



T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
İÇ HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

**DAHİLİ VE CERRAHİ BİLİMLER ARAŞTIRMA GÖREVLİLERİNDE
TÜKENMİŞLİK SENDROMU ORANLARININ KARŞILAŞTIRILMASI VE İŞYERİ
DOYUMUYLA OLAN İLİŞKİSİNİN GÖSTERİLMESİ**

Dr. Musa TOPEL

UZMANLIK TEZİ
Olarak hazırlanmıştır.

ANKARA

2019



T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
İÇ HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

**DAHİLİ VE CERRAHİ BİLİMLER ARAŞTIRMA GÖREVLİLERİNDE
TÜKENMİŞLİK SENDROMU ORANLARININ KARŞILAŞTIRILMASI VE İŞYERİ
DOYUMUYLA OLAN İLİŞKİSİNİN GÖSTERİLMESİ**

Dr. Musa TOPEL

UZMANLIK TEZİ

TEZ DANIŞMANI

Prof. Dr. Şerife Gül ÖZ

ANKARA
2019

TEŞEKKÜR

Asistanlık hayatımda ve tezimin oluşma süresi boyunca desteğini hiçbir zaman esirgemeyen, bilgi ve tecrübelerini paylaşmaktan çekinmeyen, tüm özverisini ve desteğini her adımda hissettiğim sayın ve sevgili hocam, tez danışmanım Prof. Dr. Şerife Gül Öz'e,

Tezimin istatistik kısmında yardımcı olan Hacettepe Üniversitesi Biyoistatistik Anabilim Dalı araştırma görevlisi Merve Kaşıkçı'ya,

Tezim boyunca her türlü manevi ve teknik desteğini benden esirgemeyen sevgili arkadaşlarım Dr. Batuhan Başpınar ve Dr. Efe Cem Erdat'a

Tezimin çalışmasında bütün iş yüklerine ve yoğunluklarına rağmen zaman ayırıp anketleri doldurmayı kabul eden Hacettepe Üniversite Hastanesi araştırma görevlisi doktor arkadaşlarıma,

İç Hastalıkları eğitim süreci boyunca bizlere yol gösteren ve bizleri uzmanlığa hazırlayan çok değerli İç Hastalıkları Anabilim Dalı hocalarıma,

Hem asistanlıkta çalışma sürem boyunca hem de tez döneminde yaşadığım tüm sıkıntılarda bir an bile desteklerini benden esirgemeyen, hayatım boyunca her koşulda kilometrelere uzakta da olsalar varlıklarını hep yanımda hissettiren canım annem-babam ve kız kardeşime çok teşekkür ederim.

Dr. Musa Topel

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	i
ÖZET	iv
SİMGELER VE KISALTMALAR	vi
TABLO DİZİNİ	vii
ŞEKİL DİZİNİ	ix
1. GİRİŞ ve AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. TÜKENMİŞLİK (BURNOUT) SENDROMU.....	3
2.1.1. Tükenmişlik Tanımı ve Tarihçesi	3
2.1.2. Tükenmişlik ile İlgili Teoriler ve Kuramsal Yaklaşımlar:.....	4
2.1.3. Tükenmişlik Sendromuna Neden Olan Faktörler:	9
2.2. İŞ DOYUMU.....	17
2.2.1. İş yeri doyum kavramı ve ilgili teoriler:	17
2.2.3. İş doyum ve Tükenmişlik sendromu ilişkisi:	19
3. MATERYAL VE YÖNTEM.....	20
3.1. Araştırmanın tipi:	20
3.2. Araştırmanın yeri, evreni ve tarihi:	20
3.6. Araştırmanın Yöntemi:.....	22
3.6.1. Araştırmanın değişkenleri:	22
3.6.2. Araştırmanın veri toplama formları ve anketler:	22
3.7. İstatistiksel Analiz	25
4. BULGULAR.....	26
4.1. Demografik Verilerle ilgili Genel Bilgiler:	26
4.2. Ölçek Puanları ile İlgili Değerlendirmeler	31

4.2.1. Maslach Tükenmişlik Ölçeği ve Minnesota İş Doyum Ölçeği Puanlarıyla İlgili Genel Bilgiler:	31
4.2.2. Ölçek Puanlarının Demografik Verilere Göre Karşılaştırılması:	33
4.3. MTÖ Puanlarına Göre Ayarlanmış Tükenmişlik Düzeylerinin Değerlendirilmesi:.....	45
5. TARTIŞMA.....	56
6. SONUÇ:	67
KAYNAKÇA:.....	68
EK – 1: ETİK KURUL ONAYI:	77
EK – 2: ARAŞTIRMA AMAÇLI ÇALIŞMA İÇİN AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU :	78
EK – 3: VERİ TOPLAMA FORMLARI:.....	79

ÖZET

Musa Topel. Dahili ve cerrahi bilimler araştırma görevlilerinde tükenmişlik sendromu oranlarının karşılaştırılması ve işyeri doyumuyla olan ilişkisinin gösterilmesi. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Uzmanlık Tezi, ANKARA, 2019.

Tükenmişlik sendromu; özellikle insanlarla yüz yüze çalışılan mesleklerde görülen, iş yerinde maruz kalınan yoğun stres durumuna karşı çalışanlarda gelişen psikososyal bir fenomendir. Sağlık çalışanlarında, özellikle hemşireler-doktorlar gibi meslek gruplarında tükenmişlik sendromu gelişme oranlarının yüksek olduğu birçok çalışmada gösterilmiştir. Tükenmişliğe karşı olumlu pekiştiricilik özelliği olan en önemli etkenlerden biri de iş doyumudur. Bu çalışmada amaç; Hacettepe Üniversitesi Hastanelerinde dahili ve cerrahi bilimler bölümleri altında çeşitli uzmanlık alanlarında çalışan araştırma görevlilerinin tükenmişlik düzeylerini karşılaştırarak, iş doyumunu ile olan ilişkisinin gösterilmesidir. Araştırma; Hacettepe Üniversitesi Erişkin ve Onkoloji hastanesinde 11/2018- 04/2019 tarihleri arasında yapılmıştır, toplam 206 araştırma görevlisi doktor çalışmaya dahil edilmiştir. Veri toplama formları olarak; 18 sorudan oluşan “Sosyodemografik Veri Formu”, tükenmişlik sendromunun alt boyutlarının ölçümü için “Maslach Tükenmişlik Ölçeği”, iş doyumunu değerlendirilmesi için “Minnesota İş Doyumu Ölçeği” kullanılmıştır. Çalışmaya dahil edilen araştırma görevlilerinin yaş ortalaması 27,92±2,72 yıl olup, %48,50’i kadın %51,50’i erkek cinsiyetindedir. Katılımcıların %61,20’si dahili bilimler araştırma görevlisi, %38,80’i cerrahi bilimler araştırma görevlisidir. Araştırma görevlilerinde yüksek düzey duygusal tükenme, orta düzey duyarsızlaşma, yüksek düzey kişisel başarı saptanmıştır (19,35, 8,71, 13,75 sırasıyla). Minnesota İş Doyum Ölçeği (MİDÖ) genel doyum puan ortalaması ise 60,80 olarak saptanmıştır. Çalışmada dahili ve cerrahi bilimler gruplarının tükenmişlik düzeyleri karşılaştırıldığında; cerrahi bilimlerde daha yüksek düzeyde duyarsızlaşma olduğu (9,48 vs. 8,22, $p<0,05$), diğer iki alt boyutta ve iş doyumunda anlamlı fark olmadığı bulunmuştur. 9 saatin üstünde çalışanlarda (20,31 vs. 14,97 and 9,21 vs. 6,43 both $p<0,05$), nöbet tutmayanlara göre nöbet tutanlarda (19,94 vs. 15,60 and 9,83 vs. 6,23 both $p<0,05$), hekimliğe devam etmek istemeyenlerde (23,84 vs. 17,19 and 10,67 vs. 7,76 both $p<0,05$), sigara-alkol kullananlarda (22,00 vs. 18,50 and 10,28 vs. 8,21 both $p<0,05$) daha yüksek duygusal tükenmişlik ve duyarsızlaşma düzeyleri bulunmuştur. Duygusal tükenme puanı ile genel doyum puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı orta düzey negatif bir ilişki, duyarsızlaşma puanı ile genel doyum puanları arasında orta düzey negatif bir ilişki, kişisel başarı puanı ile genel doyum puanları arasında orta düzey negatif bir ilişki bulunmuştur. Sonuç olarak; çalışmamızda tükenmişlik sendromu tüm araştırma görevlilerinde yüksek düzeyde bulunmuştur, nöbet tutmanın-sigara-alkol kullanımının-uzun çalışma saatlerinin tükenmişlikle alakalı olduğu görülmüştür. İş doyumunu tükenmişlik üzerinde negatif ilişkisi olduğu gösterilmiştir. Tükenmişlik için daha genel yorumlar yapılabilmesi için daha geniş bir örneklem ile çok merkezli çalışmalar yapılması gerekmektedir.

Anahtar kelimeler: tükenmişlik, iş doyumunu, araştırma görevlisi, hekim, sağlık hizmeti, tıp

ABSTRACT

Musa Topel. The comparison of burnout syndrome rates in medical and surgical residents and demonstration of their relationship with workplace satisfaction. Hacettepe University Medical School, Internal Medicine Specialty Thesis, ANKARA, 2019.

Burnout syndrome; is a psychosocial phenomenon that develops in employees against the intense stress situation in the workplace, especially seen in occupations working in face to face with people. It has been shown in many studies that the rate of development of burnout syndrome is high in healthcare workers, especially in occupational groups such as nurses and doctors. Job satisfaction is one of the most important factors that have positive reinforcing properties against burnout. The aim of this study is to compare the burnout levels of residents working in various fields of specialty under the departments of Medical and Surgical Sciences Divisions in Hacettepe University Hospitals and to show the relationship of burnout with job satisfaction. The research was carried out between the dates of 11/2018 - 04/2019 in Hacettepe University Adult and Oncology Hospital, 206 residents were included. As data collection forms; “Sociodemographic Data Form” consisting of 18 questions, “Maslach Burnout Inventory” for measuring sub-dimensions of burnout syndrome, and “Minnesota Job Satisfaction Scale” for job satisfaction were used. The mean age of the residents included in the study was $27,92 \pm 2,72$ years and 48,50% were female and 51,50% were male. 61,20% of the participants were Medical sciences residents and 38.80% were surgical sciences residents. High level of emotional exhaustion, moderate level of depersonalization, high level of personal achievement were found in the residents, 19,35, 8,71, 13,75 respectively. Minnesota Job Satisfaction Scale average overall satisfaction score was found to be 60,80. When the burnout levels of internal and surgical sciences groups were compared; there was a higher level of depersonalization in surgical sciences (9,48 vs. 8,22, $p < 0,05$), and no significant difference in the other two sub-dimensions and job satisfaction. Higher emotional exhaustion and depersonalization levels were found in those who worked for more than 9 hours a day (20,31 vs. 14,97 and 9,21 vs. 6,43 both $p < 0,05$), those who had night shifts (19,94 vs. 15,60 and 9,83 vs. 6,23 both $p < 0,05$), who did not want to continue their occupation (23,84 vs. 17,19 and 10,67 vs. 7,76 both $p < 0,05$), and who smoked (22,00 vs. 18,50 and 10,28 vs. 8,21 both $p < 0,05$) and used alcohol. In this study, a statistically significant moderate negative relationship between emotional exhaustion score and general satisfaction score, a moderate negative relationship between depersonalization score and general satisfaction score, and a moderate negative relationship between personal achievement score and general satisfaction score was obtained. As a result; in our study, burnout syndrome was found to be high in all research assistants and long-working hours-night shifts-smoking-alcohol use were associated with burnout. Job satisfaction has been shown to have a negative relationship with burnout. In order to make more general comments about burnout, multicenter studies should be conducted with a wider range of sampling size.

Key words: burnout, job satisfaction, resident, physician, health care, medicine

SİMGELER VE KISALTMALAR

DT	Duygusal Tükenme/Tükenmişlik
DY	Duyarsızlaşma
FTR	Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Bölümü
KB	Kişisel Başarı
KBB	Kulak Burun ve Boğaz Bölümü
KHD	Kadın Hastalıkları ve Doğum Bölümü
KVC	Kardiyovasküler Cerrahi Bölümü
MİDÖ	Minnesota İş Doyumu Ölçeği
MTÖ	Maslach Tükenmişlik Ölçeği
NRŞ	Nöroşirurji Bölümü
Ort.	Ortalama
PRC	Plastik ve Rekonstruktif Cerrahi Bölümü
SD	Standard Deviation (standart sapma)
TS	Tükenmişlik Sendromu

TABLO DİZİNİ

Tablo-1: Maslach Tükenmişlik Ölçeği Alt Boyut Puanlandırma Değerleri

Tablo-2: Tükenmişlik Sendromu Düzeyi Değerlendirme Tablosu

Tablo-3: Araştırma Görevlileriyle İlgili Sosyodemografik Verilerin Dağılımı

Tablo-4: Hekimlik Mesleğiyle İlgili Genel Bilgiler Dağılımı

Tablo-5: MTÖ ve MİDÖ Puanlarıyla İlgili Genel Bilgiler

Tablo-6: MTÖ ve MİDÖ Puanları Arasındaki Korrelasyon Bilgileri

Tablo-7: Cinsiyete Göre MTÖ ve MİDÖ Puanlarının Karşılaştırılması

Tablo-8: Medeni Duruma Göre MTÖ ve MİDÖ Puanlarının Karşılaştırılması

Tablo-9: Ana Branşa Göre MTÖ ve MİDÖ Puanlarının Karşılaştırılması

Tablo-10: Uzmanlık Dalı Alt Gruplarına Göre MTÖ ve MİDÖ Puanlarının Karşılaştırılması

Tablo-11: Çalışma Saatine Göre MTÖ ve MİDÖ Puanlarının Karşılaştırılması

Tablo-12: Alkol Kullanımına Göre MTÖ ve MİDÖ Puanlarının Karşılaştırılması

Tablo-13: Sigara Kullanımına Göre MTÖ ve MİDÖ Puanlarının Karşılaştırılması

Tablo-14: Ek Hastalık Mevcudiyetine Göre MTÖ ve MİDÖ Puanlarının Karşılaştırılması

Tablo-15: Hekimlik Mesleğine Devam Durumuna Göre MTÖ ve MİDÖ Puanlarının Karşılaştırılması

Tablo-16a: Hekimlik Mesleğini Yeniden Seçme Durumuna Göre MTÖ ve MİDÖ Puanlarının Karşılaştırılması

Tablo-16b: Hekimlik Mesleğini Yeniden Seçme Durumunun Alt Grupları Arasında MTÖ ve MİDÖ Puanlarını Açısından İlişki Durumu

Tablo-17a: Araştırma Görevlisi Yıllarına Göre MTÖ ve MİDÖ Puanlarının Karşılaştırılması

Tablo-17b: Araştırma Görevlisi Yıllarının Alt Grupları Arasında MTÖ ve MİDÖ Puanlarını Açısından İlişki Durumu

Tablo-18a: Aylık Nöbet Sayılarına Göre MTÖ ve MİDÖ Puanlarının Karşılaştırılması

Tablo-18b: Nöbet Sayısı Alt Grupları Arasında MTÖ'nin DT ve DY Puanları Açısından İlişki Durumu

Tablo-19: MTÖ'deki Alt Boyutların Puanlarının Düzey Durumuna Göre Genel Bilgiler

Tablo-20: MTÖ'deki Alt Boyutların Puanlarının Düzey Durumu İle Uzmanlık Arasındaki İlişki

Tablo-21: MTÖ'deki Alt Boyutların Puanlarının Düzey Durumu İle Uzmanlık Arasındaki İlişki (Düşük Ve Orta Grubu Birleştirilmiş Şekilde)

Tablo-22: MTÖ'deki Alt Boyutların Puanlarının Düzey Durumu İle Günlük Çalışma Süresi Arasındaki İlişki (Düşük Ve Orta Grubu Birleştirilmiş Şekilde)

Tablo-23: MTÖ'deki Alt Boyutların Puanlarının Düzey Durumu İle Hekimliği Yeniden Seçme Durumu Arasındaki İlişki (Düşük Ve Orta Grubu Birleştirilmiş Şekilde)

Tablo-24: MTÖ'deki Alt Boyutların Puanlarının Düzey Durumu İle Hekimliğe Devam Etme İsteği Arasındaki İlişki (Düşük Ve Orta Grubu Birleştirilmiş Şekilde)

ŞEKİL DİZİNİ

Şekil-1: Dahili Bilimler İçerisindeki Uzmanlık Dalları Dağılımı

Şekil-2: Cerrahi Bilimler İçerisindeki Uzmanlık Dalları Dağılımı

Şekil-3: Uzmanlık Ana Branşıyla MTÖ Duygusal Tükenmişlik Düzeyleri Arasındaki İlişki

Şekil-4: Uzmanlık Ana Branşıyla MTÖ Duyarsızlaşma Düzeyleri Arasındaki İlişki

Şekil-5: Uzmanlık Alanlarıyla MTÖ Duygusal Tükenmişlik Düzeyleri Arasındaki İlişki

Şekil-6: Uzmanlık Alanlarıyla MTÖ Duyarsızlaşma Düzeyleri Arasındaki İlişki

Şekil-7: Aylık Nöbet Sayısıyla MTÖ Duygusal Tükenmişlik Düzeyleri Arasındaki İlişki

Şekil-8: Aylık Nöbet Sayısıyla MTÖ Duyarsızlaşma Düzeyleri Arasındaki İlişki

Şekil-9: Hekimliği Yeniden Seçme Durumuyla MTÖ Duygusal Tükenme Düzeyleri Arasındaki

Şekil-10: Hekimliği Yeniden Seçme Durumuyla MTÖ Duyarsızlaşma Düzeyleri Arasındaki İlişki

Şekil-11: Hekimliğe Devam Etme Durumuyla MTÖ Duygusal Tükenme Düzeyleri Arasındaki İlişki

Şekil-12: Hekimliğe Devam Etme Durumuyla MTÖ Duyarsızlaşma Düzeyleri Arasındaki İlişki

1. GİRİŞ ve AMAÇ

Tükenmişlik sendromu; ilk olarak 1974 yılında Freudenberger tarafından tanımlanan bir olgu olup, özellikle insanlarla yüz yüze çalışılan işlerin mensubu bireylerde görülen ve yoğun çalışma şartlarına bağlı tükenme, hayal kırıklığı ve işten kaçınma gibi alt başlıkları olan bir psikolojik durumdur. [1] Yine bu alanda çalışma yapmış bir başka ünlü Psikolog Dr. Maslach'a göre ise tükenmişlik; çalışan kişinin çalıştığı işin önemini ve amacını göz ardı edip, hizmet verilen kişilere karşı ilgisinin azalması durumudur. [2] Tükenmişlik sendromunu, işyerindeki stresle alakalı diğer reaksiyonlardan ayıran temel faktör ise bu sendromun temelinde iş gereği hizmet verilen kişilerle olan etkileşimler sonucu ortaya çıkmasıdır. [3]

Tükenmişlik sendromu üç farklı alt gruptan oluşacak şekilde tanımlanmıştır, bu alt gruplar ise; duygusal tükenme, duyarsızlaşma (depersonalizasyon) ve azalmış kişisel başarıdan oluşmaktadır. [2]

Duygusal tükenme; kişinin işinden dolayı duygusal olarak aşırı yüklenme yaşaması ve sonucunda tükenmesini içermektedir. [2] Duyarsızlaşma ise çalışanın hizmet verdiği kişilerin de bireyler olduğunu düşünmeden, duygudan yoksun bir yaklaşım sergilemeleri ve hatta hizmet verilen kişilerle ilgili olumsuz ve uygunsuz tavırlarda bulunmaları anlamına gelmektedir. [2] Bu iki durumun sonucunda da çalışan kişide giderek artan bir kişisel başarıda azalma hissi ve kendine karşı güvensizlik duygusu geliştiğinden işten kaçınma hareketleri ve iş bırakma düşüncesi gelişmektedir. [2]

Tanımlama yapılırken birçok mesleği içermesine karşın sonrasında yapılan birçok çalışma da gösterildiği gibi tükenmişlik sendromu sağlık çalışanlarının büyük bir kısmını etkilemektedir. Özellikle tıp mensubu olan çalışanların gün içinde birçok hasta görmesi, görülen hastalarla ilgili hayati kararlar verilme zorunluluğu, bu kararların kötü sonuçlarının olabileceği düşüncesi ve buna bağlı hata yapmayı minimize indirme isteği tükenmişlik açısından riski artıran bazı durumlardır. [4] Tıp çalışanları içinde de doktorların en fazla tükenmişlik sendromuna maruz kaldıklarını gösteren çalışmalar mevcuttur. [5] Ayrıca yapılan birçok son dönem çalışmalarında da gösterildiği

gibi tükenmişlik sendromunun profesyonellik üzerine olumsuz etkisi mevcuttur: hasta bakım kalitesini azalttığı, buna bağlı olarak medikal hata yapma oranlarını arttırdığı ve hasta memnuniyetini zora soktuğu görülmüştür. [6-11] Bütün bunların yanında doktorlarda erken emeklilik oranlarının arttığı gözlemlenmiştir.

İş doyumunu tükenmeyi etkileyen önemli bir etkidir. İş doyumunu yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi gibi kişisel özelliklerin yanı sıra, yapılan işin içeriği, ücret politikası, çalışma koşulları gibi kurumsal ve çevresel etkenlerden etkilenmektedir. [16] Ramirez ve arkadaşları (1996) tarafından konsültan hekimlerde tükenme, hastalar, akrabalar ve iş arkadaşları arasındaki ilişkilerde, mesleki statü ve kendine yeterlilikte, entelektüel uyarı alanında doyum azlığı, 55 yaş altında olmak ve bekar olmak ile ilişkili bulunmuştur. [17] Yine aynı çalışmada iletişim ve yönetme becerileri konusunda eğitimi yetersiz olanlarda daha yüksek düzeyde tükenme saptanmıştır. [17]

Bütün bu sebeplerden dolayı hekimlerde tükenmişlik sendromu oranlarının araştırılmasının hem hasta bakımının kalitesini arttırmakta hem de medikal hata oranlarının azalmasına yardımcı olma konusunda çok önemli olduğu yadsınamaz bir gerçektir. Türkiye’de bazı hastanelerde yapılan çalışmalarda da doktorlar arasında tükenmişlik sendromunun yaygın olduğu görülmektedir. [12,13,14,15] Hem uzmanlarda hem de asistan doktorlarda daha önce birçok çalışma yapılmış olmasına rağmen bölümler arası ve Cerrahi bilimler- Dahili bilimler arası yapılmış karşılaştırmalı çalışmalar çok fazla bulunmamaktadır. Yaptığımız bu çalışmada bölümler arasında karşılaştırma yapılarak tükenmişlik sendromunun altında yatan etkenler ve etiyolojide rol oynayan faktörler daha iyi anlaşılacaktır. Ayrıca, Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi bünyesinde araştırma görevlilerinin çalışma koşulları ve işyeri doyum oranlarını içerecek ilk çalışma olması açısından da önem taşımaktadır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. TÜKENMİŞLİK (BURNOUT) SENDROMU

2.1.1. Tükenmişlik Tanımı ve Tarihçesi

İçinde bulunduğumuz çağ gereği çalışma hayatında adaptasyon gerektirecek birçok yeni teknoloji, yine işyerlerinde çalışanların uyumunun arandığı her geçen gün niteliği ve niceliği artmakta olan bilgi birikimi olması nedeniyle yaklaşık 50 yıldır tanımı bilinen “tükenmişlik (burnout)” kavramıyla daha çok ilgilenilmeye başlanmıştır.

Tarihsel olarak tükenmişlik kavramı; insanlara yardım ile ilişkili olan mesleklerde ortaya çıkan bir psikolojik durum olarak ilk defa 1969 yılında şartlı tahliye memurları arasındaki ‘personel tükenmişliğini’ engellemek amacıyla yeni bir örgütsel yapı öneren Bradley tarafından kullanılmıştır. [20,21] İlk ortaya çıkışı ise 1961’de psikolojik baskı ve hayal kırıklığına uğramış bir mimarın işinden ayrılması ve Afrika ormanlarına yerleşmesini anlatan tükenmişlikle ilgili bir olguya dayanır. Ancak literatürde tükenmişlik sendromunun fikir babasının yaygın bir biçimde Herbert Freudenberger olduğu ifade edilmektedir. [20,21]

Tükenmişlik kavramı ilk kez resmi olarak 1974 yılında Herbert Freudenberger isimli klinik psikolog tarafından yayımlanan bir makalesinde tanımlanmıştır. [1] Bu tanımlamanın temelini 1960’lı yıllardan başlayarak genel düzenden uzaklaşmak zorunda kalan genç bireylere ücretsiz hizmet veren kliniklerde gönüllü olarak çalışan kişilerde yapılan gözlemler oluşturmuştur. [1] 1974’deki tanımlamada tükenmişlik sendromu (burnout); yoğun bir şekilde stresle karşılaşan iş yerlerinde çalışan bireylerde görülen, bireyin başarısız olma, yıpranmasıyla başlayan bireyin enerji ve işiyle ilgili motivasyonunun kaybedilmesi aynı zamanda karşılanamayan istekler sonucu bireyin içsel kaynaklarında tükenme durumunu içermektedir. [1, 18, 19]

Bütün bu tanımlamaların arasında günümüzde en fazla kabul gören ve fazla sayıda çalışmaya konu olmuş tanım ise bir sosyal psikolog olan Christina Maslach’a ait olan ve tükenmişliği üç alt boyutta değerlendiren teoridir. [2,4] Maslach’ın 1970’li yılların sonu ve 1981 yılında yayınladığı

birkaç yayına göre tükenmişlik sendromu; temelde insanlarla yoğun saatler boyunca çalışılan ayrıca birincil görevleri insanlara hizmet vermek olan işlere mensup bireylerde görülen, ön planda duygusal bir tükenme durumu ile hizmet verilen kişiye karşı negatif düşünceleri içeren bir psikososyal olgu olarak tanımlanmıştır. [2,4,22,23] Bu tanımlama üzerinden yapılan çalışmalarda tükenmişlik kavramının temelinde hem kişisel hem de demografik etkenlerin yatmış olduğu gözlenmesiyle beraber birincil sorunun işyeri ile ilişkili etkenlere bağlı olduğu düşünülmüştür. [22] Maslach ayrıca günümüzde tükenmişlik sendromu konusundaki çalışmalarda en yaygın kullanılan “Maslach Tükenmişlik Envanteri” isimli ölçeği geliştirerek sendromun daha objektif bir değerlendirilmeye tabi tutulmasına katkı sağlamıştır. [24]. Hem ölçek hem de Maslach’ın teorisinin ayrıntıları tezin ilerleyen bölümlerinde anlatılacaktır.

2.1.2. Tükenmişlik ile İlgili Teoriler ve Kuramsal Yaklaşımlar:

Tükenmişlik sendromunun tanımlaması sürecinde farklı çalışmacılar ve psikologlar tarafından birçok teori ve kuram ileri sürülmüştür. Bunların içinde en yaygın kullanılan Maslach’a ait olan 3 alt boyutlu kuramdır. Aşağıda bazı önemli kuramlardan bahsedilmiştir ve bu çalışmanın da kullandığı kuram olması nedeniyle Maslach teorisi en sonda ayrıntılı şekilde anlatılacaktır.

2.1.2.1. Cherniss Tükenmişlik Modeli:

Bir psikolog olan Cary Cherniss 1980 yılındaki yayınladığı kitabında tükenmişliği özellikle insanlara hizmet verilen mesleklerde çalışanlarda gelişen, işyeriyle alakalı aşırı strese verilen bir tepkisel olgu olarak tanımlamıştır. [25] Cherniss’e göre tükenmişlik fenomeni 3 farklı aşamayı içermektedir; ilk aşamada tüm sürecin başlamasına sebep olacak yoğun bir strese maruz kalındığı, devamında tüm bu strese yanıt olarak yoğun anksiyete ile içsel kaynaklarda tükenme hissi yaşandığı ve son aşamada da davranış ve tavırlarda belirgin değişimle birlikte işten uzaklaşma ile hizmet verilen kişilere karşı gelişen negatif duyguların yaşandığı yapılan gözlemler sonucunda ortaya konmuştur. [26]

Cherniss’in tükenmişlik teorisinde temelde yatan etken olarak işyeri stresi ön planda değerlendirilmiştir. [26] Stres faktörü de çeşitli alt başlıklarda incelenmiş, kişisel-toplumsal ve

örgütsel stres olarak ayrı ayrı değerlendirildiğinde Cherniss teorisine göre tükenmişlik açısından bireyleri korumak için esas üzerinde çalışılması gereken etkenlerin örgütsel boyutta olduğu vurgulanmıştır. [26]

2.1.2.2. Edelwich ve Brodsky Tükenmişlik Modeli:

Ünlü psikiyatristler Jerry Edelwich ve Archie Brodsky 1980 yılında ortak olarak yazdıkları kitaplarında tükenmişliği “kişilere yardım sağlayan mesleklerde çalışan bireylerde işyerindeki koşulların bir sonucu olarak idealizm, enerji ve amaçta görülen ve sürekli artan bir kayıp” olarak tanımlamıştır. Edelwich ve Archie’ye göre tükenmişliğe yol açan etkenlerin arasında; çalışma koşullarıyla alakalı olarak düşük ücret, yetersiz eğitim, müşteri veya hizmet verilen kişilerin yoğunluğu, verilen hizmetten memnun olmayan müşterilerle yaşanan sıkıntılar ve kişisel özelliklerle alakalı olarak kişisel idealler ile ulaşılan nokta arasında uyumsuzluk gibi etkenler sayılmaktadır. [27,28]

Bu teoride tükenmişlik 4 ayrı evrede incelenmiştir. [27,28] Birinci evre idealistik şevk ve coşku evresi (enthusiasm) olarak adlandırılır ve bu evrede işe yeni başlayan bireyin işiyle ilgili beklentilerinin gerçeklik dışı olarak yüksek düzeyde olmasıyla beraber iş hayatındaki diğer birçok motivasyonun önüne geçmiştir. Birey bu evrede işinin yoğun şartlarına adapte olmaya çalışır ve kendi sosyal yaşamında zararlı hareketler pahasına işinde iyi olmak adına tüm enerjisiyle çalışır. Bireyin yüksek olan beklentileri karşılanmadıkça ve harcadığı enerji karşısında beklediği takdiri görmedikçe hayal kırıklığıyla beraber ikinci evre olan durağanlaşma evresine (stagnation) geçiş gözlenir. Bu ikinci evrede kişi daha öncesinde işiyle ilgili problem olarak görmediği gerçekleri görmeye başlar. Verdiği emek ve karşılığında yaşadığı hayal kırıklıkları sonucunda işiyle ilgili enerjisi azalmaya başladıkça iş dışı faaliyetlere ilgisi artmaya başlayıp, daha iyi bir yaşam için emek vermeye başlar, işinden uzaklaşmaya başlar. Bu aşamada insanlar kendilerini genelde “yolun sonuna gelmiş” olarak tanımlamaktadır. Bu aşamalardan geçen kişi bir süre sonra işinden uzaklaştıkça işle ilgili bu problemlerin ve kendi yaşadığı hayal kırıklıklarının düzelmeyeceğinin farkına varıp üçüncü evre olan hüsrans evresine (frustration) geçer. Bu evrede kişi işle ilgili

amaçladığı hedeflerini gerçekleştirme konusunda engellenmeye bağlı hüsrana duygusuna sahiptir. Bu süreçte tükenmişlik yaşayan kişi sağlıklı bir adaptasyon mekanizması geliştirerek tükenmişlikten kurtulabileceği gibi, tam tersi maladaptif bir mekanizmayla işinde yaşadığı problemleri daha fazla çalışarak çözeceğine inanarak tükenmişlik durumu daha ağır hale getirebilir. Böylece kişi son evre olan umursamazlık evresine (apathy) geçer. Birey bu evreyi engellenmeye karşı bir savunma mekanizması olarak geliştirmiştir ve sonucunda işinden kopma, umutsuzluk, duyarsızlaşma, hizmet verilen kişilere karşı aldırmaçlık geliştirmiştir. İşine sadece mecburiyetten devam etmektedir ve işiyle ilgili değişim yapabilme şansını kaybettiğini düşünmektedir. Hizmet verilen kişilere karşı olumsuz düşünceler yerleşmeye başlamış ve hizmet verilen kişinin bu negatif davranışları hak ettiği düşünceleri oluşmaya başlamıştır. [27,28]

Yapılan gözlemlerde yukarıda bahsedilen evreler net bir şekilde tanımlanmışsa da, yine aynı gözlemlere bağlı olarak bu aşamaların bahsedilen sırada olmadığı veya evrelerin hepsinin görülmediği olgular olduğundan da bahsedilmiştir. [27,28]

2.1.2.2. Pines Tükenmişlik Modeli:

Pines ve Aranson (1988)'a göre; bu modelde tükenmişlik “kişileri duygusal anlamda sürekli tüketen ortamların; kişiler üzerinde yol açtığı fiziksel, duygusal ve zihinsel bitkinlik durumu” olarak tanımlanmaktadır. [29] Pines'in 1980-1990'lı yıllarda öğretmenlerle yaptığı çalışmalarda tükenmişlik fenomeninin temelinde bireylerin varoluşsal olarak bir önem arayışlarının yattığı belirtilmiştir. [30] Kişinin içgüdüsel olarak “hayatta bir öneminin” olup olmadığını değerlendirirken karşılaştığı yoğun stres durumuna bağlı olarak fiziksel, sosyal, psikolojik olarak kaynaklarında tükenme nedeniyle bu durumun oluştuğu düşünülmüştür. Diğer çalışmacıların da daha önceki gözlemlerinde belirtildiği gibi tükenmişliğin temelinde etkenlerin büyük kısmının örgütsel elemanlara ait olduğu yapılan çalışmalarda Pines tarafından ortaya konmuştur. [29,30]

2.1.2.3. Pearlman ve Hartman Tükenmişlik Modeli:

1982 yılında ikisi de psikolog olan Pearlman ve Hartman kendilerinden önce tükenmişlikle ilgili yapılan çalışmaları derleyerek bir tanımlama ve model ortaya koymuştur. Önceki çalışmalarla

benzer olarak bu modelde de tükenmişlik; işyerindeki stres durumuna karşı verilen bir savunma mekanizması fenomeni olarak değerlendirilmiştir. Bu strese yanıtı belirleyen etkenler de hem kişisel, hem de sosyal ve örgütsel (işyeri alakalı) etkenler olarak gözlemlenmiştir. Pearlman ve Hartman'a göre tükenmişliğin strese yanıtta 3 alt boyutu mevcuttur; fiziksel kaynaklarda azalma, duygusal kaynaklarda azalma ve iş verimi-üretkenlikte düşüş ile duyarsızlaşmayı içeren davranışsal değişiklikler tükenmişliğin temel yansımaları olarak değerlendirilmiştir. [31]

Pearlman ve Hartman modelinde ayrıca tükenmişlik fenomeninin oluşması aşamasında dört farklı evre olduğundan bahsedilir. Bunlar da sırasıyla önce içinde bulunulan durumun strese yatkınlık derecesi (kişi ile işi arasında arz-talep dengesizliği), ikinci aşamada kişinin bu stresi algılamaya başlaması, üçüncü aşamada yukarıda bahsedilen strese yanıt durumlarının ortaya çıkmaya başlaması ve son aşamada da yoğun stres durumunun sonucu olarak tükenmişlik fenomeninin yerleşmesi olarak ortaya konmuştur. [31]

2.1.2.4. Maslach Tükenmişlik Modeli:

Günümüzde en çok kabul edilen tükenmişlik modeli kendisi bir psikolog olan Dr. Christina Maslach tarafından yapılan çalışmalarla ortaya konmuştur. Bu modelde diğer modellerden farklı olarak tükenmişlik fenomeni temelde 3 ayrı başlıkta incelenmiş ve bu başlıkların birbirlerinden farklı olmakla birlikte birbirleriyle ilişkili olduğu gösterilmiştir. [4] Maslach'a göre tükenmişlik; işi gereği yoğun bir şekilde insanlarla çalışmak zorunda olan bireylerde gelişen, kişinin işindeki yaşadığı problemler nedeniyle işine, hizmet verdiği kişilere ve kendi hayatına karşı edindiği olumsuz tutum ve davranışlardan oluşmaktadır. Tükenmişliğin 3 alt boyutu olarak da; duygusal tükenme (emotional exhaustion), duyarsızlaşma (depersonalisation) ve kişisel beceri-başarıda azalma (decrease in personal accomplishment) tanımlanmıştır. [4,22] Maslach bu 3 boyutu değerlendirmek amacıyla günümüzde (ve bu çalışmada) yaygın kullanılan "Maslach Tükenmişlik Envanteri" ni geliştirmiştir. [2]

Duygusal tükenme (emotional exhaustion) boyutu; kişinin işyerinde karşılaştığı problemler ve stres nedeniyle içsel enerjisini giderek yitirdiğini hissetmesiyle ortaya çıkan ve genellikle Maslach modeline göre tükenmişlik fenomenini başlatan boyut olarak ortaya konulmuştur. [22,24]

Yapılan çalışmalarda bu boyutun daha çok mesleği gereği insanlarla yoğun bir ilişki içinde olan bireylerde görüldüğü gözlemlenmiştir. Bu boyutta birey işinin gerektirdiği performansı gösteremediğini düşünür ve hizmet verdiği kişilerin duygusal beklentilerini karşılayamamaktan yakınmaya başlar. Bu enerji düşüklüğünün ümitsizlik ve mutsuzluğa sebep olarak kişinin duygusal tükenme aşamasında daha fazla alkol-madde kullanımına yönelmesine, daha fazla depresyon tanısı almasına sebep olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur. Duygusal tükenme boyutunun tüm bunların yanısıra kişilerin aile hayatına- sosyal yaşamına olumsuz etkileri olduğu, işe bağlılığı etkilediği, işe devam isteğini azalttığı, iş değiştirme oranlarını arttırdığı da daha önceki çalışmalarda gösterilmiştir. Bu boyut tükenmişlik fenomeninin üzerinde en çok çalışılmış boyutu olmasına rağmen tek başına tükenmişlik tanısı konulmasında yeterli olmadığı da önemle vurgulanmıştır. [22,24]

Duyarsızlaşma (depersonalisation) boyutu; bireyin çalıştığı yerde hizmet verdiği kişilere karşı geliştirdiği olumsuz, uygunsuz, soğuk-mesafeli ve küçümseyici davranış ve tutumlar olarak tanımlanmıştır. [22,24] Maslach'a göre bu boyut tükenmişlik fenomeninin en problemlili boyutudur, buna sebep olarak da duyarsızlaşma sonucunda edinilen olumsuz davranışlarının tükenmişlik yaşayan kişilerle ilgili yanlış bir "negatif" etikete sebep olabileceği ve bunun tükenmişliği daha çok besleyebileceği öne sürülmüştür. [22,24,32] Duyarsızlaşma boyutu, duygusal tükenme sonucu kişinin geliştirdiği bir savunma mekanizması olduğu düşünülmektedir. Kişinin duygusal olarak içsel kaynaklarını tükettiği boyutta diğer kişilerle ilgili problemleri çözmekte yetersiz kaldığını hissetmesine bağlı olarak o kişilerden kendini uzaklaştırma yoluna gider ve duyarsızlaşma sayesinde bu çözümleyemediği problemlerden uzaklaşmış olur. Yine hizmet verdiği kişilere yetemediğini düşünmesi nedeniyle o kişilerle ilgili uygunsuz olan (örneğin kara mizah, ya da o kişileri değersiz kılacak ifadeler gibi) davranışlarda bulunarak yetersiz kaldığı kişileri nesneleştirmiş olan birey böylelikle duygusal tükenmişliği azaltmış olur. [22,24,32]

Kişisel beceri-başarıda azalma (decrease of personal accomplishment) boyutu ise; duygusal ve fiziksel olarak tükenen ve sonrasında duyarsızlaşma yaşayan kişilerde giderek artan işinde yetersizlik hissi ile karakterize olan bir boyuttur. Bu boyut genelde yukarıda bahsedilen diğer iki boyutun sonucunda ortaya çıkmaktadır. Kişi hizmet verdiklerine karşı geliştirdiği olumsuz düşünceleri kendine yöneltmeye başladıkça, işinde yapması gerekenleri yerine getiremediğini

düşünmeye başlar ve sonucunda kişisel başarısızlık hissi geliştirir. Bu boyutta kişi ne yaparsa yapsın işinde asla başarılı olamayacağına dair bir fikre kapılmıştır. [22,24,32]

2.1.3. Tükenmişlik Sendromuna Neden Olan Faktörler:

Tükenmişlik sendromu işyerlerinde çalışan kişileri kısıtlayan ve verilen hizmetin kalitesinin düşmesine sebep olan istenmeyen bir olgudur. Bu sebeptendir ki tükenmişlik sendromunu önlemek adına sendromu ortaya çıkaran etkenlerle ilgili çeşitli çalışmalar yapıp nedenleri ortaya konmaya çalışılmıştır. İlk zamanlarda yapılan çalışmalarda kişisel etkenler ön planda suçlu görülse de özellikle Maslach'ın ve Cherniss'in çalışmaları sayesinde örgütsel veya işyeri alakalı faktörlerin tükenmişlik oluşumunda daha fazla etkisi olduğu anlaşılmaya başlanmıştır. [22,26]

2.1.3.1. Bireysel Düzeyde Demografik ve Psikososyal Faktörler:

Bireysel faktörler olarak değerlendirildiğinde kişi ile ilgili hem demografik veriler hem de psikososyal faktörler devreye girmektedir. [24,32] Bu faktörlerden bazıları tükenmişliğe zemin hazırlarken bazı faktörler de tükenmişlik gelişme riskini azaltıcı etkileri mevcuttur. Bunlardan bazıları; cinsiyet, yaş, eğitim, medeni durum, iste çalışma süresi, sosyal destek, kişilik özellikleri ve işten beklentiler olarak gözlemlenmiştir. Tükenmişlik; yapılan çalışmalarda bireysel bir sorun olarak ortaya konulmuştur, ayrı işyerinde çalışan kişilerin birinde gözlenirken diğerinde gözlenmeyebilmektedir. Bu sebeple tek başlarına tükenmişlik sebebi olarak kabul edilmeseler de örgütsel etkenlerle birleşince bireysel faktörlerin önemli olduğu birçok çalışmada vurgulanmıştır. [33,34]

Aynı meslekte çalışmakta olan kadın ve erkekler arasında tükenmişlik boyutları farklı düzeylerde görülmüştür. Maslach ve Jackson'ın 1981 yılında ve Türkiye'den Ergin'in 1993 yılında yaptığı farklı çalışmalarda duygusal tükenme boyutunun kadınlarda, diğer iki boyutun da erkeklerde daha çok görüldüğü bildirilmiştir. [33] Diğer bir önemli faktör olan yaş incelendiğinde ise işe başlanan ilk yıllarda beklentilerin ve hevesin daha yüksek olmasıyla alakalı olarak daha genç bireylerde daha fazla tükenmişlik olduğu gözlemlenmiştir. Bunun yanında kişisel başarıda

azalmanın yaş arttıkça daha fazla görüldüğü gözlemlenmiştir, buna sebep olarak işyerinde daha uzun yıllar çalışmaya bağlı olduğu düşünülmüştür. [33,34] Eğitim düzeyi de kişilerin yaşadığı tükenmişliği etkileyen önemli bir faktördür. Yapılan çalışmalarda eğitim düzeyi arttıkça tükenmişlik düzeyinin arttığı gözlemlenmiş, bunun sebepleri olarak hem daha eğitilmiş kişilerin stresli durumlarla karşılaşma riskinin daha yüksek olması hem de kişilerin eğitim düzeyindeki artışa bağlı olarak işten beklentilerinin de daha yüksek olması gösterilmiştir. [33,35]

Yukarıda belirtilen demografik özelliklerin yanı sıra sosyal faktörler de büyük rol oynamaktadır. Kişinin işteki sıkıntılarını paylaşabileceği doyumsuz bir aile ortamı olması ve sosyal destek olarak dostlarının olması kişiyi tükenmişlikten koruyan faktörler olarak değerlendirilmiştir. Yine kişinin medeni durumu da önemli faktördür, yapılan çalışmalarda bekar veya boşanmış olan kişilerde duygusal tükenme daha çok görülmüştür. [33,35]

Bu grubun içinde son olarak psikolojik faktörler yer alır ve bireyin kişilik özellikleri ile etkilenişini içeren özelliklerden oluşur. A tipi kişilik yapısı (rekabetçi, kendini işine adanmış, sürekli zaman endişesi duyan, aceleci), nevroitik ve endişeli kişilik, yapılan çeşitli çalışmalarda tükenmişlik sendromu ile ilişkilendirilmiştir. [33,35]

2.1.3.2. Örgütsel Faktörler:

Tükenmişlik sendromuyla ilgili yapılan birçok çalışmada örgütsel veya işle ilgili faktörlerin etkisinin bireysel etkenlerden daha ön planda olduğu gözlemlenmiştir. [34] Maslach ve Leiter'in 1997 yılında yaptığı çalışmada kişilerin çalışma koşullarının tükenmişlikle ilişkilendirildiği faktörler 6 alt başlıkta incelenmiştir: iş yükü, kontrol, ödüller, aidiyet, adalet ve değerler. [39]

İş yükü; belirli bir zamanda yapılan ve kalite açısından belli bir beklentide olunan iş miktarı anlamına gelmektedir. Örgütsel açıdan işyerinin verimliliği anlamına gelirken, birey için de yapılması gereken işte harcanan zaman ve enerji miktarıyla ilişkilidir. Yapılan işin kişinin

harcayabileceğinden fazla enerji istemesi, iş ile kişi arasındaki uyumsuzluk tükenmişliğin en önemli nedenlerinden biridir. Ayrıca iş ile kişinin beceri-tutum-kişilik özellikleri arasındaki uyumsuzluk arttıkça tükenmişlik de benzer oranda artmaktadır. [33,34,39]

Kontrol; kişinin çalıştığı işle ilgili karar alabilmesi, işle ilgili kaynakları kontrol edebilmesi, sorun çözebilme yetisini içermektedir. Kontrolle ilgili uyumsuzluk genel olarak kişinin işinde yeterince özgür kararlar verememesi, işindeki problemleri kontrol etmede yeterince yetkisinin olmaması durumlarında görülmektedir ve bu da kişinin azalmış kişisel başarısı boyutunda yansıma bulur. [33,39]

Ödüller; kişinin iş hayatında elde ettiği başarılar ve verdiği hizmet dolayısıyla iş ortamında kazandığı maddi ve manevi tüm onaylamaları ve kazanımları içerir. Örneğin çalıştığı iş karşısında kazandığı maaşın yetersizliği kişinin yeterince takdir edilmediği düşüncesini besleyeceğinden tükenmişliğe ortam sağlayabilmektedir. Bunun yanı sıra kişinin verdiği emek ve elde ettiği başarıların iş yerindekiler tarafından göz ardı edilmesi ve gereken sosyal onaylamanın olmaması durumu da tükenmişliğin kişisel başarı alt boyutunu olumsuz olarak etkileyebilir. [33,39]

Aidiyet; kişilerin çalıştıkları işe ve iş yerindeki diğer çalışanlara olan bağlanma duygusu ve o kişilerle yakın ilişki kurma isteğini yansıtmaktadır. Bu ihtiyaç; insanların sosyal varlıklar olması nedeniyle bir gruba ait olma, diğer kişilerce kabul görme- takdir edilme, iş yerindeki diğer kişilerle düzgün ilişkiler kurma isteği ile ilişkilidir. [40] Bu gereksinimler karşılandığı zaman kişinin işiyle ilgili sosyal yönden doyum sağlamasına neden olacağından tükenmişliğin daha az olmasını sağlar. Birey aynı işte çalışan diğer arkadaşlarının da benzer durumlar karşısında benzer tepkiler verdiğini ve benzer duygular yaşadığını öğrendikçe, kendini daha güvende hisseder ve yalnız olmadığını görerek daha az tükenmişlik belirtileri gösterir. Yapılan çalışmalarda kişinin çalışma hayatında tek başına elde edemediği başarı ve tecrübeleri bir grup içerisinde çalışarak daha fazla elde edebildiğini göstermiştir. Aidiyet açısından uyumsuzluk; iş yerindeki kişiler arasında kronik süreçte gelişen ve çözüme ulaştırılamayan problemler nedeniyle olmakta, bunun sonucunda ise kişi hem iş yerindeki kişilere karşı hem de işe karşı olumsuz duygular geliştirerek tükenmişliğin sürecine katkıda bulunmaktadır. Aidiyet açısından uyumsuzluğun tükenmişlik sendromunun duygusal tükenme ve duyarsızlaşma alt boyutlarına katkı sağladığı gözlemlenmiştir. [33,39,40]

Adalet kavramı; bir örgüt içerisinde çalışan herkesin tutarlı ve eşit haklara sahip olması ve eşit kurallara maruz kalmasıyla alakalıdır. Örgütsel adalet kavramı da o örgüte mensup kişilerin örgüt kurallarının doğruluğu ile ilgili düşüncelerini kapsamaktadır. Bu faktörün temelinde Adams'ın "Eşitlik teorisi" yatmaktadır, bu teoriye göre kişiler işleri için sarf ettikleri gayreti ve elde ettikleri sonuçları aynı iş yerinde çalışan diğer kişilerle karşılaştırma eğilimindedir. Adalet kavramında uyumsuzluk durumunda kişi iş yerinde diğer kişilere kıyasla haksızlığa uğradığı hissini geliştirir. Örgütsel adaletsizlik içerisinde; iş yerinde güçlü kişiliklerin lehinde kararlar alınması, üst yönetim tarafından yapılan değerlendirilme ve terfilerin yerinde ve eşit yapılmaması kavramları da yer almaktadır. Bu adaletsizliğin bireylerin üzerinde iki etkisi olmaktadır, birinci etki olarak yaşanan haksızlık karşısında çaresiz hisseden birey duygusal tükenmişlik yaşayabilir ve ikinci olarak da bu eşitsizliğin sebebi olarak gördüğü iş yerindeki diğer bireylere ve işine karşı duyarsızlaşma geliştirebilmektedir. [39,40]

Değer; kavramsal olarak belirli bir davranış şeklinin veya yaşama amacının diğerlerine göre daha üstün ve daha çok istenilen davranış olduğu yönündeki tutarlı ve derin inanış olarak tanımlanmıştır. [40] Örgütsel değerler; iş yerinde çalışılan kişilerle yaşanan deneyimler, iş yerinin misyonu ve vizyonu ile alakalı deneyimlerle öğrenilen örgütsel kültürle alakalı kavramlardır. Kişilerin iş yerindeki diğer kişilerle kurduğu ilişkilerin temelinde hem bireysel hem de örgütsel değerler yatmaktadır ve bu değerler, kişilerin işleriyle ilgili beklentilerini ve motivasyonlarını da kapsamaktadır. Hem çevreyle ilişkilerle oluşurlar, hem de toplumsal olarak sahip olunan değerlerden etkilenirler. Değerler konusundaki uyumsuzluk; kişilerin işlerinden beklentileriyle örgüt yapısındaki bazı özelliklerin ters düşmesiyle alakalıdır. Örneğin; örgütün iş yerindeki çalışanlara karşı olan tutumu, iş yerinde sunulan hizmetler veya dış dünyayla olan etkileşim yetersizliği değerler konusundaki bazı örnekler olarak sayılabilir. [33,34,39,40]

Bu 6 alandaki örgütsel faktörler; tükenmişlik fenomenine sebep olabilecek örgütün ortaya çıkardığı problemleri kavramsallaştırmak adına oluşturulmuş bir tanımlamadır. Böylelikle tükenmişliği önlemek adına konuya bütünsel açıdan bakılabilecek ve sistematik çözümler üretilebilecektir. Burada bahsedilen 6 alt başlık haricinde de örgütsel faktörler çeşitli çalışmalarda gösterilmiştir. Bunlardan bazıları; *örgüt içindeki çatışma durumları, örgüt kararlarına katılma*

durumu, iş yerindeki çalışma saatleri uzunluğu, iş yerinin yeterince sosyal destek sağlayamaması, rol çatışmaları veya belirsizlikleri, çalışma alanının fiziksel yetersizliği, iş güvenliğinin eksik oluşu, yapılan işin standardizasyon problemi olması vb. olarak sayılabilir. [40]

2.1.4. Tükenmişlik Sendromuyla İlişkili Görülen Belirtiler:

Tükenmişlik fenomeninde en önemli basamaklardan biri ilk olarak tükenmişlik sendromunu tanımak ve kimlerin tükenmişlik ile karşı karşıya kaldığını anlayabilmektir. Bu amaçla tükenmişlikle ilgili zaman içerisinde birçok çalışma yapılmış ve birçok farklı belirti tanımlanmaya çalışılmıştır. Tükenmişlik belirtileri genel olarak fizyolojik, psikolojik ve davranışsal belirtiler olarak sınıflandırılmıştır. [1,41]

Fizyolojik belirtiler; kronik yorgunluk hissi, halsizlik, tekrarlayan hastalanma, enerji kaybı, uyku problemleri, kronik baş ağrısı, gastrointestinal yakınmalar, somatik bozukluklar, nefes darlığı, göğüs ağrısı vb. olabilmektedir. Ayrıca tükenmişlik sendromu geçiren bireylerde kardiyovasküler hastalık insidansında artış olduğu da gözlemlenmiştir. [41,43]

Psikolojik belirtiler; duygusal bitkinlik, kronik bir sinirlilik hali, çabuk öfkelenme, motivasyon eksikliği, zaman zaman bilişsel becerilerde güçlükler yaşama, hayal kırıklığı, çökkün duygu durumu, anksiyete, huzursuzluk, sabırsızlık, benlik saygısında düşme, değersizlik hissi, kendini soyutlanmış hissetme, eleştiriye aşırı duyarlılık, karar vermekte yetersizlik, apati, boşluk ve anlamsızlık hissi, ümitsizlik vb. içermektedir. [1,33,41,42,43]

Davranışsal ve zihinsel belirtiler ise; ani tepkisellik ve eleştiriye aşırı duyarlılık, sinirlilik, sabırsızlık, kurallar konusunda katılık, alınganlık, sürekli hatalar yapma, işe geç gelme, işle ilgilenmek yerine başka şeylerle vakit geçirme, izinsiz veya hastalık nedeniyle işe gelmeme, verilen hizmetin kalitesini bilinçli olarak veya bilinçsiz bir şekilde düşürme, yapılan işle ilgili alaycı tavırlar sergileme, sürekli bir savunma ve suçlama hali, inkâr etme, rasyonelleştirme, çevre ile ilişkilerde bozulmalar vb. içermektedir. [1,33,41,43]

2.1.5. Tükenmişlik Sendromu Prevalansı, Önemi ve Sonuçları:

Tükenmişlik sendromu ile yapılan çalışmaların farklı yöntemler ve ölçekler kullanılarak yapılması ve tükenmişlik kavramının üzerinde çeşitli farklı teoriler olması sebebiyle prevalans belirlemek zor olmaktadır. Yapılan bazı çalışmalarda tüm mesleklerde yaklaşık %30 ile %40 arasında değişen sıklıklarda tükenmişliğin özellikle duygusal tükenme alt boyutu görüldüğü ortaya konmuştur. [44,45] Meslekler açısından bakıldığında en fazla tükenmişlik oranının görüldüğü gruplar arasında sağlık alanında çalışan doktorlar ve hemşirelerin olduğunu saptayan çalışmalar mevcuttur. Amerikalı cerrahlarla yapılmış bir çalışmada; %32'sinde duygusal tükenme, %13'ünde duyarsızlaşma ve yaklaşık %4'ünde düşük kişisel başarı hissi boyutlarında tükenmişlik olduğu saptanmıştır. [7,46,47]

Tükenmişlik sendromu günümüzde çalışan nüfusun yaklaşık 1/3'ünü etkilemesi nedeniyle büyük bir öneme sahiptir. [2,36] Birçok insanın işlerinden soğuyup, yeterli enerji verememeleri sebebiyle tükenmişlik sendromu hem bireyi hem de örgütleri etkileyen bir olgudur. Bu sebeple tükenmişliğin bireyler ve örgütsel sonuçları büyük öneme sahiptir.

Tükenmişliğin bireyler üzerine birçok sonucu olduğu yapılan çalışmalarda gözlemlenmiştir. İşinden büyük beklentileri olan kişilerin yeterli tatmin bulamamasından dolayı olumsuz his ve düşüncelere sahip olması nedeniyle daha çok psikolojik rahatsızlıklar görüleceği yönünde bulguları olan çalışmalar mevcuttur. [2,36] Bazı araştırmacılara göre tükenmişlik tek başına bir psikolojik rahatsızlık olarak kabul edildiği gibi tükenmişliğin diğer psikolojik durumlara yol açacağı yönünde yaygın düşünceler de mevcuttur. Tükenmişlik durumu, bireyi etkilediği gibi aynı zamanda o bireyin mensubu olduğu aileyi ve sosyal çevreyi de etkilemektedir. [18,32,36] Kişinin iş yerinde yaşadıkları sonucunda edindiği olumsuz düşünceler ilk zamanlarda iş yeriyle sınırlıyken zaman içerisinde bu olumsuz düşünceler hayatın geneline yansımaya başladıkça kişinin insanlar arası ilişkilerine ve sosyal yaşamına aile yaşantısına da yansımaktadır. Aile içindeki bireyler tükenmişlik yaşayan kişiden yeterince destek ve ilgi göremediklerini düşündükleri için kişiyi suçlamaya başlarlar ve bu durum da kişinin tükenmişliğini daha da artırır. [18] Bunun yanı sıra tükenmişlik sendromu yaşayan kişilerde daha fazla alkol-sigara kullanımı ve madde bağımlılığı olduğu gözlemlenmiştir. Kronikleşen yorgunluk ve gerginlik; soğuk algınlığı gibi

rahatsızlıklara yakalanma olasılığını, psikosomatik şikayetleri arttırmakta ve bu tip rahatsızlıkların uzun süre atlatılmamasına neden olmaktadır. [2,4,32,36]

Tükenmişliğin birey üzerine olan etkileri kadar örgüt üzerine olan sonuçları da önemlidir. Tükenmişlik sonuçları ilk başta bireysel düzeyde görülmesine rağmen zaman içerisinde bireysel boyutları aşan tükenmişlik örgüte de çeşitli zararlar vermeye başlar. [18] Kişinin işiyle ilgili yaşadığı olumsuz duygu ve düşünceler sonucu işine olan isteği ve bağlılığı azaldıkça, kişinin iş yerindeki verimliliği düşmektedir. Bu da hizmet verilen kişilere daha düşük kalitede hizmet verilmesine sebep olduğu gibi örgüte de maliyet açısından büyük yükler getirmektedir. Yine tükenmişliğin sonucu olarak çalışanların işten kaçınma davranışlarında bulunması örgütün insan gücünü azaltmakta ve verimliliği düşürmektedir. Ayrıca yapılan çalışmalarda iş yerindeki düşük enerjili çalışanların olumsuz his ve düşünceleriyle diğer bireyleri de etkileyerek adeta bulaşıcı bir şekilde tükenmişliğe sebep olduklarını gösteren bulgulara rastlanılmıştır. Tükenmişlik sürecinin sonucu olarak bireylerin çalıştıkları işleri bırakma oranları arttığından, alanında uzman kişilerin kaybına bağlı olarak hem örgüt ekonomisi hem de ülke genelinde ekonominin üzerinde negatif bir yük oluşmaktadır. [18]

Sağlık alanında çalışan birçok meslek grubunda tükenmişlik sendromunun daha fazla görüldüğüne dair çeşitli yayınlar bulunmaktadır. [8,46,47,48] Bunun çeşitli sebepleri olmakla birlikte; sağlık çalışanlarında yüksek beklenti, mükemmeliyetçilik gibi tükenmişliğe yatkınlık sağlayabilecek kişilik özelliklerinin bulunmasının yanında, daha yüksek riskli bir gruba hizmet verilmesi, hata payının az olması, çalışanlardan duygusal ve iş yükü açısından hastane yönetimlerinin beklentilerinin yüksek olması da sebepler arasında sayılabilir. Amerikalı cerrahlarla ilgili yapılan bir çalışmada, tıbbi hata oranlarının tükenmişlikle ilişkili olduğu ve yapılan anketlerde hizmet verilen kişilerin de hataların %50'sini doktorların tükenmiş olmasına bağladığı görülmüştür. Ayrıca hastanede verilen hasta bakımı kalitesinin de tükenmişlik sendromu ile doğrusal oranda düştüğü çeşitli çalışmalarda gözlemlenmiştir. [8,48]

2.1.6. Tükenmişlik Sendromu ile Başa Çıkma Yöntemleri:

Tükenmişlik sendromunun önemli bir iş yükü kaybı ve toplumsal olarak belirli öneme haiz bireylerin toplumdan kopmalarına neden olan bir fenomen olması nedeniyle başa çıkma yöntemleri de tanımak kadar önemli bir konu olarak hep çalışılmıştır. Bu yöntemler iki grupta incelebilmektedir.

2.1.6.1. Bireysel Boyutta Başa Çıkma Yöntemleri:

- Tükenmişlikle ilgili bilgi sahibi olmak
- Çalışılan işle ilgili bilgi sahibi olup, yetki ve sorumlulukları net bir şekilde algılayarak uygun iş seçimi yapmak
- İş yerindeki molaları iyi değerlendirmek, 10-15 dakika da olsa işten uzaklaşıp nefes almak
- Fiziksel bir egzersiz programına katılmak
- İş dışı faaliyetler, hobiler edinmek
- Özellikle sağlık çalışanları için hastalara yaklaşırken daha profesyonel düşünme becerisi kazanmak
- İş yeri dışında sosyal destek oluşturabilme, iş ile sosyal hayatı ayırıştırabilmek
- Sigara, alkol, keyif verici madde kullanımı gibi durumlardan uzak durmak. [19,36,39]

2.1.6.2. Örgütsel Boyutta Başa Çıkma Yöntemleri:

- İşe ilk başlayan kişilere alışma süresi verilmesi ve işi uyum sağlanması için ön eğitim verilmesi
- Çalışanların kişilik özelliklerinin değerlendirilmesi
- İş yerindeki rol ve sorumluluk dağılımının net ve adil bir şekilde yapılandırılması
- Çalışanlara tükenmişlik ve başa çıkma yollarıyla ilgili hizmet içi eğitim verilmesi
- Tükenmişlik saptanan kişiye uygun desteğin sağlanması ve mümkünse çalıştığı yerden bir süreliğine uzak kalmasının sağlanması
- Belli bir kişinin sürekli aynı yerde aynı konumda çalışmasının önlenmesi, kurum içi rotasyonların sağlanması

- Çalışma saatlerinin başlangıç ve bitişleri net bir şekilde belirlenmesi, uzun süreli çalışılması gerektiğinde vardiya usulüne göre çalışılması, özellikle hekimlik gibi yoğun nöbetlerin olduğu mesleklerde nöbet ertesi dinlenme olanağının sağlanması
- Tükenmişlik yaşayan kişilerin deneyimlerini ve yaşadıklarını anlatabileceği platformların yaratılması
- Kariyer planlanmasının sağlanması
- Hizmet eğitimlerinin belirli aralıklarla tekrarlanması
- Kurum içi etkin bir ödüllendirme sisteminin oluşturulması, maaşların düzenlenmesi
- Fiziki çalışma koşullarının güvenli ve konforlu olmasına dikkat edilmesi
- Çalışan sayısının yeterli düzeyde olmasına dikkat edilmesi
- Hekimlerde mesai saatlerinin tümünün hasta ile yüz yüze çalışılarak geçirilmediğinden emin olunması, eğitim ve araştırma saatlerinin sağlanması
- Kurum içindeki bireyler arasındaki ilişkinin sağlıklı yürüdüğünden emin olunması. [19,36,37]

2.2. İŞ DOYUMU

2.2.1. İş yeri doyumunu kavramı ve ilgili teoriler:

İş yeri doyumunu, iş doyumunu, iş tatmini gibi farklı isimlerle anılan kavram; çalışan bireyin işiyle ilgili sahip olduğu olumlu tutum-davranış-düşünceler ve işten olan beklentilerle elde ettikleri arasında uyumu içermektedir. [49,50,51]

İş tatmini kavramına ilişkin literatürde yer alan kabul görmüş tanımlar arasında Lawler (1973), Locke (1976) ve Spector (1997)'un tanımlamaları önemlidir. Lawler (1973) iş tatminini “çalışanın işi karşılığında elde etmesi gerektiğini düşündükleri, beklentileri ve gerçekten elde ettikleri arasındaki fark olarak” ifade ederken, Locke (1976) ise “işin değerlendirilmesi sonucunda hissedilen olumlu duygusal durum ya da memnuniyet” olarak belirtmiştir. Benzer bir tanım

Spector tarafından yapılmış olup iş tatmini, “insanların işlerinden hoşnut olmasının ya da hoşnut olmamasının ölçütü” olarak belirlenmiştir (Spector, 1997). [50,52,53]

İş doyumunu hem birey hem de örgüt açısından önemlidir. İş doyumunu gerçekleştiren kişiler işlerine olan bağlanma ve olumlu düşünceler sayesinde daha verimli bir çalışma gösterebilecekleri için örgüte de bu anlamda büyük katkıları olmaktadır. [49,51]. İş doyumunu gerçekleştiren bireylerde hayatın diğer alanlarındaki memnuniyet duygusu da beraberinde geleceğinden daha sağlıklı bir hayat sürülmesine onay sağlamaktadır.

2.2.2. İş doyumunu etkileyen faktörler:

İş doyumunu etkileyen birçok faktör bulunmaktadır. Bunlar içinde bireysel faktörler olduğu gibi örgütü ilgilendiren faktörler de söz konusudur. [16,54]

Bireysel faktörler arasında; cinsiyet, yaş, kişilik, unvan, eğitim vb. gibi faktörler yer almaktadır. Yapılan çeşitli çalışmalarda cinsiyetin bazı durumlarda iş doyumunu etkilediği, bazı çalışmalarda arada farkın olmadığı görülmüş. Yaş açısından değerlendirildiğinde de iş doyumunun U paterni gösterdiği ortaya konmuştur. Bu paterne göre işe yeni başlayan genç bireylerde iş doyumunu yüksek iken; zamanla yaş ilerledikçe aynı işi yapmanın verdiği bıkkınlık ve yorgunlukla kişilerde iş doyumunun azalmaya başladığı ve en son da yıllar sonunda verilen çabalarla elde edilen kazanımlardan razı olunması sonucunda yeniden iş doyumunun arttığı gözlemlenmiştir. Kişilik olarak öfkeli, kolay sinirlenen, diğer kişilerle iletişim kurmakta zorlanan bireylerde doyumun daha az olduğu görülmüştür. Yapılan çalışmalara göre eğitim düzeyi arttıkça doyumun daha yüksek olduğu bulunmuştur. Yine aynı şekilde kişiler işlerinde ilerleyip unvan ve statüleri arttıkça doyumun arttığı görülmüştür. [16,53,54]

Örgütsel olarak iş doyumunu belirleyen birçok faktör bulunmaktadır. Bu faktörlerin içinde en önemlilerinden biri alınan ücrettir. Çeşitli çalışmalarda gösterilmiştir ki; kişinin gelir düzeyi arttıkça iş doyumunu da benzer oranda artmaktadır. İş doyumunda yapılan işin niteliği de oldukça önemlidir. Fazla yetenek ve eğitim gerektiren işlerle hiç yetenek gerektirmeyen işlerde çalışan

bireylerin genelde doyum düzeyleri düşük olarak gözlemlenmiştir. Bu sebeple iş doyumunu açısından bireyin işi için tüm beceri ve yeteneklerinin kullanılmasına teşvik edilmesi ve gerekli eğitimlerin bireye verilmesi doyumunu oldukça etkileyen faktörlerdir. Bunların dışında iş yerinin güvenliği, çalışma ortamındaki kişilerle olan ilişkiler, işte terfi etme şansı da diğer önemli faktörler arasında yer almaktadır. [54,55]

2.2.3. İş doyumunu ve Tükenmişlik sendromu ilişkisi:

Yapılan birçok gözlemlerde tükenmişlik kavramı ile iş doyum kavramı birbirinden tamamen ayrılmış kavramlar değildir. Bir birey tükenmişliği sonucu işinden memnuniyetsizlik geliştirebildiği gibi, işini sevmesine rağmen tükenmişlik sonucu işinde yetersiz hissedebilmektedir. Birey işi için tasarladığı hedeflere ulaşamıyorsa iş konusunda tatminsiz olacaktır, bu tatminsizlik yanında kendine ve çevresine karşı olumsuz tutum ve davranışları benimseyip yetersizlik hissi de eklendiğinde tükenmiş de olmaktadır. [58,59,73]

Literatürdeki çalışmalar incelendiğinde tükenmişlik fenomeninin en iyi tahmin edicisinin iş doyumsuzluğu olduğunu gösteren yayınlar mevcuttur. Tüm bunlara rağmen araştırmacılar; iş doyumsuzluğunun tükenmişliğin bir sonucu mu olduğu ya da iş doyumsuz olmanın kişileri tükenmişliğe yatkınlık sağlayıcı bir faktör mü olduğu konusunda henüz fikir birliğine varmış değillerdir. İş doyumunu ve mesleki tükenmişlik ilişkisinin bir boyutunda, işe yeni başlama aşamasında sahip olunan güzel olumlu duyguların zaman içerisinde tükenmişliğe bağlı yerini olumsuz tutum ve davranışlara bırakması da söz konusudur. Tükenmişliği iş doyumsuzluğundan ayıran en önemli özelliklerinden biri de iş yeri ilişkili strese karşı verilen negatif psikolojik bir yanıt olarak değerlendirilmesidir. Zaman içerisinde hem hemşirelerle hem de hekimlerle yapılmış çeşitli çalışmalarda tükenmişlik alt boyutlarından duygusal tükenme ve duyarsızlaşma ile iş doyumunu arasında negatif bir ilişki olduğu, kişisel başarı boyutunda da pozitif bir ilişki olduğu gösterilmiştir. [56,57,59,73]

3. MATERYAL VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın tipi:

Mevcut araştırma; Hacettepe Üniversitesi Erişkin ve Onkoloji hastanelerinde çalışmakta ve eğitim görmekte olan araştırma görevlisi doktorlarda tükenmişlik sendromu ve iş doyumu oranları ile arasındaki ilişkinin değerlendirildiği tek merkezli, müdahalesiz kesitsel olarak yapılan tanımlayıcı bir çalışmadır.

3.2. Araştırmanın yeri, evreni ve tarihi:

Araştırma; Hacettepe Üniversitesi Erişkin ve Onkoloji hastanesinde eğitim görmekte ve çalışmakta olan araştırma görevlileri kapsamında 11/2018- 04/2019 tarihleri arasında yapılmıştır.

Araştırma görevlilerinin seçildiği uzmanlık alanları;

1) Dahili bilimler:

- İç Hastalıkları
- Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon (FTR)
- Dermatoloji
- Acil
- Nöroloji
- Halk Sağlığı
- Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji
- Göğüs Hastalıkları
- Radyasyon Onkolojisi

2) Cerrahi bilimlerden:

- Nöroşirurji
- Genel Cerrahi
- Ortopedi
- Göz Hastalıkları

- KBB
- Üroloji
- Kadın Hastalıkları ve Doğum,
- Göğüs Cerrahisi
- Kalp ve Damar Cerrahisi
- Plastik ve Rekonstruktif Cerrahi

Belirtilen bölümlerde o sırada aktif olarak çalışmakta olan ve araştırmaya katılmayı kabul eden toplam 206 araştırma görevlisi doktor çalışmaya dahil edilmiştir.

3.3. Araştırmaya dahil edilme ve araştırmadan dışlanma kriterleri:

Araştırmaya dahil edilme kriteri olarak belirtilen tarihler arasında ilgili bölümde aktif olarak çalışan doktorlar kabul edilmiştir. Dışlanma kriteri bulunmamaktadır. Araştırma görevlilerine toplam 230 anket verilmiştir ve 202'si geri alınmıştır. Geri dönüş oranı %87,82 olmuştur. Araştırmanın yapıldığı sürece boyunca izinli olan, askeri görevini yapmakta olan veya yoğunluk nedeniyle ulaşılamamış araştırma görevlileri dahil edilememiştir.

3.4. Araştırma örneklem boyutu hesabı:

Örneklem boyutu hesabı için 11/2018-03/2018 tarihleri arasında pilot çalışma yapılmıştır. 90 araştırma görevlisi doktoru içeren pilot çalışmadan elde edilen tanımlayıcı istatistiklerin yardımıyla yapılan hesaplamalar sonucunda; araştırmada %95 güven düzeyinde %90 güç ile 2 ana dal (cerrahi ve dahili) duygusal tükenmişlik ortalamaları arasında istatistiksel anlamlı bir fark en az 45 genişliğinde örneklem seçildiğinde (toplam 90) bulunacaktır. (Örneklem genişliği PASS 11 programı kullanılarak hesaplanmıştır.)

3.5. Araştırmanın etik kurul onayı:

Çalışma için Hacettepe Üniversitesi Bilimsel Araştırmalar Değerlendirme Komisyonu'nun onayı alınmıştır (Onay Tarihi: 18/12/2018, Proje No: GO 18/1021) (**EK-1**). Araştırma görevlilerinden anket ile beraber aydınlatılmış onam alınmıştır (**EK-2**).

3.6. Araştırmanın Yöntemi:

3.6.1. Araştırmanın değişkenleri:

Araştırmanın bağımlı değişkenlerini araştırma görevlilerinin tükenmişlik anketinden elde edilen üç alt boyuttaki (duygusal tükenme, duyarsızlaşma, kişisel başarıda azalma) puanlar ve iş doyumunu anketinden elde edilen üç alt boyuttaki (içsel doyum, dışsal doyum, genel doyum) puanlar oluştururken; bağımsız değişkenleri sosyodemografik veriler oluşturmaktadır.

3.6.2. Araştırmanın veri toplama formları ve anketler:

3.6.2.1. Sosyodemografik veri formu:

Doktorların sosyodemografik verilerini toplamak amacıyla önceki çalışmalar incelenerek 18 soruluk bir veri formu oluşturulmuştur. (**EK-3**) Bu formda cinsiyet, yaş, medeni durum, branş, asistanlıktaki çalışma yılı, aylık nöbet sayısı, günlük çalışma süresi, mesleği isteyerek seçip seçmeme durumu, aynı mesleği yeniden yapma durumu, hekimlikle ilgili-hekimlik dışı ek iş yapma durumu, alkol-sigara-madde kullanımı, sigara başlama yaşı, ek bir komorbidite varlığı, ilaç kullanımı- kullanılan ilaç isimleri, hekimlik mesleğine devam durumu sorgulanmıştır.

3.6.2.2. Maslach Tükenmişlik Ölçeği:

Maslach Tükenmişlik Ölçeği 1981 yılında Maslach ve Jackson tarafından geliştirilmiştir. [2] Tükenmişlik düzeyini ölçmek için kullanılan Maslach Tükenmişlik Ölçeği (MTÖ), 5 dereceli (0: Hiçbir zaman, 1: Çok nadir, 2: Bazen, 3: Çoğu zaman, 4: Her zaman) likert tipi bir ölçektir [62,63]. “Duygusal Tükenme” (Emotional Exhaustion), “Duyarsızlaşma” (Depersonalization) ve “Kişisel Başarı” (Personel Accomplishment) olmak üzere üç boyuttan ve toplam 22 maddeden oluşmaktadır (**EK-3**). Bu maddelerden 9’u duygusal tükenmeyi (DT), 5’i duyarsızlaşmayı (DY), 8’i de kişisel Başarıyı (KB) ölçmek için kullanılmaktadır. [2,36,40,62] Ölçekte bulunan (1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20) numaralı 9 madde duygusal tükenme, (5, 10, 11, 15, 22) numaralı 5 madde duyarsızlaşma ve (4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21) numaralı 8 madde kişisel başarı hissi alt ölçeğine ait puanların hesaplanmasında kullanılır. [2] Alt ölçek puanları duygusal tükenme ve duyarsızlaşma

için “0: Hiçbir zaman, 1: Çok nadir, 2: Bazen, 3: Çoğu zaman, 4: Her zaman” şeklinde, kişisel başarı için tersine puanlanmaktadır (hiçbir zaman:4, her zaman: 0). Bu puanların toplanması ile DT için 0-36, DY için 0-20 ve KB için 0-32 arasında değişen puanlar elde edilmektedir. [36,40,62]

Tükenmişlik düzeylerinin her bir alt boyut için değerlendirilmesinde kullanılan değerler tablo 1’de verilmiştir. [62,73]

Tablo 1. Maslach Tükenmişlik Ölçeği Alt Boyut Puanlandırma Değerleri

Alt boyut	Yüksek	Orta	Düşük
Duygusal tükenme	≥ 18	12-17	0-11
Duyarsızlaşma	≥ 10	6-9	0-5
Kişisel Başarı	0-21	22-25	≥ 26

MTÖ değerlendirilirken; tükenmişliği yüksek olan bireylerde duygusal tükenme ve duyarsızlaşma puanlarının yüksek, kişisel başarı puanının düşük olması beklenmektedir. Tükenmişlik sendromunun (TS) orta düzeyi, her üç alt ölçekteki orta düzeyi yansıtmaktadır. TS’nin düşük düzeyi, DT ve D alt ölçeğindeki düşük, KB alt ölçeğindeki yüksek puanları yansıtmaktadır. (Tablo. 2) [35,62,73]

Tablo. 2 Tükenmişlik Sendromu Düzeyi Değerlendirme Tablosu

Tükenmişlik sendromunun düzeyi	Duygusal Tükenme Puanı	Duyarsızlaşma puanı	Kişisel Başarı puanı
Düşük	Düşük	Düşük	Yüksek
Orta	Orta	Orta	Orta
Yüksek	Yüksek	Yüksek	Düşük

Ölçeğin güvenilirlik ve geçerlik çalışmaları Ergin ve Çam tarafından yapılmıştır. 552 doktor ve hemşireden elde edilen verilerin üç alt boyuta ilişkin Cronbach alfa kat sayıları; duygusal tükenme için 0,83, duyarsızlaşma için 0,65, kişisel başarı için 0,72 bulunmuştur. Ölçeğin alt boyutlarına ilişkin tekrar test tekrar güvenilirlik kat sayıları ise duygusal tükenme için 0,83, duyarsızlaşma için 0,72, kişisel başarı için 0,67 bulunmuştur. [63,64] Çam, yapmış olduğu

güvenirlilik çalışmasında; duygusal tükenme için 0.89, duyarsızlaşma için 0.71, kişisel başarı için 0,72 olarak bulmuştur. [64]

3.6.2.3. Minnesota İş Doyum Anketi:

Weiss, David, England ve Lofguist tarafından 1967 yılında geliştirilmiştir. [67] Minnesota İş Doyumu Ölçeği-uzun formu 100 ifadeden oluşmaktadır. Aynı ölçeğin 1977 yılında geliştirilen versiyonundan kısaltılarak oluşturulan ve uygulama pratikliği açısından daha sık kullanılan Minnesota İş Doyumu Ölçeği-kısa formu 20 sorudan oluşan 5'li Likert tipi bir ölçektir (**EK-3**). Her bir soru içinde, kişinin işinde duyduğu hoşnutluk derecesini tanımlayan 5 şık vardır. Bu şıklar; hiç memnun değilim (1 puan), memnun değilim (2 puan), kararsızım (3 puan), memnunum (4 puan), çok memnunum (5 puan) şeklindedir. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 100, en düşük puan 20'dir. Puanların 20'ye yaklaşması tatmin düzeyinin düştüğünü, 100'e yaklaşması ise yükseldiğini göstermektedir. [67]

Minnesota İş Doyum Ölçeği içsel, dışsal ve genel doyum düzeyini belirleyici özelliklere sahip 20 maddeden oluşmuştur. [65,66,67]

1. *Alt Boyut (İçsel doyum):* 1, 2, 3, 4, 7, 8, 9, 10, 11, 15, 16, 20 maddelerden oluşmuştur. Başarı, tanınma veya takdir edilme, işin kendisi, işin sorumluluğu, yükselme ve terfiye bağlı görev değişikliği gibi işin içsel niteliğine ilişkin tatminkarlıkla ilgili öğelerden oluşmaktadır. Bu boyutun maddelerinden elde edilen puanların toplamı ile İçsel Doyum puanı elde edilmektedir. [66,67]

2. *Alt Boyut (Dışsal doyum):* 5, 6, 12, 13, 14,19 maddelerinden oluşmuştur. İşletme politikası ve yönetimi, denetim şekli, yönetici, çalışma ve astlarla ilişkiler, çalışma koşulları, ücret gibi işin çevresine ait öğelerden oluşmaktadır. Bu boyutun maddelerinden elde edilen puanların toplamı ile dışsal doyum puanı bulunur. [66,67]

Genel doyum ölçekte bulunan tüm maddeler olan 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20 numaralı maddeleri içermektedir. [66,67]

Minnesota İş Doyumu Ölçeği, Baycan tarafından 1985 yılında Türkçe'ye çevrilip, geçerlilik ve güvenirlik çalışmaları yapılmıştır ve Cronbach alfa değeri 0,77 olarak bulunmuştur. [68]

3.7.İstatistiksel Analiz

İstatistiksel analizler Statistical Package for the Social Scienses (SPSS, IBM, Armonk, NY) 25. versiyon kullanılarak yapılmıştır. Tanımlayıcı istatistiklerde kategorik değişkenler için sayı ve yüzde (%) belirtilmiştir. Normal dağılım gösteren sürekli değişkenler için ortalama ve standart sapma (Standard Deviation, SD); normal dağılım göstermeyen sürekli değişkenler için ise ortanca ve çeyrek değerler arası genişlik (Interquartile Range, IQR) belirtilmiştir.

Kategorik değişkenlerin değerlendirmesinde Pearson Ki-Kare Testi uygulanmıştır. Değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu görsel (histogram ve olasılık grafikleri) ve analitik yöntemler (Kolmogorov-Smirnov/Shapiro-Wilk Testi) kullanılarak incelenmiştir. Normal dağılıma uyduğu saptanan değişkenler için; iki bağımsız grup arasındaki istatistiksel anlamlılıklarda Student's T Testi, normal dağılıma uymadığı saptanan değişkenler için ise; Mann-Whitney U Testi, üç bağımsız grup arasında ANOVA veya Kruskal Wallis Testi istatistiksel yöntem olarak kullanılmıştır.

Üç bağımsız grup arasında anlamlı fark saptandığında, farkın kaynağına yönelik post-hoc ikili karşılaştırmalarda Bonferroni ve Scheffe düzeltmesi uygulanmıştır. Değişkenler arasındaki ilişki Pearson Korelasyon Analizi ile değerlendirilmiştir İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p<0,05$ olarak kabul edilmiştir.

3.8. Araştırma Bütçesi:

Araştırma bütçesi için herhangi bir kişi veya kurumdan destek alınmamıştır.

4. BULGULAR

Hacettepe Üniversitesi Erişkin ve Onkoloji Hastanesinde Yöntemler kısmında belirtilen bölümlerde çalışan araştırma görevlisi doktorlardan 206 kişi anketleri eksiksiz şekilde doldurmuştur.

4.1. Demografik Verilerle ilgili Genel Bilgiler:

Çalışmaya dahil edilen 206 araştırma görevlisiyle ilgili sosyodemografik veriler **tablo-3**'de özetlenmiştir.

Tablo-3: Araştırma görevlileriyle ilgili sosyodemografik verilerin dağılımı

<i>N= (206)</i>	
Yaş, Ort.±S (min.-maks.)	27,92±2,719(23-54)
Cinsiyet, n(%)	
Kadın	100 (%48,5)
Erkek	106 (%51,5)
Medeni durum, n(%)	
Evli	63 (%30,5)
Bekar	139 (%67,5)
Birlikte yaşıyor	2 (%1)
Boşanmış	2 (%1)
Alkol kullanım sıklığı, n(%)	
Hiç kullanmam	68 (%33)
Hemen her gün kullanırım	6 (%2,9)
Haftada 1 kullanırım	37 (%18)
Ayda 1-2 kere kullanırım	66 (%32)
Yılda 1-2 kere kullanırım	29 (%14,1)
Madde kullanım sıklığı, n(%)	
Hiç kullanmam	190 (%92,2)
Hemen her gün kullanırım	0 (%0)
Haftada 1 kullanırım	1 (%0,5)
Ayda 1-2 kere kullanırım	2 (%1)
Yılda 1-2 kere kullanırım	13 (%6,3)
Sigara kullanım sıklığı, n(%)	
Sigara var	50 (%24,3)
Sigara yok	156 (%75,7)
Sigara başlama yaşı, Ort.±S (min.-maks.)	20,94±3,536 (15-27)
Ek bir hastalık varlığı, n(%)	
Hastalık yok	160 (%77,7)
Organik vb. (Diabetes, hipertansiyon vb.)	21 (%10,2)
Bedensel (Güç kaybı, uzuv kaybı vb.)	0 (%0)
Ruhsal (Depresyon, Anksiyete bozuklukları vb.)	25 (%12,1)
İlaç kullanım sıklığı, n(%)	
İlaç var	33 (%16)
İlaç yok	173 (%84)

Araştırma görevlilerinin yaş ortalaması $27,92 \pm 2,72$ (min:23, maks:54) yıl olup, %48,5'i kadın (n:100), %51,5'i erkek (n:106) cinsiyetindedir. Araştırma görevlilerin medeni durum dağılımı; %30,6'sı (n:63) "Evli", %67,5'i (n:139) "Bekar", %1'i (n:2) "Boşanmış" ve %1'i (n:2) "Birlikte yaşıyor" şeklindedir. Medeni durum puanların daha kolay karşılaştırılması amacıyla "Evli" ve "Bekar+Boşanmış+Birlikte yaşıyor" olarak ikili grup halinde getirilmiştir.

Katılımcıların alkol kullanımını incelendiğinde; %33'ünün (n:68) hiç kullanmadığı, %2,9'unun (n:6) hemen her gün kullandığı, %18'inin (n:37) haftada 1 kere kullandığı, %32'sinin (n:66) ayda 1-2 kere kullandığı ve %14,1'inin (n:29) ise yılda 1-2 kullandığı görülmüştür. Alkol alma durumu da istatistiksel olarak daha kolay karşılaştırma amacıyla "alkol kullanımı var" ve "alkol kullanımı yok" şeklinde iki grup haline getirilmiştir.

Katılımcıların madde kullanımına bakıldığında; büyük çoğunluğunu %92,2 (n:190) ile hiç kullanmadığı, 1 kişinin haftada 1 kullandığı, 2 kişinin ayda 1-2 kere kullandığı ve 13 kişinin (%6,3) yılda 1-2 kere kullandığı saptanmıştır. Katılımcıların %24,3'ünün (n:50) sigara kullanmakta olduğu, %75,7'sinin (n:156) ise kullanmadığı tespit edilmiştir. Sigara başlama yaşı ortalaması $20,94 \pm 3,54$ (min:15, maks:27) yıldır.

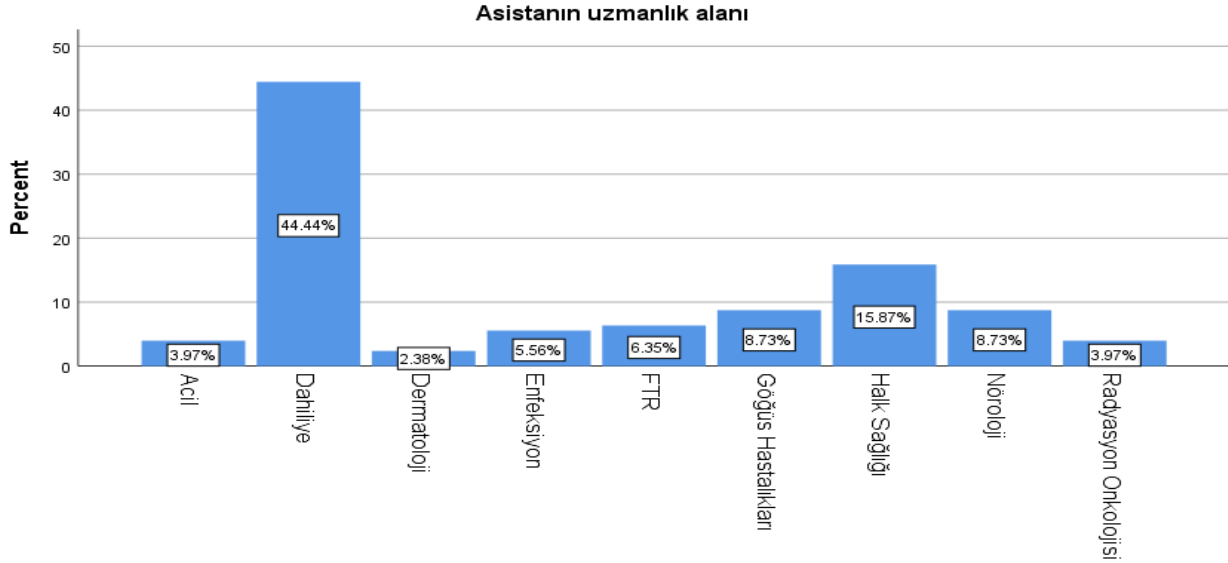
Katılımcılar ek komorbid hastalıklar açısından incelendiğinde; %77,7'sinde (n:160) hastalık olmadığı, %10,2'sinde (n:21) diyabet-hipertansiyon gibi organik hastalıklar olduğu, %12,1'inde (n:25) depresyon gibi ruhsal hastalıkların olduğu ve hiçbir katılımcının bedensel bir güç veya uzuv kaybı olmadığı görülmüştür. Katılımcıların %16'sı (n:33) ilaç kullanmakta, %84'ü (n:173) kullanmamaktadır. Kullanılan ilaçlar incelendiğinde en fazla antidepresan, ikinci sıklıkta tiroid preparatları ve üçüncü olarak antihistaminik ve inhaler tedaviler olduğu görülmüştür.

Katılımcıların hekimlik mesleği ilgili genel bilgiler **tablo-4**'de verilmiştir.

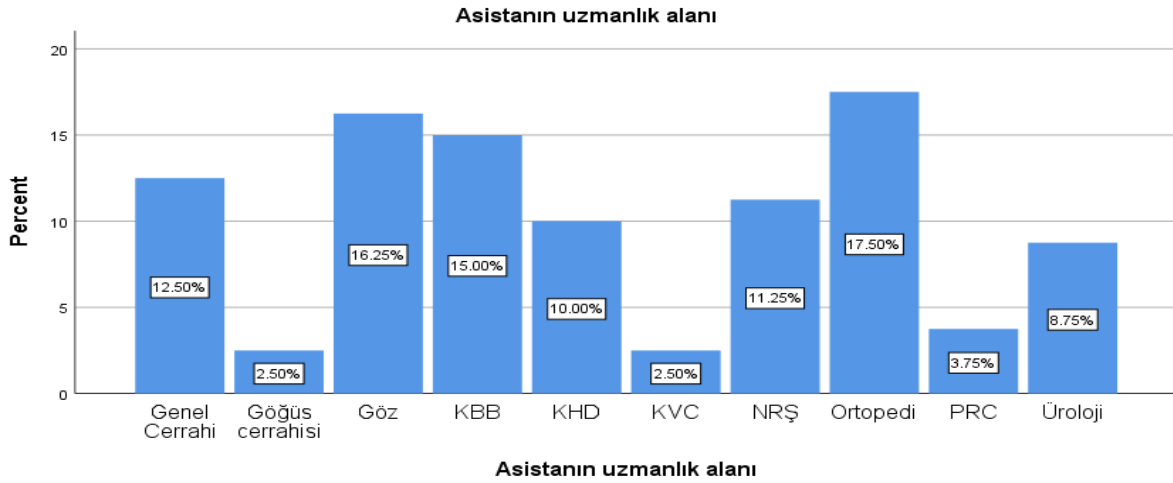
Tablo-4: Hekimlik mesleğiyle ilgili genel bilgiler dağılımı

<i>N= (206)</i>	
Araştırma görevlisi ana branşı, n(%)	
Dahili bilimler	126 (%61,2)
Cerrahi bilimler	80 (%38,8)
Uzmanlık dalı alt grupları, n(%)	
Dahiliye	56 (%27,2)
Dahiliye dışı dahili bilimler	70 (%34)
Büyük cerrahi grubu	45 (%21,8)
Küçük cerrahi grubu	35 (%17)
Araştırma görevliliğinde çalışma yılı, n(%)	
Birinci yıl	71 (%34,5)
İkinci yıl	41 (%19,9)
Üçüncü yıl	45 (%21,8)
Dördüncü yıl ve daha fazlası	49 (%23,8)
Nöbet sayısı, n(%)	
Nöbet yok	40 (%19,4)
1-3 nöbet/ay	28 (%13,6)
4-6 nöbet/ay	50 (%24,3)
7-9 nöbet/ay	40 (%19,4)
10 nöbet ve daha fazlası	48 (%23,3)
Günlük çalışma saati, n(%)	
<9 saat	37 (%18)
≥ 9 saat	169 (%82)
Mesleği seçme durumu, n(%)	
Kendi isteğiyle	195 (%94,7)
Kendi isteği olmadan	11 (%5,3)
Mesleği yeniden seçme durumu, n(%)	
Evet	90 (%43,7)
Hayır	50 (%24,3)
Emin değilim	66 (%32)
Hekimlikle ilgili ek iş yapma durumu, n(%)	
Ek iş var	4 (%1,9)
Ek iş yok	202 (%98,1)
Hekimlik dışı ek iş yapma durumu, n(%)	
Ek iş var	7 (%3,4)
Ek iş yok	199 (%96,6)
Hekimlik mesleğine devam etme durumu, n(%)	
İlk fırsatta değiştirmek istiyorum	14 (%6,8)
5 yıl içinde değiştirmeyi planlıyorum	11 (%5,3)
Bir an önce emekli olmak istiyorum	42 (%20,4)
Bu işten emekli olurum	139 (%67,5)
Ücretten memnuniyet durumu, n(%)	
Hiç memnun değilim	63 (%30,6)
Memnun değilim	57 (%27,7)
Kararsızım	45 (%21,8)
Memnunum	37 (%18)
Çok memnunum	4 (%1,9)

Katılımcıların %61,2'si (n:126) dahili bilimler araştırma görevlisi, %38,8'i (n:80) cerrahi bilimler araştırma görevlisidir. Dahili ve cerrahi bilimler içerisindeki uzmanlık alanı dağılımları **şekil-1** ve **şekil-2**'de verilmiştir.



Asistanın uzmanlık alanı
Şekil-1: Dahili Bilimler içerisindeki uzmanlık dalları dağılımı



Şekil-2: Cerrahi Bilimler içerisindeki uzmanlık dalları dağılımı
Uzmanlık dalları içerisinde çok sayıda grup olması ve bazı gruplar içerisinde sayıların az olması nedeniyle uzmanlık dalları 4 alt gruba ayrılmıştır. Burada Dahili bilimler içerisindeki 1.

grup “Dahiliye” grubudur ve tüm grubun %27,2’sini (n:56) oluşturmuştur. 2. grup “Dahiliye dışı dahili bilimler” olarak oluşturulmuştur ve tüm grubun %34’ünü (n:70) kapsamaktadır. Cerrahi bilimler grubu ise yine istatistiksel analizin daha kolay yapılabilmesi amacıyla 2 gruba ayrılmıştır. 1. Grup “Büyük cerrahi grubu” olup içerisinde Genel Cerrahi, KHD, Ortopedi, NRŞ, KVC, Göğüs Cerrahisi bölümleri içermektedir ve tüm katılımcı grubunun %21,8’ini (n:45) oluşturmaktadır. Cerrahinin 2. Grubu ise “Küçük cerrahi grubu” olup içerisinde PRC, KBB, Üroloji, Göz hastalıkları bölümleri içermektedir ve toplamın %17’sini (n:35) oluşturmaktadır.

Araştırma görevlilerindeki çalışma yılları incelendiğinde; katılımcıların %34,5’inin (n:71) birinci yıl asistanı, %19,9’unun (n:41) ikinci yıl asistanı, %21,8’inin (n:45) üçüncü yıl asistanı ve %23,8’inin (n:49) dördüncü ve üstü yıl asistanı olduğu saptanmıştır.

Aylık nöbet sayıları açısından bakıldığında; katılımcıların %19,4’ünün (n:40) hiç nöbet tutmadığı, %13,6’sının (n:28) ayda 1-3 nöbet arası tuttuğu, %24,3’ünün (n:50) ayda 4-6 nöbet tuttuğu, %19,4’ünün (n:40) ayda 7-9 nöbet tuttuğu ve %23,3’ünün (n:48) ayda 10 ve üzeri nöbet tuttuğu görülmüştür. Günlük çalışma saati olarak ise sınır olarak alınan 9 saatin altında çalışan kişilerin toplamın %18’ini (n:37), 9 saat ve üstü çalışanların da toplamın %82’sini (n:169) oluşturduğu saptanmıştır.

Hekimlik mesleğini seçme durumu değerlendirildiğinde; katılımcıların %94,7’si (n:195) mesleği kendi istekleriyle seçtiklerini, %5,3’ü (n:11) kendi istekleri olmadan mesleği seçtiklerini belirttikleri saptanmıştır. Hekimliği yeniden seçme sorusuna ise; %43,7’si (n:90) “Evet”, %24,3’ü (n:50) “Hayır” ve %32’si (n:66) “Emin değilim” cevabını vermiştir. Hekimlikle ilgili ek iş yapma sorgulandığında; katılımcıların %1,9’unun (n:4) ek iş yaptığı, %98,1’inin (n:202) yapmadığı görülmüştür. Hekimlik dışı farklı bir ek iş ise; %3,4’ünde (n:7) mevcut iken, %96,6’sında (n:199) ise mevcut değildir.

Katılımcıların hekimlik mesleğine devam durumu sorgulandığında; %6,8’i (n:14) mesleği hemen değiştirmek istediklerini, %5,3’ü (n:11) ilk 5 yıl içinde meslek değiştirmek istediklerini, %20,4’ü (n:42) mesleklerinden hemen emekli olmak istediklerini ve %67,5’inin (n:139) mevcut mesleklerine devam edip emekli olabileceklerini belirtmiştir. Bu 4’lü grup mesleğe devam etmek isteyen ve istemeyen şekilde 2 gruba dönüştürülerek istatistiksel analizler uygulanmıştır.

Minnesota İş Doyum Ölçeğindeki ücret sorusu ayrıca değerlendirildiğinde; katılımcıların %30,6'sının (n:63) aldıkları ücretten hiç memnun olmadıkları, %27,7'sinin (n:57) memnun olmadıkları, %21,8'inin (n:45) kararsız oldukları, %18'inin (n:37) memnun oldukları ve %1,9'unun (n:4) çok memnun oldukları saptanmıştır.

4.2. Ölçek Puanları ile İlgili Değerlendirmeler

4.2.1. Maslach Tükenmişlik Ölçeği ve Minnesota İş Doyum Ölçeği Puanlarıyla İlgili Genel Bilgiler:

Her iki ölçeğin puanlarıyla ilgili genel bilgiler **tablo-5'**te verilmiştir.

Maslach Tükenmişlik ölçeği (MTÖ) duygusal tükenme puanı ortalaması 19,35±7,11 (min:4-maks:32), duyarsızlaşma puanı ortalaması 8,71±3,82 (min:0-maks:20), kişisel başarı puanı ortalaması ise 13,75±4,46 (min:3-maks:27) olarak saptanmıştır.

Minnesota İş Doyum Ölçeği (MİDÖ) içsel doyum puanı ortalaması 37,61±7,53 (min:15-maks:57), dışsal doyum ortalaması 17,33±4,58 (min:6-maks:37), genel doyum puan ortalaması ise 60,80±12,31 (min:24-maks:95) olarak saptanmıştır.

Tablo-5: MTÖ ve MİDÖ puanlarıyla ilgili genel bilgiler

	Ort. ± SD	Min.-maks.
Maslach Tükenmişlik Ölçeği		
Duygusal Tükenme	19,35±7,11	4-36
Duyarsızlaşma	8,71±3,82	0-20
Kişisel başarı	13,75±4,46	3-27
Minnesota İş Doyum Ölçeği		
İçsel doyum	37,61±7,53	15-57
Dışsal doyum	17,33±4,58	6-37
Genel doyum	60,80±12,31	24-95

MTÖ ve MİDÖ alt boyutlarının puanları arasındaki korelasyon bilgileri **tablo-6'da** verilmiştir. Duygusal tükenme puanı ile içsel doyum-dışsal doyum ve genel doyum puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı orta düzey negatif bir ilişki bulunmuştur ($p<0,001$). Duyarsızlaşma puanı ile içsel doyum-genel doyum puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı orta düzey negatif bir ilişki ve dışsal doyum puanı arasında zayıf düzey negatif bir ilişki bulunmuştur ($p<0,001$). Kişisel başarı puanı ile içsel doyum-genel doyum puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı orta düzey negatif bir ilişki ve dışsal doyum puanı arasında zayıf düzey negatif bir ilişki bulunmuştur ($p<0,001$).

Tablo-6: MTÖ ve MİDÖ puanları arasındaki korelasyon bilgileri

MTÖ	MİDÖ İçsel doyum		MİDÖ Dışsal doyum		MİDÖ Genel Doyum	
	Rho	p	Rho	p	Rho	p
Duygusal tükenme	-0,575	<0,001	-0,424	<0,001	-0,572	<0,001
Duyarsızlaşma	-0,483	<0,001	-0,279	<0,001	-0,448	<0,001
Kişisel başarı	-0,444	<0,001	-0,295	<0,001	-0,410	<0,001

4.2.2. Ölçek Puanlarının Demografik Verilere Göre Karşılaştırılması:

Cinsiyete göre ölçek puanlarının karşılaştırma verisi **tablo-7’de** verilmiştir.

MTÖ alt boyutlarından duygusal tükenme puanı ortalama olarak kadınlarda daha yüksek bulunmasına (19,75 vs. 18,97), duyarsızlaşma puanı ise kadınlarda daha düşük bulunmasına (8,29 vs. 9,10), kişisel başarı puanı kadınlarda daha yüksek bulunmasına (14,06 vs. 13,46) rağmen yapılan istatistiksel analizde anlamlı fark bulunmamıştır. ($p>0,05$) MİDÖ’nün üç alt boyutu olan içsel-dışsal ve genel doyum puanları değerlendirildiğinde üçü de ortalama olarak kadınlarda daha yüksek bulunmasına rağmen yine analizlerde istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. ($p>0,05$)

Tablo-7: Cinsiyete göre MTÖ ve MİDÖ puanlarının karşılaştırılması

	Cinsiyet				
	Kadın		Erkek		p
	Ort. \pm SD	Min.-maks.	Ort. \pm SD	Min.-maks.	
MTÖ					
Duygusal tükenme	19,75 \pm 7,40	4-36	18,97 \pm 6,83	4-35	0,43
Duyarsızlaşma	8,29 \pm 3,924	0-20	9,10 \pm 3,70	1-18	0,13
Kişisel Başarı	14,06 \pm 4,442	4-25	13,46 \pm 4,48	3-27	0,34
MİDÖ					
İçsel doyum	37,20 \pm 7,79	15-35	37,99 \pm 7,29	16-57	0,65
Dışsal doyum	16,79 \pm 4,48	6-25	17,85 \pm 4,63	6-37	0,10
Genel doyum	59,72 \pm 12,47	26-88	61,82 \pm 12,13	24-95	0,22

Medeni durum ile ölçek puanları arasındaki ilişki **tablo-8’de** gösterilmiştir.

Medeni durum istatistiksel olarak daha rahat değerlendirilebilmesi için 4 gruptan 2’li gruba dönüştürülmüştür. Yapılan analizlerde hem MTÖ hem de MİDÖ alt boyutlarının puanları arasında istatistiksel olarak bir anlamlılık bulunmasa da tükenmişlik puan ortalamalarının evli grupta daha düşük doyum puan ortalamalarının daha yüksek olduğu görülmüştür.

Tablo-8: Medeni duruma göre MTÖ ve MİDÖ puanlarının karşılaştırılması

	Medeni durum				
	Evli		Bekar+Boşanmış+Birlikte yaşıyor		p
	Ort. ± SD	Min.-maks.	Ort. ± SD	Min.-maks.	
MTÖ					
Duygusal tükenme	18,34±7,53	4-36	19,57±6,93	4-35	0,50
Duyarsızlaşma	8,57±3,78	0-16	8,77±3,87	0-20	0,73
Kişisel Başarı	13,02±3,72	6-24	14,08±4,73	3-27	0,12
MİDÖ					
İçsel doyum	37,67±7,03	18-49	37,58±7,76	15-57	0,94
Dışsal doyum	17,16±4,25	7-25	17,41±4,73	6-37	0,72
Genel doyum	60,71±11,41	35-82	60,84±12,73	24-95	0,95

Katılımcıların ana branşına göre ölçek puanlarının karşılaştırılma bilgileri **tablo-9’da** verilmiştir. Dahili bilimler ve cerrahi bilimler araştırma görevlilerinin MTÖ puanları değerlendirildiğinde; duygusal tükenme puanının cerrahi bilimlerde daha yüksek olmasına rağmen (20,04 vs. 18,91) analizlerde istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$), duyarsızlaşma puanı da aynı şekilde cerrahi bilimlerde daha yüksek olup (9,48 vs. 8,22) analizlerde istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p:0,02$). Kişisel başarı puanı ve MİDÖ’deki üç alt boyut puanları arasında da istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo-9: Ana branşa göre MTÖ ve MİDÖ puanlarının karşılaştırılması

	Ana branş				
	Dahili bilimler		Cerrahi bilimler		p
	Ort. ± SD	Min.-maks.	Ort. ± SD	Min.-maks.	
MTÖ					
Duygusal tükenme	18,91± 7,26	4-36	20,04± 6,85	4-32	0,27
Duyarsızlaşma	8,22± 3,87	0-20	9,48± 3,63	2-18	0,02
Kişisel Başarı	13,83± 4,42	4-25	13,64± 4,55	3-27	0,77
MİDÖ					
İçsel doyum	37,80± 7,40	15-57	37,30± 7,77	16-55	0,64
Dışsal doyum	17,10± 4,70	6-37	17,70± 4,39	6-29	0,36
Genel doyum	60,90± 12,20	26-95	60,64± 12,56	24-91	0,88

Araştırma görevlilerinin uzmanlık dallarının yeniden gruplandırılmasıyla oluşan 4 alt grupta ölçek puanlarının karşılaştırma bilgileri **tablo-10'da** verilmiştir. Dahili bilimler ve cerrahi bilimler içindeki ikişerli gruplarda ve 4 grup için yapılan ANOVA analizlerinde gruplar arasında duygusal tükenme, duyarsızlaşma, kişisel başarı, içsel-dışsal ve genel doyum puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmemiştir.

Tablo-10: Uzmanlık dalı alt gruplarına göre MTÖ ve MİDÖ puanlarının karşılaştırılması

	Uzmanlık dalı alt grubu								
	Dahiliye		Dahiliye dışı dahili bilimler		Büyük cerrahi grubu		Küçük cerrahi grubu		p
	Ort. ± SD	Min.-maks	Ort. ± SD	Min.-maks.	Ort. ± SD	Min.-maks.	Ort.± SD	Min.-max.	
MTÖ									
Duygusal tükenme	19,07± 6,12	8-33	18,79± 8,10	4-36	18,93± 6,99	4-32	21,46± 6,49	9-32	0,29
Duyarsızlaşma	8,48± 3,48	0-18	8,01± 4,18	0-20	9,18± 3,63	2-16	9,86± 3,65	3-18	0,10
Kişisel Başarı	13,59± 4,61	4-25	14,01± 4,29	5-25	13,22± 4,82	4-27	14,17± 4,17	3-24	0,74
MİDÖ									
İçsel doyum	38,04± 7,26	18-57	37,61± 7,56	15-53	36,40± 7,30	21-55	38,46± 8,28	16-54	0,62
Dışsal doyum	17,68± 4,90	7-37	16,64± 4,51	6-25	17,80± 4,17	9-29	17,57± 4,71	6-26	0,48
Genel doyum	61,59± 12,29	36-95	60,36± 12,19	26-88	59,89± 11,87	35-91	61,60± 13,52	24-85	0,87

Araştırma görevlilerin çalışma saatlerine göre ölçek puanlarının karşılaştırma bilgileri **tablo-11'de** verilmiştir. MTÖ puanları değerlendirildiğinde; çalışma saati 9 saat ve üstü olan grupta duygusal tükenme puanı istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde yüksek bulunmuştur (20,31 vs.14,97, $p<0,001$), duyarsızlaşma puanı yine aynı şekilde çalışma saati 9 ve üstü olan grupta istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha yüksek bulunmuştur (9,21 vs. 6,43, $p<0,001$), kişisel başarı puanı ve MİDÖ'deki içsel-dışsal-genel doyum puanları arasında ise analizlerde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo-11: Çalışma saatine göre MTÖ ve MİDÖ puanlarının karşılaştırılması

	Günlük çalışma saati				
	<9 saat		≥9 saat		p
	Ort. ± SD	Min.-maks.	Ort. ± SD	Min.-maks.	
MTÖ					
Duygusal tükenme	14,97± 7,12	4-35	20,31± 6,76	4-36	<0,001
Duyarsızlaşma	6,43± 3,91	0-16	9,21± 3,63	0-20	<0,001
Kişisel Başarı	13,24± 4,11	5-24	13,86± 4,54	3-27	0,45
MİDÖ					
İçsel doyum	39,51± 7,87	15-53	37,19± 7,41	16-57	0,09
Dışsal doyum	17,46± 5,63	6-37	17,31± 4,33	6-29	0,86
Genel doyum	63,38±13,34	26-93	60,24±12,05	24-95	0,16

Katılımcıların alkol kullanımını “Var” ve “Yok” şeklinde yeniden gruplandıktan sonraki durumlarına göre ölçek puanlarının karşılaştırılma bilgileri **tablo-12’de** verilmiştir. Alkol kullanımı olan ve olmayan araştırma görevlilerinin MTÖ puanları değerlendirildiğinde; duygusal tükenme puanının alkol kullananlarda daha yüksek olmasına rağmen (19,88 vs. 18,26) analizlerde istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$), duyarsızlaşma puanı da aynı şekilde alkol kullananlarda daha yüksek olup (9,09 vs. 7,93) analizlerde istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p:0,04$). Kişisel başarı puanı ise alkol kullananlarda daha düşük bulunmuş olup (13,30 vs. 14,66) istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p:0,04$). MİDÖ’deki üç alt boyut puanları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo-12: Alkol kullanımına göre MTÖ ve MİDÖ puanlarının karşılaştırılması

	Alkol kullanımı				
	Var		Yok		p
	Ort. ± SD	Min.-maks.	Ort. ± SD	Min.-maks.	
MTÖ					
Duygusal tükenme	19,88± 7,33	4-36	18,26± 6,54	4-32	0,12
Duyarsızlaşma	9,09± 3,88	0-20	7,93± 3,60	0-18	0,04
Kişisel Başarı	13,30± 4,64	3-27	14,66± 3,96	4-24	0,04
MİDÖ					
İçsel doyum	37,73± 7,28	20-57	37,35± 8,07	15-55	0,74
Dışsal doyum	17,49± 4,40	6-37	17,01± 4,93	6-29	0,48
Genel doyum	60,99± 11,78	30-95	60,41± 13,41	24-91	0,75

Katılımcıların sigara kullanımına göre ölçek puanlarının karşılaştırma bilgileri **tablo-13’de** verilmiştir. Sigara kullanımı olan ve olmayan araştırma görevlilerinin MTÖ puanları değerlendirildiğinde; duygusal tükenme puanı sigara kullananlarda daha yüksek olup (22,00 vs. 18,50) analizlerde istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p:0,002$), duyarsızlaşma puanı da aynı şekilde sigara kullananlarda daha yüksek olup (10,28 vs. 8,21) analizlerde istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p:0,001$). Kişisel başarı puanı ve MİDÖ’deki üç alt boyut puanları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$)

Tablo-13: Sigara kullanımına göre MTÖ ve MİDÖ puanlarının karşılaştırılması

	Sigara kullanımı				
	Var		Yok		p
	Ort. ± SD	Min.-maks.	Ort. ± SD	Min.-maks.	
MTÖ					
Duygusal tükenme	22,00± 7,89	4-36	18,50± 6,64	4-35	0,002
Duyarsızlaşma	10,28± 3,90	0-20	8,21± 3,67	0-18	0,001
Kişisel Başarı	14,22± 4,74	5-27	13,60± 4,37	3-24	0,40
MİDÖ					
İçsel doyum	36,38± 7,51	16-52	38,00± 7,52	15-57	0,19
Dışsal doyum	17,40± 4,24	6-25	17,31± 4,69	6-37	0,91
Genel doyum	59,54±12,23	24-82	61,21±12,35	26-95	0,41

Araştırma görevlilerinin komorbid hastalık durumunun 4’lü gruptan 2’li gruba dönüştürüldükten sonraki ölçek puanlarının karşılaştırılma bilgileri **tablo-14’de** verilmiştir. Komorbiditesi olan ve olmayan araştırma görevlilerinin MTÖ puanları değerlendirildiğinde; duygusal tükenme puanı ek bir hastalığı olanlarda daha yüksek olup (22,30 vs. 18,50) analizlerde istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p:0,001$), duyarsızlaşma ve kişisel başarı puanlarında iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$). MİDÖ’deki puanlara bakıldığında ise hastalığı olmayanlar grubunda daha yüksek içsel doyum (38,21 vs. 35,52), dışsal doyum (17,68 vs. 16,13), genel doyum (61,89 vs. 57,02) puanları saptanmış olup her üç alt boyuttaki fark da istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (sırasıyla $p:0,03$, $p: 0,04$, $p:0,02$).

Tablo-14: Ek hastalık mevcudiyetine göre MTÖ ve MİDÖ puanlarının karşılaştırılması

	Ek hastalık varlığı				
	Var (Ruhsal-Bedensel-Organik)		Yok		p
	Ort. ± SD	Min.-maks.	Ort. ± SD	Min.-maks.	
MTÖ					
Duygusal tükenme	22,30± 7,67	8-36	18,50± 6,72	4-35	0,001
Duyarsızlaşma	9,17± 4,36	1-20	8,58± 3,66	0-18	0,35
Kişisel Başarı	14,13± 4,82	5-25	13,64± 4,36	3-27	0,52
MİDÖ					
İçsel doyum	35,52± 8,95	16-57	38,21± 6,99	15-55	0,03
Dışsal doyum	16,13± 5,64	6-37	17,68± 4,18	6-29	0,04
Genel doyum	57,02±15,04	24-95	61,89± 11,23	26-91	0,02

Araştırma görevlilerinin hekimlik mesleğine devam etme durumu 4'lü gruptan 2'li gruba dönüştürüldükten sonraki ölçek puanlarının karşılaştırılma bilgileri **tablo-15'de** verilmiştir. Hekimlik mesleğine devam etmek isteyen ve istemeyen araştırma görevlilerinin MTÖ puanları değerlendirildiğinde; duygusal tükenme puanı devam etmek istemeyenlerde daha yüksek olup (23,84 vs. 17,19) analizlerde istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,001$), duyarsızlaşma puanı da aynı şekilde devam etmek istemeyenlerde daha yüksek olup (10,67 vs. 7,76) analizlerde istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,001$). Kişisel başarı puanı ise devam etmek isteyenlerde daha düşük bulunmuş olup (12,91 vs. 15,51) istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,001$). MİDÖ'deki puanlara bakıldığında ise devam etmek isteyenler grubunda daha yüksek içsel doyum (39,09 vs. 34,54), dışsal doyum (17,94 vs. 16,07), genel doyum (63,19 vs. 55,85) puanları saptanmış olup her üç alt boyuttaki fark da istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (sırasıyla $p<0,001$, $p: 0,006$, $p<0,001$).

Tablo-15: Hekimlik mesleğine devam durumuna göre MTÖ ve MİDÖ puanlarının karşılaştırılması

	Hekimliğe devam etme isteği				
	Devam etmek isteyenler		Devam etmek istemeyenler		p
	Ort. ± SD	Min.-maks.	Ort. ± SD	Min.-maks.	
MTÖ					
Duygusal tükenme	17,19± 6,16	4-32	23,84± 6,88	5-36	<0,001
Duyarsızlaşma	7,76± 3,45	0-18	10,67± 3,83	0-20	<0,001
Kişisel Başarı	12,91± 4,17	3-24	15,51± 4,57	4-27	<0,001
MİDÖ					
İçsel doyum	39,09± 7,03	15-57	34,54± 7,65	18-55	<0,001
Dışsal doyum	17,94± 4,56	6-37	16,07± 4,38	6-29	0,006
Genel doyum	63,19±11,77	24-95	55,85± 12,01	30-91	<0,001

Araştırma görevlilerinde hekimlik mesleğine yeniden başlama durumuna göre ölçek puanlarının karşılaştırma bilgisi **tablo-16a**'da verilmiştir. Hekimliği yeniden seçme sorusuna “Evet” diyen grupla “Hayır” diyen ve “Emin değilim” diyen gruplarda MTÖ puanları değerlendirildiğinde; duygusal tükenmişlik puanı “Evet” diyenlerde “Hayır” ve Emin değilim diyenlere göre daha düşük bulunmuş olup (sırasıyla 15,84 vs. 23,32 vs. 21,12) bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,001$). Duyarsızlaşma puanı yine “Evet” diyenlerde diğer iki gruba göre daha düşük bulunmuş olup (sırasıyla 7,72 vs. 9,70 vs. 9,30) bu fark da istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p:0,04$). Kişisel başarı puanı; diğer iki puan gibi “Evet” diyenlerde diğer iki gruba göre daha düşük bulunmuş olup (sırasıyla 12,84 vs. 15,14 vs. 13,94) bu fark da istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p:0,01$). MİDÖ'deki puanlara bakıldığında ise “Evet” diyenler grubunda diğer iki gruba göre daha yüksek içsel doyum (40,58 vs. 34,28 vs. 36,08), dışsal doyum (18,80 vs. 15,60 vs. 16,65), genel doyum (65,56 vs. 55,50 vs. 58,33) puanları saptanmış olup her üç alt boyuttaki fark da istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (her üç grup için de $p<0,001$).

Tablo-16a: Hekimlik mesleğini yeniden seçme durumuna göre MTÖ ve MİDÖ puanlarının karşılaştırılması

	Hekimliği yeniden seçme durumu						
	Evet		Hayır		Emin değilim		p
	Ort. ± SD	Min.-maks.	Ort. ± SD	Min.-maks.	Ort. ± SD	Min.-maks.	
MTÖ							
Duygusal tükenme	15,84± 6,07	4-31	23,32± 7,26	8-36	21,12±6,07	7-33	<0,001
Duyarsızlaşma	7,72± 3,76	0-18	9,70± 4,03	1-20	9,30±3,46	0-16	0,04
Kişisel Başarı	12,84± 4,32	3-27	15,14± 4,66	6-25	13,94±4,26	4-25	0,01
MİDÖ							
İçsel doyum	40,58± 6,79	25-57	34,28±7,71	15-48	36,08±6,90	20-51	<0,001
Dışsal doyum	18,80± 4,50	10-37	15,60± 4,57	6-24	16,65±4,10	6-24	<0,001
Genel doyum	65,56±11,14	46-95	55,50± 12,64	24-78	58,33±11,34	30-83	<0,001

Bu alt gruplarda anlamlılığın hangi gruptan olduğunun anlaşılması için yapılan post-hoc ikili karşılaştırılmalı analizlerin bilgisi **tablo-16b**'de verilmiştir. Post-hoc ikili karşılaştırmalar sonucu; duygusal tükenmişlik puanındaki istatistiksel anlamlı farkın “Evet”-“Hayır” grubuyla “Evet”-“Emin değilim” grupları arasındaki farktan kaynaklandığı (her iki grup için $p<0,001$), duyarsızlaşma puanındaki farkın “Evet”-“Hayır” grubuyla “Evet”-“Emin değilim” grupları arasındaki farktan kaynaklandığı (sırasıyla $p:0,01$ ve $p: 0,03$), kişisel başarı puanındaki farkın “Evet”-“Hayır” grupları arasındaki farktan kaynaklandığı ($p:0,01$), içsel doyum puanındaki farkın “Evet”-“Hayır” grubuyla “Evet”-“Emin değilim” grupları arasındaki farktan kaynaklandığı (her iki grup için $p<0,001$), dışsal doyum puanındaki farkın “Evet”-“Hayır” grubuyla “Evet”-“Emin değilim” grupları arasındaki farktan kaynaklandığı (sırasıyla $p<0,001$ ve $p:0,01$) ve genel doyum puanındaki farkın “Evet”-“Hayır” grubuyla “Evet”-“Emin değilim” grupları arasındaki farktan kaynaklandığı (her iki grup için $p<0,001$) saptanmıştır.

Tablo-16b: Hekimlik mesleğini yeniden seçme durumunun alt grupları arasında MTÖ ve MİDÖ puanlarını açısından ilişki durumu

	Hekimliği yeniden seçme durumu		
	Evet vs. Hayır	Evet vs. Emin değilim	Hayır vs. Emin değilim
	p	p	p
MTÖ			
Duygusal tükenme	<0,001	<0,001	0,20
Duyarsızlaşma	0,01	0,03	1,0
Kişisel Başarı	0,01	0,36	0,44
MİDÖ			
İçsel doyum	<0,001	<0,001	0,53
Dışsal doyum	<0,001	0,01	0,61
Genel doyum	<0,001	<0,001	0,58

Araştırma görevlilerinin çalışma yıllarına göre ölçek puanlarının karşılaştırma bilgisi **tablo-17a'da** verilmiştir. Yıllara göre MTÖ puanları değerlendirildiğinde, duygusal tükenmişlik ile duyarsızlaşma puanlarında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$), kişisel başarı puanı ise dördüncü ve üstü yılında olanlar grubunda birinci-ikinci-üçüncü yılında olanlara göre daha düşük bulunmuş olup (sırasıyla 12,37 vs. 14,56 vs. 13,32 vs. 14,38) istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p:0,04$). MİDÖ'deki puanları bakıldığında ise içsel doyum puanında gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$), dışsal doyum puanı üçüncü yılında olanlar grubunda birinci-ikinci-dördüncü ve üstü yılda olanlara göre daha düşük bulunmuş olup (16,02 vs. 16,89 vs. 18,98 vs. 17,82) istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p:0,02$). Genel doyum puanı ise dışsal doyum aynı şekilde üçüncü yılında olanlar grubunda birinci-ikinci-dördüncü ve üstü yılda olanlara göre daha düşük bulunmuş olup (57,73 vs. 59,65 vs. 64,56 vs. 62,15) istatistiksel olarak sınırda anlamlı bulunmuştur ($p:0,049$).

Tablo-17a: Araştırma görevlisi yıllarına göre MTÖ ve MİDÖ puanlarının karşılaştırılması

	Araştırma görevliliğindeki yıl								p
	Birinci		İkinci		Üçüncü		Dördüncü ve üstü		
	Ort. ± SD	Min.- maks	Ort. ± SD	Min.- maks.	Ort. ± SD	Min.- maks.	Ort.± SD	Min.- max.	
MTÖ									
Duygusal tükenme	19,76± 7,43	4-35	19,10± 7,04	4-33	19,49± 6,86	6-33	18,84± 7,09	7-36	0,91
Duyarsızlaşma	9,38± 3,87	0-20	8,29± 3,55	2-15	8,22± 3,95	0-16	8,53± 3,83	1-16	0,32
Kişisel Başarı	14,56± 4,02	4-25	13,32± 4,22	5-24	14,38± 5,35	3-27	12,37± 4,11	4-24	0,04
MİDÖ									
İçsel doyum	36,92± 7,02	16-55	39,32± 7,67	22-54	36,04± 8,06	15-53	38,61± 7,42	20-57	0,14
Dışsal doyum	16,89± 4,42	6-29	18,98± 3,74	12-26	16,02± 4,22	6-25	17,82± 5,35	6-37	0,02
Genel doyum	59,65± 11,58	24-91	64,56± 11,28	40-85	57,73± 13,04	26-88	62,14± 12,86	30-95	0,049

Bu alt grupların anlamlılığın hangi gruptan olduğunun anlaşılması için yapılan post-hoc ikili karşılaştırılmalı analizlerin bilgisi **tablo-17b'de** verilmiştir. Post-hoc ikili karşılaştırmalar sonucu; duygusal tükenmişlik-duyarsızlaşma-içsel doyum puanlarında istatistiksel anlamlı fark görülmemiştir, kişisel başarı puanındaki farkın “Birinci yıl”-“Dördüncü ve üstü yıl” grupları arasındaki farktan kaynaklandığı ($p:0,047$), dışsal doyum puanındaki farkın “İkinci yıl”-“Üçüncü yıl” grupları arasındaki farktan kaynaklandığı ($p:0,02$) görülmüştür. Post-hoc analizinde; ANOVA sonucu genel doyum puanındaki bulunan farkı destekleyecek gruplar arası herhangi bir anlamlı fark bulunamamıştır ($p>0,05$)

Tablo-17b: Araştırma görevlisi yıllarının alt grupları arasında MTÖ ve MİDÖ puanlarını açısından ilişki durumu

	Araştırma görevliliğindeki yıl					
	Birinci vs. İkinci	Birinci vs. Üçüncü	Birinci vs. Dördüncü ve üstü	İkinci vs. Üçüncü	İkinci vs. Dördüncü ve üstü	Üçüncü vs. Dördüncü ve üstü
	p	p	P	p	p	p
MTÖ						
Duygusal tükenme	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
Duyarsızlaşma	0,89	0,68	1,0	1,0	1,0	1,0
Kişisel Başarı	0,90	1,0	0,047	1,0	1,0	0,17
MİDÖ						
İçsel doyum	0,62	1,0	1,0	0,27	1,0	0,59
Dışsal doyum	0,11	1,0	1,0	0,02	1,0	0,33
Genel doyum	0,25	1,0	1,0	0,06	1,0	0,48

Aylık nöbet sayılarına göre ölçek puanlarının karşılaştırma bilgileri **tablo-18a'da** verilmiştir. Nöbet sayılarına göre MTÖ puanları değerlendirildiğinde; duygusal tükenme puanı “Nöbet yok” grubunda diğer “1-3 nöbet”- “4-6 nöbet”- “7-9 nöbet”- “10 ve üstü nöbet” gruplarına göre daha düşük bulunmuş olup (sırasıyla 15,60 vs. 20,43 vs. 20,08 vs. 20,73 vs. 19,94) bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p:0,006$). Duyarsızlaşma puanı aynı şekilde “Nöbet yok” grubunda diğer gruplara göre daha düşük bulunmuş olup (sırasıyla 6,23 vs. 8,75 vs. 8,58 vs. 9,98 vs. 9,83) bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,001$). Kişisel başarı puanı ve MİDÖ'deki üç alt boyut incelendiğinde de gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır ($p>0,05$).

Bu alt grupların anlamlılığın hangi gruptan olduğunun anlaşılması için yapılan post-hoc ikili karşılaştırılmalı analizlerin bilgisi **tablo-18b'de** verilmiştir. Post-hoc ikili karşılaştırmalar sonucu; duygusal tükenmişlik puanındaki istatistiksel anlamlı farkın “Nöbet yok”-“4-6 nöbet” grupları “Nöbet yok”-“7-9 nöbet” grupları ve “Nöbet yok”-“10 ve üstü nöbet” grupları arasındaki farktan kaynaklandığı (sırasıyla $p:0,03$, $p:0,01$, $p:0,04$), duyarsızlaşma puanındaki farkın “Nöbet yok”-“4-6 nöbet” grupları “Nöbet yok”-“7-9 nöbet” grupları ve “Nöbet yok”-“10 ve üstü nöbet”

grupları arasındaki farktan kaynaklandığı (sırasıyla $p:0,02$, $p<0,001$, $p<0,001$), diğer puanlarda anlamlı bir farkın olmadığı görülmüştür ($p>0,05$)

Tablo-18a: Aylık nöbet sayılarına göre MTÖ ve MİDÖ puanlarının karşılaştırılması

Nöbet sayısı		MTÖ			MİDÖ		
		Duygusal tükenme	Duyarsızlaşma	Kişisel başarı	İçsel doyum	Dışsal doyum	Genel doyum
Nöbet yok	Ort. ± SD	15,60± 6,63	6,23± 3,37	13,25± 4,15	39,90± 7,86	17,80± 4,77	64,25± 13,08
	Min.-maks.	4-26	0-13	4-24	15-57	6-28	26-95
1-3 nöbet	Ort.± SD	20,43± 8,31	8,75± 4,13	13,21± 4,53	36,82± 7,77	15,64± 6,56	57,89± 14,53
	Min.-maks.	8-36	1-16	5-21	20-49	6-37	30-93
4-6 nöbet	Ort. ± SD	20,08± 6,42	8,58± 3,49	14,18± 4,62	38,86± 6,99	17,72± 3,72	62,38± 10,63
	Min.-maks.	9-33	2-18	3-25	24-53	8-25	38-83
7-9 nöbet	Ort. ± SD	20,73± 6,09	9,98± 3,54	13,30± 4,76	35,48± 6,72	17,63± 3,88	58,85± 10,67
	Min.-maks.	8-35	2-20	4-25	20-54	9-26	34-85
10 ve üzeri nöbet	Ort. ± SD	19,94± 7,43	9,83± 3,67	14,42± 4,30	36,63± 7,84	17,29± 4,33	59,60± 12,78
	Min.-maks.	4-22	2-18	4-27	16-55	6-29	24-91
p		0,006	<0,001	0,59	0,05	0,31	0,14

Tablo-18b: Nöbet sayısı alt grupları arasında MTÖ'nin DT ve DY puanları açısından ilişki durumu

Nöbet sayısı	MTÖ	
	Duygusal tükenme p	Duyarsızlaşma p
<i>Nöbet yok vs. 1-3 nöbet</i>	0,05	0,05
<i>Nöbet yok vs. 4-6 nöbet</i>	0,03	0,02
<i>Nöbet yok vs. 7-9 nöbet</i>	0,01	<0,001
<i>Nöbet yok vs. 10 ve üstü nöbet</i>	0,04	<0,001
<i>1-3 nöbet vs. 4-6 nöbet</i>	1,0	1,0
<i>1-3 nöbet vs. 7-9 nöbet</i>	1,0	1,0
<i>1-3 nöbet vs. 10 ve üstü nöbet</i>	1,0	1,0
<i>4-6 nöbet vs. 7-9 nöbet</i>	1,0	0,70
<i>4-6 nöbet vs. 10 ve üstü nöbet</i>	1,0	0,88
<i>7-9 nöbet vs. 10 ve üstü nöbet</i>	1,0	1,0

4.3. MTÖ Puanlarına Göre Ayarlanmış Tükenmişlik Düzeylerinin Değerlendirilmesi:

4.3.1. Düzeylerle İlgili Genel Bilgiler:

MTÖ puanlarının yöntem kısmında anlatıldığı şekilde “düşük”-“orta”-“yüksek” düzey olarak sınıflandırılması sonucu elde edilen verilerin genel bilgileri **tablo-19’da** verilmiştir. Ölçeklerden hesaplanan duygusal tükenme puanının %17’si (n:35) düşük düzey, %20,4’ünün (n:42) orta düzey, %62,6’sının (n:129) ise yüksek düzey grubuna girdiği saptanmıştır. Duyarsızlaşma puanının %19,9’unun (n:41) düşük düzey, %37,4’ünün (n:77) orta düzey, %42,7’sinin (n:88) yüksek düzey grubuna girdiği saptanmıştır. Kişisel başarı puanının ise %0,5’inin (n:1) düşük düzey, %4,4’ünün (n:9) orta düzey ve %95,1’inin (n:196) yüksek düzey grubuna girdiği saptanmıştır.

Tablo-19: MTÖ’deki alt boyutların puanlarının düzey durumuna göre genel bilgiler

MTÖ	Düşük düzey(d)		Orta düzey(o)		Yüksek düzey(y)	
	Frekans	Yüzde	Frekans	Yüzde	Frekans	Yüzde
Duygusal tükenme	35	%17	42	%20,4	129	%62,6
Duyarsızlaşma	41	%19,9	77	%37,4	88	%42,7
Kişisel başarı	1	%0,5	9	%4,4	196	%95,1

4.3.2. MTÖ Alt Boyut Düzeylerinin Demografik Verilere Göre Karşılaştırılması:

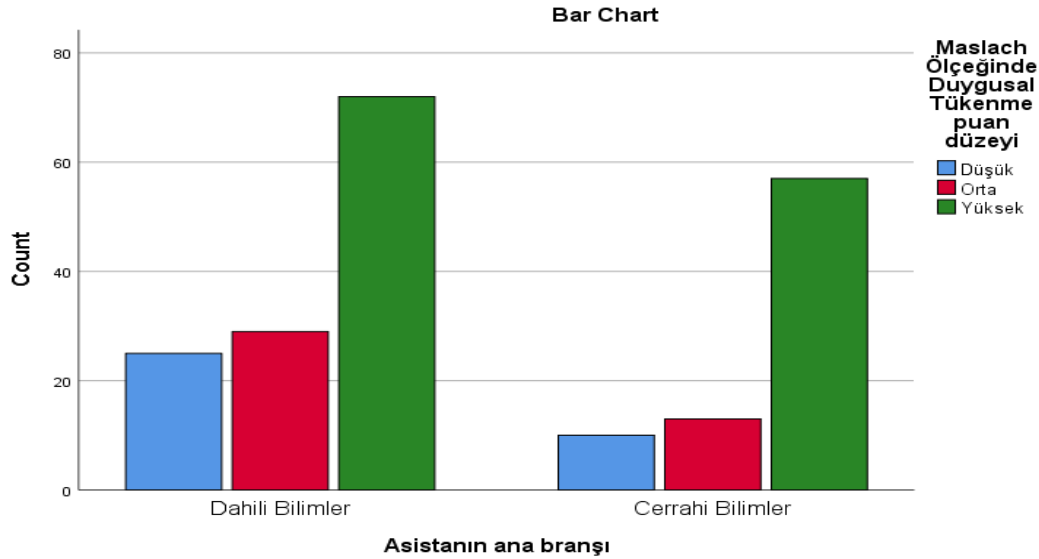
MTÖ alt boyutlarının düzeylerinin araştırma görevlisi branşına göre karşılaştırma bilgisi **tablo-20’de** verilmiştir. Duygusal tükenmişlik ve kişisel başarı puanları açısından iki grup arasında istatistiksel anlamlı fark bulunamamıştır ($p>0,05$). Duyarsızlaşma puanı incelendiğinde;

dahili bilimler grubunda düşük ve yüksek düzeye göre daha fazla orta düzeyde duyarsızlaşma saptanmıştır (sırasıyla %25,2 vs. 14,1 vs. 21,8), cerrahi bilimlerde ise düşük ve orta düzeye göre daha fazla miktarda yüksek düzey duyarsızlaşma saptanmıştır (sırasıyla %20,9 vs. 5,8 vs. 12,1), bu fark analizlerde istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p:0,04$).

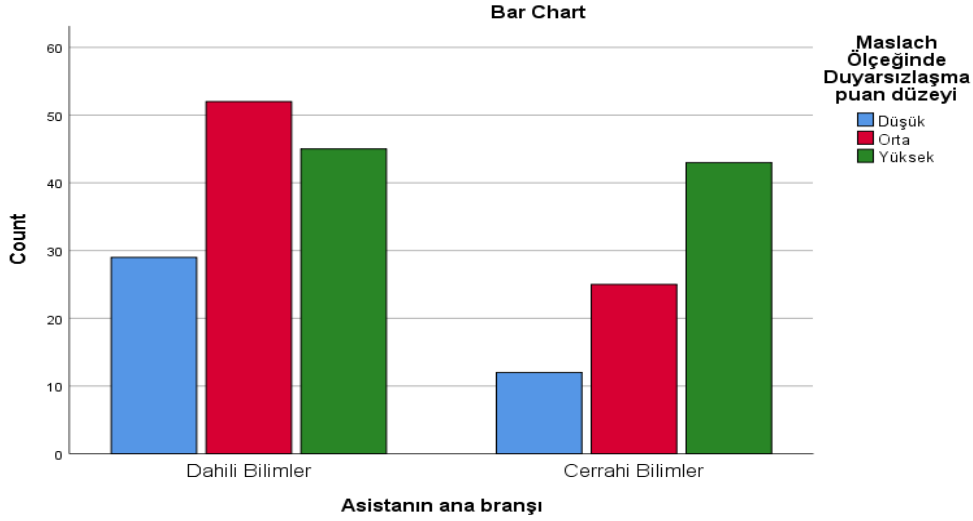
Tablo-20: MTÖ'deki alt boyutların puanlarının düzey durumu ile uzmanlık arasındaki ilişki

MTÖ	Uzmanlık alanı			p
		Dahili bilimler n(%)	Cerrahi bilimler n(%)	
Duygusal tükenme	Düşük	25(12,1)	10(4,9)	0,12
	Orta	29(14,1)	13(6,3)	
	Yüksek	72(35)	57(27,7)	
Duyarsızlaşma	Düşük	29(14,1)	12(5,8)	0,04
	Orta	52(25,2)	25(12,1)	
	Yüksek	45(21,8)	43(20,9)	
Kişisel başarı	Düşük	0(0)	1(0,5)	0,42
	Orta	5(2,4)	4(1,9)	
	Yüksek	121(58,7)	75(36,4)	

Bu bulguların grafiksel gösterimi **şekil-3** ve **şekil-4**'de gösterilmiştir.



Şekil-3: Uzmanlık ana branşıyla MTÖ duygusal tükenmişlik düzeyleri arasındaki ilişki



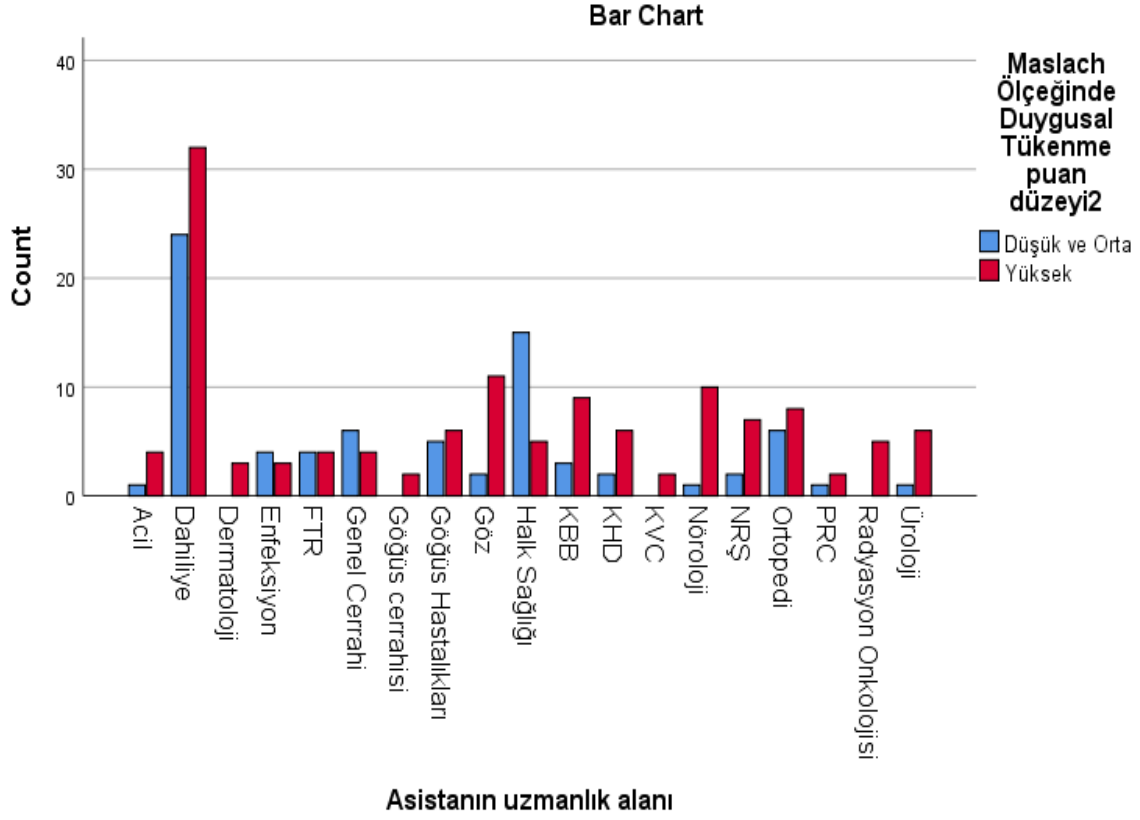
Şekil-4: Uzmanlık ana branşıyla MTÖ duyarsızlaşma düzeyleri arasındaki ilişki

MTÖ alt boyutlarının düzeyleri karşılaştırma ve istatistiksel analizinin daha kolay yapılması amacıyla düşük ve orta düzey birleştirilerek 2 gruba ayrılmıştır. Bu yeniden düzenlenmiş düzeylerin araştırma görevlisi branşına göre karşılaştırma bilgisi **tablo-21**'de verilmiştir. Duygusal tükenmişlik puanı incelendiğinde; dahili bilimler grubunda düşük -orta düzeye göre daha fazla yüksek düzey saptanmıştır (sırasıyla %35,0 vs. 26,2), cerrahi bilimlerde ise düşük-orta düzeye göre daha fazla miktarda yüksek düzey saptanmıştır (sırasıyla %27,7 vs.11,2), iki grup arasındaki bu fark analizlerde istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p:0,04$). Duyarsızlaşma puanı incelendiğinde; dahili bilimler grubunda yüksek düzeye göre daha fazla düşük-orta düzey saptanmıştır (sırasıyla %39,3 vs21,8), cerrahi bilimlerde ise düşük-orta düzeye göre daha fazla miktarda yüksek düzey saptanmıştır (sırasıyla %20,9 vs.18), iki grup arasındaki bu fark analizlerde istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p:0,01$). Kişisel başarı puanları açısından iki grup arasında istatistiksel anlamlı fark bulunamamıştır ($p>0,05$).

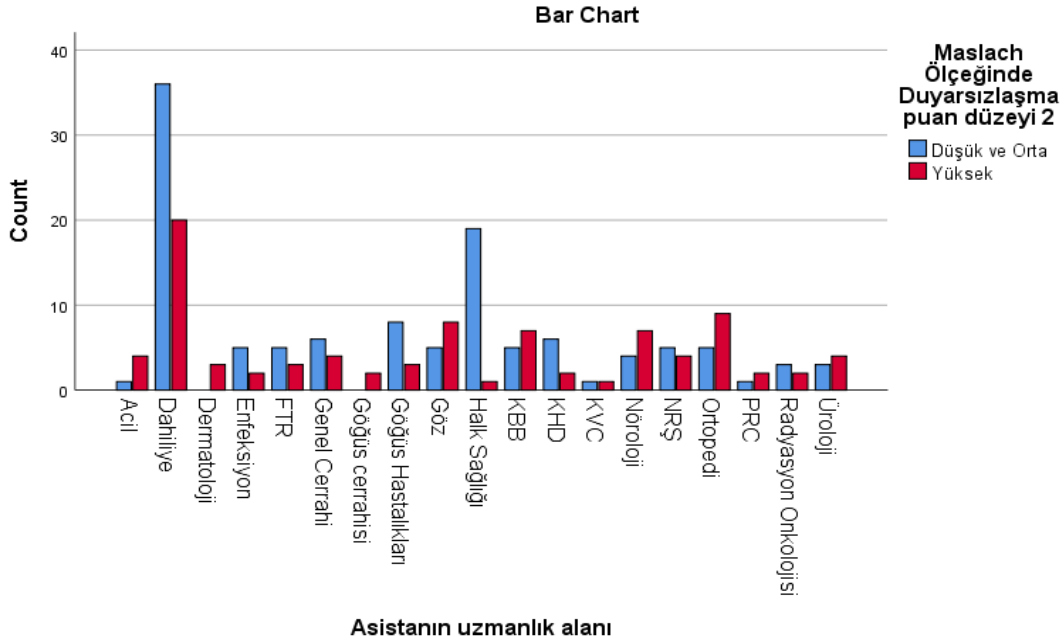
Tablo-21: MTÖ'deki alt boyutların puanlarının düzey durumu ile uzmanlık arasındaki ilişki (düşük ve orta grubu birleştirilmiş şekilde)

	Uzmanlık alanı			p
		Dahili bilimler n(%)	Cerrahi bilimler n(%)	
MTÖ Duygusal tükenme	Düşük ve Orta	54(26,2)	23(11,2)	0,04
	Yüksek	72(35,0)	57(27,7)	
Duyarsızlaşma	Düşük ve Orta	81(39,3)	37(18)	0,01
	Yüksek	45(21,8)	43(20,9)	
Kişisel başarı	Düşük ve Orta	5(2,4)	5(2,4)	0,46
	Yüksek	121(58,7)	75(36,4)	

Araştırma görevlilerin uzmanlık alanlarıyla MTÖ duygusal tükenmişlik ve duyarsızlaşma alt boyut düzeyleri arasındaki ilişki **şekil-5** ve **şekil-6'da** gösterilmiştir. Uzmanlık alanları içinde Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji, FTR, Genel Cerrahi ile Halk Sağlığı bölümlerinde çalışan katılımcılarda daha fazla düşük-orta düzey duygusal tükenme saptanırken diğer bölümlerde daha fazla yüksek düzey saptanmış olup bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p:0,01$). Duyarsızlaşmaya bakıldığında ise; Dahiliye, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji, FTR, Genel Cerrahi, Göğüs Hastalıkları, Halk Sağlığı, KHD, NRŞ, Radyasyon Onkolojisi bölümlerinde çalışan katılımcılarda daha fazla düşük-orta düzey saptanırken diğer bölümlerde daha fazla yüksek düzey saptanmıştır ve bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p:0,02$). Bu anlamlı farklılıkların post-hoc analizlerinde duygusal tükenmedeki anlamlı farkın *Halk Sağlığı ve Nöroloji* bölümlerinden, duyarsızlaşmadaki anlamlı farkın ise *Halk Sağlığı ve Dermatoloji* bölümlerinden kaynaklandığı görülmüştür. Kişisel başarıda anlamlı bir fark bulunamamıştır. ($p>0,05$)

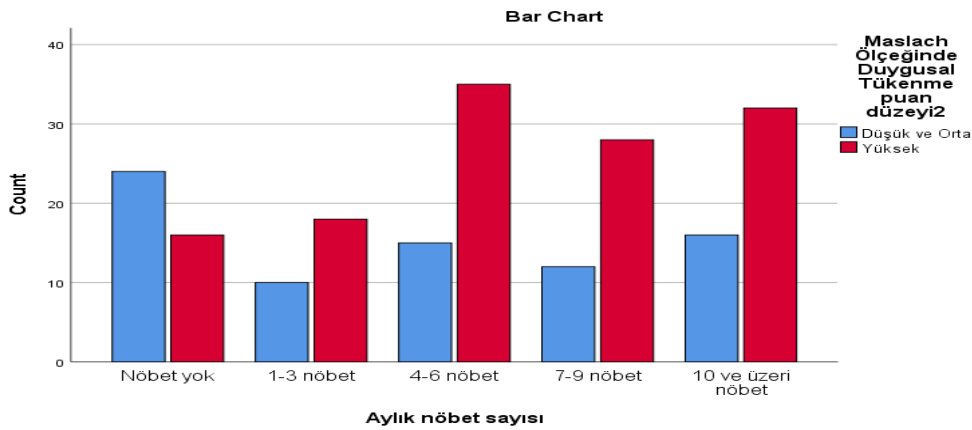


Şekil-5: Uzmanlık alanlarıyla MTÖ duygusal tükenmişlik düzeyleri arasındaki ilişki

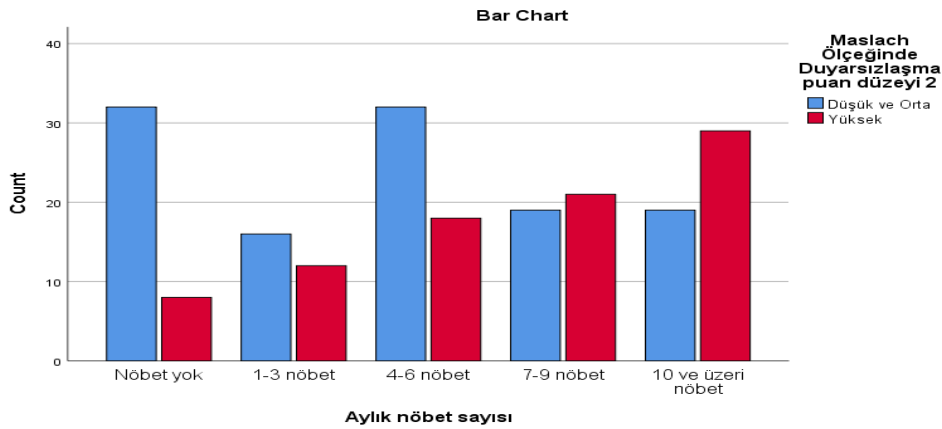


Şekil-6: Uzmanlık alanlarıyla MTÖ duyarsızlaşma düzeyleri arasındaki ilişki

Araştırma görevlilerinin aylık nöbet sayısı ile MTÖ duygusal tükenmişlik ve duyarsızlaşma alt boyut düzeyleri arasındaki ilişki **şekil-7** ve **şekil-8**'de gösterilmiştir. Aylık nöbet sayılarına göre düzeylere bakıldığında; duygusal tükenme puanlarında nöbet tutmayan grupta daha fazla düşük-orta düzey görülmesine karşın diğer gruplarda daha fazla yüksek düzey duygusal tükenmişlik saptanmıştır ve bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p:0,02$) Duyarsızlaşma düzeyleri incelendiğinde ise; nöbet tutmayan, 1-3 nöbet tutan ve 4-6 nöbet tutan grupta daha fazla düşük-orta düzey saptanırken diğer gruplarda daha fazla yüksek düzey duyarsızlaşma saptanmıştır ve bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p:0,002$) Bu anlamlı farklılıkların post-hoc analizlerinde duygusal tükenmedeki anlamlı farkın *nöbet tutmayan* gruptan, duyarsızlaşmadaki anlamlı farkın ise *nöbet tutmayan* ve *10 ve üzeri nöbet tutan* gruplardan kaynaklandığı görülmüştür. Kişisel başarıda anlamlı bir fark bulunamamıştır. ($p>0,05$)



Şekil-7: Aylık nöbet sayısı ile MTÖ duygusal tükenmişlik düzeyleri arasındaki ilişki



Şekil-8: Aylık nöbet sayısı ile MTÖ duyarsızlaşma düzeyleri arasındaki ilişki

Araştırma görevlilerin günlük çalışma süresiyle MTÖ alt boyut düzeyleri arasındaki ilişki **tablo-22’de** gösterilmiştir. Duygusal tükenmişlik puanı incelendiğinde; 9 saatten az çalışanlar grubunda daha fazla düşük-orta düzey saptanmıştır (sırasıyla %12,1 vs. 5,8), 9 saat ve üstü çalışanlarda ise düşük-orta düzeye göre daha fazla miktarda yüksek düzey saptanmıştır (sırasıyla %56,8 vs.25,2), iki grup arasındaki bu fark analizlerde istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,001$). Duyarsızlaşma puanı incelendiğinde; 9 saatten az çalışanlar grubunda daha fazla düşük-orta düzey saptanmıştır (sırasıyla %15 vs. 2,9), 9 saat ve üstü çalışanlarda da daha fazla miktarda düşük-orta düzey saptanmıştır (sırasıyla %42,2vs.39,8), iki grup arasındaki bu fark analizlerde istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,001$). Kişisel başarı puanları açısından iki grup arasında istatistiksel anlamlı fark bulunamamıştır ($p>0,05$).

Tablo-22: MTÖ’deki alt boyutların puanlarının düzey durumu ile günlük çalışma süresi arasındaki ilişki (düşük ve orta grubu birleştirilmiş şekilde)

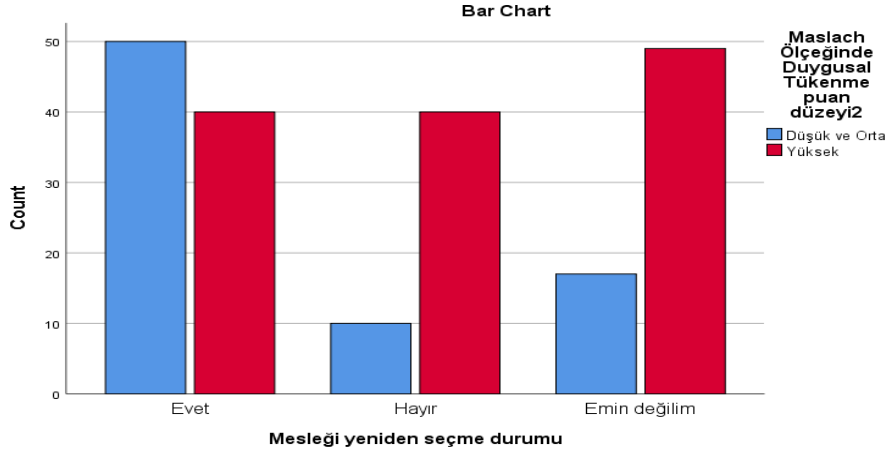
MTÖ	Günlük çalışma süresi			p
		<9 saat n(%)	≥9 saat n(%)	
Duygusal tükenme	Düşük ve Orta	25(12,1)	52(25,2)	<0,001
	Yüksek	12(5,8)	117(56,8)	
Duyarsızlaşma	Düşük ve Orta	31(15)	87(42,2)	<0,001
	Yüksek	6(2,9)	82(39,8)	
Kişisel başarı	Düşük ve Orta	1(0,5)	9(4,4)	0,50
	Yüksek	36(17,5)	160(77,7)	

Araştırma görevlilerin hekimliği yeniden seçme durumuyla MTÖ alt boyut düzeyleri arasındaki ilişki **tablo-23’de** gösterilmiştir. Duygusal tükenmişlik puanı incelendiğinde; “Evet” grubunda daha fazla düşük-orta düzey saptanmıştır (sırasıyla %24,3 vs. 19,4), “Hayır” grubunda düşük-orta düzeye göre daha fazla miktarda yüksek düzey saptanmıştır (sırasıyla %19,4 vs.4,9), “Emin değilim” grubunda ise daha fazla miktarda yüksek düzey saptanmıştır (sırasıyla %23,8 vs.8,3), üç grup arasındaki bu fark analizlerde istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,001$).

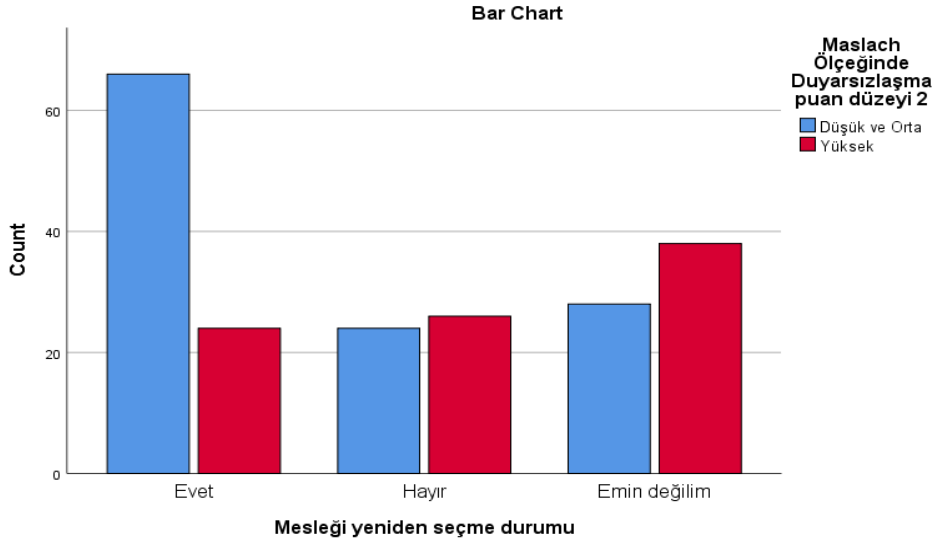
Duyarsızlaşma puanı incelendiğinde; “Evet” grubunda daha fazla düşük-orta düzey saptanmıştır (sırasıyla %32 vs. 11,7), “Hayır” grubunda düşük-orta düzeye göre daha fazla miktarda yüksek düzey saptanmıştır (sırasıyla %12,6 vs.11,7), “Emin değilim” grubunda ise daha fazla miktarda yüksek düzey saptanmıştır (sırasıyla %18,4 vs.13,6), üç grup arasındaki bu fark analizlerde istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,001$). Kişisel başarı puanları açısından incelendiğinde; “Evet” grubunda daha fazla yüksek düzey saptanmıştır (sırasıyla %42,7 vs. 1,0), “Hayır” grubunda daha fazla yüksek düzey saptanmıştır (sırasıyla %21,4 vs.2,9), “Emin değilim” grubunda ise daha fazla miktarda yüksek düzey saptanmıştır (sırasıyla %31,1 vs.1,0), üç grup arasındaki bu fark analizlerde istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p:0,03$). Bu anlamlı farklılıkların post-hoc analizlerinde duygusal tükenmedeki anlamlı farkın bütün gruplardan, duyarsızlaşmadaki anlamlı farkın ise *Evet* ve *Emin değilim* diyen gruplardan kaynaklandığı görülmüştür. Duygusal tükenmişlik ve duyarsızlaşma düzeylerinin grafiksel gösterimi **şekil-9** ve **şekil-10**'da verilmiştir.

Tablo-23: MTÖ'deki alt boyutların puanlarının düzey durumu ile hekimliği yeniden seçme durumu arasındaki ilişki (düşük ve orta grubu birleştirilmiş şekilde)

	Hekimliği yeniden seçme durumu				p
		Evet n(%)	Hayır n(%)	Emin değilim n(%)	
MTÖ Duygusal tükenme	Düşük ve Orta	50(24,3)	10(4,9)	17(8,3)	<0,001
	Yüksek	40(19,4)	40(19,4)	49(23,8)	
Duyarsızlaşma	Düşük ve Orta	66(32)	24(11,7)	28(13,6)	<0,001
	Yüksek	24(11,7)	26(12,6)	38(18,4)	
Kişisel başarı	Düşük ve Orta	2(1,0)	6(2,9)	2(1,0)	0,03
	Yüksek	88(42,7)	44(21,4)	64(31,1)	



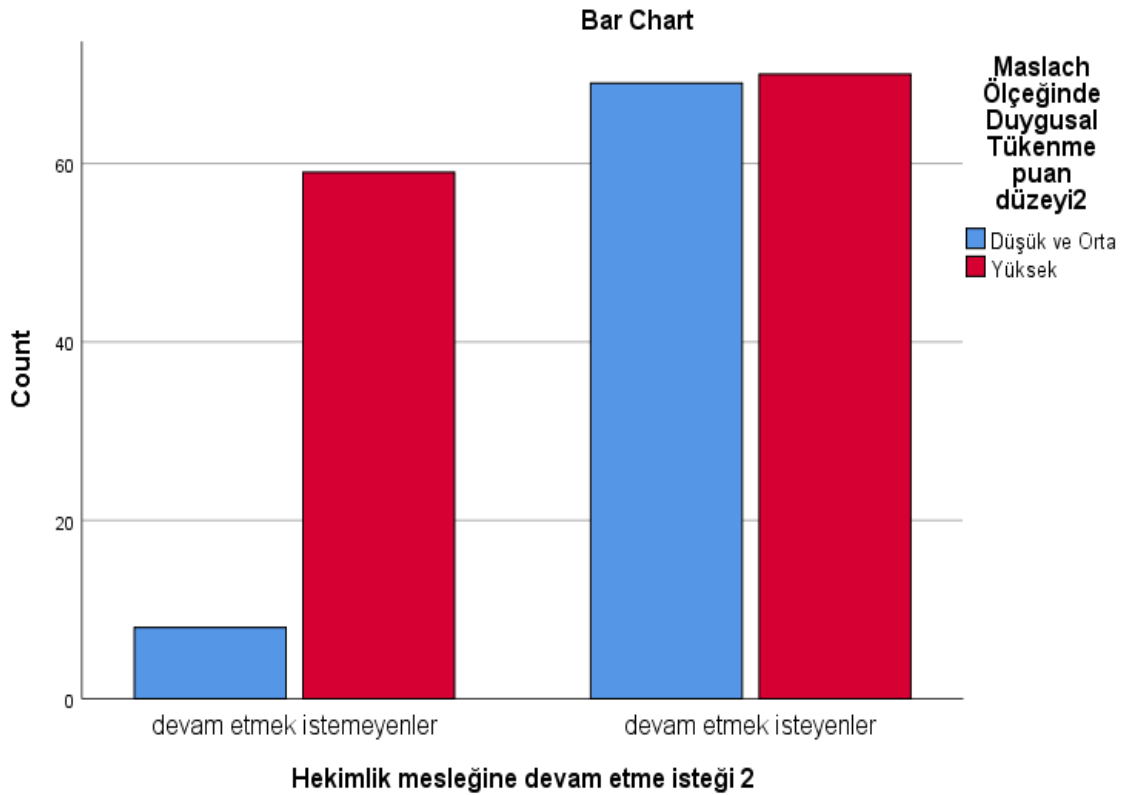
Şekil-9: Hekimliği yeniden seçme durumuyla MTÖ duygusal tükenme düzeyleri arasındaki ilişki



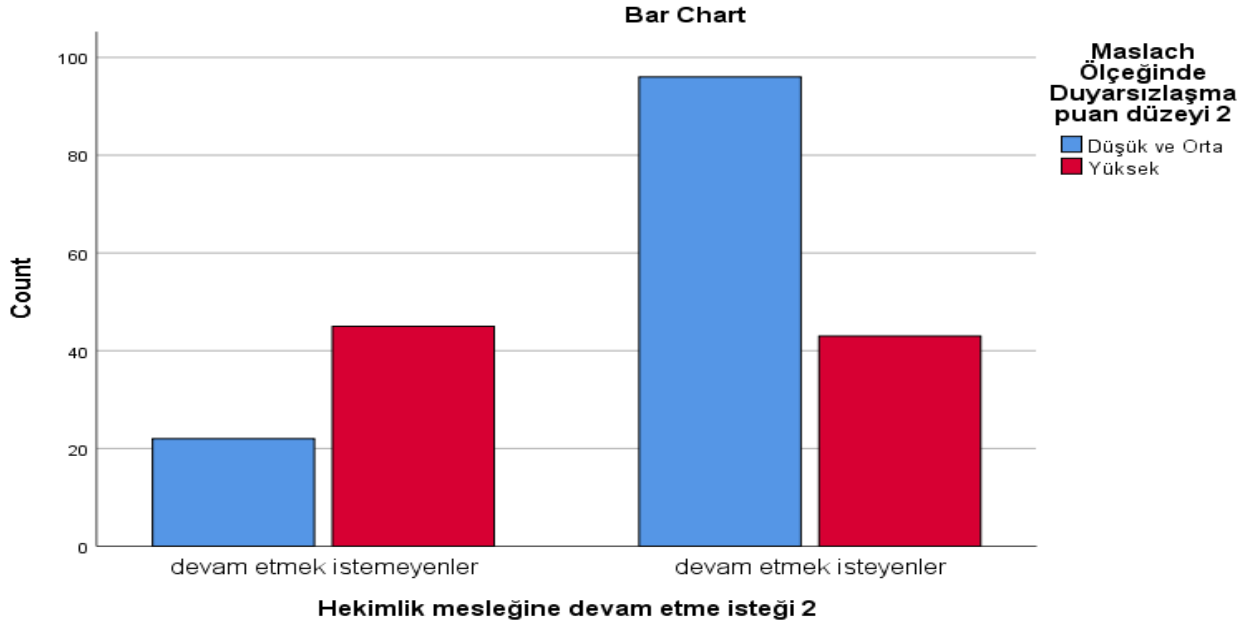
Şekil-10: Hekimliği yeniden seçme durumuyla MTÖ duyarsızlaşma düzeyleri arasındaki ilişki

Araştırma görevlilerin hekimliğe devam etme durumuyla MTÖ alt boyut düzeyleri arasındaki ilişki **tablo-24'de** gösterilmiştir. Duygusal tükenmişlik puanı incelendiğinde; devam etmek istemeyenler grubunda daha fazla yüksek düzey saptanmıştır (sırasıyla %28,6 vs. 3,9), devam etmek isteyenlerde de düşük-orta düzeye göre küçük bir farkla daha fazla miktarda yüksek düzey saptanmıştır (sırasıyla %34,0 vs.33,5), iki grup arasındaki bu fark analizlerde istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,001$). Duyarsızlaşma puanı incelendiğinde; devam etmek

istemeyenler grubunda daha fazla yüksek düzey saptanmıştır (sırasıyla %21,8 vs. 10,7), devam etmek isteyenlerde de daha fazla miktarda düşük-orta düzey saptanmıştır (sırasıyla %46,6 vs.20,9), iki grup arasındaki bu fark analizlerde istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,001$). Bu anlamlı farklılıkların post-hoc analizlerinde hem duygusal tükenmedeki hem de duyarsızlaşmadaki anlamlı farkın *her iki gruptan* kaynaklandığı görülmüştür. Kişisel başarı puanları açısından iki grup arasında istatistiksel anlamlı fark bulunamamıştır ($p>0,05$). Duygusal tükenmişlik ve duyarsızlaşma düzeylerinin grafiksel gösterimi **şekil-11** ve **şekil-12**'de verilmiştir.



Şekil-11: Hekimliğe devam etme durumuyla MTÖ duygusal tükenme düzeyleri arasındaki ilişki



Şekil-12: Hekimliğe devam etme durumuyla MTÖ duyarsızlaşma düzeyleri arasındaki ilişki

Tablo-24: MTÖ'deki alt boyutların puanlarının düzey durumu ile hekimliğe devam etme isteği arasındaki ilişki (düşük ve orta grubu birleştirilmiş şekilde)

	Hekimliğe devam etme isteği			p
		Devam etmek istemeyenler n(%)	Devam etmek isteyenler n(%)	
MTÖ Duygusal tükenme	Düşük ve Orta	8(3,9)	69(33,5)	<0,001
	Yüksek	59(28,6)	70(34,0)	
Duyarsızlaşma	Düşük ve Orta	22(10,7)	96(46,6)	<0,001
	Yüksek	45(21,8)	43(20,9)	
Kişisel başarı	Düşük ve Orta	6(2,9)	4(1,9)	0,06
	Yüksek	61(29,6)	135(65,5)	

5. TARTIŞMA

Tükenmişlik sendromu, 1900'lu yılların ortalarından itibaren ortaya atılmış, birçok tanımlama ve teoriye konu olmuş bir olgudur. [1] Temelde iş yerinde yaşanan strese ve negatif olaylara karşı çalışanın verdiği tepki, davranış ve duygu reaksiyonlarının bütünü olarak tanımlanabilmektedir. [22,39] Tükenmişlik sendromu mesleği gereği insanlarla yüz yüze daha uzun saatler çalışan kişilerde daha fazla görülmektedir. Özellikle doktorlar ve hemşireler gibi uzun saatler boyunca hasta bireylerle çalışılan mesleklerde tükenmişlik yaygın olarak saptanmıştır. [44,46,47,48]

Doktorlarla ilgili yapılmış literatürdeki birçok çalışma genellikle uzman doktorları, öğretim görevlisi olan doktorları veya tecrübeli doktorları içermektedir. Araştırma görevliliği aşamasındaki doktorlarla yapılmış tükenmişlik ve iş yeri doyumu çalışmaları olmakla birlikte sayıca daha az miktardadır. Halbuki eğitim aşamasındaki görece daha az tecrübeli olan bu doktor grubunda tükenmişlik oranları hiç az olmamakla birlikte, bu aşamalarda yapılan medikal hatalarla tükenmişlik düzeylerinin ilişkili olduğunu gösteren çalışmalar da bulunmaktadır. [69-71] Bu sebeple araştırma görevlisi doktorlarda bu tarz çalışmalar yapmak büyük bir önem kazanmaktadır.

Yaptığımız bu çalışmada Hacettepe Üniversitesi Erişkin ve Onkoloji hastanesinde çalışan araştırma görevlilerinde tükenmişlik ve iş yeri doyumunu incelemeyi planlandık. Çalışmamız; hem literatüre araştırma görevlileriyle ilgili bir çalışma daha eklenmiş olması, hem de benzer çalışmalar olmakla birlikte Hacettepe Hastanesinde ilk defa araştırma görevlilerinde tükenmişlik ile iş doyumu düzeylerinin gösterildiği bir çalışma olması açısından önem taşımaktadır. Çalışmamızda elde edilen bulgular uygun literatür bilgisiyle tartışılmıştır.

Çalışmamıza toplam 206 araştırma görevlisi dahil edilmiştir. Dahil edilen araştırma görevlilerinin yaş ortalaması $27,92 \pm 2,72$ yıl olup, %48,5'i kadın, %51,5'i erkek cinsiyetindedir. Araştırma görevlilerin medeni durum dağılımı; %30,6'sı "Evli", %67,5'i "Bekar", %1'i "Boşanmış" ve %1'i "Birlikte yaşıyor" şeklindedir. Çalışmamızdaki katılımcıların %61,2'si dahili bilimler araştırma görevlisi, %38,8'i cerrahi bilimler araştırma görevlisidir. Literatürde benzer şekilde araştırma görevlilerini içeren çalışmalarda genelde katılımcı sayıları 130-180 arasında değişmektedir. Can ve arkadaşlarının 2010 yılında İzmir Tepecik Eğitim Araştırma Hastanesi'nde yaptığı tükenmişlik

çalışmasında 165 asistan doktora ulaşılmıştır ve %51,5 dahili dallarda, %48,5 ise cerrahi dallarda eğitim almaktaymış [72], aynı şekilde Kurçer ve arkadaşlarının 2005 yılında Harran üniversitesi Tıp Fakültesi'ndeki yaptığı çalışmada aralarında araştırma görevlilerinin de bulunduğu 135 hekime ulaşılmıştır [73]. Turgut ve arkadaşlarının Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesinde yaptığı bir çalışmada ise %44,1'inin erkek, %55,9'unun kadın cinsiyetinde olduğu 127 araştırma görevlisi dahil edilmiştir [76]. Yurtdışında yapılmış benzer çalışmalar değerlendirildiğinde; Lübnan'da Ashkar ve arkadaşları tarafından 155 asistanla yapılmış bir çalışmada katılımcıların %55,5'u erkek %44,5'u kadın olduğu ve asistanların 51 dahili, 34 cerrahi, 17 pediatri, 6 aile hekimliği, 13 kadın doğum, 10 anestezi, 8 radyoloji, 6 kulak burun boğaz, 5 göz ve yine 5 kişinin patoloji branşında bulunduğu görülmüştür [77]. Afana ve arkadaşları tarafından Katar'da yapılan bir çalışmada ise 136 kişinin çalışmaya katıldığı ve bunların %68'inin erkek %32'sinin kadın olduğu görülmüştür [78].

Çalışmamızda Maslach Tükenmişlik Ölçeği (MTÖ) ile değerlendirilen üç alt boyutunun ortalamaları; duygusal tükenmişlik puanında 19,35, duyarsızlaşma puanında 8,71, kişisel başarı puanında ise 13,75 olarak saptanmıştır. Bu puanlarla, katılımcıların genelinin yüksek düzeyde duygusal tükenme, orta düzeyde duyarsızlaşma yaşadığı, kişisel başarı hissini ise yüksek olduğu görülmüştür. Puanlar, yöntem bölümündeki tablolarda belirtilen kesim noktalarına düşük-orta-yüksek şekilde sınıflandırıldıktan sonra yeniden değerlendirildiğinde; duygusal tükenme puanlarının çoğunluğunun %62,6 ile yüksek grupta, duyarsızlaşma puanlarının çoğunluğunun %42,7 ile yüksek grupta ve kişisel başarı puanının ise hemen hemen tamamına yakınının %95,1 ile yüksek grupta olduğu gözlemlenmiştir. Bu konuyla ilgili literatür değerlendirilmesi yapıldığında MTÖ'nin farklı şekilde puanlama stilleri olması nedeniyle farklı sonuçlar alındığı görülmüştür. Kıyaslanabilen çalışmalar değerlendirildiğinde çalışmamızda bulunan değerlerin diğer çalışmalarla benzerlik taşıdığı görülmüştür. Özkan C. ve arkadaşları tarafından Mersin üniversitesinde yapılan araştırmada katılımcıların duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarı puan ortalamaları sırasıyla 28, 12, 20 olarak bulunmuştur [79]. Erol ve arkadaşlarının çalışmasında asistanların duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarı puan ortalamaları sırasıyla 20, 8, 19, bulunmuştur [58]. Aslan ve arkadaşlarının yaptığı hekimlerde tükenmişlik sendromunu inceleyen ve katılımcıların arasında uzman doktor, pratisyen doktorların mevcut olduğu çalışmada duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarı puan ortalamaları sırasıyla

16, 5, 22 olarak bulunmuştur [14]. Özyurt ve arkadaşlarının yaptığı ve Türkiye’de çalışan hekimlerin tükenmişlik düzeylerini incelediği çalışmanın sonucunda uzman doktor ve araştırma görevlisi doktorların duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarı puan ortalamaları sırasıyla 12, 4, 23 ve 17, 7, 20 olarak bulunmuştur [12].

Çalışmamızda duygusal tükenmişlik, duyarsızlaşma ve kişisel başarı puanları en fazla “yüksek düzey” saptanmıştır. Afana ve arkadaşları tarafından Katar’daki asistanlar arasında yapılan bir çalışmada tükenmişlik sendromunun kişisel başarı oranları yüksek, duyarsızlaşma oranları düşük, duygusal tükenme oranları ise hafif yüksek şeklinde bulunmuştur [78]. Woodside ve arkadaşları tarafından Amerika’da Psikiyatri ve Aile hekimliği araştırma görevlilerinde yapılan bir çalışmada ise duygusal tükenmişlik yüksek düzeyde bulunurken bizim çalışmamıza uygun olarak duyarsızlaşma orta düzeyde bulunmuştur [84]. Trufelli ve arkadaşlarının Onkoloji doktorları arasında yaptığı meta-analizde duygusal tükenmişlik (DT) oranı %36 [81], Ramirez ve arkadaşlarının çalışmasında %38 [82], Blanchard ve arkadaşlarının çalışmasında %23 olarak, yani yüksek düzeyde saptanmıştır [83]. Özçınar ve arkadaşlarının asistan hekimlerde tükenmişlik sendromunu değerlendirdiği çalışmasında ise duygusal tükenmişlik açısından yüksek düzey %67, orta düzey %33 oranında bulunmuştur. [35] Ergin ve arkadaşlarının çalışmasında DT açısından tükenmişliği en yüksek grup hemşireler, sonra pratisyenler olarak tespit edilmiş [85], Gülseren’in çalışmasında hemşirelerde DT oranı %54, teknisyenlerde %27, yani yüksek düzeyde bulunmuştur [86]. Çalışmamız sadece doktorları içerdiğinden böyle bir kıyas yapılamamakla birlikte duygusal tükenmişlik oranlarımız benzer oranlarda elde edilmiştir. Duyarsızlaşma (DY) puanı olarak bakıldığında ise çalışmamızda genel ortalama orta düzeyde duyarsızlaşma bulunmakla birlikte düzeylerin kategorik değerlendirilmesinde en fazla oranın yüksek düzeye ait olduğu görülmüştür. Duyarsızlaşma ile ilgili literatür bilgisine bakıldığında ise; Trufelli’nin meta-analizinde DY oranı yüksek düzeyde %34, Liakopoulou ve arkadaşlarının çalışmasında %9, Blanchard’ın çalışmasında %35, Ramirez’inkinde %31 olarak bulunmuş; Özçınar’ın araştırmasında ise %52 yüksek, %48 orta düzeyde duyarsızlaşma tespit edilmiştir [35, 37, 81, 82, 83]. Tüm bu veriler ışığında çalışma grubumuzdaki doktorlarda görülen duyarsızlaşma oranının duygusal tükenmişlik kadar olmasa da diğer çalışmalarla paralel olarak yüksek olduğu görülmüştür. Bunun altta yatan sebebi olarak; farklı bölümlerde doktorlar çalışmaya dahil edilmiş olsa bile araştırma görevliliği sürecinin yorucu, yoğun ve sürekli yeni ortamlara adapte olabilmeye gücü gerektiren bir süreç olduğu ve hangi

bölüm olursa olsun insanlarla çalışmanın verdiği psikolojik yük ve sorumluluğun mesleğine yeni adım atmış hekimlerde yoğun stres kaynağı olması olarak düşünülmüştür.

Çalışmamızda MTÖ'deki kişisel başarı (KB) puanı ölçeği birçok çalışmadan farklı olarak ifadelerin olumlu olması nedeniyle DT ve DY puanlarının tam tersi şekilde kodlanmıştır. Kişisel başarı puanının değeri düştükçe bireyin kendini başarılı hissetme düzeyi artar ve tükenmişlik düzeyi azalır. Çalışmadaki katılımcıların yaklaşık %95'inin kişisel başarı açısından puanı yüksek bulunmuştur ve bu da düşük tükenmişlik düzeyi olarak değerlendirilmiştir. Kişisel başarı açısından literatüre bakıldığında; Trufelli'nin çalışmasında kişisel başarı açısından yüksek tükenmişlik düzeyi %25, Ramirez'in çalışmasında %33, Gülseren'in yaptığı çalışmada hemşirelerde KB açısından yüksek tükenmişlik oranının %7, teknisyenlerde %90 olduğu saptanmıştır [81,82,86]. Yöntem farklılıkları olmakla birlikte bizim çalışmamızda literatüre göre kişisel başarı açısından daha düşük tükenmişlik düzeyleri saptanmıştır. Bunun altında yatan neden ise; hekimlerin ne kadar tükenmiş olsalar bile, elde ettikleri eski başarılarını da göz önüne alarak kendilerini başarısız hissetme oranlarının düşük olması olarak düşünülmüştür.

Çalışmamızda MİDÖ'deki üç alt boyut puanı hesaplanmıştır. İçsel doyum puanı ortalaması 37,61, dışsal doyum ortalaması 17,33, genel doyum puan ortalaması ise 60,80 olarak saptanmıştır. Literatür bilgisine bakıldığında çalışmalarda genellikle sadece genel doyum puanı hesaplandığı ve bunun da yüzdeye çevrilerek yapıldığı görülmüştür [16,87]. Havle ve arkadaşlarının 2008'de psikiyatristlerle yaptıkları çalışmada genel doyum puanı ortalamasını 66,52 olarak bulunmuştur [88]. Kurçer ve arkadaşlarının 2005 yılında yaptıkları çalışmada iş doyum puanı ortalaması 48,3 olarak saptanmıştır [73]. Yaşan ve arkadaşlarının 2008 yılında Dicle üniversitesinde araştırma görevlilerinde yaptıkları çalışmada ise iş doyum puanı ortalaması 65,07 [90]; Beyazsaçlı ve arkadaşlarının KKTC'de devlet hastanesindeki hemşirelerde yaptığı çalışmada 65,80 olarak bulunmuştur [89]. Tüm bu bilgiler ışığında bulgularımız değerlendirildiğinde içsel ve dışsal doyum ile ilgili kıyaslama yapmak mümkün değildir, genel doyum puanının ise literatürdeki çalışmalarla uyumlu bulunduğu görülmüştür. Genel doyum puanlarının 20-100 arasında değiştiği göz önünde bulundurulduğunda ise Hacettepe Üniversite Hastanesinde çalışan ve çalışmamıza dahil edilmiş araştırma görevlilerinin genelinde orta düzeyde iş doyumunu olduğu tespit edilmiştir.

Çalışmamızda katılımcıların %48,5'i kadın, %51,5'i erkek cinsiyetindedir. Duygusal tükenme puanının ortalama olarak kadınlarda daha yüksek bulunmasına, duyarsızlaşma puanının erkeklerde daha yüksek bulunmasına, kişisel başarı puanının ise kadınlarda daha yüksek bulunmasına rağmen yapılan istatistiksel analizde anlamlı fark bulunmamıştır. MİDÖ'nün üç alt boyutu olan içsel-dışsal ve genel doyum puanları değerlendirildiğinde üçü de ortalama olarak kadınlarda daha yüksek bulunmasına rağmen yine analizlerde istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Bunun nedeni olarak gruptaki sayının yetersizliği ve gruplar arası farkın yeterince büyük olmaması düşünülmüştür. Tükenmişlik ve iş doyumunu ile cinsiyet arasındaki ilişki birçok çalışmada gösterilmeye çalışılmıştır. Literatürde konuyla ilgili farklı sonuçlar elde edilen çalışmalar mevcuttur. Karlıdağ ve arkadaşlarının 2000 yılında yaptığı bir çalışmada erkeklerin duyarsızlaşma düzeyleri daha yüksek bulunmuştur [91]. Ergin'in Türkiye'deki sağlık çalışanlarıyla yaptığı çalışmasında kadınlarda duygusal tükenmenin daha sık görüldüğü sonucuna varılmış, erkeklerin kişisel başarı puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur [85]. İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte erkeklerde duyarsızlaşma puanını daha yüksek bulan Erol ve arkadaşlarının [58] ve Özyurt ve arkadaşlarının yaptığı [12] çalışmalar mevcuttur. Bizim sonuçlarımıza tamamen uygun olarak tükenmişlik alt boyutları ve cinsiyet arasında hiçbir anlamlı fark tespit edemeyen çalışmalar da mevcuttur. Çan ve arkadaşlarının Karadeniz Teknik Üniversitesindeki araştırma görevlilerinde 2006 yılında yaptığı çalışmada, Oğuzberk ve arkadaşlarının 2008 yılında Ruh sağlığı çalışanlarında yaptığı çalışmasında ve Erol ve arkadaşlarının 2012 yılında acil servis çalışanlarında yaptığı çalışmasında cinsiyetle tükenmişlik alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. [92-94]. İş doyumunu açısından bakıldığında farklı bulguları olan çalışmalar literatürde mevcuttur. Erol ve Havle'nin çalışmalarında iş doyumunu açısından bakıldığında erkeklerin daha yüksek puan aldığı görülmüştür [88,94]. Çalışmamızın sonuçlarıyla uyumlu olarak Sünter ve arkadaşlarının 2006 yılında pratisyen hekimlerde yaptığı çalışmasında cinsiyet grupları arasında iş doyumunu açısından anlamlı fark bulunmamıştır [95]. Benzer şekilde Yıldız ve arkadaşlarının 2002 yılında İstanbul Tıp Fakültesindeki aralarında araştırma görevlilerinin de bulunduğu hekimlerde yaptığı çalışmada cinsiyet grupları arasında anlamlı fark bulunmamıştır [96].

Çalışmamızdaki bir diğer değişkenimiz medeni durumdur. İlk veri toplama esnasında 4'lü grupta değerlendirilen medeni durum; "Boşanmış" ve "Birlikte yaşıyor" gruplarında sadece 2'şer kişi

olması nedeniyle istatistiksel analizin daha uygun yapılabilmesi amacıyla bu iki grup “Bekar” grubuyla birleştirilmiş ve veri toplam 2 grupta değerlendirilmiştir. Bu gruplamaya rağmen yapılan analizlerde hem MTÖ hem de MİDÖ alt boyutlarının puanları arasında medeni duruma göre istatistiksel olarak bir anlamlılık bulunmasa da tükenmişlik puan ortalamalarının evli grupta daha düşük, doyum puan ortalamalarının daha yüksek olduğu görülmüştür. Literatüre bakıldığında medeni durum ve tükenmişlik ilişkisi ile ilgili çalışmaların farklı sonuçları olduğu görülmüştür. Maslach ve Jackson’a göre medeni durumun tükenmişlik üzerine etkisi mevcuttur, buna sebep olarak da aile kurmuş olan bireylerin hayat ve işlerine bakışlarının daha farklı olacağı, stresle başa çıkabilme yetilerinin daha yüksek olacağı ve evli olan kişilerin işten elde edilen maaş-uzun dönem güvence gibi faktörleri kişisel tatminden daha öncelikli tutacağı gösterilmiştir [97]. Aslan ve Musal’ın çalışmalarında bekar olanların tükenmişlik puanlarının daha yüksek olduğu, iş doyumuyla medeni durumun bir ilişkisi olmadığı bulunmuştur [16,80]. Karlıdağ ve arkadaşlarının çalışmasında, Lübnan’da yapılan Ashkar ve arkadaşlarının çalışmasında ve Can ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise evli ve bekarlar arasında ölçek puanları açısından anlamlı fark bulunamamıştır [72,77,91].

Araştırma görevlilerinin farklı branşlarda ve uzmanlık dallarında olmaları tükenmişlik ve iş doyumunu değiştirmektedir. Bu durumun sebepleri arasında; karşılaşılan hasta popülasyonunun özelliklerinin farklı olması, çalışma şartlarının farklı olması sayılabilir. Bu sebeple branşlarla ilgili çalışmalar literatürde bulunmaktadır. Çalışmamızda araştırma görevlisi branşına göre ölçek puanları değerlendirildiğinde; duygusal tükenme, kişisel başarı, iş doyumunu puanları açısından Dahili ve Cerrahi Bilimler arasında anlamlı fark bulunamazken, duyarsızlaşma puanı Cerrahi Bilimlerde anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Bunun nedeni olarak da cerrahi branşlardaki stres kaynağının daha fazla olduğu ve cerrahi branşlarda daha fazla erkek araştırma görevlisi olmasına bağlı olarak duyarsızlaşmanın literatüre uygun olarak erkeklerde daha fazla görünmesi nedeniyle olduğu düşünülmüştür. Literatür değerlendirildiğinde branşlarla ilgili farklı sonuçlar ortaya konduğu görülmüştür. Can ve arkadaşlarının çalışmasında cerrahi dışı dallardaki asistan doktorların, cerrahi dallardakilere göre daha yüksek düzeyde duygusal tükenmişlik yaşadığı saptanırken iki grup arasında duyarsızlaşma düzeyi ve kişisel başarı düzeyi açısından anlamlı fark saptanamamıştır [72]. Dündar ve arkadaşlarının uzmanlık öğrencilerinde 2017’de yaptığı bir çalışmada tükenmişliğin tüm alt boyutlarının Cerrahi bilimler grubunda daha yüksek olduğu

saptanmıştır [60]. Campbell; 582 cerrahla yaptığı çalışma sonucunda cerrahların %32'sinin duygusal tükenme skorunu yüksek, %13' ünün duyarsızlaşma skorunu yüksek ve %4' ünün kişisel başarı skorunu düşük olarak bulmuştur [45]. Johnson'un baş-boyun cerrahları arasında yaptığı çalışmalarda cerrahlar arasında daha yüksek duygusal tükenme ve duyarsızlaşma puanları olduğu gösterilmiştir [98]. Erol ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada cerrahi bölümde çalışan araştırma görevlisi doktorların duyarsızlaşma açısından dahili bölümde çalışanlara göre daha tükenmiş oldukları bulunmuştur [58]. Çalışmamızdaki ana branşların içerisinde fazla sayıda farklı uzmanlık dalları olması nedeniyle bu ana dallar 4'lü küçük gruplar halinde (2'si dahili bilimler içinde 2'si cerrahi bilimler içerisinde olmak üzere) yeniden gruplandırılmıştır, fakat yapılan analizlerde ölçek puanları arasında herhangi bir anlamlı fark bulunamamıştır. Bunun sebebi olarak gruplar içerisinde katılımcı sayılarının yetersizliği düşünülmüştür. Böyle bir karşılaştırılma için daha geniş çaplı bir çalışma yapılması uygundur.

Çalışmamızda yaş ile ilgili katılımcıların yaş aralığının çok dar bir aralıkta (20-30 bandında) olması nedeniyle bir yorum yapılamamıştır. Yaş ile ilgili yorum yapılabilmesi için araştırma görevlileri dışındaki hekimleri de içeren bir çalışma yapılarak yaş aralığının daha geniş tutulması gerektiği düşünülmüştür.

Çalışmamızda değerlendirilen diğer değişkenler arasında günlük çalışılan saat ve aylık nöbet sayısı mevcuttur. Çalışan saate göre değerlendirilme yapıldığında 9 saatin altında çalışanlarda 9 saat ve üstü çalışan gruba göre daha yüksek duygusal tükenmişlik ve duyarsızlaşma puanları saptanmıştır, kişisel başarı ve iş doyumunu açısından gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Nöbet sayısına göre yapılan değerlendirilmede ise; nöbet tutmayan grupta nöbet tutan gruba göre daha düşük duygusal tükenmişlik ve duyarsızlaşma puanları saptanırken, diğer ölçek puanları açısından anlamlı fark bulunmamıştır. Bu durumun sebebi olarak; günlük çalışma saati arttıkça ve nöbet sonrası mesaiye devam edilmesine bağlı olarak artmış stres yükü ve dinlenme ile kendine zaman ayırma şansının azalması düşünülmüştür. Literatürde bizim bulgularımızla uyumlu çalışmalar mevcuttur. Şen ve arkadaşlarının 2006 yılında hekimler üzerinde yaptığı çalışma ile Aslan ve arkadaşlarının 1996 yılında asistan hekimlerde yaptıkları çalışmada, nöbet sayısı fazla olanlarda tükenmişliğin daha yüksek olduğu gösterilmiştir [99-100]. Heim'in 1992 yılında yayımladığı makalesinde daha çok nöbet tutan, kendine ve dinlenmeye daha az vakit ayırabilen, günlük çalışma

saatleri daha uzun olan çalışanlarda tükenmişlik düzeyinin daha yüksek olduğu saptanmıştır [101]. Özyurt ve arkadaşlarının hekimlerle yaptıkları çalışmada, nöbet sayısı fazla olanlarda duygusal tükenme ve duyarsızlaşmanın yüksek, iş doyumunun daha düşük olduğunu bulmuştur [12]. Erol ve arkadaşlarının çalışmasında aylık nöbet sayısı arttıkça, duyarsızlaşma puanlarında anlamlı artış gözlenmiştir [58]. Çan ve arkadaşlarının çalışmasında tutulan nöbet sayısı ile duygusal tükenmişlik arasında pozitif orta düzey bir ilişki saptanmıştır [92]. Oğuzberk ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada 8 saatin üstünde çalışanlarda duygusal tükenmişlik puanı daha yüksek bulunmuştur, nöbet tutmayanlarda da tutanlara göre daha düşük duygusal tükenmişlik ve duyarsızlaşma puanları bulunmuştur [93].

Çalışmamızdaki bir başka değişken araştırma görevliliğindeki yıldır. Çalışma yılına göre değerlendirildiğinde gruplar arasında duygusal tükenmişlik, duyarsızlaşma, genel doyum açısından anlamlı fark bulunamazken, kişisel başarı puanı açısından birinci yıl asistanlarının dördüncü ve üstü yılda olanlara göre daha yüksek puan aldığı görülmüştür ve bu da birinci yıl asistanlarının kişisel başarı açısından kendilerini daha düşük gördüğü olarak yorumlanmıştır. Bunun sebebi olarak; araştırma görevliliğindeki yıl ve tecrübe arttıkça özgüven artışı olmasından dolayı başarı hissi arttığı düşünülmüştür. Kurçer ve arkadaşlarının yaptığı çalışma ile Altay ve arkadaşlarının hemşireler üzerinde 2010 yılında yapmış olduğu çalışmada bizim bulgularımızla uyumlu olarak çalışma süresi ile tükenmişlik düzeyleri arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır [73, 102]. Taycan ve arkadaşlarının hemşirelerde yaptığı bir başka çalışmada ise çalışma yılı arttıkça tükenmişlik düzeyinin azaldığı gösterilmiştir [103]. Özçınar ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada uzun çalışma saatleri ve nöbet sayısındaki fazlalığın tükenmişlik sendromu için risk oluşturduğu, iş yükünün ağır, günlük çalışma süresinin uzun olup çalışma şartlarının yetersiz olarak algılanmasının da kişilerdeki tükenmişlik durumunu etkilediği vurgulanmıştır [35].

Çalışmamızdaki katılımcıların %67'sinin alkol, %24,3'ünün sigara ve %7,8'nin keyif verici veya bağımlılık yaratıcı bir madde kullanımı olduğu gösterilmiştir. Alkol kullanımına bakıldığında, kullananlarda daha yüksek duyarsızlaşma ve daha düşük kişisel başarı puanı bulunurken diğer ölçek puanlarında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Sigara kullanımı açısından değerlendirildiğinde; sigara kullananlarda daha yüksek duygusal tükenmişlik ve duyarsızlaşma

puanı bulunurken, diğer ölçek puanlarında bir fark bulunmamıştır. Madde kullanım oranı düşük olması nedeniyle değerlendirilememiştir. Yapılan çalışmalarda sağlık çalışanlarında; yoğun strese maruz kalınmasına ve iş yerinde yaşadıkları mutsuzluk ve endişenin giderilmesi amacıyla keyif verici madde ve alkol kullanımına yatkın olmalarına bağlı olarak alkol-madde-sigara kullanımının yaygın olduğu ortaya konmuştur [13,24,104]. Dündar ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada katılımcıların %20,3'ü de günde en az bir sigara içtiğini ifade etmiştir. Tükenmişlik skoru yüksek olan hekimlerin %25'inde sigara kullanımı saptanırken, diğerlerinde ise bu oran %11,5 olarak bulunmuştur [60]. Özkan ve arkadaşlarının Mersin üniversitesinde yaptıkları çalışmaya katılan gönüllüler arasında tükenmişlik düzeyi ile sigara kullanma, alkol kullanma, her ikisini kullanma veya hiçbirini kullanmama durumu arasında anlamlı fark bulunmamıştır [79]. Ashkar ve arkadaşları tarafından Lübnan'da yapılmış bir çalışmada ise asistanlarda sigara ve alkol tüketimi arttıkça duyarsızlaşma düzeyinin de önemli seviyeye geldiği görülmüştür [77].

Çalışmamızdaki katılımcıların %77,7'sinde komorbid hastalık yokken, %12,1 ile ikinci sırada ruhsal hastalıkların geldiği saptanmıştır. Katılımcıların sadece %16'sı herhangi bir reçete edilmiş ilaç kullanırken, kullanılan ilaçların da çoğunluğunun antidepresan ilaçlar olduğu görülmüştür. Ek hastalık grubu 4'lü gruptan hastalığın olup olmamasına göre ikili gruba dönüştürülmüştür. Hastalığı olan grupta daha yüksek duygusal tükenmişlik puanı saptanırken, daha düşük iş doyum puanları saptanmıştır. Duyarsızlaşma ve kişisel başarı açısından gruplar arasında fark yoktur. Bunun sebebi olarak; kişinin ek bir hastalığı olması ve ilaç kullanımının olmasının kişiye ek stres kaynağı olacağı, bunun da tükenmişliği pekiştirir yönde, iş doyumunu da negatif yönde etkileyeceği düşünülmüştür.

Çalışmamızdaki araştırma görevlilerinin %94,7'sinin hekimlik mesleğini kendi isteğiyle seçtiği, aynı mesleği yeniden seçme oranının ise %43,7 olduğu gösterilmiştir. Hekimlik mesleğine devam etme isteği değerlendirildiğinde katılımcıların %67,5'inin devam etmek istediği görülmüştür. Hekimlik mesleğine devam etmek isteyenler grubunda tükenmişliğin üç alt boyutunda da daha düşük puan olduğu, iş doyum puanlarının ise daha yüksek olduğu görülmüştür. Hekimlik mesleğini yeniden seçme sorusuna evet diyenlerin de aynı şekilde tükenmişlik puanları daha düşük saptanırken, iş doyum puanları daha yüksek saptanmıştır. Bunun sebebi olarak; tükenmişliğin iş değiştirme sebebi olması, iş doyumunu ile işe bağlanmanın doğru orantılı olması ve kendi isteği ile

işini seçmiş olanların işteki stresle daha kolay başa çıkabilmesi düşünülmüştür. Can ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada cerrahi dallardaki asistanların diğer branşlara göre bölümlerini daha fazla oranda isteyerek seçtiği, seçtiği dalın hekimlik açısından saygınlığının fazla olduğunu düşündükleri, başka bir branş seçme isteğinin ise daha düşük olduğu saptanmıştır [72]. Cerrahi dallarda uzmanlık eğitimi alıp duygusal tükenmişlik düzeyi yüksek bulunan asistan hekimlerin çoğu branşını değiştirmek istemekte ve branşının mesleki saygınlığı hakkında olumsuz düşünceye sahip olduğu bulunmuştur [72]. Cerrahi olmayan dallarda ise duygusal tükenmişlik düzeyi yüksek bulunan asistan doktorların arasında bölümlerine istemeyerek girenlerin sayısının isteyerek girenlere göre daha fazla olduğu ve eğitim aldığı branşın geleceği hakkında olumsuz düşünenlerin sayısının olumlu düşünenlere göre daha fazla olduğu görülmüştür [72]. Cerrahi olmayan branşlarda çalışanların mesleki memnuniyeti cerrahi dallara göre daha az olup branş değiştirmeyi daha çok istedikleri gösterilmiştir [72]. Tekin ve Altay'ın ayrı ayrı hemşirelerle yaptıkları çalışmalarda mesleğini istemeden seçenlerde tükenmişlik düzeylerinin daha fazla olduğu bulunmuştur [102,105].

Çalışmamızda iş doyumu ile tükenmişlik alt boyutları arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarı puanı ile iş doyumu arasında orta düzey negatif bir ilişki saptanmıştır. Bir başka deyişle, iş doyumu puanı arttıkça duygusal tükenmişlik ve duyarsızlaşma düzeyi azalırken, kişisel olarak başarılı hissetme düzeyi artmaktadır. Erol ve arkadaşlarının çalışması bizim çalışmamıza benzer bulgular saptamıştır [58]. Öte yandan Kebapçı ve Akyolcu'nun araştırmasında, iş doyumu düzeyi arttıkça tükenmişlik düzeyinin de arttığı belirtilmiştir [106].

Araştırmamızın güçlü yanı; veri toplama araçlarının tek bir araştırmacı tarafından, her bir hekimle yüz yüze görüşülerek dağıtılmış olması ve onaylarının alınmış olmasıdır. Katılımcı sayısının literatürdeki çalışmalardan daha fazla olması, sadece araştırma görevlilerini içermesi ve Hacettepe Üniversite Hastanesindeki araştırma görevlilerindeki ilk tükenmişlik çalışması olması da çalışmanın güçlü yanlarından.

Araştırma bulgularımız bazı kısıtlılıklar çerçevesinde değerlendirilmektedir. Bu kısıtlılıkların başında, araştırmanın tek merkezde yürütülmüş olması gelmektedir. Bu durum, araştırma

bulgularının ülke içindeki tüm hekimlere genellenebilmesi açısından yetersizlik oluşturmaktadır. Gelecek araştırmalar için Ankara'da daha kapsamlı ya da Türkiye'nin farklı bölgelerini de içine alan çok merkezli bir araştırma planlanmasına, çeşitli sağlık çalışma alanlarında daha geniş bir örnekleme grubunun dahil edilmesine ihtiyaç vardır. Diğer bir kısıtlılık ise ölçeklerin puanlanmasında kullanılan farklı uygulamalardan kaynaklanan kıyas zorluğudur.

6. SONUÇ:

Çalışmamızın sonucunda;

- ✓ Tükenmişlik sendromu tüm sağlık kuruluşlarında olduğu gibi Hacettepe Üniversite hastanesinde de yaygın olarak bulunmuştur.
- ✓ Duygusal tükenmişlik açısından yüksek düzey, duyarsızlaşma açısından orta düzey, kişisel başarı açısından düşük düzeyde tükenmişlik oranları saptanmıştır.
- ✓ Cinsiyet, medeni durum, araştırma görevlisinin ana branşı ve uzmanlık alanları kıyaslandığında tükenmişlik açısından gruplar arasında fark olmadığı gösterilmiştir.
- ✓ Günlük çalışma saatinin ve nöbet tutmanın hem tükenmişlik hem de iş doyumunu ile ilişkili olduğu saptanmıştır.
- ✓ Araştırma görevliliğinde çalışma yılının sadece kişisel başarı algısı açısından önemi gösterilebilmiştir.
- ✓ Tükenmişlik düzeyi yüksek olan bireylerde sigara, alkol gibi madde kullanımlarının daha yaygın olduğu gözlemlenmiştir.
- ✓ Ek bir hastalık olması ve ilaç kullanımının tükenmişlik açısından önemli olduğu gösterilmiştir.
- ✓ Hekimlik mesleğine devam etme ve yeniden seçme gibi önemli kararlarla tükenmişlik düzeyinin yakın ilişkide olduğu gösterilmiştir.
- ✓ İş doyumunu ile tükenmişlik boyutları arasında negatif bir ilişki olduğu saptanmıştır.

Bütün bu bulgular ışığında sonuç olarak; tükenmişlik sendromu sağlık çalışanlarında yaygın görülen bir fenomen olarak ele alınması ve üzerinde araştırma yapılması gereken bir konu olarak değerlendirilmiştir. Hekimlerin verdiği hasta bakımı kalitesini ve hekimlik mesleğine devam etme kararını etkilemesi nedeniyle iş yükü kaybı açısından büyük öneme sahip olan tükenmişlik sendromunun her kuruluşun kendi içinde değerlendirilmesi ve mevcut sorunların giderilmesi açısından büyük önem taşıdığı aşikardır. Literatürde araştırma görevlileriyle ilgili yapılan çalışmalar olmakla birlikte, katılımcı sayısının literatürdeki çalışmalardan daha fazla olması, sadece araştırma görevlilerini içermesi ve Hacettepe Üniversite Hastanesindeki araştırma görevlilerindeki ilk tükenmişlik çalışması olması açısından önem taşıdığını düşünmekteyiz. Bu ve benzeri çalışmalar mevcut durumu gözler önüne sererek, değişiklikler yapılması için motivasyon

kaynağı oluşturmaktadır. İlerisi için bu çalışmadan yola çıkarak yapılacak müdahale çalışmalarısıyla tükenmişlikle başa çıkabilmenin yolları daha iyi görülecektir.

KAYNAKÇA:

1. Freudenberger HJ. *Burnout: Past, present, and future concerns*. Loss, Grief & Care. 1989;3(1-2):1-10.
2. Maslach C, Jackson SE. *The measurement of experienced burnout*. Journal of organizational behavior. 1981;2(2):99-113.
3. Sturgess J, Poulsen A. *The prevalence of burnout in occupational therapists*. Occupational Therapy in Mental Health. 1983;3(4):47-60.
4. Maslach C, Jackson SE. *Burnout in health professions: A social psychological analysis*. Social psychology of health and illness. 1982;227:251.
5. Shanafelt TD, Boone S, Tan L, Dyrbye LN, Sotile W, Satele 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):1377-85.
6. Wallace JE, Lemaire JB, Ghali WA. *Physician wellness: a missing quality indicator*. The Lancet. 2009;374(9702):1714-21.
7. Dyrbye LN, Massie FS, Eacker A, Harper W, Power D, Durning SJ, et al. *Relationship between burnout and professional conduct and attitudes among US medical students*. JAMA. 2010;304(11):1173-80.
8. Shanafelt TD, Balch CM, Bechamps G, Russell T, Dyrbye L, Satele D, et al. *Burnout and medical errors among American surgeons*. Annals of surgery. 2010;251(6):995-1000.
9. Shanafelt T, Sloan J, Satele D, Balch C. *Why do surgeons consider leaving practice?* Journal of the American College of Surgeons. 2011;212(3):421-2.
10. Halbesleben JR, Rathert C. *Linking physician burnout and patient outcomes: exploring the dyadic relationship between physicians and patients*. Health care management review. 2008;33(1):29-39.
11. Argentero P, Dell'Olivo B, Santa Ferretti M, on *Burnout WG*. *Staff burnout and patient satisfaction with the quality of dialysis care*. American Journal of Kidney Diseases. 2008;51(1):80-92.

12. Ozyurt A, Hayran O, Sur H. *Predictors of burnout and job satisfaction among Turkish physicians*. Journal of the Association of Physicians. 2006;99(3):161-9.
13. Sayil I, Haran S, Olmez S, Ozguven H. *Burn-out in medical doctors and nurses of Ankara University Medical School*. Kriz Dergisi. 1997;5(2):71-7.
14. Aslan D, Kiper N, Karaağaoğlu E, Topal F, Gdk M, Cengiz . *Burnout Syndrome and Affecting Factors in a Group of Physicians Registered Turkish Medical Association*. Ankara: Turkish Medical Association Publications 2005. p. 14.
15. Ersoy F, Yıldırım R, Edirne T. *Burnout Syndrome*. Turkish Medical Association Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi; 2001. Available from: <http://www.ttb.org.tr/STED/sted0201/1html>. [Last accessed on 2013 Jun 25].
16. Musal B, Elçi , Ergin S. *Uzman hekimlerde mesleki doyum*. Toplum ve hekim. 1995;10(68):2-7.
17. Ramirez AJ, Graham J, Richards M, Gregory W, Cull A. *Mental health of hospital consultants: the effects of stress and satisfaction at work*. The Lancet. 1996;347(9003):724-8.
18. Ardiç K, Polatci S. *Tükenmişlik sendromu ve madalyonun öbür yüzü: işle bütünleşme*. Erciyes Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi. 2009(32):21-46.
19. Freudenberger HJ. *Staff burn-out*. Journal of social issues. 1974;30(1):159-65.
20. Cenik, E. *Tıpta uzmanlık öğrencilerin tükenmişlik düzeyi ve etkileyen faktörler*. Uzmanlık Tezi. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı. 2017.
21. Schaufeli W, Enzmann D. *The burnout companion to study and practice: A critical analysis*. CRC press; 1998.
22. Maslach C, Leiter M. *Burnout. Stress: Concepts, Cognition, Emotion, and Behavior*: Elsevier; 2016. p. 351-7.
23. Daley MR. *'Burnout': smoldering problem in protective services*. Social Work. 1979;24(5):375-9.
24. Maslach C, Jackson S, Leiter M. *Maslach Burnout Inventory Manual. 3rd ed*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press; 1996.
25. Cherniss C. *Professional burnout in human service organizations*: Praeger Publishers; 1980.
26. Cherniss C, Cherniss C. *Staff burnout: Job stress in the human services*: Sage Publications Beverly Hills, CA; 1980.

27. Edelwich J, Brodsky A. *Burn-out: Stages of disillusionment in the helping professions*: Human Sciences Press New York; 1980.
28. Yıldırım F. *Banka çalışanlarında iş doyumunu ve algılanan rol çatışması ile tükenmişlik arasındaki ilişki*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara. 1996.
29. Pines AM, Nunes R. *The relationship between career and couple burnout: Implications for career and couple counseling*. Journal of employment counseling. 2003;40(2):50-64.
30. Pines AM. *Treating career burnout: A psychodynamic existential perspective*. Journal of Clinical Psychology. 2000;56(5):633-42.
31. Perlman B, Hartman EA. *Burnout: Summary and future research*. Human relations. 1982;35(4):283-305.
32. Maslach C. *Burnout A Social Psychological Analysis, The Burnout Syndrome. Current Research, Theory and Interventions*, Park Ridge, III, London House Management. 1981.
33. Arı G. S.,Çına-Bal E. *Tükenmişlik kavramı: Birey ve Örgütler açısından önemi*. Yönetim ve Ekonomi: Celal Bayar Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi 2008;15(1):131-48.
34. Budak G, Sürgevil O. *Tükenmişlik ve tükenmişliği etkileyen örgütsel faktörlerin analizine ilişkin akademik personel üzerinde bir uygulama*. Dokuz Eylül Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi. 2005;20(2).
35. Özçınar M. *Asistan doktorlarda burnout sendromu*. Yayınlanmamış Tıpta Uzmanlık Tezi, Dr Lütfü Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği. 2005.
36. Çağlıyan Y. *Tükenmişlik sendromu ve iş doyumuna etkisi (Devlet ve Vakıf üniversitelerindeki akademisyenlere yönelik alan araştırması)*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Kocaeli Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Kocaeli. 2007.
37. Liakopoulou M, Panaretaki I, Papadakis V, Katsika A, Sarafidou J, Laskari H, et al. *Burnout, staff support, and coping in Pediatric Oncology*. Supportive Care in Cancer. 2008;16(2):143-50.
38. Çevik AA, C.J.H., Yanturalı S. *Acil Servis Hekimleri ve "Burnout Sendromu"*. Ulus Travma Derg., 2003. 9(2): p. 85-89.
39. Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. *Job burnout*. Annual review of psychology. 2001;52(1):397-422.

40. Polatçı, S., *Tükenmişlik Sendromu ve Tükenmişlik Sendromuna Etki Eden Faktörler (Gazi Osmanpaşa Üniversitesi Akademik Personeli Üzerinde Bir Analiz)*. Yüksek Lisans Tezi, Tokat, 2007.
41. Potter BA. *Overcoming job burnout: How to renew enthusiasm for work*: Ronin Publishing; 2009.
42. Lewandowski CA. *Organizational factors contributing to worker frustration: The precursor to burnout*. J Soc & Soc Welfare. 2003; 30:175.
43. Kaçmaz N. *Tükenmişlik (Burnout) sendromu*. İstanbul Tıp Fakültesi Dergisi, 2005; 68: 29-32.
44. Henderson G: *Physician burnout*. Hosp Physician 20:8, 1984
45. Campbell DA, Sonnad SS, Eckhauser FE, et al: *Burnout among American surgeons*. Surgery. 2001; 130:696.
46. Yost WB, Eshelman A, Raoufi M, Abouljoud M, editors. *A national study of burnout among American transplant surgeons*. Transplantation proceedings; 2005: Elsevier.
47. Akçalı DT, Dayanır H, İlhan MN, Babacan A. *İç Anadolu Bölgesinde anesteziyoloji ve algoloji çalışanlarında tükenmişlik durumu*. Ağrı Dergisi. 2010;22(2):79-85.
48. Yakut Hİ, Kapisiz SG, Durutuna S, Evran A. *Sağlık alanında çalışma yaşamında tükenmişlik*. Jinekoloji-Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi. 2013;10(38).
49. Parmaksız A, Ersöz T, Özseven T, Ersöz F. *Çalışanların İş Memnuniyeti, İş Stresi ve Ergonomik Koşullarının Değerlendirilmesi*. Gaziosmanpaşa Bilimsel Araştırma Dergisi. 2013(8):82-99.
50. Ozelturkay EY, Boymul E. *İş Tatmini ve Örgütsel Bağlılığın Tükenmişlik Sendromu Üzerindeki Etkisi: Bir Sanayii Kuruluşunda Uygulama*. Journal of Yaşar University. 2017;12(46):93-102.
51. Durak İ, Serinkan C. *Hemşirelerde iş tatmini: Denizli Devlet Hastanesi yoğun bakım ünitelerinde bir araştırma*. Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi Sosyal Ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi. 2007 (2007): 119-135
52. Tengilimoğlu D, Yiğit A. *Hastanelerde liderlik davranışlarının personel iş doyumuna etkisini belirlemeye yönelik bir alan çalışması*. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi. 2005;8(3):374-400.

53. Peterson DK, Puia GM, Suess FR. " *Yo Tengo La Camiseta (I Have the Shirt On)*": an exploration of job satisfaction and commitment among workers in Mexico. *Journal of Leadership & Organizational Studies*. 2003;10(2):73-88.
54. Dağdeviren N, Musaoğlu Z, Ömürlü İK, Öztora S. *Akademisyenlerde iş doyumunu etkileyen faktörler*. *Balkan Medical Journal*. 2011;2011(1):69-74.
55. İşcan ÖF, Sayın U. *Örgütsel adalet, iş tatmini ve örgütsel güven arasındaki ilişki*. *Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*. 2010;24(4):195-216.
56. Serinkan C, Bardakçı A. *Pamukkale Üniversitesi'ndeki akademik personelin iş tatminleri ve tükenmişlik düzeylerine ilişkin bir araştırma*. *Sosyal Bilimler Dergisi*. 2009;21:115-32.
57. Pelit E, Öztürk Y. *Otel işletmeleri işgörenlerinin iş doyum düzeyleri: Sayfiye ve şehir otel işletmeleri işgörenleri üzerinde bir araştırma*. *İşletme Araştırmaları Dergisi*. 2010;2(1):43-72.
58. Erol A, Saricicek A, Gülseren S. *Asistan hekimlerde tükenmişlik: İş doyum ve depresyonla ilişkisi/Burnout in residents: association with job satisfaction and depression*. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2007;8(4):241.
59. Bilge F. *Examining the burnout of academics in relation to job satisfaction and other factors*. *Social Behavior and Personality: an international journal*. 2006;34(9):1151-60.
60. Dündar C, Köksal EN, Peksen Y. *Tipta Uzmanlık Öğrencilerinde Tükenmişlik ve Etkileyen Faktörler: Kesitsel Bir Çalışma/Burnout and Factors Related in Medical Residents: A Cross-Sectional Survey*. *Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi*. 2017;37(1):10.
61. Karabulut S, Gül, Oruç A, Gedik D, Mayadağlı A. *Evaluation of the Relation between Sociodemographic Characteristics and Depression and Burnout Levels of Health Workers in the Radiation Oncology Clinic*. *J Kartal TR* 2012;23(1):11-17
62. Cihan, Y.B., *Onkoloji Bölümünde Çalışan Sağlık Personelinde Tükenmişlik ve Depresyon Düzeylerinin Sosyodemografik Özelliklerle İlişkisi*. *Yeni Tıp Dergisi* 2011. 28: p. 17-22.
63. Ergin C. *Doktor ve Hemşirelerde Tükenmişlik ve Maslach Tükenmişlik Ölçeğinin Uyarlanması*. VII. Ulusal Psikoloji Kongresi ve Türk Psikologlar Derneği Yayını. 1993; 1: 143-154.
64. Çam O. *Tükenmişlik Envanterinin Geçerlik ve Güvenirliğinin Araştırılması*, Ankara, Hacettepe Üniversitesi, 7. Ulusal Psikoloji Kongresi Bilimsel Çalışmaları, 1992; 155- 159.

65. Akpınar A, Taş Y. *Acil servis çalışanlarının tükenmişlik ile iş doyum düzeyleri arasındaki ilişkiyi belirlemeye yönelik bir araştırma*. Türkiye Acil Tıp Dergisi. 2011;11(4):161-5.
66. Tekir Ö, Çevik C, Selma A, Çetin G. *Sağlık Çalışanlarının Tükenmişlik, İş Doyumu Düzeyleri Ve Yaşam Doyumunun İncelenmesi*. Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 2016;18(2):51-63
67. Weiss DJ, Dawis RV, England GW, Lofquist LH. *Manual for the Minnesota Satisfaction Questionnaire*, Minnesota Studies in Vocational Rehabilitation, XXII. 1967.
68. Baycan A. *An Analysis Of The Several Aspects Of Job Satisfaction Between Different Occupational Groups*. İstanbul Boğaziçi Üniversitesi SBE Doktora Tezi; 1985.
69. Brunsberg KA, Landrigan CP, Garcia BM, Petty CR, Sectish TC, Simpkin AL, et al. *Association of Pediatric Resident Physician Depression and Burnout with Harmful Medical Errors on Inpatient Services*. Academic Medicine. 2019.
70. Kang E-K, Lihm H-S, Kong E-H. *Association of intern and resident burnout with self-reported medical errors*. Korean journal of family medicine. 2013;34(1):36.
71. West CP, Huschka MM, Novotny PJ, Sloan JA, Kolars JC, Habermann TM, et al. *Association of perceived medical errors with resident distress and empathy: a prospective longitudinal study*. JAMA 2006;296:1071-8.
72. Can H, Güçlü YA, Doğan S, Erkalı MB. *Cerrahi ve cerrahi dışı kliniklerdeki asistan hekimlerde tükenmişlik sendromu*. Tepecik Eğitim Hast Derg 2010;20(1):33-40.
73. Kurçer MA. *Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi hekimlerinin iş doyumunu ve tükenmişlik düzeyleri*. Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 2005;2(3):10-5.
74. Ağaoğlu E, Ceylan M, Kasım E, Madden T. *Araştırma görevlilerinin kendi tükenmişlik düzeylerine ilişkin görüşleri*. Malatya: XIII Ulusal Eğitim Bilimleri Kurultayı. 2004.
75. Yenihan B, Çakır N, Alabaşoğlu B. *Cinsiyet farklılığının tükenmişlik ve yaşam doyumuna etkisi: Kırklareli üniversitesinde görev yapan araştırma görevlileri üzerine bir araştırma*. Kırklareli Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi. 2018;(1):47-58.
76. Turgut N, Karacalar S, Polat C, Kiran O, Gultop F, Kalyon ST, et al. *Burnout Syndrome During Residency*. Turk J Anaesthesiol Reanim. 2016;44(5):258-64.
77. Ashkar K, Romani M, Musharrafieh U, Chaaya M. *Prevalence of burnout syndrome among medical residents: experience of a developing country*. Postgraduate medical journal. 2010;86(1015):266-71.

78. Afana A, Ghannam J, Ho EY, Al-Khal A, Al-Arab B, Bylund CL. *Burnout and sources of stress among medical residents at Hamad Medical Corporation, Qatar*. Eastern Mediterranean Health Journal. 2017;23(1).

79. Özkan C. *Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde Araştırma Görevlisi Olarak Çalışan Doktorlarda Tükenmişlik Sendromunu Etkileyen Faktörler*. Psikiyatri Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi, Mersin. 2012.

80. Aslan H, Aslan O, Kesepara C, Alparslan N, Ünal M. *Kocaeli'nde bir grup sağlık çalışanında işe bağlı gerginlik, tükenme ve iş doyumunu*. Toplum ve Hekim. 1997;12(82):24-9.

81. Trufelli D, Bensi C, Garcia J, Narahara J, Abrão M, Diniz R, et al. *Burnout in cancer professionals: a systematic review and meta-analysis*. European journal of cancer care. 2008;17(6):524-31.

82. Ramirez A, Graham J, Richards M, Cull A, Gregory W, Leaning M, et al. *Burnout and psychiatric disorder among cancer clinicians*. British journal of cancer. 1995;71(6):1263.

83. Blanchard, P., *Prevalence and Causes of Burnout Amongst Oncology Residents: A Comprehensive Nationwide Cross-sectional Study*. European Journal of Cancer, 2010. 46: p. 2708–2715.

84. Woodside JR, Miller MN, Floyd MR, McGowen KR, Pfortmiller DT. *Observations on burnout in family medicine and psychiatry residents*. Academic Psychiatry. 2008;32(1):13-9

85. Ergin C. *Maslach tükenmişlik ölçeğinin Türkiye sağlık personeli normları*. 3P Dergisi. 1996;4(1):28-33.

86. Gülseren Ş, Karaduman E, Kültür S. *Hemşire ve teknisyenlerde tükenmişlik sendromu ve depresif belirti düzeyi*. Kriz Dergisi. 2000;8(1).

87. Bodur S, Güler S. *Sağlık yöneticilerinde iş doyumunu*. Genel Tıp Dergisi. 1997;7(1):12-4.

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

89. Beyazsaçlı M-S, Bulut N. *Devlet hastanelerinde görev yapan hemşirelerin iş doyum düzeylerinin incelenmesi (KKTC örneği)*. International Conference On New Trends In Education and Their Implications 11-13 November; 2010.

90. Yaşan A, Eşsizozlu A, Yalçın M, Özkan M. *Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Araştırma Görevlilerinde İş Memnuniyeti, Anksiyete Düzeyi ve İlişkili Etmenler*. Dicle Tıp Dergisi. 2008;35(4):228-33.
91. Karlıdağ R, Ünal S, Yoloğlu S. *Hekimlerde iş doyumunu ve tükenmişlik düzeyi*. Türk Psikiyatri Dergisi 2000; 11(1): 49-57.
92. Çan E, Topbaş M, Yavuzylmaz A, Çan G, Özgün Ş. *Karadeniz teknik üniversitesi tıp fakültesindeki araştırma görevlisi hekimlerin tükenmişlik sendromu ile iş doyumunu düzeyleri ve ilişkili faktörler*. Journal of Experimental and Clinical Medicine. 2006;23(1):17-24.
93. Oğuzberk M, Aydın A. *Ruh sağlığı çalışanlarında tükenmişlik*. Klinik Psikiyatri. 2008;11(s 176).
94. Erol A, Akarca F, Değerli V, Sert E, Delibaş H, Gülpek D, et al. *Acil servis çalışanlarında tükenmişlik ve iş doyumunu*. Klinik Psikiyatri. 2012;15:103-10.
95. Sünter AT, Canbaz S, Dabak Ş, Öz H, Pekşen Y. *Pratisyen hekimlerde tükenmişlik, işe bağlı gerginlik ve iş doyumunu düzeyleri*. Genel Tıp Dergisi. 2006;16(1):9-14.
96. Yıldız N. *İstanbul Tıp Fakültesi'nde Çalışan Hekimlerde İş Doyumu*. İstanbul Tıp Fakültesi Dergisi. 2011;66(1).
97. Maslach C, Jackson SE. *The role of sex and family variables in burnout*. Sex roles. 1985;12(7-8):837-51.
98. Johnson JT, Wagner RL, Rueger RM, Goepfert H. *Professional burnout among head and neck surgeons: results of a survey*. Head & neck. 1993;15(6):557-60.
99. Şen S, Yorulmaz H, Batmaz M. *Acil servis çalışanlarında tükenmişlik sendromu*. 5. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi Kongre Kitabı. 2006;20-1.
100. Aslan H, Gürkan SB, Alparlan ZN, Ünal M. *Tıpta uzmanlık öğrencisi hekimlerde tükenme düzeyleri*. Türk Psikiyatri Dergisi. 1996;7(1):39-45.
101. Heim E. *Stressors in health occupations. Do females have a greater health risk?* Zeitschrift fur psychosomatische Medizin und Psychoanalyse. 1992;38(3):207-26.
102. Altay B, Gönener D, Demirkiran C. *Bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin tükenmişlik düzeyleri ve aile desteğinin etkisi*. Fırat Tıp Dergisi. 2010;15(1):10-6.

103. Taycan O, Kutlu L, Çimen S, Aydın N. *Bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerde depresyon ve tükenmişlik düzeyinin sosyodemografik özelliklerle ilişkisi*. Anadolu Psikiyatri Dergisi. 2006;7(2):100-8.
104. Firth-Cozens J. *Medical student stress*. Medical education. 2001;35(1):6.
105. Tekin A. *Yönetici Hemşirelerin Tükenmişlik Düzeylerinin Belirlenmesi*. Yüksek Lisans Tezi, stanbul: Haliç Üniversitesi Yayınları. 2009.
106. Kebapçı A, Akyolcu N. *Acil birimlerde çalışan hemşirelerde çalışma ortamının tükenmişlik düzeylerine etkisi*. Türkiye Acil Tıp Dergisi. 2011;11(2):59-67.