



T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ADLİ TIP ANABİLİM DALI

**ADLİ TIP UZMANLARI VE UZMANLIK ÖĞRENCİLERİNDE
MESLEKİ TATMİN, TÜKENMİŞLİK İLE İKİNCİL
TRAVMATİK STRESİ ETKİLEYEN FAKTÖRLER**

DR. HÜSEYİN KARA
TIPTA UZMANLIK TEZİ

SAMSUN-2023



T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ADLİ TIP ANABİLİM DALI

**ADLİ TIP UZMANLARI VE UZMANLIK ÖĞRENCİLERİNDE
MESLEKİ TATMİN, TÜKENMİŞLİK İLE İKİNCİL
TRAVMATİK STRESİ ETKİLEYEN FAKTÖRLER**

Dr. Hüseyin KARA
TIPTA UZMANLIK TEZİ

Tez Danışmanı
Prof. Dr. Berna AYDIN

SAMSUN-2023

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim süresince mesleki ve akademik anlamda bilgi ve birikimleriyle yol gösteren, sıcak ve verimli bir çalışma ortamı hazırlayan ve her türlü zorluğumuzda yanımda olduklarını hissettiren, tez danışmanım sayın Prof. Dr. Berna AYDIN'a ve değerli hocam sayın Doç. Dr. Ahmet TURLA'ya,

Uyumlu bir çalışma süreci geçirdiğimiz, birlikte çalışmaktan keyif aldığım, aynı zamanda kendilerinden çok şey öğrendiğim asistan arkadaşlarım ve OMÜ Adli Tıp Anabilim Dalı çalışanlarına,

Her zaman yanımda olan sevgili aileme,

Tez çalışmamın ve hayatımın her anında bana destek olan sevgili eşim Uzm. Dr. Gökçe ÇELİK KARA'ya ve neşesiyle destek olan oğlum Kaan Artun KARA'ya

Teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Hüseyin KARA

BEYAN

“Adli tıp uzmanları ve uzmanlık öğrencilerinde mesleki tatmin, tükenmişlik ile ikincil travmatik stresi etkileyen faktörler” başlıklı tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, başka bir çalışmadan kopya edilmediğini, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

Dr. Hüseyin KARA

ÖZET

Amaç: Adli tıp hekimleri tüm hekimler gibi mesleklerinde stres yaşamaktadır, fiziksel ve ruhsal travmaya maruz kalan bireylerle sıklıkla karşılaşmaktadır. Mesleki tatminin artırılması, tükenmişlik ve ikincil travmatik stresin en aza indirilmesi, hekimlerin yaşamını ve sağlık sistemini olumlu etkileyecektir. Bu çalışma; adli tıp uzmanları ile uzmanlık öğrencilerinin mesleklerinden duyduğu tatmini, yaşadıkları tükenmişlik ve ikincil travmatik stresi etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacı ile yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Çalışmamız tanımlayıcı tipte kesitsel olarak tasarlanmış olup Türkiye’deki adli tıp uzmanları ile uzmanlık öğrencilerinden oluşan toplam 294 katılımcı ile yapılmıştır. Katılımcılara, sosyodemografik ve mesleki özellikleri değerlendiren anket formu ile çalışanlar için yaşam kalitesi ölçeği online olarak uygulanmıştır.

Bulgular: Katılımcıların; 224 (%76,2)’ünün mesleki tatmin için ortalama puan grubunda, 164 (%55,8)’ünün tükenmişlik için ortalama puan grubunda ve 76 (%25,9)’sının ikincil travmatik stres için ortalama/yüksek puan grubunda olduğu saptanmıştır. Yaş, gelir, unvan, çalışma süresi, cinsel suç mağduru muayene sayısı ve stres yönetimi eğitimi ile mesleki tatmin arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur. Gelir, cinsel suç mağduru muayenesi yapma ve psikolojik destek almayı gerektirecek travmatik bir olay yaşama ile tükenmişlik arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır. Çocuk sahibi olma, fiili nöbet, stres yönetimi eğitimi ve psikolojik destek almayı gerektirecek travmatik bir olay yaşama ile ikincil travmatik stres arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur.

Sonuç: Çalışmamızda adli tıp hekimlerinin mesleki tatmin düzeylerinin yüksek olmadığı ve tükenmişlik seviyelerinin ortalama/yüksek olduğu ve dörtte birinin ikincil travmatik stres açısından risk altında olduğu görülmüştür. Adli tıp hekimlerinin çalıştığı kurumlarda stresi ele alma ve refahı artırma çalışmalarında bulunmalarının sağlık sistemine ve hekimlere olumlu etkisi olacağını düşünmekteyiz.

Anahtar kelimeler: Adli Tıp, Mesleki Tatmin, Tükenmişlik, İkincil Travmatik Stres



ABSTRACT

Introduction: Forensic pathologists, like all healthcare professionals, experience stress in their careers and frequently encounter individuals exposed to physical and psychological trauma. Increasing job satisfaction and minimizing burnout and secondary traumatic stress will have a positive impact on the lives of healthcare professionals and the healthcare system. This study was conducted to determine the factors affecting the job satisfaction, burnout, and secondary traumatic stress experienced by forensic medicine specialists and medical students.

Material and Method: Our study was designed as a descriptive cross-sectional study and included a total of 294 participants consisting of forensic medicine specialists and medical students in Turkey. Participants were administered the Professional Quality of Life scale and an online questionnaire to assess their socio-demographic and professional characteristics.

Results: It was found that 224 (76.2%) participants had an average score for job satisfaction, 164 (55.8%) had an average score for burnout, and 76 (25.9%) had an average/high score for secondary traumatic stress. Age, income, title, years of experience, number of examinations of sexual assault victims, and stress management training were statistically significantly related to job satisfaction. Income, performing examinations of sexual assault victims, and experiencing a traumatic event requiring psychological support were statistically significantly related to burnout. Having children, being on-call, stress management training, and experiencing a traumatic event requiring psychological support were statistically significantly related to secondary traumatic stress.

Conclusion: In our study, it was observed that job satisfaction levels of forensic pathologists were not high, and their levels of burnout were average to high, with a quarter of them being at risk for secondary traumatic stress. We believe that efforts by forensic pathologists to address and mitigate stress in their working environments will have a positive impact on the healthcare system and healthcare professionals.

Keywords: Forensic Medicine, Job Satisfaction, Burnout, Secondary Traumatic Stress



İÇİNDEKİLER

Sayfa

TEŞEKKÜR.....	i
BEYAN	ii
ÖZET.....	iii
ABSTRACT.....	v
İÇİNDEKİLER	vii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	viii
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	ix
TABLolar DİZİNİ	x
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Adli Tıp	3
2.1.1. Adli tıp nedir?	3
2.1.2. Adli Tıp Eğitimi	3
2.1.3. Adli tıp alanında hizmet veren kurumlar	5
2.1.4. Adli Tıp çalışma alanları.....	5
2.2. Mesleki Tatmin (İş Doyumu)	5
2.2.1. Tanımı	5
2.2.2. Mesleki tatmini etkileyen faktörler	6
2.2.3. Hekimlerde mesleki tatmin	6
2.3. Tükenmişlik.....	7
2.3.1. Tanımı	7
2.3.2. Nedenleri	8
2.3.3. Belirtileri	11
2.3.4. Başa çıkma yöntemleri.....	11
2.3.5. Hekimlerde tükenmişlik	12
2.4. İkincil Travmatik Stres	14
2.4.1. Tanımı	14
2.4.2. Nedenleri	14
2.4.3. Belirtileri	15
2.4.4. Baş etme stratejileri.....	17
2.4.5. Hekimlerde İkincil travmatik stres.....	18
3. GEREÇ VE YÖNTEM	19
4. BULGULAR.....	22
4.1. Mesleki tatmin	28
4.2. Tükenmişlik.....	33
4.3. İkincil travmatik stres	38
5. TARTIŞMA	43
5.1. Mesleki Tatmin.....	44
5.2. Tükenmişlik.....	49
5.3. İkincil Travmatik Stres	53
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER	59
7. KAYNAKLAR	62

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

₺	: Türk Lirası
ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
ATK	: Adli Tıp Kurumu
ÇİM	: Çocuk İzlem Merkezi
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
ICD	: International Classification of Disease
IQR	: Interquartile Range
ProQOL	: Professional Quality of Life
SPSS	: Statistical Package for the Social Sciences
TUK	: Tıpta Uzmanlık Kurulu
UÇEP	: Ulusal Çekirdek Eğitim Programı
ANOVA	: Analysis of Variance

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil No	Sayfa No
Şekil 1. Katılımcıların cinsiyetlerine göre dağılımları.....	22
Şekil 2. Katılımcıların medeni durumuna göre dağılımı.	22
Şekil 3. Katılımcıların çocuk sahibi olma/olmamalarına göre dağılımları.	23
Şekil 4. Katılımcıların gelirlerine göre dağılımı.	23
Şekil 5. Katılımcıların unvanlarına göre dağılımı.....	24
Şekil 6. Katılımcıların çalıştığı kurumlara göre dağılımı.	24
Şekil 7. Katılımcıların en uzun süre görev yaptığı il bölgelerine göre dağılımı... 25	
Şekil 8. Katılımcıların stres yönetimi ile ilgili eğitim alma durumlarına göre dağılımı.	26
Şekil 9. Katılımcıların psikolojik destek almasını gerektirecek travmatik bir olay yaşama durumlarına göre dağılımı.....	26
Şekil 10. Katılımcıların mesleki tatmin, tükenmişlik ve ikincil travmatik stres puanlarının düşük, ortalama ve yüksek kategorilerine göre dağılımı.	27

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo No	Sayfa No
Tablo 1. Birincil ve ikincil travmatik stres bozukluğu için tanı ölçütleri arasında önerilen ayrımlar.	16
Tablo 2. ProQOL-5 alt ölçeklerin düşük, ortalama ve yüksek olarak sınıflandırılması için kullanılan ölçek puanları.	20
Tablo 3. ProQOL-5 Türkçe uyarlama, geçerlilik ve güvenirlik sonrası alt ölçeklerin düşük, ortalama ve yüksek olarak sınıflandırılması için kullanılan ölçek puanları.	20
Tablo 4. Mesleki tatmin puanları ile sosyodemografik ve mesleki değişkenler arasındaki ilişki.	28
Tablo 5. Sosyodemografik ve mesleki değişken gruplarına göre mesleki tatmin puan gruplarının dağılımı.	29
Tablo 6. Tükenmişlik puanları ile sosyodemografik ve mesleki değişkenler arasındaki ilişki.	33
Tablo 7. Sosyodemografik ve mesleki değişken gruplarına göre tükenmişlik puan gruplarının dağılımı.	34
Tablo 8. İkincil travmatik stres puanları ile sosyodemografik ve mesleki değişkenler arasındaki ilişki.	38
Tablo 9. Sosyodemografik ve mesleki değişken gruplarına göre ikincil travmatik stres puan gruplarının dağılımı.	39

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Adli Tıp; adaletin kişiler arasında eşit şekilde sağlanmasına hizmet eden, adli bilimleri oluşturan bilim dallarından biridir. Adli tıp temel olarak canlı veya ölünün yer aldığı adli durumlarda tıbbi araştırmaları gerçekleştirir (1). Adli tıp hekimleri mesleklerinin doğası gereği çürümüş ve parçalanmış cesetlerle, felaket kurbanlarıyla, cinsel istismara/saldırıya uğramış ve fiziksel veya ruhsal travma yaşamış kişilerle karşılaşmaktadır.

Hekimler nöbet usulü çalışma, acil hallerde karar alma, süre kısıtlılığı, hata yapma endişesi, güvenliğin yetersiz olması, çalışma sürelerinin fazla olması gibi nedenlerle mesleki yaşamlarında sıkıntı, stres ve endişe yaşamaktadır (2). Hekimlerin mesleklerinde cansız nesneler yerine insanlarla ilgilenmesi, eylemlerinin ve ihmallerinin insan hayatı üzerine kuvvetli etkilerinin olması iş stresi yaşamalarında diğer etkenlerdir (3).

Tükenmişlik; sinizm, yetersizlik ve bitkinlik boyutları olan, işteki kronik duygusal ve kişilerarası stres faktörlerine verilen uzun süreli bir tepki olarak tanımlanmıştır (4). Pratikte hekimlerin yaklaşık yarısını etkileyen tükenmişlik tıbbi hata oranlarının artmasına, üretkenliğin azalmasına ve maddi kayıplara neden olmaktadır (5). Tükenmişliği etkileyen faktörlerin ortaya konması tükenmişliği önlemeye yönelik alınacak tedbirlere yol göstermesi açısından önemlidir.

İkincil travmatik stres kişilerde travmatik strese neden olan olayın başkaları tarafından dinlenmesi, tanık olunması veya işi gereği dolaylı şekilde maruz kalınması neticesinde ortaya çıkan stres tepkisi ve duygu durumu olarak ifade edilmektedir (6).

Mesleki tatmin, personelin işi sevip sevmediğine bakılmaksızın duygusal durumunun bir değerlendirmesi olarak tanımlanmaktadır (7). Hekimlikte mesleki tatmin, klinisyenlerin çalışma yaşamlarını etkileyen maddi, kişisel, iş ve hastayla ilgili faktörleri yansıtır ve toplumların yüksek kaliteli tıbbi bakıma erişiminin göstergesidir (8).

Mesleki tatmini, tükenmişliği ve ikincil travmatik stresi etkileyen faktörlerin ortaya konması, mesleki tatminin sağlanması, tükenmişliği ve ikincil travmatik stresi

önlemeye yönelik alınacak tedbirlere yol göstermesi açısından önemlidir.

Bu çalışmanın amacı ise Türkiye genelinde farklı kurumlarda çalışan adli tıp uzmanı ve uzmanlık öğrencilerinin mesleki tatmin, tükenmişlik ve ikincil travmatik stres seviyelerini ve etkileyen faktörleri belirlemektir.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Adli Tıp

2.1.1. Adli tıp nedir?

Adli bilimler; hukukun toplum ve bireyler arasında adil bir şekilde sağlanmasına hizmet eden sosyal bilimler, fen bilimleri ve sağlık bilimleri gibi pozitif ve teknolojik bilimlerin yer aldığı birden fazla disiplini bünyesinde barındıran bir alandır. Adli bilimler; adli tıp, hukuk, patoloji, toksikoloji, genetik ve psikiyatri gibi birçok alanı kapsamaktadır (1). Adli bilimleri oluşturan bilim dalları, sıkı ilişki içerisinde olup genellikle bu bilim dallarını keskin sınırlarla birbirinden ayırmak mümkün olmamaktadır. Adli bilimler içerisinde adli tıp ise en geniş alanı kapsayan bilim dalıdır. Adli tıbbın kapsadığı alana bakıldığında adli bilimlerin çoğu alanıyla ilgili bilgilere rastlamak mümkün olmaktadır.

Adli tıp, tıp ve hukuk arasındaki kesişmeyle ilgili geniş bir tıbbi uygulama alanını tanımlamak için kullanılan spesifik olmayan bir terim olup tıbbi görüş gerektiğinde suçların araştırılmasına yardımcı olmak için gelişmiş bir tıp uzmanlığıdır. Yasal işlemlere yardımcı olmak için tıbbi bilgi, teknoloji ve analizin uzmanlar tarafından uygulamasından oluşur (9, 10).

Adli tıp, ülkede yargıya yansımış tıbbi konularda yaptığı değerlendirme sonuçlarını hukuki dile dönüştüren, canlı ve ölülerde; travmanın nedenlerini, etkilerini, kanıtlarını ve sonuçlarını değerlendiren tıp disiplini. Yargı ise adli tıbbı; kimliklendirme, ölüm, kaza, cinsel saldırı, zehirlenme, işkence, hekim sorumluluğu, yaralanma vb. gibi oldukça geniş bir alanda sunulan bilirkişilik hizmeti olarak tarif etmektedir (11).

2.1.2. Adli Tıp Eğitimi

Mezuniyet öncesi eğitim

Yükseköğretim Bilgi Yönetim Sistemi'nde bulunan güncel verilerde, 2023 yılı itibari ile Yükseköğretim Kurulu'na bağlı devlet üniversitelerinde 90, vakıf üniversitelerinde 34 olmak üzere toplam aktif faaliyet gösteren 124 tıp fakültesi olduğu ve 44 tıp fakültesinde Adli Tıp Anabilim Dalı olmadığı bilgisi mevcuttur (12).

Ülkemizde tıp fakültesindeki öğrencilerin eğitim programları Ulusal Çekirdek Eğitim Programı (UÇEP) ve Anabilim Dalları önderliğinde oluşturulmaya çalışılmaktadır (13). UÇEP’te adli tıp alanı ile ilgili “*Adli rapor hazırlayabilme*”, “*Engellilik raporu konusunda danışmanlık yapabilme*”, “*Ölüm belgesi düzenleyebilme*”, “*Adli olguların yönetilebilmesi*”, “*Hastadan biyolojik örnek alabilme*”, “*Hukuki ehliyeti belirleyebilme*”, “*Otopsi yapabilme*”, “*Vajinal ve servikal örnek alabilme*”, “*Maluliyet değerlendirme*”, “*Adli vaka bildirimi düzenleyebilme*”, “*Adli olgu muayenesi*”, “*Olay yeri incelemesi*” ve “*Ölü muayenesi*” gibi konulara “*Temel Hekimlik Uygulamaları*” içerisinde yer verilmiştir. “*Davranışsal, Sosyal ve Beşeri Bilimler Durumlar Listesi*” içerisinde yer alan “*Hekimin iyilik hali*” ise “*Aşırı iş yükü ve tükenmişlik*” ve “*İş doyumu*” gibi konuları kapsamaktadır. Mezuniyet öncesi eğitimde adli tıp alanıyla ilgili konulara yer verilmesine rağmen adli tıp eğitiminin standart olmadığı görülmektedir. Mezuniyet öncesi eğitim hakkında yapılan bir araştırmada adli tıp anabilim dallarının eğitim veriş şekilleri, teorik ders süreleri, eğitim verilen sınıflar, pratik derslerin süreleri, ders konu başlıkları ve yapılan uygulamalar arasında önemli ölçüde farklılık olduğu gösterilmiştir (14, 15).

Uzmanlık eğitimi

Ülkemizde adli tıp alanındaki uzmanlık eğitimi, Üniversiteler bünyesinde bulunan adli tıp anabilim dallarınca ve Adalet Bakanlığı bünyesinde hizmet veren Adli Tıp Kurumu’na verilmektedir (14).

Adli tıp alanında uzmanlık eğitimi dört yıldır (16). Adli tıp uzmanlık öğrencilerinin eğitimleri boyunca iki ay “*Tıbbi Patoloji*”, iki ay “*Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları*” ve iki ay “*Ruh Sağlığı ve Hastalıkları*” olmak üzere toplamda altı ay zorunlu rotasyon yapmaları gerekmektedir (17).

“*Tıpta ve Diş Hekimliğinde Uzmanlık Eğitimi Yönetmeliği*” nde Uzmanlık eğitimi programının Tıpta Uzmanlık Kurulu (TUK) tarafından duyurulan çekirdek müfredatı karşılaması zorunlu kılınmıştır (18). Adli Tıp için en son 05.03.2019 tarihli “*Adli Tıp Uzmanlık Eğitimi Çekirdek Müfredatı v.2.4*” TUK internet sitesinde ilan edilmiştir. “*Adli Tıp Uzmanlık Eğitimi Çekirdek Müfredatı*”nda “*Adli Travmatoloji*”, “*Klinik Adli Tıp*”, “*Ölüm*”, “*Kimliklendirme*” “*Olay Yeri İnceleme*” ve “*Postmortem*” başlıkları altında birçok klinik ve girişimsel yetkinlik belirtilmiş olup mezuniyet

öncesi eğitim için oluşturulan UÇEP’te “*Hekimin iyilik hali*” başlığı altında bulunan “*Aşırı iş yükü ve tükenmişlik*” ve “*İş doyumu*” konularına yer verilmemiştir (15, 19).

2.1.3. Adli tıp alanında hizmet veren kurumlar

Günümüzde adli tıp hekimleri Adli Tıp Kurumu (ATK)’nda, üniversitelerin adli tıp anabilim dalları ile adli tıp ve adli bilimler enstitülerinde, Sağlık Bakanlığı’na bağlı hastanelerdeki Çocuk İzlem Merkezleri (ÇİM) ve adli tıp polikliniklerinde çalışabilmektedir (20, 21). Ülkemizde adli tıp uzmanları en fazla sayıda Adli Tıp Kurumunda hizmet yapmaktadır.

2.1.4. Adli Tıp çalışma alanları

Adli tıp hekimlerinin çalışma alanında; olay yeri incelemesi, ölü muayenesi, kimliklendirme, otopsi hazırlığı, otopside dış muayene, ölüm nedenini belirleme, otopsi uygulaması, adli patolojik değerlendirme, adli travmatoloji, cinsel saldırılar, meslek hastalıkları, iş ve trafik kazaları, insan hakları ihlalleri, tıbbi uygulama hataları, aile içi şiddet, çocuk ihmal ve istismarı, adli psikiyatrik inceleme, yaş tayini, madde bağımlılığı, alerjik reaksiyonlar ve zehirlenmeler, kriminalistik, adli biyoloji, adli entomoloji, balistik, adli belge incelenmesi ve bilirkişilik gibi konular bulunmaktadır (14).

2.2. Mesleki Tatmin (İş Doyumu)

2.2.1. Tanımı

Mesleki tatmin (İş doyumu) kavramı, 20. yüzyılın ilk çeyreğinde ortaya çıkmış olup 1930’lu yıllarda önem kazanmıştır. Önemli olmasındaki nedenlerden biri, yaşam doyumuyla bağlantılı olmasıdır ve bu durumun bireyin ruh ve beden sağlığına doğrudan etki etmesidir (22).

Mesleki tatmin konusunda yapılan araştırmalar, Hoppock'un (1935) mesleki tatmini, bir kişinin "İşimden memnunum" demesine neden olan psikolojik, çevresel ve fizyolojik koşulların herhangi bir bileşimi olarak tanımlamasıyla başlamıştır. O zamandan beri, araştırmacılar mesleki tatmin ve mesleki tatminin örgütler ve örgütlerdeki bireyler üzerindeki etkilerini incelemişlerdir (23). Locke ise mesleki tatmini, kişinin işinin veya iş deneyimlerinin değerlendirilmesinden kaynaklanan zevkli veya olumlu bir duygusal durum şeklinde tanımlamıştır (24).

Mesleki tatmin, işinizi iyi yapabilmekten aldığınız zevkle ilgilidir. Örneğin; işinizde başkalarına yardım etmenin bir zevk olduğunu hissedebilirsiniz. Meslektaşlarınız veya çalışma ortamına ve hatta toplumun daha büyük yararına katkıda bulunma beceriniz hakkında olumlu hissedebilirsiniz (25). Yüksek düzeyde iş tatmini, çalışanların üretkenliğini ve yaratıcılığını artırabilir ve ayrıca verimli bir organizasyonla ilişkilendirilir (26).

2.2.2. Mesleki tatmini etkileyen faktörler

Mesleki tatmin sabit bir durum değildir, bireyin kişisel özelliklerinin ve çalışma ortamının etkisine ve değişimine göre şekillenir (27). Mesleki tatmini etkileyen bireysel faktörler içerisinde yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, işteki çalışma süresi ve kişilik, çalışma ortamı ile ilgili olan faktörler içerisinde ise terfi ve ücret, fiziksel çalışma şartları, işin özellikleri ve işin kendisi, kararlara katılma, mesleki düzey, geri besleme ve iletişim gibi etkenler yer almaktadır (28).

2.2.3. Hekimlerde mesleki tatmin

Meslek dışı yaşamı doğrudan etkileyen, sürekli özveri gerektiren hekimlik mesleğinde, mesleki tatmin büyük önem taşımaktadır (29). Hekimlerde mesleki tatmin, mesleki, kişisel ve hastayla ilişkili etkenleri yansıtmaktadır. Bu sebeple, tıbbi bakım hizmet kalitesi ve tıbbi hizmete ulaşılabilirlik ile ilişkilidir (8). Tıbbi personelin daha yüksek memnuniyeti, tıbbi hizmetlerin kalitesini ve verimliliğini sağlamak ve tıbbi hizmetlerin uygulanmasını teşvik etmek için tıbbi hizmet ekibinin istikrara kavuşmasına, hekimlerin ve hastaların iki yönlü memnuniyetinin artmasına ve uyumlu bir hekim-hasta ilişkisi kurulmasına yardımcı olur (30). Sağlık hizmeti sunucuları arasında iş doyumsuzluğu, tıbbi hataların artmasına, hasta iyileşme sürelerinin uzamasına, hasta bakımının ve hasta memnuniyetinin azalmasına neden olmaktadır (31).

Sağlık hizmetlerinde uyulması gereken klinik kılavuzların olmaması, hastanelerde meydana gelen aşırı kalabalık, güvensiz çalışma ortamı, duygusal olarak talepkar hasta yakınları ile yaşanan çatışmalar ve uyku bozukluğuna neden olan sık gece vardiyaları, kariyer doyumunu ve iş performansını olumsuz etkilemektedir. Bu faktörler aynı zamanda hekimlerde dikkate değer fiziksel ve zihinsel sıkıntıya katkıda bulunabilir ve tükenmişlik, kaygı, depresyon ve intihara neden olabilir (32).

Kişinin işinden duyduğu tatmin, işini sürdürmesiyle ilişkilidir; memnun çalışanların çalışma saatlerini azaltma, pozisyonlarını bırakma veya erken emekliliği tercih etme olasılıkları daha düşüktür (33).

2.3. Tükenmişlik

2.3.1. Tanımı

Greene'in 1961'de yayınladığı “*A Burn-Out Case*” adlı, ruhsal olarak çöküntüye ve hayal kırıklığına uğramış bir mimarın işini bırakıp Afrika ormanına çekilmesini konu alan romanında tükenmişlik konusu işlenmiştir (34).

Tükenmişlik kavramı, 1974 yılında Freudenberger tarafından öne sürülmüş olup, yüksek düzeyde stres maruziyeti bulunan bireylerde yıpranma, başarısız olma, güç ve enerji azalması, karşılanamayan yoğun iş talebinde bulunulması sonucunda kişinin bitkin düşmesi ve çalışamaz hale gelmesi şeklinde tanımlanmıştır (35).

Maslach 1980'lerde, tükenmişliğin hem kuruluşlar hem de çalışanlar için ciddi sonuçları olan, meşgul edici bir toplumsal sorun olarak yaygın bir şekilde tanınmasını sağladı ve tükenmişliği duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve azalan kişisel başarıyı içeren üç boyutlu bir yapı olarak kavramsallaştırdı (4).

Tükenmişlik aynı zamanda, çalışanın işinden beklentisi ile işte elde edilen ödüller arasındaki önemli ölçüde tutarsızlığın farkında olduğu bir deneyim olarak da tanımlanmıştır (36).

Mesleki tükenmişlik üzerine yarım asırdan fazla süre içerisinde yapılan araştırmalara rağmen, yaygınlığı, etiyolojisi, tedavisi veya önlenmesi hakkında çok az şey bilinmektedir. Tükenmişliğin doğasına ilişkin fikir birliğinin olmaması, yapının tanımlarının ve ölçüm yöntemlerinin çoğalmasına yol açmıştır (37).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ise tükenmişliği, başarılı bir şekilde yönetilemeyen kronik iş yeri stresinin bir sonucu olarak kavramsallaştırılan bir sendrom olarak tanımlamıştır. Enerji tükenmesi veya bitkinlik hissi, kişinin işine karşı artan zihinsel mesafesi, kişinin işiyle ilgili olumsuz veya sinizm duyguları ile etkisizlik ve başarı eksikliği duygusu olmak üzere üç boyutla karakterize edilmiştir. Tükenmişlik özellikle mesleki bağlamdaki olguları ifade etmekte olup yaşamın diğer alanlarındaki

deneyimleri tanımlamak için kullanılmamalıdır. İlk olarak DSÖ tarafından yayımlanan Uluslararası Hastalık Sınıflandırmasının (ICD) 10. revizyonunda ("World Health Organization. International Classification of Diseases 10th Revision 2016") "Tükenme" olarak tanımlanan tükenmişlik, 2019'dan beri ICD 11. revizyonunda "başarılı bir şekilde yönetilemeyen kronik işyeri stresinden kaynaklanan bir sendrom" olarak tanımlanmıştır. Tıbbi bir durum olarak sınıflandırılmamıştır (38, 39).

Tükenmişlik sıklıkla, sosyal hizmet görevlisi, hemşire, öğretmen, bankacı, avukat ve hekim gibi yoğun emek gerektiren, stresli çalışma koşulları olan ve bilhassa insanlarla birebir bağlantı halinde olan meslek çalışanlarında görülmektedir (40).

2.3.2. Nedenleri

Tükenmişlik, iş ortamına özgü bireysel bir deneyimdir ve tükenmişliğin nedenleri genel olarak örgütsel faktörler ve bireysel faktörler şeklinde iki kategoriye ayrılmaktadır (4, 41). Tükenmişlik nosyonunun ilk oluşmaya başladığı zamanlarda bireysel etkenlerin tükenmişlik gelişiminde daha önemli olduğu sanılsa da Cherniss ve Maslach'ın yaptığı çalışmalar ile örgütsel etkenlerin tükenmişlik gelişiminde daha etkili olduğu ortaya konulmuştur (42, 43). Tükenmişlik, çalışanın beklentileri ve idealleri ile pozisyonunun gerçek gereklilikleri arasındaki bir tutarsızlık tarafından tetiklenir (44).

Bireysel Nedenler

Bireysel faktörler, durumlara ve zamana göre nispeten istikrarlı olan bireysel farklılıkları veya kişisel özellikleri ifade eder (41). Aynı şartlarda çalışan iki meslektaşın bireysel özelliklerinin farklılığına bağlı olarak birisinde tükenmişlik gelişirken diğerinde tükenmişlik gelişmeyebilir (45). Bireysel özelliklerin birçoğunun tükenmişlikle ilişkili olduğu bulunmuştur. Bununla birlikte, bu ilişkilerin boyutu, tükenmişlik ile durumsal (örgütsel) faktörler arasındaki ilişki kadar büyük değildir, bu da tükenmişliğin bireysel olmaktan çok sosyal bir fenomen olduğunu düşündürmektedir (4).

Cinsiyet: Yapılan araştırmalarda cinsiyet ile tükenmişlik arasındaki ilişkinin çelişkili olduğu görülmüş ve cinsiyetin tükenmişliğin güçlü bir göstergesi olduğu ortaya

konulamamış olsa da bazı araştırmalar kadın cinsiyette tükenmişlik oranının daha yüksek olduğunu göstermektedir (4, 46-48).

Yaş: Tüm demografik değişkenler arasında, tükenmişlikle en tutarlı şekilde ilişkili olan yaştır. Genç çalışanlar arasındaki tükenmişlik düzeyinin 30-40 yaş üstü çalışanlara göre daha yüksek olduğu bildirilmektedir. Yaş, iş deneyimi ile karıştırıldığı için tükenmişlik, kişinin kariyerinin başlarında daha fazla risk taşıyor gibi görünmektedir. Böyle bir yorumun nedenleri çok derinlemesine incelenmemiştir. Çalışma hayatının başlarında tükenmişlik gelişen çalışanlar muhtemelen işlerini bırakacak ve sonuç olarak daha düşük tükenmişlik seviyeleri sergileyen çalışanlar işlerine devam edeceklerdir. Bu nedenle dikkatle incelenmesi gereken bir konudur (4, 44, 49).

Medeni durum: Medeni duruma bakıldığında, evli olmayanların (özellikle erkeklerin) evli olanlara göre, bekarların boşanmış olanlara göre ve çocuk sahibi olmayan kişilerin de çocuk sahibi olan kişilere göre tükenmişliğe daha yatkın olduğu görülmektedir (4, 50).

Eğitim: Eğitim seviyesi yüksek olan kişilerin, düşük olanlara göre stres faktörleriyle başa çıkma yeteneklerinin daha yüksek olacağı varsayılmakta ve bu nedenle tükenmişlik ile eğitim durumu arasında ters ilişki olması gerektiği düşünülmektedir. Bu görüşü destekleyen çalışmalar da mevcuttur. Ancak bu görüş kısmen doğru olmakla birlikte eğitim seviyesi arttıkça kişinin aldığı sorumluluğun ve kişiye ait beklentilerin de artmasıyla tükenmişlik düzeyinin daha fazla olduğuna dair çalışmalar da bulunmaktadır (51-53).

Mesleki tecrübe: Tükenmişliğin bir zamanlar geç kariyer fenomeni olduğu düşünülmüyordu. Ancak araştırmalar, genç hekimlerin yaşlı meslektaşlarına kıyasla neredeyse iki kat daha fazla tükenmişlik prevalansına sahip olduğunu ve bu başlangıcın asistanlık eğitimi kadar erken olabileceğini göstermektedir (54).

Kişilik özellikleri: Kişinin kendisinde var olan özellikler tükenmişlik durumunu arttırabilir veya azaltabilir. İşinde hırslı bir yapıya sahip olan, yaptığı işte mükemmeliyetçi davranan, aceleci kararlar alan, endişeli ve kendine güveni az olan,

iş ile ilgili beklenti düzeyi yüksek kişilerde tükenmişlik sendromu görülme olasılığı daha fazladır (35, 55).

İş tutumu: Kişilerin işlerinden beklentileri farklılık göstermektedir. Bazı durumlarda bu beklentiler, hem işin doğası (örn. heyecan verici, zorlu, eğlenceli) hem de başarıya ulaşma olasılığı (örn. hastaları iyileştirmek, terfi etmek) açısından çok yüksektir. Bu tür yüksek beklentilerin idealist veya gerçekçi olmadığı düşünülse de tükenmişlik için bir risk faktörü olduğu hipotezi mevcuttur. Muhtemelen, yüksek beklentiler insanları çok fazla çalışmaya ve çok fazla şey yapmaya yönleltmektedir. Yüksek çaba, beklenen sonuçları vermediğinde bitkinliğe ve nihai olarak sinizme yol açmaktadır. Yapılan çalışmaların yaklaşık yarısı bu hipotezi desteklese de geri kalanı iş tutumu ile tükenmişlik arasındaki korelasyonu göstermemiştir (4).

Örgütsel Nedenler

Örgütsel (çevresel-durumsal) nedenler, iş ile ilgili talepleri ve iş kaynaklarının eksikliğini içerir. İş ile ilgili talepler, işin sürekli çaba gerektiren yönleridir (56).

Bu nedenler arasında yapılan işin ne olduğu ve kalitesi, çalışılan kurumun özellikleri, çalışma saatleri ile iş yükü ve stresi, örgütsel işleyişte olan hatalar ve adalet eksikliği, hizmet verilen insanların tutumları, yetersiz ve eksik maaş sayılabilir (57, 58).

Yapılan çalışmalar göstermektedir ki uzun saatler stresli bir ortamda çalışmak tükenmişlik için ciddi bir risk faktörüdür. Bu tür ortamlarda uzun süre çalışan kişiler ortama uyum yeteneklerini kaybedebilir ve işlerine veya çalışma arkadaşlarına karşı olumsuz tutum sergileyebilirler. Sonuç olarak tükenmişlikte görülen üç klasik semptom gelişebilir: bitkinlik, duyarsızlaşma ve kişisel başarıda azalma (59).

Çalışılan kurumda herkesin eşit ve tutarlı haklara sahip olması örgütsel işleyişte adaletli olmak olarak tanımlanabilir (60). İş yükü dağıtılırken bireysel çıkarların gözetilmesi, kişiler arası ayrımcılığın gözlenmesi, yönetici konumundaki kimselerin değerlendirmeleri ve terfileri kurallara uygun yapmaması gibi durumlar örgütsel işleyişte adaletsizliğin varlığını göstermektedir (4, 61). Adaletsizliğe uğradığını düşünen kişiler duygusal tükenmişlik yaşayabilirler ve çalışma arkadaşları ile çalıştıkları kuruma karşı duyarsızlaşma geliştirebilirler (4).

Üst kademedeki kişilerin alt kademedeki personele külfetli görevler yüklemesi ve ardından personelin endişelerini dile getirmesini zorlaştırması veya imkansız hale getirmesi de dahil olmak üzere kötü işyeri uygulamaları stresi artırabilir ve bu da tükenmişliğe neden olabilir (62, 63).

2.3.3. Belirtileri

Tükenmişlik belirtileri bir anda ortaya çıkmaz, kişinin tükenmişlik hissetmesi belirli bir süreç gerektirir ve kendisini hissettirmeden yavaşça ilerleyerek zaman içerisinde ortaya çıkar. Tükenmişlik genellikle psikolojik veya psikiyatrik bozukluk öyküsü olmayan kişilerde ortaya çıkan, işle ilgili belirti ve bulgular kümesidir (64). Tükenmişliğin kesin biyobelirteçleri olmamakla birlikte kişide fiziksel, psikolojik ve davranışsal belirtiler meydana getirebilir (61, 65, 66).

Tükenmişlik semptomları tipik olarak kademeli bir şekilde gelişir ve yeni bir istihdam türüne girerken genellikle yoktur. Tükenmişliğin ilk aşamalarında, kişiler duygusal stres ve işle ilgili artan hayal kırıklığı hissederler. Ayrıca hüsrana uğramış, kızgın, korkmuş veya endişeli hissetmek gibi spesifik olmayan semptomlar geliştirebilirler ve mutluluk, neşe, zevk veya memnuniyet hissetme konusundaki yetersizliklerini ifade edebilirler. Bu belirtiler psikolojik belirtiler ile ilişkiliyken uykusuzluk, kas gerginliği, baş ağrıları ve gastrointestinal problemler de fiziksel belirtilerle ilişkilendirilebilir (44).

İşe geç gelme ya da gelmeme, işten ayrılma düşünceleri, sık aralıklarla alınan mazeret-sağlık raporları, verilen görevleri yerine getirmeme, işi yavaşlatma, değişime karşı olma, tutucu olma, hastalara nesne gibi davranma, boşanma, evlilik ile ilgili problemler, alkol, madde ve sigara kullanımında artış ya da kullanmaya başlama, çalışma arkadaşlarına yönelik suçlayıcı ve alaycı olma, ağlama krizleri, tepkisel ve ani davranışlar, alınganlıkta artış gibi pek çok davranışsal semptom görülebilir (61, 67). Davranışsal semptomlar tükenmişlik seviyesinin yüksek olduğunun göstergesidir (68).

2.3.4. Başa çıkma yöntemleri

İş yaşamının her evresinde farklı düzeylerde var olan stres tükenmişliği yoğunlaştırabilir ancak tükenmişliğin ana nedeni değildir ve her kişinin stresörden

etkilenme düzeyi farklıdır (69). Ahlaki yaralanma, kaygı, travma, bilişsel bozulma ve işlevsel zorluğu içeren tükenmişlik, kariyer yaşam döngüsünün herhangi bir noktasında ortaya çıkabilir (70). Tükenmişlik ile başa çıkmada bireysel ve çevresel (örgütsel) yöntemler kullanılabilir. Yapılan çalışmalar bireysel yöntemlerin kısa vadede (6 ay veya daha az) tükenmişliği azaltmada faydalı olduğunu, hem bireysel hem de çevresel yöntemlerin birlikte uygulanmasının daha uzun süreli olumlu etkilere sahip olduğunu (12 ay ve daha fazla) göstermektedir (71).

Farber'e göre bireysel yöntemler, her kişide mevcut olan etiyoloji ve semptomlarla ilişkili olarak tasarlanmalıdır (72, 73). Tükenmişliği önlemede bireysel farklılıklara dayanan, hayal kırıklığı duygularının kaynağını hesaba katan, katlanılan stresörleri, bu stresörlerle başa çıkma yolunu ve sendromun kendini gösterdiği semptomları netleştiren bir spesifikasyon sağlanmalıdır. Tükenmişliğin önüne geçmek için bireyin gerçekçi hedeflerinin olması, altında ezilmeyeceği sorumlulukları üstlenmesi ve lüzumsuz gayretten imtina etmesi gerekmektedir (74). Öğle arası kullanmama, işten geç çıkma gibi davranışlar tükenmişliği arttırmaktadır. Bu nedenle kişilerin molaları verimli değerlendirmesi ve meslek yaşantısı ile sosyal yaşantısı arasında denge oluşturması önemlidir. Ayrıca kişinin kendine bir uğraşı bulması, spor ve meditasyon ile gevşeme egzersizleri yapması, ailesi ve arkadaşlarından destek alması gibi bireysel yöntemler de tükenmişlikle başa çıkmakta faydalı bulunmuştur (51, 59).

Öte yandan çevresel (örgütsel) yöntemler tek bir kişiden ziyade o işte çalışan tüm kişiler için bir çözüm önerisi sunmaktadır. Bu nedenle çevresel yöntemler daha kalıcı gibi görünmektedir. İş yerinde her çalışana eşit ve adaletli davranılması, yükü ağır olan işlerin dönüşümlü olarak yapılması, ödüllendirme sisteminin olması, tükenmişlik belirtisi gösteren kişilerin gerekli yardımları almalarının sağlanması gibi çevresel (örgütsel) yöntemler tükenmişlik ile baş etmede etkin bulunmuştur (75).

2.3.5. Hekimlerde tükenmişlik

Hekimlik mesleğinin hemen her alanında stresörlere maruz kalınmakta ve bu durum kimi zaman tükenmişliğe giden yolu oluşturmaktadır. Çalışma şartlarının ağır olması, insan hayatıyla ilgili önemli kararlar alma, nöbet usulü ile gece çalışmak zorunda kalınması, hasta yoğunluğu, ölümcül hastalıklar ile ilgilenmek, alınan sorumluluğun fazla olması ve çoğu zaman değer görememe, harcanan emeklerin karşılığının

alınamaması gibi durumlar ülkemizde hemen her hekimin karşılaştığı sorunlardan sadece birkaçını oluşturmaktadır. Bu nedendir ki hekimler arasında tükenmişlik görülmesi şaşırtıcı değildir (76).

Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'nde yapılan araştırmalarda, tükenmişlik oranlarının, mesleğe uyum sağladıktan sonra bile, diğer işlerdeki bireylere göre, hekimler arasında belirgin şekilde daha yüksek olduğu bulunmuştur. ABD'de hem uzmanlık eğitimi alan hekimler hem de pratisyen hekimler arasında yapılan ulusal araştırmalarda tükenmişlik semptomlarının yaygınlık oranlarının %50'ye yakın veya onu aşan oranlarda olduğu belgelendiğinden, hekim tükenmişliği son yıllarda artan ilgi görmüştür (77). Başka bir çalışma pratisyen hekimler arasında yüksek bir tükenmişlik prevalansına işaret etmiş ve hekimlerin üçte birinin kariyerleri boyunca belirli noktalarda tükenmişlik yaşadığını göstermiştir (32). Yine asistanlar arasında yapılan bir çalışmada cerrahi ve dahiliye asistanlarının sırasıyla %50 ve %76'sında tükenmişlik belirtilerine rastlanmıştır (78). Hekim tükenmişliği hasta bakımı, hekim iş gücü ve sağlık sistemi maliyetleri ile hekimlerin kendi bakımı ve güvenliği üzerinde olumsuz sonuçları olması nedeniyle önemlidir (77).

İlginç bir şekilde, genel popülasyonda depresyon için tipik risk faktörlerinin çoğu (daha az eğitim, daha düşük istihdam, daha düşük sosyoekonomik durum) hekimlerde mevcut değildir. Bu, tükenmişliğin gelişiminde diğer faktörlerin (duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve azalan kişisel başarı) önemini vurgulamaktadır (79). Duygusal bitkinlik yaşayan hekimler aşırı çalışmış, aşırı yüklenmiş hissettiklerini tanımlarlar ve verecek hiçbir şeyleri kalmadığı hissini tarif edebilirler. Hekimler için duygusal tükenme, hizmet sağladıkları kişilere karşı şefkat gösterememe ile sonuçlanır. İkinci yapı, bir duyarsızlaşma durumunu içerir. Sağlık hizmeti sağlayıcıları için bu hem hastalar hem de çalışma arkadaşları için bir tarafsızlık duygusu anlamına gelir. Bazıları tükenmişliğin bu özelliğini bir nesneleştirme duygusu olarak tanımlar. Duyarsızlaşma yönü, profesyonellik üzerinde olumsuz etkilere güçlü bir şekilde zemin hazırlayabilir. Üçüncü yapı, kişisel başarı duygusunun azalmasını içerir. Tükenmiş hekimler kendilerini beceriksiz, verimsiz ve görevlerini tamamlayamaz durumda hissederler. Tükenmişliğe sıklıkla eşlik eden duygular, işlerinde kontrol eksikliği veya tatmin eksikliği hissini içerebilir. Buna ek

olarak, tükenmişlik yaşayan hekimler, iş yükünün orantısız bir bölümünü yerine getirdiklerine inanabilir veya bu çabalarının takdir edilmediğini hissedebilir. Genellikle sorunun daha da ağırlaşmasına neden olan iş-yaşam çatışması yaşarlar (79).

2.4. İkincil Travmatik Stres

2.4.1. Tanımı

Travma, bireyin ölüm tehdidiyle karşılaşması, ağır yaralanması, fiziksel bütünlüğünde bozulma tehdidi yaşaması veya fiziksel bütünlüğünün bozulması ya da böyle bir duruma tanıklık etmesi olarak belirtilmiş olup kişinin dehşet, çaresizlik ve korku duygularını yoğun bir şekilde deneyimleme durumu şeklinde tanımlanmıştır. Bu tanımlamada travmanın maruz kalan bireyle sınırlı olmadığı da belirtilmiştir (80).

Travma, olayı deneyimleyen bireyin algı ve değerlendirmesi yönünde şekillenmektedir. Travmatik olaylar bireye özel olup bireyin aile öyküsü, genetik eğilimi, stresle baş etme yöntemleri, geçmiş stres ve travma yaşantıları ile sosyal destek kaynağı gibi öğeler travmaya verilen reaksiyonu etkileyebilmektedir (81).

Birincil travmada kişi acı veren travmatik deneyime doğrudan maruz kalırken ikincil travmada ise kişi sarsıcı ve acı verici olaylara tanıklık ederek travmayı dolaylı olarak deneyimlemektedir. İkincil travmatik stres çeşitli şekillerde tanımlanmış ve ikincil mağduriyet, temas mağduriyeti, şefkat yorgunluğu ve dolaylı travma gibi birçok farklı isim almıştır (82). İkincil travmatik stres bireyin travma sürecini bilmesi ya da tanık olması sebebiyle oluşan travmatik stres deneyimidir (83). Lerias ve Byrne ise ikincil travmatik stresi bireylerin hayatında anormal strese sebep olan olayın sonrasında bu stresi deneyimleyen kişilere destek hizmeti veren çalışanların gösterdiği tepki olarak tanımlamışlardır (84).

İkincil travmatik stresin olumsuz etkileri korku, uyku güçlükleri, araya giren görüntüler veya kişinin travmatik deneyimlerini hatırlatanlardan kaçınmayı içerebilir (25).

2.4.2. Nedenleri

Travmatik olaylar deneyimlemiş kişilerle çalışanlarda yürütülen çalışmalar birçok

etkenin ikincil travma oluşumuna katkıda bulunabildiğini göstermiştir. İkincil travma oluşumunda etkili olan etkenler kişisel özellikler (yaş, medeni durum, cinsiyet, deneyim yılı, bireysel travma öyküsü, eğitim durumu vb.) ve mesleki özellikler (maruziyet tipi, maruziyet süresi, aldığı eğitimler, meslek türü, örgütsel destek vb.) olmak üzere iki grupta kategorize edilmektedir (85-88).

Cieslak ve ark.'na göre, mesleki yönden ikincil travmatik stres seviyesinin belirlenmesi bağlamında dolaylı travmanın maruziyet oranı, sıklığı, hacmi ve çeşitliliği olmak üzere dört özellik öne çıkmaktadır (89). Oran, çalışanın vaka toplamındaki travmatik olay yaşamış birey yüzdesini göstermektedir. Sıklık, çalışanın yardım ettiği kişinin travmatik olayına maruz kaldığı sıklığı ifade etmektedir. Hacim, travmatik olaya maruz kalmış kişi sayısını göstermektedir. Çeşitlilik ise çalışanın maruz kaldığı dolaylı travma yelpazesini yansıtmaktadır ve çalışanın muhatap olduğu kişilerin deneyimlediği olayın sadece bir travmatik olayı (trafik kazası, savaş ile ilgili deneyim gibi) içermesi ya da farklı türden olayları içermesine göre değişiklik göstermektedir.

Travma yaşamış kişiler ile çalışanları, travmaya dolaylı biçimde maruz kalmanın yanında dışsal bazı faktörler de etkileyebilmektedir (90). Örnek olarak, çalışanın muhatap olduğu kişinin yaşadığı travmatik olaya benzer bir olayı kendisinin yaşamış olması da ikincil travmatik stresin belirtilerine katkıda bulunabilmektedir (91). Bu sebeple, çalışanın bireysel travma hikayesinin de ikincil travmatik strese neden olabileceği hesaba katılmalıdır.

Travmatik olayın anlamı ve doğası, kişinin olayla ilgili bakış açısı ya da çevresel etkenler (başka insanların tepkisi gibi) ve toplumun olaya ilişkin bakış açısı gibi türlü değerlendirmelerin, olayın travma olarak değerlendirme seviyesine ilişkin çıkarımda bulunma durumuna ve travma sonrası stres gelişimine katkıda bulunduğu söylenebilir (89, 92).

2.4.3. Belirtileri

Literatürde ikincil travmatik stresin psikolojik sürecinin doğrudan travmanın psikolojik süreci ile benzer şekilde tanımlandığı ve iki durumun belirtilerinin benzer olduğu belirtilmiştir (93, 94). İkincil travmatik stres, travma sonrası stres bozukluğu

semptomlarına benzer olarak uyarılma, kaçınma ve yeniden yaşantılama (istem dışı geri dönüş) semptomları ile kendini göstermektedir. Birincil ve ikincil travmatik stres bozukluğu için tanı ölçütleri arasında önerilen ayrımlar Tablo 1’de gösterilmiştir (83).

Tablo 1. Birincil ve ikincil travmatik stres bozukluğu için tanı ölçütleri arasında önerilen ayrımlar.

Birincil	İkincil
A. Etken: Birçok kişi tarafından stresli kabul edilen, kişilerin yaşamını olumsuz etkileyen, olağandışı bir durum yaşamış olmak	A. Etken: Birçok kişi tarafından stresli kabul edilen, kişilerin yaşamını olumsuz etkileyen, olağandışı bir durum yaşamış olmak
1. Kişinin ciddi bir tehdit yaşaması, kendini tehdit altında hissetmesi 2. Kişinin hayatında ani bir yıkım	1. Travmatize olmuş kişinin ciddi bir tehdit yaşaması, tehdit altında hissetmesi 2. Travmatize olmuş kişinin hayatında ani bir yıkım
B. Travmatik olayın yeniden yaşanması	B. Travmatik olayın yeniden yaşanması
1. Olayın tekrar tekrar hatırlanması 2. Olayın rüyalarda görülmesi 3. Olayın aniden ve yeniden yaşantılandığı hissi 4. Olaya ilişkin uyaranlarla karşılaşma durumunda psikolojik sıkıntı yaşanması	1. Travmatize olan kişinin veya olayın tekrar tekrar hatırlanması 2. Travmatize olan kişinin veya olayın rüyalarda görülmesi 3. Travmatize olan kişinin yaşadığı olayın yeniden yaşantılanması 4. Olaya ilişkin, travmatize kişiyi anımsatan uyaranlarla karşılaşma durumunda psikolojik sıkıntı yaşanması
C. Hatırlatıcı faktörlerden kaçınma ve uyuşukluk	C. Hatırlatıcı faktörlerden kaçınma ve uyuşukluk
1. Düşünce ve duygulardan kaçınma 2. Aktivitelerde azalma 3. Psikojenik amnezi 4. Etkinliklere ilgide azalma 5. Başka insanlardan uzaklaşma 6. Duygulanımda azalma 7. Geleceği görememe duygusu	1. Düşünce ve duygulardan kaçınma 2. Aktivitelerde azalma 3. Psikojenik amnezi 4. Etkinliklere ilgide azalma 5. Başka insanlardan uzaklaşma 6. Duygulanımda azalma 7. Geleceği görememe duygusu
D. Aşırı Uyarılma	D. Aşırı Uyarılma
1. Uykuya dalmakta ve sürdürmekte zorluklar 2. Öfke kontrol problemleri ya da aşırı sinirlilik 3. Dikkat ve odaklanmada problem yaşama 4. Uyarılmışlıkta artış 5. Uyarılara karşı aşırı irkilme tepkisi 6. Hatırlatıcı faktörlere karşı fizyolojik tepkiler	1. Uykuya dalmakta ve sürdürmekte zorluklar 2. Öfke kontrol problemleri ya da aşırı sinirlilik 3. Dikkat ve odaklanmada problem yaşama 4. Uyarılmışlıkta artış 5. Uyarılara karşı aşırı irkilme tepkisi 6. Hatırlatıcı faktörlere karşı fizyolojik tepkiler
Bir ayın altındaki semptomlar normal, akut, krizle ilgili reaksiyonlar olarak kabul edilir. Belirtilerin, olayı takip eden altı ay veya sonrasında başlaması, geç başlangıçlı Travma Sonrası Stres Bozukluğu ya da İkincil Travmatik Stres Bozukluğudur	

Travmatik olay yaşamış bireyler ile ilgilenen meslek çalışanları; uyku sorunları, travma yaşamış bireyin anlattığı olayı hatırlama ve rüyada görme gibi yeniden yaşantılama belirtileri gösterebilmektedir. Sosyal izolasyon, kaygı, mutsuzluk ve umutsuzluk gibi bir takım tepkiler geliştirebilmektedir (95). Bu mesleklerdeki kişiler meslek yaşantılarında negatif etkiler yaşayabilmektedir. Mesleğe karşı aldırma, iletişim kuramama ve işe gitmek istememe gibi sonuçlar ortaya çıkabilmektedir (96).

2.4.4. Baş etme stratejileri

Lazarus başa çıkmayı, kişiyi zorlayıcı belirli dış ve/veya iç talepleri yönetmek için devam eden bilişsel ve davranışsal çabalar olarak tanımlamıştır. Başa çıkma zamanla ve durumsal etkenler tarafından şekillenebilmektedir (97).

Travmatik olaylar karşısında kullanılan baş etme stratejilerinin sorun odaklı ve duygu odaklı baş etme yöntemleri olmak üzere iki temel boyutta incelendiği görülmektedir. Sosyal destek aramak gibi sorun odaklı baş etme stratejileri sorun oluşturan durumu kontrol etmeye veya değiştirmeye yönelikken, kaçınma ve aşırı sorumluluk alma gibi duygu odaklı baş etme yöntemleri ise duygusal olarak uyum sağlamaya çalışma ile sınırlıdır (98, 99).

Tüm başa çıkma stratejileri kısa vadede sorunu azaltsa da, bazılarının uzun vadede sıkıntının kaynağını ele almadığı veya çözmediği, olumsuz psikolojik sonuçları azaltmadığı hatta ek zorluklarla sonuçlandığı gösterilmiştir (100).

İkincil travmatik stresi azaltmaya yönelik stratejileri araştıran önceki çalışmalar kesin sonuçlar vermemiş olsa da bu çalışmalarda travma geçirmiş bireylerle çalışan sağlık, ruh sağlığı ve sosyal hizmet alanında çalışanlar arasında kaçınma yöntemini esas alan başa çıkma stratejilerinin daha ciddi ikincil travmatizasyonla ilişkili olduğunu gösteren çok sayıda bulgu mevcuttur. Bu bulgular kaçınma stratejilerinin daha yüksek ikincil travmatik stres puanları ile ilişkili olduğunu göstermiştir (101, 102).

Yapılan çalışmalar, arkadaşlardan ve aileden gelen desteğin ikincil travmatik stresin önemli bir negatif yordayıcısı olduğunu bulmuştur. Örgütsel destek, süpervizör (alan koordinatörü) desteği ve akran desteği de dahil olmak üzere işle ilgili sosyal desteğin ikincil travmatik stres ile negatif ilişkili olduğunu gösteren artan sayıda kanıt

bulunmaktadır (87, 88, 102-104).

2.4.5. Hekimlerde İkincil travmatik stres

Hekimler, meslekleri gereği zarar gören ve kazalarda yaralanan bireylerle doğrudan temas halindedirler ve travmanın olumsuz sonuçlarına maruz kalmaktadırlar (105). İkincil travmatik stres sağlık çalışanları arasında mesleki bir risk olarak algılanmaktadır. Bu kapsamda yapılan araştırmalar, bu meslek grubunda ikincil travmatik stres görülme riskinin yüksek olduğunu doğrulamaktadır (106).

ABD’de çoğunluğunu hekim katılımcıların oluşturduğu bir araştırmada, katılımcıların yaklaşık %13’ünün ikincil travmatik stres kriterlerini karşıladığını ve yaklaşık %34’ünün ikincil travmatik stresin üç semptomundan (yeniden yaşantılama, uyarılma ve kaçınma) en az birini gösterdiği belirtilmiştir (107). Yapılan başka bir çalışma da, çalışmaya katılan hekimlerin yarısından fazlasının (% 54) merhamet yorgunluğu veya ikincil travmatik stres kriterlerini karşıladığını göstermektedir (108). Levin ve ark. nın hekim katılımcılarında bulunduğu çalışmalarında; sahada, laboratuvarında ve yönetici olarak görev alan adli bilim çalışanlarının tümünün orta düzeyde ikincil travmatik stres yaşadığı gösterilmiştir (109).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

Çalışma, tanımlayıcı ve kesitsel tipte planlanmış olup Ondokuz Mayıs Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 23.03.2023 tarih, B.30.2.ODM.0.20.08/143 sayılı ve 07.12.2023 tarih, B.30.2.ODM.0.20.08/143-608 sayılı onayları ile 01.04.2023-30.06.2023 tarihleri arasında anket uygulama yöntemiyle yapılmıştır. Anket formu çevrimiçi (sosyal medya ve e-mail) olarak Türkiye'deki tüm adli tıp uzmanlık öğrencilerine ve uzmanlarına ulaştırılmaya çalışılmıştır. Anket formunun ilk gönderim tarihinden bir hafta sonra ankete katılmayan kişilerin katılması istenerek hatırlatma yapılmıştır.

Çalışmanın evrenini Türkiye'de adli tıp alanında eğitim gören uzmanlık öğrencileri ve adli tıp uzmanı olarak görev yapan hekimler oluşturmuştur. Çalışmanın yürütüldüğü tarih itibari ile Adli Tıp Kurumu ve Sağlık Bakanlığı yönetici ve çalışanlarından, Yükseköğretim Bilgi Yönetim Sisteminden edinilen bilgiler çerçevesinde, 400 kişi civarında adli tıp uzmanlık öğrencisi ve 750 kişiyi aşkın adli tıp uzmanı (Profesör, Doçent, Doktor Öğretim Üyesi ve Öğretim Görevlisi dahil) olduğu belirtilmiştir (12).

Örneklem büyüklüğü, yapılmış benzer çalışma esas alınarak analiz edildiğinde; Profesyonel Yaşam Kalitesi Ölçeği Versiyon 5 (ProQOL-5) ölçeği kullanılarak klasifiye edilen yaşam kalitesi G*Power 3.1.9.4 programı ile değerlendirilmiş olup; %95 güven (1-alfa) aralığı ve %95 test gücü (1-β) ile toplamda 264 vaka olarak hesaplanmıştır.

Anket formu literatür taranarak sosyodemografik özellikleri sorgulayan beş soru, mesleki özellikleri sorgulayan on bir soru ve ProQOL-5'i oluşturan 22 soru olmak üzere toplamda 38 soru ile hazırlanmıştır. Anket formunda kullanılan ProQOL-5 ölçeği eşduyum yorgunluğunu (compassion fatigue) oluşturan tükenmişlik ve ikincil travmatik stres ile mesleki tatmin (compassion satisfaction) olmak üzere 3 alt boyutu içermektedir ve her üç alt boyut için 10 soru olmak üzere toplamda 30 sorudan oluşmaktadır. Alt ölçeklerin düşük, ortalama ve yüksek olarak sınıflandırılması için kullanılan ölçek puanları Tablo 2'de gösterilmiştir. (25).

Tablo 2. ProQOL-5 alt ölçeklerin düşük, ortalama ve yüksek olarak sınıflandırılması için kullanılan ölçek puanları.

	Mesleki Tatmin	Tükenmişlik	İkincil Travmatik Stres
Düşük	22 veya altı	22 veya altı	22 veya altı
Ortalama	23-41	23-41	23-41
Yüksek	42 veya üzeri	42 veya üzeri	42 veya üzeri

Türkçe uyarlaması, geçerlilik ve güvenirlik çalışması 2022 yılında yapılmış olup çalışma sonucunda mesleki tatmin, tükenmişlik ve ikincil travmatik stres alt ölçekleri sırasıyla 9, 5 ve 8 soruya indirilerek ölçeğin toplam soru sayısı 22 olmuştur. Cronbach alpha değerleri mesleki tatmin alt ölçeği için 0,88, tükenmişlik alt ölçeği için 0,75 ve ikincil travmatik stres alt ölçeği için 0,81 olarak belirtilmiştir. Çalışmayı yapan araştırmacı ile iletişime geçilerek Türkçe uyarlama, geçerlilik ve güvenirlik çalışması sonrası 22 maddeden oluşan ölçek her sorunun eşit ağırlık seviyesine sahip olması esas alınarak alt ölçeklerin düşük, ortalama ve yüksek olarak sınıflandırılması için kullanılan ölçek puanları (Tablo 2) güncel ölçekteki madde sayıları ile orantılanarak ve küsuratlı değerler kendisine yakın tam sayıya yuvarlanarak yeniden hesaplanmıştır (Tablo 3) (110).

Tablo 3. ProQOL-5 Türkçe uyarlama, geçerlilik ve güvenirlik sonrası alt ölçeklerin düşük, ortalama ve yüksek olarak sınıflandırılması için kullanılan ölçek puanları.

	Mesleki Tatmin	Tükenmişlik	İkincil Travmatik Stres
Düşük	20 veya altı	11 veya altı	18 veya altı
Ortalama	21-37	12-21	19-33
Yüksek	38 veya üzeri	22 veya üzeri	34 veya üzeri

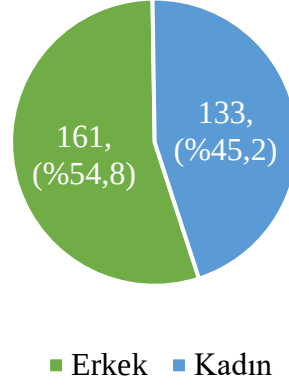
Belirtilen süreler içerisinde 294 kişi anketi tamamlamıştır. Katılımcıların “Adli tıp alanında en uzun süre çalıştığınız il” sorusuna verdikleri yanıtlar T.C. Sağlık Bakanlığı’nın yayımladığı Uzman Tabip “2023 Mart-Nisan Bölge Hizmet Grupları” listesinde belirtilen bölgelere göre kategorize edilmiştir (111). Yaş değişkeni “30 yaş altı”, “31-40 yaş arası” ve “40 yaş üstü” olarak 3 kategoriye, “Adli tıp alanında çalışma süreniz (yıl)” sorusuna verilen yanıtlar “10 yıl ve altı” ve “10 yıl üstü” olarak, “1 aydaki icap nöbet sayınız”, “1 aydaki fiili nöbet sayınız”, “1 ayda yaptığınız ortalama ölü muayenesi/otopsi sayısı” ve “1 ayda yaptığınız ortalama cinsel suç mağduru muayenesi sayısı” sorularına verilen yanıtlar

“var” ve “yok” olarak 2 kategoriye ayrıldı. Aylık gelir durumunuz sorusunun en yüksek geliri karşılayan “60 bin ₺ üzeri” haricindeki dört kategori “60 bin ₺ ve altı” kategorisinde, unvan sorusunun “Doktor Öğretim Üyesi”, “Doçent Doktor” ve “Profesör Doktor” kategorileri “Öğretim Üyesi” kategorisinde birleştirilmiştir. “Çalıştığınız kurum” sorusunun açık uçlu “Diğer” seçeneğine verilen “Eğitim Araştırma Hastanesi” cevabını veren bir katılımcı “Sağlık Bakanlığı” kategorisine, “Atama bekliyor” ve “Üniversite ve ATK (Adli Tıp Kurumu) 2. Görev” cevabını veren iki katılımcı “Üniversite” kategorisine dahil edilmiştir. Aynı soruya “Serbest danışman” cevabını veren bir kişi üç gruba da (Adli Tıp Kurumu, Sağlık Bakanlığı ve Üniversite) dahil edilememiştir. Çalışılan kurumu ilgilendiren analizler 293 kişi ile yapılmıştır. Bu durum ilgili tablolarda açıklama olarak belirtilmiştir.

Verilerin analizinde SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) 26.0 istatistik paket programı kullanıldı. Normal dağılıma uygunluk Kolmogorov-Smirnov testi ile değerlendirildi. Sayısal değişkenlerden dağılımı normal olanlar ortalama $\pm$ standart sapma, dağılımı normal olmayanlar ortanca (IQR: çeyrekler arası aralık, 25-75 yüzdeler) olarak verildi. Normal dağılıma uygunluk durumu dikkate alınarak; çoklu grup ortalamalarının karşılaştırılması için ANOVA ve Kruskal Wallis testi, ikili grup ortalamalarının karşılaştırılması için Bağımsız örneklem t-testi ve Mann-Whitney U testi kullanıldı. Sayısal değişkenlerin birbirleri ile olan ilişkisini değerlendirmede Spearman korelasyon analizi kullanıldı. Analiz sonuçlarında $p < 0,05$ anlamlı olarak kabul edildi.

4. BULGULAR

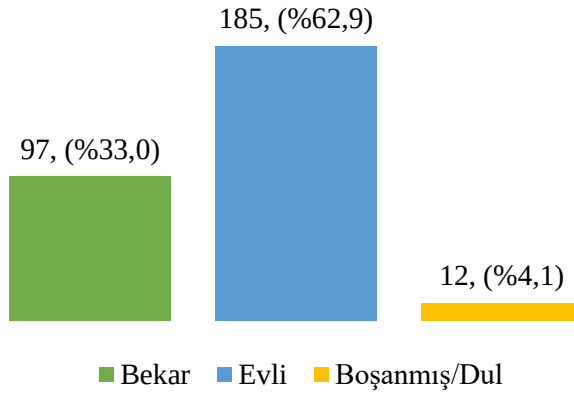
Araştırma grubunu oluşturan toplam 294 katılımcının 161 (%54,8)'ini erkekler oluşturmaktadır (Şekil 1).



Şekil 1. Katılımcıların cinsiyetlerine göre dağılımları.

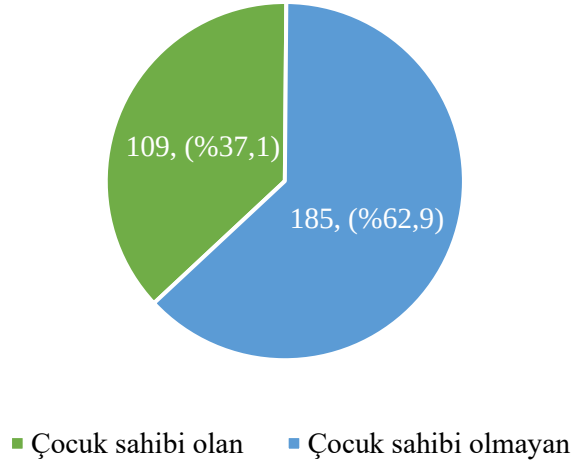
Katılımcıların yaş ortalaması $33,31 \pm 7,6$ yıl olup kadın katılımcıların yaş ortalaması $32,23 \pm 6,91$ yıl, erkek katılımcıların ise $34,2 \pm 8,03$ yıl olarak belirlenmiştir.

Medeni duruma bakıldığında katılımcıların 185 (%62,9)'i evli olduğunu belirtmiştir (Şekil 2).



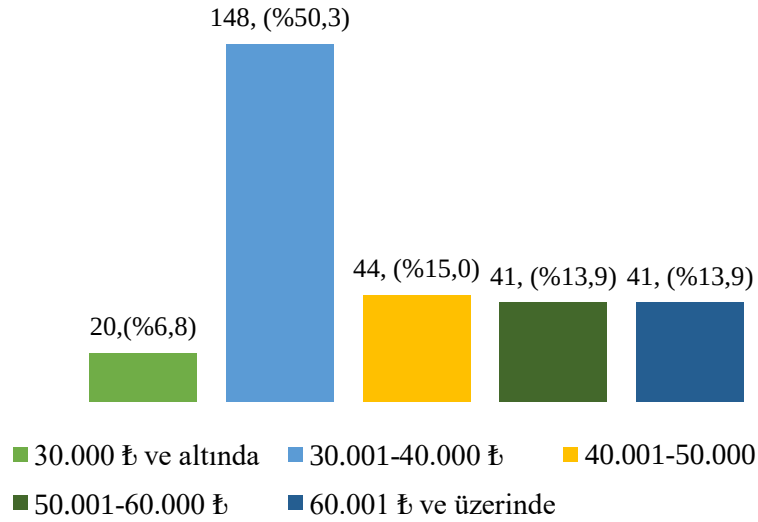
Şekil 2. Katılımcıların medeni durumuna göre dağılımı.

Katılımcıların 185 (%62,9)'inin çocuğunun olmadığı görülmüştür (Şekil 3).



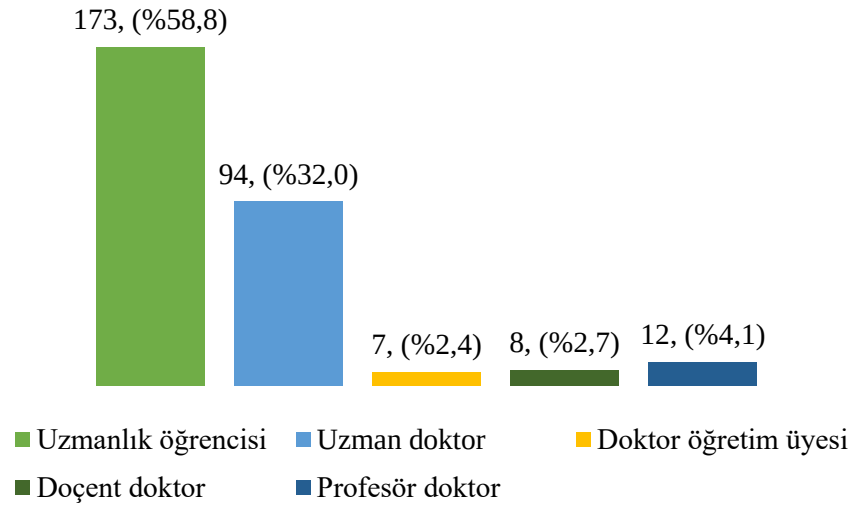
Şekil 3. Katılımcıların çocuk sahibi olma/olmamalarına göre dağılımları.

Çalışmaya katılan hekimlerin bildirdikleri aylık gelir incelendiğinde; 20 (%6,8)'sinin 30 bin Türk Lirası (₺) ve altında, 148 (%50,3)'ünün 30.001-40.000 ₺ aralığında olduğu görülmüştür. Çalışmanın yapıldığı (01.04.2023/30.06.2023) tarihte net asgari ücret 8.506,80 ₺ olarak uygulanmaktaydı (Şekil 4).



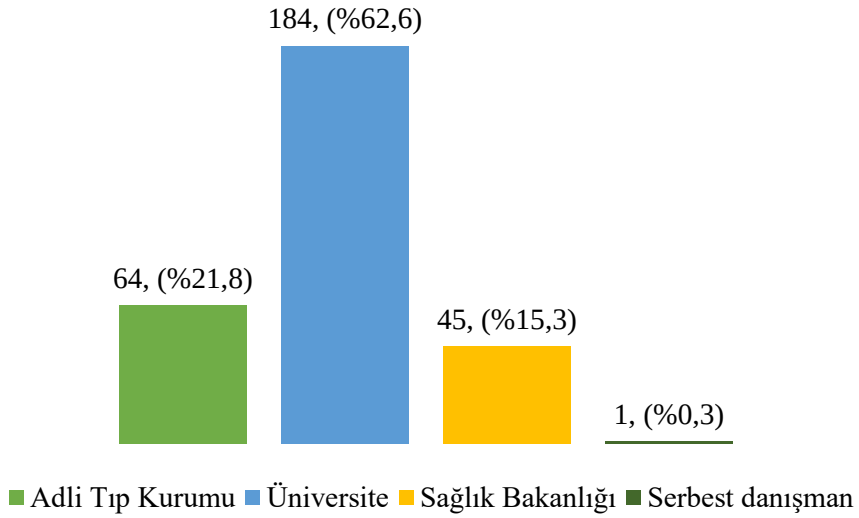
Şekil 4. Katılımcıların gelirlerine göre dağılımı.

Katılımcıların 173 (%58,8)'ü uzmanlık öğrencisi, 7 (%2,4)'si doktor öğretim üyesi olduğunu bildirdi (Şekil 5).



Şekil 5. Katılımcıların unvanlarına göre dağılımı.

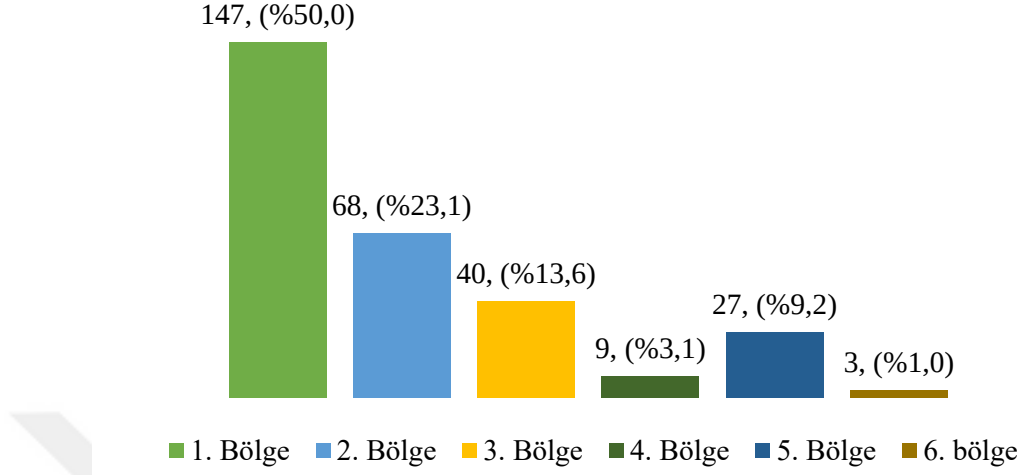
Çalışmaya katılan hekimlerin 184 (%62,6)'ü üniversitede çalıştığını belirtmiştir (Şekil 6).



Şekil 6. Katılımcıların çalıştığı kurumlara göre dağılımı.

Katılımcıların adli tıp alanında çalışma sürelerinin ortalaması $5,77 \pm 6,71$ yıl olduğu, 255 (%86,7) kişinin 10 yıl ve altında, 39 (%13,3) kişinin ise 10 yılın üzerinde çalıştığı görülmüştür.

Hekimlerin adli tıp alanında en uzun süre görev yaptığı iller altı bölgeye ayrıldığında, hekimlerin 147 (%50,0)'si 1. bölgede, 3 (%1,0)'ü 6. bölgede çalışmaktaydı (Şekil 7).



Şekil 7. Katılımcıların en uzun süre görev yaptığı il bölgelerine göre dağılımı.

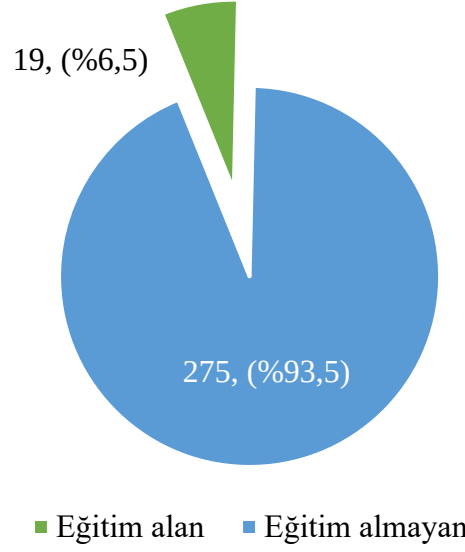
Çalışmaya katılan hekimlerin bir aydaki icap nöbet sayısı ortalaması $4,12 \pm 6,49$ gün, fiili nöbet sayısı ortalaması $1,79 \pm 3,75$ gün olup 158 (%53,7) kişi icap nöbet, 203 (%69,0) kişi ise fiili nöbet tutmamaktadır.

Katılımcıların bir ayda yaptığı ölü muayenesi/otopsi sayılarının ortalaması $6,44 \pm 14,60$ olup 126 (%42,9) kişinin ölü muayenesi/otopsi yapmadığı görülmektedir.

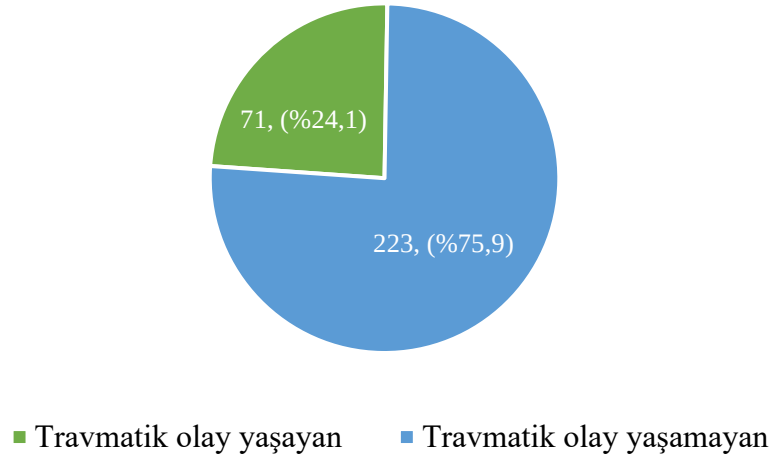
Anketi tamamlayan hekimlerin bir ayda yaptığı cinsel suç mağduru muayene sayı ortalamaları $3,58 \pm 7,36$ olup 79 (%26,9) kişinin hiç cinsel suç mağduru muayenesi yapmadığı belirlenmiştir.

Katılımcıların bir ayda düzenlediği adli rapor sayı ortalaması $84,53 \pm 148,97$ olarak bulundu.

Stres yönetimi ile ilgili, katılımcıların 275 (%93,5)'i eğitim almadığını bildirdi (Şekil 8).



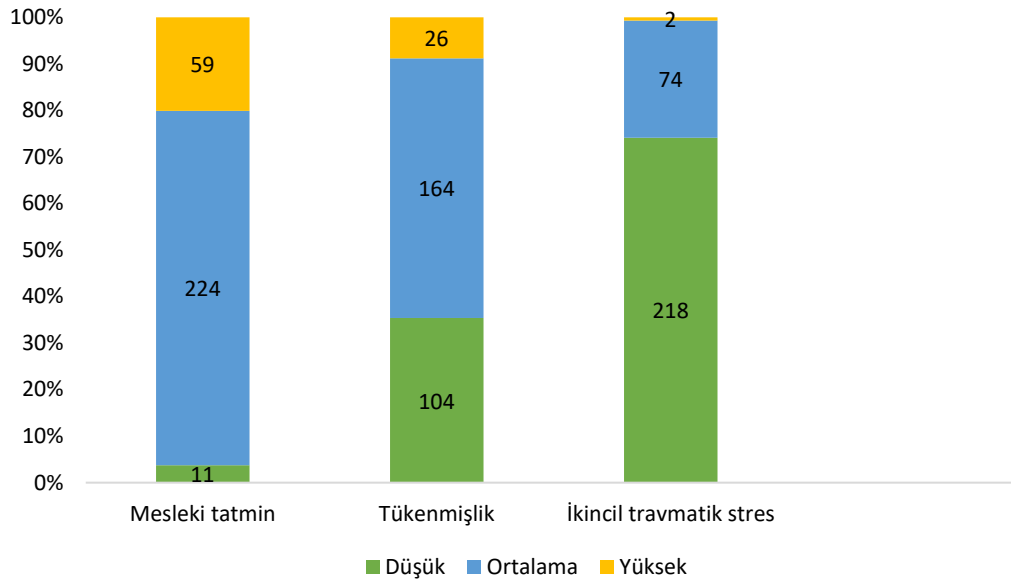
Şekil 8. Katılımcıların stres yönetimi ile ilgili eğitim alma durumlarına göre dağılımı. “Psikolojik destek almanızı gerektirecek travmatik bir olay yaşadınız mı?” sorusuna çalışmaya katılan hekimlerin 71 (%24,1)’i evet cevabını verdi (Şekil 9).



Şekil 9. Katılımcıların psikolojik destek almasını gerektirecek travmatik bir olay yaşama durumlarına göre dağılımı.

Stres yönetimi ile ilgili herhangi bir eğitim alan hekimlerin %57,9’sı “Psikolojik destek almanızı gerektirecek travmatik bir olay yaşadınız mı?” sorusuna evet cevabı vermiştir.

Spearman Korelasyon analizine göre; mesleki tatmin puanı ile ikincil travmatik stres puanı arasında anlamlı bir ilişki olmadığı ($p=0,875$), mesleki tatmin puanı ile tükenmişlik puanı arasında, düşük-orta derecede negatif ($r_{\text{spearman}} = -0,327$) bir ilişki ($p<0,001$), tükenmişlik puanı ile ikincil travmatik stres puanı arasında, orta derecede pozitif ($r_{\text{spearman}} = 0,454$) bir ilişki bulunmuştur ($p<0,001$).



Şekil 10. Katılımcıların mesleki tatmin, tükenmişlik ve ikincil travmatik stres puanlarının düşük, ortalama ve yüksek kategorilerine göre dağılımı.

4.1. Mesleki tatmin

Tablo 4. Mesleki tatmin puanları ile sosyodemografik ve mesleki değişkenler arasındaki ilişki.

Mesleki tatmin		Ortanca	IQR	Ortalama	SS	P
Yaş	30 yaş altı ^a	32	26,25-32	30,99	6,76	0,001 [¥]
	31-40 yaş arası ^a	32	27-35	31,27	6,13	
	40 yaş üstü ^b	35	33-40	35,51	6,06	
Cinsiyet	Erkek	32	27-36	31,22	6,86	0,226*
	Kadın	33	28-36,5	32,16	6,16	
Medeni durum	Bekar	31	25-35,5	30,65	7,2	0,084 [†]
	Evli	32	28-36	31,96	5,99	
	Boşanmış/ Dul	35,5	29-43,5	34,75	8,59	
Çocuk sahibi olma durumu	Var	32	28-36	32,2	6,21	0,297*
	Yok	32	27-36	31,31	6,76	
Gelir durumu	60 bin ₺ altı	32	27-36	32,3	6,58	0,045*
	60 bin ₺ ve üzeri	34	30-39	33,78	6,08	
Unvan	Uzm. öğrencisi ^a	31	26,5-35	30,9	6,65	<0,001 [¥]
	Uzm. hekim ^a	32	27,75-36	31,57	6,1	
	Öğretim üyesi ^b	36	33-41	36,63	5,5	
Çalışılan kurum**	Adli Tıp Kurumu	31	26,25-35	30,67	7,14	0,416 [†]
	Üniversite	32	28-36,75	31,93	6,26	
	Sağlık Bakanlığı	34	27,5-36,5	31,8	7	
Çalışma süresi	10 yıl ve altı	32	27-35	31,2	6,49	0,005*
	10 yılın üzeri	34	30-39	34,51	6,39	
En uzun süre çalışılan il grubu	1. Bölge	32	27-37	31,64	6,83	0,959 [¥]
	2. Bölge	31,5	28-34,75	31,35	5,65	
	3. Bölge	33	29-36	32,5	6,2	
	4. Bölge	33	27,5-36	30,67	9,21	
	5. Bölge	31	27-37	31,41	6,89	
	6. Bölge	30	23-	32	10,15	
İcap nöbet	Yok	32	27-36	31,39	7,02	0,451*
	Var	33	28-35,75	31,94	5,99	
Fiili nöbet	Yok	32	27-36	31,63	6,32	0,563*
	Var	33	27-36	31,68	7,11	
Ölü muayenesi/ otopsi	Yok	32	27,75-37	31,87	6,61	0,691*
	Var	32	27-35	31,47	6,54	
Cinsel suç mağduru muayenesi	Yok	31	26-36	30,82	6,94	0,309*
	Var	33	28-36	31,94	6,41	
Stres yönetimi eğitimi	Almış	36	31-39	35,11	5,72	0,021*
	Almamış	32	27-36	31,4	6,56	
Psikolojik destek almaya neden olan travma	Yaşamış	30	25-36	30,3	6,9	0,104*
	Yaşamamış	32	28-36	32,07	6,41	
*Mann Whitney U testi, [†] Kruskal Wallis testi, [¥] ANOVA,						
Her bir değişken için, aynı üst simge (harf) bulunan kategoriler arasında anlamlı istatistiksel fark bulunmamaktadır.						
**Çalışılan kurumu ilgilendiren analizler 293 kişi ile yapıldı.						

Tablo 5. Sosyodemografik ve mesleki değişken gruplarına göre mesleki tatmin puan gruplarının dağılımı.

Mesleki tatmin		Düşük sayı (%)	Ortalama sayı (%)	Yüksek sayı (%)
Yaş	30 yaş altı	7 (5,1)	102 (75)	27 (19,9)
	31-40 yaş arası	4 (3,3)	99 (80,5)	20 (16,3)
	40 yaş üstü	0 (0)	23 (65,7)	12 (34,3)
Cinsiyet	Erkek	8 (5)	123 (76,4)	30 (18,6)
	Kadın	3 (2,3)	101 (75,9)	29 (21,8)
Medeni durum	Bekar	5 (5,2)	71 (73,2)	21 (21,6)
	Evli	5 (2,7)	147 (79,5)	33 (17,8)
	Boşanmış/Dul	1 (8,3)	6 (50)	5 (41,7)
Çocuk sahibi olma durumu	Var	3 (2,8)	87 (79,8)	19 (17,4)
	Yok	8 (4,3)	137 (74,1)	40 (21,6)
Gelir durumu	60 bin ₺ altı	11 (4,3)	195 (77,1)	47 (18,6)
	60 bin ₺ ve üzeri	0 (0)	29 (70,7)	12 (29,3)
Unvan	Uzm. öğrencisi	9 (5,2)	131 (75,7)	33 (19,1)
	Uzm. hekim	2 (2,1)	76 (80,9)	16 (17)
	Öğretim üyesi	0 (0)	17 (63)	10 (37)
Çalışılan kurum*	Adli Tıp Kurumu	3 (4,7)	51(79,7)	10 (15,6)
	Üniversite	5 (2,7)	140 (76,1)	39 (21,2)
	Sağlık Bakanlığı	3 (6,7)	32 (71,1)	10 (22,2)
Çalışma süresi	10 yıl ve altı	11 (4,3)	197 (77,3)	47 (18,4)
	10 yılın üzeri	0 (0)	27 (69,2)	12 (30,8)
En uzun süre çalışılan il grubu	1. Bölge	7 (4,8)	107 (72,8)	33 (22,4)
	2. Bölge	1 (1,5)	57 (83,8)	10 (14,7)
	3. Bölge	1 (2,5)	32 (80)	7 (17,5)
	4. Bölge	1 (11,1)	6 (66,7)	2 (22,2)
	5. Bölge	1 (3,7)	20 (74,1)	6 (22,2)
	6. Bölge	0 (0)	2 (66,7)	1 (33,3)
İcap nöbet	Yok	8 (5,1)	117 (74,1)	33 (20,9)
	Var	3 (2,2)	107 (78,7)	26 (19,1)
Fiili nöbet	Yok	6 (3)	159 (78,3)	38 (18,7)
	Var	5 (5,5)	65 (71,4)	21 (23,1)
Ölü muayenesi/ otopsi	Yok	4 (3,2)	92 (73)	30 (23,8)
	Var	7 (4,2)	132 (78,6)	29 (17,3)
Cinsel suç mağduru muayenesi	Yok	5 (6,3)	61 (77,2)	13 (16,5)
	Var	6 (2,8)	163 (75,8)	46 (21,4)
Stres yönetimi eğitimi	Almış	0 (0)	13 (68,4)	6 (31,6)
	Almamış	11 (4)	211 (76,7)	53 (19,3)
Psikolojik destek almaya neden olan travma	Yaşamış	5 (7)	56 (78,9)	10 (14,1)
	Yaşamamış	6 (2,7)	168 (75,3)	49 (22)
*Çalışılan kurumu ilgilendiren analizler 293 kişi ile yapıldı.				

Katılımcıların mesleki tatmin alt ölçek puan ortalamaları $31,64 \pm 6,56$ olarak belirlendi. Mesleki tatmin alt ölçeğine verilen yanıtlar düşük, ortalama ve yüksek olarak sınıflandırıldığında katılımcıların 11 (%3,7)'i düşük, 224 (%76,2)'ü ortalama, 59 (%20,1)'u yüksek puan grubundadır (Şekil 10).

Sosyodemografik ve mesleki değişken gruplarına göre mesleki tatmin puan gruplarının dağılımı Tablo 5’de gösterilmiştir.

Mesleki tatmin puanının ortanca değeri ile cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (Tablo 4).

Spearman Korelasyon analizine göre; yaş ile mesleki tatmin alt ölçek puanı arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p=0,140$). Mesleki tatmin alt ölçek puan ortalaması ile yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p=0,001$) (Tablo 4). “40 yaş üstü” grubunda bulunan katılımcıların mesleki tatmin düzeyi diğer yaş gruplarına göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksekti.

Mesleki tatmin alt ölçek puan ortalaması ile medeni durum arasında istatistiksel olarak anlamlılık saptanmamıştır (Tablo 4).

Çocuk sahibi olma/olmama durumu ile katılımcıların mesleki tatmin alt ölçek puan ortancaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (Tablo 4).

Mesleki tatmin alt ölçek puan ortancası ile aylık gelir grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p=0,045$) (Tablo 4). Aylık geliri “60 bin ₺ ve üzeri” kategorisinde olan katılımcıların mesleki tatmin puanları, aylık geliri “60 bin ₺ altı” kategorisinde olan katılımcıların mesleki tatmin puanlarından istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksek bulundu.

Mesleki tatmin alt ölçek puan ortancası hekimlerin unvanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0,001$) (Tablo 4). Öğretim üyesi olan katılımcıların mesleki tatmin puanı uzmanlık öğrencisi ve uzman hekim olan katılımcılardan istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Katılımcıların çalıştığı kurum bakımından mesleki tatmin alt ölçek puan ortancası anlamlı olarak farklılaşmamaktadır (Tablo 4).

Spearman Korelasyon analizine göre; mesleki tatmin puanı ile adli tıp alanında çalışma süresi arasında ilişki bulunmamıştır ($p=0,122$). Adli tıp alanında çalışma süresi “10 yıl ve altı” ve “10 yıl üzeri” olarak gruplandırıldığında; mesleki tatmin alt ölçek puan ortancası ile adli tıp alanında çalışma süresi grupları arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p=0,005$) (Tablo 4). Çalışma süresi 10 yıl ve üzeri olan katılımcıların mesleki tatmin puanları çalışma süresi 10 yıl ve altı olan katılımcılardan istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksekti.

Mesleki tatmin puan ortalaması ile adli tıp alanında en uzun çalışılan il bölgesi arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (Tablo 4).

Spearman Korelasyon analizine göre; mesleki tatmin puanı ile icap nöbet sayısı arasında ilişki bulunmamıştır ($p=0,234$). Bir aydaki icap nöbet sayısı “icap nöbeti olmayan” ve “icap nöbeti olan” şeklinde gruplandırıldığında; gruplar ile mesleki tatmin alt ölçek puan ortancası arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (Tablo 4).

Spearman Korelasyon analizine göre; mesleki tatmin puanı ile fiili nöbet sayısı arasında ilişki bulunmamıştır ($p=0,387$). Bir aydaki fiili nöbet sayısı “fiili nöbeti olmayan” ve “fiili nöbeti olan” şeklinde gruplandırıldığında; gruplar ile mesleki tatmin alt ölçek puan ortancası arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (Tablo 4).

Spearman Korelasyon analizine göre; mesleki tatmin puanı ile ölü muayenesi/otopsi sayısı arasında ilişki bulunmamıştır ($p=0,863$). Bir ayda yapılan ortalama ölü muayenesi/otopsi sayısı “ölü muayenesi/otopsi yapmayan” ve “ölü muayenesi/otopsi yapan” şeklinde gruplandırıldığında; gruplar ile mesleki tatmin alt ölçek puan ortancası arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (Tablo 4).

Spearman Korelasyon analizine göre; mesleki tatmin puanı ile cinsel suç mağduru muayenesi sayısı arasında, düşük veya önemsiz derecede pozitif ($r_{\text{spearman}}= 0,144$) bir ilişki bulunmuştur ($p<0,014$). Bir ayda yapılan cinsel suç mağduru muayenesi sayısı “cinsel suç mağduru muayenesi yapmayan” ve “cinsel suç mağduru muayenesi yapan” şeklinde gruplandırıldığında; gruplar ile mesleki tatmin alt ölçek puan ortancası arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (Tablo 4).

Spearman Korelasyon analizine göre; mesleki tatmin puanı ile bir ayda düzenlenen adli rapor sayısı arasında ilişki bulunmamıştır ($p=0,424$).

“Stres yönetimi ile ilgili herhangi bir eğitim aldınız mı?” sorusuna evet cevabı verenlerin mesleki tatmin puanı ortanca değeri hayır cevabı veren katılımcılardan istatistiksel olarak anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ($p=0,021$) (Tablo 4).

“Psikolojik destek almanızı gerektirecek travmatik bir olay yaşadınız mı?” sorusuna verilen cevaplar ile mesleki tatmin puanı ortanca değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmemiştir (Tablo 4).



4.2. Tükenmişlik

Tablo 6. Tükenmişlik puanları ile sosyodemografik ve mesleki değişkenler arasındaki ilişki.

Tükenmişlik		Ortanca	IQR	Ortalama	SS	p
Yaş	30 yaş altı	13	10-17	13,71	5,08	0,457 [†]
	31-40 yaş arası	13	10-17	13,99	5,07	
	40 yaş üstü	12	8-15	12,69	3,86	
Cinsiyet	Erkek	13	9,5-16,5	13,34	4,96	0,156*
	Kadın	13	10-17,5	14,15	4,92	
Medeni durum	Bekar	13	10-17	14,13	5,26	0,633 [†]
	Evli	13	10-17	13,48	4,82	
	Boşanmış/ Dul	14	12-17	13,75	4,56	
Çocuk sahibi olma durumu	Var	13	9-16,5	13,13	4,5	0,192*
	Yok	13	10-17	14,04	5,17	
Gelir durumu	60 bin ₺ altı	13	10-17	13,98	4,92	0,012*
	60 bin ₺ ve üzeri	10	9-15	11,98	4,79	
Unvan	Uzm. öğrencisi	14	10-17	14,04	5,08	0,468 [†]
	Uzm. hekim	12	9,75-17	13,34	5	
	Öğretim üyesi	14	9-16	12,81	3,66	
Çalışılan kurum**	Adli Tıp Kurumu	12,5	10-17	13,7	5,32	0,415 [†]
	Üniversite	13	10-16	13,46	4,69	
	Sağlık Bakanlığı	14	10-18	14,64	5,45	
Çalışma süresi	10 yıl ve altı	13	10-17	13,83	5,06	0,348*
	10 yılın üzeri	13	9-16	12,9	4,07	
En uzun süre çalışılan il grubu	1. Bölge	13	10-17	14,12	5,07	0,796 [†]
	2. Bölge	12,5	9-16	13,16	5,09	
	3. Bölge	14	10-16	13,48	4,42	
	4. Bölge	12	10-16,5	13,44	5,48	
	5. Bölge	13	9-17	13,44	4,73	
	6. Bölge	11	8-	12	4,58	
İcap nöbet	Yok	13,5	10-17	13,85	5,04	0,677*
	Var	13	10-17	13,54	4,85	
Fiili nöbet	Yok	13	10-17	13,49	4,79	0,328*
	Var	14	10-17	14,19	5,28	
Ölü muayenesi/ otopsi	Yok	13	10-17	14,16	5,23	0,309*
	Var	13	10-17	13,36	4,71	
Cinsel suç mağduru muayenesi	Yok	15	11-18	14,8	5,16	0,031*
	Var	13	10-17	13,3	4,82	
Stres yönetimi eğitimi	Almış	14	12-19	14,32	5,01	0,429*
	Almamış	13	10-17	13,66	4,95	
Psikolojik destek almaya neden olan travma	Yaşamış	16	13-20	16,2	5,12	<0,001*
	Yaşamamış	12	9-16	12,91	4,63	
*Mann Whitney U testi, [†] Kruskal Wallis testi,						
**Çalışılan kurumu ilgilendiren analizler 293 kişi ile yapıldı.						

Tablo 7. Sosyodemografik ve mesleki değişken gruplarına göre tükenmişlik puan gruplarının dağılımı.

Tükenmişlik		Düşük sayı(%)	Ortalama sayı (%)	Yüksek sayı(%)
Yaş	30 yaş altı	50 (36,8)	72 (52,9)	14 (10,3)
	31-40 yaş arası	41 (33,3)	71 (57,7)	11 (8,9)
	40 yaş üstü	13 (37,1)	21 (60,0)	1 (2,9)
Cinsiyet	Erkek	61 (37,9)	87 (54)	13 (8,1)
	Kadın	43 (32,3)	77 (57,9)	13 (9,8)
Medeni durum	Bekar	30 (30,9))	55 (56,7)	12 (12,4)
	Evli	72 (38,9)	99 (53,5)	14 (7,6)
	Boşanmış/Dul	2 (16,7)	10 (83,3)	0 (0)
Çocuk sahibi olma durumu	Var	41 (37,6)	63 (57,8)	5 (4,6)
	Yok	63 (34,1)	101 (54,6)	21 (11,4)
Gelir durumu	60 bin ₺ altı	81 (32)	148 (58,5)	24 (9,5)
	60 bin ₺ ve üzeri	23 (56,1)	16 (39)	2 (4,9)
Unvan	Uzm. öğrencisi	60 (34,7)	95 (54,9)	18 (10,4)
	Uzm. hekim	35 (37,2)	51 (54,3)	8 (8,5)
	Öğretim üyesi	9 (33,3)	18 (66,7)	0 (0)
Çalışılan kurum*	Adli Tıp Kurumu	25 (39,1)	33 (51,6)	6 (9,4)
	Üniversite	66 (35,9)	104 (56,5)	14 (7,6)
	Sağlık Bakanlığı	13 (28,9)	26 (57,8)	6 (13,3)
Çalışma süresi	10 yıl ve altı	89 (34,9)	142 (55,7)	24 (9,4)
	10 yılın üzeri	15 (38,5)	22 (56,4)	2 (5,1)
En uzun süre çalışılan il grubu	1. Bölge	46 (31,3)	86 (58,5)	15 (10,2)
	2. Bölge	29 (42,6)	33 (48,5)	6 (8,8)
	3. Bölge	14(35,0)	24 (60,0)	2 (5,0)
	4. Bölge	4 (44,4)	4 (44,4)	1 (11,1)
	5. Bölge	9 (33,3)	16 (59,3)	2 (7,4)
	6. Bölge	2 (66,7)	1 (33,3)	0 (0)
İcap nöbet	Yok	56 (35,4)	87 (55,1)	15 (9,5)
	Var	48 (35,3)	77 (56,6)	11 (8,1)
Fiili nöbet	Yok	74 (36,5)	115 (56,7)	14 (6,9)
	Var	30 (33)	49 (53,8)	12 (13,2)
Ölü muayenesi/ otopsi	Yok	42 (33,3)	69 (54,8)	15 (11,9)
	Var	62 (36,9)	95 (56,5)	11 (6,5)
Cinsel suç mağduru muayenesi	Yok	22 (27,8)	47 (59,5)	10 (12,7)
	Var	82 (38,1)	117 (54,4)	16 (7,4)
Stres yönetimi eğitimi	Almış	4 (21,1)	14 (73,7)	1 (5,3)
	Almamış	100 (36,4)	150 (54,5)	25 (9,1)
Psikolojik destek almaya neden olan travma	Yaşamış	14 (19,7)	44 (62)	13 (18,3)
	Yaşamamış	90 (40,4)	120 (53,8)	13 (5,8)
*Çalışılan kurumu ilgilendiren analizler 293 kişi ile yapıldı.				

Çalışmaya katılan hekimlerin tükenmişlik alt ölçek puan ortalamaları $13,7 \pm 4,95$ olarak belirlendi. Tükenmişlik alt ölçeğine verilen yanıtlar düşük, ortalama ve yüksek olarak sınıflandırıldığında katılımcıların 104 (%35,4)'i düşük, 164 (%55,8)'ü ortalama, 26 (%8,8)'u yüksek puan grubundadır (Şekil 10).

Sosyodemografik ve mesleki değişken gruplarına göre tükenmişlik puan gruplarının dağılımı Tablo 7'de gösterilmiştir.

Tükenmişlik puanının ortanca değeri ile cinsiyet arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (Tablo 6).

Spearman Korelasyon analizine göre; yaş ile tükenmişlik puanı arasında ilişki bulunmamıştır ($p=0,595$). Tükenmişlik alt ölçek puan ortancası ile yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (Tablo 6).

Tükenmişlik alt ölçek puanının ortanca değeri ile medeni durum grupları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır (Tablo 6).

Tükenmişlik alt ölçek puan ortancaları açısından çocuk sahibi olan ve olmayan katılımcılar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (Tablo 6).

Tükenmişlik alt ölçek puan ortancası ile aylık gelir grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p=0,012$) (Tablo 6). Aylık geliri “60 bin ₺ ve üzeri” kategorisinde olan katılımcıların tükenmişlik puanları, aylık geliri “60 bin ₺ altı” kategorisinde olan katılımcıların tükenmişlik puanlarından istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha düşük bulundu.

Tükenmişlik alt ölçek puan ortancaları açısından unvan grupları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır (Tablo 6).

Katılımcıların çalıştığı kurum ile tükenmişlik alt ölçek puan ortancaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (Tablo 6).

Spearman Korelasyon analizine göre; tükenmişlik puanı ile adli tıp alanında çalışma süresi arasında ilişki bulunmamıştır ($p=0,250$). Adli tıp alanında çalışma süresi “10 yıl ve altı” ve “10 yıl üzeri” olarak gruplandırıldığında; tükenmişlik alt ölçek puan

ortancası açısında gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (Tablo 6).

Tükenmişlik puan ortancası ile adli tıp alanında en uzun çalışılan il bölgesi arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (Tablo 6).

Spearman Korelasyon analizine göre; tükenmişlik puanı ile icap nöbet sayısı arasında ilişki bulunmamıştır ($p=0,176$). Bir aydaki icap nöbet sayısı “icap nöbeti olmayan” ve “icap nöbeti olan” şeklinde gruplandırıldığında; tükenmişlik alt ölçek puan ortancası açısından gruplar arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır (Tablo 6).

Spearman Korelasyon analizine göre; tükenmişlik puanı ile fiili nöbet sayısı arasında ilişki bulunmamıştır ($p=0,291$). Bir aydaki fiili nöbet sayısı “fiili nöbeti olmayan” ve “fiili nöbeti olan” şeklinde gruplandırıldığında; tükenmişlik alt ölçek puan ortancası ile gruplar arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (Tablo 6).

Spearman Korelasyon analizine göre; tükenmişlik puanı ile ölü muayenesi/otopsi sayısı arasında ilişki bulunmamıştır ($p=0,343$). Bir ayda yapılan ortalama ölü muayenesi/otopsi sayısı “ölü muayenesi/otopsi yapmayan” ve “ölü muayenesi/otopsi yapan” şeklinde gruplandırıldığında; tükenmişlik alt ölçek puan ortancası açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (Tablo 6).

Spearman Korelasyon analizine göre; tükenmişlik puanı ile cinsel suç mağduru muayenesi sayısı arasında ilişki bulunmamıştır ($p=0,234$). Bir ayda yapılan cinsel suç mağduru muayenesi sayısı “cinsel suç mağduru muayenesi yapmayan” ve “cinsel suç mağduru muayenesi yapan” şeklinde gruplandırıldığında; tükenmişlik alt ölçek puan ortancası sırasıyla 15 (IQR: 11-18) ve 13 (IQR: 10-17) bulunmuştur. Tükenmişlik puanları açısından bir ayda yapılan ortalama cinsel suç mağduru muayenesi sayısı grupları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0,031$) (Tablo 6).

Spearman Korelasyon analizine göre; tükenmişlik puanı ile adli rapor sayısı arasında ilişki bulunmamıştır ($p=0,224$).

Tükenmişlik puanı ortanca değeri açısından “Stres yönetimi ile ilgili herhangi bir eğitim aldınız mı?” sorusuna evet ve hayır cevabı veren katılımcılar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (Tablo 6).

Tükenmişlik puanı ortanca değeri; “Psikolojik destek almanızı gerektirecek travmatik bir olay yaşadınız mı?” sorusuna evet cevabı verenlerde 16 (IQR: 13-20), “Psikolojik destek almanızı gerektirecek travmatik bir olay yaşadınız mı?” sorusuna hayır cevabı verenlerde 12 (IQR: 9-16) bulunmuştur. Bu değerler arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,001$) (Tablo 6).



4.3. İkincil travmatik stres

Tablo 8. İkincil travmatik stres puanları ile sosyodemografik ve mesleki değişkenler arasındaki ilişki.

İkincil travmatik stres		Ortanca	IQR	Ortalama	SS	p
Yaş	30 yaş altı	14	12-18	15,49	5,55	0,215 [‡]
	31-40 yaş arası	15	12-20	16,5	5,69	
	40 yaş üstü	16	12-19	16,69	5	
Cinsiyet	Erkek	15	12-18	15,65	5,16	0,311*
	Kadın	15	12,5-19	16,54	5,99	
Medeni durum	Bekar	15	12-19	15,93	5,96	0,814 [‡]
	Evli	15	12-18	16,16	5,39	
	Boşanmış/ Dul	15	11-20	15,42	5,05	
Çocuk sahibi olma durumu	Var	16	13-20	16,83	5,16	0,011*
	Yok	14	12-18	15,59	5,74	
Gelir durumu	60 bin ₺ altı	15	12-19	16,15	5,62	0,337*
	60 bin ₺ ve üzeri	14	11,5-18,5	15,44	5,2	
Unvan	Uzm. öğrencisi	15	12-19	16,01	5,69	0,634 [‡]
	Uzm. hekim	15	12-18	15,91	5,42	
	Öğretim Üyesi	15,5	11,75-20,25	16,85	5,31	
Çalışılan kurum**	Adli Tıp Kurumu	15	12-17,75	15,84	5,6	0,269 [‡]
	Üniversite	15	12-18,75	15,61	4,95	
	Sağlık Bakanlığı	16	12,5-22	17,89	7,1	
Çalışma süresi	10 yıl ve altı	15	12-18	15,97	5,62	0,396*
	10 yılın üzeri	15	12-20,25	16,59	5,15	
En uzun süre çalışılan il grubu	1. Bölge	15	12-19	16,31	5,77	0,833 [‡]
	2. Bölge	14	12-18	15,28	5,18	
	3. Bölge	15	11,25-18	15,67	5,18	
	4. Bölge	14	11,5-26,5	18,44	9,34	
	5. Bölge	15	13-20	16,41	4,31	
	6. Bölge	16	11-	16	5	
İcap nöbet	Yok	15	12-19	15,96	5,51	0,742*
	Var	15	12-29	16,16	5,63	
Fiili nöbet	Yok	14	12-18	15,55	5,17	0,044*
	Var	16	12,75-21	17,18	6,22	
Ölü muayenesi/ otopsi	Yok	14,5	12-19	15,69	5,23	0,469*
	Var	15	12-19	16,33	5,79	
Cinsel suç mağduru muayenesi	Yok	15	12-19	16,14	5,45	0,702*
	Var	15	12-19	16,02	5,61	
Stres yönetimi eğitimi	Almış	20	13,75-23	19,63	6,16	0,006*
	Almamış	15	12-18	15,81	5,44	
Psikolojik destek almaya neden olan travma	Yaşamış	18,5	14-22	19,3	6,52	<0,001*
	Yaşamamış	14	12-17	15,02	4,79	
*Mann Whitney U testi, †Kruskal Wallis testi						
**Çalışılan kurumu ilgilendiren analizler 293 kişi ile yapıldı.						

Tablo 9. Sosyodemografik ve mesleki değişken gruplarına göre ikincil travmatik stres puan gruplarının dağılımı.

İkincil travmatik stres		Düşük sayı (%)	Ortalama sayı (%)	Yüksek sayı (%)
Yaş	30 yaş altı	106 (77.9)	29 (21.3)	1 (0.7)
	31-40 yaş arası	87 (70.7)	35 (28.5)	1 (0.8)
	40 yaş üstü	25 (71.4)	10 (28.6)	0 (0)
Cinsiyet	Erkek	122 (75,8)	38 (23,6)	1 (0,6)
	Kadın	96 (72,2)	36 (27,1)	1 (0,8)
Medeni durum	Bekar	71 (73,2)	25 (25,8)	1 (1)
	Evli	139 (75,1)	45 (24,3)	1 (0,5)
	Boşanmış/Dul	8 (66,7)	4 (33,3)	0 (0)
Çocuk sahibi olma durumu	Var	76 (69,7)	32 (29,4)	1 (0,9)
	Yok	142 (76,8)	42 (22,7)	1 (0,5)
Gelir durumu	60 bin ₺ altı	187 (73,9)	64 (25,3)	2 (0,8)
	60 bin ₺ ve üzeri	31 (75,6)	10 (24,4)	0 (0)
Unvan	Uzm. öğrencisi	128 (74)	44 (25,4)	1 (0,6)
	Uzm. hekim	73 (77,7)	20 (21,3)	1 (1,1)
	Öğretim üyesi	17 (63)	10 (37)	0 (0)
Çalışılan kurum*	Adli Tıp Kurumu	51 (79,79)	12 (18,8)	1 (1,6)
	Üniversite	138 (75)	46 (25)	0 (0)
	Sağlık Bakanlığı	29 (64,4)	15 (33,3)	1 (2,2)
Çalışma süresi	10 yıl ve altı	192 (75,3)	61 (23,9)	2 (0,8)
	10 yılın üzeri	26 (66,7)	13 (33,3)	0 (0)
En uzun süre çalışılan il grubu	1. Bölge	105 (71,4)	42 (28,6)	0 (0)
	2. Bölge	56 (82,4)	11 (16,2)	1 (1,5)
	3. Bölge	31 (77,5)	9 (22,5)	0 (0)
	4. Bölge	6 (66,7)	2 (22,2)	1 (11,1)
	5. Bölge	18 (66,7)	9 (33,3)	0 (0)
	6. Bölge	2 (66,7)	1 (33,3)	0 (0)
İcap nöbet	Yok	118 (74,7)	39 (24,7)	1 (0,6)
	Var	100 (73,5)	35 (25,7)	1 (0,7)
Fiili nöbet	Yok	156 (76,8)	47 (23,2)	0 (0)
	Var	62 (68,1)	27 (29,7)	2 (2,2)
Ölü muayenesi/ otopsi	Yok	93 (73,8)	33 (26,2)	0 (0)
	Var	125 (74,4)	41 (24,4)	2 (1,2)
Cinsel suç mağduru muayenesi	Yok	58 (73,4)	21 (26,6)	0 (0)
	Var	160 (74,4)	53 (24,7)	2 (0,9)
Stres yönetimi eğitimi	Almış	8 (42,1)	11 (57,9)	0 (0)
	Almamış	210 (76,4)	63 (22,9)	2 (0,7)
Psikolojik destek almaya neden olan travma	Yaşamış	35 (49,3)	35 (49,3)	1 (1,4)
	Yaşamamış	183 (82,1)	39 (17,5)	1 (0,4)
*Çalışılan kurumu ilgilendiren analizler 293 kişi ile yapıldı.				

Katılımcıların ikincil travmatik stres alt ölçek puan ortalamaları $16.05 \pm 5,56$ olarak saptandı. İkincil travmatik stres alt ölçeğine verilen yanıtlar düşük, ortalama ve yüksek olarak sınıflandırıldığında katılımcıların 218 (%74,1)'i düşük, 74 (%25,2)'ü ortalama 2 (%0,7)'si yüksek puan grubundadır (Şekil 10).

Sosyodemografik ve mesleki değişken gruplarına göre ikincil travmatik stres puan gruplarının dağılımı Tablo 9'de gösterilmiştir.

İkincil travmatik stres puanının ortanca değeri ile cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (Tablo 8).

Spearman Korelasyon analizine göre; yaş ile İTS puanı arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p=0,065$). Yaş grupları ile hekimlerin ikincil travmatik stres alt ölçek puan ortancaları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (Tablo 8).

İkincil travmatik stres alt ölçek puanının ortanca değeri ile medeni durum arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (Tablo 8).

Çocuk sahibi olan ve olmayan katılımcılar ile ikincil travmatik stres alt ölçek puan ortancaları arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p=0,011$) (Tablo 8). Çocuk sahibi olan hekimlerin ikincil travmatik stres puan ortancaları çocuk sahibi olmayan hekimlere göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksekti.

İkincil travmatik stres alt ölçek puan ortancaları açısından aylık gelir grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (Tablo 8).

İkincil travmatik stres alt ölçek puan ortancası ile unvan grupları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (Tablo 8).

Katılımcıların çalıştığı kurum bakımından ikincil travmatik stres alt ölçek puan ortancaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (Tablo 8).

Spearman Korelasyon analizine göre; ikincil travmatik stres puanı ile adli tıp alanında çalışma süresi arasında ilişki bulunmamıştır ($p=0,447$). Adli tıp alanında çalışma süresi “10 yıl ve altı” ve “10 yıl üzeri” olarak gruplandırıldığında; ikincil travmatik stres alt ölçek puan ortalaması ile gruplar arasında anlamlı bir ilişki

bulunmamıştır (Tablo 8).

İkincil travmatik stres puan ortalaması ile adli tıp alanında en uzun çalışılan il bölgesi arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (Tablo 8).

Spearman Korelasyon analizine göre; ikincil travmatik stres puanı ile icap nöbet sayısı arasında ilişki bulunmamıştır ($p=0,135$). Bir aydaki icap nöbet sayısı “icap nöbeti olmayan” ve “icap nöbeti olan” şeklinde gruplandırıldığında; ikincil travmatik stres alt ölçek puan ortancası açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (Tablo 8).

Spearman Korelasyon analizine göre; ikincil travmatik stres puanı ile fiili nöbet sayısı arasında, düşük veya önemsiz derecede pozitif ($r_{\text{spearman}} = 0,120$) bir ilişki bulunmuştur ($p<0,040$). Bir aydaki fiili nöbet sayısı “fiili nöbeti olmayan” ve “fiili nöbeti olan” şeklinde gruplandırıldığında; ikincil travmatik stres alt ölçek puan ortancası sırasıyla 14 (IQR: 12-18) ve 16 (IQR: 13-21) bulunmuştur. İkincil travmatik stres puanları açısından bir aydaki fiili nöbet sayısı grupları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0,044$) (Tablo 8).

Spearman Korelasyon analizine göre; ikincil travmatik stres puanı ile ölü muayenesi/otopsi sayısı arasında ilişki bulunmamıştır ($p=0,210$). Bir ayda yapılan ortalama ölü muayenesi/otopsi sayısı “ölü muayenesi/otopsi yapmayan” ve “ölü muayenesi/otopsi yapan” şeklinde gruplandırıldığında; ikincil travmatik stres alt ölçek puan ortancası ile gruplar arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (Tablo 8).

Spearman Korelasyon analizine göre; ikincil travmatik stres puanı ile cinsel suç mağduru muayenesi sayısı arasında ilişki bulunmamıştır ($p=0,900$). Bir ayda yapılan cinsel suç mağduru muayenesi sayısı “cinsel suç mağduru muayenesi yapmayan” ve “cinsel suç mağduru muayenesi yapan” şeklinde gruplandırıldığında; ikincil travmatik stres alt ölçek puan ortancası açısından gruplar arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır (Tablo 8).

Spearman Korelasyon analizine göre; ikincil travmatik stres puanı ile bir ayda düzenlenen adli rapor sayısı arasında ilişki bulunmamıştır ($p=0,173$).

İkincil travmatik stres puanı ortanca değeri; “Stres yönetimi ile ilgili herhangi bir eğitim aldınız mı?” sorusuna evet cevabı verenlerde 20 (IQR: 14-23), “Stres yönetimi ile ilgili herhangi bir eğitim aldınız mı?” sorusuna hayır cevabı verenlerde 15 (IQR: 12-18) bulunmuştur. Bu değerler arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0,006$) (Tablo 8).

İkincil travmatik stres puanı ortanca değeri; “Psikolojik destek almanızı gerektirecek travmatik bir olay yaşadınız mı?” sorusuna evet cevabı verenlerde 19 (IQR: 14-22), “Psikolojik destek almanızı gerektirecek travmatik bir olay yaşadınız mı?” sorusuna hayır cevabı verenlerde 14 (IQR: 12-17) bulunmuştur. Bu değerler arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,001$) (Tablo 8).

5. TARTIŞMA

Hekimlerde mesleki tatminin yüksek olması; tükenmişlik ve ikincil travmatik stresin en aza indirilmesi, istikrarlı bir işgücünün güvence altına alınması ve ulusal sağlık sisteminin doğru şekilde yürümesi ile doğrudan bağlantılıdır. Bu nedenle hekimlerde mesleki tatmin düşüklüğü, tükenmişlik ve ikincil travmatik stres sadece hekimleri ilgilendiren bir sorun olmayıp aynı zamanda toplumsal bir sorun olarak da kabul edilmelidir. Hekimlik mesleğinin sağlıklı bir şekilde sürdürülebilmesi için hekim refahının yüksek olması gerekmektedir.

Ülkemizde adli tıp hekim sayısı (yaklaşık 1150 kişi) az olmasına rağmen, tüm illerde mesai saatlerinde ve mesai saatleri dışında gerek icap nöbet gerek fiili nöbet şeklinde adli soruşturmaların gerektirdiği ceset incelemeleri, otopsi işlemleri ve adli rapor hazırlanması gibi görevleri yerine getirmektedirler. Artan nüfusla orantılı olarak yüksek vaka sayısı ve acil durumlar nedeniyle çalışma saatleri düzensiz olabilmektedir. Adli tıp hekimleri adaletin işleyişini desteklemek adına özveri ile yoğun ve sıkıntılı çalışma koşullarında hizmet vermektedir. Adli tıp hekimlerinin çalıştığı kurum sayısının (ATK, Üniversite ve Sağlık Bakanlığı) fazla olması ve çalışan verilerine ulaşılabilecek bir sistem olmaması nedeniyle adli tıp hekimlerinin cinsiyet, medeni durum gibi sosyodemografik verilerine ulaşmada zorluk yaşanmaktadır.

Çalışmamızda adli tıp uzman ve uzmanlık öğrencilerinin mesleki tatmin, tükenmişlik ve ikincil travmatik stres düzeylerini etkileyen faktörleri sosyodemografik ve mesleki özellikler açısından değerlendirmek amaçlanmış ve Türkiye genelinde görev yapan 294 katılımcının cevaplandığı anket sonucunda elde edilen veriler analiz edilmiştir.

Litaretürde adli tıp hekimlerinin yaşam kalitesini (mesleki tatmin, tükenmişlik ve ikincil travmatik stres) değerlendiren az sayıda çalışma mevcuttur. Çalışmamız bu açıdan litaretüre katkı sağlamayı ve yapılacak olan benzer çalışmalara yol göstermeyi amaçlamaktadır.

Çalışmamız sonuçlarında mesleki tatmin ile tükenmişlik puanları arasında düşük-orta derece negatif korelasyon bulunurken, ikincil travmatik stres ile arasında korelasyon

bulunmamıştır. Tükenmişlik ve ikincil travmatik stres puanları arasında orta derece pozitif korelasyon bulunmaktadır. Bu bulgular mesleki tatmin düzeyini arttırmanın hekimlerdeki tükenmişlik düzeyini ve dolaylı olarak ikincil travmatik stres düzeyini azaltacağını göstermektedir. Hekimlerle yapılan benzer çalışmalarda, çalışmamıza benzer olarak mesleki tatmin ile tükenmişlik arasında anlamlı negatif korelasyon, tükenmişlik ile ikincil travmatik stres arasında anlamlı pozitif korelasyon bulunurken mesleki tatmin ile ikincil travmatik stres arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. (112-114).

Hekimlerin yaklaşık dörtte biri psikolojik destek almasını gerektirecek travmatik bir olay yaşadığını bildirmiştir. Romanya’da adli tıp hekimleri ile yapılan bir çalışmada, hekimlerin %29,73’ünün, mesleki nedenlerle ilgili olarak ise hekimlerin %16,22’sinin psikolog veya psikiyatristlerden profesyonel yardım talep ettiği belirtilmiştir (112). Farklı bölümlerde görev yapan uzmanlık öğrencilerinde yapılan bir çalışmada ise her beş hekimden birisinin uzmanlık eğitimleri sırasında psikiyatrik destek aldığı bildirilmiştir (115). Türkiye’deki adli tıp hekimlerinin psikolojik destek alma oranlarının hem farklı ülkelerdeki adli tıp hekimlerine hem de ülkemizdeki farklı branştaki hekimlere benzer olduğu görülmektedir.

5.1. Mesleki Tatmin

Katılımcıların büyük çoğunluğunun (%76,2) ortalama düzeyde mesleki tatmin puan grubunda olduğu görülmüştür. Çalışmamıza benzer olarak, adli bilim alanında çalışanlar (otopsi teknikeri, DNA analisti, hekim vb.) ile yapılan bir araştırmada katılımcıların iş tatmininin orta düzeyde olduğu bulunmuştur (109). Alanda yapılan çalışmalarda da adli tıp hekimlerinin mesleki tatmin düzeylerinin ortalama veya yüksek düzeyde olduğu bildirilmiştir (116-118). İran’da hekim, hemşire ve ebeler ile yapılan bir çalışmada katılımcıların %52,2’sinin orta düzeyde mesleki tatmin düzeyi olduğu bildirilmiştir (119). Sırp Cumhuriyeti’ndeki hekimlerin %70’inin orta düzeyde mesleki tatmin düzeyi olduğu bildirilmiştir (120). Hekimlerin başarılı olma, takdir edilme, insanlara yardımcı olma, mesleki saygınlık gibi içsel nedenlerle mesleki olarak tatmin olduğunu ancak maaş, çalışma koşulları, mobbing, şiddet gibi dışsal nedenlerin hekimlerin yüksek düzeyde mesleki tatmin yaşamalarına engel olduğunu düşünmekteyiz. Hekimlerin mesleki tatmin düzeyini yükseltmek için dışsal

nedenlerin iyileştirilmesi, bu sorunların çözümü için kalıcı iyileştirmeler yapılması gerektiği kanaatindeyiz.

Adli tıp hekimleri ile yapılan başkaca çalışmalara uyumlu olarak mevcut çalışmamızda cinsiyet ile mesleki tatmin arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadı (116, 118). Bunun yanı sıra hekimler ile yapılan çalışmalarda da cinsiyet ile mesleki tatmin arasında ilişki olmadığı bildirilmiştir (113, 121). Erkek hekimlerin mesleki tatminin yüksek olduğunu gösteren çalışmalar da mevcuttur (28, 122). Aile yapısı, eğitim seviyesi, kariyer durumu, kişisel özellikler, iş beklentileri, mesleki tutum, çalışma koşulları ve toplumdaki cinsiyet rolleri gibi faktörlere bağlı olarak, cinsiyetin mesleki tatmine etkisi farklılık gösterebilir (123). Cinsiyet ile mesleki tatmin arasında ilişki bulamamasında erkek ve kadın adli tıp hekimlerinin mesleki ve toplumsal açıdan benzer şartlara sahip olması bir neden olarak düşünülebilir.

Yaşı 40 yıl üstünde olan katılımcıların mesleki tatmin puanları diğer yaş grubunda bulunan katılımcılardan anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Benzer olarak El-Shafei ve arkadaşlarının hekimler ile yaptığı çalışmada yüksek yaş grubunda (40-49 yaş) bulunan katılımcıların daha yüksek iş tatmini seviyeleri olduğu belirtilmiştir (113). Ülkemizde yapılan hekimleri içeren bir araştırmada 40 ve üzeri yaş grubunda bulunan hekimlerin mesleki tatmin düzeylerinin 20-29 yaş aralığında bulunan katılımcılardan daha yüksek olduğu belirtilmiştir (122). Bu bulgular yaşı ileri olan hekimlerin mesleki tatmin düzeylerinin yüksek olduğunu göstermektedir. Yaşın artması ile kariyerin gelişmesi, deneyim kazanımı, gelirin artması, öz saygının artması gibi etkenler nedeniyle yaşı büyük olan hekimlerin daha yüksek mesleki tatmin yaşamasında önemli etkenlerdir.

Ülkemizde yapılan bazı çalışmalarda medeni durum ile mesleki tatmin arasında çalışmamıza benzer olarak ilişki kurulamamıştır (28, 31, 124) Çalışmamızdaki bulguların aksine Orta Nil Delta bölgesinde yapılan çalışmada evli hekimlerin iş tatmin puanlarının bekar hekimlere göre daha yüksek olduğunu belirtilmiştir. (125). Bu bulgular, medeni durumun mesleki tatmin üzerindeki etkisinin coğrafi farklılıklardan kaynaklı aile yapısı, örf, adet farklılıkları nedeniyle değişebileceğini düşündürmüştür. Mesleki tatmin, işin türü, çalışma koşulları, ücret, kariyer ilerlemesi gibi işle ilgili faktörlere daha fazla bağlı olabileceği ve ülkemizde medeni durumun,

bu faktörler üzerinde doğrudan bir etki yaratmadığı yorumunu yapmak mümkündür.

Hekimlerin çocuk sahibi olma/olmama durumu ile mesleki tatmin arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Benzer olarak Amerika’da yapılan bir çalışmada da hekimlerin sahip olduğu çocuk sayısı ile mesleki tatmin arasında ilişki kurulamamıştır (126). Ancak çocuk sayısı ile mesleki tatmin düzeyinin arttığını gösteren çalışmalar da mevcut olmasına rağmen uzmanlık öğrencilerinde çocuk sayısı arttıkça mesleki tatminin azaldığını, uzman hekimlerde ise çocuk sayısı arttıkça mesleki tatminin arttığını belirten çalışmalar da mevcuttur (127, 128). Çalışmamızdaki katılımcıların hem uzman hekim hem uzmanlık öğrencilerini içermesi nedeniyle çocuk sahibi olma ile mesleki tatmin arasında ilişki bulunamamış olabilir. Çocuk sahibi olmanın mesleğe olan bağlılığı artırması, kariyer gelişimi için motivasyon kaynağı olması, sabır ve empati becerilerini geliştirmesi gibi olumlu etkilerinin, çocukların ekonomik yük oluşturması, küçük çocuğu olanların uyku sorunları ve yorgunluk yaşaması, çocukların gereksinimlerinin iş gereksinimlerinin önüne geçmesi gibi olumsuz etkileriyle dengelenmesi başka bir neden olabilir.

Aylık geliri 60 bin ₺ ve üzeri kategorisinde olan katılımcıların mesleki tatmin düzeyleri 60 bin ₺ altı kategorisinde olan katılımcıların mesleki tatmin düzeylerinden anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Kore’de 6849 hekimin katıldığı araştırmada mevcut gelirden memnuniyete 'Nötr' veya 'Tatmin Edici' yanıtını veren hekimler mesleklerinden daha fazla memnun olduğu belirtilmiştir (129). Çin’de 301 hekim ile yapılan çalışmada daha yüksek gelire sahip katılımcıların iş tatmini derecelendirmesinde daha yüksek puanları olduğunu bildirmiştir (130). Çin’de yapılan başka bir araştırmada daha yüksek ortalama aylık gelirin daha yüksek iş tatmini ile önemli ölçüde ilişkili olduğu belirtilmiştir (131). Netice olarak aylık gelirin düşük olması ülkemizde de diğer ülkelerde olduğu gibi mesleki tatmin düzeyini olumsuz etkilediği görülmüştür. Hekimlerin aylık gelirlerini arttırmanın mesleki tatmin düzeyini olumlu etkileyeceğini düşünmekteyiz.

Öğretim üyesi grubundaki hekimlerin istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde uzmanlık öğrencisi ve uzman hekimlerden daha yüksek mesleki tatmin düzeylerine sahip olduğu görülmüştür. Adli tıp doktorları ile yapılan başka bir çalışmada da uzman hekimler asistan hekimlere göre işlerinden daha memnun olma eğiliminde olduğu

belirtilmiştir (118). Farklı branş hekimlerinin bulunduğu bir çalışmada profesör unvanına sahip hekimlerin, doçent, uzman ve asistan unvanına sahip hekimlere göre daha yüksek mesleki tatmin düzeyine sahip olduğu bildirilmiştir (132). Unvan derecesi yükseldikçe mesleki tatmin düzeyinin artmasında; kariyer gelişimi, gelir artışı, mesleki tecrübe gibi nedenlerin etkili olduğunu düşünülmüştür.

Adli tıp alanındaki çalışma süresi 10 yılın üzerinde olan katılımcıların mesleki tatmin düzeyi çalışma süresi 10 yıl ve altında olan katılımcılardan daha yüksek bulunmuştur. Amerika’da hekimlerle yapılan bir araştırmada, katılımcıların çalışma süreleri 10 yıl ve daha az, 11 ila 20 yıl ve 21 yıl ve üzeri olmak üzere sırasıyla “erken kariyer”, “orta kariyer” ve “geç kariyer” olarak kategorize edilmiş ve “erken kariyer” olarak sınıflandırılan katılımcıların hekim olmaktan dolayı en düşük memnuniyete sahip oldukları bildirilmiştir (133). Meslek hayatının başlarında olan hekimlerin mesleki tatmin düzeylerinin düşük olmasında gelirlerinin yüksek olmaması, nöbet sayılarının daha fazla olması, deneyim eksikliği, branş seçimlerindeki kararsızlıklar gibi birçok nedenin etkili olabileceğini düşündürmektedir.

Amerika’da 763 hekim ile yapılan çalışmada, “büyük metro şehri”, “büyük şehir”, “küçük şehir” ve “kırsal” şeklinde sınıflandırılan coğrafi bölgeler arasında mesleki tatmin açısından anlamlı bir fark olmadığı belirtilmiştir (134). Çalışmamızda da en uzun süre görev yapılan şehirler sağlık bakanlığının “Uzman Tabip 2023 Mart-Nisan Bölge Hizmet Grupları” tablosuna göre 6 kategoriye (gelişmişlik düzeyine göre) ayrılmış ve çalışılan il bölgesi ile iş tatmini arasında pozitif yönde bir ilişki bulunmamıştır. Gelişmişlik düzeyi düşük olan illerde sosyal imkanların sınırlı olmasının mesleki tatmin düzeyini olumsuz yönde etkileyeceğini düşünmekle birlikte, gelişmişlik düzeyi yüksek olan illerde ise iş yoğunluğunun ve pahalı yaşam şartlarının mesleki tatmin düzeyini olumsuz etkileyeceğini düşünmekteyiz. İllerin gelişmişlik düzeyi arttıkça olumlu yönleri kadar olumsuz yönlerinin de artmasının mesleki tatmin ile en uzun süre görev yapılan il bölgesi arasında anlamlı bir ilişki bulmamamızın nedeni olduğu yorumu yapılabilir.

Cinsel suç mağduru muayenesi yapan adli tıp uzmanlarının mesleki tatmin puan ortancaları, yapmayanlara göre daha yüksek olsa da istatistiksel olarak anlamlı değildi. Ancak cinsel suç mağduru muayene sayısı ile mesleki tatmin puanı arasında pozitif

ve zayıf korelasyon bulunmuştur. Cinsel suç mağduru muayene sayısı ile adli tıp hekimlerinin mesleki tatmin puanları arasındaki pozitif korelasyona, hekimlerin mesleki yeteneklerini kullanarak istismara uğramış çocuk ve erişkinlere yardımcı olarak mesleki ve ruhsal doyum yaşamalarının neden olduğu düşünülmüştür. Ancak mevcut literatürde bu konuda oldukça az çalışma bulunduğu için cinsel suç mağduru muayenesi sayısı ile mesleki tatmin düzeyi arasındaki ilişkinin daha fazla araştırılması gerekmektedir.

İcap nöbet, fiili nöbet, otopsi/ölü muayenesi ve bir ayda düzenlenen adli rapor sayısı ile mesleki tatmin arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Literatürde, düzenlenen rapor ve otopsi/ölü muayenesi sayısı ile mesleki tatmin arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmaya rastlanılmamış olup fazla mesai ile mesleki tatmin arasındaki ilişkiyi irdeleyen çalışmalar mevcuttur. Adli tıp hekimleri ile yapılan araştırmada haftalık çalışma saati ile mesleki tatmin arasında ilişki bulunmamıştır (118). Adli bilim çalışanları ile yapılan diğer çalışmada ise benzer olarak mesleki tatmin ile fazla mesai arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (109). Yine benzer olarak acil tıp hekimleri ile yapılan çalışmada da çalışma saatleri ile mesleki tatmin arasında ilişki bulunmamaktadır (113). Finansal getiri nedeniyle fazla mesainin veya nöbet tutmanın mesleki tatmin düzeyini olumsuz yönde etkilemediği yorumunu yapmak mümkündür.

Stres yönetimi ile ilgili herhangi bir eğitim almış olan katılımcıların mesleki tatmin puanları almamış olanlara mesleki tatmin puanları göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. El-Shafei ve ark.'nın yaptığı çalışmada hekimlerin mesleki tatmin puanlarının uygulanan işyeri sağlık eğitimi sonrasında anlamlı düzeyde yüksek bulunması da çalışmamızdaki bulguları desteklemektedir (113). Onkoloji hemşirelerinde yapılan bir araştırmada, mesleki tatmin düzeyinin iyileştirilmesini amaçlayan psikoeğitim verilmesi sonrasında katılımcıların mesleki tatmin düzeylerinde artış olduğu bildirilmiştir (135). Bu bulgular stres yönetimi eğitiminin mesleki tatmin düzeyi üzerindeki olumlu etkisini ortaya koymuştur ve hekimlere stres yönetimi eğitimi, işyeri sağlık eğitimi gibi stresle başa çıkmayı öğretebilecek standart eğitimler verilmesi gerekliliğini göstermektedir.

Adli tıp hekimlerinin psikolojik destek almasını gerektirecek travmatik bir olay

yaşayıp/yaşamama durumu ile iş tatmini arasında anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır. Literatürde de hekimlerin psikolojik destek almasını gerektirecek travmatik olay yaşayıp/yaşamama durumu ile mesleki tatmin arasındaki ilişkiye odaklanan çalışma bulunamamıştır. Hekimlerin psikolojik destek almasını gerektirecek travmatik bir olay yaşaması ile mesleki tatmin arasında bir ilişki kurulamamış olsa da tükenmişlik üzerindeki olumsuz etkisi ve tükenmişlik ile mesleki tatmin arasındaki ters ilişki varlığı düşünüldüğünde, mesleki tatmin düzeyi üzerinde dolaylı olarak etkisinin olabileceği yorumu yapılabilir. Psikolojik destek almasını gerektirecek travmatik olay yaşamayan hekimlerin mesleki tatmin puan ortalamalarının daha yüksek olması bu düşüncemizi desteklemektedir.

5.2. Tükenmişlik

Yapılan çalışmalarda, hekimler arasında tükenmişlik, %25 ila %60 oranlarında görülebilmektedir (136). Çalışmamızda adli tıp hekimlerinin %64,6'sının ortalama/yüksek düzeyde tükenmişlik yaşadığı görülmüştür. Sehsah ve ark.'ın (137) Mısır'daki adli tıp hekimleri ile yaptığı çalışmada, katılımcıların %72,9'unun orta/yüksek düzeyde duygusal tükenmişlik yaşadıkları bildirilmiştir. Mısır'da yapılan bu çalışmada hekimlerin tükenmişlik düzeyinin daha yüksek olması yakın geçmişte yaşanan siyasi belirsizliğin oluşturduğu buhran ile açıklanabilir. Bosna Hersek'teki aile hekimlerinin %75 oranında orta düzeyde tükenmişlik yaşadığı bildirilmiştir (120). Radyasyon onkologlarında yapılan başka bir çalışmada ise katılımcıların %74,9'unun ortalama/yüksek düzeyde tükenmişlik yaşadığı belirtilmiştir(138). Filipinler'deki asistanlarda yapılan bir araştırmada hekimlerin %90,4'ünün orta düzey tükenmişlik grubunda olduğu bildirilmiştir (139). Bu bulguların varlığı hekimlerde çalışılan branş ve ülke gibi faktörlerle ilişkili olarak değişen oranlarda tükenmişlik meydana gelebileceğini ve adli tıp hekimlerinin de diğer branşlardaki hekimlere benzer olarak büyük çoğunluğunun en az orta düzeyde tükenmişlik yaşadığını göstermiştir.

Ülkemizde ve yurtdışında hekimler ile yapılan çalışmalarda cinsiyet ile tükenmişlik arasında anlamlı bir fark bulunmadığı, bazı çalışmalarda erkeklerin, bazı çalışmalarda ise kadınların tükenmişlik düzeyinin daha yüksek olduğu bildirilmiştir (76, 109, 112, 137, 140-144). Türkiye'de Adli tıp uzman ve asistanlarını içeren adli

tıp çalışanları ile yapılan çalışmada tükenmişlik açısından anlamlı cinsiyet farklılığı olmadığı bildirilmiştir (145). Tükenmişlikle ilgili 41 çalışmanın incelendiği bir çalışmada cinsiyetin tükenmişlik oranlarını etkileyip etkilemediğinin belirsizliğini koruduğu bildirilmiştir (146). Çalışmamız da cinsiyet ile tükenmişlik arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Sonuç olarak cinsiyet ile tükenmişlik arasındaki ilişkinin coğrafi bölge ve çalışılan birimle ilgili olarak farklılık gösterebileceği düşünülmüştür.

Tükenmişlik düzeyinin genç yaşlarda ileri yaşlara göre daha yüksek olduğu bilinmesine rağmen yaş ile tükenmişlik arasında anlamlı bir ilişki bulunamayan çalışmalar da mevcuttur (4, 113, 140, 147). Ülkemizde yapılan çalışmalarda da yaş arttıkça tükenmişlik düzeyinin azaldığı gösterilmiştir (148, 149). İstatistiksel olarak anlamlı olmasa da 40 yaş üstü kategorisinde bulunan katılımcıların tükenmişlik puanları daha düşük yaş gruplarında bulunan hekimlere göre daha düşük olma eğilimindeydi. İleri yaşta tükenmişlik düzeyinin azalması tecrübe ile baş edilebilen stres faktörlerinden kaynaklandığı düşünülmüştür.

Literatürde evlilerde tükenmişlik düzeyinin daha düşük olduğunu belirten çalışmalar olmasına rağmen bekar hekimlerin tükenmişlik düzeyinin daha düşük olduğunu belirten çalışmalar da mevcuttur. Adli tıp hekimlerinin içerisinde bulunduğu iki ayrı çalışmada medeni durum ile tükenmişlik arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. (50, 140, 147, 150). Bizim çalışmamızda ise medeni durum ile tükenmişlik arasında anlamlı bir ilişki kurulamamış olup medeni durumun tükenmişliğin baskın belirleyicisi olmadığı düşünülmüştür.

Literatürde çocuk sahibi olan kişilerin tükenmişlik düzeyinin daha düşük olduğu, hekimlerde de bu ilişkinin bulunduğu saptanmıştır (4, 126, 151-154). Bizim çalışmamamızda ise çocuk sahibi olanların tükenmişlik puanları daha düşük olma eğiliminde olmasına rağmen bu ilişki istatistiksel olarak anlamlı değildi. Çocuk sahibi olan bireyler, çocuklarının ihtiyaçlarını karşılamak gibi sorumluluklardan dolayı işlerine olan bağlılıklarını arttırabilir ve mesleklerini sürdürmeleri için bir amaç sağlayabilir ayrıca işleri ile aileleri arasında denge sağlama ihtiyacı hissedebilirler, bu dengeyi sağlamak için iş yerindeki stresi azaltabilirler, çocuklarına iyi bir örnek olma adına kendi kariyerlerini geliştirme istekleri olabilir. Bu nedenlerden dolayı

çocuk sahibi olan hekimlerin tükenmişlik düzeylerinden daha düşük olma eğiliminde olduğu düşünülmüştür.

Ülkemizde ve yurt dışında, hekimlerle yapılan çalışmalarda düşük gelirli katılımcıların yüksek tükenmişlik düzeyine sahip olduğunu belirtilmiştir (153, 155-158). Çalışmamızda da aylık geliri yüksek olan hekimlerin tükenmişlik düzeylerinin aylık geliri düşük olan hekimlere göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha düşük olduğu bulunmuştur. Hekimlerde ki maaş ödeme modellerinin (teşvik veya performansa dayalı gelir) tükenmişlikle ilişkili olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur (77). Hekimlerdeki tükenmişliğin önüne geçilmesi ve sağlık sisteminin iyileştirilmesi için maaş artışı yapılabilir. Ayrıca tükenmişliğe olumlu katkısı bulunan ya da olumsuz katkısı bulunmayan maaş ödeme modelleri geliştirilmesi hekim ve sağlık sistemi açısından faydalı olacaktır.

Hekimlerin mesleki unvanı ile tükenmişlik arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Ancak unvan yükseldikçe tükenmişlik puan ortalamasının azaldığı görülmüştür. Amerika’da ve Fransa’da yapılan çalışmalarda hekimlerin unvan düzeyi yükseldikçe tükenmişliğin azaldığı bildirilmiştir (142, 151). Ülkemizde yapılan bir çalışmada da uzmanlık öğrencilerinin uzman hekimlerden daha fazla tükenmişlik yaşadığı gösterilmiştir (159). Kariyerinin başlarında olan hekimlerde mesleki ve ekonomik kaygıların yüksek olması, unvan arttıkça sorunlarla başa çıkma yeteneğinin gelişmesi gibi etkenlerin tükenmişlik puan ortalamasının artan unvanla ters ilişkili olmasına açıklık getirebileceği düşünülmüştür.

Adli tıp hekimlerinin de içerisinde bulunduğu iki ayrı çalışmada hekimlikte geçirilen toplam süre ile tükenmişlik düzeyleri arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (140, 154). Adli tıp alanında çalışma süresi ile tükenmişlik arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamış olsa da mesleki tecrübesi 10 yılın üzerinde olan hekimlerin tükenmişlik puan ortalamaları mesleki tecrübesi 10 yıl ve altında olan hekimlerden daha düşük olma eğilimindeydi. Artan mesleki deneyim sonucu hekimlerin stresle başa çıkabilme yeteneklerinin artması ve ekonomik refahlarının yükselmesinin bu farklılığın nedeni olabileceği düşünülmüştür. Bir diğer nedeni ise çalışma süresi fazla olan hekimlerin mesleki tatmin düzeylerinin yüksek olması

olabilir. Bu düşüncelerimizi destekler nitelikte, meslekte çalışma süresi ile tükenmişlik arasındaki ters ilişkiyi gösteren çalışmalar mevcuttur (153, 160).

Hekimlerin en uzun süre çalıştığı il bölgesi ile tükenmişlik arasında anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır. Literatürde il grubu ile hekim tükenmişliği arasındaki ilişkiyi araştıran çalışma bulunmamaktadır. Gelişmişlik düzeyi yüksek olan illerin, düşük olan illere göre daha geniş sosyal yaşantı imkanı olması, kariyer fırsatlarının daha geniş olması gibi olumlu yanları ve işe ulaşımın zor olması, konut ve yemek gibi ihtiyaçların pahalı olması, iş yoğunluğunun fazla olması gibi olumsuz yanları mevcuttur. İl bölgelerinin olumsuz faktörlerinin tükenmişlik üzerindeki etkisinin olumlu faktörleri tarafından nötralize edildiği düşünülmüştür.

Nöbet, otopsi/ölü muayenesi ve bir ayda düzenlenen adli rapor sayısı ile tükenmişlik arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Literatürde otopsi/ölü muayenesi ve düzenlenen adli rapor sayısı ile tükenmişlik ilişkisine odaklanan çalışma bulunmasa da bizim çalışmamızdaki bulgulara benzer olarak fazla mesai ile tükenmişlik düzeyi arasında anlamlı bir ilişki olmadığını bildiren çalışmalar olduğu gibi vardiya başına hizmet verilen ortalama hasta sayısı, gece vardiyaları ve haftalık çalışma saatleri ile tükenmişlik arasında güçlü pozitif ilişkiyi gösteren çalışmalarda mevcuttur (109, 113, 137). Nöbet tutmanın ekonomik katkısı, hekimlerde tükenmişlik gelişmesini engelleyebilecek bir neden olarak düşünülse de, bulgularımız hekimler üzerinde yapılan çalışmalarla çelişmektedir. Bu konuyla ilgili yapılacak çalışmalar, icap ve fiili nöbetlerin özelliklerinin (nöbet sonrası izin, nöbetin finansal getirisi, uyku düzenine etkisi, nöbet sonrası mesai saatlerinin düzenlenmesi vb.) tükenmişlik üzerindeki etkilerini araştırmalıdır. Nöbet tutmanın olumsuz etkilerini azaltacak gerekli önlemlerin alınması halinde nöbetin tükenmişlik üzerindeki etkisinin azaldığı bildirilmiştir (161). Nöbet ile ilgili gerekli düzenlemeler yapıldığı takdirde hekimlerin nöbet ya da vardiya şeklinde çalışmasının tükenmişlik düzeyini arttırmadığı bildirilmiştir (162).

Cinsel suç mağduru muayenesi yapan hekimlerin tükenmişlik düzeyi cinsel suç mağduru muayenesi yapmayan hekimlerin tükenmişlik düzeyinden anlamlı şekilde düşük olduğu bulunmuştur. Mesleki tatmin ile cinsel suç mağduru muayene sayısı arasında pozitif korelasyon bulunduğu belirlenmiştir. Cinsel suç mağduru muayenesi

ile tükenmişlik arasındaki ilişkiyi açıklayan nedenlerinden birinin mesleki tatmin ile tükenmişlik arasında ki negatif korelasyon olabileceği düşünülmüştür. Cinsel suç mağdurlarının değerlendirilmesi, hekimlik mesleğinin özen ve dikkat gerektiren hassas bir ilgi alanıdır. Bu değerlendirmeler doğru yapıldığı takdirde cinsel suç mağduru bireyin hukuki haklarını savunabilmesine olanak sağlar ve hekimler için vicdani doyum sağlayabilir ve işe karşı bağlılığını artırabilir. Bu durum cinsel suç mağduru muayenesi yapan hekimlerin tükenmişliğinin düşük olmasına katkı sağlayabilir.

Hekimlerle yapılmış güncel bir çalışmada işyeri sağlık eğitiminin tükenmişlik düzeyini azaltmadaki olumlu etkisi gösterilmiştir. Çalışmamızda katılımcıların stres yönetimi ile ilgili herhangi bir eğitim alma/almama durumu ile tükenmişlik arasında anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır. Tükenmişlik ile stres yönetimi eğitimi arasında anlamlı bir ilişki bulmamıza katılımcıların aldıkları stres yönetimi eğitiminin içeriği ve niteliği, meslek yaşantısının hangi döneminde eğitim aldığı, eğitimin ne kadar sürdüğü hakkında bilgi sahibi olmamamızın neden olduğu düşünülmüştür (113). Ayrıca stres yönetimi eğitimi alan hekimlerin %57,9'unun psikolojik destek almasına neden olacak travmatik bir olay yaşaması stres yönetimi eğitimi ile tükenmişlik arasında ilişki kuramamamızın bir diğer nedeni olabilir.

Psikolojik destek almasını gerektirecek travmatik bir olay yaşayan katılımcıların tükenmişlik düzeyinin psikolojik destek almasını gerektirecek travmatik bir olay yaşamayan katılımcılardan anlamlı olarak daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Adli tıp hekimleri ile yapılan bir araştırmada ise strese karşı tıbbi tedavi alan katılımcıların duygusal tükenmişlik seviyelerinin tedavi almayan katılımcılara göre önemli ölçüde yüksek bulunması mevcut çalışmamızdaki bulguları desteklemektedir (112). Psikolojik destek almasını gerektirecek travmatik bir olay yaşayan hekimler iş-özel hayat dengesini kurmakta zorlanabilir, yeterli psikolojik destek almamış olabilir, yaşadığı travmatik olay nedeniyle ikincil travmatik stres açısından risk altında olabilir. Tüm bu nedenlerin, psikolojik destek alan hekimlerin tükenmişlik düzeyinin yüksek olmasında etkili olabileceği düşünülmüştür.

5.3. İkincil Travmatik Stres

Adli tıp çalışanlarında yapılan bir çalışmada katılımcıların orta düzeyde ikincil

travmatik stres yaşıdığı bildirilmiştir (109). İkincil travmatik stres açısından çalışmamızdaki katılımcıların yaklaşık dörtte birinin (%25,9) ortalama/yüksek puan grubunda olduğu saptandı. Bu bulgular ülkemizdeki adli tıp hekimlerinin ikincil travmatik stres açısından risk altında olduğunu göstermiştir. 94 ülkeden 1061 hekimin katıldığı bir çalışmada hekimlerin %32,2'sinin ikincil travmatik stres açısından yüksek puan grubunda olduğu bildirilmiştir (138). COVID-19 salgını döneminde, Portekiz'de hekim ve hemşirelerle yapılan bir çalışmada katılımcıların %69,4'ünün orta düzeyde ikincil travmatik stres yaşıdığı bildirilmiştir (163). Teksas'taki acil tıp klinisyenlerinde yapılan bir çalışmada katılımcıların %19,4'ünün orta ve üzeri puan grubunda olduğu bildirilmiştir (107). İkincil travmatik stres düzeyinin benzer sosyal çevre ve kültürde yapılan çalışmalarda dahi değişebileceği rapor edilmiştir (119). Araştırmalar, hekimlerin ikincil travmatik stres düzeylerinin farklılık gösterdiğini bildirirse de, hekimlerin en az beşte birinin ikincil travmatik stres açısından risk altında olduğunu ve ikincil travmatik stresi önlemek için önlemler alınması gerektiğini ortaya koymaktadır.

Hekimlerin cinsiyeti ve medeni durumu ile ikincil travmatik stres arasında ilişki bulunmamıştır. Adli tıp çalışanlarında yapılan araştırmalarda da cinsiyet ile ikincil travmatik stres arasında anlamlı bir ilişki bulunmadığını bildirilmiştir (109, 145). Cinsel istismar olguları ile ilgilenen klinisyenlerle yapılan bir çalışmada erkek cinsiyette ikincil travmatik stresin daha yüksek olduğu bildirilmiştir (164). Yapılan başka çalışmalarda ise kadın hekimlerin ikincil travmatik stres açısından erkeklere göre daha riskli olduğu bildirilmiştir (107, 163). Çocuk cinsel istismar olgularının değerlendirildiği meslek gruplarında yapılan bir çalışmada cinsiyet ve medeni durumun ikincil travmatik stres düzeyini etkilemediği bildirilmiştir (165). Hekimlerinde içerisinde bulunduğu bir çalışmada medeni durum ile ikincil travmatik stres arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (166). Yine hekimlerde yapılan bir araştırmada katılımcıların evli olmaları ile ikincil travmatik stres arasında pozitif anlamlı bir ilişki bulunmuştur (167). Cinsiyet ve medeni durum ile ikincil travmatik stres arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmalarda farklı sonuçlar olduğu görülmüştür. Çalışmaların yapıldığı örneklem özellikleri ve meslek grubu farklılıklarının sonuçları etkileyebileceğini düşündürmektedir. Kadın hekimlerin, istatistiksel olarak anlamlı olmasa da ikincil travmatik stres puan ortalamalarının erkeklere göre yüksek olduğu

görülmüştür. Bu duruma kadın hekimlerin hastaları ile erkeklere göre daha fazla empati yaparak duygusal bağ kurmaları neden olmuş olabilir.

Yaş, adli tıp alanındaki çalışma süresi ve unvan grupları ile ikincil travmatik stres arasında da anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Rostron ve ark. adli tıp hekimleri ile yaptığı çalışmada çalışmamıza benzer şekilde yaş ile ikincil travmatik stres arasında anlamlı bir ilişki bulunmadığını bildirmiştir (168). Adli tıp hekimlerinde yapılan bir araştırmada ikincil travmatik stres ile mesleki deneyim arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (168). Çocuk cinsel istismarı olgularını değerlendiren meslek gruplarında yapılan bir çalışmada, istismar ile ilgilenilen yıl ile dolaylı travma arasında ilişki bulunmamıştır (165). Türkiye’de yapılan, adli tıp hekimlerini içeren bir çalışmada adli tıp asistan ve uzmanları arasından travma sonrası stres bozukluğu açısından anlamlı bir fark bulunmadığı bildirilmiştir (145). Yaş, unvan ve mesleki deneyim süresi arttıkça travmaya maruz kalmış olgularla çalışmanın ikincil travmatik stres üzerindeki etkisinin kümülatif olarak artacağı akla gelse de meslekteki deneyim süresi arttıkça hekimlerin edindiği tecrübe ve bilginin travmaya maruz kalmış olgu yaşantılarının etkilerini azaltacak başa çıkma mekanizması geliştirdiği düşünülmüştür.

Çocuk sahibi olan hekimlerin olmayan hekimlere göre anlamlı olarak daha yüksek ikincil travmatik stres yaşadıkları görülmüştür. Literatürde adli tıp hekimlerinin çocuk sahibi olması veya olmaması ile ikincil travmatik stres arasındaki ilişkiyi araştıran çalışma olmasa da adli tıp hekimleri ile yapılan bir çalışmada katılımcılar cinsel istismara uğramış çocuklarla çalışmanın kendi çocuklarıyla olan ilişkilerini etkilediğini, bunun sonucunda çocuklarına karşı aşırı korumacı ve tehlikelere karşı tetikte hissettiklerini ve çoğu zaman gerçekçi olmayan bir korkuya sahip olduklarını bildirmişlerdir (168). Çocuk koruma biriminde görev yapan katılımcılarla yapılan bir çalışmada da benzer sonuçlara varılmıştır (169). Çocuk sahibi olan hekimlerin özellikle çocuk yaş grubundaki olgulara karşı yoğun duygusal bağ kurmaları ve çocukları için endişeli olmaları ikincil travmatik stresi artıran nedenler arasında sayılabilir.

Hekimlerin gelir durumu ile ikincil travmatik stres düzeyi arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Doolittle’ın (170) hekimlerle yaptığı çalışmada da benzer şekilde

maaş ile ikincil travmatik stres arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. İkincil travmatik stresin daha çok travmatik bir olayı duyma, bilme ve tanıklık etme, bu duruma maruziyet süresi ve sıklığı, travmatik olayı kişinin algılama şekli ile bağlantılı olduğu düşünüldüğünde gelir durumunun ikincil travmatik stres ile ilişkisinin bulunmaması olağan karşılanmıştır.

Hekimlerin en uzun süre görev yaptığı il bölgesi ile ikincil travmatik stres arasında anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır. Çalışılan il bölgesi ile ikincil travmatik stres arasında ilişki kurulamaması gelişmişlik düzeyine göre sınıflandırılan il bölgelerinde dolaylı olarak maruz kalınan olayların benzer nitelikte olduğunu düşündürmüştür. Adli tıp hekimlerinin görev yaptığı il bölgesi ile ikincil travmatik stres arasındaki ilişkiyi araştıran bir çalışma bulunmasa da hekimler ile yapılan bir çalışmada görev yapılan bölgeler “kentsel”, “yarı kırsal” ve “kırsal” olarak sınıflandırılmış ve görev yapılan bölgeler ile ikincil travmatik stres arasında anlamlı bir ilişki bulunmamış olması düşüncemizi desteklemektedir (120).

İcap nöbet, otopsi/ölü muayenesi ve düzenlenen adli rapor sayısı ile ikincil travmatik stres arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Ancak fiili nöbet görevi olan katılımcıların ikincil travmatik stres düzeylerinin fiili nöbet görevi olmayan katılımcıların ikincil travmatik stres düzeylerinden anlamlı düzeyde yüksek olduğu görülmüştür. Ayrıca fiili nöbet sayısı ile ikincil travmatik stres düzeyi arasında düşük düzeyde pozitif anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Aile desteğinin ikincil travmatik stres ile baş etme yöntemi olduğu düşünüldüğünde, aileleriyle vakit geçirmesi gereken zamanda fiili nöbet görevinde olan hekimlerde ikincil travmatik stres düzeyinin yüksek olması şaşırtıcı değildir (168). Ayrıca fiili nöbetleri sırasında hekimlerin travmatik olaylara maruz kalmaya devam etmesi de hekimlerdeki ikincil travmatik stres düzeyinin artışından sorumlu olabilir. İcap nöbeti, fiili nöbetin getirdiği travmatik olaylara dolaylı olarak maruz kalınan mekanda daha fazla bulunmama avantajına sahip olsa da, işe ne zaman çağrılacağının belirsizliği nedeniyle stres yaratabilir. Bu bulgulara rağmen adli tıp çalışanlarında yapılan bir çalışmada fazla mesai ile ikincil travmatik stres düzeyi arasında anlamlı bir ilişki saptanmaması, bu konu hakkında daha fazla çalışmaya ihtiyaç olduğunu göstermektedir (109). Otopsi/ölü muayenesi sayısı ile ikincil travmatik stres arasında ilişkinin olmaması

daha önce yapılan çalışmalarda da belirttiği gibi cesetlerle çalışan profesyonellerin işleriyle ilgili stres etkenleriyle başa çıkma yollarından birinin cesetlerle arasında duygusal bir mesafe yaratmak ve cesetleri "insanileştiren" durumlardan kaçınmak olduğunu düşünülmüştür (171).

Cinsel suç mağduru muayenesi yapma/yapmama ve cinsel suç mağduru muayenesi sayısı ile ikincil travmatik stres arasında anlamlı bir ilişki görülmemiştir. Cinsel istismara uğramış çocuklarla çalışan adli görüşmecilerle yapılan bir çalışmada çalışmamıza benzer olarak görüşme sayısı ile ikincil travmatik stres arasında anlamlı bir ilişki olmadığını belirtilmiştir (172). Ayrıca yapılan başka bir çalışmada cinsel saldırıya uğramış çocuklarla çalışan adli tıp hekimlerinin ikincil travmatik stres düzeyleri, yalnızca yetişkin kurbanlarla çalışan adli tıp hekimlerinin ikincil travmatik stres düzeyleri ile karşılaştırıldığında anlamlı artış göstermediği saptanmıştır (168). Adli tıp hekimleri, çocuk ruh sağlığı hekimleri ve sosyal çalışma görevlileri ile yapılan bir çalışmada meslek hayatında değerlendirdiği toplam ve bir ayda değerlendirdiği ortalama istismar vaka sayısı ile dolaylı travma arasında ilişki bulunmadığı bildirilmiştir (165). Cinsel suç mağduru muayeneleri, Adli Tıp, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları, Kadın Hastalıkları ve Doğum gibi uzmanlık alanlarına sahip hekimler için rutin bir iş olduğunu, bu konudaki uzmanlık eğitimleri ve mesleki deneyimleri nedeniyle kazandıkları profesyonellikleri sayesinde, cinsel suç mağduru muayene sayısının hekimler üzerinde ikincil travmatik stres oluşturmadığını düşünmekteyiz.

Mısır'da yapılan çalışmada işyeri sağlık eğitimi sonrası hekimlerin ikincil travmatik stres ile başa çıkmasının anlamlı şekilde iyileştiği gösterilmiştir (113). Ancak bizim çalışmamızda stres yönetimi ile ilgili herhangi bir eğitim almış olan katılımcıların ikincil travmatik stres puan ortancası herhangi bir eğitim almayan katılımcılara göre anlamlı şekilde yüksek olması oldukça şaşırtıcıydı. Stres yönetimi eğitimi almış hekimlerin yarısından fazlasının (%57,9) psikolojik destek almasını gerektirecek travmatik bir olay yaşamasının, beklenenin aksi şekilde stres yönetimi eğitimi almış hekimlerin ikincil travmatik stres düzeyinin yüksek bulunmasına neden olduğunu düşünmekteyiz. Stres yönetimi eğitimi almış olan hekimlerin travmatik olaylara karşı farkındalığının artabileceği ve travmatik olaylardan daha fazla etkilenebileceği bu

durumun diğ er bir nedeni olabilir.

Psikolojik destek almasını gerektirecek travmatik bir olay yaşıayan hekimlerin ikincil travmatik stres düzeyleri psikolojik destek almasını gerektirecek travmatik bir olay yaşıamayan hekimlere göre anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Literatürde, psikolojik destek alıp/almama durumu ile adli tıp hekimlerin ikincil travmatik stres düzeyleri arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmaya rastlanmamıştır. Hekimlerle yapılan iki ayrı çalışmada çalışmamızdaki bulguları destekler nitelikte işle ilgili sıkıntılar hakkında ruh sağılığı hizmetlerinden yararlanan katılımcıların ikincil travmatik stres düzeylerinin anlamlı olarak daha yüksek olduğu bulunmuştur (173, 174). Bulgularımız ve bu konuyu araştıran diğ er çalışmalar birlikte düşünüldüğünde psikolojik destek alan hekimlerin ruhsal açıdan, dolaylı travmalara karşı daha hassas olduğunu, kendi yaşıadıkları travmatik deneyimler veya kişisel geçmişleri nedeniyle ikincil travmatik stres gelişme riskinin yüksek olduğunu akla getirmektedir.

6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

Hekimlerde mesleki tatmin, tükenmişlik ve ikincil travmatik stres son yıllarda giderek popülerleşen bir konu haline gelmiştir. Hekimlerde mesleki tatmin düşüklüğü, tükenmişlik ve ikincil travmatik stres varlığı hem hekimlerin yaşantısını hem de sağlık sistemini olumsuz yönde etkilemektedir. Adli tıp hekimlerinin meslekleri gereği fiziksel ve ruhsal travma yaşamış kişilere hekimlik hizmeti sunduğu ve hekimlik mesleğinin her alanında olduğu gibi adli tıp alanında da stres yükünün fazla olduğu düşünüldüğünde çalışmamızın sonuçları önem kazanmaktadır.

Çalışmamız verilerinin analizi sonucunda;

- Tükenmişlik düzeyleri yüksek olan hekimlerin mesleki tatmin düzeylerinin düşük ve ikincil travmatik stres düzeyleri yüksek olduğu,
- Yüksek yaş grubunda bulunan, aylık geliri ve unvanı yüksek, 10 yıldan fazla mesleki deneyimi olan, stres yönetimi eğitimi alan hekimlerin mesleki tatmin puanlarının anlamlı derecede yüksek olduğu, cinsel suç mağduru muayene sayısı arttıkça mesleki tatmin düzeylerinin arttığı,
- Aylık geliri düşük olan, cinsel suç mağduru muayenesi yapmayan, psikolojik destek alan hekimlerin tükenmişlik puanlarının anlamlı derecede yüksek olduğu,
- Çocuğu olan, nöbet tutan, stres yönetimi eğitimi alan ve psikolojik destek alan hekimlerin ikincil travmatik stres puanlarının anlamlı derecede yüksek olduğu bulunmuştur.

Hekimler, mesleklerinin doğasından kaynaklanan bir dizi stresörle karşı karşıya gelirler. Yoğun çalışma saatleri, hasta yaşamını etkileyebilecek kararlar verme sorumluluğu, hasta yoğunluğu, sürekli tıp bilgisini güncel tutma gerekliliği gibi faktörler hekimlerin stres seviyelerini etkiler. Ayrıca, hastalarla iletişimdeki zorluklar, hastaların beklentilerini karşılama baskısı ve tıbbi hatalardan kaynaklanabilecek endişeler de hekimlerin psikolojik ve duygusal sağlıklarını olumsuz etkileyebilir. Hekimler, bu stresörlerle başa çıkabilmek için sağlıklı bir iş-yaşam dengesi, destekleyici meslektaşlar ve psikolojik danışmanlık gibi önlemleri almaya ihtiyaç duyarlar.

Öneriler

Hekimler, toplumun sağığını koruma ve iyileştirme görevini yerine getirirken kendi sağııklarını da göz önünde bulundurmalıdır çünkü hekimin sağıık durumu, hastalarına hizmet verme kapasitesini de etkilemektedir. Bu nedenle; hekimlerin fiziksel, zihinsel ve duygusal sağııklarını korumak sadece bireysel değıil toplumsal sonuçları da olan kritik bir öneme sahiptir. Hekimlere stres yönetimi eğıitiminin verilmesi, hekimlerin günlük stres faktörlerini tanıma, onlarla başa çıkma ve iş-yaşam dengesini sağıılama fırsatı sunar. Stres yönetimi eğıitimi, sağıık hizmetlerinde daha iyi bir hasta bakımı sağıılamak için hekimlerin stres seviyelerini düşürmeye yardımcı olur ve iş verimliliğini artırır. Ayrıca, hasta-hekim ilişkilerini güçlendirir ve tıbbi hataları önlemeye yardımcı olabilir. Bu eğıitim, hekimlere kendilerini korumaları, sağııklarını iyileştirmeleri ve uzun vadeli bir tıp kariyeri sürdürmeleri konusunda önemli beceriler kazandırır. Hekimlerin hem kendileri hem de hastaları için daha iyi bir tıbbi hizmet sunma kapasitelerini artırmaları için hekimlere düzenli aralıklarla stres yönetimi eğıitimleri verilmesi önerilmektedir.

İcap nöbetleri ve fiili nöbetlerin birbirlerine karşı avantajları ve dezavantajları bulunmaktadır. İcap nöbetleri, önceden belirlenmiş bir takvim dahilinde, ihtiyaç duyulduğı hallerde hekimin çalıştığı kuruma gitme şeklindeki nöbet tutma pratiğini içerir. Bu nöbetler hekimlere daha düzenli bir yaşam tarzı sunar ve iş-yaşam dengesini kolaylaştırabilir. Ancak, bu tür nöbetlerde bir hekimin az sayıda olgu görmesine neden olabilir, bu da klinik deneyim kazanmada bazı sınırlılıklar getirebilir. Ayrıca icap nöbetlerde çalıştığı kuruma ne zaman çağrılacağı belirsizliği hekimlerde stres oluşturabilir. Diğer yandan, fiili nöbetler hekimlere çeşitli klinik senaryolarla başa çıkma fırsatı sunar ve tıp pratiğini geliştirebilir. Ancak, fiili nöbetlerde iş-yaşam dengesini korumak daha zordur ve beklenmedik stres faktörleriyle başa çıkmak gerekebilir. İcap ve fiili nöbetler, sağıık hizmetlerinin kesintisiz sunumunu sağıılarken, hekimlerin ihtiyaçlarına ve profesyonel gereksinimlerine göre esnek bir şekilde düzenlenmelidir.

Hekimlerin ekonomik şartlarının iyileştirilmesi, sağıık hizmetlerinin kalitesi, erişilebilirliği ve sürdürülebilirliği için son derece önemlidir. Hekimler, uzun yıllar süren yoğun eğıitimlerin ardından karmaşık ve yüksek sorumluluk taşıyan bir mesleğı

icra ederler. Ancak, birçok ülkede olduğu gibi ülkemizde de hekimlerin ekonomik şartlarının, bu eğitim ve sorumluluk seviyesine kıyasla yetersiz olduğunu düşünmekteyiz. Daha iyi maaşlar, kalifiye hekimlerin sağlık sektöründe kalmasını teşvik eder ve yetenekli yeni hekimlerin mesleğe ilgi duymasını artırır. Ayrıca, ekonomik teşvikler, hekimlerin iş motivasyonunu arttırabilir ve iş-yaşam dengesini kurmasını sağlayacak sosyal olanaklara ulaşımını geliştirebilir, böylece sağlık sistemine uzun vadeli katkılarını arttırabilir. Sonuç olarak, hekimlerin ekonomik şartlarının iyileştirilmesi hem sağlık sektörünün sürdürülebilirliğini hem de hastaların daha iyi bir sağlık hizmetine erişimini sağlayabilir. Bu durum, toplumun genel sağlığı ve refahı için önemli bir yatırımdır ve sağlık sistemlerinin daha etkili ve güçlü hale gelmesine katkı sağlayacağı öngörülmektedir.

Hekimler, yoğun çalışma saatleri, yüksek iş yükü, stresli kararlar ve hastane koşullarının zorlukları gibi bir dizi zorlu şartla karşı karşıyadırlar. Bu koşullar, hekimlerin fiziksel ve zihinsel sağlığını olumsuz etkileyebilir ve tükenmişlik sendromuna yol açabilir. Hekimlerin çalışma şartlarının iyileştirilmesi, daha etkili ve sürdürülebilir bir sağlık sistemi oluşturmak için gereklidir. Sağlık sektörünün herkes için daha iyi bir yer haline gelmesine için, hekimlerin mesleki yaşantısı ve gündelik yaşantısında deneyimlediği travmatik olay sonrası psikolojik şikayetlerini paylaşabileceği ortamların oluşturulması, hekimlere gerekli durumlarda psikolojik danışmanlık hizmeti sunulması, hekimlerin çalışma koşullarının sürekli olarak gözden geçirilmesi ve iyileştirilmesi önerilmektedir.

Yapılacak olan çalışmaların da mesleki tatmin, tükenmişlik ve ikincil travmatik stresi etkileyen faktörlere ve bu faktörlerle baş etmede yardımcı olan tekniklere odaklanmasının faydalı olacağı düşünülmektedir.

7. KAYNAKLAR

1. Dokgöz H. Adli Tıp ve Adli Bilimler. 2 ed. Ankara: Akademisyen Kitapevi; 2020.
2. İmirlioğlu İ. Devlet hastanelerinde çalışan doktorların ve hemşirelerin stres kaynakları ve stresin performanslarına etkilerine ilişkin görüşleri (Ankara ili örneği). Verimlilik Dergisi. 2009(4):53-101.
3. Antoniou ASG, Davidson MJ, Cooper CL. Occupational stress, job satisfaction and health state in male and female junior hospital doctors in Greece. Journal of managerial psychology. 2003;18(6):592-621.
4. Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job burnout. Annual review of psychology. 2001;52(1):397-422.
5. Yates SW. Physician stress and burnout. The American journal of medicine. 2020;133(2):160-4.
6. McCann IL, Pearlman LA. Vicarious traumatization: A framework for understanding the psychological effects of working with victims. Journal of traumatic stress. 1990;3:131-49.
7. Judge TA, Weiss HM, Kammeyer-Mueller JD, Hulin CL. Job attitudes, job satisfaction, and job affect: A century of continuity and of change. Journal of applied psychology. 2017;102(3):356.
8. Hills D, Joyce C, Humphreys J. Validation of a job satisfaction scale in the Australian clinical medical workforce. Evaluation & the health professions. 2012;35(1):47-76.
9. Atreya A, Menezes RG, Subedi N, Shakya A. Forensic medicine in Nepal: Past, present, and future. Journal of Forensic and Legal Medicine. 2022;86:102304.
10. Huss MT. Forensic psychology. İkinci baskı ed. Danvers, MA: George Hoffman; 2013.
11. Biçer Ü. Türkiye’de adli tıp hizmetleri ve geline durum. Türk Tabipleri Birliği, Tıp Dünyası. 2003;15:112.
12. Yükseköğretim Bilgi Yönetim Sistemi. <https://istatistik.yok.gov.tr/> adresinden 18.03.2023 tarihinde erişilmiştir.
13. Başer A, Şahin H. Atatürk’ten günümüze tıp eğitimi. Tıp Eğitimi Dünyası. 2017;16(48):70-83.

14. Derneği ATU. Adli tıp hizmet modeli ve insan gücü planlaması. ATUD Yayınları. 2007;7.
15. Mezuniyet öncesi tıp eğitimi ulusal çekirdek eğitim programı 2020. <https://www.yok.gov.tr/kurumsal/idari-birimler/egitim-ogretim-dairesi/ulusal-cekirdek-egitimi-programlari> adresinden 18.03.2023 tarihinde indirilmiştir.
16. Tababet ve şua'batı san'atlarının tarzi İcrasına dair kanun (Kanun numarası: 1219) Ek-1: Tıpta uzmanlık ana dalları ve eğitim sürelerine dair çizelge. <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuatmetin/1.3.1219.pdf> adresinden 19.03.2023 tarihinde indirilmiştir.
17. Uzmanlık Eğitimi Rotasyonları. <https://tuk.saglik.gov.tr/TR-30915/uzmanlik-egitimi-rotasyolari.html> adresinden 19.03.2023 tarihinde indirilmiştir.
18. Tıpta ve dış hekimliğinde uzmanlık eğitimi yönetmeliği. <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=39700&MevzuatTur=7&MevzuatTertip=5> adresinden 19.03.2023 tarihinde indirilmiştir.
19. TUKMOS, Adli Tıp Uzmanlık Eğitimi Çekirdek Müfredatı. <https://tuk.saglik.gov.tr/TR-50051/adli-tip.html> adresinden 19.03.2023 tarihinde indirilmiştir.
20. Ulukol B. Çocuk izlem merkezi modeli ve bu modelde gözlenen sorunlar.
21. Doğan M, Orak Ç, Özdemir B. Türkiye’de adli tıp ve son yüzyılı. Demokrasi Platformu. 2022;11(37):282-94.
22. Sevimli F, İşcan ÖF. Bireysel ve iş ortamına ait etkenler açısından iş doyumu. Ege Academic Review. 2005;5(1):55-64.
23. Rinehart JS, Short PM. Job Satisfaction and Empowerment among Teacher Leaders, Reading Recovery Teachers, and Regular Classroom Teachers. Education. 1994;114(4):570-81.
24. Locke EA. Personnel attitudes and motivation. Annual review of psychology. 1975;26(1):457-80.
25. Stamm B. The concise manual for the professional quality of life scale. 2010.
26. Li K, Chen H, Tan Z, Yin X, Gong Y, Jiang N, et al. Job satisfaction and its related factors among emergency department physicians in China. Frontiers in Public Health. 2022;10:925686.
27. Lam SS. Quality management and job satisfaction: an empirical study.

International Journal of Quality & Reliability Management. 1995.

28. Kuzulugil Ş. Kamu hastaneleri çalışanlarında iş tatminini etkileyen faktörlerin incelenmesine yönelik bir araştırma. İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi Dergisi. 2012;41(1).

29. Tan M, Özçakar N, Kartal M. Asistan hekimlerin tıpta uzmanlık eğitimi kapsamında mesleki memnuniyetleri ve yaşam koşulları ile ilişkisi. Marmara Medical Journal. 2012;25(1):20-5.

30. Zhang X, Fang P. Job satisfaction of village doctors during the new healthcare reforms in China. Australian Health Review. 2016;40(2):225-33.

31. 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. Applied nursing research. 2017;34:40-7.

32. 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;172(18):1377-85.

33. Negri L, Cilia S, Falautano M, Grobberio M, Niccolai C, Pattini M, et al. Job satisfaction among physicians and nurses involved in the management of multiple sclerosis: the role of happiness and meaning at work. Neurological Sciences. 2022;43(3):1903-10.

34. Greene G. A Burnt-out Case. New York: Viking Press; 1961.

35. Freudenberger HJ. Staff burn-out. Journal of social issues. 1974;30(1):159-65.

36. Montero-Marín J, García-Campayo J, Mera DM, Del Hoyo YL. A new definition of burnout syndrome based on Farber's proposal. Journal of occupational medicine and toxicology. 2009;4(1):1-17.

37. Rotenstein LS, Torre M, Ramos MA, Rosales RC, Guille C, Sen S, et al. Prevalence of burnout among physicians: a systematic review. Jama. 2018;320(11):1131-50.

38. World Health Organization (2019) Burn-out an “occupational phenomenon”: International Classification of Diseases 11th Revision 2019. <https://www.who.int/news/item/28-05-2019-burn-out-an-occupational-phenomenon->

[international-classification-of-diseases](#) adresinden 27.03.2023 tarihinde erişilmiştir.

39. World Health Organization (2016) International Classification of Diseases 10th Revision 2016. <https://icd.who.int/browse10/2016/en#/Z70-Z76> adresinden 28.03.2023 tarihinde erişilmiştir.
40. Maslach C. Burnout: The Cost of Caring. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall; 1982.
41. Bakker AB, Demerouti E, Sanz-Vergel AI. Burnout and work engagement: The JD–R approach. *Annu Rev Organ Psychol Organ Behav.* 2014;1(1):389-411.
42. Cherniss C, Cherniss C. Staff burnout: Job stress in the human services. 1980.
43. Maslach C, Leiter MP. Burnout. *Stress: Concepts, cognition, emotion, and behavior: Elsevier;* 2016. p. 351-7.
44. Moss M, Good VS, Gozal D, Kleinpell R, Sessler CN. A critical care societies collaborative statement: burnout syndrome in critical care health-care professionals. A call for action. *American journal of respiratory and critical care medicine.* 2016;194(1):106-13.
45. Maslach C. Burnout: The cost of caring. Los Altos, CA: The Institute for the Study of Human Knowledge (ISHK); 2003.
46. Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced burnout. *Journal of organizational behavior.* 1981;2(2):99-113.
47. Greenglass ER, Burke RJ. Work and family precursors of burnout in teachers: Sex differences. *Sex roles.* 1988;18:215-29.
48. Houkes I, Winants Y, Twellaar M, Verdonk P. Development of burnout over time and the causal order of the three dimensions of burnout among male and female GPs. A three-wave panel study. *BMC Public health.* 2011;11(1):1-13.
49. Randall M, Scott WA. Burnout, job satisfaction, and job performance. *Australian Psychologist.* 1988;23(3):335-47.
50. Teixeira C, Ribeiro O, Fonseca AM, Carvalho AS. Burnout in intensive care units-a consideration of the possible prevalence and frequency of new risk factors: a descriptive correlational multicentre study. *BMC anesthesiology.* 2013;13(1):1-15.
51. Kaçmaz N. Tükenmişlik sendromu. *İstanbul Tıp Fakültesi Dergisi.* 2005;68:29-32.
52. Eker M, Anbar A. Work related factors that affect burnout among accounting

and finance academicians. ISGUC The Journal of Industrial Relations and Human Resources. 2008;10(4):110-37.

53. Maslach C. What have we learned about burnout and health? Psychology & health. 2001;16(5):607-11.

54. Shanafelt TD, Sloan JA, Habermann TM. The well-being of physicians. The American journal of medicine. 2003;114(6):513-9.

55. Özgül F, Atan T. Öğretmenlerin tükenmişlik düzeylerinin demografik özelliklerine göre incelenmesi (Ordu İli Örneği). Erzincan Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi. 2016;18(2):2.

56. Demerouti E, Bakker AB, Nachreiner F, Schaufeli WB. The job demands-resources model of burnout. Journal of Applied Psychology. 2001;86(3):499-512.

57. Çam MO, Engin E. Hemşirelerde tükenmişlik. The Journal of International Social Research. 2017;10(51):501-7.

58. Çam O. Tükenmişlik üzerine bir değerlendirme. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi. 1999;14(1):81-93.

59. Maslach C, Jackson SE. MBI: Maslach Burnout Inventory; manual research edition. University of California, Palo Alto, CA. 1986.

60. Leiter MP, Maslach C. Areas of worklife: A structured approach to organizational predictors of job burnout. Emotional and physiological processes and positive intervention strategies. 3: Emerald Group Publishing Limited; 2003. p. 91-134.

61. Ardiç K, Polatci S. Tükenmişlik sendromu ve madalyonun öbür yüzü: işle bütünleşme. Erciyes Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi. 2009(32):21-46.

62. Chambers CN, Frampton CM, Barclay M, McKee M. Burnout prevalence in New Zealand's public hospital senior medical workforce: a cross-sectional mixed methods study. BMJ open. 2016;6(11):e013947.

63. Nunn K, Isaacs D. Burnout. Journal of Paediatrics and Child Health. 2019;55(1):5-6.

64. Maslach C, Leiter MP. The truth about burnout: How organizations cause personal stress and what to do about it. San Francisco: Jossey-Bass; 1997.

65. Danhof-Pont MB, van Veen T, Zitman FG. Biomarkers in burnout: a

systematic review. *Journal of psychosomatic research*. 2011;70(6):505-24.

66. Jonsdottir IH, Dahlman AS. Mechanisms in Endocrinology Endocrine and immunological aspects of burnout: a narrative review. *European journal of endocrinology*. 2019;180(3):R147-R58.

67. Leiter MP, Maslach C. Six areas of worklife: a model of the organizational context of burnout. *Journal of health and Human Services administration*. 1999;472-89.

68. Potter BA. Overcoming job burnout: How to renew enthusiasm for work: Ronin Publishing; 2009.

69. Matthias B. Das Burnout-Syndrom: Theorie der inneren Erschöpfung. Springer; 2006.

70. Summers RF. The elephant in the room: what burnout is and what it is not. *American Journal of Psychiatry*. 2020;177(10):898-9.

71. Awa WL, Plaumann M, Walter U. Burnout prevention: A review of intervention programs. *Patient education and counseling*. 2010;78(2):184-90.

72. Farber BA. Burnout in psychotherapists: Incidence, types, and trends. *Psychotherapy in Private Practice*. 1990;8(1):35-44.

73. Farber BA. Treatment strategies for different types of teacher burnout. *Journal of Clinical psychology*. 2000;56(5):675-89.

74. Beemsterboer J, Baum BH. " Burnout" Definitions and Health Care Management. *Social work in health care*. 1984;10(1):97-109.

75. Liakopoulou M, Panaretaki I, Papadakis V, Katsika A, Sarafidou J, Laskari H, et al. Burnout, staff support, and coping in pediatric oncology. *Supportive Care in Cancer*. 2008;16:143-50.

76. Can H, Güçlü YA, Doğan S, Erkaleli MB. Cerrahi ve cerrahi dışı kliniklerdeki asistan hekimlerde tükenmişlik sendromu. *Tepecik Eğitim Hastanesi Dergisi*. 2010;20(1):33-40.

77. West CP, Dyrbye LN, Shanafelt TD. Physician burnout: contributors, consequences and solutions. *Journal of internal medicine*. 2018;283(6):516-29.

78. Shanafelt TD. Enhancing meaning in work: a prescription for preventing physician burnout and promoting patient-centered care. *Jama*. 2009;302(12):1338-40.

79. Lacy BE, Chan JL. Physician burnout: the hidden health care crisis. *Clinical Gastroenterology and Hepatology*. 2018;16(3):311-7.
80. American Psychiatric Association D, Association AP. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*: American psychiatric association Washington, DC; 2013.
81. Air TM, McFarlane AC, Psychother D. Posttraumatic stress disorder and its impact on the economic and health costs of motor vehicle accidents in South Australia. *J Clin Psychiatry*. 2003;64(2):175-81.
82. Lugris VM. *Vicarious traumatization in therapists: Contributing factors, PTSD symptomatology, and cognitive distortions*: University of Illinois at Urbana-Champaign; 2000.
83. Fligey CR. Compassion fatigue as secondary traumatic stress disorder: An overview. In: Fligey CR, editor. *Compassion fatigue coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat traumatized*. New York: Taylor & Francis Group; 1995. p. 1-20.
84. Lerias D, Byrne MK. Vicarious traumatization: Symptoms and predictors. *Stress and Health: Journal of the International Society for the Investigation of Stress*. 2003;19(3):129-38.
85. Al-Naser F, Everly Jr GS. Prevalance of posttraumatic stress disorder among Kuwaiti firefighters. *International Journal of Emergency Mental Health*. 1999;1(2):99-101.
86. Wagner D, Heinrichs M, Ehler U. Prevalence of symptoms of posttraumatic stress disorder in German professional firefighters. *American journal of psychiatry*. 1998;155(12):1727-32.
87. Hensel JM, Ruiz C, Finney C, Dewa CS. Meta-analysis of risk factors for secondary traumatic stress in therapeutic work with trauma victims. *Journal of traumatic stress*. 2015;28(2):83-91.
88. Townsend SM, Campbell R. Organizational correlates of secondary traumatic stress and burnout among sexual assault nurse examiners. *Journal of Forensic Nursing*. 2009;5(2):97-106.
89. Cieslak R, Anderson V, Bock J, Moore BA, Peterson AL, Benight CC. Secondary traumatic stress among mental health providers working with the military:

Prevalence and its work-and exposure-related correlates. *The Journal of nervous and mental disease*. 2013;201(11):917.

90. Voss Horrell SC, Holohan DR, Didion LM, Vance GT. Treating traumatized OEF/OIF veterans: How does trauma treatment affect the clinician? *Professional Psychology: Research and Practice*. 2011;42(1):79.

91. Devilly GJ, Wright R, Varker T. Vicarious trauma, secondary traumatic stress or simply burnout? Effect of trauma therapy on mental health professionals. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*. 2009;43(4):373-85.

92. Ehlers A, Clark DM. A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour research and therapy*. 2000;38(4):319-45.

93. Brady JL, Guy JD, Poelstra PL, Brokaw BF. Vicarious traumatization, spirituality, and the treatment of sexual abuse survivors: A national survey of women psychotherapists. *Professional psychology: Research and practice*. 1999;30(4):386.

94. Figley CR. Compassion fatigue: Psychotherapists' chronic lack of self care. *Journal of clinical psychology*. 2002;58(11):1433-41.

95. Conrad D, Kellar-Guenther Y. Compassion fatigue, burnout, and compassion satisfaction among Colorado child protection workers. *Child abuse & neglect*. 2006;30(10):1071-80.

96. Gates DM, Gillespie GL. Secondary traumatic stress in nurses who care for traumatized women. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*. 2008;37(2):243-9.

97. Lazarus RS. Coping theory and research: past, present, and future. *Psychosomatic medicine*. 1993;55(3):234-47.

98. Dirkzwager AJ, Bramsen I, Van Der Ploeg HM. Social support, coping, life events, and posttraumatic stress symptoms among former peacekeepers: A prospective study. *Personality and Individual Differences*. 2003;34(8):1545-59.

99. Bjorck JP, Klewicki LL. The effects of stressor type on projected coping. *Journal of Traumatic Stress*. 1997;10(3):481-97.

100. Coping with stress: Effective people and processes. Snyder CR, editor. New York: Oxford University Press; 2001.

101. McGarry S, Girdler S, McDonald A, Valentine J, Lee SL, Blair E, et al. Paediatric health-care professionals: Relationships between psychological distress,

resilience and coping skills. *Journal of paediatrics and child health*. 2013;49(9):725-32.

102. Bourke ML, Craun SW. Coping with secondary traumatic stress: Differences between UK and US child exploitation personnel. *Traumatology: An International Journal*. 2014;20(1):57.

103. Manning-Jones S, de Terte I, Stephens C. Secondary traumatic stress, vicarious posttraumatic growth, and coping among health professionals; A comparison study. *New Zealand journal of psychology (Online)*. 2016;45(1):20.

104. Grundlingh H, Knight L, Naker D, Devries K. Secondary distress in violence researchers: a randomised trial of the effectiveness of group debriefings. *BMC psychiatry*. 2017;17(1):1-14.

105. Ogińska-Bulik N, Gurowiec PJ, Michalska P, Kędra E. Prevalence and predictors of secondary traumatic stress symptoms in health care professionals working with trauma victims: A cross-sectional study. *PloS one*. 2021;16(2):e0247596.

106. Beck CT. Secondary traumatic stress in nurses: A systematic review. *Archives of psychiatric nursing*. 2011;25(1):1-10.

107. Roden-Foreman JW, Bennett MM, Rainey EE, Garrett JS, Powers MB, Warren AM. Secondary traumatic stress in emergency medicine clinicians. *Cognitive Behaviour Therapy*. 2017;46(6):522-32.

108. Huggard P, Unit G. A systematic review of the measurement of compassion fatigue, vicarious trauma, and secondary traumatic stress in physicians. *Australasian Journal of Disaster and Trauma Studies*. 2013;1:2013-1.

109. Levin AP, Putney H, Crimmins D, McGrath JG. Secondary traumatic stress, burnout, compassion satisfaction, and perceived organizational trauma readiness in forensic science professionals. *Journal of Forensic Sciences*. 2021;66(5):1758-69.

110. Türkdoğan Görgün C. Sağlık çalışanlarının psikolojik sağlık düzeylerinin profesyonel yaşam kalitesi üzerindeki etkisi: Covid-19 pandemisi (Doktora Tezi). Türkiye Cumhuriyeti Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. 2022.

111. T.C.Sağlık Bakanlığı Yönetim Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2023 Mayıs - Haziran Bölge Hizmet Grupları. <https://yhgm.saglik.gov.tr/TR-34970/2023-mayis---haziran-bolge-hizmet-gruplari.html> adresinden 02.05.2023 tarihinde indirilmiştir.

112. Iorga M, Soponaru C, Ioan B. The burnout syndrome of forensic pathologists. The influences of personality traits, job satisfaction and environmental factors. *Rom J Leg Med.* 2016;24(4):325-32.
113. El-Shafei DA, Abdelsalam AE, Hammam RA, Elgohary H. Professional quality of life, wellness education, and coping strategies among emergency physicians. *Environmental Science and Pollution Research.* 2018;25:9040-50.
114. El-Bar N, Levy A, Wald HS, Biderman A. Compassion fatigue, burnout and compassion satisfaction among family physicians in the Negev area-a cross-sectional study. *Israel journal of health policy research.* 2013;2(1):1-8.
115. Yılmaz Y, Uçar E, Ertin H. Tıpta Uzmanlık Eğitimi ve Asistan Hekimlerin Sorunlarının İrdelenmesi: Bir Anket Çalışması. *Tıp Eğitimi Dünyası.* 2019;18(54):21-9.
116. Memarian A, Aghakhani K, Baboli SHMN, Daneshi SA, Soltani S. Evaluation of job satisfaction of forensic medicine specialists and comparison with job satisfaction of some medical specialists in Tehran. *Journal of Family Medicine and Primary Care.* 2020;9(6):2710.
117. Gauthier S, Buddeberg-Fischer B, Bucher M, Thali M, Bartsch C. Pilot study on doctors working in departments of forensic medicine in German-speaking areas. *Journal of forensic and legal medicine.* 2013;20(8):1069-74.
118. Heger A, Ritz-Timme S. Arbeitsbelastung und Arbeitszufriedenheit rechtsmedizinisch tätiger Ärztinnen und Ärzte. 2021.
119. Keshavarz Z, Gorji M, Houshyar Z, Tamajani ZT, Martin J. The professional quality of life among health-care providers and its related factors. *Social Health and Behavior.* 2019;2(1):32.
120. Račić M, Virijević A, Ivković N, Joksimović BN, Joksimović VR, Mijovic B. Compassion fatigue and compassion satisfaction among family physicians in the Republic of Srpska, Bosnia and Herzegovina. *International Journal of Occupational Safety and Ergonomics.* 2019;25(4):630-7.
121. Benli A, Yenihan B, Öner M. Aile hekimlerinin iş tatmin düzeyleri ile yaşadıkları iş-aile çatışması seviyeleri arasındaki ilişki: Kocaeli Örneği. *Yönetim Bilimleri Dergisi.* 2016;14(27):415-31.
122. Arslan ET, Demir H. İşe angaje olma ve iş tatmini arasındaki ilişki: Hekim ve

hemşireler üzerine nicel bir araştırma. Yönetim ve Ekonomi Dergisi. 2017;24(2):371-89.

123. Kantek F, Kartal H. Cinsiyetin Hemşirelerin İş Doyumları Üzerine Etkisi: Bir Meta Analiz Çalışması. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi. 2016;13(2):151-6.

124. Öztürk G, Çetin M, Yıldırım N, Türk YZ, Fedai T. Hekimlerde tükenmişlik ve iş doyum düzeyleri. Anatolian Journal of Clinical Investigation. 2012;6(4):239-45.

125. Kabbash IA, El-Sallamy RM, Abdo SAE-F, Atalla AO. Job satisfaction among physicians in secondary and tertiary medical care levels. Environmental Science and Pollution Research. 2020;27:37565-71.

126. Keeton K, Fenner DE, Johnson TR, Hayward RA. Predictors of physician career satisfaction, work–life balance, and burnout. Obstetrics & Gynecology. 2007;109(4):949-55.

127. Derin N. Devlet hastanelerinde çalışan sağlık personelinin iş doyum düzeyleri ve etkileyen faktörler [Yüksek lisans tezi]: Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2007.

128. Gökaslan S, Kanad N. Üçüncü basamak bir üniversite hastanesinde asistan ve uzman doktorların iş doyum ve motivasyonunu etkileyen faktörler. Kocatepe Tıp Dergisi. 2020;21(1):92-7.

129. Oh Y-I, Kim H, Kim K. Factors affecting Korean physician job satisfaction. International journal of environmental research and public health. 2019;16(15):2714.

130. Chen X, Liu M, Liu C, Ruan F, Yuan Y, Xiong C. Job satisfaction and hospital performance rated by physicians in China: A moderated mediation analysis on the role of income and person–organization fit. International journal of environmental research and public health. 2020;17(16):5846.

131. Shi L, Song K, Rane S, Sun X, Li H, Meng Q. Factors associated with job satisfaction by Chinese primary care providers. Primary health care research & development. 2014;15(1):46-57.

132. Tosun Y. Hekimlerde mesleki tükenmişlik düzeyi ile iş doyum arasındaki ilişki [Uzmanlık tezi]: Sağlık Bilimleri Üniversitesi. Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim Ve Araştırma Hastanesi; 2019.

133. Dyrbye LN, Varkey P, Boone SL, Satele DV, Sloan JA, Shanafelt TD, editors. Physician satisfaction and burnout at different career stages. Mayo Clinic

Proceedings; 2013: Elsevier.

134. Duffy RD, Richard GV. Physician job satisfaction across six major specialties. *Journal of Vocational Behavior*. 2006;68(3):548-59.

135. Yılmaz G. Onkoloji hemşirelerinin eşduyum yorgunluğu, iş doyumu, tükenmişlik ve travma sonrası gelişim düzeylerine psikoeğitimin etkisi [Doktora tezi]: Dokuz Eylül Üniversitesi; 2016.

136. Shanafelt TD, Bradley KA, Wipf JE, Back AL. Burnout and self-reported patient care in an internal medicine residency program. *Annals of internal medicine*. 2002;136(5):358-67.

137. Sehsah R, Gaballah MH, El-Gilany A-H, Albadry AA. Work burnout and coping strategies among Egyptian forensic physicians: a national study. *Egyptian Journal of Forensic Sciences*. 2021;11(1):1-9.

138. Franco P, Tesio V, Bertholet J, Gasnier A, Del Portillo EG, Spalek M, et al. Professional quality of life and burnout amongst radiation oncologists: the impact of alexithymia and empathy. *Radiotherapy and Oncology*. 2020;147:162-8.

139. Ang AAC, Soriano-Estrella AL. Burnout, compassion fatigue, and compassion satisfaction among obstetrics and gynecology resident physicians in the Philippines: A cross-sectional study. *Philippine Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2021;45(1):1-10.

140. Nimer A, Naser S, Sultan N, Alasad RS, Rabadi A, Abu-Jubba M, et al. Burnout syndrome during residency training in Jordan: prevalence, risk factors, and implications. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2021;18(4):1557.

141. Pantenburg B, Lupp M, König H-H, Riedel-Heller SG. Burnout among young physicians and its association with physicians' wishes to leave: results of a survey in Saxony, Germany. *Journal of Occupational Medicine and Toxicology*. 2016;11(1):1-10.

142. Lazarescu I, Dubray B, Joulakian M, Blanchard P, Chauvet B, Mahé M-A, et al. Prevalence of burnout, depression and job satisfaction among French senior and resident radiation oncologists. *Cancer/radiothérapie*. 2018;22(8):784-9.

143. Oğuzberk M, Aydın A. Ruh sağlığı çalışanlarında tükenmişlik. *Klinik Psikiyatri*. 2008;11(4):167-79.

144. Erol A, Akarca F, Değerli V, Sert E, Delibaş H, Gülpek D, et al. Acil servis çalışanlarında tükenmişlik ve iş doyumu. *Klinik Psikiyatri*. 2012;15(2):103-10.
145. Kömür İ, Özdemirel RO, Özver İ, Baspınar B, Demir M, Gönen F, et al. Posttraumatic stress and burnout symptoms in forensic doctors and staff in a mortuary. *The American Journal of Forensic Medicine and Pathology*. 2017;38(3):184-8.
146. Pulcrano M, Evans SR, Sosin M. Quality of life and burnout rates across surgical specialties: a systematic review. *JAMA surgery*. 2016;151(10):970-8.
147. Goldstein JZ, Alesbury HS. Self-reported levels of occupational stress and wellness in forensic practitioners: Implications for the education and training of the forensic workforce. *Journal of Forensic Sciences*. 2021;66(4):1307-15.
148. Aslan D, Kiper N, Karaağaoğlu E, Topal F, Güdük M, Cengiz ÖS. Türkiye’de tabip odalarına kayıtlı olan bir grup hekimde tükenmişlik sendromu ve etkileyen faktörler. Ankara: Türk Tabipleri Birliği Yayınları. 2005.
149. Ozyurt A, Hayran O, Sur H. Predictors of burnout and job satisfaction among Turkish physicians. *Journal of the Association of Physicians*. 2006;99(3):161-9.
150. Kotb AA, Mohamed KA-E, Kamel MH, Ismail MAR, Abdulmajeed AA. Comparison of burnout pattern between hospital physicians and family physicians working in Suez Canal University Hospitals. *The pan African medical journal*. 2014;18.
151. Shanafelt TD, Balch CM, Bechamps GJ, Russell T, Dyrbye L, Satele D, et al. Burnout and career satisfaction among American surgeons. *Annals of surgery*. 2009;250(3):463-71.
152. Shanafelt TD, Gradishar WJ, Kosty M, Satele D, Chew H, Horn L, et al. Burnout and career satisfaction among US oncologists. *Journal of Clinical Oncology*. 2014;32(7):678.
153. Algül R, Yılmaz D, Özer Ü, Kaya B. Variables affecting burnout levels among medical doctors working in internal and surgical branches and the relationship of burnout with work engagement and organizational commitment. *Turkish Journal Clinical Psychiatry*. 2016;19(4):176-84.
154. Güleç Kalaman K. Hekimlerde tükenmişlik düzeyleri, kusurlu tıbbi uygulamalar ve defansif tıp uygulamaları arasındaki ilişki [Uzmanlık tezi]: İstanbul

Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2019.

155. Yilmaz A. Burnout, job satisfaction, and anxiety-depression among family physicians: A cross-sectional study. *Journal of family medicine and primary care*. 2018;7(5):952.

156. Balch CM, Shanafelt TD, Sloan JA, Satele DV, Freischlag JA. Distress and career satisfaction among 14 surgical specialties, comparing academic and private practice settings. *Annals of surgery*. 2011;254(4):558-68.

157. Lrago T, Asefa F, Yitbarek K. Physicians' burnout and factors in southern Ethiopia affecting it. *Ethiopian journal of health sciences*. 2018;28(5):589.

158. Saçkın M. Dicle Üniversitesinde çalışan asistan hekimlerde tükenmişlik sendromu ve iş doyumunu [Uzmanlık tezi]: Dicle Üniversitesi; 2020.

159. Yakut H, Kapısız SG, Durutuna S, Evran A. Burnout in the field of health working sector. *The Journal of Gynecology-Obstetrics and Neonatology*. 2013;10(38):1564-71.

160. Erol A, Sarıçiçek A, Gülseren Ş. Asistan hekimlerde tükenmişlik: İş doyum ve depresyonla ilişkisi. *Anadolu psikiyatri dergisi*. 2007;8(4):241-7.

161. Wisetborisut A, Angkurawaranon C, Jiraporncharoen W, Uaphanthasath R, Wiwatanadate P. Shift work and burnout among health care workers. *Occupational Medicine*. 2014;64(4):279-86.

162. Garland A, Roberts D, Graff L. Twenty-four-hour intensivist presence: a pilot study of effects on intensive care unit patients, families, doctors, and nurses. *American journal of respiratory and critical care medicine*. 2012;185(7):738-43.

163. Serrão C, Martins V, Ribeiro C, Maia P, Pinho R, Teixeira A, et al. Professional quality of life among physicians and nurses working in Portuguese hospitals during the third wave of the COVID-19 pandemic. *Frontiers in psychology*. 2022;13:814109.

164. Way I, VanDeusen K, Cottrell T. Vicarious trauma: Predictors of clinicians' disrupted cognitions about self-esteem and self-intimacy. *Journal of Child Sexual Abuse*. 2007;16(4):81-98.

165. Çolak B, Şişmanlar ŞG, Karakaya I, Etİler N, Biçer Ü. Çocuk cinsel istismarı olgularını değerlendiren meslek gruplarında dolaylı travmatizasyon. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2012;13(1):51-8.

166. Ruiz-Fernández MD, Ramos-Pichardo JD, Ibáñez-Masero O, Cabrera-Troya J, Carmona-Rega MI, Ortega-Galán ÁM. Compassion fatigue, burnout, compassion satisfaction and perceived stress in healthcare professionals during the COVID-19 health crisis in Spain. *Journal of clinical nursing*. 2020;29(21-22):4321-30.
167. Kleiner S, Wallace JE. Oncologist burnout and compassion fatigue: investigating time pressure at work as a predictor and the mediating role of work-family conflict. *BMC health services research*. 2017;17:1-8.
168. Rostron MS, Furlonger B. A preliminary investigation of vicarious traumatisation among forensic medical examiners of sexual assault. *Journal of Counselling Profession*. 2017;1(1):37-48.
169. Jankoski JA. Is vicarious trauma the culprit? A study of child welfare professionals. *Child welfare*. 2010;89(6):105-20.
170. Doolittle BR. Association of burnout with emotional coping strategies, friendship, and institutional support among internal medicine physicians. *Journal of clinical psychology in medical settings*. 2021;28(2):361-7.
171. McCarroll JE, Ursano RJ, Fullerton CS. Symptoms of posttraumatic stress disorder following recovery of war dead. *The American Journal of Psychiatry*. 1993;150(12):1875-7.
172. Perron BE, Hiltz BS. Burnout and secondary trauma among forensic interviewers of abused children. *Child and Adolescent Social Work Journal*. 2006;23:216-34.
173. Sarosi A, Coakley BA, Berman L, Mueller CM, Rialon KL, Brandt ML, et al. A cross-sectional analysis of compassion fatigue, burnout, and compassion satisfaction in pediatric surgeons in the US. *Journal of Pediatric Surgery*. 2021;56(8):1276-84.
174. Naert MN, Pruitt C, Sarosi A, Berkin J, Stone J, Weintraub AS. A cross-sectional analysis of compassion fatigue, burnout, and compassion satisfaction in maternal-fetal medicine physicians in the United States. *American Journal of Obstetrics & Gynecology MFM*. 2023;5:100989.

EKLER

Adli tıp uzmanları ve uzmanlık öğrencilerinde mesleki tatmin, tükenmişlik ile ikincil travmatik stresi etkileyen faktörleri değerlendirme anket formu

Bu anket "Adli tıp uzmanları ve uzmanlık öğrencilerinde mesleki tatmin, tükenmişlik ile ikincil travmatik stresi etkileyen faktörler" isimli uzmanlık tezinde kullanılmak üzere oluşturulmuştur. Katılımcıların kimlik bilgileri sorgulanmamış olup verilen yanıtlar sadece bilimsel amaçla kullanılacaktır. İlginiz için teşekkür ederim.

Sosyodemografik Özellikler (1/3)

1- Cinsiyetiniz

Erkek ☐ Kadın ☐

2- Yaşınız (yıl)

3- Medeni durumunuz

Evli ☐ Bekar ☐ Boşanmış/Dul ☐

4- Çocuğunuz var mı?

Evet ☐ Hayır ☐

5- Aylık gelir durumunuz (₺)

30 bin altı ☐

30-40 bin ☐

40-50 bin ☐

50-60 bin ☐

60 bin üzeri ☐

Mesleki özellikler (2/3)

1- Unvanınız

Uzmanlık Öğrencisi ☐

Uzman Doktor ☐

Doktor Öğretim Üyesi ☐

Doçent Doktor ☐

Profesör Doktor ☐

2- Çalıştığınız kurum

Adli Tıp Kurumu ☐ Sağlık Bakanlığı ☐ Üniversite ☐ Diğer _____

3- Adli tıp alanında çalışma süreniz (yıl)

4- Adli tıp alanında en uzun süre çalıştığınız il

5- 1 aydaki icap nöbet sayısı

6- 1 aydaki fiili nöbet sayısı

7- 1 ayda yaptığınız ortalama ölü muayenesi/ otopsi sayısı

8- 1 ayda yaptığınız ortalama cinsel suç mağduru muayenesi sayısı

9- Bir ayda düzenlediğiniz ortalama adli rapor sayısı

10- Stres yönetimi ile ilgili herhangi bir eğitim aldınız mı?

Evet ☐ Hayır ☐

11- Psikolojik destek almanızı gerektirecek travmatik bir olay yaşadınız mı?

Evet ☐ Hayır ☐

Yaşam kalitesi ölçeği (3/3)

Aşağıdaki soruların her birini kendinizi ve mevcut çalışma pozisyonunuzu düşünerek son 30 gün içinde ne sıklıkta yaşadığınızı gerçekten yansıtan sayıyı seçiniz.					
	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Çok sık
1- Zihnim yardım ettiğim birden fazla kişiyle meşgul.	1	2	3	4	5
2- İnsanlara yardım edebilmekten memnun oluyorum.	1	2	3	4	5
3- Başkalarına yardım ettikten sonra kendimi canlı hissediyorum.	1	2	3	4	5
4- İnsanlara yardımcı olduğum iş hayatımla, özel hayatımı birbirinden ayırmakta zorlanıyorum.	1	2	3	4	5
5- Yardım ettiğim kişinin travmatik deneyimleri nedeniyle iyi uyuyamadığımdan, işyerinde eskisi kadar üretken değilim.	1	2	3	4	5
6- Yardım ettiğim kişilerin travmatik stresinden etkilenmiş olabileceğimi düşünüyorum.	1	2	3	4	5

7- Bir sağlık çalışanı olarak, işim tarafından kapana kısılmış hissediyorum.	1	2	3	4	5
8- Bir sağlık çalışanı olarak işimi seviyorum.	1	2	3	4	5
9- Yardım ettiğim insanların travmatik deneyimleri nedeniyle depresyonda hissediyorum.	1	2	3	4	5
10- Yardım ettiğim birinin travmasını deneyimliyormuşum gibi hissediyorum.	1	2	3	4	5
11- Yardım teknikleriyle ve protokolleriyle başa ıkabilmekten memnunum.	1	2	3	4	5
12- Sağlık alışanı olarak yaptığım işten dolayı kendimi bitkin hissediyorum.	1	2	3	4	5
13- Yardım ettiđim kiřiler ve onlara nasıl yardım edebildiğim konusunda pozitif dūřüncelerim ve hislerim var.	1	2	3	4	5
14- İş yüküm sonsuz görüldüğü için bunalmış hissediyorum.	1	2	3	4	5
15- İşim aracılığıyla bir fark yaratabileceğime inanıyorum.	1	2	3	4	5
16- Bana, yardım ettiğim insanların ürkütücü deneyimlerini hatırlattıkları için belirli etkinliklerden veya durumlardan kaçınıyorum.	1	2	3	4	5
17- Yardım edebilmek için yapabildiklerimle gurur duyuyorum.	1	2	3	4	5
18- İnsanlara yardımım sonucunda, istenmeyen, korkutucu dūřüncelere sahibim.	1	2	3	4	5
19- Sistem tarafından "ıkmaza sürüklendiğim" hissediyorum.	1	2	3	4	5
20- Bir sağlık çalışanı olarak "başarılı" olduğumu dūřünüyorum.	1	2	3	4	5
21- Travma mağdurlarıyla yaptığım çalışmalarımın önemli kısımlarını hatırlayamıyorum.	1	2	3	4	5
22- Bu işi yapmayı seçtiğim için mutluyum.	1	2	3	4	5



T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Sayı: B.30.2.ODM.0.20.08/143

23.03.2023

Sayın Prof. Dr. Berna AYDIN

Etik Kurulumuza sunmuş olduğunuz Adli tıp uzmanları ve uzmanlık öğrencilerinde mesleki tatmin, tükenmişlik ile ikincil travmatik stresi etkileyen faktörler başlıklı OMÜ KAEK 2023/84 Karar nolu Anket çalışması nitelikli araştırma projeniz Klinik Araştırmalar Etik Kurulu yönergesine göre 22.03.2023 tarihli Etik Kurulumuzda incelenmiş etik açıdan uygun bulunmuştur. Ancak araştırmanın yapılacağı yerlerdeki ilgili kurum ve birimden izin yazısı alınıp, tarafımıza bildirilmesinden sonra başlanmasına oy birliği ile karar verilmiştir. Bilgi erinize arz/rica ederim.

Prof.Dr.Ramiz ÇOLAK
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanı



T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Sayı: B.30.2.ODM.0.20.08/143-608

07.12.2023

Sayın Prof. Dr. Berna AYDIN

Etik Kurulumuza sunmuş olduğunuz Adli tıp uzmanları ve uzmanlık öğrencilerinde mesleki tatmin, tükenmişlik ile ikincil travmatik stresi etkileyen faktörler başlıklı OMÜ KAEK 2023/84 Karar nolu Anket çalışması nitelikli araştırma projeniz amaç, gerekçe, yaklaşım ve yöntemle ilgili açıklamaları açısından Klinik Araştırmalar Etik Kurulu yönergesine göre incelenmiş ve etik açıdan bir sakınca olmadığına, çalışmanın süresi 6 ayı geçerse 6 aylık bildirimlerinin yapılmasına, çalışma tamamlandıktan sonra sonucunun tarafımıza en geç üç(3) ay içerisinde bildirilmesine 22.03.2023 tarihli Etik kurulumuzda oy birliği ile karar verilmiştir.

Bilgilerinize arz/rica ederim.

Prof.Dr. Ramis ÇOLAK
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanı

ADLI TIP UZMANLARI VE UZMANLIK ÖĞRENCİLERİNDE MESLEKİ TATMİN, TÜKENMİŞLİK İLE İKİNCİL TRAVMATİK STRESİ ETKİLEYEN FAKTÖRLER

ORJİNALLIK RAPORU

%9

BENZERLİK ENDEKSİ

%7

İNTERNET KAYNAKLARI

%3

YAYINLAR

%3

ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1

acikbilim.yok.gov.tr
İnternet Kaynağı

%2

2

www.researchgate.net
İnternet Kaynağı

%1

3

www.openaccess.hacettepe.edu.tr:8080
İnternet Kaynağı

<%1

4

Submitted to Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Öğrenci Ödevi

<%1

5

Submitted to Inonu University
Öğrenci Ödevi

<%1

6

Süleyman Utku Uzun, İrem Akdemir Kalkan.
"Attitudes and Behaviors of Infectious
Diseases and Clinical Microbiology Assistants
and Specialists Regarding Mandatory
Infectious Disease Notification", Flora the
Journal of Infectious Diseases and Clinical
Microbiology, 2020
Yayın

<%1

Sayın Ceren TÜRKDOĞAN GRGN,

Ben Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı'ndan Asistan Dr. Hüseyin KARA. Türkçe eviri uyarlaması, geçerlilik ve güvenirliğini yaptığınız "Profesyonel Yaşam Kalitesi Versiyon 5 leği"ni uzmanlık tezimde kullanmak istiyorum. Geri dnşlerinizi beklerim. İyi alışmalar diliyorum.

Saygılarımla,
Asist. Dr. Hüseyin KARA
OM Tıp Fakültesi Adli Tıp A.D.

ceren türkdoğan <cturkdogan@yahoo.fr>

20 Mar 2023 16:25



Alıcı: ben ▼

Sayın Hüseyin KARA,

ProQOL-V leğinin Türkçe uyarlamasını, tezinizde kullanmanızdan memnuniyet duyarım.

Çalışmalarınızda başarılar dilerim.

Dr. ÖĞr. Üyesi Ceren TÜRKDOĞAN GRGN