

BİR ÜNİVERSİTE HASTANESİNDE ÇALIŞAN HEKİM, HEMŞİRE VE SAĞLIK MEMURLARININ PSİKOLOJİK DAYANIKLILIK, PSİKOLOJİK YILDIRMA, ŞİDDETE İLİŞKİN KAYGI DÜZEYLERİ VE RUHSAL BELİRTİ DÜZEYLERİNİN TÜKENMİŞLİK DÜZEYLERİ İLE İLİŞKİSİ

Erkal ERZİNCAN¹, Bülent COŞKUN², Nermin GÜNDÜZ³

¹ İstanbul Gelişim Üniversitesi Psikoloji (İngilizce), İstanbul, Turkey.

² Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Emekli Öğretim Üyesi Turkey.

³ Haliç Üniversitesi Tıp Fakültesi (İngilizce) Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul, Turkey.

Corresponding Author: Nermin GÜNDÜZ

Haliç Üniversitesi Tıp Fakültesi (İngilizce) Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye. ngunduz2798@hotmail.com

Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Hekim, Hemşire Ve Sağlık Memurlarının Psikolojik Dayanıklılık, Psikolojik Yıldıрма, Şiddete İlişkin Kaygı Düzeyleri Ve Ruhsal Belirti Düzeylerinin Tükenmişlik Düzeyleri İle İlişkisi

ÖZET

Amaç: Bu çalışmanın amacı bir tıp fakültesi hastanesinde çalışan hekim, hemşire ve sağlık memurlarının tükenmişlik düzeylerini belirlemek ve bununla ilişkili olabilecek değişkenleri araştırmaktır.

Yöntem: Çalışma 2013 yılında bir tıp fakültesi hastanesinde çalışan hekim, hemşire ve sağlık memurlarından oluşan 242 kişi ile yürütülmüştür. Katılımcılar Sosyodemografik Form, Maslach Tükenmişlik Ölçeği (MTÖ), Genel Sağlık Anketi (GSA)-12, Kendini Toparlama Gücü Ölçeği (KTGÖ) ve Olumsuz Davranışlar Anketi (ODA) kullanılarak değerlendirilmiştir. Elde edilen veriler t-testi, Mann Whitney U testi, tek yönlü ANOVA testi, Kruskal Wallis testi ve Spearman korelasyon analizi kullanılarak çözümlenmiştir. Verilerin analizinde bir istatistiksel paket program kullanılmıştır. Sonuçların yorumlanmasında p<0,05 anlamlılık düzeyi kabul edilmiştir.

Bulgular: Çalışmamızda MTÖ; duygusal tükenme (DT), duyarsızlaşma (D) ve kişisel başarı (KB) olmak üzere üç alt boyutta değerlendirilmiştir. Uzman hekimlerin; araştırma görevlisi hekimler ve hemşire / sağlık memuru gruplarına göre her üç tükenmişlik alt boyutunda da daha az tükenmişlik yaşamakta oldukları saptanmıştır. Çalışmamızda katılımcıların tükenmişlik alt boyutları ile ruhsal belirti düzeyleri, psikolojik dayanıklılık düzeyleri ve psikolojik yıldıрма düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler bulunduğu saptanmıştır. Sonuç: Tükenmişliğin sağlık çalışanlarında sık görülmekte olduğu bilinmektedir. Tükenmişliğin önlenmesi ve tedavisi için tükenmişlik ile ilişkili değişkenlerin tanımlanabilmesi gerekmektedir. Sonuç olarak çalışmamız bu ihtiyacı göz önünde tutarak bu değişkenleri tanımlamayı amaçlamıştır.

Anahtar kelimeler: Duyarsızlaşma, duygusal tükenme, kişisel başarı, mobbing, psikolojik dayanıklılık, psikolojik yıldıрма, tükenmişlik.

The Relationship between Psychological Resilience, Mobbing, Violence-Related Anxiety Levels, and Psychological Symptom Levels with Burnout Levels Among Physicians, Nurses, and Health Officials Working in a University Hospital

ABSTRACT

Objective: The aim of this study was to assess the burnout level of doctors and nurses in a medical faculty hospital and identify the related variables.

Method: This study was conducted in 2013 among 242 employees of a medical faculty hospital including doctors and nurses. The participants were evaluated by socio-demographic form, Maslach Burnout Inventory (MBI), General Health Questionnaire (GHQ)-12, Resilience Scale and Negative Acts Questionnaire-Revised. Acquired data was analysed by using t-test, Mann Whitney U test, one-way ANOVA test, Kruskal Wallis test and Spearman's correlation analysis. A statistical software was used to analyse the data. While assessing results of the analysis p<0,05 was accepted as level of significance.

Results: MBI was evaluated in three sub-dimensions; emotional exhaustion, desensitization, personal accomplishment. It was determined that the specialists have less burnout than residents, nurses in all three sub-dimensions. In our study a statistically significant correlation was found between the participants burnout subscale levels and psychiatric symptom levels, psychological resilience and mobbing levels.

Conclusion: It is known that burnout is frequently observed in health care workers. Variables related to burnout must be identified in order to prevent and to treat burnout. As a result of these observations, our study was decided to identify these variables considering the necessity.

Keywords: Burnout, desensitization, emotional exhaustion, mobbing, personal accomplishment, resilience.

GİRİŞ

Sağlık çalışanları çok sayıda zorlayıcı olay ve olumsuz çalışma koşulları ile karşılaşmaktadır. Zaman baskısı, işyerinde sosyal destek azlığı, uygun olmayan çevresel ortamlar, aşırı iş yükü, yönetici, hasta ve/veya hasta yakınlarının gerçekçi olmayan beklentileri, ciddi bedensel ya da ruhsal hastalığı olan kişiler ya da ölümle sürekli karşılaşmaya bağlı duygusal yüklenme gibi ciddi mesleki zorlayıcılarla baş etmek durumundadırlar (1-4). Sağlık çalışanlarının yaşadığı bu zorluklar eşduyum yorgunluğuna, tükenmişliğe ve çeşitli ruhsal sorunlara yol açabilmektedir. Ruhsal zorlanmaların en önemli sonucu ise intihar ile sonuçlanma riski taşıyan ciddi psikiyatrik bozukluklardır (5, 6). Yapılan çalışmalarda hekimlerde genel toplumdaki diğer meslek gruplarından daha fazla oranda intihar düşüncesinin olduğu, tamamlanmış intihar oranlarının hekimlerde genel toplumdaki 2 ila 5 kat daha yüksek olduğu gösterilmiştir (7). Sağlık çalışanlarında intihar genellikle psikiyatrik hastalıkların sonucunda en sık olarak da depresyona bağlı olarak gözlenmektedir (8). Ayrıca, yaygın olarak depresyona yol açtığı ya da depresyon gelişimine katkıda bulunduğu inanılan bir durum olan tükenmişlik, sağlık çalışanlarında diğer meslek gruplarına göre daha fazla gözlenmektedir (9, 10).

Tükenmişlik meslekteki duygusal ve kişiler arası süregelen zorluklar sonucunda gelişmiş duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarı duygusunun azalması ile giden üç boyutlu bir sendrom olup özellikle insanlarla yüz yüze ilişki gerektiren mesleklerde tükenmişliğin sık görüldüğü bildirilmiştir (5, 11). Bu bağlamda sağlık sektöründe tükenmişliğin sık görülmesi beklenmektedir (10). Tükenmişlik bireyleri hem ruhsal hem bedensel bozukluklara yatkın kılmaktadır (6, 12-14). Ayrıca tükenmişliğin başlı başına bir ruhsal hastalık olabileceği gibi özgün bir hastalık olmayıp depresyon, kaygı bozukluğu, benlik saygısızlığı, düşme, psikosomatik bozukluklar, alkol ve madde kullanımı, travmatik stres belirtileri gibi ruhsal bozuklukların gelişimine katkıda bulunabilecek bir durum olabileceği de iddia edilmektedir (5, 6, 13, 15, 16). Bununla birlikte, tükenmişlik sağlık çalışanlarında performans ve verimliliği azaltmakta bu durum da hasta iyileşmesi üzerinde ciddi olumsuzluklara neden olabilmektedir (2). Tükenmişlik hasta bakım kalitesi ve hasta memnuniyetini düşürmekte, tıbbi hata sayısı, hasta bakımı kaynaklı enfeksiyon oranları ve hastanede ölüm oranlarında artışa da sebep olabilmektedir (17-19). Görüldüğü üzere tükenmişlik sadece sağlık çalışanlarını değil, aynı zamanda sağlık çalışanlarının bakım verdikleri hasta grubunu da etkilemekte olduğundan çok boyutlu ele alınması gerekli bir durumdur.

Sağlık çalışanlarında tükenmişliğe neden olması olası diğer etmenler ise şiddete uğrama ve psikolojik yıldırımdır. Yerel özellikleri değişebilir olmakla beraber işyerinde şiddet sağlık sektöründe evrensel olup sağlık çalışanlarının şiddete uğrama riskinin yüksek olduğu bildirilmiştir (20-24). Yazın incelendiğinde, çalışmalar genel olarak

işyerinde şiddete maruz kalmak ile tükenmişlik; depresyon ve kaygı bozuklukları başta olmak üzere ruhsal bozuklukların arttığını göstermektedir (25-28). Bu nedenle çalışmamızda tükenmişliğe etki etmesi olası bir etmen olarak şiddete ilişkin kaygı düzeyi de ele alınmıştır. Psikolojik yıldırma veya mobbing; iş yerinde, sistematik bir şekilde bir ya da daha fazla birey tarafından, daha çok bir kişiye yönelik düşmanca ve etik dışı davranışı içerir (29). Birey psikolojik yıldırma hareketlerine bağlı olarak çaresiz ve savunmasız kalmakta; bu düşmanca davranışlar bireyde belirgin zihinsel, psikosomatik ve sosyal tükenmişliğe neden olmaktadır (30). Ülkemizde bir üniversite hastanesinde yapılan bir çalışmada araştırma görevlilerinin psikolojik yıldırma ve tükenmişlik düzeyleri birbirleriyle ilişkili bulunmuştur (20). Psikolojik yıldırmanın çeşitli çalışmalarda tükenmişlik ile benzer şekilde travma sonrası stres bozukluğu (TSSB), depresyon, somatik belirtiler, uyum bozukluğu, panik atakları, kalp damar hastalıkları ile ilişkili olduğu bildirilmiştir (31, 32).

Bu alanda yapılan çalışmaların önemli bir bölümünde tükenmişliğin mesleklerinin doğası gereği zorlayıcı ve örseleyici olaylarla sık sık karşı karşıya kalan sağlık çalışanlarında verimlilik düzeylerini olumsuz olarak etkileyebilecek ve yaşam kalitelerini bozabilecek düzeyde ciddi ruhsal sıkıntıya neden olabileceği gösterilmiştir (2, 33). Bununla birlikte tükenmişlik açısından yüksek risk taşımalarına rağmen, her sağlık çalışanında ciddi ruhsal sıkıntı ya da psikopatoloji ortaya çıkmamaktadır (3, 4, 34). Yazında bu durumu yani olumsuzluklarla karşılaşma sonrası ortaya çıkan pozitif uyumsal süreci açıklamak için "Resilience" kavramı ortaya atılmıştır. "Resilience" kavramı ulusal yazına, yılmazlık, kendini toparlama gücü, psikolojik sağlamlık ve dayanıklılık gibi adlarla çevrilmiştir. Psikolojik dayanıklılık (PD) zorluklarla yaşıyor olmaya karşın olumlu adaptasyonu veya ruh sağlığını sürdürme veya geri kazanma yeteneğini ifade eder. Bir başka deyişle PD koruyucu etmenler aracılığı ile ağır risk şartlarına maruz kalınmasına rağmen başarılı bir şekilde toparlanabilme, eski normal haline dönebilme yeteneğidir (35). Bu bağlamda PD, hekim, hemşire ve sağlık memurlarının yaşamış oldukları zorluklar ve örseleyici olaylar karşısında ruh sağlıklarını sürdürmelerinde etkili olabilir (36). PD ile ilgili yazındaki çalışmaların gözden geçirmeleri sağlık çalışanları için PD'nin mesleklerinin doğası gereği karşılaştıkları zorlukların üstesinden gelmek için mutlak gerekli olduğu da belirtilmiştir (37). PD ile tükenmişlik ve ruhsal ve bedensel iyilik hali birbirleriyle yakından ilişkilidir (4). Yazın incelendiğinde PD düzeyleri ile tükenmişlik düzeyleri arasında zıt yönde ilişki bulunduğunu gösteren çalışmaların mevcut olduğu (38-41), PD'nin tükenmişliği azalttığı görülmektedir (42). Ek olarak, çalışmalar, PD'nin bedensel ve ruhsal iyilik hali ve hastalıklardan daha hızlı iyileşme süreci ile bağlantılı olduğunu ortaya koymuştur (43). Sağlık çalışanlarında yapılan çalışmalarda PD düzeyindeki artışın anksiyete veya depresyonu azalttığı, ruhsal iyilik halini arttırdığı ortaya konmuştur (44).

Bugünkü bilgilerimizle yazında PD ve tükenmişliğin ruhsal iyilik hali üzerine etkisinin araştırıldığı çalışmalar bulunmakta birlikte (3, 45, 46) sağlık çalışanlarında PD, psikolojik yıldırma, şiddete ilişkin kaygı düzeyi, ruhsal belirtilerin tükenmişlik ile ilişkisinin araştırıldığı bir çalışma bulunmamaktadır. Bu bağlamda bu çalışmanın amacı, bir tıp fakültesi hastanesinde çalışan hekimler, hemşireler ve sağlık memurlarından oluşan sağlık çalışanlarında tükenmişlik düzeylerini belirlemek ve tükenmişlik düzeylerine etki etmesi muhtemel değişkenleri araştırmak ve ilgili yazına bu alanda katkı sağlamaktır.

YÖNTEM VE GEREÇLER

Bu çalışma Ocak 2013 ile Temmuz 2013 tarihleri arasında Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma Hastanesi'nde çalışmakta olan 242 gönüllü hemşire, sağlık memuru ve hekim arasında yapılmıştır. Çalışma için Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu'ndan onay alınmıştır. Araştırmada Kişisel Bilgi Formu, Genel Sağlık Anketi 12, Maslach Tükenmişlik Ölçeği, Kendini Toparlama Gücü Ölçeği ve Olumsuz Davranışlar Anketi kullanılmıştır.

Kişisel Veri Formu: Araştırmacılar tarafından hazırlanan "Kişisel Bilgi Formu" katılımcıların yaş, cinsiyet, medeni durum, çocuk sayısı, çalıştığı klinik, eğitim durumu, akademik ünvan, mezuniyet yılı, kaç yıldır bulunduğu klinikte çalıştığı, mesai şekli ve nöbet sayısı, çalışmakta olduğu yer, günde ortalama hizmet verdiği hasta sayısı, hobi niteliğinde bir aktivite ile uğraşıp uğraşmadığı, hobi niteliğinde aktivitelere haftada ne kadar vakit ayırdığı gibi kişisel ve mesleki özelliklerini sorgulayan maddeler sorulmuştur. Ek olarak katılımcıların kendilerini ruhsal açıdan nasıl hissettikleri, iş yerinde fiziksel ve cinsel şiddete maruz kalıp kalmadıkları; işyerinde fiziksel ve cinsel şiddete maruz kalmakla ilişkili kaygı düzeylerini sorgulayan maddeler bulunmaktadır. Fiziksel ve cinsel şiddete maruz kalmakla ilişkili kaygı düzeyi maddeleri, cevapları 0 ve 4 arasında değişen beşli likert tipi puanlama olacak şekilde belirlenmiştir.

Genel Sağlık Anketi 12 (GSA 12): Goldberg (47, 48) tarafından toplumda sık rastlanılan akut ruhsal hastalıkları belirlemek amacıyla geliştirilmiş bir öz bildirim ölçeğidir. Çalışmamızda 12 soruluk şekli kullanılmıştır. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması mevcuttur (49).

Maslach Tükenmişlik Ölçeği (MTÖ): Maslach ve Jackson tarafından geliştirilmiş olan ölçeğin Türkçe güvenilirlik ve geçerlik çalışmaları Ergin ve Çam tarafından yapılmıştır (11, 50). Toplam 22 maddeden oluşan ölçeğin Duygusal Tükenme (DT), Duyarsızlaşma (DY), Kişisel Başarı (KB) olmak üzere üç alt ölçeği vardır. Duygusal tükenme ve duyarsızlaşma alt ölçeklerinden yüksek, kişisel başarı alt ölçeğinden düşük puanlar tükenmişlik olarak kabul edilmektedir.

Kendini Toparlama Gücü Ölçeği (KTGÖ): Wagnild ve

Young (51) tarafından geliştirilmiş olup Türkçe güvenilirlik ve geçerlik çalışması mevcut (52) olup yüksek puan psikolojik dayanıklılık düzeyinin yüksek olduğuna işaret etmektedir.

Olumsuz Davranışlar Anketi (ODA): Einarsen ve Raknes tarafından geliştirilmiş olup ölçeğin ülkemizde güvenilirlik ve geçerlilik çalışmaları Karaahmet tarafından yapılmıştır (53, 54). ODA'nın ilk 21 maddesi için, anketi cevaplayanlara, son altı ay içinde çeşitli olumsuz davranışlara ne sıklıkta maruz kaldıkları sorulmaktadır. 22. maddede ise psikolojik yıldırımın tanımı yapılmakta ve bu tanım doğrultusunda çalışanlara işyerinde yıldırıya ne sıklıkta maruz kaldıkları sorulmaktadır.

VERİLERİN ANALİZİ

Araştırmada veri toplama aracı olarak kullanılan ölçek ve formlardan elde edilen veriler araştırmacı tarafından kodlanarak bilgisayar ortamına aktarılmıştır. Toplanan veriler Sosyal Bilimler İçin İstatistik Programı 16 (Statistical Program for Social Sciences 16) kullanılarak çözümlenmiştir. Sayısal değişkenlerin (sayısal veriler) normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov-Smirnov testi ile araştırılmıştır. Normal dağılıma uygun olmayan sayısal verilerin iki örneklem grubu arasındaki istatistiksel değerlendirmesinde Mann Whitney-U testi; ikiden fazla grup arasındaki analizlerinde ise Kruskal Wallis testi kullanılmıştır. Kruskal Wallis Testi ile gruplar arasında anlamlı farklılık ($p < 0,05$) saptanması durumunda Bonferroni düzeltmeli Mann-Whitney U testi uygulanmıştır. Normal dağılıma uyan sayısal verilerin iki örneklem grubu arasındaki istatistiksel değerlendirmesinde t Testi; ikiden fazla grup arasındaki istatistiksel değerlendirmelerinde ise tek yönlü ANOVA testi kullanılmıştır. Farklılığa neden olan grubun tespiti amacıyla Tukey testi uygulanmıştır. Sayısal değişkenlerin birbirleriyle olan ilişkisi Spearman Korelasyon Analizi kullanılarak değerlendirilmiştir. Araştırma verileri $p < 0,05$ anlamlılık düzeyi dikkate alınarak değerlendirilmiştir.

BULGULAR

Çalışmaya 86'sı (%35,5) hemşire / sağlık memuru, 156'sı (%64,5) hekim olmak üzere toplam 242 çalışan katılmıştır. Katılımcıların yaş ortalaması $30,68 \pm 6,21$ 'dir. Hemşire / sağlık memuru grubunun yaş ortalaması $28,43 \pm 3,75$; hekim grubununki ise $31,91 \pm 6,92$ 'dir.

Katılımcıların %66,5'i kadın; %33,5'i ise erkektir. Katılımcıların çoğunluğu dahili kliniklerde çalışmaktadır (%58,7). Katılımcıların çoğunluğunda (100, %45,4) mezuniyet üzerinden geçen süre 6 yılın altında idi. Yine katılımcıların çoğunluğunun (202, %83,5) bulunduğu klinikte çalışma süresi 6 yılın altında idi (Tablo 1).

Çalışmaya katılan hemşirelerden 15 (%17,4)'i sadece gündüz mesaisi yapıyor iken 71 (%82,6)'i gece de nöbet

tutmakta idi. Çalışmaya katılan hekimlerden 60 (%38,5)'i nöbet tutmazken, 38 (%24,4)'i ayda 1-5 arasında nöbet tutuyor; 50 (%32)'si ayda 6-10 arasında nöbet tutuyor, 8 (%5,1)'i ise ayda 10'un üzerinde nöbet tutuyordu. Çalışmaya katılan hekimlerin 121 (%77,6)'i araştırma görevlisi iken 35'i (22,4)'ü uzman hekim, doktor öğretim üyesi, doçent ya da profesör idi.

Çalışmaya katılan 242 çalışanın oluşturduğu örneklem grubunda katılanların %15,3'ü işyerinde fiziksel şiddete; %3,3'ü ise cinsel şiddete maruz kaldıklarını bildirmişlerdir. Cinsel şiddete maruz kaldıklarını bildirme oranları ise hemşire / sağlık memuru grubunda %7,0 iken; hekim grubunda %1,3'tür (Tablo 1).

Çalışmaya katılan çalışanların çoğunluğu işyerinde fiziksel şiddete maruz kalmak ile ilgili 'kaygılı' veya 'çok kaygılı' olduklarını bildirmiştir. İşyerinde cinsel şiddete maruz kalmakla ilişkili olarak hekimlerin %9,6'sı "kaygılı"; %1,3'ü "çok kaygılı" olduğunu bildirmişken; hemşire / sağlık memuru grubunun %36,0'sı "kaygılı"; %1,2'si "çok kaygılı" olduklarını bildirmişlerdir (Tablo 2).

Çalışanların meslekleri ve ruhsal açıdan kendini nasıl hissettikleri sorusuna verdikleri cevaplar arasındaki ilişki incelendiğinde ruhsal durum değerlendirme sorusu puanları

bakımından iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir fark olduğu ve hekim grubunun ruhsal durum değerlendirme sorusu puanlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur (p=0,007) (Tablo 2).

Hemşire / Sağlık memuru ve hekimlerin GSA 12, KTGÖ ve ODA ölçek puan ortalamaları Tablo 3'te verilmiştir.

MTÖ alt ölçek puanları açısından cinsiyet ve medeni durum değişkenine göre gruplar arasında anlamlı düzeyde fark bulunmazken çocuk sahibi olma değişkenine göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık bulunduğu ve çocuk sahibi olan sağlık çalışanlarının MTÖ Duygusal Tükenme alt ölçeği (p=0,027) ve MTÖ Duyarsızlaşma alt ölçeği (p=0,003) puanlarının daha düşük olduğu izlenmektedir. Bununla beraber MTÖ Kişisel Başarı alt ölçeği puanları açısından gruplar arasında anlamlı düzeyde fark bulunmamıştır (p=0,067) (Tablo 4). Tükenmişlik alt ölçek puanlarının sosyodemografik verilere göre puan ortalamaları Tablo 4'te verilmiştir.

Çalışmamıza katılan hemşire / sağlık memurlarının MTÖ Duygusal Tükenme alt ölçeği (p=0,018) ile MTÖ Duyarsızlaşma alt ölçeği puanları (p=0,014) açısından vardiya şekli değişkenine göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık bulunduğu ve gece-

Tablo 1: Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerine İlişkin Veriler

		Hemşire / Sağlık memuru (N, %)	Hekim (N, %)	Toplam (N, %)
Cinsiyet	Kadın	81 (94,2)	80 (51,3)	161 (66,5)
Medeni durum	Evli	55 (64)	88 (56,4)	143 (59,1)
Çocuk sahibi olma	Evet	29 (33,7)	55 (35,3)	84 (34,7)
Çalıştığı Klinik	Dahili+Ruh Sağlığı	60 (69,8)	82 (52,6)	142 (58,7)
	Cerrahi	26 (30,2)	74 (47,4)	100 (41,3)
Mezuniyet üzerinden geçen süre	<6 yıl	35 (40,7)	75 (48,1)	110 (45,4)
	6 – 10 yıl	36 (41,9)	44 (28,2)	80 (33,1)
	>11 yıl	15 (17,4)	37 (23,7)	52 (21,5)
Bulunduğu klinikte çalışma süresi (yıl)	<6 yıl	72 (83,7)	130 (83,3)	202 (83,5)
	6 – 10 yıl	14 (16,3)	9 (5,8)	23 (9,5)
	>11 yıl	0 (0)	17 (10,8)	17 (7,0)
Haftalık çalışma saati	25 – 40 saat	20 (23,3)	38 (24,4)	58 (24)
	41 – 80 saat	66 (76,7)	84 (53,8)	150 (62)
	>80 saat	0 (0)	34 (21,8)	34 (14)
Günde ortalama hizmet verdiği hasta sayısı	>20 hasta	66 (76,7)	76 (48,7)	142 (58,7)
	20 – 50 hasta	18 (20,9)	64 (41)	82 (33,9)
	>50 hasta	2 (2,3)	16 (10,3)	18 (7,4)
hobi niteliğindeki aktivitelere ayırdıkları süre	aktivite yapmıyor	27 (31,4)	39 (25)	66 (27,3)
	1 – 10 saat	54 (62,8)	107 (68,6)	161 (66,5)
	>10 saat	5 (5,8)	10 (6,4)	15 (6,2)
İşyerinde fiziksel şiddet maruziyeti	hayır	73 (84,9)	132 (84,6)	205 (84,7)
	evet	13 (15,1)	24 (15,4)	37 (15,3)
İşyerinde cinsel şiddet maruziyeti	hayır	80 (93)	154 (98,7)	234 (96,7)
	evet	6 (7)	2 (1,3)	8 (3,3)

Tablo 2: Katılımcıların İşyerinde Fiziksel veya Cinsel Şiddete Maruz Kalmak ile İlgili Kaygı Düzeyleri ve Ruhsal Açından Kendilerini Nasıl Hissettiklerine İlişkin Veriler

		Hemşire / Sağlık memuru (N, %)	Hekim (N, %)	Toplam (N, %)
İş yerinde fiziksel şiddete maruz kalmak ile ilgili soruya verdikleri cevaplar	Hiç kaygı yaşamıyorum	3 (3,5)	8 (5,1)	11 (4,5)
	Kaygı yaşamıyorum	9 (10,5)	30 (19,2)	39 (16,1)
	Kararsızım	12 (14)	17 (10,9)	29 (12)
	Kaygılıyım	49 (57)	87 (55,8)	136 (56,2)
	Çok kaygılıyım	13 (15,1)	14 (9)	27 (11,2)
İş yerinde cinsel şiddete maruz kalmak ile ilgili soruya verdikleri cevaplar	Hiç kaygı yaşamıyorum	10 (11,6)	43 (27,6)	53 (21,9)
	Kaygı yaşamıyorum	21 (24,4)	79 (50,6)	100 (41,3)
	Kararsızım	23 (26,7)	17 (10,9)	40 (16,5)
	Kaygılıyım	31 (36)	15 (9,6)	46 (19)
	Çok kaygılıyım	1 (1,2)	2 (1,3)	3 (1,2)
Ruhsal açıdan kendilerini nasıl hissettikleri	Çok kötü	9 (10,5)	4 (2,6)	13 (5,4)
	Kötü	20 (23,3)	29 (18,6)	49 (20,2)
	Orta	36 (41,9)	65 (41,7)	101 (41,7)
	İyi	20 (23,3)	52 (33,3)	72 (29,8)
	Çok iyi	1 (1,2)	6 (3,8)	7 (2,9)

Tablo 3: Katılımcıların Ölçek Puan Ortalamalarına İlişkin Veriler

		Hemşire / Sağlık memuru	Hekim
GSA 12	Min-max	3-34	0-32
	ortalama±Ss	15,5±7,2	14,4±6,7
KTGÖ	Min-max	80-168	75-165
	ortalama±Ss	125,9±19,1	122,8±19,7
ODA	Min-max	22-76	22-90
	ortalama±Ss	37,5±11,4	39,3±14,3

Genel Sağlık Anketi (GSA)– 12, Kendini Toparlama Gücü Ölçeği (KTGÖ) ve Olumsuz Davranışlar Anketi (ODA)

gündüz vardiyasında çalışan sağlık çalışanlarının duygusal tükenme düzeyleri ile duyarsızlaşma düzeylerinin gündüz çalışanlara göre yüksek olduğu izlenmektedir. MTÖ Kişisel Başarı alt ölçeği puanları açısından ise göre gruplar arasında anlamlı düzeyde fark bulunmamıştır (p=0,700).

İşyerinde fiziksel şiddete uğramış olduklarını bildiren sağlık çalışanlarının MTÖ Duygusal Tükenme alt ölçeği (p=0,002) ve MTÖ Duyarsızlaşma alt ölçeği (p=0,019) puanlarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu tespit edilmiştir. Bununla beraber MTÖ Kişisel Başarı alt ölçeği puanları açısından göre gruplar arasında anlamlı düzeyde farklılık bulunmamıştır (p=0,180). MTÖ Duygusal Tükenme alt ölçeği (p=0,975), MTÖ Duyarsızlaşma alt ölçeği (p=0,538), MTÖ Kişisel Başarı (p=0,124) alt ölçeği puanları açısından işyerinde cinsel şiddete uğramış olma değişkenine göre gruplar arasında

anlamlı düzeyde fark bulunmamıştır.

MTÖ Duygusal Tükenme, MTÖ Duyarsızlaşma ve MTÖ Kişisel Başarı alt ölçeği puanları bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık olduğu görülmektedir. Ortaya çıkan bu farklılıkların kaynağını belirlemek için Bonferroni düzeltmeli Mann-Whitney U testi uygulanmıştır. Uzman hekimlerin MTÖ Duygusal Tükenme (p=0,001) ve MTÖ Duyarsızlaşma (p=0,001) alt ölçek puanları hemşire / sağlık memurları ve araştırma görevlisi hekimleri göre daha düşük; MTÖ Kişisel başarı alt ölçeği puanları ise daha yüksek (p=0,000) bulunmuştur. Hemşire / sağlık memuru ve araştırma görevlisi hekimler arasında MTÖ alt ölçekleri puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır (Tablo 5).

Hemşire / sağlık memurlarının MTÖ Duyarsızlaşma (p=0,605), MTÖ Duygusal Tükenme (p=0,786) ve MTÖ Kişisel Başarı (p=0,642) alt ölçeği puanlarının dahili + ruh sağlığı ve cerrahi kliniklerde çalışma durumlarına göre farklılık göstermediği bulunmuştur. Araştırma görevlisi hekimlerin çalıştıkları kliniklere göre MTÖ Duygusal Tükenme (p=0,087) ve MTÖ Kişisel Başarı (p=0,957) alt ölçeği puanları açısından gruplar arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır. Bununla beraber MTÖ Duyarsızlaşma alt ölçeği puanları bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark olduğu görülmüştür (p=0,002). Buna göre; dahili kliniklerde ve ruh sağlığı kliniklerinde çalışmakta olan araştırma görevlisi hekimlerin duyarsızlaşma puanlarının cerrahi bölümlerde çalışan araştırma görevlisi hekimlere göre daha düşük olduğu görülmüştür. Uzman hekimlerin çalıştıkları kliniklere göre MTÖ Duyarsızlaşma (p=0,345) ve MTÖ Kişisel Başarı

Tablo 4: Tükenmişlik Alt Ölçek Puanlarının Sosyodemografik Verilere Göre Ortalama Puan Ortalamaları

		Ortalama	Ss	Medyan	U	Z	P
MTÖ DT	Kadın	29,30	8,02	29	5711,5	-1,576	0,115
	Erkek	27,72	7,65	27			
MTÖ D	Kadın	11,87	3,63	12	6288,5	-,453	0,651
	Erkek	12,12	4,13	12			
MTÖ KB	Kadın	27,50	4,04	27	5828,5	-1,351	0,177
	Erkek	28,06	4,70	29			
MTÖ DT	Evli değil	28,71	7,49	29	7062,0	-0,031	0,975
	Evli	28,80	8,22	28			
MTÖ D	Evli değil	12,29	3,48	12	6337,5	-1,389	0,165
	Evli	12,72	4,00	12			
MTÖ KB	Evli değil	27,74	3,84	28	7033,5	-0,084	0,993
	Evli	27,66	4,55	28			
MTÖ DT	Çocuğu yok	29,56	7,49	30,00	5492,5	-2,208	0,027
	Çocuğu var	27,29	8,51	26,00			
MTÖ D	Çocuğu yok	12,44	3,73	12,00	5090,5	-2,992	0,003
	Çocuğu var	11,04	3,78	11,00			
MTÖ KB	Çocuğu yok	27,39	3,96	27,00	5690	-1,830	0,067
	Çocuğu var	28,26	4,77	29,00			
MTÖ DT	Hemşire / Sağlık memuru	30,99	7,88	32,0	4942,5	-3,390	0,001
	Hekim	27,55	7,69	27,00			
MTÖ D	Hemşire / Sağlık memuru	11,97	3,59	12,00	6696,5	-,022	0,982
	Hekim	11,95	3,92	12,00			
MTÖ KB	Hemşire / Sağlık memuru	27,69	4,17	27,5	6696,5	-,063	0,950
	Hekim	27,69	4,34	28,00			

Kullanılan İstatistiksel Test: Mann Whitney U Testi, Maslach Tükenmişlik Ölçeği (MTÖ), duygusal tükenme (DT), duyarsızlaşma (D), kişisel başarı (KB)

($p=0,249$) alt ölçeği puanları açısından gruplar arasında anlamlı farklılık bulunmadığı izlenmektedir. MTÖ Duygusal Tükenme ($p=0,017$) alt ölçeği puanları bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark olduğu görülmektedir. Buna göre; ruh sağlığı kliniklerinde çalışmakta olan uzman hekimlerin duygusal tükenme puanlarının cerrahi bölümlerde çalışan uzman hekimlere göre daha düşük olduğu görülmüştür.

Katılımcıların GSA, KTGÖ, MTÖ Duygusal Tükenme, MTÖ Duyarsızlaşma, MTÖ Kişisel Başarı ve ODA puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler saptanmıştır (Spearman Korelasyon Analizi) (Tablo 6). Katılımcıların ruhsal açıdan kendilerini nasıl hissettikleri ile GSA, MTÖ Duygusal Tükenme, MTÖ Duyarsızlaşma ve ODA puanları arasında negatif yönde; MTÖ Kişisel Başarı, KTGÖ puanları arasında ise pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunduğu saptanmıştır (Tablo 6).

Katılımcıların yaşları ile MTÖ Duygusal Tükenme alt ölçeği ve MTÖ Duyarsızlaşma alt ölçeği puanları arasında

da negatif yönde; MTÖ Kişisel Başarı alt ölçeği puanları arasında ise pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunduğu saptanmıştır. Katılımcıların MTÖ Duygusal Tükenme alt ölçeği ve MTÖ Duyarsızlaşma alt ölçeği puanları ile mezuniyetleri üzerinden geçen süre ve buldukları klinikte çalışma süresi değişkenleri arasında negatif yönde; haftalık çalışma süresi ve günde ortalama hizmet verdiği hasta sayısı değişkenleri ile ise arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunduğu saptanmıştır. MTÖ Kişisel Başarı alt ölçeği puanları ile mezuniyet üzerinden geçen süre değişkeni arasında ise pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunduğu tespit edilmiştir. Araştırma görevlisi hekimlerin bir ayda tuttuklarını bildirdikleri nöbet sayısı ile MTÖ Duygusal Tükenme alt ölçeği ve MTÖ Duyarsızlaşma alt ölçeği puanları arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu görülmektedir. MTÖ Kişisel Başarı alt ölçeği puanları ile ise arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ilişki saptanmamıştır. Katılımcıların hobilerine haftada ayırdıklarını bildirdikleri zaman ile MTÖ Duygusal Tü-

Tablo 5: Çalışmaya Katılan Hemşire / Sağlık Memuru, Araştırma Görevlisi Ve Uzman Hekimlerin MTÖ Duygusal Tükenme, MTÖ Duyarsızlaşma ve MTÖ Kişisel Başarı Alt Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılmasına Dair Bulgular

		N	Ortalama	Ss	χ^2	df	p
MTÖ DT	Hemşire / Sağlık Memuru	86	30,99	7,88	36,354	2	0,000
	Araştırma görevlisi	121	29,24	7,33			
	Uzman hekim	35	21,69	5,89			
MTÖ D	Hemşire / Sağlık Memuru	86	11,97	3,59	30,354	2	0,000
	Araştırma görevlisi	121	12,81	3,80			
	Uzman hekim	35	8,97	2,74			
MTÖ KB	Hemşire / Sağlık Memuru	86	27,69	4,17	11,993	2	0,000
	Araştırma görevlisi	121	27,20	4,25			
	Uzman hekim	35	29,40	4,27			

Kullanılan İstatistiksel Test: Kruskal Wallis testi, Maslach Tükenmişlik Ölçeği (MTÖ), duygusal tükenme (DT), duyarsızlaşma (D), kişisel başarı (KB)

Tablo 6: Katılımcıların GSA, KTGÖ, MTÖ Duygusal Tükenme, MTÖ Duyarsızlaşma, MTÖ Kişisel Başarı ve ODA Puanları Arasındaki İlişkiyi Belirlemek İçin Yapılan Korelasyon Analizine İlişkin Bulgular

	KTGÖ	ODA	MTÖ KB	MTÖ D	MTÖ DT	Ruhsal durum değerlendirme sorusu puanı
GSA	-0,53*	0,50*	-0,37*	0,42*	0,64*	-0,69*
MTÖ DT	-0,43*	0,50*	-0,30*	0,63*	-	-0,59*
MTÖ D	-0,33*	0,40*	-0,24*	-	0,63*	-0,36*
MTÖ KB	0,53*	-0,28*	-	-0,24*	-0,30*	0,29*
Ruhsal durum değerlendirme sorusu puanı	0,40*	-0,36*	0,29*	-0,36*	-0,59*	-

*p<0,05, Spearman Korelasyon Analizi

Maslach Tükenmişlik Ölçeği (MTÖ), duygusal tükenme (DT), duyarsızlaşma (D), kişisel başarı (KB), Genel Sağlık Anketi (GSA)- 12, Kendini Toparlama Gücü Ölçeği (KTGÖ) ve Olumsuz Davranışlar Anketi (ODA)

kenme alt ölçeği ve MTÖ Duyarsızlaşma alt ölçeği puanları arasında negatif yönde; MTÖ Kişisel Başarı alt ölçeği puanları arasında ise pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunduğu görülmektedir. Katılımcıların fiziksel şiddete maruz kalmak ile ilgili kaygı düzeyleri ile MTÖ

Duygusal Tükenme alt ölçeği ve MTÖ Duyarsızlaşma alt ölçeği puanları arasında pozitif; MTÖ Kişisel Başarı alt ölçeği puanları ile arasında ise negatif yönde ilişki olduğu görülmektedir. Katılımcıların cinsel şiddete maruz kalmak ile ilgili kaygı düzeyleri ile MTÖ Duygusal Tükenme

Tablo 7: Katılımcıların MTÖ Alt Ölçek Puanlarının Sosyodemografik Değişkenler İle İlişkisinin Değerlendirilmesi

	MTÖ DT	MTÖ D	MTÖ KB
Yaş	-0,28*	-0,27*	0,17*
Mezuniyet üzerinden geçen süre	-0,18*	-0,24*	0,22*
Bulunduğu klinikte çalışma süresi	-0,13*	-0,15*	0,07
Haftalık çalışma süresi	0,35*	0,37*	-0,11
Günde ortalama hizmet verdiği hasta sayısı	0,18*	0,24*	-0,04
Araştırma Görevlilerinin aylık nöbet sayısı	0,33*	0,31*	0,03
Katılımcıların hobilere haftada ayırdığı zaman	-0,33*	-0,22*	0,22*
Fiziksel şiddete maruz kalmak ile ilgili kaygı düzeyi	0,27*	-0,18*	-0,14*
Cinsel şiddete maruz kalmak ile ilgili kaygı düzeyi	0,16*	0,04	-0,05

*p<0,05, Kullanılan İstatistiksel Test: Spearman Korelasyon Analizi

Maslach Tükenmişlik Ölçeği (MTÖ), duygusal tükenme (DT), duyarsızlaşma (D), kişisel başarı (KB)

alt ölçeği puanları arasında pozitif yönde ilişki bulunduğu saptanmıştır (Tablo 7).

TARTIŞMA

Ülkemizde son 10 yılda artış gösteren hekim, tıp fakültesi öğrencisi, hemşire/sağlık memuru intiharları sağlık çalışanlarında tükenmişlik düzeyleri ile tükenmişliğe etki etmesi olası bireysel, çevresel ve örgütsel etmenler ile koruyucu etmenlerin araştırıldığı çalışma sayısında gözle görülür artışa neden olmuştur. Bu alanda pek çok sorun tanımlanmasına rağmen sağlık çalışanlarının tükenmişlik salgını her geçen gün daha da artmaktadır (55, 56). Sağlık çalışanlarında tükenmişlik düzeylerini belirlemek, tükenmişlik düzeylerinin ruhsal belirti düzeyi ve psikolojik yıldırmaya maruz kalma düzeyleri ile ilişkisinin araştırıldığı çalışmamızda önceki çalışmaların bulgularına benzer veriler elde edilmiş olup (57, 58), ayrıca tükenmişlik düzeylerinin ilişkili olduğu şiddete ilişkin kaygı düzeyi, bireysel ve mesleki değişkenler de tanımlanmaya çalışılmış, PD aracılığıyla, tükenmişlik yaşayan herkeste neden ruhsal belirti ortaya çıkmadığına ilişkin veriler de sunulmuştur.

Hekim tükenmişliği Mayo Klinikte yapılan ve bu alanda dönüm noktası sayılan çalışmaların yayımlanması ile birlikte daha da dikkat çekmiştir. Bu çalışmalar tükenmişliğin doktorlar arasında ABD'de genel toplumda çalışan yetişkinlerden daha yaygın olduğunu göstermiştir (% 38 -% 28) (55) ve giderek artan bir hekim tükenmişlik salgını olduğuna vurgu yapmıştır (56). Çalışmamızın tükenmişlikle ilgili verisi araştırma görevlilerinin uzman hekimlere göre tükenmişlik düzeylerinin daha yüksek olduğunu bildiren yurt içi ve yurt dışı çalışmalarla uyumludur (9, 59-62). Tıp fakültelerinde yapılan araştırmalarda daha çok hekim ve hemşireler karşılaştırılmıştır. Araştırma görevlileri ile uzmanları karşılaştıran çalışmalar ise genel olarak

hemşire / sağlık memurlarını bu karşılaştırmaya dahil etmemişlerdir. Araştırmamız ek olarak bu karşılaştırmaların yapılmış olması açısından önemlidir.

Araştırma sonuçlarımız tek bir sebep ile açıklanamaz. Araştırma görevlisi hekimler tükenmişliğe katkıda bulunan çalışma sürelerinin daha uzun olması, nöbet sayısının fazla olması, yoğun hasta yükü, psikolojik yıldırmaya gibi çeşitli etkenlere daha fazla maruz kalıyor olabilirler. Tüm bunlar araştırma görevlisi hekimlerin tükenmişliğe yol açan etkenlerle daha fazla karşılaşmasına sebep olabileceği gibi bireylerin ailevi ve sosyal işlevselliğinin bozulması, hobi benzeri aktivitelerine ayrılabilirdikleri sürenin azalması gibi koruyucu olabileceği öne sürülen etmenlere ulaşmalarını engelleyebilir. Ayrıca artan hasta sayısı nedeniyle hastaya ayrılan sürenin azalması, sağlık çalışmasının hastanın isteklerini karşılamakta zorlanmasına yol açabilir. Böylece yoğun talebi karşılayamayan asistan hekimlerin meslek ile ilgili beklenti ve anlamlandırmaları zamanla olumsuz yönde değişebilir. Öğretim üyeleri ve uzman hekimler eğitim ile ilgili faaliyetler vb. nedenler ile araştırma görevlisi hekimlere göre daha az hastaya bakım veriyor olabilirler. Uzman hekimlerin mesleki deneyim ve gelir düzeylerinin daha yüksek olması; hobi gibi aktivitelerle daha fazla vakit ve para ayırabilmeleri tükenmişlikten daha fazla korunmalarına katkıda bulunuyor olabilir.

Yazında tükenmişliğin dahili, cerrahi ve ruh sağlığı bölümlerinde çalışma ile ilişkisinin araştırıldığı çalışma bulunamamıştır. Bu anlamda çalışmamız her üç klinik karşılaştırmamızın yapıldığı ilk çalışma olma özelliği taşımaktadır. Ancak hemşire / sağlık memurlarının tükenmişlik düzeyleri ruh sağlığı bölümlerinde çalışan katılımcı sayısının düşük olması nedeniyle dahili (ruh sağlığı bölümleri de dahil) ve cerrahi bölüm kliniklerinde çalışmalarına göre değerlendirilmiştir. Yazında genel olarak çalışmamıza benzer şekilde cerrahi bölümlerde çalışan

araştırma görevlisi hekimlerin duyarsızlaşma düzeyleri ruh sağlığı ve dahili bölümlerde çalışanlara göre daha yüksek bulunmuştur (63, 64). Asistan hekimlerin pek çoğu nöbet sonrası izin yapamayıp mesailerine devam etmektedirler. Özellikle cerrahi bölümlerde uzmanlık eğitiminin ilk yıllarında nöbet sayıları hekimin uyku düzenini ve sosyal yaşamını bozabilecek kadar fazla olabilmektedir. Bu nedenle cerrahi bölümlerde tükenmişlik düzeyinin yüksek bulunması şaşırtıcı değildir. Ayrıca cerrahi, uzun, titiz, nöbet sayılarının fazlalığı nedeniyle sosyal olarak yalıtılmış bir eğitim dönemi ile karakterizedir ve kişisel, finansal ve sosyal yatırım gerektirir (65, 66). Cerrahlar önemli oranda tükenmişlikten etkilenmekte (% 40), depresyon belirtileri göstermekte (% 30) ve hatta intihar düşüncesinden yakınmaktadır (% 6) (8, 65, 66). ABD’de bu alanda yapılan bir çalışmada her 16 cerrahtan birinde son iki ayda en az bir kez intihar düşüncesinin olduğu bulunmuştur (66). Ülkemizde anestezi bölümünde çalışan araştırma görevlisi hekimleri ile yapılan bir çalışmada nöbet sonrasında nöbet tutulmayan güne göre depresif duygu durum düzeylerinin daha fazla olduğu bulunmuştur (67). Ayrıca yapılan bir çalışmada duygusal tükenme ve duyarsızlaşma yaşayan cerrahların %15’ten fazlasının son 3 ay içerisinde cerrahi esnasında en az bir majör tıbbi hata yaptıklarını, bu durum tükenmişliğin cerrahların tıbbi hata oranını en az üç kat arttırdığını ortaya koyması açısından çarpıcıdır (68). Bununla birlikte yazında cerrahi birimlerde çalışan araştırma görevlisi hekimler (69) ile hemşirelerin (70) kişisel başarı düzeylerinin dahili birimlerde çalışanlara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bu durumun cerrahi bölümlerde mesleki sorumluluk alanlarının daha net çizilmiş olması, ekip içi hiyerarşinin ve iş bölümünün daha net olması ve dahili bölümlerden farklı olarak kronik ve bakımı güç hastaların azlığına bağlı olabileceği öne sürülmüştür. Çalışmamızda ayrıca ruh sağlığı bölümlerinde çalışan uzman hekimlerin duygusal tükenme düzeylerinin cerrahi bölümlerde çalışan uzman hekimlerden daha düşük olduğu tespit edilmiştir.

Araştırmamızın ikinci kısmında katılımcıların ruhsal belirti düzeyleri ile tükenmişlik düzeyleri ilişkisi incelenmiştir. Bulgularımız her üç alt boyutta da tükenmişlik düzeyleri arttıkça ruhsal belirti düzeyinin arttığını gösteren çalışmalar ile uyumludur (71-73). Bu alanda yapılan çalışmaların önemli bir bölümünde tükenmişliğin, sağlık çalışanlarında verimlilik düzeylerini olumsuz olarak etkileyebilecek ve yaşam kalitelerini bozabilecek düzeyde ciddi ruhsal sıkıntıya neden olabileceği gösterilmiştir (33, 74). Bu nedenle, sağlık çalışanlarında ruh sağlığının iyileştirilmesi için tükenmişlik nedeni ile yaşadıkları ruhsal sıkıntılar daha fazla dikkate alınmalıdır. Katılımcıların ruhsal açıdan kendilerini nasıl hissettikleri sorusu ile diğer değişkenler arasındaki ilişkiyi değerlendirdiğimizde bulgularımız ruhsal iyilik hali ile duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve psikolojik yıldırmının zıt yönlü ilişkili; ruhsal iyilik hali ile PD ve kişisel başarı düzeyinin ise aynı yönlü ilişkili olabileceğini düşündürmüştür. Penson ve arkadaş-

ları stres ve tükenmişliğin sağlık çalışanlarında en yaygın mesleki hastalıklar arasında olduğunu öne sürmüşlerdir (75). Deckard ve arkadaşları ise hekimlerin %43,5’inin duygusal tükenme, %40,3’ünün yüksek duyarsızlaşma yaşadıklarını bildirmişlerdir (76). Hatalı olarak depresyon ile eş anlamlı olarak kullanılmasına karşın, tükenmişlik işle ilişkili bir kavramı; depresyon ise yaygın görülen ve çok faktörlü bir ruhsal bozukluğu ifade etmektedir (15, 77). Tükenmişlik ve depresyonun ilişkili olduğu pek çok çalışmada gösterilmiştir (15, 78). Yazarlar tükenmişlik ve depresyon kavramlarının birbirlerini tamamlayan ve kısmen de üst üste binen fenomenler olduğunu, çalışanlarda özellikle ciddi depresif bozukluğun tükenmişlikle ilişkili olabileceği; bu nedenle depresyonun yanında tükenmişliğin de değerlendirilmesi gerektiğini önermektedirler (15, 58). Ayrıca tükenmişlik düzeyleri yüksek olan sağlık çalışanlarının diğer sağlık çalışanlarına göre daha çok depresyon, anksiyete, uyku bozukluğu, hafıza güçlüğü, boyun ve sırt ağrıları bildirdikleri tespit edilmiştir (16, 79, 80). Ek olarak tükenmişlik bireylerde ciddi dikkat sorunlarına yol açmakta, bu da hasta bakımında kötüleşme ve tıbbi hata oranında artışa neden olabilmektedir (65). Tıbbi hatalar ve yaşanan olumsuz olaylar, tükenmişliği daha da kötüleştirirken; tükenme, dikkati ve ayrıca işyerindeki diğer çalışanlarla ilişkileri azaltarak komplikasyon riskini artırır. Böylelikle tükenmişlik kısır döngüsü sürdürülmektedir (65). Dahası, tükenmişlikten etkilenen sağlık çalışanlarının hastada karşılaştıkları herhangi bir tıbbi nedenle olumsuzluk kendilerini suçlama olasılığı çok daha fazladır ve bazen komplikasyonlara neden olan olağan tıbbi nedenleri nesnel olarak değerlendirmelerine engel olabilir. Bu durum hem ruhsal sıkıntılarının artışı hem de yetersizlik düşünceleri ile sonlanabilmektedir (20, 81).

Çalışmamızın dikkat çekici bulgularından biri de, yazınla uyumlu şekilde, psikolojik yıldıрма düzeyinin artışının duygusal tükenme, duyarsızlaşma düzeyleri artışı ve kişisel başarı düzeyi azalması ile ilişkili olduğunun ortaya koymuş olmasıdır (20, 81, 82). Psikolojik yıldırmının, özgün bir ruhsal bozukluk olan TSSB belirtileri ile ilişkili olduğu çeşitli çalışmalarda ortaya konmuş olup; bu sonuçlar bir tartışmayı beraberinde getirmektedir (32, 83-85). DSM 4’de TSSB’nin A1 tanı ölçütünde travmatik olayın yaralayıcı veya fiziksel bütünlüğü tehdit edici niteliğine vurgu yapılmakla beraber Mikkelsen ve Einarsen çalışmalarında mağdurların A1 tanı ölçütünü karşılamadıkları halde diğer kriterleri karşılayabildiklerini göstermişlerdir. Bunun nedeni olarak psikolojik yıldırmının süregelen niteliği ve mağdurun bu davranışlarla ilişkili bilişsel atıfları (örseleyici ve tehdit edici olarak yorumlanması gibi) ile ilişkili olabileceği öne sürülmüştür (32, 86). Psikolojik yıldırmının çeşitli çalışmalarda depresyon, somatik belirtiler, uyum bozukluğu, panik atakları, kalp damar hastalıkları ile ilişkili olduğu bildirilmiştir (31, 32). Tüm bu bilgiler ışığında psikolojik yıldırmının çeşitli ruhsal ve fiziksel bozukluklara yol açabilen; öz kısımla dahi sonuçlanabilen, süregelen, ciddi bir stresör; bazen de örseleyici bir süreç ol-

duğu söylenebilir (87). Psikolojik yıldırma ve tükenmişlik sağlık çalışanlarında sık görülmektedir. Yazın incelendiğinde, sağlık çalışanlarında psikolojik yıldırma ile tükenmişlik ilişkisini inceleyen az sayıda araştırma bulunmaktadır (21, 88). Sa ve Fleming hemşirelerin tükenmişlik; psikolojik yıldırma ve ruhsal belirti düzeylerini değerlendirmek amacıyla MTÖ, ODA ve GSA-28 ölçeklerini kullanarak çalışmamıza benzer bir araştırma gerçekleştirmişler ve hemşirelerin tükenmişlik, psikolojik yıldırma ve ruhsal belirti düzeylerinin birbirleri ile ilişkili olduğunu saptamışlardır (81).

Çalışmamızda PD düzeyi artışı ile duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve ruhsal belirti düzeyinde azalma; kişisel başarı düzeyinde ise artışla ilişkili bulunmuş olup bu veri yazınla uyumludur (39, 40, 89, 90). Sağlık çalışanlarında KTGÖ ile değerlendirilen bireyin “yeterlilik”, “yetkinlik”, “uyumluluk”undan öte; psikolojik dayanıklılığı olarak kavramsallaştırılabilir. Mealer ve arkadaşları yoğun bakımda çalışan 744 hemşire ile yaptıkları araştırmalarında psikolojik dayanıklılığı yüksek olan hemşirelerde TSSB, tükenmişlik sendromu, depresif belirtiler ve kaygı belirtileri sıklığının daha az olduğunu saptamışlardır (38). Avustralya’da 128 hekim ile yapılan bir çalışmada psikolojik dayanıklılığı yüksek olan hekimlerin tükenmişlik düzeylerinin daha düşük olduğu saptanmıştır (91). Zou ve arkadaşlarının Çin’de hemşirelerde yürüttükleri çalışmada, PD ruhsal sıkıntı düzeyi ve tükenmişlik alt boyutları ile zıt yönde ilişkili, ruhsal sıkıntı düzeyi ile tükenmişlik alt boyutları birbirleriyle aynı yönde ilişkili bulunmuştur (3). Bazı yazarlar sağlık çalışanlarında psikolojik dayanıklılığın tükenme ve depresyona karşı koruyucu olduğunu öne sürmüşlerdir (3, 92, 93). Ek olarak bu alanda yapılan çalışmalar, psikolojik dayanıklılığın tükenmişliğin her üç alt boyutu ve ruhsal iyilik hali arasındaki ilişkilere aracılık ettiğini göstermektedir (94). Ülkemizde sağlık çalışanlarında PD ile tükenmişlik ilişkisini inceleyen bir tez çalışmasına rastlanmıştır (89). Bu tez çalışmasında askeri hastanelerde çalışan hemşirelerde çalışmamıza benzer şekilde tükenmişlik düzeyinin psikolojik dayanıklılık ile zıt yönde ilişkili olduğu bulunmuştur (89). Yazın incelendiğinde özellikle hekimlerin PD’na odaklanan çok az araştırma olduğu görülmektedir (36). PD’in hekimlerde nasıl ortaya çıktığı ve PD’nin bu profesyonel grupta nasıl iyileştirileceği veya sürdürüleceği konusunda bir fikir birliği bulunmamaktadır. Bununla birlikte ülkemizde hekimlerde tükenmişlik ve psikolojik dayanıklılık ilişkisinin araştırıldığı bir çalışmaya rastlamadık. Bu anlamda çalışmamızın ilgili yazına bu alanda önemli veriler sunacağı kanaatindeyiz.

Çalışmamızda ayrıca şiddete ilişkin kaygı düzeyleri ile diğer değişkenlerin ilişkisi de araştırılmıştır. Tüm dünyada ve ülkemizde sağlık ortamında sağlık çalışanlarına yönelik şiddet giderek artış göstermektedir (22-24). Bunun sonucunda sağlık çalışanları gittikçe kendilerini güvende hissetmemektedirler (23). Kanada’da acil servis çalışanlarında yapılan bir araştırmada katılımcıların %73’nün şiddete uğrayabileceklerinden dolayı hastalardan

korktukları ve %74’ünün iş doyumunun azaldığı gösterilmiştir (95). Yazın incelendiğinde çalışmalar genel olarak işyerinde şiddete maruz kalmak ile tükenmişliğin arttığını göstermektedir. Roldán’in İspanya’da 315 sağlık çalışanı ile yaptığı çalışmada işyerinde fiziksel şiddete maruz kalan çalışanların duygusal tükenme ve kişisel başarı boyutlarında daha tükenmiş olduklarını, ayrıca depresyon ve kaygı düzeylerinin daha yüksek olduğu bildirilmiştir (28). Avrupa’da 10 farklı ülkede 39894 hemşire ile yapılan çalışmada haftada bir şiddete maruz kaldıklarını bildiren hemşirelerde tükenmişlik riskinin 1,9; ayda bir şiddete maruz kaldıklarını bildiren hemşirelerde 1,38 katına çıktığı gösterilmiştir (96). Ayrıca fiziksel şiddete maruz kalmış olan sağlık çalışanlarının duygusal tükenme ve duyarsızlaşma düzeylerinin şiddete maruz kalmamış olanlara göre daha yüksek olduğunu bildirmişlerdir (25). Beyrut’taki acil servis çalışanlarında yapılan bir çalışmada sözel şiddet maruziyetinin tükenmişliğin her üç boyutu ile ilişkili olduğu bildirilmiştir (26). Ülkemizde yapılan ve 161 sağlık çalışanının katıldığı bir araştırmada; işyerinde şiddet olayına maruz kalan veya tanık olan çalışanların duygusal tükenme ve duyarsızlaşma düzeylerinin anlamlı şekilde daha yüksek bulunduğu bildirilmiştir (27). Çalışmamızın bulguları işyerinde fiziksel şiddete maruz kalmış olduğunu bildiren katılımcıların duygusal tükenme ve duyarsızlaşma düzeylerinin anlamlı olarak yüksek olduğunu göstermektedir. Söz konusu bulgu yazında işyerinde şiddete maruz kalmanın tükenmişliği arttırdığını bildiren araştırmaların bulguları ile uyumludur (25, 28, 96). Bununla beraber tükenmişlik alt ölçek düzeyleri işyerinde cinsel şiddete uğramış olduğunu bildiren ve bildirmeyen katılımcılar arasında farklılık göstermemiştir. Söz konusu bulgu cinsel şiddete uğradığını bildiren katılımcı sayısının düşük olması ile ilgili olabilir. Fiziksel şiddete uğramış olmak sağlık çalışanının tükenmişliğine katkıda bulunuyor gibi görünmektedir. Özellikle şiddetin hasta ve yakınlarından; yani sağlık çalışanının yardım etmeye çalıştığı kişilerden geliyor olması, çalışanın meslek ile ilgili anlamlandırılmalarını tehdit ediyor, çalışanın hasta ve hastaneden korkmasına yol açıyor olabilir. Bununla beraber hastanın tükenmişliğine yol açan bazı etkenlerin aynı zamanda çalışanın işyerinde fiziksel şiddete maruz kalma şansını arttırabileceği de göz önüne alınmalıdır. Örneğin çalışanın daha fazla hastaya bakmak zorunda kalması tükenmişliği arttırdığı gibi hasta ve yakınının memnuniyetsizlik duygusu sonucu şiddet uygulamasına neden oluyor olabilir. Yazında şiddete maruz kalmak ile ilgili kaygı düzeyi ve tükenmişlik ilişkisinin araştırılan çalışma bulunmamıştır. Araştırmamızın bulguları işyerinde fiziksel şiddete maruz kalmak ile ilgili duyulan kaygı düzeyi ile duygusal tükenme ve duyarsızlaşma düzeyleri arasında aynı yönde; kişisel başarı düzeyi arasında ise zıt yönde ilişki olduğunu göstermektedir. Bununla beraber işyerinde cinsel şiddete maruz kalmak ile ilgili duyulan kaygı düzeyi ile sadece duygusal tükenme düzeyleri arasında aynı yönde ilişki olduğu saptanmıştır. Şiddete uğramakla ilgili kaygı duyan çalışanların mesleği daha güvensiz ve tehlikeli olarak yorumlama-

ları tükenmişliğe katkıda bulunuyor olabileceği gibi; daha tükenmiş olan çalışanların olumsuz bir yanlılığa sahip olabileceği de göz önünde tutulmalıdır.

KISITLILIKLAR

Araştırmamız bir tıp fakültesi hastanesinde çalışmakta olan hemşire / sağlık memurları ve hekimler üzerinde yapılmıştır. Tükenmişliğin daha çok insanlarla yüz yüze etkileşim içinde bulunan mesleklerde ortaya çıkan bir durum olması nedeni ile temel tıp bilimlerinde çalışan sağlık çalışanları çalışmaya dâhil edilmemiştir. Araştırmada hastanede çalışan hemşire / sağlık memuru ve hekimlerin tamamına ulaşılammış olması araştırma bulgularının yapıldığı tıp fakültesi hastanesine genellenabilirliğini engellemektedir. Ayrıca araştırmaya katılmak için gönüllü olmadıklarını bildiren çalışanların tükenmişlik düzeyleri, vakit ayırarak gönüllü olabilen çalışanlara göre daha yüksek olabilir. Tıp fakültesi hastanelerinin özgün örgütsel koşulları göz önüne alındığında bulguların devlet hastanesi, özel hastaneler, gibi farklı yerlerde çalışan sağlık çalışanlarına da genellenmesi uygun olmayabilir. Deneme ortamının yapay olarak yarattığı fiziksel ve psikolojik etkiler sonucu, deneklerin normal koşullarda göstermeyecekleri bazı tepkiler ortaya çıkabilir. Bu etkilere Hawthorne Etkisi adı verilir (97). Araştırmamızda bu deneme etkisinin ortaya çıkabileceği göz önüne alınarak katılımcılardan formlara isimlerini yazmamaları istenmiş ve araştırmanın işyeri tarafından yapılan bir araştırma olmadığı belirtilmiştir. Bununla beraber Hawthorne Etkisi ortadan kalkmamış olabilir. Her ne kadar gizliliğin korunması için gerekli önlemler alınmış ve bununla ilgili katılımcılara bilgi verilmiş olsa da araştırmada cinsel şiddete maruziyet gibi kimi sorulara katılımcılar cevap vermekte zorlanmış olabilirler.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmamızda katılımcıların psikolojik yıldıma düzeyleri, psikolojik dayanıklılık düzeyleri, işyerinde fiziksel şiddete maruz kalma, işyerinde fiziksel şiddete veya cinsel şiddete maruz kalmak ile ilgili duyulan kaygı düzeyi ile tükenmişlik alt ölçekleri arasında anlamlı ilişkiler olduğu tespit edilmiştir. Çalışanlara ve yöneticilere tükenmişlik ve psikolojik yıldıma ile ilgili ruhsal eğitim etkinlikleri düzenlenmesi farkındalık yaratmak açısından faydalı olabilir. Sağlık çalışanlarının tükenmişlik düzeylerini olumsuz etkileyen çalışma ortamlarının ve fiziksel koşullarının daha sağlıklı hale getirilmesi katılımcıların daha az tükenmişlik yaşamalarına yardımcı olabilir. Daha genç ve mesleki deneyimi daha az olan sağlık çalışanlarının tükenmişlik düzeylerinin daha yüksek olduğu göz önüne alınarak, özellikle mesleğe yeni başlamış olan hemşire / sağlık memurları ve araştırma görevlisi hekimlerin oryantasyon ve süpervizyonları bireylerin daha az tükenmişlik yaşamalarını sağlayabilir. Sağlık çalışanlarının çalışma saatlerinin

uygun şekilde düzenlenmesi; nöbet sayılarının Avrupa standartlarında (ayda 40 saat) olması ve hemşire / sağlık memurlarının vardiya şekillerinin uygun şekilde düzenlenmesi faydalı olabilir. Ayrıca çalışanlara nöbet sonrası izin verilmesi önerilebilir. Sağlık çalışanlarının bakım verdikleri hasta sayısının sınırlandırılabilmesi için gerekli önlemlerin alınması tükenmişlikten koruyucu olabilir. Sağlık çalışanlarının yaşamının iş dışındaki alanlarını (hobiler gibi) geliştirmeleri için teşvik edilmesi tükenmişlik ile baş etmeleri için faydalı olabilir. Psikolojik yıldımanın engellenebilmesi amacıyla kalıcı ve etkin çözüm mekanizmalarının oluşturulması, kurum içindeki tükenmişliği azaltabilir.

KAYNAKLAR

1. Rushton CH, Batcheller J, Schroeder K ve ark. Burnout and resilience among nurses practicing in high-intensity settings. *Am J Crit Care* 2015;24:412–420.
2. Moss M, Good VS, Gozal D ve ark. An official critical care societies collaborative statement: burnout syndrome in critical care healthcare professionals: a call for action. *Am. J. Crit Care* 2016;25:368–376.
3. Zou G, Shen X, Tian X ve ark. Correlates of psychological distress, burnout, and resilience among Chinese female nurses. *Industrial Health* 2016;54:389–395.
4. Arrogante O, Aparicio-Zaldivar E. Burnout and health among critical care professionals: The mediational role of resilience. *Intensive Crit Care Nurs* 2017;42:110-115.
5. Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job Burnout. *Ann Rev Psychol* 2001;52:397–422.
6. Colville G, Dalia C, Brierley J ve ark. Burnout and traumatic stress in staff working in paediatric intensive care: associations with resilience and coping strategies. *Intensive Care Med* 2015;41:364–365.
7. Schernhammer ES, Colditz GA. Suicide rates among physicians: a quantitative and gender assessment (meta-analysis). *Am J Psychiatry* 2004;161: 2295-2302.
8. Shanafelt TD, Balch CM, Bechamps GJ. Burnout and career satisfaction among American surgeons. *Ann Surg* 2009;250:463–71.
9. Olkinuora M, Asp S, Juntunen J. Stress Symptoms, Burnout And Suicidal Thoughts In Finnish Physicians. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1990;25:81–86.
10. Shanafelt T, Dyrbye L. Oncologist Burnout: Causes, Consequences, And Responses. *J Clin Oncology*

- 2012;30:1235–1241.
11. Maslach C, Jackson SE. The Measurement Of Experienced Burnout. *J Occup Behav* 1981;2:99–113.
 12. Toker S, Melamed S, Berliner S ve ark. Burnout And Risk Of Coronary Heart Disease: A Prospective Study Of 8838 Employees. *Psychosom Med* 2012;74:840–847.
 13. Renzi C, Di Pietro C, Tabolli S. Psychiatric Morbidity And Emotional Exhaustion Among Hospital Physicians And Nurses: Association With Perceived Job-Related Factors. *Arch Env Occup Health* 2012;67:117–123.
 14. Leone SS, Huibers MJH, Knottnerus JA ve ark. The Temporal Relationship Between Burnout And Prolonged Fatigue: A 4-Year Prospective Cohort Study. *Stress Health* 2009;25:365–374.
 15. Ahola K, Honkonen T, Isometsä E ve ark. The Relationship Between Job-Related Burnout And Depressive Disorders--Results From The Finnish Health 2000 Study. *J Affect Disord* 2005;88:55–62.
 16. Peterson U, Demerouti E, Bergström G ve ark. Burnout And Physical And Mental Health Among Swedish Healthcare Workers. *J Adv Nurs* 2008;62:84–95.
 17. Cimiotti JP, Aiken LH, Sloane DM ve ark. Nurse staffing, burnout, and health care-associated infection. *Am J Infect Control* 2012;40:486–490.
 18. Galletta M, Portoghese I, D'Aloja, E ve ark. Relationship between job burnout, psychosocial factors and health care-associated infections in critical care units. *Intensive Crit Care Nurs* 2016;34:51–58.
 19. Poghosyan L, Clarke SP, Finlayson M ve ark. Nurse burnout and quality of care: cross-national investigation in six countries. *Res Nurs Health* 2010;33:288–298.
 20. Dikmetaş E, Top M, Ergin G. Asistan Hekimlerin Tükenmişlik ve Psikolojik Yıldırımaya Maruz Kalma Düzeylerinin İncelenmesi. *Türk Psikiyatri Derg* 2011;22:137–149.
 21. Kingma M. Workplace Violence In The Health Sector: A Problem Of Epidemic Proportion. *Int Nursing Rev* 2001;48:129–130.
 22. Salminen S. Violence In The Workplaces In Finland. *J Safety Res* 1997; 28:123–131.
 23. Annagür B. Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet: Risk Faktörleri, Etkileri, Değerlendirilmesi Ve Önlenmesi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 2010;2:161–173.
 24. Ayrancı Ü, Yenilmez Ç, Günay Y ve ark. Çeşitli Sağlık Kurumlarında Ve Sağlık Meslek Gruplarında Şiddete Uğrama Sıklığı. *Anadolu Psikiyatri Derg* 2002;3:147–154.
 25. Winstanley S, Whittington R. Anxiety, Burnout And Coping Styles In General Hospital Staff Exposed To Workplace Aggression: A Cyclical Model Of Burnout And Vulnerability To Aggression. *Work Stress* 2002;16:302–315.
 26. Alameddine M, Kazzi A, El-Jardali F ve ark. Occupational Violence At Lebanese Emergency Departments: Prevalence, Characteristics And Associated Factors. *J Occup Health* 2011;53:455–464.
 27. Dursun S. İşyeri Şiddetinin Çalışanların Tükenmişlik Düzeyi Üzerine Etkisi: Sağlık Sektöründe Bir Uygulama. *Çalışma İlişkileri Dergisi* 2012;3:105–115.
 28. Roldán GM. Violence At Work And Its Relationship With Burnout, Depression And Anxiety In Healthcare Professionals Of The Emergency Services. *Health* 2013;05:193–199.
 29. Leymann H. Mobbing And Psychological Terror At Workplaces. *Viol Vict* 1990;5:119–126.
 30. Tınaz P. İşyerinde Psikolojik Taciz (Mobbing). 3. Basım, İstanbul: Beta Basım Yayım Dağıtım, 2011.
 31. Naime G. Workplace Bullying: Escalated Incivility. *Ivey Business Journal* 2003;68:1–6.
 32. Mikkelsen EG, Einarsen S. Relationships Between Exposure To Bullying At Work And Psychological And Psychosomatic Health Complaints: The Role Of State Negative Affectivity And Generalized Self-Efficacy. *Scandinavian Journal Of Psychology* 2002;43:397–405.
 33. Romani M, Ashkar K. Burnout among physicians. *Libyan J Med* 2014;17:9:23556.
 34. Zwack J, Schweitzer J. If every fifth physician is affected by burnout, what about the other four? Resilience strategies of experienced physicians. *Acad Med* 2013;88:382 – 389.
 35. Masten AS. Resilience In Children Threatened By Extreme Adversity: Frameworks For Research, Practice And Translational Synergy. *Dev Psychopathol* 2011;23:493–506.
 36. O'Dowd E, O'Connor P, Lydon S ve ark. Stress, coping, and psychological resilience among physicians. *BMC Health Services Research* 2018;18:730.
 37. Arrogante O. Resilience in nursing: definition, empirical evidence and interventions. *Index Enferm* 2015;24:232–235.
 38. Mealer M, Jones J, Newman J ve ark. The Presence Of Resilience Is Associated With A Healthier Psychological Profile In Intensive Care Unit (ICU) Nurses:

- Results Of A National Survey. *Int J Nursing Stud* 2012;49:292–299.
39. Koen MP, Van Eeden C, Wissing MP. ‘The Prevalence Of Resilience In A Group Of Professional Nurses’, *Health SA Gesondheid* 2011;16:11.
40. Hartley MT. Examining The Relationships Between Resilience, Mental Health, And Academic Persistence In Undergraduate College Students. *J Am Coll Health* 2011; 59:596–604.
41. Jackson J, Vandall-Walker V, Vanderspank-Wright B ve ark. Burnout and resilience in critical care nurses: A grounded theory of Managing Exposure Intensive Crit Care Nurs 2018;48:28-35.
42. Dunn LB, Iglewicz A, Moutier C. A conceptual model of medical student well-being: promoting resilience and preventing burnout. *Acad Psychiatry* 2008;32:44–53.
43. Connor KM, Davidson JRT. Development of a new resilience scale: the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depress Anxiety* 2003;18:76–82.
44. Benetti C, Kambouropoulos N. Affect-regulated indirect effects of trait anxiety and trait resilience on self-esteem. *Pers Individ Dif* 2006;41, 341 – 52.
45. Quinn-Lee L, Olson-McBride L, Unterberger A. Burnout and death anxiety in hospice social workers [J]. *J Soc Work End Life Palliat Care* 2014;10:219 – 239.
46. Xiao Y, Wang J, Chen S ve ark. Psychological distress, burnout level and job satisfaction in emergency medicine: A cross-sectional study of physicians in China. *Emerg Med Australas* 2014;26:538 – 542.
47. Goldberg DP . Detecting psychiatric illness by questionnaire. Oxford University Press, Oxford 1972
48. Goldberg DP . Manual of the General Health Questionnaire. Slough: NFER-Nelson 1978
49. Kılıç C. Genel Sağlık Anketi: Güvenilirlik Ve Geçerlilik Çalışması. *Türk Psikiyatri Derg* 1996;7:3–10.
50. Ergin C. Doktor Ve Hemşirelerde Tükenmişlik Ve Maslach Tükenmişlik Ölçeğinin Uyarlanması. VII. Ulusal Psikoloji Kongresi Kitabı, 22–25 Eylül 1992, Ankara: 143–154.
51. Wagnild G, Young HM. Development And Psychometric Evaluation Of The Resilience Scale. *J Nurs Meas* 1993;1:165–178.
52. Terzi Ş. Kendini Toparlama Gücü Ölçeği'nin Uyarlanması: Geçerlilik Ve Güvenirlilik Çalışmaları. *Türk Psikolojik Danışma Ve Rehberlik Dergisi* 2006;3:77–86.
53. Einarsen S, Hoel H, Notelaers G. Measuring Exposure To Bullying And Harassment At Work: Validity, Factor Structure And Psychometric Properties Of The Negative Acts Questionnaire-Revised. *Work Stress* 2009;23:24–44.
54. Karahmet E, Kiran S, Atik L ve ark. İş yerinde yıldırma maruz kalımı ölçmek için kullanılan Olumsuz Davranışlar Anketi Türkçe formunun güvenilirliği *Anadolu Psikiyatri Derg* 2013;14:275-282
55. Shanafelt TD, Boone S, Tan L ve ark. Burnout and satisfaction with work-life balance among US physicians relative to the general US population. *Arch Intern Med* 2012;172:1377–85.
56. Shanafelt TD, Hasan O, Dyrbye LN ve ark. Changes in burnout and satisfaction with work-life balance in physicians and the general US working population between 2011 and 2014. *Mayo Clin Proc* 2015;90:1600–13.
57. Iacovides A, Fountoulakis KN, Kaprinis S ve ark. The relationship between job stress, burnout and clinical depression [J]. *J Affect Disord* 2003;75:209 –2 21.
58. Ahola K, Hakanen J. Job strain, burnout, and depressive symptoms: a prospective study among dentists [J]. *J Affect Disord* 2007;104:103 – 110.
59. Tunç T, Kutanis RO. Role Conflict, Role Ambiguity, And Burnout In Nurses And Physicians At A University Hospital In Turkey. *Nurs Health Sci* 2009;11:410–416.
60. Beyhan S, Güneş Y, Türktan M ve ark. Doğu Akdeniz Bölgesindeki Anestezi Hekimlerinde Tükenmişlik Sendromunun Araştırılması. *Türk J Anaes* 2013;41:7–13.
61. Özyurt A, Hayran O, Sur H. Predictors Of Burnout And Job Satisfaction Among Turkish Physicians. *QJM* 2006;99:161–169.
62. Panagopoulou E, Montgomery A, Benos A. Burnout In Internal Medicine Physicians: Differences Between Residents And Specialists. *EurJ Int Med* 2006;17:195–200.
63. Özkan Ş, Celik Y, Younis MZ. The Effects Of Individual And Organisational Characteristics On The Level Of Burnout Level: A Research On Physicians And Nurses In Turkey. *Ageing Int* 2012;37:254–269.
64. Erol A, Sariççek A, Gülseren Ş. Asistan Hekimlerde Tükenmişlik: İş Doyumu Ve Depresyonla İlişkisi. *Anadolu Psikiyatri Derg* 2007;8:241–247.
65. Shanafelt TD, Balch CM, Bechamps GJ ve ark. Burnout and medical errors among American surgeons. *Ann Surg* 2010;251:995–1000.
66. Shanafelt TD, Balch CM, Dyrbye L ve ark. Suicidal ideation among American surgeons. *Arch Surg* 2011;146:54–62.

67. Yavaşcaoğlu B, Aydın B, Karataş EG. Anestezi Asistanlarında Nöbetin Bilişsel İşlevler Ve Ruhsal Durum Üzerine Etkisi. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2007;33:75–79.
68. Dyrbye LN, Varkey P, Boone SL ve ark. Physician satisfaction and burnout at different career stages. *Mayo Clin Proc* 2013;88:1358–1367
69. Prins JT, Van De Wiel HBM, Sprangers F ve ark. Burnout Among Dutch Medical Residents. *International J Behav Med* 2007;14:119–125.
70. Taycan O, Kutlu L, Çimen S ve ark. Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerde Depresyon Ve Tükenmişlik Düzeyinin Sosyodemografik Özelliklerle İlişkisi. *Anadolu Psikiyatri Derg* 2006;7:100–108.
71. Taycan O, Taycan SE, Çelik C. Doğu Anadolu Bölgesi'nde Yer Alan Bir İlde Devlet Hizmet Yükümlülüğü'nün Hekimler Üzerindeki Etkileri Ve Tükenmişlik. *Türk Psikiyatri Derg* 2013;24:1-11.
72. McManus IC, Winder BC, Gordon D. The Causal Links Between Stress And Burnout In A Longitudinal Study Of Uk Doctors. *Lancet* 2002;359:2089–2090.
73. Ramirez AJ, Graham J, Richards MA ve ark. Burnout And Psychiatric Disorder Among Cancer Clinicians. *Br J Cancer* 1995;71:1263–1269.
74. Bargellini A, Barbieri A, Rovesti S ve ark. Relation between immune variables and burnout in a sample of physicians. *Occup Environ Med* 2000;57:453 – 457.
75. Penson RT, Dignan FL, Canellos GP ve ark. Burnout: Caring For The Caregivers. *Oncologist* 2000;5:425–434.
76. Deckard GJ, Hichs LL, Hamony BH. The Occurrence And Distribution Of Burnout Among Infectious Diseases Physicians. *J Infect Dis* 1992;165:224–228.
77. Bakker AB, Schaufeli WB, Demerouti E ve ark. Using Equity Theory To Examine The Difference Between Burnout And Depression. *Anxiety Stress Coping* 2000;13:247–268.
78. Nyklíček I, Pop VJ. Past And Familial Depression Predict Current Symptoms Of Professional Burnout. *J Affect Disord* 2005;88:63–68.
79. Fiabane E, Giorgi I, Sguazzin C ve ark. Work engagement and occupational stress in nurses and other healthcare workers: the role of organisational and personal factors. *J Clin Nurs* 2013;22:2614 –26 24.
80. Ding YW, Qu J, Yu XS, Wang S. The Mediating Effects of Burnout on the Relationship between Anxiety Symptoms and Occupational Stress among Community Health-care Workers in China: A Cross-Sectional Study. *PLoS One* 2014;9:107 – 130.
81. Sá L, Fleming M. Bullying, Burnout, And Mental Health Amongst Portuguese Nurses. *Issues Ment Health Nurs* 2008;29:411–426.
82. Einarsen S, Matthiesen S, Skogstad A. Bullying, Burnout And Well-Being Among Assistant Nurses. *J Occup Health Safety* 1998;14:563–568.
83. Balducci C, Fraccaroli F, Schaufeli WB. Workplace Bullying And It's Relation With Work Characteristics, Personality, And Post-Traumatic Stress Symptoms: An Integrated Model. *Anxiety Stress Coping* 2011;24:499–513.
84. Balducci C, Alfano V, Fraccaroli F. Relationships Between Mobbing At Work And MMPI-2 Personality Profile, Posttraumatic Stress Symptoms, And Suicidal Ideation And Behavior. *Violence Vict* 2009;24:52–67.
85. Tehrani N. Bullying: A Source Of Chronic Post Traumatic Stress? *Br J Guidance Counselling* 2004;32:357–366.
86. Bonafons C, Jehel L, Coroller-Béquet A. Specificity Of The Links Between Workplace Harassment And Ptsd: Primary Results Using Court Decisions, A Pilot Study In France. *Intl Arch Occup Environ Health* 2009;82:663–668.
87. Hillard J. Workplace Mobbing: Are They Really Out To Get Your Patient? *Current Psychiatr* 2009;8:45–49.
88. Çobanoğlu Ş. Mobbing. 1. Basım, İstanbul: Timaş Yayınları, 2005.
89. Tekin E. Askeri Hastanelerde Çalışan Hemşirelerin Psikolojik Dayanıklılık Ve Tükenmişlik Düzeylerinin Belirlenmesi. *Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı Yüksek Lisans Tezi*, Ankara. 2011
90. Treglown L, Palaiou K, Anthony Zarola A ve ark. The Dark Side of Resilience and Burnout: A Moderation-Mediation Model. *Plos One* 2016;23;11(6):e0156279.
91. Cooke GPE, Doust JA, Steele MC. A Survey Of Resilience, Burnout, And Tolerance Of Uncertainty In Australian General Practice Registrars. *BMC Med Educ* 2013;13:2.
92. Wooten NR. Deployment cycle stressors and post-traumatic stress symptoms in Army National Guard women: the mediating effect of resilience. *Soc Work Health Care* 2012;51:828 – 849.
93. Wu MS, Yan X, Zhou C ve ark. General belief in a just world and resilience: Evidence from a collectivistic culture. *Eur J Pers* 2011;25:431 –442.
94. Arrogante O. Mediator effect of resilience between

burnout and health in nursing staff. *Enferm Clin* 2014;24; 283–289.

95. Fernandes CM, Bouthillette F, Raboud JM ve ark. Violence In The Emergency Department: A Survey Of Health Care Workers. *Canadian Med Association J* 1999;161:1245–1248.
96. Estry-Behar M, van der Heijden B, Camerino D ve ark. Violence Risks In Nursing--Results From The European “NEXT” Study. *Occup Med* 2008;58:107–114.
97. McCarney RJ, Warner J, Iliffe S ve ark. The Hawthorne Effect: A Randomised, Controlled Trial. *BMC Med Res Methodol* 2007;7:30.