



T.C. SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
BAŞAKŞEHİR ÇAM VE SAKURA ŞEHİR HASTANESİ
AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ

**İSTANBUL İLİ AİLE SAĞLIĞI MERKEZİNDE ÇALIŞAN AİLE
HEKİMLERİNİN AKADEMİK YAYIN VE ETKİNLİK TAKİP ETME
DURUMLARININ TÜKENMİŞLİK VE DİĞER KİŞİSEL
FAKTÖRLERLE İLİŐKİSİNİN ARAŞTIRILMASI**

Dr. Sena YAYLA

(TIPTA UZMANLIK TEZİ)

İSTANBUL, 2023



T.C. SAğLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
BAşAKşEHİR ÇAM VE SAKURA şEHİR HASTANESİ
AİLE HEKİMLİğİ KLİNİğİ

**İSTANBUL İLİ AİLE SAğLIğI MERKEZİNDE ALIşAN AİLE
HEKİMLERİNİN AKADEMİK YAYIN VE ETKİNLİK TAKİP ETME
DURUMLARININ TüKENMİşLİK VE DİğER KİşİSEL
FAKTÖRLERLE İLİşKİSİNİN ARAşTIRILMASI**

Dr. Sena YAYLA

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Hilal ÖZKAYA

(TIPTA UZMANLIK TEZİ)

İSTANBUL, 2023

TEŞEKKÜR

Verdiği özgürlükler ve gösterdiği hedefler ile bu yolda ilerlememdeki en büyük ışık olan ulu önder Mustafa Kemal ATATÜRK'e,

Uzmanlık eğitimine başladığım ilk günden itibaren üzerimde emeği olan, yol gösteren çok kıymetli hocam ve tez danışmanım Doç. Dr. Hilal ÖZKAYA'ya,

Asistanlık sürecim boyunca çalıştığım her dakikadan keyif almamı sağlayan, her zaman birlik ve beraberlik içinde yol aldığımız Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesindeki sevgili uzmanlarım ve asistan arkadaşlarıma,

Hatırladığım ilk anılarımdan itibaren beraber büyüdüğüm, her anımda uzakta da olsa aynı şeyleri düşündüğümüzü bildiğim, her daim varlığını hissettiren sevgili Gamze'ye,

Başladığım zorlu tıp eğitimi sürecinin bana kazandırdığı, bu süreçte her zaman en büyük destekçim olan, tüm zorluklarda yanımda olan, birlikte gülüp ağladığım sevgili Dilek'e

Beraber büyüdüğümü hissettiğim, her koşulda beraber olduğumuz sürece eğlenebildiğimiz, çok farklı karakterlere sahip olmamıza rağmen hayatımda sahip olabileceğim en güzel dostluklara sahip olduğumu hissettiren yangınlar ekibine; hayatına tesadüfler sonucu farkında olmadan girdiğim Zeynep Ece ve hayatına o farkında değilken girdiğim Meryem'e,

Asistanlık eğitiminin daha en başındayken sıcacık gülümsemesi ve içtenliği ile hayatıma giren, desteğini esirgemeyen, beraber eğlendiğim sevgili Nesrin'e,

Tüm hayatım boyunca bana destek olan, her koşulda sevgilerini ve şefkatlerini gösteren, beni yetiştirmek için büyük emek sarf etmiş ve her zaman fedakarlık yapmış olan, benim başarılı, erdemli ve iyi bir insan olmamdaki en büyük paya sahip olan, her anımda yanımda olduklarını bildiğim canım annem Sabire YAYLA ve canım babam Ahmet YAYLA'ya

Sonsuz saygı, sevgi ve minnetlerimi sunarım.

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. Aile Hekimliği.....	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 Aile Hekimliği ve Akademik Okuryazarlık.....	6
2.2.1 Kanıta Dayalı Tıp Yaklaşımı.....	8
2.2.2 Akademik Okuryazarlık.....	8
2.3 Tükenmişlik Sendromu.....	9
2.3.1. Tükenmişlik Sendromu Tanımı.....	9
2.3.2. Tükenmişlik Sendromuna Etki Eden Faktörler.....	10
2.3.2.1. Çevresel faktörler.....	10
2.3.2.2. Bireysel faktörler.....	10
2.3.3. Maslach Tükenmişlik Modeli.....	11

2.3.4. Sağlık Çalışanlarında Tükenmişlik.....	12
2.3.5 Doktorlarda Tükenmişlik Sendromu.....	13
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	14
3.1. Araştırmanın Türü ve Kapsamı.....	14
3.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	14
3.3. Araştırmaya Dahil Edilme ve Dışlanma Kriterleri	14
3. 3. 1. Dahil edilme kriterleri	14
3. 3. 2. Dışlanma kriterleri	14
3. 4. Araştırmanın Etik Kurul Süreci.....	14
3.5. Veri Toplama Araçları ve Kullanılan Ölçekler.....	15
3.5.1. Sosyodemografik Veri Formu.....	15
3.5.2. Maslach Tükenmişlik Ölçeği.....	15
3.6. İstatistiksel Analiz.....	16
4. BULGULAR.....	18
5. TARTIŞMA.....	34
5.1 Araştırmanın Kısıtlılıkları	40
6. SONUÇ.....	41
7. KAYNAKLAR.....	43
EKLER.....	48
TEZ ANKETİ ÖRNEĞİ.....	49

KISALTMALAR

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

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

Max.: Maximum

Min.: Minimum

Ort.: Ortalama

SPSS 25.0: Statistical Package for the Social Sciences

SS: Standart Sapma

TÜİK: Türkiye İstatistik Kurumu

Vb.: Ve benzeri

MTÖ: Maslach Tükenmişlik Ölçeği

KDT: Kanıta Dayalı Tıp

TABLO LİSTESİ

- Tablo 1.** Katılımcılara ait Demografik Değişkenlerin Frekans Dağılımı (n=338)
- Tablo 2.** Katılımcıların Mesleki Bilgilerine Ait Değişkenlerin Frekans Dağılımı (n=338)
- Tablo 3.** Katılımcıların Akademik Bilgilerine Ait Değişkenlerin Frekans Dağılımı (n=338)
- Tablo 4.** Ölçek Alt Boyutlarından Alınan Toplam Puanlara Ait Betimsel İstatistikler
- Tablo 5.** Katılımcıların Ölçek Alt Boyut Puanları ile Çeşitli Değişkenler Arasındaki İlişkilere Ait Korelasyon Sonuçları (n=338)
- Tablo 6.** Katılımcıların Ölçek Alt Boyut Puanlarının Demografik Değişkenler Açısından Karşılaştırılması
- Tablo 7.** Katılımcıların Ölçek Alt Boyut Puanlarının Mesleki Bilgi Değişkenleri Açısından Karşılaştırılması
- Tablo 8.** Katılımcıların Ölçek Alt Boyut Puanlarının Akademik Bilgi Değişkenleri Açısından Karşılaştırılması
- Tablo 9.** Katılımcıların “Bilimsel toplantı ve kongrelere katılabiliyor musunuz?” Sorusuna Verdikleri Yanıtların Değişkenlerin Açısından Karşılaştırılması(n=338)
- Tablo 10.** Katılımcıların “Kongrelerde bildiri / poster sunumu yaptınız mı?” Sorusuna Verdikleri Yanıtların Değişkenlerin Açısından Karşılaştırılması(n=338)
- Tablo 11.** Katılımcıların “Herhangi bir dergide makaleniz bulunuyor mu?” Sorusuna Verdikleri Yanıtların Değişkenlerin Açısından Karşılaştırılması(n=338)

ÖZET

AMAÇ: Aile Hekimliği bütüncül, kapsayıcı ve kişi merkezli bakım verilen bir disiplindir ve kapsamı gereği yoğun tıbbi bilgi birikimine sahip olması gerekir. Disiplinin bu kapsamlı bakış açısı yoğun çalışma temposuna, bu tempo ise hekimlerde tükenmişliğe ve/veya akademik çalışmalara yeterli zaman ayıramamaya neden olabilmektedir. Bu çalışmada aile sağlığı merkezinde çalışan aile hekimlerinin akademik yayın ve etkinlik takip etme durumlarının tükenmişlik sendromu ve diğer kişisel faktörler ile ilişkisini araştırmak amaçlanmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM: Araştırmamız kesitsel bir çalışma olup yüz yüze anket uygulamasıyla yapılmıştır. Çalışma 01.05.2023 ile 30.06.2023 tarihleri arasındaki 2 aylık periyotta İstanbul ilinde aile sağlığı merkezinde çalışan aile hekimlerinden dahil edilme kriterlerini karşılayan 338 katılımcı ile yapılmıştır. Katılımcılara toplam 22 sorudan oluşan sosyodemografik veri formu ve Türkçe'ye uyarlama çalışması 1993 yılında Ergin tarafından gerçekleştirilen 22 soruluk Maslach Tükenmişlik Ölçeğini barındıran toplam 44 soruluk bir anket uygulanmıştır.

Tüm istatistiksel analizler IBM SPSS sürüm 25.0 (SPSS Inc., Chicago, Illinois, ABD) kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Tablolarda sürekli değişkenler Ort±SS olarak sunulmuştur. Kategorik değişkenler sayı (N) ve yüzde (%) halinde sunulmuştur. Ölçek alt boyut puanları ve değişkenler arasındaki ilişkiyi belirlemek için pearson korelasyon testi kullanılmıştır. Ölçek puanları ile katılımcıların çeşitli değişkenleri arasında anlamlı farklılıkları belirlemek üzere Independent Samples t ve One-Way ANOVA testi uygulanmıştır. Gruplar arasında anlamlı fark çıkması durumunda, anlamlılığın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek amacıyla sidak testi tercih edilmiştir. Kategorik değişkenlerin karşılaştırılması için Chi-square test kullanılmıştır. $p<0.05$ istatistikçe anlamlı kabul edilmiştir.

BULGULAR: Çalışmada elde edilen bulgular incelendiğinde katılımcıların çoğunun (%37,0) 40 yaş üstü olduğu, kadınların (%52,7) erkeklere oranla daha fazla katılım sağladığı, pratisyen hekimlerin (%70,1) çoğunlukta olduğu belirlenmiştir. Maslach tükenmişlik ölçeği alt boyutlarından katılımcılarımızın aldığı ortalama puanlar duygusal tükenme için 26,52, duyarsızlaşma için 12,31 ve kişisel başarı için 27,16 olarak belirlenmiştir. Bu ortalama puanlar incelendiğinde hekimlerin tüm alt boyutlarda orta seviyede tükenmişlik yaşadıkları görüldü. Sosyodemografik veriler değerlendirildiğinde 40 yaş üstü, meslek yılı 15 yıl üstü,

evli olan katılımcıların diğer gruplara kıyasla tükenmişlik ölçeği alt boyutlarından “Kişisel başarı” puanı; diğer uzmanlıklara sahip katılımcıların aile hekimleri ve pratisyen hekimlere kıyasla “Duyarsızlaşma” puanı daha yüksek bulunmuştur. Ayrıca sigara/nargile/tütün kullanan katılımcıların kullanmayanlara kıyasla “Duyarsızlaşma” puanı; sık sık alkol kullanan katılımcıların diğer gruplara kıyasla hem “Duygusal tükenme” hem de “Duyarsızlaşma” puanı daha yüksek bulunmuştur.

“Aile hekimliği yapmak sizi mesleki olarak tatmin ediyor mu?” Sorusuna hayır yanıtı verenlerin diğer gruplara kıyasla “Duygusal tükenme” ve “Duyarsızlaşma” puanı daha yüksek; evet yanıtı verenlerin diğer gruplara kıyasla “Kişisel başarı” puanı daha yüksek bulunmuştur. “Aile hekimliğini ekonomik olarak tatmin edici buluyor musunuz?” Sorusuna hayır yanıtı verenlerin diğer gruplara kıyasla “Duygusal tükenme” ve “Duyarsızlaşma” puanı daha yüksek bulunmuştur.

Katılımcıların %59,2’sinin (n=200) bilimsel toplantı ve kongrelere katılmadığı, %77,2’sinin (n=261) kongrelerde bildiri/poster sonumu yapmadığı, %89,9’unun (n=304) herhangi bir dergide makalesinin olmadığı belirlenmiştir. Herhangi bir dergide makalesi olmayan katılımcıların olanlara kıyasla “Duygusal tükenme” puanı daha yüksek bulunmuştur.

SONUÇ: Aile hekimlerinin akademik yayın ve etkinlik takip etme durumu, iş memnuniyeti, tükenmişlik ve kişisel faktörlerle karmaşık bir ilişki içindedir. Bu ilişki, aile hekimlerinin çalışma koşulları, kişisel motivasyonları, destek sistemleri ve mesleki çevreleri gibi bir dizi faktörden etkilenebilir. Sağlık kurumları ve yöneticiler, aile hekimlerinin mesleki gelişimlerini teşvik etmek ve iş stresini azaltmak için destekleyici politikalar ve kaynaklar sağlamak konusunda önemli bir rol oynamaktadır. Bu, hem sağlık hizmeti sunumunu iyileştirmeye hem de aile hekimlerinin sağlık sektöründeki uzun vadeli başarılarını desteklemeye yardımcı olabilir.

Anahtar Kelimeler: Aile Hekimliği, Tükenmişlik, Temel sağlık hizmeti

ABSTRACT

AIM: Family Medicine is a discipline that provides holistic, comprehensive and person-centered care and, due to its scope, requires extensive medical knowledge. Intense work schedule can lead to burnout and/or inability to allocate enough time for academic studies in doctors. This study aimed to investigate the relationship between burnout syndrome and other personal factors between academic publications and activities of family physicians working in a family health center.

MATERIALS AND METHODS: Our research is a cross-sectional study and was carried out using a face-to-face survey. Our study was carried out in a 2-month period between 01.05.2023 and 30.06.2023 with 338 participants who met the inclusion criteria and were family physicians working in a family health center in Istanbul. A sociodemographic data form consisting of 22 questions in total and a survey with 44 questions in total, including the 22-question Maslach Burnout Scale, which was adapted into Turkish by Ergin in 1993, were applied to the participants.

All statistical analyzes were evaluated with using IBM SPSS version 25.0 (SPSS Inc., Chicago, Illinois, USA). Continuous variables are presented as Mean $\pm$ SD in the charts. Categorical variables are presented as numbers (N) and percentages (%). Pearson correlation test was used to determine the relation between scale subscale scores and various variables. To determine (identify/indicate) whether there was a significant difference between the scale subscale scores and various variables of the participants, Independent Samples t test, one of the parametric tests, was applied for variables with 2 groups, and One-Way ANOVA test was applied for variables with 3 or more groups. In case of a significant difference between the groups, the Sidak test was preferred among the post-hoc tests in order to determine which groups have relevance. Chi-square test was applied to compare categorical variables. $p < 0.05$ was considered statistically significant.

RESULTS: When the results obtained in the study were analyzed, it was determined that most of the participants (37.0%) were over the age of 40, women (52.7%) participated more than men, and the majority were general practitioners (70.1%). The average scores our participants received (got point/scored) from the Maslach burnout scale subscales were determined as 26.52 for emotional burnout, 12.31 for depersonalization and 27.16 for personal accomplishment. When these average scores were analyzed, it was observed that physicians

experienced intermediate levels of burnout in all sub-dimensions. When sociodemographic data were evaluated, the "Personal achievement" score from the burnout scale sub-dimensions of the participants who were over 40 years of age, had a career of over 15 years, and were married was higher than other groups; The "Depersonalization" score of participants with other specialties was found to be higher compared to family physicians and general practitioners. Moreover, the "Depersonalization" score of participants who use cigarettes/hookah/tobacco compared to those who do not use; Participants who frequently use alcohol were found to have higher both "Emotional Burnout" and "Depersonalization" scores compared to other groups. "Does working as a family physician satisfy you professionally?" Those who answered no to the question had higher "Emotional Burnout" and "Depersonalization" scores compared to other groups; The "Personal achievement" score of those who answered yes was found to be higher compared to other groups. "Do you find family medicine economically satisfactory?" Those who answered no to the question were found to have higher "Emotional Burnout" and "Depersonalization" scores compared to other groups. It was determined that 59.2% (n=200) of the participants did not attend any scientific meetings and congresses, 77.2% (n=261) did not submit papers/posters at congresses, and 89.9% (n=304) did not publish any articles in any journal. The "Emotional Burnout" score was found to be higher in participants who did not have an article in any journal compared to those who did.

CONCLUSION: Family physicians' pursuit of academic publications and activities has a complex relation with job satisfaction, burnout and personal factors. This relation may be affected by a number of factors, such as family physicians' working conditions, personal motivations, support systems and professional environments. Healthcare institutions and administrators play an important role in providing supportive policies and resources to encourage the professional development of family physicians and reduce work stress. This can help both improve healthcare delivery and support the long-term success of family physicians in the healthcare industry.

KEY WORDS: Family Medicine, Burnout, Primary health care

1. GİRİŞ ve AMAÇ

Aile Hekimliği hasta ile etkileşimin ilk ve en kolay şekilde kurulduğu, sağlık hizmetlerine ulaşmak isteyenlerin sosyodemografik, kültürel ve diğer özelliklere bakılmaksızın bütüncül ve kişi merkezli yaklaşım kullanılan bir disiplindir (1). Aile hekiminin bu kapsamlı gereği yoğun tıbbi bilgi birikimine sahip olması gerekir. Aynı zamanda bu bilgileri öğrenme ve edindiği bilgilerin sürdürülebilirliği açısından aile hekimlerinin kendilerini güncellemesi ve geliştirmesi gerekmektedir (2).

Günümüzde bilgi edinme kaynakları gelişen teknoloji ve dünya düzeni nedeniyle sürekli yenilenmekte ve değişmektedir. Yaşanan gelişmelerin de bir sonucu olarak bilgi paylaşımı daha hızlı ve kolay olmaktadır. Doğru ve bilimsel bilgi ile kendimizi geliştirme konusunda gerekli ve yeterli kaynağa ulaşma, bu kaynakları okuma, değerlendirme oldukça önemlidir. Akademik yayın ve etkinliklerinin takibi, kendimizi geliştirmemize katkı sağlayacak kaynaklara ulaşmada oldukça fayda sağlamaktadır. Kanıta dayalı çalışmaları klinik uygulamalarımızda etkin kullanabilmek için akademik çalışmalara önemli ölçüde önem verilmesi gerekmektedir. Yıllar içinde birinci basamaktaki hekimler tarafından yapılan klinik araştırmalar, sağlık hizmetlerini iyileştirmenin, koruyucu sağlık programlarının gelişimini hızlandırmanın ve sağlık bakım sistemini düzene sokmanın bir yolu olarak kabul edilmiştir(3).

Hekimlik, Uluslararası Çalışma Örgütü tarafından stres faktörlerinin ve iş yükünün fazla olduğu bir meslek grubu olarak nitelendirilmektedir (4). Çalışan bireyler gün içindeki zamanlarının çoğunluğunu çalışma alanlarında geçirmektedir. Bu nedenle işyerinde maruz kalınan stresin, kişinin hayatında birçok açıdan etkili olduğu bilinmektedir.

Yoğun çalışma temposu hekimlerde tükenmişliğe ve/veya akademik çalışmalara yeterli zaman ayıramamaya neden olabilmektedir. Yurtdışında yapılan çalışmalarda aile hekimlerinin bilimsel araştırmaya katılma oranlarının yüksek olduğu görülmektedir (5). Ülkemizde aile hekimlerinin akademik ve akademik etkinliklere katılma, bilimsel okuma yapma oranlarına yönelik az çalışma bulunmaktadır.

Bu çalışmada aile sağlığı merkezinde çalışan aile hekimlerinin akademik yayın ve etkinlik takip etme durumlarının tükenmişlik sendromu ve diğer kişisel faktörler ile ilişkisini araştırmak amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Aile Hekimliği

2.1.1. Aile Hekimliğinin Tanımı

Aile hekimliği, ilk kez Francis Peabody tarafından, 1923 yılında, hastalara kapsamlı ve bütüncül bir yaklaşım gerekliliğinin savunulması ile ortaya çıkmıştır. Tıbbi alanda aşırı branşlaşma olması, hastalara bütüncül yaklaşımı zamanla köreltmıştır. Aile hekimliği bu alanda oluşan ihtiyaç sonrası ortaya atılan bir görüştür. Peabody'nin savunduğu bu görüşten sonra ise Amerikan Tıp Birliği'nin Willard Raporları ile 'Aile Hekimliği' tanımlaması yapılmış ve aile hekimliği birinci basamak alanında çalışılan yeni bir uzmanlık alanı olarak tanınmıştır. (6)

Aile hekimliği tanım olarak; birinci basamak sağlık hizmetlerinde hasta ile ilk temas aşamasında primer hekimlik görevini üstlenen, hastanın ihtiyaçlarını bütüncül olarak değerlendirip sağlık sisteminden gereken en uygun ve yeterli şekilde faydalanmasına olanak sağlamak amacıyla hizmet verir. Aile hekimliği yapısı gereği tüm hastaların kendi sosyal çevrelerinde, aile ve toplum değerlerini bir bütün olarak ele alıp, değerlendirir. Hastaya yaş, ırk, cinsiyet ve diğer kişisel faktörler önemsenmeksizin bireysel olarak yaklaşır. Gerektiğinde diğer branşlar ile birlikte tıbbi sorunların değerlendirilmesini, hastanın ihtiyaç duyduğu tetkik ve tedavinin karşılanması için uygun gördüğü bir üst merkeze yönlendirilmesini ve branşlar arasındaki koordinasyonu sağlar (7).

Aile hekimliğinde sunulan bütüncül yaklaşım; koruyucu, teşhis ve tedavi edici, rehabilitasyona yönelik ve sağlıklı olma durumunun sürdürülmesi durumlarını kapsamaktadır. Hekim hastaları ihtiyaçlarına göre yönlendirmeli, sağlık hizmetlerinden en iyi şekilde faydalanılmasını sağlamalı ve bunları yaparken hastaya ve hasta yakınlarına açıklayıcı, doğru bilgileri iletmekle yükümlüdür. (8)

Avrupa Aile Hekimliği Birliği olan WONCA (World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians) aile hekimini sağlık hizmetlerini gereksinimi olan bireylere kanıta dayalı bütüncül ve birey merkezli yaklaşımı bilimsel çalışmaların eşliğinde sunan bir disiplin olarak tanımlar (9,10).

WONCA tanımına göre aile hekimliğinin temel özellikleri şu şekildedir:

1. Sağlık sisteminin hasta ile ilk iletişim basamağını oluşturur; hastaların bireysel özelliklerinden bağımsız tüm sağlık sorunlarını değerlendirir.
2. Birinci basamaktaki sağlık hizmeti sunumunda yer alan diğer çalışanlar ile birlikte gerektiğinde diğer uzmanlık alanları ile koordinasyon sağlayıp, kaynakların etkin ve doğru bir biçimde kullanılmasını sağlar
3. Kişi merkezli bir yaklaşım sergiler.
4. Hekim ve hasta arasında zamanla gelişen etkili ve özel bir iletişim süreci mevcuttur
5. Hekim, hastaların değişen ihtiyaçlarına yönelik gereken sağlık hizmeti sunumunun sürekliliğini sağlamak ile yükümlüdür.
6. Hastalıkların değerlendirilmesinde, toplumdaki insidans ve prevalans değerlerini göz önünde bulundurur.
7. Hastaların hem akut hem de kronik sağlık problemlerini beraber değerlendirir.
8. Koruyucu hekimlik çerçevesinde hastalıkların erken tanınmasını sağlar. girişim gerektiren sağlık sorunlarını yönetir.
9. Uygun ve etkin yöntemlerle hastaların fiziksel ve ruhsal iyilik durumunu geliştirir.
10. Sadece bireyin değil, eş zamanlı olarak toplumu değerlendirerek etkin bir sağlık hizmeti verilmesini sağlar
11. Sağlık sorunlarını tüm boyutları ile ele alır. (10,11)

2.1.2. Aile Hekimliğinin Gelişimi

Aile hekimliği, sağlık hizmetlerindeki evrim süreci içinde ortaya çıkan bir yaklaşım olarak kabul edilir. 20. yüzyılın ortalarında, sağlık hizmetleri daha çok hastalıkların tedavisi üzerine odaklanmıştı. Ancak zamanla toplum sağlığının korunması ve genel sağlığın artırılması amacına yönelik bir anlayışın gelişmeye başlamasıyla birlikte, aile hekimliği gibi bütünsel yaklaşımların önemi ortaya çıktı. Hastaların sadece hastalıklarının değil, aynı zamanda genel sağlıklarının da takip edilmesi gerektiği fikrini benimseyen aile hekimliği hastaların birey olarak ele alınmasını ve tedavilerin kişiselleştirilmesini sağladı. Hastalıkların sadece biyolojik değil, aynı zamanda psikolojik ve sosyal faktörlerle de bağlantılı olduğu gösterildi. Yıllarca devam eden aşırı uzmanlaşma sonucunda hastalara odaklanmaktan çok hastalıklara odaklanmaya başlanan süreçte aile hekimliği kavramı sadece hastalıkları tedavi etmekle değil aynı zamanda hastalıkları önleme ve sağlığı koruma konusunda da önemli bir role sahip olmuştur. Aile hekimliği, hastaların sürekli ve bütünsel bir bakım almalarını sağlamak üzere tasarlanmış bir sağlık hizmeti modelidir (6).

2.1.3. Aile Hekiminin Görev, Yetki ve Sorumlulukları

Aile Hekimlerinin görev, yetki ve sorumlulukları, ülkeden ülkeye ve sağlık sisteminden sağlık sistemine farklılık gösterebilir. Ancak genel olarak, aile hekimlerinin temel görevi, birinci basamak sağlık hizmetlerini sunarak bireylerin ve ailelerin genel sağlık ihtiyaçlarına odaklanmaktır. Aile hekiminin uygulama yönetmeliği (12) çerçevesince belirtilen görev, yetki ve sorumlulukları aşağıdaki şekilde sıralanmıştır:

1. Çalıştığı bölgenin sağlık hizmeti planlamasında bölgedeki toplum sağlığı merkezi ile iş birliği yapmak.
2. Hekimlik uygulaması sırasında karşılaştığı toplum ve çevre sağlığını ilgilendiren durumları bölgede bulunan toplum sağlığı merkezine bildirmek.
3. Kendisine kayıtlı kişilerin ilk değerlendirmesini yapmak için 6 ay içinde ev ziyaretinde bulunmak veya kişiler ile iletişime geçmek.
4. Kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak teşhis, tedavi, rehabilitasyon ve danışmanlık hizmetlerini vermek.
5. Sağlıkla ilgili olarak kayıtlı kişilere rehberlik yapmak, sağlığı geliştirici ve koruyucu hizmetler ile anne çocuk sağlığı ve üreme sağlığı hizmetlerini vermek.
6. Periyodik sağlık muayenesi yapmak.
7. Kayıtlı kişilerin yaş, cinsiyet ve hastalık gruplarına yönelik izlem ve taramaları yapmak.
8. Evde takibi zorunlu olan engelli, yaşlı, yatalak ve benzeri durumdaki kendisine kayıtlı kişilere evde veya gezici/yerinde sağlık hizmetlerinin yürütülmesi sırasında kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak teşhis, tedavi, rehabilitasyon ve danışmanlık hizmetlerini vermek.
9. Aile sağlığı merkezi şartlarında teşhis veya tedavisi yapılamayan hastaları sevk etmek, sevk edilen hastaların geri bildirimi yapılan muayene, tetkik, teşhis, tedavi ve yatış bilgilerini değerlendirmek, ikinci ve üçüncü basamak tedavi ve rehabilitasyon hizmetleri ile evde sağlık hizmetlerinin koordinasyonunu sağlamak.
10. Tetkik hizmetlerinin verilmesini sağlamak ya da bu hizmetleri vermek.
11. Verdiği hizmetlerle ilgili olarak sağlık kayıtlarını tutmak ve gerekli bildirimleri yapmak.
12. Kendisine kayıtlı kişileri yılda en az 1 defa değerlendirerek sağlık kayıtlarını güncellemek.
13. Gerektiğinde hastayı gözlem altına alarak tetkik ve tedavisini yapmak.

14. Entegre sağlık hizmetinin sunulduğu merkezlerde gerektiğinde hastayı gözlem amaçlı yatırarak tetkik ve tedavisini yapmak.
15. İlgili mevzuatta birinci basamak sağlık kuruluşları ve resmî tabiplerce kişiye yönelik düzenlenmesi öngörülen her türlü sağlık raporu, sevk evrakı, reçete ve sair belgeleri düzenlemek.
16. Kurumca belirlenen konularda hizmet içi eğitime katılmak.
17. Kurumca ve ilgili mevzuat ile verilen diğer görevleri yapmak.

2.1.4. Türkiye’de Aile Hekimliği

Türkiye’de aile hekimliği uygulaması, 2005 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından başlatılan bir sağlık reformu çerçevesinde hayata geçirilmiştir. Bu reformun temel amacı, sağlık hizmetlerini daha etkin ve erişilebilir hale getirmek, koruyucu sağlık hizmetlerine vurgu yapmak ve birinci basamak sağlık hizmetlerini güçlendirmektir (13).

25.01.2013 tarih ve 28539 sayılı Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliğinde 3. maddede yer alan aile hekimi belirtilen şekilde ele alınmaktadır: “Aile hekimi; bireye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak tanı, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini yaş, cinsiyet ve hastalık noktasında ayırım gözetmeksizin, her bireye kapsamlı ve süreklilik ilkesine uygun olarak belirli mekânda vermekle sorumlu, gereken ölçüde gezici sağlık hizmeti de verebilen ve tam gün esasına göre çalışan aile hekimliği uzmanı veya Sağlık Bakanlığı’nın öngördüğü eğitimleri alan uzman tabip veya tabiplerdir” (14)

Ülkemizde aile hekimliği kavramı ilk kez 1960’lı yıllarda ortaya çıkmıştır. Fakat o dönemde aile hekimliği kavramı mevcut sağlık ocaklarının işleyişine içinde değerlendirilip, yeni uzmanlık gerektiren bir alan olarak belirlenmemiş. 1983 yılında, öncesinde dünyada farklı toplumlarda tanımlanan diğer branşlardan farklı bir yaklaşım olarak aile hekimliği, Tababet Uzmanlık Tüzüğü’ne alınması ile ülkemizde de bir uzmanlık dalı olarak kabul edilmiş. İlk uzmanlık eğitimlerine 1985 yılında Ankara, İzmir ve İstanbul’da Sağlık Bakanlığı’na bağlı eğitim araştırma hastanelerinde başlanmıştır (15).

Ülkemizde aile hekimliğinin gelişim süreci esas olarak 2003 yılında Sağlık Bakanlığı’nın "Sağlıkta Dönüşüm Programı" ile başlamıştır (16). Bu yeni sağlık modeli, önceki sağlık hizmetlerini iyileştirmeyi ve birinci basamak sağlık hizmetlerini güçlendirmeyi amaçlıyordu. Aile hekimliği uygulaması kapsamında, aile sağlığı merkezleri (ASM) kuruldu. Aile hekimliği

uygulamasý ile birlikte, her bireyin aile hekimine kaydedilmesi amaçlanmýþtır. Bu sayede hastaların saęlık gemiþi, takip ve tedavi planları daha sistemli bir Őekilde kaydedilmektedir. Aynı zamanda aile hekimlięi uygulamasý koruyucu hekimlik ilkelerine vurgu yaparak hastalýkların önlenmesine yönelik çalıřmaları da desteklemektedir. Bu kapsamda ařılar, tarama testleri, gebelik takibi gibi koruyucu saęlık hizmetleri ön plandadır.

Aile hekimlięi uygulamasý zamanla yaygınlařmýř ve birçok ilde ve ilçede uygulamaya konulmuřtur. Bu, Türkiye genelinde birinci basamak saęlık hizmetlerinin yaygınlařmasına ve daha geniř bir nüfusa ulařmasına olanak tanımýřtır.

2.1.5. Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi

Aile hekimliği uzmanlık eğitimi, birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışacak olan hekimlere özel beceriler kazandırmayı, koruyucu hekimlik ilke ve uygulamalarını aşılamayı ve bireyleri ve aileleri bütünsel bir Şekilde değerlendirmeyi hedefler (11).

Aile hekimliği uzmanlık eğitimi 3 yıl sürer. Bu süre, teorik eğitim, klinik uygulamalar ve stajları içerir. Eğitim süresi boyunca, aile hekimliği uzman adayları birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunumu, hasta takibi, koruyucu hekimlik uygulamaları ve aile sağlığı konularında deneyim kazanılır.

İlk Aile Hekimlięi Anabilim Dalı 1984 yılında Gazi Üniversitesi bünyesinde kurulmuştur. 1993 yılında, Yüksek Öğretim Kurumu 12547 sayılı kararı kapsamında tıp fakültelerinde aile hekimliği anabilim dallarının kurulmasını uygun bulunmuştur. Bu kararla birlikte 1993 yılında Trakya Üniversitesi Tıp Fakóltesinde Aile Hekimlięi Anabilim Dalı kurulmuş ve asistan eğitimine bařlamýřtır. (17)

2.2 Aile Hekimliği ve Akademik Okuryazarlık

Aile hekimliği, bireylerin ve ailelerin genel sağlık ihtiyaçlarına odaklanan bütünsel bir sağlık hizmet modelini benimser. Bu alanda çalışan sağlık profesyonelleri, genellikle birinci basamak sağlık hizmetlerinin önemini vurgular ve hastaları sadece hastalýklarının tedavisiyle değil, aynı zamanda koruyucu hekimlik ve sağlıklı yaşam tarzları konusunda da bilinçlendirerek tedavi eder. Aile hekimleri, toplumun genel sağlık düzeyini arttırmayı hedefler ve bu bağlamda sürekli öğrenmeye ve mesleki gelişime önem verirler.

Aile hekimliği uzmanlık eğitimi sürecinde, akademik okuryazarlık becerisi, hekimlerin sağlık bilimleri literatürünü anlama, değerlendirme, eleştirel düşünce geliştirme ve bu bilgileri etkili bir şekilde uygulama yeteneklerini içerir. Aile hekimliği uzman adayları, kanıta dayalı tıp uygulamalarını anlama ve bu prensipleri pratiğe entegre etme konularında yetkin olmalıdır. Uzmanlık eğitimi genellikle bir uzmanlık tezi yazımını içerir. Akademik okuryazarlık becerileri, etkili bir tez yazım sürecini destekler ve orijinal bir araştırma yapma kabiliyetini geliştirir.

Akademik okuryazarlık ise, sağlık profesyonellerinin bilimsel literatürü anlama, eleştirel düşünce kullanma ve güncel araştırmalara erişme yeteneklerini içerir. Aile hekimleri, bu akademik okuryazarlık becerilerini kullanarak, mesleklerini daha etkili bir şekilde icra edebilir ve hastalarına en güncel ve bilgiye dayalı sağlık hizmetlerini sunabilirler. Bu bağlamda, aile hekimliği ve akademik okuryazarlık arasındaki ilişki büyük önem taşır. Tıp alanındaki gelişmeler ile birlikte sahip olduğumuz bilgiler sürekli yenilenmekte ve etkin bir teşhis, tedavi için hekimlerin kendilerini güncel tutması gerekmektedir. Hekimler hastalarına daha iyi hizmet sunabilmek ve mesleklerinde güncel kalmak adına sürekli olarak yeni bilgileri takip etmeli ve bu bilgileri pratiğe entegre etmelidirler. Akademik okuryazarlık, aile hekimlerine güvenilir bilgi kaynaklarına erişim, bilimsel makaleleri değerlendirme ve kendi pratiğe eleştirel bir gözle değerlendirme yeteneği kazandırır.

Akademik okuryazarlık becerisi, hekimlere güncel bilimsel araştırmalara, klinik çalışmalara ve sağlık literatürüne etkili bir şekilde erişme yeteneği kazandırır. Bu, meslektaşlarıyla ve diğer sağlık profesyonelleriyle ağ kurmalarına ve en son gelişmeleri takip etmelerine yardımcı olur. Hekimler, akademik okuryazarlık becerilerini kullanarak sürekli mesleki gelişimlerine katkıda bulunabilirler. Yeni tedavi yöntemleri, teknolojik gelişmeler ve sağlık politikaları hakkındaki güncel bilgileri takip ederek pratiğini güncel tutabilirler.

Bu aşamada kanıta dayalı tıp uygulamalarının önemi ortaya çıkmaktadır. Akademik okuryazarlık becerileri, sağlık profesyonellerinin kanıta dayalı tıp prensiplerini anlamalarını ve bu prensipleri uygulamalarını sağlar. Sağlık literatürünü etkili bir şekilde anlama, bilimsel makaleleri değerlendirme ve güvenilir bilgi kaynaklarına erişim, kanıta dayalı tıp prensiplerini benimsemek için temel adımlardır.

2.2.1 Kanıta Dayalı Tıp Yaklaşımı

Gelişen tıp ve sağlık bilimleri, hastaların teşhis ve tedavilerinde sürekli bir evrim göstermektedir. Bu evrimin temelinde, bilimsel yöntemle elde edilen güvenilir kanıtların kullanılması yatan bir yaklaşım bulunmaktadır: Kanıta Dayalı Tıp (KDT). Kanıta dayalı tıp, sağlık hizmetlerinde karar alma süreçlerini şekillendiren, klinik uygulamaları bilimsel verilere dayandıran ve hastaların en iyi sonuçları elde etmelerini amaçlayan bir yaklaşımdır. Bu yaklaşım, tıp pratiğini sadece klinik deneyimle değil, aynı zamanda güncel bilimsel araştırmalarla desteklemeyi hedefler. Klinik deneyim ve hasta tercihleri, bilimsel kanıtlarla bütünleştirilir, böylece her bir hastaya özgü, etkili ve kişiselleştirilmiş bir tedavi yaklaşımı ortaya çıkarılır (18).

KDT, birçok temel prensibi içerir. Bunlardan ilki, güncel bilimsel araştırmalara dayanmanın önemidir. Sağlık profesyonelleri, sistematik incelemeler ve meta-analizler gibi yöntemlerle derlenmiş güçlü kanıtları kullanarak tedavi seçeneklerini belirler. Bu, pratiği sürekli olarak güncel tutmalı ve en etkili müdahaleleri uygulamayı amaçlar. Ayrıca, KDT sürekli öğrenmeyi vurgular. Sağlık profesyonelleri, bilimsel bilginin sürekli olarak evrim geçirdiği gerçeğini göz önünde bulundurarak, kendi bilgilerini güncel tutmalı ve yeni araştırmalara açık olmalıdır. Bu, pratiği geliştirmeyi ve hastalarına en son ve en iyi bakımı sunmayı sağlar.

KDT aynı zamanda hasta merkezli bir yaklaşımı destekler. Hasta tercihleri ve değerleri, tedavi kararlarında önemli bir rol oynar. Sağlık profesyonelleri, bilimsel kanıtlarla desteklenen tedavi seçeneklerini hastalarına anlatırken, hastanın bireysel ihtiyaçlarına ve tercihlerine saygı gösterir (19).

2.2.2 Akademik Okuryazarlık

Akademik okuryazarlık, bireyin karmaşık ve bilimsel metinleri anlama, eleştirel düşünce geliştirme, güvenilir bilgi kaynaklarını değerlendirme ve bilgileri etkili bir şekilde kullanabilme yeteneği olarak tanımlanabilir. Akademik metinleri eleştirel bir bakış açısıyla değerlendirme becerisi, bireyin bilgileri sorgulamasını, analiz etmesini ve farklı perspektifleri değerlendirmesini sağlar.

Akademik okuryazarlık bilgiye ulaşma, bilgiyi organize etme ve araştırma yapma yeteneği ile ilgilidir. Bu, bir kaynağın güvenilirliğini, geçerliliğini ve tarafsızlığını değerlendirme becerisini de içerir. Akademik okuryazarlık bireyin kişisel ve mesleki bilgi düzeyini artırır, akademik

hayatında etkili olmasını sağlar ve tüm bunlara ek olarak bilimin gelişmesine de katkıda bulunur. (20)

Akademik okuryazar bireyler, yazılı ve sözlü iletişimde etkili olma yeteneğine sahiptirler. Kendi düşüncelerini açıkça ifade etme, argümanlarını güçlendirme ve bilgiyi başkalarına aktarma konusunda yetkindirler.

Her gün değişen ve gelişen akademik dünyada bilgiye ulaşmanın en etkin yolunu bulma, en geçerli bilgiye ulaşma aşamalarında akademik okuryazarlık oldukça önem arz etmektedir.

2.3. Tükenmişlik Sendromu

2.3.1. Tükenmişlik Sendromu Tanımı

Tükenmişlik sendromu, genellikle iş yaşamındaki aşırı stres, duygusal tükenme ve yoğun çalışma şartları sonucu ortaya çıkan bir durumu ifade eder. Bu sendrom, bireyin iş hayatındaki zorluklarla başa çıkma yeteneğini aştığında, fiziksel ve duygusal olarak tükenmiş hissetmesiyle karakterizedir. „Tükenmişlik“ kavramı , ilk olarak Amerika'da iş hayatında yaşanan zorluklar sonrası ortaya çıkan mesleki bunalımı ifade etmek amacıyla kullanılmıştır. (21) Tükenmişlik sendromu, profesyoneller, sağlık çalışanları, eğitimciler ve yardımseverler gibi yoğun duygusal emek gerektiren mesleklerde çalışan bireyler arasında sıkça görülür. Kişilerin bir ya da birden fazla faktör etkisi ile oluşan stres sonrası motivasyon ve mücadele isteklerinin azalması ile tükenmişliğin ortaya çıktığını belirtmiştir. (22)

Günümüzde bu kavramın öncülerinden biri, Christina Maslach'tır. O ve Susan E. Jackson, 1981'de tükenmişlik sendromunu tanımlayan ve ölçen “Maslach Tükenmişlik Ölçeği”ni (MTÖ) geliştirmişlerdir. Maslach ve Jackson'a göre, tükenmişlik sendromu üç temel bileşenden oluşur: duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve düşük kişisel başarı hissi (23).

Duygusal tükenme, bireyin enerji kaynaklarının tükenmiş olması, sürekli yorgun hissetmesi ve duygusal olarak tükenmiş olmasıyla ilgilidir. Duyarsızlaşma, bireyin diğer insanlara karşı duyarsızlaştığı, ilişkilere mesafeli bir tutum sergilediği ve empati eksikliği yaşadığı durumu ifade eder. Kişisel başarı eksikliği ise bireyin kendi yeteneklerine ve işindeki başarısına olan inancının azaldığı durumu ifade eder (24).

Maslach'ın tükenmişlik sendromunu tanımlayan bu ölçek, bireylerin ve kuruluşların tükenmişlikle mücadele etmeleri ve bu durumu önlemeleri için önemli bir araç olmuştur. Özellikle iş yerlerinde, bu ölçekle tükenmişlik riski değerlendirilerek önleyici tedbirler alınabilir ve çalışanların duygusal sağlıklarını koruma adına adımlar atılabilir.

2.3.2. Tükenmişlik Sendromuna Etki Eden Faktörler

Tükenmişlik sendromuna etki eden faktörler arasında hem bireysel hem de çevresel faktörler vardır. Genellikle tükenmişlik durumunun ortaya çıkmasında her ikisi de birlikte neden olmaktadır (25) .

2.3.2.1. Çevresel faktörler

Tükenmişlik sendromuna neden olabilen çevresel faktörler kişinin kendi karakter yapısı ve iç dünyasıyla ilişkili olmayan, genellikle çalıştığı ortamdan kaynaklanan nedenlerdir. Bir bireyin iş hayatında karşılaştığı eşitsizlikler, mobbing uygulamaları, demokratik olmayan iş düzeni, ödüllendirmelerin ve eleştirilerin tutarsız olması, çalışanların işi ile ilgili belirsizlikler, kişinin iş güvencesine sahip olduğunu hissedememesi, başarılı olan çalışanların hak ettiği değeri görmemesi, çalışanların yeterli dinlenme olanaklarına sahip olmaması, yöneticilerin çalışanların gereksinimi ile ilgilenmemesi, iş yükünün fazla olması, sürekli aynı işi yapma, uzun ve yorucu çalışma saatleri vb. gibi durumlar iş hayatında tükenmişlik sendromunun ortaya çıkmasını tetikleyen başlıca çevresel faktörlerdir (25)

2.3.2.2. Bireysel faktörler

Bireysel faktörler kişinin kendi kişiliğinden ve iç dünyasından kaynaklanan nedenlerdir. Maslach, tükenmişlik durumunun her insanda her durumda oluşmadığını, bireyin kişisel yapısının genel yapıyı etkilediğini savunmuştur (23) . Bazı kişiler olumsuz faktörlerden çok az etkilenirken, bazı kişiler ise benzer durumları çok daha önemli algılayabilir ve birey stres etkenlerinden gereğinden fazla etkilenebilir. Sonuç olarak bir bireyin: cinsiyeti, yaşı, medeni durumu, eğitim durumu, kişisel beklentilerinin yüksek oluşu, A tipi kişilik özelliklerine sahip olması (dış kontrol odaklı olma, empati yeteneğinden ve duygusal kontrolden yoksun olma, gerçekçi olmayan beklenti düzeyine sahip olma), özel hayatta karşılaşılan psikososyal stres nedenlerinin çok olması gibi faktörler kişisel neden olarak sayılabilir (25)

Cinsiyetle ilgili olarak, çalışmalar kadınların kişisel başarı hislerinin daha düşük olduğunu, çocuğu olan ve çalışan kadınların daha fazla tükenmişlik yaşadıklarını ortaya koymaktadır (26) Erkeklerin ise kadınlara göre duyarsızlaşma puanları daha yüksektir.

Toplumlarda erkeklere biçilen ve birçok erkek tarafından bastırılmış olan güçlü durma, kolay incinmeme, duygusal olmama gibi duygular bu durumun nedeni olarak gösterilebilir (27)

Tükenmişlik sendromu ile ilgili en ilişkili bireysel faktörlerden biri yaştır. Birçok çalışmaya göre yirmili yaşlarındaki bireylerin, otuzlu ve kırklı yaşlardaki bireylere göre tükenmişlik sendromu puanlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur (28)

Kişilerin medeni durumları da tükenmişlik durumlarına etki eden faktörlerden biridir. Buna göre bekârların ve boşanmış olan kişilerin tükenmişlik puanları evli olanlara göre daha yüksektir (29) . Kişinin çocuk sahibi olmaması da tükenmişlik durumu için risk teşkil eden bir başka neden olarak gösterilmektedir (23)

Eğitim seviyesi ile tükenmişlik sendromu arasında birçok çalışma da kuvvetli bir ilişkinin olduğu saptanmıştır. Eğitim seviyesi yüksek olan kişiler doğal olarak daha çok sorumluluk ve yükümlülük gerektiren işlerle meşgul olmakta ve bu sorumluluğun ve gayretin neticesinde işlerinden yüksek beklentiye girmektedir (29) Bu yüksek beklentinin karşılığı yeterince tatmin edici bir şekilde sonlanmadığı takdirde bireyde işle ilgili gayretinin karşılığını alamadığı düşüncesi hakim olmaya başlar ve durum tekrarlandıkça tükenmişlik sendromu ile sonlanabilir (23).

2.3.3. Maslach Tükenmişlik Modeli

Günümüzde en çok kabul edilen tükenmişlik modeli Maslach tükenmişlik modelidir. Maslach tarafından ortaya atılan bu modele göre tükenmişlik sendromu “duyarsızlaşma”, “duygusal tükenme” ve “kişisel başarıda azalma” olarak üç alt boyutta değerlendirilmektedir (30)

Maslach tükenmişlik modeli alt boyutlarından duygusal tükenme, bireye iş hayatında aşırı yüklenilmesi ve bunun neticesinde bireyde ortaya çıkan iş hayatında kendisini zorlama ve beklentileri karşılayamamaya bağlı tüketilmiş olma duygusu olarak tanımlanır. Duygusal tükenme özellikle insanlarla yüz yüze, yoğun ve sürekli olarak çalışılan meslek gruplarında daha sık görülmektedir. Duygusal tükenme, tükenmişlik sendromunun en önemli ve başlangıç boyutudur (31) .

Duyarsızlaşma bireyin iş ortamında hizmet verdikleri insanlara karşı, duygusuz biçimde katı, ilgisiz, sert ve soğuk davranışlar sergilemesidir. Duyarsızlaşma duygusal tükenme görülen bireylerde daha sonra ortaya çıkan bir durumdur ve aslında duygusal tükenmeye karşı oluşan bir davranış biçimidir (32) . Maslach duyarsızlaşmayı “bireyin hizmet verdiği kişilerden uzaklaşmak istemesi ve bu nedenle katı hatta insancıl olmayan problemleri bir yanıt” olarak tanımlanmıştır (33)

Kişisel başarı eksikliği; bireyin kendisini yetersiz ve başarısız olarak değerlendirme durumudur. Bu düşünce bireyin iş hayatıyla ilgili, kimsenin kendisini sevmediği, işinde yeteri kadar başarılı olamadığı için başkalarına yük olduğu, üretkenlik gösteremediği gibi düşüncelere kapılmasını ve sonuç olarak sorunlarla başa çıkmada yetersizlik, benlik saygısında azalma, özgüven eksikliği ve kişiler arası anlaşmazlık gibi iş hayatını olumsuz etkileyecek birçok soruna neden olmaktadır (30)

2.3.4. Sağlık Çalışanlarında Tükenmişlik

Avrupa İş Güvenliği ve Sağlığı Ajansının araştırmasına göre, iş kaynaklı olarak ortaya çıkan en sık sağlık problemi kas-iskelet sistemi ile ilgili hastalıklar olup daha sonra en sık rastlanan şikayetler ise anksiyete, stres, sinirlilik, yorgunluk, bitkinlik, ve uyku sorunları olduğu anlaşılmakta, iş ortamında fiziksel ve psikolojik şiddete maruz kalan çalışanların maruz kalmayanlara göre daha fazla sağlık şikayetlerinin ortaya çıktığı belirtilmektedir (34) . Özellikle son yıllarda en fazla şiddete maruz kalan meslek gruplarından biri de sağlık çalışanlarıdır. Sağlık çalışanlarının bu duruma ek olarak ağır çalışma şartları, uzun ve yorucu geçen mesai saatleri, nöbet usulü çalışma düzenleri ve sorumluluk yükü yüksek işle uğraşmaları sağlık çalışanlarında ve özellikle doktorlarda tükenmişlik durumunun sık görülmesine neden olmaktadır (35) . Yapılan çalışmalar sağlık çalışanlarında diğer meslek gruplarına göre tükenmişlik sendromuna daha sık rastlandığını, iş yükü ve sorumluluğu daha fazla ve insanların daha çok başvurduğu branşlarda çalışan doktorların diğer branşlarda çalışanlara göre daha fazla tükenmişlik yaşadıklarını belirtmektedir (36) . Bu durum sağlık hizmetlerini de potansiyel olarak olumsuz etkilemektedir (37) . Sağlık hizmeti veren doktorlar ve sağlık çalışanlarında görülen tükenmişlik durumu sağlık hizmetinin ve tedavinin kalitesini, hasta memnuniyetini ve hasta güvenliğini olumsuz etkilemektedir (38) .

2.3.5. Doktorlarda Tükenmişlik Sendromu

Doktorlar, toplum sağlığını koruma ve bireylere sağlık hizmeti sunma misyonuyla ön safta yer alan kritik bir rol üstlenirler. Ancak, bu yüksek sorumluluklu meslek, aynı zamanda yoğun stres, uzun çalışma saatleri ve sürekli olarak zorlayıcı kararlar alma gibi zorlukları beraberinde getirir. Bu zorlukların bir sonucu olarak, doktorlarda tükenmişlik sendromu sıkça karşılaşılan bir durum haline gelmiştir.

Doktorlarda iş yükü, yoğun stres, düşük iş tatmini, hasta sayısındaki artış, ahlaki ve etik sorumluluklar gibi pek çok faktör tükenmişlik sendromu oluşumunda rol oynar. Ayrıca, bu meslek grubu, diğer meslek gruplarına göre daha fazla duygusal emek gerektirdiğinden, duygusal tükenmeye daha fazla maruz kalabilirler.

Tükenmişlik sendromu hekimlerde hem bireysel hem de mesleki problemlere neden olmaktadır. Yorgunluk, duygusal dalgalanmalar, iş tatminsizliği, iş performansında düşüş, ve hasta ilişkilerinde zorlanma ortaya çıkabilir. Bu durum, hem bireyin hem de hasta bakımının kalitesini etkileyebilir (29). Tükenmişlik sendromunda olan hekimin hem kendisinin hem de yakın çalışma arkadaşlarının iş verimi düştüğü gibi yaptığı iş doyumunu da azalır (20). Avrupa ülkelerinde, aile hekimlerinde yapılan bir çalışmada MTÖ alt boyutları değerlendirildiğinde, katılımcıların %43'ü duygusal tükenme, %35'i duyarsızlaşma ve %32'si kişisel başarı puanlarında tükenmişlik açısından yüksek puan aldı. Ankete katılanların sadece %35'i herhangi bir boyutta tükenmişlik için yüksek puan alırken, %21'i en az iki boyutta tükenmişlik için yüksek puan alırken, %12'si üçü için de yüksek puan aldı (39).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Türü ve Kapsamı

Araştırmamız kesitsel bir çalışma olup yüz yüze anket uygulamasıyla yapılmıştır. Çalışmamız 01.05.2023 ile 30.06.2023 tarihleri arasındaki 2 aylık süreçte İstanbul ilinde aile sağlığı merkezinde çalışan aile hekimlerinden dahil edilme kriterlerini karşılayan 338 katılımcı ile yapılmıştır. Katılımcılara toplam 22 sorudan oluşan sosyodemografik veri formu ve geçerlik güvenirlik çalışması Ergin tarafından gerçekleştirilen Maslach Tükenmişlik Ölçeğini'nin bulunduğu toplamda 44 soruluk bir anket uygulanmıştır.

3.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırma evreni İstanbul ilinde aile sağlığı merkezlerinde aktif olarak çalışmakta olan yaklaşık 4500 aile hekiminden oluşmaktadır. Çalışmamız için örneklem büyüklüğü; referans makaleden yola çıkılarak %95 güven aralığı ve %5 hata payı ile 338 olarak belirlenmiştir(40). Veriler basit rastgele örnekleme yöntemi ile seçilen aile hekimlerinden toplanmıştır.

3.3. Araştırmaya Dahil Edilme ve Dışlanma Kriterleri

Çalışma için dahil edilme ve dışlanma kriterleri şöyle belirlenmiştir:

3.3.1. Dahil edilme kriterleri

1. Aile sağlığı merkezinde aktif olarak çalışan aile hekimi olmak
2. 24-70 yaş aralığında olmak
3. Bilgilendirilmiş onam formunu onaylamış olmak

3.3.2. Dışlanma kriterleri

1. Anket sorularını eksik tamamlamak
2. Çalışmada yer almaya onam vermemek

3.4. Araştırmanın Etik Kurul Süreci

Çalışmamızın yürütülmesinde etik bir sakınca olmadığına dair etik kurul onayı Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 08.03.2023 tarihli KAEK/2023.03.93 karar numarası ile onay alınmıştır (Ek-1). Araştırmamız Helsinki Bildirgesi'nin son metni, İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu ve ilgili mevzuata uygun olarak yürütülmüştür.

3.5. Veri Toplama Araçları ve Kullanılan Örnekler

Araştırmaya tez konusu onayı ve etik kurul onayı sonrası 01.05.2023 ile 30.06.2023 tarihleri arasındaki 2 aylık süreçte İstanbul ilinde aile sağlığı merkezinde çalışan aile hekimlerinden dahil edilme kriterlerini karşılayan 338 katılımcı ile yapılmıştır. Katılımcılar araştırma ile ilgili bilgilendirilip, sözel ve yazılı onamları alındı. Form ve ölçekleri doldurmaya başlamadan önce katılımcılara, alınan bilgilerin bu çalışmanın bilimsel platformu dışında kullanılmayacağına dair bilgi verildi. Katılımcıların form ve ölçekleri kendilerinin doldurmasına karar verildi.

Veri toplama araçları 2 bölümden oluşmaktadır:

3.5.1. Sosyodemografik Veri Formu

Araştırmacı tarafından hazırlanmış olan sosyodemografik veri formu yaş, cinsiyet, medeni durum, çocuk sahibi olma durumu, unvan, sigara/nargile/tütün kullanım durumu, alkol kullanım durumu, kronik hastalık durumu, meslekte çalışma süreleri, haftalık çalışma süresi ortalaması, ASM'nin hangi sınıfta yer aldığı, nüfuslarında kendilerine bağlı kaç kişi bulunduğu, günlük poliklinikte bakılan hasta sayısı, aile hekimliği yapmanın mesleki olarak tatmin düzeyi, aile hekimliğinin ekonomik olarak tatmin düzeyi, bilimsel toplantı ve kongrelere katılım sayısı, kongrelerde bildiri/poster yapma durumu, herhangi bir dergide makale bulunma durumu, bilimsel kitap yazma veya editörlük yapma durumu, herhangi bir bilimsel projede yer alma durumu, bilimsel makale veya kitap okuma sıklığı ve herhangi bir bilimsel ödül olmak üzere toplam 11 sorudan oluşmaktadır.

3.5.2. Maslach Tükenmişlik Ölçeği

Maslach Tükenmişlik Ölçeği Maslach ve Jackson tarafından 1981 yılında geliştirilmiştir. Ölçek, tükenmişliği duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarı hissi olmak üzere üç alt

boyutta değerlendirmekte ve toplam 22 maddeden oluşmaktadı. Ölçekte bulunan (1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20) numaralı 9 madde duygusal tükenme, (5, 10, 11, 15, 22) numaralı 5 madde duyarsızlaşma ve (4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21) numaralı 8 madde kişisel başarı hissi alt leğine ait puanların hesaplanmasında kullanılır (33)

Ölçeğin güvenilirlik ve geçerlik alışmaları Ergin ve am tarafından yapılmıştır. 552 doktor ve hemşireden elde edilen verilerin üç alt boyuta ilişkin Cronbach alfa kat sayıları duygusal tükenme için 0.83, duyarsızlaşma için 0.65, kişisel başarı için 0.72 bulunmuştur. (41,42) am, yapmış olduğu güvenirlik çalışmasında; duygusal tükenme için 0.89, duyarsızlaşma için 0.71, kişisel başarı için 0.72 olarak bulmuştur (42)

235 kişilik bir grupla yapılan n çalışmadan sonra elde edilen verilerin analizi sonucunda ölçekte bazı değişiklikler yapılmıştır. zgn formunda “hiçbir zaman, yılda birkaç kere, ayda birkaç kere, haftada bir, haftada birkaç kere, her gün” şeklinde 7 basamaklı olan cevap seçeneklerinin, “hiçbir zaman, çok nadir, bazen, çoğu zaman, her zaman” şeklinde 5’li Likert tipi olarak derecelenmesine karar verilmiştir (41,43)

Ankette yer alan kişisel başarı hissi ifadeleri diğer ölçek alt boyutlarının tersine olumlu ifadelerdir ve kişisel başarı ifadelerinden alınan yüksek puan yüksek kişisel başarıyı ifade etmekte, diğer taraftan tükenmişliğin düşük düzeyde olduğunu göstermektedir. Buna göre duygusal tükenme ve duyarsızlaşma alt ölçeklerinden alınan yüksek puanlar ve kişisel başarı alt leğinden alınan düşük puan, yüksek düzeyde tükenmişliği ifade etmektedir. Tükenmişlik düzeyi tek bir puanla değil, alt boyutlardan alınan üç ayrı puanla değerlendirilmektedir. Sonuç olarak her birey için, üç ayrı puan elde edilir ve bunlar üzerinden değerlendirme yapılır. Ergin tarafından yapılan Türkçe uyarlamada soru maddeleri “hiçbir zaman = 0, çok nadir = 1, bazen = 2, çoğu zaman = 3 ve her zaman= 4” şeklinde ve alınan puanlar; Duygusal tükenme alt boyutu için (20 ve altı) düşük, (21-27) orta, (28 ve üzeri) yüksek, Duyarsızlaşma alt boyutu için (8 ve altı) düşük, (9-12) orta, (13 ve üzeri) yüksek, Kişisel başarı alt boyutu için (28 ve üzeri) düşük, (24-27) orta, (23 ve altı) yüksek derecede tükenmişlik olarak değerlendirilmektedir. (41,43)

3.6. İstatistiksel Analiz

Tüm istatistiksel analizler IBM SPSS sürüm 25.0 (SPSS Inc., Chicago, Illinois, ABD) kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Tablolarda sürekli değişkenler Ort±SS olarak sunulmuştur. Kategorik değişkenler sayı (N) ve yüzde (%) halinde sunulmuştur.

Çalışmanın sürekli verileri normallik varsayımları açısından incelendiğinde, hem örneklem sayısının 200'ün üzerinde olmasından dolayı (44) hem de Skewness ve Kurtosis değerlerinin standart hatalarına bölümlerinden elde edilen değerlerin $\pm 3,29$ eşik değer aralığında olmasından dolayı normal dağılım gösterdiği belirlenmiştir (45). Ölçek alt boyut puanları ve çeşitli değişkenler arasındaki ilişkiyi belirlemek için parametrik testlerden pearson korelasyon testi kullanılmıştır. Ölçek alt boyut puanları ile katılımcıların demografik ve çeşitli değişkenleri arasında anlamlı farklılık olup olmadığını belirlemek üzere 2 gruplu değişkenler için parametrik testlerden Independent Samples t testi ve 3 ve üzeri gruba sahip değişkenler için One-Way ANOVA testi uygulanmıştır. Gruplar arasında anlamlı fark çıkması durumunda, anlamlılığın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek amacıyla post-hoc testlerinden sidak testi tercih edilmiştir. Kategorik değişkenlerin karşılaştırılması için Chi-square test kullanılmıştır. $p<0.05$ istatistikçe anlamlı kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

Çalışmamızda elde ettiğimiz bulgular incelendiğinde katılımcıların minimum yaşı 26, maksimum yaşı 63, medyan yaşı 35 iken ortalama yaş ise 37.47 (SS=8.30)'dir. Katılımcıların çoğunun (%37,0) 40 yaş üstü olduğu, kadınların (%52,7) erkeklere oranla daha fazla katılım sağladığı, %74,9'unun, evli olduğu, %61,8'inin çocuğunun olduğu, pratisyen hekimlerin (%70,1) çoğunlukta olduğu, %81,7'sinin sigara/nargile/tütün kullanmadığı, %56,5'inin alkol kullanmadığı belirlenmiştir.

Katılımcıların %22,8'inin (n=77) kronik hastalığı olduğu ve kronik hastalığı olanların sırasıyla en çok; %26,0 oranında (n=20) GIS rahatsızlıkları, %20,8 oranında (n=16) tiroid hastalıkları ve %18,2 oranında (n=14) kas iskelet sistemi rahatsızlıkları olduğu belirlenmiştir.

Tablo 1. Katılımcılara ait Demografik Değişkenlerin Frekans Dağılımı (n=338)

Değişkenler	n veya Medyan (Min-Maks)	% veya Ort.±SS
Yaş (yıl)	35,0 (26,0-63,0)	37,47±8,30
Yaş Grup		
20-30 yaş	93	27,5
31-40 yaş	120	35,5
40 yaş üstü	125	37,0
Cinsiyet		
Kadın	178	52,7
Erkek	160	47,3
Medeni durum		
Bekâr/Dul/Boşanmış	85	25,1
Evli	253	74,9
Çocuğunuz var mı?		
Evet	209	61,8
Hayır	129	38,2
Ünvan		
Aile hekimliği uzmanı	97	28,7
Pratisyen hekim	237	70,1
Diğer uzmanlıklar	4	1,2
Sigara/nargile/tütün kullanım durumu		
Evet	62	18,3
Hayır	276	81,7
Alkol kullanım durumu		
Evet, nadiren	127	37,6
Evet, sık sık	20	5,9
Hayır	191	56,5
Kronik hastalığınız var mı?		
Evet	77	22,8
Hayır	261	77,2
Kronik hastalık çeşidi*		

DM	4	5,2
Tiroid hastalıkları	16	20,8
Diğer endokrin bozukluklar	2	2,6
HT	10	13,0
Kardiyovasküler rahatsızlıklar	8	10,4
GIS rahatsızlıkları	20	26,0
Nörolojik rahatsızlıklar	1	1,3
Psikiatrik tanı	4	5,2
Kas iskelet sistemi rahatsızlıkları	14	18,2
Diğer	10	13,0
Toplam	89	115,6

n=Sayı, %=Yüzde, Medyan=Ortanca, Min=minimum, Maks=Maksimum, Ort=Ortalama, SS=Standart sapma, *Cevaplar çoklu yanıt olduğundan n sayısı örneklem hacmini geçmiştir.

Tablo 1’de katılımcıların demografik bilgilerine ait frekans analizi verilmiştir.

Tablo 2. Katılımcıların Mesleki Bilgilerine Ait Değişkenlerin Frekans Dağılımı (n=338)

Değişkenler	n veya Medyan (Min-Maks)	% veya Ort.±SS
Meslekte kaçınıcı yılınız	10,0 (1,0-40,0)	11,96±8,01
Meslek yılı grup		
0-5 yıl	98	29,0
6-10 yıl	86	25,4
11-15 yıl	49	14,5
15 yıl üstü	105	31,1
Haftalık çalışma süresi ortalamanız		
40 saat ve altında	253	74,9
41 saat ve üzerinde	85	25,1
ASM niz hangi sınıfta yer almaktadır?		
A	99	29,3
B	116	34,3
C	24	7,1
D	74	21,9
Grupsuz	25	7,4
Nüfusunuzda size bağlı kaç kişi bulunmaktadır?		
0-1500 kişi	7	2,1
1501-3000 kişi	81	24,0
3001 ve üzeri	250	74,0
Günlük poliklinikte bakılan hasta sayınız ne kadar?		
0-30 kişi	17	5,0
31-60 kişi	202	59,8
61 ve üzeri	119	35,2
Aile hekimliği yapmak sizi mesleki olarak tatmin ediyor mu?		
Evet	98	29,0
Kısmen	169	50,0

Hayır	71	21,0
Aile hekimliğini ekonomik olarak tatmin edici buluyor musunuz?		
Evet	44	13,0
Kısmen	178	52,7
Hayır	116	34,3

n=Sayı, %=Yüzde, Medyan=Ortanca, Min=minimum, Maks=Maksimum, Ort=Ortalama, SS=Standart sapma

Tablo 2’de katılımcıların mesleki bilgilerine ait değişkenlerin frekans analizi verilmiştir. Bu analiz sonucuna göre katılımcıların minimum meslek çalışma süresi 1 yıl, maksimum mesleki çalışma süresi 40, medyan mesleki çalışma süresi 10 iken ortalama mesleki çalışma süresi ise 11.96 (SS=8.01)’dir.

Katılımcıların %31,1’inin (n=105) 15 yıl üstü mesleki çalışma deneyimine sahip olduğu, %74,9’unun (n=253) 40 saat ve altında haftalık çalışma süresi olduğu, %34,3’ünün (n=116) B grubu ASM sınıfında çalıştığı, %74,0’nın (n=250) 3001 ve üzeri kişi ile ilgilendiği, %59,8’inin (n=202) günlük 31-60 hasta baktığı, %50,0’nın (n=169) aile hekimliği yapmanın kısmen mesleki olarak tatmin ettiği, %52,7’sinin (n=178) aile hekimliğini kısmen ekonomik olarak tatmin edici bulduğu belirlenmiştir.

Tablo 3. Katılımcıların Akademik Bilgilerine Ait Değişkenlerin Frekans Dağılımı (n=338)

Değişkenler	n	%
Bilimsel toplantı ve kongrelere katılabiliyor musunuz?		
Katılmıyorum	200	59,2
Yılda 1-2 kez	125	37,0
Yılda 3-5 kez	11	3,3
5 ten fazla	2	,6
Kongrelerde bildiri / poster sunumu yaptınız mı?		
Evet	77	22,8
Hayır	261	77,2
Herhangi bir dergide makaleniz bulunuyor mu?		
Evet	34	10,1
Hayır	304	89,9
Şimdiye dek bilimsel kitap bölümü yazdınız mı veya editörlük yaptınız mı?		
Evet	19	5,6
Hayır	319	94,4
Herhangi bir bilimsel projede yer aldınız mı?		
Evet, ulusal bir projede	59	17,5
Evet, uluslararası bir projede	4	1,2
Hayır, yer almadım	275	81,4
Bilimsel makale veya kitap okuma sıklığınız ne kadar?		

Her gün	4	1,2
Haftada en az 2-3 gün	36	10,7
Haftada 1 gün	82	24,3
Ayda 1 gün	154	45,6
Hiç okumam	62	18,3
Herhangi bir bilimsel ödül aldınız mı?		
Evet	13	3,8
Hayır	325	96,2

n=Sayı, %=Yüzde, Medyan=Ortanca, Min=minimum, Maks=Maksimum, Ort=Ortalama, SS=Standart sapma

Tablo 3'te katılımcıların akademik bilgilerine ait değişkenlerin frekans dağılımı verilmiştir. Bu analiz sonucuna göre katılımcıların %59,2'sinin (n=200) bilimsel toplantı ve kongrelere katılmadığı, %77,2'sinin (n=261) kongrelerde bildiri/poster sonumu yapmadığı, %89,9'unun (n=304) herhangi bir dergide makalesinin olmadığı, %94,4'ünün (n=319) şimdiye kadar bilimsel kitap bölümü yazmadığı veya editörlük yapmadığı, %81,4'ünün (n=275) herhangi bir bilimsel projede yer almadığı, %45,6'sının (n=154) ayda 1 gün bilimsel makale veya kitap okuduğu ve %96,2'sinin (n=325) herhangi bir bilimsel ödül almadığı belirlenmiştir.

Tablo 4. Ölçek Alt Boyutlarından Alınan Toplam Puanlara Ait Betimsel İstatistikler

Değişkenler	n	Min.	Maks.	Ort.	SS
MTÖ-Duygusal tükenme	338	11,00	45,00	26,52	6,21
MTÖ-Duyarsızlaşma	338	5,00	23,00	12,31	3,58
MTÖ-Kişisel başarı	338	11,00	38,00	27,16	4,90

n=Sayı, Min=Minimum, Maks=Maksimum, Ort=Ortalama, SS=Standart sapma,

Tablo 4'te katılımcıların ölçek alt boyut puanlarından aldıkları puanların minimum, maksimum, ortalama ve standart sapma değerleri verilmiştir.

Tablo 5. Katılımcıların Ölçek Alt Boyut Puanları ile Çeşitli Değişkenler Arasındaki İlişkilere Ait Korelasyon Sonuçları (n=338)

		1	2	3	4	5
1-Yaş (yıl)	r	1				
	p					
2-Mesleki çalışma süresi (yıl)	r	,951**	1			
	p	<0.001				
3-MTÖ Duygusal tükenme	r	0,024	0,001	1		
	p	0,664	0,994			
4-MTÖ Duyarsızlaşma	r	-0,069	-0,072	0,633**	1	

	p	0,206	0,186	<0.001	
5-MTÖ Kişisel başarı	r	0,174**	0,221**	-0,228**	-0,195**
	p	0,001	<0.001	<0.001	<0.001

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

Tablo 5’te görüldüğü gibi ölçek alt boyut puanları ve çeşitli değişkenler arasındaki ilişkiler pearson korelasyon analizi ile gösterilmiştir. Bu analiz sonucuna göre Yaş (yıl) ile MTÖ alt boyutlarından “Kişisel başarı” puanı arasında pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır (r=0.174, p=0.001).

Mesleki çalışma süresi (yıl) ile MTÖ alt boyutlarından “Kişisel başarı” puanı arasında pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır (r=0.221, p<0.001).

Tablo 6. Katılımcıların Ölçek Alt Boyut Puanlarının Demografik Değişkenler Açısından Karşılaştırılması

Değişkenler	n	MTÖ- Duygusal tükenme Ort±SS	MTÖ - Duyarsızlaşma Ort±SS	MTÖ- Kişisel başarı Ort±SS
Yaş Grup				
1)20-30 yaş	93	27,14±5,88	12,59±3,36	25,96±5,27
2)31-40 yaş	120	26,04±6,41	12,48±3,61	26,65±4,44
3)40 yaş üstü	125	26,53±6,28	11,95±3,73	28,56±4,74
F=		0.817	1.048	8.957
p=		0.443	0.352	<0.001
Post-Hoc=				1,2<3
Cinsiyet		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Kadın	178	26,79±5,87	12,24±3,49	27,41±4,78
Erkek	160	26,23±6,58	12,40±3,70	26,89±5,03
Z=		0.837	-0.405	0.967
p=		0.403	0.686	0.334
Medeni durum		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Bekâr/Dul/Boşanmış	85	26,88±5,46	12,68±3,08	26,09±4,67
Evli	253	26,40±6,45	12,19±3,74	27,53±4,93
Z=		0.614	1.087	-2.346
p=		0.539	0.278	0.020
Çocuğunuz var mı?		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Evet	209	26,28±6,51	12,15±3,84	27,57±4,98
Hayır	129	26,91±5,71	12,59±3,14	26,51±4,71
Z=		-0.908	-1.098	1.936
p=		0.364	0.273	0.054
Ünvan		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
1)Aile hekimliği uzmanı	97	27,07±5,59	13,08±3,08	26,96±4,01
2)Pratisyen hekim	237	26,30±6,50	11,97±3,75	27,27±5,24
3)Diğer uzmanlıklar	4	26,75±2,22	14,00±1,41	26,00±4,08
F=		0.539	3.787	0.252

p=		0.584	0.024	0.777
Post-Hoc=		-	1>2	-
Sigara/nargile/tütün kullanım durumu		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Evet	62	26,56±4,92	13,15±3,17	26,74±4,09
Hayır	276	26,51±6,48	12,13±3,66	27,26±5,07
Z=		0.057	2.021	-0.753
p=		0.954	0.044	0.452
Alkol kullanım durumu		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
1)Evet, nadiren	127	26,49±6,03	12,34±3,49	27,05±4,49
2)Evet, sık sık	20	31,15±7,10	14,70±4,31	25,35±5,61
3)Hayır	191	26,06±6,07	12,05±3,50	27,43±5,07
F=		6.256	5.051	1.705
p=		0.002	0.007	0.183
Post-Hoc=		1,3<2	1,3<2	
Kronik hastalığınız var mı?		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Evet	77	26,77±6,12	12,05±3,65	28,1±4,81
Hayır	261	26,45±6,25	12,39±3,57	26,89±4,9
Z=		0.389	-0.736	1.919
p=		0.697	0.462	0.056

t=Independent t test, F=One Way ANOVA, Post-Hoc=Sidak, p<0.05

Tablo 6’da katılımcıların ölçek alt boyut puanlarının demografik değişkenler açısından karşılaştırılmasına ilişkin analiz sonuçları verilmiştir. Bu analiz sonucuna göre MTÖ alt boyutlarından “Kişisel başarı” puanı ile yaş grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır (F=8.957, p<0.001). 40 yaş üstü katılımcıların diğer gruplara kıyasla “Kişisel başarı” puanı daha yüksek bulunmuştur. Yapılan Sidak Post-Hoc analizi sonucuna göre 20-30 yaş ile 40 yaş üstü arasında (p<0.001) ve 31-40 yaş ile 40 yaş üstü arasında (p=0.006) istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır.

MTÖ alt boyutlarından “Kişisel başarı” puanı ile medeni durum arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır (Z=-2.346, p=0.020). Evli olan katılımcıların bekâr/dul/boşanmış olan katılımcılara kıyasla “Kişisel başarı” puanı daha yüksek bulunmuştur. MTÖ alt boyutlarından “Duyarsızlaşma” puanı ile ünvan arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır (F=3.787, p=0.024). Diğer uzmanlıklar sahip olan katılımcıların “Duyarsızlaşma” puanı daha yüksek bulunmuştur. Yapılan Sidak Post-Hoc analizi sonucuna göre aile hekimliği uzmanı olanlar ile diğer uzmanlık alanlarında olanlar arasında (p=0.030) istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır.

MTÖ alt boyutlarından “Duyarsızlaşma” puanı ile sigara/nargile/tütün kullanımı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır (Z=2.021, p=0.044). Sigara/nargile/tütün kullanan katılımcıların kullanmayanlara kıyasla “Duyarsızlaşma” puanı daha yüksek bulunmuştur.

MTÖ alt boyutlarından “Duygusal tükenme” puanı ile alkol kullanımı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($F=6.256$, $p=0.002$). Sık sık alkol kullanan katılımcıların diğer gruplara kıyasla “Duygusal tükenme” puanı daha yüksek bulunmuştur. Yapılan Sidak Post-Hoc analizi sonucuna göre nadiren alkol kullananlar ile sık sık alkol kullananlar arasında ($p=0.005$) ve alkol kullanmayanlar ile sık sık alkol kullananlar arasında ($p=0.001$) istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır.

MTÖ alt boyutlarından “Duyarsızlaşma” puanı ile alkol kullanımı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($F=5.051$, $p=0.007$). Sık sık alkol kullanan katılımcıların diğer gruplara kıyasla “Duyarsızlaşma” puanı daha yüksek bulunmuştur. Yapılan Sidak Post-Hoc analizi sonucuna göre nadiren alkol kullananlar ile sık sık alkol kullananlar arasında ($p=0.018$) ve alkol kullanmayanlar ile sık sık alkol kullananlar arasında ($p=0.005$) istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır.

Tablo 7. Katılımcıların Ölçek Alt Boyut Puanlarının Mesleki Bilgi Değişkenleri Açısından Karşılaştırılması

Değişkenler		MTÖ- Duygusal tükenme	MTÖ - Duyarsızlaşma	MTÖ- Kişisel başarı
	n	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Meslek yılı grup				
1)0-5 yıl	98	27,28±5,73	12,67±3,28	25,79±5,17
2)6-10 yıl	86	25,90±6,32	12,47±3,62	26,21±4,35
3)11-15 yıl	49	25,39±6,72	11,45±3,46	27,49±4,4
4)15 yıl üstü	105	26,87±6,29	12,27±3,87	29,09±4,7
F=		1.428	1.338	9.846
p=		0.234	0.262	<0.001
Post-Hoc=		-	-	1,2<4
Haftalık çalışma süresi ortalamanız		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
40 saat ve altında	253	26,30±5,85	12,11±3,47	27,21±4,89
41 saat ve üzerinde	85	27,18±7,19	12,94±3,88	27,04±4,96
Z=		-1.120	-1.862	0.283
p=		0.264	0.064	0.777
ASM’niz hangi sınıfta yer almaktadır?		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
1)A	99	26,00±6,63	12,46±3,88	26,29±5,17
2)B	116	26,47±5,74	12,00±3,15	28,12±4,76
3)C	24	25,96±7,07	14,08±4,35	26,96±5,09
4)D	74	27,43±6,54	11,88±3,85	27,57±4,69
5)Grupsuz	25	26,72±4,79	12,80±1,96	25,20±3,93
F=		0.627	2.140	3.103
p=		0.644	0.076	0.016
Post-Hoc=		-	-	-

Nüfusunuzda size bağlı kaç kişi bulunmaktadır?		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
1)0-1500 kişi	7	26,86±5,70	11,43±3,91	26,57±2,82
2)1501-3000 kişi	81	27,11±4,97	12,74±3,13	26,38±3,54
3)3001 ve üzeri	250	26,32±6,59	12,20±3,72	27,44±5,29
F=		0.499	0.903	1.470
p=		0.607	0.406	0.231
Post-Hoc=		-	-	-
Günlük poliklinikte bakılan hasta sayınız ne kadar?		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
1)0-30 kişi	17	26,59±5,42	13,12±4,00	26,71±2,71
2)31-60 kişi	202	25,93±5,92	12,04±3,48	27,62±4,81
3)61 ve üzeri	119	27,52±6,71	12,66±3,69	26,45±5,23
F=		2.473	1.567	2.229
p=		0.086	0.210	0.109
Post-Hoc=		-	-	-
Aile hekimliği yapmak sizi mesleki olarak tatmin ediyor mu?		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
1)Evet	98	23,68±5,61	11,34±3,10	28,63±4,86
2)Kısmen	169	26,05±5,45	12,04±3,38	26,93±4,74
3)Hayır	71	31,58±5,77	14,34±3,95	25,69±4,86
F=		42.644	16.895	8.127
p=		<0.001	<0.001	<0.001
Post-Hoc=		1<2	1,2<3	1>2,3
		1,2<3		
Aile hekimliğini ekonomik olarak tatmin edici buluyor musunuz?		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
1)Evet	44	24,11±6,80	11,41±3,47	27,39±4,99
2)Kısmen	178	25,65±4,94	12,07±3,03	27,64±4,47
3)Hayır	116	28,78±7,06	13,04±4,26	26,35±5,41
F=		13.717	4.296	2.495
p=		<0.001	0.014	0.084
Post-Hoc=		1<3	-	-

t=Independent t test, F=One Way ANOVA, Post-Hoc=Sidak, p<0.05

Tablo 7’de katılımcıların ölçek alt boyut puanlarının mesleki bilgi değişkenleri açısından karşılaştırılmasına ilişkin analiz sonuçları verilmiştir. Bu analiz sonucuna göre MTÖ alt boyutlarından “Kişisel başarı” puanı ile meslek yılı grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır (F=9.846, p<0.001). Meslek yılı 15 yıl üstü olan katılımcıların diğer gruplara kıyasla “Kişisel başarı” puanı daha yüksek bulunmuştur. Yapılan Sidak Post-Hoc analizi sonucuna göre meslek yılı 0-5 yıl olanlar ile 15 yıl üstü olanlar arasında (p<0.001) ve 6-10 yıl olanlar ile 15 yıl üstü olanlar arasında (p<0.001) istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır.

MTÖ alt boyutlarından “Kişisel başarı” puanı ile “ASM’niz hangi sınıfta yer almaktadır?” Sorusu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($F=3.103$, $p=0.016$). B sınıfı ASM’de görev yapan katılımcıların diğer gruplara kıyasla “Kişisel başarı” puanı daha yüksek bulunmuştur.

MTÖ alt boyutlarından “Duygusal tükenme” puanı ile “Aile hekimliği yapmak sizi mesleki olarak tatmin ediyor mu?” Sorusu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($F=42.644$, $p<0.001$). “Aile hekimliği yapmak sizi mesleki olarak tatmin ediyor mu?” Sorusuna hayır yanıtı verenlerin diğer gruplara kıyasla “Duygusal tükenme” puanı daha yüksek bulunmuştur. Yapılan Sidak Post-Hoc analizi sonucuna göre “Aile hekimliği yapmak sizi mesleki olarak tatmin ediyor mu?” Sorusuna evet ve kısmen diyenler arasında ($p=0.003$), evet ve hayır diyenler arasında ($p<0.001$), kısmen ve hayır diyenler arasında ($p<0.001$) istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır.

MTÖ alt boyutlarından “Duyarsızlaşma” puanı ile “Aile hekimliği yapmak sizi mesleki olarak tatmin ediyor mu?” Sorusu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($F=16.895$, $p<0.001$). “Aile hekimliği yapmak sizi mesleki olarak tatmin ediyor mu?” Sorusuna hayır yanıtı verenlerin diğer gruplara kıyasla “Duyarsızlaşma” puanı daha yüksek bulunmuştur. Yapılan Sidak Post-Hoc analizi sonucuna göre “Aile hekimliği yapmak sizi mesleki olarak tatmin ediyor mu?” Sorusuna evet ve hayır diyenler arasında ($p<0.001$), kısmen ve hayır diyenler arasında ($p<0.001$) istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır.

MTÖ alt boyutlarından “Kişisel başarı” puanı ile “Aile hekimliği yapmak sizi mesleki olarak tatmin ediyor mu?” Sorusu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($F=8.127$, $p<0.001$). “Aile hekimliği yapmak sizi mesleki olarak tatmin ediyor mu?” Sorusuna evet yanıtı verenlerin diğer gruplara kıyasla “Kişisel başarı” puanı daha yüksek bulunmuştur. Yapılan Sidak Post-Hoc analizi sonucuna göre “Aile hekimliği yapmak sizi mesleki olarak tatmin ediyor mu?” Sorusuna evet ve hayır diyenler arasında ($p=0.017$), kısmen ve hayır diyenler arasında ($p=0.001$) istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır.

MTÖ alt boyutlarından “Duygusal tükenme” puanı ile “Aile hekimliğini ekonomik olarak tatmin edici buluyor musunuz?” Sorusu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($F=13.717$, $p<0.001$). “Aile hekimliğini ekonomik olarak tatmin edici buluyor musunuz?” Sorusuna hayır yanıtı verenlerin diğer gruplara kıyasla “Duygusal tükenme” puanı daha yüksek bulunmuştur. Yapılan Sidak Post-Hoc analizi sonucuna göre “Aile hekimliğini ekonomik olarak tatmin edici buluyor musunuz?” Sorusuna evet ve hayır diyenler arasında ($p=0.029$) istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır.

MTÖ alt boyutlarından “Duyarsızlaşma” puanı ile “Aile hekimliğini ekonomik olarak tatmin edici buluyor musunuz?” Sorusu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır (F=4.296, p=0.014). “Aile hekimliğini ekonomik olarak tatmin edici buluyor musunuz?” Sorusuna hayır yanıtı verenlerin diğer gruplara kıyasla “Duyarsızlaşma” puanı daha yüksek bulunmuştur.

Tablo 8. Katılımcıların Ölçek Alt Boyut Puanlarının Akademik Bilgi Değişkenleri Açısından Karşılaştırılması

Değişkenler	n	MTÖ- Duygusal tükenme	MTÖ - Duyarsızlaşma	MTÖ- Kişisel başarı
		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Kongrelerde bildiri / poster sunumu yaptınız mı?				
Evet	77	26,18±6,60	12,78±3,50	27,3±4,71
Hayır	261	26,62±6,11	12,18±3,61	27,13±4,96
Z=		-0.549	1.289	0.271
p=		0.584	0.198	0.787
Herhangi bir dergide makaleniz bulunuyor mu?		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Evet	34	24,00±6,76	12,15±3,52	27,65±5,71
Hayır	304	26,81±6,10	12,34±3,60	27,11±4,81
Z=		-2.516	-0.290	0.603
p=		0.012	0.772	0.547
Şimdiye dek bilimsel kitap bölümü yazdınız mı veya editörlük yaptınız mı?		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Evet	19	25,00±8,24	11,63±3,25	27,21±6,14
Hayır	319	26,61±6,08	12,36±3,61	27,16±4,83
Z=		-1.100	-0.856	0.040
p=		0.272	0.393	0.967
Herhangi bir bilimsel projede yer aldınız mı?		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
1)Evet, ulusal bir projede	59	25,24±6,06	12,07±3,14	26,97±5,24
2)Evet, uluslararası bir projede	4	29,25±8,22	13,75±5,19	27,25±0,50
3)Hayır, yer almadım	275	26,76±6,20	12,35±3,66	27,21±4,87
F=		1.856	0.471	0.059
p=		0.158	0.625	0.943
Post-Hoc=		-	-	-
Bilimsel makale veya kitap okuma sıklığınız ne kadar?		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
1)Her gün	4	27,75±10,21	13,25±5,50	27,5±3,87
2)Haftada en az 2-3 gün	36	23,81±7,45	10,17±3,15	28,14±6,17
3)Haftada 1 gün	82	27,11±6,00	12,77±3,56	26,74±4,82
4)Ayda 1 gün	154	26,34±5,28	12,51±3,16	27,71±4,47

5)Hiç okumam	62	27,69±7,23	12,42±4,34	25,79±5,06
F=		2.570	3.880	2.236
p=		0.038	0.004	0.065
Post-Hoc=		2<5	2<3,4,5	-
Herhangi bir bilimsel ödül aldınız mı?		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Evet	13	27,62±4,70	12,38±2,47	24,46±5,09
Hayır	325	26,48±6,27	12,31±3,63	27,27±4,87
Z=		0.645	0.070	-2.038
p=		0.519	0.945	0.042

t=Independent t test, F=One Way ANOVA, Post-Hoc=Sidak, p<0.05

Tablo 8’de katılımcıların ölçek alt boyut puanlarının akademik bilgi değişkenleri açısından karşılaştırılmasına ilişkin analiz sonuçları verilmiştir. Bu analiz sonucuna göre MTÖ alt boyutlarından “Duygusal tükenme” puanı ile “Herhangi bir dergide makaleniz bulunuyor mu?” Sorusu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır (Z=-2.516, p=0.012). Herhangi bir dergide makalesi olmayan katılımcıların olanlara kıyasla “Duygusal tükenme” puanı daha yüksek bulunmuştur.

MTÖ alt boyutlarından “Duygusal tükenme” puanı ile “Bilimsel makale veya kitap okuma sıklığınız ne kadar?” Sorusu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır (F=2.570, p=0.038). Her gün bilimsel makale veya kitap okuyan katılımcıların diğer gruplara kıyasla “Duygusal tükenme” puanı daha yüksek bulunmuştur. Yapılan Sidak Post-Hoc analizi sonucuna göre haftada en az 2-3 gün bilimsel makale veya kitap okuyan katılımcılar ile hiç okumayanlar arasında (p=0.028) istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır.

MTÖ alt boyutlarından “Duyarsızlaşma” puanı ile “Bilimsel makale veya kitap okuma sıklığınız ne kadar?” Sorusu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır (F=3.880, p=0.004). Her gün bilimsel makale veya kitap okuyan katılımcıların diğer gruplara kıyasla “Duyarsızlaşma” puanı daha yüksek bulunmuştur. Yapılan Sidak Post-Hoc analizi sonucuna göre haftada en az 2-3 gün bilimsel makale veya kitap okuyan katılımcılar ile haftada 1 gün okuyanlar arasında (p=0.003), haftada en az 2-3 gün bilimsel makale veya kitap okuyan katılımcılar ile ayda 1 gün okuyanlar arasında (p=0.004) ve haftada en az 2-3 gün bilimsel makale veya kitap okuyan katılımcılar ile hiç okumayanlar arasında (p=0.005) istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır.

MTÖ alt boyutlarından “Kişisel başarı” puanı ile “Herhangi bir bilimsel ödül aldınız mı?” Sorusu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır (Z=-2.038, p=0.042). Herhangi bir bilimsel ödül almayan katılımcıların alanlara kıyasla “Kişisel başarı” puanı daha yüksek bulunmuştur.

Tablo 9. Katılımcıların “Bilimsel toplantı ve kongrelere katılabiliyor musunuz?” Sorusuna Verdikleri Yanıtların Değişkenlerin Açısından Karşılaştırılması(n=338)

Değişkenler	Bilimsel toplantı ve kongrelere katılabiliyor musunuz?				P
	Katılmıyorum (n=200)	Yılda 1-2 kez (n=125)	Yılda 3- 5 kez (n=11)	Yılda 5’ten fazla (n=2)	
Cinsiyet					
Kadın	104 (52)	72 (57,6)	2 (18,2)	0 (0)	0.027^b
Erkek	96 (48)	53 (42,4)	9 (81,8)	2 (100)	
Medeni durum					
Bekâr/Dul/Boşanmış	34 (17)	46 (36,8)	4 (36,4)	1 (50)	<0.001^b
Evli	166 (83)	79 (63,2)	7 (63,6)	1 (50)	
Çocuğunuz var mı?					
Evet	145 (72,5)	58 (46,4)	5 (45,5)	1 (50)	<0.001^b
Hayır	55 (27,5)	67 (53,6)	6 (54,5)	1 (50)	
Ünvan					
Aile hekimliği uzmanı	28 (14,0)	64 (51,29)	5 (45,5)	0 (0)	<0.001^b
Pratisyen hekim	171 (85,5)	59 (47,2)	6 (54,5)	1 (50,0)	
Diğer uzmanlıklar	1 (0,5)	2 (1,6)	0 (0)	1 (50,0)	
Meslek yılı grup					
0-5 yıl	47 (23,5)	47 (37,6)	4 (36,4)	0 (0)	<0.001^b
6-10 yıl	50 (25)	34 (27,2)	2 (18,2)	0 (0)	
11-15 yıl	26 (13)	21 (16,8)	0 (0)	2 (100)	
15 yıl üstü	77 (38,5)	23 (18,4)	5 (45,5)	0 (0)	
Haftalık çalışma süresi ortalamanız					
40 saat ve altında	166 (83)	82 (65,6)	4 (36,4)	1 (50)	<0.001^b
41 saat ve üzerinde	34 (17)	43 (34,4)	7 (63,6)	1 (50)	
ASM niz hangi sınıfta yer almaktadır?					
A	59 (29,5)	38 (30,4)	2 (18,2)	0 (0)	0.282^b
B	68 (34)	43 (34,4)	4 (36,4)	1 (50)	
C	10 (5)	14 (11,2)	0 (0)	0 (0)	
D	50 (25)	19 (15,2)	4 (36,4)	1 (50)	
Grupsuz	13 (6,5)	11 (8,8)	1 (9,1)	0 (0)	
Nüfusunuzda size bağlı kaç kişi bulunmaktadır?					
0-1500 kişi	1 (0,5)	6 (4,8)	0 (0)	0 (0)	0.099^b
1501-3000 kişi	44 (22)	33 (26,4)	3 (27,3)	1 (50)	
3001 ve üzeri	155 (77,5)	86 (68,8)	8 (72,7)	1 (50)	
Günlük poliklinikte bakılan hasta sayınız ne kadar?					
0-30 kişi	8 (4)	9 (7,2)	0 (0)	0 (0)	0.167^b
31-60 kişi	114 (57)	80 (64)	8 (72,7)	0 (0)	
61 ve üzeri	78 (39)	36 (28,8)	3 (27,3)	2 (100)	

**Aile hekimliği yapmak
sizi mesleki olarak tatmin
ediyor mu?**

Evet	57 (28,5)	39 (31,2)	2 (18,2)	0 (0)	0.257 ^b
Kısmen	98 (49,0)	65 (52,0)	6 (54,5)	0 (0)	
Hayır	45 (22,5)	21 (16,8)	3 (27,3)	2 (100)	

**Aile hekimliğini
ekonomik olarak tatmin
edici buluyor musunuz?**

Evet	17 (8,5)	24 (19,2)	3 (27,3)	0 (0)	0.001 ^b
Kısmen	120 (60,0)	56 (44,8)	2 (18,2)	0 (0)	
Hayır	63 (31,5)	45 (36)	6 (54,5)	2 (100)	

a=Pearson Chi square test, b=Fisher's Exact test, p<0.05

Tablo 9'da katılımcıların "Bilimsel toplantı ve kongrelere katılabiliyor musunuz?" Sorusuna Verdikleri yanıtların çeşitli değişkenler açısından karşılaştırmasına ilişkin analiz sonuçları verilmiştir. Bu analiz sonucuna göre "Bilimsel toplantı ve kongrelere katılabiliyor musunuz?" Sorusu ile cinsiyet (p=0.027), medeni durum (p<0.001), "Çocuğunuz var mı?" Sorusu (p<0.001), Unvan (p<0.001), meslek yılı grup (p<0.001), haftalık çalışma süresi ortalaması (p<0.001) ve "Aile hekimliğini ekonomik olarak tatmin edici buluyor musunuz?" Sorusu (p=0.001) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır.

Tablo 10. Katılımcıların "Kongrelerde bildiri / poster sunumu yaptınız mı?" Sorusuna Verdikleri Yanıtların Değişkenlerin Açısından Karşılaştırılması(n=338)

Değişkenler	Kongrelerde bildiri / poster sunumu yaptınız mı?		p
	Evet, (n=77)	Hayır, (n=261)	
Cinsiyet			
Kadın	39 (50,6)	139 (53,3)	0.687 ^a
Erkek	38 (49,4)	122 (46,7)	
Medeni durum			
Bekâr/Dul/Boşanmış	31 (40,3)	54 (20,7)	0.001 ^a
Evli	46 (59,7)	207 (79,3)	
Çocuğunuz var mı?			
Evet	30 (39)	179 (68,6)	<0.001 ^a
Hayır	47 (61)	82 (31,4)	
Ünvan			
Aile hekimliği uzmanı	55 (71,4)	42 (16,1)	<0.001 ^b
Pratisyen hekim	19 (24,7)	218 (83,5)	
Diğer uzmanlıklar	3 (3,9)	1 (0,4)	
Meslek yılı grup			
0-5 yıl	39 (50,6)	59 (22,6)	<0.001 ^a
6-10 yıl	24 (31,2)	62 (23,8)	
11-15 yıl	7 (9,1)	42 (16,1)	

15 yıl üstü	7 (9,1)	98 (37,5)	
Haftalık çalışma süresi ortalamanız			
40 saat ve altında	51 (66,2)	202 (77,4)	0.047^a
41 saat ve üzerinde	26 (33,8)	59 (22,6)	
ASM niz hangi sınıfta yer almaktadır?			
A	14 (18,2)	85 (32,6)	0.005^a
B	34 (44,2)	82 (31,4)	
C	9 (11,7)	15 (5,7)	
D	11 (14,3)	63 (24,1)	
Grupsuz	9 (11,7)	16 (6,1)	
Nüfusunuzda size bağlı kaç kişi bulunmaktadır?			
0-1500 kişi	3 (3,9)	4 (1,5)	0.002^b
1501-3000 kişi	29 (37,7)	52 (19,9)	
3001 ve üzeri	45 (58,4)	205 (78,5)	
Günlük poliklinikte bakılan hasta sayınız ne kadar?			
0-30 kişi	11 (14,3)	6 (2,3)	0.001^a
31-60 kişi	47 (61)	155 (59,4)	
61 ve üzeri	19 (24,7)	100 (38,3)	
Aile hekimliği yapmak sizi mesleki olarak tatmin ediyor mu?			
Evet	26 (33,8)	72 (27,6)	0.450 ^a
Kısmen	38 (49,4)	131 (50,2)	
Hayır	13 (16,9)	58 (22,2)	
Aile hekimliğini ekonomik olarak tatmin edici buluyor musunuz?			
Evet	13 (16,9)	31 (11,9)	0.005^a
Kısmen	28 (36,4)	150 (57,5)	
Hayır	36 (46,8)	80 (30,7)	

a=Pearson Chi square test, b=Fisher's Exact test, p<0.05

Tablo 10'da katılımcıların “Kongrelerde bildiri / poster sunumu yaptınız mı?” Sorusuna Verdikleri yanıtların çeşitli değişkenler açısından karşılaştırmasına ilişkin analiz sonuçları verilmiştir. Bu analiz sonucuna göre “Kongrelerde bildiri / poster sunumu yaptınız mı?” Sorusu ile medeni durum (p=0.001), “Çocuğunuz var mı?” Sorusu (p<0.001), Unvan (p<0.001), meslek yılı grup (p<0.001), haftalık çalışma süresi ortalaması (p=0.047), “ASM niz hangi sınıfta yer almaktadır?” Sorusu (p=0.005), “Nüfusunuzda size bağlı kaç kişi bulunmaktadır?” Sorusu (p=0.002), “Günlük poliklinikte bakılan hasta sayınız ne kadar?” Sorusu (p=0.001) ve “Aile hekimliğini ekonomik olarak tatmin edici buluyor musunuz?” Sorusu (p=0.005) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır.

Tablo 11. Katılımcıların “Herhangi bir dergide makaleniz bulunuyor mu?” Sorusuna Verdikleri Yanıtların Değişkenlerin Açısından Karşılaştırılması(n=338)

Değişkenler	Herhangi bir dergide makaleniz bulunuyor mu?		p
	Evet, (n=34)	Hayır, (n=304)	
Cinsiyet			
Kadın	16 (47,1)	162 (53,3)	0.490 ^a
Erkek	18 (52,9)	142 (46,7)	
Medeni durum			
Bekâr/Dul/Boşanmış	14 (41,2)	71 (23,4)	0.023^a
Evli	20 (58,8)	233 (76,6)	
Çocuğunuz var mı?			
Evet	17 (50)	192 (63,2)	0.134 ^a
Hayır	17 (50)	112 (36,8)	
Ünvan			
Aile hekimliği uzmanı	21 (61,8)	76 (25)	< 0.001^b
Pratisyen hekim	10 (29,4)	227 (74,7)	
Diğer uzmanlıklar	3 (8,8)	1 (0,3)	
Meslek yılı grup			
0-5 yıl	11 (32,4)	87 (28,6)	0.774 ^a
6-10 yıl	9 (26,5)	77 (25,3)	
11-15 yıl	6 (17,6)	43 (14,1)	
15 yıl üstü	8 (23,5)	97 (31,9)	
Haftalık çalışma süresi ortalamanız			
40 saat ve altında	19 (55,9)	234 (77)	0.007^a
41 saat ve üzerinde	15 (44,1)	70 (23)	
ASM niz hangi sınıfta yer almaktadır?			
A	9 (26,5)	90 (29,6)	0.102 ^a
B	11 (32,4)	105 (34,5)	
C	5 (14,7)	19 (6,3)	
D	4 (11,8)	70 (23)	
Grupsuz	5 (14,7)	20 (6,6)	
Nüfusunuzda size bağlı kaç kişi bulunmaktadır?			
0-1500 kişi	0 (0)	7 (2,3)	0.197 ^b
1501-3000 kişi	12 (35,3)	69 (22,7)	
3001 ve üzeri	22 (64,7)	228 (75)	
Günlük poliklinikte bakılan hasta sayınız ne kadar?			
0-30 kişi	2 (5,9)	15 (4,9)	0.883 ^a
31-60 kişi	19 (55,9)	183 (60,2)	
61 ve üzeri	13 (38,2)	106 (34,9)	
Aile hekimliği yapmak sizi mesleki olarak tatmin ediyor mu?			

Evet	14 (41,2)	84 (27,6)	0.256 ^a
Kısmen	14 (41,2)	155 (51)	
Hayır	6 (17,6)	65 (21,4)	
Aile hekimliğini ekonomik olarak tatmin edici buluyor musunuz?			
Evet	5 (14,7)	39 (12,8)	0.084 ^a
Kısmen	12 (35,3)	166 (54,6)	
Hayır	17 (50)	99 (32,6)	

a=Pearson Chi square test, b=Fisher’s Exact test, p<0.05

Tablo 11'de katılımcıların “Herhangi bir dergide makaleniz bulunuyor mu?” Sorusuna Verdikleri yanıtların çeşitli değişkenler açısından karşılaştırmasına ilişkin analiz sonuçları verilmiştir. Bu analiz sonucuna göre “Herhangi bir dergide makaleniz bulunuyor mu?” Sorusu ile medeni durum ($p=0.023$), Unvan ($p<0.001$) ve haftalık çalışma süresi ortalaması ($p=0.007$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır.

5. TARTIŞMA

Bu çalışma 1 Mayıs- 30 Haziran 2023 tarihleri arasındaki 2 aylık periyotta İstanbul ilinde aile sağlığı merkezinde görev yapan ve çalışmaya katılmaya onam veren 338 aile hekimi ile yapılmıştır. Çalışmamızda İstanbul ilindeki aile sağlığı merkezinde çalışmakta olan aile hekimlerinin akademik yayın ve etkinlik takip etme durumlarının tükenmişlik ve diğer kişisel faktörlerle ilişkisini belirlemeyi amaçladık.

Aile Hekimliği tek başına birey için değil, topluma bütün olarak yaklaşan ve tüm yaş gruplarına hizmet veren bir uzmanlık alanıdır. Bu nedenle aile hekimlerinin akademik yayınları ve etkinlikleri takip etmeleri; profesyonel gelişimlerini sürdürmeleri, hastalarına daha iyi hizmet vermek için güncel bilgilere sahip olmaları ve meslektaşlarıyla bağlantı kurmaları için önemlidir. Bu, aile hekimlerinin sağlık sektöründeki değişikliklere ayak uydurabilmelerine ve hasta bakımını iyileştirebilmelerine yardımcı olur.

Çalışmamızda aile hekimlerinin tükenmişlik düzeylerini ölçmek için Maslach Tükenmişlik Ölçeği kullanılmıştır. Ölçek alt boyutlarından katılımcılarımızın aldığı ortalama puanlar duygusal tükenme için 26,52, duyarsızlaşma için 12,31 ve kişisel başarı için 27,16 olarak belirlenmiştir. Bu ortalama puanlar incelendiğinde hekimlerin tüm alt boyutlarda orta seviyede tükenmişlik yaşadıkları görüldü. Türkiye’de hekimlerde tükenmişlik düzeyini ölçmek için birçok çalışma yapılmıştır. İstanbul üniversitesi-cerrahpaşa tıp fakültesinde yapılan bir çalışmada duygusal tükenme yüksek dereceli, duyarsızlaşma ve düşük Kişisel Başarı orta dereceli kategoride bulunmuştur (46). Trakya üniversitesi tıp fakültesinde araştırma görevlileri üzerinde yapılan başka bir çalışmada da araştırma görevlilerinin duygusal tükenmişlik düzeylerinin orta, duyarsızlaşma alt boyutundaki tükenmişlik düzeylerinin düşük, kişisel başarı alt boyutundaki tükenmişlik düzeylerinin de orta düzeyde olduğu bildirilmiştir (47).

Çalışmamızda katılımcıların %52,7’sinin (n=178) kadın olduğu ve cinsiyet ile bilimsel toplantı ve kongrelere katılım karşılaştırıldığında katılmama oranının kadınlarda daha yüksek olduğunu saptadık. Kadın hekimlerin bilimsel toplantılara ve kongrelere katılmama oranlarının yüksek olması cinsiyet temelli engeller veya aile sorumlulukları gibi faktörlerle ilişkilendirilebilir. Çalışmamızla benzer olarak, 2018 yılınca Khurram Mustafa ve ark. tarafından pediatrist hekimlerde yapılan bir çalışmada bilimsel konferanslara katılım ve bildiri sunma deneyimi açısından katılımcılar arasında cinsiyet açısından istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardı. Erkeklerin kadınlara kıyasla bir araştırma makalesi sunma olasılığı daha yüksekti (%43,2) (48).

Bizim çalışmamızdan farklı olarak Khan ve ark çalışmasında kadın ve erkek cinsiyet arasında farklılık saptanmadı. (49). Yine Clancy'nin yaptığı çalışmada, araştırma yapma deneyimi ve bu konudaki tutumlar konusunda cinsiyetler arası fark görülmemiş (50). Bunun nedeninin cinsiyetler arasındaki çalışma koşullarının ve akademik deneyim ve becerinin benzer olmasından kaynaklandığını düşünüyoruz. Buna ek olarak, kadın çoğunluğa sahip örneklemimizdeki cinsiyet dengesizliği sonuçların kadınlarda beklenenden daha fazla katılmama oranında olmasında rol oynamış olabilir.

Katılımcıların %74,9'unun (n=253) evli olduğunu ve medeni durum ile akademik yayın ve etkinlik takip etme arasında anlamlı ilişkiler mevcuttu. Evli olan katılımcılarda bilimsel kongre ve toplantılara katılmama oranı (%83), kongrelerde bildiri/poster sunumu yapmamış olma durumu (%79,3), herhangi bir dergide makale bulunmama durumu (%76,6) yüksek olarak saptandı. Çalışmamızla benzer olarak Memarpour ve ark. yaptıkları çalışmada evliliğin yanı sıra artan yaş ve eğitim seviyesinin araştırma tutumu ve bilgisi üzerinde olumsuz bir etkisi olduğu açıkça görülmüştür (51). Evli olan katılımcılarda bu oranların yüksek bulunmasının nedeni evlilik ve aile sorumluluklarının, akademik etkinliklere daha az zaman ayrılmasına yol açması olabilir. Özellikle bilimsel kongrelere ve projelere katılım yoğun zaman gerektiren etkinlikler olabilir ve bu tür faaliyetler aile sorumluluklarına zıt düşebilir.

Çalışmamızda katılımcıların %61,8'inin (n=209) çocuğunun olduğu ve çocuğu olan katılımcılarda bilimsel kongre ve toplantılara katılmama oranı (%72,5), kongrelerde bildiri/poster sunumu yapmamış olma durumu (%68,6) olarak saptandı. Çalışmamızın sonuçları, çocuk sahibi olan katılımcıların akademik başarılarının bazı yönlerinin daha düşük olduğunu göstermektedir. Bu durum evli olan katılımcılarda saptandığı gibi aile sorumluluklarının akademik yayın ve etkinlik takip etme üzerinde etkili olduğunu düşündürmektedir. Özellikle bilimsel kongreler gibi etkinlikler, zaman ve kaynak gerektiren etkinliklerdir, bu nedenle çocuk sahibi olanlar için daha zorlu hale gelebilir. Bizim toplumumuzda aile sorumlulukları, evlilik ve çocuk bakımı daha büyük bir vurgu olabilir ve bu da akademik etkinliklere katılmayı sınırlayabilir.

Katılımcılardan %70,1'inin (n=237) pratisyen hekimdi. Aile hekimi uzmanı ve diğer uzmanlıklar ile karşılaştırıldığında pratisyen hekimlerde bilimsel toplantı ve kongrelere katılmama oranı (%85,5), kongrelerde bildiri/poster sunumu yapmamış olma durumu (%83,5), herhangi bir dergide makale bulunmama durumu (%74,7) oranlarını daha yüksek olarak saptadık. Bunun sebebi olarak uzman hekimlerin uzmanlık eğitim süreci, eğitmenlerin desteği

ve akademik bir çatı altında olunması olabilir. Uzman hekimler, daha spesifik bir alanda eğitim aldıkları ve bu alanda daha fazla bilgi biriktirdikleri için bilimsel toplantılar ve kongrelere katılma ihtiyacı ve fırsatı daha fazla olabilir.

Ek olarak MTÖ alt boyutlarından “Duyarsızlaşma” puanı ile ünvan arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık da saptanmıştır. Aile hekimliği uzmanlığı ve pratisyen hekimler ile kıyaslandığında diğer uzmanlıklar sahip olan katılımcıların “Duyarsızlaşma” puanı daha yüksek bulunmuştur. Literatür incelendiğinde birçok çalışmada uzman hekimlerde pratisyen hekimlere oranla daha fazla olduğu tespit edilmiştir. (52,53)

Bizim çalışmamızın aksine bir grup pratisyen ve uzman hekim üzerinde yürütülen bir çalışmada, pratisyen hekimlerin ölçeğin her üç alt boyutundaki tükenmişlik durumları bizim çalışma sonuçlarımızdan farklı olarak daha yüksektir. (54)

İsviçre’de Goehring ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada birinci basamakta çalışmakta olan pratisyen hekimlerde duygusal tükenme puanı 17,9, duyarsızlaşma puanı 6,5 ve kişisel başarı puanı 39,6 (55), İtalya’da genel pratisyenlerle yapılan bir çalışmada puanlar sırasıyla 18,5, 6,1 ve 38,5 (56) ve İngiltere’de yapılan farklı iki çalışmada ise pratisyen hekimlerde duygusal tükenme 26,1 ve 22,3 puan, duyarsızlaşma 9,8 ve 7,4 puan, kişisel başarı için 32,7 ve 39,4 olarak bulunmuştur. (57).

Aile hekimleri ve aile sağlığı merkezlerinde çalışan pratisyen hekimler, genellikle hastalarla sürekli ve uzun vadeli ilişkiler kurarlar. Bu tür ilişkiler, hastaların sağlık sorunlarını takip etme, onları tedavi etme ve sağlık gereksinimlerini karşılama gerekliliği içerir. Bu sürekli temas, hastalarla daha yakın bir ilişki kurma ve empati gösterme ihtiyacını da beraberinde getirebilir. Dolayısıyla, aile hekimleri ve pratisyen hekimler, diğer uzmanlık alanlarına kıyasla daha düşük ‘‘Duyarsızlaşma’’ puanlarına sahip olabilirler. Diğer uzmanlık alanlarındaki hekimler genellikle daha özgün ve spesifik sağlık sorunlarına odaklanabilirler. Bu durum hastalarla daha sınırlı temas ve dolayısıyla ‘‘Duyarsızlaşma’’ puanının daha yüksek olmasına neden olabilir.

Çalışmamızda katılımcıların %81,7’sinin (n=276) sigara/nargile/tütün kullanmadığı belirlenmiştir. MTÖ alt boyutlarından “Duyarsızlaşma” puanı ile sigara/nargile/tütün kullanımı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Sigara/nargile/tütün kullanan katılımcıların kullanmayanlara kıyasla “Duyarsızlaşma” puanı daha yüksek bulunmuştur. Hekimlik, hastaların sağlığına odaklanan yoğun ve strestli bir meslektir. Tütün ürünlerinin

kullanımı, bazı kişiler için stresle başa çıkma yöntemi olarak görülebilir. Şerik ve ark.'nın çalışmasında duyarsızlaşma ile sigara paket/yıl arasında negatif yönlü ilişki bulunmuştur (58). Karadayı'nın çalışmasında sigara içenlerin duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarı açısından tükenmişlikleri anlamlı yüksek bulunmuştur (59)Yavuzylmaz ve ark.'nın çalışmasında sigara kullananların duyarsızlaşma puanları anlamlı yüksek saptanmıştır ve bu sonucu sağlık çalışanlarının tükenmişlikten kurtulmak için sigara kullanımına yöneldikleriyle ilişkilendirmişlerdir (60).

Çalışmamızda katılımcıların %56,5'inin (n=191) alkol kullanmadığı belirlenmiştir. MTÖ alt boyutlarından “Duygusal tükenme” ve “Duyarsızlaşma” puanları ile alkol kullanımı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Sık sık alkol kullanan katılımcıların diğer gruplara kıyasla “Duygusal tükenme” ve “Duyarsızlaşma” puanları daha yüksek bulunmuştur. Literatür incelendiğinde ABD’li ve Danimarkalı doktorlarda yapılan çalışmalarda bizim çalışmamıza benzer olarak düzenli alkol kullanımının duygusal tükenmeyi ve duyarsızlaşmayı arttırdığını gösterilmiştir (61–63).

Çalışmamızdan farklı olarak Girgin ve ark. (64) Bursa’da yaptıkları bir çalışmada kronik hastalık, alkol ve sigara kullanımının tükenmişlik üzerine etkisinin olmadığı saptanmıştır. Yine yurtdışında yapılan bazı çalışmalarda alkol kullanımı ile tükenmişlik arasında herhangi bir korelasyon göstermedi. (65–68)

Katılımcıların %31,1'inin (n=105) 15 yıl üstü mesleki çalışma deneyimine sahip olduğu saptadık. 15 yıl ve üzeri meslek yılına sahip katılımcılarda bilimsel kongre ve toplantılara katılmama (%38,5) ve kongrelerde bildiri/poster sunumu yapmamış olma oranları (%37,5) daha yüksek bulunmuştur. 15 yıl ve üzeri deneyime sahip hekimler, kariyerlerinin belirli bir aşamasında belirli bir bilimsel etkinlik seviyesine ulaşmış olabilirler. Bu, kongrelere katılmama ve sunum yapmama eğilimini artırabilir, çünkü bu tür etkinliklerin kariyerlerindeki ilerleme üzerine etkisinin az olacağı düşünülüyor olabilir.

Çalışmamızda MTÖ alt boyutlarından “Kişisel başarı” puanı ile meslek yılı grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Meslek yılı 15 yıl üstü olan katılımcıların diğer gruplara kıyasla “Kişisel başarı” puanı daha yüksek bulunmuştur. Daha deneyimli hekimler, kariyerlerinin ilerleyen aşamalarında belirli kişisel ve profesyonel hedeflere ulaşmış olabilirler. Bu hedeflere ulaşmak, kişisel başarı duygusunu artırabilir. Hizmet süresi ile tükenmişlik ilişkisi için literatürde farklı sonuçlar bildiren çalışmalar mevcuttur. Kaya ve Üner

yaptıkları çalışmalarda meslekte çalışma süresi ile duyarsızlaşma puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönlü bir ilişki bulmuşlardır (69) . Erol ve ark. yapmış olduğu çalışmalarda hekimlikte geçirilen süre ve mesleki deneyim arttıkça tükenmişliği azaldığı belirlenmiştir (70).

Çalışmamızda katılımcıların %74,0'ının (n=250) 3001 ve üzeri nüfusa sahip olduğu saptandı. Aile sağlığı merkezinde 3001 ve üzeri nüfusa sahip olan hekimlerin bildiri sunum yapmamış olma oranı %78,5 olup daha az nüfusa sahip olan hekimlere kıyasla daha yüksek saptanmıştır. Daha büyük bir nüfusa hizmet veren hekimler, iş ve özel hayat dengesini korumakta daha fazla zorlanabilirler. Uzun çalışma saatleri ve yoğun iş temposu, hekimlerin kişisel yaşamları ve mesleki gelişim arasında denge kurmalarını zorlaştırabilir. Bildiri sunumları hazırlamak ve bilimsel toplantılara katılmak zaman ve çaba gerektiren faaliyetlerdir. Daha büyük nüfusa sahip olan hekimler, hastalarına daha fazla vakit ayırmak zorunda kalabilirler, bu da bilimsel etkinliklere katılma fırsatlarını kısıtlayabilir.

Katılımcıların yarısında (n=169) aile hekimliği yapmanın kısmen mesleki olarak tatmin ettiğini saptadık. Çalışmamızda MTÖ alt boyutlarından “Duygusal tükenme” puanı ile “Aile hekimliği yapmak sizi mesleki olarak tatmin ediyor mu?” Sorusu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır. “Aile hekimliği yapmak sizi mesleki olarak tatmin ediyor mu?” Sorusuna hayır yanıtı verenlerin diğer gruplara kıyasla “Duygusal tükenme” ve “Duyarsızlaşma” puanı daha yüksek bulunmuştur.

Ek olarak “Aile hekimliği yapmak sizi mesleki olarak tatmin ediyor mu?” Sorusuna evet yanıtı verenlerin diğer gruplara kıyasla “Kişisel başarı” puanı daha yüksek bulunmuştur. Mesleki tatmin, bir hekimin işin olan bağlılığını ve motivasyonunu etkiler. Tatmin olmayan hekimler, işlerine karşı daha az motivasyona sahip olabilirler. Bu da hastalarla daha az etkileşime girme, işe karşı ilgisizlik ve yorgunluk gibi duygusal tükenme belirtilerini artırabilir. Öte yandan mesleki tatminin yüksek olması daha fazla bağlılık ve motivasyon, hekimlerin daha fazla çaba göstermelerine ve daha iyi bir performans sergilemelerine yardımcı olabilir. Bu kişisel başarı hissini artırabilir.

Yapılan bir çalışmada aile hekimliğinin kendi hedeflerine ve yaşam tarzına uygun olduğunu, beklentilerinin karşılanmış olduğunu düşünen hekimlerde tükenmişlik puanları daha düşük

bulunmuştur (71) Bu sonuçla benzer olarak Esteva çalışmasında, yapılan işten memnuniyetin tükenmişlik oranını azalttığı, kişileri tükenmişlikten koruduğunu ifade edilmektedir. (72)

Katılımcıların %52,7'sinin (n=178) aile hekimliğini kısmen ekonomik olarak tatmin edici bulduğu belirlenmiştir. Aile hekimliğinin ekonomik olarak kısmen tatmin edici olduğunu düşünen hekimlerin verdiği cevaplar analiz edildiğinde bilimsel toplantı ve kongrelere katılmama oranı (%60), kongrelerde bildiri/poster sunumu yapmamış olma durumu (%57,5), oranlarını daha yüksek olarak saptadık. Akademik etkinlikler çoğu zaman beraberinde maddi bir yükü getirmektedir. Ekonomik tatmin eksikliği, hekimlerin iş doyumunu ve motivasyonlarını düşürebilir. Aile hekimliği uygulamasının ekonomik olarak kısmen tatmin edici bulunması, hekimlerin akademik yayın ve etkinliklere daha az ilgi göstermelerine yol açabilir.

MTÖ alt boyutlarından “Duygusal tükenme” puanı ile “Aile hekimliğini ekonomik olarak tatmin edici buluyor musunuz?” Sorusu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır. “Aile hekimliğini ekonomik olarak tatmin edici buluyor musunuz?” Sorusuna hayır yanıtı verenlerin diğer gruplara kıyasla “Duygusal tükenme” ve “Duyarsızlaşma” puanı daha yüksek bulunmuştur. Ekonomik tatmin eksikliği, hekimlerin işlerinden tatmin olmamalarına, işe karşı motivasyonlarının düşmesine ve işlerinden duygusal olarak daha fazla etkilenmelerine neden olabilir, iş stresini daha da artırabilir. İşten tatmin olmayan hekimler, işlerine karşı daha az motive olabilirler, bu da duygusal tükenme ve duyarsızlaşmayı artırabilir.

Yapılan bir çalışmada geçim konusunda zorluk çeken araştırmama görevlisi hekimlerde duygusal tükenme puan ortalaması yüksek bulunmuştur (73). Başka bir çalışmada ise bizim çalışmamızla benzer şekilde meslekte çalışma süresinin yani deneyimin artmasının tükenmişliği azalttığı ancak meslekte çalışma süresi ve deneyim artması sonucu algılanan gelir düzeyinin yükselmesi ile tükenmişlik arasında negatif ilişki olduğu saptanmıştır (74).

Çalışmamızda katılımcıların %59,2'sinin (n=200) bilimsel toplantı ve kongrelere katılmadığı, %77,2'sinin (n=261) kongrelerde bildiri/poster sonumu yapmadığı, %89,9'unun (n=304) herhangi bir dergide makalesinin olmadığı, %94,4'ünün (n=319) şimdiye kadar bilimsel kitap bölümü yazmadığı veya editörlük yapmadığı, %81,4'ünün (n=275) herhangi bir bilimsel projede yer almadığı, %45,6'sının (n=154) ayda 1 gün bilimsel makale veya kitap okuduğu ve %96,2'sinin (n=325) herhangi bir bilimsel ödül almadığı belirlenmiştir.

Katılımcıların verdiği cevapların analiz sonucuna göre MTÖ alt boyutlarından “Duygusal tükenme” puanı ile “Herhangi bir dergide makaleniz bulunuyor mu?” Sorusu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Herhangi bir dergide makalesi olmayan katılımcıların olanlara kıyasla “Duygusal tükenme” puanı daha yüksek bulunmuştur. Bu durum bilimsel anlamda yayın ve etkinliklere vakit ayırabilen hekimlerin tükenmişlik düzeylerinin daha düşük olduğunu göstermektedir. Dergi makalesi yayınlama, hekimlerin kariyer başarısı ve bilimsel katkısı olarak kabul edilirken, aynı zamanda duygusal sağlık açısından da olumlu bir etki yaratabilir. Bu sonuçlar, tıp alanında çalışan hekimlerin duygusal tükenmeyi azaltmak için akademik yayıncılığa daha fazla önem vermeleri gerektiğini düşündürmektedir.

Özkula G’nin yaptığı bir çalışmada, akademik çalışmaya zaman ayıramayan hekimlerde duygusal tükenmenin arttığı saptanmış olup, bu durumun hekimlerin, sağlık, eğitim ve akademik çalışmaların bir arada yürütülmesinden sorumlu olmasından, ancak akademik faaliyetler için ayrı bir mesai kavramının olmayışından kaynaklı olabileceği, dolayısıyla sağlık hizmeti sunumu için ayrılan sürenin içinde ek olarak akademik çalışmalara zaman ayırmaya çalışmanın yansıması olarak düşünülmüştür (75). İzmir ilinde acil tıp asistan hekimlerle yapılan bir çalışmada akademik araştırma ve çalışma yapmak için yeterli imkanlara sahip olduğunu belirten hekimlerin duygusal tükenme ve duyarsızlaşma puanları daha düşük saptanmıştır. (76)

5.1. Araştırmanın Kısıtlılıkları

Araştırma bulgularımıda bazı kısıtlılıklar mevcuttu. Bu kısıtlılıkların başında, araştırmanın tek ilde yürütülmüş olması gelmektedir. Bu durum, araştırma bulgularının ülke içindeki tüm hekimlere genellenebilmesi açısından yetersizlik oluşturmaktadır. Gelecek yapılacak çalışmalar için Türkiye’nin farklı bölgelerini de içine alan daha geniş bir örneklem grubuna ihtiyaç vardır. Ayrıca ulaşılan hekimlerin ASM sınıfı ve ASM’nin bulunduğu bölgenin nüfus ya da çalışma koşullarının değişkenlik gösterebileceği, bu durumun da bulguları etkileyebileceği gözardı edilmemelidir.

6. SONUÇ

Bu çalışmada İstanbul ilindeki aile sağlığı merkezinde çalışmakta olan aile hekimlerinin akademik yayın ve etkinlik takip etme durumlarının tükenmişlik ve diğer kişisel faktörlerle ilişkisi araştırılmıştır.

Çalışmamızın sonuçlarına göre;

- Cinsiyet, medeni durum, çocuk sahibi olma, unvan, meslekte çalışma yılı ve ekonomik tatmin düzeyinin akademik yayın ve etkinlik takip etme durumlarında etkili olabileceği sonucuna varılmıştır.
- Sigara/nargile/tütün ve alkol kullanımının tükenmişlik alt boyutlarından duygusal tükenme ve duyarsızlaşmada artmaya sebep olduğu tespit edilmiştir.
- Meslekte geçirilen süre arttıkça tükenmişlik alt boyutlarından kişisel başarı puanının arttığı görülmektedir.
- Mesleki ve ekonomik tatmin düzeyi azaldıkça, tükenmişliğin de arttığı; mesleki tatmin düzeyi arttıkça tükenmişlik alt boyutlarından kişisel başarı puanında artış izlenmiştir.
- Herhangi bir makalesi olmayan katılımcıların tükenmişlik alt boyutlarından duygusal tükenme düzeyinde artışa sebep olduğu görülmektedir.

Tüm veriler değerlendirildiğinde Tükenmişlik sendromu ve diğer kişisel faktörler akademik yayın ve etkinlik takip etme durumunu etkilemekte olup bu sonuç bizim hipotezimizi destekler niteliktedir. Literatürde bu ikisini beraber inceleyen çok fazla çalışmaya rastlamamış olmakla birlikte incelenen birkaç araştırmanın da bizimle benzer sonuçlar elde ettiğini görmekteyiz.

Aile hekimlerinin akademik yayın ve etkinlik takip etme durumu, iş memnuniyeti, tükenmişlik ve kişisel faktörlerle karmaşık bir ilişki içindedir. Bu ilişki, aile hekimlerinin çalışma koşulları, kişisel motivasyonları, destek sistemleri ve mesleki çevreleri gibi bir dizi faktörden etkilenebilir. Aile hekimleri, akademik yayınları ve mesleki etkinlikleri takip ederek güncel bilgilere erişebilirler. Bu, mesleklerini güncel tutmalarına yardımcı olabilir ve işlerine olan ilgilerini artırabilir. Sağlık kurumları ve yöneticiler, aile hekimlerinin mesleki gelişimlerini teşvik etmek ve iş stresini azaltmak için destekleyici politikalar ve kaynaklar sağlamak konusunda önemli bir rol oynamaktadır. Çalışmalar, birinci basamak sağlık hizmeti doktorlarına yönelik bilimsel araştırma eğitiminin, gelecekteki araştırma faaliyetlerini artırma potansiyeline sahip olduğunu göstermiştir. Hekimlerde araştırmayı teşvik etmek için, engelleri

ortadan kaldıracak stratejiler benimsenmelidir. Bu stratejiler arasında düzenli araştırma-eğitim programları, destekleyici liderlik ve bilimsel çalışma yürütmeye yönelik teşvikler yer almaktadır. Bu, hem sağlık hizmeti sunumunu iyileştirmeye hem de aile hekimlerinin sağlık sektöründeki uzun vadeli başarılarını desteklemeye yardımcı olabilir.

Ayrıca çalışmamızda da görüldüğü gibi tükenmişlik, hekimlerde azımsanmayacak düzeyde sık görülmektedir. Bu konuda yapılacak çalışmalarla tükenmişliği etkileyen faktörlerin belirlenmesi, hekimlerin konu hakkında bilgilendirilmesi ve bazı önlemlerinin alınması gerekmektedir. Hekim başına düşen hasta sayısının azaltılması, çalışma şartlarının iyileştirilmesi, şiddet olaylarını engelleyecek önlemlerin alınması, yıldırmanın (mobbing) engellenmesi, iletişim ve stres yönetimi konularında eğitimler verilmesi, mesai dışı aktiviteler ve bilimsel çalışmalara yeterli zaman ayrılması için koşulların sağlanması gibi önlemlerin alınması tükenmişlik düzeyinin azaltılmasında faydalı olacaktır. Kişisel faktörlerin ve tükenmişliğin akademik çalışmalardaki rolünü daha iyi anlamak için ileri araştırmalara ihtiyaç vardır. Bu çalışma, sağlık hizmetlerini geliştirmek ve aile hekimlerinin işlerinde daha sürdürülebilir bir şekilde başarılı olmalarına yardımcı olmak amacıyla bir temel oluşturabilir.

7. KAYNAKLAR

1. Töre E. Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı. 2007.
2. Keşcioğlu F. Aile Hekimliği Uzmanlık Öğrencilerinin Akademik Okuryazarlık Hakkındaki Tutum ve Davranışlarının Değerlendirilmesi, T.C. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Aile Hekimliği Kliniği.
3. Ayhan Başer D, Kahveci R, Koç M, Kasım İ, Şencan İ, Özkara A. Etkin Sağlık Sistemleri İçin Güçlü Birinci Basamak. Ankara Medical Journal. 2015 Jan 6;15(1).
4. Baykan¹ Z, Çetinkaya² F, Naçar¹ M, Kaya³ A, Ümit Işıldak³ M. Aile hekimlerinin tükenmişlik durumları ve ilişkili faktörler Burnout among family physicians and its associated factors Özet. Araştırma Türk Aile Hek Derg [Internet]. 2014;18(2):121–32. Available from: www.r-project.org
5. Adler L, Gabay L, Yehoshua I. Primary care physicians' attitudes toward research: A cross-sectional descriptive study. Fam Pract. 2020;37(3):306–13.
6. Rakel RE. Textbook of Family Medicine. 2007.
7. Oral R. Ülkemizde ve Dünyada aile hekimliği sisteminin işleyişi (Master's thesis, Sosyal Bilimler Enstitüsü). 2015;
8. Aktürk Z, & DN. Aile hekimliğinin kilometre taşları: Millis ve Willard Raporları. Türkiye Aile Hekimliği Uzmanlık Derneği Yayınları. 2004;İstanbul(188).
9. Hekimliği A, Klinikleri T, Med J. Dikici ve ark. 2007.
10. Başak O, & SE. Aile Hekimliği Avrupa Tanımı. WONCA AVRUPA. 2005;
11. Allen J, Gay B, Paris F, Crebolder H, Heyrman J, Svab I, et al. The European Definition of General Practice / Family Medicine Wonca Europe 2002 Prepared for Wonca Europe (The European Society of General Practice/ Family Medicine), 2002.
12. T.C. Resmi Gazete. 25012013, Sayı: 28539.
13. Altındağ Ö, Yıldız A. Türkiye’de Sağlık Politikalarının Dönüşümü. Birey ve Toplum Sosyal Bilimler Dergisi. 2020;10(1):157–84.
14. TUK. 2017;
15. Algin ve ark. Aile Hekimliği Uzmanlık Müfredatı. 2004;
16. Çavmak Ş, Çavmak D. Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Tarihsel Gelişimi ve Sağlıkta Dönüşüm Programı [Internet]. 2017. Available from: <http://fbe.atauni.edu.tr/eajm/Makaleler%5C1970%5C1970-2%5C7.pdf>
17. Ungan M, Ceyhun AG. Bir Tıp Disiplini Olarak Aile Hekimliği. RNA Aile Hek Derg. 2006;2006(1):6–15.
18. Çakmakaya ÖS. Kanıta Dayalı Tıp: Temel Kavramlar, Öğrenme Teorileri, Eğitim Yaklaşımları ve Ölçme-Değerlendirme Yöntemleri ile İlgili Derleme. Tıp Eğitimi Dünyası. 2021 Apr 30;20(60):122–36.
19. Bayın G, Akbulut Y. Kanıta dayalı yaklaşım ve sağlık politikası. Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi. 2012;115–32.
20. Richardsen AM, Burke RJ. Occupational stress and job satisfaction among physicians: Sex differences. Soc Sci Med. 1991 Jan;33(10):1179–87.
21. Sürgevil O. Çalışma hayatında tükenmişlik sendromu: Tükenmişlikle mücadele teknikleri. Nobel Yayın; 2006.
22. Schaufeli WB, Leiter MP, Maslach C. Burnout: 35 years of research and practice. Career Development International. 2009 Jun 19;14(3):204–20.

23. Plutchik R. Burnout: The Cost of Caring by Christina Maslach, Ph.D.; Prentice-Hall, Englewood Cliffs, New Jersey, 1982, 192 pages,. Psychiatric Services. 1983 Jul;34(7):650–650.
24. Maslach C, Jackson SE, Leiter MP. Maslach Burnout Inventory Manual Consulting Psychologists Press. Palo Alto, Ca, EEUU. 1986;
25. Fawzy FI, Fawzy NW, Pasnau RO. Burnout in healt professionals. In: Handbook of studies on general hospital psychiatry. 1991. p. 119.
26. Greenglass ER, Burke RJ. Work and family precursors of burnout in teachers: Sex differences. Sex Roles. 1988 Feb;18(3–4):215–29.
27. Greenglass ER, Julkunen J. Cook-Medley Hostility, Anger, and the Type a Behavior Pattern in Finland. Psychol Rep. 1991 Jun 1;68(3_suppl):1059–66.
28. Lindblom KM, Linton SJ, Fedeli C, Bryngelsson IL. Burnout in the working population: relations to psychosocial work factors. Int J Behav Med. 2006 Mar;13(1):51–9.
29. Maslach C, Schaufeli WB, Leither MP. Job burnout. 52:397.
30. Maslach C. The Client Role in Staff Burn-Out. Journal of Social Issues. 1978 Oct;34(4):111–24.
31. Maslach C. Burnout: a social psychological analysis, the burnout syndrome: current research, theory and interventions. Park Ridge, Ill, London House Management. 1981;1981:31–52.
32. Perlman B, Hartman EA. Burnout: Summary and Future Research. Human Relations. 1982 Apr 22;35(4):283–305.
33. Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced burnout. J Organ Behav. 1981 Apr;2(2):99–113.
34. Cox T, Griffiths A, Rial-Gonzales E. European agency for safety and health at work: research on work-related stress. Luxembourg: office for official publications of the European communities. 2000;
35. Arigoni F, Bovier P, Sappino A. Trend of burnout among Swiss doctors. Swiss Med Wkly. 2010 Aug 9;
36. Shanafelt TD, Hasan O, Dyrbye LN, Sinsky C, Satele D, Sloan J, et al. Changes in Burnout and Satisfaction With Work-Life Balance in Physicians and the General US Working Population Between 2011 and 2014. Mayo Clin Proc. 2015 Dec;90(12):1600–13.
37. Spickard JA. Mid-Career Burnout in Generalist and Specialist Physicians. JAMA. 2002 Sep 25;288(12):1447.
38. Firth-Cozens J, Greenhalgh J. Doctors' perceptions of the links between stress and lowered clinical care. Soc Sci Med. 1997 Apr;44(7):1017–22.
39. Soler JK, Yaman H, Esteva M, Dobbs F, Asenova RS, Katić M, et al. Burnout in European family doctors: The EGPRN study. Fam Pract. 2008;25(4):245–65.
40. Adler L, Gabay L, Yehoshua I. Primary care physicians' attitudes toward research: A cross-sectional descriptive study. Fam Pract. 2020;37(3):306–13.
41. Ergin C. Doktor ve hemsirelerde tukenmislik ve maslach tukenmislik olceginin uyarlanmasi. VII Ulusal Psikoloji Kongresi, 22th September 1992 Ankara (Turkey) [Internet]. 1992 [cited 2023 Sep 13]; Available from: <https://cir.nii.ac.jp/crid/1570291225076829312.bib?lang=en>
42. Çam O. Tükenmişlik envanterinin geçerlik ve güvenilirliğinin araştırılması. 7 Ulusal Psikoloji Kongresi Bilimsel Çalışmaları. 1992;155–9.

43. Ergin C. Maslach tükenmişlik ölçeğinin Türkiye sağlık personeli normları. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi*. 1996;4(1):28–33.
44. Tabachnick, Barbara G and Fidell, Linda S. *Using Multivariate Statistics* Needham Heights. MA: Allyn and Bacon. 2001;
45. Mayers, Andrew. *Introduction to statistics and SPSS in psychology*. 2003.
46. Turan N, Kendigelen P. Anesteziyoloji ve Reanimasyon Asistanlarında Tükenmişlik Sendromu Sıklığı ve Riski, Belirleyen Faktörler (Uzmanlık tezi), İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı.
47. Önder SEZER T, Alper UYAR A. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma Görevlileri Empati Düzeylerinin İş Doyumu ve Tükenmişlik İle İlişkisi (Uzmanlık Tezi), Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı.
48. Mustafa K, Murray CC, Nicklin E, Glaser A, Andrews J. Understanding barriers for research involvement among paediatric trainees: A mixed methods study. *BMC Med Educ*. 2018 Jul 13;18(1).
49. Khan H, Khan S, Iqbal A. Knowledge, attitudes and practices around health research: the perspective of physicians-in-training in Pakistan. *BMC Med Educ*. 2009 Dec 17;9(1):46.
50. Clancy AA, Posner G. Attitudes Toward Research During Residency: A Survey of Canadian Residents in Obstetrics and Gynecology. *J Surg Educ*. 2015 Sep;72(5):836–43.
51. Memarpour M, Fard AP, Ghasemi R. Evaluation of attitude to, knowledge of and barriers toward research among medical science students. *Asia Pac Fam Med*. 2015 Dec 11;14(1):1.
52. Anadolu Bölgesi D, Yer Alan Bir İlde Devlet Hizmet Yükümlülüğü nde, Hekimler Üzerindeki Etkileri ve Tükenmişlik nün, Taycan O, Erdoğan Taycan S, Cihat ÇELİK P, et al. (Baskıda) *Türk Psikiyatri Dergisi* 2013;24().
53. Havle N, Cem İlne M, Yener F, Gümüş H. İstanbul’da Çalışan Psikiyatristlerde Tükenmişlik, İş Doyumu ve Bunların Çeşitli Değişkenlerle İlişkisi.
54. Aslan D, Kiper N, Karaağaoğlu E, Topal F, Gündük M, Cengiz ÖS. Türkiye’de Tabip Odalarına Kayıtlı Olan Bir Grup Hekimde Tükenmişlik Sendromu ve Etkileyen Faktörler. Ankara, *Türk Tabipleri Birliği Yayınları*. 2005;65.
55. Ly WK, Goehring C, Gallacchi MB, Bovier P. Psychosocial and professional characteristics of burnout in Swiss primary care practitioners: a cross-sectional survey. 2005.
56. Grassi L, Magnani K. Psychiatric Morbidity and Burnout in the Medical Profession: An Italian Study of General Practitioners and Hospital Physicians. *Psychother Psychosom*. 2000;69(6):329–34.
57. Kirwan M, Armstrong D. Original papers Investigation of burnout in a sample of British general practitioners.
58. Şerik B, Erdoğan N, Ekerbiçer HÇ, Demirbaş M, İnci BM, Bedir N, et al. Burnout Levels and Related Factors of Family Doctors Who Work At Family Health Centers in Sakarya Province. *Sakarya Medical Journal*. 2016;6(2):76–82.
59. Karadayı BS. Covid 19 pandemisinin anesteziyoloji ve reanimasyon uzmanları ve araştırma görevlilerindeki tükenmişlik üzerine etkisi. Adana: Çukurova Üniversitesi/Tıp Fakültesi/Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı. 2020;

60. Yavuzylmaz A, Topbaş M, Çan E, Özgün Ş. Trabzon il merkezindeki sağlık ocakları çalışanlarında tükenmişlik sendromu ile iş doyumu düzeyleri ve ilişkili faktörler. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni. 2007;6(1):41–50.
61. Slabšinskienė E, Gorelik A, Kavaliauskienė A, Zaborskis A. Burnout, lifestyle and relaxation among dentists in Lithuania: a cross-sectional study. BMC Health Serv Res. 2021 Dec 1;21(1).
62. Toon M, Collin V, Whitehead P, Reynolds L. An analysis of stress and burnout in UK general dental practitioners: subdimensions and causes. Br Dent J. 2019 Jan 18;226(2):125–30.
63. Pedersen AF, Sørensen JK, Bruun NH, Christensen B, Vedsted P. Risky alcohol use in Danish physicians: Associated with alexithymia and burnout? Drug Alcohol Depend. 2016 Mar;160:119–26.
64. Girgin NK, Bayrak VM, Akkaya C, Erşaylı DT. Bursa il merkezinde görevli anesteziistlerde mesleki tükenmeyi etkileyen faktörler. Türk Anestezi ve Reanimasyon Dergisi. 2006;34(1):48–55.
65. Lin YL, Chen CH, Chu WM, Hu SY, Liou YS, Yang YC, et al. Modifiable risk factors related to burnout levels in the medical workplace in Taiwan: cross-sectional study. BMJ Open. 2019 Nov 18;9(11):e032779.
66. Fy C, Yuen SS, Cheung A. Burnout among public doctors in Hong Kong: cross-sectional survey [Internet]. Vol. 18, Hong Kong Med J. 2012. Available from: www.hkmj.org
67. Ng APP, Chin WY, Wan EYF, Chen J, Lau CS. Prevalence and severity of burnout in Hong Kong doctors up to 20 years post-graduation: a cross-sectional study. BMJ Open. 2020 Oct 27;10(10):e040178.
68. Vinnikov D, Dushpanova A, Kudasbaev A, Romanova Z, Almukhanova A, Tulekov Z, et al. Occupational burnout and lifestyle in Kazakhstan cardiologists. Archives of Public Health. 2019 Dec 10;77(1):13.
69. Kaya M, Üner S, Karanfil E, Uluyol R, Yüksel F, Yüksel M. Birinci basamak sağlık çalışanlarının tükenmişlik durumları. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni. 2007;6(5):357–63.
70. Erol A, Sarıççek A, Gülseren Ş. Asistan hekimlerde tükenmişlik: İş doyumu ve depresyonla ilişkisi. Anadolu Psikiyatri Derg. 2007;8(4):241–7.
71. Baykan¹ Z, Çetinkaya² F, Naçar¹ M, Kaya³ A, Ümit Işıldak³ M. Aile hekimlerinin tükenmişlik durumları ve ilişkili faktörler Burnout among family physicians and its associated factors Özet. Araştırma Türk Aile Hek Derg [Internet]. 2014;18(2):121–32. Available from: www.r-project.org
72. Esteva M, Larraz C, Jiménez F. La salud mental en los médicos de familia: efectos de la satisfacción y el estrés en el trabajo. Rev Clin Esp. 2006 Feb;206(2):77–83.
73. Dergisi OMÜT, Çan E, Topbafi M, Yavuzylmaz A, Çan G. Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesindeki Araştırma Görevlisi Hekimlerin Tükenmişlik Sendromu ile İlişkili Doyumu Düzeyleri ve İlişkili Faktörler.
74. Algül R, Yılmaz D, Özer Ü, Kaya B. Variables affecting burnout levels among medical doctors working in internal and surgical branches and the relationship of burnout with work engagement and organizational commitment. Journal of Clinical Psychiatry. 2016;19(4):176–84.
75. Ozkula G, Durukan E. Burnout syndrome among physicians: The role of socio-demographic characteristics. Dusunen Adam - The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences. 2017;30(2):136–44.

76. Danışmanı T, Yanturalı S. İzmir İli Acil Tıp Asistan Hekimlerinin Tükenmişlik Sendromu Yönünden Değerlendirilmesi (Uzmanlık Tezi), Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı.

