



Aile Hekimliği Sertifikasyon Eğitimine Katılan Aile Hekimliğine Yeni Başlamış Hekimlerin Tükenmişlik Durumlarının Değerlendirilmesi / The Evaluation of The Burnout Status of The Physicians New to Family Medicine Attending Family Medicine Certification Training

Özlem AYNAOĞLU HAKVERDİ¹, Sinan BULUT²

1. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği, ozlem.aynaoglu@saglik.gov.tr 

2. Çankırı Karatekin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü, sinanbulut@karatekin.edu.tr 

Gönderim Tarihi | Received: 16.07.2021, Kabul Tarihi | Accepted: 11.04.2022, Yayın Tarihi | Date of Issue: 01.08.2023.

Atıf | Reference: “AYNAOĞLU HAKVERDİ, Ö. ve BULUT, S. (2023). Aile Hekimliği Sertifikasyon Eğitimine Katılan Aile Hekimliğine Yeni Başlamış Hekimlerin Tükenmişlik Durumlarının Değerlendirilmesi. Sağlık Akademisi Kastamonu (SAK), 8(2), s.299-313. <https://doi.org/10.25279/sak.972192>”

Öz

Giriş: Duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarıda azalma hissi ile kendini gösteren psikolojik bir sendrom olarak tanımlanan tükenmişlik kavramı, sadece hekimi etkileyen bir faktör olarak giderek daha fazla kabul görmektedir. **Amaç:** Bu çalışmada aile hekimliği uygulamasına yeni başlamış ve aile hekimliği uyum eğitimine katılmış hekimlerde tükenmişlik sendromunun yaygınlığını tespit etmek, tükenmişlik düzeyini etkileyen durumları belirlemek ve gerekli tedbirlerin alınması sağlanarak tükenmişliğin ortadan kaldırılması ya da asgari düzeye indirilmesi için farkındalık oluşturulması amaçlanmıştır. **Gereç ve yöntemler:** Araştırma 2014-2015 yılları arasında Ankara'da aile hekimlerine yönelik yapılan eğitimlere katılan hekimler ile gerçekleştirilmiştir. Araştırmada, yüz yüze görüşme yöntemi ile anket formu ve Maslach Tükenmişlik Ölçeği'nin 22 ifadeyi içeren kısa formu kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde Kolmogorov Smirnov, Mann-Whitney U testi, Kruskal- Wallis testi, bağımsız örneklem için t-testi ve ANOVA testi kullanılmıştır. Bütün analizlerde 'IBM SPSS Versiyon 23' programı kullanılmış ve anlamlılık düzeyi olarak $p < 0.05$ değeri kabul edilmiştir. **Bulgular:** Araştırma sonuçlarına göre katılımcıların %67.8'i bekar, %97.5'i aile sağlığı merkezi çalışanıdır. Hekimlerin %39.8'inin aile hekimliğinde çalışma süresi 2-6 ay arasında değişmektedir. Katılımcıların yaş ortalaması 28.43'tür. Bütün aile hekimlerinin tükenmişlik ölçeği kişisel başarı alt boyutu puan ortalaması 27.72 ± 3.77 , duygusal tükenme alt boyutu puan ortalaması 26.61 ± 6.42 ve duyarsızlaşma alt boyutu puan ortalaması 11.71 ± 3.53 olarak bulunmuştur. Cinsiyetle, sorumlu olunan nüfus sayısı, sigara tüketimiyle tükenmişlik arasında bir ilişki tespit edilememiş, bekarlarda duyarsızlık alt boyut puanı daha yüksek tespit edilmiştir ($p < 0.001$). **Sonuç ve öneriler:** Hobisi olan, mesleğini seven, olumsuz hasta davranışıyla karşılaşmayan, yeteri kadar uyuyan, mesleğin icrası esnasında yeteri kadar inisiyatif kullanabilen, mesleki sorunlarını idarecilerle paylaşabilen hekimlerde duygusal tükenmişlik ve duyarsızlık alt boyut puan ortalamalarının daha düşük, kişisel başarı alt boyut puan ortalamasının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Aile Hekimliği, Başarı, Duyarsızlaştırma, Mesleki Tükenmişlik, Psikolojik Tükenmişlik.

Abstract

Introduction: The concept of burnout, which is defined as a psychological syndrome that manifests itself with emotional exhaustion, depersonalization and a feeling of decreased personal achievement, is increasingly accepted as a factor that affects only the physician. **Aim:** In this study, it was aimed to determine the prevalence of burnout syndrome in the physicians who have just started family medicine practice and attended family medicine integration training, and to determine the factors



affecting the level of burnout, and to eliminate burnout by taking the necessary precautions. It is aimed to raise awareness to reduce it to a minimum level. Materials and Methods: The research was carried out with the physicians who participated in the trainings for family physicians in Ankara between 2014-2015. A questionnaire form with face-to-face interviews and the short form of the Maslach Burnout Scale containing 22 statements were used. Kolmogorov Smirnov, Mann-Whitney U test, t- test for independent samples and ANOVA test were used to evaluate the data. The 'IBM SPSS Version 23' program was used in all analyzes and a p value of <0.05 was accepted as the level of significance. Results: Study findings indicate that 67.8% of the participants were single and 97.5% of them were working in family health centers. The 39.8% of physicians' duration of work in family medicine varied between 2-6 months. The average age of the participants was 28.43 years. The burnout scale personal accomplishment subscale score was 27.72 ± 3.77 , the emotional exhaustion subscale score was 26.61 ± 6.42 , and the depersonalization subscale score was 11.71 ± 3.53 . No relationship was found between burnout and gender, the number of patient population and cigarette consumption but the depersonalization subscale score was higher in singles ($p < 0.001$). Conclusion and suggestions: Physicians who have a hobby, like their profession, do not encounter negative patient behavior, sleep for enough time, use enough initiative during the practice of the profession, share their professional problems with the administrators have lower emotional exhaustion and depersonalization subscale scores and higher personal accomplishment subscale scores.

Keywords: Family Practice, Achievement, Depersonalization, Professional Burnout, Psychological Burnout.

1. Giriş

Hekimlik mesleği hasta sağlığını etkilediği için hatalı karar verme durumunda ciddi sonuçları olan zorlu ve stresli bir meslek olarak kabul edilir. 'Duyusal tükenme (DT), duyarsızlaşma (D) ve kişisel başarıda (KB) azalma hissi ile kendini gösteren psikolojik bir sendrom' olarak tanımlanan tükenmişlik kavramı, sadece hekimi etkileyen bir faktör olarak giderek daha fazla kabul görmektedir (Amanullah, 2020).

İlk kez Freudenberger tarafından sağlık çalışanları için ifade edilmiş olan tükenmişlik sendromu daha sonra Maslach ve Jackson tarafından tanımlanmıştır. Bu tanımda işle ilgili tükenmişlik kavramı DT, D ve KB eksikliğine ilişkin duyguların üç ayrı belirti boyutu şeklinde ortaya konmuştur. DT; kişinin geçmişte olduğu kadar işlerine odaklanamaması, işine, işinin anlamı ve amacına uygun şekilde devam edememesi, hayal kırıklığı ve stres nedeniyle meslektaşlarına yardım etme sorumluluğundan kaçma durumları olarak tanımlanır. D; kişinin mesleği gereği verdiği hizmet esnasında karşısındakilerin insan olduğunu dikkate almaksızın duygusuz şekilde tutum ve davranışlar içerisinde olmasıdır. KB; ise sorunlarla başa çıkma başarısı ve yeterli özgüven olarak tanımlanır. Tükenmişlik kavramı, yorgunluk, depresyon, iş doyumsuzluğu, iş stresi, bitkinlik gibi kavramlardan farklı olup bunların farklı olduğuna dair literatür bilgileri mevcuttur. Bu tanım, tükenmişliğin DT, D ve KB hissini azalmasından kaynaklandığını ifade eder (Niconchuk ve Hyman, 2020).

Sağlık çalışanlarının hizmet verdikleri kişiler sıklıkla hastalık, ölüm, ağrı, yalnızlık, güçsüzlük gibi olumsuz duygu ve durumlara sahip olduklarından sağlık çalışanları "tükenmişlik" bakımından en riskli meslek gruplarındandır. "Tükenmişlik sendromu" sağlık çalışanlarında giderek artan ciddi bir sorun teşkil etmekte olup hekimlerin tükenmişliğe genel popülasyona göre daha eğilimli olduğu görülmektedir (Mete ve diğerleri, 2020). Tükenmişlik kişisel ve kurumsal nedenlerle ortaya çıkmaktadır. Yaş, medeni durum, eğitim durumu, çocuk sayısı, işe aşırı düşkünlük, bireysel başarı gücü, bireyin benlik gücü, işe bağlı ruhsal gerilim, kişisel beklentiler, kişilik, güdülenme, iş doyumu, mesai arkadaşları ve idarecileriyle kurduğu iletişim kişisel, iş ve iş yükü, birlikte çalışılan kişilerin nitelikleri, iş stresi, çalışma koşulları, çalışma süresi, orantısız bir efor ve yetersiz kazanım, ilerleme



fırsatındaki kısıtlılık, iş ortamındaki iletişim, ödül beklentisinin karşılanmaması, meslek içi ilişkiler, meslektaşlardan ve kurumdan sağlanan desteğin yetersizliği, yöneticilerin liderlik tarzı, yeterli ekipmana sahip olmama, kurumun yapısal sorunları, iktisadi ve toplumsal sebepler kurumsal nedenlerdendir (Yakutve diğerleri, 2013).

Tükenmişliğin sonuçları incelendiğinde ciddi kişisel ve kurumsal sorunlara yol açtığı gözlenmiştir. Ciddi boyutta tükenmişlik yaşayan kişide enerji kaybı, motivasyon eksikliği, güvensizlik, mutsuzluk, başkalarına karşı olumsuz tutumlar, eş ve aile bireyleriyle ilişkilerin bozulması, boşanma, psikolojik olarak öfkeli hali, alınganlık, tedirginlik, hayata karşı negatif olma, insani duygularının azalması, depresyon ve anksiyete, fizyolojik olarak ise; baş ağrısı, yorgunluk, uykusuzluk ya da uykululuk hali, iştahsızlık, sindirim problemleri, tütün, alkol ve uyuşturucu kullanımında artış gibi olumsuz sonuçları görülmektedir. Kurumsal açıdan ise düşük iş performansı, hizmetin niteliğinde bozulma, işi baştan savma ve bırakma eğiliminde artış, iş doyumsuzluğu, iş devamsızlığı, sık rapor alma, sebepsiz hastalanma eğilimleri görüldüğü çeşitli araştırmalarda gösterilmiştir (Çankaya, 2017; Yakut ve diğerleri, 2013). Hekimlerde 'tükenmişlik', tıbbi hatalara, yetersiz hasta bakımına, hasta memnuniyetsizliğineve uzamış iyileşme süreleri gibi ciddi sonuçlara sebep olabileceğinden hem hekime hem de sağlık merkezine ciddi mali yük getirebilir (Niconchuk ve Hyman, 2020; Önen Sertöz ve diğerleri, 2021).

Aile Hekimliği Kanunu'na göre aile hekimleri (AH) "Bireye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini, yaş, cinsiyet ve hastalık ayrımı yapmaksızın, kapsamlı ve devamlı olarak belirli bir aile sağlığı merkezinde sunan; gerektiği ölçüde gezici sağlık hizmeti yapan" hekimler olarak tanımlanmaktadır (T.C. Resmi Gazete, 2004). AH'liği modeliyle birinci basamak sağlık hizmetlerinin niteliği ve uygulaması ciddi anlamda değişmiş, bireysel, sürekli, kapsayıcı hasta tedavi ve takibinin yarattığı endişe, hasta ile iyi bir iletişimin kurulup sürdürülmesi gerekliliği, mesleki yenilikleri izleme gereği, yoğun çalışma koşulları, fazla ve uzun mesai saatleri, olumsuz koşullara sahip insanlarla empati yapma ve fazla sorumluluk alma gereklilikleri, çalışma ortamında çatışmalar, görev tanımının belirsizliği, bağımsız çalışmaya engel durumlar ve zaman baskısı sağlık çalışanlarının karşılaştığı zorlukları oluşturmuştur. Sağlıkta tükenmişlik çalışmalarına baktığımızda genellikle hastane, acil servis, yoğun bakım gibi alanlarda yapılmış araştırmalar ile karşılaşılmaktadır. Sağlık çalışanlarının tükenmişliği konusundaki araştırmalar genellikle yardımcı sağlık personelinin içermekte olup hekimlerle ve özellikle aile hekimleriyle ilgili kontrollü çalışmalara çok az rastlanmaktadır. Bazı yayınlarda hekimlerde tükenmişlik sıklığının %4-61 arasında değiştiği bildirilmiştir (Mete ve diğerleri, 2020; West ve diğerleri, 2016).

Bu çalışmada birinci basamak AH'liği uygulamasına yeni başlamış ve AH'liği 1. Aşama uyum eğitimine katılmış büyük çoğunluğu genç olan hekim grubunda tükenmişlik sendromunun varlığını ve yaygınlığını saptamak, tükenmişlik düzeyini etkileyen faktörleri belirlemek ve ortaya konan durum ile gerekli tedbirlerin alınması sağlanarak tükenmişliğin ortadan kaldırılması, asgari düzeye indirilmesi yada önlenmesi için farkındalık oluşturulması amaçlanmıştır.

2. Gereç ve Yöntemler

2.1.Araştırma Türü

Bu araştırma, tanımlayıcı ve kesitsel tipte bir çalışmadır.

2.2. Araştırma Yeri ve Zamanı

Araştırma Ankara ilinde Mart 2014 ve Mart 2015 tarihleri arasında yapılmıştır.



2.3. Araştırmanın Evreni, Örneklemi ve Araştırma Yöntemi

Araştırmanın evrenini AH'ne yönelik Türkiye Halk Sağlığı Kurumu (THSK) tarafından düzenlenen 15adet AH'liği 1. aşama uyum eğitimine katılan hekimler oluşturmuştur. Veri toplama aşamasından önce araştırma için gerekli örneklem sayısı G*Power 3.1 programı kullanılarak belirlenmiştir (Faul ve diğerleri, 2009). Etki büyüklüğü 0,25, alfa düzeyi 0,05 ve güç %80 olarak alındığında toplam örneklem sayısı 231, güç %95 olarak alındığında ise örneklem sayısı 343 olarak bulunmuştur. Çalışmamızda evrenin tamamına ulaşılması hedeflenmiştir. Çalışmanın yapıldığı tarihlerde Türkiye'de 21696 AH çalışmaktadır, evrenimizi oluşturan aile hekimliğine yeni başlamış hekimler tüm aile hekimlerinin %3.65'ini oluşturmaktadır (Bulut ve diğerleri, 2019). Çalışma, hekimler ile yüz yüze görüşme yöntemi ile anket formu kullanılarak yapılmış, çalışmaya katılmak istemeyenler çalışmanın dışında bırakılarak 858 (%98.73) kişiye anket formu uygulanmıştır. Anket formlarını eksik dolduranlar ve AH olarak çalışmayanlar çalışmanın dışında bırakılarak toplam 835 (%96.08) kişi çalışmaya dahil edilmiştir.

2.4. Veri Toplama Araçları

Veri toplama aracı olarak araştırmacılar tarafından literatür taranarak oluşturulan 26 soruluk, sosyo-demografik ve tanımlayıcı bilgileri içeren anket formu ve Maslach Tükenmişlik Ölçeği'nin (MTÖ) 22 ifadeyi içeren kısa formu kullanılmıştır. Ölçek G. Canan Ergin tarafından Türkçe'ye uyarlanmış olup yazardan ölçek kullanım izni alınmıştır. Kişisel bilgi formu 25 kişiyle yapılan ön değerlendirme anketi ile revize edilerek oluşturulmuştur. Kullanılan MTÖ, DT (9 madde), D (5madde) ve KB hissi (8 madde) olmak üzere üç boyut altında 22 maddeden oluşmaktadır. Maslach ve Jackson'un önerdiği, diğer araştırmacıların da uyguladığı gibi varimax rotasyon yapılarak yeniden değerlendirilmiştir. Sonuçta, DT, D ve KB olmak üzere üç temel faktör ortaya çıkmıştır (Ergin, 1992). MTÖ'de puanlama sonucunda toplam puan ve alt ölçek puanları elde edilmektedir. DT ve D boyutları olumsuz, KB duygusunda azalma boyutu olumlu ifadelerden oluşmaktadır. DT ve D alt ölçeklerinden alınan yüksek puan, KB alt ölçeğinden alınan düşük puan tükenmişliği göstermektedir (Önen Sertöz ve diğerleri, 2021). DT ve D alt ölçeklerindeki maddeler; 0 = hiçbir zaman, 1 = çok nadir, 2 = bazen, 3 = çoğu zaman, 4 = her zaman şeklinde; KB alt ölçeğinin maddeleri ise ters puanlanarak alt ölçek puanları ve toplam puan elde edilmiştir. Ergin'e göre tükenmişlik düzeyleri: DT alt ölçeğinde 27 ve üzeri yüksek, 17 – 26 normal, 0 – 16 düşük; D alt ölçeğinde 13 ve üzeri yüksek, 7 – 12 normal, 0 – 6 düşük; KB alt ölçeğinde 0 – 31 yüksek, 32 – 38 normal, 39 ve üzeri düşüktür (Ergin, 1992). Ergin, üç boyuta ait Cronbach alpha güvenirlik katsayılarını DT için 0.83, D için 0.65 ve KB hissi için 0.72 olarak bulmuştur (Türkili ve diğerleri, 2022).

2.5. Etik Hususlar

Bu çalışma Helsinki Bildirgesi ilkelerine uygun olarak 'THSK Temel Sağlık Hizmetlerinde Araştırma İzin Taleplerini Değerlendirme Komisyonu'ndan izin alınarak yapılmıştır (17.01.2014/67350377).

2.6. Verilerin Değerlendirilmesi

Sürekli değişkenlerin tanımlayıcı istatistiklerinde ortalama ve standart sapma, kategorik değişkenlerin tanımlanmasında ise frekans (n) ve yüzde (%) değerleri verilmiştir. Değişkenlerin normallik varsayımları çarpıklık ve basıklık katsayıları, Kolmogorov Smirnov testi ve Histogram ile incelenmiş ve normal dağılım göstermeyen sürekli değişkenlerin iki grup arasında karşılaştırılmasında Mann–Whitney U testi, üç ve üzeri gruplar arasında karşılaştırılmasında ise Kruskal-Wallis testi kullanılmıştır. Kruskal-Wallis testi sonucunda anlamlı bir farklılığın elde edilmesi durumunda farkın hangi gruplar arasından kaynaklandığını belirlemek amacıyla ise Bonferroni düzeltilmeli Mann-Whitney U testi yapılmıştır. Normallik varsayımının karşılandığı durumlarda ise ikili gruplarda bağımsız örneklemelerde t testi, üç ve üzeri gruplarda isetek yönlü



varyans analizi kullanılmıştır. ANOVA analizinde anlamlı bir farklılığın elde edilmesi durumunda ise Post-Hoc analizi uygulanmıştır. Korelasyon analizinden elde edilen korelasyon katsayıları Schober ve arkadaşlarının çalışmasına göre yorumlanmıştır (Schober ve diğerleri, 2018). Bütün analizlerde 'IBM SPSS Versiyon23' programı kullanılmış ve anlamlılık düzeyi olarak $p < 0.05$ değeri kabul edilmiştir.

3. Bulgular

Araştırmaya 644'ü (%77.1) erkek 191'i (%22.9) kadın olmak üzere toplam 835 AH katılmıştır. Örneklemin yaş aralığı 23 ile 65 arasında değişmekte olup yaş ortalaması 28.43 standart sapma 4.31 olarak bulunmuştur. Katılımcıların 566'sı (%67.8) bekadır, 814'ü (%97.5) Aile Sağlığı Merkezi (ASM) çalışandır. 21 kişi entegre hastane çalışandır. AH'nin çalıştığı bölgelere göre dağılımı incelendiğinde en fazla AH'nin çalıştığı bölge Doğu Anadolu'dur (%32.9) ve 332'sinin (%39.8) AH olarak çalışma süresi 2-6 ay arasında değişmektedir. Hekimlerin %72.9'unun hekimlikte geçen toplam süreleri 13 ay-5 yıl arasında değişmektedir. AH'nin diğer sosyodemografik özelliklerine göre dağılımları Tablo 1'de gösterilmiştir.

Tablo 1. AH'nin Bazı Özelliklerinin Frekans ve Yüzde Değerleri

Değişken	Frekans	Yüzde
Sorumlu olunan nüfus sayısı		
0-2000	97	11,6
2001-3000	276	33,1
3001-4000	406	48,6
4000 ve üzeri	56	6,7
Hobileri olma durumu		
Var	755	90,4
Yok	80	9,6
Mesleği değiştirmeyi düşünme durumu		
Sıklıkla	252	30,2
Bazen	346	41,4
Nadiren	152	18,2
Hiçbir zaman	85	10,2
Mesleğini yürütmede esas belirleyici faktör**		
Mesleği sevmek	330	39,5
Ekonomik nedenler	456	54,6
Bir sebebi yok	60	7,2
Toplumsal nedenler	122	14,6
Mesleki sorunların en çok paylaşıldığı kişiler**		
Aile bireyleri	219	26,2
Meslektaşlar	475	56,9
İdareciler	35	4,2
Arkadaşlar	232	27,8
Kimseyle paylaşmam	26	3,1
Mesleki sıkıntılarının ev ve aile yaşantısını olumsuz etkileme durumu*		
Sıklıkla	180	21,6
Bazen	372	44,6
Nadiren	220	26,3
Hiçbir zaman	63	7,5
Ruh sağlığını antidepresan kullanmayı gerektirecek kadar bozuk olduğunu düşünme durumu		
Evet	162	19,4
Bazen	10	1,2
Hiçbir zaman	663	79,4
Alkol kullanma durumu		
Kullanmıyorum	472	56,5
Bazen	295	35,3
Sıklıkla	61	7,3
Hergün	7	0,9
Meslek yaşamında olumsuz hasta davranışı ile (sözlü ya da fiili) karşılaşma durumu		



Sıklıkla	188	22,5
Bazen	421	50,4
Nadiren	213	25,5
Hiçbir zaman	13	1,6
Yeterli süre ve nitelikte uyuduğunu düşünme durumu		
Evet	424	50,8
Hayır	411	49,2
Mesleğini yaparken yeterince inisiyatif kullanabildiğini düşünme durumu		
Evet	468	56,0
AH'ni bırakmayı düşünme durumu		
Evet	480	57,5
Hayır	324	38,8
Bazen	31	3,7
Mesleki gelecekleri hakkındaki hisleri		
İyimser	109	13,1
Kötümser	365	43,7
Kararsız	361	43,2
Mesleğinizi olumsuz olarak eleştirme sıklığı		
Sıklıkla	299	35,82
Bazen	401	48,02
Nadiren	118	14,13
Hiçbir zaman	17	2,03

*AH: Aile hekimleri, **Birden fazla cevap verilmiştir.

Ölçeğin güvenilirliğini değerlendirmek amacıyla Cronbach alfa katsayıları hesaplanmış ve DT için 0.876, KB için 0.732 ve D için 0.754 olarak saptanmıştır. Toplam ölçek için Cronbach alfa katsayısı 0.890 olarak bulunmuştur.

Bütün AH'nin MTÖ-KB alt boyutu puan ortalaması 27.72 ± 3.77 , DT alt boyutu puan ortalaması 26.61 ± 6.42 ve D alt boyutu puan ortalaması 11.71 ± 3.53 olarak bulunmuştur (Tablo 2).

Tablo 2. AH'nin Bazı Değişkenlerinin Ortalama, Standart Sapma, Medyan, Minimum ve Maksimum Puan Değerleri

Değişkenler	n	Ort. \pm SS.	Medyan	(Min. - Maks.)
Yaş	835	$28,43 \pm 4,31$	28,00	(23,00 – 65,00)
Günlük poliklinik sayısı	835	$39,04 \pm 24,14$	35,00	(0,00 – 260,00)
Kişisel başarı	835	$27,72 \pm 3,77$	28,00	(14,00 – 40,00)
Duygusal tükenme	835	$26,61 \pm 6,42$	27,00	(9,00 – 45,00)
Duyarsızlaşma	835	$11,71 \pm 3,53$	12,00	(5,00 – 23,00)

*AH: Aile hekimleri, **n: Sayı, ***Ort: Ortalama, ****SS: Standart Sapma

Hobileri olmayan, yeterli süre ve nitelikte uyuduğunu düşünmeyen, işini yaparken yeterince inisiyatif kullanabildiğini düşünmeyen AH'nin MTÖ-KB alt boyutu puan ortalaması anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur ($p < 0.001$). KB alt puan ortalamalarının diğer değişkenlerle olan ilişkisi Tablo 3'te gösterilmiştir.

Tablo 3. KB Puanlarının Katılımcıların Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

Değişkenler	n	Ort. \pm SS.	Medyan (Min. - Maks.)	p
İşinizi değiştirmeyi düşünme durumu**				$< 0,001$
Sıklıkla	252	$26,43 \pm 3,38$	27,00 (16,00 – 34,00)	
Bazen	346	$27,82 \pm 3,63$	28,00 (14,00 – 37,00)	
Nadiren	152	$28,82 \pm 3,61$	29,00 (19,00 – 38,00)	
Hiçbir zaman	85	$29,22 \pm 4,50$	30,00 (15,00 – 40,00)	



Mesleğinizi yürütmeye esas belirleyici faktör				
Mesleği sevme*				<0,001
Evet	330	29,20 ± 3,74	30,00 (15,00 – 40,00)	
Hayır	505	26,76 ± 3,48	27,00 (14,00 – 36,00)	
Ekonomik nedenler*				<0,001
Evet	456	26,97 ± 3,57	27,00 (15,00 – 36,00)	
Hayır	379	28,63 ± 3,82	29,00 (14,00 – 40,00)	
Toplumsal nedenler *				0,004
Evet	122	26,82 ± 3,50	27,00 (14,00 – 36,00)	
Hayır	713	27,88 ± 3,80	28,00 (15,00 – 40,00)	
Bir sebebi yok*				0,012
Evet	60	26,78 ± 2,84	27,00 (21,00 – 32,00)	
Hayır	775	27,80 ± 3,83	28,00 (14,00 – 40,00)	
İşteki sıkıntıların aile yaşamını etkileme durumu**				<0,001
Sıklıkla	180	26,87 ± 3,76	27,00 (14,00 – 36,00)	
Bazen	372	27,23 ± 3,66	28,00 (15,00 – 38,00)	
Nadiren	220	28,78 ± 3,44	29,00 (15,00 – 38,00)	
Hiçbir zaman	63	29,37 ± 4,30	30,00 (19,00 – 40,00)	
Antidepresan kullanma ihtiyacıolduğunu düşünme durumu**				<0,001
Evet	162	25,99 ± 3,62	26,00 (14,00 – 35,00)	
Hayır	663	28,11 ± 3,70	28,00 (15,00 – 40,00)	
Bazen	10	30,00 ± 3,06	30,50 (25,00 – 34,00)	
Sigara kullanma durumu**				0,159
Hiç kullanmadım	376	27,56 ± 3,58	28,00 (17,00 – 38,00)	
Biraktım	78	28,46 ± 4,49	29,00 (16,00 – 38,00)	
Kullanıyorum	381	27,73 ± 3,79	28,00 (14,00 – 40,00)	
Alkol kullanma durumu**				0,864
Kullanmıyorum	472	27,80 ± 3,85	28,00 (14,00 – 38,00)	
Bazen	295	27,68 ± 3,68	28,00 (15,00 – 40,00)	
Sıklıkla	61	27,39 ± 3,60	27,00 (20,00 – 36,00)	
Hergün	7	27,43 ± 4,61	28,00 (21,00 – 34,00)	
Mesleğini uygularken sözlü ya da fiili, olumsuz hasta davranışı ile karşılaşma durumu**				<0,001
Sıklıkla	188	27,05 ± 3,94	27,00 (15,00 – 38,00)	
Bazen	421	27,51 ± 3,57	28,00 (14,00 – 38,00)	
Nadiren	213	28,59 ± 3,67	29,00 (16,00 – 38,00)	
Hiç karşılaşmıyorum	13	30,38 ± 5,97	32,00 (15,00 – 40,00)	
AH'ni bırakma düşüncesi**				<0,001
Evet	480	27,09 ± 3,74	27,00 (14,00 – 38,00)	
Hayır	324	28,72 ± 3,65	29,00 (18,00 – 40,00)	
Bazen	31	27,23 ± 3,55	27,00 (20,00 – 33,00)	
Mesleki gelecek hakkındaki hisler**				<0,001
İyimser	109	29,90 ± 3,88	30,00 (15,00 – 40,00)	
Ne iyimser ne kötümser	361	27,89 ± 3,53	28,00 (17,00 – 36,00)	
Kötümser	365	26,91 ± 3,71	27,00 (14,00 – 37,00)	
Mesleğini olumsuz olarak eleştirme sıklığı**				<0,001
Sıklıkla	299	26,83 ± 3,69	27,00 (14,00 – 36,00)	
Bazen	401	27,83 ± 3,53	28,00 (16,00 – 37,00)	
Nadiren	118	29,12 ± 3,79	29,00 (15,00 – 38,00)	



Hiçbir zaman	17	31,35 ± 5,33	31,00 (22,00 – 40,00)
*Bağımsız örneklerde t test; ** Tek Yönlü Varyans Analizi			

KB:Kişisel Başarı, *n: Sayı, *****Ort: Ortalama, *****SS: Standart Sapma

KB alt boyut puan ortalamaları Tablo 6’da gösterildiği gibi DT ($r= 0.446$, $p<0.001$) ve D ($r= 0.441$, $p<0.001$) ile negatif yönde orta düzeyde, yaş ($r=0.103$, $p=0.003$) ile pozitif yönde düşük düzeyde ve çocuk sayısı ($r=0.099$, $p=0.004$) ile pozitif yönde çok düşük düzeyde anlamlı olarak ilişkili bulunmuştur.

DT alt boyutu puan ortalamasına bakıldığında; hobileri olmayan, yeterli süre ve nitelikte uyuduğunu düşünmeyen, çalışma süresi daha uzun olan, alkol kullanan, olumsuz hasta davranışı ile karşılaşan AH’nin MTÖ-DT alt boyutu puan ortalaması anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ($p<0.001$). DT’nin diğer değişkenlerle olan ilişkisi Tablo 4’te gösterilmiştir.

Tablo 4. DT Puanlarının Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerine göre Karşılaştırılması

Değişkenler	n	Ort. ± SS.	Medyan (Min. -Maks.)	p
Mesleği değiştirmeyi düşünme durumu**				<0,001
Sıklıkla	252	30,77 ± 6,29	31,00 (15,00 – 45,00)	
Bazen	346	26,46 ± 5,08	27,00 (15,00 – 41,00)	
Nadiren	152	23,28 ± 4,75	23,00 (10,00 – 36,00)	
Hiçbir zaman	85	20,91 ± 6,27	20,00 (9,00 -35,00)	
Mesleği yürütmede esas belirleyici faktör				
Mesleği sevme*	330	23,95 ± 6,10	24,00 (9,00 –45,00)	<0,001
Ekonomik nedenler*	456	27,67 ± 6,24	28,00 (11,00 – 45,00)	<0,001
Toplumsal nedenler*	122	28,10 ± 6,04	28,50 (14,00 – 42,00)	0,006
Bir sebebi yok*	60	28,20 ± 5,64	27,00 (16,00 – 41,00)	0,047
Mesleki sorunların en çok paylaşıldığı kişiler				
Aile bireyleri*	219	26,53 ± 6,70	26,00 (10,00 – 45,00)	0,820
Meslektaşlar*	475	26,40 ± 5,97	26,00 (10,00 – 45,00)	0,263
İdareciler*	35	25,46 ± 7,18	25,00 (10,00 – 42,00)	0,276
Arkadaşlar*	232	26,93 ± 6,42	27,00 (10,00 – 45,00)	0,384
Kimseyle paylaşmam*	26	25,38 ± 8,75	28,50 (9,00 – 38,00)	0,321
Mesleki sıkıntıların ev ve aile yaşantısımolumsuz olarak etkileme durumu**				<0,001
Sıklıkla	180	30,78 ± 5,98	30,00 (16,00 -45,00)	
Bazen	372	27,01 ± 5,73	27,00 (11,00-45,00)	
Nadiren	220	23,64 ± 5,30	23,00 (13,00-41,00)	
Hiçbir zaman	63	22,75 ± 7,57	23,00 (9,00-41,00)	
Ruh sağlığının antidepresan kullanmayı gerektirecek kadar bozuk olduğunu düşünme durumu**				<0,001
Evet	162	31,02 ± 6,10	31,00 (13,00-44,00)	
Hayır	663	25,58 ± 6,04	25,00 (9,00-45,00)	
Bazen	10	24,00 ± 6,00	25,50 (14,00-30,00)	
Sigara kullanma durumu**				0,380
Hiç kullanmadım	376	26,53 ± 6,18	26,00 (10,00-43,00)	
Bıraktım	78	25,79 ± 7,18	25,00 (9,00--45,00)	
Kullanıyorum	381	26,87 ± 6,49	27,00 (9,00-45,00)	
Alkol kullanma durumu**				0,012
Kullanmıyorum	472	26,09 ± 6,31	26,00 (9,00-45,00)	
Bazen	295	27,20 ± 6,54	26,00 (9,00-45,00)	
Sıklıkla	61	27,28 ± 6,33	27,00 (11,00-41,00)	
Hergün	7	31,86 ± 6,07	29,00 (27,00-41,00)	



Meslek yaşamında olumsuz hasta davranışı ile (sözlü ya da fiili) karşılaşma durumu**				<0,001
Sıklıkla	188	29,87 ± 6,64	29,00 (9,00-45,00)	
Bazen	421	26,75 ± 5,79	26,00 (10,00-45,00)	
Nadiren	213	23,92 ± 5,90	24,00 (10,00-42,00)	
Hiç karşılaşmıyorum	13	19,31 ± 5,88	20,00 (9,00-29,00)	
Yeterli süre ve nitelikte uyuduğunu düşünme durumu*				<0,001
Evet	424	24,49 ± 6,07	24,00 (9,00 – 45,00)	
Hayır	411	28,81 ± 6,03	29,00 (11,00 – 45,00)	
İşini yaparken yeterince inisiyatif kullanabildiğini düşünme durumu*				<0,001
Evet	468	25,02 ± 6,18	25,00 (9,00-45,00)	
Hayır	367	28,64 ± 6,14	29,00 (11,00-45,00)	
AH'ni bırakmayı düşünüyor olma durumu**				<0,001
Evet	480	28,42 ± 6,26	28,00 (10,00 – 45,00)	
Hayır	324	23,92 ± 5,85	24,00 (9,00- 41,00)	
Bazen	31	26,84 ± 4,75	27,00 (18,00 – 39,00)	
Mesleki geleceği hakkındaki duygu ve düşünceleri**				<0,001
İyimser	109	22,06 ± 5,85	22,00 (9,00-33,00)	
Ne iyimser ne kötümser	361	25,01 ± 5,22	25,00 (11,00-38,00)	
Kötümser	365	29,56 ± 6,32	29,00 (13,00 – 45,00)	
Mesleğini olumsuz olarak eleştirme sıklığı**				<0,001
Sıklıkla	299	30,60 ± 5,95	30,00 (11,00 – 45,00)	
Bazen	401	25,39 ± 5,11	25,00 (13,00 – 42,00)	
Nadiren	118	21,98 ± 5,21	22,00 (11,00 – 36,00)	
Hiçbir zaman	17	17,59 ± 7,56	15,00 (9,00-32,00)	

*Bağımsız örneklemelerde t test; ** Tek Yönlü Varyans Analizi,***DT:Duygusal Tükenmişlik, ****n: Sayı, *****Ort:Ortalama, *****SS: Standart Sapma

DT alt boyut puan ortalamaları; D (r= 0.589, p<0.001) ile pozitif yönde orta düzeyde ve günlük poliklinik sayısı (r= 0.106, p=0.002) ile pozitif yönde düşük düzeyde, yaş ile (r= 0.093, p=0.007) negatif yönde çok düşük düzeyde anlamlı olarak ilişkili bulunmuştur (Tablo 5).

Tablo 5. Tükenmişlik Ölçeği Alt Boyutları ile Yaş, Günlük Poliklinik Sayısı ve Çocuk Sayısı Arasındaki Korelasyonlar

		1	2	3	4	5	6
1. Kişisel başarı	r	-					
	p	-					
2. Duygusal tükenme	r	-0,446	-				
	p	<0,001	-				
3. Duyarsızlaşma	r	-0,441	0,589	-			
	p	<0,001	<0,001	-			
4. Yaş	r	0,103	-0,093	-0,114	-		
	p	0,003	0,007	0,001	-		
5. Günlük poliklinik sayısı	r	-0,016	0,106	0,047	0,044	-	
	p	0,648	0,002	0,174	0,204	-	
6. Çocuk sayısı	r	0,099	-0,045	-0,098	0,379	0,080	-
	p	0,004	0,193	0,004	<0,001	0,020	-



D alt boyutu puan ortalamasına bakıldığında; bekâr olan ve hobileri olmayan AH'nin MTÖ-D alt boyutu puan ortalaması anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (sırasıyla; $p=0.041$, $p=0.013$). İşiyile ilgili sorunları en çok idarecilerle paylaşan AH'nin D alt boyut puan ortalaması anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur ($p=0.002$). Diğer değişkenlerle olan ilişkileri Tablo 6'da gösterilmiştir.

Tablo 6. D Puanlarının Katılımcıların Bazı Özelliklerine Göre Karşılaştırılması

Yanıtlar	n	Ort. ± SS.	an (Min. -Maks.)
Cinsiyet*			0,361
Erkek	644	11,66 ± 3,58	11,00 (5,00 – 23,00)
Kadın	191	11,88 ± 3,35	12,00 (5,00 – 20,00)
Mesleğin değiştirmeyi düşünme durumu**			<0,001
Sıklıkla	252	13,12 ± 3,33	13,00 (5,00 – 23,00)
Bazen	346	11,66 ± 3,43	11,50 (5,00 – 23,00)
Nadiren	152	10,44 ± 3,13	10,00 (5,00 – 21,00)
Hiçbir zaman	85	10,04 ± 3,56	10,00 (5,00 – 20,00)
Mesleği yürütmeye esas belirleyici faktör			
Mesleği sevmeye*	330	10,46 ± 3,30	10,00 (5,00 – 23,00) <0,001
Ekonomik nedenler*	456	12,33 ± 3,52	12,00 (5,00 – 23,00) <0,001
Toplumsal nedenler*	122	11,93 ± 3,14	12,00 (5,00 – 21,00) 0,389
Bir sebebi yok*	60	12,22 ± 3,44	12,00 (5,00 – 19,00) 0,182
Mesleki sıkıntılarının ev ve aile yaşantısını olumsuz olarak etkileme durumu**			<0,001
Sıklıkla	180	13,18 ± 3,44	13,00 (5,00 – 23,00)
Bazen	372	11,95 ± 3,40	12,00 (5,00 – 23,00)
Nadiren	220	10,48 ± 3,10	10,00 (5,00 – 21,00)
Hiçbir zaman	63	10,43 ± 4,04	9,00 (5,00 – 21,00)
Ruh sağlığının antidepresan kullanmayı gerektirecek kadar bozuk olduğunu düşünme**			<0,001
Evet	162	13,51 ± 3,38	13,00 (5,00 – 22,00)
Hayır	663	11,30 ± 3,42	11,00 (5,00 – 23,00)
Bazen	10	9,80 ± 3,36	9,50 (5,00 – 17,00)
Meslek yaşamında olumsuz hastadavranışı ile (sözlü ya da fiili) karşılaşma durumu**			<0,001
Sıklıkla	188	13,17 ± 3,74	13,00 (6,00 – 23,00)
Bazen	421	11,78 ± 3,26	12,00 (5,00 – 23,00)
Nadiren	213	10,54 ± 3,29	10,00 (5,00 – 21,00)
Hiç karşılaşmıyorum	13	7,69 ± 2,90	6,00 (5,00 – 15,00)
Yeterli süre ve nitelikte uyuduğunu düşünme durumu*			0,001
Evet	424	11,28 ± 3,41	11,00 (5,00 – 23,00)
Hayır	411	12,16 ± 3,59	12,00 (5,00 – 23,00)
İşini yaparken yeterince inisiyatif kullanabildiğini düşünme durumu*			<0,001
Evet	468	11,13 ± 3,45	11,00 (5,00 – 23,00)
Hayır	367	12,46 ± 3,49	12,00 (5,00 – 22,00)
AH'ni bırakmayı düşünme durumu**			<0,001
Evet	480	12,34 ± 3,53	12,00 (5,00 – 23,00)
Hayır	324	10,80 ± 3,35	11,00 (5,00 – 22,00)
Bazen	31	11,55 ± 3,37	12,00 (5,00 – 18,00)
Mesleki geleceği hakkındaki duygu ve düşünceler**			<0,001
İyimser	109	10,14 ± 3,06	10,00 (5,00 – 21,00)
Ne iyimser ne kötümser	361	11,07 ± 3,17	11,00 (5,00 – 23,00)



Kötümser	365	12,82 ± 3,66	13,00 (5,00 – 23,00)
Mesleğini olumsuz olarak eleştirme sıklığı**			<0,001
Sıklıkla	299	13,01 ± 3,58	13,00 (5,00 – 23,00)
Bazen	401	11,37 ± 3,24	11,00 (5,00 – 23,00)
Nadiren	118	10,03 ± 3,07	10,00 (5,00 – 17,00)
Hiçbir zaman	17	8,53 ± 3,45	7,00 (5,00 – 15,00)

*Mann Whitney Test; **Kruskal Wallis Analizi,***D:Duyarsızlaşma, ****n: Sayı, *****Ort: Ortalama, *****SS: Standart Sapma

D alt puan ortalamaları; yaş ($r=0.114$, $p=0.001$) ile negatif yönde düşük düzeyde ve çocuk sayısı ($r=0.098$, $p=0.004$) ile negatif yönde çok düşük düzeyde anlamlı olarak ilişkili bulunmuştur (Tablo 5).

Yaş; çocuk sayısı ($r=0.379$, $p<0.001$) ile pozitif yönde düşük düzeyde anlamlı olarak ilişkili bulunmuştur. Günlük poliklinik sayısı çocuk sayısı ($r=0.080$, $p=0.020$) ile pozitif yönde çok düşük düzeyde anlamlı olarak ilişkili bulunmuştur.

4. Tartışma

Çalışmamızın sonuçlarına göre DT ve D'nin normal, KB'nın yüksek olduğu tespit edilmiş olup mesleğin henüz başında olan AH'nin genel anlamda bir tükenmişlik içinde olmadığı dikkati çekmektedir. DT, D ve KB hissinin azalması ile karakterize bir durum olan tükenmişlik sendromu 2019 ICD-11'de başarılı yönetilemeyen kronik iş stresine bağlı durum olarak tanımlanır (Niconchuk ve Hyman, 2020). Çalışmamızda değişkenlere göre tükenmişlik düzeylerini irdelediğimizde, yaş arttıkça DT ve D alt puan ortalamaları azalmakta KB alt boyut puan ortalaması artmaktadır. Çalışma süresinin artmasıyla KB alt boyut puan ortalaması anlamlı olarak azalmakta ($p<0.024$), günlük yapılan poliklinik sayısı arttıkça DT artmaktadır ($p<0.05$). Hekimlerin %38.8'i aile hekimliğini sürdürme, %57.5'i aile hekimliğini bırakma isteği içindedir. Aile hekimliğini bırakmak isteyenlerde tükenmişlik yüksek olup, sürdürmeye kararlı olanlarla fark anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Hekimlerin %20.59'u ruhsal durumlarında antidepresan kullanmayı gerektirecek kadar sorun olduğunu tanımlamıştır. Ruhsal sorun varlığı tükenmişliği arttıran bir faktör olarak bulunmuştur. İşle ilgili sorunları en çok idarecilerle paylaşan AH'nin idareciler dışındakilerle paylaşanlara göre D alt boyut puan ortalaması anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur ($p=0.002$). Hekimlerin %56.9'u sorunlarıyla başa çıkmayı meslektaşlarıyla konuşarak yaptıklarını belirtmişlerdir.

Bizim çalışma sonuçlarımızı literatürle karşılaştırdığımızda, mesleğe yeni başlamış hekimlerle ilgili yapılmış bir çalışma bulunmamaktadır, ancak ABD'li doktorların %44'ünün tükenmişlik semptomları yaşadığını gösteren veriler mevcuttur (West ve diğerleri, 2020). Bosna Hersek'te, Stanetić ve arkadaşlarının birinci basamakta çalışan doktorların tükenmişlik ve stres durumunu araştırdıkları %85.5'i kadın olan 211 denekli çalışmalarında, kadın doktorlarda ve yaş artışıyla birlikte DT'in daha fazla olduğunu saptamışlar, yüksek stres durumunun DT'liği arttırdığını tespit etmişlerdir (Stanetić ve diğerleri, 2019). Bizim çalışmamızda yaş artışında DT ve D azalmış KB hissi artmış olarak bulunmuş, cinsiyet açısından anlamlı fark bulunamamıştır. Son zamanlarda yapılmış birçok çalışmada yaş ve cinsiyetle ilgili farklı sonuçlar saptanmıştır. Bazı çalışmalarda kadınlarda, bazılarında erkeklerde tükenmişliğin daha yüksek oranda çıktığı tespit edilmişken diğerlerinde cinsiyetler arası farklılık bulunmamıştır (Ergin, 1992; Hagira ve Murata, 2021; Hoff ve Lee, 2021; Jain ve diğerleri, 2020; Türkmenoğlu ve Sümer, 2017). Meslek hayatının başlarında olup tecrübesiz olan hekimlerde daha tecrübeli olan hekimlere göre tükenmenin daha yoğun yaşandığı bilinmektedir. Yaş, yıl ve tecrübe arttıkça duyarsızlaşmanın azalması, hekimlerin tecrübeye dayalı iletişim becerilerinin artması ve stresi kontrol mekanizmalarının gelişmiş olmasına bağlanabilir. Bu bulgu genç hekimlerde mesleğe bağlılık ve kontrolü elde bulundurma duygusunun tam olarak gelişmemiş olmasıyla açıklanabilir. Ayrıca meslekte daha yeni olanların, hiyerarşik ilişkilerinde üzerlerinde daha



fazla kontrol olması, inisiyatif kullanamamaları, rutin uygulamaları yapmak zorunda kalmaları da etken olabilir (Dyrbye ve diğerleri, 2013; Yakut ve diğerleri, 2013).

Çalışmamızda antidepresan kullanımının, olumsuz hasta davranışıyla karşılaşmanın, mesleki gelecek hakkında kötümser düşüncelere sahip olmanın tükenmişlik sendromuyla ilişkili olduğu bulunmuştur. Alkol tüketimi duygusal tükenmişliği fazla olanlarda yüksektir. Bazı araştırmalarda fiili ya da sözel hasta şiddetiyle karşılaşmanın, sigara ve alkol tüketiminin, mesleki gelecek hakkında olumsuz hislere sahip olmanın tükenmişlik sendromuyla ilişkilendirildiği görülmüştür (Slabšinskienė ve diğerleri, 2021).

Tükenmişlik Sendromunun ortaya çıkmasında kişilik özelliklerinin etkili olduğu, bu durumun azaltılmasında kişisel, yapısal ve kurumsal müdahalelerin gerekliliği çalışmalarla ortaya konmuştur (West ve diğerleri, 2016). Kişilik özellikleriyle tükenmişlik sendromu arasındaki ilişkileri inceleyen çalışmaların artırılmasının kişisel ve kurumsal destek programları oluşturulması açısından faydası olabilir. Yapılan çalışmalarda tükenmişlik oranının 44%-54% arasında değiştiği gösterilmiştir (West ve diğerleri, 2016). Barselona’da birinci basamak sağlık çalışanlarıyla yapılan bir başka çalışmada tükenmişliğin alt boyutlarından (DT, D ve düşük KB) en az birinin görülme sıklığı %46 olarak tespit edilmiştir (Önen Sertöz ve diğerleri, 2021). Bir çalışmada; Avrupa Birliği’ne (AB) üye ülkelerde tükenmişlik sıklığının ortalama %10 iken AB üyesi olmayan ülkelerde %17 olduğu bildirilmiş, bu çalışmada tükenmişlik sıklığı Türkiye’de %25 olarak ifade edilmiştir. 2020 Medscape Ulusal Doktor Tükenmişliği ve İntihar Raporuna göre ise tükenmişlik oranı %43 olarak verilmiştir. Raporda aile hekimlerinde bu oran %46 olarak bildirilmiş, kadınlarda tükenmişlik belirtilerinin erkeklere göre daha yüksek oranlarda görüldüğü rapor edilmiştir (De Hert, 2020; Kane, 2020).

Son zamanlarda yapılan çalışmalarda hekimlerin işdoymu düzeylerinin azaldığı, ABD’de tüm meslekler içerisinde intihar hızlarının hekimler arasında en yüksek seviyede olduğu tespit edilmiştir. Artmış intihar oranlarının ana nedeninin tükenmişlik olduğu düşünülmektedir. Hekimlerin tükenmişliği bir dünya sorunu olarak sağlık hizmetlerinin kalitesini düşürüp sağlık hizmetleri politikasının etkinliğini azalttığından sorunun çözümü için öncelikle bu duruma yol açan temel faktörlerin belirlenmesi gerekmektedir. Yapılan çalışmalar tükenmişlik riski üzerinde işe bağlı özelliklerin kişisel özelliklerden daha belirleyici olduğunu göstermiştir. Fazla iş yükü, uzun ve düzensiz çalışma saatleri, kronik hastalıklarla uğraşmak, işyerinde çatışmaların yaşanması ‘tükenme’de rol oynamaktadır. Kronik iş stresi, özellikle fazla çalışma, tükenmişliğin ana nedenidir. Bunlar hekimlerin meslek özelliklerinin ve çalışma yaşam kalitesinin tükenmişlikte önemli olduğunu düşündürmektedir (Mete ve diğerleri, 2020).

5. Sonuç ve Öneriler

Günümüzde sağlık çalışanlarının tükenmesini kişisel bir yetersizlikten ziyade sosyal, kültürel ve teknolojik baskıların bir sonucu olarak değerlendirmek gerekir. Sonuç olarak, kişisel faktörlerin, olumsuz hasta davranışıyla karşılaşmanın, yaşın, çalışma süresi ve iş yoğunluğunun, çalışılan bölgenin, idarecilerle olan ilişkilerin tükenmişliği etkilediği tespit edilmiştir.

Hekimlerde olumsuz hasta davranışıyla karşılaşma yüksek oranda görülmektedir. Güvenlik risklerinin saptanarak olumsuz durumların oluşmasına engel olmak ya da ortadan kaldırılmak için gerekli müdahalelerin yapılmasının, ayrıca çalışanların itibarının artırılmasına yönelik adımlar atılmasının gerektiği görülmektedir.

Hekimlerde tükenmişlik sorununun çözülebilmesi ve hekim sağlığının geliştirilebilmesi için sağlık politikalarının uygun şekilde geliştirilerek verilecek hizmetlerin ülkenin koşullarına göre planlanması, işe bağlı olumsuz koşulların düzenlenmesi ve kişisel destek programları ile çalışanların tükenmişliğinin önlenilebileceği düşünülmekte ve bu araştırmanın bulgularının ileride yapılacak çalışmalara kaynak oluşturabileceği ve değişkenler açısından bilgi verebileceği düşünülmektedir.



Kaynaklar

- Amanullah, S.R. (2020). The Impact of COVID-19 on Physician Burnout Globally: A Review. *Healthcare (Basel)*, 8(4),421. <https://doi.org/10.3390/healthcare804042>.
- Bulut, S., Arslan, Ç., ve Aynaoglu Hakverdi, Ö. (2019). Aile hekimliğine yeni başlamış hekimlerin sigara içme davranışları. *Türkiye Klinikleri J Health Sci*, 4(3), 306-314.<https://doi.org/10.5336/healthsci.2018-64189>.
- Çankaya, M. (2017). Özel hastane çalışanlarının tükenmişlik düzeyleri ve bir alan uygulaması. *JAV Studies*, 3(9),1-15.
- De Hert, S. (2020). Burnout in healthcare workers: prevalence, impact and preventative strategies, *Local Reg Anesth*, 13, 171-183.
- Dyrbye, L.N., Varkey, P., Boone, S.L., Satele, D.V., Sloan, J.A., ve Shanafelt, T.D. (2013). Physician satisfaction and burnout at different career stages, *Mayo Clin Proc*, 88(12), 1358-1367.
- Ergin, C. (1993). Doktor ve hemşirelerde tükenmişlik ve Maslach tükenmişlik ölçeğinin uyarlanması. R. Bayraktar ve İ. Dağ (Ed.) VII. Ulusal Psikoloji Kongresi Bilimsel Çalışmaları içinde (s. 143-154). VII. Ulusal Psikoloji Kongresi Düzenleme Kurulu ve Türk Psikologlar Derneği Yayını.
- Faul, F., Erdfelder, E., Buchner, A., ve Lang, A.G. (2009). Statistical power analyses using G*Power3.1: Tests for correlation and regression analyses. *Behavior Research Methods*,41, 1149-1160.
- Hagira, A., veMurata, S. (2021). Bournout among physicians in Poland, *Pol Arch Intern Med*,131,612-614. <https://doi.org/10.20452/pamw.16068>.
- Hoff, T., veLee, D.R. (2021, 1 Ağustos). Burnout and Physician Gender: What Do We Know? *Med Care*, 59(8), 711-720. <https://doi.org/10.1097/MLR.0000000000001584>.
- Jain, N., Rome, B.N., Foote, M.B., De Filippis, E.M.,Powe, C., ve Yialamas, M.A. (2020). Sex-Based Role Misidentification and Burnout of Resident Physicians: An Observational Study. *Annals of Surgery*. 10.1097/SLA.0000000000004599. Advance online publication. <https://doi.org/10.1097/SLA.0000000000004599>.
- Kane, L. (2020, 15 Ocak). Medscape National Physician Burnout and Suicide Report: The Generational Divide. *Medscape*. (<https://www.medscape.com/slideshow/2020-lifestyle-burnout-6012460> adresinden 10 Temmuz 2021 tarihinde alınmıştır).
- Mete, B., Değer, M.S. ve Pehlivan, E. (2020). Doktorlarda Mesleki Tükenmişlik Sendromu veÇalışma Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişki. *Anatolian Clinic*, 25(2), 94-101.
- Niconchuk, J.A., veHyman, S.A.(2020). Physician Burnout: Achieving Wellness for Providers and Patients, *Curr Anesthesiol Rep*, 10(3),227-232. <https://doi.org/10.1007/s40140-020-00401-w>.
- Önen Sertöz, Ö., Kuman Tunçel, Ö., Sertöz, N., Hepdurgun, C., İşman Haznedaroğlu, D., ve Bor, C. (2021). Üçüncü Basamak Bir Üniversite Hastanesinde Covid-19 Pandemisinde Sağlık Çalışanlarında Tükenmişlik: Psikolojik Destek İhtiyacının Değerlendirilmesi. *Türk Psikiyatri Derg.*32(2), 75-86.



Schober, P., Boer, C., ve Schwarte, L.A. (2018). Correlation coefficients: appropriate use and interpretation. *Anesthesia & Analgesia*, 126(5), 1763-1768.

Slabšinskienė, E., Gorelik, A., Kavaliauskienė, A., ve Zaborskis, A. (2021). Burnout, lifestyle and relaxation among dentists in Lithuania: a cross-sectional study, *BMC Health Serv Res.* 21(1), 1098. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-07074-z>.

Stanetić, K., Petrović, V., Marković, B., ve Stanetić, B. (2019). The Presence of Stress, Burnout Syndrome and the Most Important Causes of Working Stress Among Physicians in Primary HealthCare - an Observational Study from Banja Luka, Bosnia and Herzegovina, *Acta Med Acad*, 48(2), 159-166. <https://doi.org/10.5644/ama2006-124.254>.

T.C. Resmî Gazete. (2004). Aile Hekimliği kanunu (Yayın no.25665). <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=5258&MevzuatTur=1&MevzuatTertip=5>.

Türkili, S., Aslan, E., ve Tot, Ş. (2022). Türkiye'de sağlık çalışanları arasında koronavirüs salgını nedeniyle yaşanan zorluklar, kaygı, depresyon ve tükenmişlik sendromunun incelenmesi. *Mersin Üniv Sağ. Bil. Derg*, 15(1), 74-87. <https://doi.org/10.26559/mersinsbd.949616>.

Türkmenoğlu, B., ve Sümer, H. (2017). Sivas İl Merkezi Sağlık Çalışanlarının Tükenmişlik Düzeyleri, *Cumhuriyet Üniv. Sağ. Bil. Enst. Derg*, 2(2), 24-34.

West, C.P., Dyrbye, L.N., Erwin, P.J., ve Shanafelt, T.D. (2016), Interventions to prevent and reduce physician burnout: a systematic review and meta-analysis, *The Lancet*, 388(10057), 2272-2281.

West, C.P., Dyrbye, L.N., Sinsky, C., Trockel, M., Tutty, M., Nedelec, L., Carlsare, L.E., ve Shanafelt, T.D. (2020). Resilience and Burnout Among Physicians and the General US Working Population, *JAMA network open*, 3(7), e209385. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.9385>.

Yakut, H.İ., Kapısız, S.G., Durutuna, S., ve Evran, A. (2013). Sağlık alanında çalışma yaşamında tükenmişlik. *Jinekoloji-Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Derg*, 10(38), 1564-1571.

Beyanlar:

Finansal Destek: Bu makalede herhangi bir nakdi/ayni yardım alınmamıştır. Çıkar Çatışması: Herhangi bir kurum, kişi, yazarlar arasında veya yazarların birinci derece yakınları ile çıkar çatışması yoktur. Çalışma herhangi bir tezdin üretilmemiştir, veriler orijinaldir ve yayımlanmak üzere başka bir yere gönderilmemiş, herhangi bir yerde sözlü/yazılı olarak sunulmamıştır. Yazar katkıları; Fikir: ÖAH, SB; Tasarım: ÖAH, SB; Veri Toplama veya İşleme: SB, ÖAH; Analiz/yorum: ÖAH; Literatür taraması: ÖAH, SB; Yazı yazan ÖAH; Eleştirel İnceleme: ÖAH, SB. Etik Açıklamalar: Verilerin toplanabilmesi için S.B. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Başkanlığı Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Alanında Yapılacak Olan Araştırma Taleplerini Değerlendirme Komisyonundan kurul onayı (17.01.2014/67350377) alınmıştır. Çalışma etik kurul onayı gerektiren bir çalışma değildir. Katılımcı hekimlere, araştırmanın amacı hakkında bilgi verilmiş ve onamları alınmıştır. Gönüllülük esasına dayalı olarak araştırmaya katılmayı kabul eden hekimler ile araştırma tamamlanmıştır. Araştırma boyunca Helsinki deklarasyonuna uygun hareket edilmiştir.



Extended Abstract

Introduction: The concept of burnout, which is defined as a psychological syndrome that manifests itself with emotional exhaustion, depersonalization and a feeling of decreased personal achievement, is increasingly accepted as a factor that affects only the physician. Physician burnout can place a serious financial burden on both the physician and the healthcenter, as it can lead to serious consequences such as medical errors, inadequate patient care, patient dissatisfaction and prolonged recovery times. **Aim:** In this study, it is aimed to determine the prevalence of burnout syndrome in physicians who have newly started family medicine practice and participated in family medicine integration training, to determine the factors affecting the level of burnout, and to raise awareness to eliminate or minimize burnout by taking necessary precautions. **Materials and Methods:** The search was carried out with the physicians who participated in the trainings for family physicians in Ankara between 2014-2015. A questionnaire form with face-to-face interviews and the short form of the Maslach Burnout Scale containing 22 statements were used. Kolmogorov Smirnov, Mann-Whitney U test, t-test for independent samples and ANOVA tests were used to evaluate the data. The 'IBM SPSS Version 23' program was used in all analyzes and a p value of <0.05 was accepted as the level of significance. **Results:** According to the results of the research, 67.8% of the participants are single and 97.5% are family healthcenter employees. The average age of the participants is 28.43. The rate of those who have never encountered negative patient behavior is 1.6%. All family physicians' burnout scale personal achievement sub-dimension mean score was 27.72 ± 3.77 , emotional exhaustion sub-dimension mean score was 26.61 ± 6.42 , and depersonalization sub-dimension mean score was 11.71 ± 3.53 . No relationship was found between gender, the number of responsible population, cigarette consumption and burnout, and the insensitivity sub-dimension score was higher in singles ($p < 0.001$). Physicians who have a hobby, like their profession, do not encounter negative patient behavior, sleep enough, can take initiative during the practice of the profession, and can share their professional problems with the administrators, have lower mean scores of emotional burnout and insensitivity, and higher mean score of personal achievement subscale. **Conclusion and suggestions:** It has been determined that personal factors, encountering negative patient behavior, age, long working time, workload, working area and relations with administrators affect burnout. In addition, it is found that physicians encounter negative patient behaviors at a high rate. It is seen that necessary interventions should be made to prevent or eliminate negative situations by detecting security risks, and also to take steps to increase the reputation of employees. In order to solve the burnout problem in physicians and improve physician health, it is thought that the burnout of employees can be prevented by developing appropriate health policies, planning the services to be more efficient in terms of the country, arranging negative work-related conditions and personal support programs. It is thought that the findings of this study will form a reference for future studies and will provide information in terms of variables.