



**T.C.
HATAY MUSTAFA KEMAL ÜNİVERSİTESİ
TAYFUR ATA SÖKMEN TIP FAKÜLTESİ**

**HATAY İLİNDE BULANAN ACİL SERVİS HEKİMLERİNİN
ANKSİYETE, DEPRESYON DÜZEYLERİ VE MESLEKİ
DOYGUNLUK DURUMUNU ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN
BELİRLENMESİ**

UZMANLIK TEZİ

**Dr. Veysel Karani BELEN
ACİL TIP ANABİLİM DALI**

**TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. Ali KARAKUŞ**

HATAY – 2022



T.C.

**HATAY MUSTAFA KEMAL ÜNİVERSİTESİ
TAYFUR ATA SÖKMEN TIP FAKÜLTESİ**

**HATAY İLİNDE BULANAN ACİL SERVİS HEKİMLERİNİN
ANKSİYETE, DEPRESYON DÜZEYLERİ VE MESLEKİ
DOYGUNLUK DURUMUNU ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN
BELİRLENMESİ**

UZMANLIK TEZİ

**Dr. Veysel Karani BELEN
ACİL TIP ANABİLİM DALI**

**TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. Ali KARAKUŞ**

T.C.

HATAY MUSTAFA KEMAL ÜNİVERSİTESİ
TAYFUR ATA SÖKMEN TIP FAKÜLTESİ
ACİL TIP ANABİLİM DALI

**HATAY İLİNDE BULANAN ACİL SERVİS HEKİMLERİNİN ANKSİYETE,
DEPRESYON DÜZEYLERİ VE MESLEKİ DOYGUNLUK DURUMUNU
ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN BELİRLENMESİ**

Dr. Veysel Karani BELEN

Tıp Fakültesi Dekanlığı Onayı

(İmza).....

Prof. Dr. Yusuf ÖNLEN

Tıp Fakültesi Dekanı

Bu tez çalışmasının “Tıpta Uzmanlık” derecesine uygun ve yeterli bir çalışma olduğunu onaylıyorum.

(İmza).....

Prof. Dr. Ali KARAKUŞ

Anabilim Dalı Başkanı

Bu tez tarafımdan okunmuş ve her yönü ile “Tıpta Uzmanlık” tezi olarak uygun ve yeterli bulunmuştur.

(İmza).....

Prof. Dr. Ali KARAKUŞ

Tez Danışmanı

TEZ JÜRİSİ:

1. Prof. Dr. Ali KARAKUŞ
2. Prof. Dr. Edip UÇAR
3. Prof. Dr. Ahmet SEBE

III. İÇİNDEKİLER

III. İÇİNDEKİLER	iii
IV. TABLO LİSTESİ.....	v
V. KISALTMALAR VE SİMGELER LİSTESİ.....	viii
VI. TEŞEKKÜR	ix
VII. ÖZET.....	x
VIII. ABSTRACT	xi
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	12
2. GENEL BİLGİLER	14
2.1. İş Doyumu	14
2.1.2. İş Doyumunu Etkileyen Faktörler.....	14
2.1.2. İş Doyumsuzluğu ve Çalışanlara Etkileri	14
2.2. Tükenmişlik.....	16
2.2.1 Tanımı.....	16
2.2.2. Tükenmişliğe Etki Eden Faktörler.....	16
2.2.3. Maslach Tükenmişlik Modeli	18
2.2.4. Acil Hekimlerinde Tükenmişlik	19
2.3 Depresyon.....	20
3. GEREÇ VE YÖNTEM	23
3.1. Evren ve Örneklem.....	23
3.2. Veri Toplama Araçları.....	23
3.3. Araştırmanın Uygulanması.....	23
3.3. Araştırmanın Değişkenleri.....	24
3.4. Araştırmanın Takvimi	24
3.5. Verilerin Analizi.....	25
3.6. Dışlama Kriterleri.....	25
3.7. Araştırmanın Bütçesi	26
3.9. Araştırmanın İzinleri	26
4. BULGULAR	27

4.1. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri	27
4.2. Katılımcıların Anket Sorularına Verdikleri Yanıtlar.....	28
4.3. Katılımcıların İş Doyum Ölçeği, Maslach Tükenmişlik Ölçeği ve Beck Depresyon Envanteri Sonuçları.....	31
4.3.1. Katılımcıların İş Doyum Ölçeği'nden Aldıkları Sonuçların Anket Sorularına Göre Analizi	32
4.3.2. Katılımcıların Maslach Tükenmişlik Ölçeği'nden Aldıkları Sonuçların Anket Sorularına Göre Analizi	38
4.3.3. Katılımcıların Beck Depresyon Envanteri'nden Aldıkları Sonuçların Anket Sorularına Göre Analizi.....	51
5. TARTIŞMA	57
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER	65
7. KAYNAKLAR	67
8. EKLER.....	77
EK_A. Etik Kurul Onay Formu.....	77
9. ÖZGEÇMİŞ	78

IV. TABLO LİSTESİ

Tablo 1. Araştırma Takvimi	25
Tablo 2. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri	27
Tablo 3. Katılımcıların Çalışma Koşulları ve Görevleri	28
Tablo 4. Katılımcıların nöbet, bakılan hasta ve acilde çalışan hekim sayıları	29
Tablo 5. Katılımcıların Alışkanlıkları, Sosyal ve Ekonomik Durumları.....	29
Tablo 6. Katılımcıların Şiddete Maruz Kalma Durumları ve Şiddetin Özellikleri ...	30
Tablo 7. Katılımcıların Takdir Edilme ve Memnuniyet Durumları	31
Tablo 8. Katılımcıların Ölçeklere Göre İş Doyumu, Tükenmişlik Düzeyleri ve Depresyon Durumları.....	32
Tablo 9. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri ile İş Doyum Düzeylerinin Karşılaştırılması	33
Tablo 10. Katılımcıların Çalışma Koşulları ve Görevleri ile İş Doyum Düzeylerinin Karşılaştırılması	34
Tablo 11. Katılımcıların Bazı Değişkenler ile İş Doyum Düzeylerinin Değerlendirilmesi.....	35
Tablo 12. Katılımcıların Alışkanlıkları, Sosyal ve Ekonomik Durumları ile İş Doyum Düzeylerinin Karşılaştırılması	36
Tablo 13. Katılımcıların Şiddete Maruz Kalma Durumları ile İş Doyum Düzeyleri Arasındaki İlişki	37
Tablo 14. Katılımcıların Takdir Edilme ve Memnuniyet Durumları ile İş Doyumlarının Karşılaştırılması.....	37
Tablo 15. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri ile Duygusal Tükenme Düzeylerinin Karşılaştırılması	38
Tablo 16. Katılımcıların Çalışma Koşulları ve Görevleri ile Duygusal Tükenme Düzeylerinin Karşılaştırılması	39

Tablo 17. Katılımcıların Bazı Değişkenler ile Duygusal Tükenme Düzeylerinin Değerlendirilmesi.....	40
Tablo 18. Katılımcıların Alışkanlıkları, Sosyal ve Ekonomik Durumları ile Duygusal Tükenme Düzeylerinin Karşılaştırılması	41
Tablo 19. Katılımcıların Şiddete Maruz Kalma Durumları ile Duygusal Tükenme Düzeyleri Arasındaki İlişki	41
Tablo 20. Katılımcıların Takdir Edilme ve Memnuniyet Durumları ile Duygusal Tükenme Düzeylerinin Karşılaştırılması	42
Tablo 21. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri ile Duyarsızlaşma Düzeylerinin Karşılaştırılması	43
Tablo 22. Katılımcıların Çalışma Koşulları ve Görevleri ile Duyarsızlaşma Düzeylerinin Karşılaştırılması	44
Tablo 23. Katılımcıların Bazı Değişkenler ile Duyarsızlaşma Düzeylerinin Değerlendirilmesi.....	45
Tablo 24. Katılımcıların Alışkanlıkları, Sosyal ve Ekonomik Durumları ile Duyarsızlaşma Düzeylerinin Karşılaştırılması.....	45
Tablo 25. Katılımcıların Şiddete Maruz Kalma Durumları ile Duyarsızlaşma Düzeyleri Arasındaki İlişki	46
Tablo 26. Katılımcıların Takdir Edilme ve Memnuniyet Durumları ile Duyarsızlaşma Düzeylerinin Karşılaştırılması.....	46
Tablo 27. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri ile Kişisel Başarı Düzeylerinin Karşılaştırılması	47
Tablo 28. Katılımcıların Çalışma Koşulları ve Görevleri ile Kişisel Başarı Düzeylerinin Karşılaştırılması	48
Tablo 29. Katılımcıların Bazı Değişkenler ile Kişisel Başarı Düzeylerinin Değerlendirilmesi.....	49
Tablo 30. Katılımcıların Alışkanlıkları, Sosyal ve Ekonomik Durumları ile Kişisel Başarı Düzeylerinin Karşılaştırılması	49

Tablo 31. Katılımcıların Şiddete Maruz Kalma Durumları ile Kişisel Başarı Düzeyleri Arasındaki İlişki	50
Tablo 32. Katılımcıların Takdir Edilme ve Memnuniyet Durumları ile Kişisel Başarı Düzeylerinin Karşılaştırılması	51
Tablo 33. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri ile Depresyon Düzeylerinin Karşılaştırılması	52
Tablo 34. Katılımcıların Çalışma Koşulları ve Görevleri ile Depresyon Düzeylerinin Karşılaştırılması	53
Tablo 35. Katılımcıların Bazı Değişkenler ile Depresyon Düzeylerinin Değerlendirilmesi.....	54
Tablo 36. Katılımcıların Alışkanlıkları, Sosyal ve Ekonomik Durumları ile Depresyon Düzeylerinin Karşılaştırılması	55
Tablo 37. Katılımcıların Şiddete Maruz Kalma Durumları ile Depresyon Düzeyleri Arasındaki İlişki	56
Tablo 38. Katılımcıların Takdir Edilme ve Memnuniyet Durumları ile Duygusal Tükenme Düzeylerinin Karşılaştırılması	56

V. KISALTMALAR VE SİMGELER LİSTESİ

BDÖ	: Beck Depresyon Envanteri
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
HMKÜ	: Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi
İDÖ	: İş Doyumu Ölçeği
MTÖ	: Maslach Tükenmişlik Ölçeği

VI. TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimi süresince yer yer baba yer yer arkadaş gibi desteklerini, yol göstericiliğini hiçbir zaman esirgemeyen saygı değer hocam Prof. Dr. Ali KARAKUŞ'a, gerek tıp eğitimi gerek insanlık ve pek çok konuda hayatıma yön vermemde yardımcı olan merhum hocam Sayın Doç. Dr. Güven KUVANDIK'a,

Eğitim süresince desteklerini hiçbir zaman esirgemeyen arkadaşlarım Dr. Türkan EMİR, Dr. Ali BUCAK, Dr. Hasan EKMEN'e, Dr. Burak CİLLİ'ye, Dr. Rebi DURAN'A uzmanlık eğitiminde birlikte çalıştığımız Dr. Fatih KERT'te ve birlikte çalışmaktan onur duyduğum diğer değerli acil servis asistan arkadaşlarıma, acil servis hemşire arkadaşlarıma, 2011 te pratisyen hekim olup 2018 de asistanlık sürecime başladığımdan beri yanımda olan beni hiç yalnız bırakmayan tüm hekim arkadaşlarıma, hayatıma anlam katan hem meslektaşım hem hayat ortağım Sema BELEN'e, desteklerini tüm hayatım boyunca hissettirdiğim babam Akıl BELEN'e annem Gülören BELEN'e ablam Zeynep BELEN'e, bana abilik yapan Dr. Zafer Sönmez ATEŞ'e

Minnet ve teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Veysel Karani BELEN

Hatay / 2021

VII.ÖZET

HATAY İLİNDE BULANAN ACİL SERVİS HEKİMLERİNİN ANKSİYETE, DEPRESYON DÜZEYLERİ VE MESLEKİ DOYGUNLUK DURUMUNU ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN BELİRLENMESİ

Amaç: Kötü yönetim, ekonomik sıkıntılar ve olumsuz işyeri şartları gibi sorunlar hekimlerde düşük iş doyumuna, depresyona ve tükenmişlik hissine neden olabilmektedir. Bu çalışmada acil hekimlerinin iş doyumunu, tükenmişlik ve depresyon düzeylerinin belirlenmesi hedeflendi.

Yöntem: Çalışmamızın evrenini Hatay’da görev yapan tüm acil hekimleri ve acil tıp asistanları oluşturmakta olup evrenin tamamına ulaşılması hedeflendi. Katılımcılara online anket aracılığıyla iş doyumunu ölçeği, Maslach tükenmişlik ölçeği ve Beck depresyon ölçeği uygulandı. Verilerin analizinde SPSS 22.0 paket programı uygulandı.

Bulgular: Araştırmamıza katılan 161 acil hekiminin %53,4’ü erkek olup yaş ortalaması $30,1 \pm 7,3$ ’tür. Hekimlerin %44,1’inde düşük iş doyumunu, %12,4’ünde yüksek duygusal tükenme, %22,4’ünde yüksek duyarsızlaşma ve %9,3’ünde şiddetli depresyon olduğu tespit edildi. Gelir düzeyi fazla olan hekimlerde iş doyumunun anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlendi ($p=0,001$). Devlet hastanesinde çalışanlarda orta ve yüksek duygusal tükenmenin %53,7, üniversite hastanesinde çalışanlarda %20,0 olduğu tespit edildi ($p=0,034$). Sigara kullananlarda orta ve şiddetli depresyon düzeyinin %58,5, kullanmayanlarda %40,7 olduğu görüldü ($p=0,005$).

Sonuçlar: Araştırmamızdaki hekimlerin iş doyumunu, tükenmişlik ve depresyon düzeyleri ile gelir, sigara, takdir edilme ve meslekten memnuniyet arasında önemli bir ilişki olduğu görülmektedir.

Anahtar Kelimeler: İş doyumunu, acil hekimi, tükenmişlik, depresyon

VIII. ABSTRACT

DETERMINATION OF THE FACTORS AFFECTING ANXIETY, DEPRESSION LEVELS AND PROFESSIONAL SATISFACTION OF EMERGENCY DEPARTMENT DOCTORS IN HATAY

Aim: Problems such as poor management, economic difficulties and negative workplace conditions can cause low job satisfaction, depression and a feeling of burnout in physicians. In our study, it was aimed to determine the job satisfaction, burnout and depression levels of emergency physicians.

Methods: The universe of our study consists of all emergency physicians and emergency medicine assistants working in Hatay, and it was aimed to reach the entire universe. Job satisfaction scale, Maslach burnout scale and Beck depression scale were applied to the participants via online questionnaire. SPSS 22.0 package program was used in the analysis of the data.

Results: 53.4% of the 161 emergency physicians participating in our study were male, with a mean age of 30.1 ± 7.3 years. It was determined that 44.1% of the physicians had low job satisfaction, 12.4% had high emotional exhaustion, 22.4% had high depersonalization and 9.3% had severe depression. It was determined that job satisfaction was higher in physicians with higher income levels ($p=0,001$). It was determined that moderate and high emotional exhaustion was 53.7% in public hospital workers and 20.0% in university hospital workers ($p=0,035$). It was observed that the level of moderate and severe depression was 58.5% in smokers and 40.7% in non-smokers ($p=0,005$).

Conclusion: It is seen that there is a significant relationship between the job satisfaction, burnout and depression levels of the physicians in our study and their income, smoking, appreciation and job satisfaction.

Key words: Job satisfaction, emergency physician, burnout, depression

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Hekimler zamanlarının önemli bir kısmını hastane ortamında geçirmektedir. Hastanelerde karşılaşılan çevresel ve fiziksel sorunlar, hekimlerin bedensel ve ruhsal sağlığı için önemli birer risk faktörü olup çalışanların psikolojisini olumsuz etkileyebilmektedir. Kötü yönetim, ekonomik sıkıntılar, işyeri şartlarının olumsuz olması, çıkar çatışmaları ve kişisel sorunlar gibi etmenler hekimlerin iş yaşamında veriminin düşmesine, depresyona ve tükenmişlik hissi ile karşı karşıya kalmasına neden olabilmektedir (1).

Çalışanın kendi işinden memnun olması, kendisi ve işini duygusal yönden olumlu değerlendirmesine iş doyumu denilmektedir. İlk kez 1920'lerde ortaya atılan iş doyumu kavramı bireylerin fiziksel ve ruhsal sağlıklarını doğrudan etkilediği gibi iş hayatında etkinlik ve verimliliğin artmasında da olumlu etkileri vardır (2). İş doyumunun yetersiz olması, stres ve grup uyumu sorunları gibi olumsuz durumlara neden olabilmektedir. Bireyin iş doyumsuzluğunu gösteren durumlar arasında; verim düşüklüğü, şikayet ve yakınmaların artması, işe devamsızlık ve gecikme oranının yükselmesidir (2).

Tükenmişlik kavramı ise ilk olarak 1974 yılında Alman asıllı Herbert J. Freudenberger tarafından dile getirilmiştir. Bireyin meslek hayatının neden olduğu fiziksel ve zihinsel yorgunluk hali, aşırı istek ve talepler yüzünden yaşanan güç ve enerji kaybı olarak tanımlanmıştır (3). Günümüzde Maslach ve arkadaşları tarafından yapılan ve yaygın olarak kabul gören tanıma göre tükenmişlik; bireyin yaşamında gerçekleşen değişimleri ifade eden duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarıya ilişkin duyguları kategorize eden üç ayrı boyutta ele alınmaktadır. Bu yaklaşıma göre bireyde tükenmişlik, duygusal tükenme ile duyarsızlaşmanın artması, kişisel başarının azalması ile ortaya çıkmaktadır (4).

Acil hekimleri son derece stresli bir ortamda ve yoğun baskı altında çalışmaktadırlar. Yoğun iş yükü, ağır ve ölümcül hastalara bakım verme,

gerektiğinde hasta ve yakınlarına duygusal destek vermek zorunda kalma gibi nedenler; acil hekimlerinde strese ve gerginliğe yol açmaktadır. Çalışma koşullarının yetersizliği, hizmetin ve personelin dengesiz dağılımı da enerji kaybına, gerginliğe ve tükenmişlik hissinde artışa neden olabilmektedir (5,6).

Depresyon, insanın yaşama istek ve zevkinin kaybolduğu, kişinin kendisini derin bir hüzünde hissettiği, geleceğe yönelik karamsar düşüncelere sevkeden, geçmişe ilişkin pişmanlık, suçluluk duygusu taşıyan, bazen ölüm düşüncesi, bazen intihar (özkıyım) girişimi ve sonuçta ölümün olabildiği, uyku, iştah, cinsel istek vb. ilgili fizyolojik bozuklukların olduğu bir hastalıktır (7). Acil hekimleri, artmış iş yükü, yaşamsal tehdidi bulunan görev ve sorumluluklara sahip olma, uykusuzluk, hata yapma korkusu, iş ortamından kaynaklı riskler, olumsuz iş ilişkileri gibi birçok faktörden olumsuz olarak etkilenmektedir (8). Bunun sonucunda yoğun stresten oluşan savunma mekanizması patolojik boyutlara ulaşarak depresyon gibi sorunları da beraberinde getirebilmektedir (9, 10).

Hekimler, sağlıklı fiziksel çalışma koşulları, daha uzun çalışma saatleri, daha uzun saatlere dayalı ve sık tutulan nöbetler, mobbing, nöbet sonrası izinlerin kullanılamaması, daha düşük ücretle çalışmak gibi nedenlerden dolayı diğer sağlık çalışanlarına göre daha fazla stres altındadırlar (11). Bunun sonucu olarak hekimlerde iş doyumunda yetersizlik, tükenmişlik düzeylerinde artma ve depresyon sıklığı önemli bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır.

Çalışmamızda Hatay ili içerisinde görev yapan acil hekimlerinin iş doyum düzeylerini, tükenmişlik düzeyleri ve depresyon sıklıklarını belirlemek ve bunlara etki eden faktörleri tespit etmek hedeflenmiştir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. İş Doyumu

İş doyumu kavramı; çalışanın yaptığı işten fiziki ve psikolojik olarak ne kadar memnun olduğu ile ilgili bir kavramdır (12). Grup faaliyetlerinin başarılı olması büyük ölçüde çalışanların iş doyumlarına bağlıdır (13).

İş doyumu her meslek için önemlidir ancak; sağlık çalışanlarının

- Düzensiz çalışma saatleri (12).
- Yaşamsal tehdidi bulunan görev ve sorumluluklara sahip olmaları (14)
- Yoğun stres ve baskı altında çalışmaları gibi faktörler iş doyumu açısından daha riskli grupta olmalarına neden olmaktadır (15).

2.1.2. İş Doyumunu Etkileyen Faktörler

Bu faktörler bireysel ve örgütsel olmak üzere iki farklı grupta incelenir (13).

- Bireysel faktörler; cinsiyet, yaş, meslek ve eğitim düzeyi, statü, kişisel özellikler, sosyokültürel çevre, zekâ ve yetenektir.
- Örgütsel faktörler ise; iş ve niteliği, ödüllendirme ve ücret, özendirme, işyerinin sosyal ortamı ve fiziki şartları, ast-üst ilişkileri, ilerleme imkânları, kararlara katılma, yönetim ve denetim gibi faktörlerdir (13).

2.1.2. İş Doyumsuzluğu ve Çalışanlara Etkileri

İş doyumsuzluğu, çalışanların işlerinden memnun olmamalarını, işyerindeki huzursuzluk ve mutsuzluğu gösterir. İş doyumu yetersiz olan çalışanlar, işyerinde

geçirdikleri zamanı katlanılır hale getirmek için farklı tepkiler geliştirirler. Bunlar arasında;

- Devamsızlık
- İşe geç gelmek
- İşyerinde geçirilen zamanı özel işler için kullanmak
- Uzun molalar vermek
- İş yapmaksızın meşgul görünmek
- İtaatsizlik
- İş arkadaşları ile önemsiz konularda uzunca sohbet etmek
- İş geciktirmek
- Disiplin kurallarına uymamak
- İş arkadaşlarına ve üstlerine karşı saldırgan davranışlar sergilemek
- Kanun dışı grevlere ve sabotajlara yönelmek gösterilebilir (16).

İş doyumu sürekli değişen bir kavram olup anlık da gelişebilir aniden de azalabilir (17,18). Yapılan çalışmalarda yüksek iş doyumunun iş gücü verimliliğini arttırdığı, işe ve örgüte bağlılığı geliştirdiği, kaygı, gerginlik, depresyon ve tükenmeyi azalttığı belirtilmiştir (19-21). Araştırmamızda kullandığımız İş Doyumu Ölçeği (İDÖ) bireylerin işlerinden aldıkları doyumunu ölçmek amacıyla Hackman ve Oldham'ın geliştirilmiş, Güler tarafından Türkçe uyarlama ve güvenilirlik çalışması yapılmış, beş seçenekli ve 14 maddelik bir öz bildirim ölçeğidir (22). Likert tipi 5 dereceli ölçekle puanlandırılmıştır. Ölçek maddelerinin tamamı pozitif yönlü olduğu için en yüksek puan 70, en düşük puan ise 14 tür. Puanlar ne kadar yüksekse, iş doyumuna o kadar fazladır. Puanlar 14-32 arasında düşük, 33-52 arasında normal, 53-70 arasında ise yüksek düzeyde iş doyumunu sağlandığını gösterir.

2.2. Tükenmişlik

2.2.1 Tanımı

İngilizce kökenli olan tükenmişlik kelime “burnout” kelimesinden türetilmiş olup enerjinin azalması anlamına gelir. Başka bir deyişle mumun yanarak ateşini tüketmesidir. Tükenmişlik yaşayan bireylerde üretkenlikte azalma görülmektedir (23).

Tarihte Alman asıllı Herbert Freudenberger tarafından ilk kez 1974 yılında öne sürülen tükenmişlik kavramı, yüksek oranda strese maruz kalan kişilerde başarısız olma, yıpranma, enerji ve güç kaybı ile karşılanamayan istekler sonucu bireyde tükenme olarak tanımlanmıştır (24). Tükenmişlik sendromu genellikle çok başarılı olabilmek için yoğun bir şekilde çalışan ve gereğinden fazlasını yapan kişilerde gözlenmektedir. Bu yoğun çabaların ardından bireyler işlerinde başarısız olduklarını ve yaptıkların işin değersiz olduğunu, topluma herhangi bir katkılarının olmadığını düşünerek kendilerini çaresizliğe, ümitsizliğe ve tükenmişliğe kapılmış hissederler (25).

2.2.2. Tükenmişliğe Etki Eden Faktörler

Tükenmişliğe etki eden faktörleri bireysel ve örgütsel olarak iki ana başlıkta toplayabiliriz. Başlangıçta bireysel nedenlerin ön planda tükenmişliğe yol açtığı düşünülse de yapılan araştırmalar sonucu iş ve örgütle ilgili faktörlerin tükenmişlik üzerine daha etkili olduğunu gösterilmiştir (26, 27).

-Bireysel Faktörler

Maslach’a göre tükenmişlik bireyin kişisel yapısındaki değişikliklere bağlı gelişir (28). Bazı insanlar olumsuz faktörlerden çok fazla etkilenmez iken, bazıları aynı olumsuz faktörden çok fazla etkilenebilir. Tükenmişliğin oluşumunda etkili olan bireysel faktörler şu şekildedir;

- Yaş

- Medeni durum
- Eğitim durumu
- Çocuk sayısı
- İşine aşırı bağlanma
- Kişisel beklentilerin yüksek oluşu
- Özel hayatta karşılaşılan psikososyal stres kaynakları (29).

- Örgütsel Faktörler

İş ortamının stresli olması ile beraber, çalışanların içe dönük ruh haline girdikleri, tükenmişlikle başa çıkamadıkları, böylelikle sadece fiziksel olarak değil, psikolojik ve sosyal yönden de tükendikleri belirtilmektedir (30). Maslach ve Leiter tarafından yapılan bir çalışmada bireylerin çalışma şartlarının tükenmişlikle ilişkilendirildiği faktörler 6 alt başlıkta toplanmıştır (31).

- **İş yükü:** Bireylere belirli bir zamanda yapabileceğinden daha fazla iş sorumluluğunun yüklenmesine aşırı iş yükü denir. Yapılan işin kişinin harcayabileceğinden fazla enerji istemesidir.
- **Kontrol:** Çalışanın yeterince özgür karar veremediği ve yaşanan problemleri çözmede yeterli yetkisinin olmadığı durumlarda kişisel başarı alt boyutu olumsuz etkilenmektedir.
- **Ödüller:** Çalışanın verdiği emeğin göz ardı edildiğini düşünmesi ve ihtiyaç duyduğu sosyal onaylamanın olmaması kişisel başarı alt boyutunu olumsuz etkilemektedir.
- **Aidiyet:** Aidiyet duygusu gelişmiş çalışanlar, iş arkadaşlarıyla yakın ilişki kurabilmektedirler. Aidiyet duygusu hisseden kişiler işi ile ilgili sosyal doyuma ulaşmaktadır ve bu kişilerde daha az tükenmişlik görülmektedir.
- **Adalet:** Adalet kavramına uyumsuzluk durumunda birey iş yerinde diğer çalışanlara kıyasla haksızlığa uğradığı düşüncesine sahip olmaktadır. Bu haksızlık düşüncesi sonucunda da duygusal tükenme ve duyarsızlaşma alt boyutlarında bireylerde tükenmişlik gelişmektedir.
- **Değerler:** Kavram olarak belirli bir davranış şekli veya yaşama amacının diğerlerine nazaran daha üstün ve daha tercih edilen davranış olduğu

yönündeki inanıştır (32). Kişinin iş yerindeki diğer çalışanlarla ilişki kurmasının temelini bireysel ve örgütsel değerler oluşturmaktadır. Meslekte bir değer çatışması olduğu zaman, çalışanlar yaptıkları iş ile yapmak istedikleri iş arasında kalarak tükenmişlik yaşayabilmektedirler (33).

2.2.3. Maslach Tükenmişlik Modeli

Günümüzde en çok kabul edilen ve en yaygın kullanılan tükenmişlik modeli olan Maslach Üç Boyutlu Tükenmişlik Modeli; bir psikoloji profesörü olan Dr. Christina Maslach tarafından tanımlanmıştır.

Dilimize uyarlanması, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Ergin tarafından yapılmıştır (34). Uyarlamada 6 farklı meslek grubundan 235 kişilik örneklem grubuyla yapılan çalışmada özgün formda bulunan 7 basamaklı cevap seçeneklerinin Türk kültürüne uygun olmadığı görülmüş ve seçenek sayısı 5'e indirilmiştir. Ölçeğin Türkçe formu için yapılan geçerlik çalışmaları üç faktörlü yapının kültürümüzde geçerli olduğunu ortaya koymuştur. Ölçeğin alt boyutlarına ilişkin Cronbach Alpha iç tutarlılık katsayıları Duygusal Tükenme için 0,83, Duyarsızlaşma için 0,65, Kişisel Başarı için 0,72; test tekrar test güvenilirlik katsayıları ise Duygusal Tükenme için 0,83, Duyarsızlaşma için 0,72 Kişisel Başarı için 0,67 ve olarak hesaplanmıştır (35).

Maslach Tükenmişlik Ölçeği, toplam 22 maddeden oluşmaktadır. Bu ölçek, 5 dereceli likert tipi yanıtlanır. Ölçekte yer alan ifadeler, şiddet derecelerine göre 0. hiçbir zaman, 1. çok nadir, 2. bazen, 3. çoğu zaman, 4. her zaman seçeneklerinin seçilerek yanıtlanmasını gerektirir.

Maslach, tükenmişliği diğer modellerden farklı olarak duygusal tükenme (emotional exhaustion), duyarsızlaşma (depersonalisation) ve düşük kişisel başarı hissi (decrease in personal accomplishment) boyutlarını içeren 3 boyutlu bir model olarak tanımlamıştır. Maslach'a göre bu 3 boyut birbiriyle bağlantılıdır ve tükenmişlik sendromunun kilit noktası duygusal tükenmede artıştır (37).

Duygusal Tükenme: Genellikle iş yerindeki stres ile ilişkili olan duygusal tükenme, tükenmenin ilk ve temel aşaması olarak görülür. İnsanlarla yüz yüze

çalışmanın mecburi olduğu meslek gruplarında çalışan bireylerde daha çok görülmektedir. Duygusal yönden yoğun bir çalışma hayatının içinde olan kişi, kendi sınırlarını zorlamakta ve hizmet verdiği kişiler ile çalışma arkadaşlarının duygusal talepleri altında ezilmektedir (38).

Duyarsızlaşma: Bu boyutta çalışanlar hizmet verdiği kişilere ve çalışma arkadaşlarına karşı olumsuz tutum ve davranışlar sergilemektedirler. Bu olumsuz tutum ve davranışlar; tükenmişlik yaşayan birey ile ilgili çevresinin negatif düşüncelere sahip olmasına neden olmaktadır. Bu da bireyin tükenmişliğini olumsuz yönde etkilemektedir. Çalışanın katı, ilgisiz ve soğuk davranışları esasında tükenmeye karşı birey tarafından oluşturulan bir yanıttır

Düşük Kişisel Başarı Hissi: Duygusal ve fiziksel olarak tüm kaynaklarını tüketen ve sonrasında duyarsızlaşma yaşayan bireylerde, işinde yetersizlik ve başarısızlık hissi ile karakterize tükenmişlik alt boyutudur (39). Bireyin başkaları hakkındaki olumsuz tavırları zamanla kendisi hakkında da olumsuz düşüncelerin artışı tetiklemektedir (40).

2.2.4. Acil Hekimlerinde Tükenmişlik

Hekimlerin ve diğer sağlık çalışanlarının nüfusun tamamına kıyasla tükenmişliğe daha yatkın olduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır (41). Hastalarlar yüz yüze iletişimin diğer branşlara göre daha fazla olduğu başta acil tıp olmak üzere dâhiliye ve aile hekimliği gibi branşlarda tükenmişlik düzeylerinin daha yüksek tespit edilmiştir. Dermatoloji, patoloji ve radyoloji uzmanlarında ise iş doyumunun daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (42).

Literatürde acil hekimlerinin, tüm hekimler içinde en yüksek tükenmişlik seviyelerine sahip olduğunu gösteren çalışmalar yer almaktadır (43-45). Çalışmalar bu duruma pek çok faktörün neden olabileceğini göstermektedir. Acil hekimini olumsuz olarak etkileyen faktörler:

- Günlük hasta sayısının çok fazla olması
- Aşırı yoğunluk ve tetkik kısıtlılığı nedeniyle tanı koyma problemleri

- Yeteri kadar takdir görmeme ve saygınlığa sahip olmama endişesi
- Hasta ölümleri ile sık karşılaşma ve sık sık ölüm haberi verme
- Uzun süreli çalışma sistemi ve mola verme fırsatının olmaması
- Çalışma ortamının fiziksel koşullarının yetersiz olması
- Nöbet usulü çalışma sistemine bağlı gelişen uyku düzensizlikleri
- Çalışma ortamında her türlü şiddete uğrama
- Konsültan hekimler ile sorunların çözümü konusunda anlaşılamama
- Hasta yatış ve sevinde yaşanan problemler
- Bürokratik işlerle sık sık uğraşma
- Ekonomik olarak çalıştığıının karşılığını alamama düşüncesi
- Aileye, çevresindekilere, hobilerine yeteri kadar vakit ayıramama (46,47)

2.3 Depresyon

Ruhsal bozukluklar toplumda sıkça görülmeleri, kronikleşme riski yüksek olmaları, tedavilerinin güç olması nedeniyle günümüzün önemli sağlık sorunlarıdır. DSÖ' nün eşgüdümünde 14 ülkede yapılmış olan 'Birinci Basamakta Ruhsal Bozukluklar' araştırmasında, sağlık hizmeti veren birimlere başvuran hastalarda en yaygın görülen ruhsal bozukluğun %10,4 ile depresyon olduğu tespit edilmiştir. Depresyon; derin üzüntülü bir duygu-durum içinde güçsüzlük, isteksizlik, karamsarlık duygu ve düşünceleri ile fizyolojik işlevlerde yavaşlama gibi belirtileri içeren bir hastalıktır (48).

Yapılan çalışmalar, depresyon yaygınlığının 45-55 yaş arasında en yüksek seviyeye ulaştığını göstermektedir. Medeni durum, yaş, cinsiyet, stres, kronik

hastalık varlığı, bedensel güçsüzlük, sosyal desteğin azlığı ve yalnızlık depresyonu etkileyen faktörlerden bazılarıdır (49).

Depresyon belirtilerinden bazıları şunlardır:

- Benliğe ilişkin olumsuz duygu ve düşünceler
- Çökkün ya da üzgün duygu durum hali
- Sevgi-ilgi kaybı ve zevk alamama
- İntihar düşünceleri
- Konsantrasyon bozukluğu
- Karamsarlık hali
- Ağlama nöbetleri
- Kendini suçlama ve eleştirme
- Karar vermede güçlük yaşama
- Uyku ve iştah bozuklukları vb. (50).

Sağlık çalışanlarının bulundukları ortam gereği depresyona daha yatkın oldukları söylenilebilir. Artmış iş yükü, aşırı stres, hata yapma korkusu, ölüm duygusu, iş ortamının getirdiği sağlık riskleri sağlık çalışanlarının psikolojisini olumsuz yönde etkilemekte ve depresyona zemin hazırlamaktadır (51).

Depresyon ve tükenmişlik sendromunun birbiriyle ilişki hastalıklar olduğu bilinmektedir (52). Tükenmişlik yaşayan hastaların önemli bir kısmının bir süre sonra depresyona girdikleri gözlenmiştir (53). Depresyonda olan hasta her şeyi olumsuz olarak değerlendirir ve karamsarlık düşünceleri ile geçmişte yaşanmış olayların olumsuz yanlarını görerek kendisini suçlar (54). Ayrıca geleceği de umutsuz ve karamsar görerek, gelecek adına çaresiz olduğu hissine kapılır (55).

Araştırmamızda acil hekimlerinin depresyon düzeylerini ölçmeye yönelik kullanılan Beck Depresyon Envanteri, Beck ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş olup bireyin depresyon yönünden riskini, depresif belirtilerin düzeylerini ve şiddet değişimini ölçmektedir. 21 maddeden oluşmakta ve 4'lü likert tipindedir. Ölçekte bireylerin bugünü de kapsayacak biçimde son bir haftalık durumlarını değerlendirerek cevaplandırmaları istenmektedir. Ölçek maddeleri 0-3 puan arasında

puan almakta ve toplam puan madde puanlarının toplanmasıyla elde edilmektedir. Ölçekten alınacak en düşük puan 0, en yüksek puan 63'tür. Toplam puanın yüksekliği depresyonun şiddetini gösterir. Ölçekten alınan 0-9 puan; minimal, 10-16 puan; hafif düzey, 17-29 puan; orta düzey ve 30-63 puan; şiddetli düzey depresif belirtiler olarak sınıflandırmıştır (56).



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Evren ve Örneklem

Çalışmamızın evrenini Hatay'da görev yapan 320 acil hekimi oluşturmaktadır. Örneklem seçilmemiş olup evrenin tamamına ulaşılması hedeflenmiştir.

3.2. Veri Toplama Araçları

Araştırmamızda katılımcılara online anket sistemi ile Google Drive üzerinden hazırladığımız anket formu uygulandı. Ankette katılımcıların sosyodemografik özellikleri, çalışma şartları, maddi olanakları, işten memnuniyet durumları, şiddete uğrama durumları sorgulandı. Ayrıca katılımcılara iş doyumu ölçeği, maslach tükenmişlik ölçeği ve beck depresyon ölçeği uygulandı.

3.3. Araştırmanın Uygulanması

Araştırma; literatür taraması, gerekli etik kurul ve idari izinlerin alınması gibi ön hazırlıklar tamamlandıktan sonra yürütüldü (24.09.2020; Karar no:111). Online olarak uyguladığımız anket formu katılımcılara sosyal medya kanalları, e-mail ve telefon görüşmeleri ile ulaştırıldı. İlk aşamada 120 katılımcı anketimize yanıt verdi. Bir ay sonra yanıt alamadığımız hekimlere anket formu yeniden gönderildi. Ulaşmayı hedeflediğimiz 320 hekimin %50'si çalışmamıza katıldı. Araştırmanın yürütülmesinde HMKÜ Tıp Fakültesi Acil Tıp Ana Bilim Dalı'ndan bir öğretim üyesi, araştırmacı olarak Arş. Gör. Dr. Veysel Karani Belen görev aldı.

3.3. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı değişkenler

- İş doyumu ölçeği
- Maslach Tükenmişlik ölçeği
- Beck depresyon ölçeği

Bağımsız değişkenler

- Yaş
- Cinsiyet
- Medeni durum
- Çalışılan kurum
- Çocuk sahibi olma durumu
- Acilde çalışılan süre(yıl)
- Mesai şekli
- Ayda tutulan nöbet sayısı
- Aylık gelir
- Sigara ve alkol kullanımı
- Şiddete uğrama durumu

3.4. Araştırmanın Takvimi

Araştırmanın takvimi tarihsel süreç içerisinde aşağıda ayrıntılı olarak gösterilmiştir (**Tablo 2**).

Tablo 1. Araştırma Takvimi

Kasım 2020-Aralık2020	Araştırmanın planlanması
	Literatür taraması
Ocak 2021-Şubat 2021	Verilerin toplanması
	Verilerin bilgisayara aktarılması
Mart 2021-Nisan 2021	Verilerin analizi
Haziran 2021-Ağustos 2021	Rapor Yazımı

3.5. Verilerin Analizi

Araştırma için elde edilen hastaların verileri Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versiyon 20.0 istatistik paket programına girildi ve verilerin analizleri bu programda yapıldı. İstatistiksel analizlerde tanımlayıcı istatistikler için sayı, yüzde, ortalama değeri, ortanca değeri, standart sapma, en yüksek ve en düşük değeri kullanıldı. Analitik testlere geçmeden verilerin normal dağılımına Kolmogorow Smirnow analizi ile bakıldı. Normal dağılmayan 2 bağımsız nicel verinin analizinde Mann Whitney U testi kullanıldı. Normal dağılmayan 2’den fazla bağımsız nicel verinin analizinde Kruskal Wallis analizi, post hoc analizlerde ise Tamhane analizi kullanıldı. Bağımsız nitel verilerin analizinde ise Pearson Ki Kare testi kullanıldı. İstatistiksel analizlerde p değeri 0,05’ten küçük değeri anlamlı olarak kabul edildi.

3.6. Dışlama Kriterleri

Araştırmamıza aşağıda yer alan hasta grupları dâhil edilmemiştir.

- Hatay ili dışında başka bir merkezde acil serviste çalışıyor olmak
- Beck depresyon ölçeğini, Maslach tükenmişlik ölçeğini ve İş doyumu ölçeğini doldurmak istemeyen acil servis hekimleri

3.7. Araştırmanın Bütçesi

Araştırmanın planlanması ve yürütülmesinde herhangi bir finans kuruluşundan destek alınmamıştır.

3.9. Araştırmanın İzinleri

Araştırma için;

- HMKÜ Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan (EK_A) izin alınmıştır

4. BULGULAR

4.1. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri

Araştırmamıza Hatay’da görev yapan 161 acil hekimi katılmıştır. Katılımcıların yaş ortalaması $30,1 \pm 7,3$ olup en küçük yaş 23, en büyük yaş 53’tür. Hekimlerin %53,4’ü erkek, %68,3’ü bekârdır (**Tablo 2**). Katılımcıların %90,7’si devlet hastanelerinde çalışmaktadır. Katılımcıların %63,4’ü 5-10 bin TL arası aylık kazanç elde etmektedir. Katılımcıların %19,3’ünün çocuğu bulunmaktadır.

Tablo 2. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri

		Sayı	Yüzde
Cinsiyet	Kadın	75	46,6
	Erkek	86	53,4
Medeni Durum	Evli	47	29,2
	Bekâr	110	68,3
	Boşanmış	4	2,5
Görev Yeri	Devlet Hastanesi	146	90,7
	Üniversite Hastanesi	15	9,3
Aylık Gelir	5-10 bin	102	63,4
	10-15 bin	46	28,6
	15-20 bin	5	3,1
	20 bin üzeri	8	5,0
Çocuk	Var	31	19,3
	Yok	130	80,7

4.2. Katılımcıların Anket Sorularına Verdikleri Yanıtlar

Araştırmamıza katılan acil hekimlerinin %77,6'sı pratisyen hekimdir (**Tablo 3**). Katılımcıların %67,7'sinin çalıştığı kurum ilk görev yeridir. Daha önce başka birimde çalışan katılımcıların oranı %72,0'dır. Acil hekimlerinin %35,4'ü tıp fakültesinden 0-1 yıldır mezun olmuş ve %37,9'u 0-1 yıldır acilde görev yapmaktadır. Katılımcıların %95,7'sinin çalışma biçimi 24 saat sistemine dayalıdır. Katılımcıların %63,4'nün çalıştığı acilde danışabileceği deneyimli hekim bulunmaktadır.

Tablo 3. Katılımcıların Çalışma Koşulları ve Görevleri

		Sayı	Yüzde
Unvan	Pratisyen	125	77,6
	Uzman	22	13,7
	Asistan	14	8,7
İlk görev yeriniz mi?	Evet	109	67,7
	Hayır	52	32,3
Daha önce başka birimde çalıştınız mı?	Evet	45	28,0
	Hayır	116	72,0
Tıp fakültesini bitireli kaç yıl oldu?	0-1	57	35,4
	1-3	49	30,4
	3-5	11	6,8
	5-10	16	9,9
	10 ve üzeri	28	17,4
Kaç yıldır acilde çalışıyorsunuz?	0-1	61	37,9
	1-3	48	29,8
	3-5	15	9,3
	5-10	14	8,7
	10 ve üzeri	23	14,3
Mesai şekli	Gündüz-Gece	7	4,3
	24 saat	154	95,7
Acilde danışabileceğiniz deneyimli hekim var mı?	Evet	102	63,4
	Hayır	59	36,6
Çalışma ortamında uyum ile çalışabiliyor musunuz?	Evet	145	90,1
	Hayır	16	9,9

Araştırmamıza katılan acil hekimleri ayda ortalama $8,1 \pm 1,4$ nöbet tutmaktadır (**Tablo 4**). Günlük bakılan hasta sayısı ise ortalama $162,9 \pm 83,5$ 'tür.

Tablo 4.Katılımcıların nöbet, bakılan hasta ve acilde çalışan hekim sayıları

	Ortalama $\pm$ Standart Sapma	Min-Mak
Aylık nöbet sayısı	$8,1 \pm 1,4$	6-13
Günlük bakılan hasta sayısı	$162,9 \pm 83,5$	10-600
Acilde çalışan hekim sayısı	$23,6 \pm 22,8$	1-113

Araştırmamıza katılan hastaların %43,5'i sigara, %37,9'u alkol ve %26,7'si hem sigara hem alkol tüketmektedir (**Tablo 5**). Katılımcıların %80,1'inin hobisi bulunmakta iken, haftalık sosyal etkinliklere ayrılan süre $8,1 \pm 9,1$ saattir. Katılımcıların %41,6'sı psikiyatrik ilaç kullanmak zorunda kalmıştır. Katılımcıların %72,7'sinin bir kredisi bulunmakta, ev sahibi olanların oranı %21,1 iken araba sahibi olanların oranı ise %62,7'dir.

Tablo 5.Katılımcıların Alışkanlıkları, Sosyal ve Ekonomik Durumları

		Sayı	Yüzde
Sigara	Evet	70	43,5
	Hayır	91	56,5
Alkol	Evet	61	37,9
	Hayır	100	62,1
Sigara ve Alkol	Evet	43	26,7
	Hayır	118	73,3
Hobileriniz var mı?	Evet	129	80,1
	Hayır	32	19,9
Psikiyatrik ilaç kullanmanızı gerektirecek durum oldu mu?	Evet	61	37,9
	Hayır	94	58,4
	Çalışmaya başladıktan sonra evet	6	3,7
Ev, taşıt kredisi vs	Evet	117	72,7
	Hayır	44	27,3
Eviniz var mı?	Evet	34	21,1
	Hayır	127	78,9
Arabanız var mı?	Evet	101	62,7
	Hayır	60	37,3

Araştırmamızdaki acil hekimlerinin %16,8'i her gün şiddete maruz kalmaktadır (**Tablo 6**). Katılımcıların %37,9'u her gün sözel şiddete, %1,2'si her gün fiziksel şiddete maruz kalmaktadır. Çalışmamızdaki acil hekimlerinin %25,5'i her gün tehdit edilmektedir.

Tablo 6. Katılımcıların Şiddete Maruz Kalma Durumları ve Şiddetin Özellikleri

		Sayı	Yüzde
Şiddete uğrama sıklığınız	Her gün	27	16,8
	Haftada bir	47	29,2
	Ayda bir	23	14,3
	Nadir	59	36,6
	Hiç	5	3,1
Sözel Şiddet	Her gün	61	37,9
	Haftada bir	36	22,4
	Ayda bir	14	8,7
	Nadir	30	18,6
	Hiç	3	1,9
Fiziksel Şiddet	Her gün	2	1,2
	Haftada bir	2	1,2
	Ayda bir	7	4,3
	Nadir	81	50,3
	Hiç	68	42,2
Tehdit	Her gün	25	15,5
	Haftada bir	21	13,0
	Ayda bir	14	8,7
	Nadir	60	37,3
	Hiç	23	14,3
Cinsel Şiddet	Her gün	1	0,6
	Haftada bir	1	0,6
	Ayda bir	2	1,2
	Nadir	21	13,0
	Hiç	135	83,9

Çalışmamızdaki acil hekimlerinin %53,4'ü amirleri ve çalışma arkadaşları tarafında takdir edilmediklerini düşünmektedir (**Tablo 7**). Katılımcıların %3,1'i acil hekimi olmaktan çok memnun iken, %17,4'ü hiç memnun değildir.

Tablo 7. Katılımcıların Takdir Edilme ve Memnuniyet Durumları

		Sayı	Yüzde
Amir ve çalışma arkadaşlarınız sizi takdir ediyor mu?	Evet	75	46,6
	Hayır	86	53,4
Hasta-hasta yakınları sizi takdir ediyor mu?	Evet	58	36,0
	Hayır	103	64,0
Acil tıp hekimi olmaktan memnun musunuz?	Çok memnunum	5	3,1
	Memnunum	42	26,1
	Karasızım	50	31,1
	Memnun değilim	36	22,4
	Hiç memnun değilim	28	17,4

4.3. Katılımcıların İş Doyum Ölçeği, Maslach Tükenmişlik Ölçeği ve Beck Depresyon Envanteri Sonuçları

Araştırmamızdaki katılımcıların %44,1'inin iş doyumunu düşük düzeydedir (**Tablo 8**). Maslach Tükenmişlik Ölçeği'ne göre katılımcıların %12,4'ünde yüksek düzeyde duygusal tükenme, %22,4'ünde yüksek düzeyde duyarsızlaşma var iken %94,4'ünde yüksek düzeyde kişisel başarı bulunmaktadır. Katılımcıların duygusal tükenme puan ortalamaları $21,7 \pm 6,7$, duyarsızlaşma puan ortalamaları $9,6 \pm 3,5$ ve kişisel başarı puan ortalamaları ise $18,5 \pm 3,5$ 'tir. Beck Depresyon Envanteri'ne göre katılımcıların %9,3'ünde şiddetli düzeyde, %39,1'inde orta düzeyde depresyon bulunmaktadır.

Tablo 8.Katılımcıların Ölçeklere Göre İş Doyumu, Tükenmişlik Düzeyleri ve Depresyon Durumları

		Sayı	Yüzde
İş Doyumu	Düşük	71	44,1
	Normal	86	53,4
	Yüksek	4	2,5
Duygusal Tükenme	Düşük	79	49,1
	Orta	62	38,5
	Yüksek	20	12,4
Duyarsızlaşma	Düşük	78	48,4
	Orta	47	29,2
	Yüksek	36	22,4
Kişisel Başarı	Düşük	0	0,0
	Orta	9	5,6
	Yüksek	152	94,4
Depresyon Düzeyi	Minimal	41	25,5
	Hafif	42	26,1
	Orta	63	39,1
	Şiddetli	15	9,3

4.3.1. Katılımcıların İş Doyum Ölçeği'nden Aldıkları Sonuçların Anket Sorularına Göre Analizi

Araştırmamıza katılan kadınların hiç birinde yüksek iş doyumu bulunmamakta iken erkeklerin %4,7'sinde yüksek iş doyumu bulunmaktadır (**Tablo 9**). Aylık geliri 5-10 bin arasında olan katılımcılarda düşük iş doyum düzeyi sıklığı %46,7 iken aylık geliri 20 bin ve üzeri olanlarda düşük iş doyumu olan katılımcı bulunmamaktadır. Gelir düzeyi artışı ile iş doyumu arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p=0,001$).

Tablo 9. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri ile İş Doyum Düzeylerinin Karşılaştırılması

		İş Doyumu*			p**
		Düşük	Normal	Yüksek	
Cinsiyet	Kadın	32(42,7)	43(57,3)	0(0,0)	0,138
	Erkek	39(45,3)	43(50,0)	4(4,7)	
Medeni Durum	Evli	26(55,3)	19(40,4)	2(4,3)	0,089
	Bekar	45(39,5)	67(58,8)	2(1,8)	
Görev yeri	Devlet Hastanesi	64(43,8)	79(54,1)	3(2,1)	0,514
	Üniversite Hastanesi	7(46,7)	7(46,7)	1(6,7)	
Aylık Gelir	5-10 bin	47(46,1)	54(52,9)	1(1,0)	0,001
	10-15bin	22(47,8)	24(52,2)	0(0,0)	
	15-20 bin	2(40,0)	1(20,0)	2(40,0)	
	20 bin ve üzeri	0(0,0)	7(87,5)	1(12,5)	
Çocuk	Evet	14(45,2)	15(48,4)	2(6,5)	0,269
	Hayır	57(43,8)	71(54,6)	2(1,5)	
* Sayı(Yüzde)		**Pearson ki kare analizi yapılmıştır.			

Çalıştığı kurum açısından ilk görev yerinde çalışan acil hekimlerde düşük iş doyumunu %39,4 iken ilk görev olmayan katılımcıların düşük iş doyumunu %53,8'dir (**p=0,024**) (Tablo 10). Daha önce başka birimde çalışanlarda düşük iş doyumunu %55,6 iken, başka birimde çalışmayanlarda bu oran %39,7'dir (**p=0,010**). Tıp fakültesini bitireli 10 yıl ve üzerinde olanlarda yüksek iş doyumunu %10,7 iken, 0-1 yıldır mezun olanlarda bu oran %1,8'dir (**p=0,008**). Gece-gündüz sisteminde çalışanlarda düşük iş doyumunu %14,3 iken, 24 saat usulünde çalışanlarda düşük iş doyumunu %45,5'tir (**p=0,001**). Acilde danışabileceği deneyimli hekim olanlarda düşük iş doyumunu %32,4 iken, olmayanlarda bu oran %64,4'tür (**p=0,001**).

Tablo 10. Katılımcıların Çalışma Koşulları ve Görevleri ile İş Doyum Düzeylerinin Karşılaştırılması

		İş Doyumu*			p**
		Düşük	Normal	Yüksek	
Unvan	Pratisyen	57(45,6)	66(52,8)	2(1,6)	0,222
	Uzman	7(31,8)	13(59,1)	2(9,1)	
	Asistan	7(50,0)	7(50,0)	0(0,0)	
İlk görev yeriniz mi?	Evet	43(39,4)	65(59,6)	1(0,9)	0,024
	Hayır	28(53,8)	21(40,4)	3(5,8)	
Daha önce başka birimde çalıştınız mı?	Evet	25(55,6)	17(37,8)	3(6,7)	0,010
	Hayır	46(39,7)	69(59,5)	1(0,9)	
Tıp fakültesini bitireli kaç yıl oldu?	0-1	16(28,1)	40(70,2)	1(1,8)	0,008
	1-3	27(55,1)	22(44,9)	0(0,0)	
	3-5	6(54,5)	5(45,5)	0(0,0)	
	5-10	10(62,5)	6(37,5)	0(0,0)	
	10 ve üzeri	12(42,9)	13(46,4)	3(10,7)	
Kaç yıldır acilde çalışıyorsunuz?	0-1	17(27,9)	43(70,5)	1(1,6)	0,001
	1-3	27(56,3)	21(43,8)	0(0,0)	
	3-5	8(53,3)	7(46,7)	0(0,0)	
	5-10	10(71,4)	4(28,6)	0(0,0)	
	10 ve üzeri	9(39,1)	11(47,8)	3(13,0)	
Mesai şekliniz	Gündüz-Gece	1(14,3)	4(57,1)	2(28,6)	0,001
	24 saat	70(45,5)	82(53,2)	2(1,3)	
Acilde danışabileceğiniz deneyimli hekim var mı?	Evet	33(32,4)	67(65,7)	2(2,0)	0,001
	Hayır	38(64,4)	19(32,2)	2(3,4)	
Çalışma ortamında uyumlu çalışabiliyor musunuz?	Evet	60(41,4)	81(55,9)	4(2,8)	0,104
	Hayır	11(68,8)	5(31,3)	0(0,0)	

* Sayı(Yüzde)

**Pearson ki kare analizi yapılmıştır.

Katılımcıların yaşlar ile iş doyumları arasında anlamlı bir ilişki olduğu tespit edildi (**p=0,001**)(Tablo 11). Yapılan Tamhane analizine göre düşük ve yüksek iş doyumunda yaş açısından anlamlı bir fark olduğu, ayrıca normal ve yüksek iş doyumunda yaş açısından anlamlı bir fark olduğu görüldü (**p<0,05**). Günlük

bakılan hasta sayısı ile iş doyum düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki tespit edildi (**p=0,002**). Yapılan ikili analizler sonucunda düşük ve normal iş doyumunda arasında günlük bakılan hasta sayısı açısından anlamlı farklılık olduğu tespit edildi (**p=0,002**).

Tablo 11. Katılımcıların Bazı Değişkenler ile İş Doyum Düzeylerinin Değerlendirilmesi

	İş Doyumu			p*
	Düşük (Ort±SS)	Normal (Ort±SS)	Yüksek (Ort±SS)	
Yaş	30,8±7,1	28,9±6,8	41,7±10,0	0,001
Aylık nöbet sayısı	8,2±1,4	8,0±1,2	8,7±2,0	0,551
Günlük bakılan hasta	188,8±92,3	142,9±68,9	132,5±103,1	0,002
Acildeki hekim sayısı	19,7±16,1	27,5±27,1	13,0±12,1	0,072

*Kruskal Wallis Analizi kullanılmıştır.

Katılımcıların alışkanlıkları, sosyal ve ekonomik durumları ile iş doyum düzeylerinin karşılaştırılması **Tablo 12**'de incelenmektedir. Katılımcıların ev sahibi olma durumları ile iş doyum düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir (**p=0,014**). Ev sahibi olan katılımcılarda yüksek iş doyum düzeyi ev sahibi olmayanlara göre anlamlı düzeyde daha fazladır.

Tablo 12. Katılımcıların Alışkanlıkları, Sosyal ve Ekonomik Durumları ile İş Doyum Düzeylerinin Karşılaştırılması

		İş Doyumu*			p**
		Düşük	Normal	Yüksek	
Sigara	Evet	30(42,9)	39(55,7)	1(1,4)	0,697
	Hayır	41(45,1)	47(51,6)	3(3,3)	
Alkol	Evet	28(45,9)	33(54,1)	0(0,0)	0,284
	Hayır	43(43,0)	53(53,0)	4(4,0)	
Sigara ve alkol	Evet	22(51,2)	21(48,8)	0(0,0)	0,309
	Hayır	49(41,5)	65(55,1)	4(3,4)	
Psikiyatrik ilaç kullanmanızı gerektirecek durum oldu mu?	Evet	34(50,7)	32(47,8)	1(1,5)	0,318
	Hayır	37(39,4)	54(57,4)	3(3,2)	
Ev, taşıt kredisi vs	Evet	51(43,6)	63(53,8)	3(2,6)	0,975
	Hayır	20(45,5)	23(52,3)	1(2,3)	
Ev sahibi misiniz?	Evet	17(50,0)	14(41,2)	3(8,8)	0,014
	Hayır	54(42,5)	72(56,7)	1(0,8)	
Arabanız var mı?	Evet	46(45,5)	51(50,5)	4(4,0)	0,230
	Hayır	25(41,7)	35(58,3)	0(0,0)	
* Sayı(Yüzde)		**Pearson ki kare analizi yapılmıştır.			

Araştırmamızdaki katılımcıların sözel, fiziksel ve cinsel şiddete uğrama durumları ile iş doyum düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$) (Tablo 13). Düşük iş doyum düzeylerinin şiddete uğrayanlarda, şiddete uğramayanlara göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu görülmüştür.

Tablo 13. Katılımcıların Şiddete Maruz Kalma Durumları ile İş Doyum Düzeyleri Arasındaki İlişki

		İş Doyumu*			p**
		Düşük	Normal	Yüksek	
Sözel şiddete uğradınız mı?	Evet	71(44,9)	84(53,2)	3(1,9)	0,001
	Hayır	0(0,0)	2(66,7)	1(33,3)	
Fiziksel şiddete uğradınız mı?	Evet	48(51,6)	43(46,2)	2(2,2)	0,032
	Hayır	23(33,8)	43(63,2)	2(2,9)	
Tehdit edildiniz mi?	Evet	65(47,1)	70(50,7)	3(2,2)	0,160
	Hayır	6(26,1)	16(69,6)	1(4,3)	
Cinsel şiddete uğradınız mı?	Evet	16(61,5)	10(38,5)	0(0,0)	0,041
	Hayır	55(40,7)	76(56,3)	4(3,0)	

* Sayı(Yüzde)

**Pearson ki kare analizi yapılmıştır.

Araştırmamızdaki acil hekimlerinin amir, çalışma arkadaşları, hasta ve hasta yakınları tarafından takdir edilmeleri ile iş doyum düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki saptandı (**p=0,001**)(**Tablo 14**). Takdir edilen acil hekimlerinde iş doyum düzeylerinin anlamlı bir şekilde daha yüksek olduğu tespit edildi. Acil tıp hekimi olmaktan memnun olma durumu ile iş doyum düzeyleri arasında da anlamlı bir ilişki saptandı (**p=0,001**). Acil hekimi olmaktan memnun olanlarda yüksek iş doyum düzeyi %8,5 iken kararsız veya memnun olmayanlarda yüksek iş doyum düzeyi %0,0'dır.

Tablo 14. Katılımcıların Takdir Edilme ve Memnuniyet Durumları ile İş Doyumlarının Karşılaştırılması

		İş Doyumu			p
		Düşük	Normal	Yüksek	
Amir ve çalışma arkadaşlarınız sizi takdir ediyor mu?	Evet	19(25,3)	52(69,3)	4(5,3)	0,001
	Hayır	52(60,5)	34(39,5)	0(0,0)	
Hasta-hasta yakınları sizi takdir ediliyor mu?	Evet	13(22,4)	42(72,4)	3(5,2)	0,001
	Hayır	58(56,3)	44(42,7)	1(1,0)	
Acil tıp hekimi olmaktan memnun musunuz?	Memnunum	11(23,4)	32(68,1)	4(8,5)	0,001
	Kararsızım	27(54,0)	23(46,0)	0(0,0)	
	Memnun değilim	33(51,6)	31(48,4)	0(0,0)	

4.3.2. Katılımcıların Maslach Tükenmişlik Ölçeği'nden Aldıkları Sonuçların Anket Sorularına Göre Analizi

-Duygusal Tükenme

Katılımcıların sosyodemografik özellikleri ile duygusal tükenme durumları arasındaki ilişki **Tablo 15**'te incelenmektedir. Devlet hastanesinde çalışanlar ile üniversite hastanesinde çalışanlar arasında duygusal tükenme açısından anlamlı bir ilişki olduğu tespit edildi (**p=0,034**). Devlet hastanesinde çalışanlarda yüksek düzeyde duygusal tükenme %13,7 iken üniversite hastanesinde çalışanlarda %0,0'dır.

Tablo 15. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri ile Duygusal Tükenme Düzeylerinin Karşılaştırılması

		Duygusal Tükenme*			p**
		Düşük	Orta	Yüksek	
Cinsiyet	Kadın	36(48,0)	33(44,0)	6(8,0)	0,188
	Erkek	43(50,0)	29(33,7)	14(16,3)	
Medeni Durum	Evli	21(44,7)	20(42,6)	6(12,8)	0,760
	Bekar	58(50,9)	42(36,8)	14(12,3)	
Görev yeri	Devlet Hastanesi	67(45,9)	59(40,4)	20(13,7)	0,034
	Üniversite Hastanesi	12(80,0)	3(20,0)	0(0,0)	
Aylık Gelir	5-10 bin	54(52,9)	35(34,3)	13(12,7)	0,135
	10-15bin	18(39,1)	23(50,0)	5(10,9)	
	15-20 bin	3(60,0)	0(0,0)	2(40,0)	
	20 bin ve üzeri	4(50,0)	4(50,0)	0(0,0)	
Çocuk	Evet	12(38,7)	15(48,4)	4(12,9)	0,403
	Hayır	67(51,5)	47(37,2)	16(12,3)	

* Sayı(Yüzde)

**Pearson ki kare analizi yapılmıştır.

Acil hekimlerinin tıp fakültesinden mezun olma süreleri ve acilde çalışma süreleri ile duygusal tükenme arasından anlamlı bir ilişki bulunmuştur (**p<0,05**) (**Tablo 16**). Tıp fakültesinden 10 ve daha fazla yıldır mezun olanlarda ve acilde

çalışma süresi 10 ve daha fazla yıl olanlarda yüksek düzeyde duygusal tükenme diğerlerine göre daha fazladır. Ayrıca çalışma ortamı uyumlu olmayanlarda yüksek düzeyde duygusal tükenme %50,0 iken, çalışma ortamı uyumlu olanlarda bu oran anlamlı düzeyde düşük olup %8,3'tür (**p=0,001**).

Tablo 16. Katılımcıların Çalışma Koşulları ve Görevleri ile Duygusal Tükenme Düzeylerinin Karşılaştırılması

		Duygusal Tükenme*			p**
		Düşük	Normal	Yüksek	
Unvan	Pratisyen	60(48,0)	46(36,8)	19(15,2)	0,057
	Uzman	9(40,9)	13(59,1)	0(0,0)	
	Asistan	10(71,4)	3(21,4)	1(7,1)	
İlk görev yeriniz mi?	Evet	56(51,4)	39(35,8)	14(12,8)	0,586
	Hayır	23(44,2)	23(44,2)	6(11,5)	
Daha önce başka birimde çalıştınız mı?	Evet	20(44,4)	19(42,2)	6(13,3)	0,764
	Hayır	59(50,9)	43(37,1)	14(12,1)	
Tıp fakültesini bitireli kaç yıl oldu?	0-1	39(68,4)	13(22,8)	5(8,8)	0,007
	1-3	17(34,7)	23(46,9)	9(18,4)	
	3-5	6(54,5)	5(44,5)	0(0,0)	
	5-10	8(50,0)	8(50,0)	0(0,0)	
	10 ve üzeri	9(32,1)	13(46,4)	6(21,4)	
Kaç yıldır acilde çalışıyorsunuz?	0-1	40(65,7)	14(32,0)	7(11,5)	0,020
	1-3	17(35,4)	23(47,9)	8(16,7)	
	3-5	9(60,0)	6(40,0)	0(0,0)	
	5-10	4(28,6)	9(64,3)	1(7,1)	
	10 ve üzeri	9(39,1)	10(43,5)	4(17,4)	
Mesai şekliniz	Gündüz-Gece	4(57,1)	2(28,6)	1(14,3)	0,858
	24 saat	75(48,7)	60(39,0)	19(12,3)	
Acilde danışabileceğiniz deneyimli hekim var mı?	Evet	52(51,0)	40(39,2)	10(9,8)	0,411
	Hayır	27(45,8)	22(37,3)	10(16,9)	
Çalışma ortamında uyumlu çalışabiliyor musunuz?	Evet	78(53,8)	55(37,9)	12(8,3)	0,001
	Hayır	1(6,2)	7(43,8)	8(50,0)	

* Sayı(Yüzde)

**Pearson ki kare analizi yapılmıştır.

Aylık tutulan nöbet sayısı, günlük bakılan hasta sayısı ile acil hekimlerinin duygusal tükenme durumları arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p<0,05$)(**Tablo 17**). Yapılan post-hoc analizleri sonucunda orta düzeyde duygusal tükenme olanlarda aylık ortalama tutulan nöbet sayısının düşük düzeyde duygusal tükenme olanlara göre anlamlı düzeyde daha fazla olduğu tespit edildi. Ayrıca yüksek düzeyde duygusal tükenme olanlarda günlük bakılan hasta sayısının orta ve düşük düzeyde duygusal tükenmesi olanlara göre anlamlı düzeyde daha fazla olduğu görüldü.

Tablo 17. Katılımcıların Bazı Değişkenler ile Duygusal Tükenme Düzeylerinin Değerlendirilmesi

	Duygusal Tükenme			p*
	Düşük (Ort±SS)	Orta (Ort±SS)	Yüksek (Ort±SS)	
Yaş	29,1±6,9	31,0±7,5	30,9±8,5	0,226
Aylık nöbet sayısı	7,8±1,1	8,4±1,5	8,3±1,3	0,022
Günlük bakılan hasta	147,9±81,9	162,1±60,6	224,5±120,5	0,007
Acildeki hekim sayısı	23,2±23,0	20,7±18,4	34,5±31,3	0,185

*Kruskal Wallis analizi kullanıldı.

Katılımcıların sosyal ve ekonomik durumları ile duygusal tükenme düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki görülmemiştir ($p>0,05$)(**Tablo 18**).

Tablo 18. Katılımcıların Alışkanlıkları, Sosyal ve Ekonomik Durumları ile Duygusal Tükenme Düzeylerinin Karşılaştırılması

		Duygusal Tükenme*			p**
		Düşük	Orta	Yüksek	
Sigara	Evet	29(41,4)	31(44,3)	10(14,3)	0,235
	Hayır	50(54,9)	31(34,1)	10(11,0)	
Alkol	Evet	27(44,3)	25(41,0)	9(14,8)	0,592
	Hayır	52(52,0)	37(37,0)	11(11,0)	
Sigara ve alkol	Evet	16(37,2)	19(44,2)	8(18,6)	0,137
	Hayır	63(53,4)	43(36,4)	12(10,2)	
Psikiyatrik ilaç kullanmanızı gerektirecek durum oldu mu?	Evet	30(44,8)	29(43,3)	8(11,9)	0,568
	Hayır	49(52,1)	33(35,1)	12(12,8)	
Ev, taşıt kredisi vs	Evet	60(51,3)	47(40,2)	10(8,5)	0,052
	Hayır	19(43,2)	15(34,1)	10(22,7)	
Ev sahibi misiniz?	Evet	12(35,3)	17(50,0)	5(14,7)	0,190
	Hayır	67(52,8)	45(35,4)	15(11,8)	
Arabanız var mı?	Evet	45(44,6)	45(44,6)	11(10,9)	0,122
	Hayır	34(56,7)	17(28,3)	9(15,0)	

* Sayı(Yüzde)

**Pearson ki kare analizi yapılmıştır.

Katılımcıların şiddete uğrama durumları duygusal tükenme düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir ($p>0,05$)(**Tablo 19**).

Tablo 19. Katılımcıların Şiddete Maruz Kalma Durumları ile Duygusal Tükenme Düzeyleri Arasındaki İlişki

		Duygusal Tükenme			p
		Düşük	Orta	Yüksek	
Sözel şiddete uğradınız mı?	Evet	76(48,1)	62(39,2)	20(12,7)	0,205
	Hayır	3(100,0)	0(0,0)	0(0,0)	
Fiziksel şiddete uğradınız mı?	Evet	40(43,0)	42(45,2)	11(11,8)	0,120
	Hayır	39(57,4)	20(29,4)	9(13,2)	
Tehdit edildiniz mi?	Evet	66(47,8)	56(40,6)	16(11,6)	0,384
	Hayır	13(56,5)	6(26,1)	4(17,4)	
Cinsel şiddete uğradınız mı?	Evet	14(53,8)	9(34,6)	3(11,5)	0,867
	Hayır	65(48,1)	53(39,3)	17(12,6)	

Araştırmamızdaki acil hekimlerinin amir, çalışma arkadaşları, hasta ve hasta yakınları tarafından takdir edilmeleri ile duygusal tükenme düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki görülmüştür ($p<0,05$)(**Tablo 20**). Takdir edilenlerde yüksek düzeyde duygusal tükenme daha az, düşük düzeyde duygusal tükenmenin daha fazla olduğu görülmektedir. Ayrıca acil tıp hekimi olmaktan memnun olmayanlarda duygusal tükenmenin anlamlı düzeyde daha fazla olduğu tespit edilmiştir ($p=0,001$).

Tablo 20. Katılımcıların Takdir Edilme ve Memnuniyet Durumları ile Duygusal Tükenme Düzeylerinin Karşılaştırılması

		Duygusal Tükenme*			p**
		Düşük	Orta	Yüksek	
Amir ve çalışma arkadaşlarınız sizi takdir ediyor mu?	Evet	46(61,3)	23(30,7)	6(8,0)	0,012
	Hayır	33(38,7)	39(45,3)	14(16,3)	
Hasta-hasta yakınları sizi takdir ediliyor mu?	Evet	45(77,6)	10(17,2)	3(5,2)	0,001
	Hayır	34(33,0)	52(50,5)	17(16,5)	
Acil tıp hekimi olmaktan memnun musunuz?	Memnunum	35(74,5)	11(23,4)	1(2,1)	0,001
	Kararsızım	26(52,0)	23(46,0)	1(2,0)	
	Memnun değilim	18(28,1)	28(43,8)	18(28,1)	
* Sayı(Yüzde)		**Pearson ki kare analizi yapılmıştır.			

-Duyarsızlaşma

Katılımcıların sosyodemografik özellikleri ile duyarsızlaşma alt ölçeğinden aldıklarının puanların karşılaştırılması **Tablo 21**'de incelenmektedir.

Tablo 21. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri ile Duyarsızlaşma Düzeylerinin Karşılaştırılması

		Duyarsızlaşma*			p**
		Düşük	Orta	Yüksek	
Cinsiyet	Kadın	32(42,7)	23(30,7)	20(26,7)	0,327
	Erkek	46(53,5)	24(27,9)	16(18,6)	
Medeni Durum	Evli	29(61,7)	8(17,0)	10(21,3)	0,055
	Bekar	49(43,0)	39(34,2)	26(22,8)	
Görev yeri	Devlet Hastanesi	67(45,9)	44(30,1)	35(24,0)	0,136
	Üniversite Hastanesi	11(73,3)	3(20,0)	1(6,7)	
Aylık Gelir	5-10 bin	45(44,1)	32(31,4)	25(24,5)	0,636
	10-15bin	24(52,2)	13(28,3)	9(19,6)	
	15-20 bin	4(80,0)	0(0,0)	1(20,0)	
	20 bin ve üzeri	5(62,5)	2(25,0)	1(12,5)	
Çocuk	Evet	21(67,7)	6(19,4)	4(12,9)	0,056
	Hayır	57(43,8)	41(35,1)	32(24,6)	
* Sayı(Yüzde)		**Pearson ki kare analizi yapılmıştır.			

Katılımcıları tıp fakültesinden mezun olma süreleri ve acilde çalışma süreleri ile duyarsızlaşma düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki görüldü ($p<0,05$)(Tablo 22). Mesai şekli ile duyarsızlaşma düzeyi arasında anlamlı bir ilişki olduğu tespit edildi ($p=0,020$). Ayrıca çalışma ortamında uyumlu çalışamayanlarda yüksek düzeyde duyarsızlaşmanın uyumlu çalışanlara göre anlamlı düzeyde daha fazla olduğu tespit edildi ($p=0,001$).

Tablo 22. Katılımcıların Çalışma Koşulları ve Görevleri ile Duyarsızlaşma Düzeylerinin Karşılaştırılması

		Duyarsızlaşma*			p**
		Düşük	Orta	Yüksek	
Unvan	Pratisyen	55(44,0)	40(32,0)	30(24,0)	0,223
	Uzman	13(59,1)	4(18,2)	5(22,7)	
	Asistan	10(71,4)	3(21,5)	1(7,1)	
İlk görev yeriniz mi?	Evet	48(44,0)	36(33,0)	25(22,9)	0,212
	Hayır	30(57,7)	11(22,2)	11(22,2)	
Daha önce başka birimde çalıştınız mı?	Evet	25(55,6)	9(20,0)	11(24,4)	0,275
	Hayır	53(45,7)	38(32,8)	25(21,6)	
Tıp fakültesini bitireli kaç yıl oldu?	0-1	33(57,9)	17(29,8)	7(12,3)	0,016
	1-3	15(30,6)	18(36,7)	16(32,7)	
	3-5	5(45,5)	3(27,3)	3(27,3)	
	5-10	5(31,2)	6(37,5)	5(31,2)	
	10 ve üzeri	20(71,4)	3(10,7)	5(17,9)	
Kaç yıldır acilde çalışıyorsunuz?	0-1	35(57,4)	19(31,1)	7(11,5)	0,049
	1-3	15(31,2)	17(35,4)	16(33,3)	
	3-5	7(46,7)	4(26,7)	4(26,7)	
	5-10	6(42,9)	4(28,6)	4(28,6)	
	10 ve üzeri	15(65,2)	3(13,0)	5(21,7)	
Mesai şekliniz	Gündüz-Gece	7(100,0)	0(0,0)	0(0,0)	0,020
	24 saat	71(46,1)	47(30,5)	36(23,4)	
Acilde danışabileceğiniz deneyimli hekim var mı?	Evet	57(55,9)	25(24,5)	20(19,6)	0,045
	Hayır	21(35,6)	22(37,3)	16(27,1)	
Çalışma ortamında uyumlu çalışabiliyor musunuz?	Evet	77(53,1)	44(30,3)	24(16,6)	0,001
	Hayır	1(6,2)	3(18,8)	12(75,0)	
* Sayı(Yüzde)		**Pearson ki kare analizi yapılmıştır.			

Araştırmamızdaki acil hekimler duyarsızlaşma düzeyi ile günde bakılan hasta sayısı arasında anlamlı bir ilişki olduğu görüldü (**p=0,011**)(Tablo 23). Yapılan Tamhane analizi sonucunda yüksek düzeyde duyarsızlaşması olan acil hekimlerinin diğerlerine göre anlamlı düzeyde daha fazla hasta baktığı tespit edildi.

Tablo 23. Katılımcıların Bazı Değişkenler ile Duyarsızlaşma Düzeylerinin Değerlendirilmesi

	Duyarsızlaşma			P*
	Düşük (Ort±SS)	Orta (Ort±SS)	Yüksek (Ort±SS)	
Yaş	31,4±8,6	28,5±5,5	29,2±6,0	0,585
Aylık nöbet sayısı	8,3±1,5	7,9±1,3	7,9±1,0	0,330
Günlük bakılan hasta	160,3±86,7	141,4±61,1	196,5±93,1	0,011
Acildeki hekim sayısı	23,0±22,1	21,1±18,5	28,0±27,9	0,299

*Kruskal Wallis analizi kullanıldı.

Katılımcılarda alkol kullanımı ile duyarsızlaşma düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki olduğu tespit edildi (**p=0,002**)(**Tablo 24**). Alkol kullananlarda orta ve yüksek düzeyde duyarsızlaşmanın alkol kullanmayanlara göre daha fazla olduğu görüldü.

Tablo 24. Katılımcıların Alışkanlıkları, Sosyal ve Ekonomik Durumları ile Duyarsızlaşma Düzeylerinin Karşılaştırılması

		Duyarsızlaşma*			p**
		Düşük	Orta	Yüksek	
Sigara	Evet	31(44,3)	24(34,3)	15(21,4)	0,451
	Hayır	47(51,6)	23(25,3)	21(23,1)	
Alkol	Evet	19(31,1)	26(42,6)	16(26,2)	0,002
	Hayır	59(59,0)	21(21,0)	20(20,0)	
Sigara ve alkol	Evet	15(34,9)	16(37,2)	12(27,9)	0,115
	Hayır	63(53,4)	31(26,3)	24(20,3)	
Psikiyatrik ilaç kullanmanızı gerektirecek durum oldu mu?	Evet	28(41,8)	21(31,3)	18(26,9)	0,321
	Hayır	50(53,2)	26(27,7)	18(19,1)	
Ev, taşıt kredisi vs	Evet	54(46,2)	35(29,9)	28(23,9)	0,602
	Hayır	24(54,5)	12(27,3)	8(18,2)	
Ev sahibi misiniz?	Evet	21(61,8)	6(17,6)	7(20,6)	0,165
	Hayır	57(44,9)	41(32,3)	29(22,8)	
Arabanız var mı?	Evet	45(44,6)	30(29,7)	26(25,7)	0,323
	Hayır	33(55,0)	17(28,3)	10(16,7)	

* Sayı(Yüzde)

**Pearson ki kare analizi yapılmıştır.

Katılımcıların şiddete uğrama durumları ile duyarsızlaşma düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki görülmedi ($p>0,05$)(**Tablo 25**).

Tablo 25. Katılımcıların Şiddete Maruz Kalma Durumları ile Duyarsızlaşma Düzeyleri Arasındaki İlişki

		Duyarsızlaşma*			p**
		Düşük	Orta	Yüksek	
Sözel şiddete uğradınız mı?	Evet	75(47,5)	47(29,7)	36(22,8)	0,197
	Hayır	3(100,0)	0(0,0)	0(0,0)	
Fiziksel şiddete uğradınız mı?	Evet	42(45,2)	28(30,1)	23(24,7)	0,575
	Hayır	36(52,9)	19(27,9)	13(19,1)	
Tehdit edildiniz mi?	Evet	63(45,7)	42(30,4)	33(23,9)	0,211
	Hayır	15(65,2)	5(21,7)	3(13,0)	
Cinsel şiddete uğradınız mı?	Evet	15(57,7)	6(23,1)	5(19,2)	0,583
	Hayır	63(46,7)	41(30,4)	31(23,0)	

* Sayı(Yüzde)

**Pearson ki kare analizi yapılmıştır.

Katılımcıların takdir edilme durumları ve acil hekimi olmaktan memnuniyet durumları ile duyarsızlaşma düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki olduğu tespit edildi ($p<0,05$)(**Tablo 26**).Takdir edilen ve acil hekimi olmaktan memnun olan hekimlerde duyarsızlaşma düzeyinin düşük olduğu görülmektedir.

Tablo 26. Katılımcıların Takdir Edilme ve Memnuniyet Durumları ile Duyarsızlaşma Düzeylerinin Karşılaştırılması

		Duyarsızlaşma*			p**
		Düşük	Orta	Yüksek	
Amir ve çalışma arkadaşlarınız sizi takdir ediyor mu?	Evet	43(57,3)	21(28,0)	11(14,7)	0,048
	Hayır	35(40,7)	26(30,2)	25(29,1)	
Hasta-hasta yakınları sizi takdir ediliyor mu?	Evet	42(72,4)	12(20,7)	4(6,9)	0,001
	Hayır	36(35,0)	35(34,0)	32(31,0)	
Acil tıp hekimi olmaktan memnun musunuz?	Memnunum	32(68,1)	11(23,4)	4(8,5)	0,011
	Kararsızım	23(46,0)	15(30,0)	12(24,0)	
	Memnun değil	23(35,9)	21(32,8)	20(31,2)	

-Kişisel Başarı

Araştırmamıza katılan acil hekimlerinde düşük düzeyde kişisel başarı görülmemiştir.

Araştırmamızdaki kadın acil hekimlerinde yüksek düzeyde kişisel başarının anlamlı düzeyde erkeklere göre daha fazla olduğu tespit edildi (**p=0,004**)(Tablo 27). Ayrıca gelir düzeyi ile kişisel başarı arasında anlamlı bir ilişki tespit edildi (**p=0,006**).

Tablo 27. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri ile Kişisel Başarı Düzeylerinin Karşılaştırılması

		Kişisel Başarı*		p**
		Orta	Yüksek	
Cinsiyet	Kadın	0(0,0)	75(100,0)	0,004
	Erkek	9(10,5)	77(87,5)	
Medeni Durum	Evli	2(4,3)	45(95,7)	0,221
	Bekar	6(5,5)	104(94,5)	
	Boşanmış	1(25,0)	3(75,0)	
Görev yeri	Devlet Hastanesi	8(5,5)	138(94,5)	0,849
	Üniversite Hastanesi	1(6,7)	14(93,3)	
Aylık Gelir	5-10 bin	4(3,9)	98(96,1)	0,006
	10-15bin	2(4,3)	44(95,7)	
	15-20 bin	2(40,0)	3(60,0)	
	20 bin ve üzeri	1(12,5)	7(87,5)	
Çocuk	Evet	1(3,2)	30(96,8)	0,524
	Hayır	8(6,2)	122(93,8)	

* Sayı(Yüzde)

**Pearson ki kare analizi yapılmıştır.

Katılımcıların tıp fakültesinden mezun olma ve acilde çalışma süreleri ile kişisel başarı düzeyleri arasından anlamlı bir ilişki tespit edildi (**p<0,05**)(Tablo 28).

Tablo 28. Katılımcıların Çalışma Koşulları ve Görevleri ile Kişisel Başarı Düzeylerinin Karşılaştırılması

		Kişisel Başarı*		p**
		Orta	Yüksek	
Unvan	Pratisyen	6(4,8)	119(95,2)	0,697
	Uzman	2(9,1)	20(90,9)	
	Asistan	1(7,1)	13(92,9)	
İlk görev yeriniz mi?	Evet	4(3,7)	105(96,3)	0,125
	Hayır	5(9,6)	47(90,4)	
Daha önce başka birimde çalıştınız mı?	Evet	5(11,1)	40(88,9)	0,058
	Hayır	4(3,4)	112(96,6)	
Tıp fakültesini bitireli kaç yıl oldu?	0-1	4(7,0)	53(93,0)	0,037
	1-3	0(0,0)	49(100,0)	
	3-5	2(18,2)	9(81,8)	
	5-10	0(0,0)	16(100,0)	
	10 ve üzeri	3(10,7)	25(89,3)	
Kaç yıldır acilde çalışıyorsunuz?	0-1	4(6,6)	57(93,4)	0,050
	1-3	0(0,0)	48(100,0)	
	3-5	2(13,3)	13(86,7)	
	5-10	0(0,0)	14(100,0)	
	10 ve üzeri	3(13,0)	20(87,0)	
Mesai şekliniz	Gündüz-Gece	1(14,3)	6(85,7)	0,306
	24 saat	8(5,2)	146(94,8)	
Acilde danışabileceğiniz deneyimli hekim var mı?	Evet	5(4,9)	97(95,1)	0,617
	Hayır	4(6,8)	55(93,2)	
Çalışma ortamında uyumlu çalışabiliyor musunuz?	Evet	9(6,2)	136(93,8)	0,305
	Hayır	0(0,0)	16(100,0)	

* Sayı(Yüzde)

**Pearson ki kare analizi yapılmıştır.

Katılımcıların yaş, aylık nöbet sayısı, günlük bakılan hasta sayısı ve acildeki hekim sayısı ile kişisel başarı düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki görülmemiştir ($p>0,05$)(Tablo 29).

Tablo 29. Katılımcıların Bazı Değişkenler ile Kişisel Başarı Düzeylerinin Değerlendirilmesi

	Kişisel Başarı		p*
	Orta (Ort±SS)	Yüksek (Ort±SS)	
Yaş	34,5±11,6	29,8±7,0	0,281
Aylık nöbet sayısı	8,5±1,7	8,1±1,3	0,570
Günlük bakılan hasta	167,2±80,1	162,6±80,0	0,738
Acildeki hekim sayısı	25,7±16,1	23,5±23,1	0,323

*Mann Whitney U testi kullanılmıştır.

Arabası olmayan katılımcılarda yüksek kişisel başarı düzeyinin anlamlı düzeyde daha fazla olduğu tespit edildi (**p=0,003**)(Tablo 30).

Tablo 30. Katılımcıların Alışkanlıkları, Sosyal ve Ekonomik Durumları ile Kişisel Başarı Düzeylerinin Karşılaştırılması

		Kişisel Başarı*		p**
		Orta	Yüksek	
Sigara	Evet	3(4,3)	67(95,7)	0,527
	Hayır	6(6,6)	85(93,4)	
Alkol	Evet	3(4,9)	58(95,1)	0,772
	Hayır	6(6,0)	94(94,0)	
Sigara ve alkol	Evet	2(4,7)	41(95,3)	0,754
	Hayır	7(5,9)	111(94,1)	
Psikiyatrik ilaç kullanmanızı gerektirecek durum oldu mu?	Evet	2(3,0)	65(97,0)	0,224
	Hayır	7(7,4)	87(92,6)	
Ev, taşıt kredisi vs	Evet	7(6,0)	110(94,0)	0,723
	Hayır	2(4,5)	42(95,5)	
Ev sahibi misiniz?	Evet	3(8,8)	31(91,2)	0,355
	Hayır	6(4,7)	121(95,3)	
Arabanız var mı?	Evet	9(8,9)	92(91,1)	0,003
	Hayır	0(0,0)	60(100,0)	

* Sayı(Yüzde)

**Pearson ki kare analizi yapılmıştır.

Fiziksel şiddete uğrayan katılımcılarda yüksek düzeyde kişisel başarının fiziksel şiddete uğramayanlara göre anlamlı düzeyde daha fazla olduğu tespit edildi ($p=0,026$) (Tablo 31).

Tablo 31. Katılımcıların Şiddete Maruz Kalma Durumları ile Kişisel Başarı Düzeyleri Arasındaki İlişki

		Kişisel Başarı*		p**
		Orta	Yüksek	
Sözel şiddete uğradınız mı?	Evet	9(5,7)	149(94,3)	0,671
	Hayır	0(0,0)	3(100,0)	
Fiziksel şiddete uğradınız mı?	Evet	2(2,2)	91(97,8)	0,026
	Hayır	7(10,3)	61(89,7)	
Tehdit edildiniz mi?	Evet	8(5,8)	130(94,2)	0,779
	Hayır	1(4,3)	22(95,7)	
Cinsel şiddete uğradınız mı?	Evet	0(0,0)	26(100)	0,175
	Hayır	9(6,7)	126(93,3)	
* Sayı(Yüzde)		**Pearson ki kare analizi yapılmıştır.		

Hasta ve hasta yakını tarafından takdir edilen ve acil tıp hekimi olmaktan memnun olan acil hekimlerinde yüksek düzeyde kişisel başarının anlamlı bir şekilde daha fazla olduğu tespit edildi ($p<0,05$)(Tablo 32).

Tablo 32. Katılımcıların Takdir Edilme ve Memnuniyet Durumları ile Kişisel Başarı Düzeylerinin Karşılaştırılması

		Kişisel Başarı*		p**
		Orta	Yüksek	
Amir ve çalışma arkadaşlarınız sizi takdir ediyor mu?	Evet	7(9,3)	68(90,7)	0,054
	Hayır	2(2,3)	84(97,7)	
Hasta-hasta yakınları sizi takdir ediliyor mu?	Evet	7(12,1)	51(87,9)	0,007
	Hayır	2(1,9)	101(98,1)	
Acil tıp hekimi olmaktan memnun musunuz?	Memnunum	8(17,0)	39(83,0)	0,001
	Kararsızım	1(2,0)	49(98,0)	
	Memnun değilim	0(0,0)	64(100,0)	
* Sayı(Yüzde)		**Pearson ki kare analizi yapılmıştır.		

4.3.3. Katılımcıları Beck Depresyon Envanteri'nden Aldıkları Sonuçların Anket Sorularına Göre Analizi

Beck depresyon envanterine göre cinsiyet ile depresyon şiddeti arasından anlamlı bir ilişki tespit edildi ($p=0,015$)(Tablo 33). Erkeklerde şiddetli depresyon %12,8 iken kadınlarda bu oran %5,3'tür. Kadınlarda ise orta düzeyde depresyonun erkeklerden daha fazla olduğu dikkat çekmektedir. Diğer değişkenler ile depresyon şiddeti arasında anlamlı bir ilişki görülmedi.

Tablo 33. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri ile Depresyon Düzeylerinin Karşılaştırılması

		Depresyon Düzeyi*				p**
		Minimal	Hafif	Orta	Şiddetli	
Cinsiyet	Kadın	16(21,3)	16(21,3)	39(52,0)	4(5,3)	0,015
	Erkek	25(29,1)	26(30,2)	24(27,9)	11(12,8)	
Medeni Durum	Evli	12(25,5)	11(23,4)	21(44,7)	3(6,4)	0,745
	Bekar	29(26,4)	31(27,3)	42(36,4)	12(10,0)	
Görev yeri	Devlet Hastanesi	36(24,7)	36(24,7)	59(40,4)	15(10,3)	0,281
	Üniversite Hastanesi	5(33,3)	6(40,0)	4(26,7)	0(0,0)	
Aylık Gelir	5-10 bin	30(29,4)	22(21,6)	39(38,2)	11(10,8)	0,429
	10-15bin	8(17,4)	17(37,0)	18(39,1)	3(6,5)	
	15-20 bin	2(40,0)	0(0,0)	3(60,0)	0(0,0)	
	20 bin ve üzeri	1(12,5)	3(37,5)	3(37,5)	1(12,5)	
Çocuk	Evet	5(16,1)	6(19,4)	16(51,6)	4(12,9)	0,257
	Hayır	36(27,7)	36(27,7)	47(36,2)	11(8,5)	
* Sayı(Yüzde)		**Pearson ki kare analizi yapılmıştır.				

Katılımcıların tıp fakültesinden mezun olma süresi ve acilde çalışma süreleri ile depresyon düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki olduğu görüldü ($p<0,05$)(**Tablo 34**). 10 ve daha fazla süredir tıp fakültesinden mezun olanlarda ve acilde çalışanlarda şiddetli depresyon düzeyleri diğerlerine göre daha fazla olduğu görüldü. Çalışma ortamında uyumlu çalışanlarda şiddetli depresyon düzeyi %6,9 iken uyumlu çalışmayanlarda %31,2'dir ($p=0,004$).

Tablo 34. Katılımcıların Çalışma Koşulları ve Görevleri ile Depresyon Düzeylerinin Karşılaştırılması

		Depresyon Düzeyi*				p**
		Minimal	Hafif	Orta	Şiddetli	
Unvan	Pratisyen	29(23,2)	31(24,8)	52(41,6)	13(10,4)	0,452
	Uzman	9(40,9)	5(22,7)	7(31,8)	1(4,5)	
	Asistan	3(21,4)	6(42,9)	4(28,6)	1(7,1)	
İlk görev yeriniz mi?	Evet	27(24,8)	29(26,6)	42(38,5)	11(10,1)	0,951
	Hayır	14(26,9)	13(25,0)	21(40,4)	4(7,7)	
Daha önce başka birimde çalıştınız mı?	Evet	12(26,7)	11(24,4)	17(37,8)	5(11,1)	0,952
	Hayır	29(25,0)	31(26,7)	46(39,7)	10(8,6)	
Tıp fakültesini bitireli kaç yıl oldu?	0-1	24(42,1)	14(24,6)	16(28,1)	3(5,3)	0,003
	1-3	3(6,1)	17(34,7)	22(44,9)	7(14,3)	
	3-5	4(36,4)	3(27,3)	4(36,4)	0(0,0)	
	5-10	6(37,5)	4(25,0)	6(37,5)	0(0,0)	
	10 ve üzeri	4(14,3)	4(14,3)	15(53,6)	5(17,9)	
Kaç yıldır acilde çalışıyorsunuz?	0-1	25(41,0)	14(23,0)	17(27,9)	5(8,2)	0,024
	1-3	3(6,2)	17(35,4)	22(45,8)	6(12,5)	
	3-5	4(26,7)	5(33,3)	6(40,0)	0(0,0)	
	5-10	5(35,7)	2(14,3)	6(42,9)	1(7,1)	
	10 ve üzeri	4(17,4)	4(17,4)	12(52,2)	3(13,0)	
Mesai şekliniz	Gündüz-Gece	3(42,9)	2(28,6)	2(28,6)	0(0,0)	0,620
	24 saat	38(24,7)	40(26,0)	61(39,6)	15(9,7)	
Acilde danışabileceğiniz deneyimli hekim var mı?	Evet	24(23,5)	29(28,4)	43(42,2)	6(5,9)	0,160
	Hayır	17(28,8)	13(22,0)	20(33,9)	9(15,3)	
Çalışma ortamında uyumlu çalışabiliyor musunuz?	Evet	40(27,6)	40(27,6)	55(37,9)	10(6,9)	0,004
	Hayır	1(6,2)	2(12,5)	8(50,0)	5(31,2)	

* Sayı(Yüzde)

**Pearson ki kare analizi yapılmıştır.

Araştırmamızdaki acile hekimlerinin depresyon düzeylerinin yaş, aylık nöbet sayısı, günlük bakılan hasta sayısı ve acilde çalışan hekim sayısı ile anlamlı bir ilişkisi olmadığı tespit edildi ($p>0,05$)(**Tablo 35**).

Tablo 35. Katılımcıların Bazı Değişkenler ile Depresyon Düzeylerinin Değerlendirilmesi

		Depresyon Düzeyi				p*
		Minimal (Ort±SS)	Hafif (Ort±SS)	Orta (Ort±SS)	Şiddetli (Ort±SS)	
Yaş		29,1±6,1	29,0±6,8	31,0±7,9	30,1±7,3	0,462
Aylık nöbet sayısı		7,9±1,1	8,2±1,2	8,1±1,4	8,6±1,8	0,652
Günlük bakılan hasta		149,3±78,2	140,6±60,0	177,9±80,7	199,3±135,6	0,058
Acildeki hekim sayısı		21,6±18,1	25,7±23,2	22,7±24,4	26,8±26,0	0,537

*Kruskal Wallis analizi kullanıldı.

Katılımcıların sosyal ve ekonomik durumları ile depresyon düzeyleri arasındaki ilişki **Tablo 36**'da incelenmektedir. Sigara ile depresyon düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki olduğu görüldü ($p=0,005$). Sigara içenlerde orta ve şiddetli depresyon düzeyleri sigara içmeyenlere göre daha fazladır. Diğer değişkenler ile depresyon düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki görülmedi ($p>0,05$).

Tablo 36. Katılımcıların Alışkanlıkları, Sosyal ve Ekonomik Durumları ile Depresyon Düzeylerinin Karşılaştırılması

		Depresyon Düzeyi*				p**
		Minimal	Hafif	Orta	Şiddetli	
Sigara	Evet	8(11,4)	21(30,0)	33(47,1)	8(11,4)	0,005
	Hayır	33(36,3)	21(23,1)	30(33,0)	7(7,7)	
Alkol	Evet	13(21,3)	20(32,8)	25(41,0)	3(4,9)	0,214
	Hayır	28(28,0)	22(22,0)	38(38,0)	12(12,0)	
Sigara ve alkol	Evet	6(14,0)	14(32,6)	20(46,5)	3(7,0)	0,161
	Hayır	35(29,7)	28(23,7)	43(36,4)	12(10,2)	
Psikiyatrik ilaç kullanmanızı gerektirecek oldu mu?	Evet	10(14,9)	20(29,9)	30(44,8)	7(10,4)	0,081
	Hayır	31(33,0)	22(23,4)	33(35,1)	8(8,5)	
Ev, taşıt kredisi vs	Evet	34(29,1)	30(25,6)	44(37,6)	9(7,7)	0,299
	Hayır	7(15,9)	12(27,3)	19(43,2)	6(13,6)	
Ev sahibi misiniz?	Evet	7(20,6)	8(23,5)	17(50,0)	2(5,9)	0,502
	Hayır	34(26,8)	34(26,8)	46(36,2)	13(10,2)	
Arabanız var mı?	Evet	24(23,8)	28(27,7)	40(39,6)	9(8,9)	0,885
	Hayır	17(28,3)	14(23,3)	23(38,3)	6(10,0)	

* Sayı(Yüzde)

**Pearson ki kare analizi yapılmıştır.

Araştırmamızdaki katılımcılar arasında sözel şiddete uğrayanlarda hafif, Orta veya şiddetli depresyon düzeyi %75,9 iken sözel şiddete uğramayanlarda bu oran %0,0'dır (**p=0,003**)(**Tablo 37**). Fiziksel şiddete uğrayanlarda, tehdit edilenlerde ve cinsel şiddete uğrayanlarda şiddetli depresyon düzeyleri daha fazla olmasına rağmen anlamlı bir ilişki görülmedi ($p>0,05$).

Tablo 37. Katılımcıların Şiddete Maruz Kalma Durumları ile Depresyon Düzeyleri Arasındaki İlişki

			Depresyon Düzeyi				p
			Minimal	Hafif	Orta	Şiddetli	
Sözel	şiddete	Evet	38(24,1)	42(26,6)	63(39,9)	15(9,5)	0,003
		Hayır	3(100,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	
Fiziksel	şiddete	Evet	23(24,7)	26(28,0)	34(36,6)	10(10,8)	0,753
		Hayır	18(26,5)	16(23,5)	29(42,6)	5(7,4)	
Tehdit edildiniz mi?		Evet	34(24,6)	34(24,6)	57(41,3)	13(9,4)	0,529
		Hayır	7(30,4)	8(34,8)	6(26,1)	2(8,7)	
Cinsel	şiddete	Evet	8(30,8)	6(23,1)	8(30,8)	4(15,4)	0,526
		Hayır	33(24,4)	36(26,7)	55(40,7)	11(8,1)	

Araştırmamızdaki acil hekimlerinin amirleri, çalışma arkadaşları, hasta ve hasta yakınları tarafından takdir edilmeleri ile depresyon düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki tespit edildi (**p=0,001**)(**Tablo 38**). Takdir edilmeyen acil hekimlerinde şiddetli ve orta düzey depresyon oranlarının takdir edilenlere göre daha fazla olduğu görüldü. Ayrıca acil hekimi olmaktan memnun olanlarda şiddetli depresyon düzeyi %2,1 iken, memnun olmayanlarda şiddetli depresyon düzeyi %20,3'tür (**p=0,001**).

Tablo 38. Katılımcıların Takdir Edilme ve Memnuniyet Durumları ile Duygusal Tükenme Düzeylerinin Karşılaştırılması

			Depresyon Düzeyi*				p**
			Minimal	Hafif	Orta	Şiddetli	
Amiriniz sizi takdir ediyor mu?	Evet		29(38,7)	21(28,0)	22(29,3)	3(4,0)	0,001
	Hayır		12(14,0)	21(24,4)	41(47,7)	12(14,0)	
Hasta-hasta yakınları sizi takdir ediyor mu?	Evet		25(43,1)	19(32,8)	13(22,4)	1(1,7)	0,001
	Hayır		16(15,5)	23(22,3)	50(48,5)	14(13,6)	
Acil tıp hekimi olmaktan	Memnunum		23(48,9)	10(21,3)	13(27,7)	1(2,1)	0,001
	Kararsızım		13(26,0)	15(30,0)	21(42,0)	1(2,0)	
	Memnun değilim		5(7,8)	17(26,6)	29(45,3)	13(20,3)	

* Sayı(Yüzde)

**Pearson ki kare analizi yapılmıştır.

5. TARTIŞMA

Çalışmamızda Hatay'da görev yapan acil hekimlerinin iş doyumu, tükenmişlik düzeyleri ve depresyon durumları araştırıldı. Araştırmamızın bu bölümünde elde ettiğimiz önemli bulguları literatürde daha önce yapılmış çalışmalar ile ele alacak ve çıkarımlarda bulunacağız.

Ülkemizde şiddet önemli bir problem olmaya devam etmektedir. Özellikle sağlık kuruluşlarında yapılan çalışmalar şiddetin buralarda daha yaygın olduğunu gözler önüne sermektedir (60,61). Sağlık alanında en stresli alanlardan biri olan acil kliniklerinde şiddetin her türlü çok sık görülmektedir (62). Pensilvanya'da acil servis çalışanlarında yapılan bir çalışmada çalışanların %97,7'sinin en az bir defa şiddete maruz kaldığı tespit edilmiştir (63) İngiltere'de yapılan bir çalışmada, sağlık çalışanlarına karşı uygulanan şiddetin %50'sinin acil servislerde olduğu belirlenmiştir (64). Çalışmamızdaki katılımcıların %96,9'u en az bir defa şiddete maruz kaldığı, %85,7'sinin tehdit edildiği belirlendi. Ayrıca şiddete uğrayanlarda iş doyum düzeylerinin de daha düşük olduğu görüldü. Sözel, fiziksel, cinsel şiddet ve tehditlerin yoğun olduğu kurumlarda verimlilik azalmakta, çalışanların motivasyonları düşmektedir. Acil klinikleri başta olmak üzere hastanelerde şiddete karşı caydırıcı önlemler alınmalıdır.

Bireylerin yaşam kalitelerini etkileyen önemli faktörlerden birisi yaptıkları işlerin kendilerini tatmin etme düzeyidir. Bunu belirlemek amacıyla uyguladığımız iş doyumu anketine göre katılımcıların %44,1'inde düşük iş doyumu tespit edildi. Kurçer tarafından Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde görev yapmakta olan hekimler üzerinde gerçekleştirilen çalışmada hekimlerin iş doyumu düzeylerinin düşük seviyede olduğu bildirilmiştir (65). Gelir düzeyi yüksek olan, mesleki tecrübesi ve yaş ortalaması yüksek olan bireylerde yüksek iş doyumu daha fazladır. Literatüde yüksek gelir düzeyi ve mesleki tecrübe ile yüksek iş doyumu arasında anlamlı bir ilişki olduğunu gösteren birçok çalışma yer almaktadır (66-71). Ücret çalışanların iş doyumunu pozitif yönde etkileyen örgütsel faktörler arasındadır.

Ayrıca tecrübeleri fazla olan hekimler karşlarına çıkan sorunlarla daha kolay başa çıkabilmektedirler. Aynı zamanda daha genç çalışanlarda mesleğe bağlanma duygusunun henüz gelişmemiş olması, üzerlerinde fazla denetim olması, rutin uygulamaları yapmak zorunda kalmaları iş doyumunu azaltabilecek faktörler arasında yer almaktadır.

Yoğun çalışma koşulları hekimlerin iş doyumlarını olumsuz etkileyebilmektedir. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi araştırma görevlilerinde yapılan bir çalışmada haftalık çalışma saatleri artan hekimlerde iş doyumlarının da anlamlı bir şekilde azaldığı tespit edilmiştir (72). Literatürde çalışma şartları zorlaştıkça iş doyumunun azaldığını gösteren araştırmalar bulunmaktadır (73-75). Araştırmamızda literatürle benzer bir şekilde 24 saat usulüne göre çalışan ve daha çok hasta bakan hekimlerde iş doyum düzeylerinin daha düşük olduğu görüldü. Yoğun stres altında çalışan acil hekimlerinin çalışma şartları rahatlatılmalı, fiziksel koşulları iyileştirilmeli ve acil servislere gereksiz başvurular engellenmelidir.

Mesleğinden memnun olan bireylerde iş doyumlarının yüksek, tükenmişlik ve depresyon düzeylerinin düşük olduğu bilinmektedir. Günüşen ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada ikinci basamak sağlık hizmetlerinde görev yapan hemşireler arasında mesleğini isteyerek seçenlerde iş doyumunun daha yüksek olduğu belirlenmiştir (76). Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde 2019'da yapılan bir çalışmada hekimlik mesleğini isteyerek seçenlerde iş doyum düzeylerinin daha yüksek olduğu görülmüştür (77). Çalışmamızda literatürle benzer bir şekilde acil tıp hekimi olmaktan memnun olanlarda yüksek iş doyumuna olduğu tespit edildi. Ayrıca Amir, çalışma arkadaşları, hasta ve hasta yakınları tarafından takdir edilenlerde iş doyum düzeylerinin daha yüksek olduğu belirlendi. Hekimlerin istediği branşta görev yapması ve yaptığı işin karşılığını alabilmesi iş doyum düzeylerini doğrudan etkilemektedir.

Zorlu iş koşullarında çalışan bireylerde tükenmişlik sendromu daha sık görülmektedir. Mesleği gereği insanlarla uzun süre yüz yüze çalışan hekimlerde tükenmişlik sendromu sık görülmektedir (78-80). Araştırmamızda katılımcıların %12,4'ünde yüksek düzeyde, %38,5'inde ise orta düzeyde duygusal tükenme bulunmaktadır. Duygusal tükenme puan ortalaması ise $21,7 \pm 6,7$ 'dir. Trufelli ve

arkadaşlarının Onkoloji doktorları arasında yaptığı meta-analizde duygusal tükenmişlik oranı %36, Ramirez ve arkadaşlarının çalışmasında %38, Blanchard ve arkadaşlarının çalışmasında %23 olarak, yani yüksek düzeyde saptanmıştır (81-83). Literatürde duyarsızlaşma alt boyutundan alınan puanlar incelendiğinde, Aslan ve arkadaşlarının 2005 yılında tabip odalarına kayıtlı hekimlerde yaptığı çalışmada $15,4 \pm 6,7$, Ünal ve arkadaşlarının farklı branşlardan 384 hekim ile yaptığı çalışmada $14,0 \pm 6,0$, Erol ve arkadaşları İzmir ilindeki 440 acil servis çalışanı üzerinde yaptıkları çalışmada $21,4 \pm 7,9$, Marakoğlu ve ark. tarafından Konya Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde uzmanlık eğitimi almakta olan araştırma görevlilerinde gerçekleştirilen çalışmada ise $17,77 \pm 7,27$ olduğu tespit edilmiştir (94-97). Araştırmamızdaki sonuçların literatür ile uyumlu olduğu söylenebilir.

Çalışmamıza göre devlet hastanesinde çalışan hekimlerde duygusal tükenme üniversite hastanesinde çalışanlara göre daha fazladır. Erol ve arkadaşları acil servis çalışanlarının tümünde yaptıkları çalışmada duygusal tükenmişliğin eğitim ve araştırma hastanelerinde çalışanlarda üniversite hastanelerine göre daha düşük düzeyde olduğunu bulmuşlardır (84).

Araştırmamızda çalışma ortamında uyumlu çalışabilen hekimlerde duygusal tükenmenin daha az olduğu görüldü. Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi acil tıp hekimleri arasında yapılan bir çalışmada hemşire ve diğer sağlık personelleri ile uyum içerisinde çalışan hekimlerde duygusal tükenmenin daha az olduğu tespit edilmiştir (85). Benzer şekilde amir, çalışma arkadaşları, hasta ve hasta yakıları tarafından takdir edilmeyenlerde duygusal tükenmenin daha fazla olması önemli bulgular arasındadır. Bu durum Maslow'un gereksinimler hiyerarşisi kuramındaki fizyolojik ve güvenlik ihtiyaçlarından sonra sosyal yönü ağırlık taşıyan sevilme, saygı görme, aitlik ve onaylanma ihtiyaçların ortaya çıkması ve bunların karşılanma ihtiyacı ile açıklanabilir.

Çalışmamızda yüksek düzeyde duygusal tükenmeye sahip hastalarda günlük bakılan hasta sayısı daha fazladır. Literatürde yapılan benzer çalışmalarda günlük bakılan hasta sayısı arttıkça duygusal tükenme düzeylerinin de arttığı ortaya konulmuştur (86,87). Araştırmamızdaki bir başka önemli sonuç 10 yıl ve üzeri tecrübeye sahip hekimlerde ve tecrübesi 3 yıldan az olan hekimlerde duygusal

tükenmenin daha fazla olmasıydı. Literatürde yaş arttıkça tükenmişliğin azaldığını, gençlerde tükenmişliğin daha fazla olduğunu gösteren çalışmalar yer almaktadır. Maslach ve Schaufeli genç yaşta tükenmişliğin daha yüksek olduğunu belirtmişlerdir (88). Kanada’da acil hekimler arasında yapılan bir çalışmada da yaş arttıkça tükenmişliğin azaldığı tespit edilmiştir (89).

Araştırmamızda acil tıp hekimi olmaktan memnun olmayanlarda duygusal tükenmenin daha fazla olduğu görüldü. Acil hekimlerinde yapılan bir çalışmada acil hekimliğini tekrar tercih etmeyeceğini belirtenlerde duygusal tükenmenin daha yüksek ve kişisel başarının ise daha düşük olduğu görülmüştür (90). Hemşireler ile yapılan bir çalışmada branşından memnun olmayan hemşirelerde tükenmişlik düzeyinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (91). Tıpta uzmanlık sınavı ile istediği branşa yerleşen ve branşından memnun olanlarda tükenmişlik görülme sıklığının daha az olacağı görülmektedir.

Çalışmamızda ele aldığımız tükenmişlik alt boyutlarından birisi de duyarsızlaşmadır. Duyarsızlaşma; şahsın hizmet ettiği kişilere karşı, onların bir “şahıs” olduklarını önemsemeden; duygusuz tutum ve davranışlar göstermesidir. Çalışmamızdaki katılımcıların %22,4’ünde yüksek düzeyde, %29,2’sinde orta düzeyde duyarsızlaşma bulunmaktadır. Duyarsızlaşma alt boyutundan alınan ortalama puan ise $9,6 \pm 3,5$ ’tir. Özkan ve ark’larının araştırma görevlisi doktorlarda yaptıkları çalışmada duyarsızlaşma puan ortalaması 12 bulunmuştur (98). Özkula ve ark.’larının Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi’nde görev yapan asistan hekimlerde yaptıkları çalışmada 15, Ersoy ve ark’larının bir tıp fakültesi hastanesi acil servisinde görev yapan araştırma görevlisi hekimlerde yaptıkları çalışmada ise duyarsızlaşma alt boyutundan aldıkları puan ortalamasının 13,3 olduğu tespit edilmiştir (99,100). Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi’nde görev yapan araştırma görevlisi hekimlerde yapılan çalışmada yüksek düzeyde duyarsızlaşmanın %42,7 seviyesinde olduğu görülmüştür (101). Literatürde yapılan çalışmalar göz önünde bulundurulduğunda çalışmamızdaki hekimlerde duyarsızlaşma düzeylerinin literatüre göre daha az olduğu söylenebilir.

Çalışma şartları zorlaştıkça duygusal tükenmede olduğu gibi duyarsızlaşma düzeylerinde artış gözlenmektedir. Çalışmamızda mesai şekli 24 saat olanlarda ve

günlük bakılan hasta sayısı daha fazla olanlarda duyarsızlaşma düzeylerinin diğer hekimlere göre daha fazla olduğu tespit edildi. Mayo Clinic araştırmacıları tarafından 6880 hekim üzerinde yapılan araştırmada çalışmamıza benzer şekilde, çalışma süresi ile tükenmişlik arasında net bir ilişki olduğu ortaya konmuştur (102). Ülkemizde yapılan çalışmalar da uzun çalışma saatleri ve nöbet sayısındaki fazlalığın tükenmişlik için önemli bir risk faktörü olduğunu belirtmiştir (103-105). ABD Lisansüstü Tıp Eğitimi Akreditasyon Kurumu (ACGME) acil tıp uzmanlık öğrencilerinin uzun çalışma saatlerinin olası hasta güvenliği ve hekim sağlığı açısından risk oluşturabileceği konusunda görüş bildirmiştir (106). Devlet Memurları Kanunu'nu madde 99 uyarınca haftalık çalışma süresi 40 saattir. 4857 sayılı İş Kanunu'nun 63. Maddesinde ise bu süre 45 saat ile sınırlandırılmaktadır. Avrupa Birliği Mahkemesi'nin 11.01.2007 tarihli VOREL kararında, hekimlerin nöbetler dâhil haftalık çalışma sürelerinin en çok 48 saat olabileceği belirtmiştir. Ülkemizde görev yapan acil tıp hekimleri bu saatlerin çok üzerinde çalışmaktadırlar.

Maslach ve arkadaşları tükenmişliğin, alkol ve keyif verici madde ile ilişkili olduğunu saptamıştır (107). Dokuz Eylül Üniversitesi acil tıp asistanlarında yapılan bir çalışmada alkol kullanan hekimlerde (n=112, %74) duyarsızlaşma puanlarının daha yüksek olduğu ve anlamlı olduğu saptandı (108). Çalışmamızda da benzer bir şekilde alkol kullananlarda duyarsızlaşma düzeylerinin alkol kullanmayanlara göre daha fazla olduğu belirlendi.

Araştırmamızda acilde danışabileceği deneyimli hekim olmayanlarda, çalışma ortamında uyumlu çalışamayanlarda ve amir, çalışma arkadaşları, hasta ve hasta yakıları tarafından takdir edilmeyenlerde yüksek düzeyde duyarsızlaşma oranlarının daha fazla olduğu belirlendi. Mijakoski ve ark. tarafından sağlık çalışanları üzerinde yapılan bir çalışmada, birlikte çalışma kültürünün daha gelişmiş olduğu bireylerin tükenmişlik düzeylerinin daha düşük olduğu tespit edilmiştir (109). İzmir'de acil tıp hekimlerinde yapılan bir çalışmada iş arkadaşlarıyla anlaşmazlık yaşayan, mobbinge uğrayan ve yaptığı geri bildirimleri dikkate alınmayan hekimlerde duyarsızlaşma düzeylerinin daha yüksek olduğu tespit edildi. (108). Visser ve arkadaşları tarafından 2400 hekim üzerinde yapılan çalışmada, üstlerinden destek bulamadığını ve kötü yönetildiğini düşünen hekimlerin tükenmişlik düzeyleri daha yüksek bulunmuştur

(110). İngiltere’de 331 hekim üzerinde yapılan 3 yıllık bir çalışmada hekimlere karar verme sürecinde fırsat tanınmasının, değerli olduklarının hissettirilmesinin tükenmişlik üzerinde etkin olduğu belirtilmiştir (111). Martin ve ark. tarafından yapılan bir diğer çalışmada amirler ile uyumlu çalışmanın hastane çalışanlarında tükenmişliği azalttığı tespit edilmiştir (112). Akbolat ve Işık tarafından sağlık çalışanlarında yapılan çalışmada üstleriyle uyumlu çalışamayanların tükenmişlik düzeyi yüksek bulunmuştur (113)

Meslek seçimini bilinçli ve isteyerek yapanların mesleğin gereklerini yerine getirmede daha başarılı olacağı bunun da tükenmişlik sendromunu azaltacağı ifade edilmektedir (114). Yapılan çalışmalarda mesleğini kendi isteği ile seçmeyenlerde tükenmişlik artmaktadır. Taycan ve ark. tarafından yapılan çalışmada mesleklerini isteyerek seçmeyen hemşirelerin tükenmişlik düzeylerinin daha yüksek olduğu bulunmuştur (115). Haran ve ark. tarafından doktor ve hemşirelerde yapılan çalışmada da meslek seçimini rastlantısal ya da yakınlarının etkisiyle yapmış olanlarda tükenmişlik düzeyinin daha fazla olduğu gözlenmiştir (116). İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi’nde araştırma görevlileri arasında yapılan bir çalışmada mesleğinden memnun olmayanlarda duyarsızlaşma düzeylerinin anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu görülmüştür (117). Çalışmamızda da literatürle benzer bir şekilde acil tıp hekimi olmaktan memnun olmayanlarda duyarsızlaşmanın daha fazla olduğu tespit edilmiştir.

Sağlık çalışanlarındaki depresyon sıklığının diğer meslek gruplarından daha fazla olduğu belirtilmektedir (118). Iacovides ve ark’larının yaptıkları çalışmada depresyonun sağlık çalışanlarının %30’unda görüldüğünü belirtmişlerdir (119). İzmir’de araştırma görevlisi doktorlarda yapılan bir çalışmada hekimlerin %54,5’inin depresyon derecesinin normal olduğu, %30,3’ünün hafif, %9,3’ünün orta ve %5,9’unun şiddetli olmak üzere toplamda %45,5’inin depresyon belirtileri gösterdiği saptanmıştır (117). Tomljenovic’in Hırvatistan’da bir klinikte çalışan 286 hekim ile yaptığı araştırma sonuçlarına göre hekimlerin %12,2 sinde orta ve ağır depresyon düzeyi gözlenmiştir (120). Zonguldak Üniversitesi’nde yapılan bir çalışmada çalışanların %78,5 inde depresyon görülmediği, %19,6 sında hafif orta düzeyde, %1,9 unda ciddi düzeyde depresyon olduğu tespit edildi (121). Wurm ve

diğerlerinin Avusturya'lı 5897 hekim ile yaptığı araştırma sonuçlarına göre MDI (Major Depression Inventory) ölçeği cinsinden hekimlerin %10,3 ünde depresyon görülmüştür (122). Çalışmamızda ise katılımcıların %9,3'ünde şiddetli, %39,1'inde orta düzeyde depresyon bulunmaktadır. Literatürde sağlık çalışanlarındaki depresyon sıklıkları ve şiddeti farklılık göstermektedir. Çalışmamızdaki hekimlerde depresyon sıklığının fazla olduğu söylenebilir.

Çalışmamızda erkeklerde şiddetli depresyon düzeyinin kadınlara göre daha fazla olduğu ancak orta düzeyde depresyonun kadınlarda daha fazla olduğu tespit edildi. Bu konuda literatürde farklı görüşler yer almaktadır. Karçın ve ark.'larının 112 personeline yaptıkları çalışmada cinsiyet açısından herhangi bir anlamlı farklılık olmadığı belirlenmiştir (123). Yakın ve ark.'larının acil serviste çalışan 200 sağlık personeliyle yaptıkları çalışmada da cinsiyet ile depresyon sıklığı arasında ilişki görülmemiştir (124). İsveç'te yapılan bir çalışmada ise kadınlarda depresyon sıklığının erkeklere göre 2 kat daha fazla olduğu tespit edilmiştir (125). Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde araştırma görevlileri arasında yapılan bir çalışmada da kadınlarda depresyon sıklığının daha fazla olduğu belirlenmiştir (126).

Acil hekimlerinde sigara kullanımının yaygın olduğunu belirten çalışmalar bulunmaktadır (127). Sigara kullanımının depresyon ile ilişkisi olduğu bilinmektedir. Çete A'nın yaptığı çalışmada araştırma görevlisi doktorların BDÖ puanı sigara ve alkol kullananlarda yüksek bulunmuştur (117). İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde araştırma görevlilerinde yapılan bir çalışmada dahiliye ve acil çalışanları sigara içme açısından karşılaştırılmış ve acil çalışanlarının daha çok sigara kullandığını tespit etmiştir (128). Sağlık personeline sigara içimi ile depresyon riski arasında güçlü korelasyon ve anlamlı bir ilişki olduğuna dair araştırmalar bulunmaktadır (129,130). Çalışmamızda da sigara kullanan bireylerde depresyon sıklığının daha fazla olduğu tespit edilmiştir.

Araştırmamızda çalışma ortamında uyumlu çalışamayanlarda, amir, çalışma arkadaşları, hasta ve hasta yakınları tarafından takdir edilmeyenlerde şiddetli depresyon düzeyinin daha fazla olduğu tespit edildi. Çalışmamızda böyle bir sonucu elde etmeyi tahmin ediyorduk. Literatürde acil tıp hekimleri veya araştırma görevlileri arasında yapılan araştırmalarda, çalışma barışı olmayan, mobbing olan ve

takdir görmeyen hekimlerde depresyon sıklığının anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir (117,127,128). Öngördüğümüz diğer bir önemli bulgu ise acil tıp hekimi olmaktan memnun olmayanlarda daha sık depresyonun görülmesiydi. İsteddiği ve mutlu olduğu bir branşta çalışan hekimlerde depresyon görülme sıklığının da çok düşük olacağı bilinmelidir.



6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

Çalışmamızda Hatay ili içerisinde görev yapan acil hekimlerinin iş doyumları, tükenmişlik ve depresyon düzeyleri ile bunları etkileyen faktörler araştırıldı. Çalışmamızdaki 161 acil hekiminin önemli bir çoğunluğunda düşük iş doyumunu, tükenmişlik ve depresyon saptandı. Bunların başlıca olası nedenleri aşağıda sıralanmaktadır.

- Şiddet
- Düşük gelir
- Mesleki tecrübeye yetersizlik
- Uzun süreli çalışma
- Günlük bakılan hasta sayısının fazlalığı
- Mesleğinden memnun olmama
- Amir ve çalışma arkadaşları tarafından takdir edilmeme
- Hasta ve hasta yakınları tarafından takdir edilmeme
- Devlet hastanesinde çalışma
- Çalışma ortamının uyumsuz olması
- Acilde danışabilecek deneyimli hekim bulunmaması
- Alkol ve sigara

Yetersiz iş doyumunu, tükenmişlik ve depresyon özellikle acil hekimleri başta olmak üzere sağlık sektöründe sıkça görülen problemlerdir. Hayati önem taşıyan müdahalelerin yapıldığı ve olası hataların ölümlerle sonuçlanabileceği acil servislerde görev yapan acil hekimlerine nitelikli bir şekilde hasta bakabileceği koşullar sağlanmalıdır. Hekimlerin önemli bir sorunu olmaya devam eden şiddete kalıcı bir çözüm üretilmelidir. Şiddeti engellemeye yönelik toplumsal barışı hedefleyen politikalar uygulamaya geçirilmelidir. Hekimlerin maddi ve manevi özlük haklarını iyileştiren yönetmelikler hazırlanmalıdır. Mobbing ve uzun süren çalışma

şartları engellenmeli ve özellikle asistanlık sürecinde insani çalışma koşullarını esas alan eğitim programları hazırlanmalıdır.



7. KAYNAKLAR

1. Gerilim Altında Yönetici, Albrect, K., 1988, Çev: K. Tosun vd., İ.Ü. İşletme Fakültesi, Yayın No.197, İstanbul.
2. Tözün M, Çulhacı A, Ünsal A. Aile Hekimliği Sisteminde Birinci Basamak Sağlık Kurumlarında Çalışan Hekimlerin İş Doyumu. TAF Preventive Medicine Bulletin, 2008; 7(5): 377–384.
3. Freudenberger H. Staff Burnout. J Soc Issues. 1974; 30: 159-165.
4. Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced burnout. Journal of Occupational Behavior. 1981; 92: 99-113.
5. Grunfeld E, Whelan TJ, Zitzelsberger L, Willan AR, Montesanto B, Evans WK. Cancer care workers in Ontario: Prevalence of burnout, job stress and job satisfaction. CMAJ. 2000; 163:166-9.
6. Gillespie M, Melby V. Burnout among nursing staff in accident and emergency and acute medicine: A comparative study. J Clin Nurs. 2003; 12:842-51.
7. Çevik A, Volkan VD. Depresyonun psikodinamik etiyojisi. Depresyon Monografıları Serisi 3. 1993. p.109-122.
8. Taycan O, Kutlu L, Çimen S, Aydın N. Bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerde depresyon ve tükenmişlik düzeyinin sosyodemografik özelliklerle ilişkisi. Anadolu Psikiyatri Dergisi. 2006; 7(2): 100-108.
9. Buğdaycı R, Kurt AÖ, Şaşmaz T, Öner S. Mersin ilinde pratisyen ve uzman hekimlerde depresyon sıklığı ve etkileyen faktörler. Toplum Hekimliği Bülteni. 2007;26(1):32-36.
10. Newbury-Birch D, Kamali F. Psychological stress, anxiety, depression, job satisfaction, and personality characteristics in preregistration house officers. Postgrad Med J. 2001; 77(904):109-11
11. Türk Tabipler Birliği. Asistan Hekimin Hakları var. Talep Ediyoruz: Nitelikli Uzmanlık Eğitimi. http://www.ttb.org.tr/kutuphane/14mart_asistan.pdf (Erişim tarihi: 19.06.2018).
12. Durak İ, Serinkan C. Hemşirelerde İş Tatmini: Denizli Devlet Hastanesi Yoğun Bakım Ünitelerinde Bir Araştırma. Karaman İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi 2007; 9(13):119-135
13. Aksu G, Acuner AM, Tabak RS. Sağlık Bakanlığı merkez ve taşra teşkilatı yöneticilerinin iş doyumuna yönelik bir araştırma (Ankara örneği). Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası. 2002; 55(4): 271–282.

14. Bilazer FN, Konca GE, Uğur S, Uçak H, Erdemir F, Çıtak E. 7 Gün-24 Saat/ Hasta Başında Türkiye’de Hemşirelerin Çalışma Koşulları. Ankara: Türk Hemşireler Derneği Yayını Odak Ofset Matbaacılık, 2008;1-53.
15. Park M, Lee JY, Cho S. Newly Graduated Nurses' Job Satisfaction: Comparison with Allied Hospital Professionals, Social Workers, and Elementary School Teachers. Asian Nursing Research 2012; 6(3): 85-90.
16. Sun, H. Ö. (2002) “İş Doyumu Üzerine Bir Araştırma” Uzmanlık Yeterlilik Tezi, Türkiye Cumhuriyeti Merkez Bankası Banknot Matbaası Genel Müdürlüğü.
17. Baş T, Ardıç K. Yüksek öğretimde iş tatmini ve tatminsizliği. İktisat İşletme ve Finans Dergisi. 2002;17(198):72-81.
18. Matrunola P. Is there a relationship between job satisfaction and absenteeism? Journal of Advanced Nursing. 1996;23(4):827-834.
19. Özer M, Şahin B, Çetin M, Demir C. Ankara ilinde bulunan üç askeri hastanede çalışan askeri hekimlerin iş doyum düzeylerini etkileyen faktörlerin incelenmesi. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi. 2005;8(1):32-46.
20. Motowidlo SJ, Packard JS, Manning MR. Occupational stress: its causes and consequences for job performance. The Journal of Applied Psychology. 1986;71(4):618-629.
21. Çam O, Akgün E, Gümüş AB, Bilge A, Keskin GÜ. Bir ruh sağlığı ve hastalıkları hastanesinde çalışan hekim ve hemşirelerin klinik ortamlarını değerlendirmeleri ile iş doyumları arasındaki ilişkinin incelenmesi. Anadolu Psikiyatri Dergisi. 2005;6(4):213-220.
22. Schaufeli, W.B., M.P. Leiter, And C. Maslach, Burnout: 35 Years Of Research And Practice. Career Development International, 2009.
23. Bauer, J., Et Al., The Burn-Out Syndrome And Restoring Mental Health At The Working Place. Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische.
24. Malach Pines, A., A Psychoanalytic-Existential Approach To Burnout: Demonstrated In The Cases Of A Nurse, A Teacher, And A Manager.
25. Maslach, C., M. Leiter, And G. Fink, Stress: Concepts, Cognition, Emotion, And Behavior. Edn, 2016. 351: P. 357.
26. Cherniss, C. And C. Cherniss, Staff Burnout: Job Stress In The Human Services. 1980: Sage Publications Beverly Hills, Ca.
27. Maslach, C., Burnout: The Cost Of Caring. 2003: Ishk.
28. Torun, A., Stres Ve Tükenmişlik, Endüstri Ve Örgüt Psikolojisi. Baskı, Editör: Suna Tevrüz, Türk Psikologlar Derneği Ve Kalder Derneği Ortak Yayını, İstanbul, 1997.

- 29.** Mandiracioglu, A. And O. Cam, Violence Exposure And Burn-Out Among Turkish Nursing Home Staff. *Occupational Medicine*, 2006. 56(7): P. 501-503.
- 30.** Maslach, C., Et Al., Maslach Burnout Inventory. Vol. 21. 1986: Consulting Psychologists Press Palo Alto, Ca.
- 31.** Polatcı, S., Tükenmişlik Sendromu Ve Tükenmişlik Sendromuna Etki Eden Faktörler (Gaziosmanpaşa Üniversitesi Akademik Personeli Üzerinde Bir Analiz). Gaziosmanpaşa Üniversitesi, 2007.
- 32.** Maslach, C. And M.P. Leiter, Understanding The Burnout Experience: Recent Research And Its Implications For Psychiatry. *World Psychiatry*, 2016. 15(2): P. 103-111.
- 33.** Maslach, C. And S.E. Jackson, The Measurement Of Experienced Burnout. *Journal Of Organizational Behavior*, 1981. 2(2): P. 99-113.
- 34.** Kepçeoğlu, M., Rehberlik Ve Psikolojik Danışmanlık. Alkım Yayınevi, İstanbul, 1999.
- 35.** Leiter, M.P., Burnout As A Developmental Process: Consideration Of Models, In *Professional Burnout*. 2017, Routledge. P. 237-250.
- 36.** Çam, O., The Burnout In Nursing Academicians In Turkey. *International Journal Of Nursing Studies*, 2001. 38(2): P. 201-207.
- 37.** Ramirez, A.J., Et Al., Mental Health Of Hospital Consultants: The Effects Of Stress And Satisfaction At Work. *The Lancet*, 1996. 347(9003): P. 724-728.
- 38.** Popa, F., Et Al., Occupational Burnout Levels In Emergency Medicine—A Stage 2 Nationwide Study And Analysis. *Journal Of Medicine And Life*, 2010. 3(4): P. 449.
- 39.** Shanafelt, T.D., Et Al., Burnout And Satisfaction With Work-Life Balance Among Us Physicians Relative To The General Us Population. *Archives Of Internal Medicine*, 2012. 172(18): P. 1377-1385.
- 40.** Goldberg, R., Et Al., Burnout And Its Correlates In Emergency Physicians: Four Years' Experience With A Wellness Booth. *Academic Emergency Medicine*, 1996. 3(12): P. 1156-1164.
- 41.** Levitt, M.A. And G.R. Derrick, An Evaluation Of Physiological Parameters Of Stress In The Emergency Department. *The American Journal Of Emergency Medicine*, 1991. 9(3): P. 217-219.
- 42.** Kavalcı, C., M. Günaydın, And S. Ersoy, Ankara'da Çalışan Acil Tıp Asistanlarının İş Doyumu. *Anatolian Journal Of Emergency Medicine*. 2(2): P. 1-4.

43. Satar, S., Et Al., Why Speciality In Emergency Medicine Is Not Preferred?/Acil Tıp Uzmanlığı Neden Tercih Edilmiyor? Journal Of Academic Emergency Medicine, 2013. 12(4): P. 234.
44. Balch, C.M., Et Al., Personal Consequences Of Malpractice Lawsuits On American Surgeons. Journal Of The American College Of Surgeons, 2011. 213(5): P. 657-667.
45. WHO (2001) The World Health Report 2001-Mental Health: New Understanding, New Hope. World Health Organization, Geneva, Switzerland. (<http://www.who.int/whr/2001/en/> 10.03.2003)Öztürk MO (2001) Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. 8. basım. Ankara, Feryal Matbaası
46. Bekaroglu M, Uluutku N, Tanrioer S, Kirpınar I. Depression in elderly population in Turkey. Acta Psychiatr Scand 1991;84:174-8.
47. Hisli, N., (1988) Beck Depresyon Envanterinin Üniversite Öğrencileri İçin Geçerliliği, Güvenirliliği. Psikoloji Dergisi, 7 (23), 3-13.
48. Soyer A. Stres ve iş. Toplum ve Hekim 1999;14(2):101-107.
49. Ahola K, Hakanen J. Job strain, burnout and depressive symptoms: A prospective study among dentist. Journal of Affective Disorders,2007;104(1):103-110.
50. Marakoğlu K, Kargın Çetin N, Armutlukuyu M.Tıp fakültesi araştırma görevlilerinde tükenmişlik sendromu ve ilişkili faktörlerin incelenmesi.Genel tıp dergisi 2013;23:102-8
51. Beck AT, Guth D, Steer RA, Ball R. Screening for major depression disorders in medical inpatients with the Beck Depression Inventory for Primary Care. Behav Res Ther 1997; 35: 785-91.
52. Erdur, B., Et Al., Türkiye’de Acil Servislerde Çalışan Hekimler Arasında Şiddet Ve Tükenmişlik İlişkisinin Değerlendirilmesi. Ulusal Travma Ve Acil Cerrahi Dergisi, 2015. 21(3): P. 175-181.
53. Hackman JR, Oldham GR. Development of the job diagnostic survey. J Appl Psychol 1975; 60:159-170.
54. Güler M. Endüstri İşçilerinin İş Doyumu ve İş Veriminde Depresyon, Kaygı ve Bazı Değişkenlerin Etkisi. Yayımlanmamış Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara, 1990.
55. Maslach C, Jackson SE. Maslach Burnout Inventory. Second ed., Palo Alto, Consulting Psychologists Press, 1986.
56. Ergin C. Maslach Tükenmişlik Ölçeğinin Türkiye Sağlık Personeli Normları. 3P 1996; 4: 28-34.

57. Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced burnout. *Journal of Organizational Behavior*. 1981;2(2):99-113.
58. Beck AT, Ward C, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. Beck depression inventory (BDI). *Arch Gen Psychiatry*. 1961;4(6):561-71.
59. Hisli N. Beck depresyon envanterinin universite ogrencileri icin gecerliligi, g venilirliği. *J Psychol*. 1989;7:3-13.
60. Kowalenko T, Walters BL, Khare RK, Compton S. Workplace Violence: A Survey Of Emergency Medicine Physicians in the State of Michigan. *Annals of Emergency Medicine* 2005;46:142-147.
61. Fernandes C, Bouthillette F, Raboud JM, et al. Violence in the emergency department: a survey of health care workers. *CMAJ* 1999;16:161-170.
62. Behnam M, Tillotson RD, Davis SM, Hobbs GR. Violence in the emergency department: a national survey of emergency medicine residents and attending physicians. *The Journal of emergency medicine* 2011;40:565–579.
63. Anderson C, Parish M. Report of workplace violence by Hispanic nurses. *Journal of Transcultural Nursing*, 2003; 14: 237–243.
64. Saines JC. Violence and aggression in A&E: recommendations for action. *Accident and Emergency Nursing*, 1997; 78-82.
65. Kur er, M.A. Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi hekimlerinin iş doyumunu ve t kenmişlik düzeyleri. *Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*,2005;2(3), 10.
66. Schultz, D.P. and Schultz, S.E. *Psychology and Industry Today: An Introduction to Industrial and Organizational Psychology*. New York: Macmillan Publishing Company, 1998.
67. Greenberg,J. and Baron, R.A. *Behavior in Organizations: Understanding and Managing the Human Side of Work*. USA:Prentice-Hall, 1997.
68. Yelboğa, A. Bireysel demografik değişkenlerin iş doyumunu ile ilişkisinin finans sektöründe incelenmesi. *Sosyal Bilimler Dergisi*,2007;4(2), 1-).
69. Keser, A. İş Tatmininden Bireysel Tatmine Bireysel Tatmin,T. Solmuş (Ed.). *End sriyel Klinik Psikoloji ve İnsan Kaynakları Yönetimi*. İstanbul: Beta Basım, 2007.
70.  zaydın, M.,  zdemir,  . Çalışanların Bireysel  zelliklerinin İş Tatmini  zerindeki Etkileri: Bir Kamu Bankası  rneği. *İşletme Araştırmaları Dergisi*,2014;6 (1), 251-281
71. Pelit, E. İşgören Güçlendirme ve İş Doyumu (Otel İşletmelerinde Bir Uygulama).Ankara: Yason Yayıncılık, 2014.

72. Uyar, A.A. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma Görevlileri Empati Düzeylerinin İş Doyumu ve Tükenmişlik İle İlişkisi. Uzmanlık Tezi, Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Edirne, 2018.
73. Torun, T. Pediatri Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerde Tükenmişlik Ve İş Doyumunun İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 2016.
74. Lloyd S, Streiner D, Shannon S. Burnout, depression, life and job satisfaction among Canadian emergency physicians. J Emerg Med1994;12(4):559-65.
75. Durmuş S, Günay O. Hemşirelerde iş doyumunu ve anksiyete düzeyini etkileyen faktörler. Erciyes Med J 2007;29(2):139-46.
76. Günüşen, N.,Üstün, B. Türkiye’de İkinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Hemşire ve Hekimlerde Tükenmişlik: Literatür İncelemesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi, 2010;3(1), 40-51.
77. Topel M. Dahili Ve Cerrahi Bilimler Araştırma Görevlilerinde Tükenmişlik Sendromu Oranlarının Karşılaştırılması Ve İşyeri Doyumuyla Olan İlişkisinin Gösterilmesi. Tıpta Uzmanlık Tezi. 2019, Ankara.
78. Akçalı DT, Dayanır H, İlhan MN, Babacan A. İç Anadolu Bölgesinde anesteziyoloji ve algoloji çalışanlarında tükenmişlik durumu. Ağrı Dergisi. 2010;22(2):79-85.
79. Campbell DA, Sonnad SS, Eckhauser FE, et al: Burnout among American surgeons. Surgery. 2001; 130:696.
80. Yost WB, Eshelman A, Raoufi M, Abouljoud M, editors. A national study of burnout among American transplant surgeons. Transplantation proceedings; 2005: Elsevier.
81. Trufelli D, Bensi C, Garcia J, Narahara J, Abrão M, Diniz R, et al. Burnout in cancer professionals: a systematic review and meta-analysis. European journal of cancer care. 2008;17(6):524-31.
82. Ramirez A, Graham J, Richards M, Cull A, Gregory W, Leaning M, et al. Burnout and psychiatric disorder among cancer clinicians. British journal of cancer. 1995;71(6):1263.
83. Blanchard, P., Prevalence and Causes of Burnout Amongst Oncology Residents: A Comprehensive Nationwide Cross-sectional Study. European Journal of Cancer, 2010. 46: p. 2708 –2715.
84. Erol A, Akarca F, Değerli V, ve ark. Acil Servis Çalışanlarında Tükenmişlik ve iş Doyumu. Klinik Psikiyatri, 2012; 15: 103–110.
85. Toker İ. Acil Tıp Uzmanlık Öğrencilerinde İş Doyumu Ve Tükenmişlik Düzeylerini Etkileyen Faktörler. Tıpta uzmanlık tezi. 2013, Mersin

- 86.** Bircan M, Ak A, Bayrak D, Kaya H, Gül M, Cander B. Acil Tıp Hizmeti Veren Hekimlerde Tükenme Sendromu. Akademik Acil Tıp Dergisi, 2005; 51–54.
- 87.** Oğuzberk M, Aydın A. Ruh Sağlığı Çalışanlarında Tükenmişlik. Klinik Psikiyatri, 2008; 11: 167–179.
- 88.** Center C, Davis M, Detre T, Ford DE, Hansbrough W, Hendin H, Laszlo J, et al. Confronting depression and suicide in physicians. A consensus statement. *JAMA*. 2003;289:3161-3166.
- 89.** Akpınar, A.T. And Y. Taş, Acil Servis Çalışanlarının Tükenmişlik Ile İş Doyum Düzeyleri Arasındaki İlişkiyi Belirlemeye Yönelik Bir Araştırma. Tr J Emerg Med, 2011. 11(4): P. 161-5.
- 90.** Toker, İ., Acil Tıp Uzmanlık Öğrencilerinde İş Doyumu Ve Tükenmişlik Düzeylerini Etkileyen Faktörler. Uzmanlık Tezi, Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı, Mersin, 2013.
- 91.** Denat, Y., Et Al., Hemşirelik Öğrencilerinin Tükenmişlik Düzeyi Ve Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi, 2018. 11(3): P. 218-223.
- 92.** Sayıl, I., Et Al., Ankara Üniversitesi Hastanelerinde Çalışan Doktor Ve Hemşirelerin Tükenmişlik Düzeyleri. Kriz Dergisi, 1997. 5(2).
- 93.** Sönmez, C.I., D.A. Başer, And H. Gülmez, Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Asistan Doktorlarında Tükenmişlik Düzeyi Ve İlişkili Faktörlerin Belirlenmesi. Eurasian Journal Of Family Medicine, 2018: P. 93.
- 94.** Marakoğlu K, Kargın N, Armutlukuyu M, et al. Araştırma görevlilerinde tükenmişlik sendromu. Genel Tıp Dergisi. 2013;23:102-110.
- 95.** Aslan, D., Et Al., Türkiye’de Tabip Odalarına Kayıtlı Olan Bir Grup Hekimde Tükenmişlik Sendromu Ve Etkileyen Faktörler. Ankara: Türk Tabipleri Birliği Yayınları, 2005.
- 96.** Ünal, S., R. Karlıdağ, And S. Yoloğlu, Hekimlerde Tükenmişlik Ve İş Doyumu Düzeylerinin Yaşam Doyumu Düzeyleri Ile İlişkisi. Klinik Psikiyatri, 2001. 4(2): P. 113-118.
- 97.** Erol, A., Et Al., Acil Servis Çalışanlarında Tükenmişlik Ve İş Doyumu. Klinik Psikiyatri, 2012. 15: P. 103-110.
- 98.** Özkan C. Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi’nde Araştırma Görevlisi Olarak Çalışan Doktorlarda Tükenmişlik Sendromunu Etkileyen Faktörler, Uzmanlık Tezi, Mersin, 2012
- 99.** Özkula G, Durukan E. Hekimlerde Tükenmişlik Sendromu: Sosyodemografik Özelliklerin Rolü. Düşünen Adam. The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences. 2017; 30:136-144.

- 100.** Ersoy S, Kavalcı C, Yel C, Yılmaz F, Kavalcı G, Aslan Ö. Tıp Fakültesi Hastaneleri ve Sağlık Bakanlığı Eğitim ve Araştırma Hastaneleri'nde çalışan Acil Tıp Asistanlarının Tükenmişlik Düzeylerinin Karşılaştırılması. *Ankara Med J.* 2014; 14(2): 41-45.
- 101.** Topel M. Dahili Ve Cerrahi Bilimler Araştırma Görevlilerinde Tükenmişlik Sendromu Oranlarının Karşılaştırılması Ve İşyeri Doyumuyla Olan İlişkisinin Gösterilmesi. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi. Tıpta Uzmanlık Tezi. 2019, Ankara.
- 102.** Shanafelt TD, Hasan O, Dyrbye LN. Changes in Burnout and Satisfaction With Work-Life Balance in Physicians and the General US Working Population Between 2011 and 2014. *Mayo Clin Proc.* 2015 Dec; 90(12):1600-13.
- 103.** Erol A, Akarca F, Değerli V ve ark. Burnout and Job Satisfaction Among Emergency Department Staff. *J Clin Psy.* 2012; 15(2):103-10.
- 104.** Demir S. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastaneleri Çalışanlarının Tükenmişlik ve İş Doyumu Düzeylerinin Bazı Değişkenler Açısından İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Atılım Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Kurumları İşletmeciliği Anabilim Dalı, Ankara, 2010.
- 105.** Özyurt A, Hayran O, Sur H. Predictors Of Burnout And Job Satisfaction Among Turkish Physicians. *Qjm: Monthly Journal Of The Association Of Physicians*, 2006; 99(3): 161-69.
- 106.** Wagner MJ, Wolf S, Promes S et al. Duty hours in emergency medicine: balancing patient safety, resident wellness, and the resident training experience: a consensus response to the 2008 institute of medicine resident duty hours recommendations. *Acad Emerg Med.* 2010 Sep;17(9):1004-11.
- 107.** Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job burnout. *Annual review of psychology.* 2001; 52:397-422.
- 108.** Altınsoy N.B. İzmir İli Acil Tıp Asistan Hekimlerinin Tükenmişlik Sendromu Yönünden Değerlendirilmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi. Tıpta Uzmanlık Tezi. 2019, İzmir.
- 109.** Mijakoski D. Burnout, engagement, and organizational culture: differences between physicians and nurses. *Open Access Macedonian Journal Of Medical Sciences*, 2015; 3: 506.
- 110.** Vsser MR. Stress, satisfaction and burnout among dutch medical specialists. *Canadian Medical Association Journal*, 2003; 168: 271-75.
- 111.** Mcmanus I, Winder B, Gordon D. The causal links between stress and burnout in a longitudinal study of uk doctors. *The Lancet*, 2002; 359:2089-90.

- 112.** Martin F, Poyen D, Boudierlique E, Gouvernet J, Rivet B, Disdier P et al. Depression and burnout in hospital health care professionals. *Int J Occup Environ Health*. 1997; 3:204-209.
- 113.** Akbolat M, Işık O. Sağlık Çalışanlarının Tükenmişlik Düzeyleri: Bir Kamu Hastanesi Örneği. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*. 2008; 11(2):229-254.
- 114.** Altay B, Gönener D3, Demirkıran C. Bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin tükenmişlik düzeyleri ve aile desteğinin etkisi. *Fırat Tıp Dergisi* 2010;15(1):10-16.
- 115.** Taycan O, Kutlu L, Çimen S, Aydın N. Bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerde depresyon ve tükenmişlik düzeyinin sosyodemografik özelliklerle ilişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2006; 7(2): 100-108.
- 116.** Haran S, Özgüven HD, Ölmez Ş. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastaneleri ve Ankara Numune Hastanesi'nde Çalışan Doktor ve Hemşirelerde Tükenmişlik Düzeyleri. *Kriz Dergisi*. 2000; 6(1): 75-84.
- 117.** Çete A. İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde Araştırma Görevlisi Olarak Çalışan Doktorlarda Tükenmişlik Ve Depresyon Düzeyleri Ve Etki Eden Faktörlerin Değerlendirilmesi. *İzmir Katip Çelebi Üniversitesi. Tıpta Uzmanlık Tezi*. 2018, İzmir.
- 118.** Kaya M, Üner S, Karanfil E, Uluyol R, Yüksel F, Yüksel M. Birinci Basamak Sağlık Çalışanlarının Tükenmişlik Durumları. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 2007; 6(5):357–363.
- 119.** Iacovides A, Fountoulakis KN, Moysidou C, Ierodiakonou C. Burnout in nursing staff: is there a relationship between depression and burnout? *Int J Psychiatry Med*. 1999; 29:421-433.
- 120.** Tomljenovic, Morana, Branko Kolaric, Dinko Stajduhar ve Vanja Tesic. Stress, Depression And Burnout Among Hospital Doctors In Rijeka, Croatia *Psychiatria Danubina*; 2014, Vol. 26, Suppl. 3, pp 450-8.
- 121.** Ertuğrul E. Üniversite Uygulama ve Araştırma Hastanesinde Çalışan Hemşire, Ebe, Sağlık Memuru ve Acil Tıp Teknisyenlerinden Tükenmişlik ve Depresyon Düzeylerinin Değerlendirilmesi. *Yayımlanmamış Bilim Uzmanlığı Tezi*, Zonguldak Karaelmas Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, 2010.
- 122.** Wurm W, Vogel K, Holl A et al. Depression-Burnout Overlap in Doctors.
- 123.** Karçın M. 112 Acil Sağlık Hizmetlerinde Mobbing ve İlişkili Faktörler: Aydın li Örneği. *Yayımlanmamış Bilim Uzmanlığı Tezi*, Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2016.
- 124.** Yakın G. İstanbul Dr Lutfi Kırdar Eğitim Ve Arastirma Hastanesinde Çalışan Sağlık Personellerinin (Hemşire, Ebe, Sağlık Memuru Ve Acil Tıp Teknisyeni)

Depresyon Ve Tükenmişlik Düzeyinin Değerlendirilmesi. Yayımlanmamış Bilim Uzmanlığı Tezi, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Yönetimi Anabilim Dalı; 2014.

125. Goodwin FK, Jamison KR. Manic-Depressive Illness: Bipolar Disorders and Recurrent Depression, 2nd edition. Oxford, UK, Oxford University Press, 2007.

126. Demir M. Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde Araştırma Görevlisi Olarak Çalışan Doktorlarda Depresyon, Anksiyete Düzeyleri Ve Etki Eden Faktörlerin Değerlendirilmesi. Bursa Uludağ Üniversitesi. Tıpta uzmanlık tezi. 2021, Bursa.

127. Gören EN. İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesi 'nde Çalışan Asistan Hekimlerin Beck Depresyon Ölçeğiyle Depresyon Seviyelerinin Ve Nedenlerinin Belirlenmesi İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Tıpta Uzmanlık Tezi; 2019.

128. Alpağut GŞ. Acil Tıp Asistan Hekimleri ve Diğer Dahili Branş Asistan Hekimleri Arasında Depresyon Ölçeğinin Karşılaştırılması. Yayımlanmamış Bilim Uzmanlığı Tezi, Sağlık Birimleri Üniversitesi, İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Tıp Kliniği; 2018.

129. Paperwalla KN, Levin TT, Weiner J, Saravay SM. Smoking And Depression. Med Clin North Am 2004;88(6):1483-94.

130. Çınğı G. Sağlık Personeli Kadınlarda Anksiyete, Depresyon ve Uyku Kalitesinin Değerlendirilmesi. Yayımlanmamış Doktora Tezi, Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı; 2017.

8. EKLER

EK_A. Etik Kurul Onay Formu

HMKÜ

GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL

KARAR FORMU

KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 11	Tarih: 24/09/2020
	KARAR 11- Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Tayfur Ata Sökmen Tıp Fakültesi Cerrahi Tıp Bilimleri Bölümü Acil Tıp Anabilim Dalı öğretim üyesi Prof.Dr.Ali KARAKUŞ'un (Arş.Gör.Dr.Veyssel Karani BELEN'in uzmanlık tezi) "Hatay ili'nde bulunan acil servis hekimlerinin tükenmişlik, depresyon düzeyleri ve mesleki doygunluk durumunu etkileyen faktörlerin belirlenmesi" isimli çalışması görüşülmüş olup; çalışma gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve etik kurallara uygun bulunmuş olup; çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu üyelerinin oy birliği ile karar verilmiştir.	
ETİK KURUL ÜYELERİ		
Çalışma Esası:	İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu	
Etik Kurul Başkanı	Prof.Dr.İbrahim Halil ÇERÇİ	

ETİK KURUL ÜYELERİ						
Ünvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	İlişki		Katılım
Prof.Dr.İbrahim Halil ÇERÇİ Başkan	Veteriner	HMKÜ Veteriner Fakültesi	E	☐	H✓	E✓
Prof.Dr.Hülya YALÇIN Başkan Yrd.	Nükleer Tıp	HMKÜ Tıp Fakültesi	K	☐	H✓	E✓
Doç.Dr. A.Güler OKYAY Başkan Yrd.	Kadın Hast. Ve Doğum	HMKÜ Tıp Fakültesi	E	☐	H✓	E✓
Doç.Dr.Alper ASLAN Üye	Beden Eğitimi	HMKÜ BESYO	E	☐	H✓	E✓
Prof.Dr.Tümay ÖZGÜR Üye	Patoloji	HMKÜ Tıp Fakültesi	K	☐	H✓	E✓
Dr.Öğr.Üyesi .Cengiz ARLI Üye	Kulak Burun Boğaz	HMKÜ Tıp Fakültesi	E	☐	H✓	E✓
Dr.Öğr.Üyesi Fatma DUMAN Üye	Anatomi	HMKÜ Tıp Fakültesi	K	☐	H✓	E□
Dr.Öğr.Üyesi F. B. ZORTUK Üye	Diş Hekimi	HMKÜ Diş Hekimliği Fakültesi	K	☐	H✓	E✓
Doç.Dr. Oğuzhan ÖZCAN Üye	Tıbbi Biyokimya	HMKÜ Tıp Fakültesi	E	☐	H✓	E□
Doç.Dr. Oğuz AKKUŞ Üye	Kardiyoloji	HMKÜ Tıp Fakültesi	E	☐	H✓	E□
Doç.Dr.Sibel SEVİNÇ Üye	Hemşirelik	HMKÜ Tıp Fakültesi	E	☐	H✓	E□

9. ÖZGEÇMİŞ

Adım Veysel Karani Belen, [REDACTED] doğumluyum. Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesinden 2011 yılında mezun oldum. 2011-2014 yıllarında Reyhanlı Devlet Hastanesinde ve 2014 yılında İskenderun Devlet Hastanesinde acil servis hekimi olarak görev yaptım. 2014-2015 yıllarında Van Hudut alayında askerliğimi tabip teğmen olarak tamamladım. 2015-2018 yıllarında İskenderun devlet hastanesinde acil servis hekimliğine devam ederken HMKÜ Tıp Fakültesi Acil Tıp AD'na asistana olarak geçtim. 2012 yılından itibaren ulusal medikal kurtarma ekibinde yer almaktayım. İyi derecede İngilizce biliyorum.