



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
İSTANBUL MEDENİYET ÜNİVERSİTESİ
GÖZTEPE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

HEKİMLERDE TÜKENMİŞLİK DÜZEYİ VE
ALGILANAN STRES DÜZEYİNİN
GASTROİNTESTİNAL SEMPTOMLAR İLE İLİŞKİSİ

Dr. Fatma Nur ÇOBANOĞLU
UZMANLIK TEZİ

İSTANBUL
Ağustos, 2021

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
İSTANBUL MEDENİYET ÜNİVERSİTESİ
GÖZTEPE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

HEKİMLERDE TÜKENMİŞLİK DÜZEYİ VE
ALGILANAN STRES DÜZEYİNİN
GASTROİNTESTİNAL SEMPTOMLAR İLE İLİŞKİSİ

Dr. Fatma Nur ÇOBANOĞLU
UZMANLIK TEZİ

TEZ DANIŞMANI
Doç. Dr. H. Celal ULAŞOĞLU

İSTANBUL

Ağustos, 2021

ONAY

İstanbul Medeniyet Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde Tıpta ve Diş Hekimliğinde Uzmanlık Yönetmeliği hükümlerine göre uzmanlık eğitimi gören Dr. Fatma Nur ÇOBANOĞLU'nun hazırladığı ve jüri önünde savunduğu "HEKİMLERDE TÜKENMİŞLİK DÜZEYİ VE ALGILANAN STRES DÜZEYİNİN GASTROİNTESTİNAL SEMPTOMLAR İLE İLİŞKİSİ"başlıklı tez başarılı kabul edilmiştir.

JÜRİ ÜYELERİ

İMZA

Tez Danışmanı:

Doç. Dr. H.Celal ULAŞOĞLU

.....

Üyeler:

Prof. Dr. Mehmet SARGIN

.....

Prof.Dr.Zuhal Aydan SAĞLAM

.....

Tez Savunma Tarihi: 12/08/2021

Yazar Bildirimi

“HEKİMLERDE TÜKENMİŞLİK DÜZEYİ VE ALGILANAN STRES DÜZEYİNİN GASTROİNTESTİNAL SEMPTOMLAR İLE İLİŞKİSİ” isimli uzmanlık tezinde Dr.Fatma Nur ÇOBANOĞLU;

- Bu tezin kabulünden önce nerede ve ne kadarının yayınlandığı “Bilgilendirme” bölümünde belirtmiştir.
- Tezin hazırlanmasında katkısı olanları “Bilgilendirme” bölümünde eksiksiz olarak belirtmiştir.
- Bu tez ile ilgili çıkar çatışması olup olmadığını “Bilgilendirme” bölümünde belirtmiştir.
- Tez içerisinde başkalarının yayınlanmış veya yayınlanmamış çalışmalarından yapılan alıntılar için gerekli kaynakları açıkça belirtmiştir.
- Tez içerisinde başka kaynaklardan kopyalanmış olan kısımları tırnak içine alarak ve izin alınan kaynağı belirterek kullanmıştır.

Ağustos, 2021

Dr.Fatma Nur ÇOBANOĞLU

İmza

Bilgilendirme

- Bu tez daha önce herhangi bir yerde yayınlanmamıştır.
- Herhangi bir firma desteği veya sponsorluğu ile kongreye katılmadım.
- Tezin hazırlanmasında katkısı olanlar; Doç.Dr. H.Celal ULAŞOĞLU
- Bu çalışmaya ait herhangi bir çıkar atıŐması yoktur.

Dr.Fatma Nur ÇOBANOĞLU

Teşekkür

T.C. Sağlık Bakanlığı Göztepe Prof. Dr. Süleyman YALÇINŞehir Hastanesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nda eğitimim süresince katkıda bulunan tüm değerli hocalarıma;

Asistanlık dönemimde klinik bilgi ve tecrübelerinden faydalandığım değerli hocam T.C. Sağlık Bakanlığı Göztepe Prof. Dr. Süleyman YALÇIN Şehir Hastanesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Başkanı Sayın Prof. Dr. Mehmet SARGIN'a;

Uzmanlık eğitimimin tüm aşamalarında bilgi ve tecrübelerini esirgemeyen hocam ve tez danışmanım Doç. Dr. H. Celal ULAŞOĞLU' na ;

Asistanlık sürecimin keyifli, verimli, iş birliği içerisinde geçmesini sağlayan başta Sevilay ASLAN, Esmâ AĞCAKAYA, Hanne BULAT olmak üzere tüm asistan arkadaşlarıma;

Her zaman ve her yerde yanımda olan, sonsuz güvenini ve desteğini hep hissettiğim ilk öğretmenlerim Fatma-Tacettin ÇOBANOĞLU'na , ikinci ebeveynlerim Şule-Murat AKTAŞ'a, sırdaşım, neşe kaynağım olan Tuğba Nur ÇOBANOĞLU'na ve teyzesinin küçük prensi Çağrı AKTAŞ'a ;

Sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Dr.Fatma Nur ÇOBANOĞLU

İçindekiler

ÖZET	VII
Abstract	IX
Şekil Listesi	XI
Tablo Listesi.....	XII
KISALTMALAR	XIV
GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
GENEL BİLGİLER	4
2.1. TÜKENMİŞLİK SENDROMU	4
2.1.1Tükenmişliğin Tanımı ve Tarihsel Gelişimi.....	4
2.1.2 Tükenmişlik Modelleri	5
2.1.3. Tükenmişlik Sendromunun Önemi.....	10
2.1.4. Tükenmişlik Sendromunun Nedenleri	10
2.1.5. Tükenmişlik sendromunun belirtileri.....	12
2.1.6. Tükenmişlik Sendromunun Sonuçları	13
2.1.7. Tükenmişlik İle Mücadelede Yöntemler.....	15
2.2.STRES	16
2.2.1 Algılanan Stres	17
2.2.2. Stres Faktörleri.....	17
2.2.3. Stresin Evreleri.....	18
2.2.4. Stresin Belirti ve Sonuçları	19
2.2.5. Stresle Başa Çıkma Yöntemleri.....	20
2.3.Hekimlerde Stres ve Tükenmişlik.....	22
2.4. GASTROİNTESTİNAL SİSTEM BELİRTİLERİ	25
2.4.1 Stres ve Gastrointestinal Sistem	29
2.4.2.Stres Sonucu Gastrointestinal Sistemde Fonksiyonel Değişiklikler	29

2.4.3.Stresin Gastrointestinal Fonksiyon Değişiklikleri ile Bağlantılı Fiziolojik Mekanizmalar	32
GEREÇ VE YÖNTEM.....	34
3.1.Araştırmanın Amacı ;.....	34
3.2.Araştırmanın Türü ;.....	34
3.3.Araştırmanın Yeri Evreni ve Tarihi.....	34
3.4.Araştırmaya dahil edilme ve edilmeme kriterleri	35
3.5.Araştırmada Etik Konular ve İzin.....	36
3.6.Araştırmanın Yöntemi.....	36
3.6.1 Araştırmanın değişkenleri:.....	36
3.6.2. Araştırmanın veri toplama araçları	36
3.7.Verilerin Analizi	39
BULGULAR.....	40
TARTIŞMA ve SONUÇ	78
5.1.TARTIŞMA	78
5.2.ÇALIŞMANIN KISITLILIKLARI	95
5.3 SONUÇ ve ÖNERİLER.....	95
Kaynaklar	97
EK 1. Etik Kurul Formu.....	105
EK 2.Algılanan Stres Ölçeği	107
EK 3. Maslach Tükenmişlik Ölçeği.....	108
EK 4. Sosyodemografik Form	109
EK 5. Gastrointestinal Semptom Anketi.....	110

ÖZET

Amaç :Bu çalışma T.C. Sağlık Bakanlığı Göztepe Prof. Dr. Süleyman YALÇIN Şehir Hastanesinde çalışmakta olan 176 hekimde algılanan stres ve tükenmişlik düzeylerini belirlemeyi; hekimlerin sosyodemografik özellikleri ve gastrointestinal (GI) semptomlar ile tükenmişlik ve algılanan stres düzeylerinin arasındaki ilişkiyi araştırmayı planladık.

Gereç ve Yöntem:Çalışmaya 25 Şubat 2021-25 Mart 2021 tarihleri arasında T.C. Sağlık Bakanlığı Göztepe Prof. Dr. Süleyman YALÇIN Şehir Hastanesinde çalışmakta veya eğitim görmekte olan, araştırmaya katılmayı kabul eden 176 hekim dahil edilerek kesitsel olarak incelendi. Hekimlere yüz yüze veya elektronik ortamda sosyodemografik form, Gastrointestinal Semptom Anketi, Maslach Tükenmişlik Ölçeği, Algılanan Stres Ölçeği(ASO) uygulanarak veriler toplandı.Hekimlerin sosyodemografik özelliklerine göre stres ve tükenmişlik düzeyi ile gastrointestinal semptom varlığı açısından farklılık olup olmadığına bakıldı. Elde edilen veriler ışığında hekimlerde tükenmişlik ve algılanan stres düzeyleri ile gastrointestinal semptom sıklığı arasındaki ilişki incelendi.

Bulgular :Çalışmamıza katılan hekimlerin %50,6'sı kadın olup yaş ortalamaları $33,6\pm 6,9(25-64)$ olarak bulunmuştur. Katılımcıların ASO toplam puanı ortalama $26,7\pm 9,5$, ASO yetersiz öz yeterlik algısı puanı ortalama $11,8\pm 4,1$, ASO stres/rahatsızlık algısı puanı ortalama $14,9\pm 6,9$ olarak hesaplanmıştır. Maslach tükenmişlik ölçeği duygusal tükenme puanı ortalama $18,1\pm 8,5$, duyarsızlaşma puanı ortalama $8,4\pm 4,4$, kişisel başarı puanı ortalama $19,2\pm 5,0$ olarak bulunmuştur. Kırk bir yaş altında, cerrahi branşta çalışan, ayda 6 veya daha fazla nöbet tutan, pandemi sürecinde COVID-19 tanısı almış olan hekimler, hızlı yemek yediğini belirten ve kafein tüketimi fazla olan hekimlerin ASO toplam puan, stres/rahatsızlık, yetersiz öz yeterlilik alt boyut puanları ve Maslach Tükenmişlik Ölçeği duygusal tükenme ve duyarsızlaşma alt boyutlarının yüksek, kişisel başarı alt boyut puanının ise anlamlı düzeyde düşük olduğu saptanmıştır. Mesleki hayatı boyunca hekimliği bırakma düşüncesi olduğunu belirten hekimlerde ise ASO toplam puanı ve stres/rahatsızlık alt boyut puanları anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır. Medeni durum, cinsiyet, çocuk sahibi olma, hekimlik süresi, alkol, sigara kullanımı, hayatının bir aşamasında

psikiyatrik destek alma durumuna göre ASO toplam puan ve alt boyut puanlarında ise anlamlı farklılık bulunmadı. Bekar, çocuk sahibi olmayan, mesleki hayatının bir kısmında hekimliği bırakma düşüncesinin olduğunu belirten hekimlerin duygusal tükenme ve duyarsızlaşma alt boyut puanları anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Cinsiyet, sigara kullanımı, hayatının bir aşamasında psikiyatrik destek alma durumuna göre Maslach Tükenmişlik Ölçeği duygusal tükenme, duyarsızlaşma, kişisel başarı alt boyut puanlarında anlamlı farklılık saptanmadı. Çalışmamızda son 3 ayda en az bir gastrointestinal semptomu olduğunu belirten hekimlerin oranı (%55,0), en çok görülen semptomlar ise sırasıyla mide ekşimesi, yemek sonrası şişkinlik, ishal/kabızlık, karın şişkinliği olmuştur. Cerrahi branşta çalışan, ayda 6 veya daha fazla nöbet tutan, alkol kullanımı olan, hızlı yemek yediğini belirten ve kafein tüketimi fazla olan hekimlerin Gİ semptom varlığı oranları daha anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Katılımcılarda Gİ semptomu olduğunu belirten hekimlerde ASO toplam puan, stres/rahatsızlık, yetersiz özyeterlilik algısı alt boyut puanlarının ve Maslach Tükenmişlik Ölçeğinin duygusal tükenme, duyarsızlaşma alt boyutlarının anlamlı düzeyde yüksek, kişisel başarı puanlarının ise düşük olduğu saptanmıştır

Sonuç:Çalışmamıza katılan hekimlerin cerrahi branşta olmaları ve ayda 6 veya daha fazla nöbet tutma durumlarının hem tükenmişlik hem de algılanan stres düzeylerini birlikte artırdığı saptanmıştır. Aynı zamanda gastrointestinal semptomunun varlığını belirten hekimlerde hem tükenmişlik ve hem de algılanan stres düzeylerinin yüksek olduğu görülmektedir. Bu nedenle, ağır çalışma koşullarıyla karşı karşıya kalan hekimlerin artmış algılanan stres ve tükenmişlik düzeyinin sadece psikolojik yönden değil, gastrointestinal semptomların eşlik ettiği fiziksel yönden de etkilendiği düşünülmüştür.

Anahtar kelimeler:Tükenmişlik, Algılanan Stres Ölçeği, Gastrointestinal Semptom

Abstract

Objective: This study was carried out in Turkish Ministry of Health Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın City Hospital to determine the perceived stress and burnout levels of 176 staff physicians. We aimed to investigate the relationship between physicians' sociodemographic characteristics, burnout and perceived stress levels with gastrointestinal (GI) symptoms

Materials and Methods: The study was conducted between February 25, 2021 and March 25, 2021 in Turkish Ministry of Health Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın City Hospital. The staff and educating physicians who agreed to participate in the study were analyzed cross-sectionally. Data were collected from physicians face-to-face or electronically by applying four forms: sociodemographic data, Gastrointestinal Symptom Questionnaire, Maslach Burnout Scale and Perceived Stress Scale (ASO). According to the sociodemographic characteristics of the physicians, it was examined whether there was a difference in the level of stress and burnout and the presence of gastrointestinal symptoms. In the light of the data obtained, the relationship between frequency of gastrointestinal symptoms with burnout and perceived stress levels in study group.

Results: Of the participants 50.6% were female, and the mean age was 33.6 ± 6.9 years. Participants' mean ASO total score was 26.7 ± 9.5 . Average inadequate self-efficacy perception subscore of ASO was 11.8 ± 4.1 , and mean ASO stress/discomfort perception subscore was 14.9 ± 6.9 . The mean emotional exhaustion score of the Maslach burnout scale was 18.1 ± 8.5 , while the mean depersonalization score was 8.4 ± 4.4 , and the mean personal achievement score was 19.2 ± 5.0 . ASO total score and stress/discomfort, insufficient self-efficacy sub-dimension scores of physicians under the age of forty-one, working in surgery, on duty for 6 or more times a month, diagnosed with COVID-19 during the pandemic, and physicians who stated themselves as quick eater, consumers of caffeine were significantly higher. ASO total score and stress/discomfort sub-dimension scores were significantly higher in physicians who had planned to resign from their job in their past. There was no significant difference in ASO total score and sub-dimension scores according to marital status, gender, having sibling, length

of service, alcohol or cigarette use, and receiving psychiatric support at some stage of life. Physicians under the age of forty-one, working in surgery, on duty for 6 or more times a month, and diagnosed with COVID-19 during the pandemic process, and physicians who stated that they ate fast food and had a high caffeine consumption, had high emotional exhaustion and depersonalization sub-dimensions on the Maslach Burnout Scale, and personal achievement sub-dimensions. sub-dimension scores of physicians who were single, did not have children, and stated that they had the thought of quitting medicine in some part of their professional life, were found to be significantly high. There was no significant difference in Maslach Burnout Scale emotional exhaustion, depersonalization, and personal achievement sub-dimension scores according to gender, smoking use, and receiving psychiatric support at some stage of life. In our study, the rate of physicians (55,0%) who stated that they had at least one gastrointestinal symptom in the last 3 months, the most common symptoms were heartburn, postprandial bloating, diarrhea/constipation, and abdominal bloating, respectively. GI symptoms were found to be significantly higher in physicians working in the surgical field, having 6 or more shifts a month, using alcohol, stating that they ate fast and having a high caffeine consumption. It was determined that the ASO total score, stress/discomfort, perception of insufficient self-efficacy sub-dimension scores and the emotional exhaustion and depersonalization sub-dimensions of the Maslach Burnout Scale were significantly high, and personal achievement scores were low in physicians who stated that the participants had GI symptoms.

Conclusion: It was determined that the surgeons, physicians on duty for 6 or more in a month had significant high burnout and perceived stress levels. Also both burnout and perceived stress levels were high in physicians with any gastrointestinal symptom. Thus, the physicians facing hard working conditions with higher perceived stress and burnout syndrome were affected not only in psychological dimension but also physical consequences as gastrointestinal symptoms.

Keywords: Burnout, Perceived Stress Scale, Gastrointestinal Symptom

Şekil Listesi

Şekil 1:Tükenmişliğin Belirtileri	13
Şekil 2:Stres ve beyin-bağırsak aksının etkileşimi[16]	30
Şekil 3:Stresin gastrointestinal fonksiyonlar üzerindeki etkisi[16].....	31
Şekil 4:Akut ve kronik stresin CRF üzerinden motiliteye etkisi	33
Şekil 5:ASO puanları ve ölçekten alınabilecek maksimum puanlar	49
Şekil 6:Maslach tükenmişlik ölçeği puanları ve ölçekten alınabilecek maksimum puanlar	49
Şekil 7:Toplam GIS semptomu sayılarının dağılımı	52
Şekil 8:Herhangi bir GIS semptomunun varlığı	53

Tablo Listesi

Tablo 1:Hekimlerde demografik özelliklerin dağılımı.....	40
Tablo 2:Hekimlerde meslek ile ilgili bazı tanımlayıcı özelliklerin dağılımı... 41	
Tablo 3:Hekimlerin sağlık durumları ve alışkanlıkları ile ilgili bazı tanımlayıcı özelliklerin dağılımı.....	42
Tablo 4:Hekimlerin COVID-19 ile ilgili özellikleri.....	43
Tablo 5:COVID-19 Birimlerinde Görev Alma ile COVID-19 Geçirme Arasındaki İlişki.....	43
Tablo 6:Algılanan stres ölçeğine verilen cevap dağılımı.....	44
Tablo 7:Maslach tükenmişlik ölçeğine verilen cevap dağılımı	46
Tablo 8:ASO ve Maslach tükenmişlik ölçeği puanları	48
Tablo 9:Gastrointestinal semptomların dağılımı.....	50
Tablo 10:Gastrointestinal semptomların varlığı.....	51
Tablo 11:Gastrointestinal semptomların frekansları.....	53
Tablo 12:Hekimlerde demografik özellikler ve algılanan stres skoru	54
Tablo 13:Hekimlerde meslek ile ilgili özellikler ve algılanan stres skoru ...	55
Tablo 14:Hekimlerin sağlık durumları ve alışkanlıkları ile ilgili özellikler ve algılanan stres skoru	57
Tablo 15:Hekimlerin COVID-19 ile ilgili özelliklerine göre algılanan stres skoru	58
Tablo 16:Hekimlerde demografik özellikler ve Maslach tükenmişlik ölçeği skorları	59
Tablo 17:Hekimlerde meslek ile ilgili özellikler ve Maslach tükenmişlik ölçeği skorları	60
Tablo 18:Hekimlerin sağlık durumları ve alışkanlıkları ile ilgili özellikler ve Maslach tükenmişlik ölçeği skorları	61
Tablo 19:Hekimlerin COVID-19 ile ilgili özelliklerine göre Maslach tükenmişlik ölçeği skorları	63
Tablo 20:Hekimlerde demografik özelliklere göre GIS semptomu varlığı ...	64
Tablo 21:Hekimlerde mesleki özelliklere göre GIS semptomu varlığı	65
Tablo 22:Hekimlerde sağlık durumları ve alışkanlıklara göre GIS semptomu varlığı.....	66

Tablo 23:Hekimlerin COVID-19 ile ilgili özelliklerine göre GIS semptomu varlığı.....	67
Tablo 24:GIS semptomlarına göre algılanan stres skoru	67
Tablo 25:GIS semptomlarına göre Maslach tükenmişlik ölçeği skorları	69
Tablo 26:ASO ve Maslach tükenmişlik ölçekleri korelasyon analizi	71
Tablo 27:ASÖ'den 28 ve üzeri puan alanların lojistik regresyon analizi	72
Tablo 28:ASÖ Yetersiz öz yeterlik alt boyutundan 14 ve üzeri puan alanların lojistik regresyon analizi	73
Tablo 29:ASO Stres/rahatsızlık alt boyutundan 14 ve üzeri puan alanların lojistik regresyon analizi	74
Tablo 30:Maslach Duygusal tükenme alt boyutundan 18 ve üzeri puan alanların lojistik regresyon analizi.....	75
Tablo 31:Maslach Duyarsızlaşma alt boyutundan 9 ve üzeri puan alanların lojistik regresyon analizi	76
Tablo 32:Maslach Kişisel başarı alt boyutundan 16 ve üzeri puan alanların lojistik regresyon analizi	77

KISALTMALAR

ASO	:Algılanan Stres Ölçeği
ILO	:Uluslararası Çalışma Örgütü
Gİ	:Gastrointestinal
IBS	:İrritable Bağırsak Sendromu
DT	:Duygusal Tükenme
DUY	:Duyarsızlaşma
KB	:Kişisel Başarı
DKBY	:Değiştir-Kabul Et-Boşver-Yaşam Tarzını Yönet
HPA	:Hipotalomopitüiter Adrenal Eksen
GİS	:Gastrointestinal Sistem
GÖR	:Gastroözofajiyal Reflü
FD	:Fonksiyonel Dispepsi
PDS	:Postprandiyal Distres Sendromu
EAS	:Epigastrik Ağrı Sendromu
CRF	:Kortikotropin Salma Faktörü

GİRİŞ VE AMAÇ

Stres konusunda uzun yıllar çalışmış olan Hans Selye (1907-1982), stres ve stresör kavramlarını tanımlamıştır. Bireyde bir dizi tepki yaratan çevresel uyarılara stresör; bireyin bu tür uyarıcılara karşı gösterdiği tepkiyi ise stres olarak ifade etmiş ve stresi "*bireyin çeşitli çevresel stresörlere karşı gösterdiği genel bir tepki*" olarak tanımlamıştır.[1] Algılanan stres ise bireyin yaşamındaki olaylar karşısında hissetmiş olduğu stres durumunu ifade etmektedir.[2] Stres 1950'li yıllarda toplum tarafından bilinmeye başlanmış ve 1970'li yıllarda stresin insanlar üzerinde oluşturmuş olduğu zararlı etkilerden dolayı endişe duyulmaya başlanmıştır. Time dergisinde 1980'lerde on yılın salgın hastalığı şeklinde bahsedilmiş, 1990'lı yıllarda da Birleşmiş Milletler tarafından 20. Yüzyılın hastalığı şeklinde kabul edilmiştir.[3]

Tükenmişlik ise daha çok insanlarla yüz yüze çalışılması gereken meslek gruplarında bireylerin kendilerini duygusal olarak tükenmiş hissetmeleri, meslekleri gereğince karşılaştıkları insanlara, olaylara karşı duyarsızlaşmaları ve kişisel başarı duygularında belirgin azalma olması şeklinde tanımlanabilecek bir sendromdur.[4] Tükenmişlik kavramından ilk olarak 1974 yılında Alman psikiyatrist olan Herbert J. Freudenberger tarafından "*Personel tükenmişliği*" adlı makalesinde mesleki bir tehlike olarak bahsedilmiş ve uzun süre strese maruz kalan kişilerde gelişen iç kaynakların tükenmesi ile karakterize bir durum olarak tanımlanmıştır.[5] Kişiler gününün büyük bir kısmını iş ortamında geçirmekte ve yaşamı sırasında beden ve ruh sağlığına etki edecek birçok etmenle karşılaşmaktadır. Sağlık sektörü verilen hizmetin niteliği, sürekliliği, acil durumlar ve yaşamsal önemi açısından diğer pek çok meslek alanından farklılık göstermektedir. Sağlık çalışanları, insanların hayatlarının en hassas tarafları ile karşı karşıya kalmakta, hayati risklere sahip kişilere hizmet vermekte ve sürekli hastaların beklentilerini karşılamak için

çabalamaktadır.[6] Hekimler de karar verme yetkileri aldıkları kararların hayati önemi, taşımış oldukları sorumluluklar ve riskler açısından sağlık alanında en çok zorluk yaşayan meslek gruplarındandır.[7]

Hekimlik, Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO) tarafından, çalışma ortamından kaynaklanan pek çok olumsuz faktörün etkisiyle yoğun iş yüküne sahip stresli bir meslek olarak nitelendirilmektedir. Öneminin yeterince anlaşılması gereken bir meslek grubu olması açısından, Amerikan Stres Enstitüsü de hekimlik mesleğini riskli meslekler grubunda değerlendirmektedir.[8, 9] Hekimler yaşamları boyunca çeşitli üst düzey eğitim alma beklentisi, iş yükü fazlalığı, aileye, arkadaşlara ve kendine zaman ayıramama, gelir dağılımları arasındaki farklılıklar, performans sistemindeki sıkıntılar, hasta ve yakınlarıyla meydana gelen iletişim sorunları, hizmet verilen toplumun eğitim düzeyi, işyerinde uygulanan mobbing, uzun mesai saatleri ve nöbetler ve hekime yönelik şiddet gibi stres faktörleri ile karşılaşmaktadır.[10, 11] Hayatları boyunca maruz kalmış oldukları bu psikosoyal ve fiziksel stres faktörleri eğer uzun sürerse tükenmişlik sendromuna yol açabilmektedir.[12]

Tükenmişlik sendromunun hekimlerde yapmış olduğu olumsuz etkiler üzerine yapılan çalışmalarda; iş performansının olumsuz etkilenmesi, fiziksel ve ruhsal olarak ortaya çıkan sağlık sorunları, depresif duygudurumu, intihar düşünceleri, alkol-madde bağımlılığı, odaklanma problemleri, tıbbi hatalara neden olma ve iş değişikliği talebinin olması gibi durumların ortaya çıktığı gösterilmiştir.[6]

Yoğun stres sonrası tükenmişlik sendromu ile karşı karşıya kalan hekimlerde ortaya çıkan ruhsal sorunların küresel bir kapsamda olduğu ve hemen her dönemde görülebildiği düşünülmektedir. İki bin yıl önce Atinalı bir doktor tarafından yazılan bir kitabede, hekimin başkalarına yardım etmeden önce kendine yardım etmesi ve zihnini iyileştirmesinin hekimlik görevlerinden olduğu belirtilmiştir (*“These are the duties of a physician. First to heal his mind and to give help to himself before giving help to anyone else.”*).[13] 1988 yılında yazılmış olan bir makalede hekimlerin cinsiyet ve

yaştan bağımsız olarak mesleki seçimlerinden dolayı pişman olduklarından bahsedilmiştir.[14]

Günümüzde büyük bir hızla ilerleyen bilimsel ve teknolojik gelişmelerin sonucunda hekimlerin sorumluluk alanları artmakta, çalışma koşulları zorlaşmakta, sağlıkta şiddet, malpraktis ve hukuki süreçler gibi yeni dönem sorunları ile birlikte ruh sağlığı üzerine olumsuz etkisi olan yeni stres faktörleri eklenmektedir.

Stres fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam iyilik halini etkileyerek oluşturmuş olduğu tükenmişlik durumunun dışında; gastrointestinal sistem hastalıkları, astım, duygudurum bozuklukları, yaşam kalitesinde azalma, ülser, kolit, kanser gibi pek çok fizyolojik problemin de temelinde rol oynamaktadır.[15]Homeostaziye yönelik akut bir tehdit olarak tanımlanan stres, gastrointestinal sistem fonksiyonları üzerinde hem kısa hem de uzun vadeli etkiler oluşturmaktadır.[16]

Dünya genelinde stresle ilintili Gastrointestinal (Gİ) semptomlar yaygın olarak görülmekte olup kişilerin sağlığını ve yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir.[17]Bununla birlikte, sağlıklı toplumlarda irritabl bağırsak sendromu (IBS) dışında stres ve gastrointestinal semptomlar arasındaki ilişki üzerine yapılan araştırmaların sınırlı olduğu da görülmektedir.[18]

Literatüre bakıldığında hekimlerde stres ve tükenmişlik üzerine çeşitli çalışmaların yapıldığı ancak Gİ semptomları ile ilişkisinin incelenmediği görülmektedir. Bu çalışmada primer olarak hekimlerdeki algılanan stres ve tükenmişlik düzeylerinin saptanması ve oluşmasında stresin de etkili olduğu düşünülen gastrointestinal semptomlarla ilişkisinin incelenmesi amaçlanmıştır. Bu çalışmanın sonucunda elde edilecek bulguların, doktorlarda görülen yüksek stres ve tükenmişlik düzeyleri ile Gİ semptomlarının stresle ve tükenmişlikle tetiklenip tetiklenmediği konusunda farkındalık kazanılmasına aracılık edebileceği düşünülmektedir. Bu alandaki farkındalığın, hekimlerin ruhsal ve fiziksel sağlıkları açısından alınması gereken önlemlerin gerekliliğinin anlaşılması konusunda yol gösterici olabileceği düşünülmektedir.

GENEL BİLGİLER

2.1. TÜKENMİŞLİK SENDROMU

2.1.1Tükenmişliğin Tanımı ve Tarihsel Gelişimi

1970'li yıllardan beri birçok araştırmacının dikkatini çeken bir kavram olan tükenmişliğin günümüze kadar çeşitli tanımlamaları yapılmıştır. Bilimsel çalışmalara konu olmadan önce 1961 yılında Graham Greene'nin "A Burn-out Case" adlı romanında bir mimarın işiyle ilgili problemlerle baş edememesi sonucu ruhsal sorunlar yaşaması ve sorunlarından uzaklaşmak için Afrika ormanlarına kaçması konu edilerek tükenmişlik kavramından bahsedilmiştir.[5]

Tükenmişlik literatüre ilk olarak 1974 yılında Alman psikiyatrist olan Herbert J. Freudenberger tarafından "Personel tükenmişliği" adlı makalesinde mesleki bir tehlike olarak değerlendirmesi ile girmiştir.[5, 19] Freudenberger tükenmişliği; kişinin kendisinden beklenenlere cevap vermede yetersiz kalması, başarısız olması, yıpranması ve iç kaynaklarında zamanla meydana gelen tükenme durumu olarak tanımlamıştır.[5, 20]

Tükenmişliğin tanımlandığı ilk yıllarda yüzyüze iletişim kurarak insanların yoğun taleplerine çok fazla maruz kalan meslek gruplarında çalışmakta olan bireylerde ortaya çıktığı düşünülmüş ve bundan yola çıkarak literatürdeki birçok çalışmanın evrenini sağlık çalışanları oluşturmuştur.[4]

Maslach ise tükenmişliği; stresi arttıran etmenlere maruz kalan hizmet sektöründe çalışmakta olan bireylerde zamanla işe karşı daha duyarsız hale gelme, duygusal yönden tükenme, olaylar karşısında yetersizlik hissi ile sonuçlanabilen bir süreç olarak tanımlamıştır.[21]Maslach ve Jackson (1981) tarafından yapılan çalışmalar sonucunda hizmet vermekte olan bireyleri değerlendirmek için günümüzde de tükenmişliği değerlendirmek amacıyla halen kullanılmaya devam edilen ve ölçeğin ilk hali olan Maslach

Tükenmişlik Envanteri – insan Hizmetleri Formu (Maslach Burnout Inventory-Human Service Survey) geliştirilmiştir.[21]

Zamanla ölçeğin tüm meslek gruplarına uygulanmak üzere (Maslach Burnout Inventory-General Survey) genel formu oluşturulmuştur. Bu sayede tükenmişlik yalnızca yüz yüze hizmet vermekte olan bireylerde değerlendirilen bir fenomen olmaktan çıkmıştır.[22]

2.1.2 Tükenmişlik Modelleri

Tükenmişlik sendromu hakkında günümüze kadar yapılmış olan çalışmalar incelendiğinde, çeşitli tükenmişlik modellerinin oluşturulduğu görülmektedir. Bu modellerden bazıları bu kısımda incelenecektir.

2.1.2.1 Cherniss Tükenmişlik Modeli

Cary Cherniss 1980 yılında tükenmişlik ile ilgili kurduğu modelinde tükenmişliğin stres temelli bir süreç sonucunda oluşan bir durum olduğunu savunmuştur. Bu modelde Cherniss tükenmişliği “işle alakalı stres etmenlerine bir tepki olarak başlayıp başa çıkma davranışları ile devam eden ve sonunda işle psikolojik ilişkinin koptuğu bir süreç” olarak tanımlamıştır.[23]

Cherniss modelinde müşterilerle yüz yüze iletişim, denetim ve destek aşamasında aksaklıklar, iş yükü ile birlikte bireyin kişilik özellikleri, özel hayatında almış olduğu zevk–doyum gibi kişisel değişkenler tükenmişliğe sebep olan stres etmenleri olarak belirtilmiştir.[23]

2.1.2.2. Perlman ve Hartman Tükenmişlik Modeli

Perlman ve Hartman (1982) modellerinde 4 aşama bulunmaktadır

- Durumun strese götürme derecesi: Bu aşama strese sebep olan durumları ifade etmektedir. Bunlar örgütsel beklentiler karşısında bireyden beklenen becerinin yeterli olmaması ve bireyin sürdürmekte olduğu işin beklentilerine yeterince karşılık verememesi

durumlarıdır. Bu aşamada bireysel ve örgütsel değişkenler arasındaki uyumsuzluk düzeyi stresin derecesini belirlemektedir.[24]

- Algılanan stres düzeyi: Birey hayatı boyunca maruz kalmış olduğu stres etmenlerinin hepsine karşı kendisini stresli hissetmez. Bu aşamada bireyin kişilik özellikleri ve kurumsal değişkenlerde etkili olmaktadır.[24]
- Strese verilen tepki: Bu aşama, birey stres etmenine maruz kaldığında kişisel ve kurumsal değişkenler çerçevesinde belirlenen; fiziksel, davranışsal ve duygusal olmak üzere üç ana kategoride sınıflanan tepkileri içermektedir.[24]
- Strese verilen tepkinin sonucu: Yaşanan stres sonucunda bireyin psikolojik ve fiziksel sağlık durumunda bozulma olması ve buna bağlı olarak iş yapma düzeyinde ve tatmininde azalma, işinden uzaklaşma durumudur. Çok yönlü olarak strese maruz kalan bireyde zamanla tükenmişlik yaşanabilir.[24]

2.1.2.3. Meier Tükenmişlik Modeli

Meire'e göre; bireyin iş yaşantısında tekrarlayan olaylar sonucunda var olan pekiştiricileri kontrol edebilmesi için gerekli yeterliliğe sahip davranışları sergileyememesi ve olumlu pekiştiriciler yönündeki beklentilerinin düşük olduğu ancak cezalandırma açısından olan beklentilerinin çok yüksek olduğu bu durum tükenmişlik olarak tanımlanmıştır.[25]

2.1.2.4. Edelwich ve Brodsky Tükenmişlik Modeli

Edelwich ve Brodsky'in (1980) tükenmişlik modelinde temelini çevresindekilere yardım etmenin oluşturduğu meslekleri icra eden bireylerde müşteri yoğunluğu, karşılığının tam olarak verilmediği uzun mesai ve zor iş şartları sonucunda idealler ve gelinen nokta arasında büyük farklılıkların olmasına bağlı olarak amaçlarda ve enerjide günden güne artan kayıp olarak tanımlanmıştır.[26] Modele göre tükenmişlik, bu süreci daha kolay anlamamızı sağlayacak şekilde 4 evrede tanımlanmıştır. Aslında tükenme sırasında evreler her zaman belli sırayı izlememekle birlikte evreler arası geçiş kesikli bir süreç değil süreklilik arz etmektedir.[27, 28]

Evre 1: Şevk ve Coşku Evresi

Bu evrede birey için iş yaşamı her şeyin önündedir ve uzun çalışma saatlerine uykusuzluğa, çalışma ortamının gergin olmasına, işi sebebi ile sosyal hayatına yeterince zaman ayıramıyor olmasına rağmen bu durumu kabullenip yüksek düzeyde uyum sağlama çabası içerisinde işi gereği ondan beklenenleri yerine getirmeye çalışmaktadır. İş hayatını, gerçeği yansıtmayan boyutlarda mesleki beklenti ve umut ile yüksek düzeyde enerji harcıyıp çalışarak sürdürmektedir.[26, 28]

Evre2: Durağanlaşma evresi

Şevk ve coşku evresine göre zamanla yorulan ve bu bağlamda motivasyonu düşen kişinin durağanlaşma evresinde mesleki mutluluğu, isteği ve harcamış olduğu enerjide azalma meydana gelmektedir ve artık birey için işin niteliğinden daha çok ne kadar ücret aldığı ve çalışma saatleri önemli hale gelmiş durumdadır.[26, 28]

Evre3: Engellenme Evresi

Başlangıçta insanlara yardım etmek için çalışmaya başlamış olan birey amacına istediği düzeyde ulaşamaması, kişisel ihtiyaçlarını karşılayamaması sonucunda zamanla yoğun olarak engellenmişlik duygusu yaşamaya başlar ve mevcut sistemi değiştirmenin zorluğunu farkına varır. Birey bu süreçte adaptif savunma ile başa çıkma yöntemlerini öne çıkarma, maladaptif savunma ile tükenmişliğin daha da ilerlemesine neden olma, durumdan kaçınma şeklinde olan 3 yoldan birini seçmektedir.[26, 28]

Evre 4: Umursamazlık evresi

Daha önceki evrelerde tükenmişlikle başa çıkamayan birey bu evreye geldiğinde çok derin umutsuzluk, duygusal olarak kopma, ilgisizlik ve teslim olma tavırları sergilemektedir. Bu evrede ideallerinden uzaklaşan birey için mesleki yenilikler tehdit algısı yaratmaktadır. Artık iş ortamı kendini gerçekleştirme alanı olmaktan ziyade bireye sıkıntı ve umutsuzluk veren günlük rutin işleyişin korunmaya çalışıldığı bir alan haline gelmiştir.[28]

2.1.2.5. Suran ve Sheridan Tükenmişlik Modeli

Suran&Sheridan (1985)'a göre tükenmişlik modeli gözlem ve deneyime dayanmakta olup 4 aşamadan meydana gelmektedir ve her aşamadaki sorunların tatmin edici düzeyde çözümlenmemesinden dolayı tükenmişlik ortaya çıkmaktadır.[19, 29]

Modeldeki 4 basamak şu şekildedir

1-Kimlik, rol karmaşası: Bu süreçte kişinin eğitim gereksinimi ve gelişiminin dengede olmaması sonucunda benliği, mesleki ve kişisel bütünlüğünü sağlayamamaktadır. Gelecek için düşündükleri ile yaptıklarının çelişmesi sonucunda tükenmişliğin temelleri atılmaktadır.[19, 29]

2-Yeterlilik, yetersizlik: Bireyin mesleki yönden kendini yeterli hissetmesi için gerekli çaba ile kişisel ve sosyal kimliğini yönetme konusundaki yeterlilik duygusu arasında denge olmalıdır.

3-Verimlilik, Durgunluk: Bireyin üretici olduğu, yeteneklerinin daha ön plana çıktığı pozitif devamlılığını sağlamış olduğu süreç verimlilik olarak tanımlanır. Kişi bu süreçte kariyerinin amacını sorgulamaya başlamakta ve “Ben bunun için mi bu kadar çabaladım ?” gibi sorularla yüzleşmektedir ve tükenmişlik süreci başlamaktadır.[19, 29]

4-Yeniden Oluşturma-Hayal Kırıklığı: Seçimlerinden dolayı memnun olmayan kişi mesleki ve kişisel hayatında olmak istediği noktaya ulaşabilmek için keşif sürecine girer bu yeniden oluşturma olarak tanımlanmıştır. Birey bu süreci hedeflerini yeniden tanımlamaya başladığı bir sürecin yada hayal kırıklığı ve sonrasında başlayan tükenmişlik semptomlarını göstereceği sürecin başlangıcı olarak devam ettirecektir.[19, 29]

2.1.2.6. Maslach Tükenmişlik Modeli

Yapılan tanımlamalar sonucunda modeller geliştirilmiştir ve en çok kabul edilen yaygın olarak kullanılan Maslach tükenmişlik modeli olmuştur. Maslach tükenmişliği; duygusal tükenme, duyarsızlaşma, kişisel başarıda azalma şeklinde birbirini neden sonuç ilişkisi içinde etkileyen 3 alt başlıkta tanımlamıştır. Bu modele göre tükenmişlik; iş yerinde uzun süreli olarak

yüksek dozda strese maruz kalan kişide zamanla ortaya çıkan sendrom olarak tanımlanmıştır.[4]

- Duygusal Tükenme: Zamanla insanların isteklerine yeterli yanıt veremeyecek düzeye gelen kendisini stresle ilişkili olarak yorgun ve çaresiz hisseden çalışanlar ilk olarak duygusal kaynaklarında tükenme yaşamaktadır. Sorumluluklarını yerine getirme sırasında sorunlar yaşayan birey duygusal kaynaklarının tükenmesi nedeni ile artık kendisini psikolojik düzeyde işine veremeyeceğini hissetmektedir.[20]

Bu süreçte birey kendisini eskisi kadar verimli ve üretken bulmamakta buna karşın yoğun olarak engellenmişlik duygusu ve yorgunluk hissetmektedir. Kişi zamanla duygusal ve stres yükünü azaltmak amacıyla eskisine göre daha az sorumluluk üstlenme, ilişkilerini en düşük düzeye indirmeye gibi davranışlara yönelmektedir. Bu da bireyin tükenmişlik modelinin diğer alt boyutu olan duyarsızlaşma evresine geçmesine neden olmaktadır.[30]

- Duyarsızlaşma: Duygusal tükenme tükenmişliğin stresle ilişkili boyutunu anlatmada yeterli olurken, kişilerin iş hayatında sergilemiş olduğu davranışları ve diğer kişilerle arasındaki iletişimin boyutunu tanımlama aşamasında yetersiz kalmaktadır.[30, 31]Maslach'a göre duyarsızlaşma tükenmişliğin en problemlili boyutu kabul edilmiş olup bu aşamada kendisine ve etrafında hizmet vermekte olduğu bireylere karşı duyarsızlaşan kişinin; bilişsel olarak uzaklaşmış, alaycı tutum ve duygudan yoksun bir şekilde davranış sergilemesi durumu olarak tanımlanmıştır.[30, 31]

Bu aşamada birey kendisini psikolojik gerginlikten korumak amacıyla etrafındaki kişilerle olan ilişkilerine mesafe koyma şeklinde bir tür savunma stratejisi geliştirmiştir ve zaman içerisinde ondan hizmet bekleyen bireylerin talepleri ile daha kolay başa çıkabilmek için onları insani değeri olmayan obje gibi algılamaya başlamıştır.[32]

- Kişisel Başarıda Azalma: Maslach kişisel başarıyı sorunların üstesinden gelme konusunda yeterli ve başarılı olma durumu, kişisel başarıda azalmayı ise kişinin işindeki yetersizlik ve başarısızlık hali olarak tanımlamıştır.[21] Son olarak kişinin başarısının azalması, özellikle kişinin bireylerle yapmış olduğu çalışmalarla ilgili olarak yetersiz kaldığı,

sevilmemesi şeklinde kendisini olumsuz değerlendirme eğilimi ön plana çıkmaktadır. İşteki başarılarından memnun olmayan çalışanlar zamanla kendisini mutsuz hissedebilmektedir.[20]

2.1.3. Tükenmişlik Sendromunun Önemi

Çalışma hayatında işini yapmaktan zevk alan birey planlı, daha uzun süreli ve yüksek performans sergileyerek çalışabilir.[33] Duygusal, fiziksel, psikolojik tükenme yaşayan bireylerde bunun tam tersi yaşanabilir. Tükenmişlik yaşayan bireylerin iş hayatındaki performansı zamanla düşmekte olup bu durum işin niteliğinde azalma, kişinin motivasyonunda olumsuz yönde değişim, kişide engellenmişlik duygusu ve iş verene ek maliyet çıkması gibi durumları ortaya çıkarmaktadır.[34]

Sağlık hizmetlerinin sürdürülmesi aşamasında insanlarla birebir iletişimin temel nokta olduğu düşünülürse bu meslek grubunda tükenmişliğin yaygın olacağı ve çeşitli sorunlara yol açabileceği düşünülebilir bu da tükenmişliği günümüzde önemli bir konu haline getirmektedir.[35]

2.1.4. Tükenmişlik Sendromunun Nedenleri

Tükenmişlik çalışma hayatında çalışanların büyük oranda yakalanabilecekleri sık karşılaşılan bir sendrom olmakla birlikte birden bire gelişen bir durum değildir. Zamanla çeşitli etmenlerin katkısı sonucu gelişip ortaya çıktıktan sonra bireyde ruhsal, iş, aile ve sosyal yönden sorunlara neden olabilmektedir.[31]

Bireysel nedenler

Günlük hayatta karakter, benlik gibi değişik kelimelerle ifade ettiğimiz kişilik, bireyin iç ve dış çevresi ile kurduğu ilişkisinde onu diğerlerinden farklı kılan temel özelliklerinin, alışkanlıklarının davranışlarının bütünü olarak tanımlanmaktadır.[23] Çeşitli kaynaklar incelendiği zaman tükenmişlik riski ile kişilik özellikleri arasında yüksek oranda ilişki olduğu görülmektedir. Sorunlarla onlardan kaçarak veya yoksayarak baş etmeye çalışan, karar verirken yeteneklerine değil dış etmenleri ön plana alan, zorlama ve baskı altında olmaya tahammül edemeyen bireylerde tükenmişliğin görülme oranının daha yüksek olduğu görülmektedir.[31]

Tükenmişlik üzerinde kişilik yapısının yanında bireyin beklenti düzeyinin de önemli bir etmen olduğu düşünülmektedir. Bu alanda ilk çalışmaların

yapılmasına öncülük eden Freudenberger'e göre, tükenmişlik ideallerle yakından ilişkilidir ve bireyde beklentilerini gerçekleştirememeye yorgunluk, hayal kırıklığına yol açmaktadır. Süreç boyunca içsel olarak yoğun çatışmalar yaşayan birey zaman içerisinde iş yapabilme yeteneklerini, isteklerini ve yaşam enerjilerini tüketmektedir.[25, 36]

Kişinin kendisine yönelik benlik imajı tükenmişlik için önemli bir belirleyici etmen olarak öne çıkmaktadır. Kişisel yeterlilik noktasında kendini eksik hisseden bireyler, kendilerine güvensizlikleri nedeniyle hemen yılgınlık içine düşebilmektedir. Bunun tam tersi olarak öz-yeterlilik düzeyi yüksek olan bireyler karşılaşmış oldukları sorunları üstesinden gelinebilecek bir deneyim ve kişisel gelişimleri için bir fırsat olarak görmektedir.[25, 36]

Bunların dışında demografik etmenlerin de tükenmişlik üzerinde belirleyici olduğu bilinmektedir. Genç, bekar, çocuk sahibi olmayan bireylerde yaşlı, evli, çocuklu olanlara göre; üniversite mezunu olanlarda üniversite eğitimi tamamlamamış olanlara göre; iş deneyimi birkaç yıllık olanlarda 1 yılın altında ve 5 yıldan fazla çalışmış olanlara göre daha yüksek oranlarda tükenmişlik sendromunun gözlemlendiği görülmüştür.[36, 37]

Örgütsel Nedenler

Tükenmişlik kavramının tanımlandığı ilk yıllarda daha çok bireysel etmenlerden kaynaklı olduğu fikri üzerinde durulmuş ve çözüm olarak bireysel problemlerin ortadan kaldırılması düşünülmüştür. Daha sonraki yapılan çalışmalarda tükenmişliğin bireysel odaklı bir sendrom olmaktan çok meslek, çevre ve iş ortamındaki örgütsel faktörlerden kaynaklı bir sorun olduğu kanısına varılmıştır.[33]

Shirom'a göre, tükenmişlik sendromunun sık görüldüğü sağlık, eğitim, güvenlik gibi iş alanlarında çalışmakta olan hemşire, doktor, öğretmen, polis gibi meslek grupları incelendiğinde; yoğun iş stresi ve zaman baskısı, iş yükünün fazla olması, mesleki sorumluluk ve mekansal kapatılma duygusu gibi çalışma hayatına özgü etmenler ağırlıklı olarak gözlemlenmiştir.[36, 37]

Örgütsel nedenler arasında en temel sorunlardan biri olan aşırı iş yükü çalışanlara belli bir zaman diliminde yapılabileceklerinden daha fazlasını talep ederek sorumluluk yüklenmesini ifade etmektedir. Bu da çalışanın performansı ve ortaya çıkan iş miktarı –kalitesi arasında çatışma ortamına sebep olmaktadır. Bu durum çalışanlar üzerinde kısa dönemde stres etmeni olmakta ancak uzun dönemde tükenmişlik durumunun oluşmasına katkı sağlayabilmektedir.[36]

Özellikle iş hayatında yoğun olarak zaman baskısına maruz kalan, hayati risk taşıyan mesleklerde çalışan, ayrıntıların önemli olduğu işleri yapmayı sürdüren bireylerde pozisyondan bağımsız olarak tükenmişliğe aday olabilecekleri düşünülmektedir.[31]

2.1.5. Tükenmişlik sendromunun belirtileri

Tükenmişlik sendromunun bulgularını dört ana başlıkta incelemek mümkündür

Fiziksel Belirtiler

Tükenme sürecine giren bireyde yaşam enerjisinde azalma, hayattan beklentisinin kalmadığı düşüncesine kapılma, mevcut olumsuzları kabullenme ve bu durumda mevcut enerjilerini sorunlarla mücadele esnasında harcayarak zamanla bağışıklık sisteminin çökmesi durumuyla karşı karşıya kalmaları söz konusu olabilmektedir. Bu koşullarda birey üzerinde yapmış olduğu tahribatlara; kronik yorgunluk, uyku düzeninde bozulma, baş ağrısı atakları, sindirim ve mide rahatsızlıkları, koroner arter hastalıkları, düzensiz tansiyon örnek verilebilir.[36]

Psikolojik belirtiler

Zamanla tükenmişlik sürecinin başlamasına neden olan stres faktörü belli bir düzeye kadar bireyde amaçlar doğrultusunda harekete geçmesi için uyarıcı olmasına rağmen bir noktadan sonra enerjide azalma, psikolojik rahatsızlıklara alt zemin oluşturma görevi görebilmektedir. Tükenmişliğin fiziksel belirti oluşması boyutunda bireyin kendisi etkilenirken, psikolojik belirti oluşması aşamasında yakın çevre ve iş ortamındaki bireylerde etkilenmektedir.[36]

Tükenmişlik sürecinin psikolojik belirtilerine örnek olarak depresyon, devamlı veya ataklar halinde gelen sinirlilik ve endişe hali, korku hali, paranoya haline gelmiş olan engellenmişlik hissi, başarısızlık duygusu, panik atak ve özgüven eksikliği sayılabilmektedir.[25]

Davranışsal Belirtiler

Davranışsal belirtiler daha kolay tanınmakla birlikte tükenmişliğin ciddi bir boyuta ulaştığının da bir göstergesidir. İçinde yaşadığı karmaşayı uzun bir süre boyunca saklamaya çabalamış birey için; tükenmişlik duygusu, bireyin içinde saklayamayacağı kadar huzursuzluk vermektedir.[25]

Şekil 1’de, Campbell Quick vd. tarafından tükenmişliğin başlangıç ve ileri seviye belirtileri sıralanmıştır.[38]

Şekil 1. Tükenmişliğin Belirtileri



Kaynak: Campbell-Quick vd., (2006: 218).

Şekil 1:Tükenmişliğin Belirtileri

2.1.6. Tükenmişlik Sendromunun Sonuçları

Tükenmişlik sürecinin sonuçları çok yönlü bir şekilde ve zincirleme reaksiyonların ortaya çıkmasına yol açabilmektedir. Örneğin bir yandan verilen hizmetin kalitesinde düşmelere neden olurken diğer yandan çalışanın fiziksel, ruhsal ve duygusal sağlığı için tehdit oluşturmaktadır. Bakıldığında çevresel koşullar açısından da ilk durum çalışma hayatını, ikinci durum ise özel yaşam ve sosyal ilişkilerini tehdit etmektedir. Buradan

da anlaşıldığı gibi tükenmişlik her ne kadar bireysel bir problem olarak görülse de sonuçlarına bakıldığında toplumsal bir nitelik taşımaktadır.[36]

Tükenmişliğin Bireysel Sonuçları

Tükenmişliğin bireysel sonuçlarından biri enerji kaybı veya vücut direncinde görülen düşüştür. Bu sürece giren bireyler zaman içerisinde ilaç veya alkole yönelebilmekte, başarı duygusu ve benlik saygısında azalma görülebilmektedir. Birey kendisini işi konusunda kötü hissetmeye başladığı andan itibaren yapmakta olduğu işi de daha kötü yapmaya başlar ve zamanla kendini suçlama eğilimine girer sonuç olarak da toplumdan uzaklaşarak izole yaşam sürmeye başlar.[25]

Tükenmişliğin Çevresel Sonuçları

Bireyin günlük hayatında en fazla vakit geçirdiği ve en yoğun olarak iletişim içerisinde olduğu yer işyeri olması sebebiyle çevresel sonuçlara bakıldığında ilk sırayı örgütsel sonuçların aldığı görülmektedir[36]. Örgütsel sonuçlara bakıldığında; hizmet sunulan bireylere karşı ilgi ve verilen hizmetin kalitesinde düşme, çalışanın iş tatmini ve performansında düşme, bireyde örgütsel bağımlılığın zamanla azalması, işe devamsızlık veya geç gelme, yöneticiler ve çalışma ortamından devamlı olarak şikâyet edilmesi, iş değiştirme konusunda sirkülasyonun fazla olması gibi durumlar ortaya çıkabilmektedir.[36] Tükenmişlik sürecine giren bireyler işlerine karşı ilgilerini kaybettikleri için yaratıcı olma ve kendilerini yenileme ihtiyacı duymazlar. Bu faktör örgütsel açıdan; verimlilik ve iş kalitesinde düşme ile kendisini gösterirken çalışan açısından da iş kazaları ve iş kaybı gibi durumların ortaya çıkmasına sebep olabilmektedir. Yaşanan bu problemler tükenmişliğe doğru giden süreçte bireyin daha kararsız, huzursuz davranışlar sergilemesine yol açabilecektir.[36]

Tükenmişlik büyük oranda çalışma hayatından kaynaklansa da etkileri aile ve sosyal çevre tarafından da hissedilmektedir. Yapılan çalışmalara bakıldığında Arye tarafından aile ve evlilik hayatında alınan doyum ve aile yapısının uyumlu olarak algılanma durumunun düşük düzeyde tükenmişlikle bağlantılı olduğunu ortaya koyulmuştur.[37]

2.1.7. Tükenmişlik İle Mücadelede Yöntemler

Tükenmişlikle mücadele aşamasında çalışanların ve örgütün katılımına ihtiyaç olması nedeniyle yöntemler iki başlık altında toparlanmıştır.[36]

Bireysel Düzeyde Mücadele Yöntemleri

Tükenmişlik süreci bireyin tek başına baş edemeyeceği genellikle profesyonel yardım almasını gerektiren bir durum olarak kabul edilse de bireylerin kendilerini fiziksel ve ruhsal açılardan rahatlatmak için yapabilecekleri egzersizler mevcuttur. Ancak bireysel mücadele yöntemleri sadece bireyle sınırlı olmamakta bu aşamada çalışma arkadaşlarının da yardımına ihtiyaç duyulabilmektedir. Başlangıç aşamasında nefes egzersizleri ve jimnastik gibi fiziksel egzersizler ilk adım olarak değerlendirilmektedir. Bu aşamadan sonra daha çok gevşeme eğitimi, hobi edinilmesi, stres yönetimi, tatile çıkma, kişisel gelişim ve danışmanlık gruplarına aktif olarak katılma gibi moral ve motivasyon odaklı yöntemlere geçilebilmektedir.[37]

Klasik yöntemler dışında bireysel mücadele yöntemlerinde; çalışanın kendisindeki değişiklikleri daha iyi anlayabilmek ve analiz edebilmek için kendisini daha iyi tanıma çabasına girmesi, kişinin kendisini doğru analiz ettikten sonra bilgi düzeyi ve yetenekleri doğrultusunda daha gerçekçi hedefler belirlemesi, çalışanın stres yaratan etmenlerden uzak kalmak amacıyla olayların olumlu taraflarını görmek için çabalaması, yapılmakta olan işi monotonluktan çıkarmak amacıyla farklı zaman ve metot kullanma gibi yöntemleri tercih etmesi, zaman yönetiminin yapılması, şiddete maruz kalan, kötü şartlarda yaşayan insanlarla etkileşimin yoğun olduğu meslek gruplarında çalışan bireylerin işi gereği karşılaşmış olduğu sorunları içselleştirme eğilimine girmekten uzak durması yer almaktadır.[25]

Örgütsel Düzeyde Mücadele Yöntemleri

Çalışanlar bireysel düzeyde davranışlarını değiştirme yoluna gitseler bile sosyal çevrelerini tek başlarına değiştiremeyecekleri için sorunun çözümü örgütsel bakış açısı ile mümkün olabilmektedir.[25]

Yapılan çalışmalara bakıldığında Levinson (1996), tükenmişlik sürecinde yönetim olarak alınması gereken tedbirleri çalışanlarının karar vermeleri aşamasında özgür olabilmeleri için ortam hazırlama, başarılar karşısında takdir etmek, ödüllendirme sırasında objektif ve adaletli olmak, dinlenme ve çalışma sürelerini dengede tutmak, yoğun olan iş alanlarında donanım ve personel yeterliliğini sağlamak şeklinde sıralamıştır.[36, 39]

2.2.STRES

Stres kavramı kökenini eski Fransızcada “estrece”, Latince ise “estrica” kelimelerinden almaktadır. Stres kelimesinin anlamı 1950’li yıllarda toplum tarafından bilinmeye başlamış ve 1970’li yıllarda stresin insanlar üzerinde oluşturmuş olduğu zararlı etkilerden dolayı endişe duyulmaya başlanmıştır. Bu kavram 17. yüzyılda bela, felaket anlamlarında kullanılmışken, 19. yüzyıldan itibaren bireyin ve nesnenin bela ve felaketlerin etkilerine karşı göstermiş oldukları direnç anlamında kullanılmaya başlanmıştır.

Stres konusunda uzun yıllar çalışmış olan Hans Selye (1907-1982), stres ve stresör kavramlarını tanımlamıştır. Bireyde bir dizi tepki yaratan çevresel uyarılara stresör; bireyin bu tür uyarıcılara karşı gösterdiği tepkiyi ise stres olarak ifade etmiş ve stresi "*bireyin çeşitli çevresel stresörlere karşı gösterdiği genel bir tepki*" olarak tanımlamıştır.[1] Stres birçok yönden zorlayıcı etmenler karşısında uyum sağlama ve esas duruma dönmek, bütünlüğü sağlamak için çaba harcama durumunu da ifade etmektedir. Bu durumun sorun haline gelmesi stresin az ya da çok olması ile ilgili olduğu düşünülmektedir.[40]

İlk bakışta bakıldığında stres olumsuzluklara sebep oluyormuş gibi görünse de olumlu tarafları da olabilmektedir. Terfi etmek gibi istenen bir duruma ulaşma esnasında yaşanan olaylar olumlu strese örnek olarak verilebilir. Olumlu stres olarak nitelendirilen bu tip olaylar kişide güdüleyici etki

yaparlar ve bireyde olumsuz stresin yapmış olduğu korku, kaygı huzursuzluk etkilerini sebep olmazlar. Olumsuz stresin insan hayatını kısaltan etkisi olduğu düşünülürken üretime ve işbirliğine yönelten olumlu stresin yaşamı uzatıcı etkisi olduğu kabul edilmektedir.[41]

2.2.1 Algılanan Stres

Algılanan stres; bireyin yaşamındaki olaylara karşı hissetmiş olduğu stres durumunu ifade etmektedir. Ailesel özellikler, kişisel deneyimler, değerler ve inançlar, eğitim durumu gibi değişkenlerin etkisi nedeniyle her birey karşılaştığı olayları farklı yorumlamakta ve bireyin durum karşısındaki düşünceleri ne kadar olumsuz olursa algıladığı stres düzeyide o oranda yüksek olmaktadır.[2]

2.2.2. Stres Faktörleri

Günlük hayatta stres etmeni aynı olmasına rağmen bireylerin etkilenme şiddeti, duruma verdikleri tepkiler farklılık gösterebilmektedir. Bu farklılığın oluşmasında cinsiyet, olaylar karşısında kolay incinebilir olmak, başarıya fazla odaklanmak, içe dönük-dışa dönük olma gibi kişilerin bireysel özellikleri rol oynayabilmektedir. Yapılan bazı çalışmalarda A tipi kişilik olarak bilinen; rekabete yatkın, başarı odaklı, sabırsız, yoğun dürtüleri olan, hızlı hareket eden bireylerin B tipi kişilik; rahat, sabırlı, aşırı hırslı olmayan bireylere göre strese daha yatkın oldukları belirtilmektedir.[42]

Sosyal çevreden kaynaklı etmenlere bakıldığında; teknolojik gelişmelere uyum sağlayamama, ekonomik sıkıntılar, siyasi-politik belirsizlikler, aile yaşamındaki sorunlar, sosyo-kültürel değişiklikler bireyde stres oluşmasına ortam sağlayabilmektedir.[43]

Özellikle sağlık alanında çalışanlar için iş ortamından kaynaklı birçok risk faktörü bulunmaktadır. Bunlar yoğun iş yükü, ağır ve ölümcül durumdaki hastalara hizmet etme, gerektiği yerde hasta ve hasta yakınlarına psikolojik destek verme, personel dağılımındaki dengesizlik gibi çalışmada stres ve

gerginlik oluşmasına ortam hazırlayan olayları içermesi nedeniyle sağlık çalışanlarının iş ortamları diğerlerinden farklılık göstermektedir.[44]

Meslektaşlarla olan iletişimde stresin kaynağı rekabet, yarış olabileceği gibi birbirlerini anlamamaları ve sorunları paylaşmamaları da olabilmektedir. Çalışanların iş hayatında kendilerini güçlü ve sorunu olmayan bir birey gibi gösterme çabaları zamanla örgütsel stresi arttırarak depresyon, kaygı ve tükenmişlik hastalıklara sebep olabilmektedir.[41]

Çalışma ortamında kişilerden kendi görev dağılımları dışındaki bazı işleri de yapmaları istenebilmekte bu durum çalışanda görev karmaşasına neden olmakta ve çalışanın stres düzeyini arttırabilmektedir.[41] Performansın değerlendirilmesi aşamasında belli bir standardizasyon ve uyumun olmaması, yetersiz veya hızlı terfi, ücretin yeterli olmaması, başarının engellenmesi gibi etmenler de özellikle başarı dürtüsü yüksek olan bireylerde stres sebebi olabilmektedir.[41]

2.2.3.Stresin Evreleri

Stres organizmanın uyarıcı etmenlere karşı göstermiş olduğu adaptasyon yanıtı olsa da uzamış stres durumunun yaşam kalitesi ve sağlık üzerine olumsuz etkilerinin olduğu bilinmektedir. Selye tarafından stresin beden üzerinde oluşturmuş olduğu etkiler genel adaptasyon sendromu olarak tanımlanmış ve tepkiler üç aşamada incelenmiştir.[43]

Alarm aşaması

Vücut stres etmeni ile karşılaştığında korteksin uyarılması sonucunda hipotalamohipofizer aks devreye girer adrenalin ve kortizon salınımının olması ile sempatik sistem aktive olur beden savaş ya da kaç tepkisi verir. Salgılanan hormonlar, kalp atışı ve solunum sayısında artışa, pupillerde genişlemeye, kan şekerinde artışa ve sindirim hızında düşüşe sebep olabilir.[43]

Direnme aşaması

Parasempatik sistemin aktifleşmesi ve bir önceki aşamada kaybedilmiş olan enerjinin yeniden kazanıldığı strese uyumun sağlandığı aşamadır. Bu dönemde stres karşısında gösterilen dirençte alarm aşamasının tersine bireyler arasında farklılıklar gözlemlenmektedir. Organizma kendisini başlangıçtaki konuma getirmeye çalışmakta ve bu da bireyin dışarıdan stresli olarak gözlemlenmesine neden olabilmektedir.[43]

Tükenme aşaması:

Birey direnme evresinde uzunca bir süreç kalırsa migren, ritim bozukluğu, psikopatolojiler vb. gibi stres kaynaklı olarak hastalıklar ortaya çıkabilmektedir. Tükenme aşamasında hala parasempatik sistem aktiftir ancak fiziksel kaynaklar tükenmiş durumdadır. Uzun süre stres etmenlerinin yoğunluğunun azalmaması, ortadan kalkmaması veya artması durumlarında zamanla bireyin gayreti kırılır ve tükenme dönemine girer. Bu dönemde birey dışarıdan gelecek olan diğer stres etmenlerine karşı daha da savunmasız hale gelebilmektedir.[43]

2.2.4. Stresin Belirti ve Sonuçları

İnsanların hayatları boyunca sürekli strese karşı karşıya kalması sonucu vücut strese karşı savunma mekanizmaları geliştirmektedir. Günümüze kadar yapılan çalışmalara bakıldığında stres sonuçları aşağıdaki gibi sınıflandırılmıştır.[45]

Stresin Fizyolojik Sonuçları

Günümüze kadar olan çalışmalar incelendiğinde Stresin fizyolojik sonuçları şu şekilde sıralanabilir.[45];

- Fizyolojik olarak çarpıntı, nefes darlığı, boğazda yutkunma güçlüğü, egzama, saç dökülmesi ve sedef hastalıkları, sık sık karın ağrısı ve dışkılama alışkanlığında değişiklik, aşırı iştahsızlık ve kilo kaybı veya tam tersi olarak aşırı yeme eğiliminde olma, kendisini devamlı olarak yorgun hissetme durumu, sık sık yarı baş ağrısı biçiminde başta oluşan rahatsızlık, akşamları yatamama ya da sabah erkenden kalkma durumu, sabah ve akşam bedenin farklı yerlerinde ve bilhassa ayaklara giren kramplar ve adet sancıları

Stresin Psikolojik Sonuçlar

Stresin bireyde oluşturmuş olduğu psikolojik sonuçlar i yaşantılarına bağlı olarak, davranış ve duygularında somut olarak gözlemlenebilmektedir[46]. Birey zerindeki psikolojik sonuçlarına bakıldığında; sürekli tedirginlik durumunun olması,insanlara karşılı öfkeli olma, hayattan zevk alamama, ölüm korkusu, gündelik yaşama dahil olma aşamasında zorlanma,sorunları kimseyle tartışmamayı seçme gibi durumlar oluşabilmektedir.[45]

Stresin Davranışsal Sonuçları

Stresin birey üzerindeki davranışsal sonuçlarına bakıldığında aşırı hassasiyet, ani durumlarda uygun olmayan davranışlar sergileme, aşırı güven ve güvensizlik, sigara, alkol, madde kullanımına olan eğilimde artış, davranışlarda şiddete yönelim gibi durumlar gözlemlenebilmektedir.[45]

Stresin rgtsel Sonuçları

Bireylerin stres içerisinde olmaları zamanla işe yabancılaşma ve devamsızlık, performans ve verimde düşme, çalışma arkadaşları ile kurulan iletişimlerde sorun yaşaması gibi sonuçlar doğurmakta bu da örgüt içerisinde verimlilik-maddi kazancının düşmesine, yöneticilerin hatalı kararlar almasına ve huzur ortamının bozulması gibi durumların gözlemlenmesine sebep olabilmektedir.[45] Stresin oluşturmuş olduğu sonuçlara bakıldığında ilk aşamada olumsuz olarak algılanabilmekte ancak bazı durumlarda tam tersi olarak bireyin potansiyelinin açığa çıkması aşamasında olumlu etkileri olabilmektedir. Buradan sonulabireyin tolerans düzeyini aşmayan stres birey üzerinde destekleyici etki yapabilmektedir.[47]

2.2.5. Stresle Başaçıkma Yöntemleri

Stresle başa çıkma yöntemleri iki grup altında incelenmektedir

Bireysel Yöntemler

Stresle bireysel olarak başa çıkabilmenin bilinen yöntemlerinden biri DKBY(değiştir-kabul et-boşver-yaşam tarzını yönet) modelidir. Modelin her adımı yaşamış olduğumuz stresin zararlı etkilerini hayatımızı kontrol altına alarak yararlı bir duruma getirme aşamasında farklı yöntemlerden oluşmaktadır.[42]

-Değiştir: Eğer şartlar mümkün ise bireyi strese sokan ortam ve koşulları değiştirmeyi içerir. Özetle stres kaynağından uzaklaşmayı öngörür.[42]

-Kabul Et: Bu adım değiştirilmesi çok da mümkün olmayan şartların kabul edilmesi esasına dayanır. Bireyi kontrol edemediği, gücü ve sınırlarını aşan olayları pozitif bir yaklaşımla kabul etmesini öngörür.[42]

-Boşver:Hayatta gerçek dışı beklentiler, hayaller ve stresin dayanılmaz ağırlığından kurtulabilmek için duygusal-zihinsel açıdan farklı bir bakış açısıyla olaylara yeni bir yorum getirme yöntemidir.[42]

-Yaşam Tarzını Yönet: Çeşitli egzersiz, gevşeme ve diyet yöntemlerinin kullanılması ile stres kaynaklarının ortadan kaldırılmasını hedefleyen DKBY yönteminin son aşamasıdır.[42]

Örgütsel Yöntemler

Örgütsel yöntemler iş yaşamından kaynaklanan stresle başa çıkma yöntemleri; çalışanlarının iş streslerini azaltmak ve önlemek için örgüt düzeyinde stres kaynaklarının kontrol edilerek azaltılmasına yönelik çalışmalardır. Bu yöntemler bürokratik, resmi bir örgüt havası yerine daha az merkeziyetçi kararlara katılımın sağlandığı destekçi bir hava oluşturulması, örgütsel rollerin belirlenmesi ve çatışmaların azaltılması, iş görenlerin mesleki gelişim planlama ve danışmanlıklarının başarılı bir şekilde yürütülmesi, iş yerinde neşeli ve samimi bir ortma yaratmak olarak sayılabilir.[2]

Stresle başa çıkma yöntemlerinin kullanılması ile stresi tamamen ortadan kaldırmak mümkün değildir. Burada asıl amaç stresin bireyi etkileme düzeyini verimlilik ve yaşantısı üzerinde olumsuz yönde etkilemeyecek düzeye getirmektir.[48]

2.3.Hekimlerde Stres ve Tükenmişlik

Stres bireylerin özellikle çalışma hayatında karşılaştıkları bir durumdur. Stres ile tükenmişlik arasındaki ilişki birçok araştırmanın konusunu oluşturmuştur. Bazı araştırmacılar tükenmişlik ile stresi birlikte değerlendirirken, bazıları ise bunların farklı kavramlar olarak ele alınması gerektiğini vurgulamıştır. Maslach stres ve tükenmişliği birlikte incelemiş; tükenmişliğin tanımını yaparken duysusal stres faktörleri ile uzun süreli karşılaşma sonucunda gerçekleşen tepki ifadesini kullanmıştır.[31]

Bazı araştırmacılar da tükenmişliğin yüksek talep kaynaklı stresli iş ortamları, olumsuz sonuçlara bağlı tatminsizlik ve orantısız yükseğe gibi faktörlerin sonucunda oluştuğunu belirtmişler ve stres ile ayrıldıkları noktayı göstermişlerdir. Pines ise stres ile tükenmişliğin birbirine yakın kavramlar olduğunu belirtmişse de bunların aynı olmadığını ifade etmiştir. Ayrıca kişi yaptığı işin önemini bilir ve bunukabul ederse, ne kadar stresli olursa olsun, asla tükenmeyeceklerini savunmuştur.[49]

Hekimlik, Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO) tarafından, çalışma ortamından kaynaklanan pek çok olumsuz faktörün etkisiyle yoğun iş yüküne sahip stresli bir meslek olarak nitelendirilmektedir. Öneminin yeterince anlaşılması gereken bir meslek grubu olması açısından, Amerikan Stres Enstitüsü de hekimlik mesleğini riskli meslekler grubunda değerlendirmektedir.[8, 9]

Sağlık çalışanlarının tükenmişliğe en fazla yatkınlık oluşturan mesleklerden olduğu bilinmektedir. Türkiye’de yapılan, doktor, hemşire, ebe ve acil tıp teknisyenlerinden oluşan sağlık çalışanlarının tükenmişlik açısından incelendiği bir çalışmada tükenme ve duyarsızlaşma alanında en fazla tükenmişlik yaşayan grubun doktorlar olduğu belirtilmiştir.[50] Hekimlerde yaşanan stresi diğer meslek gruplarından farklı kılan en önemli özellik bu meslek grubunda iş çıktısının diğer insanların sağlığı olmasıdır.[51] Tıp mesleği fiziksel ve ruhsal olarak yoğun emek gerektiren bir alandır. Günümüze kadar tıp pratiğindeki stres kaynakları ve bunun sağlık hizmetleri üzerine etkilerini konu alan birçok çalışma yapılmıştır.[52]

Strese neden olan faktörler hekimlere göre incelendiğinde şu şekilde sıralanabilir[53];

1. Çalışmalarını nöbet şeklinde sürdürme ve uzun nöbet süreleri
2. Çalışma saatlerinin düzensiz olması
3. Çalışmaları karşılığında almış oldukları ücretlerde yetersizlik ve dengesizlik
4. Tıbbi müdahaleler sırasında fiziki şartların yetersizliği sebebiyle sorunların yaşanması
5. İş yükünün fazla olması
6. Tıpta uzmanlık sınavı
7. Tıp eğitiminin yetersizlik ve aksaklıklar
8. Hasta-hekim arasındaki iletişimsizlikte problem yaşanması
9. Hastaların yaşamının sorumluluğunu üstlenme zorluğu
10. Teşhis ve tedavide hata yapma kaygısı
11. Meslek hastalıkları ve bulaşıcı hastalıklara yakalanma riski
12. Bazı kişilerin hekimlerin yetkilerini suiistimal etme yönündeki isteklerine yoğun olarak maruz kalınması (ilaç yazdırma, rapor vs.)
13. Toplum içerisindeki mesleki saygının azalması
14. Hekimler arası mesleki ve kişisel çatışmaların yaşanması
15. Hasta ve yakınları tarafından fiziksel ve psikolojik şiddete maruz kalınması
16. Kendine ve ailesine yeterli vakit ayıramama ve dinlenmek için uygun zaman ve mekanı bulamama

Stres faktörlerine yoğun olarak maruz kalan sağlık çalışanlarında uyku sorunları, yorgunluk, dikkat ve konsantrasyon sorunları ve buna bağlı kazalar, yaralanmalar, obezite, psikiyatrik hastalıklar, bazı kanser türleri ve tükenmişlik gibi durumlar ortaya çıkabilmektedir.[54] Yapılan çalışmalar, doktorlar arasında yüksek tükenmişlik prevalansını ve doktorların üçte birinin kariyerleri boyunca belirli noktalarda tükenmişlik yaşadığını göstermektedir.[55]

Doktorlarda yoğun olarak görülen tükenmişliğin sıklığı iş disiplinindeki değişkenlere göre farklılıklar gösterebilmektedir. En yüksek oranlar genellikle

genç doktorlar ve uzmanlık alanlarına göre hasta bakımının ön saflarında çalışan(aile hekimliği, genel dahiliye, acil tıp gibi) doktorlar arasında gözlemlenmiştir.[55] Bu bağlamda doktorlar arasında mesleki stres ve tükenmişlik, daha düşük kişisel ilişkiler kalitesi, bireysel refah ve hasta bakımı ile ilişkilendirilmiştir.[56]

Hekimlik günümüzde de aktif bir sorun olan sağlıkta şiddete en fazla maruz kalan ve aynı zamanda diğer sektörlere oranla daha uzun çalışma saatlerine sahip meslek gruplarından biri olmaya devam etmekte olup bu durumun hekimlerde tükenmişliğin fazla olmasına ortam hazırladığı düşünülebilir.[57] İş yükünün fazla olmasının yanında iş yerlerinde serbestlik ve seçim haklarının az olması da doktorların tükenme oranlarını arttırabilmektedir.[58]

Hekimler iş hayatlarında giderek artan düzeylerde malpraktis davalarına maruz kalmakta bu durum hekimlerin yoğun stres yaşamalarına daha fazla tetkik istemelerine, kayıt tutmak için daha fazla zaman ayırıp hastalara karşı zaman zaman olumsuz tutumlarda bulunma gibi davranış değişikliklerine sebep olabilmektedir. Bu durumda tükenmişlik ile ilişkili olduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır.[59]

Tükenmişlik özellikle hekimlerde birçok kişisel sorunun ortaya çıkarmakta, duygusal yıpranma fiziksel yıpranmayı da tetikleyebilmektedir. Tükenmişlik sorunu ile karşı karşıya kalan hekimlerde uyku sorunları, migren, koroner arter hastalıkları, yorgunluk gibi fiziksel sağlık problemleri, depresyon, anksiyete, alkol –madde kullanımında artış gibi ruhsal problemleri, işle ilgili benlik duygusu ve verimlilikte azalma, işi bırakma ve devamsızlık isteği, aile içi ilişkilerde bozulma, kişiler arası iletişimde sorunlar gibi mesleki –sosyal sorunlara neden olduğu görülmüştür. Aynı zamanda yoğun stres altında olan sağlık çalışanlarında koroner arter hastalığı, hipertansiyon ve diyabetes mellitus gibi kronik hastalıkların oluşma riskini arttırdığı belirtilmektedir.[53, 60]

Hekimlerde oluşan tükenmişliğin hizmet verdiği alan dikkate alındığında tükenmişliğin hem hasta hem de toplum sağlığını olumsuz yönde

etkileyeceği aşıkardır.[61]Son araştırmalar, mesleki stresi yönetmek ve kişisel dayanıklılığı artırmak için gereken becerileri ve kişisel nitelikleri geliştirmede doktorlara yardımcı olacak müdahalelere odaklanmıştır. Çünkü Tükenmişliğin tıp mesleği arasında yaygın bir endişe olduğu kadar, stres ve tükenmişliği azaltmaya yönelik müdahalelerin de doktorların, kuruluşların ve en önemlisi hastaların çıkarına olacağı düşünölmektedir.[56]

2.4.GASTROİNTESTİNAL SİSTEM BELİRTİLERİ

En çok ifade edilen gastrointestinal sistem belirtileri konstipasyon, diyare, bulantı, kusma, karın ağrısı, distansiyon, disfaji olduğu görölmektedir.

Konstipasyon: Dışkılama sayısının beslenme durumuna, sosyoekonomik ve eğitim düzeyine göre değişiklik göstermiş olduğu dışkılama sayısındaki azalma ve dışkı yaparken zorlanma ile tanımlanmaktadır.[62] Konstipasyonun özellikle bağırsak faaliyetlerindeki azalma sonucu oluştuğu bilinse de, kolondaki sekresyon ve emilim arasındaki dengesizliğin de konstipasyona zemin hazırladığı ileri sürölmüştür. Endişe gibi psikolojik faktörlerde konstipasyon ile ilişkilendirilmiştir.[63] Kronik konstipasyonu olanlarda yapılan anketlere göre en sık görölen semptomlar defekasyon sırasında aşırı ıkınma %79, sert feçes çıkarma %71, karında rahatsızlık hissi %62, defekasyonda yeterli boşalamama hissi %54 olarak bulunmuştur.[64] En sık tanımlanan tedavi yaklaşımı iselif içerikli diyet ve bol sıvı tüketimi ile dışkı kütesini arttırmak ve defekasyon refleksini desteklemek şeklindedir.[63]

Diyare :Diyare bol, sık (günde 3 kereden fazla) ve sulu dışkı ile açıklanabilen sindirim sistemi bulgusudur.[62] Bu duruma su emiliminde azalma ya da Gastrointetsinal Sistem(GİS) kanalına su salınımındaki artış neden olabilir.[65] Bağırsak kanalında enfeksiyon, sindirim kanalının inflamasyonu, kolera, ülseratif kolit gibi birçok sebepten dolayı diyare oluşabilmektedir.[66] Akut stres insanlarda ve hayvanlarda kolonik transit hızını arttırmakla birlikte, kronik stresin transit süresi ve fonksiyonel diyareyle ilişkisi tam olarak bilinmemektedir.[67] Stres parasempatik sinir

sisteminin aktifleşmesi ile distal kolondaki hareket artışını ve mukus salgısının artmasını sağlayarak diyare oluşmasına katkı sağlamaktadır.[68]

Bulantı :Bulantı genelde kusma ile sonlanabileceği gibi kusma olmadan da devam eden terleme, solukluk, hipotansiyon gibi bulgularla kendini gösterebilen subjektif bir semptomdur.[62] Bulantı medulla oblongatanın dorsal kısmında yer alan kusma merkezinin belirli bir kısmının ya da yakın ilişkili olan bölgelerin uyarılması ile ortaya çıkar. Bazı kusmaların bulantı olmadan oluşması da bunu desteklemektedir. Bulantı GİS kanalından gelen uyarılardan, alt beyin merkezinden gelen uyarılardan ya da serebral korteksten gelen uyarılardan kaynaklanabilmektedir.[66]

Kusma : Kusma mide içeriğinin şiddetli bir şekilde dışarıya atılması olarak tanımlanabilir.[62] GİS kanalının üst kısmındaki aşırı irritasyon, gerilme ve aşırı uyarılma gibi durumlarda ortaya çıkmaktadır. Özellikle duodenumda aşırı gerginlik ve irritasyon olması kusma eyleminin oluşması için önemli bir uyarıcı faktördür.[66] Uyarıların iletileri vagal ve sempatik aferent yollarla medullada, vagusun dorsal motor çekirdeği hizasında bulunan kusma merkezine iletilir.[66] Uyarının oluşması ile GİS'de yukarı doğru peristaltik hareketler meydana gelir ve ince bağırsağın üst kısmında bulunan içerik mide içine boşalır. Bu sırada kusma merkezinden omurilik sinirleri aracılığı ile gelen uyarılar karın duvarında kasılma yaparak karın içi basıncın artmasına ve özafageal sfinkterin gevşemesine ve midedeki içeriğin dışarı atılmasına sebep olur.[66, 69]

Karın Ağrısı : Karın bölgesinde şiddetli rahatsızlık olarak tarif edilmektedir. Karın ağrısı kendi başına bir hastalık olmayıp karın bölgesindeki bir organ hasarını gösterebileceği gibi psikolojik ve diğer fizyolojik nedenlere bağlı olarak da ortaya çıkabilmektedir. GİS hastalık tanısında ağrının yeri, şiddeti, süresi, ağrıyı azaltan ya da artıran nedenlerin bilinmesi oldukça önemlidir. Ağrı ile bağlantısı olabilecek beslenme, dinlenme, defekasyon, stres ve diğer hastalıkların olması gibi hallerin bilinmesi gereklidir.[62]

Distansiyon : Artmış gaz hissi ve buna bağlı şişkinlik ve karın bölgesindeki gerginlik hissi olarak ifade edilmektedir. Geğirme, anal yolla gaz çıkarma ve karın ağrısı gibi GİS belirtileri eşlik edebilmektedir. GİS kanalındaki gazın

miktarı hava yutulması, sindirilemeyen gıdalar ve atmosfer basıncı gibi faktörlerden etkilenmektedir.[66] Normal bir bireyde bu gazların büyük bir bölümü geğirme ile dışarı atılmaktadır. Kolona giren ve kolonda oluşan gazın miktarı 7 ile 10 litre arasında değişebilmektedir. Ancak anüsten atılan gaz miktarı 0.6 litre olarak bilinmektedir. Dışarıya atılan gazın haricindeki gaz bağırsaklardan emilmekte ve akciğerler yolu ile dışarı atılmaktadır.[62]

Disfaji : Disfaji, besinlerin farenksten mideye varıncaya kadar herhangi bir noktada oluşturduğu takılma hissi ve yutmanın zorlanarak yapılması durumudur.[70] En sık rastlanan disfaji nedeni peptik darlıktır. Gastroözofajiyal reflü (GÖR) periyodları uzun süren hastalarda zamanla önce katı gıdalara daha sonra sıvı gıdalara karşı disfaji gelişebilir. Peptik striktürün oluşması ciddi bir patolojidir ve reflü sebebiyle ülser varlığında disfaji görülebilmektedir.[71]

Pirozis (Yanma Hissi): Pirozis, sternum altında ya da epigastrik bölgede hissedilen, bazen boğaza kadar uzanan yanma hissidir. Mide içeriğinin özofagusu geri gelerek, özofagusun mukozasını uyarması ile oluşur ve bu uyarı sonrasında özofagus kaslarına etki ederek yanma oluşturabilmektedir. Hiatal herni, GÖR gibi hastalıklar, alkol, aspirin gibi maddelerin alımı pirozisi tetikleyebilir.[72]

Dispepsi :Dispepsi semptomlar kompleksidir. Dispepsi semptomlarının mide-duodenum kaynaklı olduğu ve epigastrik bölgede algılandığı kabul edilir. Zor sindirim anlamına gelen dispepsi hastalık olmaktan ziyade üst abdomen orta hattında ağrı ve rahatsızlık hissi olarak tanımlanabilen ve çoğunlukla epigastrik ağrı, epigastrik bölgede yanma, erken doyma, postprandial dolgunluk hissi, iştahsızlık, geğirme, şişkinlik, bulantı, kusma hatta regürjitasyon ve retrosternal yanmanın tariflendiği sindirim zorluğudur.[62]

Börekçi ve ark. tarafından sağlık çalışanlarında sık görülen gastrointestinal bulguların incelenmesi amacıyla yapılan çalışmada Roma IV kriterlerinden yola çıkarak hazırlanmış irritable bağırsak sendromu(İBS) ve fonksiyonel dispepsiyi(FD) sorgulayan toplam 17 sorudan oluşan anket uygulanmış ve

sonucunda doktorların %15' inde IBS, %30' unda FD, %23' ünde GÖR hastalığı tespit edilmiştir.[73]

Fonksiyonel dispepsi ile psikiyatrik bozukluklar özellikle de anksiyete, depresyon, nörotizm arasında bir ilişki olduğu kabul edilmektedir. Fiziki-psikolojik işkence, duygusal travmalar ile fonksiyonel dispepsi arasında ilişki bazı olgularda görülebilir. Etkileşim iki yönlü olabilir (Anksiyete↔Dispepsi).[74]

IBS, kronik karın ağrısı ve değişen bağırsak alışkanlıkları ile karakterize gastrointestinal sistemin fonksiyonel bir bozukluğudur. Roma IV kriterlerine göre IBS, en az 6 ay önce başlamış son üç ayda ortalama olarak her haftada en az bir gün olmak üzere, kriterlerden iki veya daha fazlasıyla ilişkili tekrarlayan karın ağrısı olarak tanımlanmaktadır: a. Defekasyon ile ilişkili; b. Dışkı sıklığında değişiklik ile ilişki; c. Dışkı formunda bir değişiklik ile ilişki (görünüm).[73] Diyare predominant ve konstipasyon predominant ve miks olarak karşımıza çıkabilmektedir. İBS hastalarında normal popülasyona göre stres bozuklukları, uyku bozuklukları, duygusal bozukluklar ve çevreye karşı aşırı duyarlılık gibi psikiyatrik bozukluklar daha fazladır.[75]

Gastroözefagal reflü (GÖR) hastalığının birçok tanımı yapılmıştır. Dünyada en çok kabul gören GÖR hastalığı tanımı, haftada en az bir kez pirozis ve/veya regürjitasyon şikayetlerinin olmasıdır.[73] Stres ve GÖR hastalığı üzerine Bradley ve ark. tarafından yürütülen bir çalışmada, GÖR olan hastalar iki gruba ayrıldı: psikolojik sıkıntı sırasında GI semptomları bildirme eğilimi olanlar (yüksek GI duyarlılığı) ve psikolojik sıkıntı sırasında GI semptomları bildirme eğilimi olmayanlar (düşük GI duyarlılığı). Her iki grupta da eşit olarak ölçülen asit maruziyetine rağmen, deneysel stresli görevlerle ilişkili daha fazla mide ekşimesi bildirilmiştir.[76] Stresin özellikle mide ekşimesi olmak üzere GÖR hastalığının semptomatik ifadesini nasıl şiddetlendirdiği bilinmemektedir, ancak değişen solunum düzeni, özofagus kemosensitivitesinde bir artış ve mide boşalmasının yavaşlaması sonucunda diyafragmatik sıkıştırma işlevindeki bir değişiklik stres nedeniyle katkıda bulunabileceği düşünülmüştür.[77]

2.4.1 Stres ve Gastrointestinal Sistem

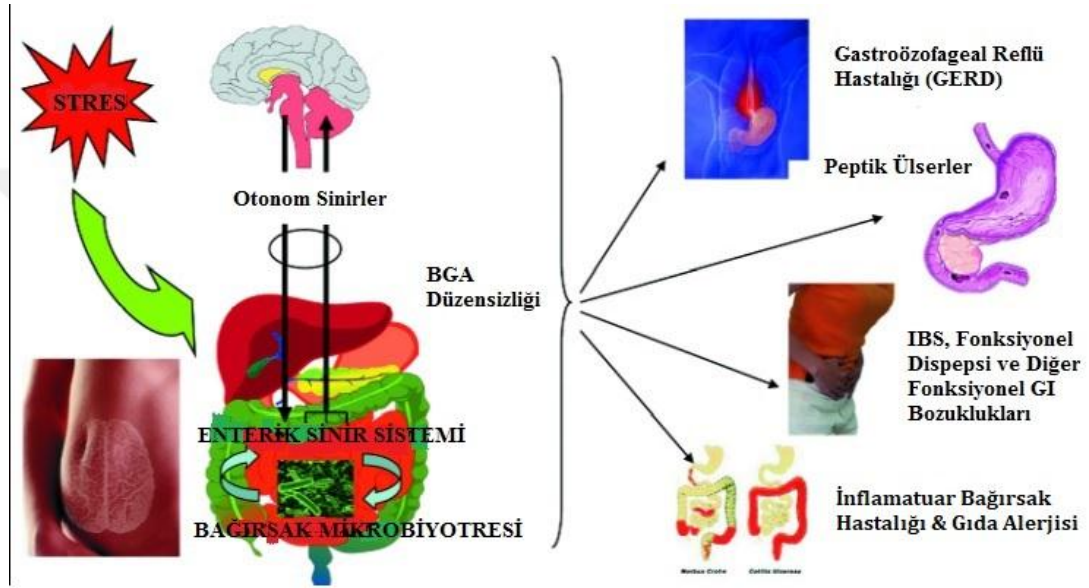
Stres, fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik olma halini etkilemektedir. İş gibi ortamlarda uzun süre düşük düzeyde sürekli stresörlere maruz kalınması sonucunda, beden mücadele edebilmek için kendisini yeniden programlayarak hazırlanmaya başlamaktadır. Bu süreçte ortaya çıkan belirtiler yaygın olarak bireyin stres ile baş etmesi sırasında görülmektedir. Bu sürecin devam etmesi halinde bireyin sağlığını olumsuz etkileyen şiddetli fiziksel, psiko-sosyal ve mental sağlık sorunları olarak ortaya çıkabilmektedir.[78] Gastrointestinal sistem hastalıkları, astım, bağışıklık sisteminin bastırılması, duygu durum ve davranış bozuklukları, yaşam kalitesinde azalma, migren ve gerginlik tipi baş ağrıları, ülser, kolit, kanser ve pek çok fizyolojik problemlerin gelişmesinin temelinde stres faktörünün rol oynadığı bildirilmiştir.[15]

Sağlıklı populasyonlarda IBS dışında stres ve Gİ semptomlar arasındaki ilişki hakkında sınırlı sayıda araştırma yapılmakla birlikte günümüzde, tehdit olarak görünen algılanan stres Gİ semptomlar için en prediktif faktörlerden biri olabileceği düşünülmektedir. Gİ semptomlar, Dünya genelinde yaygın olarak görülmektedir. Bu durum sadece sağlık hizmetleri kullanımını çoğaltmakla kalmayıp kişilerin hayat kalitesi ve günlük yaşantılarını olumsuz şekilde etkileyebilmektedir[18] Stres, telaşlı hayatımızın ortak bir terimidir ve insanların çoğunluğu stresli zamanlarda üzgün olup GİS problemleri yaşamaya daha yatkın hale gelebilmektedir.[79] Gİ semptomlar yaygındır ve çoğu insan stresli zamanlarında GİS rahatsızlığı veya diğer sindirim sorunları yaşamıştır ancak bu ilişki literatürde genel nüfus için detaylı incelenmemiştir.[79]

2.4.2. Stres Sonucu Gastrointestinal Sistemde Fonksiyonel Değişiklikler

Homeostaziye yönelik akut bir tehdit olarak tanımlanan stres, GİS fonksiyonları üzerinde hem kısa hem de uzun vadeli etkiler göstermektedir. Strese maruz kalma, beyin-bağırsak etkileşimlerinde ("beyin-bağırsak eksenini") değişikliklere neden olur ve sonuçta inflamatuvar bağırsak hastalığı,

IBS ve diğer fonksiyonel gastrointestinal dahil olmak üzere geniş bir dizi gastrointestinal bozuklukların gelişmesine yol açabilir.[16](Şekil 2). GİS ve bağışıklık sistemi, farklı stres faktörlerine özellikle duyarlıdır. Gİ hastalıklarının patogeneğinde psikososyal ve çevresel stresörlerin etkisi son yıllarda artan bir farkındalık kazanmıştır.[16]



Şekil 2: Stres ve beyin-bağırsak aksının etkileşimi[16]

2.4.2.1. Gastrik Motilite ve Boşalma

Akut psikolojik stres ile GI aktivitesinde meydana gelen değişiklikleri belgeleyen ilk bilim adamlarından biri, "dövüş ya da uçuş" tepkisini ortaya atan Amerikalı fizyolog Walter Bradford Cannon'du. Cannon, 20. yüzyılın başlarında sindirim üzerine yaptığı bazı çalışmaları sırasında, kısıtlanmış kedilerin mizaçlarının midelerindeki aktiviteyle bağlantılı olduğunu gözlemledi. Özellikle erkek kediler kısıtlandığında ajite oldular ve bu da gastrik motilitesindeki azalmaya tekabül ettiği gözlemlendi.[80] Cannon ilk gözlemlerini yaptığından beri literatürde hafif bir tutarsızlık olmasına rağmen, çoğu çalışma akut psikolojik stresin insanlarda mide hareketliliğini engelleyebileceğini ve bunun mide boşalmasındaki gecikmelere yol açabileceğini doğrulamıştır.[80, 81]

2.4.2.2.Kolonik Motilite

Akut psikolojik stres ile kolon motilitesindeki değişikliklerin gösterildiği ilk araştırma 1940'larda Almy ve meslektaşları tarafından yürütülmüş ve duygusal konuların (ilişkisorunları, geçmiş deneyimlerin sarsılması, tıbbi sorunlar vb.) kişilerle basitçe tartışılmasının, kolon hareketliliğini aniden uyarabileceğini belgelemiştir.[80, 82] Ayrıca Welgan ve arkadaşları hem zihinsel aritmetik bir görevin hem de bir korku stresrnn (yani, olası zararlı bir patolojinin kendisine söylenmesi) insanlarda kolon motor aktivitesini arttırdığını göstermiştir.[83]

Stresin bağırsak fizyolojisi üzerindeki başlıca etkileri şunlardır: 1) gastrointestinal motilitedeki değişiklikler; 2) visseral algıda artış; 3) gastrointestinal sekresyondaki değişiklikler; 4) bağırsak geçirgenliğinde artış; 5) gastrointestinal mukoza ve mukozal kan akışının rejeneratif kapasitesi üzerinde olumsuz etkiler; ve 6) bağırsak mikrobiyotası üzerindeki olumsuz etkiler.[16]şekil 3

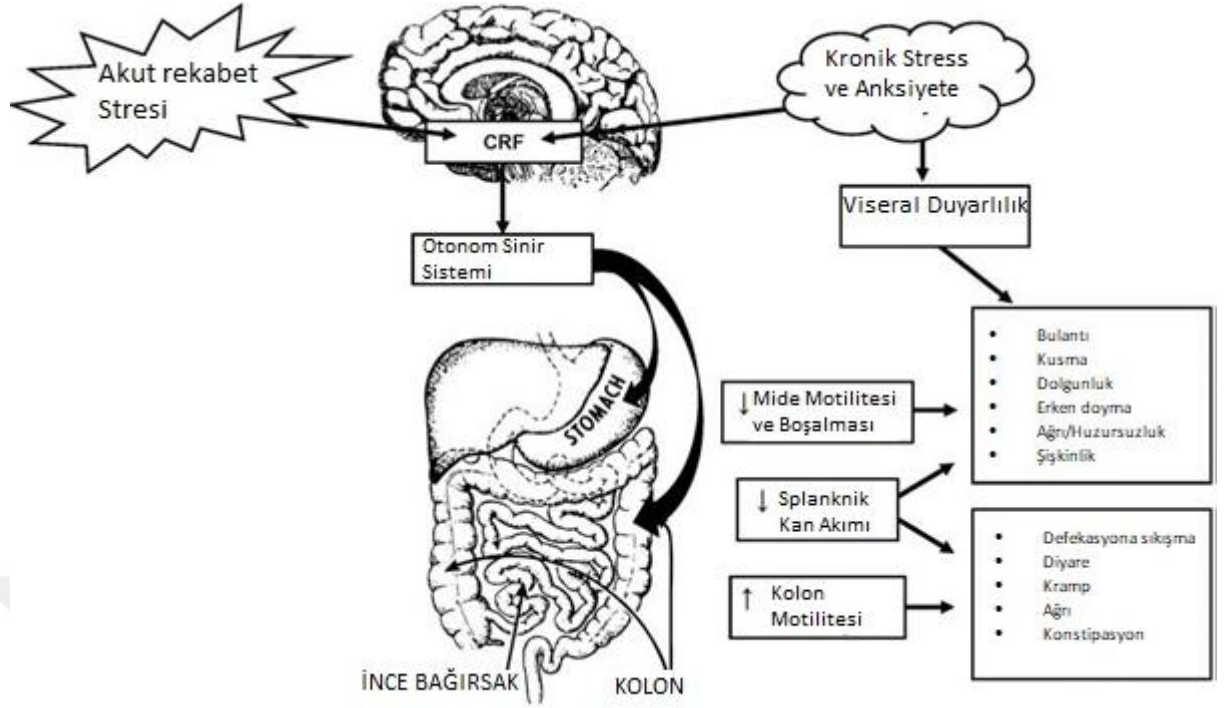


şekil 3 Stresin gastrointestinal fonksiyonlar üzerindeki etkisi[16]

2.4.3. Stresin Gastrointestinal Fonksiyon Değişiklikleri ile Bağlantılı Fizyolojik Mekanizmalar

Akut psikolojik stresörler sempatik sinir sistemini aktive eder, splanchnik vasküler direnci artırır ve splanchnik kan akışını azaltabilir.[80,84] GİS lateral hipotalamustan sempatik, lateral ve periventriküler hipotalamustan ve dorsal vagus çekirdeğinden parasempatik sinirlerle inerve edilir. Beyin-GİS eksenini limbik sistem, en baskın olarak da amigdala tarafından yönetilmektedir. Strese endokrin yanıt hipotalamopitüiter adrenal ekseninde (HPA) işlev değişikliği şeklindedir. Merkezi sinir sistemi, HPA ve immün sistem otonom sinir sistemi aracılığı ile birbiriyle etkileşmektedir ve işlevleri birbirine bağlıdır. HPA aktivasyonu sonucu artan kortizolün immün işlevleri baskıladığı bilinmektedir. Kortikotropin salma faktörünün (CRF) stres yanıtı olarak ortaya çıkan immün işlevde birincil aracı olduğu düşünülmektedir.[85] CRF, paraventriküler nucleus(PVN), amigdala ve locus coeruleus kompleksinin belirli nöronlarında bulunmaktadır.[86]

CRF ve ilgili peptitlerin fizyoloji ve davranış üzerindeki etkileri, CRF reseptörlerine (CRF1 ve CRF2), bağlanma yoluyla oluşmaktadır.[80] CRF-2 reseptörleri üst Gİ yoldaki inhibisyona aracılık ederken, CRF-1 reseptörleri alt Gİ yolda kolonik yanıtta ve bu durumdan bağımsız olarak, anksiojenik etkiden sorumludur.[85] Bu sayede Akut ya da kısa süreli strese gastrointestinal sistem yanıtı, gastrik boşalmanın gecikmesi ve kolonik geçişin uyarılması şeklindedir. Visseral hipersensitivite emosyonel motor sistem tarafından yönetilmekte, en belirgin rolü amigdala oynamakta ve mukozal mast hücrelerinde ortaya çıkmaktadır. Fakat fonksiyonel Gİ yakınmaları olan kişilerde motilite yanıtının, sağlıklı bireylerden nasıl farklılaştığı, bu durumun otonom sinir sistemindeki bir yetersizlikten mi yoksa artmış bir stres duyarlılığından mı kaynaklandığı yeterince anlaşılmış değildir.[85]



Şekil 4 Akut ve kronik stresin CRF üzerinden motiliteye etkisi

Fonksiyonel gastrointestinal bozuklukların prototipi olan IBS, HPA hiperaktivitesi ve psikojenik strese cevap olarak plazmada CRF artışı ve oluşan yanıt gösterilmiştir.[87] Stres ve Gİ bozukluk ilişkisi sadece fonksiyonel bozukluklar için geçerli olmayıp, stres GİS'de yapısal değişikliklere de neden olmaktadır.[88] Peptik ulkus oluşumu ile ilgili psikojenik etkenler konusunda, bugün geline nokta, stresle baskılanan immün yanıt ve buna ilaveten gelişebilen Helikobakter pilori enfeksiyonu rol oynayabilir.[89]

Literatür incelendiğinde stres ve gastrointestinal semptomlar arasındaki ilişkinin henüz tam olarak netleştirilmediği görülmektedir. Ayrıca yapılan kısıtlı sayıda çalışma incelendiğinde bu konu üzerine hekimlere yönelik olarak yapılmış bir çalışmaya rastlanmamıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM

3.1.Araştırmanın Amacı ;

Bu araştırmada hekimlerde tükenmişlik ve algılanan stres düzeylerinin saptanması, yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen Gİ semptomların varlığı ile ilişkili olup olmadığının incelenmesi amaçlanmıştır. Ayrıca sosyodemografik formda sorulan cinsiyet, yaş, COVID-19 geçirip geçirmeme, hekimliği bırakma düşüncesi, yeme davranışı, sigara, alkol kullanımı gibi değişkenlere göre tükenmişlik alt ölçek puanları algılanan stres puanları ve gastroinetstinal semptom varlığı açısından farklılık gösterip göstermediğine bakılmıştır. Elde edilen verilerin analizi sonucunda hekimlerdeki tükenmişlik ve stres düzeyleri konusunda farkındalık oluşturarak azaltmaya yönelik müdahale yollarının gerekliliğinin ortaya konulması amaçlanmıştır.

3.2.Araştırmanın Türü ;

Mevcut araştırma; T.C. Sağlık Bakanlığı Göztepe Prof. Dr. Süleyman YALÇIN Şehir Hastanesi çalışmakta ve eğitim görmekte olan hekimlerde tükenmişlik ve algılanan stres düzeyi ile gastrointestinal semptomların varlığı arasındaki ilişkinin değerlendirildiği tek merkezli, müdahalesiz kesitsel olarak yapılan tanımlayıcı bir çalışmadır.

3.3.Araştırmanın Yeri Evreni ve Tarihi:

Araştırmanın evrenini, T.C. Sağlık Bakanlığı Göztepe Prof. Dr. Süleyman YALÇIN Şehir Hastanesinde çalışmakta ve eğitim görmekte olan 176 hekim oluşturmaktadır. Katılımcılara 25 Şubat 2021 -25 Mart 2021 tarihleri arasında gönüllülük esasına göre uygulanan anketlerde toplanan verilerin istatistiksel analizlerinin yapılması 2 ay içerisinde gerçekleştirilmiştir

Araştırmanın bütçesi için herhangi bir kişi veya kurumdan destek alınmamıştır. Anket formu katılımcılara yüz yüze veya elektronik ortamda uygulanmıştır. Uygulama öncesinde katılımcılara çalışma hakkında bilgi verilerek onam formunu okuyup kabul etmeleri istenmiş kabul edenler çalışmaya dahil edilerek ortalama 20 dk içerisinde anketler uygulanmıştır. Toplamda dağıtılan 200 ölçekten geriye dönen ve eksiksiz doldurulan toplam 176 adedi değerlendirilmeye alınmıştır.

Çalışmamıza katılım sağlayan hekimlerin branşları ;

- Dahili Bilimler :İç Hastalıkları, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon, Dermatoloji, Nöroloji, Halk Sağlığı, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji, Göğüs Hastalıkları, Kardiyoloji, Adli Tıp,
- Cerrahi Bilimler :Acil, Nöroşirurji, Genel Cerrahi, Ortopedi ve Travmatoloji, Göz Hastalıkları, Göğüs Cerrahisi, Kulak Burun Boğaz, Üroloji, Kadın Hastalıkları ve Doğum ,Kalp Damar Cerrahisi ,Plastik ve Rekonstruktif Cerrahi
- Temel Bilimler :Fizyoloji, Mikrobiyoloji, Biyokimya

3.4.Araştırmaya dahil edilme ve edilmeme kriterleri:

Araştırmaya dahil edilme kriteri olarak belirtilen tarihler arasında ilgili bölümlerde aktif olarak çalışmakta olan ve çalışmaya katılmayı onayladığını bildiren hekimler kabul edilmiştir. Çalışmaya katılmaya onam verilmemesi, hekimlik dışındaki diğer sağlık personeli olarak çalışma ve gebelik durumunun varlığı araştırmaya dahil edilmeme kriteri olarak belirlenmiştir. Araştırmanın yapıldığı süre boyunca izinli olan, askerigörevini yapmakta olan veya yoğunluk nedeni ile ulaşılamayan hekimler çalışmaya dahil edilememiştir.

3.5.Araştırmada Etik Konular ve İzin

Çalışma için İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun onayı alınmıştır (Onay Tarihi: 10.02.2021, Karar No:2021/0115) (EK-1).

3.6.Araştırmanın Yöntemi

Araştırmada nicel veri toplama yöntemi kullanılmıştır. Veriler dört bölümden oluşan anket formu aracılığı ile elektronik ortamda veya yüz yüze toplanmıştır. Verilerin ilk bölümü sosyodemografik özellikleri içermektedir. İkinci bölümde tükenmişlik düzeyini ölçmek için kullanılan Maslach Tükenmişlik Ölçeği'ni oluşturan 22 madde yer almaktadır. Üçüncü bölümde stres düzeyini değerlendirmek için kullanılan 14 maddeden oluşan Algılanan Stres Ölçeği yer almaktadır. Dördüncü bölümde gastrointestinal semptom varlığını tespit etmek için kullanılan Gastrointestinal Semptom Anketi bulunmaktadır.

3.6.1Araştırmanın değişkenleri:

Araştırmanın bağımlı değişkenlerini hekimlerin tükenmişlik anketinden elde edilen üç alt boyuttaki (duygusal tükenme, duyarsızlaşma, kişisel başarıda azalma) puanlar, algılanan stres ölçeği anketinden elde edilen iki alt boyuttaki (yetersiz öz yeterlik algısı ve stres/rahatsızlık algısı) puanlar ve gastrointestinal semptom anketine verilen cevaplar oluştururken; bağımsız değişkenleri sosyodemografik veriler oluşturmaktadır

3.6.2. Araştırmanın veri toplama araçları

3.6.2.1.-Sosyodemografik veri formu

Hekimlerin sosyodemografik verilerini toplamak amacıyla önceki çalışmalar incelenerek 21 soruluk bir veri formu oluşturulmuştur. Bu formda cinsiyet, yaş, medeni durum, çocuk sahibi olma, kiminle yaşadığı, branşı, hekimlik süresi, nöbet tutma durumu, nöbet sayısı, alkol -sigara kullanımı, kronik hastalık varlığı, düzenli ilaç kullanımının olup olmadığı, psikiyatrik destek alıp almadığı, daha önce gastrointestinal şikayet nedeni ile takip edilip edilmediği, hekimliği bırakma düşüncesi, günlük ortalama olarak tüketilen

kafein miktarı, yemek davranışı, son 3 ay içerisinde görevlendirme nedeni ile şehir değiştirme durumu, COVID-19 geçirip geçirmediği, COVID-19 hastalarına hizmet verilen birimlerde primer hekimlik yapıp yapmadığı durumunu içeren sorular bulunmaktadır (EK4)

3.6.2.2.Maslach Tükenmişlik Ölçeği:

Araştırmada Maslach ve Jackson tarafından 1981 yılında geliştirilen ve Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Çam ve Ergin tarafından yapılan Maslach Tükenmişlik ölçeği kullanılmıştır.[21, 27, 33]Doktor ve hemşireden elde edilen verilerin üç alt boyuta ilişkin Cronbach alfa kat sayıları; duygusal tükenme için 0,83, duyarsızlaşma için 0,65, kişisel başarı için 0,72 bulunmuştur. Çam, yapmış olduğu güvenilirlik çalışmasında; duygusal tükenme için 0.89, duyarsızlaşma için 0.71, kişisel başarı için 0,72 olarak bulmuştur.[27, 90]

Tükenmişlik düzeyini ölçmek için kullanılan Maslach Tükenmişlik Ölçeği (MTÖ), 5 dereceli (0: Hiçbir zaman, 1: Çok nadir, 2: Bazen, 3: Çoğu zaman, 4: Her zaman) likert tipi bir ölçektir. “Duygusal Tükenme” (Emotional Exhaustion), “Duyarsızlaşma” (Depersonalization) ve “Kişisel Başarı” (Personel Accomplishment) olmak üzere üç boyuttan ve toplam 22 maddeden oluşmaktadır.(EK-3)

Duygusal Tükenme (DT) alt ölçeği, iş hayatında aşırı derecede psikolojik ve duygusal taleplere maruz kalmaktan dolayı yaşanan enerjinin bitmesini ifade etmektedir. Bu alt boyutta yorgunluk, bıkkınlık ve duygusal enerjinin azalması ile ilgili dokuz madde yer almaktadır. Ölçekteki 1., 2., 3., 6., 8., 13.,14.,16., ve 20. maddeler bu boyutu ölçmeye yöneliktir.[21]

Duyarsızlaşma (DUY) alt ölçeği, bireyin bakım ve hizmet verdiklerine karşı, duygudan yoksun bir biçimde, bireylerin kendine özgü birer varlık olduklarını dikkate almaksızın davranmalarını tanımlar. Beş maddeden oluşan duyarsızlaşma alt boyutunda 5, 10, 11, 15, ve 22. maddeler yer almaktadır.[21]

Kişisel Başarı (KB) alt ölçeği, insanlarla yüz yüze çalışılan mesleklerde kişinin kendisini işinde yeterli ve başarılı hissetmesi durumunu

tanımlamaktadır. Bu ölçek sekiz maddeden oluşmakta ve 4., 7., 9.,12., 17., 18., 19.ve 21 maddelerini içermektedir.[21]

Alt ölçek puanları duygusal tükenme ve depersonalizasyon için yukarıdaki gibi puanlanırken kişisel başarı için tersine puanlanmaktadır (hiçbir zaman=4, her zaman= 0). Bu puanların toplanması ile duygusal tükenme için 0-36, duyarsızlaşma için 0-20 ve Kişisel başarı için de 0-32 arasında değişen puanlar elde edilir. Duygusal tükenme ve Duyarsızlaşma puanlarının artışı tükenmişliğin fazlalığını, Kişisel başarı puanının artışı ise azlığını gösterir.[27]

3.6.2.3. Algılanan stres ölçeği

Ölçek, Cohen, Kamarck ve Mermelstein (1983) tarafından geliştirilmiştir[91] Toplam 14 maddeden oluşan ASÖ kişinin hayatındaki bir takım durumların ne derece stresli algılandığını ölçmek için tasarlanmıştır. Katılımcılar her maddeyi “Hiçbir zaman (0)” ilâ “Çok sık (4)” arasında değişen 5’li Likert tipi ölçek üzerinde değerlendirmektedir. Maddelerden olumlu ifade içeren 7’si tersten puanlanmaktadır.(4-5-6-7-9-10-13). Maddelerden alınan puanlar toplanarak yanıtlayıcının algıladığı stres düzeyi belirlenmektedir.ASÖ-14’ün puanları 0 ile 56 arasında değişirken, yüksek puan kişinin stres algısının fazlalığına işaret etmektedir. Bireysel olarak yanıtlanan bir ölçek olmakla birlikte, ölçeğin yanıtlanmasında bir zaman sınırlaması bulunmaktadır. Yanıtlayıcıdan soruları son bir ayda yaşadıklarını göz önüne alınarak cevaplaması istenmektedir.[92](EK2)

Ölçeğin Türk Toplumuna uyarılama çalışması 2006 yılında Yerlikaya ve arkadaşları tarafından yapılmış olup ölçeğin güvenirlik katsayısı(Cronbach alfa) 0.84 olarak belirlenmiş geçerli ve güvenilir bulunmuştur[93]Ayrıca Eskin ve ark.. tarafından da (2013) algılanan stres ölçeğinin Türkçe’ye uyarlanması, güvenirlik ve geçerlilik analizleri gerçekleştirilmiştir iç tutarlılık puanı 0.84 bulunmuştur. Ölçeğin alt boyutlarından olan ASÖ-14 “Yetersiz Özyeterlik Algısı” için alfa değeri 0.81, ASÖ-14 “Stres/Rahatsızlık Algısı” için 0.76 olarak bulunmuştur.[92]Bu veriler değerlendirildiğinde, Algılanan Stres Ölçeği’nin bu çalışmada kullanılabilir geçerli ve güvenilir bir ölçme aracı olduğu söylenebilir.

3.6.2.4. Gastrointestinal semptom anketi

Gastrointestinal semptomlar; 16 maddelik Gastrointestinal Semptom Anketi kullanılarak değerlendirilmiştir. Anketteki semptomlar; karın ağrısı, özofagus semptomları (mide ekşimesi, yutma güçlüğü veya ikisi); üst dismotilite semptomları (Erken tokluk hissi, yemek sonrası şişkinlik, karın şişkinliği, bulantı ve kusma maddelerinden herhangi biri); bağırsak semptomları (İshal/Kabızlık) ishal (Günlük dışkılama sayısı>3, bol ya da sulu dışkılama, Acilen dışkılama ihtiyacı hissetme); ve kabızlık (Haftalık dışkılama sayısı <3, Sert veya topak topak dışkılama, Anal tıkanma) semptomları olmak üzere beş kategoriden oluşmaktadır. Anket son üç ay içinde görülen GI semptomlarını sorgulamaktadır. Yanıtlar “Asla”dan (0) “Çok sık”a (4) kadar değişen 5 puanlı Likert ölçeğiyle toplanmıştır. Sık sık ve çok sık yanıt seçenekleri mevcut semptomların varlığını tanımlamak için kullanılmıştır.[94](EK5)

3.7.Verilerin Analizi

Veriler IBM SPSS Statistics v18 © Copyright SPSS Inc. yazılımı kullanılarak analiz edilmiştir. Sürekli değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu KolmogorovSmirnov testi ile incelenmiştir. Çalışmada yer alan kategorik değişkenler frekans (n) ve yüzde (%) ile sürekli değişkenlerden parametrik test varsayımlarını sağlayanlar ortalama±standart sapma (SD), sağlamayanlar ortanca (en küçük ve en büyük) değerleriyle sunulmuştur. Kategorik değişkenlerin analizinde PearsonKi-kare, Fisher-Freeman-HaltonExact Test kullanılmış, Yates ve post hoc Bonferroni düzeltmesi yapılmıştır. Parametrik test varsayımları sağlanmadığı için iki grup ortalama karşılaştırmalarında Mann Whitney U, ikiden fazla grup ortalama karşılaştırmalarında Kruskal Wallis testleri yapılmıştır. Sürekli değişkenler arasındaki ilişki SpearmanKorelasyon testi ile incelenmiştir. Ayrıca tek değişkenli analizlerle tespit edilen olası faktörler daha sonra çoklu bir lojistik regresyon modeli ile analiz edilmiştir. Çalışmada istatistiksel anlamlılık düzeyi $p<0,05$ olarak kabul edilmiştir.

BÖLÜM 4

BULGULAR

Çalışmaya katılan hekimlerin yaş ortalamaları $33,6\pm 6,9$ (25-64) iken 20-30 yaş grubunda 71 (%40,3), 31-40 yaş grubunda 70 (%39,8), 41 yaş ve üzerinde 35 (%19,9) hekim bulunmaktadır. Hekimlerin %50,6'sı kadın, %56,8'i evlidir. 58 (%33,0) hekim yalnız yaşadığını, 50 (%28,4) hekim çocuğunun olmadığını belirtmiştir (Tablo 1).

Tablo 1 Hekimlerde demografik özelliklerin dağılımı

Değişken (n:176)	n / Ort±sd	% / Ortn (min-maks)
Yaş (yıl)	33,57±6,91	31 (25-64)
Yaş grupları		
20-30	71	40,3
31-40	70	39,8
41 ve üzeri	35	19,9
Cinsiyet		
Erkek	87	49,4
Kadın	89	50,6
Medeni durum		
Evli	100	56,8
Bekâr	76	43,2
Çocuk varlığı		
Var	50	28,4
Yok	126	71,6
Birlikte yaşanılan bireyler		
Yalnız	58	33,0
Anne-baba	14	8,0
Eş ve çocuklar	87	49,4
Diğer	17	9,7

Dâhili branşlarda görev yapan 82 (%46,6), cerrahi branşlarda görev yapan 69 (%39,2), temel branşlarda görev yapan 25 (%14,2) hekim bulunmaktadır. Hekimlik yaptıkları süre %50,6'sında 6 yıl ve üzeri, %49,4'ünde 1-5 yıl arasındadır. Nöbet tutan 132 (%75,0) hekim bulunmaktadır ve bu 132 hekimin 56'sı (%42,4) ayda 1-5 nöbet, 76'sı (%57,6) ayda 6 ve daha fazla nöbet tutmaktadırlar. 6 hekim (%3,4) son 3 ay içerisinde görevlendirme nedeni ile şehir değiştirmek zorunda kalmış, 85 hekim (48,3) geçmişte hekimliği bırakmayı düşündüğünü belirtmiştir (Tablo 2).

Tablo 2 Hekimlerde meslek ile ilgili bazı tanımlayıcı özelliklerin dağılımı

Değişken	Sayı (n)	Yüzde (%)
Brans (n:176)		
Dahili	82	46,6
Cerrahi	69	39,2
Temel	25	14,2
Hekimlik süresi (n:176)		
1-5 yıl arası	87	49,4
6 yıl ve üzeri	89	50,6
Nöbet durumu (n:176)		
Tutuyor	132	75,0
Tutmuyor	44	25,0
Nöbet sayısı (n:132)		
Ayda 1-5 nöbet	56	42,4
Ayda 6 ve daha fazla nöbet	76	57,6
Son 3 ay içerisinde görevlendirme nedeni ile şehir değiştirmek zorunda kaldınız mı?		
Evet	6	3,4
Hayır	170	96,6
Geçmişte hekimliği bırakmayı düşündünüz mü?		
Evet	85	48,3
Hayır	91	51,7

Hekimlerin sağlık durumları ve alışkanlıkları ile ilgili bazı tanımlayıcı özellikler sunulmuştur. Yapılan analizlere göre hekimlerin %46,6'sı alkol,

%22,7'si sigara kullanmaktadır. %12,5'inin kronik bir hastalığı bulunmaktadır ve %8,0'i düzenli ilaç kullanmaktadır. Psikiyatrik destek aldığını belirten 48 (%27,3), gastrointestinal şikâyeti olması nedeni ile takip edildiğini belirten 14(%8,0) hekim bulunmaktadır. Günlük ortalama kafein tüketim miktarları incelendiğinde hekimlerin %39,8'i 3 fincandan az, %32,4'ü 3-5 fincan, %27,8'i 5 fincandan fazla kahve tükettiklerini belirtmişlerdir. Yemek davranışları açısından alışkanlıkları incelendiğinde hekimlerin %38,1'i normal, %5,7'si yavaş, %56,3'ü hızlı yemek yediklerini belirtmişlerdir (Tablo 3).

Tablo 3 Hekimlerin sağlık durumları ve alışkanlıkları ile ilgili bazı tanımlayıcı özelliklerin dağılımı

Değişken (n:176)	Sayı (n)	Yüzde (%)
Alkol kullanımı		
Var	82	46,6
Yok	94	53,4
Sigara kullanımı		
Var	40	22,7
Yok	136	77,3
Kronik hastalık varlığı		
Var	22	12,5
Yok	154	87,5
Düzenli ilaç kullanımı		
Var	14	8,0
Yok	162	92,0
Psikiyatrik destek alma durumu		
Var	48	27,3
Yok	128	72,7
Hiç gastrointestinal şikâyetiniz olması nedeni ile takip edildiniz mi?		
Evet	14	8,0
Hayır	162	92,0
Günlük ortalama kafein tüketim miktarınız?		
3 fincandan az	70	39,8
3-5 fincan	57	32,4
5 fincandan fazla	49	27,8

Yemek davranışı açısından alışkanlığınız hangisidir?		
Normal	67	38,1
Yavaş	10	5,7
Hızlı	99	56,3

Hekimlerin %83,0'ü COVID-19 hastalarına hizmet veren birimlerde primer olarak hasta bakmış ve %44,9'u COVID-19 geçirmişlerdir (Tablo 4).

Tablo 4Hekimlerin COVID-19 ile ilgili özellikleri

Değişken (n:176)	Sayı (n)	Yüzde (%)
COVID-19 geçirdiniz mi?		
Evet	79	44,9
Hayır	97	55,1
COVID-19 hastalarına hizmet verilen birimlerde primer olarak hasta baktınız mı?		
Evet	146	83,0
Hayır	30	17,0

COVID-19 birimlerinde görev alan hekimlerde COVID-19 olma oranı %45,2, COVID-19 birimlerinde görev almayan hekimlerde COVID-19 olma oranı %43,3 olarak hesaplanmıştır. COVID-19 birimlerinde görev alma ile COVID-19 geçirme arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 5).

Tablo 5COVID-19 Birimlerinde Görev Alma ile COVID-19 Geçirme Arasındaki İlişki

COVID-19 birimlerinde görev	COVID (+)	COVID (-)	Toplam	p değeri
Evet	66 (45,2)	80 (54,8)	146 (100,0)	0,999
Hayır	13 (43,3)	17 (56,7)	30 (100,0)	-
Toplam	79 (44,9)	97 (55,1)	176 (100,0)	-

Çalışmada kullanılan algılanan stres ölçeğinin Cronbach alfa değeri 0,69 bulunmuştur. Ölçek iki alt boyuttan oluşmaktadır. Bu alt boyutlar; “yetersiz öz yeterlik algısı” ve “stres/rahatsızlık algısı”dır. Alt boyutlarda skorlar 0–28 aralığında, toplam puanda ise 0-56 aralığında değişmektedir. Yüksek puanlar kişinin stres algısının fazlalığına işaret etmektedir[92]. Tablo 6’da hekimlerin algılanan stres ölçeğine verdikleri cevaplar ayrıntılı bir şekilde gösterilmiştir.

Tablo 6:Algılanan stres ölçeğine verilen cevap dağılımı

Değişken (n:176)	Hiç	Neredeyse hiç	Bazen	Sıkça	Çok sık
1. Son bir ay içinde beklenmedik şekilde gerçekleşen olaylardan dolayı ne sıklıkta üzdünüz?	30 (17,0)	35 (19,9)	50 (28,4)	19 (10,8)	42 (23,9)
2. Son bir ay içinde ne sıklıkta, yaşamınızdaki önemli şeyleri kontrol edemediğinizi hissettiniz?	29 (16,5)	34 (19,3)	51 (29,0)	19 (10,8)	43 (24,4)
3. Son bir ay içinde kendinizi ne sıklıkta, gergin ve stresli hissettiniz?	26 (14,8)	24 (13,6)	53 (30,1)	24 (13,6)	49 (27,8)
4. Son bir ay içinde, yaşamınızdaki can sıkıcı durumlarla ne sıklıkta başarılı bir biçimde baş ettiniz?	1 (0,6)	18 (10,2)	63 (35,8)	84 (47,7)	10 (5,7)
5. Son bir ay içinde ne sıklıkta, yaşamınızda meydana gelen önemli değişikliklerle etkili bir biçimde başa çıktığınızı hissettiniz?	3 (1,7)	16 (9,1)	69 (39,2)	79 (44,9)	9 (5,1)

6. Son bir ay içinde ne sıklıkta, kişisel sorunlarınızla baş etme yeteneğinizden emin oldunuz?	2 (1,1)	22 (12,5)	66 (37,5)	75 (42,6)	11 (6,3)
7. Son bir ay içinde ne sıklıkta, işlerin istediğiniz gibi gittiğini hissettiniz?	6 (3,4)	29 (16,5)	83 (47,2)	55 (31,3)	3 (1,7)
8. Son bir ay içinde ne sıklıkta, yapmak zorunda olduğunuz her şeyin üstesinden gelemeyeceğinizi düşündünüz?	15 (8,5)	59 (33,5)	68 (38,6)	26 (14,8)	8 (4,5)
9. Son bir ay içinde yaşamınızdaki rahatsız edici olayları ne sıklıkta kontrol edebildiniz?	3 (1,7)	20 (11,4)	76 (43,2)	70 (39,8)	7 (4,0)
10. Son bir ay içinde ne sıklıkta, yaşamınızdaki olaylara hâkim olduğunuzu hissettiniz?	4 (2,3)	27 (15,3)	75 (42,6)	62 (35,2)	8 (4,5)
11. Son bir ay içinde, kontrolünüz dışında gerçekleşen şeylerden dolayı ne sıklıkta öfkelenediniz?	16 (9,1)	37 (21,0)	55 (31,3)	29 (16,5)	39 (22,2)
12. Son bir ay içinde ne sıklıkta, üstesinden gelmek zorunda olduğunuz şeyler üzerinde düşündünüz?	6 (3,4)	17 (9,7)	64 (36,4)	44 (25,0)	45 (25,6)
13. Zamanınızı nasıl geçirdiğinizi son bir ay içinde ne sıklıkta kontrol edebildiniz?	8 (4,5)	32 (18,2)	82 (46,6)	47 (26,7)	7 (4,0)
14. Son bir ay içinde ne sıklıkta, güçlüklerin,	21 (11,9)	55 (31,3)	56 (31,8)	23 (13,1)	21 (11,9)

üstesinden gelemeyeceğini kadar çoğaldığını hissettiniz?					
--	--	--	--	--	--

Sonuçlar “n (%)” olarak gösterilmiştir.

Çalışmada kullanılan Maslach tükenmişlik ölçeğinin Cronbach alfa değeri 0,77 bulunmuştur. Ölçek üç alt boyuttan oluşmaktadır. Bu alt boyutlar; “duyarsızlaşma”, “duygusal tükenme” ve “kişisel başarıda düşme” dir. Skorlar duygusal tükenme alt ölçeğinde 0–36, duyarsızlaşma alt ölçeğinde ise 0–20, başarıda düşme alt ölçeğinde 0–32 aralığında değişmektedir. Duygusal tükenme ve Duyarsızlaşma puanlarının artışı tükenmişliğin fazlalığını, Kişisel başarı puanının artışı ise azlığını gösterir. [21]Tablo 7’de hekimlerin Maslach tükenmişlik ölçeğine verdikleri cevaplar ayrıntılı bir şekilde gösterilmiştir.

Tablo 7:Maslach tükenmişlik ölçeğine verilen cevap dağılımı

Değişken (n:176)	Hiçbir zaman	Çok nadir	Bazen	Çoğu zaman	Her zaman
1. İşimden soğuduğumu hissediyorum	24 (13,6)	39 (22,2)	46 (26,1)	26 (14,8)	41 (23,3)
2. İş dönüşü kendimi ruhen tükenmiş hissediyorum	24 (13,6)	40 (22,7)	44 (25,0)	25 (14,2)	43 (24,4)
3. Sabah kalktığımda bir gün daha bu işi kaldıramayacağımı hissediyorum	50 (28,4)	43 (24,4)	22 (12,5)	23 (13,1)	38 (21,6)
4. İşim gereği karşılaştığım insanların ne hissettiğini hemen anlarım	5 (2,8)	18 (10,2)	34 (19,3)	96 (54,5)	23 (13,1)
5. İşim gereği karşılaştığım bazı kimselere insan değilmiş gibi davrandığımı fark ediyorum	52 (29,5)	48 (27,3)	33 (18,8)	26 (14,8)	17 (9,7)
6. Bütün gün insanlarla uğraşmak benim için gerçekten	15 (8,5)	39 (22,2)	49 (27,8)	38 (21,6)	35 (19,9)

çok yıpratıcı					
7. İşim gereği karşılaştığım insanların sorunlarına en uygun çözüm yollarını bulurum	3 (1,7)	26 (14,8)	30 (17,0)	94 (53,4)	23 (13,1)
8. Yaptığım işten tükendiğimi hissediyorum	22 (12,5)	44 (25,0)	46 (26,1)	39 (22,2)	25 (14,2)
9. Yaptığım iş sayesinde insanların yaşamına katkıda bulunduğuma inanıyorum	2 (1,1)	16 (9,1)	41 (23,3)	78 (44,39)	39 (22,2)
10. Bu işte çalışmaya başladığımdan beri insanlara karşı sertleştim	22 (12,5)	36 (20,5)	39 (22,2)	49 (27,8)	30 (17,0)
11. Bu işin beni giderek katılaştırmasından korkuyorum	23 (13,1)	36 (20,5)	39 (22,2)	55 (31,3)	23 (13,1)
12. Çok şeyler yapabilecek güçteyim	6 (3,4)	30 (17,0)	50 (28,4)	62 (35,2)	28 (15,9)
13. İşimin beni kısıtladığını hissediyorum	13 (7,4)	30 (17,0)	50 (28,4)	47 (26,7)	36 (20,5)
14. İşimde çok fazla çalıştığımı hissediyorum	3 (1,7)	17 (9,7)	58 (33,0)	64 (36,4)	34 (19,3)
15. İşim gereği karşılaştığım insanlara ne olduğu umurunda değil	76 (43,2)	46 (26,1)	32 (18,2)	18 (10,2)	4 (2,3)
16. Doğrudan doğruya insanlarla çalışmak bende çok fazla stres yaratıyor	18 (10,2)	42 (23,9)	71 (40,3)	33 (18,8)	12 (6,8)
17. İşim gereği karşılaştığım insanlarla -----aramda rahat bir hava yaratırım	5 (2,8)	28 (15,9)	61 (34,7)	62 (35,2)	20 (11,4)
18. İnsanlarla yakın bir çalışmadan sonra kendimi canlanmış hissedirim	11 (6,3)	45 (25,6)	63 (35,8)	44 (25,0)	13 (7,4)
19. Bu işte birçok kayda değer başarı elde ettim	12 (6,8)	34 (19,3)	64 (36,4)	59 (33,5)	7 (4,0)

20. Yolun sonuna geldiğimi hissediyorum	82 (46,6)	42 (23,9)	26 (14,8)	16 (9,1)	10 (5,7)
21. İşimdeki duygusal sorunlara serinkanlılıkla yaklaşırım	9 (5,1)	36 (20,5)	45 (25,6)	66 (37,5)	20 (11,4)
22. İşim gereği karşılaştığım insanların bazı problemlerini sanki ben yaratmışım gibi davrandıklarını hissediyorum	27 (15,3)	55 (31,3)	52 (29,5)	36 (20,5)	6 (3,4)

Sonuçlar n (% satır) olarak gösterilmiştir.

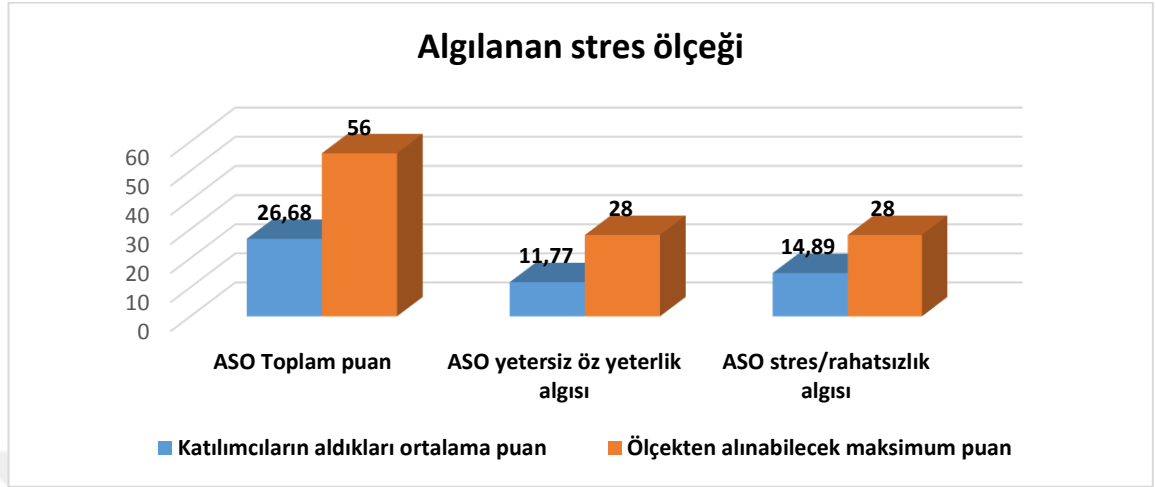
Hekimlerin ölçeklerden aldıkları puanların en küçük, en büyük, ortanca ve ortalama değerleri analiz edilmiş ve tablo 8 ile gösterilmiştir. ASO toplam puanı ortalama $26,68 \pm 9,52$, ASO yetersiz öz yeterlik algısı puanı ortalama $11,77 \pm 4,09$, ASO stres/rahatsızlık algısı puanı ortalama $14,89 \pm 6,94$ olarak hesaplanmıştır. Maslach tükenmişlik ölçeği duygusal tükenme puanı ortalama $18,12 \pm 8,47$, duyarsızlaşma puanı ortalama $8,43 \pm 4,44$, kişisel başarı puanı ortalama $19,23 \pm 5,03$ olarak hesaplanmıştır (Tablo 8).

Tablo 8:ASO ve Maslach tükenmişlik ölçeği puanları

Değişken (n:176)	Ort±sd	Ortanca	Min-maks
Algılanan stres ölçeği			
ASO toplam puan	26,7±9,5	25	8-50
ASO yetersiz öz yeterlikalgısı	11,8±4,1	12	2-24
ASO stres/rahatsızlık algısı	14,8±6,9	14	1-27
Maslach tükenmişlik ölçeği			
Duygusal tükenme	18,1±8,5	16	0-36
Duyarsızlaşma	8,4±4,4	8	0-18
Kişisel başarı	19,2±5,0	20	7-31

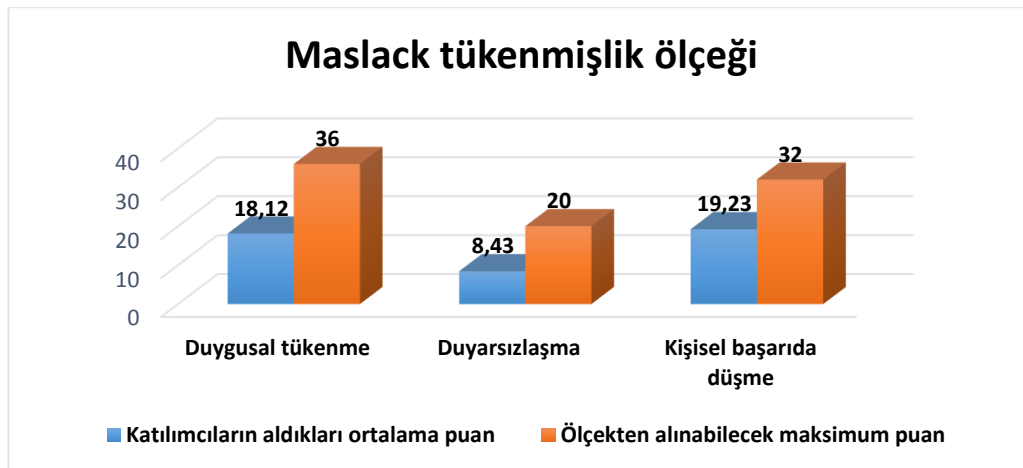
Ölçekten alınabilecek en yüksek ASO toplam puanı 56 iken çalışmaya dâhil edilen hekimlerin ortalaması $26,68$ 'tir. Ölçekten alınabilecek en yüksek ASO yetersiz öz yeterlik algısı puanı 28 iken çalışmaya dâhil edilen hekimlerin ortalaması $11,7$ 'dir. Ölçekten alınabilecek en yüksek ASO stres/rahatsızlık

algısı puanı 28 iken çalışmaya dâhil edilen hekimlerin ortalaması 14,9'dur (Şekil5).



Şekil 5:ASO puanları ve ölçekten alınabilecek maksimum puanlar

Ölçekten alınabilecek en yüksek Maslach tükenmiş ölçeği duygusal tükenme puanı 36 iken çalışmaya dâhil edilen hekimlerin ortalaması 18,12'dir. Ölçekten alınabilecek en yüksek Maslach tükenmiş ölçeği duyarsızlaşma puanı 20 iken çalışmaya dâhil edilen hekimlerin ortalaması 8,43'tür. Ölçekten alınabilecek en yüksek Maslach tükenmiş ölçeği kişisel başarı puanı 32 iken çalışmaya dâhil edilen hekimlerin ortalaması 19,23'tür (Şekil6).



Şekil 6Maslach tükenmişlik ölçeği puanları ve ölçekten alınabilecek maksimum puanlar

Gastrointestinal sorunlar “asla”, “nadiren-bazen”, “sık sık-çok sık” olmak üzere üç gruba ayrılarak tekrar analiz edilmiş ve sonuçlar tablo 10 ile gösterilmiştir. Hekimlerin en çok yaşadıkları sorunlar mide ekşimesi, yemek sonrası şişkinlik, karın şişkinliği olmuştur (Tablo 9).

Tablo 9:Gastrointestinal semptomların dağılımı

Değişken (n:176)	Asla		Nadiren- Bazen		Sık sık- Çok sık	
	n	%	n	%	n	%
Karın ağrısı	52	29,5	96	54,5	28	15,9
Özofagussemptomları						
Yutma güçlüğü	147	83,5	29	16,5	0	0,0
Mide ekşimesi	45	25,6	45	25,6	86	48,9
Üst motilitesemptomları						
Erken tokluk hissi	76	43,2	71	40,3	29	16,5
Yemek sonrası şişkinlik	33	18,8	67	38,1	76	43,2
Karın şişkinliği	45	25,6	65	36,9	66	37,5
Bulantı	78	44,3	85	48,3	13	7,4
Kusma	114	64,8	62	35,2	0	0,0
Bağırsak semptomları						
İshal/kabızlık	49	27,8	57	32,4	70	39,8
Dışkı tutamama	167	94,9	9	5,1	0	0,0
İshal semptomları						
Günlük dışkılama sayısı>3	84	47,7	72	40,9	20	11,4
Bol ya da sulu dışkılama	79	44,9	70	39,8	27	15,3
Acilen dışkılama ihtiyacı hissetme	92	52,3	74	42,0	10	5,7
Kabızlık semptomları						
Haftalık dışkılama sayısı <3	97	55,1	60	34,1	19	10,8
Sert veya topak dışkılama	84	47,7	68	38,6	24	13,6
Anal tıkanma	160	90,9	15	8,5	1	0,6

Sonuçlar n (% satır) olarak gösterilmiştir.

Gastrointestinal semptom anketine “asla”, “nadiren” ve “bazen” yanıtı verenler “semptom yok”, “sık sık” ve “çok sık” yanıtını verenler ise “semptom

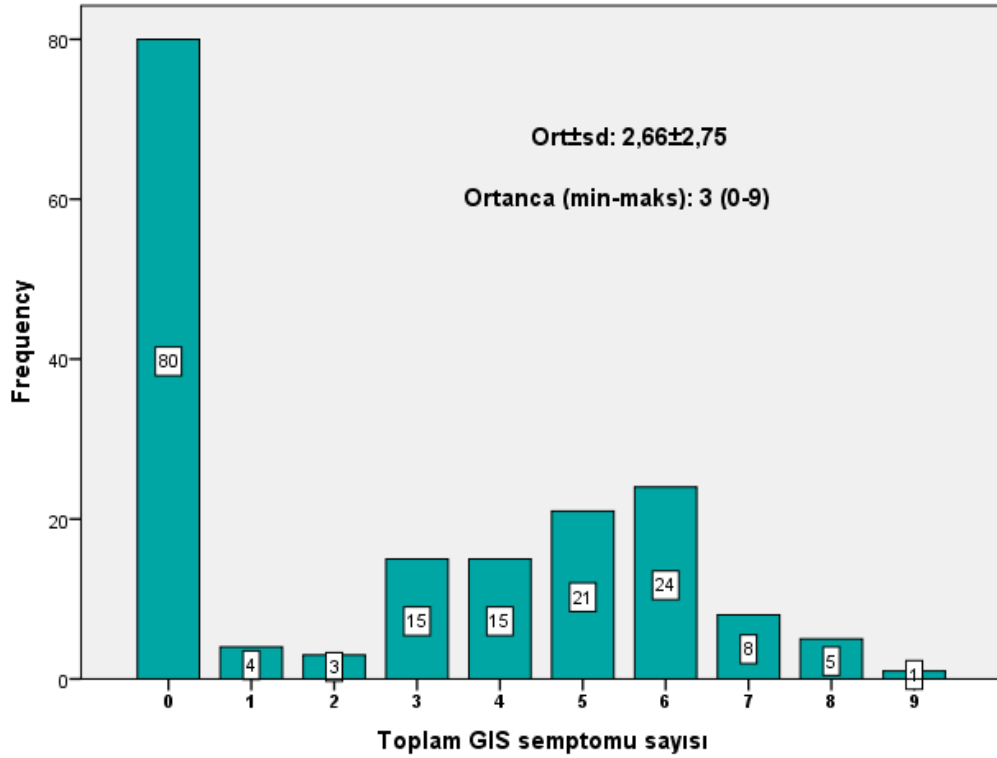
var” şeklinde iki gruba ayrılmışlardır. Bu iki grup için yapılan analiz sonuçlarına göre hekimlerin hiç birinde yutma güçlüğü, kusma, dışkı tutamama semptomları görülmemiştir. En çok görülen semptomlar ise mide ekşimesi, yemek sonrası şişkinlik, ishal/kabızlık, karın şişkinliği olmuştur (Tablo 10).

Tablo 10:Gastrointestinal semptomların varlığı

Değişken (n:176)	Semptom yok (n:80)		Semptom var (n:96)	
	n	%	n	%
Karın ağrısı	148	84,1	28	15,9
Özofagussemptomları				
Yutma güçlüğü	176	100,0	0	0,0
Mide ekşimesi	90	51,1	86	48,9
Üst motilitesemptomları				
Erken tokluk hissi	147	83,5	29	16,5
Yemek sonrası şişkinlik	100	56,8	76	43,2
Karın şişkinliği	110	62,5	66	37,5
Bulantı	163	92,6	13	7,4
Kusma	176	100,0	0	0,0
Bağırsak semptomları				
İshal/kabızlık	106	60,2	70	39,8
Dışkı tutamama	176	100,0	0	0,0
İshal semptomları				
Günlük dışkılama sayısı>3	156	88,6	20	11,4
Bol ya da sulu dışkılama	149	84,7	27	15,3
Acilen dışkılama ihtiyacı hissetme	166	94,3	10	5,7
Kabızlık semptomları				
Haftalık dışkılama sayısı <3	157	89,2	19	10,8
Sert veya topak dışkılama	152	86,4	24	13,6
Anal tıkanma	175	99,4	1	0,6

Sonuçlar n (% satır) olarak gösterilmiştir.

Toplam semptom sayıları grafik 3 ile gösterilmiştir. Ortalama semptom sayısı $2,66 \pm 2,75$ olarak hesaplanmıştır. Hiç semptomu olmayan 80 kişi, 1 semptomu olan 4 kişi, 2 semptomu olan 3 kişi, 3 semptomu olan 15 kişi, 4 semptomu olan 15 kişi, 5 semptomu olan 21 kişi, 6 semptomu olan 24 kişi, 7 semptomu olan 8 kişi, 8 semptomu olan 5 kişi, 9 semptomu olan 1 kişi bulunmaktadır (Şekil7).



Şekil 7 Toplam GIS semptomu sayılarının dağılımı

Hekimler gastrointestinal semptom özelliklerine göre özofagus, üst motilite, bağırsak, ishal, kabızlık olmak üzere beş ve semptom frekanslarına göre “semptom yok”, 1-2 semptom” ve “≥3 semptom” olmak üzere üç gruba ayrılmıştır. Genel olarak GIS semptomu olmayanların oranı %45,5, 1-2 semptomu olanların oranı %21,0, 3 ve daha fazla semptomu olanları oranı %33,5'tir. Özofagus semptomu olmayanların oranı %51,1, 1-2 semptomu olanların oranı %21,0'dir. Üst motilite semptomu olmayanların oranı %52,8, 1-2 semptomu olanların oranı %33,0, 3 ve daha fazla semptomu olanları

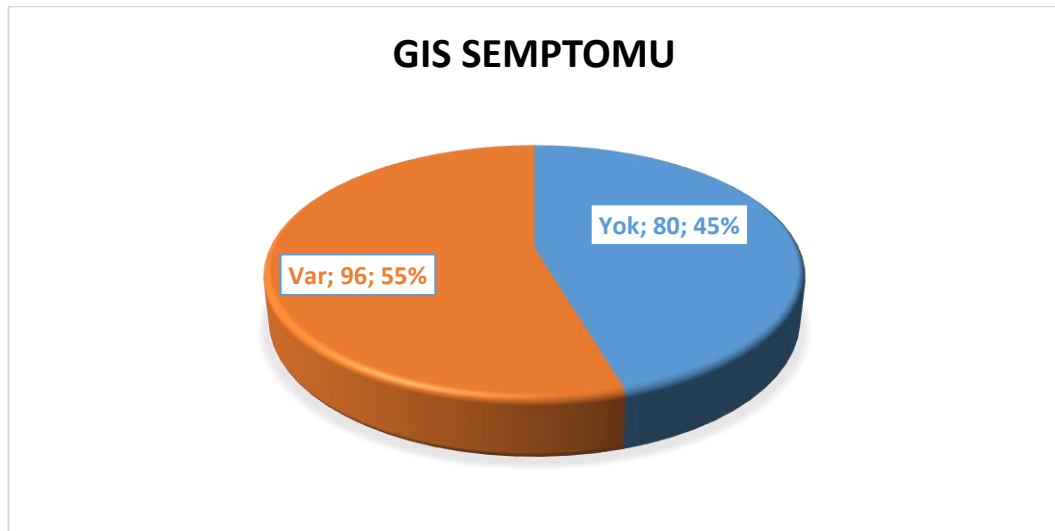
oranı %14,2'dir. Bağırsak semptomu olmayanların oranı %59,7, 1-2 semptomu olanların oranı %25,6, 3 ve daha fazla semptomu olanları oranı %14,8'dir. İshal semptomu olmayanların oranı %74,4, 1-2 semptomu olanların oranı %24,4, 3 ve daha fazla semptomu olanları oranı %1,1'dir. Kabızlık semptomu olmayanların oranı %83,5, 1-2 semptomu olanların oranı %16,5'tir (Tablo 11).

Tablo 11:Gastrointestinal semptomların frekansları

Değişken (n:176)	Madde	Semptom yok		1-2 semptom		≥3 semptom	
		N	%	n	%	n	%
GIS semptomlar	16	80	45,5	37	21,0	59	33,5
Özofagussemptomları	2	90	51,1	86	48,9	0	0,0
Üst motilitesemptomları	5	93	52,8	58	33,0	25	14,2
Bağırsak semptomları	8	105	59,7	45	25,6	26	14,8
İshal semptomları	3	131	74,4	43	24,4	2	1,1
Kabızlık semptomları	3	147	83,5	29	16,5	0	0,0

Sonuçlar n (% satır) olarak gösterilmiştir.

Toplamda herhangi bir GIS semptomu olan 96 (%55,0),hiçbir semptomu olmayan 80 (%45,0) hekim bulunmaktadır (Şekil8).



Şekil 8Herhangi bir GIS semptomunun varlığı

Hekimlerin algılanan stres ölçeği ve alt boyutlarından aldıkları puanlar demografik özelliklerine göre analiz edilmiştir. Yaş gruplarına göre yapılan analizde toplam ASO skoru ve alt boyut skorlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar tespit edilmiştir ve farkın hangi yaş grubundan kaynaklandığını belirlemek için ileri analizler yapılmıştır. Toplam ASO skoru ve stres/rahatsızlık alt boyutunda 41 yaş ve üzeri hekimlerin puanlarının diğer yaş gruplarına göre daha düşük olduğu yani daha az stres yaşadıkları anlaşılmıştır. Yetersiz öz yeterlik alt boyutunda ise 20-30 yaş grubu hekimlerin puanı 12, 31-40 yaş grubundaki hekimlerin puanı 13, 41 yaş ve üzeri hekimlerin puanı 10 olarak hesaplanmıştır. Yapılan ileri analizlerde bu gruptaki farkın 31-40 yaş ile 41 yaş ve üzeri grupları arasında olduğu anlaşılmıştır. 31-40 yaş aralığındaki hekimler 41 yaş ve üzeri hekimlere göre daha fazla yetersiz öz yeterlik hissetmektedirler ($p<0,05$). Cinsiyet, medeni durum, çocuk varlığı, birlikte yaşanan bireylere göre ASO puanları istatistiksel olarak değişmemektedir ($p>0,05$) (Tablo 12).

Tablo 12:Hekimlerde demografik özellikler ve algılanan stres skoru

Değişken (n:176)	Algılanan stres skoru Ortanca (min-maks)		
	Toplam	Yetersiz öz yeterlik	Stres/rahatsızlık
Yaş grupları			
20-30	26 (15-44)	12 (5-22)	14 (1-26)
31-40	28 (8-50)	13 (2-24)	14,5 (2-27)
41 ve üzeri	18 (8-42)	10 (2-18)	10 (3-26)
p değeri	<0,001^a	0,027^b	0,001^a
Cinsiyet			
Erkek	25 (8-42)	12 (2-20)	13 (2-26)
Kadın	25 (8-50)	12 (2-24)	14 (1-27)
p değeri	0,245	0,788	0,134
Medeni durum			
Evli	24 (8-50)	11 (2-24)	13 (1-26)
Bekâr	28 (8-49)	12 (2-22)	14 (3-27)
p değeri	0,167	0,084	0,492
Çocuk varlığı			
Var	23 (8-43)	11 (3-19)	12 (3-26)

Yok	26,5 (8-50)	12 (2-24)	14 (1-27)
p değeri	0,060	0,078	0,085
Birlikte yaşanan bireyler			
Yalnız	27 (8-49)	12 (2-22)	14 (3-27)
Anne-baba	29,5 (15-42)	12,5 (7-20)	14 (4-25)
Eş ve çocuklar	24 (8-50)	11 (2-24)	13 (1-26)
Diğer	22 (15-39)	12 (3-17)	13 (4-26)
p değeri	0,630	0,351	0,905

^a, “41 ve üzeri” diğerlerinden farklı

^b, “31-40” ile “41 ve üzeri”birbirinden farklı

Hekimlerin branşlarına göre yapılan analizde ASO toplam skoru ve stres/rahatsızlık alt boyutunda stres algısının cerrahi branşlarda en fazla, dâhili branşlarda orta, temel branşlarda en az olduğu tespit edilmiştir. Yetersiz öz yeterlik alt boyutunda ise cerrahi branşlardaki stres algısının dâhili ve temel branşlara göre daha yüksek olduğu anlaşılmıştır. Nöbet tutan hekimlerin tutmayanlara göre, nöbet sayısı fazla olan hekimlerin az olanlara göre stres algıları daha yüksek bulunmuştur. Geçmişte hekimliği bırakmayı düşünen hekimlerin düşünmeyen hekimlere göre toplam ASO skoru ve stres/rahatsızlık skoru daha yüksek bulunmuştur ($p < 0,05$) (Tablo 13).

Tablo 13:Hekimlerde meslek ile ilgili özellikler ve algılanan stres skoru

Değişken	Algılanan stres skoru Ortanca (min-maks)		
	Toplam	Yetersiz öz yeterlik	Stres/rahatsızlık
Branş (n:176)			
Dâhili	21 (8-43)	10 (2-19)	12 (1-26)
Cerrahi	36(20-50)	14 (8-24)	22 (10-27)
Temel	17 (8-30)	8 (3-16)	8 (2-17)
p değeri	<0,001 ^a	<0,001 ^b	<0,001 ^a
Hekimlik süresi (n:176)			
1-5 yıl arası	26 (8-50)	12 (4-24)	14 (1-26)
6 yıl ve üzeri	22 (8-49)	12 (2-23)	13 (2-27)

p değeri	0,145	0,420	0,243
Nöbet durumu (n:176)			
Tutuyor	30 (8-50)	13 (2-24)	16,5 (1-27)
Tutmuyor	17 (8-29)	9 (2-16)	9 (2-15)
p değeri	<0,001	<0,001	<0,001
Nöbet sayısı (n:132)			
Ayda 1-5 nöbet	21(14-30)	9,5 (2-17)	12 (1-18)
Ayda 6 ve daha fazla nöbet	36 (8-50)	14 (4-24)	23 (4-27)
p değeri	<0,001	<0,001	<0,001
Son 3 ay içerisinde görevlendirme nedeni ile şehir değiştirmek zorunda kaldınız mı? (n:176)			
Evet	18(14-38)	11 (2-14)	9 (4-25)
Hayır	25 (8-50)	12 (2-24)	14 (1-27)
p değeri	0,067	0,459	0,097
Geçmişte hekimliği bırakmayı düşündünüz mü? (n:176)			
Evet	30 (8-50)	12 (2-24)	16 (3-27)
Hayır	22 (8-48)	11 (2-23)	13 (1-26)
p değeri	0,004	0,137	0,002

^a, Hepsi birbirinden farklı

^b, “Cerrahi” diğerlerinden farklı

Alkol, sigara kullanımı, kronik hastalık varlığı, psikiyatrik destek alma ve GIS şikâyeti nedeni ile takip edilme durumuna göre skorlar istatistiksel olarak değişmemektedir ($p>0,05$). Düzenli ilaç kullananlarda yetersiz öz yeterlik skoru anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). ASO toplam skoru günlük ortalama kafein miktarı 3 fincandan az olanlarda 18, 3-5 fincan arasında olanlarda 30, 5 fincandan fazla olanlarda 36 olarak hesaplanmıştır ve tüm skorlar istatistiksel olarak birbirinden farklı bulunmuştur. Yetersiz öz yeterlik ve stres rahatsızlık algısı ise 3 fincandan az kahve tüketenlerde diğerlerine göre anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur ($p<0,05$). Yemek davranışı bakımından analiz edildiğinde toplam ASO skoru ve yetersiz öz yeterlik skorunda “normal” ve “hızlı” grupları arasında anlamlı fark bulunmuştur. Hızlı yemek yiyenlerin stres algısı normal yemek yiyenlere göre daha yüksektir. Stres/rahatsızlık algısı

ise hızlı yemek yiyenlerde normal ve yavaş yemek yiyenlere göre daha yüksektir ($p<0,05$) (Tablo 14).

Tablo 14:Hekimlerin sağlık durumları ve alışkanlıkları ile ilgili özellikler ve algılanan stres skoru

Değişken (n:176)	Algılanan stres skoru Ortanca (min-maks)		
	Toplam	Yetersiz öz yeterlik	Stres/rahatsızlık
Alkol kullanımı			
Var	27 (8-49)	12 (3-22)	15 (1-27)
Yok	24,5 (8-50)	12 (2-24)	13 (3-26)
p değeri	0,291	0,300	0,372
Sigara kullanımı			
Var	27 (8-50)	12 (4-24)	15 (1-27)
Yok	25 (11-48)	12 (2-23)	14 (2-26)
p değeri	0,404	0,397	0,560
Kronik hastalık varlığı			
Var	26 (14-40)	13,5 (3-19)	14 (2-25)
Yok	25 (8-50)	12 (2-24)	14 (1-27)
p değeri	0,837	0,200	0,560
Düzenli ilaç kullanımı			
Var	27,5 (15-50)	14 (3-24)	13 (2-26)
Yok	25 (8-49)	11,5 (2-23)	14 (1-27)
p değeri	0,652	0,008	0,716
Psikiyatrik destek alma durumu			
Var	27 (8-50)	12 (2-24)	14 (4-26)
Yok	25 (8-49)	12 (2-22)	14 (1-27)
p değeri	0,441	0,623	0,634
Hiç gastrointestinal şikâyetiniz olması nedeni ile takip edildiniz mi?			
Evet	32 (14-45)	12 (2-19)	18,5 (4-26)
Hayır	25 (8-50)	12 (2-24)	14 (1-27)
p değeri	0,437	0,895	0,190
Günlük ortalama kafein tüketim miktarınız?			
3 fincandan az	18 (8-48)	9 (2-23)	10 (1-25)
3-5 fincan	30 (16-50)	12 (6-24)	16 (8-26)

5 fincandan fazla	36 (16-49)	14 (7-22)	22 (9-27)
p değeri	<0,001^a	<0,001^b	<0,001^b
Yemek davranışı açısından alışkanlığınız hangisidir?			
Normal	19 (8-39)	10 (2-18)	10 (1-26)
Yavaş	23,5 (16-41)	13,5 (7-18)	11,5 (5-25)
Hızlı	32 (8-50)	13 (2-24)	18 (2-27)
p değeri	<0,001^c	<0,001^c	<0,001^d

^a, Hepsi birbirinden farklı

^b, “3 fincandan az” diğerlerinden farklı

^c, “Normal” ve “hızlı” arasında fark var

^d, “Hızlı” diğerlerinden farklı

Hekimlerin COVID-19 ile ilgili özelliklerine göre algılanan stres skoru incelendiğinde COVID-19 geçiren hekimlerin stres algıları geçirmeyenlere göre daha yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). COVID-19 birimlerinde görev alan hekimlerde görev almayan hekimlere göre toplam ASO skoru ve stres/rahatsızlık skoru daha yüksek bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 15).

Tablo 15:Hekimlerin COVID-19 ile ilgili özelliklerine göre algılanan stres skoru

Değişken (n:176)	Algılanan stres skoru Ortanca (min-maks)		
	Toplam	Yetersiz öz yeterlik	Stres/rahatsızlık
COVID-19 geçirdiniz mi?			
Evet	33 (14-50)	13 (4-24)	19 (5-27)
Hayır	20 (8-41)	10 (2-19)	11 (1-26)
p değeri	<0,001	<0,001	<0,001
COVID-19 hastalarına hizmet verilen birimlerde primer olarak hasta baktınız mı?			
Evet	29,5 (8-50)	12 (2-24)	20 (1-27)
Hayır	23 (15-42)	12,5 (3-18)	11,5 (5-26)
p değeri	<0,001	0,652	<0,001

Maslach tükenmişlik ölçeği skorları yaşa göre farklılık göstermektedir. 41 yaş ve üzerindeki hekimlerin duygusal tükenme ve duyarsızlaşma puanları diğer yaş gruplarına göre anlamlı olarak daha düşüktür. Kişisel başarı puanı ise 20-30 yaş grubunda 18 iken 41 ve üzeri yaş grubunda 23'tür ve

bu fark da istatistiksel olarak anlamlıdır. Bu analizlere göre genç yaştaki hekimlerin tükenmişlik düzeylerinin daha yüksek olduğu anlaşılmaktadır. Medeni duruma göre analiz edildiğinde duygusal tükenme ve duyarsızlaşma bekârlarda evlilere göre, çocuğu olmayanlarda olanlara göre daha yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). Diğer bağımsız değişkenler ile Maslach tükenmişlik skoru arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir (Tablo 16).

Tablo 16:Hekimlerde demografik özellikler ve Maslach tükenmişlik ölçeği skorları

Değişken (n:176)	Maslach Tükenmişlik ölçeği ortanca (min-maks)		
	Duygusal tükenme	Duyarsızlaşma	Kişisel başarı
Yaş grupları			
20-30	17 (6-34)	9 (0-18)	18 (10-30)
31-40	19 (2-36)	9,5 (0-17)	20 (7-29)
41 ve üzeri	13 (0-29)	6 (1-14)	23 (8-31)
p değeri	0,001^a	0,002^a	0,012^b
Cinsiyet			
Erkek	16 (2-32)	9 (0-18)	20 (7-31)
Kadın	17 (0-36)	8 (0-17)	20 (9-29)
p değeri	0,254	0,825	0,949
Medeni durum			
Evli	15 (0-33)	7 (0-18)	20,5 (7-31)
Bekâr	20,5 (3-36)	10 (0-18)	18,5 (9-30)
p değeri	0,032	0,010	0,164
Çocuk varlığı			
Var	13 (0-30)	6 (0-17)	21 (7-31)
Yok	18 (2-36)	9 (0-18)	19 (9-30)
p değeri	0,001	0,001	0,551
Birlikte yaşanan bireyler			
Yalnız	16 (3-36)	8,5 (0-18)	18,5 (8-30)
Anne-baba	24 (8-29)	10,5 (1-15)	19 (9-24)
Eş ve çocuklar	15 (0-33)	7 (0-18)	20 (7-31)
Diğer	24 (9-29)	11 (0-15)	20 (14-29)

p değeri	0,259	0,164	0,731
----------	-------	-------	-------

a, “41 ve üzeri” diğerlerinden farklı

b, “20-30” ve “41 ve üzeri” birbirinden farklı

Hekimlerin mesleki özellikleri ve Maslach tükenmişlik ölçeği skorları arasında anlamlı ilişkiler olduğu tespit edilmiştir. Tüm alt boyutlarda cerrahi branşlarda görev yapan hekimlerin tükenmişlik düzeyleri diğer branşlara göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Hekimlik süresi 1-5 yıl arası olanların kişisel başarı skoru 18 iken 6 yıl ve üzeri olanlarda 21’dir ve bu fark da anlamlıdır. Nöbet tutan ve nöbet sayısı daha fazla olan hekimlerin tükenmişlik düzeyleri de nöbet tutmayan ve nöbet sayısı daha az olan hekimlere göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Geçmişte hekimliği bırakmayı düşünen hekimlerin düşünmeyen hekimlere göre duygusal tükenme ve duyarsızlaşma puanları da anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (Tablo 17).

Tablo 17:Hekimlerde meslek ile ilgili özellikler ve Maslach tükenmişlik ölçeği skorları

Değişken (n:176)	Maslach Tükenmişlik ölçeği ortanca (min-maks)		
	Duygusal tükenme	Duyarsızlaşma	Kişisel başarı
Branş (n:176)			
Dâhili	13,5 (0-33)	7 (0-18)	21 (10-31)
Cerrahi	26 (8-36)	11 (2-17)	16 (7-29)
Temel	11 (2-20)	5 (0-15)	23 (12-31)
p değeri	<0,001 ^a	<0,001 ^a	<0,001 ^a
Hekimlik süresi (n:176)			
1-5 yıl arası	16 (2-34)	9 (0-18)	18 (9-30)
6 yıl ve üzeri	16 (0-36)	8 (0-17)	21 (7-31)
p değeri	0,660	0,519	0,022
Nöbet durumu (n:176)			
Tutuyor	21,5 (0-36)	10 (0-18)	18 (7-29)
Tutmuyor	11,5 (2-26)	5 (0-11)	23 (10-31)
p değeri	<0,001	<0,001	<0,001

Nöbet sayısı (n:132)			
Ayda 1-5 nöbet	13 (0-32)	6 (0-15)	22 (13-27)
Ayda 6 ve daha fazla nöbet	27 (8-36)	12 (5-18)	16 (7-29)
p değeri	<0,001	<0,001	<0,001
Son 3 ay içerisinde görevlendirme nedeni ile şehir değiştirmek zorunda kaldınız mı?			
Evet	11,5 (9-30)	5,5 (1-13)	20,5 (12-27)
Hayır	16 (0-36)	9 (0-18)	20 (7-31)
p değeri	0,285	0,186	0,595
Geçmişte hekimliği bırakmayı düşündünüz mü?			
Evet	23 (3-36)	10 (0-18)	19 (7-31)
Hayır	13 (0-32)	7 (0-17)	20 (9-29)
p değeri	<0,001	0,001	0,192

^a, "Cerrahi" diğerlerinden farklı

Alkol kullanan hekimlerin duygusal tükenme puanı 19, kullanmayan hekimlerin 15'tir, buna göre alkol kullanan hekimlerin duygusal tükenmişlik düzeyi anlamlı olarak daha yüksektir. Günlük ortalama kafein tüketim miktarı 3 fincandan az olan hekimlerin tükenmişlik düzeyi diğerlerine göre anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur. Yemek davranışı açısından incelendiğinde hızlı yemek yiyen hekimlerin tükenmişlik düzeyleri normal yemek yiyenlere göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). Diğer bağımsız değişkenler ile Maslach tükenmişlik ölçeği skorları arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir (Tablo 18).

Tablo 18:Hekimlerin sağlık durumları ve alışkanlıkları ile ilgili özellikler ve Maslach tükenmişlik ölçeği skorları

Değişken (n:176)	Maslach Tükenmişlik ölçeği ortanca (min-maks)		
	Duygusal tükenme	Duyarsızlaşma	Kişisel başarı
Alkol kullanımı			

Var	19 (5-36)	9 (0-18)	19,5 (7-30)
Yok	15 (0-34)	7,5 (0-17)	20 (9-31)
p değeri	0,019	0,058	0,116
Sigara kullanımı			
Var	22,5 (6-36)	10 (0-18)	20 (7-31)
Yok	15,5 (0-34)	8 (0-18)	19,5 (8-29)
p değeri	0,081	0,205	0,570
Kronik hastalık varlığı			
Var	17 (6-32)	8 (1-15)	18,5 (10-25)
Yok	16 (0-36)	8,5 (0-18)	20 (7-31)
p değeri	0,805	0,737	0,396
Düzenli ilaç kullanımı			
Var	16 (6-31)	7,5 (2-15)	17 (14-24)
Yok	16 (0-36)	9 (0-18)	20 (7-31)
p değeri	0,991	0,869	0,437
Psikiyatrik destek alma durumu			
Var	17 (3-32)	9,5 (0-17)	20 (9-27)
Yok	15,5 (0-36)	8 (0-18)	20 (7-31)
p değeri	0,260	0,231	0,973
Hiç gastrointestinal şikâyetiniz olması nedeni ile takip edildiniz mi?			
Evet	18,5 (2-32)	10 (1-17)	18 (7-27)
Hayır	16 (0-36)	8 (0-18)	20 (8-31)
p değeri	0,763	0,831	0,405
Günlük ortalama kafein tüketim miktarınız?			
3 fincandan az	13 (2-28)	6 (0-15)	22,5 (10-31)
3-5 fincan	18 (4-34)	10 (0-18)	18 (7-25)
5 fincandan fazla	26 (0-36)	11 (1-18)	16 (8-29)
p değeri	<0,001^a	<0,001^a	<0,001^a
Yemek davranışı açısından alışkanlığınız hangisidir?			
Normal	13 (0-29)	6 (0-16)	23 (12-31)
Yavaş	14,5 (2-34)	5,5 (3-16)	19 (9-25)
Hızlı	24 (2-36)	10 (0-18)	18 (7-30)

p değeri	<0,001 ^b	<0,001 ^b	<0,001 ^b
----------	---------------------	---------------------	---------------------

^a, “3 fından az” diğerlerinden farklı

^b, “Normal” ile “hızlı”birbirinden farklı

Hekimlerin COVID-19 ile ilgili özelliklerine göre Maslach tükenmişlik ölçeği skorları sunulmuştur. COVID-19 geçiren hekimlerin tükenmişlik düzeyleri geçirmeyen hekimlere göre daha yüksek bulunmuştur.COVID-19 birimlerinde görev alan hekimlerde görev almayan hekimlere göre duyarsızlaşma düzeyi anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (p<0,05)

Tablo 19:Hekimlerin COVID-19 ile ilgili özelliklerine göre Maslach tükenmişlik ölçeği skorları

Değişken (n:176)	Maslach Tükenmişlik ölçeği ortanca (min-maks)		
	Duygusal tükenme	Duyarsızlaşma	Kişisel başarı
COVID-19 geçirdiniz mi?			
Evet	24 (6-36)	10 (0-18)	17 (7-29)
Hayır	13 (0-32)	7 (0-18)	21 (10-31)
p değeri	<0,001	<0,001	<0,001
COVID-19 hastalarına hizmet verilen birimlerde primer olarak hasta baktınız mı?			
Evet	17 (2-36)	10,5 (0-18)	20 (9-31)
Hayır	14 (0-30)	7,5 (1-14)	21 (7-26)
p değeri	0,116	<0,001	0,824

Hekimlerde demografik özelliklere göre GIS semptomu varlığı analiz edildiğinde 41 yaş ve üzeri hekimlerin diğer yaş gruplarındaki hekimlere göre daha az GIS semptomu olduğu anlaşılmıştır (p<0,05). GIS semptomu varlığı oranı 20-30 yaş grubundaki hekimlerde %63,4, 31-40 yaş grubundaki hekimlerde %58,6, 41 yaş ve üzeri hekimlerde %28,6 olarak hesaplanmıştır. Diğer bağımsız değişkenler ile GIS semptomu varlığı arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (Tablo 20).

Tablo 20:Hekimlerde demografik özelliklere göre GIS semptomu varlığı

Değişken (n:176)	GIS semptomu n(%)		p değeri
	Yok (n:80)	Var (n:96)	
Yaş grupları			
20-30	26 (36,6)	45 (63,4)	0,002^a
31-40	29 (41,4)	41 (58,6)	-
41 ve üzeri	25 (71,4)	10 (28,6)	-
Cinsiyet			
Erkek	41 (47,1)	46 (52,9)	0,660
Kadın	39 (43,8)	50 (56,2)	-
Medeni durum			
Evli	51 (51,0)	49 (49,0)	0,090
Bekâr	29 (38,2)	47 (61,8)	-
Çocuk varlığı			
Var	29 (58,0)	21 (42,0)	0,065
Yok	51 (40,5)	75 (59,5)	-
Birlikte yaşanılan bireyler			
Yalnız	25 (43,1)	33 (56,9)	0,426
Anne-baba	4 (28,6)	10 (71,4)	-
Eş ve çocuklar	44 (50,6)	43 (49,4)	-
Diğer	7 (41,2)	10 (58,8)	-

^a, “41 ve üzeri” diğerlerinden farklı

Mesleki özelliklere göre GIS semptom varlığı analiz edilmiş ve tablo 22 ile sunulmuştur. Cerrahi branş hekimlerinin %95,7’sinde GIS semptomu bulunmaktadır bu oran dahili branş hekimlerinde %32,9, temel branş hekimlerinde %12,0’dır. Cerrahi branş hekimlerinde GIS semptom varlığı diğer branş hekimlerine göre anlamlı olarak daha yüksektir ($p<0,05$). Nöbet tutan hekimlerin %68,2’inde nöbet tutmayan hekimlerin %13,6’sında GIS semptomu bulunmaktadır ($p<0,05$). Nöbet sayısı fazla olan hekimlerde de az olanlara göre anlamlı olarak daha fazla GIS semptomu bulunmaktadır ($p<0,05$). Geçmişte hekimliği bırakmayı düşünen hekimlerde semptom varlığı %63,5 ile düşünmeyen hekimlerden (%46,2) anlamlı olarak daha fazladır (Tablo 21).

Tablo 21:Hekimlerde mesleki özelliklere göre GIS semptomu varlığı

Değişken	GIS semptomu n(%)		p değeri
	Yok (n:80)	Var (n:96)	
Branş (n:176)			
Dâhili	55 (67,1)	27 (32,9)	<0,001 ^a
Cerrahi	3 (4,3)	66 (95,7)	-
Temel	22 (88,0)	3 (12,0)	-
Hekimlik süresi (n:176)			
1-5 yıl arası	37 (42,5)	50 (57,5)	0,441
6 yıl ve üzeri	43 (48,3)	46 (51,7)	-
Nöbet durumu (n:176)			
Tutuyor	42 (31,8)	90 (68,2)	<0,001
Tutmuyor	38 (86,4)	6 (13,6)	-
Nöbet sayısı (n:132)			
Ayda 1-5 nöbet	39 (69,6)	17 (30,4)	<0,001
Ayda 6 ve daha fazla nöbet	3 (3,9)	73 (96,1)	-
Son 3 ay içerisinde görevlendirme nedeni ile şehir değiştirmek zorunda kaldınız mı?			
Evet	5 (83,3)	1 (16,7)	0,093
Hayır	75 (44,1)	95 (55,9)	-
Geçmişte hekimliği bırakmayı düşündünüz mü?			
Evet	31 (36,5)	54 (63,5)	0,021
Hayır	49 (53,8)	42 (46,2)	-

^a, "Cerrahi" diğerlerinden farklı

Hekimlerde sağlık durumları ve alışkanlıklara göre GIS semptomu varlığı incelendiğinde sigara kullanımı, kronik hastalık varlığı, düzenli ilaç kullanımı, psikiyatrik destek alma ve gastrointestinal şikâyet olması nedeni ile takip edilme durumu ile GIS varlığı arasında anlamlı bir ilişki gözlenmemiştir ($p>0,05$). Alkol kullanan hekimlerde GIS semptom varlığı oranı %64,6 olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. GIS semptomu varlığı günlük ortalama kafein miktarı 3 fincandan az olanlarda %10,0, 3-5 fincan arası olanlarda %71,9, 5 fincandan fazla olanlarda %98,0'dir ve bu oranların hepsi istatistiksel olarak birbirinden farklı bulunmuştur ($p<0,05$).

Yemek davranışı açısından incelendiğinde hızlı yemek yiyenlerde GIS semptom sıklığı diğerlerine göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (Tablo 22).

Tablo 22:Hekimlerde sağlık durumları ve alışkanlıklara göre GIS semptomu varlığı

Değişken (n:176)	GIS semptomu n(%)		p değeri
	Yok (n:80)	Var (n:96)	
Alkol kullanımı			
Var	29(35,4)	53(64,6)	0,035
Yok	51(54,3)	43(45,7)	-
Sigara kullanımı			
Var	16 (40,0)	24 (60,0)	0,431
Yok	64 (47,1)	72 (52,9)	-
Kronik hastalık varlığı			
Var	9 (40,9)	13 (59,1)	0,647
Yok	71 (46,1)	83 (53,9)	-
Düzenli ilaç kullanımı			
Var	6 (42,9)	8 (57,1)	0,839
Yok	74 (45,7)	88 (54,3)	-
Psikiyatrik destek alma durumu			
Var	22 (45,8)	26 (54,2)	0,951
Yok	58 (45,3)	70 (54,7)	-
Hiç gastrointestinal şikâyetiniz olması nedeni ile takip edildiniz mi?			
Evet	6 (42,9)	8 (57,1)	0,999
Hayır	74 (45,7)	88 (54,3)	-
Günlük ortalama kafein tüketim miktarınız?			
3 fincandan az	63 (90,0)	7 (10,0)	<0,001^a
3-5 fincan	16 (28,1)	41 (71,9)	-
5 fincandan fazla	1 (2,0)	48 (98,0)	-
Yemek davranışı açısından alışkanlığınız hangisidir?			
Normal	53 (79,1)	14 (20,9)	<0,001^b
Yavaş	7 (70,0)	3 (30,0)	-
Hızlı	20 (20,2)	79 (79,8)	-

^a, Hepsi birbirinden farklı

^b, “Hızlı” diğerlerinden farklı

COVID-19 geçiren hekimlerin %86,1’inde GIS semptomu var iken COVID-19 geçirmeyen hekimlerin %28,9’unda GIS semptomu vardır ve bu fark anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). GIS semptom varlığı COVID-19 birimlerinde çalışmış olma durumuna göre anlamlı farklılık göstermemektedir (Tablo 23).

Tablo 23:Hekimlerin COVID-19 ile ilgili özelliklerine göre GIS semptomu varlığı

Değişken (n:176)	GIS semptomu n(%)		p değeri
	Yok (n:80)	Var (n:96)	
COVID-19 geçirdiniz mi?			
Evet	11 (13,9)	68 (86,1)	<0,001
Hayır	69 (71,1)	28 (28,9)	-
COVID-19 hastalarına hizmet verilen birimlerde primer olarak hasta baktınız mı?			
Evet	63 (43,2)	83 (56,8)	0,249
Hayır	17 (56,7)	13 (43,3)	-

GIS semptomlarına göre algılanan stres skorları analiz sonuçları sunulmuştur. GIS semptomu olmayanların stres algıları yüksek olanlara göre anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur. Özofagus semptomu olmayanların stres algıları olanlara göre anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur. Üst motilite semptomu olmayanların stres algıları olanlara göre anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur. Bağırsak semptomu olmayanların stres algıları olanlara göre anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur. İshal semptomu olmayanların stres algıları 1-2 semptomu olanlara göre anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur. Kabızlık semptomu olmayanların stres algıları olanlara göre anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur ($p<0,05$).

Tablo 24:GIS semptomlarına göre algılanan stres skoru

Değişken (n:176)	Algılanan stres skoru Ortanca (min-maks)		
	Toplam	Yetersiz öz yeterlik	Stres/rahatsızlık

GIS semptomlar			
Semptom yok	18 (8-28)	9 (2-17)	10 (1-17)
1-2 semptom	33 (15-48)	14 (6-23)	17 (4-26)
>3 semptom	36 (21-50)	14 (8-24)	23 (9-27)
p değeri	<0,001^a	<0,001^a	<0,001^a
Özofagussemptomları			
Semptom yok	19 (8-43)	9,5 (2-18)	10 (1-26)
1-2 semptom	35 (16-50)	13 (6-24)	22 (8-27)
>3 semptom	-	-	-
p değeri	<0,001	<0,001	<0,001
Üst motiliteseptomları			
Semptom yok	19 (8-37)	9 (2-19)	10 (1-26)
1-2 semptom	33 (15-49)	14 (6-23)	19,5 (4-27)
>3 semptom	36 (26-50)	14 (8-24)	24 (13-26)
p değeri	<0,001^a	<0,001^a	<0,001^a
Bağırsak semptomları			
Semptom yok	20 (8-48)	10 (2-23)	11 (1-26)
1-2 semptom	34 (20-45)	13 (6-19)	21 (12-26)
>3 semptom	37 (21-50)	14 (9-24)	23 (9-27)
p değeri	<0,001^a	<0,001^a	<0,001^a
İshal semptomları			
Semptom yok	21 (8-50)	11 (2-24)	12 (1-26)
1-2 semptom	34 (20-49)	14 (6-22)	22 (9-27)
>3 semptom	32 (30-34)	10,5 (9-12)	21,5 (18-25)
p değeri	<0,001^b	0,002^b	<0,001^b
Kabızlık semptomları			
Semptom yok	23 (8-49)	11 (2-23)	13 (1-27)
1-2 semptom	37 (21-50)	14 (9-24)	23 (9-26)
>3 semptom	-	-	-
p değeri	<0,001	<0,001	<0,001

^a, “Semptom yok” diğerlerinden farklı

^b, “Semptom yok” ile “1-2 semptom” birbirinden farklı

GIS semptomlarına Maslach tükenmişlik ölçeği skorları analiz sonuçları sunulmuştur. GIS semptomu olmayanların tükenmişlik düzeyleri olanlara

göre anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur. Özofagussemptomu olmayanların tükenmişlik düzeyleri olanlara göre anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur. Üst motilitesemptomu olmayanların tükenmişlik düzeyleri olanlara göre anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur. Bağırsak semptomu olmayanların tükenmişlik düzeyleri olanlara göre anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur. İshal semptomu olmayanların tükenmişlik düzeyleri 1-2 semptomu olanlara göre anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur. Kabızlık semptomu olmayanların tükenmişlik düzeyleri olanlara göre anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur ($p<0,05$).

Tablo 25:GIS semptomlarına göre Maslach tükenmişlik ölçeği skorları

Değişken (n:176)	Maslach Tükenmişlik ölçeği ortanca (min-maks)		
	Duygusal tükenme	Duyarsızlaşma	Kişisel başarı
GIS semptomlar			
Semptom yok	12 (2-25)	5 (0-15)	23 (10-31)
1-2 semptom	25 (0-34)	11 (1-16)	17 (7-29)
>3 semptom	26 (11-36)	12 (3-18)	16 (8-24)
p değeri	<0,001^a	<0,001^a	<0,001^a
Özofagussemptomları			
Semptom yok	12,5 (2-33)	6 (0-16)	22 (9-31)
1-2 semptom	26 (0-36)	11 (1-18)	17 (7-29)
>3 semptom	-	-	-
p değeri	<0,001	<0,001	<0,001
Üst motilitesemptomları			
Semptom yok	12 (0-34)	5 (0-16)	22 (10-31)
1-2 semptom	26 (6-36)	11 (2-18)	17,5 (7-25)
>3 semptom	26 (11-32)	11 (3-15)	15 (9-24)
p değeri	<0,001^a	<0,001^a	<0,001^a
Bağırsak semptomları			
Semptom yok	13 (2-32)	6 (0-15)	22 (10-31)
1-2 semptom	26 (0-34)	11 (1-18)	16 (7-25)
>3 semptom	27,5 (17-36)	13 (6-17)	16 (9-24)

p değeri	<0,001 ^a	<0,001 ^a	<0,001 ^a
İshal semptomları			
Semptom yok	14 (0-32)	7 (0-18)	21 (7-31)
1-2 semptom	26 (8-36)	11 (2-18)	17 (8-25)
>3 semptom	26,5 (23-30)	12,5 (11-14)	10,5 (10-11)
p değeri	<0,001 ^b	<0,001 ^b	<0,001 ^a
Kabızlık semptomları			
Semptom yok	15 (2-36)	8 (0-18)	20 (8-31)
1-2 semptom	27 (0-32)	12 (1-18)	16 (7-23)
>3 semptom	-	-	-
p değeri	<0,001	<0,001	<0,001

^a, "Semptom yok" diğerlerinden farklı

^b, "Semptom yok" ile "1-2 semptom" birbirinden farklı

Tablo 26'de ASO ve Maslach tükenmişlik ölçekleri korelasyon analizi sonuçları sunulmuştur. Algılanan stres ölçeği skorları ile Maslach tükenmişlik ölçeği skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler tespit edilmiştir. ASO toplam skoru ile Maslach duygusal tükenme alt boyutu arasında aynı yönde yüksek düzeyde ($r:0,762$, $p<0,001$) bir ilişki bulunmaktadır, ASO toplam skoru arttıkça duygusal tükenme skoru da artmaktadır. ASO toplam skoru ile Maslach duyarsızlaşma alt boyutu arasında aynı yönde orta düzeyde ($r:0,674$, $p<0,001$) bir ilişki bulunmaktadır, ASO toplam skoru arttıkça duyarsızlaşma skoru da artmaktadır. ASO toplam skoru ile Maslach kişisel başarı alt boyutu arasında ters yönde orta düzeyde ($r:-0,655$, $p<0,001$) bir ilişki bulunmaktadır, ASO toplam skoru arttıkça kişisel başarıda düşme skoru azalmaktadır.

ASO yetersiz öz yeterlik skoru ile Maslach duygusal tükenme alt boyutu arasında aynı yönde orta düzeyde ($r:0,480$, $p<0,001$) bir ilişki bulunmaktadır, ASO yetersiz öz yeterlik skoru arttıkça duygusal tükenme skoru da artmaktadır. ASO yetersiz öz yeterlik skoru ile Maslach duyarsızlaşma alt boyutu arasında aynı yönde orta düzeyde ($r:0,490$, $p<0,001$) bir ilişki bulunmaktadır, ASO yetersiz öz yeterlik skoru arttıkça duyarsızlaşma skoru da artmaktadır. ASO yetersiz öz yeterlik skoru ile

Maslach kişisel başarı alt boyutu arasında ters yönde orta düzeyde ($r:-0,614$ $p<0,001$) bir ilişki bulunmaktadır, ASO yetersiz öz yeterlik skoru arttıkça kişisel başarı skoru azalmaktadır.

ASO stres/rahatsızlık skoru ile Maslach duygusal tükenme alt boyutu arasında aynı yönde yüksek düzeyde ($r:0,782$, $p<0,001$) bir ilişki bulunmaktadır, ASO stres/rahatsızlık skoru arttıkça duygusal tükenme skoru da artmaktadır. ASO stres/rahatsızlık skoru ile Maslach duyarsızlaşma alt boyutu arasında aynı yönde orta düzeyde ($r:0,651$, $p<0,001$) bir ilişki bulunmaktadır, ASO stres/rahatsızlık skoru arttıkça duyarsızlaşma skoru da artmaktadır. ASO stres/rahatsızlık skoru ile Maslach kişisel başarı alt boyutu arasında ters yönde orta düzeyde ($r:-0,522$, $p<0,001$) bir ilişki bulunmaktadır, ASOstres/rahatsızlık skoru arttıkça kişisel başarı skoru azalmaktadır (Tablo 27).

Tablo 26:ASO ve Maslach tükenmişlik ölçekleri korelasyon analizi

Algılanan Stres Ölçeği		Maslach tükenmişlik ölçeği		
		Duygusal tükenme	Duyarsızlaşma	Kişisel başarı
Toplam	r	0,762	0,674	-0,655
	p	<0,001	<0,001	<0,001
Yetersiz öz yeterlik algısı altboyutu	r	0,480	0,490	-0,614
	p	<0,001	<0,001	<0,001
Stres/rahatsızlık algısı altboyutu	r	0,782	0,651	-0,522
	p	<0,001	<0,001	<0,001

Algılanan stres ölçeği toplam puanı28 puan ve üzeri alanların tekdeğişkenli analizlerde anlamlı çıkan bazı bağımsız değişkenlerle lojistik regresyon analiz sonuçları tablo 28 ile gösterilmiştir.Yapılan analiz sonucunda branş ve nöbet sayısında istatistiksel olarak anlamlı sonuçlar elde edilmiştir. Algılanan stres ölçeğinden 28 ve üzeri puan alma durumu cerrahi branşlarda görev yapan hekimlerde dahili branşlarda görev yapan hekimlere göre anlamlı olarak 5,7 kat daha fazla bulunmuştur ($p<0,05$). Algılanan stres ölçeğinden 28 ve üzeri puan alma durumu 6 ve daha fazla

nöbet tutan hekimlerde daha az nöbet tutan hekimlere göre anlamlı olarak 86,9 kat daha fazla bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 27).

Tablo 27:ASÖ'den 28 ve üzeri puan alanların lojistik regresyon analizi

	İncelenen değişken	OR	Güven aralığı	p değeri
Algılanan stres düzeyi toplam puanı				
Yaş	-	1,121	0,935-1,344	0,217
Branş	Dâhili	ref	-	-
	Cerrahi	5,772	1,283-25,968	0,022
	Temel		0,464-257,606	0,138
Nöbet sayısı	1-5 nöbet	ref	-	-
	≥6 nöbet	86,969	10,998-687,717	<0,001
Hekimliği bırakma	Evet	ref	-	-
	Hayır	0,254	0,057-1,133	0,072
Kafein	3 fincandan az	ref	-	-
	3-5 fincan	2,950	0,433-20,106	0,269
	5 fincandan fazla	1,649	0,213-12,766	0,632
Yemek	Normal	ref	-	-
	Yavaş	0,500	0,015-16,441	0,697
	Hızlı	1,914	0,378-9,683	0,433
COVID-19	(+)	ref	-	-
	(-)	0,886	0,205-3,824	0,871
COVID-19 de çalışma	(+)	ref	-	-
	(-)	0,756	0,105-2,654	0,986

NagelkerkeR Square:0,799

Algılanan stres ölçeği yetersiz öz yeterlik alt boyutundan14 puan ve üzeri alanların tek değişkenli analizlerde anlamlı çıkan bazı bağımsız değişkenlerle lojistik regresyon analiz sonuçları tablo 29 ile gösterilmiştir. Yapılan analiz sonucunda nöbet sayısı ve düzenli ilaç kullanımında istatistiksel olarak anlamlı sonuçlar elde edilmiştir. Algılanan stres ölçeği yetersiz öz yeterlik alt boyutundan14 ve üzeri puan alma durumu 6 ve daha

fazla nöbet tutan hekimlerde daha az nöbet tutan hekimlere göre anlamlı olarak 9,8 kat daha fazla bulunmuştur. Algılanan stres ölçeği yetersiz öz yeterlik alt boyutundan 14 ve üzeri puan alma durumu düzenli ilaç kullanan hekimlerde kullanmayan hekimlere göre anlamlı olarak 16,1 kat daha fazla bulunmuştur ($p < 0,05$) (Tablo 28).

Tablo 28: ASÖ Yetersiz öz yeterlik alt boyutundan 14 ve üzeri puan alanların lojistik regresyon analizi

	İncelenen değişken	OR	Güven aralığı	p değeri
ASÖ yetersiz öz yeterlik alt boyut puanı				
Yaş	-	1,046	0,966-1,134	0,266
Nöbet sayısı	1-5 nöbet	ref	-	-
	≥6 nöbet	9,804	2,874-33,451	<0,001
Düzenli ilaç kullanımı	Hayır	ref	-	-
	Evet	16,150	1,607-162,280	0,018
Kafein	3 fincandan az	ref	-	-
	3-5 fincan	0,450	0,118-1,719	0,243
	5 fincandan fazla	0,414	0,099-1,729	0,226
Yemek	Normal	ref	-	-
	Yavaş	2,638	0,399-17,458	0,314
	Hızlı	1,672	0,600-4,663	0,326
COVID-19	(+)	ref	-	-
	(-)	0,781	0,315-1,936	0,594

Nagelkerke R Square:0,341

Algılanan stres ölçeği stres/rahatsızlık alt boyutundan 14 puan ve üzeri alanların tek değişkenli analizlerde anlamlı çıkan bazı bağımsız değişkenlerle lojistik regresyon analiz sonuçları tablo 30 ile gösterilmiştir. Yapılan analiz sonucunda nöbet sayısında istatistiksel olarak anlamlı sonuç elde edilmiştir. Algılanan stres ölçeği stres/rahatsızlık alt boyutundan 14 ve üzeri puan alma durumu 6 ve daha fazla nöbet tutan hekimlerde daha az nöbet tutan hekimlere göre anlamlı olarak 10,7 kat daha fazla bulunmuştur ($p < 0,05$) (Tablo 29).

Tablo 29:ASO Stres/rahatsızlık alt boyutundan 14 ve üzeri puan alanların lojistik regresyon analizi

	İncelenen değişken	OR	Güven aralığı	p değeri
ASÖ stres/rahatsızlık alt boyut puanı				
Yaş	-	1,036	0,957-1,121	0,386
Nöbet sayısı	1-5 nöbet	ref	-	-
	≥6 nöbet	10,789	3,172-36,699	<0,001
Hekimliği bırakma	Evet	ref	-	-
	Hayır	0,623	0,275-1,415	0,259
Kafein	3 fincandan az	ref	-	-
	3-5 fincan	0,405	0,108-1,518	0,180
	5 fincandan fazla	0,324	0,076-1,376	0,127
Yemek	Normal	ref	-	-
	Yavaş	2,676	0,455-15,742	0,276
	Hızlı	1,752	0,637-4,821	0,277
COVID-19	(+)	ref	-	-
	(-)	1,062	0,444-2,540	0,892
COVID-19 de çalışma	(+)	ref	-	-
	(-)	1,384	0,834-3,283	0,896

Nagelkerke R Square:0,283

Maslach Duygusal tükenme alt boyutundan 18 puan ve üzeri alanların tek değişkenli analizlerde anlamlı çıkan bazı bağımsız değişkenlerle lojistik regresyon analiz sonuçları gösterilmiştir. Yapılan analiz sonucunda nöbet sayısı ve hekimliği bırakmada istatistiksel olarak anlamlı sonuçlar elde edilmiştir. Maslach Duygusal tükenme alt boyutundan 18 ve üzeri puan alma durumu 6 ve daha fazla nöbet tutan hekimlerde daha az nöbet tutan hekimlere göre anlamlı olarak 4,2 kat daha fazla bulunmuştur. Maslach Duygusal tükenme alt boyutundan 18 ve üzeri puan alma durumu hekimliği bırakmak istediğini belirten hekimlerde hekimliği bırakmak istediğini belirtmeyen hekimlere göre anlamlı olarak 3,3 kat daha fazla bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 30).

Tablo 30:Maslach Duygusal tükenme alt boyutundan 18 ve üzeri puan alanların lojistik regresyon analizi

	İncelenen değişken	OR	Güven aralığı	p değeri
Maslach Duygusal tükenme alt boyut puanı				
Yaş	-	1,031	0,908-1,170	0,641
Medeni durum	Evli	ref	-	-
	Bekâr	1,419	0,437-4,608	0,561
Çocuk	Var	ref	-	-
	Yok	1,104	0,249-4,889	0,897
Branş	Dâhili	ref	-	-
	Cerrahi	2,319	0,617-8,719	0,213
	Temel	0,548	0,017-17,168	0,732
Nöbet sayısı	1-5 nöbet	ref	-	-
	≥6 nöbet	4,257	1,042-17,399	0,044
Hekimliği bırakma	Hayır	ref	-	-
	Evet	3,383	1,094-10,464	0,034
Alkol	Var	ref	-	-
	Yok	0,537	0,180-1,600	0,265
Kafein	3 fincandan az	ref	-	-
	3-5 fincan	1,778	0,451-7,008	0,411
	5 fincandan fazla	4,952	0,999-24,533	0,050
Yemek	Normal	ref	-	-
	Yavaş	0,945	0,087-10,242	0,963
	Hızlı	2,903	0,804-10,485	0,104
COVID-19	(+)	ref	-	-
	(-)	0,348	0,117-1,037	0,058

Nagelkerke R Square:0,628

Maslach Duyarsızlaşma alt boyutundan 9 puan ve üzeri alanların tek değişkenli analizlerde anlamlı çıkan bazı bağımsız değişkenlerle lojistik regresyon analiz sonuçları tablo 32 ile gösterilmiştir. Yapılan analiz sonucunda nöbet sayısında istatistiksel olarak anlamlı sonuç elde edilmiştir. Maslach Duyarsızlaşma alt boyutundan 9 ve üzeri puan alma durumu 6 ve

daha fazla nöbet tutan hekimlerde daha az nöbet tutan hekimlere göre anlamlı olarak 18,9 kat daha fazla bulunmuştur($p<0,05$) (Tablo 31).

Tablo 31:Maslach Duyarsızlaşma alt boyutundan 9 ve üzeri puan alanların lojistik regresyon analizi

	İncelenen değişken	OR	Güven aralığı	p değeri
Maslach Duyarsızlaşma alt boyut puanı				
Yaş	-	1,033	0,936-1,141	0,513
Medeni durum	Evli	ref	-	-
	Bekâr	1,582	0,583-4,292	0,367
Çocuk	Var	ref	-	-
	Yok	0,888	0,246-3,202	0,856
Branş	Dâhili	ref	-	-
	Cerrahi	0,365	0,087-1,531	0,168
	Temel	5,296	0,365-76,857	0,222
Nöbet sayısı	1-5 nöbet	ref	-	-
	≥6 nöbet	18,962	4,179-86,031	<0,001
Hekimliği bırakma	Hayır	ref	-	-
	Evet	2,139	0,848-5,399	0,107
Kafein	3 fincandan az	ref	-	-
	3-5 fincan	1,511	0,437-5,226	0,515
	5 fincandan fazla	1,245	0,302-5,143	0,762
Yemek	Normal	ref	-	-
	Yavaş	0,160	0,013-2,025	0,157
	Hızlı	1,898	0,645-5,589	0,245
COVID-19	(+)	ref	-	-
	(-)	0,767	0,282-2,086	0,603
COVID-19'da çalışma	(+)	ref	-	-
	(-)	0,674	0,367-3,154	0,594

Nagelkerke R Square:0,46

MaslachKişisel başarı alt boyutundan 16 puan ve üzeri alanların tek değişkenli analizlerde anlamlı çıkan bazı bağımsız değişkenlerle lojistik regresyon analiz sonuçları tablo 32 ile gösterilmiştir.MaslachKişisel başarı

alt boyutundan 16 ve üzeri puan alma durumu cerrahi branşlarda görev yapan hekimlerde dahili branşlarda görev yapan hekimlere göre anlamlı olarak 0,2 kat daha fazla bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 32).

Tablo 32: Maslach Kişisel başarı alt boyutundan 16 ve üzeri puan alanların lojistik regresyon analizi

	İncelenen değişken	OR	Güven aralığı	p değeri
Maslach Kişisel başarı alt boyut puanı				
Yaş	-	0,965	0,851-1,095	0,585
Medeni durum	Evli	ref	-	-
	Bekâr	1,077	0,376-3,090	0,890
Çocuk	Var	ref	-	-
	Yok	3,775	0,963-14,798	0,057
Branş	Dâhili	ref	-	-
	Cerrahi	0,223	0,063-0,789	0,020
	Temel	0,163	0,009-2,955	0,220
Nöbet sayısı	1-5 nöbet	ref	-	-
	≥6 nöbet	0,316	0,068-1,464	0,141
Hekimlik süresi	1-5 yıl arası	ref	-	-
	6 yıl ve üzeri	3,778	0,994-14,361	0,051
Kafein	3 fincandan az	ref	-	-
	3-5 fincan	0,489	0,098-2,442	0,383
	5 fincandan fazla	0,316	0,060-1,664	0,174
Yemek	Normal	ref	-	-
	Yavaş	3,985	0,285-55,776	0,304
	Hızlı	1,568	0,459-5,357	0,473
COVID-19	(+)	ref	-	-
	(-)	1,360	0,502-3,682	0,545

TARTIŞMA ve SONUÇ

5.1.TARTIŞMA

Tükenmişlik, dünyadaki tüm hekimlerde görülebilen ve ortak özellikler gösteren bir sendromdur. Mesleki tükenmişlik; umutsuzluk, enerji kaybı, yıpranma, yorgunluk gibi duygularla beraber bireyin yaptığı işe karşı gösterdiği tepki biçimi olarak tanımlanmaktadır.[31] Geniş ve arkadaşları tarafından sağlık çalışanlarının ruhsal durumlarının değerlendirilmesi amacıyla yapılan çalışmada algılanan stres düzeyinin hekimlerde diğer sağlık çalışanlarına göre daha yüksek olduğu değerlendirilmiştir.[95]

Hekimlerdeki tükenmişlik düzeylerinin diğer meslek alanlarında çalışanlar ile karşılaştırıldığı bir çalışmada; kronik stres, iş yükünün fazla olması, merhamet yorgunluğu gibi sayısız faktörler nedeni ile hekimler arasındaki tükenmişlik prevalansının çok daha yüksek olduğu belirtilmiştir. Aynı çalışmada hekimlerin mesai saatlerinin diğer mesleklerde çalışan bireylerden daha uzun olduğu, hekimlerin işleri ile özel hayatları arasındaki dengeyi kurmada zorlu bir mücadele verdikleri ifade edilmiştir.[55]

Bu çalışma hekimlerde tükenmişlik ve algılanan stres düzeyi ile gastrointestinal semptomların varlığı arasında ilişkinin incelenmesi, tükenmişliğe ilişkili olan etmenlerin saptanmasına yönelik yapılmıştır. Literatür incelendiğinde hekimlere yönelik stres ve tükenmişlik ile gastrointestinal semptom varlığı arasındaki ilişkiyi inceleyen herhangi bir çalışma bulunmamaktadır.

Çalışmamızda tükenmişlik alt boyut puanları; duygusal tükenme 18,1(±8,5), duyarsızlaşma 8,4(±4,4) ve kişisel başarı 19,2(±5,0) olarak tespit edilmiştir. Çalışmamızda kullanılan Maslach Tükenmişlik Ölçeğinin özgün halinde kesme noktası bulunmadığından ortalama puanlar üzerinden değerlendirmeler yapılmıştır. Duygusal tükenme(DT) ve duyarsızlaşma(DUY) alt ölçeklerinden alınan yüksek puanlar ile kişisel başarı(KB) alt ölçeğinden

alınan düşük puanlar tükenmişliği göstermektedir Aslan ve arkadaşlarının 2005 yılında tabip odalarına kayıtlı 1754 uzman ve pratisyen hekimin katıldığı çalışmalarında DT puanı 15,4 ($\pm 6,7$), DUY puanı 5,5($\pm 3,5$), KB puanı 22,0($\pm 4,0$) şeklinde saptanmıştır.[96] Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde uzmanlık eğitimi almakta olan 160 araştırma görevlisi ile yapılan çalışmada DT puanı 7.77(± 7.27), DUY puanı 6.71(± 3.69) olup, KB puanı 20.10(± 4.32) olarak bulunmuştur.[97] Bizim çalışmamızda da tükenmişlik düzeylerinde literatürle uyumlu olarak yükseklik tespit edilmiştir. Bu durum günümüzde çalışmakta olan ve mesleğe yeni adım atacak olan hekimlerin tükenmişlik riski ile yüksek oranda karşı karşıya kaldığını göstermekte olup bu konu alınacak önlemlerin önemini ortaya koymaktadır.

Çalışmamızda 41 yaş ve üzerindeki hekimlerde duyarsızlaşma ve duygusal tükenmenin diğer yaş gruplarına göre daha düşük kişisel başarının ise daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Maslach ve Schaufeli de genç yaşta tükenmişliğin daha yüksek olduğunu belirtmiştir.[31] Çalışmamızın aksine hekimlerde tükenmişlik alt boyutları ile yaş arasında anlamlı ilişki olmadığını tespit eden çalışmalar da mevcuttur. [97, 98] Soler ve Shanafelt'in yapmış oldukları çalışmanın ve 258 hekim üzerinde yapılmış bir diğer çalışmanın sonuçları çalışmamızın bulguları ile uyumlu olarak ileri yaştaki hekimlerde tükenmişliğin daha az olduğu ortaya koymuştur.[99-101] Bu durumun yaş arttıkça hekimlerin işlerinde deneyim kazanmaları, sorunlar ve stresle baş edebilme becerileri geliştirebilmeleri ve zamanla mesleki olgunlaşmayla kendilerini daha başarılı görmelerine bağlı olabileceği düşünülmüştür.

Çalışmamızda meslekte çalışma süresi fazla olan hekimlerde kişisel başarı puanları daha yüksek olduğu tespit edilmişken, duygusal tükenme ve duyarsızlaşma alt boyutları açısından anlamlı farklılık olmadığı görülmüştür. Tükenmişlik ve mesleki çalışma süresi arasında ilişki bulunmadığını belirten çalışmalar da mevcuttur.[102, 103] 258 hekim üzerinde yapılmış bir başka çalışmada 5 yıldan daha kısa süredir görev yapan hekimlerde duygusal tükenme ve duyarsızlaşma puanları yüksek, kişisel başarı puanlarının ise daha düşük olduğu bulunmuştur.[99] Hekimler meslek

hayatları sürecinde çeşitli deneyimler kazanmaktadır. Bu sürenin uzaması kazanılan deneyimi aynı oranda artırırken bu yöndeki kazanım hekimin başarısızlık ve yetersizlik duygusunun azalmasını sağlamakta ve bunun da hekimin kendisini daha başarılı hissetmesine katkı sağladığı şeklinde yorumlanmıştır.

Çalışmamıza katılan hekimlerin %56,8'i evli iken %43,2 si bekadır. Çalışmamızda bekarlarda evlilere göre duygusal tükenme ve duyarsızlaşma puanları daha yüksek olduğu tespit edilmiş olmakla birlikte kişisel başarı açısından anlamlı farklılık saptanmamıştır. Shanafelt ve arkadaşları bekar olmanın yüksek tükenmişlik ile ilişkili olduğunu belirtmiştir.[55] Ancak literatürde hekimlerde tükenmişlik ile medeni durum arasında ilişki olmadığını gösteren farklı sonuçlar içeren çalışmalar da mevcuttur.[104, 105] Literatürde çalışmamızla uyumlu olarak Özkula ve arkadaşlarının çalışması ile Özyurt ve arkadaşlarının hekimler üzerinde yapmış olduğu çalışmada bekar hekimlerde tükenmişliğin daha fazla olduğu saptanmıştır. [99, 106]Bu durum evli olan bireylerde sosyal destek sisteminin varlığının, eş ve çocuklarla birlikte geçirilen aileyaşamının hayat kalitesinin yükselmesinde ve tükenmişliğin azalması üzerine olumlu etkiyaptığı yönünde yorumlanabilir.

Çalışmamızda çocuk sahibi olmayanlarda duygusal tükenmişlik ve duyarsızlaşma puanlarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Çalışmamızın aksine Moukarzel ve arkadaşları Fransa'da 379 acil servis çalışanı üzerinde yaptıkları çalışma ile Takayesu ve arkadaşları Amerika Birleşik Devletleri'nde 218 acil servis çalışanı üzerinde yapmış oldukları çalışmada tükenmişlik ve çocuk sahibi olmanın ilişkili olmadığı sonucuna varmışlardır.[11, 107] Literatürde Yavuz Yılmaz ve ark. tarafından sağlık ocağı çalışanları üzerinde yapılmış çalışma ile Aktuğ ve ark. tarafından hekimler üzerinde yapılmış çalışmada bulgularımızla uyumlu olarak çocuk sahibi olmayanların tükenmişlik düzeyinin çocuk sahibi olanlara göre daha yüksek olduğunu bildirmişlerdir. [108, 109]

Çalışmamıza katılan hekimlerin %46'sı dahili, %39'u cerrahi, %14'ü temel bilimlerde görev yapmaktadır. Çalışmamızda hekimlerin branşına göre ölçek puanları değerlendirildiğinde; duygusal tükenme ve duyarsızlaşma puanları cerrahi branşlarda yüksek, kişisel başarı puanları ise düşük olarak bulunmuştur. Literatür incelendiğinde branşlarla ilgili farklı sonuçlar ortaya konduğu görülmüştür. Çalışmamızın aksine Can ve ark. Çalışmasında cerrahi dışı dallardaki asistan doktorların, cerrahi dallardakilere göre daha yüksek düzeyde duygusal tükenmişlik yaşadığı saptanırken iki grup arasında duyarsızlaşma düzeyi ve kişisel başarı düzeyi açısından anlamlı fark saptanmamıştır.[110] Dündar ve arkadaşlarının uzmanlık öğrencilerinde 2017'de yaptığı bir çalışmada tükenmişliğin tüm alt boyutlarının Cerrahi bilimler grubunda daha yüksek olduğu saptanmıştır.[111] Erol ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada cerrahi bölümde çalışan hekimlerin DUY puanlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Temel bilimlerde çalışan hekimlerin DT ve DUY puanlarının daha düşük olmasının nedeni olarak hastalarla daha az yüz yüze görüşmelerinden kaynaklı olduğu düşünülmüştür.[105] Bu sonuçlar Maslach'ın tükenmişliğin yüz yüze görüşülen meslek gruplarında daha fazla görülebileceği düşüncesini destekler niteliktedir.[31] Çalışmalarda da görüldüğü gibi hekimlerde farklı branşlarda ve uzmanlık dallarında olmak tükenmişlik durumunu değiştirmektedir. Bu sebeple literatürde branşlarla ilgili farklı sonuç içeren çalışmalar bulunmaktadır. Bu durum branşlarda karşılaşılan hasta popülasyonu özelliklerinde ve beklentilerinde, çalışma şartlarında farklılıkların olması, özellikle de cerrahi branşlarda iş yükü fazlalığı, mobbing gibi stresörlerin daha yoğun olmasına bağlı olabileceği düşünülmüştür

Çalışmamızda nöbet tutan ve nöbet sayısı daha fazla olan hekimlerin duygusal tükenme ve duyarsızlaşma puanlarının yüksek, kişisel başarı puanlarının düşük olduğu tespit edilmiştir. Koşan ve ark. Erzurum'da çalışan hekimlerle yaptıkları çalışmada nöbet tutan hekimlerin ve ayda 6 ve üzeri nöbet tutanların duygusal tükenme ve duyarsızlaşma puanı artarken kişisel başarı puanının azaldığı saptanmıştır.[112] Özyurt ve arkadaşlarının hekimlerle yaptıkları çalışmada, nöbet sayısı fazla olanlarda duygusal tükenme ve duyarsızlaşmanın yüksek olduğunu bulmuştur.[106] Günüşen

ve Üstün ikinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan doktorlar ve hemşireler üzerine yapılan literatürdeki 45 çalışmayı incelemiş, çalışma saatlerinin fazla olması ve vardiyalı çalışma düzeninin tükenmişliğe en sık neden olan etkenlerden olduğunu tespit etmiştir.[113] Çalışmamızda elde ettiğimiz bulgular; nöbette aşırı iş yükü, stres, nöbette tek başına kalarak hastaların sorumluluğunu üstlenmek, nöbet ertesi izninin olmaması, uykusuzluk, nöbet ve diğer nedenlerle çalışma saatlerinin artması gibi etmenlerin bireyin stresini arttırarak kendine ayırmış olduğu zamanı daraltmakta, bedensel ve ruhsal olarak dinlenme ihtiyacını karşılayamaması sonucunda tükenmişlik düzeyinin artması olarak yorumlanmıştır.

Çalışmamızda hekimlik hayatının bir bölümünde hekimliği bırakma düşüncesi olan hekimler örneklem grubumuzun %48,3'ünü oluşturmaktadır. Hekimliği bırakma düşüncesi olan hekimlerde duygusal tükenme ve duyarsızlaşma alt boyut puanlarının anlamlı düzeyde yüksek olduğu tespit edilmiştir. Tekir ve ark. ile Ardiç ve Polatçı'nın yapmış oldukları çalışmalarda mesleğini değiştirmek isteyen çalışanların duygusal tükenme ve duyarsızlaşma düzeylerinin daha yüksek olduğunu bulmuşlardır.[114] Çalışmamızın bulguları mesleki beklentilerinin çalışma hayatının gerçeklerinden farklı olduğunu düşünen hekimlerin mesleklerini sürdürmek istemedikleri halde çeşitli ekonomik ve sosyal sebeplerden dolayı hala aynı meslekte kalmak zorunda olmaları sonucunda tükenmişlik düzeylerinin arttığı şeklinde yorumlanmıştır.

Çalışmamıza katılan hekimlerin %22'si sigara içmektedir. Literatürde sağlık çalışanlarının sigara içme alışkanlıkları incelendiğinde çalışmamızdaki sigara içme oranının daha düşük olduğu görülmüştür.[115, 116] Çalışmamızda hekimlerde sigara kullanımı ve tükenmişlik durumu arasındaki ilişkisi incelendiğinde, sigara içenler ve içmeyenler arasında tükenmişlik açısından anlamlı fark olmadığı görülmüştür. Sönmez ve arkadaşları da 2018 yılında asistan hekimler ile yaptıkları çalışmada sigara ve tükenmişlik arasında ilişki olmadığını saptamıştır.[117] Ancak Dündar ve arkadaşları tarafından uzmanlık öğrencileri üzerinde yapılmış çalışma ile Yıldız ve arkadaşları tarafından sağlık çalışanları üzerinde yapılan bir başka

çalışmada tükenmişlik düzeyi yüksek bireylerde sigara kullanımının yüksek olduğu belirlenmiştir.[111][118] Stres ve tükenmişlik düzeyi yüksek olan bireylerin içinde buldukları durum ile baş etmek için sigara kullanmayı çözüm olarak görebileceği düşünülse de çalışmamızdaki hekimlerin sigaranın ileriye dönük zararları ile çalışma hayatlarında sık karşılaşmaları sayesinde daha bilinçli olmaları çalışmamızda sigara içme oranının düşük olmasını açıklayabilir.

Çalışmamızda alkol kullanan hekimlerin oranı %46,6 dır. Alkol kullanan hekimlerde duygusal tükenme puanlarının anlamlı düzeyde yüksek olduğu tespit edilmiştir. Çalışmamızın aksine literatürde alkol tüketimiyle tükenmişliğin ilişkili olmadığını saptayan çalışma bulunmaktadır.[119] Çalışmamızdaki sonuçlarla benzer bir biçimde Shanafelt ve Maslach, stresin bireylerin alkol tüketimine neden olabilmesi sebebiyle tükenmişlikle ilişkisi olduğunu belirtmişlerdir.[31, 120] Çalışmamızda ortaya çıkan sonucun yoğun stres altında olan ve duygusal tükenmişlik yaşayan hekimlerin alkolü rahatlatıcı bir faktör olarak görüyor olması ve çalışmamızdaki hekimlerin sosyal içicilik düzeyinde bile olsa tüketim oranlarının yüksek olmasından kaynaklanmış olabileceği düşünülmüştür.

Çalışmamızda hızlı yemek yediğini belirten hekimlerin normal hızda yemek yiyen hekimlere göre duyarsızlaşma ve duygusal tükenme puanlarının yüksek, kişisel başarı puanlarının ise daha düşük olduğu tespit edilmiştir. Yapılan bir çalışmada tükenmişlikten muzdarip bireylerde yaşanan stresin, bireylerin yedikleri gıdaların miktarlarını ve türlerini etkilediği, hem aşırı yemeye hem de yetersiz yemeye ve kronik hastalıkların gelişimine katkıda bulunduğu gösterilmiştir.[121] Literatür incelendiğinde tükenmişlik ile alkol tüketimi, fast food tüketimi, sedanter yaşam, ilaç kullanımı gibi sağlığı bozan davranışlar arasında ilişki olduğunu gösteren çalışma mevcuttur.[122] Ancak yemek yeme hızı ve tükenmişlik arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmaya rastlanmamıştır.

Çalışmamızda günde 5 fincan ve daha fazla kafein tüketen hekimlerin tükenmişlik düzeylerinin yüksek olduğu tespit edilmiştir. 176 Lübnanlı tıp fakültesi öğrencisinin katılımı ile yapılan çalışmada tükenmişlik düzeyi

yüksek olan öğrencilerin daha fazla kafein tüketme eğiliminde olduğu görülmüştür.[123]Literatür incelendiğinde kafein tüketimi ile tükenmişlik arasındaki ilişkinin yorumlanabilmesi için yeterli sayıda çalışmanın mevcut olmadığı görülmüştür.

Çalışmamızda örneklemin %50,6'sını kadınlar, %49,4'ünü erkekler oluşturmaktadır. Tükenmişlik durumu ve cinsiyet ilişkisi incelendiğinde, tükenmişliğin üç alt boyutunda da istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır. Sağlık çalışanları üzerinde yapılmış bazı çalışmalara bakıldığında Kocabıyık ve Çakıcı ile Kaya ve ark. yaptıkları araştırmalarda kadınların daha fazla duygusal tükenme yaşadığını, Uzun ve Mayda ise yaptıkları çalışmada erkeklerin kişisel başarı algılarının daha yüksek olduğunu bildirmişlerdir.[124-126] Özkula ve ark. hekimler üzerindeki, Tanrıverdi ve ark. ve Tekir ve ark. tarafından sağlık çalışanları üzerinde yapılan çalışmalarda bulgularımızla uyumlu olarak tükenmişlik düzeylerinin cinsiyete göre farklılık göstermediği belirtilmiştir.[99, 114, 127] Yapılan literatür çalışmasında cinsiyet ile tükenmişlik arasındaki ilişki hakkında fikir birliği olmadığı görülmektedir. Bu farklılığın sebebi olarak örneklem gruplarının yaşam şartlarının farklılık göstermesi olabileceği düşünülmekle birlikte çalışmamızda erkek ve kadın cinsiyet arasında tükenmişlik düzeyi açısından anlamlı farklılık olmaması durumu sağlık sektöründeki zorlukların çalışma grubumuzdaki hekimleri cinsiyet farkı gözetmeksizin benzer düzeylerde etkilemiş olabileceğini düşündürmüştür.

Çalışmamızda katılan hekimlerde hayatının bir bölümünde psikiyatrik destek alma oranı 48 kişi ile %27 olarak bulunmuştur. Çalışmamızda psikiyatrik destek alma ve tükenmişlik durumu arasındaki ilişki incelendiğinde tükenmişliğin üç alt boyutunda da istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır. Literatürde çalışmamızın aksine Armutlukuyu, 894 hekim ile yaptığı çalışmada, ruhsal hastalığı olanların tükenmişlik düzeyinin daha yüksek olduğu saptanmıştır.[128] Çalışmamızın bulgularının literatürden farklı olmasının sebebi çalışmamıza katılan hekimlerin psikiyatrik destek alım oranlarının düşük olması, tanılarının akademik sisteme kaydedilmesi ve bunun kariyerleri üzerinde olumsuz etki yaratacağına dair endişe, ruhsal yardım almakla ilgili

damgalamalar, tanıdıkları biri tarafından tedavi edilmek istememe ve destek alma dönemlerinin çalışmamızın yapılmış olduğu dönemle örtüşmemesi gibi nedenlerden kaynaklandığı düşünülebilir.

Çalışmamızda COVID-19 geçirme ile tükenmişlik durumu arasındaki ilişki incelendiğinde COVID-19 geçiren hekimlerin tükenmişlik düzeylerinin (14'e karşı 24 puan, $p < 0.01$) daha yüksek olduğu tespit edilirken COVID-19 hastalarına primer olarak hizmet verdiğini belirten hekimlerde de duyarsızlaşma puanının anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır. ($p < 0.01$). COVID-19 pandemisi, hazırlıksız bir sağlık sistemine sayısız zorluk getirmiş olup bu bağlamda sağlık hizmeti sağlayıcıları, yüksek düzeyde bir doktor tükenmişliği oranıyla birleşen eşi görülmemiş akut işyeri stresine karşı karşıya kalmıştır. Bu pandemi, işyeri stresine bir tepki olan hekim tükenmişliğinin zaten yaygın olduğu bir sağlık sisteminde stres etkenlerini şiddetlendirmiştir.[129] Literatürde Hoşgör ve ark. tarafından İstanbul ilinde 120 sağlık çalışanı üzerinde yapılan çalışmada COVID-19 pozitif tanısı alma durumu ile tükenmişlik ölçeği tüm alt boyutlar arasında anlamlı farklılıkların olmadığı ortaya konulmuştur.[130] Aile hekimleri üzerinde yapılmış olan bir başka çalışmada çalışmamıza benzer olarak COVID-19 hastaları ile temas sıklığı arttıkça anksiyete, depresyon, duygusal tükenmişlik ve duyarsızlaşma oranlarının arttığı saptanmıştır. Aynı zamanda COVID-19 nedeniyle test yapılan, sonucu pozitif çıkan aile hekimlerinde depresyon ve duyarsızlaşma düzeylerinin yükseklik tespit edilmiştir.[131] COVID-19 hastalarının bakımıyla doğrudan ilgilenen profesyoneller, işle ilgili önemli psikolojik baskı ve sık sık somatik semptomlar bildirdikleri görülmüştür.[132] Bu durum hastalığın bilinmeyen doğası, henüz etkinliği kanıtlanmış bir tedavinin olmaması ile yüksek mortalite oranlarının bulunması ve hekimlerin meslekleri gereği büyük risk altında bulunmaları nedeniyle tükenmişlik düzeylerinin artması üzerinde etkili olduğu düşünülmüştür.

Çalışmamızda hekimlerde ASO toplam puanı ortalama $26,7(\pm 9,5)$, ASO yetersiz öz yeterlik algısı puanı ortalama $11,8(\pm 4,1)$, ASO stres/rahatsızlık algısı puanı ortalama $14,9(\pm 6,9)$ olarak hesaplanmıştır. Çalışmamızın bulgularının literatür ile karşılaştırılması aşamasında bazı kısıtlılıklar

mevcuttur. Bunlardan ilki bu ölçek kullanılarak yapılan çalışmaların bazılarında algılanan stres düzeyi düşük, orta ve yüksek olarak gruplandırmalar yapılmış olup bizim çalışmamızda kullanılan ölçeğin kesme noktası bulunmadığından ortalama puanlar üzerinden değerlendirmeler yapılmıştır. Diğer bir kısıtlılık ise bir çok çalışmada toplam ASO puanı hesaplanmış stres rahatsızlık ve yetersiz öz yeterlilik alt boyut puanı hesaplanmamıştır. Çalışmamızda algılanan stres puanı ulusal çalışma sonuçları ile karşılaştırıldığında Gündoğdu'nun Adana'da pratisyen ve uzman hekimlerde gerçekleştirdiği çalışma sonucu (27.2±8.0) ile benzer, Kulu ve ark. diş hekimleri üzerine yapmış oldukları çalışma sonucundan 40,92±8,68 düşüktür.[133, 134] Çalışmalar arasındaki bu farklılığın sebebi çalışma grubundaki hekimlerin farklı şehirlerde ve heterojen çalışma ortamlarında bulunmasından kaynaklanabilir.

Çalışmamızda 41 yaş ve üzeri hekimlerde toplam ASO skoru ve stres/rahatsızlık alt boyut puanının daha düşük olduğu yani daha az stres yaşadıkları tespit edilmiştir. Kulu ve ark. tarafından diş hekimleri üzerine yapılmış çalışmada yaş ile algılanan stres düzeyi arasında anlamlı ilişki tespit edilmemiştir.[133] Çalışmamızla uyumlu olarak Koçyiğit ve ark. tarafından hekimlerde tükenmişlik ve algılanan stres düzeyinin incelenmiş olduğu tez çalışmasında yaş arttıkça ASÖ toplam puanı ve stres/rahatsızlık algısı alt boyut puanında düşme bulunmuş olup Tokmak ve ark. tarafından iş koşullarının sağlık çalışanlarında yol açtığı stres üzerine yapılmış olan bir başka çalışmada da yaş arttıkça yaşanan stresin daha az olduğunu tespit edilmiştir.[135,136] Çalışmamızın bulgularında olduğu gibi yaşla birlikte psikososyal risk faktörlerindeki bu azalmanın nedeni tam olarak bilinmese de, çok etkenli olması muhtemeldir. Yaşla birlikte duyguların daha kolay kontrol edilebilmesi, olaylara verilen duygusal yanıtlarda azalma ve stresli yaşam deneyimlerine karşı bağışıklık kazanmanın algılan stres düzeyinde artma riskini azalttığı şeklinde yorumlanmıştır.

Çalışmamızda hekimlik sürelerine göre algılanan stres düzeylerinde anlamlı farklılık olmadığı tespit edilmiştir. Tomruk ve ark. tarafından akademisyenler üzerinde yapılmış bir çalışmada meslekte 1-5 yıl arası kıdeme sahip olanların ve Elbay tarafından COVID 19 döneminde

hekimlerin stres, depresyon ve anksiyete düzeylerini saptamak amacıyla yapılmış olan bir başka çalışmada ise daha az iş deneyimine sahip olanların daha yüksek düzeyde stres yaşadıkları bulunmuştur.[137] Literatürde çalışmamızın bulguları ile uyumlu olarak Morais'ın Portekiz'de anestezi ve reanimasyon bölümünde çalışan hekimlerde gerçekleştirdiği çalışmada ve Özyıldırım'ın hekimlerde yaşam kalitesi ve algılanan stres düzeyinin incelemiş olduğu tez çalışmasında meslekte çalışma süreleri ve algılanan stres durumu arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır.[138,139] Çalışmamızın bulguları hekimlerin yaş artışı ve hekimlik deneyiminin fazla olması ile stres etmenleriyle baş etmenin kolaylaşacağını düşündürse de algılanan stres düzeyini yalnızca iş hayatı etkilememektedir. Çalışmamızın sonucunun örneklem grubumuzdaki hekimlerin sosyal hayat stresörleri ve mesleki stresörlerindeki farklılıklar sebebiyle algılanan stres düzeyini mesleki yıla göre değerlendirmenin tek başına yeterli olamamasından kaynaklandığı şeklinde yorumlanmıştır.

Çalışmamızda hekimlerin medeni durum, çocuk sahibi olmak ile algılanan stres durumu arasındaki ilişki incelendiğinde ASO toplam, yetersiz özyeterlilik ve stres/rahatsızlık altölçek puanları açısından anlamlı farklılık saptanmamıştır. Özyıldırım'ın hekimlerde yapmış olduğu çalışmada bekarların evlilere göre stres algılarının daha yüksek olduğu bulunmuşken tam tersi olarak Tomruk ve ark. tarafından akademisyenler üzerinde yapılmış olan çalışmada da evli olanların daha yüksek düzeyde stres yaşadıkları tespit edilmiştir.[137,139] Gündoğdu ve ark. tarafından birinci basamakta çalışan hekimlerin stres algısı ve yaşam kalitesinin incelendiği çalışmada bulgularımızla uyumlu olarak medeni durum ve çocuk sahibi olmanın algılanan stres düzeyi üzerinde anlamlı farklılığa sebep olmadığı bulunmuştur.[134] Çalışmamızda anlamlı bir farkın olmamasının sebebi, evli ve bekar olmanın, çocuk sahibi olmanın kendi içlerinde hem olumlu hem olumsuz özelliklere sahip olmasından kaynaklı olduğu şeklinde yorumlanmıştır. Örneğin, evlilik iş ve aile yaşamındaki yükleri beraber barındırırken, eşten ve çocuktan gelen destekten kaynaklı olumlu bir tarafının da olması; diğer taraftan bekar kişilerde evliliğin ve çocuk sahibi olmanın beraberinde getirdiği sorumluluklardan bahsedilemezken, eşten gelen destekten de bahsedilememektedir.

Çalışmamızda cerrahi branşlarda ASO toplam skoru ve stres/rahatsızlık alt boyut puanlarının daha yüksek olduğu yani algılamış oldukları stres düzeyinin fazla olduğu tespit edilmiştir. Çalışmamızın aksine Özyıldırım'ın hekimlerde yapmış olduğu çalışmada branş ve algılanan stres durumu arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır.[140] Bulgularımız branşların stres etmenleri açısından bazı farklılıklar gösteriyor olmaları, özellikle dahili ve cerrahi branşlarda hasta teması ve beklentisinin daha ön planda olması yine cerrahi branşlarda çalışma saati ve nöbet düzensizlikleri, mobbing gibi etmenlerin daha ön planda olabileceğini düşündürmüştür bunun da cerrahi branş hekimlerimizde algılanmış olan stresin anlamlı düzeyde yüksek çıkmasına ortam hazırladığı şeklinde yorumlanmıştır.

Çalışmamızda nöbet tutan ve nöbet sayısı daha fazla olan hekimlerin stres algılarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Tel ve ark. hekimlerle yaptıkları çalışmada nöbet usulü çalışmanın strese neden olduğunu bildirmişlerdir.[141] Özyıldırım'ın hekimlerde yapmış olduğu çalışmada çalışmamızın bulgularına benzer olarak nöbet tutan hekimlerin tutmayanlara göre algılanan stres puanlarının yüksek olduğu saptanmıştır. Yine aynı çalışmada nöbet sayısı 6 ve üzeri olan hekimlerin 1-5 nöbet tutan hekimlere göre algılanan stres düzeyi puanı yüksek bulunmuştur.[140] Nöbette sağlık çalışanının diğer meslektaşlarından ayrı tek başına kaldığı ve hastanın tüm sorumluluğunu tek başına üstlendiği bu durumun bireyde yalnızlık, çaresizlik duygularına ve yoğun strese yol açtığı belirtilmektedir. Bu durumun çalışmamızdaki bulguların ortaya çıkmasında etkisinin olmuş olabileceği düşünülmektedir.[142]

Çalışmamızda çalışma hayatının bir bölümünde hekimliği bırakmayı düşünenlerde toplam ASO skoru ve stres/rahatsızlık skoru daha yüksek bulunmuştur. Williams vd. (2001) doktorlarla yaptığı çalışmada, algılanan stresin iş memnuniyetiyle güçlü bir şekilde bağlantılı olduğunu göstermiştir.[143] Koçyiğit ve ark. tarafından hekimlerde tükenmişlik ve algılanan stres düzeyinin incelenmiş olduğu tez çalışmasında hekimlerin mesleğinden memnun olmaları sorgulanmış ve mesleğinde memnun olmayanların algılanan stres, stres/rahatsızlık altboyut puanları yüksek

saptanmıştır.[136] Bu durum işinden memnuniyeti düşük hekimlerin olumsuz olaylara karşı tahammül sınırının azalması, kendisini bulunduğu yere ait hissetmemesi söz konusu olması stres etmenlerine karşı daha savunmasız hale getirmiş olabileceği şeklinde yorumlanmıştır.

Çalışmamızda hekimlerde alkol ve sigara tüketimi ve algılanan stres durumu arasındaki ilişki incelendiğinde anlamlı farklılık göstermediği saptanmıştır. Özyıldırım'ın hekimlerde yaşam kalitesi ve algılanan stres düzeyinin incelemiş olduğu tez çalışması ile Dağtekin ve ark. tıp fakültesi öğrencileri üzerinde yapmış oldukları çalışmada sigara içen ve içmeyenler arasında stres düzeyleri açısından anlamlı farklılık bulunmamıştır.[140][144]

Çalışmamızda hızlı yemek yiyenlerin toplam ASO skoru ve yetersiz öz yeterlik skorunun normal hızda yediğini belirtenlere göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Yapılan bir çalışmada yeme bozukluğu riskinin gelişmesi ile kronik stres arasında güçlü bir ilişki olduğu vurgulanmıştır.[145] Literatür incelendiğinde daha çok sağlıklı ve sağlıksız gıda tüketimi ile stres arasındaki ilişkinin incelendiği görülmüş olup yemek yeme hızı ile ilişkinin incelendiği çalışmaya rastlanmamıştır.

Çalışmamızda cinsiyet ve algılanan stres düzeyi arasındaki ilişki incelendiğinde kadın ve erkek hekimler arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır. Özen ve ark. Zonguldak ilinde görev yapan sağlık çalışanlarının stresten etkilenme durumunun cinsiyete göre dağılımını incelediği çalışmada; kadın hemşirelerin erkeklere nazaran çok daha fazla stres yaşadıkları bulmuştur.[146] Yabancı literatür incelendiğinde Algılanan Stres Ölçeği kullanılarak yapılan çalışmalardan biri, Duffrin'in (2012) ABD'de çalışan aile hekimlerinde gerçekleştirdiği çalışmasıdır. Bu çalışmanın sonucunda erkeklerin stres puanı kadın hekimlerden anlamlı olarak yüksek olduğu saptanmıştır.[147] Tokmak ve ark. tarafından iş koşullarının sağlık çalışanları üzerinde yol açtığı stres üzerine yapılmış çalışmada ve Portekiz'de anesteziistlerle yapılan bir başka çalışmada bulgularımızla uyumlu olarak algılanan stres düzeyi açısından cinsiyetler arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır.[138][135]

Çalışmamıza katılan hekimlerde kronik hastalık olan ve olmayanlarda ve algılanan stres ölçeği puanları açısından anlamlı farklılık saptanmamıştır. Çalışkan ve ark. tarafından üniversite öğrencileri üzerinde yapılmış çalışmada hekim tanıli bir hastalığı olanlarda ve düzenli ilaç kullanımını olan bireylerde algılanan stres düzeyi daha yüksek saptanmış olup bu durum kronik hastalıkların getirdiği düzenli ilaç kullanma zorunluluğu bireylerde algılanan stres düzeyinin artmasına neden olduğu şeklinde yorumlanmıştır.[148] Özyıldırım'ın yapmış olduğu çalışmada hekimlerde kronik hastalık bulunması ve algılanan stres durumu arasındaki ilişki incelendiğinde çalışmamızda olduğu gibi anlamlı farklılık saptanmamıştır.[140]

Çalışmamızda hayatının bir bölümünde psikiyatrik destek alan ve almayan hekimler arasında algılanan stres durumu açısından anlamlı fark bulunmamıştır. Çalışmamızda olduğu gibi Koçyiğit ve ark. tarafından hekimlerde tükenmişlik ve algılanan stres düzeyinin incelenmiş olduğu tez çalışmasında hayatının bir bölümünde psikiyatrik destek almış katılımcıların Algılanan Stres ve altboyut toplam puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.[136]

Çalışmamızda COVID-19 geçiren hekimlerin algılamış oldukları stres düzeyinin yüksek olduğu tespit edilmiştir. COVID-19 hastalarına primer olarak hizmet verdiğini belirten hekimlerde de toplam ASO skoru ve stres/rahatsızlık algısı yüksek bulunmuştur. Orhan ve ark. tarafından pandemi döneminde sağlık çalışanlarının stres düzeyinin incelendiği çalışmada COVID-19 hasta teması öyküsü olan ve olmayan sağlık çalışanı ile algılanan stres düzeyi arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır.[149] Aloglu ve ark. tarafından pandemi döneminde sağlık çalışanları üzerinde yapılmış çalışmada ise çalışmamızda olduğu gibi pandemi kliniğinde çalışan sağlık personelin COVID-19 tanıli hastalarla dolaylı ilişkili olan ve bu hastalarla hiç ilişkili olmayan birimlerde çalışanlara göre stres algılarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.[150] Bu durumun oluşmasında COVID-19'un sağlık üzerine etkileri konusunda halen belirsizliklerin olması

ve çalışma hayatına getirmiş olduğu ekstra yükün hekimlerde algılanan stres düzeyinde artışa sebep olduğu şeklinde yorumlanmıştır.

Çalışmamızda Algılanan stres ölçeği alt boyutları ve Tükenmişlik ölçeği alt boyutları arasındaki ilişki incelendiğinde, algılanan stres ve tükenmişlik arasında pozitif yönde yüksek düzeyde ilişkinin bulunduğu belirlenmiştir. Stres, tansiyon, sindirim problemleri, yorgunluk, terleme, baş ağrısı, nefes darlığı, uykusuzluk, gerginlik, endişe ve yetersizlik duygusu gibi birçok olumsuz durumun ortaya çıkmasına sebebiyet verebilmektedir.[151] Tükenmişliğin ise, yorgunluk, bitkinlik, enerji azlığı, yeme bozuklukları, baş ve mide ağrıları, engellenmişlik hissi, yetersizlik korkusu ve kaygı gibi durumlara sebep olduğu bilinmektedir.[152] Bu bulgular, stresin sebep olduğu belirtilen olumsuz durumların bireyin yorgun, bitmiş ve tükenmiş hissetmesi ve tükenmişlik yaşayan bireylerin ise bu durumun sonuçları ile ilgili stres yaşayabileceğini düşündürmektedir. Lebares ve ark. ABD de cerrahi asistanlarında, Urgancı ve ark. tarafından 112 çalışanlarında yapmış oldukları çalışmada ve Ayan ve ark. öğrenciler üzerindeki çalışmasında çalışmamıza benzer sonuçlara ulaşılmıştır.[153-155] Yapılan çalışmada elde edilen bulgular hem hekimler hem de farklı örneklem gruplarında algılanan stres arttıkça tükenmişliğin, tükenmişlik arttıkça algılanan stresin arttığı sonucunu ortaya çıkarmıştır. Artmış stres algısının zamanla kişide yorgunluk, isteksizlik gibi birçok durum oluşturarak kronik bir süreç sonucunda ortaya çıkan tükenmişliğin oluşmasında etkili olabileceği düşünülmüştür. Tabiki bu ilişkiyi tam tersinde de düşünmek gerekir tükenmişlik düzeyi yüksek olan bireylerin daha savunmasız ve kırılgan olmaları nedeniyle de çevrelerindeki stres etmenlerine karşı daha duyarlı hale gelebilmektedirler.

Çalışmaya katılan hekimlerin 96 sı (%55) son üç ay içerisinde en az bir Gİ semptom yaşadığını belirtmiştir. Bunların arasında 59 (%33,5) hekim üçten fazla Gİ semptom bildirmiştir. Yunanistan'da yetişkinlerde son 6 ayda en az bir kez Gİ semptom görülme sıklığının %55.0 ve İsviçre'de sağlıklı öğrencilerde fonksiyonel Gİ semptom görülme sıklığının ise %64.2 olduğu ifade edilmektedir.[18, 156, 157] Drossman ve ark. tarafından yapılan çalışmada nüfusa dayalı bir ankette Gİ semptomlarının prevalansı 5.430

ABD'li hane halkında %69 olarak bulunmuştur.[158] Norton ve ark. tarafından 127 Kanadalı üniversite öğrencisi üzerinde yapılmış çalışmada GI semptomlarının prevalansı %51.2 ve Suarez ve ark tarafından İsviçre'deki 668 üniversite öğrencisi üzerinde yapılmış çalışmada fonksiyonel gastroinestinal semptom tarifleyenlerin prevalansı % 64, olarak bulunmuştur.[159][157]

Çalışma grubumuz GI semptomlarının alt kategorilerine göre değerlendirildiğinde 86 (%49) hekim özofagus semptomlarından,83 (%48) hekim üst dismotilite semptomlarından(erken tokluk hissi, yemek sonrası şişkinlik, karın şişkinliği, bulantı, kusma), 71(%40,3) hekim bağırsak semptomlarından (ishal/kabızlık)en azbir adedini yaşadıklarını belirtmişlerdir.(Tablo12) Literatürde bu konuda yapılan çalışmalar incelendiğinde farklı örneklem gruplarında ve sınırlı sayıda olduğu görülmüştür. Lee ve ark. tarafından koredeki hemşirelik öğrencilerinde algılanan stres ve gastrointestinal semptomlar adlı Kesitsel bir araştırmada Hemşirelik öğrencilerinin toplam 431'i (%65) birden fazla GI semptomu bildirmiş olup bunların arasında da 206 (%31) öğrenci üçten fazla GI semptomu bildirmiştir. Spesifik olarak, 311 (%45.7) öğrenci bağırsak semptomları (ishal/kabızlık), 292 (%39.1) öğrenci üst dismotilite semptomları (yemek sonrası dolgunluk, şişkinlik, abdominal semptomlar) ve 85 (%12.0) öğrenci özofagus semptomları bildirmiştir.[18] Bulgularımızda literatürden farklı oranlara ulaşmamızın nedeni örneklem gruplarındaki yaş farklılığından kaynaklanmış olabileceği düşünülmüştür.

Çalışmamızda semptomu olduğunu belirten hekimlerde en sık görülen semptomların sırasıyla mide ekşimesi %48.9, yemek sonrası şişkinlik %43.2, ishal/kabızlık%39.8, karın şişliği %37.5 olduğu tespit edilmiştir. Mussel ve ark ABD de birinci basamak sağlık kuruluşuna başvuran2091 hasta üzerinde anskiyete ve depresyon ile GI semptomlarının arasındaki ilişkinin incelenmiş olduğu çalışmada, hastaların çoğunun bir önceki ayda en az bir GI semptomuy yaşadığını, en sık üçünün bulantı, kabızlık ve karın ağrısı olduğunu belirtmişlerdir.[160] Özdenk ve ark. tarafından formasyon öğrencilerinde algılanan stres ile GI semptom arasındaki ilişkinin incelendiği kesitsel çalışmada öğrenciler en fazla %68.7 ile karın ağrısı,

özofagus semptomlarından %12.6 ile mide ekşimesi, üst dismotilite semptomlarından %20.1 ile yemek sonrası şişkinlik ve bağırsak semptomlarından %8.6 ile ishal/kabızlık sorunu yaşadıklarını belirtmişlerdir.[161]

Çalışmamızda 41 yaş üzerindeki hekimlerin daha az semptom gösterdikleri saptanmıştır. Literatürde çalışmamızın tersi olarak Babaoğlu ve ark tarafından öğrenciler üzerinde algılanan stres ile gastrointestinal semptom arasındaki ilişkinin incelendiği çalışmada 19 ve altı yaş grubunun Gİ semptomgörülme oranı, diğer yaş gruplarına göre daha düşük bulunmuştur.[78]

Çalışmamızda cinsiyet, medeni durum, çocuk sahibi olma ile gastrointestinal semptoma sahip olma oranı arasındaki ilişki incelendiğinde anlamlı farklılık saptanmamıştır. Çalışmamızın aksine Balmus ve ark. tarafından kolej öğrencileri üzerinde stres anketi ve Gİ semptom anketi kullanılarak yapılan çalışmada kadınlarda algılanan stres düzeyinin ve gastrointestinal semptom görülme sıklığı daha yüksek olduğu saptanmıştır.[162] Suarez ve ark.'larının çalışmasında kadınlarda, kronik stresi olanlarda, iş yükü fazla olanlarda, işinden memnun olmayanlarda, sosyal aşırı yükü fazla olanlarda, ve artmış stres tepkisi olan kişilerde fonksiyonel Gİ hastalık görülme sıklığının yüksek olduğu belirtilmiştir.[157] Lee ve ark. tarafından 'koredeki hemşirelik öğrencilerinde algılanan stres ve gastrointestinal semptomlar adlı kesitsel bir araştırmada cinsiyet ile Gİ semptom varlığı arasındaki ilişki incelendiğinde çalışmamızın bulguları ile uyumlu olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır.[18]

Çalışmamızda cerrahi branşta olmak, nöbet tutmak ve nöbet sayısının fazla olan hekimlerin gastrointestinal semptoma sahip olma açısından daha çok risk altında oldukları tespit edilmiştir. Literatürde bu konuda yapılmış çalışmaya rastlanmamakla birlikte çalışmamızın bulguları algılanan stres düzeyi yüksek grup olmalarının dolaylı olarak gastrointestinal semptom varlığı oranı üzerinede etkili olmuş olabileceğini düşündürmüştür.

Çalışmamızda kronik hastalık varlığı ve ilaç kullanımı ile gastrointestinal semptom arlığı arasındaki ilişki incelendiğinde anlamlı farklılık saptanmamıştır.

Çalışmamızda alkol kullanan hekimlerde gastrointestinal semptomu olma oranının daha yüksek olduğu saptanırken sigara kullanımı açısından anlamlı farklılık saptanmamıştır. Lee ve ark tarafından 'Kore'deki hemşirelik öğrencilerinde algılanan stres ve gastrointestinal semptomlar: Kesitsel bir araştırmada sigara ve alkol kullanımı ile Gİ semptom varlığı arasındaki ilişki incelendiğinde gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır.[18]

Çalışmamızda COVID-19 geçirme durumu ile Gİ semptom varlığı arasındaki ilişki incelendiğinde COVID-19 geçiren hekimlerde Gİ semptom varlığı oranı anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur.

Çalışmamızda gastrointestinal semptomu olmadığını belirten hekimlerde ASO toplam puan alt ölçek puanlarının ve tükenmişlik alt ölçek puanlarının anlamlı düzeyde daha düşük olduğu saptanmıştır Bu bize hekimlerdeki yüksek tükenmişlik ve stres durumunun Gİ semptomuna sahip olma açısından risk faktörü olabileceği sonucuna ulaştırmıştır. Bu konu üzerine literatür incelendiğinde tükenmişlik ve Gİ semptom varlığı arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmaya rastlanmamakla birlikte stres ile olan ilişkisi üzerinden farklı örneklem gruplarında ve kısıtlı sayıda çalışmaya ulaşılabilmektedir. Çam ve ark. tarafından hemşirelik öğrencilerinde algılanan stres ve gastrointestinal semptomlar arasındaki ilişkinin incelendiği çalışmada algılanan stres düzeyi yüksek çıkan öğrencilerde, Gİ semptomlardan şikâyetler anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur.[163] Avrupada yapılmış bir çalışmada, GI semptomlarının artan algılanan kronik stres düzeyleri ve uyumsuz başa çıkma stratejilerinin kullanımı ile önemli ölçüde ilişkili olduğu bulunmuştur.[157] Armata ve ark. 134 üniversite öğrencisinde yapılmış çalışmada sindirim bozukluğu tanısı olan veya tekrarlayan semptom tarifleyen grup ile kontrol grubu karşılaştırıldığında sindirim sistemi semptomu tarifleyen grupta stres algısının daha fazla olduğunu saptamıştır.[79] Balmus ve ark tarafından kolej öğrencileri üzerinde stres anketi ve Gİ semptom anketi kullanılarak yapılan çalışmada

stres grubu ve kontrol grubu gastroinetstinal semptom varlığı açısından karşılaştırıldığında algılanan stres düzeyi daha yüksek olan stres grubunda daha fazla Gİ semptom bulunduğu bildirilmiştir.[162]Literatürdeki çalışmalarda farklı yöntem ve örneklem grupları kullanılmış olmasına rağmen çalışmamızda da yapılan çalışmalarla uyumlu olarak hekimlerde algılanan stres ve Gİ semptomlar arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Bu durumun yoğun ve zorlu çalışma şartları, hastalar tarafından yüklenen yüksek beklentiler gibi bir çok faktöre maruz kalmakta olan hekimlerde stres yüküne sebep olması sonucu oluşan stres yükünün homeostazı etkileyerek hekimlerde daha sık Gİ semptom oluşmasına sebep olmuş olabileceği şeklinde yorumlanmıştır. Ancak günümüzdeki bilgilerde İBS gibi fonksiyonel bağırsak hastalıklarında semptomların sıklığının psikiyatrik rahatsızlıklar ile ilişkilendirilmiş olduğu sağlıklı bireylerde ise yeterli çalışma olmaması ve Gİ semptomların oluşumunun çok etmenli olması nedeniyle ilişkinin tam netleştirilemediği görülmektedir.

5.2.ÇALIŞMANIN KISITLILIKLARI

Çalışmamızın kısıtlılıklarından biri evrenin tamamına ulaşamamış olmamızdır. Aktif olarak çalışan hekimlerin yoğunluk ve izinler nedeniyle 176'sına ulaşılabilmiştir. Ayrıca Maslach Tükenmişlik Ölçeğinin ve Algılanan Stres Ölçeğinin orijinal formatında olan kesme değerlerinin Türkçe uyarlamada olmaması nedeni kıyas zorluğu olmuştur. Çalışmamız için bir diğer kısıtlılık da sadece T.C. Sağlık Bakanlığı Göztepe Prof. Dr. Süleyman YALÇIN Şehir Hastanesi çalışan hekimler dâhil edilmiştir. Elde edilen bulguların diğer sağlık personelleri ve örnek olarak alınan üniversite hastanesi dışındaki sağlık birimlerinde çalışmakta olan hekimler için genellenmesi olanaklı değildir. Anket yanıtlarının subjektif veriler veriyor olması diğer bir kısıtlılıktır. Sosyodemografik ve gastrointestinal semptom verilerinin tükenmişlik ve stres ile ilişkisini daha net ortaya koymak için daha büyük katılımlı çalışmalara ihtiyaç vardır.

5.3 SONUÇ ve ÖNERİLER

Hekimlerde tükenmişlik ve stres düzeylerinin gastrointestinal semptomlarla ilişkisinin saptanmasının hekimlere farkındalık kazandırma ve stres

yönetiminin önemini anlama açısından değerli olduğunu düşünüyoruz. Çalışmamızda hekimlerde tükenmişlik ve algılanan stres düzeylerinin özellikle cerrahi branşta çalışan hekimlerde ve ayda 6'dan fazla nöbet tutanlarda anlamlı şekilde fazla olduğu, algılanan stres ve tükenmişlik durumlarının birbirleri ile pozitif korelasyon gösterdiği ve aynı zamanda her iki durumun gastrointestinal semptomlar üzerinde arttırıcı rol oynadığı saptandı. Ancak çalışmamızın bir çok kısıtlılık faktörü olduğundan bunu net olarak ifade etmenin mümkün olmadığı kanaatindeyiz. Hayat konforu üzerinde hem fiziksel hemde psikolojik sağlığın önemi göz önünde bulundurulduğunda birbirleri ile olan etkileşimlerinin ortaya konması amacıyla daha geniş örneklem gruplarında çalışmalara ihtiyaç olduğu düşünüldü.

Hekimlerde gastrointestinal semptomlar varlığında etyoloji saptama evresinde malignite düşündürecek alarm semptomu yok ise gastrointestinal semptom nedenleri içerisinde tükenmişlik ve stres etkenlerinin de göz önünde bulundurulmasının uygun olduğunu düşünmekteyiz.

Kaynaklar

1. Selye, H., *The stress of life*. 1956.
2. ÖZTEMİZ, A.B., *Örgütlerde stresin verimlilik ve performansla etkileşimi*. Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 2005. **14**(1): p. 271-288.
3. Derya, K., *Eğitim-öğretim yaşantısında stres yaratan faktörler ve aile özelliklerine göre öğrencilerin stresle başa çıkma davranışlarının incelenmesi*. Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 2009(22): p. 255-263.
4. Maslach, C., *Job burnout: New directions in research and intervention*. Current directions in psychological science, 2003. **12**(5): p. 189-192.
5. Freudenberger, H.J., *Staff burn-out*. Journal of social issues, 1974. **30**(1): p. 159-165.
6. Wallace, J.E., J.B. Lemaire, and W.A. Ghali, *Physician wellness: a missing quality indicator*. The Lancet, 2009. **374**(9702): p. 1714-1721.
7. Brooks, S.K., C. Gerada, and T. Chalder, *Review of literature on the mental health of doctors: are specialist services needed?* Journal of Mental Health, 2011. **20**(2): p. 146-156.
8. Stellman, J.M., *Encyclopaedia of occupational health and safety*. Vol. 1. 1998: International Labour Organization.
9. Bilir, N. and Y. AN, *Sağlık personelinin mesleki riskleri*. İş Sağlığı ve Güvenliği. Üçüncü baskı, Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları, 2014.
10. Schaufeli, W.B., et al., *Burnout and engagement in university students: A cross-national study*. Journal of cross-cultural psychology, 2002. **33**(5): p. 464-481.
11. Kimo Takayesu, J., et al., *Factors associated with burnout during emergency medicine residency*. Academic Emergency Medicine, 2014. **21**(9): p. 1031-1035.
12. Tarnowski, M. and M.S. Carlotto, *Burnout Syndrome in students of psychology*. Temas em Psicologia, 2007. **15**(2): p. 173-180.
13. Duffy, J.C. and E.M. Litin, *Psychiatric morbidity of physicians*. JAMA, 1964. **189**(13): p. 989-992.
14. Lowry, S., *Dr Kildare let me down*. British medical journal (Clinical research ed.), 1988. **296**(6638): p. 1686.
15. Baltaş, Z., *Stres ve sağlık*. Sağlık Psikolojisi Halk Sağlığında Davranış Bilimleri. İstanbul, Remzi Kitabevi, 2000: p. 133-170.
16. Konturek, P.C., T. Brzozowski, and S. Konturek, *Stress and the gut: pathophysiology, clinical consequences, diagnostic approach and treatment options*. J Physiol Pharmacol, 2011. **62**(6): p. 591-599.
17. Rentz, A.M., et al., *Symptom and health-related quality-of-life measures for use in selected gastrointestinal disease studies*. Pharmacoeconomics, 2001. **19**(4): p. 349-363.
18. Lee, E.Y., et al., *Perceived stress and gastrointestinal symptoms in nursing students in Korea: A cross-sectional survey*. BMC nursing, 2011. **10**(1): p. 1-8.
19. Suran, B.G. and E.P. Sheridan, *Management of burnout: Training psychologists in professional life span perspectives*. Professional Psychology: Research and Practice, 1985. **16**(6): p. 741.
20. ÇALIŞKAN, S., et al., *Uzman Dış Hekimlerinin Tükenmişlik Düzeyleri*. Selcuk Dental Journal. **8**(1): p. 179-185.

21. Maslach, C. and S.E. Jackson, *The measurement of experienced burnout*. Journal of organizational behavior, 1981. **2**(2): p. 99-113.
22. Maslach, C. and M.P. Leiter, *The truth about burnout: How organizations cause personal stress and what to do about it*. 2008: John Wiley & Sons.
23. Um, M.-Y. and D.F. Harrison, *Role stressors, burnout, mediators, and job satisfaction: A stress-strain-outcome model and an empirical test*. Social Work Research, 1998. **22**(2): p. 100-115.
24. Perlman, B. and E.A. Hartman, *Burnout: Summary and future research*. Human relations, 1982. **35**(4): p. 283-305.
25. Sürgevil, O., *Çalışma hayatında tükenmişlik sendromu: Tükenmişlikle mücadele teknikleri*. 2006: Nobel Yayın.
26. Edelwich, J. and A. Brodsky, *Burn-out: Stages of disillusionment in the helping professions*. Vol. 1. 1980: Human Sciences Press New York.
27. Ergin, C., *Doktor ve hemşirelerde tükenmişlik ve Maslach tükenmişlik ölçeğinin uyarlanması*. VII. Ulusal Psikoloji Kongresi, 22th September 1992 Ankara (Turkey), 1992.
28. Kaçmaz, N., *Tükenmişlik (burnout) sendromu*. Journal of Istanbul Faculty of Medicine, 2005. **68**(1): p. 29-32.
29. KILIÇ, İ.I., *Turizm alanyazınında tükenmişliğin öncülleri ardılları ve model önerileri*. Tourism and Recreation, 2020. **2**(2): p. 118-124.
30. GÜNDÜZ, B., B. Çapri, and Z. Gökçakan, *Üniversite öğrencilerinin tükenmişlik düzeylerinin incelenmesi*. Dicle Üniversitesi Ziya Gökalp Eğitim Fakültesi Dergisi, 2012(19): p. 38-55.
31. Maslach, C., W.B. Schaufeli, and M.P. Leiter, *Job burnout*. Annual review of psychology, 2001. **52**(1): p. 397-422.
32. TÜRKÇAPAR, Ü., *Beden eğitimi öğretmenlerinin farklı değişkenlere göre tükenmişlik düzeylerinin incelenmesi*. Türkiye Sosyal Araştırmalar Dergisi, 2011. **153**(153).
33. Çam, O., *Tükenmişlik envanterinin geçerlik ve güvenilirliğinin araştırılması*. VII. Ulusal Psikoloji Kongresi Bilimsel Çalışmaları El Kitabı, 1992: p. 155-166.
34. Yücel, İ., *İş Tatmini İle Tükenmişlik Duygusu Arasındaki İlişki Ve Algılanan Örgütsel Desteğin Bu İlişki Üzerindeki Etkisi-Sağlık Sektöründe Bir Uygulama*. Akademik Bakış Dergisi, 2012. **33**: p. 1-20.
35. Duygun, T. and N. Sezgin, *Zihinsel Engelli ye Sağlıklı Çocuk Annelerinde Stres Belirtileri, Stresle Başa Çıkma Tarzları ve Algılanan Sosyal Desteğin Tükenmişlik Düzeyine Olan Etkisi*. Türk Psikoloji Dergisi, 2003.
36. Dolgun, U., *Tükenmişlik sendromu*. Örgütsel davranışta güncel konular, 2015: p. 287-308.
37. Torun, A., *Stres ve tükenmişlik*. Endüstri ve örgüt psikolojisi, 1997. **2**: p. 43-53.
38. Quick, J.C., et al., *Symposium Stress Management Skills for Strong Leadership: Is It Worth Dying For?* JBS, 2006. **88**(1): p. 217-225.
39. Demirel, Y. and Z. Seçkin, *Tükenmişlik ve üretkenlik karşıtı davranışlar arasındaki ilişkinin kavramsal boyutu*. Tisk Akademi, 2009. **4**(8): p. 144-165.
40. Baltaş, A. and Z. Baltaş, *Stres ve Başa Çıkma Yolları*. 20. Baskı, İstanbul: Remzi Kitapevi, 2000.
41. İştar, E., *Stres ve verimlilik ilişkisi*. Akademik Bakış Dergisi, 2012. **33**: p. 1-21.
42. Okutan, M. and D. Tengilimoğlu, *İş ortamında stres ve stresle başa çıkma yöntemleri: bir alan uygulaması*. Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 2002. **4**(3): p. 15-42.
43. Bozkurt, T., et al., *Stres*. İstanbul: İstanbul Kültür Üniversitesi Yayınları, 2010.

44. Ergun, G., *Sağlık işletmelerinde örgütsel stresin işgücü performansı ile etkileşiminin incelenmesi*. 2008, DEÜ Sosyal Bilimleri Enstitüsü.
45. ÇELİK, M. and T. Muhammet, *STRES VE MOTİVASYON İLİŞKİSİ: KADIN SAĞLIK ÇALIŞANLARI ÖRNEĞİ*. Al Farabi Uluslararası Sosyal Bilimler Dergisi. **6**(1): p. 43-61.
46. Silah, M., *Çalışma psikolojisi*. 2001: Selim Kitabevi.
47. Aksoy, A. *Çalışma hayatında stres kaynakları, stres belirtileri ve stres sonuçlarının incelenmesi üzerine bir araştırma*. in *Journal of Social Policy Conferences*. 2005.
48. Kara, D. and H. Koç, *Öğretim elemanlarının stresle başa çıkma davranışlarının bazı değişkenlere göre belirlenmesi*. İşletme Araştırmaları Dergisi, 2009. **1**(2): p. 35-50.
49. Pines, A.M. and G. Keinan, *Stress and burnout: The significant difference*. Personality and individual differences, 2005. **39**(3): p. 625-635.
50. Helvacı, I. and M. Turhan, *Tükenmişlik düzeylerinin incelenmesi: Silifke’de görev yapan sağlık çalışanları üzerinde bir araştırma*. İşletme ve İktisat Çalışmaları Dergisi, 2013. **1**(4): p. 58-68.
51. Nur, D., *Kamu hastanelerinde çalışan sağlık personelinde iş doyumu ve stres ilişkisi*. Klinik Psikiyatri, 2011. **14**(4): p. 230-240.
52. Richardsen, A.M. and R.J. Burke, *Occupational stress and job satisfaction among physicians: sex differences*. Social science & medicine, 1991. **33**(10): p. 1179-1187.
53. Aydın, İ. and İ.Y. Stres, *Pegem Akademi Yayınları, Ankara, 4*. 2016, Basım.
54. ÖNDER, Ö.R., et al., *ANKARA NUMUNE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİNDE ÇALIŞAN HEKİM VE HEMŞİRELERİN GEÇİRDİKLERİ İŞ KAZALARI VE MESLEK HASTALIKLARI YÖNÜNDEN DEĞERLENDİRİLMESİ*. Ankara Sağlık Hizmetleri Dergisi, 2011. **10**(1): p. 31-44.
55. Shanafelt, T.D., et al., *Burnout and satisfaction with work-life balance among US physicians relative to the general US population*. Archives of internal medicine, 2012. **172**(18): p. 1377-1385.
56. Clough, B.A., et al., *Psychosocial interventions for managing occupational stress and burnout among medical doctors: a systematic review*. Systematic reviews, 2017. **6**(1): p. 1-19.
57. Arigoni, F., P.A. Bovier, and A.-P. Sappino, *Trend of burnout among Swiss doctors*. Swiss Medical Weekly, 2010. **140**(3132).
58. McManus, I., et al., *Vocation and avocation: leisure activities correlate with professional engagement, but not burnout, in a cross-sectional survey of UK doctors*. BMC medicine, 2011. **9**(1): p. 1-18.
59. Balch, C.M., et al., *Personal consequences of malpractice lawsuits on American surgeons*. Journal of the American College of Surgeons, 2011. **213**(5): p. 657-667.
60. Shanafelt, T.D., et al., *Special report: suicidal ideation among American surgeons*. Archives of surgery, 2011. **146**(1): p. 54-62.
61. Firth-Cozens, J. and J. Greenhalgh, *Doctors' perceptions of the links between stress and lowered clinical care*. Social science & medicine, 1997. **44**(7): p. 1017-1022.
62. DEMİR, M., *Gastrointestinal Semptomlar*. 2019, İzmir: US Akademi. 213-236.
63. Kim BARRET, S.B., Scott BOITANO, Hedwen BROOKS, *Ganong's Review of Medical Physiology*. Gastrointestinal İşlevin ve Düzenlenmesinin Gözden Geçirilmesi, ed. S. GÜLTÜRK. 2015, İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi, s. 455-475.
64. Johanson, J. and J. Kralstein, *Chronic constipation: a survey of the patient perspective*. Alimentary pharmacology & therapeutics, 2007. **25**(5): p. 599-608.
65. EP Widmaier, H.R., KT Strang *Vander's Human Physiology: The Mecanisms of Body Function*, ed. T. Özgünen. 2014, Ankara: Güneş Tıp Kitabevi. 534-569.
66. HALL, J.E., *Guyton ve Hali Tıbbi Fizyoloji*, ed. B.Ç. YEĞEN. 2013, İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi. s.799-805.

67. Kaya, M. and H. Kaçmaz, *Roma IV kriterlerine göre fonksiyonel barsak hastalıklarının yeniden değerlendirilmesi*. Güncel Gastroenteroloji, 2016. **20**(4): p. 393-407.
68. FATMA AKÇA AY , N.S., *Klinik Beceriler, Sağlığın Değerlendirilmesi Hasta Bakım ve Takibi*. 2015, İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi. s.496-509.
69. Barrett, K.E., et al., *Ganong'un tıbbi fizyolojisi*. 2015: Nobel Tıp Kitabevleri.
70. Dobrucalı, A., *Gastroözofajial reflü hastalığı ve teşhis ve tedavide karşılaşılan sorunlar*. Sempozyum Dizisi, 2007. **58**: p. 9-30.
71. Doğan, İ., *Gastroözofajial reflü hastalığı: Epidemiyoloji ve klinik*. Güncel Gastroenteroloji, 2009: p. 77-80.
72. Karadeniz, G., *İç hastalıkları hemşireliğinde teoriden uygulamaya temel yaklaşımlar*. Ankara: Baran Ofset, 2008(s 141).
73. BÖREKÇİ, E., *SAĞLIK ÇALIŞANLARI ARASINDA SIK GÖRÜLEN GASTROİNTESTİNAL RAHATSIZLIKLAR The Frequent Gastrointestinal Disorders Between Health Workers*. Bozok Tıp Dergisi. **10**(1): p. 122-125.
74. Özden, A., *Roma IV-2016, Dispepsi Tedavisine Yaklaşım*. Güncel Gastroenteroloji, 2017. **21**(1): p. 19-24.
75. Drossman, D.A., *Do psychosocial factors define symptom severity and patient status in irritable bowel syndrome?* The American journal of medicine, 1999. **107**(5): p. 41-50.
76. McDonald-Haile, J., et al., *Relaxation training reduces symptom reports and acid exposure in patients with gastroesophageal reflux disease*. Gastroenterology, 1994. **107**(1): p. 61-69.
77. Mittal, R.K., et al., *The effects of psychological stress on the esophagogastric junction pressure and swallow-induced relaxation*. Gastroenterology, 1994. **106**(6): p. 1477-1484.
78. Babaoğlu, Ü.T. and S. Özdenk, *Algılanan Stres İle Gastrointestinal Semptom Arasındaki İlişkinin İncelenmesi: Tanımlayıcı Araştırma*. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 2017(3): p. 138-145.
79. Armata, P.M. and D.R. Baldwin, *Stress, Optimism, Resiliency, and Cortisol with Relation to Digestive Symptoms or Diagnosis*. Individual Differences Research, 2008. **6**(2).
80. Wilson, P.B., *The psychobiological etiology of gastrointestinal distress in sport: a review*. Journal of clinical gastroenterology, 2020. **54**(4): p. 297-304.
81. Bhatia, V. and R.K. Tandon, *Stress and the gastrointestinal tract*. Journal of gastroenterology and hepatology, 2005. **20**(3): p. 332-339.
82. Almy, T.P., *Historical perspectives of functional bowel disease*, in *Pathogenesis of functional bowel disease*. 1989, Springer. p. 1-11.
83. Welgan, P., H. Meshkinpour, and M. Beeler, *Effect of anger on colon motor and myoelectric activity in irritable bowel syndrome*. Gastroenterology, 1988. **94**(5): p. 1150-1156.
84. Beaumont, W. and W. Osler, *Experiments and Observations on the Gastric Juice and the Physiology of Digestion*. 1996: Courier Corporation.
85. Kesebir, S., et al., *Stress, anxiety and functional gastrointestinal disorders*. Arşiv Kaynak Tarama Dergisi; Cilt: 21 Sayı: 2, 2012.
86. Mayer, E.A., *The neurobiology of stress and gastrointestinal disease*. Gut, 2000. **47**(6): p. 861-869.
87. Mönnikes, H., et al., *Role of stress in functional gastrointestinal disorders*. Digestive Diseases, 2001. **19**(3): p. 201-211.

88. Jansson, C., et al., *Stressful psychosocial factors and symptoms of gastroesophageal reflux disease: a population-based study in Norway*. Scandinavian journal of gastroenterology, 2010. **45**(1): p. 21-29.
89. Cain, K.C., et al., *Gender differences in gastrointestinal, psychological, and somatic symptoms in irritable bowel syndrome*. Digestive diseases and sciences, 2009. **54**(7): p. 1542-1549.
90. Çam, O., *Tükenmişlik envanterinin geçerlik ve güvenilirliğinin araştırılması*. VII. Ulusal Psikoloji Kongresi Bilimsel Çalışmaları El Kitabı, 1992. **1992**: p. 155-156.
91. Cohen, S., T. Kamarck, and R. Mermelstein, *A global measure of perceived stress*. Journal of health and social behavior, 1983: p. 385-396.
92. Eskin, M., et al. *Algılanan stres ölçeğinin Türkçeye uyarlanması: güvenilirlik ve geçerlik analizi*. in *New/Yeni Symposium Journal*. 2013.
93. Yerlikaya, E. and B. İnanç, *Algılanan Stres Ölçeği'nin Türkçe çevirisinin psikometrik özellikleri*. IX. Ulusal Psikolojik Danışma ve Rehberlik Kongresi Özet Kitabı, 2007.
94. Bytzer, P., et al., *Low socioeconomic class is a risk factor for upper and lower gastrointestinal symptoms: a population based study in 15 000 Australian adults*. Gut, 2001. **49**(1): p. 66-72.
95. Geniş, B., B. Cosar, and M.E. Taner, *Sağlık çalışanlarında ruhsal durumu etkileyen faktörler ve vardiyalı çalışma sisteminin etkileri*. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi, 2020: p. 0-0.
96. Aslan, D., et al., *Türkiye'de tabip odalarına kayıtlı olan bir grup hekimde tükenmişlik sendromu ve etkileyen faktörler*. Ankara: Türk Tabipleri Birliği Yayınları, 2005: p. 65.
97. Marakoğlu, K., N. Çetin Kargın, and M. Armutlukuyu, *Tıp fakültesi araştırma görevlilerinde tükenmişlik sendromu ve ilişkili faktörlerin değerlendirilmesi*. Genel Tıp Dergisi, 2013. **23**(4).
98. ÇAN, E., et al., *Karadeniz teknik üniversitesi tıp fakültesindeki araştırma görevlisi hekimlerin tükenmişlik sendromu ile iş doyumu düzeyleri ve ilişkili faktörler*. Journal of Experimental and Clinical Medicine, 2006. **23**(1): p. 17-24.
99. Özkula, G. and E. Durukan, *Hekimlerde Tükenmişlik Sendromu: Sosyodemografik Özelliklerin Rolü*. Dusunen Adam, 2017. **30**(2): p. 136.
100. Shanafelt, T.D., et al., *Avoiding burnout: the personal health habits and wellness practices of US surgeons*. Annals of surgery, 2012. **255**(4): p. 625-633.
101. Soler, J.K., et al., *Burnout in European family doctors: the EGPRN study*. Family practice, 2008. **25**(4): p. 245-265.
102. Sünter, A.T., et al., *Pratisyen hekimlerde tükenmişlik, işe bağlı gerginlik ve iş doyumu düzeyleri*. Genel Tıp Dergisi, 2006. **16**(1): p. 9-14.
103. Babaoğlu, Ü.T., S. Cevizci, and M. Arslan, *İstanbul'da çalışan veteriner hekimlerin iş doyumu ve tükenmişlik düzeyleri*. Kafkas Univ Vet Fak Derg, 2012. **18**(4): p. 599-604.
104. Öztürk, G., et al., *HEKİMLERDE TÜKENMİŞLİK VE İŞ DOYUMU DÜZEYLERİ*. Anatolian Journal of Clinical Investigation, 2012. **6**(4).
105. Erol, A., A. Saricicek, and S. Gülseren, *Asistan hekimlerde tükenmişlik: İş doyumu ve depresyonla ilişkisi/Burnout in residents: association with job satisfaction and depression*. Anadolu psikiyatri dergisi, 2007. **8**(4): p. 241.
106. Ozyurt, A., O. Hayran, and H. Sur, *Predictors of burnout and job satisfaction among Turkish physicians*. Journal of the Association of Physicians, 2006. **99**(3): p. 161-169.
107. Moukarzel, A., et al., *Burnout syndrome among emergency department staff: prevalence and associated factors*. BioMed research international, 2019. **2019**.
108. Aktuğ, İ.Y., et al., *Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesinde çalışan hekimlerde tükenmişlik düzeyleri*. Osmangazi Tıp Dergisi, 2006. **28**(2): p. 91-101.

109. YAVUZYLMAZ, A., et al., *TRABZON İL MERKEZİNDEKİ SAĞLIK OCAKLARI ÇALIŞANLARINDA TÜKENMİŞLİK SENDROMU İLE İŞ DOYUMU DÜZEYLERİ VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER*. TAF Preventive Medicine Bulletin, 2007. **6**(1): p. 1.
110. Can, H., et al., *Cerrahi ve cerrahi dışı kliniklerdeki asistan hekimlerde tükenmişlik sendromu*. İzmir Tepecik Eğitim Hastanesi Dergisi, 2010. **20**(1): p. 33-40.
111. Dündar, C., E.N. Köksal, and Y. Peksen, *Tipta Uzmanlık Öğrencilerinde Tükenmişlik ve Etkileyen Faktörler: Kesitsel Bir Çalışma/Burnout and Factors Related in Medical Residents: A Cross-Sectional Survey*. Türkiye Klinikleri. Tıp Bilimleri Dergisi, 2017. **37**(1): p. 10.
112. Kosan, Z., E. Calikoglu, and A. Guraksin, *Levels of burnout and their associated factors among physicians working in Northeast Anatolia*. Nigerian journal of clinical practice, 2018. **21**(7): p. 875-881.
113. GÜNÜŞEN, N. and B. Üstün, *Türkiye'de ikinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hemşire ve hekimlerde tükenmişlik: Literatür incelemesi*. 2010.
114. Tekir, Ö., et al., *Sağlık Çalışanlarının Tükenmişlik, İş Doymu Düzeyleri Ve Yaşam Doymununun İncelenmesi*. Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 2016. **18**(2): p. 51-63.
115. Katı, S., *Bursa ili içerisinde acil serviste çalışmakta olan hekimlerin sosyodemografik özellikleri ve depresyon olasılığının saptanması*. 2018.
116. Üzer, F., *Devlet hastanesi çalışanlarının sigara kullanma alışkanlıklarına bakış*. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi, 2018. **22**(2): p. 92-99.
117. SÖNMEZ, C.I., D. AYHAN BAŞER, and H. Gülmez, *Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Asistan Doktorlarında Tükenmişlik Düzeyi ve İlişkili Faktörlerin Belirlenmesi*. Eurasian Journal of Family Medicine, 2018. **7**(3): p. 93-100.
118. YILDIZ, A., İ. ÇİÇEK, and M.E. ŞANLI, *Sağlık çalışanlarında tükenmişliğin belirleyicileri: sigara ve alkol kullanımına etkisinin incelenmesi*. Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 2018. **5**(3): p. 126-132.
119. Toral-Villanueva, R., G. Aguilar-Madrid, and C.A. Juárez-Pérez, *Burnout and patient care in junior doctors in Mexico City*. Occupational Medicine, 2009. **59**(1): p. 8-13.
120. Shanafelt, T.D., J.A. Sloan, and T.M. Habermann, *The well-being of physicians*. The American journal of medicine, 2003. **114**(6): p. 513-519.
121. Esquivel, M.K., *Nutrition Strategies for Reducing Risk of Burnout Among Physicians and Health Care Professionals*. American Journal of Lifestyle Medicine, 2021. **15**(2): p. 126-129.
122. Alexandrova-Karamanova, A., et al., *Burnout and health behaviors in health professionals from seven European countries*. International archives of occupational and environmental health, 2016. **89**(7): p. 1059-1075.
123. Talih, F., et al., *Examining burnout, depression, and attitudes regarding drug use among Lebanese medical students during the 4 years of medical school*. Academic Psychiatry, 2018. **42**(2): p. 288-296.
124. Kocabıyık, Z.O. and E. Çakıcı, *Sağlık çalışanlarında tükenmişlik ve iş doymu*. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 2008. **9**(3): p. 132-138.
125. Kaya, M., et al., *Birinci basamak sağlık çalışanlarının tükenmişlik durumları*. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 2007. **6**(5): p. 357-363.
126. Uzun, L.N. and A.S. Mayda, *Hemşirelerde Tükenmişlik Düzeyinin Çeşitli Değişkenlere Göre İncelenmesi: Bir Üniversite Hastanesi Örneği*. Konuralp Medical Journal, 2020. **12**(1): p. 137-143.
127. Tanrıverdi, E.Ç., et al., *The relation between the levels of burnout and job satisfaction of health personnel working in a maternity hospital and sociodemographic factors*. Medical Journal of Bakirkoy, 2017. **13**(1): p. 32-39.

128. Armutlukuyu, M., *Tıp Fakültelerinde çalışan öğretim üyeleri ve araştırma görevlilerinde tükenmişlik düzeylerinin değerlendirilmesi*. Uzmanlık Tezi, Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Konya, 2014.
129. Restauri, N. and A.D. Sheridan, *Burnout and posttraumatic stress disorder in the coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic: intersection, impact, and interventions*. Journal of the American College of Radiology, 2020. **17**(7): p. 921-926.
130. HOŞGÖR, D.G., et al., *COVID-19 PANDEMİSİ DÖNEMİNDE SAĞLIK ÇALIŞANLARINDA TÜKENMİŞLİK: İSTANBUL İLİ ÖRNEĞİ*. Avrasya Sosyal ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi. **8**(2): p. 372-386.
131. TÜRKİLİ, S., et al., *AİLE HEKİMLERİNDE KORONA VİRÜS SALGINI NEDENİYLE YAŞANILAN ZORLUKLAR, KAYGI VE TÜKENMİŞLİK DURUMLARININ İNCELENMESİ*. Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care. **15**(2): p. 348-356.
132. Barello, S., L. Palamenghi, and G. Graffigna, *Burnout and somatic symptoms among frontline healthcare professionals at the peak of the Italian COVID-19 pandemic*. Psychiatry research, 2020. **290**: p. 113129.
133. Müberra, K., et al., *COVID-19 salgınının dış hekimleri üzerinde yarattığı gelecek kaygısı ve stresin değerlendirilmesi*. Pamukkale Tıp Dergisi. **14**(1): p. 103-112.
134. P.GÜNDOĞDU, *Birinci Basamakta Çalışan Hekimlerin Stres Algısı ve Bu Algının Yaşam Kalitesi İle İlişkisi-Uzmanlık Tezi -Çukurova Üniversitesi 2012*.
135. Tokmak, C., Ç. Kaplan, and F. Türkmen, *İş koşullarının sağlık çalışanlarında yol açtığı stres üzerine Sivas' ta bir araştırma*. İşletme Araştırmaları Dergisi, 2011. **3**(1): p. 49-68.
136. KOÇYİĞİT, B., *ÖZEL VE DEVLET HASTANESİNDE ÇALIŞANDOKTORLARDA TÜKENMİŞLİK SENDROMU VE ALGILANAN STRES DÜZEYİ ARASINDAKİ İLİŞKİ-YÜKSEK LİSANS TEZİ-BEYKENT ÜNİVERSİTESİ 2019*.
137. Göksel, A. and Z. Tomruk, *AKADEMİSYENLERDE STRES KAYNAKLARI İLE STRESLE BAŞA ÇIKMADA VE STRES DURUMUNDA GÖSTERİLEN DAVRANIŞLARIN İLİŞKİSİ*. Türkiye Sosyal Araştırmalar Dergisi, 2016. **20**(2): p. 315-343.
138. Morais, A., et al., *Stress and burnout among Portuguese anaesthesiologists*. European journal of anaesthesiology, 2006. **23**(5): p. 433-439.
139. E.ÖZYILDIRIM, *Erzurum il merkezinde çalışan hekimlerde yaşam kalitesi, algılanan stres düzeyi ve etkileyen faktörlerin incelenmesi-Uzmanlık Tezi*. 2015.
140. Özyıldırım, E., *Erzurum il merkezinde çalışan hekimlerde yaşam kalitesi, algılanan stres düzeyi ve etkileyen faktörlerin incelenmesi*. Yayımlanmamış Tıpta Uzmanlık Tezi, Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum, 2015.
141. Havva, T., et al., *SAĞLIK ÇALIŞANLARININ ÇALIŞMA ORTAMINDAKİ STRES YAŞANTILARI İLE BAŞETME DURUMLARININ BELİRLENMESİ*. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi. **5**(2): p. 13-23.
142. Aslan, S.H., et al., *İşe bağlı gerginlik ölçeğinin sağlık alanında çalışanlarda geçerlik ve güvenilirliği*. Düşünen Adam, 1998. **11**(2): p. 4-8.
143. Williams, E.S., et al., *Understanding physicians: intentions to withdraw from practice: the role of job satisfaction, job stress, mental and physical health*, in *Advances in Health Care Management*. 2001, Emerald Group Publishing Limited.
144. DAĞTEKİN, G., et al., *Tıp Fakültesi Öğrencilerinde Cinsiyete Göre Sigara Tüketimi, Algılanan Stres ve Yaşam Kalitesi*. Osmangazi Tıp Dergisi. **42**(4): p. 350-356.
145. Shelton, V.L. and K.T. Valkyrie, *College Student Stress: A Predictor of Eating Disorder Precursor Behaviors*. Alabama Counseling Association Journal, 2010. **35**(2): p. 14-27.

146. ÖZEN, H.Ö., *ÇALIŞANLARIN CİNSİYETİNE GÖRE ÖRGÜTSEL STRESTEN ETKİLENME DÜZEYLERİ: ZONGULDAK İLİNDE GÖREVLİ HEMŞİRELER ÜZERİNDE BİR ARAŞTIRMA*. Gümüşhane University Electronic Journal of the Institute of Social Science/Gümüşhane Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Elektronik Dergisi, 2013. **4**(8).
147. Duffrin, C. and L. Larsen, *The effect of primary care fellowship training on career satisfaction, happiness and perceived stress*. Postgraduate medical journal, 2014. **90**(1065): p. 377-382.
148. Çalışkan, S., et al., *Üniversite öğrencilerinde algılanan stres düzeyi ve ilişkili olabilecek faktörlerin değerlendirilmesi*. 2018.
149. ORHAN, S. and M. GÜMÜŞ, *Covid-19 Pandemi Sürecinde Sağlık Çalışanlarının Bilgi, Uygulama ve Stres Düzeylerinin İncelenmesi*. International Anatolia Academic Online Journal Social Sciences Journal, 2021. **7**(2): p. 70-77.
150. ALOĞLU, N. and T. GECDİ, *SAĞLIK PERSONELİNİN PANDEMİ SÜRECİNDE DUYGU DURUMLARININ BAZI DEĞİŞKENLER AÇISINDAN İNCELENMESİ*.
151. Aydın, İ., *İş yaşamında stres (4. bs.)*. Ankara: Pegem Akademi Yayınları, 2016.
152. Dalkılıç, O.S., *Çalışma hayatında tükenmişlik sendromu: tükenmişlikle mücadele teknikleri*. 2014: Nobel Yayıncılık.
153. Lebares, C.C., et al., *Burnout and stress among US surgery residents: psychological distress and resilience*. Journal of the American College of Surgeons, 2018. **226**(1): p. 80-90.
154. URGANCI, Ç. and E. Engin, *İstanbul 112 Acil Sağlık Hizmetleri Çalışanlarının Mesleki Tükenmişlik Düzeyleri ve Algılanan Stresle Başa Çıkmada Evlilik Doyumunu Yordamlama Gücü*. Aydın İnsan ve Toplum Dergisi, 2018. **4**(2): p. 35-60.
155. M.AYAN, *Lisans Yerleştirme Sınavına (LYS) hazırlanan öğrencilerin stres, sınav kaygısı ve tükenmişlik durumlarının beslenme alışkanlıkları ile ilişkisinin incelenmesi -Yüksek Lisans Tezi-Haliç ÜNİVERSİTESİ* 2015.
156. Papatheodoridis, G. and D. Karamanolis, *Prevalence and impact of upper and lower gastrointestinal symptoms in the Greek urban general population*. Scandinavian journal of gastroenterology, 2005. **40**(4): p. 412-421.
157. Suarez, K., et al., *Psychological stress and self-reported functional gastrointestinal disorders*. The Journal of nervous and mental disease, 2010. **198**(3): p. 226-229.
158. Drossman, D.A., et al., *US householder survey of functional gastrointestinal disorders*. Digestive diseases and sciences, 1993. **38**(9): p. 1569-1580.
159. Norton, G.R., et al., *Neurotic butterflies in my stomach: the role of anxiety, anxiety sensitivity and depression in functional gastrointestinal disorders*. Journal of psychosomatic research, 1999. **47**(3): p. 233-240.
160. Mussell, M., et al., *Gastrointestinal symptoms in primary care: prevalence and association with depression and anxiety*. Journal of psychosomatic research, 2008. **64**(6): p. 605-612.
161. ÖZDENK, S. and K. Kazım, *FORMASYON ÖĞRENCİLERİNDE ALGILANAN STRES İLE GASTROİNTESTİNAL SEMPTOM ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER*. Spor ve Rekreasyon Araştırmaları Dergisi, 2019. **1**(2): p. 1-8.
162. Balmus, I., et al., *Perceived stress and gastrointestinal habits in college students*. Acta Endocrinologica (Bucharest), 2019. **15**(2): p. 274.
163. Çam, H.H. and N. Nur, *Hemşirelik ve ebelik öğrencilerinde algılanan stres ile gastrointestinal semptomlar arasındaki ilişki*. TAF Preventive Medicine Bulletin, 2015. **14**(6).

EK 1. Etik Kurul Formu

S.B. İSTANBUL MEDENİYET ÜNİVERSİTESİ GÖZTEPE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU (2013-KAER-64) KARAR FORMU				
SAYI:		Tarih: 10.02.2021		
KONU: Etik Kurul Kararı				
ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI		Hekimlerde tükenmişlik düzeyi ve algılanan stres düzeyinin gastrointestinal semptomlar ile ilişkisi		
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU				
ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu		
	AÇIK ADRESİ	Doktor Ethem Cad. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi		
	TELEFON	Tic: 930 91 90		
	FAKS	Tic: 930 93 24		
	E-POSTA	etik@goztepehastanesi.gov.tr		
BASVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANSADISI/NOYADI	Doç. Dr. Celal Uluoğlu		
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	İç Hastalıkları		
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi		
	VARSA EDARİ SORUMLU UNVANSADISI/NOYADI			
	DESTEKLEYİCİ			
	PRGNE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANSADISI/NOYADI			
	TTORİTAL ve diğer kurumlarla ilişki içindeymiş			
	DESTEKLEYİCİNİN VASAL TEMSİLÇİSİ			
	ARAŞTIRMANIN FASE VE TÜRÜ	FAZ 1 <input type="checkbox"/> FAZ 2 <input type="checkbox"/> FAZ 3 <input type="checkbox"/> FAZ 4 <input type="checkbox"/> Gözlemci ilaç çalışması <input type="checkbox"/> Tabii diğer klinik araştırma <input type="checkbox"/> In vitro veya in silico çalışmaları için yapılan performans değerlendirilmesi çalışmaları <input type="checkbox"/> İlaç dışı klinik araştırma <input checked="" type="checkbox"/> Retrospektif <input type="checkbox"/>		
	ARAŞTIRMA YA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>
DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Yürürlük Numarası	
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ		Tarihçe <input type="checkbox"/> İçerik <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>	
	BELGELENDİRİLMİŞ GÖZÜMLÜ/DELİL FORMU		Tarihçe <input type="checkbox"/> İçerik <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>	
	OLDU RAPOR FORMU		Tarihçe <input type="checkbox"/> İçerik <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>	
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama		
	SAYI/TA	<input type="checkbox"/>		
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input type="checkbox"/>		
	BİYÜLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	<input type="checkbox"/>		
	İLAN	<input type="checkbox"/>		
	YILLIK BİLDİRİM	<input type="checkbox"/>		
	SONUÇ RAPORU	<input type="checkbox"/>		
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 2021/0119	Tarih: 09.02.2021		
	Yukarıda bilgileri verilen başvurulara ilişkin ilgili belgeler araştırılması/çalışılması gerekçe, amaç, yalıtım ve yetersizliği dikkate alınarak uygun bulunmuş ve uygun bulunmuş diğer araştırma/çalışma başvurularıyla birlikte bilimsel amaçlarla gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına ilişkin karar etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir. İlaç ve Diyaliz Ünitelerinde Klinik Araştırmaları Hakkında Yürürlükte bulunan kararında yer alan araştırmalar/çalışmalar için Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'ndan izin alınarak gerçekleştirilmiştir.			

S.B. İSTANBUL MEDENİYET ÜNİVERSİTESİ GÖZTEPE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU (2013-KAEK-64)
KARAR FORMU

AYI:

Tarih: 10.02.2021

KONU: Etik Kurul Kararı

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Hekimlerde tükenmişlik düzeyi ve algılanan stres düzeyinin gastrointestinal semptomlar ile ilişkisi
YARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yürürlükte İy Klinik Uygulamalar Kılavuzu
BASKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Onay	Çıktı	Araştırma ile ilgili	Karar *	İmza
Doç. Dr. Şükri Sadık ÖNER	Tıbbi Farmakoloji	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prof. Dr. Aytekin ÖZGÜZ	İç Hastalıkları Anabilim Dalı	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prof. Dr. İpek MARAL	Halk Sağlığı Anabilim Dalı	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Prof. Dr. Asaf Yıldırım	Üroloji	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prof. Dr. Süleyman Dağdag	Biyofizik	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Prof. Dr. Derya Büyükkayhan	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	Y.C. Sağlık Bakanlığı Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doç. Dr. Ayşe KANBAY	Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doç. Dr. Sultana Şeyma ÖZKANLI	Tıbbi Patoloji	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dr. Öğr. Üyesi Hacer Hüran Matlı	Aile Hekimliği	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uzm. Dr. Ergül Demirci Şir	Kadın Hastalıkları ve Doğum	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avukat Mahmut ÇELİK	Avukat	Çelik Hukuk Bürosu	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Sultana Şahin	İçişleri		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* Toplantıda Bulunan

Karar: Onaylandı Reddedildi

Dr. Doç. Dr. Şükri Sadık ÖNER

EK 2. Algılanan Stres Ölçeği

EK-III Algılanan Stres Ölçeği (ASÖ)

Aşağıdaki sorular son bir ay içindeki düşünceleriniz ve duygularınızla ilgilidir. Her bir soruda sizden bu düşünceyi ya da duyguyu ne sıklıkta yaşadığınızı belirtmeniz istenmektedir. Bazı sorular birbirine benzer gibi görünse de aralarında farklılıklar vardır ve her soruyu ayrı bir soru olarak değerlendirmeniz gerekmektedir. Soruları yanıtlarken son bir ay içinde ne sıklıkta bu şekilde düşündüğünüzü ya da hissettiğinizi hesaplamaya çalışmak yerine soruyu okuduktan sonra seçenekler arasında en uygun gördüğünüz tahmini işaretlemeniz daha uygun olacaktır.

	HİÇ	NEREDEYSE HİÇ	BAZEN	SIKÇA	ÇOK SIK
1. Son bir ay içinde, beklenmedik şekilde gerçekleşen olaylardan dolayı ne sıklıkta üzüldünüz?					
2. Son bir ay içinde ne sıklıkta, yaşamınızdaki önemli şeyleri kontrol edemediğinizi hissettiniz?					
3. Son bir ay içinde kendinizi ne sıklıkta, gergin ve stresli hissettiniz?					
4. Son bir ay içinde, yaşamınızdaki can sıkıcı durumlarla ne sıklıkta başarılı bir biçimde baş ettiniz?					
5. Son bir ay içinde ne sıklıkta, yaşamınızda meydana gelen önemli değişikliklerle etkili bir biçimde başa çıktığınızı hissettiniz?					
6. Son bir ay içinde ne sıklıkta, kişisel sorunlarınızla baş etme yeteneğinizden emin oldunuz?					
7. Son bir ay içinde ne sıklıkta, işlerin istediğiniz gibi gittiğini hissettiniz?					
8. Son bir ay içinde ne sıklıkta, yapmak zorunda olduğunuz her şeyin üstesinden gelemeyeceğinizi düşündünüz?					
9. Son bir ay içinde yaşamınızdaki rahatsız edici olayları ne sıklıkta kontrol edebildiniz?					
10. Son bir ay içinde ne sıklıkta, yaşamınızdaki olaylara hakim olduğunuzu hissettiniz?					
11. Son bir ay içinde, kontrolünüz dışında gerçekleşen şeylerden dolayı ne sıklıkta öfkeleniniz?					
12. Son bir ay içinde ne sıklıkta, üstesinden gelmek zorunda olduğunuz şeyler üzerinde düşündünüz?					
13. Zamanınızı nasıl geçirdiğinizi son bir ay içinde ne sıklıkta kontrol edebildiniz?					
14. Son bir ay içinde ne sıklıkta, güçlüklerin, üstesinden gelemeyeceğiniz kadar çoğaldığını hissettiniz?					

EK 3. Maslach Tükenmişlik Ölçeği

MASLACH TÜKENMİŞLİK ÖLÇEĞİ

YÖNERGE:

Bu araştırmada değişik mesleklerden kişilerin iş ile ilgili tutumları incelenmektedir. Bu amaçla hazırlanan elinizdeki ankette, insanların işleri ile ilgili tutumlarını yansıtan ifadeler yer almaktadır. Sizden istenen, her bir ifadenin örneklediği durumu ne kadar sıklıkla yaşadığınızı uygun yanıt aralığına (X) işareti koyarak belirtmenizdir. Bu ankette kimliğiniz gizli tutulacaktır. Yani araştırmacıların dışında hiç kimse yanıtlarınızı öğrenmeyecektir. Verdiğiniz yanıtla bizim için çok değerlidir. Bu araştırmada bize yardımcı olduğunuz için çok teşekkür ederiz.

	Hiçbir zaman	Çok nadir	Bazen	Çoğu zaman	Her zaman
1. İşimden soğuduğumu hissediyorum					
2. İş dönüşü kendimi ruhen tükenmiş hissediyorum					
3. Sabahları kalktığımda bir gün daha bu işi kaldıramayacağımı hissediyorum					
4. İşim gereği karşılaştığım insanların ne hissettiğini anlarım					
5. İşim gereği karşılaştığım bazı kimselere sanki insan degillermiş gibi davrandığımı fark ediyorum					
6. Bütün gün insanlarla uğraşmak benim için gerçekten çok yıpratıcı					
7. İşim gereği karşılaştığım insanların sorunlarına en uygun çözüm yollarını bulurum					
8. Yaptığım işten tükendiğimi hissediyorum					
9. Yaptığım iş sayesinde insanların yaşamına katkıda bulunduğumu inanıyorum					
10. Bu işte çalıştığım dan beri insanlara karşı sertleştim					
11. Bu işin beni giderek katılaştırmasından korkuyorum					
12. Çok şeyler yapabilecek güçteyim					
13. İşimin beni kısıtladığını hissediyorum					
14. İşimde çok fazla çalıştığımı hissediyorum					
15. İşim gereği karşılaştığım insanlara ne olduğu umurunda değil					
16. Doğrudan doğruya insanlarla çalışmak bende çok fazla stres yaratıyor					
17. İşim gereği karşılaştığım insanlara aramda rahat bir hava yaratırım					
18. İnsanlarla yakın bir çalışmadan sonra kendimi canlanmış hissederim					
19. Bu işte bir çok kayda değer başarı elde ettim					
20. Yolun sonuna geldiğimi hissediyorum					
21. İşimdeki duygusal sorunlara serinkanlılıkla yaklaşırım					
22. İşim gereği karşılaştığım insanların bazı problemlerini sanki ben yaratmışım gibi davrandıklarını hissederim					

EK 4. Sosyodemografik Form

Yaş :

Cinsiyet : 1. Erkek 2. Kadın

Medeni Durum : 1. Evli 2. Bekar

Çocuk sahibi olma : 1. Var 2. Yok

Kimle yaşıyorsunuz ? 1.Yalnız 2.Anne-baba 3.Eş ve çocuklar 4.Diğer

Branş : 1. Dahili 2. Cerrahi 3.Temel

Hekimlik Süresi : 1.1-5yıl 2.6 yıl ve üzeri

Nöbet tutma durumu: 1. Tutuyor 2. Tutmuyor

Nöbet tutuyorsa sayısı : 1.1-5 nöbet 2.6 ve üzeri nöbet

Alkol kullanımı : 1. Kullanıyor 2. Kullanmıyor

Sigara kullanımı : 1. Kullanıyor 2. Kullanmıyor

Kronik hastalığınız var mı : 1-evet 2.hayır (cevabınız evet işaretleyiniz)

1.Dm 2. HT 3.Depresyon 4.Astım -Koah 5. İnflamatuar
Bağırsak Hastalığı 6. Diğer

Düzenli kullandığınız ilacınız var mı? cevabınız evet ise ilacı belirtiniz 1. Evet2.Hayır
(.....)

Hiç psikiyatrik destek aldınız mı? 1. Evet2.Hayır

Hiç gastrointestinal şikayetiniz olması nedeni ile takip edildiniz mi ? 1. Evet2.Hayır

Geçmişte hekimliği bırakmayı düşündünüz mü? 1. Evet2.Hayır

Günlük ortalama kafein tüketim miktarınız? (kaç fincan çay ve/veya kahve)

1.<3 2.3-5 3.>5

Yemek davranışı açısından alışkanlığınız hangisidir? 1.Normal 2.Yavaş
3.Hızlı

Son 3 ay içeriisinde görevlendirme nedeni ile şehir değiştirmek zorunda kaldınız mı ?
1. Evet 2.Hayır

Covid-19 tanısı aldınız mı? 1. Evet 2.Hayır

Covid -19 servisinde çalıştınız mı? 1. Evet 2.Hayır

EK 5. Gastrointestinal Semptom Anketi

Gastrointestinal Semptom Anketi

Son üç ay içerisinde görülen belirtileri işaretleyiniz.

	Asla	Nadiren	Bazen	Sık sık	Çok sık
1. Karın ağrısı	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Özofagus belirtileri					
2. Yutma güçlüğü	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Mide ekşimesi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Üst dismotilite belirtileri					
4. Erken tokluk hissi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Yemek sonrası şişkinlik	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Karın şişkinliği	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Bulantı	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Kusma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bağırsak belirtileri					
9. İshal/Kabızlık	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Günlük dışkılama sayısı > 3	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Bol ya da sulu dışkılama	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Acilen dışkılama ihtiyacı hissetme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Haftalık dışkılama sayısı < 3	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Sert veya topak topak dışkılama	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Anal tıkanma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Dışkı tutamama	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>