

T.C. NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ
MERAM TIP FAKÜLTESİ İÇ HASTALIKLARI ANABİLİM DALI
(ACİL TIP BİLİM DALI)

**MEDİKOLEGAL ENDİŞELER VE ACİL TIP DOKTORLARI ÜZERİNDEKİ
ETKİLERİ**

DR.LEYLA ÖZTÜRK SÖNMEZ

UZMANLIK TEZİ

KONYA, 2019

T.C. NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ
MERAM TIP FAKÜLTESİ İÇ HASTALIKLARI ANABİLİM DALI
(ACİL TIP BİLİM DALI)

**MEDİKOLEGAL ENDİŞELER VE ACİL TIP DOKTORLARI ÜZERİNDEKİ
ETKİLERİ**

DR.LEYLA ÖZTÜRK SÖNMEZ

UZMANLIK TEZİ

Danışman: PROF. DR. MEHMET GÜL

KONYA, 2019

ÖNSÖZ

2011 yılında adım attığım acil tıp sevdasında yol almamı sağlayan saygıdeğer hocalarıma; tez sürecimde destek vermenin ötesinde özveri ile bana yardımcı olan tez danışmanım Prof. Mehmet Gül' e; bu zorlu süreci tamamlamamı sağlayan sevgili eşime, anneme, babama, sabırla uzmanlığımı bekleyen melek oğluma sonsuz teşekkürler.

Leyla ÖZTÜRK SÖNMEZ

OCAK – 2019

ÖZET

MEDİKOLEGAL ENDİŞELER VE ACİL TIP DOKTORLARI ÜZERİNDEKİ ETKİLERİ

Leyla ÖZTÜRK SÖNMEZ

UZMANLIK TEZİ

KONYA, 2019

Amaç

Bu araştırma, Acil Tıp alanında çalışan doktorların medikolegal endişeler, tükenmişlik, anksiyete durumları ve iş tatmini düzeylerinin yaş, cinsiyet, çalışma süresi, görev ünvanı ve çalışılan kuruma göre olası farklılıklarını ortaya koymak amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntemler

Araştırma evrenini Türkiye’deki acil tıp kliniklerinde görev ünvanı pratisyen, asistan, uzman hekim ve öğretim üyesi olan doktorlar oluşturdu. Araştırma Eylül 2018-Ocak 2019 tarihleri arasında gerçekleştirildi. Verilerin toplanması için anketle bilgi toplama tekniği kullanıldı. Anketi tamamen dolduran toplam 141 Hekim çalışma popülasyonuna dâhil edildi. Anket kişisel bilgi formu, medikolegal endişeler anketi, Maslach Tükenmişlik Ölçeği, Durumluk- Süreklilik Anksiyete Ölçeği, Minnesota İş Doyum Ölçeği olmak üzere 5 ayrı bölümden oluşuyordu.

Kişisel Bilgi Formu’nda hekimlerin; yaş, cinsiyet, çalışma süresi, görev ünvanı, çalışılan kurum konusunda bilgiler soruldu. Hekimler tarafından medikolegal endişeleri değerlendirmek için 29 sorudan oluşan “Medikolegal Endişeler Anketi” dolduruldu. Tükenmişlik düzeyini belirlemek için, Maslach tarafından geliştirilen Maslach Tükenmişlik Ölçeği (MTÖ), anksiyete düzeyini ölçmek için Durumluk-Süreklilik Anksiyete Ölçeği (STAI), iş tatminini ölçmek için Minnesota İş Doyum Ölçeği’ nin kısa formu kullanıldı.

Ayrıca çalışma popülasyonu cinsiyet, çalışılan kurum, görev unvanı, yaş ve çalışılan hizmet süresi ortalamasına göre alt gruplara ayrıldı. Alt grup analizleri bu gruplar arasında yapıldı.

Bu çalışma da değerlendirilen medikolegal endişeler anketi ile acil tıp hekimlerin malpraktis konusunda oldukça endişeli olduğu, komplikasyon- malpraktis ayrımının yapılamadığına inandıkları, onam formlarının ve yapılan tıbbi malpraktis sigortasının onları sorumluluktan kurtarmadığını, medikolegal endişeler ile çoğunlukla fazladan tetkik ve konsültasyon istediklerini, hastalara uygulamaları daha detaylı açıkladıkları, kayıtlar ve onam formlarının alınmasına daha çok özen gösterdikleri, dava riski ve mobbing uygulamasına maruz kaldıklarını, hekimlerin büyük oranda yurtdışına göç, mesleği bırakma veya değiştirme düşüncesinde olduklarını, yaptıkları uygulamalar ve tedaviler için güvende hissetmediklerini ortaya koymaktadır. Aynı zamanda bu cevaplara rağmen hastayla ilgili takip, tedavi planlaması, yatış ve sevk gibi konularda gerekli olan prosedürleri gerektiği gibi uyguladıklarını göstermektedir.

Ayrıca STAI anksiyete ölçeğinin durumluk anksiyete ve sürekli anksiyete skorları düşük/ orta derece anksiyete varlığı, Minnesota İş Tatmini Ölçeği' ne göre dışsal iş tatminin düşük olduğu, Maslach “duygusal tükenmişlik” oranı yüksek derecede; Maslach “duyarsızlaşma” oranı orta derecede, Maslach “kişisel başarı hissinde azalma” duygusunun orta derecede olduğu saptandı. Bu skorların cinsiyet ve çalışılan kurum ile farklılık göstermediği belirlendi.

Özellikle Maslach tükenmişlik parametrelerinin görev unvanı, yaş ve çalışılan görev yılı ile ilişkili olduğu, yaşı genç olan ve daha az tecrübeli olan asistan ve pratisyen hekimlerde, tükenmişliğin daha yüksek olduğu tespit edildi. Ayrıca duygusal tükenme, duyarsızlaşma, durumluk ve sürekli anksiyetenin artması ile genel, içsel ve dışsal iş tatmininin anlamlı düzeyde azaldığı tespit edildi.

Sonuçlar

Elde ettiğimiz sonuçlar nedeniyle gerekli hukuksal değişiklikler yapılarak ülkemiz acil tıp doktorlarının çalışma ve nöbet saatlerinin hekimleri yıpratmayacak şekilde düzenlenmesi, yeterli hekim sayısı ile hizmet verilmesi, yapılan işe karşılık uygun ücret verilmesi, hekimler üzerindeki mobbing uygulaması ve dava riskinin azaltılması, hastane öncesinde etkin triaj ile hasta yükünün azaltılabilmesi, acil bakım ve müdahale ihtiyacı olmayan hastaların acile yönlendirilmesinin engellenmesi ile

medikolegal endişelerin azalabileceği, tükenmişlik ve anksiyetenin azalarak, iş doyumunun artacağı kanaatindeyiz.

Ayrıca bu çalışmada elde edilen sonuçların bulgularının hem Türkiye' de hem de diğer ülkelerde daha önce yapılan çalışmalarla uyuşmasına rağmen, aynı zamanda oldukça farklı sonuçların olduğu gözlemlenmiştir. Bu nedenle, bu çalışmadan elde edilen bulgular, konuyla ilgili önceki çalışmalardan elde edilen çeşitli sonuçlar ışığında değerlendirilmelidir. Bu nedenle, burada incelenen ilişkileri daha iyi anlamak için ek çalışmalara ihtiyaç olduğu kanaatindeyiz.

Anahtar Kelimeler: Medikolegal Endişeler, Tükenmişlik, Anksiyete, İş tatmini, Acil Tıp



ABSTRACT

MEDICOLEGAL CONCERNS AND ITS EFFECTS ON EMERGENCY MEDICINE DOCTORS

Leyla ÖZTÜRK SÖNMEZ

MEDICAL SPECIALTY THESIS

KONYA, 2019

Objective

This research was made to present possible differences in medicolegal concerns, burnout, anxiety conditions and job satisfaction levels of doctors working in Emergency Medicine, considering age, gender, institution, title and duration of employment.

Material and Methods

Doctors working in emergency medicine departments in Turkey with general practitioner, assistant, specialist and assistant professor titles constituted the population of the study. The research was made between September 2018 and January 2019. Data was gathered through questionnaire. A total of 141 doctors who completed the questionnaire were included in the study. The questionnaire included five different sections as personal data form, medicolegal concerns questionnaire, Maslach Burnout Inventory, State-Trait Anxiety Inventory and Minnesota Job Satisfaction Scale.

Age, gender, institution, title and duration of employment of the doctors were questioned through Personal Data Form. Doctors filled in "Medicolegal Concerns Questionnaire" including 29 questions to evaluate medicolegal concerns. Maslach Burnout Inventory (MBI) of Maslach to determine burnout level, State-Trait Anxiety Inventory (STAI) to measure anxiety level and short form of Minnesota Job Satisfaction Scale to measure job satisfaction were used.

The study population was also divided into sub groups based on gender, institution, title and duration of employment and age. Sub group analyses were made among these groups.

Results

Medicolegal concerns questionnaire evaluated in this study showed that emergency medicine doctors are quite concerned about malpractice, believed there was no distinction in complication - malpractice, consent forms and medical malpractice insurance didn't take away their responsibilities, they generally demanded extra examinations and consultations due to medicolegal concerns, explained the applications to the patients in more detail, cared more about taking on interventions and consent forms, were exposed to mobbing, most of them thought about immigrating or leaving or changing their profession, didn't feel safe about the applications and treatments they make and applied the required procedures on patient follow-up, treatment planning, hospitalization and transfer as they should despite these answers they provided.

It was also detected that STAI anxiety scale, state anxiety and trait anxiety scores showed presence of low/average degree of anxiety, external job satisfaction was low based on Minnesota Job Satisfaction Scale, Maslach "emotional exhaustion" ratio was high, Maslach "desensitization" ratio and Maslach "reduced sense of personal accomplishment" were average. No difference was detected in these scores based on gender and the institution of employment.

It was detected that especially Maslach burnout parameters were related to age, title and duration of employment and burnout was higher in residents and general practitioners who are younger and have less experience. A significant decrease was also detected in general, inner and external job satisfaction with the increase in emotional exhaustion, desensitization and state and trait anxiety levels.

Conclusions

Due to the conclusions we acquired, through the required legal changes, we think that medicolegal concerns may decrease by arranging the working and shift hours of emergency medicine doctors in our country so that they wouldn't have burn out problem, providing service with adequate number of doctors, giving suitable salary for the work done, decreasing the risk of mobbing and legal action on doctors, decreasing the patient load through an active prehospital triage and preventing the emergency department referral of patients not requiring emergency care and intervention and we also think that job satisfaction would increase by decreasing burn-out and anxiety.

It was also observed that, although the findings of this study are in line with previous studies made both in Turkey and other countries, there were also quite different results. So, the findings acquired from this study should be evaluated in the light of different results acquired from previous studies on the subject. Thus, we think that additional studies are required to better understand the connections examined here.

Keywords: Medicolegal Concerns, Burnout, Anxiety, Job satisfaction, Emergency Medicine



İÇİNDEKİLER

SAYFA

ÖNSÖZ	i
ÖZET	ii
ABSTRACT.....	v
İÇİNDEKİLER	1
TABLolar LİSTESİ.....	3
MEDİKOLEGAL ENDİŞELER VE ACİL TIP DOKTORLARI ÜZERİNDEKİ ETKİLERİ	4
1. GİRİŞ VE AMAÇ	4
2. GENEL BİLGİLER	6
2.1. DEPRESYON	6
2.1.1. Tanım ve Sınıflandırma.....	6
2.1.2. Depresyon ve Tanı Ölçütleri	7
2.1.3. Majör Depresif Bozukluk DSM- V Tanı Ölçütleri (APA 2013).....	8
2.1.4. Depresyonda Gözlenen Klinik Belirtiler (6)	9
2.1.5. Epidemiyoloji	10
2.1.6. Tedavi	11
2.1.7. Depresyon ve Tedavisinin İzleminde Kullanılan Ölçekler	12
2.1.8. Tedavi süresi.....	12
2.2. Tükenmişlik Sendromu	13
2.2.1. Tükenmişlik Düzeyleri	14
2.2.2. Tükenmişliğe Etki Eden Unsurlar	16
2.2.3. Maslach Tükenmişlik Ölçeği.....	16
2.3. Anksiyete.....	16
2.3.1. Tanım.....	16
2.3.2. Anksiyete Epidemiyolojisi	18
2.3.3. Anksiyete Bozukluklarında Sınıflama.....	18
2.3.4. Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri (State- Trait Anxiety Inventory).....	22
2.4. Malpraktis, Defansif Tıp Ve Medikolegal Problemler	23
2.4.1. Defansif Tıp Tanımı	23
2.4.2. Tıbbi Malpraktis Tanımı.....	24
2.5. Defansif Tıp	24
2.5. İş Doyumu	26
2.5.1. Minnesota İş Doyum Ölçeği.....	27
3. GEREÇ YÖNTEM	28
3.1. Araştırmanın Modeli	28
3.2. Evren ve Çalışma Popülasyonu.....	28
3.3. Veri Toplama Araçları	28
3.3.1. Kişisel Bilgi Formu	28
3.3.2. Medikolegal Endişeler Anketi	29
3.3.3. Maslach Tükenmişlik Ölçeği.....	29
3.3.4. State-Trait Anxiety Inventory/ Durumluk-Sürekli Anksiyete Ölçeği (STAI).....	30
3.3.5. Minnesota İş Doyum Ölçeği.....	31
3.4. Çalışma Popülasyonunun Gruplara Ayrılması.....	32
3.5. İstatistiksel Analiz.....	32

4. BULGULAR.....	34
4. 1. Medikolegal Endişeler Anket Sorularının Değerlendirilmesi.....	35
4.2. Ölçek Sorularının Değerlendirilmesi	45
4.3. Tükenmişlik	56
4.4. Anksiyete.....	58
4.5. İş Tatmini	60
5. SONUÇLAR VE ÖNERİLER.....	64
KAYNAKLAR	65
EKLER.....	82



TABLULAR LİSTESİ

	SAYFA
Tablo 1. DSM-IV'e göre Major Depresyon Tanı Ölçütleri (APA, 2000)	7
Tablo 2. Anksiyete Bozukluğunda Görülen Semptom ve Bulgular	17
Tablo 3. Demografik Parametreler (n=141)	34
Tablo 4. Medikolegal Endişeler Anketi Soruların Değerlendirilmesi 1. Grup	36
Tablo 5. Medikolegal Endişeler Anketi Soruların Değerlendirilmesi 2. Grup	39
Tablo 6. Medikolegal Endişeler Anketi Soruların Değerlendirilmesi 3. Grup	40
Tablo 7. Medikolegal Endişeler Anketi Soruların Değerlendirilmesi 4. Grup	42
Tablo 8. Cronbach'ın α güvenilirlik katsayısı	46
Tablo 9. Tükenmişlik, Anksiyete, İş Tatmini Ölçeklerine Ait Genel Ortalama Skorlar (n=141).....	47
Tablo 10. Çalışılan unvan gruplarına göre tükenmişlik, anksiyete, iş tatmini ölçeklerinin değerlendirilmesi.	48
Tablo 11. Yaş ortalaması ve ortalama çalışma süresine ayrılan gruplara ait detaylar	50
Tablo 12. Korelasyon Analizine Ait Detaylar	51

MEDİKOLEGAL ENDİŞELER VE ACİL TIP DOKTORLARI ÜZERİNDEKİ ETKİLERİ

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Acil sağlık çalışanlarında en sık karşılaşılan psikiyatrik durumlar kaygı ve depresif durumlardır. Acil servis çalışanlarının % 52' sinden fazlasının destek ve tedavi için danışmanlık ve sevk gerektiren orta ila şiddetli anksiyete bozukluğu vardır (Alharty 2017).

Hekimlerde “ya dava/ soruşturma açılırsa?” endişesi ve korkusu, hekimin kendisini gerekli/ gereksiz her türlü belge ve kayıt ile korumaya çalışmasına neden olmuştur. Hekimlerin ceza ya da hukuk davaları sonucunda negatif etkilerle karşılaşmamak amacıyla aşırı korumacı ya da çekinik davranmasına defansif tıp uygulamaları denir. Türkiye’de defansif tıbbın değerlendirilmesine yönelik çalışmalar bulunmaktadır(Aynacı, 2008). Defansif tıp uygulamalarına neden olan faktörleri, endişe ve korkuyu değerlendiren ve sonrasında ortaya çıkabilen iş tatminsizliği ve tükenmeyi beraber değerlendiren bir çalışma sayısı oldukça azdır.

Riskli branşlarda görev yapmakta olan hekimlerin özellikle Türkiye’ de şikayet hattı aracılığıyla mobbinge maruz kalmaları neticesinde intihar etmek suretiyle hayatlarına son vermeleri ülkemizde yaşanan acı bir gerçekle ilişkilidir. Nitekim 2012 yılında ulusal medyada Acil Tıp Anabilim Dalında araştırma görevlisi olarak hizmet veren bir hekimin yaşamına son verdiği haberi yayınlanmıştır (Erşan 2012). Bir hekimin iletilen bir şikayete savunma yazmasının ardından özkıyımaya yönelmesinin, maruz kaldığı stresi, endişeyi, korkuyu, tükenmeyi ve icra ettiği meslekten tatmin duymaması bizi acil serviste çalışan hekimlerin yaşadığı anksiyete, tükenmişlik ve iş tatminini değerlendirmeye itmiştir.

Doktorları defansif tıp uygulamalarına iten endişe düzeyini ve yol açtığı sorunları araştırmak amacıyla öncelikle, doktorların hasta başında yaşadıkları endişeyi hatırlamalarını sağlamak ve değerlendirmek amacıyla yerli ve yabancı literatürlerin kılavuzluğunda Medikolegal Endişeler anketi hazırladık. Ayrıca Maslach Tükenmişlik Ölçeği, STAI- durumluk ve sürekli kaygı ölçeği ve Minnesota İş Doyum ölçeğini de içeren bir link aracılığı ile katılımcılara gönderdik.

Bu alışmada, Acil tıp alanında çalışan doktorların medikolegal endişeleri, tükennişlikleri, anksiyete durumları ve iş tatmini düzeylerinin yaş, cinsiyet, çalışma süresi, görev unvanı ve çalışılan kuruma göre olası farklılıklarını ortaya koymayı planladık.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. DEPRESYON

2.1.1.Tanım ve Sınıflandırma

Depresyon kelime olarak Latince “alçakta olmak ve bastırmak” anlamına gelen “depressus” kökünden gelmektedir (1). Bunalım, ruhsal veya bedensel düşkünlük ya da çöküntü hali ve buna bağlı olarak işlevsel ve yaşamsal aktivitenin azalması anlamında kullanılır. Keder, elem ve karamsar duygu durumu ile beraber konuşma, düşünce ve harekette yavaşlama olarak tanımlanan depresyon; durağanlık, değersiz, yorgun ve/veya suçlu hissetme, konsantrasyonda azalma, her şeye karşı isteksizlik, motivasyonda azalma ile iştah ve uyku düzensizliği şeklinde belirti ve bulgulardan oluşan bir sendromdur (2). Depresyonda bu duygu ve hislenimler sürekli ve kişinin işlevselliğini bozacak kadar yoğun şekilde görülür. Hayat boyu görülme sıklığı %1,5 ile %19 arasında değişir(3). Depresyon tedavi süreci, işlevsellik yetersizliği ve intihar gibi harcamalardan dolayı yüksek bir toplumsal maliyete neden olmaktadır(1). Major Depresif Bozukluk(MDB) duygudurum bozukları arasında en sık görülenidir ve tek ya da tekrarlayıcı nöbetler halinde kendini gösterebilir. MDB tüm yaş gruplarında görülebilmekle beraber 40- 50 yaşlarında ve kadınlarda erkeklerden yaklaşık 2 kat daha sık görülür (1).

2.1.2. Depresyon ve Tanı Ölçütleri

Tablo 1. DSM-IV'e göre Major Depresyon Tanı Ölçütleri (APA, 2000)

<p>A) İki haftalık bir dönem sırasında, daha önceki işlevsellik düzeyinde bir değişiklik olması ile birlikte aşağıdaki belirtilerden beşinin (ya da daha fazlasının) bulunmuş olması; belirtilerden en az birinin ya (1)depresif duygu- durum ya da ilgi kaybı ya da (2)artık zevk alamama (anhedoni) olması gerekir</p> <p>1- Kendisinin bildirdiği ya da başkasının gözlemlediği hemen her gün, yaklaşık gün boyu süren depresif duygudurum</p> <p>2- Kendisinin bildirdiği ya da başkasının gözlemlediği hemen her gün, yaklaşık gün boyu süren, tüm etkinliklere karşı (ya da çoğuna) ilgide belirgin azalma ya da artık bunlardan eskisi gibi zevk alamaması,</p> <p>3- Kilo alımı ya da kilo kaybı, hemen hergün iştahının artmış ya da azalmış olması</p> <p>4- Hemen her gün, insomnia (uykusuzluk) ya da hipersomnia (aşırı uyku) olması</p> <p>5- Hemen her gün, psikomotor ajitasyon ya da retardasyonun olması</p> <p>6- Hemen her gün, yorgunluk-bitkinlik ya da enerji kaybının olması</p> <p>7- Hemen her gün, değersizlik, aşırı ya da uygun olmayan suçluluk duygularının olması</p> <p>8- Hemen her gün, düşünme ya da düşüncelerini belirli bir konu üzerinde yoğunlaştırma yetisinin azalması ya da kararsızlık</p> <p>9- Yineleyen ölüm düşünceleri, yineleyen özkıyım düşünceleri ve özkıyımaya yönelik tasarılarının olması</p> <p>B) Bu belirtiler mixt epizot tanı ölçütlerini karşılamamaktadır.</p> <p>C) Bu belirtiler, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal-mesleki alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında bozulmaya neden olur.</p> <p>D) Bu belirtiler madde kullanımı ya da genel tıbbi bir durumun doğudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir.</p> <p>E) Bu belirtiler Yas' la daha iyi açıklanamaz.</p>

2.1.3. Majör Depresif Bozukluk DSM- V Tanı Ölçütleri (APA 2013)

Aşağıdaki semptomların 5 ya da daha fazlasının işlevsellikte değişikliğe yol açacak şekilde aynı 2 haftalık süre içinde bulunması ve semptomların en az bir tanesinin depresif duygu durum veya istek/ zevk kaybı olmasıdır.

- Neredeyse her gün ve günün büyük kısmında kişinin kendisinin ya da etrafındakilerin tanımladığı depresif duygu- durumu.
- Neredeyse her gün ve günün büyük kısmında neredeyse tüm aktivitelere olan ilgi ve zevki kaybetme
- Bilinçsiz şekilde belirgin kilo kaybı ya da kilo alımı(vücut ağırlığının yüzdesi kadar) ya da neredeyse her gün damak tadında değişiklik
- Neredeyse her gün insomnia ya da hipersomnia
- Neredeyse her gün psikomotor ajitasyon ya da retardasyon
- Neredeyse her gün halsizlik ve enerjisizlik
- Değersizlik ve/ veya aşırı ya da uygunsuz suçluluk duygusu
- Neredeyse hergün düşünme veya konsantrasyonda bozulma ya da kararsızlık
- Tekrarlayan ölüm düşünceleri

Yine DSM- 5' te depresif bozukluk hafif orta ve ağır olarak sınıflandırılmıştır. Hafif depresif epizodlarda yukarıdakilerden 2 ya da 3 tanesi genellikle bulunur.

A. Depresif epizod için genel kriterler mutlaka olmalıdır.

B. Aşağıdaki 3 semptomdan en az 2' si bulunmalıdır:

- a. Neredeyse her gün ve günün büyük kısmında kişi, büyük oranda durumdan etkilenmeyecek şekilde anormal bir deprese modda olmalı ve en az 2 hafta sürmeli
- b. Normalde keyif verici olan aktivitelerde ilgi ya da zevk duymada kayıp
- c. Azalmış enerji ya da artmış yorgunluk

C. Toplam bir değerlendirme yapmak için aşağıdaki listedeki semptomların en az 4 tanesi olmalıdır:

- a. Özgüven ya da özsaygı kaybı
- b. Kendini suçlamak için nedensiz hisler ya da aşırı/ uygunsuz suçluluk duygusu
- c. Tekrarlayan ölüm düşünceleri ya da suisid girişimleri

- d. Karar verme ya da konsantrasyon yeteneğinde bozulma ile ilgili şikayet ya da bulgu
- e. Ajitasyon ya da yavaşlama ile beraber psikomotor aktivitede azalma (hem objektif, hem sübjektif anlamda)
- f. Herhangi bir tür uyku rahatsızlığı
- g. Kiloda değişime eşlik eden tat alma duyusunda değişiklik (azalma ya da artma)

2.1.4. Depresyonda Gözlenen Klinik Belirtiler (6)

A) Düşünce İçeriği:

1. Disfori (Çökkün Duygu- durumu)
2. Anhedoni (Zevk alamama)
3. Anksiyete
4. Affektif Anestezi
5. Bilişsel Bozukluklar
6. Düşünce Akışında Bozukluk
7. Düşünce İçeriğinde Değişiklik
8. Suçluluk- Değersizlik fikirleri
9. Olumsuz Düşünceler
10. Umutsuzluk- Kararsızlık
11. Karamsarlık
12. Hipokondriak Düşünceler ve Ağrı
13. Obsesyonlar ve Fobiler
14. Özkıym Düşünceleri
15. Dikkat, Bellek, Algı ve Odaklanma Bozuklukları

B) Fiziksel Belirtiler:

1. Yorgunluk
2. İştahta Azalma- Artma
3. Uyku Düzensizliği
4. Cinsel İsteksizlik

C) Davranışsal Belirtiler:

1. Psikomotor Gerileme
2. Psikomotor Ajitasyon

Majör depresif bozukluk(MDB) tanı ölçütleri 2 yıl veya daha fazla tam olarak karşılanıyorsa kronik depresyon tanısı gündeme gelir. Depresif epizodun postpartum ilk 4 haftada başlaması post partum depresyon; depresyon epizoduna psikoz belirtilerinin eklenmesine ise psikotik özellikli depresyon adı verilir. Mevsimsel afektif bozukluk ise depresyon belirtilerinin düzenli bir şekilde belirli bir mevsimde başlaması ve düzelmesidir. Katatonik özelliklerin eşlik ettiği depresyona katatonik depresyon denir. Aşırı uyuma- yeme, insanlar arası ilişkilerde reddedilme duyarlılığı, tepkisel duygu durum varlığı atipik özellikli depresyon ismini alır. Kilo kaybı, suçluluk hissi, psikomotor yavaşlama ve ajitasyon, duygu durumun sabah kötüleşmesi ve tepkisel olmaması, sabahları erken uyanıp tekrar uyuyamama gibi belirtilerle seyreden alt tip ise melankolik depresyon olarak isimlendirilir (APA, 2000).

Türkiye’ de Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Müdürlüğü’ nün Başkent Üniversitesi ile yürüttüğü Ulusal Hastalık Yüğü ve Maliyet-Etkililik Projesinde en fazla yeti yitimi yaratan hastalık tek uçlu depresif hastalık saptanmıştır ve yine 15-59 yaş aralığında tek uçlu depresif hastalık ilk sırada gelmektedir (RSHMB, 2004).

Tek uçlu depresyon gelişmiş ülkelerde yeti yitimi oluşturan nedenler içinde ilk sırada gelmekteyken tüm dünyada dördüncü sıradadır(Murray 1997a). MDB’ un 2020 yılında tüm dünyada yeti yitimi nedenleri arasında ikinci sırada olacağı öngörülmektedir (Murray 1997b).

2.1.5. Epidemiyoloji

MDB, kadınlarda, erkeklerden 2 kat daha fazla görülmekle birlikte en sık orta yaşta (20-40 yaş) görülür. Hayat boyu MDB riski erkeklerde % 5-12, kadınlarda % 10-25 arasındadır; nokta prevalans ise erkeklerde % 2-3, kadınlarda % 5-9 olarak bildirilmiştir (Savrun 1999). Bir çalışmada MDB hayat boyu ve yıllık yaygınlığı sırasıyla %4, 9 ve %2, 7 olarak bildirilirken bir başka çalışmada yaşam boyu ve yıllık yaygınlık oranları daha yüksek bulunmuştur (sırasıyla %17, 1, %10, 3)(Weissman

1991, Kessler 1994). Türkiye’ de klinik düzeyde depresyon prevalansı %10 dolayındadır (Savrun 1999).

2.1.6. Tedavi

Depresif bozukluk tedavisi için öncelikle doğru tanı konulmalıdır. Depresyon ve tedavisinde yanıt (response), düzelme(remission), iyileşme (recovery), depreşme (relapse), yineleme (recurrence) dönemleri tanımlanmıştır (Frank 1991, Judd 2000). Tedavide hedef düzelme yani remisyon elde etmektir. Tam remisyona giren hastalarla kıyaslandığında kısmi remisyonunda olanlarda, kalıntı belirtileri devam edenlerde relaps riskinde artma, ataklar arası sürede kısalma, iş ve sosyal işlevsellikte bozulma ve intihar riskinde artış gözlenmektedir (Judd 2000, Miller 1998, Judd 1997, Trivedi 2008). MDB tedavi algoritmasında birinci basamak tedavi seçeneklerinde selektif serotonin reuptake inhibitörleri(SSRI) ve serotonin- norepinefrin reuptake inhibitörleri(SNRI) bulunmaktadır (APA, 2010). Genellikle semptomlarda yatışma/ gerileme iki üç haftadan önce gözlenmemektedir ve 10-14 haftalık tedavi süresince hastaların %28’ inde tam düzelme sağlanabilmektedir (Rush 2003).

Tedaviye dirençli depresyon; iki farklı antidepresan kullanımına yanıt alınamama olarak tanımlanmıştır. Bu durumda farklı medikal, somatik, davranışsal ve psikocerrahi tedavi seçenekleri devreye girer(Erkmen 2014).

Depresyon Tedavisinde Yanıt; Başlangıç puanına göre ölçek puanında en az %50 azalma sağlanması olarak tanımlanmaktadır (Örsel 2004). Antidepresan ilaç tedavisine yanıt dört grupta sınıflandırılır: yanıt yok (nonresponse), kısmi yanıt (partial response), yanıt (response) ve düzelme/ iyileşme (remission) (Keller 2005). Bunlardan kısmi yanıt; depresyonu değerlendiren ölçeklerde %25 ile 50 arasında düşme; yanıt, depresyonu değerlendiren ölçek puanlarında %50’ den fazla düşme ya da Hamilton Depresyon Ölçeğindeki (HDÖ) puanların 15’ den az olması ve düzelme; 17 puanlık HDÖ puanlarının bazı araştırmacılara göre 12, bazılarına göre ise 7’ nin altında, Montgomery Asberg Depresyon Ölçeği (MADÖ) puanlarının 15 veya 10’ un altında ve Klinik Global İzlem Değerlendirmesi (CGI) puanının 1 olmasıdır (Keller 2005). Teksas Depresyon Sağaltım Algoritmasına göre; %25’ den az düzelme “yanıt yok”, %25- 50 düzelme “minimal yanıt”, %50- 75 düzelme “kısmi yanıt” ve %75 ile 100 düzelme “tam yanıt” olarak değerlendirilir(Crimson 1999).

2.1.7. Depresyon ve Tedavisinin İzleminde Kullanılan Ölçekler

Hamilton Depresyonu Derecelendirme Ölçeği, tedavide yaygın olarak kullanılan antidepresan ilaçların etkinliğinin ölçülmesi için kullanılır. Depresyonun ve tedavisinin seyri ile ilgili çalışmalarda en sık Hamilton Depresyonu Derecelendirme Ölçeği, Beck Depresyon Envanteri ve Montgomery Asberg Depresyonu Derecelendirme Ölçeği kullanılmaktadır (Bozkurt 2007). Hamilton Depresyonu Derecelendirme Ölçeği: İlk defa 1960 yılında Hamilton tarafından geliştirilmiştir ve Türkçe' ye Akdemir ve ark. tarafından uyarlanmıştır (Hamilton 1960, Akdemir 1996). Ölçeğin ilk geliştirilme motivasyonu o dönemde yaygın olarak kullanılan trisiklik antidepresanların(TSA) etkilerinin ölçülmesidir. Yanıt için ölçek puanında %50 azalma kabul görmüş ve düzelme için ise 7 puan ve altına düşme kriter olarak belirlenmiştir. Düzelme olarak belirtilerin giderilmesi ile işlevselliğin geri kazanılması belirtildiğinde, Hamilton Depresyonu Derecelendirme Ölçeğinde 5 ve altı puan yeterli olarak değerlendirilmektedir (Romera 2010). Bir diğer örnek Montgomery Asberg Depresyonu Derecelendirme Ölçeği' dir ve düzelme açısından kesme puanı olarak 10-12 arasındaki puan kabul edilir o puanın altına düşen hastalar tanımlanmaktadır. Montgomery Asberg Depresyonu Derecelendirme Ölçeğinin sağlıklı kontrollerle karşılaştırmalı çalışmasında düzelme için kesme puanını 9 olabileceği de önerilmiştir (Aydemir 2011, 2004).

2.1.8. Tedavi süresi

Antidepresan ilaçların etkinlikleri genellikle 1-3 hafta içinde başlar. Bu süre zarfında uyku, iştah, duygu- durum ve toplumsal etkinliklerde iyileşme başlar. Tedavinin etkinliğine karar verebilmek için 4- 6 haftalık bir süre geçmelidir. Bu süre zarfında olumlu cevap alınamadıysa aynı ilaçta ısrar edilmemelidir; aksine, tedaviye cevap varsa, düzelmeden sonra 6-12 ay daha tedaviye devam edilmelidir. Bu 6-12 aylık sürdürme döneminden sonra ilaçlar yoksunluk ile ilişkili etkilerden kaçınmak amacıyla aylar içinde doz azaltılarak kesilmelidir. Majör depresyonda uzun süreli seyir genellikle kötü sonuçlanma ile ilişkilidir. Tekrarlayan depresif epizodu olan hastalarda yeni atak olasılığını azaltmak için devam edilen bir yıl ya da daha uzun süreli önlem amaçlı tedaviye idame tedavi ismi verilir (Keller 1982, Keller 1992).

SSRI ve SNRI ilaçların yan etki profili, TSA ve mono-amin oksidaz inhibitörlerine (MAOI) göre daha dardır ve birçok orguda etkinlikleri yeterli düzeydedir. Yan etki profili, etkinlik, güvenilirlik gibi kriterlere bakıldığında TSA

ilaçlar öncelikle seçilmemeli, dirençli olgularda ek ilaç olarak veya tek başlarına kullanılmalıdır. Cinsel işlev bozukluğu açısından ise tianeptin, mirtazapin, moklobemid gibi ilaçlar daha güvenilirdir. İlaç seçiminde sitokrom izoenzimleri üzerinden oluşabilecek ilaç etkileşimleri de göz önünde bulundurulmalıdır (Bazire 2003, Yüksel 2003).

2.2. Tükenmişlik Sendromu

Tükenme kavramı ilk defa Freudenberg'in 1974 yılında yazdığı bir makalede "mesleki tehlike" olarak görülmüştür. Yine Freudenberg tükenmişliği "başarısızlık hissi, yıpranma ve aşırı yüklenme sonucu güç ve enerji kaybı ya da karşılanamayan istekler nedeniyle kişinin iç kaynaklarında tükenme" şeklinde tanımlamıştır (Freudenberg 1974). Stres yanıtı kabaca alarm, direniş ve tükenme olarak 3 aşamadan oluşur. Stres yapıcı faktör ile temas alarm yanıtının çıkmasına neden olur. Stres altında fiziksel ve ruhsal sınırlarının zorlanması ile kaçma ya da direnme yanıtı ile eski düzeyine dönmeye uğraşır ve bu dönemden sonra stresin negatif etkileri ile mücadelenin esas olduğu direniş dönemine geçilir. Eğer direniş döneminde başarılı olunursa olağan uyum düzenine dönmüş olur fakat kişi bu negatif etkileri yok edemezse ve stres faktörüne maruziyet süresi uzarsa tükenme ortaya çıkar (Torun 1997).

1986 yılında Maslach ve Jackson tarafından tükenmişlik sendromu ile ilgili çalışmalar yapılmıştır (Maslach 1981, Maslach 1986). Maslach, tükenmişlik kavramını çalışma ortamındaki stres verici öğelere karşı bir tepki şeklinde tanımlamıştır ve bunun psikolojik bir sendrom olduğunu belirtmiştir. Yine tükenmişliğin, işi insanlar ile ilgili olan çalışanlarda daha sık meydana geldiği vurgulanmıştır (Maslach 1981). Tükenmişlik, Kaçmaz tarafından çalışanların mesleğin özgül anlamı ve amacından kopması ve hizmet verdiği insanlarla artık ilgilenmiyor oluşu veya aşırı stres ve doyumsuzluğa yanıt olarak çalışanın kendini psikolojik olarak işinden geri çekmesi olarak tanımlanmaktadır (Kaçmaz 2005). Başka bir çalışmada ise tükenmişlik, kişisel kaynaklarda son raddeye ulaşılan, günlük olaylar karşısında devamlı umutsuzluk ve olumsuz düşüncelere sahip kişilerin deneyimlediği yaşam enerjisinin tükenmişliği olarak tarif edilmiştir. Sonuçta nasıl ve ne şekilde çalışılırsa çalışılsın neticede bir değişiklik yaratılamayacağı duygusu ile ortaya çıkan bir teslimiyet hali tarif edilmiştir (Barutçu 2009). Öğretmenler arasında yapılan bir çalışmada, tükenmişliğin nedenleri olarak öğrencilerin derslere olan ilgisizliği, başarısızlığı, disiplin sorunları, sınıf mevcudunun fazlalığı, norm kadronun fazla oluşu, rol katılığı, karmaşası ve

çatışması, öğretmenlere karşı yapılan negatif eleştiriler, öğretim sürecine yapılan müdahaleler gibi etkenler sıralanmıştır(Farber 1984, Cemaloğlu 2007).

2.2.1. Tükenmişlik Düzeyleri

Maslach' a göre tükenmişlik; duygusal tükenme (emotional exhaustion), duyarsızlaşma (depersonalization) ve kişisel başarısızlık (personel accomplishment) hislerini içerir (Ergin 1992). Freudenberger tükenmişlik için yalnızca duygusal tükenmişlik düzeyini tariflemiştir; Maslach ve Jackson ise üç boyutu da tariflemiştir(Maslach 1981, Freudenberger 1974).

Duygusal Tükenme:

Tükenmişliğin kişisel stres boyutunun yanında duygusal kaynakların tükenmesi ve enerji eksikliği hissi boyutları da vardır (Ergin 1992, Budak 2005). Böyle bir duygu durumu içinde çalışanlar sorumlu oldukları görevleri yerine getirmekte güçlük çekeceklerdir ve iş tamamlandığında bile tatmin, mutluluk, rahatlama gibi olumlu duyguları hissetmeyeceklerdir. Bir araştırmaya göre bu şartlar altında çalışanlar kendilerini işe yoğunlaşma açısından yetersiz hissetmektedir (Lingard 2003). Tükenme ilk olarak duygusal tükenme ile başlamaktadır ve diğer boyutlar tarafından takip edilmektedir(Sucuoğlu 1996). Bu bağlamda tükenmişliğin en önemli belirleyicisi duygusal tükenme olarak görülmektedir (Kaçmaz 2005, Sucuoğlu 1996).

Duygusal tükenme içindeki kişiler, hizmet verdiği kişilere eskiden olduğu kadar verimli ve sorumlu davranmadığını düşündüğü için gerginlik ve engellenmişlik duygularıyla yüklenip bir sonraki gün tekrar işe gitme konusunda anksiyete yaşamaktadırlar (Cordes 1993, Torun 1995).

Duyarsızlaşma:

Duyarsızlaşma tanım olarak kişinin hizmet verdiği kişilerin ayrı birer varlık olduklarını dikkate almadan, duygusuz bir şekilde davranması olarak tanımlanmıştır (Maslach 1981). Duyarsızlaşma içerisinde bulunan kişiler, karşısındaki bireylere birer nesneymiş gibi davranmakta ve aynı zamanda iş arkadaşlarına karşı da olumsuz, alaycı hareket ve duygular geliştirmektedirler(Kurçer 2005, Sünter 2006). Duyarsızlaşma içindeki bireyler hizmet verdikleri kişilere karşı tepkisizleşirler (Budak 2005).

Başarısızlık Duygusu:

Başarısızlık duygusu içindeki kişiler kendilerini olumsuz değerlendirirler ve başarılarında eksiklik olduğunu düşünürler(Maslach 1981). Bu kişilerde depresyon, sosyal ilişkilerde geri çekilme, moralde düşme, verimsizlik, stres ve baskı ile baş edebilmede yetersizlik, başarısızlık hissi ve kişinin kendisine ve başarı durumuna dair olumsuz düşünce ve tutumlar görülür (Özipek 2006).

Kişisel başarıda azalma, iş ve çalışma arkadaşları ile olan ilişkilerdeki başarı ve yeterlilik duygularında düşme sonucunda meydana gelir (Kurçer 2005). Başarısızlık hissi olan kişiler başarabileceği ya da tamamlayabileceği işleri yapmayı bırakırlar ve kendilerini pasifleştirerek mesleki davranışlardan kaçarlar. Çalışanlar, kendilerinin değerlendirirken de olumsuz bir bakış açısına sahip olurlar. Bu şekilde tükenmişlik yaşayan kişilerin yeterlilik ve başarı hislerinde azalma görülür. Devam eden başarısızlık hissi, suçluluk duygusu ve sevilme hissi kişilerin depresyona girmesine neden olur (Maslach 1981).

Tükenmişlik bir süreç olarak değerlendirilmektedir. Tükenmişliğin iki modeli üzerinde durulmaktadır: Golembiewski Modeli ve Maslach Modeli (Lewin 2007). Maslach ve Jackson modelinde tükenmişlik boyutları ayrı ayrı tanımlansa bile birbiri ile ilişkili olduğu düşünülür(Maslach 1981). Maslach Modelinde tükenmişlik süreci çalışanın işine dair yaşadığı stres kaynaklarına verdiği bir yanıt şeklinde duygusal tükenme ile başlar. Duygusal tükenmişliğin sonucunda kişi bir başa çıkma modeli geliştirir ve bunun sonucunda diğer insanlarla olan ilişkilerinde bir duyarsızlaşma ve psikolojik anlamda bir mesafe oluşmaya başlar. Duyarsızlaşma başladığında ise kişi içinde bulunduğu durum ve hizmet ettiği kişiler arasındaki uyumsuzluğu fark eder. Sonuçta kişi kendisini yetersiz ve başarısız hissetmeye başlar. Maslach Modelinde tükenmişlik duyarsızlaşmaya, duyarsızlaşma da başarısızlık hissine neden olmaktadır. Golembiewski Modelinde ise tükenmişlik süreci duyarsızlaşma ile başlar ve duyarsızlaşma kişinin çalışma performansına etki eder. Sonuçta kişinin başarıya dair değerlendirmeleri de etkilenir, başarısızlık hissi oluşur ve devamında kişi duygusal tükenmişlik yaşar. Golembiewski Modelinde duyarsızlaşma kişisel başarısızlık hissini, başarısızlık hissi de duygusal tükenmenin nedeni olarak görülür (Lewin 2007, Maslach 2001, Cordes 1997, Lee 1993).

2.2.2. Tükenmişliğe Etki Eden Unsurlar

Mesleki tükenmişlik genellikle idealist ve yüksek düzeyde amaçları olan çalışanlarda görülür (Pines 2003). Bu karakterdeki kişilerin iş yaşamlarındaki beklenti düzeyleri yüksektir. Uzun süreli ve yoğun duygusal baskı olduğunda bu kişilerin yabancılaşma, kaygı, stres ve depresyon düzeyleri de yüksek olmaktadır (Çapri 2006). Tükenmişliğe neden olan unsurlar arasında görev belirsizlikleri, belirli bir görev tanımına sahip olmamak, görev- kişi çatışması, görevi tamamlamak için verilen sürenin yetersizliği ya da kişinin becerilerinin yetersizliği, çalışanın beklentileri ve özellikleri sayılabilir (Cordes 1993). İlgi alanlarının önemli kısmı iş hayatından oluşan kişilerde tükenmişlik düzeyi daha yüksek bulunur ve bu kişilerde iş hayatına aşırı önem verme olduğu için iş hayatının üzerlerinde baskı yaratması ve tükenmişlik yaşamaları daha olasıdır. Yine böyle kişilerin beklenti düzeyleri yüksek olduğu için düş kırıklığı yaşayarak tükenmişliğe girmeleri daha olasıdır (Cordes 1993).

2.2.3. Maslach Tükenmişlik Ölçeği

Ölçek 22 madde ve 3 alt ölçekten oluşmaktadır. 9 madde duygusal tükenme, 5 madde duyarsızlaşma ve 8 madde de kişisel başarısızlık alt ölçeklerinin değerlendirmektedir. Ölçeğin Türkçe uyarlamasının güvenilirlik, geçerlilik ve duyarlılığı saptanmıştır (Ergin 1992). Ölçek puanlamaları “1- hiçbir zaman” ve “7- her zaman” şeklindedir. Ergin tarafından 1992’ de ölçeğin Türkçe’ ye çevrilmesinden sonra, Türkiye’ de uygulanan Maslach Tükenmişlik Ölçekleri 5 puandan oluşan Likert tipi bir ölçektir. Duygusal tükenme ve duyarsızlaşma alt ölçeklerinde puan ne kadar yüksek; kişisel başarı alt ölçekindeki puan da ne kadar düşük ise tükenmişlik o kadar yüksektir (Ergin 1992). Orta düzeyde tükenmişlik, her üç alt ölçek için orta düzey puanları yansıtmaktadır. Düşük düzeyde tükenmişlik, duygusal tükenme ve duyarsızlaşma alt ölçeklerindeki düşük ve “kişisel başarı” alt ölçekindeki yüksek puanları yansıtır. Puanlamada, bir kişi için üç ayrı tükenmişlik puanı hesaplanmaktadır (Çapri 2006, Ergin 1992). Maslach Tükenmişlik Envanteri Ek 1’ de gösterilmiştir.

2. 3. Anksiyete

2.3.1. Tanım

Anksiyete; his ve duygularında endişe, kaygı, sıkıntı, bunaltı, korku ve kendilerini tehlike altında hissettikleri gerilim haline denir (Özkan 1993). Anksiyete bozukluğunda ise ortaya belirgin bir işlev bozukluğu ve sıkıntı hali çıkar (Tomb 1994).

Nefes almada zorluk hissi, boğulma hissi, çarpıntı, taşikardi, el ve ayaklarda titreme, terleme gibi belirtilerin yanında heyecan, kötü bir şey olacak düşüncesi, korku, sıkıntı hissi şeklinde psikolojik işaretleri de vardır. Normal şartlarda, anksiyete kişiyi tehdit eden bir unsur karşısında kaç ya da savaş cevabını tetiklemek için ortaya çıkar(Stanley 2000). Anksiyete bozukluğu herhangi bir tehlike olmaksızın ortaya çıkar ve uzun sürer(Uzbay 2002).

Anksiyete bozukluğunda görülebilecek semptom ve bulgular Tablo 2' de gösterilmiştir (Sürmeli 1997).

Tablo 2. Anksiyete Bozukluğunda Görülen Semptom ve Bulgular

Bedensel Belirtiler	Ruhsal Belirtiler
Bulantı, Kusma	Endişe
Tansiyon değişiklikleri	Çıldırma korkusu
Karın ağrısı	Bedeni yabancı olarak algılama
Ağrılar	Bedensel işlevlerin yanlış yorumlanması
Çarpıntı	Ölüm korkusu
Parestezi	Aşırı sıkıntı
İshal	Saçma korkular
Sık idrara çıkma	Motor huzursuzluk
Ereksiyon, Ejakülasyon bozuklukları	Boğuluyor gibi hissetme
Kızarma	Rahatsız edici saplantılar
Tremor	Hava açlığı, Nefes almada zorluk
Anestezi	Boğazında düğümlenme, Yutma güçlüğü
Baş dönmesi, Bayılma hissi veya bayılmalar	Kas gerginliği
Terleme	
Yorgunluk	
Uykusuzluk, Uykuya dalmada güçlük	
Hiperventilasyon	
Soğukluk	

Belirtiler aniden başlayabileceği gibi giderek sıklaşan ve yoğunlaşan tarzda da başlayabilir. Hasta, çoğunlukla bu belirtilere kendi imkânlarıyla direnmeye çalışır ancak problemi aşmakta zorlandığı zaman tedavi için başvurabilir (Sürmeli 1997).

2.3.2. Anksiyete Epidemiyolojisi

Anksiyete bozukluğu alevlenme ve sönmelerle seyreder. Toplumda %4- 6 oranında görülürken, kadınlarda erkeklerden iki kat daha fazla görülür. Yine erkeklerde bir yıllık %2, yaşam boyu %3, 6 oranlarında prevalansa sahipken kadınlarda bu oran sırasıyla % 4, 3 ve % 6, 6' dır(Alkın 1995). Yaygın anksiyete bozukluğunda prevalans %2, 8 ile %8, 5 arasında değişmektedir ve ortalama prevalans %5, 8' dir (Kessler 2002, Roy-Byrne 2004). Orta ve ileri yaşlarda yaygın anksiyete bozukluğu prevalansı artarken adölesanlarda prevalansı daha düşüktür(Wittchen 2002, Howell 2001). Türkiye Ruh Sağlığı Profili çalışmasında yaygın anksiyete bozukluğunun prevalansı %0, 7 bulunmuştur(Kılıç 1998).

Kadınların, yaşamda gerçekleşen olumsuz olaylara karşı erkeklerden daha duyarlı olması ve menstrüel siklus ile hormon değişimlerine göre duygu durumlarında değişiklikler nedeniyle anksiyete bozukluğunda erkeklerden daha fazla etkilendiği düşünülmektedir(Howell 2001). Yaygın anksiyete bozukluğu erkeklerde %0, 5, kadınlarda ise %0, 8 bulunmuştur(Kılıç 1998). Yaygın anksiyete bozukluğunun yaygınlığı yaş, medeni hal, eğitim seviyesi, aile yapısı ve ekonomik düzeyden etkilenmemektedir ancak ailesinde psikiyatrik hastalık bulunanlarda belirgin düzeyde yüksek saptanmıştır(Özmen 2002).

2.3.3. Anksiyete Bozukluklarında Sınıflama

Anksiyete Bozukluklarının 12 türü vardır(APA, DSM- V, 2013). Bunlar:

1. Agorofobi olmadan Panik Bozukluk
2. Agorofobi ile birlikte Panik Bozukluk
3. Panik bozukluk öyküsü olmadan Agorofobi
4. Özgül Fobi
5. Sosyal fobi (Sosyal Anksiyete Bozukluğu)
6. Obsesif Kompulsif Bozukluk
7. Travma Sonrası Stres Bozukluğu
8. Akut Stres Bozukluğu
9. Yaygın Anksiyete Bozukluğu

10. Genel Tıbbi Duruma Bağlı Anksiyete Bozukluğu
11. Madde Kullanımının Yol Açtığı Anksiyete Bozukluğu
12. Başka Türü Adlandırılmayan Anksiyete Bozukluğu

Yaygın Anksiyete Bozukluğu

Süregelen bir hastalık olan yaygın anksiyete bozukluğu (YAB) temelde, çeşitli olay ve faaliyetlere dair hemen hemen her gün ortaya çıkan aşırı kaygı, endişe, korku ve gerginlik olmasıdır. Kişi bu hislerini denetleyemeyip kontrol edemediği gibi üstüne heyecan, huzursuzluk, dikkat dağınıklığı, kas gerginliği, kolay yorulma, uyku bozukluğu gibi başka belirtiler de eklenir (Sürmeli 1997).

YAB, tanım olarak kaygı ve kuruntuya en az altı ay süreyle eşlik eden ve hemen her gün çeşitli olay ve faaliyetlere dair aşırı şekilde üzüntü, endişe, konsantrasyon güçlüğü, irritabilite, uyku bozukluğu, kas gerginliği ve çabuk yorulma gibi altı belirtiden en az üçünün varlığıdır (APA, DSM- V, 2013). YAB' da anksiyete sürekli hissedilmektedir (Dilbaz 2005). YAB' nun temel belirtisi olan kaygı, sağlıklı insanlarla karşılaştırıldığında daha uzun süreli, yoğun ve kontrol edilemeyen vasıftadır ve farklı anksiyete ve depresif bozukluklarda da görülür (Flannery- Schroeder 2004). Yaşanan kaygıya patolojik özellik kazandıran faktör, kaygının aşırı ve kontrol edilemez olarak algılanmasıdır. Kaygı bozukluğu olan hastalar küçük sorunlarda dahi aşırı kaygı yaşamaktadır (Barlow 1998).

Yaygın Anksiyete Bozukluğu DSM-V Tanı Kriterleri (APA, DSM- V, 2013):

A. En az 6 ay sürede, çoğu zaman, birtakım olaylar ya da etkinliklerle (işte ya da okulda başarı gösterebilme gibi) ilgili olarak, aşırı bir kaygı ve kuruntu (kaygılı beklenti) vardır.

B. Kişi, kuruntularını denetim altına almakta güçlük çeker.

C. Bu kaygı ve kuruntuya, aşağıdaki altı belirtiden üçü (ya da daha çoğu) eşlik eder (en azından kimi belirtiler son altı ayın çoğu gününde bulunmuştur):

NOT: Çocuklarda yalnızca bir maddenin olması yeterlidir.

1. Dinginleşememe(huzursuzluk) ya da gergin ya da sürekli diken üzerinde olma.

2. Kolay/ çabuk yorulma.

3. Odaklanmakta güçlük çekme ya da zihnin boşalması

4. Kolay/ çabuk kızma

5. Kas gerginliği

6. Uyku bozukluğu (uykuya dalmakta ya da uykuyu sürdürmekte güçlük çekme ya da dinlendirmeyen doyurucu olmayan bir uyku uyuma)

D. Kaygı, kuruntu ya da bedensel belirtiler, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur.

E. Bu bozukluk, bir maddenin(örn: kötüye kullanılabilen bir madde, bir ilaç) ya da başka bir sağlık durumunun (örn: hipertroidi) fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz.

F. Bu bozukluk, başka bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamaz.

Yaygın Anksiyete Bozukluğunda Tedavi

Anksiyeteye yaklaşımda abuzif/ toksik madde ya da ilaç etkisi, sorunun özellikleri, spesifik bir durumla ilişkisi olup olmadığı, tetikleyen faktörler, hayatında oluşturduğu sonuçlar, kişinin sorunla baş etme yolları, sorunu arttıran ve azaltan durumlar, kişinin sorunu nasıl yorumladığı gibi genel geçer etkenler sorgulanmalıdır (Öztürk 2004).

Yaygın anksiyete bozukluğunda(YAB) tedavi amacıyla ilaç tedavileri, psikoterapiler, relaksasyon eğitimleri gibi yöntemlerinin yarar sağladığı izlenmiştir fakat birbirlerine üstünlüğü konusunda yeterli araştırma yoktur (Brown 1994, Gliatto 2000, Wells 1989). Anksiyete bozukluğu ayırıcı tanısında depresyon, psikoz ve benzeri diğer psikiyatrik durumlar vardır. Kafein içeren içecek ve yiyecekler, çikolata, teofilin, dekonjestanlar, psikostimülanlar, esrar, kokain ve alkol kullanımı anksiyeteyi arttırabileceği için kullanılmamalıdır (Alkın 1995, Wells 1989, Taylor 1998). Bunların haricinde anksiyeteye yol açabilecek bütün durumlar ekarte edildikten sonra anksiyete tedavisine başlanmalıdır (Wells 1989).

YAB medikal tedavisinde benzodiazepinler, buspiron, venlafaksin seçeneklerinin yanında β adrenerjik antagonistler, hidrosizin ve ondansetron gibi ilaç seçenekleri vardır(Taylor 1998, Roerig 1999). Orta şiddette YAB olanlarda

farmakolojik olmayan, psikoterapi gibi tedavi yöntemleri uygulanabilmektedir (Gelder 1991). Psikoterapi yaklaşımları olarak dinamik, destekleyici ve bilişsel-davranışçı terapiler benimsenebilir (Taylor 1998, Connor 1998, Papp 1995). Farmakolojik tedaviler ise anksiyete nedeniyle işlev bozukluğu yaşayan hastalarda tercih edilir.

YAB' da en düşük etkin dozda tedavi yapılması önerilir ve 6 aylık periodlarda ilaç tedavisine ara verilerek hastanın yeniden değerlendirilmesi önerilir (Palliative care in cancer 2010, Breitbart 2002, Nutt 1995).

Panik Bozukluk

Panik bozukluk prevalansı %1, 5- 3 arasında değişir, kadınlarda ve genç erişkinlerde daha fazla görülür (Sadock 2008). Bu oran panik atak için %3- 4 oranındadır. Panik atağının öğrenilmiş bir yanıt olabileceği gibi, yetersiz bir ruhsal savunma mekanizmaları olduğu fikri de mevcuttur. Panik ataklarda belirgin bir sebep olmamakla birlikte panik bozukluklarda başlangıçta çevresel ya da psikolojik etkenler vardır (Starcevic 2009).

Agorafobi

Olası bir tehlike durumunda kaçmanın zor olabileceği yahut kolayca yardım alınamayacak yer ve pozisyonlarda olmaktan kaygı ve anksiyete hissetmektir. Agorafobi, ev dışında yalnız kalma, sırada bekleme, kalabalık bir yerde bulunma veya otobüs gibi toplu taşıma araçlarına binme şeklinde tanımlanabilir (Sadock 2008, Karamustafalıoğlu 2003).

Obsesif Kompulsif Bozukluk(OKB)

Tekrarlayan ve zorlayıcı vasıftaki fikir, düşünce ve hisler obsesyon olarak isimlendirilirken kompulsiyon kaçma, kaçınma, sayma, kontrol etme şeklindeki bilinçli ve tekrarlayıcı düşünce ve davranışlardır. Kişinin anksiyetesi obsesyon hissettiğinde artarken kompulsiyonu gerçekleştirdiğinde azalır(Öztürk 2004).

Sosyal Fobi

Sosyal fobide kişi, performans göstermesi gerektiği durumlarda ve sosyal ortamlarda gösterebileceği bir davranış nedeniyle utanç ve aşağılanma yaşayacağına dair korku ve endişe duyar. Bu korku kişinin sosyal ortamlara girmekten çekinmesine ve iş ve özel yaşamında kısıtlamalara neden olur. Sosyal fobi yaşayan kişilerde titreme,

gerginlik, çarpıntı, ağızda kuruma ve midede rahatsızlık hissi oluşur (APA DSM- IV 2000, Sadock 2008, Alkın 2007).

Özgül Fobi

Spesifik bir nesneye karşı duyulan korku ve anksiyete hissidir. Fobiye neden olan uyaranla karşılaşma ya da karşılaşma beklentisi sonucunda aşırı ve anlamsız, belirgin ve sürekli korku hissi duyulur. Bu olgularda kişi, korkusunun yersiz, aşırı ya da anlamsız olduğunu bilir (Alkın 2007).

Post Travmatik Stres Bozukluğu (PTSB)

Yaşanan travmatik bir olayın üstünden gelinememesi ile kişinin çaresizlik ve dehşet duygusu ile yoğun korku hissedecek şekilde olayı tekrardan yaşaması hissi ile travmayla ilişkili uyaranlardan kaçınılmasını içerir (Beers 1999). Travmatik olay yaşayan herkes PTSB deneyimlemez ancak PTSB mutlaka bir travma sonrasında gelişir (APA DSM- IV 2000, ASCO 2012).

2.3.4. Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri (State- Trait Anxiety Inventory)

Anksiyete durumluk ve sürekli şeklinde iki ayrı kategoride incelenebilir. Durumluk kaygılar, bir duruma bağlı gelişen anksiyete atağıdır ve tetikleyici etken ortadan kaybolduğunda kaybolma eğilimindedir. Sürekli kaygı ise kişi tarafından olay ve durumlardan bağımsız olarak sürekli biçimde deneyimlenen kaygıdır. Bu bağlamda, durumluk kaygının yüksek olması bir olay ya da etkenin değerlendirme sırasında kişide anksiyeteye neden olduğunu düşündürürken, sürekli kaygının yüksek bulunması kaygılı bir kişiliği işaret eder (Spielberger 1973). Spielberger tarafından oluşturulan Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri (STAI) en sık kullanılan anksiyete testlerindedir. STAI, Spielberger ve Gorsuch tarafından 1964' te oluşturulmuştur ve kişilerdeki sürekli ve durumluk kaygı düzeylerinin ölçülmesi amaçlanmıştır. Necla Öner tarafından Türkçe' ye uyarlanmıştır ve Türkçe karşılığı Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri' dir (Aydemir 2006, Spielberger 1972, Spielberger 1983, Öner 1983). STAI durumluk ve sürekli kaygı ölçekleri yirmişer maddeden oluşan iki bölümden oluşur. STAI, kişinin kendi kendine yanıtlayabileceği, uygulanması kolay bir ölçektir. On dört yaş ve üzerinde bilinçli kişilere uygulanabilir ve özel eğitim gerekmez (Aydemir 2006). Durumluk kaygı ölçeğinin de seçenekler düşünce ya da davranışların şiddet derecesine göre "Hiç", "Biraz", "Çok", "Tamamıyla" şeklindedir; sürekli kaygı ölçeğinde ise, seçenekler, ifade

ettiği düşünce ya da davranışların sıklık derecesine göre, “Hemen Hiçbir Zaman”, “Bazen”, “Çok Zaman” ve “Hemen Her Zaman” şeklindedir (Öner 1983). Ölçek doğrudan ve tersine çevrilmiş ifadelerden oluşur. Tersine çevrilmiş ifadeler olumlu duyguları yansıtır ve 4 değerlikli yanıtlar düşük, 1 değerlikli yanıtlar yüksek kaygıyı gösterir. Tersine dönmüş ifadeleri içeren sorular puanlanırken 1 ağırlık değerinde olanlar 4'e, 4 ağırlık değerinde olanlar ise 1 olarak hesaplanır. Doğrudan ifadeler ise olumsuz duyguları yansıtır ve 4 değerlikli yanıtlar en yüksek kaygıyı gösterir (Spielberger 1983, Öner 1983). Durumluk kaygı ölçeğinde on adet soru (1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19 ve 20. maddeler), sürekli kaygı ölçeğinde ise sekiz adet soru (21, 26, 27, 30, 33, 36 ve 39. maddeler) tersine çevrilmiş ifadeleri içerir. Puanlama elle ya da bilgisayar ile yapılabilir. Elle yapılan puanlamada, doğrudan ve tersine çevrilmiş ifadelerin toplam ağırlıklarının saptanması için iki ayrı anahtar hazırlanır. Doğrudan ifadeler için elde edilen toplam ağırlıklı puandan ters ifadelerdeki toplam ağırlıklı puan çıkarılır ve bu sayıya sabit bir değer eklenir. Bu sabit değer durumluk kaygı ölçeği için 50, sürekli kaygı ölçeği için ise 35'dir. Her iki ölçekten elde edilen toplam puan 20 ile 80 arasında değişir. Büyük puan yüksek kaygı seviyesini, küçük puan ise düşük kaygı seviyesini gösterir(Öner 1983). Anket soruları **EK- 3'** te gösterilmiştir.

2.4. Malpraktis, Defansif Tıp Ve Medikolegal Problemler

Ülkemizde malpraktis davaları gün geçtikçe artış göstermektedir ve hatta henüz davalar sonuçlanmamışken kişisel yargılarla hekimler medyada suçlu gösterilmekte, toplumun hedefi haline getirilmektedir. Malpraktise yönelik hususi kanunları bulunan Amerika Birleşik Devletleri ve bazı Avrupa ülkelerinde malpraktis davalarının sonucunda hekimler defansif tıp uygulamalarına yönelmiştir. Ülkemizde de yeni Türk Ceza Kanunu sonrasında defansif tıp uygulamalarının yolu açılmıştır.

2.4.1. Defansif Tıp Tanımı

Hekimlerin ceza ya da hukuk davaları sonucunda negatif etkilerle karşılaşmamak amacıyla aşırı korumacı ya da çekinik davranmasıdır. Bu tutum zaman içinde hekimlerde “ya dava/ soruşturma açılırsa?” endişesi ile kendisini gerekli/ gereksiz her türlü belge ve kayıt ile korumaya yönelmesine neden olmuştur(Aynacı 2008).

2.4.2. Tıbbi Malpraktis Tanımı

Latince kökenli olan Malpraktis kelimesi “kötü- uygulama” anlamında kullanılır. Tıbbi malpraktis ise tıp mesleğinin icra eden kişilerin mesleğin icrasında kötü ve/ veya eksik uygulamaları olarak tanımlanır(Çetin 2006).

Tıbbi Deontoloji Tüzüğünde 2. madde; “Tabip ve dış tabibinin başta gelen vazifesi, insan sağlığına, hayatına ve şahsiyetine ihtimam ve hürmet göstermektir.” ibaresini içermektedir. Tıbbi malpraktis olgularında, bu ilkenin ihlal edilmesi söz konusudur fakat genellikle tıbbi malpraktis hekimin sadece şahsi kusurundan ibaret değildir. Günümüzde sağlık hizmeti, hekim dışında birçok kişi ve meslek grubunun dâhil ve müdahil olduğu bir sistem içinde verilir ancak hasta ile direkt teması olan kişiler hekimler olduğundan tıbbi malpraktis vakalarında hukuksal sürecin baş aktörü olarak hekimler gösterilmektedir. Olumsuz sonuçların ortaya çıktığı durumların çoğunda, hasta ve hasta yakınları kolayca ortada bir kusurun var olup olmadığı ve varsa bu kusurun kimden kaynaklandığı dahi araştırılmaksızın adeta peşin bir hükümle hatanın hekimden kaynaklandığını dile getirmektedir(Ersoy 2014).

Tıbbi malpraktis iddiası ile karşı karşıya kalan hekimler bir takım hukuksal süreçlerle karşı karşıya kalmaktadır. Bu hukuksal süreçler aşağıdaki başlıklar altında yürütülebilir (Ersoy 2014):

1. Ceza davası
2. Hukuk (tazminat) davası
3. İdari soruşturmalar
4. Meslek kuruluşu tarafından yürütülen disiplin işlemleri

Dünya Tabipler Birliğince 1992 yılında yapılan 44. Genel Kurulda kabul edilen bildirmede, malpraktis; hekimin tedavi sırasında standart uygulamayı yapmaması, beceri eksikliği veya hastayı tedavi etmemesi ile oluşan zarar olarak tanımlanmıştır; tıbbi bakım ve tedavi sırasında öngörülemeyen bir kavram olan komplikasyon durumundan ayırt edilmesi gerektiği vurgulanmıştır (Sayek 1998)

2.5. Defansif Tıp

Defansif tıp Amerika Birleşik Devletleri(ABD)’ de sadece tıp değil, aynı zamanda hukuk, ekonomi ve sosyoloji alanlarında 1970’ lerde kullanılmaya

başlanmıştır. “Defensive medicine” yani defansif tıp terimi, hekimin kendisini yasal süreçlere karşı korumak için tanı ve tedaviye yönelik bazı işlemleri gerçekte ihtiyaç olmadığı halde kullanması ve/ veya malpraktis davası ile karşılaşma olasılığı yüksek olan hasta ve/ veya faaliyetlerin sorumluluğunu kabul etmemesi olarak tanımlanmıştır(Bergen 1974, Bell 1971, Project 1971). Malpraktis bazı kaynaklarda hekimin, sorumluluk tehdidi ile uyarılmış bir şekilde normal tıbbi uygulamalardan sapması olarak da tanımlanmıştır(Studdert 2005, Hershey 1972, Klingman 1996). Genel olarak tanımlamaların çoğunda defansif tıp, dava edilme korkusu nedeniyle, hastaya faydası olmaktan çok yasal sorumluluktan kurtulmak için uygulanan işlemler olarak tanımlanmıştır(Bergen 1974, Bell 1971, Project 1971, Studdert 2005, Bergan1970). Türkçe literatürde defansif tıp; savunmacı, çekinik ve temkinli tıp olarak da anılmaktadır(Yorulmaz 2005, Odabaşı 2006, Güven 2006, Civaner 2005, Civaner 2003, Sağlık Hukuku Sempozyumu 2007).

Defansif tıp, güvence davranışı ve kaçınma davranışı şeklinde 2 başlıkta incelenebilir. Güvence davranışları pozitif defansif tıp ile ilişkilendirilirken, kaçınma davranışları negatif defansif tıp ile ilişkilendirilir. Pozitif defansif tıp; yasal sistemin hizmet standartları tarafından kabul gören, hastaya belirgin bir yararı olmayan, yalnızca malpraktis davaları ile sonuçlanabilecek durumlar için ilave tetkik ve hizmet eklemeye denir. Negatif defansif tıp; hekimlerin yasal risklerden korunmak için sorumluluğu almak istemedikleri yüksek riskli durumlara olan yaklaşımıdır. Bunlar arasında; yüksek riskli prosedürler ve tedaviler üstlenmeyi reddetme, girişimsel prosedürlerden kaçınma ve yüksek riskli hastaları operasyon listelerinden çıkarma gibi davranışlar yer alır (Studdert 2005). Hekimlik basın, toplum ve hukuki düzenlemelerden dolayı artan baskılardan ve hekimlerin tıbbi hatalarına dair iddialar nedeniyle giderek daha korku içinde icra edilen, endişeli ve huzursuz bir meslek haline gelmiştir. Defansif tıbbın oluşmasındaki ana etken bu durum olarak nitelendirilmiştir (Dirnhofer 1997, Stoll 1982).

Beyin cerrahları arasında yapılan bir araştırmada, katılımcıların çoğu her hastayı potansiyel bir dava konusu olarak görmektedir(%63, 8) ve bu katılımcıların %89, 6' sını mahkemelerin malpraktis ile komplikasyonu ayırt edemeyeceğini düşünmektedir (Solaroglu 2014). Buradan yola çıkılarak defansif tıp uygulamalarındaki en büyük etkenin dava edilme korkusu yani anksiyete olduğu sonucuna varılabilir. ABD' de bu endişe ve korku nedeniyle aksamaya başlayan acil servis hizmetlerinin fark edilmesi

üzerine çeşitli eyaletlerde “Acil çalışanları sorumluluk muafiyetine dair kanun” çıkartılmıştır. Bu kanunlarda kabaca “Acil durumlarda iyi niyet ile bir başkasına yardım etmek amacıyla yapılan girişimler zararlar dahi sonuçlansa, girişimi yapan sorumlu tutulamaz” şeklinde kararlar bulunmaktadır (Paterick 2008).

2.5. İş Doyumu

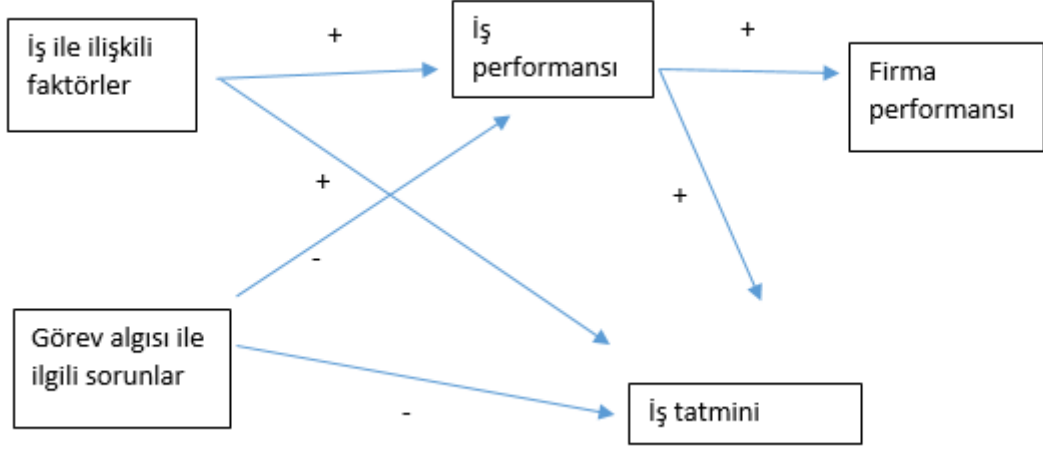
İş, anlam olarak organize bir ortamda belirlenmiş bir sürede gerçekleştirilen, beraberinde bazı ilişkiler kurulan ve karşılığında ücret alınan mal ve hizmet üretme eylemidir. Doyum, duygusal bir tepkidir (Sevimli 2005). İş doyumu, 1920’lerden beridir literatürde kullanılmıştır ve 1940’larda bu konuda yoğunlaşma başlamıştır. Hoppock tarafından iş doyumu 1935 yılında; kişiye gerçek anlamda “Ben işimden oldukça memnunuz.” dedirten ruhsal, fizyolojik ve çevresel durumların değişik biçimde birleşimi olarak tanımlanmıştır (Furnham 2009, Sevimli 2005, Rinehart 1994, Aziri 2011).

İş doyumu “Bir çalışanın yaptığı işin ve elde ettiklerinin ihtiyaçlarıyla ve kişisel değer yargılarıyla örtüştüğünü veya örtüşmesine olanak sağladığını fark etmesi sonucu yaşadığı bir duygu.” şeklinde de ifade edilir (Barutçugil 2004). İş doyumu birçok kişi tarafından tanımlanmıştır. İş doyumu Locke ve Henne’ nin tanımında “*Bir kişinin iş yerindeki işe ilişkin deneyimleri ve işe atfettiği değerlerinin yarattığı duygusal hoşnutluk durumudur*” şeklindedir (Oshagbemi 2003).

İş doyumu aynı zamanda işe karşı kişisel bir tutum olarak, çalışanların iş ve iş hayatındaki beklentilerine eriştiğinde duydukları olumlu duygusal bir durum olarak da tanımlanmaktadır (Ersan 1997). Bu bağlamda iş doyumunun oluşması için işin kazandırdıkları ile çalışanın beklentilerinin uyum içinde olması gerekir (Yelboğa 2008). Yine, çalışan kendisini dengi olan iş arkadaşları ile karşılaştığında da iş doyumuna ulaşmakta ya da ulaşmamaktadır (Okpara 2005).

2006’da Christen, Iyer ve Soberman Şekil 1’de izlenebilen aşağıdaki faktörleri içeren bir iş doyum modeli oluşturmuştur (Aziri 2011, Christen 2006):

- İş ile ilişkili faktörler
- Görev algısı
- İş performansı
- Firma performansı



2.5.1. Minnesota İş Doyum Ölçeği

1967 yılında Weiss ve arkadaşları tarafından geliştirilen ölçeğin kısa formu 5' li likert tipi seçeneklerden oluşan 20 soruyu içermektedir(Weiss 1967). Minesota Doyum Ölçeği anket şeklinde bir değerlendirme ölçeğidir ve bireysel olarak ya da grup olarak uygulanabilirliğe sahiptir ancak cinsiyet farklarını değerlendirmeye almamaktadır. Anketi doldurmak yaklaşık 15- 20 dakika sürmektedir. Bir kısa formu ve 1967 ve 1977 olmak üzere iki uzun formu vardır. Anket mesleğin; iş arkadaşları, başarı, aktivite, ilerleme, otorite, şirket/ iş politikaları, maaş, moral değerler, yaratıcılık, bağımsızlık, güvenlik, sosyal hizmetler, sosyal statü, tanınırlık, sorumluluk, denetim- insan ilişkileri, denetim- teknik, çeşitlilik, çalışma koşulları şeklindeki özelliklerini sorgulamaktadır(Aziri 2011).

3. GEREÇ YÖNTEM

Bu bölümde araştırmanın modeli, evren ve çalışma grubu, veri toplama araçları, verilerin toplanması ve verilerin analizi hakkında bilgiler verilmiştir.

3.1. Araştırmanın Modeli

Bu araştırma, Acil tıp alanında çalışan doktorların medikolegal endişelerinin, tükenmişlikleri, anksiyete durumları ve iş tatmini düzeyleri üzerine etkilerinin yaş, cinsiyet, çalışma süresi, görev unvanı ve çalışılan kuruma göre farklılaşp farklılaşmadığını ortaya koymak amacıyla yapılan bir araştırmadır. Verilerin toplanması için anketle bilgi toplama tekniği kullanılmıştır. Çalışmaya başlamadan önce Necmettin Erbakan Üniversitesinden Etik Kurul Onayı alınmıştır (NEÜ:2918/ 1526).

3.2. Evren ve Çalışma Popülasyonu

Araştırma evrenini Türkiye’de ki acil tıp kliniklerinde görev unvanı pratisyen, asistan, uzman hekim ve öğretim üyesi olan doktorlar oluşturmaktadır. Araştırma Eylül 2018- Ocak 2019 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Bu kesitsel ankete dayalı çalışmaya katılmak için 1200’ den fazla aktif olarak çalışan acil tıp hekimlerine link gönderilerek

(https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLScXaJhtlNCKYet32OKSYQsXXSjDI0Me tcSmQe6ZHCbRehT2yw/viewform?usp=sf_link) e-posta yoluyla davet edilmiştir. Anketi tamamen dolduran toplam 141 Hekim çalışma popülasyonuna dâhil edilmiştir.

3.3. Veri Toplama Araçları

Bu araştırmada veriler, kişisel bilgi formu, medikolegal endişeler anketi, Maslach Tükenmişlik Ölçeği (MTÖ), STAI Anksiyete Ölçeği, Minneosta İş Tatmini Ölçeği kullanılarak toplanmıştır.

3.3.1. Kişisel Bilgi Formu

Hekimlerin kişisel özelliklerine ve mesleğin bazı özelliklerine ilişkin bilgi edinebilmek amacı ile 5 sorudan (1- 5 sorular) oluşan bu form araştırmacı tarafından hazırlanmıştır.

Kişisel Bilgi Formu’ nda hekimlerin; yaş, cinsiyet, çalışma süresi, görev unvanı, çalışılan kurum konusunda bilgiler sorulmuştur.

3.3.2. Medikolegal Endişeler Anketi

Hekimlerde medikolegal endişeleri değerlendirmek için 29 sorudan oluşan (6-34. Sorular) Medikolegal endişeler anketi oluşturuldu.

Bu ankette, malpraktis davalarının sayısında artış durumu, malpraktis davası ile karşılaşma riski, malpraktis sigorta poliçesinin olup olmadığı, malpraktis davalarının hekimlik performansı üzerine etkisi, komplikasyon- malpraktis ayrımının yapılabilme durumu, tıbbi hata iddiası ile açılan dava varlığı, medikolegal endişelerle fazladan tetkik isteği, fazladan ilaç yazma durumu, dava etme olasılığı yüksek hastalardan kaçınma, fazladan ve/ veya gereksiz konsültasyon isteği, tıbbi endikasyon olmadığı halde hasta yatırma durumu, kompleks medikal problemleri olan hastalardan ve komplikasyon olasılığı yüksek tedavilerden kaçınmak, görüntüleme tetkiklerini, acil tedavi/ takip olmadığını ispatlamak, yüksek riskli vakalarda dava edilme kaygısı ile kayıtları daha detaylı tutma, aydınlatılmış onam formlarına daha fazla önem verme, tedavi olanağı olduğu halde riskli hastaları ileri basamak hastanelere sevk etme, dava edilme korkusu ile tıbbi uygulamaları daha detaylı açıklama, mevcut TCK' ya binaen hekimlik uygulamalarında tedirginlik hissedip hissetmediği ve tıbbi hata yapmaktan çekinme derecesi, hasta hakları yönetmeliğini okuyup okumadıkları, tıbbi hata yapmak konusundaki endişe durumu, hata yapma endişesi nedeniyle mesleği bırakma/ değiştirme, başka ülkelerde icra etme, tekrar sınava girip daha düşük riskli bir branşa geçme düşünceleri, amirler ve/ veya üst düzey devlet memurları tarafından endikasyon dışı tetkik isteme/ rapor yazma durumları sorgulandı.

Soruların şıklarının düzenlenmesinde, iki farklı kutup yanıt ile bu yanıtlar arasındaki uygulama sıklıklarını da ölçebilecek ve sonradan birbirine çok yakın şıkların ayırıştırma uygulanması gerektiğinde revizyona olanak sağlayacak şekilde olmasına dikkat edildi. Bu amaçla 4, 5 ya da 6' lı Likert tipi durum ölçer şıklar kullanıldı (Baş 2006). Ayrıca istatistiksel hesaplamalar için seçeneklere sırasıyla düşükten yükseğe doğru ilerleyen 1'er puan verildi. (1- en düşük düzey, 6- en yüksek düzey). Kesinlik ve süreklilik ifade eden her zaman ve çoğu zaman şıkları ile kesinlik ve süreklilik ifade etmeyen bazen ve nadiren şıkları olduğu gibi birleştirilerek incelendi.

3.3.3. Maslach Tükenmişlik Ölçeği

Tükenmişlik düzeyini belirlemek için, Maslach tarafından geliştirilen, ülkemiz için geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmış olan Maslach Tükenmişlik Ölçeği (MTÖ) kullanıldı (Cam 1991, Ergin 1993, Ergin 1996).

MTÖ, duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarı olmak üzere üç alt boyuttan ve 22 maddeden oluşmaktadır. Ölçekte, duygusal tükenme ile ilgili 9, duyarsızlaşma ile ilgili 5, kişisel başarı ile ilgili 8 madde bulunmaktadır. Ölçekte 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20 numaralı ifadeler “Duygusal Tükenmişlik”, 5, 10, 11, 15, 22 numaraları olanlar “Duyarsızlaşma”, 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21 numaralı ifadeler “Kişisel Başarı” boyutunu belirlemeye yöneliktir. Maddeler, 5’li Likert tipi (0- en düşük düzey, 4- en yüksek düzey) önermelerden oluşmaktadır. Önermelere verilen yanıtlar, her hekim için toplanmış ve tükenmişliğin üç boyutu için bireysel skorlar hesaplanmıştır.

Tükenmişlik tek bir puanla değil, her bir ölçekten alınan üç ayrı puanla değerlendirilmektedir (Budak 2005).

Daha önceki çalışmalarda, “kişisel başarıda azalma” boyutu puanlaması diğer alt ölçek puanlamalarının tersi olacak şekilde değerlendirilmektedir. Bu kapsamda duygusal tükenme ve duyarsızlaşma boyutları olumsuz, kişisel başarı boyutu olumlu ifadelerden oluşmaktadır. Bu nedenle puanlama sırasında, kişisel başarı boyutundaki sorular tersine puanlandırılmıştır.

Duygusal Tükenme skoru; düşük: 0- 11, orta:12- 17, yüksek > 17,

Duyarsızlaşma skoru; düşük: 0- 5, orta: 6- 9, yüksek \geq 10,

Kişisel başarıda azalma skoru: düşük:0- 21, orta: 22- 25, yüksek \geq 26 olarak sınıflandırılmıştır (Bolat 2018).

3.3.4. State-Trait Anxiety Inventory/ Durumluk-Sürekli Anksiyete Ölçeği (STAI)

Orijinal formu Spielberger ve arkadaşları (1970) tarafından durumluk ve sürekli kaygı seviyelerini ayrı ayrı saptamak amacıyla geliştirilen ölçektir. Türkçe’ ye uyarlanması, güvenilirlik ve geçerlik çalışmaları Öner ve Le Compte tarafından yapılmıştır (Lecompte 1975). Bu ölçek durumluk ve sürekli anksiyete düzeylerini ölçer, STAI 1 VE 2 olmak üzere 20 maddelik iki ayrı ölçeği vardır.

Durumluk Anksiyete Ölçeği (STAI 1): Bireyin belli bir anda ve belirli koşullarda kendini nasıl hissettiğini belirler.

Sürekli Anksiyete Ölçeği (STAI 2): Bireyin içinde bulunduğu durum ve koşullardan bağımsız olarak, genellikle kendini nasıl hissettiğini belirler. Bu ölçekler 4’ lü likert tipi (1- 4) önermeler aracılığıyla cevaplanır (Kutunis 2013).

Durumluk kaygı ölçeğinde dört sınıfta toplanan cevap seçenekleri, (1) Hiç, (2) Biraz, (3) Çok ve (4) Tamamıyla şeklinde; Sürekli Kaygı Ölçeğindeki seçenekler ise (1) Hemen hiçbir zaman, (2) Bazen, (3) Çok zaman ve (4) Hemen her zaman şeklindedir. Ölçeklerde iki türlü ifade bulunur. Bunlara (1) doğrudan ya da düz (direct) ve (2) tersine dönmüş (reverse) ifadeler diyebiliriz. Doğrudan ifadeler, olumsuz duyguları; tersine dönmüş ifadeler ise olumlu duyguları dile getirir. Bu ikinci tür ifadeler puanlanırken 1 ağırlık değerinde olanlar 4' e, 4 ağırlık değerinde olanlar ise 1' e dönüşür. Doğrudan ifadelerde 4 değerindeki cevaplar kaygının yüksek olduğunu gösterir. Tersine dönmüş ifadelerde ise 1 değerindeki cevaplar yüksek kaygıyı, 4 değerindekiler düşük kaygıyı gösterir. “Huzursuzum” ifadesi doğrudan, “kendimi sakin hissediyorum” ifadesi de tersine dönmüş ifadelerle örnek olarak gösterilebilir. Bu durumda “huzursuzum” ifadesi için 4 ağırlıklı bir seçenek, “kendimi sakin hissediyorum” ifadesi için 1 ağırlıklı seçenek işaretlenmişse, bu cevaplar yüksek kaygıyı yansıtmış olur. Durumluk kaygı ölçeğinde on tane tersine dönmüş ifade vardır. Bunlar 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19 ve 20. maddelerdir. Sürekli kaygı ölçeğinde ise tersine dönmüş ifadelerin sayısı yedidir ve bunlar 21, 26, 27, 30, 33, 36 ve 39. maddeleri oluşturur.

Skorlama:

Doğrudan (direct) ve tersine dönmüş (reverse) ifadelerin herbiri için iki ayrı anahtar hazırlanır. Böylece bir anahtarla doğrudan ifadelerin, ikinci anahtarla tersine dönmüş ifadelerin toplam ağırlıkları hesaplanır. Doğrudan ifadeler için elde edilen toplam ağırlıklı puandan ters ifadelerin toplam ağırlıklı puanı çıkarılır. Bu sayıya önceden tespit edilmiş ve değişmeyen bir değer eklenir. Durumluk kaygı ölçeği için bu değişmeyen değer 50, Sürekli kaygı ölçeği için ise 35' dir En son elde edilen değer bireyin kaygı puanıdır.

Skorlamanın Yorumlanması

STAI; düşük / orta anksiyete; 20-49 puan ve yüksek / çok yüksek anksiyete; 50-80 puan olarak sınıflandırılmaktadır (Altino 2018).

3.3.5. Minnesota İş Doyum Ölçeği

Bu çalışmada Minnesota İş Doyum Ölçeğinin kısa formu (Short Form Minnesota Satisfaction Questionnaire (SFMSQ)) kullanılmıştır. Minnesota İş Tatmin Ölçeği Weiss ve arkadaşları (1967) tarafından geliştirilmiş olup, uzun formu (orijinali) 100 ifadeden oluşmaktadır (Weiss 1967). Kısa formu ise içsel ve dışsal iş tatmini boyutlarını kapsayan, 20 maddeden oluşan beşli Likert tipi (1'den 5'e kadar değişen puanlamaya

sahip) bir ölçüm aracıdır. Ölçeğin değerlendirmesinde katılımcıların her ifade için “hiç memnun değilim”, “memnun değilim”, “kararsızım”, “memnunum”, “çok memnunum” şeklindeki beş seçenekten birisinin seçilmesi istenir. Bu bakımdan söz konusu kısa formulu ölçekten genel tatmin, içsel ve dışsal tatmin puanları elde edilmektedir.

1- İçsel doyum 1, 2, 3, 4, 7, 8, 9, 10, 11, 15, 16, 20

2- Dışsal doyum 5, 6, 12, 13, 14, 17, 18, 19

3- Genel doyum: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20 maddelerini içermektedir.

Genel doyum puanı 20 maddeden elde edilen puanların toplamının 20' ye, içsel doyum puanı 1, 2, 3, 4, 7, 8, 9, 10, 11, 15, 16, 20 içsel faktörleri oluşturan maddelerden elde edilen puanların toplamının 12' ye, dışsal doyum puanı 5, 6, 12, 13, 14, 17, 18, 19 dışsal faktörleri oluşturan maddelerden elde edilen puanların toplamının 8'e bölünmesi ile elde edilmektedir.

Skorlamanın Yorumlanması:

Ölçeğin nötr doyum puanı 3' tür. Ölçekten alınan puan 3' ten küçük ise iş doyumunu düşük, 3'ten büyük ise iş doyumunu yüksek olarak değerlendirilmektedir (Çam 2005, Sat 2011, Martins 2012).

3.4. Çalışma Popülasyonunun Gruplara Ayrılması

Çalışma popülasyonu cinsiyet, çalışılan kurum ve görev unvanına göre alt gruplara ayrıldı. Bu gruplarda Medikolegal Endişeler Anketi, Maslach Tükenmişlik Ölçeği, Durumluk-Sürekli Anksiyete Ölçeği (STAI) ve Minnesota İş Doyum Ölçeğinin farklılık gösterip göstermediği karşılaştırıldı. Ek olarak çalışma popülasyonu, yaş ve çalışılan hizmet süresi ortalamasına göre, ortalamanın altı ve üstü olmak üzere 2 farklı alt gruba ayrıldı. Bu gruplar için tükenmişlik, anksiyete ve iş doyum ölçeklerinin farklılık gösterip göstermediği araştırıldı.

3.5. İstatistiksel Analiz

Araştırmada elde edilen verilerin istatistik incelemeleri, SPSS 23. 0 (Statistical Package For Social Sciences, Chicago, IL, USA) programı ile yapıldı.

Verilerin normal dağılım gösterip göstermediği One-Sample Kolmogorov-Smirnov testi ile test edildi ve verilerin normal dağılım gösterdiği tespit edildi.

Kategorik değişkenler frekans ve yüzde olarak, sürekli değişkenler ortalama \pm standart sapma olarak gösterildi. Kategorik değişkenler için Chi Square analizi, sürekli değişkenler için 2 grup karşılaştırılmasında Independent T testi ve Mann Whitney U testi, 2' den fazla grup karşılaştırılması için Kruskal Wallis analizi kullanıldı.

Sürekli değişkenlere Pearson korelasyon analizi uygulandı. Maslach Tükenmişlik Ölçeği, Durumluk- Süreklilik Anksiyete Ölçeği, Minnesota İş Doyum Ölçeği test sonuçlarının güvenilirliği için Cronbach' ın alfa katsayısı kullanıldı. Bütün değerlendirmelerde $p < 0, 05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.



4. BULGULAR

Eylül 2018- Ocak 2019 arasında Türkiye’ de acil tıp kliniklerinde doktor olarak çalışan yaklaşık 1200’den fazla kişiye link olarak e-mail yoluyla gönderilen Medikolegal endişeler anketi, Maslach tükenmişlik ölçeği, STAI anksiyete ölçeği ve Minnesota İş Tatmini Ölçeği toplam 141 acil tıp hekimi tarafından dolduruldu. Tamamen doldurulan 141 formun hepsi değerlendirmeye dâhil edildi. Çalışmaya dâhil olan hekimlerin yaş ortalaması: 33, 3 yıl, ortalama çalışma süresi 8, 37 yıl olarak ölçüldü. Çalışma popülasyonunun %6, 4’ ü özel hastanede, %44, 7’ si üniversite hastanesi, %48, 9’ u devlet hastanelerinin acil tıp kliniklerinde çalışıyordu. Ayrıca %10, 6’ sı öğretim üyesi, %36, 9’ u uzman doktor, %35, 5’ i asistan doktor, %17’ si pratisyen hekim olarak görev yapıyordu. Çalışma popülasyonuna ait demografik veriler Tablo 3’de izlenmektedir.

Tablo 3. Demografik Parametreler (n=141)

Parametreler	Değerler
Yaş (ort± std)	33, 3± 7, 3
Çalışma Yılı (ort± std)	8, 37± 6, 89
Cinsiyet % (Erkek/ Kadın)	58, 2/ 41, 8
Sağlık Kurumu %	
Üniversite	44, 7
Devlet	48, 9
Özel	6, 4
Görev Ünvanı %	
Öğretim üyesi	10, 6
Uzman	36, 9
Asistan Doktor	35, 5
Pratisyen Hekim	17

Medikolegal Endişeler Anketinin demografik bilgileri içermeyen 6- 34. (6 ve 34 dâhil) arasındaki sorular değerlendirildi. Aynı cevap seçeneğini içeren sorular aynı grup içerisinde değerlendirildi.

1. Grup sorular 6, 7, 23, 24, 26, 27 ve 33. sorulardan oluşuyordu. Cevaplar “evet (evet+ kesinlikle evet)”, “kararsızım” ve “hayır (hayır+ kesinlikle hayır)” seçeneklerinden oluşuyordu.

4. 1. Medikolegal Endişeler Anket Sorularının Değerlendirilmesi

“6. Tıbbi malpraktis davalarının sayısında artış olduğuna inanıyor musunuz?” sorusuna %92, 2 “evet (evet+ kesinlikle evet)” cevabı verildi.

“7. Hakkınızda açılacak tıbbi malpraktis davası hekimlik performansınızı azaltır mı?” sorusuna %87, 3 “evet (evet+ kesinlikle evet)” cevabı verildi.

“23. Yeni Türk Ceza Kanununun 1 Haziran 2005 tarihinde yürürlüğe girmesinden sonra hekimlik uygulamalarınızda endişe hissettiniz mi?” sorusuna %66, 7 “evet (evet+ kesinlikle evet)”, %24, 8 “kararsızım” ve %8, 5 “hayır” cevabı verildi.

“24. Sizce “yapılacak tüm tıbbi girişimleri kabul ediyorum, zarar oluştuğunda hekimimi dava etmeyeceğim” şeklinde düzenlenen bir belge hekimi sorumluluktan kurtarır mı?” sorusuna %68, 1 “hayır (hayır+ kesinlikle hayır)”, %24, 8 “kararsızım” ve %7, 1 “evet” cevabı verildi.

“26. Komplikasyon- malpraktis ayrımının net olarak yapılamadığını düşünüyor musunuz?” sorusuna %90, 7 “evet (evet+ kesinlikle evet)” cevabı verildi.

“27. Tıbbi Malpraktis Sigortası yaptırmanız hekimlik uygulamalarınızı daha rahat yapmanızı sağlar mı?” sorusuna %42, 6 “hayır (hayır+ kesinlikle hayır)”, %31, 9 “kararsızım”, %25, 6 “evet (evet+ kesinlikle evet)” cevabı verildi.

“33. Hekimlik yapacağınız branşı seçerken malpraktis endişesi seçiminizde etkili oldu mu?” sorusuna %65, 2 kişi “hayır (hayır+ kesinlikle hayır)”, %14, 9 “kararsızım” ve %19, 9 “evet (evet+ kesinlikle evet)” cevabı verildi.

Medikolegal Endişeler Anketi 1.Grup Sorulara ait detaylı bilgiler Tablo 4' te izlenmektedir.

Tablo 4. Medikolegal Endişeler Anketi Soruların Değerlendirilmesi 1. Grup

Maddeler		Kesinlikle Evet	Evet	Kararsızım	Hayır	Kesinlikle Hayır	χ^2 P value
6. Tıbbi malpraktis davalarının sayısında artış olduğuna inanıyor musunuz?	n	89	41	8	3	0	<0,001
	%	63,1	29,1	5,7	2,1	0	
7. Hakkınızda açılacak tıbbi malpraktis davası hekimlik performansınızı azaltır mı?	n	72	51	8	9	1	<0,001
	%	51,1	36,2	5,7	6,4	0,7	
23. Yeni “Türk Ceza Kanunu”nun 1 Haziran 2005 tarihinde yürürlüğe girmesinden sonra hekimlik uygulamalarınızda endişe hissettiniz mi?	n	39	55	35	10	2	<0,001
	%	27,7	39	24,8	7,1	1,4	
24. Sizce “Yapılacak tüm tıbbi girişimleri kabul ediyorum, zarar oluştuğunda hekimimi dava etmeyeceğim” şeklinde düzenlenen bir belge hekimi sorumluluktan kurtarır mı?	n	3	7	35	68	28	<0,001
	%	2,1	5	24,8	48,2	19,9	
26. Komplikasyon-malpraktis ayrımının net olarak yapılamadığını düşünüyor musunuz?	n	59	69	7	6	0	<0,001
	%	41,8	48,9	5	4,3	0	
27. “Tıbbi Malpraktis Sigortası” yaptırmanız hekimlik uygulamalarınızı daha rahat yapmanızı sağlar mı?	n	8	28	45	49	11	<0,001
	%	5,7	19,9	31,9	34,8	7,8	
33. Hekimlik yapacağınız branşı seçerken malpraktis endişesi seçiminizde etkili oldu mu?	n	11	17	21	59	33	<0,001
	%	7,8	12,1	14,9	41,8	23,4	

İkinci grup sorular 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 28, 29, 30, 31 ve 32. sorulardan oluşuyordu. Cevaplar çoğunlukla (her zaman+ çoğu zaman), bazen, nadiren ya da hiç (nadiren+ hiçbir zaman) seçeneklerinden oluşuyordu.

“9. Medikolegal endişelerle fazladan tetkik istediğiniz oluyor mu?” sorusuna %53, 3 “çoğunlukla (her zaman+ çoğu zaman)”, %40, 4 “bazen” ve %4, 3 “nadiren” ya da “hiç (nadiren+ hiçbir zaman)” cevabı verildi.

“10. Medikolegal endişelerle fazladan ilaç yazdığınız oluyor mu?” sorusuna %26, 3 “çoğunlukla (her zaman+ çoğu zaman)”, %36, 9 “bazen” ve %36, 9 “nadiren” ya da “hiç (nadiren+ zaman)” cevabı verildi.

“11. Medikolegal endişelerle, dava etme olasılığı yüksek hastalardan kaçındığınız oluyor mu?” sorusuna %27, 7 “çoğunlukla (her zaman+ çoğu zaman)”, %23, 4 “bazen” ve %48, 9 “nadiren ya da hiç (nadiren+ hiçbir zaman)” cevabı verildi.

“12. Medikolegal endişelerle fazladan ve/ veya gereksiz konsültasyon istediğiniz oluyor mu?” sorusuna %41, 9 “çoğunlukla (her zaman+ çoğu zaman)”, %39 “bazen”, %19, 1 “nadiren ya da hiç (nadiren+ hiçbir zaman)” cevabı verildi.

“13. Medikolegal endişelerle tıbbi endikasyon olmadığı halde hasta yatırdığınız oluyor mu? sorusuna %14, 9 “çoğunlukla (her zaman+ çoğu zaman)”, %38, 3 “bazen”, %46, 8 “nadiren ya da hiç (nadiren+ hiçbir zaman)” cevabı verildi.

“14. Medikolegal endişelerle, kompleks medikal problemleri olan hastalardan kaçındığınız oluyor mu?” sorusuna %15, 6 “çoğunlukla (her zaman+ çoğu zaman)”, %23, 4 “bazen”, %61 “nadiren ya da hiç (nadiren+ hiçbir zaman)” cevabı verildi.

“15. Medikolegal endişelerle görüntüleme tetkiklerini, acil tedavi/ takip ihtiyacı olmadığını ispatlamak için kullandığınız oluyor mu?” sorusuna %58, 9 “çoğunlukla (her zaman+ çoğu zaman)”, %26, 2 “bazen”, %14, 9 “nadiren ya da hiç (nadiren+ hiçbir zaman)” cevabı verildi.

“16. Dava edilme korkusu ile tıbbi uygulamaları daha detaylı açıkladığınız oluyor mu?” sorusuna %58, 1 “çoğunlukla (her zaman+ çoğu zaman)”, %22, 7 “bazen”, %19, 1 “nadiren ya da hiç (nadiren+ hiçbir zaman)” cevabı verildi.

“17. Medikolegal endişelerle komplikasyon olasılığı yüksek tedavilerden kaçındığınız oluyor mu?” sorusuna %29, 8 “çoğunlukla (her zaman+ çoğu zaman)”, %30, 5 “bazen” ve %39, 7 “nadiren ya da hiç (nadiren+ hiçbir zaman)” cevabı verildi.

“18. Medikolegal endişelerle, yüksek riskli vakalarda “ya dava edilirse” şeklinde düşünerek kayıtları daha detaylı tuttuğunuz oluyor mu?” sorusuna %83

“çoğunlukla (her zaman+ çoğu zaman)”, %8, 5 “bazen”, %8, 5 “nadiren ya da hiç (nadiren+ hiçbir zaman)” cevabı verildi.

“19. Medikolegal endişelerle aydınlatılmış onam formlarına daha fazla önem verdiğiniz oluyor mu?” sorusuna %61, 7 “çoğunlukla (her zaman+ çoğu zaman)”, %28, 4 “bazen” ve %9, 9 “nadiren ya da hiç (nadiren+ hiçbir zaman)” cevabı verildi.

“20. Medikolegal endişelerle, tedavi olanağınız olduğu halde riskli hastaları ileri basamak hastanelere sevk ettiğiniz oluyor mu?” sorusuna %14, 9 “çoğunlukla (her zaman+ çoğu zaman)”, %25, 5 “bazen” ve %39, 5 “nadiren ya da hiç (nadiren+ hiçbir zaman)” cevabı verildi.

“28. Tıbbi hata yapmak konusunda endişe duyduğunuz oluyor mu?” sorusuna %48, 9 çoğunlukla (her zaman+ çoğu zaman), %39, 7 “bazen”, %11, 3 “nadiren ya da hiç (nadiren+ hiçbir zaman)” cevabı verildi.

“29. Hata yapma endişesi nedeniyle intihar düşüncesi oluyor mu?” sorusuna %4, 2 “çoğunlukla (her zaman+ çoğu zaman)”, %5 “bazen”, %90, 8 “nadiren ya da hiç (nadiren+ hiçbir zaman)” cevabı verildi.

“30. Hata yapma endişesi nedeniyle mesleği bırakma/ değiştirme düşüncesi oluyor mu?” sorusuna %24, 1 “çoğunlukla (her zaman+ çoğu zaman)”, %27 “bazen”, %48, 9 “nadiren ya da hiç (nadiren+ hiçbir zaman)” cevabı verildi.

“31. Hata yapma endişesi nedeniyle başka ülkelerde mesleğinizi icra etme düşüncesi oluyor mu?” sorusuna %39, 7 “çoğunlukla (her zaman+ çoğu zaman)”, %25, 5 “bazen” ve %34, 7 “nadiren ya da hiç (nadiren+ hiçbir zaman)” cevabı verildi.

“32. Hata yapma endişesi nedeniyle tekrar sınava girip daha düşük riskli bir branşa geçme düşüncesi oluyor mu?” sorusuna %24, 1 “çoğunlukla (her zaman+ çoğu zaman)”, %26, 2 “bazen” ve %49, 6 “nadiren ya da hiç (nadiren+ hiçbir zaman)” cevabı verildi.

Medikolegal Endişeler Anketi 2. grup Sorulara ait detaylı bilgiler Tablo 5' te izlenmektedir.

Tablo 5. Medikolegal Endişeler Anketi Soruların Değerlendirilmesi 2. Grup

Maddeler		Her Zaman	Çoğu Zaman	Bazen	Nadiren	Hiçbir Zaman	χ^2 P value
9. Medikolegal endişelerle fazladan tetkik istediğiniz oluyor mu?	n	25	53	57	6	0	<0.001
	%	17,7	37,6	40,4	4,3	0	
10. Medikolegal endişelerle fazladan ilaç yazdığınız oluyor mu?	n	9	28	52	41	11	<0.001
	%	6,4	19,9	36,9	29,1	7,8	
11. Medikolegal endişelerle, dava etme olasılığı yüksek hastalardan kaçındığınız oluyor mu?	n	10	29	33	32	37	0.003
	%	7,1	20,6	23,4	22,7	26,2	
12. Medikolegal endişelerle fazladan ve/ veya gereksiz konsültasyon istediğiniz oluyor mu?	n	8	51	55	22	5	<0.001
	%	5,7	36,2	39	15,6	3,5	
13. Medikolegal endişelerle tıbbi endikasyon olmadığı halde hasta yatırdığınız oluyor mu?	n	4	17	54	44	22	<0.001
	%	2,8	12,1	38,3	31,2	15,6	
14. Medikolegal endişelerle, kompleks medikal problemleri olan hastalardan kaçındığınız oluyor mu?	n	6	16	33	41	45	<0.001
	%	4,3	11,3	23,4	29,1	31,9	
15. Medikolegal endişelerle görüntüleme tetkiklerini, acil tedavi/ takip olmadığını ispatlamak için kullandığınız oluyor mu?	n	20	63	37	19	2	<0.001
	%	14,2	44,7	26,2	13,5	1,4	
16. Dava edilme korkusu ile, tıbbi uygulamaları daha detaylı açıkladığınız oluyor mu?	n	24	58	32	24	3	<0.001
	%	17	41,1	22,7	17	2,1	
17. Medikolegal endişelerle komplikasyon olasılığı yüksek tedavilerden kaçındığınız oluyor mu?	n	6	36	43	37	19	<0.001
	%	4,3	25,5	30,5	26,2	13,5	
18. Medikolegal endişelerle, yüksek riskli vakalarda “ya dava edilirse” şeklinde düşünerek kayıtları daha detaylı tuttuğunuz oluyor mu?	n	43	74	12	11	1	<0.001
	%	30,5	52,5	8,5	7,8	0,7	
19. Medikolegal endişelerle aydınlatılmış onam formlarına daha fazla önem verdiğiniz oluyor mu?	n	35	52	40	12	2	<0.001
	%	24,8	36,9	28,4	8,5	1,4	
20. Medikolegal endişelerle, tedavi olanağınız olduğu halde riskli hastaları ileri basamak hastanelere sevk ettiğiniz oluyor mu?	n	7	14	36	48	36	<0.001
	%	5	9,9	25,5	34	25,5	
28. Tıbbi hata yapmak konusunda endişe duyduğunuz oluyor mu?	n	26	43	56	16	0	<0.001
	%	18,4	30,5	39,7	11,3	0	
29. Hata yapma endişesi nedeniyle intihar düşüncesi oluyor mu?	n	2	4	7	7	121	<0.001
	%	1,4	2,8	5	5	85,8	
30. Hata yapma endişesi nedeniyle mesleği bırakma/ değiştirme düşüncesi oluyor mu?	n	14	20	38	37	32	0.003
	%	9,9	14,2	27	26,2	22,7	
31. Hata yapma endişesi nedeniyle başka ülkelerde mesleğinizi icra etme düşüncesi oluyor mu?	n	21	35	36	22	27	0.13
	%	14,9	24,8	25,5	15,6	19,1	
32. Hata yapma endişesi nedeniyle tekrar sınava girip daha düşük riskli bir branşa geçme düşüncesi oluyor mu?	n	13	21	37	27	43	<0.001
	%	9,2	14,9	26,2	19,1	30,5	

Üçüncü grup sorular 8. ve 34. sorulardan oluşuyordu. Cevaplar “hiç olmadı”, “bir defa”, “iki defa”, “üç defa” ve “üçten fazla” seçeneklerinden oluşuyordu.

“8. Tıbbi hatanız olduğu iddiası ile aleyhinize dava açıldığı oldu mu?” sorusu %68, 8 “hiç dava açılmadı” olarak cevaplandı. Çalışmaya katılan hekimlerin %41, 2’ sine en az bir defa dava açıldığı, bunların da %4, 3’ üne üçten fazla dava açıldığı belirlendi.

“34.Amirleriniz ve/ veya üst düzey devlet memurları tarafından endikasyon dışı tetkik isteme/ rapor yazma durumunda bırakıldınız mı?” sorusuna %78,7 kişi en az bir defa olmak üzere “evet” cevabını verdi. Bunların %65, 2’ si bu durumun “üç defadan fazla” olduğunu belirtti.

Medikolegal Endişeler Anketi 3.grup sorulara ait detaylı bilgiler Tablo 6’ da izlenmektedir.

Tablo 6. Medikolegal Endişeler Anketi Soruların Değerlendirilmesi 3.Grup

Maddeler		Hiç Olmadı	Bir Defa	İki Defa	Üç Defa	Üçten Fazla	χ^2 p value
8. Tıbbi hatanız olduğu iddiası ile aleyhinize dava açıldığı oldu mu?	n	97	27	10	1	6	<0, 001
	%	68,8	19,1	7,1	0,7	4,3	
34. Amirleriniz ve/ veya üst düzey devlet memurları tarafından endikasyon dışı tetkik isteme/ rapor yazma durumunda bırakıldınız mı?	n	30	10	6	3	92	<0, 001
	%	21,3	7,1	4,3	2,1	65,2	

Farklı cevap şıklarına sahip 21, 22 ve 25. sorular 4. grup olarak değerlendirildi.

“21. İçinde bulunduğunuz şartlara göre her an bir tıbbi malpraktis davası ile karşılaşma riskiniz nedir?” Sorusuna %39, 7 “son derece yüksek”, %25, 5 “çok yüksek” ve %24, 1 “yüksek” (Toplam %89, 3) cevabı verildi. %10, 6 oranında yüksek değil cevabı verildi.

“22. Tıbbi malpraktis sigorta poliçesi yaptırıyor musunuz?” Sorusuna %7, 1 “hiç yaptırmadım”, %6, 4 “daha önce yaptırmıştım, şimdi sigortam yok” cevabı verildi. Geri kalan %86, 5’ in sigorta yaptırdığı hesaplandı.

“25. Resmi Gazete’ de yayınlanan “Hasta Hakları Yönetmeliği”ni okudunuz mu?” Sorusuna %19, 1 “hiç duymadım”, %36, 9 “duydum ama okumadım”, %36, 2 “kısmen okudum” ve %7, 8 “tamamını okudum” cevabı verildi.

Medikolegal endişeler anketi 4. grup sorulara ait detaylı bilgiler Tablo 7' de izlenmektedir.



Tablo 7. Medikolegal Endişeler Anketi Soruların Değerlendirilmesi 4.Grup

Maddeler		Son	Çok	Yüksek	Pek	Hiç	x ² p Value	
		Derece	Yüksek	Yüksek	Yüksek Değil	Yüksek Değil		
21. İçinde bulunduğunuz şartlara göre her an bir tıbbi malpraktis davası ile karşılaşma riskiniz nedir?	n	56	36	34	14	1	<0,0001	
	%	39,7	25,5	24,1	9,9	0,7		
22. Tıbbi malpraktis sigorta poliçesi yaptırıyor musunuz?		Hiç Yaptırmadım	Son Bir Yıldır Yaptırıyorum	Son İki Yıldır Yaptırıyorum	Son Üç Yıldır Yaptırıyorum	Son Dört Yıldır Yaptırıyorum	Daha Önce Yaptırmıştım	x ² p Value
	n	10	22	18	8	74	9	<0,0001
	%	7,1	15,6	12,8	5,7	52,5	6,4	
25. Resmi Gazete’de yayınlanan “Hasta Hakları Yönetmeliği”ni okudunuz mu?		Hiç Duymadım	Duydum, Okumadım	Kısmen Okudum	Tamamını Okudum	x ² p Value		
	n	27	52	51	11	<0,0001		
	%	19,1	36,9	36,2	7,8			

Ayrıca sorulara verilen cevapların genel istatistiksel analizinde;

“31. Hata yapma endişesi nedeniyle başka ülkelerde mesleğinizi icra etme düşüncesi oluyor mu?” sorusu dışındaki bütün sorulara verilen cevaplar arasında anlamlı fark olduğu, 31. soruda yanıtların homojen dağılması nedeniyle cevaplar arasında istatistiksel fark olmadığı saptandı ($p=0,13$).

Çalışma popülasyonu **cinsiyete göre** grup 1; erkek hekimler ($n=82$) ve grup 2; kadın hekimler ($n=59$) olarak iki ayrı gruba ayrıldı. Medikolegal endişeler anketinin soruları cinsiyet grubu içerisinde değerlendirildiğinde sadece “19. Medikolegal endişelerle aydınlatılmış onam formlarına daha fazla önem verdiğiniz oluyor mu?” sorusuna kadın hekimlerin erkeklere göre daha fazla olumlu cevap verdiği saptandı ($p=0,01$). Diğer sorulara verilen cevaplar arasında fark saptanmadı ($p>0,05$).

Çalışma popülasyonu **çalışılan sağlık kurumuna** göre üç ayrı gruba ayrıldı. Özel Hastanede çalışanlar grup 1 ($n=9$), devlet hastanesinde çalışanlar grup 2 ($n=69$), üniversite hastanesinde çalışanlar grup 3 ($n=63$) olarak sınıflandırıldı. Soruların çalışılan kuruma göre yapılan analizinde 12, 25, 32, 33 ve 34. sorulara verilen cevapların anlamlı farklılık gösterdiği ölçüldü.

“12. Medikolegal endişelerle fazladan ve/veya gereksiz konsültasyon istediğiniz oluyor mu?” sorusuna en çok özel hastane hekimlerinin, en az da üniversite hastanesinde çalışan hekimlerin olumlu cevap verdiği tespit edildi ($p=0,008$).

“25. Resmi Gazete’de yayınlanan ‘Hasta Hakları Yönetmeliği’ni okudunuz mu?” sorusuna en çok devlet hastanesinde çalışan hekimlerin, en az da özel hastanede çalışan hekimlerin olumlu cevap verdiği tespit edildi ($p=0,02$).

“32. Hata yapma endişesi nedeniyle tekrar sınava girip daha düşük riskli bir branşa geçme düşüncesi oluyor mu?” sorusuna en çok özel ve üniversite hastanesinde çalışan hekimlerin, en az da devlet hastanesinde çalışan hekimlerin olumlu cevap verdiği tespit edildi ($p=0,046$).

“33. Hekimlik yapacağınız branşı seçerken malpraktis endişesi seçiminizde etkili oldu mu?” sorusuna sırasıyla özel hastane, üniversite hastanesi, devlet hastanesi hekimlerinin etkili olduğu yanıtı verdiği belirlendi ($p=0,045$).

“34. Amirleriniz ve/ veya üst düzey devlet memurları tarafından endikasyon dışı tetkik isteme/ rapor yazma durumunda bırakıldınız mı?” sorusuna en çok devlet hastanesinde çalışan hekimlerin en az da özel hastane de çalışan hekimlerin olumlu cevap verdiği ölçüldü (p=0,047).

Çalışma popülasyonu **görev unvanına** göre dört gruba ayrıldı. Grup 1 pratisyen hekim (n=24), grup 2 asistan hekim (n=50), grup 3 uzman hekim (n=52) ve grup 4 öğretim üyesi (n=15) olarak sınıflandırıldı. Medikolegal endişeler anketine verilen cevaplar içerisinde 10, 11, 14, 17, 20, 22, 24, 25, 30, 31, 32, 33, 34. sorulara verilen cevaplar gruplar arasında farklılık gösteriyordu.

“10. Medikolegal endişelerle fazladan ilaç yazdığınız oluyor mu?”,

“11. Medikolegal endişelerle, dava etme olasılığı yüksek hastalardan kaçındığınız oluyor mu?”,

“14. Medikolegal endişelerle, kompleks medikal problemleri olan hastalardan kaçındığınız oluyor mu?”,

“17. Medikolegal endişelerle komplikasyon olasılığı yüksek tedavilerden kaçındığınız oluyor mu?”,

“20. Medikolegal endişelerle, tedavi olanağınız olduğu halde riskli hastaları ileri basamak hastanelere sevk ettiğiniz oluyor mu?” sorularına en çok olumlu yanıt veren grubun pratisyen hekimler olduğu, sonra sırasıyla asistan hekimler, uzman hekimler en az da öğretim üyelerinin olduğu ölçüldü (p=0, 03, p<0, 001, p<0, 001, p<0, 001, p=0, 019, sırasıyla).

“22. Tıbbi malpraktis sigorta poliçesi yaptırıyor musunuz?” sorusuna en çok olumlu cevap veren grubun öğretim üyeleri olduğu belirlendi (p<0, 001).

“24. Sizce *“yapılacak tüm tıbbi girişimleri kabul ediyorum, zarar oluştuğunda hekimimi dava etmeyeceğim”* şeklinde düzenlenen bir belge hekimi sorumluluktan kurtarır mı?” sorusuna en çok olumlu cevap veren grubun uzman hekimler olduğu, sonra sırasıyla asistan hekimler, öğretim üyeleri, pratisyen hekimler olarak devam ettiği saptandı (p=0, 02).

“25. Resmi Gazete’ de yayınlanan ‘Hasta Hakları Yönetmeliği’ ni okudunuz mu?” sorusuna en çok olumlu cevap veren grubun öğretim üyeleri olduğu belirlendi (p=0, 001).

“30. Hata yapma endişesi nedeniyle mesleği bırakma/ değiştirme düşüncesi oluyor mu?”,

“31. Hata yapma endişesi nedeniyle başka ülkelerde mesleğinizi icra etme düşüncesi oluyor mu?”,

“32. Hata yapma endişesi nedeniyle tekrar sınava girip daha düşük riskli bir branşa geçme düşüncesi oluyor mu?” sorularına en çok olumlu yanıt veren grubun pratisyen hekimler olduğu, sonra sırasıyla asistan hekimler, uzman hekimler en az da öğretim üyelerinin olduğu ölçüldü (p=0, 003, p=0, 002, p<0, 001, sırasıyla).

“33. Hekimlik yapacağınız branşı seçerken malpraktis endişesi seçiminizde etkili oldu mu?” sorusuna en çok olumlu yanıt veren grubun pratisyen hekimler olduğu, sonra sırasıyla asistan hekimler, uzman hekimler en az da öğretim üyelerinin olduğu ölçüldü (p<0, 001).

“34. Amirleriniz ve/ veya üst düzey devlet memurları tarafından endikasyon dışı tetkik isteme/ rapor yazma durumunda bırakıldınız mı?” sorusuna en çok olumlu yanıt veren grubun asistan hekimler olduğu saptandı (p=0, 014).

4.2. Ölçek Sorularının Değerlendirilmesi

Maslach tükenmişlik ölçeğinin alt birimleri olan duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarı ölçekleri, STAI anksiyete ölçeğinin alt birimleri olan STAI 1 durumluk anksiyete ve STAI 2 sürekli anksiyete ölçekleri, Minnesota İş Tatmini Ölçeği’ nin alt birimleri genel doyum, dışsal doyum ve içsel doyum ölçekleri için 141 hekimi içeren çalışma grubuna Cronbach güvenilirlik analizi yapıldı. Bütün ölçekler için **Cronbach’ın α güvenilirlik katsayısı** sırasıyla 0, 92; 0, 74; 0, 79; 0, 94; 0, 91; 0, 91; 0, 82; 0, 89 olarak ölçüldü. Bu ölçeklerin bu çalışma grubu için oldukça güvenilir ve yüksek derecede güvenilir olduğu tespit edildi. Cronbach güvenilirlik analizine ait veriler Tablo ’8 de izlenmektedir.

Tablo 8. Cronbach'ın α güvenilirlik katsayısı

Ölçek	Cronbach'ın α güvenilirlik katsayısı
Duygusal Tükenme (Maslach tükenmişlik anketi)	0,92
Duyarsızlaşma(Maslach tükenmişlik anketi)	0,74
Kişisel Başarı (Maslach tükenmişlik anketi)	0,79
STAI 1 Durumluk anksiyete	0,94
STAI 2 Sürekli anksiyete	0,91
Minnesota genel doyum	0,91
Minnesota dışsal doyum	0,82
Minnesota içsel doyum	0,89
0, 00$\leq\alpha$ <0, 40: Güvenilir değil; 0, 40$\leq\alpha$ <0, 60: Düşük düzeyde güvenilir; 0, 60$\leq\alpha$ <0, 80: Oldukça güvenilir; 0, 80$\leq\alpha$ <1, 0: Yüksek düzeyde güvenilir	

Maslach tükenmişlik ölçeğinin 141 kişiyi kapsayan genel değerlendirmesinde; enerji eksikliği ve bireyin duygusal kaynaklarının bittiği duygusuna kapılmasıyla ortaya çıkan **duygusal tükenmişlik oranı yüksek derecede**, çalışanların hizmet verdikleri kişilere karşı insan yerine nesne gibi davranmalarıyla kendini gösteren **duyarsızlaşma tükenmişlik oranı orta derecede**, bireylerin kendileriyle ilgili değerlendirmelerinin olumsuz bir nitelik kazanması biçiminde beliren **kişisel başarı hissinde azalmanın orta derecede** olduğu saptanmıştır.

STAI anksiyete ölçeğinin 141 kişiyi kapsayan genel değerlendirmesinde durumluk anksiyete ve sürekli anksiyete skorları düşük/ orta derece anksiyete varlığını göstermiştir.

Minnesota İş Tatmini Ölçeği'nin 141 kişiyi kapsayan genel değerlendirmesinde genel ve içsel iş tatminin yüksek olduğu, dışsal iş tatminin düşük olduğu ölçülmüştür.

Tükenmişlik, anksiyete, iş tatmini ölçeklerine ait genel ortalama skorlar Tablo 9' da izlenmektedir.

Tablo 9. Tükenmişlik, Anksiyete, İş Tatmini Ölçeklerine Ait Genel Ortalama Skorlar (n=141)

Ölçek	Puan (ort±std)	Puan Yorumu
Duygusal Tükenme (Maslach Tükenmişlik Ölçeği)	20, 07± 8, 6	Yüksek derecede duygusal tükenmişlik
Duyarsızlaşma(Maslach Tükenmişlik Ölçeği)	9, 09± 4, 52	Orta derecede duyarsızlaşma
Kişisel Başarı (Maslach Tükenmişlik Ölçeği)	21, 53± 5, 9	Orta derecede kişisel başarıda azalma hissi
STAI 1 Durumluk Anksiyete	40, 05± 7, 5	Düşük/ orta derece anksiyete
STAI 2 Sürekli Anksiyete	45, 4± 6, 1	Düşük/ orta derece anksiyete
Minnesota Genel Doyum	3, 18± 0, 71	Yüksek iş tatmin doyum
Minnesota Dışsal Doyum	2, 89± 0, 81	Düşük iş tatmin doyum
Minnesota İçsel Doyum	3, 37± 0, 73	Yüksek iş tatmin doyum
<p>Maslach; Duygusal Tükenme skoru; düşük:0- 11, orta: 12- 17, yüksek >17, Duyarsızlaşma skoru; düşük: 0- 5, orta: 6- 9, yüksek ≥ 10, Kişisel başarıda azalma skoru: düşük: 0- 21, orta: 22- 25, yüksek ≥ 26, STAI; düşük/ orta anksiyete; 20- 49 puan ve yüksek/ çok yüksek anksiyete; 50- 80 puan, Minnesota; nötr doyum puanı: 3, düşük iş tatmin doyum <3, yüksek iş tatmin doyum: >3</p>		

Çalışma popülasyonu **cinsiyete göre** grup 1 erkek hekimler (n= 82) ve grup 2 kadın hekimler (n= 59) olarak iki ayrı gruba ayrıldı. Bu gruplar arasında Maslach tükenmişlik, STAI anksiyete ve Minnesota İş Tatmini ölçekleri arasında anlamlı fark izlenmedi (Bütün parametreler p> 0, 05).

Çalışma popülasyonu **çalışılan sağlık kurumuna göre** üç ayrı gruba ayrıldı. Özel hastanede çalışanlar grup 1(n= 9), devlet hastanesinde çalışanlar grup 2(n= 69) ve üniversite hastanesinde çalışanlar grup 3(n= 63) olarak sınıflandırıldı. Bu gruplar arasında Maslach tükenmişlik, STAI anksiyete ve Minnesota iş tatmini ölçekleri arasında anlamlı fark izlenmedi (Bütün parametreler p> 0, 05).

Çalışma popülasyonu görev unvanına göre dört gruba ayrıldı. Grup 1 pratisyen hekim (n= 24), grup 2 asistan hekim (n= 50), grup 3 uzman hekim (n= 52) ve grup 4 öğretim üyesi (n= 15) olarak sınıflandırıldı. Duygusal tükenmişlik, duyarsızlaşma, kişisel başarıda azalma hissi ve durumluk anksiyete skorları arasında anlamlı fark olduğu ölçüldü (p= 0, 022, p= 0, 001, p< 0, 001, p= 0, 013, sırasıyla). Minnesota iş tatmini ve sürekli anksiyete skorlarında gruplar arası fark olmadığı izlendi. Duygusal

Tükenmişlik hissini en çok olduğu grubun pratisyen hekimler olduğu, sonra azalarak sırasıyla asistan hekimler, uzman hekimler ve öğretim üyeleri şeklinde devam ettiği tespit edildi (p= 0, 022).

Duyarsızlaşmanın en çok olduğu grubun asistan hekimler olduğu, en az olduğu grubun öğretim üyeleri olduğu belirlendi (p= 0, 001).

Kişisel başarı da azalma hissini en çok öğretim üyelerinde olduğu, sonra sırasıyla azalarak uzman hekimler, asistan hekimler ve pratisyen hekimler olarak devam ettiği ölçüldü (p< 0, 001).

Durumluk anksiyete skorunun en çok asistan hekimlerde yüksek olduğu, sonra sırasıyla uzman hekim, öğretim üyesi ve pratisyen hekim şeklinde olduğu tespit edildi (p= 0, 013).

Çalışılan unvan gruplarına göre tükenmişlik anksiyete, iş tatmini ölçeklerinin değerlendirilmesi Tablo 10' da izlenmektedir.

Tablo 10. Çalışılan unvan gruplarına göre tükenmişlik, anksiyete, iş tatmini ölçeklerinin değerlendirilmesi.

	Grup 1 pratisyen hekim (n= 24)	Grup 2 asistan hekim (n= 50)	Grup 3 uzman hekim (n= 52)	Grup 4 öğretim üyesi (n= 15)	p
Maslach Duygusal Tükenme	21,13±8,2	21,12±8	20,46±9,3	13,5±6,2	0,022
Maslach Duyarsızlaşma	9,13±4,6	10±3,9	9,44±4,6	4,8±3,3	0,001
Maslach Kişisel Başarı	18,96±5,2	20,2±5,9	22,7±5,7	25,7±4	<0,001
Minnesota Genel Doyum	3,04±0,62	3,12±0,76	3,2±0,73	3,51±0,48	0,24
Minnesota İçsel Doyum	3,21±0,72	3,32±0,8	3,41±0,72	3,7±0,43	0,33
Minnesota Dışsal Doyum	2,77±0,65	2,83±0,87	2,89±0,84	3,24±0,65	0,32
STAI 1 Durumluk anksiyete	36,5±7,6	42,1±8,5	40,6±5,5	36,6±7,4	0,013
STAI 2 Sürekli anksiyete	46,2±4,2	47,1±7,3	44,1±4,8	42,5±6,5	0,13

Maslach; Duygusal Tükenme skoru; düşük: 0- 11, orta: 12- 17, yüksek> 17, **Duyarsızlaşma skoru;** düşük: 0- 5, orta: 6- 9, yüksek≥ 10, **Kişisel başarıda azalma skoru:** düşük: 0- 21, orta: 22- 25, yüksek≥ 26, **STAI; düşük/ orta anksiyete;** 20- 49 puan ve **yüksek/ çok yüksek anksiyete;** 50- 80 puan, **Minnesota; nötr doyum puanı:** 3, **düşük iş tatmin doyumı**< 3, **yüksek iş tatmin doyumı**> 3 olarak değerlendirildi.

Ayrıca çalışma popülasyonu yaş ortalaması ve ortalama çalışma süresine göre ayrı gruplara ayrıldı.

Çalışma popülasyonu yaş ortalaması: 33, 3 yıl olduğu için, 33, 3 yaşından küçük olanlar grup yaş<33, 3 yıl (n= 73), 33, 3 yaştan büyük olanlar grup yaş> 33, 3 yıl (n= 68) olarak iki gruba ayrıldı. Bu gruplar arasında duygusal tükenmişlik,

duyarsızlaşma, kişisel başarıda azalma hissi ve Minnesota dışsal doyum skorlarının anlamlı farklılık gösterdiği ($p= 0, 009$, $p< 0, 001$, $p= 0, 004$, $p= 0, 048$ sırasıyla); diğer parametrelerinse anlamlı farklılık göstermediği ölçüldü. Yaş ortalaması genç olan grupta duygusal tükenmişlik ve duyarsızlaşma hissinin daha fazla olduğu, dışsal doyumun daha az olduğu, yaş ortalaması fazla olan grupta ise kişisel başarıda azalma hissinin daha belirgin olduğu tespit edildi.

Çalışma popülasyonu, **ortalama çalışma süresi:** 8, 37 yıl olduğu için, 8, 37 yıldan az çalışanlar grup çalışma süresi $< 8, 37$ yıl ($n= 74$) ve 8, 37 yıldan fazla çalışanlar grup çalışma süresi $> 8, 37$ yıl ($n= 67$) olmak üzere iki gruba ayrıldı. Bu gruplar arasında duygusal tükenmişlik, duyarsızlaşma ve kişisel başarıda azalma hissi skorlarının anlamlı farklılık gösterdiği saptandı ($p= 0, 005$, $p< 0, 001$, $p= 0, 002$, sırasıyla), diğer parametrelerin farklılık göstermediği ölçüldü. Çalışma süresi az olan grupta duygusal tükenmişlik ve duyarsızlaşma hissinin daha fazla olduğu, çalışma süresi fazla olan grupta ise kişisel başarıda azalma hissinin daha belirgin olduğu tespit edildi.

Yaş ortalaması ve ortalama çalışma süresine ayrılan gruplara ait detaylar Tablo 11'de izlenmektedir.

Tablo 11. Yaş ortalaması ve ortalama çalışma süresine ayrılan gruplara ait detaylar

	Grup yaş<33,3 yıl (n=73)	Grup yaş >33,3 yıl (n=68)	P Grup Yaş	Grup çalışma süresi <8,37 yıl (n=74)	Grup çalışma süresi >8,37 yıl (n=67)	P Grup Çalışma Süresi
Maslach Duygusal Tükenme	2,9±8,5	18,1±8,3	0,009	22±8,5	17,9±8,3	0,005
Maslach Duyarsızlaşma	10,49±4,3	7,5±4,2	<0,001	10,4±4,5	7,6±4	<0,001
Maslach Kişisel Başarı	20,1±5,9	23±5,5	0,004	20±5,8	23,1±5,5	0,002
Minnesota Genel Doyum	3,11±0,64	3,25±0,76	0,17	3,12±0,63	3,32±0,78	0,33
Minnesota İçsel Doyum	3,34±0,69	3,4±0,78	0,47	3,35±0,67	3,4±0,79	0,7
Minnesota Dışsal Doyum	2,77±0,74	3,01±0,87	0,048	2,78±0,72	3±0,89	0,1
STAI 1 Durumluk anksiyete	39,8±5,6	40,2±9,2	0,99	39,5±6,5	40,6±8,5	0,36
STAI 2 Sürekli anksiyete	45,7±4,9	45±7,1	0,41	45,9±4,9	44,8±7,2	0,28
<p>Maslach; Duygusal Tükenme skoru; düşük: 0- 11, orta: 12- 17, yüksek> 17, Duyarsızlaşma skoru; düşük:0- 5, orta: 6- 9, yüksek ≥ 10, Kişisel başarıda azalma skoru: düşük: 0- 21, orta: 22- 25, yüksek≥ 26, STAI; düşük/ orta anksiyete; 20- 49 puan ve yüksek/ çok yüksek anksiyete; 50- 80 puan, Minnesota; nötr doyum puanı: 3, düşük iş tatmin doyumunu< 3, yüksek iş tatmin doyumunu:> 3</p>						

Yapılan korelasyon analizinde, çalışma popülasyonunun yaşı ve çalışma süresi azaldıkça duygusal tükenme, duyarsızlaşmanın anlamlı düzeyde arttığı (negatif korelasyon), kişisel başarı hissinde azalmanın anlamlı düzeyde azaldığı (pozitif korelasyon) ölçüldü(Bütün parametreler için $p < 0,05$). Ayrıca çalışma süresi azaldıkça sürekli anksiyetenin anlamlı artış gösterdiği saptandı($p = 0,043$). Ayrıca duygusal tükenme, duyarsızlaşma, durumluk ve sürekli anksiyetenin artması ile genel, içsel ve dışsal iş tatmininin anlamlı düzeyde azaldığı tespit edildi.

Bütün parametreler için $p < 0,05$). Korelasyon analizine ait detaylar Tablo 12' de izlenmektedir.

Tablo 12. Korelasyon Analizine Ait Detaylar

		Correlations									
		DUYGUSAL TÜKENME (MAS)	DUYARSIZLAŞMA (MAS)	KİŞİSEL BAŞARIDA AZALMA (MAS)	MINNESOTA GENEL	MINNESOTA İÇSEL	MINNESOTA DIŞSAL	TOTAL STAI-1 SKORx	TOTAL STAI-2 SKORx	yaş	yıl
DUYGUSAL TÜKENME (MAS)	Pearson Correlation	1	,624**	-,461**	-,572**	-,573**	-,472**	-,038	,220**	-,260**	-,280**
	Sig. (2-tailed)		,000	,000	,000	,000	,000	,656	,009	,002	,001
	N	141	141	141	141	141	141	141	141	141	141
DUYARSIZLAŞMA (MAS)	Pearson Correlation	,624**	1	-,318**	-,385**	-,369**	-,341**	,116	,152	-,395**	-,363**
	Sig. (2-tailed)	,000		,000	,000	,000	,000	,171	,072	,000	,000
	N	141	141	141	141	141	141	141	141	141	141
KİŞİSEL BAŞARIDA AZALMA (MAS)	Pearson Correlation	-,461**	-,318**	1	,375**	,418**	,252**	,083	-,261**	,325**	,319**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000		,000	,000	,003	,327	,002	,000	,000
	N	141	141	141	141	141	141	141	141	141	141
MINNESOTA GENEL	Pearson Correlation	-,572**	-,385**	,375**	1	,947**	,901**	-,268**	-,419**	,132	,153
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000		,000	,000	,001	,000	,120	,070
	N	141	141	141	141	141	141	141	141	141	141
MINNESOTA İÇSEL	Pearson Correlation	-,573**	-,369**	,418**	,947**	1	,715**	-,244**	-,436**	,094	,125
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000		,000	,004	,000	,267	,139
	N	141	141	141	141	141	141	141	141	141	141
MINNESOTA DIŞSAL	Pearson Correlation	-,472**	-,341**	,252**	,901**	,715**	1	-,255**	-,326**	,160	,165*
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,003	,000	,000		,002	,000	,058	,050
	N	141	141	141	141	141	141	141	141	141	141
TOTAL STAI-1 SKORx	Pearson Correlation	-,038	,116	,083	-,268**	-,244**	-,255**	1	,571**	-,064	,000
	Sig. (2-tailed)	,656	,171	,327	,001	,004	,002		,000	,450	,997
	N	141	141	141	141	141	141	141	141	141	141
TOTAL STAI-2 SKORx	Pearson Correlation	,220**	,152	-,261**	-,419**	-,436**	-,326**	,571**	1	-,148	-,170*
	Sig. (2-tailed)	,009	,072	,002	,000	,000	,000	,000		,079	,043
	N	141	141	141	141	141	141	141	141	141	141
yaş	Pearson Correlation	-,260**	-,395**	,325**	,132	,094	,160	-,064	-,148	1	,940**
	Sig. (2-tailed)	,002	,000	,000	,120	,267	,058	,450	,079		,000
	N	141	141	141	141	141	141	141	141	141	141
yıl	Pearson Correlation	-,280**	-,363**	,319**	,153	,125	,165*	,000	-,170*	,940**	1
	Sig. (2-tailed)	,001	,000	,000	,070	,139	,050	,997	,043	,000	
	N	141	141	141	141	141	141	141	141	141	141

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).
* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

5. TARTIŞMA

Son dönemde medikolegal endişeler nedeniyle genel olarak doktorlar, hastalarla ilgili sorumluluk almaktan çekinmektedirler (Sathiyakumar 2013). Ayrıca, doktorlar bu endişeler nedeniyle uygulamalarında defansif davranmakta ve bu durum da sağlık harcamalarında ek artışlara neden olmaktadır (Manner 2007, Segal 2012). Yapılmış bir çalışmada Amerika Birleşik Devletleri'ndeki defansif tıp nedeniyle ortaya çıkan sağlık harcamalarının yaklaşık yıllık 5 milyar dolar olduğu tahmin edilmektedir (Elmendorf 2009). Malpraktis korkusu tüm hekimleri etkilemektedir, ancak acil tıp gibi bazı branşlar medikolegal açıdan özellikle 'yüksek riskli' dir (Studdert 2005). Acil Tıp ciddi şekilde yüksek oranlarda akut karar verme zorunluluğu, küçük hata payı ve olumsuz sonuç potansiyeli nedeniyle tıpta "yüksek riskli" bir uzmanlık alanı olarak kabul edilmektedir. Medikolegal endişeler devam ettikçe, hekimler sorumluluk riskini azaltmak için daha çok tetkik, daha az girişimsel tedavi seçeneği sunmaktadırlar (Tippett 2010, Nahed 2012). Bu çalışma, medikolegal açıdan yüksek riskli bir uzmanlık alanı olan Acil Tıp alanında çalışan hekimlerin iş tatmini, anksiyete ve tükenmişlik durumlarını araştırmayı amaçlamıştır.

7 gün 24 saat kesintisiz sağlık hizmeti veren acil servisler sadece ülkemizde değil, tüm dünyada sağlık hizmetlerinin ana omurgası ve hastanelerin vitrini konumundadırlar. Ülkemizde acil servisler, hızlı müdahale gerektiren acil vakaların tanı ve tedavilerinin gerçekleştirildiği, yüksek riskli, çoğu zaman hasta ve yakınlarının oluşturduğu karmaşık ortam nedeniyle iş kazalarının yoğun yaşanabildiği birimlerdir. Acil servislerde ana hedef, sağlık hizmetini en kısa sürede ve doğru bir şekilde sunmaktır. Bu nedenle acil servislerde verilen iyi organize edilmiş bir hizmet iyi şartlarda verilmelidir. Bunun temelinde de ortam şartları ve teknik destek yeterliliği yanında çalışanların da olumlu bir tutum içinde olması gerekir. Çalışan memnuniyeti yıllardır araştırılmaktadır ve iş verimliliği çalışan verimliliği ile ilişkilidir.

Faragher ve arkadaşlarının yayınlamış olduğu bir metaanalize göre iş tatmini ile en güçlü ilişkinin tükenmişlik, özsaygı, depresyon ve anksiyete ile kurulduğu görülmüş, ayrıca mental ve fizyolojik problemlerle beraberlik gösterdiği bildirilmiştir (Faragher 2005).

Dünyadaki sosyal, ekonomik, kültürel ve siyasi gelişmelere bağlı olarak, hasta haklarında düzenlemelerin yapılması gereği ortaya çıkmıştır. Türkiye' de hasta hakları

ile ilgili yönetmelik 1998 yılında Resmi Gazete’de “Hasta Hakları Yönetmeliği” olarak yayınlanarak yürürlüğe girmiştir (Hasta Hakları Yönetmeliği 2008). Son 30 yılda özellikle ABD ve Batı Avrupa’da tıp hukuku alanındaki yasal düzenlemeler tıp biliminin işleyişi üzerindeki etkisini gittikçe artırmıştır. Bu etki birçok sebebe bağlı olarak ortaya çıksa da sağlık hukukunun dengesiz gelişmesinin istenilmeyen yan etkileri ortaya çıkmıştır. Bu yasal düzenlemelerin etkisi ve tıbbi malpraktis hukuku, sigorta ve tazminat dinamiklerinin iyi yönetilememesi nedeni ile de tıbbi malpraktis davaları artmıştır. Artan davalar tıbbi malpraktis krizlerine neden olmuştur.

Doktorlarda bu gelişmeler ile; tıbbi malpraktis, sigorta ve yüksek tazminat korkuları nedeniyle “Medikolegal endişeler” duymaya başlamışlar ve bu nedenle defansif tıp uygulamaya başlamışlardır.

1 Haziran 2005 tarihinde TCK’ nın yürürlüğe girmesinden sonra medikolegal endişeler oluşabileceği konusunda dikkatleri çekmeye başlamıştır (Türk Tabipler Birliği 1998). Ayrıca, TCK’ da hekimlerin tıbbi uygulama hatalarından yargılandığı taksir ile ilgili suçlarda cezaların arttırıldığı ve bu durumun hekimliği riskli bir meslek iken tehlikeli bir meslek haline getirdiği raporlanmıştır (Gürdeniz 2005, Çelik 2005, Yaşar 2007).

Biz de bu çalışmada medikolegal endişeler anketi oluşturarak acil tıp hekimlerinin çalışma koşullarındaki endişelerini değerlendirmeyi amaçladık. Anket dolduran 141 hekimin yaş ortalaması: 33, 3 yıl, ortalama çalışma süresi 8, 37 yıl olarak ölçüldü. Çalışma popülasyonunun %6, 4’ ü özel hastanede, %44, 7’ si üniversite hastanesi, %48, 9’ u devlet hastanelerinin acil tıp kliniklerinde çalışıyordu. Ayrıca %10, 6’ sı öğretim üyesi, %36, 9’ u uzman doktor, %35, 5’ i asistan doktor, %17’ si pratisyen hekim olarak görev yapıyordu.

Anket sorularını değerlendirdiğimiz zaman sorular, verilen cevaplara göre gruplara ayrıldı.

“Tıbbi malpraktis davalarının sayısında artış olduğuna inanıyor musunuz?” sorusuna %92, 2 kişi “evet (evet+ kesinlikle evet)”, “Hakkınızda açılacak tıbbi malpraktis davası hekimlik performansınızı azaltır mı?” sorusuna %87, 3 kişi “evet (evet+ kesinlikle evet)”, “Yeni Türk Ceza Kanunu” nun 1 Haziran 2005 tarihinde yürürlüğe girmesinden sonra hekimlik uygulamalarınızda endişe hissettiniz mi?” sorusuna %66, 7 kişi “evet (evet+ kesinlikle evet)”, “Komplikasyon- malpraktis

ayrımının net olarak yapılamadığını düşünüyor musunuz?” sorusuna %90, 7 kişi “evet (evet+ kesinlikle evet)”, “Sizce “yapılacak tüm tıbbi girişimleri kabul ediyorum, zarar oluştuğunda hekimimi dava etmeyeceğim” şeklinde düzenlenen bir belge hekimi sorumluluktan kurtarır mı?” sorusuna %68, 1 kişi “hayır (hayır+ kesinlikle hayır)”, “Tıbbi Malpraktis Sigortası” yaptırmanız hekimlik uygulamalarınızı daha rahat yapmanızı sağlar mı?” sorusuna %42, 6 kişi “hayır (hayır+ kesinlikle hayır)”, “Hekimlik yapacağınız branşı seçerken malpraktis endişesi seçiminizde etkili oldu mu?” sorusuna %65, 2 kişi “hayır (hayır+ kesinlikle hayır)” cevaplarını verdi (Tablo 4).

Bu cevaplar acil tıp hekimlerin malpraktis konusunda oldukça endişeli olduğunu, komplikasyon- malpraktis ayrımının yapılamadığına inandıklarını, onam formlarının ve yapılan tıbbi malpraktis sigortasının onları sorumluluktan kurtarmadığını düşündüklerini göstermektedir.

“Medikolegal endişelerle fazladan tetkik istediğiniz oluyor mu?” sorusuna %53, 3 oranında “çoğunlukla”, “Medikolegal endişelerle fazladan ve/ veya gereksiz konsültasyon istediğiniz oluyor mu?” sorusuna %41, 9 oranında “çoğunlukla”, “Medikolegal endişelerle görüntüleme tetkiklerini, acil tedavi/ takip olmadığını ispatlamak için kullandığınız oluyor mu?” sorusuna %58, 9 oranında “çoğunlukla”, “Dava edilme korkusu ile, tıbbi uygulamaları daha detaylı açıkladığınız oluyor mu?” sorusuna %58, 1 oranında “çoğunlukla”, “Medikolegal endişelerle, yüksek riskli vakalarda “ya dava edilirim” şeklinde düşünerek kayıtları daha detaylı tuttuğunuz oluyor mu?” sorusuna %83 oranında “çoğunlukla”, “Medikolegal endişelerle aydınlatılmış onam formlarına daha fazla önem verdiğiniz oluyor mu?” sorusuna %61, 7 oranında “çoğunlukla”, “Tıbbi hata yapmak konusunda endişe duyduğunuz oluyor mu?” sorusuna %48, 9 oranında “çoğunlukla”, “Hata yapma endişesi nedeniyle başka ülkelerde mesleğinizi icra etme düşüncesi oluyor mu?” sorusuna %39, 7 oranında “çoğunlukla” cevabı verilmiştir (Tablo 5).

Bu cevaplar acil tıp hekimlerinin medikolegal endişeler ile çoğunlukla fazladan tetkik ve konsültasyon istediklerini, hastalara uygulamaları daha detaylı açıkladıkları, kayıtlar ve onam formlarının alınmasına daha çok özen gösterdiğini ortaya koymaktadır. Fakat çalışma popülasyonunun %39, 7’ sinin mesleğini yurtdışında icra etme isteği oldukça şaşırtıcı bulunmuştur. Bu durumun ülkemiz için özellikle kalifiye, eğitimli iş gücünün kaybı açısından riskli olduğunu düşünüyoruz.

“Medikolegal endişelerle fazladan ilaç yazdığınız oluyor mu?” sorusuna %36, 9 oranında “nadiren”, “Medikolegal endişelerle, dava etme olasılığı yüksek hastalardan kaçındığınız oluyor mu?” sorusuna %48, 9 oranında “nadiren”, “Medikolegal endişelerle tıbbi endikasyon olmadığı halde hasta yatırdığınız, oluyor mu?” sorusuna %46, 8 oranında “nadiren”, “Medikolegal endişelerle, kompleks medikal problemleri olan hastalardan kaçındığınız oluyor mu?” sorusuna %61 oranında “nadiren”, “Medikolegal endişelerle komplikasyon olasılığı yüksek tedavilerden kaçındığınız oluyor mu?” sorusuna %39, 7 oranında “nadiren”, “Medikolegal endişelerle, tedavi olanağınız olduğu halde riskli hastaları ileri basamak hastanelere sevk ettiğiniz oluyor mu?” sorusuna %59, 9 oranında “nadiren”, “Hata yapma endişesi nedeniyle mesleği bırakma/ değiştirme düşüncesi oluyor mu?” sorusuna %48, 9 oranında “nadiren”, “Hata yapma endişesi nedeniyle tekrar sınava girip daha düşük riskli bir bransa geçme düşüncesi oluyor mu?” sorusuna %49, 6 oranında “nadiren”, “Hata yapma endişesi nedeniyle intihar düşüncesi oluyor mu?” sorusuna %94, 8 oranında “nadiren” cevabını vermiştir (Tablo 5).

Bu cevaplar acil tıp hekimlerinin her ne kadar medikolegal endişeler duysa da hastayla ilgili takip, tedavi planlaması, yatış ve sevk gibi konularda gerekli olan prosedürleri gerektiği gibi uyguladığını göstermektedir. Hastalar için gerekli olan prosedürleri rutin olarak yapmalarına rağmen medikolegal endişe içinde olmalarının hekimler için oldukça yıpratıcı olduğu kanaatindeyiz. Bütün bu süreçlere rağmen çalışma popülasyonunun yaklaşık yarısının mesleği bırakma ya da değiştirme düşüncesinde olması oldukça ilgi çekici bulunmuştur.

Hekimlerin %94’ ü medikolegal endişeler, tükenmişlik ve anksiyete gibi sebepler olmasına rağmen intiharı düşünmediğini bildirmiştir. Bu durumun, çalışma popülasyonunun Müslüman bir toplumda olması ile ilgili olduğunu düşünüyoruz.

“Tıbbi hatanız olduğu iddiası ile aleyhinize dava açıldığı oldu mu?” sorusuna %41, 2 oranında en az bir defa dava açıldığı, bunların da %4, 3’ üne üçten fazla dava açıldığı; “Amirleriniz ve/ veya üst düzey devlet memurları tarafından endikasyon dışı tetkik isteme/ rapor yazma durumunda bırakıldınız mı?” sorusuna %77, 8 kişi en az bir defa olmak üzere “evet”, bunların %65, 2’ si bu durumun “üç defadan fazla” olduğunu cevaplamıştır (Tablo 6).

Medikolegal endişeler anketine verilen cevaplar acil tıp hekimlerinin dava riski ve mobbing uygulamasına maruz kaldıklarını, hekimlerin büyük oranda yurtdışına göç, mesleği bırakma veya değiştirme düşüncesinde olduklarını, yaptıkları uygulamalar ve tedaviler için güvende hissetmediklerini bunlara rağmen hastalar için gerekli olanı yaptıklarını göstermiştir. Bu durumun acil tıp hekimlerinin tükenmişlik ve anksiyetelerini arttıracacağını, iş tatminlerini ise azaltacağını düşünüyoruz.

4.3. Tükenmişlik

Tükenmişlik, özellikle sağlık hizmetleri gibi insan odaklı meslekler arasında sık meydana gelen duygusal tükenme (EE), duyarsızlaşma (DP) ve azalmış mesleki başarı sendromu olarak tanımlanmaktadır (Li 2014). Özellikle doktorlar aşırı iş yükü, zaman baskısı, rol çatışması ve çaba- ödül dengesizliği gibi birçok zararlı faktöre maruz kalmaktadır. Ek olarak doktorlar ve hastalar arasındaki ilişki genellikle kişiler arası duygusal talepleri yüksek tutar; bu aynı zamanda tükenmişlik riskini artırabilir.

Doktorlar, genel olarak yüksek tükenmişlik seviyelerine sahip yüksek riskli bir popülasyon olarak kabul edilir ve depresif semptomlara daha duyarlıdır ve çoğunlukla hastaların taleplerini karşılayamazlar (Maslach 2016, D'Ambrosio 2016, Bondurant 2016, Gong 2014). Özellikle artan nüfus yoğunluğu ve son yıllarda sağlık bilincinin artması Türkiye' de görev yapan doktorlarda aşırı yüklenmeye neden olmaktadır. Ayrıca tıp branşları arasında riskli branşlarda, özellikle de acil tıp doktorlarında bu nedenle tükenmişlik giderek yaygınlaşmaktadır.

Ayrıca doktorlar arasında iş- aile çatışması yaygınlaşmaktadır. İş rolüne ayrılan süre, aile ile ilgili sorumlulukların yerine getirilmesinde engel teşkil eder ve bunun tersi de geçerlidir. Bu durum da tükenmişliği artırmaktadır (Zhou 2016).

Bazı doktorlar tükenmişlikle aktif olarak başa çıkarken, diğerleri pasif olarak baş edebilir. Aktif başa çıkma stratejileri, stres ya da kişinin görüşünü değiştirmek için tasarlanmış davranışsal ya da psikolojik tepkilerdir; pasif başa çıkma stratejileri ise insanları doğrudan stresli olaylara yönelmelerini engelleyen faaliyetlere (alkol kullanımı gibi) ya da zihinsel durumlara (geri çekilme gibi) yönlendirebilir (Wu 2012).

Yakın dönemde yapılan kesitsel bir çalışmada Çinli 2530 doktorun Maslach tükenmişlik oranları ölçülmüş, duygusal tükenmişlik oranı yüksek (Maslach skoru: 19, 7), duyarsızlaşma oranı yüksek (Maslach skoru: 11, 4), kişisel başarıda azalma hissi

düşük (Maslach skoru:15, 46) olarak ölçülmüştür. Bu çalışmada özellikle genç hekimlerde duygusal tükenmişlik oranı daha yüksek ve daha uzun çalışan hekimlerde kişisel başarıda azalma hissi daha fazla olarak bulunmuştur. Ayrıca erkeklerin kadınlara göre daha çok tükenmişlikten etkilendiği tespit edilmiştir (Chen 2018). Bizim çalışmamızda da tükenmişlik ile ilgili bulgular bu çalışma ile paralellik göstermektedir.

Yapılmış bir çalışmada Brezilya’ da eğitim hastanesinde çalışan sağlık personellerinin tükenmişlik oranları ölçülmüş, tükenmişlik oranının en çok yüksek eğitim düzeyine sahip olan grupta, özellikle diğer sağlık personellerine göre doktorlarda, hasta ile direkt ilişki içinde olanlarda daha fazla olduğu bildirilmiştir (Oliveira 2018). Bu çalışma özellikle yüksek eğitim düzeyine sahip olduğu bilinen, hasta ile direkt ilişkide bulunan acil servis doktorlarında tükenmişlik düzeyinin yüksekliğini açıklayabilir.

Acil serviste doktorlar dışındaki paramedikler ve servis personelleri üzerinde yapılan bir çalışmada 209 personel değerlendirilmiş, Maslach Tükenmişlik Ölçeği ortalama skorlarına göre duygusal tükenmişlik, duyarsızlaşma ve kişisel başarıda azalma hissi düşük olarak ölçülmüştür (Boland 2018). Acil servis doktorları üzerinde yaptığımız bu çalışmada duygusal tükenmişlik oranı yüksek, duyarsızlaşma oranı orta ve kişisel başarı hissinde azalmanın orta derecede olduğu saptanmıştır. Bu durum doktorlarda diğer sağlık personellerine göre tükenmişlik oranının daha yüksek olduğunu göstermektedir.

Acil servis çalışanlarını içeren başka bir çalışmada 261 çalışan değerlendirilmiş, duygusal tükenme, duyarsızlaşmanın artması ve kişisel başarının azalması, artmış depresyon eğilimi, düşük yaşam kalitesi ve olumsuz iş- yaşam dengesi ile ilişkili bulunmuştur (Williamson 2018). Bu durum acil servis çalışanlarının hem iş hem de normal yaşam sürecinde oldukça risk altında olduğunu göstermektedir (Williamson 2018).

Rotenstein ve ark. doktorların tükenmişlik düzeyini ölçen 182 çalışmada, 45 ülkeden 109, 628 kişiyi değerlendirmiştir ve bu popülasyonda genel tükenmişlik %67, 0; duygusal tükenme %72, 0; duyarsızlaşma %68, 1 ve düşük kişisel başarı hissi %63, 2 oranında tespit edilmiştir. Fakat bu derlemede çalışmalar arasında tükenmişliğin tanımlarındaki ve değerlendirme yöntemindeki tutarsızlıklar nedeniyle, tükenmişlik ile cinsiyet, yaş, coğrafya, zaman, uzmanlık ve depresif belirtiler arasındaki ilişkiler güvenilir bir şekilde tespit edilememiştir (Rotenstein 2018).

Bizim çalışmamızda da Türkiye’deki acil servis doktorlarında tükenmişlik alt parametreleri için, duygusal tükenmişlik oranı yüksek, duyarsızlaşma oranı orta, kişisel başarı hissinde azalmanın orta derecede olduğu ölçülmüştür. Cinsiyet ve sağlık kurumuna göre bu değerler farklılık göstermese de, görev unvanına göre bu parametrelerin farklılık gösterdiği tespit edilmiştir. Çalışmamızda duygusal tükenmişlik hissini en çok olduğu grubun pratisyen hekimler olduğu, sonra azalarak sırasıyla asistan hekimler, uzman hekimler ve öğretim üyeleri şeklinde devam ettiği, duyarsızlaşmanın en çok olduğu grubun asistan hekimler olduğu, en az olduğu grubun öğretim üyeleri olduğu, kişisel başarıda azalma hissini en çok öğretim üyelerinde olduğu, sonra sırasıyla azalarak uzman hekimler, asistan hekimler ve pratisyen hekimler olarak devam ettiği belirlenmiştir. Ayrıca daha genç olan (< 33, 3 yıl) ve çalışma süresi daha az olan popülasyonda (<8, 37 yıl) tükenmişlik parametrelerinin daha belirgin olduğu tespit edilmiştir. Yani çalışmamıza göre daha genç hekimler tükenmişlik açısından daha fazla risk altındadırlar.

4.4. Anksiyete

Stres ve anksiyete, özellikle kronik olduğunda, potansiyel bir fiziksel ve psikolojik sorun kaynağı olarak kabul edilir (Le Fevre 2003, Leung 2014). Anksiyete ve stres birbiriyle ilişkili yaygın psikolojik bozukluklardır. Avrupa’da yapılmış bir çalışmada, katılımcıların% 13, 6' sının yaşamlarının bir noktasında en az bir anksiyete epizodu yaşadığı bildirilmiştir (Alonso 2004). Akut ve kronik stres, fizyolojik bozukluklar (Sonnentag 2006, Chrousos 2009), psiko- somatik hastalıklar ve özellikle kardiyovasküler hastalıklar (Kivimäki 2015) ile ilişkilendirilmiştir. Anksiyete düzeylerinin, sağlık çalışanlarında genel popülasyona göre daha fazla olduğu, bunun sık sık olan gece çalışmasına, az uyumaya ve diğer nedenlerin yanı sıra iş yüklerinin fazla olmasına bağlı olduğu bildirilmiştir (Pereira-Lima 2015). Stres ve anksiyetenin özellikle, öngörülemeyen bir ortamda çalışan ve özellikle de daha sınırlı deneyime sahip acil tıp doktorlarında daha belirgin olabileceği raporlanmıştır (Angerer 2008, Buddeberg-Fischer 2009).

Sağlık çalışanlarının strese karşı kortizol cevabı konusunda farklı bulgular yayınlanmış, özellikle acil doktorları ve cerrahlar arasında genel popülasyon için tanımlandığından daha yüksek kortizol konsantrasyonları olduğu ölçülmüştür(González-Cabrera 2012, Alobid 2011). González- Cabrera ve ark. düzenli çalışma günlerine kıyasla acil servis nöbet günleri stres ve anksiyete artışına sekonder kortizol salınımında

anlamli artiş olduğunu raporlamışlardır (González-Cabrera 2018). Kortizol seviyelerinin anksiyete şiddeti arttıka daha yüksek olduğu bildirilmiştir (Sluiter 2003, González-Cabrera 2012). Ek olarak, yapılmış çalışmalarda tıp ğrencilerinde sınav ya da sunum sırasında kortizol salınımının bozulduğu gösterilmiştir (González-Cabrera 2014, Mizoguchi 2012). Özellikle genç doktorlarda acil servis görevindeyken, iş yükü ile paralellik gösteren stres ve anksiyete artışı olduğu gösterilmiştir (Dyrbye 2014, Busireddy 2017).

Bizim alışmamızda acil servis popülasyonunda en çok nöbet tutan hekim grubu olan asistan doktorlarda STAI durumluk ve sürekli anksiyete değerlerinin diğer gruplara oranla daha yüksek olduğu ve bu farkın durumluk anksiyete için anlamli olduğu llmştir ($p=0,013$).

Ayrıca sağlık çalışanları ve tıp öğrencileri üzerinde yapılmış farklı çalışmalarda STAI durumluk anksiyete skorlarının, acil servis çalışma günlerinde, diğer düzenli çalışma günlerine göre daha yüksek olduğu, bu skorların kadınlarda erkeklere kıyasla anlamli şekilde daha yüksek olduğu bildirilmiştir (González-Cabrera 2018, Spielberger 1982, Guillén-Riquelme 2011).

Bizim alışmamızda da STAI sürekli anksiyete skoru kadınlarda erkekler oranla yüksek llse de (46,2' ye 44,8) bu fark anlamli değildi ($p=0,19$).

Wong ve ark. 19' u asistan ve 17' si uzman hekim olan 36 acil servis doktorunun stres ve anksiyete düzeylerini ölçmüşlerdir. Bu iki grup arasında STAI anksiyete skorları ve stres düzeyi testleri arasında anlamli fark bulunmamıştır. Fakat stres düzeyi ile anksiyete artışının korele olduğu raporlanmıştır. Bu çalışmada sürekli kaygı ve algılanan stresin anlamli bir şekilde korelasyon göstermesi nedeniyle sürekli kaygının, bireyin stres yanıtının önemli bir göstergesi olabileceği ngrlmştir (Wong 2018).

Bizim alışmamızda STAI anksiyete skorlarının artışı ile iş tatmini düzeyinin azalmasının korele olduğu gösterilmiştir.

Dias ve ark. acil serviste çalışan 24 asistan hekimin orotrakeal entübasyon, santral venöz kateterizasyon ve torasik kompresyon gibi acil müdahaleler öncesi ve müdahale sonrası anksiyete düzeyleri, kan basıncıları, nabız ve tükürükteki amilaz seviyelerini ölçmüş; STAI durumluk anksiyete skorunun 35' ten 45' e yükseldiği, nabız değerinin dakikada 78' den 138' e yükseldiği, kan basıncının 120/74 (mmHg)'den 124/

84(mmHg)'e yükseldiği, tükürük amilaz seviyesindeki artış da dahil olmak üzere bütün parametrelerdeki artışın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bildirilmiştir. Bu çalışmada prosedürler ile anksiyete artışının anlamlı olduğu gösterilmiştir (Dias 2017).

Ülkemizde acil servis doktorlarının 24 saatlik nöbetlerle çalıştığı öngörülürse, bu süreç içerisinde birçok acil müdahale uyguladıkları, uykusuzluk ve hasta yoğunluğu gibi faktörlerde birleştiğinde anksiyete düzeyinin fazla olacağını tahmin etmek zor değildir. Nitekim bizim çalışmamızda da 141 kişiyi içeren genel popülasyonda STAI durumluk ve sürekli anksiyete skorları düşük- orta seviye de ölçülmüştür. Fakat özellikle asistan hekimlerde durumluk anksiyetenin anlamlı yüksek olduğu belirlendi. Ek olarak cinsiyet, yaş, çalışma yılı, görev yeri gibi değişkenlerle anksiyete düzeylerinin değişiklik göstermediği saptandı.

4.5. İş Tatmini

İş Tatmini, kanıta dayalı tıbbın uygun şekilde entegrasyonu ve uygulanması ile desteklenen, çalışanların genel algılarının güçlü bir kanıtı olup, çalışanlarla ilgili bir değişkendir (Tarcan 2017). Ayrıca iş tatmini, kurumun performansı ile doğrudan ilişkili olan çalışan performansını da belirlemektedir (Dugguh 2014, Pfeffer 1984, Koys 2001).

İş tatmini çok yönlü doğası gereği, kurumsal ortamdaki rolünü veya diğer yapılarla olan ilişkisini açıklamak için çeşitli teorilerden yararlanmaktadır. Bunun bir sonucu olarak, iş tatmini puanının ölçülmesinde rol alabilen çeşitli faktörler olan çevresel, bireysel ve psikolojik etkiler iş tatminini etkilemektedir. Örneğin, psikolojik faktör araştırma modelinin bir parçası olduğunda, bazı araştırmacılar tükenmişliğin iş memnuniyetini etkilediğini, diğerleri ise bunun tersini iddia etmektedir (Tarcan 2017, Dugguh 2014).

Ayrıca çalışanların iş tatmini ve tükenmişliğinin, yapılan iş çeşidi, işyerinin fiziksel ortamı, işyeri arkadaşları gibi birçok faktörle ilişkili olduğu gösterilmiştir (Dewa 2014). Sağlık hizmeti sunumu mesleği doğası gereği zorlu ve streslidir ve bu nedenle, tıp doktorları arasında, özellikle de acil tıp doktorları arasında, depresyon, memnuniyetsizlik, stres oranlarının oldukça yüksek olduğu ve bu durumun artış gösterdiği raporlanmıştır (Gökçen 2013).

Sağlık çalışanları arasında, özellikle doktorlarda tükenmişlik, sadece bireysel refahları ve sağlıkları için değil aynı zamanda sağladıkları sağlık hizmetlerinin kalitesi açısından da önemli bir konu haline gelmiştir (Shanafelt 2012). Diğer bir deyişle,

yüksek tükenmişlik ve iş yerindeki memnuniyetsizliğin potansiyel etkileri, artan tıbbi hatalar, daha uzun hasta iyileşme süreleri, azalan sağlık hizmetlerinin kalitesi ve düşük hasta memnuniyeti gibi sağlık sonuçları üzerinde olumsuz etkiye sahip olabilir (Newman 2012). Benzer şekilde, farklı bir çalışmada, tükenmişlik ve iş tatmini arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu ve iş tatmini düzeyinin hasta bakım kalitesini etkilediği gösterilmiştir (Tarcan 2017). Yapılan çalışmalarda özellikle hastane acil servis çalışanlarında yoğun tükenmişlik ve düşük iş tatmin düzeyleri gösterilmiştir (Doan-Wiggins 1995). Ayrıca, yüksek düzeyde iş doyumu sağlamanın ve tükenmişliğin önlenmesinin yüksek kalitede hasta bakımı sağlamak için önemli olduğu sonucuna varılmıştır (Rosales 2013).

Acil Servis çoğu zaman hastanelerdeki en işlek ve en stresli birim olma eğilimindedir, bu nedenle her seviyedeki acil servis çalışanı hastanedeki diğer birimlerde çalışanlardan daha fazla stres ve tükenmişlik sendromu yaşayabilir. Bu duruma katkıda bulunan faktörleri ve iş tatmini konusundaki etkilerini anlamak önemli bir konudur (Schaufeli 2009).

Acil servislere iş doyumunun azalması tedavi edilen hasta sayısının artmasıyla ilişkilidir. Örneğin ABD' de acil serviste bakılan hasta sayısı 1991' den 2010' a kadar % 44 oranında artmıştır (Brown 2015). Türkiye' de de durum benzerdir, 2017 yılında acil servislere başvuru sayısı 84, 545, 429 kişidir. Bu değer toplam nüfus büyüklüğünden yaklaşık 1. 3 kat fazladır (Sağlık Aktüel, 2017).

Locke ve Henne' ye göre birey iş için gerekli değerleri yerine getirdiğini algılaması halinde, tatmin olacaktır (Locke 1985). İş tatminini olumlu yönde etkilediği gösterilmiş olan değişkenler arasında iş türü ve yetki seviyesi, görev süresi, maaş, çalışanların yetkilendirilmesi ve işle ilgili işleri tamamlamak için gerekli beceriler yer almaktadır (Chet 1998, Kirkman 1997). Ayrıca iş tatmininin yaş, cinsiyet, yıllık gelir, ekonomik refah ve hasta yükü gibi kafa karıştırıcı faktörden etkilendiği gösterilmiştir (Hayes 2010).

Acil tıp uygulamalarının merkezinde bulunduğu kurum kültürünü ve çalışma ortamını kanıta dayalı tıp zemininde değiştirebilmek yüksek iş doyumunu seviyeleri ve düşük tükenmişlik için etkili olabilir. Doktorların tükenmişliği, iş memnuniyetini arttırmak için uygun önlemlerin alınmasıyla azaltılabilir ve iş tatmini artırılabilir.

Renzi ve ark, hekimlerin tükenmişlik olasılığının yüksek iş tatmini düzeyleriyle birlikte önemli ölçüde azaldığını bildirmiştir (Renzi 2005). Buna karşılık, doktorların tükenmişliğinin, taciz, şiddet ve işle ilgili stres gibi olumsuz iş psikolojisi durumlarındaki artışa bağlı olarak arttığı belirtilmiştir (Balch 2009). Özellikle acil servis çalışanları bu olumsuz faktörlere sıkça maruz kalmaktadır.

Birçok çalışma, iş tatmini ve kişisel başarı arasında pozitif bir ilişki olduğunu ve duygusal tükenme ve duyarsızlaşma arasında negatif bir ilişki olduğu gösterilmiştir (Özyurt 2006). Sarmiento ve ark. duygusal tükenmişliğin iş tatmini için güçlü bir belirleyici olduğunu ve iş tatmini ve tükenmişliğin, uğraştığı iş türünden büyük ölçüde etkilendiğini göstermiştir. Bu bulgular iş tatmini ve genel tükenmişlik arasındaki önemli negatif ilişkileri desteklemektedir; tükenmişlik düzeyi azaldığında iş tatmini artmaktadır (Sarmiento 2004).

Bizim çalışmamızda bu negatif ilişki gösterilmiştir, duygusal tükenme, duyarsızlaşma, durumluk ve sürekli anksiyetenin artması ile genel, içsel ve dışsal iş tatmininin anlamlı düzeyde azaldığı tespit edilmiştir. Bu durum iş tatmininin tükenmişlik ve anksiyete ile ilişkili olduğunu göstermektedir.

Jalili ve Bassir (2013), sağlık çalışanlarının tükenmişliğini ve İran' ın acil sağlık sisteminde tükenmişliğin nedenlerini incelemiştir. 165 acil tıp asistan doktoru ve uzman doktoru içeren çalışmalarında duyarsızlaşma boyutu ile cinsiyet ve çalışma durumu arasında anlamlı ilişki olduğu görülmüştür.

Tarcan ve ark. (2017) 250 acil tıp çalışanını değerlendirmiş, tükenmişlik parametreleri ile iş tatmini arasında anlamlı bir ilişki olduğunu, özellikle duygusal tükenmenin dışsal, içsel ve genel iş doyumunu ile daha anlamlı bir ilişki içinde olduğunu raporlamışlardır. Cinsiyet ve akademik geçmiş, iş tatmini kategorilerinin hiçbirisiyle anlamlı bir korelasyon göstermemiştir. Bu yorumlar bizim çalışmamızla paralellik göstermektedir. Bizim çalışmamızda iş tatmininin tükenmişlikle ilişkili olduğu gösterilse de, cinsiyet, çalışılan kurum, çalışılan unvan, yaş, çalışma süresi gibi faktörlerle farklılık göstermediği fakat genel çalışma popülasyonunda, Minnesota iş tatmin skorlarına göre düşük dışsal iş tatmini olduğu ölçülmüştür. Bu durumun özellikle maddi refah durumunun azlığı, hasta baskısı ve yoğun çalışma koşulları nedeniyle olduğu kanaatindeyiz.

Bu çalışmanın 141 doktoru kapsayan genel değerlendirmesinde STAI anksiyete ölçeğinin durumluk anksiyete ve sürekli anksiyete skorları düşük/ orta derece anksiyete varlığını göstermiştir. Minnesota İş Tatmini Ölçeği' nin genel ve içsel iş tatminin yüksek olduğu, fakat dışsal iş tatminin düşük olduğu ölçülmüştür. Maslach duygusal tükenmişlik oranı yüksek derecede, Maslach duyarsızlaşma oranı orta derece de, Maslach kişisel başarı hissinde azalmanın orta derecede olduğu saptanmıştır. Bu skorların cinsiyet ve çalışılan kurum ile farklılık göstermediği belirlenmiştir. Özellikle Maslach tükenmişlik parametrelerinin görev unvanı, yaş ve çalışılan görev yılı ile ilişkili olduğu, yaşı genç, daha az süre çalışan hekimlerde tükenmişliğin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Bu durum özellikle genç hekimlerin acil tıp hekimliğinden uzaklaşabileceğini göstermektedir. Bu nedenle çalışma koşullarını iyileştirecek gerekli değişikliklerin yapılması mantıklı olacaktır. Ayrıca görev unvanına göre asistan doktorların tükenmişlik ve durumluk anksiyete skorlarının yüksek olduğu belirlenmiştir.

Özellikle eğitim kliniklerinde nöbet saatlerinin düzenlenmesi, triaj ile hasta yükünün azaltılabilmesi, acil bakım ve müdahale ihtiyacı olmayan hastaların acile yönlendirilmesinin engellenmesi ile bu durum kısmen iyileştirilebilir. Burada ana unsurlardan olan acil servise başvuran acil olmayan hasta popülasyonunun azaltılmasının; medikolegal endişeler, tükenmişlik, anksiyete ve iş tatmini açısından olumlu etki bırakacağını düşünüyoruz.

Bu çalışmada elde edilen sonuçların bulgularının hem Türkiye' de hem de diğer ülkelerde daha önce yapılan çalışmalarla uyuşmasına rağmen, çalışmalarda oldukça farklı sonuçların da olduğu gözlemlenmiştir. Bu nedenle, bu çalışmadan elde edilen bulgular, konuyla ilgili önceki çalışmalardan elde edilen çeşitli sonuçlar ışığında değerlendirilmelidir. Ayrıca burada incelenen ilişkileri daha iyi anlamak için ek çalışmalara ihtiyaç olduğu kanaatindeyiz.

5. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

Bu çalışmada değerlendirilen medikolegal endişeler anketi ile acil tıp hekimlerin malpraktis konusunda oldukça endişeli olduğu, komplikasyon- malpraktis ayrımının yapılamadığına inandıkları, onam formlarının ve yapılan tıbbi malpraktis sigortasının onları sorumluluktan kurtarmadığını, medikolegal endişeler ile çoğunlukla fazladan tetkik ve konsültasyon istediklerini, hastalara uygulamaları daha detaylı açıkladıkları, kayıtlar ve onam formlarının alınmasına daha çok özen gösterdikleri, dava riski ve mobbing uygulamasına maruz kaldıklarını, hekimlerin büyük oranda yurtdışına göç, mesleği bırakma veya değiştirme düşüncesinde olduklarını, yaptıkları uygulamalar ve tedaviler için güvende hissetmediklerini, bu cevaplara rağmen hastayla ilgili takip, tedavi planlaması, yatış ve sevk gibi konularda gerekli olan prosedürleri gerektiği gibi uyguladıklarını göstermektedir. Bu durum, acil tıp hekimlerinin tükenmişlik ve anksiyetelerinin artmasına ve iş tatminlerinin azalmasına neden olmaktadır.

Ayrıca STAI anksiyete ölçeğinin durumluk anksiyete ve sürekli anksiyete skorlarına göre acil serviste çalışan hekimlerde düşük/ orta derece anksiyete varlığını, Minnesota İş Tatmini Ölçeği' ne göre dışsal iş tatminin düşük olduğunu, Maslach duygusal tükenmişlik oranının yüksek derecede olduğu, Maslach duyarsızlaşma oranının orta derecede olduğu, Maslach kişisel başarı hissinde azalmanın orta derecede olduğu saptanmıştır. Bu skorların cinsiyet ve çalışılan kurum ile farklılık göstermediği belirlenmiştir. Özellikle Maslach tükenmişlik parametrelerinin görev unvanı, yaş ve çalışılan görev yılı ilişkili olduğu, yaşı genç, daha az süre çalışan hekimlerde tükenmişliğin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Bu sonuçlar nedeniyle gerekli hukuksal değişiklikler yapılarak ülkemiz acil tıp doktorlarının çalışma ve nöbet saatlerinin hekimleri yıpratmayacak şekilde düzenlenmesi, yeterli hekim sayısı ile hizmet verilmesi, yapılan işe karşılık uygun ücret verilmesi, acil servislerde zamanla yarışarak riskli karar ve girişimleri üstüne alan hekimler üzerindeki mobbing uygulaması ve dava riskinin azaltılması, etkin triaj ile hasta yükünün azaltılabilmesi, gereksiz hastaların acile yönlendirilmesinin engellenmesi ile medikolegal endişelerin azalabileceği, tükenmişlik ve anksiyetenin azalarak, iş doyumunun artacağı kanaatindeyiz.

KAYNAKLAR

- Akdemir A, Türkçapar MH, Örsel SD, Demirergi N, Dağ İ, Özbay MH. Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HDDÖ)'nin geçerliği, güvenilirliği ve klinikte kullanımı. *Psikiyatri PsikolojiPsikofarmakoloji Dergisi*. 1996; 4: 251-259.
- Alharthy N, Alrajeh OA, Almutairi M, Alhajri A. Assessment of Anxiety Level of Emergency Health-care Workers by Generalized Anxiety Disorder-7 Tool. *Int J Appl Basic Med Res*. 2017; 7(3): 150–154.
- Alkın T, Alptekin K. Yaygın Anksiyete Bozukluğu, Anksiyete Monografıları Serisi. 1995;(4):149-188.
- Alkın T, Onur E. Anksiyete kavramı ve anksiyete bozukluklarına genel bir bakış. In: Köroğlu E, Güleç C (editörler) *Psikiyatri Temel Kitabı*. 2. Baskı, Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 2007: s 296-304
- Alobid I, De Pablo J, Mullol J, Centellas S, Parramon G, Carrasco J, et al. Increased cardiovascular and anxiety outcomes but not endocrine biomarkers of stress during performance of endoscopic sinus surgery: A pilot study among novice surgeons. *J. Arch. Otolaryngol. Head Neck Surg*. 2011; 137, 487–492.
- Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, Bruffaerts R, Brugha TS, Bryson H, et al. Prevalence of mental disorders in Europe: Results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) Project. *Acta Psychiatr. Scand. Suppl*. 2004, 109, 21–27.
- Altino DM, Nogueira-Martins LA, Gonçalves MAB, Barros ALBL, Lopes JL. Impact of anxiety and depression on morbidity and mortality of patients with coronary syndrome. *Rev Bras Enferm*. 2018 Nov-Dec;71(6):3048-3053.
- American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4. Baskı, Washington DC: American Psychiatric Press, 2000: 429-85.
- American Psychiatric Association: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition*. DSM 5. Arlington, VA, American Psychiatric Association, 2013.
- American Society of Clinical Oncology. *Integrating Palliative Care into Standard Oncology Care: ASCO Guidance*. 2012. Available at: <http://chicago2012.asco.org/ASCODailyNews/PalliativeCarePCO.aspx>

- Amerikan Psikiyatri Birliği, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Beşinci Baskı (DSM-V), Tanı Ölçütleri Başvuru Kitabından, çev. Köroğlu E. Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2013 S: 121-122.
- Amerikan Psikiyatri Birliği. DSM-IV-TR Tanı Ölçütleri. In: Köroğlu E, ed. 2. Baskı. Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 2000. p.151-63.
- Angerer P, Petru R, Nowak D, Weigl M. Workingconditions and depression in physicians. Dtsch. Med. Wochenschr. 2008; 133, 26–29.
- Askın Rüstem, Depresyon El Kitabı 2. baskı Konya 1999, p.100-122 .
- Aydemir Ö, Köroğlu E. Psikiyatride Kullanılan Klinik Ölçekler. Ankara: Hekimler Yayın Birliği. 2006; p:153-63
- Aydemir Ö. Major Depresif Bozuklukta Tedavi Hedefleri ve Tedavinin İzlenmesi, Klinik Psikofarmakoloji Bülteni- Bulletin of Clinical Psychopharmacology, 2011; 21:sup1, S1-S9.
- Aynacı Y. Hekimlerde Defansif (Çekinik) Tıp Uygulamalarının Araştırılması, Selçuk Üniversitesi; 2008.
- Aziri B. Job Satisfaction: A Literature Review Management Research And Practice. 2011; Vol. 3 Issue 4, 77-86.
- Balch CM, Freischlag JA, Shanafelt TD. Stress and burnout among surgeons: Understanding and managing the syndrome and avoiding the adverse consequences. Archives of Surgery, 2009; 144(4), 371–376.
- Barlow DH, Wincze J.DSM-IV and beyond: What is generalized anxiety disorder. Açta Psychiatr Scand. 1998; 98 (Suppl 393): 23–29.
- Barutçu E, Serinkan C. Günümüzün Önemli Sorunlarından Biri Olarak Tükenmişlik Sendromu ve Denizli’de Yapılan Bir Araştırma. Ege Akademik Bakış Dergisi. 2008; 8(2):541-561.
- Barutçugil İ. Stratejik İnsan Kaynakları Yönetimi, Kariyer Yayıncılık, İstanbul, 2004.
- Baş T. Anket nasıl hazırlanır, uygulanır, değerlendirilir?, Seçkin Yayıncılık, 4.Baskı,Ankara, 2006.
- Bazire S. Psychotropic Drug Directory 2003/2004. Fivepin Publishing, Bath, 2003.
- Beers MH, Berkow R. The Merck Manual of Diagnosis and Therapy. 17th ed. West Point: John Wiley & Sons, 1999: 1503-99.
- Bell RS, Loop JW. The Utility and Futility of Radiographic Skull Examination for Trauma, New Eng. J. Med. 1971: 236- 239.
- Bergan. How to Avoid Malpractice Claims, JAMA; 1970:211: 2233.

- Bergen RP. Defensive medicine is good medicine, JAMA; 1974 May 27;228(9):1188-9.
- Boland LL, Kinzy TG, Myers RN, Fernstrom KM, Kamrud JW, Mink PJ, et al. Burnout and Exposure to Critical Incidents in a Cohort of Emergency Medical Services Workers from Minnesota. West J Emerg Med. 2018 Nov;19(6):987-995.
- Bolat MS, Yürük E, Çınar Ö, Akdeniz E, Altunrende F, Özkuvancı Ü, et al. The prevalence of Burnout Syndrome among Turkish Urologists: Results of a Nationwide Survey. Turk J Urol. 2018 Nov 21:1-8.
- Bondurant R, Morton N. Implementing change to reduce depression, suicide, and burnout among physicians-in-training. Mo Med. 2016;113:16–18.
- Bozkurt A, Karlıdere T. Depresyonda farmakoterapi. Türkiye Klinikleri J Int Med Sci. 2007; 3:51-56.
- Breitbart W, Shuster JL ve Cox JM. Depression. Palliative Practices from A-Z for the Bedside Clinician. Kim KK ve Peg E. editors. Oncology Nursing Society, Pittsburgh, 2002, 85-88p.
- Brown TA, Barlow DH, Liebowitz MR. The empirical basis of generalized anxiety disorder. Am J Psychiatry 1994; 151:1272-1280.
- Brown A, Decker S, Selck F. Emergency department visits and proximity to patients' residences, 2009–2010. NCHS Data Brief. 2015; 192, 1–8
- Budak G, Sürgevil O. Tükenmişlik ve Tükenmişliği Etkileyen Örgütsel Faktörlerin Analize İlişkin Akademik Personel Üzerinde Bir Uygulama. D.E.Ü. İİBF. Dergisi. 2005; 20 (2), 95–108.
- Buddeberg-Fischer B, Stamm M, Buddeberg C, Klaghofer R. Anxiety and depression in residents- Results of a Swiss longitudinal study. Z. Psychosom. Med. Psychother. 2009; 55, 37–50.
- Busireddy, KR, Miller JA, Ellison K, Ren V, Qayyum R, Panda M. Efficacy of interventions to reduce resident physician burnout: A systematic review. J. Grad. Med. Educ. 2017; 9, 294–301.
- Cam O. Hemşirelerde tükenmişlik sendromunun araştırılması. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. 1991.
- Cemaloğlu N, Kayabaşı Y. Öğretmenlerin Tükenmişlik Düzeyi ile Sınıf Yönetiminde Kullandıkları Disiplin Modelleri Arasındaki İlişki. Gazi Üniversitesi Gazi Eğitim Fakültesi Dergisi. 2007; 27(2):123-155.

- Chen L, Liu J, Yang H, Ma H, Wang H, Huang Y, et al. Work-family conflict and job burn-out among Chinese doctors: the mediating role of coping styles. *Gen Psychiatr.* 2018 Aug 21;31
- Chet R, Ryan AM, Schneider R, Parra LF. The relation between job level and job satisfaction. *Group & Organization Management.*1998; 23(4), 470–495.
- Christen M, Iyer G, Soberman D. Job Satisfaction, Job Performance, and Effort: A Reexamination Using Agency Theory, *Journal of Marketing*, January. 2006; Vol. 70, 137-150.
- Chrousos GP. Stress and disorders of the stress system. *Nat. Rev. Endocrinol.* 2009; 5, 374–381.
- Civaner M. Önemli bir etik sorun olarak yaşamın son dönemi. *Toplum ve Hekim Dergisi.* 2003; 18(2):148-51
- Civaner M. Teknoloji sağlık hizmetlerine bakışımızı nasıl etkiliyor?, *Toplum ve Hekim Dergisi.* 2005;20(4):279:84
- Connor KM, Davidson JR. Generalized anxiety disorder: neurobiological and pharmacotherapeutic perspectives. *Biol Psychiatry.* 1998 Dec 15;44(12):1286-94.
- Cordes CL, Dougherty TW. A Review and an Integration of Research on Job Burnout. *Academy of Management Review.* 1993; 18(4):621-656.
- Cordes CL, Dougherty TW, Blum M. Patterns of Burnout Among Managers and Professionals: a Comparison of Models, *Journal of Organizational Behavior.* 1997; Vol.18:685-701.
- Crismon ML, Trivedi MH, Pigott TA, Rush AJ, Hirschfeld RM, Kahn DA, et al. The Texas Medication Algorithm Project: Report of the Texas Consensus Panel on Medication Treatment of Major Depressive Disorder. *J Clin Psychiatry.* 1999; 60: 142- 156.
- Çam O, Akgün E, Babacan GA, Bilge A, Keskin GÜ. Bir Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesinde Çalışan Hekim ve Hemşirelerin Klinik Ortamlarını Değerlendirmeleri ile İş Doyumları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi.* 2005; S.6, 213-220.
- Çapri B. Tükenmişlik Ölçeğinin Türkçe Uyarlaması: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması *Mersin Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi.* 2006;2(1):62-77.
- Çelik F, 5237 sayılı Türk Ceza Kanunu ile oluşan “Hekimlik Mesleğine Yönelik Kaygılar”. *Hekimce Bakış.* Ocak- Haziran 2005;62:15.

- Çelik FH, Hocaoğlu Ç. Major Depresif Bozukluk Tanımı, Etyolojisi ve Epidemiyolojisi: Bir Gözden Geçirme. *Journal of Contemporary Medicine*. 2016; 6(1), 51- 56.
- Çetin G. Tıbbi Malpraktis, Yeni Yasalar Çerçevesinde Hekimlerin Hukuki ve Cezai Sorumluluğu, Tıbbi Malpraktis ve Adli Raporların Düzenlenmesi. İ.Ü. Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitim Etkinlikleri Sempozyum Dizisi. 2006; No:48, 31-42.
- D'Ambrosio F. Risk factors for burnout and job satisfaction in a sample of health professionals in Italy. *Ig Sanita Pubbl*. 2016;72:129–36.
- Dewa CS, Jacobs P, Thanh NX, Loong D. An estimate of the cost of burnout on early retirement and reduction in clinical hours of practicing physicians in Canada. *BMC Health Services Research*. 2014; 14, 254.
- Dias RD, Scalabrini Neto A. Acute stress in residents during emergency care: a study of personal and situational factors. *Stress*. 2017 May;20(3):241-248.
- Dilbaz N. Anksiyete Bozukluklarındaki Son Gelişmeler. Ankara: Pozitif Matbaacılık; 2005.
- Dirnhofer R, Wyler D. Treatment failure from the viewpoint of forensic medicine. *Ther Umsch*. 1997 May;54(5):272-9
- Doan-Wiggins L, Zun L, Cooper MA, Meyers DL, Chen EH. Practice satisfaction, occupational stress, and attrition of emergency physicians. *Academic Emergency Medicine*. 1995; 2, 556–563.
- Dugguh SI, Ayaga D. Job satisfaction theories: Traceability to employee performance in organizations. *IOSR Journal of Business and Management*. 2014; 16(5), 11–18.
- Dyrbye LN, West CP, Satele D, Boone S, Tan L, Sloan J, et al. Burnout among U.S. medical students, residents, and early career physicians relative to the general U.S. *Popul. Acad. Med*. 2014; 89, 443–451.
- Elmendorf DW. Congressional budget office's analysis of the effects of proposals to limit costs related to medical malpractice "Tort Reform" Washington, DC: Congressional Budget Office, 2009 (Letter) Available: http://www.cbo.gov/sites/default/files/cbofiles/ftpdocs/106xx/doc10641/10-09-tort_reform.pdf Accessed 2013 Oct 26.
- Ergin C. Doktor ve hemşirelerde tükenmişlik ve Maslach tükenmişlik ölçeğinin uyarlanması. VII. Ulusal Psikoloji Kongresi Bilimsel Çalışmaları, Bayraktar R,

- Dağ I. (Ed), Ankara, VII. Ulusal Psikoloji Kongresi Düzenleme Kurulu ve Türk Psikologlar Derneği Yayını. 1993; 143-160.
- Ergin C. Maslach tükenmişlik ölçeğinin Türkiye sağlık personeli normları. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji (3P) Dergisi*. 1996; 4 (1): 28-33.
- Erkmen H, Noyan CO. Treatment of the Treatment-Resistant Depression. *Türkiye Klinikleri J Psychiatry-Special Topics*. 2014;7(2):17-24
- Ersan S. Hemşirelerin İş Doyumu Düzeyleri ve Doyum Düzeylerini Etkileyen Faktörler. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 1997;1:75.
- Ersoy LV. Tıbbi Malpraktis, *Bulletin of Thoracic Surgery/ Toraks Cerrahisi Bülteni*. Mar2014, Vol. 5 Issue 1, p29-32. 4p.
- Erşan M. Doktoru canından bezdiren belge. *Hürriyet*. 06.12.2012 - 00:00, Son Güncelleme: 06.12.2012 - 09:36, available at: <http://www.hurriyet.com.tr/kelebek/saglik /doktoru-canindan-bezdiren-belge-22078306>
- Faragher EB, Cass M, Cooper CL. The relationship between job satisfaction and health: a meta-analysis. *Occup Environ Med*. 2005 Feb;62(2):105-12.
- Farber BA. Stress and Burnout in Suburban Teachers” *Journal of Educational Research*. 1984;77(6):325- 332
- Flannery-Schroeder EC. Generalized anxiety disorder. In: Morris TL, March JS, editors. *Anxiety Disorders in Children and Adolescents*. New York: The Guilford Press; 2004. p. 125–140.
- Frank E, Prien RF, Jarrett RB, Keller MB, Kupfer DJ, Lavori PW, et al. Conceptualization and rationale for consensus definitions of terms in major depressive disorder. Remission, recovery, relapse, and recurrence. *Arch Gen Psychiatry*. 1991; 48(9):851-5.
- Freudenberger, H. J. Staff Burn-Out, *Journal of Social Issues*. 1974;Vol.30, Number 1, 159-165.
- Furnham A, Eracleous A, Chamorro-Premuzic T. Personality, motivation and job satisfaction: Hertzberg meets the big five. *Journal of Managerial Psychology*. 2009; Vol. 24, No. 8, 765-779
- Gelder M. Psychological treatment for anxiety disorders. In: the clinical management of anxiety disorders. Coryell W, Winokur G, eds. New York: Oxford University Press, 1991: 10-27.
- Gliatto MF. Generalized Anxiety Disorder. *Am Fam Physician* 2000; 62: 1591-600,1602.

- Gong Y, Han T, Chen W, Dib HH, Yang G, Zhuang R et al. Prevalence of anxiety and depressive symptoms and related risk factors among physicians in China: a cross-sectional study. *PLoS One*. 2014;9:e103242.
- González-Cabrera J, Fernández-Prada M, Iribar C, Molina-Ruano R, Salinero-Bachiller M, Peinado JM. Acute Stress and Anxiety in Medical Residents on the Emergency Department Duty. *Int J Environ Res Public Health*. 2018 Mar 13;15(3).
- González-Cabrera J, Fernández-Prada M, Iribar C, Peinado JM. Acute and chronic stress increase salivary cortisol: A study in the real-life setting of a national examination undertaken by medical graduates. *Stress*. 2014; 17, 149–152.
- González-Cabrera J, Fernández-Prada M, Molina-Ruano R, Blázquez A, Guillén-Solvas J, Peinado JM. Psychosocial risk at work, self-perceived stress and cortisol in saliva in a sample of emergency physicians in Granada. *Emergencias*. 2012; 24, 101–106.
- Gökçen C, Zengin S, Oktay MM, Alpak G, Al B, Yildirim C. Burnout, job satisfaction and depression in the healthcare personnel who work in the emergency department. *Anatolian Journal of Psychiatry*. 2013. 14(2):1.
- Guillén-Riquelme A, Buena-Casal G, Actualización psicométrica y funcionamiento diferencial de los ítems en el state trait anxiety inventory (STAI). *Psicothema* 2011, 23, 510–515.
- Gürdeniz M. Türk Ceza Kanunu: Hekimler ve sağlık ortamına ilişkin maddeleri, yorumlar, öneri ve eleştiriler. *Hekimce Bakış*, Ocak-Haziran 2005, Sayı 62: 36.
- Güven T. Sağlık Çalışanı Mesleki Mali Sorumluluk Sigortası, Yeni Yasalar Çerçevesinde Hekimlerin Hukuki ve Cezai Sorumluluğu, Tıbbi Malpraktis ve Adli Raporların Düzenlenmesi, İ.Ü. Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitim Etkinlikleri Sempozyum Dizisi No:48,85-6 (2006).
- Hakeri H. *Tıp Hukuku*, Seçkin Yayıncılık, Ankara, 2007.
- Hamilton M. A Rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatr*. 1960; 23: 56-62.
- Hasta Hakları Yönetmeliği, available at: www.saglik.gov.tr
- Hayes B, Bonner A, Pryor J. Factors contributing to nurse job satisfaction in the acute hospital setting: A review of recent literature. *Journal of Nursing Management*. 2010; 18, 804–814.

- Hershey N. The defensive practice of medicine: myth or reality. *Milbank Mem Fund Q.* 1972;50:69-98.
- Howell HB, Brawman-Mintzer O, Monnier J, Yonkers KA. Generalized anxiety disorder in women. *Psychiatr Clin North Am* 2001; 24: 165-178.
- Işık E, Işık U, Taner Y. Çocuk, Ergen, Erişkin ve Yaşlılarda Depresif ve Bipolar Bozukluklar; Ziraat Gurup Matbaacılık, Ankara, 2013.
- Jalili, M. Gholamreza SR, Bassir Nia A. Burnout and associated factors among Iranian emergency medicine practitioners. *Iranian Journal of Public Health.* 2013; 42(9), 1034–1042.
- Judd LL, Akiskal HS, Paulus MP. The role and clinical significance of subsyndromal depressive symptoms (SSD) in unipolar major depressive disorder. *J Affect Disord.* 1997;45:5-18.
- Judd LL, Paulus MJ, Schettler PJ, Akiskal HS, Endicott J, Leon AC, et al. Does incomplete recovery from first life-time major depressive episode herald a chronic course of illness? *Am J Psychiatry* 2000;157:1501-1504
- Kaçmaz N. Tükenmişlik (Burnout) Sendromu. *İstanbul Tıp Fakültesi Dergisi.* 2005;68(1):29-32.
- Karamustafaloğlu O, Özçelik B. Birinci Basamakta Ruh Sağlığı Eğitimi Ders Notları. 1. Baskı, İstanbul: İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü Ruh Sağlığı ve Sosyal Hastalıklar Şube Müdürlüğü yayınları, 2003: 16.
- Keller MB. Issues in treatment-resistant depression. *J Clin Psychiatry.* 2005;66 (suppl 8): 5-12.
- Keller MB, Lavori PW, Mueller TI, Endicott J, Coryell W, Hirschfeld RM, et al. Time to recovery, chronicity, and levels of psychopathology in major depression: a 5-year prospective follow up of 431 subjects. *Arch Gen Psychiatry.* 1992;49:809-816.
- Keller MB, Shapiro RW, Lavori PW. Recovery in major depressive disorder: Analysis with the life table and regression models. *Arch Gen Psychiatry.* 1982; 39:905-910.
- Kessler RC, Wittchen H. Patterns and correlates of generalized anxiety disorder in community samples. *J Clinical Psychiatry.* 2002; 63: 4-10.
- Kessler RC, McGonable KA, Zhao S, Nelson CB, Hughes M, Eshleman S. Lifetime and 12 month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States:

- results from the National Comorbidity Survey, *Arch Gen Psychiatry*. 1994; 51: 8-19.
- Khalid S, Irshad MZ, Babak M. Job satisfaction among academic staff: a comparative analysis between public and private sector universities of Punjab, Pakistan. *International Journal of Business and Management*. 2012; (7)1:126-136.
- Kılıç C. Türkiye Ruh Sağlığı Profili-Erişkin nüfusta ruhsal hastalıkların yaygınlığı, ilişkili faktörler, yetiyitimi ve ruh sağlığı hizmeti kullanımı sonuçları. Hazırlayanlar. Erol N, Kılıç C, Ulusoy M ve ark. Türkiye Ruh Sağlığı Profili Raporu' nda. Ankara, TC Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ankara. 1998; 77-94.
- Kirkman B, Rosen B. A model of teamwork empowerment. *Research in Organizational Change and Development*. 1997;10(1), 131-167.
- Kivimäki, M.; Kawachi, I. Work Stress as a Risk Factor for Cardiovascular Disease. *Curr. Cardiol. Rep.* 2015, 17, 630. [CrossRef] [PubMed]
- Klingman D, Localio AR, Sugarman J, Wagner JL, Polishuk PT, Wolfe L, et al. Measuring defensive medicine using clinical scenario surveys. *J Health Polit Policy Law*. 1996;21:185-217.
- Koys DJ. The effects of employee satisfaction, organizational citizenship behavior, and turnover on organizational effectiveness: A unit-level, longitudinal study. *Personnel Psychology*. 2001; 54(1), 101-114.
- Kurçer MA. Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Hekimlerinin İş Doymu ve Tükenmişlik Düzeyleri. *Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 2005; 2(3):10-15.
- Kutanis RÖ, Tunç T. Hemşirelerde Benlik Saygısı ile Durumluk ve Sürekli Kaygı Arasındaki İlişki: Bir Üniversite Hastanesi Örneği. *İş, Güç, Endüstri İlişkileri ve İnsan Kaynakları Dergisi* 2013;15(2);1-15.
- Le Fevre M, Matheny J, Kolt GS. Eustress, distress, and interpretation in occupational stress. *J. Manag. Psychol.* 2003; 18, 726-744.
- Lecompte A, Öner N. Durumluk-Sürekli Kaygı Envanterinin Türkçe'ye Adaptasyon ve Standardizasyonu ile İlgili Bir Çalışma. IX. Milli Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi Çalışmaları. 1975; 457-462.
- Lee R, Ashforth E. A Further Examination of Managerial Burnout: Toward an Integrated Model. *Journal of Organizational Behavior*. 1993;(14)1: 3-20.
- Leung MY, Chan IYS, Cooper CL. *Theories of Stress, in Stress Management in the Construction Industry*; John Wiley and Sons, Ltd.: Chichester, UK, 2014.

- Lewin JE, Sager JK. A Process Model of Burnout among Salespeople: Some New Thoughts. *Journal of Business Research*. 2007; 60(12), 1216-1224.
- Li X, Guan L, Chang H, Zhang B. Core self-evaluation and burnout among Nurses: the mediating role of coping styles. *PLoS One* 2014; Dec 26;9(12):e115799.
- Lingard H. The Impact of Individual and Job Characteristics on Burnout Among Civil Engineers in Australia and the Implications for Employee Turnover. *Construction Management and Economics*. 2003; 21:69–80.
- Locke EA, Henne D. Job dissatisfaction: What are the consequences? *International Journal of Psychology*. 1985; 20, 221–240.
- Manner PA. Practicing defensive medicine-not good for patients or physicians. *AAOS Now* Jan-Feb 2007 Available: <http://www.aaos.org/news/bulletin/janfeb07/clinical2.asp>.
- Martins H, Proença T. Minnesota Satisfaction Questionnaire-Psychometric Properties and Validation in a Population of Portuguese Hospital Workers. *FEB Working Papers*. 2012;1-20.
- Maslach C, Leiter MP. Understanding the burnout experience: recent research and its implications for psychiatry. *World Psychiatry* 2016;15:103–11.
- Maslach C, Jackson SE. The Measurement of Experienced Burnout” *Journal of Occupational Behaviour*. 1981; 2: 99-113.
- Maslach C, Jackson SE. *Maslach Burnout Inventory Manual*, 2nd Edition, Palo Alto, Consulting Psychologist Press;1986.
- Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job Burnout, *Annual Reviews of Psychology*. 2001; 52, 397-422. 8.
- Miller IW, Keitner GI, Schatzberg AF. The treatment of chronic depression, pt 3: psychosocial functioning before and after treatment with sertraline or imipramine. *J Clin Psychiatry*. 1998; 59: 608-619.
- Mizoguchi Y, Sakami A, Imamura Y, Tsuruta T, Egami M, Yamada S. The effect of oral presentation on salivary 3-methoxy-4-hydroxy-phenylglycol (MHPG) and cortisol concentrations in training doctors: A preliminary study. *Endocrine* 2012, 42, 752–753.
- Murray CJL, Lopez AD. Global mortality, disability, and the contribution of risk factors: global burden of disease study. *Lancet*. 1997a; 349:1436–1442.
- Murray CJL, Lopez AD. Alternative projections of mortality and disability by cause, 1990-2020: global burden of disease study. *Lancet*. 1997b; 349:1498– 1504

- Nahed BV, Babu MA, Smith TR, Heary RF. Malpractice liability and defensive medicine: a national survey of neurosurgeons. PLoS One. 2012; 7: e39237.
- Newman, T. Relationships between coping self-efficacy and burnout in nurse practitioners and physician assistants. (PhD.) San Diego, USA: California School of Professional Psychology at Alliant International University. 2012; 103; 3547735
- Nutt D. Early action of nefazodone in anxiety associated with depression. J Psychopharmacol 1995; 10(suppl):18-21 101.
- Odabaşı AB, Tümer AR. Çekinik (Defansif) Hekimlik; Yeni Türk Ceza Kanunu'nun Uygulama Aşamasında Toplum Bekleyen Tehlike. STED. 2006;15-4,55-9
- Okpara JO, Squillace M, Eröndü EO. Gender Differences And Job Satisfaction: A Study Of University Teachers in The United States, Women in Management Review. 2005 Vol. 20; (3), 178.
- Olchanski N, McInnis Myers M, Halseth M, Cyr PL, Bockstedt L, Goss TF, et al. The economic burden of treatment-resistant depression. Clinical therapeutics. 2013; 35(4), 512-522.
- Oliveira AM, Silva MT, Galvão TF, Lopes LC. The relationship between job satisfaction, burnout syndrome and depressive symptoms: An analysis of professionals in a teaching hospital in Brazil. Medicine (Baltimore). 2018 Dec;97(49):e13364.
- Oshagbemi T. Personal Correlates Of Job Satisfaction: Emprical Evidence Form UK Universities, International Journal Of Social Economics. 2003 Vol. 30; No.12, 1210.
- Öner N, Le Compte A. Süreksiz durumluk sürekli kaygı envanteri el kitabı. İstanbul: Boğaziçi Üniversitesi Yayınevi; 2013.
- Örsel S. Depresyonda Tedavi: Genel ilkeler ve kullanılan antidepresan ilaçlar. Klinik Psikiatri 2004;4:17-24.
- Özipek, A. Ortaöğretim Okullarında Görev Yapan Öğretmenlerde Mesleki Tükenmişlik Düzeyi ve Nedenleri. Yüksek Lisans Tezi, Edirne, Trakya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. 2006.
- Özkan S. Psikiyatrik Tıp, Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi. Roche, İstanbul, 1993.
- Özmen E. Anksiyete Bozuklukları Epidemiyolojisi. Psikiyatrik Epidemiyoloji'de. Ed. Doğan O. Ege Psikiyatri Yayınları. İzmir; 2002.

- Öztürk M. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. 10. Baskı, Ankara, Nobel Tıp Kitabevi. 2004; 343-89.
- Özyurt A, Hayran O, Sur H. Predictors of burnout and job satisfaction among Turkish physicians. *The Quarterly Journal of Medicine*. 2006; 99, 161–169
- Papp LA, Gorman JM. Generalized anxiety disorder. In: Kaplan HI, Sadock BJ, eds. *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. 6th ed. Baltimore, Md: Williams and Wilkins; 1995:1236-49.
- Paterick TJ, Paterick BB, Paterick TE. Implications of Good Samaritan laws for physicians. *J Med Pract Manage*. 2008 May-Jun;23(6):372-5.
- Pereira-Lima K, Loureiro SR. Burnout, anxiety, depression, and social skills in medical residents. *Psychol. Health Med*. 2015, 20, 353–362.
- Pfeffer J. Organization theory and structural perspectives on management. *Journal of Management*. 1991; 17(4), 789–803.
- Pines AM, Nunes R. The Relationship Between Career and Couple Burnout: Implications for Career and Couple Counseling. *Journal of Employment Counseling*. 2003; 40(2): 50-64.
- Prien RF, Carpenter LL, Kupfer DJ. The definition and operational criteria for treatment outcome of major depressive disorder. A review of the current research literature. *Arch Gen Psychiatry*. 1991; 48(9):796-800.
- Project, The Medical Malpractice Threat: A Study of Defensive Medicine, *Duke Law Journal*, Vol.1971, No.5.Dec.1971;939-993.
- Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Müdürlüğü, Başkent Üniversitesi (2004) Ulusal Hastalık Yüğü ve Maliyet-Etkililik Projesi. Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, Ankara, s: 267-305.
- Renzi C, Tabolli S, Ianni A. Burnout and job satisfaction comparing healthcare staff of a dermatological hospital and a general hospital. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*. 2005;19, 153–157.
- Rinehart JS, Short P. Job satisfaction and empowerment among teacher leaders, reading recovery teachers and regular classroom teachers. *Education*. 1994;114(4):570-80.
- Roerig JL. Diagnosis and Management of Generalized Anxiety Disorder. *J Am Pharm Assoc* 1999; 39:811-821.

- Romera I, Pérez V, Menchón JM, Polavieja P, Gilaberte I. Optimal cutoff point of the Hamilton Rating Scale for Depression according to normal levels of social and occupational functioning. *Psychiatry Res.* 2011 Mar 30;186(1):133-7.
- Rosales RA, Labrague JL, Rosales GL. Nurses' job satisfaction and burnout: Is there a connection? *International Journal of Advanced Nursing Studies.* 2013;2(1), 1–10.
- Roy-Byrne PP, Wagner A. Primary care perspectives on generalized anxiety disorder. *J Clin Psychiatry* 2004; 65: 20-26.
- Rush AJ, Trivedi M, Fava, M. Depression, IV: STAR*D treatment trial for depression. *Am J Psychiatry* 2003;160:237.
- Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan and Sadock's Concise Textbook of Clinical Psychiatry. 3.Baskı, Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2008: 236-71.
- Sağlıkla İlgili Uluslararası Belgeler, Türk Tabipler Birliği Merkez Konseyi Yayınları, Ankara, 1998.
- Sarmiento TP, Laschinger HKS, Iwasiw C. Nurse Educators' workplace empowerment, burnout, and job satisfaction: Testing Kanter's theory. *Journal of Advanced Nursing.* 2004; 46(2), 134–143.
- Sat S. Örgütsel ve bireysel özellikler açısından iş doyumunu ile tükenmişlik düzeyi arasındaki ilişki: Alanya'da banka çalışanları üzerinde bir inceleme. Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü; 2011.
- Sathiyakumar V, Jahangir AA, Mir HR, Obremsky WT, Lee YM, Apfeld JC et al. The prevalence and costs of defensive medicine among orthopaedic trauma surgeons: A national survey study. *J Orthop Trauma.* 2013;27: 592–597.
- Savrun M. Depresyonun Tanımı ve Epidemiyolojisi. İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Depresyon, Somatizasyon ve Psikiyatrik Aciller Sempozyumu. İstanbul. 1999;p. 11-17.
- Sayek F. Sağlıkla İlgili Uluslararası Belgeler 1. Baskı. Ankara. TTB Yayınları. 1998.
- Schaufeli WB, Leiter MP, Maslach C. Burnout: 35 years of research and practice. *Career Development International.* 2009; 14(3), 204–220.
- Segal J (2012) Defensive medicine: a culprit in spiking healthcare costs. *Med Econ* 25: 70–71.
- Sevimli F, İşcan ÖF. Bireysel ve iş ortamına ait etkenler açısından iş tatmini. *Ege Akademik Bakış.* 2005;5/1-2:55-64.

- Shanafelt TD, Boone S, Tan L, Dyrbye LN, Sotile W, Satele D, et al. Burnout and satisfaction with work-life balance among US physicians relative to the general US population. *Archives of Internal Medicine*. 2012; 18(8), 1377–1385.
- Sluiter JK, Van Der Beek AJ, Frings-Dresen MH. Medical staff in emergency situations: Severity of patient status predicts stress hormone reactivity and recovery. *Occup. Environ. Med*. 2003; 60, 373–375.
- Sonntag S, Fritz C. Endocrinological processes associated with job stress: Catecholamine and cortisol responses to acute and chronic stressors. In *Research in Organizational Stress and Wellbeing: Employee Health, Coping, and Methodologies*; Eds. Perrewé PL, Ganster DC. Elsevier: Amsterdam, The Netherlands, 2006; pp. 1–59.
- Spielberger CD, Auerbach SM, Wadsworth AP, Dunn TM, Taulbee ES. Emotional reactions to surgery. *J Consult Clin Psychol*. 1973; 40: 33-38.
- Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene RE. *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press; 1970.
- Spielberger CD. *Anxiety: Current trends in theory and research: I*. New York, N.Y.: Academic Press; 1972.
- Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene R, Vagg PR, Jacobs GA. *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press; 1983.
- Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene R. *Manual del Cuestionario de Ansiedad Estado/Rasgo (STAI)*; TEA Ediciones: Madrid, Spain, 1982.
- Stanley MA, Beck JG. Anxiety disorders. *Clin Psychol Rev* 2000; 20: 731– 754.
- Starcevic V. *Anxiety disorders in adults: a clinical guide. 2*. Baskı, New York: Oxford University Press: 2009: 1-480.
- Stoll P. Defensive Medicine. *Beitr Gerichtl Med*. 1982;40:35-40
- Studdert DM, Mello MM, Sage WM, DesRoches CM, Peugh J, Zapert K, et al. Defensive medicine among high-risk specialist physicians in a volatile malpractice environment. *JAMA*. 2005; 293: 2609–2617.
- Sucuoğlu B, Kuloğlu N. Özürlü Çocuklarla Çalışan Öğretmenlerde Tükenmişliğin Değerlendirilmesi. *Türk Psikoloji Dergisi*. 1996; 10:44-60.
- Sünter TA, Canbaz S, Dabak Ş, Öz H, Peşken Y. Pratisyen Hekimlerde Tükenmişlik, İşe Bağlı Gerginlik ve İş Doyumu Düzeyleri. *Genel Tıp Dergisi*. 2006; 16(1):9-14.

- Sürmeli A. Anksiyete kavramı ve anksiyete bakışlarına temel bir bakış. In: Güleç C, Köroğlu E, editors. Psikiyatri Temel Kitabı. Ankara; Hekimler Yayın Birliği 1997; p: 449–526.
- Tarcan M, Hikmet N, Schooley B, Top M, Tarcan GY. An analysis of the relationship between burnout, socio-demographic and workplace factors and job satisfaction among emergency department health professionals. *Appl Nurs Res.* 2017 Apr;34:40-47.
- Taylor CB. Treatment of anxiety disorders. In: Schatzberg AF, Nemeroff CB, editors. *Textbook of Psychopharmacology.* 2nd ed. Washington, DC: American Psychiatric Press Inc; 1998:775-89.
- Tippett TM. Health care reform 2009–2010: A neurosurgeon’s perspective. *J Neurosurg.* 2010; 113: 1127–1132.
- Tomb AD. Aile Hekimleri için Psikiyatri. Çev. Tunca Z, Fidaner H, İzmir, Saray Medikal Yay. 1994; 70-77.
- Torun A. Tükenmişlik, Aile Yapısı ve Sosyal Destek İlişkileri Üzerine Bir İnceleme. İstanbul, Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü;1995.
- Torun A. Stres ve Tükenmişlik, Endüstri ve Örgüt Psikolojisi içinde, In: Suna Tevrüz; editör, 2.Baskı, Türk Psikologlar Derneği ve Kalite Derneği Ortak Yayını, İstanbul.1997; 43- 53.
- Trivedi MH, Hollander E, Nutt D, Blier P. Clinical evidence and potential neurobiological underpinnings of unresolved symptoms of depression. *J Clin Psychiatry* 2008;69:246-258.
- Uzday İT. Anksiyetenin nörobiyolojisi. *Klinik Psikiyatri Dergisi* 2002; 5 (EkSayı:1): 5-13.
- Weiss DJ, Dawis RV, England GW, Lofquist LH. *Manual for the Minnesota Satisfaction Questionnaire.* 1967; Vol. 22, Minnesota Studies in Vocational Rehabilitation, Minneapolis: University of Minnesota, Industrial Relations Center.
- Weissman MM, Bruce LM, Leaf PJ. Affective disorders, in *Psychiatric Disorders in America: The Epidemiologic Catchment Area Study.* Edited by Robins LN, Regier DA. New York, Free Press.1991; 53–80.
- Wells KB, Golding JM, Burnam MA. Chronic medical conditions in a sample of the general population with anxiety, affective, and substance use disorders. *Am J Psychiatry* 1989;146:1440-6.

- Williamson K, Lank PM, Cheema N, Hartman N, Lovell EO. Emergency Medicine Education Research Alliance (EMERA). Comparing the Maslach Burnout Inventory to Other Well-Being Instruments in Emergency Medicine Residents. *J Grad Med Educ.* 2018 Oct;10(5):532-536.
- Wittchen HU. Generalized anxiety disorder: prevalence, burden, and cost to society. *Depress Anxiety* 2002; 16: 162-171.
- Wong ML, Anderson J, Knorr T, Joseph JW, Sanchez LD. Grit, anxiety, and stress in emergency physicians. *Am J Emerg Med.* 2018 Jun;36(6):1036-1039.
- Wu S, Li H, Zhu W, Lin S, Chai W, Wang X. Effect of work stressors, personal strain, and coping resources on burnout in Chinese medical professionals: a structural equation model. *Ind Health* 2012;50:279–87.
- Yaşar Teke H. Tıbbi Uygulama Hataları ile İlgili Kanuni Düzenlemelere Hekimlerin Bakışı ve Bilgilenme Düzeyi: Anket Çalışması, Türkiye Klinikleri *J Foren Med* 2007, 4:61-67.
- Yelboğa A. İnsan Kaynakları Bölümünde Çalışanların İş Doyumlarındaki Farklılıkların İncelenmesi. *Yönetim* 2008;61:125-42.
- Yorulmaz C. İstanbul Tabip Odasına Yansıyan Hekim Hatası İddiası Bulunan Olguların Adli Tıp Açısından İrdelenmesi, İ.Ü.Adli Tıp Enstitüsü Tıp Bilimleri ABD; 2005.
- Yüksel N. Antidepresan ilaçlar. *Psikofarmakoloji.* Ankara, Çizgi Tıp Yayınevi. 2003; 169-264p.
- Zhou J, Yang Y, Qiu X, Yang X, Pan H, Ban B, et al. Relationship between anxiety and burnout among chinese physicians: a moderated mediation model. *PLoS One.* 2016; 11(8): e0157013.
- Zimmerman M, Posternak MA, Chelminski I. Derivation of a definition of remission on the Montgomery-Asberg depression rating scale corresponding to the definition of remission on the Hamilton rating scale for depression. *J Psychiatr Res.* 2004b; 38(6):577-82.
- <https://www.saglikaktuel.com/haber/2017-yili-ocak-ekim-donemi-acil-servisler-iliskin-veriler-60263.htm>
- İkinci Sağlık Hukuku Sempozyumu, available at:
<http://www.turkhukusitesi.com/showthread.php?t=19191>

Rotenstein LS, Torre M, Ramos MA, Rosales RC, Guille C, Sen S, et al. Prevalence of Burnout Among Physicians: A Systematic Review. JAMA. 2018 Sep 18;320(11):1131-1150.

www.sccma-mcms.org/portals/19/assets/docs/depressive-disorder-icd-10-bh.pdf



EKLER

EK 1. Anket Soruları

MEDİKOLEGAL ENDİŞELER VE ACİL TIP DOKTORLARI ÜZERİNDEKİ ETKİLERİ ANKETİ

1. Kaç Yaşındasınız?

2. Kaç Yıllık Hekimsiniz?

3. Cinsiyetiniz?

1. ERKEK []
2. KADIN []

4. Hangi Sağlık Kuruluşunda Çalışıyorsunuz?

1. ÖZEL HASTANE []
2. DEVLET HASTANESİ []
3. ÜNİVERSİTE HASTANESİ []

5. Görev Ünvanınız Nedir?

1. PRATİSYEN HEKİM []
2. ASİSTAN []
3. UZMAN HEKİM []
4. ÖĞRETİM ÜYESİ []

6. Tıbbi Malpraktis Davalarının Sayısında Artış Olduğuna İnanıyor musunuz?

1. KESİNLİKLE EVET []
2. EVET []
3. KARARSIZIM []
4. HAYIR []
5. KESİNLİKLE HAYIR []

7. Hakkınızda Açılacak Tıbbi Malpraktis Davası Hekimlik Performansınızı Azaltır mı?

1. KESİNLİKLE EVET []
2. EVET []
3. KARARSIZIM []
4. HAYIR []
5. KESİNLİKLE HAYIR []

8. Tıbbi Hatanız Olduğu İddiası İle Aleyhinize Dava Açıldığı Oldu mu?

- | | |
|----------------|-----|
| 1. HİÇ OLMADI | [] |
| 2. BİR DEFA | [] |
| 3. İKİ DEFA | [] |
| 4. ÜÇ DEFA | [] |
| 5. ÜÇTEN FAZLA | [] |

9. Medikolegal Endişelerle Fazladan Tetkik İsteddiğiniz Oluyor mu?

- | | |
|-----------------|-----|
| 1. HER ZAMAN | [] |
| 2. ÇOĞU ZAMAN | [] |
| 3. BAZEN | [] |
| 4. NADİREN | [] |
| 5. HİÇBİR ZAMAN | [] |

10. Medikolegal Endişelerle Fazladan İlaç Yazdığınız Oluyor mu?

- | | |
|-----------------|-----|
| 1. HER ZAMAN | [] |
| 2. ÇOĞU ZAMAN | [] |
| 3. BAZEN | [] |
| 4. NADİREN | [] |
| 5. HİÇBİR ZAMAN | [] |

11. Medikolegal Endişelerle, Dava Etme Olasılığı Yüksek Hastalardan Kaçındığınız Oluyor mu?

- | | |
|-----------------|-----|
| 1. HER ZAMAN | [] |
| 2. ÇOĞU ZAMAN | [] |
| 3. BAZEN | [] |
| 4. NADİREN | [] |
| 5. HİÇBİR ZAMAN | [] |

12. Medikolegal Endişelerle Fazladan Ve/ Veya Gereksiz Konsültasyon İsteddiğiniz Oluyor mu?

- | | |
|-----------------|-----|
| 1. HER ZAMAN | [] |
| 2. ÇOĞU ZAMAN | [] |
| 3. BAZEN | [] |
| 4. NADİREN | [] |
| 5. HİÇBİR ZAMAN | [] |

13. Medikolegal Endişelerle Tıbbi Endikasyon Olmadığı Halde Hasta Yatırdığınız Oluyor mu?

- | | |
|-----------------|-----|
| 1. HER ZAMAN | [] |
| 2. ÇOĞU ZAMAN | [] |
| 3. BAZEN | [] |
| 4. NADİREN | [] |
| 5. HİÇBİR ZAMAN | [] |

14. Medikolegal Endişelerle, Kompleks Medikal Problemleri Olan Hastalardan Kaçındığınız Oluyor mu?

- | | |
|-----------------|-----|
| 1. HER ZAMAN | [] |
| 2. ÇOĞU ZAMAN | [] |
| 3. BAZEN | [] |
| 4. NADİREN | [] |
| 5. HİÇBİR ZAMAN | [] |

15. Medikolegal endişelerle görüntüleme tetkiklerini, acil tedavi/ takip olmadığını ispatlamak için kullandığınız oluyor mu?

- | | |
|-----------------|-----|
| 1. HER ZAMAN | [] |
| 2. ÇOĞU ZAMAN | [] |
| 3. BAZEN | [] |
| 4. NADİREN | [] |
| 5. HİÇBİR ZAMAN | [] |

16. Dava edilme korkusu ile, tıbbi uygulamaları daha detaylı açıkladığınız oluyor mu?

- | | |
|-----------------|-----|
| 1. HER ZAMAN | [] |
| 2. ÇOĞU ZAMAN | [] |
| 3. BAZEN | [] |
| 4. NADİREN | [] |
| 5. HİÇBİR ZAMAN | [] |

17. Medikolegal Endişelerle Komplikasyon Olasılığı Yüksek Tedavilerden Kaçındığınız Oluyor mu?

- | | |
|-----------------|-----|
| 1. HER ZAMAN | [] |
| 2. ÇOĞU ZAMAN | [] |
| 3. BAZEN | [] |
| 4. NADİREN | [] |
| 5. HİÇBİR ZAMAN | [] |

18. Medikolegal endişelerle, yüksek riskli vakalarda “ya dava edilirse” şeklinde düşünerek kayıtları daha detaylı tuttuğunuz oluyor mu?

- | | |
|-----------------|-----|
| 1. HER ZAMAN | [] |
| 2. ÇOĞU ZAMAN | [] |
| 3. BAZEN | [] |
| 4. NADİREN | [] |
| 5. HİÇBİR ZAMAN | [] |

19. Medikolegal endişelerle aydınlatılmış onam formlarına daha fazla önem verdiğiniz oluyor mu?

- | | |
|-----------------|-----|
| 1. HER ZAMAN | [] |
| 2. ÇOĞU ZAMAN | [] |
| 3. BAZEN | [] |
| 4. NADİREN | [] |
| 5. HİÇBİR ZAMAN | [] |

20. Medikolegal Endişelerle, Tedavi Olanığınız Olduğu Halde Riskli Hastaları İleri Basamak Hastanelere Sevk Ettiğiniz Oluyor mu?

1. HER ZAMAN []
2. ÇOĞU ZAMAN []
3. BAZEN []
4. NADİREN []
5. HİÇBİR ZAMAN []

21. İçinde Bulduğunuz Şartlara Göre Her An Bir Tıbbi Malpraktis Davası İle Karşılaşma Riskiniz Nedir?

1. SON DERECE YÜKSEK []
2. ÇOK YÜKSEK []
3. YÜKSEK []
4. PEK YÜKSEK DEĞİL []
5. HİÇ YÜKSEK DEĞİL []

22. Tıbbi Malpraktis Sigorta Poliçesi Yaptırıyor musunuz?

1. HİÇ YAPTIRMADIM []
2. SON BİR YILDIR YAPTIRIYORUM []
3. SON İKİ YILDIR YAPTIRIYORUM []
4. SON ÜÇ YILDIR YAPTIRIYORUM []
5. SON DÖRT YILDIR YAPTIRIYORUM []
6. DAHA ÖNCE YAPTIRMIŞTİM, ŞİMDİ SİGORTAM YOK []

23. Yeni “Türk Ceza Kanunu”Nun 1 Haziran 2005 Tarihinde Yürürlüğe Girmesinden Sonra Hekimlik Uygulamalarınızda Endişe Hissettiniz mi?

1. KESİNLİKLE EVET []
2. EVET []
3. KARARSIZIM []
4. HAYIR []
5. KESİNLİKLE HAYIR []

24. Sizce “Yapılacak Tüm Tıbbi Girişimleri Kabul Ediyorum, Zarar Oluştığında Hekimimi Dava Etmeyeceğim” Şeklinde Düzenlenen Bir Belge Hekimi Sorumluluktan Kurtarır mı?

1. KESİNLİKLE EVET []
2. EVET []
3. KARARSIZIM []
4. HAYIR []
5. KESİNLİKLE HAYIR []

25. Resmi Gazete’de Yayınlanan “Hasta Hakları Yönetmeliği”ni Okudunuz mu?

1. HİÇ DUYMADIM []
2. DUYDUM, HİÇ OKUMADIM []
3. KISMEN OKUDUM []
4. TAMAMINI OKUDUM []

26. Komplikasyon-Malpraktis Ayırımının Net Olarak Yapılamadığını Düşünüyor musunuz?

1. KESİNLİKLE EVET []
2. EVET []
3. KARARSIZIM []
4. HAYIR []
5. KESİNLİKLE HAYIR []

27. “Tıbbi Malpraktis Sigortası” Yaptırmanız Hekimlik Uygulamalarınızı Daha Rahat Yapmanızı Sağlar mı?

1. KESİNLİKLE EVET []
2. EVET []
3. KARARSIZIM []
4. HAYIR []
5. KESİNLİKLE HAYIR []

28. Tıbbi Hata Yapmak Konusunda Endişe Duyduğunuz Oluyor mu?

1. HER ZAMAN []
2. ÇOĞU ZAMAN []
3. BAZEN []
4. NADİREN []
5. HİÇBİR ZAMAN []

29. Hata Yapma Endişesi Nedeniyle İntihar Düşüncesi Oluyor mu?

1. HER ZAMAN []
2. ÇOĞU ZAMAN []
3. BAZEN []
4. NADİREN []
5. HİÇBİR ZAMAN []

30. Hata Yapma Endişesi Nedeniyle Mesleği Bırakma/ Değiştirme Düşüncesi Oluyor mu?

1. HER ZAMAN []
2. ÇOĞU ZAMAN []
3. BAZEN []
4. NADİREN []
5. HİÇBİR ZAMAN []

31. Hata Yapma Endişesi Nedeniyle Başka Ülkelerde Mesleğinizi İcra Etme Düşüncesi Oluyor mu?

1. HER ZAMAN []
2. ÇOĞU ZAMAN []
3. BAZEN []
4. NADİREN []
5. HİÇBİR ZAMAN []

32. Hata Yapma Endişesi Nedeniyle Tekrar Sınava Girip Daha Düşük Riskli Bir Branşa Geçme Düşüncesi Oluyor mu?

1. HER ZAMAN []
2. ÇOĞU ZAMAN []
3. BAZEN []
4. NADİREN []
5. HİÇBİR ZAMAN []

33. Hekimlik Yapacağınız Branşı Seçerken Malpraktis Endişesi Seçiminizde Etkili Oldu mu?

1. KESİNLİKLE EVET []
2. EVET []
3. KARARSIZIM []
4. HAYIR []
5. KESİNLİKLE HAYIR []

34. Amirleriniz Ve/ Veya Üst Düzey Devlet Memurları Tarafından Endikasyon Dışı Tetkik İsteme/ Rapor Yazma Durumunda Bırakıldınız mı?

1. HİÇ OLMADI []
2. BİR DEFA []
3. İKİ DEFA []
4. ÜÇ DEFA []
5. ÜÇTEN FAZLA []

MASLACH TÜKENMİŞLİK ÖLÇEĞİ

(Maslach burnout inventory manual)

Aşağıda, kişilerin ruh durumlarını ifade ederken kullandıkları bazı cümleler verilmiştir. Lütfen her bir cümleyi dikkatle okuyarak hangi sıklıkta hissettiğinizi size uyan seçeneğe işaret koyarak belirtiniz.	Hiçbir Zaman	Yılda Birkaç Kez	Ayda Birkaç Kez	Haftada Birkaç Kez	Hergün
1. “Kendini işimden duygusal olarak uzaklaşmış hissediyorum.”	0	1	2	3	4
2. “İşgününün sonunda kendimi bitkin hissediyorum.”	0	1	2	3	4
3. “Sabah kalkıp yeni bir işgünü ile karşılaşmak zorunda kaldığımda kendimi yorgun hissediyorum.”	0	1	2	3	4
4. “Hastalarımın pek çok şey hakkında neler hissettiklerini anlayabilirim.”	0	1	2	3	4
5. “Bazı hastalarımın onlar sanki kişilikten yoksun bir objeymiş gibi davrandığını hissediyorum.”	0	1	2	3	4
6. “Bütün gün insanlarla çalışmak benim için gerçekten bir gerginliktir.”	0	1	2	3	4
7. “Hastalarımın sorunlarını etkili bir şekilde hallederim.”	0	1	2	3	4
8. “İşimin beni tükettiğini hissediyorum.”	0	1	2	3	4
9. “İşimle diğer insanların yaşamlarını olumlu yönde etkilediğimi hissediyorum.”	0	1	2	3	4
10. “Bu mesleğe başladığımdan beri insanlara karşı katılaştığımı hissediyorum.”	0	1	2	3	4
11. “Bu iş beni duygusal olarak katılaştırdığı için sıkıntı duyuyorum.”	0	1	2	3	4
12. “Kendimi çok enerjik hissediyorum.”	0	1	2	3	4
13. “İşimin beni hayal kırıklığına uğrattığını düşünüyorum.”	0	1	2	3	4
14. “İşimde gücümün üstünde çalıştığımı hissediyorum.”	0	1	2	3	4
15. “Bazı hastaların başına gelenler gerçekten umurumda değil.”	0	1	2	3	4
16. “Doğrudan insanlarla çalışmak bende çok fazla strese neden oluyor.”	0	1	2	3	4
17. “Hastalarımın rahat bir atmosferi kolayca sağlayabilirim.”	0	1	2	3	4
18. “Hastalarımınla yakın ilişki içinde çalıştıktan sonra kendimi ferahlamış hissediyorum.”	0	1	2	3	4
19. “Bu meslekte pek çok değerli işler başardım.”	0	1	2	3	4
20. “Kendimi çok çaresiz hissediyorum.”	0	1	2	3	4
21. “İşimde duygusal sorunları bir hayli soğukkanlılıkla hallederim.”	0	1	2	3	4
22. “Hastaların bazı problemleri için beni suçladıklarını hissediyorum.”	0	1	2	3	4

MINNESOTA DOYUM ÖLÇEĞİ
(Minnesota Satisfaction Questionnaire- MSQ)

Aşağıda işinizin çeşitli yönleri ile ilgili cümleler bulunmaktadır. Her cümleyi dikkatle okuyarak o cümlede belirtilen yönden işinizden ne derecede memnun olduğunuzu işaretleyiniz. Cevap verirken “bu yönden işimden ne derecede memnunum” diye kendinize sorunuz.	Hiç Memnun Değilim	Memnun Değilim	Kararsızım	Memnunum	Çok Memnunum
1. Şimdiki işimden “ beni her zaman memnun etmesi “bakımından	1	2	3	4	5
2. Şimdiki işimden “ tek başıma çalışma olanağı olması” bakımından	1	2	3	4	5
3. Şimdiki işimden “ ara sıra değişik şeyler yapabilme şansı” bakımından	1	2	3	4	5
4. Şimdiki işimden “ toplumda saygın bir kişi olma şansını vermesi” bakımından	1	2	3	4	5
5. Şimdiki işimden “ yöneticimin ekibindeki kişileri idare tarzı ” bakımından	1	2	3	4	5
6. Şimdiki işimden “ yöneticimin karar vermedeki yeteneği” bakımından	1	2	3	4	5
7. Şimdiki işimden “ vicdanıma aykırı olmayan şeyler yapabilme şansım olması” bakımından	1	2	3	4	5
8. Şimdiki işimden “ bana sabit bir iş sağlaması “ bakımından	1	2	3	4	5
9. Şimdiki işimden “ başkaları için bir şeyler yapabilme olanağı bana vermesi “ bakımından	1	2	3	4	5
10. Şimdiki işimden “ kişilere ne yapacaklarını söyleme şansına sahip olma” bakımından	1	2	3	4	5
11. Şimdiki işimden “ kendi yeteneklerimi kullanarak bir şeyler yapabilme şansı olması” bakımından	1	2	3	4	5
12. Şimdiki işimden “ iş ile ilgili kararların uygulanmaya konması” bakımından	1	2	3	4	5
13. Şimdiki işimden “ yaptığım iş ve karşılığında aldığım ücret” bakımından					
14. Şimdiki işimden “ iş içinde terfi olanağımın olması ” bakımından	1	2	3	4	5
15. Şimdiki işimden “ kendi kararlarımı uygulama serbestliğini bana vermesi “ bakımından	1	2	3	4	5
16. Şimdiki işimden “ işimi yaparken kendi yöntemlerimi kullanabilme şansını bana vermesi “ bakımından	1	2	3	4	5
17. Şimdiki işimden “ çalışma şartları” bakımından	1	2	3	4	5
18. Şimdiki işimden “ çalışma arkadaşlarımla birbirleri ile anlaşmaları” bakımından	1	2	3	4	5
19. Şimdiki işimden “ yaptığım iyi bir iş karşılığında takdir edilme” bakımından	1	2	3	4	5
20. Şimdiki işimden “ yaptığım iş karşılığında duyduğum başarı hissi” bakımından	1	2	3	4	5

STAI FORM TX – I

İsim:..... Cinsiyet:.....

Yaş:..... Meslek:.....

Tarih:...../...../.....

YÖNERGE:Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da o anda nasıl hissettiğinizi ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerden uygun olanını işaretlemek suretiyle belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarfetmeksizin **anında** nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

		HİÇ	BİRAZ	ÇOK	TAMAMIYLA
1	Şu anda sakinim	-1	-2	-3	-4
2	Kendimi emniyette hissediyorum	-1	-2	-3	-4
3	Su anda sinirlerim gergin	-1	-2	-3	-4
4	Pişmanlık duygusu içindeyim	-1	-2	-3	-4
5	Şu anda huzur içindeyim	-1	-2	-3	-4
6	Şu anda hiç keyfim yok	-1	-2	-3	-4
7	Başıma geleceklerden endişe ediyorum	-1	-2	-3	-4
8	Kendimi dinlenmiş hissediyorum	-1	-2	-3	-4
9	Şu anda kaygılıyım	-1	-2	-3	-4
10	Kendimi rahat hissediyorum	-1	-2	-3	-4
11	Kendime güvenim var	-1	-2	-3	-4
12	Şu anda asabım bozuk	-1	-2	-3	-4
13	Çok sinirliyim	-1	-2	-3	-4
14	Sinirlerimin çok gergin olduğunu hissediyorum	-1	-2	-3	-4
15	Kendimi rahatlamış hissediyorum	-1	-2	-3	-4
16	Şu anda halimden memnunum	-1	-2	-3	-4
17	Şu anda endişeliyim	-1	-2	-3	-4
18	Heyecandan kendimi şaşkına dönmüş hissediyorum	-1	-2	-3	-4
19	Şu anda sevinçliyim	-1	-2	-3	-4
20	Şu anda keyfim yerinde.	-1	-2	-3	-4

STAI FORM TX – 2

İsim:..... Cinsiyet:.....

Yaş:..... Meslek:.....

Tarih:...../...../.....

YÖNERGE:Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da o anda nasıl hissettiğinizi ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerden uygun olanını işaretlemek suretiyle belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarfetmeksizin **anında** nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

		Hemen Hemen Hiçbir Zaman	Bazen	Çok Zaman	Hemen Her Zaman
21	Genellikle keyfim yerindedir	-1	-2	-3	-4
22	Genellikle çabuk yorulurum	-1	-2	-3	-4
23	Genellikle kolay ağlarım	-1	-2	-3	-4
24	Başkaları kadar mutlu olmak isterim	-1	-2	-3	-4
25	Çabuk karar veremediğim için fırsatları kaçıırım	-1	-2	-3	-4
26	Kendimi dinlenmiş hissediyorum	-1	-2	-3	-4
27	Genellikle sakin, kendine hakim ve soğukkanlıyım	-1	-2	-3	-4
28	Güçlüklerin yenemeyeceğim kadar biriktiğini hissedirim	-1	-2	-3	-4
29	Önemsiz şeyler hakkında endişelenirim	-1	-2	-3	-4
30	Genellikle mutluyum	-1	-2	-3	-4
31	Herşeyi ciddiye alır ve endişelenirim	-1	-2	-3	-4
32	Genellikle kendime güvenim yoktur	-1	-2	-3	-4
33	Genellikle kendimi emniyette hissedirim	-1	-2	-3	-4
34	Sıkıntılı ve güç durumlarla karşılaşmaktan kaçınırım	-1	-2	-3	-4
35	Genellikle kendimi hüznü hissedirim	-1	-2	-3	-4
36	Genellikle hayatımdan memnunum	-1	-2	-3	-4
37	Olur olmaz düşünceler beni rahatsız eder	-1	-2	-3	-4
38	Hayal kırıklıklarını öylesine ciddiye alırım ki hiç unutamam	-1	-2	-3	-4
39	Aklı başında ve kararlı bir insanım	-1	-2	-3	-4
40	Son zamanlarda kafama takılan konular beni tedirgin ediyor	-1	-2	-3	-4