



ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI

**AİLE HEKİMLERİNİN ÖZ YETERLİLİK ALGILARININ  
TÜKENMİŞLİKLERİ ÜZERİNDEKİ ETKİSİ**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**Mustafa SAMANCI**

**SAMSUN**

**MAYIS – 2019**





ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI

**AİLE HEKİMLERİNİN ÖZ YETERLİLİK ALGILARININ  
TÜKENMİŞLİKLERİ ÜZERİNDEKİ ETKİSİ**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**Mustafa SAMANCI**

**DANIŞMAN**

**Prof. Dr. Elif DİKMETAŞ YARDAN**

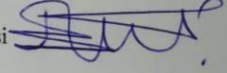
**SAMSUN**

**MAYIS - 2019**

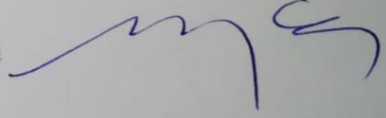
T.C.  
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Mustafa SAMANCI tarafından Prof. Dr. Elif DİKMETAŞ YARDAN danışmanlığında hazırlanan Aile Hekimlerinin Öz Yeterlilik Algılarının Tükenmişlikleri Üzerindeki Etkisi başlıklı bu çalışma jürimiz tarafından 30/05/2019 tarihinde yapılan sınav ile Sağlık Yönetimi Anabilim Dalında YÜKSEK LİSANS Tezi olarak kabul edilmiştir.

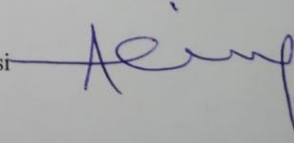
Başkan: Prof. Dr. Elif DİKMETAŞ YARDAN, Ondokuz Mayıs Üniversitesi



Üye: Doç. Dr. Polat TUNÇER, Ondokuz Mayıs Üniversitesi



Üye: Dr. Öğretim Üyesi Ali ÜNAL, Hitit Üniversitesi



ONAY

Bu tez, Enstitü Yönetim Kurulunca belirlenen ve yukarıda adları yazılı jüri üyeleri tarafından uygun görülmüştür.

30/05/2019

**Prof. Dr. Ahmet UZUN**  
**Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü**

## TEŞEKKÜR

Bu çalışmanın hazırlanmasında başından sonuna destek olan değerli danışman hocam Prof. Dr. Elif DİKMETAŞ YARDAN'a,

Çalışmaya katkıda buldukları için Samsun il ve ilçelerindeki aile hekimlerine,

Eğitim- öğretim hayatım boyunca bana olan güvenlerinde en ufak bir değişiklik olmayan, beni bu günlere getiren, beni ben yapan değerleri kazanmamı sağlayan değerli annem Hamiyet SAMANCI ve değerli babam Şaban SAMANCI'ya,

Bu çalışmayı yapabilmemde çok büyük katkısı bulunan değerli kardeşim Ceyhun DONBAY'a,

Maddi ve manevi desteklerini bir an olsun esirgemeyen değerli kardeşim Oğuzhan ÇAKU'ya,

Maddi ve manevi desteklerini esirgemeyen kıymetli akrabalarım Mehmet ŞAHİN, Sinan ŞAHİN ve Caner SAMANCI'ya

Bu süreçte kahrımı çeken ve elinden geldiği kadar bana destek olan tüm dostlarıma saygı, sevgi ve teşekkürlerimi sunarım.

Bu çalışma, PYO.SBF.1904.18.007 proje numarası ile Ondokuz Mayıs Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projesi Birimi tarafından desteklenmiştir.

## ÖZET

### AİLE HEKİMLERİNİN ÖZ YETERLİLİK ALGILARININ TÜKENMİŞLİKLERİ ÜZERİNDEKİ ETKİSİ

**Amaç:** Aile hekimlerinin öz yeterlilik algılarının tükenmişliklerine olan etkisinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

**Materyal ve Metot:** Çalışmada anket yöntemi uygulanmıştır. Anket Samsun il ve ilçelerindeki tüm aile sağlık merkezlerinde 21.03.2018- 21.03.2019 tarihleri arasında uygulanmıştır. Omü Klinik Araştırmalar Etik Kurulu raporu ve gerekli izinler alınmıştır. Çalışmada örneklem seçilmemiş olup tüm evrene ulaşılacak istenmiştir. Çalışmanın geçerlilik ve güvenilirlik analizi yapılmıştır.

**Bulgular:** Araştırmaya %75,8 (n=299) aile hekimi katılmıştır. Katılımcıların %56,2'si merkez ilçelerde çalışmakta, %57,5'i günde 60 ve üzeri hastaya bakmaktadır. Katılımcıların %91,3'ü pratisyen hekim, %8,7'si uzman hekimdir. Katılımcıların %68,6'sı çalıştığı kurumu sevmekte, %89'u kendisini mesleki açıdan yeterli bulmakta ve %51,8'i kendisini mesleki açıdan tükenmiş hissetmektedir. Çalışmaya katılan aile hekimlerinin öz yeterlilik puanları  $30,26 \pm 5,35$ , duygusal tükenme puanları  $15,60 \pm 7,86$ , duyarsızlaşma puanları  $5,23 \pm 3,40$ , düşük kişisel başarı hissi puanları  $11,01 \pm 3,53$ , genel tükenmişlik puanları  $31,83 \pm 12,08$ 'dir. Verilerin istatistiksel analizinde SPSS 22.0 (Statistical Package for Social Science) paket program kullanılmıştır.

**Sonuç:** Aile hekimlerinin öz yeterlilik algıları ile duygusal tükenme, duyarsızlaşma, düşük kişisel başarı hissi ve genel tükenmişlik algılamaları arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır. Öz yeterliliğin artması duygusal tükenmeyi, duyarsızlaşmayı, düşük kişisel başarı hissini ve genel tükenmişliği azaltmaktadır. Aile hekimlerinin öz yeterlilik algıları, tükenmişliklerini etkilemektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Aile hekimliği; öz yeterlilik; tükenmişlik; sağlık kurumları

**Mustafa SAMANCI, Yüksek Lisans Tezi**

**Ondokuz Mayıs Üniversitesi- Samsun, Mayıs-2019**

**ABSTRACT**  
**THE EFFECT OF FAMILY PHYSICIANS ON BURNOUT OF SELF-  
EFFICACY PERCEPTIONS**

**Aim:** It is aimed that the effects of the sense of self-efficacy on their burnout.

**Material and Method:** The survey method is applied for this study. The survey is performed in all the health centres in both villages and cities in Samsun between the dates 21.03.2018 - 21.03.2019. 19 Mayıs University Clinical Researches Ethics Committee Report and necessary permissions are received. The sample was not selected in the study and it was desired to reach the whole universe. The validity and reliability of the study were analyzed.

**Results:** The 75,8 % (n=299) people attended the research. The 56,2 % of the participants work in central districts; The 57,5 % of them look after the average of 60 or more patients in a day. The 91,3 % of the participants are general practitioner, the 8,7 % of them are specialist physicians. The 68,6 % of the participants like the organization where she/he works; the 89 % of them find themselves professionally competent, and the 51,8 % of them feel themselves professionally exhausted. Self-efficacy scores of the participating family physicians are  $30,26 \pm 5,35$ ; emotional exhaustion scores are  $15,60 \pm 7,86$ ; depersonalization scores are  $5,23 \pm 3,40$ ; low personal accomplishment feeling scores are  $11,01 \pm 3,53$ ; general burnout scores are  $31,83 \pm 12,08$ . SPSS 22,0 (Statistical Package for Social Science) package program was used for statistical analysis.

**Conclusion:** There is a negative, significant correlation between self-efficacy perceptions of the family physicians and emotional exhaustion, depersonalization, low sense of personal accomplishment and general burnout perceptions. Increased self-efficacy decreases emotional exhaustion, depersonalization, low personal accomplishment feeling and overall effectiveness. Family physicians' self-efficacy perceptions affect their burnout.

**Key words:** Family practice, self-efficacy, burnout, health facilities

**Mustafa SAMANCI, Master's thesis**  
**Ondokuz Mayıs University, Samsun, May-2019**

## İÇİNDEKİLER

<b>TEŞEKKÜR</b> .....	<b>i</b>
<b>ÖZET</b> .....	<b>ii</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>iii</b>
<b>SİMGELER VE KISALTMALAR</b> .....	<b>vii</b>
<b>1. GİRİŞ</b> .....	<b>1</b>
<b>2. GENEL BİLGİLER</b> .....	<b>3</b>
2.1. Sağlık ve Sağlık Hizmetleri Kavramı .....	3
2.1.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri.....	3
2.1.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri .....	4
2.1.3. Rehabilitasyon Edici Sağlık Hizmetleri .....	4
2.1.4. Sağlığın Geliştirilmesi Hizmetleri .....	5
2.2. Aile Hekimliği.....	5
2.2.1. Aile Hekimliği ve Aile Hekimliğinde Kullanılan Kavramlar .....	5
2.2.2. Aile Hekimliğinin Temel Özellikleri.....	9
2.2.3. Aile Hekimlerinin Görev ve Sorumlulukları .....	10
2.2.4. Dünyada Aile Hekimliği.....	11
2.2.5. Türkiye’de Aile Hekimliği .....	24
2.2.6. Aile Hekimliğine Geçme Nedenleri .....	34
2.3. Öz Yeterlilik.....	35
2.3.1. Sosyal Bilişsel Kuram .....	35
2.3.2. Öz Yeterlilik Kavramı ve Tarihçesi .....	36
2.3.3. Öz Yeterlilik İnancını Oluşturan Kaynaklar.....	38
2.3.4. Yüksek ve Düşük Öz Yeterlilik.....	40
2.3.5. Öz Yeterliliğin Etkileri .....	43



2.4.Tükenmişlik.....	45
2.4.1.Tükenmişlik Modelleri .....	48
2.4.2.Tükenmişliği Etkileyen Faktörler .....	54
2.4.3.Tükenmişliğin Belirtileri .....	61
2.4.4.Tükenmişliğin Sonuçları ve Tükenmişlikle Başa Çıkma Yolları.....	62
2.4.5.Sağlık Çalışanlarında Tükenmişlik.....	64
<b>3. MATERYAL ve METOT .....</b>	<b>66</b>
3.1.Çalışmanın Amacı .....	66
3.2.Problem Cümlesi.....	66
3.3.Hipotezler.....	66
3.4.Varsayımlar .....	67
3.5.Sınırlılıklar .....	67
3.6.Evren ve Örneklem .....	67
3.7. Veri toplama Araçları.....	67
3.8. İstatistiksel Değerlendirme.....	69
3.9. Güvenilirlik ve Geçerlilik .....	70
<b>4. BULGULAR .....</b>	<b>72</b>
4.1. Tanımlayıcı Bulgular .....	72
4.2.Hipotezlere Ait Bulgular .....	74
<b>5. TARTIŞMA.....</b>	<b>101</b>
<b>6. SONUÇ VE ÖNERİLER .....</b>	<b>107</b>
<b>KAYNAKÇA.....</b>	<b>111</b>
<b>EKLER .....</b>	<b>124</b>
Ek- 1: KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL KARARI .....	124
Ek- 2: T.C. SAMSUN VALİLİĞİ İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ ARAŞTIRMA İZİNİ .....	125

Ek- 3: ANKET FORMU .....	128
ÖZGEÇMİŞ .....	131



## SİMGELER VE KISALTMALAR

<b>AB</b>	: Avrupa Birliği
<b>ABD</b>	: Amerika Birleşik Devletleri
<b>AHUD</b>	: Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği
<b>ASM</b>	: Aile Sağlık Merkezi
<b>BBSH</b>	: Birinci Basamak Sağlık Hizmeti
<b>D</b>	: Duyarsızlaşma
<b>DSÖ</b>	: Dünya Sağlık Örgütü
<b>DT</b>	: Duygusal Tükenme
<b>FFM</b>	: Future Family Medicine
<b>GÖYÖ</b>	: Genel Öz Yeterlilik Ölçeği
<b>GSS</b>	: Genel Sağlık Sigortası
<b>KB</b>	: Kişisel Başarı
<b>n</b>	: Sayı
<b>p</b>	: p Değeri
<b>PH</b>	: Pratisyen Hekim
<b>SDP</b>	: Sağlıkta Dönüşüm Programı
<b>ss</b>	: Standart Sapma
<b>t</b>	: İki Ortalama Arasındaki Farkın Önemlilik Testi
<b>TAHUD</b>	: Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği
<b>TSM</b>	: Toplum Sağlığı Merkezi
<b>TUS</b>	: Tıpta Uzmanlık Sınavı
<b>TÜİK</b>	: Türkiye İstatistik Kurumu

**WONCA** : The World Organization of Family Doctor (Dünya Aile Hekimleri Birliği)

**YÖK** : Yüksek Öğretim Kurumu



## 1. GİRİŞ

Aile hekimliği izleri 1967 yılına dayansa da resmi olarak 1969 yılında faaliyete geçmiştir (Bownman M., 2017). Aile hekimliği bütün yaş gruplarını ve cinsiyetleri kapsayan, kişilere ve ailelere sağlık hizmetinde sürekliliği sağlayan bir uzmanlık alanıdır. Aile hekiminin sorumluluğu anne karnındaki fetüsten ailenin en yaşlı olanına kadardır. Ailedeki tüm bireylerin sağlığından, bu sağlığın korunmasından ve geliştirilmesinden sorumludur (Kantaracı, 2015). Aile hekimliği birey, yaş, cinsiyet ayrımı yapılmadan bireylere yönelik koruyucu sağlık hizmeti ve ilk basamak tedavi hizmetlerini sunmaktır (Tugay, 2015).

z yeterlilik ilk olarak Bandura tarafından 1977 yılında araştırılmaya başlanmıştır. (Baysal, 2010). Bandura'ya göre öz yeterlilik, insanların kendi performanslarını etkileyen yeteneklerine olan inançlarıdır (Bandura, 1998).

Tükenmişlik ise son yıllarda iş hayatını tehdit eden büyük bir sorun haline gelmiştir. "Bireyde ruhsal ve fiziksel açıdan enerjinin tükenmesi" anlamına gelen tükenmişliğin, örgüt içerisinde strese neden olabilecek faktörler ile ilişkisi bulunmaktadır (Arı ve Bal, 2008). Maslach ve Jackson tarafından tükenmişliğin duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve düşük kişisel başarı hissi olmak üzere üç boyutunun olduğu belirlenmiştir. Duygusal tükenme yapılan işe daha az ilgi göstermeyi, duyarsızlaşma çalışılan işe, kuruma ve çevreye karşı olumsuz duygulara kapılma ve olumsuz tavırlarda bulunmayı, düşük kişisel başarı hissi ise bireylerin kendi performanslarının zayıfladığını düşünmelerini ifade eder (Can, 2017)

Tükenmişliğin her sektörde ki önemine karşın sağlık alanında daha fazla önemi bulunmaktadır. Çünkü sağlık hizmeti sunan hekimlerin tükenmişlik düzeyleri sağlık hizmet kalitesi ve müşteri memnuniyetiyle doğrudan ilişkilidir. Dolayısıyla hekimlerin tükenmişlik derecelerinin yüksek olması, hastaların ihtiyaçlarının karşılanamamasına neden olacak ve böylelikle sağlık hizmetlerinin kalitesi düşecektir (Baykan ve ark. 2014).

Çalışmanın amacı, aile hekimlerinin öz yeterlilik algılarının tükenmişlikleri üzerindeki etkisini belirlemektir.

Çalışmanın evrenini Samsun il ve ilçelerindeki aile sağlık merkezlerinde çalışan aile hekimleri oluşturmaktadır. Çalışmada anket yöntemi kullanılmıştır.

Çalışma 6 bölümden oluşmaktadır. Çalışmanın ilk bölümünü giriş bölümü oluşturmaktadır. Çalışmanın ikinci bölümünde aile hekimliği, öz yeterlilik ve tükenmişlik üzerine genel bilgiler verilmektedir. Çalışmanın üçüncü bölümünü materyal ve metod, dördüncü bölümünü bulgular, beşinci bölümünü tartışma, altıncı bölümünü ise sonuç ve öneriler kısmı oluşturmaktadır.



## **2. GENEL BİLGİLER**

### **2.1. Sağlık ve Sağlık Hizmetleri Kavramı**

Günümüzde sağlık kavramının pek çok tanımı bulunsa da en kabul görmüş hali Dünya Sağlık Örgütü'nün yapmış olduğu tanımdır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) sağlığı yalnızca hastalık ve sakatlık halinin olması değil, beden, ruhen ve sosyal yönden de tam bir iyilik hali içerisinde bulunmak olarak tanımlamıştır (Pilatin, 2013).

Sağlık hizmetleri, kişilerin birey ve toplum açısından sağlıklarının muhafaza edilmesi, geliştirilmesi ve bu iyilik halinde süreklilik sağlayarak toplumdaki refah düzeyini ve mutluluk oranını arttırmak amacı ile sunulan hizmetlerdir (Aslantekin ve ark. 2007) Sağlık hizmetlerinin temel amacı, toplumun ihtiyaç duyduğu farklı alanlardaki sağlık hizmetlerini hastaların istedikleri zaman diliminde en iyi kalitede ve en düşük maliyette sunmaktır (Yıldırım ve ark. 2009).

Sağlık hizmetlerinin özelliklerini genel itibariyle aşağıdaki gibi sıralamak mümkündür (Öksüz, 2010) :

- Sağlık hizmetleri 24 saat sunulan bir hizmettir,
- Sağlık hizmetlerinde uzmanlaşma seviyesi yüksektir,
- Sağlık hizmetlerinin ikamesi yoktur,
- Sağlık hizmetleri ertelenemez,
- Sağlık hizmetleri kullanımı tesadüfidir,
- Sağlık hizmetlerinde hata toleransı yok denecek kadar azdır,
- Sağlık hizmetlerinde pazarlığa yer yoktur.

Sağlık hizmetleri dört gruba ayrılmaktadır. Bunlar;

1. Koruyucu sağlık hizmetleri,
2. Tedavi edici sağlık hizmetleri,
3. Rehabilitasyon hizmetleri,
4. Sağlığın geliştirilmesi hizmetleridir (Tengilimoğlu ve ark. 2014).

#### **2.1.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri**

Bireylerin ve toplumun sağlığının korunabilmesi için alınan önlemlerin tümü bu hizmet kapsamındadır. Koruyucu sağlık hizmetleri herhangi bir sağlık problemi ortaya çıkmadan önce bireylerin ve toplumun hastalığa yakalanma riskini azaltmak amaçlı

verilen hizmettir. Koruyucu sağlık hizmetleri hem bireylere hem de çevreye yönelik olmaktadır (elik, 2012).

Bireye yönelik koruyucu hizmetler kapsamında sağlık eğitimi, temizlik kurallarının ğretimi, aşı çalışmaları, hastalıkların erken teşhisi gibi işlemler yer almaktadır (Karadağ, 2007).

Çevreye yönelik koruyucu hizmetler ise toplum sağlığını tehdit eden çevresel faktörlerin giderilmesi için yapılan çalışmalardan oluşmaktadır. Örneğin gürültü kirliliğinin önlenmesi, zehirli atıkların önüne geçilmesi gibi (Karadağ, 2007).

### **2.1.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri**

Tedavi edici sağlık hizmetleri, sağlık problemi bulunan bireylerin hastalıklarının teşhis ve tedavi edildiği sağlık hizmetleridir. Tedavi edici sağlık hizmetleri genel olarak, uzman hekim sorumluluğunda ve diğer sağlık personelinin ekip halinde çalışması ile sunulmaktadır. Tedavi edici sağlık hizmetleri e ayrılmaktadır. Bunlar; birinci basamak tedavi hizmetleri, ikinci basamak tedavi hizmetleri ve üçüncü basamak tedavi hizmetleridir. (Tengilimoğlu ve ark. 2014).

Birinci basamak tedavi hizmetleri, kişilerin ilk aşamada başvurduğu, bir sağlık probleminin ayakta teşhisinin ve tedavisinin yapıldığı sağlık hizmetidir. Ülkemizde genel olarak, aile hekimliği, özel muayenehaneler, dispanserlerde sunulmaktadır (Korkmaz, 2010).

İkinci basamak tedavi hizmetleri, sağlık hizmetinden faydalanan bireylerin sağlık problemlerinin yatırılarak çözüme ulaşması amaçlanan sağlık hizmetidir. Ülkemizde genel olarak, kamu hastaneleri ve özel hastaneler, vb gibi kurumlarda sunulmaktadır (Karadağ, 2007).

nc basamak tedavi hizmetleri, özel tetkik ve araştırmaların yapılmasının gerekli olduğu hastalar tarafından kullanılmaktadır. nc basamak tedavi hizmetleri, niversite hastaneleri tarafından sunulmaktadır (Bişkin, 2011).

### **2.1.3. Rehabilite Edici Sağlık Hizmetleri**

Bir hastalık veya kaza sonucu bireylerin kaybettikleri fiziksel ve zihinsel özelliklerin tekrar kazandırılması amacıyla sunulan sağlık hizmetidir. Rehabilite edici



sağlık hizmetleri tıbbi rehabilitasyon ve sosyal rehabilitasyon olmak üzere ikiye ayrılmaktadır (Tengilimoğlu ve ark. 2014).

Fiziksel sakatlıkların düzeltilmesi ve yaşam kalitesinin artırılması amacıyla verilen hizmetler “tıbbi rehabilitasyon” hizmetlerinin konusunu oluştururken, sakat kalmış veya özürlü durumda bulunan bireylerin günlük hayata aktif olarak katılmaları amacıyla verilen hizmetler ise “sosyal rehabilitasyon” hizmetlerinin konusunu oluşturmaktadır (Bişkin, 2011).

#### **2.1.4. Sağlık Geliştirilmesi Hizmetleri**

Bu hizmetler bireylerin sağlıklarını mevcut durumdan daha üst seviyeye çıkarmak amacıyla sunulan hizmetlerdir. Bu hizmetlerdeki sorumluluk bireyin kendisine aittir. Sağlık geliştirilmesi hizmetleri, fiziksel ve zihinsel yönden sağlık durumunu arttırmayı, hayat kalitesi ve yaşam süresinin daha fazla olmasını amaçlamaktadır (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2012).

Sağlık hizmetlerini sağlık eğitiminden ayırmak gerekmektedir. Çünkü ikisi birbirinden farklıdır. Sağlık eğitimi halkın bilgilendirilmesini ve bilinçlenmesini sağlarken, sağlık geliştirilmesi hizmetleri ise sağlık eğitimini de içerisine alan daha kapsamlı bir sağlık hizmetini sağlamaktadır. Sağlık eğitimi birey ve gruplara yönelik olduğu için dar kapsamlı iken, sağlık geliştirilmesi ise çevreye yönelik de olmasından ve aynı zamanda ulusal ve uluslararası boyutta olmasından dolayı daha geniş kapsamlıdır (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2012).

### **2.2. Aile Hekimliği**

#### **2.2.1. Aile Hekimliği ve Aile Hekimliğinde Kullanılan Kavramlar**

Tıptaki uzmanlık alanlarının hemen hemen hepsinin gereksinimler sonucu ortaya çıktığı gibi, Aile Hekimliği de bir ihtiyaç sonucu ortaya çıkmıştır. Bu ihtiyaçtan 1923 yılında, hastaları bütün olarak inceleyen bir uzmanlık alanının gerekliliği şeklinde bahseden Dr. Francis Peabody'nin bu deyişine istinaden 1952 yılında İngiltere'de Royal College of General Practitioners (Kraliyet Geniş Pratisyenlik Koleji), 1966 yılında da Amerika'da Board College of Family Practice (Aile Hekimliği Yeterlilik Kurulu) kurulmuştur (Köse ve ark. 2014). Aile hekimliği disiplininin temelinde, koruyucu hekimlik ve bütüncül yaklaşım yer almaktadır (Ak ve ark. 2010).

Aile Hekimliği uzmanlık kavramı 1966'da yayımlanan Millis Komisyon Raporu, Willard Komite Raporu ve Folsam Raporu ile yeni bir uzmanlık kavramı olarak tanınmıştır (Uysal, 2014). Bu yıllarda Aile hekimliği eğitim ve araştırma açısından henüz daha yeni gelişme gösterirken, 1974 yılında Leeuwenhorst grubu "Avrupa'da Genel Pratisyen" adlı bir bildirge hazırlamıştır. Aradan geçen 30 yıl içerisinde aile hekimliği tüm sağlık sistemlerinde kurulmuş ve sağlık hizmeti sunucuları tarafından gittikçe öneminin arttığı kabul edilmiştir (Allen ve ark., 2011).

Aile hekimlerinin sistem kapsamında gerçekleştirdikleri uygulamalar birinci basamak sağlık hizmetleri (BBSH) içerisinde yer almaktadır. Bireylerin sağlık sisteminde en rahat biçimde ulaşabildikleri basamak, birinci basamak sağlık hizmetleridir (Sungur, 2016). Birinci basamak sağlık hizmeti veren kurumlarda sağlık hizmeti sunacak hekimlerin bilgi ve becerilerini arttırmak ve bu basamaktaki sağlık hizmetlerini iyileştirmek, aile hekimliğinin uzmanlık alanı olarak ortaya çıkmasının temel nedenidir (Uysal, 2014).

Aile Hekimliği kavramı ülkemizde 2007 tarihinde uygulanmaya başlanan bir modeldir. Genel kapsamıyla aile hekimliğinin içerisinde teşhis ve tedavi gerçekleştirmek, sağlığından sorumlu olduğu kişileri takip altında tutmak ve onlarla iletişim halinde olmak, sürekli bakım gerektiren kronik hastalıkların tedavisini sağlamak ve süreci takip etmek gibi faaliyetler bulunmaktadır (Boysan, 2014).

Aile hekimliği uygulamasında aile hekimi, tanı, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini sentezlenmiş şekilde, yaş, ırk, dil, din, cinsiyet, rahatsızlık ayrımı yapmadan, belirli mekânlarda ve gerektiğinde gezici hizmet şeklinde veren, aile hekimliği uzmanı ya da bakanlık tarafından belirlenen eğitimleri almış olan uzman hekimler olarak tanımlanmaktadır. DSÖ ise aile hekimini, "*kendisine bağlı olan topluma, yaş, cinsiyet ve hastalık ayrımı yapmaksızın, birinci basamak sağlık hizmeti veren, temel tıp eğitiminden sonra, konusunda en az 2 yıl eğitim görmüş tıp doktoru*" olarak tanımlamıştır (Avcı, 2010). Türkiye'de aile hekimliği uzmanlık süresi 36 aydır (Uğurlu ve Üstü, 2018).

Aile hekimi, hastalığın varlığı veya sunulan şikâyetin niteliği göz önüne alınmaksızın, her yaşta hastaya kişiselleştirilmiş bir şekilde sürekli ve kapsamlı bakım sağlar. Aynı zamanda bir hastanın bütün sağlık gereksinimlerini yönetme

sorumluluğunu kabul ederken, hasta ile samimi ve gizlilik içerisinde hekim hasta ilişkisi sürdürürler (Rakel, 2016).

Bireylerin oturdukları bölgeye en yakın konum da ve en ulaşılabilir durum da olmasından dolayı aile hekimi, kişilerin ilk başvuru yapacağı hekimdir. Aile hekimi, hastalarına ve sağlık hizmeti sunduğu toplumun yapısına her yönüyle vakıftır. O bölgedeki bütün bireylerin sağlık durumlarını, yaşam koşullarını en iyi derecede bilen hekimdir (Yalman, 2013).

Özetle aile hekimliği, kişilerin veya ailede bulunan bireylerin sağlık hizmeti ihtiyacı duyduklarında, kendilerine en yakın ya da kolay bir biçimde ulaşabilecekleri sağlık hizmeti sunan hekimlik uygulamasıdır (Aydın, 2004).

Aile hekimliğinin hem disiplin hem de uzmanlık dalı olarak tanımlanması gerekmektedir. Aile hekimliği disiplini, akademik çerçevenin tanımlanabilmesi ve araştırma ve kalite geliştirme bölümlerinin bilgilendirilebilmesi için var olmalıdır. Aile hekimliği uzmanlığının varlığı ise yapılan akademik tanımın, hastalar ile çalışmakta olan hekimlerin uzman aile hekimi kapsamına geçirilmesi için gereklidir (Dikici ve ark., 2007). Literatür incelendiğinde karşımıza “family medicine ve family practice” olmak üzere iki farklı İngilizce terim çıkmaktadır. Uzmanlığa verilen isim “family practice” iken, uzmanlığın dayandığı disiplin ise “family medicine” olarak nitelendirilmektedir (Şişman, 2010).

Aile hekimleri yaş, dil, din, ırk, cinsiyet ayrımı yapmadan, sağlık hizmeti sunumu almak isteyen her hastaya bütüncül ve sürekli bakımın sağlanmasından sorumlu olan hekimdir. Aile hekimliği disiplininden hareketle, aile hekiminin altı çekirdek yeterliliği bulunmaktadır. Bu yeterlilikler; (Aile Hekimliği Standart, Müfredat ve Rotasyon Belirleme Komisyonu, 2011) :

- Birinci basamak yönetimi,
- Kişi merkezli bakım,
- Özgül sorun çözme becerileri,
- Kapsamlı yaklaşım,
- Toplum yönelimli olma,
- Bütüncül yaklaşım.

Aile hekimliğinde verilecek olan uzmanlık eğitim programları ve müfredatı da bu çekirdek yeterliliklere uygunluk gösterecek şekilde hazırlanmıştır. Aile hekimlerine verilecek eğitimler sonrasında, aile hekimlerinin bu çekirdek yeterlilikleri kazanmış olması amaçlanmaktadır. (Aile Hekimliği Standart, Müfredat ve Rotasyon Belirleme Komisyonu, 2011).

Aile hekimliği sisteminde kavramlar arasında oluşabilecek kargaşanın önüne geçmek amacıyla 27591 sayılı Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği'nde bazı tanımlamalar yapılmıştır. Yönetmelikteki tanımlar aşağıdaki gibidir.

*“Aile Hekimi: Kişiyeye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini, yaş, cinsiyet ve hastalık ayrımı yapmaksızın, her kişiyeye kapsamlı ve devamlı olarak belli bir mekanda vermekle yükümlü, gerektiği ölçüde gezici sağlık hizmeti veren ve tam gün esasına göre çalışan aile hekimliği uzmanı veya Bakanlığın öngördüğü eğitimleri alan uzman tabip veya tabiplerdir.”*

*“Aile Hekimliği Birimi: Bir aile hekimi ve en az bir aile sağlığı elemanlarından oluşan yapıdır.”*

*“Aile Sağlığı Elemanı: Aile hekimi ile birlikte hizmet veren, sözleşmeli çalıştırılan veya Bakanlıkça görevlendirilen hemşire, ebe, sağlık memurunu nitelendirir.”*

*“Geçici Aile Hekimi: Aile hekiminin yıllık izin veya hastalık izninde bulunduğu sürede yerine bakan veya boş aile hekimliği pozisyonuna yerleştirme yapılncaya kadar bu pozisyona görevlendirilen aile hekimidir.”*

*“Geçici Aile Sağlığı Elemanı: Aile sağlığı elemanının yıllık izin veya hastalık izninde bulunduğu sürede yerine bakan veya boş aile sağlığı eleman pozisyonuna yerleştirme yapılncaya kadar bu pozisyona görevlendirilen aile sağlığı elemanıdır.”*

*“Gezici Sağlık Hizmeti: Aile hekimi ve/veya aile sağlığı elemanının müdürlükçe tespit edilen uzak mahalle, belde, köy, mezra gibi yerleşim birimlerine Bakanlıkça belirlenen usul ve esaslara göre giderek mahallinde vereceği sağlık hizmetidir.”*

*“Toplum Sağlığı Merkezi: Bölgesinde yaşayan toplumun sağlığını geliştirmeyi ve korumayı ön plana alarak sağlıkla ilgili risk ve sorunları belirleyen, bu sorunları gidermek için planlama yapan ve bu planları uygulayan, uygulatan; birinci basamak koruyucu, iyileştirici ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini müdürlüğün sevk ve idaresinde organize eden, bu hizmetlerin verimli şekilde sunulmasını izleyen, değerlendiren ve destekleyen, bölgesinde bulunan sağlık kuruluşları ile diğer kurum ve kuruluşlar arasındaki koordinasyonu sağlayan sağlık kuruluşudur.”*

*“Yerinde Sağlık Hizmeti: Aile hekimi ve/veya aile sağlığı elamanının müdürlükçe tespit edilen cezaevi, çocuk ışlahevi, huzurevi, korunmaya muhtaç çocukların barındığı çocuk yuvaları ve yetiştirme yurtları gibi toplu yaşam alanlarına Bakanlıkça belirlenen usul ve esaslara göre giderek yerinde vereceği sağlık hizmetidir.”*

### **2.2.2. Aile Hekimliğinin Temel Özellikleri**

2002 yılında WONCA aile hekimliğini, bir disiplin ve klinik uzmanlık olarak tanımlamıştır. Bu alanda eğitim alan hekimlere kimi ölkelerde aile hekimi denirken kimi ölkelerde genel pratisyen denilmektedir. Bu bağlamda birinci basamak sağlık hizmeti sunumu sağlayan aile hekimliğinin bazı özellikleri mevcuttur (Uysal, 2014).

Acil durumlar dışında, sağlık sisteminde ilk tıbbi temas noktasını oluşturmaktadır. Bireyler aile hekimlerine hiçbir engel ile karşılaşmadan ulaşmalıdır. Aile hekimleri ise tüm hastaların, tüm sorunlarıyla ayırım yapmadan ilgilenmelidir (Başak, 2002).

Bireylere verilen hizmetin, sağlık bakımının koordinesini sağlayarak, sağlık kaynaklarının etkili kullanımını sağlar. Bu kaynakların kullanımında aile hekimi, hastanın en üst düzey yararını düşünme sorumluluğunu üstlenmektedir (Avcı, 2010).

Hastalık merkezli olmaktan ziyade birey merkezli olan aile hekimliği, bireye, ailesine ve topluma yönelik kişi odaklı bir yaklaşım geliştirmektedir (Gürbüz, 2014). Aile hekimliği, bireyler ve bireylerin yaşadıkları alanlarda oluşan sorunlarla ilgilenir (Başak, 2002).

Aile hekimliğinin hastayla kendine has görüşme süreci vardır. Hasta ve aile hekimi arasındaki her iletişim, gelişmekte olan öyküye fayda sağlar. Aile hekiminin yetenekleri ile değer kazanan bu ilişki, iyileştirici bir nitelik taşımaktadır (Başak, 2002).

Aile hekimliği, sağlık hizmetlerinin sürekliliğinin sağlanmasından sorumludur. Sağlık hizmetleri yalnız hastalık vakitlerinde değil, sağlık halinin bulunduğu dönemlerde de sunulmaktadır (Söyleyici, 2010).

Aile hekimliğinde özgün bir karar verme süreci mevcuttur. Problemler, birinci basamak sağlık hizmeti sunan aile hekimlerine diğer basamaktaki sunumlara göre daha farklı şekilde aktarılır. Ciddi hastalıklar hastanede daha fazla görülürken, birinci basamakta hastanelerde daha az oranda görülür. Bundan dolayı özgün bir karar verme süreci mevcuttur (Başak, 2002).

Aile hekimliği hastaların bütün sağlık problemleriyle ilgilenmek zorundadır. Aynı zamanda aile hekimliği akut ve kronik problemlerin aynı anda yönetilmesini sağlar (Başak, 2002).

Aile hekimi ve hastası arasında hayat boyu süren yakın ilişki mevcuttur. Kişisel bilgilerin korunması aile hekimliği için önem teşkil etmektedir (Yalman, 2013).

### **2.2.3. Aile Hekimlerinin Görev ve Sorumlulukları**

Aile hekimleri, listelerindeki kişilerin sağlığının korunmasından ve hastalık döneminde hastalıklarının tedavisinden sorumlu hekimlerdir. Listelerindeki kişilerin kayıtlarını tutmak, birinci basamakta bulunan tanı ve tedavi hizmetlerini sunmak gibi belli başlı bazı görevleri bulunmaktadır (Aydın, 2004). Aile hekimlerinin görev ve sorumlulukları, Resmi Gazete’de 2013 yılında yayımlanan Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği’nde açık ve net bir şekilde belirtilmiştir (Boysan, 2014). Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği’ne göre aile hekimlerinin görev, yetki ve sorumlulukları aşağıdaki gibidir:

- Bağlı buldukları aile sağlık merkezlerinin idaresini sağlamak, ekibini denetlemek ve ekibinin hizmet içi eğitimleri almasını sağlamak,
- Bütüncül bir anlayış içerisinde, koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici sağlık hizmetlerinin kapsamlı sunumunu gerçekleştirmek,

- Çalıştığı bölgedeki sağlık hizmeti planlamalarında bölgedeki Toplum Sağlığı Merkezi (TSM) ile birlikte hareket etmek,
- Görev esnasında, toplum sağlığını ve çevre sağlığını ilgilendiren durumlarla karşılaştığı vakit bölgesinde bulunan TSM'ni bilgilendirmek,
- Listesinde bulunan kişilerin ilk değerlendirmelerini yapmak için kişiler ile iletişim kurmak veya altı ay içerisinde ev ziyareti gerçekleştirmek,
- Koruyucu sağlık hizmetleri ile birlikte ana çocuk sağlığı ve üreme sağlığı hizmetlerini gerçekleştirmek,
- Koruyucu sağlık hizmetleri ile birlikte, teşhis, tedavi, rehabilitasyon ve danışmanlık hizmetlerinin sunumunu gerçekleştirmek,
- Periyodik olarak sağlık kontrolü yapmak,
- Listesindeki kişilerin yaş, cinsiyet ve hastalık gruplarına yönelik izlenimini sağlamak,
- Sağlık hizmeti sunumunu evde alması zorunlu listesinde bulunan kişilere birinci basamak sağlık hizmeti sunumunu gezici hizmet kapsamında gerçekleştirmek,
- Sevk işlemlerini ve koordinasyonu sağlamak,
- Temel laboratuvar hizmetlerinin sunumunu sağlamak ya da bu hizmetlerin verilmesini sağlamak,
- Sağlık kayıtları tutmak ve bu kayıtların geribildirimlerini sağlamak,
- Listelerindeki kişilerin yılda en az bir kez değerlendirmesini yapmak ve sağlık kayıtlarını güncellemek,
- Hastanın gözlem altında bulunması gereken durumlarda, hastayı gözlem altında tutarak gerekli tetkik ve tedavileri yapmak,
- Hizmet içi eğitimlere katılım sağlamak.

#### **2.2.4. Dünyada Aile Hekimliği**

Dr. Francis Peabody tarafından bütüncül bir hekimlik sisteminin gerekliliğinin dile getirilmesi sonucu, 1952'de İngiltere'de Royal College of General Practitioners kurulmuştur. 1966 yılında Amerikan Tıp Birliği, Milis ve Willard Raporları'nı yayınlamış ve 1969 yılında aile hekimliğini kabul ederek Aile Hekimliği Yeterlilik Kurulu'nu kurmuştur (Dikici ve ark., 2007).

1974 yılına gelindiğinde Hollanda'da "Avrupa Aile Hekimleri Eğitimi" toplantısı yapılmış ve birinci basamak sağlık hekimliğinin diğer uzmanlıklardan farklı olduğu dile getirilerek aile hekimliğinin tanımı yapılmıştır (Çelik, 2012).

1978 yılında gerçekleştirilen Alma Ata Konferansı'nda "2000 Yılında Herkese Sağlık" kapsamında bir takım hedef ve stratejiler belirlenmiştir. İvedilikle BBSH sunumunda uzman hekimlerin gerekliliği vurgulanmış ve tüm dünya bu konuda çalışmalara başlayıp, sağlık politikalarını bu kapsamda yenilemeye geçmiştir (Paycı ve Ünlüoğlu, 2004).

**İngiltere:** Aile hekimliği uygulamalarının 1947'de başladığı İngiltere'de 1952'de Genel Pratisyenler Kraliyet Koleji (Royal College of General Practitioners) kurulmuştur. 1979'da aile hekimliğinde uzmanlık eğitimi zorunlu hale gelmiştir ve hekimler bu eğitimi hastanede iki yıl, aile hekimlerinin yanında sahada da bir yıl çalışarak tamamlamaktadır. 1946'da ortaya koyulan bir yönetmelik neticesinde 1948'de Ulusal Sağlık Hizmetleri (National Health Service) kurulmuştur (Aydın, 2004). Sağlık Bakanlığı'na bağlı faaliyet gösteren Ulusal Sağlık Hizmetleri'nde nihai amaç, sağlık hizmeti alanındaki yenilikleri takip etmek ve sağlık idarecilerine verilen eğitimlerle verimliliği maksimum seviyeye ulaştırmaktır (Yalçın ve Acar, 2010).

Sağlık hizmetlerinin büyük çoğunluğu vergi finansmanı yöntemine dayanmaktadır (Ünlüoğlu ve Paycı, 2004). Bu yöntem, İngiltere'de Beveridge Raporu olarak ortaya çıktığı için Beveridge modeli olarak da bilinmektedir. Bu yöntemde, toplanmış olan kamu gelirlerinin belirli bir oranı sağlık sektörü için ayrılmaktadır (Çelik, 2012). Hastalar aciliyetin olmadığı durumlarda aile hekimleri tarafından sevk edilmeden, ikinci veya üçüncü basamak sağlık hizmeti sunan kuruluşlardan faydalanamamaktadır. Hastalar ve hekimlerin seçme özgürlüğü bulunmaktadır. Hastalar hekimlerini seçebilirken, hekimler de hastalarını seçebilmektedirler. Aile hekimleri ile dal uzmanlarının arasında hasta ve devlet gözünde hiçbir fark bulunmamaktadır. Aile hekimlerinin dal uzmanları ile aynı statüde olması mesleklerine saygınlık kazandırmıştır. Hastanede çalışan doktora maaş verilmekle birlikte, aile hekimlerine nüfuslarındaki hasta kadar ödeme yapılmakta fakat bireylere yönelik koruyucu hizmetlerde ve gezici hizmetlerde hizmet başına ödeme de yapılmaktadır. İngiltere'de kendi bütçesine sahip aile hekimleri de mevcuttur. İsteğe bağlı olan bu çalışma şeklinde



bir finans yöneticisi ile çalışan aile hekimleri işe dahil durumdadırlar. Haftanın bir günü idare işlerini yapabilmek için izinlidirler. Yılısonu, bütçelerinde bir tasarruf meydana gelmiş ise, bu meblağı daha iyi sağlık hizmeti sunabilmek için harcayabilmektedirler (Ünlüoğlu ve Paycı, 2004).

1996 yılından evvel İngiltere, Galler, İskoçya ve Kuzey İrlanda'da aile sağlığı hizmetlerinin organizesini farklı otoriteler sağlamaktayken 1996 yılından itibaren bu dört ülkede aile sağlığı organizeleri tek bir sistem halini almıştır. Serbest sözleşmeli hekimler tarafından sağlanan aile hekimliği hizmetlerinde, ücretlendirme karmaşık bir yapıdadır. İngiltere'de temel sağlık hizmetlerine ayrılan ödeneğin %30'u aile hekimliği uygulamalarında kullanılmaktadır. Vergi yoluyla finansman modeli uygulandığı için hastalar herhangi bir ücret ödememektedir. Dolayısıyla hastaların birinci basamak sağlık hizmeti almasına maddi hiçbir engel söz konusu olmamaktadır. Bir hasta yılda ortalama 5 kez aile hekimi ile görüşürken, görüşmelerin %12'si hasta evinde, diğer görüşmeler ise ofis yahut telefon aracılığı ile gerçekleştirilmektedir. İngiltere'de aile hekimleri diğer hekimler ile birleşerek grup şeklinde çalışmalar da yapmaktadırlar. Oranı %80 olan bu grup çalışmasının çoğu ortaklık şeklindedir (Aydın, 2004).

**Almanya:** Aile hekimliğinin uygulandığı her ülkede olduğu gibi Almanya'da da aile hekimliği, koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerini bir arada sunan uzmanlık dalıdır. Aile hekimliği uzmanlık eğitimi 6 yıl tıp fakültesi eğitiminin ardından beş yıllık daha eğitim sürecini kapsamaktadır (Kavukçu ve Burgazlı, 2011). Birinci basamak sağlık hizmeti sunumunu gerçekleştirecek olan hekimler için 1994'ten itibaren aile hekimliği uzmanlık eğitimi zorunlu kılınmıştır (Paycı ve Ünlüoğlu, 2004).

Almanya'da yaşayan her kişinin sağlık sigortası bulunması zorunluluğu mevcuttur. Almanya'da kişiler temel olarak özel sağlık sigortası ve zorunlu sağlık sigortası olmak üzere iki tür sağlık sigortasına sahiptir. Tüm sigortalıların %12'sini kapsayan özel sağlık sigortası, aylık gelir düzeyi 2700 Euro ve üzeri olanlar ile serbest meslek çalışanlarını kapsamaktadır. Özel sağlık sigortasında sigortalanmanın aylık ücreti 59 Euro ile 800 Euro arasında değişmektedir. Özel sağlık sigortasında hekim, hakkı gördüğü ücreti hastaya fatura eder ve hasta bu faturayla birlikte içerisinde yer aldığı sigorta şirketine gider ve oradan ücreti tahsil ederek doktora ulaştırır. Özel sağlık sigortası dışında kalan herkesi kapsayan zorunlu sağlık sigortasının bu kapsamının

içerisine aylık kazancı 2700 Euro altında olanlar ile düşük gelire sahip olanlar ve çalışamayacak halde olanlar dahildir. Zorunlu sağlık sigortası sisteminde çalışanlardan %14.9 sağlık sigortası primi ile birlikte %1.95 oranında bakım sigortası primi kesilmektedir (Kavukçu ve Burgazlı, 2011).

Almanya sağlık sisteminde, zorunlu (kanuni) sağlık sigortası hekimleri birliği, doktorlar ile zorunlu sağlık sigortalıları arasında köprü görevi görmektedir. Zorunlu sağlık sigortası hekimleri birliği, hekimler ve onların bağlı oldukları sağlık sigortası kurumlarıyla anlaşma yapan, ödeme yapan, denetleme faaliyetleri yürüten ve her hekimin buraya üye olması zorunlu olan özerk yapıda bir kurumdur. Zorunlu sağlık sigortası hekimleri birliği, zamanın en iyi şekilde kullanımının sağlanması amacıyla kendisine bağlı olan her doktora 780 saatten oluşan bir çalışma programı sunmuştur. Bu programda saat hesaplaması yaparken günlük çalışma süresini maksimum 12 saat olarak hesaplamıştır. Aile hekimleri ise haftada 33-35 saat arası çalışmakta olup gerekli durumlarda ev ziyaretlerinden de sorumlu tutulmaktadır. Ayrıca hekimler aile hekimi kapsamında çalıştığı sırada işlemlerini gerçekleştirdikleri hastaların hesaplarını yılın çeyreklerinde ve sonlarında zorunlu sağlık sigortası hekimleri birliğine gönderip değerlendirilmesini sağlamaktadırlar. Bu değerlendirme aşamasında, aile hekimi tarafından gerçekleştirilen her işlemin bir kod numarası ve bu numaraya karşılık gelen bir bedeli vardır. Örneğin, emekliler için muayene kodu 03112 iken bu koda karşılık gelen bedel ise 35 Euro'dur. Aynı zamanda her kod numarasına ayrılmış bir süre mevcuttur. Aile hekimlerine ise kişi başı muayene ücreti, sağlık kurumlarınca 36 Euro olarak belirlenmiştir (Kavukçu ve Burgazlı, 2011).

Almanya'da zorunlu sağlık sigortası kapsamı içerisinde yer alan hekimlik mesleğini icra edebilme maksimum yaş sınırı maddesi ortadan kaldırılmıştır. Hastanın hekimini seçme hakkı olduğu gibi, hekimin de hastalarını seçebilme hakkı vardır (Sungur, 2016).

**Amerika:** Amerika'daki sağlık sistemi aile hekimliği kavramının ortaya çıkmasında önemli bir rol oynamıştır. ABD'li Doktor Peabody 1923 yılında sağlık sisteminde bütüncül bir yaklaşımın olmaması eksikliğinden söz ederek aile hekimliği kavramının ve sisteminin gerekliliğini dile getirmiştir. Fakat bu önerinin uygulamaya geçirilmesi 1950'li yıllara tekabül etmektedir. 1960'lara gelindiğinde Amerika'da "Aile

Hekimliği Yeterlilik Kurulu” kurulmuştur. 1966 yılında ise “Millis ve Willard Raporları”nın yayınlanması ile birlikte aile hekimliği yeni bir uzmanlık dalı olarak tanınmıştır. Bu raporlar neticesinde birinci basamak kavramı ortaya çıkmış ve bugünkü aile hekimliği uygulamasının alt yapısı oluşmuştur (Boysan, 2014).

ABD’de sevk zinciri bulunmamaktadır ve özel sağlık sigortasını yaptırabilenler istedikleri kurumdan hizmet almaktadırlar. Amerika’daki sistem hastaları üçüncü basamağa yönlendirmektedir. Sağlık hizmet finansmanının özel sağlık sigortalarıyla sağlandığı Amerika’da nüfusun %55’inin primini işveren, %3’ünü özel ve %27’sini hükümet karşılamaktadır. %15’lik kesimin ise hiçbir sağlık güvencesi bulunmamaktadır. Amerika’da düzenli bir basamaklanma yapısı ve sevk zinciri sistemi olmadığından, bu yapının görevlerini özel hekim muayenehaneleri veya hastaneler karşılamaktadır. Amerika’da hekimler çoğunlukla özel sektörde çalışmakta ve hizmet başına ödeme almaktadırlar (Şişman, 2010).

ABD’de aile hekimi olabilmek için iki yıl kolej eğitimi ve dört yıl tıp fakültesi eğitimi aldıktan sonra bir yıl hastanede pratik yapılmaktadır. Bu zaman zarfı içerisinde ise üç ulusal kurul sınavına girilmektedir. (Sungur, 2016).

Aile hekimliğini disiplin olarak yetiştiren enerji ve inovasyona rağmen, Amerika’da sağlığın iyileştirilmesi için henüz yeterli gelişmeler sağlanamamıştır (Frey, 2015).

Sağlık politikası işgücü raporları, onlarca yıldır Birleşik Devletler’de birincil bakım hekimleri yetersizliği olduğunu tespit etmiştir. Bu ihtiyacı gidermek için tıp fakülteleri, öğrencilerin birinci basamak sağlık hizmetlerine ilgi duymalarını sağlayan müfredat geliştirmeye çalışmaktadır. Birinci basamak uzmanlık seçimi hakkındaki literatürlerin çoğu, aile hekimliği, pediatri ve iç hastalıkları konularını her biri ile ilişkili bireysel faktörleri hesaba katmayan tek bir kategoriye dahil etmiştir (Eley ve ark., 2015).

Amerika’da Lisansüstü tıp eğitiminde yıllık 15 milyar dolar federal ve devlet yatırımı yapılmasına rağmen gelecekte hekim sıkıntısı görünmektedir. Amerikan Medical Cooleges Derneği, 2025 yılına kadar ABD’de 124.400 hekime ihtiyaç duyulacağını öngörmektedir. Dahası ABD’de, hastanelerde birincil bakımın azalması

nedeniyle doktor ihtiyacı birinci basamak hekimleri için daha acil düzeydedir. Amerika'da 2025 itibariyle 35.000 ile 52.000 birinci basamak hekime ihtiyaç duyulacağı tahmin edilmektedir (Fagan ve ark., 2015).

Amerika, hekimlerin coğrafi dağılımında yetersizlik ile karşı karşıyadır. Amerika'da nüfusun önemli bir kısmı kırsal kesimde iken doktorların sadece %11'i kırsal kesimlerde çalışmayı tercih etmektedirler (Fuglestad ve ark., 2017). Tüm doktorların coğrafi dağılımı önemli olduğu kadar, birinci basamak hekimlerinin de kentsel ve kırsal alandaki eşit olmayan coğrafi dağılımları da aynı derecede önem teşkil etmektedir. Çoğu sağlık hizmet alanında olduğu gibi birinci basamak sağlık hizmeti alanlarında da kıtlık vardır. Çünkü hekimler çoğunlukla kentsel alanlarda çalışmaktadır. Kırsal alanlarda 100.000 kişi başına ortalama 68 aile hekimi mevcutken, kentsel alanlarda 100.000 kişi başına 84 aile hekimi bulunmaktadır. Sağlık Araştırma ve Kalite Ajansı (Agency for Healthcare Research and Quality)'na göre tüm hekimlerin %91'i kentsel alanlarda çalışmaktadır. Birinci basamak hekim uzmanlıklarında, aile hekimlerinin kırsal alanları doldurma ihtimalinin daha yüksek olduğu tahmin edilmektedir. ABD lisansüstü tıp eğitimi sistemi, yeterli miktarda veya ihtiyaç duyulan yerlerde birinci basamak hekimlerini üretmekte başarısız kalmaktadır (Fagan ve ark., 2015). Ayrıca aile hekimliğinde büyük değişiklikler meydana getirmek için yapılan son çaba olan "Aile Hekimliği Geleceği Projesi"nden bu yana geçen 15 yıl içerisinde ABD tıp mezunları 4000'in üzerinde artış gösterirken, aile hekimliğine giren mezun sayısı sadece 300 kişi artmıştır (Frey, 2015).

2004'te Aile Hekimliği Geleceği Raporu (FFM), aile hekimliği tarafından sunulan klinik hizmetlerin bütün şekilde sağlanmasını taahhüt eden yeni bir uygulama modeli tanımlamıştır. Şuanda hasta merkezli tıbbi ev olarak adlandırılan bu yeni model, aile hekimlerinin tüm Amerikalılar için erişilebilir ve kapsamlı bakım sunmasını sağlamayı öngörmektedir. FFM on yıl sonra ise aile hekimlerinin hastalar, aileler ve topluluklara kapsamlı, hasta odaklı birincil bakım sunmak için sağladıkları hizmetleri ve uyguladıkları hizmetleri genişletmeye çağırılmaktadır. Birinci basamak sağlık hizmetinin önemli bir ilkesi olan bakımın kapsamlılığı, çocuklar, yaşlılar, kadınlar ve diğer yetişkinler için kapsamlı ve tekdüze faydaların evrensel olarak sağlanması şeklinde tanımlanmaktadır. Kapsamlı bakıma odaklanmaya rağmen, aile hekimlerinin kapsamı önemli ölçüde değişmekte ve özellikle annelik, çocuk ve hemşirelik bakımı

hizmetlerinde küçülme görünmektedir. Özetle aile hekimliği meslek eğitimi ideal olarak mezunlarını, hizmet verdikleri hastaların ve toplumların ihtiyaçlarını karşılamak için hazırlamalıdır (Eiff ve ark., 2017).

**Hollanda:** Tıpkı Avusturya Belçika, Almanya gibi Hollanda'da da işveren ve iş görenlerin vergi veya zorunlu katkı paylarına dayanan, paraların devlet teknikleri dışında sigorta kurumlarında biriktiği "Bismarck Sosyal Sağlık Sigortası" modelini kullanmaktadır (Paycı ve Ünlüoğlu, 2004). Hollanda'da sosyal güvenlik sistemi sigortacılığa dayanmakla birlikte mevcutta iki tür sağlık sigortası bulunmaktadır. İlk sigorta çeşidi Olağanüstü Medikal Giderler Sigortası'dır ve toplumun %100'ünü kapsamaktadır. Bu sigorta çeşidi süresi uzun ve masrafi çok olan hastalıklar içindir. Bu sigorta sistemine hasta rastgele bir hekim ve merkez seçerek kaydolmaktadır. Diğer sigorta sistemi ise Hastalık Fonu Sistemi'dir ve bu sistem toplumun %60'ını kapsamaktadır. Bu sisteme 65 yaş ve üzeri olup, belirlenmiş gelir düzeyinin altında olanlar ile bu gelir düzeyinin altında kazanan iş görenler dâhildir. Bu fondan yararlanabilmek için bir Aile hekiminin listesinde olma zorunluluğu vardır. Bu sistem dışında kalan %40 ise özel sigorta yaptırmaktadır (Aydın, 2004).

Hollanda'da sağlık sisteminin temeli aile hekimliği uygulamasına dayanmaktadır. Bir aile hekiminin listesinde ortalama 2350 hasta bulunmaktadır. Kişiler istedikleri aile hekimini seçebilmekte özgür olmakla birlikte senede sadece iki defa aile hekimi değiştirebilmektedirler. Hollanda da bulunan aile hekimlerinin ortalama %90'ı Aile Hekimleri Milli Kuruluşu üyesidir. Aile Hekimleri Milli Kuruluşu'nun görevi, Hollanda sınırları içerisinde birinci basamak sağlık hizmetlerini kesintisiz bir şekilde sunmaktır (Uysal, 2014).

Hastalar randevulu sistem ile başvuru gerçekleştirerek aynı gün içerisinde bekleme listelerine yazılmadan hizmet alabilmektedirler. Toplam nüfusun %99'u aile hekimlerine kayıtlıdır ve aile hekimi hasta başına 10 dakika ayrabilmektedir. Bununla birlikte bir aile hekimi gün içerisinde maksimum 35 hasta görmektedir ve tüm aile hekimleri ortak bilgi sistemi ve elektronik reçete sistemi kullanmaktadır. Hollanda'da bir dönem nöbet sistemleri incelenerek uygun bir model oluşturulmuştur. Hollanda'da aile hekimlerine yapılan ödemeler kayıtlı kişi sayısı ve hizmet başı ödeme şeklindedir. Hollanda'nın bir dönem yaşadığı sıkıntı sonucunda greve katılan aile hekimleri ile

hükümet arasında anlaşma yapılmış ve “Post Sistemi” olarak adlandırılan bir kooperatif sistemi oluşturulmuştur. Bu sisteme göre küçük şehirlerde bir, büyük şehirlerde iki-üç merkez olmak üzere postlar kurulmuştur. Kurulan her Post içerisine kendi bölgelerindeki aile hekimleri üye yapılmıştır. Bu sistemde gündüz kendi hastalarına bakan aile hekimleri, mesai saati dışında kalan zaman zarfı içerisinde, Post'ta dört hekim ile birlikte ortak bir sistem üzerinden hizmet vermektedirler. 2000 yılından beri hizmette olan bu sistemde, nöbet saatlerinde bakılan durumlar için, sigorta şirketleri tarafından normal ücretin üzerinde ek ücret ödenmektedir (<http://www.esahed.org.tr/icerik/90/hollandada-aile-hekimligi-uygulamasi>).

**Danimarka:** Danimarka'da sağlık hizmetlerinin ana merkezi konumunda olan hekim grubu genel pratisyenlerdir. Genel pratisyenler hastanın doğru tedavisinin gerçekleşmesinden ve doğru sevk sisteminin sağlanmasından sorumludur. Genel pratisyenler hasta, hastane ve doktor arasındaki koordineyi sağlamaktadır. Danimarka'da genel pratisyen sayısı yaklaşık olarak 3400 olmakla birlikte, her genel pratisyen hekime ortalama 1600 hasta düşmektedir. Danimarka'da herhangi bir genel pratisyene kayıt yaptırma zorunluluğu bulunan Grup 1 ve bir genel pratisyene kayıt yaptırma hakkı olan fakat zorunluluğu olmayan Grup 2 olmak üzere iki çeşit hasta profili mevcuttur. Grup 1 içerisinde bulunan hastalar kayıtlı oldukları genel pratisyenlerden ücretsiz hizmet alırken, Grup 2 içerisindeki hastalar aldıkları hizmetin bir kısım masrafını kendileri ödemek zorundadırlar. Ayrıca Grup bir içerisinde bulunan hastalar kendi bölgesindeki genel pratisyeninin bulunduğu alanlardan uzakta ani bir rahatsızlık yaşadığında yahut kaza durumu meydana geldiğinde o bölgedeki bir başka genel pratisyenden de ücretsiz hizmet alabilmektedirler (Sargutan, 2010). Bununla birlikte Grup 1 hastaları toplumun %97'sini oluşturmaktadır ve bu gruba dahil olan hastaların aile hekimlerini altı aydan sonra değiştirme hakkı mevcuttur. Grup 2 içerisinde yer alan bireylerin ise aile hekimlerini seçme ve değiştirmelerinde herhangi bir sınır söz konusu değildir (Aydın, 2004). Genelde hekimlerin listelerine 2066'dan fazla hasta almamaları istense de hekim sayısının yetersiz kaldığı yerlerde bu sayı aşılabilir. Grup 1'deki hasta sayısının aile hekime başına düşen 1306'dan fazla olduğu durumlarda o bölgede bir başka aile hekiminin çalışmasına müsamaha gösterilmektedir. Tüm bunlar haricinde Danimarka sigorta sistemi içerisinde yer almayan hekimler de bu meslekte çalışmalarını sürdürmektedir. Fakat hastalar bu

hekimlerden aldıkları hizmetin tamamını kendileri karşılamak durumundadırlar. Aile hekimleri mesai saati dışında kalan sağlık hizmetlerinden de sorumlu olduğu için mesai dışı nöbet sistemi her bölgeyi kapsayacak şekilde uygulanmaktadır (Harmanlı ve ark., 2009).

Her 1000 kişiye düşen hekim sayısında, Avrupa Birliği (AB) ülkeleri arasında en yüksek üçüncü orana sahip olan Danimarka'da 1000 kişiye düşen doktor sayısı 3.6'dır. Hekimler arası rekabet üst düzeydedir ve bunun sebebi hastaların, hekim seçebilme özgürlüğüne sahip olmalarıdır. Danimarka'da aile hekimlerinin çalışması gündelik zaman diliminin birçoğunu kapsamaktadır ve hekimlerin tayini ile ilgili genel bir sistem bulunmamaktadır (Boysan, 2014).

**Küba:** Küba'da merkez, il düzeyi ve yerel düzey olmak üzere üç hiyerarşik hizmet düzeyi bulunan tek tip sağlık sistemi mevcuttur. Merkezde Sağlık Bakanlığı vardır ve Bakanlık politika ve normların belirlenmesinden, araştırmaların yürütülmesinden ve bilgilerin toplanıp dağıtılmasından sorumludur. İl düzeyinde hastaneler, eğitim kurumları, kan bankaları vb. yapılar ile sevk ve destek hizmeti sunulmaktadır. Yerel düzeyde ise, kır sağlık evleri, hastaneler ve kent polikliniklerinde birinci basamak sağlık hizmeti sağlanmaktadır. Ulusal sağlık sistemlerinin en üst mertebesi Ulusal Meclis Devlet Konseyi ve Bakanlar Kurulu'dur. Bazı hastaneler il ve belde meclislerine bağlı iken, bazı hastaneler ise doğrudan doğruya Sağlık Bakanlığı'na bağlıdır. Küba'da aile hekimleri ve poliklinikler ise doğrudan belde meclislerine tabidir (Şişman, 2010).

Sağlık alanında ülkelerin hayranlığını kazanan Küba, eşit, etkin ve ucuz bir sağlık sistemi uygulamaktadır. Sağlık hizmetlerinin bütünü, genel sağlık sigortası (GSS) dâhilinde ücretsiz olarak sağlanmaktadır. Daha önceleri hastane ağırlıklı sağlık sistemi mevcutken 1980'li yıllardan itibaren aile hekimliği uygulamasına geçilmiştir. Hastalık temelli sağlık sistemi yerini hastalığı önleme temelli sağlık sistemine bırakmış ve bununla birlikte koruyucu sağlık hizmetlerine daha çok önem verilmiştir (Uysal, 2014). 1984 yılında uygulanmaya başlanan Aile Hekimliği Planı içerisinde bir aile hekimi ve hemşireden oluşan ekipler bulunmaktadır. Aile hekimliği ekipleri 800 kişiden sorumlu olup hizmet sundukları bölgelerde yaşamaktadırlar (Avcı, 2010). Aile Hekimliği Planı uygulamasında, hastaların muayene işlemleri sabah yapılırken, ev ziyaretleri ve sağlık

teşvik etkenleri ise öğleden sonra yapılmaktadır. Belli başlı bölgelerdeki aile hekimleri 20-40 bin arası bireye hizmet sunumu gerçekleştiren yerel bir poliklinik etrafında konuşlanmıştır. 1900'lü yıllara gelindiğinde ise mezuniyetini yeni almış hekimlerin, aile hekimliği hizmetini sunabilmek için yeterli düzeyde bilgi ve beceriye sahip olmadıkları anlaşılmıştır. Bu sorunun giderilebilmesi için Küba'da aile hekimliği uzmanlığı eğitimi, aile hekimlerine zorunlu hale getirilmiştir. İki yıllık aile hekimliği eğitimi tamamlandıktan sonra klinik uzmanlık eğitimine başlanabilmektedir (Uysal, 2014).

Küba'da aile hekimlerinin, koruyucu sağlık hizmetleri, aşılama faaliyetleri, sağlıklı yaşamı teşvik organizasyonları ve rehabilitasyon hizmetleri olmak üzere dört ana görevi bulunmaktadır. Bireylerin sağlık hizmetlerinden faydalanabilmek amacıyla aile hekimlerine, polikliniklere ve hastanelere doğrudan başvurma hakları vardır. Her polikliniğin bir bölgesi olmakla birlikte aile hekimleri bu mevcut polikliniklere bağlı olarak faaliyetlerini sürdürmektedir (Aydın, 2004).

**Norveç:** Norveç aile hekimliğini 1985 yılında tanımıştır. Norveç sigorta sistemi tüm nüfusu kapsayan zorunlu ulusal sigorta sistemine dayanmaktadır. Birinci basamak sağlık hizmetleri 1984'te yürürlüğe giren Yerel Yönetimler Sağlık Planı ile yerel yönetimlere bırakılmıştır. Sağlık merkezleri bünyesinde sözleşmeli olan aile hekimleri, hemşire, ebe vb. personeller bulunmaktadır. Ücretlendirmenin hasta başına olduğu bu sistemde bir aile hekiminin listesinde ortalama 1500-2000 hasta bulunmaktadır. Bölgede hangi aile hekiminin veya kaç aile hekiminin çalışacağı kararı yerel sağlık yönetimi tarafından verilmektedir (Turhan, 2014).

Norveç'te aile hekimleri tarafından verilen birinci basamak sağlık hizmetlerinde halk sağlığı hemşiresi de görev yapmaktadır. Norveç'te hastaların hekim seçebilme hakkı bulunmaktadır. Haftada 38 saat çalışma zorunluluğu bulunan aile hekimleri ücretlerini hasta başına olmak üzere yerel sağlık yönetiminden temin etmektedir. Hasta başına ücret haricinde, hekimin yapacağı ev ziyaretinde yol uzaklığına göre ek ücret ödenmektedir. Norveç'te görev süresi 5 yılı aşmış aile hekimlerine daha fazla ödeme yapılmaktadır. Ayrıca hekimler sürekli eğitim alma zorunluluğundadır ve belirli bir eğitim sayısına ulaşan hekimlere de daha yüksek ödeme yapılmaktadır. Nöbet sisteminde ise birinci basamakta nöbet tutan aile hekimleri gece nöbetini ve hafta sonu nöbetini evlerinde tutmaktadırlar. Hekimler herhangi bir hastaya gidilmemesi



durumunda dahi ödeme almaktadırlar. Bununla birlikte haftalık çalışma saati 38'i geçen hekimlere de ek ücret ödenmektedir (<http://www.saturk.gov.tr/images/pdf/ust/norvec.pdf>).

Norveç'te birinci basamakta çalışabilmek için mezuniyet öncesi altı yıllık eğitim ile birlikte, aile hekiminin yanında ya da hastanede yapılmak üzere bir yıllık da hekim adaylığı eğitimi alma zorunluluğu bulunmaktadır. Fakat aralarında ücret farkı bulunması sebebi ile uzmanlık daha çok tercih edilmektedir. Uzmanlık eğitimi ise bir yıl hastanede dört yıl da birinci basamakta eğitimden oluşmaktadır. 1985 yılında aile hekimliğinin Norveç'te uzmanlık olarak tanınmasıyla birlikte sertifikalandırma kuralları da yenilenmiştir. Beş yıllık bu eğitim sürecinde minimum 200 kurs saatine dayanan eğitim ya da bilimsel faaliyetlerde bulunma zorunluluğu ile en az bir yıl seçilmemiş bir hasta grubu üzerinde klinik uygulama yapma zorunluluğu bulunmaktadır (Paycı ve Ünlüoğlu, 2004).

Norveç'te nüfusun hemen hemen tamamı Düzenli Genel Pratisyen Programı'na kayıtlıdır. Bu program hastaların doktorları ile olan ilişkilerini güçlendirmeyi amaçlarken aynı zamanda hastaya hekimini seçme hakkı da sağlamaktadır. Bu bağlamda Düzenli Genel Pratisyen Programı'na 2001'de geçilmiş ve hastalar bu programla birlikte yerel yönetimlerle anlaşması olan aile hekimlerinden birini seçmekte özgürleşmiştir. Bir hasta bu program dolayısıyla yılda en fazla iki kez aile hekimi değiştirme hakkına sahiptir (Sargutan, 2010).

**Finlandiya:** Bireyler sağlık hizmetlerinden yararlanabilmek için ülkenin zorunlu sağlık sigortası olan Kela'ya kaydolmaları gerekmektedir. Bu sigorta sisteminde kaydı olmayan hastalar, kamunun sunmuş olduğu diğer sağlık hizmetlerinden kısıtlı şekilde faydalanabilmektedir. Merkezi ve yerel idarenin elde ettiği vergilerce karşılanan sağlık giderlerinden %35'e yakın sağlık primi kesintisi yapılmaktadır. Sağlık hizmeti sunumu yerel idareler tarafından sağlanmaktadır. Her hekim bir bölgeden sorumludur ve bölgede yaşayan bireyler aile hekimleri aracılığı ile sağlık hizmetlerinden faydalanmaktadır. Finlandiya'da aile hekimleri iki hekim, bir hemşire ve bir tıbbi sekreter bulunan ekipler halinde çalışmakta ve hizmet vermektedirler. Bununla birlikte hastalar kendi bölgelerinde hizmet veren hekimler dışında özel muayenehanesi bulunan hekimlerden de sağlık hizmeti alabilmektedirler. Hatta bekleme sürelerinin uzunluğu

nedeniyle kişilerin özel muayenehane hekimlerine başvurularında artış yaşanmıştır. Finlandiya’da koruyucu hizmetler ve sağlıklı yaşamı teşvik faaliyetleri ile rehabilite edici hizmetler sunan birinci basamak sağlık merkezleri, Sağlık İstasyonları olarak nitelendirilmektedir. Bu istasyonlarda bir yıl içerisinde sağlanan ilk üç muayene için muayene başına 11 Euro ücret tahsil edilmektedir ([http://e-kutuphane.teb.org.tr/pdf/raporlar/aile\\_hek09/3.pdf](http://e-kutuphane.teb.org.tr/pdf/raporlar/aile_hek09/3.pdf)).

Finlandiya’da hekimler genel pratisyen unvanını altı yıllık uzmanlık eğitimi sonucunda alabilmektedirler (Aydın, 2004).

**Polonya:** Polonya’da ilk kez 1991 yılında ortaya çıkan aile hekimliği sistemini geliştirmek maksatlı 1992 yılında Varşova’da Aile Hekimliği Koleji kurulmuştur. Bu kolej ile birlikte 2004 yılında sayısı 7000’e ulaşan aile hekimliği uzmanı yetişmiş oldu. Yetişen bu hekimlerin büyük çoğunluğunu iç hastalıkları uzmanları oluşturmaktadır (Çağlayan ve Erkoç, 2006).

Polonya’da aile hekimliği uygulamasında hekimlere yapılan ödemeler hekimlerin listesine kayıtlı hasta başına yapılmaktadır (Balcı ve Erol, 2016). Yeni doğan çocuklar otomatik olarak bölgelerindeki aile hekiminin listesine eklenmektedir. Fakat aile hekimleri listelerinde bulunan hastalara mektup aracılığı ile ulaşarak onların teyidini almaktadır. Hekimin bu teyit isteği, aktif negatif cevap ve aktif pozitif cevap olmak üzere iki şekilde sonuçlanmaktadır. Aktif pozitif cevap uygulamasında hastaların hekimlere kayıtlı olma istekleri göz önünde bulundurulmaktadır. Aktif negatif kayıt uygulamasında nüfusun belirli bir kısmı hekimlere bağlanmaktadır ve hastanın istediği takdirde kaydını başka bir hekime aldırma hakkı vardır (Aydın, 2004). Hastalara ücretsiz verilen hizmetler arasında, temel sağlık hizmetleri, uzmanlık hizmetleri, laboratuvar ve rehabilitasyon hizmetleri de bulunmaktadır. Ayrıca hekimler 2500 hastaya ulaşınca kadar iki hemşire çalıştırmak zorundadır (Balcı ve Erol, 2016).

Polonya’da, hastane ev olarak nitelendirilen evde bakım hizmetleri, aile hekimleri tarafından sağlanmaktadır. Bu hizmetin ekonomik faydalarının yanında yatan hasta stresini de ortadan kaldırdığı söylenmektedir. Polonya’da birinci basamak hizmeti veren hekimlerin evde bakım hizmeti vermek zorunluluğu bulunmaktadır (Çağlayan ve Erkoç, 2006).

Aile hekimlerinin, sabah sekiz ve akşam altı arasında haftada beş gün hizmet vermek zorunluluğu bulunmaktadır. Kişi başı yapılan ödemelerde bazı primlerin belirlenebilmesi için hastalar 6 yaş altı, 6-55 yaş arası ve 60 yaş üzeri olmak üzere gruplara ayrılmıştır. (Aydın, 2004).

**Tablo 1.** AB ülkelerinde pratisyen hekim sayısı ve 100.000 kişi başına düşen pratisyen hekim (ph) sayısı (İzleme Ölçme ve Değerlendirme Kurum Başkan Yardımcılığı, 2015)

Ülke	Ph Sayısı	100.000 Kişi Başına Düşen Ph Sayısı
Belçika	12.290	111,2
Bulgaristan	4.925	67,0
Çek Cumhuriyeti	7.369	70,2
Danimarka	4.047	73,3
Almanya	130.891	160
Estonya	1.127	84,9
İrlanda	11.008	240
Yunanistan	3.369	30,3
İspanya	34.722	74,3
Fransa	101.803	155,6
Hırvatistan	3.299	77
İtalya	58.275	98,1
Letonya	1.328	64,5
Litvanya	2.577	85,1
Lüksemburg	441	83,1
Macaristan	3.353	33,5
Hollanda	20.848	125,5
Polonya	15.859	41,2
Portekiz	21.917	207,6
Romanya	17.718	87,9
Slovenya	1.085	52,9
İsveç	5.895	62,9
Birleşik Krallık	51.010	80,1
İzlanda	183	57,1
Norveç	4.911	99,2
İsviçre	8.356	105,6
Makedonya	1.933	93,9
Ab Ortalaması		106,3

Türkiye’de ise 100.000 kişi başına düşen pratisyen hekim sayısı ise 55’tir. Özetle ülkemiz AB ortalamasının altında kalmaktadır (Sağlık istatistikleri yılı, 2017).

### **2.2.5. Türkiye’de Aile Hekimliği**

Dünyada meydana gelen aile hekimliği sistemindeki gelişmelerin Türkiye’ye etkileri Toplum Hekimliği olarak gerçekleşmiş ve Prof. Dr. Nusret Fişek tarafından hazırlanmış olan Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Yasası ile aile hekimliği, basamaklandırılan sağlık sisteminde birinci basamakta yer almıştır. Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Kanunu’na göre 5-10 bin nüfusa ayrı ayrı sağlık ocağı açılması planlanmıştır (Aktaş ve Çakır 2012). Bu dönemde aile hekimliği, sağlık ocağı hekiminin görevleri kapsamında değerlendirilmiş ve ayrı bir uzmanlık olması düşünülmemiştir (Söyleyici, 2010).

Aile hekimliği sistemi 1983 yılından itibaren Türkiye’nin gündeminde yer almaya başlamıştır. Bugüne kadar geçen süre zarfında defalarca yasal düzenlemeler yapılmak istense de başarılı olunamamıştır (Baltacı ve ark., 2011). 1983 yılında Türkiye’de aile hekimliği, Tababet Uzmanlık Tüzüğü’nde yer almış ve ardından ilk aile hekimliği anabilim dalı Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi’nde kurulmuştur. 1985 yılına gelindiğinde ise İstanbul, İzmir ve Ankara’daki Sağlık Bakanlığı’na bağlı eğitim hastanelerinde aile hekimliği uzmanlık eğitimine başlanmıştır. Tüm bu gelişmelerin ışığında 1993 yılında 12547 sayılı Yüksek Öğretim Kurumu (YÖK) kararıyla aile hekimliği anabilim dallarının tıp fakültelerinde kurulması uygun görülmüştür (Şensoy ve ark., 2009). 1990 yılında aile hekimliğinde uzmanlık eğitimi alan asistanlar tarafından Ankara’da “Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği” kurulmuş, 1993 yılında da İstanbul’da ilk “Aile Hekimliği Bilimsel Kongresi” düzenlenmiştir. 1998 yılında 1074 sayılı Bakanlar Kurulu kararıyla AHUD (Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği) adını TAHUD (Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği) olarak değiştirmiş ve Türkiye’yi dünyada temsil edebilme hakkını kazanmıştır (Söyleyici, 2010).

Aile hekimliği altıncı, yedinci ve sekizinci beş yıllık kalkınma planlarında yer almış ve son olarak 58. Hükümet’in Acil Eylem Planı ve Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) neticesinde hayata geçmiştir (Aktaş ve Çakır, 2012).

2002 yılında 56. Hükümet’in oluşturmuş olduğu Acil Eylem Planı kapsamında temel hedeflerin belirlenmesiyle ve 2003 yılında Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın ortaya

koyulmasıyla aile hekimliği çalışmaları ayrı hüviyet kazanmıştır. SDP kapsamında, aile hekimliğinin hayata geçirilmesi, koruyucu sağlık hizmetlerinin öneminin artması, GSS ile birlikte tüm vatandaşların sağlık hizmetlerinden yararlanması, etkin sağlık bilgi sisteminin oluşturulması, etkili sevk zinciri yönetimi gibi hedefler belirlenmiştir. Buradan hareketle Türkiye’de aile hekimliğine yönelik yapılan çalışmaların önemi artmış ve bu sistemin hayata geçirilebilmesi için gerekli çalışmalara başlanmıştır. Aile hekimliği için geçiş dönemi eğitimi ile birlikte üç yıldan oluşan uzmanlık eğitimi süresi planlanmıştır. Tüm bunların ışığında SDP kapsamında gündeme alınan aile hekimliği uygulaması pilot il olarak 2005 yılında Düzce’de uygulamaya geçirilmiş ve 2006 yılında 10 il daha pilot uygulamaya dahil edilmiştir. 2010 yılı ile birlikte Türkiye’de tüm illerde aile hekimliği uygulaması başlatılmıştır (Turhan, 2014).

Aile hekimliği SDP’nin temel bileşenlerinden bir tanesidir. Aile hekimliği uygulamasından önce birinci basamak sağlık hizmeti sunan kurumlardaki hekim sayısı 17.800 iken SDP ile birlikte gelen aile hekimliği uygulamasından sonra 2010 yılında bu sayı 22.352 hekime ulaşmıştır (Yıldırım,2013). 2016 yılı itibari ile ise sadece aile hekimliği biriminde hizmet veren hekim sayısı 23.213’dür (Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2016).

SDP kapsamında her aile hekiminin bir nüfus listesine sahip olması, hastaların aile hekimlerinin kim olduklarını bilmesi adına ve aynı zamanda kişi merkezli sağlık hizmet sunumunun gerçekleşmesi ve hizmetin sürekliliğinin sağlanması adına olumlu bir adım olmuştur. SDP’nin bir getirisi olarak birinci basamak sağlık hizmeti sunan kurumların finansman modelinde de değişikliğe gidilmiştir. Bunun sonucu olarak aile hekimleri aile sağlık merkezlerinde sözleşmeli olarak çalışmakta ve buldukları Aile Sağlık Merkezleri (ASM)’lerin finansal sorumlusu durumunda olmaktadır. Aile hekimlerine yapılan ücretlendirme önemli ölçüde kişi başı ödeme şeklindedir (Akman, 2012).

**Tablo 2.** Türkiye’de yıllara göre Aile Sağlığı Merkezi sayıları (Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2018)

YIL	2002	2012	2014	2016	2018
Asm Sayısı	0	6660	6829	7636	7774

Tablo 2 incelendiğinde Aile Sağlığı Merkezi sayılarının yıllara göre artış gösterdiği görülmektedir. 2018 yılı itibari ile ülkemizde toplam 7774 ASM bulunmaktadır.

**Tablo 3.** Türkiye' de yıllara göre Aile Hekimliği Birimi'ne yapılan müracat sayıları ( Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2016)

YIL	2002	2012	2014	2016
<b>Başvuru Sayısı</b>	0	221.672.029	214.120.750	205.549.931

Tablo 3 incelendiğinde hastaların aile hekimliğine yaptıkları müracaatlarda yıllara göre azalma olduğu görülmektedir. 2016 yılı itibari ile aile hekimliği birimine yapılan toplam müracaat sayısı 205.549.931'dir.

**Tablo 4.** Türkiye' de 2017 yılında mevcut Aile Hekimliği Birimindeki (AHB) Hekim Sayıları (Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2018)

Görev	Uzman Hekim	Pratisyen Hekim
<b>Ahb Hekim Sayısı</b>	1658	21555

Tablo 4 incelendiğinde Türkiye'deki Aile Hekimliği Birimlerinde görev yapan hekimlerin yüksek çoğunluğunun pratisyen hekimlerden oluştuğu görülmektedir.

Türkiye'de 2017 yılı itibariyle Aile hekimi başına düşen nüfus sayısı ise 3207'dir (Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2018). Fakat bu sayı çoğu Avrupa ülkesinin neredeyse iki katıdır. Bakımın niteliğinin artmasının sağlanabilmesi için hastaya ayrılan sürenin artması gerekmektedir. Bu bağlamda ülkemizin ciddi ölçüde BBSH sunumu gerçekleştirecek hekimlere ihtiyacı vardır (Akman, 2012).

### **Eğitim ve Sertifikasyon**

Bakanlık tarafından öngörülen ve belirlenen eğitimleri alan hekimler aile hekimi olabilmektedirler (Gürbüz, 2014). 2013 yılında Resmi Gazete'de yayımlanan "Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği"nde, eğitimin ana hatları belirlenmiştir. Yönetmeliğe göre; Aile hekimlerine iki aşamada eğitim verilecek ve eğitimlerin içeriği kurum tarafından belirlenecektir. Üniversitede bir ay aile hekimliği stajı yapmış olan mezunların muaf tutulacağı birinci aşama eğitiminin süresi maksimum on gün olarak belirlenmiştir. En az on iki ay sürmesi gereken ikinci aşama eğitim programı ise birinci

eğitim programının bitmesi ile birlikte başlamaktadır ve uzaktan eğitim tarzındadır. Aile hekimliği uzmanlarının bu iki aşama eğitime de katılma zorunluluğu bulunmamaktadır. Fakat uzman olmayan aile hekimlerinin, alınması gereken eğitimlerin en az %80' ine devam etme zorunluluğu bulunmaktadır (Aile hekimliği Uygulama Yönetmeliği, 2013, madde 21).

Ayrıca Türkiye'de mezuniyet sonrası aile hekimliği uzmanlık eğitiminin süresi 3 yıldır. Türkiye'de uzmanlık öğrencileri aile hekimliği ortamından daha çok, hastane ortamında zaman harcamaktadırlar (Metsemakers, 2012).

### **Doktor Seçme ve Değiştirme Özgürlüğu**

Bireylerin aile hekimlerine yapılacak ilk kayıtları, yerleşim yerleri göz önünde bulundurularak ilçe sağlık müdürlüğu tarafından gerçekleştirilmektedir. Yeni doğanlar ve henüz nüfus kaydı bulunmayan bebekler, annelerinin bağlı bulunduğu aile hekimi listesine kaydedilir. Büyükşehir Belediyesi Kanunu'nun içerisinde yer almayan il merkezleri ayrı bir bölge olarak kabul edilirken kişilerin bölge sınırlaması olmaksızın aile hekimlerini serbest şekilde seçme özgürlükleri bulunmaktadır. Taşınma maksatlı şehir değişikliği nedeni ile başka bir şehre yerleşen kişi istediği aile hekimine kayıt yaptırabilmektedir. Fakat yer değiştiren kişinin talep etmemesi durumunda, toplum sağlığı merkezi 30 gün içerisinde kişiye ulaşarak, kaydını nüfusu en az olan hekime yapmaktadır. Ayrıca zorunlu bir durum olmadığı durumlarda kişiler aile hekimlerini üç aydan önce değiştirememektedir (Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği, 2013, madde8).

Tüm bunlarla birlikte hekimin hastasını kabul etmeme hakkı da bulunmaktadır. Hekimin hastasını kabul etmeyeceği durumlar aşağıdaki gibidir (Avcı, 2010):

- Tıp etiğine uygunsuz davranışlarının bulunması,
- Hasta ile hekim arasındaki ilişkinin, aile hekimliğinin verimliliğini olumsuz yönde etkileyecek biçimde bozulması,
- Hasta ve hekim arasında adli bir sorunun ortaya çıkması,
- Hasta tarafından hekime karşı, taciz ve tehdit gibi durumların ortaya çıkması.

### **Hizmet Sürekliliğinin Devamı**

Hizmetin sürekliliğinde ilk adım aile hekimlerinin görev yapacakları bölgelere gönüllülük esasıyla gitmelerini sağlamaktır. Aile hekimliğinde başarılı olabilmenin en büyük şartı, sunulacak hizmetin bütüncül ve sürekli olmasıdır. Hekimlerine alışan hastaların hekim değiştirmeleri uygulamanın mantığına ters bir hareket olmaktadır. Aile hekimliği uygulamasının başarılı bir şekilde devam ettiği ülkelerde hastanın aynı aile hekiminin listesinde bulunma süresinin 8-13 yıl gibi uzun bir süre olduğu görülmektedir (Avcı, 2010).

Aile hekimliği uygulaması ile birlikte, aile hekimi listesinde bulunan kişilerin devamlı olarak aynı hekim tarafından takip edilmesi ve izlenmesi amaçlanmıştır. Aile hekimlerinin yıllık izin kullandığı dönemlerde veya herhangi bir sebepten dolayı izne ayrıldığı dönemlerde yerine aile hekimi olarak görev yapacak geçici aile hekimi İl Sağlık Müdürlüğü tarafından atanmaktadır. Resmi tatillerde veya çalışma saatleri dışında kalan zaman dilimlerinde nöbet uygulaması ile hizmetin sürekliliği sağlanmaktadır. Aile hekimleri olağanüstü durumlarda ve doğal afet dönemlerinde çalışma saatine bağlı olmaksızın görevlerini sürdürmek zorundadırlar (Söyleyici, 2010).

### **Çalışma Saatleri ve İzinler**

Aile hekimleri tam gün esasına göre çalışmaktadırlar. Görev yapacağı yerin şartları dikkate alınarak mesai saatleri ve günleri, aile hekiminin teklifi ve müdürlüğün onayı ile belirlenir. Gezici sağlık hizmetleri ile yapılacak ev ziyaretleri de bu mesai süresine dahil edilmektedir. 2015 yılında Aile Hekimleri Uygulama Yönetmeliği madde 10(4)'te yapılan değişiklik ile 657 sayılı kanunun 33. Maddesinde belirtilmiş olan yerlerde aile hekimlerine mesai saatleri dışında ayda en az sekiz saat, ihtiyaç görülen durumlarda ise bu süreden daha fazla nöbet görevi verilmektedir. Nöbet planlaması aile hekimliği uygulamasını aksatmayacak şekilde yapılmaktadır ve haftalık 30 saatten fazla nöbet tutturulamamaktadır. Aile hekimlerine tuttukları nöbet karşılığında ücret ödenmektedir (Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği, 2013).

Bakanlık tarafından görevlendirilen aile hekimlerinin 30 günlük yıllık izin süreleri bulunmaktadır. Ayrıca mazeret dolayısıyla ek 5 gün daha izin verilebilmektedir. Kadın aile hekimlerine doğumdan önce sekiz doğumdan sonra sekiz olmak şartıyla toplamda on altı hafta izin verilmektedir. Fakat çoğul gebelik durumunun söz konusu



olduğu zamanlarda ise sekizer haftalık izin sürelerine ikişer hafta daha eklenmektedir (Yalman, 2013). Aile Hekimliği Ödeme ve Sözleşme Yönetmeliği'nde 2015 tarihinde yapılan değişiklik ile getirilen Geçici Madde 4'e göre, kadın aile hekimlerine doğumdan sonra çocuk emzirmesi için doğum izninin bitiminin hemen peşine ilk altı ay boyunca günde üç saat, ikinci altı ay boyunca günde iki saat süt izni verilmektedir. Belgelendirilmesi şartı ile aile hekimlerine kongre, konferans, seminer gibi etkinliklere katılım sağlamaları maksatlı bir mali yıl içerisinde en fazla beş gün izin verilmektedir. Ayrıca aile hekimliği uzmanlık eğitimine başlayan aile hekimlerinden hastane değişikliği nedeniyle görevini yürütemeyecek olanlar bu süre boyunca izinli sayılmaktadır. Fakat "Danıştay İkinci Dairenin 22/12/2016 tarihli ve Esas No: 2016/12199 sayılı kararı ile yönetmeliğin Geçici 4 üncü maddesinin yürütmesinin durdurulmasına karar verilmiştir." ( Aile Hekimliği Ödeme ve Sözleşme Yönetmeliği, 2010).

#### **Etkili Sevk Sistemi ve Geri Bildirim**

Aile hekimleri, hastaların uzman hekimlere başvurup, başvurmamasına gerek olup olmadığına karar vermekte, hastaya verilen hizmetleri izlemekte ve verilen bu hizmetlerin arasında koordinasyonu sağlamaktadır. Aile hekimi, hastalara uzman hekim kullanımında yol gösterici konumunda bulunmaktadır. Bu özellik, sağlık hizmet sunumunun gerçekleştiği tüm basamakların arasında bir bağ oluşturmaktadır. Bundan dolayı ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinde gereksiz kullanım minimize edilecektir. Aile hekimleri diğer basamaklarda verilen hizmetleri geri bildirim yöntemi aracılığı ile takip edebilmektedir (Söyleyici, 2010). Aile hekimi hastasına, içerisinde sevk gerekçelerinin, yapılan tetkik sonuçlarının ve hastanın temel sağlık bilgilerinin yazdığı sevk formunu vermek zorundadır (Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği, 2013, madde: 28).

#### **Kırsal Kesimde Aile Hekimliği ve Gezici Hizmet**

Aile hekiminin birden çok köye bakmasının zorunlu olduğu durumlarda aile hekimi ilçe sağlık müdürlüğü tarafından uygun görülen en merkezi köyde yerleşim gösterir. (Aydın, 2004).

Aile hekimlerinin gezici sağlık hizmeti sunacağı bölgeler müdürlük tarafından belirlenmekte ve kurum tarafından onaylanmaktadır. Aile hekimleri gezici sağlık

hizmeti sunacakları bölgelere bir plan kapsamında periyodik aralıklarla ulaşmak zorundadırlar. Gezici sağlık hizmetine yönelik planlama, iklim şartları, ulaşım imkanları ve bölgenin coğrafi durumu dikkate alınarak gerçekleştirilmektedir. Gezici sağlık hizmeti sunumu her 100 kişi için ayda en az iki saat olmak şartıyla aile hekimleri tarafından sağlanmaktadır. Nüfusu maksimum 250 kişiden oluşan bölgelere ayda en az bir kez, nüfusu 250 ve 500 aralığında değişen bölgelere ayda en az iki kere ve nüfusu 500'den daha fazla olan bölgelere ise haftada en az bir kez gezici sağlık hizmeti sunulmaktadır (Aile Hekimleri Uygulama Yönetmeliği, 2013 Madde: 6).

Gezici sağlık hizmetleri, koruyucu sağlık hizmetlerine verilen önem neticesinde yapılmaktadır. Bu bağlamda gezici sağlık hizmetleri kapsamında, ev ziyaretleri, gebelik takipleri, bebeklerin sağlık durumlarının takibi, aşılama hizmetleri gibi hizmetler yer almaktadır (Karadağ, 2007).

Gezici sağlık hizmetlerinde gider ödemeleri bir ayda hizmet sunumu sağlayan kişi sayısı ve bir ayda kat edilen mesafe olmak üzere bu ikisi için ayrı ayrı hak edişler hesaplanarak yapılmaktadır (Gezici Sağlık Hizmetleri Planlaması ve Ödemesine İlişkin Usul ve Esaslar).

### **Tetkik ve Tahlil İşlemleri**

Aile hekimi tarafından, hastalıkların teşhisi ve takibi için gereken basit tetkikler aile sağlık merkezlerinde yapılabilmektedir. Aile hekimleri tarafından yapılmak istenen laboratuvar tetkikleri müdürlük tarafından uygun görülen bir laboratuvar da yaptırılmaktadır (Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği, 2013 madde: 27). Aile hekiminin istemiş olduğu tetkiklerin yapılabilmesi için gerekli olan sarf malzemeleri müdürlük tarafından temin edilmektedir. Müdürlük tarafından belirlenmiş olan laboratuvarlarda yaptırılmış tetkikler için belge olmak sureti ile laboratuvara ödeme yapılmaktadır. Belgelendirilmesi sağlanamayan tetkikler için ise herhangi bir ödeme yapılmamaktadır. Tetkik ve sarf malzemeleri giderleri karşılığı aile hekimlerine yapılacak toplam ödeme miktarının, tavan ücretin %100'ünü aşması durumunda, aile hekimlerinin yapmış olduğu tetkikler incelemeye alınmaktadır. Fakat hormon ve ELISA giderleri bu oranın dışında tutulmaktadır (Aile Hekimliği Ödeme ve Sözleşme Yönetmeliği, 2015 Madde:16(Ç) )

## **Aile Hekimliğinde Ücretlendirme ve Kesintiler**

1237 sayılı Bakanlar Kurulu Kararı ile 2010 tarihinde Resmi Gazete’de yürürlüğe giren Aile Hekimliği Ödeme ve Sözleşme Yönetmeliği’nde Bakanlar Kurulu’nun 7528 sayılı 2015 tarihinde yapılan değişiklikler ile ödemelerde yapılacak usul ve esaslar yeniden düzenlenmiştir. Bu yönetmeliğe göre;

Sözleşmeli çalışan veya görevlendirme yoluyla çalışan aile hekimlerine çalıştıkları gün sayısına göre ödeme yapılmaktadır. Aile hekimlerinin izin, rapor ve bakanlık ya da bakanlığın onayı ile müdürlük tarafından verilen eğitim görevlendirmeleri çalışılan gün sayısına dâhil edilmektedir. Aylık yapılacak bu ödemeler;

- Kayıtlı kişiler için ödenecek ücret,
- Sosyoekonomik gelişmişlik düzeyi ücreti,
- Aile sağlığı merkezi giderleri,
- Gezici sağlık hizmeti giderleridir.

Aile hekimlerine listelerini aşan kişi sayıları için ve doğal afet durumlarında sunulan hizmetler için ayrı ödemeler yapılmamaktadır.

Sözleşme usulü ile çalışan aile hekimlerine, hizmet sundukları merkezin Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği’nde yer alan 23. ve 24. Maddeleri kapsamında belirlenmiş olan asgari ve fiziki şartların devam edebilmesi için gerekli giderlere yönelik, her ay tavan ücretin %50’sinin, Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) tarafından yayımlanan illerin satın alma gücü paritesi puanı ile çarpımı sonucunda belirlenen miktarda ödeme yapılmaktadır.

Sözleşme usulü ile çalışmakta olan aile hekimine, gezici sağlık hizmeti giderleri kapsamında, kat edilmesi zorunlu olan her kilometre için tavan ücretin on binde 5’i ve gezici hizmet sunulan bölgede aile hekiminin listesinde bulunan her kişi için tavan ücretin yüz binde 7.52 i kadar ödeme yapılmaktadır. İklim ve ulaşım koşullarının zor olduğu ve gezici sağlık hizmetinin normal araçlar ile sağlanamadığı durumlarda müdürlük, aile hekimine gezici sağlık hizmeti sunumunun yapılabilmesi için gerekli araçları temin etmektedir.

Koruyucu hekimlik hizmeti kapsamında bulunan, aşılama, gebe, bebek-çocuk takibi için ayrı ayrı, başarı oranına kesinti uygulanmaktadır. Sözleşmeli aile hekimi veya geçici aile hekimi için hesaplanan brüt ücretin;

- Aylık başarı oranı %98- %97 ise %2'si,
- Aylık başarı oranı %96- %95 ise %4'ü,
- Aylık başarı oranı %94- %90 ise %6'sı,
- Aylık başarı oranı %89- %85 ise %8'i,
- Aylık başarı oranı %85'ten daha düşük olanlar için %10'u esas alınarak hesaplanacak miktarlar, aşılama, gebe, bebek-çocuk takibi için ayrı ayrı değerlendirilmek sureti ile aile hekimine yapılacak ödemeden düşülür.

Aile hekimlerinden yapılacak kesintinin tutarı brüt ücretin %20'sinden fazla olamamaktadır.

#### **Yerinde Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi**

25.01.2013 tarihli ve 28539 sayılı Resmi Gazete ile yürürlüğe giren Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği'ne göre;

“Yerinde sağlık hizmeti: Aile hekimi ve/ veya aile sağlığı elemanının, müdürlükçe tespit edilen cezaevi, çocuk ıslahevi, huzurevi, korunmaya muhtaç çocukların barındığı çocuk yuvaları ve yetiştirme yurtları gibi toplum yaşam alanlarına Kurumca belirlenen usul ve esaslara göre giderek, yerinde vereceği sağlık hizmetini ifade eder.”

Yerinde sağlık hizmeti sunulacak bölgeler müdürlük tarafından belirlenerek Kurum tarafından onaylanmaktadır. Yerinde sağlık bölgesi olarak belirlenen yerler ile ilgili değişiklik yapılması istendiği takdir de, bu değişiklikler altı aylık dönemler olarak aile hekimlerinin de görüşlerinin alınmasıyla müdürlük tarafından belirlenip kurumun onayına sunulmaktadır. Kişilerin aile hekimlerine doğrudan başvuru imkânlarının bulunmadığı kurumlarda, yerinde sağlık hizmeti sunumu sağlayan aile hekimi kurumlarda yaşayan kişileri kayıt etmektedir. Yerinde sağlık hizmeti alması gereken kurum olarak ilan edilen kurumlar, aile hekimlerinin sağlık hizmeti sunabilmeleri için gerekli olan asgari şartları sağlamak zorundadırlar. Bu kurumlarda her yüz kişi için ayda en az üç saat olmak üzere 750 kayıtlı kişiye kadar en az haftada bir kez, 750'den fazla

olan kayıtlı kişiye ise en az haftada iki kez yerinde sağlık hizmeti sunulmaktadır. Cezaevi ve çocuk ıslahevlerinde ise bu süre iki kata çıkmaktadır (Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği, 2013).

### **Aile Sağlığı Merkezi**

25.01.2013 tarihli ve 28539 sayılı Resmi Gazete ile yürürlüğe giren Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliğine göre;

Aile sağlığı merkezi (ASM), kurum tarafından belirlenmiş olan nüfus kriterleri esas alınarak sözleşmesini yapan bir veya birden fazla aile hekimi tarafından açılabilmektedir. Aynı aile sağlığı merkezinde çalışan her aile hekimi için ayrı sözleşme yapılmaktadır. Aile hekimleri, sağlık hizmeti sunumuna yardımcı olabilmesi için personel çalıştırabilme hakkına sahiptir.

Bir aile sağlığı merkezinde bulunması gereken asgari fiziki şartlar aşağıda belirtilmiştir; (Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği, madde: 23)

- Bina kolay ulaşılabilir, güvenli, uygun havalandırma, ısıtma ve aydınlatma imkânlarına sahip olmalıdır.
- Bekleme ve danışma bölümü bulunmalıdır.
- Muayene odası her aile hekimi için en az 10 metrekare olmalıdır ve muayene odasında lavabo bulunmalıdır.
- Tıbbi müdahale odası, hastaya tıbbi girişimlerin yapılabilmesine imkân verecek büyüklükte olmalıdır ve içerisinde lavabo bulunmalıdır.
- Laboratuvar hizmetlerinin başka bir yerde verilmesi düşünülüyorsa, bu hizmetlerin sağlanabilmesi için uygun bir oda bulunmalıdır.
- Bebek bakım emzirme alanı yahut odası bulunmalıdır.
- Kadın ve Erkek tuvaletleri bulunmalıdır.
- Tercihen binaların giriş katlarında bulunmalı ve engelli ve yaşlı bireylerin giriş çıkışını kolaylaştıracak önlemler alınmalıdır.
- Bekleme alanlarının iç ortam sıcaklığı 18-27 derece arasında, muayene odasının iç ortam sıcaklığı ise en az 20 derece olmalıdır. Soba haricinde diğer ısıtma cihazları kullanılmalıdır.
- ASM'lerin boya ve bakımı tam ve eksiksiz olmalıdır.

- ASM’lerde zemin kaplaması kolay temizlenebilir olmalıdır.

### **2.2.6.Aile Hekimliğine Geçme Nedenleri**

Aile hekimi, ailedeki tüm bireylerin sağlığından sorumlu hekimdir. Birinci basamak sağlık hizmetinin karşılayamadığı sağlık problemleri karşısında hastayı ilgili basamak ve birime yönlendirmektedir. Böylece etkin bir sevk ve koordinasyon sağlamaktadır. Aynı zamanda listesinde bulunan hastalarının sağlık danışmanı ve yol göstericisi konumundadır. Aile hekimi listesinde bulunan kişilerin en kolay ulaşabileceği merkezdir. Hizmet sunumu gerçekleştirdiği toplumu her yönü ile tanımakta ve tüm bireylerin sağlık durumlarını ve yaşam koşullarını bilmektedir. Aile hekimleri tarafından tutulan sağlık kayıtları, yapılacak olan araştırmalarda çok önemli yer teşkil etmektedir. Tutulan bu kayıtlar sevk zinciri sisteminde yüksek oranda başarı sağlamaktadır. Kişinin sevkinin gerektiği durumlarda doğru uzmanlık alanına sevk edilmesini sağlayarak yüksek maliyeti bulunan ikinci basamak sağlık hizmetlerinin etkinliğini arttırmakta ve daha ekonomik kullanımını sağlamaktadır. Aile hekimliği uygulaması bütüncül yaklaşıma dayanır. Bu uygulama hekim-hasta arası güvene dayalı iletişim kurulan bir uygulamadır (Aydın, 2004).

Aile hekimliği, sağlık hizmeti sunumu almak isteyen kişilerin ilk başvuru noktasıdır. Sağlık hizmetinden faydalanmak isteyen kişilere sağlık durumunda ve hastalık durumunda sürekli bir hizmet sunumu gerçekleştirmektedir. Aile hekimliği uygulaması etkin bir sevk zincirine sahip ve etkin koordinasyonun sağlandığı bir uygulamadır (Dikici ve ark., 2007).

Aile hekimliğine geçilmesi ile birlikte şu kazanımların sağlanacağı ifade edilmektedir (Yalman, 2013):

- Hasta-hekim ilişkisi süreklilik kazanacaktır.
- Aile hekimleri kişilerin yaşadıkları ortama vakıf olduğundan dolayı bütüncül bir hizmet sunabilme imkânına sahip olacaktır.
- Aile hekimlerinin tutmuş olduğu sağlık kayıtları, sağlık hizmetlerinin gelişmesinde önemli veri kayıtları olacaktır.
- Aile hekimliğindeki sevk zinciri sisteminden dolayı hastaların doğru uzmanlık dalına geçişi sağlanacak ve ikinci basamak sağlık hizmetlerinin daha ekonomik ve etkin sunumu gerçekleştirilecektir.

Aile hekimliği uygulamasına geçişle birlikte, hastalara bütüncül bir sağlık hizmeti sunumu gerçekleştiren, iyi eğitilmiş ve donanımlı birinci basamak hekimlerinin yetişmesi hedeflenmiştir. Bu uygulama ile birlikte, hastaların birinci basamak sağlık hizmeti sunan kurumlara daha kolay biçimde ulaşmaları amaçlanmıştır ( Avcı, 2010).

### **2.3.Öz Yeterlilik**

#### **2.3.1. Sosyal Bilişsel Kuram**

Sosyal Bilişsel Kuram, bilimsel ve davranışçı kuramların birleşmesi sonucu ortaya çıkan bir öğrenme kuramıdır. Sosyal bilişsel kuramda öğrenme süreci boyunca sosyal etkileşimin ne derece önemli olduğu belirtilmektedir. Vygotsky'nin sosyal çevrenin önemini vurgulamasıyla birlikte diğer bilim insanları bu çerçevede çalışmalar yapmaya başlamış ve sonuç olarak Bandura, sosyal çevre ile birlikte modellenmenin öğrenme üzerindeki etkilerini açıklayan Sosyal bilişsel kuramı bilim dünyasına kazandırmıştır. Bandura böylelikle gözlemleme ve model almayla birlikte öğrenmenin gerçekleşebileceğini vurgulamıştır (Baysal, 2010).

Sosyal bilişsel kuram, bireylerdeki davranışların hangi şekilde kazanıldığını, ne şekilde sürdürüldüğünü belirten, aynı zamanda bireydeki davranışların değişime uğrayabilmesi için birtakım müdahale teknikleri geliştiren bir kuramdır (Ercan, 2014).

Bandura kuramda eksiklik olduğunu düşünmüş, 1977'de yaptığı bir çalışma ile birlikte kuramın anahtarının bireysel inançlar olduğunu ortaya çıkarmıştır. Bununla birlikte Bandura, bireylerin kendi yeteneklerine olan inançların, seçimlerini, gayretlerini, azimlerini çarpıcı biçimde etkileyeceğini söylemiştir (Türkmen, 2009).

Sosyal Bilişsel Kuram'da birey, geleceğini belirleyebilen, aktif olmakla birlikte gelecek yaşantısını kendisi belirleme (öz düzenleme) becerisi bulunan bir varlık şeklinde geçmektedir. Birey bu kuramda çevresinin ve sosyal sistemlerin bir unsuru olmakla birlikte aynı zamanda sistemin de yaratıcısı konumundadır. Kuramda insanın bu denli güçlü olmasının sebebi, kendi yeteneklerine olan inançlarıdır. İşte bu inançları açıklayan kavram da öz yeterlilik kavramıdır (Şenel ve Buluş, 2016).

### 2.3.2.Öz Yeterlilik Kavramı ve Tarihçesi

1970'li yılların sonunda bir dizi araştırmacı öz yeterlilik konusuna odaklanmaya başlamıştır. Bu çalışmalar neticesinde ilk olarak 1977 yılında Albert Bandura, Sosyal Bilişsel Kuramda temel bir bileşen olan öz yeterliliği tanımlamıştır (Zimmerman, 2000).

Bandura 1986'da öz yeterliliği, insanların belirlenen performansa ulaşabilmek için gereken hareketleri organize etme ve yürütme yeteneklerine ilişkin kararlar olarak tanımlamıştır. Aynı zamanda Bandura'ya göre öz yeterlilik, bir kişinin sahip olduğu becerilerle değil, o becerilerle yapabileceklerine olan inancıyla ilgilidir (Switzer ve ark. 2005). Yine Bandura (1994)'ya göre öz yeterlilik, insanların yaşamlarını etkileyen olaylar üzerinde etkisi bulunan performans ve yeteneklerine olan inançlarıdır. Öz yeterlilik, insanların nasıl hissettiğini, nasıl düşündüğünü, kendisini nasıl motive ettiğini ve nasıl davrandığını belirler (Bandura, 1994). Aynı zamanda öz yeterlilik insanların olaylar üzerindeki duygu, düşünce, eylem ve kontrol algısını da etkilemektedir (Juarez ve Contreras, 2008). Bandura 1977'de kişinin yeteneklerine olan bu inançların, bireylerin seçimlerini, gösterecekleri çabayı, zor şartlar altında olaylara karşı gösterecekleri azmi etkileyeceğini söylemiştir (Türkmen, 2009).

Öz yeterliliğin temeli, "Ben, bu durumda bu görevi yapabilir miyim?" sorusuna verilecek cevap ile ilgilidir (Linnenbrink ve Pintrich, 2003). Öz yeterlilik ölçümleri de kişinin fiziksel veya psikolojik özellikleri gibi kişisel özelliklerinden ziyade performans yeteneklerine odaklanmaktadır (Zimmerman, 2000).

Luszczynska ve ark (2005) genel öz yeterliliği, bireyin stresli veya zorlu görevlerle başa çıkma yetkinliğine olan inancı olarak tanımlamıştır.

Sosyal bilişsel teoride öz yeterlilik bireyin davranış gerçekleştirme yeteneği ve genel bir inanç ya da karşılaşılabilecek çeşitli zorluklara rağmen belirli bir davranışı gerçekleştirebilme inancı olarak tanımlanır (Luszczynska ve ark. 2007).

Bireylerin öz yeterlilik algıları çevreyle etkileşim içerisinde gelişmektedir. Öz yeterlilik dinamik bir yapıdır ve yeterlilik algıları zaman içerisinde değişebilir ve müdahaleler ile değiştirilebilir (Fülleman ve ark., 2015).

Öz yeterlilik, yeterlilik beklentisi ve sonuç beklentisi olmak üzere iki beklentiden meydana gelmektedir (Cansız, 2015). Yeterlilik beklentisi, bireyin belirli



bir görevi yerine getirmek için gerekli eylemleri gerçekleştirebileceğine dair inancıyla sonuç beklentisi, kişinin bu görevi beklenen yetkinlik seviyesinde gerçekleştirme ihtimalinin tahmin edilmesidir. Yeterlilik beklentisi, “Belirli bir görevi belirli bir düzeyde gerçekleştirmek için gerekli olan eylemleri organize etme ve uygulama becerisine sahip miyim?” sorusuna cevap verirken, sonuç beklentisi ise “Bu seviyedeki görevi gerçekleştirsem olası sonuçlar nelerdir?” sorusuna cevap vermektedir. Zamansal olarak, yeterlilik beklentileri öne çıkmakta ve sonuç beklentilerinin oluşmasına yardımcı olmaktadır. Örneğin, bir kişi yüzme için düşük öz yeterliliğe sahipse, denize düştüğünde boğulma sonucunu bekleyebilecektir (Moran ve ark. 1998). Bandura’ya göre öz yeterlilik inancı ile sonuç beklentileri arasında bazı zamanlarda uyum olmayabilir. Öz yeterlilik inancı yüksek bireylerde sonuç beklentilerinin olumsuz olacağı gibi, öz yeterlilik inancı düşük bireylerde sonuç beklentileri olumlu olabilir (Bandura, 1982).

Özetle öz yeterlilik, insanların normal koşullarda veya zor şartlar altında, hayatlarını etkileyebilecek olaylar karşısında gösterecekleri performans için kendilerinde bulunan yeteneklere dair inançlarıdır. En kısa tanımıyla ise öz yeterlilik, bireylerin kendi yeteneklerine olan inançlarıdır.

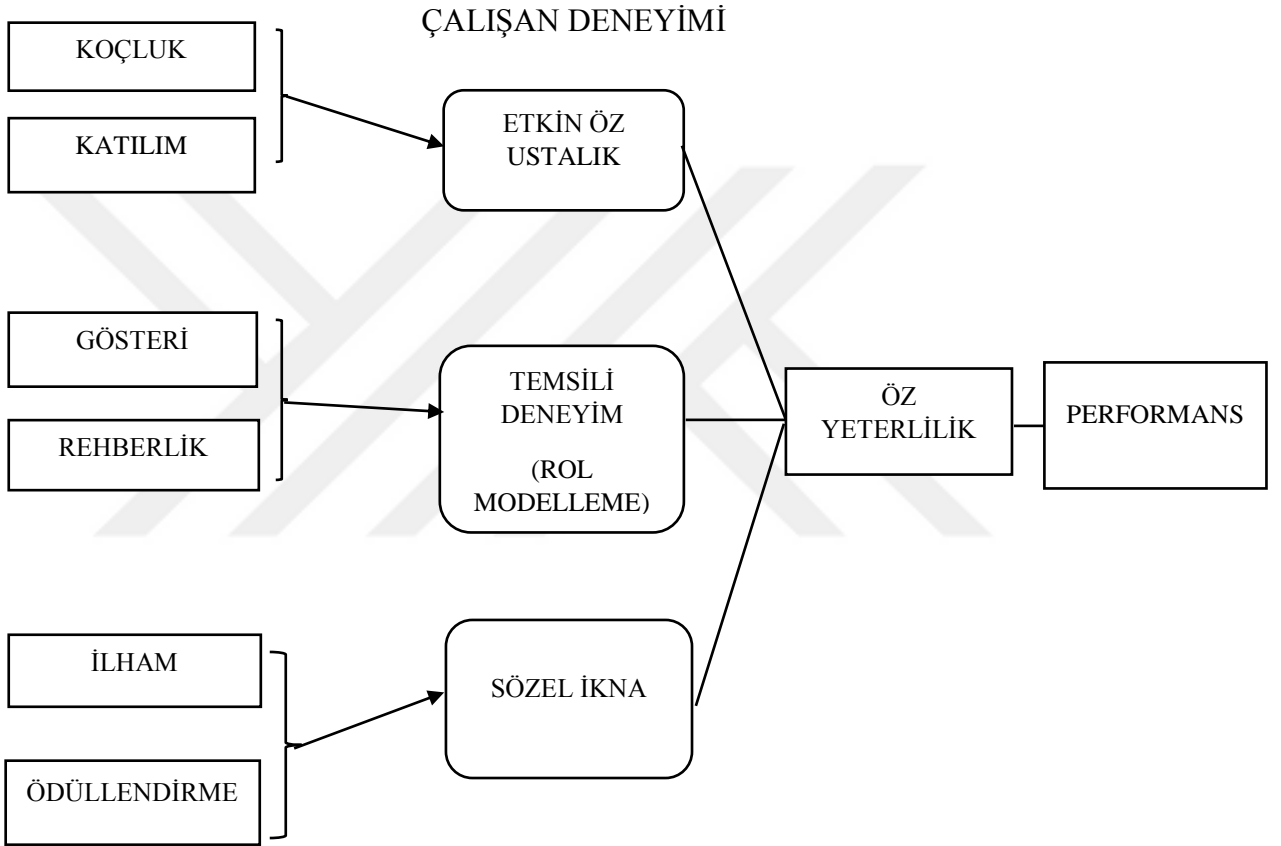
Mesleki öz yeterlilik ise öz yeterlilik alanına ait bir alt formdur. Mesleki öz yeterlilik, kişinin kendi işinde yer alan görevleri başarılı şekilde yerine getirebilme yeteneği ile ilgili olarak hissettiği yeterlilik olarak tanımlanmaktadır (Fülleman ve ark., 2015).

Pethe ve arkadaşlarına göre mesleki yeterlilik, bireylerin mesleklerinde gerekli olan performansı gösterebilmek için gereken ve kendilerinde bulunduğunu düşündükleri beceri ve yeteneklerine olan inançtır (Bakan ve ark., 2017). Yine Schyns ve Sczesny (2010)’de çalışmalarında mesleki yeterliliği bireylerin iş ile ilgili gerekli davranışları gösterebileceklerine dair inançları olarak tanımlamıştır.

Mesleki öz yeterlilik, iş stresi ve stres yönetiminin önlenmesinde önemli bir kişisel özelliktir. Mesleki öz yeterliliğin artırılması, uzun süreli stres ve tükenmişlik gibi faktörlerin, olumsuz etkilerinin önlenmesinde faydalı bir araç olabilmektedir. Bireysel düzeyde stres yönetimi kursları mesleki öz yeterliliği geliştirme potansiyeline sahiptir (Fülleman ve ark., 2015).

### 2.3.3.Öz Yeterlilik İnancını Oluşturan Kaynaklar

İnsanların öz yeterlilik inançları dört ana etki kaynağı tarafından etkilenmekte ve geliştirilmektedir. Bireylerdeki öz yeterlilik inancını oluşturan kaynaklar; ustalık deneyimleri, temsili deneyimler (rol modelleme), sözel ikna ve fiziksel ve duygusal durumlardır (Bandura, 1994). Heslin ve Klehe (2006) ise etkin öz ustalık, rol modelleme ve sözel ikna olmak üzere öz yeterliliğin üç ana kaynağı olduğunu belirtmektedir.



**Şekil 1.** Çalışanların öz yeterliliğini inşa eden ve performansını geliştiren idari eylemler (Heslin ve Klehe, 2006).

#### **Ustalık Deneyimleri (Etkin Öz Ustalık)**

Güçlü bir yeterlilik inancı yaratmanın en etkili yolu ustalık deneyimleridir. Başarılar bireyin kişisel yeterliliklerine olan inancını güçlendirirken, başarısızlıklar ise yeterlilik hissini zayıflatmaktadır. Fakat başarıyı kolay bir şekilde elde eden bireyler, başarısızlık durumunda ise çabalarından hemen vazgeçmektedirler (Bandura, 1994).

Bireylerin geçmişte yaşamış oldukları başarılı deneyimler, başarıya inançlarını arttırmakta ve başarı konusunda kendilerine kanıt sağlamaktadır (Türkmen, 2009).

Sonuç olarak, kişilerin geçmişte yaşamış olduğu başarılar öz yeterlilik inancını güçlendirirken, geçmişteki başarısızlık deneyimleri ise bireylerin öz yeterlilik inancını düşürmektedir (Uyaniker, 2014).

### **Temsili Deneyim (Rol Modelleme)**

Öz yeterlilik inancını oluşturmanın ve güçlendirmenin ikinci yolu ise temsili deneyimlerdir. Bireyin kendisine benzer insanların sürekli çaba göstermeleri sonucunda başarıya ulaşmalarını görmesi kendi yeterliliğine olan inancını artırırken, yine yüksek çaba sonrası kendisine benzer kişilerin başarısız olduğunu görmesi kendi yeterliliğine olan inancını azaltmakta ve çabalarını zayıflatmaktadır (Bandura, 1994). Fakat temsili deneyimler, bireydeki öz yeterlilik inancının gelişmesinde ustalık deneyimleri kadar etkili olmamaktadır (Uysal, 2016). Temsili deneyimlerin kaynağını başka insanlar ile kurulan iletişimler oluşturmaktadır. Bireyler, yeteneklerine güvenmedikleri durumda veya bir görevle ilgili hiçbir tecrübeye sahip olmadıklarında o görev ile ilgili tecrübe sahibi diğer bireyleri örnek almaktadır (Baysal, 2010). Temsili deneyimler, insanların başkalarını gözlemledikleri zaman ortaya çıkar. Bu kaynak, bireylere görevlerini nasıl yerine getirecekleri konusunda fikir vermektedir. Bireyler aynı görevde başarıya ulaşan diğer insanları gördüklerinde, benzer şekilde hareket edebileceklerine güvenirlir (Heslin ve Klehe, 2006).

### **Sözel İkna**

Sözel ikna, bireylerin başarıya ulaşmak için öz yeterlilik inançlarını etkileyen bir diğer kaynaktır. Algılanan öz yeterlilikte ikna edici gücün artması insanları başarılı olmak için yeterince çabaya yönlendirir ve bu durum becerilerin gelişimi ile birlikte yeterlilik duygusunu geliştirir (Bandura, 1994). Dolayısıyla sözel ikna, bireyin gerçekleştireceği bir davranış öncesi cesaretlendirilmesidir. Telkinlerin ve söylemlerin alanında uzman ve güvenilir kişiler tarafından yapılması sözel iknayı birey üzerinde daha etkili kılmaktadır. Bireylere yapılan olumlu söylemler öz yeterlilik inancını güçlendirirken, olumsuz söylemler ise öz yeterlilik inancını zayıflatmaktadır (Cansız, 2015).

## **Fiziksel ve Duygusal Durumlar**

Fiziksel ve duygusal durumlarda, bireylerin öz yeterlilik inancını oluşturan ve etkileyen kaynaklardandır. Stres oluşturan durumlar, sıkıntılı süreçler, bireylerin başarılarını etkilemektedir. Böyle durumlarda bireylerin başarılarında azalma meydana gelmektedir. Aynı zamanda duygusal durumdaki değişimler de bireyin öz yeterlilik inancını etkilemektedir. Fiziki durumlar yani ağrılar, acılar, bedensel yorgunluk gibi faktörlerinde kişilerin öz yeterlilik inançları üzerinde etkisi bulunmaktadır. Sağlık hali içerisinde bulunmak ve stres faktörlerini ortadan kaldırmak öz yeterlilik inancını olumlu yönde etkileyecektir (Kılıç, 2017).

### **2.3.4.Yüksek ve Düşük Öz Yeterlilik**

Yüksek öz yeterlilik algısına sahip kişiler, zor görevler ile karşılaştıklarında pes etmek, vazgeçmek yerine bu zor görevlerin üzerine giderek halletmeye çalışmaktadırlar. Öz yeterlilik algısı görev performansına olumlu yönde katkı sağlarken, yüksek öz yeterliliğe sahip bireylerin performansları da yüksek olmaktadır. Ayrıca öz yeterlilik algısı yüksek bireyler ortaya koymuş oldukları davranışlar sonucunda olumlu sonuçlar beklerler ve böylelikle yeniliğe ve riske yönelik girişimci davranışlar sergilerler (Meydan, 2011).

Bireylerin kendi yeterliliklerini, olandan daha düşük düzeyde algılamaları, kendilerinde bulunan yetenekleri maksimum düzeyde kullanmalarını engellemektedir. Ayrıca bireyin yeterliliğini mevcuttan daha yüksek algılaması da bireyin performansına olumlu yönde etkide bulunabilmektedir (Özsoy, 2017).

Öz yeterlilik derecesi yüksek bireyler, düşük olanlara kıyasla daha dayanıklı olmakla birlikte görevler karşısında daha fazla çaba sarf etmektedirler. Yüksek öz yeterliliği bulunan bireyler zorlu görevlere karşı daha isteklidirler (Ercan, 2014).

Öz yeterlilik seviyesi düşük bireylerin kişisel başarı ve gelişimlerine dair düşüncelerinde de kötümserlik vardır. Tam aksine öz yeterlilik seviyesi yüksek bireyler çevresel faktörlerle savaşmada kendi yeteneklerine daha çok inanırlar ve bir hedefe ulaşabilmek adına kendilerini daha iyi motive ederler (Uyanıker, 2014).

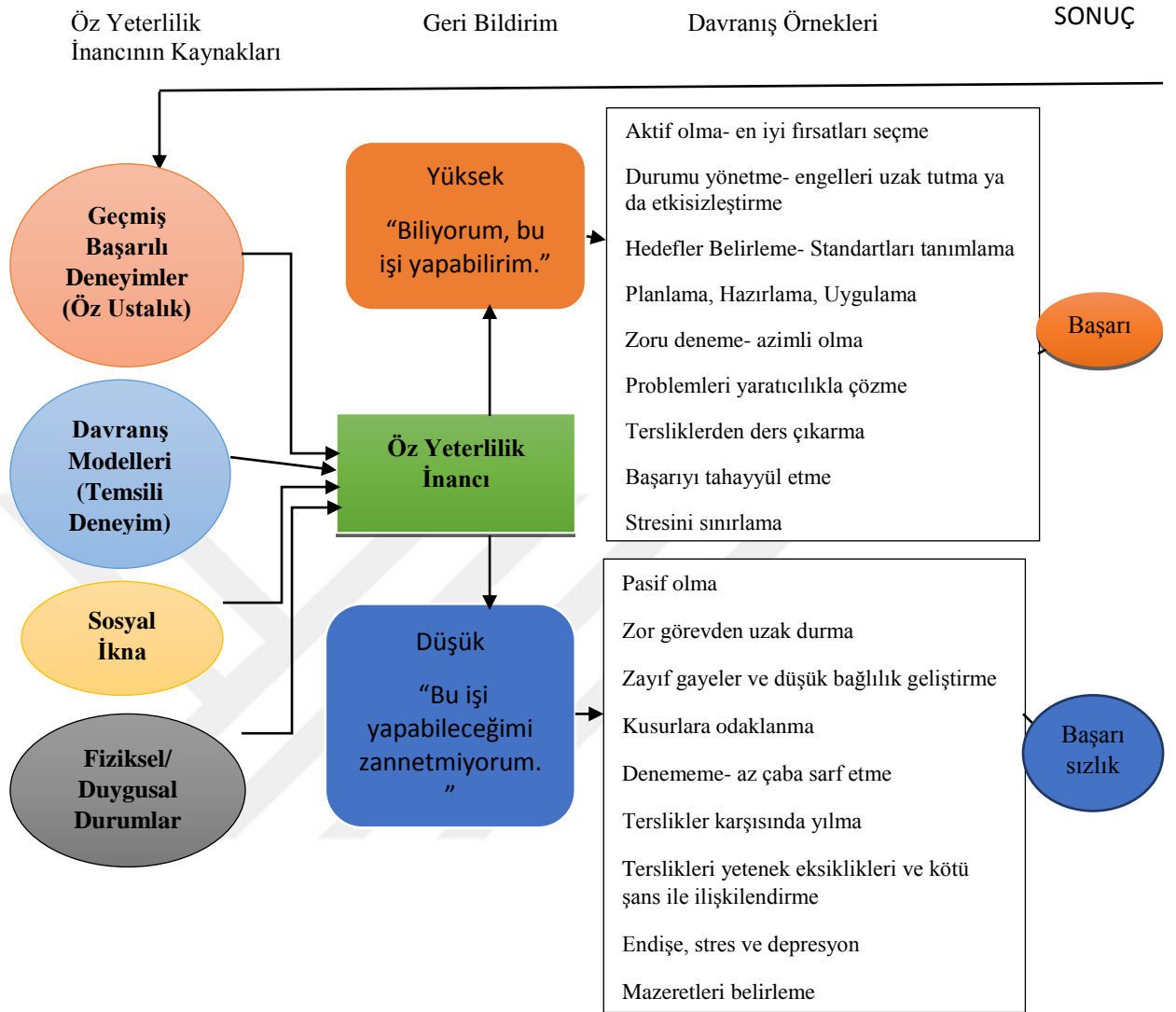
Yüksek öz yeterlilik algısı insanların engellerle, olaylarla tekrar tekrar mücadele etmesini ve sıkıntıların üzerine gitmesini sağlar. Örneğin Thomas Edison ampülü

geliştirmeden önce 3000 kez başarısız olmuş, fakat yılmayıp sorunun üzerine gidip tekrar tekrar deneyerek sonunda başarıya ulaşmıştır. Örneğin Abraham Lincoln, siyasi zaferini kazanmadan önce yaşadığı sayısız ve sürekli tekrarlanan kamuoyu isyanlarına ve önceki başarısızlıklarına rağmen yüksek öz yeterlilik sergilemiş ve sonunda zafere ulaşmıştır (Heslin ve Klehe, 2006).

Yüksek öz yeterliliğe sahip insanlar, karmaşık görevleri öğrenirken görevle ilgilenmemek gibi mazeretler aramak yerine, varsayımlarını ve stratejilerini geliştirmek için çaba sarf ederler. Ayrıca yüksek öz yeterlilik, çalışanların sağlam kararlar almalarına ve özellikle zaman baskısı altında olduklarında uygun önlemleri almalarına katkı sağlamaktadır (Heslin ve Klehe, 2006).

Düşük öz yeterlilik bireylerin problem çözme kalitesini düşüren düzensiz analitik düşünceye yol açabilmektedir. Öz yeterliliği düşük olan bireyler, işler ters gittiğinde durumu ya da başka bir kişiyi suçlayabilmektedir. Kötü performanstaki sorumluluğun reddedilmesi, bireyin gelecekte daha etkili bir şekilde nasıl performans göstereceğini öğrenmesini engellemektedir (Heslin ve Klehe, 2006).

İnsanlar hevesli oldukları olayları idare edemediklerinde ya da son derece değerli olan şeyleri elde edemediklerinde endişeli veya depresif davranmaya meyillidirler. Bu yüzden öz yeterlilik aynı zamanda stres ve tükenmişlik ile de ilgilidir. Özellikle düşük öz yeterlilik, bireyin işin zorluklarıyla etkin bir şekilde nasıl başa çıkılacağını öğrenmesi konusunda çaresizlik ve umutsuzluk duygusuna yol açabilir. (Heslin ve Klehe, 2006).



Şekil 2. Öz Yeterlilik İnancı Mekanizması (Türkmen, 2009).

Şekil 2. de öz yeterlilik inancının bireyleri başarı ve başarısızlığa götürme şekli anlatılmaktadır. Şekil 2’de görüldüğü gibi öz yeterlilik inancının oluşmasında geçmiş deneyimler (ustalık tecrübesi), rol modelleme (temsili deneyimler), sözlü ikna ve fiziksel/duygusal durumlar etkili olmaktadır. Tüm bunların etkisiyle oluşan öz yeterlilik inancında, yüksek öz yeterliliğe sahip bireyler aktif olmakla birlikte başarıyı hayal ederek kendilerine hedef belirlerler, bu hedeflere ulaşmayı engelleyecek unsurları ortadan kaldırırlar, zor görevleri denemekten kaçmazlar, daha hırslı ve daha azimli davranırlar, ortaya çıkan problemleri çözme konusunda yaratıcı davranırlar. Düşük öz yeterliliğe sahip bireyler ise, zorlukların ve zor görevlerin üzerine gitmek yerine pasif bir görüntü ortaya koyarak bu zorluklardan ve zor görevlerden kaçınırlar. Bir görevi

yaparken meydana gelen tersliklerin üzerine gitmek yerine, bu terslikleri yetenek eksikliği veya kötü şans ile ilişkilendirip terslikler karşısında çabuk vazgeçerler. Düşük öz yeterliliğe sahip bireyler fazlasıyla strese ve endişeye de sahiptirler.

Öz yeterlilik bireylerin olaylar karşısında ortaya koyacağı davranışı, seçimleri, bireylerin amaçlarını, direnç düzeylerini, başarı veya başarısızlığını etkileyen inançlardır (Türkmen, 2009).

### **2.3.5. Öz Yeterliliğin Etkileri**

Öz yeterlilik, İnsanların bir davranışı başarılı ya da başarısız şekilde gerçekleştirmesini etkilemektedir. Bandura, öz yeterlilik inancının birey üzerindeki dört etkisinden bahsetmektedir (Baysal,2010). Bunlar; bilişsel sürece etki, motivasyona olan etki, duygular üzerindeki etki ve seçim sürecine olan etkidir (Uysal, 2016).

#### **Bilişsel Süreç Üzerindeki Etkisi**

Amaca sahip birçok insan davranışı, önemli hedefleri içeren öngörülere göre şekillenmiştir. Kişisel hedeflerin belirlenmesi, bireylerin kendi yeteneklerini değerlendirmesinden etkilenmektedir. Algılanan öz yeterlilik ne kadar güçlü ise insanların kendileri için belirlediği hedefler ve zorluklarda bir o kadar yüksek olacaktır (Bandura, 1994).

Eylemlerin çıkış noktası düşüncelerdir. Birçok eylem başlangıçta düşünceler ile düzenlenmektedir. Bireylerin yeterliliklerine olan inançları kurmuş oldukları öngörü senaryolarını şekillendirmektedir. Yeterlilik inancı yüksek olan kişiler, performansları için olumlu olacak olan ve destek sağlayacak olan başarı senaryoları geliştirir. Fakat yeterlilik inancından şüphe duyan bireyler ise yanlış gidebilecek pek çok durum üzerinde durup başarısızlık senaryoları geliştirirler. Düşüncenin önemli bir işlevi de bireylerin olayları tahmin etmelerini ve hayatlarını etkileyen durumları kontrol etmenin yollarını geliştirmesidir. Başarısızlıklar ve aksaklıklar karşısında görev odaklı kalmak, güçlü bir yeterlilik duygusu gerektirir. Gerçekten de insanlar zorlu çevresel talepleri yönetme görevi ile karşı karşıya kaldıklarında, kendisi ile ilgili şüpheleri olanların düşüncelerinde gittikçe kararsız hale geldikleri, isteklerinin azaldığı ve performans kalitelerinin bozulduğu görülmektedir. (Bandura, 1994).

### **Motivasyon Üzerindeki Etkisi**

Bir bireyin kendisine duyduğu güven doğru sonuca ulaşabilmesi adına en önemli noktadır. Bireyin bu doğru sonuca ulaşabilmesi için kendisini pozitif biçimde motive etmesi gerekmektedir. Bu da ancak olumlu ve pozitif düşünce ile gerçekleşir. Negatif yönde olan düşünceler ise olumsuz sonuçlara neden olacaktır (Ercan, 2014).

Her ne kadar öz yeterlilik ve sonuç beklentilerinin her ikisinin de motivasyonu etkilediği varsayılsa da bu etkide öz yeterlilik daha büyük rol oynamaktadır. Çünkü insanların tahmin ettikleri sonuçlar, büyük ölçüde belirli durumlarda ne kadar iyi performans gösterebileceklerine dair kararlara bağlıdır (Zimmerman, 2000).

Bireyin öz yeterlilik inancı, başarıma duygusunu ve motivasyonunu etkilemektedir. Zor görevler karşısında yeterlilik inancı güçlü olan bireyler çabalarında artış gösterirken, yeterlilik inancı düşük olan bireyler ise zor görevler altında çabalarını azaltacaklardır. Zorlu hedefler bireylerin motivasyonunu daha fazla arttırmaktadır (Uysal, 2016).

### **Duygular Üzerindeki Etkisi**

Öz yeterlilik stresi kontrol altında tutabilmesinden dolayı endişe duygusunun oluşmasının etki altında gerçekleşmesini sağlar. Başarılı olabileceğini düşünen kişiler rahatsızlık veren durumların oluşmasına engel olabilirken, başarılı olabileceğine inanmayan bireyler ise bu duruma engel olamazlar. Bu kişiler endişe dolu bir çevreye sahip olduklarını düşünürler. Kendilerine inanmayan, öz yeterlilik inancı düşük olan bu bireyler sürekli bir stres hali içerisine girerek kendilerini daha da olumsuz biçimde etkilerler (Bandura, 1994). Öz yeterlilik düzeyi yüksek olan bireyler ise kendileri için tehdit unsuru olarak gördükleri çevreyi etkisiz hale getirmek üzerlerinde oluşacak olan stresi azaltır. Öz Yeterlilik inancı yüksek olan bireyler stres ve depresyonu arttıran sorunlar ile mücadele ederler (Uysal, 2016).

### **Bireylerin Seçim Sürecine Etkisi**

Öz yeterlilik inancı bireylerin yaşamları boyunca yapacağı tüm seçimlerde etki kaynağıdır. Bireyin iyi motive olmuş biçimde yapacağı tüm seçimler ve yüksek öz yeterlilik inancı bireyi daha başarılı kılacaktır. Öz yeterlilik inancı düşük olan veya



kendine güveni olmayan bireyler seçimlerinde kararsız kalacaklarından kötü sonuçlar elde edeceklerdir (Ercan, 2014).

Bireyler kendilerini yeterli buldukları işleri yapma eğilimine yönelirken, kendilerini yeterli bulmadıkları işlerden ise kaçma eğilimine yönelmektedir. Aynı zamanda bireyler istedikleri sonuca ulaşamayacaklarını düşündüklerinde eylemi gerçekleştirme konusunda isteksiz bir görüntü ortaya koymaktadır. Özetle, öz yeterlilik inancı bireylerin seçimlerini etkileyen bir kavramdır (Özsoy, 2017).

Sağlık sektöründe de aile hekimlerinin öz yeterliliğinin yüksek olması beklenir. Öz yeterliliği yüksek olan aile hekimlerinde stres ve depresyon az, karar alabilme gücü ve motivasyon yüksek olacaktır. Öz yeterliliği yüksek olan aile hekimlerinin performansları yüksek olacağından tükenmişliklerinin de düşük olacağı beklenir.

#### **2.4.Tükenmişlik**

1970’li yıllarda, Amerika’da meydana gelen mesleki sıkıntıyı tarif etmek amacıyla tükenmişlik kavramı yaygın bir şekilde kullanılmaya başlanmıştır (Karsavuran, 2011). Tükenmişlik kavramının kullanımının yaygınlaşmasından önce bu kavramla ilk olarak Grene tarafından 1961 yılında yazılan Bir Tükenmişlik Olayı (A Burnt- Out Case) romanında karşılaşılmaktadır (Altın, 2015). Bir Tükenmişlik Olayı isimli romanda tükenmişlik kavramı “*büyük yorgunluk ve kişinin işine duyduğu bağlılık ve idealizmini kaybetmesi*” olarak tanımlanmıştır (Karsavuran, 2011).

Tükenmişlik genellikle stresli ortamlarda çalışan insanlar arasında yaygın şekilde görülen psikolojik bir bozukluk (Hamdan ve Hamra 2017) olmakla birlikte bireylerin uzun süreli strese neden olan stres faktörleri ile başa çıkma konusunda başarısız olduklarında ortaya çıkan tükenme hissidir (Silva ve ark., 2014). Aynı zamanda tükenmişlik, fiziksel ve duygusal iyileşme için yeterli zamanın olmadığı durumda, bireylerin işinde çok fazla zaman, enerji ve çaba harcamalarından kaynaklanmaktadır (Thorsen ve ark., 2011).

Tükenmişliğin başlangıcı, duygusal aşırı yüklenme sonucu tükenme ile sonuçlanan idealizm, enerji, girişim ve gelecekteki hedeflerin kaybı ile ilişkilidir (Pavlakis ve ark. 2010). Tükenmişlik kavramı 1974 yılında ilk kez Freudenberg tarafından dile getirilmiştir. Freudenberg’e göre tükenmişlik, “*başarısızlık, yıpranma,*

*enerji ve güç kaybı veya insanın iç kaynakları üzerinde karşılanamayan istekler sonucunda ortaya çıkan bir tükenme durumu”* dur. Bununla birlikte tükenmişlik, süreç içerisinde birçok kez tanımlanmıştır (Baş, 2016).

Cherniss tükenmişlik kavramını, çalışma sürecinde meydana gelen sıkıntı ve gerginlikler karşısında çalışanların davranışlarında ortaya çıkan olumsuz değişimler olarak tanımlamaktadır (Çoban, 2014).

Edelwich ve Brodsky tükenmişliği, hizmet sektöründe çalışanların, çalışma şartlarının sonuçları doğrultusunda, enerjilerini ve amaçlarını kaybetmeleri şeklinde tanımlamaktadır (Çoban, 2014).

Pines ve Aronson’a göre tükenmişlik uzun süre boyunca duygusal çaba gerektiren durumlara maruz kalınması sonucu oluşan fiziksel, duygusal ve zihinsel tükenmedir (Çoban, 2014).

Cordes ve Dougherty (1993)’e göre tükenmişlik, zaman içerisinde sinsi bir şekilde gelişim gösteren, duygusal yorgunluk, fiziksel yorgunluk ve zihinsel yorgunluk kavramlarını ifade eden bir süreçtir.

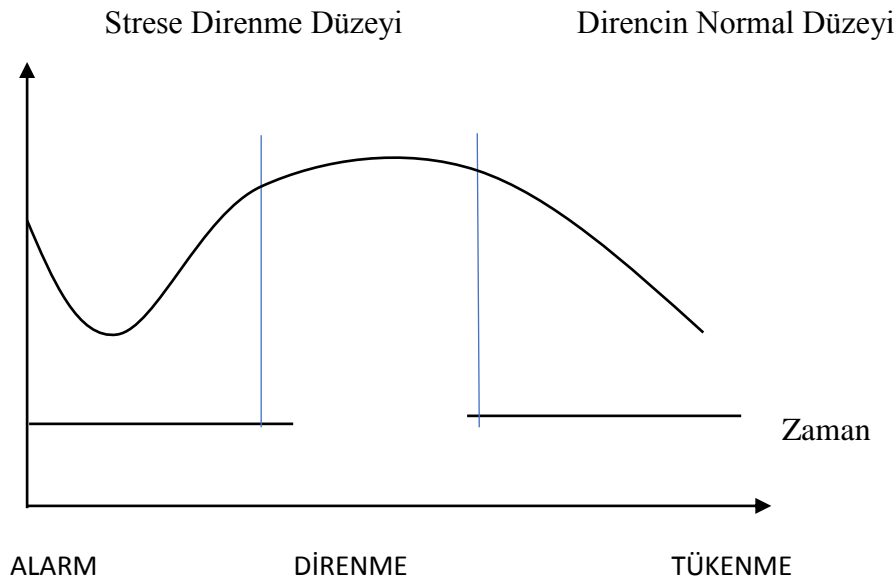
Tüm tartışmalara rağmen en yaygın kabul edilen tükenmişlik tanımı Maslach, Schaufeli ve Leiter’e aittir (Bauernhofer ve ark., 2018). 1982 yılında Maslach, işçilerin çalışma hayatındaki farklı stres durumlarına olan tepkilerini incelemiş ve tükenmişlik sendromu olarak adlandırdığı bu kavramın temel özelliklerini tanımlamaya çalışmıştır (Gascon ve ark., 2013). Maslach’a göre tükenmişlik, *“iş gereği yoğun duygusal taleplere maruz kalan ve sürekli diğer insanlarla yüz yüze çalışmak durumunda olan kişilerde görülen fiziksel bitkinlik, uzun süreli yorgunluk, çaresizlik ve umutsuzluk duygularının, yapılan işe, hayata ve diğer insanlara karşı olumsuz tutumlarla yansımaları ile oluşan bir sendrom”* olarak tanımlanmaktadır (Karsavuran, 2011). Başka bir ifade ile Maslach tükenmişliği, işinden dolayı sürekli insanlar ile iletişim halinde olan kişilerde görülen duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve düşük kişisel başarı hissi olarak da tanımlamaktadır (Aras, 2014).

Buradan hareketle tükenmişliği, insanlar ile etkileşimin daimi olduğu mesleklerin çalışma koşulları neticesinde ortaya çıkan, enerji ve motivasyon kaybı,

fiziksel ve zihinsel yorgunluk, davranışlarının olumsuzlaşmasına sebebiyet veren sürekli bir bıkkınlık hali olarak tanımlamak mümkündür.

Tükenmişliğin duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve düşük kişisel başarı hissi olmak üzere üç boyutu bulunmaktadır. Duygusal tükenme kişisel duygusallık kavramıyla ilgilidir. Düşük kişisel başarı hissi, bireysel hedeflere ulaşmadaki başarısızlığı gösterirken, duyarsızlaşma ise çalışma anındaki kayıtsızlığı ifade etmektedir (Gülalp ve ark., 2008). Tükenmişliğin ilk aşaması olan duygusal tükenme evresinde, işten dolayı belirli bir yorgunluğa ulaşan kişi, kendisinde gereken zihinsel güçten yoksun kaldığını düşünmeye başlar. Ardından bu evreyi duyarsızlaşma takip eder. Duyarsızlaşma evresinde ise çalışanlar hizmet sundukları kişileri nesne olarak görmeye başlar ve o şekilde davranır. Bu durumun, çalışanın stresten kaçma yolu nedeniyle geliştiği belirtilmektedir ve çoğu süreçte başarısızlıkla sonuçlanarak tükenmişliğin üçüncü evresine geçişi sağlar. Üçüncü evre ise kişisel başarıda düşme evresidir. Bu durumu meydana getiren, çalışanın karşılaştığı kişilere karşı başarı ve yeterlilik duygularında ortaya çıkan azalmadır (Tok ve ark., 2017).

Stres döneminde insan bedeni bazı tepkiler göstermektedir. Üç aşamadan oluşan bu tepkinin sonuncu aşamasını ise tükenmişlik oluşturmaktadır. Hans Selye tarafından bu süreç Genel Uyum Sendromu olarak nitelendirilmiştir (Kervancı, 2013).



Şekil 3. Genel Uyum Sürecinin Üç Dönemi (Kervancı, 2013).

Alarm dönemine girildiğinde kişi dışarıdan gelen herhangi bir uyarıya strese neden olan bir etmen gibi algılamaktadır. Bu durumda kişi zihinsel ve fiziksel açıdan sınırlarının zorlandığını hissetmektedir. Bu aşamada birey için iki seçenek bulunmaktadır. Ya bu dışarıdan gelen uyarıdan kaçacak ya da bu uyarı ile mücadele edip eski uyum düzeyine dönmeye çalışacaktır. Stresin olumsuz etkileriyle başa çıkılan direniş evresinden sonra ortaya çıkan problem ile başarılı bir şekilde savaşılıp başa çıkılmış ise direniş evresi sonlanmaktadır. Fakat bu problem ile yeterince başa çıkılmamış ve bu uyarının birey üzerindeki olumsuz etkileri ortadan kaldırılamayacak boyutta ise, bu durumda tükenme evresi ortaya çıkmaktadır (Kervancı, 2013).

#### **2.4.1. Tükenmişlik Modelleri**

Literatür incelendiğinde tükenmişlik ile ilgili birçok modelle karşılaşmak mümkündür. İncelenen çalışmalarda genel anlamda yer alan ortak modeller bu bölümde incelenecektir. Bu bağlamda birçok çalışmada yer alan tükenmişlik modelleri aşağıdaki şekildedir. Bunlar;

- Cherniss Tükenmişlik Modeli,
- Pines Tükenmişlik Modeli,
- Edelwich Tükenmişlik Modeli,
- Meier Tükenmişlik Modeli,
- Pearlman ve Hartman Tükenmişlik Modeli,
- Suran ve Sheridan Tükenmişlik Modeli,
- Maslach Tükenmişlik Modeli.

#### **Cherniss Tükenmişlik Modeli**

Cherniss modelinde, tükenmişliğin en temel nedeninin stres olduğu vurgulanmaktadır. Cherniss modeline göre tükenmişlik, işten dolayı oluşan stres nedenlerine tepki şeklinde başlayan, psikolojik olarak iş ile ilişkiyi sonlandırmayı içeren ve başa çıkma tutumuyla sona eren bir süreçtir (Akbulut, 2010). Yani, iş ortamındaki özellikler, hedefler, ilişkiler zaman içerisinde strese neden olan faktörler olmaktadır. Bu modele göre stres ortaya çıktığında, kişiler ilk olarak stresi ortaya çıkaran faktöre yönelmekte ve onunla baş edebilme eğilimi gösterip strese neden olan bu faktörü ortadan kaldırmak istemektedir. Strese neden olan bu sorunla baş edilemediğinde ise Cherniss modeline göre kişilerde tükenmişlik ortaya çıkmaktadır (Karsavuran, 2011).

Bu süreç sonucunda kişinin çalışma hayatıyla ilgili hedeflerinde küçülme ve iş memnuniyetsizliği gibi sorunlar ortaya çıkmaktadır (Bostancı, 2014).

Cherniss modeli yalnızca tükenmişliğin nedenlerine odaklanmakla kalmayıp, tükenmişlikle başa çıkma yolları üzerine de odaklanmaktadır (Eğin, 2015).

Cherniss modeli, tükenmişliğin çalışanların beklentileri ile çalışanların iş yaşamı arasındaki büyük farklardan ötürü ortaya çıktığının söylendiği ilk modeldir (Yüce, 2014).

### **Pines Tükenmişlik Modeli**

Pines ve Aronson'a göre tükenmişlik, *“bireyleri duygusal anlamda devamlı olarak tüketen ortamların; birey üzerinde yol açtığı fiziksel, duygusal ve zihinsel bitkinlik durumu”*dur (Bostancı, 2014). Bu tanımdaki fiziksel tükenme, kronik yorgunluk, enerji kaybı ve güçsüzlük gibi kavramlar sonucu ortaya çıkarken, duygusal tükenme, çaresizlik, umutsuzluk, hayal kırıklığı gibi duygular sonucunda ortaya çıkmaktadır. Zihinsel tükenme ise kişilerin diğer kişilere ve işlerine karşı olumsuz davranışlar sergilemeleridir (Çoban, 2014).

Pines'e göre tükenmişliğin ardında yatan ana neden, bireyleri sürekli olarak duygusal baskı altında tutan iş ortamlarıdır. Bu yüzden bu modelde motivasyon kavramı önemli yer tutmaktadır (Yüce, 2014). Bu modele göre bireyler yüksek beklentiler içerisinde iş yaşamlarına başlamaktadır. Fakat kişiler, stresin yüksek, desteğin, ödülün ve motivasyon sağlayacak kaynakların az bulunduğu çalışma ortamlarında gereken iş doyumuna ulaşamamaktadırlar (Yıldırım, 2016).

### **Edelwich ve Brodsky Tükenmişlik Modeli**

Edelwich ve Brodsky tarafından yapılan çalışmalar neticesinde bu modele göre tükenmişliğin, idealist coşku, durgunluk, engellenme ve duyarsızlaşma evrelerinden oluşan bir süreç olduğu anlaşılmıştır. Evreler arası geçişlerde kişinin enerjisinde ve amacında kayıplar yaşanmaktadır ( Kıyıkçı, 2016).

İdealist coşku döneminde kişinin enerjisi, umutları ve beklentileri en yüksek düzeydedir. Kişinin mesleğindeki hedeflerine ulaşabilmesi için yüksek motivasyonu bulunmaktadır. Tüm bunlardan dolayı bu aşamada övgü bekleyen kişi, ön yargılı davranışlarla hedeflerine sorun teşkil eden bazı problemler ile karşılaştıkça durgunluk

aşamasına geçiş yaşamaya başlar (Ergel, 2014). Durgunlaşma evresinde kişinin ilk aşamasında bulunan coşkusu, isteği ve işi ile ilgili gösterdiği çaba giderek azalmaktadır. İlk aşamada beklediği tutum ve davranışlarla karşılaşmayan kişi de isteksizlik, hayal kırıklığı ve umutsuzluk oluşmaktadır. Bu aşamada kişi iş ile ilgili faaliyetlerden ziyade iş dışı faaliyetlere yönelmektedir (Karsavuran, 2011). Engellenme döneminde, hayal kırıklığına ve umutsuzluğa kapılan kişinin inancı iyice körelir. Bu dönemde kişi yaşanan olumsuzlukları değiştiremeyeceğini düşünmeye başlar. Kişi de yüksek düzeyde engellenmişlik duygusu ortaya çıkar (Baş, 2016). Son olarak duyarsızlaşma evresi ise iyice yıpranan ve inancını yitiren kişinin tükenmeye karşı geliştirmiş olduğu bir çeşit başa çıkma yöntemidir. Kişi artık işe karşı inancını tamamen yitirmiş ve içerisindeki motivasyonu tamamen kaybetmiştir. Sadece işsiz kalmamak adına işte çalışmaya devam etmektedir (Bozkurt, 2014).

Edelwich ve Brodsky modeline göre tükenmişliğin ortaya çıkması çalışma şartlarıyla birlikte kişinin enerjisini, amaçlarını ve ideallerini her geçen gün yitirmesinin sonucudur. Kişide tükenmeye neden olan çalışma şartlarının içerisinde, çalışma saatinin uzun fakat karşılığında alınan ücretin az oluşu, kişinin hedefleri ile vardığı nokra arasında büyük farkın oluşması, siyasi baskılar gibi faktörler bulunmaktadır (Dinç, 2013). Bu modelde, kişi büyük umut ve hayaller ile mesleğe başlamakta fakat gerçekleşen durumun bu umut ve hayallerin çok daha uzağında olması sonucu zaman içerisinde kişilerde tükenmişliğin ortaya çıktığı dile getirilmektedir (Eğin, 2015).

### **Meier Tükenmişlik Modeli**

Meire tükenmişlik modelinin temelini ödül ceza sistemi oluşturmaktadır. Meier'in kuramı tükenmişliğe yeni boyutlar kazandıran yeni bir model sunmaktadır. Meier'e göre *“tükenmişlik, bireylerin işlerinden anlamlı pekiştireç, kontrol edilebilir yaşantı veya bireysel yeterliliğin az olmasından dolayı, küçük ödül ve büyük ceza beklentisinden kaynaklanan bir durum olarak tanımlanmaktadır.”* Bu model tükenmişliğin, iş hayatındaki tecrübelerin yinelenmesi sonucu öğrenildiğini savunmaktadır (Eğin, 2015).

Bu modelde kişilerin beklentileri esas alınarak, bu beklentilerin karşılanamadığı durumlarda zaman içerisinde azalmasının, tükenmişliği yarattığı da savunulmaktadır (Meier, 1984).

Meier tükenmişlik modeli, pekiştirme beklentiler, sonuç beklentiler, yeterli olma beklentileri ve bağlamsal işleme süreci olmak üzere dört boyuttan oluşmaktadır (Çelebi, 2014).

Pekiştirme beklentileri, kişilerin beklentilerinin iş hayatınca hangi düzeyde karşılandığıyla ilgili beklentilerdir. Algı ve değerlerdeki kişisellik nedeniyle beklentiler değişkenlik gösterecek, bu beklentilerin karşılanamadığı durumlarda iş tatmininde düşüş ve tükenmişlik görülecektir (Çoban, 2014).

Sonuç beklentileri, kişilerin istedikleri sonuçları elde etmeleri için hangi davranışların gerekli olduğunu aktarmaktadır (Eğin, 2015).

Yeterli olma beklentileri, kişinin beklentilerini gerçekleştirmedeki yeterlilik düzeyini yansıtmaktadır. Yeterlilik beklentisi, kişinin sonuç beklentilerinde ortaya çıkan gerekli davranışlarda başarıya ulaşma yetenekleridir (Karsavuran, 2011).

Baglamsal işleme süreci, kişinin davranışlarını anlamlandırma sürecidir (Biçki, 2016).

### **Pearlman ve Hartman Tükenmişlik Modeli**

Pearlman ve Hartman tükenmişlik modeli, daha önce yapılan çalışmaların sentezi niteliğindedir. Bu modele göre tükenmişlik, stres sonucu ortaya çıkan bir reaksiyon olmakla birlikte, fiziki tükenme, yetersiz iş üretimi ve duyarsızlaşma boyutlarından meydana gelmektedir. Pearlman ve Hartman Tükenmişlik Modeli'ne göre, bireylerin tükenmişlikle savaşılabilmelerinde kişilerin özellikleri, çalışma çevreleri ve sosyal yaşantıdaki çevreleri büyük önem taşımaktadır. Bu modelde toplam dört aşama mevcuttur. Bu aşamalar, durumun strese götürme düzeyi, algılanan stres düzeyi, strese verilen tepki ve strese verilen tepkinin sonucu aşamalarıdır.

Durumun strese götürme düzeyi aşamasına göre stresin derecesi kişi ve örgüt arasındaki uyumsuzluk sonucu belirlenmektedir. Bu durumda stresin ortaya çıkmasına işletmenin isteklerinin kişinin yetenekleri ile karşılanamaması sebebiyet vermektedir. Kişi ile çalışma çevresi arasında ortaya çıkan uyumsuzluk stresi yaratmaktadır (Kervancı, 2013).

Algılanan stres düzeyi aşaması, kişinin algılamış olduğu stres düzeyini aktarmaktadır. Stres faktörlerinden birçoğu kişinin stres altında olduğunu hissetmesine sebep olabilir (Eğın, 2015).

Strese verilen tepki aşamasında strese verilen tepkiler aktarılmaktadır. Bu aşamada alarm, direniş ve tükenme olmak üzere üç çeşit tepki mevcuttur (Dinç, 2013).

Son aşama ise strese verilen tepkinin sonucu aşamasıdır. Strese maruz kalan ve stresten etkilenen kişi de iş tatmininde azalma olacaktır. Kişinin performansında düşüş ve sağlığında önemli sorunlar meydana gelecektir. Bu aşamada kişi işten ayrılabilenkte ya da işten atılabilmektedir (Biçki, 2016).

### **Suran ve Sheridan Tükenmişlik Modeli**

Suran ve Sheridan modeli kategorilere ayrılmış bir düzen içerisindedir. Bu modele göre kişinin her yeni yaşında farklı tükenmişlik düzeyi ortaya çıkabilmektedir. Bu modelde tükenmenin 50 yaşa kadar ki kısmı ele alınmış fakat daha ileriki yaşlarda da tükenme görülebileceği belirtilmiştir (Eğın, 2015). Suran ve Sheridan modeli kimlik-rol çatışması, yeterlilik-yetersizlik, verimlilik-durgunluk ve yeniden oluşturma-hayal kırıklığı olmak üzere dört aşamadan oluşmaktadır. (Kıyıkçı, 2016).

**Kimlik- Rol Çatışması Aşaması:** Bu aşama modeldeki tükenmişliğin ilk aşamasını oluşturmaktadır. Eğitim hayatına devam eden kişi hangi mesleği seçeceğini düşünürken, seçeceği bu meslekten beklentileri de bu aşamada oluşmaktadır. Bu ilk aşamada kişinin meslek seçiminde başarısız olması rol çatışmasına sebep olacaktır (Kıyıkçı, 2016).

**Yeterlilik- Yetersizlik Aşaması:** Kişinin kimlik sürecini tamamlaması, kendisini işinde yeterli hissetmesi ile gerçekleşmektedir. Kişi bu aşamada kendi yeterliliğinin ne derecede olduğunu anlamaya çalışırken aynı zamanda kendisini, aynı işle uğraşan diğer kişilerle kıyaslamaktadır. Bu kıyaslamamanın sonucu olumsuzlukla sonuçlanırsa, kişide yetersizlik duygusu yaşanmaya başlanacak ve bu duygu tükenmenin ortaya çıkmasını sağlayacaktır (Kervancı, 2013).

**Verimlilik-Durgunluk Aşaması:** Otuzlu yaşların başıyla başlayan bu süreç, otuzlu yaşların sonuyla birlikte sona ermektedir. Bireyin bu aşamada çalışma hayatı başlamaktadır (Ergel, 2014). Kişi meslekteki statüsünü sorgulamaya başlamaktadır.



Kişi, kendisini hedeflediği statüde göremediğinde durgunluk evresine girecek ve verimliliği düşecektir (Çelebi, 2014).

Yeniden Oluşturma-Hayal Kırıklığı Aşaması: Bu aşamada kişi geçmişte göstermiş olduğu davranışlardan bağımsız tam zıttı davranışlar sergileyebilmekte ve kariyerini tehlikeye atabilmektedir. Bu aşama kırklı yaşların başında başlamakta ve sonuna kadar sürebilmektedir (Kıyıkçı, 2016). Aynı zamanda kişi meslek ile ilgili amaçlarını yeniden değerlendirebilmekte ve yeni başarıya götüreceği yeni düzenlemeler yapabilmektedir (Kervancı, 2013).

### **Maslach Tükenmişlik Modeli**

Literatüre bakıldığında Maslach Tükenmişlik Modeli karşımıza “Çok Boyutlu Tükenmişlik Modeli” veya “Üç Boyutlu Tükenmişlik Modeli” olarak çıkmaktadır. Maslach’a göre tükenmişlik “*Yaygın olarak insanlarla yüz yüze çalışılan mesleklerde, bireylerin duygusal yönden kendilerini tükenmiş hissetmeleri, işleri gereği karşılaştıkları insanlara karşı duyarsızlaşmaları ve kişisel başarı/ yeterlilik duygularında azalma şeklinde görülen bir sendrom*”dur. Maslach tükenmişliği, duygusal tükenme (boş olma hissi), duyarsızlaşma (işe veya hizmet sağlanan kişilere karşı olumsuz ve alaycı tutum) ve azalan kişisel başarı hissi (iş ile ilgili kişinin kendisini olumsuz değerlendirmesi) olmak üzere üç boyuta ayırmıştır (Seidler ve ark., 2014). Tükenmişliğin üç boyutunun belirlenmesinin ardından, boyutların etkilerinin ölçümünün yapılabilmesi adına “Maslach Tükenmişlik Ölçeği” oluşturulmuştur (Maslach ve Jackson, 1981).

Duygusal Tükenme: Tükenmişliğin başlangıcını oluşturmasından dolayı tükenmişliğin en önemli boyutudur (Akbulut, 2010). Duygusal tükenme, kişinin diğer kişilere yardımcı olması için, kendisinden çok fazla duygusal ve psikolojik istekte bulunulmasından dolayı ortaya çıkmaktadır (Baş, 2016). Duygusal tükenme en çok kişilerle yüz yüze ilişkinin fazla olduğu sektör çalışanlarında görülmektedir. Çalışma temposu yoğun olan kişi, diğer kişilerin duygusal istekleri altında ezildiğini hisseder. Bu durumda kişi kendisini duygusal anlamda tükenmiş hissetmektedir. (Bostancı, 2014).

Duyarsızlaşma: Kişiler arası etkileşimi ifade etmektedir. Kişinin hizmet verdiği kişilere katı, sert, ilgisiz, adeta nesne gibi davranması tükenmişliğin duyarsızlaşma boyutunun bir sonucudur. Duyarsızlaşmaya maruz kalan kişi kendisini diğer kişilerden

uzaklaştırmaktadır. Kişi kendisini her ne kadar korumaya almış olsa da, negatif oluşu verimliliğini giderek düşürmektedir (Altın, 2015).

**Düşük Kişisel Başarı Hissi:** Kişisel başarıda düşme hissi, kişinin kendisi hakkındaki negatif düşüncelerinin ve kendisini bu durumdan dolayı suçlu hissetmesinin bir sonucudur. Kişinin kendisi hakkında yaptığı değerlendirmelerde olumsuz sonuçlara varması, bazı olaylarda kendisini yetersiz hissetmesi, kişisel başarıda düşmeye neden olacaktır. Bireyin kendisini yetersiz hissetmesi iş motivasyonunu düşürecek ve başarı sağlanabilmesi için gereken davranışların gerçekleştirilmesini engelleyecektir (Güllüce, 2006).

Tükenmişlik düzeyinin yüksek olması için, ilk iki boyut olan duygusal tükenmişlik ve duyarsızlaşma boyutlarındaki değerlerin yüksek, düşük kişisel başarı hissi boyutundaki değerlerin ise düşük olması gerekmektedir (Güllüce, 2006).

Sonuç olarak düşük kişisel başarı hissi, en basit haliyle bireyin kendisi hakkında olumsuz değerlendirme yöneliminde olmasını ifade etmektedir (Akbulut, 2010).

#### **2.4.2. Tükenmişliği Etkileyen Faktörler**

Günümüzde çalışma yaşamı ile ilgili en önemli sorunlardan biri sosyal ve ekonomik kayıplara neden olan tükenmişliktir. Tükenmişlik uzun süreli stres sonucu oluşan ve duygusal ve fiziksel tükenme ile ilişkili olan bir kavramdır. (Creedy ve ark., 2017). Tükenmişlik üzerine daha kapsamlı tanımının yapılabilmesi (Marin ve ark., 2012) ve tükenmişliğin daha iyi anlaşılabilmesi için tükenmişliğe neden olan faktörlerin bilinmesi gerekmektedir (Kervancı, 2013).

Tükenmişlik konusunda yapılan çalışmalara bakıldığında tükenmişliğin önceleri sadece kişilik ile ilgili olduğu dile getirilirken, son dönemlerde yapılan çalışmalarla birlikte örgütsel faktörlerinde tükenmişliğe neden olduğu ortaya çıkmıştır (Kervancı, 2013).

Maslach ve ark. birey ile iş uyumsuzluğu ya da birey ile iş ortamı arasındaki uyumsuzluğun, tükenmişliği etkileyen en önemli faktör olduğunu belirtmektedir (Györfy ve ark., 2014).

Nordang ve arkadaşları (2010)'a göre düşük kişisel başarı hissi, iş yükü, mesleki gelişim, çalışma ortamı gibi faktörler tükenmişliği etkilemektedir.

Ahola ve arkadaşlarına göre ise tükenmişlik ve depresyonun üst üste gelmesi daha şiddetli tükenmişliğe neden olmaktadır (Bauernhofer ve ark., 2018).

Gelişmekte olan ülkelerde, olumsuz çalışma koşulları ve kariyer seçeneklerinin eksikliği hekimlerde tükenmişliğin ortaya çıkmasına neden olabilmektedir (Feteh ve ark., 2017).

Sonuç olarak tükenmişliğe etki eden faktörler kişisel (bireysel) faktörler ve çevresel (örgütsel) faktörler olmak üzere iki gruba ayrılmaktadır (Marin ve ark., 2012).

### **Bireysel Faktörler**

Bireysel faktörler, örgüt çalışanlarından kaynaklı tükenmişliği etkileyen faktörlerdir (Ardıç ve Polatçı, 2009). Yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim, kişilik özellikleri gibi değişkenler tükenmişliğe etki eden bireysel faktörlerdir (Boymul ve ark., 2017).

Çalışanların kişilik özelliklerinin, tükenmişlik düzeyleri üzerinde çok büyük etkisi bulunmaktadır. Mükemmeliyetçi, mücadeleci, kaybetmeyi sevmeyen, aceleci, sorumluluk sahibi, öz yeterliliği düşük olan ve empati yapmayan kişiler daha fazla tükenme riski taşımaktadır (Ardıç ve Polatçı, 2009). Ek olarak Maslach ve ark. (2001) tarafından yapılan çalışmada da özgüveni ve tahammül seviyesi düşük bireylerin daha yüksek tükenmişlik derecesine sahip olduğu ortaya çıkmıştır.

Tükenmişlik ile ilgili yapılan çalışmaların çoğunda yaş ile tükenmişlik düzeyi arasında doğru orantı olduğu belirtilmesine rağmen bazı çalışmalarda ise genç olmanın tükenmişlik düzeyi için daha çok risk taşıdığı belirtilmiştir (Bostancı, 2014). Çin’de Lo ve ark. (2018) tarafından yapılan çalışmada, genç yaş grubu (30-40 yaş arası) hekimlerde tükenmişliğin daha yüksek olduğu sonucuna varılmıştır. Başka bir çalışmada Nordang ve ark. (2010), tükenmişliğin ortaya çıkmasının biraz zaman aldığını fakat tecrübeleri nedeniyle tükenmişliğin yaşlı çalışanlarda daha az görüldüğünü söylemektedir. Tüm bunlara karşın Willcock ise bir pratisyen hekimin kariyerinin ilk yılından itibaren tükenmişlik düzeyinin arttığını dile getirmektedir (Cooke ve ark., 2013). Aynı zamanda Maslach ve Jackson’da yaş ve iş tecrübesinin doğru orantılı olmasından dolayı kişilerin tükenmişlik risklerinin çalışma hayatının başlarında daha fazla olduğunu belirtmektedir (Maslach ve Jackson, 1981).

Genç yaşlarda duygusal tükenme düzeyi ve sinizm (duyarsızlaşma) düzeyi artarken, kişisel başarı düzeyi ise azalmaktadır. İnsanların yaşları ilerledikçe olgunlaşmaları ve daha sakin yapıya sahip olmaları neticesinde tükenmişlik düzeylerinde de azalma görülecektir (Ertürk, 2014).

Tükenmişliği etkileyen bireysel faktörlerden bir diğeri cinsiyettir. Aynı işte çalışmalarına rağmen cinsiyetleri farklı olan kişilerin tükenmişlik düzeylerinde farklılıklar görülebilmektedir. Bazı çalışmalarda kadınların erkeklere göre daha çok duygusal tükenmeye maruz kaldığı bulunurken (Eğin, 2015) Maslach ve Jackson'ın çalışmasında ise erkeklerin kadınlardan daha çok duyarsızlaşma ve kişisel başarıda düşme hissi yaşadığı sonucuna varılmıştır (Maslach ve Jackson, 1981). Yine Cordes ve Dougherty'de (1993) çalışmasında kadınların erkeklere oranla daha çok duygusal tükenmeye maruz kaldığını ortaya koymuştur. Bunlara ilaveten Büssing ve ark. (2017) tarafından yapılan çalışmada hastane çalışanlarındaki tükenmişliğin cinsiyete göre farklılık gösterdiği belirtilmiştir. Budak ve Sürgevil (2005) tarafından yapılan çalışmada kadın ve erkeklerin tükenmişlik düzeylerinin yalnızca duygusal tükenme boyutunda farklılık gösterdiği ve kadınların erkeklere oranla daha yüksek duygusal tükenme derecesine sahip olduğu söylenmiştir. Ardiç ve Polatçı (2009) çalışmalarında, kadınların tükenmişlik düzeylerinin erkeklerden daha yüksek olmasının nedeninin, kadınlarda cinsiyetlerinden kaynaklı içgüdülerinden dolayı karşılarındaki kişiye çok daha fazla önem vermelerinden kaynaklandığını dile getirmiştir. Bunlara rağmen Baykan ve ark. (2014) tarafından yapılan çalışmada ise katılımcıların cinsiyetlerine göre tükenmişlik düzeyleri arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır. Ayrıca Cemaloğlu ve Şahin (2007), Güllüce ve İşcan (2010), Taycan ve ark. (2006), Çankaya (2017) tarafından yapılan çalışmalarda da cinsiyet ile tükenmişlik boyutları arasında anlamlı farklılık bulunamamıştır.

Tükenmişliğin cinsiyete göre farklılık gösterdiği ve göstermediği çalışmalar mevcuttur. Ortadaki bu farkın nedeninin çalışmalardaki katılımcı sayılarının ve erkek kadın oranlarının farklılığından ortaya çıktığı söylenmektedir (Sünter ve ark., 2006).

Tükenmişliğin medeni durumlara göre de farklılaştığı dile getirilmektedir. Torun tarafından 2007 yılında yapılan çalışmada hiç evlilik yapmamış, boşanmış veya evlilik

yapmış fakat çocuk sahibi olmayan çalışanların evli ve çocuklu çalışanlara oranla daha yüksek tükenmişlik düzeyine sahip olduğu ortaya çıkmıştır (Koç, 2015).

Mutlu bir aile yapısı içerisinde olan bireylerin, diğer bireylere oranla tükenmişlik düzeyleri daha düşüktür. Aile içerisindeki huzurlu ve mutlu ortam kişilerin tükenmişlik faktörleri ile başa çıkabilmelerine yardım edebilmektedir. Schwab ve Iwanicki ile Wernberg birbirlerinden bağımsız yaptıkları çalışmalarda genç ve bekâr olan bireylerde tükenmişlik düzeyinin daha yüksek olduğu sonucuna ulaşmıştır (Akbulut, 2010).

Tükenmişliği etkileyen bir diğer kişisel faktör ise eğitimidir. Bu konudaki birçok çalışmada, eğitim ile tükenmişlik arasında ters bir orantı olduğu yani eğitimin arttıkça tükenmişliğin düşeceği dile getirilirken, ortaya çıkan sonuçlar ise tam tersini göstermektedir. Eğitim seviyesi arttıkça, sorumluluklar artacak ve stresi ortaya çıkaran durumlarda da artış meydana gelecektir. Bu durumun sonucuna bağlı olarak da kişilerde tükenmişlik düzeyi artacaktır (Maslach ve ark., 2001). Korkmaz ve Bozkurt tarafından (2018) yapılan çalışmada tükenmişlik boyutlarının eğitim düzeylerine göre farklılık gösterdiği sonucuna ulaşılmıştır. Aynı zamanda Çan ve ark. (2017) tarafından yapılan çalışmada da tükenmişlik düzeylerinin yaş, cinsiyet ve öğrenim durumlarına göre farklılık gösterdiği bulunmuştur.

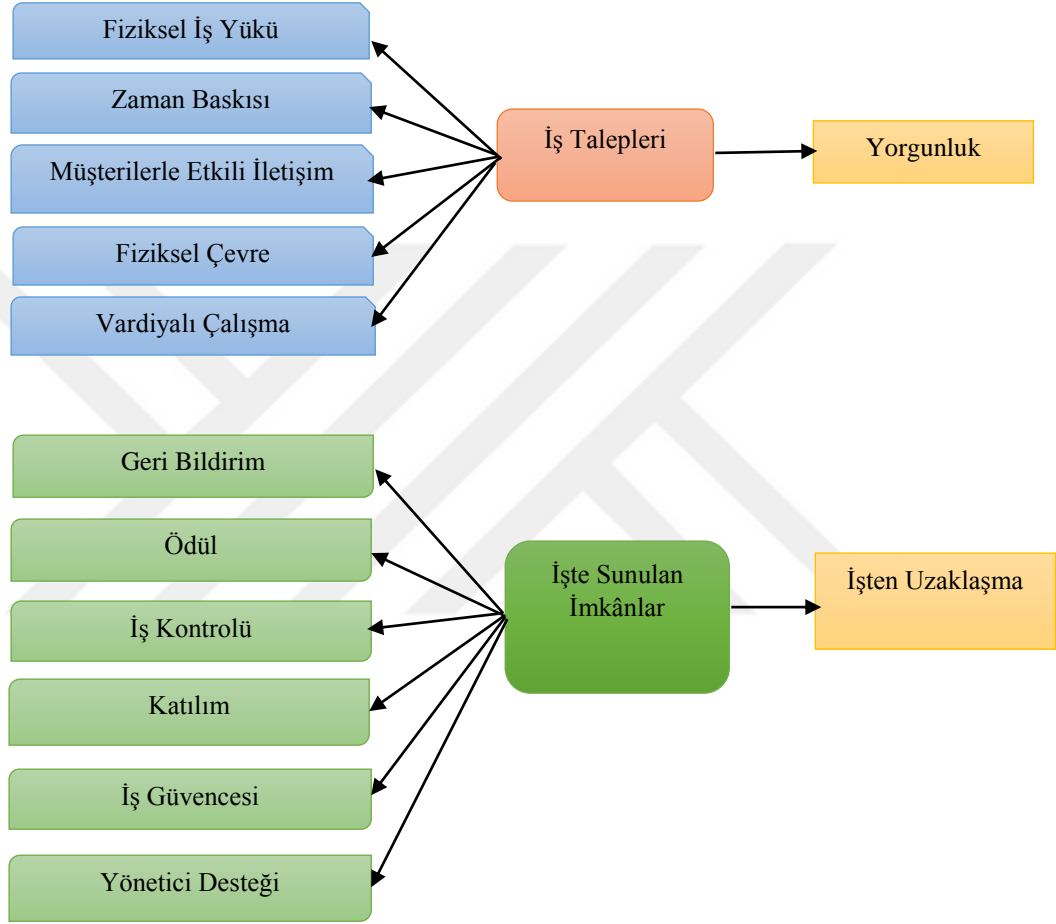
### **Örgütsel Faktörler**

Tükenmişlikte kişisel faktörlerin etkili olduğu kadar örgütsel faktörlerinde etkisi bulunmaktadır. Bireylerin iş hayatlarından ve çevresel koşullardan dolayı bazı problemler yaşamaları, çalıştıkları kurum ile kişi arasında yeterli aidiyet duygusunun oluşmaması gibi sorunlara neden olmaktadır (Bostancı, 2014).

Küresel rekabet ve teknolojik değişimler sonucunda örgütler, üretimi arttırmaya zorlanmaktadır. Bu zorunluluktan dolayı örgütlerde meydana gelen gerilimlerin sonucunda, örgütler strateji ve kararlarında bir takım değişiklikler yapmaktadırlar. Fakat bu değişimler bazen bireyler üzerinde olumsuz etkiye ve kargaşaya neden olurlar. Bazı örgütler küçülmeye giderken bazı örgütler de bütçe ve mali yapılarını yeniden şekillendirmek zorunda kalırlar. Bunun bir sonucu olarak bazı çalışanların iş yükü artarken bazı çalışanlar ise işlerinden ayrılmak zorunda kalabilmektedir. İşten ayrılmayan çalışanlarda ise yaşanan bu süreçten dolayı iş güvencesi kaygısı baş

gösterebilmektedir. İş güvencesi hakkında kaygı duyan çalışanlar uzun süreli çalışma baskısı ve işleri daha hızlı gerçekleştirme baskısı hissederler (Ertürk, 2014).

Demerouti ve ark. (2001) tarafından tükenmişliği etkileyen faktörler, örgütsel faktörler, iş talepleri ve işte sunulan imkânlar olarak ele alınmış ve şekil 5'deki model kurulmuştur.



Şekil 4. İş Talepleri- İşte Sunulan İmkânlar Modeli (Demerouti ve ark. 2001)

Bu modeldeki iş talepleri, işle ilgili hedeflere ulaşmak için çalışanlardan istenilen fiziksel ve zihinsel çabalardan oluşmaktadır. İşte sunulan imkânlar ise bu hedeflere ulaşabilmek, bireylerde oluşan fiziksel ve zihinsel yorgunlukları düşürmek için gereken özelliklerdir. Örgütte iş taleplerinin fazla ve kişiye sunulan imkanların yetersiz olması yorgunluğa ve işten uzaklaşmaya, dolayısıyla da tükenmişliğe neden olmaktadır (Demerouti ve ark., 2001).

Örgütlerde bireylere yönelik politikalar, kurumun çalışanlarına yüklemiş olduğu aşırı iş yükü, kişinin iş arkadaşları ile arasındaki ilişkinin olumsuzluğu gibi faktörler de bireylerde tükenmişliğe neden olabilmektedir (Eğin, 2015). Bunun yanı sıra, haftalık çalışma süresi, iş yükü, rol belirsizliği, adalet eksikliği, örgüt ortamı gibi faktörlerde tükenmişliğin örgütsel nedenleri arasındadır (Güllüce, 2010). Ayrıca Goshgarian (2000)'a göre iş yükü (daha fazla zaman gerektiren, daha karmaşık işlerden oluşan aşırı çalışma), kontrol eksikliği (çalışma ortamı ve işleri gerçekleştirmedeki bağımlılık), ödül eksikliği (bireylerin çalışmaları için ödüllendirilmemeleri), adalet eksikliği, iş birliği eksikliği ve değer çatışmaları tükenmişliği etkileyen örgütsel faktörlerdir.

Örgütlerde verimliliği, çalışanlarda ise iş için harcanan zamanı ve enerjiyi tanımlayan iş yükü, tükenmişliğe etki eden örgütsel faktörlerden biridir. Günümüzde rekabetin yoğunlaşmasından dolayı kişiler örgütlerde aşırı iş yüküne maruz kalabilmektedir. Bireylerin, örgütlerin hedeflerine ulaşabilmeleri adına çok daha fazla süre çalışmaları gerekmektedir (Çoban, 2014).

İş yükü niceliksel ve niteliksel şekilde iki gruptan oluşan stres yaratıcı bir faktördür. Kişilerin iş ile alakalı gereken becerilere sahip olmadıkları veya işi yapabilmek için gereken performans koşullarını taşımadıkları durumda niteliksel iş yükü ortaya çıkarken, işin tamamlanması için gerekli zamana sahip olunmayan durumda ise niceliksel iş yükü ortaya çıkmaktadır (Ertürk, 2014). Aşırı iş yükünün, tükenmişliğe neden olmasının sonucunda, iş performansında düşme, çalışanların işten kaçınma isteklerinde ve iş kazanlarında artış gibi olumsuz durumlar ortaya çıkmaktadır (Çelebi, 2014).

Kişilere çok fazla görev verilmemesi veya çok zor olmayan görevler verilmesi sürdürülebilir iş yükü sağlamaktadır. Bu da bireylerdeki iş yükünden kaynaklı tükenmişliği azaltacaktır (Goshgarian, 2000). Tükenmişliği azaltmanın başka bir yolu ise kişilerin sürekli aynı işleri yapmalarının önüne geçmektir (Freudenberger, 1974).

Tükenmişliği etkileyen örgütsel faktörlerden bir diğeri ise kontroldür. Kişinin işi ile ilgili sorunları çözme, seçimleri yapabilme, karar verebilme olanakları olarak tanımlanan kontrolde, azalma olması kişi ile çalıştığı iş arasındaki uyumsuzluğun dışı vurumudur. Kişinin iş kontrolü ve sorumlulukları arasında uyumun bulunması, kişi ile işi arasındaki uyumu da arttırmaktadır. Fakat bireylerin sorumluluklarını

gerçekleştirmek adına yeterli iş kontrolüne veya yetkilere sahip olmamaları iş-birey uyumsuzluğuna neden olacaktır. Kişinin yetki ve sorumluluklarının birbirine denk olmaması kişideki tükenmişliği etkilemektedir (Kervancı, 2013). Maslach ve ark. (2001) kontroldeki uyumsuzluğun, tükenmişliğin alt boyutlarından düşük kişisel başarı hissi boyutu ile ilişkili olduğunu söylemektedir.

İş özerkliği ve karar süreçlerine katılım, bireylerin işlerindeki kontrole etki eden iki faktördür. İş özerkliği, çalışanın işi üzerinde rahat olabilmesi, günlük işlerini düzenleyebilmesi, çalışma saatlerini planlayabilmesi, kısacası işine dair etkenleri kendisinin belirleyebilmesidir. Karar sürecine katılım ise, örgütte yapılacak iş ile ilgili olan tüm katılım süreçlerine, iş ile ilgili tüm planlamalara katkı sağlamalarıdır. Sonuç olarak çalışanların iş kontrolü eksikliği yaşamaları ve karar sürecine katılımlarının engellenmesi kişide duyarsızlaşmaya ve tükenmeye neden olacaktır (Çoban, 2014).

Tükenmişliği etkileyen bir diğer örgütsel faktör ise yetersiz ödüllendirme. Çalışanların işlerindeki başarılarının ödüllendirilmesi motivasyon kaynağı olurken (Çoban, 2014) herhangi bir ödüllendirme yapılmayışı ise iş tatmininde azalmaya ve tükenmişliğe neden olmaktadır (Bostancı, 2014). J. Greenberg, örgütte çalışan bireylerin başarılarının değerlendirilebilmesi için belirlenen ölçütlere göre sistemli bir şekilde ölçülmesi gerektiğini söylemiştir (Kervancı, 2013). Sonuç olarak çalışanlara karşı ödüllendirmenin yetersiz olması, kişisel başarı hissinde azalmaya dolayısıyla da tükenmeye neden olmaktadır (Cordes ve Dougherty, 1993).

İş çevresi ise tükenmişliği etkileyen başka bir örgütsel faktördür. Kişilerin iç çevrelerindeki ilişkileri, sosyal etkileşimleri tükenmişliğe etki etmektedir (Çoban, 2014). Kişilerin çalışma yaşamlarındaki etkileşimin olumlu yönde olması bireylerin örgüte bağlılıklarını arttırmaktadır. Çalışanların soyutlandığı, iletişimlerinin sınırlandırıldığı iş çevrelerinde çözümü zor olan çatışmalar yaşanabilmektedir (Maslach ve ark. 2001). Yaşanan bu çatışmalar iş çevresindeki ortamın bozulmasına sebep verecek ve stresli bir oluşmasına neden olacaktır. Çalışanlar arasında güven eksikliği, uyumsuzluk, paylaşımların azlığı kişilerin performansını ve iş doyumunu olumsuz yönde etkileyerek tükenmişliğe neden olmaktadır (Yıldırım, 2016).

Adalet, örgüt içerisindeki kararların doğruluğu ve eşitliği anlamı taşımaktadır. Örgüt içerisindeki adaletsizlik tükenmeye neden olmakla birlikte duyarsızlaşmayı da



tetiklemektedir. Ayrıca örgüt içerisinde adaletsizliğin olması kişinin çalışma arkadaşları ile iletişiminin bozulmasına ve performansının düşmesine de neden olmaktadır (Bostancı, 2014).

### **2.4.3. Tükenmişliğin Belirtileri**

Tükenmişlik sadece olumsuz durumların fazlalığına değil, olumlu durumların eksikliğine de bağlıdır (Baş, 2016). Bu yüzden tükenmişliğin çeşitli belirtileri mevcuttur. Bu belirtiler genel itibariyle fiziksel, psikolojik ve davranışsal belirtiler olmak üzere üçe ayrılmıştır (Aras, 2014). Tükenmişlik belirtileri kişiden kişiye göre farklılıklar gösterebilmektedir (Koç, 2015). Bu belirtiler ayrı ayrı ele alındığında tükenmişlik dışındaki başka problemleri de nitelendirebilmektedir. Lakin bu belirtiler örgüt ve örgütteki işle bağdaştırıldığında bireydeki tükenmişliğin belirtileri halini almaktadır (Bostancı, 2014).

Fiziksel belirtiler, yorgunluk ve bitkinlik, yüksek tansiyon, baş ağrıları, mide bağırsak hastalıkları, geçmeyen soğuk algınlıkları, yüksek kolesterol, kas gerilmeleri, kronik yorgunluk, solunum bozuklukları ve taşipne (hızlı ve yüzeysel solunum), uyku bozuklukları, kilo kaybı veya şişmanlık, uyuşukluk, deri şikayetleri, diyabet, ülser, kroner kalp rahatsızlığı riskinde artış, genel ağrı ve sızılar, kas ağrıları ve alerjidir (Kervancı, 2013).

Psikolojik belirtiler, engellenmişlik hissi ve sinirlilik, korku ve kaygı, alınganlık, belirgin üzüntü, apatik (duyumsuz, ilgisiz) görünüm, asılsız şüpheler ve paranoya, öz saygı ve öz güvende azalma, başarısızlık hissi, suçluluk, içerlemişlik, çaresizlik, yılgınlık, diğer insanları eleştirme, ilgisizlik, düşük kişisel başarı hissi, kendi kendine zihinsel uğraş içinde olma, hayal kırıklığı, iç sıkıntısı, bıkkınlık, depresyon, konsantrasyon bozukluğu, endişe, umutsuzluk ve aile içi sorunlarda artıştır (Kervancı, 2013).

Davranışsal belirtiler, çalışma arkadaşlarıyla iş konusunda tartışmaktan kaçınma, ani sinir patlamaları, gözyaşlarını tutamama, yalnız kalma isteği, işte alıngan olma ve takdir edilmediğini düşünme, işe gitmek istememe, bazı şeyleri erteleme ya da sürüncemede bırakma, örgütte işi yavaşlatma ya da sürüncemede bırakma, hizmet sunulan kişilere tek tip davranma, onları küçümseme ve alay etme, ilaç, alkol, tütün vb. maddeleri almaya eğilim yada bunların kullanımında artış, az veya çok yemek yeme,

evlilik çatışmaları ve boşanma, aile ve arkadaşlardan uzaklaşma ve içe kapanma, kişilerarası problem, çabuk öfkelenme, örgüte yönelik ilginin kaybı, hatalar yapma, değişime direnç ve katılık, çalışmaya yönelmede dirençtir (Kervancı, 2013).

#### **2.4.4. Tükenmişliğin Sonuçları ve Tükenmişlikle Başa Çıkma Yolları**

Tükenmişlik kendisini işine adayan, çalışma hayatında başarılı olan, iş ilişkileri iyi olan personellerin, üretkenliğini, enerjisini ve çalışma hevesini düşüren bir sorundur. (Toğa, 2016).

Hedefleri büyük olan, çalışma hayatında beklentilerinin karşılanmadığı, hayal kırıklıkları yaşayan, enerjisi tükenen bireylerde tükenmişlik daha fazla etkiye sahiptir. Yapılan araştırmalar tükenmişliğin bireysel ve örgütsel açıdan birçok olumsuz sonucu olduğunu göstermektedir (Yüksek, 2017).

Bireyde meydana gelen tükenmişlik, uykusuzluk problemine yol açabilmektedir. Uykusuzluk ise düşük enerji, kronik yorgunluk, gerginlik gibi sonuçları beraberinde getirmektedir. Bu yorgunluğun sonucunda birey hastalık riski ile karşı karşıya kalabilmektedir. Soğuk algınlığı, baş ağrısı, vücut direncinde düşme gibi hastalıklarla birlikte bireyde psikomatik rahatsızlıklar da ortaya çıkmaktadır. Enerjisi düşen bireyin coşku ve idealizminde de düşüş meydana gelecektir. Bu sıkıntılar ile boğuşan birey içine kapanıp, diğer çalışanlar ile ilişkilerini kısıtlandırabilir. Bu durum diğer kişiler tarafından, tükenmişliğe maruz kalan bireyin bencil ve ilgisiz olduğunun düşünülmesine neden olur (Karakoyun, 2017). Tüm bu sıkıntılarla karşı karşıya kalan bireyde madde bağımlılığı veya madde kullanımında artış gibi olumsuz sonuçlar da ortaya çıkabilmektedir (Biçki, 2016).

Tükenmişlik yaşayan bireyde motivasyon kaybı ve sinirlilik hali baş göstereceği için kişinin iş performansında da düşüş görülecektir. Tükenmeye maruz kalan kişi değişime ve kendini yenilemeye sıcak bakmaz. Bu durum da bireyin iş arkadaşlarıyla ilişkilerini en aza indirmesine ve işten soğumasına neden olur (Ertürk, 2014).

Tükenmişlik yaşayan kişinin iletişim bozukluğu sadece iş arkadaşları ile sınırlı kalmayıp aile bireylerine de yansiyabilir. Bireyin aile içerisindeki iletişiminde olumsuz tutum ve davranışlar sergilemesi, diğer aile fertlerinde kırılabilirlik ve üzüntü hissi oluşturabilmektedir (Bozkurt, 2014).

Tükenmişlik yaşayan bireyler, çalıştıkları örgütlerin hedeflerine ulaşmada sıkıntı yaratarak, müşteri memnuniyetinin azalmasına neden olmaktadır. Bu durum da örgütlerde müşteri kaybı ve ekonomik kayıplar yaşanmasına neden olur (Koç, 2015).

Görüldüğü gibi tükenmişliğin bireyler ve örgütler üzerinde birçok sosyo-ekonomik sonuçları bulunmaktadır.

Tükenmişlik günümüzde bireyler ve örgütler açısından çok önemli sonuçları olan bir sorundur. Gelişen ve değişen teknolojik gelişmeler ve iş dünyası, örgütler ve bireyler üzerinde bazen stresli durumlara neden olmaktadır. Kişisel ve örgütsel nedenlere bağlı olarak ortaya çıkan tükenmişlik yukarıda da anlatıldığı gibi hayli fazla olumsuz duruma yol açmaktadır. Bu nedenle tükenmişlik, bireylerin ve örgütlerin çözüme kavuşturması gereken önemli bir olgudur. Tükenmişliğin üstesinden gelebilmek için bireylere ve örgütlere önemli görevler düşmektedir.

Tükenmişlikle başa çıkabilmek yahut tükenmeye maruz kalmadan bu sorunun önüne geçebilmek adına gerçekleştirilecek tüm çabalar birey ve örgüt odaklı olmalıdır (Kama, 2017).

Tükenmişliğin üstesinden gelebilmek için yapılması gereken ilk adım sorunun ve problemin kişi tarafından kabul edilmesidir (Yüksel, 2017). Kişi tükenmişliğe neden olan faktörleri araştırmalıdır. Kendisine bir takım sorular sorarak ne zamandan itibaren tükenmişlik yaşamaya başladığını iyi belirlemelidir. Tükenmişlik ile mücadele bireyler için zor görünse de birey tükenmişlikle daima savaşmalı, tükenmişliğe teslim olmamalıdır. Tükenmişlikle baş etmede kişisel yöntemlerden bazıları şunlardır (Karakoyun, 2017):

- Öncelikle kişi kendisini iyi tanımalı, beceri ve yeteneklerinin farkında olmalıdır. Bunun sonucunda da işi ile ilgili doğru beklentilere kapılmalıdır.
- Bir işin sürekli aynı şekilde yapılmasından kaynaklı tükenmişlik yaşayan bireyler işlerin yapılış tarzlarını değiştirmelidir.
- İnsanlarla çok vakit geçiren bireylerde duygusal tükenme fazla olduğundan kişiler bazen kendilerini insanlardan soyutlamalıdır. Böylelikle duygusal tükenme düzeylerine azaltabileceklerdir.

- İş ile ilgili çok fazla bunalım yaşayan kişi bir süre işe ara verebilir. Bu durumda kaybolan enerjisini geri toplayabilecektir.
- Kişi her zaman bardağın dolu tarafını görmelidir. Olumsuzluklar içerisinde boğuşmak kişiyi daha kötü durumlara yönlendirecektir.
- Birey kendisi ile ilgili yapıcı diyaloglar kurmalıdır. Bu yöntem kişinin motivasyonunu ve enerjisini arttıracaktır.
- Kişi zamanı doğru kullanmalıdır.
- Kişi karşılaştığı problemleri içselleştirmemelidir.

Tükenmişlikle başa çıkmada kişisel yöntemlerden ziyade örgütsel yöntemler daha olumlu sonuçlar vermektedir (Topaloğlu, 2017). Bu örgütsel mücadele tekniklerinden bazıları, yardımcı personel ve ek donanım başvurmak, kararlara katılım aktarma, sorumluluk miktarını belirleme, adil bir ödül sistemi geliştirme, iş yükünün tek kişide birikmesini engelleme, örgütsel değişimi sağlamak, takım çalışmasını desteklemek, örgütsel bağlılığı sağlamak, düzenli örgüt içi çatışma yönetim sistemi kurmak, görev tanımlarını açık ve net belirlemek, örgüt içi iletişimi güçlendirmek, dinlenme aralarını belirlemek, üst yönetimin desteğini almak, pozitif geri bildirim, örgüt içi danışmanlık hizmeti vermek, terfi politikası izlemek, sosyal etkinlik fırsatlarını arttırmak, hizmet içi eğitimler vermek, kariyer fırsatı tanımak ve yönetsel becerileri geliştirmek, dinlenme saatlerine dikkat etmek, personeli güçlendirme, çalışanların çevre koşullarını iyileştirmek, çalışma saatlerini düzenlemek ve çalışanlara güven aşlamadır (Büber, 2017).

#### **2.4.5.Sağlık Çalışanlarında Tükenmişlik**

Tükenmişliğin ilk ortaya çıktığı ve incelendiği alanlar sağlık ve sosyal hizmet alanlarıdır. Bunun sebebi ise, bu alanların fiziksel ve zihinsel tükenmişliğin sebeplerinin incelenmesi için doğal gözlem ortamına sahip olmalarıdır (Yakut ve ark. 2013).

Tükenmişlik insanı ilgilendiren işlerde çalışan bireylerdeki zihinsel ve psikolojik yorgunluğu, düşük başarı hissini, düşük benlik saygısını ve duyarsızlaşmayı içeren bir sendromdur (Moadel ve ark. 2017).

Sağlık alanında, topluma sunulan hizmetin kalitesi ve hasta memnuniyeti konusunda ciddi bir endişe söz konusu iken sağlık çalışanlarının iş ile ilgili durumlarına daha az ilgi gösterilmektedir (Gascon ve ark. 2013).

Sağlık sektöründe organizasyon yapısındaki değişimler, bu değişimler sonucu doğan beklentiler, çalışma ortamındaki olumsuzluklar, fazla iş yükü, bireyler arasındaki ilişkilerin bozukluğu, ekonomik problemler gibi durumlar diğer meslek gruplarına oranla sağlık çalışanlarının daha fazla stres altında kalmasına yol açmaktadır. Yaşanılan bu stres ise çalışanlarda verimsizliğe, iş tatminsizliğine, bireyin kendine olan güveninin azalmasına, işten ayrılmaya ve tükenmişliğe neden olmaktadır (Arslan ve Yıkılmaz, 2016). Tükenmişlik olumsuz bir kavram olmasına rağmen sağlık sektöründe tükenme giderek artmaktadır (Chunming ve ark. 2017).

Tükenmişlik sağlık çalışanlarında (fiziksel ve zihinsel), hastalarda (hasta bakım kalitesi, hasta memnuniyeti) ve sağlık kuruluşlarında (işten ayrılma, iş tatminsizliği, yüksek maliyetler ve finansal kayıplar) olumsuz sonuçlar oluşturmaktadır. Özellikle sağlık kurumlarında tükenmişlik derecesi yüksek olan çalışanlar arasında işten ayrılma hedefi daha yaygın olmaktadır (Hamdan ve Hamra, 2017).

Tükenmişlik, hekimlerin sağlığı ve hasta bakımında da önemli olumsuz etkilere neden olabilmektedir (Rosenstein, 2013). Tükenmişlik hekimler için işle ilgili ciddi bir sorun olan strese verilen uzun süreli bir cevaptır. Hekimlerin tükenmişliği zihinsel enerjini tükenmesi olarak bilinen duygusal tükenme ile de ilişkilidir. Hekimler yaşadıkları bu tükenme sonucunda kendilerini işe veremeyebilir, bunun sonucunda da duyarsızlaşma olarak bilinen, hastalara yönelik alaycı tutumlar ortaya çıkabilmektedir (Lee ve ark. 2013).

Sağlık alanında tükenmişliğin depresyon, artan tıbbi hatalar ve buna bağlı olarak artan hukuki davalar ve hasta memnuniyetinin azalması gibi sonuçları vardır. Hekimlerdeki tükenmişlik, hekimlerin sağlığının iyileştirilmesi ile mümkündür. Burada bahsedilen hekim sağlığı, hekimlerin fiziksel, zihinsel ve duygusal sağlığı ve refahıdır (Siedsma ve Emler, 2015).

Hekimler arasındaki mesleki stres ve tükenmişlik, kişisel ilişkilerin, kişisel refahın ve hasta bakım kalitesinin zayıf olması ile ilişkilendirilmektedir. Son zamanlardaki çalışmalar mesleki stresi yönetme ve kişisel dayanıklılığı arttırmada hekimlere yardımcı olabilmek için gerekli kişisel özelliklerin ve becerilerin geliştirilmesine odaklanmıştır (Clough ve ark. 2017)

### **3. MATERYAL ve METOT**

#### **3.1.Çalışmanın Amacı**

Çalışmanın amacı, farklı demografik özelliklere sahip aile hekimlerinin öz yeterlilik ve tükenmişlik düzeylerinin belirlenmesi ve aile hekimlerinin öz yeterlilik algılarının tükenmişlikleri üzerine olan etkisinin belirlenmesidir.

#### **3.2.Problem Cümlesi**

Çalışmanın problem cümlesini “Aile hekimlerinin öz yeterlilik algılarının tükenmişlikleri üzerinde etkisi var mıdır?” sorusu oluşturmaktadır.

#### **3.3.Hipotezler**

Aile Hekimlerinin;

**H1.** Öz yeterlilik algılamaları

**H2.** Duygusal Tükenme algılamaları

**H3.** Duyarsızlaşma algılamaları

**H4.** Düşük kişisel başarı hissi algılamaları

**H5.** Genel Tükenmişlik algılamaları

**a.** Cinsiyete,

**b.** Yaşa,

**c.** Medeni duruma,

**d.** Aile hekimi olarak kaç yıldır çalıştığına,

**e.** Çalıştığı ilçeye,

**f.** Kayıtlı hasta nüfusuna,

**g.** Günde baktığı hasta sayısına,

**h.** Çalıştığı kurumu sevip sevmediğine,

**i.** Kendilerini mesleki açıdan yeterli bulup bulmadıklarına,

**j.** Kendilerini mesleki açıdan tükenmiş hissedip hissetmediklerine,

**k.** Çalışma durumlarına,

**l.** Aile hekimi olarak çalışmaya başladıktan sonra TUS'a girip girmediklerine göre anlamlı farklılık göstermektedir.

## H6. Aile hekimlerinin Öz Yeterlilik algılarının

- a. Duygusal tükenme,
- b. Duyarsızlaşma,
- c. Kişisel başarı,
- d. Genel tükenmişlik düzeyi üzerinde anlamlı etkisi bulunmaktadır.

### 3.4.Varsayımlar

Araştırma kapsamındaki aile hekimlerinin anket sorularına ve ifadelere verdikleri cevaplar gerçek durumu yansıtmaktadır.

### 3.5.Sınırlılıklar

Araştırma Samsun merkez ve ilçelerdeki aile sağlık merkezlerinde yapıldığı için sonuçlarının diğer şehirler için genellemesi olası değildir.

### 3.6.Evren ve Örneklem

Çalışmanın evrenini Samsun ili merkez ve ilçelerindeki Aile sağlık merkezlerinde çalışan aile hekimleri oluşturmaktadır. Çalışmaya başlamadan önce Samsun İl Sağlık Müdürlüğü'nden alınan bilgiye göre aktif çalışan 395 aile hekiminin olduğu görülmüştür. Dolayısıyla çalışmanın evrenini Samsun ili merkez ve ilçelerdeki aile sağlık merkezlerinde çalışan 395 aile hekimi oluşturmaktadır. Çalışmada örneklem hesaplanmamış olup evrenin tümüne ulaşmak hedeflenmiştir. Çalışmanın geçerliliği için 26.02.2018- 27.02.2018 tarihleri arasında 20 aile hekimine anket yaptırılmış ve gerekli düzeltmeler yapılmıştır. Çalışma 299 aile hekimi üzerinde uygulanabilmıştır. Evrenin % 75,66'sına ulaşılabilmıştır. Çalışma 21.03.2018 – 21.03.2019 tarihleri arasında yapılmıştır. Samsun'un tüm ilçelerine gidilmiştir. Merkez ilçeler, Canik, İlkadım, Atakum ve Tekkeköy olup diğer ilçeler ise Alaçam, Asarcık, Ayvacık, Bafra, Çarşamba, Havza, Kavak, Ladik, 19 Mayıs, Salıpazarı, Terme, Vezirköprü ve Yakakent'tir. Çalışmanın yapılabilmesi için Ondokuz Mayıs Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan (Ek-1) ve Samsun Valiliği İl Sağlık Müdürlüğü'nden (Ek-2) gerekli izinler alınmıştır.

### 3.7. Veri toplama Araçları

Araştırmada veri toplama aracı olarak üç bölümden oluşan anket formu kullanılmıştır. Anket formunun ilk bölümünde katılımcıların cinsiyet, doğum tarihi,

medeni durumu, aile hekimi olarak kaç yıldır çalıştığı, çalıştığı aile sağlık merkezinin bağlı bulunduğu ilçe, kayıtlı hasta nüfusu, haftalık toplam çalışma süresi, günde baktığı ortalama hasta sayısı, çalıştığı kurumu sevip sevmediği, kendisini mesleki açıdan yeterli bulup bulmadığı, kendisini mesleki açıdan tükenmiş hissedip hissetmediği, çalışma durumu, aile hekimi olarak çalışmaya başladıktan sonra hiç TUS (Tıpta Uzmanlık Sınavı)'a girip girmediği bilgilerinden oluşan sorular yer almaktadır.

Anket formunun ikinci bölümünde ise Schwarzer ve Jarusalem tarafından (1979) geliştirilen, 1995 yılında son halini alan ve Aypay (2010) tarafından Türkçe'ye uyarlanan Genel Öz Yeterlilik Ölçeği (GÖYÖ) kullanılmıştır. Ölçek ilk halinde 20 madde olarak hazırlanmış, 1981 yılındaki düzenlemeler ile 10 maddeye indirgenmiş ve 1995 yılında da son halini almıştır. GÖYÖ, 28 dile çevrilmiş ve birçok araştırmacı tarafından tercih edilen ölçek olmuştur. Ölçekte tamamı pozitif olan 10 ifade bulunmaktadır ve 4'lü likert tipinde hazırlanmıştır. Ölçek tek faktörden oluşmaktadır. Tüm ülkelerde yapılan çalışmayla ölçeğin iç tutarlılığı  $\alpha = 0,86$  olarak belirlenmiştir. İfadelerin sonucunda yüksek puan alınması genel öz yeterlilik seviyesinin yüksek olduğunu göstermektedir (Uysal, 2013).

Anket formunun son bölümünde ise aile hekimlerinin tükenmişlik düzeylerini ölçmek için literatürde en sık kullanılan ölçeklerden biri olan Maslach Tükenmişlik Ölçeği kullanılmıştır.

Maslach Tükenmişlik Ölçeği, Maslach ve Jackson tarafından (1981) geliştirilmiş olup Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Ergin (1992) tarafından yapılmıştır. İlk ortaya çıktığı hali 7'li likert tipine sahip ölçek, Türkçe'ye uyarlanırken 5'li likert tipi halini almıştır. Ölçek ifadelerine verilen cevaplar, "Hiçbir zaman", "Çok Nadir", "Bazen", "Çoğu Zaman", "Her zaman" şeklindedir (Taycan ve ark. 2006, 102).

Ölçek, duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarı olmak üzere üç alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçekte toplam 22 ifade bulunmaktadır. "1,2,3,6,8,13,14,16,20" İfadeler duygusal tükenme alt ölçeğine, "5,10,11,15,22" İfadeler duyarsızlaşma alt ölçeğine, "4,7,9,12,17,18,19,21" İfadeler ise kişisel başarı alt ölçeğine ait ifadelerdir. Duygusal tükenme ve duyarsızlaşma puanlarının yüksekliği yüksek tükenmişliği ifade ederken, kişisel başarı puanının düşüklüğü yüksek tükenmişliği ifade etmektedir. Dolayısıyla duygusal tükenme ve duyarsızlaşma alt ölçekleri olumsuz ifadelerden



oluşurken, kişisel başarı alt ölçeği ise olumlu ifadelerden oluşmaktadır. Bu yüzden kişisel başarı alt boyutunu oluşturan ifadelerde ters kodlama yapılmıştır. Böylelikle genel tükenmişlik puanı da hesaplanmıştır. Ters kodlama sonrası kişisel başarı puanının yüksekliği yüksek tükenmişliği ifade etmektedir. Ters kodlama sonrası kişisel başarı ifadeleri “düşük kişisel başarı hissi” olarak yorumlanabilmektedir. Birçok çalışmada buna rastlamak mümkündür.

**Tablo 5.** Maslach Tükenmişlik Ölçeği Puanlaması (Özmen ve ark. 2010; Akt. Çankaya, 2017).

Maslach Tükenmişlik Ölçeği Boyutları	Düşük	Normal	Yüksek
Duygusal Tükenme	0-14	15-22	23-36
Duyarsızlaşma	0-8	9-12	13-20
Düşük Kişisel Başarı Hissi	0-13	14-19	20-32

### 3.8. İstatistiksel Değerlendirme

Çalışmada kullanılan veriler normal dağılım gösterdiğinde bağımsız iki grubun karşılaştırılmasında, iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi (Independent Sample t-testi) kullanılmıştır. Bağımsız ikiden çok grubun karşılaştırıldığı durumlarda parametrik testlerden one way anova testi kullanılmıştır. Bağımsız ikiden çok grubun karşılaştırılmasında gruplar arasında farklılığın olduğu durumlarda söz konusu farklılığın hangi gruba ait olduğunun belirlenmesinde gruplar, homojen dağılım gösteriyorsa Tukey analizinden, homojen dağılım göstermiyorsa Tamhane's T2 analizinden yararlanılmıştır. Verilerin normal dağılımlı olmadığı ve varyansların homojen olmadığı durumlarda nonparametrik istatistiksel yöntemler kullanılmıştır. İkili grup karşılaştırmalarında Mann Whitney U testi, üç ve daha fazla grupların karşılaştırılmasında Kruskal Wallis testi uygulanmıştır.

Araştırmaya katılan aile hekimlerine duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve düşük kişisel başarı hissine yönelik yöneltilen soruların genel ortalamaları belirlenmiştir. Her bir değişkene yönelik ortalamaların dağılımı ve standart sapmaları hesaplanmıştır.

Araştırmaya katılan aile hekimlerinin öz yeterlilik algılamaları ile duygusal tükenme, duyarsızlaşma, düşük kişisel başarı hissi ve genel tükenmişlik algılamaları arasında herhangi bir ilişki olup olmadığını belirlemek üzere Pearson korelasyon

analizi, değişkenler arasında ilişki durumu gözlemlendiği için ardından regresyon analizi yapılmıştır.

Çalışmada kullanılan istatistiksel analizler %95 güven aralığında 0,05 ve 0,01 hata düzeylerinde gerçekteştirilmiştir. Verilerin istatistiksel analizinde SPSS 22.0 (Statistical Package for Social Science) paket program kullanılmıştır.

### 3.9. Güvenilirlik ve Geçerlilik

Araştırmada öz yeterlilik, duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarı boyutlarına ilişkin ifadeler için güvenilirlik analizi yapılmıştır.

Analizde güvenilirlik katsayısı olarak Cronbach Alpha katsayısı hesaplanmıştır. Cronbach Alpha katsayısının değer aralıkları aşağıdaki tabloda gösterilmiştir:

**Tablo 6:** Cronbach Alpha katsayısı değer aralıkları (Yıldız ve Uzunsakal, 2018).

Güvenilir Değil	Düşük Güvenilirlik	Oldukça Güvenilir	Yüksek Güvenilir	Derecede
0.00-0.40	0.40-0.60	0.60-0.80	0.80-1.00	

**Tablo 7:** Ölçeklerin Güvenilirlik (Cronbach Alpha) Değerleri

Ölçek Boyutları	Güvenilirlik Katsayıları (Cronbach Alpha)
Öz Yeterlilik	0,92
Duygusal Tükenme	0,92
Duyarsızlaşma	0,72
Kişisel Başarı	0,73

Anketteki boyutların güvenilirlik katsayıları Tablo 7’de gösterilmiştir. Bu tablo incelendiğinde;

Öz Yeterlilik ölçeğinin güvenilirlik katsayısı 0,92- Yüksek derecede güvenilir

Duygusal Tükenme alt ölçeğinin güvenilirlik kat sayısı 0,92 – Yüksek derecede güvenilir

Duyarsızlaşma alt ölçeğinin güvenilirlik katsayısı 0,72 – Oldukça güvenilir

Kişisel Başarı alt ölçeğinin güvenilirlik katsayısı 0,73 – Oldukça güvenilir olarak bulunmuştur.



## 4. BULGULAR

Bu bölüm iki kısma ayrılmış araştırma bulgularından oluşmaktadır. Birinci kısımda araştırma kapsamındaki aile hekimlerine ait tanımlayıcı bulgular, ikinci kısımda ise araştırmanın hipotezlerine ait bulgular yer almaktadır.

### 4.1. Tanımlayıcı Bulgular

**Tablo 8.** Çalışmaya katılan aile hekimlerine ait tanımlayıcı bulgular

Bağımsız	Değişken	Sayı (n)	Yüzde (%)
Cinsiyet	Kadın	100	33,4
	Erkek	199	66,6
Yaş	≤47	143	47,8
	>47	156	52,2
Medeni durum	Bekar	33	11,0
	Evli	266	89,0
Aile hekimi olarak kaç yıldır çalıştığı	≤12	203	67,9
	>12	96	32,1
Çalıştığınız ilçe	Merkez ilçeler	168	56,2
	Diğer ilçeler	131	43,8
Kayıtlı hasta nüfusu	3500 ve altı	153	51,2
	3501 ve üzeri	146	48,8
Günde bakılan hasta sayısı	59 ve altı	127	42,5
	60 ve üzeri	172	57,5
Çalıştığınız kurumu seviyor musunuz?	Evet	205	68,6
	Kısmen	84	28,1
	Hayır	10	3,3
Kendinizi mesleki açıdan yeterli buluyor musunuz?	Evet	266	89,0
	Hayır	33	11,0
Kendinizi mesleki açıdan tükenmiş hissediyor musunuz?	Evet	155	51,8
	Hayır	144	48,2
Çalışma durumunuz?	Pratisyen hekim	273	91,3
	Uzman hekim	26	8,7

**Tablo 8.** Çalışmaya katılan aile hekimlerine ait tanımlayıcı bulgular (devamı)

Bağımsız	Değişken	Sayı (n)	Yüzde (%)
Aile hekimi olarak işe başladıktan sonra hiç TUS(Tıpta Uzmanlık Sınavı)'a girdiniz mi?	Evet	46	15,4
	Hayır	253	84,6
Son bir yıl içerisinde TUS'a girdiniz mi?	Evet	6	2,0
	Hayır	293	98,0

Bu bulgulara göre;

Çalışmaya katılan aile hekimleri cinsiyet değişkenine göre incelendiğinde, aile hekimlerinin %66,6 (n=199)'sını erkekler oluştururken, %33,4 (n=100)'ünü kadınlar oluşturmaktadır.

Çalışmaya katılan aile hekimleri yaş değişkenine göre incelendiğinde, aile hekimlerinin %52,2 (n=156)'sini 47 yaşından küçük olanlar, %47,8 (n= 143)'ini 47 yaşında ve 47 yaşından büyük olanlar oluşturmaktadır.

Çalışmaya katılan aile hekimleri medeni durum değişkenine göre incelendiğinde, aile hekimlerinin %89 (n=266)'unu evliler oluştururken, %11 (n=33)'ini bekârlar oluşturmaktadır.

Çalışmaya katılan aile hekimleri, aile hekimi olarak kaç yıldır çalıştığı değişkenine göre incelendiğinde, aile hekimlerinin %67,9 (n=203)'unu 12 yıl ve 12 yıldan daha fazla süredir çalışanlar, %32,1 (n=96)'ini 12 yıldan daha süredir çalışanlar oluşturmaktadır.

Çalışmaya katılan aile hekimleri çalıştıkları ilçeye göre incelendiğinde, aile hekimlerinin %56,2 (n=168)'si merkez ilçede çalışırken, %43,8 (n=131)'i diğer ilçelerde çalışmaktadır.

Çalışmaya katılan aile hekimleri kayıtlı hasta nüfuslarına göre incelendiğinde, aile hekimlerinin %51,2 (n=153)'si 3500 ve altı kayıtlı hasta nüfusuna sahipken, %48,8 (n=146)'i 3501 ve üzeri kayıtlı hasta nüfusuna sahiptir.

Çalışmaya katılan aile hekimleri günde baktıkları ortalama hasta sayısına göre incelendiğinde, aile hekimlerinin %57,5 (n= 172)'i 60 ve üzeri hastaya bakarken, %42,5 (n=127)'i 59 ve altı hastaya bakmaktadır.

Çalışmaya katılan aile hekimlerinin çalıştıkları kurumu sevip sevmediklerine göre incelendiğinde, aile hekimlerinin %68,6 (n=205)'sı çalıştığı kurumu sevdiğini, %28,1 (n=84)'i kısmen sevdiğini, %3,3 (n=10)'ü ise sevmediğini belirtmiştir.

Çalışmaya katılan aile hekimlerinin kendilerini mesleki açıdan yeterli bulup bulmadıklarına göre incelendiğinde, aile hekimlerinin %89,0 (n=266)'u kendisini mesleki açıdan yeterli bulurken, %11,0 (n=33)'i kendisini mesleki açıdan yeterli bulmamaktadır.

Çalışmaya katılan aile hekimlerinin kendilerini mesleki açıdan tükenmiş hissedip hissetmediklerine göre incelendiğinde, aile hekimlerinin %51,8 (n=155)'i kendisini mesleki açıdan tükenmiş hissederken, %48,2 (n=144)'si kendisini mesleki açıdan tükenmiş hissetmemektedir.

Ayrıca çalışmaya katılan aile hekimlerinin %91,3 (n=273)'ünü pratisyen hekimler oluştururken, %8,7 (n=26)'sini uzman hekimler oluşturmaktadır.

Çalışmaya katılan aile hekimlerinden %84,6 (n=253)'sı işe başladıktan sonra hiç TUS'a girmezken, %15,4 (n=46)'ü işe başladıktan sonra TUS'a girmiştir. Son bir yıl içerisinde TUS'a girenlerin sayısı ise sadece %2,0 (n=6)'dır.

#### 4.2.Hipotezlere Ait Bulgular

**Tablo 9.** Tükenmişlik Ölçeğinin Tüm Katılımcılar İçin Faktör Analizi Sonuçları

Alt Ölçekler	Maddeler	Faktör Yükleri	Özdeğer	Açıkladığı % Varyans	Açıkladığı Kümülatif
Duygusal Tükenme	İşimden soğuduğumu hissediyorum	0,837	7,46	33,92	33,92
	İş dönüşü ruhen kendimi tükenmiş hissediyorum	0,885			
	Sabah kalktığımda bir gün daha bu işi kaldıramayacağımı düşünüyorum	0,832			

**Tablo 9.** Tükenmişlik Ölçeğinin Tüm Katılımcılar İçin Faktör Analizi Sonuçları (devamı)

Alt Ölçekler	Maddeler	Faktör Yükleri	Özdeğer	Açıkladığı % Varyans	Açıkladığı Kümülatif
Duygusal Tükenme	Bütün gün insanlarla uğraşmak benim için çok yıpratıcı	0,718	7,46	33,92	33,92
	Yaptığım işten tükendiğimi hissediyorum	0,856			
	İşimin beni kısıtladığımı hissediyorum	0,765			
	İşimde çok çalıştığımı hissediyorum	0,556			
	Doğrudan doğruya insanlarla çalışmak bende çok fazla stres yaratıyor	0,607			
	Yolun sonuna geldiğimi hissediyorum	0,723			
Duyarsızlaşma	İşim gereği karşılaştığım bazı kimselere sanki insan değillermiş gibi davrandığımı fark ediyorum	0,696	1,29	5,87	51,01
	Bu işte çalışmaya başladığımdan beri insanlara karşı sertleştim	0,681			
	Bu işin giderek beni katılaştırmasından korkuyorum	0,628			
	İşim gereği karşılaştığım insanlara ne olduğu umurumda değil	0,573			
	İşim gereği karşılaştığım insanların bazı problemlerini sanki ben oluşturmuşum gibi davrandıklarımı hissediyorum	0,373			

**Tablo 9.** Tükenmişlik Ölçeğinin Tüm Katılımcılar İçin Faktör Analizi Sonuçları (devamı)

Alt Ölçekler	Maddeler	Faktör Yükleri	Özdeğer	Açıkladığı % Varyans	Açıkladığı Kümülatif
Düşük Kişisel Başarı Hissi	İşim gereği karşılaştığım insanların ne hissettiğini hemen anlarım	0,583	2,46	11,21	45,14
	İşim gereği karşılaştığım insanların sorunlarına en uygun çözüm yollarını bulurum	0,535			
	Yaptığım iş sayesinde insanların yaşamına katkıda bulunduğuma inanıyorum	0,593			
	Çok şeyler yapabilecek güçteyim	0,607			
	İşim gereği karşılaştığım insanlarla rahat bir atmosfer oluştururum	0,541			
	İşimde insanlarla çalıştığım için canlanmış hissederim	0,469			
	Bu işte kayda değer bir başarı elde ettim	0,686			
	İçimdeki duygusal sorunlara serinkanlılıkla yaklaşıyorum	0,635			

Tükenmişlik ölçeğinin faktör yapısını belirlemek amacı ile yapılan temel bileşenler faktör analizi varimax dönüşürmesi sonucu elde edilen alt ölçeklerin faktör yükleri, açıkladıkları varyanslar ve özdeğerleri Tablo 9’da verilmiştir.

**Tablo 10.** Uygunluk Testleri Sonuçları

İfadeler	n	Ortalama	Varyans	Skewness (Çarpıklık)	Kurtosis (Basıklık)	Durum
<b>Duygusal Tükenme</b>						
İşimden soğuduğumu hissediyorum	299	1,86	1,13	-0,07	-0,42	Uygun
İş dönüşü ruhen kendimi tükenmiş hissediyorum	299	1,85	1,27	-0,06	-0,78	Uygun
Sabah kalktığımda bir gün daha bu işi kaldıramayacağımı düşünüyorum	299	1,31	1,30	0,52	-0,59	Uygun
Bütün gün insanlarla uğraşmak benim için çok yıpratıcı	299	1,91	1,09	-0,07	-0,54	Uygun
Yaptığım işten tükendiğimi hissediyorum	299	1,78	1,48	0,14	-0,88	Uygun
İşimin beni kısıtladığını hissediyorum	299	1,86	1,25	-0,04	-0,74	Uygun
İşimde çok çalıştığımı hissediyorum	299	2,43	1,02	-0,46	-0,05	Uygun



**Tablo 10.** Uygunluk Testleri Sonuçları (devamı)

İfadeler	n	Ortalama	Varyans	Skewness (Çarpıklık)	Kurtosis (Basıklık)	Durum
Doğrudan doğruya insanlarla çalışmak bende çok fazla stres yaratıyor	299	1,55	1,18	0,20	-0,63	Uygun
Yolun sonuna geldiğimi hissediyorum	299	1,06	1,34	0,74	-0,53	Uygun
<b>Duyarsızlaşma</b>						
İşim gereği karşılaştığım bazı kimselere sanki insan değillermiş gibi davrandığımı fark ediyorum	299	0,62	0,65	0,94	-0,33	Uygun
Bu işte çalışmaya başladığımdan beri insanlara karşı sertleştim	299	1,30	1,06	0,44	-0,35	Uygun
Bu işin giderek beni katılaştırmasından korkuyorum	299	1,33	1,26	0,45	-0,68	Uygun
İşim gereği karşılaştığım insanlara ne olduğu umurumda değil	299	0,61	0,61	0,81	-0,90	Uygun
İşim gereği karşılaştığım insanların bazı problemlerini sanki ben oluşturmuşum gibi davrandıklarını hissediyorum	299	1,37	1,28	0,44	-0,59	Uygun
<b>Düşük Kişisel Başarı Hissi</b>						
İşim gereği karşılaştığım insanların ne hissettiğini hemen anlarım	299	1,19	0,39	0,25	0,28	Uygun
İşim gereği karşılaştığım insanların sorunlarına en uygun çözüm yollarını bulurum	299	1,23	0,27	0,18	-0,16	Uygun
Yaptığım iş sayesinde insanların yaşamına katkıda bulunduğuma inanıyorum	299	1,03	0,65	0,48	0,39	Uygun
Çok şeyler yapabilecek gücteyim	299	1,44	0,64	0,35	0,42	Uygun
İşim gereği karşılaştığım insanlarla rahat bir atmosfer oluştururum	299	1,34	0,48	0,36	0,74	Uygun
İşimde insanlarla çalıştığım için canlanmış hissedirim	299	1,88	0,86	0,19	-0,19	Uygun
Bu işte kayda değer bir başarı elde ettim	299	1,46	0,57	0,55	0,49	Uygun
İçimdeki duygusal sorunlara serinkanlılıkla yaklaşırım	299	1,43	0,55	0,23	0,03	Uygun
<b>Öz Yeterlilik</b>						
Güç sorunları gayret edersem çözebilirim	299	3,17	0,52	-0,49	-0,26	Uygun
Bana karşı çıkıldığında istediğimi elde edecek çare ve yolları bulabilirim	299	3,00	0,54	-0,36	-0,15	Uygun
Amaçlarımı gerçekleştirmek ve hedeflerime ulaşmak benim için kolaydır	299	2,83	0,47	-0,13	-0,16	Uygun

**Tablo 10.** Uygunluk Testleri Sonuçları (devamı)

İfadeler	n	Ortalama	Varyans	Skewness (Çarpıklık)	Kurtosis (Basıklık)	Durum
Beklenmedik durumlarla başa çıkma konusunda kendime güvenirim	299	3,06	0,48	-0,43	0,25	Uygun
Beklenmedik durumların üstesinden gelme konusunda becerilerime güvenirim	299	3,10	0,46	-0,32	-0,18	Uygun
Gerekli çabayı gösterirsem sorunların çoğunu çözebilirim	299	3,20	0,35	-0,28	0,52	Uygun
Güçlükleri soğuk kanlıkla karşılaşıyorum, çünkü yeteneklerime her zaman güvenirim	299	2,93	0,56	-0,27	-0,33	Uygun
Bir sorunla karşılaştığım zaman, üstesinden gelebilecek birkaç çözüm bulabilirim	299	3,11	0,41	-0,25	-0,01	Uygun
Bir sorunla karşılaştığımda, genellikle ne yapmam gerektiğini bilirim	299	3,12	0,43	-0,27	-0,14	Uygun
Ne olursa olsun, genellikle her türlü sorunun üstesinden gelebilirim	299	2,73	0,54	-0,14	-0,23	Uygun

Öz yeterlilik ölçeği ile Tükenmişlik ölçeğinin alt boyutlarının çarpıklık ve basıklık testi bulguları Tablo 10’da verilmiştir. Bulgulara göre tüm soruların dağılımının normale yakın olduğu belirlenmiştir.

**Tablo 11.** Aile Hekimlerinin Öz Yeterlilik ve Tükenmişlik Düzeylerinin Ortalamaları

Bağımsız Değişkenler	n	Ortalama	Standart Sapma	Minimum	Maksimum
Öz Yeterlilik	299	30,26	5,35	11	40
Duygusal Tükenme	299	15,60	7,86	0	32
Duyarsızlaşma	299	5,23	3,40	0	15
Düşük Kişisel Başarı Hissi	299	11,01	3,53	2	22
Genel Tükenmişlik	299	31,83	12,08	9	63

Araştırmaya katılan aile hekimlerinin öz yeterlilik puan ortalaması ( $30,26 \pm 5,35$ ) olarak bulunmuştur. Tükenmişlik puan ortalamaları incelendiğinde, “duygusal

tükenme” puan ortalamasının ( $15,60 \pm 7,86$ ); “duyarsızlaşma” puan ortalamasının ( $5,23 \pm 3,40$ ); “düşük kişisel başarı hissi” puan ortalamasının ( $11,01 \pm 3,53$ ); “tükenmişlik genel puanı” puan ortalamasının ( $31,83 \pm 12,08$ ) olduğu bulunmuştur.

**Tablo 12.** Aile Hekimlerinin Öz Yeterlilik Düzeylerinin Cinsiyete Göre Ortalamaları

Bağımsız Değişken	Grup	n	Ortalama	Standart Sapma	t	p*
Öz yeterlilik Düzeyi	Kadın	100	30,24	5,13	-0,04	0,96
	Erkek	199	30,27	5,47		

\*p<0,05

Analiz sonucuna göre araştırmaya katılan aile hekimlerinin öz yeterlilik algı puanları, cinsiyet değişkenine göre anlamlı farklılık göstermemektedir ( $t=-0,04$ ;  $p=0,96>0,05$ ). Bu durumda H1a hipotezi reddedilmiştir.

**Tablo 13.** Aile Hekimlerinin Tükenmişlik Düzeylerinin Cinsiyete Göre Ortalamaları

Bağımsız Değişkenler	Grup	n	Ortalama	Standart Sapma	t	p*
Duygusal Tükenme	Kadın	100	15,85	7,52	0,39	0,69
	Erkek	199	15,46	8,04		
Duyarsızlaşma	Kadın	100	5,19	3,48	-0,14	0,88
	Erkek	199	5,25	3,38		
Kişisel Başarı	Kadın	100	10,67	3,41	-1,19	0,23
	Erkek	199	11,18	3,58		
Genel Tükenmişlik	Kadın	100	31,71	12,02	-0,13	0,89
	Erkek	199	31,90	12,13		

\*p<0,05

Analiz sonucuna göre araştırmaya katılan aile hekimlerinin duygusal tükenme puan ortalamaları, cinsiyet değişkenine göre anlamlı farklılık göstermemektedir ( $t=0,39$ ;  $p=0,69>0,05$ ). Bu durumda H2a hipotezi reddedilmiştir.

Analiz sonucuna göre araştırmaya katılan aile hekimlerinin duyarsızlaşma puan ortalamaları, cinsiyet değişkenine göre anlamlı farklılık göstermemektedir ( $t=-0,14$ ;  $p=0,88>0,05$ ). Bu durumda H3a hipotezi reddedilmiştir.

Analiz sonucuna göre araştırmaya katılan aile hekimlerinin düşük kişisel başarı hissi puan ortalamaları, cinsiyet değişkenine göre anlamlı farklılık göstermemektedir ( $t=-1,19$ ;  $p=0,23>0,05$ ). Bu durumda H4a hipotezi reddedilmiştir.

Analiz sonucuna göre araştırmaya katılan aile hekimlerinin genel tükenmişlik puan ortalamaları, cinsiyet değişkenine göre anlamlı farklılık göstermemektedir ( $t=0,13$ ;  $p=0,89>0,05$ ). Bu durumda H5a hipotezi reddedilmiştir.

**Tablo 14.** Aile Hekimlerinin Öz yeterlilik Düzeylerinin Yaş'a Göre Ortalamaları

Bağımsız Değişken	Grup	n	Ortalama	Standart Sapma	t	p
Öz yeterlilik Düzeyi	≤47	143	30,40	5,77	0,42	0,67
	>47	156	30,13	4,96		

\* $p<0,05$

Analiz sonucuna göre araştırmaya katılan aile hekimlerinin öz yeterlilik puan ortalamaları, yaş değişkenine göre anlamlı farklılık göstermemektedir ( $t=0,42$ ;  $p=0,67>0,05$ ). Bu durumda H1b hipotezi reddedilmiştir.

**Tablo 15.** Aile Hekimlerinin Tükenmişlik Düzeylerinin Yaş'a Göre Ortalamaları

Bağımsız Değişkenler	Grup	n	Ortalama	Standart Sapma	t	p*
Duygusal Tükenme	≤47	143	15,90	8,18	0,64	0,51
	>47	156	15,31	7,58		
Duyarsızlaşma	≤47	143	5,30	3,31	0,33	0,73
	>47	156	5,16	3,50		
Düşük Kişisel Başarı Hissi	≤47	143	10,79	3,49	-1,01	0,31
	>47	156	11,21	3,57		
Genel Tükenmişlik	≤47	143	32,00	12,17	0,22	0,82
	>47	156	31,69	12,03		

\* $p<0,05$

Analiz sonucuna göre araştırmaya katılan aile hekimlerinin duygusal tükenme puan ortalamaları, yaş değişkenine göre anlamlı farklılık göstermemektedir ( $t=0,64$ ;  $p=0,51>0,05$ ). Bu durumda H2b hipotezi reddedilmiştir.

Analiz sonucuna göre araştırmaya katılan aile hekimlerinin duyarsızlaşma puan ortalamaları, yaş değişkenine göre anlamlı farklılık göstermemektedir ( $t=0,33$ ;  $p=0,73>0,05$ ). Bu durumda H3b hipotezi reddedilmiştir.

Analiz sonucuna göre araştırmaya katılan aile hekimlerinin düşük kişisel başarı hissi puan ortalamaları, yaş değişkenine göre anlamlı farklılık göstermemektedir ( $t=-1,01$ ;  $p=0,31>0,05$ ). Bu durumda H4b hipotezi reddedilmiştir.

Analiz sonucuna göre araştırmaya katılan aile hekimlerinin genel tükenmişlik puan ortalamaları, yaş değişkenine göre anlamlı farklılık göstermemektedir ( $t=0,22$ ;  $p=0,82>0,05$ ). Bu durumda H5b hipotezi reddedilmiştir.

**Tablo 16.** Aile Hekimlerinin Öz yeterlilik Düzeylerinin Medeni Duruma Göre Ortalamaları

Bağımsız Değişken	Grup	n	Ortalama	Standart Sapma	t	p*
Öz yeterlilik Düzeyi	Bekâr	33	31,91	4,96	1,88	0,06
	Evli	266	30,06	5,37		

\* $p<0,05$

Analiz sonucuna göre araştırmaya katılan aile hekimlerinin öz yeterlilik puan ortalamaları, medeni durum değişkenine göre anlamlı farklılık göstermemektedir ( $t=1,88$ ;  $p=0,06>0,05$ ). Bu durumda H1c hipotezi reddedilmiştir.

**Tablo 17.** Aile Hekimlerinin Tükenmişlik Düzeylerinin Medeni Duruma Göre Ortalamaları

Bağımsız Değişkenler	Grup	n	Ortalama	Standart Sapma	t	p*
Duygusal Tükenme	Bekâr	33	14,69	9,09	-0,69	0,48
	Evli	266	15,70	7,71		
Duyarsızlaşma	Bekâr	33	4,87	3,67	-0,62	0,53
	Evli	266	5,27	3,38		
Düşük Kişisel Başarı Hissi	Bekâr	33	10,30	3,23	-1,22	0,22
	Evli	266	11,10	3,56		
Genel Tükenmişlik	Bekâr	33	29,87	13,03	-0,98	0,32
	Evli	266	32,08	11,96		

\* $p<0,05$

Analiz sonucuna göre araştırmaya katılan aile hekimlerinin duygusal tükenme puan ortalamaları, medeni durum değişkenine göre anlamlı farklılık göstermemektedir ( $t=-0,69$ ;  $p=0,48>0,05$ ). Bu durumda H2c hipotezi reddedilmiştir.

Analiz sonucuna göre araştırmaya katılan aile hekimlerinin duyarsızlaşma puan ortalamaları, medeni durum değişkenine göre anlamlı farklılık göstermemektedir ( $t=-0,62$ ;  $p=0,53>0,05$ ). Bu durumda H3c hipotezi reddedilmiştir.

Analiz sonucuna göre araştırmaya katılan aile hekimlerinin düşük kişisel başarı hissi puan ortalamaları, medeni durum değişkenine göre anlamlı farklılık göstermemektedir ( $t=-1,22$ ;  $p=0,22>0,05$ ). Bu durumda H4c hipotezi reddedilmiştir.

Analiz sonucuna göre araştırmaya katılan aile hekimlerinin genel tükenmişlik puan ortalamaları, medeni durum değişkenine göre anlamlı farklılık göstermemektedir ( $t=-0,98$ ;  $p=0,32>0,05$ ). Bu durumda H5c hipotezi reddedilmiştir.

**Tablo 18.** Aile Hekimlerinin Öz yeterlilik Düzeylerinin Aile Hekimi Olarak Kaç Yıldır Çalıştıklarına Göre Ortalamaları

Bağımsız Değişken	Grup	n	Ortalama	Standart Sapma	t	p*
Öz yeterlilik Düzeyi	≤12	203	30,50	5,59	1,11	0,26
	>12	96	29,76	4,81		

\* $p<0,05$

Analiz sonucuna göre araştırmaya katılan aile hekimlerinin öz yeterlilik puan ortalamaları, aile hekimlerinin aile hekimi olarak kaç yıldır çalıştığı değişkenine göre anlamlı farklılık göstermemektedir ( $t=1,11$ ;  $p=0,26>0,05$ ). Bu durumda H1d hipotezi reddedilmiştir.

**Tablo 19.** Aile Hekimlerinin Tükenmişlik Düzeylerinin Aile Hekimi Olarak Kaç Yıldır Çalıştıklarına Göre Ortalamaları

Bağımsız Değişkenler	Grup	n	Ortalama	Standart Sapma	t	p*
Duygusal Tükenme	≤12	203	15,62	8,11	0,08	0,93
	>12	96	15,54	7,36		
Duyarsızlaşma	≤12	203	5,14	3,43	-0,64	0,51
	>12	96	5,41	3,36		
Düşük Kişisel Başarı Hissi	≤12	203	10,96	3,53	-0,34	0,73
	>12	96	11,11	3,55		
Genel Tükenmişlik	≤12	203	31,72	12,43	-0,22	0,81
	>12	96	32,07	11,36		

\* $p<0,05$

Analiz sonucuna göre araştırmaya katılan aile hekimlerinin duygusal tükenme puan ortalamaları, aile hekimlerinin aile hekimi olarak kaç yıldır çalıştığı değişkenine göre anlamlı farklılık göstermemektedir ( $t=0,08$ ;  $p=0,93>0,05$ ). Bu durumda H2d hipotezi reddedilmiştir.

Analiz sonucuna göre araştırmaya katılan aile hekimlerinin duyarsızlaşma puan ortalamaları, aile hekimlerinin aile hekimi olarak kaç yıldır çalıştığı değişkenine göre anlamlı farklılık göstermemektedir ( $t=-0,64$ ;  $p=0,51>0,05$ ). Bu durumda H3d hipotezi reddedilmiştir.

Analiz sonucuna göre araştırmaya katılan aile hekimlerinin düşük kişisel başarı hissi puan ortalamaları, aile hekimlerinin aile hekimi olarak kaç yıldır çalıştığı değişkenine göre anlamlı farklılık göstermemektedir ( $t=-0,34$ ;  $p=0,73>0,05$ ). Bu durumda H4d hipotezi reddedilmiştir.

Analiz sonucuna göre araştırmaya katılan aile hekimlerinin genel tükenmişlik puan ortalamaları, aile hekimlerinin aile hekimi olarak kaç yıldır çalıştığı değişkenine anlamlı farklılık göstermemektedir ( $t=-0,22$ ;  $p=0,81>0,05$ ). Bu durumda H5d hipotezi reddedilmiştir.

**Tablo 20.** Aile Hekimlerinin Öz yeterlilik Düzeylerinin Çalıştıkları İlçeye Göre Ortalamaları

Bağımsız Değişken	Grup	n	Ortalama	Standart Sapma	t	p*
Öz yeterlilik Düzeyi	Merkez İlçeler	168	30,07	5,56	-0,69	0,49
	Diğer İlçeler	131	30,50	5,09		

\* $p<0,05$

Analiz sonucuna göre araştırmaya katılan aile hekimlerinin öz yeterlilik puan ortalamaları, çalıştıkları ilçe değişkenine göre anlamlı farklılık göstermemektedir ( $t=-0,69$ ;  $p=0,49>0,05$ ). Bu durumda H1e hipotezi reddedilmiştir.

**Tablo 21.** Aile Hekimlerinin Tükenmişlik Düzeylerinin Çalıştıkları İlçeye Göre Ortalamaları

Bağımsız Değişkenler	Grup	n	Ortalama	Standart Sapma	t	p*
Duygusal Tükenme	Merkez İlçeler	168	16,72	7,86	2,84	<b>0,005*</b>
	Diğer İlçeler	131	14,14	7,65		
Duyarsızlaşma	Merkez İlçeler	168	5,49	3,27	1,51	0,131
	Diğer İlçeler	131	4,89	3,55		
Kişisel Başarı	Merkez İlçeler	168	11,11	3,59	0,58	0,559
	Diğer İlçeler	131	10,87	3,46		
Genel Tükenmişlik	Merkez İlçeler	168	33,34	11,98	2,45	<b>0,015*</b>
	Diğer İlçeler	131	29,91	11,97		

\* $p<0,05$

Analiz sonucuna göre araştırmaya katılan aile hekimlerinin duygusal tüklenme puan ortalamaları, çalıştıkları ilçe değişkenine göre anlamlı farklılık göstermektedir ( $t=2,84$ ;  $p=0,005<0,05$ ). Merkez ilçelerde çalışan aile hekimlerinin duygusal tüklenme puanları ( $\bar{x}=16,72$ ), diğer ilçelerde çalışan aile hekimlerinin duygusal tüklenme puanlarından ( $\bar{x}=14,14$ ) yüksek bulunmuştur. Bu durumda H2e hipotezi kabul edilmiştir.

Analiz sonucuna göre araştırmaya katılan aile hekimlerinin duyarsızlaşma puan ortalamaları, çalıştıkları ilçe değişkenine göre anlamlı farklılık göstermemektedir ( $t=1,51$ ;  $p=0,131>0,05$ ). Bu durumda H3e hipotezi reddedilmiştir.

Analiz sonucuna göre araştırmaya katılan aile hekimlerinin düşük kişisel başarı hissi puan ortalamaları, çalıştıkları ilçe değişkenine göre anlamlı farklılık göstermemektedir ( $t=0,58$   $p=0,559>0,05$ ). Bu durumda H4e hipotezi reddedilmiştir.

Analiz sonucuna göre araştırmaya katılan aile hekimlerinin genel tüknemişlik puan ortalamaları, çalıştıkları ilçe değişkenine göre anlamlı farklılık göstermektedir ( $t=2,45$ ;  $p=0,015<0,05$ ). Merkez ilçelerde çalışan aile hekimlerinin genel tüknemişlik puanları ( $\bar{x}=33,34$ ), diğer ilçelerde çalışan aile hekimlerinin genel tüknemişlik puanlarından ( $\bar{x}=29,91$ ) yüksek bulunmuştur. Bu durumda H5e hipotezi kabul edilmiştir.

**Tablo 22.** Aile Hekimlerinin Öz yeterlilik Düzeylerinin Kayıtlı Hasta Nüfusuna Göre Ortalamaları

Bağımlı Değişken	Grup	n	Ortalama	Standart Sapma	t	p*
Öz yeterlilik Düzeyi	3500 ve altı	153	30,48	5,35	0,73	0,46
	3501 ve üzeri	146	30,03	5,36		

\* $p<0,05$

Analiz sonucuna göre araştırmaya katılan aile hekimlerinin öz yeterlilik puan ortalamaları, kayıtlı hasta nüfusu değişkenine göre anlamlı farklılık göstermemektedir ( $t=0,73$ ;  $p=0,46>0,05$ ). Bu durumda H1f hipotezi reddedilmiştir.

**Tablo 23.** Aile Hekimlerinin Tüknemişlik Düzeylerinin Kayıtlı Hasta Nüfusuna Göre Ortalamaları

Bağımsız Değişkenler	Grup	n	Ortalama	Standart Sapma	t	p*
Duygusal Tüklenme	3500 ve altı	153	15,18	7,92	-0,91	0,36
	3501 ve üzeri	146	16,02	7,80		



**Tablo 23.** Aile Hekimlerinin Tükenmişlik Düzeylerinin Kayıtlı Hasta Nüfusuna Göre Ortalamaları (devamı)

Bağımsız Değişkenler	Grup	n	Ortalama	Standart Sapma	t	p*
Duyarsızlaşma	3500 ve altı	153	5,39	3,63	0,83	0,40
	3501 ve üzeri	146	5,06	3,15		
Düşük Kişisel Başarı Hissi	3500 ve altı	153	11,30	3,66	1,44	0,15
	3501 ve üzeri	146	10,71	3,37		
Genel Tükenmişlik	3500 ve altı	153	31,88	12,57	0,06	0,95
	3501 ve üzeri	146	31,79	11,58		

\*p<0,05

Analiz sonucuna göre araştırmaya katılan aile hekimlerinin duygusal tükenme puan ortalamaları, kayıtlı hasta nüfusu değişkenine göre anlamlı farklılık göstermemektedir (t=-0,91; p=0,36>0,05). Bu durumda H2f hipotezi reddedilmiştir.

Analiz sonucuna göre araştırmaya katılan aile hekimlerinin duyarsızlaşma puan ortalamaları, kayıtlı hasta nüfusu değişkenine göre anlamlı farklılık göstermemektedir (t=-0,83; p=0,40>0,05). Bu durumda H3f hipotezi reddedilmiştir.

Analiz sonucuna göre araştırmaya katılan aile hekimlerinin düşük kişisel başarı hissi puan ortalamaları, kayıtlı hasta nüfusu değişkenine göre anlamlı farklılık göstermemektedir (t=1,44; p=0,15>0,05). Bu durumda H4f hipotezi reddedilmiştir.

Analiz sonucuna göre araştırmaya katılan aile hekimlerinin genel tükenmişlik puan ortalamaları, kayıtlı hasta nüfusu değişkenine göre anlamlı farklılık göstermemektedir (t=0,06; p=0,95>0,05). Bu durumda H5f hipotezi reddedilmiştir.

**Tablo 24.** Aile Hekimlerinin Öz yeterlilik Düzeylerinin Günde Bakılan Hasta Sayısına Göre Ortalamaları

Bağımsız Değişken	Grup	n	Ortalama	Standart Sapma	t	p*
Öz yeterlilik Düzeyi	59 ve altı	127	30,30	5,43	0,10	0,91
	60 ve üzeri	172	30,23	5,31		

\*p<0,05

Analiz sonucuna göre araştırmaya katılan aile hekimlerinin öz yeterlilik puan ortalamaları, günde bakılan hasta sayısı değişkenine göre anlamlı farklılık göstermemektedir (t=0,10; p=0,91>0,05). Bu durumda H1g hipotezi reddedilmiştir.

**Tablo 25.** Aile Hekimlerinin Tükenmişlik Düzeylerinin Günde Bakılan Hasta Sayısına Göre Ortalamaları

Bağımsız Değişkenler	Grup	n	Ortalama	Standart Sapma	t	p*
Duygusal Tükenme	59 ve altı	127	14,17	8,10	-2,71	0,007*
	60 ve üzeri	172	16,64	7,54		
Duyarsızlaşma	59 ve altı	127	5,18	3,47	-0,18	0,856
	60 ve üzeri	172	5,26	3,36		
Düşük Kişisel Başarı Hissi	59 ve altı	127	11,04	3,62	0,14	0,887
	60 ve üzeri	172	10,98	3,47		
Genel Tükenmişlik	59 ve altı	127	30,40	12,65	-1,76	0,079
	60 ve üzeri	172	32,89	11,56		

\*p<0,05

Analiz sonucuna göre araştırmaya katılan aile hekimlerinin duygusal tükenme puan ortalamaları, günde bakılan hasta sayısı değişkenine göre anlamlı farklılık göstermektedir (t=-2,71; p=0,007<0,05). Günde 60 ve üzeri hastaya bakan aile hekimlerinin duygusal tükenme puanları ( $\bar{x}$ =16,64), günde 59 ve altı hastaya bakan aile hekimlerinin duygusal tükenme puanlarından ( $\bar{x}$ =14,17) yüksek bulunmuştur. Bu durumda H2g hipotezi kabul edilmiştir.

Analiz sonucuna göre araştırmaya katılan aile hekimlerinin duyarsızlaşma puan ortalamaları, günde bakılan hasta sayısı değişkenine göre anlamlı farklılık göstermemektedir (t=-0,18; p=0,856>0,05). Bu durumda H3g hipotezi reddedilmiştir.

Analiz sonucuna göre araştırmaya katılan aile hekimlerinin düşük kişisel başarı hissi puan ortalamaları, günde bakılan hasta sayısı değişkenine göre anlamlı farklılık göstermemektedir (t=0,14; p=0,887>0,05). Bu durumda H4g hipotezi reddedilmiştir.

Analiz sonucuna göre araştırmaya katılan aile hekimlerinin genel tükenmişlik puan ortalamaları, günde bakılan hasta sayısı değişkenine göre anlamlı farklılık göstermemektedir (t=-1,76; p=0,079>0,05). Bu durumda H5g hipotezi reddedilmiştir.

**Tablo 26.** Aile Hekimlerinin Öz yeterlilik Düzeylerinin Çalıştıkları Kurumu Sevip Sevmediğine Göre Ortalamaları

Bağımsız Değişken	Grup	n	Ortalama	Standart Sapma	Ki-Kare	p*	Fark**
Öz yeterlilik Düzeyi	Evet	205	30,85	5,16	7,72	0,02*	1>2
	Kısmen	84	29,12	4,86			1>3
	Hayır	10	27,70	9,96			2>3

\*p<0,05

\*\*Fark (Evet=1, Kısmen=2, Hayır=3)

Veriler normal dağılım gösterirken, homojenlik (varyans) testi eşit olmadığından nonparametrik testlerden K Independent Sample test uygulanmıştır. Araştırmaya katılan aile hekimlerinin öz yeterlilik algı puanları ortalamalarının, çalıştıkları kurumu sevip sevmedikleri değişkenine göre anlamlı farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla Kruskal-Wallis H (ANOVA) testi yapılmıştır. Test sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ( $p=0,02<0,05$ ). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır.

Çalıştıkları kurumu seven aile hekimlerinin öz yeterlilik puanları ( $30,85 \pm 5,16$ ), çalıştıkları kurumu kısmen seven aile hekimlerinin öz yeterlilik puanlarından ( $29,12 \pm 4,86$ ) yüksek bulunmuştur. Bu durumda  $H_1$  hipotezi kabul edilmiştir.

**Tablo 27.** Aile Hekimlerinin Tükenmişlik Düzeylerinin Çalıştıkları Kurumu Sevip Sevmediğine Göre Ortalamaları

Bağımsız Değişkenler	Grup	n	Ortalama	Standart Sapma	F	p*	Fark**
Duygusal Tükenme	Evet	205	13,28	7,12	37,64	<b>0,001*</b>	2>1
	Kısmen	84	20,07	6,49			3>1
	Hayır	10	25,40	9,64			3>2
Duyarsızlaşma	Evet	205	4,61	3,07	16,10	<b>0,001*</b>	2>1
	Kısmen	84	6,21	3,46			3>1
	Hayır	10	9,50	4,74			3>2
Kişisel Başarı	Evet	205	10,50	3,57	7,52	<b>0,001*</b>	2>1
	Kısmen	84	11,98	3,07			3>1
	Hayır	10	13,20	4,07			3>2
Genel Tükenmişlik	Evet	205	28,40	10,91	35,12	<b>0,001*</b>	2>1
	Kısmen	84	38,27	10,17			3>1
	Hayır	10	48,10	15,19			3>2

\* $p<0,05$

\*\*Fark (Evet=1, Kısmen=2, Hayır=3)

Araştırmaya katılan aile hekimlerinin duygusal tükenme puanları ortalamalarının çalıştıkları kurumu sevip sevmedikleri değişkenine göre anlamlı farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ( $p=0,001<0,05$ ). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. Çalıştıkları kurumu kısmen seven aile hekimlerinin duygusal tükenme puanları ( $20,07 \pm 6,49$ ), çalıştıkları kurumu seven aile hekimlerinin duygusal

tükenme puanlarından ( $13,28 \pm 7,12$ ) yüksek bulunmuştur. Çalıştıkları kurumu sevmeyen aile hekimlerinin duygusal tükenme puanları ( $25,40 \pm 9,64$ ), çalıştıkları kurumu seven aile hekimlerinin duygusal tükenme puanlarından ( $13,28 \pm 7,12$ ) yüksek bulunmuştur. Ayrıca çalıştıkları kurumu sevmeyen aile hekimlerinin duygusal tükenme puanları ( $25,40 \pm 9,64$ ), çalıştıkları kurumu kısmen seven aile hekimlerinin duygusal tükenme puanlarından ( $20,07 \pm 6,49$ ) yüksek bulunmuştur. Bu durumda H2h hipotezi kabul edilmiştir.

Araştırmaya katılan aile hekimlerinin duyarsızlaşma puanları ortalamalarının çalıştıkları kurumu sevip sevmedikleri değişkenine göre anlamlı farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ( $p=0,001<0,05$ ). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. Çalıştıkları kurumu kısmen seven aile hekimlerinin duyarsızlaşma puanları ( $6,21 \pm 3,46$ ), çalıştıkları kurumu seven aile hekimlerinin duyarsızlaşma puanlarından ( $4,61 \pm 3,07$ ) yüksek bulunmuştur. Çalıştıkları kurumu sevmeyen aile hekimlerinin duyarsızlaşma puanları ( $9,50 \pm 4,74$ ), çalıştıkları kurumu seven aile hekimlerinin duyarsızlaşma puanlarından ( $4,61 \pm 3,07$ ) yüksek bulunmuştur. Ayrıca çalıştıkları kurumu sevmeyen aile hekimlerinin duyarsızlaşma puanları ( $9,50 \pm 4,74$ ), çalıştıkları kurumu kısmen seven aile hekimlerinin duyarsızlaşma puanlarından ( $6,21 \pm 3,46$ ) yüksek bulunmuştur. Bu durumda H3h hipotezi kabul edilmiştir.

Araştırmaya katılan aile hekimlerinin düşük kişisel başarı hissi puan ortalamalarının çalıştıkları kurumu sevip sevmedikleri değişkenine göre anlamlı farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ( $p=0,001<0,05$ ). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. Çalıştıkları kurumu kısmen seven aile hekimlerinin kişisel başarı puanları ( $11,98 \pm 3,07$ ), çalıştıkları kurumu seven aile hekimlerinin kişisel başarı puanlarından ( $10,50 \pm 3,57$ ) yüksek bulunmuştur. Bu durumda H4h hipotezi kabul edilmiştir.

Araştırmaya katılan aile hekimlerinin genel tükenmişlik puanı ortalamalarının çalıştıkları kurumu sevip sevmedikleri değişkenine göre anlamlı farklılık gösterip

göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ( $p=0,001<0,05$ ). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. Çalıştıkları kurumu kısmen seven aile hekimlerinin genel tükenmişlik puanları ( $38,27 \pm 10,17$ ), Çalıştıkları kurumu seven aile hekimlerinin genel tükenmişlik puanlarından ( $28,40 \pm 10,91$ ) yüksek bulunmuştur. Çalıştıkları kurumu sevmeyen aile hekimlerinin genel tükenmişlik puanları ( $48,10 \pm 15,19$ ), çalıştıkları kurumu seven aile hekimlerinin genel tükenmişlik puanlarından ( $28,40 \pm 10,91$ ) yüksek bulunmuştur. Ayrıca çalıştıkları kurumu sevmeyen aile hekimlerinin genel tükenmişlik puanları ( $48,10 \pm 15,19$ ), çalıştıkları kurumu kısmen seven aile hekimlerinin genel tükenmişlik puanlarından ( $38,27 \pm 10,17$ ) yüksek bulunmuştur. Bu durumda  $H_5$  hipotezi kabul edilmiştir.

**Tablo 28.** Aile Hekimlerinin Öz yeterlilik Düzeylerinin Kendilerini Mesleki Açından Yeterli Bulup Bulmadıklarına Göre Ortalamaları

Bağımsız Değişken	Grup	n	Ortalama	Standart Sapma	t	p*
Öz yeterlilik Düzeyi	Evet	266	30,80	5,13	5,19	0,001*
	Hayır	33	25,88	5,17		

\* $p<0,05$

Analiz sonucuna göre araştırmaya katılan aile hekimlerinin öz yeterlilik puan ortalamaları, kendilerini mesleki açıdan yeterli bulup bulmadıkları değişkenine göre anlamlı farklılık göstermektedir ( $t=5,19$ ;  $p=0,001<0,05$ ). Kendini mesleki açıdan yeterli bulan aile hekimlerinin öz yeterlilik düzeyi puanları ( $\bar{x}=30,80$ ), kendini mesleki açıdan yeterli bulmayan aile hekimlerinin öz yeterlilik düzeyi puanlarından ( $\bar{x}=25,88$ ) yüksek bulunmuştur. Bu durumda  $H_1$  hipotezi kabul edilmiştir.

**Tablo 29.** Aile Hekimlerinin Tükenmişlik Düzeylerinin Kendilerini Mesleki Açından Yeterli Bulup Bulmadıklarına Göre Ortalamaları

Bağımsız Değişkenler	Grup	n	Ortalama	Standart Sapma	t	p*
Duygusal Tükenme	Evet	266	15,20	7,90	-2,46	0,014*
	Hayır	33	18,75	6,83		
Duyarsızlaşma	Evet	266	5,13	3,41	-1,37	0,170
	Hayır	33	6,00	3,28		
Düşük Kişisel Başarı Hissi	Evet	266	10,76	3,48	-3,54	0,001*
	Hayır	33	13,03	3,33		

**Tablo 29.** Aile Hekimlerinin Tükenmişlik Düzeylerinin Kendilerini Mesleki Açından Yeterli Bulup Bulmadıklarına Göre Ortalamaları (devamı)

Bağımsız Değişkenler	Grup	n	Ortalama	Standart Sapma	t	p*
Genel Tükenmişlik	Evet	266	31,10	12,02	-3,04	0,003*
	Hayır	33	37,78	10,99		

\*p<0,05

Analiz sonucuna göre araştırmaya katılan aile hekimlerinin duygusal tükenme puan ortalamaları, kendilerini mesleki açıdan yeterli bulup bulmadıkları değişkenine göre anlamlı farklılık göstermektedir ( $t=-2,46$ ;  $p=0,014<0,05$ ). Kendini mesleki açıdan yeterli bulmayan aile hekimlerinin duygusal tükenme puanları ( $\bar{x}=18,75$ ), kendini mesleki açıdan yeterli bulan aile hekimlerinin duygusal tükenme puanlarından ( $\bar{x}=15,20$ ) yüksek bulunmuştur. Bu durumda H2i hipotezi kabul edilmiştir.

Analiz sonucuna göre araştırmaya katılan aile hekimlerinin duyarsızlaşma puan ortalamaları, kendilerini mesleki açıdan yeterli bulup bulmadıkları değişkenine göre anlamlı farklılık göstermemektedir ( $t=-1,37$ ;  $p=0,170>0,05$ ). Bu durumda H3i hipotezi reddedilmiştir.

Analiz sonucuna göre araştırmaya katılan aile hekimlerinin düşük kişisel başarı hissi puan ortalamaları, kendilerini mesleki açıdan yeterli bulup bulmadıkları değişkenine göre anlamlı farklılık göstermektedir ( $t=-3,54$ ;  $p=0,001<0,05$ ). Kendini mesleki açıdan yeterli bulmayan aile hekimlerinin kişisel başarı puanları ( $\bar{x}=13,03$ ), kendini mesleki açıdan yeterli bulan aile hekimlerinin kişisel başarı puanlarından ( $\bar{x}=10,76$ ) yüksek bulunmuştur. Bu durumda H4i hipotezi kabul edilmiştir.

Analiz sonucuna göre araştırmaya katılan aile hekimlerinin genel tükenmişlik puan ortalamaları, kendilerini mesleki açıdan yeterli bulup bulmadıkları değişkenine göre anlamlı farklılık göstermektedir ( $t=-3,04$ ;  $p=0,003<0,05$ ). Kendini mesleki açıdan yeterli bulmayan aile hekimlerinin genel tükenmişlik puanları ( $\bar{x}=37,78$ ), kendini mesleki açıdan yeterli bulan aile hekimlerinin genel tükenmişlik puanlarından ( $\bar{x}=31,10$ ) yüksek bulunmuştur. Bu durumda H5i hipotezi kabul edilmiştir.

**Tablo 30.** Aile Hekimlerinin Öz yeterlilik Düzeylerinin Kendilerini Mesleki Açından Tükenmiş Hissedip Hissetmediklerine Göre Ortalamaları

Bağımsız Değişken	Grup	n	Ortalama	Standart Sapma	t	p*
Öz yeterlilik Düzeyi	Evet	155	29,37	5,18	-3,03	0,003*
	Hayır	144	31,22	5,39		

\*p<0,05

Analiz sonucuna göre araştırmaya katılan aile hekimlerinin öz yeterlilik puan ortalamaları, kendilerini mesleki açıdan tükenmiş hissedip hissetmedikleri değişkenine göre anlamlı farklılık göstermektedir (t=-3,03; p=0,003<0,05). Kendini mesleki açıdan tükenmiş hissetmeyen aile hekimlerinin öz yeterlilik düzeyi puanları ( $\bar{x}$ =31,22), kendini mesleki açıdan tükenmiş hisseden aile hekimlerinin öz yeterlilik düzeyi puanlarından ( $\bar{x}$ =29,37) yüksek bulunmuştur. Bu durumda H1j hipotezi kabul edilmiştir.

**Tablo 31.** Aile Hekimlerinin Tükenmişlik Düzeylerinin Kendilerini Mesleki Açından Tükenmiş Hissedip Hissetmediklerine Göre Ortalamaları

Bağımsız Değişkenler	Grup	n	Ortalama	Standart Sapma	t	p*
Duygusal Tükenme	Evet	155	21,04	5,81	17,87	0,001*
	Hayır	144	9,72	5,07		
Duyarsızlaşma	Evet	155	6,74	3,40	8,94	0,001*
	Hayır	144	3,60	2,56		
Düşük Kişisel Başarı Hissi	Evet	155	12,10	3,25	5,83	0,001*
	Hayır	144	9,84	3,45		
Genel Tükenmişlik	Evet	155	39,89	9,38	16,54	0,001*
	Hayır	144	23,17	7,96		

\*p<0,05

Analiz sonucuna göre araştırmaya katılan aile hekimlerinin duygusal tükenme puan ortalamaları, kendilerini mesleki açıdan tükenmiş hissedip hissetmedikleri değişkenine göre anlamlı farklılık göstermektedir (t=17,87; p=0,001<0,05). Kendini mesleki açıdan tükenmiş hisseden aile hekimlerinin duygusal tükenme puanları ( $\bar{x}$ =21,04), kendini mesleki açıdan tükenmiş hissetmeyen aile hekimlerinin duygusal tükenme puanlarından ( $\bar{x}$ =9,72) yüksek bulunmuştur. Bu durumda H2j hipotezi kabul edilmiştir.

Analiz sonucuna göre araştırmaya katılan aile hekimlerinin duyarsızlaşma puan ortalamaları, kendilerini mesleki açıdan tükenmiş hissedip hissetmedikleri değişkenine

göre anlamlı farklılık göstermektedir ( $t=8,94$ ;  $p=0,001<0,05$ ). Kendini mesleki açıdan tükenmiş hisseden aile hekimlerinin duyarsızlaşma puanları ( $\bar{x}=6,74$ ), kendini mesleki açıdan tükenmiş hissetmeyen aile hekimlerinin duyarsızlaşma puanlarından ( $\bar{x}=3,60$ ) yüksek bulunmuştur. Bu durumda H3j hipotezi kabul edilmiştir.

Analiz sonucuna göre araştırmaya katılan aile hekimlerinin düşük kişisel başarı hissi puan ortalamaları, kendilerini mesleki açıdan tükenmiş hissedip hissetmedikleri değişkenine göre anlamlı farklılık göstermektedir ( $t=5,83$ ;  $p=0,001<0,05$ ). Kendini mesleki açıdan tükenmiş hisseden aile hekimlerinin kişisel başarı puanları ( $\bar{x}=12,10$ ), kendini mesleki açıdan tükenmiş hissetmeyen aile hekimlerinin kişisel başarı puanlarından ( $\bar{x}=9,84$ ) yüksek bulunmuştur. Bu durumda H4j hipotezi kabul edilmiştir.

Analiz sonucuna göre araştırmaya katılan aile hekimlerinin genel tükenmişlik puan ortalamaları, kendilerini mesleki açıdan tükenmiş hissedip hissetmedikleri değişkenine göre anlamlı farklılık göstermektedir ( $t=16,54$ ;  $p=0,001<0,05$ ). Kendini mesleki açıdan tükenmiş hisseden aile hekimlerinin genel tükenmişlik puanları ( $\bar{x}=39,89$ ), kendini mesleki açıdan tükenmiş hissetmeyen aile hekimlerinin genel tükenmişlik puanlarından ( $\bar{x}=23,17$ ) yüksek bulunmuştur. Bu durumda H5j hipotezi kabul edilmiştir.

**Tablo 32.** Aile Hekimlerinin Öz yeterlilik Düzeylerinin Çalışma Durumlarına Göre Ortalamaları

Bağımsız Değişken	Grup	n	Ortalama	Standart Sapma	t	p*
Öz Yeterlilik Düzeyi	Pratisyen Aile Hekimi	273	30,18	5,35	-0,85	0,39
	Uzman Aile Hekimi	26	31,12	5,45		

\* $p<0,05$

Analiz sonucuna göre araştırmaya katılan aile hekimlerinin öz yeterlilik puan ortalamaları, çalışma durumu değişkenine göre anlamlı farklılık göstermemektedir ( $t=-0,85$ ;  $p=0,39>0,05$ ). Bu durumda H1k hipotezi reddedilmiştir.

**Tablo 33.** Aile Hekimlerinin Tükenmişlik Düzeylerinin Çalışma Durumlarına Göre Ortalamaları

Bağımsız Değişkenler	Grup	n	Ortalama	Standart Sapma	t	p*
Duygusal Tükenme	Pratisyen Aile Hekimi	273	15,57	8,04	-0,14	0,88
	Uzman Aile Hekimi	26	15,80	5,79		
Duyarsızlaşma	Pratisyen Aile Hekimi	273	5,26	3,41	0,48	0,63
	Uzman Aile Hekimi	26	4,92	3,39		



**Tablo 33.** Aile Hekimlerinin Tükenmişlik Düzeylerinin Çalışma Durumlarına Göre Ortalamaları (devamı)

Bağımsız Değişkenler	Grup	n	Ortalama	Standart Sapma	t	p*
Düşük Kişisel Başarı Hissi	Pratisyen Aile Hekimi	273	11,08	3,54	1,12	0,26
	Uzman Aile Hekimi	26	10,26	3,38		
Genel Tükenmişlik	Pratisyen Aile Hekimi	273	31,91	12,27	0,37	0,71
	Uzman Aile Hekimi	26	31,00	10,00		

\*p<0,05

Analiz sonucuna göre araştırmaya katılan aile hekimlerinin duygusal tükenme puan ortalamaları, çalışma durumu değişkenine göre anlamlı farklılık göstermemektedir (t=-0,14; p=0,88>0,05). Bu durumda H2k hipotezi reddedilmiştir.

Analiz sonucuna göre araştırmaya katılan aile hekimlerinin duyarsızlaşma puan ortalamaları, çalışma durumu değişkenine göre anlamlı farklılık göstermemektedir (t=0,48; p=0,63>0,05). Bu durumda H3k hipotezi reddedilmiştir.

Analiz sonucuna göre araştırmaya katılan aile hekimlerinin düşük kişisel başarı hissi puan ortalamaları, çalışma durumu değişkenine göre anlamlı farklılık göstermemektedir (t=1,12; p=0,26>0,05). Bu durumda H4k hipotezi reddedilmiştir.

Analiz sonucuna göre araştırmaya katılan aile hekimlerinin genel tükenmişlik puan ortalamaları, çalışma durumu değişkenine göre anlamlı farklılık göstermemektedir (t=0,37; p=0,71>0,05). Bu durumda H5k hipotezi reddedilmiştir.

**Tablo 34.** Aile Hekimlerinin Öz yeterlilik Düzeylerinin Aile Hekimi Olarak Çalışmaya Başladıktan Sonra TUS'a Girip Girmediklerine Göre Ortalamaları

Bağımsız Değişken	Grup	n	Ortalama	Standart Sapma	t	p*
Öz yeterlilik Düzeyi	Evet	46	30,07	4,35	-0,26	0,78
	Hayır	253	30,30	5,52		

\*p<0,05

Analiz sonucuna göre araştırmaya katılan aile hekimlerinin öz yeterlilik puan ortalamaları, aile hekimi olarak çalışmaya başladıktan sonra TUS'a girip girmedikleri değişkenine göre anlamlı farklılık göstermemektedir (t=-0,26; p=0,78>0,05). Bu durumda H11 hipotezi reddedilmiştir.

**Tablo 35.** Aile Hekimlerinin Tükenmişlik Düzeylerinin Aile Hekimi Olarak Çalışmaya Başladıktan Sonra TUS'a Girip Girmediklerine Göre Ortalamaları

Bağımsız Değişkenler	Grup	n	Ortalama	Standart Sapma	t	p*
Duygusal Tükenme	Evet	46	16,26	6,69	0,62	0,534
	Hayır	253	15,47	8,06		
Duyarsızlaşma	Evet	46	6,30	3,35	2,33	<b>0,020*</b>
	Hayır	253	5,03	3,39		
Düşük Kişisel Başarı Hissi	Evet	46	11,36	3,24	0,74	0,458
	Hayır	253	10,94	3,58		
Genel Tükenmişlik	Evet	46	33,93	11,12	1,28	0,201
	Hayır	253	31,45	12,22		

\*p<0,05

Analiz sonucuna göre araştırmaya katılan aile hekimlerinin duygusal tükenme puan ortalamaları, aile hekimi olarak çalışmaya başladıktan sonra TUS'a girip girmedikleri değişkenine göre anlamlı farklılık göstermemektedir (t=0,62; p=0,534>0,05). Bu durumda H21 hipotezi reddedilmiştir.

Analiz sonucuna göre araştırmaya katılan aile hekimlerinin duyarsızlaşma puan ortalamaları, aile hekimi olarak çalışmaya başladıktan sonra TUS'a girip girmedikleri değişkenine göre anlamlı farklılık göstermektedir (t=2,33; p=0,020<0,05). Aile hekimi olarak çalışmaya başladıktan sonra TUS'a giren aile hekimlerinin duyarsızlaşma puanları ( $\bar{x}$ =6,30), aile hekimi olarak çalışmaya başladıktan sonra TUS'a girmeyen aile hekimlerinin duyarsızlaşma puanlarından ( $\bar{x}$ =5,03) yüksek bulunmuştur. Bu durumda H31 hipotezi kabul edilmiştir.

Analiz sonucuna göre araştırmaya katılan aile hekimlerinin düşük kişisel başarı hissi puan ortalamaları, aile hekimi olarak çalışmaya başladıktan sonra TUS'a girip girmedikleri değişkenine göre anlamlı farklılık göstermemektedir (t=0,74; p=0,458>0,05). Bu durumda H41 hipotezi reddedilmiştir.

Analiz sonucuna göre araştırmaya katılan aile hekimlerinin genel tükenmişlik puan ortalamaları, aile hekimi olarak çalışmaya başladıktan sonra TUS'a girip girmedikleri değişkenine göre anlamlı farklılık göstermemektedir (t=1,28; p=0,201>0,05). Bu durumda H51 hipotezi reddedilmiştir.

**Tablo 36.** Aile Hekimlerinin Öz yeterlilik Algılarının Tükenmişlik Düzeyleri Arasındaki İlişkinin Korelasyon Analizi ile İncelenmesi

Bağımsız Değişkenler		Duygusal Tükenme	Duyarsızlaşma	Düşük Kişisel Başarı Hissi	Genel Tükenmişlik	Öz yeterlilik Düzeyi
Duygusal Tükenme	r	1,000				
	p	0				
	n	299				
Duyarsızlaşma	r	0,635**	1,000			
	p	0,001	0			
	n	299	299			
Düşük Kişisel Başarı Hissi	r	0,325**	0,322**	1,000		
	p	0,001	0,001	0		
	n	299	299	299		
Genel Tükenmişlik	r	0,926**	0,790**	0,595**	1,000	
	p	0,001	0,001	0,001	0	
	n	299	299	299	299	
Öz yeterlilik Düzeyi	r	-0,250**	-0,151*	-0,340**	-0,305**	1,000
	p	0,001	0,009	0,001	0,001	0
	n	299	299	299	299	299

r= Pearson Korelasyon Analizi

\*\*p<0,01

\*p<0,05

Duyarsızlaşma ile duygusal tükenme arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunmuştur ( $r=0.635$ ;  $p=0,001<0,01$ ). Buna göre duyarsızlaşma arttıkça duygusal tükenme artmaktadır.

Düşük kişisel başarı hissi ile duygusal tükenme arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunmuştur ( $r=0.325$ ;  $p=0,001<0,01$ ). Buna göre düşük kişisel başarı hissi arttıkça duygusal tükenme artmaktadır.

Düşük kişisel başarı hissi ile duyarsızlaşma arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunmuştur ( $r=0.322$ ;  $p=0,001<0,01$ ). Buna göre düşük kişisel başarı hissi arttıkça duyarsızlaşma artmaktadır.

Tükenmişlik genel puanı ile duygusal tükenme arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunmuştur ( $r=0.926$ ;  $p=0,001<0,01$ ). Buna göre tükenmişlik genel puanı arttıkça duygusal tükenme artmaktadır.

Tükenmişlik genel puanı ile duyarsızlaşma arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunmuştur ( $r=0.790$ ;  $p=0,001<0,01$ ). Buna göre tükenmişlik genel puanı arttıkça duyarsızlaşma artmaktadır.

Tükenmişlik genel puanı ile düşük kişisel başarı hissi arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunmuştur ( $r=0.595$ ;  $p=0,001<0,01$ ). Buna göre tükenmişlik genel puanı arttıkça düşük kişisel başarı hissi artmaktadır.

Öz yeterlilik algısı ile duygusal tükenme arasında istatistiksel açıdan negatif ilişki bulunmuştur ( $r=-0.250$ ;  $p=0,001<0,01$ ). Buna göre öz yeterlilik algısı arttıkça duygusal tükenme azalmaktadır.

Öz yeterlilik algısı ile duyarsızlaşma arasında istatistiksel açıdan negatif ilişki bulunmuştur ( $r=-0.151$ ;  $p=0,009<0,05$ ). Buna göre öz yeterlilik algısı arttıkça duyarsızlaşma azalmaktadır.

Öz yeterlilik algısı ile düşük kişisel başarı hissi arasında istatistiksel açıdan negatif ilişki bulunmuştur ( $r=-0.340$ ;  $p=0,001<0,01$ ). Buna göre öz yeterlilik algısı arttıkça düşük kişisel başarı hissi azalmaktadır.

Öz yeterlilik algısı ile tükenmişlik genel puanı arasında istatistiksel açıdan negatif ilişki bulunmuştur ( $r=-0.305$ ;  $p=0,001<0,01$ ). Buna göre öz yeterlilik algısı arttıkça tükenmişlik genel puanı da azalmaktadır.

**Tablo 37.** Aile Hekimlerinin Öz yeterlilik Algıları ile Duygusal Tükenme Arasındaki İlişkinin Regresyon Analizi ile İncelenmesi

	Model	Kareler Toplamı	df	Ortalama kare	F	p
1	Regresyon	14,240	1	14,240	19,811	0,001 <sup>b</sup>
	Residual	213,489	297	,719		
	Total	227,729	298			

Tablo 37 incelendiğinde  $p=0,001<0,05$  olduğundan  $H_0$  hipotezi reddedilir. Yani y bağımlı değişkenini açıklamak için x açıklayıcı değişkenine gereksinim vardır.

**Tablo 38.** Katsayılar Tablosu

<b>R<sup>2</sup> : 0,063</b>		<b>Standartlanmamış Katsayılar</b>		<b>Standartlaştırılmış Katsayılar</b>	<b>t</b>	<b>p</b>
		<b>B</b>	<b>Standart hata</b>	<b>Beta</b>		
1	<b>Sabit</b>	2,967	,282		10,535	<b>0,001</b>
	<b>Öz yeterlilik</b>	-,408	,092	-,250	-4,451	<b>0,001</b>

Duygusal Tükenme, öz yeterlilikteki değişimin % 6,3'ünü açıklamaktadır ( $R^2$ : 0,063). Öz yeterlilik ile Duygusal Tükenme ( $\beta$ : -0,408) arasında negatif ve istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler olduğu tespit edilmiştir. Bu durumda  $H_{6a}$  hipotezi kabul edilmiştir.

Sabit terim  $\alpha$  için hesaplanan t değeri 10,53 ve testin hesaplanan anlam düzeyi  $p=0,001<0,05$  olduğundan sabit terim  $\alpha$  modelde bulunması gerekir. Regresyon katsayısı  $\beta$  için hesaplanan t değeri -4,45 ve testin hesaplanan anlam düzeyi  $p=0,001<0,05$  olduğundan Regresyon katsayısı  $\beta$  modelde bulunması gerekir. Bu durumda basit doğrusal denklem  $y=2,967+(-0,408) x$ 'dir.

**Tablo 39.** Aile Hekimlerinin Öz yeterlilik Algıları ile Duyarsızlaşma Arasındaki İlişkinin Regresyon Analizi ile İncelenmesi

<b>Model</b>		<b>Kareler Toplamı</b>	<b>df</b>	<b>Ortalama kare</b>	<b>F</b>	<b>p*</b>
1	Regresyon	3,167	1	3,167	6,944	<b>0,009<sup>b</sup></b>
	Residual	135,436	297	,456		
	Total	138,603	298			

Tablo 39 incelendiğinde  $p=0,009<0,05$  olduğundan  $H_0$  hipotezi reddedilir. Yani y bağımlı değişkenini açıklamak için x açıklayıcı değişkenine gereksinim vardır.

**Tablo 40.** Katsayılar Tablosu

<b>R<sup>2</sup> : 0,023</b>		<b>Standartlanmamış Katsayılar</b>		<b>Standartlaştırılmış Katsayılar</b>	<b>t</b>	<b>p</b>
		<b>B</b>	<b>Standart hata</b>	<b>Beta</b>		
1	<b>Sabit</b>	1,628	,224		7,258	<b>0,001</b>
	<b>Öz yeterlilik</b>	-,192	,073	-,151	-2,635	<b>0,009</b>

Duyarsızlaşma, öz yeterlilikteki değişimin % 2,3'ünü açıklamaktadır ( $R^2$ : 0,023). Öz yeterlilik ile Duyarsızlaşma ( $\beta$ : -0,192) arasında negatif ve istatistik olarak anlamlı ilişkiler olduğu tespit edilmiştir. Bu durumda  $H_0$  hipotezi kabul edilmiştir.

Sabit terim  $\alpha$  için hesaplanan t değeri 7,25 ve testin hesaplanan anlam düzeyi  $p=0,001<0,05$  olduğundan sabit terim  $\alpha$  modelde bulunması gerekir. Regresyon katsayısı  $\beta$  için hesaplanan t değeri -2,63 ve testin hesaplanan anlam düzeyi  $p=0,015<0,05$  olduğundan Regresyon katsayısı  $\beta$  modelde bulunması gerekir. Bu durumda basit doğrusal denklem  $y=1,628+(-0,192) x$ 'dir.

**Tablo 41.** Aile Hekimlerinin Öz yeterlilik Algıları ile Düşük Kişisel Başarı Hissi Arasındaki İlişkinin Regresyon Analizi ile İncelenmesi

<b>Model</b>		<b>Kareler Toplamı</b>	<b>df</b>	<b>Ortalama kare</b>	<b>F</b>	<b>p*</b>
1	Regresyon	6,733	1	6,733	38,886	<b>0,001<sup>b</sup></b>
	Residual	51,423	297	,173		
	Total	58,155	298			

Tablo 41 incelendiğinde  $p=0,001<0,05$  olduğundan  $H_0$  hipotezi reddedilir. Yani y bağımlı değişkenini açıklamak için x açıklayıcı değişkenine gereksinim vardır.

**Tablo 42.** Katsayılar Tablosu

<b>R<sup>2</sup> : 0,116</b>		<b>Standartlanmamış Katsayılar</b>		<b>Standartlaştırılmış Katsayılar</b>	<b>t</b>	<b>p</b>
		<b>B</b>	<b>Std. Error</b>	<b>Beta</b>		
1	<b>Sabit</b>	2,226	,138		16,099	0,001
	<b>Öz yeterlilik</b>	-,281	,045	-,340	-6,236	0,001

Düşük Kişisel Başarı Hissi, öz yeterlilikteki değişimin % 11,6'sını açıklamaktadır ( $R^2$ : 0,116). Öz yeterlilik ile Kişisel Başarı ( $\beta$ : -0,281) arasında negatif ve istatistik olarak anlamlı ilişkiler olduğu tespit edilmiştir. Bu durumda  $H6c$  hipotezi kabul edilmiştir.

Sabit terim  $\alpha$  için hesaplanan t değeri 16,09 ve testin hesaplanan anlam düzeyi  $p=0,001<0,05$  olduğundan sabit terim  $\alpha$  modelde bulunması gerekir. Regresyon katsayısı  $\beta$  için hesaplanan t değeri -6,23 ve testin hesaplanan anlam düzeyi  $p=0,001<0,05$  olduğundan Regresyon katsayısı  $\beta$  modelde bulunması gerekir. Bu durumda basit doğrusal denklem  $y=2,226+(-0,281) x$ 'dir.

**Tablo 43.** Aile Hekimlerinin Öz yeterlilik Algıları ile Genel Tükenmişlik Arasındaki İlişkinin Regresyon Analizi ile İncelenmesi

	Model	Kareler Toplamı	df	Ortalama kare	F	p*
1	Regression	8,362	1	8,362	30,475	<b>0,001<sup>b</sup></b>
	Residual	81,494	297	,274		
	Total	89,856	298			

Tablo 43 incelendiğinde  $p=0,001<0,05$  olduğundan  $H_0$  hipotezi reddedilir. Yani y bağımlı değişkenini açıklamak için x açıklayıcı değişkenine gereksinim vardır.

**Tablo 44.** Katsayılar Tablosu

	$R^2$ : 0,093	Standartlanmamış Katsayılar		Standartlaştırılmış Katsayılar	t	p
		B	Standart hata	Beta		
1	Sabit	2,393	,174		13,752	<b>0,001</b>
	Öz yeterlilik	-,313	,057	-,305	-5,520	<b>0,001</b>

Genel Tükenmişlik, öz yeterlilikteki değişimin %9,3'ünü açıklamaktadır ( $R^2$ : 0,093). Öz yeterlilik ile genel tükenmişlik ( $\beta$ : -0,313) arasında negatif ve istatistik olarak anlamlı ilişkiler olduğu tespit edilmiştir. Bu durumda  $H6d$  hipotezi kabul edilmiştir.

Sabit terim  $\alpha$  için hesaplanan t değeri 13,75 ve testin hesaplanan anlam düzeyi  $p=0,001<0,05$  olduğundan sabit terim  $\alpha$  modelde bulunması gerekir. Regresyon

katsayısı  $\beta$  için hesaplanan t değeri -5,52 ve testin hesaplanan anlam düzeyi  $p=0,001<0,05$  olduğundan Regresyon katsayısı  $\beta$  modelde bulunması gerekir.

Bu durumda basit doğrusal denklem  $y=2,393+(-0,313) x$ 'dir.

**Tablo 45:** Hipotezlerin Kabul/Red Tablosu (Kabul: K, Red: R)

	<i>a</i>	<i>b</i>	<i>c</i>	<i>d</i>	<i>e</i>	<i>f</i>	<i>g</i>	<i>h</i>	<i>i</i>	<i>j</i>	<i>K</i>	<i>l</i>
<i>H1</i>	R	R	R	R	R	R	R	K	K	K	R	R
<i>H2</i>	R	R	R	R	K	R	K	K	K	K	R	R
<i>H3</i>	R	R	R	R	R	R	R	K	R	K	R	K
<i>H4</i>	R	R	R	R	R	R	R	K	K	K	R	R
<i>H5</i>	R	R	R	R	K	R	R	K	K	K	R	R
<i>H6</i>	K	K	K	K								

H6 hipotezine ilişkin sonuçlar özet olarak Tablo 46' da verilmiştir ( V: Etki vardır, Y: Etki yoktur).

**Tablo 46.** H6 Hipotezi Sonuçlarına İlişkin Özet

Aile hekimlerinin öz yeterlilik algılarının tükenmişliklerine olan etkisi	Duygusal tükenme (a)	Duyarsızlaşma (b)	Düşük Kişisel Başarı Hissi (c)	Genel Tükenmişlik (d)
<b>Öz Yeterlilik (H6)</b>	V	V	V	V



## 5. TARTIŞMA

Yapılan bu çalışmada aile hekimlerinin öz yeterlilik puanı 30,26, duygusal tükenme puanı 15,60, duyarsızlaşma puanı 5,23, düşük kişisel başarı hissi puanı 11,01, olarak bulunmuştur. Literatür incelendiğinde yapılan bu çalışmada bulunan sonuçlara yakın sonuçların olduğu çalışmalara rastlamak mümkündür. Kaya ve ark. (2005) tarafından yapılan çalışmada hekimlerin duygusal tükenmişlik puanları 14, duyarsızlaşma puanları 4,1 ve düşük kişisel başarı hissi puanları 10,3 olarak bulunmuştur. Yavuzylmaz ve ark. (2005) tarafından yapılan çalışmada ise hekimlerin duygusal tükenme puanları 14,2, duyarsızlaşma puanları 9,5 ve düşük kişisel başarı hissi puanları 9,5 olarak bulunmuştur. İsviçre’de Goehring ve ark. (2005) tarafından birinci basamak aile hekimlerinde yapılan çalışmada duygusal tükenme puanı 17,9, duyarsızlaşma puanı 6,5, kişisel başarı puanı 39,6’dır.

Çalışmaya katılan aile hekimlerinin öz yeterlilik düzeylerinde, cinsiyet, yaş medeni durum, aile hekimi kaç yıldır çalıştığı, çalıştığı ilçe, kayıtlı hasta nüfusu, günde bakılan hasta sayısı, çalışma durumu ve aile hekimi olarak çalışmaya başladıktan sonra TUS’a girip girmediği değişkenlerine göre anlamlı farklılık bulunmazken, çalıştığı kurumu sevip sevmediği, kendini mesleki açıdan yeterli bulup bulmadığı, kendini mesleki açıdan tükenmiş hissedip hissetmediği değişkenlerine göre anlamlı farklılıklar tespit edilmiştir. Tekin (2018) tarafından yapılan araştırmada yaş, cinsiyet, deneyim ve medeni durum ile öz yeterlilik puanları arasında anlamlı farklılıklar bulunmamıştır.

Çalışmaya katılan aile hekimlerinin öz yeterlilik puanları, çalıştıkları kurumu sevip sevmediklerine göre anlamlı farklılık göstermektedir. Çalıştıkları kurumu seven aile hekimlerinin öz yeterlilik puanları ( $30,85 \pm 5,16$ ), çalıştıkları kurumu kısmen seven aile hekimlerinin öz yeterlilik puanlarından ( $29,12 \pm 4,86$ ) ve çalıştıkları kurumu sevmeyen aile hekimlerinin öz yeterlilik puanlarından ( $27,70 \pm 9,96$ ) daha yüksek bulunmuştur.

Çalışmaya katılan aile hekimlerinin öz yeterlilik puanları, kendilerini mesleki açıdan yeterli bulup bulmadıklarına göre anlamlı farklılık göstermektedir. Kendilerini mesleki açıdan yeterli bulan aile hekimlerinin öz yeterlilik puanları ( $30,80 \pm 5,13$ ),

kendilerini mesleki açıdan yeterli bulmayan aile hekimlerinin öz yeterlilik puanlarından ( 25,88 ± 5,17) daha yüksek bulunmuştur.

Çalışmaya katılan aile hekimlerinin öz yeterlilik puanları, kendilerini mesleki açıdan tükenmiş hissedip hissetmediklerine göre anlamlı farklılık göstermektedir. Kendini mesleki açıdan tükenmiş hissetmeyen aile hekimlerinin öz yeterlilik puanları (31,22 ± 5,39), kendini mesleki açıdan tükenmiş hisseden aile hekimlerinin öz yeterlilik puanlarından (29,37 ± 5,18) daha yüksek bulunmuştur.

Çalışmaya katılan aile hekimlerinin duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve düşük kişisel başarı hissi boyutlarında yaş, cinsiyet, medeni durum, aile hekimi olarak kaç yıldır çalıştığı, kayıtlı hasta nüfusu, çalışma durumları değişkenlerine göre anlamlı farklılıklar bulunmamıştır (p>0,05).

Dikmetaş ve ark. (2011) tarafından asistan hekimler üzerine yapılan çalışmada hekimlerin duygusal tükenme ve düşük kişisel başarı hissi algılarının cinsiyete göre anlamlı farklılık göstermediği bulunmuştur. Soler ve ark. (2008) tarafından Avrupa aile hekimleri üzerine yapılan tükenmişlik çalışmasında duygusal tükenme ve düşük kişisel başarı hissi cinsiyete göre anlamlı farklılık göstermezken, duyarsızlaşma cinsiyete göre anlamlı farklılık göstermektedir. Yine aynı çalışmada katılımcıların duygusal tükenme ve düşük kişisel başarı hissi puanları medeni duruma göre anlamlı farklılık göstermezken, duyarsızlaşma puanları anlamlı farklılık göstermektedir. Kaya (2007) tarafından “Birinci Basamak Sağlık Çalışanlarının Tükenmişlik Durumları” adlı çalışmada yaş ile duygusal tükenme arasında anlamlı farklılık bulunmazken, düşük kişisel başarı hissi ile yaş arasında anlamlı farklılık bulunmuştur. Taycan ve ark. (2006) tarafından yapılan çalışmada ise yaş ile tükenmişlik alt boyutları arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Kurçer (2005) tarafından yapılan çalışmada da yaş ve cinsiyete göre tükenmişlik puanları arasında anlamlı farklılık olmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Güdük (2005) tarafından yapılan çalışmada yaş ve cinsiyet değişkenine göre tükenmişlik puanları arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır. Yine Sayıl (1997) tarafından yapılan çalışmada yaş değişkenine göre tükenmişlik puanları arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır. Helvacı ve Turhan (2013) tarafından sağlık çalışanları üzerine yapılan çalışmada, tükenmişlik alt boyutlarının medeni duruma göre anlamlı farklılık göstermediği tespit edilmiştir. Baykan ve ark.(2014) tarafından aile hekimleri üzerine

yapılan çalışmada aile hekimlerinin cinsiyet ve medeni duruma göre tükenmişlik puanları arasında anlamlı farklılık olmadığı tespit edilmiştir. Sünter ve ark. (2006) tarafından pratisyen hekimlerde tükenmişlik üzerine yapılan çalışmada hizmet süresi ve medeni duruma göre tükenmişlik puanları arasında ilişki bulunamamıştır. Yine Kurçer (2005) tarafından tıp fakültesi hekimlerinin tükenmişlik düzeyleri ile ilgili araştırmada hizmet süresi ile tükenmişlik puanları arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır.

Çalışmaya katılan aile hekimlerinin çalıştıkları ilçeye göre duyarsızlaşma ve düşük kişisel başarı hissi ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmazken, duygusal tükenme puanlarında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Merkez ilçelerde çalışan aile hekimlerinin duygusal tükenme puanları ( $\bar{x}=16,72$ ), diğer ilçelerde çalışan aile hekimlerinin duygusal tükenme puanlarından ( $\bar{x}=14,14$ ) yüksek bulunmuştur. Aynı zamanda merkez ilçelerde çalışan aile hekimlerinin genel tükenmişlik puanları ( $\bar{x}=33,34$ ) diğer ilçelerde çalışan aile hekimlerinin genel tükenmişlik puanlarından ( $\bar{x}=29,91$ ) daha yüksek bulunmuştur. Şerik ve ark. (2016) tarafından “Sakarya’da Aile Sağlığı Merkezlerinde Çalışan Aile Hekimlerinin Tükenmişlik Düzeyleri ve İlişkili Faktörler” konulu çalışmada merkez ilçede çalışmayanların, merkez ilçelerde çalışanlara göre tükenmişlik düzeylerinde anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Merkez ilçelerde çalışmayanların tükenmişlik düzeyleri, merkez ilçelerde çalışanların tükenmişlik düzeylerinden yüksek bulunmuştur. Yapılan bu çalışmada bulunan sonuç ile Şerik ve ark. (2016) tarafından yapılan çalışmadaki sonucun zıt yönde olması, aile hekimlerinin karakteristik özelliklerinin farklılığı, iki ildeki hasta profilinin farklılığı, iki ildeki merkez ilçe ve diğer ilçelerin yaşam standartları arasındaki farklılıklar gibi etkenlerle açıklanabilir. Sünter ve ark. (2006) tarafından yapılan çalışmada ise sağlık ocağının bulunduğu ilçeye göre katılımcıların tükenmişlik düzeyleri arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır.

Araştırmaya katılan aile hekimlerinin günde baktıkları hasta sayılarına göre duyarsızlaşma, düşük kişisel başarı hissi ve genel tükenmişlik puanları arasında anlamlı fark bulunmazken, duygusal tükenme puanlarında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Günde 60 ve üzeri hastaya bakan aile hekimlerinin duygusal tükenme puanları ( $\bar{x}=16,64$ ), günde 59 ve altı hastaya bakan aile hekimlerinin duygusal tükenme puanlarından ( $\bar{x}=14,17$ ) yüksek bulunmuştur. Şerik ve ark. (2016) tarafından yapılan

çalışmada poliklinik de günlük bakılan hasta sayısının artmasıyla paralel kişisel başarı puanının da arttığı sonucuna ulaşılmıştır.

Çalışmaya katılan aile hekimlerinin çalıştıkları kurumu sevip sevmediklerine göre duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve düşük kişisel başarı hissi puanları arasında anlamlı farklılıklar bulunmuştur. Çalıştıkları kurumu sevmeyen aile hekimlerinin duygusal tükenme puanları ( $25,40 \pm 9,64$ ), duyarsızlaşma puanları ( $9,50 \pm 4,74$ ), düşük kişisel başarı hissi puanları ( $13,20 \pm 4,07$ ), çalıştıkları kurumu seven aile hekimlerinin duygusal tükenme puanlarından ( $13,28 \pm 7,12$ ), duyarsızlaşma puanlarından ( $4,61 \pm 3,07$ ), düşük kişisel başarı hissi puanlarından ( $10,50 \pm 3,57$ ) ve çalıştıkları kurumu kısmen seven aile hekimlerinin duygusal tükenme puanlarından ( $20,07 \pm 6,49$ ), duyarsızlaşma puanlarından ( $6,21 \pm 3,46$ ) ve düşük kişisel başarı hissi puanlarından ( $11,98 \pm 3,07$ ) daha yüksek bulunmuştur. Ayrıca çalıştıkları kurumu kısmen seven aile hekimlerinin duygusal tükenme ( $20,07 \pm 6,49$ ), duyarsızlaşma ( $6,21 \pm 3,46$ ) ve düşük kişisel başarı hissi puanları ( $11,98 \pm 3,07$ ), çalıştıkları kurumu seven aile hekimlerinin duygusal tükenme puanlarından ( $13,28 \pm 7,12$ ), duyarsızlaşma puanlarından ( $4,61 \pm 3,07$ ) ve düşük kişisel başarı hissi puanlarından ( $10,50 \pm 3,57$ ) daha yüksek bulunmuştur. Baykan ve ark. (2014) tarafından aile hekimleri üzerine yapılan çalışmada, çalışma ortamından memnun olmayan aile hekimlerinin, çalışma ortamından memnun olan aile hekimlerine göre duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve toplam tükenmişlik puanlarında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Çalışma ortamından memnun olmayan hekimler, çalışma ortamından memnun olan hekimlere göre daha fazla duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve genel tükenmişlik puanına sahiptir.

Çalışmaya katılan aile hekimlerinin kendilerini mesleki açıdan yeterli bulup bulmadıklarına göre duyarsızlaşma puanları arasında anlamlı fark bulunmazken, duygusal tükenme ve düşük kişisel başarı hissi puanları arasında anlamlı farklılıklar bulunmuştur. Kendilerini mesleki açıdan yeterli bulmayan aile hekimlerinin duygusal tükenme puanları ( $18,75 \pm 6,83$ ) ve düşük kişisel başarı hissi puanları ( $13,03 \pm 3,33$ ), kendilerini mesleki açıdan yeterli bulan aile hekimlerinin duygusal tükenme puanlarından ( $15,20 \pm 7,50$ ) ve düşük kişisel başarı hissi puanlarından ( $10,76 \pm 3,48$ ) daha yüksek bulunmuştur. Elbi ve ark. (2014) tarafından “Afyonkarahisar İlinde Aile Hekimliği Sistemindeki Sağlık Çalışanlarının Tükenmişlik Düzeyleri” konulu çalışmada kendini mesleki olarak başarılı bulma ile duyarsızlaşma ve duygusal tükenme arasında

anlamli farklilik yokken, kisisel basari puanlari arasinda anlamlı farklilik bulunmuştur. Kendini mesleki olarak basari bulanların, kisisel basari puanlari kendini mesleki olarak basari bulmayanlara göre daha yuksektir.

Çalışmaya katılan aile hekimlerinin kendilerini mesleki açıdan tükenmiş hissedip hissetmediklerine göre duygusal tükenme, duyarsızlaşma, düşük kisisel basari hissi ve genel tükenmişlik puanlari arasinda anlamlı farkliliklar tespit edilmiştir. Kendini mesleki açıdan tükenmiş hisseden aile hekimlerinin duygusal tükenme puanlari (21,04 ± 5,81), duyarsızlaşma puanlari (6,74 ± 3,40), düşük kisisel basari hissi puanlari (12,10 ± 3,25) ve genel tükenmişlik puanlari (39,89 ± 9,38), kendini mesleki açıdan tükenmiş hissetmeyen aile hekimlerinin duygusal tükenme puanlarından (9,72 ± 5,07), duyarsızlaşma puanlarından (3,60 ± 2,56), düşük kisisel basari hissi puanlarından (9,84 ± 3,45) ve genel tükenmişlik puanlarından (23,17 ± 7,96) daha yuksek bulunmuştur.

Çalışmaya katılan aile hekimlerinin, aile hekimi olarak çalışmaya başladıktan sonra TUS'a girip girmediklerine göre duygusal tükenme, düşük kisisel basari hissi ve genel tükenmişlik puanlarında anlamlı farklilik bulunmazken, duyarsızlaşma puanlarında anlamlı farkliliklar bulunmuştur. Aile hekimi olarak çalışmaya başladıktan sonra TUS'a giren aile hekimlerinin duyarsızlaşma puanlari (6,30 ± 3,35), girmeyen aile hekimlerinin duyarsızlaşma puanlarından (5,03 ± 3,39) daha yuksek bulunmuştur.

Bu çalışmada öz yeterlilik algısının tükenmişliğe olan etkisinin belirlenmesi için öncelikle öz yeterlilik ve tükenmişlik alt boyutlari arasinda ilişki olup olmadığı korelasyon analizi ile test edilmiştir. Yapılan analiz sonucunda, öz yeterlilik ile duygusal tükenme arasinda istatistiksel olarak negatif ilişki, öz yeterlilik algısı ile duyarsızlaşma arasinda istatistiksel açıdan negatif ilişki, öz yeterlilik ile düşük kisisel basari hissi arasinda istatistiksel açıdan negatif ilişki, öz yeterlilik algısı ile tükenmişlik genel puanı arasinda istatistiksel açıdan negatif ilişki olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Bu sonuçlara göre öz yeterlilik algısı arttıkça duygusal tükenme, duyarsızlaşma, düşük kisisel basari hissi ve genel tükenmişlik azalmaktadır.

Bu sonuçların ardından etkiyi ölçmek amacı ile regresyon analizi yapılmıştır. Yapılan regresyon analizi sonucunda, duygusal tükenme öz yeterlilikteki değişimin % 6,3'ünü, duyarsızlaşma, öz yeterlilikteki değişimin % 2,3'ünü, düşük kisisel basari hissi,

öz yeterlilikteki değişimin % 11,6'sını, genel tükenmişlik, öz yeterlilikteki değişimin % 9,3'ünü açıklamaktadır sonucuna ulaşılmıştır.

Shoji ve ark. (2016) tarafından yapılan araştırmada öz yeterlilik ve tükenmişlik arasındaki ilişkinin ortalama etki büyüklüğü -0,33 olarak belirlenmiştir. Öz yeterliliğın tükenmişlik alt boyutları ile olan ilişkisinde en büyük etki öz yeterlilik ve düşük kişisel başarı hissi arasında bulunmuştur. Orhan ve Komşu (2016) tarafından yapılan çalışmada öz yeterlilik ile duygusal tükenme arasında zayıf ve negatif yönde anlamlı ilişki olduğu sonucuna ulaşılrken, duyarsızlaşma alt boyutu ile anlamlı ilişki tespit edilememiştir. Bu çalışmada tükenmişlik ile öz yeterlilik arasında negatif yönde ilişki bulunmuştur. Köse ve ark. (2017) tarafından yapılan çalışmada öz yeterlilik algısının yüksek olmasının tükenmişlik üzerinde etkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bu çalışmada öz yeterliliğın tükenmişlik üzerinde negatif yönde anlamlı etkisi olduğu tespit edilmiştir. Literatürdeki bu çalışmalar yapılan bu çalışmadaki sonuçları destekler niteliktedir.

## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmanın amacı aile hekimlerinin öz yeterlilik algılarının tükenmişlikleri üzerindeki etkisini belirlemektir.

Çalışmada aşağıdaki sonuçlara ulaşılmıştır;

- Çalışmaya katılan aile hekimlerinin öz yeterlilik düzeyleri yüksek, duygusal tükenme düzeyleri normal, duyarsızlaşma düzeyleri düşük ve düşük kişisel başarı hissi düzeyleri düşük seviyededir.
- Aile hekimlerinde öz yeterlilik algısı arttıkça duygusal tükenme, duyarsızlaşma, düşük kişisel başarı hissi ve genel tükenmişlik azalmaktadır.
- Merkez ilçelerde çalışan aile hekimleri diğer ilçelerde çalışan aile hekimlerine göre daha yüksek duygusal tükenme yaşamaktadır.
- Günde 60 ve üzeri hastaya bakan aile hekimleri, günde 59 ve altı hastaya bakan aile hekimlerine göre daha fazla duygusal tükenme yaşamaktadır.
- Çalıştıkları kurumu sevmeyen aile hekimleri, çalıştıkları kurumu kısmen seven ve sevmeyen aile hekimlerine göre daha fazla duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve düşük kişisel başarı hissi yaşamaktadır. Ayrıca çalıştığı kurumu seven aile hekimlerinin öz yeterlilik düzeyleri, çalıştıkları kurumu kısmen seven ve sevmeyen aile hekimlerinin öz yeterlilik düzeylerinden daha yüksektir.
- Kendilerini mesleki açıdan yeterli bulmayan aile hekimleri, kendilerini mesleki açıdan yeterli bulan aile hekimlerine göre daha fazla duygusal tükenme ve düşük kişisel başarı hissi yaşamaktadır. Ayrıca kendini mesleki açıdan yeterli bulan aile hekimlerinin öz yeterlilik algıları kendini mesleki açıdan yeterli bulmayan aile hekimlerinin öz yeterlilik algılarına göre daha yüksektir.
- Kendilerini mesleki açıdan tükenmiş hisseden aile hekimleri, kendilerini mesleki açıdan tükenmiş hissetmeyen aile hekimlerine göre daha fazla duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve düşük kişisel başarı hissi yaşamaktadır. Ayrıca kendini mesleki açıdan tükenmiş hissetmeyen aile

hekimlerinin öz yeterlilik algısı, kendini mesleki açıdan tükenmiş hissedenden aile hekimlerinin öz yeterlilik algısına göre daha yüksektir.

- Aile hekimi olarak işe başladıktan sonra TUS'a giren aile hekimleri, girmeyen aile hekimlerine göre daha fazla duyarsızlaşma yaşamaktadır.

Bu çalışmanın sonuçlarına göre aile hekimlerinin öz yeterlilik algısının artması ile tükenmişliklerinin azaldığı görüldüğünden aşağıdaki öneriler sunulmuştur.

- Hekimlerin öz yeterlilik düzeylerini arttırıcı güçlendirme faaliyetleri, hekimlerin tükenmişliklerindeki değişimin olumlu yönde olmasını sağlayacaktır.
- Aile hekimlerine duyulan saygının artması, aile hekimliğinin öneminin herkes tarafından iyice anlaşılması için aile hekimliğine yönelik kamu spotlarının hazırlanması ve bu spotların çeşitli yayın organlarında yayınlanması önerilir. Bu şekilde hastaların aile hekimlerine olan güvenleri gelişecek ve aile hekimleri mesleklerinin gerekliliklerini daha iyi bir iklimde gerçekleştirecek ve öz yeterlilikleri artacaktır.
- Aile hekimleri tarafından bir günde bakılan hasta sayısının azaltılması ile aile hekimlerinin tükenmişliklerinin azalacağı düşünülmektedir. Aile hekimlerinin bir günde bakacağı hasta sayısının ortalama düzeyde olması, aile hekimlerine kendilerini geliştirebilecekleri zaman oluşturacak ve bu durum öz yeterliliklerini arttıracaktır.
- Toplum sağlığı merkezlerinde aile hekimliklerinin yönetsel ihtiyaçlarını karşılamak amacıyla en az bir sağlık yöneticisinin çalıştırılması önerilir. Bu durum, aile hekimlerinin daha profesyonel şekilde hizmet sunumu gerçekleştirmesini sağlayabilecektir. Böylelikle aile hekimlerinde öz yeterliliği artıracak ve tükenmişliklerinin azalmasına katkı sağlayacaktır.
- Merkez ve ilçelerdeki aile sağlığı merkezleri çalışanları ve hastaları için toplum sağlığı merkezlerinde bir psikolog bulundurulması önerilir. Bu psikologların aile sağlığı merkezine yönelik çalışmasının aile hekimlerinin öz yeterlilik algılarını arttıracığı ve tükenmişlik dereceleri azaltacağı düşünülmektedir.



- Aile hekimlerinin hastalarla yaşadıkları negatif iletişim engellenebilir. Negatif iletişim, aile hekimlerinin çalıştıkları kuruma olan memnuniyet düzeylerini düşürmekte, hasta ile olan iletişimlerini bozmakta ve hekimlerde stres, kaygı ve tükenmişliğe neden olmaktadır. Bu olayların önüne geçilebilmesi için aile hekimliklerinde bir güvenlik personelinin çalıştırılması da önerilir. Ayrıca Sağlık Bakanlığı tarafından aile hekimlerine yönelik olarak hastalara yaklaşım, hastalar ile iletişim konularında seminerler verilmesi önerilir.
- Ayrıca hekimlerin çalıştıkları kurumu sevmeleri tükenmişlik düzeylerini azalttığı için devlet tarafından alınacak olan, hekimlerin özlük haklarının iyileştirilmesi, hekime yapılan mobbing cezalarının ağırlaştırılması gibi hekim dostu kararlar, aile hekimlerinin çalıştıkları kurumu daha fazla sevmelerine ve dolayısıyla da tükenmişlik derecelerinin azalmasına katkı sağlayabilir.
- Sağlık Bakanlığı tarafından sağlanacak iyi geliştirilmiş ödüllendirme sistemi aile hekimlerindeki duygusal tükenme oranı azaltılabilir. Aile hekimleri için başarı kriterleri belirlenmesi ve bu kriterlere uyan aile hekimlerinin ödüllendirilmesi, aile hekimlerindeki tükenmişlik oranının azalmasına fayda sağlayabilir. Bunun için Sağlık Bakanlığı denetçileri tarafından aile hekimlerinin listedeki hastalarına telefon üzerinden aile hekiminizden memnun musunuz? gibi ifadelerden oluşan sorular sorulabilir ve bu sonuca göre memnuniyet düzeyi ilgili il için en yüksek olan aile hekimi o ilin yılın aile hekimi olarak ödüllendirilebilir.
- Aile hekimleri tarafından çalışma ortamlarının iyileştirilmesi, çalıştıkları mekânın yer ve dizaynının iyi seçilmesi aile hekimlerinin tükenmişlik düzeylerini azaltabilir. Böylelikle ferah, kullanımı uygun, geniş bir aile sağlık merkezinde çalışan hekimlerin daha güler yüzlü ve daha enerjik olacakları düşünülmektedir.
- Aile sağlığı merkezlerinde ki laboratuvar tahlil imkanlarının artırılmasına yönelik düzenlemelerin olması önerilir. Böylelikle aile hekimlerinin karar alması desteklenmiş, öz yeterlilikleri artmış olacak ve kısa sürede daha fazla hasta bakabileceklerdir.

- Literatürde sağlık çalışanlarının tukenmişlikleri üzerine birçok çalışma mevcutken, aile hekimlerinin tukenmişlikleri üzerine yapılan çalışmalar sınırlı sayıdadır. Ulusal literatürde aile hekimlerinin öz yeterlilik ve tukenmişliklerinin bir arada incelendiği herhangi bir çalışmaya rastlanılmamıştır. Yapılan bu çalışma aile hekimliği alanında yol gösterici, rehber niteliği taşıyacaktır.
- Aile hekimliği, sağlık hizmeti almak isteyen hastaların ilk temas noktası olduğundan sağlık hizmetlerinde çok önemli bir yere sahiptir. Bu yüzden aile hekimlerinin öz yeterlilik seviyeleri ve tukenmişlikleri ile ilgili araştırmalar çok büyük öneme sahiptir. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin daha etkili sunulabilmesi için aile hekimliği alanında çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır. Ayrıca gelecekte araştırma yapacak bireyler, sağlık çalışanlarının öz yeterliliği ve tukenmişliği konularına yönelebilir.

## KAYNAKÇA

- 5258 Sayılı Aile Hekimliği Kanunu. Kanun Numarası: 5258. Kabul Tarihi: 24.11.2004. Yayımlandığı Resmi Gazete: Tarih: 9.12.2004 Sayı: 25665. Resmi Gazete 2004; 44.
- Aile Hekimliği Ödeme ve Sözleşme Yönetmeliği. Kanun Numarası: 1237. Kabul Tarihi: 24.12.2010. Yayımlandığı Resmi Gazete: Tarih: 30.12.2010 Sayı: 27801. Resmi Gazete, 2010; 50: 5716-2.
- Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği. Yayımlandığı Resmi Gazete: Tarih: 25.01.2013 Sayı: 28539. Resmi Gazete, 2013.
- Gezici Sağlık Hizmeti Planlaması ve Ödemesine İlişkin Usul ve Esaslar.
- Aile Hekimliği Standart, Müfredat ve Rotasyon Belirleme Komisyonu. Aile hekimliği uzmanlık eğitiminde rotasyon uygulamaları üzerine rapor. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi 2011; 15(2): 88-90.
- Ak M, Canbal M, Turan S, Gürbüz N. Aile hekimliği polikliniğine başvuran kadınlarda popsmear testinin farkındalığının değerlendirilmesi. Konuralp Tıp Dergisi 2010;2(2): 1-4.
- Akbulut N, Tükenmişlik Sendromu ve İş Tatmini Arasındaki İlişki. Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, Yüksek Lisans Tezi, 2010: 6-23.
- Akman M, Aile hekimliği ve sağlıkta dönüşüm programı. Türkiye Biyoetik Derneği Yayını, Sayı:18, İstanbul, Ege Basım, 2012; 113-116.
- Aktaş EÖ, Çakır G, Aile hekimlerinin, aile hekimliği uygulaması hakkındaki görüşleri: bir anket çalışması. Ege Tıp Dergisi 2012; 51(1): 21-29.
- Allen J, Gay B, Crebolder H, Heyrman J, Svab I, Ram P. Evans P, editör. The european definition of general practice/ family medicine. Wonce Europe 2011 Edition 2011; 13.
- Altın V, Tükenmişlik sendromu ve denizli devlet hastanesi hemşireleri örneği, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, Yüksek Lisans Tezi, 2015; 8-18.
- Aras A, Erzurum'da birinci basamak sağlık kurumlarında görev yapan hekimlerde iş doyumunu ve tükenmişlik düzeyleri ile etkili faktörlerin incelenmesi. Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Erzurum, Uzmanlık Tezi, 2014; 28-35.
- Ardıç K, Polatçı S, Tükenmişlik sendromu ve madalyonun öbür yüzü: işle bütünleşme, Erciyes Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi 2009; 32: 21-46.
- Arı SG, Bal ÇE. Tükenmişlik kavramı: birey ve örgütler açısından önemi. Yönetim ve Ekonomi 2008; 15(1): 131-148.

- Arslan C, Yıkılmaz M. Sağlık çalışanlarının tükenmişlik ve yaşam doyumunun, stresle baş etme tarzları açısından incelenmesi. *The Journal of Academic Social Science Studies*,2016;47: 121-136.
- Aslantekin F, Göktaş B, Uluşen M, Erdem R. Sağlık hizmetlerinde kalite deneyimi: Dr. Ekrem Hayri Üstündağ Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesi örneği. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi* 2007; 2(6): 55-71.
- Avcı S, Aile hekimliği uygulaması hakkında kişilerin bilgi düzeylerinin ölçülmesi ve beklentilerinin tespit edilmesi. *Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, Yüksek Lisans Tezi*, 2010; 3-32.
- Aydın S, Aile Hekimliği Türkiye Modeli. Ankara, Mavi Ofset, 2004; 15-56.
- Bakan İ, Doğan İF, Yılmaz YS. Çalışanlarda mesleki öz yeterlilik algısı ile örgütsel muhalefet ilişkisi. *Organizasyon ve Yönetim Bilimleri Dergisi* 2017; 9(2): 54-70.
- Balcı A, Erol S. Aile sağlığı merkezinde eleman değil hemşire olmak. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi* 2016; 13(3): 244-249.
- Baltacı D, Kara İ, Bahçebaşı T, Sayın S, Yılmaz A, Çeler A. Düzce ilinde birinci basamakta sağlık hizmeti alan hastaların aile hekimi ve muayenehanesi hakkındaki görüşlerinin belirlenmesi: pilot çalışma. *Konuralp Tıp Dergisi* 2011; 3(2): 9-15.
- Bandura, A. *Self-efficacy encyclopedia of human behavior*. New York: Academic Press 1994; 4: 71-81.
- Bandura A. *Self-efficacy mechanism in human agency*. *American Psychologist* 1982; 37(2): 122-147.
- Baş A. Okul öncesi öğretmenlerinin örgütsel sosyalleşme ile tükenmişlik düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Kahramanmaraş, Yüksek Lisans Tezi*, 2016; 37-43.
- Başak O. *Wonca Europe 2002 aile hekimliği/ genel pratisyenlik Avrupa tanımı Türkçe çeviri*. *Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği Yayınları* 2003; 15-56.
- Bauernhofer K, Bassa D, Canazei M, Jimenez P, Paechter M, Popousek I, Fink A, Weis E. Subtypes in clinical burnout patients enrolled in an employee rehabilitation program: differences in burnout profiles, depression, and recovery/resources-stress balance. *BMC Psychiatry* 2018; 18(10).
- Baykan Z, Çetinkaya F, Naçar M, Kaya A, Işıldak MÜ. Aile hekimlerinin tükenmişlik durumları ve ilişkili faktörler. *Türkiye Aile Hekimleri Dergisi* 2014; 18(3): 122-133.
- Baysal E. Hemşirelerde öz yeterlilik inancı ve iş doyumu ilişkisi: bir üniversite hastanesinde saha çalışması. *İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, Yüksek Lisans Tezi*, 2010; 5-18.
- Biçki S. Hizmet sektörü çalışanlarının iş stresi ve tükenmişlik ilişkisi: İstanbul Örneği. *İstanbul Gelişim Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, Yüksek Lisans Tezi*, 2016; 57-63.

- Bişkin F, Sağlık işletmelerinde müşteri ilişkileri yönetimi: kamu ve özel sağlık işletmelerinde müşteri ilişkileri yönetimi uygulamaları araştırması. Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Konya, Doktora Tezi, 2011; 144-145.
- Bostancı Ö. Kamu hastanelerinde çalışan diyetisyenlerde tükenmişlik düzeyinin ölçülmesi üzerine bir araştırma; Ankara ili örneği. Türk Hava Kurumu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara, Yüksek Lisans Tezi, 2014; 9-29.
- Bownman M, Lucan S, Rosenthal T, Mainous A, James P, Family medicine research in the United States from the late 1960s into the future. *Family Medicine* 2017; 49(4): 289-295.
- Boymul E, Özeltürkay E. İş tatmini ve örgütsel bağlılığın tükenmişlik sendromu üzerindeki etkisi: bir sanayii kuruluşunda uygulama. *Journal of Yasar University* 2017; 12(46): 93-102.
- Boysan Y. Sağlıkta dönüşüm projesi kapsamında aile hekimlerinin yaşadığı problemler ve iş tatmin düzeyleri: Bursa alan araştırması. Yalova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yalova, Yüksek Lisans Tezi, 2014; 35-57.
- Budak G, Sürgevil O. Tükenmişlik ve tükenmişliği etkileyen örgütsel faktörlerin analizine ilişkin akademik personel üzerinde bir uygulama. *Dokuz Eylül Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi* 2005; 20(2): 95-108.
- Büber M. Çalışanların tükenmişlik düzeylerinin iş doyum ve yaşam doyumuna etkisi: balıkçı sınıfı gemi adamları üzerine bir araştırma. Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir, Yüksek Lisans Tezi, 2017; 61.
- Büssing A, Falkenberg Z, Schoppe C, Recchia D, Poier D. Work stress associated cool down reactions among nurses and hospital physicians and their relation to burnout symptoms. *BMC Health Services Research* 2017; 17(551).
- Bozkurt E. Evli ve çalışan bireylerin tükenmişlik düzeyleri ile evlilik doyumları arasındaki ilişki. Dokuz Eylül Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, İzmir, Yüksek Lisans Tezi, 2014; 14-16.
- Can R. Hemşirelerde profesyonellik durumu ve tükenmişlik sendromu düzeyi. Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Konya, Yüksek Lisans Tezi, 2017; 11.
- Cansız M. Coğrafya öğretmen adaylarının ortaöğretim coğrafya müfredatında yer alan coğrafya konularını öğretmedeki mesleki öz yeterlilik algıları. Marmara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, Yüksek Lisans Tezi, 2015; 15-17.
- Cemaloğlu N, Şahin D. Öğretmenlerin mesleki tükenmişlik düzeylerinin farklı değişkenlere göre incelenmesi. *Kastamonu Eğitim Dergisi* 2007; 15(2): 465-484.
- Chunming WM, Harrison R, MacIntyre R, Travaglia J, Balasooriya C. Burnout in medical students: a systematic review of experiences in Chinese medical schools. *BMC Medical Education* 2017; 17(217): 1-11.
- Clough BA, March S, Chan RJ, Casey LM, Phillips R, Ireland MJ. Psychosocial interventions for managing occupational stress and burnout among medical doctors: a systematic review. *Systematic Reviews* 2017; 6(144): (1-19).

- Cooke G, Doust J, Steele M. A survey of resilience, burnout, and tolerance of uncertainty in Australian general practice registrars. *BMC Medical Education* 2013; 13(2).
- Cordes CL, Dougherty TW. A review and an integration of research on job burnout. *Academy of Management Review* 1993; 18(4): 621-656.
- Creedy DK, Sidebotham M, Gamble J, Pallant J, Fenwick J. Prevalence of burnout, depression, anxiety and stress in Australian Midwives: a crosssectional survey. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2017; 17(13).
- Çağlayan Ç, Erkoç M. Polonya sağlık sistemi. *Toplum ve Hekim Dergisi* 2006; 21(5-6): 437-449.
- Çan Ö, Çimen M, Özşarı H. A study on the burnout levels of hospital patient services employee. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2017; (1): 34-39.
- Çankaya M. Özel hastane çalışanlarının tükenmişlik düzeyleri ve bir alan uygulaması. *International Journal of Academic Value Studies* 2017; 3(9): 1-15.
- Çelebi B. Çalışanlarda tükenmişlik ve iş doyumunu (Alanya Devlet Hastanesi hemşireleri örneği). *Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, Yüksek Lisans Tezi*, 2014; 15-20.
- Çelik H. Aile hekimliğinde çalışan sağlık personelinin örgütsel bağlılık ve iş tatmini ilişkisi üzerine bir araştırma. *İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, Yüksek Lisans Tezi*, 2012; 103.
- Çoban H. İş-aile çatışması ve tükenmişlik arasındaki ilişki: bankacılık sektöründe bir araştırma. *Pamukkale Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Denizli, Yüksek Lisans Tezi*, 2014; 44-64.
- Da Silva RM, Goulart CT, Lopes LFD, Serrano PM, Costa ALS, Guido LDA. Hardy personality and burnout syndrome among nursing students in three Brazilian Universities—an analytic study. *BMC Nursing* 2014; 13(9).
- Demerouti E, Bakker AB, Nachreiner F, Schaufeli WB. The job demands- resources model of burnout. *Journal of Applied Psychology* 2001; 86(3): 499-512.
- Dikici MF, Kartal M, Alptekin S, Çubukçu M, Ayanoglu AS, Yarış F. Aile hekimliğinde kavramlar, görev tanımı ve disiplinin tarihçesi. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences* 2007; 27: 412-418.
- Dikmetaş E, Top M, Ergin G. Asistan hekimlerin tükenmişlik ve mobbing düzeylerinin incelenmesi. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2011; 22(3): 137-149.
- Dinç S. Y. Polislerde evlilik doyumunu ile mesleki tükenmişlik arasındaki ilişkinin çeşitli değişkenlere göre incelenmesi. *Sakarya Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Sakarya, Yüksek Lisans Tezi*, 2013; 23-33.
- Eğın A. Çalışma hayatında iş stresi ve tükenmişlik. *Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, Yüksek Lisans Tezi*, 2015; 89-97.

- Eiff MP, Rodriguez JH, Skraiah J, Young R, Waller E, Dexter E, O'Neill TR, Peabody MR, Green LA, Carney PA. Scope of practice among recent family medicine residency graduates. *Family Medicine* 2017; 49(8): 607-618.
- Elbi H, Balcı UG, Nazik F, Korkmaz H, Öngel K. Afyonkarahisar ilinde aile hekimliği sistemindeki sağlık çalışanlarının tükenmişlik düzeyleri. *Smyrna Tıp Dergisi* 2014; 36-40.
- Eley DS, Brooks KD, Zink T, Cloninger CR. Personality profiles of rural longitudinal integrated clerkship students who choose family medicine. *Family Medicine* 2015; 47(3): 194-203.
- Ercan A. Sessizleşen örgütlerde öz yeterlilik algısının rolü: Alanya'daki konaklama işletmeleri üzerine bir araştırma. *Akdeniz Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Antalya, Yüksek Lisans Tezi*, 2014; 30-41.
- Ergel A. Okul öncesi öğretmenlerinin maruz kaldıkları psikolojik şiddetin tükenmişlik düzeylerine etkisi. *Fırat Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Elazığ*, 2014; 35.
- Ertürk M. Milli eğitim müdürlüğü çalışanlarının mobbing ve tükenmişlik düzeyleri (İzmir ili örneği). *Okan Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, Yüksek Lisans Tezi*, 2014; 22-27.
- ESAHED, Hollanda'da aile hekimliği uygulaması  
<http://www.esahed.org.tr/icerik/90/hollandada-aile-hekimligi-uygulamasi>.  
Erişim Tarihi: 29.01.2018
- Fagan EB, Gibbons C, Finnegan SC, Petterson S, Peterson LE, Phillips JRRL, Bazemore AW. Family medicine graduate proximity to their site of training: policy options for improving the distribution of primary care access. *Family Medicine* 2015; 47(2): 124-130.
- Feteh VF, Njim T, Nji MAM, Ayeah CM, Sama CB, Tianyi FL. Prevalence and determinants of burnout syndrome among physicians in Cameroon: a research proposal. *BMC Research Notes* 2017; 10(508).
- Freudenberger HJ. Staff burn- out. *Journal of Social Issues* 1974; 30(1): 159-165.
- Frey JJ. Family medicine for America' s health and escape velocity. *Family Medicine* 2015; 47(8): 643-645.
- Fuglestad A, Prunuske J, Regal R, Hunter C, Boulger J, Prunuske A. Rural family medicine outcomes at the University of Minnesota Medical School Duluth. *Family Medicine* 2017; 49(5): 388-393.
- Fülleman D, Jenny GJ, Braunchli R, Bauer GF. The key role of shared participation in changing occupational self-efficacy through stress management courses. *Journal of Occupational and Organizational Psychology* 2015; 88(3): 490-510.
- Gascon TG, Fernandez JM, Herrer MG, Merino ET, Lagos MB, Adan JCM, Madrid GE. Effectiveness of an intervention for prevention and treatment of burnout in primary health care professionals. *BMC Family Practice* 2013; 14(173).

- Goehring C, Gallachi BM, Künzr B, Bovier P. Psychosocial and professional characteristics of burnout in Swiss primary care practitioners: a cross-sectional survey. *Swiss Medical Weekly* 2005;135: 101-108.
- Goshgarian PS. Burnout among caregivers of developmentally disabled individuals in a community setting. California State University, Long Beach, Degree Master Of Social Work, 2000;15.
- Güdük M, Erol Ş, Yağcıbulut Ö, Uğur Z, Özvarış ŞB, Aslan D. Ankara'da bir tıp fakültesinde okuyan son sınıf öğrencilerde tükenmişlik sendromu. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi* 2005; 14(8): 169-173.
- Gülalp B, Karcıoğlu Ö, Sarı A, Köseoğlu Z. Burnout: need help? *Journal of Occupational Medicine and Toxicology* 2008; 3(32).
- Güllüce AÇ. Mesleki tükenmişlik ve duygusal zeka arasındaki ilişki (yöneticiler üzerine bir uygulama). Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Erzurum, Yüksek Lisans Tezi, 2006; 6.
- Güllüce AÇ, İşcan ÖF. Mesleki tükenmişlik ve duygusal zeka arasındaki ilişki. *Eskişehir Osmangazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi* 2010; 5(2): 7-29.
- Gürbüz T. Aile hekimliği çalışanlarında iş doyumunu (Edirne örneği). *Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, Yüksek Lisans Tezi*, 2014; 6-15.
- Györffy Z, Dweik D, Girasek E. Reproductive health and burn-out among female physicians: nationwide, representative, study from Hungary. *BMC Women's Health* 2014; 14(121).
- Hamdan M, Hamra AA. Burnout among workers in emergency departments in palestinian hospitals: prevalence and associated factors. *BMC Health Services Research* 2017; 17(407).
- Harmancı M, Mercan S, Kalaycıoğlu M. Türk Eczacıları Birliği, raporlar dizisi- 3. 2009; 9.
- Helvacı I, Turhan M. Tükenmişlik düzeylerinin incelenmesi: Silifke'de görev yapan sağlık çalışanları üzerinde bir araştırma. *İşletme ve İktisat Çalışmaları Dergisi* 2013; 1(4): 58-68.
- Heslin PA, Klehe UC. Self-efficacy. *Encyclopedia of Industrial/Organizational Psychology* 2006;2: 705-708.
- İleri H, Seçer B, Ertuş H. Sağlık politikası kavramı ve Türkiye'de sağlık politikalarının incelenmesi. *Selçuk Üniversitesi Sosyal ve Teknik Araştırmalar Dergisi* 2016; 12: 176-186.
- Juarez F, Contreras F. Psychometric properties of the general self-efficacy scale in a colombian sample. *International Journal of Psychological Research*, 2008; 1(2): 6-12.
- Kama A. Özel ve devlet hastanelerinin acil servis personellerinin iş doyumunu ve tükenmişlik düzeylerinin karşılaştırılmasına yönelik Kahramanmaraş ilinde bir



- araştırma. Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Kahramanmaraş, Yüksek Lisans Tezi, 2017; 28.
- Kantarıcı Y. Aile hekimliği uygulamasının hasta sağlığı üzerine etkisi: Nurdağı aile Sağlığı Merkezi örneği. Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Kahramanmaraş, Yüksek Lisans Tezi, 2015; 5.
- Karadağ Z. Aile hekimliği uygulamasının müşteri/hasta memnuniyetine etkisi. Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara, Yüksek Lisans Tezi, 2007; 4-34.
- Karakoyun Z. Örgütsel güven ile tükenmişlik sendromu arasındaki ilişki ve bir araştırma. Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, Yüksek Lisans Tezi, 2017; 50-58.
- Karsavuran S. Sağlık sektöründe tükenmişlik: Ankara'daki sağlık bakanlığı hastaneleri yöneticilerinin tükenmişlik düzeyleri. Hacettepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi 2014; 32(2): 133-165.
- Kavukçu E, Burgazlı KM. Almanya'da aile hekimliği uygulamalarına finansal verilerle güncel yaklaşım. Turkish Family Physician 2011; 2(2): 1-4.
- Kavuncubaşı Ş, Yıldırım S. Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi, 3. Baskı, Ankara, Siyasal Kitapevi, Desen Ofset A.Ş. 2012; 39-40.
- Kaya M, Üner S, Karanfil E, Uluyol R, Yüksel F, Yüksel M. Birinci basamak sağlık çalışanlarının tükenmişlik durumları. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni 2007; 6(5): 357-363.
- Kervancı F. Tükenmişlik sendromunun örgütsel bağlılık ve işten ayrılma niyetine etkisini belirlemeye yönelik bir araştırma. Niğde Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Niğde, Yüksek Lisans Tezi, 2013; 8-34.
- Kılıç NT. Okul örgütü yöneticilerinin çatışma yönetim stratejileri ve öz yeterlilik algıları arasındaki ilişki. Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Çanakkale, Yüksek Lisans Tezi, 2017; 44-45.
- Kıyıkçı M. Yıkıcı liderlik algısı ve tükenmişlik arasındaki ilişki: bankacılık sektöründe bir inceleme. Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Kütahya, Yüksek Lisans Tezi, 2016; 36-39.
- Koç M. İlköğretim öğretmenlerinin tükenmişlik düzeyleri ile sinizm arasındaki ilişki. Yeditepe Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, Yüksek Lisans Tezi, 2015; 11-22.
- Korkmaz F. Sağlık sektöründe hizmet alanlarla hizmet sunanlar arasında yaşanan sorunların analizi üzerine bir araştırma. Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, Yüksek Lisans Tezi, 2010; 14-18.
- Korkmaz HG, Bozkurt S. Örgütsel adalet ile tükenmişlik arasındaki ilişkinin demografik değişkenler bağlamında incelenmesi ve hastane çalışanlarına yönelik bir araştırma. Uluslararası İktisadi ve İdari İncelemeler Dergisi 2018(20): 233-252.

- Köse T, Yardan DE, Köse DS, Köksal F. Aile hekimliği uygulamaları swot analizi. 8. Sağlık ve Hastane İdaresi Kongresi, Lefke Avrupa Üniversitesi, Bildiri Kitabı, 2014; 1082.
- Köse DS, Köse T, Avcı K. The role of self- efficacy on job satisfaction and burnout. *The International Journal of Business & Management* 2017; 5(12): 225-230.
- Kurçer MA. Harran üniversitesi tıp fakültesi hemşirelerinin iş doyumunu ve tükenmişlik düzeyleri. *Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2005; 2(3): 10-15.
- Lee RT, Seo B, Hladkyj S, Lovell BL, Schwartzmann L. Correlates of physician burnout across regions and specialties: a meta-analysis. *Human Resources For Health* 2013; 11(48): 1-19.
- Linnenbrink EA, Pintrich PR. The role of self-efficacy beliefs in student engagement and learning in the classroom. *Reading & Writing Quarterly* 2003; 19: 119-137.
- Lo D, Wu F, Chan M, Chu R, Li D. A systematic review of burnout among doctors in China: a cultural perspective. *Asia Pacific Family Medicine* 2018; 17(3).
- Luszczynska A, Mazurkiewicz M, Ziegelmann JP, Schwarzer R. Recovery self-efficacy and intention as predictors of running or jogging behavior: a cross-lagged panel analysis over a twoyear period. *Psychology of Sport and Exercise* 2007; 8(2): 247-260.
- Luszczynska A, Scholz U, Schwarzer R. The general self-efficacy scale: multicultural validation studies. *Journal of Personality and Social Psychology* 2005; 88(5): 439-457.
- Marin JM, Araya R, Blazquez BO, Skapinakis P, Vizcaino VM, Campayo JG. Understanding burnout according to individual differences: ongoing explanatory power evaluation of two models for measuring burnout types. *BMC Public Health* 2012; 12(922).
- Maslach C, Goldberg J. Prevention of burnout: new perspectives. *Applied and Preventive Psychology* 1998; 7: 63-74.
- Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job burnout. *Annual review of psychology* 2001; 52: 397-422.
- Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behaviour* 1981; 2: 99-113.
- Meier ST. The construct validity of burnout. *Journal of Occupational Psychology* 1984; 57: 211-219.
- Metsemakers JFM. Family medicine training in Turkey: some thoughts. *Türkiye Aile Hekimleri Derneği* 2012; 16(1): 23-34.
- Meydan CH. İş tatmini ve öz yeterliliğin örgüt içi girişimciliğe etkisi: kamu sektöründe bir araştırma. *Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 2011; 20(1): 25-40.
- Moadel T, Varga S, Hile D. A prospective randomized controlled trial comparing simulation, lecture and discussionbased education of sepsis to emergency

- medicine residents, *Western Journal of Emergency Medicine: Integrating Emergency Care with Population Health* 2017; 18(5.1): 3-4.
- Moran MT, Hoy AW, Hoy WK. Teacher efficacy: its meaning and measure. *Review of Educational Research* Summer 1998; 68(2): 202-248.
- Mutlu A. Küresel kamusal mallar bağlamında sağlık hizmetleri ve çevre kirlenmesi: üretim, finansman ve yönetim sorunları. *Maliye Dergisi* 2006; 150: 53-78.
- Nordang K, Lord MLH, Farup PG. Burnout in health-care professionals during reorganizations and downsizing. a cohort study in nurses. *BMC Nursing* 2010; 9(8).
- Orhan U, Komşu CU. Akademisyenlerde öz yeterlilik algılarının ve tükenmişlik düzeylerinin, öğrenmeye yönelik tutuma ve iş tatminine etkisi. *Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi* 2016; 16(3): 1-18.
- Öksüz AŞ. Hizmet kalitesinin hasta memnuniyeti üzerine etkisi ve bir uygulama araştırması. *Atılım Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara, Yüksek Lisans Tezi*, 2010; 14-19.
- Özsoy AG. Devlet liselerinde görev yapan öğretmenlerin öz yeterlilik inançları ile değişime direnme davranışları arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Marmara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, Yüksek Lisans Tezi*, 2017; 85.
- Pavlakı A, Raftopoulos V, Theodorou M. Burnout syndrome in cypriot physiotherapists: a national survey. *BMC Health Services Research* 2010; 10(63).
- Paycı SÖ, Ünlüoğlu İ. Dünyada ve Türkiye’ de Aile Hekimliği. *Aile Doktorları İçin Kurs Notları 1. Aşama, 1. Baskı*, Ankara, Ata Ofset Tanıtım ve Matbaacılık, 2004; 23-27.
- Pilatin B. Sağlık hizmetlerinde kalite ve hasta tatmini (Diyarbakır Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi örneği). *Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, Yüksek Lisans Tezi*, 2013; 3.
- Rakel RE. *Family Physician. Textbook of Family Medicine, Ninth Edition*, United States, Elsevier Saunders, 2016; 3.
- Rosenstein AH. Addressing physician stress, burnout, and compassion fatigue: the time has come, *Israel Journal of Health Policy Research* 2013; 2(32): 1-3.
- Saatçi E, Bozdemir N, Akpınar E. Amerika Birleşik Devletleri’nde aile hekimliği. *Türkiye Aile Hekimleri Dergisi* 2006; 10(2): 79-86.
- Sargutan AE. 84 ülke ve Türkiye’nin karşılaştırmalı sağlık sistemleri 2010; 788- 2083.
- Sayıl I, Haran S, Ölmez Ş, Özgüven DH. Ankara üniversitesi hastanelerinde çalışan doktor ve hemşirelerin tükenmişlik düzeyleri. *Kriz Dergisi* 1997; 5(2): 71-77.
- Schyns B, Sczesny S. Leadership attributes valence in self-concept and occupational self-efficacy. *Career Development International* 2010; 15(1): 78-92.

- Seidler A, Thinschmidt M, Deckert S, Then F, Hegewald J, Nieuwenhuijsen K, Heller SGR. The role of psychosocial working conditions on burnout and its core component emotional exhaustion – a systematic review. *Journal of Occupational Medicine and Toxicology* 2014; 9(10).
- Shoji K, Cieslak R, Smoktunowicz E, Rogala A, Benight CC, Luszczynska A. Associations between job burnout and self-efficacy: a meta- analysis. *Anxiety Stress Coping*, 2016; 29(4): 367- 386.
- Siedsma M, Emler L. Physician burnout: can we make a difference together. *Critical Care* 2015; 19(273): 1-3.
- Soler JK, Yaman H, Esteva M. Burnout in European family doctors: the EGPRN study. *European General Practice Research Network Burnout Study Group Fam Prac*. 2008; 25:245-65
- Söyleyici T. Aile hekimliği uygulamasında hasta memnuniyet düzeyi: Denizli uygulaması. *Pamukkale Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Denizli, Yüksek Lisans Tezi*, 2010; 36-54.
- Sungur T. Aile hekimliği personelinin iş doyumu (İstanbul Esenler ilçesi örneği). *Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, Yüksek Lisans Tezi*, 2016; 33-47.
- Sürekli HE, Mortaş A. editör, Küçük A. OECD Avrupa Birliği sağlık istatistikleri ve Türkiye hastanelerde beşeri ve fiziki kaynakların incelenmesi, İzleme Ölçme ve Değerlendirme Kurum Başkan Yardımcılığı 2015: 7.
- Sünter AT, Canbaz S, Dabak Ş, Pekşen Y, Öz H. Pratisyen hekimlerde tükenmişlik, işe bağlı gerginlik ve iş doyumu düzeyleri. *Genel Tıp Dergisi* 2006; 16(1): 9-14.
- Switzer KC, Nagy MS, Mullins ME. The influence of training reputation, managerial support, and self-efficacy on pre-training motivation and perceived training transfer. *Applied H.R.M. Research* 2005; 10(1): 21-34.
- Şenel E, Buluş m. Okul öncesi öğretmenlerinde tükenmişlik döngüsü ve tükenmişlik döngüsünde öz yeterliğin aracılık rolü. *Buca Eğitim Fakültesi Dergisi* 2016; 42:2.
- Şensoy N, Başak O, Gemalmaz A. Umurlu aile hekimliği merkezi'nde aile hekimliği uygulaması ve hasta profili: aile hekimliği alan eğitimi gereksinimini ne ölçüde karşılıyor? *Kocatepe Tıp Dergisi* 2009; 10: 49-56.
- Şerik B, Erdoğan N, Ekerbiçer HÇ, Demirbaş M, İnci BM, Bedir N, Karatepe TU, Erkorkmaz Ü. Sakarya'da aile sağlığı merkezlerinde çalışan aile hekimlerinin tükenmişlik düzeyleri ve ilişkili faktörler, *Sakarya Tıp Dergisi* 2016 (6)2: 60-66.
- Şişman S. Aile hekimliği sistemine sağlık çalışanlarının bakış açısı. *Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, Yüksek Lisans Tezi*, 2010; 23-56.
- Taycan O, Kutlu L, Çimen S, Aydın N. Bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerde depresyon ve tükenmişlik düzeyinin sosyodemografik özelliklerle ilişkisi. *Anatolian Journal of Psychiatry* 2006; 7: 100-108.

- TEB. Dünyada aile hekimliği uygulamalarından örnekler. [http://e-kutuphane.teb.org.tr/pdf/raporlar/aile\\_hek09/3.pdf](http://e-kutuphane.teb.org.tr/pdf/raporlar/aile_hek09/3.pdf) Erişim Tarihi: 09.02.2018.
- Tekin Z. Muş ili 112 acil sağlık hizmetleri personelinin afet hazırlığının genel öz yeterlilik inancı ile ilişkisi. Bitlis Eren Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü, Bitlis, Yüksek Lisans Tezi, 2018;24.
- Tengilimoğlu D, Işık O, Akbolat M. Sağlık İşletmeleri Yönetimi, 6. Basım, Ankara, Nobel Akademik Yayıncılık Eğitim Danışmanlık Tic. Ltd. şti. 2014;78- 83.
- Thorsen VC, Tharp ALT, Meguid T. High rates of burnout among maternal health staff at a referral hospital in Malawi: a cross-sectional study. BMC Nursing 2011; 10(9).
- Toğa N. Örgütsel adalet algısının tükenmişlik sendromuna etkisi ve bir uygulama. İnönü Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Malatya, Yüksek Lisans Tezi, 2016; 35.
- Tok ř, şerik B, Ekerbiçer HÇ, Erdoğan N, İnci MB, Demirbaş M, Bedir N, Köse E, Karabel MP, Kibar FA. Sakarya'da aile sağlığı merkezlerinde çalışan aile sağlığı elemanlarında tükenmişlik düzeyi ve ilişkili faktörler. Sakarya Tıp Dergisi 2017; 7(1): 39-46.
- Tontuş ÖH. Sağlık turizmi/ölkeler. <http://www.satürk.gov.tr/images/pdf/ust/norvec.pdf> Erişim Tarihi: 09.02.2018
- Topaloğlu G. Doğa koruma ve milli parklar genel müdürlüğu personelinin rol çatışması ve rol belirsizliğinin tükenmişlik ve iş tatmini üzerine etkilerinin incelenmesi. Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü, Kahramanmaraş, Yüksek Lisans Tezi, 2017; 20.
- Tözün M, Çulhacı A, Ünsal A. Aile hekimliği sisteminde birinci basamak sağlık kurumlarında çalışan hekimlerin iş doyumunu (Eskişehir). Taf Preventive Medicine Bulletin 2008; 7(5): 377-384.
- Tugay D. Aile hekimlerinin periyodik muayene rehberine yönelik bilgi tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi. Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2015; 20.
- Turhan ES. Aile hekimliği Dünya ve Türkiye uygulamaları: aile hekimliğinde hekim hasta ilişkisinde iletişimin rolü ve tarafların memnuniyeti üzerine etkilerinin incelenmesine yönelik bir alan araştırması. Ufuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara, Yüksek Lisans Tezi, 2014; 25-36.
- Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğu. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2016, Ankara, 2017; 138-225.
- Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğu. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2017, Ankara, 2018; 140-237.
- Türkmen E, İş karakteristikleri ve algılanan örgütsel destek kavramlarının öz-yeterlilik inancı ile ilişkisi ve öz-yeterlilik inancının çalışan performansı üzerine etkisi. İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2009; 16-25.

- Uğurlu M, Eğici MT., Yıldırım O, Örnek M, Üstü Y. Aile hekimliği uygulamasında güncel problemler ve çözüm yolları-2. Ankara Medical Journal 2012; 12(1): 4-10.
- Uğurlu M, Üstü Y. Türkiye’de aile hekimliği uzmanlık eğitimi süreci ve geliştirilmesi gereken noktalar. Ankara Medical Journal 2018; (1): 123-128.
- Uyaniker EA. Yönetici hemşirelerin genel öz yeterlilik inancı ile zaman yönetimi arasındaki ilişki. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, Yüksek Lisans Tezi, 2014; 9-13.
- Uysal DA. Hemşirelerin öz yeterlilik düzeyleri ile ebeveynleri bakıma katmaları arasındaki ilişkinin incelenmesi. Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Mersin, Yüksek Lisans Tezi, 2016; 12-20.
- Uysal F. Aile hekimliği uygulamasının sağlık personeli tarafından değerlendirilmesi (İzmir ili Konak ilçesi örneği). Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, Yüksek Lisans Tezi, 2014; 7-27.
- Yakut Hİ, Kapısız SG, Durutuna S, Evran A. Sağlık alanında çalışma yaşamında tükenmişlik. The Journal of Gynecology - Obstetrics and Neonatology 2013; 10(38): 1564-1571.
- Yalçın Ş, Acar A. 2. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi, Ankara, Bildiriler Kitabı Cilt 1, 2010; 20.
- Yalman F. Aile hekimliği sisteminin hekimlerin sunmuş olduğu hizmetlerin kalitesine etkisi: Düzce örneği. Düzce Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Düzce, Yüksek Lisans Tezi, 2013; 19-38.
- Yavuzylmaz A, Topbaş M, Çan E, Çan G, Özgün Ş. Trabzon il merkezindeki sağlık ocakları çalışanlarında tükenmişlik sendromu ile iş doyumu düzeyleri ve ilişkili faktörler, TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni 2007; 6(1): 41-50.
- Yıldırım HH. Türkiye Sağlık Sistemi: Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu, Birinci Baskı, Ankara, SASAM, Sağlık- Sen Yayınları, 2013; 9-70.
- Yıldırım U. Sınıf öğretmenlerinin tükenmişlik düzeyi ile sınıf yönetimi arasındaki ilişki. İstanbul Aydın Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, Yüksek Lisans Tezi, 2016; 12-15.
- Yıldırım YS, Aksoy F, Veyseller B, Altın S. Hastaların hastane tercihini etkileyen faktörler. Haseki Tıp Bülteni 2009; 47(2): 11-16.
- Yıldız D, Uzunsakal E. Alan araştırmalarında güvenilirlik testlerinin karşılaştırılması ve tarımsal veriler üzerine bir uygulama. Uygulamalı Sosyal Bilimler Dergisi 2018;1: 14-28.
- Yüce D. Tükenmişlik, stres ve sağlık çalışanları. Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, Yüksek Lisans Tezi, 2014; 47-52.
- Yüksel E. Sağlık Çalışanlarında Tükenmişlik Sendromunun Kişilik Özellikleri İle İlişkisi: Tunceli Örneği. Munzur Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Tunceli, Yüksek Lisans Tezi, 2017; 35.

Zimmerman BJ. Self-efficacy: an essential motive to learn. *Contemporary Educational Psychology* 2000; 25: 82-91.



## EKLER

### Ek- 1: KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL KARARI



T.C.  
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ  
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU


Sayı: B.30.2.ODM.0.20.08/1213

27 .10.2017

Sayın Doç. Dr. Elif DİKMETAŞ YARDAN


Etik Kurulumuza sunmuş olduğunuz **Aile Hekimlerinin mesleki yeterlilik algılarının tükenmişlikleri üzerindeki etkisi** başlıklı OMÜ KA EK 2017/375 Karar nolu Anket çalışması nitelikli araştırma projeniz amaç, gerekçe, yaklaşım ve yöntemle ilgili açıklamaları açısından Klinik Araştırmalar Etik Kurulu yönergesine göre incelenmiş ve etik açıdan bir sakınca olmadığına, çalışmanın süresi 6 ayı geçerse 6 aylık bildirimlerinin yapılmasına, çalışma tamamlandıktan sonra sonucunun tarafımıza en geç üç(3) ay içerisinde bildirilmesine 26.10.2017 tarihli Etik kurulumuzda oy birliği ile karar verilmiştir.

Bilgilerinize arz/rica ederim.

  
Prof. Dr. Dursun AYGÜN  
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanı




**Ek- 2: T.C. SAMSUN VALİLİĞİ İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ ARAŞTIRMA İZİNİ**

  
T.C. Sağlık Bakanlığı

T.C.  
SAMSUN VALİLİĞİ  
İl Sağlık Müdürlüğü

SAMSUN İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - SAMSUN TOBLİM  
VE GÖÇ SAĞLIĞI BÜKİMİ  
14/03/2018 15:33 - 61646299 - 604.02 - E279  
00064788299

Sayı : 61646299-604.02  
Konu : Araştırma İzin Talabi (Prof. Dr. Elif  
Dikmetaş YARDAN) Hk.



**ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE**  
(Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanlığına)

Bakanlığımız Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Toplum Sağlığı Hizmetleri ve Eğitim Dairesi Başkanlığı 'nın 09/03/2018 tarihli ve 64571572 sayılı Yüksek Lisans Öğrencisi Mustafa SAMANCI'nın tez çalışması ile ilgili araştırma izin talebinin uygun bulunduğu dair yazı ekte gönderilmiş olup, yazıda belirtilen ilkelere bağlı kalmak koşulu ile Bakanlığımıza gönderilmek üzere çalışma tamamlandığında sonuçlarını içeren bir rapor örneğinin Müdürlüğümüz Toplum ve Göç Sağlığı Birimine gönderilmesi hususunda;

Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

e-İmzalıdır.  
Yrd.Doç.Dr.Muhammet Ali ORUÇ  
İl Sağlık Müdürü

**EKLER:**  
1- Yazı (2 Sayfa)

Adalet Mah.100.yıl Bulvarı No:232 55060 İlkadım/SAMSUN  
Faks No:2308425  
e-Posta:eda.comak@saglik.gov.tr İnt.Adresi: Ebe Eda ÇOMAK  
Bilgi için:Eda ÇOMAK  
Unvan:EBE  
Telefon No:2390040

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden d3f03d02-ca72-485c-95e3-02ed8c3f0af1 kodu ile erişebilirsiniz.  
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.



T.C.  
SAĞLIK BAKANLIĞI  
Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü

HALK SAĞLIĞI GENEL MÜDÜRLÜĞÜ - HİSARCIYAN  
SAĞLIK HİZMETLERİ VE EĞİTİM DAİRESİ BAŞKANLIĞI  
09/03/2018 17:28 - 49654233 - 604.02 - 2.931



Sayı : 49654233-604.02  
Konu : Araştırma İzin Talebi (Prof. Dr. Elif  
DİKMETAŞ YARDAN)

SAMSUN VALİLİĞİNE  
(İl Sağlık Müdürlüğü)

İlgi : 16/02/2018 tarihli ve 61646299-806.01.03-205 sayılı yazınız.

İlgide kayıtlı yazınızda, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Öğretim Üyesi Prof. Dr. Elif DİKMETAŞ YARDAN sorumluluğunda Yüksek Lisans Öğrencisi Mustafa SAMANCI tarafından yapılmak istenen "Aile Hekimlerinin Mesleki Yeterlilik Algılarının Tükenmişlikleri Üzerindeki Etkisi" konulu araştırma için Genel Müdürlüğümüzün görüşünün istendiği anlaşılmaktadır.

Konuya ilişkin olarak, araştırma talebinin Genel Müdürlüğümüzce yapılan değerlendirilmesi neticesinde,

Birinci basamak sağlık hizmetleri alanında yapılacak olan tüm araştırmalarda Tıbbi Deontoloji Tüzüğüne ve Hasta Hakları Yönetmeliğine uyulması gerekmektedir. Ayrıca, 25/01/2013 tarihli ve 28539 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği'nin 31 inci maddesi, 5 inci fıkrasında belirtilen "Aile hekimleri, bakmakla yükümlü olduğu vatandaşlara ait, bilgi sisteminde tuttuğu tüm verilerin ilgili mevzuatı çerçevesinde gizliliğini, bütünlüğünü, güvenliğini ve mahremiyetini sağlamakla yükümlüdür." hükmü ile 01/08/1998 tarihli ve 23420 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan Hasta Hakları Yönetmeliği'nin "Bilgilerin Gizli Tutulması" başlıklı 23 üncü maddesi 1 inci fıkrasında belirtilen "Sağlık hizmetinin verilmesi sebebiyle edinilen bilgiler, kanun ile müsaade edilen haller dışında hiçbir şekilde açıklanamaz" hükmüne istinaden, aile hekimlerine kayıtlı nüfusla ilgili veriler şahsın veya yasal vasisinin izni olmadan üçüncü kişilerle paylaşılabilir" hükmüne istinaden, aile hekimlerine kayıtlı nüfusla ilgili veriler şahsın veya yasal vasisinin izni olmadan üçüncü kişilerle paylaşılabilir. Bununla birlikte, aile hekimlerinin iletişim bilgilerinin verilemeyeceği, kişilerin kimlik bilgilerini ortaya çıkarabilecek sorulardan kaçınılması, aile hekimlerinin onayı çerçevesinde aile sağlığı merkezinin işleyişi ve güvenilirliğine zarar verilmemesi, çalışma saatleri ve hizmeti aksatmadan bizzat araştırma sahibi tarafından katılımcılara ulaşması durumunda araştırmanın yapılabileceği kararına varılmıştır.

Adnan Saygun 2 Cad. No: 55 Çankaya / Ankara 03125655892

Bilgi için: ZEYNEP KÖSEOĞLU

Faks No:

Unvan: TIBBİ TEKNOLOG

e-Posta: zeynep.koseoglu@saglik.gov.tr İnt. Adresi: Z.KÖSEOĞLU 0312 565 58 92

Telefon No: 312 565 5892

Elektronik elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 0312 565 58 92 - 4652-4653-9605-0064571572 ile ulaşabilirsiniz.

Bu değerlendirmeler doğrultusunda yukarıda yer alan ilkelere bağlı kalmak koşuluyla araştırma izin talebi uygun bulunmuştur. Çalışma tamamlandığında sonuçlarını içeren bir rapor örneğinin Genel Müdürlüğümüze gönderilmesi gerekmektedir. Talep sahibine durumun bildirilmesi hususunda,

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Uzm. Dr. Bekir KESKİNKILIÇ  
Bakan a.  
Genel Müdür Yardımcısı

Adnan Saygun 2 Cad. No: 55 Çankaya / Ankara 03125655892

Bilgi için: ZEYNEP KÖSEOĞLU

Faks No:

Unvan: TIBBİ TEKNOLOG

e-Posta: zeynep.koseoglu@saglik.gov.tr İnt. Adresi: Z.KÖSEOĞLU 0312 565 58 92

Telefon No: 312 565 5892

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 8370200-4681-4613-9543-096036201178 kodlu ile erişebilirsiniz.  
Bu belge 0170 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

### Ek- 3: ANKET FORMU

Değerli Katılımcı,

Bu çalışma, “Aile Hekimlerinin öz yeterlilik algılarının tükenmişlikleri üzerindeki etkisi” ismindeki tez çalışmam kapsamında hazırlanmıştır. Öz yeterlilik, insanların kendi performanslarını etkileyen yeteneklerine olan inançlarıdır. Tükenmişlik, bireyde ruhsal ve fiziksel açıdan enerjinin tükenmesidir. Akademik amaçla yürütülen bu çalışmada ankete verilen cevaplar gizli tutulacak ve başka bir amaçla kullanılmayacaktır. ÇALIŞMADA LÜTFEN İSİM BELİRTMEYİNİZ. Araştırmama göstermiş olduğunuz ilgi ve katkılarınızdan dolayı teşekkür eder, saygılar sunarım.

#### İLETİŞİM

Mustafa SAMANCI

Tel: 0545 7618731

Ondokuz Mayıs Üniversitesi

Email: mustafasamanci@hotmail.de

Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı

#### DEMOGRAFİK VERİLER

- 1- Doğum Tarihiniz? (Lütfen yıl olarak belirtiniz).....
- 2- Cinsiyetiniz: Kadın  Erkek
- 3- Medeni durumunuz: Bekar  Evli
- 4- Aile hekimi olarak işe başlama tarihiniz? (Lütfen yıl olarak belirtiniz?).....
- 5- Çalıştığınız Aile Sağlığı Merkezi (İlçe olarak yazınız):  
.....
- 6- Kayıtlı hasta nüfusunuz kaç kişidir?  
.....
- 7- Haftalık toplam çalışma süreniz kaç saattir?.....
- 8- Günde baktığınız hasta sayısı ortalama kaçtır?.....
- 9- Çalıştığınız kurumu seviyor musunuz? Evet  Kısmen  Hayır
- 10- Kendinizi mesleki açıdan yeterli buluyor musunuz? Evet  Hayır
- 11- Kendinizi mesleki açıdan tükenmiş hissediyor musunuz? Evet  Hayır
- 12- Çalışma Durumunuz? Pratisyen Aile Hekimi  Uzman Aile Hekimi
- 13- Aile hekimi olarak çalışmaya başladıktan sonra hiç TUS'a girdiniz mi?  
Evet  Hayır

ÖZ YETERLİLİK ÖLÇEĞİ	(Bana uygun değil)	(Bana biraz uygun)	(Bana çoğu kez uygun)	(Bana her zaman uygun)
1. Güç sorunları gayret edersem çözebilirim.				
2. Bana karşı çıkıldığında istediğimi elde edecek çare ve yolları bulabilirim.				
3. Amaçlarımı gerçekleştirmek ve hedeflerime ulaşmak benim için kolaydır.				
4. Beklenmedik durumlara başa çıkma konusunda kendime güvenirim.				
5. Beklenmedik durumların üstesinden gelme konusunda becerilerime güvenirim.				
6. Gerekli çabayı gösterirsem sorunların çoğunu çözebilirim.				
7. Güçlükleri soğuk kanlıkla karşılaşıyorum, çünkü yeteneklerime her zaman güvenirim.				
8. Bir sorunla karşılaştığım zaman, üstesinden gelebilecek birkaç çözüm bulabilirim.				
9. Bir sorunla karşılaştığımda, genellikle ne yapmam gerektiğini bilirim.				
10. Ne olursa olsun, genellikle her türlü sorunun üstesinden gelebilirim.				

TÜKENMİŞLİK ÖLÇEĞİ	(HİÇBİR ZAMAN)	(ÇOK NADİR)	(BAZEN)	(ÇOĞU ZAMAN)	(HER ZAMAN)
1-İşimden soğuduğumu hissediyorum					
2- İş dönüşü ruhen kendimi tükenmiş hissediyorum.					
3- Sabah kalktığımda bir gün daha bu işi kaldıramayacağımı düşünüyorum.					
4- İşim gereği karşılaştığım insanların ne hissettiğini hemen anlarım.					
5- İşim gereği karşılaştığım bazı kimselere sanki insan değillermiş gibi davrandığımı fark ediyorum.					
6- Bütün gün insanlarla uğraşmak benim için çok yıpratıcı.					
7- İşim gereği karşılaştığım insanların sorunlarına en uygun çözüm yollarını bulurum.					
8- Yaptığım işten tüendiğimi hissediyorum.					
9- Yaptığım iş sayesinde insanların yaşamına katkıda bulunduğuma inanıyorum.					
10- Bu işte çalışmaya başladığımdan beri insanlara karşı sertleştim.					
11- Bu işin giderek beni katılaştırmasından korkuyorum.					
12- Çok şeyler yapabilecek güçteyim.					
13- İşimin beni kısıtladığını hissediyorum.					
14- İşimde çok 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 insanlarla rahat bir					

atmosfer oluştururum.					
18- İşimde insanlarla çalıştığım için canlanmış hissedirim.					
19- Bu işte kayda değer bir başarı elde ettim.					
20- Yolun sonuna geldiğimi hissediyorum.					
21- İçimdeki duygusal sorunlara serinkanlılıkla yaklaşırım.					
22- İşim gereği karşılaştığım insanların bazı problemlerini sanki ben oluşturmuşum gibi davrandıklarını hissediyorum.					



## ÖZGEÇMİŞ

**Adı Soyadı:** Mustafa SAMANCI

**Doğum Yeri:** SAMSUN

**Doğum Tarihi:** 25. 11. 1991

**Medeni Hali:** Bekar

**Bildiği Yabancı Diller:** İngilizce

**Eğitim Durumu:**

Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Yönetimi Bölümü (2009-2014)

Samsun 19 Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Yönetimi Bölümü  
Anabilim Dalı Yüksek Lisans (2017- )

**Çalıştığı Kurum/Kurumlar:** -

**e-posta:** mustafasamanciii@gmail.com