

Tükenmişlik: Aile Hekimliği Asistan Hekimleri Üzerinde Bir İnceleme

Hakan Yaman*

Süleyman Demirel Üniversitesi

Mehmet Ungan

Orta Doğu Teknik Üniversitesi
Rehberlik ve Sağlık Merkezi

Özet

Hekimlerde sıkça görülen tükenmişlik sendromunun tıp eğitimi ya da yoğun asistan hekimlik eğitimi sırasında ortaya çıktığı düşünülmektedir. Bu çalışmada aile hekimliği asistan hekimleri arasındaki tükenmişlik düzeyi ve tükenmişliğin sosyodemografik ve eğitim ile ilgili değişkenlerle ilişkisinin incelenmesi amaçlanmıştır. Ankara'da bulunan eğitim hastanelerinde ihtisas eğitimi gören aile hekimliği asistanlarına Şubat 1998 tarihinde anket uygulanmıştır. Anket demografik özellikler, çalışma koşulları, alışkanlıklar ve boş zaman uğraşısı ile ilgili 14 soru içermekteydi. Ankete Türkçe'ye uyarlanmış Maslach Tükenmişlik Envanteri de eklenmiştir. Bekar bireylerin duygusal tükenme (dt) ve duyarsızlaşma (dysz) puanları daha yüksek iken, evlilerin kişisel başarı (kb) puanları daha yüksek bulunmuştur. Daha kısa mesleki çalışma süresine sahip asistanların dt ve dysz puanları yüksek ve kb puanları düşük bulunmuştur. Bir bireyde tükenmişliğin gelişmesi işe karşı olan tutumunu etkilemekte ve hastalara karşı sahip olduğu duyguları tüketmektedir.

Anahtar kelimeler: Tükenmişlik, asistanlık, eğitim, stres

Abstract

It is suggested that burnout process begins in medical school where emotional requirements are often ignored or in high-pressure structure residency programs. The aim of this study is to examine the occurrence of three dimensions of burnout syndrome (emotional exhaustion [ee], depersonalization [dp], and personal accomplishment [pa]) among family medicine residents and the relationship of burnout to socio-demographic and educational factors. A written questionnaire was developed and distributed to family medicine residents working in Ankara in February 1998. The questionnaire contained, 14 questions, concerning demographics, work conditions, habits, free time usage. An optional part contained an instrument proven valid, reliable for Turkish Health Workers as measure for job-related burnout. Single residents had higher ee and dp scores, married residents had higher pa scores. Residents with shorter duration of work experience had higher ee, dp and lower pa scores. Detrimental effects increase psychosomatic complaints, negative affective states, work-withdrawing behaviours and decreases positive affective states.

Key words: Burnout, in-training, education, stress

*Yazışma Adresi: Yrd. Doç. Dr. Hakan Yaman, Çelebiler Mah. 11.9 Cad. No: 11/7, Isparta.

E-posta: hyaman@sdu.edu.tr

Yazar Notu: Bu çalışmaya katkılarından dolayı Sn. Dr. Altuğ Kut ve Dr. Mehmet Özen'e teşekkür ederiz. Bu çalışma, European General Practice Research Workshop, Tampere, Finland, 3-6 Haziran 2001 toplantısında bildiri olarak sunulmuştur.

Sağlık hizmeti vermek oldukça stresli bir uğraştır. Sağlık çalışanları, kendi duygusal birikimlerinden ödün vererek, her gün birey ve ailelerin aşırı gereksinimlerine cevap vermek durumunda kalmaktadırlar. Zaman geçtikçe, meslekleri gereği karşılamak durumunda kaldıkları bu yükü kaldıramaz duruma gelmekte, stresle başa çıkma yolları ve duygusal birikimleri tükenmektedir. Bu duruma düşen hekimlerde tükenmişlik ortaya çıkabilmektedir (Deckard, Hicks ve Hamory, 1992).

Bireylerin işleri gereği iletişimde buldukları insanlara karşı duyarsızlaşmaları, duygusal yönden kendilerini tükenmiş hissetmeleri ve kişisel başarı ve yeterlik duygularının azalması biçiminde ortaya çıkan tükenmişlik insanlarla yüz yüze ilişki gerektiren mesleklerde görülmektedir (Ergin, 1993). Tükenmişlik kavramı yorgunluk, yıpranma ve iş doyumsuzluğu kavramlarından farklı bir kavramdır ve bunlarla karıştırılmamalıdır (Maslach ve Jackson, 1986).

Yoğun tükenmişlik duyguları psikosomatik yakınmaları artırdığı gibi, aile içi huzursuzluğu şiddeti ve olumsuz dışavurumu da artırır (sinir, öfke, tahammülsüzlük), görevi ihmal etmeyi ve işten ayrılmayı sıklaştırır, iş doyumunu azaltır, ilaç ve alkol tüketimini ve sigara kullanımını artırır (Deckard, Hicks ve Hamory, 1992; Ergin, 1993; Maslach ve Jackson, 1986). Tükenmişliği kronik yorgunluk sendromuyla ilişkilendirenler de vardır. Batılı ülkelerde (ABD ve Kanada) hekim muayenesine başvuran hastaların %4-9' nun bu tür yakınmalarının olması bu sorunun yaygınlığını da göstermektedir (Melamed, Kushnir ve Shirom, 1992).

Tükenme sinsî bir süreçtir. Üretkenliği azalan kişi, kişisel başarı duygusunda bir azalma hisseder. Bununla başa çıkma yollarının da yetersiz kalması sonucunda benlik saygısı azalır. Depresyon gelişir, kişi kısır döngüye girer ve intihar eğilimi artar (Fawzy, Fawzy ve Pasnau, 1991).

Hekimlik yaparken bireyin maruz kaldığı stres sürekli ve yoğun olmaktadır. Duygusal birikimlerin "son haddine" kadar zorlanması hekimin kendisini tükenmiş hissetmesine neden olmaktadır. Duygusal

tükenme bu evrede kendisini, bireyin çevresinden izole etmesiyle, yani arkadaş, aile ve hastalarından uzaklaşmasıyla göstermektedir. Duyarsızlaşma diğer bir aşamadır. Bu aşamada hastalar, birey olarak algılanmaktan çıkar ve birer hastalık olarak algılanmaya başlanır. Bu arada kişisel başarı duyguları da azalmaya başlamaktadır (Deckard, Hicks ve Hamory, 1992).

Hekimlerin % 30-40' ının kişisel ve mesleki verimliliğini etkileyecek düzeyde tükenmişlik içinde oldukları bildirilmektedir (Deckard, Hicks ve Hamory, 1992). Hekimlerdeki tükenmişliğin sıklığı farklı varsayımlarla açıklanmaya çalışılmıştır. Bu sürecin, duygusal gereksinimlerinin ihmal edildiği ve sağlık bakımın teknolojik boyutlarının ön plana çıkarıldığı mezuniyet öncesi tıp eğitimi sırasında ya da stres ve sıkıntı içinde geçen asistanlık eğitimi sırasında başladığı düşünülmektedir (Deckard, Meterko ve Field, 1994). Bazıları sağlık hizmeti vermek ile ilişkili etmenlerin buna neden olduğunu; diğer bazıları da hekimin kişiliğine özgü etmenlerin buna zemin oluşturduğunu ileri sürmektedir (Ergin, 1993).

Tükenmişlik; tutum, mizaç ve davranışlar üzerinde olumsuz etkilere yol açmaktadır. Hekimin verimini ve sunduğu sağlık hizmetini de olumsuz yönde etkilemektedir (McCue, 1982).

Freudenberger (1974) tarafından ilk kez kullanılan "tükenme" terimi, Maslach ve Jackson (1986) tarafından, iş ile ilişkilendirilip, bir ölçek ile ölçülmeye çalışılmıştır. Maslach Tükenmişlik Ölçeği olarak isimlendirilen bu ölçeğin üç alt boyutu bulunmaktadır. Bunlar, duygusal tükenme (DT), duyarsızlaşma (DYSZ) ve kişisel başarı (KB) alt boyutlarıdır. Ülkemizde bu ölçek Ergin tarafından 1993 yılında uyarlanmıştır (Ergin, 1993). Tükenmişliği en iyi belirleyen alt boyut duygusal tükenmedir. Duygusal tükenme, bireyin kendisini tükenmiş hissetmesine yol açan artmış duygusal ve ruhsal gereksinimlere bağlı olarak gelişmektedir. Duyarsızlaşma alt boyutu ise başkalarına karşı olumsuz ve alaycı tutumları ifade etmektedir (Ergin, 1993). Hekimlikte iş verimini korumak için hastalar ile ilişkide araya belirli bir mesafe konması yararlı olmakla birlikte; duyarsızlaşma-

da bunun dozu kaçır, yerini alayıcılık ve soğukluk alır. Böyle katı bir tavır ile yaklaşma eğilimi, hastaların sorunlarını hak ettiklerini düşünmeye kadar varabilmektedir (Deckard, Hicks ve Hamory, 1992) . Üçüncü boyut olan kişisel başarı, kişinin meslekteki başarı düzeyinin ve yeterliğinin bir ölçüsüdür. Duygusal kaynaklar boşaldıkça birey, ruhsal bakımdan başkalarına bir şey veremeyeceğini hissetmekte, idealizm, enerji ve amaca ulaşma isteği azalmaktadır. Birey kendisini ve özellikle çalışma biçimini olumsuz değerlendirmeye eğilimli; mesleki başarısı konusunda da mutsuz ve doyumсуuz olmaktadır (LeBourdais, 1989).

Tükenmişlik ölçeğinin alt boyutları ilişkili olsalar da, birbirlerinden farklı kavramlardır. Bu nedenle, ölçekle değerlendirme yapılırken toplam bir tükenme puanı elde etmek mümkün değildir. Her bir alt boyut ayrı ayrı değerlendirilip, yorumlanmalıdır. Ancak tükenme arttıkça DT ve DYSZ alt boyutlarının puanı artmakta ve kişisel başarı puanı azalmaktadır (Maslach ve Jackson,1986).

Tükenmişlik sendromunun aile hekimlerinde de sık görüldüğü bildirilmektedir. Aile hekimleri, hastanede çalışan meslektaşlarına göre daha fazla sayıda hastayla karşılaşır ve destekleyici sağlık personelinin yoklarıdır. Tüm bilgi ve becerilerini anında sergilemeleri gereği ve çalışırken sıkça işlerinin bölünmesi gibi etmenlerin tükenmeye neden olduğu düşünülmektedir. Kırsal alanlarda çalışmak durumunda kalan aile hekimlerinin, diğer meslektaşlarından ve yakınlarından uzak kalmaları da sorumlu tutulmaktadır (Chambers, 1993). Avustralya’da yapılan bir çalışmada genç aile hekimlerinin yaşlılara göre daha yüksek duygusal tükenme ve duyarsızlaşma gösterdikleri belirlenmiştir (Winefield ve Anstey, 1991). Artmış iş yükünün de tükenmişliğe neden olduğu bilinmektedir (Howie, Hopton ve Heaney, 1992). Özellikle asistanlık eğitimi (tıpta uzmanlık eğitimi) sırasında gerek kliniğin iş yükü, sık tutulan nöbetler ve gerekse “gelir artırıcı” olarak hastane dışında tutulan nöbetlerin de duygusal tükenme ve duyarsızlığa neden olabileceği düşünülebilir. Yetersiz uyku süresi diğer bir etmen olabilir.

Bireyin, günlük iş stresinden uzaklaşması ve bununla baş edebilmesi için serbest zamanlarında yaptığı uğraşlar ve sorunları çözmek için kullandığı yöntemler belirleyicidir (Aslan, Bengi Gürkan, Alparslan ve Ünal, 1996; Schweitzer, 1994). Stres ile baş edemeyen genç hekimlerin sigara ve alkol tüketimi artmakta ya da narkotik ilaç bağımlılığı gelişmektedir (Chambers, 1993).

Bu çalışmada eğitim veren devlet hastanelerinde aile hekimliği uzmanlık eğitimi alan hekimlerin tükenmişlik düzeylerini belirlemek ve tükenmişliğin, sosyodemografik özellikler, eğitim, boş zaman uğraşları, uyku alışkanlığı, sigara ve alkol tüketimi gibi değişkenlerle ilişkilerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Bu çalışma, sorunu belirlemeye yönelik bir ön çalışma niteliğindedir.

Yöntem

Örnekleme

Araştırmaya Ankara Eğitim Hastanelerinde Aile Hekimliği Asistanlığı görevinde bulunan 135 kişi katılmış, aralarından 91’ i anket ve ölçeği yanıtlamıştır (yanıtlama oranı % 67.4). Anketi yanıtlayan bireylerin yaş ortalamaları 30.9 (S = 2.83) dur. 50’si kadın, 41’i erkek olmak üzere toplam denek sayısı 91’dir. Katılımcıların 32’si bekar ya da eşinden ayrılmış (yalnız yaşayan) (% 35) ve 59’u evlidir (% 65). Bekar ya da eşlerinden ayrılmış olanların ve evli olanların 29’u çocuksuzdur (% 49). Katılımcıların 56’sı Ankara Numune Eğitim Araştırma Hastanesinde (% 61), 28’i Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesinde (% 31) ve 7’si Dr. Muhittin Ülker Trafik Hastanesinde (% 8) kadrolu olarak çalışmaktadır.

Veri Toplama Araçları

Hazırlanan 14 soruluk bir anket yaş, cinsiyet, medeni durum, çocuk sayısı ve çalışılan kuruma ilişkin sorular içermektedir. Ayrıca asistanlara, asistanlık süreleri, tutulan ortalama aylık nöbet sayısı, hastane dışında nöbet tutup tutmama ile boş zamana ilişkin olarak uyku süresi, sigara ve alkol tüketimine ilişkin sorular sorulmuştur. Bu anketin sonuna Türkçe’ye uyarlanması Ergin (1993) tarafından yapılmıştır.

olan ve 22 sorudan oluşan Maslach Tükenmişlik Ölçeği eklenmiştir. Ergin'in adı geçen araştırmasında, bu ölçeğin duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarı alt boyutlarına ilişkin Cronbach alfa iç tutarlık katsayıları sırasıyla (n = 552) .83, .65 ve .72 olarak; test tekrar test güvenilirliği sırasıyla (n = 99) .83, .72 ve .67 olarak hesaplanmıştır. Yapı geçerliği için faktör analizi (varimaks rotasyon) yapılmış ve üç 3 temel faktör elde edilmiştir. Kozan'ın (1983) sosyal beğenirlik ölçeği ile karşılaştırıldığında DT, DYSZ ve KB alt boyutlarına ilişkin korelasyon katsayıları sırasıyla -.32, -.48 ve .36 biçimindedir.

Bu çalışmada DT, DYSZ ve KB alt boyutlarının test tekrar test güvenilirliklerine ilişkin bilgi 30 kişilik bir örneklem grubundan iki ayrı zamanda (zaman aralığı biliniyorsa belirtmekte yarar var) elde edilen puanlar arası tutarlılık katsayılarına bakılarak elde edilmiştir. İki puan serisi arasındaki korelasyon katsayıları alt boyutlar için sırasıyla r = .72, r = .81, ve r = .63 olarak tespit edilmiştir. Tüm katsayılar .05

düzeyinde anlamlıdır. Ölçeğin, "kendini tükenmiş hissetme derecesi" nin öznel olarak değerlendirilmesine yönelik 5 Likert puanlı bir soru ile geçerliği sınanmıştır. Ölçeğin üç alt boyutunun, katılımcıların öznel değerlendirmeleri ile gösterdiği korelasyon katsayıları şu şekildedir: Duygusal tükenme r = .52; Duyarsızlaşma r = .22; Kişisel başarı r = .15. Söz konusu korelasyon katsayıları .05 düzeyinde anlamlıdır.

İşlem

Anketler araştırmacılar tarafından ilgili hastanelerde çalışan aile hekimliği asistan hekimlerine tek tek dağıtılmıştır. Uygulamada Ergin'in (1993) uygulama yönergesi dikkate alınmıştır. Bazı maddelerin hassas özelliklerinden dolayı uygulama anonim olarak yapılmıştır. Ölçek dağıtılırken "tükenmişlik ölçeği" ifadesinden kaçınılıp, bunun yerine "iş ile ilgili tutumların" ölçüldüğü bildirilmiştir. Uygulama sırasında, katılımcıların yöneticisi durumunda olan hiç

Tablo 1
Bağımsız Değişkenlere Göre Tükenmişlik Durumu

		DT		DYSZ		KB	
		\bar{X}	S	\bar{X}	S	\bar{X}	S
Çocuk Sayısı	Yok n=61	16.7	7.75	10.1	7.42	15.4	5.60
	Bir n=24	15.2	6.06	7.6	6.12	19.5	4.25
	Birden Fazla n=6	23.5	3.78	16.3	6.50	9.3	4.89
Asistanlıktaki Süre	1 Yıl n=26	22.9	4.13	14.1	4.08	10.9	4.58
	2 Yıl n=23	14.2	7.83	8.9	5.98	18.7	6.77
	3 Yıl n=42	14.3	6.43	7.7	4.66	17.9	7.66
Aylık Nöbet Sayısı (Gece)	Yok n=29	10.3	4.89	5.0	3.43	21.7	4.78
	1-3 n=16	18.8	6.55	12.9	5.53	14.0	5.92
	4-6 n=37	18.2	7.23	10.9	5.14	14.7	7.97
	7-10 n=9	22.1	3.89	11.4	4.48	12.6	6.41
Dışarıda Tutulan Nöbet Sayısı (Gece)	Yok n=44	11.6	5.23	6.5	4.34	20.6	5.63
	Bir n=29	20.6	6.23	12.5	4.55	12.9	6.75
	Birden Fazla n=18	22.9	4.32	13.9	4.81	10.2	5.51
Uyku Süresi	< 6 Saat n=24	23.0	4.71	14.5	5.05	10.2	5.00
	6-8 Saat n=59	13.9	6.71	7.9	4.76	19.2	6.38
	> 8 Saat n=8	18.5	6.19	10.6	4.63	11.0	7.67

kimsenin cevapları göremeyeceği konusunda güven sağlanmıştır. Uygulamaların ortalama süresi 20 dakikadır.

Bulgular

Maslach Tükenmişlik Ölçeği'ne ilişkin puanların, öncelikle, betimsel istatistikleri hesaplanmış, sonra da ortalamalar açısından gruplar arası farklılıkların anlamlı olup olmadıklarını incelemek amacıyla bağımsız gruplar için T-Testi ve Tek Yönlü Varyans Analizi yapılmıştır. Parametrik varsayımların yerine gelmediği durumlarda (denek sayısının azlığı gibi) Kruskal-Wallis (KW) varyans analizi kullanılmıştır. Gruplar arası farkın kaynağını tespit etmek amacıyla post-hoc testlerden Tukey ve Man-Whitney-U Testi uygulanmıştır.

Tüm bireylerin tükenmişlik alt boyutlarına ilişkin ortalama değerleri duygusal tükenme için 16.7 (S = 7.4), duyarsızlık için 9.9 (S = 5.6) ve kişisel başarı için 16.1 (S = 7.4) dir. Tükenmişlik ölçeğinin alt boyutlarından en fazla alınabilecek puanlar DT için 36, DYSZ için 20, KB için 32'dir. Tüm alt boyutların dağılımı merkezi bir eğilim göstermektedir. Ergin'in (1996) Türk sağlık personeli üzerinde yapmış olduğu Maslach Tükenmişlik Ölçeği'ne ilişkin norm çalışmasında uzman doktorlar ve pratisyen hekimler için belirlenen norm değerlerine göre, bu çalışmada elde edilen ortalama değerler, DT puanı bakımından alt sınırdadır, DYSZ puanı açısından orta grupta ve KB bakımından alt sınırdadır kabul edilebilir. Ancak bu norm çalışmasında çalışmamızın popülasyonunu oluşturan asistan hekimler yer almamaktadır.

Çalışmamızda, katılımcıların sosyodemografik özellikleri ile tükenmişlik düzeyleri arasındaki ilişki incelendiğinde, kadın ve erkek aile hekimliği asistanları arasında bir fark bulunmamıştır. Bekar ve ayrı yaşayanların DT ve DYSZ alt boyutları evlilere göre daha yüksek $t(89) = 5.89, p < .05$; $t(89) = 6.69, p < .05$, kişisel başarı puanları daha düşük bulunmuştur $t(89) = -7.22, p < .05$. Çocuk sayısı birden fazla olan evli bireylerin DT ve DYSZ puanları daha yüksek, KB puanları daha düşük bulunmuştur (sırasıyla $KW(2) = 6.95, p < .05$; $KW(2) = 10.7, p < .05$ ve $KW(2) = 10.1, p < .05$) (Bkz. Tablo 1).

.05 ve $KW(2) = 10.1, p < .05$) (Bkz. Tablo 1).

Asistanlığa yeni başlayan (1.yıl) ile daha kıdemli olan hekimler arasında (1 yıldan sonrası) DT, DYSZ ve KB alt boyutları bakımından anlamlı fark bulunmuştur (sırasıyla $F(2,88) = 17.57, p < .05$; $F(2,88) = 14.76, p < .05$ ve $F(2,88) = 11.35, p < .05$). Aylık nöbet sayısına göre ise, nöbeti olmayanların 1-3 gece, 4-6 gece ve 7-10 gece nöbeti olanlara göre daha düşük DT ve DYSZ puanlarına ve daha yüksek KB puanlarına sahip oldukları tespit edilmiştir (sırasıyla $KW(2) = 25.97, p < .05$; $KW(2) = 26.62, p < .05$ ve $KW(2) = 18.19, p < .05$). Hastane dışında nöbet tutmayanların tutanlara göre DT ve DYSZ puanları daha düşük, KB puanları daha yüksek bulunmuştur (sırasıyla $KW(2) = 44.4, p < .05$; $KW(2) = 33.36, p < .05$ ve $KW(2) = 31.91, p < .05$) (Bkz. Tablo 1).

Boş zaman uğraşısı olmayan bireylerin, boş zamanlarında bir ya da birden fazla uğraşı olan kişilere (spor, kısa gezinti, sinema, tiyatro, dernek işleri, TV, kitap, gazete, bilgisayar,) göre daha yüksek DT ve DYSZ puanlarına ve daha düşük KB puanlarına sahip oldukları belirlenmiştir (sırasıyla $KW(4) = 16.87, p < .05$; $KW(4) = 17.94, p < .05$ ve $KW(4) = 13.06, p < .05$).

Uyku süresi kısa olanlar (< 6 saat) özellikle 6-8 saat uyuyanlara göre daha yüksek DT, DYSZ puanlarına sahip iken; 6-8 saat uyuyan grupta KB puanları diğer iki gruba göre daha yüksek bulunmuştur (Bkz. Tablo 1).

Tükenmişliğin DT, DYSZ ve KB alt boyutları açısından sigara kullananlar ile kullanmayanlar arasında; ayrıca farklı miktarda sigara kullananlar arasında ve alkol kullananlar ve kullanmayanlar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bununla birlikte ihtisası sırasında alkol tüketimi artmış bireylerin DT ve DYSZ puanlarının arttığı ve KB alt boyutunun azaldığı gözlenmiştir (sırasıyla $t(89) = 7.57, p < .05$; $t(89) = 5.84, p < .05$, $t(89) = -7.14, p < .05$).

Tartışma

Ergin (1993), cinsiyetin önemli bir tükenmişlik

değişkeni olduğunu; duyarsızlaşma alt boyutunun iki cinsiyette farklı olmasa da kadınlarda duygusal tükenmenin daha fazla olduğunu, erkeklerin ise kişisel başarı duygusunda azalmayı daha fazla yaşadığını bildirmektedir. Schweitzer 'in (1994) genç hekimler üzerinde yapmış olduğu bir çalışmada ise cinsiyetler arasında fark gözlenmemiştir. Bu konudaki genel görüş, kadınların cinsiyet rolleri gereği karşılardaki insanları daha fazla gözetmeleri ve önem vermelerinin, duygusal tükenmelerini artırdığı biçimindedir. Ancak, bizim çalışmamızda kadın ve erkek katılımcılar arasında tükenmişlik bakımından bir fark bulunmamıştır.

Maslach ve Jackson (1985) bekar hekimlerde evlilere göre duyarsızlaşma ve duygusal tükenmenin daha fazla olduğunu bildirmiştir. Aslan ve arkadaşları (1996) bekarlarda duyarsızlaşmayı daha yüksek oranda tespit etmişlerdir. İspanya'da asistan hekimler üzerinde yapılan bir çalışmada da tükenmişliğin bekarlarda daha fazla görüldüğünü bildirilmiştir (Belloch, Renovell, Calabuig ve Gomez Salinas, 2000). Bulgularımıza göre, bekarların duygusal tükenmişlikleri ve duyarsızlıkları evlilere göre daha yüksek, kişisel başarıları ise daha düşük bulunmuştur. Bunu evli olan kişilerin, kişiler arası ilişkiler ve krizler ile başa çıkma deneyimlerinin fazla olması ile sorun çözme becerilerinin daha gelişmiş olmasına bağlamak mümkün olabilir (Ergin, 1993; Maslach ve Jackson, 1986). Diğer bir etmen ise aile ortamının, bireyin iş stresi ile başa çıkabilmesi için sosyal destek sağlıyor olmasıdır (Belloch, Renovell, Calabuig ve Gomez Salinas, 2000).

Evli olan bireylerde çocuk sayısı duygusal tükenmişlik ve duyarsızlık için bir etmen gibi görünmektedir. Özellikle birden fazla çocuk sahibi olan asistan hekimler tek çocuk sahibi ya da çocuğu olmayanlara göre daha belirgin yüksek DT ve DYSZ puanlarına sahiptirler. Bunu da iş ortamındaki strese ev ortamında ev işleri ve çocuk bakımı işleriyle eklenen stres ile açıklamak mümkün olabilir.

Ergin (1993), çalışma süresi arttıkça tükenmişliği azaldığını bulmuştur. Diğer bir deyişle tükenmişlik daha çok işe yeni başlayan bireylerde ortaya çı-

kan bir durumdur. Aslan ve arkadaşları da (1996) yaş ve çalışma yılının artmasıyla duyarsızlığın arttığını bildirmişlerdir. Alexander ve arkadaşları (1985) birinci yıl asistanlarının daha düşük başa çıkma birikimine sahip olduklarını ileri sürmüştür. Bizim çalışmamızda benzeri biçimde birinci yıl asistanlarının daha yüksek DT, DYSZ ve daha düşük KB puanı aldıkları bulunmuştur. Mesleğe yeni başlayan genç hekimlerin pek çok niteliğe sahip olmalarına rağmen sezgi ve iç donanımdan yoksun olmaları nedeniyle karşılaştıkları stresle baş edemedikleri öne sürülmüştür (Cherniss, 1980). Ayrıca kıdemsiz asistanların telefonundan sıkça aranmalarının, uykularının bölünmesinin ve çağrı cihazlarının sıkça sinyal vermesinin de tükenmelerine neden olduğu bildirilmiştir (Badger, Cesebro ve Hartman, 1987).

Hekimlerin iş yerlerindeki tükenmeye yol açan en önemli stres etmeni iş koşullarıdır. İş koşullarını zorlaştıran etmenler arasında nöbetler, nöbete bağlı uykusuzluklar, geçim sıkıntısı nedeniyle hastane dışında tutulan nöbetler de yer almaktadır (Aslan, Bengi Gürkan, Alparslan ve Ünal, 1996). Goldberg ve arkadaşları (1996) acil servis hekimleri üzerinde yapmış oldukları bir çalışmada aylık nöbet sayısı, uyku düzensizlikleri ile tükenmişlik arasında yüksek düzeyde bir korelasyon bulmuşlardır. Bizim olgularımızda da daha fazla nöbet tutan ya da hastane dışında ek olarak nöbet tutan bireylerin tükenmişlikleri anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Sık nöbet tutma, nöbetlerde sürekli uyandırılma, eve gidince yeterince dinlenememe gibi nedenlerle az uyku uyuyan bireylerde (< 6 saat/gün) kişisel başarı dışındaki tükenmişlik alt boyutları daha yüksek bulunmuştur. Fazla uyku uyuyan grubun (> 8 saat), az uyku uyuyan gruba yakın ancak anlamlı olmayan tükenmişlik değerlerine sahip olduğu tespit edilmiştir.

Hekimlerin sigaranın zararlarını bilseler de sigara içmeye devam etmeleri iş yüküne bağlanmıştır (Güvercin ve İrgil, 2000). Çok yoğun tıbbi sağlık hizmeti veren bireylerde alkol ve sigara tüketiminin (Goldberg, Boss, ve Chan, 1996; Adebamowo, Ezeome, Ajuvon ve Adenkule, 1998) ve çok da ender olmayan durumlarda da narkotik kullanımının

arttığı bildirilmiştir (Chambers, 1993). Çalışmamızda sigara içen, ihtisas sırasında içilen sigara miktarını arttıran ve alkol alan hekimlerin sigara içmeyen ve alkol kullanmayanlara göre tükenmişlik düzeylerinde bir değişme gözlenmemiştir. Sadece ihtisas eğitimi sırasında alkol tüketimi artan bireylerin DT ve DYSZ alt boyutlarından daha yüksek puanlar aldıkları tespit edilmiştir.

Çalışmamızda boş zamanlarda hiçbir şey yapmayan ya da işlerinden dolayı buna belki de vakit bulamayan bireylerin daha tükenmiş oldukları saptanmıştır. İşindeki stres ortamının üstesinden gelemeyen hekimin, ya içinde olduğu sıkıntılı durumu ailesi ya da yakın arkadaşlarına yansıtmadığı; ya da sıkıntılarını kimseye paylaşmadığı bildirilmiştir (Fawzy, Fawzy ve Pasnau, 1991).

Ergin'in (1996) sağlık personeline yönelik norm çalışmasına göre; çalışmamızın DT düzeyi alt sınırdadır, DYSZ düzeyi ortada ve KB düzeyi alt sınırdadır. Buna göre anketimizi yanıtlayan bireylerin tükenmişlik düzeyleri düşük bulunmaktadır. Tükenmişliği destekleyebilecek tek alt boyut KB'dır, ancak bu alt boyutun Maslach Tükenmişlik Ölçeğinde DT kadar ağırlığı yoktur. Ergin'in (1996) hekimler için önerdiği norm değerleri uzman hekim ve pratisyen hekimler içindir. Bizim çalışmamıza katılan asistan hekimleri bu normlarla karşılaştırmak olanaklı görünmemektedir, çünkü asistaların çalışma koşulları bir uzman hekimden ve pratisyen hekiminden farklıdır. Farklı çalışma koşullarına sahip olan hekimlerin ayırım gözetmeksizin aynı biçimde değerlendirildiği bir norm kullanıldığı için elde edilen bulguların, aile hekimliği asistanlarının tükenmişlik düzeyleri hakkında bir fikir vermesi mümkün olmayabilir. Bu nedenle, bu çalışmada elde edilen bulgular bu norm çalışması doğrultusunda dikkatle yorumlanmalıdır ve yeni çalışmalarda asistan hekimler ve aile hekimliği asistanlığına yönelik norm çalışmalarına yer verilmelidir.

Sonuç olarak; tüm hekimler tükenmişliğin ne olduğunu ve nasıl başa çıkılabileceğini bilmemektedir-

ler, ayrıca asistan eğitimi konusunda sorumlu olan eğitmenler de tükenmişliğin erken bulguları konusunda hassas olmalı ve risk altında bulunan bireylere destek olunmalıdır. Tükenmişlik depresyona ve diğer psikosomatik sorunlara yol açabileceği gibi; iş verimi kaybına da neden olmaktadır. Stres ve tükenmişlik kavramı mezuniyet öncesi tıp eğitimi kapsamında da verilmelidir. Hastalarıyla ilgilenmesini öğrenen genç hekim adayı, bu çabalar çerçevesinde kendisiyle de ilgilenmeyi öğrenmelidir. Böylece, tükenmişliğin önemli bir risk etmeni erkenden yok edilebilir.

Kaynaklar

- Adebamowo, C. A., Ezeome E. R., Ajuwon A. J., & Adekunle O. (1998). Job stress associated with surgical training in Nigeria. *African Journal of Medicine and Medical Science*, 27 (3-4), 233-237.
- Alexander D., Monk J.S., & Jonas A. P. (1985). Occupational stress, personal strain, and coping among residents and faculty members. *Journal of Medical Education*, 60 (11), 830-839.
- Aslan H., Bengi Gürkan S., Alparslan Z. N., & Ünal M. (1996). Tıpta uzmanlık öğrencisi hekimlerde tükenme düzeyleri. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 7 (1), 39-45.
- Badger L.W., Chesebro M. J., & Hartman J. A. (1987). First year stress: sources and mediators. *Family Practice Research Journal*, 7 (2), 104-113.
- Belloch G. S. L., Renovell F. V., Calabuig A. J. R., & Gomez Salinas L. (2000). The professional burnout syndrome in resident physicians in hospital medical specialties. *Anales de Medicina Interna*, 17 (3), 118-122.
- Chambers R. (1993). Avoiding burnout in general practice. *British Journal of General Practice*, 42, 442-443.
- Cherniss C. (1980). Professional burnout in human service organization. New York. Praeger.
- Deckard G. J., Hicks L. L., & Hamory B. H. (1992). The occurrence and distribution of burnout among infectious disease physicians. *Journal of Infectious Disease*, 165, 224-228.
- Deckard G. J., Meterko M., & Field D. (1994). Physician Burnout: An examination of personal, professional, and organizational relationship. *Medical Care*, 32, 745-754.

- Ergin C. (1993). Doktor ve hemşirelerde tükenmişlik ve Maslach Tükenmişlik Ölçeğinin uyarlanması (1993). İçinde: VII. Ulusal Psikoloji Kongresi Bilimsel Çalışmaları. Bayraktar R, Dağ I (Ed). Ankara: VII. Ulusal Psikoloji Kongresi Düzenleme Kurulu ve Türk Psikologlar Derneği Yayını, s.143-160.
- Ergin C. (1996). Maslach Tükenmişlik Ölçeğinin Türkiye sağlık personeli normları. *3 P Dergisi*, 4 (1), 28-33.
- Fawzy I. F., Fawzy N. W., & Pasnau R (1991). Burnout in the health professions. In: Handbook of studies on general hospital psychiatry. Judd, Burrows, Lipsitt (Ed). NewYork. Elsevier Science Publishers. pp.119-130.
- Freudenberger N. J. (1974). Staff burnout. *Journal of Social Issues*, 30, 159-165.
- Goldberg R., Boss R. W., & Chan L. (1996). Burnout and its correlates in emergency physicians: four years' experience with a wellness booth. *Academic Emergency Medicine*, 3 (12), 1156-1164.
- Güvercin C., & İrgil E (2000). Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi araştırma görevlilerinin alışkanlıkları ve yaşam biçimleri. *Sağlık ve Toplum*, 10 (1), 36-41.
- Howie J. G. R., Hopton J. L., & Heaney D. J. (1992). Attitudes to medical care, the organization of work, and stress among general practitioners. *British Journal of General Practice*, 42, 181-185.
- Kozan K. (1983). Davranış bilimleri araştırmalarında sosyal beğenirlik boyutu ve Türkiye için bir sosyal beğenirlik ölçeği. *ODTÜ Gelişme Dergisi*, 10 (3), 447-478.
- Landau C., Hall S., & Wartman S.A.(1986). Stress in social and family relationships during the medical residency. *Journal of Medical Education*, 61 (8), 654-60.
- Le Bourdais (1989). Hopelessness and helplessness: Treating the doctors who treat AIDS patients. *Canadian Medical Association journal*, 140, 440-443.
- Maslach C., & Jackson S. E. (1985). The role of sex and family variables in burnout. *Sex Roles*, 12 (7-8), 837-851.
- Maslach C., & Jackson S. E. (1986). Maslach Burnout Inventory. 2nd ed. Pal Alto: Consulting Psychologists Press, pp. 6-10.
- McCue J. D. (1982). The effects of stress on physicians and their medical practice. *New England Journal of Medicine*, 306, 458-463.
- Melamed S., Kushnir T., & Shirom A. (1992). Burnout and risk factors for cardiovascular disease. *Behavioral Medicine*, 18, 53-60.
- Schweitzer B. (1994). Stress and burnout in junior doctors. *South African Medical Journal*, 84, 352-354.
- Winfield H. R., & Anstey T. J. (1991). Job stress in general practice: Practitioner age, sex, and attitudes as predictors. *Journal of Family Practice*, 8, 140-141.

Summary

Burnout in Young Physicians: A Study on Family Medicine Residents

Hakan Yaman*

Süleyman Demirel Üniversitesi

Mehmet Ungan

Orta Doğu Teknik Üniversitesi
Rehberlik ve Sağlık Merkezi

The practice of medicine is stressful. Health professionals must continuously respond to the needs of patients, routinely interact with the most intense emotional aspects of life, and expend their own emotional resources to provide care and caring others (Deckard et al, 1992).

Job-related burnout is most often observed in professionals who have steady contact to people (Ergin, 1993). And the term burnout should be distinguished from fatigue, job dissatisfaction, depression etc. (Maslach & Jackson, 1986).

Intense burnout increases psychosomatic complaints, and also insidious changes in attitudes, moods, and behavior may occur and cause some consequences on physician role performance (Deckard, 1992; Ergin, 1993; Maslach & Jackson, 1986). Burnout has consistently been found to be related to work performance, job satisfaction, withdrawal behavior, quality of life, and psychological well-being. Moreover, burnout, as conceptualized in psychology, appears to overlap, to some extent, with the syndrome of chronic fatigue, as defined in internal medicine (Melamed, 1992).

Reaching into finite store of emotional resources is too often and too deep in physicians. Therefore they may feel drained and depleted from their work. Emotional detachment becomes a form of self-defense as the physicians begin to distance themselves from friends, family, and patients. Depersonalization of patients, separating the human from the disease, occurs in a further attempt to cope with the emotional demands of patient care. Feelings

of competence and personal accomplishment may diminish with this ongoing process (Deckard, 1992).

Burnout is very often reported in family physicians (Chambers, 1993). In a Australian study younger family physicians were more emotionally exhausted and depersonalized than their elder colleagues (Winefield, 1991). Enhanced workload has been determined as a major factor for burnout (Howie, 1992).

The aim of this study is to evaluate the level of burnout and its relation to socio-demographic variables, working conditions and life-style in family medicine residents who are in training.

Method

Ninety-one family physician residents working in 5 teaching hospitals in Ankara participated in this study. The mean age of the respondents was 30.89 (sd = 2.83). The sample was consisted of single or divorced (n = 32), married (n = 59), single married with no children (n = 29), married with one child (n = 24) and married with two or more children (n = 6) participants.

A questionnaire including 14 questions has been administered to the participants. Age, gender, number of children, work place conditions (years in training, days on call), hobbies, sleeping time, smoking and alcohol consumption were asked to the participants. Maslach Burnout Inventory (MBI) was used in order to measure burnout. This questionnaire has been adapted by Ergin (1993) into Turkish and contains 22 Likert type questions.

*Address for Correspondence: Yrd. Doç. Dr. Hakan Yaman, Çelebiler Mah. 11.9 Cad. No: 11/7, Isparta, Turkey.
E-mail: hyaman@sdu.edu.tr

Results

The mean and standard deviations of scores according to the sub scales of MBI were as follows: emotional exhaustion (ee) (M = 16.71, sd = 7.35), depersonalization (dp) (M = 9.87, sd = 5.57) and personal accomplishment (M = 16.1, sd = 7.42).

There was not any sex difference. It was observed that singles had higher ee and dp and lower pa points than married participants. Also the data revealed that participants who had more than one child had higher ee and dp and lower pa points than childless couples. First year residents had significantly different burnout points than second and third year residents. Residents who were not on-call had lower burnout scores than other groups. Participants who had no free-time activity had higher burnout scores than their colleagues who had one or more activity. Residents with shorter sleeping time had higher burnout scores than other groups. In addition it was found that increasing alcohol consumption was correlated with burnout scores.

Discussion

It is reported that gender is an important determinant of burnout (Ergin, 1993). Ee is especially high in women and pa low in male. However Schweitzer (1994) did not find any gender difference. These contrasting findings should need explanation. Maslach and Jackson (1985) mentioned that in single living people ee and dp has been observed more frequently than married couples. Aslan (1996) also observed a higher frequency of dp in single living young doctors. Our results showed that single living or divorced people had higher ee and dp, and lower pa scores. The reason might that married people had more experience than single ones in personal relations and could better cope with the stressful life (Ergin, 1993; Maslach & Jackson, 1986). Another factor could be the family itself supporting the person to cope with burnout (Belloch, Renovell, Calabuig and Gomez Salinas, 2000).

The number of children might predicts ee and dp scores among married residents. Especially in person with more than one child a higher dp and ee score could be observed in this study. This can be explained by the increased rate of stress related with children at home.

Ergin (1993) has reported that increasing tenure (in years) is correlated with decreasing burnout. Aslan et al. (1996) postulated that dp increases with age and tenure. Alexander et al.(1985) observed that residents in their first training year had lower coping reserves. We also confirmed this finding showing higher burnout level in first year residents.

Working conditions were also critical in the prediction of burnout. For example frequency of on-call work, short sleeping time and financial problems might trigger burnout (Aslan, Bengi Gürkan, Alparslan and Ünal, 1996). Goldberg et al. (1996) has found high correlation between on-call shifts, sleeping irregularities and burnout level confirming our findings.

High smoking and alcohol consumption rates are not a rarity among hard working physicians (Goldberg, Boss and Chan, 1996; Adebamowo, Ezeome, Ajuwon and Adekunle, 1998; Chambers, 1993). A significant relationship between alcohol consumption and ee and dp sub scales was observed in our study being parallel with above studies.

In conclusion, all physicians, their relatives and educators should be aware of the early symptoms of burnout and also should support young residents under risk.