



T.C. SAğLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
ANKARA DIŞKAPI YILDIRIM BEYAZIT
SAğLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ

AİLE HEKİMLİğİ KLİNİğİ

SBÜ ANKARA DIŞKAPI YILDIRIM BEYAZIT SUAM
ASİSTANLARINDA TÜKENMİŞLİK İLE BİLİNÇLİ
FARKINDALIK DÜZEYLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİ

Dr. Derya Ayőegl TOPRAKCI

TIPTA UZMANLIK TEZİ

ANKARA/2022



T.C. SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
ANKARA DIŞKAPI YILDIRIM BEYAZIT
SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ
AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ

SBÜ ANKARA DIŞKAPI YILDIRIM BEYAZIT SUAM
ASİSTANLARINDA TÜKENMİŞLİK İLE BİLİNÇLİ
FARKINDALIK DÜZEYLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİ

Dr. Derya Ayşegül TOPRAKCI

Tez Danışmanı
Başasistan Uz. Dr. Özlem SUVAK

TIPTA UZMANLIK TEZİ

TEŞEKKÜR

Tezimin başından sonuna kadar tüm aşamalarda bana rehberlik eden, ilgi ve desteğini hiçbir zaman esirgemeyen, tez sürecinde ve çalışma hayatında beni motive eden çok değerli hocam ve tez danışmanım Başasistan Uz. Dr. Özlem SUVAK'a

Uzmanlık eğitimimiz boyunca bilgi ve tecrübelerinden yararlandığımız, hekimlik adına her zaman ufkumuzu genişleten saygıdeğer hocalarımız Prof. Dr. Süleyman GÖRPELİOĞLU ve klinik sorumlumuz Prof. Dr. Cenk AYPAK'a

Sonsuz sevgileriyle her koşulda yanımda olan, emeklerini asla esirgemeyen annem ve babam Fűrüzan ve Ali Osman TOPRAKCI'ya, çok sevdiğim kardeşlerim Murat, Şule ve Ömer'e

Uzmanlık eğitimim boyunca tanışmaktan ve birlikte çalışmaktan memnuniyet duyduğum, asistanlık dönemimi güzelleştiren başta Ş. Erkan TERCAN olmak üzere, Cem ve Dilan YEŞİLOĞLU'na, Selin SÜRÜCÜ'ye, Ayşe EMEKLİ'ye, Furkan KORKMAZ ve Aydın YALÇIN'a, değerli çalışma arkadaşlarıma teşekkür ederim.

Dr. Derya Ayşegöl TOPRAKCI

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	i
İÇİNDEKİLER	ii
KISALTMALAR	v
TABLO LİSTESİ.....	vi
ŞEKİL LİSTESİ.....	vii
ÖZET	viii
ABSTRACT.....	x
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	2
2.1. TÜKENMİŞLİK	2
2.1.1. Tükenmişlik Sendromu Tanımı.....	2
2.1.2. Tükenmişlik Modelleri	3
2.1.2.1. Edelwich ve Brodsky Tükenmişlik Modeli	3
2.1.2.2. Cherniss’e göre Tükenmişlik Modeli	4
2.1.2.3. Suran ve Sheridan’ın Tükenmişlik Modeli	4
2.1.2.4. Meier Tükenmişlik Modeli	5
2.1.2.5. Perlman ve Hartman Tükenmişlik Modeli.....	5
2.1.2.6. Maslach Tükenmişlik Modeli	6
2.1.3. Tükenmişliğe Etki Eden Faktörler	7
2.1.3.1. Bireysel Faktörler	8
2.1.3.2. Çevresel Faktörler.....	8
2.1.4. Tükenmişlik Belirtileri	8
2.2. BİLİNÇLİ FARKINDALIK	10
2.2.1. Bilinçli Farkındalığa İlişkin Genel Bilgiler.....	10

2.2.2. Bilinçli Farkındalığın Gelişim Mekanizması	11
2.2.3. Bilinçli Farkındalık Becerileri.....	13
2.2.3.1. Yargılamama.....	13
2.2.3.2. Sabır	14
2.2.3.3. Acemi (Yeni Başlayan) Zihni	15
2.2.3.4. Güven.....	15
2.2.3.5. Zorlamama (Hırslanmama).....	15
2.2.3.6. Kabul.....	16
2.2.3.7. İzin Vermek (Akışına Bırakmak)	16
3. GEREÇ VE YÖNTEM	19
3.1. ARAŞTIRMANIN TİPİ.....	19
3.2. ARAŞTIRMANIN EVRENİ ve ÖRNEK BÜYÜKLÜĞÜ	19
3.3. ARAŞTIRMANIN YERİ VE ZAMANI	19
3.4. ARAŞTIRMA POPÜLASYONU	19
3.5. ETİK KURUL ONAYI.....	20
3.6. ARAŞTIRMANIN VERİ TOPLAMA KAYNAKLARI VE UYGULAMA ŞEKLİ.....	20
3.7. İSTATİSTİKSEL ANALİZ	22
4. BULGULAR.....	23
4.1. ASİSTAN HEKİMLERİN KİŞİSEL BİLGİLERİNE YÖNELİK BULGULAR	23
4.2. ASİSTAN HEKİMLERİN BİLİNÇLİ FARKINDALIK VE TÜKENMİŞLİK DÜZEYLERİNE İLİŞKİN BULGULAR.....	24
4.3. ASİSTAN HEKİMLERİN BİLİNÇLİ FARKINDALIK VE TÜKENMİŞLİK DÜZEYLERİNİN DEĞİŞKENLER AÇISINDAN İNCELENMESİNE YÖNELİK BULGULAR	26
5. TARTIŞMA	34

5.1.Çalışmanın Kısıtlılıkları	40
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER	42
7. KAYNAKLAR	43
8. ÖZGEÇMİŞ	48
9. EKLER.....	49
EK-1: SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU.....	49
EK-2:BİLİNÇLİ FARKINDALIK ÖLÇEĞİ (BFÖ)	51
EK-3: MASLACH TÜKNMİŞLİK ÖLÇEĞİ.....	52
EK-4: TEZ KONUSU ONAY FORMU	54
EK-5: ETİK KURUL ONAY FORMU	55

KISALTMALAR

BFÖ	: Bilinçli Farkındalık Ölçeği
D	: Duyarsızlaşma
DT	: Duygusal Tükenme
KB	: Kişisel Başarı
MTÖ	: Maslach Tükenmişlik Ölçeği
OECD	: Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü
SPSS	: Statistical Package for the Social Sciences

TABLO LİSTESİ

Tablo 1.	MTÖ alt boyut puanlandırma değerleri.....	21
Tablo 2.	Asistan hekimlere ilişkin kişisel bulgular	24
Tablo 3.	Asistan hekimlerin bilinçli farkındalık ve tükenmişlik puanlarına ilişkin bulgular	25
Tablo 4.	Asistan hekimlerin Maslach tükenmişlik ölçeği alt boyutları puanlarına ilişkin bulgular.....	26
Tablo 5.	Asistan hekimlerin bilinçli farkındalık düzeyleri ile sosyodemografik verilerin karşılaştırılması.....	27
Tablo 6.	Asistan hekimlerin duygusal tükenme düzeyleri ile sosyodemografik verilerin karşılaştırılması.....	28
Tablo 7.	Asistan hekimlerin duyarsızlaşma düzeyleri ile sosyodemografik verilerin karşılaştırılması.....	30
Tablo 8.	Asistan hekimlerin kişisel başarı tükenmişlik düzeyleri ile sosyodemografik verilerin karşılaştırılması	31
Tablo 9.	Asistan hekimlerin bilinçli farkındalık, yaş, çalışma süresi, duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarı tükenmişliği arasındaki ilişki.....	32
Tablo 10.	Duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarı tükenmişliğinin bilinçli farkındalık üzerindeki etkisi	33

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 1. Farkındalık uygulamalarının temel unsurları.....	13
Şekil 2. Bilinçli farkındalık ile duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarı tükenmişliği arasındaki ilişki.....	32



ÖZET

Amaç: Tükenmişlik uzun dönemde iş ile ilgili gelişen stresin ardından, zihinsel ve fiziksel enerjinin tükenmesi ile karakterize bir tablodur. Tükenmişlik sendromu sağlık çalışanlarında sık görülen önemli bir sorundur. Farkındalık, kişinin deneyimlerine yargılayıcı olmayan, tepkisiz bir şekilde katılmasını sağlayan bir zihinsel eğitim şeklidir. Bilinçli farkındalık pratikleri ile tükenmişlik, depresyon, kaygı ve stres düzeylerinde iyileşmeler olduğu gösterilmiştir. Bu çalışmada, asistan hekimlerin tükenmişlik düzeyleri ile bilinçli farkındalık düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Prospektif, tanımlayıcı özellikteki araştırmamıza Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kliniklerinde 01 Temmuz 2022 - 01 Eylül 2022 tarihleri arasında çalışan asistan hekimler dahil edildi. Katılımcılara sosyodemografik veri formu, Bilinçli Farkındalık Ölçeği ve Maslach Tükenmişlik Ölçeği uygulandı. Verilerin istatistiksel analizi için IBM Statistical Package for the Social Sciences 23.0 paket programı kullanıldı. Tüm testlerde istatistiksel anlamlılık düzeyi $p<0,05$ olarak alındı.

Bulgular: Çalışma, 99'u (%32,9) erkek, 202'si (%67,1) kadın olan 301 asistan hekim ile gerçekleştirildi. Yaş ortalaması $28,66\pm2,26$ 'di. Katılımcıların 10'u (%3,32) temel bilimler, 243'ü (%80,73) dahili bilimler ve 48'i (%15,94) cerrahi bilimlerde çalışmaktaydı. Maslach Tükenmişlik Ölçeği'nden alınan ortalama puan $48,29\pm11,53$ 'tü. Maslach Tükenmişlik Ölçeği'nin alt ölçeklerinden duygusal tükenmeye ilişkin ortalama puan $23,38\pm6,99$, duyarsızlaşmaya ilişkin ortalama puan $10,64\pm3,84$, kişisel başarı tükenmişliğine ilişkin ortalama puan $14,26\pm4,28$ 'di. Bilinçli Farkındalık Ölçeği'nden alınan ortalama puan $55,32\pm12,42$ olup asistan hekimlerin bilinçli farkındalıklarının orta düzeyde olduğu bulundu. Duygusal tükenme ($p=0,002$) ve duyarsızlaşma ($p<0,001$) alt gruplarında en az tükenmişlik saptanan grubu temel bilimler asistanları oluştururken kişisel başarı tükenmişliği ($p=0,021$) ve duyarsızlaşmanın ($p<0,001$) en yüksek saptandığı asistanlar cerrahi bilimler asistanları oldu. Duygusal tükenme ve duyarsızlaşma alt ölçekleri sigara ($p=0,005$), alkol

($p=0,019$) kullananlarda ve uyku bozukluğu yaşayanlarda ($p=0,008$) daha yüksek saptandı. Kişisel başarı tükenmişliği kadınlarda($p=0,006$) ve bekarlarda ($p=0,041$) yüksek saptanırken, duyarsızlaşma erkeklerde daha yüksek bulundu($p=0,024$). Dahili bilimler asistanlarında kişisel başarı tükenmişliği diğer bölümlere göre daha yüksek saptandı($p=0,021$). Branşını isteyerek seçen hekimlerin bilinçli farkındalık düzeyleri daha yüksek bulundu($p=0,012$). Ayrıca sigara kullanan ($p=0,034$) ve uyku bozukluğu yaşayan ($p<0,001$) asistanlarda bilinçli farkındalık düzeyi daha düşük saptandı. Bilinçli farkındalık ile duygusal tükenme ($p<0,05$, $r=-0.408$) ve duyarsızlaşma ($p<0,05$, $r=-0.320$) arasında orta düzeyde, negatif ve anlamlı; kişisel başarı tükenmişliği ile ($p<0,05$, $r=0.243$,) arasında düşük düzeyde, negatif ve anlamlı bir ilişki bulunmaktaydı.

Sonuç: Asistan doktorların bilinçli farkındalıklarının orta düzeyde olduğu bulundu. Bilinçli farkındalığın tükenmişliğe karşı koruyucu etkisine rağmen asistan hekimlerde tükenmişlik oranlarının oldukça yüksek olduğu saptandı. Mevcut çalışma koşulları iyileştirilerek tükenmişliğe neden olan faktörler ortadan kaldırılmalı ve bilinçli farkındalık müdahalelerinin ülke genelinde yaygınlaştırılması sağlanmalıdır. Böylece hekimlerdeki tükenmişlik oranlarının azalacağı düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Asistan doktor, Bilinçli farkındalık, Tükenmişlik

ABSTRACT

Objective: Burnout is characterized by the depletion of mental and physical energy that develops after long-term work-related stress exposure. Burnout syndrome is a common problem in healthcare workers. Mindfulness is a form of mental training that allows one to participate in one's experiences in a non-judgmental, unresponsive way. It has been shown that there are decreases in depression, anxiety and stress levels with mindfulness practices. This study, it was aimed to examine the relationship between burnout levels and mindfulness of resident physicians.

Materials and Methods: Resident physicians working in Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Training and Research Hospital Clinics between 01 July 2022 and 01 September 2022 were included in our prospective, descriptive study. Sociodemographic Data Form, Mindful Attention Awareness Scale and Maslach Burnout Inventory were applied to the participants. IBM Statistical Package for the Social Sciences 23.0 package program was used for statistical analysis of the data. Statistical significance level was taken as $p<0.05$ in all tests.

Results: The study was carried out with 301 residents, 99 (32.9%) men and 202 (67.1%) women. The mean age was 28.66 ± 2.26 years. Ten (3.32%) of the participants work in basic sciences, 243 (80.73%) in internal sciences and 48 (15.94%) in surgical sciences. The mean score from the Maslach Burnout Inventory was 48.29 ± 11.53 . Among the subscales of Maslach Burnout Inventory, the mean score for emotional exhaustion is 23.38 ± 6.99 , the mean score for depersonalization is 10.64 ± 3.84 , and the mean score for personal achievement burnout is 14.26 ± 4.28 . The mean score obtained from the Mindful Attention Awareness Scale was 55.32 ± 12.42 , and the mindfulness of the residents was found to be moderate. In the emotional exhaustion ($p=0,002$) and depersonalization ($p<0,001$) scores, which are the subgroups of Maslach Burnout Inventory, the group with the lowest burnout was the basic sciences resident physicians, while the resident physicians with the highest personal achievement burnout ($p=0,021$) and depersonalization ($p<0,001$) were surgical science resident physicians. Emotional exhaustion and depersonalization

subscales were found to be higher in those who used cigarettes ($p=0,005$), alcohol ($p=0,019$), and those who had sleep disorders ($p=0,008$). Personal achievement burnout was found to be higher in females ($p=0,006$) and singles ($p=0,041$), while depersonalization was higher in males ($p=0,024$). Personal achievement burnout was found to be higher in internal sciences residents than in other departments ($p=0,021$). Resident physicians who chose their specialties willingly had higher levels of mindfulness ($p=0,012$). In addition, the level of mindfulness was found to be lower in residents who smoked ($p=0,034$) and had sleep disorders ($p<0,001$). There were moderate, negative and significant differences between mindfulness and emotional exhaustion ($p<0,05$, $r=-0,408$) and depersonalization ($p<0,05$, $r=-0,320$); There was a low, negative and significant relationship between personal achievement ($p<0,05$, $r=0,243$).

Conclusion : It was found that the mindfulness of resident physicians was at a moderate level, and despite the protective effect of mindfulness against burnout, burnout rates were found to be quite high in resident physicians. Factors causing burnout should be eliminated by improving current working conditions, and mindfulness interventions should be expanded throughout the country. Thus, it is thought that burnout rates in physicians will decrease.

Keywords: Resident Physicians, Mindfulness, Burnout

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Tükenmişliğin tanımlandığı ilk meslek gruplarından biri sağlık çalışanlarıdır. Uzun dönemde iş ile ilgili gelişen stresin ardından, zihinsel ve fiziksel enerjinin tükenmesi ile karakterize bir tablodur. Tükenmişliğe, orantısız bir çaba, yetersiz maddi kazanç ile birlikte stresli çalışma koşullarının sebep olduğu bilinmektedir. Tükenmişlik, sağlık çalışanlarının önemli bir sorunudur. Doktorlarda tükenmişlik görülme oranı %4–61 arasında değişmekte olup doktorların tükenmişliğe genel popülasyondan daha yatkın oldukları görülmektedir(1). Türkiye’de asistan hekimlerde yapılan bir çalışmada, %60’ının mesleği isteyerek seçmiş olmasına rağmen, ilerleyen yıllarda duyarsızlaşma (D) ve duygusal tükenmişlik (DT) düzeylerinde anlamlı artış görüldüğü tespit edilmiştir(2). Ayrıca tükenmişliğin hasta bakımını olumsuz etkilediği ve hata oranlarını artırdığı gösterilmiştir (3,4).

Farkındalık, kişinin deneyimin yönlerine yargılayıcı olmayan, tepkisiz bir şekilde katılmasını sağlayan bir zihinsel eğitim şeklidir (5). Başka bir deyişle bilinçli farkındalık, kişinin anlık yaşadığı deneyimlere katılmasını içeren bir bilinç hali; duygu ve düşüncelere takılmadan ve onları değiştirmeye çalışmadan, duygu ve düşüncelerin gelmesine ve gitmesine izin vermektir (6). En yaygın ifadesiyle şu anda neler olup bittiğine dikkat etmek ve bunun farkında olma durumu olarak tanımlanır (7). Bilinçli farkındalık ve farkındalık pratiklerinde amaç, kişinin deneyiminde daha büyük bir duygusal denge ve esenlik duygusu yaratacak şekilde açık farkındalığı sürdürmektir. Bilinçli farkındalık pratikleri /eğitimleri ile depresyon, kaygı, stres düzeylerinde iyileşmeler olduğu gösterilmiştir (8).

Bu çalışmada Dışkapı Eğitim ve Araştırma Hastanesi kliniklerinde 1 Temmuz 2022- 1Eylül 2022 tarihleri arasında çalışmakta olan asistan hekimlerin tükenmişlik düzeyleri ve bilinçli farkındalık düzeylerinin tespit edilmesi; tükenmişlik durumları ile bilinçli farkındalık durumları arasındaki ilişkinin incelenmesi, hekim tükenmişliğine ve uygulama alanları gittikçe yaygınlaşan bilinçli farkındalığa dikkat çekmek amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. TÜKENMİŞLİK

2.1.1. Tükenmişlik Sendromu Tanımı

İngilizce’de “burnout” sözcüğü ile ifade edilen ve Türkçe’de de “tükenmişlik” olarak kullanılan kavram, hem bireysel boyutta, hem de örgütsel boyutta çalışma yaşamını olumsuz etkileyen bir sorundur. Tükenmişlik, ilk olarak 1970’li yıllarda Amerika’da müşteri hizmetlerinde çalışan kişilerin yaşadıkları mesleki bunalımı ifade etmek amacıyla kullanılmıştır (9).

Tükenmişlik ile ilgili literatürde ilk tanımlamayı 1974’te Herbert Freudenberger yapmış, yazdığı bir makalede tükenmişlikten bahsetmiş, mesleki bir tehlike olarak nitelendirilmiştir. Freudenberger tükenmişliği; “başarısız olma, yıpranma, aşırı yüklenme sonucu bireyin iç kaynaklarında tükenme durumu” olarak ifade etmiştir (10).

Günümüzde en yaygın olarak kabul gören ve araştırmalarda en çok kullanılan tanım ise, 1981 yılında Maslach tarafından yapılan tanımdır. Christina Maslach tükenmişliği, özellikle insanlara hizmet sektöründe çalışan, stres artırıcı faktörlere maruz kalan kişilerde duygusal tükenme, işe karşı profesyonel ilginin kaybı (duyarsızlaşma) ve kişinin kendini yetersiz hissetmesiyle sonuçlanabilen süregelen bir durum olarak tanımlamıştır (11).

Araştırmacıların bir kısmı tükenmişliği uzun süreli stresle başa çıkamamanın bir sonucu olarak değerlendirerek, stresin tükenmişliğe dönüştüğünü söylemektedirler . Tükenmişlik bir tür stres olarak kabul edilebilir. Stres ile benzer belirti ve etkilere sahiptir. Fakat tükenmişliği stresten ayıran özellik, tükenmişliğin çalışan ile karşısındaki kişi arasındaki sosyal ilişkiden kaynaklanması ve stresin bir sonraki aşaması olarak görülmesidir (12).

2.1.2. Tükenmişlik Modelleri

2.1.2.1. Edelwich ve Brodsky Tükenmişlik Modeli

Jerry Edelwich ve Archie Brodsky tükenmişlik kavramını insanlara hizmet etmeye yönelik mesleklerde çalışan bireylerde çalışma şartlarından kaynaklanan idealizm, enerji, amaç kaybı ve giderek bu kayıpların artması şeklinde tanımlamışlar ve tükenmişliğin nedenleri olarak çalışma şartlarına göre düşük oranda alınan maaş, normalden daha fazla popülasyona hizmet vermek, eğitim yetersizliği, aldıkları hizmet karşılığında memnuniyetsiz kalan kişiler ile yaşanan problemler, kişilik özellikleriyle ilişkili beklentiler, idealler ve mesleki kademeler arasında yaşanan uyumsuzluklar gibi nedenler olduğunu ifade etmişlerdir (11).

Tükenmişliğin 4 evreden oluşan bir süreç olduğunu ve her bir aşamanın birbirini takip etmek zorunda olmadığını belirtmişlerdir. Bu 4 aşamanın birbirinden keskin bir şekilde ayrılmak zorunda olmamasının yanı sıra iç içe geçmiş bir şekilde yaşandığını ifade etmektedirler. Bu evreler şu şekilde sıralanabilir:

- Şevk ve coşku evresi
- Durağanlaşma evresi
- Engellenme evresi
- Umursamazlık evresi

Şevk ve Coşku Evresi:

Şevk ve coşku evresinde iş kişinin hayatındaki en önemli şey konumunda bulunmakta, kişi kendini enerjik hissetmekte, işiyle ilgili bütün talepleri yerine getirmeye çalışmakta, yüksek hedefleri büyük ideallere sahip olmaktadır. Bu aşamada kişi, hizmet verdiği insanlara karşı empati kurar; işini hayatının merkezine koyduğu için enerjisini işine gereğinden fazla bir biçimde harcar; işinin tüm beklentilerini karşılamasını umar. Uykusuzluk, gergin çalışma ortamı, uzun çalışma saatlerine katlanır (11).

Durağanlaşma Evresi:

Bu aşamada büyük bir şevk ile çalışan kişinin giderek yorulduğu motivasyonunun azaldığı, uyum sağlama yeteneği ile daha önce görmezden geldiği

problemlerin giderek daha çok göze batmaya rahatsız etmeye başladığı görülür. İş ile ilgili öncelikleri yerini bireysel ihtiyaçlara bırakır. Birey işinden uzaklaştıkça işle ilgili sorunlarının ve karşılık bulmayan beklentilerine dair olan umutlarının değişmeyeceğini fark eder, giderek üçüncü evre olan engellenme evresine geçer (11).

Engellenme Evresi:

Hem başlangıçtaki ideallerine ulaşamayan hem de bireysel ihtiyaçlarını karşılayamayan birey engellenmişlik duygusu içerisine girer. Bu durumu düzeltmenin de zor olduğunu fark ederek kendini güçsüz hissetmeye başlar. Bu dönemde kişi kendini daha iyi ifade eder, sorunlarını dile getirir, iş arkadaşları ve üstlerinden destek görür; kendine, ailesine ve sosyal yaşantısına yeterince zaman ayırırsa sağlıklı bir uyum mekanizması geliştirerek son evreye geçmekten kurtulabilir (13).

Umursamazlık Evresi:

Kişi bu aşamada kendini korumak için fiziksel ve zihinsel olarak yaptığı işten uzaklaşır; işini ve mesleğini kişisel ve mesleki tatmin alanı olmaktan ziyade, yaşamını devam ettirebilmek, para kazanmak için katlandığı bir zorunluluk olarak görmeye başlar. Bu evredeki birey hizmet verilen kişilere karşı olumsuz düşüncelere sahiptir, hizmet verilen kişinin bu negatif davranışları hak ettiğini düşünmektedir (11,13).

2.1.2.2. Cherniss'e göre Tükenmişlik Modeli

Cherniss'e göre tükenmişlik 3 aşamadan oluşmaktadır. İlk aşamada tükenmişliği tetikleyen ana faktör olarak yoğun strese maruz kalmayı görülmektedir. Bir süre sonra ise bu stres sonucu birey yoğun bir anksiyete duygusu yaşamaya başlayarak iç kaynaklarının tükendiğini hissetmeye başlar (ikinci aşama). Son aşamada da davranış ve tutumlarda belirgin bir değişim ve işten uzaklaşma görülmektedir (11).

2.1.2.3. Suran ve Sheridan'ın Tükenmişlik Modeli

Bu tükenmişlik modeli gözlem ve deneyimlere dayanır. Bireyin hayatı 4 aşamadan oluşmakta ve her bir basamak, tükenmişliğin oluşmasında etkili olan hayat tarzını içerir. Suran ve Sheridan'a göre tükenmişlik, her basamakta yaşanma ihtimali bulunan çatışmaların doyumsuz kalması ile ortaya çıkmaktadır. Bu 4 aşama; 1)Kimlik,

rol karmaşası 2) Yeterlilik, yetersizlik 3) Verimlilik, durgunluk 4) Yeniden oluşturma, hayal kırıklığı olarak isimlendirilir.

Bu modelde her evre tükenmişlik ile ilgili kendine has özellikler barındırır. Bireysel farkındalığı olan, kendini bilen, mesleği karakteriyle uyumlu olan kişiler iş hayatlarında verimlilik ve üretkenlik konusunda sıkıntı yaşamazken; kişisel /mesleki rol karmaşası yaşandığında, kişide yeterlilik duygusu azalır ve kişiler mesleki ve sosyal yaşamlarını bütünlük içinde devam ettirmekte zorlanırlar. Bireyler hayatlarının ilerleyen dönemlerinde (çoğunlukla kırklı yaşlarda) hayatlarını sorgulamaya başlarlar ve o zamana kadar yapmış oldukları seçimleri değerlendirirler. Bu değerlendirmeler hayal kırıklığına yol açabildiği gibi; kişinin kendini, işini ve amaçlarını yeniden belirlediği bir dönemin başlamasına da neden olabilir (14).

2.1.2.4. Meier Tükenmişlik Modeli

Meier'e göre tükenmişlik hem bireysel hem çevresel etkilerin bir fonksiyonudur ve tekrarlayan iş yaşantılarının sonucunda gelişir. Meier tükenmişlik kavramını; bireyin iş hayatındaki olumlu yöndeki pekiştirici beklentisinin azaldığı, olumsuz pekiştirici beklentilerinin ise arttığı bir durum olarak tanımlamıştır. Bireyin bu pekiştiricileri kontrol altında tutabilmek için sergilemesi gereken davranışları uygulamada beklentileri düşük seviyededir. Bu şekilde düşük seviyelerde beklentiye sahip bireyler çoğunlukla korku ve anksiyete gibi olumsuz duygular yaşamaktadırlar (15).

2.1.2.5. Perlman ve Hartman Tükenmişlik Modeli

Perlman ve Hartman tükenmişliği tanımlarken kendilerinden önceki tanımlamaları temel almışlardır. Tükenmişlik kavramını fiziksel, duygusal ve davranışsal tükenme olmak üzere üç boyutta incelemişlerdir. Tükenmişlik kronik strese karşı üç bileşenden oluşan tepki olup, bu bileşenler şu şekilde sıralanabilir:

- Fiziksel semptomlara odaklanan fizyolojik boyut (fiziksel tükenme),
- Tutum ve duygulara odaklanan duygusal-bilişsel boyut (duygusal tükenme),
- Semptomatik davranışlara odaklanan davranışsal boyut

Perlman ve Hartman tükenmişlik modellerini açıklarken 4 evreden bahsetmişlerdir.

Durumun Strese Götürme Derecesi

Bu, yaşanılan hangi durumun kişide strese neden olduğunu gösteren bir aşamadır. İki temel stres faktörü ön planda olup; birincisi kişinin yeteneklerinin iş hayatı için yetersizliği, ikincisi ise bireyin işinin hedefleri, ihtiyaçları ve değerlerini karşılamaması durumudur. Sonuç olarak stres seviyesini birey ve mesleğinin uyum derecesi belirlemektedir.

Algılanan Stres Düzeyi

Kişiler stresi aynı şartlarda farklı düzeyde yaşayabilirler. Bir kişi belli şartlarda kendini stresli hissedebilirken diğer kişi aynı durumda stres yaşamayabilir. Kişinin yaşadığı stres düzeyi bireyin karakterine, özelliklerine göre değişebilir.

Strese Verilen Tepki

Bu aşamada birey yaşadığı strese fizyolojik, mental, davranışsal olarak 3 farklı türde tepki verebilir. Bu durumu bireysel ve çevresel faktörler etkilerler.

Strese Verilen Tepkinin Sonucu

Strese verilen tepki neticesinde bireyler iş hayatlarında sorunlar yaşamaya başlarlar, sağlıkları bozulur (16).

2.1.2.6. Maslach Tükenmişlik Modeli

Bu modele göre tükenmişlik; çoğunlukla insanlarla yüz yüze çalışılan mesleklerde kişilerin, yapılan iş gereği hizmet verdikleri insanlara karşı duyarsızlaşmaları, duygusal olarak kendilerini tükenmiş hissetmeleri, kişisel başarı, yeterlilik duygularında azalma ile kendini gösteren bir sendromdur (17). Maslach tükenmişlik modelinde tek bir boyut yerine 3 boyuttan söz edilmektedir. Bu boyutlar duygusal tükenme (DT), duyarsızlaşma (D) ve kişisel başarısızlık (KB) olarak ifade edilir ve her biri birbirinden bağımsız olmasına karşın aynı zamanda birbiriyle de ilişkilidir (18). Bu üç boyuta ait tükenmişliği ölçebilmek için 22 maddelik “Maslach Tükenmişlik Ölçeği” geliştirilmiştir.

Duygusal Tükenme:

Bireyler meslek hayatlarında yoğun çalışma şartları ile uyum sağlayamadıkları durumlarda yıpranarak tükenmişlik hissine kapılmaktadır. Maslach ve arkadaşlarının tanımladığı modelde tükenmişliğin başlangıç boyutu duygusal tükenmedir ve insanlarla yüz yüze etkileşim halinde olup yoğun iş temposuna sahip mesleklerde daha sık görülmektedir. Sağlık sektörü bu meslekler arasında en başta gelenlerden biridir. Modelin boyutları arasında en önem verileni ve araştırmalara en çok konu olan bu aşamadır. Duygusal tükenme boyutu tanı için tek başına yeterli değildir (19,20).

Duyarsızlaşma:

Duyarsızlaşma evresinde birey, hizmet verdiklerine karşı, duygusuz, katı, soğuk ilgisiz tutum ve davranışlar sergilemeye başlar. Duygusal tükenme yaşayan kişi, kendisini diğer insanların sorunlarını çözme konusunda güçsüz hisseder ve duyarsızlaşmayı da bir kaçış yolu olarak kullanır. İnsanlarla olan ilişkilerini mümkün olan en düşük seviyeye indirmeye çalışır (20). Maslach'a göre en problemlili alt grup duyarsızlaşmadır (16). Zamanla ilgisizlik ve uzaklaşma arttıkça da birey, diğerlerinin gereksinimlerine aldırış etmeyen tutum ve davranışlar sergilemeye ve duygularına aldırmamaya başlar (13).

Kişisel Başarısızlık:

İnsanlar kişisel başarılarında düşme hissettiklerinde, gittikçe büyüyen bir yetersizlik duygusu hissetmeye başlarlar. Kendilerinde hissettikleri bu yetersizlik duygusu sadece bununla sınırlı kalmayıp etraflarındaki insanların da kendileri hakkında bu şekilde düşündüklerine inanırlar ve değer görmediklerine inanmaya başlarlar. Tüm bu olumsuzluklar işteki başarılarını ve diğer insanlarla olan iletişimlerini olumsuz etkiler (21).

2.1.3. Tükenmişliğe Etki Eden Faktörler

Günümüzde çalışma hayatımızda da sıklıkla karşımıza çıkabilecek olan tükenmişliğe neden olan pek çok faktör mevcuttur. Bunlar bireysel ve çevresel faktörler olarak ikiye ayrılabilir. Örneğin; yaş, cinsiyet, medeni durum gibi demografik faktörler; kişilik yapısı, empati kabiliyeti, duygularını kontrol edebilme becerisi, bireysel ihtiyaçlar, yapılan işten beklenti düzeyi gibi kişisel faktörler; yapılan işin

niteliği, hasta yoğunluğu, çalışma saatleri, iş yükü, iş güvenliği, iş ortamındaki iletişim, çalışma arkadaşları ve yöneticilerle olan ilişkiler, yetersiz ücretlendirme, ödüllendirme eksikliği, işyerinin fiziksel koşulları gibi örgütsel faktörler tükenmişliğe neden olabilmektedir.

2.1.3.1. Bireysel Faktörler

Her insanın günlük yaşantısında karşılaşmış olduğu uyaranları stres faktörü olarak değerlendirmesi ve bunlarla baş etme becerisi birbirinden farklıdır.

Tükenmişliğin tüm bireylerde görülme ihtimali mevcut olduğu kabul edilmekle birlikte bazı özellikleri gösteren bireylerde tükenmişlik görülme ihtimali daha yüksek bulunmuştur. Bu kişilerde görülen özelliklerden bazıları; mükemmeliyetçi, sabırsız, çabuk sinirlenen, esneklikten uzak bir kişilik yapısında olmak, dış kontrol odaklı olmak, empati yapamamak, duygusal kontrolü sağlayamamak, gerçekçi olmayan beklentilere sahip olmak olarak ifade edilebilir (22).

2.1.3.2. Çevresel Faktörler

Tükenmişlik sadece bireysel faktörlere bağlı olarak gelişmemekte, tükenmişliğe yol açabilecek pek çok çevresel faktör bulunmaktadır. Çalışanın yeterince değer göremediği iş ortamı, iş yükü, çalışma koşulları, ekip arkadaşları ile iletişim durumu, yapılan iş karşılığında elde edilen gelir ve ödüllendirme sistemi, şeffaflık adalet ve güven duygusu ile ilgili problemler kişilerde tükenmişliğe yol açabilmektedir. Bunun neticesinde de herhangi bir başarı sonrası elde edilen mutluluk giderek azalmakta, bireyin kendisini işine adanması ve işine bağlılık duyması gibi duygular zedelenmektedir (23).

2.1.4. Tükenmişlik Belirtileri

Tükenmişlik yavaş yavaş başlayıp ilerleyen kronik bir olgudur. Tükenmişlik yaşayan kişiler, mesleki doyumsuzluk, yorgunluk duyguları yaşadığını fark edip; işe gitmekten kaçınmaya başlayabilir, olaylara karşı tahammülsüzleştiğini fark edebilir, benlik imajına uygun olmayan davranışlar sergilemeye başlayabilirler. Bu insanlar garip, eleştirici, kızgın, eleştirilere kapalı ve insanlara itici gelen davranışlarda

bulunabilirler (22). Bu durum bireylerin iş performansında ciddi gerilemelere yol açmaktadır.

Tükenmişlik belirtileri fiziksel belirtiler, psikolojik belirtiler ve davranışsal belirtiler olarak 3 grupta incelenebilir.

Fiziksel belirtiler; yorgunluk, bitkinlik hissi, uyku bozuklukları mide-barsak rahatsızlıkları, baş ağrıları, hipertansiyon olarak sıralanabilir. Bireyde bu tip yakınmaların sürekli görülüyor olması, kişinin tükenmişlik sendromu yaşandığını gösterebilir (24).

Tükenmişliğin psikolojik belirtileri arasında belirgin olarak sinirlilik, engellenmişlik ve başarısızlık hissi görülmektedir. Kişi , işe olan ilgisinin ve bağlılığın kaybolduğunu, özgüveninin azaldığını, suçluluk duygusu içerisinde olduğunu fark edebilir (25).

Davranışsal belirtiler artık tükenmişliğin ciddi bir boyuta ulaştığı göstermektedir. Tükenmişlik duygusu, bireyin içinde saklayamayacağı kadar huzursuzluk vermektedir. Tükenmişlik yaşayan kişilerde; toleransın azalması, çabuk öfkelenme, ani sinir patlamaları yaşama, alıngan davranma, yalnız kalma isteği, işe geç kalmak/ işe gitmeme, işyerinde yapılan işi yavaşlatma, evlilik çatışmaları ve boşanma, konsantre olamama, unutkanlık, alaycı/suçlayıcı olma gibi davranışsal belirtiler gözlenebilmektedir (26).

Yapılan çalışmalarda tükenmişlik sağlık çalışanlarında daha sık görülmekte, sağlık çalışanları içinde ise doktorlarda daha fazla görülmektedir. Asistan hekimlerde tükenmişlik görülme sıklığı %3 ile %88 arasında değişmektedir (27). Nepal de 2022 yılında asistan hekimlerde yapılan bir çalışmada çalışmaya katılan 347 asistanın %42,4 ünde tükenmişlik saptanmış olup ,%16,6'sında DT, %15,9'unda D ve %9,8'inde KB alt ölçeklerinde tükenmişlik düzeyleri yüksek olarak bulunmuştur (27).

Asistan doktorlardaki tükenmişliğin büyük oranda uzun çalışma saatleri, ev-iş ayrımının kalmaması, çalışma hayatında karşılaşılan profesyonellikten uzak problemler, çalışma arkadaşlarıyla olan iletişim sıkıntıları ve geleceğe ilişkin güvensizlikten kaynaklandığı düşünülmektedir. Tükenmişlik, tıbbi hataların artmasına ve bunun sonucunda da hastalara verilen hizmet kalitesinin azalmasına neden olmaktadır (27,28). Buna ek olarak, başka bir çalışmada tükenmişliğin işe devam

etmekte zorlanma, işe gitmeme, madde kötüye kullanımı ve duygudurum bozuklukları, intihar düşünceleri ile de ilişkili olduğu gösterilmiştir (28).

2.2. BİLİNÇLİ FARKINDALIK

2.2.1. Bilinçli Farkındalığa İlişkin Genel Bilgiler

Bilinçli farkındalık, özellikle son yıllarda batı dünyasında araştırmacıların dikkatini çekmiş olsa da doğduğu topraklarda neredeyse 2500 yıllık bir geçmişi vardır. Buda öğretilerinin benimsediği Pali dilinden türemiştir, “Sati” kelimesinden köken alır. Sati, dikkat, farkındalık ve hafıza, hatırlama gibi anlamlara gelmektedir (29). İngilizce’ye “mindfulness” olarak çevirilen bu kavram Türkçede ise bilinçli farkındalık olarak kullanılır (30).

Bilinçli farkındalık, doğu kültüründe, özellikle Budizm inancındaki meditasyon deneyimlerinden köken alan “an”da kalma olgusundan geliştirilmiştir (29). Budizm kaynaklarında bilinçli farkındalık zihinsel işlevden ziyade, bir pratik uygulama ya da süreç olarak değerlendirilmektedir Hissedilen bedensel duyular, duygu ve değişen kendilik, zihinsel içerik ve süreçlerin farkındalığı gibi farklı evrelerden oluşmaktadır (30). Budizm’deki spiritüel egzersizleri araştıran, meditasyon süreçlerini inceleyen Batılı araştırmacılar bu gözlemi ve deneyimi “bilinçli farkındalık” (mindfulness) olarak adlandırmış ve farklı biçimlerde tanımlamışlardır.

Marlatt ve Kristeller’e göre bilinçli farkındalık, kabullenmeyi ve şefkat duymayı ön planda tutup yaşanan ana dikkatin yoğunlaşması olarak tanımlanırken, Siegel ve arkadaşları, bilinçli farkındalığı o anki deneyimlerin nezaket duygusu ile yargılamadan kabul edebilmek olarak ifade etmişlerdir. Buna göre, farkındalığın orijininde ; yaşanan deneyimin iyi veya kötü olması dikkate alınmadan kabullenici, nezaketli bir tutum ve merak ile anı gözlemlenmenin yer aldığı ifade edilmektedir (31).

Farkında olmak, Türk Dil Kurumu tarafından “görülmesi veya bilinmesi gereken şeylerden haberi bulunmak, kavranması gereken bir şeye dikkat etmek” olarak tanımlanmıştır. Farkında olma durumu 3 basamakta incelenebilir. İlk basamak, en temel farkındalık seviyesi olup, yaşamın devam edebilmesi, canlıların kendilerini dış faktörlerden koruyabilmeleri için gereklidir. İkinci basamak, kendilik farkındalığı

basamağıdır ve bireyin kendisini algılama ve fark etme becerisini ifade eder. Son basamakta ise bilinçli farkındalık yer almaktadır. Bu kavram, şimdiye, içinde bulunulan zamana an be an, önyargılardan arınmış bir şekilde dikkat etmeyi ifade eder (30).

Linehan ve Willks de bilinçli farkındalığı, “Doğu’nun (Zen) geleneksel pratiklerinden uyarlanan beceriler” olarak tanımlamışlardır (32). Bilinçli farkındalığın temelini, Budizm inancının gelenekleri oluştursa da içinde Budizm ile ilişkili dini ve kültürel etmenler yer almamaktadır. Bu bağlamda yalnızca Budizm inancına sahip olmakla alakalı değil dikkatle ilgili evrensel bir gerekliliktir ve insanın doğuştan gelen bir tutumunu yansıtmaktadır (33).

Brown ve Ryan kişilerin doğuştan belli bir bilinçli farkındalık düzeyine sahip olduklarını ifade etmişlerdir. Çoğu kişi belirli bir düzeyde bilinçli farkındalık kapasitesine sahip olsa bile kişiler zamanla farklılaşır ve bilinçli farkında olma eğilimi bir kişiden diğerine de farklılık gösterebilir (34). Bunun yanı sıra çevresel faktörlerin de kişilerin bilinçli farkındalıkla hareket etme kapasitesinin gelişiminde olumlu veya olumsuz etkisi olabilmektedir. Sonuç olarak bilinçli farkındalık, bireylerin doğuştan sahip oldukları bir kapasiteyken aynı zamanda pratiklerle geliştirilebilen bir beceri olarak da değerlendirilmektedir (31).

2.2.2. Bilinçli Farkındalığın Gelişim Mekanizması

Bilinçli farkındalık durumsal bir özellik olarak kabul edilebileceği gibi kişilik özelliği olarak da ele alınabilir (35). Kişilik özelliği olarak bilinçli farkındalık zaman içerisinde günlük hayatın içinde de yer almaya başlar (36). Bilinçli farkındalık temelli pratiklerin daha fazla yapılması sonucunda zaman geçtikçe bireylerin bilinçli farkındalık seviyelerinde artış olduğu görülmüştür (37). Bilinçli farkındalık pratiklerinde derin deneyimler yaşayan ve yaşadıkları bu deneyimleri bilinçli farkındalık pratikleri ile kısıtlı kalmayarak günlük yaşantılarında da kullanan bireylerde zaman içerisinde bilinçli farkındalığın bir kişilik özelliğine dönüştüğü söylenmektedir (38).

Bilinçli farkındalığın birbiriyle ilişkili ve birbirinden etkilenen pek çok unsuru içeren bir kavram olduğu söylenebilir. Bunlardan ilki, dikkat; hayatımız boyunca

karşılaşmış olduğumuz uyaranlara odaklanma yeteneğidir. Çevremizde oldukça fazla uyaranın bulunduğu düşünüldüğünde her birine dikkatimizi yoğunlaştırabilmemiz oldukça zor bir durum olacaktır. Bu sebeple, zihnimiz bazı uyaranları içeri alıp kayıt ederken, bazı uyaranları da dışarda bırakarak bir çeşit filtreleme yapmaktadır (39). Bu açıdan bakıldığında, dikkatin güçlü uyaranlara daha kolay yönelebildiği söylenebilir. Farkındalık açısından değerlendirildiğinde dikkat, kişilerin yaşanan anda meydana gelen hem iç hem de dış süreçleri fark etmesi ve bu süreçlerin işleyişlerini gözlemlemesi ile ilgili bir kavram olarak ifade edilebilir. Geçmiş tecrübelerimizden gelen davranış paternlerimizi, kalıplaşmış tepkilerimizi , önyargılarımızı bir kenara koyup içinde bulunduğumuz ana odaklandığımızda bilincin içeriğine katılmamız mümkün olabilir (40).

Hayatımız boyunca karşılaştığımız uyaranlar içinden seçim yapmamıza katkı sağlayan bir diğer bilinçli farkındalık unsuru ise niyetlerimizdir (30). Niyetler, dikkatin ana unsuru olarak kabul edilir ve yapılan eylemlerin gerekçelendirilmesinde önemli rol alır. Buna ek olarak farkındalık sürecinin anlaşılmasında önemli bir basamak olarak değerlendirilir (40). Shapiro tarafından yapılan bir çalışma sonucunda, kişilerin meditasyon sonucu elde ettikleri fayda ile niyetlerinin birbirine paralel olduğu görülmüştür. Mesela, kendini keşfetmek niyetiyle çalışmaya katılan birey meditasyon çalışmaları sonrasında bu yönde ilerleme kaydederken, başlangıçta hedefi kendini özgürleştirmek olan bireyin çalışma sonunda kendini özgürleştirmeye ve şefkate yöneldiği tespit edilmiştir (30).

Bilinçli farkındalıkta üçüncü unsur ise tutumlarımızdır. Bu unsur, bireylerin yaşadıkları tecrübelerle karşı aldıkları tavır olarak nitelenmektedir (30). Günlük hayatta iyi ya da kötü olarak değerlendirebileceğimiz pek çok olayla karşılaşırız. Bu noktada önemli olan karşılaştığımız bu olaylara olan yaklaşımımızdır. Bilinçli farkındalık kapsamında değerlendirildiğinde yaklaşımlarımızda; sabırlı olmamız gerektiğinin, daha merhametli, daha kabullenici bir tutum içerisinde olmamızı, merak gibi formlarda olmaları gerektiği vurgulanmaktadır (40). Bu bağlamda dikkati, niyeti ve tutumu bilinçli farkındalığın temelini oluşturan üç temel yapıtaşı olarak düşünebiliriz. Bu yapıtaşları üzerine çalışmak kişiyi yavaş yavaş bilinçli farkındalık düzeyine taşıyacaktır. Fakat bireylerin bilinçli farkındalık unsurlarını hayatlarının bir parçası

haline getirebilmeleri belirli bir süreci, farklı beceriler kazanmayı ve pratik uygulamalar yapmayı gerektirmektedir.

2.2.3. Bilinçli Farkındalık Becerileri

Bilinçli farkındalıkta duygusal açıdan zorlayıcı tecrübeleri bastırmak ya da kontrolü elde tutmaya çalışmak yerine o an neler hissettiğimizi anlamak ve bu hisleri düzenlemek tavsiye edilmektedir. Farkındalığın temelinde, memnun olmadığımız durumları değiştirmeye çalışmak yerine onları olduğu gibi kabul etmek ve olaylara dikkat etmek yer almaktadır (33). Bilinçli farkındalık anlaşılması kolay bir durum gibi görülse de günlük yaşantıda uygulamaya geçirilebilmesi için fazlaca pratik yapılması ve bir takım davranışlara bu çerçevede şekil verilmesi gerekir (31). Kabat-Zinn bilinçli farkındalık yeteneklerinin oluşturulması için bir takım tutumların şekillendirilmesi gerektiğini ifade etmiştir (38). Bilinçli farkındalık uygulamalarının temelini oluşturan yedi ana unsur Şekil 1’de gösterilmiştir(41).



Şekil 1. Farkındalık uygulamalarının temel unsurları (41)

2.2.3.1. Yargılamama

Zihnimiz gündelik hayatta yaşadığımız olayları rutin olarak inceleyip değerlendirerek çeşitli yorumlarda bulunur. Zihnimiz yaptığı bu tarz değerlendirmelerde taraf gözetebilir ve yargılayıcı olabilir. Çünkü zihnimiz, onu kendi

haline bıraktığımızda yaşadığımız olayları geçmişten gelen tecrübeler doğrultusunda değerlendirerek iyi ya da kötü şeklinde sınıflamaya meyillidir ve bütün bu sınıflamalar biz farkına varmadan otomatik olarak gerçekleşir. Bu durum yaşanan anı tarafsız bir bakış açısı ile değerlendirebilmemizi güçleştirmektedir. Yargısız bakış açısının kaybedilmesi de mevcut iyilik halini negatif yönde etkileyebilmektedir (42).

Yargılamama becerisinde amaç, kişilerin hayatlarında gerçekleşen olayları dışarıdan farklı bir kişi gibi değerlendirmelerini sağlayarak o an o durum karşısında nasıl hissettiklerini, nasıl davrandıklarını, verdikleri bir takım otomatik tepkileri fark etmelerini sağlamak olarak ifade edilebilir. Yargıları fark ederek minimum düzeye indirmek aşama aşama gerçekleşmektedir. Bireylerin kalıplaşmış düşünce ve davranışlardan kurtulabilmesi için çaba göstermesi gerekmektedir (43).

“Yargılamamak” ile asıl anlatılmak istenen, yaşadığımız olayları eleştirmemek veya yaşananları sevmek zorunluluğu hissetmek değil, yaşanan deneyim hoşumuza gitsin ya da gitmesin olaylar karşısında gösterdiğimiz tavır ve davranışların farkında olmak, hayata bakış açımızı fark etmek ve geçmişten gelen tecrübelerin ya da gelecekle ilgili endişelerin etkisinde kalmadan yaşanan ana odaklanabilmek için neler yapabileceğimiz hakkında düşündürmektir (41). Bu beceriyi geliştirdikçe, anlık düşüncelerimizin farkına varabilme potansiyelinde artışın yanı sıra neden olabilecekleri negatif duygudurum ile başa çıkabilme yeteneğimizde de artış olması beklenmektedir.

2.2.3.2. Sabır

Sabır, yaşanan her olayın kendi zamanı içinde gerçekleşeceğinin farkında olup bu düşünceyi benimseyerek içinde bulunulan anı tamamıyla kabul etmektir. Farkındalık becerilerinin temelini oluşturduğu söylenebilir (44). Sabır, yaşanan an içerisinde yeni bir zaman dilimi oluşturarak olayın kendi sürecinde devam etmesine izin verir. Bu sayede süregelen bir meşguliyet halinden kurtulan zihin bu doğal süreci gözlemleyebilir. Özellikle de yoğun duygular içerisinde bulunulan, zihnin sürekli meşgul olduğu dönemlerde kişiye yardımcı olarak kişiyi zorlayan tecrübelerin ya da gerçekleşmesi zaman isteyen süreçlerin bireyde oluşturabileceği umutsuzluğa, negatif duygulara karşı da koruyucu etkisi olduğu söylenmektedir (31,41).

2.2.3.3. Acemi (Yeni Başlayan) Zihni

Bilinçli farkındalık becerileri arasında önem arz eden bileşenlerden bir diğeri de “acemi zihni”dir. Hayatta yaşanan anlar birbirine benzerlik gösteriyor gibi gözükse bile temelde birbirinden farklıdır. Tsang ve arkadaşlarına göre, içinde bulunulan anın kendine özgü yapısını fark etmek, o anı ilk defa deneyimliymiş gibi istekli, meraklı olabilmek için bu zihin yapısına sahip olmak gerekmektedir (45). Yeni başlayan zihni, hayatı tıpkı dünyaya yeni gelmiş bir çocuk gibi heyecanla izler ve duyumlara önem verir. Dünyayı keşfetmeye gelmiş bir ruh gibi değerlendirilebilir. Bu zihin yapısı, bireyin karşısına çıkan fırsatları ve hayattaki diğer olasılıkları fark etmesine olanak sağlar (29). Ayrıca, kişileri onlara tuhaf gelebilecek daha önce karşılaşmadıkları olaylara karşı hazırlamaktadır (41). Bu beceri gündelik yaşantıda karşılaştığımız olayları farkına vararak tecrübe etmemizi sağlarken öteki taraftan da diğer bireylerle olan iletişim kalitesinin artmasına yardımcı olur (46).

2.2.3.4. Güven

Kabat-Zinn’e göre güven, benliğimizin ortaya konulmasını ve ona karşı duyarlılığımızın artmasını ifade etmektedir. Farkındalığa güven duymak, kişinin özgüvenini artırmasına ek olarak, yaşantısında aldığı kararlar ve bu doğrultuda gerçekleştirdiği eylemlerde sorumluluk sahibi olmasını, farkındalığının yüksek olmasına katkı sağlar. Bu beceri öngörülemeyen, akut gelişen durumlarda (mesela bir öfkelenme durumunda) huzursuz hissetmek yerine, pozitif duyguları çağırıp ön plana çıkararak, öngörülemeyen durumların yönetimini kolaylaştırdığı ifade edilmektedir. Farkındalık pratikleriyle kişi kendi iç sesini dinleme ve güven sağlama konusunda gelişim sağlamak ve bunu diğer insanlara güven duyarak, onların pozitif yanlarının farkına vararak çevresine de yansıtmaktadır (43).

2.2.3.5. Zorlamama (Hırslanmama)

Bireyler sürekli bir amaç doğrultusunda efor harcayıp bir sonuca ulaşma eğilimindedirler. Bilinçli farkındalıkta ise bir amaca ulaşma hırslı olmayıp yaşanan ana, yaşanan duygulara, bedende meydana gelen değişikliklere odaklanma vardır. Kişi gergin hissediyorsa, dikkatini yalnızca gerginliğine, acı hissediyorsa acısına, zihnini yargılıyorsa yargılarına vermelidir. Sadece kendisini izlemeli ve anlık olarak tecrübe

edilenleri algılamanın hayat kalitesi açısından önemini hatırlamalıdır (30). Sabır ve düzenli bir şekilde uygulanan pratikler yardımıyla gündelik hayatın her bir anının farkına vararak yaşama yeteneğinin gelişeceği söylenmektedir (46).

2.2.3.6. Kabul

Bireyler pek çok kez istenilmeyen duygulardan kaçabilmek adına onları bastırma ya da yok sayma eğilimindedirler. Fakat bu çabalar çoğu kez hüsrana sonuculanarak daha fazla stres hissetmemize neden olmaktadır. Bu aşamada kabul devreye girerek stresle başa çıkmamızda bize yardımcı olur. Kabul, bireyin kendisini tüm gerçekliği ile görmeye ve benimseyeme gönüllü olmasıdır. Hayat tecrübelerini iyi ya da kötü olarak ayırtırmadan eşit derecede kabul edebilmek, olanlara karşı aynı bakış açısıyla yaklaşabilmektir. Başarı nasıl kabul ediliyorsa başarısızlığa da aynı şekilde kucak açmaktır. Kabul, yaşanan olayları, duyguları, tepkileri yargılamadan olduğu şekli ile değiştirmeye çalışmadan kabullenmeye yönelik bir beceridir.

İnsanlar gündelik hayatta pek çok olumsuz durum ile karşı karşıya kalmaktadırlar. Eğer birey bir çözüm yolu olarak karşılaşılan olumsuz tabloyu yok etme çabası içerisinde olursa, bu durumun bireyde psikolojik sorunlara daha fazla yol açtığı ifade edilmektedir (47). Kişinin işlevselliğini azaltan, daha huzursuz hissettiren bu çabalardan vazgeçmesi ve yaşadığı tecrübeyi iyi ya da kötü tüm yönleri ile kabul etmesinin daha yararlı olacağına dikkat çekilmektedir (30).

2.2.3.7. İzin Vermek (Akışına Bırakmak)

Akışına bırakmak, kabul yeteneğinin devamı niteliğindedir. Hayatta duygu ve düşünceleri, olayları akışına bırakmak onları kabul etmemek, yok saymak ya da onlardan kaçınmak anlamına gelmemektedir. Bireyin, bağlandığı şeyin, yaşadığı tecrübeler ya da beklentileriyle olan ilişkisini anlaması; o an hissettiği duyguları, zihninden geçen düşünceleri, yargılarını fark etmesi ve farkına varılan tüm bu duygu düşüncelerin gelip geçmesine izin vermesi anlamına gelmektedir. Birey bütün bu olan bitenleri üçüncü bir kişi gibi gözlemlemektedir (41,45). Bu beceri sayesinde kişi bağımlılıkların kişiye getireceği endişe, stres, korku gibi durumları daha az yaşayacak ve bunların getirebileceği olumsuzluklardan da daha az zarar görecektir.

Bilinçli farkındalık yaklaşımının amacı sürekli olarak geçmişe ya da geleceğe kayan, yaşadığı ana odaklanıp anda olan bitenin farkına varmakta zorlanan, bir nevi otomatik pilot ile yaşayan bireyi, bu yaşantıdan çıkarmak ve zihnin şu an tecrübe edilen olaya, hissedilen duyguya odaklanmasını sağlamaktır (48). Farkındalık pratikleri ile kendinde bu beceriyi geliştiren kişi zihninin anda kalmaktan uzaklaştığını fark edip onu içinde bulunulan ana getirmeyi başarabilir. Bu sayede birey geçmiş-gelecek kısır döngüsünden kurtulabilir ve bu durumun getirebileceği olumsuzluklardan ve huzursuzluklardan kendini koruyabilir (30). Kişinin, bilinçli farkındalık davranışlarını benimseyip hayatında uygulamasıyla meydana gelebilecek olumlu etkilerde de artış görüleceği düşünülmektedir. Üniversite öğrencileri ile yapılan bir araştırmada öğrenciler kontrol ve deney grubu olarak ayrılarak deney grubuna 3 haftalık bilinçli farkındalık eğitimi verilmiştir. Süreç sonunda eğitime katılan öğrencilerin stres depresyon anksiyete düzeyleri katılmayan öğrencilere göre daha düşük bulunurken, eğitim alan öğrencilerin hayattan aldıkları zevk ve tatmin duygusu ise daha yüksek bulunmuştur (49). Bilinçli farkındalık uygulamaları sağlık alanında da kullanılmaya başlanmış, kanser hastaları, organ nakli yapılmış hastalar, diyabet hastaları, sağlık çalışanları ile yapılan çalışmalarda bilinçli farkındalık pratiklerinin olumlu sonuçları gösterilmiş, depresyon anksiyete ve stres düzeylerinde azalma, sosyal becerilerde ve sakinlik, duygusal düzenleme kendini kabulde de artış olduğu tespit edilmiştir (49–53).

Bilinçli farkındalık, her dinde ve her kültürde yeri olan bir bilinç hali, zihinsel eğitim şeklidir. Türk kültüründe de Mevlana'nın Mesnevi'sinde mindfulness, mindful yaşam ile paralellik gösteren pek çok beyit -öğütler- yer almaktadır. Budizm inancından köken alarak başlayan yolculuğuna Batı dünyasının ilgisini çekmesi ile devam eden mindfulness kavramı gün geçtikçe de tüm dünyada yaygınlaşmaktadır. Mindfulness ve içerdiği kavramlar, kültürümüzde hali hazırda mevcut olan kavramlar ve yaşam tarzı olarak öğütlenen bilinen uygulanan kavramlardır. Farklı bir bakış açısıyla bakılacak olursa mindfulness bir alt küme olarak değerlendirilebilir. Mevlana'nın mindfulness'ı en güzel anlatan şiirlerinden biri olan misafirhane şiirinde olduğu gibi...

İnsan kısmı bir misafirhane,
Her sabah yeni birisi gelir.

Bir sevinç, bir bunalım, bir zalimlik,
Aniden farkına varmak bir şeyin,
Hepsi beklenmedik misafir.

Hepsini karşılayıp eyle!
Evini vahşetle süpürüp,
Bütün mobilyalarını boşaltan
Bir kederler kalabalığı bile gelse.

Her geleni alınının akıyla misafir et.
Olur ki yeni bir zevk getirmek için
Boşalttılar evini.

Karanlık düşünce, utanç ve garaz,
Hepsini gülerek karşıla kapıda
Ve buyur et içeri.

Minnettar ol her gelene
Kim gelirse gelsin.
Çünkü bunların her birisi
Öte taraftan bir kılavuz
Olarak gönderildi.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMANIN TİPİ

Tanımlayıcı, prospektif ve analitik bir yüz yüze anket çalışmasıdır.

3.2. ARAŞTIRMANIN EVRENİ ve ÖRNEK BÜYÜKLÜĞÜ

Araştırmamızın evrenini 01 Temmuz 2022 – 01 Eylül 2022 tarihleri arasında Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kliniklerinde görev yapan asistan hekimler oluşturmaktadır. 24 Mayıs 2022 tarihi itibari ile hastanemizde uzmanlık eğitimi veren kliniklerde toplam 460 asistan hekim vardır. CDC EpiInfo Stat calc yöntemiyle doktorlarda ortalama %60 tükenmişlik olduğu göz önünde bulundurularak %95 güven aralığı ve %5 hata payı ile örneklem sayısı 204 olarak bulunmuş, %20 veri kaybı göz önüne alınınca 245 asistan hekimle araştırmanın yapılması planlanmıştır. Çalışma 301 asistan hekim ile tamamlanmıştır.

3.3. ARAŞTIRMANIN YERİ VE ZAMANI

Araştırma etik kurul onayı alındıktan sonra 01 Temmuz 2022-01 Eylül 2022 tarihleri arasında Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kliniklerinde gerçekleştirilmiştir.

3.4. ARAŞTIRMA POPÜLASYONU

Araştırmanın evrenini Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kliniklerinde görev yapan asistan hekimler oluşturmaktadır. Son 1 ayda hastanede çalışmaya başlayan ve oryantasyonu devam eden asistan hekimler ile sahada çalışan sözleşmeli aile hekimliği asistanları, doğum izni, askerlik gibi nedenlerle aktif olarak çalışmayan asistan hekimler çalışmaya dahil edilmemiştir.

3.5. ETİK KURUL ONAYI

Araştırmanın etik kurul onayı Sağlık Bilimleri Üniversitesi Dışkapı Yıldırım Beyazıt Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 139/37 karar numarası ile 06/06/2022 tarihinde alınmıştır.

3.6. ARAŞTIRMANIN VERİ TOPLAMA KAYNAKLARI VE UYGULAMA ŞEKLİ

Çeşitli kliniklerde çalışan asistan hekimler, öncelikle araştırmacı tarafından bilgilendirilmiş, katılmayı kabul eden hekimlere hazırlanan anket formu uygulanmıştır. Anket formu gönüllülük esasına göre uygulanmış olup öncesinde katılımcıların onamı alınmıştır.

Araştırmacılar tarafından katılımcılara sosyodemografik özellikleri sorgulayan 'Sosyodemografik Veri Formu', bilinçli farkındalık düzeylerini ölçmeye yönelik 'Bilinçli Farkındalık Ölçeği' ve tükenmişlik düzeylerini belirlemeye yönelik 'Maslach Tükenmişlik Ölçeği' kullanılmıştır.

Sosyodemografik Veri Formu: Bu form katılımcıların yaş, cinsiyet, sigara ve alkol kullanımı, mezuniyet yılı gibi bilgileri içeren, araştırmacılar tarafından oluşturulmuş bir ankettir [Ek-1].

Bilinçli Farkındalık Ölçeği (BFÖ): Bilinçli farkındalık ölçeği, Brown ve Ryan (2003) tarafından geliştirilip, Özyeşil Arslan, Kesici ve Deniz (2011) tarafından Türkçe'ye uyarlanmıştır. Günlük hayattaki anlık deneyimlerin farkında olma ve bu deneyimlere karşı dikkati ölçmeye yönelik 15 maddeden oluşan bir ölçme aracıdır. Bilinçli Farkındalık Ölçeği'nin psikometrik özelliklerine bakıldığında 15 madde 6'lı likert türünde ve tek faktörden oluşan kendini değerlendirme türünden bir araçtır. BFÖ'den alınabilecek en yüksek puan 90 iken en düşük puan 15'tir. Ölçekten alınan puanın yüksekliği katılımcının bilinçli farkındalık düzeyinin yüksek olduğunu, ölçekten alınan puanın düşüklüğü ise bilinçli farkındalık düzeyinin düşük olduğunu göstermektedir (54). Araştırma kapsamında bilinçli farkındalık ölçeğine ilişkin Cronbach's Alpha katsayısı 0,85 olarak bulunmuştur. BFÖ Ek-2'te sunulmuştur.

Maslach Tükenmişlik Ölçeği (MTÖ): Maslach Tükenmişlik Ölçeği 1981’de Maslach ve Jackson tarafından geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkçe’ye uyarlama çalışması 1993’de Ergin tarafından gerçekleştirilmiştir. Ölçek ile tükenmişlik duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarı hissi olmak üzere üç alt boyutta değerlendirilir. Ölçek toplam 22 maddeden oluşmaktadır. Ölçekte bulunan (1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20) numaralı 9 madde “duygusal tükenme”, (5, 10, 11, 15, 22) numaralı 5 madde “duyarsızlaşma” ve (4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21) numaralı 8 madde “kişisel başarı” alt ölçeğine ait puanların hesaplanmasında kullanılır. Tüm alt ölçeklerle ilgili olarak yaşanan duyguların yaşanma sıklığı, Likert tipi ölçekleme yöntemi ile belirtilerek, sıklıkla artış gösteren puanlama ile '1' den '5' e kadar puanlamanın sonuçlarına dayanılarak değerlendirilir.

Duygusal tükenme ve duyarsızlaşma ile ilgili maddeler olumsuz, kişisel başarısızlık ile ilgili maddeler olumlu ifadelerden oluşmaktadır. Bu yüzden her alt boyutun puanı ayrı olarak değerlendirilir. Duygusal tükenme ve duyarsızlaşma alt ölçeklerinden yüksek, kişisel başarı alt ölçeğinden düşük puanlar tükenmişlik olarak kabul edilmektedir (55). Fakat tek yönlü bir puan elde edebilmesi amacıyla duygusal tükenme ve duyarsızlaşma alt ölçeklerindeki maddeler aynı şekilde, kişisel başarı alt ölçeğindeki maddeler ise ters puanlanarak hesaplama yapılmıştır. MTÖ Ek-3’te sunulmuştur.

Tablo 1. MTÖ alt boyut puanlandırma değerleri

MTÖ Alt Boyut Puanlandırma Değerleri	Yüksek Düzy	Orta Düzey	Düşük Düzey
Duygusal Tükenme	≥ 18	12-17	0-11
Duyarsızlaşma	≥ 10	6-9	0-5
Kişisel Başarı (Ters Puanlama)	≥ 11	7-10	0-6

Araştırma kapsamında Maslach tükenmişlik ölçeği alt boyutlarına ilişkin Cronbach’s Alpha katsayıları DT için 0,86, D için 0,64 ve KB için 0,65 olarak bulunmuştur.

3.7. İSTATİSTİKSEL ANALİZ

Araştırmada elde edilen verilerin analizinde IBM SPSS 23.0 programı kullanılmıştır. Analizlerde hangi testlerin kullanılacağını belirlebilmesi amacıyla normallik testi yapılmıştır. İlk aşamada verilerin dağılımını bozan uç değerler tespit edilmiş ve 304 katılımcının 3'üne ait veriler araştırmadan çıkarılarak araştırmaya 301 katılımcı ile devam edilmiştir. Dağılımın normal olup olmadığının tespit edilmesinde çarpıklık ve basıklık katsayıları, histogram ve Normal Q-Q grafiği ve Shapiro-Wilks ve Kolmogorov Smirnov testleri şeklinde üç yöntemden yararlanılmıştır. Puanlardan elde edilen çarpıklık ve basıklık katsayılarının $+ 1,5$ ile $- 1,5$ arasında olması ve Normal Q-Q grafiğinde noktaların 45 derecelik doğru üzerinde olması ve önemli bir sapma göstermemesi dağılımın normal olduğunu göstermektedir (56). Örneklem 30 üzerinde olduğu araştırmalarda dağılımın normalliğine bakılırken Kolmogorov-Smirnov testinden yararlanılabilir. Araştırma verileri üzerinde gerçekleştirilen Kolmogorov-Smirnov testi sonucuna göre ($p=0,000$) dağılım normal gözükmemektedir. Ancak örneklem sayısı büyüdükçe bu test istatistiği anlamlı olarak çıkmaktadır. Bu nedenle çarpıklık ve basıklık katsayıları ve Normal Q-Q grafiğinden elde edilen sonuçlar daha güvenilir bilgi sunmaktadır. Bu doğrultuda analizlerde parametrik test teknikleri kullanılmıştır. Araştırma kapsamında asistan hekimlerin kişisel bilgilerine, asistanlık alanlarına, uyku bozukluğu durumlarına, sigara ve alkol kullanımlarına ilişkin frekans ve yüzdelere; ölçeklere ilişkin ortalama, standart sapma, minimum ve maksimum değerlere ve çarpıklık ve basıklık katsayılarına yer verilmiştir. Asistanların bilinçli farkındalık düzeyleri ile Maslach Tükenmişlik Ölçeği alt boyutları olan duygusal tükenmişlik, duyarsızlaşma ve kişisel başarı düzeyleri arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla Pearson Korelasyon analizi yapılmıştır. Asistanların duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarı puanlarının bilinçli farkındalık puanları üzerindeki etkisini belirlemek amacıyla yapılan çoklu doğrusal regresyon analizi gerçekleştirilmiştir. Asistanların bilinçli farkındalık düzeyleri ve tükenmişlik düzeylerinin cinsiyet, medeni durum, tıp seçimi, asistanlık alanı seçimi, sigara ve alkol kullanımlarına göre değişim durumunu belirlemek amacıyla ilişkisiz örneklem t-testi; asistanlık alanı ve uyku bozukluğu durumuna göre değişim durumunu belirlemek amacıyla ise Anova kullanılmıştır. Araştırma kapsamında anlamlılık düzeyi 0,05 olarak alınmıştır.

4. BULGULAR

4.1. ASİSTAN HEKİMLERİN KİŞİSEL BİLGİLERİNE YÖNELİK BULGULAR

Asistan hekimlere ilişkin kişisel bulgular tanımlanmıştır. Tablo 2'ye göre çalışmaya katılan asistanların 99'u (%32,9) erkek, 202'si (%67,1) kadındır. Asistan hekimlerin yaş ortalaması $28,66 \pm 2,26$, meslekte çalışma süresi (kıdem) ortalaması $4,40 \pm 2,01$ 'dir. Asistanların 136'sı (%45,18) evli, 165'i (%54,81) ise bekdir. 262 (%87,04) asistan tıp fakültesini ve asistanlık alanını kendi isteği ile seçmiştir. Asistanların 10'u (%3,32) temel bilimler, 243'ü (%80,73) dahili klinik bilimleri ve 48'i (%15,94) cerrahi klinik bilimlerinde bulunmaktadır. 102 (%33,88) asistan sık sık uyku bozukluğu yaşarken, 120 (%39,86) asistan bazen uyku bozukluğu yaşamakta, 79 (%26,24) asistan ise uyku bozukluğu yaşamamaktadır. Asistanlardan 56'sı (%18,60) sigara kullanmakta 245'i (%81,39) ise kullanmamaktadır. Benzer şekilde 73 (%24,25) asistan alkol kullanırken 228 (%75,74) asistan kullanmamaktadır.

Araştırma kapsamındaki asistan hekimlerin kişisel bilgilerine yönelik frekans ve yüzdeler ile bilinçli farkındalık ölçeği ve Maslach tükenmişlik ölçeği ve alt boyutlarına ilişkin ortalama, standart sapma, minimum ve maksimum değerler, çarpıklık ve basıklık katsayıları aşağıdaki tablolarda sunulmuştur.

Tablo 2. Asistan hekimlere ilişkin kişisel bulgular

Kişisel Bilgiler	Grup	n	%
Yaş	Ort.± ss	28,66±2,26	
Çalışma Süresi	Ort.± ss	4,40±2,01	
Cinsiyet	Erkek	99	32,89
	Kadın	202	67,10
Medeni Durum	Evli	136	45,18
	Bekar	165	54,81
Tıp Fakültesini İsteyerek Seçme	Evet	262	87,04
	Hayır	39	12,95
Asistanlık Alanı	Temel Bilimler	10	3,32
	Dahili Klinik Bilimleri	243	80,73
	Cerrahi Klinik Bilimleri	48	15,94
Tıp Asistanlık Alanını İsteyerek Seçme	Evet	262	87,04
	Hayır	39	12,95
Uyku Bozukluğu	Evet, sık sık oluyor	102	33,88
	Hayır, olmuyor	79	26,24
	Bazen oluyor	120	39,86
Sigara Kullanımı	Evet	56	18,60
	Hayır	245	81,39
Alkol Kullanımı	Evet	73	24,25
	Hayır	228	75,74

4.2. ASİSTAN HEKİMLERİN BİLİNÇLİ FARKINDALIK VE TÜKENMİŞLİK DÜZEYLERİNE İLİŞKİN BULGULAR

Asistan hekimlerin Bilinçli Farkındalık Ölçeği ve Maslach Tükenmişlik Ölçeği ve alt boyutlarından aldıkları puanlara ilişkin bulgular Tablo 3’te verilmiştir. Tablo 3’e göre Bilinçli Farkındalık Ölçeği’nden aldıkları ortalama puan $55,32 \pm 12,42$ ’dir. Teste ilişkin alınan en düşük puan 19, en yüksek puan ise 83’tür. Bilinçli Farkındalık ölçeğinden alınabilecek en düşük puanın 15 en yüksek puanın ise 90 olduğu göz önünde bulundurulduğundan asistanların bilinçli farkındalık düzeylerinin ($55,32 \pm 12,42$) orta seviyede olduğu söylenebilir.

Maslach Tükenmişlik Ölçeği'nden aldıkları ortalama puan $48,29 \pm 11,53$ 'tür. Teste ilişkin alınan en düşük puan 17, en yüksek puan ise 72'dir. Maslach Tükenmişlik Ölçeği'nin birinci alt boyutu olan duygusal tükenmeye ilişkin ortalama puan $23,38 \pm 6,99$ 'dur. Bu boyuta ilişkin alınan en düşük puan 5, en yüksek puan ise 36'dır. İkinci alt boyutu olan duyarsızlaşmaya ilişkin ortalama puan $10,64 \pm 3,84$ 'tür. Bu boyuta ilişkin alınan en düşük puan 1, en yüksek puan ise 20'dir. Üçüncü alt boyutu olan kişisel başarıya ilişkin ortalama puan $14,26 \pm 4,28$ 'dir. Bu boyuta ilişkin alınan en düşük puan 2, en yüksek puan ise 26'dır. Ölçeklerin geneline ve alt boyutlarına ilişkin puanlardan elde edilen çarpıklık ve basıklık katsayılarının hem ölçeklerin geneli hem de alt boyutları için +1,5 ile -1,5 arasında olduğu görülmektedir. Bu durum ölçeğe ilişkin puanların normal dağıldığını göstermektedir.

Tablo 3. Asistan hekimlerin bilinçli farkındalık ve tükenmişlik puanlarına ilişkin bulgular

Ölçekler ve Alt Boyutlar	n	Minimum	Maximum	Ortalama/ss	Çarpıklık	Basıklık
Bilinçli Farkındalık	301	19,00	83,00	$55,32 \pm 12,42$	-,332	-,293
Maslach Tükenmişlik	301	17,00	72,00	$48,29 \pm 11,53$	-,350	-,288
Duygusal Tükenme	301	5,00	36,00	$23,38 \pm 6,99$	-,429	-,386
Duyarsızlaşma	301	1,00	20,00	$10,64 \pm 3,84$	,088	-,163
Kişisel Başarı	301	2,00	26,00	$14,26 \pm 4,28$	-,097	-,326

Tanımlayıcı analizler

Asistan hekimlerin Maslach ölçeği alt boyutlarından aldıkları puanlar kesme noktaları göz önünde bulundurularak gruplandırılmış ve Tablo 4'te gösterilmiştir. Tablo 4'e göre asistanların 243'ünün (%80,73) DT düzeyi, 183'ünün (%60,79) D düzeyi ve 237'sinin (%78,73) KB tükenmişlik düzeyi yüksektir. Bu durum asistan hekimlerin büyük bir bölümünün üç alt boyutta da yüksek tükenmişlik düzeyine sahip olduğunu göstermektedir.

Tablo 4. Asistan hekimlerin Maslach tükenmişlik ölçeği alt boyutları puanlarına ilişkin bulgular

Maslach Tükenmişlik Ölçeği Alt Boyutları	Yüksek Düzey		Orta Düzey		Düşük Düzey	
	f	%	f	%	f	%
Duygusal Tükenme	243	80,73	40	13,28	18	5,98
Duyarsızlaşma	183	60,79	95	31,56	23	7,64
Kişisel Başarı	237	78,73	55	18,27	9	2,99

Frekans analizi

(Bu tablo sadece kesme puanlarına göre hangi düzeyde kaç kişinin olduğunu göstermektedir. Bu nedenle frekans analizi yapılmıştır.)

4.3. ASİSTAN HEKİMLERİN BİLİNÇLİ FARKINDALIK VE TÜKENMİŞLİK DÜZEYLERİNİN DEĞİŞKENLER AÇISINDAN İNCELENMESİNE YÖNELİK BULGULAR

Bilinçli farkındalık ve tükenmişlik düzeylerinin cinsiyet, medeni durum, tıp fakültesi ve asistanlık alanını isteyerek seçme, asistanlık alanı, uyku bozukluğu, alkol ve sigara kullanımı açısından incelenmesi Tablo 5-7 arasında verilmiştir.

Tablo 5'e göre asistanların bilinçli farkındalık düzeyleri cinsiyete, medeni duruma, tıp fakültesini isteyerek seçme durumuna, asistanlık alanına ve alkol kullanımına göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir (tümü için $p>0,05$). Bununla birlikte tıp asistanlık alanını isteyerek seçme, uyku bozukluğu ve sigara kullanma durumuna göre anlamlı bir farklılık göstermektedir ($p<0,05$).

Tıp asistanlık alanını isteyerek seçenlerin ($56,08\pm12,17$) bilinçli farkındalık düzeyleri isteyerek seçmeyenlere ($50,25\pm13,04$) göre anlamlı bir şekilde daha yüksektir ($p=0,012$). Benzer bir şekilde sigara kullanmayanların ($56,06\pm12,33$) bilinçli farkındalık düzeyleri sigara kullananlara ($52,10\pm12,40$) göre anlamlı bir şekilde daha yüksektir ($p=0,034$). Ayrıca sık sık uyku bozukluğu yaşayanların ($48,58\pm12,89$) bilinçli farkındalık düzeyleri bazen uyku bozukluğu yaşayan ($57,37\pm9,44$) ve uyku

bozukluğu yaşamayanlara (60,91±12,02) göre anlamlı bir şekilde daha düşüktür (p<0,001).

Tablo 5. Asistan hekimlerin bilinçli farkındalık düzeyleri ile sosyodemografik verilerin karşılaştırılması

Değişken	Grup	n	Ortalama/ss	t	p
Cinsiyet	Erkek	99	55,23±11,86	,093	0,926
	Kadın	202	55,37±12,71		
Medeni Durum	Evli	136	55,99±12,31	,847	0,398
	Bekar	165	54,77±12,51		
Tıp Fakültesini İsteyerek Seçme	Evet	262	55,42±12,41	,365	0,717
	Hayır	39	54,64±12,57		
Asistanlık Alanı	Temel Bilimler	10	55,90±13,28	,279	0,757
	Dahili Klinik Bilimleri	243	55,54±12,24		
	Cerrahi Klinik Bilimleri	48	54,10±13,28		
Tıp Asistanlık Alanını İsteyerek Seçme	Evet	262	56,08±12,17	2,624	0,012
	Hayır	39	50,25±13,04		
Uyku Bozukluğu	Evet, sık sık oluyor	102	48,58±12,89	29,271	<0,001*
	Hayır, olmuyor	79	60,91±12,02		
	Bazen oluyor	120	57,37±9,44		
Sigara Kullanımı	Evet	56	52,10±12,40	2,155	0,034
	Hayır	245	56,06±12,33		
Alkol Kullanımı	Evet	73	53,82±15,39	1,189	0,235
	Hayır	228	55,80±11,30		

Bağımsız Örneklem t-testi; *ANOVA

Tablo 6'ya göre asistanların duygusal tükenme düzeyleri cinsiyete, medeni duruma ve tıp fakültesini isteyerek seçme durumuna göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir. Bununla birlikte tıp asistanlık alanını isteyerek seçme, asistanlık alanına, uyku bozukluğu, sigara ve alkol kullanma durumuna göre anlamlı bir farklılık göstermektedir ($p<0,05$).

Tıp asistanlık alanını isteyerek seçenlerin ($22,76\pm7,01$) duygusal tükenme düzeyleri isteyerek seçmeyenlere ($27,58\pm5,26$) göre anlamlı bir şekilde daha düşüktür ($p<0,001$). Temel bilimlerde bulunanların ($16,00\pm9,34$) duygusal tükenme düzeyleri dahili klinik bilimleri ($23,75\pm6,55$) ve cerrahi klinik bilimlerinde ($23,06\pm7,87$) bulunanlara göre anlamlı bir şekilde daha düşüktür ($p=0,002$). Sigara ($22,88\pm7,05$) ve alkol ($22,78\pm6,87$) kullanmayanların duygusal tükenme düzeyleri de sigara ($23,38\pm6,99$) (sigara, $p=0,005$) ve alkol ($25,26\pm7,08$) (alkol, $p=0,010$) kullananlara göre anlamlı bir şekilde daha düşüktür. Ayrıca sık sık uyku bozukluğu yaşayanların ($26,03\pm6,08$) duygusal tükenme düzeyleri bazen uyku bozukluğu yaşayan ($22,86\pm6,69$) ve uyku bozukluğu yaşamayanlara ($20,75\pm7,43$) göre anlamlı bir şekilde daha yüksektir ($p<0,001$).

Tablo 6. Asistan hekimlerin duygusal tükenme düzeyleri ile sosyodemografik verilerin karşılaştırılması

Değişken	Grup	n	Ortalama/ss	t	p
Cinsiyet	Erkek	99	23,27±7,39	,195	0,845
	Kadın	202	23,44±6,80		
Medeni Durum	Evli	136	24,01±6,89	1,415	0,158
	Bekar	165	22,87±7,05		
Tıp Fakültesini İsteyerek Seçme	Evet	262	23,18±6,97	1,287	0,204
	Hayır	39	24,74±7,05		
Asistanlık Alanı	Temel Bilimler	10	16,00±9,34	6,174	0,002*
	Dahili Klinik Bilimleri	243	23,75±6,55		
	Cerrahi Klinik Bilimleri	48	23,06±7,87		

Tıp Asistanlık Alanını İsteyerek Seçme	Evet	262	22,76±7,01	5,095	<0,001
	Hayır	39	27,58±5,26		
Uyku Bozukluğu	Evet, sık sık oluyor	102	26,03±6,08	14,421	<0,001*
	Hayır, olmuyor	79	20,75±7,43		
	Bazen oluyor	120	22,86±6,69		
Sigara Kullanımı	Evet	301	23,38±6,99	2,848	0,005
	Hayır	245	22,88±7,05		
Alkol Kullanımı	Evet	73	25,26±7,08	2,612	0,010
	Hayır	228	22,78±6,87		

Bağımsız Örneklem t-testi; *ANOVA

Tablo 7'ye göre asistanların duyarsızlaşma düzeyleri medeni duruma, tıp fakültesini ve tıp asistanlık alanını isteyerek seçme durumuna göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir. Bununla birlikte cinsiyet, asistanlık alanına, uyku bozukluğu, sigara ve alkol kullanma durumuna göre anlamlı bir farklılık göstermektedir ($p<0,05$).

Temel bilimlerde bulunanların ($5,50\pm3,97$) duyarsızlaşma düzeyleri dahili klinik bilimleri ($10,54\pm3,56$) ve cerrahi klinik bilimlerinde ($12,22\pm4,19$) bulunanlara göre anlamlı bir şekilde daha düşüktür ($p<0,001$). Ayrıca dahili klinik bilimlerinde bulunanların ($10,54\pm3,56$) duyarsızlaşma düzeyleri cerrahi klinik bilimlerinde ($12,22\pm4,19$) bulunanlara göre anlamlı bir şekilde daha düşüktür ($p<0,001$). Erkeklerin ($11,38\pm4,08$) duyarsızlaşma düzeyleri kadınlara ($10,28\pm3,67$) göre anlamlı bir şekilde daha yüksektir ($p=0,024$). Benzer bir şekilde sigara ($10,64\pm3,84$) ve alkol ($11,56\pm3,97$) kullananların duyarsızlaşma düzeyleri de sigara ($10,36\pm3,82$) ve alkol ($10,35\pm3,76$) kullanmayanlara göre anlamlı bir şekilde daha yüksektir (sigara, $p=0,008$), (alkol, $p=0,019$). Ayrıca sık sık uyku bozukluğu yaşayanların ($11,51\pm3,62$) duyarsızlaşma düzeyleri uyku bozukluğu yaşamayanlara ($9,77\pm3,96$) göre anlamlı bir şekilde daha yüksektir ($p=0,008$).

Tablo 7. Asistan hekimlerin duyarsızlaşma düzeyleri ile sosyodemografik verilerin karşılaştırılması

Değişken	Grup	n	Ortalama/ss	t	p
Cinsiyet	Erkek	99	11,38±4,08	2,271	0,024
	Kadın	202	10,28±3,67		
Medeni Durum	Evli	136	10,71±3,99	,279	0,780
	Bekar	165	10,58±3,72		
Tıp Fakültesini İsteyerek Seçme	Evet	262	10,59±3,82	,557	0,580
	Hayır	39	10,97±3,98		
Asistanlık Alanı	Temel Bilimler	10	5,50±3,97	14,301	<0,001*
	Dahili Klinik Bilimleri	243	10,54±3,56		
	Cerrahi Klinik Bilimleri	48	12,22±4,19		
Tıp Asistanlık Alanını İsteyerek Seçme	Evet	262	10,51±3,92	1,781	0,080
	Hayır	39	11,51±3,15		
Uyku Bozukluğu	Evet, sık sık oluyor	102	11,51±3,62	4,926	0,008*
	Hayır, olmuyor	79	9,77±3,96		
	Bazen oluyor	120	10,47±3,81		
Sigara Kullanımı	Evet	301	10,64±3,84	2,684	0,008
	Hayır	245	10,36±3,82		
Alkol Kullanımı	Evet	73	11,56±3,97	2,362	0,019
	Hayır	228	10,35±3,76		

Bağımsız Örneklem t-testi; *ANOVA

Tablo 8'e göre asistanların kişisel başarı tükenmişlik düzeyleri tıp fakültesini isteyerek seçme durumuna, uyku bozukluğuna, sigara ve alkol kullanımına göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir. Bununla birlikte cinsiyet, medeni durum, asistanlık alanına ve tıp asistanlık alanını isteyerek seçme durumuna göre anlamlı bir farklılık göstermektedir ($p<0,05$).

Temel bilimler ($13,10\pm4,09$) ve cerrahi klinik bilimlerindeki ($12,81\pm4,36$) asistanların kişisel başarı tükenmişlik düzeyleri dahili klinik bilimlerdeki asistanlara ($14,59\pm4,22$) göre anlamlı bir şekilde daha düşüktür ($p=0,021$). Erkeklerin ($13,30\pm4,11$) kişisel başarı tükenmişlik düzeyleri kadınlara ($14,73\pm4,30$) göre anlamlı bir şekilde daha düşüktür ($p=0,006$). Benzer bir şekilde evli olanların ($13,70\pm4,27$) kişisel başarı tükenmişlik düzeyleri bekârlara ($14,72\pm4,25$) göre anlamlı bir şekilde daha düşüktür ($p=0,041$). Tıp asistanlık alanını isteyerek seçenlerin ($14,09\pm4,37$) kişisel başarı tükenmişlik düzeyleri isteyerek seçmeyenlere ($15,38\pm3,48$) göre anlamlı bir şekilde daha düşüktür ($p=0,042$).

Tablo 8. Asistan hekimlerin kişisel başarı tükenmişlik düzeyleri ile sosyodemografik verilerin karşılaştırılması

Değişken	Grup	n	Ortalama/ss	t	p
Cinsiyet	Erkek	99	13,30±4,11	2,789	0,006
	Kadın	202	14,73±4,30		
Medeni Durum	Evli	136	13,70±4,27	2,055	0,041
	Bekar	165	14,72±4,25		
Tıp Fakültesini İsteyerek Seçme	Evet	262	14,29±4,22	,338	0,737
	Hayır	39	14,02±4,75		
Asistanlık Alanı	Temel Bilimler	10	13,10±4,09	3,926	0,021*
	Dahili Klinik Bilimleri	243	14,59±4,22		
	Cerrahi Klinik Bilimleri	48	12,81±4,36		
Tıp Asistanlık Alanını İsteyerek Seçme	Evet	262	14,09±4,37	2,080	0,042
	Hayır	39	15,38±3,48		
Uyku Bozukluğu	Evet, sık sık oluyor	102	14,80±4,30	2,199	0,113
	Hayır, olmuyor	79	13,46±4,41		
	Bazen oluyor	120	14,32±4,14		
Sigara Kullanımı	Evet	56	14,12±4,46	,258	0,797
	Hayır	245	14,29±4,25		
Alkol Kullanımı	Evet	73	14,43±4,83	,370	0,712
	Hayır	228	14,20±4,10		

Bağımsız Örneklem t-testi; *ANOVA

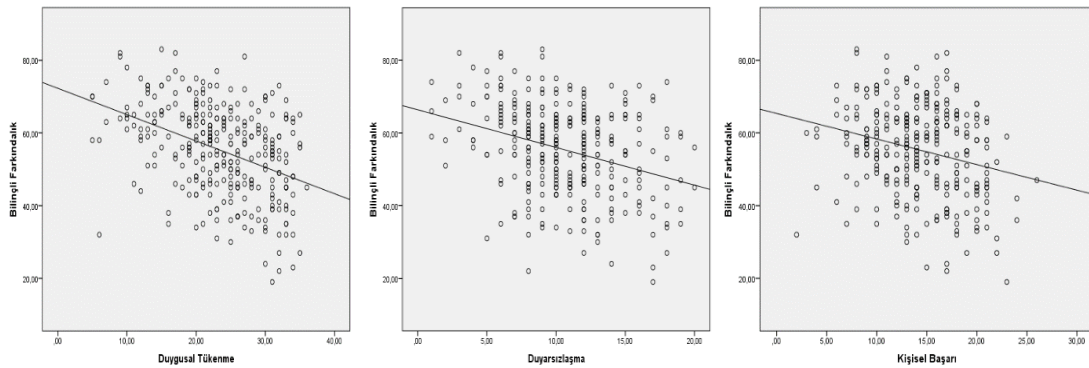
Asistanların yaşları, meslekte çalışma süreleri, bilinçli farkındalık puanları, duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarı puanları arasındaki korelasyona ilişkin sonuçlar Tablo 9’da sunulmuştur. Buna göre bilinçli farkındalık ile yaş ve çalışılan süre arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Ancak bilinçli farkındalık ile duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarı tükenmişliği ile arasında anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$).

Bilinçli farkındalık ile duygusal tükenme ($r=-0.408$, $p<0,05$) ve duyarsızlaşma ($r=-0.320$, $p<0,05$) arasında orta düzeyde, negatif ve anlamlı; kişisel başarı tükenmişliği ile ($r=0.243$, $p<0,05$) arasında düşük düzeyde, negatif ve anlamlı bir ilişki bulunmaktadır. Şekil 2 göz önünde bulundurulduğunda bu durum bilinçli farkındalık düzeyi artan asistanların duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarı düzeylerinde azalma olduğu şeklinde yorumlanabilir. Diğer bir deyişle bilinçli farkındalık arttıkça tükenmişlik azalmaktadır.

Tablo 9. Asistan hekimlerin bilinçli farkındalık, yaş, çalışma süresi, duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarı tükenmişliği arasındaki ilişki

		Yaş	Çalışma Süresi	Duygusal Tükenme	Duyarsızlaşma	Kişisel Başarı
Bilinçli Farkındalık	r	,089	,030	-,408	-,320	-,243
	p	0,123	0,601	<0,001	<0,001	<0,001
	N	301	301	301	301	301

Pearson Korelasyon Analizi



Şekil 2. Bilinçli farkındalık ile duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarı tükenmişliği arasındaki ilişki

Asistanların duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarı tükenmişliği puanlarının bilinçli farkındalık puanları üzerindeki etkisini belirlemek amacıyla yapılan çoklu doğrusal regresyon analizi sonuçları Tablo 9’da sunulmuştur.

Tablo 10’daki duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarı tükenmişliği puanları birlikte incelendiğinde, asistanların bilinçli farkındalık puanları ile orta düzeyde ve anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir ($R=0,446$, $R^2= 0,199$, $p<0,05$). Duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarı tükenmişliği, bilinçli farkındalık puanlarındaki toplam varyansın yaklaşık %20’sini açıklamaktadır. Diğer bir deyişle bilinçli farkındalık puanlarının % 20’si tükenmişlik boyutlarından kaynaklanmaktadır. Yapılan etki büyüklüğü hesaplamasına göre etki büyüklüğü $f^2=0.24$ olarak hesaplanmıştır. Buna göre tükenmişlik alt boyutları olan duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarı tükenmişliğinin bilinçli farkındalık üzerinde orta düzeyde etkiye sahip olduğu söylenebilir. Regresyon katsayısının anlamlılığına ilişkin t-testi sonucu incelendiğinde ise duygusal tükenme ve kişisel başarı tükenmişliğinin bilinçli farkındalık üzerinde önemli (anlamlı) birer yordayıcı olduğu (DT için $p<0,001$; KB için $p=0,002$) duyarsızlaşmanın ise anlamlı bir yordayıcı olmadığı (D için $p=0,128$) görülmektedir. Beta değerleri göz önüne alındığında duygusal tükenme puanlarında bir puan artış olduğunda bilinçli farkındalık 0,551 puan; kişisel başarı tükenmişliği puanlarında bir puan artış olduğunda ise bilinçli farkındalık 0,473 puan azalmaktadır.

Tablo 10. Duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarı tükenmişliğinin bilinçli farkındalık üzerindeki etkisi

Değişken	B	Standart Hata	Beta	t	p	İkili r	Kısmi R
Sabit	78,467	2,890	-	27,153	<0,001	-	-
Duygusal Tükenme	-,551	,120	-,310	-4,597	<0,001	-,408	-,258
Duyarsızlaşma	-,329	,216	-,102	-1,527	0,128	-,320	-,088
Kişisel Başarı	-,473	,154	-,163	-3,076	0,002	-,243	-,176
$R= ,446$	$R^2= ,199$	F (3, 297) 24,587			$p<0,001$		

Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi

5. TARTIŞMA

Asistan hekimlerin bilinçli farkındalık düzeyleri ile kişisel başarı, duyarsızlaşma ve duygusal tükenmişlik düzeyleri arasındaki ilişki incelenmiş ve yaş, cinsiyet, medeni durum, sigara ya da alkol kullanımı, tıp fakültesini/ uzmanlık branşını isteyerek seçme, uyku bozukluğu yaşama durumu, mevcut branşının tükenmişlik ve bilinçli farkındalık üzerine olan etkisi tartışılmıştır.

Katılımcıların bilinçli farkındalık düzeyi ile tükenmişlik düzeyleri arasındaki ilişki incelendiğinde, farkındalık düzeyi arttıkça tükenmişlik düzeylerinin her üç alt ölçekte de (duygusal tükenme, duyarsızlaşma, kişisel başarı) anlamlı bir şekilde azaldığı tespit edilmiştir. Tükenmişliğin uzun süre devam eden, baş edilemeyen stres durumunun sonucu olarak geliştiği bilinmektedir (12). Raimo ve arkadaşlarının yapmış olduğu prospektif bir kohort çalışmasında asistanlıkta maruz kalınan stresin kişide duygusal tükenmeye ve duyarsızlaşmaya neden olduğu tespit edilmiştir (57). Türk'ün yaptığı bir çalışmada iş ile ilgili stres düzeyi daha düşük olan kişilerde tükenmişlik oranlarının daha düşük olduğu saptanmıştır (58). Literatürde bilinçli farkındalık ile stres düzeyi arasında negatif ilişki olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur (59,60). Birleşik Krallık'ta yapılan, farkındalık pratiklerinin iş stresi üzerine etkisini inceleyen bir çalışmada pratikleri düzenli bir şekilde uygulayan katılımcılarda 16 hafta sonunda stres düzeylerinin azaldığı tespit edilmiştir (61). Ülkemizde de üniversite öğrencileriyle yapılan bir çalışmada orta ve yüksek stres seviyesindeki katılımcılara stres azaltmaya yönelik bilinçli farkındalık temelli terapi programı uygulanmış ve program sonunda algılanan stres düzeylerinde anlamlı şekilde düşüş olduğu görülmüştür (47). Seattle üniversitesinde hemşirelerle yapılan bir çalışmada bilinçli farkındalık uygulamaları sonrasında tükenmişlik düzeylerinin azaldığı tespit edilmiştir (62). 270 çalışmanın incelendiği geniş tabanlı bir meta analiz çalışmasında ise, bilinçli farkındalık ile tükenmişlik ile arasında negatif ilişki bulunurken; ruh sağlığı, özgüven, duygusal regülasyonu sağlama ve yaşam doyumu arasında pozitif yönde anlamlı ilişki saptanmıştır (63).

Ayrıca yapılan çalışmalarda bilinçli farkındalık temelli uygulamaların depresyon, anksiyete bozukluğu, yeme bozuklukları, tükenmişlik, dikkat eksikliği

hiperaktivite bozukluğu gibi çeşitli psikolojik bozukluklar üzerindeki iyileştirici etkileri gösterilmiştir. 1489 katılımcının olduğu 14 çalışmanın değerlendirildiği bir meta analiz çalışmasında farkındalık temelli stres azaltma programının gençlerdeki anksiyete semptomları üzerine etkisi incelenmiş, semptomların azaltılmasında etkili olduğu bulunmuştur (64). Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan depresif semptomların tedavisinde farkındalık temelli terapilerin etkisini inceleyen başka bir meta analiz çalışmasında da farkındalık temelli terapiler sonrasında kişilerin depresif semptomlarında gerileme olduğu gösterilmiştir (65). Çalışmamızın sonuçlarından olan bilinçli farkındalık düzeyleri yüksek kişilerde tükenmişliğin daha düşük oranlarda görülmesi, bilinçli farkındalık ve farkındalık kökenli uygulamaların birey psikolojisi, stres düzeyi ve tükenmişlik üzerine gösterdiği olumlu sonuçlar ile paralellik göstermektedir.

Çalışmamızda katılımcıların %67,1'ini kadınlar, %32,9'unu erkekler oluşturmaktadır. Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü'nün (OECD) verilerine göre Türkiye'deki doktorlar içinde kadınların sıklığı %40'tır (66). Ülkemizde kadın doktorların özellikle dahili bilimleri tercih ettiklerini, erkek doktorların ise daha çok cerrahi bilimlere yöneldiklerini görmekteyiz (67). Çalışmaya katılan asistan hekimlerin %84'ünü dahili ve temel bilimler asistanları oluşturmaktadır olduğundan kadın katılımcıların sayısının fazla olması beklenmektedir. Ayrıca bu durum çalışmamızın örneklem grubunun cinsiyet ve çalışılan uzmanlık alanı açısından homojen dağılmamasından kaynaklanan bir kısıtlılıktır. Çalışmamızda yaş ortalaması $28,66 \pm 2,26$ olarak saptanmış olup, asistan hekimler ile ilgili yapılan diğer çalışmalar incelendiğinde katılımcıların yaş ortalamaları ile benzerlik göstermektedir (2,68).

Asistan hekimlerde sigara kullanma oranı çalışmamızda %18,6 olarak bulunmuştur. Öztürk ve arkadaşlarının yapmış olduğu bir çalışmada sigara kullanımı %12,6 olarak tespit edilirken, hekimlerde sigara içicilik oranının %45,1 olarak tespit edildiği çalışmalar da mevcuttur (69,70). Katılımcılarda alkol kullanımının (%24,3) sigara kullanımından daha yaygın olduğu bulunmuştur. Bu durum alkol tüketiminde artışın tükenmişlik belirtilerinden biri olarak kabul edildiği göz önüne alındığında tükenmişlik düzeyleri yüksek saptanan katılımcıların bir kısmının, tükenmişliğin getirdiği ağır yüke karşı alkol ve alkolün sedatif etkisini kullanarak bir çözüm arayışı içerisinde olduğu şeklinde yorumlanabilir (71,72). Toplumda sigara kullanımı

erkeklerde kadınlardan daha yaygın olarak görülmektedir (73). Çalışmamızda katılımcıları ağırlıklı olarak kadın asistanların oluşturuyor olması da sigara kullanım oranının düşmesine sebep olmuş olabilir.

Çalışmaya katılan asistan hekimlerin %80,7'sinde duygusal tükenmenin yüksek olduğu, %60,8'inde duyarsızlaşmanın mevcut olduğu, %78,7'sinde ise kişisel başarı alt ölçeğinde tükenmişlik düzeylerinin yüksek olduğu tespit edilmiştir. Çalışma sonucunda asistan hekimlerdeki tükenmişlik düzeylerinin her üç alt başlıkta da yüksek olduğu saptanmıştır. Geniş tabanlı bir meta analiz örneğinde tükenmişlik oranı %47,3 olarak tespit edilmiş; farklı çalışmalarda elde edilen sonuçlara bakıldığında da tükenmişliğin %3 ile %88 gibi geniş bir aralıkta değişkenlik gösterdiği ifade edilmiştir. Ayrıca çalışmada bu geniş aralığın nedeni incelenmiş ve bölgelere göre farklılık gösterdiği tespit edilmiştir. Kuzey Amerika'da tükenmişlik %51,2 iken Avrupa'da %30,8 olarak saptanmaktadır (68). Mısır'da Agha ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada da doktorların %68,8'inde yüksek DT, %63,6'sında yüksek D ve %38,5'ininde KB alt ölçeğinde tükenmişlik yaşadığı tespit edilmiştir(74). Araştırmamızla benzer tükenmişlik oranlarına sahip farklı çalışmalar bulunmakla birlikte, hekimlerde tespit ettiğimiz tükenmişlik düzeylerinin literatüre oranla yüksek olduğu görülmektedir. Tükenmişliğe etki eden pek çok faktör mevcut olsa da tükenmişliğin ana nedeninin bireysel faktörlerden çok yapılan iş ve çalışma koşullarından kaynaklandığı ifade edilmektedir (75). Çalışmamızda tükenmişliğin yüksek oranlarda görülmesinde bölgesel, kültürel ve bireysel farklılıklara ek olarak uygulanan sağlık politikaları, hizmet verilen toplumun sosyoekonomik düzeyi ve bilinci, mevcut çalışma koşulları, diğer sağlık çalışanları ile yaşanan iletişim problemleri, mobbing maruziyeti gibi durumların rolü olduğu düşünülmektedir.

Tükenmişlik düzeylerinin erkeklerde ya da kadınlarda daha fazla görüldüğü çalışmalar olduğu gibi cinsiyetle göre değişkenlik saptanmayan çalışmalar da mevcuttur (76). Amerika Birleşik Devlet'lerinde yapılan bir çalışmada kadın hekimlerde tükenmişlik erkek hekimlere göre %60 daha fazla bulunurken (77); Mısır'da Fadle ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada erkek hekimlerde duygusal tükenme daha yüksek bulunmuştur (78). Çalışmamızda duygusal tükenme ile cinsiyet, medeni durum arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Ülkemizde yapılan farklı

çalışmalarda da tüklenmişlik düzeylerinin cinsiyete ve medeni duruma göre anlamlı farklılık göstermediği bildirilmiştir (2,79,80).

Branşını isteyerek seçen hekimlerde duygusal tüklenme düzeyi isteyerek seçmeyenlere göre daha düşük saptanmıştır. Benzer şekilde araştırma görevlisi doktorlar ile yapılan bir tez çalışmasında duygusal tüklenmenin branşını isteyerek seçmeyen hekimlerde yüksek olduğu bulunmuştur (22). Çeşitli sebeplerle isteği dışında farklı bir branşta eğitim gören asistanların asıl hedefledikleri branşta olmamaları nedeniyle motivasyonları daha düşük olabilir ve bu durumun da uzun vadede kişiyi tüklenmişliğe sürükleyebileceği düşünölmektedir.

Branşlara göre değerlendirildiğinde temel bilimler asistanlarında duygusal tüklenmişlik dahili ve cerrahi bilimler asistanlarına göre düşük bulunmuştur. Dahili bilimler ile cerrahi bilimler asistanları arasında ise anlamlı bir farklılık görölmemiştir. Literatürde dahili branşlarda görölen duygusal tüklenmişliğin cerrahi branşlara göre daha yüksek bulunduğu çalışmalar olduğu gibi aralarında anlamlı bir fark bulunmayan çalışmalar da mevcuttur (76,81–83). Bu durum mevcut örnekleimde dahili ve cerrahi bilimler kliniklerinin çalışma koşulları, uzmanlık eğitimi yaklaşımları, kliniklerin cinsiyet dağılımları, çalışma arkadaşları ile iletişim, eğitim sorumluları ve yöneticilerin tutumları gibi farklılıklardan kaynaklanmış olabilir. Dahili ve cerrahi bilimlerde duygusal tüklenmişliğin temel bilimlerden daha yüksek olmasında hastanedeki çalışma ortamı, yoğun iş yükü, iş için harcanan zaman, nöbet durumu, hastalar ile yaşanan iletişim problemleri, bireyin kendine ayırdığı zaman, beklentiler gibi pek çok faktörün etkisi olabilir (82). Çalışmamıza katılan temel bilimler asistan sayısının az olması da sonucu etkileyecek bir kısıtlılık olarak kabul edilebilir.

Sık sık uyku bozukluğu yaşayan asistan hekimlerin duygusal tüklenmişlikleri de daha yüksek saptanmış olup, tüklenmişliğin birey psikolojisi üzerindeki olumsuz etkisinin bir göstergesi olarak kabul edilebilir. Sigara veya alkol kullanan asistanlarda duygusal tüklenmişlik kullanmayanlara göre yüksek bulunmuştur. Bu durum tüklenmişlik yaşayan bireylerde sigara alkol kullanımının daha fazla olduğunu gösteren çalışmalar ile paralellik göstermektedir (72,84). Mevcut veriler ışığında sigara ve alkol kullanımı, tüklenmişliğin sebepleri arasında değil tüklenmişliğin bir sonucu olarak değerlendirilebilir.

Duyarsızlaşma tükenmişlik düzeyi incelendiğinde erkek asistanlarda duyarsızlaşmanın kadın asistanlardan daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Erkeklerde duyarsızlaşmanın daha sık görüldüğüne dair çalışmalar mevcuttur (82,85–87). Almanya’da yapılan 6806 çalışmanın incelendiği bir meta analiz örneğinde de duyarsızlaşma erkek cinsiyette daha fazla saptanmış olup, tükenmişlik yaşayan erkeklerde ana semptom olarak duyarsızlaşma görüldüğü ifade edilmiştir (87).

Bölümler bazında incelendiğinde, temel bilimler asistanlarında duyarsızlaşma düzeyleri tıpkı duygusal tükenmede olduğu gibi en düşük saptanırken; duyarsızlaşmanın en yüksek görüldüğü asistan hekimler, cerrahi bilimler asistanları olmuştur. İngiltere’de yapılan bir çalışmada duyarsızlaşmanın kişide stresi azalttığı belirtilmiştir (88). Ülkemizde uzmanlık alanları içerisinde cerrahi bölümlerde stresin daha fazla olduğu göz önüne alındığında cerrahi bölüm asistanlarında duyarsızlaşmanın daha yüksek oranlarda görülmesinde stres faktörünün etkisinin olabileceği düşünülmektedir. Bu durumun uzun süreli stresle başa çıkabilmek adına bir savunma mekanizması olarak geliştiği söylenebilir.

Sigara ve alkol kullanan asistan hekimler ile uyku bozukluğu yaşayan asistanlarda duyarsızlaşma tükenmişlik puanları da yüksek bulunmuş olup, bu durum tükenmenin psikolojik etkilerinin sonuçları olarak değerlendirilmiştir. Duygusal tükenme düzeylerinden farklı olarak branşını isteyerek seçme durumu ile duyarsızlaşma arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

Kişisel başarı alt ölçeğinde asistan hekimlerin uyku bozukluğu yaşama durumu, sigara veya alkol kullanımı ile tükenmişlik arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Kadın cinsiyette ve bekar asistanlarda kişisel başarı tükenmişlik düzeyi yüksek bulunmuştur. Sosyal yaşantıda kadınlara yüklenen ev işleri, çocuk bakımı vb. işler nedeniyle kadınların sorumlulukları artmaktadır. Aynı zamanda kadınlar kişilik özellikleri sebebiyle günlük yaşantıda karşılaştıkları olaylara erkeklere oranla daha duygusal yaklaşmaktadırlar. Bu durumun kadınların günlük yaşantıda daha çok yorulmalarına neden olduğu, başarısızlığa tahammüllerini azalttığı ve uzun vadede de tükenmişlik yaşamalarına yol açtığı düşünülmektedir. Aslan ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada da kadınlarda kişisel başarı tükenmişliği yüksek bulunmuştur (89). Bunun yanı sıra kişisel başarı alt ölçeğinde cinsiyete göre

farklılık bulunmayan çalışmalar da mevcuttur (80,82). Evli asistanların günlük hayatın sorumluluklarını paylaşabildikleri, hayatın zorluklarına karşı destek alabilecekleri bir eşe sahip oldukları düşünüldüğünde, bekâr asistanlarda tükenmişliğin daha yüksek görülmesi gündelik hayatın getirdiği zorluklarla tek başına mücadele etmenin ve evlilere nazaran daha düzensiz bir hayat yaşamamanın bir sonucu olarak düşünülebilir.

Çalışmamızda dahili bölüm asistanlarının kişisel başarı tükenmişlik düzeyi temel bilimler ve cerrahi bilimler asistanlarından yüksek saptanmıştır. Dahili bilim kliniklerinde hizmet verilen hasta gruplarının çoğunu kronik hastalıklara sahip hastalar oluşturmaktadır. Bu hastalar uzun süre takipler gerektirmektedir. Uygulanan tedaviye alınan yanıtın değerlendirilebilmesi için belirli bir süre geçmesi gerekmekte ve hastanın planlanan tedavi uyumuna göre de hekimin hastada elde ettiği tedavi başarısı değişmektedir. Cerrahi branşlarda ise başarılı geçen bir operasyon sonrası elde edilen mesleki tatmin duygusunun çok daha yoğun olması beklenir. Yeterli mesleki tatmini yaşayamayan dahili bilimler asistanlarında da bir süre sonra tükenmişlik sendromu gelişmeye başlayabilir. Bunun yanı sıra çalışmamızdan farklı olarak Ondokuz Mayıs Üniversitesinde yapılan çalışmada ise kişisel başarı alt ölçeğinde cerrahi bilimler asistanlarının tükenmişlik düzeyleri daha yüksek bulunmuştur (82). Çalışma koşulları, eğitim kalitesi, çalışma ortamı, asistan hekimden beklentiler, iş yükü gibi tükenmişliğe neden olabilecek pek çok faktörün çalışılan hastaneye ve bölüme göre değişkenlik göstermesi ve çalışmalardaki cinsiyet, medeni durum, branş dağılımının homojen olmaması da çalışmalar arasında farklılıklara yol açabilir.

Branşını isteyerek seçmeyen hekimlerde kişisel başarı tükenmişliği duygusal tükenme düzeylerinde de olduğu gibi daha yüksek bulunmuştur. Her iki alt ölçek için de istenilmeyen bir bölümde çalışmak kişide yeterli motivasyonu sağlayamayarak bireyi tükenmişliğe sürüklemiş olabilir.

Katılımcıların Bilinçli Farkındalık Ölçeği'nden aldıkları puanlar yorumlandığında orta düzeyde bir farkındalığa sahip oldukları tespit edilmiştir. Bilinçli farkındalık düzeyleri cinsiyet, medeni durum, tıp fakültesinin isteyerek seçme durumu, alkol kullanımı ya da tercih edilen branşa göre anlamlı bir farklılık göstermezken; sigara kullananlarda bilinçli farkındalık puanları daha düşük saptanmıştır. Ahmadiya ve arkadaşlarının üniversite öğrencileri ile yaptıkları bir

çalışmada bilinçli farklılık ile cinsiyet arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (90). Literatürde çalışmamızla benzer sonuçlara ulaşan farklı çalışmalar da mevcuttur (91,92).

Araştırma sonuçlarımıza göre uzmanlık alanını isteyerek seçen hekimlerin bilinçli farkındalık düzeyleri daha yüksek bulunmuştur. Farkındalığı daha yüksek olan bireyler kendi iç dünyalarına bakabilen bireylerdir. Bu kişiler hissettikleri duyguların farkında olan, karşılaştıkları olaylarda verdikleri tepkileri fark edebiliyor bu tepkileri daha kolay kontrol edebilen, gözlem yetenekleri daha yüksek, algıları daha açık, olayları olduğu gibi kabul edebilme becerileri daha yüksek kişiler olarak değerlendirilebilir. Bilinçli farkındalık hayata açık nazik yargılamayan bir bakış açısı ile bakmamıza yardımcı olur. Olumsuz duygularla başa çıkmayı öğretir. Uzmanlık alanlarını isteyerek seçen asistanlarda duygusal tükenme ve kişisel başarı alt ölçeklerinde daha düşük tükenmişlik düzeyleri saptanmasının da bilinçli farkındalığı yüksek bireylerin bu bakış açısına sahip olmalarının ve bilinçli farkındalığın psikolojik problemler ve duygudurum üzerine olan iyileştirici etkisinin bir sonucu olarak ortaya çıktığı söylenebilir.

Sık sık uyku bozukluğu yaşadığını ifade eden asistanların bilinçli farkındalık düzeyleri, uyku bozukluğu yaşamayan ya da ara ara yaşayanlara göre anlamlı şekilde düşük bulunmuştur. Bu durum da yine bilinçli farkındalığın birey psikolojisi üzerindeki olumlu etkisinin sonucu olarak değerlendirilebilir.

5.1. Çalışmanın Kısıtlılıkları

Hastanelerdeki çalışma koşulları, nöbet sayıları, alınan ücret, asistan eğitimi yaklaşımları ülke genelinde her hastane ve her klinik için farklılık göstermekte olup çalışma örneklemimizin tek bir hastane ile kısıtlı olması elde edilen sonuçların Türkiye'deki asistan hekimler için genellenmesini engellemektedir.

Çalışmamız 301 katılımcı ile yapılmıştır. Daha geniş bir örneklemde daha çok katılımcı ile yapılması sonuçlarda farklılıklara neden olabilir. Çalışmamızda cinsiyet ve branşlarda homojenliğin olmaması (kadın cinsiyetin daha fazla olması, temel bilimler ve cerrahi bilimlerde katılımın az olması) çalışmanın sonuçlarını etkileyebilecek kısıtlılıklardandır.

Anket olarak uygulanan çalışmada Hawthorne etkisi bir kısıtlılık olarak değerlendirilebilir. Ankete katılan kişiler soruları cevaplarken hissettikleri ya da dūřundūkları cevapları işaretlemek yerine olması gerektiğine inandıkları yanıtları vermiş olabilirler. Bu tarz etkileri en aza indirmek için ankette katılımcıların kimlik bilgileri istenmemiştir.



6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

Tükenmişlik genel popülasyona oranla sağlık çalışanlarında oldukça sık görülmektedir. Tükenmişliğin kişide meydana getirdiği isteksizlik ve depresif duygudurumdan intihara kadar gidebilen psikolojik sorunlara neden olmasının yanı sıra tükenmişlik yaşayan bir doktorun hata yapma ihtimali artmakta olup bu durumdan verilen hizmet kalitesi ve hasta bakımı da olumsuz etkilenmektedir. Bilinçli farkındalık günlük yaşamda rutin haline geldikçe birey bu yıkıcı etkilerden korunmakta, negatif durumları psikolojik anlamda daha az zararla atlatmaktadır.

Çalışmamızda elde edilen verilere göre, asistan hekimlerin bilinçli farkındalık düzeyleri ile tükenmişlikleri arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Duygusal tükenme ve kişisel başarının bilinçli farkındalık üzerinde anlamlı birer yordayıcı olduğu duyarsızlaşmanın ise anlamlı bir yordayıcı olmadığı görülmektedir. Bilinçli farkındalık düzeyleri orta seviyelerde saptanan katılımcılarda -bilinçli farkındalığın stres, tükenmişlik, psikolojik problemler üzerindeki olumlu etkilerine rağmen- tükenmişlik literatüre oranla yüksek bulunmuştur. Her üç tükenmişlik alt başlığında da (duygusal tükenme, duyarsızlaşma, kişisel başarı) yüksek saptanan tükenmişlik oranları bu konuyla ilgili çeşitli önlemler alınması gerekliliğini vurgulamaktadır. Tükenmişliğe yol açan faktörler tespit edilerek ortadan kaldırılması için çalışmalar yapılmalıdır. Yoğun çalışma temposu azaltılmalı, nöbet sayıları düzenlenmeli, nöbet ertesi dinlenebilme imkânı verilmeli, verilen hizmetin karşılığı maddi olarak sağlanmalı, mobbingin önüne geçilmeli, günlük bakılan hasta sayısı kısıtlanmalıdır. Hastalara ayrılan muayene sürelerinin artmasının hasta hekim arasında iletişim problemlerinin azalmasına neden olacağı düşünülmektedir. Ayrıca bu durum verilen hizmet kalitesinin de artmasına neden olacak ve hem hekimi hem de hastayı tatmin ederek hekimlere daha huzurlu bir ortamda çalışma imkânı sağlanabilecektir. Doktorların kendilerine daha fazla zaman ayırabilecekleri çalışma koşulları ile tükenmişliğin azalabileceği düşünülmektedir. Ayrıca asistanlık sürecinde alınan eğitimlere ek olarak bilinçli farkındalık ile ilgili eğitimlerin de sürece dahil edilmesi, farkındalığın günlük hayatın bir parçası haline getirilmesinin de tükenmişliğe karşı koruyucu bir faktör olacağı düşünülmektedir. Farkındalığa dayalı tedavilerin faydaları çalışmalarda gösterilmiştir. Bilinçli farkındalık müdahalelerinin ülke genelinde yaygınlaştırılması kişilere psikolojik olarak destek sağlayarak faydalı olacağı düşünülmektedir.

7. KAYNAKLAR

1. Mete B, Değer S, Pehlivan E. Doktorlarda Mesleki Tükenmişlik Sendromu ve Çalışma Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişki. *Anatolian Clinic the Journal of Medical Sciences*. 2020;25(2):94–101.
2. Turgut N, Karacalar S, Polat C, Kıran Ö, Gültop F, Kalyon ST, et al. Burnout syndrome during residency. *Türk Anesteziyoloji ve Reanimasyon Dernegi Dergisi*. 2016;44(5):258–64.
3. Shanafelt TD, Balch CM, Bechamps G, Russell T, Dyrbye L, Satele D, et al. Burnout and medical errors among American surgeons. *Annals of Surgery*. 2010;251(6):995–1000.
4. Shanafelt TD, Bradley KA, Wipf JE, Back AL. Burnout and self-reported patient care in an internal medicine residency program. *Annals of Internal Medicine*. 2002 Mar 5;136(5):358–67.
5. Ludwig DS, Kabat-Zinn J. Mindfulness in Medicine. *JAMA*. 2008;300(11):1350–1352. doi:10.1001/jama.300.11.1350.
6. Baer RA, Walsh E, Lykins ELB. Assessment of Mindfulness. In: *Clinical handbook of mindfulness*. Springer; 2009. p. 153–68.
7. Brown, K.W., Ryan, R.M. (2003). The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84, 822-848.
8. Ofei-Dodoo S, Cleland-Leighton A, Nilsen K, Cloward JL, Casey E. Impact of a Mindfulness-Based, Workplace Group Yoga Intervention on Burnout, Self-Care, and Compassion in Health Care Professionals: A Pilot Study. *Journal of occupational and environmental medicine*. 2020 Aug 1;62(8):581–7.
9. Sürgevil O. Çalışma Hayatında Tükenmişlik Sendromu Tükenmişlikle Mücadele Teknikleri. Ankara, Nobel Yayın Dağıtım, 2006; s.17–93,.
10. Freudenberger HJ. Staff Burn-Out. *Journal of Social Issues*. 1974 Jan 1;30(1):159–65.
11. Jerry Edelwich and Archie Brodsky, *Burnout: Stages of Disillusionment in the Helping Professions*, vol. 26, no. 3. New York: Human Sciences Press, 1980.
12. Yıldız E. Mesleki Tükenmişlik ve Rehber Öğretmenler Üzerine Bir Araştırma. *Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*. 2012;2(33):37–61.
13. Nazmiye K. Tükenmişlik(Burnout) Sendromu. *İstanbul Tıp Fakültesi Dergisi*. 2005;68(1):29–32.
14. Suran BG, Sheridan EP. Management of burnout: Training psychologists in professional life span perspectives. *Professional Psychology: Research and Practice*. 1985;16(6):741.
15. Meier ST. Toward A Theory Of Burnout. *Human Relations*, 1983: 36, 10; 899-910.
16. Perlman B, Hartman EA. Burnout: Summary and Future Research. *Human Relation*, 1982; 35: 283-305.
17. Maslach C, Jackson SE. *Maslach Burnout Inventory*. CA, Press Palo Alto, 1986: 12- 14.
18. Johnson AB, Gold V, Knepper D. Frequency and intensity of professional burnout among teachers of the mildly handicapped. *College-Student Journal*, 1984.18 (3): 261-266.
19. Jackson SE. Burnout in Health Professions: A Social Psychological Analysis. *Social Psychology of Health and Illness*. 2020;(January 1982):243–68.
20. Maslach C, Jackson S. Burnout: a social psychological analysis. *The burnout syndrome: current research, theory and interventions*. 1982;(August):30–53.
21. Özgül F, Atan T. Öğretmenlerinin tükenmişlik düzeylerinin incelenmesi. *Erzincan Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*. 2016 Dec 22;18(2):1002–16.
22. Özkan C. Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi 'nde Araştırma Görevlisi Olarak Çalışan

- Doktorlarda Tükenmişlik Sendromunu Etkileyen Faktörler. (Tıpta Uzmanlık Tezi) Mersin Üniversitesi Psikiyatri Anabilim Dalı. 2012.
23. Çam O. The Burnout in Nursing Academicians in Turkey. *International Journal of Nursing Studies*, 2001;(38): 201-207.
 24. Maslach C. What have we learned about burnout and health? *Psychology & health*. 2001;16(5):607-11.
 25. Lewandowski CA. Organizational Factors Contributing to Worker Frustration: The Precursor to Burnout. *Journal of Sociology and Social Welfare*. 2003;30(4):175-85.
 26. Potter BA. *Overcoming Job Burnout: How to renew Enthusiasm for Work*. California, Ronin Publishing, 1995: 2.
 27. Shahi S, Paudel DR, Bhandari TR. Burnout among resident doctors: An observational study. *Annals of Medicine and Surgery*. 2022;76:103437.
 28. Van Vendeloo SN, Godderis L, Brand PLP, Verheyen KCPM, Rowell SA, Hoekstra H. Resident burnout: Evaluating the role of the learning environment. *BMC Medical Education*. 2018;18(1):1-8.
 29. Bhikkhu Bodhi (2011) What does mindfulness really mean? A canonical perspective, *Contemporary Buddhism*, 12:1, 19-39. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/14639947.2011.564813?scroll=top&needAccess=true> (Erişim tarihi: 06/08/2022).
 30. Aktepe İ, Tolan Ö. Bilinçli Farkındalık: Güncel Bir Gözden Geçirme. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar - Current Approaches in Psychiatry*. 2020;12(4):534-61.
 31. Zümbül S. Bilinçli Farkındalık Temelli Bilişsel Terapi: Bir İnceleme Çalışması. *İstanbul Aydın Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*. 2021;13(1):155-94.
 32. Linehan MM, Wilks CR. The course and evolution of dialectical behavior therapy. *American Journal of Psychotherapy*. 2015;69(2):97-110.
 33. Kabat-zinn J. Mindfulness-Based Interventions in Context: Past, Present, and Future. 2003;144-56.
 34. Baer RA, Smith GT, Allen KB. Assessment of Mindfulness by Self-Report: The Kentucky Inventory of Mindfulness Skills. *Assessment*. 2004;11(3):191-206. doi:10.1177/1073191104268029.
 35. Baer RA, Smith GT, Hopkins J, Krietemeyer J, Toney L. Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness. *Assessment*. 2006;13(11):27-45.
 36. Shahar B, Britton WB, Sbarra DA, Figueredo AJ, Bootzin RR. Mechanisms of change in mindfulness-based cognitive therapy for depression: Preliminary evidence from a randomized controlled trial. *International Journal of Cognitive Therapy*. 2010;3(4):402-18.
 37. Shapiro SL, Oman D, Thoresen CE, Plante TG, Flinders T. Cultivating mindfulness: effects on well-being. *Journal of clinical psychology*. 2008;64(7):840-62.
 38. Kiken LG, Garland EL, Bluth K, Palsson OS, Gaylord SA, Kiken L. From a state to a trait: Trajectories of state mindfulness in meditation during intervention predict changes in trait mindfulness. *Personality and Individual Differences*. 2015;81:41-6.
 39. Brewer JA, Worhunsky PD, Gray JR, Tang YY, Weber J, Kober H. Meditation experience is associated with differences in default mode network activity and connectivity. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*. 2011;108(50):20254-9.
 40. Shapiro SL, Carlson LE, Astin JA, Freedman B. Mechanisms of mindfulness. *Journal of clinical psychology*. 2006;62(3):373-86.
 41. Zümra A. Mindfulness Bilinçli Farkındalık: Farkındalıklarla Anda Kalabilme Sanatı. 2022. 23-33 p.

42. Matchim Y, Armer JM, Stewart BR. Mindfulness-based stress reduction among breast cancer survivors: A literature review and discussion. *Oncology Nursing Forum*. 2011;38(2).
43. Korukcu O, Kukul K. A Program to Protect Integrity of Body-Mind-Spirit: Mindfulness Based Stress Reduction Program. *Current Approaches in Psychiatry*. 2015;7(1):1.
44. Salmon PG, Santorelli SF, Sephton SE, Kabat-Zinn J. Intervention elements promoting adherence to mindfulness-based stress reduction (MDSR) programs in a clinical behavioral medicine setting. 2009;271–86.
45. Tsang SC, Mok ES, Lam SC, Lee JK. The benefit of mindfulness- based stress reduction to patients with terminal cancer. *Journal of clinical nursing*. 2012;21(17–18):2690–6.
46. Witek-Janusek L, Albuquerque K, Chroniak KR, Chroniak C, Durazo-Arvizu R, Mathews HL. Effect of mindfulness based stress reduction on immune function, quality of life and coping in women newly diagnosed with early stage breast cancer. *Brain Behavior and Immunity*. 2008;22(6):969–81.
47. Demir V, Demir A. Üniversite öğrencilerinde stres azaltmaya yönelik bir program: Bilinçli farkındalık. *Eğitim ve İnsani Bilimler Dergisi: Teori ve Uygulama*. 2018;9(17):55–78.
48. Katz E. *Mindfulness and Psychotherapy*, edited by C. K. Germer, R. D. Siegel, and P. R. Fulton . *Smith College Studies in Social Work*. 2014;84(1):132–6.
49. Al-Ghalib SJ, Salim AY. A mindfulness based intervention to enhance university student wellbeing in Saudi Arabia. *Middle East Journal of Positive Psychology*. 2018;4(1):142–57.
50. Kemper K, Bulla S, Krueger D, Ott MJ, McCool JA, Gardiner P. Nurses' experiences, expectations, and preferences for mind-body practices to reduce stress. *BMC Complementary and Alternative Medicine*. 2011;11(1):26.
51. Gross CR, Kreitzer MJ, Thomas W, Reilly-Spong M, Cramer-Bornemann M, Nyman JA, et al. Mindfulness-based stress reduction for solid organ transplant recipients: a randomized controlled trial. *Alternative therapies in health and medicine*. 2010;16(5):30–8.
52. Scheepers RA, Emke H, Epstein RM, Lombarts KM. The impact of mindfulness-based interventions on doctors' well-being and performance: A systematic review. *Medical Education*. 2020;54(2):138–49.
53. Whitebird RR, Kreitzer MJ, O'Connor PJ. Mindfulness-based stress reduction and diabetes. *Diabetes Spectrum*. 2009;22(4):226–30.
54. Özyeşil Z, Arslan C, Kesici Ş, Deniz ME. Bilinçli Farkındalık Ölçeği'ni Türkçeye Uyarlama Çalışması. *Eğitim ve bilim*. 2011;36(160).
55. İnce NB, Şahin AE. Maslach Tükenmişlik Envanteri-Eğitimci Formu'nu Türkçe'ye Uyarlama Çalışması. *Eğitimde ve Psikolojide Ölçme ve Değerlendirme Dergisi*. 2015;6(2):385–99.
56. Tzagkarakis G, Dionysopoulos T, Achim A. Recurrence quantification analysis of denoised index returns via alpha-stable modeling of wavelet coefficients: detecting switching volatility regimes. Vol. 20, *Studies in Nonlinear Dynamics and Econometrics*. 2016. 75–96 p.
57. Raimo J, LaVine S, Spielmann K, Akerman M, Friedman KA, Katona K, et al. The Correlation of Stress in Residency With Future Stress and Burnout: A 10-Year Prospective Cohort Study. *Journal of graduate medical education*. 2018;10(5):524–31.
58. Türk AR. Covid-19 Pandemisi Sürecinde Sağlık Personelinin Stres Ve Tükenmişlik Düzeyleri İle Yaşam Doyumlarının Değerlendirilmesi(Tıpta Uzmanlık Tezi). Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı; 2022.
59. Cenkseven Önder F, Utkan Ç. Bilinçli Farkındalık ve Algılanan Stres İlişkisinde Ruminasyon ve Olumsuz Duygu Düzenlemenin Aracı Rolü. *Mersin Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*. 2018;(December):1004–19.
60. Dağlar, Ö. Ş., & Şahin, N. H. Bilinçli Farkındalık (Mindfulness) ve Perinatal Ruh Sağlığı: Bir Sistematik Derleme. *Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hemşirelik Dergisi*, 3(3), 159-172.

61. Bostock S, Crosswell AD, Prather AA, Steptoe A. Mindfulness on-the-go: Effects of a mindfulness meditation app on work stress and well-being. *Journal of Occupational Health Psychology*. 2019;24(1):127.
62. Velasquez M. Implementation of Mindfulness-Based Intervention to Reduce Compassion Fatigue and Burnout. Doctor of Nursing Practice Projects. Seattle University; 2022.
63. Mesmer-Magnus J, Manapragada A, Viswesvaran C, Allen JW. Trait mindfulness at work: A meta-analysis of the personal and professional correlates of trait mindfulness. *Human Performance*. 2017;30(2–3):79–98.
64. Zhou X, Guo J, Lu G, Chen C, Xie Z, Liu J, et al. Effects of mindfulness-based stress reduction on anxiety symptoms in young people: A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Research*. 2020;289(April):113002.
65. Goldberg SB, Tucker RP, Greene PA, Davidson RJ, Kearney DJ, Simpson TL. Mindfulness-based cognitive therapy for the treatment of current depressive symptoms: A meta-analysis. *Cognitive Behaviour Therapy*. 2020;48(6):445–62.
66. Küçük A, Sülekli HE, Mortaş A. OECD Avrupa Birliği sağlık istatistikleri ve Türkiye. Ankara: Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu. 2015.
67. Bilim S, Açıkgöz B, Ekemen A, Zorlu I, Yüksel NA. Tıp öğrencilerinde uzmanlaşma eğilimi , uzmanlık alan seçimi ve etkileyen faktörler. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2019;12(1):113–25.
68. Naji L, Singh B, Shah A, Naji F, Dennis B, Kavanagh O, et al. Global prevalence of burnout among postgraduate medical trainees: a systematic review and meta-regression. *Canadian Medical Association Open Access Journal*. 2021;9(1):E189–200.
69. Tutum V, Ara D, Öztürk O, Öztürk G, Yazıcıoğlu B, Demir B, et al. Asistan Hekimlerin Sigara İçme Durumları Ve Sigara Bırakırma Becerileri Açısından Bilgi Ve Tutum Düzeyleri Araştırması. In: 7 Aile Hekimliği Araştırma Günleri, Hatay. 2015. p. 73.
70. DEMİREL B. Hekimlerin Sigara Alışkanlıkları ve Sigara İle İlgili Tutumları. *Klinik Tıp Aile Hekimliği*. 2017;9(5):14–7.
71. Işıkhani V. Çalışanlarda Tükenmişlik Sendromu [Internet]. 2016 [cited 2022 Sep 2]. p. 366–91. Available from: https://www.solunum.org.tr/tusaddata/book/472/176201612828-32_bolum_31_tukenmislik.pdf
72. West CP, Dyrbye LN, Shanafelt TD. Physician burnout: contributors, consequences and solutions. *Journal of Internal Medicine*. 2018;283(6):516–29.
73. Doğanay S, Sözlmen K, Kalaça S, Ünal B. Türkiye’de toplumda sigara içme sıklığı nasıl değişiyor ? *Turkish Journal of Public Health*. 2015;10(2):93–115.
74. Agha A, Mordy A, Anwar E, Saleh N, Rashid I, Saeed M. Burnout Among Middle-grade Doctors of Tertiary Care Hospital in Saudi Arabia. *Work*. 2015;51(4):839–47.
75. Stehman CR, Testo Z, Gershaw RS, Kellogg AR. Burnout, drop out, suicide: Physician loss in emergency medicine, part I. *Western Journal of Emergency Medicine*. 2019;20(3):485–94.
76. Beyoğlu E, Erdoğan A, Okyay RA. Asistan Hekimlerde Tükenmişlik Sendromu. *Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 2022;17(2):222–7.
77. McMurray JE, Linzer M, Konrad TR, Douglas J, Shugerman R, Nelson K. The work lives of women physicians: Results from the physician work life study. *Journal of General Internal Medicine*. 2000;15(6):372–80.
78. Fadle AA, Khalifa AA, Mahran DG, Khidr SS, Said HG, Farouk O. Burnout syndrome (BOS) among resident doctors in an Egyptian tertiary care university hospital: Prevalence and determinants during the COVID-19 pandemic. *International Journal of Social Psychiatry*. 2022;1–10.
79. Erol A, Akarca F, Değerli V, Diğerleri V. Acil Servis Çalışanlarında Tükenmişlik ve İş Doyumu. *Klinik Psikiyatri Dergisi*. 2012;15:103–10.

80. Tok Ş, Şerik B, Ekerbiçer HÇ, Erdoğan N, İnci MB, Demirbaş M, et al. Sakarya ' da Aile Sağlığı Merkezlerinde Çalışan Aile Sağlığı Elemanlarında Tükenmişlik Düzeyi ve İlişkili Faktörler. Sakarya Tıp Dergisi. 2017;7(1):39–46.
81. Can H, Güçlü YA, Doğan S, Erkalı MB. Cerrahi ve cerrahi dışı kliniklerdeki asistan hekimlerde tükenmişlik sendromu. İzmir Tepecik Eğitim Hastanesi Dergisi. 2010;20(1):33–40.
82. Dikmetaş E, Top M, Ergin G. Asistan Hekimlerin Tükenmişlik ve Mobbing Düzeylerinin İncelenmesi. Türk Psikiyatri Dergisi . 2011;22(3).
83. Arıca SG, Özer C, Arı M, Karakuş A, Mansuroğlu YE, Eraslan S. Cerrahi ve dahili bölüm asistanlarında tükenmişlik düzeyleri ve etkileyen faktörler. Symirna Tıp Dergisi. 2011;7:6–9.
84. Yıldız A, Çiçek İ, Şanlı ME. Sağlık Çalışanlarında Tükenmişliğin Belirleyicileri: Sigara ve Alkol Kullanımına Etkisinin İncelenmesi. Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi. 2018;5(3):126–32.
85. Helvacı İ, Turhan M. Tükenmişlik düzeylerinin incelenmesi: Silifke'de görev yapan sağlık çalışanları üzerinde bir araştırma. İşletme ve İktisat Çalışmaları Dergisi. 2013;1(4):58–68.
86. Arı G, Bal E. Tükenmişlik kavramı: Birey ve örgütler açısından önemi. Yönetim ve Ekonomi: Celal Bayar Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi. 2008;15(1):131–48.
87. Purvanova RK, Muros JP. Gender differences in burnout: A meta-analysis. Journal of Vocational Behavior. 2010;77(2):168–85.
88. McManus IC, Winder BC, Gordon D. The causal links between stress and burnout in a longitudinal study of UK doctors. Lancet. 2002;359(9323):2089–90.
89. Aslan D, Kiper N, Karaağaoğlu E, Topal F, Güdük M, Cengiz S. Türkiye'de Tabip Odalarına Kayıtlı Olan Bir Grup Hekimde Tükenmişlik Sendromu ve Etkileyen Faktörler, Türk Tabipleri Birliği Yayınları, 2005.
90. Ahmadi A, Mustaffa MS, Haghdoost AA, Alavi M. Mindfulness and related factors among undergraduate students. Social and Behavioral Sciences. 2014;159(February 2015):20–4.
91. Azak A. Determination the Level of Mindfulness of Nursing Students. Journal of Education and Research in Nursing. 2018;15(3):170–6.
92. Cengiz R, Serdar E, Donuk B. Analyzing the level of mindfulness and entrepreneurship of the university students. International Journal of Social Sciences and Education Research. 2016;2(4):1320–8.

8. ÖZGEÇMİŞ

I. Bireysel Bilgiler

Adı Soyadı : Derya Ayşegül Toprakcı

Doğum yeri-tarihi :

Uyruğu :

Medeni durumu :

İletişim :

Yabancı dili :

II. Eğitimi

S.B.Ü. Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Kliniği, Asistanlık Eğitimi (27.04.2020 - halen)

İstanbul Bilim Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıp Eğitimi (2017)

III. Ünvanları

Doktor, Aile Hekimliği Asistanı

IV. Mesleki Deneyimi

S.B.Ü. Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği, Asistan Doktor (27.04.2020 - halen)

ANKARA Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Yenimahalle Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği (2018-2019)

DATÇA Devlet Hastanesi (2017-2018)

9. EKLER

EK-1: SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU

Değerli Katılımcı; Anketteki sorular “SBU Dışkapı Yıldırım Beyazıt SUAM Asistanlarında Tükenmişlik ile Bilinçli Farkındalık Düzeyleri Arasındaki İlişki” başlıklı tez çalışmasında kullanılacak; başka hiçbir amaçla farklı bir değerlendirmeye tabi tutulmayacak ve üçüncü şahıs ve kurumlarla paylaşılmayacaktır. Vereceğiniz cevapların doğruluğu araştırma sonuçlarının faydalılığını etkileyecektir. Göstermiş olduğunuz ilgi ve katkılarınız için teşekkür eder sağlıklı günler dileriz.

Araştırma Ekibi

Dr. Derya Ayşegül Toprakçı - Başasistan Uz. Dr. Özlem Suvak

1. Yaşınız ?.....

2. Cinsiyetiniz?

1. Kadın 2. Erkek

3. Medeni durumunuz ?

1. Bekar

2. Evli

4. Tıp fakültesinden mezun olduğunuz yıl?.....

5. Tıp fakültesini isteyerek mi seçtiniz?

1. Evet 2. Hayır

6. Tıpta uzmanlık alanınız ? :

1.Cerrahi Klinik Bilimleri

2.Dahili Klinik Bilimleri

3.Temel Bilimler

7. Tıpta uzmanlık alanınızı isteyerek mi seçtiniz?

1. Evet

2. Hayır

8.Uyku bozukluğunuz oluyor mu?

1. Evet, sık sık oluyor. 2. Hayır, olmuyor 3. Bazen olur.

9. Sigara kullanıyor musunuz?

1. Evet 2. Hayır

10. Alkol kullanıyor musunuz?

1. Evet 2. Hayır

EK-2:BİLİNÇLİ FARKINDALIK ÖLÇEĞİ (BFÖ)

Açıklama: Günlük deneyimlerinizle ilgili olan bir takım ifadeler aşağıda verilmiştir.

Her deneyimi size ne kadar uygun olduğuna göre işaretleyiniz. Lütfen deneyimin ne olması gerektiğine göre değil, sizin deneyiminize gerçekten ne ölçüde uygun olduğuna göre cevap veriniz. Her ifadenin karşısında bulunan, **1 hemen hemen her zaman, 2 çoğu zaman, 3 bazen, 4 nadiren, 5 oldukça seyrek, 6 Hemen hemen hiç bir zaman** anlamına gelmektedir.

	Hemen Hemen Her zaman	Çoğu zaman	Bazen	Nadiren	Oldukça Seyrek	Hemen Hemen Hiçbir zaman
1. Belli bir süre farkında olmadan bazı duyguları yaşayabilirim.	1	2	3	4	5	6
2. Eşyaları özensizlik, dikkat etmeme veya başka bir şeyleri düşündüğüm için kırarım veya dökerim.	1	2	3	4	5	6
3. Şu anda olana odaklanmakta zorlanırım.	1	2	3	4	5	6
4. Gideceğim yere yolda olup bitenlere dikkat etmeden hızlıca yürüyerek gitmeyi tercih ederim	1	2	3	4	5	6
5. Fiziksel gerginlik ya da rahatsızlık içeren duyguları, gerçekten dikkatimi çekene kadar fark etmeme eğilimim vardır.	1	2	3	4	5	6
6. Bir kişinin ismini, bana söylendikten hemen sonra unuturum.	1	2	3	4	5	6
7. Yaptığım şeyin farkında olmaksızın otomatiğe bağlanmış gibi yapıyorum.	1	2	3	4	5	6
8. Aktiviteleri gerçekte ne olduklarına dikkat etmeden acele ile yerine getiririm.	1	2	3	4	5	6
9. Başarmak istediğim hedeflere öyle çok odaklanırım ki o hedeflere ulaşmak için şu an ne yapıyor olduğumun farkında olmam.	1	2	3	4	5	6
10. İşleri veya görevleri ne yaptığının farkında olmaksızın otomatik olarak yaparım.	1	2	3	4	5	6
11. Kendimi bir kulağımla birini dinlerken aynı zamanda başka bir şeyi de yaparken bulurum.	1	2	3	4	5	6
12. Gideceğim yerlere farkında olmadan gidiyor, sonra da oraya neden gittiğime şaşırıyorum.	1	2	3	4	5	6
13. Kendimi gelecek veya geçmişle meşgul bulurum.	1	2	3	4	5	6
14. Kendimi yaptığım işlere dikkatimi vermemiş bulurum.	1	2	3	4	5	6
15. Ne yediğimin farkında olmaksızın atıştırıyorum	1	2	3	4	5	6

EK-3: MASLACH TÜKNMİŞLİK ÖLÇEĞİ

Maddeler	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Çoğu zaman	Her zaman
1. İşimden soğuduğumu hissediyorum					
2. İş dönüşü ruhen kendimi tükenmiş hissediyorum.					
3. Sabah kalktığımda bir gün daha bu işi kaldıramayacağımı hissediyorum.					
4. İşim gereği karşılaştığım insanların ne hissettiğini hemen anlarım.					
5. İşim gereği karşılaştığım bazı kimselere sanki insan değillermiş gibi davrandığımı hissediyorum.					
6. Bütün gün insanlarla uğraşmak benim için gerçekten çok yıpratıcı.					
7. İşim gereği karşılaştığım insanların sorunlarına en uygun çözüm yollarını bulurum.					
8. Yaptığım işten yıldığımı hissediyorum.					
9. Yaptığım iş sayesinde insanların yaşamına katkıda bulunduğuma inanıyorum.					
10. Bu işte çalışmaya başladığımdan beri insanlara karşı sertleştim.					
11. Bu işin giderek beni katılaştırmasından korkuyorum.					
12. Çok şeyler yapabilecek güçteyim.					
13. İşimin beni kısıtladığını hissediyorum.					
14. İşimde çok fazla çalıştığımı hissediyorum.					

15.İşim gereği karşılaştığım insanlara ne olduğu umrumda değil.					
16.Doğrudan doğruya insanlarla çalışmak bende çok fazla stres yaratıyor.					
17.İşim gereği karşılaştığım insanlarla aramda rahat bir ortam yaratırım.					
18.İnsanlarla yakın çalışmadan sonra kendimi canlanmış hissedirim.					
19.Bu işte kayda değer birçok başarı elde ettim.					
20.Yolun sonuna geldiğimi hissediyorum.					
21.İşimdeki duygusal sorunlara serinkanlılıkla yaklaşırım.					
22.İşim gereği karşılaştığım insanların bazı problemlerini ben yaratmışım gibi davrandıklarını hissediyorum.					

EK-4: TEZ KONUSU ONAY FORMU

Evrak Tarih ve Sayısı: 18.05.2022-129760



T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
Gülhane Tıp Fakültesi Dekanlığı

Sayı : E-86241737-100--129760
Konu : GTF Tez İnceleme ve Değerlendirme
Akademi Kurul Kararları

DAĞITIM YERLERİNE

Gülhane Tıp Fakültesi Tez İnceleme ve Değerlendirme Akademik Kurulu, 12.05.2022 tarihinde saat 14:00'da Dekan Yardımcısı Prof.Dr.Sedat YILMAZ başkanlığında üyelerin uzaktan dijital ortamda online olarak katılımı ile toplanmıştır.

Toplantıda, Dekanlığımızla afiliye olan SUAM'larda görevli 95 (doksan beş) uzmanlık öğrencisine ait tez incelenerek değerlendirilmiş olup; tezlerle ilgili Ek'teki kararların alınmasına oy birliği ile karar verilmiştir.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim

Prof. Dr. Mehmet Ali GÜLÇELİK
Dekan

Ek:Kurul Kararı

80	Dr.Derya Ayşegül TOPRAKCI	Ankara SUAM	Dışkapı	Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Asistanların da tükenmişlik ile bilinçli farkındalık düzeyleri arasındaki ilişki	Kabul edildi.
81	Dr.Zeliha Ahzen GÜNEŞ	Ankara Sanatoryum SUAM	Atatürk	Ankara Atatürk Sanatoryum Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2020 yılı tüberküloz bildirimleri	Kabul edildi.
82	Dr. Ömer KESKİN	Ankara SUAM	Dışkapı Beyazıt	Ürik asit düzeyine bağlı olarak troid hormonunun Non-alkolik yağlı karaciğer hastalığı (NAYK) üzerine bağımsız etkisi	Kabul edildi.
83	Dr.Elif Sena ÖZDEMİR	GTFGöz Hst AD		Covid-19 enfeksiyonu geçiren ve uzun süreli hipoksiye maruz kalan hastalarda retinada izlenen yapısal ve fonksiyonel değişiklikler	Kabul edildi.
84	Dr.Sümeyye ATEŞ	GTF Çocuk Sağ ve Hst AD		Kritik hasta izleniminde Çocuk Yoğun bakım ve yenidoğan yoğun bakım üniteleri arasındaki uygulama farklılıkları	Kabul edildi.
85	Dr.Hayriye KARAKAŞ	GTF Çocuk Sağ ve Hst AD		Duktus bağımlı doğumsal kalp hastalığı olan yenidoğanlarda frosactandin dozu kullanımı yan etkileri ve prognoz üzerine etkisi	Kabul edildi.
86	Dr.Meryem ARPACIOĞLU	Ankara SUAM	Şehir	Çocukluk çağı kemik ve yumuşak doku sarkomlarında ABO kan grubunun tanı ve tedavi yanıtında önemi	Kabul edildi.
87	Dr.Batuhan DERELİ	Ankara SUAM	Şehir	Dev anevrizmalarda endovasküler tedavi sonuçlarımız	Kabul edildi.
88	Dr. Muhammed ALPEREN GÜÇLÜ	Ankara SUAM	Şehir	Şizofreni tanısıyla yatan hastalarda, adli süreçler sonucunda yapılan zorunlu yatışlar ve diğer yatışlarda hastaya, hastalığa ve hasta yakınına ait faktörlerin incelenmesi "	Kabul edildi.
89	Dr.Azad MALIKOV	Ankara SUAM	Şehir	Atlantoaksiyel instabilite olgularında hasta- spesifik dril kılavuzların doğruluğunun 3D modelleme ile değerlendirilmesi	Kabul edildi.

EK-5: ETİK KURUL ONAY FORMU

	T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilimleri Üniversitesi Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi	
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU		
KARAR TARİHİ:06.06.2022 KARAR NO : 139/37		
Hastaneniz Aile Hekimliği Kliniğinde Uz.Dr. Özlem SUVAK sorumluluğunda yapılması planlanan Dr. Ayşegül TOPRAKCI' ya ait “SBÜ Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt SUAM Asistanlarında Tükenmişlik İle Bilinçli Farkındalık Düzeyleri Arasındaki İlişki” konulu tez çalışması amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup etik ve bilimsel açıdan sakınca bulunmadığına toplantıya katılan Etik Kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.		