

T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
ACİL TIP ANABİLİM DALI

ANKARA’DA ÇALIŞAN ACİL TIP UZMANLIK ÖĞRENCİLERİNİN
TÜKENMİŞLİK DÜZEYİNİN
SOSYODEMOGRAFİK VERİLERLE İNCELENMESİ

UZMANLIK TEZİ
DR. KEREM SERDAR KARAŞAHİN

TEZ DANIŞMANI
DOÇ. DR. AYFER KELEŞ

ANKARA-2020

T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
ACİL TIP ANABİLİM DALI

ANKARA’DA ÇALIŞAN ACİL TIP UZMANLIK ÖĞRENCİLERİNİN
TÜKENMİŞLİK DÜZEYİNİN
SOSYODEMOGRAFİK VERİLERLE İNCELENMESİ

UZMANLIK TEZİ
DR. KEREM SERDAR KARAŞAHİN

TEZ DANIŞMANI
DOÇ. DR. AYFER KELEŞ

ANKARA-2020

KABUL VE ONAY

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Tez Sınav Tutanağı

Adı ve Soyadı	KEREM SERDAR KARAŞAHİN
Baba Adı	MEHMET
Doğum Yeri/Tarihi	ANKARA/10.07.1991
Diploma Tarihi/Diploma No	30.06.2015/177879
Mezun Olduğu Fakülte	NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ MERAM TIP FAKÜLTESİ
İhtisas Yaptığı Anabilim Dalı/Bilim Dalı	Acil Tıp Anabilim Dalı
İhtisas Süresi	Yıl: 3 Ay: 9
Sınav Yapılmasını İsteyen Makam	Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı

UZMANLIK TEZİNİN ADI: ANKARA'DA ÇALIŞAN ACİL TIP UZMANLIK
ÖĞRENCİLERİNİN TÜKENMİŞLİK DÜZEYİNİN SOSYODEMOGRAFİK
VERİLERLE İNCELENMESİ

JÜRİ KARARI: OY BİRLİĞİ İLE BAŞARILI BULUNMUŞTUR.

JÜRİ ÜYELERİ:

BAŞKAN
Doç. Dr. Ayfer KELEŞ

ÜYE
Doç. Dr. Fikret BİLDİK

ÜYE
Doç. Dr. Emine AKINCI EMEKTAR

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim boyunca bilgi ve deneyimlerinden faydalandığım, üzerimde büyük emeği olan, tez çalışmam sürecinde de tüm desteği veren saygıdeğer hocam, tez danışmanım Doç. Dr. Ayfer Keleş'e;

Her birinden çok değerli bilgi ve tecrübeler edindiğim, birlikte çalışmaktan gurur duyduğum kıymetli hocalarım Prof. Dr. Ahmet Demircan, Doç. Dr. Fikret Bildik, Doç. Dr. İsa Kılıçaslan, Doç. Dr. Mehmet Akif Karamercan ve Dr. Öğr. Üyesi Mehmet Ali Aslaner'e;

Hayatıma yön vermemde büyük katkıları olan, kendilerinden çok şey öğrendiğim, başta Dr. Muhammet Hacımustafaoğlu, Dr. Şafak Öner Gülpınar, Dr. Gültekin Kadı, Dr. Sezer Eşfer, Dr. Begüm Öktem, Dr. Onur Çakmak ve Dr. Sertaç Esen olmak üzere tüm değerli kıdemlilerime;

Birlikte nice zorluklar aştığımız, dostluğumuzun ömür boyu sürmesini dilediğim Dr. Rıdvan Algan, Dr. Ömer Faruk Turan, Dr. Halil Emre Koyuncuoğlu, Dr. Ümit Saruhan Yüce, Dr. Ali Sami Yardımcı ve Dr. Şakir Hakan Aksu'ya;

Beraber çalışmaktan çok keyif aldığım, desteklerini hep hissettiğim, sayelerinde sayısız güzel anı biriktirdiğim tüm asistan arkadaşlarıma;

Beni yetiştiren, bu günlere gelmemi sağlayan değerli anne ve babama;

Zorlu eğitim sürecimde her daim yanımda olan, hayat arkadaşım, sevgili eşim Dr. Merve Karaşahin'e en içten duygularıyla teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY	i
TEŞEKKÜR	ii
İÇİNDEKİLER.....	iii
KISALTMALAR DİZİNİ	v
TABLO DİZİNİ	vi
ŞEKİL DİZİNİ	vii
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. Tükenmişliğin Tanımı	3
2.2. Tükenmişlik Sendromunun Tarihçesi	5
2.3. Tükenmişliğe Etki Eden Faktörler	5
2.3.1. Bireysel Faktörler	6
2.3.2. Örgütsel Faktörler	6
2.4. Tükenmişlik İle Başa Çıkma Yöntemleri.....	9
2.4.1. Bireysel Başa Çıkma Yöntemleri.....	10
2.4.2. Örgütsel Başa Çıkma Yöntemleri	11
2.5. Tükenmişlik Modelleri	12
2.5.1. Cherniss Tükenmişlik Modeli	13
2.5.2. Pines Tükenmişlik Modeli	14
2.5.3. Edelwich ve Brodsky Tükenmişlik Modeli.....	14
2.5.4. Leiter Tükenmişlik Modeli	17
2.5.5. Pearlman ve Hartman Tükenmişlik Modeli	17
2.5.6. Maslach Tükenmişlik Modeli	19
2.6. Acil Hekimlerinde Tükenmişlik.....	22

3. GEREÇ VE YÖNTEM	25
3.1. Araştırmanın Türü	25
3.2. Araştırmanın Evreni ve Yöntemi	25
3.3. Veri Toplama Araçları	26
3.3.1. Sosyodemografik Veri Formu	26
3.3.2. Maslach Tükenmişlik Ölçeği	27
3.4. Araştırma Verisinin Düzenlenmesi ve İstatistiksel Analiz	29
4. BULGULAR	31
5. TARTIŞMA.....	50
6. SONUÇ	65
7. KAYNAKLAR.....	66
8. ÖZET	74
9. SUMMARY	76
10. EKLER	78
10.1. EK- 1 Etik Kurul Onay Formu	78
10.2. EK- 2 Sosyodemografik Veri Formu	80
10.3. EK- 3 Maslach Tükenmişlik Ölçeği.....	82
11. ÖZGEÇMİŞ.....	83

KISALTMALAR DİZİNİ

DT	Duygusal Tükenme
DUY	Duyarsızlaşma
EAH	Eğitim ve Araştırma Hastanesi
KB	Kişisel Başarı
MTÖ	Maslach Tükenmişlik Ölçeği
SBÜ	Sağlık Bilimleri Üniversitesi
TF	Tıp Fakültesi

TABLO DİZİNİ

Tablo 1. Katılımcıların Çalıştıkları Hastaneler ve Eğitim Yılları.....	31
Tablo 2. Katılımcıların Demografik Özellikleri	33
Tablo 3. Katılımcıların Yaşam Tarzı ve Sağlıkla İlgili Bazı Özellikleri.....	35
Tablo 4. Katılımcıların Çalışma Şartları ve Tercihleri İle İlgili Bazı Özellikleri.	36
Tablo 5. Katılımcıların Tükenmişlik Durumu ile İlgili Bazı Özellikleri.....	38
Tablo 6. Katılımcıların Kurumdan Beklentileri ve Önlem Alma Durumları	39
Tablo 7. Katılımcıların MTÖ Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamaları	39
Tablo 8. Katılımcıların Eğitim Yılı ve Yaş Grubuna Göre MTÖ Alt Boyutlarından Aldıkları Puanların Karşılaştırılması	40
Tablo 9. Katılımcıların Demografik Özelliklerine Göre MTÖ Alt Boyutlarından Aldıkları Puanların Karşılaştırılması.....	41
Tablo 10. Katılımcıların Yaşam Tarzı ve Sağlıkla İlgili Bazı Özelliklerine Göre MTÖ Alt Boyutlarından Aldıkları Puanların Karşılaştırılması.....	42
Tablo 11. Katılımcıların Çalışma Şartları ve Tercihleri İle İlgili Bazı Özelliklerine Göre MTÖ Alt Boyutlarından Aldıkları Puanların Karşılaştırılması.....	43
Tablo 12. Katılımcıların Çevreleri ile Sorun Yaşama Sıklıklarına Göre MTÖ Alt Boyutlarından Aldıkları Puanların Karşılaştırılması	44
Tablo 13. Katılımcıların Tükenmişlik Durumu ile İlgili Bazı Özelliklerine Göre MTÖ Alt Boyutlarından Aldıkları Puanların Karşılaştırılması	45
Tablo 14. Katılımcıların Tükenmişliği Tanımlamalarına Göre MTÖ Alt Boyutlarından Aldıkları Puanların Karşılaştırılması.....	46
Tablo 15. Katılımcıların Tükenmişlikle İlgili Aldıkları Önlemlere Göre MTÖ Alt Boyutlarından Aldıkları Puanların Karşılaştırılması	47
Tablo 16. Katılımcıların Tükenmişlikle İlgili Kurumdan Beklentilerine Göre MTÖ Alt Boyutlarından Aldıkları Puanların Karşılaştırılması.....	49

ŞEKİL DİZİNİ

Şekil 1. Katılımcıların Çalıştıkları Hastanelere Göre Dağılımı	32
Şekil 2. Katılımcıların Cinsiyet Dağılımı.....	34
Şekil 3. Katılımcıların Medeni Durum Dağılımı	34
Şekil 4. Katılımcıların Çocuk Sahibi Olma Dağılımı	34
Şekil 5. Katılımcıların Gelir Gider Dağılımı.....	35

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Hekimler günlük yaşantılarının önemli bir kısmını iş ortamında geçirmektedir. Çalışma ortamlarında hekimler yoğun stres ile başa çıkmaya çalışmaktadır. Hekimlerin stres yaşamasının sebepleri; hastayı kurtarabilme isteği ve duyulan sorumluluk hissi, hastalığın kötü ilerlemesinden dolayı oluşan hayal kırıklığı ve güçsüzlük hissi ile hastalıkların kendi başlarına gelebileceği kaygısıdır [1-3]. Bu ve benzeri duygusal durumlara maruz kalan hekimler kendilerini stres altında hissetmekte ve sonucunda hasta hekim ilişkisi olumsuz etkilenmektedir [4]. Çalışma ortamında yoğun strese maruz kalan hekimlerde stresin olumsuz sonuçları olarak uyumsuzluk, başarısızlık, psikosomatik bozukluklar, hayattan zevk alamama, tükenmişlik hissi gibi durumlar görülür.

Tükenmişlik ile ilgili farklı tanımlamalar yapılmış ve araştırmacılar tükenmişlik üzerine yaptığı çalışmalarla tükenmişliğin önemini vurgulamaya çalışmıştır. Tükenmişlik kavramından ilk kez 1974 yılında Herbert Freudenberger tarafından bahsedilmiş ve uzun süreli strese maruz kalan kişilerde gelişen iç kaynakların tükenmesi ile karakterize bir durum olarak tanımlanmıştır [5]. Sonrasında tükenmişlik kavramı Maslach ve Jackson tarafından daha ayrıntılı tanımlanmıştır. Christina Maslach'a göre tükenmişlik; daha çok yüz yüze insanlarla çalışılması gereken meslek gruplarında bireylerin kendilerini duygusal olarak tükenmiş hissetmeleri, meslekleri gereğince karşılaştıkları insanlara karşı duyarsızlaşmaları ve kişisel başarı duygularında belirgin azalma olması şeklinde tanımlanabilecek bir sendromdur [6].

Literatüre bakıldığında hekimlerde tükenmişlik ile ilgili farklı branşlardan pek çok çalışma yapıldığı görülmektedir. Fakat acil tıp hekimlerinin tükenmişlik durumu ile ilgili yapılan çok merkezli çalışma sayısı bildiğimiz kadarıyla çok azdır. Yapılan çalışmalarda acil tıp hekimlerinin diğer hekimlere nazaran daha yüksek tükenmişlik seviyelerine sahip olduğu görülmüştür [7].

Bu çalışmada Ankara’da çalışan acil tıp uzmanlık öğrencilerinin yaşadığı tükenmişlik düzeylerini saptamak, sosyodemografik değişkenlerle tükenmişlik düzeyleri arasındaki ilişkiyi tespit etmek ve bu verilerle tükenmişlik sorununun kaynağını saptayarak soruna çözüm önerileri getirmek amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Tükenmişliğin Tanımı

Tükenmişlik; İngilizce'deki "burnout" kelimesinin çevirisidir. Terim olarak enerjinin azalması durumunu tanımlar. Kelime kökeni olarak ise mumun yanarak ateşini tüketmesi şeklinde tanımlanır. Tükenmişlik yaşayan bireylerin üretkenliğinde azalma olacağı öne sürülmüştür [8]. Tükenmişlik; ilk olarak 1970'li yıllarda Amerika'da müşteri hizmetlerinde çalışan insanların yaşadığı mesleki bunalımı ifade etmek için kullanılmıştır [9].

Tükenmişlik kavramı bilimsel olarak ilk kez 1974 yılında Alman asıllı Herbert Freudenberger tarafından öne sürülmüş ve yüksek oranda strese maruz kalan kişilerde başarısız olma, yıpranma, enerji ve güç kaybı ile karşılanamayan istekler sonucu bireyde iç kaynaklarda tükenme olarak tanımlanmıştır [10]. Cherniss, tükenmişliği kişinin iş ortamında yaşadığı stres ve doyumsuzluk sonucu işine ilgisinin azalması olarak tanımlamıştır. Brodsky ve Edelwich'e göre tükenmişlik; çalışma ortamındaki şartlara bağlı olarak kişinin istek ve enerjisinde giderek oluşan bir hasardır [11]. Pines ve arkadaşları duygusal yükü olan işlerde çalışmanın fiziksel, zihinsel ve ruhsal tükenmeye neden olduğunu belirtmişlerdir [12]. Tükenmişlik sendromu genellikle çok başarılı olabilmek yoğun bir tempo ile çalışan ve iş ortamında gereğinden fazlasını yapan kişilerde görülmektedir. Yapılan çoğu araştırmaya göre çalışanlar işleri ile var olduklarını düşünmekte ve iş hayatlarından bütün hayatlarına dair anlamlar çıkarmaya çalışmaktadırlar. Bu çaba çalışanların işlerine neden yoğun şekilde bağlı olduklarını açıklamaktadır.

Bu yoğun çabaların ardından kişiler işlerinde başarısız olduklarını ve işlerinin değersiz olduğunu, topluma herhangi bir katkılarının olmadığını düşünürlerse kendilerini ümitsizliğe, çaresizliğe ve tükenmişliğe kapılmış hissederler. Sonuç olarak kendilerini tamamen işine adanmış ve işlerini sosyal hayatlarının tamamı ve kendileri için vazgeçilmez olarak gören bireyler tükenmişlik için yüksek risk altındadır [13].

Günümüzde tükenmişlik kavramı ile ilgi en çok kabul gören tanımlamayı Maslach Tükenmişlik Ölçeğini (MTÖ) geliştiren Christina Maslach yapmıştır. Bu tanıma göre tükenmişlik; yaptığı iş gereği sürekli olarak insanlarla yüz yüze çalışan bireylerde sıkça görülen ve duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarıda azalma ile karakterize üç boyutu olan bir stres sendromu olarak değerlendirilmektedir [14]. Duygusal tükenme; kişinin iş nedenli yaşadığı strese bağlı, duygusal ve fiziksel olarak iç kaynaklarını tüketmesidir. Yaptığı iş nedeni ile kendisini yıpranmış ve tükenmiş hisseden bireyler duygusal olarak işlerine odaklanamazlar. Duyarsızlaşma; kişinin hizmet verdiği kişilere karşı onların da bir birey olduğunu unutarak duygudan yoksun, olumsuz ve sert davranışları ile işe karşı tepkisiz olmayı ifade eder. Düşük kişisel başarı ise kişinin kendini yetersiz ve olumsuz görmesi olarak tanımlanmaktadır. Kişi bunun sonucunda kendisini çaresiz hisseder ve iş dışındaki faaliyetlere yönelir [15].

Günümüzde tükenmişlik hekimler arasında çok sık görülmektedir. Yaygın olarak karşılaşılan bu durumun oluşma biçimi, üstesinden nasıl gelinebileceği ve korunma yolları araştırmacıların üzerine yoğun çalışmalar yaptığı bir konu olmaktadır [8].

2.2. Tükenmişlik Sendromunun Tarihçesi

Tükenmişlik kavramı ile ilgili ilk düşünce 1961 yılında işinde yaşadığı ruhsal baskı ve hayal kırıklığı sonrasında işini bırakarak Afrika ormanlarına yerleşen bir mimarın olgusuna dayanır. Konu ile ilgili yazılan ilk yazılarda tükenmişlik; bireyin ileri derecede yorgunluk, işi ile ilgili istek ve heyecanı kaybetmesini içeren bir durum olarak tanımlanmıştır [16]. Buna rağmen tükenmişlik sendromunun fikir babası Herbert Freudenberger olarak bilinir. 1974 yılında yayımladığı “personel tükenmişliği” isimli makalesinde tükenmişlik sendromunu ayrıntılı bir biçimde tanımlamıştır. Takip eden yıllarda ise Christina Maslach benzer konu üzerine çalışmalar yapmış ve özellikle sağlık alanındaki çalışanları incelemiştir. Maslach ve arkadaşları bunun üzerine tükenmişliğin yeni bir psikolojik durum olduğunu benimsemişlerdir [17].

Tükenmişlik ilk tanımlandığı zaman özellikle insana hizmet eden meslek gruplarında çalışan kişilerde görüldüğü düşünülmüştür. Fakat 1980’lerin sonlarında diğer meslek gruplarında da tükenmişlik görülebildiği fark edilmiştir. Bunun üzerine tükenmişliğin tanımı genişletilmiş ve “kişinin ruhsal olarak tükenmesine neden olan fiziksel kaynakların boşaltılmasıdır” şeklinde literatüre girmiştir [8].

2.3. Tükenmişliğe Etki Eden Faktörler

Tükenmişlik sendromu çalışanları kısıtlayan ve verilen hizmet kalitesinin düşmesine yol açan istenmeyen bir durumdur. Bu nedenle tükenmişlik sendromuna yol açan faktörler tespit edilerek nedenlerin ortaya konması amaçlanmıştır. Tükenmişliğe etki eden faktörler; bireysel ve örgütsel olarak iki

ana başlıkta toplanmaktadır. Başlangıçta bireysel nedenlerin ön planda tükenmişliğe yol açtığı düşünülse de Maslach ve Cherniss yaptığı çalışmalar sonucu iş ve örgütle ilgili faktörlerin tükenmişlik üzerine daha etkili olduğunu saptamıştır [3, 18].

2.3.1. Bireysel Faktörler

Bireyler arasında çevresel uyaranların stres etkeni olarak algılanması ve bu stres etkenleriyle başa çıkabilme yetenekleri arasında önemli farklar görülmektedir. Maslach'a göre tükenmişlik her insanda ve her durumda oluşmaz, bireyin kişisel yapısındaki değişiklikler genel yapıyı etkiler [19]. Bazı bireyler olumsuz faktörlerden az etkilenirken, bazı bireylerin algıladığı olumsuzluk fazla olabilir ve gereğinden fazla etkilenebilir. Bireysel faktörler; aynı örgütsel tükenmişlik etkenlerine maruz kalmalarına rağmen bazı bireylerin tükenmişlik yaşarken, bazılarının yaşamamasının göstergesi olarak kabul edilebilir [9]. Tükenmişliğin oluşumuna yaş, medeni durum, çocuk sayısı, eğitim durumu, işine aşırı bağlanma, kişisel beklentilerin yüksek oluşu ve özel hayatta karşılaşılan psikososyal stres kaynakları gibi bireysel faktörler etki eder [20].

2.3.2. Örgütsel Faktörler

İş ortamının stresli olmasının yarattığı etkiler sonucunda, çalışanların içe dönük ruh haline girdikleri, tükenmişlikle başa çıkabilme yeteneklerinin köreldiği ve böylelikle sadece fiziksel olarak değil, psikolojik ve sosyal yönden de tükendikleri belirtilmektedir [21]. Maslach ve Leiter'in 1997 yılında yaptığı bir çalışmada kişilerin çalışma şartlarının tükenmişlikle ilişkilendirildiği faktörler 6

alt başlıkta toplanmıştır. Bunlar iş yükü, kontrol, ödüller, aidiyet, adalet ve değerlerdir [16].

İş yükü: Aşırı iş yükü, bireylere belirli bir zamanda yapabileceğinden daha fazla iş sorumluluğunun yüklenmesidir. Yapılan işin kişinin harcayabileceğinden fazla enerji istemesi, iş ile kişi arasında uyumsuzluğa yol açarak duyarsızlaşmaya neden olmaktadır.

Kontrol: Kişinin çalıştığı işle ilgili karar alabilmesi, işle ilgili kaynakları kontrol edebilmesi ve sorun çözebilme yetisini içermektedir. Kişi yeterince özgür karar veremediği ve yaşanan problemleri çözmede yeterli yetkisinin olmadığı durumlar kişisel başarı alt boyutunu olumsuz etkilemektedir.

Ödüller: Kişinin çalışma hayatında elde ettiği başarılar ve verdiği hizmet nedeniyle çalışma ortamında kazandığı maddi ve manevi tüm onaylamalar ile kazanımları içermektedir. Kişinin verdiği emeğin göz ardı edildiğini düşünmesi ve ihtiyaç duyduğu sosyal onaylamanın olmaması kişisel başarı alt boyutunu olumsuz etkilemektedir.

Aidiyet: Kişilerin çalıştığı işi ve iş yerindeki çalışanları sahiplenme ve duygusal olarak bağlanma duygusudur. Aidiyet duygusu gelişmiş çalışanlar, iş arkadaşlarıyla yakın ilişki kurmak istemektedirler. Bu gereksinimler karşılandığı zaman kişiler işi ile ilgili sosyal doyuma ulaşmaktadır ve bu kişilerde daha az tükenmişlik görülmektedir. Aidiyet açısından uyumsuzluk olması, tükenmişliğin duygusal tükenme ve duyarsızlaşma alt boyutlarına etki etmektedir ve tükenmişliğe yol açmaktadır.

Adalet: Bir örgütte çalışan herkesin eşit ve tutarlı haklara sahip olması ve kuralların herkese karşı eşit uygulanabilirliğini içermektedir. Adalet kavramına uyumsuzluk durumunda birey iş yerinde diğer çalışanlara kıyasla haksızlığa uğradığı düşüncesine sahip olmaktadır. Bu haksızlık düşüncesi sonucunda da duygusal tükenme ve duyarsızlaşma alt boyutlarında bireylerde tükenmişlik gelişmektedir.

Değerler: Kavram olarak belirli bir davranış şekli veya yaşama amacının diğerlerine nazaran daha üstün ve daha tercih edilen davranış olduğu yönündeki inanış olarak tanımlanmıştır [22]. Kişinin iş yerindeki diğer çalışanlarla ilişki kurmasının temelini bireysel ve örgütsel değerler oluşturmaktadır. Kişinin bu değerleri işleriyle ilgili beklentilerini ve motivasyonlarını kapsamaktadır [23]. Meslekte bir değer çatışması olduğu ve dolayısıyla bireysel ve örgütsel değerler arasında bir farklılık olduğu zaman, çalışanlar yaptıkları iş ile yapmak istedikleri iş arasında kalarak tükenmişlik yaşayabilirler [24].

Bu altı başlıktaki örgütsel faktörler; tükenmişlik sendromuna neden olabilecek, örgüt nedenli ortaya çıkan problemleri kavramsallaştırmak adına oluşturulmuş tanımlamalardır. Böylelikle tükenmişliğe neden olan faktörlere daha bütünlüyci bir açıdan bakılabilmesi amaçlanmıştır. Burada bahsedilen tanımlamaların haricinde yapılan çalışmalarda tükenmişliğe örgütsel etken olarak gösterilen diğer faktörler; örgüt içindeki çatışma durumları, örgüt kararlarına katılma durumu, iş yerindeki çalışma saatleri uzunluğu, iş yerinin yeterli sosyal destek sağlayamaması, rol çatışmaları ve rol belirsizlikleri, çalışma alanının fiziki

yetersizliği, iş güvenliğinin yetersiz oluşu ve yapılan işin standardizasyon problemi olarak gösterilmiştir [22].

2.4. Tükenmişlik ile Başa ıkma Yöntemleri

Tükenmişlik bireyin çalışma hayatını ve özel hayatını etkileyerek olumsuz sonuçlara yol açan bir durumdur. Tükenmişlikle mücadelede yapılması gereken en önemli şey; bireylerde tükenmişlik oluşmasına engel olacak önlemler alınmasıdır. nlemlere rağmen bireyde tükenmişlik meydana gelmişse erken teşhis edilmeli ve hızlı müdahale edilmelidir [9]. Fakat yapılan çalışmalarda düzeltici çabaların, koruyucu çabalara göre daha zor ve daha az etkili olduğu saptanmıştır [19]. Tükenmişliği nleme ve üstesinden gelme üzerine yürütülecek çalışmalar üç ana başlıkta toplanabilir [25]. Bunlar:

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

Leiter’a göre tükenmişlikle mücadelede iki yöntem vardır [26]. Bunlar:

- Kaçış yöntemi: Sorunlardan kaçarak veya görmezlikten gelerek yapılan mücadele biçimidir.
- Kontrol yöntemi: Sorunlarla mücadelede önerilen stratejileri uygulayarak yapılan mücadele biçimidir.

Buna göre kaçış yöntemini tercih edenler, kontrol yöntemini tercih edenlere oranla daha çok tükenmişlik yaşamaktadırlar.

Tükenmişlik ile mücadele birey veya örgüt tarafından başlatılabilir. Mücadeleye başlamak için öncelikle problemin varlığını ve önemini kabul etmek gerekir. Tükenmişlikle mücadelede hem bireyin hem örgütün çabası büyük önem taşımaktadır [9].

2.4.1. Bireysel Başa Çıkma Yöntemleri

Tükenmişlikle mücadelede başvurulabilecek bireysel başa çıkma yöntemleri şu şekilde sıralanabilir: [5, 11, 16, 27, 28]

- Birey kendini tanımalı, güçlü ve zayıf yönlerini bilmelidir.
- Birey kendindeki tükenmişlik belirtilerini tanıyabilmelidir. Belirtileri fark ettikten sonra bunun üzerine gitmeli, görmezden gelmemelidir. Mücadele etmek için çevresinden ve profesyonel uzmanlardan destek istemelidir.
- Birey zamanını güzel planlamalı ve boş vakitlerini etkili bir biçimde değerlendirebilmelidir. Dinlenmek, rahatlamak ve stresten uzaklaşmak için zaman ayırarak spor, müzik, okuma gibi hobiler edinmelidir.
- Her şeyi ve herkesi kontrol etme, herkesin takdirini kazanma, herkesi mutlu etme duygularının farkına varmalı ve bu duyguları kontrol altında tutmalıdır.
- Birey stresli bir durum ile karşı karşıya kaldığında kendisi ile diyalog kurarak durum değerlendirmesi yapmalı ve kendisine olumsuzlar yerine, olumlu ve mantıklı telkinlerde bulunmalıdır.
- Solunum kontrolü; tüm vücudu kontrol etmenin ilk adımı ve bütün gevşeme egzersizlerinin bir parçasıdır. Bu nedenle birey solunumunu kontrol altına almayı öğrenmelidir.

- Birey hiçbir şartta öz bakımını aksatmamalıdır. Psikolojik ve fiziksel yönden iyi durumda bulunmalıdır.
- Birey duygusal ve sosyal zekasını güçlendirmeye çabalamalıdır. Mizah duygusunu kaybetmemelidir.
- Birey kendine ulaşılabilir hedefler koymalıdır. Daha çok çalışma yerine daha verimli çalışma stratejisi edinmelidir.
- Birey eve iş götürmemeli, iş dışı zamanını dinlenme ve yenilenmeye harcamalıdır.
- Birey sigara, alkol ve keyif verici madde kullanımından uzak durmalıdır.

2.4.2. Örgütsel Başa Çıkma Yöntemleri

Tükenmişlikle mücadelede başvurulabilecek örgütsel başa çıkma yöntemleri şu şekilde sıralanabilir: [9, 11, 14, 16, 29]

- Çalışanların görev tanımları açık ve net olmalıdır. İş yerindeki görev dağılımı adil olmalıdır.
- İşe ilk başlayan bireylere işe uyum sağlayabilmesi için oryantasyon eğitimi verilmelidir. Karşılıklı olarak yöneticiler ve çalışanlar birbirlerine beklentilerini ifade edebilmelidir.,
- Yöneticiler, çalışanlar ile genel bir uyum sağlamalıdır ve problemleri çözmeye yönelik adımlar atarak bunları çalışanlar ile şeffaf bir şekilde paylaşmalıdır. Bunun sonucunda çalışanlar problemlerinin önemsendiğinin ve çözümüne yönelik çalışmalar yapıldığının bilincinde olacaktır.

- Çalışanlara tükenmişlik ile mücadele ile ilgili kurum içi eğitim verilmeli ve bu eğitim aralıklarıyla tekrarlanmalıdır. Tükenmişlik yaşayan çalışanların yaşadıklarını ve deneyimlerini anlatabileceği platformlar sağlanmalıdır.
- Kurum içi etkin bir ödüllendirme sistemi yaratılmalı ve maaşlarda olumlu düzenleme yapılmalıdır.
- Çalışan sayısının yeterli seviyede olması sağlanmalı ve yöneticiler yoğun zamanlar için ilave personel ve donanım tedarik edebilmelidir.
- Fiziki çalışma koşullarının güvenli ve konforlu olmasına yönelik önlemler alınmalıdır.
- Çalışma saatlerinin başlangıç ve bitişi net bir şekilde belirlenmelidir. Uzun süre çalışması gereken zamanlarda vardiya usulü dönüşümlü çalışılmalıdır. Özellikle hekimlik gibi her daim dikkat gerektiren ve yoğun çalışılan meslek gruplarında, iş sonrası yeteri oranda dinlenmeye zaman kalacak şekilde düzenlemeler yapılmalıdır.
- Hekimler için mesaide eğitim ve araştırmaya ayıracağı vakit sağlanmalıdır. Hekimlerin mesaisinin tamamını hastalar ile yüz yüze geçirmediği bir ortam oluşturulmalıdır.

2.5. Tükenmişlik Modelleri

Tükenmişlik kavramı 1970’li yıllardan itibaren günümüze kadar farklı yöntem ve yaklaşımlarla araştırmacılar tarafından incelenmiş ve tükenmişlikle ilgili birbirinden farklı modeller oluşturulmuştur. Bu modellerden Cherniss Tükenmişlik Modeli, Pines Tükenmişlik Modeli, Edelwich ve Brodsky Tükenmişlik Modeli, Leiter Tükenmişlik Modeli, Pearlman ve Hartman

Tükenmişlik Modeli ve Maslach Üç Boyutlu Tükenmişlik Modeli incelenecektir. Maslach Üç Boyutlu Tükenmişlik Modeli; en çok bilinen ve yaygın kabul gören bir model olması ve ayrıca çalışmamızda kullandığımız model olması nedeniyle başlığın son kısmında daha ayrıntılı olarak yer alacaktır.

2.5.1. Cherniss Tükenmişlik Modeli

Tükenmişlik kavramı ile ilgili önemli araştırmalar yapmış olan Cary Cherniss, 1980 yılında tükenmişlik ile ilgili farklı bir model ortaya koymuştur.

Cherniss, tükenmişliğin zaman içerisinde ortaya çıkan bir süreç olduğunu ortaya koymuş ve tükenmişliğin temelinde stres olduğunu vurgulamıştır. Bu modele göre tükenmişlik; “işe bağlı stres kaynaklarına bir tepki ile başlayan, bununla başa çıkma davranışlarını kapsayan ve işle psikolojik ilişkiyi kesmeyle sonlanabilen süreç” olarak tanımlanmıştır [30]. Bu model, belirli iş ortamı özelliklerinin işe belirli kariyer yönelimleriyle giren bireylerle etkileşime girdiğini savunmuştur. Bu bireyler işe başlarken belirli ekstra iş talepleri ve destekleri ile gelmektedir. Bu faktörler bir araya gelince, bireyler tarafından farklı derecelerde yaşanan stres kaynaklarının ortaya çıkmasına neden olur. Bireyler meydana gelen bu stres ile farklı şekillerde mücadele edebilirler. Bir kısmı olumsuz tutum ve değişiklikler sergileyerek mücadele ederken, bir kısmı ise olumlu bir şekilde problemin çözümüne yönelik teknik ve stratejiler uygular [18].

Cherniss’e göre tükenmişlik üç farklı aşamada meydana gelir. Bireyin birinci aşamada sürecin başlamasına neden olacak yoğun bir strese maruz kaldığını, takibinde ikinci aşamada bu strese yanıt olarak yoğun endişe ve içsel

kaynaklarda tükenme duygusunun geliştiğini, üçüncü ve son aşamada ise davranış ve tavırlarda belirgin değişme ile birlikte işten uzaklaşma ve hizmet verilen kişilere karşı gelişen negatif duygular oluştuğunu öne sürmüştür.

2.5.2. Pines Tükenmişlik Modeli

Pines modelinde motivasyon düzeyi büyük bir öneme sahiptir. İş hayatında takdir edilme, meslekte kalıcı olma gibi beklentilere giren kişiler her ne kadar yüksek motivasyonla çalışsalar bile iş ortamlarından ihtiyaç duydukları motivasyonu alamazlar. Bunun sonucunda kendilerini devamlı duygusal baskı altında hissederek tükenmişlik yaşayabilirler.

Pines ve Aronson'a göre tükenmişlik; "enerji, idealizm, bakış açısı, arzu ve amaç kaybıdır ve devamlı olarak strese, umutsuzluğa, çaresizliğe sebep olan; fiziksel, duygusal ve zihinsel bir tükenmişlik halidir" [31]. Pines ve Aranson'un 1988 yılında geliştirdiği tükenmişlik ölçeği, Maslach Tükenmişlik Ölçeğinden sonra en sık kullanılan ikinci ölçek olarak görülmektedir [32].

Pines, gerçek iş hayatında hiçbir çalışma ortamının tamamen destekleyen ya da engelleyen öğelerden oluşmadığını belirtmiştir. Tükenmişliğin ortaya çıkma olasılığının bu destekleyici ve engelleyici öğelerin arasındaki dengeye bağlı olarak değişeceğini öne sürmüştür [33].

2.5.3. Edelwich ve Brodsky Tükenmişlik Modeli

Bu modele göre tükenmişlik; yardıma ihtiyacı olan kişilere hizmet veren mesleklerde çalışan kişilerde, bir takım çalışma koşullarının sonucu olarak ortaya çıkan idealizm, enerji ve amaç kaybıdır [34]. Tükenmişliğe neden olan çalışma

koşulları; yoğun iş temposu, maaş miktarının düşük olması, uzun mesai saatleri, yeteri oranda takdir görememe, idealler ile mevcut seviye arasındaki farkın fazla olması, bürokratik veya siyasi baskılara maruz kalma olarak sıralanabilir [34].

Edelwich ve Brodsky 1980 yılında yaptıkları araştırmalarla tükenmişliğin birbirini izleyen çeşitli aşamaların sonunda ortaya çıktığını ileri sürmüşlerdir. Buna göre tükenmişlik; idealistik coşku, durgunluk, engellenme ve duygusuzlaşma olmak üzere dört evreden oluşmaktadır [35]. Bu evrelendirme tükenmişliği algılamada kolaylık sağlamaktadır. Ancak, evreler arasında keskin sınırlar olmadığı gibi tükenmişlik evrelerinin birbirine geçmiş, süreklilik gösteren bir olgu olduğu bilinmektedir.

1. İdealistik Coşku Evresi (Enthusiasm): Heves evresi de denilen bu evrede çalışanın yapmış olduğu iş ile ilgili koyduğu yüksek hedefler ve yüksek beklenti mevcuttur. Birey görevini en iyi şekilde yapmak istemekte ve bununla birlikte arkadaşlarından ve amirlerinden övgü beklemektedir. Bireyin bu beklentisi çeşitli kural ve sorunlardan dolayı gerçekleşmeyebilir. Bunun üzerine birey zamanla durgunluk dönemine geçmektedir. Kişi beklentisi karşılanmadığı için tükenmişliğe girmektedir [36].

2. Durgunluk Evresi (Stagnation): Bu evrede çalışanın motivasyonu azalarak enerji düzeyi düşmeye başlamaktadır. İş ile ilgili hayal kırıklığı yaşayan birey, mesleki tatmini azaldığı için işinden soğumaktadır. Bireyin yaptığı işe karşı ilgisi azalmakta ve zamanla işten uzaklaşmaktadır. Bunun sonucunda birey iş dışındaki farklı alanlara yönelim göstermektedir.

3. Engellenme Evresi (Frustration): Bu evredeki birey, mesleğine devam edip edemeyeceği konusunda şüphe duymaktadır. Bu aşamada birey iki farklı engellenme ile karşılaşmaktadır. Birincisi hizmet verdiği kişilerin isteklerini karşılamadığı için engellenmesi ve ikincisi ise hizmet verdiği kişilerin taleplerinden fırsat bulup kendi ihtiyaçlarını yerine getiremediği için engellenmesidir. Engellenme sonucunda bireylerde temel olarak iki savunma mekanizması gelişir. Adaptif savunma; sağlıklı bir savunma mekanizmasıdır ve kişinin içinde bulunduğu problem ile bir denge kurarak tükenmişlikten çıkmasını ifade etmektedir. Maladaptif savunma ise; kişinin yaşadığı sorunları ve sahip olduğu problemleri görmezden gelmesini ve kendini işine daha çok verirse problemin çözüleceğini düşünmesini ifade etmektedir. Maladaptif savunma mekanizmaları sonucunda bireyin tükenmişliği daha ağır bir hale gelmektedir. Bunun sonucu olarak birey dördüncü ve son evre olan duygusuzlaşma evresine geçmektedir.

4. Duygusuzlaşma Evresi (Apathy): Bireyin engellenmeye karşı geliştirdiği doğal bir savunma mekanizmasıdır. Bu evrede duygusuzlaşmanın karakteristik özellikleri olarak; duygusal kopma, işe olan inancın tamamen yitirilmesi, umutsuzluk, işe geç gelme, işten erken ayrılmaya çalışma, istirahat raporu alarak işe gelmemeye çalışma, hizmet verilen kişilerle görüşme süresini azaltmaya çalışma gibi davranışlar görülmektedir. Zamanla hizmet verilen kişiye karşı umursamazlık ve aşağılama davranışı oluşabilmektedir. Dışarıdan bu evredeki bireyler katı, soğuk, olaylara karşı ilgisiz görülmektedir ve bu bireyler çoğunlukla yalnız kalmayı tercih etmektedir [22].

2.5.4. Leiter Tükenmişlik Modeli

Leiter'in araştırdığı tükenmişlik modeli iki varsayıma dayanmaktadır. Birinci varsayım; Maslach Tükenmişlik Modelinde tanımlanan tükenmişliğin üç alt boyutunun (duygusal tükenme, duyarsızlaşma, düşük kişisel başarı hissi) iş dışında diğer zamanlarda da etkili olduğuna dayanmaktadır. İkinci varsayım; bu üç alt boyutun çevresel koşullar ile farklı ilişkilerinin olduğu ve birbirinden farklı özelliklere sahip olduğu düşüncesine dayanmaktadır [37]. Leiter; Maslach Tükenmişlik Modelinin üç boyutlu yapısını korumakla birlikte, çeşitli örgütsel önlemlerin bu boyutlara olan katkısını test etmeyi ve alt boyutların birbirleri üzerindeki ilişkisini araştırmayı amaçlayan bir model geliştirmiştir [38].

Bu modele göre tükenmişliğin temel nedeni; iş yükü fazlalığı ve iş ortamındaki olumsuz ilişkiler olarak kabul edilmektedir. Bireylerin tükenmişlik seviyesi iş ortamındaki stres kaynaklarına duyarsız kalmakla artmaktadır. Tükenmişliğin önlenmesi için iş ortamındaki stres kaynaklarının tespit edilerek, strese neden olan sorunların çözülmesi gerekmektedir.

2.5.5. Pearlman ve Hartman Tükenmişlik Modeli

Pearlman ve Hartman 1982 yılında, kendilerinden önce yapılan tükenmişlikle ilgili çalışmaları inceleyerek geniş çaplı bir tanımlama ve tükenmişlik modeli geliştirmişlerdir. Bu modele göre tükenmişlik; kronik strese verilen, üç ana bileşenden oluşan bir yanıt olarak tanımlanmaktadır. Bu bileşenler ise; fizyolojik boyut (fiziksel tükenme), bilişsel-duygusal boyut (duygusal tükenme) ve davranışsal boyut (duyarsızlaşma ve düşük iş verimi) olarak ifade

edilmektedir [35]. Bu modele göre sosyal çevrenin ve bireysel özelliklerin tükenmenin etkisi ve algılanmasında etkin olduğu görülmektedir.

Pearlman ve Hartman'a göre tükenmişlik fenomeninin oluşmasında 4 evre yer almaktadır. Bu evreler;

1. Durumun Strese Götürme Derecesi: İş hayatında bireyin stres derecesini belirleyen esas faktör, bireyin işten beklentisi ile işten elde ettikleri arasında ne kadar uyumsuzluk olduğudur.

2. Algılanan Stres Düzeyi: İş hayatında bireyler pek çok stres etkeni ile karşılaşsa da bu durum her zaman bireylerin kendini stres altında hissetmesi ile sonuçlanmaz. Bireyin stres algısı; bireyin kişiliğine, geçmiş özelliklerine ve kurum değişkenlerine göre farklılık göstermektedir.

3. Strese Verilen Tepki: Bu evrede bireyler oluşan strese karşı fizyolojik, bilişsel ve davranışsal belirtiler göstermektedir. Bu belirtilerden hangilerinin ortaya çıkacağını bireysel ve örgütsel değişkenler belirlemektedir.

4. Strese Verilen Tepkinin Sonucu: Bu evrede uzun süreli duygusal strese maruz kalmanın sonucunda tükenmişlik izlenmektedir. Bireylerin tükenmişlik yaşamaları ile iş doyumları azalmakta ve iş performansları düşmektedir. Bireylerde fiziksel ve psikolojik çeşitli sağlık sorunları oluşmaktadır. Bireylerde bu evrede işten atılma veya işten ayrılma görülebilmektedir [39].

2.5.6. Maslach Tükenmişlik Modeli

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

Bu modele göre tükenmişlik; yaygın olarak insanlarla yüz yüze çalışılan meslek gruplarında bireylerin, işleri gereği karşılaştıkları insanlara karşı duyarsızlaşmaları, duygusal açıdan kendilerini tükenmiş hissetmeleri ve kişisel başarı hislerinde belirgin azalma şeklinde kendini gösteren bir sendrom olarak ifade edilmektedir [6].

Maslach tükenmişliği diğer modellerden farklı olarak 3 boyutlu bir model olarak tanımlamıştır. Bunlar; duygusal tükenme (emotional exhaustion), duyarsızlaşma (depersonalisation) ve düşük kişisel başarı hissi (decrease in personal accomplishment) olarak adlandırılmaktadır. Maslach'a göre bu 3 boyut birbiriyle bağlantılıdır ve tükenmişlik sendromunun kilit noktası duygusal tükenmede artış olmasıdır [6, 40].

Duygusal Tükenme: Tükenmenin ilk ve temel aşaması olarak görülür ve genellikle iş yerindeki stres ile ilişkilidir. Daha çok insanlarla yüz yüze çalışmanın mecburi olduğu meslek gruplarında çalışan bireylerde izlenmektedir. Duygusal yönden yoğun bir çalışma hayatının içinde olan kişi, kendi sınırlarını zorlamakta ve hizmet verdiği kişiler ile çalışma arkadaşlarının duygusal talepleri altında ezilmektedir. Duygusal tükenme bu duruma verilen tepki olarak ortaya çıkmaktadır [41].

Maslach duygusal tükenmeyi; bireylerin kendilerini fiziksel ve duygusal açıdan aşırı yorgun, bitkin ve yıpranmış hissetmeleri olarak tanımlamaktadır. Buna göre duygusal tükenme yaşayan bireyler; işlerine yeterince konsantre olamamakta, hizmet verdikleri insanlara karşı kendilerini eskisi kadar sorumlu hissetmemektedirler [42]. Bireyler bu aşamada tüm duygusal kaynaklarının tükendiğini hissetmektedir ve kendilerini işlerine yeterince veremeyeceklerini düşünmektedir. Bireyler taşıdığı duygusal yükü en aza indirmek amacıyla savunma mekanizması olarak işten kaçmaya yönelmektedir. İşte bulundukları sürede insanlarla olan iletişimlerinin en az seviyede olması için çabalamaktadır [43]. Bu süreçte bireylerde aşırı yorgunluk hissi, huzursuzluk, somatik semptomlar, olası kaza yaşama riski, depresyon tanısı ve aşırı alkol alımı artmıştır [44]. Aile ve sosyal hayatları da bu durumdan olumsuz olarak etkilenmektedir. Duygusal tükenme; tükenmişlik çalışmalarında üzerinde en çok durulan ve en çok çalışma yapılan aşamadır fakat, tanı için tek başına yeterli değildir [45].

Duyarsızlaşma: Maslach; duyarsızlaşmanın diğer tükenmişlik alt boyutlarına göre daha problemliliğini ifade etmektedir. Bu boyutta bireyler hizmet verdiği kişilere ve çalışma arkadaşlarına karşı olumsuz tutum ve davranışlar sergilemektedirler. Bu olumsuz tutum ve davranışlar; tükenmişlik yaşayan birey ile ilgili çevresinin negatif düşüncelere sahip olmasına neden olmaktadır. Bu da bireyin tükenmişliğine olumsuz yönde katkıda bulunmaktadır. Katı, ilgisiz ve soğuk davranışları bireyin esasında tükenmeye karşı oluşturduğu bir yanıt olarak kabul edilmektedir.

Duygusal tükenme yaşayan birey kendini diğer insanların sorunlarını çözmede yetersiz hissetmekte ve duyarsızlaşmayı bir kaçış yolu olarak kullanmaktadır. Duyarsızlaşan birey insanlarla asgari seviyede ilişki içerisinde olmak istemektedir. Diğer insanlara karşı giderek artan bir şekilde olumsuz davranışlar sergilemektedir. Bu alt boyutta birey; diğer insanların duygularını önemsememe, aşağılayıcı ve kaba davranma, isteklerini göz ardı etme, karşısındaki insanı bir nesne olarak görme, katı kurallara göre hareket etme gibi davranışlar sergileyebilmektedir. Diğer insanların hayatından çıkarak kendisini yalnız bırakmasını istemektedir [46].

Duyarsızlaşma ile diğer insanlardan uzaklaşma yolunu seçen bireyin, esasında yaşadığı duygusal tükenmeye karşı bir tepki ve savunma mekanizması olarak duyarsızlaşma yöneldiği düşünülmektedir.

Düşük Kişisel Başarı Hissi: Duygusal ve fiziksel olarak tüm kaynaklarını tüketen ve sonrasında duyarsızlaşma yaşayan bireylerde, giderek artan işinde yetersizlik ve başarısızlık hissi ile karakterize tükenmişlik alt boyutu olarak tanımlanmaktadır. Düşük kişisel başarı hissi diğer alt boyutlara paralel olarak seyredebilir, diğer alt boyutların sonucunda görülmek zorunda değildir [47]. Bireyin başkaları hakkında takındığı olumsuz tavır zamanla kendisi hakkında da olumsuz düşüncelere sahip olmasına neden olmaktadır. Bu düşünce ve davranış tarzı nedeniyle kendisini suçlu hissetmekte, kimse tarafından sevilmediğini, işinde de başarısız olduğunu düşünmeye başlamaktadır. Birey tüm bunların sonucunda kendine olan saygısını kaybedebilmekte ve depresyona girebilmektedir [48].

Bireyler harcadıkları eforun sonucunun başarısızlık olduğunu düşündüklerinde stres ve depresyon belirtileri göstermeye başlamaktadırlar. Çabalarının bir değişiklik yaratmayacağını düşündükleri noktada ise uğraşmaktan vazgeçmektedirler. Kişisel başarı eksikliği; birey ne kadar çabalarsa çabalasın mevcut durumda bir değişiklik sağlayamayacağını kabullendiği yılgınlık evresi olarak tanımlanmaktadır. Bireyler mesleklerinde ilerleyemediği, hatta gerilediği kanaatinde. Bu aşamada bireyler potansiyel yetersizliklerini görerek tükenmişliğe girmektedirler [49].

2.6. Acil Hekimlerinde Tükenmişlik

Hekimler, insan hayatını doğrudan veya dolaylı yoldan ilgilendiren kritik bir meslek grubunda çalışmaktadırlar. Bu durum hekimlerde sorumluluk duygusunun oluşmasına yol açar ve strese neden olur. Hekimlerin ve diğer sağlık çalışanlarının nüfusun tamamına kıyasla tükenmişliğe daha yatkın olduğu yapılan çalışmalarla gösterilmiştir [50]. Hasta yoğunluğu fazla olan, nöbet usulü çalışan, hasta ile ilk karşılaşan ve durumu ciddi olan hastalarla sık karşılaşan hekimlerde stres oranının daha yüksek olduğu görülmektedir [51]. Buna göre branşlara bakıldığında acil tıp, dahiliye ve aile hekimliğinde görev yapanlarda tükenmişlik düzeyleri daha yüksek tespit edilirken; dermatoloji, patoloji ve radyoloji branşı hekimlerinde ise iş doyumu memnuniyeti daha yüksek bulunmuştur [52].

Yapılan çalışmalarda acil hekimlerinin, tüm hekimler içinde en yüksek tükenmişlik seviyelerine sahip olduğu görülmüştür [52, 53]. Çalışmalar bu duruma pek çok faktörün etki ettiğini göstermektedir. Çalışma ortamında kendisini olumsuz olarak etkileyen bu kadar etkenle karşılaşan acil hekimi,

bunların bir sonucu olarak tükenmişliğe girebilmektedir. Acil hekimini olumsuz olarak etkileyen faktörler:

- Fazla sayıda hasta başvurusu ve ağır iş yükü
- Yoğunluk ve yapılabilecek tetkiklerin kısıtlılığı nedeniyle tanı koyamama veya yanlış tanı koyma kaygısı
- Yeteri kadar takdir görmeme ve saygınlığa sahip olmama kaygısı
- Sık hasta ölümleri ile karşılaşma ve sık ölüm haberi veriyor olma
- İlaç bağımlısı olan, halihazırda alkol etkisinde olan veya psikiyatrik şikayetleri olan hastalarla sık karşılaşıyor olma
- Uzun süreli ve mola verme fırsatı olmayan yoğun çalışma düzeni
- Çalışma ortamının gerekli fiziksel koşullara yeterince sahip olmaması
- Yardımcı sağlık personelinin sayısının yeterli olmaması
- Gece ve gündüz nöbet usulü çalışma nedenli yaşanan uyku düzensizlikleri
- Çalışma ortamında fiziksel veya sözel şiddete uğrama
- Hasta ve yakınları ile en endişeli oldukları an olan başvuru anında karşılaşıyor olma
- Hasta ve yakınlarının yaşanan olumsuzluklarda hekimi üst makamlara şikayet etmesi
- Konsültan hekimler ile problemlerin çözümü konusunda anlaşılamama
- Acil servisin tabiatı gereği diğer branşlarla yoğun ilişkiler içerisinde olunması nedeniyle gelişen, yetersizlik ve kendi kendine yetememe düşüncesi

- Hasta yatış ve sevinde yaşanan problemler
- Bürokratik işler ile sık ilgilenmek durumunda kalma
- Ekonomik olarak çalıştığıının karşılığını alamıyor olma düşüncesi
- Aile ve çevredeki diğer insanlara yeteri kadar vakit ayıramama
- Hobilere ve sosyal aktivitelere yeteri kadar zaman ayıramama
- Özellikle nöbet tutmayan hekimlerin dinlenme fırsatı bulduğu hafta sonu, ve diğer resmi tatil günleri gibi zamanlarda yoğun bir şekilde çalışmaya devam ediyor olma
- Bulaşıcı hastalık etkenleri ile temas açısından yüksek riskli bir yerde bulunma olarak ifade edilebilir [54-56]

Tüm bu karşılaşılan tükenmişlik etkenlerinin sonucunda acil hekimleri duygusal olduğu kadar fiziksel olarak da yıpranmaktadır. Bu yıpranma ve yorgunluk; hekimlerin vücut direncini düşürerek hastalıklara yakalanma ihtimallerini artırmaktadır. Aynı zamanda bu hekimlerin psikosomatik şikayetleri de artmaktadır [16]. Tükenmişlik sendromu yaşayan hekimlerin hastalara karşı ilgisi azalır ve işlerine karşı yeterince konsantre olamadıkları için hata yapma ihtimalleri artar. Yapılan çalışmalar malpraktis ile tükenmişlik sendromu arasında belirgin ilişki olduğunu göstermektedir [57].

Sonuç olarak acil hekimlerinin tükenmişlik sendromu yaşaması kendilerini, çevrelerini ve hastaları olumsuz olarak etkilemektedir. Bu durum hasta bakım kalitesini azaltmaktadır [58]. Acil hekimlerinde tükenmişliğe yol açan etkenlerin önlenmesinin ve problemlerin çözüme kavuşturulmasının, hem hekimlerin hem de hastaların yararına olacağı düşünülmektedir.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Türü

Bu çalışma; Ankara ilinde aktif olarak acil tıp uzmanlık eğitimi veren merkezlerde görev yapmakta olan acil tıp asistanı hekimlerin tükenmişlik düzeyinin, sosyodemografik verileriyle ilişkisinin incelenmesi amacıyla planlanmış çok merkezli, tanımlayıcı ve kesitsel bir araştırmadır.

3.2. Araştırmanın Evreni ve Yöntemi

Çalışma için örnekleme yapılması planlanmamıştır ve evrenin tümüne ulaşılması hedeflenmiştir. Buna göre yapılan ön araştırma ile Ankara’da çalışmanın planlandığı Kasım 2019 tarihinde aktif olarak görev yapan 213 acil tıp uzmanlık öğrencisi hekimin olduğu bilgisine ulaşılmıştır. Çalışmanın bu hekimlerin görev yaptığı 8 acil serviste yapılabilmesi için, bu acil servislerin Anabilim Dalı Başkanları ve Klinik Sorumlusu öğretim üyeleri bilgilendirilerek gerekli izinler alınmıştır. Bunun üzerine çalışma için Gazi Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kuruluna başvurularak etik kurul onayı alınmıştır (272 / 23.12.2019) (EK- 1). Çalışmanın yapıldığı 8 merkez şu şekildedir;

- Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Acil Tıp Anabilim Dalı
- Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Acil Tıp Anabilim Dalı
- Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Acil Tıp Anabilim Dalı
- Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Acil Tıp Anabilim Dalı
- SBÜ Ankara Şehir Hastanesi Acil Tıp Kliniği
- SBÜ Dışkapı Yıldırım Beyazıt EAH Acil Tıp Kliniği

- SBÜ Ankara EAH Acil Tıp Kliniği
- SBÜ Keçiören EAH Acil Tıp Kliniği

Verilerin toplanması aşamasında ilgili kliniklerin sorumluları ile görüşülerek anketlerin uygulanacağı tarih ve saatler belirlenmiştir. Eğitim günlerinde kliniklere gönüllü anketörler tarafından gidilmiş ve anket formları dağıtılmadan önce hekimler çalışma hakkında ayrıntılı bilgilendirilmiştir. Çalışmanın gönüllülük esaslı olduğu vurgulanmıştır. Çalışmaya katılmayı kabul eden hekimlerden bilgilendirilmiş onam formu ile yazılı onamları alınmıştır. Katılımcılar anket formlarını kendileri doldurmuştur. Anket formlarındaki cevaplar gizli tutulmuş ve araştırmacılar haricinde kimse ile paylaşılmamıştır.

Acil tıp uzmanlık eğitiminin başlangıç zamanı 1 aydan daha az olan hekimler, çalışma yapıldığı esnada yıllık izinde olan veya mazeret izni kullanan hekimler ve yoğunluk nedeniyle çalışmaya katılmayı kabul etmeyen hekimler çalışmanın dışında bırakılmıştır. Bunun sonucunda Ankara’da görev yapan toplam 213 acil tıp asistan hekimin 168’i (%78) çalışmaya katılmıştır.

3.3. Veri Toplama Araçları

3.3.1. Sosyodemografik Veri Formu

Çalışmada kullanılan sosyodemografik veri formu araştırmacılar tarafından hazırlanmıştır. Hazırlanan sorular, katılımcıların sosyodemografik özelliklerini ve çalışma koşullarını değerlendirme amacını taşımaktadır.

Sosyodemografik veri formunda yaş, cinsiyet, asistanlık süresi, medeni durum, çocuk durumu, aylık çalışma saati, mevcut tanıli hastalık durumu, gelir gider dengesi, acil branşının istenerek seçilip seçilmediği, tekrar bir hak verilse acil branşının seçilip seçilmeyeceği, uğranılan fiziksel veya sözel şiddet durumu ve sayısı, hocalar, hastalar ve çalışma arkadaşları ile sorun yaşama sıklığı, sigara, kahve ve alkol tüketim sıklığı, uyku ve beslenme düzeni durumu, tükenmiş hissedip hissetmeme, tükenmişlikle ilgili eğitim durumu, tükenmişliğin tanımı, kurumdan beklentiler ve tükenmişlikten korunma adına bireysel önlem alma durumunu içeren 27 soru bulunmaktadır (EK- 2).

3.3.2. Maslach Tükenmişlik Ölçeği

Çalışmada katılımcıların algıladığı tükenmişlik düzeyini belirleyebilmek amacıyla Maslach ve Jackson tarafından 1981 yılında geliştirilen Maslach Tükenmişlik Ölçeği kullanılmıştır [6] (EK- 3). Maslach bu ölçeği; tükenmişlik için tek bir toplam puan elde edilmesinin yerine tükenmişliğin üç alt boyutunun da ayrı değerlendirilerek puanlanacağı şekilde tasarlamıştır.

Ölçekte toplam 22 madde bulunmaktadır ve 7’li likert tip ölçektir. Bu seçenekler derecelerine göre “hiçbir zaman, yılda birkaç kere, ayda birkaç kere, ayda bir, haftada birkaç kere, haftada bir, her gün” şeklindedir.

Ölçeğin Türkçe uyarlaması ile geçerlik ve güvenirlik çalışması Ergin ve Çam tarafından 1992 yılında yapılmıştır [59, 60]. Ergin ve Çam geçerlik ve güvenirlik çalışmalarını doktor ve hemşirelerden oluşan katılımcılar üzerinde yapmışlardır. Buna göre ölçeğin test- tekrar test güvenirlik katsayıları duygusal

tükenme için 0.83, duyarsızlaşma için 0.72 ve kişisel başarı için 0.72 olarak bulunmuştur. Ergin ölçeğin Türkçe uyarlamasında, ölçeğin 7'li likert tip özgün formunun Türk halkının dil ve kültür özelliklerine uygun olmadığını tespit ederek birtakım değişiklikler yapmıştır. Buna göre her madde için 7 olan seçenek sayısı 5'e indirilmiş ve seçenekler "hiçbir zaman(0), çok nadir(1), bazen(2), çoğu zaman(3), her zaman(4)" şeklinde her madde için 0-4 arası puanlanacak hale getirilmiştir. Ölçekte duygusal tükenme alt boyutu için 9 madde, duyarsızlaşma alt boyutu için 5 madde ve kişisel başarı alt boyutu için de 8 madde olmak üzere 22 madde bulunmaktadır. Duygusal tükenme ve duyarsızlaşma maddeleri olumsuz ifadeler içerirken, kişisel başarı maddeleri olumlu ifadeler içermektedir.

- Duygusal Tükenme: 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20 (toplam 9 madde)
- Duyarsızlaşma: 5, 10, 11, 15, 22 (toplam 5 madde)
- Kişisel Başarı Hissi: 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21 (toplam 8 madde) numaralı maddeler olarak ölçekte bulunmaktadır.

Her alt boyutun kendi maddelerinin puanları toplanarak, duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarı için alt boyut puanları elde edilmektedir. Buna göre ölçeğin alt boyutlarından alınabilecek puanlar duygusal tükenme için 0-36 arasında, duyarsızlaşma için 0-20 arasında ve kişisel başarı için de 0-32 arasında olmaktadır.

Literatür incelendiğinde bazı çalışmalarda birbirinden farklı kesme değerleri kullanılarak alt boyut tükenmişliğinin düşük, orta ve yüksek olarak sınıflandırıldığı görülmüştür. Ölçeğin özgün formunda böyle bir kesme değerinden bahsetmek mümkün olsa da Türkçeye uyarlanmış 5'li likert tipte

Ülkemiz için belirlenmiş net bir kesme değeri ve sınıflandırma bulunmamaktadır [49, 61]. Genel olarak duygusal tükenme ve duyarsızlaşma alt boyutlarından yüksek, kişisel başarı alt boyutundan düşük puan almanın tükenmişliğin yüksek olduğunu ifade ettiği, duygusal tükenme ve duyarsızlaşma alt boyutlarından düşük, kişisel başarı alt boyutundan yüksek puan almanın tükenmişliğin düşük olduğunu ifade ettiği söylenebilmektedir.

3.4. Araştırma Verisinin Düzenlenmesi ve İstatistiksel Analiz

Araştırma verisi SPSS 20.0 istatistik paket programı aracılığıyla değerlendirilmiştir. Tanımlayıcı istatistikler ortalama ($\pm$) standart sapma, ortanca (min; maks), frekans dağılımı ve yüzde olarak sunulmuştur. Normal dağılım görsel ve istatistiksel yöntemlerle (kolmogorov-smirnov testi) değerlendirilmiş ve analizde kullanılan verilerin normal dağıldığı belirlenmiştir. Maslach tükenmişlik leğinin alt boyutlarından alınan puanların bazı değişkenlerle karşılaştırılması için iki kategorili değişkenlerde Student's T Testi, ikiden fazla kategorisi olan değişkenlerde ise tek yönlü ANOVA analizi uygulanmıştır. Varyansların homojenliği Levene testi ile değerlendirilmiştir. Gruplar arasında anlamlı farklılık bulunan durumlarda, ikişerli post-hoc karşılaştırmalar Tukey testi ile değerlendirilmiştir. Tüm analizlerde istatistiksel anlamlılık değeri $p < 0,05$ olarak kabul edilmiştir.

Medeni durum, sigara kullanımı, alkol kullanımı soruları yeniden gruplandırılarak analize alınmıştır. Acil hekimliğini isteyerek seçme, tekrar acil hekimliği düşünme, hocayla sorun yaşama, hastayla sorun yaşama, çalışma arkadaşıyla sorun yaşama, düzenli ve kaliteli uyku uyuma, düzenli beslenme

soruları, kararsızım şıkkı çıkarılarak analize alınmıştır. Tükenmişlik tanımı, kurumdan bu konuda beklentiler ve bu konuda alınan önlemler soruları ucu açık şekilde sorulmuş ve verilen cevaplar gruplandırılarak analize alınmıştır.

4. BULGULAR

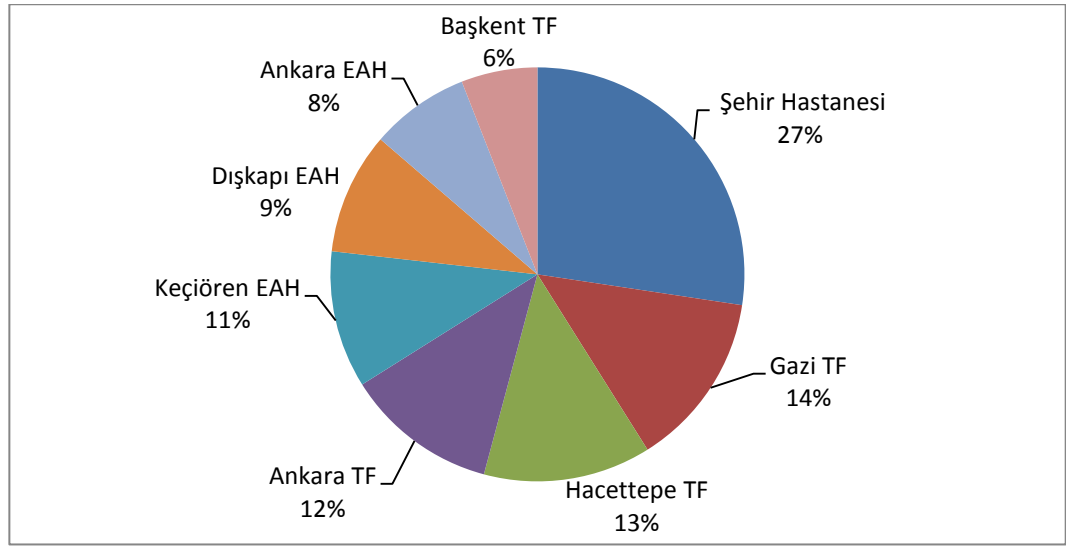
Çalışma kapsamındaki Tıp Fakültesi (TF) ile Eğitim ve Araştırma Hastanesi (EAH) acil servislerinde uzmanlık öğrenimi gören asistan hekimlerin sosyodemografik verileri ve tükenmişliğe ait bulguları aşağıdaki bölümlerde incelenmiştir.

Tablo 1. Katılımcıların Çalıştıkları Hastaneler ve Eğitim Yılları

ANKET YERİ	YIL				
	1.Yıl n (%)*	2.Yıl n (%)*	3.Yıl n (%)*	4.Yıl n (%)*	Toplam n (%)**
ŞEHİR HASTANESİ	17 (37,0)	12 (26,0)	8 (17,4)	9 (19,6)	46 (27,4)
GAZİ TIP	9 (39,1)	3 (13,0)	8 (34,8)	3 (13,1)	23 (13,7)
HACETTEPE TIP	7 (31,8)	3 (13,6)	4 (18,2)	8 (36,4)	22 (13,1)
ANKARA TIP	6 (30,0)	3 (15,0)	2 (10,0)	9 (45,0)	20 (11,9)
KEÇİÖREN EAH	6 (33,3)	6 (33,3)	3 (16,7)	3 (16,7)	18 (10,7)
DIŞKAPI EAH	8 (50,0)	3 (18,8)	3 (18,8)	2 (12,4)	16 (9,5)
ANKARA EAH	3 (23,1)	3 (23,1)	3 (23,1)	4 (30,7)	13 (7,7)
BAŞKENT TIP	6 (60,0)	3 (30,0)	1 (10,0)	-	10 (6,0)
TOPLAM	62 (36,9)	36 (21,4)	32 (19,0)	38 (22,6)	168 (100,0)
*Satur Yüzdesi	**Sütun Yüzdesi				

Tablo 1’de katılımcıların çalıştıkları hastaneler ve eğitim yılları sunulmuştur. Çalışmaya 8 hastaneden 168 kişi katılmıştır. Katılımcıların 62’si (%36,9) 1. yıl, 38’i (%22,6) 4. yıl asistanıdır. Katılımcıların 46’sı (%27,4) Ankara

Şehir Hastanesi'nde, 23'ü (%13,7) Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde çalışmaktadır. Katılımcıların çalıştıkları hastanelere göre dağılımı Şekil 1'de sunulmuştur.



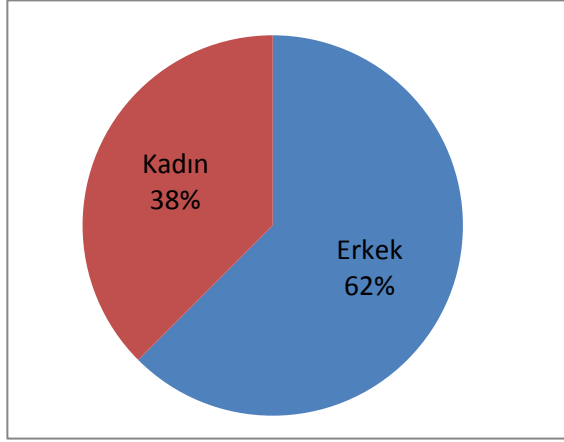
Şekil 1. Katılımcıların Çalıştıkları Hastanelere Göre Dağılımı

Tablo 2'de katılımcıların demografik özellikleri sunulmuştur. Katılımcıların yaş ortalaması $28,8 \pm 3,4$ olarak saptanmıştır. Katılımcıların 110'u (%65,4) 30 yaşın altında, 58'i (%34,6) 30 yaş ve üzerindedir. Katılımcıların 105'i (%62,5) erkek, 63'ü (%37,5) kadındır. Katılımcıların 81'i (%48,2) evli, 85'i (%50,6) bekar ve 2'si (%1,2) boşanmıştır. Katılımcıların 28'i (%16,7) çocuk sahibi, 140'ı (%83,3) çocuk sahibi değildir. Katılımcıların 81'i (%48,2) ebeveynleri ile aynı şehirde yaşamakta ve 87'si (%51,8) aynı şehirde yaşamamaktadır. Katılımcıların 109'u (%64,9) evde ailesiyle, 11'i (%6,5)

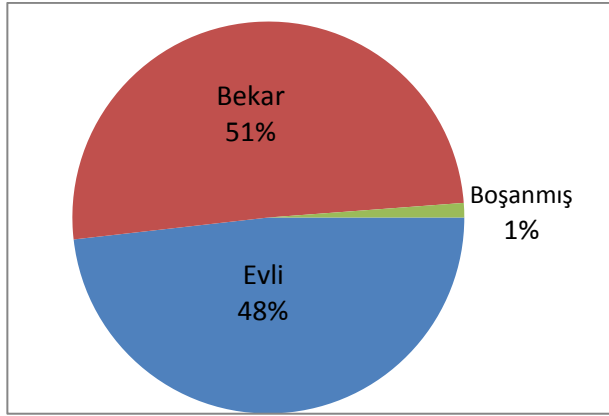
arkadaşlarıyla ve 48'i (%28,6) yalnız yaşamaktadır. Katılımcıların 43'ünün (%25,6) geliri giderinden daha fazla, 92'sinin (%54,8) geliri ve gideri dengeli, 33'ünün (%19,6) gideri gelirinden daha fazladır. Katılımcıların cinsiyet dağılımı Şekil 2'de, medeni durum dağılımı Şekil 3'te, çocuk sahibi olma dağılımı Şekil 4'te, gelir gider dağılımı ise Şekil 5'te sunulmuştur.

Tablo 2. Katılımcıların Demografik Özellikleri

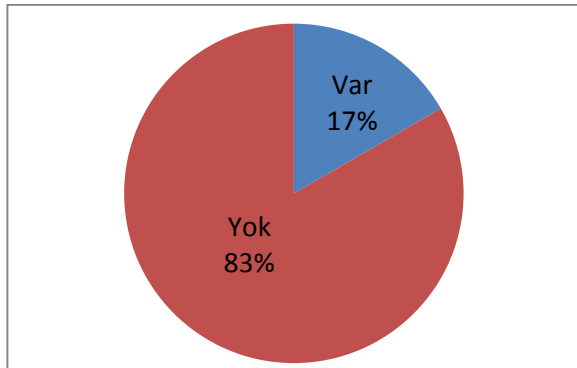
	n (%)
Yaş, Ortanca (n=168)	28
Yaş Grubu (n=168)	
30 Yaş Altı	110 (65,4)
30 Yaş ve Üzeri	58 (34,6)
Cinsiyet (n=168)	
Erkek	105 (62,5)
Kadın	63 (37,5)
Medeni Durum (n=168)	
Evli	81 (48,2)
Bekar	85 (50,6)
Boşanmış	2 (1,2)
Çocuk Durumu (n=168)	
Var	28 (16,7)
Yok	140 (83,3)
Ebeveynleri ile Aynı Şehirde Yaşama (n=168)	
Evet	81 (48,2)
Hayır	87 (51,8)
Evde Kiminle Yaşadığı (n=168)	
Ailesiyle	109 (64,9)
Arkadaşıyla	11 (6,5)
Yalnız	48 (28,6)
Gelir Gider Durumu (n=168)	
Geliri Daha Fazla	43 (25,6)
Dengeli	92 (54,8)
Gideri Daha Fazla	33 (19,6)



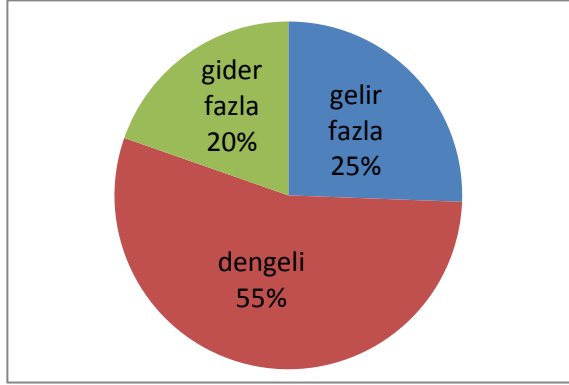
Şekil 2. Katılımcıların Cinsiyet Dağılımı



Şekil 3. Katılımcıların Medeni Durum Dağılımı



Şekil 4. Katılımcıların Çocuk Sahibi Olma Dağılımı



Şekil 5. Katılımcıların Gelir Gider Dağılımı

Tablo 3. Katılımcıların Yaşam Tarzı ve Sağlıkla İlgili Bazı Özellikleri

	n (%)
Kronik Hastalık (n=168)	
Var	36 (21,4)
Yok	132 (78,6)
Haftalık Sigara Tüketimi (n=168)	
Hiç Kullanmam	89 (53,0)
1 Paket veya Daha Az	21 (12,5)
2-4 Paket	13 (7,7)
5-7 Paket	14 (8,3)
7 Paketten Fazla	31 (18,5)
Günlük Kahve Tüketimi (n=168)	
1 Bardak veya Daha Az	75 (44,7)
2-3 Bardak	55 (32,7)
3 Bardaktan Fazla	38 (22,6)
Alkol Tüketim Sıklığı (n=168)	
Hiç Kullanmam	72 (42,8)
Yılda 1-2 Kez	21 (12,5)
Ayda 1-2 Kez	40 (23,8)
Haftada 1-2 Kez	29 (17,3)
Hemen Her Gün	6 (3,6)
Düzenli ve Kaliteli Uyku (n=168)	
Hiç Uyuyamam	16 (9,5)
Nadiren Uyuyabilirim	89 (53,0)
Sıklıkla Uyuyabilirim	56 (33,3)
Kararsızım	7 (4,2)
Beslenme Düzeni (n=168)	
Düzensiz Beslenirim	74 (44,0)
Nadiren Düzenli Beslenirim	53 (31,5)
Sıklıkla Düzenli Beslenirim	40 (23,8)
Kararsızım	1 (0,6)

Tablo 3'te katılımcıların yaşam tarzı ve sağlıkla ilgili bazı özellikleri sunulmuştur. Katılımcıların 36'sının (%21,4) kronik hastalığı mevcuttur. Katılımcıların 89'u (%53,0) haftalık hiç sigara kullanmadığını belirtmiştir. Katılımcıların 75'i (%44,7) günlük ≤ 1 bardak kahve içtiğini belirtmiştir. Katılımcıların 72'si (%42,8) hiç alkol kullanmadığını belirtmiştir. Katılımcıların 89'u (%53,0) uykularının nadiren düzenli ve kaliteli olduğunu belirtmiştir. Katılımcıların 74'ü (%44,0) düzensiz beslendiğini belirtmiştir.

Tablo 4'te katılımcıların çalışma şartları ve tercihleri ile ilgili bazı özellikleri sunulmuştur. Katılımcıların 2'si (%1,2) aylık 150 saatten az çalıştığını, 54'ü (%32,1) >250 saat çalıştığını belirtmiştir. Katılımcıların 137'si (%81,5) acili isteyerek tercih ettiğini belirtmiştir. Katılımcıların 91'i (%54,1) seçme hakkı olsa tekrar acili tercih edeceğini belirtmiştir. Katılımcıların 147'si (%87,5) acil serviste çalışırken fiziksel veya sözel şiddete uğradığını belirtmiştir. Katılımcıların uzmanlık eğitiminde ortalama şiddete uğrama sayısı $7,6 \pm 8,5$ olarak belirlenmiştir. Katılımcıların öğretim üyeleri veya uzmanlar, hastalar ve çalışma arkadaşlarıyla sorun yaşama sıklığı Tablo 4'te sunulmuştur.

Tablo 4. Katılımcıların Çalışma Şartları ve Tercihleri ile İlgili Bazı Özellikleri

		n (%)
Aylık Çalışma Saati (n=168)		
150 Saatten Az		2 (1,2)
150-200 Saat		24 (14,3)
201-250 Saat		88 (52,4)
250 Saatten Fazla		54 (32,1)
Acili İsteyerek Tercih Etme (n=168)		
Evet		137 (81,5)
Hayır		10 (6,0)
Kararsız		21 (12,5)
Tekrar Acil Tercih Eder Mi (n=168)		
Evet		91 (54,1)
Hayır		31 (18,5)
Kararsız		46 (27,4)
Acil Serviste Şiddete Uğrama (n=168)		
Evet		147 (87,5)
Hayır		21 (12,5)
Uzmanlık Eğitiminde Uğradığı Şiddet Sayısı, Ortalama (SD*) (n=138)		7,6 (8,5)
Öğretim Üyeleri veya Uzmanlarla Sorun Yaşama Sıklığı (n=168)		
Yaşamam		36 (21,4)
Nadiren		115 (68,4)
Sıklıkla		10 (6,0)
Kararsızım		7 (4,2)
Hastalarla Sorun Yaşama Sıklığı (n=168)		
Yaşamam		7 (4,2)
Nadiren		113 (67,3)
Sıklıkla		43 (25,5)
Kararsızım		5 (3,0)
Çalışma Arkadaşlarıyla Sorun Yaşama Sıklığı (n=168)		
Yaşamam		48 (28,6)
Nadiren		110 (65,5)
Sıklıkla		7 (4,2)
Kararsızım		3 (1,8)

*SD: Standart Sapma

Tablo 5’te katılımcıların tükenmişlik durumu ile ilgili bazı özellikleri sunulmuştur. Katılımcıların 88’i (%52,4) tükenmişlik hissi yaşadığını belirtmiştir. Tükenmişliği nasıl tanımlarsınız sorusuna katılımcıların 49’u (%36,0) isteksizlik

ve bıkkınlık, 37'si (%27,2) enerji azalması şeklinde cevap vermiştir. Katılımcıların 148'i (%88,1) tükenmişlikle ilgili eğitim almadığını belirtmiştir.

Tablo 5. Katılımcıların Tükenmişlik Durumu ile İlgili Bazı Özellikleri

	n (%)
Tükenmişlik Hissi (n=168)	
Evet	88 (52,4)
Hayır	40 (23,8)
Kararsızım	40 (23,8)
Tükenmişlik Tanımı (n=136)*	
İsteksizlik ve Bıkkınlık	49 (36,0)
Enerji Azalması ve Yorgunluk	37 (27,2)
Hayattan Zevk Alamama	29 (21,3)
İşe Gitme İsteğinde Azalma	29 (21,3)
Hayattan Beklentinin Olmaması	18 (13,2)
Yetersizlik Hissi	14 (10,3)
Sabah Uyanmada Zorlanma	9 (6,6)
Tükenmişlikle İlgili Eğitim Alma (n=168)	
Evet	20 (11,9)
Hayır	148 (88,1)

*Birden fazla durum belirtilmiştir

Tablo 6'da katılımcıların kurumdan beklentileri ve önlem alma durumları sunulmuştur. Katılımcıların 89'u (%60,1) kurumdan beklentisi olduğunu belirtmiştir. Tükenmişlikle ilgili kurumunuzdan beklentiniz nedir sorusuna katılımcıların 36'sı (%40,4) fizik ortam ve işleyişte düzenlemeler, 35'i (%39,3) nöbet sayısında azalma şeklinde cevap vermiştir. Katılımcıların 41'i (%24,4) tükenmişlikle ilgili önlem aldığını belirtmiştir. Tükenmişlikle ilgili hangi önlemleri alıyorsunuz sorusuna katılımcıların 19'u (46,3) aile ve arkadaşlarla ilgilenme, 17'si (%41,5) hobiler ile uğraşma şeklinde cevap vermiştir.

Tablo 6. Katılımcıların Kurumdan Beklentileri ve Önlem Alma Durumları

	n (%)
Kurumdan Beklentisi Var Mı (n=148)	
Var	89 (60,1)
Yok	59 (39,9)
Kurumdan Beklentiler (n=89)*	
Fizik Ortam ve İşleyişte Düzenlemeler	36 (40,4)
Nöbet Sayısında Azalma	35 (39,3)
Farkındalık Yaratma ve Eğitim	25 (28,1)
Şiddete Önlem Bulma	10 (11,2)
Aktivite Düzenlenmesi	7 (7,9)
Maaş Zammı	5 (5,6)
İzin Artışı	4 (4,5)
Servislere Hasta Yatışının Hızlanması	4 (4,5)
Tükenmişlikle İlgili Önlem Alma (n=168)	
Evet	41 (24,4)
Hayır	127 (75,6)
Tükenmişlikle İlgili Alınan Önlem (n=41)*	
Aile ve Arkadaşlarla İlgilenme	19 (46,3)
Hobiler ile Uğraşma	17 (41,5)
Spor ve Wellness	16 (39,0)
Sinema ve Tiyatro	6 (14,6)
Hayvan Bakımı	4 (9,7)
İlaç Desteği	3 (7,3)

*Birden fazla durum belirtilmiştir

Tablo 7. Katılımcıların MTÖ Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamaları

	Ortalama $\pm$ SD	Min-Max
Duygusal Tükenme (n=168)	21,5 $\pm$ 7,3	3,0-36,0
Duyarsızlaşma (n=168)	10,6 $\pm$ 3,9	0,0-20,0
Kişisel Başarı (n=168)	19,9 $\pm$ 4,7	6,0-32,0

SD: Standart Sapma

Min-Max: Minimum Maksimum

Tablo 7’de katılımcıların Maslach Tükenmişlik Ölçeği (MTÖ) alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları sunulmuştur. Katılımcıların DT alt boyutu puan ortalaması 21,5 $\pm$ 7,3 , DUY alt boyutu puan ortalaması 10,6 $\pm$ 3,9 , KB alt boyutu puan ortalaması 19,9 $\pm$ 4,7 olarak saptanmıştır.

Tablo 8. Katılımcıların Eğitim Yılı ve Yaş Grubuna Göre MTÖ Alt Boyutlarından Aldıkları Puanların Karşılaştırılması

*	DT Ortalama $\pm$ SD	DUY Ortalama $\pm$ SD	KB Ortalama $\pm$ SD
Eğitim Yılı (n=168)			
İlk Yıl	23,22 $\pm$ 7,13	11,51 $\pm$ 3,84	19,64 $\pm$ 4,96
2 ve Üzeri	20,49 $\pm$ 7,19	10,06 $\pm$ 3,81	20,16 $\pm$ 4,54
	p=0,018	p=0,019	p=0,486
Yaş Grubu (n=168)			
30 Yaş Altı	21,70 $\pm$ 6,97	11,19 $\pm$ 3,68	19,62 $\pm$ 4,60
30 Yaş ve Üzeri	21,10 $\pm$ 7,87	9,48 $\pm$ 4,03	20,63 $\pm$ 4,82
	p=0,610	p=0,006	p=0,186
DT: Duygusal Tükenme DUY: Duyarsızlaşma KB: Kişisel Başarı SD: Standart Sapma			

*Student's T Testi ve One Way ANOVA testi

Tablo 8’de katılımcıların eğitim yılı ve yaş grubuna göre MTÖ alt boyutlarından aldıkları puanların karşılaştırılması sunulmuştur. Eğitim yılları, yıllık olarak incelendiğinde tükenmişlik alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır. Eğitim yılı, ilk yıl ile 2 ve üzeri şeklinde iki grup olarak sınıflandırıldığında eğitim yılı ilk yıl olanlarda DT (**p=0,018**) ve DUY (**p=0,019**) puanları daha yüksektir. 30 yaş ve altında olanlarda DUY puanı (**p=0,006**) daha yüksektir. Ortalama ve standart sapmalar Tablo 8’de sunulmuştur.

Tablo 9’da katılımcıların demografik özelliklerine göre MTÖ alt boyutlarından aldıkları puanların karşılaştırılması sunulmuştur. Değerlendirmede istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır. Ortalama ve standart sapmalar Tablo 9’da sunulmuştur.

Tablo 9. Katılımcıların Demografik Özelliklerine Göre MTÖ Alt Boyutlarından Aldıkları Puanların Karşılaştırılması

*			
	DT Ortalama $\pm$ SD	DUY Ortalama $\pm$ SD	KB Ortalama $\pm$ SD
Cinsiyet (n=168)			
Kadın	22,20 $\pm$ 7,52	11,15 $\pm$ 3,86	19,15 $\pm$ 4,19
Erkek	21,06 $\pm$ 7,12	10,26 $\pm$ 3,87	20,46 $\pm$ 4,92
	p=0,331	p=0,150	p=0,081
Medeni Durum (n=168)			
Evli	21,51 $\pm$ 6,42	10,45 $\pm$ 3,69	19,58 $\pm$ 4,80
Bekar\Boşanmış	21,48 $\pm$ 8,02	10,73 $\pm$ 4,05	20,34 $\pm$ 4,58
	p=0,975	p=0,643	p=0,293
Çocuk Durumu (n=168)			
Var	21,64 $\pm$ 6,81	10,00 $\pm$ 4,29	19,75 $\pm$ 4,75
Yok	21,47 $\pm$ 7,38	10,72 $\pm$ 3,79	20,02 $\pm$ 4,70
	p=0,910	p=0,371	p=0,781
Evde Kiminle Yaşadığı (n=168)			
Ailesiyle	21,42 $\pm$ 6,88	10,38 $\pm$ 3,77	19,50 $\pm$ 4,42
Arkadaşıyla	20,54 $\pm$ 9,51	10,36 $\pm$ 3,20	22,09 $\pm$ 3,75
Yalnız	21,89 $\pm$ 7,71	11,14 $\pm$ 4,25	20,56 $\pm$ 5,33
	p=0,844	p=0,518	p=0,130
Ebeveynleri ile Aynı Şehirde Yaşama (n=168)			
Evet	20,70 $\pm$ 7,10	10,19 $\pm$ 3,74	20,09 $\pm$ 4,09
Hayır	22,24 $\pm$ 7,39	10,97 $\pm$ 3,98	19,86 $\pm$ 5,21
	p=0,172	p=0,194	p=0,745
Gelir Gider Dengesi (n=168)			
Geliri Daha Fazla	20,20 $\pm$ 6,41	10,55 $\pm$ 4,07	20,32 $\pm$ 4,87
Dengeli	21,45 $\pm$ 7,44	10,45 $\pm$ 3,98	20,09 $\pm$ 4,42
Gideri Daha Fazla	23,30 $\pm$ 7,68	11,06 $\pm$ 3,36	19,18 $\pm$ 5,22
	p=0,185	p=0,745	p=0,540

DT: Duygusal Tükenme DUY: Duyarsızlaşma KB: Kişisel Başarı SD: Standart Sapma

*Student's T Testi ve One Way ANOVA testi

Tablo 10'da katılımcıların yaşam tarzı ve sağlıkla ilgili bazı özelliklerine göre MTÖ alt boyutlarından aldıkları puanların karşılaştırılması sunulmuştur. Sıklıkla düzenli ve kaliteli uyku uyuyanların hiç ve nadiren uyuyanlara göre DT puanı ($p<0,001$) daha düşüktür. Fark sıklıkla düzenli ve kaliteli uyuyanlardan

kaynaklanmaktadır. Düzensiz beslenenlerin nadiren ve sıklıkla düzenli beslenenlere göre DT puanı (**p=0,003**) daha yüksektir. Fark düzensiz beslenenlerden kaynaklanmaktadır. Ortalama ve standart sapmalar Tablo 10'da sunulmuştur.

Tablo 10. Katılımcıların Yaşam Tarzı ve Sağlıkla İlgili Bazı Özelliklerine Göre MTÖ Alt Boyutlarından Aldıkları Puanların Karşılaştırılması

*	DT Ortalama ±SD	DUY Ortalama ±SD	KB Ortalama ±SD
Kronik Hastalık (n=168)			
Hayır	21,33 ±7,19	10,56 ±3,89	19,77 ±4,66
Evet	22,11 ±7,64	10,72 ±3,89	20,72 ±4,79
	p=0,571	p=0,834	p=0,284
Sigara Tüketimi (n=168)			
Hayır	21,35 ±7,10	10,24 ±4,22	19,57 ±4,94
Evet	21,65 ±7,51	11,00 ±3,42	20,43 ±4,39
	p=0,792	p=0,210	p=0,239
Günlük Kahve Tüketimi (n=168)			
≤1 Bardak	21,48 ±7,08	10,49 ±4,15	19,32 ±4,97
2-3 Bardak	21,14 ±7,76	10,78 ±3,95	20,41 ±4,69
3 Bardaktan Fazla	22,05 ±7,08	10,55 ±3,25	20,63 ±4,02
	P=0,841	P=0,913	P=0,262
Alkol Kullanımı (n=168)			
Hayır	21,43 ±6,77	10,37 ±4,12	19,23 ±4,76
Evet	21,55 ±7,66	10,77 ±3,70	20,53 ±4,59
	p=0,915	p=0,515	p=0,077
Düzenli ve Kaliteli Uyku (n=161)**			
Hiç ^a	25,81 ±8,94	11,06 ±3,71	18,75 ±6,69
Nadiren ^b	22,39 ±7,00	10,67 ±3,79	19,71 ±4,19
Sıklıkla ^c	18,42 ±5,80	10,50 ±3,89	20,89 ±4,78
	p<0,001 c<b=a	p=0,871	p=0,179
Beslenme Düzeni (n=167)**			
Düzensiz ^a	23,71 ±7,27	11,13 ±4,05	20,13 ±5,41
Nadiren ^b	19,81 ±6,52	10,16 ±3,53	19,69 ±4,19
Sıklıkla ^c	19,95 ±7,16	10,30 ±3,94	19,95 ±3,95
	p=0,003 a>b=c	p=0,319	p=0,876

DT: Duygusal Tükenme **DUY:** Duyarsızlaşma **KB:** Kişisel Başarı **SD:** Standart Sapma

*Student's T Testi ve One Way ANOVA testi

** Kararsızım İşaretleyenler Hariç

Tablo 11. Katılımcıların Çalışma Şartları ve Tercihleri İle İlgili Bazı Özelliklerine Göre MTÖ Alt Boyutlarından Aldıkları Puanların Karşılaştırılması

*	DT Ortalama ±SD	DUY Ortalama ±SD	KB Ortalama ±SD
Aylık Çalışma Saati (n=168)			
150 Saatten Az	12,50 ±2,12	7,00 ±1,41	22,00 ±8,48
150-200 Saat	20,66 ±6,30	9,95 ±3,55	20,00 ±3,69
201-250 Saat	21,77 ±7,67	10,80 ±3,91	20,05 ±4,89
250 Saatten Fazla	21,75 ±7,02	10,68 ±3,99	19,75 ±4,75
	p=0,314	p=0,451	p=0,918
Acili İsteyerek Tercih Etme (n=147)**			
Evet	20,80 ±7,19	10,24 ±3,82	20,12 ±4,72
Hayır	25,60 ±5,64	13,40 ±3,56	18,10 ±3,81
	p=0,041	p=0,013	p=0,189
Tekrar Acil Tercih Eder Mi (n=122)**			
Evet	19,13 ±7,00	9,96 ±4,00	20,62 ±4,86
Hayır	24,48 ±6,97	11,41 ±4,22	18,32 ±4,10
	p<0,001	p=0,088	p=0,020
Acil Serviste Şiddete Uğrama (n=168)			
Evet	21,94 ±7,26	10,82 ±3,84	19,73 ±4,49
Hayır	18,38 ±6,72	9,04 ±3,82	21,66 ±5,77
	p=0,035	p=0,050	p=0,078

DT: Duygusal Tükenme **DUY:** Duyarsızlaşma **KB:** Kişisel Başarı **SD:** Standart Sapma

*Student's T Testi ve One Way ANOVA testi

** Kararsızım İşaretleyenler Hariç

Tablo 11'de katılımcıların çalışma şartları ve tercihleri ile ilgili bazı özelliklerine göre MTÖ alt boyutlarından aldıkları puanların karşılaştırılması sunulmuştur. Acili isteyerek tercih etmeyenlerde DT (**p=0,041**) ve DUY (**p=0,013**) puanları daha yüksektir. Tekrar acil tercih etmeyeceklerde DT puanı (**p<0,001**) daha yüksek, KB puanı (**p=0,020**) daha düşüktür. Şiddete uğradığını belirtenlerde DT puanı (**p=0,035**) daha yüksektir. Ortalama ve standart sapmalar Tablo 11'de sunulmuştur.

Tablo 12. Katılımcıların Çevreleri ile Sorun Yaşama Sıklıklarına Göre MTÖ Alt Boyutlarından Aldıkları Puanların Karşılaştırılması

*	DT Ortalama ±SD	DUY Ortalama ±SD	KB Ortalama ±SD
Öğretim Üyeleri veya Uzmanlarla Sorun Yaşama Sıklığı (n=161)**			
Yaşamam	19,36 ±7,91	9,47 ±4,11	20,33 ±4,51
Nadiren	21,82 ±6,66	10,67 ±3,59	20,14 ±4,60
Sık	24,20 ±9,06	12,10 ±4,84	17,80 ±5,59
	p=0,089	p=0,101	p=0,285
Hastalarla Sorun Yaşama Sıklığı (n=163)**			
Yaşamam ^a	15,14 ±5,72	8,57 ±4,46	22,14 ±4,29
Nadiren ^b	21,00 ±7,05	10,08 ±3,64	20,30 ±4,61
Sık ^c	24,20 ±7,07	12,11 ±4,06	18,67 ±4,72
	p=0,002 c>b=a	p=0,005 c>b=a	p=0,067
Çalışma Arkadaşlarıyla Sorun Yaşama Sıklığı (n=165)**			
Yaşamam ^a	19,79 ±7,67	9,10 ±4,14	20,12 ±4,76
Nadiren ^b	21,27 ±6,54	10,92 ±3,51	20,11 ±4,40
Sık ^c	31,71 ±3,94	12,57 ±2,57	15,28 ±5,73
	p<0,001 c>b=a	p=0,006 a<b=c	p=0,026 c<b=a

DT: Duygusal Tükenme DUY: Duyarsızlaşma KB: Kişisel Başarı SD: Standart Sapma

*Student's T Testi ve One Way ANOVA testi

** Kararsızım İşaretleyenler Hariç

Tablo 12’de katılımcıların çevreleri ile sorun yaşama sıklıklarına göre MTÖ alt boyutlarından aldıkları puanların karşılaştırılması sunulmuştur. Hastalarla sorun yaşadığını belirtmede sıklıkla diyenlerde DT (**p=0,002**) ve DUY (**p=0,005**) puanları diğer seçeneklere göre daha yüksektir. Çalışma arkadaşlarıyla sorun yaşadığını belirtmede sıklıkla diyenlerde diğer seçeneklere göre DT puanı (**p<0,001**) daha yüksek, KB puanı (**p=0,026**) daha düşük ve yaşamadığını belirtenlerde DUY puanı (**p=0,006**) diğer seçeneklere göre daha düşüktür. Ortalama ve standart sapmalar Tablo 12’de sunulmuştur.

Tablo 13. Katılımcıların Tükenmişlik Durumu ile İlgili Bazı Özelliklerine Göre MTÖ Alt Boyutlarından Aldıkları Puanların Karşılaştırılması

*	DT Ortalama ±SD	DUY Ortalama ±SD	KB Ortalama ±SD
Tükenmişlik Hissi (n=128)**			
Evet	25,27 ±6,03	11,45 ±3,74	18,98 ±4,96
Hayır	15,10 ±5,37	8,90 ±3,69	21,42 ±3,72
	p<0,001	p<0,001	p=0,003
Kurumdan Beklenti (n=148)***			
Var	21,02 ±6,92	10,49 ±3,80	19,95 ±4,38
Yok	23,88 ±7,10	11,50 ±3,67	19,11 ±4,96
	p=0,016	p=0,110	p=0,283
Tükenmişlikle İlgili Önlem Alma (n=168)			
Hayır	21,16 ±7,23	10,33 ±3,81	19,64 ±4,88
Evet	22,53 ±7,39	11,43 ±3,99	21,00 ±3,92
	p=0,296	p=0,112	p=0,109

DT: Duygusal Tükenme DUY: Duyarsızlaşma KB: Kişisel Başarı SD: Standart Sapma

* Student's T Testi

** Kararsızım İşaretleyenler Hariç

***20 Kişi Fikir Belirtmemiştir

Tablo 13'te katılımcıların tükenmişlik durumu ile ilgili bazı özelliklerine göre MTÖ alt boyutlarından aldıkları puanların karşılaştırılması sunulmuştur. Kendini tükenmiş hisseden katılımcıların DT puanı (**p<0,001**) ve DUY puanı (**p<0,001**) daha yüksek, KB puanı (**p=0,003**) daha düşüktür. Bu konuda kurumdan beklentisi olmayan katılımcıların DT puanı (**p=0,016**) daha yüksektir. Ortalama ve standart sapmalar Tablo 13'te sunulmuştur.

Tablo 14. Katılımcıların Tükenmişliği Tanımlamalarına Göre MTÖ Alt Boyutlarından Aldıkları Puanların Karşılaştırılması

*	DT Ortalama ±SD	DUY Ortalama ±SD	KB Ortalama ±SD
İsteksizlik ve Bıkkınlık (n=136)			
Evet	22,26 ±7,36	11,12 ±4,00	19,97 ±4,66
Diğer Tanımlar	22,82 ±6,60	10,93 ±3,67	19,57 ±4,72
	p=0,648	p=0,778	p=0,631
Enerji Azalması ve Yorgunluk (n=136)			
Evet	24,48 ±6,30	10,43 ±3,92	19,81 ±4,61
Diğer Tanımlar	21,92 ±6,96	11,21 ±3,72	19,68 ±4,74
	p=0,053	p=0,287	p=0,892
Hayattan Zevk Alamama (n=136)			
Evet	22,37 ±7,06	11,62 ±4,03	20,06 ±5,11
Diğer Tanımlar	22,69 ±6,84	10,83 ±3,71	19,62 ±4,58
	p=0,829	p=0,321	p=0,654
İşe Gitme İsteğinde Azalma (n=136)			
Evet	20,48 ±8,35	10,86 ±3,91	21,41 ±4,11
Diğer Tanımlar	23,20 ±6,32	11,03 ±3,76	19,26 ±4,75
	p=0,111	p=0,826	p=0,028
Hayattan Beklentinin Olmaması (n=136)			
Evet	23,72 ±8,02	11,83 ±4,60	18,77 ±4,89
Diğer Tanımlar	22,45 ±6,69	10,87 ±3,65	19,86 ±4,66
	p=0,469	p=0,318	p=0,362
Yetersizlik Hissi (n=136)			
Evet	27,50 ±5,80	12,35 ±3,83	18,85 ±3,57
Diğer Tanımlar	22,06 ±6,77	10,84 ±3,76	19,81 ±4,80
	p=0,005	p=0,157	p=0,469
Sabah Uyanmada Zorlanma (n=136)			
Evet	22,44 ±5,83	11,22 ±3,03	17,77 ±4,14
Diğer Tanımlar	22,63 ±6,95	10,98 ±3,84	19,85 ±4,71
	p=0,935	p=0,856	p=0,200

DT: Duygusal Tükenme DUY: Duyarsızlaşma KB: Kişisel Başarı SD: Standart Sapma

* Student's T Testi

Tablo 14'te katılımcıların tükenmişliği tanımlamalarına göre MTÖ alt boyutlarından aldıkları puanların karşılaştırılması sunulmuştur. Tükenmişliği işe gitme isteği olarak tanımlayanların diğer tanımlara göre KB puanı (**p=0,028**) daha

yüksektir. Yetersizlik hissi olarak tanımlayanların diğer tanımlara göre DT puanı ($p=0,005$) daha yüksektir. Ortalama ve standart sapmalar Tablo 14’te sunulmuştur.

Tablo 15. Katılımcıların Tükenmişlikle İlgili Aldıkları Önlemlere Göre MTÖ Alt Boyutlarından Aldıkları Puanların Karşılaştırılması

*	DT Ortalama ±SD	DUY Ortalama ±SD	KB Ortalama ±SD
Aile ve Arkadaşlarla İlgilenme (n=42)			
Evet	19,47 ±7,43	10,84 ±4,33	21,00 ±4,72
Diğer Önlemler	24,73 ±6,61	12,00 ±3,61	21,00 ±3,11
	p=0,020	p=0,351	p=1,000
Hobiler ile Uğraşma (n=42)			
Evet	22,11 ±5,76	11,76 ±3,78	21,52 ±3,33
Diğer Önlemler	22,52 ±8,44	11,28 ±4,12	20,64 ±4,23
	p=0,855	p=0,702	p=0,472
Spor ve Wellness (n=42)			
Evet	20,43 ±6,21	10,18 ±3,27	22,15 ±4,09
Diğer Önlemler	23,53 ±7,92	12,26 ±4,18	20,30 ±3,64
	p=0,191	p=0,098	p=0,142
Sinema ve Tiyatro (n=42)			
Evet	20,33 ±5,39	9,33 ±3,44	21,66 ±5,85
Diğer Önlemler	22,69 ±7,69	11,83 ±3,96	20,88 ±3,55
	p=0,476	p=0,154	p=0,655
Hayvan Bakımı (n=42)			
Evet	31,25 ±2,06	13,25 ±3,59	20,50 ±4,20
Diğer Önlemler	21,42 ±7,13	11,28 ±3,98	21,05 ±3,89
	p<0,001	p=0,352	p=0,790
İlaç Desteği (n=42)			
Evet	31,66 ±3,05	13,00 ±1,00	20,00 ±3,60
Diğer Önlemler	21,64 ±7,15	11,35 ±4,07	21,07 ±3,92
	p=0,022	p=0,090	p=0,649

DT: Duygusal Tükenme DUY: Duyarsızlaşma KB: Kişisel Başarı SD: Standart Sapma

* Student’s T Testi

Tablo 15’te katılımcıların tükenmişlikle ilgili aldıkları önlemlere göre MTÖ alt boyutlarından aldıkları puanların karşılaştırılması sunulmuştur. Aile ve arkadaşlarla ilgilenme diyen katılımcıların diğer önlemlere göre DT puanı (**p=0,020**) daha düşüktür. Hayvan bakımı diyen katılımcıların diğer önlemlere göre DT puanı (**p<0,001**) daha yüksektir. İlaç desteği diyen katılımcıların diğer önlemlere göre DT puanı (**p=0,022**) daha yüksektir. Ortalama ve standart sapmalar Tablo 15’te sunulmuştur.

Tablo 16’da katılımcıların tükenmişlikle ilgili kurumdan beklentilerine göre MTÖ alt boyutlarından aldıkları puanların karşılaştırılması sunulmuştur. Aktivite düzenlenmesi beklentisi olan katılımcıların diğer beklentilere göre DUY puanı (**p=0,004**) daha düşük, KB puanı (**p=0,002**) daha yüksektir. İzin artışı beklentisi olan katılımcıların DUY puanı (**p=0,035**) diğer beklentilere göre daha düşüktür. Servislere hasta yatışının hızlanması beklentisi olan katılımcıların DT puanı (**p=0,038**) diğer beklentilere göre daha yüksektir. Ortalama ve standart sapmalar Tablo 16’da sunulmuştur.

Tablo 16. Katılımcıların Tükenmişlikle İlgili Kurumdan Beklentilerine Göre MTÖ Alt Boyutlarından Aldıkları Puanların Karşılaştırılması

*	DT Ortalama ±SD	DUY Ortalama ±SD	KB Ortalama ±SD
Fizik Ortam ve İşleyişte Düzenlemeler (n=89)			
Evet	19,66 ±6,70	10,61 ±3,95	19,88 ±3,93
Başka Beklentiler	21,94 ±6,98	10,41 ±3,73	20,00 ±4,69
	p=0,129	p=0,813	p=0,907
Nöbet Sayısında Azalma (n=89)			
Evet	21,14 ±6,61	10,77 ±3,20	19,60 ±4,44
Başka Beklentiler	20,94 ±7,18	10,31 ±4,17	20,18 ±4,36
	p=0,896	p=0,583	p=0,541
Farkındalık Yaratma ve Eğitim (n=89)			
Evet	19,96 ±7,41	10,08 ±4,19	20,48 ±4,34
Başka Beklentiler	21,43 ±6,73	10,65 ±3,66	19,75 ±4,41
	p=0,369	p=0,524	p=0,483
Şiddete Önlem Bulma (n=89)			
Evet	23,60 ±4,24	12,00 ±3,19	17,90 ±4,01
Başka Beklentiler	20,69 ±7,14	10,30 ±3,85	20,21 ±4,38
	p=0,082	p=0,186	p=0,116
Aktivite Düzenlenmesi (n=89)			
Evet	16,28 ±7,47	6,57 ±2,50	24,85 ±4,14
Başka Beklentiler	21,42 ±6,77	10,82 ±3,71	19,53 ±4,16
	p=0,059	p=0,004	p=0,002
Maaş Zammı (n=89)			
Evet	24,40 ±4,61	13,60 ±2,07	17,20 ±3,42
Başka Beklentiler	20,82 ±7,00	10,30 ±3,81	20,11 ±4,39
	p=0,264	p=0,060	p=0,149
İzin Artışı (n=89)			
Evet	18,00 ±8,60	8,50 ±1,29	21,25 ±6,13
Başka Beklentiler	21,16 ±6,86	10,58 ±3,86	19,89 ±4,32
	p=0,375	p=0,035	p=0,548
Servislere Hasta Yatışının Hızlanması (n=89)			
Evet	28,00 ±5,83	13,75 ±2,06	19,00 ±2,16
Başka Beklentiler	20,69 ±6,82	10,34 ±3,80	20,00 ±4,46
	p=0,038	p=0,080	p=0,658

DT: Duygusal Tükenme DUY: Duyarsızlaşma KB: Kişisel Başarı SD: Standart Sapma

* Student's T Testi

5. TARTIŞMA

Hekimler tükenmişlik açısından toplumun geneline kıyasla daha yüksek risk altındadır [50]. Yapılan çalışmalarda acil tıp hekimlerinin diğer hekimlere nazaran tükenmişlik seviyeleri daha yüksek bulunmuştur [52]. Literatürde özellikle tükenmişliği yüksek oranda yaşadığı belirtilen acil tıp hekimlerine yönelik yeterli sayıda çalışma bulunmamaktadır. Mevcut çalışmaların ise büyük kısmının tüm acil tıp hekimlerini içerdiği, acil tıp uzmanlık öğrencileri özelinde olmadığı görülmüştür.

Bu çalışmada Ankara'da çalışan acil tıp uzmanlık öğrencilerinin tükenmişlik düzeyinin sosyodemografik verilerle birlikte incelenmesi, tükenmişliğin nedeninin saptanması ve buna yönelik alınabilecek önlemlerin belirlenmesi amaçlanmıştır. Bildiğimiz kadarıyla tükenmişlik sendromu ile ilgili Ankara ilindeki tüm acil tıp asistanlarını kapsayan herhangi bir çalışma bulunmamaktadır. Çalışmamız bu yönden ilk olması nedeniyle de önemlidir.

Çalışmaya 8 merkezden 168 acil tıp asistanı katılmıştır. Bu hekimlere sosyodemografik veri formu ve Maslach Tükenmişlik Ölçeği uygulanarak verilere ulaşılmıştır. Buna göre Maslach Tükenmişlik Ölçeğinin alt boyutları olan duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarı puanları hesaplanmış, bu alt boyutlar sosyodemografik verilerle istatistiksel olarak incelenmiştir.

Çalışmaya katılan hekimlerin tükenmişlik alt boyut puanları; duygusal tükenme için 21,5 ($\pm 7,3$), duyarsızlaşma için 10,6 ($\pm 3,9$), kişisel başarı içinse 19,9 ($\pm 4,7$) olarak tespit edilmiştir. Aslan ve arkadaşlarının 2005 yılında tabip

odalarına kayıtlı hekimler içinden 1754 uzman ve pratisyen hekimin katıldığı çalışmalarında DT puanı 15,4 ($\pm 6,7$), DUY puanı 5,5 ($\pm 3,5$), KB puanı 22,0 ($\pm 4,0$) şeklinde saptanmıştır [62]. Ünal ve arkadaşlarının farklı branşlardan 384 hekim ile yaptığı çalışmada DT puanı 14,0 ($\pm 6,0$), DUY puanı 5,3 ($\pm 3,1$), KB puanı 20,5 ($\pm 4,2$) olarak saptanmıştır [63]. Erol ve arkadaşları İzmir ilindeki 440 acil servis çalışanı üzerinde yaptıkları çalışmada hekimlerin DT puanını 21,4 ($\pm 7,9$), DUY puanını 8,2 ($\pm 2,1$), KB puanını 21,9 ($\pm 5,2$) olarak tespit etmişlerdir [64]. İncelenen diğer çalışmalarda da acil hekimlerinin tükenmişlik düzeylerinin yüksek olduğu görülmüştür [65-67]. Bizim çalışmamızda da tükenmişlik düzeyleri literatürle uyumlu olarak yüksek tespit edilmiştir. Bu durum acil hekimlerinin, tükenmişliğin tetikleyicisi olan stres faktörünü çalışma ortamlarında daha çok yaşıyor olması ile açıklanabilir.

Çalışmamızda tükenmişlik yaşa göre incelendiğinde, 30 yaş ve üzerinde duyarsızlaşmanın daha düşük olduğu tespit edilmiştir. Maslach ve Schaufeli genç yaşta tükenmişliğin daha yüksek olduğunu belirtmişlerdir [16]. Literatürde tükenmişliğin yaş arttıkça azaldığını gösteren başka çalışmalar da bulunmaktadır [52, 68]. Yaş arttıkça hekimler işlerinde deneyim kazanmakta ve problemlerin çözümü noktasında tecrübeler edinmektedirler. Meslekte belirli kazanımları olduğunda duygusal olarak daha stabil olabilir ve hastalar ile empati kurabilirler. Bu nedenle tükenmişliğin genç yaşta daha sık görüldüğü yorumu yapılabilir.

Çalışmamızda tükenmişlik durumu ve cinsiyet ilişkisi incelendiğinde, tükenmişliğin üç alt boyutunda da istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır. Literatürde cinsiyetle tükenmişlik ilişkisinin birbirinden farklı

sonuçları olduğu görülmüştür. Purvanova, 2010 yılında yaptığı derleme çalışmasında kadınların duygusal tükenme puanlarının, erkeklerin ise duyarsızlaşma puanlarının daha yüksek olduğunu tespit etmiştir [69]. Benzer şekilde Ergin de kadınların duygusal tükenme puanının yüksek olduğunu bulmuş ve duygusal tükenmedeki artışın, kadının yapısı gereği karşısındakini daha çok gözetmesinden kaynaklandığını ifade etmiştir [70]. Erkekler ve kadınlar arasında tükenmişlik açısından fark olmadığını belirten çalışmalar da mevcuttur [7, 71-73]. Tükenmişlik açısından cinsiyetler arası fark bulunmamasının nedeni, kadınların çalışma hayatındaki yerinin artması ve buna bağlı olarak erkekler ile kadınların sorumluluklarının benzer düzeye gelmesi olabilir.

Eğitim yılının tükenmişlikle ilişkisine baktığımızda, eğitiminin birinci yılında olan asistanların duygusal tükenme ve duyarsızlaşma puanlarını anlamlı olarak yüksek saptadık. Özkan ve arkadaşları işle ilgili deneyimin artması sonucu duygusal tükenme ve duyarsızlaşmanın azaldığını tespit etmiştir [74]. Aktuğ ve arkadaşları meslekte geçen süresi az olan hekimlerin tükenmişlik açısından daha riskli olduğunu söylemiştir [75]. Turgut ve arkadaşlarına göre asistanlık eğitiminin ilk yıllarında branştan bağımsız olarak tükenmişlik daha yüksek oranda görülmektedir [76]. Birinci yıl asistanlarının tükenmişlik seviyelerinin yüksek olması; deneyimlerinin az olması, baktıkları hasta sayısının daha fazla olması, inisiyatif alma şanslarının olmaması ile açıklanabilir. Tükenmişlikten korunma adına birinci yıl asistanlarının özellikle önlem almaları gereklidir. Yüksek risk altında olan bu grubun yöneticiler düzeyinde de alınacak önlemlere ihtiyacı vardır. Çalışmamızın bulgularının da bunu destekliyor olması dikkat çekicidir.

Tükenmişlik medeni duruma göre incelendiğinde, çalışmamızda evli olanlar ile bekar veya boşanmış olanlar arasında tükenmişlik açısından anlamlı fark saptanmamıştır. Maslach, medeni durumun duygusal tükenme üzerine etkili olduğunu savunmuştur [40]. Shanafelt ve arkadaşları bekar olmanın yüksek tükenmişlik ile ilişkili olduğunu bulmuştur [52]. Aslan ve arkadaşları yaptıkları çalışmada bekar olan hekimlerin duyarsızlaşma puanının daha yüksek olduğunu bulmuştur [62]. Literatürde çalışmamızla uyumlu olarak medeni durum ile tükenmişlik arasında ilişki olmadığını gösteren çalışmalar da vardır [77-79]. Çalışmalar arasındaki bu farklılık, bireylerin evlilikten beklentilerini karşılayabilme durumlarının değişkenlik göstermesinden kaynaklanıyor olabilir.

Çalışmamızda katılımcıların çocuk sahibi olması ile tükenmişlik durumları arasında tükenmişlik açısından anlamlı fark olmadığı bulunmuştur. Moukarzel ve arkadaşları Fransa'da 379 acil servis çalışanı üzerinde yaptıkları çalışmada çocuk sahibi olmanın tükenmişlik üzerine etkili olmadığını tespit etmiştir [80]. Takayesu ve arkadaşları Amerika Birleşik Devletleri'nde 218 acil servis çalışanı ile yaptıkları çalışmada yine tükenmişlik ve çocuk sahibi olmanın ilişkili olmadığını tespit etmiştir [7]. Maslach ise çocuk sahibi olmayanların tükenmişlik açısından risk altında olduğunu savunmuştur [19]. Literatürde yine çocuk sahibi olmayanlarda tükenmişliğin daha yüksek oranda görüldüğünü saptayan çalışmalar bulunmaktadır [75, 81]. Bu değişken sonuçlar çocuk sahibi olmanın farklı yönlerden incelenmesi ile anlaşılabilir. Çocuk bakımında yaşanan zorluklar bireyin tükenmişliğine olumsuz etki ederken, aynı zamanda çocuk sahibi olmak sosyal destek sağladığı için tükenmişliğin önlenmesinde olumlu bir etkidir.

Çalışmamıza katılan acil tıp uzmanlık öğrencilerinin %47'si sigara içmektedir. Bursa'da çeşitli acil servislerde çalışan 211 hekim ile yapılan çalışmada sigara içme oranı %35,5 olarak bulunmuştur [82]. Yine literatürde sağlık çalışanlarının sigara içme alışkanlıkları incelendiğinde, çalışmamızda sigara içme oranı daha yüksektir [83-85]. Çalışmamızda katılımcıların tükenmişlik düzeyinin sigara tüketimi ile ilişkisi incelendiğinde, sigara içenler ve içmeyenler arasında tükenmişlik açısından anlamlı fark olmadığı görülmüştür. Sönmez ve arkadaşları 2018 yılında asistan hekimler ile yaptıkları çalışmada sigara ve tükenmişlik arasında ilişki olmadığını saptamıştır [77]. Sigara tüketimi ve tükenmişlik arasında ilişki olmadığını belirten başka çalışmalar da vardır [80, 86, 87]. Literatürde tükenmişlik düzeyi yüksek olanların daha yüksek oranda sigara tükettiğini saptayan çalışmalar da vardır [88, 89]. Sigara tüketiminin tükenmişlikle olan neden-sonuç ilişkisini aydınlatmak adına daha çok çalışma yapılmasına ihtiyaç vardır. Burada katılımcıların yüksek oranda sigara içiyor olması da dikkat çekici bir durumdur. Birçok hastalığın temelinde yatan nedenin sigara tüketimi olduğu kanıtlanmıştır. Topluma bu konuda örnek teşkil eden, her daim göz önünde bulunan hekimlerin sigarayı bırakma konusunda da öncülük etmesi gerekmektedir. Hekimlerin ve toplumun geri kalanının sağlık seviyesini artırmak adına ilgili kurumlar da gereken sorumluluğu üstlenmelidir.

Alkol tüketiminin tükenmişlikle ilişkisi incelendiğinde, çalışmamızda alkol tüketenler ve tüketmeyenler arasında tükenmişlik açısından anlamlı fark bulunmamıştır. Shanafelt tükenmişliğin alkol tüketimiyle ilişkili olduğunu belirtmiştir [90]. Maslach'a göre stres, bireylerin alkol tüketimine neden olabilir

ve bu da tükenmişlikle ilişkilidir [16]. Literatürde çalışmamızla uyumlu olarak alkol tüketimiyle tükenmişliğin ilişkili olmadığını saptayan çalışmalar da bulunmaktadır [91]. Bu durum alkol tüketiminin sıklığına göre değişkenlik gösterebilir. Alkol tüketiminin ayrıntılı olarak incelendiği çalışmalar tasarlanırsa tükenmişlikle ilişkisi daha net ortaya koyulabilir.

Çalışmamızda tükenmişliğin uyku ile ilişkisi incelendiğinde, sıklıkla düzenli ve kaliteli uyku uyuyabildiğini belirtenlerde, hiç uyuyamadığını veya nadiren uyuyabildiğini belirtenlere oranla duygusal tükenme puanı anlamlı olarak düşük saptanmıştır. Bueno ve arkadaşları İspanya’da 240 hekim ile yaptığı çalışmada uyku kalitesi daha iyi olanların tükenmişlik seviyesinin daha düşük olduğunu bulmuştur [92]. Dorrian ve arkadaşları hemşirelerde yaptığı çalışmada, uyku problemleri arttıkça tükenmişliğin arttığını belirtmiştir [93]. Uyku problemi yaşayan hekimlerin, hasta bakımında problem yaşama oranı daha fazladır [94]. Sonuç olarak hekimlerin düzenli ve kaliteli uyku uyumasını sağlayacak önlemler alınması, tıbbi hata olasılığının azaltılması ve tükenmişlikten korunma adına önemlidir.

Tükenmişliğin beslenme düzeni ile olan ilişkisi incelendiğinde, çalışmamızda düzensiz beslendiğini belirtenlerde, nadiren veya sıklıkla düzenli beslendiğini belirtenlere oranla duygusal tükenme puanı daha yüksek bulunmuştur. İş hayatında yaşanan stresin sonucu olarak bireylerin beslenme alışkanlıklarında bozulma meydana gelebilir [95]. Maslach, düzenli ve uygun beslenmenin tükenmişlikle mücadelede önemli olduğunu vurgulamıştır [96].

Çalışmamız da literatürle uyumlu olarak düzenli beslenenlerin tükenmişlik seviyelerinin daha düşük olduğunu göstermektedir.

Hekimlerin aylık ortalama çalışma süresi ile tükenmişlik ilişkisi incelendiğinde çalışmamızda tükenmişliğin 3 alt boyutunda da anlamlı fark olmadığı bulunmuştur. Günüşen ve Üstün ikinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan doktorlar ve hemşireler üzerine yapılan literatürdeki 45 çalışmayı incelemiş, çalışma saatlerinin fazla olması ve vardiyalı çalışma düzeninin tükenmişliğe en sık neden olan etkenlerden olduğunu tespit etmiştir [97]. Özyurt ve arkadaşları İstanbul'da çalışan 598 hekimin katıldığı çalışmada, aylık çalışma süresi fazla olanların tükenmişlik riskinin de yüksek olduğunu saptamıştır [98]. Literatürde çalışma saatinin ve nöbet sayısının fazla olmasının yüksek tükenmişlik ile ilişkili olduğunu belirten başka çalışmalar da vardır [99-101]. Bizim çalışmamıza katılan hekimlerin çalıştıkları hastaneye göre çalışma süre ve şekillerinin değişkenlik gösterdiği tespit edildi. Kimi hastanelerde nöbet süreleri 24 saat iken, kimi hastanelerde ise gece-gündüz vardiyalı şekilde çalışılıyordu. Ay içerisinde tutulan nöbetlerin saatlerinin değişkenlik gösterdiği hastaneler de mevcuttu. Hazırladığımız ortalama çalışma saati sorusunda bu farklılıkları göz önünde bulundurarak seçenekleri düzenlemeye çalıştık. Fakat her hastanenin farklı bir çalışma düzeni olması, bazı katılımcıların eğitim toplantılarının süresini ve hastanede nöbet harici bulunduğu diğer süreleri aktif çalışma zamanına eklemesi nedeni verileri bu soruda sağlıklı olarak toplayamadık. Çalışmamızda literatürden daha farklı bir sonuç elde edilmiş olmasının bundan kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çalışmamızda sorguladığımız bir diğer durum da acil hekimliğinin isteyerek seçilip seçilmediğiydi. Katılımcıların 137'sinin (%81,5) acil hekimliğini isteyerek seçtiği saptandı. Bu durumun tükenmişlikle ilişkisi incelendiğinde; acil hekimliğini isteyerek seçenlerin duygusal tükenme puanlarının ve duyarsızlaşma puanlarının isteyerek seçmemiş olanlara göre anlamlı şekilde düşük olduğu görülmüştür. Doğan ve arkadaşları Ankara'da 857 sağlık çalışanı ile yaptığı çalışmada mesleğini isteyerek seçenlerin duygusal tükenme ve duyarsızlaşma puanlarının anlamlı olarak daha düşük olduğunu bulmuştur [102]. Kebapçı ve Akyolcu, 132 acil servis hemşiresi ile yaptıkları çalışmada yine mesleğini isteyerek seçenlerin duygusal tükenme ve duyarsızlaşma puanlarını anlamlı olarak daha düşük bulmuştur [103]. Literatür incelendiğinde mesleğini isteyerek seçenlerin tükenmişlik seviyelerinin daha düşük olduğunu belirten başka çalışmalar da olduğu görülmektedir [74, 104, 105]. Tıpta uzmanlık sınavına giren hekimlerin tercihlerinde sadece istedikleri branşlar yer almalıdır. İstenilen branşta çalışmıyor olmak, literatür bilgileri ışığında tükenmişlik açısından yüksek risk olarak kabul edilmektedir. Çalışmamızın da bunu destekliyor olması önemlidir.

Seçim hakkı verilse tekrar acil hekimliğini seçeceğini belirten katılımcıların sayısının 91 (%54,1) olduğu görülmüştür. Bu, katılımcıların neredeyse yarısının tekrar acil hekimliğini seçmeyeceğini veya karasız olduğunu ifade etmesi açısından önemlidir. Çalışmamızda tükenmişlik ve tekrar acil hekimliğini tercih etme durumlarının ilişkisi incelendiğinde, acil hekimliğini tekrar tercih etmeyeceğini belirtenlerin duygusal tükenme puanı, tercih edeceğini belirtenlere kıyasla anlamlı olarak daha yüksek, kişisel başarı puanı ise anlamlı

olarak daha düşük bulunmuştur. Toker, 2013 yılında 167 acil tıp uzmanlık öğrencisi ile yaptığı çalışmada acil hekimliğini tekrar tercih etmeyeceğini belirtenlerde duygusal tükenme puanını daha yüksek ve kişisel başarı puanını daha düşük saptamıştır [106]. Denat ve arkadaşları 522 hemşire ile yaptığı çalışmada branşından memnun olmayanların tükenmişlik düzeyinin daha yüksek olduğunu belirtmiştir [104]. Literatürde branşını sevmeyen ve bulunduğu yerde çalışmaya devam etmek istemeyenlerin tükenmişlik düzeyinin daha yüksek olduğunu belirten başka çalışmalar da vardır [77, 107]. Bulunduğu yerden ve yaptığı işten memnun olan, branşına devam etmeyi isteyen hekimlerin tükenmişlik yönünden daha az risk taşıdığı söylenebilir.

Acil serviste çalışırken fiziksel veya sözel şiddete uğradınız mı sorusuna çalışmamıza katılanların 147'si (%87,5) evet cevabını vermiştir. Çalışmamızda katılımcılara bu soru yöneltilirken, fiziksel ve sözel şiddeti birlikte sorgulamamızın nedeni; şiddetin türü ve şekli fark etmeksizin hiçbirinin kabul edilemez olduğunu vurgulamak istememizdir. Amacı, görevini başarılı bir şekilde yerine getirmek ve hastalarına şifa dağıtmak olan hekimlerimizin, bu denli yüksek oranda şiddete maruz kaldığını tespit etmiş olmamız oldukça üzücüdür. Çalışmamızda tükenmişliğin şiddete uğrama ile ilişkisi incelendiğinde, acil serviste çalışırken şiddete uğradığını belirten katılımcıların, uğramadığını belirtenlere oranla duygusal tükenme puanı anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Erdur ve arkadaşları, Denizli ilinde çalışan 174 acil hekimi ile yaptığı çalışmada, şiddete uğrayan hekimlerin duygusal tükenme ve duyarsızlaşma puanlarını daha yüksek bulmuşlardır [108]. Chen ve arkadaşları,

Çin’de 2020 sağlık çalışanı ile yaptığı çalışmada, iş yerinde şiddete uğrayanların tükenmişlik seviyelerinin daha yüksek olduğunu saptamıştır [109]. Cenk, 143 ambulans personeli ile yaptığı çalışmada tükenmişlik açısından şiddetin önemli bir faktör olduğunu belirtmiştir [110]. Literatürde çalışmamızla uyumlu olarak, şiddete uğrayanların daha yüksek düzeyde tükenmişlik yaşadığını belirten başka çalışmalar da vardır [111, 112]. Sağlık çalışanlarının iş yerinde şiddete uğrama tehlikesi olmadan güvenle çalışmasını sağlayacak önlemler alınması, tükenmişlik yaşamalarına engel olmak adına önemlidir.

Çalışmamızda tükenmişliğin hasta veya hasta yakınlarıyla sorun yaşama sıklığıyla ilişkisi incelendiğinde, sıklıkla sorun yaşadığını belirtenlerin duygusal tükenme ve duyarsızlaşma puanları sorun yaşamadığını veya nadiren yaşadığını belirtenlere oranla anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Özetle, hasta veya hasta yakınlarıyla sık sorun yaşayanların daha yüksek düzeyde tükenmişlik yaşadığı saptanmıştır. Yıldız, 327 hemşire ile yaptığı çalışmada, hasta ve hasta yakınlarının davranışlarından memnun olanların, tükenmişlik düzeyinin daha düşük olduğunu belirtmiştir [113]. Çevik ve arkadaşları ise tükenmişlik ile hastalara karşı olumsuz davranışların ilişkili olduğunu söylemiştir [114].

Tükenmişlik ve çalışma arkadaşlarıyla sorun yaşama sıklığının ilişkisi incelendiğinde, çalışmamızda sık sorun yaşadığını belirtenlerin diğerlerine göre duygusal tükenme puanı daha yüksek ve kişisel başarı puanı daha düşük tespit edilmiştir. Hiç sorun yaşamadığını belirtenlerin ise duyarsızlaşma puanı diğerlerine göre daha düşük bulunmuştur. Maslach, çalışma arkadaşlarını sahiplenerek onlarla uyum içerisinde çalışan, aidiyet duygusu gelişmiş kişilerde

tükenmişliğin daha az görüldüğünü söylemiştir [16]. Sundin, İsveç'te 1561 hemşire ile yaptığı çalışmada, iş arkadaşlarından destek gördüğünü belirtenlerin duygusal tükenme ve duyarsızlaşma puanlarını daha düşük bulmuştur [115]. İlhan ve arkadaşları tarafından 2005 yılında üniversitemizde 416 araştırma görevlisi doktorun katılımıyla yapılan çalışmada, iş arkadaşlarıyla ilişkilerinden memnun olmayanların duygusal tükenme ve duyarsızlaşma puanlarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir [87]. Literatürde çalışmamız ile uyumlu şekilde, iş arkadaşlarıyla sık problem yaşayanlarda tükenmişlik seviyesinin yüksek olduğunu belirten başka çalışmalar da vardır [116, 117].

Kendinizi tükenmiş hissediyor musunuz sorusuna katılımcıların 88'i (%52,4) evet yanıtını vermiştir. Tükenmişliğin, algılanan tükenmişlik hissi ile ilişkisi incelendiğinde ise çalışmamızda kendini tükenmiş hissedenlerin, hissetmeyenlere kıyasla duygusal tükenme ve duyarsızlaşma puanlarının daha yüksek, kişisel başarı puanının daha düşük olduğu tespit edilmiştir. Bu durum için bireylerin hissettiklerinin de tükenmişlikle ilişkili olduğu yorumu yapılabilir.

Çalışmaya katılan hekimlerin 29'u (%21,3) tükenmişliği işe gitme isteğinde azalma olarak tanımlamıştır. Bu hekimlerin tükenmişlik düzeyi incelendiğinde, kişisel başarı puanı anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Katılımcıların 14'ü (%10,3) ise tükenmişliği yetersizlik hissi olarak tanımlamıştır. Bu hekimlerin ise duygusal tükenme puanı anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Katılımcıların tanımlamaları literatür ile uyumludur [10, 31, 34].

Çalışmamızda katılımcıların kurumlarından beklentileri sorgulandığında, 59 kişi (%39,9) kurumundan herhangi bir beklentisi olmadığını belirtmiştir. Tükenmişliğin kurumdan beklenti ile ilişkisi incelendiğinde ise kurumdan beklentisi olmayanların duygusal tükenme puanı daha yüksek bulunmuştur. Maslach'a göre, bireyler kurumlarından olan beklentileri yeteri oranda karşılanmayınca, yaşadıkları problemlerden kurumlarını sorumlu tutar ve tükenmişliğe açık hale gelir [16]. Çalışmamızla ilgili olarak, beklentilerinin karşılanmadığını düşünen hekimlerin, kurumları ile ilgili olumsuz düşüncelere kapılarak tükenmişliğe girdiği ve bu nedenle sorgulandığında kurumundan bir beklentisi olmadığını belirttiği düşünülebilir.

Katılımcıların 36'sı (%40,4) kurumundan fizik ortam ve işleyişte düzenlemeler yapılması ile ilgili beklentisi olduğunu, 35'i ise (%39,3) nöbet sayısında azalma beklentisi olduğunu ifade etmiştir. Fakat en çok verilen bu iki cevabın tükenmişlikle ilişkisi incelendiğinde çalışmamızda istatistiksel anlamlı fark olmadığı görülmüştür.

Kurumundan sosyal aktivite düzenlemesini isteyenlerin diğerlerine göre duyarsızlaşma puanı daha düşük ve kişisel başarı puanı daha yüksek bulunmuştur. Oğuzberk, çalışanların birbirleri ile sosyal paylaşımlarını artırmak amacıyla etkinlikler düzenlenmesinin, çalışanların tükenmişliği hususunda olumlu etkileri olacağını belirtmiştir [117]. Sosyal aktivitelere katılmak için isteği ve enerjisi olan hekimlerin tükenmişlik düzeyinin düşük olduğunu tespit etmiş olmamız çalışmamız için önemlidir.

Kurumundan izin sürelerinde artış isteyenlerin duyarsızlaşma puanı daha düşük bulunmuştur. Özyurt ve arkadaşları 598 hekim ile yaptığı çalışmada, yılda daha az süre tatil yapanların tükenmişlik seviyesini daha yüksek olarak bulmuştur [98]. Maslach, tatil yapmayı ihmal etmemeyi tükenmişlikten korunmada önemli bir yol olarak belirtmiştir [6]. Katılımcılarımız için tükenmişlikten korunmak adına izin sürelerinde artış istedikleri yorumu yapılabilir.

Servislere hasta yatışının hızlanmasını isteyenlerin çalışmamızda duygusal tükenme puanı daha yüksek bulunmuştur. Karataş ve arkadaşları, servislerin doluluğu nedeniyle hasta yatışı yapılamamasını, acil hekimleri için önemli bir stres etkeni olarak ifade etmiştir [118]. Acil hekimlerinin iş yükünü fazlaca artıran bu durum daha yüksek oranda tükenmişliğe neden olması ile de dikkat çekicidir.

Çalışmamızdaki diğer bir soru katılımcıların tükenmişlikten korunma adına önlem alma durumu üzerineydi. Katılımcıların 127'si (%75,6) tükenmişlikten korunmak için herhangi bir önlem almadığını belirtmiştir. Çalışmamızda bu oranın yüksekliği göze çarpmaktadır. Maslach, tükenmişlikten korunma adına gösterilen çabanın, tükenmişlik geliştikten sonra durumu düzeltmek için gösterilecek çabaya göre daha az yorucu olduğunu ve daha etkili olduğunu belirtmiştir [19]. Çalışmamızda tükenmişlikten korunmak için bireysel önlem alma ve tükenmişlik durumları incelendiğinde, önlem almanın tükenmişlik puanları üzerinde istatistiksel anlamlı fark yaratmadığı görülmüştür. Moss ve arkadaşları, tükenmişliğin önlenmesinde tek başına bireysel veya örgütsel yöntemlerin yeterli olmayacağını, etkin mücadele için çok boyutlu bir yol izlenmesi gerektiğini vurgulamıştır [119]. Çalışmamızda tükenmişlik için bireysel

önlem almanın tükenmişliğe etki etmediğini saptamamız, bireysel önlemlerin tek başına yeterli gelmemesine ve önlem alan kişi sayısının azlığına bağlı olabilir. Bu konuda literatürde yeterli sayıda çalışma bulunmamaktadır ve yeni çalışmalara ihtiyaç vardır.

Katılımcıların 19'u (%46,3) tükenmişlikle ilgili önlem olarak, aile ve arkadaşlarıyla vakit geçirdiklerini belirtmiştir. Bu yanıtın tükenmişlikle ilişkisi incelendiğinde ise aile ve arkadaşlarıyla vakit geçirdiğini belirtenlerin diğer önlemleri tercih edenlere oranla duygusal tükenme puanı daha düşük saptanmıştır. Tevrüz, aile ve dostlarla yakın ve devamlı ilişkiler kurmanın tükenmişlik riskini azalttığını ifade etmektedir [120]. Sürgevil, ailesi tarafından sevilip desteklenen bireylerin tükenmişlikle daha kolay mücadele ettiğini belirtmiştir [9].

Çalışmamızda tükenmişlikle ilgili önlem olarak hayvan bakımını tercih edenlerin duygusal tükenme puanları daha yüksek saptanmıştır. Kurçer yaptığı çalışmada, bir hobi ile ilgilenen hekimlerde tükenmişlik düzeylerinin daha düşük olduğunu bulmuştur [79]. Bu konuda sağlıklı yorumlar yapabilmek için hayvan bakımı ve tükenmişlik ilişkisinin incelendiği çalışmalar yapılmasına ihtiyaç vardır.

Çalışmamızda tükenmişlikle mücadele için ilaç desteği aldığını belirtenlerin duygusal tükenme puanı daha yüksek bulunmuştur. Armutlukuyu, 894 hekim ile yaptığı çalışmada, ruhsal hastalığı olanların tükenmişlik düzeyinin daha yüksek olduğunu saptamıştır [121]. Blanchard ve arkadaşları kaygı giderici ilaç kullananlarda tükenmişlik düzeyini yüksek saptamıştır [122]. Bu durumla

ilgili, yüksek düzeyde tükenmişlik yaşadığını hisseden hekimlerin ilaç desteğine başvurduğu yorumu yapılabilir.

Çalışmamızın kısıtlılıklarından biri evrenin tamamına ulaşamamış olmamızdır. Aktif olarak çalışan 213 hekimin yoğunluk ve izinler nedeniyle %78'ine (n=168) ulaşılabilmiştir. Ayrıca Maslach Tükenmişlik Ölçeğinin orijinal formatında olan kesme değerlerinin Türkçe uyarlamada olmaması nedenli kıyas zorluğu olmuştur. Çalışmamız için bir diğer kısıtlılık da sadece Ankara'da görev yapan asistan hekimler ile görüşmüş olmamızdır. Sosyodemografik verilerin tükenmişlikle ilişkisini daha net ortaya koymak için ulusal çapta daha büyük katılımlı çalışmalara ihtiyaç vardır.

6. SONUÇ

Bu çalışma ile Ankara’da görev yapmakta olan acil tıp uzmanlık öğrencilerinin tükenmişlik düzeyinin oldukça yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Çalışmamızda 30 yaşın altında olmak, birinci yıl asistanı olmak, acil hekimliğini isteyerek tercih etmemiş olmak, acil hekimliğine devam etmek istememek, acil serviste şiddete uğramış olmak, hastalar ve çalışma arkadaşları ile sık sorun yaşamak, düzensiz beslenmek, sıklıkla düzenli uyku uyuyamamak, kurumdan beklentinin olmaması ve kendini tükenmiş hissetmek gibi faktörler tükenmişlikle ilişkili bulunmuştur.

Cinsiyet, medeni durum, çocuk sahibi olmak, sigara, alkol ve kahve tüketim alışkanlıkları, gelir durumu, aylık çalışma saati gibi değişkenlerin ise çalışmamızda tükenmişlikle ilişkisi olmadığı gösterilmiştir.

Sonuç olarak, tükenmişlik sendromu acil hekimlerinde sık görülen ve önlenebilir bir durumdur. Acil hekimlerinin çalışma şartlarında gerekli iyileştirmeler yapılmalıdır. Hekimlerin çevresi ile daha sık vakit geçirebileceği, daha iyi dinlenebileceği imkanlar oluşturulmalıdır. Yöneticiler tarafından çalışanların şiddetten uzak, güvenli bir ortamda hizmet verebilmesi sağlanmalıdır. Özellikle çalışanlara tükenmişlik için risk analizi yapılmalı ve yüksek risk teşkil eden çalışanlar için gereken önlemler erken alınmalıdır.

Acil hekimlerinin tükenmişliğinin önlenmesi, aynı zamanda hizmet verdikleri hastalara da kaliteli bakım sağlanabilmesi açısından oldukça önemlidir.

7. KAYNAKLAR

1. Meier, D.E., A.L. Back, And R.S. Morrison, *The Inner Life Of Physicians And Care Of The Seriously Ill*. Jama, 2001. **286**(23): P. 3007-3014.
2. Mccue, J.D., *The Effects Of Stress On Physicians And Their Medical Practice*. New England Journal Of Medicine, 1982. **306**(8): P. 458-463.
3. Maslach, C., M. Leiter, And G. Fink, *Stress: Concepts, Cognition, Emotion, And Behavior*. Edn, 2016. **351**: P. 357.
4. Myers, M.F., *Physician Impairment: Is It Relevant To Academic Psychiatry?* Academic Psychiatry, 2008. **32**(1): P. 39-43.
5. Freudenberger, H.J., *Staff Burn- Out*. Journal Of Social Issues, 1974. **30**(1): P. 159-165.
6. Maslach, C., Et Al., *Maslach Burnout Inventory*. Vol. 21. 1986: Consulting Psychologists Press Palo Alto, Ca.
7. Kimo Takayesu, J., Et Al., *Factors Associated With Burnout During Emergency Medicine Residency*. Academic Emergency Medicine, 2014. **21**(9): P. 1031-1035.
8. Schaufeli, W.B., M.P. Leiter, And C. Maslach, *Burnout: 35 Years Of Research And Practice*. Career Development International, 2009.
9. Sürgevil, O., *Çalışma Hayatında Tükenmişlik Sendromu: Tükenmişlikle Mücadele Teknikleri*. 2006: Nobel Yayın.
10. Bauer, J., Et Al., *The Burn-Out Syndrome And Restoring Mental Health At The Working Place*. Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie, 2003. **53**(5): P. 213-222.
11. Muldary, T.W., *Burnout Among Health Professionals: Manifestations And Management*. 1983: Appleton-Century-Crofts.
12. Malakh-Pines, A., E. Aronson, And D. Kafry, *Burnout: From Tedium To Personal Growth*. 1981: Free Pr.
13. Malach Pines, A., *A Psychoanalytic-Existential Approach To Burnout: Demonstrated In The Cases Of A Nurse, A Teacher, And A Manager*. Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 2002. **39**(1): P. 103.
14. Maslach, C. And M.P. Leiter, *Early Predictors Of Job Burnout And Engagement*. Journal Of Applied Psychology, 2008. **93**(3): P. 498.
15. Maslach, C., S. Jackson, And M. Leiter, *Maslach Burnout Inventory Manual*. Consulting Palo Alto. 1996, Ca: Psychologists Press Inc.
16. Maslach, C., W.B. Schaufeli, And M.P. Leiter, *Job Burnout*. Annual Review Of Psychology, 2001. **52**(1): P. 397-422.
17. Schaufeli, W. And D. Enzmann, *The Burnout Companion To Study And Practice: A Critical Analysis*. 1998: Crc Press.
18. Cherniss, C. And C. Cherniss, *Staff Burnout: Job Stress In The Human Services*. 1980: Sage Publications Beverly Hills, Ca.
19. Maslach, C., *Burnout: The Cost Of Caring*. 2003: Ishk.
20. Torun, A., *Stres Ve Tükenmişlik, Endüstri Ve Örgüt Psikolojisi*. Baskı, Editör: Suna Tevrüz, Türk Psikologlar Derneği Ve Kalder Derneği Ortak Yayını, İstanbul, 1997.

21. Mandiracioglu, A. And O. Cam, *Violence Exposure And Burn-Out Among Turkish Nursing Home Staff*. Occupational Medicine, 2006. **56**(7): P. 501-503.
22. Polatçı, S., *Tükenmişlik Sendromu Ve Tükenmişlik Sendromuna Etki Eden Faktörler (Gaziosmanpaşa Üniversitesi Akademik Personeli Üzerinde Bir Analiz)*. Gaziosmanpaşa Üniversitesi, 2007.
23. Topel, M., *Dahili Ve Cerrahi Bilimler Araştırma Görevlilerinde Tükenmişlik Sendromu Oranlarının Karşılaştırılması Ve İşyeri Doyumuyla Olan İlişisinin Gösterilmesi*. 2019.
24. Maslach, C. And M.P. Leiter, *Understanding The Burnout Experience: Recent Research And Its Implications For Psychiatry*. World Psychiatry, 2016. **15**(2): P. 103-111.
25. Ersoy, F., C. Yıldırım, And T. Edirne, *Tükenmişlik (Staff Burnout) Sendromu*. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi, 2001. **10**(2): P. 46-47.
26. Leiter, M., *A Two Process Model Of Burnout And Work Engagement: Distinct Implications Of Demands And Values*. G Ital Med Lav Ergon, 2008. **30**(1 Suppl A): P. A52-A8.
27. Çağlıyan, Y., *Tükenmişlik Sendromu Ve İş Doyumuna Etkisi (Devlet Ve Vakıf Üniversitelerindeki Akademisyenlere Yönelik Alan Araştırması)*. 2007, Kocaeli Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.
28. Baltaş, A. And Z. Baltaş, *Stres Ve Başa Çıkma Yolları*. İstanbul: Remzi Yayınları, 1998.
29. Liakopoulou, M., Et Al., *Burnout, Staff Support, And Coping In Pediatric Oncology*. Supportive Care In Cancer, 2008. **16**(2): P. 143-150.
30. Cherniss, C., *Professional Burnout In Human Service Organizations*. 1980: Praeger Publishers.
31. Pines, A. And E. Aronson, *Career Burnout: Causes And Cures*. 1988: Free Press.
32. Budak, G. And O. Sürgevil, *Tükenmişlik Ve Tükenmişliği Etkileyen Örgütsel Faktörlerin Analizine İlişkin Akademik Personel Üzerinde Bir Uygulama*. Dokuz Eylül Üniversitesi İktisadi İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 2005. **20**(2): P. 95-108.
33. Pines, A.M., *Burnout: An Existential Perspective*, In *Professional Burnout*. 2017, Routledge. P. 33-51.
34. Edelwich, J. And A. Brodsky, *Burn-Out: Stages Of Disillusionment In The Helping Professions*. Vol. 1. 1980: Human Sciences Press New York.
35. Sılığ, A., *Banka Çalışanlarının Tükenmişlik Düzeylerinin Çeşitli Değişkenler Açısından İncelenmesi*. 2003, Anadolu Üniversitesi.
36. Ardiç, K. And S. Polatçı, *İşgören Refahi Ve Örgütsel Etkinlik Kavramlarına Bütüncül Bir Bakış: Örgüt Sağlığı*. Atatürk Üniversitesi İktisadi Ve İdari Bilimler Dergisi, 2007. **21**(1): P. 137-154.
37. Kırılgaç, Ç. And M. Olcay, *Tükenmişlik*, Saray Medikal Yayıncılık San. Ve Tic. Ltd. Şti, 1995. **1**.
38. Leiter, M.P., *Conceptual Implications Of Two Models Of Burnout: A Response To Golembiewski*. Group & Organization Studies, 1989. **14**(1): P. 15-22.

39. Perlman, B. And E.A. Hartman, *Burnout: Summary And Future Research*. Human Relations, 1982. 35(4): P. 283-305.
40. Maslach, C. And S.E. Jackson, *The Measurement Of Experienced Burnout*. Journal Of Organizational Behavior, 1981. 2(2): P. 99-113.
41. Kepçeoğlu, M., *Rehberlik Ve Psikolojik Danışmanlık*. Alkım Yayınevi, İstanbul, 1999.
42. Cordes, C.L. And T.W. Dougherty, *A Review And An Integration Of Research On Job Burnout*. Academy Of Management Review, 1993. 18(4): P. 621-656.
43. Martin, R.A. And T. Ford, *The Psychology Of Humor: An Integrative Approach*. 2018: Academic Press.
44. Baysal, A., *Lise Ve Dengi Okul Öğretmenlerinde Meslekte Tükenmişliğe Etki Eden Faktörler*. Yayınlanmamış Doktora Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir, 1995.
45. Maslach, C., *Burnout: A Social Psychological Analysis, The Burnout Syndrome: Current Reserch, Theory And Interventions*. Park Ridge, Iii, London House Management, 1981. 1981: P. 31-52.
46. Örmən, U., *Tükenmişlik Duygusu Ve Yöneticiler Üzerinde Bir Uygulama*. 1993.
47. Leiter, M.P., *Burnout As A Developmental Process: Consideration Of Models*, In *Professional Burnout*. 2017, Routledge. P. 237-250.
48. Kepçeoğlu, M., *Psikolojik Danışma Ve Rehberlik*. 1997: Alkım Yayınevi.
49. Çam, O., *The Burnout In Nursing Academicians In Turkey*. International Journal Of Nursing Studies, 2001. 38(2): P. 201-207.
50. Ramirez, A.J., Et Al., *Mental Health Of Hospital Consultants: The Effects Of Stress And Satisfaction At Work*. The Lancet, 1996. 347(9003): P. 724-728.
51. Popa, F., Et Al., *Occupational Burnout Levels In Emergency Medicine—A Stage 2 Nationwide Study And Analysis*. Journal Of Medicine And Life, 2010. 3(4): P. 449.
52. Shanafelt, T.D., Et Al., *Burnout And Satisfaction With Work-Life Balance Among Us Physicians Relative To The General Us Population*. Archives Of Internal Medicine, 2012. 172(18): P. 1377-1385.
53. Goldberg, R., Et Al., *Burnout And Its Correlates In Emergency Physicians: Four Years' Experience With A Wellness Booth*. Academic Emergency Medicine, 1996. 3(12): P. 1156-1164.
54. Levitt, M.A. And G.R. Derrick, *An Evaluation Of Physiological Parameters Of Stress In The Emergency Department*. The American Journal Of Emergency Medicine, 1991. 9(3): P. 217-219.
55. Kavalcı, C., M. Günaydın, And S. Ersoy, *Ankara'da Çalışan Acil Tıp Asistanlarının İş Doyumu*. Anatolian Journal Of Emergency Medicine. 2(2): P. 1-4.
56. Satar, S., Et Al., *Why Speciality In Emergency Medicine Is Not Preferred?/Acil Tıp Uzmanlığı Neden Tercih Edilmiyor?* Journal Of Academic Emergency Medicine, 2013. 12(4): P. 234.

57. Balch, C.M., Et Al., *Personal Consequences Of Malpractice Lawsuits On American Surgeons*. Journal Of The American College Of Surgeons, 2011. **213**(5): P. 657-667.
58. Arora, M., Et Al., *Burnout In Emergency Medicine Physicians*. Emergency Medicine Australasia, 2013. **25**(6): P. 491-495.
59. Ergin, C., *Doktor Ve Hemsirelerde Tukenmislik Ve Maslach Tukenmislik Olceginin Uyarlanmasi*. VII. Ulusal Psikoloji Kongresi, 22th September 1992 Ankara (Turkey), 1992.
60. Çam, O., *Tukenmislik Envanterinin Geçerlik Ve Güvenirliğinin Araştırılması*. VII. Ulusal Psikoloji Kongresi Bilimsel Çalışmaları El Kitabı, 1992. **1992**: P. 155-156.
61. Ergin, C., *Maslach Tukenmislik Ölçeğinin Türkiye Sağlık Personeli Normları*. 3p Dergisi, 1996. **4**(1): P. 28-33.
62. Aslan, D., Et Al., *Türkiye’de Tabip Odalarına Kayıtlı Olan Bir Grup Hekimde Tukenmislik Sendromu Ve Etkileyen Faktörler*. Ankara: Türk Tabipleri Birliği Yayınları, 2005.
63. Ünal, S., R. Karlıdağ, And S. Yoloğlu, *Hekimlerde Tukenmislik Ve İş Doyumu Düzeylerinin Yaşam Doyumu Düzeyleri Ile İlişkisi*. Klinik Psikiyatri, 2001. **4**(2): P. 113-118.
64. Erol, A., Et Al., *Acil Servis Çalışanlarında Tukenmislik Ve İş Doyumu*. Klinik Psikiyatri, 2012. **15**: P. 103-110.
65. Ersoy, S., Et Al., *Tip Fakültesi Hastaneleri Ve Sağlık Bakanlığı Eğitim Ve Araştırma Hastanelerinde Çalışan Acil Tıp Asistanlarının Tukenmislik Düzeylerinin Karşılaştırılması*. Ankara Medical Journal, 2014. **14**(2).
66. Akpınar, A.T. And Y. Taş, *Acil Servis Çalışanlarının Tukenmislik Ile İş Doyum Düzeyleri Arasındaki İlişkiyi Belirlemeye Yönelik Bir Araştırma*. Tr J Emerg Med, 2011. **11**(4): P. 161-5.
67. Serinken, M., B. Erdur, And Ö. Tomruk, *Acil Tıp Hizmetinde Görevli Hekimlerde Tukenme Sendromu*. Türkiye Acil Tıp Derg, 2004. **1**: P. 19a23.
68. Lloyd, S., D. Streiner, And S. Shannon, *Burnout, Depression, Life And Job Satisfaction Among Canadian Emergency Physicians*. The Journal Of Emergency Medicine, 1994. **12**(4): P. 559-565.
69. Purvanova, R.K. And J.P. Muros, *Gender Differences In Burnout: A Meta-Analysis*. Journal Of Vocational Behavior, 2010. **77**(2): P. 168-185.
70. Ergin, C. *Burnout In Physicians And Nurses And Adaptation Of The Maslach Burnout Scale*. In Viith National Congress Of Psychology, Scientific Studies And Publication Of Turkish Psychologists Associations. 1993.
71. Çan, E., Et Al., *Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesindeki Araştırma Görevlisi Hekimlerin Tukenmislik Sendromu Ile İş Doyumu Düzeleri Ve İlişkili Faktörler*. Journal Of Experimental And Clinical Medicine, 2006. **23**(1): P. 17-24.
72. Bircan, M., Et Al., *Acil Tıp Hizmeti Veren Hekimlerde Tukenme Sendromu*. Journal Of Academic Emergency Medicine, 2006. **7**: P. 51-54.

73. Chen, K.-Y., Et Al., *Burnout, Job Satisfaction, And Medical Malpractice Among Physicians*. International Journal Of Medical Sciences, 2013. **10**(11): P. 1471.
74. Özkan, Ş., *Rol Çatışması Ve Rol Belirsizliğinin Hekim Ve Hemşirelerin Tükenmişlik Düzeyleri Üzerine Olan Etkileri*. Hacettepe Üniversitesi, Ankara, 2008: P. 77-87.
75. Aktuğ, İ.Y., Et Al., *Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesinde Çalışan Hekimlerde Tükenmişlik Düzeyleri*. Osmangazi Tıp Dergisi, 2006. **28**(2): P. 91-101.
76. Turgut, N., Et Al., *Uzmanlık Eğitimindeki Doktorlarda Tükenmişlik Sendromu*. Turkish Journal Of Anesthesia & Reanimation, 2016. **44**(5).
77. Sönmez, C.I., D.A. Başer, And H. Gülmez, *Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Asistan Doktorlarında Tükenmişlik Düzeyi Ve İlişkili Faktörlerin Belirlenmesi*. Eurasian Journal Of Family Medicine, 2018: P. 93.
78. Sünter, A.T., Et Al., *Pratisyen Hekimlerde Tükenmişlik, İşe Bağlı Gerginlik Ve İş Doyumu Düzeyleri*. Genel Tıp Dergisi, 2006. **16**(1): P. 9-14.
79. Kurçer, M.A., *Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Hekimlerinin İş Doyumu Ve Tükenmişlik Düzeyleri*. Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 2005. **2**(3): P. 10-15.
80. Moukarzel, A., Et Al., *Burnout Syndrome Among Emergency Department Staff: Prevalence And Associated Factors*. Biomed Research International, 2019. **2019**.
81. Çimen, M. And C. Ergin, *Türk Silahlı Kuvvetleri Sağlık Personelinin Tükenmişlik Düzeylerinin İncelenmesi*. Gülhane Tıp Dergisi, 2001. **43**(2): P. 169-176.
82. Katı, S., *Bursa İli İçerisinde Acil Serviste Çalışmakta Olan Hekimlerin Sosyodemografik Özellikleri Ve Depresyon Olasılığının Saptanması*. 2018.
83. Üzer, F., *Devlet Hastanesi Çalışanlarının Sigara Kullanma Alışkanlıklarına Bakış*. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi, 2018. **22**(2): P. 92-99.
84. Başpınar, R., F. Cihan, And R. Kutlu, *Tıpta Uzmanlık Öğrencisi Hekimlerde Depresyon Sıklığı Ve Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi*. Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Dergisi, 2016. **7**(25): P. 1-9.
85. Yücel, B., *Sağlık Çalışanlarının Beslenme Alışkanlıkları Ve Beslenme Bilgi Düzeylerinin İncelenmesi*. 2015, Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
86. Marakoğlu, K., N. Çetin Kargın, And M. Armutlukuyu, *Tıp Fakültesi Araştırma Görevlilerinde Tükenmişlik Sendromu Ve İlişkili Faktörlerin Değerlendirilmesi*. Genel Tıp Dergisi, 2013. **23**(4).
87. İlhan, M., H. Tüzün, And M. Ceyhan, *Bir Tıp Fakültesi Araştırma Görevlilerinde Kişisel Özellikler Ve Çalışma Koşullarına İlişkin Değişkenlerin Tükenmişlik Sendromu Ile İlişkisi*. Toplum Ve Hekim, 2005. **20**(6): P. 455-462.

88. Yildiz, A., İ. Çiçek, And M.E. Şanlı, *Sağlık Çalışanlarında Tükenmişliğin Belirleyicileri: Sigara Ve Alkol Kullanımına Etkisinin İncelenmesi*. Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi. 5(3): P. 126-132.
89. Childs, E. And H. De Wit, *Effects Of Acute Psychosocial Stress On Cigarette Craving And Smoking*. Nicotine & Tobacco Research, 2010. 12(4): P. 449-453.
90. Shanafelt, T.D., J.A. Sloan, And T.M. Habermann, *The Well-Being Of Physicians*. The American Journal Of Medicine, 2003. 114(6): P. 513-513.
91. Toral-Villanueva, R., G. Aguilar-Madrid, And C.A. Juárez-Pérez, *Burnout And Patient Care In Junior Doctors In Mexico City*. Occupational Medicine, 2009. 59(1): P. 8-13.
92. Vela-Bueno, A., Et Al., *Insomnia And Sleep Quality Among Primary Care Physicians With Low And High Burnout Levels*. Journal Of Psychosomatic Research, 2008. 64(4): P. 435-442.
93. Dorrian, J., Et Al., *Sleep, Stress And Compensatory Behaviors In Australian Nurses And Midwives*. Revista De Saude Publica, 2011. 45(5): P. 922-930.
94. Mccall, T.B., *The Impact Of Long Working Hours On Resident Physicians*. N Engl J Med, 1988. 318(12): P. 775-778.
95. Işıkhani, V., *Çalışma Hayatında Stres Ve Başa Çıkma Yolları*. Ankara: Sandal Yayınları, 2004.
96. Maslach, C., (1982a). *Burnout: The Cost Of Caring*. Englewood Cliffs, Nj: Prentice-Hall. 1982.
97. Günüşen, N. And B. Üstün, *Türkiye'de İkinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Hemşire Ve Hekimlerde Tükenmişlik: Literatür İncelemesi*. 2010.
98. Ozyurt, A., O. Hayran, And H. Sur, *Predictors Of Burnout And Job Satisfaction Among Turkish Physicians*. Journal Of The Association Of Physicians, 2006. 99(3): P. 161-169.
99. Mollaoğlu, M., M. Yılmaz, And T. Kars, *Hemşirelerde Tükenmişlik (Burnout) Sendromu*. Toplum Ve Hekim, 2003. 18(4): P. 289-292.
100. Erol, A., A. Saricicek, And S. Gülseren, *Asistan Hekimlerde Tükenmişlik: İş Doyumu Ve Depresyonla İlişkisi/Burnout In Residents: Association With Job Satisfaction And Depression*. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 2007. 8(4): P. 241.
101. Aslan, H., Et Al., *Bakırköy Ruh Ve Sinir Hastalıkları Hastanesinde Çalışan Hemşirelerde Tükenme, İşe Bağlı Gerginlik, A Tipi Kişilik Ve Mükemmellecilik*. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 2000. 25(3): P. 135-142.
102. Doğan, K., M. İlham, And R. Aygün, *Üçüncü Basamak Çalışanlarında Tükenmişlik: Etkili Kişisel Ve Mesleki Etmenler*. Dahili Tıp Bilimleri Dergisi, 2006. 1(3-4): P. 178-184.
103. Kebapçı, A. And N. Akyolcu, *Acil Birimlerde Çalışan Hemşirelerde Çalışma Ortamının Tükenmişlik Düzeylerine Etkisi*. Türkiye Acil Tıp Dergisi, 2011. 11(2): P. 59-67.

104. Denat, Y., Et Al., *Hemşirelik Öğrencilerinin Tükenmişlik Düzeyi Ve Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi*. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi, 2018. **11**(3): P. 218-223.
105. Dündar, C., E.N. Köksal, And Y. Peksen, *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): P. 10.
106. Toker, İ., *Acil Tıp Uzmanlık Öğrencilerinde İş Doyumu Ve Tükenmişlik Düzeylerini Etkileyen Faktörler*. Uzmanlık Tezi, Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı, Mersin, 2013.
107. Sayıl, I., Et Al., *Ankara Üniversitesi Hastanelerinde Çalışan Doktor Ve Hemşirelerin Tükenmişlik Düzeyleri*. Kriz Dergisi, 1997. **5**(2).
108. Erdur, B., Et Al., *Türkiye’de Acil Servislerde Çalışan Hekimler Arasında Şiddet Ve Tükenmişlik İlişkisinin Değerlendirilmesi*. Ulusal Travma Ve Acil Cerrahi Dergisi, 2015. **21**(3): P. 175-181.
109. Chen, S., Et Al., *Workplace Violence And Its Effect On Burnout And Turnover Attempt Among Chinese Medical Staff*. Archives Of Environmental & Occupational Health, 2016. **71**(6): P. 330-337.
110. Cenk, S.C., *An Analysis Of The Exposure To Violence And Burnout Levels Of Ambulance Staff*. Turkish Journal Of Emergency Medicine, 2019. **19**(1): P. 21-25.
111. Yoon, H.S. And S.R. Sok, *Experiences Of Violence, Burnout And Job Satisfaction In Korean Nurses In The Emergency Medical Centre Setting*. International Journal Of Nursing Practice, 2016. **22**(6): P. 596-604.
112. Abdo, S., Et Al., *Burnout Among Physicians And Nursing Staff Working In The Emergency Hospital Of Tanta University, Egypt*. East Mediterr Health J, 2016. **21**(12): P. 906-915.
113. Yıldız, H. And M. Güven, *Hemşirelerin Tükenmişlik Düzeylerinin Ve Problem Çözme Becerilerinin İncelenmesi*. Life Sciences, 2009. **4**(4): P. 1-20.
114. Çevik, A., J. Holliman, And S. Yanturalı, *Acil Servis Hekimleri Ve Burn Out Sendromu*. Ulusal Travma Dergisi (Turkish Journal Of Trauma&Emergency Surgery), 2003. **2**: P. 85-9.
115. Sundin, L., Et Al., *The Relationship Between Different Work-Related Sources Of Social Support And Burnout Among Registered And Assistant Nurses In Sweden: A Questionnaire Survey*. International Journal Of Nursing Studies, 2007. **44**(5): P. 758-769.
116. Buğdaycı, R., Et Al., *Mersin İli’nde Pratisyen Ve Uzman Hekimlerde Depresyon Sıklığı Ve Etkileyen Faktörler*. Toplum Hekimliği Bülteni, 2007. **26**(1): P. 32-6.
117. Oğuzberk, M. And A. Aydın, *Ruh Sağlığı Çalışanlarında Tükenmişlik*. Klinik Psikiyatri, 2008. **11**: P. 167-179.
118. Karataş, D.A., Et Al., *Ondokuz Mayıs Üniversitesi Hastanesi Acil Servis Çalışanlarının İş Memnuniyetini Etkileyen Faktörler*. Journal Of Experimental And Clinical Medicine; Vol 21, No 4 (2004), 2009.

119. Moss, M., Et Al., *A Critical Care Societies Collaborative Statement: Burnout Syndrome In Critical Care Health-Care Professionals. A Call For Action*. American Journal Of Respiratory And Critical Care Medicine, 2016. **194**(1): P. 106-113.
120. Tevrüz, S., *Endüstri Ve Örgüt Psikolojisi Ii*. Türk Psikologlar Derneği Yayınları, Ankara, 1998.
121. Armutlukuyu, M., *Tıp Fakültelerinde Çalışan Öğretim Üyeleri Ve Araştırma Görevlilerinde Tükenmişlik Düzeylerinin Değerlendirilmesi*. 2014, Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi.
122. Blanchard, P., Et Al., *Prevalence And Causes Of Burnout Amongst Oncology Residents: A Comprehensive Nationwide Cross-Sectional Study*. European Journal Of Cancer, 2010. **46**(15): P. 2708-2715.

8. ÖZET

Ankara’da Çalışan Acil Tıp Uzmanlık Öğrencilerinin Tükenmişlik Düzeyinin Sosyodemografik Verilerle İncelenmesi

Amaç: Bu çalışmada Ankara’da çalışan acil tıp uzmanlık öğrencilerinin yaşadığı tükenmişlik düzeylerini saptamak, sosyodemografik değişkenlerle tükenmişlik düzeyleri arasındaki ilişkiyi tespit etmek ve bu verilerle tükenmişlik sorununun kaynağını saptayarak soruna çözüm önerileri getirmek amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Çalışmaya Ankara’da acil tıp uzmanlık eğitimi veren 8 merkezden 168 acil tıp asistanı katılmıştır. Bu hekimlere 27 soruluk sosyodemografik veri formu ve 22 soruluk Maslach Tükenmişlik Ölçeği formu içeren anketimiz yöneltilerek verilere ulaşılmıştır. Buna göre tükenmişliğin duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarı alt boyut puanları hesaplanmış, bu alt boyutların sosyodemografik verilerle ilişkisi incelenmiştir. Veriler SPSS 26.0 programı ile analiz edilmiştir.

Bulgular: Çalışmaya katılan hekimlerin tükenmişlik alt boyut puanları; duygusal tükenme için 21,5 ($\pm 7,3$), duyarsızlaşma için 10,6 ($\pm 3,9$), kişisel başarı içinse 19,9 ($\pm 4,7$) olarak tespit edilmiştir. Çalışmamızda 30 yaşın altında olmak, birinci yıl asistanı olmak, acil hekimliğini isteyerek tercih etmemiş olmak, acil hekimliğine devam etmek istememek, acil serviste şiddete uğramış olmak, hastalar ve çalışma arkadaşları ile sık sorun yaşamak, düzensiz beslenmek, sıklıkla düzenli uyku uyuyamamak, kurumdan beklentinin olmaması ve kendini tükenmiş hissetmek gibi faktörler tükenmişlikle ilişkili bulunmuştur.

Sonuç: Ankara’da çalışan acil tıp uzmanlık ğrencilerinin tükenmişlik düzeyi oldukça yüksek bulunmuştur. Tükenmişlik sendromu acil hekimlerinde sık görülen ve önlenabilir bir durumdur. Tükenmişliğin engellenmesi için hem acil hekimleri bireysel önlemler almalı, hem de yöneticiler hızla hekimlerin çalışma şartlarında gerekli iyileştirmeleri yapmalıdır. Acil hekimlerinin tükenmişliğinin önlenmesi, aynı zamanda hizmet verdikleri hastalara da kaliteli bakım sağlanabilmesi açısından oldukça önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Acil Tıp, Ankara, Tükenmişlik

9. SUMMARY

Investigation of Burnout Level of Emergency Medicine Assistants Who Work in Ankara with Sociodemographic Datas

Aim: In this study, it was aimed to determine the burnout level of emergency medicine assistants who work in Ankara, the relationship between sociodemographic variables and burnout levels and to suggest solutions to the problem by determining the source of the burnout problem with these data.

Materials and Methods: 168 emergency medicine assistants from 8 centers providing emergency medicine speciality training in Ankara joined the study. The data were obtained by sending a questionnaire including 27 questions sociodemographic data form and 22 questions Maslach Burnout Inventory form. Accordingly, emotional exhaustion, depersonalization and personal success subscale scores of burnout were calculated and the relationship between these sub-dimensions and sociodemographic data was examined. The data were analyzed with SPSS 26.0 program.

Results: The burnout subscale of the physicians in the study was found 21.5 ($\pm$ 7.3) for emotional exhaustion, 10.6 ($\pm$ 3.9) for depersonalization and 19.9 ($\pm$ 4.7) for personal success. In our study, being under the age of 30, being an assistant in the first year, not preferring emergency medicine by wish, not wanting to continue the emergency medicine, being exposed to violence in the emergency room, having frequent problems with patients and colleagues, having irregular nutrition,

not being able to sleep regularly, fail of meeting expectations from the institution and factors such as feeling exhausted have been associated with burnout.

Conclusion: Burnout level of emergency medicine assistants who work in Ankara was found to be quite high. Burnout syndrome is a common and preventable condition in emergency physicians. In order to prevent burnout, both emergency physicians should take individual measures and administrators should make the necessary improvements quickly in the working conditions of the physicians. Preventing the burnout of emergency physicians is also very important in terms of providing quality care to the patients they serve.

Keywords: Emergency Medicine, Ankara, Burnout

10. EKLER

10.1. EK- 1 Etik Kurul Onay Formu

GAZİ ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU GİRİŞİMSSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR KARAR FORMU									
ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUNUN ADI	Gazi Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu							
	AÇIK ADRES	Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlık Binası 06500 Beşevler/Ankara							
	TELEFON	0312 202 69 58							
	FAKS	0312 202 46 73							
	E-POSTA	tipetikkurul@gazi.edu.tr							
BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Ankara'da Çalışan Acil Tıp Uzmanlık Öğrencilerinin Tükenmişlik Düzeyinin Sosyodemografik Verilerle İncelenmesi							
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Doç. Dr. Ayfer KELEŞ							
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI /UZMANLIK ALANI/ BULUNDUĞU MERKEZ	Acil Tıp Anabilim Dalı / G.Ü.T.F.							
	DESTEKLEYİCİ (Varsa)								
	ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	Anket çalışmaları – Uzmanlık tezi							
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☐	ÇOK MERKEZLİ ☒	ULUSAL ☒	ULUSLARARASI ☐				
DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Ver.No	Dili					
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	13.11.2019	1	Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐					
	AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU	13.11.2019	1	Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐					
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı				Açıklama				
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	☐							
	BİYOLOJİK MATERYAL TRANSFER FORMU	☐							
	DİĞER	☐							
KARAR BİLGİLERİ	Karar No:	272			Toplantı tarihi: 23.12.2019				
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup, araştırma dosyasında belirtilen merkez/merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına, G.Ü. Klinik Araştırmalar Etik Kurulu üyelerinin oybirliği ile karar verilmiştir.								
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU									
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI		İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu							
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:		Prof. Dr. D. Berrin GÜNAYDIN							
Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile ilişkisi		Katılım *		İmza	
Prof. Dr. D. Berrin GÜNAYDIN BAŞKAN	Anest. ve Rea. AD. Farmako. Bİ.Dr.	G.Ü.T.F	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	E ☒ H ☐			
Prof. Dr. Gülten TAÇOY BAŞKAN YARD.	Kardiyoloji AD.	G.Ü.T.F	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	E ☒ H ☐			
Doç. Dr. İlyas OKUR BİLDİRİMDEN SORUMLU ÜYE	Çocuk Sağ. ve Hast. AD Ç.Met. Bes BD	G.Ü.T.F	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	E ☒ H ☐			
Prof. Dr. Nevzat YÜKSEL ÜYE	Psikiyatri AD.	G.Ü.T.F	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	E ☒ H ☐			

Prof. Dr. Nesrin ÇOBANOĞLU ÜYE	Tıp Tarihi ve Etik AD.	G.Ü.T.F	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Prof. Dr. Mehmet Ali ERGÜN ÜYE	Tıbbi Genetik AD.	G.Ü.T.F	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Prof. Dr. Nuriye ÖZDEMİR ÜYE	İç Hast. AD. Tıbbi Onkoloji BD.	G.Ü.T.F	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Prof. Dr. Aylin SEPİCİ DİNÇEL ÜYE	Tıbbi Biyokimya AD.	G.Ü.T.F	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Doç. Dr. Hasan BOSTANCI ÜYE	Genel Cerrahi AD.	G.Ü.T.F	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Doç. Dr. Murat UÇAR ÜYE	Radyoloji AD.	G.Ü.T.F	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Doç. Dr. Gökçe S. ÖZTÜRK FİNCAN ÜYE	Tıbbi Farmakoloji AD.	G.Ü.T.F	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Dr.Öğr.Üyesi A.Mehmet SEVGİLİ ÜYE	Tıbbi Fizyoloji AD.	G.Ü.T.F	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Uzm Dr. Emine AVCI ÜYE	Halk Sağlığı	Halk Sağlığı Genel Müd.	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Araş.Gör.Dr. Fahri Erdem KAŞAR ÜYE	Hukukçu	Hacı Bayram Veli Univ.	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
[Nüket EKŞİ ÜYE	Sivil Temsilci	-	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☐	H ☐	

- * :Araştırma ile İlişki
** :Toplantıda Bulunma

10.2. EK- 2 Sosyodemografik Veri Formu

SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalında Tıp Uzmanlığı Bitirme Tezinde kullanılmak üzere asistan doktorlarda tükenmişlik sendromu ve sosyodemografik verilerle ilişkisi açısından bir araştırma yapılması planlanmaktadır. Bu çalışmada veri toplamak amacıyla tarafımızca hazırlanan sosyodemografik veri formu anketi ve ikinci olarak Maslach tükenmişlik ölçeği kullanılacaktır.

Sizin kişisel bilgileriniz ile ilgili sorular içeren bu bölümü dikkatli bir biçimde okuyup durumunuza en uygun biçimde doldurmanızı rica ederiz. Vereceğiniz cevaplar sadece araştırma amacıyla kullanılacak ve gizli tutulacaktır.

Lütfen isim ve soy isim belirtmeyiniz. Cevaplandırma için ayırdığınız zaman sebebiyle çok teşekkür ederiz.

- 1.Yaşınız nedir? :
- 2.Cinsiyetiniz nedir? : ☐Kadın ☐Erkek
- 3.Hangi hastanede çalışıyorsunuz? :
- 4.Acil asistanlığında kaçınıcı yılınız? :
- 5.Medeni durumunuz nedir? : ☐Evli ☐Bekar ☐Boşanmış
- 6.Aileniz ile aynı şehirde mi yaşıyorsunuz? : ☐Evet ☐Hayır
- 7.Çocuğunuz var mı? : ☐Evet(Sayı belirtiniz)..... ☐Hayır
- 8.Evde kiminle yaşıyorsunuz? : ☐Aile ☐Arkadaş ☐Yalnız
- 9.Ayda ortalama kaç saat çalışıyorsunuz? : ☐150 saatten az ☐150-200 saat arası
☐200-250 saat arası ☐250 saatten fazla
- 10.Tanısı konulmuş bir hastalığınız var mı? : ☐Hayır ☐Evet(Belirtiniz).....
- 11.Ortalama aylık gelir/gider dengenizi nasıl tanımlarsınız? : ☐Gelirim giderimden fazladır
☐Gelirim ve giderim dengelidir
☐Gelirim giderimden daha azdır
- 12.Acil hekimliğini isteyerek mi seçtiniz? : ☐Evet ☐Hayır ☐Kararsızım
- 13.Seçim hakkınız olsa tekrar acil hekimliğini tercih eder miydiniz? : ☐Evet ☐Hayır ☐Kararsızım
- 14.Acil serviste çalışırken fiziksel veya sözel şiddete uğradınız mı? : ☐Evet (sayı belirtiniz)..... ☐Hayır

15. Hocalarınız veya uzmanlarınız ile sorun yaşama sıklığınız nedir? : ☐ Sorun yaşamam ☐ Sık sorun yaşarım
☐ Nadiren sorun yaşarım ☐ Kararsızım
16. Hasta veya hasta yakınlarıyla sorun yaşama sıklığınız nedir? : ☐ Sorun yaşamam ☐ Sık sorun yaşarım
☐ Nadiren sorun yaşarım ☐ Kararsızım
17. Çalışma arkadaşlarınızla sorun yaşama sıklığınız nedir? : ☐ Sorun yaşamam ☐ Sık sorun yaşarım
☐ Nadiren sorun yaşarım ☐ Kararsızım
18. Haftalık sigara içme sıklığınız nedir? : ☐ Hiç içmiyorum
☐ 1 paket veya daha az
☐ 2-4 paket
☐ 5-7 paket
☐ 7 paketten fazla
19. Günlük kahve tüketim sıklığınız nedir? : ☐ 1 bardak veya daha az
☐ 2-3 bardak
☐ 3 bardaktan fazla
20. Alkol kullanım sıklığınız nedir? : ☐ Hiç kullanmam ☐ Haftada 1-2 kez
☐ Yılda 1-2 kez ☐ Hemen her gün
☐ Ayda 1-2 kez
21. Düzenli ve kaliteli uyku uyuyabilme sıklığınızı nasıl tanımlarsınız? : ☐ Hiç uyuyamam
☐ Nadiren uyuyabilirim
☐ Sıklıkla uyuyabilirim
☐ Kararsızım
22. Beslenme düzeninizle ilgili hangisi doğrudur? : ☐ Düzensiz beslenirim
☐ Nadiren düzenli beslenirim
☐ Sıklıkla düzenli beslenirim
☐ Kararsızım
23. Kendinizi tükenmiş hissediyor musunuz? : ☐ Evet ☐ Hayır ☐ Kararsızım
24. Tükenmişlik nedir? :
25. Daha önce tükenmişlik ile ilgili eğitim aldınız mı? : ☐ Evet ☐ Hayır
26. Kurumunuzdan bu konuda beklentiniz nelerdir? :
27. Tükenmişlikten korunma adına kişisel önlem alıyor musunuz? : ☐ Hayır ☐ Evet (belirtiniz).....

10.3. EK- 3 Maslach Tükenmişlik Ölçeği

MASLACH TÜKENMİŞLİK ÖLÇEĞİ (Maslach burnout inventory manual)

Aşağıda, kişilerin ruh durumlarını ifade ederken kullandıkları bazı cümleler verilmiştir. Lütfen her bir cümleyi dikkatle okuyarak hangi sıklıkta hissettiğinizi size uyan seçeneğe işaret koyarak belirtiniz.	Hiçbir Zaman	Çok Nadir	Bazen	Çoğu Zaman	Her Zaman
1. "Kendini işinden duygusal olarak uzaklaşmış hissediyorum."	0	1	2	3	4
2. "İşgününün sonunda kendimi bitkin hissediyorum."	0	1	2	3	4
3. "Sabah kalkıp yeni bir işgünü ile karşılaşmak zorunda kaldığımda kendimi yorgun hissediyorum."	0	1	2	3	4
4. "Hastalarımın pek çok şey hakkında neler hissettiklerini anlayabilirim."	0	1	2	3	4
5. "Bazı hastalarım onlar sanki kişilikten yoksun bir objeymiş gibi davrandığını hissediyorum."	0	1	2	3	4
6. "Bütün gün insanlarla çalışmak benim için gerçekten bir gerginliktir."	0	1	2	3	4
7. "Hastalarımın sorunlarını etkili bir şekilde hallederim."	0	1	2	3	4
8. "İşimin beni tükettiğini hissediyorum."	0	1	2	3	4
9. "İşimle diğer insanların yaşamlarını olumlu yönde etkilediğimi hissediyorum."	0	1	2	3	4
10. "Bu mesleğe başladığımdan beri insanlara karşı katılaştığımı hissediyorum."	0	1	2	3	4
11. "Bu iş beni duygusal olarak katılaştırdığı için sıkıntı duyuyorum."	0	1	2	3	4
12. "Kendimi çok enerjik hissediyorum."	0	1	2	3	4
13. "İşimin beni hayal kırıklığına uğrattığını düşünüyorum."	0	1	2	3	4
14. "İşimde gücümün üstünde çalıştığımı hissediyorum."	0	1	2	3	4
15. "Bazı hastaların başına gelenler gerçekten umurumda değil."	0	1	2	3	4
16. "Doğrudan insanlarla çalışmak bende çok fazla strese neden oluyor."	0	1	2	3	4
17. "Hastalarımın rahat bir atmosferi kolayca sağlayabilirim."	0	1	2	3	4
18. "Hastalarımınla yakın ilişki içinde çalıştıktan sonra kendimi ferahlamış hissediyorum."	0	1	2	3	4
19. "Bu meslekte pek çok değerli işler başardım."	0	1	2	3	4
20. "Kendimi çok çaresiz hissediyorum."	0	1	2	3	4
21. "İşimde duygusal sorunları bir hayli soğukkanlılıkla hallederim."	0	1	2	3	4
22. "Hastaların bazı problemleri için beni suçladıklarını hissediyorum."	0	1	2	3	4

11. ÖZGEÇMİŞ

Adı: Kerem Serdar

Soyadı: KARAŞAHİN

Doğum Yeri ve Tarihi: ANKARA - 10.07.1991

Eğitimi:

2009-2015: Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi, Konya

2005-2009: Süleyman Demirel Fen Lisesi, Çankırı

2002-2005: İsmet İnönü İlköğretim Okulu, Çankırı

1999-2002: Gazi İlköğretim Okulu, Çankırı

1997-1999: Tuzla Atatürk İlköğretim Okulu, İstanbul

Yabancı Dili: İngilizce

Üye Olduğu Bilimsel Kuruluşlar: Türkiye Acil Tıp Derneği