler çalışanların istek ve becerilerine uygun olacak şekilde yerleştirilmeli, çalıştığı birimlerden memnun olmayan kişilerin memnuniyetsizliğinin nedenleri araştırılmalı, problemler çözülemediği takdirde birimlerde yer değişikliği gerçekleştirilmelidir.

Sağlık personellerinin çalışma koşulları düzeltilmeli, çalışma saatleri ve iş yükü azaltılmalıdır.

Araştırmanın kısıtlılıkları arasında katılımın gönüllülük esasına dayalı olması sebebiyle çalışmaya katılmayan kişilerin depresyon, anksiyete ve tükenmişlik oranlarının yüksek olma olasılıkları fazla olabilir. Araştırma Kocaeli Tıp Fakültesi Eğitim ve Araştırma Hastanesinde çalışan sağlık personelinin kapsamaktadır. Çalışmamızın sınırlılıklarından biri farklı bölgelerden örneklem içermemesidir.

Bu araştırma Kocaeli Tıp Fakültesi Eğitim ve Araştırma Hastanesinde çalışan 50 tıpta uzman, 50 hemşire, 50 intörn, 50 idari personel olmak üzere toplam 200 kişiyi kapsamaktadır. Daha sonra yapılacak olan çalışmalarda kişi sayısı arttırılarak daha farklı sonuçlar elde edilebilir.



8. KAYNAKLAR

Ahola K., ve arkadaşları. (2006). Contribution of Burnout to the Association Between Job Strain and Depression: the Health 2000 Study, *JOEM* 48(10), 1023-1030.

Aktürk Z., Dağdeviren N., Türe M., Tuğlu C. (1988). Birinci Basamak için Beck Depresyon Tarama Ölçeğinin Türkçe Çeviriminin Geçerlik ve Güvenirliği. *Türk Aile Hekimliği Dergisi*, 9(3), 117-22.

Altay B., ve arkadaşları. (2010). Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Tükenmişlik Düzeyleri ve Aile Desteğinin Etkisi. *Fırat Tıp Dergisi*, 15(1), 10-16.

Aras, Z. (2006). Birinci Basamak Sağlık Kuruluşlarında Çalışan Hemşire ve Ebelerin Tükenmişlik Durumları. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi, İstanbul.

Ardıç K, Polatçı S. (2008). Tükenmişlik sendromu akademisyenler üzerinde bir uygulama (GOÜ örneği). *Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 10(2), 69-96.

Arı GS, Bal EÇ. (2008). Tükenmişlik kavramı: Birey ve örgütler açısından önemi. *Yönetim ve Ekonomi*, 15(1), 131-148.

Arkar, H. (1992). Beck'in depresyon modeli ve bilişsel terapisi. *Düşünen Adam, Yönetim ve Ekonomi Dergisi*, 15(1), 131-148.

Armutçuk, A. (2010). Denizli Devlet Hastanesinde Çalışmakta Olan Hekim Dışı Sağlık Personelinde Tükenmişlik Sendromu ve İlişkili Değişkenler. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Pamukkale Üniversitesi, Denizli.

Avcı, S. (2013). Farklı Mesleklerde Çalışan Kadınların Yaşam Doyumu, İş Doyumu, Tükenmişlik ve Algılanan Cinsiyet Ayrımcılığı Düzeylerinin Depresyon İle İlişkisinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, T.C. Haliç Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

Barutçu E., ve Serinkan C. (2008). Günümüzün Önemli Sorunlarından Biri Olarak Tükenmişlik Sendromu ve Denizli'de Yapılan Bir Araştırma. *Ege Akademik Bakış Dergisi*, 8(2), 541-561.

Bayramoğlu, MB. (2009). Mental Ve Fiziksel Bir Nedene Bağlı Kronik Hastalık Tanısı Alan Çocuk Ve Ergenlerin Ebeveynlerinde Anksiyete, Depresyon Ve Tükenmişlik Düzeyi. Uzmanlık Tezi. T.C. Sağlık Bakanlığı Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim Ve araştırma Hastanesi. Aile Hekimliği.

Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA. (1988). An Inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *J Consult Clin Psychol*, 56(6), 893-7.

Bulut, H. (2012). Sağlık Çalışanlarında Depresyon ve Tükenmişlik Düzeylerinin Bazı Demografik Değişkenler Açısından İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi, İstanbul.

Canbaz, S., Sünter, AT., Aker, S., Pekşen Y. (2007). Tıp fakültesi son sınıf öğrencilerinin kaygı düzeyi ve etkileyen faktörler. *Genel Tıp Dergisi*, 17(1), 15-19.

Çakır, S. (2010). Genel Tıpta Depresyon. İstanbul Üniversitesi. İstanbul Tıp Fakültesi Anabilim Dalı, İstanbul.

Çalgan, Z., Yeğenoğlu, S., ve Aslan, D. (2009). Eczacılar da Mesleki Bir Sağlık Sorunu: Tükenmişlik. *Hacettepe Üniversitesi Eczacılık Fakültesi Dergisi*, 29(1), 61-74.

Demir, S. (2010). Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastaneleri Çalışanlarının Tükenmişlik Ve İş Doymu Düzeylerinin Bazı Değişkenler Açısından İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Atılım Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

Demir, A. (2004). Hemşirelikte Tükenmişliğe Bir Bakış. Erzurum Atatürk Üniversitesi. *Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 1(7), 10.

Ebrinç S., Açıkkel C., Başoğlu C., Çetin M., Çeliköz B. (2002). Yanık merkezi hemşirelerinde anksiyete, depresyon, iş doymu, tükenme ve stresle başa çıkma: Karşılaştırmalı bir çalışma. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 3(3), 162-168.

Edelwich, J., Brodsky, S. (1980). Burnout, stages of disillusionment in the helping professions. New York: Human Science Press.

Elmas, Ü. (2012). 5. Ve 6. Sınıf Tıp Öğrencilerinde Anksiyete, Depresyon ve Tükenmişlik Düzeyi. Uzmanlık Tezi, Trakya Üniversitesi, Edirne.

Ergin, C. (1992). Doktor ve Hemşirelerde Tükenmişlik ve Maslach Tükenmişlik Ölçeğinin Uyarlanması. 7.Ulusal Psikoloji Kongresi Bilimsel Çalışmaları. Türk Psikologlar Derneği Yayınları, Ankara.

Ersoy, F., Yıldırım, R.C., Edirne, T. (2001). Tükenmişlik (staff burnout) sendromu. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 10(2).

Erol A., Sarıçicek A., ve Gülseren Ş. (2007). Tıpta uzman Hekimlerde Tükenmişlik: İş Doyumu ve Depresyonla İlişkisi. *Anatolian Journal of Psychiatry*, 8, 241-247.

Erözkan, A. (2011). Üniversite son sınıf öğrencilerinin kaygı düzeyini yordayan faktörlerin incelenmesi. *International Online Journal of Educational Sciences*, 1309-2707.

Ertuğrul, E. (2010). Üniversite Uygulama Ve Araştırma Hastanesinde Çalışan Hemşire, Ebe, Sağlık Memuru ve Acil Tıp Teknisyenlerinin Tükenmişlik Ve Depresyon Düzeyinin Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, T.C. Zonguldak Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Zonguldak.

Gezer, E. (2008). Stres Veren Yaşam Olaylarının, Öğretim Elemanlarının, Depresyon ve Tükenmişlik Düzeylerine Etkisi, Yayınlanmamış Doktora Tezi. Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Beden Eğitimi ve Spor Anabilim Dalı, Ankara.

Güdücü, F., Çalhyurt, O., Vardar, E., Tuğlu, C., Abay, E. (2005). Majör depresyonda Sertralin ile birlikte uygulanan uyku yoksunluğu ve ışık tedavisinin etkinliğinin Sertralin tedavisi ile karşılaştırılması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 16(4), 245-251.

Güdük, M., Erol S., Yağcıbulut Ö., Uğur Z., Özvaris SB., Aslan D. (2005). Ankara'da Bir Tıp Fakültesi'nde Okuyan Son Sınıf Öğrencilerde Tükenmişlik Sendromu. *STED*, 14(8), 169– 173.

Güllüce, A. (2006). Mesleki Tükenmişlik ve Duygusal Zeka Arasındaki İlişki, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi, Erzurum.

Günüşen, N., ve Üstün, B. (2010). Türkiye'de İkinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Hemşire ve Hekimlerde Tükenmişlik: Literatür İncelemesi, *DEUHYO ED 1*, 40-51.

Haran, S., ve arkadaşları. (1997). Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastaneleri ve Ankara Numune Hastanesi'nde Çalışan Doktor ve Hemşirelerde Tükenmişlik Düzeyleri. *Kriz Dergisi*, 6(1), 75-84.

Havle, N., İnlem, MC., Yener, F., Gümüş H. (2008). İstanbul'da çalışan psikiyatristlerde tükenmişlik, iş doyumunu ve bunların çeşitli değişkenlerle ilişkisi. *Düşünen Adam Dergisi*, 21(1-4), 4-13.

Heim, E. (1991). Job stressors and coping in health professions. *Psychother Psychosom*, 55(2-4), 90-9.

Jadhav, S. (1996). The cultural origins of western depression. *The International Journal of Social Psychiatry*, 42, 269-286.

Kaçmaz, N. (2005). Tükenmişlik (Burnout) Sendromu. *İstanbul Tıp Fakültesi Dergisi*, 68, 29-32.

Karabulut, Ş., Ve arkadaşları.(2012). Radyasyon Onkolojisi Kliniği Çalışanlarında Depresyon ve Tükenmişlik Düzeylerinin Sosyodemografik Özelliklerle İlişkisinin Değerlendirilmesi. 23(1), 11-17.

Karamustafaoğlu, O., Yumrukçal, H.(2011). Depresyon ve anksiyete bozuklukları. *Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni*, 45(2), 65-74.

Karlıdağ, R. (1998). Hekimlerde İş Doyumu ve Tükenmişlik Sendromunun Aleksitimi ve Bazı Sosyodemografik Değişkenlerle İlişkisi, Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi, Malatya.

Kaya, M., Üner, S., Karanfil, E., Uluyol, R., Yüksel, F., Yüksel, M. (2007). Birinci Basamak Sağlık Çalışanlarının Tükenmişlik Durumları. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 6(5), 357–363.

Kaya, B. (2007). Depresyon: Sosyo-ekonomik ve kültürel pencereden bakış. *Klinik Psikiyatri*, 10(6), 11-20.

Kaya, N., Kaya, H., Ayık, S. E., Uygur, E. (2010). Bir devlet hastanesinde çalışan hemşirelerde tükenmişlik. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 7(1), 401-19.

Kaya, M., Genç, M., Kaya, B., Pehlivan, E. (2007). Tıp fakültesi ve Sağlık Yüksekokulu öğrencilerinde depresif belirti yaygınlığı, stresle başa çıkma tarzları ve etkileyen faktörler. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 18(2), 137-146.

Kılınç, S., Torun, F. (2011). Türkiye’de Klinikte Kullanılan Depresyon Değerlendirme Ölçekleri. *Dirim Tıp Gazetesi*, 1, 39-47.

Kocabıyık, ZO., Çakıcı, E. (2008). Sağlık Çalışanlarında Tükenmişlik ve İş Doyumu. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 9(3), 132–138.

Koçak, R. (2009). Okul Yöneticilerinin Mesleki Tükenmişlik Düzeylerinin Bazı Değişkenler Açısından İncelenmesi. *Fırat Üniv. Sosyal Bilimler Dergisi*, 1 (1), 65-83.

Köroğlu, E. (2014). DSM-5 Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı. Ankara. Hekimler Yayın Birliği. 91-113.

Kutlu, L. (2010). Tükenmişlik ve Başa Çıkma Yöntemleri. İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul.

McCue, JD., Sachs, CL. (1991). A stress management workshop improves residents' coping skills. *Arch Intern Med*, 151(11), 2273-7.

Mete, H. (2008). Kronik Hastalık ve Depresyon. *Klinik Psikiyatri*, 11, 3-18.

Metin, Ö., Özer, F. (2007). Hemşirelerin Tükenmişlik Düzeylerinin Belirlenmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 10, 1.

Musselman, D., Evans, D. ve Nemeroff, C. (1998). The Relationship Of Depression To Cardiovascular Disease. *Arch Gen Psychiatry*, 55, 580-592.

Oğuzberk, M., Aydın A. (2008). Ruh Sağlığı Çalışanlarında Tükenmişlik. *Klinik Psikiyatri*, 11, 167-179.

Ören, N., Türkoğlu, H. (2006). Öğretmen adaylarında tükenmişlik. Muğla Üniversitesi, *Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 16.

Örsel, S. (2004). Depresyonda tedavi: Genel ilkeler ve kullanılan antidepresan ilaçlar. *Klinik Psikiyatri*, 4, 17-24.

Özen, G., Mirzeoğlu, N. (2006). Bir spor örgütünde çalışan spor uzmanlarının tükenmişlik ve örgütsel bağlılıklarının incelenmesi. *Spor Yönetimi ve Bilgi Teknolojileri Dergisi*, 1(2), 12-17.

Özmen, M. (1999). Depresyonun psikoterapisi. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri: Somatizasyon ve Psikiyatrik Aciller Sempozyumu. İstanbul, 121-131.

Öztürk, V., Koçyiğit, S., ve Bal, E. (2011). Muhasebe Meslek Mensuplarının Mesleki Tükenmişlik Düzeyleri İle İşe Bağlılık Arasındaki İlişkiyi Belirlemeye Yönelik Bir Araştırma: Ankara İli Örneği. *Doğuş Üniversitesi Dergisi*, 12(1), 84-98.

Phipps, L. (1988). Stress among doctors and nurses in the emergency department of a general hospital. *CMAJ*, 139(5), 375-6.

Polatçı, S. (2010). Tükenmişlik Sendromu ve Tükenmişlik Sendromuna Etki Eden Faktörler. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Gaziosmanpaşa Üniversitesi, Tokat.

Sayıl, I., Haran, S., Ölmez, Ş., Özgüven, H. D. (1997). Ankara Üniversitesi Hastanelerinde Çalışan Doktor ve Hemşirelerin Tükenmişlik Düzeyleri. *Kriz Dergisi*, 5(2), 71-77.

Schaufeli, W. B., Buunk, B.P. (1996). Professional Burnout. In Schabracq, M.J., Winnubst, J.A.M., Cooper, C.L. (Eds.), *Handbook of Work and Health Psychology*. England, 311-346.

Schaufeli, W., Enzmann, D. (1998). The burnout companion to study and practice: A critical analysis. Philadelphia, PA: CRC Press.

Sevencan, F., Uzun, N., Yücel, HE., Şener, A., Yılmaz, AE., Üner, S. (2011). Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi dönem VI öğrencilerinde tükenmişlik düzeyi ve etkileyen faktörler. http://www.hacettepetipdergisi.com/managete/fu_folder/2011-01/html/2011-42-1-042-048.htm

Sinat, Ö. (2007). Psikiyatri Kliniğinde Çalışan Hemşirelerin Tükenmişlik Düzeylerinin Araştırılması. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

Slaby, AE. (1994). Handbook of psychiatric emergencies. 4th ed. Connecticut: Appleton & Lange.

Sosyal, A. (2011). İş Yaşamında Tükenmişlik. <http://www.ceis.org.tr/dergi/2011kasim/makale2.pdf>

Şenel, B., ve ark. (2013). Kamu Sektöründe Çalışanların Duygusal Zekâlarının Tükenmişliklerine Etkisi, *Akademik Bakış Dergisi*, 34, 5.

Şeşen, H. (2011). Adalet Algısının Tükenmişliğe Etkisi: İş Tatmininin Aracı Değişken Rolünün Yapısal Eşitlik Modeli İle Testi.

Tanrıverdi, H., Sarıhan, M. (2013). İşe Bağlılığın Tükenmişlik ve Depresyon Üzerindeki Etkileri: Sağlık Çalışanları Üzerinde Bir Araştırma. İstanbul. *Uluslararası İşletme ve Yönetim Dergisi*, 1(2), 206-228.

Taycan, O., ve arkadaşları. (2006). Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerde Depresyon ve Tükenmişlik Düzeyinin Sosyodemografik Özelliklerle İlişkisi. *Anatolian Journal of Psychiatry*, 7, 100-108.

Tekin, A. (2009). Yönetici Hemşirelerin Tükenmişlik Düzeylerinin Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

Tok, G. (2008). Anestezi Yoğun Bakım Ünitesinde Yatan Hastaların Yakınlarında Görülen Anksiyete ve Depresyon Semptomlarının Değerlendirilmesi, Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fak. Anest.ve Reanimasyon ABD, Manisa.

Tomruk, N. B., Oral, T. (2007). Elektrokonvulsif tedavinin klinik kullanımı: Bir gözden geçirme. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 8(4), 302-309.

Türkçapar, M. H., Sargın, A. E. (2012). Bilişsel davranışçı psikoterapiler: Tarihçe ve gelişim. *Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi*, 1, 7-14.

Ulusoy, M., Şahin., N, Erkmen, H. (1998). Turkish version of the beck anxiety inventory: psychometric properties. *J Cognitive Psychotherapy: Int Quaterly*, 12(2), 163-172.

Ulusoy, M. (1993). Beck Anksiyete Envanteri: Geçerlik ve güvenilirlik çalışması. Yayınlanmamış uzmanlık tezi. Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, İstanbul.

Yakın, G. (2014). İstanbul Dr. Lütü Kırdar Eğitim Ve Araştırma Hastanesinde Çalışan Sağlık Personellerinin (Hemşire, Ebe, Sağlık Memuru ve Acil Tıp Teknisyeni) Depresyon ve Tükenmişlik Düzeylerinin Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, T.C. Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Yönetimi Anabilim Dalı, İstanbul.

Yaman, H., Ungan, M. (2002). Tükenmişlik: aile hekimliği tıpta uzman hekimleri üzerinde bir inceleme. *Türk Psikoloji Dergisi*, 17(49), 37-44.

Yaşan, A., Eşsizoglu, A., Yalçın, M., Özkan, M. (2008). Bir üniversite hastanesinde çalışan araştırma görevlilerinde iş memnuniyeti, anksiyete düzeyi ve ilişkili etmenler. *Dicle Tıp Dergisi*, 35(4), 228-233.

Yıldırım, N. (2009). Erzurum İlinde 1. Basamak Sağlık Hizmetlerinde Görev Yapan Hemşire Ve Ebelerin Tükenmişlik Düzeyleri. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi.

Yıldız, H.(2009). Hemşirelerin Tükenmişlik Düzeylerinin ve Problem Çözme Becerilerinin İncelenmesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi, Ankara.

Yılmaz, Z. (2014). Sağlık Çalışanlarının Tükenmişlik, Depresyon ve İş Doyumu Düzeylerinin İncelenmesi. Haliç Üniversitesi, İstanbul.

EKLER

EK1. KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİNDE SAĞLIK PERSONELİNDE ANKSİYETE DEPRESYON VE TÜKENMİŞLİK DÜZEYİ

FATMA RİDA ELGİN
DANIŞMAN: DOÇ. DR. ASLIHAN ÖZLEM POLAT IŞIK
DOÇ. DR. CUMHUR TAŞ

UYGULAMALI PSİKOLOJİ YÜKSEK LİSANS TEZİ ANKET ÇALIŞMASI

Sayın katılımcı;

Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Eğitim Araştırma Hastanesi Sağlık Personelinin Anksiyete, Depresyon ve Tükenmişlik Düzeyini saptamak amacıyla hazırladığımız bu çalışmaya katılmanızı rica ediyoruz. Çalışmaya katılmak zorunlu olmayıp katılıp katılmamaktan dolayı herhangi bir ödül ya da ceza ile karşılaşmayacaksınız. Vermiş olduğunuz bilgiler yalnızca bilimsel araştırma amacıyla kullanılacak olup, hiçbir şekilde kimlik bilgilerinizle ilişkilendirilmeyecek ve tamamen gizli tutulacaktır.

EK 1: Anket Formu

1. Cinsiyetiniz : 1) Kadın 2) Erkek
2. Yaşınız :
3. Medeni durumunuz: 1) Evli 2) Bekâr 3) Boşanmış/dul
4. Çocuğunuz var mı? 1) Hayır 2) Evet (Sayısı:
5. Kaçınıcı sınıftasınız? 1) 5. sınıf 2) 6. sınıf
6. Yıl kaybınız var mı? 1) Hayır 2) Evet (Belirtiniz: yıl)
5. Kiminle birlikte yaşıyorsunuz?
 - 1) Yalnız 2) Aile/akrabalarımla 3) Yurtta 4) Ev arkadaşlarıyla
6. Kendinize ait odanız var mı?
 - 1) Yok 2) Var
7. Aylık harcamalarınızı ve sosyal yaşantınızı karşılamada güçlük çekiyor musunuz?
 - 1) Hayır 2) Kısmen 3) Evet
8. Gelir kaynaklarınız nelerdir? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)
 - 1) Aile harçlığı 2) Dul/yetim maaşı
 - 3) Öğrenim bursu 4) Maaş (çalışıyorum)
9. Aylık geliriniz ne kadardır? TL.
10. Sosyal güvenceniz var mı? 1) Yok 2) Var:
11. Kronik hastalığınız var mı? 1) Yok 2) Var:
12. Bedensel engeliniz var mı? 1) Yok 2) Var:
13. Herhangi bir psikiyatrik hastalık tanısı aldınız mı?
 - 1) Hayır 2) Evet (Belirtiniz:.....)
14. Halen bir psikiyatrik tedavi görüyor musunuz?
 - 1) Hayır 2) Evet (Belirtiniz:.....)
- 15-17. sorular için “0: En az”, “4: En çok” olacak şekilde kendinize uygun puanı işaretleyiniz.
15. Stajyerlik/intörnlükten ne kadar memnunsunuz?
 - 0
 - 1
 - 2
 - 3
 - 4
16. Son 3 ay içinde çalışma ortamınızdan ne kadar memnunsunuz?
 - 0
 - 1
 - 2
 - 3
 - 4

17. Birlikte çalıştığınız hekimlerin size karşı tutumlarını genellikle nasıl buluyorsunuz?

- 0
- 1
- 2
- 3
- 4

18. Son 3 ay içinde günlük çalışma süreniz ortalama kaç saattir?

Nöbetler hariç: saat/gün

19. Son 3 ay içinde toplam tuttuğunuz nöbet sayısı nedir? gün

20. Son 3 ay içinde çalıştığınız ortam güneş görüyor mu?

1) Hayır 2) Evet

21. Tıp/hemşirelik fakültesini seçme kararınızı nasıl verdiniz?

1) Kendi isteğim ile 2) Aile yönlendirmesi ile

3) Tesadüfen 4) Diğer:

22. Tıp/hemşirelik fakültesine girerken mesleğinizle ilgili ileride

karşılaşacağınız zorluklarla dair yeterli ön bilgi edinmiş olduğunuza inanıyor musunuz?

1) Hayır 2) Evet

23. Tıp/hemşirelik fakültesine girerken, bitirdikten sonra nasıl bir çalışma ortamında bulunacağınıza dair düşünceniz nasıldı?

1) Olumsuzdu 2) Olumluydu 3) Fikrim/beklentim yoktu

24. Son 3 ay içinde tıp fakültesini bırakmayı düşündünüz mü?

1) Hayır 2) Evet

25. Hekimlik/hemşirelik size ne derece uygun bir meslektir?

1) Uygun 2) Kısmen uygun 3) Uygun değil

26. Mesleğinizin toplumda hak ettiği yeri bulduğuna inanıyor musunuz?

1) Hayır 2) Evet

27-35. sorulardaki skalada “0: En az”, “4: En çok” olacak şekilde kendinize uygun puanı işaretleyiniz.

27. Hastalarınız tarafından ne derecede takdir edildiğinizi düşünüyorsunuz?

- 0
- 1
- 2
- 3
- 4

28. Çalıştığınız ortamdaki insanlardan ne derecede destek gördüğünüze inanıyorsunuz?

- 0
- 1
- 2
- 3
- 4

29. Ailenizden ne derecede destek aldığınızı düşünüyorsunuz?

- 0
- 1
- 2
- 3
- 4

30. Hekim arkadaşlarınız ve aileniz haricinde yakın çevrenizdeki insanlardan ne derecede destek görüp sorunlarınızı paylaşıyorsunuz?

- 0
- 1
- 2
- 3
- 4

31. Şu ana dek aldığınız eğitim ile mesleki çalışma açısından öz güveninizde ne derecede artma oldu?

- 0
- 1
- 2
- 3
- 4

32. İş dışında ilgilendiğiniz uğraşlarınız var mı?

- 1) Spor yapmak 2) Müzik yapmak 3) Fotoğraf çekmek 4) Resim yapmak
- 5) Dans etmek 6) Sinema/tiyatro izlemek 7) Diğer:

33. Günlük hayatınızda kendinize, diğer ilgi ve uğraşlarınıza yeterince zaman ayırabildiğinize inanıyor musunuz?

- 0
- 1
- 2
- 3
- 4

34. Halen duygusal bir beraberlik yaşıyor musunuz?

- 1) Hayır 2) Evet 3) Yeni ayrıldım (..... önce)

35. Partnerinizden ne derecede destek aldığınızı düşünüyorsunuz?

0

1

2

3

4

36. Aileniz hangi şehirde yaşıyor?

37. Ailenizi ne sıklıkla ziyaret edebiliyorsunuz?

1) Her hafta sonu 2) 2 haftada bir 3) Ayda bir 4) 2 ayda bir 5) 3 ayda bir 6) 6 ayda bir 7) Yılda bir 8) Diğer (Belirtiniz:.....)

38. İmkânınız olsa ailenizi ne sıklıkla ziyaret ederdingiz?

1) Her hafta sonu 2) 2 haftada bir 3) Ayda bir 4) 2 ayda bir 5) 3 ayda bir 6) 6 ayda bir 7) Yılda bir 8) Diğer (Belirtiniz:.....)

39-45. sorulardaki ifadeleri dikkatle okuduktan sonra, bugün dâhil olmak üzere son iki haftadaki duygu durumunuzu en iyi açıklayan ifadeyi işaretleyiniz. Eğer bir grupta birden fazla ifade sizin durumunuza uyuyorsa en yüksek puanı alan ifadeyi seçiniz.

39. Üzüntü

0) Üzgün değilim.

1) Zaman zaman üzgünüm.

2) Her zaman üzgünüm.

3) Dayanamayacak kadar üzgün ve mutsuzum.

40. Kötümserlik

0) Gelecekte umutsuz değilim.

1) Geleceğim hakkında eskisinden daha umutsuzum.

2) Gelecekte çok umutsuzum.

3) Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.

41. Geçmişteki başarısızlıklar

0) Kendimi başarısız görmüyorum.

1) Yapabileceğim kadar başarılı olamadım.

2) Geriye baktığımda pek çok başarısızlık görüyorum.

3) Kendimi bir insan olarak tamamen başarısız görüyorum.

42. Kendini beğenmeme

0) Kendi hakkımda her zamanki gibi hissediyorum.

1) Kendime olan güvenim azaldı.

2) Kendimle ilgili hayal kırıklığı yaşıyorum.

3) Kendimden nefret ediyorum.

43. Kendini suçlama

- 0) Kendimi her zamankinden fazla eleştirmiyorum ve suçlamıyorum.
1) Kendimi her zamankinden fazla suçluyorum.
2) Kendimi bütün hatalarım için suçluyorum.
3) Her kötü olayda kendimi suçluyorum.

44. Algı kaybı

- 0) Diğer insanlara ve olaylara olan ilgimi kaybetmedim.
1) Diğer şeyler ve insanlar eskisine göre daha az ilgimi çekiyor.
2) Diğer şeyler ve insanlara olan ilgimin çoğunu kaybettim.
3) Herhangi bir şeye ilgi duymakta çok zorlanıyorum.

45. İntihar düşüncesi veya isteği

- 0) Kendimi öldürme gibi düşüncelerim yok.
1) Kendimi öldürme düşüncem var ama bunu yapmam.
2) Kendimi öldürmek isterdim.
3) Fırsatını bulsam kendimi öldürürüm.

Toplam puan:

(Araştırmacı tarafından doldurulacaktır.)

39-45. sorulardan herhangi birine 3 yanıtını veriyorsanız, bir uzmana başvurmanızı önerir

EK.2 Beck Depresyon Ölçeği

Hastanın Soyadı, Adı:..... Tarih:.....

Bu form son bir (1) hafta içerisinde kendinizi nasıl hissettiğinizi araştırmaya yönelik 21 maddeden oluşmaktadır. Her maddenin karşısındaki dört cevabı dikkatlice okuduktan sonra, size en çok uyan, yani sizin durumunuzu en iyi anlatanı işaretlemeniz gerekmektedir.

- 1 (0) Üzgün ve sıkıntılı değilim.
(1) Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
(2) Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
(3) O kadar üzgün ve sıkıntılıyım ki, artık dayanamıyorum.
- 2 (0) Gelecek hakkında umutsuz ve karamsar değilim.
(1) Gelecek için karamsarım.
(2) Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
(3) Gelecek hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyorum.
- 3 (0) Kendimi başarısız biri olarak görmüyorum.
(1) Başkalarından daha başarısız olduğumu hissediyorum.
(2) Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğumu görüyorum.
(3) Kendimi tümüyle başarısız bir insan olarak görüyorum.
- 4 (0) Herşeyden eskisi kadar zevk alıyorum.
(1) Birçok şeyden eskiden olduğu gibi zevk alamıyorum.
(2) Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
(3) Herşeyden sıkılıyorum.
- 5 (0) Kendimi herhangi bir biçimde suçlu hissetmiyorum.
(1) Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
(2) Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
(3) Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.
- 6 (0) Kendimden memnunum.
(1) Kendimden pek memnun değilim.
(2) Kendime kızgınım.
(3) Kendimden nefrete ediyorum.
- 7 (0) Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.
(1) Hatalarım ve zayıf taraflarım olduğumu düşünmüyorum.
(2) Hatalarımdan dolayı kendimden utanıyorum.
(3) Herşeyi yanlış yapıyormuşum gibi geliyor ve hep kendimi kabahat buluyorum.
- 8 (0) Kendimi öldürmek gibi düşüncülerim yok.
(1) Kimi zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm oluyor ama yapmıyorum.
(2) Kendimi öldürmek isterdim.
(3) Fırsatını bulsam kendimi öldürürüm.
(4)
- 9 (0) İçimden ağlamak geldiği pek olmuyor.
(1) Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.
(2) Çoğu zaman ağlıyorum.
(3) Eskiden ağlayabilirdim ama şimdi istesem de ağlayamıyorum.
- 10 (0) Her zaman olduğumdan daha canı sıkın ve sinirli değilim.
(1) Eskisine oranla daha kolay canım sıkılıyor ve kızıyorum.
(2) Herşey canımı sıkıyor ve kendimi hep sinirli hissediyorum.
(3) Canımı sıkın şeylere bile artık kızamıyorum.
- 11 (0) Başkalarıyla görüşme, konuşma isteğimi kaybetmedim.
(1) Eskisi kadar insanlarla birlikte olmak istemiyorum.
(2) Birileriyle görüşüp konuşmak hiç içimden gelmiyor.
(3) Artık çevremde hiçkimseyi istemiyorum.
- 12 (0) Karar verirken eskisinden fazla güçlük çekmiyorum.
(1) Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
(2) Eskiye kıyasla karar vermekte çok güçlük çekiyorum.
(3) Artık hiçbir konuda karar veremiyorum.
- 13 (0) Her zamankinden farklı göründüğümü sanmıyorum.
(1) Aynada kendime her zamankinden kötü görünüyorum.
(2) Aynaya baktığımda kendimi yaşlanmış ve çirkinleşmiş buluyorum.
(3) Kendimi çok çirkin buluyorum.
- 14 (0) Eskisi kadar iyi iş güç yapabiliyorum.
(1) Her zaman yaptığım işler şimdi gözümde büyüyor.
(2) Ufacık bir işi bile kendimi çok zorlayarak yapabiliyorum.
(3) Artık hiçbir iş yapamıyorum.
- 15 (0) Uykum her zamanki gibi.
(1) Eskisi gibi uyuyamıyorum.
(2) Her zamankinden 1-2 saat önce uyanıyorum ve kolay kolay tekrar uykuya dalamıyorum.
(3) Sabahları çok erken uyanıyorum ve bir daha uyuyamıyorum.
- 16 (0) Kendimi her zamankinden yorgun hissetmiyorum.
(1) Eskiye oranla daha çabuk yoruluyorum.
(2) Her şey beni yoruyor.
(3) Kendimi hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun ve bitkin hissediyorum.
- 17 (0) İştahım her zamanki gibi.
(1) Eskisinden daha iştahsızım.
(2) İştahım çok azaldı.
(3) Hiçbir şey yiyemiyorum.
- 18 (0) Son zamanlarda zayıflamadım.
(1) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 2 Kg verdim.
(2) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 4 Kg verdim.
(3) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 6 Kg verdim.
- 19 (0) Sağlığım ile ilgili kaygılarım yok.
(1) Ağrılar, mide sancıları, kabızlık gibi şikayetlerim oluyor ve bunlar beni tasalandırıyor.
(2) Sağlığımın bozulmasından çok kaygılanıyorum ve kafamı başka şeylere vermekte zorlanıyorum.
(3) Sağlık durumum kafama o kadar takılıyor ki, başka hiçbir şey düşünemiyorum.
- 20 (0) Sekse karşı ilgimde herhangi bir değişiklik yok.
(1) Eskisine oranla sekse ilğim az.
(2) Cinsel isteğim çok azaldı.
(3) Hiç cinsel istek duymuyorum.
- 21 (0) Cezalandırılması gereken şeyler yaptığımı sanmıyorum.
(1) Yaptıklarımın dolayı cezalandırılabilceğimi düşünüyorum.
(2) Cezamı çekmeyi bekliyorum.
(3) Sanki cezamı bulmuşum gibi geliyor.

Toplam BECK-D skoru:.....

Hastanın Soyadı, Adı:..... Tarih:.....

Aşağıda insanların kaygılı ya da endişeli oldukları zamanlarda yaşadıkları bazı belirtiler verilmiştir. Lütfen her maddeyi dikkatle okuyunuz. Daha sonra, her maddedeki belirtinin **BUGÜN DAHİL SON BİR (1) HAFTADIR** sizi ne kadar rahatsız ettiğini yandakine uygun yere (x) işareti koyarak belirleyiniz.

	Hiç	Hafif düzeyde Beni pek etkilemedi	Orta düzeyde Hoş değildi ama kat lanabildim	Ciddi düzeyde Dayanmakta çok zorlandım
1. Bedeninizin herhangi bir yerinde uyuşma veya karıncalanma				
2. Sıcak/ ateş basmaları				
3. Bacaklarda halsizlik, titreme				
4. Gevşeyememe				
5. Çok kötü şeyler olacak korkusu				
6. Baş dönmesi veya sersemlik				
7. Kalp çarpıntısı				
8. Dengeyi kaybetme duygusu				
9. Dehşete kapılma				
10. Sinirlilik				
11. Boğuluyormuş gibi olma duygusu				
12. Ellerde titreme				
13. Titreklilik				
14. Kontrolü kaybetme korkusu				
15. Nefes almada güçlük				
16. Ölüm korkusu				
17. Korkuya kapılma				
18. Midede hazımsızlık ya da rahatsızlık hissi				
19. Baygınlık				
20. Yüzün kızarması				
21. Terleme (sıcaklığa bağlı olmayan)				

Toplam BECK-A skoru:.....

EK4. MASLACH TÜKENMİŞLİK ÖLÇEĞİ (Maslach burnout inventory manual)

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

19.“Bu meslekte pek çok değerli işler başardım.”	1	2	3	4	5
20.“Kendimi çok çaresiz hissediyorum.”	1	2	3	4	5
21.“İşimde duygusal sorunları bir hayli soğukkanlılıkla hallederim.”	1	2	3	4	5
22.“Hastaların bazı problemleri için beni suçladıklarını hissediyorum.”	1	2	3	4	5

