

Türkiye’de radyasyon onkolojisi anabilim dalında çalışmakta olan araştırma görevlisi hekimlerde tükenmişlik ve depresyon düzeyleri ve etki eden faktörlerin değerlendirilmesi

Burnout syndrome and depression levels and related factors in Turkish radiation oncology residents

Nesrin AKTÜRK,¹ Fadime AKMAN,¹ Hülya ELLİDOKUZ,² A. Münir KINAY¹

¹Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Radyasyon Onkolojisi Anabilim Dalı, İzmir

²Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Muzaffer Kayhan Onkoloji Enstitüsü, Prevanatif Onkoloji Anabilim Dalı, İzmir

AMAÇ

Bu çalışmada, Türkiye’de radyasyon onkolojisi (RO) kliniklerinde çalışan araştırma görevlisi hekimlerde depresyon ve tükenmişlik düzeyleri ile etki eden faktörlerin saptanması ve düzeltilmesi için öneriler geliştirilmesi amaçlandı.

GEREÇ VE YÖNTEM

Ağustos-Eylül 2011’de Türkiye’deki RO kliniklerinde çalışmakta olan 78 araştırma görevlisi hekime e-posta ile ölçek ve anketler gönderildi. Çalışmamızda Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), Maslach Tükenmişlik Ölçeği ve Sosyodemografik Veri Anketi (SVA) kullanıldı. Veriler SPSS 15.0 programında değerlendirildi.

BULGULAR

Anketlerin geri dönme oranı %58 idi. Hekimlerin %31’i çeşitli düzeylerde duyu durum bozukluğu yaşamakta idi, klinik düzeyde depresyon oranı %11’di. Tükenmişlik Sendromu açısından bakıldığında, yüksek düzeyde “Duygusal Tükenme” %49, “Duyarsızlaşma” %27, “Kişisel Başarı” %69 olarak saptandı.

SONUÇ

Tükenmişliğin RO asistanları arasında önemli bir sorun olduğu görülmüştür. Daha kaliteli eğitim ve çalışma ortamı sağlanması için bireysel, kurumsal ve ulusal sağlık politikalarında düzenlemeler yapılması gereklidir.

Anahtar sözcükler: Tükenmişlik; depresyon; radyasyon onkolojisi; hekim.

OBJECTIVES

The aim is to determine the burnout syndrome (BS) and depression levels and related factors in Turkish Radiation Oncology (TRO) residents and make suggestions to overcome.

METHODS

The inventories were sent by e-mail to 78 physicians who were still TRO residents during August-September 2011 in Turkey. Beck Depression Inventory (BDI), Maslach Burnout Inventory, and questionnaire of sociodemographic data (SDQ) were used. SPSS 15.0 program was used for the statistics.

RESULTS

The response rate was 58%. Various levels of mood disorder was detected in 31% of the residents and 11% had clinical depression levels. In terms of BS, the percentage of high levels of emotional exhaustion was 49%, depersonalization (DP) 27%, and sense of low personal accomplishment 69%.

CONCLUSION

BS was found to be an important problem among TRO residents. Regulations should be made in individual, institutional, and national health policies to ensure a better quality of education and working environment.

Keywords: Burnout; depression; radiation oncology; physician.

10. Ulusal Radyasyon Onkolojisi Kongresi’nde sunulmuştur (9-23 Nisan 2012, Antalya).

İletişim (Correspondence): Dr. Nesrin AKTÜRK, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Radyasyon Onkolojisi Anabilim Dalı, İzmir, Turkey.
Tel: +90 - 232 - 412 12 12 e-posta (e-mail): nesrin_akt@hotmail.com

© 2015 Türk Radyasyon Onkolojisi Derneği - © 2015 Turkish Society for Radiation Oncology

İlk kez 1974 yılında Freudenberger tarafından ortaya konulmuş olan ‐Tükenmişlik‐ kavramı; görülme sıklığının yüksek olması, çalışanların işe devamlılığında ve katılımında azalmaya ve sunulan hizmetin kalitesinde bozulmaya neden olmasından dolayı pek çok meslek dalında oldukça yaygın bir araştırma konusu olmuştur.^[1-7] Günümüzde kabul gören tanımı Maslach ve Jackson tarafından yapılmış olup duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarı (eksikliği) olmak üzere üç alt boyutta ele alınmıştır.^[5,8,9] Duygusal Tükenme (Emotional Exhaustion), tükenmişliğin en önemli belirleyicisi olup, kişinin duygusal yönden kendisini yıpranmış hissetmesi ve aşırı yüklenilmiş olma duygularını gösterir ve Tükenmişlik Sendromu'nun (TS) en açık şekilde gözlenebilen boyutudur.^[6,8,9] Duyarsızlaşma (Depersonalization), kişilerin kendinden ya da işinden uzaklaşmaları nedeniyle işe yönelik idealizmlerini ve coşkularını kaybetmeleri, hizmet verdikleri kişilere karşı duygudan yoksun biçimde tutum ve davranışlar sergilemeleri, onlara aldırış etmemeleri, soğuk ve ilgisiz davranmaları, düşmanlık içeren olumsuz tepkilerde bulunmalarıdır.^[6,9,10] Kişisel Başarı Eksikliği (Lack of Personal Accomplishment) ise sorunun başarıyla üstesinden gelememe ve kendini yetersiz görme olarak tanımlanır. Kişinin işe karşı motivasyonu düşer, çaresizlik hisseder ve kişisel olarak başarısızlık duyguları ile doludur.^[6,8] Tükenmişlik, duygusal tükenme ile duyarsızlaşmanın artması ve kişisel başarının azalması ile ortaya çıkmaktadır.^[5,6]

Tükenmişliğin önemli bir sonucu olarak sunulan hizmetin kalitesi bozulmakta, kişide psikosomatik rahatsızlıklar ortaya çıkmakta veya var olanlarda artış gözlenmektedir.^[1-3] Başlangıçta bireysel olarak başlayan sendrom, ilerleyen iş, sosyal ve aile yaşamını da etkilemeye başlamaktadır.^[11]

Tükenmişliğin ilk olarak araştırıldığı çalışan gruplarından biri de insanlarla iletişimin en fazla olduğu hekimler ve hemşirelerdir. Bu meslek üyeleri arasında da onkoloji alanında çalışmakta olanlarda tükenmişlik düzeyleri yüksek olarak bulunmuştur.^[1,7,12]

Tükenmişliğin insan üzerinde yaptığı psikolojik etkilerden biri de depresyondur. Bazı yazarlar depresyonu tükenmişliğin belirtisi olarak görmek-

te, bazıları tarafından ise bu iki kavram birbirinden farklı iki klinik durum olarak değerlendirilmektedirler.^[5,11,13] Depresyonu tükenmişlikten ayıran en önemli özellik, depresyonun çalışma hayatıyla ilişkili bir kavram olmaması ve her türlü yaşamsal olaydan kaynaklanabilmesidir.^[11] Oysa tükenmişliğe neden olan sadece iş yaşamının kendisidir.^[13]

Bugüne dek pek çok değişik meslek grupları arasında olduğu gibi sağlık çalışanları arasında da tükenmişlik düzeyleri ile ilgili çeşitli çalışmalar yapılmış olmakla birlikte sadece radyasyon onkolojisi hekimlerini, özellikle de sadece radyasyon onkolojisi araştırma görevlilerini değerlendiren bir çalışma literatürde bulunmamaktadır.^[5,6,12,14-16] Freudenberger ve Maslach, tükenmişlik şikayet ve bulgularının işe başladıktan sonra ilk birkaç yıl içinde kendisini göstermeye başladığını ifade etmektedir.^[3,9] Bu bilgi göz önünde bulundurularak yapılan bu çalışma, Türkiye'de Radyasyon Onkolojisi araştırma görevlilerinin tükenmişlik ve depresyon düzeylerini ve bunlara etki eden sosyodemografik özellikleri değerlendiren ilk çalışmadır. Çalışmamız sonucunda yapılacak öneriler ışığında daha kaliteli bir eğitim sistemi ve çalışma ortamı yaratmak üzere gerekli girişimlerde bulunması için öneriler geliştirilmesi hedeflenmiştir.

GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırmanın Tipi, Evreni, Örneklemi, Yapıldığı Yer ve Tarih: Bu araştırma, kesitsel tanımlayıcı bir çalışmadır. Anketler, araştırmanın evreni olan Türkiye'deki Radyasyon Onkolojisi kliniklerinde Ağustos-Eylül 2011'de çalışmakta olan, telefon numaraları ve elektronik posta (e-posta) adresleri edinilebilen 80 hekime gönderilmiş, 78'ine ulaştırılabilmektedir. Verilerin analizi Dokuz Eylül Üniversitesi Radyasyon Onkolojisi Anabilim Dalında yapılmıştır.

Araştırmanın Değişkenleri: Araştırmanın bağımlı değişkenleri tükenmişlik düzeyleri ve depresyon düzeyi olup bağımsız değişkenleri Sosyodemografik Veri Anketi (SVA)'nde yer alan bilgilerdir.

Veri Toplama Yöntemi ve Araçları: Araştırmada tükenmişlik sendromu düzeyinin değerlendirilmesi için Maslach Tükenmişlik Ölçeği (MTÖ),

Tablo 1

Maslach Tükenmişlik Ölçeği alt boyut puanlandırma değerleri

Alt boyut	Yüksek	Orta	Düşük
Duygusal tükenme	>18	12–17	0–11
Duyarsızlaşma	>10	6–9	0–5
Kişisel başarı	0–21	22–25	>26

depresyon düzeyinin değerlendirilmesi için Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) ve literatürler ışığında soruları çalışmacılar tarafından belirlenmiş olan SVA kullanılmıştır.^[9,17]

Tükenmişlik düzeyini ölçmek için kullanılan MTÖ, toplam 22 maddeden oluşan, 5 dereceli (0: Hiçbir zaman, 1: Çok nadir, 2: Bazen, 3: Çoğu zaman, 4: Her zaman) likert tipi bir ölçektir.^[5,13,18] Bu maddelerden dokuzu Duygusal Tükenme'yi (DT), beşi duyarsızlaşmayı (D), sekizi de Kişisel Başarı'yı (KB)'yi ölçmek için kullanılmaktadır.^[5,9–11] Tükenmişlik düzeylerinin her bir alt boyut için değerlendirilmesinde kullanılan değerler Tablo 1'de verilmiştir.^[5]

Tablo 2'de TS düzeyi değerlendirmesi görülmektedir. Ölçeğin ve alt gruplarının sınır değeri olmadığından toplam bir tükenmişlik düzeyi elde edilememekte; değerlendirmede her bir faktör ayrı ayrı ele alınmaktadır.^[19]

Beck Depresyon Ölçeği, depresyon riskini belirlemek ve depresif belirtilerin düzeyini ve şiddet değişimini ölçmek amaçlı kullanılan, toplam 21 sorudan oluşan kendini değerlendirme anketidir.^[17] Her yanıtın 0–3 arasındaki puanların toplanması ile toplam skor elde edilir. Ölçeğin sınır değeri 17'dir.^[20] Denk düşen puan aralıkları doğrultusunda ölçek değerleri Tablo 3'teki gibidir.^[5]

Sosyodemografik Veri Anketi, literatür taramaları da göz önünde bulundurularak tarafımızca oluşturulmuş 25 soruluk bir anket formudur.

İstatistiksel Değerlendirme: Bilgisayar ortamında SPSS 15.0 programı kullanılarak verilerin aritmetik ortalama ve standart sapma değerleri hesaplanmıştır. Ki-kare testi ile gruplar arasında farklılık analizi; Kruskal-Wallis ve Mann-Whitney U testleri ile yaş ortalamalarının gruplarla ilişkisi değerlendirilmiş olup tüm istatistikler için anlamlılık sınırı $p < 0.05$ olarak kabul edilmiştir. Tükenmişlik ölçeğinin alt boyutlarının güvenilirliğini değerlendirmek için Cronbach's Alpha değerleri hesaplanmıştır.

Araştırmanın Sınırlılıkları: Tükenmişlik Sendromu ve depresyon düzeyleri değerlendirilebilmiş, ancak etki eden etmenlerin değerlendirilebilmesinde kullanılacak istatistik testlerinin yapılabilmesi için katılımcı sayısı yetersiz olduğundan, bu değerlendirme her parametre için yapılamamıştır. Ayrıca çalışma sonucunda elde edilen bulgular Christina Maslach ve Susan Jackson tarafından geliştirilmiş ve Türkçe'ye Canan Ergin tarafından uyarlanmış olan Maslach Tükenmişlik Ölçeği'nin test ettiği niteliklerle sınırlıdır.^[18,21]

BULGULAR

Anketlerin ulaştırılabildiği 78 hekim arasında geri dönüş oranı %57.7'dir (45 kişi). Sosyodemografik veri anketinden elde edilen bilgiler Tablo 4'te görülmektedir.

Araştırmaya katılan hekimlerin medyan yaşı 29 (25–39)'dur. Çalışmaya katılan hekimlerinin önemli bir çoğunluğunun (%77.8) hiç sigara içmediği, beşinin ise hala içtiği; yarıdan fazlasının (%53.4) alkol alımı olduğu, düzenli içicilik oranının %4.4 olduğu görülmüştür. Katılımcıların bü-

Tablo 2

Tükenmişlik sendromu düzeyi değerlendirme tablosu

Tükenmişlik sendromu düzeyi	Duygusal tükenme puanı	Duyarsızlaşma puanı	Kişisel başarı puanı
Düşük (d)	Düşük	Düşük	Yüksek
Orta (o)	Orta	Orta	Orta
Yüksek (y)	Yüksek	Yüksek	Düşük

Tablo 3

Beck depresyon ölçeği değerlendirme puanları

Değerlendirme	Puan
Normal	1–10
Orta derecede duygu durum rahatsızlığı	11–16
Klinik olarak depresyon	17–20
Orta düzeyde depresyon	21–30
Ciddi düzeyde depresyon	31–40
Ağır depresyon	41–63

yük çoğunluğunun kronik bir hastalığı olmadığı (%93.3) ve depresyon tanı veya tedavisi olmadığı (%80) öğrenilmiştir. Çalışmaya katılanların dokuz (%20) daha önceden depresyon tedavisi almış olmakla birlikte anket sırasında tedavi almakta olan katılımcı yoktur. Yaşamda güç gelen durumlar sorgulandığında hekimlerin büyük çoğunluğunun (%66.7) ast-üst ilişkilerinden yakındığı görülmüştür. Çalışmaya katılan asistanların 40'ının (%88.9) iki-beş yıldır onkoloji alanında çalıştığı ve çoğunluğunun (%66.7) kıdemli olduğu tespit edilmiştir. Mesleki sorunlar yaşayıp yaşamadıkları sorusunu %35.6'sı "evet", %53.3'ü ise "ara sıra" şeklinde cevaplamıştır.

Katılımcıların %13.3'ü isteklerini yönetime hiç yansıtılmazken, isteklerini yönetime yansıtanlar içerisinde; nadiren yansıtanların oranı %61.5 dir. Katılımcıların 33'ü kurumlarında çalışan hekim sayısının yeterli olmadığını düşünmektedir. Anketleri cevaplayanların %71.1'i kişilik yapısını iyimser olarak tanımlamıştır. Çalışmaya katılan hekimlerden %80'i TS hakkında bilgisi olduğunu belirtmiş olup %24.5'i TS'nin çözümlenemeyecek bir problem olduğunu düşünürken, %73.3'ü çözümlenebileceğini düşünmektedir.

Asistanların depresyon düzeyleri değerlendirildiğinde median BDÖ puanı 8'dir (0–44). İstatistiksel değerlendirme yapılabilmesi için katılımcılar, "normal (BDÖ Grup1)" ve "herhangi bir düzeyde duygu durum bozukluğu olanlar (BDÖ Grup 2)" şeklinde gruplanmıştır (Tablo 5). Katılımcıların %31'i çeşitli düzeylerde duygu durum bozukluğu yaşamakta olup klinik düzeyde depresyon oranı %11'dir.

Sosyodemografik Veri Anketi verilerinden sa-

Tablo 4

Katılımcıların sosyodemografik özelliklere göre dağılımı

Sosyodemografik özellikler	n	%	Toplam (%)
Cinsiyet			
Kadın	32	71.1	45 (100)
Erkek	13	28.9	
Medeni durum			
Evli	24	53.3	45 (100)
Bekar	20	44.5	
Boşanmış	1	2.2	
Çocuk varlığı			
Var	14	41.7	45 (100)
Yok	10	58.3	
Çalışılan kurum			
Üniversite hastanesi	34	75.6	45 (100)
Eğitim hastanesi	9	20.0	
Özel üniversite	2	4.4	
Çalışılan il			
Ankara	13	28.9	45 (100)
İstanbul	6	13.3	
İzmir	8	17.8	
Diğer	18	40.0	
Onkolojide çalışma yılı			
0–2 yıl	5	11.1	45 (100)
2–5 yıl	40	88.9	
Hekim olarak toplam çalışma yılı			
0–2 yıl	3	6.7	45 (100)
2–5 yıl	27	60.0	
5–10 yıl	10	22.2	
10–15 yıl	5	11.1	
Aylık gelir (bin TL)			
1.5–2	1	2.2	45 (100)
2–2.5	16	35.6	
2.5–5	28	62.2	

dece aile sorunları yaşama ile "BDÖ grup" arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir (Fisher's Kesin Test p=0.049).

Tükenmişlik sendromu, DT, D ve KB olmak üzere üç alt boyutta ele alınmıştır. Katılımcıların TS alt ölçek puan ortalamaları değerlendirildiğinde; çalışmaya katılan hekimlerin ortalama olarak DT (18 puan) ve KB (19 puan) açısından yüksek düzeyde, D (6 puan) açısından orta düzeyde tükenmişlik yaşadıklarını görülmüştür. Alt boyutlar ayrı ayrı irdelendiğinde; katılımcıların yaklaşık yarısının yüksek düzeyde, yaklaşık 1/3'ünün de orta dü-

Tablo 5

Depresyon düzeyi değerlendirmesine ve Beck depresyon ölçeği gruplara göre dağılım

Depresyon düzeyi değerlendirmesi	Kişi sayısı	%	Beck depresyon ölçeği grup
Normal (a)	31	69.0	Grup 1
Orta derecede duygudurum rahatsızlığı (b)	9	20.0	Grup 2
Klinik olarak depresyon (c)	2	4.4	
Orta düzeyde depresyon (d)	2	4.4	
Ciddi düzeyde depresyon (e)	0	0.0	
Ağır depresyon (f)	1	2.2	
Toplam	45	100	

zeyde duygusal tükenme yaşadığı tespit edilmiştir. Çalışmaya katılan hekimlerde duyarsızlaşmanın DT'ye göre daha az olduğu görülmekle birlikte %62.2'sinde orta ve yüksek düzeyde D olduğu dikkat çekmiştir. Katılımcıların büyük çoğunluğu (%68.9) kişisel başarı açısından da yüksek düzeyde tükenmişlik yaşamaktadır (Tablo 6).

Katılımcı sayısı yetersiz olduğu için edinilen sosyodemografik verilerin çoğu ile tükenmişlik alt grupları arasında istatistiksel anlamlılık açısından bir değerlendirme yapılamamıştır. Sadece yaşamda güç gelen sorun olarak ast-üst ilişkilerini işaretleyenler ile D alt boyutu arasında istatistiksel olarak değerlendirme yapılabilmemiş, ancak anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir ($p=0.31$). Ayrıca meslekte geçen yıllar sıfır-beş yıl ve beş yıl üstü şeklinde gruplanarak değerlendirildiğinde Duyarsızlaşma ile meslekte geçen yıl beş yıl üstü olan grup arasında anlamlı ilişki saptanmıştır ($p=0.014$).

Korelasyon analizleri değerlendirildiğinde; yaş ve BDÖ Grup, DT ve KB arasında korelasyon bulunmamış; Duyarsızlaşma ile arasında (-)

yönde ve yüksek düzeyde korelasyon tespit edilmiştir ($r=-0.29$, $p=0.046$). Beck Depresyon Ölçeği puanı ile DT ve D arasında (+) yönde ve yüksek düzeyde ($r=0.40$, $p=0.006$; $r=0.42$, $p=0.004$) korelasyon saptanmıştır. Kişisel Başarı ile BDÖ puanı arasında ise korelasyon saptanmamıştır. Duygusal Tükenme ile D arasında (+) yönde ve düşük düzeyde ($r=0.71$, $p<0.001$), DT ile KB arasında (+) yönde ve yüksek düzeyde ($r=0.41$, $p=0.005$), D ile KB arasında (+) yönde ve yüksek düzeyde korelasyon tespit edilmiştir ($r=0.38$, $p=0.01$). Araştırmada kullanılan Maslach Tükenmişlik Ölçeği'nin alt boyutlarının güvenilirlik analizleri, Cronbach's Alpha sayılarının hesaplanmasıyla yapılmıştır ve Cronbach's Alfa sayısı 0.65 olarak bulunmuş ve testin güvenilir olduğu tespit edilmiştir. DT, D ve KB için Cronbach's Alfa sayıları 0.86, 0.74 ve 0.78 olarak bulunmuştur.

TARTIŞMA

Maslach ve Jackson, tükenmişliği bir sendrom olarak tanımlamış ve kişinin iş ve sosyal yaşamını olumsuz etkilediğini belirterek üç alt boyut-

Tablo 6

Duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarı gruplarına göre dağılım

Tükenmişlik grup	Duygusal tükenme		Duyarsızlaşma		Kişisel başarı	
	n	%	n	%	n	%
Düşük	7	15.6	17	37.8	6	13.3
Orta	16	35.6	16	35.5	8	17.8
Yüksek	22	48.8	12	26.7	31	68.9
Toplam	45	100	45	100	45	100

ta ele almışlardır.^[3,5,6,8,22] Tükenmişliğe bireysel özellikler, insanlar arası ilişkilerden ve işyerinden kaynaklanan sorunlar nedenler olmaktadır.^[2,10,19] Doktorların %25–60'ının iş performansını etkilediği bilinen TS, görülme sıklığının yüksek olması, çalışanların işe katılımında azalmaya ve sunulan hizmetin kalitesinde bozulmaya neden olmasından dolayı iş yaşamında üzerinde önemle durulması gereken bir sorundur.^[1,2] Depresyon ise tükenmişlikle benzetmekle birlikte; ondan ayrılan en önemli özelliği, sadece çalışma hayatından değil, her türlü yaşamsal olaydan kaynaklanabilmesidir.^[11] Tükenmişlik düzeyini değerlendirmek için dünyada en sık Maslach Tükenmişlik Ölçeği (MTÖ), klinik ve subklinik depresyonun değerlendirilmesi amacıyla ise "BDÖ" kullanılmaktadır.^[13,18,23] Çalışmamızda, Türkiye'deki radyasyon onkolojisi anabilim dallarında çalışan araştırma görevlisi hekimlerde tükenmişlik ve depresyon düzeyleri ve etki eden faktörler değerlendirilmiş; bu faktörleri iyileştirmeye yönelik olarak yapılabilecekler, klinik bulgular görülmeyen alınabilecek tedbirler tartışılmıştır.

Çalışma için 78 hekime anketler elektronik posta olarak gönderilmiş, anketlerin %58'i geri dönmüş olup çalışmamızın en önemli kısıtlayıcı yönü katılımcı sayısının azlığıdır. Literatürde tükenmişlikle ilgili çalışmalarda anketlerin geri dönme oranları %20–95 arasında değişmektedir.^[7,15,16,24,25] Trufelli, MTÖ'nün kullanıldığı TS'yi değerlendiren çalışmalarla ilgili yaptığı metaanalizde cevap oranlarının %21–100 arasında değiştiğini tespit etmiştir.^[26]

Çalışmamızda, hekimlerin %89'unun mesleki sorunlar yaşadığı, yaşamda güç gelen durumlar sorgulandığında da %67 oranında ast-üst ilişkilerinden yakınıldığı görülmüştür. İş yerindeki ilişkilerde yaşanan sorunların TS'nin önemli nedenlerinden biri olmasından dolayı; yardımcı personel, kıdemli, kıdemli asistan ve eğitimci konumlarında yer alan bireyler arasında rahat, karşılıklı özgür fikir alışverişi ve eleştirilerin yapılabildiği bir saygı ve hoşgörü ortamı sağlanması önemli görünmektedir.^[10] Buğdaycı ve ark. tarafından Mersin ilinde çalışan uzman ve pratisyen hekimlerde yapılan çalışmada, mesleki sorun yaşama oranı %32 olarak bulunmuştur.^[27] Çalışmamızda bu oran çok daha yüksek bulunmuş olmakla birlikte farkı daha doğ-

ru değerlendirmek üzere araştırma görevlisi olan ve olmayan hekimlerle kıyaslamalı bir çalışmaya ihtiyaç vardır.

Sağlık çalışanlarında depresyonun, diğer meslek gruplarına göre daha sık görüldüğü bilinmektedir.^[28] Çalışmamızda katılımcıların BDÖ ile değerlendirmesinde %31'inde herhangi bir düzeyde duygudurum bozukluğu, %11'inde klinik depresyon tespit edilmiştir. İacovides çalışmasında depresyonun sağlık çalışanlarının %30'unda görüldüğünü belirtmiştir.^[29] Cihan'ın sağlık personeli üzerinde yaptığı çalışmada bu oran %9, Taycan ve ark. nin hemşirelerle yaptığı çalışmada %11, Demir ve ark. nin araştırma görevlisi hekimlerde yaptığı çalışmada %16, Buğdaycı ve ark. nin çalışmasında pratisyen hekimlerde %15, uzman hekimlerde %5 (tüm grupta %10.3), bir Japon çalışmasında ise %18 olarak tespit edilmiştir.^[27,28,30,31] Japon çalışmasında farklı bir ölçek kullanılmış, diğer çalışmalar BDÖ ile değerlendirilmiştir.

Araştırmamızda katılımcı sayısı azlığından dolayı depresyon ve tükenmişlik düzeyleri ile SVA verilerinin hepsi arasında istatistiksel değerlendirme yapılamamıştır. Bu nedenle çoğu parametre için yorumda bulunulmuş, istatistiksel değerler verilememiştir. Çalışmanın yapılmasının planlandığı grup zaten Türkiye'de az sayıda kişiden oluştuğu için bu durumun kaçınılmaz olduğu düşünülebilir.

İstatistiksel değerlendirme yapabilmek için depresyon düzeyi kendi içinde tekrar gruplandırılmıştır ve sadece "yaşamda aile sorunlarını güç bulanlar" ile depresyon düzeyi arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Bu durum ekip içi sosyal ilişkilerin iyi olmasının ve birbirine destek olmanın önemini ortaya çıkarmaktadır. Cihan'ın çalışmasında da aynı parametre değerlendirilmiş; ancak anlamlı bir fark saptanmamıştır.^[5]

Tükenmişlik sendromu açısından değerlendirildiğinde; çalışmamıza katılan hekimlerin ortalama olarak DT açısından yüksek, D açısından orta ve KB açısından yüksek düzeyde tükenmişlik yaşadıkları tespit edilmiştir. Bu bulgular ışığında, katılımcı asistanların aşırı iş yükü altında olduğu, yaptıkları işin kendilerini yorduğu; hastalarına karşı duyarsız ve bir nesne gibi davranma sürecine

girdikleri ve kendilerini çalıştıkları kliniklerde etkisiz ve başarısız hissettikleri sonucu çıkmaktadır. Dikmentaş ve ark'ın asistan hekimlerde yaptığı çalışmada her üç boyutta orta derecede tükenmişlik tespit edilmiş; Trufelli'nin metaanalizinde en az bir alt boyutunda yüksek tükenmişlik oranı %8-51 olarak saptanmıştır.^[26,32]

Duygusal Tükenme puanları değerlendirildiğinde katılımcıların yaklaşık yarısının (%49) yüksek, %36'sının orta düzeyde DT yaşadığı tespit edilmiş ve bunda performans sistemi ile artan iş yükünün de önemli bir etken olduğu düşünülmüştür. Trufelli'nin onkologlar arasında yaptığı metaanalizde yüksek düzeyde DT oranı %36 (%31-53), Ramirez'in çalışmasında %38, Blanchard'ın çalışmasında %23'tür. Özçınar'ın asistan hekimlerde TS'yi değerlendirdiği çalışmasında DT açısından yüksek düzey %67, orta düzey %33 oranında bulunmuş olup sadece radyasyon onkolojisi araştırma görevlisi hekimlerinin değerlendirildiği çalışmamızda DT açısından tükenmişliğin genel asistan topluluğundan daha iyi durumda olduğu, yurtdışında çalışan onkologlara göre ise daha tükenmiş olduğu düşünülebilir.^[1,19,24,26] Çalışmamıza katılan kişi sayısının azlığı yanlış değerlendirmeye neden olabileceğinden bu konuda daha doğru yorum yapabilmek için daha çok katılımcı sayısının olduğu bir çalışmaya ihtiyaç vardır. Ancak her yıl azalan asistan alımı ve çalışmada yer alıp uzmanlık eğitimini tamamlayanlar nedeniyle radyasyon onkolojisi asistan sayının daha da azalacağı düşünüülerek böyle ileri bir çalışmanın yapılamayacağı öngörülmektedir.

Çalışmamıza katılan hekimlerde Duyarsızlaşmanın, DT'ye göre daha az olduğu görülmekle birlikte katılımcıların %27'sinde yüksek, %36'sında orta düzeyde Duyarsızlaşma olduğu dikkat çekmiştir. Trufelli'nin metaanalizinde yüksek düzeyde D oranı %34 iken diğer çalışmalarda %9-35 arasında oranlar bildirilmiş, Özçınar'ın çalışmasında ise %52 yüksek, %48 orta düzeyde Duyarsızlaşma açısından tükenmişlik tespit edilmiştir.^[15,19,24,26] Çalışmamızda değerlendirdiğimiz grupta D açısından da diğer çalışmalara göre daha olumlu sonuçlar elde edilmiş olmakla birlikte tükenmişlik yaşayanların oranı azımsanacak düzeyde değildir.

Onkoloji gibi hasta ve yakınlarının hekimden duygusal beklentilerinin çok yüksek olduğu bir dalda, asistanların hastalarına ilgisiz, duygudan yoksun yaklaşımlar sergilemesi anlamına gelen duyarsızlaşmanın önüne geçilmesi için kısa zamanda gerekli tedbirler alınmalıdır.

Katılımcı hekimler Kişisel Başarı alt grubu açısından değerlendirildiğinde ise durum daha olumsuz görünmektedir. Katılımcıların %69'unda yüksek düzeyde tükenmişlik görülmekle birlikte, bu oran Özçınar'ın çalışmasında ve pediatrik onkoloji çalışanlarında yapılan bir çalışmada %19, Trufelli'ninkinde %25, Ramirez'in çalışmasında %33'tür.^[15,19,24,26] Gülseren'in yaptığı çalışmada hemşirelerde KB açısından yüksek tükenmişlik oranının %7, teknisyenlerde %90 olduğunu saptamıştır.^[33] Ramirez'in çalışması kıdemli onkologları, Trufelli'nin metaanalizi kanserle ilgilenenlerin de dahil olduğu heterojen bir grubu, bizim çalışmamız ve Özçınar'ın çalışması ise araştırma görevlisi hekimleri kapsamaktadır. Ayrıca çalışmaların yapıldığı ülkelerin farklı olması ve çalışılan grupların aynı olmaması değerlendirmede yanılmaya neden olabilir. Ancak yine de bütün bu çalışmalar içerisinde belirgin farkla en yüksek oranın, teknisyenlerden sonra, çalışmamızda tespit edilmiş olması; Türkiye'de radyasyon onkolojisi asistanlarının çalıştığı koşullarda kendilerini yetersiz ve başarısız gördüklerini, işlerine karşı motivasyonlarının düşük olduğunu göstermektedir. Bundaki en büyük etkenlerin; planlamalarda yeterince zaman geçirilememesi; hastalar hakkında karar verilirken etkilerinin olmaması; kağıt işi ve hekimlik dışı işlerle kaybedilen zamandan dolayı ders çalışmaya da bilimsel çalışma yapmaya da yeterince zaman bulamadıklarından dolayı akademik anlamda da kendilerini yetersiz görmeleri olduğu düşünülebilir. Çalışmamıza katılan ve kendine güveni düşük olan bu grubun, gelecekte radyasyon onkolojisi uzmanları, akademisyenleri olacağını düşündüğümüzde durumun ciddiyeti daha dikkat çekici olmaktadır.

Meslekte çalışılan yıllar ve tükenmişlik arasındaki ilişki değerlendirilirken ilk yılların tükenmişlik açısından daha riskli olması nedeniyle çalışmamıza katılan hekimler sıfır-beş yıl ve beş yıl üstü şeklinde bir gruplama yapılarak değerlendirildi-

ğinde Duyarsızlaşmanın istatistiksel anlamlı olarak yıllar geçtikçe azaldığı tespit edilmiştir. Meslekte geçen yıllar arttıkça DT ve D'nin azaldığını, KB'nin arttığını gösteren çalışmalar olduğu gibi; yıllar geçtikçe D'nin de arttığını ya da meslekte geçen yılların tükenmişliğini etkilemediğini gösteren çalışmalar da vardır.^[15,21,24,28]

Yaptığımız çalışmada BDÖ puanı ile DT ve D arasında yüksek düzeyde korelasyon saptanmış; ancak KB ile ilişki bulunmamıştır. Iacovides ve ark. da tükenmişlik ve depresyonun birbirinden farklı kavramlar olduğunu, ancak aralarında orta derecede bir korelasyon bulunduğunu belirtmişlerdir.^[29]

Çalışmamızda DT ile D arasında (+) yönde ve düşük düzeyde istatistiksel anlamlı ilişki saptanmıştır. Maslach ve Jackson'ın çalışmasında ise orta düzeyde ilişki saptanmış ve TS'nin birbirinden farklı, ancak birbiriyle ilintili bu iki alt boyutu arasında korelasyon bulunmasının kuramsal olarak beklendiği değerlendirilmiştir.^[9] Araştırmamızda DT ve D ile Kişisel Başarı alt boyutu arasında (+) yönde, yüksek düzeyde ilişki tespit edilmiştir. Cihan çalışmasında (-) yönde ilişki saptanmış, Maslach ve Jackson ise düşük derecede korelasyon tespit etmiş olup KB alt boyutunun diğer iki boyuttan bağımsız olarak değerlendirilmesi gerektiğini ve bu alt boyutun diğerlerinin karşılığı olmadığını vurgulamışlardır.^[5,9]

Yaptığımız çalışmada MTÖ'nün kendi içinde güvenilirliğini değerlendirmek amaçlı bakılan Cronbach's Alfa sayıları DT, D ve KB için 0.86, 0.74 ve 0.78 olarak bulunmuştur. Maslach'ın çalışmasında bu değerler sırasıyla 0.89, 0.77 ve 0.74; Ergin'in MTÖ'nün Türkçe uyarlanması çalışmasında 0.83, 0.65 ve 0.72 olarak tespit edildiği göz önüne alındığında çalışmamızda elde ettiğimiz değerlerin Maslach ve Ergin'inkilerle kıyaslanabilir düzeyde olduğu görülmüştür.^[9,18]

SONUÇ

Kesin yorumlar yapabilmek için daha geniş katılımlı çalışmalara ihtiyaç olmakla birlikte tüm grubun yarısından fazlasını temsil eden sonuçlarımız ışığında, tükenmişliğin radyasyon onkolojisi asistanları arasında önemli bir sorun olduğu görülmüştür.

Tükenmişlik ve depresyon, bireyin iş, sosyal

ve aile yaşamını bozmaktadır. Bu nedenle araştırma görevlisi hekimler için daha kaliteli bir eğitim ve çalışma ortamı yaratılmalıdır: fiziki koşullar düzenlenmeli, mola olanağı sağlanmalı, çalışma düzeni belirlenmeli, iş yükü dengelenmeli, yeterli personel sayısı sağlanarak açık ve net görev tanımları yapılmalı, hizmet içi eğitime gereken zaman ayrılmalı, rotasyonlar zamanında yapılmalı, düzenli ekip içi toplantı yapılarak eleştiri ve öneriler alınıp kalıcı çözümler üretilmeli, çalışanların da kararlara katılımı sağlanmalıdır.

Tükenmeyi önlemede devlet yönetimi düzeyinde ise çalışanların yetki ve sorumluluklarının yasal düzenlemelerle belirlenmesi, demokratik sorumluluk ve yetki paylaşımının desteklenmesi, sosyal olanakların artırılması, asistan alımındaki kısıtlamaya son verilmesi, uzun çalışma saatlerinin düzenlenmesi ve düşük ücret sorununun giderilmesi konusunda yeni ve etkili düzenlemelerin yapılması gereklidir.

Sağlık alanında; mesleki kuruluşlar ve derneklerin, sorunların tespiti konusunda düzenli aralıklarla değerlendirmeler yapması ve sık aralıklarla yapılabilecek düzenlemeler konusunda değerlendirilen kurumlara ve Sağlık Bakanlığına öneriler sunmaları da TS'nin çözülmesi açısından büyük öneme sahiptir.

KAYNAKLAR

1. Blanchard P, Truchot D, Albiges-Sauvin L, Dewas S, Pointreau Y, Rodrigues M, et al. Prevalence and causes of burnout amongst oncology residents: a comprehensive nationwide cross-sectional study. *Eur J Cancer* 2010;46(15):2708–15.
2. Pascale M. Le Blanc, W.B.S. Burnout Among Oncology Care Providers: Radiation Assistants, Physicians and Nurses. *Occupational Stress in the Service Professions Chapter 5* 2003. p. 143–67.
3. Freudemberger HJ. Staff Burn-Out. *Journal of Social Issues* 1974;90(1).
4. Çapri B. Turkish Adaptation of the Burnout Measure: A Reliability and Validity Study. *Mersin Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi* 2006;2(1). p. 62–77.
5. Cihan YB. Relation between sociodemographic characteristics and depression and burnout levels of health workers. *Yeni Tıp Dergisi* 2011;28. p. 17–22.
6. Kaçmaz N. Burnout Syndrome. *İst Tıp Fak Derg* 2005;68. p. 29–32.

7. Glasberg J, Horiuti L, Novais MA, Canavezzi AZ, da Costa Miranda V, Chicoli FA, et al. Prevalence of the burnout syndrome among Brazilian medical oncologists. *Rev Assoc Med Bras* 2007;53(1):85–9.
8. Balcıoğlu İ, Memetali S, Rozant R. Burnout Syndrome. *Dirim Tıp Gazetesi*, 2008;83. p. 99–104.
9. Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behaviour* 1981;2. p. 99–113.
10. Çağlıyan Y. Tükenmişlik Sendromu ve İş Doyumuna Etkisi (Devlet ve Vakıf Üniversitelerindeki Akademisyenlere Yönelik Alan Araştırması). Yüksek Lisans Tezi, Kocaeli 2007.
11. Polatçı S. Tükenmişlik Sendromu ve Tükenmişlik Sendromuna Etki Eden Faktörler (Gazi Osmanpaşa Üniversitesi Akademik Personeli Üzerinde Bir Analiz). Yüksek Lisans Tezi, Tokat 2007.
12. Balch CM, Shanafelt TD, Sloan J, Satele DV, Kuerer HM. Burnout and career satisfaction among surgical oncologists compared with other surgical specialties. *Ann Surg Oncol* 2011;18(1):16–25.
13. Leiter MP, Durup J. The Discriminant Validity of Burnout and Depression: A Confirmatory Factor Analytic Study. *Anxiety, Stress and Coping* 1994;7. p. 357–73.
14. Aslan D, Kiper N, Karaağaoğlu E, Topal F, Güdük M, Cengiz ÖS. Türkiye’de Tabip Odalarına Kayıtlı Olan Bir Grup Hekimde Tükenmişlik Sendromu ve Etkileyen Faktörler. *Türk Tabipleri Birliği Yayınları* 2005;14(8).
15. Liakopoulou M, Panaretaki I, Papadakis V, Katsika A, Sarafidou J, Laskari H, et al. Burnout, staff support, and coping in Pediatric Oncology. *Support Care Cancer* 2008;16(2):143–50.
16. Tomasevic Z, Jelic S, Radosavljevic D, Jezdic S. Burnout Syndrome Among Medical staff in the Institute for Oncology and Radiology of Serbia. *Archive of Oncology* 2000;8(1). p. 5–6.
17. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry* 1961;4:561–71.
18. Ergin C. Turkey Maslach Burnout Inventory Norms of Health Personnel. *3P Dergisi* 1996;4. p. 28–33.
19. Özçınar M. Asistan Doktorlarda Burnout Sendromu. Uzmanlık Tezi, İstanbul 2005.
20. Almıla E, Sarıççek A, Gülseren Ş. Burnout in residents: association with job satisfaction and depression. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2007;8. p. 241–7.
21. Ergin C. Doktor ve Hemşirelerde Tükenmişlik ve Maslach Tükenmişlik Ölçeğinin Uyarlanması. VII Ulusal Psikoloji Kongresi Bilimsel Çalışmaları, VII Ulusal Psikoloji Kongresi Düzenleme Kurulu ve Türk Psikologlar Derneği Yayını, Ankara 1993. p. 143–54.
22. Onan, N., Onkoloji Birimlerinde Çalışan Hemşirelerde Stres, Tükenmişlik Ve Başa Çıkma. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, Sempozyum Özel Sayısı 2010.
23. Korczak D, Huber B, Kister C. Differential Diagnostic of the Burnout Syndrome. *GMS Health Technology Assessment* 2010;6.
24. Ramirez AJ, Graham J, Richards MA, Cull A, Gregory WM, Leaning MS, et al. Burnout and psychiatric disorder among cancer clinicians. *Br J Cancer* 1995;71(6):1263–9.
25. Şahin D, Turan FN, Alparslan N, Şahin İ, Faikoğlu R, Görgülü A. Burnout Levels of Health Staff Working in a State Hospital. *Nöropsikiyatri Arşivi* 2008;45. p. 116–21.
26. Truffelli DC, Bensi CG, Garcia JB, Narahara JL, Abrão MN, Diniz RW, et al. Burnout in cancer professionals: a systematic review and meta-analysis. *Eur J Cancer Care (Engl)* 2008;17(6):524–31.
27. Buğdaycı R. Mersin İli’nde Pratisyen ve Uzman Hekimlerde Depresyon Sıklığı ve Etkileyen Faktörler. *Toplum Hekimliği Bülteni* 2007;26(1). p. 32–6.
28. Taycan O, Kutlu L, Çimen S, Aydın N. Relation between sociodemographic characteristics depression and burnout levels of nurse working in university hospital. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2006;7. p. 100–8.
29. Iacovides A, Fountoulakis KN, Kaprinis S, Kaprinis G. The relationship between job stress, burnout and clinical depression. *J Affect Disord* 2003;75(3):209–21.
30. Tsutsumi A, Kawanami S, Horie S. Effort-reward imbalance and depression among private practice physicians. *Int Arch Occup Environ Health* 2012;85(2):153–61.
31. Demir F, Ay P, Erbaş M, Özdil M, Yaşar E. The Prevalence of Depression and its Associated Factors among Resident Doctors Working in a Training Hospital in Istanbul. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2007;18(1). p. 31–7.
32. Dikmetaş E, Top M, Ergin G. An examination of mobbing and burnout of residents. *Türk Psikiyatri Derg* 2011;22(3):137–49.
33. Gülseren Ş, Karaduman E, Kültür S. Burnout Syndrome and Depressive Symptoms in Nurses and Technicians. *Kriz Dergisi* 2000;9(1). p. 27–38.