*ARAŞTIRMA*

# İZMİR İLİNDEKİ ACİL SERVİS HEKİMLERİNİN TÜKENME DÜZEYLERİ

*Mustafa SERİNKEN*, Alp ERGÖR**,*
*Arif Hikmet ÇIMRIN***, Gürkan ERSOY*****

**ÖZET**

Tükenme sendromu, bireylerin işleri gereği karşılaştıkları insanlara karşı duyarsızlaşmaları, duygusal yönden kendilerini tükenmiş hissetmeleri ve kişisel başarı ve yeterlilik duygularının azalması biçiminde tanımlanmıştır. Hekimlerin çalışma alanları arasında yüksek tempoda, stresli bir ortamda çalışmaları nedeni ile tükenme ve ilişkili durumlara daha açık olduğunu düşündüğümüz acil servis hekimlerinin tükenme düzeylerini ve tükenmeyle ilişkili faktörleri araştırmayı amaçladık.

İzmir il merkezindeki acil servislerde görevli 113 hekim değerlendirildi. Veriler, Maslach tükenmişlik ölçeği (MTÖ), Beck depresyon ölçeği (BDÖ) ve sosyodemografik veri toplama formu kullanılarak elde edildi.

Hekimlerin en fazla bildirdikleri iş stres faktörlerinin, hastalardan enfeksiyon hastalığı bulaşma korkusu, yetersiz ücret, hasta yakınları ve hastaların kaba ve saldırgan davranışları, toplumdan bekledikleri saygıyı görmemeleri ve takdir edilmemeleri olduğu görüldü. Ayrıca hekimlerde duyarsızlaşmanın gelişiminde iş yükünün önemli bir etmen olduğu saptandı. Aylık çalışma sürelerinin tükenme üzerine etkisi görülmedi. Hekimlerin medeni durumlarının, yaptığı hekimlikle ilgili ek işlerin, sigara ve alkol gibi alışkanlıklarının tükenme düzeylerine etkisi saptanmadı. Ancak kadın hekimlerin duygusal tükenmelerinin yüksek olduğu, yaş ve meslekte çalışma yılının artması ile duyarsızlaşma düzeylerinin azaldığı, sosyal aktivite ve hobileri olan hekimlerin duygusal tükenme düzeylerinin düşük olduğu görüldü.

Sonuç olarak acil servis hekimleri, çalışma ortamının ve koşullarının kendilerine yüklediği stres etmenlerinin ağırlığı nedeniyle gelişebilecek tükenme ve ilişkili durumlara karşı duyarlı bir grubu oluşturmaktadır. Hastaların sağlığını iyileştirecek ve koruyacak sağlık çalışanlarının sağlığının koruması için öncelikle acil servislerde çalışma ortamları ve çalışma koşulları iyileştirilmeli ve çalışanlar sosyal olarak desteklenmelidir.

**Anahtar Sözcükler:** Tükenme Sendromu, Acil Servis, Hekim, Maslach Tükenmişlik Ölçeği (MTÖ).

## GİRİŞ

İlk defa Freudenberger tarafından kullanılan "Tükenme" teriminin **(Freudenberger, NJ.;1974,159-165)**, günümüzde kabul gören tanımı "bireylerin işleri gereği karşılaştıkları insanlara karşı duyarsızlaşmaları, duygusal yönden kendilerini tükenmiş hissetmeleri ve kişisel başarı ve yeterlilik duygularının azalmasıdır" **(Maslach, C.; 1981, 99-113)**. Bu tablo yapısında duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarı şeklinde üç etmeni barındırmaktadır **(Belcostro, PA.;1983, 364-366. Green, DE.; 1991, 453-472)**. Bireylerde tükenmişlik, duygusal tükenme ile duyarsızlaşmanın artması, kişisel başarının ve başarı duygusunun azalması ile ortaya çıkmaktadır **(Maslach,C.;1985,837-851)**.

Tükenme süreci, kişilerde birkaç travmatik olayın sonucu olarak değil, olumsuz sonuca götüren sayısız olay ya da kararın göreceli bir birikimi ile oluşmaktadır. Bu

**Uzm. Dr., PAÜ Eğitim Uygulama ve Araştırma Hastanesi Acil Servisi*
***Yrd. Doç. Dr., DEÜ Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD*
****Prof. Dr., DEÜ Tıp Fakültesi İlk ve Acil Yardım AD*
*****Yrd. Doç. Dr., DEÜ Tıp Fakültesi İlk ve Acil Yardım AD*

birikim bireylerde psikopatolojik süreçlere yol açabilmektedir (**Çam,O.;1995,17-36**). Tükenmeyi insan ilişkilerinden kaynaklanan diğer stres tepkilerinden ayıran özellik, çalışanların iş gereği karşılaştıkları kişilerle kurdukları sık ve yoğun etkileşimler sonucunda ortaya çıkmasıdır (**Torun,A.;1996,43-53**).

Gelişiminde stresin önemli bir rol oynadığı düşünülen Tükenme sendromunun doktorların %30 ile 40'ının iş performansını etkilediği ileri sürülmüştür (**Ersoy,F.;2001,11-17**). Acil servislerde çalışan hekimler iş yükü, çalışma temposunun yüksekliği, bakım verilen hastaların ciddiyeti, vardiyalı çalışma nedeniyle sürekli stres altında bulunurlar. Bunun yanında zor hastalarla uğraşma, çalışma ilişkilerinde ortaya çıkan sorunlar, yetersiz kaynaklar ile zor ve kritik kararlar verme yükümlülüğü acil servis hekimlerinde tükenme sendromunun gelişiminde etkin rol oynamaktadır (**Çevik,A.;2000,282-288**).

Ülkemizde giderek daha çok hekim acil servislerde "sürekli olarak" görev almaktadır. Acil servis çalışma ortamı ve koşullarındaki farklılık, bu ortamda görev alan sağlık çalışanları için ek bir stres kaynağı olabilir.

Bu nedenle yoğun iş yükü ve çalışma ortamından doğan çeşitli nedenlere bağlı olarak diğer meslektaşlarına göre daha fazla risk altında olduğunu düşündüğümüz acil servis hekimlerinin; tükenme düzeylerini, tükenme ile ilişkili etmenleri, depresyon ile tükenmişlik arasındaki ilişkiyi değerlendirmeyi amaçladık.

## GEREÇLER VE YÖNTEM

İzmir İl merkezinde erişkin hasta grubuna 24 saat acil tıbbi hizmet veren acil servislerdeki hekimler çalışmaya alındılar. Ölçütlere uygun olan sağlık kuruluşlarının yönetimleri çalışma ile ilgili bilgilendirildi, araştırma için resmi izin alındı ve her acil servis için aşağıdaki verilere ulaşıldı; a. aktif olarak çalışan hekim sayısı, b. hekimlerinin aylık çalışma süreleri, c. aylık ya da yıllık başvuru sayıları. Hekimlerin sözlü onayları alındıktan sonra, yüzyüze görüşülerek sosyodemografik veri formu ve iki farklı ölçek formu doldurduldu.

1. Sosyodemografik Veri Formu: Hekimlerde tükenme ile ilişkili olabilecek çeşitli değişkenleri irdelemek amacıyla hazırlanan ve çoğu çoktan seçmeli sorulardan oluşturuldu.

2. Maslach Tükenme Ölçeği (MTÖ): Duygusal tükenme (DT), kişisel başarı (KB) ve duyarsızlaşma (DYS) olmak üzere üç alt ölçekten oluşmaktadır (**Maslach,C.;1981,99-113**). Türkiye'de geçerlilik ve güvenirlilik çalışması Ergin tarafından yapılmıştır (**Ergin,C.;1992,143-154**). Ölçekten elde edilen puanlar için sınır değer (cut-off) olmadığından tükenme var ya da yok şeklinde kategorik bir ayrım yapılamamaktadır. Tükenmişliği olan bireylerde DT ve DYS puanlarının yüksek, KB puanlarının düşük düzeylerde olması beklenmektedir.

3. **Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)**: Tükenme ile depresyon arasında karşılıklı bir ilişki olabilir. Çalışmaya katılanların depresyon açısından kontrol edilmeleri ve aralarındaki ilişkinin değerlendirilebilmesi amacıyla, anket formuna eklenmiştir. Türkçe'de geçerlik ve güvenirlik çalışması Hisli tarafından yapılmıştır (**Hisli,N.;1989,118-126**).

Hekimlerden elde edilen verilerin analizi "SPSS for Windows 10.0" istatistik programı kullanılarak yapılmıştır. İkili grupların ortalamalarının karşılaştırılmasında t- testi ve Mann Whitney U testi, ikiden çok grubun karşılaştırılmasında Kruskal Wallis testi, aralarında ilişki saptanan grupların ikili karşılaştırmalarında Bonferroni testi, değişkenlerin birbiriyle ilişkilerinin incelenmesinde Pearson korelasyon testi kullanıldı.

## BULGULAR

Çalışma 1 Temmuz ile 1 Kasım 2001 tarihleri arasında gerçekleştirildi. Dört devlet, iki SSK ve bir üniversite hastanesinin çalışma ölçütlerine uyduğu saptandı. Bu kuruluşların acil servislerinde çalışan 127 hekimden çalışmaya katılmayı kabul eden toplam 113 kişi ile görüşüldü (%88.9). Bu hekimlerin 70'i (%61.9) pratisyen hekim, 35'inin (%30.9) araştırma görevlisi ve 8'inin (%7.0) uzman hekim olduğu saptandı. Pratisyen hekimlerin tümü çalışma kapsamındaki devlet ve SSK hastanelerinde görevli hekimlerdi. Acil tıp uzmanları ve araştırma görevlileri ise üniversite hastanesi acil servisinde görevli hekimlerdi. Hekimlerin meslekte çalışma süreleri 1-18 yıl (ortalama 9.12±4.8 yıl), acil serviste çalışma süreleri ise 2 ay ile 15 yıl (ortalama 4.7±4.0 yıl) arasında değişiyordu.

Genel olarak Devlet ve SSK hastanelerinin yıllık hasta sayıları, çalışmadaki tek üniversite hastanesi acil servisine oranla yüksek bulundu. Aylık çalışma sürelerinin üniversite ve SSK hastanelerindeki hekimler için daha uzun olduğu görüldü (Tablo 1).

**Tablo 1. Acil servislerin yıllık hasta sayıları ve hekimlerin aylık çalışma süreleri**

| Hastaneler | Acil servise yılda gelen yaklaşık hasta sayısı (x1000) | Acil servis hekimlerinin aylık çalışma süreleri (saat) | |
|---|---|---|---|
| | | Ortalama | (Min.-Max.) |
| D.E.Ü Tıp Fak. Hastanesi | 34 | 223 | 216-230 |
| Atatürk Devlet Hastanesi | 147 | 156 | 144-168 |
| Karşıyaka Devlet Hastanesi | 106 | 156 | 144-168 |
| Alsancak Devlet Hastanesi | 46 | 156 | 144-168 |
| Bornova Devlet Hastanesi | 30 | 156 | 144-168 |
| Bozyaka SSK Hastanesi | 155 | 200 | 192-208 |
| Tepecik SSK Hastanesi | 160 | 200 | 192-208 |

Çalışma grubunun yaş ortalaması 33.4±5.4 (24–53) saptandı. Hekimlikle ilgili bir ek işte çalışma oranı %30 düzeyinde idi. Bu olguların %18.6 sının özel poliklinikte çalıştığı, %7.1 inin işyeri hekimliği yaptıkları, %2.7 özel muayenehanede çalışıldığı, %1.8 inin ise özel hastanede çalıştıkları görüldü. Hekimlerin sadece %74.3 ü iş dışında bir sosyal etkinliği olduğunu bildirdi. Çalışmaya katılan hekimlerin sosyodemografik özellikleri Tablo 2'de sunuldu.

**Tablo 2. Çalışmaya katılan hekimlerin sosyodemografik özellikleri**

| Sosyodemografik özellikler | | n | % |
|---|---|---|---|
| Cinsiyet | Kadın | 73 | 64.6 |
| | Erkek | 40 | 35.4 |
| Yaş | 24-29 | 27 | 33.9 |
| | 30-39 | 72 | 63.7 |
| | 40 ve üzeri | 14 | 12.4 |
| Medeni durum | Evli | 85 | 75.2 |
| | Evli olmayan | 28 | 24.7 |
| Hekimlikle ilgili ek iş | Var | 34 | 30.0 |
| | Yok | 79 | 69.9 |
| Sosyal aktiviteler | Var | 84 | 74.3 |
| | Yok | 29 | 25.6 |
| Alışkanlıklar | Alışkanlık yok | 49 | 43.3 |
| | Sigara | 43 | 38.0 |
| | Sigara + alkol | 14 | 12.3 |
| | Alkol | 7 | 6.1 |
| Toplam | | 113 | 100.0 |

Acil servis hekimlerinin başlıca stres kaynaklarının hastalardan enfeksiyon hastalıkları (HIV, hepatit, Tbc vb) bulaşma korkusu (%97.3), ücret yetersizliği (%97.3), hasta yakınları ile uğraşmak (%95.6), saldırgan hastalarla uğraşmak (%92.9) ve toplumun yapılan işi yeterince takdir etmemesi (%92.0) olduğu görüldü. Hekimlerin, "acil serviste çalışırken hasta veya hasta yakınlarının sözel veya fiziksel saldırısına maruz kaldınız mı?" sorusuna yanıtları incelendiğinde, 78 (%69) hekimin sadece sözel, 26 (%23) hekimin de hem sözel hem de fiziksel saldırıya uğradığı belirlendi. Acil serviste çalışırken bu tip bir saldırıya uğramayan hekim sayısı 9'idi (%7.9) ve bu hekimlerden 7'sinin acil serviste bir yıldan daha kısa süredir çalıştığı saptandı.

Genel olarak bakıldığında, hekimlerin duygusal tükenme (MTÖ-DT), duyarsızlaşma (MTÖ-DYS) ve kişisel başarı (MTÖ-KB) puanları sırasıyla 15.3±6.5, 5.8±3.1, 22.4±3.5 olarak belirlendi.

Duygusal tükenme alt ölçek puanlarının kadın hekimlerde erkek hekimlere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptandı ($p<0.005$)(Tablo 3). Yaş ile duygusal tükenme, kişisel başarı, duyarsızlaşma alt ölçek puanları arasında korelasyon bulunamadı (r:0.04, r:0.06, r:-0.10). Ancak 24-29, 30-39, 40 ve üzeri olmak üzere üç ana grupta değerlendirildiğinde, sadece 24-29 yaş grubundaki hekimlerin duyarsızlaşma alt ölçek puanlarının, 30-39 yaş grubundaki hekimlere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulundu (sırasıyla 7.2±2.8, 5.4±3.1) ($p<0.05$).

Uzman, araştırma görevlisi ve pratisyen hekim olarak grupların duyarsızlaşma alt ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanırken (sırasıyla 4.1±3.3, 5.1±3.4, 6.4±2.8 )($p<0.005$), diğer alt ölçek puanları arasında anlamlı bir farklılık bulunamadı. Tüm hekimler üniversite personeli ve kamu personeli olarak iki gruba ayrıldı. Kamuya ait hastanelerde görevli acil servis hekimlerinin duyarsızlaşma alt ölçek puanları, üniversite hastanesinde görevli acil servis hekimlerine oranla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulundu ($p<0.05$)(Tablo 4).

Üniversite, Devlet ve SSK hastanelerinde görevli hekimlerin tükenme düzeyleri karşılaştırıldığında, grupların sadece duyarsızlaşma alt ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptandı ($p<0.05$)(Tablo 5). Bu farklılığın üniversite hastanesi hekimlerinin puanlarının, SSK hastaneleri acil servislerinde çalışanlara göre anlamlı derecede düşük olmasından kaynaklandığı anlaşıldı ($p<0.005$). SSK hastanelerinde görevli acil servis hekimleri ile devlet hastanelerinde görevli acil servis hekimlerinin, MTÖ alt ölçek puanları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunamadı.

**Tablo 3. Hekimlerin cinsiyetleri ile tükenme düzeylerinin karşılaştırılması**

| Cinsiyet | n | % | MTÖ-DT | MTÖ-DYS | MTÖ-KB |
|---|---|---|---|---|---|
| Erkek | 73 | 64.6 | 14.4±7.1 | 5.4±3.4 | 22.8±3.7 |
| Kadın | 40 | 35.3 | 17.0±4.6 | 6.6±2.3 | 21.6±3.0 |
| Toplam | 113 | 100.0 | | | |
| | | | *t:-2.02* p>0.05 | p<0.005 t:1.73 | t:-1.79 *p>0.05* |

**Tablo 4. Üniversite ve kamu personeli olarak hekimlerin tükenme düzeylerinin karşılaştırılması**

| | n | % | MTÖ-DT | MTÖ-DYS | MTÖ-KB |
|---|---|---|---|---|---|
| Üniversite personeli | 43 | 38.0 | 14.0±7.1 | 4.9±3.4 | 22.7±3.5 |
| Kamu personeli | 70 | 61.9 | 16.1±5.9 | 6.4±2.8 | 22.2±3.5 |
| Toplam | 113 | 100.0 | | | |
| | | | *t:-1.64* p<0.05 | p>0.05 t:0.63 | t:-2.57 *p>0.05* |

Tablo 5. Hekimlerin çalıştıkları hastanelere göre tükenme düzeylerinin karşılaştırılması

| Hastaneler | n | % | MTÖ-DT | MTÖ-DYS | MTÖ-KB |
|---|---|---|---|---|---|
| Üniversite Hast. | 43 | 38.0 | 14.0±7.1 | 4.9±3.4 | 22.7±3.5 |
| Devlet Hastaneleri | 56 | 49.5 | 15.8±6.0 | 6.1±2.8 | 22.6±3.5 |
| SSK Hastaneleri | 14 | 12.4 | 17.1±5.5 | 7.7±2.4 | 20.6±3.3 |
| Toplam | 113 | 100.0 | | | |
| | Kruskal W. | | p>0.05 | p<0.005 | p>0.05 |

Acil serviste çalışma sürelerine göre hekimler, 0-2 yıl, 3-9 yıl, 10 yıl ve üzeri şeklinde gruplara ayrılarak, MTÖ alt ölçek puanları karşılaştırıldı. Karşılaştırma sonucu, grupların sadece duygusal tükenme alt ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptandı (p<0.05)(Tablo 6). Bu farklılığın hangi gruplar arasında olduğu araştırıldı. Acil serviste çalışma süreleri 10 yıl ve üzerinde olan hekimlerin duygusal tükenme alt ölçek puanlarının, 3-9 yıl olan hekimlere oranla anlamlı derecede yüksek olduğu bulundu (p<0.05).

Hekimler meslekte çalıştıkları süreler açısından 0-2 yıl, 3-9 yıl, 10 yıl ve üzeri olarak gruplara ayrıldığında, gruplar arasında sadece duyarsızlaşma alt ölçek puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptandı (p<0.05)(Tablo 6). Bu farklılığın hangi gruplar arasında olduğu araştırıldığında, meslekte çalışma süreleri 0-2 yıl arasında olan hekimlerin duyarsızlaşma alt ölçek puanlarının, çalışma süreleri 3-9 yıl arasında olan hekimlere oranla anlamlı derecede yüksek olduğu bulundu (p<0.05).

"Acil serviste kaç yıl daha aktif olarak çalışabileceğinize inanıyorsunuz?" sorusunu 50 hekim (%44.2) 5 yıl ve altında, 33 hekim (%29.2) 10 yıl, 13 hekim (%11.5) 15 yıl, 17 hekim (%15.0) 20 yıl şeklinde yanıtladılar. Devlet ve SSK hastaneleri acil servislerinde görevli tüm hekimlerin % 61.4'ü bulunduğu acil servisteki görevini en fazla 5 yıl sürdürebileceğini belirtirken, ancak % 38.6'sı 10 yıl ve sonrası için bunu söyleyebilmekteydi. Çalışmaya aldığımız üniversite hastanesi için bu oranlar 5 yıl ve altı için % 16.3 (n=7), 10 yıl ve sonrası için % 83.7 (n=36) bulundu.

Acil serviste 5 yıl ve altında aktif olarak çalışabileceğini belirten hekimler ile 10 yıl ve üstünde çalışabileceğini belirten hekimlerin tükenme düzeyleri karşılaştırıldığında, ilk grubun duygusal tükenme (sırasıyla 17.6±5.5, 13.5±6.6)(p<0.005) ve duyarsızlaşma puanlarının (6.7±3.0, 5.2±3.0)(p<0.05) ikinci gruba oranla anlamlı derecede yüksek, kişisel başarı puanlarının (sırasıyla 20.9±3.6, 23.6±3.0) ise anlamlı derecede düşük olduğu bulundu (p<0.001).

Aylık çalışma süreleri devlet hastanesi acil servisinde görevli hekimlere oranla daha yüksek olan üniversite ve SSK hastaneleri hekimlerinin tükenmişlik düzeyleri devlet hastanesinde görevli hekimlerle karşılaştırıldığında, MTÖ alt ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunamadı (p>0.05).

Çalışmaya katılan hekimlerin bazı sosyodemografik özellikleri ile MTÖ alt ölçeklerinden elde ettikleri puanlar t testi kullanılarak karşılaştırıldığında, hekimlerin medeni durum, hekimlik ile ilgili ek iş ve sigara, alkol vb alışkanlıkları ile MTÖ alt ölçek puanları arasında anlamlı bir ilişkiye rastlanmadı. Sadece hastane dışında sosyal aktivite ve hobileri olan hekimlerin duygusal tükenme alt ölçek puanlarının olmayan gruba göre istatistiksel olarak çok anlamlı derecede düşük olduğu görüldü (sırasıyla 14.2±6.7, 18.3±4.5)(p<0.005). Yani sosyal aktivite ve hobileri olmadığını belirten hekimlerin duygusal tükenme düzeyleri istatistiksel olarak anlamlı olarak yüksek düzeyde bulundu. Çalışmaya katılan hekimler, yukarıdaki sosyodemografik değişkenlere göre gruplandığında, en büyük oransal farklılığın bulunduğu medeni durum,

Tablo 6. Hekimlerin meslekte ve bulundukları acil serviste çalışma süreleri ile tükenme düzeylerinin karşılaştırılması

| Acil serviste çalışma süreleri | n | % | MTÖ-DT | MTÖ-DYS | MTÖ-KB |
|---|---|---|---|---|---|
| 0-2 yıl | 36 | 31.9 | 15.8±6.6 | 6.7±3.3 | 22.1±3.0 |
| 3-9 yıl | 56 | 49.5 | 13.9±6.4 | 5.3±3.1 | 22.5±3.6 |
| 10 yıl ve üzeri | 21 | 18.5 | 18.1±5.7 | 6.0±2.5 | 22.8±4.0 |
| Toplam | 113 | 100.0 | | | |
| | Kruskal W. | | p<0.05 | p>0.05 | p>0.05 |

| Meslekte çalışma süreleri | n | % | MTÖ-DT | MTÖ-DYS | MTÖ-KB |
|---|---|---|---|---|---|
| 0-2 yıl | 16 | 14.1 | 17.0±5.8 | 7.6±3.0 | 22.2±3.4 |
| 3-9 yıl | 42 | 37.1 | 13.2±6.8 | 4.9±3.1 | 22.4±3.4 |
| 10 yıl ve üzeri | 55 | 48.7 | 16.4±6.1 | 6.0±2.9 | 22.4±3.7 |
| Toplam | 113 | 100.0 | | | |
| | Kruskal W. | | p>0.05 | p<0.05 | p>0.05 |

hastane dışı sosyal aktivite ve hobi değişkenleri ile MTÖ alt ölçek puanları bir kez de Mann Whitney U testi kullanılarak karşılaştırıldı. Ancak bu oransal farklılığın sonuçları etkilemediği görüldü.

Tükenme düzeylerinin depresyon ile ilişkisini araştırmak amacı ile, olguların Beck depresyon ölçeği (BDÖ) ile MTÖ alt ölçek puanları arasındaki korelasyon araştırıldı. Hekimlerin BDÖ puanlarıyla, duygusal tükenme puanları arasında orta düzeyde bir korelasyon saptandı (r:0.53). BDÖ puanları ile duyarsızlaşma puanları arasında zayıf (r:0.40), BDÖ puanları ile kişisel başarı alt ölçek puanları arasında ise ters yönlü zayıf bir ilişki saptandı (r: -0.27). Sonuç olarak, hekimlerin depresyon düzeyleri ile tükenme düzeyleri arasında güçlü bir ilişki bulunamadı (Tablo 7).

**Tablo 7. Çalışmaya katılan hekimlerin Beck depresyon ölçeği (BDÖ) puanları ile MTÖ-DT, MTÖ-DY, MTÖ-KB puanlarının korelasyon analizi sonuçları (r: Pearson korelasyon katsayısı)**

| Ölçekler | R | n | p |
|---|---|---|---|
| BDÖ - MTÖ-DT | 0.53 | 113 | <0.001 |
| BDÖ - MTÖ-DYS | 0.40 | 113 | < 0.001 |
| BDÖ - MTÖ-KB | - 0.27 | 113 | < 0.01 |

## TARTIŞMA

Ülkemizde acil hasta bakım hizmeti esas olarak Sağlık Bakanlığı, SSK ve Üniversite Hastanelerinin acil servislerinde verilmektedir. Üniversite hastaneleri dışındaki acil servislerde hizmetin sürdürülmesi için genellikle pratisyen hekimler görevlendirilmekte ve bu hekimler düzenli olarak acil servislerde çalışmaktadırlar. İzmir kentindeki acil servis hekimlerinin dağılımı da bu durumu desteklemektedir. Yılda 160 000 kişiye hizmet verecek yoğunluktaki merkezlerde ayda 230 saate varan sürelerle çalıştıkları görülmektedir. Ayrıca oldukça genç bir popülasyon oluşturdukları, yaklaşık yarısının sigara içtiği ve %30 oranında ek işte çalışıp, benzer oranda da başka hiç bir sosyal aktiviteye katılmadıkları görülmektedir.

Acil servislerde çalışan hekimleri iş hayatında en çok etkileyen stres etmenlerinin, hastalardan enfeksiyon hastalıkları bulaşma korkusu ve yetersiz maddi kazanç olduğu görülmektedir. Hasta ya da hasta yakınlarının saldırgan davranışları stres kaynakları arasında ikinci grubu oluşturmaktadır. Türkiye de toplumun sosyokültürel yapısı, yasal kısıtlılıklar ve acil servisin yapılanmasındaki eksiklikler soruna katkıda bulunan temel öğelerdir. Hekimlerin yeterince takdir edilmediklerini düşünmeleri ve hasta ya da hasta yakınlarının sözlü ya da fiziksel saldırılarına maruz kalmaktan yakınmaları bunun önemli kanıtlarıdır.

Ülkemizde, hekimlerdeki tükenme sendromunu araştıran çalışmalar; Karlıdağ ve ark. "pratisyen hekim, araştırma görevlisi, uzman, öğretim görevlisi", Aslan ve ark. "araştırma görevli" ve Bilici ve ark. "araştırma görevlisi, uzman, öğretim görevlisi" gruplarında yapılmıştır (Tablo 8) **(Karlıdağ,R.;2000, 49-57.Bilici,M.;1998,181-189.Aslan,SH.;1996,39-45).**

Bu üç çalışmada elde edilen MTÖ alt ölçek puanları ortalamaları ile elde ettiğimiz ortalamalar karşılaştırıldığında, bizim hekim grubumuzun kişisel başarı puanlarının yüksek olduğu görülmektedir. Çalışmalar içerisinde hekim sayısının en yüksek olduğu ve çalışma hekim grubu, çalışmamızdaki grupla benzerlik gösteren Karlıdağ ve ark. çalışması ile bizim çalışmamız karşılaştırıldığında, hekim grubumuzun duygusal tükenme ve duyarsızlaşma puanlarının daha yüksek olduğu görülmüştür.

Kamuya ait hastanelerin acil servislerinde görevli pratisyen hekimlerle üniversite hastanesi acil servisinde görevli hekimlerin tükenmişlik düzeyleri karşılaştırıldığı zaman iki grubun duygusal tükenme ve kişisel başarı puanları arasında fark olmadığı, ancak duyarsızlaşma puanlarının farklılaştığı, ilk grubun ikinci gruba göre duyarsızlaşma puanlarının yüksek olduğunu saptanmıştır. Duyarsızlaşma düzeylerindeki bu farklılığın asıl nedeninin, kamuya ait hastanelerin acil servislerindeki yüksek hasta yükünden kaynaklandığını düşünüyoruz. Çalışmamızda, en fazla yıllık hasta sayılarına sahip olan SSK hastanelerinin acil servislerinde görevli hekimlerin üniversite hastanesinde görevli hekimlere oranla duyarsızlaşma puanlarının anlamlı derecede yüksek bulunması bu görüşümüzü destekler niteliktedir. Bu hekimlerin, üniversite hastanesinde çalışan uzman ve araştırma görevlilerine göre meslekle ilgili beklentilerinin düşük olması, çalışma ortam ve koşullarının daha kötü olması da duyarsızlaşmanın gelişiminde etkili olabileceğini düşündüğümüz diğer etmenlerdir.

Aylık çalışma süreleri devlet hastanesi acil servisinde görevli hekimlere oranla daha yüksek olan üniversite ve SSK hastaneleri hekimlerinin tükenmişlik düzeyleri devlet hastanesinde görevli hekimlerle karşılaştırıldığında fark

**Tablo 8: Ülkemizde, MTÖ kullanılarak yapılan bazı çalışmalardaki hekimlerle, bizim çalışmamızdaki hekimlerin alt ölçek puanları ortalama değerleri**

| Çalışma | Hekim sayısı | MTÖ-DT | MTÖ-DYS | MTÖ-KB |
|---|---|---|---|---|
| Karlıdağ ve ark. | 384 | 14.0±6.0 | 5.3±3.1 | 20.5±4.2 |
| Aslan ve ark. | 174 | 16.9±6.2 | 6.8±3.4 | 21.1±3.4 |
| Bilici ve ark. | 34 | 14.5±7.3 | 5.1±4.0 | 21.4±3.2 |
| Çalışmamız | 113 | 15.3±6.5 | 5.8±3.1 | 22.4±3.5 |

olmadığı bulunmuştur. Acil servis hekimlerinin aylık çalışma sürelerinin tükenmişlik düzeylerini etkilemediği şeklindeki bulgumuz, günlük çalışma süresi arttıkça duygusal tükenme ve duyarsızlaşmanın arttığını bildiren çalışmalarla uyumlu değildir (**Karlıdağ,R.;2000,49-57.Bilici,M.;1998,181-189.Aslan,H.;1996,48-52**).

Acil serviste 10 yıl ve üzerinde aktif olarak çalışabileceğini belirten hekimlerin, 5 yıl ve altında çalışabileceğini belirtenlere oranla duygusal tükenme ve duyarsızlaşma puanlarının düşük, kişisel başarı puanlarının ise yüksek olduğunu saptadık. Hekimlerin acil serviste çalışmaya isteksiz oluşu tükenmişlik sendromunun erken belirtileri arasında gösterilmektedir (**Whitehead, DC.; 1991, 1-7**). Aşırı stres ve doyumsuzluğa tepki olarak kişinin kendisini ruhsal olarak işten geri çekmesi biçiminde özetlenen tükenmişlik sendromunda, duygusal tükenme ve duyarsızlaşmanın arttığı, kişisel başarının ise azaldığı düşünülürse hekimin acil serviste çalışmak istediği sürenin önemli bir değişken olduğu söylenebilir.

Cinsiyetin duygusal tükenme açısından önemli bir değişken olduğu ve kadınların erkeklerden daha fazla duygusal tükenme yaşadıkları bildirilmiştir (**Ergin, C.;1992, 143- 154. Aslan,H.; 1997,24-29**). Bizim bulgularımız da bu verileri destekler niteliktedir. Kadınların tükenme düzeylerinin yüksek olmasının nedeni olarak, kadınlarda tükenmeyi iş ve iş dışı etmenlerin, erkeklerde ise yalnızca iş ile ilgili etmenlerin belirliyor olması gösterilmiştir (**Aryee,S.,1993,1441-1468**). Ülkemizde yapılan diğer iki çalışmada ise cinsiyet ile tükenme düzeyleri arasında bir ilişki bulunamamış olsa da (**Bilici,M.; 1998,181-189. Aslan, SH.; 1997,132-136**), ülkemizdeki kadınların iş dışı sosyal sorumluluklarının fazla olmasının tükenme gelişimini etkileyebileceği söylenebilir.

Medeni duruma göre tükenmişlik düzeyleri incelendiğinde, evlilerde duygusal tükenme ve duyarsızlaşma düzeylerinin daha düşük, kişisel başarı düzeylerinin ise daha yüksek olmasına rağmen farklılık anlamlı bulunmamıştır. Bu bulgumuz medeni durum ile tükenme düzeyleri arasında ilişki saptanmayan araştırmalarla uyumludur (**Karlıdağ,R.2000,49-57.Özbek,K.;1994,662-665**). Ülkemizde, akademisyenler ve araştırma görevlisi hekimlerde yapılan benzer iki ayrı çalışmada, evlilerin duyarsızlaşma puanları daha düşük bulunmuş ve bu sonuç insan ilişkilerinden doğan sorunlarla başa çıkma becerilerinin gelişmiş olması ile ilişkilendirilmiştir

24-29 yaş grubu hekimlerin duyarsızlaşma düzeylerinin 30-39 yaş grubuna göre daha yüksek olduğu şeklindeki bulgumuz, Karadağ ve arkadaşlarının yaptığı çalışma sonuçları ile uyumludur (**Karlıdağ,R.;2000,49-57**). Çalışmamızda ayrıca meslekte çalışma süreleri 0-2 yıl olan hekimlerin 3-9 yıl olanlara göre duyarsızlaşma düzeylerini daha yüksek saptadık. Gerek yaş, gerekse meslekte çalışma yılının artmasıyla duyarsızlaşma puanlarının azalması bir çok araştırmacının yaş ile duyarsızlaşma arasında negatif bir ilişki olduğu şeklindeki bulguyla uyumludur (**Bilici, M.;1998,181-189.Aslan,SH.;1996, 39- 45.Williams,CA.; 1989, 169-178. Lee,R.;1993,3-20**). Bu sonuç, kamu hastanelerinde görevli hekimler için, kişilerin deneyimle elde ettikleri başa çıkma yollarının zaman içinde gelişmesi ile açıklanabilir (**Aslan,SH.;1996,39-45**). Üniversite hastanelerinde görevli acil servis hekimleri için ise, uzmanlık öğrencilerinden yeni olanların daha çok rutin işler yapması, kıdem sıralaması içinde kendilerini bağımsız hissetmemeleri, üzerlerinde daha fazla denetim olması, sisteme ayak uyduramamaları ve doyum sağlayacak konuma sahip olmamaları ile açıklanabilir (**Ergin,C. ;1992,143- 154.Aslan, SH.;1996,39-45**). Genel olarak bakıldığında genç ve meslekte yeni olan hekimlerin mesleğe bağlılıklarının ve yaptıkları işin kontrolleri altında olduğu duygusunun yeterince gelişmemiş olmasının sonuç üzerinde etkisi olabilir.

Meslekte geçirilen süre ile elde edilen deneyimlerin hekimlerin sorunlarla başa çıkma yollarını daha da geliştireceği ve bu deneyimlerin kişisel başarılarına olumlu biçimde yansıyacağı düşünülebilir. Literatürde kişisel başarının yaşla arttığı sonucuna varan araştırmalar da vardır (**Ergin,C.;1992,143-154.Karlıdağ,R.;2000,49-57.Aslan,H.;1997,24-29**). Buna karşılık bu çalışmada yaş ve meslekte çalışma yılı ile kişisel başarının değişmediği sonucuna varılmıştır. Hekimlerin meslekte çalışma sürelerinin duygusal tükenme üzerine etkisi olmadığı saptanmıştır. Ancak acil serviste çalışma sürelerinin tükenme düzeylerini etkilediği, eski (0-2 yıl) ve yeni grubun (10 yıl ve üzeri) duygusal tükenme puanlarının orta gruba (3-9 yıl) göre yüksek olduğu görülmüştür. Hekimlerde benzer bir gruplama ile yapılan bir çalışmada duygusal tükenmenin en fazla olduğu grubun yeniler olduğu, onları sırasıyla orta ve yüksek kıdemdekilerin izlediği bulunmuştur (**Ergin,C.;1992,143-154**). Hekimlerde yapılan bir başka çalışmada ise duygusal tükenmelerinin ilk 5 yılda yüksek olduğu, 6-10 yıl arasında düştüğü ve sonrasında tekrar yükseldiği belirtilmektedir (**Karlıdağ,R.;2000,49-57**). Ülkemizde Aslan ve arkadaşlarının yaptığı iki ayrı çalışmada duygusal tükenme düzeylerinin çalışma süresiyle pozitif bir korelasyon gösterdiği bulunmuştur (**Aslan,SH.; 1996,39-45. Aslan,H.;1996,48-52**). Bazı araştırmacılar çalışma süresi ile tükenmişliğin ters ilişkili olduğunu, çalışma süresi az olan grubun tükenmişlik düzeyinin diğer gruplara oranla daha yüksek olduğunu belirtmektedir (**Maslach,C.; 1981,99-113**).

Hekimlerde alkol kullanımı ile tükenme belirtileri arasında bir ilişki olduğu belirtilmiştir (Juntunen,J.; 1988,951-954). Bu çalışmada sigara ve alkol kullanımının ölçek puanları üzerine etkili olmadığı görüldü. Bu durum ülkemizde hekimlerde yapılan diğer iki çalışma ile de uyumludur (**Bilici,M.;1998,181-189.Aslan,SH.;1996,39-45**). Sigara kullanma oranı ise ülkemizde erişkinlerdeki sigara içme oranlarına paralel olarak yüksektir.

Hekimlikle ilgili ek bir işi bulunan hekimlerin tükenmişlik düzeylerinin olmayanlara göre farklı olmaması şeklindeki bulgumuz, Karlıdağ ve arkadaşlarının bulguları ile uyumludur (**Karlıdağ,R.;2000,49-57**).

Hastane dışında sosyal aktivite ve hobileri olan hekimlerin duygusal tükenmelerinin olmayan gruba göre düşük bulunması, bu tür uğraşların stresin etkilerini azaltması ve hekimleri tükenmeye karşı koruması ile açıklanabilir. Araştırmacılar, tükenmişlik sendromundan korunmak için acil servis hekimlerine sosyal aktivite ve hobilere sahip olmalarını önermektedirler **(Çevik,A.;2000,282-288.Whitehead,DC.;2001,1-2).**

Tükenme ile depresyon arasında karşılıklı bir ilişki olabileceği düşünülmektedir. Tükenme düzeyi ile koşut olarak üretkenliği ve kişisel başarı düzeyi azalan kişilerin benlik saygısının düşmesi ve bu kişilerde depresyon gelişmesi bir tür kısır döngü oluşturmaktadır **(Olkinuora,M.;1990,81-86).** Çalışmamızda, hekimlerin depresyon puanları ile tükenme düzeyleri arasında güçlü bir ilişki olmadığını saptadık. Bizim bulgularımız, tükenmenin depresyonla pozitif ilişkili olmasına karşın onun bir alt tipi olmadığı, fakat tükenme düzeyi yüksek olan bireylerde depresyonun beklenen bir sonuç olduğunu belirten araştırmalarla uyumludur **(Bilici,M.;1998,181-189.Whitley,TW.;1991,992-996).**

Sonuç olarak acil servis hekimleri, çalışma ortamının ve koşullarının kendilerine yüklediği stres etmenlerinin ağırlığı nedeniyle gelişebilecek tükenme ve ilişkili durumlara karşı duyarlı olmalılar. Hastaların sağlığını iyileştirecek ve koruyacak sağlık çalışanlarının sağlığının koruması için öncelikle acil servislerde çalışma ortamları ve çalışma koşulları iyileştirilmeli ve çalışanlar sosyal olarak desteklenmelidir. Çalışmanın sonuçları tükenme tablosunun, depresyonla pozitif olarak ilişkili olmasına karşın onun bir alt tipi olmadığı görüşünü desteklemektedir. Ancak tükenme düzeyi yüksek olan bireylerde depresyonun beklenen bir sonuç olduğu göz önünde tutulmalıdır.

## KAYNAKLAR


**Aryee S.** (1993), Dual-earner couples is Singapore: An examination of work and nonwork sources of their experienced burnout, Human Relations, 46: 1441-1468

**Aslan H, Ünal M, Aslan O ve ark.** (1996), Pratisyen hekimlerde tükenme düzeyleri, Düşünen Adam, 9(3):48-52.6

**Aslan H, Aslan O, Kesepara C ve ark.**(1997), Kocaeli'nde bir grup sağlık çalışanında işe bağlı gerginlik, tükenme ve iş doyumu, Toplum ve hekim dergisi, 12(82):24-29.

**Aslan SH, Gürkan SB, Alpaslan ZN ve ark.**(1996), Tıpta uzmanlık öğrencisi hekimlerde tükenme düzeyleri. Türk Psikiyatri Dergisi, 7: 39-45.

**Aslan SH, Aslan RO.** (1997),Hekimlerde tükenmede cinsiyetle ilişkili etmenler, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 2(22):132-136

**Belcostro PA, Gold RS, Hays H.C.** (1983), Maslach Burnout Inventory: Factor structures for samples of teachers. Psychological Reports, 53: 364-366.

**Bilici M, Mete F ve ark.** (1998), Bir grup akademisyende depresyon ve tükenme düzeyleri. Türk Psikiyatri Dergisi, 9(3):181-189.

**Çam O, Kırlangıç M.** (1995), Tükenmişlik, Birinci Baskı, İzmir, Saray Medikal Yayıncılık, s 17-36.

**Çevik A.** (2000), Acil servis hekimleri ve "burn out" sendromu. Acil Tıp Dergisi, 3. Acil Tıp Sempozyumu özel sayısı, s 282-288.

**Ersoy F, Yıldırım RC, Edirne T.** (2001), Tükenmişlik (Staff Burnout) Sendromu, STED, 2:11-17.

**Ergin C.** (1992), Doktor ve hemşirelerde tükenmişlik ve Maslach Tükenmişlik Ölçeğinin uyarlanması, Bayraktar R, Dağ İ, (Ed). VII. Ulusal Psikoloji Kongresi Bilimsel Çalışmaları, Ankara, Türk Psikologlar Derneği Yayını, s 143-154.

**Freudenberger NJ,** (1974), Staff burnout. J Social Issues, 30: 159-165,

**Green DE, Walkey FH. Taylor AJW.** (1991), The three factor structure of the Maslach Burnout Inventory: A multicultural, multinational confirmatory study. Journal of Social Behavior and Personality, 6(3):453-472

**Hisli N,** (1989), Beck depresyon envanterinin geçerliği üzerine bir çalışma. Türk Psikoloji Dergisi, 22: 118-126.

**Juntunen J, Asp S, Olkinuora M et al.** (1988), Doctors drinking habits and consumption of alcohol. BMJ, 297: 951-954.

**Karlıdağ R, Ünal S, Yoloğlu S.** (2000), Hekimlerde iş doyumu ve tükenmişlik düzeyi, Türk Psikiyatri Dergisi, 11(1):49-57.

**Lee R, Ashforth BE.** (1993), A further examination of managerial burnout, Toward an integrated model. J Organizational Beh, 14:3-20.

**Maslach C, Jackson SE.** (1981), The measurement of experienced burnout, Journal of Occup Behav, 2: 99-113

**Maslach C, Jackson SE.** (1985), The role of sex and familly variables in burnout. Sex Roles, 12(7-8): 837-851

**Olkinuora M, Asp S, Juntunen J et al.** (1990), Stress symptoms, burnuot and suicidal thoughts in Finnish physicians. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol, 25: 81-86.

**Özbek K, Girgin G.** (1994), Pratisyen hekimlerde meslekte tükenmişlik(burnout) sendromu. IV. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Kitabı, Didim, s:662-665.

**Torun A.** (1996), Stres ve tükenmişlik, Endüstri ve Örgüt Psikolojisi, (Ed) Tevrüz S, Türk Psikologlar Derneği Yayını, s 43-53.

**Whitehead DC, Pines A.** (1991), Surviving The 10-Year Ache: Emergency Practice Burnout. Emergency Medicine Reports (Supplement), 23:1-7.

Whitehead DC. (2001), Burnout: How to manage stress, ACEP News, 20(1):1-2.

**Whitley TW, Allison EJ Jr, Gallary ME, Cockington RA, Gaudry P, Helyworth J, Revincki DA.** (1991),Work-related stress and depression among physicians pursuing postgraduate training in emergency medicine : an international study. Ann Emerg Med, 20:992-996

**Williams CA.** (1989), Empathy and burnout in male and female helping professionals. Res Nurs Health, 12:169-178.