

T.C.
İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

Aile Hekimliği Anabilim Dalı

İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezinde Çalışan Araştırma Görevlisi
Hekimlerin Tükenmişlik ve Depresyon Düzeyleri ve İlişkili Faktörlerin
İncelenmesi

Tıpta Uzmanlık Tezi

Dr. Esra FİDANLIGÜL

Tez Danışmanı
Doç. Dr. Engin Burak SELÇUK

MALATYA- 2021

T.C.
İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

Aile Hekimliği Anabilim Dalı

İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezinde Çalışan Araştırma Görevlisi

Hekimlerin Tükenmişlik ve Depresyon Düzeyleri ve İlişkili Faktörlerin

İncelenmesi

Tıpta Uzmanlık Tezi

Dr. Esra FİDANLIGÜL

Tez Danışmanı
Doç. Dr. Engin Burak SELÇUK

MALATYA- 2021

1. GİRİŞ

İş hayatı çalışan insanların günlük vakitlerinin önemli bir kısmını kapsamaktadır. Günlük vaktinin çoğunu iş yerinde geçiren bireyler, yaptıkları işten ve bu işle ilgili her türlü faktörden fiziksel ve ruhsal olarak fazlaca etkilenmektedir (1).

İş hayatı, çalışan kişinin performansını etkileyen çeşitli iş stresi faktörlerini barındırmaktadır. Başa çıkılamayan iş stresi kişinin iş yaşamı ve özel hayatını etkilemektedir. Bunun sonucunda çalışan bireyde psikiyatrik hastalıklar gelişebilmektedir (2).

Sağlık çalışanları, yaptıkları işe bağlı olarak birçok açıdan risk ve stres altındadır. Hasta ya da kontamine eşyalar aracılığıyla bulaşıcı hastalıklara maruziyet, sağlık alanında kullanılan çeşitli kimyasal ürünlere maruziyet, aşırı efor ve fiziksel güç gerektiren işlerde çalışmak, iyonize ve noniyonize radyasyona maruz kalmak, çalışmanı psikolojik açıdan etkileyebilecek ölüm riski taşıyan ağır hastalarla ilgilenmek, fiziksel şiddete maruz kalma tehlikesi bu risklere örnek olarak verilebilir (3).

Son yıllarda çeşitli ülkelerde sağlık hizmetleri alanında yapılan yeniliklerden dolayı doktorlar üzerindeki baskı artmış olup, bu durum iş stresinin artmasına sebep olmaktadır. İş stresi, depresyon ve tükenmişlik sendromu gibi kronik rahatsızlıklara sebep olabilmektedir (4).

Tükenmişlik sendromunu ilk kez Herbert J. Freudenberger 1974' de sürekli strese maruz kalan bireylerde bedensel ve ruhsal olarak enerji kaybı olarak tanımlamıştır (5). Günümüzde en çok kabul gören tanımı yapan Maslach ve arkadaşları tükenmişliği; insanlara doğrudan hizmet edip, insanlarla birebir ilişki içindeki mesleklerde çalışanlarda gelişen duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve bireysel başarısızlık olarak 3 kapsamlı olarak ifade etmiştir (6).

Maslach ve Zimbardo açısından tükenmişlik kişinin yaptığı işin kalitesini düşürüp performansını azalttığı için çalışma hayatını büyük ölçüde etkiler. Bunun neticesinde kişinin motivasyonu kırılarak yaptığı işi umursamaz ve kişisel başarının düşmesine sebep olur (7). Kişisel başarısızlık sadece bireysel sonuçlar doğurmayıp aynı zamanda örgütsel başarının düşmesine de sebep olmaktadır (8).

Doktorlarda tükenmişlik yoğun iş yükü ile zamana karşı yarışmak, gece nöbetinin olması ve uykusuz kalmak, uzun mesai saatlerinin varlığı, mola zamanının kısa olması ya da olmaması, sürekli kendini geliştirmek mecburiyetinde olmak, günlük bakılan hasta sayısının fazla olması nedeniyle hastalara yeterince vakit ayıramamak gibi sebeplere bağlı ortaya çıkabilmektedir (9).

Depresyon temelde kişinin kederli ve çökkün bir duygulanım içinde olduğu, eskiden yapmaktan mutlu olduğu ve haz duyduğu şeylere karşı ilgisini kaybettiği bir hastalıktır. Kişi hayata olumsuz bir bakış açısıyla bakar. Geçmişe karşı pişmanlık, geleceğe karşı umutsuzluk ve karamsarlık hisseder. Bunların neticesinde birey hayattan zevk alamaz ve hayatın anlamsız olduğunu düşünebilir. Bu durumun bir sonucu olarak birey günlük aktivitelerini ve sorumluluklarını yerine getirmekte sıkıntı yaşayabilir (10). Yapılan çalışmalarda sağlık çalışanlarında depresyon düzeyinin normal nüfusa göre daha fazla olduğu görülmüştür (10).

Bu çalışmanın amacı İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi'nde Dahili ve Cerrahi bilimlerde uzmanlık eğitimi almakta olan araştırma görevlisi hekimlerin tükenmişlik ve depresyon düzeylerinin incelenmesi, bu durumu etkileyebilecek sosyodemografik veriler, iş koşulları ve ilişkili faktörlerin değerlendirilmesidir. Elde edilen veriler ışığında araştırma görevlisi hekimlerde tükenmişlik ve depresyon gelişimini önlemek ve üstesinden gelmek için önerilerde bulunulması amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

Tükenmişlik Sendromunun Tanımı ve Tükenmişlik modelleri

Tükenmişlik kavramı ilk defa 1970' lerde hizmet kesiminde görev yapan bireylerde görülen mesleksel bunalımı açıklamak amacıyla kullanılmıştır (11).

Tükenmişlik sendromu ise ilk defa 1974 senesinde Herbert Freudenberger tarafından tanımlanmış olup çağımızda meslek yaşamını negatif açıdan etkileyen mühim bir problemdir. Feudenberger tükenmişlik sendromunu “başarısız olma, yıpranma, enerji ve gücün azalması veya tatmin edilemeyen istekler sonucunda bireyin iç kaynaklarında meydana gelen tükenme durumu” olarak tanımlamıştır (7).

İlk tanımlandığı günden beri farklı araştırmacılar tarafından farklı şekillerde tanımlanan tükenmişlik kavramının günümüzde bütün dünyada kabul edilen net bir tanımı bulunmamaktadır (9).

Storlie açısından tükenmişlik; kişinin yolunda gitmeyen durumların olduğunu anlaması ve bunu kabullenmemesi durumunda ortaya çıkar. Bunun sonucunda birey karamsar bir bakış açısına sahip olup enerjisini kaybeder. Bu görüşe göre tükenmişlik, değişmesi mümkün olmayan koşulların kişinin ruhunda bıraktığı izlerin birikmesi ile ortaya çıkar (7).

Schwab'a göre tükenmişlik “bireylerin ve organizasyonların her ikisini de ilgilendiren, var olan güç ve kaynakların aşırı kullanılması ve enerji azalmasıyla birlikte karakterize edilen, her alanda çalışan iş görenlerin, verimliliklerini ve etkinliklerini etkileyen etmenlerden biri olan bir fenomen” şeklinde tanımlamıştır (5).

Cherniss'e göre tükenmişlik; yoğun iş stresine maruz kalan bireylerde zaman içerisinde gelişen, çalışanın işine karşı motivasyonunu ve performansını düşüren, iş gereği ilişki halinde olduğu çalışma arkadaşları ve hizmet alan bireylere karşı olumsuz davranışlar sergilenmesini içeren ve işle psikolojik açıdan bağlantının kesilmesiyle sonuçlanan bir kavramdır (5).

Pines'e göre tükenmişlik; meslek hayatına çok büyük beklenti ve motivasyonla başlayan, iş hayatından bekledikleri varoluşsal anlamı elde edemeyen insanlarda gelişen fiziksel, duygusal ve zihinsel bitkinlik durumudur (5). Bu modelin temelinde

motivasyon kavramı bulunmaktadır. İş hayatından gerekli ödülleri ve desteği bulamayan bireylerin motivasyonları kırılmakta ve bireyler işinden uzaklaşmaktadır (12).

Edelwich tükenmişliği; “başkalarına yardım sağlayan mesleklerde çalışan bireylerde, çalışma koşullarının bir sonucu olarak; idealizm, enerji ve amaçta görülen ve sürekli olarak artan bir kayıp” olarak tanımlamıştır (7). Edelwich ve Brodsky modeli tükenmişliği dört evrede tanımlamıştır.

Şevk ve coşku evresi; genellikle mesleğe yeni adım atan bireylerde görülen yüksek beklenti, motivasyon ve enerji içeren evredir.

Durağanlaşma evresi; bireyin işle ilgili yaşadığı hayal kırıklığı sonucu işe bağlılığın ve enerjinin azalması sonucu oluşan evredir.

Engellenme evresi; kendisinin ve hizmet verilen kişilerin beklentilerinin karşılayamadığını gören bireyin kendisini engellenmiş olarak hissettiği evredir.

Umursamazlık evresi; bireyin sadece hayatını idame ettirmek amacıyla işini yaptığı ve işine karşı derin umutsuzluk, mutsuzluk duygusal kopukluk hissettiği evredir (13).

Perlman ve Hatman daha önce yapılan tanımlardan yola çıkarak tükenmişliği kronik strese karşı oluşan üç bileşenden meydana gelen bir yanıt olarak tanımlamıştır. Bu bileşenler; fiziksel semptomları barındıran fiziksel boyut, duygusal boyut ve davranışsal boyuttur. Bu tükenmişlik modelinde dört aşama bulunmaktadır:

Durumu strese götürme derecesi; stres düzeyini bireysel özellikler ve iş koşulları arasındaki uyumsuzluk ortaya çıkarmaktadır.

Algılanan stres düzeyi; kişisel özelliklere bağlı olarak benzer şartlar altında algılanan stres düzeyi kişiden kişiye göre değişkenlik gösterebilir.

Strese verilen yanıt; çeşitli kişisel ve örgütsel öğelere bağlı olarak fiziksel, zihinsel ve davranışsal tepkiler ortaya çıkabilmektedir.

Strese verilen yanıtın sonucu; birey ruhsal ve fiziksel sağlığını kaybedebilir, işinden ayrılabilir, işten çıkarılabilir ve ya tükenmişlik sendromu gelişebilir (14).

Günümüzde en çok kabul gören tanımı yapan Maslach ve arkadaşları tükenmişliği; insanlara doğrudan hizmet edip, insanlarla birebir ilişki içindeki mesleklerde çalışanlarda gelişen duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve bireysel başarısızlık olarak 3 kapsamlı olarak ifade etmiştir (6).

Maslach' ın Üç Boyutlu Tükenmişlik Modeli, günümüzde en çok bilinen ve kabul gören model olması ve bu araştırmada kullanılan temel değerlendirme araçlarından biri olması sebebiyle ayrı bir başlık altında anlatılmıştır.

Maslach Tükenmişlik Modeli

Maslach Tükenmişlik Modeli, literatürde “çok boyutlu tükenmişlik modeli” ya da “üç boyutlu tükenmişlik modeli” şeklinde de kullanılmaktadır. Maslach tükenmişliği “Yaygın olarak insanlarla yüz yüze çalışılan mesleklerde bireylerin, duygusal yönden kendilerini tükenmiş hissetmeleri, işleri gereği karşılaştıkları insanlara karşı duyarsızlaşmaları ve kişisel başarı duygularında azalma şeklinde görülen bir sendrom” şeklinde tanımlamıştır. Bu modele göre tükenmişlik; iş hayatında yüksek strese maruz kalan çalışanlarda gelişen duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve bireysel başarısızlık olmak üzere üç kapsamlı ifade edilmiştir (11).

Günümüzde en çok kabul edilen tanımlamayı yapan Christina Maslach ayrıca kendi ismini verdiği Maslach Tükenmişlik Ölçeği'ni oluşturmuştur. Bu ölçek üç boyutu ayrı olarak incelemekte ve neticede bu boyutların birlikte değerlendirilmesiyle var olan durum saptanmaktadır. Yüksek seviyede tükenmişlik; yüksek seviyede duygusal tükenme ve duyarsızlaşma ile düşük seviyede bireysel başarı ile ortaya çıkmaktadır (7).

Duygusal Tükenme

Tükenmişlik sendromunun ilk ortaya çıkan, en açık ve en önemli işareti olarak değerlendirilen duygusal tükenme, Maslach modeline göre tükenmişliğin kişisel stres boyutunu kapsamaktadır (7).

Çoğunlukla insanlarla birebir ilişki kurmayı gerektiren işlerde “İşte aşırı derecede psikolojik ve duygusal taleplere maruz kalmaktan dolayı yaşanan enerjinin bitmesi durumu” olarak tanımlanan duygusal tükenmişlik, tükenmişlik sendromunun en temel bileşeni olarak değerlendirilmektedir (15).

Maslach'a göre “Çalışanların fiziksel ve duygusal açıdan kendilerini aşırı yorgun ve yıpranmış hissetmeleri” olarak ifade edilmiştir (12).

Duygusal tükenme yaşayan bireyler her yeni güne başlamak için ihtiyaç duydukları enerjiye sahip olmadıklarını düşünür ve ertesi gün çalışma mecburiyeti bu bireylerde büyük bir kaygı oluşturur (5).

Tükenmişlik sendromu ile alakalı yapılan araştırmalarda en fazla incelenen boyut olmasına karşılık tek başına tanı koymak için yeterli değildir (11).

Duyarsızlaşma

Duyarsızlaşma boyutu, tükenmişlik sendromunun bireyler arasındaki iletişim durumunu ifade etmektedir (11). Bireyler arasındaki iletişimin bozulması, tükenmişlik sendromunun bireysel bir sorun olmanın ötesinde örgütsel bir sorun haline gelmesine sebep olur (7).

Duyarsızlaşma bireyin işi gereği iletişimde olduğu kişilere karşı, duygudan yoksun, gerekli ilgiyi göstermeden, mesafeli ve katı bir biçimde davranmasıdır. Esasında bu duyarsız tutum ve davranışlar bireyin duygusal tükenmeye karşı yanıt olarak kullandığı bir kaçış yöntemidir. Duygusal olarak tükenen birey, hizmet verdiği kişilerin isteklerini yerine getirmede kendini başarısız hisseder ve duyarsızlaşmayı bir savunma mekanizması olarak kullanır (16).

Maslach duyarsızlaşmayı, “hizmet verilen kişilere karşı uzaklaşmış, katı hatta insancıl olmayan problemleri bir yanıt” şeklinde ifade etmiştir (13). Birey kişiler arası iletişimini işini yapabileceği en düşük düzeye indirebilir. Çevresindeki insanlardan daima kötülük göreceğini düşünebilir (7). Duyarsızlaşma insanlara bir nesneymiş gibi davranmaya sebep olur. Birey işi gereği iletişimde olduğu insanlara karşı küçümseyici bir tavır takınabilir, insanların beklentilerini ve isteklerini umursamayabilir. Sonuç olarak insanlardan uzaklaşan, sürekli olumsuz ve negatif bir tavır sergileyen kişinin çalışma performansı azalmaktadır (12).

Kişisel Başarı Eksikliği

Kişisel başarı eksikliği Maslach Tükenmişlik modeline göre tükenmişliğin kişisel gelişme boyutunu kapsamaktadır ve çoğunlukla duygusal tükenme ve duyarsızlaşmanın bir sonucu olarak değerlendirilmektedir (7).

Kişisel başarı, bireyin iş hayatında kendini başarılı ve yeterli görmesidir. Bireyin işinde kendini tatmin edecek neticelere ulaşması ve iletişim halinde olduğu insanların hayatlarını pozitif yönde etkileme açısından doyum olarak ifade edilmiştir. Kişisel başarısızlık bireyin mesleğinde yetersiz ve başarısız olduğunu düşünmesidir (17).

Bireyin diğer insanlara karşı sahip olduğu negatif düşünce tarzı, bireyin kendisi hakkında da negatif düşünceler beslemesine neden olur. Kişi kimsenin onu sevmediğini, hizmet sunduğu insanlarla yeteri derecede ilgilenmediğini, mesleğinde başarısız olduğunu düşünür. Bunun sonucunda sorunlarını çözmede yetersiz olduğu duygusuna kapılır ve kendini suçlu hisseder (18).

Kişisel başarısızlık ne kadar gayret ederse etsin ne kadar uğraşırsa uğraşsın mevcut halinde bir ilerleme gösteremeyeceği düşüncesinin bireyde oluşturduğu yılgınlık durumudur. Birey mesleğinde ileriye gidemediği hatta gerilediği duygusuna kapılır (17).

Tükenmişlik Sendromunun Nedenleri

Tükenmişlik sendromuna sebep olan birçok etken bulunmaktadır. Bunlar bireysel nedenler ve örgütsel nedenler olarak ikiye ayrılmaktadır (7).

Bireysel nedenler

Bireysel faktörlerin kişiler arasında değişkenlik göstermesine bağlı olarak, eşit koşullar altında çalışan insanların bazılarında tükenmişlik sendromu ortaya çıkabilirken, bazılarında ortaya çıkmayabilir (7).

Kadın cinsiyet, genç yaş, bekar olmak, çocuk sahibi olmamak, meslekteki çalışma süresinin az olması tükenmişlik sendromu açısından risk oluşturur. A tipi kişilik yapısına sahip bireyler (hırslı, idealist, rekabetçi, kazanma odaklı, sürekli zaman endişesi duyan) B tipi kişilik yapısına sahip bireylere (sakin, sabırlı, hoşgörülü, sosyal yaşama önem veren) göre tükenmişlik açısından daha çok risk altındadır. Başına gelen olayların şans, kader gibi dış etkenlere bağlı olduğunu düşünen dış kontrol odaklı bireylerin, hayatının kontrolünün kendi elinde olduğunu düşünen iç kontrol odaklı bireylere göre tükenme ihtimaller daha yüksektir. Negatif benlik imajına veya düşük öz yeterliliğe sahip kişiler tükenmişlik sendromu açısından risk altındadır. Empati yeteneğinin düşük olması kişiler arası iletişimi olumsuz etkilediği için tükenmişlik

sendromu açısından risk oluşturur. İşinden beklentisi yüksek olan bireylerin tükenmişlik sendromuna yakalanma ihtimali daha yüksektir (7).

Örgütsel Nedenler

Geleneksel görüşe göre tükenmişlik sendromu daha çok bireysel özelliklerden kaynaklı bir sorun olmasına karşın, günümüzde daha çok örgütsel özelliklerden kaynaklı bir sorun olduğu düşünülmektedir. Aşağıda belirtilen 6 alanla ilgili bireyin beklentileri ve işin özellikleri arasındaki uyum ne kadar fazla ise bireyin işe bağlanması o kadar fazla olup, uyum ne kadar azsa tükenme olasılığı o kadar fazladır (7).

İş yükü; aşırı iş yükü kişinin enerjisini tüketip tükenmişlik sendromuna neden olabileceği gibi, yetersiz iş yükü de çalışan kişinin yeteneklerini kısıtlayacağı için strese sebep olabilir (18).

Kontrol; yüksek stresli işlerde çalışan bireylerin, yaptıkları işin sonuçları açısından sorumlu oldukları halde, bu işi yaparken yeterli yetkiyi elinde bulundurmamaları bireylerde strese sebep olabilir (11).

Ödüller; çalışanın maaş, prim gibi maddi açıdan, takdir edilme gibi manevi açıdan ödüllendirilmesi kişinin işine bağlanmasına sebep olur. Kişinin işi gereği yeterince ödüllendirilmediğini düşünmesi performansını ve motivasyonun olumsuz etkileyip kişisel başarısının düşmesine sebep olabilir (7).

Aidiyet; çalışma ortamındaki bireylerin birbirlerini destekleyip, birlik, beraberlik ve uyum içinde çalışmalarını kişilerin işine bağlanmalarına sebep olur. İş ortamında sürekli anlaşmazlık ve çatışma olması bireyleri olumsuz yönde etkileyip tükenmişlik sendromuna neden olabilir (7).

Adalet; adaletsiz bir kurumda çalıştığını düşünmesi, bireyde yıkıcı bir etki oluşturup duygusal tükenmeye ve kuruma karşı duyarsızlaşmaya sebep olabilir (18).

Değerler; çalıştığı işin birtakım özelliklerinin kişinin amaçlarıyla ve misyonuyla ters düşmesi, kişi ile yaptığı iş arasında değerler açısından uyumsuzluk meydana getirip tükenmişlik sendromuna neden olabilir (7).

Örgütsel nedenler yalnızca bunlarla sınırlı olmayıp uzun çalışma saatleri, çalışma yerinin fiziksel koşullarının yeterli olmaması, iş güvenliğinin olmaması, rol belirsizliği, rol çatışması vb. birçok neden bulunmaktadır (7).

Tükenmişlik Sendromunun Belirtileri

Fiziksel Belirtiler;

Kronik yorgunluk, güçsüzlük, bitkinlik, enerji kaybı

Bel ağrısı, baş ağrısı, kas krampları, yaygın ağrı

Kilo alma ya da kilo kaybetme

Uyku sorunları

Dispeptik şikayetler

Menstrual düzen bozuklukları

Çarpıntı

Hafıza problemleri

Psikolojik Belirtiler;

İçe kapanıklık, insanlardan uzaklaşma, yalnızlık

Öz güven kaybı, benlik saygısında düşme, başarısızlık hissi

Alkol, madde, tütün kullanımına yönelme

Anksiyete, huzursuzluk,

Ümitsizlik, çaresizlik, suçluluk hissi

İnsanlara karşı düşmanca tavır sergileme

Çabuk sinirlenme, huzursuzluk, sabırsızlık gibi olumsuz duygulanımda artma

Arkadaşlık, insanlara saygı ve nezaket gibi olumsuz duygulanımda artma

Davranışsal Belirtiler;

Kişisel başarıda ve performansta azalma

Sorumluklarını erteleme ya da yerine getirmeme

İşi yavaşlatma

İş dışı alanlara yönelme

İşe vaktinde gelmeme

İş arkadaşlarına ve hizmet verdiği kişilere karşı olumsuz davranışlar sergileme

İşi bırakma isteği (5, 9, 18).

DEPRESYON

Depresyonun Tanımı

Depresyon en çok tanı konulan psikiyatrik rahatsızlıktır ve görülme oranı tüm dünyada gün geçtikçe artış göstermektedir (19). Depresyonun hayat boyu görülme sıklığı %1,5 ile %19 arasındadır. Hayatları boyunca her 4 kadından birinde, her 8-10 erkekten birinde depresyon görülmektedir (20).

Depresyon ilk olarak Hippokrates tarafından siyah safra oranındaki artış anlamına gelen “melaine chole” olarak tanımlanmıştır (12). Latince “alçakta olmak, bastırmak” anlamına gelen “depressus” kelimesinden köken almıştır (21). Depresyon dilimize ruhsal çöküntü ya da çökkünlük olarak tercüme edilmiştir (12).

Depresyon temelde kişinin kederli ve çökkün bir duygulanım içinde olduğu, eskiden yapmaktan mutlu olduğu ve haz duyduğu şeylere karşı ilgisini kaybettiği bir hastalıktır. Kişi hayata olumsuz bir bakış açısıyla bakar. Geçmişe karşı pişmanlık, geleceğe karşı umutsuzluk ve karamsarlık hisseder. Bunların neticesinde birey hayattan zevk alamaz ve hayatın anlamsız olduğunu düşünebilir. Bu durumun bir sonucu olarak birey günlük aktivitelerini ve sorumluluklarını yerine getirmekte sıkıntı yaşayabilir (10).

DSM-V'e Göre Majör Depresif Bozukluk Tanı Kriterleri

İki haftalık süreç boyunca, daha önceki işlevsellik seviyesinde bir değişiklik olması ile birlikte aşağıda sıralanan semptomlardan en az beşinin ya da daha fazlasının bulunması ve bu semptomlardan en az birinin depresif ruh hali ya da ilgi kaybı ya da zevk alamama olması gerekir.

Kişinin kendisinin bildirdiği ya da çevresindekilerin gözlemlediği hemen hemen her gün, günün büyük kısmını kapsayan depresif duygudurum

Kişinin kendisinin bildirdiği ya da çevresindekilerin gözlemlediği hemen hemen her gün, günün büyük kısmını kapsayan etkinliklerin tümüne ya da çoğuna ilgide azalma ya da artık eskisi kadar zevk alamama

Kilo kaybetme ya da kilo alma, hemen hemen her gün iştahta azalma ya da artma

Hemen hemen her gün, insomnia (uykusuzluk) ya da hipersomnia (aşırı uyku) olması

Hemen hemen her gün, psikomotor ajitasyon ya da retardasyonun olması

Hemen hemen her gün, yorgunluk, bitkinlik ya da enerji kaybının olması

Hemen hemen her gün, değersizlik, aşırı ya da uygun olmayan suçluluk duygularının olması

Hemen hemen her gün, düşünme ya da düşüncelerini belirli bir konu üzerinde yoğunlaştırma yetisinin azalması ya da kararsızlık

Yineleyen ölüm düşünceleri, yineleyen intihar düşünceleri ve intihar yönelik tasarılarının olması

Bu belirtiler, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, mesleki alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında bozulmaya neden olur.

Bu belirtiler madde kullanımı ya da genel tıbbi bir durumun doğudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir.

Major depresyon döneminin ortaya çıkışı şizoafektif bozukluk, şizofreni, şizofreniform bozukluk, sanrılı bozukluk ya da şizofreni açılımı kapsamında ve psikoza giden tanımlanmış ya da tanımlanmamış diğer bozukluklarla daha iyi açıklanamaz.

Hiçbir zaman mani dönemi ya da bir hipomani dönemi geçirilmemiştir.

Not: Mani ya da hipomani benzeri dönemler bir maddeye veya sağlık durumuna ikincil gelişmişse bu dışlama uygulanmaz (22).

Depresyon İçin Risk Faktörleri

Cinsiyet: Kadınlarda major depresyon görülme sıklığı erkeklerde majör depresyon görülme sıklığının yaklaşık iki katıdır. Kadınlar hormonal etkilere bağlı olarak ergenlik döneminden menapoza kadar daha fazla risk altındadır. İlerleyen yaşlarda, cinsiyete bağlı görülme sıklığı arasındaki fark azalmaktadır (12, 19).

Yaş: depresyon her yaşta ortaya çıkabilen bir hastalık olmasına karşın 18-44 yaş arasındaki kişiler depresyon için daha çok risk altında bulunmaktadır. Daha önce yürütülen çalışmalara göre depresyon için ortalama yaş 30-35'tir (19).

Medeni durum: Depresyon ve medeni durum arasındaki ilişki daha önce yapılan birçok çalışmada incelenmiştir. Bekar, eşinden boşanmış ya da eşinden ayrı yaşayan kişilerde depresyon riskinin evli bireylere göre daha yüksek olduğu görülmüştür (23).

Genetik ve aile öyküsü: Daha önce yürütülen araştırmalar neticesinde birinci dereceden akrabasında depresyon öyküsü olan kişilerde, depresyon görölme riskinin diğer bireylere göre 2-4 kat artmış olduğu görölmüştür (24).

Sosyoekonomik durum: Ülkemizde yapılan çalışmalarda düşük sosyoekonomik düzeye sahip kişilerde depresyon görölme riskinin daha yüksek olduğu görölmüştür (23).

Erken dönem çocukluk yaşantıları: Yapılan çalışmalara göre anne babasından ayrılmak zorunda kalan ya da ebeveyn kaybı yaşayan çocuklarda depresyon görölme olasılığının arttığı, ebeveynleri tarafından sevgi ile büyütölen çocuklarda depresyon görölme olasılığının azaldığı görölmüştür (25).

Olumsuz yaşam olayları ve stres etkenleri: Kişinin yaşanılan olayı algılama şekli, başa çıkma mekanizmalarının yeterliliği, olayın etki süresi, kişide genetik, biyolojik, psikişik açıdan depresyona yatkınlık bulunması, kişinin toplumsal desteğinin olup olmaması gibi faktörlere bağlı olarak, olumsuz yaşam olaylarının ve streslerin bazı insanlarda depresyona sebep olduğu düşünölmektedir (12, 19).

Bedensel Hastalık: Kişide kronik bir hastalığın bulunması, kişinin vücut fonksiyonlarının bozulmasına ve iyilik halinin kaybına sebep olarak, depresyon gelişimine zemin hazırlayabilir (23).

Depresyonda Klinik Görünüm

Depresyon tanısı koymak için çökkün duygudurum ve ilgi azlığı ya da zevk alamama semptomlarından biri mutlaka bulunmalıdır. Çökkün duygudurum hemen her gün günün büyük bölümünde kişinin kendini mutsuz, kederli morali bozuk ve karamsar hissetmesidir. Bu belirtiler çoğu kişide sabahları daha yoğun bir şekilde hissedilir. Kişi daha önceden isteyerek yaptığı etkinliklere ilgisini kaybeder ve bunlardan eskisi gibi zevk alamaz. Depresyon hastaları gerginlik, sinirlilik, tahammölsüzlük gibi anksiyete semptomları gösterebilir. Bu semptomlara çarpıntı, terleme, ağız kuruluğu, baş ağrısı gibi somatik belirtiler eşlik edebilir. Dikkati odaklamakta zorluk, bellek bozuklukları, düşünce akışında yavaşlama gibi problemler gözlenebilir. Depresyon hastaları, suçluluk, özsaygıda azalma, geleceği, çevreyi ve yaşadığı olayları olumsuz olarak değerlendirme, umutsuzluk, karamsarlık gibi düşünce içeriklerine sahiptir. Hastalar

vücudunun çeşitli yerlerinde ağrı hissedebilirler. Yorgunluk, halsizlik, enerji azlığı gibi bedensel semptomlar görülebilir. Hastaların çoğunda kilo kaybı iştahsızlık görülürken bazı hastalarda kilo artışı görülebilir. Depresyon hastalarının büyük kısmı uykusuzluk problemi yaşarken bazı hastalarda aşırı uyuma problemi görülebilir. Cinsel istek kaybı hastalığın başından itibaren ortaya çıkan ve en son düzelen semptomlardandır. İntiharın en sık görüldüğü psikiyatrik hastalık depresyondur (20).



3. GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırma, İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi'nde dahili ve cerrahi branşlarda çalışan araştırma görevlisi hekimler üzerinde yürütülen gözlemsel tanımlayıcı türde bir çalışmadır.

3.1. Evren ve Örneklem

Araştırmamızın evrenini, İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi'nde dahili ve cerrahi branşlarda uzmanlık eğitimi alan araştırma görevlisi hekimler oluşturmaktadır. İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi'nde çalışan araştırma görevlisi hekimlerin tükenmişlik ve depresyon düzeyleri ve ilişkili faktörlerin incelenmesi çalışmamızın evrenini %95 güven aralığında ve %5 hata payı ile temsil edecek örneklem büyüklüğü minimum 191 kişi olarak belirlenmiştir. Örneklem basit rastgele seçim metoduyla oluşturulmuştur. Çalışmamızda evrenin tamamına anket uygulanması amaçlanmıştır. Fakat çalışmaya katılmak istemeyen, ulaşılamayan, anketi eksik dolduran araştırma görevlileri olması sebebiyle çalışmamıza 17.05.2021 ile 17.07.2021 tarihleri arasında İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Turgut Özal Tıp Merkezi'nde çalışmakta olan 202 araştırma görevlisi hekim dahil edilmiştir.

3.2. Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanmasında, araştırmacı tarafından ilgili literatür araştırması sonucu oluşturulan kişisel bilgilerin sorgulandığı sosyodemografik veri formu, Beck Depresyon Ölçeği ve Maslach Tükenmişlik Ölçeği'ni içeren formlar kullanılmıştır.

Anketimizin ilk sorusu çalışmaya katılım onayı olup ardından 18 soruluk kişisel bilgileri sorgulayan kişisel bilgi formu, 22 soruluk Maslach Tükenmişlik Ölçeği ve 21 soruluk Beck Depresyon Ölçeği bulunmaktadır.

Kişisel Bilgi Formu

Kişisel Bilgi Formu katılımcıların yaş, cinsiyet, medeni durum, aylık gelirinden memnun olup olmadığı, tanı konulmuş kronik hastalığının olup olmadığı, çalışmakta olduğu bölüm, mesleği isteyerek seçip seçmediği, çalıştığı bölümü isteyerek seçip seçmediği, meslekteki kaçınıcı yılı olduğu, aylık ortalama tutulan nöbet sayısı, aylık tutulan nöbet sayısının kabul edilebilir düzeyde olup olmadığı, günlük ortalama kaç

hasta bakıldığı, günlük bakılan hasta sayısının kabul edilir düzeyde olup olmadığı, hasta /hasta yakını tarafından tehdit ya da fizik şiddete uğrayıp uğramadığı, hasta /hasta yakını tarafından tehdit ya da fiziksel şiddete uğradıysa bununla ilgili bildirimde bulunup bulunmadığı, uzmanlık eğitimini aldığı branşla ilgili bugünkü bildiklerini bilseydi anabilim dalıyla ilgili tercihinin ne olacağı, meslekle ilgili gelecek kaygısının olup olmadığı, son bir yıl içinde tatil yapıp yapmadığı bilgilerinin sorgulandığı bölümdür.

Maslach Tükenmişlik Ölçeği

Maslach ve Jackson 1981 senesinde Maslach tükenmişlik ölçeğini geliştirmiştir ve Canan Ergin bu ölçeği 1992 senesinde dilimize uyarlamıştır. Tamamı 22 maddeden meydana gelen bu ölçek, tükenmişlik sendromunu 3 ayrı boyut açısından değerlendirmektedir. 9 maddeden meydana gelen duygusal tükenme (emotional exhaustion), 5 maddeden meydana gelen duyarsızlaşma (depersonalization) ve 8 maddeden meydana gelen kişisel başarı (personal accomplishment) olmak üzere 3 ayrı boyut bulunmaktadır.

Maslach ve Jackson tarafından geliştirilen ölçekte, her madde 0'dan 6'ya kadar puanlanan yedili bir likert skala ile değerlendirilmiştir. Canan Ergin tarafından dilimize uyarlanırken "hiçbir zaman, çok nadir, bazen, çoğu zaman ve her zaman" maddelerinden oluşan ve 0'dan 4'e kadar puanlanan beşli likert skala kullanılmıştır.

Alt boyutlarından duygusal tükenmeyi bu ölçekte bulunan 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 ve 20. maddeler, duyarsızlaşmayı 5, 10, 11, 15 ve 22. maddeler ve kişisel başarıyı 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 ve 21. maddeler ölçmektedir. Bu boyutlardan sırasıyla 0-36, 0-20 ve 0-32 arasında puan alınabilmektedir.

Bu ölçekte bulunan duygusal tükenme ve duyarsızlaşma ile alakalı maddeler olumsuz, kişisel başarı ile alakalı maddeler olumlu ifadeler içerdiğinden, duygusal tükenme ve duyarsızlaşma alt boyutundan alınan yüksek puanlar ile kişisel başarı alt boyutundan alınan düşük puanlar yüksek seviyede tükenmişliği temsil etmektedir (7, 12, 26).

Güvenirlilik katsayısı, Maslach tükenmişlik ölçeğinin orijinalinde duygusal tükenmişlik alt boyutu için 0,88; kişisel başarı alt boyutu için 0,83 ve duyarsızlaşma alt boyutu için 0,72 olarak bulunmuştur (11). Cronbach Alpha katsayıları, Ergin tarafından yapılmış

olan geçerlilik güvenilirlik çalışmasında duygusal tükenmişlik için 0,83; duyarsızlaşma için 0,65; kişisel başarı için 0,72 olarak saptanmıştır (26).

Bizim çalışmamızda Maslach Tükenmişlik ölçeği için yapılan Cronbach Alfa katsayısı 0,779 (DT=0,916; DY=0,750; KB=0,726) olarak bulunmuştur.

Beck Depresyon Ölçeği

Beck tarafından 1988 senesinde geliştirilen ölçek, toplam 21 maddeden oluşmaktadır ve her maddeye verilen yanıtlar 0'dan 3'e kadar puanlanan likert skala ile değerlendirilmektedir. Beck depresyon ölçeğinden alınabilecek puan 0-63 arasında değişmektedir ve alınan bu puanlar kişideki depresyonun şiddetinin temsil etmektedir. Ülkemizde Beck depresyon ölçeğinin geçerlilik güvenilirlik çalışması Hisli tarafından yapılmış olup kesme değeri 17 olarak kabul edilmiştir.

Cronbach alfa katsayısının Beck tarafından geliştirilen ölçekte 0,93 olduğu saptanmış, Türkçe formunun geçerlilik güvenilirlik çalışmasında bu katsayı 0,80 olarak saptanmıştır (27).

Bizim çalışmamızda Beck Depresyon Ölçeği için Cronbach alfa katsayısı ise 0,939 olarak bulunmuştur.

3.3. İzinler ve Araştırmanın Uygulanması

Çalışma için İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 18.05.2021 tarihli 2021/1986 sayılı yazılı izin alınmıştır. (Ek-1)

Anketimiz, Google Anket uygulamasıyla düzenlenmiş olup katılımcılara Covid-19 pandemisi sebebiyle WhatsApp Messsenger uygulaması aracılığıyla telefon üzerinden uygulanmıştır.

3.4. Bağımlı ve Bağımsız Değişkenler

Araştırmamızın bağımlı değişkenleri; Maslach tükenmişlik ölçeği ve Beck depresyon ölçeğidir.

Araştırmamızın bağımsız değişkenleri;

Yaş

Cinsiyet

Medeni durum

Aylık gelirden memnuniyet

Tanı konulmuş kronik hastalık varlığı

Çalışmakta olunan bölüm

Mesleği isteyerek seçme durumu

Çalışılan bölümü isteyerek seçme durumu

Meslekteki kaçınıcı yılda olunduğu

Aylık ortalama tutulan nöbet sayısı

Aylık tutulan nöbet sayısının kabul edilebilir düzeyde olup olmadığı

Günde ortalama bakılan hasta sayısı

Günde bakılan hasta sayısının kabul edilir düzeyde olup olmadığı

Hasta/hasta yakını tarafından tehdit ya da fiziksel şiddete uğrama durumu

Hasta/hasta yakını tarafından tehdit ya da fiziksel şiddete uğradıysa bildirimde bulunma durumu

Uzmanlık eğitimini aldığı branşla ilgili bugünkü bildiklerini bilseydi anabilim dalıyla ilgili tercihinin ne olacağı

Meslekle ilgili gelecek kaygısının olup olmadığı

Son 1 yıl içinde tatil yapıp yapamadığı

3.5. Verilerin Analizi

Analizler SPSS (Statistical Package for Social Sciences; SPSS Inc., Chicago, IL) 22 paket programında değerlendirilmiştir. Çalışmada tanımlayıcı veriler kategorik verilerde n, % değerleri, sürekli verilerde ise ortalama±standart sapma (Ort±SS) ve medyan interquartile range (25-75 persantil değerleri) değerleri ile gösterilmiştir. Gruplar arası kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında ki-kare analizi (Pearson Chi-kare) uygulanmıştır. Sürekli değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov-Smirnov testi ile değerlendirilmiştir. İkili grupların karşılaştırılmasında normal dağılım gösteren değişkenlerde student t testi, normal dağılım göstermeyen değişkenlerde Mann Whitney U-testi kullanılmıştır. İki'den fazla

değişkenlerin karşılaştırılmasında normal dağılıma uyanlara One Way ANOVA analizi, normal dağılım göstermeyenlere ise Kruskal Wallis testi yapılmıştır. Sürekli değişkenlerin birbiriyle ilişkisinin incelenmesinde normal dağılım gösterenlerde Pearson, normal dağılım göstermeyenlerde ise Spearman korelasyon testinden yararlanılmıştır. Analizlerde istatistiksel anlamlılık düzeyi $p<0,05$ olarak kabul edilmiştir.



4. BULGULAR

Çalışmaya 90 (%44,6) kadın ve 112 (%55,4) erkek olmak üzere toplam 202 araştırma görevlisi dahil edilmiştir. Katılımcıların yaş ortalaması $30,7\pm 5,1$ (min=24-max=56) olarak bulunmuştur. Araştırma görevlilerinin 123'ü (%60,9) evli iken 79'u (%39,1) bekarıdır. Katılımcıların 59'u (%29,2) gelirlerinden memnun iken 28'inde (%13,9) kronik hastalık bulunmaktadır (Tablo 1).

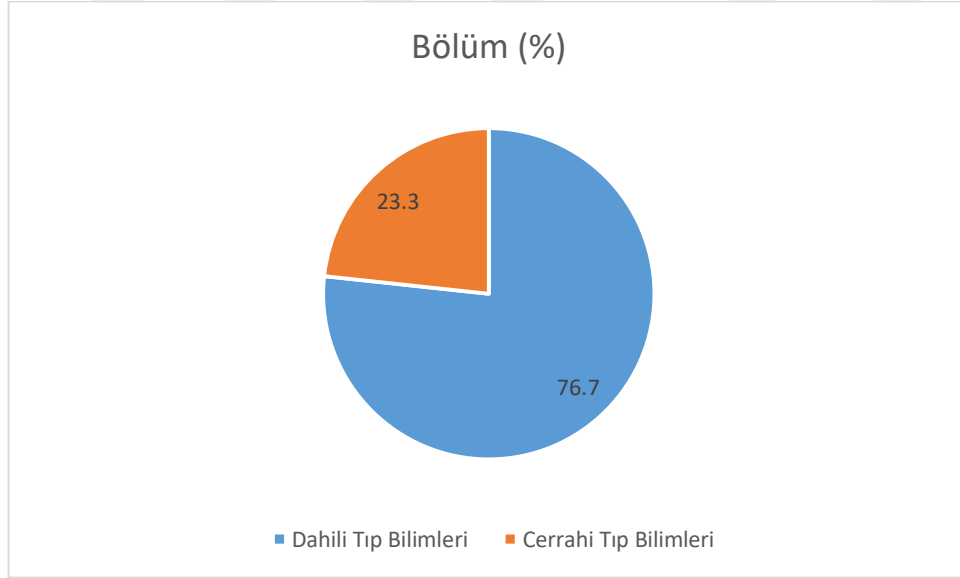
Tablo 1. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri

		Sayı	%
Yaş (Ort±SS)		30,7±5,1	
Cinsiyet	Kadın	90	44,6
	Erkek	112	55,4
Medeni durumu	Evli	123	60,9
	Bekar	79	39,1
Gelir memnuniyeti	Evet	59	29,2
	Hayır	143	70,8
Kronik hastalık	Evet	28	13,9
	Hayır	174	86,1

Araştırma görevlilerinin 155'i (%76,7) dahili tıp bilimleri ve 47'si (%23,3) ise cerrahi tıp bölümlerinde yer almaktadır (Şekil 1). Araştırma görevlilerinin 181'i (%89,6) mesleğini, 182'si (%90,1) ise bölümünü isteyerek tercih etmiştir. Yine araştırma görevlilerinin 150'si (%74,3) tekrarı olsa aynı bölümü tercih edeceğini bildirmiştir. Çalışmaya dahil edilen araştırma görevlilerinin 135'i (%66,8) meslekle alakalı gelecek kaygısı yaşamaktadır. Araştırma görevlilerinin toplam çalışma yılı ortalaması $5,5\pm 4,9$ (min=1-max=27) olarak ve günlük bakılan hasta sayısı ortalaması $39,0\pm 28,0$ (min=5-max=180) olarak bulunmuştur. Araştırma görevlilerinin 158'i (%78,2) nöbet tutmaktadır ve nöbet tutanların 34'ü (%21,5) ayda 1-4 nöbet, 67'si (%42,4) 5-7 nöbet ve 57'si (%36,1) 8-10 nöbet tutmaktadır (Tablo 2).

Tablo 2. Araştırma görevlilerinin meslekleri ile alakalı özellikleri

		Sayı	%
Bölümünüz	Dahili Tıp Bilimleri	155	76,7
	Cerrahi Tıp Bilimleri	47	23,3
Mesleği isteyerek seçme durumu	Evet	181	89,6
	Hayır	21	10,4
Bölümü isteyerek seçme durumu	Evet	182	90,1
	Hayır	20	9,9
Tekrar olsa aynı bölümü tercih eder miydiniz?	Seçerdim	150	74,3
	Seçmezdim	52	25,7
Meslekle ilgili gelecek kaygınız var mı?	Evet	135	66,8
	Hayır	67	33,2
Meslekteki çalışma süresi (Ort±SS)		5,5±4,9	
Günlük bakılan hasta sayısı (Ort±SS)		39,0±28,0	
Nöbet tutma durumu	Evet	158	78,2
	Hayır	44	21,8
Nöbet sayısı	1-4	34	21,5
	5-7	67	42,4
	8-10	57	36,1



Şekil 1. Katılımcıların bölümleri

Araştırma görevlilerinin 125'i (%61,9) nöbet sayılarının kabul edilebilir olduğunu, 77'si (%38,1) ise nöbet sayılarının kabul edilebilir olmadığını beyan etmiştir. Yine araştırma görevlilerinin 107'si (%53,0) günlük baktıkları hasta

sayılarının kabul edilebilir olduğunu, 95'i (%47,0) günlük baktıkları hasta sayılarının kabul edilebilir olmadığını ifade etmiştir. Araştırma görevlilerinin 124'ü (%61,4) hasta/hasta yakını tarafından fiziksel şiddete maruz kalmış iken bunların 59'u (%47,6) fiziksel şiddeti üst kuruma bildirmiştir. Araştırma görevlilerinin 89'u (%44,1) son bir yıl içinde tatil yapabilmış iken 113'ü (%55,9) son bir yıl içinde tatil yapamamıştır (Tablo 3).

Tablo 3. Araştırma görevlilerinin mesleklerinin zorluğu hakkındaki görüşleri

		Sayı	%
Nöbet sayınız kabul edilebilir mi?	Evet	125	61,9
	Hayır	77	38,1
Günlük bakılan hasta sayısı kabul edilebilir mi?	Evet	107	53,0
	Hayır	95	47,0
Hasta/hasta yakını tarafından fiziksel şiddete maruz kalma durumu	Evet	124	61,4
	Hayır	78	38,6
Fiziksel şiddeti bildirdiniz mi?	Evet	59	47,6
	Hayır	65	52,4
Son 1 yıl içinde tatil yapabildiniz mi?	Evet	89	44,1
	Hayır	113	55,9

Araştırma görevlilerinin ölçek puanları değerlendirildiğinde; Beck Depresyon ölçeği toplam puanından $12,5 \pm 10,5$ (0-63), tükenmişlik ölçeğinin “Duygusal Tükenme” alt boyutundan $19,4 \pm 7,8$ (1-36), “Duyarsızlaşma” alt boyutundan $8,1 \pm 3,9$ (0-19) ve “Kişisel Başarı” alt boyutundan $19,5 \pm 4,2$ (4-30) puan alınmıştır (Tablo 4).

Tablo 4. Araştırma görevlilerinin Ölçek Puanları

	Ort±SS	Min-Maks
Depresyon	$12,5 \pm 10,5$	0-63
Duygusal tükenme	$19,4 \pm 7,8$	1-36
Duyarsızlaşma	$8,1 \pm 3,9$	0-19
Kişisel başarı	$19,5 \pm 4,2$	4-30

BDÖ=Beck Depresyon Ölçeği, DT=Duygusal Tükenme, DY= Duyarsızlaşma, KB= Kişisel Başarı

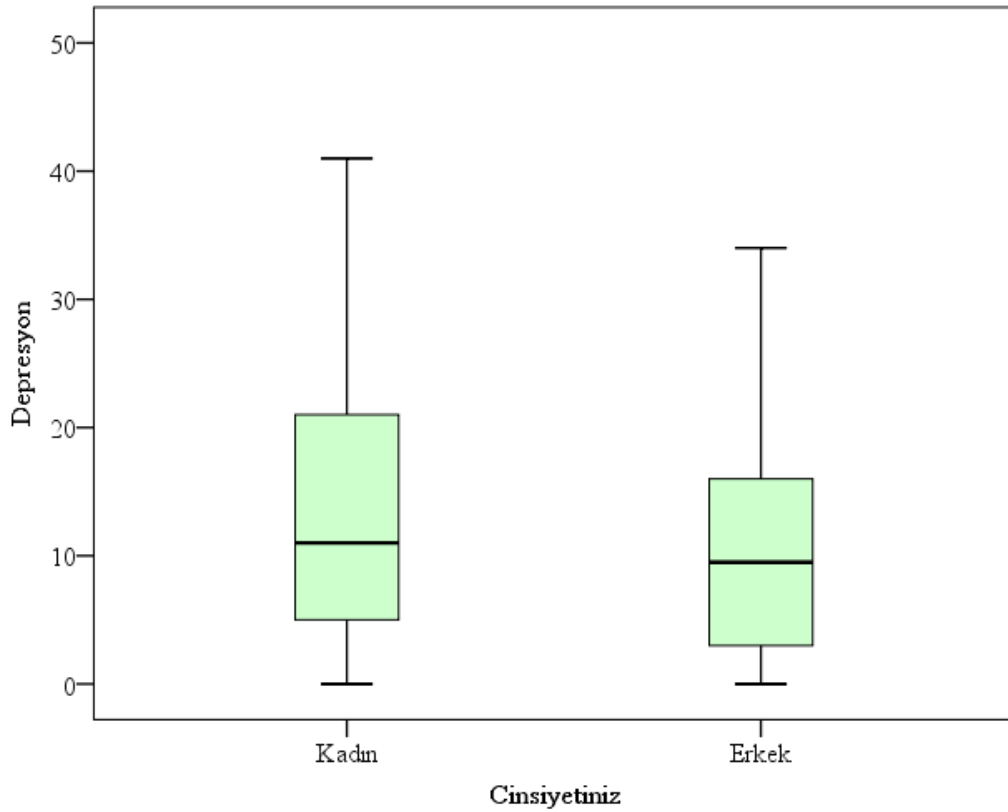
Kadınların depresyon puanı erkeklerin depresyon puanından anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur ($p=0,04$)(Şekil 2). Medeni durum ($p=0,216$), gelir memnuniyeti

($p=0,072$) ve kronik hastalık ($p=0,077$) arasında depresyon puanı açısından anlamlı farklılık görülmemiştir (Tablo 5).

Tablo 5. Araştırma görevlilerinin depresyon puanlarının sosyodemografik özelliklere göre karşılaştırılması

		Depresyon	
		Ort±SS	p*
Cinsiyetiniz	Kadın	13,8±10,0	0,04
	Erkek	11,4±10,8	
Medeni durumu	Evli	11,6±9,6	0,216
	Bekar	13,9±11,7	
Gelir memnuniyeti	Evet	11,1±11,4	0,072
	Hayır	13,1±10,1	
Kronik hastalık	Evet	15,6±11,0	0,077
	Hayır	12,0±10,4	

*Mann Whitney U testi kullanılmıştır.



Şekil 2. Cinsiyete göre depresyon puanlarının karşılaştırılması

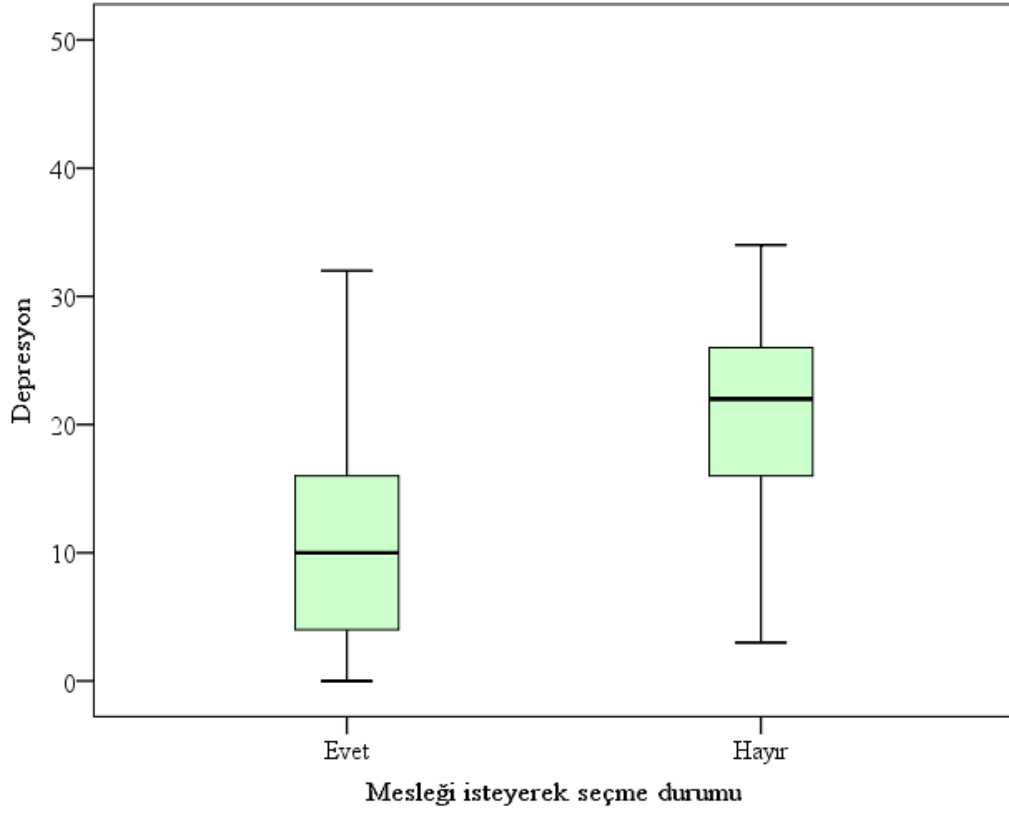


Mesleği isteyerek seçenlerin ($p<0,001$), bölümü isteyerek seçenlerin ($p=0,007$), tekrar olsa aynı bölümü tercih edeceklerin ($p<0,001$) ve meslek ile ilgili gelecek kaygısı olmayanların ($p<0,001$) depresyon puanları anlamlı şekilde düşük bulunmuştur (Şekil 3-6). Nöbet sayısı arasında depresyon puanı açısından anlamlı farklılık görülmüştür ($p=0,005$)(Şekil 7). Bu farklılığın 1-4 nöbet ile diğer iki grup arasındaki farktan kaynaklandığı ve 1-4 nöbet tutanların depresyon puanının daha düşük olduğu görülmüştür. Bölüm ($p=0,333$) ve nöbet tutma durumu ($p=0,210$) arasında depresyon puanı açısından anlamlı farklılık görülmemiştir (Tablo 6).

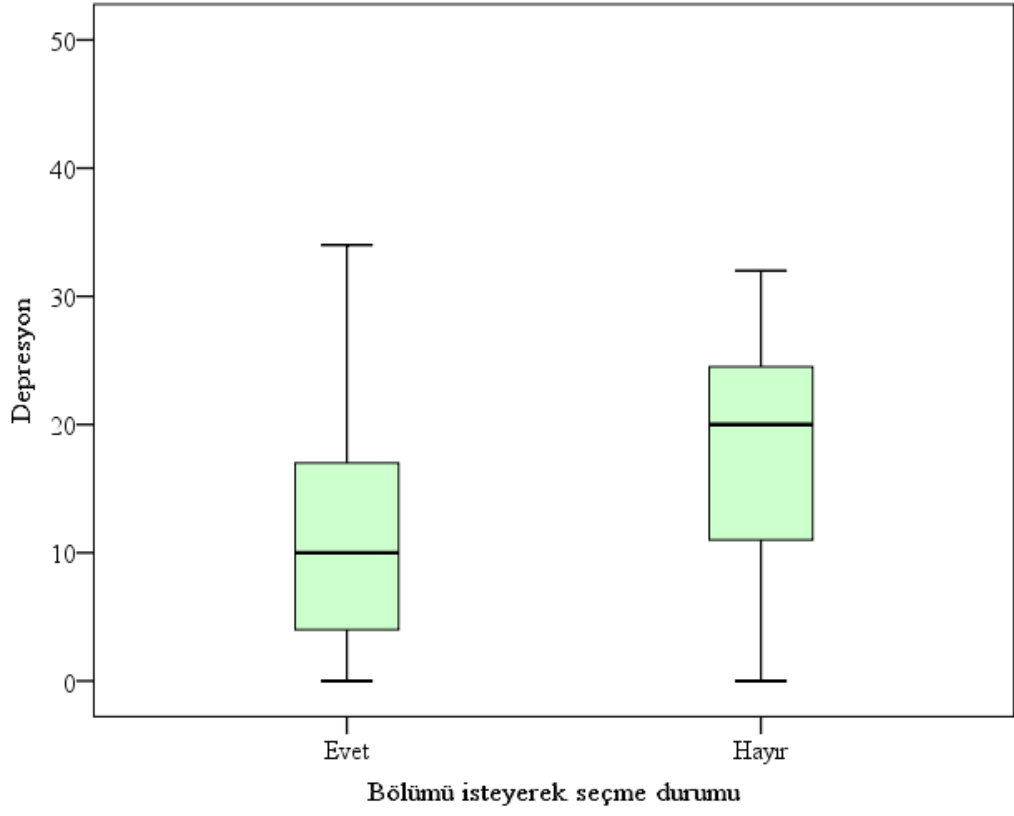
Tablo 6. Araştırma görevlilerinin depresyon puanlarının meslekleri ile alakalı özelliklere göre karşılaştırılması

		Depresyon	
		Ort±SS	p*
Bölümünüz	Dahili Tıp Bilimleri	11,9±9,7	0,333
	Cerrahi Tıp Bilimleri	14,3±12,8	
Mesleği isteyerek seçme durumu	Evet	11,4±9,9	<0,001
	Hayır	22,0±10,7	
Bölümü isteyerek seçme durumu	Evet	11,8±10,1	0,007
	Hayır	18,6±12,4	
Tekrar olsa aynı bölümü tercih eder miydiniz?	Seçerdim	10,8±9,5	<0,001
	Seçmezdim	17,4±11,7	
Meslekle ilgili gelecek kaygınız var mı?	Evet	14,3±10,1	<0,001
	Hayır	8,7±10,4	
Nöbet tutma durumu	Evet	13,1±11,1	0,210
	Hayır	10,2±7,6	
Nöbet sayısı	1-4	8,2±8,0 ^a	0,005
	5-7	13,7±11,6 ^b	
	8-10	15,4±11,4 ^b	

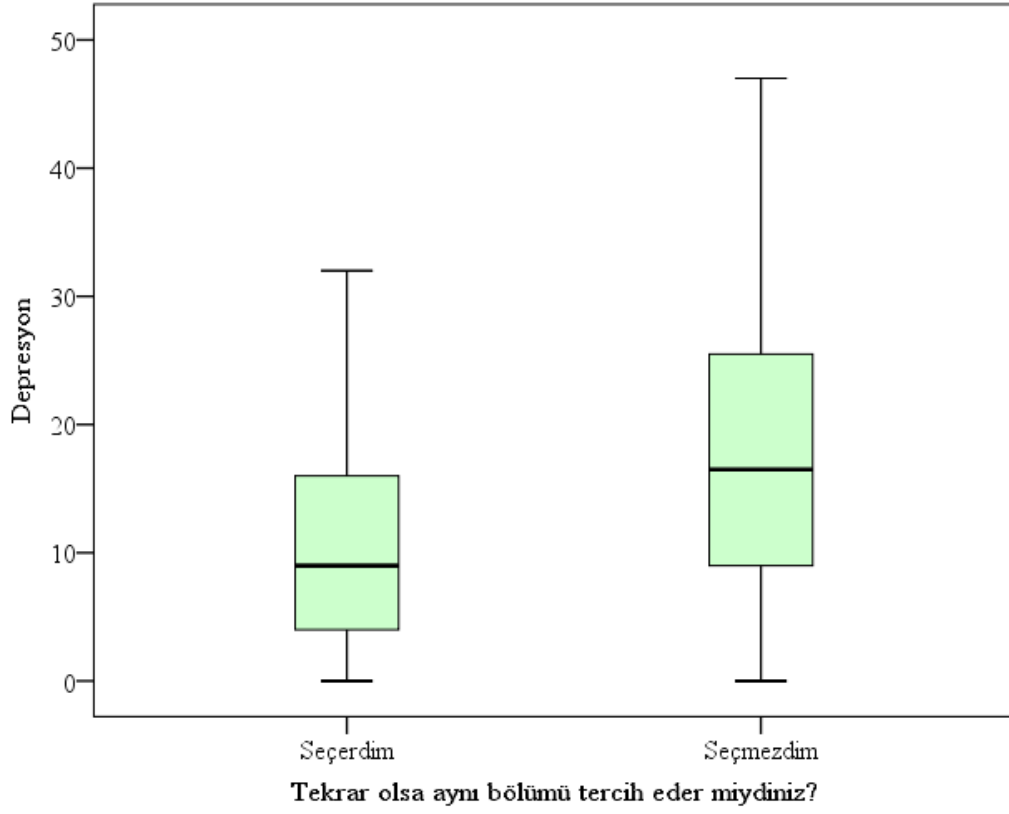
* İkili gruplarda Mann Whitney U testi, ikiden fazla gruplarda Kruskal Wallis testi kullanılmıştır.



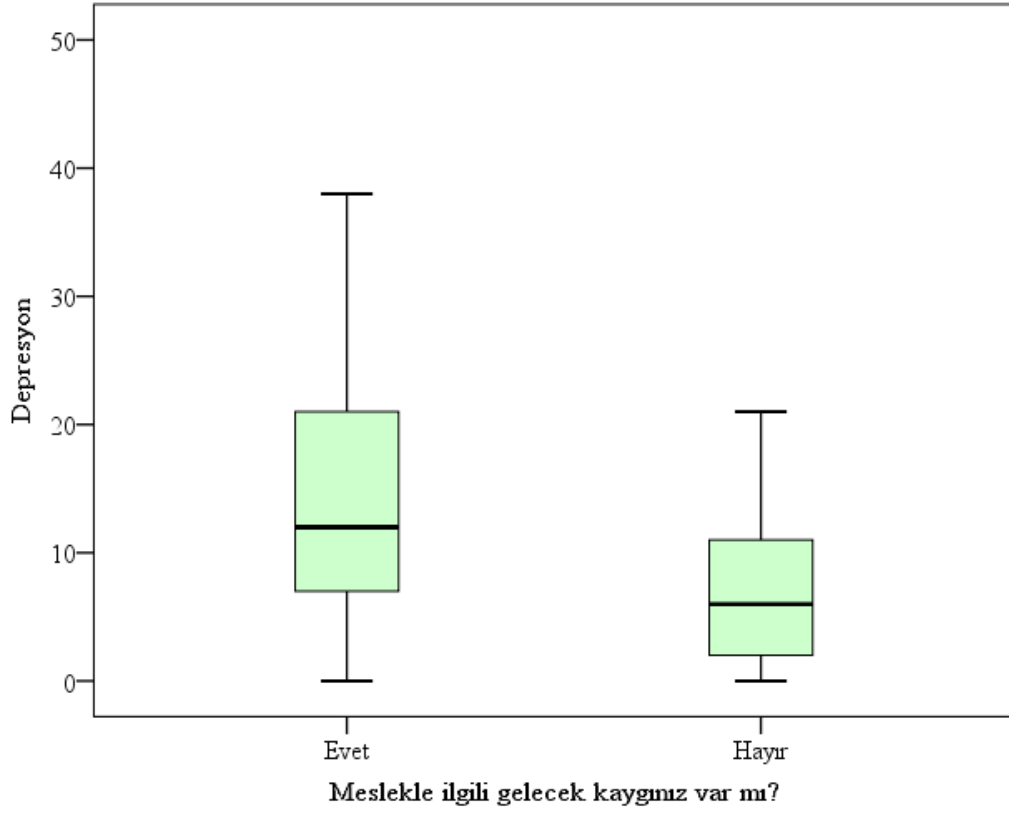
Şekil 3. Mesleği isteyerek seçme durumuna göre depresyon puanının karşılaştırılması



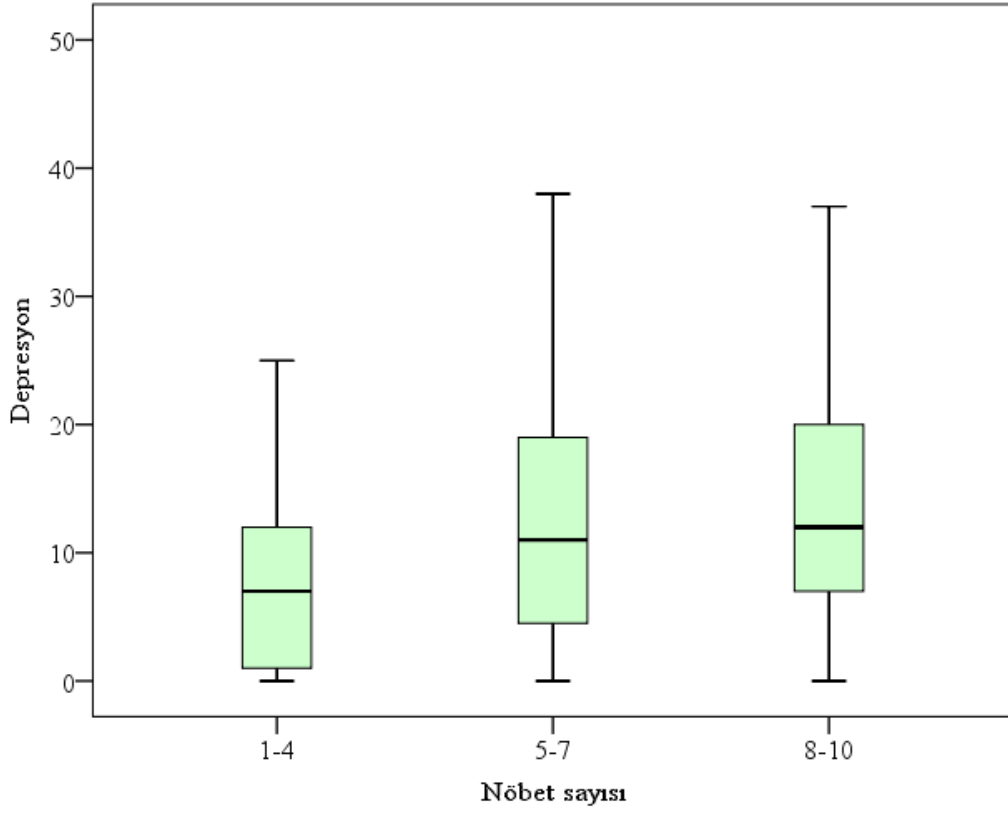
Şekil 4. Bölümü isteyerek seçme durumuna göre depresyon puanının karşılaştırılması



Şekil 5. Tekrar bölümü seçme durumuna göre depresyon puanının karşılaştırılması



Şekil 6. Meslekle ilgili gelecek kaygısı durumuna göre depresyon puanının karşılaştırılması



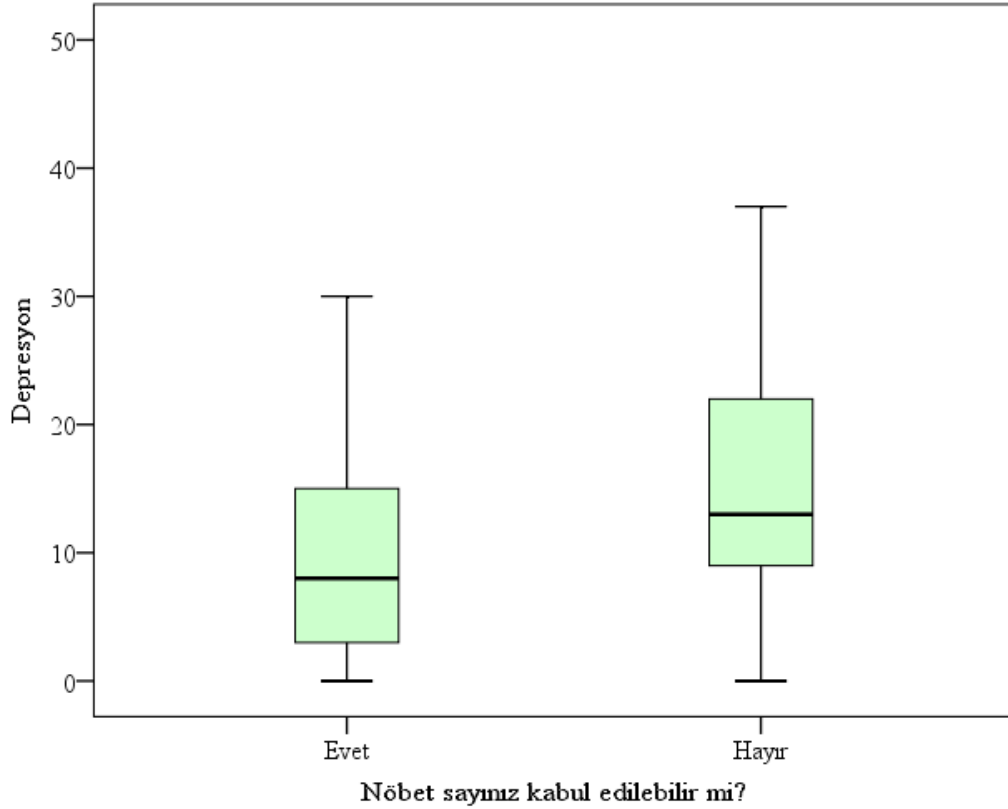
Şekil 7. Nöbet sayısına göre depresyon puanının karşılaştırılması

Nöbet sayısını kabul edilebilir olarak görenlerin depresyon puanı anlamlı şekilde düşük bulunmuştur ($p < 0,001$) (Şekil 8). Hasta/hasta yakını tarafından fiziksel şiddete maruz kalanların depresyon puanı anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur ($p < 0,001$) (Şekil 9). Günlük bakılan hasta sayısının kabul edilebilirliği ($p = 0,112$), fiziksel şiddeti bildirme durumu ($p = 0,972$) ve son bir yıl içinde tatil yapma durumu ($p = 0,818$) arasında depresyon puanı açısından anlamlı farklılık görülmemiştir (Tablo 7).

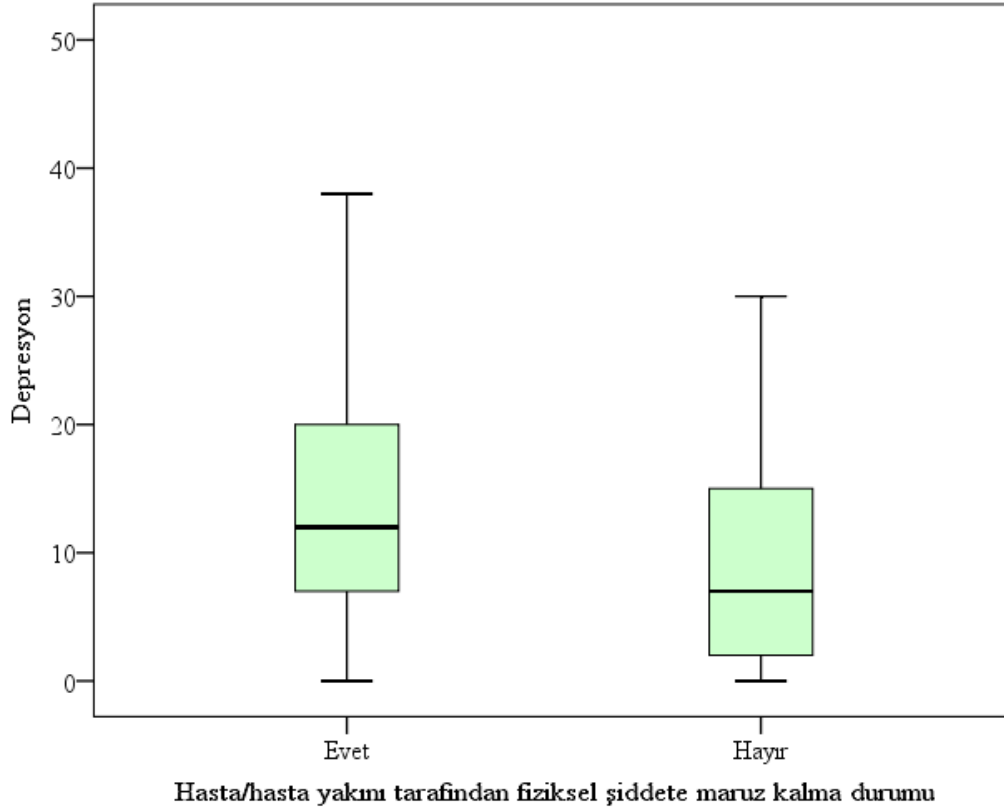
Tablo 7. Araştırma görevlilerinin depresyon puanlarının mesleklerinin zorluğu hakkındaki görüşlerine göre karşılaştırılması

		Depresyon	
		Ort±SS	p*
Nöbet sayınız kabul edilebilir mi?	Evet	10,0±8,7	<0,001
	Hayır	16,5±11,9	
Günlük bakılan hasta sayısı kabul edilebilir mi?	Evet	11,1±8,9	0,112
	Hayır	14,1±11,9	
Hasta/hasta yakını tarafından fiziksel şiddete maruz kalma durumu	Evet	14,2±10,4	<0,001
	Hayır	9,7±10,1	
Fiziksel şiddeti bildirdiniz mi?	Evet	13,6±8,7	0,972
	Hayır	14,8±11,8	
Son 1 yıl içinde tatil yapabildiniz mi?	Evet	13,2±11,7	0,818
	Hayır	12,0±9,5	

*Mann Whitney U testi kullanılmıştır.



Şekil 8. Nöbet sayısının kabul edilebilirliğine göre depresyon puanının karşılaştırılması



Şekil 9. Fiziksel şiddete maruz kalmaya göre depresyon puanının karşılaştırılması

Gelirinden memnun olanların duygusal tükenme puanı gelirinden memnun olmayanların puanından anlamlı şekilde düşük bulunmuştur ($p=0,002$). Cinsiyet, medeni durum ve kronik hastalık varlığı arasında tükenmişlik puanları açısından anlamlı farklılık görülmemiştir ($p>0,05$)(Tablo 8).

Tablo 8. Araştırma görevlilerinin tükenmişlik puanlarının sosyodemografik özelliklere göre karşılaştırılması

		Duygusal tükenme		Duyarsızlaşma		Kişisel başarı	
		Ort±SS	p*	Ort±SS	p*	Ort±SS	p*
Cinsiyetiniz	Kadın	19,7±7,8	0,469	8,2±4,1	0,966	19,5±4,0	0,967
	Erkek	19,1±7,8		8,1±3,8		19,5±4,4	
Medeni durumu	Evli	19,3±7,7	0,931	7,9±4,0	0,290	19,7±3,8	0,837
	Bekar	19,5±7,9		8,5±3,8		19,2±4,8	
Gelir memnuniyeti	Evet	16,8±7,5	0,002	7,9±3,7	0,487	19,6±3,7	0,768
	Hayır	20,4±7,7		8,2±4,0		19,4±4,4	
Kronik hastalık	Evet	20,4±9,3	0,373	8,2±4,5	0,859	18,3±4,7	0,154
	Hayır	19,2±7,5		8,1±3,8		19,7±4,1	

*Mann Whitney U testi, **Student t testi kullanılmıştır.

Cerrahi tıp bilimlerinde duyarısızlaşma puanının dahili tıp bilimlerinde olanların duyarısızlaşma puanından anlamlı şekilde yüksek olduğu görülmüştür ($p=0,048$). Mesleği isteyerek seçenlerin duygusal tükenme ($p<0,001$) ve duyarısızlaşma ($p<0,001$) puanları mesleği isteyerek seçmeyenlerin puanından anlamlı şekilde düşük bulunmuştken; kişisel başarı puanı ($p=0,012$) ise mesleği istemeyerek seçenlerde daha düşük bulunmuştur. Bölümü isteyerek seçenlerin duygusal tükenme puanı bölümü isteyerek seçmeyenlerin puanından anlamlı şekilde düşük bulunmuştur ($p=0,004$). Tekrar olsa aynı bölümü tercih edeceklerin duygusal tükenme ($p<0,001$) ve duyarısızlaşma ($p<0,001$) puanı tekrar olsa aynı bölümü seçmeyeceklerin puanından anlamlı şekilde düşük bulunmuştken; kişisel başarı puanı ($p=0,007$) ise tekrar olsa aynı bölümü seçmeyeceklerde daha düşük bulunmuştur. Meslekler ilgili gelecek kaygısı yaşayanların duygusal tükenme ($p<0,001$), duyarısızlaşma puanı kaygı yaşamayanların puanından anlamlı şekilde yüksek bulunmuştken ($p=0,001$); kişisel başarı puanı ($p=0,011$) ise gelecek kaygısı yaşamayanlarda daha yüksek bulunmuştur. Nöbet tutanların duygusal tükenme ($p=0,042$) puanı nöbet tutmayanlardan anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Nöbet sayısı arasında duygusal tükenme ($p=0,009$) ve duyarısızlaşma ($p=0,011$) puanları açısından anlamlı farklılık görülmüştür. Bu farklılığın her iki puan türünde de sadece 1-4 nöbet tutanlar ile 8-10 nöbet tutanlar arasındaki faktan kaynaklandığı ve 1-4 nöbet tutanların puanlarının daha düşük olduğu görülmüştür (Tablo 9).

Tablo 9. Araştırma görevlilerinin tükenmişlik puanlarının meslekleri ile alakalı özelliklere göre karşılaştırılması

		Duygusal tükenme		Duyarsızlaşma		Kişisel başarı	
		Ort±SS	p*	Ort±SS	p*	Ort±SS	p*
Bölümünüz	Dahili Tıp	19,5±7,9	0,674	7,8±3,8	0,048	19,3±4,2	0,266
	Cerrahi Tıp	18,8±7,3		9,2±4,1		20,0±4,3	
Mesleği isteyerek seçme durumu	Evet	18,7±7,5	<0,001	7,8±3,8	<0,001	19,8±4,0	0,012
	Hayır	25,3±7,9		11,1±3,4		16,8±4,9	
Bölümü isteyerek seçme durumu	Evet	18,8±7,5	0,004	8,1±4,0	0,995	19,6±4,1	0,522
	Hayır	24,2±8,4		7,9±3,6		18,7±5,7	
Tekrar olsa aynı bölümü tercih eder miydiniz?	Seçerdim	17,3±6,8	<0,001	7,3±3,7	<0,001	20,0±3,9	0,007
	Seçmezdim	25,5±7,1		10,3±3,8		18,1±4,7	
Meslekle ilgili gelecek kaygınız var mı?	Evet	21,1±7,2	<0,001	8,7±3,9	0,001	18,9±4,3	0,011
	Hayır	16,0±7,8		6,9±3,8		20,7±3,9	
Nöbet tutma durumu	Evet	20,0±7,9	0,042	8,3±4,0	0,280	19,5±4,4	0,901
	Hayır	17,2±6,7		7,5±3,4		19,4±3,7	
Nöbet sayısı	1-4	16,4±8,2 ^a	0,009	6,6±4,6 ^a	0,011	20,8±4,2	0,129
	5-7	20,4±7,3 ^{a,b}		8,3±3,5 ^{a,b}		19,1±4,4	
	8-10	21,7±8,0 ^b		9,3±4,1 ^b		19,2±4,5	

*İkili gruplarda Mann Whitney U testi, ikiden fazla gruplarda Kruskal Wallis testi **İkili gruplarda student t testi, ikiden fazla gruplarda ise One Way ANOVA testi kullanılmıştır.

Nöbet sayısını kabul edilebilir bulanların duygusal tükenme ($p<0,001$) ve duyarsızlaşma ($p<0,001$) puanları anlamlı şekilde düşük bulunmuştur. Aynı şekilde günlük bakılan hasta sayısını kabul edilebilir bulanların duygusal tükenme ($p<0,001$) ve duyarsızlaşma ($p=0,003$) puanları anlamlı şekilde düşük bulunmuştur. Hasta/hasta yakını tarafından fiziksel şiddete maruz kalanların duygusal tükenme ($p<0,001$) ve duyarsızlaşma ($p=0,003$) puanları anlamlı şekilde yüksek bulunmuşken; kişisel başarı ($p=0,017$) ise anlamlı şekilde düşük bulunmuştur (Tablo 10).



Tablo 10. Araştırma görevlilerinin tükenmişlik puanlarının mesleklerinin zorluğu hakkındaki görüşlerine göre karşılaştırılması

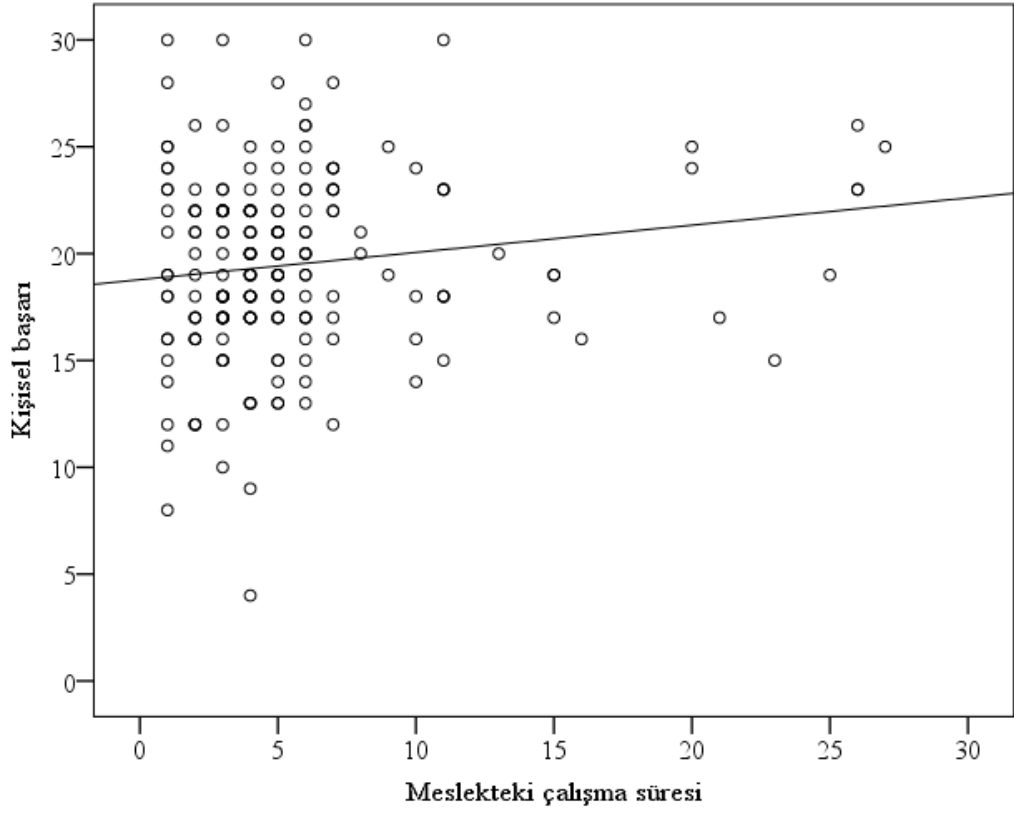
		Duygusal tükenme		Duyarsızlaşma		Kişisel başarı	
		Ort±SS	p*	Ort±SS	p*	Ort±SS	p*
Nöbet sayınız kabul edilebilir mi?	Evet	17,0±7,2	<0,001	7,2±3,5	<0,001	19,9±3,9	0,087
	Hayır	23,3±7,1		9,6±4,0		18,8±4,6	
Günlük bakılan hasta sayısı kabul edilebilir mi?	Evet	16,2±7,2	<0,001	7,3±3,8	0,003	19,6±4,2	0,926
	Hayır	22,9±6,8		9,0±3,9		19,4±4,3	
Hasta/hasta yakını tarafından fiziksel şiddete maruz kalma durumu	Evet	21,2±6,9	<0,001	8,7±3,8	0,003	19,0±4,1	0,017
	Hayır	16,4±8,2		7,1±3,9		20,3±4,3	
Fiziksel şiddeti bildirdiniz mi?	Evet	21,3±6,5	0,873	9,0±4,0	0,545	19,2±4,0	0,591
	Hayır	21,1±7,2		8,5±3,6		18,8±4,3	
Son 1 yıl içinde tatil yapabildiniz mi?	Evet	19,1±7,9	0,864	8,5±3,7	0,172	19,9±3,9	0,499
	Hayır	19,6±7,6		7,8±4,0		19,2±4,5	

*Mann Whitney U testi, **Student t testi kullanılmıştır.

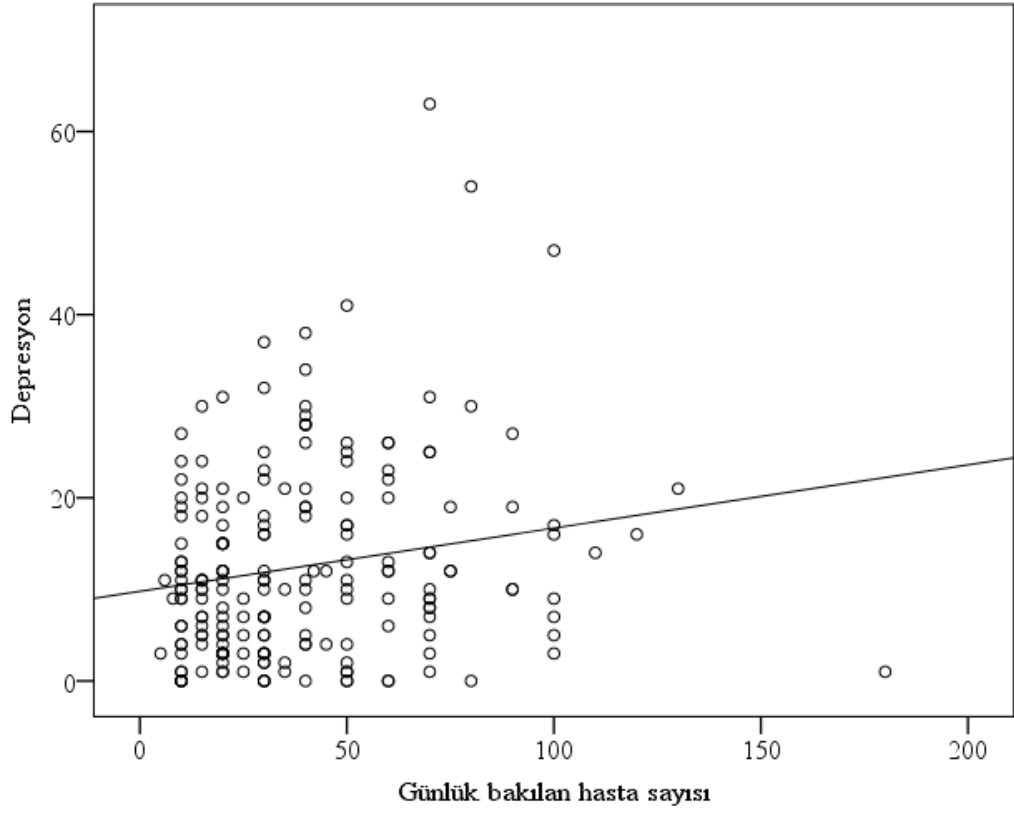
Yapılan korelasyon analizinde çalışma süresi ile kişisel başarı arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur (Şekil 19). Hasta sayısı ile depresyon, duygusal tükenme ve duyarsızlaşma puanı arasında pozitif yönde anlamlı bir korelasyon bulunmuştur. Depresyon ile duygusal tükenme ve duyarsızlaşma puanı arasında pozitif yönde; depresyon ile kişisel başarı puanı arasında ise negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur (Şekil 10-16). Duygusal tükenme ile duyarsızlaşma puanı arasında pozitif yönde; duygusal tükenme ile kişisel başarı puanı arasında ise negatif yönde anlamlı bir korelasyon bulunmuştur. Duyarsızlaşma kişisel başarı puanı arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur (Tablo 11).

Tablo 11. Ölçek puanlarının birbirleri ile ve çeşitli parametreler ile korelasyonu

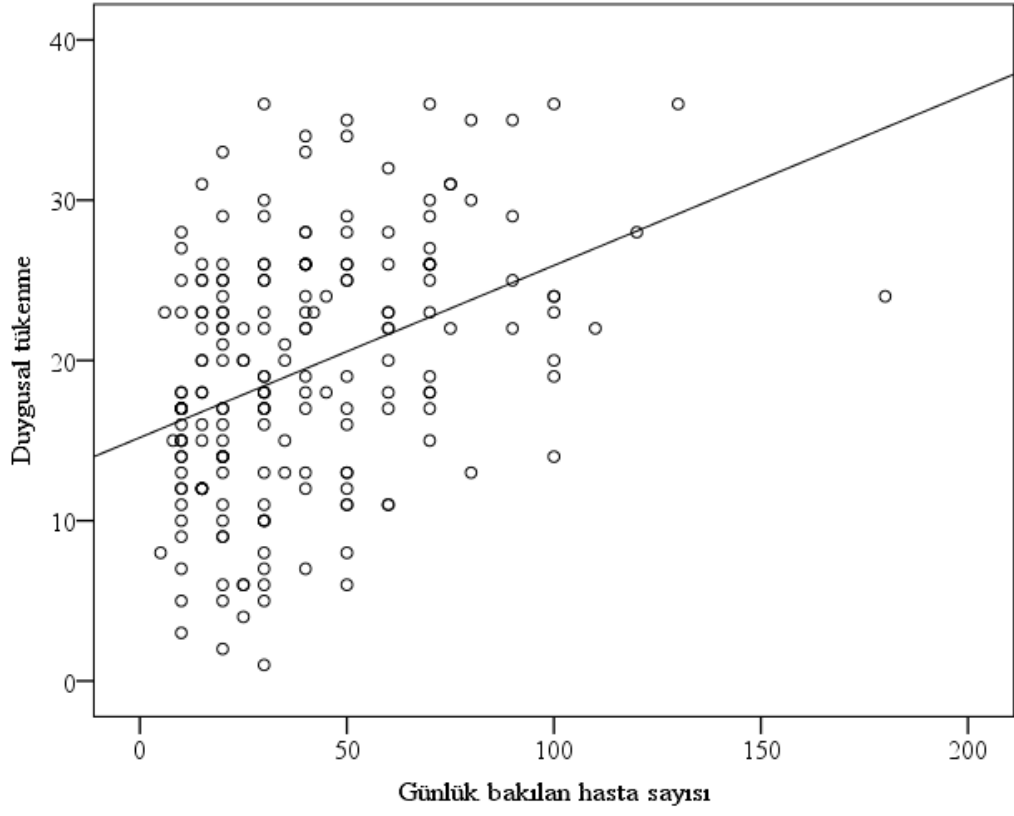
		Yaş	Çalışma süresi	Hasta sayısı	Depresyon	Duygusal tükenme	Duyarsızlaşma
Depresyon	r	-,061	-,057	,178			
	p	,388	,421	,011			
Duygusal tükenme	r	-,017	,002	,388	,667		
	p	,807	,975	,000	,000		
Duyarsızlaşma	r	-,121	-,091	,350	,599	,627	
	p	,087	,198	,000	,000	,000	
Kişisel başarı	r	,128	,148	-,044	-,402	-,368	-,339
	p	,069	,036	,538	,000	,000	,000



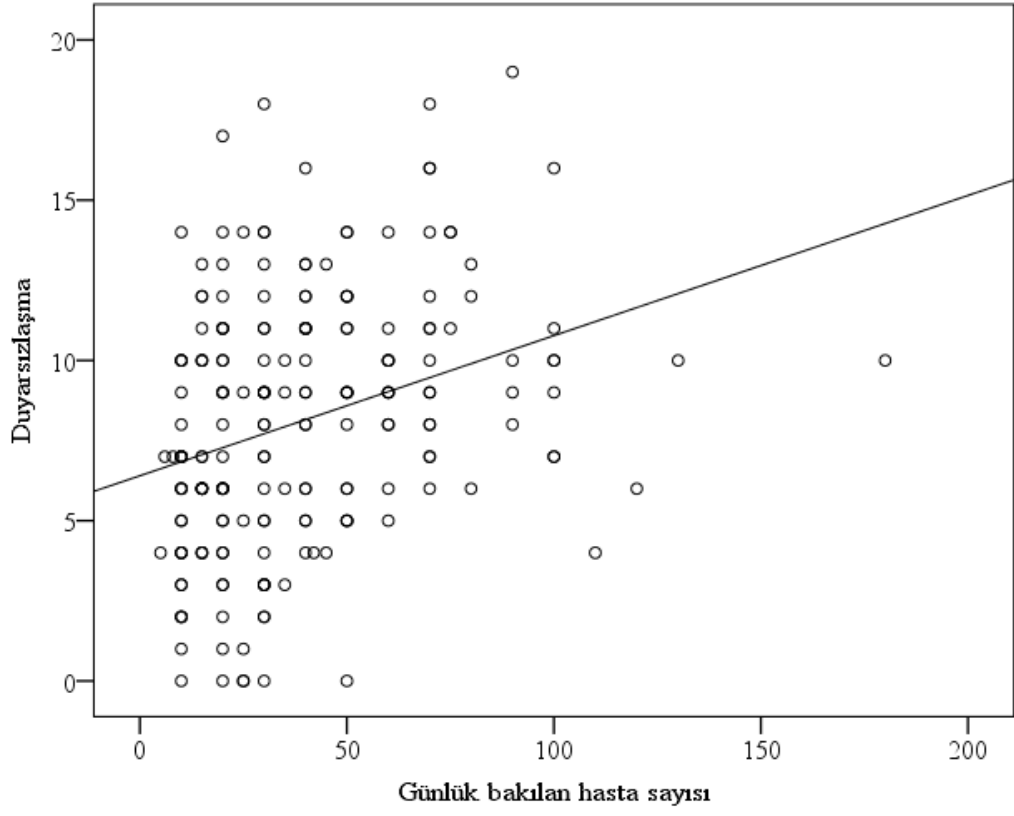
Şekil 10. Çalışma süresi ile kişisel başarı puanı ilişkisi



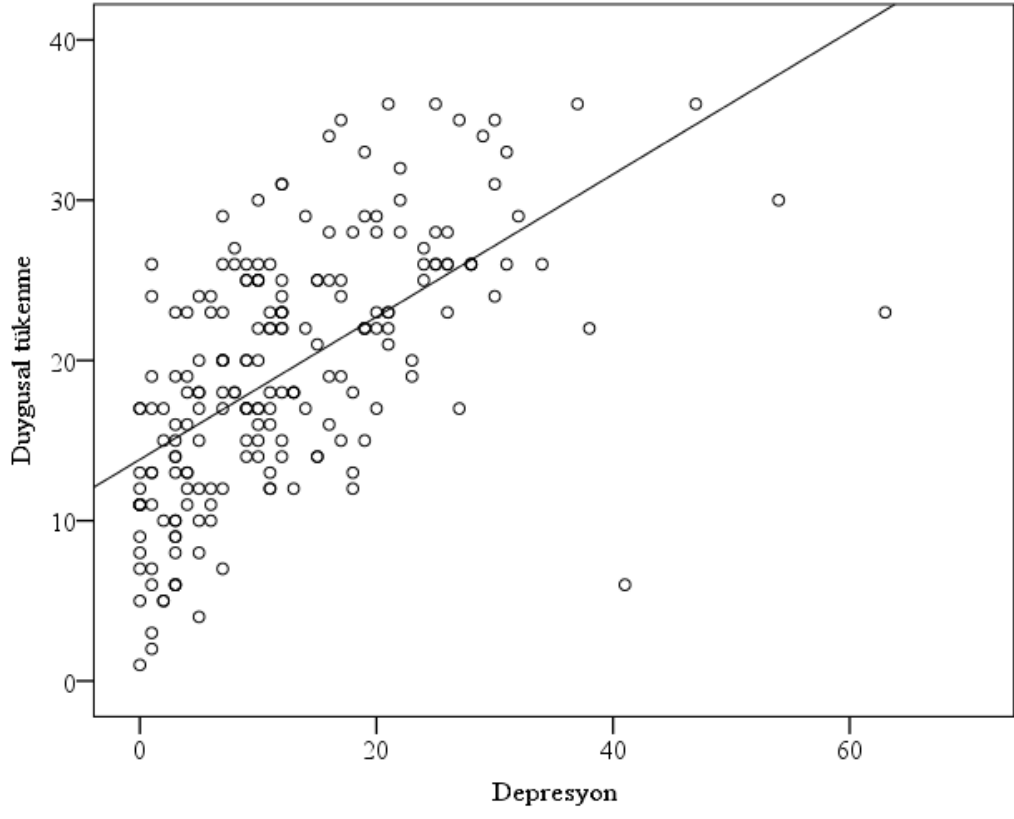
Şekil 11. Günlük bakılan hasta sayısı ile depresyon puanı ilişkisi



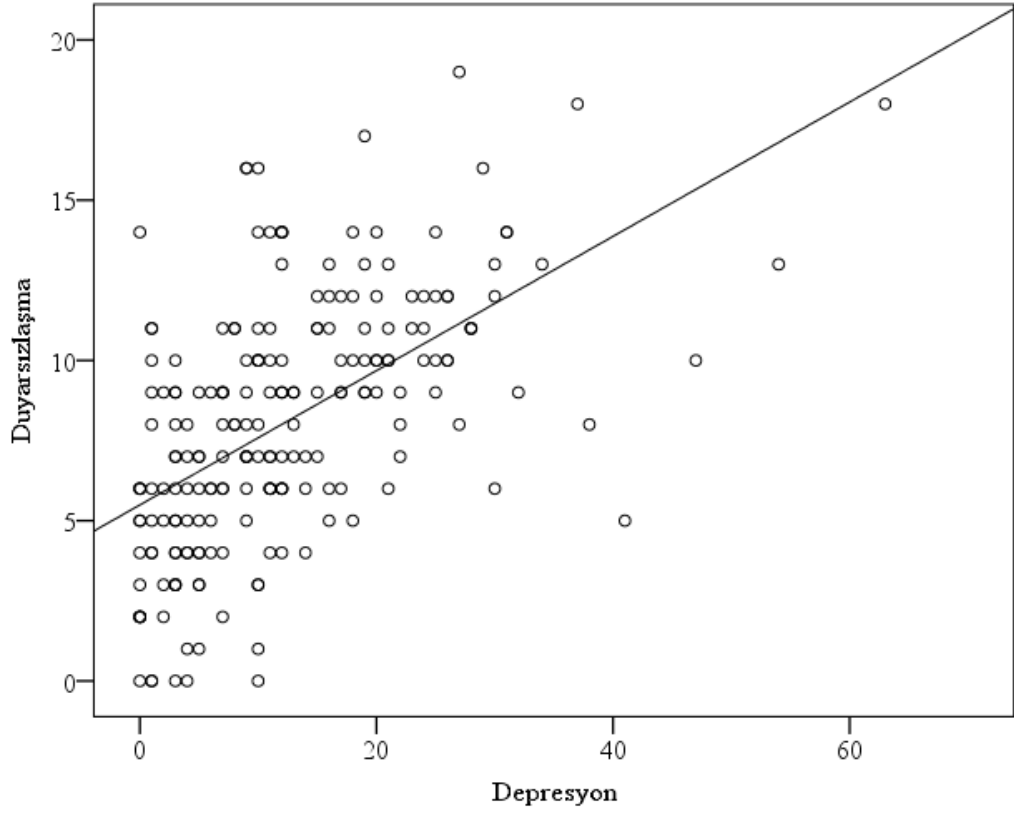
Şekil 12. Günlük bakılan hasta sayısı ile duygusal tükenme puanı ilişkisi



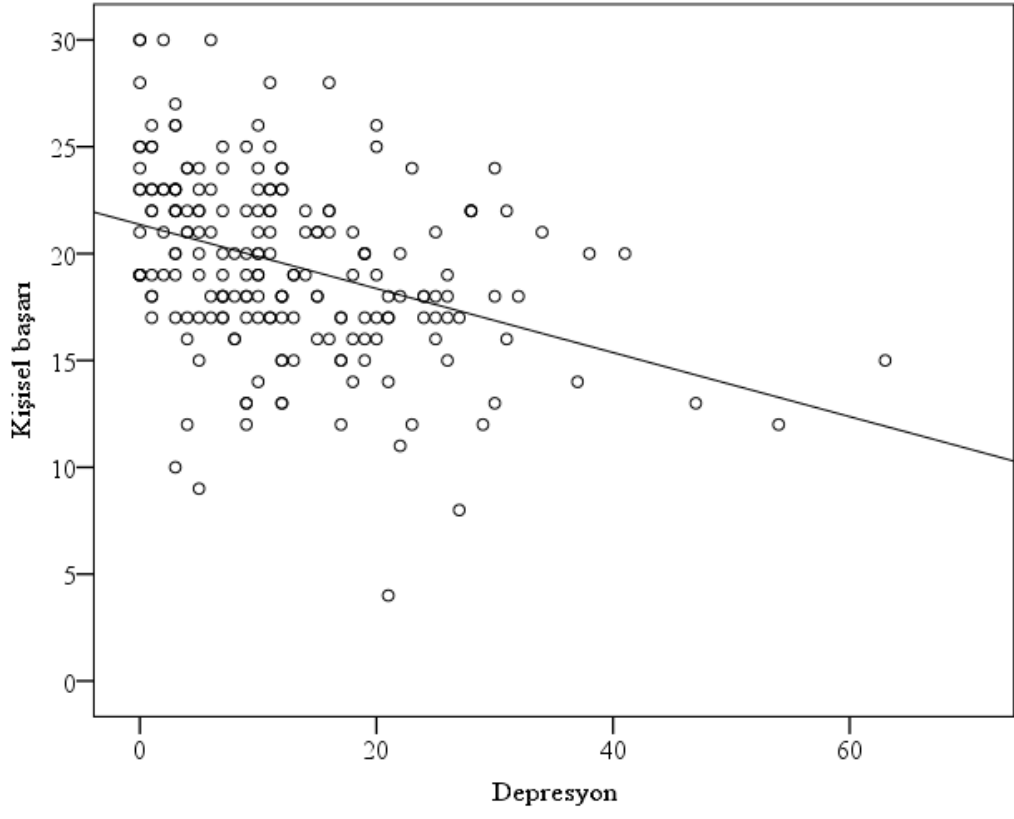
Şekil 13. Günlük bakılan hasta sayısı ile duyarsızlaşma puanı ilişkisi



Şekil 14. Depresyon puanı ile duygusal tükenme puanı ilişkisi



Şekil 15. Depresyon puanı ile duyarsızlaşma puanı ilişkisi



Şekil 16. Depresyon puanı ile kişisel başarı puanı ilişkisi

5. TARTIŞMA

Depresyon, genel popülasyonda üzüntü, ilgi veya zevk kaybı, suçluluk duygusu veya düşük öz değer, rahatsız uyku veya iştah, yorgunluk hissi ve zayıf konsantrasyon ile karakterize edilen en yaygın zihinsel sağlık durumudur (28). En şiddetli haliyle, depresyon intihara ve ölüm riskinin artmasına neden olabilir. Depresyon genellikle kronik bir seyir izler ve bireyin mesleki potansiyelini ve yaşam kalitesini önemli ölçüde bozar. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), 2020 yılına kadar depresyonun küresel hastalık yüklerinde ikinci sırada yer alacağını öngörmüştür (29).

Tükenmişlik, duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve azalmış kişisel başarı hissini içeren işle ilgili bir sendromdur (30). İlk olarak Freudenberg tarafından tanımlanmış ve daha sonra Maslach ve meslektaşları tarafından geliştirilmiş, kaynakların yetersiz olduğu duygusal olarak yoğun iş talepleriyle ilişkili kronik stresin tükenmişliğe neden olabileceği ifade edilmiştir (30, 31). Doktorlar arasında duygusal tükenme, bir iş gününün sonunda “bitmiş” hissetmeyi ve hastalara duygusal açıdan sunacak hiçbir şeyin kalmamasını içerir. Duyarsızlaşma, hastaları insan yerine nesne olarak görme ve hastalara karşı daha duygusuz olma duygularını içerir. Kişisel başarıda azalma hissi, hastalara sorunlarıyla ilgili yardım etmede yetersizlik duygularını ve hasta bakımı veya mesleki başarılar gibi işle ilgili faaliyetlerin sonuçlarının değersizliğini kapsar (32).

Depresyon ile tükenmişlik arasında bir ilişki bulunmaktadır. Yüksek derecede tükenmişliğe sahip bireylerin de majör depresyonun tanı kriterlerini karşılaması muhtemeldir denilebilir (33). Ayrıca, hem depresyonlu hem de tükenmiş bireylerde çaresizlik, umutsuzluk ve güçsüzlük duyguları bulunur (34). Bunlar aslında iki fenomen arasında hem nedenleri hem de sonuçları açısından önemli bir ilişkinin olduğunu göstermektedir.

Bu çalışmada İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi'nde çalışan araştırma görevlisi hekimlerin tükenmişlik ve depresyon düzeyleri ve ilişkili faktörler incelenmiştir.

Bu çalışmada hekimlerin yaş ortalaması $30,7\pm 5,1$ olarak bulunmuştur. Katılımcıların %44,6'sı kadın ve %55,4'ü ise erkektir. KTÜ Tıp Fakültesinde çalışan araştırma görevlisi hekimlere yönelik yapılan çalışmada hekimlerin %42,2'si kadın, %57,8'i erkek olup, yaş ortalamaları $29,2\pm 2,8$ yıl olarak bulunmuştur (35). Ondokuz Mayıs Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nde çalışan asistan hekimler arasında yapılan bir çalışmada hekimlerin %34,1'i kadın ve %65,9'u erkektir (36). Yılmaz ve ark. (37) tarafından İstanbul Tıp Fakültesindeki asistan hekimlere yönelik yapılan bir çalışmada hekimlerin ortalama yaşı $28,4\pm 2,6$ yıl olarak, %59'u kadın ve %41'i erkek olarak bulunmuştur. Güneş ve Conak (38) tarafından yapılan çalışmada asistan hekimlerin yaş ortalaması $25,5\pm 3,3$ olarak bulunmuş olup hekimlerin %42,9'u kadın ve %57,1'i ise erkektir. Araştırma sonucumuzun genel literatür ile uyumlu olduğu bulunmuştur.

Çalışmaya dahil edilen araştırma görevlisi hekimlerin Beck Depresyon Ölçeği toplam puan ortalaması $12,5\pm 10,5$ olarak bulunmuştur. Demir ve ark. (39) tarafından yapılan bir çalışmaya göre tıpta uzmanlık öğrencilerinin depresyon skor ortalaması $9,6\pm 8,8$ olarak bulunmuştur. Çeler ve ark. (40) tarafından yapılan çalışmada da araştırma görevlisi hekimlerin Beck Depresyon Ölçeği toplam puan ortalaması $9,3\pm 9,4$ olarak bulunmuştur. Çalışmamızın depresyon skor ortalamasının diğer çalışmalardan yüksek olduğu görülmektedir. Bu durum çalışmanın yapıldığı tarih ile alakalı olabilir çünkü COVID-19 pandemisi nedeniyle hekimlerin üstüne düşen iş yükü artmıştır ve bu durum hekimlerde depresyon bulgularının artmasına neden olmuş olabilir.

Bu çalışmada hekimlerin tükenmişlik düzeyleri Maslach Tükenmişlik Envanteri ile değerlendirilmiştir. Bu envanterin 3 alt boyutu bulunmaktadır ve katılımcıların duygusal tükenme puanları ortalaması $19,4\pm 7,8$ olarak, duyarsızlaşma puanları ortalaması $8,1\pm 3,9$ olarak ve kişisel başarı alt boyutu puan ortalaması ise $19,5\pm 4,2$ olarak bulunmuştur. Armutlukuyu (41) tarafından araştırma görevlisi doktorlar ve öğretim üyeleri arasında yapılan bir çalışmada araştırma görevlisi doktorların, ortalama ölçek puanları sırasıyla; duygusal tükenme $19,0\pm 7,3$, duyarsızlaşma $7,5\pm 4,0$ ve kişisel başarı $18,7\pm 4,2$ puan olarak bulunmuştur. Öztürk ve

ark. (42) tarafından yapılan çalışmada ise duygusal tükenme ortalama puanları $21,8\pm 5,3$; duyarsızlaşma ortalama puanları $9,6\pm 3,1$ ve kişisel başarıda azalma ortalama puanları $17,4\pm 3,9$ olarak bulunmuştur. Pantenburg ve ark. (43) tarafından yapılan çalışmada hekimlerin duygusal tükenme puan ortalaması $21,3\pm 9,7$ olarak, duyarsızlaşma puan ortalaması $9,9\pm 5,9$ olarak ve kişisel başarı puan ortalaması ise $36,3\pm 6,7$ olarak bulunmuştur. Çalışmamızın sonuçlarının literatür ile uyumlu olduğu görülmektedir. Göze çarpan ufak değişikliklerin de çalışmanın yapıldığı örneklem grubunun kontrol edilemeyen özellikleri ile alakalı olabileceği düşünülebilir.

Kadın olmanın depresyon belirtileri gösterme açısından risk faktörü olduğu bilinmektedir (44). Bizim çalışmamızda kadın hekimlerin depresyon puanı erkek hekimlerin depresyon puanından anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Demir ve ark. (39) tarafından yapılan çalışmada kadın hekimlerde erkeklere göre 5.16 kat daha fazla risk olduğu görülmüştür. Kurt ve ark. (45) tarafından yapılan çalışmada da kadın araştırma görevlisi hekimlerin depresyon puanı erkeklerin puanından anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Bu durum kadınların ve erkeklerin bireysel kişilik özellikleri ile alakalı olabileceği düşünülmektedir. Kadınların erkeklere kıyasla hastaların duygusal isteklerine daha duyarlı olması, daha fazla empati kurmaları, kadınları yüksek riskli bir grup olarak öne çıkarmaktadır (46).

Mesleği ya da bölümü isteyerek seçme, tekrar olsa yine aynı bölümü seçmek isteme durumları kişinin mesleğinden memnuniyeti ile yakından ilişkilidir. Bizim çalışmamızda mesleği ve bölümü isteyerek seçmiş olanların, tekrar olsa aynı bölümü seçecek olanların depresyon düzeyleri anlamlı şekilde düşük bulunmuştur. Başpınar ve ark. (47) tarafından yapılan çalışmada her ne kadar istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmasa bile mesleği isteyerek seçmiş olanların depresyon oranları daha düşük bulunmuştur. Katı'nın (48) yapmış olduğu çalışmada mesleğinden memnun olan hekimlerin depresyon şiddeti daha düşük bulunmuştur. Alpağut (49) tarafından yapılan bir çalışmada işten duyulan pişmanlık ile yani memnuniyetsizlik durumu ile depresyon düzeyi arasında anlamlı ilişki olduğu görülmüştür. Çalışmamızın sonuçlarının literatür ile uyumlu olduğu ve iş memnuniyeti ile depresyon arasında bir ilişkinin olduğu bulunmuştur. Hekimlerin depresyondan

korunabilmesi için iş memnuniyetinin yani iş ile alakalı çalışma şartlarının düzeltilmesi katkı sağlayacaktır denilebilir.

Depresyon ve anksiyete sıklıkla birlikte görülmektedir. Her ne kadar aralarında nedensel bir ilişki kurulabilmiş olmasa da birbirlerini etkileyebildikleri bilinmektedir (50). Bizim çalışmamızda hekimlere anksiyete için herhangi bir ölçek uygulanmamıştır, sadece anksiyetenin mesleki boyutu sorulmuştur ve meslekle ilgili gelecek kaygısı olanların depresyon düzeyi daha yüksek görülmüştür. Dağtekin ve ark. (51) tarafından yapılan bir çalışmada tıp fakültesi öğrencilerinde mesleki gelecek kaygısı olanların depresyon düzeyi gelecek kaygısı olmayanların puanından anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Karadağ ve Sölpük (52) tarafından yapılan bir metaanaliz çalışmasında 69 çalışma örneklemini oluşturulmuş ve depresyon ile kaygı arasında anlamlı bir ilişkinin olduğu görülmüştür.

Uzun çalışma saatleri, nöbet varlığı ya da var olan nöbetlerin sayısının fazla olması depresyon ile ilişkili olabilir (53). Bizim çalışmamızda nöbet varlığı arasında depresyon puanı açısından anlamlı farklılık görülmezken nöbet sayıları arasında depresyon düzeyi açısından anlamlı farklılık görülmüştür. Demir ve ark. (39) tarafından yapılan çalışmada nöbet sayıları ile depresyon puanı arasında bir ilişki görülmemiştir. Akyüz'ün (54) yapmış olduğu çalışmada nöbet tutan hemşirelerin depresyon düzeyi tutmayan hemşirelerin depresyon düzeyinden anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Çalışmamızda nöbet tutma durumu arasında depresyon puanı açısından anlamlı farklılığın olmama nedeni tutmayanların sayısının az olması ile alakalı olabilir. Buna karşın nöbet sayısı arttıkça depresyon puanının artması da beklenen bir durumdur. Bunun önüne geçilebilmesi için hekimlerin nöbet sayılarında ayarlamalar yapılması faydalı olabilir. Tüm bunların yanı sıra başka önemli bir konu da hekimlerin nöbet sayılarından bağımsız olarak kendi nöbet sayılarının kabul edilebilir düzeyde olup olmamasıdır. Hekimlerin nöbet sayısı fazla olsa bile bunu kabul edilebilir düzeyde görme ihtimali bulunmaktadır. Bundan dolayı çalışmamızda nöbet sayısının kabul edilebilirliği depresyon açısından ayrıca değerlendirilmiştir. Sonuç olarak nöbet sayısını makul olarak gören hekimlerin depresyon düzeyi daha düşük bulunmuştur. Bu durum hekimlerin nöbet sayısının çokluğu ya da azlığı ile değil

de bu sayının kendi bünyesinde yapmış olduğu değişim ile alakalı olması nedeni ile kıymetlidir denilebilir.

Çalışmamızda hasta/hasta yakını tarafından fiziksel şiddete maruz kalanların depresyon düzeyinin şiddete maruz kalmayanların düzeyinden anlamlı şekilde yüksek olduğu görülmüştür. Katı'nın (48) yapmış olduğu çalışmada her ne kadar istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmasa bile şiddete maruz kalmış olanların depresif olma oranı daha fazla bulunmuştur. Ama bu çalışmada bizden farklı olarak sözel ve fiziksel şiddet ayrı ayrı değerlendirilmiştir ve şiddet göremeyenler ile karşılaştırılırken birleştirme yapılmamıştır. Buna göre fiziksel şiddet görenlerin depresyon düzeyi hem sözel şiddet görenlerden hem de hiç şiddet görmeyenlerden fazla bulunmuştur. Mayda ve ark. (55) tarafından yapılan bir çalışmada tıp fakültesi araştırma görevlilerinin maruz kaldıkları şiddetin depresyon ve anksiyete ile ilişkisi incelenmiştir. Buna göre şiddet unsurlarından birine maruz kalanlarla kalmayanlar arasında Beck Depresyon Ölçeği puanlarında anlamlı fark görülmüştür. Mayda ve ark. (56) tarafından yapılan bir başka çalışmada da aynı şekilde şiddete maruz kalan tıp fakültesi öğrencilerinin depresyon puanının maruz kalmayanlardan anlamlı şekilde fazla olduğu görülmüştür. Başpınar ve ark. (47) tarafından yapılan bir çalışmada hasta ve yakınları tarafından şiddete maruz kalanların kalmayanlara göre Beck Depresyon Ölçeği puan ortalamaları istatistiksel açıdan anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Elde edilen bu sonuçlar çalışma ortamında şiddetin var olması hekimlerin ruhsal ve psikolojik bakımdan olumsuz etkilendiğini göstermektedir. Hekime ve sağlık çalışanlarına yönelik şiddet olgusunun ortadan kaldırılması, sağlık çalışanlarının bu konuda hukuki açıdan desteklenmesi ve şiddetin bir çözüm olmadığına halka aşılması faydalı olacaktır denilebilir.

Cinsiyet ile tükenmişlik arasındaki ilişki konusunda henüz bir netlik bulunmamaktadır. Çalışmamızda cinsiyetler arasında tükenmişlik açısından anlamlı farklılık görülmemiştir. Çan ve ark. (35) tarafından yapılan bir çalışmada da benzer şekilde cinsiyetler arasında duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarı açısından anlamlı farklılık görülmemiştir. Yaman ve Urgan (57) tarafından aile hekimliği asistanlarının tükenmişlik algılamaları üzerine yapılan çalışmada 3

tükenmişlik boyutu açısından cinsiyete göre anlamlı farklılık bulunamamıştır. Hurşitoğlu'nun (16) yapmış olduğu çalışmada cinsiyetler arasında her üç tükenmişlik alt boyutu açısından anlamlı farklılık görülmemiştir. Dikmetaş ve ark. (36) tarafından yapılan çalışmada erkeklerin duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarı tükenmişliği kadınların tükenmişliklerinden anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Sönmez ve ark. (58) tarafından yapılan çalışmada erkeklerin duyarsızlaşma düzeyi kadınlardan anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur ancak duygusal tükenme ve kişisel başarı açısından anlamlı farklılık görülmemiştir. Purvanova ve Muros (59) tarafından yapılan metaanaliz çalışmasında; erkeklerin duyarsızlaşma düzeyleri, kadınların ise duygusal tükenme düzeyleri daha yüksek belirlenmiş olup bu durum kadınların tükenmişlik konusunda ortaya çıkardıkları temel belirtinin duygusal tükenme olması, erkeklerin ise temel belirti olarak duyarsızlaşma olması ile alakalı olduğunu iddia etmişlerdir. Görüldüğü gibi literatürde bu konuda henüz tam bir konsensus sağlanamamıştır. Cinsiyet ile tükenmişlik arasındaki ilişkinin ya da cinsiyetlerin tükenmişliği ne şekilde yaşadıklarının belirlenebilmesi için ileri düzey ve çok örneklemlili çalışmalara ihtiyaç vardır denilebilir.

Çalışmamızda gelirden memnun olanların duygusal tükenme puanları memnun olmayanlardan anlamlı şekilde düşük bulunmuştur. Duyarsızlaşma ve kişisel başarı açısından anlamlı farklılık görülmemiştir. Turgut ve ark. (60) tarafından yapılan bir çalışmada asistanların aylık gelirleri ile tükenmişlik puanları arasındaki korelasyona bakılmış ama aylık gelir ile her üç alt boyut arasında anlamlı bir ilişki görülmemiştir. Sönmez ve ark. (58) tarafından yapılan bir çalışmada hekimlerin aylık gelirleri ile tükenmişlik arasındaki ilişkiye bakılmış ve aylık gelir kategorileri arasında kişisel başarı puanı açısından anlamlı farklılık görülmüştür. Bu çalışmada gelir durumu düşük olan hekimlerin kişisel başarısının düşük olduğudur. Görüldüğü üzere aylık gelir ile tükenmişlik arasında ters bir ilişki bulunmaktadır. Fakat yapılan çalışmalarda aylık gelirin direkt olarak analiz edilmesi hekimlerin bu bahsi geçen meblağdan memnun olup olmamaları hakkında bilgi vermemektedir. Bunun ayrıca sorgulanması fayda sağlayacaktır. Sözelimi Taycan ve ark. (10) tarafından yapılan bir çalışmada aylık gelirin yetmesi durumu arasında tükenmişlik açısından

karşılaştırılmıştır. Buna göre aylık geliri yetenlerin hem duygusal tükenmişliğinin, hem de duyarsızlaşmanın daha düşük olduğu görülmüştür. Sonuç olarak hekimlerin tükenmişliği konusunda gelir memnuniyetinin çok önemli olduğu ve hekimlerin stresli mesleklerinde ekonomik kaygıları olmadan çalışması önem arz etmektedir.

Çalışmamızda cerrahi birimde çalışan hekimlerin duyarsızlaşma alt boyut puanı dahili birimde çalışan hekimlerin puanından anlamlı şekilde yüksek bulunmuşken duygusal tükenme ve kişisel başarı alt boyutunda anlamlı farklılık görülmemiştir. Can ve ark. (61) tarafından yapılan bir çalışmada cerrahi olmayan dallardaki asistan doktorların, cerrahi dallardakilere göre daha yüksek düzeyde duygusal tükenmişlik yaşadığı bulunmuştur. Ancak iki grup arasında duyarsızlaşma düzeyi ve kişisel başarı düzeyi açısından anlamlı farklılık görülmemiştir. Dikmetaş ve ark. (36) tarafından yapılan çalışmada cerrahi branştaki hekimlerin tükenmişliğin her üç alt boyutu açısından daha fazla tükenmişlik yaşadığı görülmüştür. Özkula ve Durukan tarafından (62) yapılan çalışmada bölümler arasında tükenmişlik açısından anlamlı farklılık görülmemiştir. Yine Tekir ve ark. (63) tarafından yapılan çalışmada bölümler arasında tükenmişlik açısından anlamlı farklılık görülmemiştir. Görüldüğü üzere bölümler arasında tükenmişlik açısından anlamlı farklılık olma durumu değişkenlik göstermektedir. Aradaki ilişkinin varlığının ve varsa eğer ne düzeyde olduğunun belirlenebilmesi için ileri düzey ve büyük örneklemlerli çalışmalara ihtiyaç vardır denebilir.

Çalışmamızda mesleği isteyerek seçme, bölümü isteyerek seçme ve tekrar olsa aynı bölümü seçme durumu tükenmişlik açısından değerlendirilmiştir. Daha önce de bahsedildiği gibi bu parametreler hekimlerin iş memnuniyeti ile ilgili özellikleri göstermektedir. Çalışmamızda iş memnuniyeti yüksek olanların tükenmişlik düzeyleri de daha düşük bulunmuştur. Taycan ve ark. (10) tarafından yapılan çalışmada da benzer şekilde iş memnuniyeti olan hemşirelerin tükenmişlikleri de daha düşük bulunmuştur. Baykan ve ark. (64) tarafından yapılan çalışmada da benzer şekilde iş çalışma ortamından memnun olanların tükenmişliğinin daha düşük olduğu görülmüştür. El edilen sonuçlar iş ve çalışma ortamı memnuniyetinin hekimlerin tükenmişliği için önemli olduğunu göstermektedir. Hekimlerin iş

koşullarının iyileştirilmesinin tükenmişlik için koruyucu olabileceği varsayılarak bir takım düzenlemelerin yapılması yararlı olacaktır denilebilir.

Mesleki gelecek kaygıları iş verimini, sağlığı ve sosyal yaşantıyı etkilemekte, bu etkilenim de iş doyumunda azalmaya ve tükenmişlik sendromunun oluşmasına neden olabilmektedir (35). Bizim çalışmamızda meslekle ilgili gelecek kaygısı olanların tükenmişliklerinin daha yüksek olduğu görülmüştür. Yenyol'un (65) sağlık çalışanlarına yönelik yapmış olduğu çalışmada kaygı ile tükenmişlik arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Kömürcü (66) tarafından öğrencilere yönelik yapmış olduğu çalışmada gelecek kaygısı yaşayanların tükenmişlik düzeyleri anlamlı şekilde daha yüksek bulunmuştur. Çalışmamızın sonuçlarının literatür ile uyumlu olduğu ve kişilerin gelecek kaygıları ile tükenmişlik arasında sıkı bir ilişkinin olduğu görülmektedir.

Bizim çalışmamızda nöbet tutanların duygusal tükenme puanları anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Aynı zamanda nöbet sayısı arttıkça duygusal tükenme ve duyarsızlaşma puanının da arttığı görülmüştür. Hurşitoğlu'nun (16) yapmış olduğu çalışmada nöbet sayısı 7'nin üstünde olanların duygusal tükenme puanı nöbet sayısı 7 ve altında olanların puanından anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Yenyol'un (65) yapmış olduğu çalışmada nöbet tutanların tükenmişliğinin tutmayanlara kıyasla anlamlı şekilde fazla olduğu belirlenmiştir. Tekir ve ark. (63) tarafından yapılan çalışmaya göre nöbet tutanların duygusal tükenme puanı anlamlı şekilde fazla bulunmuştur. Nöbet tutmanın tükenmişliği beraberinde getirmesi; iş yükünü ve sorumlulukları arttırması, hekimlerin vakitlerinin büyük çoğunluğunu özel hayatları yerine çalıştığı kurumda ya da işte geçirmesini gerektirmesi sebebiyle ilişkilendirilebilir (67). Bu şekilde iş yükünün fazla olması ve bu fazlalığın aynı şekilde hekimlerde kabul edilebilir seviyenin üstünde olması tükenmişliğe sebep olabilir. Nitekim çalışmamızda da nöbet sayısı ve günlük bakılan hasta sayısının kabul edilebilir olmadığını düşünenlerin tükenmişlikleri daha yüksek bulunmuştur.

Çalışma hayatında şiddet olaylarının görülmesi kişilerde tükenmişliğe neden olmaktadır (68). Bizim çalışmamızda hasta/hasta yakını tarafından fiziksel

şiddete maruz kalanların tükenmişlik düzeyleri anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Dursun'un (69) yapmış olduğu çalışmada herhangi bir şiddete maruz kalan sağlık çalışanlarının duygusal tükenme ve duyarsızlaşma puanlarının daha yüksek olduğu görülmüştür. Winstanley ve Whittington (70) tarafından sağlık personeline yönelik yapılan bir diğer araştırmada, birden fazla fiziksel şiddete veya fiziksel şiddet tehdidine maruz kalan çalışanların duygusal tükenme ve duyarsızlaşma düzeyi bu tür davranışlara hiç maruz kalmayan çalışanlara kıyasla anlamlı bir şekilde yüksek bulunmuştur. Çalışmamızın sonucunun literatür ile uyumlu olduğu ve sadece şiddete maruz kalmanın değil aynı zamanda şiddet konusunda tehdiye maruz kalmanın da sağlık çalışanlarında tükenmişliğe neden olduğu görülmektedir.

Bizim çalışmamızda çalışma süresi ile kişisel başarı arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Yani çalışma süresi arttıkça kişisel başarı konusundaki tükenmişlik azalmaktadır. Yeniyo'l'un (65) yapmış olduğu çalışmada 5 yıl ve üzeri çalışma süresi olanların duygusal tükenme puanı 5 yılın altında çalışma süresi olanların duygusal tükenme puanından anlamlı şekilde düşük bulunmuştur. Tekir ve ark. (63) tarafından yapılan çalışmada birimde çalışma süresi arttıkça duygusal tükenmenin azaldığı görülmüştür. Beyhan ve ark. (71) tarafından yapılan çalışmada meslek yılı fazla olanların duygusal tükenme ve duyarsızlaşma puanları daha düşük bulunmuştur. Sünter ve ark. (72) tarafından yapılan çalışmada meslekte çalışma süreleri arasında tükenmişlik açısından anlamlı farklılık görülmemiştir. Çalışma süresi ile tükenmişlik arasındaki ilişkinin henüz netlik kazanmadığı görülmektedir. Her ne kadar ilişkinin olmadığı çalışmalar olsa bile çalışma süresi arttıkça tükenmişliğin azalması hekimlerin beklentilerinin zamanla azalması ile alakalı olabilir.

Bizim çalışmamızda günlük bakılan hasta sayısı arttıkça depresyon ve tükenmişlik artmaktadır. Yeniyo'l'un (65) yapmış olduğu çalışmada günlük bakılan hasta sayısı ile duygusal tükenme ve duyarsızlaşma puanı arasında pozitif yönde anlamlı bir korelasyon görülmüştür. Özkula ve Durukan (62) tarafından yapılan çalışmada günlük muayene edilen hasta sayısına göre duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarı hissi puanlarında farklılık bulunmuştur ve günlük

bakılan hasta sayısı arttıkça tükenmişliğin de arttığı belirlenmiştir. Çalışmamızın sonucunun literatür ile uyumlu olduğu görülmektedir.

Bizim çalışmamızda depresyon ile tükenmişlik arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki görülmüştür. Taycan ve ark. (10) tarafından hemşirelere yönelik yapılan çalışmada da benzer şekilde depresyon ile tükenmişlik arasında pozitif yönde anlamlı bir korelasyon bulunmuştur. Tokur ve ark. (73) tarafından yapılan çalışmada depresyon puanı 10'un üzerinde olanların tükenmişlik düzeyi daha yüksek bulunmuştur. Koçak ve Seçer (74) tarafından öğrencilere yönelik yapılan çalışmada da depresyon düzeyi ile tükenmişlik arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki görülmüştür. Çalışmamızın sonuçlarının literatür ile uyumlu olduğu söylenebilir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi araştırma görevlilerinin tükenmişlik ve depresyon düzeyleri ve ilişkili faktörlerin incelendiği bu çalışmada aşağıdaki sonuçlar bulunmuştur:

1. Çalışmaya %44,6'sı kadın ve %55,4'ü erkek olmak üzere toplam 202 araştırma görevlisi dahil edilmiştir.
2. Katılımcıların yaş ortalaması $30,7 \pm 5,1$ (min=24-max=56) olarak bulunmuştur.
3. Araştırma görevlilerin %76,7'si dahili tıp bilimleri ve %23,3'ü ise cerrahi tıp bölümlerinde yer almaktadır.
4. Kadınların depresyon puanı erkeklerin depresyon puanından anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur ($p=0,04$).
5. Mesleği isteyerek seçenlerin ($p<0,001$), bölümü isteyerek seçenlerin ($p=0,007$), tekrar olsa aynı bölümü tercih edeceklerin ($p<0,001$) ve meslek ile ilgili gelecek kaygısı olmayanların ($p<0,001$) depresyon puanları anlamlı şekilde düşük bulunmuştur. Nöbet sayısı arasında depresyon puanı açısından anlamlı farklılık görülmüştür ($p=0,005$).
6. Nöbet sayısını kabul edilebilir olarak görenlerin depresyon puanı anlamlı şekilde düşük bulunmuştur ($p<0,001$). Hasta/hasta yakını tarafından fiziksel şiddete maruz kalanların depresyon puanı anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur ($p<0,001$).
7. Gelirinden memnun olanların duygusal tükenme puanı gelirinden memnun olmayanların puanından anlamlı şekilde düşük bulunmuştur ($p=0,002$).
8. Cerrahi tıp bilimlerinde duyarısızlaşma puanının dahili tıp bilimlerinde olanların duyarısızlaşma puanından anlamlı şekilde yüksek olduğu görülmüştür ($p=0,048$). Mesleği isteyerek seçenlerin duygusal tükenme ($p<0,001$) ve duyarısızlaşma ($p<0,001$) puanları mesleği isteyerek seçmeyenlerin puanından anlamlı şekilde düşük bulunmuşken; kişisel başarı puanı ($p=0,012$) ise mesleği istemeyerek seçenlerde daha düşük bulunmuştur. Bölümü isteyerek seçenlerin duygusal tükenme puanı bölümü isteyerek seçmeyenlerin puanından anlamlı şekilde düşük bulunmuştur ($p=0,004$). Tekrar olsa aynı bölümü tercih

edeceklerin duygusal tükenme ($p<0,001$) ve duyarsızlaşma ($p<0,001$) puanı tekrar olsa aynı bölümü seçmeyeceklerin puanından anlamlı şekilde düşük bulunmuşken; kişisel başarı puanı ($p=0,007$) ise tekrar olsa aynı bölümü seçmeyeceklerde daha düşük bulunmuştur. Meslekler ilgili gelecek kaygısı yaşayanların duygusal tükenme ($p<0,001$), duyarsızlaşma puanı kaygı yaşamayanların puanından anlamlı şekilde yüksek bulunmuşken ($p=0,001$); kişisel başarı puanı ($p=0,011$) ise gelecek kaygısı yaşamayanlarda daha yüksek bulunmuştur. Nöbet tutanların duygusal tükenme ($p=0,042$) puanı nöbet tutmayanlardan anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Nöbet sayısı arasında duygusal tükenme ($p=0,009$) ve duyarsızlaşma ($p=0,011$) puanları açısından anlamlı farklılık görülmüştür.

9. Nöbet sayısını kabul edilebilir bulanların duygusal tükenme ($p<0,001$) ve duyarsızlaşma ($p<0,001$) puanları anlamlı şekilde düşük bulunmuştur. Aynı şekilde günlük bakılan hasta sayısını kabul edilebilir bulanların duygusal tükenme ($p<0,001$) ve duyarsızlaşma ($p=0,003$) puanları anlamlı şekilde düşük bulunmuştur. Hasta/hasta yakını tarafından fiziksel şiddete maruz kalanların duygusal tükenme ($p<0,001$) ve duyarsızlaşma ($p=0,003$) puanları anlamlı şekilde yüksek bulunmuşken; kişisel başarı ($p=0,017$) ise anlamlı şekilde düşük bulunmuştur.
10. Yapılan korelasyon analizinde çalışma süresi ile kişisel başarı arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki vardır. Hasta sayısı ile depresyon, duygusal tükenme ve duyarsızlaşma puanı arasında pozitif yönde anlamlı bir korelasyon görülmüştür. Depresyon ile duygusal tükenme ve duyarsızlaşma puanı arasında pozitif yönde; depresyon ile kişisel başarı puanı arasında ise negatif yönde anlamlı bir ilişki görülmüştür. Duygusal tükenme ile duyarsızlaşma puanı arasında pozitif yönde; duygusal tükenme ile kişisel başarı puanı arasında ise negatif yönde anlamlı bir korelasyon belirlenmiştir. Duyarsızlaşma kişisel başarı puanı arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki belirlenmiştir.

