



T.C.

DİCLE ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ PSİKİYATRİ ANABİLİM DALI

**DİCLE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ'NDE ÇALIŞMAKTA OLAN
ASİSTAN VE UZMAN HEKİMLERDE TÜKENMİŞLİK, UMUTSUZLUK,
ANKSİYETE, DEPRESYON DÜZEYLERİ VE BUNUN YURTDIŞINDA
ÇALIŞMA PLANLARIYLA OLAN İLİŞKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Dr. BEGİNHAN BEYAZGEYİK

TIPTA UZMANLIK TEZİ

Doç. Dr. Betül UYAR

TEZ DANIŞMANI

DİYARBAKIR-2024

TEŞEKKÜR

Bu çalışmada danışman hocam Doç. Dr. Betül UYAR' a, her zaman desteklerini esirgemeyen ve eğitimimde rolü olan başta Prof. Dr. Mahmut BULUT ve Doç. Dr. Mehmet GÜNEŞ hocalarıma ve diğer bütün hocalarıma teşekkür eder ve saygılarımı sunarım.

Birlikte çalışmaktan mutluluk duyduğum asistan arkadaşlarımın hasta yönlendirmedeki gösterdikleri hassasiyet ve destekleri benim için önemliydi. Kliniğimdeki çalışma arkadaşlarıma başta Uzm. Dr. Ayça ARSLAN ve Uzm. Dr. Ezgi ÇANKAYA İNAN' a desteklerinden dolayı teşekkür ederim.

Eğitim hayatım boyunca desteklerini hiçbir zaman esirgemeyen hep yanımda olan eşim, annem ve babama teşekkür ederim.

Dr. Beginhan BEYAZGEYİK

Diyarbakır 2024

ÖZET

Giriş ve Amaç:

Bu çalışmada Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde çalışmakta olan asistan ve uzman hekimlerin tükenmişlik, umutsuzluk, anksiyete, depresyon düzeyleri belirlemek, yurt dışında çalışma planlayan hekimlerin oranını belirlemek, yurt dışında çalışmak isteme sebeplerini belirlemek ve bu çerçevede düzeltilebilecek çalışma şartları konusunda literatüre katkı sunmak amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntemler:

Bu çalışmaya 20.05.2023-20.06.2023 tarihli arasında Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde görev yapmakta olan 200 asistan ve uzman hekim dâhil edildi. Katılımcılara Sosyodemografik Veri Formu, Hamilton Anksiyete Ölçeği, Hamilton Depresyon Ölçeği, Maslach Tükenmişlik Envanteri (Duygusal Tükenme, Duyarsızlaşma ve Kişisel Başarı Eksikliği) ve Beck Umutsuzluk Ölçeği uygulandı. Çalışma kapsamında elde edilen veriler Statistical Package for Social Science (SPSS) 25.0 programı kullanılarak analiz edildi.

Bulgular:

Çalışmaya katılanların 57,0%'si erkek ve 53,5%'i bekârdır. Yaş ortalaması $30,29 \pm 5,63$ yıldır. Olguların 164'ünün (%82,0) statü beklentisi ile 152'sinin (%76,0) gelir düzeyinden dolayı, 163'ünün (%81,5) aile desteği ve 171'inin (%85,9) yüksek puan almasından dolayı tıp yazdıkları saptanmıştır. Olguların 154'ünün (%77,0) şiddete maruz kaldığı, şiddete maruz kalan olgulardan 154'ünün psikolojik şiddete bunlarında 31'inin (%20,1) fiziksel ve 2'sinin (%1,2) ise cinsel şiddete maruz kaldığı tespit edilmiştir. Olguların şiddete maruziyet sonucu 54'nün (%35,1) beyaz kod verdiği ve 6'sının (%11,1) tatmin edici sonuç aldığı tespit edilmiştir. Çalışma kapsamında ortalama; HAM-D Ölçek puanları $4,62 \pm 4,66$, HAM-A Ölçek puanları

4,66±6,27, BUÖ puanları 9,05±5,23, Duygusal Tükenmişlik Ölçek Puanları 18,90±5,45, Duyarsızlaşma Ölçek Puanları 11,08±3,37, Kişisel Başarı Eksikliği Ölçek Puanları 14,45±3,64 ve Maslach Tükenmişlik Toplam Puanları 44,27±10,75 olduğu tespit edilmiştir. Olgular arasında yurt dışında çalışma isteği olanlarda depresyon, anksiyete ve umutsuzluk ölçek puanlarının istatistiksel olarak anlamlı yüksek olduğu saptanmıştır.

Sonuç:

Bu çalışmadaki veriler sonucunda hekimlerin maruz kaldığı şiddet olaylarının ve gelecek kaygısının hekimleri yurt dışında çalışmaya iten faktörler olduğu saptanmıştır. Ayrıca dikkat çekici bir konu olan hekimlerin yurt dışına gitmek istemelerindeki maddi kazanç konusunun önemli olmadığı çalışma güvenliği ve sosyal statülerinin daha öncelikli nedenler olduğu tespit edilmiştir. Aile desteğinin hekimlerin yaşayacağı depresyon, tükenmişlik ve anksiyete düzeyleri üzerine koruyucu etkisi olduğu ve ülkelerinde hizmet etmeleri yönünde karar vermelerine neden olduğu saptanmıştır. Çalışmamız hekimler için alınacak olan çalışma kararları ve daha sonra yapılacak çalışmalar için önem arz etmektedir.

Anahtar Kelimeler: Anksiyete, Depresyon, Tükenmişlik, Hekim

ABSTRACT

Introduction and purpose:

Contributing to the literature on these comprehensive correctable working conditions, determining the goals of the residents and specialist physician working at Dicle University Faculty of Medicine in this hospital, limiting the birth, hopelessness, anxiety, pressure, determining the goals of the physicians who plan to work abroad, determining the reasons for wanting to work abroad, and these comprehensive correctable working conditions.

Materials and Methods:

This laboratory included residents and specialist physicians working at Dicle University Faculty of Medicine. Sociodemographic Data Form, Hamilton Anxiety Scale, Hamilton Depression Scale, Maslach Burnout Inventory (Emotional Exhaustion, Depersonalization, Personal Accomplishment) and Beck Hopelessness Scale command to the participants. The data obtained within the scope of the study were analyzed using the Statistical Package for Social Science (SPSS) 25.0 program.

Results:

Of the participants in the study, 57.0% were men and 53.5% were single. The average age is 30.29 ± 5.63 years. Of the cases, 164 (82.0) were prescribed medicine due to status expectations, 152 (76.0) due to their income level, 163 (81.5) due to family support and 171 (85.9) due to high scores has been detected. It was determined that 154 (77.0%) of the cases were exposed to violence, 154 of the cases were exposed to psychological violence, 31 of them (20.1%) were exposed to physical violence and 2 (1.2%) were exposed to sexual violence. As a result of exposure to violence, 54 (35.1%) of the cases gave a white code and 6 (11.1%) of them received satisfactory results. Within the scope of the study, the mean HAM-D Scale scores were 4.62 ± 4.66 , HAM-A Scale scores were 4.66 ± 6.27 , IPS scores were 9.05 ± 5.23 , Emotional Exhaustion Scale Scores were 18.90 ± 5.45 , Depersonalization Scale Scores were 11.08 ± 3.37 , Personal Accomplishment Scale Scores were 14.45 ± 3.64 and Maslach Burnout Total Scores were 44.27 ± 10.75 . It was found that depression, anxiety and

hopelessness scale scores were statistically significantly higher in those who had a desire to work abroad.

Conclusion:

As a result of the data in this study, it was determined that the violent incidents that physicians were exposed to and anxiety about the future were factors that pushed physicians to work abroad. In addition, it has been determined that financial gain is not important for physicians to want to go abroad, but work security and social status are the more primary reasons. It has been determined that family support has a protective effect on physicians' depression, burnout and anxiety levels and causes them to decide to serve in their country. Our study is important for physicians' work decisions and future studies.

Keywords: Anxiety, Depression, Burnout, Physician

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	i
ÖZET	ii
ABSTRACT	iv
İÇİNDEKİLER	vi
TABLolar LİSTESİ.....	viii
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	ix
GRAFİKLER LİSTESİ.....	x
KISALTMALAR	xii
1. GİRİŞ ve AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	2
2.1. Tükenmişlik	2
2.1.1. Tükenmişlik Sendromu’nun Tarihçesi	3
2.1.2. Tükenmişliğe Etki Eden Faktörler	4
2.1.2.1. Kişisel Faktörler	4
2.1.2.2. Örgütsel Faktörler	5
2.1.3. Tükenmişlik İle Başa Çıkma Yöntemleri.....	7
2.1.4. Hekimlerde Tükenmişlik.....	8
2.2. Anksiyete.....	10
2.2.1. Anksiyetenin Tanımı.....	10
2.2.2. Anksiyetenin Risk Faktörleri.....	11
2.2.3. Anksiyete Belirtileri	12
2.2.4. Anksiyete Bozukluğunun Etiyolojisi	13
2.2.5. Anksiyete Bozukluğunun Sınıflandırılması	14
2.2.6. Anksiyete Duyarlılığı ve Etkili Faktörler.....	14
2.3. Depresyon	18
2.3.1. Depresyonun Tanımı.....	18
2.3.2. Depresyonun Belirtileri	20
2.3.3. Depresyonun Nedenleri	21
2.3.4. Depresyonda Risk Faktörleri	21
2.3.5. Hekimlerde Anksiyete ve Depresyon.....	24

2.4.	Umut ve Umutsuzluk	26
2.5.	Tükenmişlik, Anksiyete Depresyon ve Umutsuzluk Açısından Hekime Yönelik Şiddet	26
2.6.	Hekimlerin Yurtdışına Göçü.....	28
3.	GEREÇ ve YÖNTEM.....	29
3.1.	Etik Onay	29
3.2.	Olguların Seçimi.....	29
3.3.	Veri Toplama Araçları	29
3.3.1.	Hamilton Anksiyete Ölçeği.....	30
3.3.2.	Hamilton Depresyon Ölçeği:	30
3.3.3.	Beck Umutsuzluk Ölçeği:	30
3.3.4.	Maslach Tükenmişlik Ölçeği:	31
3.4.	İstatistiksel Analiz	31
4.	BULGULAR.....	32
4.1.	Olguların Tanımlayıcı Özelliklerine Yönelik Bulgular	32
4.2.	Olguların Yurt Dışında Çalışma İsteği, Planı ve Girişimine Yönelik Bulgular	34
4.3.	Olguların Doktor Olma Hayali ve Doktor Olma İdealine Yönelik Bulgular ..	41
4.4.	Olguların Tıp Yazma Motivasyonuna Yönelik Bulgular	41
4.5.	Olguların Çocuğunun Türkiye’de Doktor Olmasını İsteme Durumu, Geçmişe Dönme Şansı Olsa Yine Tıp Tercih Etme Durumu ve Yurtdışında Çalışma İsteği Arasındaki Bulgular	42
4.6.	Ölçeklere Ait Betimsel İstatistikler	43
5.	TARTIŞMA	47
6.	SONUÇ.....	54
7.	ÇALIŞMANIN GÜÇLÜ YÖNLERİ VE KISITLILIKLARI	55
8.	KAYNAKLAR	56
9.	ETİK KURUL KARARI.....	67
10.	ÖZGEÇMİŞ.....	68

TABLolar LİSTESİ

Tablo 2.1. DSM-5'e Göre Anksiyete Bozuklukları Sınıflandırması	14
Tablo 4.1. Katılımcıların sosyodemografik verileri Hata! Yer işareti tanımlanmamış.	
Tablo 4.2. Katılımcıların mesleki verileri	33
Tablo 4.3. Katılımcıların psikiyatrik ve tıbbi hastalık durumu	33
Tablo 4.4. Olguların yurt dışında çalışma isteği, planı ve girişimlerinin cinsiyetlerine göre dağılımı	34
Tablo 4.5. Olguların yurt dışında çalışma isteği, planı ve girişimlerinin medeni durumlarına durumların göre dağılımları	34
Tablo 4.6. Olguların yurt dışında çalışma isteği, planı ve girişimlerinin çocuk sahibi olup olmama durumlarına göre dağılımları.....	35
Tablo 4.7. Olguların yurt dışında çalışma isteği, planı ve girişimlerinin çalıştıkları birime göre dağılımı	36
Tablo 4.8. Olguların yurt dışında çalışma isteği ve mesleki deneyimlerine göre dağılımları	37
Tablo 4.9. Olguların yurt dışında çalışma planı ve mesleki deneyimlerine göre dağılımları	37
Tablo 4.10. Olguların yurt dışında çalışma girişimi ve mesleki deneyimlerine göre dağılımları	37
Tablo 4.11. Olguların yurt dışında çalışma isteği ve gelirlerine göre dağılımı	38
Tablo 4.12. Olguların yurt dışında çalışma planı ve gelirlerine göre dağılımları	38
Tablo 4.13. Olguların yurt dışı girişimleri, yurt dışında çalışan doktor arkadaşları olma, yurt dışında çalışan doktor arkadaşlarının memnuniyet durumlarına göre dağılımı	38
Tablo 4.14. Çalışma Şartlarınızla İlgili Aşağıdaki Konularda Kaygı Yaşar mısınız?.....	39
Tablo 4.15. Olguların Türkiye'de kalma sebeplerine göre dağılımı	39
Tablo 4.16. Olguların şiddete maruziyet ve maruz kalınan şiddet türlerine göre dağılımı ...	40
Tablo 4.17. Olguların şiddete maruziyet, beyaz kod verme ve tatmin edici sonuç alma durumlarına göre dağılımı.....	40
Tablo 4.18. Olguların doktor olma hayalinin ve doktor olma idealinin cinsiyetlerine ve çalıştıkları birimlerine göre dağılımı.....	41
Tablo 4.19. Olguların tıp yazma motivasyonuna göre dağılımı	41
Tablo 4.20. Olguların çocuğunun Türkiye'de doktor olmasını isteme durumları ve geçmişe dönme şansı olsa yine tıp tercih etme durumlarına göre dağılımı	42
Tablo 4.21. Olguların yurt dışında çalışma isteği ve geçmişe dönme şansı olsa yine tıp tercih etme durumlarına göre dağılımı.....	42
Tablo 4.22. Ölçeklere ait betimsel istatistikler	42
Tablo 4.23. Çalışmada kullanılan ölçeklerin cinsiyete, medeni duruma, çocuk sahibi olup olmama, psikiyatrik hastalık sahibi olup olmamaya göre karşılaştırılmaları.....	43
Tablo 4.24. Çalışmada kullanılan ölçeklerin yurt dışında çalışma isteğine göre karşılaştırmaları.....	45
Tablo 4.25. Korelasyon analizi sonuçları.....	46

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil tablosu ögesi bulunamadı.



GRAFİKLER LİSTESİ

Grafik tablosu ögesi bulunamadı.



KISALTMALAR

BUÖ: Beck Umutsuzluk Ölçeği

DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

DSÖ: Dünya sağlık Örgütü

HAM-A: Hamilton Anksiyete Ölçeği

HAM-D: Hamilton Depresyon Ölçeği

ILO: Uluslararası Çalışma Örgütü

ICN: Uluslararası Hemşireler Birliği

PSI: Uluslararası Kamu Hizmetleri Federasyonu

SPSS: Statistical Package for the Social Sciences

OKB: Obsesif-Kompulsif Bozukluk

OECD: Ekonomik İş Birliği ve Kalkınma Örgütü

1.GİRİŞ ve AMAÇ

Tükenmişlik sendromu, işyerinde karşılaşılan zorluklara karşı bireysel olarak geliştirilen duygusal olumsuz reaksiyonlardır (1). İlk kez 1974 yılında Freudenberger tarafından ortaya atılmış ve insanların aşırı çalışma sonucu işlerinin gereklerini yerine getiremez bir duruma gelmeleri anlamını taşıyan, duygusal tükenme durumu olarak tanımlanmıştır (2).

Klinik yansıması; duygusal tükenmişlik, engellenme duygusu, öfke, sinizm, verimsizlik ve beceriksizlik gibi duygulardan oluşan tükenmişlik problemi sağlık alanında oldukça ilgi çekmektedir (3, 4). İş alanlarının konusu insan olan hekimlerin, iş yaşamlarında yoğun iletişime maruz kalması yoğun baskı ve stresi arttırmakta ve bu da tükenmişlik sendromuna neden olmaktadır. Yoğun iş temposu, zaman baskısı gibi faktörler yorgunluk, stres ve tatmin olamama gibi sonuçlara sebep olabilmektedir. Vardiyalı çalışma şekli ve buna bağlı olarak gelişen uyku düzensizlikleri, uykusuzluğun getirdiği bellek ve konsantrasyon bozuklukları, sosyal yaşamlarda meydana gelen değişimler ruhsal hastalıklara zemin hazırlamaktadır. Bunun yanında ekonomik kötü gidişat, ülkedeki olumsuz çalışma şartları kişilerin sadece iş hayatı üzerine değil toplumsal ve sosyal yaşamlarında da sıkıntılara yol açmaktadır. Bunların sonucunda hekimlerde depresyon, anksiyete, umutsuzluk ve tükenmişlik düzeyleri her geçen gün artırmaktadır (5, 6).

Hasta yoğunluğunun son yıllarda artış göstermesi de hekimlerin çalışma şartlarından memnuniyetsizliğin nedenleri arasında sayılabilecek faktörler arasında yer almaktadır. Hekim sayısında her yıl artış yaşanmakla beraber ülke nüfusu da giderek artış göstermektedir. Bu noktada kişi başına düşen hekim sayısının değerlendirilmesi önem arz etmektedir. Türkiye’de kişi başına düşen hekim sayısının, Ekonomik İş Birliği ve Kalkınma Örgütüne (OECD) üye ülkelerin ortalamasından düşük olduğu görülmektedir. Bu bağlamda hekimlerinin iş yükünün giderek arttığı görülmektedir. Ağır iş yükü altında çalışmak zorunda kalan hekimlerin nitelikli sağlık hizmeti verebilme şansı azalmakta ve mesleki risklerle karşılaşma oranı yükselmektedir (7, 8).

Türkiye’de özellikle son birkaç yıldır başta hekimler olmak üzere birçok sağlık çalışanı çalışmak için yurt dışına gitmiştir ya da gitme planı yapmaktadır. Ancak bu konudaki çalışmalar sınırlıdır (9). Bizim bu çalışmada amacımız Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi’nde çalışmakta olan asistan ve uzman hekimlerin tükenmişlik, umutsuzluk, anksiyete, depresyon düzeyleri belirlemek, yurt dışında çalışma planlayan hekimlerin oranını belirlemek, yurt dışında çalışmak isteme sebeplerini belirlemek ve bu çerçevede düzeltilebilecek çalışma şartları konusunda literatüre katkı sunmaktır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1.Tükenmişlik

İngilizcedeki “burnout” sözcüğün karşılığı olan tükenmişlik deyim olarak bir enerji azalması durumunu tanımlamaktadır. Kelimenin kökeni açısından ise yanan bir mumun yanması sonucunda ateşini tüketmesi biçiminde ifade edilir. Buradan hareketle tükenmişlik yaşamakta olan kişilerin verimliliğinde düşüş yaşanacağı öne sürülmüştür (10). Literatürde ilk defa 1970’li yıllarda Amerika Birleşik Devletleri’nde müşteri hizmetleri departmanında çalışan kimselerde görülen mesleki bunalımı tanımlamak amacıyla tükenmişlik kullanılmıştır (11).

Bilimsel açıdan ilk defa Alman asıllı bir bilim insanı olan “Herbert Freudenberger” 1974 yılında aşırı düzeyde stres altında olan kimselerde güç ve enerji kaybı, yıpranmaya bağlı başarısızlık hissi oluşması gibi nedenlerden ötürü kişinin iç kaynaklarında meydana gelen tükenme durumunu tükenmişlik olarak tanımlamıştır (12).

Diğer taraftan Cherniss tarafından çalışan bir kimsenin çalıştığı iş ortamında yaşamış olduğu doyumsuzluk ve strese bağlı olarak yapmış olduğu işe yönelik ilgi ve isteğinin azalması durumunda tükenmişlik olarak tanımlamıştır. Brodsky ve Edelwich ise tükenmişliği iş ortamındaki koşullardan

kaynaklanan ve çalışan kimsenin işe yönelik isteğinde ve enerjisinde git gide artan bir hasar durumu olarak tanımlamıştır (13). Pines ve arkadaşları ise duygusal yükü fazla olan işlerde çalışıyor olmanın kişide bedensel, ruhsal ve zihinsel tükenmeye yol açtığını ifade etmişlerdir (14). Tükenmişlik sendromu çoğunlukla çok başarılı olabilmek adına aşırı bir tempoda çalışmakta olan ve yapması gereken efordan daha fazlasını sarf eden kimselerde ortaya çıkmaktadır.

Günümüzde insanlarla yüz yüze çalışılan ve fedakârlık isteyen mesleklerden biri olan hekimlerde tükenmişlik yaygın ve çok fazla görülen bir durumdur. Zira bu neden den ötürü tükenmişliğin ortaya çıkma şekli, bunun üstesinden nasıl gelinebileceği ve tükenmişlik yaşanmadan alınacak önlemler araştırmacıların ilgi odağı olmuş ve birçok akademik çalışma gerçekleştirilmiş ve gerçekleştirilmeye de devam etmektedir (10).

2.1.1.Tükenmişlik Sendromu’nun Tarihçesi

Literatürde tükenmişlik kavramına yönelik ilk düşüncenin 1961 yılında yapmış olduğu işinde yaşamış olduğu düş kırıklığı ve psikolojik baskı sonucunda işinden ayrılarak Afrika ormanlarına yerleşmiş olan mimar bir kimsenin olgusuna dayanmakta olduğu bildirilmektedir. Konuyla alakalı yazılan ilk yazılarda tükenmişlik; kişinin aşırı düzeyde yorgunluk, işiyle alakalı heyecanını ve isteğini yitirmesini kapsayan bir durum şeklinde ifade edilmiştir (15). Buna karşın tükenmişlik sendromunun fikir babası Herbert Freudenberger olarak belirtilir. Freudenberger 1974 yılında yayımlamış olduğu “personel tükenmişliği” adlı makalesinde tükenmişlik sendromunu detaylı şekilde tanımlamıştır. Devam eden yıllarda ise Christina Maslach benzer konu üzerine çalışmalarda bulunmuş ve özellikle sağlık alanındaki çalışanları incelemiştir. Maslach ve arkadaşları bu durum üzerine tükenmişliğin yeni bir psikolojik durum olduğunu belirtmişlerdir (16).

Tükenmişliğin ilk tanımlandığı dönem özellikle insana hizmet eden meslek kollarında çalışmakta olan kimselerde görüldüğü sanılmıştır. Ancak 1980’nin sonlarına doğru başka mesleklerde de tükenmişlik yaşanabildiği görülmüştür. Bu durum sonucunda tükenmişliğin tanımı genişletilerek “kişinin

ruhsal olarak tükenmesine yol açan fiziksel kaynakların boşaltılmasıdır” biçiminde literatüre girmiştir (10).

2.1.2.Tükenmişliğe Etki Eden Faktörler

Tükenmişlik sendromu genel olarak çalışan kimselerin kısıtlanmasına ve sunulan hizmet kalitesinin bozulmasına neden olan arzu edilmeyen olumsuz bir durumdur. Bundan dolayı tükenmişlik sendromunun meydana gelmesinde etkili olan faktörlerin saptanarak sebeplerin belirlenmesi büyük önem arz etmektedir. Tükenmişliğin ortaya çıkmasında etkili olan faktörler temel olarak bireysel faktörler ve örgütsel faktörler olmak üzere iki grupta değerlendirilmektedir. İlk etapta tükenmişliğe kişisel sebeplerin neden olduğu düşünülmüş olsa da “Maslach ve Cherniss” yapmış oldukları araştırmalar neticesinde iş ve örgüt ile alakalı faktörlerin daha etkili faktörler olduğunu tespit etmişlerdir (10, 17).

2.1.2.1.Kişisel Faktörler

İnsandan insana çevresel etkenli stres faktörleri ve bu faktörlerin algılanma biçimleri farklılık arz etmektedir. Bundan dolayı bu stres faktörleri ile edilen mücadele yöntemlerinde de farklar bulunmaktadır. Maslach’a göre tükenmişlik her kişide ve her durumda meydana gelmez, kişinin özel yapısındaki değişiklikler genel yapıya etki eder (18). Kimi insanlar kötü etkenlerden daha az etkilenirlerken, kimi insanların algılamış olduğu olumsuzluklar daha fazla olabilmekte ve lüzumundan çok etkilenebilmektedirler. Kişisel faktörler; benzer örgütsel tükenmişlik unsurlarına maruz kalmalarına karşın kimi insanlarda tükenmişlik yaşanırken, kimilerinde yaşanamamasının göstergesi olarak nitelendirilebilir (12). Tükenmişlik sendromunun meydana gelmesinde kişinin yaşı, medeni hali, sahip olduğu çocuk sayısı, eğitim düzeyi, yapmış işe yönelik aşırı bağlanma hali, şahsî hırs ve isteklerinin aşırı olması ve kişisel yaşamında karşılaşmış olduğu psikososyal stres kaynakları gibi kişisel faktörler etki etmektedir (19).

2.1.2.2.Örgütsel Faktörler

İş yaşamının ve çalışılan ortamın stresli olmasından dolayı ortaya çıkan etkiler neticesinde, çalışan insanların içe kapanık bir ruh haline girdikleri, tükenmişlik ile mücadele etme yeteneklerinde körelme meydana geldiği ve bu şekilde yalnızca fiziksel açıdan değil, sosyal ve ruhsal açıdan da tükenmiş oldukları ifade edilmektedir (20). Maslach ve Leiter'in 1997 yılında yapmış oldukları bir araştırmada insanların çalışma koşullarının tükenmişlik ile ilişkilendirildiği faktörler 6 ana alt başlıkta toplanmıştır. Bunlar iş yükü, kontrol, ödüller, aidiyet, adalet ve değerlerdir (15).

İş yükü: Kişilerin belli bir zaman aralığında yapabileceği işten daha fazla iş sorumluluğu yüklenmesi durumu iş yükü olarak tanımlanmaktadır. Zira yapılacak işin, işi yapacak kişinin sarf edeceği olağan enerjinin üstünde bir enerji istemesi kişi ile iş arasında uyumsuzluk meydana gelmesine yol açıp bunun neticesinde ise işe karşı duyarsızlaşma yaşanacaktır.

Kontrol: Kişinin çalışmış olduğu iş ile alakalı karar alabilme, mevcut sorunların çözümü ve kaynakların kontrolü noktasındaki gücünü kapsamaktadır. Kişi yeteri düzeyde ve özgürce karar veremediği, karşılaşılan sorunların üstesinden gelme noktasında güç kaybı yaşadığında kişisel başarı alt boyutu olumsuz etkilenmektedir.

Ödüller: Çalışan bir kimsenin iş yaşamında elde etmiş olduğu bütün maddi, manevi, onaylamalar, kazanımlar ve başarıları kapsamaktadır. Kişi şayet vermiş olduğu emeğin dikkate alınmadığı hissine kapılırsa bunun sonucunda kişisel başarı alt boyutunda olumsuz etkilenme meydana gelecektir.

Aidiyet: Genel olarak kişinin yapmış olduğu işi ve iş arkadaşlarını duygusal olarak sahiplenme ve bağlanma duygusu aidiyet olarak tanımlanmaktadır. Kişinin aidiyet duygusu gelişmiş ise bu kimseler iş arkadaşları ile çok yakın ilişki kurmak isterler. Kurulan ilişkiler sonucunda ihtiyaç duydukları sosyal doyuma ulaşırlar ve daha az tükenmişlik yaşarlar. Kişide aidiyet duygusu yönünden herhangi bir uyumsuzluk bulunması

durumunda ise tükenmişliğin alt boyutlarından olan duyarsızlaşma ve duygusal tükenme boyutları olumsuz etkilenmektedir.

Adalet: Bu kavram herhangi bir örgütten çalışan kimselerin tutarlı ve eşit haklara sahip olmasını, örgütte uygulanan kural ve normların herkes için geçerli olup uygulanmasını belirtmektedir. Bir örgütte adalet kavramının ihlal veya suistimal edildiği görüşü oluşursa çalışanlar haksızlığa uğradıklarını düşünebilirler. Çalışanlar arasında ortaya çıkan haksızlığa uğrama düşüncesi iş barışının bozulmasına ve performans düşüklüğüne yol açabilir. Haksızlığa uğrama düşüncesi sonucunda ise çalışanlarda duygusal tükenme ve duyarsızlaşma boyutlarında tükenmişlik meydana gelecektir.

Değerler: Kavram olarak belirli bir davranış şekli veya yaşama amacının diğerlerine nazaran daha üstün ve daha tercih edilen davranış olduğu yönündeki inanış olarak tanımlanmıştır (21). Kişinin iş yerindeki diğer çalışanlarla ilişki kurmasının temelini bireysel ve örgütsel değerler oluşturmaktadır. Kişinin bu değerleri işleriyle ilgili beklentilerini ve motivasyonlarını kapsamaktadır (22). Meslekte bir değer çatışması olduğu ve dolayısıyla bireysel ve örgütsel değerler arasında bir farklılık olduğu zaman, çalışanlar yaptıkları iş ile yapmak istedikleri iş arasında kalarak tükenmişlik yaşayabilirler (23).

Bu altı başlıktaki örgütsel faktörler; tükenmişlik sendromuna yol açabilecek, örgüt kaynaklı meydana gelebilecek sorunları kavramsallaştırmak için meydana getirilmiş tanımlamalardır. Bu şekilde tükenmişliğe yol açan unsurlara daha bütüncü bir taraftan bakılabilmesi amaçlanmıştır. Burada bahsedilen tanımlamaların haricinde yapılan çalışmalarda tükenmişliğe örgütsel etken olarak gösterilen diğer faktörler; “örgüt içindeki çatışma durumları, örgüt kararlarına katılma durumu, iş yerindeki çalışma saatleri uzunluğu, iş yerinin yeterli sosyal destek sağlayamaması, rol çatışmaları ve rol belirsizlikleri, çalışma alanının fiziki yetersizliği, iş güvenliğinin yetersiz oluşu ve yapılan işin standardizasyon problemi” olarak gösterilmiştir (21).

2.1.3.Tükenmişlik İle Başa Çıkma Yöntemleri

Tükenmişlik kişinin iş yaşamına etki ederek bazı olumsuz durumların yaşanmasına neden olan bir durumdur. Tükenmişlik ile gerçekleştirilecek mücadelenin başarıya ulaşmasında etkili olan en önemli husus kişide tükenmişliğin meydana gelmesini önleyecek tedbirler alınmasıdır. Şayet alınan tedbirlere karşın kişide tükenmişlik yine de ortaya çıkmış ise bu durumun erken teşhis edilmesi ve çok hızlı bir şekilde müdahalede bulunulması önem arz etmektedir (11). Literatür üzerinde gerçekleştirilmiş olan araştırmalar tükenmişliğin düzeltilmesine yönelik uğraşların önlenmesine yönelik çabalara oranla daha az etkili ve güç olduğunu göstermektedir (18).

Gerek tükenmişliğin önlenmesi gerekse tükenmişlik ile baş edebilme amaçlı sürdürülebilecek çalışmalar genel olarak üç temel kategoride ele alınmaktadır (24). Bunlar:

- Çalışan kişideki değişiklik ve gelişmeler
- Görev ve rol yapısındaki değişiklik ve gelişmeler
- Yönetim ve örgütleniş ile ilgili önlem ve değişikliklerdir.

Leiter tükenmişlik ile gerçekleştirilecek mücadelede iki farkı yöntemden bahsetmektedir (25). Bunlar:

- **Kaçış yöntemi:** Karşılaşılan sorunların görmezden gelinmesi ya da onlarda kaçma şeklinde gerçekleştirilen mücadele şeklidir.
- **Kontrol yöntemi:** Sorunların üstesinden gelinmesi doğrultusunda kendisine önerilmiş olan tavsiye ve taktikleri uygulamak suretiyle gerçekleştirilen mücadele şeklidir.

Bu doğrultuda kontrol yöntemini tercih etmiş olan kimseler kaçış yöntemini tercih etmiş olan kimselere göre daha az tükenmişlik yaşamaktadırlar.

Tükenmişliğe yönelik mücadele kişi ya da örgüte tarafınca başlatılabilmektedir. Gerçekleştirilecek mücadelenin başarıya ulaşmasında önem arz eden ilk husus mevcut problemin hem varlığının hem de ne kadar

önemli bir durum olduğunun kabul edilmiş olmasıdır. Buradan hareketle tükenmişliğin başarılı bir şekilde üstesinden gelinmesi doğrultusunda büyük önem arz eden bireysel ve örgütsel başa çıkma yöntemlerini incelemekte fayda bulunduğu aşikârdır (11).

2.1.4.Hekimlerde Tükenmişlik

Hekimler, insan hayatını doğrudan veya dolaylı yoldan ilgilendiren kritik bir meslek grubunda çalışmaktadırlar. Bu durum hekimlerde sorumluluk duygusunun oluşmasına yol açar ve strese neden olur. Hekimlerin ve diğer sağlık çalışanlarının nüfusun tamamına kıyasla tükenmişliğe daha yatkın olduğu yapılan çalışmalarla gösterilmiştir (26). Hasta yoğunluğu fazla olan, nöbet usulü çalışan, hasta ile ilk karşılaşan ve durumu ciddi olan hastalarla sık karşılaşan hekimlerde stres oranının daha yüksek olduğu görülmektedir (27). Buna göre branşlara bakıldığında acil tıp, dahiliye ve aile hekimliğinde görev yapanlarda tükenmişlik düzeyleri daha yüksek tespit edilirken; dermatoloji, patoloji ve radyoloji branşı hekimlerinde ise iş doyumu memnuniyeti daha yüksek bulunmuştur (28).

Gerçekleştirilmiş olan çalışmalar acil servis yoğun bakım vb. gibi özellikli alanlarda çalışmakta olan hekimlerin bütün hekimler içerisinde en fazla tükenmişlik düzeylerine sahip olduklarını göstermektedir (29, 30). Yapılan araştırmalar bu durumun birçok unsurdan kaynaklandığını belirtmektedir. Zira çalışmış olduğu klinikte veya alanda kendisine doğrudan ya da dolaylı olarak etki etmekte olan olumsuz durumlar karşısında hekim bu durumların birikimi ile birlikte tükenmişlik yaşayabilmektedir. Hekimlerin olumsuz etkilenmesine neden olan bazı durumlar aşağıdaki şekilde sunulmuştur:

- Fazla sayıda hasta başvurusu ve ağır iş yükü
- Yoğunluk ve yapılabilecek tetkiklerin kısıtlılığı nedeniyle tanı koyamama veya yanlış tanı koyma kaygısı
- Yeteri kadar takdir görmeme ve saygınlığa sahip olmama kaygısı
- Sık hasta ölümleri ile karşılaşma ve sık ölüm haberi veriyor olma

- İlaç bağımlısı olan, hâlihazırda alkol etkisinde olan veya psikiyatrik şikâyetleri olan hastalarla sık karşılaşılıyor olma
- Uzun süreli ve mola verme fırsatı olmayan yoğun çalışma düzeni
- Çalışma ortamının gerekli fiziksel koşullara yeterince sahip olmaması
- Yardımcı sağlık personelinin sayısının yeterli olmaması
- Gece ve gündüz nöbet usulü çalışma nedenli yaşanan uyku düzensizlikleri
- Çalışma ortamında fiziksel veya sözel şiddete uğrama
- Hasta ve yakınları ile en endişeli oldukları an olan başvuru anında karşılaşılıyor olma
- Hasta ve yakınlarının yaşanan olumsuzluklarda hekimi üst makamlara şikâyet etmesi
- Konsültan hekimler ile problemlerin çözümü konusunda anlaşılamama
- Acil servisin tabiatı gereği diğer branşlarla yoğun ilişkiler içerisinde olunması nedeniyle gelişen, yetersizlik ve kendi kendine yetememe düşüncesi
- Hasta yatış ve sevinde yaşanan problemler
- Bürokratik işler ile sık ilgilenmek durumunda kalma
- Ekonomik olarak çalıştığının karşılığını alamıyor olma düşüncesi
- Aile ve çevredeki diğer insanlara yeteri kadar vakit ayıramama
- Hobilere ve sosyal aktivitelere yeteri kadar zaman ayıramama
- Bilhassa nöbet tutmayan hekimlerin dinlenme fırsatı bulduğu hafta sonu ve diğer resmî tatil günleri gibi zamanlarda yoğun bir şekilde çalışmaya devam ediyor olma
- Bulaşıcı hastalık etkenleri ile temas açısından yüksek riskli bir yerde bulunma şeklinde belirtilebilir (30, 31).

Bütün bu karşılaşılmakta olan tükenmişlik unsurlarının neticesinde hekimler gerek duygusal gerekse fiziksel açıdan yoğun bir biçimde yıpranmaktadır. Bu yıpranma ve yorgunluk; hekimlerin vücut direncinin düşmesine yol açarak onların daha kolay bir biçimde hastalanma olasılıklarını da fazlalaştırmaktadır. Bununla birlikte bu hekimlerin psikosomatik şikâyetleri de fazlalaşmaktadır (15). Tükenmişlik sendromu yaşamakta olan hekimlerin

hastalara yönelik ilgi ve alakasında azalma meydana gelir ve işlerine yönelik olarak yeteri kadar yoğunlaşmakta güçlük yaşarlar. Bundan dolayı da hata yapma olasılıkları fazlalaşır. Gerçekleştirilmiş olan araştırmalar malpraktis ile tükenmişlik sendromu arasında bariz ilişki bulunduğunu göstermektedir (32).

Neticede hekimlerin tükenmişlik sendromu yaşaması kendilerini, çevrelerini ve hastaları olumsuz olarak etkilemektedir. Bu durumdan ötürü hasta bakım kalitesinde de azalma meydana gelmektedir (33). Hekimlerin tükenmişliğine neden olan unsurların tespit edilip bunların engellenmesinin ve sorunların üstesinden gelinmesinin hekimlerle birlikte hastalarında faydasına olacağı göz önünde bulundurulmalıdır.

- Özellikle hekimlik gibi her daim dikkat gerektiren ve yoğun çalışılan meslek gruplarında, iş sonrası yeteri oranda dinlenmeye zaman kalacak şekilde düzenlemeler yapılmalıdır.

Hekimler için mesaide eğitim ve araştırmaya ayıracağı vakit sağlanmalıdır. Hekimlerin mesaisinin tamamını hastalar ile yüz yüze geçirmediği bir ortam oluşturulmalıdır.

2.2.Anksiyete

2.2.1.Anksiyetenin Tanımı

Anksiyete genel olarak olası bir riskin bulunmadığı bir durumda insanda meydana gelen stres, asabiyet, kaygı veya rahatsızlık hissidir. Bu açıdan değerlendirildiğinde; umulmadık bir risk unsuru ortaya çıktığında buna karşı vücudun vermiş olduğu panik refleksinden farklılık göstermektedir. Anksiyete insan vücudunun stres karşısında verdiği doğal bir tepki olup kişiyi dikkatli ve harekete geçmeye hazır olması için uyararak ona katkıda bulunabilir. Söz konusu anksiyete duygusu fazla olduğunda kontrolü zorlaşır. Böyle bir durumda kişi sevdiği şeyleri yapmaktan vazgeçebilir ve çözüm bulunmaması durumunda daha kötü bir hal alacaktır. İçerisinde olduğumuz zamanda gerek dünya genelinde gerekse ülkemizde bilhassa yetişkinler ve genç bireyler arasında

yaygın görülen bir durumdur. Anksiyete yaygınlığının en yüksek olduğu yaş aralığının genç ve yetişkin nüfus olmasına rağmen, bu yaş aralığında tedavi seçeneğine yönelme oranı epeyce düşüktür (34). Uzun süreli prospektif araştırmalar, ergen ve genç yetişkin gruplarda anksiyete semptomlarının tedavi edilmemesi halinde bu durumun uyuşturucu madde kullanımı, koroner kalp hastalığı, alkol ve nikotin bağımlılığı, depresyon, hipertansiyon ve intihara meyil gibi farklı fiziksel, davranışsal ve zihinsel istenmeyen durumlara yol açabileceğini göstermiştir (35). Diğer taraftan anksiyete semptomlarının tedavi edilmemesi durumunda dünya genelinde milyarlarca dolar bedeli olan patolojik anksiyete bozukluklarına yol açmaktadır.

2.2.2. Anksiyetenin Risk Faktörleri

Literatür kaynakları incelendiğinde özellikle gerçekleştirilmiş olan saha çalışmalarından elde edilen bulgular nerdeyse bütün anksiyete bozukluklarının erkeklere oranla kadın popülasyonda daha fazla yaşandığını göstermektedir. Kadınlarda görülen anksiyete bozuklukları erkeklerde görülen anksiyete bozukluklarının iki katı bir orana sahiptir (36).

Anksiyete bozuklukları ağırlıkta genç bireylerde daha yoğun görülmekle birlikte, ekonomik sorunlar, geçim sıkıntısı ve bazı hastalıkların da görülmesinden ötürü genç bireylerin haricinde yaşlı yetişkin bireyler arasında da görülme oranı gün be gün artmakta olan bir sorundur. Toplumun geneli üzerinde gerçekleştirilmiş olan çalışmalar birbirlerini destekler biçimde bulgu vererek sosyoekonomik açıdan iyi durumda olmayan ve eğitim düzeyi düşük kimselerde anksiyete bozukluğu hızının daha fazla olduğunu göstermişlerdir. Bütün anksiyete bozukluğu alt tiplerinin tamamında ailesel geçiş özelliği bulunmaktadır. Anksiyete alt tipleri içerisinde bulunan panik bozukluğu en güçlü ailesel geçiş gösteren anksiyete bozukluğu olup yaklaşık yedi kat risk artışı taşımaktadır. Yaygın olarak belirli çevresel faktörler ve kişisel güvenliğe risk oluşturan tecrübeler anksiyete bozukluklarının tetikleyicisi veya nedeni olarak nitelendirilmektedir. Gerçekleştirilmiş olan çeşitli akademik çalışmalar kişide anksiyete bozuklukları ile enfeksiyonlar, yüksek ateş, alerji, immün sistem

sorunları, bağ dokusu hastalıkları ve epilepsi arasında bir birliktelik olduğunu göstermektedirler. Diğer taraftan, uzun süreli çalışmalar anksiyete bozukluklarının iskemik kalp rahatsızlığı ve migren gibi çeşitli kardiyovasküler ve nörolojik rahatsızlıkların ilerlemesinde risk faktörü olduğu sonucuna varmışlardır (37).

2.2.3. Anksiyete Belirtileri

Anksiyete bozukluklarını gösteren emareler genel olarak birbirine benzerlik arz etmektedir. Ancak bireyin kullanmış olduğu savunma mekanizmaları açısından bu belirtilerle birlikte başka belirtiler de eşlik eder ve değişik klinik tablolar ortaya çıkar. Anksiyete bozukluğunda meydana gelen belirtiler psikolojik, fizyolojik ve psikosomatik belirtiler olarak sınıflandırılmaktadır. Bu belirtiler;

- **Psikolojik belirtiler:** Kişide konsantrasyon zorluğu, kaygı, otokontrolü yitirme hissi, korku, bıkkınlık, düş kırıklığı, kötü şeyler olacakmış hissi, huzursuzluk ve dalgınlık biçiminde ortaya çıkmaktadır.
- **Fizyolojik belirtiler:** Kişinin yaşamış olduğu anksiyete ve korkudan kaynaklanan ve kendisini bariz bir şekilde belli eden, işlevsellikten otonom ve olağan olmayan fizyolojik hormonal tepkilerdir. Fizyolojik belirtiler içerisinde ürperme, titreme, taşikardi, terleme ve hiperaktiflik yer almaktadır. Fizyolojik tepkilerle ilişkili biçimde kaygı bozuklukları ile bağlantılandırılan fiziksel rahatsızlıklar içerisinde dolaşım sistemi rahatsızlıkları, nörolojik sorunlar, metabolizma hastalıkları gastrointestinal ve üriner sistem sorunları bulunmaktadır (38).
- **Psikosomatik belirtiler:** Kişide korku ve anksiyete ile ilişkili olarak meydana gelen bedensel şikâyetlerdir. Bu belirtiler içerisinde nefes alıp vermede güçlük, göğüs kafesinde sıkışma hissi, bulantı, vertigo, karın ağrısı, yutkunma zorluğu, stres ve üşengeçlik gibi fiziksel belirtilerdir.

Anksiyete bozukluğu yaşamakta olan kişilerde asgari 6 aylık bir dönemde ve bu dönemin büyük bir bölümünde birtakım faaliyetler ya da olaylarla alakalı olarak anksiyetik emareler görülmekle birlikte kişi bahse konu bu belirtilerle baş edebilmekte ise oldukça fazla zorluk yaşar. Anksiyete, kuruntu

ve bunlara bağlı bedensel tepkiler klinik olarak belirgin bir rahatsızlığa ya da toplumsal ve diğer önemli alanlarda işlevselliğin düşmesine yol açar.

2.2.4. Anksiyete Bozukluğunun Etiyolojisi

Anksiyete bozukluklarının etiyolojisi genellikle bir grup halinde kavramsal hale getirilmiştir. Genetik araştırmalara göre kaygı bozuklukları bir grup olarak, ebeveynlerinde kaygı bozukluğu geğmişı olan çocuklarda daha çok yaygındır ve genetik bağ, korku ve anksiyete seviyesindeki değişkenliğin üçte birini teşkil etmektedir (39). Benzer şekilde, yapılan araştırmalar anksiyete belirtileri gösterme ihtimalinin monozigotik ikizlerde dizigotik ikizlere kıyasla daha fazla olduğunu ortaya koymuştur. Anksiyete öyküsüne sahip olan hastalarda amigdala ve amigdala yakınlarındaki temporal lob bölgelerinde değişiklik meydana geldiği tespit edilmiştir. Buna ilaveten, anksiyete duyarlılığına sahip olanların sağ hipokampusta daha küçük bölgesel gri madde hacminin yanı sıra sol ön prefrontal kortekste, özellikle kadınlarda, daha küçük bölgesel beyin hacmine sahip oldukları belirlenmiştir. Bazı araştırmalar anksiyete bozukluğuna sahip olan hastalarda sol amigdalanın sağ amigdaladan daha küçük olduğunu ortaya koymuştur (40).

Menzies ve arkadaşlarının yürüttükleri araştırmada OKB hastalarının sağ inferior parietal bölgedeki beyaz maddede artış görüldüğünü ve sağ medial frontal bölgede bir azalma görüldüğünü tespit etmişlerdir (41). Zikredilen bulgular heyecan vericidir zira klinik olmayan birinci derece akrabalarda da aynı değişikliklere neden olmuştur. Muhtemelen anksiyete bozukluğunun yol açtığı kalıtsal bir zayıflığın parçası olabilecek genetik beyin değişikliklerini göstermektedir. Anksiyete bozuklukları patofizyolojisinde amigdalanın aşırı reaktivitesini belirleyen hipotezlere uygun şekilde çok sayıda çalışmanın bulguları göstermiştir ki sürekli şekilde yüksek anksiyete seviyesine sahip bireyler yüksek bazolateral amigdala aktivitesi göstermektedir. Örneğin, yaygın anksiyete bozukluğu hastalarında dorsal raphe çekirdeği kaynaklı serotonerjik işlevinin hipoaktif görölmesine rağmen, korteks, talamus, amigdala ve hipotalamus arasında aşırı döngünün ve kortikal nöronların aşırı aktivite

sergilediği görülmektedir. Buna ilaveten, locus coeruleus'tan kaynaklı noradrenerjik nöronların aşırı aktivite sergilemesi, yaygın anksiyete bozukluğunda vurgulanan beyin alanlarında aşırı uyarılmalara yol açabilir (42).

Serotonin, locus coeruleus'un aktivasyonunu inhibe edebilmesine ve bu sebeple amigdalanın norepinefrin aktivasyonunu düşürebilmesine rağmen, anksiyete bozukluğuna sahip olan hastalarda iki nörotransmitterin uygun bir dengeye sahip olmadığı görülmüştür (40).

2.2.5. Anksiyete Bozukluğunun Sınıflandırılması

Günümüzde kullanılmakta olan kriterler farklı anksiyete bozukluklarını tanımlamada kullanılmaktadır. Yapılmış olan bu tanımlamalar anksiyete bozukluklarının tedavi edilmesinde hayati öneme sahip unsurları oluşturmaktadır (43). DSM-5'e göre anksiyete bozukluklarının sınıflandırılması Tablo 1'de gösterilmiştir (44).

Tablo 2.1. DSM-5'e Göre Anksiyete Bozuklukları Sınıflandırması

DSM-5 Sınıflandırması
Ayrılma Kaygı Bozukluğu
Seçici Konuşmazlık (Mutizm)
Özgül Fobi
Toplumsal Kaygı Bozukluğu
Panik Bozukluk
Agorafobi
Yaygın Kaygı Bozukluğu
Maddenin ya da İlacın Neden Olduğu Kaygı Bozukluğu
Farklı Bir Sağlık Durumuna Bağlı Kaygı Bozukluğu
Tanımlanmış Diğer Bir Kaygı Bozukluğu
Tanımlanmamış Kaygı Bozukluğu

DSM-5'e göre anksiyete bozukluklarının sınıflandırılması şu şekildedir (44).

2.2.6. Anksiyete Duyarlılığı ve Etkili Faktörler

Anksiyete, kişide taşikardi, göğüste sıkışma hissi aşırı terleme ve yaygın baş ağrısı ile kendini gösteren tanımlanması oldukça güç bir endişe ve panik halidir. Anksiyete klinik tablo açısından insandan insana farklılık gösterebilmektedir. Ortaya çıkan belirtilerin ağır ve sık görülmesi herhangi bir risk bulunmaksızın

ortaya çıkması ve insanın işlevselliğinde bozulmaya neden olması durumunda anksiyete bozukluğu tanısı konulmaktadır (45).

“Anksiyete (anxiety) terimi darlık ve sıkışma anlamındaki Hint-German dil ailesi kökenli ‘angh’ sözcüğünden türemiştir” (39). Anksiyete içeriden veya dışarıdan gelmesi muhtemel her türlü riske yönelik kişinin kendisini korumasına ve yaşamını idame ettirmesine olası tehlikelerin engellenmesine katkısı olan temel duygulardan bir tanesidir (46). Anksiyete duyarlılığı ilk kez Reiss ve McNally tarafından tanımlanmış olup, kişi için zararlı sosyal, fizyolojik, fiziksel sonuçlarının mevcut olduğuna inanılan anksiyete ile bağlantılı hisler ve semptomlar hakkında bireyin normalin üstünde gösterdiği korku olarak tanımlanmaktadır (47). Anksiyete duyarlılığı kişinin yaşadığı temel anksiyete semptomlarına karşı korku ile verdiği şiddetli reaksiyon eğilimidir (48). Diğer bir tanıma göre, anksiyete duyarlılığı korkudan korkmak olarak tanımlanmış olup, Mantar ve arkadaşları, anksiyete duyarlılığının bireyin kişilik oluşumunda mevcut olan temel bir korku olduğu sonucuna ulaşmışlardır (46). Bazı kimseler yılandan, uçaktan ya da toplum içinde konuşmaktan korkarken, bazı kimseler ise korku ve panik gibi beraberinde anksiyeteye eşlik edebilecek duyumlardan korkmaktadırlar. Anksiyete duyarlılığı sürekli kaygıdan farklı bir değişkendir. Sürekli kaygı, bireyin genel stres kaynağına verdiği korku yanıtı olarak tespit edilirken; anksiyete duyarlılığı bireyin kendisinin özgül kaygı semptomlarına verdiği korku dolu yanıt olarak açıklanmaktadır (49). Anksiyete duyarlılığı, Reiss tarafından öne sürülen korku beklentisi modelinin esasını teşkil etmektedir (50). Korku beklentisi modeline göre kişinin korkuya neden olan bir durumdan ya da nesneden uzak durmasının temelinde anksiyete beklentisi ya da anksiyete duyarlılığı yatmaktadır. Belirli bir uyaranın korku ya da kaygıya sebep olduğunun öğrenildiği süreç olan anksiyete duyarlılığı, bireyin korku ya da kaygı veren durumlarla yüzleştğinde neler olacağı ve neler hissedeceği hakkında tahminde bulunmasıdır. Anksiyete duyarlılığı, kaygı ya da korku deneyiminin hastalığa, utanmaya ya da ek kaygıya neden olduğu inancı kaynaklı bireysel bir tecrübedir (51).

Reiss yaptığı çalışmada anksiyete duyarlılığının, kişilerin anksiyeteyi kalıtsal olarak nasıl algıladıkları, ne ölçüde rahatsız edici buldukları ve anksiyetenin sonucu hakkındaki inançlarına göre nasıl değiştiğini ortaya koymuştur (50). Anksiyete duyarlılığı kişinin deneyimlediği kaygıların hastalık, toplum karşısında küçük düşme, utanma gibi olumsuz sonuçlara yol açacağı ve söz konusu sonuçların kişinin daha fazla kaygı yaşayacağı yönündeki inançlar ile irtibatlandırılmıştır (52). Deacon ve Abramowitz anksiyete bozukluklarının etiyolojisi ve devam ettirilmesi için anksiyete duyarlılığının önemli bir kavram olduğunu vurgulamıştır (53).

Anksiyete duyarlılığı seviyesi yüksek olan kimselerin nedenini açıklayamadıkları fiziksel kaygı emarelerini olumsuz yorumlama eğiliminde oldukları ve bu yorumlama sonrasında kaçınma davranışı sergiledikleri, daha düşük seviyede kaygı belirtileri gösteren bireylerin ise bu belirtileri hoş olmayan ancak zararsız belirtiler olarak yorumladıkları ifade edilmektedir (54).

Anksiyete bozuklukları ile anksiyete duyarlılığı arasındaki ilişki incelendiğinde anksiyete bozukluğunun nedeninin, anksiyete seviyesinden daha ziyade anksiyeteye karşı geliştirilen duyarlılıkla ilgili olduğu görülmüştür. Anksiyete duyarlılığı bireyin anksiyete yaşadığında o anksiyeteye ilgili korkularının alarma geçmesine ve bu durumun yaşadıkları anksiyeteleri şiddetlendirmesine yol açar. Söz konusu durum yüksek anksiyete duyarlılığı seviyesine sahip kişilerin anksiyete bozukluğu yaşama riskini normal popülasyona kıyasla artırmaktadır (47). Anksiyete duyarlılığı konusunda yapılan araştırmalar sürekli anksiyete (trait anxiety) ile anksiyete duyarlılığı arasındaki ilişkiyi irdelemiştir. Sürekli anksiyete bireylerde “stres yaratan uyaranlara korkuyla tepki verme eğilimi” ya da “yaygın anksiyete belirtileri yaşamaya yapısal bir yatkınlık” olarak açıklanmaktadır. Bu durum kişinin geçmişte yaşadığı anksiyete deneyimlerinin geleceğe dönük “genel bir anksiyeteye” neden olması ve kişinin anksiyete belirtilerinden korkmasıdır. Diğer taraftan anksiyete duyarlılığı ise bireyin anksiyete belirtileri hakkındaki inançları nedeniyle ortaya çıkan “anksiyete belirtilerine korkuyla tepki verme” eğilimidir (49). Lilienfeld ve arkadaşları yaptıkları çalışmada anksiyete duyarlılığının

sürekli kaygının bir fonksiyonu olabileceğini belirtmiştir (55). Kişilerin sürekli anksiyete seviyesi yüksek iken, anksiyete duyarlılığı düşük olabilmektedir, diğer taraftan bunun tam tersi de geçerli olabilmektedir (55). Mantar, söz konusu iki kavramın birbirleri ile ilişkili olmasının yanı sıra anksiyete duyarlılığının sürekli anksiyete kavramından bağımsız bir kişilik özelliği olduğu hakkında ortak bir kanı oluştuğunu vurgulamaktadır (54).

Anksiyete duyarlılığı beklenti teorisi çerçevesinde değerlendirildiğinde genetik faktörlerden etkilenen ya da tümüyle öğrenilen bir yapı olarak ele alınmıştır (47). Anksiyete duyarlılığının kalıtsal bileşeni olduğu hakkında yapılan araştırmada, öğrenmeye dayalı etkenlerin anksiyete duyarlılığını etkilemesi ve bu etkenlerin genetik faktörlerle birlikte bireyde panik atakları nasıl tetiklediğinin araştırılması gerektiği üzerinde durulmuştur (56). Anksiyete duyarlılığı üzerine yapılan araştırmalar anksiyete duyarlılığının genetik olduğunu ve otonom sinir sistemi fonksiyonları ile ilişkili olduğunu göstermiştir (56). Stein ve arkadaşları, ikiz çalışmalarında genetik faktörlerin etkisini incelemişler; çocukluk döneminin, genetiğin, öğrenilmiş deneyimlerin ve ebeveyn rolünün anksiyete duyarlılığı üzerindeki etkisini ortaya koymuşlardır (56). Taylor ve Cox çocukluk döneminde bir yakını kalp krizinden ölen bir bireyin kardiyak belirtilerinin tehlikeli olduğunu öğrendiğini ve bu nedenle ileride başına gelebilecek kardiyak belirtilerini aynı şekilde tehlikeli olarak yorumlayacağını vurgulamışlardır (57).

Böyle bir durumda bireyin semptomlardan korkma ihtimali daha yüksek olacaktır ve yüksek seviyede anksiyete duyarlılığı geliştirmesi muhtemeldir. Öğrenme kuramları kişilerde anksiyete belirtilerinin oluşmasında gözlemsel, klasik veya edimsel koşullanmaların etkili olduğunu vurgulamaktadır (45). Bu bakımdan anksiyete duyarlılığının ilerlemesi söz konusu üç öğrenme biçiminden biri ile gerçekleşebilmektedir (58).

Anksiyete duyarlılığı ile cinsiyet arasındaki ilişkiyi inceleyen araştırmalar, elde edilen sonuçların çelişkili olduğunu vurgulamaktadır (54). Stewart ve arkadaşları, yürüttükleri araştırmada erkeklerin sosyal alt bileşenlerden yüksek puan aldığını, kadınların ise fiziksel bileşenlerden yüksek

puan aldığını ileri sürmektedir (59). Diğer bir araştırma ise anksiyete bozukluklarına kadınlarda erkeklere kıyasla daha fazla rastlandığını ve benzer şekilde anksiyete duyarlılığı bakımından kadınların erkeklerden daha yüksek skorlara sahip olduğunu iddia etmektedir (60).

2.3. Depresyon

2.3.1. Depresyonun Tanımı

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerine göre dünyada 300 milyondan daha fazla kişi depresyondan etkilenmektedir. Depresyon genel olarak günlük yaşamda yaşanan sorunlar karşısında verilen geçici tepkilerden ve kısa müddetli duygu değişikliklerinden çok farklı bir durumdur. Kişi, yaşamış olduğu olumsuz deneyimlerden ötürü mutsuz hissedebilmektedir. Yaşamış olduğu mutsuzluk kimi hallede normalden daha uzun süreli ve şiddetli seyredebilir. Normalin dışında seyreden mutsuzluk ise kişinin otokontrolü dışına çıkarak bazı depresif belirtilerin ortaya çıkmasına yol açabilir (61). Depresyon genel olarak kişinin üzgün hissetmesi, işlevsel ve hayati aktivitelerinde azalma ile birlikte çökkünlük hissi yaşaması gibi anlamlara gelmektedir (62). Bir başka tanıma göre ise depresyon minimum 2 hafta süren, içerisinde yaşamdan zevk alamama, keyifsizlik ve karamsarlık hissini bulunduran bir ruh halidir (63).

Kişi sürekli değişen iç ya da dış uyarıcılardan değişik mesajlar alır. Değişiklik gösteren uyarıcılar ve mesajlarsa insanların duygulanımında değişiklikler meydana gelmesine neden olur. Bahse konu bu değişikliklerden her insan farklı biçimlerde etkilenebilmektedir. Meydana gelen bu değişiklikler kişinin işlevselliğine kötü etki etmesi sonucunda ise kişide depresif belirtile akabinde depresyon gelişebilir (64). Depresyon genel olarak;

Duygusal açıdan;

- Düş kırıklığı,
- Anksiyete
- Disfori

- Anhedoni
- İrritabilite

Bilişsel açıdan

- Enerji azalması,
- Düşünme ve konuşmada yavaşlama
- Bitkinlik ve yorgunluk hissi
- Kuvvetsizlik
- İştah değişimleri
- Kendini değersiz hissetme
- Kişilik saygısında azalma
- Kendini küçük görme
- Suçluluk duygusu
- Çaresizlik hissi
- Melankoli

Sosyal açıdan

- Toplumdan uzaklaşma,
- Yapmış olduğu işe karşı ilgide azalma

gibi durumları kapsamakta olan sendromdur. Yukarıda ifade edilen olumsuz semptomlar kişilerde birtakım kötü tecrübelerle karşı yaygın biçimde verilen yanıtlar olarak ta nitelendirilmektedir. Öte yandan kişinin vermiş olduğu her tepkinin de bir depresyon belirtisi olarak nitelendirilmemesi gerekir. Bahse konu tepkilerin devamlılık göstermesi, kişinin gündelik hayatına etki edecek düzeyde olması halinde depresyon varlığı düşünülmelidir (64). Şayet kişide depresyon mevcutsa çeşitli hal ve hareketleri ile birlikte onun duygulanımında da bazı bozukluklar görülmektedir. Zira insanlar yaşamlarının değişik dönemlerinde sık sık depresif belirtiler gösterebilmektedirler. İnsanların göstermiş oldukları belirtiler gerek sıklığı açısından gerekse şiddet düzeyi açısından depresyon tanısının konulabilmesi için yeterli oranda olmayabilmekte ve ortaya çıkan

semptomlar da benzer biçimde her zaman patolojik şekilde seyretmeyebilmektedir (65).

Depresyondaki kimselerde karakteristik olarak üzüntü, ruhsal çöküntü, yaşam doyumunda azalma, yaşamsal aktivitelerde yetersizlik veya aşırılık (yeme-içme-uyuma vb. gibi), motor faaliyetlerde azalma ile iş ve aile yaşamında birtakım sorunlar ortaya çıkabilmektedir. Öztürk depresyona yatkın kişilerde nispeten belli bazı kişilik özellikleri bulunduğunu dile getirmektedir. Bu kimseler çoğunlukla başkalarını üzmemeye, herkese yardım etmeye ve onları mutlu etmeye gayret gösteren hassas, sorumlu müşkülpesent kişilerdir (66).

Depresyon belirtileri değişik yaş gruplarında farklı şekillerde görülebilmektedir. “Çocuk yaş gurubunda somatik yakınmalar ve huzursuzluk; ergenlerde yıkıcı davranış bozuklukları, dikkat eksikliği ve bozukluğu; yaşlılarda ise bilişsel semptomlar (örneğin; yönelim bozukluğu, dikkati yoğunlaştıramama (distraktilite) ve bellek bozukluğu)” bariz bir biçimde görülebilir (67).

2.3.2. Depresyonun Belirtileri

Depresyonun tanımlanmış birçok nedeni bulunmaktadır. Depresyon kişinin gerek fiziksel gerekse zihinsel durumunu etkilemektedir. Fiziksel ve zihinsel açıdan etkilenen kimsenin bu durumdan kaynaklı olarak kişisel ilişkileri ve iş yaşamında bazı sorunlar meydana gelebilmektedir (68). Depresif bir ruh hali içerisinde bulunan kimseler mutluluğu ve huzuru için vazgeçilemeyecek düzeyde önem arz eden bir şeyi kaybetmiş olduklarını düşünmektedirler. Bu durumdan kaynaklı olarak kişi kendisini kusurlu görmeye başlar (69). Depresyon belirtilerinden en yaygın olarak görülenleri şunlardır:

- Kişinin kendisini değersiz görmesi, çaresizlik hissi ve ileri yönelik ümitsizlik
- Kişinin iştahında meydana gelen sorunlar ve bu sorunlara bağlı kilo değişiklikleri

- Kişide uykuya dalma zorluğu, uykuya daldıktan sonra sık sık uyanma veya erken ve kâbus görerek uyanma gibi uyku sorunları
- Çabuk yorulma, kişinin enerji düzeyinde azalma ve bitkinlik
- Konsantrasyon sorunları ve dikkat azalması
- Kişinin zevk alarak yapmış olduğu işlerde verim azalması ve dikkatinin çok çabuk dağılması
- Zevk alınan aktivitelere karşı ilginin azalması
- Kişinin kendisine vermiş olduğu değeri yitirmesi ve benlik saygısında azalma
- Yer yer ölüme dair düşünceler ve intihar girişimleri (70).

2.3.3. Depresyonun Nedenleri

Depresyon bir hastalık olmaktan daha ziyade aslında bir hastalık tablosudur. Depresyonun meydana gelmesinde birçok unsurun etkili olması ve bazı alt türlerinin bulunmasından dolayı etiyolojisi tam manasıyla aydınlatılabilmemiş değildir (71). Depresyonun meydana gelmesinde hem sosyal ve fizyolojik hem de kalıtsal ve biyolojik unsurlar etkili olmaktadır. Depresyonun meydana gelmesinde bazı sosyoloji ve psikolojik faktörler de etkili olabilmektedir (72). Depresyonun meydana gelmesinden sorumlu olan unsurlar incelendiğinde depresyona yatkınlığı hazırlayan unsurlar ve depresyonun tetiklenmesine yol açan unsurlar olmak üzere iki ana grupta toplanmaktadır. Depresyona yatkınlığı hazırlayan unsurlar içerisinde toplumun içerisinde yer aldığı kültür, kişinin aile ve kişilik yapısı ile eğitim düzeyi yer alırken, depresyonun tetiklenmesini sağlayan unsurlar içerisinde ise genel psikososyal stres faktörleri bulunmaktadır (73).

2.3.4. Depresyonda Risk Faktörleri

Özellikle son dönemler depresyonun risk faktörleri özelinde çok teferruatlı çalışmalar gerçekleştirilmiştir. Hastalığın sebebi değerlendirildiğinde bir tek faktörün sorumlu olmadığı bilinmektedir. Genetik özellikler ve sosyal çevre ile olumsuz etkileşimin etkili olduğu dikkat çekmektedir. Kişinin içerisinde yer

aldığı ailesel yapı, kişilik özellikleri, cinsiyeti (özellikle kadın olmak), eskiden yaşamış olduğu istenmeyen yaşantılar, eğitim düzeyindeki yetersizlikler, fizyolojik sorunlar ve bunların tedavileri ve psikiyatrik bozukluklar depresyonun belli başlı risk unsurları olarak görülmektedir. Kişinin medeni durumu, herhangi bir işinin olmaması, sosyoekonomik durumundaki yetersizlik, 18 ila 44 yaş arasında bulunması gibi unsurlar ise depresyonun diğer risk faktörleri olarak söylenmektedir (74).

Yaş: Depresyonun başlama yaşı genel olarak kırk yaş civarındır. Kadınlarda 35-40 yaş erkeklerde ise 55-70 arası dönemde en üst düzeye ulaşmış olduğu bildirilmiştir. Birçok hastada depresyonun meydana geldiği yaş aralığı 20-55 yaş arası dönemdir. Yapılan birçok çalışmada çocuklarda ve yaşlı bireylerde depresyon semptomlarının görülme ihtimalinin oldukça düşük olduğu bildirilmiştir. Depresyon risk oranları ileriki yaşlarda oldukça düşük düzeydedir. Örneğin, %1,7 65 yaş, %3,2 75 yaş üzeri ve %0,5 79 yaş üzeri için saptanmış depresyon risk oranlarıdır. Özellikle 20 yaş altı bireylerde bu oran daha fazladır için ise gibi düşük seviyede risk oranlarının olduğu bulunmuştur (75).

Cinsiyet: Depresyonun görülme sıklığı kadınlarda erkeklere oranla daha fazladır. Kadınlarda depresyon görülme oranı erkeklerin yaklaşık iki katı düzeyindedir. Kadınlarda erkeklere göre daha fazla depresyon görülmesinin nedenlerine yönelik net bir bulgu olmasa da kadınların hormonal yapısı, kültürel ve toplumsal değer yargıları, annelik rolleri ve bazı stres faktörlerinin etkili olduğu ifade edilmektedir. Net bir oran ortaya koyulmamakla beraber depresyon belirtilerinin kadınlarda erkeklere nazaran daha yüksek seviyede olduğuna yönelik araştırmalar vardır (74).

İrk ve Etnik Gruplar: Gerçekleştirilmiş olan bir çalışmadan elde edilen bulgulara göre etnik guruplar ve ırklar üzerinde majör depresyon dağılımının farklı bir örüntü sergilemediği belirtilmiştir. Çalışmada ırklar arasında yaşanan farklılıkların ekonomik nedenlerden kaynaklandığı ifa edilmiştir. Çalışmada özellikle siyah ırkta majör depresyon belirtilerinin daha düşük seviyede olduğu saptanmıştır (74).

Medeni Durum: Depresyona etki eden faktörlerden biri de medeni durumdur. Gerçekleştirilmiş olan çalışmalardan elde edilen bulgular incelendiğinde medeni duruma göre depresyon dağılımında farklılıkların bulunduğu dikkat çekmektedir. Gerçekleştirilmiş olan birçok çalışma; ayrı yaşayan, boşanmış veya dul kimselerde depresyon oranı yüksekken, evli kimselerde ise bu oranın daha düşük olduğunun bildirmektedirler. Depresyon riskini fazlalaştıran bir başka faktör de evli kişilerin karşılıklı ilişkilerindeki bozulmalardır. Boşanmanın akabindeki ilk 6 ay erkekler için oldukça riskli bir dönemdir. Ülkemizde yapılmış olan bir çalışmada boşanmamış kimselerde depresyon görülme sıklığının boşanmış kimselerdekinden daha düşük olduğu sonucuna varılmıştır (76).

Genetik Faktörler ve Aile Öyküsü: Depresyon ile genetik faktörler arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalar evlatlık olma, ikiz olma ve ailesel faktörler üzerinde yoğunlaşmaktadır (76).

Erken Dönem Çocukluk Yaşantıları: Depresyon üzerinde erken dönem çocukluk yaşantılarının etkisi bulunmaktadır. Anne ve/veya babası tarafında sevgi ve saygı görerek büyümüş kimselerde depresyon görülme oranları daha düşükken anne babası ayrılmış veya kaybetmiş kimselerde özellikle ileriki yaş dönemlerinde depresyon görülme ihtimali daha yüksektir. Spitz, bir bebeğin yaşamının ikinci 6 ayında annesinden ayrılması durumunda depresyon belirtilerinin meydana gelebileceğini öne sürmüştür. İnsanın kişilik özelliklerini oluşturduğu zaman aralığı içerisinde ebeveynlerinden birini veya her ikisini kaybetmesi sonucunda çocuğun ya bir savunma mekanizması geliştirerek kendisinin depresyondan korunmasına veya da depresif bir yapıya girmesine yol açabilmektedir (76).

Çocukluk Dönemi Yaşantıları: Çocukluk çağında yaşanan depresyon çocuğun kişilik gelişimi ve ileriki yaşlardaki yaşamına doğrudan veya dolaylı bir şekilde etki edebilmektedir. Özellikle bebeklerde depresyon sık görülen bir durumdur. Herhangi bir bebekte depresyon belirtileri gözleniyorsa bebek ve bakıcısı arasında yaşanan bir olumsuz durumdan şüphelenilmelidir. Farklı bir nedense bakıcının bebeğin gereksinimlerini tam manasıyla giderememesidir. Bu

açından “bakıcı” terimi sadece ücreti mukabilinde bebeğe bakan kimse ile sınırlı olmayıp, bebeğin annesi, babası abi/abla ve yakın akrabalarını da içine almaktadır. Çocuk yaş gurubunda depresyon belirtilerini teşhis edebilmek ilk etapta çok ta kolay bir durum değildir. Çocuklar depresyon belirtileri farklı klinik şekillerde görülebilir. İlk çocukluk aşamasında, çocukta hiperaktif ve aşırı hırçın hareketler, içe kapanma ve yer yer kendisine zarar verme gibi davranışlar meydana gelebilmektedir. Duygusal yönden ise çocukta ani ve kısa süreli değişimler meydana gelebilmektedir. Kendisine bakım veren kişiden sevgi bekleyen çocuk ansızın onu itebilir. Ergenlik çağında meydana gelen depresyonlarda intihar düşüncesi yaygın bir durumdur (77).

Hastalık Öncesi Klinik Özellikler: Depresyon gerekli koşullar oluştuğunda bütün insanlarda görülebilen bir durumdur. Özellikle depresyona yatkın bir kişilik yapısı bulunmamaktadır. Depresyona meyilli kişiler çoğunlukla etrafındaki insanları mutlu etmek için uğraşan, onları kırmaktan korkan ve çekinen yardımsever kimselerdir (76).

Sosyal Destek ve Sosyoekonomik Durum: Net ve belirli bir bilginin bulunmamasına karşın depresyon ile sosyoekonomik açıdan yetersiz olma durumu arasında bir bağ bulunduğu düşünülmektedir. Sosyoekonomik sınıf açısından koşulları daha iyi olan kadınlarda depresyon yaşanma oranının sosyoekonomik şartları daha kötü olan kadınlara oranla daha düşük olduğu saptanmıştır. Kırsal alanda yaşayan kişilerde depresyon görülme oranının kentlerde yaşayan kimselere nazaran daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Diğer taraftan ülkemizde gerçekleştirilmiş olan bahse konu çalışmalar bu hususta kesin bir sonuç vermese de, desteklediği taraflar bulunmaktadır (75).

2.3.5.Hekimlerde Anksiyete ve Depresyon

Hekimler insanların en fazla yardıma ihtiyaç duyduğu anda hizmet sunan ve gerek iş ortamında gerekse iş haricinde birçok stres faktörü ile karşı karşıya kalmaktadırlar. Karşılaşmış oldukları bu stres unsurları içerisinde çok sayıda hastaya yönelik hayati kararlar vermek, verilen kararların olası ciddi sonuçları ile yüzleşmek, sonucu insan yaşamına etki eden hatalardan kaçınmak, sağlık

sitemi ve politikalarında yaşanan yeni uygulamalar ve hasta ve hasta yakınlarının beklentileri, hastane ortamı, aşırı iş yükü ve bazı kişilerarası ilişki sorunları benzeri durumlar gösterilebilir. Zira sağlık hizmetleri gerek sunulduğu çalışma alanı diğer meslek guruplarında sunulan iş ortamlarına oranla çok daha faz iş stresinin yaşandığı alanlardır (77).

Hekimlerde anksiyete düzeyinin yüksek olduğunu ortaya koyan araştırmalar bulunmaktadır (78, 79). Caplan tarafından gerçekleştirilen çalışmada pratisyen hekimlerde %55 oranında anksiyete gözlemlendiği bildirilmiştir (80). Karaoğlu ve diğerleri tarafından toplam 250 hekimin katılımı ile gerçekleştirilen araştırmada “aile hekimlerinin yaklaşık %25’nin durumluk kaygı, %50’sinden fazlasının ise sürekli kaygı düzeyinin normalin üzerinde olduğu” saptanmıştır (79). Yurtdışında yapılmış olan farklı bir araştırmada ise aile hekimlerinin %39’unda anksiyete ve depresyon bulunduğu tespit edilmiştir (81). Hekimler arasında görülen bu tür sorunlar hastalara verilen hizmet kalitesine de etki edeceğinden toplumu da çok yakından alakadar etmektedir.

Birçok meslekte görülebilen depresyon hekimler arasında da görülebilmektedir. Hekimler genellikle gündüz vardiyaları ile birlikte gece vardiyalarında da çalışmaktadırlar. Hatta fiziki olarak hastanede olmadıkları anlarda icapçı hekim olarak ta mesailerine devam etmektedirler. Uzun çalışma saatleri yorucu tempo kendilerine yönelik gerçekleştirilen şiddet olayları uyku ile uyanıklık arası sürekli değişiklikler hekimlerin gerek sosyal yaşamlarına gerekse gündelik hayatlarında fiziksel ve psikolojik sorunlar yaşamalarına yol açmaktadır.

Hekimler karşılaşmış oldukları sosyal ve fiziksel sorunlarla birlikte psikiyatrik problemlerle de karşı karşıya kalmaktadırlar. Depresyon ve anksiyete bozuklukları yaşayan hekimler uykusuzluğun getirmiş olduğu yoğun stres ve odaklanma güçlükleri de çekebilmektedirler (82).

2.4.Umut ve Umutsuzluk

Genel olarak insan ruh sağlığına pozitif etki eden umut, kişinin gelecekle alakalı herhangi bir hedefi ya da amacı gerçekleştirebilme noktasından sıfırdan daha fazla olan beklentileri olarak ifade edilebilir. Umut ve umutsuzluk bir arada çok fazla kullanılan iki kavramdır. Hem umut hem de umutsuzluk, insanın daha sonrasında gerçekleşebilecek hedeflerine varma imkânlarının muhtemel yansımalarıdır. Umutta gerçekleştirilmek veya varmak istenilen hedef doğrultusunda tatbik edilen planların başarılabilceği algısı bulunurken umutsuzlukta bu durum tam tersidir (83).

Depresyona yatkın kimselerde Beck'in bilişsel modeline göre gerek kendisine gerekse geleceğe ve dış dünyaya karşı negatif beklentiler bulunmaktadır. Zira depresif bir haldeki hastalar yoğunlukla umutsuzluk, karamsarlık ve kötümserlikle alakalı duygu durum bozukluklarından yakınmaktadırlar. Bu olumsuz tutumlar ve kavramlar kişinin düşüncesinde düzenli hatalara, aksi kararlara ve suskun kabullenmelere yol açar (84).

Profesyonelliğin uygulanmasını ve sürdürülmesini etkileyen birçok faktör ve uygulama vardır. West ve Shanafelt'e göre tıbbi profesyonelliği etkileyen faktörler, kişisel ve evreseldir. Kişisel faktörler arasında kişinin iyilik halini bozan stres, tükenmişlik, umutsuzluk, depresyon hali, i motivasyon, iletişim becerileri, kişinin kişilik özellikleri bulunmaktadır (85).

2.5. Tükenmişlik, Anksiyete, Depresyon ve Umutsuzluk Açısından Hekime Yönelik şiddet

Dünya Sağlık rgt (DSÖ)'nün yapmış olduğu tanıma göre şiddet kişinin kendisine, bir başkasına veya bir topluluğa karşı yaralama, ölüm, psikolojik zarar, gelişme geriliği ya da ihmal ile sonuçlanan ya da sonuçlanma olasılığı yüksek olan kasıtlı g kullanımı tehdididir (86).

Sağlık kurumlarındaki şiddet de "hasta, hasta yakınları ya da diğer herhangi bir bireyden gelen, sağlık çalışanı için risk oluşturan; tehdit davranışı,

sözel tehdit, fiziksel saldırı ve cinsel saldırıdan oluşan durum” olarak tanımlanmıştır (87).

Dünya Sağlık Örgütü, Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO), Uluslararası Kamu Hizmetleri Federasyonu (PSI) ve Uluslararası Hemşireler Birliği’nin (ICN) 2002 yılı “Work place violence in health sector” başlıklı ortak raporu; sağlık çalışanlarının yarısından fazlasının mesleklerini icra ettikleri herhangi bir zaman diliminde şiddete maruz kaldığını göstermiştir. DSÖ, ILO, PSI ve ICN’ nin 2002 yılı ortak raporunda farklı ülkelerde sağlık çalışanlarına yönelik şiddet oranlarına bakıldığında, genel olarak çalışanların %3-17’sinin fiziksel, %27-67’sinin sözel, %10-23’ünün psikolojik, %0,7-8’inin cinsel, %0,8-2,7’sinin etnik şiddete uğradıkları bildirilmiştir (88).

Yapılan bazı çalışmalarda, şiddetin diğer iş yerlerine kıyasla en çok sağlık alanında ortaya çıktığı; farklı çalışmalarda, sağlık kurumlarında çalışmanın, diğer iş yerlerine göre şiddete uğrama yönünden 16 kat daha riskli olduğu belirtilmiştir. Yine alınan tüm önlemlere ve önerilere rağmen, yıllardır sağlık alanında çalışan sağlık çalışanlarına karşı şiddetin gittikçe arttığını ve sağlık personelinin şiddet yönünden risk altında olduğu vurgulanmıştır. Günümüz işyerlerinde sağlık personeline karşı şiddet, saldırganlık veya zarar verici davranışlar giderek artan bir endişe kaynağıdır (89).

Son olarak ülkemizde Demirbaş ve Karaoğlu’nun yaptığı çalışma göstermiştir ki çalışan hekimler kadar öğrenciler de şiddete şahit olmakta ve bundan etkilenmektedir. Şiddete şahit olan tıp fakültesi öğrenci ve araştırma görevlilerinin şiddete yönelimlerinin arttığı ve geleceğe karşı umutsuzluklarının arttığı görülmüştür (90).

Peki hekimler kendilerine yönelik bu şiddetten nasıl etkileniyor? Görevini yerine getirirken profesyonel davranmaya devam edebiliyor mu? Hiç umutsuzluğa düşmeden gelecek ile ilgili aydınlık günler mi bekliyor? Yoksa hekimlerin görev yapma isteğini azaltıp hayat kaygısını artırmış mıdır? Çalışmalar hekimlerin şiddetten yıldıgını ve umutsuzluğa kapıldıklarını belirtmektedir.

2.6. Hekimlerin Yurt Dışına Göçü

Türkiye’den yurt dışına beyin göçü, Avrupa ve ABD başta olmak üzere birçok ülkeye farklı zamanlarda sürekli olmakla birlikte göç edenler içinde hekimler büyük bir çoğunluğu oluşturmaktadır (10). Hekimlerin başka bir ülkeye gitme kararını etkileyen çeşitli faktörler bulunmaktadır. Ekonomik koşullar, ülkelerin siyasi yapısı ve politikaları, ağır çalışma şartları, hekimlerin itibar görmemeleri, ülkelerin coğrafik-jeolojik- meteorolojik koşulları ve şiddet başı çeken olumsuzluklardandır (10). Ayrıca sağlık hizmetlerinin globalleşmesi, COVID-19 pandemisi, ekonomik krizler ve teknolojik gelişmeler gibi önemli gelişmelerin de hekimlerin göç kararında rol oynadığı düşünülmektedir (11).

Göçü etkileyen faktörler itici ve çekici faktörler olarak incelenebilmektedir. Göçün itici faktörleri; düşük maaş, göç veren ülkedeki sağlık personeli arz fazlası, iş güvenliğinin olmaması, eğitim ve gelişim imkanlarının kısıtlılığı, çalışma koşullarının uygunsuzluğu, yoksulluk, işsizlik, salgın hastalık yaygınlığının yüksekliği şeklinde sıralanabilmektedir. Göçün çekici faktörleri ele alındığında ise, göç alan ülkelerdeki yüksek maaşlar, sağlık işgücü açığı, gelişmiş eğitim imkanları, daha iyi yaşam koşulları şeklinde sıralanabilir (89).

Türkiye, uluslararası toplumda göç alan ve göç veren ülke konumundadır. Son yıllarda özellikle sağlık sektöründe artış gösteren beyin göçü dikkat çekmektedir. Özellikle Covid-19 pandemisiyle artan iş yükü ve ağır çalışma şartları sebepleriyle yurt dışına göç eden hekim sayısında ciddi bir artış meydana gelmiştir (91). Türkiye’deki hekim göçünün istatistiksel verileri ile çalışmalar kısıtlıdır (92). Ancak hekimlerin yurt dışında çalışmak amacıyla sicil belgesi başvuru sayıları, son yıllardaki hekim göçü artışı hakkında bilgi vermektedir (93). Bunun yanında hekim veya tıp fakültesi öğrencilerinin göç etme niyetlerini ölçme amaçlı yapılan çalışmalar bu verileri destekler niteliktedir (11).

3.GEREÇ ve YÖNTEM

3.1.Etik Onay

Bu çalışma için Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 17.05.2023 tarih ve 164 Karar No ile onay alındı.

3.2.Olguların Seçimi

Çalışmamıza 20.05.2023-20.06.2023 tarihleri arasında Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde görev yapmakta olan toplam 200 asistan ve uzman hekimler dahil edilmiş elde edilen veriler analiz edilmiştir. Asistan ve uzman hekimlerin tükenmişlik, umutsuzluk, anksiyete, depresyon düzeyleri belirlemek, yurt dışında çalışma planlayan hekimlerin oranını belirlemek, yurt dışında çalışmak isteme sebeplerini belirlemek ve bu çerçevede düzeltilebilecek çalışma şartları konusunda literatüre katkı sunmak amacıyla kesitsel araştırma çalışması yapılmıştır. Çalışmamıza katılan hekimlerin sosyodemografik verileri tarafımızca hazırlanan sosyodemografik veri formu ile kayıt altına alınmış olup değerlendirilmiştir. Katılımcılara bilgilendirilmiş gönüllü olur formu imzalatıldıktan sonra Sosyodemografik Veri Formu, Hamilton Anksiyete Ölçeği, Hamilton Depresyon Ölçeği, Maslach Tükenmişlik Ölçeği ve Beck Umutsuzluk Ölçeği uygulanmıştır.

Araştırma Kapsamı

Bu çalışmaya Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde görev yapmakta olan asistan ve uzman hekimler dâhil edildi. Katılımcılara Sosyodemografik Veri Formu, Hamilton Anksiyete Ölçeği, Hamilton Depresyon Ölçeği, Maslach Tükenmişlik Ölçeği ve Beck Umutsuzluk Ölçeği uygulandı.

3.3.Verİ Toplama Araçları

Çalışmamıza Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde görev yapmakta olan asistan ve uzman hekimlerin dahil edilmesi planlandı. Katılımcılara tarafımızca

hazırlanan Sosyodemografik Veri Formu, Hamilton Anksiyete Ölçeği, Hamilton Depresyon Ölçeği, Maslach Tükenmişlik Ölçeği ve Beck Umutsuzluk Ölçeği uygulanacaktır. Çalışmanın 20.05.2023-20.06.2023 tarihleri arasında yapılması planlandı.

3.3.1.Hamilton Anksiyete Ölçeği

Hamilton Anksiyete Ölçeği, 1959 yılında Hamilton tarafından geliştirilmiştir. Bu ölçek bireylerde anksiyete düzeyini ve belirti dağılımını belirlemek ve şiddet değişimini ölçmek amacıyla hazırlanmıştır. Hem ruhsal hem bedensel belirtileri sorgulayan 14 maddeden oluşur. Ölçekte, maddelerin varlığı ve şiddeti, görüşmeci tarafından değerlendirilir. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması, Yazıcı ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (94).

3.3.2.Hamilton Depresyon Ölçeği:

Hamilton tarafından geliştirilen HAM-D en yaygın kullanılan, klinisyenin uyguladığı depresyon değerlendirme ölçeğidir. Ölçeğin geçerlilik ve güvenilirliği Akdemir ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (95).

3.3.3.Beck Umutsuzluk Ölçeği:

Beck ve arkadaşları tarafından 1974 yılında geliştirilen, bireyin geleceğe yönelik karamsarlık düzeyini belirlemeyi amaçlayan bir ölçektir. Okuma yazma bilen çocuk, genç ve yetişkinlere grup olarak uygulanabilen ölçeğin uygulanmasında zaman sınırlaması yoktur. “Beck Umutsuzluk Ölçeği”nin çevirisi, geçerlik ve güvenilirlik çalışması Seber (1991) tarafından yapılmıştır (96). Ölçek üzerinde daha sonra Durak (1994) tarafından çalışılmış; geçerlik, güvenilirlik ve faktör yapısına ilişkin daha ayrıntılı bilgi elde edilmiştir (97). Beck Umutsuzluk Ölçeği (BUÖ), 20 maddeden oluşan geleceğe yönelik duygu ve düşünceleri belirten ifadelerden oluşmaktadır. Ölçeği oluşturan ifadeler duygusal, motivasyonel ve bilişsel alt boyutlarında incelenmektedir. Ölçekten alınabilecek puanlar 0-20 arasında değişmektedir. Alınan puanın yüksek olması bireydeki umutsuzluğun yüksek olduğunu göstermektedir.

3.3.4.Maslach Tükenmişlik Ölçeği:

Maslach ve Jackson (1981) tarafından geliştirilen ve 22 sorudan oluşan ölçeğin Türkiye’de güvenirlik geçerlik çalışması Ergin tarafından yapılmıştır (98). Beşli likert şeklinde hazırlanan ölçekte duygusal tükenme (9 madde), duyarsızlaşma (5 madde) ve kişisel başarı eksikliği (8 madde) olmak üzere üç alt boyut bulunmaktadır (99). Ölçek kodlaması 0: hiçbir zaman, 1: çok nadir, 2: bazen, 3: çoğu zaman ve 4: her zaman şeklinde yapılmaktadır. Ölçek için belirli kesme puanları olmadığı için tükenmişlik vardır veya yoktur yorumu yapılmaz. Ölçek alt boyutlarında puan ranjı duygusal tükenme için 0-36, duyarsızlaşma için 0-20 ve kişisel başarı eksikliği için 0-32 puan aralığındadır.

3.4.İstatistiksel Analiz

Çalışma kapsamında elde edilen veriler Statistical Package for Social Science (SPSS) 25.0 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Tanımlayıcı istatistiksel veriler ortalama, standart sapma, sıklık ve yüzde olarak hesaplandı. Sürekli değişkenlerin dağılımını değerlendirmek için Kolmogorov – Smirnov testi kullanıldı. Normal dağılım gösteren veriler için ikili karşılaştırmalarda bağımsız t testi 2’den daha fazla grubun karşılaştırmasında ANOVA kullanıldı. Normal olmayan dağılım iki grup için Mann-Whitney U testi kullanıldı. İki den fazla grup için Kruskal–Wallis testini kullanıldı. Farklılığa neden olan grubu tanımlamak için post-hoc tukey testi kullanıldı. Ölçek puanları arasındaki ilişkiler Spearman korelasyon analizi ile değerlendirildi. İstatistiksel anlamlılık için $p < 0,05$ alınmıştır.

4.BULGULAR

4.1.Olguların Tanımlayıcı Özelliklerine Yönelik Bulgular

Tablo 4.1. Katılımcıların sosyodemografik verileri

		n/%	$\bar{x}$	ss	Min.	Max.
Cinsiyet	Kadın	86 (%43)	--	--	--	--
	Erkek	114 (%57)				
Yaş	Kadın	86 (%43)	29,22	4,16	24	46
	Erkek	114 (%57)	31,09	6,42	24	64
	Genel Ortalama	200 (%100)	30,29	5,63	24	64
Gelir düzeyi		200 (%100)	41645,00	8444,26	30000,00	120000,00
Çocuk sahibi olup olmama	Var	57 (%28,5)	1,77	0,95	1	5
	Yok	143 (%71,5)				
Doğum yeri	Kırsal	43 (%21,5)	--	--	--	--
	Kentsel	157 (%78,5)	--	--	--	--
Yaşanılan yer	Kırsal	2 (%1,0)	--	--	--	--
	Kentsel	198 (%99)	--	--	--	--
Medeni durum	Bekar	107 (%53,5)	--	--	--	--
	Evli	93 (%46,5)	--	--	--	--
Olguların kiminle birlikte yaşadığı	Aile ile	130 (%65)	--	--	--	--
	Yalnız	63 (%31,5)	--	--	--	--
	Diğer	7 (%3,5)	--	--	--	--

$\bar{x}$: Ortalama, ss: Standart Sapma, **min.:** Minimum **max.:** Maksimum

Çalışmamıza katılım sağlayan kadın cinsiyetteki kişilerin ortalama $29,22 \pm 4,16$ yaşında oldukları erkek cinsiyetteki kişilerin ortalama $31,09 \pm 6,42$ yaşında oldukları görülmüştür. Çalışmamız kapsamında değerlendirilen tüm kişiler ise ortalama $30,29 \pm 5,63$ yaşındadır.

Çalışmamız kapsamında değerlendirilen olguların mesleki deneyim yıllarına göre dağılımı incelendiğinde olguların ortalama $5,46 \pm 5,54$ yıllık bir mesleki deneyime sahip oldukları tespit edilmiştir.

Tablo 4.2. Katılımcıların mesleki verileri

		n	%	$\bar{x}$	ss	Min./ Max.
Mesleki deneyim yılı		200	100	5,46	5,54	1/42
Olguların unvanlarına göre dağılımı	Prof. Dr.	4	2,0	--		
	Doç. Dr.	2	1,0			
	Dr. Öğr. Ü.	3	1,5			
	Yan dal	2	1,0			
	Asistan	189	94,5			
Olguların birimlere göre dağılımı	Temel bilimler	20	10			
	Klinik bilimler	143	71,5			
	Cerrahi bilimler	37	18,5			

n: sayı $\bar{x}$: Ortalama, **ss:** Standart Sapma, **min.:** Minimum **max.:** Maksimum

Tablo 4.3. Katılımcıların psikiyatrik ve tıbbi hastalık durumu

		n	%
Olguların psikiyatrik hastalık bulunup bulunmaması	Evet	19	9,5
	Hayır	181	90,5
Psikiyatrik hastalık bulunan olguların tanılarına göre dağılımı	Anksiyete	5	26,3
	Depresyon	9	47,4
	Bipolar	1	5,3
	DEHB	1	15,8
	Sosyal fobi	3	5,3
	Toplam	19	100,0
Olguların intihar girişiminde bulunup bulunmama durumu	Evet	4	2,0
	Hayır	196	98
Olguların herhangi bir tıbbi hastalık bulunup bulunmaması durumu	Var	14	7,0
	Yok	186	93
Tıbbi hastalık tanısı	Kalp hastalığı	1	7,1
	Tiroidit	3	21,4
	HBV	1	7,1
	Çölyak	1	7,1
	Hipertansiyon	5	35,7
	Astım	2	14,3
	Hashimoto	1	7,1
	Toplam	14	100,0

n: sayı

4.2.Olguların Yurt Dışında Çalışma İsteği, Planı ve Girişimine Yönelik Bulgular

Tablo 4.4. Olguların yurt dışında çalışma isteği, planı ve girişimlerinin cinsiyetlerine göre dağılımı

	Cinsiyet	Var n/%	Yok n/%	Kararsızım n/%	Toplam n/%	Test istatistiği	
						x ²	p
Yurt dışında çalışma isteği	Kadın	43 (50,0%)	21 (24,4%)	22 (25,6%)	86 (100,0%)	5,387	0,068
	Erkek	71 (62,3%)	28 (24,6%)	15 (13,2%)	114 (100,0%)		
	Toplam	114 (57,0%)	49 (24,5%)	37 (18,5%)	200 (100,0%)		
Yurt dışında çalışma planı	Kadın	23 (26,7%)	63 (73,3%)	--	86 (100,0%)	3,540	0,060
	Erkek	45 (39,5%)	69 (60,5%)	--	114 (100,0%)		
	Toplam	68 (34,0%)	132 (66,0%)	--	200 (100,0%)		
Yurt dışında çalışma girişi	Kadın	11 (12,8%)	75 (87,2%)	--	86 (100,0%)	2,318	0,128
	Erkek	24 (21,1%)	90 (78,9%)	--	114 (100,0%)		
	Toplam	35 (17,5%)	165 (82,5%)	--	200 (100,0%)		

p: ki kare testi istatistiksel anlamlılık değeri, n: sayı, x² : ki kare testi

Katılımcılar arasında yurt dışında çalışma planı ve çalışma girişiminde bulunma oranlarının erkeklerde yaklaşık iki kat daha fazla olduğu saptanmıştır.

Tablo 4.5. Olguların yurt dışında çalışma isteği, planı ve girişimlerinin medeni durumlarına göre dağılımı

	Medeni durum	Var n/%	Yok n/%	Kararsızım n/%	Toplam n/%	Test istatistiği	
						x ²	p
Yurt dışında çalışma isteği	Bekâr	66 (61,7%)	24 (22,4%)	17 (15,9%)	107 (100,0%)	2,136	0,344
	Evli	48 (51,6%)	25 (26,9%)	20 (21,5%)	93 (100,0%)		
	Toplam	114 (57,0%)	49 (24,5%)	37 (18,5%)	200 (100,0%)		
Yurt dışında çalışma planı	Bekâr	39 (36,4%)	68 (63,6%)	--	107 (100,0%)	0,615	0,433
	Evli	29 (31,2%)	64 (68,8%)	--	93 (100,0%)		
	Toplam	68 (34,0%)	132 (66,0%)	--	200 (100,0%)		
Yurt dışında çalışma girişi	Bekâr	19 (17,8%)	88 (82,2%)	--	86 (100,0%)	0,011	0,918
	Evli	16 (17,2%)	77 (82,8%)	--	93 (100,0%)		
	Toplam	35 (17,5%)	165 (82,5%)	--	200 (100,0%)		

p: ki kare testi istatistiksel anlamlılık değeri, n: sayı, x² : ki kare testi

Tablo 4.6. Olguların yurt dışında çalışma isteği, planı ve girişimlerinin çocuk sahibi olup olmama durumlarına göre dağılımı

	Çocuk Sahibi olup olmama	Var n/%	Yok n/%	Kararsızım n/%	Toplam n/%	Test istatistiği	
						x ²	p
Yurt dışında çalışma isteği	Var	22 (40,7%)	22 (40,7%)	10 (18,5%)	52 (100,0%)	11,395	0,003
	Yok	92 (63,0%)	27 (18,5%)	27 (18,5%)	146 (100,0%)		
	Toplam	114 (57,0%)	49 (24,5%)	37 (18,5%)	200 (100,0%)		
Yurt dışında çalışma planı	Var	13 (24,1%)	41 (75,9%)	--	54 (100,0%)	3,248	0,072
	Yok	55 (37,7%)	91 (62,3%)	--	146 (100,0%)		
	Toplam	67 (33,8%)	131 (66,2%)	--	198 (100,0%)		
Yurt dışında çalışma girişimi	Var	5 (9,3%)	49 (90,7%)	--	54 (100,0%)	3,479	0,062
	Yok	30 (20,5%)	116 (79,5%)	--	146 (100,0%)		
	Toplam	35 (17,5%)	165 (82,5%)	--	200 (100,0%)		

p: ki kare testi istatistiksel anlamlılık değeri, n: sayı, x² : ki kare testi

Katılımcılar arasında “Çocuk sahibi olmayanların” “çocuk sahibi olanlara” kıyasla yurt dışında çalışma isteğinin daha yüksek olduğu ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır (p<0,003).

Katılımcıların “evli” ve “çocuk sahibi” olmaları yurtdışında çalışma isteğini, planlarını ve girişimde bulunmaları oranları için negatif bir faktör olduğu saptanmıştır.

Tablo 4.7. Olguların yurt dışında çalışma isteği, planı ve girişimlerinin çalıştıkları birime göre dağılımı

	Çalışılan birim	Var n/%	Yok n/%	Kararsızım n/%	Toplam n/%	Test istatistiği	
						χ^2	p
Yurt dışında çalışma isteği	Temel	14 (70,0%)	4 (20,0%)	2 (10,0%)	20 (100,0%)	1,738	0,784
	Klinik	79 (55,2%)	36 (25,2%)	28 (19,6%)	143(100,0%)		
	Cerrahi	21 (56,8%)	9 (24,3%)	7 (18,9%)	37(100,0%)		
	Toplam	114 (57,0%)	49 (24,5%)	37 (18,5%)	200(100,0%)		
Yurt dışında çalışma planı	Temel	8 (40,0%)	12 (60,0%)	--	20 (100,0%)	1,435	0,488
	Klinik	45 (31,5%)	98(68,5%)	--	143 (100,0%)		
	Cerrahi	15 (40,5%)	22(59,5%)	--	37 (100,0%)		
	Toplam	68 (34,0%)	132 (66,0%)		200(100,0%)		
Yurt dışında çalışma girişimi	Temel	4(20,0%)	16(80,0%)	--	20 (100,0%)	0,540	0,763
	Klinik	26(18,2%)	117(81,8%)	--	143 (100,0%)		
	Cerrahi	5(13,5%)	32(86,5%)	--	37 (100,0%)		
	Toplam	35(17,5%)	165(82,5%)		200(100,0%)		

p: ki kare testi istatistiksel anlamlılık değeri, **n:** sayı, χ^2 : ki kare testi

Katılımcıların yurtdışında çalışma isteği, planları ve girişimde bulunmalarının çalışmakta olduğu birimden bağımsız olduğu saptanmıştır.

Tablo 4.8. Olguların yurt dışında çalışma isteği ve mesleki deneyimlerine göre dağılımı

	Yurt dışında çalışma isteği	N	Ort.	ss	Kruskal-Wallis H	p
Mesleki deneyim (yıl)	Var	114	4,52	2,96	1,190	0,000
	Yok	49	8,19	9,37		
	Kararsızım	37	4,64	3,38		
	Total	200				

Kruskal-Wallis Test, ss: standart sapma, ort: ortalama, p: Kruskal-Wallis testi istatistiksel anlamlılık değeri

Katılımcıların yurtdışında çalışma isteği ile mesleki deneyimleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. Daha fazla mesleki deneyime sahip olanların yurt dışında çalışma istekleri daha azdır. ($p<0,05$)

Tablo 4.9. Olguların yurt dışında çalışma planı ve mesleki deneyimlerine göre dağılımı

	Yurt dışında çalışma planı	N	Ort.	ss	U	p
Mesleki deneyim (yıl)	Var	68	4,68	2,89	4394,5	0,077
	Yok	132	5,85	6,47		
	Total	200				

U: Mann-Whitney-U Test, ort: ortalama, ss: standart sapma, p: U testi istatistiksel anlamlılık değeri

Katılımcıların yurtdışında çalışma planı ile mesleki deneyimleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır. ($p>0,05$)

Tablo 4.10. Olguların yurt dışında çalışma girişimi ve mesleki deneyimlerine göre dağılımı

	Yurt dışında çalışma girişimi	N	Ort.	ss	U	p
Mesleki deneyim (yıl)	Var	35	5,03	3,51	2647,0	0,492
	Yok	165	5,55	5,88		
	Total	200				

U: Mann-Whitney-U Test, ort: ortalaması, ss: standart sapma, p: U testi istatistiksel anlamlılık değeri

Katılımcıların “meslekte olma sürelerinden” bağımsız olarak yurtdışında çalışma isteği, planları ve girişimde bulunmalarının olduğu saptanmıştır. İstatistiksel olarak aralarında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 4.11. Olguların yurt dışında çalışma isteği ve gelirlerine göre dağılımı

	Yurt dışında çalışma isteği	N	Ort.	ss	Kruskal-Wallis H	p
Gelir (₺)	Var	114	40473,6	4748,9	2,944	0,004
	Yok	49	45061,2	14197,1		
	Kararsızım	37	40638,8	5846,3		
	Total	200				

Kruskal Wallis H Test, ort: ortalaması, ss: standart sapma, p: H testi istatistiksel anlamlılık değeri

Katılımcıların yurtdışında çalışma isteği ile gelirleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. Daha fazla gelire sahip olanların yurt dışında çalışma istekleri daha azdır. ($p<0,05$)

Tablo 4.12. Olguların yurt dışında çalışma planı ve gelirlerine göre dağılımı

	Yurt dışında çalışma planı	N	Ort.	ss	U	p
Gelir (₺)	Var	68	39911,7	3965,2	3829,5	0,008
	Yok	132	42537,8	9895,1		
	Total	200				

U: Mann-Whitney-U Test, ort: ortalaması, ss: standart sapma, p: U testi istatistiksel anlamlılık değeri

Katılımcıların yurtdışında çalışma planı ile gelirleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. Daha fazla gelire sahip olanların yurt dışında çalışma planları daha azdır. ($p<0,05$)

Tablo 4.13. Olguların yurt dışı girişimleri, yurt dışında çalışan doktor arkadaşı olma, yurt dışında çalışan doktor arkadaşlarının memnuniyet durumlarına göre dağılımı

			n	%
Yurt dışı girişimleri (n:35)	Dil girişimi	Evet	35	100
	Sınav girişimi	Evet	6	17,1
	Girişim başvuru	Evet	7	20
Yurt dışında çalışan doktor arkadaşı (n:200)	Var		129	64,5
Yurt dışında çalışan doktor arkadaşlarının memnuniyeti (n:129)	Evet		119	92,2

n: sayı

Tablo 4.14. Çalışma Şartlarınızla İlgili Aşağıdaki Konularda Kaygı Yaşar mısınız?

	Evet (n/%)	Hayır (n/%)	Kararsız (n/%)	Toplam (n/%)
Ekonomik kaygı	176 (88,0)	15 (7,5)	9 (4,5)	200(100)
Gelecek kaygısı	180 (90)	14 (7,0)	6(3,0)	200(100)
Olumsuz çalışma şart	176 (88)	17 (8,5)	7 (3,5)	200 (100)
Mesleki tatminsizlik	132 (66,0)	52 (26,0)	16 (8,0)	200 (100)
Sağlıkta şiddet	170(85,0)	20 (10)	10 (5,0)	200 (100)

n: sayı

Katılımcılarım çalışma şartlarıyla ilgili olarak en çok “gelecek kaygısı” (%90) ve “ekonomik kaygı” (%88) yaşadıkları en az olarak da “mesleki tatminsizlik” (%66) yaşamakta oldukları saptanmıştır.

Tablo 4.15. Olguların Türkiye’de kalma sebeplerine göre dağılımı

	Evet (n/%)	Hayır (n/%)	Toplam (n/%)
Aile	189 (%94,5)	11 (%5,5)	200(100,0%)
Dil sorunu	134 (%67)	66 (%33)	200(100,0%)
Uyum problemi	116 (%58)	84 (%42)	200(100,0%)
Türkiye’de çalışmaktan memnuniyet	31 (%15,5)	169 (%84,5)	200(100,0%)
Denklik sorunları	128 (%64)	72 (%36)	200(100,0%)
Yaşın ilerlemiş olması	58 (%29)	142 (%71)	200(100,0%)

n: sayı

Katılımcılarım “Türkiye’de kalma sebeplerinden” en çok “aile” (%94,5) gerekçesiyle kalmakta oldukları saptanmıştır.

Tablo 4.161. Olguların şiddete maruziyet ve maruz kalınan şiddet türlerine göre dağılımı

	Evet (n/%)	Hayır (n/%)
Şiddete maruziyet (n:200)	154(77,0%)	46(23,0%)
Psikolojik şiddet (n:154)	154(100 %)	--
Fiziksel şiddet(n:154)	31 (20,1%)	--
Cinsel şiddet(n:154)	2 (1,2%)	--

n: sayı

Katılımcıların şiddete maruz kalma oranlarının %77,0 olduğu ve 154'nün psikolojik şiddete bunlarında 31'inin fiziksel şiddete ve 2'sinin cinsel şiddete maruz kaldıkları saptanmıştır.

Tablo 4.17. Olguların şiddete maruziyet, beyaz kod verme ve tatmin edici sonuç alma durumlarına göre dağılımı

		Beyaz kod	
		Evet (n/%)	Hayır (n/%)
Şiddete maruziyet (n:154)	Evet	54 (35,1%)	100 (64,9%)
Tatmin edici sonuç (n:54)	Evet	6 (11,1%)	48 (88,9%)

n: sayı

Katılımcıların “şiddete maruziyetleri” sonucunda %35,1 “Beyaz kod” verdikleri ve “tatmin edici sonuç alma” oranlarının %11,1 olduğu saptanmıştır.

4.3.Olguların Doktor Olma Hayali ve Doktor Olma İdealine Yönelik Bulgular

Tablo 4.18. Olguların doktor olma hayalinin ve doktor olma idealinin cinsiyetlerine ve çalıştıkları birimlerine göre dağılımı

			Evet n/%	Hayır n/%	Toplam n/%	Test istatistiği	
						χ^2	p
Doktor olma hayali	Cinsiyet	Kadın	66(76,7%)	20(23,3%)	86(100,0%)	0,400	0,527
		Erkek	83(72,8%)	31(27,2%)	114(100,0%)		
		Toplam	149(74,5%)	51(25,5%)	200(100,0%)		
	Çalıştığı Birim	Temel	12(60,0%)	8(40,0%)	20(100,0%)	4,249	0,120
		Klinik	112(78,3%)	31(21,7%)	143(100,0%)		
		Cerrahi	25(67,6%)	12(32,4%)	37(100,0%)		
		Toplam	149(74,5%)	51(25,5%)	200(100,0%)		
	Cinsiyet	Kadın	64(74,4%)	22(25,6%)	86(100,0%)	0,856	0,355
		Erkek	78(68,4%)	36(31,6%)	114(100,0%)		
		Toplam	142(71,0%)	58(29,0%)	200(100,0%)		
Doktor olma ideali	Çalıştığı Birim	Temel	10(50,0%)	10(50,0%)	20(100,0%)	5,512	0,064
		Klinik	107(74,8%)	36(25,2%)	143(100,0%)		
		Cerrahi	25(67,6%)	12(32,4%)	37(100,0%)		
		Toplam	142(71,0%)	58(29,0%)	200(100,0%)		

p: ki kare testi istatistiksel anlamlılık değeri, n: sayı, χ^2 : ki kare testi

4.4.Olguların Tıp Yazma Motivasyonuna Yönelik Bulgular

Tablo 4.19. Olguların tıp yazma motivasyonuna göre dağılımları

N:200	Evet (n/%)	Hayır (n/%)
Statü	164 (82,0%)	36 (18,0%)
Gelir düzeyi	152 (76,0%)	48 (24,0%)
Aile desteği	163 (81,5%)	37 (18,5%)
Yüksek puan	172 (86,0%)	28 (14,0%)

n: sayı

Katılımcıların hekimlik mesleğini en çok “statü” (%82) ve “yüksek gelir düzeyinden” (%76) dolayı motivasyon kaynağı olarak tercih ettiği saptanmıştır.

4.5.Olguların Çocuğunun Türkiye’de Doktor Olmasını İsteme Durumu, Geçmişe Dönme Şansı Olsa Yine Tıp Tercih Etme Durumu ve Yurtdışında Çalışma İsteği Arasındaki Bulgular

Tablo 4.20. Olguların çocuğunun Türkiye’de doktor olmasını isteme durumları ve geçmişe dönme şansı olsa yine tıp tercih etme durumlarına göre dağılımı

		Geçmişe dönme şansınız olsa yine tıp tercih eder miydiniz?				Test İstatistiği	
		Evet (n/%)	Hayır (n/%)	Kararsız (n/%)	Toplam (n/%)	x²	p
Çocuğunuzun Türkiye’de doktor olmasını ister misiniz?	Evet	16 (84,2%)	2 (10,5%)	1 (5,3%)	19 (100,0%)	43,838	0,000
	Hayır	34 (20,7%)	103 (62,8%)	27 (16,5%)	164(100,0%)		
	Kararsız	6 (35,3%)	4 (23,5%)	7 (41,2%)	17(100,0%)		
Toplam		56 (28,0%)	109 (54,5%)	35 (17,5%)	200(100,0%)		

p: ki kare testi istatistiksel anlamlılık değeri, n: sayı, x² : ki kare testi

Katılımcıların “mesleklerini çocuklarına tavsiye etmeme” oranının %62,8 olduğu saptanmıştır.

Tablo 4.21. Olguların yurt dışında çalışma isteği ve geçmişe dönme şansı olsa yine tıp tercih etme durumlarına göre dağılımı

	Yurt dışında çalışma isteği				Test İstatistiği	
	Var (n/%)	Yok (n/%)	Kararsızım (n/%)	Toplam (n/%)	x²	p
Geçmişe dönseniz yine doktor olur musunuz						
Evet	18 (32,1%)	23 (41,1%)	15 (26,8%)	56 (100,0%)	26,521	0,000
Hayır	79 (72,5%)	17 (15,6%)	13 (11,9%)	109 (100,0%)		
Kararsız	17 (48,6%)	9 (25,7%)	9 (25,7%)	35 (100,0%)		
Toplam	114 (57,0%)	49 (24,5%)	37 (18,5%)	200 (100,0%)		

p: ki kare testi istatistiksel anlamlılık değeri, n: sayı, x² : ki kare testi

Katılımcıların yurtdışında çalışma isteği olanlarda geçmişe dönme şansı olsa yine tıp tercih etme durumlarında anlamlı olarak düşüş olduğu saptanmıştır (p<0,0001).

Tablo 4.22. Ölçeklere ait betimsel istatistikler

	N	Min.	Max.	Ort.	Ss
Hamilton Depresyon	200	0	18	4,62	4,66
Hamilton Anksiyete	200	0	36	4,66	6,27
Beck Umutsuzluk	200	0	20	9,05	5,23
Maslach Duygusal Tükenme	200	0	35	18,90	5,45
Maslach Duyarsızlaşma	200	0	19	11,08	3,37
Maslach Kişisel Başarı Eksikliği	200	0	26	14,45	3,64
Maslach Toplam	200	0	80	44,27	10,75

n: sayı, Min: minimum, Max: maximum, ort: ortalama, Std: standart sapma

4.6. Ölçeklere Ait Betimsel İstatistikler

Tablo 4.23. Çalışmada kullanılan ölçeklerin cinsiyete, medeni duruma, çocuk sahibi olup olmama, psikiyatrik hastalık sahibi olup olmamaya göre karşılaştırılmaları

		Hamilton depresyon				Hamilton anksiyete				Beck umutsuzluk				Maslach duygusal tükenmişlik				Maslach duyarsızlaşma				Maslach kişisel başarı eksikliği				Maslach toplam			
		n	Ort.	Ss.	p	n	Ort.	Ss	p	n	Ort.	Ss	P	n	Ort.	Ss.	p	n	Ort.	Ss	p	n	Ort.	Ss	p	n	Ort.	Ss	p
Cinsiyet	Kadın	86	4,72	4,82	,791	86	4,45	5,30	,687	86	9,33	5,14	,526	86	19,43	5,25	,233	86	11,35	3,33	,328	86	14,23	3,89	,464	86	44,53	11,24	,763
	Erkek	114	4,54	4,56		114	4,82	6,94		114	8,85	5,31		114	18,50	5,58		114	10,88	3,40		114	14,61	3,45		114	44,07	10,40	
Medeni durum	Bekar	107	5,26	4,76	,0036*	107	4,82	5,73	,695	107	9,76	5,35	,0041*	107	19,07	5,25	,646	107	11,68	3,11	,006*	107	14,70	3,20	,296	107	45,28	9,90	,154
	Evli	93	3,88	4,45		93	4,47	6,88		93	8,25	4,99		93	18,71	5,69		93	10,39	3,54		93	14,16	4,08		93	43,11	11,59	
Çocuk sahibi olma	Var	54	3,28	4,25	,0013*	54	3,28	5,18	,058	54	7,54	5,02	,0012*	54	17,87	5,47	,104	54	10,00	3,52	,006*	54	14,19	3,99	,532	54	42,17	11,32	,092
	Yok	146	5,12	4,71		146	5,17	6,57		146	9,62	5,20		146	19,28	5,40		146	11,48	3,23		146	14,55	3,50		146	45,05	10,45	
Psikiyatrik hastalık sahibi olma	Evet	13	7,69	5,78	,0014*	13	8,92	6,99	,0011*	13	11,46	5,08	,086	13	20,62	5,24	,241	13	11,23	3,22	,868	13	15,15	2,94	,472	13	47,00	9,49	,345
	Hayır	187	4,41	4,51		187	4,36	6,13		187	8,89	5,21		187	18,78	5,45		187	11,07	3,39		187	14,40	3,68		187	44,08	10,83	

p: Mann Whitney U testi istatistiksel anlamlılık değeri, n: sayı, ss: standart sapma, ort: ortalama

Katılımcılar arasında çocuk sahibi olanların olmayanlara kıyasla almış olduğu HAM-D Ölçek Puanları ($p<0,013$), BUÖ Puanları ($p<0,012$) ve Maslach Duyarsızlaşma Alt Ölçek puanları ($p<0,006$) arasında anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır.

Katılımcılar arasında bekar olanların evlilere kıyasla almış olduğu HAM-D Ölçek Puanları ($p<0,036$), BUÖ Puanları ($p<0,041$) ve Maslach Duyarsızlaşma Alt Ölçek Puanları ($p<0,006$) arasında anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır.

Katılımcılar arasında psikiyatrik rahatsızlığı olanları daha çok depresyon ($p<0,014$) ve anksiyete ($p<0,011$) yaşamakta oldukları saptanmıştır.

Tablo 4.24. Çalışmada kullanılan ölçeklerin yurt dışında çalışma isteğine göre karşılaştırmaları

	Yurt dışında çalışma isteği (n:200)				
	Var (n: 114) Ort±ss	Yok (n:49) Ort±ss	Kararsızım (n:37) Ort±ss	F	p
Hamilton Depresyon	5,72±4,964 ^(a) (p<0,001)	3,06±3,854	3,39±3,736	7,652	0,0001*
Hamilton Anksiyete	5,82±7,180 ^(a) (p<0,001)	2,90±4,469	3,67±4,573	4,393	0,013*
Beck Umutsuzluk	10,09±5,131 ^(a) (p<0,001)	6,49±4,761	9,44±5,045	8,887	0,0001*
Maslach Duygusal Tükenme	19,43±5,784	17,65±5,434	19,17±3,828	1,894	0,185
Maslach Duyarsızlaşma	11,48±3,503	10,55±3,488	10,67±2,519	1,707	0,172
Maslach Kişisel Başarı Eksikliği	14,61±3,645	14,20±3,894	14,36±3,339	0,223	0,783
Maslach Toplam	45,47±10,801	42,13±10,928	43,11±9,965	1,887	0,157

^(a) Post-hoc Tukey analizi, HAM-D, HAM-A ve BUÖ puanları ile yurt dışında çalışma isteği var olan grubun yurt dışında çalışma isteği olmayan ve kararsız olan gruplara göre ölçek puanlarında istatistiksel olarak anlamlı yüksek olduğunu göstermiştir.

p: İstatistiksel anlamlılık düzeyi, F: ANOVA testi istatistiksel anlamlılık değeri, ss: standart sapma, ort: ortalama

Katılımcıların “yurt dışında çalışma isteği” ile yapılan ölçekler arasında uygulanan ANOVA testi sonucu HAM-D (0,0001), HAM-A (0,013) ve BUÖ (0,0001) için anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır.

Tablo 4.25. Korelasyon analizi sonuçları

		Yaş	Gelir	Mesleki Deneyim(yıl)	Hamilton Depresyon	Hamilton Anksiyete	Beck Umutsuzluk	Maslach Duygusal Tükenme	Maslach Duyarsızlaşma	Maslach Kişisel Başarı eksikliği	Maslach Toplam
Yaş	R	1									
	P	.									
Gelir	R	,200	1								
	P	0,005**	.								
Mesleki deneyim(yıl)	R	,912	,209	1							
	P	0,000**	0,003**	.							
Hamilton depresyon	R	-0,04	-0,054	-0,037	1						
	P	0,576	0,447	0,608	.						
Hamilton Anksiyete	R	0,014	-,184	-0,025	,645	1					
	P	0,843	0,01**	0,729	0,000**	.					
Beck Umutsuzluk	R	-0,007	-0,08	0,03	,446	,345	1				
	P	0,924	0,263	0,671	0,000**	0,000**	.				
Maslach Duygusal Tükenme	R	-0,06	-0,052	-0,009	,338	,290	,431	1			
	P	0,396	0,466	0,9	0,000**	0,000**	0,000**	.			
Maslach Duyarsızlaşma	R	-0,129	0,023	-0,08	,271	,190	,169	,521	1		
	P	0,068	0,741	0,261	0,000**	0,007**	0,017**	0,000**	.		
Maslach Kişisel Başarı eksikliği	R	-0,004	0,021	-0,014	,151	,142	,154	,401	,419	1	
	P	0,954	0,772	0,849	0,032**	0,046**	0,03**	0,000**	0,000**	.	
Maslach Toplam	R	-0,118	-0,006	-0,075	,334	,249	,359	,827	,746	,693	1
	P	0,099	0,933	0,295	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	.

R: Spearman's korelasyon katsayısı P: Spearman's korelasyon katsayısı anlamlılık değeri

5. TARTIŞMA

Günümüzde tıp mesleği ve meslek profesyonelleri küreselleşmiş dünyada uçsuz beklentiler ve artan felaketlerle sınanmaktadır. Tıp mesleği mensuplarının içerisinde yer aldıkları süreçlere karşı vermiş oldukları refleksler ve mesleklerini algılama şekilleri ve mesleğin ifası aşamasındaki karşılaştıkları zorluklar, her şeyden önce toplumla hekimin çatışma ve uzlaşma noktalarının saptanması yaşam ve iş kalitesinin artırılmasından geçmektedir (100, 101).

Çalışmamızda katılımcıların cinsiyetten bağımsız olarak %57'sinin yurt dışında çalışma isteğinin bulunduğu, bu oranın erkekler için %62,3 kadınlar için %50 olduğu, ayrıca kadınlarda “kararsız” gurubun daha fazla olduğu belirlenmiştir. Benzer şekilde katılımcılar arasında yurt dışında çalışma planı ve çalışma girişiminde bulunma oranlarının cinsiyet açısından istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptanmıştır.

Katılımcılar arasında “çocuk sahibi olmayanların” “çocuk sahibi olanlara” kıyasla yurt dışında çalışma isteğinde bulunma oranlarının yaklaşık olarak 1,5 kat daha yüksek olduğu ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<0,003$). Katılımcıların “evli” ve “çocuk sahibi” olmaları yurt dışında çalışma isteği, planları ve girişimde bulunma oranları için negatif bir faktör olduğu dikkat çekmektedir.

Çalışmamızda erkeklerin daha fazla yurt dışında çalışma planı ve girişiminde bulunduğu, evli olup çocuk sahibi olmayanların daha fazla yurt dışı çalışma girişiminde bulunduğu anlamlı olarak saptanmıştır. Çiçek tarafından 2023 yılında İstanbul Medipol Üniversitesin Tıp Fakültesinde 81 katılımcı arasında yaptığı bir çalışmada çalışmamızla uyumlu olarak yurt dışına gitmek isteyen doktor adaylarında erkeklerin daha fazla olduğunu ifade etmiştir (11).

Çalışmamızda katılımcılar arasında meslekte olma süreleri ve gelir düzeyleri açısından yurt dışında çalışma isteği, planı ve girişiminde istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur. Hekimlerin yurtdışına çıkma isteklerinin sadece gelir düzeylerinin düşmesiyle açıklanmasının uygun olmadığı görülmektedir. Yurt

dışında çalışma isteği, planı ve girişimi üzerine etkili olan nedenlerin hekimlerin şiddet görmesi, azalan saygınlık ve kötü çalışma koşullarının getirdiği mesleki tatminsizlik olduğu göze çarpmaktadır.

Çalışmamızda olguların tıp yazma motivasyonuna göre dağılımları incelendiğinde %82,0'ı statü beklentisi ile %76,0'ı gelir düzeyinden dolayı, %81,5'i aile desteği ve %85,9'u de yüksek puan almasından dolayı tıp yazdıkları saptanmıştır. Doktorlar arasında statü beklentisi ve gelir düzeyi yüksekliği meslek tercihinde önemli faktörler olmasına rağmen mesleklerini çocuklarına tavsiye etmeme oranı çalışmamızda %62,8'i oranında bulunmuştur. Çalışmamızda bunun sebebinin hekimlik mesleğinin sosyal olarak değer kaybetmesi ve hekimlerin sürekli olarak suçlanan durumda bırakılmalarının olduğunu ifade edebiliriz. Çünkü katılımcıların şiddete maruz kalma oranlarının %77,0'ı olduğu ve en çok psikolojik şiddete (%74,9) maruz kaldıkları saptanmıştır. Ayrıca maruz kaldıkları şiddet sonucunda tatmin edici ve şiddeti uygulayanları önleyici bir sonuç alamadıkları için mesleklerini başka ülkelerde icra etmeye yöneldikleri ve mesleklerini kendi çocukları dahi tavsiye etmedikleri çalışmamızda görülmektedir. Katılımcıların “şiddete maruziyetleri” sonucunda %35 “beyaz kod” verdikleri ve “tatmin edici sonuç alma” oranlarının %11 olduğu saptanmıştır. Çalışmamızda hekimlerin çalışma şartlarıyla ilgili olarak en çok “gelecek kaygısı” (%90,0) ve “ekonomik kaygı” (%88,0) yaşadıkları en az olarak ta “mesleki tatminsizlik” (%66,0) yaşamakta oldukları saptanmıştır. Bu sebeplerden dolayı katılımcılar arasında yurtdışında çalışma isteğinin anlamlı olarak arttığı ($p<0,0001$) ve geçmişe dönme şansı olsa yine tıp tercih etme durumlarında anlamlı olarak düşüş olduğu saptanmıştır ($p<0,0001$).

Ekonomik tatminin, yaşam kalitesini iyileştirmenin hekim motivasyonu için gerekli olduğu düşünülmüş olup hekim davranışlarını etkileyeceği belirtilmiştir (102). Uzdil tarafından 2021 yılında yapılan çalışmada “hekim ve hekim adaylarından tıp fakültesini kendi isteği ile seçenler büyük çoğunluğu oluştururken tekrar seçme şansı verildiğinde kararsız olanların sayısının katılımcıların yarısından fazla olduğunu” ifade etmiştir (103). Karaoğlu ve ark.

istemli ve bilerek yapılan meslek seçiminin hekimleri görece koruduğunu ifade etmektedir (104).

Türkiye’de kalmak isteyen hekimlerin ise daha çok zorunluk hissettikleri bir durumdan dolayı kaldıkları görülmektedir. Çalışmamızda hekimlerin Türkiye’de kalma sebeplerine bakıldığında en çok “aile” gerekçesiyle kalmakta oldukları saptanmıştır.

Bu çalışma kapsamında değerlendirilen 200 olgudan 154’ünün (%77,0) şiddete maruz kaldığı, şiddete maruz kalan olgulardan 154’ünün psikolojik, 31’nin (%20,1) fiziksel ve 2’sinin (%1,2) cinsel şiddete maruz kaldığı tespit edilmiştir. Toplumun güvenliği ve sağlığı hekim sağlığı ve güvenliği arasında doğrudan doğruya ilişki bulunmaktadır. Hekimlik sağlık açısından riskli bir meslek grubudur. Hekimlerin yaşamını ve işgücüne katılımını tehdit altına alan mesleki rahatsızlıklar, hastalardan ve hastanelerden bulaşabilecek fiziksel hastalıklar, iş kazaları ve diğer taraftan son zamanlarda ön plana çıkan hekime karşı şiddet, tükenmişlik sendromu ve depresyon bu riskin en önemli unsurları arasındadır (105). İlhan ve arkadaşları 2008 yılında Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi’nde 616 hekimle yaptıkları çalışmada hekimlerin %60,9’u iş yerinde şiddete uğradığını belirtmiştir. Yazarlar bu oranın intörn doktorlar için %65,5, araştırma görevlisi doktorlar için %59,5 olduğunu” belirtmişlerdir (106). Eskişehir’de Ayrancı ve arkadaşlarının çalışmasına katılan pratisyen hekimlerin %69,6’sı hasta yakınlarından sözel veya fiziksel saldırıya uğradıklarını belirtmişlerdir (107). Türkiye’de 2006 da yapılan çalışmada şiddete uğrayan sağlık çalışanlarının %43,5’i herhangi bir sorun belirtmezken, %56,2’sinin anksiyete veya irritasyon bulguları gösterdikleri saptanmıştır (107). Yapılan çalışmalarda şiddete uğrayanlarda şiddetin psikolojik etkileri gösterilmiştir. Kızgınlık, çaresizlik, korku, umutsuzluk, güven kaybı, kendini suçlama gibi farklı duygulara neden olduğu belirtilmiştir (108, 109).

Çalışmamız kapsamında HAM Ölçek Puanları, BUÖ Puanları, Maslach Tükenmişlik Toplam Puanları ve Maslach Alt Ölçek Puanlarının (Duygusal Tükenme, Duyarsızlaşma, Kişisel Başarı Eksikliği) anlamlı olarak yüksek

olduğu tespit edilmiştir. Bu da hekimlerin yaşamakta oldukları ortamlardan ve çalışma koşullarından ve maruz kaldıkları durumlardan dolayı ruhsal ve bedensel olarak çok etkilenmiş oldukları anlamına gelmektedir. Ayrıca katılımcılar arasında bekar olanların evlilere kıyasla almış olduğu HAM-D Ölçek Puanları ($p<0,036$), BUÖ Puanları ($p<0,041$) ve Maslach Duyarsızlaşma Alt Ölçek Puanlarının ($p<0,006$) anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bu durumun bekar hekimlerin sosyal koşullardan ve maruz kaldıkları durumlardan daha çok etkilendikleri ve ailenin bir koruyucu faktör olarak ortaya çıktığı dikkati çekmektedir. Yapılan araştırmalarda, bireylerin ruhsal iyilik durumlarının evlendiklerinde önemli derecede arttığını göstermektedir (110). Ülkemizde yapılmış olan bir çalışmada boşanmamış kimselerde depresyon görülme sıklığının boşanmış kimselerdekinden daha düşük olduğu sonucuna varılmıştır (76). Hekimlerin yaşadıkları süreçleri aile desteğiyle atlatmaya çalıştıkları görülmüştür. Çalışmamızda hekimlerin yurt dışına gidişlerini aileden dolayı erteledikleri saptanmıştır. Katılımcılar arasında çocuk sahibi olanların olmayanlara kıyasla HAM-D Ölçek Puanları ($p<0,013$), BUÖ Puanları ($p<0,012$) ve Maslach Duyarsızlaşma Alt Ölçek Puanları ($p<0,006$) arasında anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptanmıştır. Yurt dışına gitmek isteyen hekimler arasında “çocuk sahibi olma” ve “bekar olmanın” HAM-D Ölçek Puanları, BUÖ Puanları, Maslach Tükenmişlik Toplam Puanları ve Maslach Alt Ölçek Puanları (Duygusal Tükenme, Duyarsızlaşma, Kişisel Başarı Eksikliği) için bir risk faktörü olarak karşımıza çıktığı görülmüştür.

Çalışmamıza katılan hekimler arasında psikiyatrik rahatsızlıklar olarak depresyon ve anksiyete bozukluğunun daha yaygın olduğu görülmüştür. Yurt dışında çalışma isteği olanlarda da depresyon, anksiyete ve umutsuzluk puanlarının yüksek olmasının ruhsal bir rahatsızlığı olan hekimlerde yurt dışında çalışma isteği depresyon, anksiyete ve umutsuzluk açısından ekstra bir risk faktörü olarak karşımıza çıkmaktadır.

Çalışmada gelir ve mesleki deneyim yılı arasında pozitif yönlü anlamlı ilişki olduğu çalışılan yıl arttıkça maddi kazancın arttığı görülmüştür. Aynı

zamanda çalışmamızda da görüldüğü üzere tıp yazma motivasyonu açısından yüksek gelir düzeyinin de hekimler için önemli bir faktör olduğu görülmüştür. Gelir ile anksiyete arasında negatif yönlü anlamlı bir ilişki olduğu; hekimlerin maddi kazancı arttıkça anksiyete düzeylerinin azaldığı sonucuna varılmıştır. Gelirin artması hekimlerde özgüven artışına ve kaygılarının azalmasına neden olduğu düşünülmüştür. Depresyonun gelir düzeyi ve mesleki deneyim süresi ile anlamlı ilişkisi saptanmamıştır. Gelir düzeyinin artması hekimler açısından olumlu motivasyon kaynağı olduğu düşünülmüştür. Aynı zamanda çalışmamızda mesleki deneyim süresinin depresyon, anksiyete ve tükenmişlik ölçekleri ile anlamlı bir korelasyon göstermediği tespit edilmiştir. Meslekte geçen sürenin depresyon için bir risk oluşturmadığı; hekimlerde tükenmişlik ve kaygı düzeylerinde artış yaratmadığı sonucuna varılmıştır. Hekimlerde mesleki deneyim süresinin mesleki tecrübe üzerine olan olumlu etkisi ve mesleki deneyim süresi ile gelir arasındaki pozitif yönlü ilişkinin bu sonuçta etkili olduğu düşünülmüştür. Depresyon ile anksiyete, umutsuzluk, duygusal tükenmişlik, duyarsızlaşma ve kişisel başarı eksikliği arasında pozitif yönlü ilişkili olduğu bulunmuştur. Bursa ilinde 2018 yılında yapılan bir çalışmada hekimlerin %47,4'ü minimal, %29,8'i hafif, %19,9'u orta ve %2,8'i şiddetli düzeyde depresyon olasılığına sahip olduğu saptanmıştır (111). Depresyonun hekimlerde mesleki ve kişisel kaygıları arttırdığı, kendilerini yetersiz hissetmelerine neden olduğu, mesleki tatminsizlik düzeylerini arttırdığı, geleceğe daha olumsuz bakmalarına neden olduğu sonuçta da çalıştığı meslekte mutsuz, umutsuz ve yetersizlik hissi yaşamalarına sebep olduğu anlaşılmıştır. Amerikan Cerrahlar Koleji dergisinde yayınlanan bir makalede malpraktis davasıyla karşılaşan cerrahların mesleki tatminlerinin daha düşük olduğunu ve çocuklarına cerrahi veya tıbbi bir kariyer önerme olasılıklarının daha düşük olduğunu bildirmişlerdir (32). Son zamanlarda hekimlerin artan çalışma süreleri bitkinlik, yorgunluk, dikkatsizlik, uyku problemleri ve beraberinde hayattan zevk alamama, sosyal hayat içine dahil olamama nedenleri ile depresyon tükenmişlik ve umutsuzluk içinde bulunmalarına sebep olduğu; hekimlerin iş ve trafik kazaları yaşamalarına, malpraktis riskinin artmasına ve en önemlisi intihar girişiminde bulunmalarına neden olduğu düşünülmüştür. Avrupa'da hekimlerin çalışma

saatlerinin incelendiği bir meta-analiz çalışmasında, hekimlerin uzun çalışma saatlerinin iş kazası ve trafik kazaları riskinde artış ile ilişkili olduğunu doğrulamıştır (112). 2011-2020 yılları arasındaki ulusal ve yerel medyada yer alan hekim intiharlarını inceleyen bir çalışmada hekim intiharlarının nedenleri olarak zorlu eğitim süreci, yüksek risk altında sürekli çalışma ve yoğun iş yükü, fiziksel yorgunluk ve tükenmişlik sendromu olarak bulunduğu tespit edilmiştir (113). Depresyonun, tükenmişliğin ve umutsuzluğun intihar girişimi için risk faktörü olduğu düşünüldüğünde çalışmamıza katılan hekimler arasında intihar girişiminde bulunup bulunmama durumlarına göre dağılımları incelendiğinde %2'sinin intihar girişiminde bulunduğu tespit edilmiştir. Hekimler de doğal olarak depresyonun, umutsuzluğun ve tükenmişliğin artması halinde, intihar riskinin yükseldiği ifade edilmektedir (114). Pellegrino, erdemli bir hekimin basit bir şekilde doğmadığını, yıllarca süren deneyimle oluştuğunu belirtti (115). Tamam ve Öner yaptıkları çalışmada, “yaş ile depresyon arasındaki ilişkiyi araştırmışlardır. Araştırma sonucunda ilerleyen yaşlarda ortaya çıkan fiziksel rahatsızlıklar ile bilişsel bozuklukların depresyonu tetiklediğini” saptamışlardır (116). Doktorların da ilerleyen yaşlarda fiziksel ve bilişsel rahatsızlıklara bağlı olarak depresyon yaşama ihtimallerinin fazlaştığı ifade edilebilir.

Çalışmamızda anksiyete ile depresyon, umutsuzluk ve tükenmişlik arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişkili olduğu bulunmuştur. Gelecek kaygısı, ekonomik kaygı ve şiddete maruz kalma riskinin hekimlerde anksiyete oluşmasına neden olduğu bunun da beraberinde depresyonu, umutsuzluğu ve tükenmişliği getirdiği düşünülmüştür. Ayrıca umutsuzluk ile anksiyete, depresyon ve tükenmişlik arasında da anlamlı pozitif yönlü bir ilişki olduğu bulunmuştur. Ahmet Ergin ve arkadaşlarının, Demirbaş ve Karaoğlu'nun yaptığı çalışmalarda “araştırma görevlisi hekimlerin umutsuzluk düzeyleri öğrencilerden yüksek çıkmıştır (32, 117). Demirbaş ve Karaoğlu'nun çalışmalarında erkek hekim ve hekim adaylarının kadınlardan daha umutsuz olduğu” saptanmıştır (118). Ergin ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmalarında Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi'ndeki hekim ve hekim adaylarının umutsuzluk düzeylerini araştırmışlardır. Çalışmadan elde ettikleri bulgular sonucunda; “cinsiyet, yaş ve medeni durumun umutsuzluğu değiştirmedini” bildirmişlerdir (117).

Panagioti'nin derlemesinde “asistan hekim ve mesleğin ilk yıllarında olan hekimlerde daha yüksek oranda tükenmişlik görülmüştür”. Kişide meydana gelen değersizlik, umutsuzluk ve tükenmişliğin aksetmesi pişmanlık oluşturabilir. Bu tür pişmanlıklar çoğunlukla tekrar şansım olsa diye söylenir. Hekimlerin çoğunlukla adanmışlık duygusu ile hizmet vermeye devam etmektedirler. Ne var ki adanmışlık ve motive olma hekimlerin tükenmesinin önüne geçememektedir. Nitekim Amerika’da yalnızca cerrahi bölümlerdeki olan hekimler ile yapılmış olan bir araştırmada “%40’nın yüksek oranda tükenmişliği olduğu ve bunun hem kişisel hem de profesyonel davranışlarını şekillendirdiği” belirtilmiştir. Demiral ve diğerleri (2006) tarafından yapılmış olan araştırmada hekimlerin başka meslek gruplarına göre daha yüksek oranda anksiyete ve depresyona sahip oldukları saptanmıştır. Hekimlerin çalışma saatlerinin uzunluğu ve dinlenme sürelerinin kısalığı, sağlık açısından depresyona neden olma riski taşımaktadır.

Çalışmamızda sağlıkta şiddet görme ve beyaz kod verme durumlarına göre dağılımı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. Şiddete maruz kalan ve beyaz kod veren katılımcıların tatmin edici sonuç alma oranı %11 gibi düşük bulunmuştur. Hukuki süreçlerin uzun olması ve tatmin edici sonuç alınamadığından hekimlerin iş ortamında daha umutsuz daha depresif ve anksiyöz oldukları saptanmıştır. Türkiye’de beyaz kod ile ilgili yapılan bir çalışmada şiddet sonrası beyaz kod vermeyen sağlık çalışanlarının uzun süren hukuki süreçlerden dolayı başvuru yapmadıkları tespit edilmiştir (119).

6. SONUÇ

Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde çalışmakta olan asistan ve uzman hekimlerde tükenmişlik, umutsuzluk, anksiyete, depresyon düzeyleri ve bunun yurtdışında çalışma planlarıyla olan ilişkisinin değerlendirildiği çalışmamızda;

- Katılımcıların evli ve çocuk sahibi olmalarının yurtdışı çalışma isteği, planı ve girişimi konularında hekimlerin tercihini ülkelerinde kalmaktan yana kullandıkları saptanmıştır. Aile desteğinin hekimlerin yaşayabileceği depresyon, umutsuzluk ve tükenmişlik oranları üzerinde koruyucu bir etken olduğu gözlemlenmiştir.
- Hekimlerin gelir düzeyi ve mesleki deneyim süresi ile yurtdışında çalışmak istemeleri arasında bir ilişki saptanmadığı gibi hekimlerin yurtdışında çalışmak istemelerinin gelir düzeyinin düşük olması ile açıklanamayacağı sonucuna varılmıştır. Burada öne çıkan konuların hekimlerin şiddet görmesi, azalan saygınlık ve kötü çalışma koşullarının olduğu anlaşılmıştır.
- Çalışmamıza hekimlerin gelecek kaygısı, ekonomik kaygı ve mesleki tatminsizlik yaşadıkları bunun sonucunda geçmişe dönme şansları olsa tekrar tıp tercih etmeme nedeni olarak gördüklerini tespit etmekteyiz.
- Mesleki deneyim süresinin artmasının hekimlerde depresyon, anksiyete ve tükenmişlik ile ilişkili olmadığı bulunmuş bunun sonucunda meslekte geçen sürenin artmasının hekimlerin ruh sağlığını etkileyen bir faktör olmadığı anlaşılmıştır.
- Hekimlerin daha güvenli çalışma ortamında mesleklerini icra etmelerinin hem hekimlerin ruh sağlıklarını olumlu etkileyeceği hem de çalışma isteklerini arttıracaklarını bunların neticesinde daha verimli çalışacakları sonucuna varılmıştır. Hekimlerin yurt dışına gitmek istemelerinde toplumda bilinenin aksine maddi kazancın önemli olmadığına anlaşılmaması hekimlerin çalışma güvenliği ve sosyal statülerinin bu konuda daha önem kazandığını çalışmamızdan

anlamaktayız. Hekimlerin maruz kaldığı şiddet olaylarının ve gelecek kaygısının artması onları yurt dışına çalışmaya iten faktörler olmuştur. Hekimlerin iş yükünün azaltılması, çalışma koşullarının iyileştirilmesi ve şiddet olaylarının azaltılması yönünde alınacak kararların ruhsal ve fiziksel açıdan daha sağlıklı hekimler yaratacağı bunun topluma yansımaları olarak da daha sağlıklı bir toplum yaratacağını düşünmekteyiz.

7. ÇALIŞMANIN GÜÇLÜ YÖNLERİ VE KISITLILIKLARI

Çalışmamızın tek merkezli ve kesitsel bir çalışma olması, katılımcı sayısının sınırlı olması, çalışmaya dahil edilen olgularda ilaç kullanımının dışlanmaması, katılımcıların hekim olmadan önce var olan psikiyatrik veya tıbbi bir rahatsızlığının sorgulanamamış olması nedeni ile çalışmamıza etkilerinin değerlendirilememiş olması, olgularda depresyon, tükenmişlik ve umutsuzluğun hekimlik mesleğine başlamadan önce var olup olmadığının tanımlanmasının zorluğu çalışmamıza kısıtlılık yaratmıştır.

Çalışmamıza katılan olguların sosyokültürel seviyelerinin yüksek olması, kısa sürede birden fazla sorunu saptamaya yönelik avantaj sağlamıştır. Risk altındaki bir grupta çalışma imkânı olması nedeni ile hekimlik mesleğinde çalışanlar hakkında ve sorunları hakkında güvenilir sonuçlar sunmuştur. Çalışmamız ilk defa hekimler arasında depresyon, anksiyete, umutsuzluk ve tükenmişlik düzeylerinin yurt dışında çalışma planları üzerine olan etkilerini incelemesi açısından sağlık hizmetlerinin yönlendirilmesi, değerlendirilmesi ve planlanması konusunda yardımcı olabilecek veriler sunmuştur.

8.KAYNAKLAR

1. Italia S.; Favara-Scacco C.; Di Cataldo A. ve Russo G. (2008) “Evaluation and Art Therapy Treatment of the Burnout Syndrome in Oncology Units”, *Psycho-Oncology*, 17:676–680.
2. Kırılmaz A. Y., Çelen Ü. ve Sarp N. (2003) “İlköğretimde Çalışan Bir Öğretmen Grubunda Tükenmişlik Durumu Araştırması”, *İlköğretimOnline* 2(1):2–9.
3. Borkowski N. (2005) “Stress in the Workplace and Stress Management”. In Borkowski N. (ed), *Organizational Behavior in Health Care*, Jones and Bartlett Publishers, Sudbury, Massachusetts, ss: 231-269.
4. Legassie J., Zibrowski E. M. ve Goldszmidt M.A. (2008) “Measuring Resident Well-Being: Impostorism and Burnout Syndrome in Residency”, *Journal of General Internal Medicine*, 23(7):1090–2004.
5. Sağlık Çalışanlarında Depresyon Tükenmişlik Ve Yaşam Kalitesi Düzeylerinin İncelenmesi, *Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi*, Yıl: 5, Sayı: 40, Şubat 2017, s. 454-465)
6. Burke ve Greenglass, 2001: 67-68; Potter, 1980: 2-3)
7. Health at a Glance 2021: OECD Indicators, OECD Publishing, 2021, Paris, Davda, L. S., Radford, D. R., Gallagher, J. E. (2021).
8. Migration, retention and return migration of health professionals: Comment on “Doctor retention: a cross-sectional study of how Ireland has been losing the battle.” *Int J Health Policy Manag.*, 10(10), 667–669.)
9. Uzun, S. U., Kılıç, B. B., Yıldız, E. (2021). Pamukkale üniversitesi tıp fakültesi öğrencilerinin beyin göçüne yönelik tutumları ve ilişkili etmenler. 5. Uluslararası 23. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, 13-18 Aralık, 2021
10. Schaufeli, W.B., M.P. Leiter, And C. Maslach, *Burnout: 35 Years Of Research And Practice*. Career Development International, 2009.
11. Sürgevil, O., *Çalışma Hayatında Tükenmişlik Sendromu: Tükenmişlikle Mücadele Teknikleri*. 2006: Nobel Yayın.

12. Bauer, J., Et Al., The Burn-Out Syndrome And Restoring Mental Health At The Working Place. Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie, 2003. 53(5): P. 213-222.
13. Muldary, T.W., Burnout Among Health Professionals: Manifestations And Management. 1983: Appleton-Century-Crofts.
14. Malakh-Pines, A., E. Aronson, And D. Kafry, Burnout: From Tedium To Personal Growth. 1981: Free Pr
15. Maslach, C., W.B. Schaufeli, And M.P. Leiter, Job Burnout. Annual Review Of Psychology, 2001. 52(1): P. 397-422.
16. Schaufeli, W. And D. Enzmann, The Burnout Companion To Study And Practice: A Critical Analysis. 1998: Crc Press
17. Maslach, C., M. Leiter, And G. Fink, Stress: Concepts, Cognition, Emotion, And Behavior. Edn, 2016. 351: P. 357.
18. Maslach, C., Burnout: The Cost Of Caring. 2003: Ishk.
19. Torun, A., Stres Ve Tükenmişlik, Endüstri Ve Örgüt Psikolojisi. Baskı, Editör: Suna Tevrüz, Türk Psikologlar Derneği Ve Kalder Derneği Ortak Yayını, İstanbul, 1997
20. Mandiracioglu, A. And O. Cam, Violence Exposure And Burn-Out Among Turkish Nursing Home Staff. Occupational Medicine, 2006. 56(7): P. 501-503
21. Polatcı, S., Tükenmişlik Sendromu Ve Tükenmişlik Sendromuna Etki Eden Faktörler (Gaziosmanpaşa Üniversitesi Akademik Personeli Üzerinde Bir Analiz). Gaziosmanpaşa Üniversitesi, 2007.
22. Topel, M., Dahili Ve Cerrahi Bilimler Araştırma Görevlilerinde Tükenmişlik Sendromu Oranlarının Karşılaştırılması Ve İşyeri Doyumuyla Olan İlişkisinin Gösterilmesi. 2019.
23. Maslach, C. And M.P. Leiter, Understanding The Burnout Experience: Recent Research And Its Implications For Psychiatry. World Psychiatry, 2016. 15(2): P. 103-111.
24. Ersoy, F., C. Yıldırım, And T. Edirne, Tükenmişlik (Staff Burnout) Sendromu. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi, 2001. 10(2): P. 46-47.

25. Leiter, M., A Two Process Model Of Burnout And Work Engagement: Distinct Implications Of Demands And Values. *G Ital Med Lav Ergon*, 2008. 30(1 Suppl A): P. A52-A8.
26. Ramirez, A.J., Et Al., Mental Health Of Hospital Consultants: The Effects Of Stress And Satisfaction At Work. *The Lancet*, 1996. 347(9003): P. 724-728.
27. Popa, F., Et Al., Occupational Burnout Levels In Emergency Medicine—A Stage 2 Nationwide Study And Analysis. *Journal Of Medicine And Life*, 2010. 3(4): P. 449.
28. Shanafelt, T.D., Et Al., Burnout And Satisfaction With Work-Life Balance Among Us Physicians Relative To The General Us Population. *Archives Of Internal Medicine*, 2012. 172(18): P. 1377-1385.
29. Goldberg, R., Et Al., Burnout And Its Correlates In Emergency Physicians: Four Years' Experience With A Wellness Booth. *Academic Emergency Medicine*, 1996. 3(12): P. 1156-1164.
30. Levitt, M.A. And G.R. Derrick, An Evaluation Of Physiological Parameters Of Stress In The Emergency Department. *The American Journal Of Emergency Medicine*, 1991. 9(3): P. 217-219.
31. Satar, S., Et Al., Why Speciality In Emergency Medicine Is Not Preferred?/Acil Tip Uzmanligi Neden Tercih Edilmiyor? *Journal Of Academic Emergency Medicine*, 2013. 12(4): P. 234.
32. Balch, C.M., Et Al., Personal Consequences Of Malpractice Lawsuits On American Surgeons. *Journal Of The American College Of Surgeons*, 2011. 213(5): P. 657-667.
33. Arora, M., Et Al., Burnout In Emergency Medicine Physicians. *Emergency Medicine Australasia*, 2013. 25(6): P. 491-495.
34. Perala, J., Suvisaari, J., Saarni, S., Kuoppasalmi, K., Isometsa, E. and Pirkola, S. (2007). “Lifetime Prevalence of Psychotic and Bipolar I Disorders in a General Population”. *Archives of General Psychiatry*, 64, 19-28.
35. Wittchen, H. U., Fuetsch, M., Sonntag, H., Müller, N. and Liebowitz, M. (2000). “Disability and Quality of Life in Pure and Comorbid Social

- Phobia. Findings from a Controlled Study". *Eur Psychiatry*, 15(1), 46-58.
36. Munk-Jørgensen, P., Allgulander, C., Dahl, A. A., Foldager, L., Holm, M., Rasmussen, I. and Wittchen, H. U. (2006). "Prevalence of Generalized Anxiety Disorder in General pPractice in Denmark, Finland, Norway, and Sweden". *Psychiatric Services*, 57(12), 1738--1744.
37. Beausang, P. and Syeed, R. (1998). "Screening for Anxiety and Depression in Adult General Medical in-Patients in a Scottish District General Hospital". *Scottish Medical Journal*, 43(6), 177-180.
38. Stein, D. J., Baldwin, D. S., Bandelow, B., Blanco, C., Fontenelle, L. F., Lee, S. and van Ameringen, M. (2010). "A 2010 Evidence-Based Algorithm for the Pharmacotherapy of Social Anxiety Disorder". *Current Psychiatry Reports*, 12(5), 471-477.
39. Albano, A. M. and Hoffman, L. (2003). Treatment of Social Anxiety Disorder. P. C. Kendall içinde, *Cognitive Therapy with Children and Adolescents* (s. 128-161).
40. Kim, J. and Gorman, J. (2005). "The Psychobiology of Anxiety". *Clinical Neuroscience Research*, 4(5-6), 335-347.
41. Menzies, L., Chamberlain, S. R., Laird, A. R., Thelen, S. M., Sahakian, B. J. and Bullmore, E. T. (2008). "Integrating Evidence from Neuroimaging and Neuropsychological Studies of Obsessive-Compulsive Disorder: The Orbitofronto-Striatal Model Revisited". *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 32(3), 525-549.
42. Nutt, D. J. (2001). "Neurobiological Mechanisms in Generalized Anxiety Disorder". *Journal of Clinical Psychiatry*, 62, 22-28.
43. Bal, U. (2010). *Anksiyete Bozukluklarında Cinsiyete Göre Semptom Farklılıkları*. Uzmanlık Tezi, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Adana.
44. Amerikan Psikiyatri Birliği. (2013). *Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı (DSM-5)*. Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
45. Türkçapar, H. 2. (2004). "Anksiyete Bozukluğu ve Depresyonun Tanısal İlişkileri". *Klinik Psikiyatri*, 7, 12-16.

46. Mantar, A., Yemez, B. ve Alkın, T. (2011). “Anksiyete Duyarlılığı ve Psikiyatrik Bozukluklardaki Yeri”. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 22, 187-193.
47. Reiss, S. and McNally, R. J. (1985). Expectancy Model of Fear. S. Reiss, & R. R. Bootzin içinde, *Theoretical Issues in Behavior Therapy* (s. 107-121). San Diego: Academic Press.
48. Taylor, S., Koch, W. J., Woody, S. and McLean, P. (1996). “Anxiety Sensitivity and Depression: How Are They Related?” *Journal of Abnormal Psychology*, 105, 474-479.
49. McNally, R. J. (1989). “Is Anxiety Sensitivity Distinguishable from Trait Anxiety? A Reply to Lilienfeld, Jacob, and Turner”. *Journal of Abnormal Psychology*, 98, 193-194.
50. Reiss, S. (1991). “Expectancy Model of Fear, Anxiety, and Panic”. *Clinical Psychology Review*, 11, 141-153.
51. Reiss, S., Peterson, R. A., M., G. D. and McNally, R. J. (1986). Anxiety Sensitivity, Anxiety Frequency and the Prediction of Fearfulness. *Behaviour Research and Therapy*, 24, 1-8.
52. Çakmak, S. Ş. ve Ayvaşık, H. B. (2007). “Üniversite Öğrencilerinde Alkol Kullanma Nedenleri ile Kaygı Duyarlılığı Arasındaki İlişki”. *Türk Psikoloji Dergisi*, 22(60), 91-107.
53. Deacon, B. and Abramowitz, J. (2006). “Anxiety Sensitivity and Its Dimensions Across the Anxiety Disorders”. *Anxiety Disorders*, 20, 837-857.
54. Mantar, A. (2008). *Anksiyete Duyarlılığı İndeksi-3’ün Türkçe Formunun Geçerlik ve Güvenilirlik Çalışması*. Tıpta Uzmanlık Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir.
55. Cox, B. J., Endler, N. S., Norton, G. R. and Swinson, R. P. (1991). “Anxiety Sensitivity and Nonclinical Panic Attacks”. *Behaviour Research and Therapy*, 29, 367-369.
56. Stein, M. B., Jang, K. L. and Livesley, W. J. (1999). “Heritability of Anxiety Sensitivity: A Twin Study”. *American Journal of Psychiatry*, 156, 246-251.

57. Taylor, S. and Cox, B. J. (1998). "An Expanded Anxiety Sensitivity Index: Evidence for a Hierarchic Structure in a Clinical Sample". *Journal of Anxiety Disorders*, 12, 463-484.
58. Erdoğan, Z. (2014). *Alkol ve/veya Madde Bağımlılarında Travma Sonrası Stres Bozukluğu Belirtileri, Bilişsel Şemalar, Duygu Düzenleme ve Anksiyete Duyarlılığı İlişkisi*. Yüksek Lisans Tez, Ege Üniversitesi, İzmir.
59. Stewart, S. H., Karp, J., Pihl, R. O. and Peterson, R. A. (1997). "Anxiety Sensitivity and Self-Reported Reasons for Drug Use". *Journal of Substance Abuse Treatment*, 223-240.
60. Ak, S. ve Kılıç, C. (2017). "Cinsiyet Anksiyete Duyarlılığı ve Sosyal Anksiyete Arasındaki İlişkiyi Etkiliyor mu?" *Türk Psikiyatri Dergisi*, 28(4), 240-245.
61. Karamustafalıoğlu, O. ve Yumrukçal, H. (2011). "Depresyon ve Anksiyete Bozuklukları". *Şişli Eftal Hastanesi Tıp Bülteni*, (45), 65-74.
62. Akdoğan, A. (2013). *Farklı Depresyon Anksiyete Stres Düzeylerine Sahip Üniversite Öğrencilerinin Akademik Erteleme ve Davranışlarının İncelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Necmettin Erbakan Üniversitesi, Konya.
63. Evren, C. ve Kültegin, Ö. K. (2003). "Alkol / Madde Bağımlılarında Dissosiyatif Belirtiler ve Çocukluk Çağı Travması, Depresyon, Anksiyete ve Alkol / Madde Kullanımı ile İlişkisi". *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, (4), 30-37.
64. Köknel, Ö. (2005). *Ruhsal Çöküntü: Depresyon*. (6. Baskı). İstanbul: Altın Kitaplar Yayınevi.
65. Yiğit, R. (2008). *İlköğretim II. Kademe Öğrencilerinin Depresyon ve Sosyal Beceri Düzeylerinin Benlik Saygısı ve Bazı Değişkenler Açısından Karşılaştırmalı Olarak İncelenmesi*. Doktora Tezi, Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Konya
66. Öztürk, O. (2002). *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*. (9. Baskı). Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri.

67. Köroğlu, E. (2013). DSM-5 Tanı Ölçütleri. Ankara: Boylam Psikiyatri Enstitüsü.
68. Min, Y. (2016). "Lifestyle-Based Treatment of Anxiety and Depression". Australasian College of Nutritional & Environmental Medicine Journal, 35(2), 11-13.
69. Beck, A. T. (2015). Bilişsel Terapi ve Duygusal Bozuklukları. (Ö. Veysel, & T. Aysun, Çev.) İstanbul: Litera Yayıncılık
70. Tezel, A. (2003). Postpartum Depresyon Riskli Kadınlarda Bakım ve Eğitimin Depresyon Belirti Düzeyine Etkisinin Karşılaştırılması. Doktora Tezi, Atatürk Üniversitesi, Erzurum.
71. Yemez, B. ve Alptekin, K. (1998). "Depresyon Etiyolojisi". Psikiyatri Dünyası Dergisi, 1, 21-25.
72. Doğan, T. ve Çetin, B. (2008). "Üniversite Öğrencilerinin Sosyal Zeka Düzeylerinin Depresyon ve Bazı Değişkenlerle İlişkisinin İncelenmesi". Uluslararası Bilimleri Dergisi, 5(2), 1-19.
73. Güleç, C. (2009). Psikiyatri'nin ABC'si (2 b.). İstanbul: Say Yayınları.
74. Ertuğrul, E. (2010). Üniversite Uygulama ve Araştırma Hastanesinde Çalışan Hemşire, Ebe, Sağlık Memuru ve Acil Tıp Teknisyenlerinin Tükenmişlik ve Depresyon Düzeyinin Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, Zonguldak Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Zonguldak
75. Savrun, M. (1999). Depresyonun Tanımı ve Epidemiyolojisi, Depresyon. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Depresyon, Somatizasyon ve Psikiyatrik Aciller Sempozyumu. İstanbul.
76. Yakın, G. (2014). İstanbul Dr. Lütü Kırdar Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Çalışan Sağlık Personellerinin (Hemşire, Ebe, Sağlık Memuru ve Acil Tıp Teknisyeni) Depresyon ve Tükenmişlik Düzeylerinin Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
77. Boswell, C. A. (1992). "Work Stress and Job Satisfaction for the Community Health Nurse". Journal of Community Health Nursing, 9, 221-227.

78. Aslankoç, R., Öztürk, M. ve Yıldırım, N. G. (2001).” Ebe ve Hemşirelerin Mesleki Sorunları ve Anksiyete ile ilişkisi”. Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 8, 12-20.
79. Karaoğlu, N., Bulut, S., Baydar, A. ve Carelli, F. (2009). “Aile Hekimlerinde Durumluk ve Sürekli Anksiyete Düzeyi: Bir Vaka Kontrol Çalışması”. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi, 13, 119-126.
80. Caplan, R. P. (1994). “Stress, Anxiety, and Depression in Hospital Consultants, General Practitioners, and Senior Health Service Managers”. BMJ, 309, 1261-1263.
81. Khuwaja, A. K., Qureshi, R. and Azam, S. I. (2004). “Prevalence and Factors Associated with Anxiety and Depression Among Family Practitioners in Karachi, Pakistan”. Journal Pakistan Medical Association, 54, 45-49.
82. Selvi, Y., Özdemir, P. G., Özdemir, O., Aydın, A. ve Beşiroğlu, L. (2010). “Sağlık Çalışanlarında Vardiyalı Çalışma Sisteminin Sebep Olduğu Genel Ruhsal Belirtiler ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi”. Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi, 23(4), 238-243.
83. Dilbaz N, Seber G. JKD. Umutsuzluk kavramı: Depresyon ve intiharda önemi. 1993;1(3).
84. Beck A. Depression. Clinical, Experimental and Theoretical Aspects. New York (Hoeber) 1967. 1967.
85. West CP, Shanafelt TD. JBme. The influence of personal and environmental factors on professionalism in medical education. 2007;7(1):1-9.
86. WHO. World Report on Violence and Health. 2002.
87. Saines J. Violence and aggression in A&E: recommendations for action. Accident and Emergency Nursing. 1999;7(1):8-12.
88. Di Martino V. Workplace violence in the health sector. Country case studies Brazil, Bulgaria, Lebanon, Portugal, South Africa, Thailand and an additional Australian study Ginebra: Organización Internacional del Trabajo. 2002:3-42.

89. İlhan MN, Özkan S, Kurtcebe ZÖ, Aksakal FN. Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde çalışan araştırma görevlileri ve intörn doktorlarda şiddete maruziyet ve şiddetle ilişkili etmenler. Toplum Hekimliği Bülteni. 2009;28(3):15-23.
90. Erbil N, Bakır A. Meslekte profesyonel tutum envanterinin geliştirilmesi. Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi. 2009;6(1):290-302.
91. Öztürk, K. (2022b). Doktorlar Neden Yurt Dışına Gidiyor? 26.01.2022
92. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 2023; 26(3), 895-920
93. Türk Tabipleri Birliği (2022b). Hekimlerin Sicil Belgesi Başvuru Sayısı.
94. Yazıcı MK, Demir B, Tanrıverdi N, Karaağaoğlu E, Yolaç P. Hamilton anksiyete değerlendirme ölçeği, değerlendiriciler arası güvenirlik ve geçerlik çalışması. Türk Psikiyatri Dergisi 1998; 9(2): 114-7.
95. Akdemir A, Örsel S, Dağ İ. Hamilton depresyon derecelendirme ölçeğinin geçerliği, güvenirliği ve klinikte kullanımı. Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi. 1996; 4:251-9.
96. Seber G (1991) Beck Umutsuzluk Ölçeğinin Geçerliliği ve güvenirliği üzerine bir çalışma Anadolu Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı Doçentlik Tezi, Eskişehir
97. Durak, A., & Palabıyıklıoğlu, R. (1994). Beck Umutsuzluk Ölçeği Geçerlilik Çalışması. Kriz Dergisi, 2(2), 311-319.
98. Maslach, C. ve Jackson, S.E. (1981). The measurement of experienced burnout. Journal of Occupational Behavior, 2, 99-113.
99. Ergin, C. (1992). Doktor ve hemşirelerde tükenmişlik ve Maslach Tükenmişlik Ölçeğinin uyarlanması, VII. Ulusal Psikoloji Kongresi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
100. Cruess S, Cruess RJF, views, ObGyn vi. Teaching professionalism—why, what and how. 2012;4(4):259.
101. Abay Ş. Hekim Adaylarının Hekim Kimliğine İlişkin Algıları: Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Metafor Analizi Örneği. STED/Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi. 2017;26(1):1-8.
102. Çelik S, Ünal Ü, Saruhan S. Cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin mesleki profesyonelliklerinin değerlendirilmesi. 2012.

- 103.Uzdil, E. (2021). Hekim ve hekim adaylarının profesyonellik, mesleki değer algısı, umutsuzluk düzeyleri ile aralarındaki ilişkinin.
- 104.Karaoglu N, Ongel K, Seker M. The reasons for being a doctor and the future expectations. *HealthMED* 2010; 4(2): 335-43.
- 105.Saygılı, A. (2011). Özelde Çalışan Hekimlerin Sağlık Koşulları ve Sağlık Güvenliği, Hekimin Hasta Olma Hakkı Var Mı? İstanbul Tabip Odası.
- 106.İlhan MN, Özkan S, Kurtcebe ZÖ, Aksakal FN. Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde çalışan araştırma görevlileri ve intörn doktorlarda şiddete maruziyet ve şiddetle ilişkili etmenler. *Toplum Hekimliği Bülteni*. 2009;28(3):15-23.
- 107.Ayrancı U, Yenilmez C, Balci Y, Kaptanoglu C. JJoiv. Identification of violence in Turkish health care settings. 2006;21(2):276-96.
108. Fernandes CM, Bouthillette F, Raboud JM, Bullock L, Moore CF, Christenson JM, et al. Violence in the emergency department: a survey of health care workers. 1999;161(10):1245-8.
- 109.Erickson L, Williams-Evans SA. JJoEN. Attitudes of emergency nurses regarding patient assaults. 2000;26(3):210-5.
- 110.Hawkins, D. N., & Booth, A. (2005). Unhappily ever after: Effects of long-term, lowquality marriages on well-being. *Social Forces*, 84(1), 451-471.
- 111.Katı S, Durak VA, Aydın ŞA. Acil Serviste Çalışmakta Olan Hekimlerin Sosyodemografik Özellikleri Ve Depresyon Olasılığının Değerlendirilmesi. *STED/Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi* 2018; 29(2), 131-136.
- 112.Rodriguez Jareño MC, Demou E, Vargas-Prada S, et al. European Working Time Directive and doctors' health: a systematic review of the available epidemiological evidence. *BMJ Open* 2014;4: e004916. doi:10.1136/ bmjopen-2014-004916
- 113.Aydoğdu, H. İ., Balcı Y. Türkiye’de Son On Yılda Medyada Bildirilen Hekim İntiharları. *Arch Neuropsychiatry* 2022; 59:83–83
- 114.Panagioti M, Geraghty K, Johnson J, Zhou A, Panagopoulou E, Chew-Graham C, et al. Association between physician burnout and patient

- safety, professionalism, and patient satisfaction: a systematic review and meta-analysis. 2018;178(10):1317-31.
- 115.Pellegrino ED. JTMSjom, New York. Professionalism, profession and the virtues of the good physician. 2002;69(6):378-84.
- 116.Tamam, L. ve Öner, S. (2001). “Yaşlılık Çağı Depresyonları”. Demans Dergisi, 1(2), 50-60.
- 117.Ergin A, Bozkurt Aİ, Uzun U. Pamukkale üniversitesi tıp fakültesi öğrencilerinin ve asistanlarının umutsuzluk düzeyi ve etkileyen etmenler. Sağlık Çalışanlarının Sağlığı.208
- 118.Demirbaş N, Karaoğlu N. JGTD. Hekim Ve Hekim Adaylarının Hekime Yönelik Şiddet Algıları: Bir Ön Çalışma.31(2):130-4.
- 119.Bıçıkçı, F (2013). Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet ve Neden Olan Faktörler: Bir Devlet Hastanesi Örneği, Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi, 5 (1), 43-56.

9.ETİK KURUL KARARI



10.ÖZGEÇMİŞ

