

**T.C.  
SAĞLIK BAKANLIĞI  
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ  
EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ  
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

**SAKARYA İL GENELİNDE AİLE SAĞLIĞI MERKEZLERİNDE  
ÇALIŞAN AİLE HEKİMLERİNDE TÜKENMİŞLİK DÜZEYİ VE  
İLİŞKİLİ FAKTÖRLER**

**UZMANLIK TEZİ**

**Dr.BİLAL ŞERİK**

**AĞUSTOS 2014**

**T.C.  
SAĞLIK BAKANLIĞI  
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ  
EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ  
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

**SAKARYA İL GENELİNDE AİLE SAĞLIĞI MERKEZLERİNDE  
ÇALIŞAN AİLE HEKİMLERİNDE TÜKENMİŞLİK DÜZEYİ VE  
İLİŞKİLİ FAKTÖRLER**

**UZMANLIK TEZİ**

**Dr.BİLAL ŞERİK**

**DANIŞMAN  
DOÇ. Dr. HASAN ÇETİN EKERBİÇER**

**AĞUSTOS-2014**

## ONAY

Sakarya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Aile Hekimliği Anabilim Dalı tıpta uzmanlık programı çerçevesinde ve Doç.Dr.Hasan Çetin Ekerbiçer danışmanlığında tıpta uzmanlık öğrencisi Dr.Bilal Şerik tarafından tez başlığı "SAKARYA İL GENELİNDE AİLE SAĞLIĞI MERKEZLERİNDE ÇALIŞAN AİLE HEKİMLERİNDE TÜKENMİŞLİK DÜZEYİ VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER"olarak teslim edilen bu tezin tez savunma sınavı../...tarihinde yapılarak aşağıdaki jüri üyeleri tarafından "Tıpta Uzmanlık Tezi" olarak kabul edilmiştir.

İmza

Ünvanı Adı Soyadı

JÜRİ BAŞKANI

İmza

Ünvanı Adı Soyadı

ÜYE

İmza

Ünvanı Adı Soyadı

ÜYE

ONAY

## **BEYAN**

Bu çalışma T.C. Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu'ndan 30/01/2014 tarihinde onay alınarak hazırlanmıştır. Bu tezin kendi çalışmam olduğunu, planlanmasından yazımına kadar hiçbir aşamasında etik dışı davranışımın olmadığını, tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları kaynaklar listesine aldığımı, tez çalışması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

.././....

Bilal Şerik

İmza

## TEŞEKKÜR

Bu tez çalıŐmasının her aşamasında bana yardımcı olan tez danıŐmanım Doç. Dr. Hasan etin Ekerbiçer'e, bu tezin hazırlanması s¼recinde desteğini, yardımlarını esirgemeyen t¼m aile hekimlerine, birlikte keyif alarak çalıŐtıęım mesai arkadaşlarıma, iyi bir hekim olarak yetiŐmemde katkısı olan bilgi ve deneyimlerini paylaŐan Sakarya Üniversitesi Eğitim Araştırma Hastanesi oğretim üyelerine ve minnettarlığımı kelimelerle anlatamayacağım sevgili aileme teşekkür ederim.

Dr.Bilal Şerik

## ÖZET

Tükenmişlik Sendromu terimi, 1974 yılında Freudenberger tarafından; gönüllü sağlık çalışanları arasında görülen yorgunluk, hayal kırıklığı ve iş bırakma durumlarını tanımlamak için ortaya atılmıştır. Yıllar içinde birçok araştırmacının ilgisini çeken tükenmişlik sendromunu, en kapsamlı olarak Maslach ve Jackson tarif etmiştir. Araştırmacılara göre bu sendroma ilişkin üç temel etmen mevcuttur. Duygusal tükenme (DT), duyarsızlaşma (DYS), kişisel başarı hissi (KB). Çalışmamızın amacı Sakarya il genelindeki aile hekimlerinde tükenmişlik düzeyinin belirlenmesi ve tükenmişlik düzeyinin bazı bireysel, sosyal ve mesleki değişkenlerle farklılaşp farklılaşmadığını belirlemektir. Çalışmamız 1 Şubat 2014 ile 28 Şubat 2014 tarihleri arasında Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nda yapılmıştır. Hekimler ile mesai saatleri içerisinde görüşme yapılamadığından dolayı anketin katılımcıya teslim edilip, doldurulduğunda geri alınması yöntemi benimsenmiştir. Anketlerle ilgili gerekli bilgiler verildikten sonra anketler dağıtılmış, 1 hafta sonra ise toplanmıştır. Anketler toplandıktan sonra eksik yanıtların olup olmadığı araştırmacı tarafından kontrol edilmiş eksiklikler bulunması halinde katılımcıya tamamlatılmaya çalışılmıştır. Çalışmamızda sosyodemografik veri formu (Ek 1), çalışma hayatında ki güncel bilgiler ve görüşler ile ilgili anket formu (Ek 2) ve Türkiye'de geçerlilik ve güvenilirliği Canan Ergin tarafından yapılmış Maslach Tükenmişlik Ölçeği (MTÖ) (Ek 3) kullanılmıştır. MTÖ; DT, DYS ve KB olmak üzere üç alt boyutta değerlendirildi. Çalışmadan elde edilen verilerin istatistiksel değerlendirilmesinde SPSS paket programı kullanıldı. Çalışmamıza katılan aile hekimlerinin büyük çoğunluğunu 36-45 yaş arası (% 48.3), erkek (% 64.9), evli (% 78.9), en az 1 çocuklu (% 90.3), pratisyen hekim (% 97.4), günlük 46-75 hasta bakan (% 66.9), sigara içmeyen (% 69), kronik hastalığı bulunmayan (% 75.8), BKİ'si normal sınırların üzerinde (% 66.7) ve en az bir meslek örgütüne üye (% 76.9) grupları oluşturmaktadır. Hekimler günlük ortalama 62 hasta baktıklarını, % 49'u TUS sınavını kesinlikle düşünmediğini, % 53.2'si mesleki geleceğini parlak görmediğini, % 87.1'i nöbet uygulamasının olumlu bulmadığını, % 21.8'i maaşının yeterli olmadığını, % 94.2'si sözlü ve/veya fiziksel şiddete maruz kalmakta

olduklarını belirtmişlerdir. Araştırmamıza katılanların DT, DYS ve KB puan ortalamaları sırasıyla  $17.5 \pm 7.1$  SS,  $5.4 \pm 3.4$  SS ve  $21.1 \pm 3.9$  SS olarak bulunmuştur. Hekimlerin % 71.9'u DT'den, % 85.9'u DYS'den, % 4.7'si KB'den düşük düzeyde tükenmişlik puanı almışlardır. Cinsiyet ile DT, yaş ile DT, DYS, KB, medeni durum ile DYS, çalışılan aile sağlığı merkezi ile DYS puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır. Çalışmamızda Aile hekimlerinin düşük tükenmişlik düzeylerine sahip oldukları bulunmuştur.

Mevcut durumun korunması ve tükenmişlik düzeylerinin daha aşağı çekilmesi için hekim başına düşen hasta sayısının azaltılması, aile hekim sayısının artırılması, şiddet olaylarını engelleyecek önlemlerin alınması, öğrencilerinin aile hekimliğine teşvik edilmesi gibi önlemlerin alınması faydalı olacaktır.

**Anahtar kelimeler:** Sakarya aile hekimliği, duygusal tükenme, duyarsızlaşma, kişisel başarı, tükenmişlik ilişkili faktörler

## SUMMARY

The term burnout syndrome was firstly defined by Freudenberg in 1974 to describe fatigue, frustration and quitting job in volunteer health workers. Within years, burnout syndrome attracted the attention of many researchers, however the most comprehensive definition was made by Maslach and Jackson. According to researchers, there are three main factors related to this syndrome. Emotional exhaustion, depersonalization, personal accomplishment feeling. The aim of our study was to determine burnout level in family physicians in the province of Sakarya and whether it changes according to personal, social and occupational variables. Our study was conducted between 1 February 2014 and 28 February 2014 at the department of family medicine in Sakarya University School of Medicine. Since interviewing with physicians during working hours could not be possible, surveys were delivered to the participants and then collected when the surveys were completed. After giving the necessary information about the survey, questionnaires were distributed and collected one week later. After collecting the surveys, answers were checked by the investigator and in case of any missing information, this was tried to be completed by the participants. In our study, demographic data form (Appendix 1), current information and opinion form about work life (Appendix 2) and Maslach Burnout Inventory (MBI) form, the validity and reliability was proved by Canan Ergin in Turkey, (Appendix 3) were used. MBI were evaluated in three subdimensions as emotional exhaustion, depersonalization and personal accomplishment feeling. For the statistical evaluation of the data obtained in this study, SPSS packet programme was used. Most of the family physicians in our study were between 36 and 45 years old (% 48.3), male (% 64.9), married (% 78.9), have at least one child (90.3%), are general practitioners (% 97.4), examine 46-75 patients daily (% 66.9), are nonsmokers (% 69) and do not have any chronic diseases (% 75.8). Body mass indices were above the normal range (% 66.7), has a membership of at least one professional organization (% 76.9) . Most physicians expressed that they examined approximately 62 patients daily, do not definitely think of entering TUS exam (%



49), do not have positive thoughts about the future of their jobs (% 53.2), do not find keeping application positive (% 87.1), do not find their salaries enough (% 21.8) and state that they expose to verbal and /or physical violence during working (% 94.2) .

Our participants' average points of emotional exhaustion, depersonalization and personal accomplishment were  $17.5 \pm 7.1$  SD,  $5.4 \pm 3.4$  SD and  $21.1 \pm 3.9$  SD respectively. The rate of physicians having low burnout points in terms of emotional exhaustion, depersonalization and personal accomplishment was % 71.9, % 85.9 and % 4.7, respectively. Statistically meaningful relationship was found between gender with emotional exhaustion, age with emotional exhaustion, depersonalization and personal accomplishment, marital status with depersonalization and depersonalization with family health center studied. In our study, family physicians were found to have low levels of burnout.

For protecting current status and lowering burnout levels, it would be helpful to reduce the number of patient per physician, to increase the number of family physicians, to get measures which will prevent violent events and to encourage the students to family medicine.

**Key words:** Sakarya family medicine, emotional exhaustion, depersonalization, personal accomplishment, factors associated with burnout

# İÇİNDEKİLER

	<u>SAYFA</u>
ONAY.....	i
BEYAN.....	ii
TEŞEKKÜR.....	iii
ÖZET.....	iv
SUMMARY.....	vi
İÇİNDEKİLER.....	viii
SİMGELER VE KISALTMALAR.....	xi
ŞEKİLLER.....	xii
TABLolar.....	xiv
EKLER.....	xvi
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. AİLE HEKİMLİĞİ VE AİLE HEKİMLİĞİ İLE İLGİLİ KAVRAMLAR.....	4
2.1.1. Aile Hekimliği'nin (AH) Tanımı.....	4
2.1.1.1. Willard'ın tanımı (1966).....	4
2.1.1.2. Leeuwenhorst'un tanımı (1974).....	4
2.1.1.3. WONCA tanımı (1991).....	5
2.1.1.4. AAFP tanımı (1993).....	5
2.1.1.5. AAFP tanımı (1994).....	6
2.1.1.6. Olesen tanımı (2000).....	6
2.1.1.7. Wonca Europe tanımı (2002 ve 2005).....	7
2.1.1.8. ABFM tanımı (2005).....	7
2.1.1.9. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı tanımı (2004).....	7
2.1.2. Aile Sağlığı Merkezinin (ASM) Tanımı.....	8
2.1.3. Dünyada Aile Hekimliğinin Tarihçesi.....	8
2.1.4. Türkiye'de Aile Hekimliğinin Gelişimi.....	10
2.1.5 Aile Hekimlerinin Görev ve Sorumlulukları.....	12

2.2. TÜKENMİŞLİK VE TÜKENMİŞLİKLE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER .....	13
2.2.1. Tükenmişliğin Tanımı.....	13
2.2.2. Tükenmişlik Kavramı Yaklaşımları.....	14
2.2.2.1. Freudenberger'in tükenmişlik yaklaşımı.....	14
2.2.2.2. Maslach'ın tükenmişlik yaklaşımı.....	14
2.2.2.2.1. Duygusal tükenme.....	15
2.2.2.2.2. Duyarsızlaşma.....	15
2.2.2.2.3. Kişisel başarı.....	16
2.2.2.3. Pearlman ve Hartman'ın tükenmişlik yaklaşımı.....	17
2.2.2.4. Suran ve Sheridan'ın tükenmişlik yaklaşımı.....	18
2.2.2.5. Edelwich'in tükenmişlik yaklaşımı.....	19
2.2.2.6. Fischer'in tükenmişlik yaklaşımı.....	20
2.2.2.7. Garden'ın tükenmişlik yaklaşımı.....	21
2.2.2.8. Pines'in tükenmişlik yaklaşımı.....	21
2.2.2.9. Cherniss'in Tükenmişlik Yaklaşımı.....	21
2.2.3. Tükenmişlik Sendromunda Ayırıcı Tanılar.....	22
2.2.3.1. Tükenmişlik sendromu ve iş stresi.....	22
2.2.3.2. Tükenmişlik sendromu ve depresyon.....	23
2.2.4. Tükenmişliğe Etki Eden Faktörler.....	23
2.2.4.1. Bireysel faktörler.....	24
2.2.4.1.1. Demografik özellikler.....	24
2.2.4.1.1.1. Yaş.....	24
2.2.4.1.1.2. Cinsiyet.....	25
2.2.4.1.1.3. Medeni durum ve çocuk sayısı.....	25
2.2.4.1.1.4. Eğitim düzeyi.....	26
2.2.4.1.1.5. Kişilik özellikleri.....	26
2.2.4.2. Örgütsel faktörler.....	27
2.2.5. Tükenmişliğin Belirtileri.....	28
2.2.5.1. Duygusal belirtiler.....	28
2.2.5.2. Bilişsel belirtiler.....	28
2.2.5.3. Fiziksel belirtiler.....	29
2.2.5.4. Davranışsal belirtiler.....	29

2.2.5.5. Motivasyonel belirtiler.....	30
2.2.6. Tükenmişlikle Başa Çıkma Stratejileri.....	30
2.2.6.1. Organizasyon düzeyinde yapılması gerekenler.....	30
2.2.6.2. Bireysel düzeyde yapılması gerekenler.....	32
2.2.7. Tükenmişliği Önleme.....	33
2.2.8. Hekimler ve Tükenmişlik.....	34
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	37
3.1. ARAŞTIRMANIN TİPİ.....	37
3.2. ARAŞTIRMA EVRENİ.....	37
3.3. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI.....	37
3.3.1. Sosyodemografik Veri Formu.....	38
3.3.2. Aile Hekimlerinin Çalışma Yaşamıyla İlgili Bazı Konularda Bilgi Tutum ve Davranışlarının Sorgulanması.....	38
3.3.3. Maslach Tükenmişlik Ölçeği (MTÖ).....	39
3.4. İSTATİSTİKSEL YÖNTEMLER .....	40
3.5. ARAŞTIRMANIN ETİK İLKELERİ.....	41
3.6 ARAŞTIRMANIN KISITLILIKLARI.....	41
3.7. TEZİN BÜTÇESİ .....	42
4. BULGULAR.....	43
5. TARTIŞMA.....	70
6. SONUÇ ve ÖNERİLER.....	87
7. KAYNAKLAR.....	88
ÖZGEÇMİŞ.....	99
EK 1 (Sosyo demografik veri formu).....	100
EK 2 (Çalışma hayatındaki güncel bilgiler ve görüşler ile ilgili anket formu).....	101
EK 3 (Maslach Tükenmişlik Ölçeği).....	102
EK 4 (Etik Kurul Onayı).....	103

## SİMGELER VE KISALTMALAR

AH: Aile Hekimi/Aile Hekimliği

MTÖ: Masclah Tükenmişlik Ölçeği

DT: Duygusal Tükenmişlik

DYS: Duyarsızlaşma

KB: Kişisel Başarı Hissi

Min: Minimum

Med: Ortanca

Maks: Maksimum

Art. Ort.: Aritmetik Ortalama

SS/SD: Standart Sapma.

BKİ: Beden Kitle İndeksi

TL: Türk Lirası

EGPRN: European General Practice Research Network

GP: Genel Pratisyen

TÜİK: Türkiye İstatistik Kurumu Başkanlığı

A.S.M. : Aile Sağlığı Merkezi

WHO: World Health Organization

DSÖ : Dünya Sağlık Örgütü

AAFP: American Academy of Family Physicians

ABFM: American Board of Family Medicine

AB: Avrupa Birliği

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

KHK: Kanun Hükümünde Kararname

TUS: Tıpta Uzmanlık Sınavı

WONCA: World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians.

SPSS :Statistical Packages for the Social Sciences

## ŞEKİLLER

### SAYFA

Şekil 1: Sakarya İl Genelinde Aile Sağlığı Merkezlerinde Çalışan Aile Hekimlerinin Yaş Dağılımları.....	44
Şekil 2: Sakarya İl Genelinde Aile Sağlığı Merkezlerinde Çalışan Aile Hekimlerinin Yaş Gruplarına Dağılımları .....	45
Şekil 3: Sakarya İl Genelinde Aile Sağlığı Merkezlerinde Çalışan Aile Hekimlerinin Cinsiyet Dağılımları.....	45
Şekil 4: Sakarya İl Genelinde Aile Sağlığı Merkezlerinde Çalışan Aile Hekimlerinin Sahip Oldukları Çocuk Sayıları.....	46
Şekil 5: Sakarya İl Genelinde Aile Sağlığı Merkezlerinde Çalışan Aile Hekimlerinin Uzmanlık Durumları.....	46
Şekil 6: Sakarya İl Genelinde Aile Sağlığı Merkezlerinde Çalışan Aile Hekimlerinin Günlük Poliklinik Sayıları.....	47
Şekil 7: Sakarya İl Genelinde Aile Sağlığı Merkezlerinde Çalışan Aile Hekimlerinin Sigara Kullanma Durumları.....	48
Şekil 8: Sakarya İl Genelinde Aile Sağlığı Merkezlerinde Çalışan Aile Hekimlerinin Kronik Hastalık Durumları.....	49
Şekil 9: Sakarya İl Genelinde Aile Sağlığı Merkezlerinde Çalışan Aile Hekimlerinin Beden Kitle İndeksi Değerlerinin Dağılımı.....	49
Şekil 10: Sakarya İl Genelinde Aile Sağlığı Merkezlerinde Çalışan Aile Hekimlerinin BKİ Kategorileri Dağılımları .....	50
Şekil 11: Sakarya İl Genelinde Aile Sağlığı Merkezlerinde Çalışan Aile Hekimlerinin Meslek Örgütlerine Üyelik Durumları.....	51
Şekil 12: Katılımcıların TUS Sınavına Girmeyi Düşünüyorum Sorusuna Verdikleri Cevapların Dağılımı.....	53
Şekil 13: Katılımcıların İş ve Aile Düzenimi Bozmadan Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi Almak İsterim Sorusuna Verdikleri Cevapların Dağılımı.....	53

Şekil 14: Katılımcıların Günlük Hekimlik Uygulamalarını Sırasında Hasta veya Hasta Yakınlarının Olumsuz Davranışları (sözlü ya da fiili) ile Karşılaşıyorum Sorusuna Verdikleri Cevapların Dağılımı.....	54
Şekil 15: Katılımcıların Maaşının (Hakediş) Yeterli Olduğunu Düşünüyorum Sorusuna Verdikleri Cevapların Dağılımı.....	54
Şekil 16: Katılımcıların Hastalarını Tarafından Yeterince Takdir Edildiğimi Düşünüyorum Sorusuna Verdikleri Cevapların Dağılımı.....	55
Şekil 17: Katılımcıların Hastalarına Yeterince Zaman Ayırabiliyorum Sorusuna Verdikleri Cevapların Dağılımı.....	55
Şekil 18: Katılımcıların Teşhis Kodu Belirlerken Reçete Bedelinin SGK Tarafından Karşılanmayabileceği Olasılığını Dikkate Almam Sorusuna Verdikleri Cevapların Dağılımı.....	56
Şekil 19: Katılımcıların Negatif Performans Uygulamasını Olumlu Buluyorum Sorusuna Verdikleri Cevapların Dağılımı.....	56
Şekil 20: Katılımcıların Aile Hekimi Olarak Mesleki Geleceğimi Parlak Görüyorum Sorusuna Verdikleri Cevapların Dağılımı.....	57
Şekil 21: Katılımcıların Torba Yasa ile Getirilen Yeni Nöbet Düzenlemesini Olumlu Buluyorum Sorusuna Verdikleri Cevapların Dağılımı.....	57
Şekil 22: Katılımcıların Torba Yasa ile Getirilen, Mesai Saatleri Dışında 30 Saat İşyeri Hekimliği Yapabilme İmkanından Yararlanmayı Düşünüyorum Sorusuna Verdikleri Cevapların Dağılımı.....	58
Şekil 23: Katılımcıların Aile Hekimliği Sistemini Genel Olarak Olumlu Buluyorum Sorusuna Verdikleri Cevapların Dağılımı.....	58

## TABLolar

### SAYFA

Tablo 1: MTÖ'nin Türkiye Sağlık Personeli Normlarına göre Tükenmişlik Alt Boyutlarının Aldıkları Değer Aralıkları.....	40
Tablo 2: Sakarya İl Genelinde Aile Sağlığı Merkezlerinde Çalışan Aile Hekimlerinin Bazı Sosyodemografik Özellikleri.....	43
Tablo 3: Sakarya İl Genelinde Aile Sağlığı Merkezlerinde Çalışan Aile Hekimlerinin Günlük Poliklinik Sayıları.....	47
Tablo 4: Sakarya İl Genelinde Aile Sağlığı Merkezlerinde Çalışan Aile Hekimlerinin Cinsiyetlerine Göre Beden Kitle İndeksleri .....	50
Tablo 5: Tablo 5: Sakarya İl Genelinde Aile Sağlığı Merkezlerinde Çalışan Aile Hekimlerinin Çalışma Yaşamıyla İlgili Bazı Konulardaki Bilgi, Tutum ve Davranışları.....	51
Tablo 6: Sakarya İl Genelinde Aile Sağlığı Merkezlerinde Çalışan Aile Hekimlerinin Günlük Hekimlik Uygulamaları Sırasında Karşılaştıkları Sorunlar.....	59
Tablo 7: Sakarya İl Genelinde Aile Sağlığı Merkezlerinde Çalışan Aile Hekimlerinin Günlük Hekimlik Uygulamaları Sırasında Karşılaştıkları Sorunlar.....	60
Tablo 8: Sakarya İl Genelinde Aile Sağlığı Merkezlerinde Çalışan Aile Hekimlerinin Maslach Tükenmişlik Ölçeği Puanları.....	60
Tablo 9: Sakarya İl Genelinde Aile Sağlığı Merkezlerinde Çalışan Aile Hekimlerinde Maslach Tükenmişlik Ölçeği'nin Alt Boyutlarının Türkiye Pratisyen Hekim Normlarına Göre Dağılımı.....	61
Tablo 10: Sakarya İl Genelinde Aile Sağlığı Merkezlerinde Çalışan Aile Hekimlerinin Cinsiyete Göre Maslach Tükenmişlik Ölçeğinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması.....	61
Tablo 11: Sakarya İl Genelinde Aile Sağlığı Merkezlerinde Çalışan Aile Hekimlerinin Yaş Gruplarına Göre Maslach Tükenmişlik Ölçeğinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması.....	62



Tablo 12: Sakarya İl Genelinde Aile Sağlığı Merkezlerinde Çalışan Aile Hekimlerinin Medeni Durumuna Göre Maslach Tükenmişlik Ölçeğinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması.....	63
Tablo 13: Sakarya İl Genelinde Aile Sağlığı Merkezlerinde Çalışan Aile Hekimlerinin Sigara İçme Durumuna Göre Maslach Tükenmişlik Ölçeğinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması.....	63
Tablo 14: Sakarya İl Genelinde Aile Sağlığı Merkezlerinde Çalışan Aile Hekimlerinin Günlük Yapılan Poliklinik Sayısına Göre Maslach Tükenmişlik Ölçeğinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması.....	64
Tablo 15: Sakarya İl Genelinde Aile Sağlığı Merkezlerinde Çalışan Aile Hekimlerinin Çalışılan Aile Sağlığı Merkezinin Yerleşim Yerine Göre Maslach Tükenmişlik Ölçeğinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması.....	64
Tablo 16: Sakarya İl Genelinde Aile Sağlığı Merkezlerinde Çalışan Aile Hekimlerinin Kronik Hastalık Varlığına Göre Maslach Tükenmişlik Ölçeğinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması.....	65
Tablo 17: Sakarya İl Genelinde Aile Sağlığı Merkezlerinde Çalışan Aile Hekimlerinin Beden Kitle İndeksine Göre Maslach Tükenmişlik Ölçeğinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması.....	66
Tablo 18: Sakarya İl Genelinde Aile Sağlığı Merkezlerinde Çalışan Aile Hekimlerinin Bazı Sosyodemografik Değişkenler ile Maslach Tükenmişlik Ölçeği Alt Ölçek Puanlarının Korelasyon Analizi .....	66
Tablo 19: Sakarya İl Genelinde Aile Sağlığı Merkezlerinde Çalışan Aile Hekimlerinin Anket Formunda Düşünce Belirtilen Bazı Görüşler ile Maslach Tükenmişlik Ölçeği Alt Ölçek Puanlarının Korelasyon Analizi .....	67
Tablo 20:Literatürde Yer Alan 1.Basamakta Çalışan Hekimlerde Yapılmış Bazı Tükenmişlik Çalışmalarının Sonuçları.....	75

## **EKLER**

	<u>SAYFA</u>
EK 1 (Sosyo demografik veri formu).....	100
EK 2 (Çalışma hayatındaki güncel bilgiler ve görüşler ile ilgili anket formu).....	101
EK 3 (Maslach Tükenmişlik Ölçeği).....	102
EK 4 (Etik Kurul Onayı).....	103

## 1. GİRİŞ VE AMAÇ

Modern zamanların önemli fenomenlerinden biri olarak bilinen Tükenmişlik Sendromu terimi, 1974 yılında Freudenberger tarafından; gönüllü sağlık çalışanları arasında görülen yorgunluk, hayal kırıklığı ve iş bırakma durumlarını tanımlamak için ortaya atılmıştır. Freudenberger bu durumu, enerji, güç veya kaynaklar üzerinde aşırı talepler oluşturarak başarısızlığa uğramak, yıpranmak ve yorulup tükenmek şeklinde tarif etmiştir. (1, 2)

Sturgess ve Poulsen Tükenmişlik Sendromunu insanlara hizmet verilen mesleklerde çalışan kişilerin, işlerinin bir sonucu olarak deneyimledikleri ilerleyici bir idealizm, enerji ve amaç kaybı olarak tarifler. (3)

Cherniss ise aşırı adanmışlık hastalığı olarak tanımlar. (4)

Tükenmişlik sendromunu en kapsamlı olarak tarif eden araştırmacılardan Maslach ve Jackson'a göre bu sendroma ilişkin üç temel etmen mevcuttur: DT, DYS, KB (5)

Tükenmişlik sendromunun gelişiminde ilk olarak DT ortaya çıkar ve kişi işinden yorulmaya ve işi için gerekli zihinsel gücü bulamamaya başlar. Bu aşamayı takiben gelişen duyarsızlaşma ise çalışanların hizmet verdikleri kişilere insan yerine birer nesne gibi davranmalarıyla kendini gösterir. Bu durumun, kişinin stresten kaçınmaya çalışması sebebiyle geliştiği düşünülür. Bu mekanizma çoğu zaman başarısız olur ve son aşamaya yol açar ki bu da kişisel başarıda düşme, işe ve iş gereği karşılaşılan kişilerle ilişkilere bağlı başarı ve yeterlilik duygularında azalma ile ortaya çıkar. (5)

Bir sendrom olarak bilinen tükenmenin hemen her meslek grubunda yaşandığı belirtilmekle birlikte, doğrudan insana hizmet veren hekim, hemşire ve ebeler gibi sağlık çalışanları, sosyal hizmet görevlileri ve öğretmenler gibi fazla efor gerektiren (zaman, duygusal katılım, empati) yetersiz kazanım ve stresli çalışma şartları olan insan ile yüz yüze, yoğun ve sürekli ilişkide olan mesleklerde daha fazla görülmektedir. (6, 79)

Tükenmişlik sendromu fiziksel, duygusal ve zihinsel bulgu ve belirtiler içerir.

Fiziksel yorgunluk ve bitkinlik hali, çaresizlik ve ümitsizlik hali, olumsuz benlik kavramı, işine ve çevresine yönelik olumsuz davranışlarla karakterizedir. (7)

Meslek sahibi olan kişilerin mesleğin özgün anlamından ve amacından kopması ve hizmet götürdüğü insanlarla artık gerçekten ilgilenemiyor oluşu ya da aşırı stres ve doyumsuzluğa tepki olarak kişinin kendini psikolojik olarak işinden geri çekmesi olarak tanımlanan tükenmişlik daha çok doğrudan insana hizmet eden, hizmetin kalitesinde insan etmeninin çok önemli bir yere sahip olduğu alanlarda görülmektedir. Bu durum sunulan hizmeti, hizmetin kalitesini doğrudan olumsuz yönde etkilemektedir. Yapılan çalışmalar, tükenmenin iş kaybından aile içi ilişki sorunlarına, psikosomatik hastalıklardan alkol-madde-sigara kullanımına ve hatta uykusuzluk, depresyon gibi ruhsal hastalıklara kadar uzanan çok çeşitli ciddi sonuçları olduğunu göstermektedir. Bu nedenle son 20 yıldır, tükenme kavramı farklı iş alanlarında daha sıklıkla ele alınmaktadır. (8)

Tükenmişlik sendromunun aile hekimlerinde de sık görüldüğü bildirilmektedir. Aile hekimleri, hastanede çalışan meslektaşlarına göre daha fazla sayıda hastayla karşılaşır ve destekleyici sağlık personelinin yoksundurlar. Tüm bilgi ve becerilerini anında sergilemeleri gerekmesi ve çalışırken sıkça işlerinin bölünmesi gibi etmenlerin tükenmeye neden olduğu düşünülmektedir. Kırsal alanlarda çalışmak durumunda kalan aile hekimlerinin tükenmişliğinden diğer meslektaşlarından ve yakınlarından uzak kalmaları da sorumlu tutulmaktadır. (9)

Ülkemizde ve yurtdışında sağlık çalışanlarının (doktor, hemşire, sağlık personeli) tükenmişlik düzeylerini inceleyen çeşitli çalışmalar mevcuttur. Bu konuda yapılan çalışmaların çoğunluğu yurt dışında aile hekimleri, uzman doktor ve pratisyenlerle; ülkemizde uzman hekim, pratisyen, hemşire ve öğretmenlerle yapılmış olup aile hekimleriyle yapılan çok az sayıda çalışma bulunmaktadır.

Bu çalışmanın amacı Sakarya il genelinde aile sağlığı merkezlerinde çalışan aile hekimlerinin MTÖ kullanılarak MTÖ alt ölçek puanlanması, tükenmişlik düzeyleri ve bunların çeşitli değişkenlerle ilişkilerini saptamaktır. Bu amaçla; çalışmada yer alan doktorların sosyodemografik ve çalışma alanlarına ait özelliklerin belirlenmesi, güncel bilgiler ışığında meslekte yaşanan öncelikli sorunlar, düşünceler ve saptanan sorunlara yönelik çözüm önerilerinin geliştirilmesi planlanmıştır.

Yıllardır Türkiye'nin gündeminde olan, 2011 yılından itibaren tüm ülkede

uygulamaya geçilen ancak çeşitli nedenlere bağlı olarak ülke sağlık sistemine entegre edilmesinde sıkıntılar yaşanan Aile Hekimliği Modeli'nde, bizzat modeli uygulamaya alışan Aile Hekimlerinin bu sisteme bakışları, mesleki sorunları, modelle ilgili sıkıntı ve beğenilerinin ortaya çıkarılması, sağlık politikacılarına sağlık eğitimcilerine ve bizzat uygulayıcılara yararlı bilgiler sağlayabilecektir.

## **2. GENEL BİLGİLER**

### **2.1. AİLE HEKİMLİĞİ VE AİLE HEKİMLİĞİ İLE İLGİLİ KAVRAMLAR**

#### **2.1.1. Aile Hekimliği'nin (AH) Tanımı**

##### **2.1.1.1. Willard'ın tanımı (1966)**

AH, hasta ile ilk temas kuran ve sağlık sisteminden faydalanmasını sağlayan hekim olarak hizmet verir. Hastanın bütün sağlık ihtiyaçlarını değerlendirir, bireysel olarak veya diğer uzmanlık alanları ile birlikte tıbbi bakımını sağlar, gerektiğinde hastayı sürekli gözetim altında tutulmak ve uygun gördüğü merkezlere yatırılmak üzere sevk eder. Hastanın sağlığı ile ilgili her konuda sürekli sorumluluk duyar ve sağlık hizmeti sağlayan birimler arasında bir lider veya koordinatör olarak görev yapar. Hastanın toplum, aile veya sosyal çevresini de içerecek şekilde sağlığı ile ilgili her konuda sorumluluğu kabul eder. Aile hekimi bireysel bir doktordur, bütün hastaları bilir ve yönlendirir, tedavide hem bilimsel tıbbi hem de insani değerleri kullanır. Ailenin sadece bir ferdine hizmet verebilir fakat daha çok ailenin, birden çok ferdine veya bütün fertlerine hizmet verir. Genellikle sadece kendisi, diğer geleneksel uzmanlık sahalarından daha fazla tıbbi hizmet sunar ve sevk ettiği uzmanlardan veya sağlık personelinin sağlık hizmeti veya danışmanlık almayı koordine eder. Hastanın en iyi şekilde ve sürekli sağlık hizmeti alması konusunda sorumluluk duyar ve gerçekte sağlık ekibinin yöneticisi olarak hizmet verir. (10)

##### **2.1.1.2. Leeuwenhorst'un tanımı (1974)**

Genel pratisyen; yaş, cinsiyet ve rahatsızlık ayrımı yapmaksızın bireylere, ailelere ve bir sağlık merkezine bağlı nüfusa kişisel ve sürekli temel sağlık hizmeti sunan tıp fakültesi mezunudur. Onu kendine özgü kılan, bu işlevlerin sentez edilişidir. Hastalarına kendi görüşme odasında, hastalarının evlerinde, bazende bir klinik ya da hastanede hizmet sunar. Amacı erken tanı koymaktır. Hastalarının bakım sürecinde sağlık ve rahatsızlık durumlarını değerlendirirken fiziksel, ruhsal ve toplumsal

etkenleri dikkate alır ve bütünleştirir. Bir hekim olarak kendisine sunulan her soruna ilişkin ilk kararları verir. Kronik, yineleyen ya da son dönem hastalıkları olan hastaların sürekli yönetimini üstlenir. Uzun süreli temas, aile hekiminin her hastaya uygun bir hızda bilgi toplamak ve mesleğini uygularken güven ilişkisini kurmak için yineleyen fırsatları kullanabilmesi demektir. Hekim ve tıp dışı diğer meslektaşlarıyla işbirliği içinde uygulama yapar. Tedavi, koruma ve eğitim yoluyla nasıl ve ne zaman hastaların ve ailelerinin sağlığını geliştirme girişimlerinde bulunabileceğini bilir. Ayrıca topluma karşı da mesleksel sorumluluğu olduğunu kabul eder. (11,12)

### **2.1.1.3. WONCA (World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians) tanımı (1991)**

Genel pratisyen (GP) veya AH; esas olarak tıbbi bakım arayan herkese kapsamlı bakım sağlama ve gerektiğinde diğer sağlık çalışanlarını harekete geçirme sorumluluğu taşıyan hekimdir. GP/AH, bakım arayan herkesi kabul eden bir genel tıp hekimi olarak işlev görür, buna karşılık diğer sağlık hizmeti sunucuları hizmet sunumunda yaş, cinsiyet ve tanıya bağlı sınırlamalar koyar.

AH ırk, din, kültür ve toplumsal sınıf ayrımı yapmaksızın, bireylere ve ailelere toplum bağlamında bakım sağlar. Kültürel, sosyo-ekonomik ve psikolojik durumlarını hesaba katarak bireylerin almaları gereken bakımın büyük kısmını sağlamada klinik olarak yetkindir. Ayrıca hastalarına kapsamlı ve sürekli bakım sağlamada kişisel sorumluluk üstlenir.

GP/AH mesleksel görevini bireylerin sağlık gereksinimlerine ve hizmet sunduğu toplumun var olan kaynaklarına göre doğrudan veya diğer sağlık çalışanlarının verdiği hizmetler aracılığıyla yerine getirir. (9, 12)

### **2.1.1.4. AAFP (American Academy of Family Physicians) tanımı (1993)**

AH, aile hekimliği disiplinde eğitim almış hekimdir. Yaş, cinsiyet, sağlık sorununun tipine (biyolojik, davranışsal, sosyal) bakmaksızın ailenin her üyesine kapsamlı ve sürekli sağlık hizmeti (koruyucu hizmetler ve sağlığı iyileştirici hizmetleri dahil) sunmak için gereken bilgi, beceri ve tutumlarla donatılmıştır. Bu uzmanlar, sağlıkla ilişkili konularda toplum kaynaklarından, sağlık hizmetlerinden ve

konsültasyonlardan yeterince ve uygun yararlanmaları konusunda hastalarının haklarının savunucusu olurlar. (13)

#### **2.1.1.5. AAFP tanımı (1994)**

Birinci basamak hizmetler, birinci basamakta uzmanlaşmış ve kapsamlı ilk temas hizmeti sunmak üzere becerilerle donatılmış, hastalara sürekli bakım hizmeti sunan, tanı konmamış belirti, bulgu ve sağlık meseleleri (ayrışmamış hasta) ile yaş, cinsiyet ve sorunun orijinine (biyolojik, davranışsal, sosyal) bakmaksızın ilgilenen hekimler tarafından sunulan hizmettir. Akut ve kronik hastalıkların tanı ve tedavisine ek olarak sağlığın iyileştirilmesi, hastalıkların önlenmesi, sağlığın devamının sağlanması, danışmanlık ve hasta eğitimini aile hekimliği merkezi, hastane, yoğun bakım, uzun süreli bakım evleri, ev, gündüz bakım evi gibi farklı ortamlarda içerir. Sağlık hizmetlerinin koordinasyonunu sağlayarak maliyet etkin bakım hizmeti sunulmasını sağlar. Etkili doktor hasta ilişkisini iyileştirir ve hasta katılımını sağlamaya çalışır. (14)

Birinci basamakta 4 temel fonksiyon tanımlanmaktadır:

- 1-İlk temas
- 2-Uzun süreli kişiye odaklı iletişim
- 3-Toplumun ihtiyaçlarını karşılama yönünden kapsamlılık
- 4-Hizmetlerin koordinasyonu

#### **2.1.1.6. Olesen tanımı (2000)**

GP, sağlık sisteminin ön safında çalışmak ve hastaların sahip olabileceği sağlık sorunları için bakım sağlayıcı ilk adımları atmak üzere eğitilmiş uzmandır. GP, hastanın var olan hastalığının tipine veya diğer kişisel ve toplumsal özelliklerine bakmaksızın toplum içindeki bireylere bakım sunar ve sağlık sisteminin var olan kaynaklarını hastalarının yararına en iyi şekilde düzenler. GP biyolojik tıp, tıbbi psikoloji ve tıbbi sosyoloji bilimlerini kullanarak ve bütünleyerek koruma, tanı, tedavi, bakım ve palyasyon alanlarında bireylerle ilgilenir. (9, 12)



#### **2.1.1.7. Wonca Europe tanımı (2002 ve 2005)**

GP/AH kendine özgü eğitim içeriği, araştırması, kanıt temeli ve klinik uygulaması olan akademik ve bilimsel bir disiplin ve birinci basamak yönelimli klinik bir uzmanlıktır. (15,16)

#### **2.1.1.8. ABFM (American Board of Family Medicine) tanımı (2005)**

Aile hekimliği, bireye ve aileye sürekli ve kapsamlı sağlık hizmeti sunan bir tıpta uzmanlık dalıdır. Biyolojik, klinik ve davranışsal bilimleri entegre eden bir genişliğe sahiptir. Her yaş, her cinsiyet, her sistem ve her hastalık antitesini kapsar.

Aile hekimliği ilk temastan ve ilk değerlendirmeden kronik hastalıkların takibine kadar tüm sağlık bakım hizmetini vurgular. Koruyucu hekimlik ve erken tanı, disiplinin esaslarıdır. Gereken tüm sağlık hizmetlerinin, en az bölünme ile koordinasyonu, entegrasyonu ve çoğu tıbbi durumun yönetilmesi becerisi, aile hekiminin maliyet etkili hizmet sunmasını mümkün kılar. Aile hekimliği diğer klinik disiplinlerle birçok alanı paylaşır. Aile dinamikleri, kişiler arası ilişkiler, danışmanlık ve psikoterapi gibi konulara odaklanır. Uzmanlığın temeli kliniklidir. Birincil odak bireylerin bakımındır. (17)

Tanıma göre;

İlk temas noktasıdır. Hastanın sağlık hizmeti sunum sistemine girişini sağlar.

Hem sağlıkta hem hastalıkta hastasına hizmet sunarak sürekliliği sağlar.

Kapsamlı hizmet sunar.

Koordinasyonu sağlar.

Kişileşmiş hizmet sunar.

#### **2.1.1.9. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı tanımı (2004)**

Aile hekimi; kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini yaş, cinsiyet ve hastalık ayrımı yapmaksızın her kişiye kapsamlı ve devamlı olarak belli bir mekânda vermekle yükümlü, gerektiği ölçüde gezici sağlık hizmeti veren ve tam gün esasına göre çalışan aile hekimliği uzmanı veya Sağlık Bakanlığı'nın öngördüğü eğitimleri alan uzman tabip veya tabiptir. (18, 19)

### **2.1.2. Aile Sağlığı Merkezinin (ASM)Tanımı**

Bir veya daha fazla aile hekimi ile aile sağlığı elemanlarınca aile hekimliği hizmetinin verildiği sağlık kuruluşuna aile sağlığı merkezi denmektedir. Maliyetlerin azalması ve hekimlerin çalışma sürelerinde esnekliğe imkan vermesi bakımından birkaç hekimin yeterli sayıda aile sağlığı elemanı ile birlikte görev yaptığı aile sağlığı merkezleri nüfusun ve ulaşımın uygun olduğu yerlerde oluşturulabilir. Buralarda sadece birinci basamak sağlık hizmeti verilecektir. Bu tür grup çalışmaları; dayanışma, eğitim ve hizmet sürekliliği açısından avantajlar taşımaktadır. Bu yüzden mümkün olduğunca grup çalışmaları özendirilmelidir. Bu sayede; aile sağlığı merkezi, bakanlıkça öngörülen nüfus kriterleri esas alınmak suretiyle sözleşme yapmış bir veya daha fazla aile hekimi tarafından açılabilir. Aynı aile sağlığı merkezindeki her aile hekimi ve aile sağlığı elemanı pozisyonu için ayrı ayrı sözleşme yapılır. Bakanlıkça uygun görülen aile sağlığı merkezleri eğitim amaçlı olarak kullanılabilir. Aile hekimleri, sağlık hizmetlerine yardımcı olmak amacıyla ebe, hemşire, sağlık memuru, tıbbi sekreter gibi ilave sağlık hizmetleri personeli ile güvenlik, temizlik, kalorifer, sekreteryaya gibi hizmetler için kişisel veya ortak olarak personel çalıştırabilir veya hizmet satın alabilirler. (18, 19)

### **2.1.3. Dünyada Aile Hekimliğinin Tarihçesi**

20. yüzyılın başlarına dek, tıp alanında genel olarak hakim olan, hasta yoktur, hastalık vardır görüşüyle, hekimler sadece hastalıklar üzerinde durmuştur. Dr. Francis Peabody, 1923 yılında bu durumun tıpta aşırı uzmanlaşmaya yol açtığını, sağlık sistemini aşırı parçalara ayırdığını ve hastaların ortada kalmasına neden olduğunu belirterek; hızla kapsamlı, bireysel hizmet veren ve insanları bir bütün olarak ele alacak genel pratisyenliğe dönülmesi gerektiğini savunmuştur. (20, 21)

1952'de İngiltere'de Kraliyet Genel Pratisyenlik Koleji (Royal Collage of General Practitioners) kurulmuştur.

1960'lı yıllarda Amerika'da Aile Hekimliği fikri yayılmaya başlamış, Amerikan Tıp Birliği tarafından 1966'da yayınlanan Millis ve Willard raporları ile birincil bakım konusunda çalışan yeni bir uzmanlık dalı olan Aile Hekimliği tanınmıştır. (22).

1969 yılında Aile Hekimliği Yeterlik Kurulu (ABFP) kurulmuştur. (23)

Dünyada yaşanan AH/GP alanındaki bu gelişmelerin Türkiye'deki yansıması Toplum Hekimliği olmuş ve 1960'lı yıllarda Prof. Dr. Nusret Fişek tarafından hazırlanan 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Yasası ile bütüncül hasta yaklaşımı ve genel pratisyenlik, basamaklandırılmış sağlık sisteminde birinci basamağa yerleştirilmiştir. Yasaya göre her 5-10 bin nüfusa, bir sağlık ocağı açılacak ve burada bir ekip anlayışı içinde hekim, hemşire, ebe, sağlık teknisyeni, sağlık memuru, tıbbi sekreter gerekiyorsa röntgen teknisyeni ve diş hekimi çalışacaktır. (24)

Benzer şekilde birinci basamakta sağlık ocağı ve ekip yapılanması ile bütüncül sağlık hizmeti sunumuna, SSCB (sonrasında Rusya Federasyonu)'de "Uçastok", Birleşik Krallık'ta "Health Center", Finlandiya'da "Terveyskeskus", İsveç'te "Vardsantral", İsrail'de "Kupatholim", Arnavutluk'ta "Ambulans", Norveç'te "Heltstation" yapılanmaları örnek olarak verilebilir. (25)

1974 yılında Hollanda'daki Avrupa Aile Hekimleri Eğitimi toplantısı sonrasında, Aile Hekimliği'nin dayandığı ilkeleri belirten ve birinci basamak hekimliğinin diğer uzmanlık dallarından farklı bir uzmanlık alanı olduğunu vurgulayan Leeuwenhorst tanımı ortaya konmuştur. Bu tanım DSÖ ve WONCA tanımlarının temelini oluşturmuştur. (21, 26)

DSÖ ve WONCA 1978 Alma Ata Konferansında ilan edilen 2000 Yılında herkese sağlık hedefi doğrultusunda, 1994 yılında Ontario-Kanada'da "Tıp Eğitimi ve Uygulamalarını İnsanların Gereksinimlerini Daha İyi Karşılar Hale Getirmekte Aile Hekiminin Katkısı" konulu ortak bir konferans düzenlemişlerdir. (27) Her iki birliğin temsilcilerinin ortak imzaları ile yayınlanan konferans dökümanının özet bölümünde şu ifade yer almaktadır:

"İnsanların ihtiyaçlarını karşılamak için sağlık sisteminde, tıp fakültelerinde ve diğer eğitim kuruluşlarında köklü değişiklikler yapılmalıdır. GP/AH, sağlık hizmet sistemlerinde kaliteye, sosyal adalete, etkinlik ve düşük maliyete ulaşılmasında merkezi role sahip olmalıdır. Bu sorumluluğu yerine getirebilmek için AH; hasta bakımında yetkin olmalı, bireysel ve toplumsal sağlık hizmetini bir bütün halinde ele almalıdır. Bu amaç doğrultusunda DSÖ ve Dünya Aile Hekimleri Birliği tarihi bir işbirliği gerçekleştirmektedir." (21, 27)

Bu konferansta ayrıca aşağıdaki önemli kararlar alınmış ve bu karar ve öneriler, tüm dünyada Aile Hekimliğinin yaygınlaşmasına ve gelişmesine katkıda bulunmuştur. (13, 22, 27)

- Aile hekimliği bir disiplin olarak tanımlanmalıdır. (Öneri 15)

- Bireye yönelik kaliteli bakım vermek ve toplum sağlığı ile birey sağlığını entegre etmek konusunda aile hekimi temel öneme sahiptir ve bu alanda çalışan hekimlerin çoğunluğunun aile hekimi olması gereklidir . (Öneri 1)

-Bu konudaki politikalar hızla uygulanmaya başlanmalıdır. (Öneri 4)

-Birincil sağlık bakımı ve bunun içinde özgün eğitim almış aile hekiminin rolü tanımlanmalıdır. Sağlık hizmetlerinin sunumunda diğer uzmanlar ile aile hekimi uzmanları arasında denge oluşturulmalıdır. (Öneri 5)

-Diğer uzmanlık dallarının daha dikkatli kullanılabilmesi ancak önce birincil bakım veren bir hekime başvurmak yolu ile olabilir. Ancak bu hekimlerin sevk gereksinimi ve seçenekler konusunda sonuçlar, kalite ve maliyeti içeren bağımsız, iyi bir bilgiye sahip olmaları gerekir. (Öneri 6)

-Her olanakta aile hekimi ilk başvuru hekimi olarak kullanılmalıdır. Bunun nedeni yalnızca aile hekimlerinin bu iş için uzmanlaşmış tek grup olmasından değil diğer uzmanlık alanlarının zamansız ve gereksiz kullanımının önlenmesidir. (Öneri 10)

-Her ülkede aile hekimlerinin bağımsız örgütleri kurulmalıdır. Birincil bakım veren her hekim üye olabilmelidir. Bu kuruluşlar topluma, aile hekimlerinin toplumun gereksinimlerine cevap verebileceği ve yüksek kalitede sağlık bakımı sağlama peşinde oldukları konusunda güven vermelidir. (Öneri 11)

2002 yılında WONCA AVRUPA bölgesi, Aile Hekimliği -Genel Pratisyenlik disiplini ve uzmanlığını değişen dünya ve bölge şartlarına göre yeniden tanımlamıştır. (15)

#### **2.1.4. Türkiye’de Aile Hekimliği’nin Gelişimi**

AH kavramı, Türkiye’de ilk kez tüm dünya ile eş zamanlı olarak 1970’li yılların ortalarında tartışılmaya başlanmış ve o dönemde genel olarak sağlık ocağı hekiminin fonksiyonlarından biri olarak düşünülmüş, ayrı bir uzmanlık olması fikri genel bir kabul görmemiştir. 1983 yılına gelindiğinde artık dünyada 10 yıldır var olan aile hekimliği uzmanlığının Türkiye’de de verilmesi zorunlu hale gelmiş ve aynı yıl

tababet uzmanlık tüzüğüne alınarak Türkiye'de aile hekimliği bir uzmanlık dalı olarak kabul edilmiştir. Eğitim süresi pratisyenler için üç yıl, çocuk sağlığı ve hastalıkları ile iç hastalıkları uzmanları için bir yıl dört ay olarak belirlenmiştir. 1984 yılında Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde ilk aile hekimliği anabilim dalı kurulmuştur. 1985 yılında aile hekimliği uzmanlık eğitimine Sağlık Bakanlığı ve Sosyal Sigortalar Kurumu'na bağlı eğitim hastanelerinde başlanmıştır. 1993 yılında Yüksek Öğretim Kurulu tıp fakültelerinde aile hekimliği anabilim dallarının kurulmasını uygun bulmuştur. 1995 yılında Avrupa Topluluğu, üye ülkelerde birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışacak hekimlerin tıp eğitiminden sonra en az 2 yıl eğitim görmelerini zorunlu hale getiren bir karar almıştır. 1996 yılında bu süre iki yıldan üç yıla çıkarılmıştır. (28)

AH, 1990 sonrası birçok devlet dökümanında, VI, VII ve VIII. beş yıllık kalkınma planlarında yer almıştır. Son olarak Türkiye Cumhuriyeti 58.hükümetinin Acil Eylem Planı ve Sağlıkta Dönüşüm Programında yer almaktadır. (28, 29, 30, 31)

Aile hekimliği uygulaması ile ilgili olarak yapılan yasal düzenlemeler kısaca aşağıda verilmiştir. (18)

-Aile Hekimliği Kanunu (Kanun No: 5258, Resmi Gazete (09.12.2004/ 25665) (Bu Kanunun adı "Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun" iken 11/10/2011 tarihli ve 663 sayılı kanun hükmünde kararnamenin(KHK) 58 inci maddesi ile metne işlendiği şekilde değiştirilmiştir.

-Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yönetmelik (06.07.2005/ 25867).

-Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Kapsamında Sağlık Bakanlığınca Çalıştırılan Personele Yapılacak Ödemeler ve Sözleşme Şartları Hakkında Yönetmelik (RG: 12.08.2005 / 25904).

-Aile Hekimliği Uygulaması Hakkında Yönetmelik (RG : 25.05.2010 / 27591)

-Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Kapsamında Sağlık Bakanlığınca Çalıştırılan Personele Yapılacak Ödemeler ve Sözleşme Şartları Hakkında Yönetmelik (RG: 30.12.2010 / 27801)

-Aile Hekimliğinin Pilot Uygulandığı İllerde Toplum Sağlığı Merkezi Kurulması ve Çalıştırılmasına dair Yönerge 03.08.2011

-Aile hekimliği Uygulama Yönetmeliği (RG: 25.01.2013/ 28539)

Ülkemizde Aile Hekimliği uygulamasına ilk olarak 15 Eylül 2005 tarihinde pilot uygulama şeklinde Düzce’de başlanmış ve 13.12.2009 tarihinden itibaren tüm illerde AH uygulamasına geçilmiştir. Halen 6768 Aile Sağlığı Merkezinde, 21217 Aile Hekimi hizmet vermektedir. (32)

### **2.1.5 Aile Hekimlerinin Görev ve Sorumlulukları**

Aile hekimlerinin görev ve sorumlulukları şu şekilde tanımlanmıştır; (13, 19)

- 1- Kişiyeye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak tanı, tedavi, rehabilitasyon ve danışmanlık hizmetlerini vermek
- 2- AH, kendisine kayıtlı kişileri bir bütün olarak ele alıp, kişiyeye yönelik koruyucu, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini sunmak
- 3- Sağlıkla ilgili olarak kayıtlı kişilere rehberlik yapmak, sağlığı geliştirici ve koruyucu hizmetler ile ana çocuk sağlığı ve aile planlaması hizmetlerini vermek
- 4- Kendisine kayıtlı kişilerin ilk değerlendirmesini yapmak için altı ay içinde ev ziyaretinde bulunup veya kişiler ile iletişime geçmek
- 5- Kayıtlı kişilerin yaş, cinsiyet ve hastalık gruplarına yönelik izlem ve taramaları (kanser, kronik hastalıklar, gebe, loğusa, yenidoğan, bebek, çocuk sağlığı, adölesan, erişkin, yaşlı sağlığı ve benzeri) yapmak
- 6- Periyodik sağlık muayenesi yapmak
- 7- Tetkik hizmetlerinin verilmesini sağlamak veya bu hizmetleri vermek
- 8- Kendisine kayıtlı kişileri yılda en az bir defa değerlendirerek sağlık kayıtlarını güncellemek
- 9- Evde takibi zorunlu olan özürlü, yaşlı, yatalak ve benzeri durumdaki kendisine kayıtlı kişilere evde veya gezici yerinde sağlık hizmetlerinin yürütülmesi sırasında kişiyeye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak tanı, tedavi, rehabilitasyon ve danışmanlık hizmetlerini vermek
- 10- ASM şartlarında tanı veya tedavisi yapılamayan hastaları sevk etmek, sevk edilen hastaların muayene, tetkik, tanı, tedavi ve yatış bilgilerini değerlendirmek, ikinci ve üçüncü basamak tedavi ve rehabilitasyon hizmetleri ile evde bakım hizmetlerinin koordinasyonunu sağlamak
- 11- Gerektiğinde hastayı gözlem altına alarak tetkik ve tedavisini yapmak

12- Entegre sağlık hizmetinin sunulduğu merkezlerde gerektiğinde hastayı gözlem amaçlı yatırarak tetkik ve tedavisini yapmak

13- Aile sağlığı merkezini yönetmek, birlikte çalıştığı ekibi denetlemek ve hizmet içi eğitimlerini sağlamak

14- İlgili mevzuatta birinci basamak sağlık kuruluşları ve resmi tabiplerce kişiye yönelik düzenlenmesi öngörülen her türlü sağlık raporu, sevk evrakı, reçete vb. belgeleri düzenlemektir.

## **2.2. TÜKENMİŞLİK VE TÜKENMİŞLİKLE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER**

### **2.2.1. Tükenmişliğin Tanımı**

İngilizce'de burnout sözcüğü ile ifade edilen ve dilimize, yaygın biçimde kullanılan haliyle tükenmişlik olarak çevrilen kavram, gerek bireysel boyutta, gerekse örgütsel boyutta çalışma yaşamını olumsuz etkileyen bir sorundur.

Türk Dil Kurumu'nun sözlüğünde ise tükenmişlik “gücünü yitirmiş olma, çaba göstermeme durumu” olarak tanımlanmaktadır. (33)

Kavram, 1970'lerde ABD'de müşteri hizmetlerinde çalışan insanların yaşadığı mesleki bunalımı ifade etmek amacıyla kullanılmıştır. (34)

Greene'nin 1961 yılında yayınladığı, ruhsal çöküntü yaşamış ve hayal kırıklığına uğramış olan bir mimarın işini terk edip Afrika ormanlarına kaçışını anlatan "Bir Tükenmişlik Olayı", orijinal adıyla “A Burnout Case” isimli romanında yer bulan bu popüler kullanım, büyük bir bıkkınlık ve kişinin işine duyduğu bağlılık ile idealizminin sönmesi şeklinde tanımlanmıştır. Yani, tükenmişlik kavramı bilimsel çalışmaların bir parçası olmadan çok önce sosyologlar tarafından sosyal bir problem olarak vurgulanmıştır. (35)

Tükenmişlik, gönüllü sağlık çalışanları arasında görülen yorgunluk, hayal kırıklığı ve işi bırakmayla karakterize bir durumu tanımlamak için Freudenberg tarafından 1974 yılında tanımlanmıştır. Hapisten çıkanların kaldıkları serbest klinikler gibi alternatif sağlık bakım kuruluşlarında kendisi ile birlikte çalışan genç, idealist gönüllülerin, bakımlarını üstlendikleri hasta kişilere karşı davranışlarında zaman içerisinde kötüleşme olduğunu gözlemleyen Freudenberg, tükenmişliği, insanların

duygusal tükenme, kişisel başarısızlık ve başkalarıyla ilişkisini kesme nedeniyle acı çektiği psikolojik bir durum olarak tanımlamıştır. (1,2)

Tükenmişlik konusunda pek çok çalışmalar yapan Maslach'a göre tükenmişlik, insanlarla yüz yüze ilişki gerektiren mesleklerde çalışanlarda görülen ve bireylerin işleri gereği karşılaştıkları insanlara karşı duyarsızlaşmaları, duygusal olarak kendilerini tükenmiş hissetmeleri, kişisel başarı ve yeterlilik duygularının azalmış olması ile ortaya çıkan bir sendromdur. (5)

Tükenmişlik kavramıyla ilgili olarak günümüze kadar; Freudenberger, Maslach, Pearlman ve Hartman, Suran ve Sheridan, Edelwich, Fischer, Pines, Garden, Cherniss tarafından çeşitli kuramsal açıklamalar yapılmıştır. Bu modellerde tükenmişliğin ortaya çıkış nedenleri ve tükenmişliğin boyutları açıklanmaya çalışılmıştır. (36)

## **2.2.2. Tükenmişlik Kavramı Yaklaşımları**

### **2.2.2.1. Freudenberger'in tükenmişlik yaklaşımı**

Freudenberger 1974 yılında yayınladığı makale ile tükenmişlik kavramının literatüre girmesini sağlamıştır. Tükenmeyi; başarısızlık, yıpranma veya enerji, güç ve potansiyel üzerinde aşırı isteklerde ortaya çıkan bir durum olarak tanımlamıştır. Tükenmişlik; herhangi bir nedenden dolayı duygusal anlamda yük altına giren personelin, çalışamaz hale gelip, amaca hizmet etmediği anı göstermektedir. (1,2)

Tükenmişlik kavramını gönüllü sağlık çalışanları arasında yaptığı çalışmalar sonucunda ortaya atan Freudenberger; tükenmişliğin yorgunluk hissi, bitkinlik, baş ağrıları, mide ve barsak rahatsızlıkları gibi fiziksel belirtilerinin olduğunu söylemektedir. (1,2)

### **2.2.2.2. Maslach'ın tükenmişlik yaklaşımı**

Uzun süreli iş stresinin tükenmişliğe yol açtığını söyleyen Maslach, tükenmişliği profesyonel bir çalışanın mesleğinin özgün anlamı ve amacından kopması ve hizmet verdiği insanlarla artık gerçekten ilgilenmiyor olması olarak tanımlamıştır. Tükenmişlik durumunda; bireyde enerji kaybı, motivasyon eksikliği, diğerlerine karşı negatif tutum ve aktif olarak diğerlerinden geri çekilme vardır. (5, 37)

Tükenmişliğin üç faktörlü yapısı pek çok araştırma ile desteklenmekte; ancak tükenmişliğin özünde duygusal tükenme boyutunun bulunduğu, duyarsızlaşma ve



kişisel başarı eksikliğinin buna eşlik eden değişkenler olduğu ileri sürülmektedir. (38)

Maslach, tükenmişlik sürecini bazı alt kavramlar oluşturarak ve bunlar için ayrı ölçekler geliştirerek, kavramı geleneksel iş teorilerinden uzaklaştırmış ve daha belirgin hale getirmiştir. Üç komponentten oluşan tükenmişliği değerlendirebilmek için MTÖ'ni geliştirmiştir. Maslach'a göre sendromu oluşturan birbirinden bağımsız alt başlıklar şöyledir . (5, 37)

#### **2.2.2.2.1. Duygusal tükenme**

Bu terim, çalışma hayatındaki kişilerin aşırı psikolojik ve duygusal yüklenme durumlarını açıklamak üzere kullanılmaktadır. Bu durum özellikle uğraştıkları konuyla derinden ilgilenen çalışanları kapsamaktadır. Tükenme kavramı öncesinde sakin monoton bir çalışma ortamından ziyade gerilimli bir ortam olduğu varsayılır. Çalışan kişinin verdiği emek ile mesleğinden memnun olma hissi arasındaki denge bozulursa tükenmişlik sendromu ortaya çıkar. Bu yüzden bir işte gösterilen gayret ile o işten alınan ödül arasındaki denge önemlidir. Gayret, o işe ayrılan zaman ve gösterilen ilgidir, verilen görevi güvenilir ve en iyi şekilde sorumluluk bilinciyle yerine getirmeye çalışmaktır. Tatmin ise saygınlık, kendini ispat etme, övgü veya kendini bir topluluğa ait hissetmesi ile mümkündür.

Yukarıdaki açıklamalara dayanarak, duygusal tükenme alt kavramının güvenilir bir stres değişkeni olduğu varsayılabilir. Duygusal tükenme, enerji yoksunluğu ve bireyin duygusal kaynaklarının tükendiği hissine kapılmasıyla belirlidir. (39)

#### **2.2.2.2.2. Duyarsızlaşma**

Bu terim çalışanların, hizmet verdikleri kişilere birer insan yerine nesne gibi davranmalarıyla kendini gösterir. Bu davranış kriz durumlarında oluşabilecek yoğun emosyonel gerilimleri düşürebilir. Maslach, duyarsızlaşmayı hizmet verilene karşı uzaklaşma, katı ve hatta insancıl olmayan tarzda yaklaşım olarak değerlendirmektedir. Uzaklaşmanın artmasıyla diğerlerinin ihtiyaçlarını önemsemeyen bir tutum ve onların duygularını hiçe sayma söz konusu olur. Duyarsızlaşma yaşayan kişi, diğer insanlara küçük düşürücü davranışta bulunabilir, onlara saygılı ve nazik davranışı reddedebilir, onların istek ve taleplerini göz ardı

edebilir. Bu diğerlerine karşı aldırılmazlık, nefret hissetme ve onlardan uzaklaşmayı da içeren davranış, insancıl olmama ile kendini gösterir. (37, 39)

Duyarsızlaşma, kavram olarak genelde diğerlerine ilgi göstermemeyi, uzaklaşmayı, aldırış etmemeyi ve saldırgan davranışları içeren negatif reaksiyonlar olarak yorumlanmaktadır. Bireyin kendisini ve hizmet verdiği kişileri insancıl olmayan tarzda algılamasıdır. (40)

Duyarsızlaşma ile ilgili olarak yapılan çalışmalarda, önemli olduğu sonucuna varılan dört etmen şunlardır. (40)

- Bireyleri kendisinden uzaklaştıracak şekilde davranma eğilimi
- Diğerlerine düşmanca davranma
- İlgisizlik, diğerlerine olumsuz reaksiyonlar verme
- Reddetme

Eğer çalışanları, düşünen, duygulanan veya hissedenler olarak gruplandırarsak, bunlardan duygulananlar tükenmişlik sürecinden daha fazla etkilenmektedir. Ayrıca tiplerle ilgili olarak Carl Jung'a göre tersine çevirme olarak adlandırılan bir süreç söz konusudur. Bu süreç tükenmişlik yaşayan bireyin tarif edilen davranışlarda bulunmaması anlamındadır. (40)

Tip A kişilik yapısında olanlar (acelecilik, tahammülsüzlük ve rekabetçi özelliklerle karakterize işkolik kişilik yapısı gösterenler) daha sık duyarsızlaşma yaşamakta, daha az bireysel başarı göstermektedirler. Freudenberger, işkolikliği tükenmişlik sendromu sürecinin kaçınılmaz bir sonucu olarak değerlendirir. Ona göre, tükenmişlik yaşayan kişi düşük verimliliğini aşırı çalışarak düzeltmeye çalışmaktadır. (2)

#### **2.2.2.2.3. Kişisel başarı**

Tükenmişlik sendromunun üçüncü bileşeni olan düşük bireysel başarı durumu konunun yeterince ele alınmamış bileşenlerindedir. Öğrenilmiş çaresizlik üzerine yapılmış araştırmalardan, bu bileşen ile ilgili açıklayıcı bilgiler elde edilebilir. Buna göre olumlu sonuçlara ulaşmak için, defalarca denemede bulunan kişi, bunların verimli olmadığını gördüğünde stres ve depresyon bulguları göstermektedir. Bireyler bu denemeleri defalarca tekrarladıktan sonra, yeniden denemenin faydalı olmayacağını düşünerek denemekten vazgeçmektedirler. (5,41)

Bireysel başarı, kişinin görevinde dikkate değer sonuçlar elde etme ve diğerlerinin yaşantısını olumlu etkileme yönündeki doyum olarak tarif edilmektedir. Bireysel başarıda azalma, işe ve iş gereği karşılaşılan kişilerle ilişkilere bağlı başarı ve yeterlilik duygularında azalmayla ortaya çıkar. Tükenme sonucunda yaratıcılık yok olur, daha iyisi için uğraşılmaz. Ne yaparsa yapsın, ne denli çabalarsa çabalasın, durumunda bir değişiklik yaratamadığı algısının kişide yarattığı bir yılgınlıktır. Kişi işinde ilerlemediğini, hatta gerilediğini düşünür, harcadığı çabanın bir işe yaramadığına inanır, potansiyel yetersizliğini görüp yılgınlığa düşer. (5,41)

### **2.2.2.3. Pearlman ve Hartman'ın tükenmişlik yaklaşımı**

Pearlman ve Hartman'a göre tükenmişlik; üç bileşenden oluşmaktadır. Duygusal ve/veya fiziksel tükenme, iş üretiminin azalması ve duyarsızlaşmayı içeren bileşenler sürekli yaşanan duygusal strese yanıt olarak ortaya çıkmaktadır. Bu bileşenler; davranış boyutunda gelişen tepkimelerdir. Pearlman ve Hartman yaklaşımlarında bireysel özelliklerin ve sosyal çevrenin, tükenmişliğin etkinliğinde ve algılanmasında önemli olduğunu vurgulamaktadırlar.

Yaklaşımın dört aşaması bulunmaktadır.

1. Aşama: Bu aşama stresin oluşumuyla ilgilidir. Bireyin yetenekleri çevrenin taleplerini karşılayacak kapasitede değilse veya iş bireyin istekleri ve ihtiyaçları ile örtüşmüyorsa stres oluşumu sözkonusudur.
2. Aşama: Strese yol açan faktörler, bireyin kendisini çeşitli düzeylerde stres baskısı altında hissetmesine yol açar.
3. Aşama: Bu aşama strese yanıt olarak oluşan üç temel bileşeni temsil eder.
4. Aşama: Stresin sonuçlarının görüldüğü bu aşamada, iş doyumunda ve iş üretiminde azalma söz konusudur. Tükenmişliğin sonucunda bireyin ruhsal ve fiziksel durumunda bozulmalar olabilir.

Pearlman ve Hartman'ın tükenmişlik modeli bireylerin çevresel ve kişisel özelliklerini irdeleyen bir modeldir. Bu modele göre tükenmişlikle başa çıkmada bireyin özellikleri, iş çevresi ve sosyal çevresi oldukça etkilidir. (42)

#### **2.2.2.4. Suran ve Sheridan'ın tükenmişlik yaklaşımı**

Erikson'un kişilik gelişimi kuramını temel olarak alan bu yaklaşımda; tükenmişlik basamaklar halinde ortaya çıkmaktadır. Suran ve Sheridan, elli yaşa kadar olan tükenme durumunu ele almışlar ve tükenmişliğin ileri yaşlarda da görülebileceğini belirtmişlerdir. Her bir basamakta tükenmişliğin oluşumunda etkili olan bireyin yaşamsal özellikleri incelenmiştir.

1. Basamak (kimlik, rol çatışması): Tükenmişlikle ilgili faktörler ilk olarak, bireyin mesleki ve kimlik rollerinin geliştiği, erişkinliğe ilk adımların atıldığı dönemde etkili olmaya başlamaktadır. Bu dönem, psikolojik gelişim açısından oldukça önemlidir. Rol çatışması meslek seçimi ve kişisel hedeflerin belirlenmesinde etkin rol oynar. Mesleki gelişimin olumlu bir şekilde tamamlanamaması, bireyi gelecekte rol karmaşası ile karşı karşıya bırakır.

2. Basamak (yeterlilik, yetersizlik): Bireyin yaptığı işte yeterlilik duygusunu hissetmesi ve işiyle kişisel-sosyal yaşamını bir arada yürütebilmesi, profesyonel kimlik gelişiminin tamamlandığına işaret eder. Birey, bu basamakta deneyimlerini artırarak bağımsızlaşmaktadır. Deneyimlerini artırarak profesyonel kimlik oluşturan birey yaptığı işte ne kadar iyi olduğunu düşünmeye ve kendisini diğer profesyonellerle karşılaştırmaya başlar. Bu basamak genellikle yirmili yaşların başlarında açığa çıkmaktadır.

3. Basamak (verimlilik, durgunluk): Profesyonel bireyin sistemden özgür hale gelip meslek sürecini başlattığı dönemdir. Bu süreç otuzlu yaşların başından başlar sonlarına kadar sürer. Bu aşamada bireyin profesyonel anlamda üretkenliği üst düzeydedir. Yeteneklerini olumlu anlamda kullanmaya çalışan birey, enerjisini yaptığı işte verimliliği artırmaya ve üretken bir hayat tarzı oluşturmaya yönelir. Bireyin bu çabalarına karşın kendine ait tarz geliştirememesi, amaçsızlık ve hedefsizlik duygusuna kapılmasına yol açan bir süreci başlatır. Deneyimlerini ve yeteneklerini serbestçe kullanabileceği bir alan bulamayan birey, daha önceki dönemlerdeki başarılarını anlamsız olarak görmeye başlar. Birey ne yapacağını bilemez bir noktadadır ve tükenmişliğin ortaya çıkması artık kaçınılmazdır.

4. Basamak (yeniden oluşturma, hayal kırıklığı): Otuzlu yaşların sonundan, kırklı yaşlara kadar geçen süre bireyin erken seçimlerini sorguladığı dönemdir. İşle ilgili doyumsuzluğu olan bireyin, hayatında stres ve yorgunluk baskın hale geçmektedir.

Bireyin becerilerini sergilemesinden yıllar sonra tükenmişlik ortaya çıkmaktadır. Bireyde bu dönemde ölümlülük ve kırılğanlık duyguları hakimdir. Birey kişisel ve profesyonel anlamda olmak istediği kişilik için yeni bir neden keşfetmeye çalışır. (43)

#### **2.2.2.5. Edelwich'in tükenmişlik yaklaşımı**

Edelwich ve Brodsky tükenmişliği, başkalarına yardım edici mesleklerde çalışan bireylerde, çalışma koşullarının bir sonucu olarak gelişen enerji, amaç ve idealizm kaybı olarak açıklamışlardır.

Tükenmişliğe yol açan çalışma koşullarından; çok sayıda kişiye hizmet sunulması, uzun çalışma saatleri, düşük ücret seviyeleri, organizasyonel dayatmalar oldukça önemli değişkenlerdir. Mesleğe beslenen yüksek umutlar ile mevcut durum arasındaki fark bireyi tükenmişliğe götürmektedir.

Edelwich ve Brodsky, tükenmişliğin birbirini izleyen idealistik coşku, durgunluk, engellenme ve duyarsızlaşma aşamalarının ardından gelişen bir süreç neticesinde oluştuğu kanaatinde dirler. (44)

Tükenmeyi anlamayı kolaylaştıran bir bakış açısı sağlamak adına tükenme dört evrede incelenebilir. Bu evreler kesikli bir süreç değil, süreklilik göstermektedir. Çalışanın yaşadıklarıyla bağlantılı olarak, bu evreler arasında zaman zaman gidip gelmeler olabilir. Bu evreler her zaman bu sıralamayı takip etmeyebilir. (36,38,45)

##### **1-Şevk ve coşku evresi**

Heves, şevk veya coşku ve mesleğe bağlılık olarak adlandırılabilen bu aşama, genellikle çalışma hayatına yeni başlayan bireylerde görülür. Bu aşama, fazla enerjiye, yüksek beklentilere ve umutlara, seçilen meslekteki amaçlara ulaşabilmek için şiddetli motivasyona sahip olunan aşamadır. Bu aşamada, hayatın tümünü işe ve başkalarına hizmet verme oluşturmaktadır. Bu gibi psikolojik özelliklerle birlikte, hizmet veren kişide mesleki eğitimini sürdürmek için sıklıkla ve ısrarlı bir istek mevcuttur. Bu aşamadaki birey, hizmet verdiği insanlar üzerinde olumlu etkiler bırakmak istediği için belirgin bir enerji ve tüm gayretiyle çalışır. Bu özellikleri sergileyen bireyin övülmesi, gayretinden dolayı takdir edilmesi gerekirken, kişinin karşılaştığı tablo daha çok gerçekçi olmayan ön yargılar, prensipler, hükümler ve amaçlarla ilgili sorunlar olur. Bu durumda da gayretle çalışan kişi uğradığı hayal

kırıklığı sonucu kaçınılmaz olarak tükenmişliğin durgunluk aşamasına girmeye başlar. Bu durum sıklıkla, çalışmaya başladıktan bir yıl sonra ortaya çıkmaktadır. (44)

#### 2-Durağanlaşma Evresi

Durgunluğa geçiş sırasında işi yavaşlatmayı düşünen birey ilk aşamada karşılaştığı sorunların peşine düşmekten yorulmuştur. Bu aşamada, enerji düzeyi düşmekte, motivasyonu azalmakta, işle ilgili beklentilerine yönelik hayal kırıklıkları yaşamının sonucu işinden soğumaktadır. Bu aşamada ilgi idealler yerine, para kazanmak veya boş zamanlarını daha iyi değerlendirmek gibi iş dışına yoğunlaşmaktadır. (44)

#### 3-Engellenme evresi

Tükenmişliğin çekirdeği olarak adlandırılan engellenme, çalışanın hizmet verdiği kişilerin gereksinimlerini gideremeyerek engellenmesi ve çalışanın hizmet verdiği kişilerin gereksinimlerini doyumak için kendi gereksinimlerini gözden çıkarması olmak üzere iki şekilde gerçekleşir. Bu aşamada duygusal, fiziksel ve davranışsal problemlerle karşılaşılır. (44)

#### 4-Umursamazlık evresi

Bu evrede, çok derin duygusal kopma ya da kısırlaşma, derin bir inançsızlık ve umutsuzluk gözlenmektedir. Mesleğini ekonomik ve sosyal güvence için sürdürmekte, ondan zevk almamaktadır. İş tatminsizliği, yakınmalar, çekişmeler ve tartışmalar başlar ve iş sıradanlaşır. Böyle bir durumda iş yaşamı kişi için bir doyum ve kendini gerçekleştirme alanı olmaktan çok uzak, kişiye ancak sıkıntı ve mutsuzluk veren bir alan olacaktır. Çalışanda işten erken ayrılma ve rapor olarak işe gelmeme gibi eğilimler gözlenir. (44)

#### **2.2.2.6. Fischer'in tükenmişlik yaklaşımı**

Fischer'e göre, normalde işini idealize etmiş olan ve sonradan hayal kırıklığına uğramış olan kişiler, ya ideallerini azaltırlar ya da işten ayrılırlar. Ancak tükenmişlik adayları için bu iki seçenek geçerli değildir. Kendini beğenmiş olan kişiler, ideallerini azaltma ya da işten ayrılma yerine, gerçekçi olmayan hedeflerine ulaşmak için çabalarını birkaç katına çıkarırlar. Bu kişiler, mükemmellik yanılması denen kendini üstün ve özel görme gibi özelliklerini kaybetme korkusu ile motivasyon

sağlarlar. Tükenmişlik adayının benlik saygısı, bu mükemmellik yanılması içinde temel alır. Bu durumda tükenmişlik adayı, mükemmellik yanılmasından vazgeçmek veya kaynaklarını tüketmek arasında bir seçim yapmak zorunda kaldığında, tercihini kaynaklarını tüketme yönünde kullanacaktır. (36)

#### **2.2.2.7. Garden'in tükenmişlik yaklaşımı**

Garden tükenmişliği İsveçli psikolog Carl Gustav Jung'un psikodinamik teorisine dayandırarak açıklamaktadır. Geliştirdiği modelinde, iki zıt kişilik tipi olan, düşünen tipler ve duygusal tipler üzerindeki merkezi rolü araştırmıştır. Duygusal tipler insanlara karşı ilgili ve farkında olan olarak karakterize edilirken, düşünsel tipler ise katı, kuralcı, başarı odaklı ve diğerlerini ihmale yatkın olarak karakterize edilir. Örneğin insana hizmet veren sektörlerde duygusal tiplerin oranı, düşünen tiplere göre 4/1 iken, mühendislik veya yönetim gibi mesleklerde ise bunun tersi olan 1/4 oranında bulunmaktadır. Garden iş türü ne olursa olsun, duygusal taleplerin duygusal tipler üzerinde, zihinsel taleplerin de düşünsel tipler üzerinde tükenmişliğe yol açtığını ve kişilik tipi ile tükenmişlik arasında kuvvetli bir bağ olduğunu ortaya koymuştur. (40)

#### **2.2.2.8. Pines'in tükenmişlik yaklaşımı**

Pines, tükenmişlik kavramını psikolojinin temel teorilerinden olan varoluşçu yaklaşımla açıklamaya çalışmıştır. Bireyin temel ihtiyaçlarının anlam ve öneminin önemli rol oynadığı, tükenmişliğin motivasyon yaklaşımını geliştirmiştir. Modelin temel varsayımı yüksek motivasyonlu kişilerin tükenmişliğin ilk adayları olduğudur. Başlangıç motivasyonu yüksek olmayan kişiler stres, yabancılaşma, depresyon ya da yorgunluk gibi durumları yaşasalar bile, tükenmişlik yaşamazlar. (52)

#### **2.2.2.9. Cherniss'in tükenmişlik yaklaşımı**

Cherniss tükenmişliği, artan iş stresi nedeniyle başlayan, kaynaklar ve talepler arasındaki dengesizlikten kaynaklanan karşılıklı etkileşim süreci olarak tanımlamıştır. Cherniss tükenmişliği, işine kendisini aşırı adanmış olan çalışanın artan strese ve işindeki doyumsuzluğa karşı soğuma biçiminde gösterdiği tepkisi olarak ele almıştır. (4)

### **2.2.3. Tükenmişlik Sendromunda Ayırıcı Tanılar**

Araştırmacılar tükenmişlik sendromunun kendine özgü bir terim olup olmadığının sağlıklı ele alınması gerektiğini vurgulamışlardır. Bu amaç doğrultusunda Maslach ve Schaufeli nedenleri, belirtileri ve sonuçları ile tükenmişlik sendromuna yakın anlamda kullanılan terimlerin (iş stresi, depresyon ve kronik yorgunluk) benzer ve farklı yönleri ile ilgili çalışmalar yapmışlardır. (53)

#### **2.2.3.1. Tükenmişlik sendromu ve iş stresi**

Stres ve tükenmişlik sıklıkla iç içe geçen iki kavram olarak ele alınmaktadır. Ancak tükenmişlik, uzun süren iş stresinin özel bir türü olarak düşünülmelidir. Bu tanımda da görüldüğü gibi tükenmişliğin kavramsal çerçevesinin içerisinde stres yer almaktadır. (4, 7)

Tükenmişlik, işyerinde strese karşı yanıt olarak geliştirilen duygusal tükenme, çalışanların duyarsızlaşması ile hizmet verilen kesime ve yöneticilere karşı düşük kişisel başarı duygularını içeren bir stres sendromudur. (54)

Tükenmişlik bir tür stres olarak kabul edilebilir. Strese benzer belirti ve etkilere sahiptir. Fakat tükenmişliği stresten ayıran özellik, tükenmişliğin çalışan ile karşısındaki kişi arasında olan sosyal ilişki kaynaklı olması ve stresin bir sonraki aşaması olarak karşımıza çıkmasıdır. Stres ise eğer gerekli önlemler alınmazsa fizyolojik, davranışsal ve örgütsel sonuçlarının yanı sıra psikolojik olarak tükenme duygusuna yol açabilecek bir tepkidir. Bu bağlamda çalışanların veriminin, performansının ve iş doyumlarının artırılabilmesi için tükenme düzeyinin ve tükenmeye neden olan unsurların tespiti önem kazanmaktadır. (55)

Tükenmişliğin iş hayatında, insanlarla yüzyüze ilişki gerektiren mesleklerde görülen sosyal ilişki kaynaklı bir stres türü oluşu onu iş stresinden ayıran en önemli özelliktir. (56)

Tükenmişlik ve stres literatürü incelendiğinde, tükenmişlik belirtilerinin bir kısmının stres belirtisi olarak da ele alındığı görülmektedir. Ancak bunlar benzer olmakla beraber tükenmişlik ve stres belirtileri birbirinden farklılık göstermektedir. Aşırı ve uzun süren stres vücudun fizyolojik işlevini değiştirir. Eğer yeterli baş etme becerileri kazanılamazsa, fiziksel ya da psikolojik rahatsızlıklara ve hatta



tükenmişliğe yol açabilmektedir. Tükenmişlik stresin belirtisi değil, iyi yönetilememiş iş stresinin sonucudur. Aşırı ve uzun süren stres vücudun fizyolojik işlevini değiştirir. Çalışanın bilgi ve yeteneğinin iş talebi ve baskısı karşısında yetersiz olduğu ve başa çıkma yöntemlerini kullanmada başarısız olduğu durumlardaki yanıt olarak tarif edilen iş stresi, çok boyutlu olan tükenmişlikten farklıdır. (57)

Herkes iş stresi sebebi ile bazı çatışmalar yaşayabilirse de tükenmişlik çalışma hayatına başlarken yüksek hedefleri, beklentileri ve motivasyonu olanlarda ortaya çıkmaktadır. Stres çok farklı iş durumlarında ortaya çıkmaktayken tükenmişlik insanlarla karşılıklı çalışılan işlerde görülmektedir. Stres mutlaka tükenmişliğe yol açmaz. Yaptığı işin önemli olduğunu düşünen insanlar ne kadar stresli olsalar da tükenmişlik yaşamazlar. (52)

#### **2.2.3.2. Tükenmişlik sendromu ve depresyon**

Tükenmişlik klinik depresyondan farklıdır. Depresyon kişinin tüm yaşam alanını kapsama eğilimindedir. Tükenmişliğin erken dönemlerinde sıklıkla kişi halen mutlu ve hayatın iş dışındaki diğer bölümlerinde üretkendir. (52)

Tükenme sinsi bir süreçtir. Üretkenliği azalan kişi, kişisel başarı duygusunda bir azalma hisseder. Bununla başa çıkma yollarının da yetersiz kalması sonucunda benlik saygısı azalır. Depresyon gelişir, kişi kısır döngüye girer ve intihar eğilimi artar. (9)

Tükenmişlik sendromu ile depresyon ilişkisi birbirlerine bağımlılık ilişkisidir. Bu iki kavram arasındaki farkı inceleyen Maslach ve Jackson'a göre, depresyon, yaşamın tüm alanından etkilenen ve tüm alanına tesir eden bir ruhsal bozukluk iken tükenmişlik sendromu çalışanın iş ilişkileri ve iş koşulları nedeniyle duygu ve düşüncelerinde meydana gelen değişimleri göstermektedir. (53)

#### **2.2.4. Tükenmişliğe etki eden faktörler**

Günümüz çalışma hayatının en önemli sorunlarından birisi haline gelen tükenmişliğin oluşmasında, pek çok faktör rol oynamaktadır. Bu faktörlerden bazıları bireysel nedenlerle, bazıları ise örgütsel nedenlerle ortaya çıkmaktadır. Tükenmişlik konusunda yapılan araştırma ve gözlemler sonucu tükenmişliğe etki ettiği tespit

edilen bu faktörler, tükenmişliğin daha iyi tanınmasını ve tükenmişlik ile başa çıkılmasını sağlaması açısından önemlidir. (58)

Bu bölümde tükenmişliğe etki eden faktörler, bireysel ve örgütsel faktörler olmak üzere iki başlık altında incelenecektir.

#### **2.2.4.1. Bireysel faktörler**

Freudenberger 'e göre kişinin yaşı, medeni durumu, cinsiyeti, sahip olduğu çocuk sayısı, eğitim düzeyi, işte çalışma süresi gibi demografik özellikler ile kontrol odağı, hayattan ve meslekten beklentileri, bireysel ihtiyaçları, empati kurabilme yeteneği, işkoliklik veya tembellik gibi kişilik özellikleri tükenmişlik düzeyi üzerinde önemli etkiye sahiptir. (1)

##### **2.2.4.1.1. Demografik özellikler**

Tükenmişlik sendromu ile demografik özelliklerin ilişkisi konusunda, yapılan araştırmalardan elde edilen sonuçlar bu bölüme ışık tutacaktır.

###### **2.2.4.1.1.1. Yaş**

Demografik özelliklerin arasında yaş, tükenmişlikle en tutarlı ilişkiyi gösteren etken olarak görülmektedir. Genç çalışanlar arasında tükenmişlik daha sık görülmektedir. Yaşın etkisi ile çalışma süresinin etkisi birbirlerine karıştırılmamalıdır. Gerçekte, çalışma hayatının başında olanlarda tükenmişlik daha büyük bir risk olarak gözükmemektedir. Ancak buna nelerin sebep olduğu derinlemesine araştırılmamıştır. Çalışma hayatının ilk evrelerinde tükenmişlik yaşayanlar işlerinden ayrılma eğilimindedirler. Bu kişilerin işten ayrılmasıyla geride kalanlar (bir anlamda hayatta kalmayı başaranlar) sürecin sonunda daha düşük tükenmişlik yaşamaktadırlar. (35)

Genç ve tecrübesiz çalışanlarda tükenmenin daha fazla görülmesi, işe yeni başlayan bireylerin iş konusunda çok daha heyecanlı ve istekli olmaları nedeniyle daha fazla enerji harcayarak daha kısa zamanda yorulmalarına da bağlanabilir. İşinde kendisini ispatlamak isteyen bu bireyler, genellikle kısa zamanda çok büyük başarılar kazanacaklarına inanır, fakat zaman geçtikçe amaçlarına ulaşamadıklarında heyecanları söner. Sonuç olarak gerçeği kabullenmek ve hedeflerini düşürmek yerine hayal kırıklığına ve tükenmişliğe sürüklenirler. (38)

Cherniss bu durumu, gençlerin işle ilgili pek çok niteliğe sahip olmalarının yanı sıra, ancak deneyimle elde edilebilecek başa çıkma yollarına, sezgi ve iç donamına henüz sahip olamamalarına bağlamıştır. (4)

İşe yeni başlayan bireylerin daha rutin işlerde çalışmaları, üstlerindeki denetimin daha fazla olması, doyum sağlayacak bazı statü özelliklerine sahip olmamaları ve işin ilk zamanlarında çok fazla iş ve sorunla karşılaşmaları onların tükenmişliğe sürüklenmesinde önemli etkenlerdir. (38)

Artan çalışma hayatıyla azalan tükenmişlik düzeyleri en çok duyarsızlaşma ve duygusal tükenme boyutlarında görülmektedir. (65)

#### **2.2.4.1.1.2. Cinsiyet**

Cinsiyet açısından bakıldığında; yapılan çalışmalarda tutarlı bir sonuca ulaşamadığı görülmüştür. Bazı çalışmalarda kadınların erkeklere göre tükenmişliği yaşamasının ağırlıkta olduğu, kimi çalışmalarda erkeklerin kadınlardan daha fazla tükenmişlik yaşadığını belirtirken bazı çalışmalar ise erkek ve kadınlar arasında farklılığın olmadığını ortaya koymaktadırlar. (61)

Cinsiyet tükenmişlik için güçlü bir etken olarak kabul edilmemektedir. Bazı çalışmalarda erkekler duyarsızlaşma boyutundan, bazı çalışmalarda ise kadınlar duygusal tükenme boyutundan daha yüksek puanlar almışlardır. Bu sonuçlar cinsiyet rol kalıpları ile ilgili olabilir. Örneğin, erkeklerin etkili eylem için daha mantıklı, kadınların ise daha duygusal tepkiler verdiği genel bir cinsiyet rol kalıbı olarak kabul görmektedir. Cinsiyet etkenini meslek etkeni ile karıştırmamak gerekmektedir. Örneğin, polis memurları çoğunlukla erkek, hemşireler ise kadın olmaktadır. (35)

#### **2.2.4.1.1.3. Medeni durum ve çocuk sayısı**

Tükenmişliğe etki eden bir diğer kişisel faktör de kişilerin özel hayatıdır. Çalışmalar, evli olma veya olmama, çocuk sahibi olma veya olmama ve çocuk sayısının tükenmişliği etkilediğini ortaya çıkarmıştır. Yapılan araştırmalarda bekarların evlilere, çocuk sahibi olmayanların olanlara göre daha fazla tükenmişlik yaşadıkları saptanmıştır. (5)

#### **2.2.4.1.1.4. Eğitim düzeyi**

Eğitim düzeyi ile tükenmişlik arasındaki ilişki net değildir. Bazı araştırmacılar eğitim düzeyi ilerledikçe, tükenmişlikle başa çıkma başarısının artabileceğini savunmuşlar; bazı araştırmacılar ise üniversite eğitimi almamış çalışanların daha az tükenme yaşadıkları ve üniversite mezunlarının, yüksek lisans mezunlarından daha fazla tükenme yaşadıklarını ortaya koymuşlardır. Bu durumda tükenme düzeyi en yüksek olan grubun lisans mezunları olduğu görülmektedir ki, bu grupta duygusal tükenme ve duyarsızlaşma puanları yüksek, kişisel başarı puanları düşüktür. (58)

Diğer bir ayırım üniversiteyi bitirmişlerle, bitirmeden ayrılmışlar arasında yapılmış ve üniversite mezunu olanlarda üniversiteye devam etmemiş veya bitirememiş olanlara göre; daha yüksek düzeyde tükenmişliğe rastlanmıştır. (58)

Bazı çalışmalar, eğitim düzeyi yüksek olan çalışanların düşük olanlara göre daha yüksek düzeyde tükenmişlik yaşadığını göstermektedir. Ancak bu bulgunun nasıl yorumlanacağı net değildir. Eğitim düzeyinin etkisi ile meslek ve konum değişkenlerinin etkilerinin karışabildiği unutulmamalıdır. Eğitim düzeyi yüksek olanların büyük olasılıkla artan sorumlulukları ile birlikte iş streslerinin artmış olduğu ve iş beklentilerinin de artmış olduğu düşünülmektedir. Beklentilerinin gerçekleşmemesi durumunda bu kişiler daha fazla stres yaşama eğilimi göstermektedirler. (35)

Özetle aynı koşullar altında bile olsa bazı bireyler tükenirken, kişisel özelliklerinden dolayı bazılarının tükenmediği gözlenebilmektedir. (58)

#### **2.2.4.1.1.5. Kişilik özellikleri**

Bireylerin kişilik yapılarından bahsederken genellikle A tipi ve B tipi kişilik yapısı kavramları kullanılmaktadır.

A tipi kişilik yapısına sahip bireyler; idealist, mükemmeliyetçi, amaç odaklı, mücadeleci, rekabetten hoşlanan, kaybetmeyi sevmeyen, çevrelerine karşı öfkeli, saldırgan ve düşmanca davranışlar sergileyebilen, eleştirci, aceleci, verilen işleri zamanında bitirme gayretinde olan, sözüne sadık, sorumluluk sahibi, kişisel çıkarlarını her şeyden üstün tutan, hızlı hareket eden ve hızlı konuşan, aynı zamanda pek çok şey düşünen, pek çok etkinliğe katılan, sabırsız, sınırlarını zorlayacak derecede ve yorgunluk göstermeden uzun saatler çalışabilen kimselerdir. (59)

B tipi kişilik yapısına sahip bireyler ise yukarıdaki özellikleri taşımayan bireylerdir. Bu kişilik yapısına sahip bireyler; başkaları ile rekabete girmekten hoşlanmayan, mükemmelere erişmek için çaba göstermeyen, heyecan ve telaşa kapılmayan, sakin, yumuşak ve sabırlı, zaman baskısını hissetmeden işlerini yapan, sorumluluk duyguları yüksek olmayan, her şeyi oluruna bırakan, takdir edilmeye önem vermeyen, sosyal yaşama önem veren, kusursuzluk arayışında olmayan, hayatı ciddiye almayan, hoşgörülü, saldırgan ve düşmanca tavırlar sergilemedikleri için çevreyle diğer bireylere oranla daha az sorun yaşayan, eylemleri hakkında başkalarının neler düşündüğü ile ilgilenmeyen ve olaylara daha geniş bir açıdan bakan kimseler olarak tanımlanmaktadır. (59)

Hangi kişilik özelliklerine sahip bireylerin daha çok tükenmişlik yaşama riski taşıdığını bulmak amacıyla yürütülen çalışmalar oldukça karmaşık sonuçlar vermektedir. Düşük atılganlık seviyesi (günlük etkinliklere katılım, olayları kontrol edebilme isteği ve değişime açıklıkta zayıflık) gösteren kişilerin özellikle duygusal tükenme boyutundan yüksek puan aldıkları bulunmuştur. Tükenmişlik, olay ve başarıları kendi emeği ve becerilerine bağlayan içsel kontrollü bireylerden daha çok, olayları ve başarıları daha güçlü kimselere veya şansa bağlayan dışsal kontrollü bireyler arasında daha yüksektir. Benzer sonuçlar tükenmişlikle başa çıkma yöntemlerinde de elde edilmiştir. Aktif, sorunlara karşı koyma ve mücadele etme düşük tükenmişlikle birlikte görülürken, tükenmiş kişiler sıkıntılı olaylarla daha pasif, savunmacı bir yolla baş etmektedir. Aktif mücadele özellikle kişisel başarı boyutu ile ilişkili olabilmektedir. (35,40)

#### **2.2.4.2. Örgütsel faktörler**

Bireyler için yoğun iş taleplerinin olduğu, ilerleme olanaklarının bulunmadığı, yeterince ödüllendirilmedikleri, yaptıkları iş üzerinde kontrol sahibi olmadıkları, çalışma gruplarının bulunmadığı, değer çatışmalarının yaşandığı çalışma ortamları oldukça yıpratıcıdır. (66)

İş doyumu tükenmeyi etkileyen önemli bir etkidir. İş doyumunu yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi gibi kişisel özelliklerin yanı sıra, yapılan işin içeriği, ücret politikası, çalışma koşulları gibi kurumsal ve çevresel etkenler etkilemektedir. (62)

### **2.2.5. Tükenmişliğin Belirtileri**

Schaufeli ve Enzmann'a göre tükenmişliğin belirtileri duygusal, bilişsel , fiziksel , davranışsal ve motivasyonel olmak üzere beş grupta toplanabilir. (7)

#### **2.2.5.1. Duygusal belirtiler**

Bireysel seviyede umutsuz, ağlamaklı ve çökkün mizaç gözlenebilir. Mizaç çok çabuk değişebilir. Canlılık genel olarak azalmıştır. Duygusal kontrol azalmış olabilir. Bunun sonucunda tanımsız korkular, kaygı ve sinirsel gerginlik görülebilir. Bireyler arası ilişkilerde, tükenmiş kişi huzursuz, aşırı hassas veya kayıtsız olup hizmet verdiği kişilere daha az duygusal empati gösterir. (7)

#### **2.2.5.2. Bilişsel belirtiler**

Tükenmiş kişiler bir konuda uzun süre yoğunlaşamazlar, unutkanlığa yatkındırlar ve her türlü hata yapabilirler. Düşünce daha katı, şematik ve yüzeyseldir. Duygusal ve şahsi meseleler ile sorunlar düşünselleştirilerek karar verme giderek zorlaşır. Aktif olarak sorunları çözme yerine hayale dalarak gerçeklerden kaçma, fantezi kurma eğilimi vardır. Sonuçta yalnızlık gelişebilir. Bireyin düşkünlüğü direnci de azalır. (7) Tükenmişliğin kişiler arası düzeyde önemli bir karakteristik semptomu,başkaları ile ilişki kurulmasının azalmasıdır. Bilişsel olarak bunun yansıması, olumsuzluk, kötümserlik, empati azalması ve monotonlaşmaktır. Kendi yazgıları için bile başkalarını suçlayabilirler. Alçaltarak, monotonlaşarak ve başkalarını suçlayarak psikolojik bir mesafe yaratıp kişi kendisini korur ve yüceltir. Bu da büyüklük veya haklılık havasını besler. Dahası, kişi kızgınlık duyabilir ve düşmanca tutum takınıp, şüphecilik gösterebilir. (7)

Örgütsel düzeyde, tükenmişlik yaşayan çalışanlar kendilerini ümitsiz, yardımsız ve güçsüz hissederler. İş anlamını kaybeder, kişi kendisini kapana kısılmış hisseder ve kontrolünü kaybeder. Kaybetme hissi, yetersizlik ve iktidarsızlık işle ilgili olarak kendine güvenin azalmasına yol açar. Kişi kendisi ile fazla meşgul olmaya başlar ve işte olması gerektiği kadar başarılı olamadığından kendisini suçlu hisseder. İntihar etme düşüncesi gelişebilir. Tükenmiş kişi kırgındır ve çalışma arkadaşlarına ve amirlerine karşı düşmanca tutum geliştirir. Hayal kırıklığı, gerginlik ve problemler diğer kişilere yönlendirilir ve hatta paranoya gelişebilir. Kişilere faydalı olamama ve

insanların kötü olduğuna dair inanç gelişebilir. Tükenmiş bireyler takdir etmezler ve aşırı eleştiriler yaparlar. Yönetime, alışma arkadaşlarına ve amirlerine karşı güvensizdirler. (7)

### **2.2.5.3. Fiziksel belirtiler**

Schaufeli ve Enzmann fiziksel belirtileri kendi ilerinde üçe ayırmışlardır. Fiziksel yakınmalar; baş ağrısı, kas ve eklem ağrıları, sinirlerde çekilmeler, yorgunluk ve sık hastalanma ve hastalanma endişeleri, boğaz kurulukları, nefes daralmaları, kilo kayıpları, uyku ve cinsel problemlerdir. Psikosomatik yakınmalar; kalp rahatsızlıkları, ülser, gastrointestinal rahatsızlıklar, solunum ve nefes almada güçlükler, şeker hastalığı ve astım belirtileridir. Fizyolojik tepkiler; kalp arpıntılı hipertansiyon, serum kolesterol düzeyinde artma ve aşırı terlemeden dolayı deride duyu kaybıdır. (7)

### **2.2.5.4. Davranışsal belirtiler**

Hiperaktivite, bir konuda yoğunlaşma sağlayamama ve hemen aklına geldiği şekilde davranma bu belirtilerdendir. Buna karşın, sürüncemede bırakma, şüphe ve kararsızlık görülebilir. Kahve ve sigara gibi uyarıcıların tüketimi artabileceği gibi, alkol, barbiturat, trankilizan veya yasal olmayan uyuşturucu madde kullanımı da artabilir. Az veya çok yemek yeme, kazaya yatkınlık ve yüksek risk alıcı davranışlarda bulunma bu seviyedeki özelliklerdendir. (7)

Kişiler arası düzeyde iki model ortaya çıkar. İlkinde saldırgan ve zorlu davranışa eğilim vardır. Ani, tahmin edilemeyen öfke patlamaları, kişiler arası çatışmalar olabilir. İkincisinde ise, sosyal tecrit ve çekilme olabilir. En belirgin özelliklerden birisi diğer kişilerle ilişkiye girmemektir. Tükenmiş kişi soğuk ve mekanik bir davranış sergiler. Ayrıca abuk ve anlaşılmaz konuşma gibi psikolojik uzaklaşma mekanizmalarını kullanır. Kişinin ümitsizlik, yardımsızlık ve anlamsızlık davranışları sözel veya sözel olmayan biçimde kendini gösterir. Çalışma arkadaşları ve amirleri dışında eş ve çocukları ile karşılıklı çatışmalar da görülebilir. (7)

Örgütsel seviyede tükenmişlik, etkinlikte azalma, zayıf iş performansı ve düşük üretim ile kendisini gösterir. Performansta nitelik ve nicelik azalır, işin doğru olarak yapılması azalır ve daha fazla hata yapılır. İşe geç kalma, işten ayrılma, hastalık

sebebi ile işe gitmeme ve devamsızlık gibi çekilme davranışları kişinin bağlılığının zayıfladığını gösterir. Bu tür davranışlar adaletsizlik ve güvenme duygularından kaynaklanır. Sık sık saatine bakma, birisinin gözetmenliğine aşırı bağımlı olma, şüphecilik ve değişime aşırı direnç gösterme, çekilme ve işe bağlılıkta azalmayı işaret eder. Son olarak, organize etme ve zamanı uygun kullanma gibi belirli bazı yeteneklerde bozulma görülür. (7)

#### **2.2.5.5. Motivasyonel belirtiler**

Bireysel seviyede heves, coşku, ilgi ve idealizm kaybolmuştur. Düş kırıklığı ve teslimiyet gerçekleşir. Kişiler arası seviyede, diğer insanlarla samimi ilgide azalma, kayıtsızlık ve cesaret kırıklığı görülebilir. Bazen, kişisel veya sosyal istekleri karşılamak adına hizmet talep edenler merhametsizce suistimal edilir. Başlangıçtaki idealizm ile sonraki uygunsuz veya zayıf motivasyon keskin bir zıtlık oluşturur. Bazen tükenmişliğin erken evresinde diğer kişiler ile aşırı ilgilenme görülebilir. Hayal ve cesaret kırıklığı bu dönemi takip eder. Örgütsel seviyede ise tükenmişlik, motivasyonda azalma, işe gitmeye güçlü bir direnç gösterme ve inisiyatifte azalma ile kendini gösterir. (7)

#### **2.2.6. Tükenmişlikle Başa Çıkma Stratejileri**

Genellikle bireysel, kurumsal ve hatta sistemden kaynaklanan etmenlerin bir arada rol oynaması ile ortaya çıkan tükenmişlik, bir sendrom ve sistem sorunu olarak ele alınmalıdır. Etkili müdahale, hem bireysel hem de örgütsel zeminde olmalıdır. En önemlisi baştan ortaya çıkarıcı etmenlerin giderilmesi, bu olmuyorsa erken dönemde tanınarak hızla müdahale edilmesidir. Tükenmeyi önlemek ve onunla başa çıkmak için yapılabilecekler organizasyonel ve bireysel düzeyde ele alınmıştır. (63)

##### **2.2.6.1. Organizasyon düzeyinde yapılması gerekenler**

Araştırmaların sonuçlarına göre, tükenmişliğe müdahalede bireye yönelik çözümler üzerinde durulduğu gibi iş ortamı üzerinde de durulmalıdır. En etkili müdahale yönteminin yönetsel uygulamalarla bireysel eğitimin birlikteliğinde ortaya çıktığı görülmektedir. Yönetimsel müdahaleler, iş hayatının altı alanını (iş yükü, kontrol, ödül, çevre, adalet ve değerler) değiştirmek için gereklidir. Ancak, gerekli bireysel beceri



ve tutumları sağlayacak eğitimsel müdahaleler olmadan bu yönetsel girişimler yetersiz kalır. Ne ortamı ne de bireyi tek olarak değiştirmek yeterli değildir. Etkili değişim her ikisinin birlikteliğinde ortaya çıkar. (35)

Zira araştırmalarda durumsal ve örgütsel etmenlerin tükenmişlik üzerinde, bireysel etmenlerden daha fazla rol oynadığı bulunmuştur. Etkili başa çıkma becerileri geliştirme, derin rahatlamayı öğrenme gibi birey odaklı stratejiler duygusal tükenmeyi azaltmada yardımcı olmakla birlikte tükenmişliğin diğer iki boyutuna yardımcı olamamaktadır. Ayrıca, bireysel stratejiler yaşamın diğer alanlarına oranla bireyin stres unsurları üzerindeki kontrolünün daha az olduğu işyerinde göreceli olarak etkisizdir. Tükenmişliğe çözüm aranırken bireye odaklanılmasının altında, bireyin bu konuda sorumluluğunun olduğu düşüncesi ve bireyi değiştirmenin örgütü değiştirmeye göre daha kolay ve ucuz olduğuna dair nedenler yatmaktadır. (41)

Devlet yönetimi düzeyinde yapılması gerekenler: Hastanelerin çağdaş yönetim ilkelerine uygun olarak örgütlenmesi için çalışanların görevlerini ve yetkilerini belirleyen gerekli yasal düzenlemelerin yapılması ve yaşama geçirilmesi, demokratik, ve yetkileri paylaştıran yönetim yaklaşımını benimsenmesi, sistemdeki ödüllerin arttırılması, uzun çalışma saatlerinin azaltılması, düşük ücret sorunun giderilmesi, tatil ve sosyal aktivite olanaklarının arttırılması, personel yetersizliği sorununun giderilmesi, alınması gereken önlemlerdendir.(63)

Yönetici düzeyinde yapılması gerekenler: Görev tanımlarının açık ve net olması, işe yeni başlayan kişinin oryantasyon programına katılımı ve süpervizyon sağlanması, iş ile çalışan arasında uyumu sağlamak için işin modifiye edilmesi, bölümlerin özelliklerine göre etkin personel planının yapılması, düzenli ekip içi toplantıları ile öneri ve eleştirilerin alınması, sorun çözmede kalıcı mekanizmaların oluşturulması, sorunların ilk ortaya çıkış anında ele alınması, yöneticilerin çalışanı destekledikleri, sıkıntılı bir durumda kendilerinden yardım alabilecekleri, elemanların gereksinim duyduğu sürekli eğitim olanaklarının sağlanması, çalışanların bireysel ihtiyaçlarının karşılanmasına önem verilmesi ve kolaylaştırılması, alınan kararlara katılımın sağlanması gereklidir. Hoşgörülü, esnek, adaletli, katılımcı bir yönetim anlayışı ve dinleyen, değer veren bir yönetici, tükenmenin önlenmesi ve giderilmesinde son derece önemlidir. (63)

### 2.2.6.2. Bireysel düzeyde yapılması gerekenler

Tükenmişliği azaltmak için yapılan çalışmaların ilgilendiği temel nokta, bireyin işiyle başa çıkma kapasitesinin geliştirilmesine yönelik olarak oluşturulan eğitim müdahaleleridir. Bu çalışmaların amacı, çalışanların MTÖ puanlarını düşürmektir. Müdahale grupları genellikle 100 kişiden az katılımcı ile yapılmış olup düşük sayıdadır. Eğitimlerin çoğu katılımcıların, birey olarak zorluklarla başa çıkma kapasiteleri üzerinde yoğunlaşırken, bazı eğitimler takım temelli başa çıkma stratejilerini ön plana çıkarmıştır. (35)

Tükenmişlikle başa çıkma yöntemlerini iş yerinde uygulamaları imkân dahilinde olsa bile, sonuçları çelişkilidir. Stres eğitimi, gevşeme, zaman yönetimi, iddialı olma eğitimi, akılcı duygusallık terapisi, kişiler arası ve sosyal beceri eğitimi, takım çalışması, mesleki taleplerin yönetimi ve meditasyon gibi değişik müdahale stratejileri denenmiştir. Bazı durumlarda duygusal tükenmede azalma görüldüğü, diğer durumlarda ise bu sonucun tespit edilmediği bildirilmiştir. Çok nadir olmak üzere duyarsızlaşma ve kişisel başarı eksikliğinde bir değişiklik sağlayabilen programlar da olmuştur. (35)

İş ortamını kontrol etme olasılığının az olduğu yerlerde bireysel baş etme yöntemleri öncelik kazanmaktadır.

Tükenmişlik seviyesine gelmiş olan bireyin en önemli ihtiyacı güç ve inançtır. Bu aşamadan çok iş için bakış açılarının, düşünce sisteminin, değerler sıralamasının değiştirilmesi ve geliştirilmesi gerekir.

Mantıksız inançların, otomatik düşüncelerin, olumsuz algıların fark edilmesi ve düşüncelerin yeniden yapılandırılması gerekir. İşe başlamadan önce kişi yaptığı işin zorluklarını ve risklerini öğrenmelidir. Tükenmenin ne olduğunun ve belirtilerinin bilinmesi kişinin kendindeki durumu erkenden tanımasını ve çözüm aramaya yönelmesini sağlayacaktır.

Kişiler duygularını ve zorluklarını paylaşmaları gerektiğinde yardım istemeleri konusunda teşvik edilmelidirler. Kişinin sınırlılıkları olan bir birey olduğunu ve sorumluluklarını sınırlandırmasını bilmesi, gereksiz ve kaldıramayacağı yüklerin altına girmesini önleyebilir. Kişi hizmet sunduğu kişilere ancak kendi sorumluluk sınırları içinde yardım edebileceğini, kurumun sınırlılıklarını kendisinin

aşamayacağını, aşmasında gerekmediğini, tüm sistemin sorunlarından değil ancak kendi yaptıklarından sorumlu olduğunu bilmelidir.

Kişi yaşamının iş dışındaki alanlarını geliştirmesi için teşvik edilmelidir. Hobileri olan, sosyal ilişkileri zengin kişiler tükenmeye karşı daha donanımlıdırlar. İşyerindeki rutin alışkanlıklarını bırakmak, monotonluğu azaltmak, örneğin her öğle tatilini aynı kişilerle aynı yerde geçirmek yerine değişik öğle tatili planları yapmak yararlı olabilir.

İş çıkışı özellikle rahatlatıcı spor aktivitelerinde bulunmak son derece yararlıdır. Nefes alma, gevşeme teknikleri, meditasyon yapılabilir. Kişi tatil ve dinlenme olanaklarını mutlaka kullanmalıdır. Örneğin öğle tatilini çalışarak geçirmek, işlerini bitiremediği için izin kullanmamak doğru değildir. (64)

İş Arkadaşı Düzeyinde Yapılması Gerekenler; aynı yerde çalışan kişilerin zaman zaman iş dışı konularda konuşmaları ve birlikte hoşça vakit geçirmeleri, aralarında daha sıcak ve yakın bir ilişki kurulmasını sağlayarak birbirlerine olan desteklerini artırır. Birlikte çalışanların uyumlu bir ekip çalışması içinde olmaları, aralarında adil bir görev paylaşımının olması, hem hizmetin kalitesini artırır, hem de ilişki sorunlarını önler. (63)

Birlikte çalışmadan doğan sorunların zamanında, sorun kronikleşmeden çözülmesi gereklidir.

İşte karşılaşılan sorunların ve duygusal zorlukların paylaşılacağı destekleyici grupların oluşturulması da faydalıdır. Daha kıdemli iş arkadaşları işe yeni başlayan kişilere gerçekçi rol modelleri olabilmelidirler. İş yerinde destekleyici bir ortam içinde olmak kritik bir öneme sahiptir.

Aile düzeyinde yapılması gerekenler; iş dışındaki yaşamda ailenin ve diğer yakın kişilerin desteği vazgeçilmezdir, ayrıca bu yolla kişi, işi dışında var olduğu ve takdir edildiği bir alan bulmuş olacaktır. (63)

### **2.2.7. Tükenmişliği Önleme**

Johnstone tükenmişliği önlemek için şu stratejileri geliştirmiştir:

1- Tükenmişliğin farkında olun: Riskli bir alanda çalıştığını bilenler koruyucu önlemleri daha kolay alır. Ayrıca örgütsel düzeyde de tükenmişliğin farkında olmak gerekir.

- 2- Kendi kendinizi yönetmeyi öğrenin: Stres bir dereceye kadar performansı artırır. Zaman zaman durup stres çizginizde nerede olduğunuza bakın. İş yükünün aşırıya kaçması halinde yükün azaltılması daha başarılı olmanızı sağlar.
- 3- Stres etkenlerini tanımlayın: Olumlu ve olumsuz etkenleri saptayıp, çözüm yollarını geliştirerek uygulamaya koyun. Çünkü bir sorunu çözmeye yönelik küçük adımlar bile kendinizi iyi hissetmenize yol açar.
- 4- Beklenti ve yükümlülüklerinizi gözden geçirin: Aşırı yükümlülüklerden kaçınmak için bazı işleri üzerinizden atmaya çalışın. Yüklendiğiniz rollerin sizinle çatışanlarını ele alarak bunları yerine getiremediğinizde neler olacağını düşünüp ona göre önemli olanlara öncelik verin.
- 5- Israrcılık ve müzakerecilik yönlerinizi geliştirin: Bunlar aşırı yüklenmekten kaçınmak için gerekli yetilerdir. İnsanlara karşı açık olun ve yerine getiremeyeceğiniz sözler vermeyin.
- 6- Sizleri ruhen besleyen ve eksilten şeyleri saptayın: Bunların bir denge içerisinde olmasını sağlayın. Buna duygusal denge denir. Zaman içerisinde bu denge sağlık hizmetlerinde çalışan hekimlerde olduğu gibi bozulursa iç kaynaklarınız tükenir. O nedenle kendinize zaman ayırmasını bilin. Bunu bir bencillik olarak değil, dengenin sağlanması olarak görün.
- 7- İşinizdeki başarı ölçütlerini belirleyin: Gerçekçi olarak koyduğunuz bu hedefleri değer verdiğiniz şeylerden seçin ve onlara ulaşmak için gerekli yolları öğrenin.
- 8- Yardım ve destek ağının kurulmasını sağlayın: Tükenmişlik sadece sizin sorununuz değildir. Hizmetleri sunanların ve birlikte çalıştığınız ekibin de sorunudur. Sorun kişiden değil genellikle işin doğasından kaynaklandığı için resmi veya resmi olmayan destek ve yardım ağları kurulması için çaba gösterin. (48, 49)

### **2.2.8. Hekimler ve Tükenmişlik**

Sağlık sektörü en gelişmiş esneklik ve takım çalışması düzeyine sahip sektördür. Türkiye haftalık 55 saatlik çalışma saati ortalamasıyla Avrupa'da en fazla ortalama çalışma süresi olan ülkedir. Ayrıca hafta sonu çalışma da en fazla Türkiye'dedir. Uzun çalışma saatlerinin en önemli negatif etkisi iş ve gündelik hayat dengesi üzerindedir. Hem çalışma saati fazla olan hem de iş yükü fazla olan doktorların

tükenmişlikleri de fazladır. İş yükünün fazla olmasının yanında işlerinde daha az seçim hakkı ve serbestlikleri olan doktorlar daha fazla tükenmektedirler. (50)

Hekimlerde tükenmişlik sık görülür. (38,51) Hekimlerin % 30-40'ının kişisel ve mesleki verimliliğini etkileyecek düzeyde tükenmişlik içinde oldukları bildirilmektedir. (9)

Çalışma hayatına başladıklarında her şeyi kendi başlarına yapmak isteyen ve yaptıkları her şeyde başarılı olmak zorunda hisseden hekimlerin kişilik özellikleri tükenmişliğe çok yatkındır. (47) Son dönemlerde yapılan araştırmalar hekimlerin tükenmişliklerinin temellerinin tıp fakültesinde atıldığına işaret etmektedir. (44) Mesleğe bağlı yıpranma öğrencilik yıllarında başlamakta, artarak devam etmekte ve bu durum en belirgin olarak tıp fakültesi son sınıfında yaşanmaktadır. (50) Büyük bir umutla, enerjiyle ve çok para kazanmak, acıyı, ölümü bertaraf etmek gibi gerçekçi olmayan boyutlara varabilen mesleki beklentilerle göreve başlayan hekim, uzun ve yorucu çalışma saatleri, gereksiz yükler, uykusuzluk, gergin ortamlar sayesinde kendi yaşamının diğer yönlerine daha az zaman ayırmaya başlar. Bir süre sonra beklentilerinin gerçekleşmediğini gören hekim, heyecanını, şevk ve coşkusunu kaybederek durağanlaşabilir. Bunları yaşayan hekim bir süre sonra kendi içinde mesleğin özünü ilgili sorgulamalara başlar. (45)

Hekimlik mesleği hem fiziksel hem de zihinsel açıdan çok yıpratıcıdır. Sürekli olarak sağlık kayıpları, sakatlık ve ölüm duygusu ile birlikte yaşayan hekimler, artmış iş yükü, stres, hata yapma korkusu, iş ortamının getirdiği sağlık riskleri ve benzeri birçok faktörden olumsuz olarak etkilenmektedir. Ayrıca hekimlik, artmış iş yükü ve uyku yoksunluğunun en fazla olduğu mesleklerden birisidir. Diğer tüm mesleklerde olduğu gibi, hekimlikte de psikolojik durum, özellikle de depresyon, yapılan işe olumsuz olarak yansımaktadır. Depresyon, yol açtığı kırılabilirlik, kararsızlık, bellek bozuklukları ile iş yaşamını etkilemektedir. (46)

Hekimlerin öncelikleri arasında tipik olarak kendilerine bakım yoktur. Diğer insanların bireysel sorunları ile tüm gün boyunca uğraşan hekimler, kendi bireysel sorunlarını pek az gündeme getirirler. Stres altında olduklarını genellikle kabul etmezler. Hekimlerin kendi duygularını inkâr ettiklerine de sıklıkla rastlanılmaktadır. Tıpta değişen koşullar (daha fazla kayıt tutma, mesleki davaların artması, piyasa ekonomisinin uygulamaları gibi) hekimlerin çalışma tarzlarında değişiklik

yapmalarını gerektirirken, daha fazla tükenmelerine de yol açmaktadır. İşteki gücü ve kontrolü elinde tutmak isteyen hekimler değişimleri daha zor kabul ederler. İş kontrolünü elinde tutamama ile tükenme arasında pozitif bir korelasyon vardır. (47) Tükenmişliğin sonuçlarının sadece hekimler için değil, tıbbi takiplerini yaptıkları hastalar için de çok yıkıcı olabileceği gerçeği konunun önemini daha arttırmaktadır.

### **3. GEREÇ VE YÖNTEM**

#### **3.1. ARAŞTIRMANIN TİPİ**

Bu tez çalışması, 1 Şubat-28 Şubat 2014 döneminde Sakarya ili ve ilçelerinde aile hekimi olarak çalışan hekimleri temsil eden kesitsel tipte bir çalışmadır.

#### **3.2. ARAŞTIRMA EVRENİ**

Araştırmanın evrenini Sakarya ili ve ilçelerinde aile hekimi olarak çalışan hekimler oluşturmaktadır. Örneklem yapılması planlanmayan çalışmada evrenin tümüne ulaşılması amaçlanmıştır. Araştırmaya katılmayı kabul etmeyen, araştırma sırasında eğitim, mobil hizmet, sağlık sorunu ya da yasal izin nedeniyle işyerinde bulunmayanlar dışında kalan 157/258 (% 61.8) kişiye ulaşılmıştır.

#### **3.3. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI**

Araştırmada görüşme tekniklerinden anket yöntemi kullanılmıştır. Anket formları araştırmacı tarafından dağıtılıp toplanmıştır. Korucuk ve Camili aile sağlığı merkezinde çalışan 8 aile hekimi ile anketin ön denemesi yapılmıştır. Ön deneme sonrasında soruların içerikleri ve seçenekler tekrar düzenlenmiştir.

Hekimlerin çalışma saatleri içerisinde görüşme yapılmasının zor olduğu, çalışma sırasında görüldüğünden anketin katılımcıya teslim edilip, doldurulduğunda geri alınması yöntemi benimsenmiştir.

Anketler doldurulduğunda eksik yanıtların olup olmadığı araştırmacı tarafından kontrol edilerek eksiklikler katılımcıya tamamlanmıştır.

### **3.3.1. Sosyodemografik Veri Formu**

Araştırmacı tarafından hazırlanmış olan sosyodemografik veri formu; doğum tarihi, cinsiyet, boy, kilo, medeni durum, çocuk varlığı ve sayısı, aile hekimi olarak çalışma yılı, günlük bakılan hasta sayısı, uzmanlık durumu, sigara kullanımı, kronik hastalık varlığı, meslek örgütüne üyelik, günlük hekimlik pratiğiniz sırasında karşılaştığınız en önemli sorunlar ile ilgili (cevapları açık uçlu) olmak üzere toplam 10 adet sorudan oluşmaktadır. (EK-1) Alınan boy ve kilo bilgileri ile oluşturulan BKİ gruplandırılmasında, DSÖ'nün BKİ ile yaptığı yetişkin ağırlık durumu kategorileri ( $<18.5 \text{ kg/m}^2$  zayıf,  $18.5 - <25.0 \text{ kg/m}^2$  normal,  $25.0 - <30.0 \text{ kg/m}^2$  fazla kilolu,  $\geq 30.0 \text{ kg/m}^2$  obez) kullanılmış, zayıf kategorisindeki 4 kişi normal olarak analize dahil edilmiştir.

### **3.3.2. Aile Hekimlerinin Çalışma Yaşamıyla İlgili Bazı Konularda Bilgi, Tutum ve Davranışlarının Sorgulanması**

1-Tus sınavına girmeyi düşünüyorum. 2- İş ve aile düzenimi bozmadan aile hekimliği uzmanlık eğitimi almak isterim. 3- Günlük hekimlik uygulamalarım sırasında hasta veya hasta yakınlarının olumsuz davranışları (sözlü ya da fiili) ile karşılaşırım. 4- Maaşımın (hakediş) yeterli olduğunu düşünüyorum. 5-Hastalarım tarafından yeterince takdir edildiğimi düşünüyorum. 6-Hastalarımın yeterince zaman ayırabiliyorum. 7-Teşhis kodu belirlerken reçete bedelinin SGK tarafından karşılanmayabileceği olasılığını dikkate almam. 8- Negatif performans uygulamasını olumlu buluyorum. 9-Aile hekimi olarak mesleki geleceğimi parlak görüyorum.10-Torba yasa ile getirilen yeni nöbet düzenlemesini olumlu buluyorum. 11-Torba yasa ile getirilen, mesai saatleri dışında 30 saat işyeri hekimliği yapabilme imkanından yararlanmayı düşünüyorum. 12-Aile hekimliği sistemini genel olarak olumlu buluyorum görüşlerini içeren, Likert tipi ölçekleme yöntemi ile belirtilip, sıklıkça artan puanlama ile 1'den (Kesinlikle katılmıyorum) 5'e (Tamamen katılıyorum) kadar puanlamanın sonuçlarına dayanılarak değerlendirilmeye alınmak üzere 12 adet bilgi,tutum ve davranış sorusu sorulmuştur. (Ek 2)



### 3.3.3. Maslach Tükenmişlik Ölçeği (MTÖ)

Anket formunun 3. bölümünde Maslach Tükenmişlik Ölçeği yer almaktadır. (Ek 3). Maslach Tükenmişlik Ölçeği (MTÖ), Maslach ve Jackson tarafından 1981 yılında geliştirilmiştir. Ölçeğin orijinal formunda 22 madde bulunmakta ve bu maddeler üç boyutta toplanmaktadır. Duygusal Tükenmişlik boyutunda 9, Kişisel Başarı boyutunda 8 ve Duyarsızlaşma boyutunda 5 madde bulunmaktadır. Her bir alt ölçek ayrı ayrı puanlanmaktadır. Duygusal Tükenmişlik ve Duyarsızlaşma alt ölçeklerinden yüksek puanlar ile Kişisel Başarı alt ölçeğinden alınan düşük puanlar, yüksek düzeyde tükenmişliğe işaret etmektedir.(5)

Dilimize uyarlanması, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Ergin tarafından yapılmıştır. (38) Uyarlamada 6 farklı meslek grubundan 235 kişilik örneklem grubuyla yapılan çalışmada özgün formda bulunan 7 basamaklı cevap seçeneklerinin Türk kültürüne uygun olmadığı görülmüş ve seçenek sayısı 5'e indirilmiştir. Ölçeğin Türkçe formu için yapılan geçerlik çalışmaları üç faktörlü yapının kültürümüzde geçerli olduğunu ortaya koymuştur. Ölçeğin alt boyutlarına ilişkin Cronbach Alpha iç tutarlılık katsayıları Duygusal Tükenme için 0 .83, Duyarsızlaşma için 0.65, Kişisel Başarı için 0.72; test tekrar test güvenilirlik katsayıları ise Duygusal Tükenme için 0.83, Duyarsızlaşma için 0.72 Kişisel Başarı için 0.67 ve olarak hesaplanmıştır. (38)

Maslach Tükenmişlik Ölçeği, toplam 22 maddeden oluşmaktadır. Bu ölçek, 5 dereceli likert tipi yanıtlanır. Ölçekte yer alan ifadeler, şiddet derecelerine göre 0. hiçbir zaman, 1. çok nadir, 2. bazen, 3. çoğu zaman, 4. her zaman seçeneklerinin seçilerek yanıtlanmasını gerektirir. (Ek 3)

Duygusal Tükenme (Emotional Exhaustion) Skalası hesaplanırken formdaki 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20 nolu soruların karşılığı olan sıklık puanları toplandı. Bu değerlerin kategorileri belirlenirken 30 ve üzeri yüksek düzey, 22-30 arası değerler orta düzey, 21 ve altı değerler ise düşük düzey olarak değerlendirildi.

Duyarsızlaşma (Yabancılaşma, Depersonalisation ) alt skalası için formdaki 5, 10, 11, 15, 22 nolu soruların karşılığı olarak belirtilen puanlar toplandı. Bulunan değer 13 ve üzeri ise yüksek, 10-12 arası orta, 9 ve altı ise düşük düzey olarak değerlendirildi.

Kişisel Başarı (Personal Accomplishment) alt skalası için formdaki 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21 nolu sorulara karşılık gelen sıklık puanları toplandı. Elde edilen değer 0-23 arası ise yüksek, 24-26 arası ise orta, 27 ve üzeri ise düşük düzey olarak gruplandırıldı. Tablolardaki yüksek, orta ve düşük düzey grupları değerlendirilirken, karşılık gelen skalaya uygun olarak yukarıdaki değer aralıkları içerisinde oldukları anlaşılmalıdır. (Tablo1)

Tablo 1: MTÖ'nin Türkiye Sağlık Personeli Normlarına göre Tükenmişlik Alt Boyutlarının Aldıkları Değer Aralıkları

Tükenmişlik Alt Boyutları	YÜKSEK	ORTA	DÜŞÜK
DT	30 ve üzeri	22-29	21 ve altı
DYS	13 ve üzeri	10-12	9 ve altı
KB	23 ve altı	24-26	27 ve üzeri

Tükenmişlik, var olan veya var olmayan bir olgu şeklinde değerlendirilmemekte, düşük, orta ve yüksek düzeyde tükenmişlikten söz edilebilmektedir. Buna göre; duygusal tükenme ve duyarsızlaşma alt ölçeklerinden alınan yüksek puan ile kişisel başarı boyutundan alınan düşük puan, yüksek tükenmişlik düzeyini ifade eder. (67)

### 3.4. İSTATİSTİKSEL YÖNTEMLER

Çalışmadan elde edilen verilerin istatistiksel değerlendirilmesinde kategorik veriler frekans ve yüzde olarak, sürekli veriler ise ortalama±standart sapma ve minimum-medyan-maksimum değerleri ile özetlenmiştir. Sürekli değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu Shapiro–Wilks testi kullanılarak denetlenmiş, test sonuçlarına göre non-parametrik önemlilik testleri olan MannWhitney-U testi ve Kruskal Wallis varyans analizi testi (post-hoc Mann–Whitney testi) tercih edilmiştir. Ayrıca değişkenler arasındaki ilişki düzeyini belirlerken Spearman korelasyon katsayıları kullanılmıştır. Spearman korelasyon katsayısının 0.00-0.25 arasında olması zayıf ilişki, 0.26-0.50 arasında olması orta düzeyde ilişki, 0.51-0.75 arasında olması güçlü ilişki, 0.76-1.00 arasında olması ise çok güçlü ilişki olarak yorumlanmıştır.

Anlamlılık seviyesi olarak 0.05 kullanılmış olup,  $p < 0.05$  olması durumunda anlamlı farklılığın olduğu belirtilmiştir. Tüm istatistiksel analizler SPSS 20.0 paket programı kullanılarak yapılmıştır.

### **3.5. ARAŞTIRMANIN ETİK İLKELERİ**

Araştırmaya başlamadan önce Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu'ndan 71522473.050.01.04/11 sayılı 30.01.2014 tarihli yazılı izin alındı. (Ek 4) Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulundan gerekli izin alındıktan sonra çalışmaya katılmayı kabul eden hekimlerden bilgilendirilmiş sözlü onam alındı.

Araştırmada insan olgusu kullanıldığı için bireysel hakların korunduğu, insan onuruna saygılı bir bilgi formu hazırlanmıştır. Çalışmaya katılan bireylerin, çalışmaya katılma ve katılmama hakkında özgür oldukları ve istemedikleri halde katılımlarına son verebilecekleri hususunda sözel olarak bilgi verilmiştir. Çalışmaya katılmayı kabul eden bireylere, kendilerinden alınan bilgilerin araştırmacı dışında biri tarafından kullanılmayacağı, bilgilere başkasının ulaşmasına imkân verilmeyeceği konusunda bilgi verilmiştir.

### **3.6 ARAŞTIRMANIN KISITLILIKLARI**

Araştırmada ele alınan kavramlar, zaman içinde değişime uğrayabilen kavramlardır. Bu nedenle araştırmanın bulguları, uygulandığı zaman dilimi ile sınırlıdır.

Araştırma ASM'lerde çalışan aile hekimlerinin 157/258'inin (% 61.8) katılımı ile gerçekleştirilmiştir. Veri toplama aşamasında çalışma koşulları dikkate alınarak katılımcılara ulaşılmaya çalışılmıştır.

Çalışma şartları göz önüne alınmış olmasına rağmen izin ve mobil hizmet gibi nedenlerle yerinde bulunamayan hekimler çalışma dışında kalmış ve imkânların kısıtlı olması ve bir gidilen yere bir daha gidilememesi nedeniyle sadece ulaşılabilen kişilere anket uygulanmıştır.

Ankette soruları ile ilgili olarak her ne kadar bilgilendirme yapılsa da anket formunun doldurulması sırasında oluşabilecek soruları yanıtlamak mümkün

olmamıştır. Bundan dolayı, tüm katılımcıların anket sorularını doğru biçimde algıladıkları ve samimiyetle cevaplandıkları kabul edilmiştir.

### **3.7. TEZİN BÜTÇESİ**

Tezde kullanılan basılı materyaller için kağıt, toner, basım giderleri, ulaşım vb. harcanan tutar 1750.00 TL.dir. Bu tutar araştırmacı tarafından karşılanmıştır.

Tez araştırmacı tarafından yürütüldüğü için insan gücü maliyetleri tezin bütçesi içerisinde hesaplanmamıştır.

## 4. BULGULAR

Sakarya il genelinde aile sağlığı merkezlerinde aile hekimi olarak çalışanlarda tükennişlik düzeylerinin araştırılmasını amaçlayan bu çalışma şubat-Mart 2014 tarihleri arasında Sakarya ilinde toplam 157 aile hekimi ile yapılmıştır. Bu bölümde sırasıyla aile hekimlerinin sosyodemografik özellikleri, ölçek sonuçlarıyla ilgili tanımlayıcı istatistikler ve değişkenler arasındaki ilişkiler incelenmiştir.

Katılımcıların bazı sosyo-demografik özellikleri Tablo 2’de verilmiştir.

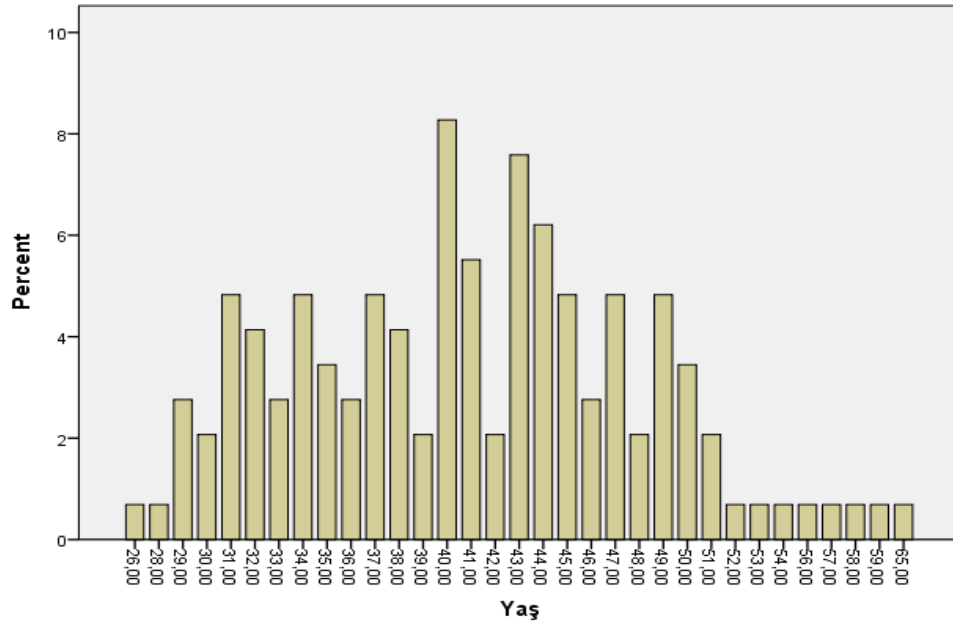
Tablo 2: Sakarya İl Genelinde Aile Sağlığı Merkezlerinde alışan Aile Hekimlerinin Bazı Sosyodemografik Özellikleri

Sosyodemografik özellikler		Sayı	Yüzde
Yaş (n=145)	35 ve altı	38	26.2
	36-45	70	48.3
	46 ve üzeri	37	25.5
Cinsiyet (n= 154)	Erkek	100	64.9
	Kadın	54	35.1
Medeni durum (n=156)	Evli	123	78.9
	Bekar	30	19.2
	Dul/boşanmış	3	1.9
ocuk sayısı (n=62)	Yok	6	9.7
	1-2	41	66.1
	3 ve üzeri	15	24.2
Uzmanlık durumu (n=156)	Uzman	4	2.6
	Pratisyen	152	97.4
Günlük bakılan hasta sayısı (n= 148)	45 ve altı	25	16.9
	45-75	99	66.9
	76 ve üzeri	24	16.2
Sigara durumu (n=155)	Evet	48	31.0
	Hayır	107	69.0

Tablo 2: Sakarya İl Geneline Aile Sağlığı Merkezlerinde Çalışan Aile Hekimlerinin Bazı Sosyodemografik Özellikleri (Devam)

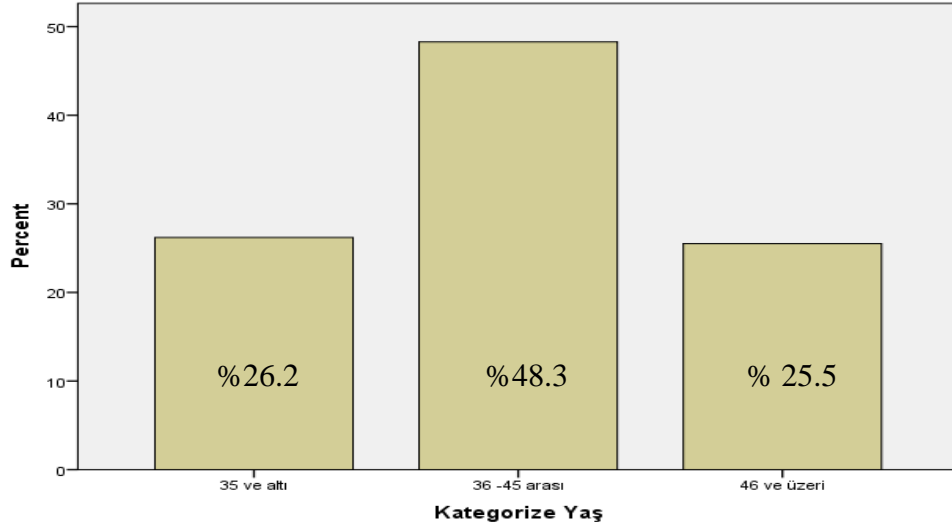
<b>Kronik hastalık</b> (n= 157)	Evet	38	24.2
	Hayır	119	75.8
<b>Beden kitle indeksi</b> (BKİ) (n=156)	Normal	52	33.3
	Kilolu	67	43
	Obez	37	23.7
<b>Meslek örgütüne üyelik</b> (n=156)	Ttb	21	13.4
	Ah derneği	53	34
	Her iki örgüt	46	29.5
	Yok	36	23.1

Çalışmaya dahil olan katılımcıların yaş ortalaması  $40.94 \pm 7.25$  SS olarak bulundu.  
(Şekil 1)



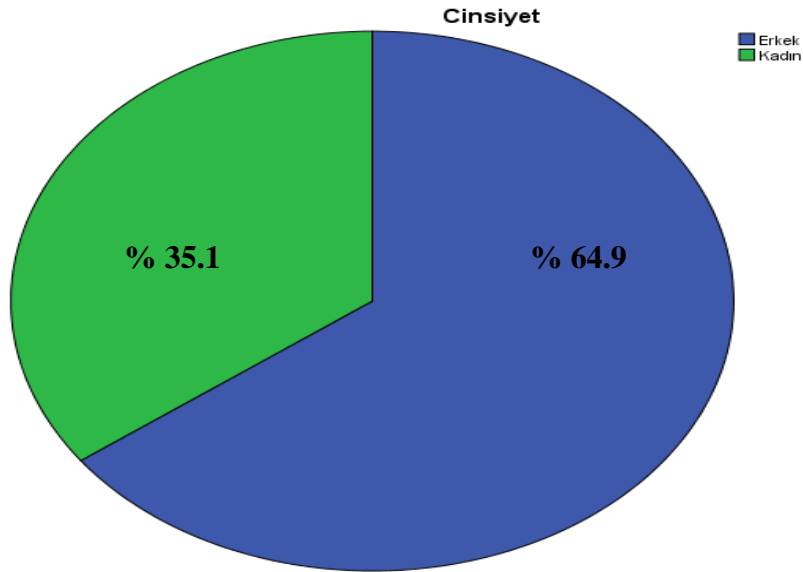
Şekil 1: Sakarya İl Geneline Aile Sağlığı Merkezlerinde Çalışan Aile Hekimlerinin Yaş Dağılımları

Yaşlar kategorize edildiğinde katılımcıların 70'i (% 48.3) 36-45 yaş grubunda, 38'i (% 26.2) 35 ve altı yaş grubunda, 37'si (% 25.5) ise 46 ve üzeri yaş grubunda idi. (Şekil 2)



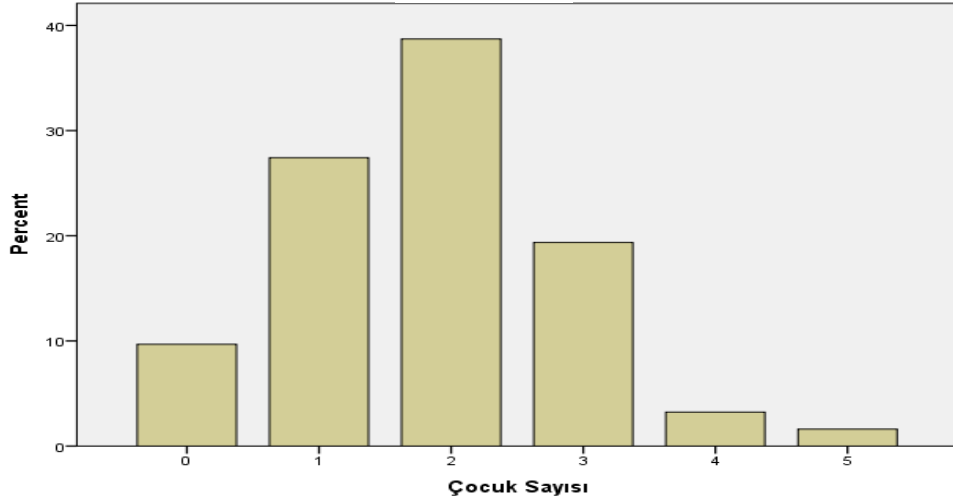
Şekil 2: Sakarya İl Genelinde Aile Sağlığı Merkezlerinde Çalışan Aile Hekimlerinin Yaş Gruplarına Dağılımları

Katılımcıların 54 'ü (% 35.1) kadın, 100'ü (% 64.9) ise erkek idi. (Şekil 3)



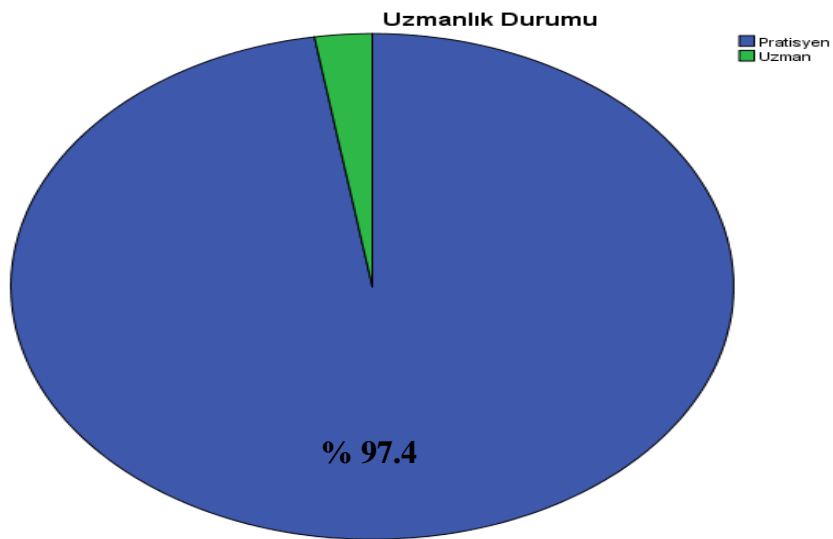
Şekil 3: Sakarya İl Genelinde Aile Sağlığı Merkezlerinde Çalışan Aile Hekimlerinin Cinsiyet Dağılımları

Çocuk sahibi olup olmadığını belirten katılımcılardan (n: 62) 1-2 çocuk sahibi olanlar 41 kişi (% 66.1), 3 ve üzeri çocuk olanlar 15 kişi (% 24.2), çocuk sahibi olmayanlar ise 6 kişi (% 9.7) olarak bulundu. (Şekil 4)



Şekil 4: Sakarya İl Genelinde Aile Sağlığı Merkezlerinde Çalışan Aile Hekimlerinin Sahip Oldukları Çocuk Sayıları

Çalışmaya dahil olan katılımcıların 152'si (% 97.4) pratisyen hekim, 4'ü (% 2.6) uzman hekim idi. (Şekil 5)



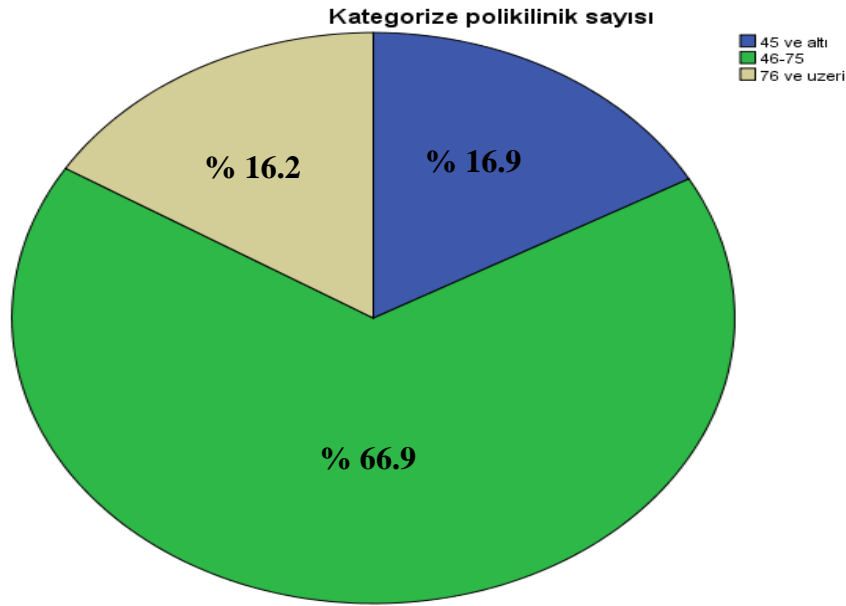
Şekil 5: Sakarya İl Genelinde Aile Sağlığı Merkezlerinde Çalışan Aile Hekimlerinin Uzmanlık Durumları



Katılımcıların, günlük poliklinik sayıları incelendiğinde bakılan ortalama hasta sayısı  $62 \pm 15.5$  SS olarak bulunmuştur. Günlük bakılan hasta sayısı 3 grup halinde kategorize edilip (45 ve altı, 46-75, 76 ve üzeri) incelendiğinde günlük 45'in altında hasta bakan hekim sayısı 25 (% 16.9), 46-75 hasta bakan hekim sayısı 99 (% 66.9), 76 ve üzeri hasta bakan hekim sayısı 24 (% 16.2) olarak bulundu. (Tablo 3) (Şekil 6)

Tablo 3: Sakarya İl Genelinde Aile Sağlığı Merkezlerinde Çalışan Aile Hekimlerinin Günlük Poliklinik Sayıları

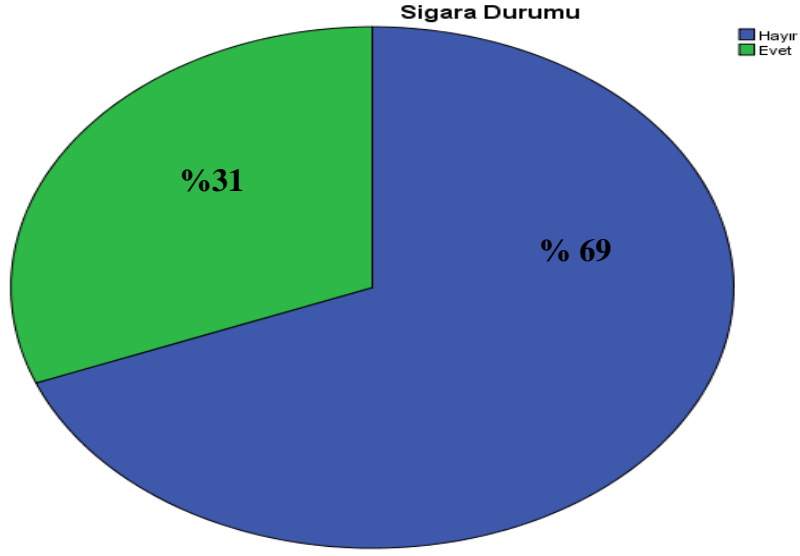
Günlük Poliklinik Sayıları	Art.Ort.	S.S.	Medyan	Minimum	Maksimum
	62.40	15.5	60	20	110



Şekil 6: Sakarya İl Genelinde Aile Sağlığı Merkezlerinde Çalışan Aile Hekimlerinin Günlük Poliklinik Sayıları

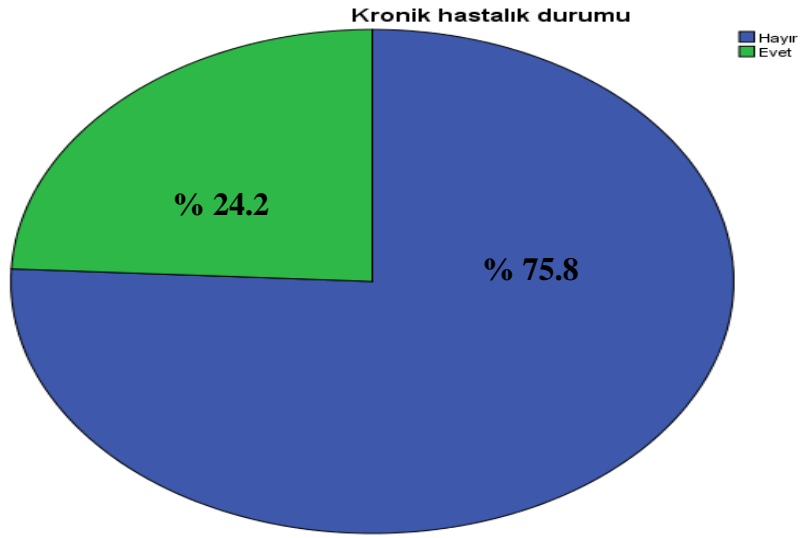
Katılımcıların 30'unun (% 19.1) bekar, 123'ünün (% 78.9) evli, 3'ünün (% 1.9) dul/boşanmış olduğu saptandı. (Tablo 2)

Çalışmaya katılan hekimlerin 48'i (% 31) sigara kullandığını, 107 'si (% 69) sigara kullanmadığını belirtmiştir. (Şekil 7)



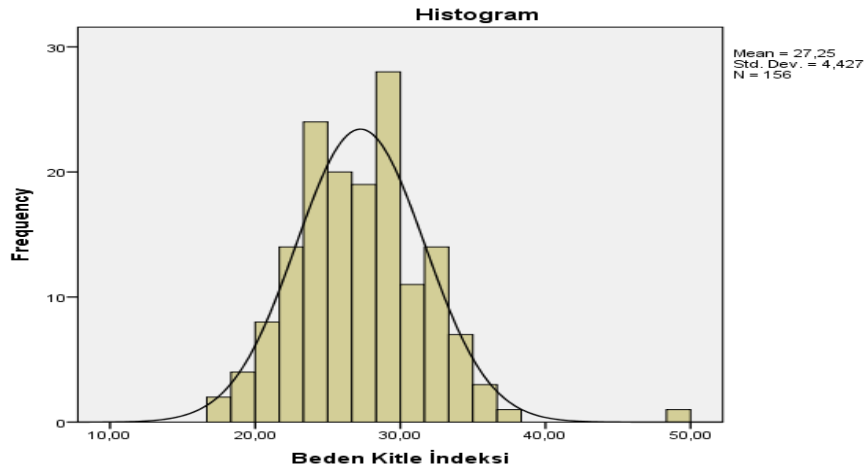
Şekil 7: Sakarya İl Genelinde Aile Sağlığı Merkezlerinde Çalışan Aile Hekimlerinin Sigara Kullanma Durumları

Araştırma grubunda bulunan hekimlerden 119 kişi (% 75.8) kronik hastalığı olmadığını, 38 kişi (% 24.2) ise kronik hastalığı (Diyabet, hipertansiyon, koroner arter hastalığı, hipertroidi, gastroösofagiyal reflü, hashimoto troiditi, psoriyazis, hipotroidi, obezite, irritabl barsak hastalığı, diskal herni) olduğunu belirtti. (Şekil 8)



Şekil 8: Sakarya İl Genelinde Aile Sağlığı Merkezlerinde Çalışan Aile Hekimlerinin Kronik Hastalık Durumları

Araştırma kapsamındaki hekimlerin BKİ ortalaması  $27.2 \pm 4.4$  SS olarak bulundu. (Şekil 9)



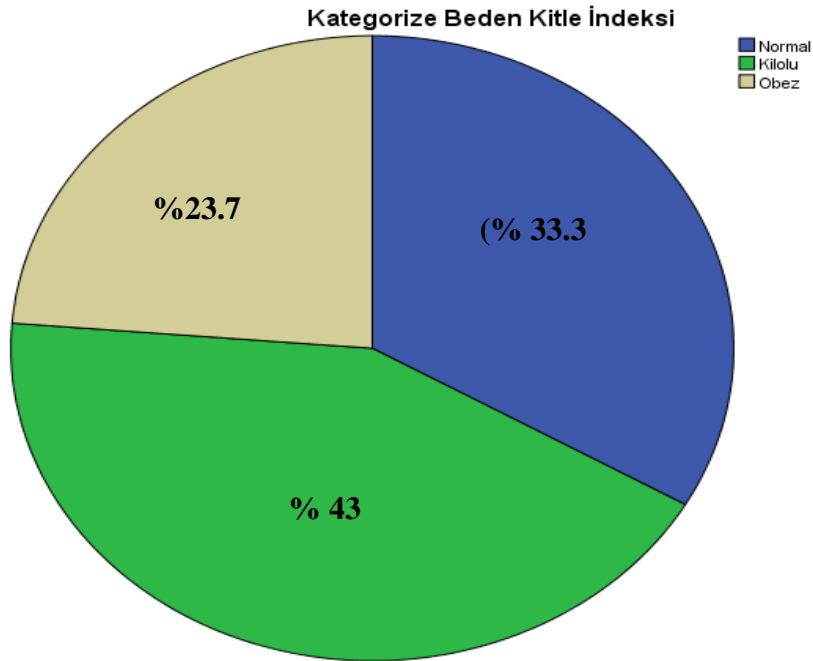
Şekil 9: Sakarya İl Genelinde Aile Sağlığı Merkezlerinde Çalışan Aile Hekimlerinin Beden Kitle İndeksi Değerlerinin Dağılımı

Tablo 4: Sakarya İl Genelinde Aile Sağlığı Merkezlerinde Çalışan Aile Hekimlerinin Cinsiyetlerine Göre Beden Kitle İndeksleri

BKİ (kg/m <sup>2</sup> )	Art.Ort.	S.S.	Medyan	Minimum	Maksimum
<b>Erkek</b>	28.1	4.1	27.8	20.5	49.5
<b>Kadın</b>	25.6	4.6	24.6	17.3	35.1

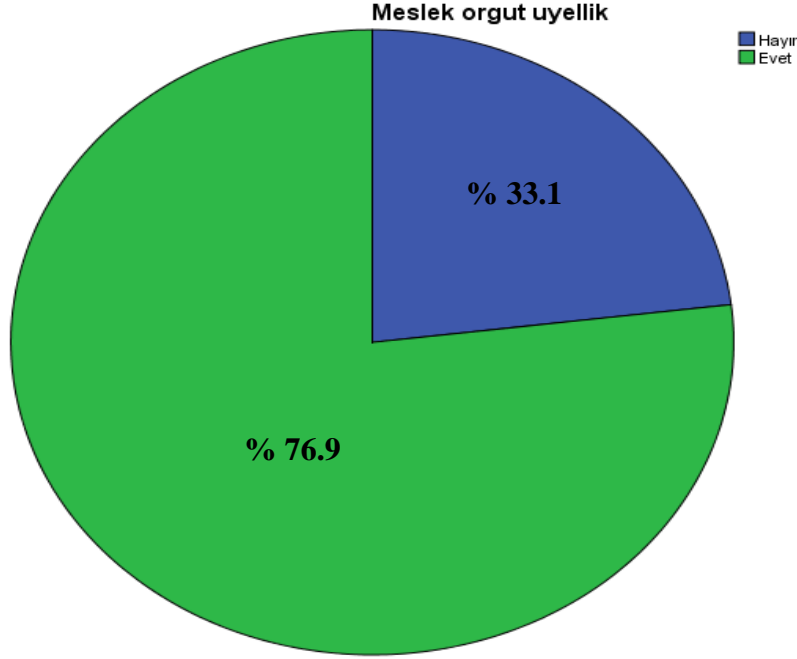
Araştırma kapsamındaki hekimlerin BKİ'leri cinsiyetlere göre incelendiğinde erkeklerde  $28.1 \pm 4.1$  SS, kadınlarda  $25.6 \pm 4.6$  SS olarak bulunmuştur. (Tablo 4)

BKİ 3 grup halinde kategorize edilip; (Çalışmamızda zayıf kişi sayısı dört olduğundan normal kategori içerisinde yer alıp, analize dahil edilmişlerdir.) normal (25 altı), kilolu (25-29.9), obez (30 ve üzeri) olarak incelendiğinde BKİ normal grupta olan hekim sayısı 52 (% 33.3), BKİ kilolu grupta olan hekim sayısı 67 (% 43), BKİ obez grupta olan hekim sayısı 37 (% 23.7) olarak bulundu. (Şekil 10)



Şekil 10: Sakarya İl Genelinde Aile Sağlığı Merkezlerinde Çalışan Aile Hekimlerinin BKİ Kategorileri Dağılımları

Çalışmaya katılan hekimlerden 120'sinin (% 76.9) en az bir meslek örgütüne üyeliği bulunurken 36 kişinin (% 33.1) üyeliği bulunmamaktadır. (Şekil 11)



Şekil 11: Sakarya İl Genelinde Aile Sağlığı Merkezlerinde Çalışan Aile Hekimlerinin Meslek Örgütlerine Üyelik Durumları

Katılımcıların çalışma yaşamıyla ilgili bazı konulardaki bilgi, tutum ve davranışlarını öğrenmeye yönelik sorulara verdikleri yanıtların dağılımı Tablo 5 ve Şekil 12 – 23'de verilmiştir.

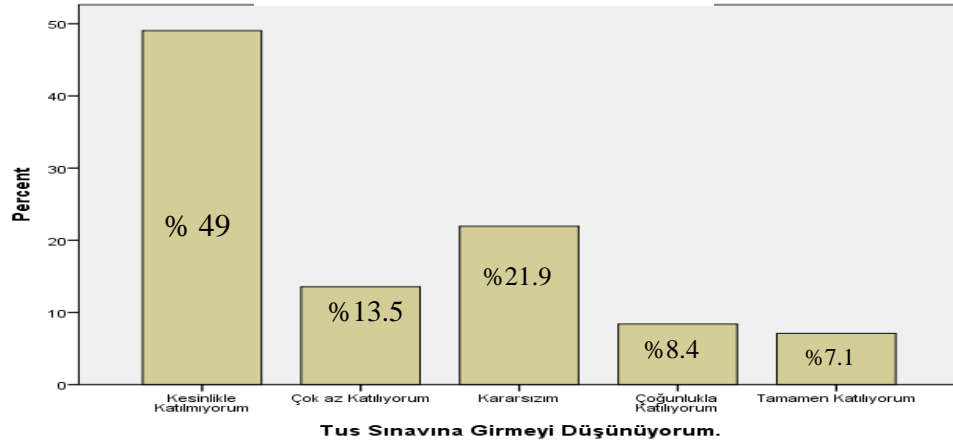
Tablo 5: Sakarya İl Genelinde Aile Sağlığı Merkezlerinde Çalışan Aile Hekimlerinin Çalışma Yaşamıyla İlgili Bazı Konulardaki Bilgi, Tutum ve Davranışları

Açıklayıcı anket soruları	Kesinlikle katılmıyorum		Çok az katılıyorum		Kararsızım		Çoğunlukla katılıyorum		Tamamen katılıyorum	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1-Tus sınavına girmeyi düşünüyorum.	76	49.0	21	13.5	34	21.9	13	8.4	11	7.1
2-İş ve aile düzenimi bozmadan aile hekimliği uzmanlık eğitimi almak isterim.	19	12.3	12	7.8	28	18.2	31	20.1	64	41.6

Tablo 5: Sakarya İl Genelinde Aile Sağlığı Merkezlerinde Çalışan Aile Hekimlerinin Çalışma Yaşamıyla İlgili Bazı Konulardaki Bilgi, Tutum ve Davranışları (Devam)

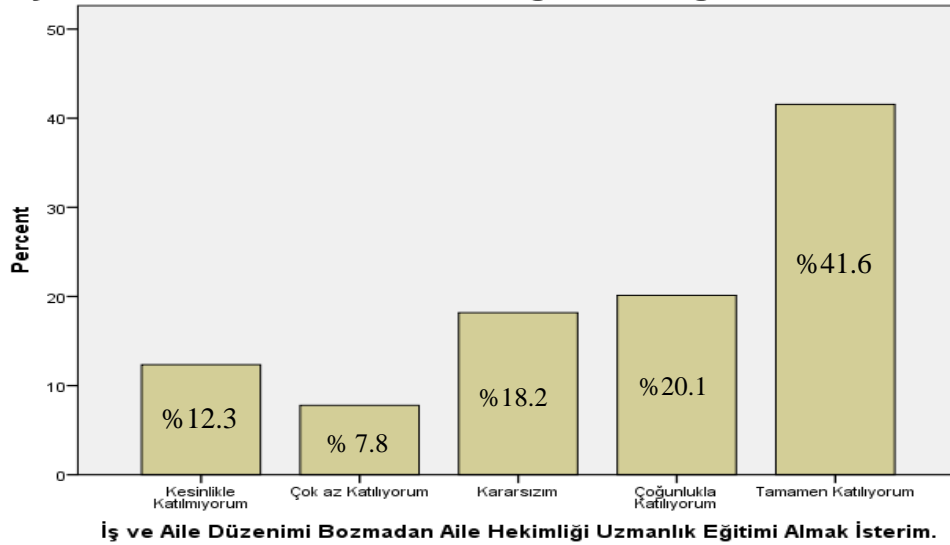
3-Günlük hekimlik uygulamalarım sırasında hasta veya hasta yakınlarının olumsuz davranışları (sözlü ya da fiili) ile karşılaşıyorum.	9	5.8	56	36.1	4	2.6	49	31.6	37	23.9
4-Maaşımın (Hakediş) yeterli olduğunu düşünüyorum.	34	21.8	24	15.4	29	18.6	51	32.7	18	11.5
5-Hastalarım tarafından yeterince takdir edildiğimi düşünüyorum.	14	9	21	13.5	34	21.8	69	44.2	18	11.5
6-Hastalarımın yeterince zaman ayırabiliyorum	20	12.9	40	25.8	39	25.2	49	31.6	7	4.5
7-Teşhis kodu belirlerken reçete bedelinin SGK tarafından karşılanmayabileceği olasılığını dikkate almam.	57	37.2	48	31.4	22	14.4	20	13.1	6	3.9
8-Negatif performans uygulamasını olumlu buluyorum.	88	57.2	27	17.5	26	16.9	11	7.1	2	1.3
9-Aile hekimi olarak mesleki geleceğimi parlak görüyorum.	82	53.3	25	16.2	40	26	7	4.5	0	0
10-Torba yasa ile getirilen yeni nöbet düzenlemesini olumlu buluyorum.	135	87.1	8	5.2	8	5.2	3	1.9	1	0.6
11-Torba yasa ile getirilen, mesai saatleri dışında 30 saat işyeri hekimliği yapabilme imkanından yararlanmayı düşünüyorum.	44	28.4	27	17.4	44	28.4	20	12.9	20	12.9
12-Aile hekimliği sistemini genel olarak olumlu buluyorum.	15	9.7	24	15.5	50	32.3	52	33.5	14	9

Hekimlerin 76'sı (% 49) TUS sınavını kesinlikle düşünmediğini, 79'u (% 51) sınava girmeyi düşündüğünü belirtmişlerdir. (Şekil 12)



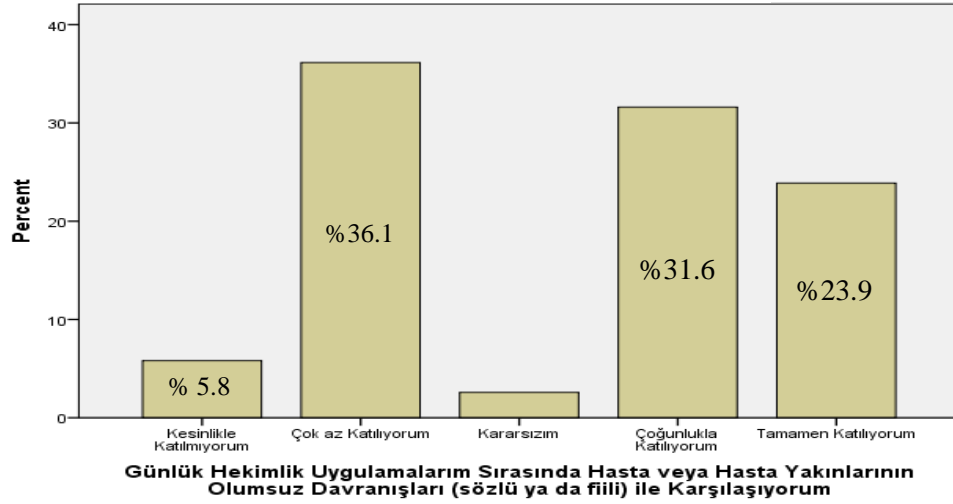
Şekil 12: Katılımcıların TUS Sınavına Girmeyi Düşünüyorum Sorusuna Verdikleri Cevapların Dağılımı

Katılımcıların 64'ü (% 41.6 ) iş ve aile düzenini bozmadan aile hekimliği uzmanlık eğitimi alma isteğine tamamen katıldığını, 19'u (% 12.3) ise kesinlikle katılmadığını belirtmişlerdir. (Şekil 13)



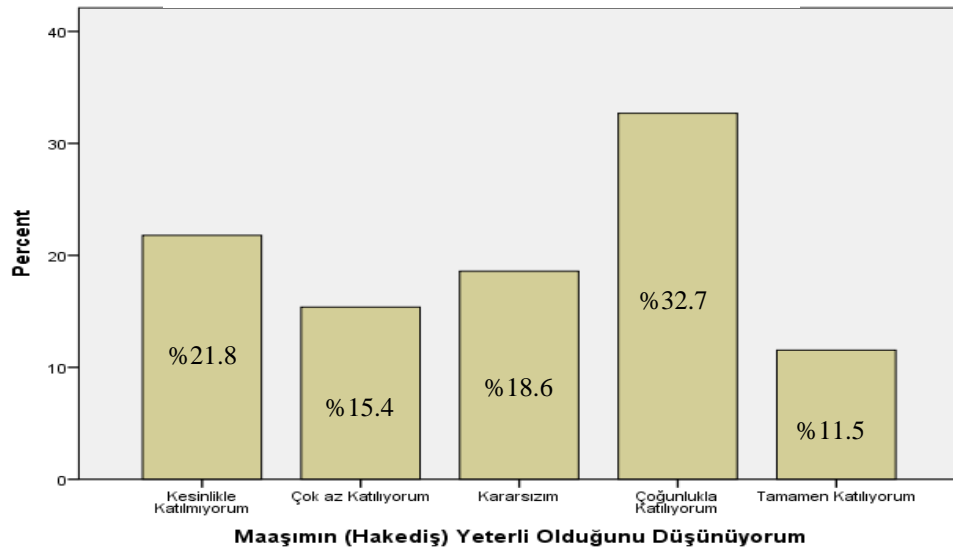
Şekil 13: Katılımcıların İş ve Aile Düzenimi Bozmadan Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi Almak İsterim Sorusuna Verdikleri Cevapların Dağılımı

Günlük hekimlik uygulamalarını sırasında hasta veya hasta yakınlarının olumsuz davranışları (sözlü ya da fiili) ile karşılaşırım ifadesine cevap olarak 37 (% 23.9) hekim tamamen katıldığını, 9 (% 5.8) hekim ise kesinlikle katılmadığını belirtmiştir. (Şekil 14)



Şekil 14: Katılımcıların Günlük Hekimlik Uygulamalarım Sırasında Hasta veya Hasta Yakınlarının Olumsuz Davranışları (sözlü ya da fiili) ile Karşılaşıyorum Sorusuna Verdikleri Cevapların Dağılımı

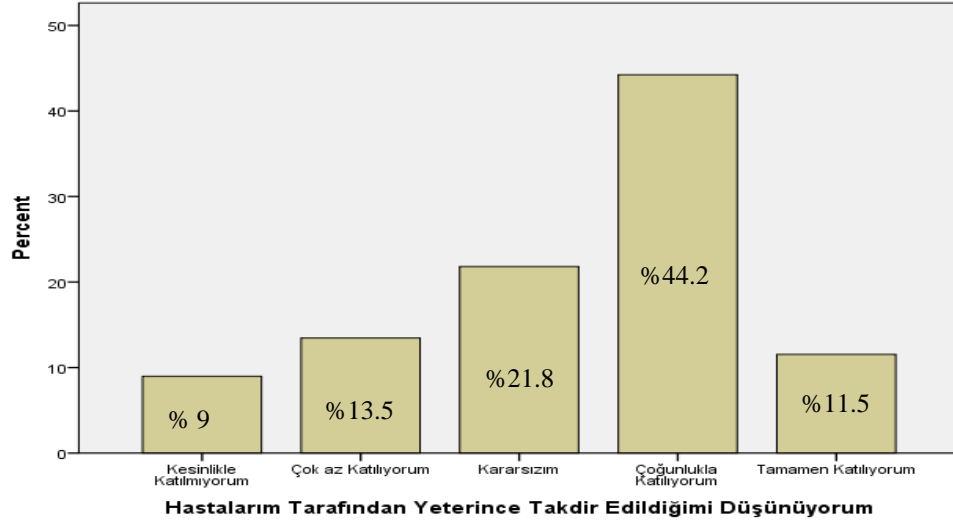
Maaşımın (hakediş) yeterli olduğunu düşünüyorum görüşüne karşı 34 (% 21.8) kişi kesinlikle katılmıyorum şeklinde, 18 (% 11.5) kişi ise tamamen katılıyorum şeklinde cevap vermişlerdir. (Şekil 15)



Şekil 15: Katılımcıların Maaşımın (Hakediş) Yeterli Olduğunu Düşünüyorum Sorusuna Verdikleri Cevapların Dağılımı

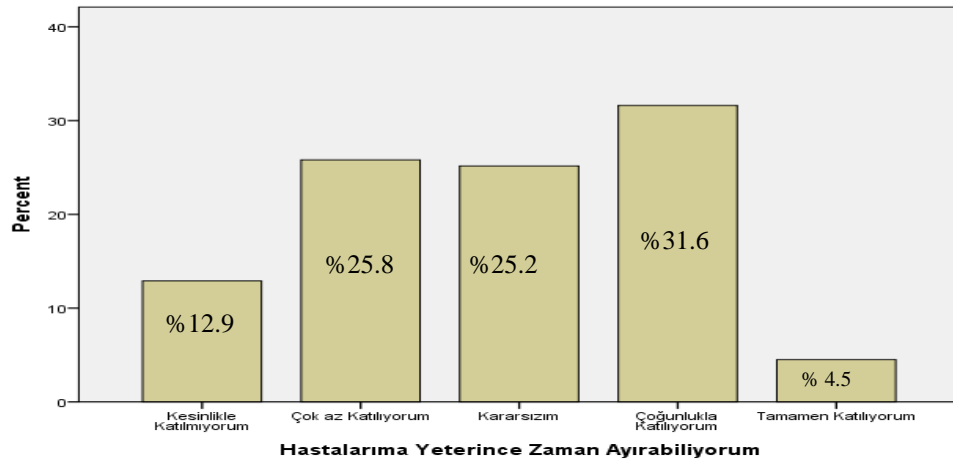


Hastalarım tarafından yeterince takdir edildiğimi düşünüyorum ifadesine cevap olarak 69 kişi (% 44.2) çoğunlukla katıldığını, 14 (% 9) kişi ise kesinlikle katılmadığını belirtmiştir. (Şekil 16)



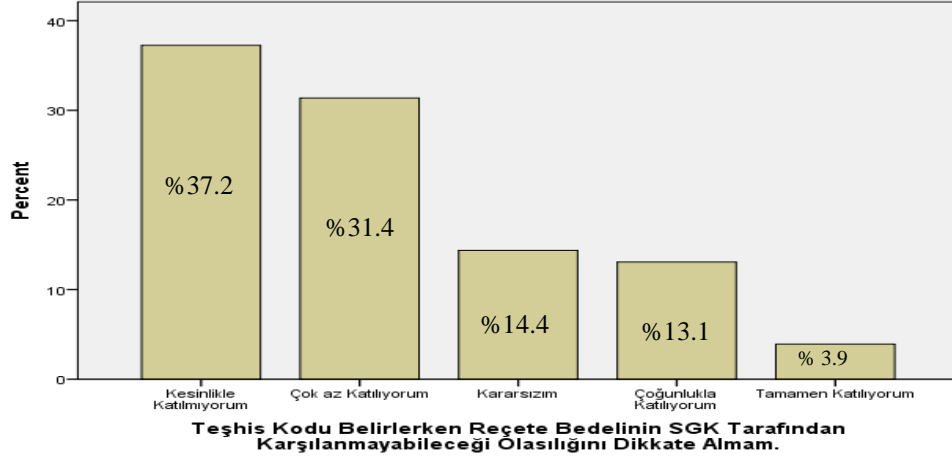
Şekil 16: Katılımcıların Hastalarım Tarafından Yeterince Takdir Edildiğimi Düşünüyorum Sorusuna Verdikleri Cevapların Dağılımı

Hastalarımın yeterince zaman ayırabiliyorum ifadesine cevap olarak 7 (% 4.5) kişi tamamen katılıyorum yönünde, 20 (% 12.9) kişi ise kesinlikle katılmıyorum yönünde düşünce belirtmişlerdir. (Şekil 17)



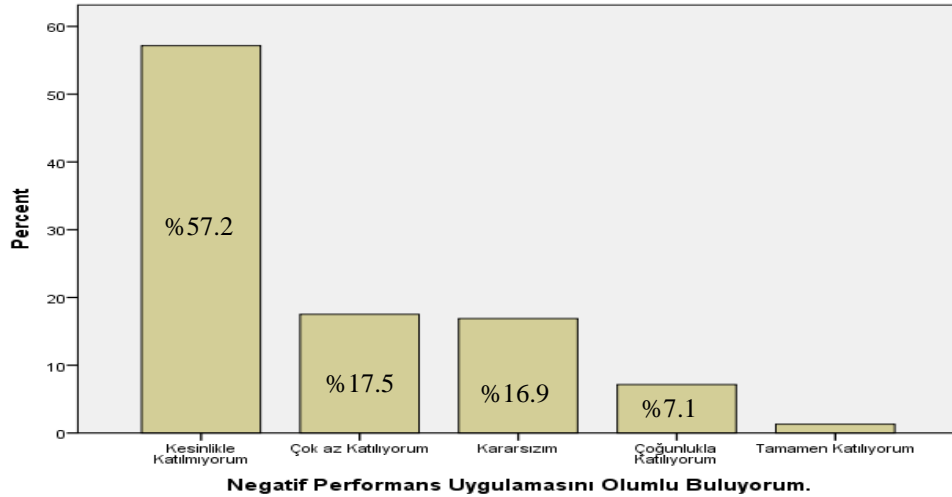
Şekil 17: Katılımcıların Hastalarımın Yeterince Zaman Ayırabiliyorum Sorusuna Verdikleri Cevapların Dağılımı

Teşhis kodu belirlerken reçete bedelinin SGK tarafından karşılanmayabileceği olasılığını dikkate almam ifadesine hekimlerin 6'sı (% 3.9) tamamen katıldığını, 57'si (% 37.2) kesinlikle katılmadığını belirtmiştir. (Şekil 18)



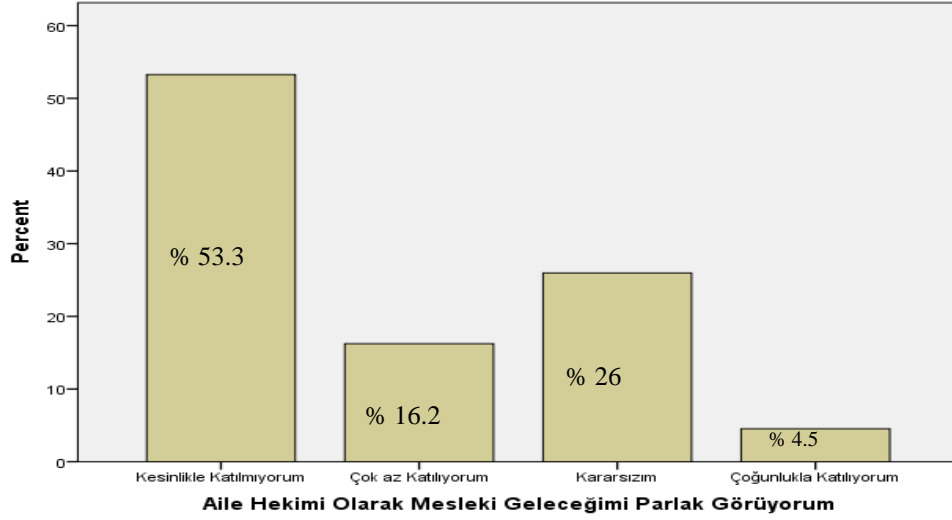
Şekil 18: Katılımcıların Teşhis Kodu Belirlerken Reçete Bedelinin SGK Tarafından Karşılanmayabileceği Olasılığını Dikkate Almam Sorusuna Verdikleri Cevapların Dağılımı

Negatif performans uygulamasını olumlu buluyorum ifadesine katılımcıların 88'i (% 57.1) kesinlikle katılmıyorum yönünde 2 (% 1.3) kişi ise tamamen katılıyorum yönünde düşünce belirtmişlerdir. (Şekil 19)



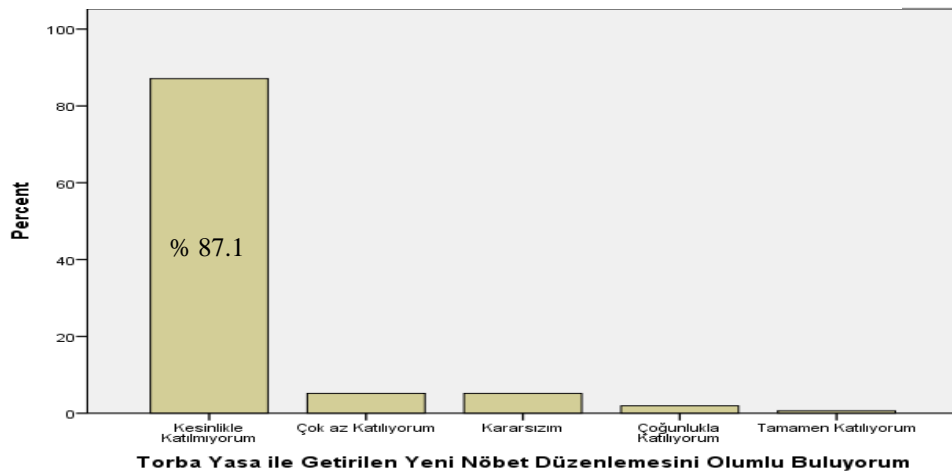
Şekil 19: Katılımcıların Negatif Performans Uygulamasını Olumlu Buluyorum Sorusuna Verdikleri Cevapların Dağılımı

Aile hekimi olarak mesleki geleceğimi parlak görüyorum ifadesine 82 (% 53.3) kişi kesinlikle katılmadığını belirtmiştir. Bu ifade katılımcıların hiçbirisi tarafından tamamen katılıyorum olarak kabul görmemiştir. (şekil 20)



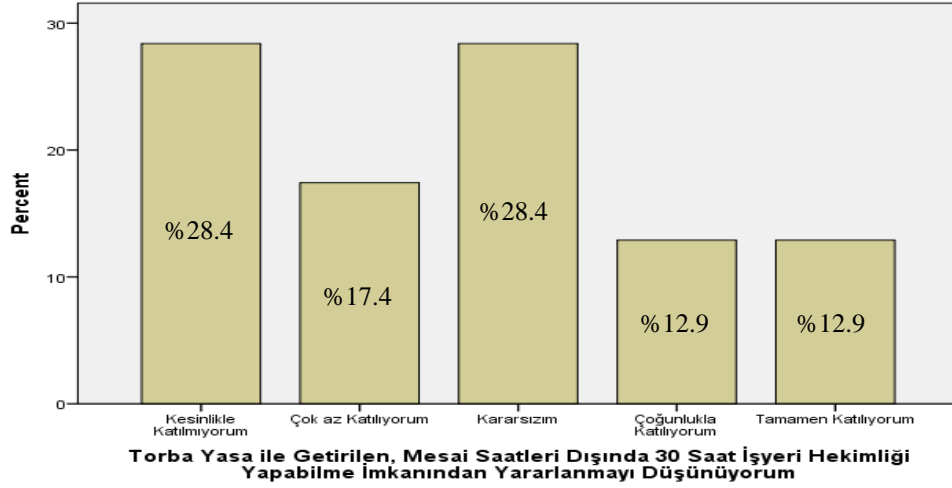
şekil 20: Katılımcıların Aile Hekimi Olarak Mesleki Geleceğimi Parlak Görüyorum Sorusuna Verdikleri Cevapların Dağılımı

Torba yasa ile getirilen yeni nöbet düzenlemesini olumlu buluyorum ifadesine katılımcıların 135'i (% 87.1) kesinlikle katılmıyorum yönünde tutum belirtmişken 1 (% 0.6) kişi ise tamamen katıldığını ifade etmiştir. (şekil 21)



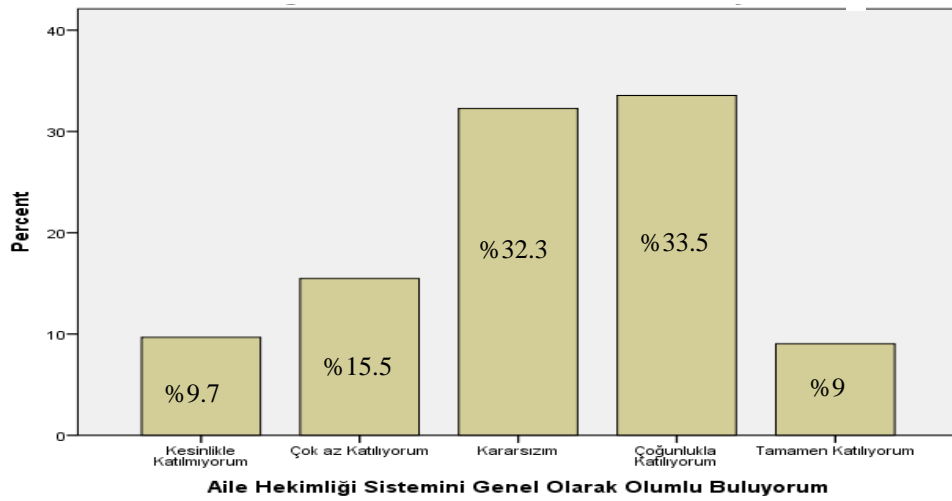
şekil 21: Katılımcıların Torba Yasa ile Getirilen Yeni Nöbet Düzenlemesini Olumlu Buluyorum Sorusuna Verdikleri Cevapların Dağılımı

Torba yasa ile getirilen, mesai saatleri dışında 30 saat işyeri hekimliği yapabilme imkanından yararlanmayı düşünen hekimlerden 20'si (% 12.9) tamamen katılıyorum 44'ü (% 28.4) kesinlikle katılmıyorum cevabını vermişlerdir. (Şekil 22)



Şekil 22: Katılımcıların Torba Yasa ile Getirilen, Mesai Saatleri Dışında 30 Saat İşyeri Hekimliği Yapabilme İmkanından Yararlanmayı Düşünüyorum Sorusuna Verdikleri Cevapların Dağılımı

Aile hekimliği sistemini genel olarak olumlu buluyorum görüşüne hekimlerin 15'i (% 9.7) kesinlikle katılmadıklarını 14'ü (% 9) tamamen katıldıklarını belirtmişlerdir. (Şekil 23)



Şekil 23: Katılımcıların Aile Hekimliği Sistemini Genel Olarak Olumlu Buluyorum Sorusuna Verdikleri Cevapların Dağılımı

Çalışmaya katılan aile hekimlerine günlük hekimlik pratiğinde karşılaştıkları sorunlar açık uçlu olarak sorulmuş ve verdikleri yanıtlar belli başlıklar altında gruplandırılmıştır. Katılımcıların verdikleri 409 cevaptan 234'ü (% 57.4) hasta kaynaklı tutum ve davranışlar, 66'sı (% 16.2) iş yükü fazlalığı, 55'i (13.4) gereksiz iş yükü (angarya), 29'u (% 7) sürekli uygulama değişikliği, 15'i (% 3.6) yetersiz fiziksel koşullar, 5'i (% 1.2) ASM içerisinde meslektaşlarla geçinememe, 5'i (% 1.2) 2.basamakla koordinasyon eksikliği ile ilgili olduğu görülmüştür. Sorun bildiren kişi sayısı üzerinden yapılan değerlendirmede ise 157 hekimin 123'ü (% 78.3) hasta kaynaklı tutum ve davranışları, 107'si (% 68.3) iş yükü fazlalığını, 102'si (% 65) gereksiz iş yükünü (angarya), 29'u (% 18.5) sürekli uygulama değişikliğini, 15'i (% 9.5) yetersiz fiziksel koşulları, 5'i (% 3) ASM içerisinde meslektaşlarla geçinemediğini, 5'i (% 3) 2.basamakla koordinasyon eksikliğini sorun olarak belirttiği görülmektedir. (Tablo 6-7)

Tablo 6: Sakarya İl Genelinde Aile Sağlığı Merkezlerinde Çalışan Aile Hekimlerinin Günlük Hekimlik Uygulamaları Sırasında Karşılaştıkları Sorunlar

Belirtilen sorunlar	Sayı	% *
Hasta kaynaklı olumsuz tutum ve davranışlar	234	% 57.4
İş yükü fazlalığı	66	% 16.2
Gereksiz iş yükü angarya	55	% 13.4
Sürekli uygulama değişikliği	29	% 7
Yetersiz koşullar	15	% 3.6
Asm içerisinde meslektaşlarıyla geçinememe	5	% 1.2
2.basamakla koordinasyon eksikliği	5	% 1.2
<b>Toplam</b>	<b>409</b>	<b>% 100</b>

\*Yüzdeler verilen cevap sayısı üzerinden değerlendirilmiştir.

Tablo 7: Sakarya İl Genelinde Aile Sağlığı Merkezlerinde Çalışan Aile Hekimlerinin Günlük Hekimlik Uygulamaları Sırasında Karşılaştıkları Sorunlar

Belirtilen sorunlar	Sayı	% *
Hasta kaynaklı olumsuz tutum ve davranışlar (n=157)	123	78.3
İş yükü fazlalığı (n=157)	107	68.2
Gereksiz iş yükü angarya (n=157)	102	65.0
Sürekli uygulama değişikliği (n=157)	29	18.5
Yetersiz koşullar (n=157)	15	9.5
Asm içerisinde meslektaşlarla geçinememe (n=157)	5	3.0
2.basamakla koordinasyon eksikliği (n=157)	5	3.0

\*Yüzdeler cevap veren kişi sayısı üzerinden değerlendirilmiştir.

Tablo 8: Sakarya İl Genelinde Aile Sağlığı Merkezlerinde Çalışan Aile Hekimlerinin Maslach Tükenmişlik Ölçeği Puanları

Alt Ölçekler	Art.Ort.	SS	Med.	Min.	Maks.
<b>DT (n=153)</b>	17.55	7.1	18	1	35
<b>DYS (n=149)</b>	5.4	3.4	5	0	16
<b>KB (n=150)</b>	21.1	3.9	22	0	30

Araştırmaya katılan aile hekimlerinin MTÖ Puanları Tablo 8'de yer almaktadır. Çalışmadan elde edilen bulgulara göre hekimler için DT ortalaması  $17.55 \pm 7.1$  SS olup, alınan en düşük puanın 1, en yüksek puanın 35 ve ortancanın 18 olduğu gözlenmektedir. DYS puan ortalaması  $5.4 \pm 3.4$  SS olup, alınan en düşük değer 0, en yüksek değer 16 ve ortancanın 5 olduğu gözlenmektedir. KB puan ortalaması ise  $21.1 \pm 3.9$  SS, en düşük değer 0, en yüksek değer 30, ortanca ise 22 puandır.

Tablo 9: Sakarya İl Genelinde Aile Sağlığı Merkezlerinde Çalışan Aile Hekimlerinde Maslach Tükenmişlik Ölçeği'nin Alt Boyutlarının Türkiye Pratisyen Hekim Normlarına Göre Dağılımı

MTÖ Alt Ölçekler	Düşük Düzeyde Tükenmişlik		Orta Düzeyde Tükenmişlik		Yüksek Düzeyde Tükenmişlik	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
<b>DT (n=153)</b>	110	71.9	35	22.9	8	5.2
<b>DYS (n=149)</b>	128	85.9	17	11.4	4	2.7
<b>KB (n=150)</b>	7	4.7	35	23.3	108	72

Duygusal tükenme puanlarına bakıldığında hekimlerin 110'u (% 71.9) normların altında, 35'i (% 22.9) orta grupta, 8'i (% 5.2) ise normların üzerinde bulunmuştur.

Duyarsızlaşma puanları incelendiğinde 128 (% 85.9) kişinin puanları normların altında 17 (% 11.4) kişinin puanları orta grupta ve 4 (% 2.7) kişinin puanları ise normların üzerinde bulunmuştur.

Kişisel başarı hissi puanları değerlendirildiğinde ise 108 (% 72) kişinin puanları normların altında, 35 (% 23.3) kişinin puanları orta grupta ve 7 (% 4.7) kişinin puanları normların üzerindedir. (Tablo 9)

Tablo 10: Sakarya İl Genelinde Aile Sağlığı Merkezlerinde Çalışan Aile Hekimlerinin Cinsiyete Göre Maslach Tükenmişlik Ölçeğinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması.

Cinsiyet	MTÖ-DT ort±sd (med.,- min., -maks.)	MTÖ-DYS ort±sd (med.,- min., -maks.)	MTÖ-KB ort±sd (med.,- min., -maks.)
<b>Erkek</b>	16.5±6.6	5.22±3.43	21.36±4.08
	(18-1-32)	(5-0-16)	(22-0-29)
<b>Kadın</b>	19.36±7.63	5.64±3.54	20.88±3.58
	(19-2-35)	(5-0-14)	(22-14-30)
<b>p</b>	0.021	0.512	0.224

Araştırmaya katılanların cinsiyetlerine göre Maslach Tükenmişlik Ölçeğinin duygusal tükenme alt boyutu puanı ile istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu, kadınların duygusal tükenme puanlarının erkeklere göre yüksek olduğu saptanmıştır ( $p<0.05$ ). Duyarsızlaşma ve kişisel başarı hissi puanları yönünden ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur. ( $p>0.05$ ) (Tablo 10).

Tablo 11: Sakarya İl Genelinde Aile Sağlığı Merkezlerinde Çalışan Aile Hekimlerinin Yaş Gruplarına Göre Maslach Tükenmişlik Ölçeğinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması

Yaş Grupları	MTÖ-DT ort±sd (med.,-min., -maks.)	MTÖ-DYS ort±sd (med.,-min.,- maks)	MTÖ-KB ort±sd (med.,-min.,- maks)
35 ve altı	18.78±7.05	7±3.35	19.88±2.90
	(18.5-2-35)	(7-0-14)	(20-14-25)
36-45	17.86±6.21	4.81±2.96	21.78±3.57
	(18.5-3-30)	(4-0-13)	(22-14-30)
46 ve üzeri	14.83±8.56	4.44±3.95	21.5±5.25
	(14-1-33)	(4-0-16)	(23-0-29)
<b>p</b>	0.029	0.001	0.006

Araştırmaya katılanların yaş gruplarına göre karşılaştırıldığında Maslach Tükenmişlik ölçeğinin duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarı hissi alt boyutlarının tümünde istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur. Yapılan ileri düzey analizlerin sonucuna göre 46 yaş ve üzeri olanlarda duygusal tükenme ve duyarsızlaşma puanlarının düşük, kişisel başarı hissi puanının ise yüksek olduğu belirlenmiştir . ( $p<0.05$ ) (Tablo 11)



Tablo 12: Sakarya İl Genelinde Aile Sağlığı Merkezlerinde Çalışan Aile Hekimlerinin Medeni Durumuna Göre Maslach Tükenmişlik Ölçeğinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması

<b>Medeni durum*</b>	<b>MTÖ-DT ort±sd (med.,- min., -maks.)</b>	<b>MTÖ-DYS ort±sd (med.,- min., -maks.)</b>	<b>MTÖ-KB ort±sd (med.,- min., -maks.)</b>
<b>Evli</b>	17.23±6.95	5.18±3.46	21.25±4.06
	(8-1-33)	(5-0-16)	(22-0-30)
<b>Bekar</b>	19.13±7.61	5.51±3.31	20.56±3.56
	(19-3-35)	(7-0-13)	(21-12-26)
<b>p</b>	0.229	0.035	0.379

\*Medeni durumu dul veya ayrı olan 3 kişi analizlerden çıkarılmıştır.

Araştırmaya katılanların medeni durumlarına göre Maslach Tükenmişlik Ölçeğinin duyarsızlaşma alt boyutu puanı ile istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu, bekarların duyarsızlaşma puanlarının evlilere göre yüksek olduğu saptanmıştır ( $p<0.05$ ). Duygusal tükenme ve kişisel başarı hissi puanları yönünden ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur. ( $p>0.05$ ) (Tablo 12)

Tablo 13: Sakarya İl Genelinde Aile Sağlığı Merkezlerinde Çalışan Aile Hekimlerinin Sigara İçme Durumuna Göre Maslach Tükenmişlik Ölçeğinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması

<b>Sigara</b>	<b>MTÖ-DT ort±sd (med.,- min., -maks.)</b>	<b>MTÖ-DYS ort±sd (med.,- min., -maks.)</b>	<b>MTÖ-KB ort±sd (med.,- min., -maks.)</b>
<b>İçiyor</b>	18.82±6.99	5.78±3.25	20.12±4.49
	(20-1-32)	(6-0-14)	(21-0-26)
<b>İçmiyor</b>	16.88±7.03	5.12±3.40	21.68±3.56
	(18-2-35)	(5-0-15)	(22-12-30)
<b>p</b>	0.085	0.185	0.074

Araştırmaya katılanların sigara içip içmeme durumlarına göre Maslach Tükenmişlik ölçeğinin alt boyutlarından aldıkları puanlarda istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur ( $p>0.05$ ) (Tablo 13)

Tablo 14: Sakarya İl Geneline Aile Sağlığı Merkezlerinde Çalışan Aile Hekimlerinin Günlük Yapılan Poliklinik Sayısına Göre Maslach Tükenmişlik Ölçeğinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması

Poliklinik Sayısı	MTÖ-DT ort±sd (med.,-min., -maks.)	MTÖ-DYS ort±sd (med.,-min.,- maks)	MTÖ-KB ort±sd (med.,-min.,- maks)
45 ve altı	15.84±7.34	5.62±3.53	19.66±3.63
	(19-2-26)	(6-0-12)	(19.5-13-25)
36-75	17.8±7.06	5.47±3.53	21.17±3.56
	(18-2-33)	(5-0-16)	(22-12-30)
76 ve üzeri	18.13±8.02	4.72±3.28	21.78±5.46
	(16-1-35)	(4.5-0-11)	(23-0-27)
p	0.918	0.378	0.077

Araştırmaya katılanların günlük bakılan hasta sayısına göre değerlendirildiğinde Maslach Tükenmişlik ölçeğinin duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarı hissi alt boyutlarının hiçbirinde istatistiksel olarak anlamlılık saptanmamıştır. ( $p>0.05$ ) Ancak bakılan hasta sayısı arttıkça alt ölçekler arasında özellikle kişisel başarı hissi ölçeğinde anlamlılık düzeyinin arttığı görülmektedir. (Tablo 14)

Tablo 15: Sakarya İl Geneline Aile Sağlığı Merkezlerinde Çalışan Aile Hekimlerinin Çalışılan Aile Sağlığı Merkezinin Yerleşim Yerine Göre Maslach Tükenmişlik Ölçeğinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması

Çalışılan Aile Sağlığı Merkezi	MTÖ-DT ort±sd (med.,- min., -maks.)	MTÖ-DYS ort±sd (med.,- min., - maks.)	MTÖ-KB ort±sd (med.,- min., - maks.)
Merkez İlçe	17.02±7.18	4.78±3.28	20.92±4.35
	(18-1-33)	(4-0-16)	(22-0-29)

Tablo 15: Sakarya İl Genelinde Aile Sağlığı Merkezlerinde Çalışan Aile Hekimlerinin Çalışılan Aile Sağlığı Merkezinin Yerleşim Yerine Göre Maslach Tükenmişlik Ölçeğinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması (Devam)

<b>İlçe</b>	18±7.4	5.93±3.51	21.29±3.54
	(18-2-35)	(6-0-14)	(22-13-30)
<b>p</b>	0.487	0.032	0.839

Araştırmaya katılanların çalışılan aile sağlığı merkezine göre karşılaştırıldığında Maslach Tükenmişlik Ölçeğinin duyarsızlaşma alt boyutu puanı ile istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu, merkez ilçede çalışmayanların duyarsızlaşma puanlarının merkez ilçeye göre yüksek olduğu saptanmıştır. ( $p < 0,05$ ). Duygusal tükenme ve kişisel başarı hissi puanları yönünden ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur. ( $p > 0,05$ ) (Tablo 15)

Tablo 16: Sakarya İl Genelinde Aile Sağlığı Merkezlerinde Çalışan Aile Hekimlerinin Kronik Hastalık Varlığına Göre Maslach Tükenmişlik Ölçeğinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması

<b>Kronik Hastalık</b>	<b>MTÖ-DT</b> <b>ort±sd</b> <b>(med.,- min.,</b> <b>-maks.)</b>	<b>MTÖ-DYS</b> <b>ort±sd</b> <b>(med.,- min., -maks.)</b>	<b>MTÖ-KB</b> <b>ort±sd</b> <b>(med.,- min., -maks.)</b>
<b>Var</b>	17.35±6.96 (18-1-33)	4.78±3.28 (4-0-16)	20.92±4.35 (22-0-29)
<b>Yok</b>	18±7.4 (18-2-35)	5.93±3.51 (6-0-14)	21.29±3.54 (22-13-30)
<b>p</b>	0.402	0.589	0.325

Araştırmaya katılanların kronik hastalık varlığına göre Maslach Tükenmişlik ölçeğinin alt boyutlarından aldıkları puanlarda istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur ( $p > 0,05$ ) (Tablo 16)

Tablo 17: Sakarya İl Genelinde Aile Sağlığı Merkezlerinde Çalışan Aile Hekimlerinin Beden Kitle İndeksine Göre Maslach Tükenmişlik Ölçeğinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması

BKİ (kg/m <sup>2</sup> )	MTÖ-DT	MTÖ-DYS	MTÖ-KB
	ort±sd (med.,-min., -maks.)	ort±sd (med.,-min.,- maks)	ort±sd (med.,-min.,- maks)
Normal	17.16±6.49	6±3.36	21.06±3.58
	(18-2-30)	(6-0-14)	(22-13-30)
Kilolu	17.19±7.62	4.98±3.75	21.06±4.53
	(18-1-35)	(4.5-0-16)	(22-0-29)
Obez	18.33±6.64	5.37±2.96	21.47±3.16
	(18.5-4-31)	(5-0-12)	(21.5-14-28)
p	0.791	0.181	0.890

Araştırmaya katılanların BKİ'lerine göre Maslach Tükenmişlik ölçeğinin alt boyutlarından aldıkları puanlarda istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur (p>0.05) (Tablo 17)

Tablo 18: Sakarya İl Genelinde Aile Sağlığı Merkezlerinde Çalışan Aile Hekimlerinin Bazı Sosyodemografik Değişkenler ile Maslach Tükenmişlik Ölçeği Alt Ölçek Puanlarının Korelasyon Analizi

Kategori	DT			DYS			KB		
	r	p	n	r	p	n	r	p	n
Yaş	-0.178*	0.034	141	-0.287**	0.001	137	0.232**	0.006	138
Çocuk sayısı	-0.261*	0.046	59	-0.322	0.015	57	0.081	0.553	56
Poliklinik sayısı	0.085	0.307	145	-0.107	0.203	142	0.212*	0.011	142
Çalışma yılı	-0.069	0.400	152	-0.139	0.093	148	0.123	0.135	149
Sigara paket /yıl sayısı	-0.136	0.396	41	-0.377*	0.017	40	0.116	0.475	40
BKİ (kg/m <sup>2</sup> )	0.044	0.586	152	-0.32	0.699	148	0.51	0.535	149

\* p<0.05 \*\*p<0.01

Yaş ile Maslach Tükenmişlik Ölçeği'nin alt boyutlarından biri olan duygusal tükenme arasında negatif yönlü, kişisel başarı hissi puanları arasında pozitif yönlü zayıf düzeyde, duyarsızlaşma puanları arasında negatif yönlü orta düzeyde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır. ( $p < 0.05$ ) (Tablo 18)

Çocuk sayısı ile Maslach Tükenmişlik Ölçeği'nin alt boyutlarından biri olan duygusal tükenme ve duyarsızlaşma puanları arasında negatif yönlü orta düzeyde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmakta ( $p < 0.05$ ), kişisel başarı hissi puanları ile istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır. ( $p > 0.05$ ) (Tablo 18)

Poliklinik sayısı ile Maslach Tükenmişlik Ölçeği'nin alt boyutlarından biri olan kişisel başarı hissi puanları arasında pozitif yönlü zayıf düzeyde ilişki saptanmış ( $p < 0.05$ ), duygusal tükenme ve duyarsızlaşma puanları ile istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. ( $p > 0.05$ ) (Tablo 18)

Aile hekimi olarak çalışma yılı ile Maslach Tükenmişlik Ölçeği'nin alt boyutlarının puanları arasında yapılan korelasyon analizinde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. ( $p > 0.05$ ) (Tablo 18)

Sigara paket/yıl sayısı ile Maslach Tükenmişlik Ölçeği'nin alt boyutlarından biri olan duyarsızlaşma puanları arasında negatif yönlü orta düzeyde ilişki saptanmış ( $p < 0.05$ ), duygusal tükenme ve kişisel başarı hissi puanları ile istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. ( $p > 0.05$ ) (Tablo 18)

Beden kitle indeksi ile Tükenmişlik Ölçeği'nin alt boyutlarının puanları arasında yapılan korelasyon analizinde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. ( $p > 0.05$ ) (Tablo 18)

Tablo 19: Sakarya İl Genelinde Aile Sağlığı Merkezlerinde Çalışan Aile Hekimlerinin Anket Formunda Düşünce Belirtilen Bazı Görüşler ile Maslach Tükenmişlik Ölçeği Alt Ölçek Puanlarının Korelasyon Analizi

Düşünceler	DT			DYS			KB		
	r	p	n	r	p	n	r	p	n
<b>Tus sınavına girmeyi düşünüyorum.</b>	0.087	0.283	153	0.162*	0.049	149	-0.067	0.415	150

Tablo 19: Sakarya İl Genelinde Aile Sağlığı Merkezlerinde Çalışan Aile Hekimlerinin Anket Formunda Düşünce Belirtilen Bazı Görüşler ile Maslach Tükenmişlik Ölçeği Alt Ölçek Puanlarının Korelasyon Analizi (Devam)

<b>Günlük hekimlik uygulamalarım sırasında hasta veya hasta yakınlarının olumsuz davranışları (sözlü ya da fiili) ile karşılaşıyorum.</b>	0.440**	0.000	152	0.382**	0.000	148	-0.193*	0.018	149
<b>Maaşımın (hakediş) yeterli olduğunu düşünüyorum.</b>	-0.175*	0.031	153	-0.047	0.572	149	-0.055	0.506	150
<b>Aile hekimi olarak mesleki geleceğimi parlak görüyorum</b>	-0.377**	0.000	152	-0.221*	0.007	148	0.116	0.159	149
<b>Aile hekimliği sistemini genel olarak olumlu buluyorum.</b>	-0.330**	0.000	153	-0.173*	0.035	149	0.262**	0.001	150

Tus sınavına girmek istiyorum ifadesine verilen yanıtlar ile Maslach Tükenmişlik Ölçeği'nin alt boyutlarından biri olan duyarsızlaşma puanları arasında pozitif yönlü zayıf düzeyde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuş ( $p < 0.05$ ), duygusal tükenme ve kişisel başarı hissi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. ( $p > 0.05$ ) (Tablo 19)

Günlük hekimlik uygulamalarım sırasında hasta veya hasta yakınlarının olumsuz davranışları (sözlü ya da fiili) ile karşılaşıyorum ifadesine verilen yanıtlar ile Maslach Tükenmişlik Ölçeği'nin alt boyutlarından biri olan duyarsızlaşma ve duygusal tükenme puanları arasında pozitif yönlü orta düzeyde ( $p < 0.01$ ), kişisel başarı hissi puanları arasında ise negatif yönlü zayıf düzeyde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır. ( $p < 0.05$ ) (Tablo 19)

Maaşımın (hakediş) yeterli olduğunu düşünüyorum ifadesine verilen yanıtlar ile Maslach Tükenmişlik Ölçeği'nin alt boyutlarından biri olan duygusal tükenme puanları arasında negatif yönlü zayıf düzeyde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ( $p < 0.05$ ) duyarsızlaşma ve kişisel başarı hissi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. ( $p > 0.05$ ) (Tablo 19)

Aile hekimi olarak mesleki geleceğimi parlak görüyorum ifadesine verilen yanıtlar ile Maslach Tükenmişlik Ölçeği'nin alt boyutlarından biri olan duygusal tükenme

puanları arasında negatif yönlü orta düzeyde ve duyarsızlaşma puanları arasında negatif yönlü zayıf düzeyde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ( $p<0.05$ ), kişisel başarı hissi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. ( $p>0.05$ ) (Tablo 19)

Aile hekimliği sistemini genel olarak olumlu buluyorum ifadesine verilen yanıtlar ile Maslach Tükenmişlik Ölçeği'nin alt boyutlarından biri olan duygusal tükenme puanları arasında negatif yönlü orta düzeyde ve duyarsızlaşma puanları arasında negatif yönlü zayıf düzeyde kişisel başarı hissi puanları arasında ise pozitif yönlü orta düzeyde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır. ( $p<0.05$ ) (Tablo19)

## 5. TARTIŞMA

Sakarya il genelinde aile sağlığı merkezlerinde çalışan aile hekimlerinde tükenmişlik düzeyleri ve ilişkili faktörleri saptamayı amaçladığımız çalışmamızda  bölümden oluşan anket formlarında yer alan sorulara verilen yanıtlar değerlendirildi.

Çalışmamızın sonucunda, Sakarya il genelinde aile sağlığı merkezlerinde çalışan aile hekimlerinde DT puan ortalaması  $17.55\pm 7.1$  SS, DYS puan ortalaması  $5.4\pm 3.4$  SS; KB puan ortalaması ise  $21.1\pm 3.9$  SS olarak saptanmıştır. (Tablo 7) DT ve DYS için yüksek skorlar, KB için ise düşük skorlar tükenmişliği göstermektedir. (5) Genel olarak DT ve DYS puanlarının düşük olduğunda KB puanlarının yüksek olması beklenen bir durumdur. (62, 68) Bizim alışmamızda hekimlerin alt ölçek boyutlarından DT ve DYS puanlarının düşük tükenmişlik seviyesinde, KB puanının ise yüksek tükenmişlik düzeyinde olduğu görülmüştür. (Tablo 8) Bunun nedeni çalışma koşullarının DT ve DYS alt boyutlarında puanlarda düşüklüğe neden olabilecek kadar kötü olmadığı, bireysel başarıyı artıracabilecek kadar da olanağın bulunmaması olabilir.

Literatürde de çalışmamıza benzer şekilde Baykan ve arkadaşlarının Kayseri il merkezinde 143 aile hekimi ile yapmış olduğu çalışmada DT puanlarını  $16.1\pm 7.2$  SS; DYS puanlarını  $4.3\pm 3.2$  SS; KB puanlarını ise  $21.0\pm 3.7$  SS olarak saptamıştır. (103) alışmamız ile kıyaslandığında her üç alt ölçek puanlarının belirgin farklılık içermediği görülmektedir. Bu durum Kayseri ve Sakarya'nın sosyoekonomik şartlarda farklılık taşımamasına ve hekimlerin benzer koşullarda çalıştıkları yorumu ile açıklanabilir.

Ergin'in Türkiye'de sosyoekonomik gelişmişlik düzeyine göre gruplandırılarak çalışmaya alınmış 1026 pratisyen hekimde tükenmişlik norm çalışmasında DT'nin  $22.7\pm 6.1$  SS; DYS'nin  $9.9\pm 3.3$  SS; KB'nin ise  $25.4\pm 3.8$  SS olduğu bulunmuştur. (67) alışmamız ile karşılaştırıldığında bizim alışmamızda DT. ve DYS. alt ölçeklerinde tükenmişlik daha düşük bulunmuştur. Sakarya ilinin gelişmişlik gruplanmasında n sıralarda olmasının etkisi ile birlikte pratisyen hekimlerin gelir düzeyinde son



dönemlerdeki artışı ile açıklanabilir. Gelir düzeyi ile tükenmişliğin ters orantılı olduğunu söylemek mümkündür. KB. alt ölçeğindeki puanlarında çalışmamızda düşük olduğu gözlenmektedir. Aile hekimlerinin, sistemin içerisinde başarı kaydetmelerinin zor olduğu görüşünü benimsemiş olmaları bu sonuca neden olmuş olabilir.

2001 yılında Yaman H. ve Üngan M.'nin Ankara eğitim hastanelerinde aile hekimliği asistanlık görevinde bulunan 91 hekim ile yaptığı çalışmada tükenmişlik alt boyutlarına ilişkin ortalama değerleri DT için 16.7 (SS=7.4), DYS için 9.9 (SS=5.6) ve KB için 16.1 (SS=7.4) bulmuştur. Yaman mevcut durumu norm çalışmasında asistanların bulunmamasına bağlamış ve karşılaştırılma yapılamaz olduğunu belirtmiştir. (9)

Ankara 'da bir üniversitede 360 asistan hekimin katılımı ile yapılan bir çalışmada MTÖ puanları 1-5 arasında değerlendirilmiş olup alt ölçek puanlarına bakıldığında DT puanı 11-45 arasında olup aritmetik ortalaması 17.1±6.3 SS'dir. DYS puanı 5-25 arasında olup, aritmetik ortalaması 6.7±3.8 SS; KB puanı 11-40 arasında olup aritmetik ortalaması 13.1±4.1 SS'dir. (8)

Ekerbiçer ve arkadaşlarının Kahramanmaraş'ta il genelinde 2001 yılında 317 hekim ile yaptığı çalışma sonuçlarına göre DT puanı 14±6.6 SS; DYS puanı 4.8±3.3 SS; KB puanı ise 22.3±4.5 SS sağlık ocağında çalışan 71 hekimin DT puanlarını 14.7±7.1 SS; DYS puanlarını 4.5±3.5 SS; KB puanlarını ise 23.1±4.6 SS olarak bulmuştur. (95) Sonuçlar çalışmamız ile karşılaştırıldığında tüm alt ölçek puanlarından Kahramanmaraş'ta çalışan hekimlerin ilimizde çalışan hekimlerden daha az tükenmiş olduklarını söyleyebiliriz. Ekerbiçer çıkan sonucu iş yükünün hafif olmasına bağlamıştır.(95) Çalışmanın yapıldığı zaman diliminde performans sisteminin olmayışı, hasta yoğunluğu ve iş yükünün daha az olduğunu böylece günümüzde hekimlerin daha stresli ortamda çalıştıkları şeklinde yorumlayabiliriz.

Ankarada bir üniversitede tıp fakültesinde 276 son sınıf öğrenci ile yapılan tükenmişlik çalışmasında ortalama DT puanı 18.3±5.8 SS; DYS. puanı 7.57±3.42 SS ve KB puanı 13.34 ± 4.20 SS olarak bulmuşlardır. (69) Çalışmamız ile karşılaştırıldığında DT ve DYS puanlarının çalışmamızda daha düşük KB puanının ise belirgin yüksek olduğu görülmektedir. Öğrencilik de yaşanan tükenmişliğin günümüz koşullarında iş yükü fazlalığına, intörlükte belirsiz iş tanımına ve geleceğe

dair planların strese ve sonrasında tükenmişliğe neden olabileceği yorumu yapılabilir.

Çalışmamızda DT puanlarına bakıldığında hekimlerin 110'u (% 71.9) normların altında, 35'i (% 22.9) orta grupta, 8'i (% 5.2) ise normların üzerinde bulunmuştur. DYS puanları incelendiğinde 128 (% 85.9) kişinin puanları normların altında 17 (%11.4) kişinin puanları orta grupta ve 4 (% 2.7) kişinin puanları ise normların üzerinde bulunmuştur. KB puanları değerlendirildiğinde ise 108 (% 72) kişinin puanları normların altında, 35 (% 23.3) kişinin puanları orta grupta ve 7 (% 4.7) kişinin puanları normların üzerinde olduğu bulunmuştur. (Tablo 8)

EGPRN (European General Practice Research Network) olarak Avrupa bölgesinde yapılmış Türkiye'nin de yer aldığı aile hekimlerinde tükenmişlik adlı çalışmaya 12 ülkede 1393 aile hekimi dahil edilmiştir. Yapılan çalışmada DT ölçeğinden 599 (% 43.0) kişi yüksek düzeyde , 557 (% 40.0) kişi orta düzeyde , 236 (% 17.0) kişi ise düşük düzeyde tükenmişlik yaşamaktadır. DYS ölçeğinden 492 (% 35.3) yüksek düzeyde tükenmişlik, 379 (% 27.2.) kişinin orta düzeyde, 522 (% 37.5) kişinin düşük düzeyde tükenmişlik yaşadığı bulunmuştur. KB ölçeğinde ise 445 (% 32) kişinin yüksek düzeyde, 396 (% 28.5. kişinin orta düzeyde, 550 (% 39.5) kişinin düşük düzeyde tükenmişlik yaşadığı görülmüştür. (70) Sakarya DT ve DYS puanları açısından birçok Avrupa ülkesinden şanslı olduğu görülmektedir. Katılımcı sayısının çalışmamızdakine (n=157) göre bazı ülkelere az bazı ülkelerde benzer olmakla birlikte Bulgaristan (n=69), Macaristan (n=87), İtalya (n=147), Fransa (n=178), Malta (n=129), Polonya (n=150), İspanya (n=86), İsveç (n=109), İngiltere (n=164) ülkelerinde DT ve DYS ölçekleri ile karşılaştırıldığında yüksek tükenmişlik yaşayanların oranları ilimizde çalışan hekimlere göre belirgin yüksektir. KB puanları dikkate alındığında ise durum tersine dönmekte ilimizde çalışan hekimlerin KB tükenmişlik düzeyi diğer ülkelerde çalışan hekimlere göre yüksek olduğu görülmektedir. Hırvatistan (n=117) ile karşılaştırıldığında ise DYS ölçeğinde benzer şekilde düşük tükenmişlik, KB puanlarında ise Yunanistan (n=45) ile benzer şekilde yüksek tükenmişlik düzeyinde olduğu saptanmıştır.

EGPRN çalışmasında Türkiye'den 112 katılımcı yer almıştır. (70) Çalışmanın Türkiyede çalışan aile hekimleri ile ilgili sonuçları çalışmamız ile uyumlu olduğu görülmektedir. EGPRN çalışmasında Türkiye'de DT ölçeğinde 17 (% 15.2) kişi

yüksek düzeyde, DYS ölçeğinde 17 (% 15.2) kişi, KB ölçeğinde ise 77 (% 69.4) kişinin yüksek düzeyde tükenmiş olduğu görülmektedir. Avrupa ülkelerine göre DT ve DYS puanlarının düşük olması ülkemizde aile hekimlerinin çalışma koşullarının çok yıpratıcı olmadığı, insani ilişkilerinin ve insanlara verilen değerlerin fazla oluşu Türk toplum yapısının sonucu olmuş olabilir. KB alınan puanlarındaki yüksek tükenmişlik değerlerinin ise hekimlerin Avrupa'ya göre mezuniyet sonrası ve hizmet içi eğitim eksikliği sonucu gelişmiş olabilir.

Portekiz'de ülke çapında 150 aile hekimi üzerinden yapılan bir araştırmanın sonuçlarına göre DT'de yüksek tükenmişlik % 25.3; DYS'de yüksek tükenmişlik % 16.2 KB'de yüksek tükenmişlik % 16.7 olarak bulunmuştur. DT ve DYS çalışmamız ile uyumlu KB'de uyumsuz olarak saptanmıştır. (71) KB de yüksek tükenmişlik çalışmamızda belirgin yüksektir. Mezuniyet sonrası ve hizmet içi eğitim eksikliği sonucu gelişmiş olabileceği sonucuna varılabilir.

Kanada'da 123 aile hekimi arasında yapılan bir çalışmada DT'de yüksek tükenmişlik % 47.9; DYS'de yüksek tükenmişlik % 46.3, KB'de yüksek tükenmişlik % 17.4 olarak bulunmuştur. DT, DYS ve KB puanlarının yüksek olduğu görülmüştür. (72) İlimizde çalışan hekimlerin iş yükü, alınan ücret, mesleki tatminin Kanada'da çalışan hekimlere göre olumlu olduğu sonucuna varılabilir.

Kirwan ve Armstrong'un 1993 yılında İngiltere'de çalışan genel pratisyenlerin Maslach'ın Kuzey Amerika'da çalışan doktor ve hemşirelerle karşılaştırılan çalışmasında İngiltere'de çalışan hekimlerin Kuzey Amerika'da çalışan hekimlerden daha fazla tükenmiş olduğunu saptamıştır. (73) Çalışmada İngiltere'de çalışan GP'lerin DT puan ortalaması  $26.1 \pm 1.44$  SS; DYS puan ortalaması  $9.75 \pm 0.8$  SS; KB puan ortalaması  $34.9 \pm 0.9$  SS olarak bulunmuştur. Çalışmamız ile karşılaştırıldığında bulunan puanlar belirgin yüksek olmakla birlikte MTÖ puanlanmasındaki farklılıktan kaynaklanıyor olabilir.

Aslan ve arkadaşlarının Türkiye'de tabip odalarına kayıtlı olan bir grup hekimde tükenmişlik sendromu ve etkileyen faktörler adlı çalışmasında 1754 hekim araştırma kapsamında değerlendirilmiş olup MTÖ'den aldıkları puanlar ölçeğin alt başlıklarına göre hesaplanmıştır. Alınan ortalama DT puanı  $15.48 \pm 6.7$  SS; DYS puanı  $5.5 \pm 3.5$  SS ve KB puanı  $22.0 \pm 4.0$  SS olmuştur. (74) Çalışma içerisinde 921 (% 53.3) pratisyen yer almış olup MTÖ'nün tüm alt ölçekleri çalışmamız ile uyumlu bulunmuştur.

İzmir'de acil servis çalışanlarında tükenmişlik ve iş doyumu araştırılan bir çalışmada çalışma kapsamına alınan 127 hekimin MTÖ'den aldıkları puanlar ölçeğin alt başlıklarına göre hesaplanmış ve DT için  $21.4 \pm 7.9$  SS; DYS için  $8.2 \pm 2.1$  SS; KB için  $21.9 \pm 5.2$  SS olarak bulunmuştur. (75) Çalışmamız ile karşılaştırıldığında DT ve DYS puanlarının yüksek KB puanlarının benzer olduğu görülmüştür. Bu sonuca acil servisin hasta yoğunluğu, gece çalışılma zorunluluğu, ölümcül hasta ile karşılaşılma ihtimali, hemen müdahale yapılması gerektiği düşünülen hastanın yakınları tarafından sözel uyarılarla sürekli maruziyet etkili olmuş olabilir. Tükenme sendromu ile ilgili diğer değişkenimiz nöbet tutmadır. Yapılan çalışmalarda nöbet sistemi veya çoğunlukla gece çalışmanın insanlara düzensiz bir yaşam sunarak duygusal tükenmeyi artırdığı bildirilmiştir. (79)

Ünal ve arkadaşlarının Malatya il genelinde yaptığı tükenmişlik ve iş doyumu çalışmasında 384 hekim yer almıştır. Katılımcı hekimlerden 95'i pratisyen hekimdir. MTÖ'den aldıkları puanlar ölçeğin alt başlıklarına göre hesaplanmış ve DT için  $14.1 \pm 6.0$  SS, DYS için  $5.3 \pm 3.1$  SS, KB için  $20.6 \pm 4.2$  SS olarak hesaplanmıştır. (62) Değerler 384 hekim için verildiğinden çalışmamız ile karşılaştırılması zorlaşmaktadır. Mevcut değerler ile karşılaştırıldığında DT puanlarının çalışmamızdan daha düşük, DYS ve KB puanlarının ise uyumlu olduğu görülmüştür. DT puanlarının düşük olmasının nedeni çalışmada yer alan uzman ve öğretim görevlileri katılımcılarının, DT puanlarının ortalamasından düşük olması olabilir. (58, 67, 77)

Tablo 20: Literatürde Yer Alan 1.Basamakta Çalışan Hekimlerde Yapılmış Bazı Tükenmişlik Çalışmalarının Sonuçları

Yazar	Çalışma Yılı	Şehir	Hedef Kitle	Katılımcı Sayısı	MTÖ		
					DT	DYS	KB
Şerik ve ark.	2014	Sakarya	Aile Hekimleri	157	17.55±7.1	5.4±3.4	21.1±3.9
Baykan ve ark.	2014	Kayseri	Aile Hekimleri	143	16,1±7,2	4,3±3,2	21,0±3,7
Ergin ve ark.	1993	Türkiye	Pratisyen hekimler	1026	22.7±6.1	9.9±3.3	25.4±3.8
Yaman ve ark.	2001	Ankara	Aile Hekimliği asistanları	91	16.7±7.4	9.9±5.6	16.1±7.4
Yılmaz ve ark.	2008	Ankara	Tıp Fakültesi Asistanları	360	17,1±6,3	6,7±3,8	13,1±4,1
Ekerbiçer ve ark.	2001	Kahramanmaraş	Pratisyen hekimler	71	14.7±7.1	4.5±3.5	23.1±4.6
Güdük ve ark.	2005	Ankara	Tıp Fakülte Öğrencileri	276	18.32±5.89	7.57±3.42	13.34±4.20
Erol ve ark.	2012	İzmir	Acil servis Hekimleri	127	21.4±7.9	8.2±2.1	21.9±5.2
Aslan ve ark.	2005	Türkiye	Pratisyen Hekimler	921	15.14±6.66	5.53±3.56	21.95±4.23
Ünal ve ark.	1998	Malatya	Tüm Hekimler	384	14.1±6.0	5.3±3.1	20.6±4.2

Cinsiyet açısından bakıldığında yapılan çalışmalarda tutarlı bir sonuca ulaşılamamıştır. (61) Çalışmamızda yer alan katılımcılardan kadınların aldıkları DT puanları erkeklere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Literatürde çalışmamızı destekleyen (8, 38, 77, 78, 86, 94) ve desteklemeyen çalışmalar mevcuttur.(9, 36, 50, 58, 60, 68, 70, 75)

Çalışmamızda yer alan katılımcılardan erkek ve kadınların aldıkları DYS ve KB puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede fark bulunmamıştır. Sünter ve arkadaşlarının 2006 yılında Samsun il genelinde 85 pratisyen hekim ile yaptığı tükenmişlik, iş doyumu çalışmasında kadın ile erkek hekimlerin arasında DYS puanları arasında çalışmamız ile uyumlu olarak istatistiksel olarak fark olmadığını bulmuşlardır. KB puanları değerlendirildiğinde ise Sünter ve arkadaşları erkeklerin KB puanlarının anlamlı olarak yüksek olduğunu bulmuşlardır. (68)

Litaratür incelendiğinde Maslach ve Jackson'un 1981'de yaptığı çalışmada her 3 alt ölçekte anlamlı farklılıkların olduğu bulunmuştur. (78) Ergin 'in 1992'de yaptığı doktor ve hemşirelerde MTÖ'nin uyarılma çalışmasında ise Sünter'in yaptığı çalışmaya paralel olarak ve çalışmamız ile uyumlu cinsiyetler arasında DYS puanlarının arasında anlamlı fark olmadığı bulunmuş, KB puanları arasında ise erkekler lehine fark olduğu bulunmuştur. (38) Çan ve arkadaşlarının 2005 yılında Trabzon'da üniversitede 192 araştırma görevlisi ile yapılan çalışmada dahili bilimlerde çalışan hekimlerin alt ölçeklerden hiçbirisi ile cinsiyetler arasında anlamlı fark bulunmamıştır. (79) EGPRN çalışmasında ise DYS puanları cinsiyet arasında anlamlı ilişki bulunmuş, KB puanları cinsiyet arasında ilişki ise istatistiksel olarak anlamsız olarak saptanmıştır. (70) Cinsiyet tükenmişlik için güçlü bir etken olarak kabul edilmemektedir. (35) Litaratürde yer alan cinsiyet alt ölçek karşılaştırmalarının sonuçlarından farklı sonuçlar alınması cinsiyetin tükenmişlikte öngörücü bir değişken olmadığı alınan puanlar çalışma koşullarından, ailesel veya ekonomik durumlarından, kendi kişisel özelliklerinden ve toplumsal ve bireysel cinsiyet rolünün algılanış şekil farklılığından kaynaklı olabilir.

Çalışmaya dahil olan katılımcıların yaş ortalaması  $40.94 \pm 7.25$  SS olarak bulundu. Kategorize edilen yaş gruplamasında katılımcıların 70'i (% 48.3) 36-45 grubunda, 38'i (% 26.2) 35 yaş altı grubunda, 37'si (% 25.5) 46 yaş ve üzeri yaş grubunda idi. Demografik özelliklerin arasında olan yaş, tükenmişlikle en tutarlı ilişkiyi gösteren etken olarak görülmektedir. Genç çalışanlar arasında tükenmişlik daha sık görülmektedir bilgisi ile uyumlu olarak çalışmamızda katılımcıların yaşı ile MTÖ alt ölçekleri puanları karşılaştırıldığında tüm alt ölçekler ile yaş gruplarının arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Gruplamalar arasındaki farkın hangisinden kaynaklandığını belirlemek amacıyla ileri düzey analizlerin sonucunda ise farklılığın 46 yaş ve üzeri gruptan kaynaklandığı DT ve DYS puanlarının düşük, KB puanlarının ise yüksek olduğu görülmüştür. (Tablo 10) Yaş ile MTÖ alt ölçekleri korelasyon analizinde yaş ile MTÖ'nün alt boyutlarından biri olan DT arasında negatif yönlü, KB puanları arasında pozitif yönlü zayıf düzeyde, DYS puanları arasında negatif yönlü orta düzeyde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır. Litaratürde çalışmamızı destekleyen (67, 74, 78, 80, 81) ve desteklemeyen (55, 82, 83, 84) nitelikte çalışmalar bulunmaktadır. Tükenmişliğin

gençlerde daha fazla görülmesinin nedeni gençlerin işle ilgili problemlerle başa çıkmak için gerekli bazı özellikleri kazanamamış olmaları ya da mesleğe bağlanmanın henüz oluşmaması ile açıklanabilir. (67) Taycan ve arkadaşlarının İstanbul'da bir üniversitede 561 hemşire ile yaptığı bir çalışmada yaş ile kişisel başarı alt ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmış, yaştaki artışa paralel olarak hemşirelerin kendilerini mesleklerinde daha yeterli ve başarılı hissettikleri sonucuna varılmıştır. (85) Genç çalışanın meslek hayatına uyum sürecinde sorunlarla başa edebilme becerisinin düşüklüğü, kendine güven duygusunun eksikliği, deneyim yetersizliği gibi durumlar tükenmişliğe sebep olabilir.

Deneklerin medeni durumları ile tükenmişlik düzeyleri arasındaki farklılaşma incelenirken analizlere yalnızca bekar olanlar ve evli olanlar alınmıştır. Dul veya ayrı olan 3 kişi analize dahil edilmemiştir. Katılımcıların medeni durum ile MTÖ puan arasında ki ilişki incelendiğinde sadece DYS puanları arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Çalışanların hizmet verdikleri kişilere karşı duygudan yoksun ve umursamaz bir şekilde davranmaları şeklinde tanımlanan DYS puanları çalışmamızda yer alan bekârlar da evlilere göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek puanlar almışlardır. DT ve KB puanları değerlendirildiğinde ise DT puanları daha yüksek KB puanları daha düşük olmasına rağmen anlamlı ilişki olmadığı saptanmıştır. Bu alanda yapılan çalışmalar incelendiğinde ise Yaman'ın çalışmasında her üç alt ölçekte anlamlı ilişki saptanmış olup bekarlar evlilere göre tükenmiş bulunmuştur. (9) Çalışmamız İstanbul'da 145 veteriner hekim ile yapılmış bir çalışma ile benzer sonuçlanmıştır. Babaoğlu ve arkadaşları bekâr veterinerlerin DYS puanlarının anlamlı yüksek olduğunu bulmuş ve bu sonucun bekâr veteriner hekimlerin iş dışı yaşamlarındaki toplumsal sorumluluklarını tek başlarına yerine getirmek zorunda olmalarına bağlamışlardır. (87) Aslan ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışma ile çalışmamız benzerlikler içermektedir. Aslan bekârlarda DYS ve KB puanlarının anlamlı derecede tükenmişliği gösterdiğini bulmuştur. (74) Gül ve arkadaşlarının çalışmasında medeni durum ile tükenmişlik alt ölçekleri arasında ilişki bulamamışlardır. (88) Benzer sonucu Sünter ve arkadaşlarının çalışmasında da almıştır. (68) Polat ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise evlilerin KB puanlarının anlamlı derecede yüksek olduğu bulunmuştur. (84) Maslach ise evli olmanın

duygusal tükenme puanlarında azalma ile sonuçlandığını bulmuştur. (78) Çocuk sayısı ile MTÖ alt ölçekleri korelasyon analizinde ise DT ve DYS puanları arasında negatif yönlü orta düzeyde anlamlı bir ilişki bulunduğu, KB puanları ile istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadığı saptanmıştır. Erol ve arkadaşları çocuk sahibi çalışanların DT ve DYS puanlarının daha düşük düzeyde olduğunu bulmuştur. (75) Yaman çocuk sayısı birden fazla olan evli bireylerin DT ve DYS puanlarını daha yüksek, KB puanlarını daha düşük bulunmuştur. (9) Polat ve arkadaşlarının çalışmasında ise çocuk sahibi olma ile tükenmişliğin arasında bir ilişki saptanmamıştır. (84) Kaya ve arkadaşları çocuk sayısı ile MTÖ alt grupları arasında KB ile çocuk sayısı arasında ters yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptamıştır. (94) Çocuk sahibi olmanın bireyi hayata daha fazla bağladığı ileri sürülmekteyse de, sorumluluğu ve dolayısıyla stresi arttırdığı gerçeği de göz önünde bulundurulmalıdır. Evli ve çocuk sahibi olma samimi, sürekli ve ulaşılabilir bir aile ve dost çevresi içerisinde bulunma bireyin kendisine duyduğu güveni artırıp, hayata olumlu bakmasını ve daha sıkı sarılmasını sağladığından, tükenmişlikle daha etkili başa çıkma konusunda sosyal destek ortamı sağlamaktadır. (61)

Aile hekimi olarak çalışma yılı ile Maslach Tükenmişlik Ölçeği'nin alt boyutlarının puanları arasında yapılan korelasyon analizinde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Okutan'ın çalışmasında MTÖ ölçekleri ile çalışma yılı arasında ilişki bulunamamıştır. (55) Yakut ve arkadaşlarının çalışmasında araştırma kapsamında sorgulanan çalışma yılı ile tükenmişlik düzeyi konusunda yapılan analiz sonucunda 20 yıl ve üzeri çalışanların duygusal tükenmişlik ve duyarsızlık puanlarının düşük, iki yıldan az çalışanların ise kişisel başarı duygusunda azalma puanlarının yüksek olduğu görülmüştür. (116) Ergin'in çalışmasında ise çalışma yılı arttıkça DT ve DYS puanları azalmakta, KB puanları ise artmaktadır. (67) Yavuzylmaz çalışmasında sadece hizmetli personel ve memurlarda çalışma süresi ile DYS arasında negatif bir korelasyon saptamıştır. (92) Kaya ve arkadaşlarının çalışmasında yer alanların toplam meslekte çalışma süresi ile duyarsızlaşma puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur. (94) Meslekte geçirilen süre arttıkça kişi sorunlarla daha kolay baş edebilme yeteneklerini geliştirebilmektedir. Mesleğe yeni başlayanların daha idealist oldukları ve meslekten beklentilerin çok olması nedeni ile daha fazla tükenmişlik yaşayabileceklerini bununla birlikte çalışılan süre arttıkça



beklenti düzeyinin azalmasına paralel olarak tükenmişlik düzeyinin de düşeceği söylenebilir. İşte geçirilen süre ile birlikte kıdemli olma ve bağımsız kararlar alabilme yeteneğindeki artış tükenmişliğe karşı koruyucu olabilir. Litaratür ile çalışmamız arasında çelişen bir bulgu olan bu bilgi Sakarya'da ve Türkiye'de aile hekimliğinin yeni bir sistem olmasından kaynaklanıyor olabilir.

Çalışmamız içerisinde yer alan katılımcılar sigara içen ve içmeyen olarak gruplandırılıp MTÖ alt ölçekleri ile karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı ancak sigara içenlerde DT ve DYS puanlarının daha yüksek KB puanlarının ise daha düşük olduğu saptanmıştır. Naktiyok ve arkadaşları benzer şekilde sigara ile MTÖ arasında ilişki bulamamışlardır. (89) Marakoğlu ve arkadaşlarının Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde 160 araştırma görevlisi ile yaptığı çalışmada sigara içenlerin başlamasında en önemli sebeplerin sıralandığı anketinde ikinci sırasında stres ve sıkıntı (% 17.9) olduğunu bulmuştur. Mevcut çalışmada 26/160 (% 16) sigara içtiği belirtilmiştir. Sigara ile MTÖ alt ölçekleri arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. Bu durumu; araştırma görevlilerinin iş stresi ve tükenmişlik düzeylerinin düşük olmasına, sigara alışkanlıklarının daha az olmasına ve sigara içme durumu yaşla arttığı için çalışma grubundaki araştırma görevlilerinin genç olmasına bağlamıştır. (90) Yaman çalışmasında tükenmişliğin DT, DYS ve KB alt boyutları açısından sigara kullananlar ile kullanmayanlar arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. (9) Çalışmamıza katılan hekimlerin 48'i (% 31) sigara kullanan, 107 'si (% 69) sigara kullanmayan olarak bulunmuştur. (Şekil 7) 2012 TUIK verilerine göre Türkiye'de sigara içenlerin oranı % 27'dir. (91) Çalışmamızın bulguları ile benzerdir. Marakoğlu'nun çalışmasında sigara kullananların oranı %16.3 bulunmuştur. (90) Çalışmamıza göre düşüktür.Çalışmamızda sigara paket/yıl ve MTÖ alt ölçekler korelasyon analizinde DYS puanları arasında negatif yönlü orta düzeyde ilişki saptanmış, DT ve KB puanları ile istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Yavuzylmaz ve arkadaşlarının Trabzon da yapılmış çalışmasında sigara içenlerde DYS daha önce içip şu an bırakmış olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir. Bu durum yoğun stres altında olan zaten tükenmişlik yaşayan sağlık personelinin sigarayı bir çözüm olarak görüyor olmasından kaynaklanabileceği şeklinde yorumlanmıştır. (92) Kurçer çalışmasında sigara ile DYS puanları arasında anlamlı

ilişki saptamıştır. (93) Sigara ile MTÖ arasında net bir ilişkiden söz edilemeyeceği sonucuna varılabilir. Sigara ile tükenmişlik sebep sonuç ilişkisini net ortaya koyacak kapsamlı araştırmalar yapılmalıdır.

Çalışmamızda hekimlerin % 70'i günlük 45-75 hasta bakmaktadır. (Şekil 6) Çalışmamızda yer alan hekimlerin günlük poliklinik sayısı  $62.40 \pm 15.5$  SS'dir. (Tablo 3) Özkara Ankara'da aile hekimlerinin günde 59 hasta baktığını bulmuştur. (107) Baykan aile hekimlerinin günlük  $57.4 \pm 16.7$  SS hasta baktığını bulmuştur. (103) Hekimlerin % 87.1'i hastalarına yeterli zaman ayırıyorum düşüncesine katılım yönünde düşünce belirtmişlerdir. (Şekil 17) ASM'de çalışma hayatında yaşanan sorunlara ilişkin açık uçlu sorunlara cevap veren hekimlerin 107'si (% 68.2) iş yükü fazlalığını, 102'si (% 65) ise gereksiz iş yükünü sorun olarak görmüşlerdir. (Tablo 5) Türkiye'de aktif çalışan hekim sayısı dikkate alındığında Türkiye 100 bin kişiye düşen hekim sayısı bakımından birçok ülkenin gerisinde kalmıştır. (99) TUİK Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2012 kitapçığından elde edilen bilgiye göre Sakarya 'da aile hekimi başına düşen nüfus 3566 kişidir. Türkiye ortalaması ise 3634'tür. (100) Poliklinik sayısı ile MTÖ alt ölçeklerin karşılaştırılması dikkate alındığında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamasına rağmen sayı arttıkça DT ve KB puanlarının arttığı DYS puanlarının ise azaldığı göze çarpmaktadır. (Tablo 13) Spearman ile yapılan korelasyon analizinde ise hasta sayısı arttıkça KB puanlarında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki görülmüştür. (Tablo 17) Bu ilişkiyi inceleyen yayınlar tarandığında Bircan ve arkadaşlarının 2005 yılında Konya ve çevre illerde 209 acil hekimi ile yaptığı çalışmada bakılan hasta sayısı arttıkça DT puanında arttığı görülmüştür. (96) Benzer şekilde 2007'de Türkiye'nin çeşitli illerinde çalışan hekim ve psikologlarla yapılan çalışmada da bakılan hasta sayısı arttıkça DT puanlarının arttığı görülmüştür. (97) Çalışmamızın MTÖ bakılan hasta sayısı karşılaştırılması hekimler açısından olumlu bulunmasına rağmen literatür ile çelişmektedir. Taycan ve arkadaşlarının 2013'te Muş'ta devlet hizmet yükümlüsü olarak çalışan hekimlerde yaptığı çalışmada bakılan hasta sayısı artarken DYS puanlarının da arttığı KB puanlarının ise azaldığı saptanmıştır. (98) İş yükü bir kişinin faaliyetlerini oluşturan görevler bütünü veya çalışanın yapmakla sorumlu olduğu görevler olarak tanımlanmaktadır. Bakılan hasta sayısı standart iş yükü içerisinde. (101) İş yükü artışı ise tükenmişlik artışına neden olmaktadır. (46, 50) Bolat'ın yaptığı çalışmada

da iş yükü ile tükenmişlik arasında anlamlı ve pozitif bir sebep sonuç ilişkisi belirlenmiştir. (102) Baykan ve arkadaşlarının Kayseri il merkezinde aile hekimi olarak çalışan 143 hekim ile yapmış olduğu çalışmada iş yükü ile tükenmişliğin arttığı bulunmuştur. (103) Yurtdışı yayınlarda iş yükünün tükenmişliği arttırdığı bulunmuştur. (104) Çalışmamız literatür ile çelişkili bulgular içermektedir. Bu nedenle konu üzerinde durulup, işyükü analizlerinin geniş kapsamlı çalışmalarla desteklenmesi daha doğru sonuçlar verecektir.

Çalışmamız Sakarya il genelinde yapıldığından çalışmada yer alan hekimler çalışma koşulları dikkate alınarak il merkezinde ve ilçeler de çalışanlar olarak 2 gruba ayrılıp MTÖ karşılaştırılması yapılmıştır. DYS ile çalışılan ASM arasında anlamlı ilişki saptanmış olup ilçelerde çalışan hekimlerde daha yüksek saptanmıştır. DT ve KB puanları arasında ilişki saptanmamıştır. (Tablo 14) Yaşam koşulları ruhsal yapıyı belirleyen en önemli unsurlardan biridir.Sakarya merkezinin devlet hizmet yükümlülüğü gruplandırılmasında 2.grupta ilçelerinin ise 3.grupta yer alması sosyal ve ekonomik imkanların merkezde daha fazla olduğuna işaret etmektedir.Coğrafik yapı itibari ile ilimiz ulaşım imkanlarının fazla olması bu farkı ortadan kaldıran bir etken olarak karşımıza çıkmış olabilir.Sünter ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada benzer şekilde il, belde ve köy çalışanları arasında istatistiksel anlamlı fark bulunmamıştır. (68) Koşan'ın 2010'da Erzurum'da çalışan hekimlerde tükenmişlik araştırdığı çalışmada ise ilçe de çalışan hekimlerin DT puanları il merkezinde çalışanlardan anlamlı derecede yüksek bulunmuş, DYS ve KB puanlarında ise istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Koşan saptanan ilişkiyi ilçede çalışma ve sosyal faaliyet yetersizliğinden kaynaklanabileceği düşüncesini benimsemiştir. (105) Aksu ve Baysal'ın İzmir il genelinde görev yapmakta olan ilköğretim okulu müdürlerinin tükenmişlik düzeylerini araştırdığı çalışmada ise çalışılan yerleşim yerinin DT ve KB puanlarında anlamlı, DYS puanları ile anlamlı olmayan bir ilişki bulmuştur. (106)

Sağlık çalışanlarında yorgunluk, moral bozukluğu, spastik kolon, depresyon, ülseratif kolit, psöriyazis, disk hernisi, obezite, baş ağrısı sık görülen hastalıklar olarak belirtilmiştir. (82) MTÖ'nde puanlar üzerinde etkili bir değişken olan kronik hastalık varlığı, çalışma kapsamında yer alan hekimlerin alt ölçek puanları ile karşılaştırıldığında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Araştırma grubunda bulunan

hekimlerden 119 kişi (% 75.8) kronik hastalığı olmadığını, 38 kişi (% 24.2) ise kronik hastalığı (Diyabet, hipertansiyon, koroner arter hastalığı, hipertroidi, gastroösofagiyal reflü, hashimato troiditi, psoriyazis, hipotroidi, obezite, irritabl barsak, disk hernisi) olduğunu belirtmişlerdir. (Şekil 8, Tablo 2) Baykan ve arkadaşlarının çalışmasında 54 (% 37.8) kişi kronik hastalığının olduğunu, 89 (% 62) kişi ise hastalığının bulunmadığını belirtmişlerdir. (103) Kronik hastalığı olan hekimlerin fazla olmasına rağmen çalışmamıza benzer şekilde MTÖ alt ölçekleri ile anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Bu durum araştırma kapsamında olan hekimlerin hastalıklarının farkında olmaları ve çalışma şartlarını etkilemeyecek düzeyde olması ile açıklanabilir. Naçar öğrencilerle yapmış olduğu çalışmada da benzer şekilde MTÖ ile kronik hastalık arasında anlamlı ilişki saptamamıştır. (110) Özkara ve arkadaşlarının Ankara 'da çalışan aile hekimleriyle yaptığı çalışmada hekimlerin 126'sının (% 24.9) kronik hastalığı olduğu saptanmıştır. (107) Haran ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise Ankara'da çalışan doktor ve hemşirelerde kronik hastalık varlığı 182 (% 65.9) kişide olduğu saptanmıştır. Bedensel hastalığın varlığı DT puanlarını artırıcı bir değişken olarak bulunmuştur. (108) Anesteziyoloji ve dahiliye asistanlarının tükenmişliğinin araştırıldığı bir çalışmada anestezi çalışanlarının bedensel rahatsızlık oranı fazla olmasına karşın, tükenmişlik durumu açısından diğer gruptan daha fazla tükenmişlik yaşamadıkları sonucuna varılmıştır. (109) Gül ve arkadaşlarının çalışmasında 26 (% 72.2) kişide kronik hastalık olmadığı ve süreğen hastalığı olan çalışanlarda kişisel başarı olumsuz olarak etkilenen bir faktör olarak saptanmıştır. (88) Aslan ve arkadaşlarının çalışmasında ise kronik hastalık DT ve KB puanlarını anlamlı derecede etkilediği bulunmuştur. (74)

Çalışmamız kapsamında yer alan hekimlerin BKİ 3 grup halinde kategorize edilip (Normal (25 altı), kilolu (25-29.9), obez (30 ve üzeri)) incelendiğinde BKİ normal grupta olan hekim sayısı 52 (% 33.3), BKİ kilolu grupta olan hekim sayısı 67 (% 43), BKİ obez grupta olan hekim sayısı 37 (% 23.7) olarak bulundu. (Şekil 10) Araştırma kapsamındaki hekimlerin BKİ'leri cinsiyetlere göre incelendiğinde erkeklerde  $28.1 \pm 4.1$  SS, kadınlarda  $25.6 \pm 4.6$  SS olarak bulunmuştur. (Tablo 4) DSÖ'nün BKİ'yi kullanarak yaptığı yetişkin ağırlık durumu kategorileri (<18.5 kg/m<sup>2</sup> zayıf, 18.5 - <25.0 kg/m<sup>2</sup> normal, 25.0 - <30.0 kg/m<sup>2</sup> fazla kilolu,  $\geq 30.0$  kg/m<sup>2</sup> obez) kullanılmaktadır. (111) Çalışmamızda benzer sonuç Türkiye genelinde yapılan

Türkiye Beden Ağırlığı Algısı Araştırması sonuçlarında da alınmıştır. Sonuçlara göre 6082 kişinin BKİ ortalamaları 26.6 olarak bulunmuştur. Kadınların BKİ ortalaması 26.8; erkeklerin ise 26.1'dir. Bu çalışmada kadınların BKİ ortalamaları daha yüksektir. (111) Marakoğlu ise çalışmasında 93 (% 58) kişi normal kiloda olduğu bulunmuştur. (90) Şişmanlama yalnız ülkemize özgü bir sorun olmayıp son zamanlarda gelişmekte olan ülkelerin çoğunda ve birçok gelişmiş toplumda da gözlenen bir salgındır. BKİ'nin sistolik ve diyastolik basınçla, kanda trigliseridler ve TK/HDL-K oranıyla doğrusal, halkımızda zaten düşük olan HDL-K ile ters bir korelasyon içinde olduğu gösterilmiştir. Bu nedenle bu konuda topluma yönelik girişimlerin hızlandırılması çok önem kazanmıştır. (112) Topluma örnek olacak meslek gruplarının obezite konusunda dikkatli olması gerektiği düşüncesindeyiz. Araştırmaya katılanların vücut kitle indeksine göre Maslach Tükenmişlik ölçeğinin alt boyutlarından aldıkları puanlarda istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur. Beden kitle indeksi ile tükenmişlik ölçeği'nin alt boyutlarının puanları arasında yapılan korelasyon analizinde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Literatürde benzer karşılaştırma yapılmış çok az sayıda çalışma bulunmaktadır. Aydın ve arkadaşlarının obezite, diyabet, tükenmişlik çalışmasında diyabet ve obezite gruplarında kontrol grubuna göre daha yüksek tükenmişlik skorları saptanmıştır. (113) Kouvonen ve arkadaşlarının 45 bin çalışan üzerinde yaptığı çalışmada düşük iş kontrolü, gergin iş ortamı ve yetersiz ödül olanağı daha yüksek bir BKİ ile ilişkili olduğu bulunmuştur. İş stresi ve BKİ arasında zayıf bir ilişki olduğu saptanmıştır. (114) Kitaoka ve arkadaşları Japonya'da yapmış olduğu çalışmada BKİ ile tükenmişlik arasında anlamlı ilişki olduğunu saptamıştır. (115) Obezite yaygın ve önemli bir halk sağlığı problemi olarak kabul edilmektedir. Tükenmişlikte kronik bir strese yanıt olarak duygusal ve bedensel yakınma ve bulguların ortaya çıktığı göz önüne alınırsa araştırmaların bu konulara yönelmesi gerektiğini söyleyebiliriz.

İşten ayrılma, bireyin örgütten fiili olarak ayrılması olarak kabul edilirken, işten ayrılma niyeti ise, bireyin örgütten çekilme isteğinin davranışsal bir tutumu olarak ifade edilmektedir . Bireylerin işten ayrılmak istemelerinin farklı birtakım nedenleri vardır. Özellikle iş doyumunu düşük olan çalışanlarda iş devamsızlıklarının fazla olmasının yanında, alternatif iş olanakları, piyasa şartları, ücret, kıdem gibi birtakım

faktörler de bireyin işten ayrılma eğilimi göstermesine neden olmaktadır. (117) Telli çalışmasında toplam tükenmişlikteki bir birimlik artışın toplam işten ayrılmayı %9 oranında arttırdığını bulmuştur. İşletmelerdeki çalışanların tükenmişlik seviyelerindeki artış işten ayrılmaları hızlandırıcı bir faktör olarak karşımıza çıkmaktadır. (117) İşten ayrılma niyeti çalışanların istihdam koşullarından tatminsiz olmaları durumunda gösterdikleri yıkıcı ve aktif bir eylemdir. (118) Katılımcılara yöneltilen "Aile Hekimlerinin Çalışma Yaşamıyla İlgili Bazı Konularda Bilgi Tutum ve Davranışlarının Sorgulanması" formunda hekimlerin 76'sı (% 49) TUS sınavını kesinlikle düşünmediğini, 79'u (% 51) sınava girmeyi düşündüğünü belirtmişlerdir. (Şekil 12) Tus sınavına girmek istiyorum düşüncesine verilen görüşler ile MTÖ'nün alt boyutlarından biri olan DYS puanları arasında pozitif yönlü zayıf düzeyde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır, DT ve KB puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Aile hekimi olarak mesleki geleceğimi parlak görüyorum düşüncesine verilen görüşler ile MTÖ'nün alt boyutlarından biri olan DT puanları arasında negatif yönlü orta düzeyde ve DYS puanları arasında negatif yönlü zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki saptanırken, KB puanları arasında ise anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Aile hekimi olarak mesleki geleceğimi parlak görüyorum düşüncesine 82 (% 53.2) kişi kesinlikle katılmadığını belirtirken tüm katılımcılar mesleki gelecekleri hakkında az da olsa kaygı taşımaktadırlar. Oğuzberk çalışmasında geleceğini umutsuz olarak değerlendirenlerin umutlu olarak değerlendirenlere göre duygusal tükenme puanları ve toplam tükenmişlik puanları istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulmuştur. (97) Efeoğlu'nun Adana il merkezinde 2013 yılında aile hekimleriyle yaptığı iş doyumunu çalışmasında katılımcıların % 42.2'si işinin geleceğini güvence altına aldığını, % 62.2'si iş değiştirmeyi düşünmediği bulunmuştur. (119) Başkan ise çalışmasında aile hekimlerinin yarıdan fazlası aile hekimliği uygulamasına geçtikleri ilk günden bugüne psikolojik durumlarının olumsuz etkilendiğini ve uygulamaya yeni geçtikleri döneme göre şu anki memnuniyetlerinde azalma olduğunu ifade etmişlerdir. Bununla beraber çalışmaya katılanların yarısı aile hekimliği uygulamasında yer almaktan memnun görünmekte olduklarını bu çelişkili durumu açıklayabilecek tek değişimin, elde edilen ücretin artmış olmasına bağlamıştır. (103) Çalışmamızda da aile hekimliği sistemini genel olarak olumlu buluyorum görüşüne hekimlerin 15'i (% 9.7)

kesinlikle katılmadıklarını 14'ü (% 9) tamamen katıldıklarını belirtmişlerdir. Aile hekimliği sistemini genel olarak olumlu buluyorum düşüncesine verilen görüşler ile MTÖ'nün alt boyutlarından biri olan DT puanları arasında negatif yönlü orta düzeyde ve DYS puanları arasında negatif yönlü zayıf düzeyde KB puanları arasında ise pozitif yönlü orta düzeyde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır. Sakarya'da çalışan aile hekimleri aile hekimliği sistemini olumlu bulmasına rağmen sistemin kendilerini sistemde nasıl yer alması ile kaygıları bulunmakta olduğu sonucuna varılabilir. Maaşımın (hakediş) yeterli olduğunu düşünüyorum görüşüne karşı 34 (% 21.8) kişi kesinlikle katılmıyorum şeklinde cevap vermişlerdir. Maaşımın (hakediş) yeterli olduğunu düşünüyorum düşüncesine verilen görüşler ile MTÖ alt boyutlarından biri olan DT puanları arasında negatif yönlü zayıf düzeyde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuş, DYS ve KB puanları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Taycan ve arkadaşlarının çalışmasında aylık gelire üç alt ölçek arasında da istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Buna göre aylık kazancının yeterli olduğunu düşünenlerde tükenmişlik oranları daha düşük saptanmıştır. Literatürde değişik çalışmalarda aylık gelir ile tükenmişlik arasında negatif bir ilişki olduğu bildirilmiştir. (85) Naktiyok ise gelir düzeyi ile tükenmişlik arasında farklılık olmadığını bulmuştur. (89) Oğuzberk çalışmasında aylık geliri düşük olan grubun aylık geliri iyi olan gruba göre duyarsızlaşma puanı ve toplam tükenmişlik puanı istatistiksel olarak daha yüksek bulunmuştur. (97) Öztürk ve arkadaşlarının kayseri sağlık yöneticilerinde yaptığı çalışmada da gelir düzeyinin tükenmişliği etkilemediği bulunmuştur. (76) Yapılan çalışmalarda düşük gelir düzeyi ve kazançtan memnun olmama tükenmişlik ile ilişkili bulunan etkenler arasında yer almaktadır. Ödül eksikliği, kişisel başarı eksikliği boyutu ile yakından ilişkilidir. (49) Gelir düzeyi yüksek olan bireyler yaptıkları işten tatmin olurlar, geleceklerinden endişe duymazlar, daha az stres yaşarlar, yaşam kaliteleri artar sonuçta daha az tükenmişlik yaşayabilirler. Gelir düzeyinin çalışmamızın sonuçlarını etkilediği sonucuna varılabilir. Günlük hekimlik uygulamaları sırasında hasta veya hasta yakınlarının olumsuz davranışları (sözlü ya da fiili) ile karşılaşıyorum düşüncesine verilen görüşler ile MTÖ'nün alt boyutlarından biri olan DYS ve DT puanları arasında pozitif yönlü orta düzeyde, KB puanları arasında ise negatif yönlü zayıf düzeyde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır. Günlük hekimlik

uygulamalarım sırasında hasta veya hasta yakınlarının olumsuz davranışları (sözlü ya da fiili) ile 146 (% 94.2) kişi karşılaştığını belirtmiştir. Sağlık kurumlarındaki şiddet, hasta, hasta yakınları ya da diğer herhangi bir bireyden gelen, sağlık çalışanı için risk oluşturan; tehdit davranışı, sözel tehdit, fiziksel saldırı ve cinsel saldırıdan oluşan durum olarak tanımlanmıştır. (120) Yapılan çalışmalarda şiddete uğrayanlarda şiddetin psikolojik etkileri gösterilmiştir. Şaşkınlık, kızgınlık, çaresizlik, korku, tükenmişlik, güven kaybı, kendini suçlama gibi farklı duygulara neden olduğu belirtilmiştir. Ayrıca özellikle fiziksel şiddete uğrayan çalışanlarda travma sonrası stres bozukluğu gelişebileceğine değinilmiştir. (121) İlhan ve arkadaşlarının çalışmasında yer alan 616 hekimin % 60.9'u çalışma yaşamı boyunca iş yerinde şiddete uğradığını belirtmiştir. (intörn doktorlar için % 65.5; araştırma görevlisi doktorlar için % 59.5). (122) Ayrancı ve arkadaşlarının Türkiye'nin batısındaki 34 hastanede 1209 sağlık çalışanında yaptığı şiddete maruz kalma durumu çalışmasına katılan pratisyen hekimlerin % 69.6'sı hasta yakınlarından sözel ve fiziksel saldırıya uğradıklarını belirtmişlerdir. (123) Sakarya aile hekimlerinin anket formunda yer alan pratik hayatta karşılaşılan sorunlara ilişkin açık uçlu düşünceler gruplandırıldığında hekimlerin 123'ü (% 78.3) hasta kaynaklı tutum ve davranışları, sorun olarak gördüklerini belirtmişlerdir. Sonuçlarımıza yansımayan bu durumun araştırılması gerektiği düşüncesindeyiz.



## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Sağlık hizmetleri, çalışanlarının dikkatli, duyarlı, özverili olmasını gerektiren, hata kabul etmeyen bir alandır. Verilen hizmetlerin kaliteli olabilmesi için öncelikle sağlık çalışanlarının ruhen ve bedenen sağlıklı olması, tükenmişlikten korunması, işlerini severek yapmaları, stresli durumlarla etkin şekilde başa çıkmaları ve kendilerini güvende hissetmeleri gerekmektedir.

Çalışmamızda, işleri gereği sürekli insanlarla iletişim halinde olan aile hekimlerinin tükenmişlik düzeyleri belirlenmeye çalışılmıştır. Çalışma sonucunda, katılımcıların DT, DYS ve KB puanlarının düşük olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

DT ve DYS alt ölçeklerinden alınan yüksek puanlar, KB alt ölçeğinden alınan düşük puan tükenmeyi ifade eder. Çalışmamızda tükenmişliği destekleyen tek bulgu KB puanlarındaki düşüklük olarak görülmektedir. Bu bağlamda, yapılan araştırma kapsamında aile hekimlerinin beklenenin aksine düşük tükenme düzeylerine sahip oldukları fakat tükenmişlik riski altında olduğu söylenebilir. Yapılan analizler ışığında genel olarak düşük tükenmişlik seviyesine sahip olduğu tespit edilen aile hekimlerinin mevcut durumları korunmalı, aile hekimlerinin bilimsel ve mesleki alanlarda kendilerinin geliştirebilmeleri ve tükenmişlikten korunabilmeleri için, hizmet içi eğitim, kongre, konferans vb. gibi etkinlikler düzenlenmelidir. Bu faaliyetlerde mesleki ve bilimsel bilgi aktarımı yanında stres yönetimi ve tükenmişliğin etkileri, korunma yolları konularına da yer verilmelidir. Gerek dünya gerek ülkemizdeki sağlık sisteminin yaşadığı sorunlar dikkate alındığında birinci basamak sağlık hizmetlerinin dolayısıyla aile hekimliği sisteminin çok güçlü olması zorunluluktur. Bu zorunluluk gereğince, aile hekimlerinin kendilerini geliştirme yollarının açık olduğuna ve mesleki geleceklerinin parlak olduğuna ikna edilmeleri gerekli ve kaçınılmazdır.

Sonuç olarak, birinci basamakta sunulan hizmetlerin kalitesini artırmak, çalışanın iş doyumunu yükseltmek, hastaların memnuniyetini artırmak için çalışanların ruh sağlığını koruyucu ve devam ettirici koşulların hazırlanması için kurumsal düzenlemeler yapmak önemli görünmektedir. Bu araştırmanın bazı sınırlılıklarını da dikkate alarak gelecekte yapılacak çalışmalar için örnek olabilir.

## 7.KAYNAKLAR

- 1) Freudenberger HJ. (1974). Staff burnout. *Journal of Social Issues*, 30(1):159- 165.
- 2) Freudenberger HJ. (1975) The staff burn-out syndrome in alternative institutions. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 12 (1)73-82.
- 3) Sturgess J, Poulsen A. (1983) The prevalence of burnout in occupational therapists. *Occup. Ther. Ment. Health*, 3 (4): 47- 60.
- 4) Cherniss C. (1980) Professional burnout in human service organizations. Beverly Hills: Sage.
- 5) Maslach C, Jackson SE. (1986) In: Maslach Burnout Inventory (Manual), 2nd Edition. Consulting Psychologists Press, Palo Alto, CA .
- 6) Keskin G, Çınar Z, Alparslan Ö, Özmercan V. (2010) Türkiye'deki il sağlık müdürlerinin liderlik davranışlarının iş doyumları ve tükenmişlik düzeyleri üzerine etkileri. 2.Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Bildiriler Kitabı, 2:102-114
- 7) Schaufeli WB, Enzmann D. (1998) The burnout companion to study and practice: A critical analysis. Taylor and Francis, London.
- 8) Yılmaz TD. (2009) Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastaneleri'nde Tıp da Uzmanlık Öğrencilerinin Tükenmişlik Düzeyi ve Etkileyen Faktörler ,Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi, (Danışman Prof. Dr. Ferda ÖZYURDA )
- 9) Yaman H, Urgan M. (2002) Tükenmişlik: Aile hekimliği asistan hekimleri üzerinde bir inceleme. *Türk Psikoloji Dergisi*, 17 (49):37 - 44
- 10) Aktürk Z, Dağdeviren N.(2004) Aile hekimliğinin kilometre taşları: Millis ve Willard Raporları. *Türkiye Aile Hekimliği Uzmanlık Derneği Yayınları* İstanbul
- 11) The General Practitioner In Europe: A statement by the working party appointed by the European Conference on the teaching of General Practice (1974) Leeuwenhorst, Netherlands
- 12) WONCA Avrupa 2005 Basım Türkçe Çevirisi.( 2011) *Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği Yayınları 4*

- 13) Dikici MF, Kartal M, Alptekin S, Çubukçu M.( 2007) Aile hekimliğinde kavramlar, görev tanımı ve disiplininin tarihçesi.*Türkiye Klinikleri J Med Sci*, 27:412-418
- 14) Saatçi E,Bozdemir N,Akpınar E. (2006) Amerika Birleşik Devletleri'nde Aile Hekimliği *Türk Aile Hekimliği Dergisi*,10(2):79-86
- 15) WONCA Europe 2002, The European definition of general practice/family medicine.
- 16) European definition of GP/FM, WONCA 2005
- 17) Definition of Family Medicine, ABFM 2005
- 18) [http://ailehekimligi.gov.tr/genel mevzuat](http://ailehekimligi.gov.tr/genel_mevzuat) (Erişim tarihi:28.05.2014)
- 19) Aile hekimliği Uygulama Yönetmeliği (RG: 25.01.2013/ 28539)
- 20) Rakel RE. (1990) The family physician. In: Rakel RE (ed). Textbook of Family Practice, 4th ed. New York: WB Saunders; 3
- 21) Akdeniz M, Ungan M, Yaman H. (2010) Türkiye’de bir tıp disiplini olarak aile hekimliğinin gelişimi. *GeroFam* ,1(1):29-40
- 22) Paycı SÖ, Ünlüoğlu İ. (2004) Dünyada ve Türkiye’de aile hekimliği.Aile Hekimliği Kurs Notları s:23
- 23) American Board of Family Medicine  
<https://www.theabfm.org/about/history.aspx> (Erişim tarihi: 28.05.2014)
- 24) Fişek N. (1985) Halk Sağlığına Giriş. *Hacettepe Üniversitesi Toplum Hekimliği Enstitüsü Yayını*, Ankara, s:115-116
- 25) Aksakoğlu G. Çağdaş sağlık anlayışı ve aile hekimliği modeli  
<http://www.toplumsagligi.org/PageContentsPopUp.aspx?Id=1066>( Erişim tarihi: 28.05.2014).
- 26) Özcan F, Ünlüoğlu İ. (1996) Türkiye’de ve Dünya’da Aile Hekimliği. *Sendrom*, 8 (7): 83-85..
- 27) WHO-WONCA Joint Conference. ( 6-8 Nov 1994) Making medical practice and education more relevant to people’s needs. WHO-WONCA. Ontario, Canada
- 28) Algın K, Şahin İ, Top M. (2004) Türkiye’de aile hekimlerinin mesleki sorunları ve çözüm önerileri. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 7(3):249-275

- 29) T.C. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı, Ankara ALTINCI BEŞYILLIK KALKINMA PLANI 1990 - 1994 s 289-291  
<http://ekutup.dpt.gov.tr/plan/plan.asp> (Erişim Tarihi: 28.05.2014)
- 30) Başbakanlık (2003) T.C. 58. Hükümet Acil Eylem Planı. T.C. Başbakanlık, Ankara <http://www.dpt.gov.tr/DocObjects/Download/2224/aep.pdf> s101-112 (Erişim Tarihi: 28.05.2014)
- 31) Sağlık Bakanlığı Sağlıkta Dönüşüm Programı. T.C. Sağlık Bakanlığı, Ankara.s30 2003 <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1.../saglikta-donusum-programi.html> (Erişim Tarihi: 28.05.2014)
- 32) T.C. Sağlık Bakanlığı, aile hekimliği, aile hekimliğine geçen iller için güncel durum tablosu.  
[http://www.ailehekimligi.gov.tr/index.php?option=com\\_content&view=article&id=874:aile-hekimliinde-guencel-durum&catid=38](http://www.ailehekimligi.gov.tr/index.php?option=com_content&view=article&id=874:aile-hekimliinde-guencel-durum&catid=38) (Erişim tarihi:29.05.2014)
- 33) [www.tdk.gov.tr](http://www.tdk.gov.tr).(Erişim Tarihi: 03.06.2014)
- 34) Sürgevil O. (2006) Çalışma Hayatında Tükenmişlik Sendromu Tükenmişlikle Mücadele Teknikleri. Ankara, *Nobel Yayın Dağıtım*, s.17–93,
- 35) Maslach C, Schaufeli W, Leiter MP. (2001) Job Burnout. *Annual Review of Psychology*, 52:397-422
- 36) Boyar E. (2011)Türkiye’de Muhasebe Meslek Mensuplarının Mesleki Tükenmişlik Durumlarının Araştırılması.Sakarya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Doktora Tezi (Danışman: Doç. Dr. Selahattin KARABINAR)
- 37) Maslach C. (1976) Burned-out. *Hum. Behav. Sept.*, p:16-22.
- 38) Ergin C. (1992) Doktor ve hemşirelerde tükenmişlik ve Maslach Tükenmişlik Ölçeği’nin uyarlanması. 7.Ulusal Psikoloji Kongresi Bilimsel Çalışmaları 143-154.
- 39) Keel P. (1993) Psychische belastungen durch die Arbeit., Burnout syndrom. *Praeventumed*, 2(suppl), 131-132.
- 40) Garden AM. (1987) Depersonalisation, a valid dimension of burnout?, *Human Relations*. 40:545-560.

- 41) Maslach C, Goldberg J. (1998) Prevention of burnout: New perspectives. *Applied and Preventive Psychology*, 7:63–74
- 42) Perlman B, Hartman AE. (1982) Burnout: Summary And Future Research, *Human Relations*, 35:283-305
- 43) Suran BG, Sheridan EP. (1984) Management Of Burnout: Training Psychologists In Professional Life Span Perspectives. *Professional Psychology: Research And Practice*,15:741-752.
- 44) Edelwich J, Brodsky A. (1980). Burnout: Stages of disillusionment in the helping professions. *Newyork: Human Sciences Pres*
- 45) Düzyürek S, Ünlüoğlu G. (1992) Hekimde tükenmişlik (burnout) sendromu. *Psikiyatri Bülteni*,1:108–112.
- 46) Buğdaycı R, Kurt AÖ,Şaşmaz T,Öner S. (2007) Mersin İli'nde pratisyen ve uzman hekimlerde depresyon sıklığı ve etkileyen faktörler. *Toplum Hekimliği Bülteni*, 26;(1):32-36
- 47) Gundersen L. (2001) Physician burnout. *Ann Intern Med*, 135(2):145–148.
- 48) Johnstone C. (1999) Strategies to prevent burnout. *BMJ*, 7292 (318):2–6
- 49) Çalgan Z, Yeğenoğlu S, Aslan D. (2009) Eczacılar da Mesleki Bir Sağlık Sorunu: Tükenmişlik.*Hacettepe Üniversitesi Eczacılık Fakültesi Dergisi*, 29(1):61-74
- 50) Elmas Ü.(2011)Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde Eğitim Gören 5 ve 6. Sınıf Tıp Öğrencilerinin Anksiyete, Depresyon ve Tükenmişlik Düzeyi.Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı,Tıpta Uzmanlık Tezi (Danışman :Yrd. Doç. Dr. Serdar ÖZTORA)
- 51) McCray LW, Cronholm PF, Bogner HR, Gallo PF, Neill RA.(2008) Resident physician burnout: Is there hope? *Fam Med*, 40(9):626–632
- 52 )Pines AM.(1993) Burnout: An Existential Perspective. In: Professional Burnout: Research Developments in Theory and Research. Eds: Schaufeli WB, Maslach C,Marek T. Taylor and Francis, Washington DC, 33–51.
- 53) Maslach C, Jackson SE. (1984) Burnout in organizational settings. *Applied Social Psychology Annual*, 5:133- 153.
- 54) ) Karacaoğlu BZ. (2010) Anesteziyologlar ve Cerrahların İş stresi ve Tükenmişlik Sendromu Açısından Karşılaştırılması. Hacettepe Üniversitesi

Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı Tıpta  
Uzmanlık Tezi, (Danışman: Doç. Dr. Seda Banu AKINCI)

- 55) Okutan E, Yıldız Ş, Konuk F. (2013) İş hayatında tükenmişlik sendromu: Finans ve muhasebe çalışanlarının tükenmişlik düzeylerinin belirlenmesine ilişkin bir çalışma. *Çankırı Karatekin Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 3(2):1-17
- 56) Ergin C. (1995) Akademisyenlerde Tükenmişlik ve Çeşitli Stres Kaynaklarının İncelenmesi. *Hacettepe Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Dergisi*, 12(1-2):37-50
- 57) Leka S, Griffiths A, Cox T. (2003) Work Organisation and Stress: Systematic Problem Approaches for Employers, Managers and Trade Union Representatives (Protecting Workers' Health Series; No.3) WHO, Geneva, Switzerland.
- 58) Polatçı S. (2007) Tükenmişlik sendromu ve Tükenmişliğe Etki Eden Faktörler Gazi Osmanpaşa Üniversitesi Akademik Personeli Üzerinde Bir Analiz. Gazi Osmanpaşa Üniversitesi Sosyal Bilimler Fakültesi Yüksek Lisans Tezi (Danışman :Doç. Dr. Kadir Ardıç)
- 59) Eren, E. (2006) Örgütsel Davranış ve Yönetim Psikolojisi. 9. Baskı, *Beta Basım Yayın Dağıtım A.Ş.*, İstanbul
- 60) Beyhan S, Güneş Y, Türktan M, Özcengiz D. (2013) Doğu Akdeniz Bölgesindeki Anestezi Hekimlerinde Tükenmişlik Sendromunun Araştırılması. *Türk J Anaesth Reanim*, 41: 7-13
- 61) Ardıç K, Polatçı S. (2008) Tükenmişlik Sendromu Akademisyenler Üzerinde Bir Uygulama. *Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 10(2):69-96
- 62) Ünal S, Karlıdağ R, Yoloğlu S. (2001) Hekimlerde tükenmişlik ve iş doyumu düzeylerinin yaşam doyumu düzeyleri ile ilişkisi. *Klinik Psikiyatri*, 4:113-118
- 63) Kaçmaz N. (2005) Tükenmişlik (Burnout) Sendromu. *İstanbul Tıp Fak Dergisi*, 68: 29-32
- 64) Balcıoğlu İ, Memetali S, Rozant R. (2008) Tükenmişlik Sendromu. *Dirim Tıp Gazetesi*, 83:99-104

- 65) Maslach C, Jackson SE, Leiter MP. (1996) Maslach Burnout Inventory Manual. 3rd ed, *Consulting Psychologists Press, Palo Alto, Ca*
- 66) Sürgevil O. (2006) Çalışma Hayatında Tükenmişlik Sendromu Tükenmişlikle mücadele Teknikleri (1. Baskı). Ankara: *Nobel Yayın Dağıtım*
- 67) Ergin C. (1996) Maslach Tükenmişlik Ölçeği'nin Türkiye sağlık personeli normları *3P Dergisi*, 4(1):28-33
- 68) Sünter AT, Canbaz S, Dabak Ş, Öz H, Pekşen Y. (2006) Pratisyen hekimlerde tükenmişlik, işe bağlı gerginlik ve iş doyumunu düzeyleri *Genel Tıp Derg*, 16(1):9-14
- 69) Güdük M, Erol Ş, Yağcıbulut Ö, Uğur Z, Özvarış ŞB, Aslan D. (2005) Ankara'da bir tıp fakültesi'nde okuyan son sınıf öğrencilerde tükenmişlik sendromu. *STE*, 14(8):169-173
- 70) Soler JK, Yaman H, Esteve M, et al. (2008) (European General Practice Research Network Burnout Study Group) Burnout in European family doctors: the EGPRN study. *Fam Prac*, 25:245-65
- 71) Marcelino G, Cerveira JM, Carvalho I, et al. (2012) *BMJ*. Open2012;2:e001050. doi:10.1136/bmjopen-001050
- 72) Lee JF, Stewart M, Brown JB. (2008) Stress, burnout, and strategies for reducing them What's the situation among Canadian family physicians? *Can Fam Physician*, 54:234-5.e1-5
- 73) Kırvan M, Armstrong D. (1995) Investigation of burnout in a sample of British general practitioners. *British Journal of General Practice*, 45(394):259-260
- 74) Aslan D, Kiper N, Karaağaoğlu E, Topal F, Güdük M, Cengiz ÖS. (2005) Türkiye'de tabip odalarına kayıtlı olan bir grup hekimde tükenmişlik sendromu ve etkileyen faktörler; *Türk Tabipler Birliği Yayınları*
- 75) Erol A, Akarca F, Değerli V, Sert E, Delibaş H, Gülpek D, Mete L. (2012) Acil servis çalışanlarında tükenmişlik ve iş doyumunu. *Klinik Psikiyatri*, 15:103-110
- 76) Öztürk A, Tolga Y, Şenol V, Günay O. (2008) Kayseri ilinde görev yapan sağlık idarecilerinin tükenmişlik düzeylerinin değerlendirilmesi. *Erciyes Medical Journal*, 30(2):92-99

- 77) Budak G, Sürgevil O. (2005) Tükenmişlik ve tükenmişliğe etkileyen örgütsel faktörlerin analizine ilişkin akademik personel üzerinde bir uygulama *D.E.Ü.İİ.B.F. Dergisi*, 20(2):95-108
- 78) Maslach C, Jackson SE. (1981) The measurement of experienced burnout. *Journal Of Occupational Behaviour*, 2:99-113
- 79) Çan E, Topbaş M, Yavuzylmaz A, Çan G, Özgün Ş. (2006) Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp fakültesindeki araştırma görevlisi hekimlerin tükenmişlik sendromu ile iş doyumunu düzeyleri ve ilişkili faktörler. *OMÜ.Tıp Dergisi*, 23(1):17-24
- 80) Aslan Y, Ünal S.( 2010) Bir fabrikada çalışan işçilerde tükenmişliğin incelenmesi *TAF Prev Med Bull*, 9(5):453-462
- 81) Aldrees TM,Aleissa S ,Zamakhshary M, Badri M,Ali MS. (2013) Physician well-being: Prevalence of burnout and associated risk factors in a tertiary hospital, Riyadh, Saudi Arabia *Ann Saudi Med*, 33(5):451-456
- 82) Akçalı DT,Dayanır H, İlhan MN, Babacan A. (2010) İç Anadolu Bölgesi'nde anesteziyoloji ve algoloji çalışanlarında tükenmişlik durumu. *Ağrı*; 22(2):79-85
- 83) Havle N, İlnem MC, Yener F, Gümüş H. (2008) İstanbul'da çalışan psikiyatristlerde tükenmişlik, iş doyum ve bunların çeşitli değişkenlerle ilişkisi. *Düşünen Adam*, 21(1-4):4-13
- 84) Polat G, Topuzoğlu A, Gürbüz K, Hotalak Ö, Kavak H, Emirikçi S, Kayış L. (2009) Bilecik ili Bozüyük ilçesi, lise öğretmenlerinde tükenmişlik sendromu *TAF Prev Med Bull*, 8( 3):217- 222
- 85) Taycan O, Kutlu L, Çimen S, Aydın N. (2006) Bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerde depresyon ve tükenmişlik düzeyinin sosyodemografik özelliklerle ilişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 7:100-108
- 86) Tuna M, Çimen Z. (2013) Ankara'da Görev Yapan Beden Eğitimi Öğretmenlerinin Tükenmişlik Düzeyinin İncelenmesi. *Pamukkale Journal of Sport Sciences*, 4(2):60-78
- 87) Babaoğlu ÜT, Cevizci S, Arslan M. (2012) İstanbul'da çalışan veteriner hekimlerin iş doyum ve tükenmişlik düzeyleri. *Kafkas Univ Vet Fak Derg*, 18(4):599-604



- 88) Karabulut Gül Ş, Gül HL, Oruç AF, Gedik D, Mayadağlı A, Aksu A, Ceylaner Bıçakçı B. (2012) Radyasyon onkolojisi kliniği çalışanlarında depresyon ve tükenmişlik düzeylerinin sosyodemografik özelliklerle ilişkisinin değerlendirilmesi.*J Kartal*, 23(1):11-17
- 89) Naktiyok A, Karabey CN. (. 2005) İşkoliklik ve tükenmişlik sendromu.*İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 19;(2):179-198
- 90) Marakoğlu K, Kargın NÇ, Armutlukuyu M. (2013) Tıp fakültesi araştırma görevlilerinde tükenmişlik sendromu ve ilişkili faktörlerin değerlendirilmesi.*Genel Tıp Derg*, 23:102-108
- 91) <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=13142>( Erişim tarihi:27.06.2014)
- 92) Yavuzyılmaz A, Topbaş M, Çan E, Çan G, Özgün Ş. (2007) Trabzon il merkezindeki sağlık ocakları çalışanlarında tükenmişlik sendromu ile iş doyumunu düzeyleri ve ilişkili faktörler.*TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 6(1):41-50
- 93) Kurçer MA. (2005) Harran Üniversitesi Tıp Fakülte'si hekimlerinin iş doyumunu ve tükenmişlik düzeyleri. *Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 2(3):10-15.
- 94) Kaya M, Üner S, Karanfil E. (2007) Birinci basamak sağlık çalışanlarının tükenmişlik durumları.*Kor Hek*, 6(5):357-363
- 95)Ekerbiçer H, Çelik M, Aral M, Buğdaycı R. (2002) Kahramanmaraş'ta Çalışan Hekimlerde Mesleki Tükenmişlik Düzeyi ve Bazı Kişisel Özelliklerle İlişkisi 8.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Özet Kitabı s:700-702
- 96) Bircan M, Ak A, Bayrak D, Kaya H, Gül M, Cander B. ( 2005) Acil tıp hizmeti veren hekimlerde tükenme sendromu. *Akademik Acil Tıp Dergisi*, 51–54.
- 97) Oğuzberk M, Aydın A. (2008) Ruh sağlığı çalışanlarında tükenmişlik. *Klinik Psikiyatri*, 11:167–179.
- 98) Taycan O, Taycan Erdoğan S, Çelik C. (2013) Doğu Anadolu Bölgesi'nde yer alan bir ilde devlet hizmet yükümlülüğü'nün hekimler üzerindeki etkileri ve tükenmişlik.*Türk Psikiyatri Dergisi*, 24:1-11
- 99) Türkiye'de Sağlık Eğitimi ve Sağlık İnsan Gücü Durum Raporu (2014) YÖK *Yayın No:1* Editör :Prof.Dr. Mustafa SOLAK Bölüm 3:34-35

- 100) T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2012 (2013) *Sağlık Bakanlığı Yayın No: 917*
- 101) DSÖ İş Yüküne Dayalı İhtiyacı Belirleme Yöntemi Birinci Basamak Sağlık Kurumları Uygulaması (2014) *T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü Yayın No : 929*
- 102) Bolat O. (2011) İş yükü, iş kontrolü ve tükenmişlik ilişkisi. *Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 25(2):87-101
- 103) Baykan Z, Çetinkaya F, Naçar M, Kaya A, Işıldak MÜ. (2014) Aile hekimlerinin tükenmişlik durumları ve ilişkili faktörler. *Türk Aile Hek Derg*, 18 (2):121-132
- 104) Embriaco N, Papazian L, Kentish-Barnes N, Pochard F, Azoulay E. (2007) Burnout syndrome among critical care healthcare workers. *Curr Opin Crit Care*, 13:482–488
- 105) Koşan Z. (2010) Erzurum'da Çalışan Hekimlerde Tükenmişlik Düzeyi ve Sosyodemografik Değişkenlerle İlişkisi. Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı Tıp ta Uzmanlık Tezi (Danışman: Asuman Güraksın)
- 106) Aksu A, Baysal A. (2005) İlköğretim okulu müdürlerinde tükenmişlik. *Kuram ve Uygulamada Eğitim Yönetimi Dergisi*, 41:7-24
- 107) Özkara A, Kılıç S, Aslan A, Şencan İ, Yılmaz TE, Bahadır A, Kasım İ, Kahveci R. (2012) Ankara aile hekimlerinde tükenmişlik sendromu mesleki memnuniyet ve aile hekimliği uygulamalarıyla ilgili sorunlar 6. Aile Hekimliği Güz Okulu Sözlü Sunumlar
- 108) Haran S, Devrimci Özgüven H, Sayıl I, Ölmez Ş. (1998) Ankara Üniversitesi ve Ankara Numune Hastanesi'nde çalışan doktor ve hemşirelerde tükenmişlik düzeyleri. *Kriz Dergisi*, 6(1):75-84
- 109) Uzun Ş, Karacaoğlu B, Akıncı SB, Erden İA, Sarıcaoğlu F, Aypar Ü. (2013) Anesteziyoloji ve dahiliye asistanlarındaki iş stresi ve tükenmişlik durumu. *Journal of Anesthesia JARSS*, 21 (4): 224 - 229
- 110) Naçar M, Baykan Z, Çetinkaya F. (2012) Erciyes Üniversitesi Tıp fakültesi birinci ve ikinci sınıf öğrencilerinde tükenmişlik durumu ve eğitimin etkisi. *Tıp Eğitimi Dünyası Derg*, 35:9–20

- 111) Türkiye Beden Ağırlığı Algısı Araştırması (2012) *Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü, Sağlık Bakanlığı Yayın No: 894*, EDİTÖR: Prof. Dr. Recep AKDAĞ
- 112) Onat A, Sansoy V. (2009) Türk erişkinlerinde obezite, abdominal obezite, belirleyicileri ve sonuçları tek harf çalışması, 106-118
- 113) Aydın Ö, Göçmen AY, Okyay MY, Çağlayan EK. (2013) Diyabetik hastalar ve obezlerde tükenmişlik sendromu ve hematolojik parametreler. *Bozok Tıp Derg*, 3(3):1-5
- 114) Kouvonen, Anne, et al. (2005) Relationship between work stress and body mass index among 45,810 female and male employees. *Psychosomatic medicine*, 67(4) : 577-583.
- 115) Kitaoka-Higashiguchi, Kazuyo, et al. (2009) Burnout and risk factors for arteriosclerotic disease: Follow-up study. *Journal of occupational health*, 51(2):123-131.
- 116) Yakut Hİ, Gül Kapısız S, Durutuna S, Evran A. (2013) Sağlık alanında çalışma yaşamında tükenmişlik. *The Journal of Gynecology - Obstetrics and Neonatology*, 10(38):1564-1571
- 117) Telli E, Ünsar AS, Oğuzhan A. (2012) Liderlik davranış tarzlarının çalışanların örgütsel tükenmişlik ve işten ayrılma eğilimleri üzerine etkisi: Konuyla ilgili bir uygulama *Electronic Journal of Vocational Colleges*, 135-150
- 118) Yıldız S, Yalavaç S, Meydan CH. (2013) Tükenmişliğin işten ayrılma niyetine etkisinde örgüte bağlılığın aracı rolü: Türkiye'deki Gümrük Ve Ticaret Bakanlığı personeli üzerinde bir araştırma. *Akdeniz İ.İ.B.F. Dergisi*, 26:164-189
- 119) Efeoğlu İ.E, Özcan E. (2013) Aile Hekimlerinin İş Doyumu: Adana il merkezinden bir çalışma. *Çukurova Medical Journal*, 38 (4): 567-573.
- 120) Ayrancı Ü, Yenilmez Ç, Günay Y, Kaptanoğlu C. (2002) Çeşitli sağlık kurumlarında ve sağlık meslek gruplarında şiddete uğrama sıklığı, *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 3:147-154
- 121) Annagür B. (2010) Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet: Risk faktörleri, etkileri, değerlendirilmesi ve önlenmesi. *Current Approaches In Psychiatry*, 2(2):161-173

- 122) İlhan MN, Özkan S, Kurtce ZÖ, Aksakal N. (2009)Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde çalışan araştırma görevlileri ve intörn doktorlarda şiddete maruziyet ve şiddetle ilişkili etmenler.*Toplum Hekimliği Bülteni*, 28(3):15-23
- 123) Ayrancı U, Yenilmez C, Balci Y, Kaptanoğlu C. (2006) Identification of violence in Turkish health care settings. *J Interpers Violence*, 21(2):276-96.

## ÖZGEÇMİŞ

### I- Bireysel Bilgiler

Adı-Soyadı:BİLAL ŞERİK

Doğum yeri ve tarihi:SELİM/1985

Uyruğu:TC

Medeni durumu:EVLİ

Askerlik durumu:YAPILMADI

İletişim adresi ve telefonu :TIP FAKÜLTESİ AİLE HEKİMLİĞİ A.B.D.  
05416616934

Yabancı dili:İNGİLİZCE

### II- Eğitimi :Sakarya Üniversitesi tıp fakültesi Aile Hekimliği 2011-2014

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi 2009-2011

Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi 2003-2009

Sivas Fen Lisesi 2000-2003

Sarıkamış Anadolu Lisesi 1997-2000

Sarıkamış Ş.B.B.K. ilkokulu 1992-1997

### III- Ünvanı:Araştırma görevlisi

### IV- Mesleki Deneyimi:5 yıl

## EK 1

Değerli Aile Sağlığı Merkezi çalışanları, aşağıda yer alan ve üç bölümden oluşan anket formu, bölgemizde görev yapan aile sağlığı elemanlarının günlük pratikleri sırasında yaşadıkları sorunları, ruh hallerini ve sistem ile ilgili görüşlerini saptamak amacıyla hazırlanmıştır. Elde edilen bilgiler bu sorunların çözülmesi amacıyla kullanılacaktır. Lütfen anket formu üzerine adınızı yazmayınız, kimliğinizi belirtecek herhangi bir işaret koymayınız. Teşekkür ederiz.

### Sakarya Üni. Tıp Fak. Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Doğum tarihiniz (yıl): Cinsiyetiniz: E ( ) K ( )

Boyunuz (cm):..... Kilonuz (kg):....

Medeni durumunuz: Evli ( ) Bekar ( ) Dul/boşanmış ( ) Çocuğunuz var mı: Yok ( )  
sayı ....

Mesleğiniz: Hemşire ( ) Ebe ( ) Sağlık Memuru ( ) Acil Tıp Teknisyeni ( )

Kaç yıldır aile sağlığı elemanı olarak çalışıyorsunuz:....

Eğitim durumunuz: Lise ( ) Ön lisans / lisans ( ) Yüksek lisans / doktora ( )

Sigara kullanıyor musunuz: Hayır ( )

Evet ( ) ....paket ....yıl

Tanısı konmuş herhangi bir kronik hastalığınız var mı: Hayır ( ) Evet ( ) ....., ....., .....

Herhangi bir meslek örgütüne/derneğine üyeliğiniz var mı:

Hayır ( ) Evet ( ) ....., ....., .....

Günlük çalışmalarınız sırasında karşılaştığınız en önemli sorunları, önem sırasına göre kısaca yazınız.

1. ....

2. ....

3. ....

## EK 2

Lütfen aşağıda yer alan her bir ifadeyi okuduktan sonra buna ne derece katıldığınızı ya da katılmadığınızı uygun kutucuğa X işareti koyarak belirtiniz.

	Kesinlikle katılmıyorum	Çok az katılıyorum	Kararsızım	Çoğunlukla katılıyorum	Tamamen katılıyorum
TUS sınavına girmeyi düşünüyorum					
İş ve aile düzenimi bozmadan aile hekimliği uzmanlık eğitimi almak isterim.					
Günlük hekimlik uygulamalarım sırasında hasta veya hasta yakınlarının olumsuz davranışları (sözlü ya da fiili) ile karşılaşıyorum.					
Maaşımın (hakediş) yeterli olduğunu düşünüyorum					
Hastalarım tarafından yeterince takdir edildiğimi düşünüyorum.					
Hastalarımın yeterince zaman ayırabiliyorum					
Teşhis kodu belirlerken reçete bedelinin SGK tarafından karşılanmayabileceği olasılığını dikkate almam.					
Negatif performans uygulamasını olumlu buluyorum.					
Aile hekimi olarak mesleki geleceğimi parlak görüyorum					
Torba yasa ile getirilen yeni nöbet düzenlemesini olumlu buluyorum					
Torba yasa ile getirilen, mesai saatleri dışında 30 saat işyeri hekimliği yapabilme imkanından yararlanmayı düşünüyorum.					
Aile hekimliği sistemini genel olarak olumlu buluyorum.					

### EK 3

Aşağıda, kişilerin işle ilgili ruh durumlarını ifade ederken kullandıkları bazı cümleler verilmiştir. Lütfen her bir cümleyi dikkatle okuyarak hangi sıklıkta hissettiğinizi size uyan seçeneğe X işareti koyarak belirtiniz.

	Hiçbir zaman	Çok nadir	Bazen	Çoğu zaman	Her zaman
1. İşimden soğuduğumu hissediyorum.					
2. İş dönüşü kendimi ruhen tükenmiş hissediyorum					
3. Sabahları kalktığımda bir gün daha bu işi kaldıramayacağımı hissediyorum					
4- İşim gereği karşılaştığım insanların ne hissettiğini anlarım					
5. İşim gereği karşılaştığım bazı kimselere sanki insan değilmiş gibi davrandığımı fark ediyorum					
6. Bütün gün insanlarla uğraşmak benim için gerçekten çok yıpratıcı.					
7. İşim gereği karşılaştığım insanların sorunlarına en uygun çözüm yollarını bulurum.					
8.Yaptığım işten tükendiğimi hissediyorum.					
9. Yaptığım iş sayesinde insanların yaşamına katkıda bulunduğumu inanıyorum.					
10. Bu işte çalıştığımndan beri insanlara karşı sertleştim.					
11. Bu işin beni giderek katılaştırmasından korkuyorum.					
12. Çok şeyler yapabilecek güçteyim.					
13. İşimin beni kısıtladığımı hissediyorum.					
14. İşimde çok fazla çalıştığımı hissediyorum.					
15. İşim gereği karşılaştığım insanlara ne olduğu umurumda değil					
16. Doğrudan doğruya insanlarla çalışmak bende çok fazla stres yaratıyor.					
17. İşim gereği karşılaştığım insanlara aramda rahat bir hava yaratırım.					
18. İnsanlarla yakın bir çalışmadan sonra kendimi canlanmış hissederim.					
19. Bu işte bir çok kayda değer başarı elde ettim.					
20.Yolun sonuna geldiğimi hissediyorum.					
21.İşimdeki duygusal sorunlara serinkanlılıkla yaklaşırım.					
22. İşim gereği karşılaştığım insanların bazı problemlerini sanki ben yaratmışım gibi davrandıklarını hissediyorum					





T.C.  
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ  
Tıp Fakültesi

24.03.2014 / 1

Sayı : 71522473.050.01.04 / 11

30/01/2014

Konu : Girişimsel Olmayan Etik Kurul Başvuru Dosyası Hk.

Doç.Dr.Hasan Çetin EKERBİÇER  
Sağlık Bakanlığı Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi  
Halk Sağlığı Anabilim Dalı Başkanı

İlgi: 24/01/2014 tarihli 11 sayılı başvurunuz

Destekleyicisi olduğunuz "Sakarya il genelinde aile sağlığı merkezlerinde çalışan aile hekimlerinde tükenmişlik düzeyi ve ilişkili faktörler". isimli çalışmanın ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup; çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen şekilde etik ve bilimsel açıdan sakınca bulunmadığına etik kurul üyelerince karar verilmiştir.

Bilgilerinize rica ederim.

  
Prof.Dr.M. Zeynep ERDEM  
Etik Kurul Başkan Yrd.

