

## Hekimlerde tükenmişlik düzeylerinin aleksitimi düzeyleriyle ilişkisi

Rifat KARLIDAĞ,<sup>1</sup> Süheyla ÜNAL,<sup>2</sup> Saim YOLOĞLU<sup>3</sup>

### ÖZET

**Amaç:** Malatya ili merkezinde çalışan hekimlerin tükenmişlik düzeylerinin aleksitimi düzeyleri ve bazı sosyodemografik değişkenlerle ilişkisinin araştırılması amaçlanmıştır. **Yöntem:** Veriler, çalışmaya katılan 384 hekimden Sosyodemografik Veri Toplama Formu, Maslach Tükenmişlik Ölçeği (MTÖ) ve Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAÖ) kullanılarak toplanmıştır. **Sonuçlar:** Hekimlerin %79.3'ünde (n=306) aleksitimi belirlenmezken, %20.7'sinde (n=78) aleksitimi saptanmıştır. Aleksitimik bireylerde duygusal tükenme (DT) ve duyarsızlaşma (DYS) düzeyleri daha yüksek, kişisel başarı (KB) düzeyleri daha düşük bulunmuştur. Akademik ünvan ve meslekte çalışma süreleri ile aleksitimi düzeyleri arasında ilişki saptanmazken; araştırma görevlisi ve uzman hekimlerin DT ve DYS düzeyleri daha yüksek bulunmuştur. Meslekte çalışma süresi 6-10 yıl olanların DT düzeyleri düşük, 5 yıl ve daha az olanların ise DYS düzeyleri yüksek bulunmuştur. **Tartışma:** Sonuçlarımız tükenmişlik sendromu yaşayan bireylerde aleksitimi düzeylerinin arttığını düşündürmektedir. (*Anadolu Psikiyatri Dergisi 2001; 2(3):153-160*)

**Anahtar sözcükler:** Tükenme, hekimlik, aleksitimi

## The relation between alexithymia and burnout levels of physicians

### SUMMARY

**Objective:** The objective of this study is to investigate the relation between alexithymia and burnout levels of physicians working in Malatya in relation with some sociodemographic variables. **Method:** The data from 384 physician were gathered according to sociodemographic form, Maslach Burnout Inventory and Toronto Alexithymia Scale. **Results:** Alexithymia was not found in 79.3% (n=306), but in 20.7% (n=78) and emotional exhaustion (EE), and depersonalization (DP) levels were higher in alexithymic individuals while personal accomplishment (PA) levels were lower. Although there was no relation between academic degree, time at profession and alexithymia levels, the EE and DP levels were higher in residents and specialists. The ones who have worked for 6-10 years had low EE levels and the ones having worked for 5 years and less had higher DP levels. **Conclusion:** Our result is in individuals having burnout syndrome, the alexithymia levels get higher. (*Anatolian Journal of Psychiatry 2001; 2(3):153-160*)

**Key words:** Burnout, physician, alexithymia

<sup>1</sup> Yrd.Doç.Dr., İnönü Üniv. Tıp Fak. Turgut Özal Tıp Merkezi Psikiyatri Kliniği, MALATYA

<sup>2</sup> Prof.Dr., İnönü Üniv. Tıp Fak. Turgut Özal Tıp Merkezi Psikiyatri Kliniği, MALATYA

<sup>3</sup> Yrd.Doç.Dr., İnönü Üniv. Tıp Fak. Biyoistatistik ABD, MALATYA

Dr. Rifat KARLIDAĞ, İnönü Üniv. Tıp Fak. Turgut Özal Tıp Merkezi Psikiyatri Kliniği, MALATYA  
rkarlidag@hotmail .com

## GİRİŞ VE AMAÇ

Hekimler çeşitli nedenlerle sık sık tükenmişlik sendromuna maruz kalırlar. İnsanlarla yüz yüze çalışılan mesleklerde, süregen ve ağır strese tepki olarak gelişen duygusal ve fiziksel tükenme, iş doyumunda azalma, kişinin mesleğine ve bakım verdiği kişilere karşı duyarsızlaşması, duygusal yönden kendisini tükenmiş hissetmesi, kişisel başarı ve yeterlilik duygularının azalması olarak tanımlanan tükenmişlik, ilk kez Freudenberg tarafından ortaya atılan bir kavramdır.<sup>1</sup> Daha sonra Maslach ve Jackson tarafından tanımı geliştirilmiştir.<sup>2</sup> “Mesleğe ilişkin bir yanılısma süreci” olarak da tanımlanan tükenmişlik,<sup>3</sup> uzmanlaşmamış hekimlerde, onkoloji, nöroloji, psikiyatri, anestezi ve reanimasyon gibi daha çok süregen hastalıklarla uğraşan uzmanlık dallarında sık görülmektedir.<sup>4</sup> Kadınlarda, bekarlarda, meslekte daha yeni ve deneyimsiz olanlarda tükenme yüksek düzeylerde yaşanmaktadır.<sup>4-6</sup> Olumsuz çalışma koşulları, mesleğiyle ilgili beklentilerine karşılık bulamama hekimi tüketerek verdiği hizmetin, üretimin nitelik ve niceliğinde bozulmaya neden olabilmektedir.<sup>7</sup> Tükenme sürecine giren hekim, bakım vermekle yükümlü olduğu insanlara karşı duyarsızlaşarak bilinç dışı bir süreçle duygusal açıdan kendisini koruma çabası geliştirebilir.

Bazı yazarlar tarafından duygusal zorlanma ile birlikte bulunan bazı öznel stresli durumlara karşı bir başa çıkma stili olarak tanımlanan aleksitiminin bir kişilik özelliği olarak “birincil”, yaşamı tehdit edici olaylara, ağır fiziksel hastalıklara, travmalara, depresyona ya da anksiyeteye karşı bir başa çıkma stili olarak “ikincil” ortaya çıkabileceği bildirilmektedir.<sup>8</sup>

1970’lerin başında Nemiah ve Sifneos tarafından tanımlanan<sup>9,10</sup> aleksitimi şu özellikleri kapsar:

1. Duyguların tanımlanamaması ve söze dökülmemesi,
2. Heyecan yaşantıları sırasında ortaya çıkan bedensel duyumlar ve duygular arasında ayırım yapma güçlüğü,
3. Düşlem yaşamında kısıtlılık,
4. Dışa odaklı bilişsel stil.

Bu özellikler esas olarak dikkat çekici biçimde romatoid artrit, peptik ülser, ülseratif kolit gibi “klasik” psikosomatik bozukluğu olan kişilerde büyük oranda bulunmuş,<sup>11</sup> sonradan medikal ve psikiyatrik hastalarda da yaygın olduğu bildirilmiştir.<sup>12-14</sup> Bazı araştırmacılar aleksitiminin travma, alkol yoksunluğu, süregen tıbbi hastalık, panik bozukluğu gibi duygusal zorlanma ile birlikte bulunan öznel stresli durumlara karşı korunmak üzere geliştirilen bir başa çıkma stili olarak tanımlamaktadırlar.<sup>15-17</sup> Ancak duygu yönelimli bir sorun çözme tarzı olduğu için uyum sağlamada yeterli olmadığı ileri sürülmektedir.<sup>18</sup>

Tükenmişlik ve aleksitimi arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmalarında Aslan ve arkadaşları aleksitimiyle duygusal tükenme ve duyarsızlaşma arasında pozitif, kişisel başarı arasında ise negatif ilişki olduğunu, bunun da tükenmeye ikincil olarak gelişebilecek olan aleksitimi ile ilişkili olabileceğini bildirmişlerdir.<sup>6</sup>

Bu çalışmada Malatya ili merkezinde çalışmakta olan bir grup hekimde tükenmişlik ve aleksitimi arasında bir ilişki olup olmadığı araştırılmıştır.

## GEREÇ VE YÖNTEM

02.02.1998-13.03.1998 tarihleri arasında Malatya’da yapılan araştırmaya il merkezinde çalışmakta olan 593 hekimden gönüllü 384 hekim katılmıştır. Sosyodemografik Veri Toplama Formu ve ölçekler işyeri koşullarında katılımcılar tarafından yaklaşık 20-25 dakikalık sürede araştırmacının gözlemi altında doldurulmuştur.

### *Çalışmada kullanılan ölçekler*

1. *Sosyodemografik Veri Toplama Formu*: Çalışmaya katılanlarla ilgili sosyodemografik ve boş zaman etkinlikleriyle ilgili verileri elde etmeyi amaçlamaktadır.

2. *Maslach Tükenmişlik Ölçeği (MTÖ)*: Türkiye’de geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Ergin (1992) tarafından yapılan ölçek,<sup>19</sup> her birinde beş basamaklı yanıt seçenekleri olan 22 sorudan oluşmaktadır. Duygusal tükenme (DT), kişisel başarı (KB), duyarsızlaşma (DYS) olmak üzere üç alt boyutu vardır.<sup>20</sup> DT ve DYS boyutları olumsuz, KB boyutu olumlu yanıtları içermektedir. Puanlar her alt ölçek için ayrı ayrı

hesaplanmaktadır. Alt ölçeklerden elde edilen puanlar için kesme değeri olmadığından tükenme var ya da yok biçiminde bir ayırım yapılamamaktadır.

3. *Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAÖ)*: Taylor ve arkadaşları (1985) tarafından geliştirilmiştir.<sup>21</sup> Türkiye’de geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Dereboy (1990) tarafından yapılmış ve kesme puanı 11 olarak bildirilmiştir. Ölçeğin orijinal değerlendirmesi 5’li likert skalası şeklinde olup, Dereboy (1990) çalışmasında “doğru” ya da “yanlış” şeklinde iki seçeneğe hale getirmiştir ve ölçek 26 sorudan oluşmaktadır.<sup>22</sup>

Veriler, SPSS for Windows 6.01 istatistik paket programında değerlendirilmiştir. Tanımlayıcı istatistikler yapıldıktan sonra, verilerin normal dağılıma uygunluğu test edilmiş, tüm veri gruplarının normal dağılıma uyduğu görülmüştür. Daha sonra önemlilik testleri olarak iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi, tek yönlü varyans analizi, Tukey’s HSD, korelasyon analizi kullanılmıştır.

## BULGULAR

Çalışmaya katılan 384 hekimin bazı sosyodemografik özellikleri Tablo 1’de, TAÖ, MTÖ-DT, MTÖ-DYS ve MTÖ-KB puanları Tablo 2’de sunulmuştur.

TAÖ puanlarının <11 ve ≥11 olmasına göre katılımcıların dağılımına bakıldığında katılımcıların %79.3’ünde (n=306) aleksitimi belirlenmezken, %20.3’ünde (n=78) aleksitimi belirlenmiştir.

Tablo 1. Hekimlerin sosyodemografik özellikleri

Sosyodemografik özellik	Sayı(384)	%
<i>Akademik ünvan</i>		
Pratisyen hekim	95	24.7
Araştırma görevlisi	123	32.0
Uzman	81	21.1
Öğretim gör./üyesi	85	22.1
<i>Cinsiyet</i>		
Erkek	316	82.3
Kadın	68	17.7
<i>Yaş</i>		
22-29	143	37.2
30-39	168	43.7
40 ve üzeri	73	19.0
<i>Medeni durum</i>		
Evli	293	76.3
Bekar	91	23.7
<i>Meslekte çalışma süresi</i>		
≤5 yıl	141	36.7
6-10 yıl	28	33.3
≥11 yıl	115	29.9

Tablo 2. Hekimlerin ölçek puanlarının dağılımı

Ölçek	Sayı	$\bar{X} \pm Sx$
TAÖ	384	7.50 ± 0.18
MTÖ-DYS	384	5.31 ± 0.15
MTÖ-DT	384	14.06 ± 0.30
MTÖ-KB	384	20.57 ± 0.21

Sx: Standart hata,  $\bar{X}$ : Ortalama

Tablo 3. Araştırmaya katılan hekimlerin TAÖ puan gruplarına göre karşılaştırılması

TAÖ puanı n	MTÖ-DT $\bar{X} \pm Sx$	t	MTÖ-DYS $\bar{X} \pm Sx$	t	MTÖ-KB $\bar{X} \pm Sx$	t
<11 306	13.51 ± 0.34	3.53*	5.02 ± 0.17	3.69*	21.01 ± 0.23	4.10*
≥11 78	16.19 ± 0.64		6.46 ± 0.36		18.85 ± 0.45	

\* p<0.001

$\bar{X}$ : Ortalama, Sx: Standart hata

Aleksitimi puanı <11 ve ≥11 olan katılımcıların MTÖ-DT, MTÖ-DYS ve MTÖ-KB puanları Tablo 3'te sunulmuştur. Aleksitimi puanı <11 ve ≥11 olan katılımcılar, MTÖ-DT, MTÖ-DYS ve MTÖ-KB puanları bakımından iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testine göre karşılaştırılmıştır. İki grubun MTÖ-DT, MTÖ-DYS

ve MTÖ-KB puanları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur (her üçü için de  $p<0.001$ ). Aleksitimi puanları ≥11 olanların MTÖ-DT ve MTÖ-DYS puanları daha yüksek, MTÖ-KB puanları ise daha düşüktür.

Tablo 4. Çalışmaya katılan hekimlerin akademik ünvanlarına göre TAÖ, MTÖ-DT, MTÖ-DYS ve MTÖ-KB puanlarının karşılaştırılması

Ölçekler Grup	TAÖ $\bar{X} \pm Sx$	MTÖ- T $\bar{X} \pm Sx$	MTÖ-DYS $\bar{X} \pm Sx$	MTÖ-KB $\bar{X} \pm Sx$
Pratisyen	7.48 ± 0.38	12.95 ± 0.54	5.10 ± 0.31	19.08 ± 0.45
Araştırma gör.	7.66 ± 0.33	15.12 ± 0.59	5.93 ± 0.30	20.21 ± 0.37
Uzman	7.43 ± 0.42	15.51 ± 0.70	6.06 ± 0.31	21.58 ± 0.44
Öğr. gör./üyesi	7.36 ± 0.37	11.80 ± 0.50	3.94 ± 0.28	21.81 ± 0.40
		F=9.54 p<0.0001	F=9.36 p<0.0001	F=8.64 p<0.0001

$\bar{X}$ : Ortalama, Sx: Standart hata

Tablo 4'te katılımcıların akademik ünvanlarına göre TAÖ, MTÖ-DT, MTÖ-DYS ve MTÖ-KB puanları sunulmuştur. Ölçek puanları yönünden gruplar (pratisyen, araştırma görevlisi, uzman, öğretim görevlisi/üyesi) arasında farklılık tek yönlü varyans analizine göre incelenmiş olup, TAÖ yönünden gruplar arasında farklılık saptanmazken, MTÖ-DT, MTÖ-DYS ve MTÖ-KB puanları yönünden gruplar arasında farklılık bulunmuştur ( $p<0.0001$ ). Ölçek puanları yönünden farklılık bulunan gruplarda farklılığı yaratan grup ya da grupları saptamak için Tukey's HSD ikili karşılaştırma testi kullanılmıştır. Bu test sonucuna göre MTÖ-DT puanları bakımından pratisyen hekimler ile öğretim görevlisi/üyesi hekimler; araştırma görevlisi hekimler ile de uzman hekimler arasında anlamlı bir fark saptanmazken, araştırma görevlisi ve uzman hekimlerin MTÖ-DT puanlarının, pratisyen ve öğretim görevlisi/üyesi hekimlerin puanlarından anlamlı olarak farklı olduğu saptanmıştır ( $p<0.0001$ ). En düşük DT düzeyi öğretim görevlisi/üyesi hekimlerde bulunmuştur.

MTÖ-DYS puanları bakımından araştırma görevlisi hekimler ile uzman hekimler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlen-

memiştir. Öğretim görevlisi/üyesi hekimler ile pratisyen, araştırma görevlisi ve uzman hekimler arasında; pratisyen hekimler ile araştırma görevlisi ve uzman hekimler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ( $p<0.0001$ ). DYS düzeylerinin, araştırma görevlisi hekimler ve uzman hekimlerde en yüksek, öğretim görevlisi/üyesi hekimlerde ise en düşük olduğu saptanmıştır. Pratisyen hekimler ile araştırma görevlisi, uzman ve öğretim görevlisi/üyesi hekimler arasında; araştırma görevlisi hekimler ile de uzman ve öğretim görevlisi/üyesi hekimler arasında KB düzeyleri açısından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ( $p<0.0001$ ). Öğretim görevlisi/üyesi hekimlerin KB düzeyi ile uzman hekimlerinki arasında anlamlı fark bulunmamıştır. KB düzeyi, uzman ve öğretim görevlisi/üyesi hekimlerde en yüksek; pratisyen hekimlerde ise en düşük bulunmuştur.

Meslekte çalışma sürelerine göre aldıkları TAÖ, MTÖ-DT, MTÖ-DYS ve MTÖ-KB puanları Tablo 5'te sunulmuştur. Ölçek puanları yönünden gruplar ( $\leq 5$  yıl, 6-10 yıl,  $\geq 11$  yıl) arasında farklılık tek yönlü varyans analizine göre incelenmiş ve dört puan ölçeği yönünden meslekte

Tablo 5. Çalışmaya katılan hekimlerin meslekte çalışma yıllarına göre TAÖ, MTÖ-DT, MTÖ-DYS ve MTÖ-KB puanlarının karşılaştırılması

Ölçek Meslekte çalış süre.	TAÖ $\bar{X} \pm Sx$	MTÖ- DT $\bar{X} \pm Sx$	MTÖ-DYS $\bar{X} \pm Sx$	MTÖ-KB $\bar{X} \pm Sx$
≤5 yıl	7.72 ± 0.30	15.41 ± 0.51	6.15 ± 0.26	19.68 ± 0.36
6-10 yıl	7.31 ± 0.32	12.45 ± 0.51	4.74 ± 0.26	20.70 ± 0.35
≥11yıl	7.45 ± 0.33	14.20 ± 0.54	4.92 ± 0.27	21.53 ± 0.39
		F=8.35 p<0.001	F=8.50 p<0.001	F=6.24 p<0.005

$\bar{X}$ : Ortalama, Sx: Standart hata

Çalışma süreleri arasında fark olduğu saptanmıştır (sırasıyla p<0.001, p<0.001, p<0.001, p<0.005). Ölçek puanları bakımından meslekte çalışma süreleri arasında farklılık bulunduğundan, farklılığı yaratan grup ya da grupları saptamak için Tukey's HSD ikili karşılaştırma testi kullanıldı ve bu yöntemin sonucunda TAÖ puan ölçeği yönünden çalışma süreleri arasında farklılık olmadığı saptandı. MTÖ-DT puanları bakımından, meslekte çalışma süresi 6-10 yıl olanlar ile ≤5 yıl ve ≥11 yıl olanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır (p<0.05). ≤5 yıl ile ≥11yıl çalışanların MTÖ-DT puanları arasındaki fark ise anlamsız bulunmuştur. MTÖ-DYS ve MTÖ-KB puanları yönünden 6-10 yıldır çalışanlar ile ≥11yıldır çalışanlar arasında fark bulunamazken; ≤5 yıl

ile 6-10 yıl ve ≥11 yıl çalışanlar arasında anlamlı farklılık bulunmuştur (p<0.05).

TAÖ, MTÖ-KB, MTÖ-DYS ve MTÖ-DT puanlarının korelasyon analizi sonuçları Tablo 6'da sunulmuştur. Elde edilen korelasyon katsayıları düşük olmakla birlikte, ölçek puanları arasındaki ilişki istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur. TAÖ puanları MTÖ-DYS ve MTÖ-DT puanlarıyla pozitif (p<0.001), MTÖ-KB puanları ile negatif (p<0.001); MTÖ-DT puanları MTÖ-DYS puanları ile pozitif (p<0.001), MTÖ-KB puanları ile negatif (p<0.01); MTÖ-DYS puanları da MTÖ-KB puanlarıyla negatif anlamlı korelasyon göstermektedir (p<0.001).

Tablo 6. Çalışmaya katılan hekimlerin TAÖ, MTÖ-KB, MTÖ-DYS ve MTÖ-DT puanlarının korelasyon analizi sonuçları

Ölçekler	Sayı	r	p
TAÖ – (MTÖ-DT)	384	0.20	<0.001
TAÖ – (MTÖ-DYS)	384	0.22	<0.001
TAÖ – (MTÖ-KB)	384	-0.25	<0.001
(MTÖ-DT) – (MTÖ-DYS)	384	0.56	<0.001
(MTÖ-DT) – (MTÖ-KB)	384	-0.16	<0.01
(MTÖ-DYS) – (MTÖ-KB)	384	-0.22	<0.001

r: Korelasyon katsayısı

## TARTIŞMA

Çalışmamızda aleksitimik olan katılımcıların aleksitimik olmayanlara göre MTÖ-DT ve MTÖ-DYS düzeyleri daha yüksek, MTÖ-KB düzeyleri ise anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur. Ölçek puanları arasındaki yüksek korelasyonlar aleksitimi düzeyleri yükseldikçe DT ve DYS'nın arttığını, KB'nın ise düştüğünü göstermektedir. Kesitsel verilerin alındığı bu çalışmada tükenme ile aleksitimi arasında neden-sonuç ilişkisinin kurulması söz konusu olmamakla birlikte, saptanan ilişkilerden yola çıkarak bazı çıkarımlar yapılabilir görüşüyoruz.

Bulgularımız DT düzeylerinin DYS düzeyleri ile pozitif korelasyon gösterdiğini bildiren çalışmaların<sup>23,24</sup> yanı sıra, aleksitimi düzeyleri ile DT ve DYS düzeyleri arasında pozitif, KB düzeyleri arasında ise negatif ilişki olduğunu bildiren çalışmalarla da uyumludur.<sup>6,25,26</sup> Bu çalışmalarda tükenmeye ikincil olarak aleksitimi gelişebileceği bildirilmektedir. Aleksitimi bireyi acı duymaktan ve travmanın aşırı etkilerinden koruma işlevine sahiptir.<sup>27,28</sup> Shipko ve ark.<sup>29</sup> aleksitiminin, travma sırasında sorunla başa çıkmak için gereken eylemi yapmayı engelleyen duygusal tepkileri kısıtlayarak uyumu kolaylaştırdığını ileri sürerler. Berthoz ve ark.<sup>30</sup> çeşitli çalışmalarda travmaya maruz kalanların aleksitimik olduklarının gösterildiğini bildirmektedir. Diğer bir çalışmada ise, Havilland ve arkadaşları<sup>31</sup> alkol yoksunluğu içindeki hastaların tedavileri ilerledikçe aleksitimik özelliklerinin azaldığını bulmuşlardır. Finlandiya'da yapılan bir çalışmada<sup>32</sup> aleksitimi ile depresyon arasında pozitif bir ilişki saptanmış, her ikisinin sıklıkla üst üste binen durumlar olduğu ileri sürülmüştür.

Bulgularımız, tükenmişlik sendromunu yaşayan bireylerin, içinde buldukları duygusal tükenmişlik, duyarsızlaşma ve kişisel başarısızlık duyguları ile aleksitimik özelliklerini artırarak

başta çıkmaya çalıştıklarını düşündürebilir. Yani tükenmişlik sendromunu yaşayan bireyler "ikincil aleksitimi" geliştirerek tükenmişlik belirtilerini daha fazla yaşamaktan korunuyor olabilirler. Bu görüşümüz tükenmeye ikincil aleksitimi gelişebileceğini bildiren çalışmalarla uyumludur.<sup>6,24,25</sup> Bu varsayımın doğrulanması için tükenmeyi azaltacak girişimlerden sonra aleksitiminin azaldığının gösterilebileceği uzunlamasına çalışmalara gereksinim vardır. Birçok çalışmada anksiyete azaldığında ya da sorun ortadan kalktığında aleksitiminin de azaldığı gösterilmiştir.<sup>33,34</sup>

## SONUÇ

Çalışmamızın bulguları evrene genellenememekle birlikte, birçok çalışmada bildirilen hekimlik mesleğini yapan kişilerde hastalarıyla yaşadıkları yoğun etkileşimlerin sonucunda tükenmişlik sendromunun ortaya çıktığı ve tükenmişlik sendromunu yaşayan bireylerde aleksitimi düzeylerinin arttığı yolundaki bulguları desteklemektedir. Bir başka deyişle aleksitimik özellikler, tükenme ile uygun olmayan bir baş etme biçimi olabilir. Taylor<sup>35</sup> gözden geçirme yazısında aleksitimiye bilişsel süreçlerde ve duygu düzenlenmesinde bir bozukluk olarak tanımlar ve düşük duygusal zeka ile ilişkili görür. Bazı yazarlar aleksitimiye uygun olmayan başa çıkma stilleri ve strese duyarlılıkla ilişkili bulmaktadır.<sup>36</sup> Davranışlarında duyguların rehberliğini kullanma kapasitesinin azalması, bireyin strese dayanma gücünü azaltmakta ve uyum kapasitesini sınırlandırmaktadır.<sup>37</sup>

Çalışmamızda da saptadığımız gibi, aralarında pozitif ilişkinin olması, aleksitiminin tükenmişlik sendromunu çözmeye ve stresi azaltmaya yeterli olmadığını, uyum sağlamada uygun olmayan bir başa çıkma yöntemi olduğunu düşündürmektedir.

## KAYNAKLAR

1. Freudenberger NJ: Staff burnout. *J Soc Issues* 1974; 30:159-165.
2. Maslach C, Jackson SE: The measurement of experienced burnout. *J Occup Behav* 1981; 2:99-113.

3. Fawzy FI, Fawzy NW, Posnau RO: Burnout in the health professionals. FK Judd, GD Burrows, DR Lipsit, (eds): *Handbook of Studies on General Hospital Psychiatry*'de. Amsterdam, Elsevier Science Publishers, 1991, s.119-130.
4. Olkinuora M, Asp S, Juntunen J, Kauttu K, Strid L ve ark.: Stress symptoms, burnout and suicidal thoughts in Finnish physicians. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1990; 25:81-86.
5. Lesser IM: Alexithymia. *New Eng J Med* 1985; 312:690-692.
6. Aslan H, Bengi Gürkan S, Alparslan ZN, Ünal M: Tıpta uzmanlık öğrencisi hekimlerde tükenme düzeyleri. *Türk Psikiyatri Dergisi* 1996; 7(1):39-45.
7. Çam-Kırlangıç O: Tükenmişlik. İzmir, Saray Medikal Yayıncılık San. ve Tic. Ltd. Şti. 1995.
8. Wise TN, Mann LS, Mitchell JD, Hryvniak M, Hill B: Secondary alexithymia: an ampirical validation. *Compr Psychiatry* 1990; 31(4):284-288.
9. Nemiah JC, Sifneos PE: Affect and fantasy in patients with psychosomatic disorders. OW Hill (ed): *Modern Trends in Psychosomatic Medicine*'da, Vol. 2. London, Butterworth, 1970, s.26-34.
10. Nemiah JC, Freyberger H, Sifneos PE: Alexithymia: a view of the psychosomatic process. Hill OW (ed): *Modern Trends in Psychosomatic Medicine*'da. Vol.3. London, Butterworth 1976:430-439.
11. Sifneos PE: The prevalence of "alexithymic" characteristics in psychosomatic patients. *Psychother Psychosom* 1973; 22:255-262.
12. Krystal H: Alexithymia and psychotherapy. *Am J Psychoter* 1979; 33:17-31.
13. Taylor GJ: Alexithymia: concept, measurement, and implications for treatment. *Am J Psychiatry* 1984; 141:725-732.
14. Lesser IM: Alexithymia. *New Eng J Med* 1985; 312:690-692.
15. Ahrens S, Deffner G: Empirical study of alexithymia: methodology and results. *Am J Psychother* 1986; 40:430-447.
16. Freyberger H: Supportive psychotherapeutic techniques in primary and secondary alexithymia. *Psychother Psychosom* 1977; 28:337-342.
17. Haviland MG, MacMurray JP, Cummings MA: *The relationship between alexithymia. Psychother Psychosom* 1988; 49:37-40.
18. Parker J, Taylor G, Bagby M: Alexithymia and the processing of emotional stimuli. *New Trends Exp Clin Psychiatry* 1993;9:9-14.
19. Ergin C: Doktor ve hemşirelerde tükenmişlik ve Maslach Tükenmişlik Ölçeği'nin Uyarlanması. R Bayraktar, İ Dağ (eds): VII. Ulusal Psikoloji Kongresi Bilimsel Çalışmaları, Ankara, Türk Psikologlar Derneği Yayını, 1992, s.143-154.
20. Maslach C, Jackson SE: *Maslach Burnout Inventory. Manual, 2. baskı, Consulting Psychologist Press, Palo Alto CA, 1986.*
21. Taylor GJ, Ryan D, Bagby M: Toward the development of a new self-report Alexthymia Scale. *Psychother Psychosom* 1985; 44:191-199.
22. Dereboy F: Aleksitimi öz bildirim ölçeklerinin psikosomatik özellikleri üzerine bir çalışma. *Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, Ankara, Hacettepe Üniversitesi, 1990.*
23. Williams CA: Empathy and burnout in male and female helping professionals. *Res Nurs Health* 1989; 12:169-178.
24. Janssen PPM, Schaufeli WB, Houkes I: Work-related and individual determinants of the three burnout dimensions. *Work and Stress* 1999; 13(1):74-86.
25. Aslan H, Ünal M, Aslan O, Bengi Gürkan S, Alparslan ZN: Pratisyen hekimlerde tükenme düzeyleri. *Düşünen Adam* 1996; 9(3):48-52.
26. Aslan H, Alparslan ZN, Aslan OR, Kesepara C, Ünal M: Gender related factors to burnout among Turkish health professionals. *Ann Med Sciences* 1998; 7(2):101-106.
27. Krystal H: Alexithymia and the effectiveness of psychoanalytic treatment. *Int J Psychoanal Psychother* 1982; 9:353-378.
28. Zeitlin SB, McNally RJ: Alexithymia and anxiety sensitivity in panic disorder and obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry* 1993; 150:658-660.
29. Shipko S, Alvarez WA, Noviello N: Towards a teleological model of alexithymia: alexithymia and post-traumatic stress disorder. *Psychother Psychosom* 1983; 39:122-126.
30. Berthoz S, Consoli S, Perez-Diaz F, Jouvent R: Alexithymia and anxiety: compounded relationships? A psychometric study. *Eur Psychiatry* 1999; 14:372-378.

31. Haviland MG, Shawe DG, MacMurray JP, Cummings MA: Validation of the Toronto Alexithymia Scale with substance abusers. *Psychother Psychosom* 1988; 50:81-87.
32. Honkalampi K, Hintikka J, Tanskanen A, Lehtonen JJ, Viinama'ki H: Depression is strongly associated with alexithymia in the general population. *J Psychosomatic Res* 2000; 48:99-104.
33. Fukunishi I, Kikuchi M, Wogan J, Takubo M: Secondary alexithymia as a state reaction in panic disorder and social phobia. *Compr Psychiatry* 1997; 38(3):166-170.
34. Haviland MG, Shaw DG, Cummings MA, Macmurray JP: Alexithymia: subscales and relationship to depression. *Psychother Psychosom* 1988; 50:164-170.
35. Taylor GJ: Recent developments in alexithimia theory and research. *Can J Psychiatry* 2000; 45(2):134-142.
36. Parker JDA, Taylor GJ, Bagby RM: Alexithymia: relationship with ego defense and coping styles. *Compr Psychiatry* 1998; 39:91-98.
37. Parker JDA, Taylor GJ, Bagby RM: The relationship between emotional intelligence and alexithymia. *Personality and Individual Differences* 2001; 30:107-115.

## **ANADOLU PSİKİYATRİ DERGİSİ**

**(TÜBİTAK/TÜRK TIP DİZİNİ'NDE YER ALMAKTADIR)**

**Mart - Haziran - Eylül - Aralık aylarında yayımlanır.**

**2001 yılı aboneliği 10 milyon TL.**

**Posta Çeki Hesabı No: 1440053**

**Yazı gönderme adresi:**

**Cumhuriyet Üniv. Tıp Fak. Psikiyatri ABD**

**58140 SİVAS**

**odogan@cumhuriyet.edu.tr**