



**DIŞ HEKİMLİĞİ LİSANSÜSTÜ ÖĞRENCİLERİNDE
‘MASLACH TÜKENMİŞLİK ENVANTERİ’ VE
‘EKSİK KALMA KORKUSU’
SKALASININ DEĞERLENDİRİLMESİ**

**Hatice AYDOĞDU
PEDODONTİ ANABİLİM DALI**

Tez Danışmanı

Dr. Öğr. Üyesi Pınar DEMİR

Uzmanlık Tezi-2022

TC.
İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ
DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ

DİŞ HEKİMLİĞİ LİSANSÜSTÜ ÖĞRENCİLERİNDE ‘MASLACH
TÜKENMİŞLİK ENVANTERİ’ VE ‘EKSİK KALMA KORKUSU’
SKALASININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Dt. Hatice AYDOĞDU

Pedodonti Anabilim Dalı
Diş Hekimliğinde Uzmanlık Tezi

Tez Danışmanı
Dr. Öğr. Üyesi Pınar DEMİR

MALATYA

2022

TC.
İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ
DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ

Pedodonti Anabilim Dalı Uzmanlık Programı çerçevesinde yürütölmüş olan Dt.Hatice AYDOĞDU'nun “Dış Hekimliği Lisansüstü Öğrencilerinde ‘Maslach Tükenmişlik Envanteri’ Ve ‘Eksik Kalma Korkusu’ Skalasının Değerlendirilmesi” konulu bu çalışması aşağıdaki jüri tarafından uzmanlık tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 09/03/2022

Doç. Dr. Burak BULDUR
(Cumhuriyet Üniversitesi)
Jüri Başkanı

Dr.Öğr. Üyesi Pınar DEMİR
(İnönü Üniversitesi)
Tez Danışmanı

Dr.Öğr. Üyesi Sacide DUMAN
(İnönü Üniversitesi)
Jüri Üyesi

ONAY

Bu çalışma yukarıdaki jüri tarafından uzmanlık tezi olarak kabul edilmiştir.

Prof.Dr. Alaadin POLAT
Dekan

İÇİNDEKİLER

1. GİRİŞ	12
2. GENEL BİLGİLER.....	15
2.1. Stresin Tanımı	15
2.2. Dış Hekimliği ve Stres.....	16
2.3. Sağlık Alanı ve Depresyon	17
2.4. Tükenmişlik ve Depresyon.....	17
2.5. Tükenmişlik Envanterleri	18
2.5.1. Maslach Tükenmişlik Envanteri(MBI).....	18
2.5.2. Edelwich ve Brodsky Tükenmişlik Modeli.....	21
2.5.3. Perlman ve Hartman Tükenmişlik Modeli	22
2.5.4. Pines Tükenmişlik Modeli	23
2.5.5. Cherniss Tükenmişlik Modeli	23
2.5.6 Meier Tükenmişlik Modeli.....	24
2.5.7 Suran ve Sheridan Tükenmişlik Modeli.....	24
2.6. Dış Hekimliği ve Tükenmişlik	25
2.7. FoMO(Fear of Missing Out).....	28
2.7.1. FoMO(Fear of Missing Out) ve Sosyal Medya.....	29
2.7.2 FoMO ve Teknoloji Arasındaki İlişki	30
2.7.3. FoMO ve Karar Verme	31
2.7.4. FoMO ve Psikolojik Refah.....	31
2.7.5. FoMO Ve Dış Hekimliği.....	33
2.7.6. FoMO'yu İndükleyen Faktörler.....	33
2.7.7. FoMO'nun Belirtileri	34
2.7.8. FOMO ile Tükenmişlik Arasındaki İlişki.....	34
3. MATERYAL VE METOT	36
3.1. Araştırma Modeli.....	36
3.2. Çalışma Grubu.....	36
3.3. Anket Formlarının Hazırlanması ve Uygulanması	36
3.4. İstatistiksel Değerlendirme	39
4. BULGULAR	40
4.1. Katılımcıların Demografik Bulguları	40
4.2. Maslach ve FoMO Ölçeklerine Ait Bulgular.....	43

4.3. Ölçekler Arasındaki İlişkinin Yapısal Eşitlik Modellemesi İle İncelenmesi	47
5.TARTIŞMA.....	69
Konu Seçiminin Tartışılması	69
Yöntemin Tartışılması	70
Bulguların Tartışılması	71
Tükenmişlik ve FoMO Bağlantısının Tartışılması	80
6. SONUÇ	85
KAYNAKLAR.....	86



TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim boyunca sadece akademik olarak değil hayatın her yönünde yol gösterici olan, desteğini ve samimi sevgisini her daim içten hissettiğim değerli tez danışmanım İnönü Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi, Pedodonti Anabilim Dalı öğretim üyesi Sayın Dr. Öğr. Üyesi Pınar DEMİR'e

Uzmanlık eğitimim boyunca her konuda yardımcı olan, bilgisi ve tecrübeleriyle her zaman yanımda olan İnönü Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi, Pedodonti Anabilim Dalı öğretim üyesi Sayın Dr. Öğr. Üyesi Sacide DUMAN'a;

İnönü Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi, Pedodonti Anabilim Dalı Başkanı Doç. Dr. Gülsüm DURUK'a

Birlikte çalışmaktan büyük keyif aldığım ve birlikte güzel anılar biriktirdiğimiz değerli İnönü Üniversitesi Pedodonti Anabilim Dalı asistan arkadaşlarıma ve yoğun çalışma temposuna rağmen büyük özveri gösteren tüm klinik personelimize;

Her zorlandığım aşamada yanımda olan canım arkadaşlarım Uzm. Dt. Özlem Yarbaşı ve Arş. Gör. Kübra Başaran'a;

Ayrıca bugünlere gelmemde büyük emeği geçmiş ve desteği ile her zaman yanımda olan başta annem olmak üzere tüm aileme teşekkürü borç bilirim.

ÖZET

Diş Hekimliği Lisansüstü Öğrencilerinde ‘Maslach Tükenmişlik Envanteri’ Ve ‘Eksik Kalma Korkusu’ Skalasının Değerlendirilmesi

Amaç: Araştırmamızda amaç lisansüstü eğitimi devam etmekte olan diş hekimlerinin yaşadıkları tükenmişlik seviyelerinin ve FoMO(Fear of Missing Out)’nun varlığının değerlendirilmesidir. Öğrencilerin uzmanlığı seçerken bunun üzerinde FoMO’nun ne derece etkin olduğu, FoMO ve Maslach Tükenmişlik Envanterinin birbiri ile ilişkileri incelenmiştir.

Materyal ve Metot: Çalışmaya Yüksek Öğretim Kurumunda aktif öğrenci olarak görünen 2327 kişiden gönderilen linki doldurmayı tercih eden 403 hekim katılmıştır.

Bulgular: Çalışmaya 272 (%67,5) kadın ve 131 (%32.5) erkek hekim katıldı. Çocuk diş hekimlerinin ise %96.7’sinin kadın, %65’inin bekar olduğu belirlendi. Diş hekimlerinin %50.3’ünde, çocuk diş hekimlerinin ise %50’sinde yüksek tükenmişlik varlığı tespit edildi. Diş hekimlerinde trait puanı arttıkça duyarsızlaşma ve duygusal tükenme puanlarının da istatistiksel olarak anlamlı artış gösterdiği tespit edildi. Tükenmişlik arttıkça hekimler akranlarının daha donanımlı olmasından endişe duymaya başlamaktadır. Düşük kişisel başarı puanları açısından yüksek risk grubunda bulunan hekimlerin FoMOs ve trait puanları buna bağlı istatistiksel olarak anlamlı çıkmıştır($p=0.017$, $p=0.001$). Kadın diş hekimlerinin FoMO puanları erkek hekimlerden daha yüksekti.

Sonuç: Lisansüstü eğitimine devam eden hekimlerde tükenmişlik semptomlarının yüksek ve akranlarından geri kalma korkusunun ortalama bir değerde olduğu tespit edildi. Tükenmişliği azaltmak, her hekim için iş memnuniyetini artırmak ve hastalarla kaliteli etkileşimleri teşvik etmek amacıyla sistem düzeyinde değişiklikler yapılması gerekmektedir.

Anahtar kelimeler: Tükenmişlik Sendromu, Depresyon, Çocuk diş hekimliği, Uzmanlık, Duyarsızlaşma

ABSTRACT

Evaluation of 'Maslach Burnout Inventory' and 'Fear of Missing Out' Scale in Dentistry Post-Graduate Students

Aim: The aim of our research is to evaluate the burnout levels of dentists who continue their postgraduate education and the presence of FoMO (Fear of Missing Out). While preferring the specialization, the effectiveness of FoMO on it and the relations of FoMO and Maslach Burnout Inventory with each other were examined.

Materials and Methods: 403 dentists who preferred to fill in the link sent from 2327 person who appears as an active student in the Higher Education Institution participated in the study.

Results: 272 (67.5%) female and 131 (32.5%) male dentists participated in the study. It was determined that 96.7% of the pediatric dentists were female and 65% were single. High burnout was detected in 50.3% of dentists and 50% of pediatric dentists. It was determined that as the trait score increased in dentists, depersonalization and emotional exhaustion scores also increased statistically significantly. As burnout increases, dentists begin to worry that their peers are better equipped. The FoMOs and trait scores of the dentists in the high-risk group in terms of low personal achievement scores were statistically significant ($p=0.017$, $p=0.001$). Female dentists had higher FoMO scores than male dentists.

Conclusion: It was determined that the burnout symptoms were high and the fear of falling behind their peers was at an average value in the dentists who continued their postgraduate education. System-level changes are needed to reduce burnout, increase job satisfaction for each dentist, and promote quality interactions with patients.

Key words: Burnout Syndrome, Depression, Pediatric dentistry, Depersonalization, Specialization

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

$<$: Küçüktür

$>$: Büyüktür

$\leq$: Küçük Eşittir

$\geq$: Büyük Eşittir

Ort: ortalama

Ss: standart sapma

Enk: en küçük değer

Enb: en büyük değer

SPSS: Statistical Program in Social Sciences

r: pearson korelasyon katsayısı

R^2 : Açıklayıcılık Katsayısı

FoMO: Fear of Missing Out

MBI: Maslach Tükenmişlik Envanteri

ŞEKİL DİZİNİ

TABLolar DİZİNİ

Tablo No	Sayfa No
Tablo 4. 1. Katılımcıların sosyodemografik bilgileri I	40
Tablo 4. 2. Çocuk diş hekimlerinin sosyodemografik bilgileri I	41
Tablo 4. 3. Katılımcıların sosyodemografik bilgileri II.....	42
Tablo 4. 4. Çocuk diş hekimlerinin sosyodemografik bilgileri II.....	43
Tablo 4. 5. Katılımcıların tükenmişlik riskleri	44
Tablo 4. 6. Çocuk diş hekimlerinin tükenmişlik riskleri	44
Tablo 4. 7. Ölçeklere Ve Alt Boyutlara Ait Tanımlayıcı İstatistikler.....	45
Tablo 4. 8. Çocuk diş hekimlerinde ölçeklere ve alt boyutlara ait tanımlayıcı istatistikler.....	46
Tablo 4. 9. Puanların Arasındaki İlişkilerin Korelasyon Analizi	46
Tablo 4. 10. Çocuk Diş Hekimlerindeki Puanların Arasındaki İlişkilerin Korelasyon Analizi.....	47
Tablo 4. 11. Regresyon Katsayıları	48
Tablo 4. 12. Puanların Cinsiyete Göre Karşılaştırılması	50
Tablo 4. 13. Çocuk diş hekimlerinin Puanlarının Cinsiyete Göre Karşılaştırılması.....	51
Tablo 4. 14. Puanların yaşa Göre Karşılaştırılması	51
Tablo 4. 15. Çocuk diş hekimlerinin puanlarının yaşa göre karşılaştırılması.....	53
Tablo 4. 16. Puanların Çocuk Sayılarına Göre Karşılaştırılması.....	54
Tablo 4. 17. Çocuk diş hekimlerinde Puanların Çocuk Sayılarına Göre Karşılaştırılması	56
Tablo 4. 18. Puanların Lisansüstü Eğitim Yıllarına Göre Karşılaştırılması	56
Tablo 4. 19. Çocuk diş hekimlerinde Puanların Lisansüstü Eğitim Yıllarına Göre Karşılaştırılması	58
Tablo 4. 20. Puanların uzmanlık eğitimi tercih durumuna göre karşılaştırılması.....	59
Tablo 4. 21. Çocuk diş hekimlerinin puanların uzmanlık eğitimi tercih durumlarına göre karşılaştırılması.....	60
Tablo 4. 22. Puanların Medeni Duruma Göre Karşılaştırılması	62

Tablo 4. 23. Çocuk Diş Hekimlerinin Puanlarının Medeni Duruma Göre Karşılaştırılması	62
Tablo 4. 24. Puanların Uzmanlık Tercih Nedenlerine Göre Karşılaştırılması.....	63
Tablo 4. 25. Çocuk Diş Hekimlerinde Puanların Uzmanlık Tercih Nedenlerine Göre Karşılaştırılması	65
Tablo 4. 26. Puanların İşe Bağlı Stres Faktörlerine Göre Karşılaştırılması	66
Tablo 4. 27. Çocuk Diş Hekimlerinde Puanların İşe Bağlı Stres Faktörlerine Göre Karşılaştırılması	68



1. GİRİŞ

Latince “estrica” sözcüğünden dilimize geçmiş olan “stres”; organizmanın homeostazını bozma eğiliminde olan, insanların sağlığı ve huzuru için bir tehlike, bir uyarı olarak algılanan ve herhangi bir çevresel faktöre karşı belirgin olmayan fizyolojik ve duygusal tepkileri ifade etmektedir(1-3). Stres, çoğunlukla gerginlik ve memnuniyetsizlik ile bağlantılıdır(4).

İş stresi de, yapılan işin gerektirdikleri ile işi yapan kişinin yetenekleri, kaynakları ya da gereksinimleri arasında uyumsuzluk olduğunda ortaya çıkan içsel bir tepkidir(5). İnsan hayatının önemli bir kısmı iş ortamında geçmektedir. İş ortamında yaşanan bu stres ise, çalışanın duygu, düşünce, davranış, performans ve başkalarıyla olan ilişkilerini etkileyip hem fiziksel hem de psikolojik yapısının bozulmasına neden olmaktadır(6). Yoğun veya uzun süreli stresin, ruh halini bozacağı, çalışma istek ve enerjisini düşüreceği, bireye zarar vereceği unutulmamalıdır(7).

Uzun süreli stres yaşanması ise tükenmişlik ile sonuçlanabilir. Tükenmişlik ise şu şekilde tanımlanmaktadır: “normal” bireylerde, öncelikle yorgunluk, buna eşlik eden sıkıntı, azalmış etkinlik hissi, düşük motivasyon ve işlevsel olmayan tutum ve davranışların gelişimi ile karakterize edilen kalıcı, olumsuz, işle ilgili bir ruh halidir(8, 9). Tükenmişlik, sendromla ilişkili yetersiz başa çıkma stratejileri nedeniyle sıklıkla kendi kendine devam etmektedir(8, 9).

Tükenmişlik, kişilerin çalıştıkları ortamdaki iş yükünün artması, takım ruhunun olmaması, yersiz görev yeri değişimleri, uzun süre iş stresine maruz kalma sonucunda ortaya çıkan strese karşı tepki olarak tanımlanmaktadır(10). Mesleki tükenmişlik, çalışma ortamındaki uzun süreli kronik ve kişiler arası stres faktörlerine yanıt olarak gelişebilmektedir(11). Diş hekimleri arasındaki tükenmişliğin incelendiği bir çalışmada, diş hekimlerinin işlerinin doğası gereği tükenmişliğe eğilimli oldukları düşünülmüştür(8). Diş hekimleri de kendi mesleklerini, diğer mesleklere göre daha stresli olarak algılamaktadır(12). Bu durum duygusal ve fiziksel sağlıksızlığa neden olabilmektedir(3). Bu psikolojik durum yavaş yavaş gelişir ve ilgili kişi tarafından uzun süre fark edilmeyebilir. Tükenmişliğin, işin kalitesi üzerinde olumsuz bir etkiye sahip olduğu varsayıldığından, verilen diş tedavi hizmetinin kalitesiyle de büyük bir ilgisi olduğu belirtilmiştir(13).

Gelişen teknolojinin çalışma koşulları üzerindeki negatif etkisi ile tükenmişlik sendromu günümüz iş hayatı için önemli bir sorun haline gelmiş(14) ve bunların sonucunda çalışan bireyin hissettiği yalnızlık duygusunu artırmıştır. Yalnızlık duygusu kişinin etrafında duygu ve düşüncelerini paylaşabileceği insanlara sahip olmadığından ortaya çıkan negatif bir durumdur. Günümüz çağının getirdiklerinden biri olan teknolojiye bağlılığın artması, insanların daha yalnız hissetmesine neden olmaya başlamıştır. Bireyler yüz yüze iletişimden daha çok, yapay ilişkilere yöneldiklerinden dolayı bu durumun yaygınlaşmasına sebep olabilmektedir(15). Çünkü insanların sanal ortamda kendilerini daha iyi ve rahat hissetmeleri gerçek ortamdaki uzaklaşmalarına ve zamanla gerçek ortamda iletişime geçmekte sıkıntı yaşamalarına neden olmaktadır. Yalnızlık ve depresif hal bu nedenlerle ortaya çıkmaktadır(16). Teknolojiye yönelimin artması da tükenmişliğin yanında insanlarda rekabet koşullarını yoğunlaştırmış(14) ve kişileri bir şeyleri kaçırmaktan korkmaya sevk etmiştir. Wortham(2011), sosyal olayları, etkileşimleri veya deneyimleri kaçırmaya endişesi olarak Fear of Missing Out(FoMO)'ı tanımlamıştır(17).

Seneca, L'Estrange & Bierce (1855), şimdiki zamandan hoşnutsuzluk hissi ve kişinin sahip olduğundan daha fazlasını istemesi ile ilgili olarak, Kaybetme Korkusunun (FoMO) kapsadığı şeyin özünü keşfetmiştir. FoMO kavramı, “başkalarının, birinin olmadığı ödüllendirici deneyimler yaşayabileceğine dair yaygın endişeyi” tanımlamak için kullanılan bir tür internet argosudur(18). Przybylski vd. (2013), bu yaygın korkunun bir bireyin hayatını kapsadığına ve diğer bireylerin deneyimlerinin sosyal medya güncellemeleriyle daha da şiddetlendiğine inanmaktadır(18).

Teknolojiye olan ilginin artması bireylerin yalnızlaşmasına, yaşanan iş yoğunluğu da stresin ve bireylerin diğer kişilerden geri kalma korkusunun artmasına yol açtığından FoMO ve tükenmişlik arasında ortak nokta oluştuğunu düşünmekteyiz. Bu çalışma iki değişkenin bir arada incelendiği literatürdeki ilk çalışma olma özelliği taşımaktadır. Günümüz dijitalleşen dünyasında kişilerin FoMO ve tükenmişliğe sürüklenmesi çalışmamızın çıkış noktasıdır. Çalışmada ortaya konan ana araştırma sorusu, FoMO ile tükenmişlik arasındaki ilişki olup olmadığı idi.

Tükenmişlik ve FoMO kavramı, daha önce dış hekimliği uzmanlık eğitimi alan hekimlerde uygulanmamıştır. Tükenmişlik ve FoMO kavramının birlikte ele alınması, hekimlerde hem FoMO hem de tükenmişlik varlığının saptanmasını ve varsa birbirleriyle

ilişisini irdelemek açısından faydalı olacaktır. Hedef, FoMO'yu uzmanlık yapmakta olan hekimler açısından anlamak ve eğer bir etkisi varsa, FoMO'nun yaşamları üzerindeki etkisinin boyutunu araştırmaktır. Aynı şekilde sosyodemografik değişkenlerin tükenmişliğe olan etkisini belirlemek, tükenmişlik nedenlerini ve belirtilerini ortaya çıkarmak, tükenmişlikle bireysel ve kurumsal başa çıkma yollarını tespit ederek hekimlerin tükenmişlik yaşamasını engellemektir.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Stresin Tanımı

Stres, sürekli olarak yönetme yeteneğinin üzerinde veya ötesinde olan dış tehditlerden kaynaklanan insan psikolojik çatışma durumudur ve modern yaşamda sınırlı kaynaklara sahip bireyler için vazgeçilmez bir hayatta kalma faktörüdür(19). Stres konusunda bir öncü olan Dr. Hans Selye, stresi uyaranlara karşı organizmanın verdiği spesifik olmayan sonuç olarak tanımlamıştır(20). Cannon ise stresi “acil durum” tepkisi olduğunu belirtmiş ve temelde biyolojik varoluşun ve uyumun olduğunu görmüştür. Lazarus ve Folkman’a göre stres, iki yönlüdür. İlk olarak stres, birey-çevre arasındaki etkileşimden kaynaklanmaktadır ve uyumsuz çevre şartları stres ile sonuçlanmaktadır. İkinci olarak da uyarıcı-tepki arasındaki ilişkiyi stres olarak tanımlamaktadırlar(21).

Magnuson’a göre stres, insanın gerçek dünyası ve beklentileri arasındaki uyumsuzluğa verdiği içsel tepki olarak tanımlamıştır. Davis, insan duygu, düşünce veya fiziki koşullarında, çevre ile başa çıkma gücüne tehdit oluşturan gerilim olarak; Robbins ise insanların karşı karşıya kaldığı, fırsatlarının, arzularının veya sınırlamalarının belirsiz ve önemli olan aktif şartlarının neticesi olarak tanımlamışlardır(22).

Stres, bireyin kendine olan güvenini kaybetmesine, diğer insanlarla iletişiminin olmamasına, iş arkadaşlarıyla ilişkilerinin zedelenmesine ve hırsların azalmasına yol açacağı için işyerindeki görevini tam olarak yapmasını engeller(2). Stresin kronikleşmesi durumunda tükenmişlik meydana gelmekte ve bu durumun iş yaşamına olumsuz etkileri bulunmaktadır. FoMO ve depresif belirtiler arasında da pozitif ilişki mevcuttur(23). Yüksek FoMO’ya sahip bireyler çevreden daha çok kopma ve yalnızlık hissi yaşamaya başlamaktadır. Bu durum da yine kişinin meslek yaşamının olumsuz yönde etkilenmesiyle sonuçlanmaktadır.

Stres hayatımızın önemli bir parçasıdır(24). Başarıyı ve sağlığı olumlu/olumsuz olarak etkilemesine bakıldığında stres; iyi stres ve kötü stres olarak ikiye ayrılır(2). Bazı stres etkenleri insanlara daha fazla çaba göstermeleri için ilham verir, insanları profesyonel ve kişisel olarak gelişmeye, öğrenmeye teşvik edebilir(3), bu iyi strese örnektir. Bazı etkenler ise bireye baskı yapan, sağlığı için tehdit unsuru olan ve bu nedenle de denetim altına alınması gereken kötü strestir(2).

Stres, başarıyı teşvik eder ve belirli bir dereceye kadar, insanlar tarafından deneyimlenen doğal bir fenomendir, hayatta kalmalarının ve iyilik hallerinin bir

parçasıdır. Bununla birlikte, aşırı kronik stres, fiziksel ve zihinsel sağlık durumlarını olumsuz etkileyebilir(3, 25). İşteki stres veya baskı, motivasyonu artırarak olumlu bir etkiye sahip olsa da, bireyin başa çıkma yeteneğini aşarsa, ruh sağlığı ve refahı üzerinde olumsuz bir etkisi olabilir ve potansiyel olarak tükenmişliğe yol açabilir(26).

‘Stres’ genellikle olumsuz anlamda kullanılan bir terimdir. Olumlu anlamda uyarıcı veya zorlayıcı olan aynı stres etkenleri, eğer çok hızlı birikirlerse, güçten düşürücü olabilir(3). Yüksek düzeyde stres, fiziksel veya zihinsel sağlık sorunlarına yol açabilir(3, 27, 28) ve yüksek düzeyde işle ilgili stres, zayıf çalışma ilişkileri ve düşük iş tatmini ile ilişkilendirilmiştir(29). Stres, bireyin kendine olan güvenini kaybetmesine, diğer insanlarla iletişiminin olmamasına, iş arkadaşlarıyla ilişkilerinin zedelenmesine ve hırsının azalmasına yol açacağı için işyerindeki görevini tam olarak yapmasını engeller(2).

Ayrıca stres, işe geç gelme/devamsızlık, işten ayrılma, işyerinde dikkatini toplayamama, mantıklı düşünüp kararlar alamama ve verimliliğin düşmesi ile sonuçlanmaktadır(2).

2.2. Diş Hekimliği ve Stres

Diş hekimliği stresli bir meslek olarak algılanmaktadır(3, 27, 28). Birçok diş hekimi, kariyerlerinin başlarında stres bozuklukları geliştirir(3). Uzun yıllardır yapılan araştırmalarda da, diş hekimliğinin, diğer mesleklerden daha fazla strese neden olduğu öne sürülmektedir(29-32). İşle ilgili faktörlerin diş hekiminin hayatındaki genel stresin neredeyse yarısını açıkladığı öne sürülmüştür(30). Son araştırmalar, diş hekimlerinin %20'sinin yüksek düzeyde stres ve fiziksel ağrı ve rahatsızlık yaşadığını ve yetersiz uyuduğunu ve bunun hem niteliksel hem de niceliksel olarak üretim kaybıyla ilişkili olduğunu göstermektedir(33). Diş hekimliği mesleğindeki stres, kısıtlı zaman içerisinde çalışmak, endişeli hastaları tedavi etmek, fiziksel taleplerle uğraşmak ve ağır bir iş yüküne sahip olmakla ilişkilendirilmiştir(31, 34, 35) Bununla birlikte, diş hekimliği yapmayı seçenlerde ortak olan kişilik özellikleri de rol oynayabilir (3, 27).

Meslek hayatının ilk yıllarında strese neden olan etkenler, bir günde görülecek hasta sayısı, genel olarak mali durum, hastaların çok talepkâr olabileceğine dair inanç, dava açılması ve hata yapma korkusunun olmasıdır(3). Sağlık alanında uzman olmak da, zor çalışma koşulları, potansiyel olarak tehlikeli hastalıklara maruz kalma, insanların

çektiği acı ve insan yaşamını etkileme yeteneğinin bir araya gelmesi nedeniyle uzun süredir yüksek stresli bir meslek olarak tanımlanmıştır(30).

İşin son derece teknik ve yoğun olması, işbirlikçi olmayan hastaları ele alma, ağır iş yükü, işin tekrarlayan doğası, hastalar ve ödemelerle ilgili endişelerin olması dış hekimlerinin neden en stresli sağlık çalışanları olduğu hakkında bilgi verebilir(36). Bunların yanında zamanla ilgili baskılar, ağır iş yükleri, finansal kaygılar, endişeli/zor hastalar, ağrıya neden olma, personel sorunları, ekipman arızaları, kusurlu malzemeler, kötü çalışma koşulları, ameliyathanedeki tıbbi acil durumlar yer almaktadır(27). Tüm bunlar sağlanan bakımın kalitesini de etkileyebilmektedir(27, 30).

Dış hekimliği uygulamalarında stres asla tamamen ortadan kaldırılamaz. Ancak strese bağlı birçok fiziksel ve duygusal problemten kaçınmak için mümkün olduğuunca en aza indirilmelidir(36).

2.3. Sağlık Alanı ve Depresyon

Doktorlar, hemşireler ve fizyoterapistler gibi sağlık profesyonelleri üzerinde yapılan bazı araştırmalar, tükenmişlik ve depresyonun, farklı olsalar bile, bir sağlık uzmanının yaşamını etkileyen yakından ilişkili faktörler olduğu sonucuna varmıştır(37-39). Yapılan araştırmalar dış hekimlerinde de hem anksiyete hem de depresif bozuklukların sık görüldüğünü göstermiştir(3, 12, 40). Genel olarak, tıp camiasının diğer meslek gruplarına göre nispeten daha yüksek düzeyde depresyon sergilediği gösterilmiştir(3, 41, 42). Sağlık çalışanlarının karşılaştığı 'stres faktörleri' sadece kendi zihinsel ve/veya fiziksel sağlıklarını etkilemekle kalmaz, aynı zamanda sağlık hizmetinin sunduğu bakımın kalitesini de olumsuz etkileyebilir(30).

Mesleki stres, yaşam kalitesini ve sağlığı olumsuz yönde etkileyerek sosyal ve ekonomik maliyetlere neden olur(43, 44). Mesleki stres ve depresyon arasındaki ilişki de daha önce bildirilmiştir(32, 45, 46). Depresyonun intiharla yakından ilişkili olduğu düşünöldüğünde, mesleki stres ile intihar arasındaki ilişkinin de dikkate alınması gerekmektedir. Gerçekten de, birçok çalışma, aşırı iş yükü veya çalışma süresi gibi mesleki stresin intiharla yakından ilişkili olduğunu bildirmiştir(32, 47).

2.4. Tükenmişlik ve Depresyon

Psikiyatrist Herbert Freudenberger (1974), uyuşturucu bağımlıları için bir klinikte çalışan kendini işine adanmış gönüllüler arasında olumsuz bir mesleki fenomeni tanımlamıştır: 'Tükenmişlik'(48). Bu kavram, bir çalışanın, göreve başladıktan yaklaşık bir yıl sonra aşırı enerji, güç veya kaynak taleplerinden bitkin hale gelmesidir(49) ve işle ilgili stres tepkisinin özel bir türüdür(50). Tükenmişlik kavramı, bir tür 'insan işi' yapan bireyler arasında meydana gelebilecek duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarıda azalma sendromudur. Özellikle sıkıntılı olduklarında veya problem yaşadıklarında, diğer insanlarla yoğun bir şekilde uğraşmanın kronik duygusal gerginliğine bir yanıt olarak tanımlanır(51). Bu nedenle tükenmişlik, işe bağlılığın bir erozyonu olarak yeniden ifade edilir(52).

Tükenmişlik çalışma ortamına özgüdür ancak depresyon için bir risk faktörüdür(53, 54). Tükenmişlik ve depresyon arasında bazı belirti ve semptomlar örtüşür, ancak iki durum Dünya Sağlık Örgütü'nün Uluslararası Hastalık Sınıflandırması'nda (ICD-11) kategorize edilen ayrı tanımlardır(55). Depresyon, kaygı, yalnızlık, üzüntü, iştahta veya uykuda değişiklikler, bilişsel işlevlerde azalma ve eğlenceli aktivitelere karşı ilgi kaybı ile karakterizedir(25). Tükenmişlik ise, azalan pratisyen üretkenliği ve artan hasta güvenliği olayları riski ile ilişkilidir(56, 57). Tükenmişlik ve depresyon, yakın zamanda meydana gelen büyük bir tıbbi hatanın ve sağlık çalışanları tarafından sunulan düşük bakım kalitesinin bildirilmesinin bağımsız öngörücüleridir(55, 58).

2.5. Tükenmişlik Envanterleri

Tükenmişliği incelemek için birçok model geliştirilmiştir. En kabul gören ve kullanılan model Maslach tükenmişlik envanteridir(59). Bunun dışında Edelwich ve Brodsky, Perlman ve Hartman, Cherniss, Pines tükenmişlik modelleri de bulunmaktadır.

2.5.1. Maslach Tükenmişlik Envanteri(MBI)

Sosyal psikoloji araştırmacısı Christina Maslach (1976), sağlık ve sosyal hizmetlerdeki profesyonellerin, hastalarının sorunlarını aylarca dinledikten sonra, tüm duygularını ve endişelerini nasıl yitirebildiklerini belirtmiştir(49). Maslach Tükenmişlik Envanterinin (MBI) geliştirilmesinden bu yana(54, 60), mesleki tükenmişlik kapsamlı bir şekilde araştırılmış ve sendromun çeşitli şekilleri sunulmuştur(61). Maslach tükenmişlik modeli tükenmişliği üç boyutta incelemektedir. Duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve başarı duygusunun azalması bu modelin üç elemanıdır(62). Çeşitli araştırmalar, dış

hekimleri de dahil olmak üzere birçok profesyonelin, duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve düşük kişisel başarı duygusu ile karakterize bir sendrom olan artan profesyonel tükenmişlik yaşayabileceğini ileri sürmüştür(37, 63).

Profesyonel tükenmişlik, kronik mesleki stresin olası sonuçlarından biri olabilir(64). Tükenmişlik, 'insan işi' yapanlar arasında sıklıkla görülen bir duygusal tükenme ve sinizm bozukluğu olarak tanımlanır(36). Kişi kademeli olarak aşınmaktadır(3). İlk olarak, bireyler ya zihinsel ya da duygusal olarak tükenir(3). Yetersiz enerjiyle bitkin ve yorgun hissederler ve baş edemezler(65, 66). İkincisi, hastalara, müşterilere veya meslektaşlarına karşı olumsuz, kayıtsız veya alaycı bir tutuma sahip olabilirler(3). İş konusunda kendilerini uyuşmuş hissederler ve duygusal olarak kendilerini uzaklaştırırlar(66). Son olarak, kendi performanslarından da tatmin olmama ve kendilerini olumsuz değerlendirme eğilimi gösterirler(3). İşlerine konsantre olmakta ve ailelerini önemsemekte zorlanırlar(66).

Maslach Tükenmişlik modelinde tükenmişliği ölçmek için 22 maddeden oluşan Maslach Tükenmişlik Ölçeği kullanılmaktadır.

Şekil 2. 1. Maslach Tükenmişlik Envanteri(54)

	Düşük	Orta	Yüksek
Duygusal Tükenme	0-16	17-26	27 ve üstü
Duyarsızlaşma	0-6	7-12	13 ve üstü
Düşük Kişisel Başarı	37 ve üstü	31-36	0-30

2.5.1.1. Duygusal Tükenme

Duygusal tükenme, Maslach Tükenmişlik Envanterinin ilk aşamasıdır. Bu boyut literatürde en önemli basamak olarak belirtilmektedir. Kişinin duygusal kaynaklarının tükendiği hissine duygusal tükenme denir(67). “Duygusal tükenme sürekli yorgun olma ve işte bitkinlik yaşama duygusudur. Bu durumu yaşayan birey, çalışma ve yaşama azminden yoksundur. Birey, çalıştığı kurumda eskisi kadar yararlı olamadığı, yaptığı

işleri boşuna yaptığı ve işe yaramadığı hissine kapılmaktadır.”(68). Bu olumsuz hislerin sonrasında işe gelmeme, işten ayrılma gibi durumlar ortaya çıkmaktadır. Duygusal tükenme aşaması, tükenmişliğin en önemli basamaklarından birini oluşturmaktadır. Kişinin işinde başarılı olması için duygusal tükenme, aşırı iş yükü veya sosyal destek eksikliği gibi çeşitli iş stresörleri ile sağlam bir ilişki gösteren anahtar boyuttur(67).

Duygusal tükenme aşaması, tükenmişlik sendromunun merkezidir ve insanlarla daha çok yüz yüze ilişkilerin yaşandığı sektörlerde görülmektedir(69). Yoğun tempodan dolayı stres altındaki kişi, diğer insanlarla yaşadığı iletişim fazlalığı ve tepkilerle baş edememesi sonucu tükenmeye doğru itilmektedir. Yapılan bir çalışmada duygusal tükenmenin doktorların stresini arttırdığı belirtilmiştir(69).

2.5.1.2. Duyarsızlaşma

Duyarsızlaşma, kişinin hizmet veya bakımını sağladığı kişilere olumsuz, duygusuz veya aşırı derecede mesafeli bir yaklaşımda bulunması anlamına gelir(67). Bu dönem, kişiler arası ilişkilerin etkilendiği, tükenmişlik sendromunun ikinci dönemidir. Bu dönemde çalışan, iş arkadaşlarına, psikolojik olarak mesafeli tutum ve davranışlarda bulunur. Duyarsızlaşma, duygusal tükenmenin fazla olduğu zaman gelişmekte ve kişinin kendini diğer insanlardan uzak tutmasının bir sonucu olarak koruyucu görev almaktadır(70). Kişi yaşadığı bu aşırı stresten kurtulmak istemekte ve çözüm olarak ilişkilerini azaltarak, insanlardan uzaklaşmaktadır.

Bu dönemdeki kişiler başkalarının hislerine, yaşadıklarına karşı duygusuz, kayıtsız ve insani olmayan bir şekilde yaklaşır. Bunlar kişiyi mutlu edip korumaktan çok, manevi olarak doyumsuzluğa ve mutsuzluğa sürükler.

2.5.1.3. Düşük Kişisel Başarı Hissi

Kişide düşük kişisel başarı hissini oluşması, tükenmişlik sendromunun son evresidir. Kişisel başarı; problemin üstesinden başarı ile gelme ve kendini yeterli bulma olarak tanımlanmaktadır. Azalan kişisel başarı, kişinin yeterlilik duygusundaki düşüşü ifade eder(67). Kişi kendini işinde başarısız ve yetersiz olarak algılar(69). Kişide sürekli olarak kendini olumsuz değerlendirme eğilimi vardır. İşinde başarısızlık duygusu olan kişi, yaptığı işten tatmin olmaz ve iş dışı faaliyetlere yönelir. Tükenmişliğin duyarsızlaşma aşamasındaki kişi başkalarının hislerine, yaşadıklarına karşı kayıtsız bir tutum sergiler. Bu davranışta bulunma kişiyi yavaş yavaş tükenmişliğin son aşamasına

doğru sürükler. Başkaları hakkında geliştirdiği olumsuz düşünce tarzı, kişinin kendisi hakkında pozitif düşünmesini engeller. Hastalar ile ilgilenmekte yetersiz kaldığını, kendisini kimsenin sevmediğini düşünür. Kişi bu davranış ve düşünce nedeniyle kendini suçlu hisseder(69).

2.5.2. Edelwich ve Brodsky Tükenmişlik Modeli

Edelwich ve Brodsky tükenmişliğin genelde hizmet sektöründe olan ya da işi başkalarına yardım etmek olan meslek gruplarında görüldüğünü söylemiştir. Bu modelde de tükenmişlik evrelere ayrılmıştır. Edelwich ve Brodsky tükenmişliğin birbirini izleyen aşamalardan geçerek ortaya çıktığını söylemişlerdir. Tükenmişliği idealistik coşku, durgunluk, engellenme ve duygusuzlaşma (apati) aşamalarından oluştuğunu belirtmişlerdir(71).

2.5.2.1. İdealistik Coşku Evresi

Bu aşamada kişinin yaptığı işle ilgili idealleri ve beklentileri yüksektir. Çalışan, yöneticiler tarafından çabalarının görülmesini ister ve övgü bekler. Fakat gösterilen çabaların, karşılığı bulunamamakta ve bu nedenle çalışan yavaş yavaş ‘durgunluk evresine’ girmektedir(14). Kişi hayal kırıklığına uğradığı için tükenmişliğe doğru ilerlemektedir.

2.5.2.2. Durgunluk Evresi

Durgunluk evresinde çalışanın motivasyonu giderek düşmekte, çabalamaktan artık vazgeçmektedir. İşten yavaş yavaş soğumaya başlar. “Kişinin ilgisi daha fazla para kazanma, daha iyi yaşama, boş zamanları daha iyi değerlendirme gibi iş dışı faaliyetlere önem verme yönünde değişir.”(71). Kişinin kendi ihtiyaçları, işten beklenti, umut ve aldığı tatminin önüne geçmeye başlar.

2.5.2.3. Engellenme Evresi

Kişinin mesleğini devam ettirme açısından kararsız olduğu ve kendisini sorguladığı dönemdir. “Bu dönemde kişi iki yönlü engellenme ile karşı karşıya kalmaktadır. Birincisi yöneticilerin isteklerini karşılamadığı için engellenmesi, ikincisi ise yöneticilerin taleplerinden fırsat bulup kendi isteklerini yerine getiremediği için engellenmesi olmaktadır.”(72). Başkalarına hizmet ederek faydalı olmayı amaçlayan

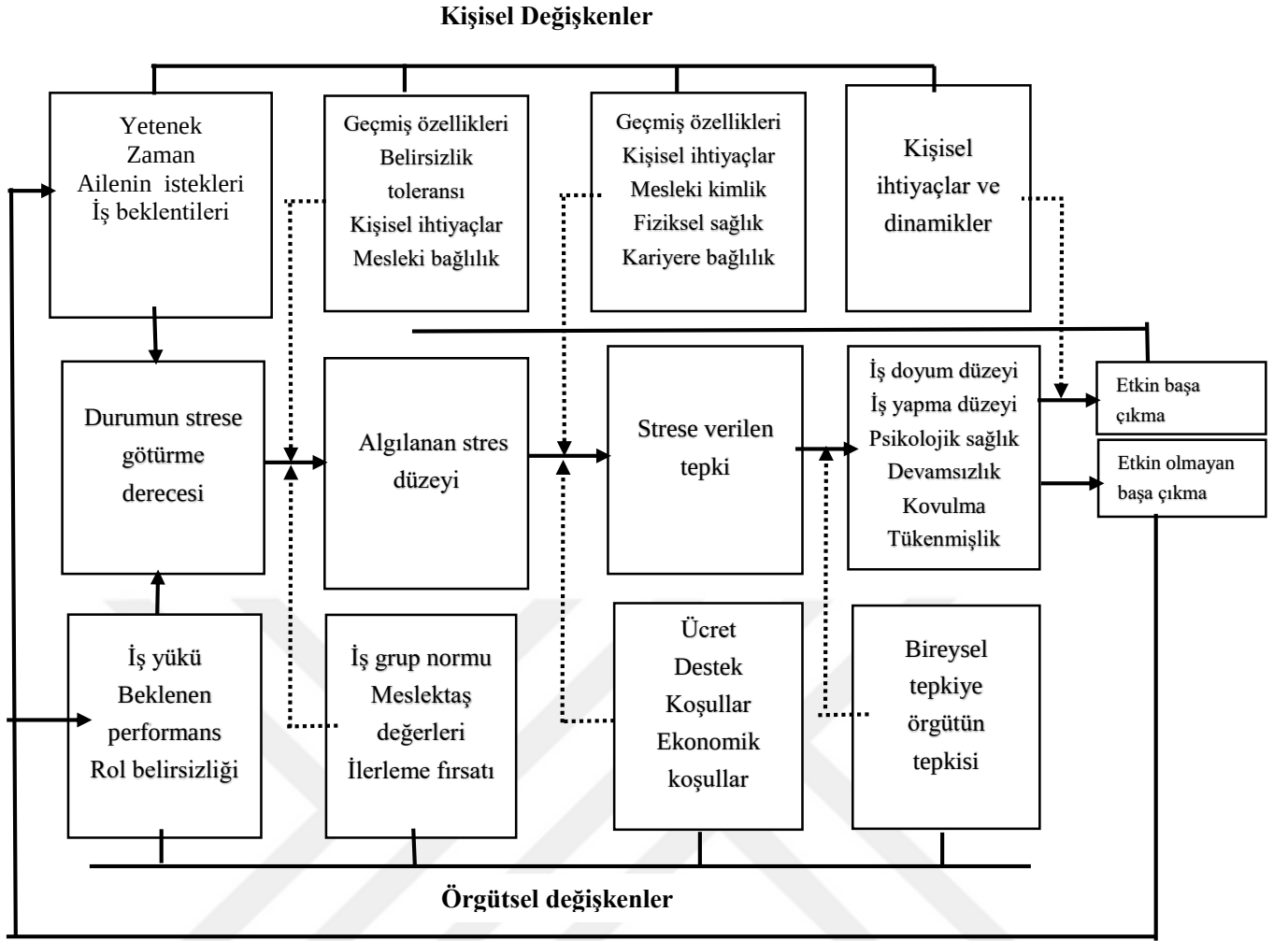
alışan, olumsuz çalışma koşullarını ve ortamdaki çalışma anlayışını değiştirmenin zor olduğunu anlar. Engellenmenin devam etmesi sonucu kişi içine kapanır.

2.5.2.4. Duygusuzlaşma Evresi

Duygusuzlařma evresinde kiři iřinde engellendięini dūřundūęu, iři ile ilgili hayallerini gerçekleřtiremedięi, yapmak istediklerini yapamadıęı için būyūk bir ūzūntū içindedir. “Bu evrede, çok derin duygusal kopma, derin bir inançsızlık ve umutsuzluk gūzlenmektedir. Mesleęini ekonomik ve sosyal gūvence için sūrdūrmekte, ondan zevk almamaktadır. Būyle bir durumda iř yařamı kiři için bir doyum ve kendini gerçekleřtirme alanı olmaktan çok uzak, kiřiye ancak sıkıntı ve mutsuzluk veren bir alan olacaktır.”(73). Çalıřılan ortam, artık çalıřanın mutlu olacaęı ve kendini tatmin edeceęi yer olmaktan çıkmıřtır. alıřan iře zorla gelmekte, bıkkın olduęu için yaptıęı iřten zevk almamaktadır.

2.5.3. Perlman ve Hartman Tūkenmiřlik Modeli

Perlman ve Hartman tūkenmiřlikle ilgili yapılan tūm tanımlamalardan bir sentez oluřturmuřtur. Tūkenmiřlięi, kronik duygusal strese verilen bir yanıt olarak tanımlamıřlardır. Perlman ve Hartman’a gūre tūkenmiřlik ū bileřenden oluřmaktadır. Bu bileřenler duygusal ve/veya fiziksel tūkenme, dūřūk iř ūretimi ve bařkalarına karřı duyarsızlařmayı içerir(74). Bu modelde stres bařroldedir. Stres sonucunda algısal ve biliřsel tepkiler ortaya çıkar ve tūkenmiřlięi doęurur. Perlman ve Hartman, tūkenmiřlikle bařa çıkma yollarını da arařtırmıřlardır. “Bu modele gūre bireyin ūzellikleri, iř çevresi ve sosyal çevresi tūkenmiřlikle bařa çıkma konusunda oldukça etkilidir.”(75). Tūkenmiřlik bunlardan hepsinin katkısı ile ortadan kaldırılabilcek bir durumdur.



Şekil 2. 2. Perlman ve Hartman Tükenmişlik Modeli(76)

2.5.4. Pines Tükenmişlik Modeli

Pines tükenmişliği bedensel, zihinsel ve duygusal yönden ele alır. Enerji azalması, devam eden yorgunluk, umutsuzluk, çaresizlik ve hayal kırıklığı tükenmişliğin nedenleri arasındadır(77). Bunları gösteren kişi bedensel ve duygusal yönden yetersiz hissettiğinden dolayı stres yaşamakta ve tükenmişliğe doğru ilerlemektedir. Pines'e göre tükenmişliğin temel sebebi, kişiyi sürekli duygusal baskı altında bırakan iş ortamlarıdır.

2.5.5. Cherniss Tükenmişlik Modeli

Cary Cherniss, tükenmişliği, 'iş ile ilgili stres oluşturan etkenlere karşı bir tepki olarak başlayıp, başa çıkma davranışlarını kapsayan ve işle psikolojik ilişkiyi kesmeyle son bulan bir süreç olarak tanımlamıştır.'(78). Buna göre, tükenmişliğin başında olan çalışanlar iş yaşamındaki strese yenik düşer. Sonunda çareyi işten uzaklaşmakta bulur.

Tükenmişliğin ilk basamağında, kişi mutlu olabilmek adına yaptığı iş ve çalışma ortamı ile ilgili taleplerde bulunur. Fakat çoğu zaman talepler kaynaklarla uyuşmamaktadır. Modele göre taleplerin kaynakları geçmesi sebebiyle stres yaşayan bir kişi, başa çıkmak için ilk adımda stres kaynağını ortadan kaldırmayı dener. Bunda başarılı olamadığı zaman, ikinci adımda egzersiz, meditasyon gibi bir takım stresle başa çıkma tekniklerine başvurur(79). Bu teknikler de işe yaramadığında stresle başa çıkabilmenin yolunu işten uzaklaşmakta bulur.

2.5.6 Meier Tükenmişlik Modeli

Bu modelde tükenmişlik, kişinin beklentisinin küçük ödül büyük ceza yönünde olması ve mevcut olan pekiştireçlerin kontrol edilebilirliğinin az olmasından ve bireysel yeterliliğin gereğinden daha az olmasından dolayı ortaya çıkan durum olarak tanımlanmıştır(80).

2.5.7 Suran ve Sheridan Tükenmişlik Modeli

Dört aşamadan meydana gelen bu modelde tükenmişlik, gözlem ve tecrübenin incelenmesine dayanır. Bu aşamalardan ilki bireyde kimlik karmaşası, ikincisi bireyin yeterlilik-yetersizlik evresi, üçüncüsü bireyde verimlilik-durgunluk evresi, dördüncü ve son evresi bireyin yeniden oluşturma-hayal kırıklığı şeklindedir. Modelde tükenmişlik, özetlenen basamaklardan her birinde yaşanma ihtimali olan çatışmaların istenilen şekilde çözümlenmemesinden kaynaklanmaktadır.

Özetle mesleki tükenmişlik, insan hizmetlerine yönelik çalışma ortamında kronik duygusal ve kişilerarası stres faktörlerine verilen yanıtta kaynaklanır(60). Mesleki tükenmişliğin olumsuz sekelleri şunları içerir:

- Duygusal olarak tükenmiş ve hastalarına gerekli psikolojik desteği sağlayamayan klinisyenler
- Hastalarına karşı alaycı olumsuz tutumlar sergileyen ‘duyarsızlaşma’ aşamasında olan klinisyenler
- Mesleki tatminden yoksun kişisel başarısı azalmış klinisyenler(60)

Duygusal tükenme olumsuz, alaycı tutumlara ve duyarsızlaşmaya yol açar, bu da olumsuz öz değerlendirme ve azalan iyilik hali ile sonuçlanır(26, 60).

Tükenmişliğin tanımı için nihai bir fikir birliği veya değerlendirmesi için hiçbir bağlayıcı tanı kriteri oluşturulmamış olsa da, mesleki tükenmişlik oybirliğiyle kronik

çalışmanın bir sonucu olarak kabul edilmektedir(11, 81). Tüm tükenmişlik çalışmalarının %90'ından fazlası Maslach Tükenmişlik Envanterini kullandığından, araştırmacılar arasında tükenmişliğin nasıl ölçüleceği konusunda oldukça geniş bir fikir birliği vardır(9).

Mesleki stres, özellikle hekimlerde yüksek mesleki bilinç, ahlaki standartlar ve sıkı eğitim yoluyla tıbbi bilgi ve beceriler gibi gereksinimler nedeniyle yüksektir(82). Hekimler uzmanlıkları nedeniyle sosyal otoriteler olarak tanınırlar. Bununla birlikte, aşırı iş yükleri, hastalarla ilişkiler, başkalarının yaşamları ve sağlığı için sorumluluk ve işin kendisinin aciliyeti nedeniyle yüksek düzeyde strese maruz kalırlar(83). Doktorlar strese yüksek düzeyde maruz kaldığında, verimlilik ve iş kalitesinde düşmeye, hastalarla ilişkilerinin kötüleşmesine ve aşırı sigara veya ağır alkol kullanma gibi zararlı davranışlar geliştirmeye yöneltebilir(84). Hekimler arasındaki mesleki stres sadece hastaları olumsuz etkilemekle kalmaz, aynı zamanda sağlık hizmetinin genel kalitesini de azaltabilir(12).

İş gerilimi ve tükenmişlik arasında sadece kesitsel ilişkiler test edilmiştir ve bu çalışmalar ilişkiye destek sağlamıştır(85). Tükenmişliğin çeşitli psikososyal iş özellikleri tarafından oluştuğu(86) ve özellikle işteki yüksek talep-düşük kaynak birleşiminden kaynaklandığı düşünülmektedir(49).

2.6. Diş Hekimliği ve Tükenmişlik

Tükenmişlik sağlık hizmeti verenler arasında oldukça yaygındır(87). Meslek tükenmişliği, insan hizmeti alanında olanlarda, özellikle sağlık çalışanları arasında ciddi bir sorundur(88). Tükenmişlik riski diş hekimliği uygulamalarında da belirtilmiştir(88, 89). Diş hekimlerinde yapılan önceki çalışmalar, tükenmişliği depresyona yatkın hale getiren bir faktör olarak tanımlamıştır(49, 90) Tükenmişlik, strese uzun süreli maruz kalma nedeniyle zihinsel veya duygusal tükenmeyi gösterir(67). Stres ve tükenmişlik, lisansüstü diş hekimliği eğitiminde de kanıtlanmıştır(91). Tükenmişliğe değinmek, hastaların bakımını iyileştirmek, hekimlerin sağlığını geliştirmek ve sağlık hizmeti maliyetlerini düşürmek için zorunludur(92).

Diş hekimliği, hem fiziksel hem de duygusal tehlikelerle yoğurulmuş stresli ve yorucu bir meslektir(93, 94). Doktor-hasta etkileşimi, diş hekimleri arasında stres ve tükenmişlikten sorumlu ana faktörlerden biri olarak kabul edilir(95). Diş hekimleri, sıklıkla yüksek düzeyde endişeli durumda olan hastalar üzerinde karmaşık çalışmalar yürüttüklerinden, tükenmişlik, özellikle risk altında oldukları bir tür stres tepkisi

olabilir(50). Kronik iş stresi ve tükenmişlik, diş hekimlerinin hem profesyonel hem de kişisel yaşamları için potansiyel tehlikeler olarak kabul edilmektedir(3, 13).

İş stresi için devamsızlık ve düşük moral de bir faktör gibi görünmektedir(50). Çalışmalar kişisel zaman, hasta ve profesyonel ilişkiler, iş organizasyonları ve iş yükünün diş hekimliği uygulamalarının kritik ve sıklıkla tehlikeli alanları olduğunu göstermiştir(96).

Mesleki tükenmişlik, nihayetinde, bireyin hastalara veya iş arkadaşlarına karşı olumsuz, kayıtsız veya alaycı bir tutumla sonuçlanabilecek duygusal ve zihinsel tükenmeye yol açar(67). Stresin başlangıcı sadece bireylerin beden, ruh hali ve düşüncelerini etkilemekle kalmaz, aynı zamanda kalıtsal, psikolojik ve çevresel faktörlerin bir kombinasyonunu da içerir. Bununla birlikte, depresyon epizodları çoklu hafif stresler tarafından hızlandırılabilir(67).

Bir kişinin tükenmişliği, kişinin verimliliğini bozmak için birleşen çoklu boyutların birleşiminden kaynaklanır(67). Diş hekimleri çalışma ortamlarında zamanla ilgili baskılar, ağır iş yükleri, endişeli veya zor hastalar, personel sorunları, ekipman arızaları, kusurlu malzemeler ve kendilerini kronik mesleki stres ve mesleki riske sokan işlerinin rutin yönü dahil olmak üzere çeşitli stres faktörleri yaşarlar(26, 27, 55).

Son zamanlarda yapılan araştırmaların bulguları, depresyon, anksiyete, bozuk ilişkiler, sorunlu alkol kullanımı ve intihar düşüncesi gibi depresif belirtilerin belirli durumlarda diş hekimleri ve diş hekimliği öğrencileri için olumsuz kişisel sonuçlara sahip olduğunu göstermektedir(37, 97). Hastalarla fazla iletişim halinde olma tükenmişliğe neden olabilir. Diş hekimliğinde, diğer birçok sağlık mesleğinde olduğu gibi tükenmişlik, duygusal, bilişsel, fiziksel ve nicel gibi çeşitli iş taleplerinden kaynaklanabilir(89, 94). Tükenmişlik düzeyinin artmasına bağlı olabilecek bu belirtiler profesyonelliği düşürebilir, bakım kalitesini kısıtlayabilir, tıbbi hata riskini artırabilir ve erken emekliliği teşvik edebilir(27, 97). Yine bir başka potansiyel tükenmişlik kaynağı, tükenmiş bir iş ortağıdır(88). Kesitsel çalışmalar, diş hekimlerinin %10'undan fazlasının, mesleki stresin olası uzun vadeli bir sonucu olan yüksek düzeyde 'tükenmişlik' yaşadığını göstermektedir(90). Tükenmişlik riski yüksek olan diş hekimleri, daha az stresli akranlarına göre daha kötü sağlık ve daha sağlıksız davranışlara sahiptir(27).

Diş hekimliğinde kronik iş stresi ve tükenmişlik, diş hekimlerinin hem mesleki hem de kişisel yaşamları için potansiyel tehlikeler olarak kabul edilmektedir(3, 13). Ek

olarak, hekim tükenmişliği tıbbi hata oranını artırabilir, yetersiz hasta bakımına yol açabilir ve empatiyi azaltabilir(98).

Diş hekimlerinin günlük işleri, hastalarının sesli, sözlü ve/veya sözlü olmayan ifadelerle yansıttıkları ağrı ve sıkıntıları ile iç içedir(99, 100). Ayrıca, hastaların diş tedavisine yönelik tutumlarına hakim olan ağrı ve korku beklentisi ve ağrı endişesi de hasta-diş hekimi etkileşimleri sırasında diş hekimine genellikle örtülü veya açık bir şekilde iletilir(100). Bazen diş hekimleri, diş tedavisine karşı genellikle daha önceki dişle ilgili travmalardan kaynaklanan şiddetli fobik reaksiyonlarla uğraşmak zorundadır(101).

Uygun stratejilerle yönetilmezse, kişilerarası türetilen bu gerginlik, diş hekimlerinin fiziksel ve duygusal sağlığını etkileyebilecek ve sonunda tükenmişliğe yol açabilecek yüksek düzeyde stres olarak kendini gösterebilir(95). Tükenmişlik üzerine yapılan araştırmalar, diş hekimlerinin %34 - %84'ünün diş hekimliğini çok stresli bir meslek olarak algıladıklarını göstermiştir ki bu, diğer meslekler için bildirilenlerden önemli ölçüde daha fazladır(93). Ayrıca, profesyonel diş hekimlerinin %7,8 – %30'u “çok yıpranmış” olduklarını bildirmektedir(93).

Diş hekimleri arasında mesleki tükenmişliği değerlendiren çoğu çalışmada Maslach Tükenmişlik Envanteri (MBI) kullanılmıştır(8, 102, 103). Tekrarlanan araştırmalar, insanların çalışma koşullarını ve iş stresini farklı şekilde ele aldıklarını göstermiştir. Yaş, cinsiyet, yılların deneyimi ve mesleki uzmanlık gibi demografik ve mesleki faktörlerin tükenmişlik gelişimi üzerinde yatkinlaştırıcı etkileri vardır(97). Ek olarak, dış ve iç uyarıya duyarlılık derecesi gibi kişilik faktörleri, diş hekimi-hasta etkileşiminin özellikleri ile diş hekimlerinin stres ve tükenmişlik düzeyi arasında aracılık edebilir(3).

Tükenmişliğin sonuçları çok ciddi olabilir. Maslach ve Jackson tükenmişlik sendromu olan bireyler tarafından sağlanan bakım ve hizmetin kalitesinin standartların altında olabileceğini bulmuşlardır(104). Tükenmişliğin ayrıca işten ayrılma, devamsızlık, düşük moral ve kişisel işlev bozukluğu ile ilişkili olduğu bulunmuştur(65).

Pediyatrik diş hekimleri arasında mesleki tükenmişliğin yaygınlığı bilinmemektedir. Çocuklara diş bakımı sağlamak, endişeli çocuklar ve koruyucu ebeveynleri ile düzenli olarak ilgilenmek zorunda kalmak stresli olabilir(27, 55). Sistematik bir inceleme, diş hekimlerinde mesleki tükenmişlik için bir risk faktörünün hekimin genç yaşı olduğunu belirlemiştir(97).

2.7. FoMO(Fear of Missing Out)

Yakın zamanda çalışılmaya başlanan Fear of Missing Out (Gelişmeleri kaçırma korkusu, FoMO) kavramı, 1996 yılında Dr. Der Herman tarafından tanımlanmış ve 2000 yılında bu konu hakkında makale yayınlamıştır. Patrick J. McGinnis, FoMO'yu isim olarak ilk kez kullanan kişidir. FoMO, 2013 yılında Oxford sözlüğüne de girmiştir(105). Psikolojik bir yapı olan FoMO, daha büyük psikopatoloji semptomları ve azalmış psikolojik iyilik hali ile ilişkilidir(23).

Oxford Sözlüklerine göre, kaçırma korkusu (FoMO), “Heyecan verici veya ilginç bir olayın şu anda başka bir yerde olabileceğine dair, genellikle bir sosyal medya web sitesinde görülen gönderiler tarafından uyandırılan endişedir” şeklinde tanımlanır(“Fomo”, 2015). Kişinin sosyal ağlarındaki önemli bilgileri ve sosyal olayları kaçırma konusundaki isteksizliğini gösteren FoMO oldukça yeni bir yapıdır(106). Wortham (2011), FoMO'yu eksik sosyal olayların, etkileşimlerin veya deneyimlerin algılanması olarak tanımlamıştır(17). Przybylski ve ark. (2013) bu yaygın korkunun bireyin yaşamını kapsadığına ve diğer bireylerin deneyimlerinin sosyal medya güncellemeleriyle daha da şiddetlendiğine inanmaktadır(18). Yapılan bir çalışmada da, FoMO'nun çeşitli sosyal etkileşimlere nüfuz eden gerçek bir duygu olduğu savunulmuştur(107).

Kaçırma korkusu, başkalarının yaptıklarıyla bağlantıda kalma ihtiyacı ile karakterizedir. FoMO'nun daha çok internet ve sosyal ağ sitelerinin artan kullanımıyla ilişkili olduğu söylenmiştir. Diğer psikolojik semptomlarla ilişkili olup olmadığı açık değildir(23). Yapılan çalışmalarda FoMO-depresyon şiddeti küçük-orta pozitif ilişki, FoMO-kaygı şiddeti orta-büyük ilişki gösterdiği belirtilmiştir(108). Ek olarak, FoMO, algılanan stres ile büyük pozitif korelasyonlar gösterdiği belirtilmiştir(108). Przybylski ve ark. (2013) FoMO düzeyi ile yaşam doyumu arasında negatif bir ilişki olduğunu ortaya koyan bir araştırma çalışması yürütmüştür. FoMO yaşayan insanlar, sosyal etkinliklere katılabilecekleri ve hatta hasta olduklarında bile işe gidebilecekleri için sağlıklarının kötü olması onları caydırmamaktadır. Bu, öz bakım eksikliği nedeniyle onları ciddi hastalıklara karşı duyarlı hale getirir(109). Henüz yeni bir kavram olarak sayılabilen FoMO'nun hangi yaş gruplarında hangi sebeplerle görüldüğü, FoMO'nun ne olduğu hakkında çalışmalar devam etmektedir.

2.7.1. FoMO(Fear of Missing Out) ve Sosyal Medya

Sosyal medyanın toplum yapısı üzerindeki etkisi inkâr edilemez, çünkü etkinliği, gerçek zamanlı teması ve erişilebilirliği nedeniyle sosyal medya, sosyal söylemi ve etkileşim kalıplarını büyük ölçüde dönüştürmüştür (110).

‘Teknoloji, duygusal yaşamımızın manzarasını yeniden şekillendiriyor’ alıntısı, teknolojinin insanları nasıl etkilediğini derinden tasvir etmektedir(111). Bir çalışma problemleri sosyal medya kullanımının ve sosyal medya bağımlılığının sonuçlarının FoMO’ya sebep olduğunu belirtmiştir(112). Bu sonuç, Przybylski’nin görüşünü desteklediği görülmektedir(113). Bugün, insanlar diğerlerinin ne yaptığıyla ilgili pek çok ayrıntıya her zamankinden daha fazla maruz kalmaktadır. Yeterince bir şeyler yapıp yapmadıkları veya yaşamları açısından nerede olmaları gerektiği konusunda sürekli belirsizlikle karşı karşıya kalmaktadır(114).

Asur ve Huberman (2010), sosyal medyanın insan davranışları üzerindeki etkisini belirlemek için bir çalışma yürütmüştür. Bu çalışma, bir filmin sosyal medya platformlarında ne kadar çok ilgi görürse, o kadar çok insanın filmi izlediğini ortaya koyarak, sosyal medyanın davranışları nasıl etkileyebileceği hakkında ilginç bilgiler ortaya çıkardı. Bu çalışma, sosyal medyanın kitlelerin ne yaptığını görme ve öngörülen deneyimi kaçırma korkusunu uyandırma platformu olması nedeniyle, sosyal medyanın FoMO’da nasıl önemli bir rol oynayabileceği ile ilişkilendirilebilir(110). Baumeister ve Leary (1995), sosyal dışlanmanın, bir sosyal sisteme bağlantı veya aidiyet eksikliğinin göstergesi olduğu için kaygı uyandırdığını savunmuştur(115).

Facebook, Twitter, Instagram ve LinkedIn gibi platformların, kişinin sosyal statüsünü tanımlayarak neye sahip olup olmadığına dikkat etmesini teşvik ettiğini keşfetmek de önemlidir. Orada hangi alternatiflerin bulunduğunu fark ederek, kişilerde sosyal statülerinden memnuniyet eksikliği hissedilebilir(116). Bu, sosyal medyanın yalnızca diğerlerine ayak uydurmakla kalmayıp nasıl bir katalizör olabileceğine dair bir benzetmedir; ancak sosyal medya, kişinin kendi hayatını, sosyal platformlarda başkalarının onlara tasvir ettiği şeylerle karşılaştırma ve değerlendirme aracı olarak kullanılabilir(116).

FoMO’ya sahip kişiler evdeyken, arkadaşlarının neler yaptığını haberdar olmak için kaygı ve sosyal medya hikâyelerinin sürekli yenilenmesi duygusuyla boğuşmaktadır(114). Kişisel e-posta hesapları gereğinden fazla aboneliklerle dolup

taşmakta ve kişi, iletişim eksikliği korkusuyla alakasız aboneliklerden çıkmakta zorlanmaktadır. Bu kişiler partilere katılır, kendilerini telefonlarına kaptırarak sosyal medya, e-postalar ve anlık mesajlaşma uygulamalarını kontrol ederler(114).

Dossey (2014), FoMO'dan muzdarip bireylerde yaygın bir döngünün işlediğini savunmuştur. Bu döngü şu şekilde işlemektedir; bireyler sosyal etkileşimde kalmak için sosyal medya temasını tercih ediyor, bu fiziksel sosyal etkileşimin yerini alıyor ve bu ikame onların yalnızlık hissini artırıyor ve dolayısıyla onları daha da izole ediyor. FoMO hissini artıran işte bu artan izolasyon duygusudur(117). Dossey'e (2014) göre, sosyal medya terimi kendisini bir oksimoron haline getirmektedir, çünkü daha fazla sosyal etkileşimi teşvik etmek yerine, paradoksal olarak özellikle FoMO yaşayan bireyler için daha fazla sosyal izolasyona neden olmaktadır. Bu, Przybylski ve arkadaşları tarafından yürütülen çalışmanın ikinci aşamasının bulguları ile ilgilidir. Çalışmanın bu aşamasında, diğerlerinden daha az bağlantı duygusu hissettiğini bildiren bireylerin daha sonra daha yüksek FoMO seviyeleri bildirdiğini ortaya koymuştur.

FoMO ayrıca, başkalarının yaptıklarıyla bağlantıda kalma arzusunun artmasıyla da karakterize edilir(18). Aktivitelere, olaylara ve iletişime anında erişim sağladığı için sosyal medyanın bireyler üzerindeki etkisi inkar edilemez. İnsanlar her zaman sosyal statüleriyle ilgilenmişlerdir, ancak sosyal medya kullanımının artmasıyla FoMO daha yaygın hale gelmiştir(118). Wortham (2011), sosyal medyada başkalarının resimlerine ve durum güncellemelerine göz atmanın, FoMO'nun karanlık yüzü olarak adlandırdığı bir korku uyandırdığını iddia etmiştir(17).

Kaybetme korkusu, sosyal ağlarda sosyal katılımı anlamının anahtarı olmuştur. Przybylski ve ark. (2013) FoMO ve sosyal medya arasındaki nedensel bir ilişkiye odaklanmamıştır, ancak sosyal medyanın FoMO'ya neden olduğuna veya şiddetlendirdiğine dair göstergeler var gibi görünmektedir. Bu varsayım, FoMO puanları yüksek olan üniversite öğrencilerinin sosyal medyayı aşırı kullananlar olduğunu gösteren bu çalışmanın son aşamasında da belirgindi. Bu öğrenciler, uyandıktan kısa bir süre sonra, yemek yerken ve hatta araba kullanırken sosyal medyaya giriş yapmışlardır(18).

2.7.2 FoMO ve Teknoloji Arasındaki İlişki

Mcluhan (1964), teknolojinin dünyanın durumuna uyum sağlamasının aksine, teknolojideki herhangi bir gelişmenin insanların ona uyum sağlamasını gerektirdiğini savunmuştur(119). Teknolojideki gelişmeler, esasen toplumun etkileşim biçimini

değiştiriyor. Teknoloji, son zamanlarda kendisini sosyal ilişkilerin mimarı olarak konumlandırmıştır (111). Sürekli bağlantıların bu yeni fenomeni ile kopukluk kaygısı artar(111). Turkle (2011) bu kopukluk kaygısını bireylerin zaman zaman yaşadığı panik duygusu olarak ifade etmektedir. Sosyal medya etkinliği, yalnızlık ve can sıkıntısı gibi olumsuz duygusal durumları tetikleyebilir. Bu duygusal durumlar FoMO'yu indükleyebilir(18).

2.7.3. FoMO ve Karar Verme

Grohol (2013) insanların daha iyi bir şeyi kaçırma korkusu olmadan sahip olduklarına razı olup olmayacağı sorusunu gündeme getirmiştir(107). İnsan kararı görecelidir, bu, bireylerin bağlam içinde görene kadar ne istediklerini bilmedikleri anlamına gelir. İnsanlar, kendilerini yapması gerektiğini düşündükleri bir şeyi yapan biriyle kıyaslayana kadar, hayatlarında ne istediklerini bilmiyor gibi görünmektedirler(120). Bireyler ayrıca işleri, başka işlerle; birlikte oldukları partnerleri de önceki birliktelikleriyle karşılaştırıyorlar(120). Ariely (2008), insanoğlu olarak seçeneklerimizi açık tutma zorunluluğuna sahip olduğumuza inanıyor.

FoMO kaynaklı davranışlar söz konusu olduğunda, bireylerin kararlarını neyin bildirdiği konusunda her zaman bilinçli olmayabilecekleri iddia edilmektedir. Birey, davranışın başkalarının söyledikleri ve yaptıkları tarafından motive edilip edilmediğinin farkında olmayabilir. Birey, davranışın kararını tam olarak açıklayamaz, çünkü başkalarının etkisi karar vermesine ipucu vermiş olabilir. Kişi, büyük bir şeyi kaçırabilecekleri hissinden dolayı evet demeye mecbur hissedebilir(109).

Kaçırma korkusu, hiç karar verememenin etkisiyle de bağlantılı olabilir. Daha önce de belirtildiği gibi, kararsızlığa, sosyal medyada aşırı miktarda veri akışı olması, bilgiye kolay erişilebilirlik ile seçeneklerin artması da neden olmaktadır. Seçimlerin fazlalığı, bir seçim yapamama durumuna yol açabilir. Ayrıca, bir seçim yapıldığında, diğer seçenekler ışığında yapılan seçimle ilgili memnuniyetsizlik yaşanabilir(109). Bu durum FoMO hissini şişirebilir, çünkü kişi yalnızca bir dizi seçenek arasından mükemmel seçeneği seçmekten uzak olmakla kalmaz, aynı zamanda gerçek bir seçim yapma sürecinden de uzaklaşmış olur(109).

2.7.4. FoMO ve Psikolojik Refah

Przybylski ve ark. (2013) FoMO düzeyi ile yaşam doyumu arasındaki ilişkiyi araştırmıştır(18). Bulgular, FoMO düzeyi ile yaşam doyumu arasında negatif bir ilişki

olduğunu ortaya koymuştur. Daha yüksek FoMO seviyelerine sahip kişilerin genel yaşam doyumu, benzerlerinden daha düşük bulunmuştur(18). Bu çalışma aynı zamanda psikolojik ihtiyaçları, özellikle aidiyet, özerklik ve yeterlilik duygusu gibi ihtiyaçlardan yoksun bırakılan bireylerin FoMO puanlayıcısında daha yüksek puan aldığını ortaya koymuştur. Ayrıca, sosyal medya etkinliğine ilişkin yalnızlık ve can sıkıntısı gibi olumsuz sosyal duygusal durumların düzeyi ne kadar yüksekse, kişinin FoMO deneyimi de o kadar yüksek olmaktadır(18).

Benlik kavramı, FoMO'nun sunumu ile ilişkilendirilmiştir. Abel ve ark. (2016), benlik kavramının hem duygusal hem de değerlendirici bir bileşen oluşturduğunu ileri sürmüştür(121). Benlik kavramı, temelde bireyin genel olarak kendileri hakkında nasıl hissettiğini ima eder. Düşük benlik saygısının, yüksek düzeyde kaygı ile pozitif olarak ilişkili olduğu gösterilmiştir(121). Abel ve ark. (2016), günümüzün sosyal medya ortamında, sosyal medyanın kişinin kendi yaşamlarından memnuniyet veya memnuniyetsizliğini nasıl etkileyebileceğini savundu.

Bir çalışma ayrıca, insanlar aynı anda birden fazla görevi tamamlamaya çalıştığında görevlerden birinin tehlikeye girdiğini ortaya koymuştur(122). Başkalarının daha tatmin edici bir deneyim yaşayabileceği korkusuyla meşgul olurken, kişinin bir göreve tam olarak katılabileceği fikri yanıltıcıdır.

JWTIntelligence (2012) tarafından yapılan çalışmada, yanıt verenlerin %83'ü maruz kaldıkları artan uyaran miktarı karşısında bunalmış hissettiklerini bildirmiştir(114). İlgilenilecek çok fazla veri olduğunu hissettiklerini ve mümkün olduğunca çok veriyi kullanmaya çalıştıklarını bildirdiler(114). Teknoloji, insanlara, kendilerine sunulan geniş bilgi ve yaşam hızının hızı üzerinde bir miktar kontrol duygusu veriyor gibi görünüyor. Teknoloji, tüm ilişkileri veya görevleri yerine getirmek için yeterli zaman olmadığında insanlara daha fazla zamanın olduğu yanılsamasını sunmaktadır(111).

Teknoloji, yüz yüze bağlantı süresinin kıt bir meta olduğu bir ortamda, başkalarıyla bağlantı kurma fırsatı sağlar. Sosyal medyaya sürekli bağlantı, insanların sürekli bilgi akışları ile hızına yetişememe konusunda kendilerini yetersiz hissetmelerine neden olabilir(123). Miller, sosyal medyanın “FoMO'nun ateşinin gazyağı gibi” olduğu iddiasında bulunurken, sosyal medya etkinliğinin FoMO kaynaklı davranışların yoğunluğu ve sunumu ile bir ilişkisi olduğu yönündeki bu iddia ile hemfikir olunabilir.

Garzberg (2015), insanların dışlanma acısına karşı doğal kırılganlığa sahip olduğunu ve FoMO hissinin, dışlanma fikrinden kaynaklanan psikolojik bir acıya neden olabileceğini savundu(124). Lieberman (2013) tarafından yürütülen bir araştırmaya göre bu ağrı, beynin fiziksel ağrı ile aynı bölgelerini etkilemektedir(125). Beyin, sosyal bağlantılara yönelik tehditlerin fiziksel acı ile aynı şekilde deneyimlendiği bir noktaya evrimleştiğini kanıtlıyor. Araştırmalar ayrıca, bir bireyin sosyal acıyı deneyimlediğinde, olumsuz bir algı ile uğraşmak zorunda kaldığını da göstermiştir(125).

2.7.5. FoMO Ve Diş Hekimliği

FoMO nedenlerinden biri de rekabet hissidir. Bu hissi yüksek olan kişiler ev, araba alırken ya da tatildeyken her şeyin ilgi çekici ve gösterişli olmasını önemsemektedir. Bu kişiler yaptıkları seçimlerin hep en iyisi olması için çaba sarfedebilir(126). Diş hekimliği öğrencisi olmak stresli olduğu kadar rekabet oluşması muhtemel bir ortamdır. Diş hekimliğinde de bu rekabet, akranlarından daha iyi konumda olma, daha çok bilgi sahibi olma daha çok eğitim/seminerlere katılma konusunda olabilir. Devamında yapılan lisansüstü eğitimde de kişiler, aynı şekilde akranlar arasında rekabet ve akranlarının yaptığından geri kalma veya olanları kaçırma korkusu yaşayabilirler. Daha önce diş hekimliği lisansüstü eğitime devam eden hekimlerde bu kaçırma korkusunun etkisi incelenmemiştir. Bu çalışma, diş hekimliği lisansüstü öğrencileri arasında FoMO'nun varlığını ve daha ilerideki kariyer seçimi üzerindeki potansiyel etkisini belirlemeyi amaçlamaktadır.

2.7.6. FoMO'yu İndükleyen Faktörler

Eksiklik korkusu, her zaman var olan sosyal bir fenomen olmuştur. Ancak, gerçek zamanlı iletişim ve başkalarının yaşamlarında meydana gelen etkinliklere daha hızlı erişim nedeniyle daha yaygınlaşmıştır. Sosyal medya aracılığıyla bireyler, eskiden maruz kalmayacakları seçeneklere maruz kalmaktadır(114). FoMO içinde yaşadığımız çağın yeni oluşumlarından biridir(114).

Bireyler, yalnızlık duygularından uzaklaşmak için sosyal medyaya eğilim göstermektedirler. Bu durum, bireylerin gerçek yaşamdan izole olmalarına ve yalnızlık hissi yaşamalarına neden olarak kısır döngü oluşturmaktadır(117). Yaşanan bu durum olayları kaçırma korkusuyla sürekli kaygı halini dolayısı ile FoMO'yu tetiklemektedir. FoMO ile meydana gelen kaygı, gerçek hayatla bağı daha fazla kopardığından kişinin kaygı seviyesi daha fazla artmaktadır(126). Bu durum da bireylerde depresyonu veya

disforiyi tetikleyebilir, sosyal medyada daha fazla zaman geçirme bireylerin depresif hale gelmelerine neden olabilir(127). Bu bağlamda FoMO'nun tetikleyicilerinden olarak yalnızlık, kaygı ve tükenmişlik duygularını suçlayabiliriz. FoMO da dikkat dağınıklığı ve depresif hallere eğilime zemin hazırlamaktadır(127). Sonuç olarak FoMO ve tükenmişlik sendromu sürekli sinerjistik etki içerisinde yorumu yapılabilir.

2.7.7. FoMO'nun Belirtileri

FoMO günümüz insanında özellikle milenyum çağı çocuklarında yüksek oranda mevcuttur(128). Bazı çalışmalar FoMO'nun belirtilerinin olduğunu tespit etmiştir(126, 128-131). Bunlar;

- Bireyin daima sosyal medya ile ilişki içinde olması
- Bireyin, arkadaşlarının düzenlemiş olduğu aktivite veya olaydan haberdar olamadığında kötü hissetmesi,
- Bireyin sosyal ağlarda görmüş olduğu yaşam ve olaylara bakarak diğerlerinden geride kaldığı hissi yaşaması,
- Sosyal medyada görülen paylaşımların etkisinde kalınması,
- Kalabalık bir ortamda, karşıdan karşıya geçilirken gözünü telefondan alamamak,
- Her şeyin fotoğraflanması,
- Verilen davetleri reddedememek,
- Tatilde olunmasına rağmen devamlı e-mailleri kontrol etmek,
- Başkasında görülen pahalı herhangi bir şeye bütçesi zorlansa bile fazlaca para harcamak,
- Sosyal mecralarda sürekli gezinip paylaşım yapma,
- Canı istemese bile parti gibi sosyal etkinliklerin terk edilememesi,
- Sosyal mecrada gördüğü tatil fotoğrafında o yerde bulunmadığından bu durumu kaçırdığından rahatsızlık hissedilmesi gibi durumları içine almaktadır.

2.7.8. FOMO ile Tükenmişlik Arasındaki İlişki

İnternet kullanımının dünya ve kültürlerin küreselleşmesinde önemli bir yeri vardır. Aynı zamanda bilginin paylaşılmasıyla birikimin artmasını da sağlayarak teknolojinin gelişimine önemli ölçüde katkı sağlamaktadır. İnsanoğlu bu gelişimi etkilemekte aynı zamanda bu gelişimden de etkilenmektedir. İnternetin hayatımıza en çok dokunduğu alt grup tartışmasız sosyal medyadır. Bu mecraların olumlu ve olumsuz yönleri

bulunmaktadır ve bu konu hakkında araştırmalar devam etmektedir(132). Bu ortamlarda yüz yüze iletişimden daha kolay bağlar kurabilen insanlar yalnızlıklarını gidermenin tersine gerçek sosyal ortamlarda iletişim kopukluğu yaşamaktadırlar. Yani sosyal ortamlarda sanal ilişkiler kurmakta fakat gerçek ortamda yalnızlık seviyelerini artırmaktadırlar. Artan yalnızlık hissi giderek kaygı ve depresyona yol açmaktadır. Bunların sonucunda depresyon, kaygı beraberinde tükenmişlik hissini oluşturmaktadır. İnsanlar bir şeylerden geri kalma korkusu yaşadıkça tükenmişlik hisleri daha çok artabilir. Aynı zamanda sanal ortamda yapılan paylaşımlardan yaşanılan deneyimlerden geri kalma korkusu ile FoMO seviyelerini de giderek artırmaktadırlar. Özgüveni düşük ve yalnızlık hissi içerisinde olan kişilerin de FoMO seviyelerinin yüksek olduğu görölmektedir(133). Yalnızlık duygusu yaşamaktan korktukları için stresi azalmak amacıyla sosyal medyayı sürekli kontrol eden bireyler FoMO yaşamakta veya FoMO seviyelerini bu sebeple artırabilmektedir.

3. MATERYAL VE METOT

Çalışma öncesinde İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar ve Etik Kurulu'nun 15-06-2021 tarih ve 2021/2175 numaralı etik kurul onayı alınmıştır.

3.1. Araştırma Modeli

Kesitsel prospektif bir anket çalışması niteliğinde tasarlanan bu araştırmanın evrenini Türkiye'deki devlet ve vakıf üniversitelerinde aktif olarak görev yapmakta olan lisansüstü öğrencileri oluşturmuştur. Çalışmamız; lisansüstü öğrencilerinin yaşadığı tükenmişlik ve FoMO hissini, yaşanan FoMO'nun kişinin akademik seçimi üzerine etkisini, tükenmişliğin kişinin kendi hayatına ve işe yönelik etkisini ve tükenmişlik ve FoMO'nun (varsa) birbirleriyle olan ilişkisini incelemeye yönelik bir çalışmadır.

3.2. Çalışma Grubu

Araştırmamıza Türkiye'de alanında doktora/uzmanlık eğitimine devam eden lisansüstü öğrenciler dâhil edildi. Ankette Ağustos 2021-Kasım 2021 tarihleri arasında verilen cevaplar değerlendirildi.

Araştırma için gerekli örneklem büyüklüğü Power analizi sonucuna göre (0.4 etki büyüklüğü, %5 yanılma düzeyi ve %95 güç düzeyi) en az 360 lisansüstü öğrencisi olarak belirlendi.

3.3. Anket Formlarının Hazırlanması ve Uygulanması

Araştırma için literatürde yer alan benzer çalışmalardaki sorular değerlendirilerek yeni bir anket formu oluşturuldu(134-137). Anket formu üç bölümden oluşmaktadır. İlk bölümde katılımcıların yaş, cinsiyet, unvan, medeni durumu, çocuk sayısı, lisans eğitimi alınan üniversite gibi sosyodemografik bilgilerini ve kişilerin uzmanlık hakkındaki düşüncelerini irdeleyen sorulardan oluşmaktadır. Araştırmada, tükenmişliği ölçmek üzere Maslach ve Jackson(1981) tarafından geliştirilen Maslach tükenmişlik ölçeği kullanılmıştır(60). İkinci bölümde kullanılan bu ölçek, Ergin tarafından Türk kültürüne uyarlanarak geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılan 22 sorudan oluşmaktadır(138). Üç alt ölçekten oluşan Maslach Tükenmişlik Ölçeği, duygusal tükenme alt ölçeğinde 9, duyarsızlaşma alt ölçeğinde 5 ve kişisel başarı alt ölçeğinde 8 soru bulundurmaktadır(60). Her alt ölçek için puanlama ayrı olarak hesaplanmaktadır. Alt ölçek puanlaması

Türkçe'ye uyarlama sırasında 7 basamaklı seçeneklerden, kültürümüze daha uygun olduğu gerekçesiyle 5 basamaklı seçeneğe dönüştürülmüştür(138). Buna göre puanlama; 0= hiçbir zaman, 1= çok nadir, 2= bazen, 3= çoğu zaman, 4= her zaman cevaplarına karşılık gelecek şekilde yapılmıştır.

Maslach Tükenmişlik Envanteri'nin alt bölümleri olan duygusal tükenme ve duyarsızlaşma evreleri olumsuz, kişisel başarı evresi ise olumlu özelliklerden meydana gelmiştir. Duygusal Tükenmişlik ve Duyarsızlaşma Alt Ölçeklerinden yüksek puan, Kişisel Başarı Alt Ölçeğinden düşük puan alınması yüksek düzeyde tükenmişliği gösterir. Tersine de geçerli olarak duygusal Tükenmişlik ve Duyarsızlaşma Alt Ölçeğinden düşük puan, Kişisel Başarı Alt Ölçeğinden yüksek puan alınması düşük düzeyde tükenmişliği göstermektedir. Tüm alt ölçeklerden ortalama puan alınması ise orta düzeyde tükenmişliği göstermektedir(60).

Maslach Tükenmişlik Ölçeği'nin üç alt boyutundaki ifadelerin dağılımına göre; 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 ve 20. ifadeler duygusal tükenme alt boyutunu, 5, 10, 11, 15 ve 22. ifadeler duyarsızlaşma alt boyutunu, 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 ve 21. ifadeler ise kişisel başarı alt boyutunu temsil etmektedir.

Çalışmanın üçüncü bölümünde ise uzmanlık öğrencilerinin kariyer hakkında psikometrik özelliklerini öğrenmek adına Przybylski 'nin 2013'te sunmuş olduğu FoMO(Fear of Missing Out) Skalasının dış hekimliğinde uzmanlık ve kariyer eğitimi için modifiye edilen ölçeği kullanılmıştır(106). Bu ölçek State, Trait ve FoMOs olmak üzere üç alt boyuttan oluşmaktadır. State; kişilerin akranlarının ne yaptıklarını bilmediğinde oluşan korkuyu tanımlamaktadır. Trait; kişilerin akranlarının daha donanımlı olması korkusunu tanımlamaktadır. FoMOs ise kişilerin akranlarından geri kalma korkusunu tanımlamaktadır.

Ölçeğin Türkçe'ye uyarlanma süreci 3 aşamadan meydana gelmektedir. Bunlar; dil geçerliliği, kapsam geçerliliği ve pilot uygulamadır. Dil geçerliliği aşamasında “FoMOs Ölçeği”nin ilk olarak İngilizce'den Türkçe 'ye çevirisi araştırmacılar ve uzman dil bilimciler tarafından yapılmış, daha sonra ise Türkçe 'ye çevirisi yapılan form uzman dil bilimciler tarafından incelenmiş ve orijinal ölçek ile Türkçe çevirinin karşılaştırılması yapılmıştır. Yapılan bu karşılaştırma ile ölçek maddelerinde anlam değişikliği olmadığı görülmüş ve ölçeğin dil geçerliliği aşaması tamamlanmıştır.

Kapsam geçerliliği için uzman görüşüne sunulan ölçeğin İngilizce ve Türkçe Formu alanında uzman 11 öğretim üyesine gönderilmiş ve uzmanlardan maddelere 1 ile 4 arasında puan (1: madde uygun değil, 2: maddenin uygun hale getirilmesi gerekli, 3: madde uygun

ama bazı düzeltmeler gerekli, 4: madde çok uygun) vermeleri ve ölçeği oluşturan maddeleri uygunluğu ve anlaşılabilirliği açısından değerlendirmeleri istenmiştir. Kendall W analizi ile uzman görüşlerinin uyumluluk düzeyi incelenmiştir(139). Uzmanlar arasında madde cevapları arasında uyum olduğu görülmüştür (Kendal $W=0.107$; $p=0.299>0.05$).

Uzmanlardan alınan görüşler baz alınarak ölçeğin pilot uygulaması 30 kişi ile yapılmış ve bu pilot çalışmalardan elde edilen veriler ana örnekleme dahil edilmemiştir. Pilot uygulama sonucunda yapılan değerlendirme de yanlış anlaşılan sorular olmadığı tespit edilerek 11 sorudan oluşan ölçek katılımcılara uygulanmıştır. Uzman görüşlerinden gelen gerekli revizyonlar tamamlandıktan sonra anket formu son halini almıştır.

Anketin sosyal medya üzerinden yapılmış olması ve örneklemin sosyal medya kullananlardan oluşması bu çalışmanın dezavantajıdır. Olumsuz çağrışımlar FoMOs fikriyle alakalı olabileceğinden, bazı hekimler anket sorularını sosyal olarak daha kabul edilebilir olacağını düşündükleri bir şekilde yanıtlamış olabilir(140). Bu durum sonuçlarda FoMOs puanının gerçek sonucu ile farklı çıkmasına etki etmiş olabilir. Yüksek yanıt oranı olası herhangi bir seçim önyargısını en aza indirmeye yardımcı olacaktır.

Google anket uygulaması kullanılarak <https://docs.google.com/forms> sitesi üzerinden hazırlanan ve bilgilendirilmiş onam formunu da içeren anket linki, e-posta ve sosyal medya aracılığı ile Türkiye’de çalışmakta olan lisansüstü öğrencilerine ulaştırılarak, katılımları sağlanmıştır. Anketin bu şekilde internet yoluyla uygulanması, son zamanlarda internet kullanımında muazzam bir artışın olması ve teknolojinin bir araç olarak kullanılmasıyla iletişimin artmasıdır(109). Anketin doldurulması, kişilerin araştırmaya katılma isteğinin göstergesi olarak kabul edilmiştir. Gizlilik gereği araştırmaya katılanların herhangi bir kimlik bilgisi sorulmamıştır. Kişiler tarafından anket formu tamamlandığında cevaplar Excel tablosuna dönüştürüldü.

Çalışmanın sınırlarından ilki olarak, hekimlerin tükenmişliğini belirlemek için kendi bildirdiği verilerin kullanılmış olması, tükenmişlik yaşayan hekimlerin, konunun kişiler üzerinde negatif etkisi büyük olduğu için, yanıt verme olasılığının daha düşük olup olmadığı belirsizliğidir. Bunu önlemek adına doğru sonuca en yakın değeri tahmin etmek için benzer çalışmalarda da en çok kullanılan ölçek tercih edilmiştir. İkinci sınır olarak ise COVID-19 salgınından dolayı sosyal medya platformları kullanılarak anketin çevrimiçi olarak yapılmasıdır.

3.4. İstatistiksel Değerlendirme

Araştırmaya alınan verilerin analizleri SPSS (Statistical Program in Social Sciences) 25 programı ile gerçekleştirilmiştir. Araştırmaya alınan verilerin normal dağılıma uyup uymadığı Kolmogorov Smirnov Testi ile kontrol edilmiştir. Karşılaştırma testleri için anlamlılık düzeyi (p) 0,05 olarak alınmıştır.

İkili gruplarda karşılaştırmalar; normallik varsayımı sağlandığı için iki ortalama arasındaki farkın anlamlılık testi (two independent samples t test) ile çoklu gruplarda karşılaştırmalar ise ANOVA testi ile yapılmıştır. ANOVA testi sonucunda fark olan grupları belirlemek için varyans homojenliği sağlandığı için Duncan çoklu karşılaştırma (post-hoc) testi kullanılmıştır.

Ölçeklerin güvenirlik analizini belirlemek için Cronbach α katsayısı kullanılmış ve bağımsız değişkenler (faktör alt boyutları) arasında ilişki olmadığından emin olmak için ise Çoklu Doğrusal Bağlantı (VIF) Analizi yapılmıştır. Bir bağımlı değişken ile tek bağımsız değişken arasındaki ilişkilerin bir matematiksel eşitlik ile açıklanması basit doğrusal regresyon analizi ile yapılacaktır. Bir bağımlı değişken ile iki ya da daha çok bağımsız değişken arasındaki ilişkilerin bir matematiksel eşitlik ile açıklanması çok değişkenli doğrusal regresyon analizi ile yapılacaktır.

Korelasyon katsayıları değişkenler arasındaki ilişkinin kuvveti (derecesi) ve yönü hakkında bilgi veren ölçütlerdir. İlişki katsayıları -1 ile +1 arasında değişmektedir. İşaretler ilişkinin yönünü göstermektedir. -1'e ve +1'e yaklaştıkça ilişkinin kuvveti artarken 0'a yaklaştıkça azalmaktadır. Bulguların değerlendirilmesinde sıklıkla kullanılan değerler; 0,00 – 0,19 ilişki yok (önemsenmeyecek düzeyde düşük ilişki), 0,20 – 0,39 zayıf ilişki, 0,40 – 0,69 orta düzeyde ilişki, 0,70 – 0,89 kuvvetli ilişki ve 0,90 – 1,00 çok kuvvetli ilişki şeklinde yorumlanır(141).

Araştırmaya alınan değişkenler normal dağılım gösterdiği için pearson korelasyon katsayısı kullanılmıştır.

Ölçekler arasındaki ilişkilerin modellenmesi için AMOS 23.0 programı kullanılarak yapısal eşitlik modellemesi analizi yapılmıştır.

4. BULGULAR

Araştırmamız için Ağustos 2021-Kasım 2021 tarihleri arasında, Türkiye’deki uzmanlık eğitimi veren üniversitelerde görev yapan lisansüstü öğrencilere ulaşıldı. Soruları eksiksiz yanıtlayan 403 katılımcıya ait verilerin istatistiksel değerlendirmesi yapıldı.

4.1. Katılımcıların Demografik Bulguları

Katılımcıların 272’si (%67,5) kadın ve 131’i(%32.5) erkek olduğu tespit edildi (Tablo 4.1.). Katılan çocuk diş hekimlerinin ise %96.7’sinin kadın, %65’inin bekar olduğu belirlendi. Çocuk diş hekimlerinin %88.3’ünün çocuk sahibi olmadığı belirlendi. Araştırmamızda katılımcıların 73’ü(%18,1) 25-30, 313’ü(%77,7) 26-31 yaş aralığında ve 17’si(4,2) 32 yaş ve üzerinde olduğu saptandı. Katılımcıların %66,5’i(n=268)) bekâr olduğu, %86,8’inin(n=350) çocuk sahibi olmadığı tespit edildi. Ayrıca 40’ı(%9,9) bir çocuk, 10’u(%2,5) iki çocuk sahibi olduğunu belirtti.

Tablo 4. 1. Katılımcıların sosyodemografik bilgileri I

Değişken	Grup	Sayı	Yüzde
Cinsiyet	Kadın	272	67,5
	Erkek	131	32,5
Yaş Grup	20-25 yaş arası	73	18,1
	26-31 yaş arası	313	77,7
	32 yaş ve üzeri	17	4,2
Medeni durumunuz	Bekar	268	66,5
	Evli	135	33,5
Çocuğunuz var mı?	Yok	350	86,8
	1 Tane	40	9,9
	2 Tane	10	2,5
	3 veya daha fazla	3	0,7

Tablo 4. 2. Çocuk diş hekimlerinin sosyodemografik bilgileri I

Değişken	Grup	Sayı	Yüzde
Cinsiyet	Kadın	58	96,7
	Erkek	2	3,3
Yaş	20-25 yaş arası	11	18,3
	26-31 yaş arası	43	71,7
	32 yaş ve üzeri	6	10,0
Medeni durum	Bekar	39	65,0
	Evli	21	35,0
Çocuk Varlığı	Yok	53	88,3
	1 Tane	3	5,0
	2 Tane	4	6,7

Katılımcıların %14.9'u(n=60) pedodonti, %13,6'sı(n=55) periodontoloji, 12.7'si(n=51) ortodonti, 12.7'si(n=51) endodonti, %11.7'si(n=47) protez, %11.9'u(n=48) ağız diş çene radyolojisi, %11.4'ü(n=46) ağız diş çene cerrahisi, %11.2'si(n=45) diş hastalıkları ve tedavisi bölümlerinde uzmanlık yapmakta olduğu belirlendi(Tablo 4.3). Katılımcıların çoğunluğunun (n=146, %36,2) mesleki deneyiminin 25-36 ay arasında olduğunu ve büyük çoğunluğunun(n=271, %67,2) çalıştığı bölümünü isteyerek tercih ettiği tespit edildi. Çocuk diş hekimlerinin ise %71.7'si bölümü isteyerek tercih ettiğini belirtti. Tercih edilen bölümü isteyerek seçmeyen katılımcıların %75.7'si(n=100), çocuk diş hekimlerinin ise %88.2'si(n=25) puana göre tercih yaptığını belirtti (Tablo 4.4)

Katılımcıların tek seçenek işaretleme hakkı bulunan 'uzmanlık düşünmenizde etken' sorusuna yüksek oranla %37.2(n=150) 'ilgimin olduğu bölümde uzmanlaşmak' seçeneği, sonra sırası ile %21.6(n=87) 'iş imkânı' ve %12.9(n=52) 'maddi kazanç' seçeneği yanıt olarak verildi(Tablo 4.3). Bu soruya çocuk diş hekimleri %40 oranla 'ilgimin olduğu bölümde uzmanlaşmak' cevabını verdi.

Katılımcılar tek seçenek işaretleme hakkı bulunan 'Sizce işe bağlı stres faktörlerinden en çok hangisini yaşamaktasınız?' sorusuna % 42.4'ü (n=171) 'sistemdeki uygunsuzluk', % 16,6'sı(n=67) 'iletişim sorunları' yanıtını verdi(Tablo 4.3). Bu soruya çocuk diş hekimleri de %43.3 oranıyla aynı cevabı verdi(Tablo 4.4).

Tablo 4. 3. Katılımcıların sosyodemografik bilgileri II

Değişken	Grup	Sayı	Yüzde
Uzmanlık Yaptığınız Bölüm:	Ağız Dış Çene Cerrahisi	46	11,4
	Ağız Dış Çene Radyolojisi	48	11,9
	Dış Hastalıkları ve Tedavisi	45	11,2
	Pedodonti	60	14,9
	Ortodonti	51	12,7
	Endodonti	51	12,7
	Periodontoloji	55	13,6
	Protetik Dış Tedavisi	47	11,7
Lisansüstü Eğitim Yıl Grup	0-12 Ay	110	27,3
	13-24 Ay	109	27,0
	25-36 Ay	146	36,2
	37 ay ve üzeri	38	9,4
Sizce işe bağlı stres faktörlerinden en çok hangisini yaşamaktasınız?	İletişim Sorunları	67	16,6
	Fiziksel Ortam	47	11,7
	Sistemdeki Uygunsuzluk	171	42,4
	Ekonomik Sıkıntı	42	10,4
	Meslektaş Sıkıntısı	27	6,7
	Takdir Edilmeme	14	3,5
	Uzun Çalışma Saatleri	24	6,0
	Hasta Yakını Stresi	11	2,7
Uzmanlık eğitimi aldığınız bölüm, uzmanlık yapmayı istediğiniz bölüm ile aynı mı?	Evet	271	67,2
	puana göre tercih	100	24,8
	strese göre tercih	10	2,5
	şehire göre tercih	15	3,7
	akademik kadroya göre tercih	4	1,0
	fiziksel şartlara göre tercih	3	0,7
Uzmanlık düşünmenizdeki etken(size en yakın seçeneği işaretleyiniz);	Rekabet	12	3,0
	İş İmkânı	87	21,6
	Maddi Kazanç	52	12,9
	İş Hayatına Daha Geç Başlamak	6	1,5
	İlginin Olduğu Bölümde Uzmanlaşma	150	37,2
	Unvan	56	13,9
	Akademisyenlik	40	9,9

Tablo 4. 4. Çocuk diş hekimlerinin sosyodemografik bilgileri II

Değişken	Grup	Sayı	Yüzde
Eğitim yılı grup	0-12 Ay	14	23,3
	13-24 Ay	18	30,0
	25-36 Ay	26	43,3
	37 ay ve üzeri	2	3,3
Sizce işe bağlı stres faktörlerinden en çok hangisini yaşamaktasınız?	İletişim Sorunları	14	23,3
	Fiziksel Ortam	9	15,0
	Sistemdeki Uygunsuzluk	26	43,3
	Meslektaş Sıkıntısı	4	6,7
	Takdir Edilmeme	2	3,3
	Hasta Yakını Stresi	5	8,3
Uzmanlık eğitimi aldığınız bölüm, uzmanlık yapmayı istediğiniz bölüm ile aynı mı?	Evet	43	71,7
	puana göre tercih	15	25,0
	strese göre tercih	2	3,3
Uzmanlık düşünmenizdeki etken(size en yakın seçeneği işaretleyiniz);	İş İmkânı	19	31,7
	Maddi Kazanç	6	10,0
	İş Hayatına Daha Geç Başlamak	2	3,3
	İlginin Olduğu Bölümde Uzmanlaşma	24	40,0
	Unvan	6	10,0
	Akademisyenlik	3	5,0
Toplam		60	100,0

4.2. Maslach ve FoMO Ölçeklerine Ait Bulgular

Katılımcıların %50.3'ünde yüksek tükenmişlik varlığı tespit edildi. Sonuçlar aşağıdaki tabloda verildi.

Tablo 4. 5. Katılımcıların tükenmişlik riskleri

Değişken	Grup	Sayı	Yüzde
Duygusal Tükenmişlik grup	Düşük Risk	104	25,8
	Orta Risk	153	38
	Yüksek Risk	146	36,2
Duyarsızlaşma grup	Düşük Risk	172	42,7
	Orta Risk	174	43,2
	Yüksek Risk	57	14,1
Kişisel Başarı grup	Yüksek Risk	240	59,6
	Orta Risk	128	31,8
	Düşük Risk	35	8,7

Çocuk diş hekimlerinin de %50'si yüksek tükenmişlik gösterdi. Sonuçlar aşağıdaki tabloda verildi.

Tablo 4. 6. Çocuk diş hekimlerinin tükenmişlik riskleri

Değişken	Grup	Sayı	Yüzde
----------	------	------	-------

Duygusal_Tükenmişlik_grup	Düşük Risk	13	21,7
	Orta Risk	26	43,3
	Yüksek Risk	21	35
Duyarsızlaşma_grup	Düşük Risk	28	46,7
	Orta Risk	23	38,3
	Yüksek Risk	9	15,0
Kişisel_Başarı_grup	Yüksek Risk	37	61,7
	Orta Risk	18	30,0
	Düşük Risk	5	8,3

Katılımcıların duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarı seviyelerinin yüzde dağılımları, FoMOs ve alt boyutları olan state ve trait yüzdeleri aşağıdaki tabloda verilmiştir.

Tablo 4. 7. Ölçeklere Ve Alt Boyutlara Ait Tanımlayıcı İstatistikler

Puan	Ort $\pm$ ss	Enk – Enb	Cronbach alfa
Duygusal Tükenmişlik	15,81 $\pm$ 6,05	0 – 35	0,85
Duyarsızlaşma	6,04 $\pm$ 3,2	0 – 15	0,778
Kişisel Başarı	20,42 $\pm$ 4,24	0 – 31	0,753
Trait	10,57 $\pm$ 4,32	5 – 25	0,807
State	12,95 $\pm$ 3,75	5 – 24	0,728
FoMOs	23,52 $\pm$ 7,15	10 – 48	0,816

Ort; ortalama, ss; standart sapma, Enk; en küçük değer, Enb; en büyük değer

Bu sonuçlar çocuk diş hekimlerinde aşağıdaki tablodaki gibidir.

Tablo 4. 8. Çocuk diş hekimlerinde ölçeklere ve alt boyutlara ait tanımlayıcı istatistikler

Puan	Ort $\pm$ ss	Enk - Enb
Duygusal_Tükenmişlik	16,27 $\pm$ 5,71	6 - 29
Kişisel_Başarı	20,08 $\pm$ 4,23	8 - 28
Duyarsızlaşma	5,7 $\pm$ 3,62	0 - 15
Trait	11,5 $\pm$ 4,83	5 - 25
State	12,58 $\pm$ 4,18	5 - 23
FOMOs	24,08 $\pm$ 8,34	10 - 45

Çalışmaya alınan katılımcılarda Maslach Tükenmişlik Ölçeği alt boyutları olan duygusal tükenmişlik, kişisel başarı ve duyarsızlaşma ile FoMOs ölçeği toplam puanı ve alt boyutları olan trait ve state için alınan puanların arasında ilişki olup olmadığı test edilmiş ve sonuçlar aşağıdaki tabloda verilmiştir.

Tablo 4. 9. Puanların Arasındaki İlişkilerin Korelasyon Analizi

		Trait	State	FoMOs
Duygusal Tükenmişlik	r Değeri	0,361	0,041	0,073
	p Değeri	0,001*	0,408	0,143
Kişisel Başarı	r Değeri	0,380	0,096	0,459
	p Değeri	0,001*	0,055	0,001*
Duyarsızlaşma	r Değeri	-0,050	0,496	0,319
	p Değeri	0,319	0,001*	0,017*

r; pearson korelasyon katsayısı, *p<0,05; değişkenler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır.

Bu sonuçlar çocuk diş hekimliğinde aşağıdaki tablodaki gibidir.

Tablo 4. 10. Çocuk diş hekimlerindeki puanların arasındaki ilişkilerin korelasyon analizi

		Trait	State	FOMOs
Duygusal Tükenmişlik	r Değeri	0,056	0,138	0,102
	p Değeri	0,671	0,292	0,440
Kişisel Başarı	r Değeri	0,058	0,316	0,192
	p Değeri	0,662	0,014*	0,143
Duyarsızlaşma	r Değeri	0,124	0,178	0,161
	p Değeri	0,345	0,174	0,220

r; pearson korelasyon katsayısı, *p<0,05; değişkenler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır.

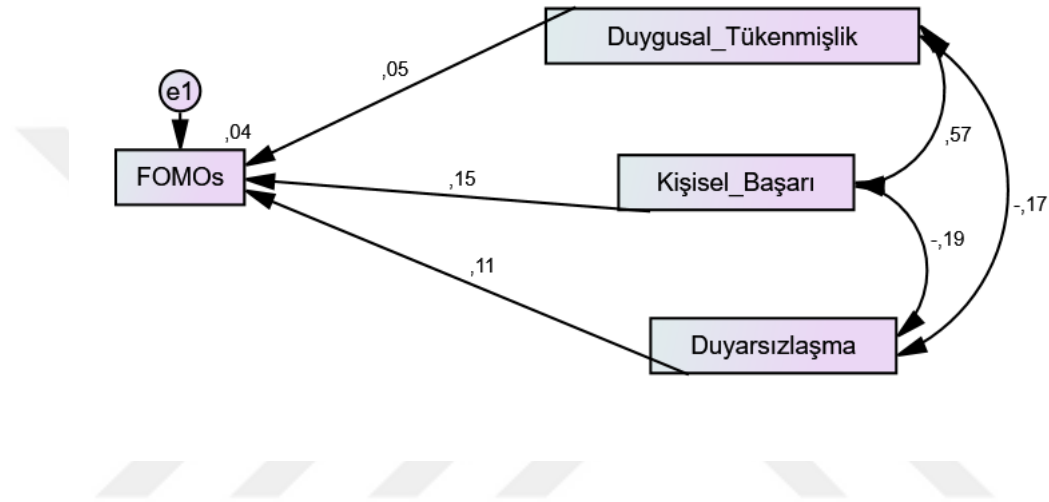
4.3. Ölçekler Arasındaki İlişkinin Yapısal Eşitlik Modellemesi İle İncelenmesi

Çok değişkenli analiz yapabilmek için verilerde ilk olarak çoklu normal dağılım kontrolü yapılmıştır. Verilerin çok değişkenli normal dağılım kontrolü AMOS programında yer alan “Observations farthest from the centroid (Mahalanobis Distance) Menüsü” ile kontrol edilmiştir. Modele ait çarpıklık değerinin 7,664 olduğu hesaplanmış olup 8’den küçük olduğu için çok değişkenli normal dağılım sağlanmıştır(142).

Yapısal Eşitlik Modellemesi (YEM) analizinin aynı anda birden fazla ilişkiyi test edebilme imkanı sunması geleneksel regresyon analizinden önemli farkıdır. Değişkenler arasında var olan doğrudan, dolaylı veya düzenleyici nedensellik ilişkilerin test edildiği

YEM temelli analizlerde her zaman gizli değişkenler üzerinden analiz yapılmamaktadır. Değişkenler arasında var olan nedensellik ilişkisi gözlemlenen değişkenler üzerinden de modelleme yapılarak hesaplanabilmektedir(143).

FoMOs ölçeği puanı bağımlı değişken, Maslach Tükenmişlik Ölçeği alt boyutları olan duygusal tükenmişlik, kişisel başarı ve duyarsızlaşma puanlarının bağımsız değişkenler olarak alındığı YEM analizi için kurulan modele ait diyagram aşağıda verilmiştir;



Şekil 2. 3. Ölçekler Arası YEM DİYAGRAMI

Kurulan modelin analizi sonucunda ilişkileri yorumlayabilmek için aşağıda yer alan tabloda regresyon katsayıları ve anlamlılık değerleri verilmiştir;

Tablo 4. 11. Regresyon Katsayıları

Bağımsız Değişkenler	Bağımlı Değişken	β_1	β_2	p_1 Değeri	R^2
Duygusal Tükenmişlik	FoMOs	0,052	0,061	0,386	0,040
Kişisel Başarı		0,151	0,337	0,012*	
Duyarsızlaşma		0,111	0,187	0,027*	

β_1 ; Standartlaştırılmış regresyon katsayıları, β_2 ; standartlaştırılmamış regresyon katsayıları, * $p < 0,05$; regresyon katsayılarının anlamlılığı için t testi sonucu, R^2 ; Açıklayıcılık Katsayısı

FoMOs ölçeği toplam puanı bağımlı değişkeni üzerinde duygusal tükenmişlik puanının istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p > 0,05$). FoMOs ölçeği toplam puanı bağımlı değişkeni üzerinde kişisel başarı ve duyarsızlaşma puanlarının etkisinin

istatistiksel olarak anlamlı olduğu hesaplanmıştır ($p<0,05$). Kişisel başarı ve duyarsızlaşma puanları FoMOs ölçeğinden alınan puanların %4'ünü açıklamaktadır ($R^2=0,040$).

β_1 katsayısı olan standartlaştırılmış regresyon katsayısı bağımsız değişkende meydana gelecek 1 standart sapmalık değişimin bağımlı değişkende ne kadar standart sapmalık değişimin meydana geleceğini göstermektedir.

β_2 katsayısı olan standartlaştırılmamış regresyon katsayısı bağımsız değişkende meydana gelecek 1 puanlık değişimin bağımlı değişkende kaç puanlık değişimin meydana geleceğini göstermektedir.

Bağımsız Değişkenler	Bağımlı Değişken	β_1	β_2	p_1	R^2
				Değeri	
Duygusal Tükenmişlik	FoMOs	0,052	0,061	0,386	0,040
Kişisel Başarı		0,151	0,337	0,012*	
Duyarsızlaşma		0,111	0,187	0,027*	

Kişisel başarı puanında 1 standart sapmalık değişim olursa FoMOs puanında 0,151 standart sapmalık değişim olacaktır($\beta_1=0,151$, $p<0,05$). Kişisel başarı puanı 1 puan artarsa FoMOs puanı 0,337 puan artacaktır ($\beta_2=0,337$, $p<0,05$). Kişisel başarı puanı ile FoMOs arasında pozitif yönde ilişki vardır. Bir kişinin kişisel başarı puanı arttıkça FoMOs puanı da artacaktır.

Duyarsızlaşma puanında 1 standart sapmalık değişim olursa FoMOs puanında 0,111 standart sapmalık değişim olacaktır($\beta_1=0,111$, $p<0,05$). Kişisel başarı puanı 1 puan artarsa FoMOs puanı 0,187 puan artacaktır ($\beta_2=0,187$, $p<0,05$). Duyarsızlaşma puanı ile FoMOs Arasında pozitif yönde ilişki vardır. Bir kişinin duyarsızlaşma puanı arttıkça FoMOs puanı da artacaktır.

Araştırma sonucunda elde edilen faktörler ile kurulan modelin doğrulanıp doğrulanmadığını birden fazla uyum indeksi ile gösteren yapısal eşitlik modellemesinde tek bir uyum indeksi yerine tüm indeksler bir arada değerlendirmektedir(144).

Yeni kurulan modelde; analiz sonucunda elde edilen uyum iyiliği indeks değerleri χ^2 4,856 , df 2, χ^2/df 2,428, RMSEA 0,072, GFI 0,917, IFI 0,913 ve CFI 0,914 olarak bulunmuştur. Hesaplanan χ^2/df değeri 3'ün altında olduğu için model istatistiksel olarak

anlamalı bulunmuştur, NFI, CFI ve GFI değerlerine bakarsak model uyumu görülmektedir (NFI>0,90, CFI>0,90, GFI>0,90), Yani örneklem elde edilen verilerle temsil edilebilmektedir, RMSEA değerine bakarsak örneklem sayısının yeterli olduğu söylenir (RMSEA <0,05).(143).

Çalışmaya alınan katılımcılarda Maslach Tükenmişlik Ölçeği alt boyutları olan duygusal tükenmişlik, kişisel başarı ve duyarsızlaşma ile FoMOs ölçeği toplam puanı ve alt boyutları olan trait ve state için alınan puanların cinsiyete göre fark gösterip göstermediği test edilmiş ve sonuçlar aşağıdaki tabloda verilmiştir.

Tablo 4. 12. Puanların cinsiyete göre karşılaştırılması

Puan	Grup	Ort $\pm$ ss	Test Değeri	p Değeri
Duygusal Tükenmişlik	Kadın	15,76 $\pm$ 5,86	-0,258	0,398
	Erkek	15,92 $\pm$ 6,44		
Kişisel Başarı	Kadın	5,87 $\pm$ 3,04	-1,55	0,061
	Erkek	6,4 $\pm$ 3,47		
Duyarsızlaşma	Kadın	20,01 $\pm$ 4,16	-2,844	0,002*
	Erkek	21,28 $\pm$ 4,3		
Trait	Kadın	11,05 $\pm$ 4,54	3,278	0,001*
	Erkek	9,56 $\pm$ 3,62		
State	Kadın	13 $\pm$ 3,84	0,411	0,341
	Erkek	12,84 $\pm$ 3,58		
FoMOs	Kadın	24,06 $\pm$ 7,47	2,18	0,015*
	Erkek	22,4 $\pm$ 6,33		

Ort; ortalama, ss; standart sapma, test; iki ortalama arasındaki farkın anlamlılık testi (t testi), *p<0,05; gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır.

Çalışmaya alınan katılımcılarda Maslach Tükenmişlik Ölçeği alt boyutları olan duygusal tükenmişlik, kişisel başarı ve FoMOs ölçeği alt boyutu olan state için alınan puanlara göre kadınlar ve erkekler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (p>0,05).

Çalışmaya alınan katılımcılarda Maslach Tükenmişlik Ölçeği alt boyutu olan duyarsızlaşma, FoMOs ölçeği toplam puanı ve FoMOs ölçeği alt boyutu olan trait için alınan puanlara göre kadınlar ve erkekler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur (p<0,05).

Çalışmaya alınan çocuk diş hekimlerinde Maslach Tükenmişlik Ölçeği alt boyutları olan duygusal tükenmişlik, kişisel başarı ve duyarsızlaşma ile FOMOs ölçeği toplam puanı ve alt boyutları olan trait ve state için alınan puanlara göre kadınlar ve erkekler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$). Sonuçlar aşağıdaki tabloda verilmiştir.

Tablo 4. 13. Çocuk diş hekimlerinin puanlarının cinsiyete göre karşılaştırılması

Puan	Grup	Ort $\pm$ ss	Test Değeri	p Değeri
Duygusal_Tükenmişlik	Kadın	16,4 $\pm$ 5,71	0,948	0,347
	Erkek	12,5 $\pm$ 6,36		
Kişisel_Başarı	Kadın	19,97 $\pm$ 4,23	-1,166	0,248
	Erkek	23,5 $\pm$ 3,54		
Duyarsızlaşma	Kadın	5,72 $\pm$ 3,56	0,276	0,783
	Erkek	5 $\pm$ 7,07		
Trait	Kadın	11,59 $\pm$ 4,83	0,742	0,461
	Erkek	9 $\pm$ 5,66		
State	Kadın	12,59 $\pm$ 4,16	0,028	0,977
	Erkek	12,5 $\pm$ 6,36		
FOMOs	Kadın	24,17 $\pm$ 8,32	0,442	0,66
	Erkek	21,5 $\pm$ 12,02		

Ort; ortalama, ss; standart sapma, test; iki ortalama arasındaki farkın anlamlılık testi (t testi), * $p<0,05$; gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır.

Çalışmaya alınan katılımcılarda Maslach Tükenmişlik Ölçeği alt boyutları olan duygusal tükenmişlik, kişisel başarı ve duyarsızlaşma ile FoMOs ölçeği toplam puanı ve alt boyutları olan trait ve state için alınan puanların yaş gruplarına göre fark gösterip göstermediği test edilmiş ve sonuçlar aşağıdaki tabloda verilmiştir.

Tablo 4. 14. Puanların yaşa göre karşılaştırılması

Ölçek Boyutları	Grup	Ort $\pm$ ss	Test Değeri	p Değeri	Fark
Duygusal Tükenmişlik	20-25 yaş arası ¹	14 $\pm$ 6,04	4,139	0,017*	1-2

	26-31 yaş arası ²	16,24 ± 6,05		
	32 yaş ve üzeri ³	15,65 ± 4,83		
Kişisel Başarı	20-25 yaş arası ¹	5,42 ± 3,28		
	26-31 yaş arası ²	6,19 ± 3,11	1,683	0,187
	32 yaş ve üzeri ³	6,06 ± 4,12		
Duyarsızlaşma	20-25 yaş arası ¹	19,9 ± 4,18		
	26-31 yaş arası ²	20,56 ± 4,23	0,736	0,480
	32 yaş ve üzeri ³	20,18 ± 4,79		
Trait	20-25 yaş arası ¹	10,47 ± 4,8		
	26-31 yaş arası ²	10,65 ± 4,24	0,628	0,534
	32 yaş ve üzeri ³	9,47 ± 3,48		
State	20-25 yaş arası ¹	12,59 ± 3,64		
	26-31 yaş arası ²	13,08 ± 3,81	1,014	0,364
	32 yaş ve üzeri ³	12,06 ± 3,13		
FoMOs	20-25 yaş arası ¹	23,05 ± 7,36		
	26-31 yaş arası ²	23,73 ± 7,15	0,954	0,386
	32 yaş ve üzeri ³	21,53 ± 6,14		

Ort; ortalama, ss; standart sapma, test; ANOVA Testi F değeri, *p<0,05; gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır.

Çalışmaya alınan katılımcılarda Maslach Tükenmişlik Ölçeği alt boyutları olan duyarsızlaşma, kişisel başarı ile FoMOs ölçeği toplam puanı ve alt boyutları olan trait ve state için alınan puanlara göre yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (p>0,05).

Çalışmaya alınan katılımcılarda Maslach Tükenmişlik Ölçeği alt boyutu olan duygusal tükenmişlik için alınan puanlara göre yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0,05$). Farkın hangi gruplar arasında olduğunu Duncan Testi ile ikili karşılaştırmalar yapılmıştır.

- Duygusal tükenmişlik için alınan puanlarda 20-25 yaş ile 26-31 yaş olanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($p=0,003<0,05$).

Ancak yapılan diğer ikili karşılaştırmalar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Çalışmaya alınan çocuk diş hekimlerinde Maslach Tükenmişlik Ölçeği alt boyutları olan duygusal tükenmişlik, kişisel başarı ve duyarsızlaşma ile FOMOs ölçeği toplam puanı ve alt boyutları olan trait ve state için alınan puanlara göre yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$). Sonuçlar aşağıdaki tabloda verilmiştir.

Tablo 4. 15. Çocuk diş hekimlerinin puanlarının yaşa göre karşılaştırılması

Ölçek Boyutları	Grup	Ort $\pm$ ss	Test Değeri	p Değeri
Duygusal_Tükenmişlik	20-25 yaş arası	12,36 $\pm$ 5,3	4,432	0,16
	26-31 yaş arası	17,53 $\pm$ 5,63		

	32 yaş ve üzeri	14,33 ± 3,27		
Kişisel_Başarı	20-25 yaş arası	19,82 ± 4,38		
	26-31 yaş arası	19,98 ± 4,32	0,290	0,749
	32 yaş ve üzeri	21,33 ± 3,72		
Duyarsızlaşma	20-25 yaş arası	4,36 ± 3,78		
	26-31 yaş arası	6,21 ± 3,21	1,533	0,225
	32 yaş ve üzeri	4,5 ± 5,61		
Trait	20-25 yaş arası	10,73 ± 4,29		
	26-31 yaş arası	12,26 ± 4,88	2,899	0,063
	32 yaş ve üzeri	7,5 ± 3,56		
State	20-25 yaş arası	11,36 ± 4,08		
	26-31 yaş arası	13,12 ± 4,16	1,262	0,291
	32 yaş ve üzeri	11 ± 4,24		
FOMOs	20-25 yaş arası	22,09 ± 7,53		
	26-31 yaş arası	25,37 ± 8,38	2,263	0,113
	32 yaş ve üzeri	18,5 ± 7,56		

Ort; ortalama, ss; standart sapma, test; ANOVA Testi F değeri, *p<0,05; gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır.

Çalışmaya alınan katılımcılarda Maslach Tükenmişlik Ölçeği alt boyutları olan duygusal tükenmişlik, kişisel başarı ve duyarsızlaşma ile FoMOs ölçeği toplam puanı ve alt boyutları olan trait ve state için alınan puanların çocuk sayılarına göre fark gösterip göstermediği test edilmiş ve sonuçlar aşağıdaki tabloda verilmiştir.

Tablo 4. 16. Puanların Çocuk Sayılarına Göre Karşılaştırılması

Ölçek Boyutları	Grup	Ort ± ss	Test Değeri	p Değeri
Duygusal	Yok	15,99 ± 6,2	1,068	0,363
Tükenmişlik	1 Tane	14,53 ± 5,08		

	2 Tane	14,1 ± 3,7		
	3 veya daha fazla	17,67 ± 4,51		
Kişisel Başarı	Yok	6,13 ± 3,18		
	1 Tane	5,75 ± 3,28	1,795	0,147
	2 Tane	3,9 ± 3,11		
	3 veya daha fazla	7 ± 2,65		
Duyarsızlaşma	Yok	20,32 ± 4,26		
	1 Tane	20,9 ± 4,4	0,697	0,555
	2 Tane	22 ± 3,33		
	3 veya daha fazla	20,67 ± 2,08		
Trait	Yok	10,63 ± 4,4		
	1 Tane	10,83 ± 3,68	1,546	0,202
	2 Tane	7,9 ± 3,07		
	3 veya daha fazla	8,67 ± 3,79		
State	Yok	12,92 ± 3,76		
	1 Tane	13,43 ± 3,61	0,355	0,785
	2 Tane	12,4 ± 4,25		
	3 veya daha fazla	12 ± 4,36		
FoMOs	Yok	23,55 ± 7,2		
	1 Tane	24,25 ± 6,83	0,976	0,404
	2 Tane	20,3 ± 6,4		
	3 veya daha fazla	20,67 ± 8,08		

Ort; ortalama, ss; standart sapma, test; ANOVA Testi F değeri, *p<0,05; gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır.

Çalışmaya alınan katılımcılarda Maslach Tükenmişlik Ölçeği alt boyutları olan duygusal tükenmişlik, duyarsızlaşma, kişisel başarı ve FoMOs ölçeği toplam puanı ve alt boyutları olan trait ve state için alınan puanlara göre çocuk sayıları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (p>0,05).

Çalışmaya alınan çocuk dış hekimlerinde Maslach Tükenmişlik Ölçeği alt boyutları olan duygusal tükenmişlik, kişisel başarı ve duyarsızlaşma ile FOMO's ölçeği toplam puanı ve alt boyutları olan trait ve state için alınan puanlara göre çocuk sayıları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (p>0,05). Sonuçlar aşağıdaki tabloda verilmiştir.

Tablo 4. 17. Çocuk diş hekimlerinde puanların çocuk sayılarına göre karşılaştırılması

Ölçek Boyutları	Grup	Ort $\pm$ ss	Test Değeri	p Değeri
Duygusal_Tükenmişlik	Yok	16,4 $\pm$ 5,81	0,445	0,643
	1 Tane	17,33 $\pm$ 6,81		
	2 Tane	13,75 $\pm$ 4,03		
Kişisel_Başarı	Yok	19,98 $\pm$ 4,32	0,132	0,877
	1 Tane	21 $\pm$ 3		
	2 Tane	20,75 $\pm$ 4,5		
Duyarsızlaşma	Yok	5,77 $\pm$ 3,31	2,223	0,118
	1 Tane	8,33 $\pm$ 6,11		
	2 Tane	2,75 $\pm$ 4,86		
Trait	Yok	12,06 $\pm$ 4,76	3,264	0,045
	1 Tane	7,67 $\pm$ 2,08		
	2 Tane	7 $\pm$ 4		
State	Yok	12,87 $\pm$ 4,13	1,066	0,351
	1 Tane	10,67 $\pm$ 3,51		
	2 Tane	10,25 $\pm$ 5,12		
FOMOs	Yok	24,92 $\pm$ 8,2	2,437	0,096
	1 Tane	18,33 $\pm$ 5,13		
	2 Tane	17,25 $\pm$ 8,85		

Ort; ortalama, ss; standart sapma, test; ANOVA Testi F değeri, *p<0,05; gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır.

Çalışmaya alınan katılımcılarda Maslach Tükenmişlik Ölçeği alt boyutları olan duygusal tükenmişlik, kişisel başarı ve duyarsızlaşma ile FoMOs ölçeği toplam puanı ve alt boyutları olan trait ve state için alınan puanların lisansüstü eğitim yıllarına göre fark gösterip göstermediği test edilmiş ve sonuçlar aşağıdaki tabloda verilmiştir.

Tablo 4. 18. Puanların Lisansüstü Eğitim Yıllarına Göre Karşılaştırılması

Ölçek Boyutları	Grup	Ort $\pm$ ss	Test Değeri	p Değeri	Fark
Duygusal Tükenmişlik	0-12 Ay ¹	14,33 $\pm$ 6,12	3,276	0,021*	1-3
	13-24 Ay ²	16,11 $\pm$ 6,18			
	25-36 Ay ³	16,41 $\pm$ 5,76			

	37 ay ve üzeri ⁴	16,95 ± 6		
Kişisel Başarı	0-12 Ay ¹	5,73 ± 3,23		
	13-24 Ay ²	6,07 ± 3,37		
	25-36 Ay ³	6,27 ± 3,08	0,620	0,603
	37 ay ve üzeri ⁴	5,97 ± 3,07		
Duyarsızlaşma	0-12 Ay ¹	20,18 ± 4,38		
	13-24 Ay ²	20,48 ± 4,3		
	25-36 Ay ³	20,41 ± 4,23	0,380	0,768
	37 ay ve üzeri ⁴	21,03 ± 3,8		
Trait	0-12 Ay ¹	10,98 ± 4,79		
	13-24 Ay ²	10,28 ± 4,25		
	25-36 Ay ³	10,8 ± 3,88	1,722	0,162
	37 ay ve üzeri ⁴	9,32 ± 4,52		
State	0-12 Ay ¹	13,25 ± 3,95		
	13-24 Ay ²	12,86 ± 3,56		
	25-36 Ay ³	13,08 ± 3,67	1,358	0,255
	37 ay ve üzeri ⁴	11,87 ± 3,97		
FoMOs	0-12 Ay ¹	24,23 ± 7,56		
	13-24 Ay ²	23,14 ± 7,01		
	25-36 Ay ³	23,88 ± 6,72	1,948	0,121
	37 ay ve üzeri ⁴	21,18 ± 7,68		

Ort; ortalama, ss; standart sapma, test; ANOVA Testi F değeri, *p<0,05; gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır.

Çalışmaya alınan katılımcılarda Maslach Tükenmişlik Ölçeği alt boyutları olan duyarsızlaşma, kişisel başarı ile FoMOs ölçeği toplam puanı ve alt boyutları olan trait ve state için alınan puanlara göre lisansüstü eğitim yılları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (p>0,05).

Çalışmaya alınan katılımcılarda Maslach Tükenmişlik Ölçeği alt boyutu olan duygusal tükenmişlik için alınan puanlara göre lisansüstü eğitim yılları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0,05$). Farkın hangi gruplar arasında olduğunu Duncan Testi ile ikili karşılaştırmalar yapılmıştır.

- Duygusal tükenmişlik için alınan puanlarda 0-12 ay ile 25-36 ay olanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($p=0,023<0,05$).

Ancak yapılan diğer ikili karşılaştırmalar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Çalışmaya alınan çocuk diş hekimlerinde Maslach Tükenmişlik Ölçeği alt boyutları olan duyarsızlaşma, kişisel başarı ile FOMOs ölçeği toplam puanı ve alt boyutları olan trait ve state için alınan puanlara göre lisansüstü eğitim yılları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Çalışmaya alınan çocuk diş hekimlerinde Maslach Tükenmişlik Ölçeği alt boyutu olan duygusal tükenmişlik için alınan puanlara göre lisansüstü eğitim yılları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0,05$). Farkın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek için Duncan Testi ile ikili karşılaştırmalar yapılmıştır.

- Duygusal tükenmişlik için alınan puanlarda 0-12 ay ile 25-36 ay olanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($p=0,023<0,05$).
- Ancak yapılan diğer ikili karşılaştırmalar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 4. 19. Çocuk diş hekimlerinde puanların lisansüstü eğitim yıllarına göre karşılaştırılması

Ölçek Boyutları	Grup	Ort $\pm$ ss	Test Değeri	p Değeri	Fark
Duygusal_Tükenmişlik	0-12 Ay ¹ 13-24 Ay ²	12,79 $\pm$ 4,3 16,39 $\pm$ 6,63	2,818	0,047*	1-2

	25-36 Ay ³	17,81 ± 5		
	37 ay ve üzeri ⁴	19,5 ± 7,78		
Kişisel_Başarı	0-12 Ay ¹	19,43 ± 5,29		
	13-24 Ay ²	20,89 ± 4,03		
	25-36 Ay ³	20,12 ± 3,85	0,673	0,572
	37 ay ve üzeri ⁴	17 ± 2,83		
Duyarsızlaşma	0-12 Ay ¹	4,93 ± 3,56		
	13-24 Ay ²	5,56 ± 3,58		
	25-36 Ay ³	6,42 ± 3,71	0,936	0,430
	37 ay ve üzeri ⁴	3 ± 2,83		
Trait	0-12 Ay ¹	10,36 ± 4,14		
	13-24 Ay ²	11,78 ± 5,73		
	25-36 Ay ³	12,04 ± 4,53	0,440	0,725
	37 ay ve üzeri ⁴	10 ± 7,07		
State	0-12 Ay ¹	11,71 ± 3,89		
	13-24 Ay ²	13,39 ± 4,3		
	25-36 Ay ³	12,73 ± 4,17	0,791	0,504
	37 ay ve üzeri ⁴	9,5 ± 6,36		
FOMOs	0-12 Ay ¹	22,07 ± 6,9		
	13-24 Ay ²	25,17 ± 9,4		
	25-36 Ay ³	24,77 ± 8,18	0,620	0,605
	37 ay ve üzeri ⁴	19,5 ± 13,44		

Ort; ortalama, ss; standart sapma, test; ANOVA Testi F değeri, *p<0,05; gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır.

Çalışmaya alınan katılımcılarda Maslach Tükenmişlik Ölçeği alt boyutları olan duygusal tükenmişlik, kişisel başarı ve duyarsızlaşma ile FoMOs ölçeği toplam puanı ve alt boyutları olan trait ve state için alınan puanların uzmanlık eğitimi tercih durumuna göre fark gösterip göstermediği test edilmiş ve sonuçlar aşağıdaki tabloda verilmiştir.

Tablo 4. 20. Puanların uzmanlık eğitimi tercih durumuna göre karşılaştırılması

Ölçek Boyutları	Grup	Ort ± ss	Test Değeri	p Değeri
Duygusal Tükenmişlik	Evet	15,46 ± 5,77	2,134	0,061
	puana göre tercih	16,74 ± 6,59		

	strese göre tercih	13,9 ± 5,55		
	şehire göre tercih	18,87 ± 6,75		
	akademik kadroya göre tercih	11,5 ± 4,43		
	fiziksel şartlara göre tercih	13,67 ± 4,62		
Kişisel Başarı	Evet	5,99 ± 3,09		
	puana göre tercih	6,28 ± 3,52		
	strese göre tercih	4,7 ± 2,63	1,659	0,143
	şehire göre tercih	7,33 ± 2,89		
	akademik kadroya göre tercih	3,25 ± 3,3		
	fiziksel şartlara göre tercih	5 ± 1		
Duyarsızlaşma	Evet	20,61 ± 3,88		
	puana göre tercih	19,82 ± 5,04		
	strese göre tercih	21,1 ± 5,2	0,881	0,494
	şehire göre tercih	20,07 ± 4,32		
	akademik kadroya göre tercih	23 ± 1,63		
	fiziksel şartlara göre tercih	20 ± 5,29		
Trait	Evet	10,33 ± 4,29		
	puana göre tercih	11,01 ± 4,27		
	strese göre tercih	10,9 ± 3,48	2,114	0,063
	şehire göre tercih	11,33 ± 4,01		
	akademik kadroya göre tercih	7,5 ± 1,73		
	fiziksel şartlara göre tercih	16,67 ± 9,07		
State	Evet	12,77 ± 3,74		
	puana göre tercih	13,32 ± 3,85		
	strese göre tercih	13 ± 3,27	0,420	0,835
	şehire göre tercih	13,53 ± 3,34		
	akademik kadroya göre tercih	13,25 ± 0,96		
	fiziksel şartlara göre tercih	13,67 ± 8,02		
FoMOs	Evet	23,1 ± 7,21		
	puana göre tercih	24,33 ± 7,03		
	strese göre tercih	23,9 ± 4,23	1,227	0,295
	şehire göre tercih	24,87 ± 6,38		
	akademik kadroya göre tercih	20,75 ± 1,71		
	fiziksel şartlara göre tercih	30,33 ± 17,01		

Ort; ortalama, ss; standart sapma, test; ANOVA Testi F değeri, *p<0,05; gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır.

Çalışmaya alınan katılımcılarda Maslach Tükenmişlik Ölçeği alt boyutları olan duygusal tükenmişlik, duyarsızlaşma, kişisel başarı ile FoMOs ölçeği toplam puanı ve alt boyutları olan trait ve state için alınan puanlara göre uzmanlık eğitimi tercih durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (p>0,05).

Tablo 4. 21. Çocuk diş hekimlerinin puanlarının uzmanlık eğitimi tercih durumlarına göre karşılaştırılması

Ölçek Boyutları	Grup	Ort ± ss	Test Değeri	p Değeri
-----------------	------	----------	-------------	----------

Duygusal Tükenmişlik	Evet	16,35 ± 5,78	0,097	0,908
	puana göre tercih	16,27 ± 6,06		
	strese göre tercih	14,5 ± 0,71		
Kişisel_Başarı	Evet	19,65 ± 4,09	0,97	0,385
	puana göre tercih	21,4 ± 4,72		
	strese göre tercih	19,5 ± 2,12		
Duyarsızlaşma	Evet	5,65 ± 3,52	0,969	0,386
	puana göre tercih	6,27 ± 4,03		
	strese göre tercih	2,5 ± 0,71		
Trait	Evet	11,67 ± 5,13	0,138	0,872
	puana göre tercih	10,93 ± 4,37		
	strese göre tercih	12 ± 0		
State	Evet	12,58 ± 4,43	0,022	0,978
	puana göre tercih	12,67 ± 3,52		
	strese göre tercih	12 ± 5,66		
FOMOs	Evet	24,26 ± 8,9	0,033	0,967
	puana göre tercih	23,6 ± 7,29		
	strese göre tercih	24 ± 5,66		

Ort; ortalama, ss; standart sapma, test; ANOVA Testi F değeri, *p<0,05; gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır.

Çalışmaya alınan çocuk diş hekimlerinin Maslach Tükenmişlik Ölçeği alt boyutları olan duygusal tükenmişlik, duyarsızlaşma, kişisel başarı ile FoMOs ölçeği toplam puanı ve alt boyutları olan trait ve state için alınan puanlara göre uzmanlık eğitimi tercih durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (p>0,05).

Çalışmaya alınan katılımcılarda Maslach Tükenmişlik Ölçeği alt boyutları olan duygusal tükenmişlik, kişisel başarı ve duyarsızlaşma ile FoMOs ölçeği toplam puanı ve

alt boyutları olan trait ve state için alınan puanların medeni duruma göre fark gösterip göstermediği test edilmiş ve sonuçlar aşağıdaki tabloda verilmiştir.

Tablo 4. 22. Puanların medeni duruma göre karşılaştırılması

Değişken	Grup	Ort ± ss	Test Değeri	p Değeri
Duygusal Tükenmişlik	Bekar	15,83 ± 6,06	0,097	0,462
	Evli	15,77 ± 6,04		
Kişisel Başarı	Bekar	6,05 ± 3,17	0,056	0,478
	Evli	6,03 ± 3,26		
Duyarsızlaşma	Bekar	20,58 ± 4,04	1,028	0,152
	Evli	20,12 ± 4,61		
Trait	Bekar	10,68 ± 4,29	0,702	0,242
	Evli	10,36 ± 4,38		
State	Bekar	13,1 ± 3,73	1,134	0,129
	Evli	12,65 ± 3,8		
FoMOs	Bekar	23,78 ± 7,04	1,018	0,155
	Evli	23,01 ± 7,37		

Ort; ortalama, ss; standart sapma, test; iki ortalama arasındaki farkın anlamlılık testi (t testi), *p<0,05; gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır.

Çalışmaya alınan katılımcılarda Maslach Tükenmişlik Ölçeği alt boyutları olan duygusal tükenmişlik, duyarsızlaşma, kişisel başarı ile ve FoMOs ölçeği toplam puanı ve alt boyutları olan trait ve state için alınan puanlara göre evli ve bekarlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (p>0,05).

Tablo 4. 23. Çocuk Diş Hekimlerinin Puanlarının Medeni Duruma Göre Karşılaştırılması

Değişken	Grup	Ort ± ss	Test Değeri	p Değeri
Duygusal_Tükenmişlik	Bekar	16,21 ± 5,31	-0,113	0,911
	Evli	16,38 ± 6,54		
Kişisel_Başarı	Bekar	19,82 ± 4,26	-0,653	0,516
	Evli	20,57 ± 4,23		

Duyarsızlaşma	Bekar	5,82 ± 3,32	0,349	0,728
	Evli	5,48 ± 4,2		
Trait	Bekar	12,13 ± 4,3	1,383	0,172
	Evli	10,33 ± 5,62		
State	Bekar	12,51 ± 4,06	-0,177	0,86
	Evli	12,71 ± 4,48		
FOMOs	Bekar	24,64 ± 7,58	0,703	0,485
	Evli	23,05 ± 9,72		

Ort; ortalama, ss; standart sapma, test; iki ortalama arasındaki farkın anlamlılık testi (t testi), *p<0,05; gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır.

Çalışmaya alınan Çocuk Diş Hekimlerinin Maslach Tükenmişlik Ölçeği alt boyutları olan duygusal tükenmişlik, duyarsızlaşma, kişisel başarı ile FOMOs ölçeği toplam puanı ve alt boyutları olan trait ve state için alınan puanlara göre evli ve bekarlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (p>0,05).

Çalışmaya alınan katılımcılarda Maslach Tükenmişlik Ölçeği alt boyutları olan duygusal tükenmişlik, kişisel başarı ve duyarsızlaşma ile FoMOs ölçeği toplam puanı ve alt boyutları olan trait ve state için alınan puanların uzmanlık tercih nedenlerine göre fark gösterip göstermediği test edilmiş ve sonuçlar aşağıdaki tabloda verilmiştir.

Tablo 4. 24. Puanların uzmanlık tercih nedenlerine göre karşılaştırılması

Ölçek Boyutları	Grup	Ort ± ss	Test Değeri	p Değeri	Fark
Duygusal Tükenmişlik	Rekabet ¹	19,33 ± 6,75	3,089	0,056	
	İş İmkani ²	16,6 ± 5,78			
	Maddi Kazanç ³	16,83 ± 5,77			
	İş Hayatına Daha Geç Başlamak ⁴	14 ± 4,94			
	İlginin Olduğu Bölümde Uzmanlaşma ⁵	14,35 ± 5,71			
	Unvan ⁶	16,86 ± 6,98			
	Akademisyenlik ⁷	16 ± 5,82			
Duyarsızlaşma	Rekabet ¹	6,75 ± 3,52	2,568	0,019*	5-6
	İş İmkani ²	5,95 ± 2,96			

	Maddi Kazanç ³	6,94 ± 3,17		
	İş Hayatına Daha Geç Başlamak ⁴	5,83 ± 2,93		
	İlginin Olduğu Bölümde Uzmanlaşma ⁵	5,49 ± 3		
	Unvan ⁶	7 ± 3,58		
	Akademisyenlik ⁷	5,63 ± 3,42		
Kişisel Başarı	Rekabet ¹	20,75 ± 5,19		
	İş İmkani ²	19,26 ± 4,31		
	Maddi Kazanç ³	21,04 ± 4,31		
	İş Hayatına Daha Geç Başlamak ⁴	18,33 ± 4,89	2,105	0,052
	İlginin Olduğu Bölümde Uzmanlaşma ⁵	21,04 ± 3,95		
	Unvan ⁶	20,3 ± 4,89		
	Akademisyenlik ⁷	20,23 ± 3,25		
Trait	Rekabet ¹	13,08 ± 4,91		
	İş İmkani ²	10,75 ± 4,16		
	Maddi Kazanç ³	10,96 ± 4,21		
	İş Hayatına Daha Geç Başlamak ⁴	9,67 ± 4,8	1,677	0,125
	İlginin Olduğu Bölümde Uzmanlaşma ⁵	10,03 ± 4,32		
	Unvan ⁶	10,18 ± 3,84		
	Akademisyenlik ⁷	11,6 ± 4,9		
State	Rekabet ¹	13,5 ± 4,54		
	İş İmkani ²	12,55 ± 3,75		
	Maddi Kazanç ³	13,31 ± 3,39		
	İş Hayatına Daha Geç Başlamak ⁴	11,67 ± 3,72	1,471	0,187
	İlginin Olduğu Bölümde Uzmanlaşma ⁵	12,68 ± 3,65		
	Unvan ⁶	12,98 ± 4,35		
	Akademisyenlik ⁷	14,35 ± 3,29		
FoMOs	Rekabet ¹	26,58 ± 8,39		
	İş İmkani ²	23,3 ± 6,93		
	Maddi Kazanç ³	24,27 ± 6,65		
	İş Hayatına Daha Geç Başlamak ⁴	21,33 ± 8,12	1,698	0,120
	İlginin Olduğu Bölümde Uzmanlaşma ⁵	22,71 ± 7,16		
	Unvan ⁶	23,16 ± 7,2		
	Akademisyenlik ⁷	25,95 ± 7,26		

Ort; ortalama, ss; standart sapma, test; ANOVA Testi F değeri, *p<0,05; gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır.

Çalışmaya alınan katılımcılarda Maslach Tükenmişlik Ölçeği alt boyutları olan duygusal tükenmişlik ve Kişisel Başarı ile FOMOs ölçeği toplam puanı ve alt boyutları olan trait ve state için alınan puanlara göre lisansüstü uzmanlık tercih nedenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (p>0,05).

Çalışmaya alınan katılımcılarda Maslach Tükenmişlik Ölçeği alt boyutu olan Duyarsızlaşma için alınan puanlara göre lisansüstü uzmanlık tercih nedenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur (p<0,05). Farkın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek için Duncan Testi ile ikili karşılaştırmalar yapılmıştır.

- Duyarsızlaşma için alınan puanlarda ilginin olduğu bölümde uzmanlaşmak isteyenler ile unvan için uzmanlık tercih edenler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur (p=0,023<0,05).
- Ancak yapılan diğer ikili karşılaştırmalar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (p>0,05).

Tablo 4. 25. Çocuk diş hekimlerinde puanların uzmanlık tercih nedenlerine göre karşılaştırılması

Ölçek Boyutları	Grup	Ort ± ss	Test Değeri	p Değeri
Duygusal_Tükenmişlik	İş İmkânı	16,16 ± 6,27	0,964	0,448
	Maddi Kazanç	17,5 ± 6,02		
	İş Hayatına Daha Geç Başlamak	11,5 ± 0,71		
	İlginin Olduğu Bölümde	15,33 ± 5,12		
	Uzmanlaşma	19,67 ± 4,72		
	Unvan	18,33 ± 9,07		
Kişisel_Başarı	İş İmkânı	18,47 ± 5,19	2,248	0,063
	Maddi Kazanç	22,67 ± 3,67		
	İş Hayatına Daha Geç Başlamak	21 ± 1,41		
	İlginin Olduğu Bölümde	19,5 ± 3,27		
	Uzmanlaşma	23,17 ± 3,06		
	Unvan	23 ± 3,61		
Duyarsızlaşma	İş İmkânı	5,63 ± 3,02	1,999	0,093
	Maddi Kazanç	5 ± 3,9		
	İş Hayatına Daha Geç Başlamak	8 ± 2,83		
	İlginin Olduğu Bölümde	5 ± 3,62		
	Uzmanlaşma	9,5 ± 3,89		
	Unvan	4 ± 3,61		
Trait	İş İmkânı	11,47 ± 3,45	0,490	0,782
	Maddi Kazanç	12,83 ± 7,81		
	İş Hayatına Daha Geç Başlamak	8,5 ± 3,54		
	İlginin Olduğu Bölümde	10,92 ± 4,86		
	Uzmanlaşma	12,33 ± 4,37		
	Unvan	14 ± 8,54		
State	İş İmkânı	11,42 ± 3,29	1,152	0,345
	Maddi Kazanç	13,17 ± 3,76		
	İş Hayatına Daha Geç Başlamak	8,5 ± 2,12		
	İlginin Olduğu Bölümde	13 ± 4,33		
	Uzmanlaşma	14,83 ± 5,78		
	Unvan	13,67 ± 5,51		
FOMOs	İş İmkânı	22,89 ± 5,92	0,687	0,636
	Maddi Kazanç	26 ± 11,08		
	İş Hayatına Daha Geç Başlamak	17 ± 5,66		
	İlginin Olduğu Bölümde	23,92 ± 8,6		
	Uzmanlaşma	27,17 ± 9,91		
	Unvan	27,67 ± 14,05		

Ort; ortalama, ss; standart sapma, test; ANOVA Testi F değeri, *p<0,05; gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır.

Çalışmaya alınan çocuk diş hekimlerinde Maslach Tükenmişlik Ölçeği alt boyutları olan duygusal tükenmişlik, duyarsızlaşma, kişisel başarı ile FOMOs ölçeği toplam puanı ve alt boyutları olan trait ve state için alınan puanlara göre uzmanlık tercih nedenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (p>0,05).

Çalışmaya alınan katılımcılarda Maslach Tükenmişlik Ölçeği alt boyutları olan duygusal tükenmişlik, kişisel başarı ve duyarsızlaşma ile FoMOs ölçeği toplam puanı ve alt boyutları olan trait ve state için alınan puanların işe bağlı stres faktörlerine göre fark gösterip göstermediği test edilmiş ve sonuçlar aşağıdaki tabloda verilmiştir.



Tablo 4. 26. Puanların işe bağlı stres faktörlerine göre karşılaştırılması

Ölçek Boyutları	Grup	Ort $\pm$ ss	Test Değeri	p Değeri	Fark
Duygusal Tükenmişlik	İletişim Sorunları ¹	14,94 $\pm$ 3,96	3,168	0,003*	1-5
	Fiziksel Ortam ²	14,79 $\pm$ 5,42			
	Sistemdeki Uygunsuzluk ³	15,59 $\pm$ 6,76			
	Ekonomik Sıkıntı ⁴	17,05 $\pm$ 6,39			

	Meslektaş Sıkıntısı ⁵	19,11 ± 5,16		
	Takdir Edilmeme ⁶	19,86 ± 5,26		
	Uzun Çalışma Saatleri ⁷	14,04 ± 5,5		
	Hasta Yakını Stresi ⁸	14,82 ± 5,98		
Kişisel Başarı	İletişim Sorunları ¹	5,97 ± 2,8		
	Fiziksel Ortam ²	6,13 ± 3,05		
	Sistemdeki Uygunsuzluk ³	5,86 ± 3,35		
	Ekonomik Sıkıntı ⁴	6,26 ± 3,36	1,361	0,220
	Meslektaş Sıkıntısı ⁵	7,52 ± 2,83		
	Takdir Edilmeme ⁶	6,79 ± 3,26		
	Uzun Çalışma Saatleri ⁷	5,29 ± 3,2		
	Hasta Yakını Stresi ⁸	5,18 ± 3,37		
Duyarsızlaşma	İletişim Sorunları ¹	20,49 ± 3,97		
	Fiziksel Ortam ²	20,51 ± 3,57		
	Sistemdeki Uygunsuzluk ³	20,38 ± 4,03		
	Ekonomik Sıkıntı ⁴	20,71 ± 4,39	0,131	0,996
	Meslektaş Sıkıntısı ⁵	20 ± 4,44		
	Takdir Edilmeme ⁶	20,29 ± 5,18		
	Uzun Çalışma Saatleri ⁷	20,13 ± 6,92		
	Hasta Yakını Stresi ⁸	21,09 ± 2,88		
Trait	İletişim Sorunları ¹	10,4 ± 3,81		
	Fiziksel Ortam ²	10,91 ± 4,69		
	Sistemdeki Uygunsuzluk ³	10,74 ± 4,42		
	Ekonomik Sıkıntı ⁴	9,64 ± 3,14	1,592	0,136
	Meslektaş Sıkıntısı ⁵	11,59 ± 5,29		
	Takdir Edilmeme ⁶	12,21 ± 4,58		
	Uzun Çalışma Saatleri ⁷	8,63 ± 4,01		
	Hasta Yakını Stresi ⁸	10,55 ± 4,61		
State	İletişim Sorunları ¹	12,93 ± 3,87		
	Fiziksel Ortam ²	13,26 ± 4,02		
	Sistemdeki Uygunsuzluk ³	13,01 ± 3,51		
	Ekonomik Sıkıntı ⁴	12,4 ± 3,22	1,315	0,242
	Meslektaş Sıkıntısı ⁵	13,52 ± 4,8		
	Takdir Edilmeme ⁶	12,93 ± 4,32		
	Uzun Çalışma Saatleri ⁷	11,42 ± 3,09		
	Hasta Yakını Stresi ⁸	15 ± 4,67		
FoMOs	İletişim Sorunları ¹	23,33 ± 6,54		
	Fiziksel Ortam ²	24,17 ± 7,58		
	Sistemdeki Uygunsuzluk ³	23,75 ± 7,06		
	Ekonomik Sıkıntı ⁴	22,05 ± 5,78	1,589	0,137
	Meslektaş Sıkıntısı ⁵	25,11 ± 9,11		
	Takdir Edilmeme ⁶	25,14 ± 8,33		
	Uzun Çalışma Saatleri ⁷	20,04 ± 6,17		
	Hasta Yakını Stresi ⁸	25,55 ± 8,64		

Ort; ortalama, ss; standart sapma, test; ANOVA Testi F değeri, *p<0,05; gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır.

Çalışmaya alınan katılımcılarda Maslach Tükenmişlik Ölçeği alt boyutları olan duyarsızlaşma, kişisel başarı ile FoMOs ölçeği toplam puanı ve alt boyutları olan trait ve state için alınan puanlara göre bağlı stres faktörleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (p>0,05).

Çalışmaya alınan katılımcılarda Maslach Tükenmişlik Ölçeği alt boyutu olan duygusal tükenmişlik için alınan puanlara göre bağlı stres faktörleri arasında istatistiksel

olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0,05$). Farkın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek için Duncan Testi ile ikili karşılaştırmalar yapılmıştır.

- Duygusal tükenmişlik için alınan puanlarda iletişim sorunları yaşayanlar ile meslektaş sıkıntısı yaşayanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($p=0,023<0,05$).
- Ancak yapılan diğer ikili karşılaştırmalar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).



Tablo 4. 27. Çocuk diş hekimlerinde puanların işe bağlı stres faktörlerine göre karşılaştırılması

Ölçek Boyutları	Grup	Ort $\pm$ ss	Test Değeri	p Değeri
Duygusal_Tükenmişlik	İletişim Sorunları	15,64 $\pm$ 5,3	1,457	0,219
	Fiziksel Ortam	14,33 $\pm$ 4,92		
	Sistemdeki Uygunsuzluk	16,31 $\pm$ 6,05		
	Meslektaş Sıkıntısı	22,25 $\pm$ 3,3		
	Takdir Edilmeme	20,5 $\pm$ 2,12		
	Hasta Yakını Stresi	14,8 $\pm$ 6,8		

Kişisel_Başarı	İletişim Sorunları	18,71 ± 5,38	0,705	0,622
	Fiziksel Ortam	21,11 ± 3,52		
	Sistemdeki Uygunsuzluk	19,85 ± 4,16		
	Meslektaş Sıkıntısı	21 ± 4,08		
	Takdir Edilmeme	21 ± 1,41		
Duyarsızlaşma	Hasta Yakını Stresi	22,2 ± 2,68	0,962	0,450
	İletişim Sorunları	6,14 ± 3,7		
	Fiziksel Ortam	5,78 ± 4,09		
	Sistemdeki Uygunsuzluk	5,23 ± 3,46		
	Meslektaş Sıkıntısı	8,25 ± 3,1		
Trait	Takdir Edilmeme	8 ± 1,41	1,247	0,300
	Hasta Yakını Stresi	3,8 ± 4,15		
	İletişim Sorunları	12,14 ± 4,47		
	Fiziksel Ortam	13,44 ± 5,73		
	Sistemdeki Uygunsuzluk	9,92 ± 3,61		
State	Meslektaş Sıkıntısı	14,5 ± 7,19	2,470	0,044
	Takdir Edilmeme	12,5 ± 10,61		
	Hasta Yakını Stresi	11,6 ± 5,46		
	İletişim Sorunları	12,29 ± 4,01		
	Fiziksel Ortam	14,44 ± 4,07		
FOMOs	Sistemdeki Uygunsuzluk	11 ± 3,22	1,981	0,096
	Meslektaş Sıkıntısı	16,75 ± 5,68		
	Takdir Edilmeme	15,5 ± 9,19		
	Hasta Yakını Stresi	13,8 ± 3,7		
	İletişim Sorunları	24,43 ± 7,71		
	Fiziksel Ortam	27,89 ± 9,23		
	Sistemdeki Uygunsuzluk	20,92 ± 6,05		
	Meslektaş Sıkıntısı	31,25 ± 11,53		
	Takdir Edilmeme	28 ± 19,8		
	Hasta Yakını Stresi	25,4 ± 8,79		

Ort; ortalama, ss; standart sapma, test; ANOVA Testi F değeri, *p<0,05; gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır.

Çalışmaya alınan çocuk diş hekimlerinde Maslach Tükenmişlik Ölçeği alt boyutları olan duygusal tükenmişlik, duyarsızlaşma, kişisel başarı ile FOMOs ölçeği toplam puanı ve alt boyutları olan trait ve state için alınan puanlara göre bağlı stres faktörleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (p>0,05).

5.TARTIŞMA

5.1. Konu Seçiminin Tartışılması

Tükenmişlik, kişinin diğer insanlarla arasında olan ilişkide ve iş hayatında olumsuzluklara yol açan kronik yorgunluk, özsaygı kaybı, umutsuzluk ve çaresizlik duygularının ilerlemesi ile birlikte görülen fiziksel ve duygusal tükenmeyle ortaya çıkan bir sendrom olarak tanımlanmıştır(135). Tükenmişlik sendromu tarihte ilk defa gönüllü sağlık çalışanlarında tespit edilmiştir(62).

Sağlık çalışanlarına yönelik yapılan diğer çalışmalarda değişen düzeylerde tükenmişlik sendromunun mevcut olduğu kanıtlanmıştır(145). Çeşitli çalışma verileri, kişinin tükenmiş hissetme riskinin doktor, hemşire ve diş hekimleri gibi, insanlarla yüz yüze olunan mesleklerde diğer mesleklere göre daha yüksek olduğunu göstermektedir(135). Bunun diğer sebepleri arasında zor çalışma koşulları, riskli hastalıklarla karşı karşıya kalınması, hastaların çektiği acı ve bundan karşısındaki insanın etkilenmesi sayılabilir(30).

Yapılan bir çalışma, diş hekimliğinin de stresli meslekler sıralamasında üst basamaklarda yer aldığını, hekimlerin bu mesleği, kişinin kendine, çalışma hayatına ve aile hayatına vakit ayırma açısından imkânsız olarak gördüğünü belirtmiştir(146). Anksiyete, depresyon ve intihar gibi ruh sağlığı sorunları diş hekimlerinde dikkat edilmesi gereken ciddi sorunlardır(32). Stres ve tükenmişlik, tıp ve lisansüstü diş hekimliği eğitiminde de kanıtlanmıştır, ancak diş hekimliği yüksek lisans öğrencileri ve asistanlar arasındaki çalışmalar yetersizdir(91). Bu nedenle bu tez çalışmasında Türkiye'deki lisansüstü öğrencilerinin tükenmişlik seviyelerinin değerlendirilmesi, sosyodemografik durumun, çalışılan bölümün, lisansüstü eğitiminde bulunulan yılın, çalışılan bölümün isteyerek tercih edilip edilmemesinin tükenmişlik üzerine etkisinin incelenmiştir.

FoMO daha önceden de mevcut olan fakat teknolojinin hayatımıza girmesiyle insanları daha çok etkilemeye başlayan kaygı çeşidi olarak karşımıza çıkmıştır. İnsanların hayat kalitesini düşüren bu durumla ilgili çalışmalar yapmak önemlidir. Bu kavram literatüre son zamanlarda dahil olmuş ve üzerinde çok fazla çalışılmamış bir kavramdır. Çalışmadaki ikinci hedef FoMO'nun diş hekimliği lisansüstü öğrencilerinde varlığının tespit edilmesi, öğrencilerin uzmanlığı seçerken bunun üzerinde FoMO'nun ne derece etkin olduğudur. Çalışmada ek olarak daha önce değerlendirilmemiş olan FoMO ve Maslach Tükenmişlik Envanterinin birbiri ile ilişkileri incelenmiştir.

5.2. Yöntemin Tartışılması

Anket çalışması, sosyolojik ve epidemiyolojik araştırmalarda, bilgi edinme amacıyla kullanılan veri toplama biçimidir(147). Ayrıca, çevrimiçi anket araştırmacının daha kısa sürede büyük bir örneklem boyutuna erişmesini sağlamaktadır. Çok sayıda katılımcıya zaman açısından verimli bir şekilde ulaşılmasına izin vermesinden dolayı çevrimiçi bir anket kullanılmıştır. Sürecin veri toplama aşamasında baskı maliyetleri olmadığından, çevrimiçi anket aynı zamanda uygun maliyetli bir veri toplama yöntemi

olduğunu kanıtlanmıştır. Ayrıca, ankete katılmak isteyenlerin anketi istedikleri zaman ve kendi ortamlarının rahatlığında doldurabilme imkanı olduğundan çevrimiçi anketin katılımcılar için uygun olabileceği düşünülmüştür(109). Her iki ölçeğin de Türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışması mevcuttur(138, 148).

5.3. Bulguların Tartışılması

Sağlık alanında tükenmişlikle ilgili birçok çalışma mevcuttur(14, 26, 36, 49, 77, 103). Diş hekimliğinde de tükenmişlik sendromunun mevcut olduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır(3). Çalışmamızda diş hekimlerinin %50.3'ünde yüksek tükenmişlik varlığı tespit edilmiştir. 2016 yılında Türkiye'deki diş hekimlerine yönelik yapılan bir çalışmada diş hekimlerinin %29'unun tükenmişlik sorunu yaşadığı belirtilmiştir(37). 2021 yılında Türkiye'de yapılan başka bir çalışmada uzman diş hekimlerinin % 32.0'si ile genel diş hekimlerinin % 28.2'sinde tükenmişlik tespit edilmiştir(149). Bu bulguların diş hekimleri arasında yüksek düzeyde tükenmişlik olduğunu düşündüren diğer çalışmalarla tutarlı olduğu tespit edilmiştir(37, 49). Tükenmişlik görülme ihtimali gelişmiş ülkelerde de oldukça yüksektir(9, 11, 49). Litvanya'da 2021 yılında yapılan çalışma sonucunda diş hekimlerinin %15.3'ünün yüksek tükenmişliğe sahip olduğu belirlenmiştir(150). Litvanya'da daha önce yapılmış çalışmada diş hekimlerinin tükenmişlik oranını %83.6 olarak bildirmiştir(93). Almanya'daki diş hekimlerine yönelik bir çalışmada ise diş hekimlerinin %13'nün tükenmişlik alt boyutlarında yüksek puana sahip olduğunu, %2.5'nin ise yüksek tükenmişlik düzeyinde olduğunu belirtilmiştir(90). İrlandalı diş hekimlerinde ise bu oran %26 olarak bildirilmiştir(151). Birleşik Krallık'taki diş hekimlerinin %8'inin mesleki tükenmişlik yaşadığı belirlenmiştir(8). ABD'de yapılan bir çalışma diş hekimlerinin %9'unun mesleki tükenmişlik yaşadığını bildirmiştir(55). ABD'de yapılan başka bir çalışma da hekimlerin %13.2'sinin yüksek tükenmişlik yaşadığını belirtmiştir(34). Teksas'daki diş hekimlerinin tükenmişlik yaşamadıklarını ancak yüksek duyarsızlaşma ve düşük kişisel başarı hissine sahip oldukları belirlenmiştir(152). İngiltere'de, 340 diş hekiminin katılımıyla yapılan bir çalışmada hekimlerin yüksek tükenmişlik düzeyi gösterdikleri belirtilmiştir(51). Diğer ülkelerde yapılan çalışmalarda diş hekimlerinde tükenmişlik görülme oranı %2-21(8, 34, 55, 65, 90, 91, 94) iken Türkiye'de %20.4-32(37, 149, 153) arasında olduğu belirtilmiştir. Avrupa ülkelerinde diş hekimliği uzmanları arasında tükenmişlik prevalansının %8 ila %36 arasında olduğu tespit edilmiştir(150). Mevcut çalışmanın sonucuna göre çocuk diş hekimlerinde genel tükenmişlik diğer

uzmanlara benzer şekilde %50 oranında bulunmuştur. ABD’de yapılan bir çalışmaya göre çocuk diş hekimlerinde bu oran %2.2, Birleşik Krallıkta %8-11; Hollanda’da %13 ve İrlanda’da %16 olarak belirtilmiştir(8, 51, 90). Diş hekimleri arasında tükenmişlik yaygınlığı sahte olarak düşük çıkmış olabilir, çünkü depresyonda olan ve tükenmiş kişilerin anketlere yanıt verme olasılığı depresyonda olmayan kişilere göre daha düşük olabilir(154). Yurt dışına göre ülkemizde görülen bu yüksek oranlar, çalışmalardaki örneklem boyut farklılığından, tükenmişliğin çok boyutlu yapıda olmasından kaynaklanabileceği gibi ülkemizdeki iş yükünün, devlet müdahalelerinin, bürokratik engellerin varlığının, akademik yükselme ve kariyer aşamasında ayrımcılığın olmasının(137) hastalar arasında ekonomik durum veya statüye bağlı ayrımcılığın varlığının ve sürekli teknik mükemmellik dürtüsünün yer almasından kaynaklanmış olabilir. Hekimlerde bulunan tükenmişlik sorununa yönelik çalışmalar yapılması oldukça önemlidir çünkü depresyonun sağlanan tedavinin kalitesi üzerindeki etkisi de endişe duyulması gereken bir konudur; depresyon, konsantrasyon ve karar verme güçlüğü ve hastaya karşı ilgisizlik ile sonuçlanabilir(154).

Çalışmanın başlangıcında, çocuk diş hekimlerinin diğer diş hekimlerine kıyasla mesleki tükenmişlik açısından daha fazla risk altında olabileceği varsayılmıştır, çünkü çocukların diş tedavilerinin yapılması, endişeli çocuklar ve koruyucu ebeveynlerle uğraşmak zorunda kalan hekimler için stresli olabilmektedir(27, 55). Fakat çalışmamızın sonucunda diğer diş hekimleri ve çocuk diş hekimleri arasında anlamlı olarak yüksek bir fark ortaya çıkmamıştır.

Çalışmamızda Maslach tükenmişlik envanterinin alt boyutlarından ilki olan duygusal tükenme oranı %74.2 olarak bulunmuştur. Alınan ortalama puan ise 15.81 ± 6.05 ’dir. Çocuk diş hekimlerinde ise duygusal tükenme oranı %78.3 bulunurken, %50’sinde yüksek duygusal tükenme mevcut olduğu belirlenmiştir. Alınan ortalama puan ise 16.27 ± 5.71 ’dir. Türkiye’de yapılan bir çalışma duygusal tükenmeyi doktora öğrencisi olan diş hekimlerinde yüksek oranda bulmuştur(155). Bu çalışma diş hekimlerinin %50.2’sinin yüksek duygusal tükenmişlik yaşadığını belirtmiştir(155). Türkiye’de yapılan başka bir çalışmaya göre diş hekimlerinin yaklaşık % 38’inin duygusal tükenmişlik yaşadığı belirtilmiştir(37). Yine Türkiye’de yapılan bir çalışmada diş hekimlerinin duygusal tükenmede aldığı ortalama puan 11.9 ± 4.6 olarak verilmiştir(156). 2020 yılında ABD’de diş hekimlerine yönelik yapılan bir başka bir çalışmada çocuk diş hekimlerinin %22.8’inin yüksek düzeyde duygusal tükenme yaşadığı

belirlenmiştir(55). 2017 yılında çocuk doktorlarına yönelik yapılan çalışmada % 39.1 tükenmişlik oranı belirlenmiştir(157). Başka bir çalışmada hekim, hemşire ve diş hekimi dışındaki diğer sağlık çalışanlarının daha az duygusal tükenmeye sahip olduğu tespit edilmiştir(158). Türkiye’de çocuk diş hekimlerine yönelik yapılan başka bir çalışmada %27.6’sında yüksek duygusal tükenme bildirilmiştir(159). Hastalarla birebir iletişimde olan diş hekimlerinin duygusal olarak tükenme yaşamaları olağandır. Çocuk diş hekimlerinde iletişime geçilen hastanın çocuk olması hekimin işini daha da zorlaştırdığından tükenmişliğe daha çok zemin hazırlamaktadır.

Çalışmamızda diş hekimlerinde duyarsızlaşma oranı %57.3 bulunurken, çocuk diş hekimlerinde %53.3 oranında bulunmuştur. Alınan ortalama puanlar diş hekimlerinde $6,04 \pm 3.2$ çocuk diş hekimlerinde ise 5.7 ± 3.62 ’dir. Çocuk diş hekimlerinin %15’inde yüksek duyarsızlaşma mevcuttur. 2016 yılında Türkiye’deki diş hekimlerine yönelik yapılan bir çalışmada ise hekimlerin yaklaşık % 22’sinin duyarsızlaşma yaşadığı belirtilmiştir(37). Yine Türkiye’de yapılan bir çalışmaya göre diş hekimlerinin duyarsızlaşmadan aldıkları ortalama puan 4.2 ± 3.0 olarak verilmiştir(156). Çocuk diş hekimlerine yönelik yapılan başka bir çalışmada katılımcıların %11.5’inin yüksek duyarsızlaşmaya sahip olduğu belirlenmiştir(55). Başka çalışmalarda duyarsızlaşma oranları %17.8(155), yüksek duyarsızlaşma oranları %12-55.9(37, 55, 65, 102) olarak bulunmuştur. Çocuk diş hekimlerine yönelik yapılan başka bir çalışmada ise %20.4’ünde yüksek duyarsızlaşma oranı bildirilmiştir(159). Çalışmalarda çıkan bu farklı sonuçlar katılımcı sayısının farklılığından, tükenmişliğin boyutunun çok yönlü olmasından, ülkelerin sağlık alanında uyguladıkları farklı politikalardan kaynaklanmış olabilir.

Tükenmişliğin son alt basamağı olan düşük kişisel başarı puanları, çalışmamızda %91.4 olarak, çocuk diş hekimlerinde ise % 91.7 olarak belirlenmiştir. Alınan ortalama puanlar diş hekimlerinde 20.42 ± 4.24 , çocuk diş hekimlerinde ise 20.08 ± 4.23 ’dir. Çocuk diş hekimlerinin %61’i kişisel başarı puanı yönünden yüksek risk grubundadır. Türkiye’de yapılan bir çalışmaya göre diş hekimlerinin ortalama kişisel başarı puanını 24.1 ± 3.5 olarak vermiştir(156). Diş hekimlerine yönelik yapılan bir çalışmada ise katılımcıların %9.8’inin düşük kişisel başarıya sahip olduğu bulunmuştur(55). 2005 yılında yapılan bir çalışmaya göre diş hekimlerinin %59.9’nun düşük kişisel başarı düzeylerine sahip oldukları belirtilmiştir(155). Yapılan başka bir çalışmada çocuk diş hekimliğinde %97.8’inde düşük kişisel başarı varlığı tespit edilmiştir(159). Türkiye’de diş hekimlerine yönelik yapılan bir çalışmada ise %12’ sinin düşük kişisel başarıya sahip

olduğu tespit edilmiştir(37). Sağlık çalışanlarını içine alan bir çalışmada kişisel başarı puanı en yüksek(22.0 ± 4.4), duyarsızlaşma puanı en düşük(4.0 ± 3.5) olarak belirtilmiştir(160). Tükenmişlik ve kişisel başarı sonuçlarının bu denli farklı çıkmasının nedeni olarak koşullar ve kurumlardaki değişikliklerin ve hekimlerin kişilik farklılıklarının sonucu gösterilebilir(158). Bunun yanında uzman denince hastaların daha yüksek beklentiler içine girmesi ve bunun hekimde psikolojik baskı oluşturduğu kanısıyla kişisel başarının azalması sonucu tükenmişliğe neden olabileceği düşünülmektedir.

Tükenmişliğe neden olabilecek demografik veriler incelendiğinde araştırmalar cinsiyet açısından tutarlı sonuçlar ortaya koymamıştır. Çalışmamızda erkeklerin istatistiksel olarak anlamlı derecede kadın hekimlerden daha fazla duyarsızlaşma yaşadığı($p=0.002$) belirlenmiştir. Diğer alt boyutlarda da erkeklerin daha yüksek puan aldığı görülmüş fakat bu sonuçlar istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Çalışmamıza benzer şekilde ABD, Birleşik Krallık, Singapur'daki diş hekimlerine yönelik yapılan çalışmalarda da cinsiyet açısından anlamlı fark bulunmamıştır(8, 55, 161). Türkiye'de 2008 yılında yapılmış olan bir çalışma da cinsiyet açısından anlamlı fark bulmamıştır(156). Hollandalı diş hekimleri arasında yapılan çalışma mevcut çalışmayı destekler nitelikte erkeklerin duyarsızlaşma puanlarını kadınlardan daha yüksek olarak bulmuştur(162). Bu çalışmayla aynı sonucu bulan farklı meslek gruplarında da çalışmalar mevcuttur(163, 164). Türkiye'de yapılan başka bir çalışmada erkek diş hekimlerinin duyarsızlaşma puanlarının kadın diş hekimlerinden anlamlı derecede yüksek olduğu belirtilmiştir(37). Lisansüstü öğrenciler ve fakültelerde yapılan bir araştırmada erkeklerin "tükenmişlik" eğilimi gösterdikleri, bu kişilerin yaş ortalamasının 27 olduğu tespit edilmiştir. "Tükenmişliğin" erkeklerde kadınlara göre daha sık ortaya çıkmasının olası nedenini genel olarak kadınların akran ve aile desteği arama olasılıklarının daha yüksek olmasına bağlamışlardır(165).

Yapılan bir çalışmada kadın diş hekimlerinin %13'ü depresyon yaşadığını bildirmiştir(166). Yapılan başka bir çalışma depresyonun erkeklerden ziyade kadın çocuk diş hekimleri arasında ortaya çıkma olasılığının daha yüksek olduğunu bulmuştur(154). Çalışmamız da bu bulguları destekler nitelikte çocuk diş hekimlerinde kadınların erkeklerden daha yüksek derecede duygusal tükenmişliğe sahip olduğu belirlenmiştir. Kadın çocuk diş hekimlerinin diğer alt boyutlarda da erkeklerden daha tükenmiş olduğu tespit edilmiştir. Fakat bu sonuçlar istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Türkiye'de bir çalışma, kadın diş hekimlerinin ortalama duygusal tükenme puanını erkek diş

hekimlerinden anlamlı derecede daha yüksek bulmuştur(37). Yine bu çalışma kişisel başarı için anlamlı bir fark bulmamıştır(37). 2008 yılında Türkiye’de yapılan başka bir çalışma diş hekimlerinde tükenmişliği cinsiyet açısından farklı bulmamıştır(156). Çocuk tıp hekimlerine yönelik yapılan bir çalışmada da cinsiyet açısından fark bulunmamıştır(157). Tıp asistanlarına yönelik yapılan başka bir çalışmada kadınların kişisel başarı puanları erkeklere göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur(167). Yine hekimlere yapılan bir çalışmada kadınların kişisel başarı açısından erkeklere göre daha tükenmiş durumda oldukları saptanmıştır(168). Başka çalışmalarda da, kadınların erkeklere göre duygusal tükenme puanları daha yüksek bulunmuştur(169, 170). Sağlık çalışanlarında yapılan bir çalışma cinsiyet açısından duygusal tükenme ve KB alt boyutlarında anlamlı bir ilişki bulamamış, duyarsızlaşma alt boyutunda bizim çalışmamızı destekler nitelikte erkekler kadınlardan anlamlı olarak daha yüksek puan almışlardır(158). Ülkemizde dahil olmak üzere dünya çapında kadınlar aile hayatı, çocuk, ev işleri gibi birçok işe bölündüğünden ve iç güdüsel olarak diğer insanları daha fazla önemsemeleri ve karşı tarafın duygularını gözetlediklerinden dolayı tükenmişlik yaşama olasılıkları daha olasıdır(138). Çalışmamızda cinsiyet açısından bölümler arası farklılık çıkması yapılan işin yoğunluğundan ve farklılığından olabileceği gibi, kişisel farklılıkların olayları yorumlamada ve hayata yansıtma ne derece önemli olduğunu da belirtmek gerekmektedir. Kişilik özellikleri olarak, narsist ve mükemmeliyetçi kişilik tipinin “tükenmişliğe” yatkın olduğunu doğrulanmaktadır(165). Aynı şekilde rekabet etme, hedeflere hızla ulaşma ve yapılan işi takdir etme ihtiyacı da bireyleri bu sendroma karşı daha savunmasız hale getirir(171).

Çalışmamızda tükenmişlik yaş açısından değerlendirildiğinde gruplar arasında 26-31 yaş aralığındaki diş hekimlerinin 20-25 yaş arasındaki hekimlerden daha yüksek duygusal tükenmişliğe sahip olduğu istatistiksel olarak anlamlı çıkmıştır($p=0.017$). Diğer alt boyutlarda da 26-31 yaş grubu en yüksek puanları almış fakat istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Çocuk diş hekimlerinde de yaş açısından 26-31 yaş aralığında duygusal tükenme ve duyarsızlaşma alt boyutları diğer yaş gruplarına göre daha yüksek bulunmuş fakat istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Çocuk diş hekimlerine yönelik yapılan başka çalışmalar da yaş ile duygusal tükenme ve duyarsızlaşma alt boyutunda anlamlı fark tespit edilmemiş, kişisel başarı puanının 25-30 yaş aralığında daha yüksek olduğu belirtilmiştir(159). 2005 yılında yapılan bir çalışma yaş açısından diş hekimlerinin duygusal tükenme ve duyarsızlaşma alt boyutlarında istatistiksel olarak önemli fark bulmuştur(155). Bu çalışmaya göre 21- 28 yaş aralığındaki

grupta en yüksek duygusal tükenme, 29-36 yaş aralığında ise en yüksek duyarsızlaşma tespit edilmiştir(155). Türkiye’de diş hekimlerinde yapılan başka bir çalışma 25-30 yaş grubundaki diş hekimlerinin 31-35 yaş grubuna göre anlamlı düzeyde daha yüksek duygusal tükenme değerlerine sahip olduğunu göstermiştir(156). 2017 yılında hekimlere yönelik yapılan çalışmada 20-29 yaş grubundaki genç hekimlerin duygusal tükenme ve duyarsızlaşma puanlarında istatistiksel anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır(172). 2020 yılında sağlık alanında yapılan başka bir çalışmaya göre 20-29 yaş aralığında bulunan grubun diğer yaş gruplarına göre daha fazla duyarsızlaşma puanına sahip olduğu tespit edilmiştir(173). Sağlık çalışanlarında yapılan bazı çalışmalar her üç alt ölçekle yaş arasında anlamlı ilişki olduğunu(174, 175) belirtirken, başka çalışmalar ise anlamlı bir ilişki olmadığını belirtmişlerdir(64, 90, 162, 176). 2021 yılında sağlık çalışanlarında yapılan bir tez çalışmasına göre, daha genç yaştaki çalışanların daha fazla duyarsızlaşma yaşadığı, kişisel başarı alt boyut puanlarının yaş arttıkça arttığı tespit edilmiştir(158). Bunun nedeni olarak kişilerin her geçen yıl tecrübelerinin ve stresle başa çıkma becerilerinin artması ile ilgili olabileceği belirtilmiştir(158). Diş hekimlerine yönelik yapılan bir çalışma da aynı şekilde 25-30 yaş arası akademisyenlerin KB puanları en az 46 yaşında olanlara göre anlamlı olarak daha düşük bulmuş ve bunu muhtemelen gençlerin yaşamları ve kariyerleriyle ilgili deneyimlerinin kişisel başarıları hakkındaki duygularına olumsuz katkıda bulunduğu şeklinde yorumlamıştır(156). Yine diş hekimlerine yönelik yapılan bir çalışmanın sonucuna göre yaş ve meslekte geçirilen çalışma süresi ile tükenmişlik mevcudiyeti arasında ters bir ilişki olduğu, yaş arttıkça tükenmişliğin azaldığı bildirilmiştir(154). Çalışmaların farklı sonuçlanması çalışılan meslek grupları, çalışılan mevcut kurum, çalışanların kişilikleri gibi nedenlerden dolayı farklı sonuçlandığını düşünmekteyiz. Çalışmamıza göre anlamlı çıkan sonuca bakıldığında 26-31 yaş aralığı genellikle lisansüstünde bulunulan son yıla denk gelmesinden dolayı hastalara tahammülün azalması, bitirme tezi ile ilgilenilmesi ve birçok işe kafa yorulmasından dolayı olabileceğini düşünmekteyiz. Bu yüzden hekimlere yönelik gerekli eğitim programları düzenlenip katılımları sağlanmalı, tükenmişlik seviyelerinin azalması ve işe bağlılıklarının artması için çalışılmalıdır.

Meslekte çalışılan süre açısından değerlendirildiğinde 25-36 ay arasında olan hekimlerin duygusal tükenmişliği 0-12 ay içerisinde olan hekimlerden istatistiksel olarak daha yüksek bulunmuştur($p=0.021$). Diğer alt boyutlar açısından da en yüksek puanları alan 25-36 ay içerisinde olan hekimlerdir fakat istatistiksel olarak anlamlı fark

bulunmamıştır. Çocuk diş hekimliğindeki sonuçlarımızda ise çalışma hayatındaki 13-24. aylar arasında olan hekimler 0-12. aylar arasında olan hekimlerden anlamlı olarak daha fazla duygusal tükenme yaşadığı belirlenmiştir. Diğer alt boyutlarda istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamasa da, uzmanlıkta geçirilen zaman arttıkça duygusal tükenmişlik de artmaktadır. Bunun aksine diş hekimliğinde yapılan başka bir çalışmaya göre çalışma yılı ile duygusal tükenme ve duyarsızlaşma alt boyutlarında istatistiksel olarak önemli düzeyde ($p<0.001$) negatif ilişki tespit edilmiştir(155). Tıp asistanlarına yapılan bir çalışmada ise çalışma yılı ile tükenmişlik alt boyutlarında anlamlı ilişki saptanmamıştır(177). Başka bir çalışmada çalışma yılı arttıkça tükenmişlik düzeyinin azaldığını belirtmişlerdir(178). Sağlık çalışanlarında yapılan bir çalışmaya göre çalışma yılı daha az olanlar daha çok olanlara göre daha fazla duyarsızlaşmaya sahip ve kişisel başarı alt boyut puanları daha düşük olarak belirlenmiştir(158). Çalışmalar arası bu farklı sonuçların meslek gruplarındaki ve kurumlardaki farklılıktan, katılımcılar arası kişisel farklılıklardan kaynaklı olabileceğini düşünmekteyiz. Çalışmamızın sonucuna göre eğitimde geçirilen yıl arttıkça duygusal tükenmişliğin artması hekimlerin tez döneminde olmaları, lisansüstü eğitimleri tamamlandıktan sonraki gelecek planlarına dair karar verme aşamasında olmaları ve kliniksel beklentilerinin karşılanmamış olmasından dolayı kaynaklanmış olabilir.

Medeni durum ve sahip olunan çocuk sayısı açısından değerlendirildiğinde tüm alt boyutlarda istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Çocuk diş hekimleri arasında da aynı şekilde alt boyutların hiçbirinde medeni durum ve çocuk sahibi olma açısından anlamlı fark bulunmamıştır. Çalışmamızı destekler nitelikte 2016 yılında tıp asistanlarında yapılan bir çalışmada da çocuk sahibi olmanın tükenmişlik üzerine etkisi bulunamamıştır(135). Yapılan başka çalışmalarda medeni duruma dayalı olarak tükenmişlik prevalansında hiçbir fark bulunmazken(55, 159, 179), Birleşik Krallık'ta yapılan bir çalışmada evli diş hekimlerinin bekar diş hekimlerine göre daha düşük duyarsızlaşma seviyelerine sahip olduğu belirtilmiştir(51). Yine aynı şekilde diş hekimlerine yönelik yapılan başka bir çalışma bekar diş hekimlerinin duygusal tükenme ve duyarsızlaşma hissinin istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğunu belirtmiştir(155). Çocuk diş hekimlerine yönelik yapılan bir çalışmada ise iki veya daha fazla çocuk sahibi olan hekimlerde tükenmişliğin daha fazla olduğu belirtilmiştir(159). Yine bu çalışmaya göre medeni durum ile duygusal tükenme ve duyarsızlaşma alt boyutlarında anlamlı bir fark bulunmazken, kişisel başarı boyutunda alınan puanın

bekârların evlilere göre yüksek olduğu belirtilmiştir(159). 2020 yılında sağlık alanında yapılan bir çalışma bekârların duyarsızlaşma puanlarının evlilere göre daha yüksek olduğu görülmüştür(173). Yapılan bir çalışma, evlilerde tükenmişlik hissinin bekârlara göre daha düşük olduğunu belirtmiş ve bu durumun başkalarının sorumluluğunu üstlenmenin kazandırdığı yaşam deneyimine bağlamakta ve evli olanların, insan ilişkilerinde daha iyi iletişime sahip olduklarını ve sorunları çözme kapasitelerinin gelişmiş olduğunu düşündükleri söylenmiştir(60). Sağlık çalışanlarında yapılan bir çalışmada, çocuk sayısı arttıkça duygusal tükenmişliğin azaldığı belirtilmiştir(169). Ancak çocuk sahibi olmanın tükenmeyi arttırdığı sonucu ile bitirilen çalışmalarda mevcuttur(180). Bu birbirinden farklı sonuçlar mesleklerin farklı olmasından, çalışmamızdaki evli ve çocuk sahibi katılımcının az sayıda olmasından ve çalışmaların farklı zamanlarda yapılmış olmasından kaynaklı olabileceğini düşünmekteyiz.

Katılımcılara yöneltilen ve tek cevap seçme hakkı olan ‘İşe bağlı stres faktörlerinden en çok hangisini yaşamaktasınız?’ sorusunda oranı en yüksek yanıt ‘Sistemdeki Uygunsuzluk’ olarak seçilmiştir. Çocuk diş hekimlerinde de %43 oranla bu cevap seçeneği ilk sıradadır. Çocuk diş hekimlerinde işe bağlı stresör olarak ‘Meslektaş Sıkıntısı’ yaşayanların en yüksek oranda duygusal tükenme ve duyarsızlaşmaya sahip olduğu tespit edilmiştir. Bu sonuç literatürle de uyumludur. Bir çalışmaya göre çalışma hayatındaki yıkıcı durumlar arasında çalışanlar arasındaki sürengenleşmiş ve çözilemeyen anlaşmazlıkların olmasıdır(11). İş arkadaşları ve işe karşı oluşan olumsuz düşünceler, kişinin işine karşı uyum sorunu yaşamasına neden olur. Yapılan bir çalışma işi sahiplenme açısından uyumsuzluğun, duygusal tükenme ve duyarsızlaşma düzeyleri ile ilişkili olduğunu belirtmiştir(181). ‘İletişim sorunları’ yaşayanların ise KB puanı en düşük yani tükenmişliği en yüksek çıkmıştır. Fakat bu sonuçlar istatistiksel olarak anlamlı değildir. ‘Sistemdeki uygunsuzluk’ olarak; hasta randevu süresinin kısıtlı olması, bir hekime alması gereken hasta sayısının çok üzerinde hasta bakma görevi verilmesi bunun yanında hasta şikâyeti sonucu hekimlere açılan davalar gibi hekimleri yüksek oranda strese sürükleyen etkenler olarak düşünülmüştür. Başka bir çalışmada diş hekimleri arasında zaman kısıtlılığı, uzun çalışma saatleri ve iş baskıları dahil olmak üzere beraber çalışılan personel sıkıntısı, hasta tedavi ve beklentileri, tedavi ücret sıkıntıları gibi çok sayıda tükenmişlik risk faktörü tanımlanmıştır(29). Bir çalışma günde 30’dan fazla hasta görmenin de tükenmişliğe katkıda bulunabileceğini belirtmiştir(182). 2015 yılında yapılan bir çalışma diş hekimlerinin %26’sının diğer herhangi bir stres etkeninden daha

yüksek oranla önemli ölçüde randevu saatlerinin gerisinde kalmanın veya geç kalan hastaların geç saatlere kadar devam etmesinin diğer randevu saatlerini de aksatacağından hekimde stres oluşturduğunu ve bunun hasta memnuniyeti için kritik etken olduğunu bildirmiştir(183). Buna bağlı olarak bu çalışmadaki hekimleri en fazla oranda strese sürükleyen etkenin bu seçenek olduğunu belirtmişlerdir(183). 2008’de Yeni Zelanda da yapılan çalışmada en önemli stresörlerin zor çocukları tedavi etmek, sürekli zaman baskısı, yüksek konsantrasyon seviyelerini korumak, zor hastalarla başa çıkmak ve aşırı sinirli hastaları tedavi etmek olarak bildirilmiştir(27). Newton ve ark. çocuk diş hekimlerinin diğer uzmanlara göre daha stresli olabileceğini öne sürmüştür(184) ve Humphris ve Peacock Birleşik Krallık toplum diş hekimliği hizmetinin bu kadar stresli olmasının başlıca nedeninin çocukları tedavi etmek olduğunu öne sürmüştür(185). Bizim çalışmamızda da pedodontistlerin tükenmişlik %50.3 oranı ile oldukça yüksek çıkmıştır.

Uluslararası araştırmalarla tutarlı olarak, zaman ve randevu süresi baskıları Avustralyalı diş hekimleri için de en sık bildirilen stres kaynağı olarak bildirilmiştir(183). Humphris ve Cooper, dava tehdidini İngiltere'deki diş hekimleri için önemli bir stres kaynağı bulmuştur(186). Dünya genelinde olduğu gibi ülkemizde de diş hekimlerinde mevcut olan bu stres etkenlerini olabildiğince azaltmak için gerekli devlet atamalarının yapılarak hekimlerin iş yükünün azaltılması, hekimlerin saygınlığının artması için haklarının daha koruyucu yaklaşımda olması gereklidir. Diş hekimlerine yönelik düzenli olarak mesleki stres konusunda çalıştaylar, seminerler ve eğitim programlarının düzenlenmesi önerilmektedir. Bu, diş hekimlerinin stres seviyelerini yönetmelerine ve çalışma koşullarını iyileştirmelerine yardımcı olabilir.

Tıp hekimlerinde yapılan çalışmada uzmanlık düşünme sebepleri uzmanlık alanını sevdikleri için olan hekimlerin KB puanları anlamlı derecede düşük çıktığını belirtmişlerdir(167). Çalışmamızda ise tek seçenek işaretleme hakkı olan hekimlerin uzmanlık düşünmelerindeki en önemli etken ‘ilginin olduğu bölümde uzmanlaşmak’ seçeneği olmuştur. Çocuk diş hekimlerinde de en yüksek oranla %40’ı ‘İlginin Olduğu Bölümde Uzmanlaşma’ seçeneğini tercih etmiştir. ‘Unvan’ için çocuk diş hekimi olan hekimlerin duygusal tükenmişliği ve duyarsızlaşma puanı diğer nedenlerden dolayı seçenlerden daha yüksek çıkmıştır fakat bu sonuç istatistiksel olarak anlamlı değildir. Daha önce lisans öğrencilerinde uzmanlık için en önemli etkenlerinin ‘rekabet’ olduğu bildirilmiştir(187). Bu sonuçlar ‘rekabet’ için uzmanlık isteyen hekimlerin ‘ilgilerinin olduğu bölümde uzmanlaşmak’ isteyen hekimlere göre uzmanlık sınavında daha az başarılı olduklarını göstermektedir. Öğrencilerin FoMO hissine kapılıp rekabet için

uzmanlık düşünmeleri çok da sağlıklı sonuçlanmamaktadır. Hekimlere bu konu hakkında bilgi verilmesi için lisans döneminde eğitim verilerek aydınlatılması ve gelecek hayatları için daha doğru tercih yapmaları açısından yönlendirilmesi bu sorunu çözebilir.

Hekimler bölümlerini %67.2 oranla isteyerek tercih etmişlerdir. İsteyerek tercih etmeyen hekimlerden ‘şehire göre’ tercih yapanlarda duygusal tükenmişlik en yüksek oranda, ‘akademik kadroya göre’ tercih yapanlarda en düşük olarak belirlenmiştir. Bu sonuç mantıklıdır çünkü kişi çalışma arkadaşlarının kim olduğunu bilerek tercih yapmıştır. Bu oranın yalnız şehre göre tercih yapanlarda diğer tercih nedenlerine göre yüksek çıkması, çalışılan ortamın ve çalışma arkadaşlarının önemli etken olduğunu bir kez daha göstermiştir. Fakat bu sonuçlar istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Çocuk diş hekimlerinde ‘puana göre’ tercih edenlerde duyarsızlaşma ve KB puanı en yüksek bulunmuştur. Fakat bu sonuç da istatistiksel olarak anlamlı değildir. Tıpta uzmanlık alanını isteyerek seçmemiş olan hekimlerde duygusal tükenme puanı anlamlı derecede yüksektir. Duyarsızlaşma alt boyutunda ise anlamlı bir fark saptanmamıştır(167). Bu çalışmaya göre çalıştığı bölümü rahat olduğu için tercih edenlerin duyarsızlaşma puanı anlamlı derecede düşükken, puana göre tercih yapan hekimlerde duygusal tükenme, duyarsızlaşma, kişisel başarı ve genel tükenmişlik puanları anlamlı derecede yüksektir(167). Diş hekimlerine yönelik yapılan bir çalışmada ise çocuk diş hekimlerinin üçte ikisi, çoğu çocuk diş hekiminin mesleklerinden memnun olduğu raporuyla uyumlu olarak yüksek kişisel başarı bildirmiştir(188).

5.4. Tükenmişlik ve FoMO Bağlantısının Tartışılması

Tükenmişlik için risk faktörlerinden olan stres ve depresyon ile yalnızlık hissi arasında pozitif bir ilişki olduğunu belirtilmiştir(189). Motivasyonu yani kişisel başarısı düşük insanların sosyal medyada fazla vakit harcamasına neden olan FoMO da depresif hal ve yalnızlık hissi ile ilişkilidir(190). FoMO, kişiyi toplumdan soyutlayarak kişinin yoğun yalnızlık duygusu yaşamasına neden olabilir(191). Çalışmamızda diş hekimlerinde trait puanı arttıkça duyarsızlaşma ve duygusal tükenme puanlarının da istatistiksel olarak anlamlı artış gösterdiği tespit edilmiştir. Bu sonuçlara göre tükenmişlik arttıkça hekimler akranlarının daha donanımlı olmasından endişe duymaya başlamaktadır. Düşük kişisel başarı puanları açısından yüksek risk grubunda bulunan hekimlerin FoMOs ve trait puanları buna bağlı olarak istatistiksel anlamlı çıkmıştır($p=0.017$, $p=0.001$). Yine aynı şekilde kişisel başarı yönünden yetersiz hekimler akranlarının daha donanımlı olmasından endişe etmektedir. Literatür de olan diğer çalışmalarda tükenmişlik,

depresyon ve FoMO arasında pozitif ilişki olduğu yönünde çalışmamızı destekler niteliktedir. Bir çalışmaya göre göre, gerçek yaşamla olan iletişimin kopmasıyla beraber yalnızlık ve depresyon artmaktadır(192). Bir çalışma FoMO ile depresif belirtiler arasında olumlu yönde bir ilişki tespit etmiştir(193). FoMO'nun depresyon, stres, psikolojik refahın azalması, kaygı durumunun artışı gibi birçok negatif duruma sebep olabildiği belirtilmektedir(194). Yapılan bir çalışma da gençlerin mutluluk hallerinde FoMO'nun önemli bir rol oynadığını belirtilmiştir(195). Yine başka bir çalışma yalnızlık ile FoMO arasındaki ilişkide pozitif yönde anlamlı bir ilişki tespit etmiştir(196). Yine yapılan bir çalışmada katılımcıların FoMO düzeyleri ile depresyon ve kaygı düzeyleri arasında doğru orantılı olarak anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür(23, 108, 127). Türkiye'de yapılan bir çalışma da stres ve depresyon ile FoMO arasında doğru orantılı ilişki olduğu tespit etmiştir(197). Çalışmamızda ise Çocuk diş hekimlerinde sadece KB puanı ile state puanları istatistiksel olarak anlamlı sonuç çıkmıştır($p=0.014$). Yani akranlarının ne yaptıklarının bilinmemesi, düşük kişisel başarı puanları açısından yüksek risk grubunda bulunan hekimlerin endişelerini artırmaktadır. Çalışmamız diş hekimliğinde FoMOs ve tükenmişliği karşılaştıran ilk araştırma olması sebebiyle diş hekimliği açısından herhangi bir karşılaştırma yapılamamıştır.

Çalışmamıza göre diş hekimliğinde; kadınların FoMOs, state ve trait puanları erkeklerden daha yüksek oranda tespit edilmiştir FoMOs ve trait alt boyutundan alınan sonuçlar istatistiksel olarak anlamlıdır fakat state sonucu istatistiksel olarak anlamlı değildir. Çocuk diş hekimlerinde de aynı şekilde tüm gruplarda kadınlar erkeklerden daha yüksek puan almıştır. Sonuçlar istatistiksel olarak anlamlı değildir. Bu sonuç kadınların daha yüksek oranda katılımından kaynaklanıyor olabilir. Yapılan başka çalışmalar da aynı şekilde kadınların erkeklerden daha yüksek FoMO puanı aldığını fakat istatistiksel olarak fark olmadığını belirtmiştir(198, 199). Yapılan bir diğer çalışmada erkeklerin yaklaşık %58'i ve kadınlarında yaklaşık %48 FoMO'dan rahatsızlık duyduklarını belirtmişlerdir(200). Çalışma sonuçlarının farklı çıkması yapılan çalışmaların farklı meslek gruplarını temsil etmesinden, örneklemdaki katılımcı sayılarının farklılığından, kişilik özelliklerinin çeşitliliğinden kaynaklanıyor olabilir. Kişilik özellikleri ayrı planda olmak üzere kadınların FoMO'sunun yüksek çıkmasını genellikle kadınların diğer insanlarla iletişime daha açık olmalarına ve başkalarının düşüncelerini de daha fazla önemsemelerine bağlayabiliriz.

Çalışmamızın yaş ve FoMO arasındaki sonuçlarına baktığımızda ise 26-31 yaş aralığındaki hekimlerin diğer yaş gruplarına göre her üç ölçekte de en yüksek puanı aldığı belirlenmiştir. Çocuk diş hekimlerinde de aynı sonuç mevcuttur. Fakat bu sonuçlar istatistiksel olarak anlamlı değildir. FoMO ve yaş arasındaki ilişki başka çalışmalarda da anlamlı olarak sonuçlanmamıştır. Bu sonuç yaşam evrelerinden bağımsız olarak, FoMO'ya yatkınlığın olabileceği anlamına gelir. Bununla birlikte, tahmin aralıkları, tüm popülasyonlar için aynı olmadığını göstermektedir. Şaşırtıcı bir şekilde, bazı bulgular popülasyonlarda FoMO'nun yaşla birlikte artabileceğini, bazı çalışmalar da FoMO ile yaşın alakasız olduğunu göstermektedir(201). Genç bireylerde FoMO düzeyinin daha yüksek olduğu söyleyen çalışmalar da mevcuttur(117, 195, 198). Bu yaş aralığındaki hekimler genellikle uzmanlık bitimine yakın, mesleğin bütün seçeneklerini görmüş olduklarından bir yol seçmek durumunda kalmaktadırlar. Bu durum, kendisine fikir verebilmesi amacıyla akranlarının neler yaptığı konusunda merakla itmesi nedeniyle puanları yüksek çıkmış olabilir.

Çocuk sayılarına göre değerlendirildiğinde bir çocuk sahibi olan hekimlerin diğer gruplara göre FoMO'da her üç boyutta da yüksek puan aldığı tespit edilmiştir. Çocuk sahibi olanların hayatlarının daha yoğun olması fazladan stres yükü oluşturabilir. Ailelerine zaman ayırdıkları için geri kaldıklarını ya da kaçırdıklarını düşünerek ilgi ve merakları artıyor olabilir. Buna tam ters yönde çocuk diş hekimlerinin ise FoMOs ve alt boyutlarında çocuğu olmayan diğer gruplara göre daha yüksek puan aldığı tespit edilmiştir. Bu sonuçlar da istatistiksel olarak anlamlı olmamakla beraber çocuk sahibi olmak pedodontistlerde stres yükü oluşturmamış ve hatta hayata karşı motivasyonunu artırmış görünmektedir. Pedodonti seçen öğrenciler iletişimi iyi olan ve çocukları seven bireylerdir. Bu nedenle çocuk sahibi olmak onların motivasyonunu artırmış olabilir. Farklı sonuçlara ulaşılmış olması kişisel farklılıktan, yapılan işlerin yoğunluğundan ve çevreye/aileye ayrılabilen vakit farklılığından kaynaklı olabileceğini düşünmekteyiz.

Çalışmamızın sonucuna göre lisansüstü eğitim süresinin 0-12. ayında olan hekimlerin tüm alt boyutlarda aldığı puanlar diğer gruplardan yüksektir. Fakat istatistiksel anlamlı değildir. Çocuk diş hekimlerinde ise durum farklıdır. 13-24. ayında olan hekimlerin FoMO ve State alt puanından aldığı puanlar diğer gruplara göre yüksek çıkmıştır fakat bu sonuç da istatistiksel olarak anlamlı değildir. Çocuk diş hekimliğinin 13-24. ayları arasında bulunulması mezun olmaya ve dolayısıyla bitirdikten sonrası için plan yapılmaya başlanılan zaman dilimidir. Bu sebepten dolayı diğerlerinin neler

yaptığına dair endişeler de giderek artıyor olabilir. Çocuk diş hekimliği eğitimi alanların trait puanı ise 25-36. ayında olan hekimlerde yüksek çıkmıştır. Yani uzman olmaya yaklaştıkça akranlarının daha donanımlı olmasından oluşan korkuları artış göstermektedir. Literatürde bu sonuçları karşılaştıracığımız başka çalışma bulunmadığından sınırlı yorum yapılmaktadır.

Çalışmamıza göre diş hekimlerinin bölüm tercihlerinde ‘fiziksel şartlar’a göre yapılan tercihin üç grupta da yüksek puanı aldığı görülmüştür. Çocuk diş hekimlerinin ise bölümü isteyerek veya puana/şehre göre tercih etmesi arasında FoMO ve alt grupları arasından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. İsteyerek çocuk diş hekimliğini seçen hekimlerde FoMO puanı diğer gruplara göre yüksek çıkmasının nedeni olarak bölümü isteyerek gelmesi ve buna dair gelecek planlarının olmasından dolayı akranlarının neler yaptığı hakkında bilgi sahibi olmak istemesinden kaynaklanmış olabilir.

Çalışmamızda katılımcılar medeni durum açısından değerlendirildiğinde bekar diş hekimlerinin tüm boyutlarda evlilerden daha yüksek puan aldığı tespit edilmiştir. Bekar çocuk diş hekimlerinin ise FoMO ve state puanları evlilere göre yüksektir fakat bu sonuçlar istatistiksel olarak anlamlı değildir. Evlilerin bekarlara göre daha yoğun olması diğer insanlarla ilgilenmeyi kısıtlıyor olabilir veya evlilerin bekarlardan daha çok hayat doyumlarının olmasına bağlanabilir(14).

Çalışmamıza göre çocuk diş hekimliğini seçme nedenleri arasında ‘akademisyenlik’ seçeneğini işaretleyenlerin FoMO ve trait puanları diğer gruplardan daha yüksek çıkmıştır fakat bu sonuç istatistiksel olarak anlamlı değildir. Bu sonuçlar mantıklıdır çünkü akademisyen olmak için bölüm tercih edenler diğer hekimlerin yaptığı akademik çalışmalardan geri kalma korkusu hissedebilirler. Akademisyenliğe devam edebilmek ve kabul almak için donanımlı olmak ve öne geçmek isteği beklenen bir sonuçtur. Yine akademisyenlik için ‘akranlarının daha donanımlı olma korkusu’ puanının yüksek çıkması akademisyenlik için başvururken elde olan çalışmaların değerlendirilmesiyle olduğundan hekimlerde akranlarından geri kalma endişesi oluşmaktadır. Diğer diş hekimlerinde de ‘akademisyenlik’ için seçim yapanlarda state puanı yüksek çıkmıştır. ‘Rekabet’ için tercihlerde ise FoMO ve trait puanları yüksektir. Lisans öğrencilerinde çıkan sonuçlarla paraleldir(187), bu sonuç rekabet için yapılan tercihlerde geri kalma korkusunun her zaman devam etmekte olduğunu gösterir.

Çalışmamıza göre işe bağlı stres faktörlerinden ‘Meslektaş sıkıntısı’ yaşayan çocuk hekimleri diğer gruplara göre FoMO ve alt gruplarından yüksek puan almıştır. Fakat bu sonuçlar istatistiksel olarak anlamlı değildir. Meslektaş sıkıntısı yaşayan hekimlerin akranlarını rakip olarak gördüğünü ve geri kalmamak adına ne yaptıklarına dair bilgi sahibi olmak istediğini düşünmekteyiz.



6. SONUÇ

Lisansüstü eğitimi devam eden hekimlerin, lisansüstü müfredatlarını tamamlamaları, klinik uygulamalardaki performanslarını göstermeleri, diş hekimliği öğrencilerine klinik olarak eğitim vermeleri, bölümlerindeki diğer kıdemli akademisyenlere yardımcı olmaları ve tezlerini hazırlamak için laboratuvar/klinik çalışmalarını sürdürmeleri istenmektedir. Bu kadar meşakkatli bir işin, karşılanmayan beklentilerin, uzun çalışma saatlerinin ve geleceklerini tahmin edememenin lisansüstü öğrencilerinin duygusal tükenmesine neden olduğu pekala tahmin edilebilir(156). Bunlara ek olarak hasta randevu süresinin kısıtlı olması, bir hekime alması gereken hasta sayısının çok üzerinde hasta bakma görevi verilmesi bunun yanında hasta şikâyeti sonucu hekimlere açılan davalar gibi hekimleri yüksek oranda strese sürükleyen etkenlerdir. Çalışmada elde edilen bulgular göz önüne alındığında; lisansüstü eğitimine devam eden hekimlerde tükenmişlik semptomlarının yüksek ve akranlarından geri kalma korkusunun ortalama bir değerde olduğunu ve birbirleriyle olan ilişkilerinin mevcudiyetini görmekteyiz. Tükenmişlik ve FoMO'nun ilişkisini ortaya çıkarmak da hekimlerin tükenmişlik nedenlerine yönelik çözümleme yapılmasında, ve tükenmişliğin engellenmesinde yardımcı olabilir. Ayrıca FoMO ve tükenmişlik yaşayan hekimlerin insanlar üzerine olan gerek tedavilerin kalitesi gerekse güçlü iletişim kurma becerileri açısından oldukça önem teşkil ettiğinden, FoMO ve tükenmişlik gibi insanların hayatlarında olumsuz sonuçlara sebep olan durumlardan olabildiğince az etkilenmelerini sağlamak açısından bu ve benzeri çalışmalar yapmak önem arz etmektedir. 1980'lerin sonlarında Cooper ve ark. diş hekimliğinde iş streslerinin doğasının doğru teşhisinin, iş stresini en aza indirmeye, iş memnuniyetini en üst düzeye çıkarmaya ve diş hekimlerinin genel refahını iyileştirmeye çalışmak için bir gereklilik olduğunu öne sürdü(202).

Eğitim programları, hekimleri hasta bakımında tükenmişlik riskleri konusunda eğitmeli ve tükenmişliği gidermek ve bu riskleri azaltmak için müdahaleler geliştirmelidir. Tükenmişliği ele almak, yüksek kaliteli, şefkatli ve güvenli hasta bakımını teşvik etmek için gereklidir. Tükenmişliği doğrudan ele almanın yanı sıra, tükenmişliği azaltmak ve her hekim için iş memnuniyetini artırmak amacıyla sistem düzeyinde değişiklikler yapılması gerekmektedir. Sağlık kuruluşları, idari yükleri azaltmak, çalışma koşullarında yaşanan zorlukları düzeltmek ve hastalarla kaliteli etkileşimleri teşvik etmek gibi hekimlerin bu konuda iyileşmelerine, iş stresiyile başa çıkmalarına yardımcı olmak için çalışmalar yürütmelidir.

KAYNAKLAR

1. Akgemici T. Örgütlerde stres ve yönetimi. *Atatürk Üniversitesi İİBF Dergisi*. 2001.;1-2(15):301-9.
2. Şenyiğit G. Çalışma hayatında stres. *Verimlilik Dergisi*. 2004;(3)(0-0):103-19.
3. Rada R, Johnson-Leong C. Stress, burnout, anxiety and depression among dentists. *The J of the American Dent Assoc*. 2004;135(6):788-94.
4. Çökük B. Örgütsel Stres Düzeyinin Ölçümü ve Demografik Değişkenlerle İlişkisi: Bir Kamu Organizasyonu Örneği. *Akademik Yaklaşımlar Dergisi*. 2018;9(2):59-83.
5. Mwamwenda TS. Occupational stress among secretarial personnel at the University of Transkei. *Psychological Reports*. 1997;81(2):418.
6. Taçgın F, Karapınar M, Karakaya A. Çalışanların stres algıları üzerine bir araştırma. *Ekonomi İşletme ve Yönetim Dergisi*. 2020;4(2):158-80.
7. Omosidi A, Jamiu K. Stress management strategies and academic performance of university undergraduates in kwara state, nigeria. *Soc sci*. 2019;6(1):3-17.
8. Denton D, Newton J, Bower E. Occupational burnout and work engagement: a national survey of dentists in the United Kingdom. *Br dent j*. 2008;205(7):E13-E.
9. Schaufeli W, Enzmann D. *The burnout companion to study and practice*. London: Taylor and Francis, CRC press; 1998.
10. Güven S. Cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin mizah tarzları ile tükenmişlik düzeyleri arasındaki ilişkinin saptanması: Başkent Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü (SABE); 2013.
11. Maslach C SW, Leiter MP. Job burnout. *Annu Rev Psychol* 2001;52:397-422.
12. Gale E. Stress in dentistry. *New York State Dent J*. 1998;64(8):30.
13. Humphris G. A review of burnout in dentists. *Dental update*. 1998;25(9):392-6.
14. Ardiç K, Polatci S. Tükenmişlik sendromu akademisyenler üzerinde bir uygulama (GOÜ Örneği). *Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*. 2008;10(2):69-96.
15. Koçak R. Duygusal ifade eğitimi programının üniversite öğrencilerinin aleksitimi ve yalnızlık düzeylerine etkisi. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*. 2005;3(23):29-45.
16. Yalçın G. Sosyal medyanın yoğun kullanımının ileri ergenlikte yalnızlık ve depresyona etkisi. İstanbul: İstanbul Arel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü; 2015.
17. JWT. Fear of Missing Out (FOMO). 2011.
18. Przybylski AK, Murayama K, DeHaan CR, Gladwell V. Motivational, emotional, and behavioral correlates of fear of missing out. *Computers in human behav*. 2013;29(4):1841-8.
19. Freeman R, Main J, Burke F. Occupational stress and dentistry: theory and practice. Part I. Recognition. *Br dent j*. 1995;178(6):214-7.
20. Ersoy A. Yönetici-iş gören İlişki boyutlarının stres yaratma durumuna yönelik bir araştırma: Beş yıldızlı konaklama işletmesi örneği. *Akademik Bakış Uluslararası Hakemli Sosyal Bilimler Dergisi*. 2015(51):384-97.
21. Özok H. Kültüre duyarlı stres programının yaşam doyumu, bilinçli farkındalık ve stres düzeylerine etkisi: Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı Doktora Tezi.; 2018.
22. Aytaç S. Stres kaynakları ve stresin psikolojik semptomlarının öfke kontrolü ile ilişkisi: polis memurları üzerine bir araştırma. *J of Soc Policy Conferences*. 2015(69):1-27.
23. Elhai J, Levine J, Dvorak R, Hall B. Fear of missing out, need for touch, anxiety and depression are related to problematic smartphone use. *Computers in Human Behav*. 2016;63:509-16.
24. George J. Stress management for the dental team: Lea & Febiger; 1986.
25. Sancho F, Ruiz C. Risk of suicide amongst dentists: myth or reality? *Int dent j*. 2010;60(6):411-8.
26. Collin V, Toon M, O'Selmo E, Reynolds L, Whitehead P. A survey of stress, burnout and well-being in UK dentists. *Br dent j*. 2019;226(1):40-9.
27. Ayers K, Thomson W, Newton J, Rich A. Job stressors of New Zealand dentists and their coping strategies. *Occupational medicine*. 2008;58(4):275-81.
28. Newton J, Allen C, Coates J, Turner A, Prior J. How to reduce the stress of general dental practice: the need for research into the effectiveness of multifaceted interventions. *Br dent j*. 2006;200(8):437-40.
29. Cooper C, Watts J, Kelly M. Job satisfaction, mental health, and job stressors among general dental practitioners in the UK. *Br dent j*. 1987;162(2):77-81.
30. Myers H, Myers L. 'It's difficult being a dentist': stress and health in the general dental practitioner. *Br dent j*. 2004;197(2):89-93.

31. Moore R, Brødsgaard I. Dentists' perceived stress and its relation to perceptions about anxious patients. *Community dentistry and oral epidemiology*. 2001;29(1):73-80.
32. Song K, Choi W, Jee H, Yuh C, Kim Y, Kim L, et al. Correlation of occupational stress with depression, anxiety, and sleep in Korean dentists: cross-sectional study. *BMC psychiatry*. 2017;17(1):1-11.
33. Denekamp A, Wouters J. Stress in the dental practice: 'Suddenly I wasn't able to work anymore'. *Nederlands Tijdschrift Voor Tandheelkunde*. 2020;127(6):344-9.
34. Calvo J, Kwatra J, Yansane A, Tokede O, Gorter R, Kalenderian E. Burnout and work engagement among US dentists. *J of patient safety*. 2021;17(5):398-404.
35. Bourassa M, Baylard J. Stress situations in dental practice. *Journal (Canadian Dental Association)*. 1994;60(1):65-7, 70.
36. Al-Zubair N, Sultan Al-ak'hali M, Ghandour I. Stress among dentists in Yemen. *The Saudi J for Dent Res*. 2015;6(2):140-5.
37. Huri M, Bağış N, Eren H, Umaroğlu M, Orhan K. Association between burnout and depressive symptoms among Turkish dentists. *J of dent sci*. 2016;11(4):353-9.
38. Dyrbye L, West C, Satele D, Boone S, Tan L, Sloan J, et al. Burnout among US medical students, residents, and early career physicians relative to the general US population. *Academic medicine*. 2014;89(3):443-51.
39. Azeem S, Nazir N, Zaidi Z, Akhtar N. Role of stress and burnout among nurses in the private hospitals. *Int J of Academic Res in Business and Soc Sci*. 2014;4(3):420.
40. Lang-Runtz H. Stress in dentistry: it can kill you. *Journal (Canadian Dental Association)*. 1984;50(7):539-41.
41. Firth-Cozens J. The psychological problems of doctors. *Stress in health professionals: psychological and organizational causes and interventions London: Wiley*. 1999:12-26.
42. Tyssen R, Vaglum P. Mental health problems among young doctors: an updated review of prospective studies. *Harvard review of psychiatry*. 2002;10(3):154-65.
43. de Jonge J BH, Peter R, Siegrist J. Job strain, effort-reward imbalance and employee well-being: a large-scale cross-sectional study. *Soc sci & medi (1982)*. 2000;50(9):1317-27.
44. Kudielka BM HD, von Kanel R, Gander ML, Grande G, Fischer JE. Health-related quality of life measured by the SF12 in working populations: associations with psychosocial work characteristics. *J Occup Health Psychol*. 2005;10(4):429-40.
45. Tsutsumi A KK, Theorell T, Siegrist J. Association between job stress and depression among Japanese employees threatened by job loss in a comparison between two complementary job-stress models. *Scand J Work Environ Health*. 2001;27(2):146-53.
46. Larisch M JL, von Dem Knesebeck O, Starke D, Siegrist J. Effort-reward imbalance at work and depressive symptoms--a cross-sectional investigation of middle-aged employees. *Psychother Psychosom Med Psychol*. 2003;53(5):223-8.
47. Almasi K BN, Kapur N, Webb R, Cooper J, Hadley S, Kerfoot M, Dunn G, Sotonyi P, Rihmer Z, et al. . Risk factors for suicide in Hungary: a case-control study. *BMC psychiatry*. 2009(9):45.
48. Freudenberger H. Staff burn-out. *J of soc issues*. 1974;30(1):159-65.
49. Ahola K, Hakanen J. Job strain, burnout, and depressive symptoms: A prospective study among dentists. *J of affective disorders*. 2007;104(1-3):103-10.
50. Jugale P, Mallaiah P, Krishnamurthy A, Sangha R. Burnout and work engagement among dental practitioners in Bangalore city: A cross-sectional study. *J of Clinical and Diagnostic Res: JCDR*. 2016;10(2):ZC63.
51. Osborne D, Croucher R. Levels of burnout in general dental practitioners in the south-east of England. *Br dent j*. 1994;177(10):372-7.
52. Schaufeli W, Salanova M, González-Romá V, Bakker A. The measurement of engagement and burnout: A two sample confirmatory factor analytic approach. *J of Happiness studies*. 2002;3(1):71-92.
53. Hakanen J, Schaufeli W. Do burnout and work engagement predict depressive symptoms and life satisfaction? A three-wave seven-year prospective study. *J of affective disorders*. 2012;141(2-3):415-24.
54. Maslach C, Jackson S, Leiter M. MBI: Maslach burnout inventory. edn r, editor: Consulting Psychologists Press Palo Alto, CA; 1996.
55. Chohan L, Dewa C, El-Badrawy W, Nainar SH. Occupational burnout and depression among paediatric dentists in the United States. *Int J of Paediatr Dent*. 2020;30(5):570-7.
56. Panagioti M, Geraghty K, Johnson J, Zhou A, Panagopoulou E, Chew-Graham C, et al. Association between physician burnout and patient safety, professionalism, and patient satisfaction: a systematic review and meta-analysis. *JAMA internal medi*. 2018;178(10):1317-31.
57. Dewa C, Loong D, Bonato S, Thanh N, Jacobs P. How does burnout affect physician productivity? A systematic literature review. *BMC health services res*. 2014;14(1):1-10.

58. Tawfik D, Scheid A, Profit J, Shanafelt T, Trockel M, Adair K, et al. Evidence relating health care provider burnout and quality of care: a systematic review and meta-analysis. *Annals of internal medicine*. 2019;171(8):555-67.
59. Kaçmaz N. Tükenmişlik (burnout) sendromu. *J of Istanbul Faculty of Medi*. 2005;68(1):29-32.
60. Maslach C, Jackson S. The measurement of experienced burnout. *J of organizational behav*. 1981;2(2):99-113.
61. Shirom A. Job-related burnout: A review J.C. Quick, L.E. Tetrick (Eds.), *Handbook of Occupational Health Psychology*, Washington, DC *American Psychol Assoc*. 2003:245-64.
62. Maslach C. Burned-out. *Human Behav*. 1976;5(16-22).
63. Van der Doef M, Verhoeven C, Koelewijn H, Maes S. Relationships between quality of work, burnout, and quality of care in health care. *Eur Health Psychol*. 2014;16:298.
64. Gorter R, Albrecht G, Hoogstraten J, Eijkman M. Work place characteristics, work stress and burnout among Dutch dentists. *Eur J of Oral Sci*. 1998;106(6):999-1005.
65. Choy H, Wong M. Occupational stress and burnout among Hong Kong dentists. *Hong Kong Med J*. 2017;23(5):480-8.
66. US National Library of Medicine. Depression: what is burnout? Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmedhealth/PMH0072470/> Accessed 15 Mar 2017.
67. Kulkarni S, Dagli N, Duraiswamy P, Desai H, Vyas H, Baroudi K. Stress and professional burnout among newly graduated dentists. *J of int society of preventive & community dentistry*. 2016;6(6):535.
68. Küçükaltan D. Turizm işletmelerinde örgütsel tükenmişlik. *Turizm İşletmelerinde Örgütsel Davranış (ss: 189-207) Editör Sabuncuoğlu, Z Uludağ: MKM Yayıncılık*. 2009:189-207.
69. Özmen Z. Maslach Tükenmişlik Ölçeği Açısından Hemşirelerde Tükenmişlik Düzeyinin İncelenmesi (Bursa Şevket Yılmaz Eğitim ve Araştırma Hastanesi Hemşireleri Örneği) 2016.
70. Solmuş T. İş yaşamında duygular ve kişilerarası ilişkiler (Psikoloji penceresinden insan kaynakları yönetimi). *Beta Yayınları, İstanbul*. 2004.
71. Özkan C. Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde araştırma görevlisi olarak çalışan doktorlarda tükenmişlik sendromunu etkileyen faktörler 2012.
72. Yüksel G. Ege bölgesindeki tıp fakültelerinin anesteziyoloji ve reanimasyon anabilim dallarında görevli araştırma görevlisi doktorlarda tükenmişlik düzeyinin sosyodemografik değişkenlerle ilişkisi 2011.
73. Yılmaz T. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanelerinde tıpta uzmanlık öğrencilerinin tükenmişlik düzeyi ve ilişkili etmenler. Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara. 2009.
74. Tunçay A. Güven ve tükenmişlik ilişkisi: Ankara'daki hastanelerde bir uygulama 2009.
75. Dinç K. Yardım mesleklerinde tükenmişlik sendromu 2008.
76. Perlman B, Hartman E. Burnout: Summary and future research. *Human relations*. 1982;35(4):283-305.
77. Demirbaş A. Üç farklı hastanenin yöneticilerinin ve klinikte çalışan sağlık personelinin tükenmişlik durumları 2006.
78. Şahin D. Ankara Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi hemşirelerinin rol çatışması-rol belirsizliği ve tükenmişlik durumları: Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2009.
79. Özel T. Örgütsel bağlılık ve tükenmişlik düzeyi: İstanbul ili vakıf üniversitelerinde görev yapan akademisyenlere yönelik bir alan araştırması 2009.
80. Meier S. Toward a theory of burnout. *Human relations*. 1983;36(10):899-910.
81. Weber A, Jaekel-Reinhard A. Burnout syndrome: a disease of modern societies? *Occ medi*. 2000;50(7):512-7.
82. Abbasi M, Nejadsharvari N, Kiani M, Borhani F, Bazmi S, Tavaakkoli S, et al. Moral distress in physicians practicing in hospitals affiliated to medical sciences universities. *Iranian Red Crescent Medi J*. 2014;16(10).
83. Kang M, Kim J, Jeong B, Park K, Kam S, Hong D, et al. The levels of psychosocial stress, job stress and related factors of medical doctors practicing at local clinics. *J of Preventive Medicine and Public Health*. 2007;40(2):177-84.
84. Kay E, Lowe J. A survey of stress levels, self-perceived health and health-related behaviours of UK dental practitioners in 2005. *Br dent j*. 2008;204(11):E19-E.
85. Van der Doef M, Maes S. The job demand-control (-support) model and psychological well-being: A review of 20 years of empirical research. *Work & stress*. 1999;13(2):87-114.
86. Kalimo R, Pahkin K, Mutanen P, Topipinen-Tanner S. Staying well or burning out at work: work characteristics and personal resources as long-term predictors. *Work & Stress*. 2003;17(2):109-22.
87. Morse G, Salyers M, Rollins A, Monroe-DeVita M, Pfahler C. Burnout in mental health services: A review of the problem and its remediation. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Res*. 2012;39(5):341-52.

88. Hakanen J, Perhoniemi R, Bakker A. Crossover of exhaustion between dentists and dental nurses. *Stress and Health*. 2014;30(2):110-21.
89. Hakanen J, Schaufeli W, Ahola K. The Job Demands-Resources model: A three-year cross-lagged study of burnout, depression, commitment, and work engagement. *Work & stress*. 2008;22(3):224-41.
90. Gorter R, Albrecht G, Hoogstraten J, Eijkman M. Professional burnout among Dutch dentists. *Community dentistry and oral epidemiology*. 1999;27(2):109-16.
91. Divaris K, Lai C, Polychronopoulou A, Eliades T, Katsaros C. Stress and burnout among Swiss dental residents. *Schweizer Monatsschrift für Zahnmedizin*. 2012;122(7-8):610-5.
92. Rassolian M, Peterson L, Fang B, Knight HC, Peabody M, Baxley E, et al. Workplace factors associated with burnout of family physicians. *JAMA internal medi*. 2017;177(7):1036-8.
93. Puriene A, Aleksejuniene J, Petrauskiene J, Balciuniene I, Janulyte V. Self-perceived mental health and job satisfaction among Lithuanian dentists. *Industrial health*. 2008;46(3):247-52.
94. Gorter R, Eijkman M, Hoogstraten J. Burnout and health among Dutch dentists. *Eur j of oral sci*. 2000;108(4):261-7.
95. Moore R. Occupational stress among dentists. In: Langan-Fox J, Cooper, CL, editors. *Handbook of Stress in the Occupations*. Cheltenham, UK: Edward Elgar, editor; 2011.
96. Puriene A, Janulyte V, Musteikyte M, Bendinskaite R. General health of dentists. Literature review. *Stomatologija*. 2007;9(1):10-20.
97. Singh P, Aulak D, Mangat S, Aulak M. Systematic review: factors contributing to burnout in dentistry. *Occ Medi*. 2016;66(1):27-31.
98. Nishimura Y, Miyoshi T, Obika M, Ogawa H, Kataoka H, Otsuka F. Factors related to burnout in resident physicians in Japan. *Int J of Medi Edu*. 2019;10:129.
99. Brousseau M, Manzini C, Thie N, Lavigne G. Understanding and managing the interaction between sleep and pain: an update for the dentist. *J-Canadian Dent Assoc*. 2003;69(7):437-43.
100. Van Wijk A, Hoogstraten J. Experience with dental pain and fear of dental pain. *J of dent res*. 2005;84(10):947-50.
101. Bracha S, Vega E, Vega C. Posttraumatic Dental-Care Anxiety: Is "dental phobia" a misnomer? *Hawaii dent j*. 2006;37(5):17-9.
102. Jin M, Jeong S, Kim E, Choi Y, Song K. Burnout and its related factors in Korean dentists. *Int dent j*. 2015;65(1):22-31.
103. Brake H, Bouman A, Gorter R, Hoogstraten J, Eijkman M. Professional burnout and work engagement among dentists. *Eur j of oral sci*. 2007;115(3):180-5.
104. Maslach C, Jackson S, Leiter M. *Maslach burnout inventory*: Scarecrow Education; 1997.
105. Keçeci H, Özyirmidokuz E, Özbakır L. Dijital Bağımlılık ve FoMo, Kişilik Faktörleri ve Mutluluk ile İlişkisi: Üniversite Öğrencileri İle Bir Uygulama. *Bağımlılık Dergisi*. 2021;22(4):379-94.
106. Przybylski A, Murayama K, DeHaan C, Gladwell V. Motivational, emotional, and behavioral correlates of fear of missing out. *Computers in human behav*. 2013;29(4):1841-8.
107. Grohol J. Final rules for US Mental Health parity released: No surprises but also no silver bullet. *Blog posting, November*. 2013;9:2013.
108. Elhai J, Yang H, Montag C. Anxiety and stress severity are related to greater fear of missing out on rewarding experiences: A latent profile analysis. *PsyCh J*. 2021;10(5):688-97.
109. Jood T. Missing the present for the unknown: the relationship between fear of missing out (FoMo) and life satisfaction. PhD Thesis.: University of South Africa, Pretoria; 2017.
110. Asur S, Huberman B, editors. *Predicting the future with social media*. 2010 IEEE/WIC/ACM international conference on web intelligence and intelligent agent technology; 2010: IEEE.
111. Turkle S. *Alone together: why we expect more from technology and less from each other*. New York: Basic Books: Simon and Schuster; 2011.
112. Al-Menayes J. The fear of missing out scale: Validation of the Arabic version and correlation with social media addiction. *Int J of Applied Psychol*. 2016;6(2):41-6.
113. Kuss D, Griffiths M. Social networking sites and addiction: Ten lessons learned. *Int j of environmental res and public health*. 2017;14(3):311.
114. Communications JM. *Fear of Missing Out* 2012.
115. Baumeister R, Leary M. The need to belong: Desire for interpersonal attachments as a fundamental human motivation. *Psychological Bulletin*. 1995. p. 497-529.
116. Hedges K. Do You Have FOMO: Fear Of Missing Out. *Dipetik September*. 2014;1:2017.
117. Dossey L. FOMO, digital dementia, and our dangerous experiment. *Explore: The J of Sci and Healing*. 2014;10(2):69-73.
118. White J. Research finds link between social media and the "fear of missing out.". *The Washington Post*. 2013.
119. McLuhan M. *Understanding media: the extensions of man* McGraw-Hill (New York, NY). 1964.

120. Ariely D. Predictably irrational (1st ed.). HarperCollins: Harperluxe. 2008.
121. Abel J, Buff C, Burr S. Social media and the fear of missing out: Scale development and assessment. *J of Business & Economics Res (JBER)*. 2016;14(1):33-44.
122. Findlay H, Tuskegee A, Findlay HE. Mobile technologies transforming the brain and impacting various aspects of societal life. *Journal of Healthcare, Science and the Humanities*. 2014;4(2):93-113.
123. Miller S. Fear of missing out: Are you a slave to FOMO 2012.
124. Garzberg T. How real is FOMO (Fear Of Missing Out)? Top causes, symptoms and cures? Retrieved from <http://www.quora.com/How-real-is-FOMO-Fear-Of-Missing-Out-Top-causes-symptoms-and-cures> 2015.
125. Lieberman M. Social: Why our brains are wired to connect: OUP Oxford; 2013.
126. Tanhan F, Özok H, Tayiz V. Gelişmeleri kaçırma korkusu (fomo): güncel bir derleme fear of missing out: current review. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 2021;14(1):1-.
127. Baker Z, Krieger H, LeRoy A. Fear of missing out: Relationships with depression, mindfulness, and physical symptoms. *Translational Issues in Psychol Sci*. 2016;2(3):275.
128. McGinnis P. Symptoms of FOMO You Need to Treat Now <http://patrickmcginnis.com/7-symptoms-of-fomo-you-need-to-treat-now/>. 2017.
129. Sapadin L. Fear of missing out. PsychCentral< <https://psychcentral.com/blog/archives/2015/10/12/fear-of-missing-out/>>, accessed. 2017;31.
130. Tayiz V. Üniversite öğrencilerinin gelişmeleri kaçırma korkusu ve yalnızlık düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi: *Eğitim Bilimleri Enstitüsü*; 2018.
131. Modzelewski P. FOMO (fear of missing out)—an educational and behavioral problem in times of new communication forms. *Konteksty Pedagogiczne*. 2020;14(1):215-32.
132. Aksak M. Farklı lise türlerine devam eden lise öğrencilerinin sosyal medyaya ilişkin tutumları ile yalnızlık düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi (Gaziosmanpaşa ilçesi örneği): *Eğitim Bilimleri Enstitüsü*; 2017.
133. Güven A. Multidisipliner bir kavram olarak “fear of missing out”(Fomo): literatür taraması. *Mustafa Kemal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*. 18(48):99-124.
134. Balcı Gök U, Kurdal Y, Demir Ş, Koyuncu G, Deniz Y, Mandus F, et al. Hemşirelerde tükenmişlik ve yorgunluk semptomları. *İzmir Tepecik Eğitim Hastanesi Dergisi*. 2013;23(2):83-7.
135. Turgut N, Karacalar S, Polat C, Kıran Ö, Gültop F, Kalyon S, et al. Uzmanlık Eğitimindeki Doktorlarda Tükenmişlik Sendromu. *Turkish J of Anesthesia & Reanimation*. 2016;44(5).
136. Özdemir A, Özdemir H, Coşkun A, Çınar Z. Diş hekimliği fakültesi öğretim elemanlarında mesleki tükenmişlik ölçeğinin değerlendirilmesi. *Cumhuriyet Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi*. 1999;2(2):98-104.
137. Dikmetaş E, Top M, Ergin G. Asistan hekimlerin tükenmişlik ve mobbing düzeylerinin incelenmesi. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2011;22(3):137-49.
138. Ergin C, editor Doktor ve hemşirelerde tükenmişlik ve Maslach tükenmişlik ölçeğinin uyarlanması. *VII Ulusal Psikoloji Kongresi, 22th September 1992 Ankara (Turkey)*; 1992.
139. Bowling A, Ebrahim S. Handbook of health research methods: investigation, measurement and analysis: McGraw-Hill Education (UK); 2005.
140. Singleton Jr R, Straits B, Straits M. Approaches to social research. 2nd and 5th ed. Oxford, UK: Oxford University Press; 2009.
141. R. A. Uygulamalı istatistik ve geçerlik-güvenirlilik 6 Baskı, Ankara, Detay Yayıncılık 2020:333-361. 2020.
142. İnceoğlu F. Doğrulamalı faktör analizinde yarışan modeller ve klinik bir uygulaması: İnönü Üniversitesi Doktora Tezi; 2018.
143. Gürbüz S. AMOS ile yapısal eşitlik modellemesi. *Ankara: Seçkin Yayıncılık*. 2019.
144. Özdamar K. Eğitim, Sağlık ve Davranış Bilimlerinde ölçek ve test geliştirme yapısal eşitlik modellemesi. *Eskişehir: Nisan Kitabevi*. 2016(IBM SPSS, IBM SPSS AMOS ve MINITAB Uygulamalı, 1. Baskı):161-89.
145. Tel H, Karadağ M, Tel H, Aydın Ş. Sağlık çalışanlarının çalışma ortamındaki stres yaşantıları ile baş etme durumlarının belirlenmesi. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*. 2003;2(1):13-23.
146. Gerschman J, Burrows G. Stress and distress in dentistry. *Stress medi*. 1998;14(4):213-7.
147. Oğur R, Tekbaş Ö. Anket nasıl hazırlanır. *Sted*. 2003;12(9):336-40.
148. Can G, Satıcı S. Adaptation of fear of missing out scale (FoMOs): Turkish version validity and reliability study. *Psicologia: Reflexão e Crítica*. 2019;32.
149. Çalışkan S, Özdemir C, Tüloğlu N, Bayrak Ş. Uzman Diş Hekimlerinin Tükenmişlik Düzeyleri. *Selcuk Dent J*. 2021;8(1):179-85.

150. Slabšinskienė E, Gorelik A, Kavaliauskienė A, Zaborskis A. Burnout and its relationship with demographic and job-related variables among dentists in Lithuania: A cross-sectional study. *Int j of environmental res and public health*. 2021;18(8):3968.
151. Gorter R, Freeman R. Burnout and engagement in relation with job demands and resources among dental staff in Northern Ireland. *Community dentistry and oral epidemiology*. 2011;39(1):87-95.
152. Shelly J, Wong M, Rackcliffe J. Are Texas dentists burned out? *Texas Dent J*. 1989;106(12):9-14, 53.
153. Özarslan M, Caliskan S. Attitudes and predictive factors of psychological distress and occupational burnout among dentists during COVID-19 pandemic in Turkey. *Current Psychol*. 2021;40(7):3113-24.
154. Mathias S, Koerber A, Fadavi S, Punwani I. Specialty and sex as predictors of depression in dentists. *The J of the American Dent Assoc*. 2005;136(10):1388-95.
155. Denizoglu S, Yilmaz B, Akyıl R, Akyıl M. Atatürk üniversitesi diş hekimliği fakültesinde çalışan diş hekimleri ve hemşirelerinin mesleki durum değerlendirmesi, bölüm 11: tükenmişlik. *Atatürk Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi*. 2005;2005(2):43-53.
156. Alpöz E, Güneri P, Sürgevil Dalkılıç O, Çankaya H. Burnout syndrome in a dentistry faculty: effect of sociodemographic and academic factors. *Hacettepe Dişhekimliği Fakültesi Derg(Clinical Dentistry and Research)*. 2008;32(3):18-28.
157. Baer T, Feraco A, Tuysuzoglu Sagalowsky S, Williams D, Litman H, Vinci R. Pediatric resident burnout and attitudes toward patients. *Pediatrics*. 2017;139(3).
158. Delibaş M. Sağlık çalışanlarının duygusal emek davranışlarının mesleki tükenmişlik düzeyleri ile ilişkisi: Sakarya Üniversitesi; 2021.
159. Erzek D. Çocuk diş hekimlerinin tükenmişlik düzeyi: Eskişehir osmangazi üniversitesi diş hekimliği fakültesi; 2021.
160. Tok Ş, Şerik B, EKERBİÇER H, Erdoğan N, İnci M, Demirbaş M, et al. Sakarya’da aile sağlığı merkezlerinde çalışan aile sağlığı elemanlarında tükenmişlik düzeyi ve ilişkili faktörler. *Sakarya Tıp Dergisi*. 2017;7(1):1-.
161. Arora S, Knight A. Questionnaire Survey of Burnout Amongst Dentists in Singapore. *International Dental Journal*. 2021.
162. Brake H, Bloemendal E, Hoogstraten J. Gender differences in burnout among Dutch dentists. *Community dentistry and oral epidemiology*. 2003;31(5):321-7.
163. Lackritz J. Exploring burnout among university faculty: Incidence, performance, and demographic issues. *Teaching and teacher edu*. 2004;20(7):713-29.
164. Kilfedder C, Power K, Wells T. Burnout in psychiatric nursing. *J of advanced nursing*. 2001;34(3):383-96.
165. Alemany Martínez A, Berini Aytés L, Gay Escoda C. The burnout syndrome and associated personality disturbances: The study in three graduate programs in Dentistry at the University of Barcelona. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2008;Jul 1;13(7):E444-50.
166. American Dental Association Center for Professional Success. 2015 Dentist Well-being Survey Report. American Dent Assoc heoadPOA. 2017.
167. Gündoğdu G. Sivas cumhuriyet üniversitesi tıp fakültesi hastanesinde çalışan araştırma görevlilerinde tükenmişlik düzeyi ve ilişkili etmenler 2021.
168. Aslan D, Kiper N, Karaağaoğlu E, Topal F, Gündük M, Cengiz Ö. Türkiye’de tabip odalarına kayıtlı olan bir grup hekimde tükenmişlik sendromu ve etkileyen faktörler. *Ankara: Türk Tabipleri Birliği Yayınları*. 2005:65.
169. Yavuzylmaz A, Topbaş M, Çan G, Özgün Ş. Trabzon il merkezindeki sağlık ocakları çalışanlarında tükenmişlik sendromu ile iş doyumu düzeyleri ve ilişkili faktörler. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*. 2007;6(1):41-50.
170. Kaya M, Üner S, Karanfil E, Uluyol R, Yüksel F, Yüksel M. Birinci basamak sağlık çalışanlarının tükenmişlik durumları. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*. 2007;6(5):357-63.
171. Grosch W, Olsen D. Clergy burnout: An integrative approach. *J Clin Psychol*. 2000;56(5):619-32.
172. Özkula G, Durukan E. Hekimlerde Tükenmişlik Sendromu: Sosyodemografik Özelliklerin Rolü. *Dusunen Adam*. 2017;30(2):136.
173. Ceylan A, Benli A, Soysal B, Özer E, Güden E, Sarıkahya S. Kayseri ilinde aile sağlığı birimi çalışanlarında memnuniyet ve tükenmişlik düzeyi. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*. 2020;24(2):95-106.
174. Ergin C. Maslach tükenmişlik ölçeğinin Türkiye sağlık personeli normları. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi*. 1996;4(1):28-33.
175. Aslan S, Aslan R, Alparslan Z, Gürkan S, Ünal M. Hekimlerde tükenmede cinsiyetle ilişkili etkenler. *Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 1997;22(2):132-6.

176. Sayıl İ, Haran S, Ölmez Ş, Özgüven H. Ankara üniversitesi hastanelerinde çalışan doktor ve hemşirelerin tükenmişlik düzeyleri. *Kriz derg.* 1997;5(2).
177. Kurçer M. Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi hekimlerinin iş doyumu ve tükenmişlik düzeyleri. *Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi.* 2005;2(3):10-5.
178. Taycan O, Kutlu L, Çimen S, Aydın N. Bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerde depresyon ve tükenmişlik düzeyinin sosyodemografik özelliklerle ilişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi.* 2006;7(2):100-8.
179. Brown LW QJ. Environmental influences on individual burnout and a preventive approach for organizations. *J Appl Biobehav Res.* 2013;18(2):104-21.
180. Demir A, Ulusoy M, Ulusoy M. Investigation of factors influencing burnout levels in the professional and private lives of nurses. *Int j of nursing studies.* 2003;40(8):807-27.
181. Ross R, Altmaier E, Russell D. Job stress, social support, and burnout among counseling center staff. *J of counseling psychol.* 1989;36(4):464.
182. Tsutsumi A, Umehara K, Ono H, Kawakami N. Types of psychosocial job demands and adverse events due to dental mismanagement: a cross sectional study. *BMC Oral Health.* 2007;7(1):1-6.
183. Johns R, Jepsen D. Sources of occupational stress in NSW and ACT dentists. *Aust dent j.* 2015;60(2):182-9.
184. Newton J, Mistry K, Patel A, Patel P, Perkins M, Saeed K, et al. Stress in dental specialists: a comparison of six clinical dental specialties. *Primary dental care.* 2002(3):100-4.
185. Humphris G, Peacock L. Occupational stress and job satisfaction in the community dental service of north Wales: a pilot study. *Community Dental Health.* 1993;10(1):73-82.
186. Humphris G, Cooper C. New stressors for GPs in the past ten years: a qualitative study. *Br dent j.* 1998;185(8):404-6.
187. İnceoğlu F, Demir P, Aydoğdu H. Adaptation of Fear of Missing Out Scale (FoMOs) to Dentistry. *Selcuk Dent J.* 2021;8(2):530-7.
188. Needleman H, Bang S, Zhou J, Johnson J, McPeck B, Graham D. Personality types of pediatric dentists: comparative analysis and associated factors. *Pediatric Dentistry.* 2011;33(1):37-45.
189. Ivanova A, Gorbaniuk O, Błachnio A, Przepiórka A, Mraka N, Polishchuk V, et al. Mobile phone addiction, phubbing, and depression among men and women: A moderated mediation analysis. *Psychiatric Quarterly.* 2020;91(3):655-68.
190. Alt D. College students' academic motivation, media engagement and fear of missing out. *Computers in Human Behav.* 2015;49:111-9.
191. Çağır G. Lise ve üniversite öğrencilerinin problemleri internet kullanım düzeyleri ile algılanan esenlik halleri ve yalnızlık düzeyleri arasındaki ilişki: Balıkesir Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü; 2010.
192. Yıldız M, Bölükbaş K. İnternet kafeler, gençlik ve sosyal sapma. İçinde A. Tarcan Ed. *İnternet ve toplum.* 2005.
193. Özcan H. Kişilik özellikleri ile sanal kaytarma davranışı arasındaki ilişkide gelişmeleri kaçırma korkusunun (GKK) rolü: Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü; 2019.
194. O'Connell C. How FOMO (Fear of Missing Out), the smartphone, and social media may be affecting University Students in the Middle East. *North American J of Psychol.* 2020;22(1).
195. Beyens I, Frison E, Eggermont S. "I don't want to miss a thing": Adolescents' fear of missing out and its relationship to adolescents' social needs, Facebook use, and Facebook related stress. *Computers in Human Behav.* 2016;64:1-8.
196. Karakuyu A. Meslek yüksekokulu öğrencilerinin sosyal medyadaki gelişmeleri kaçırma korkuları ve yalnızlık durumlarının nomofobilerine katkısı. *Anadolu Bil Meslek Yüksekokulu Dergisi.* 2019;14(54):93-106.
197. Çelik F, Diker E. Covid-19 Sürecinde Depresyon, Stres, Gelişmeleri Kaçırma Korkusu ve Zorlayıcı Sosyal Medya Kullanımı Arasındaki İlişkiler. *AYNA Klinik Psikoloji Dergisi.* 2021;8(1):17-43.
198. Rozgonjuk D, Sindermann C, Elhai J, Montag C. Individual differences in Fear of Missing Out (FoMO): Age, gender, and the Big Five personality trait domains, facets, and items. *Personality and Individual Differences.* 2021;171:110546.
199. Hadlington L, Binder J, Stanulewicz N. Fear of missing out predicts employee information security awareness above personality traits, age, and gender. *Cyberpsychology, Behav, and Soc Networking.* 2020;23(7):459-64.
200. Gil F, Valle G, Oberst U. Nuevas tecnologías, Nuevas patologías? El smartphone y el fear of missing out. *Aloma,* 2015, Vol 33, Núm 2. 2015.
201. Akbari M, Seydavi M, Palmieri S, Mansueto G, Caselli G, Spada M. Fear of missing out (FoMO) and internet use: A comprehensive systematic review and meta-analysis. *J of behav addictions.* 2021;10(4):879-900.

202. Cooper C, Watts J, Baglioni A, Kelly M. Occupational stress amongst general practice dentists. In: Edition s, editor. Managerial, Occupational and Organizational Stress Research: Routledge; 2018. p. 181-92.



EKLER

EK-1. Özgeçmiş



EK-2. Etik Kurul Kararı



EK-3. Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu



EK-4. Anket Soruları

Diş Hekimliği Lisansüstü Öğrencilerinde ‘Maslach Tükenmişlik Envanteri’ Ve ‘Eksik Kalma Korkusu’ Skalasının Değerlendirilmesi

1.Bölüm

Tez çalışmamız üç bölümden oluşmaktadır. İlk bölüm olan aşağıdaki kısım demografik bilgileri ve kişilerin uzmanlık hakkındaki düşüncelerini irdeleyen sorulardan oluşmaktadır.

Katılımınız için teşekkür ederiz.

Dr. Öğretim Üyesi Pınar DEMİR

Arş. Gör. Hatice AYDOĞDU

Cinsiyetiniz:

- ☐ Kadın
- ☐ Erkek

Yaşınız:

Medeni durumunuz:

- ☐ Evli
- ☐ Bekar

Çocuğunuz var mı?

- ☐ Yok
- ☐ Evet, 1 tane
- ☐ Evet, 2 tane
- ☐ Evet, 3 veya üzeri

Lisans Eğitimi Aldığınız Üniversite:

Uzmanlık Yaptığınız Bölüm:

- ☐ Ağız Diş Çene Cerrahisi
- ☐ Ağız Diş Çene Radyolojisi
- ☐ Diş Hastalıkları ve Tedavisi
- ☐ Pedodonti
- ☐ Ortodonti
- ☐ Endodonti
- ☐ Periodontoloji
- ☐ Protetik Diş Tedavisi

Lisansüstü eğitiminizdeki yılınız:

Sizce işe bağlı stres faktörlerinden en çok hangisini yaşamaktasınız?(Size en yakın seçeneği işaretleyiniz.)

- ☐ İletişim sorunları
- ☐ Fiziksel ortam
- ☐ Sistemdeki uygunsuzluk

- Ekonomik sıkıntı
- Meslektaş sıkıntısı
- Takdir edilmeme
- Uzun çalışma saatleri
- Hasta yakını stresi

Uzmanlık eğitimi aldığınız bölüm, uzmanlık yapmayı istediğiniz bölüm ile aynı mı?

- Evet, istediğim bölümde uzmanlık yapıyorum.
- Hayır, tercihim puanıma göre yaptığım için farklı bölüm seçtim.
- Hayır, tercihim, uzmanlık eğitimi boyunca yaşanacak stresi göz önüne alarak yaptığım için farklı bölüm seçtim.
- Hayır, tercihimde şehir daha ön planda olduğu için farklı bölüm seçtim.
- Hayır, üniversitelerdeki akademik kadroya göre tercih yaptığım için farklı bölüm seçtim.
- Hayır, üniversitelerdeki fiziksel şartlara göre tercih yaptığım için farklı bölüm seçtim.

Uzmanlık düşünmenizdeki etken(Size en yakın seçeneği işaretleyiniz);

- Rekabet
- İş imkânı
- Maddi kazanç
- İş hayatına daha geç atılmak
- İlginin olduğu bir bölümde uzmanlaşmak
- Unvan sahibi olmak
- Akademisyen olmak
- Aile/eş baskısı

	Hiçbir Zaman	Çok Nadir	Bazen	Çoğu Zaman	Her Zaman
İşimden soğuduğumu hissediyorum.					
İş dönüşü kendimi ruhen tükenmiş hissediyorum.					
Sabah kalktığımda, bir gün daha bu işi kaldıramayacağımı hissediyorum.					
İşim gereği karşılaştığım insanların ne hissettiğini anlarım.					
İşim gereği karşılaştığım bazı kimselere, sanki insan değilmiş gibi davrandığımı hissediyorum.					
Bugün insanlarla uğraşmak benim için gerçekten çok yıpratıcı.					
İşim gereği karşılaştığım insanların sorunlarına en uygun çözüm yollarını bulurum.					
Yaptığım işten tükendiğimi hissediyorum.					
Yaptığım iş sayesinde insanların yaşamına katkıda bulunduğuma inanıyorum.					
Bu işte çalışmaya başladığımdan beri, insanlara karşı sertleştim.					
Bu işin giderek beni katılaştırmasından korkuyorum.					
Çok şeyler yapabilecek güçteyim.					
İşimin beni kısıtladığını hissediyorum.					
İşimde çok fazla çalıştığımı hissediyorum.					
İşim gereği karşılaştığım insanlara ne olduğu umurumda değil.					
Doğrudan doğruya insanlarla çalışmak bende çok fazla stres yaratıyor.					
İşim gereği karşılaştığım insanlarla aramda rahat bir hava yaratırım.					
İnsanlarla yakın bir çalışmadan sonra kendimi canlanmış hissederim.					
Bu işte birçok kayda değer bir başarı elde ettim.					
Yolun sonuna geldiğimi, her şeyin bittiğini hissediyorum.					

İşimde duygusal sorunlara serinkanlılıkla yaklaşırım.					
İşim gereği karşılaştığım insanların bazen problemlerinin, zaman zaman benden kaynaklandığını düşünüyorum.					

2.Bölüm

Maslach Tükenmişlik Envanteri

Tükenmişlik, çalışanların iş ortamında iş yükünün artması, gereksiz görev yeri değişimleri, ekip ruhunun olmaması, uzun süre iş stresine maruz kalma sonucunda ortaya çıkan strese karşı tepki olarak tanımlanmaktadır. İkinci bölümde Maslach Tükenmişlik Envanterini irdedeceğiz.

3. Bölüm

Üçüncü ve son olan bölümümüzde ise, FoMO testi, başkalarının yaptıklarıyla sürekli bağlantıda kalma arzusuyla karakterize edilir. Bu anket çalışmasında; uzmanlık öğrencilerinin kariyer hakkında psikometrik özelliklerini öğrenmek adına Przybylski 'nin 2013'te sunmuş olduğu FoMO(Fear of Missing Out) Skalası, diş hekimliğinde uzmanlık ve kariyer eğitimi için modifiye edilen ölçeği kullanılmıştır. Aşağıda, uzmanlık eğitiminizdeki deneyiminizle ilgili bir dizi açıklama yer almaktadır. Verilen ölçeği kullanarak lütfen her bir ifadenin genel deneyimlerinizin ne kadar doğru olduğunu belirtin. Lütfen deneyimlerinizin ne olması gerektiğini düşündüğünüzden çok, deneyimlerinizi gerçekten neyin yansıttığına göre cevap verin.

Lütfen her bir ögeyi diğer tüm öğelerden ayrı olarak ele alın.

Katılımınız için teşekkür ederiz.

Aynı fakültede eğitim aldığım akranlarımın uzmanlık eğitiminde benden daha donanımlı/ faydalı uzmanlık kariyerine sahip olmasından korkuyorum.

- ☐ Benim için hiç doğru değil | 1
- ☐ Benim için biraz doğru | 2
- ☐ Benim için kısmen doğru | 3
- ☐ Benim için çok doğru | 4
- ☐ Benim için son derece doğru | 5

Başka fakültede eğitim alan akranlarımın uzmanlık eğitiminde benden daha donanımlı/ faydalı uzmanlık kariyerine sahip olmasından korkuyorum.

- ☐ Benim için hiç doğru değil | 1
- ☐ Benim için biraz doğru | 2
- ☐ Benim için kısmen doğru | 3
- ☐ Benim için çok doğru | 4
- ☐ Benim için son derece doğru | 5

Akranlarımın benden daha fazla eğitim aldığını(kongre, kurs, seminer) öğrendiğimde endişeleniyorum.

- ☐ Benim için hiç doğru değil | 1
- ☐ Benim için biraz doğru | 2

- Benim için kısmen doğru | 3
- Benim için çok doğru | 4
- Benim için son derece doğru | 5

Akranlarımın akademik çalışmalarda ne yaptığını bilmediğimde endişeleniyorum.

- Benim için hiç doğru değil | 1
- Benim için biraz doğru | 2
- Benim için kısmen doğru | 3
- Benim için çok doğru | 4
- Benim için son derece doğru | 5

Akranlarımın akademik kariyer hakkında düşündüklerini bilmek benim için önemlidir.

- Benim için hiç doğru değil | 1
- Benim için biraz doğru | 2
- Benim için kısmen doğru | 3
- Benim için çok doğru | 4
- Benim için son derece doğru | 5

Rekabet edebilmek için kullanabileceğim tüm potansiyel akademik kariyer seçeneklerini bilmek benim için önemlidir.

- Benim için hiç doğru değil | 1
- Benim için biraz doğru | 2
- Benim için kısmen doğru | 3
- Benim için çok doğru | 4
- Benim için son derece doğru | 5

Bazen arkadaşlarımın kariyer planlaması ile ilgili neler yaptıklarını takip etmek amacıyla, çok fazla zaman harcıyıp harcamadığımı merak ediyorum.

- Benim için hiç doğru değil | 1
- Benim için biraz doğru | 2
- Benim için kısmen doğru | 3
- Benim için çok doğru | 4
- Benim için son derece doğru | 5

Düzenlenmiş bir eğitim/kariyer planlama toplantısını kaçırmak beni çok rahatsız ediyor.

- Benim için hiç doğru değil | 1
- Benim için biraz doğru | 2
- Benim için kısmen doğru | 3
- Benim için çok doğru | 4
- Benim için son derece doğru | 5

Kongre/eğitim/kurs/seminer gibi uzmanlık eğitimi ile ilgili güzel bir fırsat elime geçtiğinde bunun ayrıntılarını çevrimiçi olarak paylaşmak beni rahatsız etmez.

- Benim için hiç doğru değil | 1
- Benim için biraz doğru | 2
- Benim için kısmen doğru | 3
- Benim için çok doğru | 4
- Benim için son derece doğru | 5

Kariyer planlaması ile ilgili güzel bir fırsat elime geçtiğinde bunun ayrıntılarını çevrimiçi olarak paylaşmak beni rahatsız etmez.

- Benim için hiç doğru değil | 1
- Benim için biraz doğru | 2
- Benim için kısmen doğru | 3
- Benim için çok doğru | 4
- Benim için son derece doğru | 5

Kendim için akademisyenlik istemesem bile, meslektaşlarımla akademik kariyer ile ilgili neler yaptığını takip etmeye devam ediyorum.

- Benim için hiç doğru değil | 1
- Benim için biraz doğru | 2
- Benim için kısmen doğru | 3
- Benim için çok doğru | 4
- Benim için son derece doğru | 5

