



**T.C. SAğLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ**  
**BAŞAKŞEHİR ÇAM VE SAKURA ŞEHİR HASTANESİ**  
**AİLE HEKİMLİğİ KLİNİğİ**

**İSTANBUL İLİNDE GÖREV YAPAN AİLE HEKİMLİğİ**  
**UZMANLIK ÖğRENCİLERİNİN DEPRESYON DÜZEYİ İLE İŞ**  
**DOYUMU ARASINDAKİ İLİŞKİ VE BUNU ETKİLEYEN DİğER**  
**FAKTÖRLERİN ARAŞTIRILMASI**

**Dr. Elif Bűra ÖZKAYA**

**(TIPTA UZMANLIK TEZİ)**

**İSTANBUL/ 2024**





**T.C. SAğLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ**  
**BAŞAKŞEHİR ÇAM VE SAKURA ŞEHİR HASTANESİ**  
**AİLE HEKİMLİğİ KLİNİğİ**

**İSTANBUL İLİNDE GÖREV YAPAN AİLE HEKİMLİğİ**  
**UZMANLIK ÖğRENCİLERİNİN DEPRESYON DÜZEYİ İLE İŞ**  
**DOYUMU ARASINDAKİ İLİŞKİ VE BUNU ETKİLEYEN DİğER**  
**FAKTÖRLERİN ARAŞTIRILMASI**

**Dr. Elif Bűra ÖZKAYA**

**Tez Danışmanı: Doç. Dr. Hilal ÖZKAYA**

**(TIPTA UZMANLIK TEZİ)**

**İSTANBUL/ 2024**

## TEŞEKKÜR

Kadınların özgürlüğüne ve eğitimine verdiği büyük önem, gösterdiği hedefler ile bu yolda ilerlememde en büyük ışık olan ulu önder Mustafa Kemal ATATÜRK'e,

Uzmanlık eğitimine başladığım ilk günden itibaren bizler için fedakarlıklarını esirgemeyen, bize yol gösteren kıymetli hocam Doç. Dr. Hilal ÖZKAYA'ya,

Asistanlık eğitimim boyunca desteklerini hissettiğim, güler yüzlerini eksik etmeyen uzmanlarıma; asistanlık sürecimin bu kadar güzel geçmesini sağlayan, her türlü zorlukta birbirimize destek olduğumuz asistan arkadaşlarıma,

İstanbul'da geçirdiğim günlerimi onlarsız yapamayacağım canım arkadaşlarım Zülal, Özge ve Şenda'ya,

Üniversitemin bana kazandırdığı, beraber akademide hoca olma hayalleri kurduğum biricik arkadaşım Buşra'ya; ilkokuldan beri yanımda olup beni hep destekleyen canım arkadaşım Irmak'a; aynı sıralarda yıllarca dirsek çürüttüğüm, zorlu tıp eğitiminde yanımda olan kıymetli arkadaşlarım ve meslektaşlarım Duygu ve Pınar'a,

Eğitimimin ve hayatımın her aşamasında arkamda olduklarını bildiğim, beni yetiştirmek için büyük emek sarf eden; erdemli, başarılı ve iyi bir insan olmamda bana örnek olan; her koşulda sevgilerini ve şefkatlerini bana gösteren; en büyük iyikim canım annem Aynur ÖZKAYA ve kızı olmaktan gurur duyduğum canım babam Ünal ÖZKAYA'ya,

Bu hayattaki en büyük şansım olan, bana doğduğum ilk günden beri yol gösteren, desteğini hiç esirgemeyen en yakın arkadaşım ve biricik ablam Başak'a,

Beraber büyüdüğüm, yeri gelince bana ablalık yapan, yıllarca o balkonda kahrımı çekerek doktor olmama yardımcı olan canımın içi kardeşim Bilge'ye,

Hayatıma girdiği ilk günden itibaren bana gerçek sevginin ne olduğunu öğreten; kişiliği, ahlakı ve çalışkanlığı ile örnek aldığım, hayatıma renkleri getiren sevgili hayat arkadaşım Acarkan Dokuzağaç'a,

En içten duygularıyla sonsuz saygı, sevgi ve minnetlerimi sunarım...

Dr. Elif Büşra ÖZKAYA

## İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	i
İÇİNDEKİLER .....	ii
KISALTMALAR .....	iv
TABLO LİSTESİ.....	v
ÖZET.....	vi
ABSTRACT .....	viii
1. GİRİŞ ve AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER .....	2
2.1 AİLE HEKİMLİĞİ.....	2
2.1.1 Aile Hekimliğinin Tanımı .....	2
2.1.2 Aile Hekimliğinin Gelişimi.....	3
2.1.3 Aile Hekiminin Görev, Yetki ve Sorumlulukları.....	4
2.1.4 Türkiye’de Aile Hekimliği.....	5
2.1.5 Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi.....	6
2.2 DEPRESYON .....	7
2.2.1 Depresyon Tanımı ve Epidemiyolojisi.....	7
2.2.2 Depresyon Tanısı ve Belirleyicileri .....	7
2.2.3 Beck Depresyon Ölçeği.....	9
2.3 İŞ DOYUMU .....	9
2.3.1 İş Doyumu Tanımı .....	9
2.3.2 Minnesota İş Doyum Ölçeği .....	9
2.4 İŞ DOYUMU ve DEPRESYONA ETKİ EDEN FAKTÖRLER.....	10
2.4.1 Çevresel Faktörler .....	10

2.4.2 Bireysel Faktörler.....	10
3. GEREÇ ve YÖNTEM.....	11
3.1 ARAŞTIRMANIN TÜRÜ VE KAPSAMI.....	11
3.2 ARAŞTIRMANIN EVRENİ ve ÖRNEKLEMİ .....	12
3.3 ARAŞTIRMAYA DAHİL EDİLME ve DIŞLANMA KRİTERLERİ.....	12
3.3.1 Dahil Edilme Kriterleri .....	12
3.3.2 Dışlanma Kriterleri.....	13
3.4 ARAŞTIRMANIN ETİK KURUL SÜRECİ.....	13
3.5 VERİ TOPLAMA ARAÇLARI ve KULLANILAN ÖLÇEKLER.....	13
3.5.1. Sosyodemografik Veri Formu.....	13
3.5.2. Minnesota İş Doyumu Ölçeği .....	14
3.5.3. Beck Depresyon Envanteri.....	15
3.6. İSTATİSTİKSEL ANALİZ .....	16
4. BULGULAR.....	17
5. TARTIŞMA .....	25
5.1 ARAŞTIRMANIN KISITLILIKLARI .....	33
6. SONUÇ ve ÖNERİLER.....	33
7. KAYNAKLAR .....	35
EKLER.....	<b>Hata! Yer işareti tanımlanmamış.</b>
TEZ ANKETİ ÖRNEĞİ .....	<b>Hata! Yer işareti tanımlanmamış.</b>

## KISALTMALAR

**BDÖ:** Beck Depresyon Ölçeği

**DSM:** Ruhsal Bozuklukların Teşhis ve İstatistik El Kitabı (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)

**ICD:** Uluslararası Hastalık Sınıflandırması

**MDÖ:** Minnesota İş Doyum Ölçeği

**SPSS 25.0:** Statistical Package for the Social Sciences

**SS:** Standart Sapma

**VB:** Ve benzeri

## TABLO LİSTESİ

**Tablo 1.**Katılımcıların Anket Sorularına Verdiği Cevaplara İlişkin Veriler (n=271)

**Tablo 2.**Ölçeklerden Alınan Puanlara Ait Betimsel İstatistikler (n=271)

**Tablo 3.**Ölçekler, Yaş ve Hekimlikte geçen süre arasındaki İlişkilerine Ait Korelasyon Sonuçları (n=271)

**Tablo 4.**Katılımcıların Sosyodemografik ve Çalışma Koşullarına Göre Minnesota İş Tatmin Ölçeği Toplam Puan ile Beck Depresyon Envanteri Toplam Puanlarının Karşılaştırılması (n=271)

**Tablo 5.**Katılımcıların Çalışma Koşullarına Göre Minnesota İş Tatmin Ölçeği Toplam Puan ile Beck Depresyon Envanteri Toplam Puanlarının Karşılaştırılması (n=271)

**Tablo 6.**Depresyon gruplarına göre çeşitli değişkenlerin karşılaştırılması

**Tablo 7.**Diğer Çalışmaların Lokasyonları ve Beck Depresyon Ölçeği Ortalama Puanları

## ÖZET

**AMAÇ:** Hekimlik mesleği gibi sürekli özveri gerektiren işlerde iş tatmini ve depresyon büyük önem taşımaktadır. İş tatmini, hekimin çalışma koşullarıyla ne kadar memnun olduğunu belirlerken, depresyon ise bu stres altında çalışan hekimlerde sıkça görülebilir ve iş performansını yani verilen hizmetin kalitesini olumsuz etkileyebilir. Aile hekimliğinin birinci basamakta erişilebilirliği ve toplumdaki yeri düşünüldüğünde hekimlerin iş tatmin ve depresyon düzeylerini etkileyen durumları belirlemek önemlidir. Bu çalışmada da İstanbul ilinde görev yapan aile hekimliği uzmanlık öğrencilerinin çalışma koşulları ve sosyodemografik değişkenlerinin asistanların depresyon düzeyi ve iş doyumunu üzerinde ve ikisinin arasındaki ilişkide ne kadar etkili olduğunun gösterilmesi amaçlanmıştır.

**GEREÇ ve YÖNTEM:** Tanımlayıcı tipte olan çalışmamızın verileri dahil edilme kriterlerine göre uygun olan 271 aile hekimliği asistan hekimlerine çevrimiçi anket formu uygulanarak toplanmıştır. Anket 3 bölümden oluşmaktadır. İlk bölümde araştırmacılar tarafından hazırlanan katılımcıların sosyodemografik özellikleri, çalışma koşulları ve mesleki deneyimlerini ölçen 26 soruluk anket bulunmaktadır. İki ve üçüncü bölüm ise 21 soruluk Beck Depresyon Ölçeği ve 20 soruluk Minnesota İş Doyum Ölçeğinden oluşmaktadır. Anket uygulaması için belirlenen 3 aylık süre içinde veriler toplanmıştır. Çalışmada istatistiksel veri analizi için SPSS 25.0 paket programı kullanılmıştır. Katılımcıların sosyodemografik bilgilerine dair tanımlayıcı veriler frekans tabloları şeklinde verilmiştir. Çalışmanın katılımcı sayısının 200'ün üzerinde olmasından dolayı, parametrik testler kullanılmıştır.  $p < 0.05$  istatistikçe anlamlı kabul edilmiştir.

**BULGULAR:** Çalışmamızda Minnesota İş Tatmin Ölçeği Toplam puanı ile Beck Depresyon Ölçeği Toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Minnesota İş Tatmin Ölçeği toplam puanı ortalaması 60,03 ile çalışmamızdaki hekimlerin sonuçları orta iş doyumunda bulunmuştur. Beck Depresyon Ölçeği toplam puan ortalaması 10,59 çıkmış olup, aile hekimliği uzmanlık öğrencilerinin depresyon kategorisi hafif depresyon düzeyinde çıkmıştır.

Çalışmamızda katılımcıların %13,3'ü hekimlik mesleğini yakınlarına önerirken iş tatmini yüksek olan hekimler yakınlarına hekimlik mesleğini daha çok önermiştir. Asistan hekimlerin iş tatmin düzeyleri incelendiğinde kadınlarda anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. İş tatmini yüksek olan hekimlerin, aldıkları uzmanlık eğitimini de daha yeterli buldukları görülmüştür. Aldığımız uzmanlık eğitimini mesleki tatmin açısından yeterli buluyor musunuz sorusuna ise hekimlerin sadece %15,1'i evet demiştir.

İş tatmini toplam puanı asistan odası olanlarda anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Bu bulgumuzu destekleyecek şekilde Minnesota İş Tatmin Ölçeği Toplam puanı ile iş yerinde fiziki şartlardan memnuniyet durumları arasında da anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Kendini mesleki bilgi düzeyi açısından yetersiz gören hekimlerin iş tatminleri daha düşük gelmiş olup, hekimlere kendi mesleki bilgi düzeylerini sorduğumuzda yalnızca %11,1'i kendini yeterli düzeyde bulmuştur. Gelirini yetersiz bulanlar hekimlerin iş tatmin oranları da düşük saptanmıştır ve hekimlerde yaş ilerledikçe iş tatmininde azalma görülmüştür.

Ayda 1-2 nöbet tutan hekimlerin orta ve şiddetli depresyon grubuna girme oranı ayda ortalama 3-4, 5-6 ve 7'den fazla nöbet tutan hekimlerden düşük bulunmuştur. Medeni hali bekar olan asistan hekimlerin depresyon düzeyleri evli olan hekimlere göre yüksek gelmiştir. Hekimlerin ortalama eğitim saatleri 2 saat olarak bulunmuştur ve seminer saati daha az olan hekimlerin Beck Depresyon Ölçeği toplam puanlarının daha yüksek olduğu görülmüştür.

**SONUÇ:** Sonuç olarak çalışmamızda, aile hekimliği uzmanlık öğrencilerinin hafif düzeyde depresyon yaşadığı ve orta seviyede iş tatminine sahip oldukları gözlemlenmiştir. Bu doğrultuda, eğitim programlarının iyileştirilmesi, iş tatmini odaklı destek programlarının oluşturulması, hekimlerin nöbet sayılarının azaltılması, aile ve sosyal destek ağının güçlendirilmesine yönelik fırsatların oluşturulması gibi önlemler alınarak hekimlerin iş tatminini artırmak ve depresyon düzeylerini azaltmak mümkün olabilir. Hekimlerin psikolojik sağlıklarının iyi oluşu sadece kendi sağlıkları üzerinde değil, aynı zamanda bağlı oldukları kurumları ve en önemlisi bakmakla

yükümlü oldukları hastalarını da doğrudan etkileyecektir bu sebeple koşulların iyileştirilmesi için kurumsal önlemler alınabilir.

**Anahtar Kelimeler:** Depresyon, İş tatmini, Aile Hekimliği

## ABSTRACT

**AIM:** In professions such as medicine that require continuous dedication, job satisfaction and depression are of great importance. Job satisfaction determines how satisfied the physician is with their working conditions, while depression can be frequently observed in physicians working under such stress, impacting their performance and the quality of care they deliver. Considering the accessibility and role of family medicine in primary care, it is important to identify the factors that affect physicians' job satisfaction and depression levels. This study aims to explore how the working conditions and sociodemographic factors of family medicine residents in Istanbul correlate with their levels of job satisfaction and depression, as well as the relationship between these variables.

**MATERIALS AND METHODS:** We gathered data for our descriptive study by conducting an online survey among 271 family medicine resident physicians who met the predefined inclusion criteria. The survey consisted of three sections. The first section included a 26-item questionnaire developed by the researchers to assess participants' sociodemographic characteristics, working conditions, and professional experiences. The second and third sections comprised a 21-item Beck Depression Inventory and a 20-item Minnesota Satisfaction Questionnaire, respectively. Data collection was conducted within a specified three-month period. Statistical data analysis in the study utilized the SPSS 25.0 software package. Descriptive data regarding participants' sociodemographic information were presented in frequency tables. Due to the study's participant count exceeding 200, parametric tests were employed, with  $p < 0.05$  considered statistically significant.

**RESULTS:** In our study, no statistically significant relationship was found between the Total Score of the Minnesota Job Satisfaction Scale and the Total Score of the Beck Depression Inventory. The average Total Score of the Minnesota Job Satisfaction Scale was 60.03, indicating moderate job satisfaction among the physicians in our study. The average Total Score of the Beck Depression Inventory was 10.59, suggesting that family medicine residents fell into the category of mild depression levels.

In our study, 13.3% of participants recommended the medical profession to their relatives, with those reporting high job satisfaction more likely to make such recommendations. When analyzing the job satisfaction levels of resident physicians, women were found to have significantly higher levels. Additionally, physicians with high job satisfaction also perceived their specialty training as more adequate. However, only 15.1% of physicians answered "yes" to the question of whether they found their specialty training sufficient in terms of professional satisfaction.

The Total Job Satisfaction score was found to be significantly higher among residents with their own office space. Supporting this finding, there was also a significant difference between the Total Score of the Minnesota Job Satisfaction Scale and satisfaction with the physical conditions in the workplace. Physicians who perceived themselves as lacking in professional knowledge reported lower job satisfaction levels. When asked about their own professional knowledge levels, only 11.1% of physicians considered themselves adequate. Those who found their income insufficient also had lower job satisfaction rates, and as physicians' age increased, a decrease in job satisfaction was observed.

Physicians who take 1-2 shifts per month were found to have a lower rate of falling into the moderate and severe depression groups compared to those who take an average of 3-4, 5-6, or more than 7 shifts per month. Single resident physicians had higher levels of depression compared to married physicians. The average education hours for physicians were found to be 2 hours, and it was observed that physicians with fewer seminar hours had higher Total Scores on the Beck Depression Inventory.

**CONCLUSION:** Our study observed that family medicine specialization students experience mild levels of depression and have moderate levels of job satisfaction. In this regard, measures such as improving educational programs, establishing support programs focused on job satisfaction, reducing physicians' shift counts, and creating opportunities to strengthen family and social support networks can be taken to increase physicians' job satisfaction and reduce depression levels. The good psychological health of physicians will not only benefit themselves but also directly impact the institutions they are affiliated with and most importantly, the patients they are responsible for. Therefore, institutional measures can be taken to improve conditions.

**Keywords:** Depression, Job Satisfaction, Family Medicine

## 1. GİRİŞ ve AMAÇ

Aile hekimliği hasta ve aileleri ile güvenilir bir ilişki kurarak toplumla temasın ilk basamağını oluşturur. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde aile hekimliği bütüncül ve kişi merkezli bir disiplin olması nedeniyle tedaviye rehberlik etmede önemli bir rol oynar. Gerektiğinde diğer branşlar arasındaki koordinasyonu sağlar (1). Aile hekiminin bu kapsamlı yapısı gereği, bilgilerinin sürekli güncellenmesi ve aynı zamanda yoğun bir tıbbi bilgi birikimine sahip olması gerekir (2).

Sağlık alışanlarının iş verimini arttıran en önemli faktörlerden biri iş doyumudur. İş doyumunu ve buna bağlı olarak yüksek iş motivasyonu ile yapılan hizmetin kalitesi ve etkinliği arasında pozitif bir ilişki vardır (3). İş doyumunu, “alışanın kendi işinden duyduğu hoşnutluk, kendisini ve işini değerlendirmesi sonucu ulaştığı olumlu duygusal durum” olarak tanımlanmaktadır. Hekimlik gibi mesleklerde, bireylerin iş tatmini çeşitli etkenlere bağlı olarak şekillenmektedir(4). Bu etkenler arasında kişisel özelliklerin yanı sıra, yönetim politikaları ve çalışma ortamının koşulları gibi parametreler de bulunmaktadır. Özellikle hekimlik mesleği, sürekli özveri gerektiren bir alan olduğu için, iş doyumunu bu meslekte oldukça kritik bir rol oynamaktadır. Hekimlerin iş doyumunu artırmak için, sağlık sektöründeki kurumların bu faktörleri dikkate alarak uygun stratejiler geliştirmesi önemlidir (5).

Özellikle COVID-19 pandemisi sonrasında tükenmişlik ve depresyonun etkisi doktorlar arasında artmaya devam etmektedir. Pandemi 2 yıl öncesine göre ölümlere daha az sebep olsa da yarattığı değeriklikler hala doktorlara yük olmaktadır (6). Pandemi öncesi 2018’de yapılan bir çalışmada aile hekimlerinde tükenmişlik oranı %47 iken 2023 raporunda ise %57 bulunmuştur (6,7). Hekimler arasındaki tükenmişliğin pek çok faktörle beraber duygusal tükenme ve düşük mesleki yeterlilik duygusuyla ilişkili olduğu bildirilmektedir. Aile hekimlerinin tükenmişlik ve depresyon düzeyi hastaların ihtiyaçlarını karşılamayı zorlaştırmakta ve bu durum sağlık hizmetinin kalitesini düşürmektedir(8). Birinci basamak sağlık hizmetinin toplum sağlığındaki önemi ve erişilebilirliği düşünöldüğünde, birinci basamakta çalışan hekimlerin depresyon düzeyine ve bu merkezlere başvuran hastaların memnuniyet düzeylerine etki eden faktörleri belirlemek önemlidir (5).

Bu çalışmada da İstanbul ilinde görev yapan aile hekimliği uzmanlık öğrencilerinin çalışma koşulları ve sosyodemografik değişkenlerinin asistanların depresyon düzeyi ve iş doyumunu üzerinde ve ikisinin arasındaki ilişkide ne kadar etkili olduğunun gösterilmesi amaçlanmıştır.

## **2. GENEL BİLGİLER**

### **2.1 AİLE HEKİMLİĞİ**

#### **2.1.1 Aile Hekimliğinin Tanımı**

Tıp alanında uzmanlaşmanın yaygınlaşmasıyla birlikte 20. yüzyılın ilk yarısında hastalara bütüncül ve kapsamlı bir yaklaşımın gerekliliği ortaya çıkmıştır. Bu ihtiyaç, 1923 yılında ilk defa Francis Peabody tarafından ortaya atılmıştır. Peabody'nin ortaya koyduğu bu görüş, Aile Hekimliği disiplini doğurmuştur. Peabody'den sonra 1966 yılında Amerikan Tıp Birliği'nin Willard raporunda halk sağlığının ihtiyaçlarının giderilmesi için 'Aile Hekimliği' olarak isimlendirilen yeni bir uzmanlık dalının kurulmasından bahsedilmiştir. 1969 yılında 'American Academy of General Practice' tarafından 'Aile Hekimliği Uzmanlığı' 20. uzmanlık dalı olarak tanımlanmıştır (9)

Aile hekimliği; hastalığın niteliğine bakılmaksızın her yaştaki hastaya ve ailelerine sürekli, kapsamlı ve kişiye özel bakım sağlar. Hastaların ilk tıbbi temas noktasıdır. Sağlık sorunlarını fiziksel, ruhsal, toplumsal, kültürel ve varoluş boyutlarıyla ele alır. Gerekliğinde diğer uzmanlıklar ile koordinasyonu sağlar (1).

Avrupa Aile Hekimliği Birliği olan WONCA'nın (World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians) tanımında aile hekimliği kendi eğitim içeriği, araştırmaları, kanıta dayalı klinik uygulamaları olan akademik ve bilimsel bir disiplindir. 12 adet temel maddesi bulunmaktadır.

Bu 12 madde ile tanımlanan disiplin 6 çekirdek yeterlikte toplanabilir. Bunlar şu şekildedir:

- I. Birinci basamak yönetimi
- II. Kişi merkezli bakım
- III. Özgün problem çözme becerileri
- IV. Kapsamlı yaklaşım
- V. Toplum yönelimli olma
- VI. Bütüncül yaklaşım-modelleme (11).

### **2.1.2 Aile Hekimliğinin Gelişimi**

Tıp alanındaki branşlaşmalar sonucunda uzmanlara duyulan saygının artmasıyla birlikte 20.yüzyılın ilk yarısında pratisyen hekimliğin çekiciliği azalmıştır. Uzmanlaşmalar ile bütüncül tıbbi yaklaşım azalmış ve hastaların yalnızca hastalıkları tedavi edilmeye başlanmıştır. Bu oluşan olumsuz sonuçlar görüldükten sonra hastaları bütünüyle inceleyecek genel pratisyenlikten farklı yeni bir alana ihtiyaç olduğu Peabody tarafından savunulmuştur (12). Genel tıp alanındaki bu boşluklar aile hekimliğinin gelişimi ile doldurulmuş, hastaların kişiselleştirilmesini ve birey olarak değerlendirilmesini sağlamıştır. Aynı zamanda aile hekimliği sadece hastalıkları tedavi etmeyip, birinci basamak koruyucu hizmetler kapsamında hastalıkların engellenmesi için de büyük bir rol edinmiştir. Gerektiğinde diğer branşlarla birlikte hastanın tıbbi problemlerinin değerlendirilmesini sağlar, gerekli tetkik ve tedavilerin yapılması için hastayı uygun görülen bir üst merkeze yönlendirir, branşlar arası koordinasyonu sağlar. Aile hekimliği, hastaların sürekli, ulaşılabilir ve bütünsel bir bakım almalarını sağlamak üzere tasarlanmış, sağlık alanındaki ihtiyaçlar doğrultusunda evrimleşerek oluşmuş bir sağlık hizmeti modelidir (9).

### 2.1.3 Aile Hekiminin Görev, Yetki ve Sorumlulukları

Aile hekiminin tanımlanmış görev, yetki ve sorumlulukları ÷lkere göre ve sistemlerin işleyişine göre farklılık gösterebilmektedir. Resmi Gazete’de 2013 yılında yayımlanan Aile Hekimliği Kanunu’na göre, Aile Hekimi; yaş, cinsiyet ve hastalık ayrımı yapmaksızın, bireye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini, belirli bir mekânda, sürekli ve kapsamlı olarak sunmakla yükümlü, gerekli zamanlarda gezici sağlık hizmeti sunan ve tam gün esasına göre görev yapan aile hekimliği uzmanı ve Sağlık Bakanlığı’nın öngördüğü eğitimleri alan uzman hekim veya hekim olarak tanımlanmıştır (13).

Aile hekimini, Sağlık Bakanlığınca belirlenen usul ve esaslar çerçevesinde (14):

- 1) Çalıştığı bölgenin sağlık hizmetinin planlamasında bölgedeki toplum sağlığı merkezi ile iş birliği yapmak,
- 2) Hekimlik uygulaması sırasında karşılaştığı toplum ve çevre sağlığını ilgilendiren durumları bölgesinde bulunduğu toplum sağlığı merkezine bildirmek,
- 3) Kendisine kayıtlı bireylerin ilk değerlendirmesini yapmak için altı ay içinde ev ziyaretinde bulunmak veya bireyler ile iletişime geçmek,
- 4) Kişiyeye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak tanı, tedavi, iyileştirme ve danışmanlık hizmetlerini vermek,
- 5) Sağlıkla ilgili olarak kayıtlı bireylere rehberlik yapmak, sağlığı geliştirici ve koruyucu hizmetler ile ana çocuk sağlığı ve aile planlaması hizmetlerini vermek,
- 6) Periyodik sağlık muayenesi yapmak,
- 7) Kayıtlı bireylerin yaş, cinsiyet ve hastalık gruplarına yönelik izlem ve taramaları yapmak,
- 8) Evde takibi zorunlu olan engelli, yaşlı, yatağa bağımlı ve benzeri durumdaki kendisine kayıtlı bireylere evde veya gezici/yerinde sağlık hizmetlerinin yürütülmesi sırasında bireye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak tanı, tedavi, iyileştirme ve danışmanlık hizmetlerini vermek,
- 9) Genişletilmiş bağışıklama programı kapsamında ve/veya Bakanlık ve Kurum tarafından yürütülen kampanyalar doğrultusunda bağışıklama hizmetlerini yürütmek,

- 10) Sağlık hizmetine ulaşımın zor olduğu belde, köy, mezra, uzak mahalleler ve benzeri yerleşim yerleri için gezici sağlık hizmeti; cezaevi, çocuk ıslahevi, huzurevi, korunmaya muhtaç çocukların barındığı çocuk yuvaları ve yetiştirme yerinde sağlık hizmeti vermek,
- 11) Aile sağlığı merkezi şartlarında tanı veya tedavisi yapılamayan hastaları sevk etmek, sevk edilen hastaların geri bildirim yapılan muayene, tetkik, tanı, tedavi ve yatış bilgilerini değerlendirmek, ikinci ve üçüncü basamak tedavi ve iyileştirme hizmetleri ile evde bakım hizmetlerinin koordinasyonunu sağlamak,
- 12) Tetkik hizmetleri vermek,
- 13) Verdiği hizmetlerle ilgili olarak sağlık kayıtlarını tutmak ve gerekli bildirimleri yapmak,
- 14) Kendisine kayıtlı bireyleri yılda en az bir defa değerlendirerek sağlık kayıtlarını güncellemek,
- 15) Gerektiğinde hastayı gözlem altına alarak tetkik ve tedavisini yapmak,
- 16) Entegre sağlık hizmetinin sunulduğu merkezlerde gerektiğinde hastayı gözlem amaçlı yatırarak tetkik ve tedavisini yapmak,
- 17) İlgili mevzuatta birinci basamak sağlık kuruluşları ve resmi tabiplerce bireye yönelik düzenlenmesi öngörülen her türlü sağlık raporu, sevk evrakı, reçete düzenlemek,
- 18) Kurumca belirlenen konularda hizmet içi eğitimlere katılmak ve ilgili mevzuat ile verilen diğer görevleri yapmak hususlarında sorumlu kılınmışlardır.

#### **2.1.4 Türkiye’de Aile Hekimliği**

Aile hekimliği ilk olarak Tababet Uzmanlık Tüzüğü’nde 5 Temmuz 1983 tarihinde yer almıştır (15). Daha sonrasında Aile Hekimliği Anabilim Dalı 1984 yılında Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi’nde kurulmuş fakat kapatılmıştır. 1985 yılında ise ilk olarak Ankara, İstanbul ve İzmir’deki Sağlık Bakanlığı’nın eğitim ve araştırma hastanelerinde aile hekimliği uzmanlık eğitimi başlamıştır (16).

22 Haziran 1990'da Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği (AHUD) kurulmuş ve 2 Mart 1998 tarihli Bakanlar Kurulu kararı ile isminin Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği (TAHUD) olarak kullanılmasına izin verilerek "Türkiye" kelimesi isminin başına eklenmiştir (17). 1993 yılında "Yüksek Öğretim Kurulu" (YÖK) 12547 sayılı kararı ile Aile Hekimliği Anabilim Dallarının tıp fakültelerinde eğitim vermek üzere kurulması uygun görülmüştür. İlk asistan eğitimine 1993'te Trakya Üniversitesi'nde başlanmıştır. 2002 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından Acil Eylem Planı açıklanmış ve "Herkesin Sağlık" başlığı altında temel hedefler belirlenmiştir. 2003 yılında Sağlık Bakanlığı'nın "Sağlıkta Dönüşüm Programı" ile yeni bir sağlık modeli açıklanmış ve bu model ile birinci basamak sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi hedeflenmiştir. (18). Bu hedefler doğrultusunda bazı iller "pilot uygulama illeri" olarak belirlenmiştir ve 2005 yılında Düzce'de ilk pilot uygulama başlamıştır.

2010 yılında Türkiye'nin tüm illerinde aile hekimliği uygulamasına geçilmiştir. Böylece aile sağlığı merkezleri (ASM) aile hekimliği uygulaması kapsamında ülkemizde birinci basamak koruyucu sağlık hizmeti vermeye başlamıştır (19).

### **2.1.5 Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi**

WONCA (World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians) aile hekimliği uzmanlık eğitimi için, en az yarısı aile hekimliği uygulamasında geçmek üzere en az 3 yıllık bir süre önermektedir (20). Ülkemizde de 3 yıl süren aile hekimliği uzmanlık eğitimi, uzmanlık öğrencisinin klinik ve teorik uygulamalar ile becerilerini geliştirmeyi amaçlamaktadır (17). Uzmanlık öğrencisi, bireyleri ve aileleri bütün olarak değerlendirebilmelidir. Aile hekimi uzmanlık öğrencisinden hastaların sağlık sorunlarını ruhsal, toplumsal, fiziksel, kültürel ve varoluş boyutlarıyla yani holistik yaklaşım ile ele almayı öğrenmesi beklenmektedir (18,21)

Tıpta Uzmanlık Kurulu'nun 21-23.06.2010 tarih ve 82 sayılı kararı ile Aile Hekimliği Uzmanlık eğitiminin rotasyon süresi kısaltılarak, Aile Hekimliği disiplininin ilke ve esaslarına uygun özgün öğretisine 18 (on sekiz) aylık süre ayrılmıştır (22).

## **2.2 DEPRESYON**

### **2.2.1 Depresyon Tanımı ve Epidemiyolojisi**

Depresyon dünya çapında yetişkinlerin yaklaşık %4,4'ünü etkileyen yaygın bir sendromdur. Depresyon sürecinde kişide çökkün bir duygudurum, değersizlik hissi, karamsarlık, anhedoni ve ilgi kaybı gibi duygu ve düşünceler yaşanır. Depresyon kişinin günlük hayatındaki işlevselliğini önemli ölçüde bozmaktadır. Kadınlarda erkeklere göre daha fazla depresif bozukluklar ile karşılaşmaktadır ve kadınlarda bu oran %5,1 iken erkeklerde %3,6 oranında görülmektedir. Özellikle düşük gelirli ülkelerde ise bu depresyon oranlarında artış olduğu ortaya konmuştur(23,24). Depresyon her yaşta ortaya çıkabilen, uzun süre devam eden, tek bir dönem veya tekrarlayan dönemler halinde ortaya çıkabilen bir hastalıktır. Dünyada en sık görülen duygudurum bozukluğu majör depresyondur ve Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) verilerine göre ölümcül olmayan hastalık yükünün %10'unu oluşturmaktadır(25,26).

### **2.2.2 Depresyon Tanısı ve Belirleyicileri**

DSM (Ruhsal Bozuklukların Teşhis ve İstatistik El Kitabı) ve ICD (Uluslararası Hastalık Sınıflandırması) majör depresif bozukluğu teşhis etmek için yaygın olarak kullanılmaktadır. Depresif bozukluğun ICD-10 ve DSM-V'e göre iki farklı tanı ölçütü bulunmaktadır. Klinik görüşmeler sırasında ve araştırmalarda DSM-V tanı kriterleri daha çok kullanılmaktadır (27).

DSM-V'e göre depresyonun tanı ölçütleri (28);

A- 2 haftalık dönem boyunca, aşağıdaki belirtilerden 5 ya da daha fazlası bulunmaktadır ve kişinin önceki işlevsellik düzeyinde bir değişiklik olmuştur, bu belirtilerden en az biri ya çökkün duygudurum ya da ilgisini yitirme ya da zevk alamamadır.

1. Çökkün duygudurum, neredeyse her gün, günün büyük bir bölümünde bulunur. Bu durumu ya kişi ya da kişinin etrafındakiler bildirir
2. Neredeyse her gün aşırı uyuma ya da uykusuzluk çekme
3. Neredeyse her gün yavaşlama ya da psikomotor ajitasyon
4. Neredeyse bütün etkinliklere karşı ilgide belirgin azalma ya da bunlardan zevk alamama
5. İstem dışı çok kilo verme ya da kilo alma, gün içi yeme isteğinde azalma ya da artma
6. Neredeyse her gün işsel gücün kalmaması hissi ya da bitkinlik durumu
7. Neredeyse her gün aşırı/uygunsuz suçluluk duygusu ya da değersizlik hissetme
8. Neredeyse her gün odaklanmakta problem yaşama veya kararsızlık çekme
9. Yineleyici ölüm düşüncüleri, intihar amaçlı özel eylem tasarlamaksızın yineleyici intihar düşünceleri veya kendini öldürmek üzere özel bir eylem tasarlama

B. Bu belirtiler klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya sebep olur veya toplumsal ve işlevsellik alanlarında düşmeye neden olur.

C. Bu dönem bir maddenin veya sağlık durumunun fizyolojik etkilerine dayandırılmaz.

D. Major depresyon döneminin ortaya çıkışı diğer duygudurum bozuklukları ile daha iyi açıklanamaz.

E. Hayatın hiçbir döneminde mani/hipomani dönemi geçirilmemiştir.

\* Yas durumunun dışlanması kriteri DSM-V'te çıkarılmıştır.

### **2.2.3 Beck Depresyon Ölçeği**

Beck depresyon ölçeği 21 sorudan oluşmaktadır ve puanlama sistemi 0-3 arasındadır. Ölçekteki sorular bireylerin depresyon düzeylerinin ölçümüne yöneliktir. 0 ile 63 puan arasında değişen sonuçlara ulaşılabilir. Sonuçlara göre; 0-9 minimal düzeyde depresyon, 10-16 hafif depresyon, 17-29 orta depresyon, 30-63 ise şiddetli depresyon olarak değerlendirilmektedir (29).

## **2.3 İŞ DOYUMU**

### **2.3.1 İş Doyumunu Tanımı**

Doyum tanım olarak bir bireyin isteklerinin, beklenti ve ihtiyaçlarının karşılanmasıdır (30). Sağlık çalışanlarının iş verimini arttıran en önemli faktörlerden biri iş doyumudur. İş doyumunu; işyeri ortamı, çalışma arkadaşları ile olan uyum, yöneticiler ve iş ile ilgili koşullardan etkilenen, kişinin istek ve beklentileri sonucunda oluşan memnuniyet veya memnuniyetsizlik olarak tanımlanır (31). Doktorların iş doyum düzeyleri; sosyodemografik özellikleri, kişilik özellikleri ve çalışma ortamının koşulları gibi pek çok parametreden etkilenmektedir. İş doyumunu ve buna bağlı olarak yüksek iş motivasyonu ile yapılan hizmetin kalitesi ve etkinliği arasında pozitif bir ilişki vardır (32). Bir bireyin iş doyumundaki artış ile genel yaşam doyumunu da arttırmaktadır. Buna bağlı olarak daha mutlu bireyler ve refah seviyesi yüksek toplumlar ülkelerin gelişmişlik düzeylerini de olumlu yönde etkilemektedir. Bu sebeple iş doyumunu kavramı ve iş doyumunu etkileyen faktörler oldukça önemlidir (33,34).

### **2.3.2 Minnesota İş Doyumu Ölçeği**

Minnesota İş Doyumu Ölçeği 1-5 arasında puanlanan beşli likert tipi bir ölçektir. Ölçek puanlamasında, Hiç memnun değilim; 1 puan, Memnun değilim; 2 puan, Kararsızım; 3 puan, Memnunum; 4 puan, Çok memnunum; 5 puan olarak değerlendirilmektedir. Ölçek sonucunda, bir toplam puan elde edilmekte ve puanların yüksek olması iş doyumunun yüksek olduğunu göstermektedir (Spector, 1997: 15-16).

## **2.4 İŞ DOYUMU ve DEPRESYONA ETKİ EDEN FAKTÖRLER**

İş doyumunu ve depresyona etki eden faktörler incelendiğinde çevresel ve bireysel faktörler olarak ikiye ayrılmaktadır.

### **2.4.1 Çevresel Faktörler**

İş doyumunu etkileyen çevresel faktörlere baktığımızda yapılan işin özellikleri ve çalışanın bağlı olduğu kurumla ilgili özellikler ön plana çıkmaktadır. Yapılan iş, iş karşılığı alınan ücretin tatmini, kurumun yönetim şekli ve yöneticinin çalışana yönelik tutumu, kişinin çalışma arkadaşları ile olan uyumu, çalışma koşulları ve ortamın fiziksel şartları iş doyumunu etkileyen önemli faktörlerdir (35).

Depresyona etki eden çevresel faktörleri incelediğimizde ise; yaşamsal olaylar, uzun çalışma saatleri, fazla iş yükü, hekimin uzmanlık branşı gibi faktörler yer almaktadır. Hekimlerin branşına göre iş yükü ve dolayısıyla iş stresi değişebilmektedir. Aile hekimleri, diğer branşlardaki uzman doktorlara ulaşılabilirlik azaldıkça birinci basamakta artan taleplerle karşı karşıya kalmaktadır. Karşılanamayan talepler hekimlerde mesleki doyumda azalmaya sebep olmaktadır ve hekimlerde depresyon, anksiyete, intihar düşüncesi riskini artırmaktadır. Hekimler arasındaki intihar riski incelendiğinde branşlar arasında en sık anestezi uzmanları olmak üzere psikiyatristler, aile hekimleri ve pratisyenler arasında daha çok izlenmiştir (36–38).

### **2.4.2 Bireysel Faktörler**

İş doyumunu etkileyen bireysel faktörler içerisinde kişinin yapısal özelliği önemli bir ölçüttür. Bunun haricinde kişinin cinsiyeti, yaşı, medeni hali, eğitim düzeyi, mesleği, kıdem seviyesi ve sosyal çevresi de iş doyumuna etki etmektedir (39). İş doyumunu etkileyen bireysel faktörleri yapılan çalışmalar doğrultusunda incelediğimizde; kadın hekimlerin erkek hekimlere oranla kaygı ve tükenmişlik seviyelerinin daha fazla olduğu ve iş doyumlarının daha az olduğu görülmüştür (40).

Medeni halin iş doyumunu üzerine etkisine baktığımızda artan çocuk sayıları sebebiyle evlilik ile iş doyumunu arasında negatif korelasyon olduğu bazı çalışmalarda gözlenmiştir. Eğitim seviyesi açısından ise eğitim düzeyi yüksek kişiler ve daha iş yerinde daha yüksek statüde bulunan kişilerin iş doyumlarının yüksek olduğu görülmüştür. Alınan eğitim ile yapılan işin paralel olması da iş doyumunu artıran faktörlerden olmuştur (41). Hekimlerde kendi içlerinde yine profesör, doçent gibi daha yüksek statüde çalışan kişilerin pratisyen ve asistan hekimlere kıyasla iş doyumunun daha yüksek olduğu görülürken, hekimlik mesleği bütün olarak ele alındığında ise diğer meslek gruplarına göre iş doyumunu daha düşük bulunmuştur (35,42).

Depresyona etki eden bireysel faktörleri incelediğimizde; genetik yatkınlık, yaş, cinsiyet, eğitim, sosyoekonomik düzey, çalışma durumu, medeni hal faktörleri arasında yer almaktadır. Birinci derece akrabalarında depresif bozukluk olan kişilerde depresyon görülme riski daha yüksektir (43). Yaş ilerledikçe de depresyon riskinde artış olduğu gözlenmiştir. 40-59 yaş en sık depresif bozukluk görülen yaş olarak bulunmuştur (44). Cinsiyet ayrımına bakıldığında kadınlarda erkeklere göre depresyon daha sık görülmektedir (45). Düşük sosyoekonomik düzey ve çalışmamak kişilerde yine depresyon riskini artırmaktadır. Aynı zamanda düşük eğitim düzeyinin de riski artırdığı görülmüştür (46).

### **3. GEREÇ ve YÖNTEM**

#### **3.1 ARAŞTIRMANIN TÜRÜ VE KAPSAMI**

Tanımlayıcı tipte olan çalışmamız İstanbul ilinde görev yapan aile hekimliği uzmanlık öğrencilerinin çalışma koşullarının ve sosyodemografik özelliklerinin depresyon düzeyi ve iş doyumunu üzerinde ne kadar etkili olduğunun gösterilmesini hedeflemektedir. Çalışmamızın verileri, araştırmacılar tarafından hazırlanan 26 soruluk anket ve Beck Depresyon Ölçeği ile Minnesota İş Doyum Ölçeği uygulaması vasıtasıyla çevrimiçi olarak toplanmıştır.

Anket üç bölümden oluşmakta olup ilk bölümde katılımcıların sosyodemografik özellikleri, çalışma koşulları ve mesleki deneyimlerini ölçen 26 soruluk anket bulunmaktadır. İki ve üçüncü bölüm ise 21 soruluk Beck Depresyon Ölçeği ve 20 soruluk Minnesota İş Doyum Ölçeğinden oluşmaktadır.

Çalışmamız, 01.12.2023 ile 29.02.2024 tarihleri arasında 3 aylık periyotta yürütülmüştür. Dahil edilme kriterlerine göre uygun olan 271 aile hekimliği asistan hekimlerine anket formu uygulanmıştır.

### **3.2 ARAŞTIRMANIN EVRENİ ve ÖRNEKLEMİ**

Araştırmamızın evreninde İstanbul ilinde görev yapmakta olan aile hekimliği asistan hekimleri yer almaktadır. Çalışmamız, 01.12.2023 ile 29.02.2024 tarihleri arasında 3 aylık süre içinde hedef örnekleme ulaşılan kadar yürütülmüştür. İstanbul ilinde görev yapmakta olan aile hekimliği asistan hekimleri sayısı 910 olarak tespit edilmiştir. Evren sayısı ile referans makaleden yola çıkılarak 0,95 güven aralığı ve 0,05 hata payı ile 247 kişiye ulaşılması planlanmıştır. 0,1 kayıplar da eklenerek yaklaşık 271 asistan hekime ulaşılması planlanmıştır. Bu sayıya anket uygulaması için belirlenen 3 aylık süre içinde ulaşılması hedeflenmektedir.

### **3.3 ARAŞTIRMAYA DAHİL EDİLME ve DIŞLANMA KRİTERLERİ**

#### **3.3.1 Dahil Edilme Kriterleri**

- a. İstanbul ilinde Aile Hekimliği uzmanlık eğitimine devam etmek
- b. 24 – 65 yaş arasında olmak
- c. Çalışmaya katılmaya onam vermek

### 3.3.2 Dışlanma Kriterleri

- a. Aile Hekimliği uzmanlık öğrencisi olmamak
- b. Çalışmaya katılmaya onam vermemek
- c. Anket sorularını tamamlamamak
- d. Sözleşmeli aile hekimliği asistanı olmak

### 3.4 ARAŞTIRMANIN ETİK KURUL SÜRECİ

Çalışmamızın yürütülmesine ilişkin bir sakıncalı bir durum olmadığını gösterir izin Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi Klinik Araştırmalar etik kurulu tarafından 19.12.2023 tarihli KAEK/25.10.2023.500 karar numarasıyla verilmiştir (EK-1). Araştırmamız Helsinki Bildirgesi'nin son metni, İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu ve ilgili mevzuata uygun olarak yürütülmüştür.

### 3.5 VERİ TOPLAMA ARAÇLARI ve KULLANILAN ÖLÇEKLER

İstanbul ilinde görev yapan aile hekimliği uzmanlık öğrencilerinden dahil edilme kriterlerini karşılayan ve onam veren hekimlere cinsiyet, yaş, medeni durum, meslekteki çalışma yılı gibi sosyodemografik özelliklerini, çalışma koşullarını ve mesleki deneyimlerini ölçen 26 soruluk anket formu uygulanmış ardından depresyon düzeyi ve iş doyumu üzerine 41 soruluk anket formu uygulanmıştır. 41 soruluk anket birçok araştırmacı tarafından geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmış olan 21 soruluk Beck Depresyon Ölçeği ve 20 soruluk Minnesota İş Doyum Ölçeğinden oluşmaktadır.

#### 3.5.1. Sosyodemografik Veri Formu

Araştırmacı tarafından hazırlanmış olan sosyodemografik veri formu yaş, cinsiyet, medeni durum, çocuk sahibi olma durumu, meslekte çalışma süreleri ve aile hekimi asistanlığındaki yılı, pratisyenlik/başka bir ihtisas yapıp yapmama durumu, aile sağlığı merkezi (ASM) deneyim durumu, haftada kaç adet makale okuduğu, makalesi olup

olmadığı ve dergide yayınlanma durumu, aile hekimliği yapmanın mesleki olarak tatmin düzeyi, aile hekimliğinin ekonomik olarak tatmin düzeyi, asistanlık boyunca bilimsel toplantı ve kongrelere katılım sayısı, sözel sunum/poster yapma durumu, herhangi bir dergide makale bulunma durumu, haftalık bilimsel makale veya kitap okuma sıklığı, asistanlık boyunca ortalama ayda kaç nöbet tuttuğu, iş arkadaşları ile olan uyumu, birimindeki poliklinikler, haftalık eğitim saati, iş yeri fiziki şartları ve asistan odası durumu, hobisinin olup olmadığı, yakınlarına hekimlik mesleğini önerme durumu olmak üzere toplam 26 sorudan oluşmaktadır.

### 3.5.2. Minnesota İş Doyumu Ölçeği

İş doyumu ile ilgili yapılan çalışmalarla birlikte iş tatminini standardize edip değerlendirmek için çeşitli ölçekler geliştirilmiştir. Bunlar: Wood'un İş Tatmini/Tatminsizliği Ölçeği (JSQ), Smith, Kendall ve Hulin'in İş Tanımlama İndeksi (JDI) Spector'ın İş Tatmini Ölçeği (JSS), Warr, Cook ve Wall'un İş Tatmini Ölçeği, Hackman ve Oldham'ın İş Tanımlama Araştırması (JDS), Minnesota İş Doyum Ölçeği (MSQ)' dir.

Minnesota İş Doyumu ölçeğinin güvenilirliği ve geçerliliği çok sayıda araştırma ile (Diaz vd. 1992; Youself, 1998; Ghiselli vd. 2001; Özdevecioğlu, 2003; Hançer vd. 2003; Çarıkçı vd. 2004; Sevimli vd. 2005; Örucü vd. 2005; Ceylan vd. 2006; Özcan vd. 2007; Öztutku, 2007) kanıtlanmıştır. Minnesota İş Doyumu ölçeği 2 ayrı form olarak kullanılmaktadır. Formlardan biri 100 soruluk uzun versiyon olup diğeri 20 sorudan oluşan kısa versiyondur. Uzun formda her bir boyutun beş ögesi bulunmaktayken kısa formda ise tek bir öge bulunmaktadır. Minnesota İş Doyum Ölçeği (MDÖ) 1-5 arasında puanlanan beşli likert tipi bir ölçektir. Ölçek puanlamasında, Hiç memnun değilim; 1 puan, Memnun değilim; 2 puan, Kararsızım; 3 puan, Memnunum; 4 puan, Çok memnunum; 5 puan olarak değerlendirilmektedir. Ölçek sonucunda toplam puan elde edilmektedir. Elde edilen bu puanların yüksek olması iş doyumunun da yüksek olduğunu göstermektedir.

Minnesota iş doyum ölçeği en az 20 en fazla 100 arasında puan alan ve puan arttıkça iş doyumunun arttığını gösteren bir ölçektir. Puan değeri olarak 25 ve altı düşük iş doyumunu, 26- 74 orta iş doyumunu ve 75 ve üzeri ise yüksek iş doyumunu ifade etmektedir (Weiss vd. 1967: 5).

Minnesota İş Doyum Ölçeği içsel, dışsal ve genel doyum düzeyini belirleyici 2 faktörden oluşmaktadır(47).

1. Alt Boyut (İçsel doyum): İçsel doyumunu oluşturan faktörler; takdir edilme, başarı, işin sorumluluğu, yükselme ve terfiye bağlı görev değışikliği gibi işin içsel niteliğine ilişkin öğelerdir. İçsel faktörleri oluşturan maddeler 2.3.4.7.8.9.10.11.15.16.20'dir. İçsel doyum puanı, içsel faktörleri oluşturan maddelerden elde edilen puanların toplamının 12'ye bölünmesi ile oluşur.

2. Alt Boyut (Dışsal doyum): Bu boyutun maddeleri 5.6.12.13.14.17.18.19'dur. İşletme politikası, yönetim, denetim şekli, yönetici memnuniyeti, astlarla ilişkiler, çalışma koşulları, ücret gibi işin çevresine ait öğelerden oluşmaktadır. Bu boyutun maddelerinden elde edilen puanların toplamının 8'e bölünmesi ile dışsal doyum puanı bulunur.

Tüm maddelerden elde edilen puanların toplamının 20'ye bölünmesi ile de genel doyum puanı elde edilmektedir (47).

### **3.5.3. Beck Depresyon Envanteri**

Beck Depresyon Envanteri ya da diğer adıyla Beck Depresyon Ölçeği depresif semptomları ve depresyonun karakteristik özelliklerini değerlendiren, yaygın kullanılan bir ölçektir. 1961 yılında Aaron Beck ve ark'ı (48) tarafından ilk orijinal formu geliştirilen ölçek çok sayıda dile çevrilmiş ve pek çok araştırmada tercih edilmiştir (49,50). Farklı ülkelerde yapılan çalışmalarda Beck Depresyon Ölçeğinin iç tutarlılığının ve güvenilirliğinin yüksek olduğunu göstermiştir. 21 maddeden oluşan ölçek katılımcıların kendisi tarafından doldurulmaktadır ve son bir hafta içerisindeki semptomları dikkate alınmaktadır.

Her madde 0-3 arası bir skor ile derecelendirilmektedir. Ölçek sonunda her maddenin yanıtları ile total skor elde edilir. Total skor 0-63 arasında değişmektedir. Yüksek skorlar depresyon sıklığının veya depresif belirtilerin daha fazla olduğuna işaret etmektedir. Beck ve ark'ı tarafından oluşturulan skorlamada 0-9 arası minimal depresyon, 10-16 arası hafif şiddetli, 17-29 arası orta şiddetli, 30-63 arası skorlar şiddetli depresyona işaret etmektedir(48,51). 2007 yılında Aktürk ve ark'ı tarafından da testin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (52).

### **3.6. İSTATİSTİKSEL ANALİZ**

Çalışmada veri analizi için SPSS 25.0 paket programı kullanılmıştır. Katılımcıların sosyodemografik bilgilerine dair tanımlayıcı veriler frekans tabloları şeklinde verilmiştir.

Çalışmanın katılımcı sayısının 200'ün üzerinde olmasından dolayı, parametrik testler kullanılmıştır (Tabachnick ve Fidell, 2001). Bundan dolayı ölçek puanları arasındaki ilişkiyi belirlemek için parametrik testlerden Pearson Korelasyon analizi yapılmıştır. Bununla birlikte ölçek ile katılımcıların sosyodemografik ve çalışma koşullarına ait verileri arasında anlamlı farklılık olup olmadığını belirlemek üzere parametrik testlerden Independent Samples T testi ve ANOVA testi uygulanmıştır. Gruplar arasında anlamlı fark çıkması durumunda, anlamlılığın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek amacıyla post-Hoc testlerinden Bonferroni testi kullanılmıştır.  $p < 0.05$  istatistikçe anlamlı kabul edilmiştir (53).

### 3. BULGULAR

Tablo 1. Katılımcıların Anket Sorularına Verdiği Cevaplara İlişkin Veriler (n=271)

Demografik değişkenler		N veya Medyan (Min-Max)	% veya Ort. ±SD
Yaş		28(24-50)	28,84±3,14
Hekimlikte geçen süreniz (yıl)		3 (1-20)	3,72±2,80
Haftada kaç saat eğitim semineriniz mevcut?		2 (1-6)	2,31±0,71
Cinsiyet	Erkek	66	24,4
	Kadın	205	75,6
Çocuğunuz var mı?	Evet	42	15,5
	Hayır	229	84,5
Aile hekimi asistanlığında kaçınıcı yılınız?	1 Yıl	72	26,6
	2 Yıl	92	33,9
	3 Yıl	107	39,5
Medeni durum	Bekar	176	64,9
	Evli	95	35,1
Pratisyenlik deneyiminiz oldu mu?	Evet	240	88,6
	Hayır	31	11,4
Daha önce başka bir ihtisas yaptınız mı?	Evet	19	7,0
	Hayır	252	93,0
Şimdiye kadar (ASM) veya Eğitim-ASM deneyiminiz	Evet	140	51,7
	Hayır	131	48,3
Haftada kaç adet makale okuyorsunuz?	1-3	92	33,9
	4-7	16	5,9
	Hiç	163	60,1
Asistanlığınız boyunca kaç adet tıbbi kongreye katıldınız?	1	64	23,6
	2	50	18,5
	3	91	33,6
	Hiç	66	24,4
Asistanlığınız boyunca sözel sunum veya poster yaptınız mı?	1 Kez	79	29,2
	1'den Fazla	101	37,3
	Hiç	91	33,6
Asistanlığınız boyunca makale yazdınız mı veya makaleye katkıda buldunuz mu?	1 Kez	63	23,2
	1'den Fazla	6	2,2
	Hiç	202	74,5
Makaleniz var ise herhangi bir dergide yayınlandı mı?	Evet	3	1,1
	Hayır	268	98,9
Aldığınız uzmanlık eğitimini mesleki tatmin açısından yeterli buluyor musunuz?	Evet	41	15,1
	Hayır	49	18,1
	Kısmen	181	66,8

<b>Kendi bilgi düzeyinizi mesleki tatmin açısından yeterli buluyor musunuz?</b>	Evet	30	11,1
	Hayır	67	24,7
	Kısmen	174	64,2
<b>Asistanlık boyunca ortalama ayda kaç nöbet tuttunuz?</b>	1-2	60	22,1
	3-4	117	43,2
	5-6	77	28,4
	>7	17	6,3
<b>İş arkadaşlarımız ile olan uyumunuzu nasıl buluyorsunuz?</b>	Yeterli	201	74,2
	Orta	68	25,1
	Yetersiz	2	0,7
<b>Biriminizde hangi poliklinikler mevcut?</b>	Aile hek	270	99,6
	Sigara B	226	83,4
<b>İş yeri fiziki şartlarından memnun musunuz?</b>	Evet	166	61,3
	Hayır	37	13,7
	Kısmen	68	25,1
<b>Asistan odanız var mı?</b>	Evet	194	71,6
	Hayır	77	28,4
<b>Gelirinizi yeterli buluyor musunuz?</b>	Evet	11	4,1
	Hayır	171	63,1
	Kısmen	89	32,8
<b>Hobiniz var mı?</b>	Evet	230	84,9
	Hayır	41	15,1
<b>Kongre harici sosyal etkinliklere katılıyor musunuz?</b>	Evet	207	76,4
	Hayır	26	9,6
	Kısmen	38	14,0
<b>Yakınlarınıza hekimlik mesleğini önerir misiniz?</b>	Evet	36	13,3
	Hayır	235	86,7
<b>Depresyon grup</b>	Minimal depresyon	148	54,6
	Hafif depresyon	80	29,5
	Orta depresyon	34	12,5
	Şiddetli depresyon	9	3,3

Tablo 1’de katılımcıların sosyodemografik bilgilerin dağılımı verilmiştir.

**Tablo 2. Ölçeklerden Alınan Puanlara Ait Betimsel İstatistikler (n=271)**

	Min	Max	Ort.	Std. Sapma
<b>Minnesota İş Tatmin Ölçeği-Toplam</b>	20,00	96,00	60,03	9,31
<b>Beck Depresyon Envanteri-Toplam</b>	0,00	43,00	10,59	7,83

Tablo 2’de Ölçek puanlarından alınan sonuçlara ilişkin betimsel istatistikler verilmiştir.

**Tablo 3. Ölçekler, Yaş ve Hekimlikte geçen süre arasındaki İlişkilerine Ait Korelasyon Sonuçları (n=271)**

		İş Tatmin Ölçeği	Beck Depresyon Envanteri	Yaş	Hekimlikte geçen süreniz (yıl)	Hft kaç saat eğitim semineriniz mevcut
<b>Minnesota İş Tatmin Ölçeği-Toplam</b>	r	1				
	p					
<b>Beck Depresyon Envanteri-Toplam</b>	r	-0,047	1			
	p	0,443				
<b>Yaşınız</b>	r	-,129*	-0,005	1		
	p	<b>0,034</b>	0,939			
<b>Hekimlikte geçen süreniz (yıl)</b>	r	-0,098	-0,011	0,875**	1	
	p	0,109	0,855	<b>&lt;0,001</b>		
<b>Hft Kaç saat eğitim semineriniz mevcut</b>	r	-0,041	-,171**	-0,051	-0,083	1
	p	0,500	<b>0,005</b>	0,404	0,175	

\*Korelasyon 0,05 düzeyinde anlamlıdır (Pearson korelasyon testi), \*\* Korelasyon 0,01 düzeyinde anlamlıdır (Pearson korelasyon testi)

Tablo 3’te görüldüğü gibi Minnesota İş Tatmin Ölçeği Toplam puanı ile Beck Depresyon Envanteri Toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ( $r=-0.047$ ,  $p=0.443$ ). Minnesota İş Tatmin Ölçeği Toplam puanı ile yaş arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır ( $r=-0.129$ ,  $p=0.034$ ). Minnesota İş Tatmin Ölçeği Toplam puanı ile hekimlikte geçirilen süre ve hafta alınan eğitim semineri (saat) arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ( $p>0.05$ ).

Beck depresyon ölçeği ile yaş ve hekimlikte geçen süre arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ( $p>0.05$ ). Ancak Beck depresyon ölçeği ile hafta alınan eğitim semineri (saat) arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır ( $r=-0.171$ ,  $p=0.005$ ).

**Tablo 4. Katılımcıların Sosyodemografik ve Çalışma Koşullarına Göre Minnesota İş Tatmin Ölçeği Toplam Puan ile Beck Depresyon Envanteri Toplam Puanlarının Karşılaştırılması (n=271)**

Özellikler	N	Minnesota İş Tatmin Ölçeği Toplam	Beck Depresyon Envanteri Toplam
<b>Cinsiyetiniz</b>		Ort.±SS	Ort.±SS
Erkek	66	58,03±8,65	10,74±8,76
Kadın	205	60,68±9,45	10,54±7,54
p=		<b>0.036</b>	0.867
<b>Asistan odanız var mı?</b>		Ort.±SS	Ort.±SS
Evet	194	61,44±8,43	10,65±8,12
Hayır	77	56,49±10,50	10,44±7,14
p=		<b>&lt;0,001</b>	0.836
<b>Hobiniz var mı?</b>		Ort.±SS	Ort.±SS
Evet	178	60,70±8,78	10,24±7,53
Hayır	93	56,34±11,32	12,56±9,26
p=		<b>0.023</b>	0.135
<b>Yakınlarınıza hekimlik mesleğini önerme</b>		Ort.±SS	Ort.±SS
Evet	36	68,75±7,61	9,39±6,18
Hayır	235	58,70±8,84	10,77±8,06
p=		<b>&lt;0,001</b>	0.236
<b>Tıbbi Kongreye Katılma Sayısı</b>		Ort.±SS	Ort.±SS
1) 1 Kez	64	61,31±9,60	10,86±9,01
2) 2 Kez	50	62,92±8,45	11,58±8,89
3) 3 Kez	91	57,81±8,16	10,43±7,28
4) Hiç Katılmamış	56	59,68±10,5	9,8±6,49
p=		<b>0.010</b>	0.667
Post Hoc Tests=		<b>3-1,2(020,002)</b>	-
<b>Sunum veya Poster Yapma Durumu</b>		Ort.±SS	Ort.±SS
1) 1 Kez	79	59,73±7,81	11,76±9,35
2) Çok Kez	101	60,33±8,43	11,17±8,01
3) Hiç Yapmamış	91	59,98±11,34	8,93±5,73
p=		0.912	<b>0.041</b>
Post Hoc Tests=		-	<b>3-1,2(019, 048)</b>
<b>Makaleye Katkı Verme Durumu</b>		Ort.±SS	Ort.±SS
1) 1 Kez	63	61,54±5,83	11,65±7,69
2) Çok Kez	6	68,50±6,63	7,67±1,86
3) Hiç Yapmamış	202	59,32±10,09	10,35±7,97
p=		<b>0.020</b>	0.337
Post Hoc Tests=		<b>2-3 (017)</b>	-

<b>Uzmanlık Eğitiminde Mesleki Tatmin Durumu</b>		Ort.±SS	Ort.±SS
1) Evet	41	63,93±10,73	10,1±7,97
2) Hayır	49	56,55±10,36	10,98±7,59
3) Kısmen	181	60,10±8,33	10,6±7,91
p=		<b>0.001</b>	0.869
Post Hoc Tests=		<b>1-2,3 (000,016)</b>	-
		<b>2-3 (016)</b>	

**Independent t test, ANOVA test, Post-Hoc; Bonferroni Test**

Tablo 4'te görüldüğü gibi Minnesota İş Tatmin Ölçeği Toplam puanı kadınlarda anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (p=0.036). Beck Depresyon ölçeği toplam puanı ile cinsiyet arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (p=0.867).

Minnesota İş Tatmin Ölçeği Toplam puanı asistan odası olanlarda anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (p<0.001). Beck Depresyon ölçeği toplam puanı ile asistan odasına sahip olma arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (p=0.836).

Minnesota İş Tatmin Ölçeği Toplam puanı bir hobisi olanlarda anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (p=0.023). Beck Depresyon ölçeği toplam puanı ile bir hobiye sahip olma arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (p=0.135).

Minnesota İş Tatmin Ölçeği Toplam puanı yakınlarına hekimlik mesleğini önerenlerde anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (p<0.001). Beck Depresyon ölçeği toplam puanı ile yakınlarına hekimlik mesleğini önerme arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (p=0.236).

Minnesota İş Tatmin Ölçeği Toplam puanı ile tıbbi kongreye katılma sayısı arasında anlamlı bir farklılık saptanmıştır (p=0.010). Minnesota İş Tatmin Ölçeği Toplam puanı açısından anlamlı farklılığın 3 kez katılanlar ile 1 kez (p=0.020, Bonferroni test) ve 2 kez (p=0.002, Bonferroni test) katılanlar arasında olduğu belirlenmiştir. Beck Depresyon ölçeği toplam puanı ile tıbbi kongreye katılım sayısı arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (p=0.667).

Beck Depresyon ölçeği toplam puanı ile Sunum veya poster yapma durumları arasında anlamlı bir farklılık saptanmıştır (p=0.041). Beck Depresyon ölçeği toplam puanı açısından anlamlı farklılığın hiç yapmayanlar ile 1 kez (p=0.019, Bonferroni test) ve çok kez (p=0.048, Bonferroni test) yapanlar arasında olduğu belirlenmiştir.

Minnesota İş Tatmin Ölçeği Toplam puanı ile Sunum veya poster yapma durumları arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (p=0.912). Minnesota İş Tatmin Ölçeği Toplam puanı ile makaleye katkı verme durumları arasında anlamlı bir farklılık saptanmıştır (p=0.020). Minnesota İş Tatmin Ölçeği Toplam puanı açısından anlamlı farklılığın hiç yapmayanlar ile çok kez (p=0.017, Bonferroni test) yapanlar arasında olduğu belirlenmiştir. Beck Depresyon ölçeği toplam puanı ile makaleye katkı verme durumları arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (p=0.337).

Minnesota İş Tatmin Ölçeği Toplam puanı ile uzmanlık eğitimini mesleki tatmin açısından yeterli bulma durumları arasında anlamlı bir farklılık saptanmıştır (p=0.001). Minnesota İş Tatmin Ölçeği Toplam puanı açısından anlamlı farklılığın uzmanlık eğitimini mesleki tatmin açısından kısmen yeterli bulanlar ile yeterli bulmayanlar (p=0.016, Bonferroni test) ve yeterli bulanlar (p<0.001, Bonferroni test) arasında olduğu belirlenmiştir. Beck Depresyon ölçeği toplam puanı ile hekimlerin aldıkları uzmanlık eğitimini mesleki tatmin açısından yeterli bulma tatmin durumları arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (p=0.869).

**Tablo 5. Katılımcıların Çalışma Koşullarına Göre Minnesota İş Tatmin Ölçeği Toplam Puan ile Beck Depresyon Envanteri Toplam Puanlarının Karşılaştırılması (n=271)**

Özellikler	Sayı	Minnesota İş Tatmin Ölçeği Toplam	Beck Depresyon Envanteri Toplam
<b>Bilgi Düzeyinin Mesleki Tatmin Durumu</b>		Ort.±SS	Ort.±SS
1) Evet	30	63,30±9,30	9,57±8,19
2) Hayır	67	56,22±9,96	11,72±9,05
3) Kısmen	174	60,94±8,66	10,33±7,26
p=		<b>&lt;0.001</b>	0.354
Post Hoc Tests=		<b>2-1,3</b>	-
<b>Ortalama Tutulan Nöbet Sayısı</b>		Ort.±SS	Ort.±SS
1) 1-2	60	62,90±8,66	6,04±9,32
2) 3-4	117	59,34±9,69	8,92±6,64
3) 5-6	77	59,44±8,70	10,88±7,23
4) >7	17	57,41±10,27	10,32±8,00
p=		<b>0.046</b>	<b>0.016</b>
Post Hoc Tests=		<b>1-2,3,4</b>	<b>4-1,2,3</b>

<b>İş Yerinin Fiziki Şartlarından Memnuniyet</b>		Ort.±SS	Ort.±SS
1) Evet	166	61,00±8,77	11,19±8,54
2) Hayır	37	56,38±9,06	9,06±6,80
3) Kısmen	68	59,68±10,34	10,88±7,23
p=		<b>0.022</b>	0.177
Post Hoc Tests=		<b>1-2</b>	-
<b>Maddi Durumu Yeterli Bulma</b>		Ort.±SS	Ort.±SS
1) Evet	11	65,45±14,42	11,18±7,83
2) Hayır	171	57,89±9,16	9,65±7,88
3) Kısmen	89	63,48±7,49	10,88±7,23
p=		<b>&lt;0.001</b>	0.260
Post Hoc Tests=		<b>2-1,3</b>	-

**Independent t test, ANOVA test, Post-Hoc; Bonferroni Test**

Tablo 5’te görüldüğü gibi Minnesota İş Tatmin Ölçeği Toplam puanı ile bilgi düzeyinin mesleki tatmin durumları arasında anlamlı bir farklılık saptanmıştır ( $p<0.001$ ). Minnesota İş Tatmin Ölçeği Toplam puanı açısından anlamlı farklılığın bilgi düzeyinin mesleki tatmini olmayanlar ile olanlar ( $p<0.001$ , Bonferroni test) ve kısmen olanlar ( $p<0.001$ , Bonferroni test) arasında olduğu belirlenmiştir. Beck Depresyon ölçeği toplam puanı ile bilgi düzeyinin mesleki tatmin durumları arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ( $p=0.354$ ).

Minnesota İş Tatmin Ölçeği Toplam puanı ile ortalama tutulan nöbet sayıları arasında anlamlı bir farklılık saptanmıştır ( $p=0.046$ ). Minnesota İş Tatmin Ölçeği Toplam puanı açısından anlamlı farklılığın ortalama 1-2 arası nöbet tutanlar ile 3-4 arası ( $p=0.016$ , Bonferroni test), 5-6 arası ( $p=0.030$ , Bonferroni test) ve 7’den fazla tutanlar ( $p=0.031$ , Bonferroni test) arasında olduğu belirlenmiştir. Beck Depresyon ölçeği toplam puanı ile ortalama tutulan nöbet sayıları arasında anlamlı bir farklılık saptanmıştır ( $p=0.016$ ). Beck Depresyon ölçeği Toplam puanı açısından anlamlı farklılığın ortalama 7’den fazla nöbet tutanlar ile 1-2 arası ( $p=0.002$ , Bonferroni test), 3-4 arası ( $p=0.017$ , Bonferroni test) ve 5-6 arası tutanlar ( $p=0.010$ , Bonferroni test) arasında olduğu belirlenmiştir.

Minnesota İş Tatmin Ölçeği Toplam puanı ile İş yerinde fiziki şartlardan memnuniyet durumları arasında anlamlı bir farklılık saptanmıştır ( $p=0.022$ ). Minnesota İş Tatmin Ölçeği Toplam puanı açısından anlamlı farklılığın İş yerinde

fiziki şartlardan memnun olanlar ile olmayanlar ( $p=0.006$ , Bonferroni test) arasında olduğu belirlenmiştir. BDÖ toplam puanı ile iş yerinde fiziki şartlardan memnuniyet durumları arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ( $p=0.177$ ).

Minnesota İş Tatmin Ölçeği Toplam puanı ile Maddi durumu yeterli bulma durumları arasında anlamlı bir farklılık saptanmıştır ( $p<0.001$ ). Minnesota İş Tatmin Ölçeği Toplam puanı açısından anlamlı farklılığın Maddi durumu yeterli bulmayanlar ile bulanlar ( $p=0.007$ , Bonferroni test) ve kısmen bulanlar ( $p<0.001$ , Bonferroni test) arasında olduğu belirlenmiştir. BDÖ toplam puanı ile maddi durumu yeterli bulma memnuniyet durumları arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ( $p=0.260$ ).

**Tablo 6: Depresyon gruplarına göre çeşitli değişkenlerin karşılaştırılması**

Değişkenler, n (%)	Depresyon				p
	Minimal	Hafif	Orta	Şiddetli	
Yaş	28,80±2,96	28,97±3,29	28,97±3,84	27,88±1,36	0.791 <sup>c</sup>
<b>Cinsiyet</b>					
Erkek	40 (27)	16 (20)	7 (20,6)	3 (33,3)	0.562 <sup>a</sup>
Kadın	108 (73)	64 (80)	27 (79,4)	6 (66,7)	
<b>Medeni durum</b>					
Bekar	85 (57,4)	61 (76,3)	24 (70,6)	6 (66,7)	<b>0.034<sup>a</sup></b>
Evlü	63 (42,6)	19 (23,8)	10 (29,4)	3 (33,3)	
<b>Asistanlığınız boyunca ortalama ayda kaç nöbet</b>					
1-2	39 (26,4)	15 (18,8)	6 (17,6)	0 (0)	<b>0.016<sup>b</sup></b>
3-4	59 (39,9)	38 (47,5)	17 (49,3)	3 (33,3)	
5-6	42 (28,4)	25 (31,3)	7 (20,6)	3 (33,3)	
>7	8 (5,3)	2 (2,4)	4 (23,5)	3 (33,3)	

**a:Pearson Chi Square test, b:Fisher's Exact test, c:ANOVA test, Post-hoc:Bonferroni test,  $p<0.05$  İstatistiksel olarak anlamlı**

Tablo 6'da görüldüğü gibi medeni durum ( $p=0.034$ ) ve asistanlık boyunca ayda tutulan nöbet sayısı ( $p=0.016$ ) depresyon grupları arasında anlamlı bir farklılık göstermiştir.

## 5. TARTIŞMA

Çalışmamız, 01.12.2023 ile 29.02.2024 tarihleri arasındaki 3 aylık periyotta İstanbul ilinde görev yapan dahil edilme kriterlerine göre uygun olan ve çalışmaya katılmaya onam veren 271 kişilik aile hekimliği asistan hekimlerine yapılmıştır. Çalışmamızda İstanbul ilinde görev yapan aile hekimliği uzmanlık öğrencilerinin çalışma koşulları ve sosyodemografik değişkenlerinin asistanların depresyon düzeyi ve iş doyumu üzerinde ve ikisinin arasındaki ilişkide ne kadar etkili olduğunun gösterilmesi amaçlanmıştır.

Çalışmamıza katılan aile hekimi uzmanlık öğrencilerinin yaş ortalaması 28 olarak bulunmuştur. Katılımcıların ortalama hekimlik süresi 3 yıl olup, aile hekimi asistanlığındaki yılları bu sonuca uyumlu bir şekilde ortalama 3 yıl olarak bulunmuştur. Pratisyenlik ve daha önce başka bir ihtisas yapma durumu sorulduğunda hekimlerin %88,6'sı pratisyenlik yapmış, %93'ü ise daha önce başka bir ihtisas yapmamıştır.

Çalışmamızda tablo 1'de görüldüğü üzere katılımcıların %75,6'sının kadın %24,4'ünün erkek olduğu tespit edilmiştir. Ülkemizde asistan hekimlerde depresyon ve iş tatmini ile ilgili yapılan çalışmalara bakıldığında çalışmalara katılan katılımcıların cinsiyete göre dağılım oranları farklılık göstermektedir. Örneğin 2019 yılında İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde görev yapmakta olan asistan doktorlarda uygulanan BDÖ depresyon oranının ve nedenlerinin tespit edilmesi amaçlanan bir çalışmada katılımcıların %57,5'i erkek, %42,5'i kadındır (54). Çalışmamız ile benzer kriterleri taşıyan 2022 yılında yapılmış İstanbul ili 3.basamak hastanelerde çalışmakta olan aile hekimi asistan doktorlarında tükenmişlik sendromu sıklığının araştırılması amacıyla yapılan bir çalışmada katılımcıların %67,7 'isi kadın, %32,3 'nün erkek olduğu görülmüştür(55). Çalışmamızda da benzer sonuçlar alınmış olup, katılımcıların çoğunluğunu kadın hekimlerin oluşturmasının sebebini aile hekimliği branşının kadın hekimler tarafından tercih edilme oranının daha yüksek olması ile açıklayabiliriz.

Tablo 2'ye baktığımızda çalışmamızdaki MDÖ puanı ile BDÖ toplam puanlarının ortalamaları görülmektedir. BDÖ ortalama puanı 10,59 iken MDÖ ortalama puanı 60,3 olarak bulunmuştur. Ölçeklerimizin ortalama puanlarının kategorik olarak denk geldiği sonuçlara sırasıyla baktığımızda BDÖ puanlaması şu şekildedir; 0-9 minimal düzeyde depresyon, 10-16 hafif depresyon, 17-29 orta depresyon, 30-63 ise şiddetli depresyon olarak değerlendirilmektedir(49,50). Çalışmamızdaki aile hekimliği uzmanlık öğrencilerinin depresyon ortalaması hafif depresyon düzeyinde çıkmıştır. Bunu genel popülasyon ile kıyasladığımızda literatürde mevcut olan Günay ve ark. tarafından yapılmış 1003 adet Türk üniversite öğrencisi üzerinde yapılan bir çalışmada öğrencilerin BDÖ skoru ortalaması 11,3±8,6 puan şeklinde bulunmuş olup çalışmamız ile benzer kategorik aralıkta gelmiştir. Günay ve ark. tarafından tablo haline getirilmiş olan Türkiye ve diğer ülkelerden farklı çalışmalarda bulunan ortalama BDÖ skorları Tablo 7'de gösterilmiştir(56–58). Yapılan çalışmaların BDÖ skoru ortalaması bizim çalışmamızı da destekler şekilde kategorik olarak hafif depresyon sınıfında bulunmuştur (59). Yapılan literatür taramaları ve kendi çalışmamızın bulguları doğrultusunda Türkiye'de ve aynı zamanda diğer dünya ülkelerinde de toplumda depresyon düzeylerinin ortalaması hafif depresyon olarak bulunmuştur.

**Tablo 7. Diğer Çalışmaların Lokasyonları ve Beck Depresyon Ölçeği Ortalama Puanları**

<b>Lokasyonlar</b>	<b>BDÖ Ort. ±SD</b>
Eskişehir Üniversite Öğrencileri(56)	11.2±8.6
Malatya Tıp Fakültesi Öğrencileri(57)	10.6±8.0
Japonya Kadın Üniversite Öğrencileri(58)	11.8±6.7

Hekimlerin iş tatmin düzeyleri incelendiğinde ise, MDÖ toplam puan ortalaması 60,03 olarak bulunmuş ve kategorik olarak bakıldığında MDÖ 20-100 arasında puan alan ve puan arttıkça iş doyumunun arttığını gösteren bir ölçektir. Puan değeri olarak 25 ve altı düşük iş doyumunu, 26- 74 orta iş doyumunu ve 75 ve üzeri

ise yüksek iş doyumunu ifade etmektedir. Çalışmamızdaki hekimlerin MDÖ kategorisinde sonuçları ise orta iş doyumunda bulunmuştur.

Çalışmamızda Tablo 3'te yaptığımız korelasyon sonuçlarına göre depresyon ve iş doyumunu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Bununla ilgili literatür incelendiğinde 2006 yılında Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde çalışan 153 hekim üzerinde iş doyumunun depresyon ve anksiyete üzerine etkisinin incelenmesi amaçlanmış ve yapılan bu çalışmada hekimlerde anksiyete ve depresyon düzeyleri yüksek bulunmuştur. İş doyumunu ve depresyon arasında da anlamlı bir ilişki saptanmıştır (60). Çalışmamızın amacında da depresyon ve iş doyumunu arası ilişki gösterilmek istenmiş olup ölçeklerimizin sonuçları ayrı ayrı incelendiğinde aile hekimi uzmanlık öğrencilerinin depresyon ortalaması hafif depresyon kategorisinde gelmiş, iş tatmin düzeyleri ise orta iş doyumunda bulunmuştur. Aralarında anlamlı bir ilişki çıkmamış olmasına rağmen asistan hekimlerin çoğunluğu hafif depresyon kategorisinde gelmiş ve iş tatmin düzeyleri yüksek bulunmamıştır.

Çalışmamızda Tablo 3'te görüldüğü gibi Minnesota İş Doyum Ölçeği toplam puanı ile yaş arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Asistan hekimlerde yaş ilerledikçe iş doyumlarında azalma görülmüştür. Literatüre baktığımızda Ankara'da yapılan bir çalışmada yaş, çalışma süresi, iş doyumunu ilişkisinde dikkat çekici bir bulgu bulunmuş olup; 25 yaşında ve daha küçük olanlar ile, 0-2 yıldır çalışanların iş doyumunu puan ortalamalarının birbiriyle uyumlu ve 26-35 yaşları arasında olanlardan ve 3-10 yıldır çalışanlardan yüksek olmasıdır (61). Çalışmamızda da yaşı daha genç olan hekimlerin mesleki doyumları yüksek gelmiş olup, bunun sebebinin işe yeni başlayan hekimlerin beklentilerinin ve mesleki heyecanlarının yüksek olması ve çalışmaya başladıktan kısa süre sonra bu beklentilerin sınırlanması ile açıklanabilir. BDÖ ile yaş arasında ise anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

Tablo 3'te görüldüğü gibi MDÖ puanı ile haftada alınan eğitim seminer saati arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Ancak BDÖ ile hafta alınan eğitim seminer saati arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Hekimlerin ortalama eğitim saatleri 2 olarak bulunmuştur ve seminer saati daha az olan hekimlerin BDÖ toplam puanlarının daha yüksek olduğu görülmüştür. Haftada alınan eğitim seminerine 1-6

saat arasında yanıtlar verilmiş olup, daha yüksek saatlerde eğitim semineri olan hekimlerde depresyon düzeylerinin düşük çıkmasının sebebinin seminerlerdeki sosyalleşme ortamı ile ilişkili olduğu düşünülmüştür.

Asistan hekimlerin iş tatmin düzeyleri incelendiğinde Tablo 4'te görüldüğü gibi MDÖ toplam puanı kadınlarda anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Mevcut literatürdeki çalışmalara bakıldığında iş tatmin oranlarının kadınlarda daha yüksek çıktığı çalışmalara sıkça rastlanmıştır. Örneğin Erdal ve ark. tarafından bir üniversite hastanesinde sağlık çalışanlarına yapılan 945 kişilik çalışmada kadınlarda iş tatmin oranları daha yüksek bulunmuş (62). Kadınların iş tatmin oranlarının yüksek olmasının sebebi, kadınların toplumda ve aile hayatındaki görev ve sorumlulukları düşünüldüğünde kariyerlerinde yükselmeleri önünde erkeklere kıyasla daha çok engel bulunmaktadır. Bunlara hamilelik, emzirme, çocuk bakımındaki sorumlulukları gibi kadının işe devam edemediği süreçler örnek verilebilir. Bu örnekler doğrultusunda kadınların kariyerinde yükselmeye devam ettikleri süreçte işe odaklanma, işten aldıkları verim ve dolayısıyla iş tatmin oranlarının daha yüksek olacağı düşünülmüştür. Cinsiyetin depresyon düzeyleri üzerindeki etkisi incelendiğinde ise BDÖ toplam puanı ile cinsiyet arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ( $p=0.867$ ). Literatüre bakıldığında kadınlarda depresyon düzeylerinin daha yüksek çıktığı çalışmalar mevcut olup örneğin Johannsson ve ark.'nın yaptıkları 3001 kişilik çalışmada depresyon oranı kadınlarda 2 kat daha fazla görülmüş ve yine Goodwin ve ark.'nın yaptıkları 3032 kişilik çalışmada depresyon kadınlarda daha yüksek oranda görülmüştür(63,64). Çalışmalar arası farklılıkların çalışma yeri ve ulaşılan kitle ile ilişkili olabileceği düşünülmüştür.

MDÖ toplam puanı asistan odası olanlarda anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Bu bulgumuzu destekleyecek şekilde MDÖ Toplam puanı ile iş yerinde fiziki şartlardan memnuniyet durumları arasında da anlamlı bir farklılık saptanmıştır. İş yeri fiziki şartlarından memnun olan hekimlerin iş doyum puanları fiziki şartlardan kısmen memnun olan ve memnun olmayan hekimlere göre daha yüksek bulunmuştur. Çalışmamız sonucunda hastanenin fiziksel şartlarını yeterli bulan hekim oranı %61,3

bulunmuş olup, hekimlerin %71,6'sının asistan odası bulunduğu görülmüştür. Hekimlerin günlerinin büyük bir kısmını hastanede geçirdikleri düşünüldüğünde, fiziki şartları daha iyi olan ve kendilerine ait asistan odası olan hastanelerde çalışmanın iş doyumunu artırdığı söylenebilir. BDÖ toplam puanı ile asistan odasına sahip olma arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır.

MDÖ toplam puanı bir hobisi olanlarda Tablo 4'te görüldüğü gibi anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. BDÖ toplam puanı ile bir hobiye sahip olma arasında anlamlı bir farklılık ise saptanmamıştır. İstanbul'da 945 sağlık çalışanın katılımıyla yapılan ve iş tatminini etkileyen faktörleri inceleyen bir çalışmada ve yine benzer bir çalışma olan Özpehlivan ve ark. 2018 yılında yaptığı bir çalışma da kişilerin ruhsal durumunun iş tatmini üzerine etkisi olduğunu göstermiştir. Kişinin dışa dönük olması iş tatminini artırırken; içe kapanık, sinirli, karamsar kişilik yapısına sahip olan kişiler iş yaşamlarında mutsuz ve iş tatmini az olan kişiler olarak bulunmuştur (62,65).

MDÖ toplam puanı yakınlarına hekimlik mesleğini önerenlerde anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Asistan hekimlerden iş tatmini daha yüksek olanların çevresine hekimliği önermesinin sebebi yaptıkları işten duydukları doyum arttıkça iş yaşamında daha mutlu olmaları ve buna bağlı olarak da yakınlarına hekimliği daha çok önerdikleri düşünülmüştür. Hekimlerin depresyon düzeyi ile hekimlik mesleğini başkalarına önermeleri arasında ise istatistiksel anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Minnesota İş Tatmin Ölçeği Toplam puanı ile tıbbi kongreye katılma sayısı arasında anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Asistanlığınız boyunca kaç adet tıbbi kongreye katıldınız sorusuna asistan hekimlerin %23,6'sı 1 kez, %18,5'i 2 kez, %33,6'sı 3 kez, %24,4'ü hiç katılmadım yanıtı vermiştir. Minnesota İş Tatmin Ölçeği Toplam puanı açısından anlamlı farklılığın 3 kez ve daha çok katılanlarla 1 veya 2 kez katılanlar arasında olduğu belirlenmiştir. Bulgularımıza göre tıbbi kongreye 1 veya 2 kez katılan hekimlerin iş doyumunun 3 kez ve daha çok katılanlara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu farklılığın kongrelere yeni katılmaya başlayan genç hekimlerin meslekte tecrübe edinme heyecanları ile beraberinde işten duydukları

hazzın artması ve iş tatmininin artmış olduğu düşünülmüştür. BDÖ toplam puanı ile tıbbi kongreye katılım sayısı arasında anlamlı bir farklılık ise saptanmamıştır.

Çalışmamızda Beck Depresyon Ölçeği toplam puanı ile sunum veya poster yapma durumları arasında anlamlı bir farklılık saptanmıştır. BDÖ toplam puanı açısından anlamlı farklılığın hiç yapmayanlar ile 1 kez ve 1'den çok kez yapanlar arasında olduğu belirlenmiştir. Asistanlığı boyunca hiç sunum yapmayan hekimlerin depresyon düzeyleri 1 kez veya 1'den çok kez sunum yapan hekimlere göre daha düşük gelmiştir. Asistanlık sürecinde 1'den çok kez sunum yapabilecek olan hekimlerin kıdemli asistan hekimler olduğu düşünüldüğünde; asistanlığın ileriki aşamasında olan tez, uzmanlık sınavı gibi kaygılar içerisindeki hekimlerin depresyon düzeylerinin daha yüksek olabileceği düşünülmüştür. Minnesota İş Tatmin Ölçeği Toplam puanı ile sunum veya poster yapma durumları arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır.

MDÖ toplam puanı ile makaleye katkı verme durumları arasında anlamlı bir farklılık saptanmıştır ve anlamlı farklılığın hiç yapmayanlar ile çok kez yapanlar arasında olduğu belirlenmiştir. 1 veya daha fazla makaleye katkısı olan hekimlerin MDÖ toplam puanının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Asistan hekimlerin literatür katkısı gibi bilimsel ve mesleki açıdan kendini geliştirmesi sonucu iş tatmininin artması ile bu durum açıklanabilir. BDÖ toplam puanı ile makaleye katkı verme durumları arasında ise anlamlı bir farklılık saptanmamıştır.

Tablo 4'te görüldüğü üzere MDÖ toplam puanı ile hekimlerin aldıkları uzmanlık eğitimini mesleki tatmin açısından yeterli bulma tatmin durumları arasında anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Anlamlı farklılığın uzmanlık eğitiminde mesleki tatmini kısmen olanlar ile olmayanlar ve olanlar arasında olduğu belirlenmiştir. Aldıkları uzmanlık eğitimini yeterli bulan hekimler MDÖ toplam puanı, eğitimi kısmen yeterli bulan ve yeterli bulmayan hekimlere göre daha yüksek gelmiştir. Bu da çalışmamızda da beklediğimiz gibi iş tatmini daha yüksek olan hekimlerin, aldıkları eğitimi de daha yeterli bulduklarını göstermektedir. Aldığınız uzmanlık eğitimini mesleki tatmin açısından yeterli buluyor musunuz sorusuna ise hekimlerin sadece %15,1'i evet demiştir.

MDÖ toplam puanı ile bilgi düzeyinin mesleki tatmin durumları arasında anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Kendini mesleki bilgi düzeyi açısından yetersiz gören hekimlerin iş tatminleri daha düşük gelmiş olup, kendini yeterli bilgi düzeyinde gören hekimlerde iş tatmini en yüksek bulunmuştur. Hekimlere kendi mesleki bilgi düzeylerini sorduğumuzda yalnızca %11,1'i kendini yeterli düzeyde bulmuştur. Bu sonuç bize mesleki bilgi düzeyi açısından hekimlerin özgüveni ve yeterlilikleri yükselirse iş doyumlarının artacağını düşündürmüştür.

Tablo 5'te görüldüğü gibi MDÖ toplam puanı ile kazandığınız maddi durumu yeterli bulma durumları arasında anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Anlamlı farklılığın maddi durumu yeterli bulmayanlar ile bulanlar ve kısmen bulanlar arasında olduğu belirlenmiştir. Asistan hekimlerin iş doyum oranları gelirini yetersiz bulanlarda düşük saptanmıştır. Gelirini yeterli bulan veya kısmen yeterli bulan hekimlerde ise iş doyumunu daha yüksek bulunmuştur. Çalışma, genellikle gelir elde etmek amacıyla düşünülen bir eylem olarak kabul edilir, ancak toplumda kişilere statü ve saygınlık kazandırırken aynı zamanda çok yönlü faydalar sağlar. Çalışma, fiziksel ve zihinsel gücün kullanılması karşılığında sadece gelir elde etmekten öte bir anlam taşır ve iş tatminini artırır. Maslow'un belirttiği gibi, insanın en iyi kaderi ve en büyük şansı, sevdiği bir işi yaparken aynı zamanda maddi kazanç sağlayabilmesidir. İş yaşamında, en önemli faktörlerden biri olan iş tatminini sağlayan genellikle ücret olmuştur(65).

BDÖ toplam puanı ve maddi durumu yeterli bulma memnuniyeti arasında ise anlamlı bir farklılık saptanmamıştır.

Tablo 5'te görüldüğü gibi Minnesota İş Tatmin Ölçeği Toplam puanı ile ortalama tutulan nöbet sayıları arasında anlamlı bir farklılık saptanmıştır. MDÖ toplam puanı açısından anlamlı farklılığın ortalama 1-2 arası nöbet tutanlar ile 3-4 arası, 5-6 arası ve 7'den fazla tutanlar arasında olduğu belirlenmiştir. MDÖ toplam puanlarına bakıldığında iş doyum oranları ortalama 1-2 nöbet tutan hekimlerde daha yüksek görülmüşken 3-4,5-6 ve 7'den fazla sayıda nöbet tutan hekimlerde benzer oranlarda ve daha düşük bulunmuştur. Beck Depresyon Ölçeği toplam puanı ile ortalama tutulan nöbet sayıları arasında da anlamlı bir farklılık saptanmıştır. BDÖ toplam puanı

açısından anlamlı farklılığın ortalama 7'den fazla nöbet tutanlar ile 1-2 arası, 3-4 arası ve 5-6 arası tutanlar arasında olduğu belirlenmiştir. Yine çalışmamızda bu bulguyu destekleyecek şekilde sonuçlanmış olan depresyon gruplarına göre nöbet sayılarını karşılaştırdığımız Tablo 6'da da, asistanlık boyunca ayda tutulan nöbet sayısı depresyon grupları arasında anlamlı bir farklılık göstermiştir. Ayda 1-2 nöbet tutan hekimlerin orta ve şiddetli depresyon grubuna girme oranı ayda ortalama 3-4, 5-6 ve 7'den fazla nöbet tutan hekimlerden düşük bulunmuştur. Çalışmamıza benzer bir şekilde Ankara'da 235 hekim üzerinde yapılan bir araştırmada nöbet tutan hekimlerde duygusal tükenmişlik ve BDÖ skorları anlamlı derecede daha yüksek bulunmuş. Fazla nöbet tutan (6-10 nöbet/ay) hekimlerde duygusal tükenmişlik ve BDÖ skorları az nöbet tutan hekimlere göre ( $\leq 5$  nöbet/ay) daha yüksek bulunmuştur (66). Nöbet sürelerinin uzun olması, nöbet sonrası yeterli dinlenme süresinin olmaması ve nöbet ücretlerinin düşük olması, hekimler üzerinde olumsuz etkilere neden olabilmekte ve bunların depresif semptomları artırabileceği düşünülmüştür. Yine yakın zamanlı Lee ve ark.'nın Güney Kore'de yaptığı bir çalışmada acil tıp asistanlarında nöbetlerin depresyonla ilişkili olduğu bildirilmiştir. Nöbet şartları sebebiyle gece çalışmanın sirkadiyen ritmi etkilediği, gece nöbetlerinin kötü uyku kalitesi, yorgunluk, uykusuzluk, konsantrasyon bozukluğu ve hafıza problemlerine neden olarak depresyona yol açabileceği ifade edilmiştir (67).

Çalışmamıza katılan asistan hekimlerin %64,9'nun bekar, %35,1'nin ise evli olduğu görülmüştür. Tablo 6'da görüldüğü gibi medeni durum depresyon grupları arasında anlamlı bir farklılık göstermiştir. Medeni hali bekar olan asistan hekimlerin minimal, hafif, orta ve şiddetli depresyon düzeylerinin evli olan hekimlere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Depresyon açısından literatür bilgisi incelendiğinde depresyonun boşanmış ya da ayrı yaşayan eşler arasında daha sık görüldüğü bulunmuştur. Bekarlarda evlilere göre 2 kat daha fazla oranda depresyon görülmüştür (68). Çalışmamızda da literatür ile uyumlu veriler elde edilmiştir. Johnson ve ark. tarafından acil servis hekimleri üzerinde yapılmış benzer bir çalışmada tükenmişlik düzeyleri ile medeni durum arası ilişki incelenmiş olup, evli olan acil servis hekimlerinin bekar olan hekimlere kıyasla tükenmişlik düzeylerinin daha düşük olduğu ortaya konmuştur (69). Lee ve ark.'nın yaptığı bir başka çalışmada da boşanmış

hekimlerin duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve depresif semptomlara sahip olma aynı zamanda da kişisel başarıda azalma hissi düzeylerinde artışın daha belirgin olduğu belirtilmiştir (70).

### **5.1 ARAŞTIRMANIN KISITLILIKLARI**

Araştırma bulgularımızda bazı kısıtlılıklar mevcut olup bu kısıtlılıkların başında, araştırmanın sadece İstanbul ilinde yürütülmüş olması gelmektedir. Bu durum, çalışmamızın sonuçlarının ülke içindeki tüm aile hekimi uzmanlık öğrencilerine genellenebilmesi açısından yetersizlik oluşturmaktadır. Literatürde sağlık çalışanlarının depresyon ve iş doyumunu etkileyen faktörlere yönelik pek çok çalışma olsa da gelecekte asistan hekimler üzerinde etkili olan faktörleri incelemeye yönelik daha çok çalışmaya ihtiyaç vardır. Aynı zamanda çalışmalar için Türkiye'nin farklı bölgelerini de içine alan daha geniş bir örneklem grubuna ihtiyaç duyulmaktadır. Buna ek olarak ulaşılan hekimlerin yalnızca aile hekimliği uzmanlık öğrencileri olması, sözleşmeli aile hekimliği uzmanlık öğrencilerinin iş tatmin ve depresyon düzeylerini etkileyen faktörlere bakılmaması, sözleşmeli aile hekimlerinin çalışma koşullarının değişkenlik gösterebileceği ve bu durumun da bulguları etkileyebileceği göz ardı edilmemelidir.

## **6. SONUÇ ve ÖNERİLER**

Çalışmamızda İstanbul ilinde görev yapan aile hekimliği uzmanlık öğrencilerinin çalışma koşulları ve sosyodemografik değişkenlerinin asistanların depresyon düzeyi ve iş doyumunu üzerinde ve ikisinin arasındaki ilişkide ne kadar etkili olduğunun gösterilmesi amaçlanmıştır.

Çalışmamızın sonuçlarına göre, aile hekimliği uzmanlık öğrencilerinin iş tatmin düzeyleri ile depresyon düzeyleri arasında belirgin bir ilişki tespit edilememiştir. İş tatmininin kadın hekimlerde daha yüksek olduğu, ayrıca iş doyumunun fiziksel şartları daha iyi olan hastanelerde ve hobisi olan öğrencilerde daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Çalışmamızda katılımcıların %13,3'ü hekimlik mesleğini yakınlarına önerirken iş tatmini yüksek olan hekimlerin yakınlarına hekimlik mesleğini daha çok önerdiği gözlenmiştir.

Hekimlere kendi mesleki bilgi düzeylerini sorduğumuzda yalnızca %11,1'i kendini yeterli düzeyde görmüş olup, kendini mesleki bilgi düzeyi açısından yetersiz gören hekimlerin iş tatminleri daha düşük gelmiştir. Aynı zamanda iş tatmini yüksek olan hekimlerin, aldıkları uzmanlık eğitimini de daha yeterli buldukları görülmüştür. Aldığınız uzmanlık eğitimini mesleki tatmin açısından yeterli buluyor musunuz sorusuna ise hekimlerin sadece %15,1'i evet demiştir. Evli hekimlerin depresyon düzeylerinin daha düşük olduğu gözlemlenirken, daha az nöbet tutan hekimlerin depresyon puanları yine daha düşük bulunmuştur. Nöbet sayıları arttıkça hekimlerin iş tatminleri azalmış ve depresyon puanları yükselmiştir.

Sonuç olarak çalışmamızda, aile hekimliği uzmanlık öğrencilerinin hafif düzeyde depresyon yaşadığı ve orta seviyede iş tatminine sahip oldukları gözlemlenmiştir. Bu doğrultuda, eğitim programlarının iyileştirilmesi, hekimlerin nöbet sayılarının düşürülmesi, iş tatmini odaklı destek programlarının oluşturulması, stres yönetimi açısından eğitimler düzenlenmesi, kişisel gelişim ve hobilerin teşvik edilmesi, aile ve sosyal destek ağının güçlendirilmesine yönelik fırsatların oluşturulması gibi önlemler alınarak hekimlerin iş tatminini artırmak ve depresyon düzeylerini azaltmak mümkün olabilir. Bu öneriler, sağlık çalışanlarının mental iyilik halinin korunması ve iş tatminlerinin artırılması açısından kritik adımlar olarak değerlendirilebilir. Hekimlerin psikolojik sağlıklarının iyi oluşu sadece kendi sağlıkları üzerinde değil, aynı zamanda bağlı oldukları kurumları ve en önemlisi bakmakla yükümlü oldukları hastalarını da doğrudan etkileyecektir. İş doyumu, iş stresi, depresyon gibi faktörler bireysel sorunlar olarak değil, kurumsal çözüm gerektiren meseleler olarak kabul edildiğinde kurumsal düzeyde önlemler alınabilir.

## 7. KAYNAKLAR

1. Oral R. Oral R. Ülkemizde ve Dünyada Aile Hekimliği Sisteminin İşleyişi (Master Tezi, Sosyal Bilimler Enstitüsü). 2015; İstanbul.
2. (Erişim Tarihi: 24 Ocak 2024) WMA. Evaluation of Attitudes and Behaviors of Family Medicine Residency Students Regarding Academic Literacy. <https://www.wma.net/what-we-do/medical-ethics/>
3. Gökaslan S, Kanad N ve diğerleri. (2020). Bir Üniversite Hastanesinde Asistan ve Uzman Doktorların İş Doyumu ve Motivasyonunu Etkileyen Faktörler [Factors Affecting Job Satisfaction and Motivation of Assistant and Specialist Doctors in a University Hospital].
4. Turgu S, Öztora S. (2018). Patient Satisfaction in Primary Care and the Relationship with Physicians' Job Satisfaction. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi, 22(2), 78–91.
5. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi. (2018). Cilt.22 Sayı.2.
6. Kane L. (2023). “I Cry but No One Cares”: Physician Burnout & Depression Report 2023 [Medscape Business of Medicine Executive Director]. <https://www.medscape.com/slideshow/2023-lifestyle-burnout-6016058?0=0=reg=1&1=reg=1#2>
7. Peckham C. (2018). Medscape National Physician Burnout & Depression Report 2018 [Art Science Code LLC Director, Editorial Services, New York, New York]. <https://www.medscape.com/slideshow/2018-lifestyle-burnout-depression-6009235>
8. Yılmaz A. (2018). Burnout, Job Satisfaction, and Anxiety-Depression Among Family Physicians: A Cross-Sectional Study. J Family Med Prim Care, 7(5), 952–956. doi: 10.4103/jfmpc.jfmpc\_59\_18.
9. Rakel RE. (2007). Textbook of Family Medicine.
10. Oral R. Oral R. Ülkemizde ve Dünyada Aile Hekimliği Sisteminin İşleyişi (Master Tezi, Sosyal Bilimler Enstitüsü). 2015; İstanbul.
11. Aile hekimliği Avrupa tanımı WONCA Avrupa 2005 Basımı Türkçe Çevirisi;2011
12. Öğrü G. Gözde Öğrü 2020 Uzmanlık eğitimi alan aile hekimliği araştırma görevlilerinin “ideal aile hekimi olma” ile ilgili bilişsel temsillerinin incelenmesi Assessment of the cognitive representations of Family Medicine residents on “being the ideal Family Physician.”
13. Başbakanlık Mevzuatı Geliştirme ve Yayın Genel Müdürlüğü [İnternet]. [Alıntı Tarihi: 27 Ocak 2024]. <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2013/01/20130125-26.htm>

14. Ekiyor A. Aile Hekimliği Uygulamasında Hizmet Sunucuların Memnuniyet Düzeylerinin Demografik Özellikler Açısından Farklılıkları. Uluslararası Sağlık Yönetimi Ve Stratejileri Araştırma Dergisi, 2018; 4:94-108.
15. Tababet Uzmanlık Tüzüğü Tarihi:18.04.1973 Resmi Gazete Sayısı:14511 (Değişik : 5.7.1983). [Çevrimiçi] 18 04 1973. [Alıntı Tarihi: 30 06 2020.] [http://www.istanbulsaglik.gov.tr/w/mev/mev\\_tuz/tababet.pdf](http://www.istanbulsaglik.gov.tr/w/mev/mev_tuz/tababet.pdf).
16. Ünlüoğlu İ. Aile hekimliği disiplininde akademik yükselmeler ve doçentlik sınavları. Türk Aile Hekimliği Dergisi, 2013; 17(3):137-41.
17. Ünlüoğlu İ, Kaptanoğlu Y, Özer Cahit A, Ünlüoğlu İ. Aile hekimliğinin tarihçesi ve gelişimi, Aile Sağlığı Merkezi Yönetimi. İstanbul: Tahev. Akademi Yayıncılık, 2012:1-9.
18. T.C. Sağlık Bakanlığı. Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı İlerleme Raporu. T.C. Sağlık Bakanlığı Yayınları. Ankara, 2008.
19. Kantarcı Y. Aile Hekimliği Uygulamasının Hasta Sağlığı Üzerine Etkisi: Nurdağı Aile Sağlığı Merkezi Örneği. Yüksek Lisans Tezi, Kahramanmaraş, 2015.
20. Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi Nasıl Olmalı? - Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği [İnternet]. [Alıntı Tarihi: 29 Ocak 2024]. <https://www.tahud.org.tr/news/view/aile-hekimli%C4%9Fi-uzmanl%C4%B1k-e%C4%9Fitimi-nas%C4%B1-olmal%C4%B1>
21. Rakel Robert R, Rakel David P. Aile Hekimliği Esra Saatçi. 9. Baskı. Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri, 2019.
22. Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi Çekirdek Müfredatı TUKMOS 11.09.2019.
23. Depressive disorder (depression) [İnternet]. [Alıntı Tarihi: 2 Şubat 2024]. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>
24. Depression and Other Common Mental Disorders [İnternet]. [cited 2024 Feb 2]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/depression-global-health-estimates>
25. Marquez, P. V., & Saxena, S. Making mental health a global priority. In Cerebrum: the Dana forum on brain science (2016, Temmuz). Dana Foundation.
26. American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Washington, DC
27. Sadock BJ, Sadock VA. Duygudurum Bozuklukları. İçinde: Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. Aydın H, Bozkurt A. (edt). Güneş Kitapevleri, İstanbul, 1559-1800, 2007.

28. Malhi GS, Bassett D, Boyce P, Bryant R, Fitzgerald PB, Fritz K, et al. Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for mood disorders. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 2015 Dec 1;49(12):1087–206. (37).
29. Yakar, T., Baran, A., Güngör, S., Altınoy, B., Yalçınsoy, M., Can, G., & Akkaya, E. The factors affecting Beck depression scale in asthmatic patients. *Tuberkuloz ve Toraks*, 2007, 55(1), 11-17.
30. Özel B., Üniversite Öğrencilerinin Rekreasyon Faaliyetlerine Yönelik Yaşam Doyum ve Tatmin, Benlik Saygısı Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi.
31. Baran Y., İş doyumunu ve yaşam doyumunu ilişkisi ve İstanbul'daki devlet üniversite hastanelerinde çalışan ameliyat hemşirelerine yönelik bir araştırma. İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Hastane ve Sağlık Kuruluşlarında Yönetim Bilim Dalı (Yüksek Lisans Tezi), 2010.
32. Gökaslan S, Kanad N. Factors affecting job satisfaction and motivation of assistant and specialist doctors in a university hospital. *Kocatepe Medical Journal*, 2020; 21(Özel Sayısı 1): 92-97.
33. Davis K. İşletmede insan davranışı: Örgütsel davranış. Çev: Kemal Tosun, İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi Yayın No. 199, İstanbul, 1988.
34. Öztürk A, Özdemir F. İşletmelerde personel güçlendirmeye dayalı iş doyumunun artırılması. *Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 2003; 17(1-2).
35. Keser A. Çalışma yaşamında motivasyon ve yaşam tatmini. *Alf Aktüel Yayını*, 2003.
36. Naidoo R. How GPs cope with Depression? *Mental Health Matters*. 2018;5:1-2.
37. Kinman G, Teoh K. What could make a difference to the mental health of UK doctors? A review of the research evidence. *OP matters*. 2018; 12:1.
38. Bailey E, Robinson J, McGorry P: Depression and suicide among medical practitioners in Australia. *Intern Med J*. 2018; 48:254-8.
39. Bardavit M. Kişilik yapılarının stresi değerlendirme, stresle başa çıkma yaklaşımları, algılanan stres ve iş doyumunu üzerine olan etkisinin karşılaştırmalı olarak incelenmesi. İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji A.B.D., Yüksek Lisans Tezi, 2007.
40. Demiral Y, Akvardar Y, Ergör A, Ergör G, Üniversitesi DE, Fakültesi T, et al. Üniversite hastanesinde çalışan hekimlerde iş doyumunun anksiyete ve depresyon düzeylerine etkisi. *The Impact of Job Satisfaction on Anxiety and Depression Levels Among University Physicians*, 2006.

41. Sürek, M. (2007). İstanbul Menkul Kıymetler Borsası'nda görevli üye temsilcilerinin iş tatmini üzerine bir araştırma. İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı, İnsan Kaynakları Yönetimi Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi.
42. Topal E. Hekim ve hemşirelerin iş doyum düzeyleri. Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Psikiyatri Hemşireliği Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2008.
43. Özer D, Kocabıyık A, Girgin V, Demirarslan P. Erken Başlangıçlı Depresyonlarda Aile Yüklülüğü (Gözden Geçirme). *Düşünen Adam*. 2002; 15(4): 215-220.
44. Unsal A, Tozun M, Ayrancı U. Prevalence of Depression Among Postmenopausal Women and Related Characteristics. *Climacteric*. 2011; 14(2): 244-251.
45. Keskin A, Ünlüoğlu İ, Bilge U, Yenilmez Ç. Ruhsal Bozuklukların Yaygınlığı, Cinsiyetlere Göre Dağılımı ve Psikiyatrik Destek Alma ile İlişkisi. *Nöropsikiyatri Arşivi*. 2013; 50: 344-351.
46. Heslin M, Desai R, Lappin J M, Donoghue K, Lomas B, Reininghaus U, et al. Biological and Psychosocial Risk Factors for Psychotic Major Depression. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2016; 51: 233-245.
47. Köroğlu, Ö. (2012). İçsel ve dışsal iş doyum düzeyleri ile genel iş doyum düzeyi arasındaki ilişkinin belirlenmesi: Turist rehberleri üzerinde bir araştırma. *Doğuş Üniversitesi Dergisi*, 13(2), 275-289.
48. Beck AT, Steer RA, Brown GK. Beck Depression Inventory Manual. 2nd ed. San Antonio, TX: Psychological Corporation; 1996.
49. Hisli N. Beck Depresyon Envanterinin geçerliği üzerine bir çalışma. *Psikoloji Dergisi*. 1989; 22:118-126.
50. Hisli N. Beck Depresyon Envanterinin üniversite öğrencileri için geçerlilik güvenilirliği. *Psikoloji Dergisi*. 1989; 23:3-13.
51. García-Batista ZE, Guerra-Peña K, Cano-Vindel A, Herrera-Martínez SX, Medrano LA. Validity and reliability of the Beck Depression Inventory (BDI-II) in general and hospital population of Dominican Republic. *PLoS One*. 2018;13(6):e0199750.
52. Aktürk Z, Dagdeviren N, Ture M, Tuglu C. The reliability and validity analysis of the turkish version of beck depression inventory for primary care. *Türk Aile Hek Derg* 2005; 9(3): 117-122.
53. Tabachnick, B. G., Fidell, L. S. (2001). *Using Multivariate Statistics* (4th ed.). Needham Heights, MA: Allyn and Bacon.
54. Gören E., T.C. İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Tıp Anabilim Dalı İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesi'nde Çalışan Asistan Hekimlerin Beck Depresyon

- Ölçeğiyle Depresyon Seviyelerinin ve Nedenlerinin Belirlenmesi (Tıpta Uzmanlık Tezi) İzmir, 2019.
55. Tekdemir Z., Sağlık Bilimleri Üniversitesi Haseki Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Aile Hekimliği COVID-19 Pandemi (Mart 2020-Aralık 2021) Dönemi İstanbul İli 3.Basamak Hastanelerde Çalışmakta Olan Aile Hekimi Asistanlarında Tükenmişlik Sendromu Sıklığının Araştırılması (Tıpta Uzmanlık Tezi) İstanbul, 2022.
  56. Arslan G, Ayrancı Ü, Ünsal A, Arslantaş D. Prevalence of depression, its correlates among students, and its effects on health-related quality of life in a Turkish University. *Upsala Journal of Medical Sciences*. 2009;114:170–177.57
  57. Kaya M, Genç M, Kaya B, Pehlivan E. Prevalence of depressive symptoms, ways of coping, and related factors among medical school and health services higher education students. *Turk Psikiyatr Derg* 2007; 18: 137–46.
  58. Arnault DS, Kim O. Is there an Asian idiom of distress? Somatic symptoms in female Japanese and Korean Students. *Arch Psychiatr Nurs* 2008; 22: 27–38.
  59. Günay O, Akpınar F, Poyrazoğlu S, Aslaner H. Türk Üniversite Öğrencilerinde depresyonun yaygınlığı ve ilişkili faktörler. *TJPH*. Aralık 2011;9(3):133-143. doi:10.20518/tjph.173059.
  60. Demiral, Y. "Üniversite Hastanesinde Çalışan Hekimlerde İş Doyumunun Anksiyete ve Depresyon Düzeylerine Etkisi" *Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 2006;20(1).
  61. Piyal Birgül, Çelen Ümit, Şahin Neriman ve Piyal Bülent, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesinde Çalışanların İş Doyumu. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi*, 2000;53(4): 241-250.
  62. Erdal N. T.C. Beykent Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı İşletme Yönetimi Bilim Dalı Sağlık Çalışanlarında Örgütsel Güven ve Örgütsel Vatandaşlığın İş Tatmini Üzerindeki Etkilerinin İncelenmesi: Bir Üniversite Hastanesi Örneği (Doktora Tezi) İstanbul, 2020.
  63. Renee D. Gender Differences in Depression: The Role of Personality Factors, *Psychiatry Research*, 2013;4 (1):135–142.
  64. Johansson R et al. Depression, Anxiety And Their Comorbidity in The Swedish General Population: Point Prevalence and The Effect On Health-Related Quality Of Life, *PeerJ*, (2013).
  65. Özpehlivan M. İş tatmini kavramsal gelişimi bireysel ve örgütsel etkileri, yararları ve sonuçları. *Kırklareli Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*. 2018;2(2):43-70.

66. Alakaya M.M. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Atatürk Sanatoryum Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği nöbet tutan hekimler ile nöbet tutmayan hekimlerin tükenmişlik ve depresyon derecelerinin karşılaştırılması (Tıpta Uzmanlık Tezi) Ankara,2023.
67. Lee MJ, Nho WY, Jung H, et al. High prevalence of depression and sleep-wake disorders among female emergency medicine residents in South Korea. *Ann Med.* 2022;54(1):846-855.
68. Doğan O. Depresyonun Epidemiyolojisi. *Duygudurum dizisi* 2000; 1:29-38.
69. Smith J, Braunack-Mayer A, Wittert G. What do we know about men's help-seeking and health service use? *Medical Journal of Australia.* 2018;209(6):248-249.
70. Jones, M. C., Wells, M., Gao, C., Cassidy, B., & Davison, J. Work stress and well-being in emergency medical doctors: A systematic review. *Critical Care*, 2019;23(1):1-14.

