



T.C.  
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ

# **TÜRKİYE'DE ÇALIŞAN HEKİMLERİN TÜKENMİŞLİK DÜZEYLERİ VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLERİN BELİRLENMESİ**

MEHMET YILDIZ  
UZMANLIK TEZİ

AİLE HEKİMLİĞİ ANA BİLİM DALI

DANIŞMAN  
Dr. Öğr. Üyesi ABDÜLKADİR AYDIN

2024-SAKARYA



T.C.  
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ

**TÜRKİYE'DE ÇALIŞAN HEKİMLERİN TÜKENMİŞLİK  
DÜZEYLERİ VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLERİN BELİRLENMESİ**

MEHMET YILDIZ  
UZMANLIK TEZİ

AİLE HEKİMLİĞİ ANA BİLİM DALI

DANIŞMAN  
Dr. Öğr. Üyesi ABDÜLKADİR AYDIN

2024-SAKARYA

## ONAY

**Kurum** : Sakarya Üniversitesi/Tıp Fakültesi

**Program Türü** : Uzmanlık Tezi

**Anabilim Dalı** : Aile Hekimliği

**Tez Sahibi** : Mehmet Yıldız

**Sınav Tarihi** : **Saat:**

**Tez Başlığı** : Türkiye’de Çalışan Hekimlerin Tükenmişlik Düzeyleri ve İlişkili Faktörlerin Belirlenmesi

Bu çalışma, içerik ve kalite bakımından Uzmanlık Tezi olarak oy birliği / oy çokluğu ile kabul edilmiştir.

|                           | Ünvan, Adı-Soyadı<br>(Kurum adı) | İmza | Kabul/Red* |
|---------------------------|----------------------------------|------|------------|
| <b>Danışman<br/>(Üye)</b> |                                  |      |            |
| <b>Üye</b>                |                                  |      |            |
| <b>Üye</b>                |                                  |      |            |

\* Red kararının gerekçesi onay sayfasının arkasında belirtilmelidir.

## ONAY

“Bu tez .../.../2024 tarihinde yukarıdaki jüri tarafından oy birliği / oy çokluğu ile kabul edilmiştir.”

...../...../2024

Tıp Fakültesi Dekanı

## BEYAN

Bu tezin kendi çalışmam olduğunu, planlanmasından yazımına kadar hiçbir aşamasında etik dışı davranışımın olmadığını, tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları kaynaklar listesine aldığımı, tez çalışması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

Bu çalışma T.C. Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 30.01.2024 tarihinde onay alınarak hazırlanmıştır.

05/08/2024

Dr. Mehmet Yıldız

## TEŞEKKÜR

Aile hekimliği uzmanlık eğitimim süresince destek ve katkılarını esirgemeyen herkese teşekkürü bir borç bilirim.

Aile hekimliği ihtisasına başladığım Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı Başkanı Sayın Prof. Dr. Tuncay Müge Alvur'a, gösterdiği destek ve sağladığı değerli katkılar için teşekkür ederim.

İhtisasımı tamamladığım Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı Başkanı ve tez danışmanım Sayın Dr. Öğr. Üyesi Abdülkadir Aydın'a, rehberliği, bilgi ve tecrübeleriyle bana yol gösterdiği için minnettarım.

Gerek asistanlığında gerekse tez sürecimde tecrübelerini paylaşarak bana yardımcı olan Sayın Dr. Öğr. Üyesi Muhammet Raşit Aydın'a teşekkür ederim.

Uzmanlık eğitimi sürecimde ve hatta öncesinde bana her zaman bir abi, bir dost ve yeri geldiğinde bir hoca olan, bilgi ve tecrübelerini her zaman paylaşıp desteğini hissettiren Sayın Uzm. Dr. Erkut Etçioğlu'na teşekkürlerimi sunarım.

Tez yazım sürecimde çok değerli katkıları olan Uzm. Dr. Önder Aydemir'e teşekkür ederim.

Bugünlere gelmemde en büyük paya sahip olan rahmetli babacığıma ve canım anacığıma; hayatım boyunca iyi ve başarılı bir insan olmam için çabalayan, haklarını asla ödeyemeyeceğim abilerime, canım ablama ve çok kıymetli eşlerine;

Son olarak, koşulsuz sevgi ve fedakârlığı ile her zaman yanımda olan yol arkadaşım ve meslektaşım Dr. Merve Demir'e, sevgisi, anlayışı ve desteği için;

En derin teşekkürlerimi sunarım.

**Dr. Mehmet Yıldız**

# İÇİNDEKİLER

|                                                               |      |
|---------------------------------------------------------------|------|
| BEYAN.....                                                    | i    |
| TEŞEKKÜR.....                                                 | ii   |
| İÇİNDEKİLER.....                                              | iii  |
| KISALTA VE SİMGELER LİSTESİ.....                              | v    |
| ŞEKİL LİSTESİ.....                                            | vi   |
| TABLO LİSTESİ.....                                            | vii  |
| ÖZET.....                                                     | viii |
| ABSTRACT.....                                                 | ix   |
| 1. GİRİŞ VE AMAÇ .....                                        | 1    |
| 2. GENEL BİLGİLER.....                                        | 3    |
| 2.1. Türkiye’de Sağlık Hizmetleri.....                        | 3    |
| 2.1.1. Koruyucu sağlık hizmetleri .....                       | 4    |
| 2.1.2. Tedavi hizmetleri.....                                 | 4    |
| 2.1.2.1. Birinci basamak tedavi edici sağlık hizmetleri ..... | 5    |
| 2.1.2.2. İkinci basamak tedavi edici sağlık hizmetleri .....  | 6    |
| 2.1.2.3. Üçüncü basamak tedavi edici sağlık hizmetleri .....  | 6    |
| 2.1.3. Rehabilitasyon hizmetleri.....                         | 7    |
| 2.1.4. Sağlığın geliştirilmesi.....                           | 7    |
| 2.2. Sağlıkta İnsan Kaynakları .....                          | 7    |
| 2.2.1. Sağlık personeli .....                                 | 7    |
| 2.2.2. Hekimlik, Türkiye’de tıp ve diş hekimliği .....        | 8    |
| 2.2.3. Tıpta ve diş hekimliğinde uzmanlaşma .....             | 13   |
| 2.2.4. Sağlık personeli istatistikleri .....                  | 15   |
| 2.3. Mesleki Tükenmişlik Sendromu .....                       | 21   |
| 2.3.1. Tükenmişliğin tanımı ve tarihçesi .....                | 21   |
| 2.3.2. Maslach tükenmişlik modeli .....                       | 22   |

|                                                          |    |
|----------------------------------------------------------|----|
| 2.3.2.1. Duygusal tükenme.....                           | 22 |
| 2.3.2.2. Duyarsızlaşma .....                             | 23 |
| 2.3.2.3. Kişisel başarı .....                            | 23 |
| 2.3.3. Tükenmişlik sendromuna neden olan faktörler ..... | 23 |
| 2.3.3.1. Bireysel faktörler.....                         | 24 |
| 2.3.3.2. Kurumsal faktörler .....                        | 25 |
| 2.3.4. Tükenmişliğin belirtileri.....                    | 26 |
| 2.3.4.1. Fiziksel belirtiler .....                       | 26 |
| 2.3.4.2. Psikolojik-davranışsal belirtiler .....         | 27 |
| 2.3.5. Tükenmişliğin sonuçları.....                      | 27 |
| 2.3.5.1. Hekim üzerindeki sonuçları .....                | 27 |
| 2.3.5.2. Hasta bakımı üzerindeki sonuçları .....         | 28 |
| 2.3.5.3. Sağlık sistemi üzerindeki sonuçları.....        | 28 |
| 2.3.6. Tükenmişlikle başa çıkma yöntemleri.....          | 28 |
| 2.3.6.1. Çevresel düzeyde başa çıkma yöntemleri .....    | 29 |
| 2.3.6.2. Bireysel düzeyde başa çıkma yöntemleri.....     | 29 |
| 2.3.7. Hekimlerde tükenmişlik .....                      | 30 |
| 3. GEREÇ VE YÖNTEM .....                                 | 31 |
| 3.1. Araştırmanın Tipi .....                             | 31 |
| 3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....                    | 31 |
| 3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi .....              | 31 |
| 3.4. Veri Toplama Aracı ve Yönetimi.....                 | 31 |
| 3.4.1. Maslach tükenmişlik ölçeği.....                   | 31 |
| 3.5. Verilerin Analizi.....                              | 33 |
| 3.6. Araştırmanın Kısıtlılıkları .....                   | 33 |
| 3.7. Araştırmanın Etik Yönü .....                        | 34 |

|                                                                         |    |
|-------------------------------------------------------------------------|----|
| 4. BULGULAR .....                                                       | 35 |
| 5. TARTIŞMA VE SONUÇ.....                                               | 64 |
| 6. KAYNAKLAR.....                                                       | 73 |
| 7. EKLER .....                                                          | 81 |
| 7.1. EK-1: Anket Formu.....                                             | 81 |
| 7.2. EK-2: Etik Kurul Onayı .....                                       | 84 |
| 7.3. EK-3: Maslach Tükenmişlik Ölçeği Kullanımı İçin İzin Belgesi ..... | 85 |
| ÖZGEÇMİŞ.....                                                           | 86 |



## KISALTMA VE SİMGELER LİSTESİ

ASM: Aile Sağlığı Merkezi  
ÇSGB: Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı  
DT: Duygusal tükenme  
DUS: Dış Hekimliğinde Uzmanlık Eğitimi Giriş Sınavı  
DYS: Duyarsızlaşma  
EAH: Eğitim ve araştırma hastaneleri  
ICD: Uluslararası hastalık sınıflandırması  
İBBS-1: İstatistiki Bölge Birimleri Sınıflandırması-1  
KB: Kişisel başarı  
MTÖ: Maslach Tükenmişlik Ölçeği  
OECD: Ekonomik İş Birliği ve Kalkınma Örgütü  
SB: Sağlık Bakanlığı  
SGK: Sosyal Güvenlik Kurumu  
SS: Standart sapma  
TSM: Toplum Sağlığı Merkezleri  
TUS: Tıpta Uzmanlık Eğitimi Giriş Sınavı  
YBU: Yabancı uyruklu

## TABLO LİSTESİ

|                                                                                                                                                                                                         |    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| <b>Tablo 2.1.</b> Hekimlerin ünvanlarına göre taban ek ödeme katsayıları.....                                                                                                                           | 13 |
| <b>Tablo 2.2.</b> Hekimlerin ünvanlarına göre tavan ek ödeme katsayıları.....                                                                                                                           | 14 |
| <b>Tablo 2.3.</b> Tıpta uzmanlık ana dalları ve uzmanlık eğitimi süreleri.....                                                                                                                          | 14 |
| <b>Tablo 2.4.</b> Sağlık personelinin sektörlere ve ünvanlara göre dağılımı .....                                                                                                                       | 15 |
| <b>Tablo 2.5.</b> İBBS-1 kalkınma planlanmasında istatistiki bölge birimleri sınıflandırması.....                                                                                                       | 16 |
| <b>Tablo 2.6.</b> İBBS-1'e ve ünvanlara göre 100 000 kişiye düşen sağlık personeli sayısı .....                                                                                                         | 17 |
| <b>Tablo 2.7.</b> OECD ülkelerinde 1000 kişiye düşen hekim, hemşire ve yatak sayısı, 2019-2022 .....                                                                                                    | 18 |
| <b>Tablo 2.8.</b> 100 000 kişiye düşen sağlık personeli sayılarının uluslararası karşılaştırılması. ....                                                                                                | 19 |
| <b>Tablo 2.9.</b> Sağlık kurumlarının türlerine göre toplam ve kişi başı hekime müracaat sayıları.....                                                                                                  | 20 |
| <b>Tablo 2.10.</b> İBBS-1 bölgelerine göre 2022 yılı kişi başı hekime müracaat sayıları..                                                                                                               | 21 |
| <b>Tablo 3.1.</b> Maslach Tükenmişlik Ölçeği alt boyutlandırma değerleri.....                                                                                                                           | 33 |
| <b>Tablo 4.1.</b> Hekimlerin bazı tanımlayıcı özellikleri.....                                                                                                                                          | 35 |
| <b>Tablo 4.2.</b> İBBS-1 göre hekimlerin çalıştığı bölgeler .....                                                                                                                                       | 36 |
| <b>Tablo 4.3.</b> Hekimlerin mesleki uzmanlıkları ile ilgili bazı özellikleri .....                                                                                                                     | 37 |
| <b>Tablo 4.4.</b> Hekimlerin meslekleri ile ilgili bazı özellikleri .....                                                                                                                               | 38 |
| <b>Tablo 4.5.</b> Hekimlerin mesleklerini icrası sebebiyle herhangi bir davasının olması ile şiddete maruz kalma, maruz kalınan şiddet türü, beyaz kod verme durumu ve mobbinge maruz kalma durumu..... | 39 |
| <b>Tablo 4.6.</b> Tıp hekimlerinin mesleki çalışma şartları ile ilgili bazı özellikleri.....                                                                                                            | 40 |
| <b>Tablo 4.7.</b> Hekimlerin fiziksel çalışma şartları ile ilgili bazı özellikleri.....                                                                                                                 | 41 |
| <b>Tablo 4.8.</b> Hekimlerin yurt dışında çalışmayı isteme durumu ile bunun için çaba gösterme durumu ve işi nedeniyle bir hobisinden vazgeçme durumu .....                                             | 42 |
| <b>Tablo 4.9.</b> Hekimlere uygulanan Maslach Tükenmişlik Ölçeği skorları.....                                                                                                                          | 42 |
| <b>Tablo 4.10.</b> Hekimlerin Maslach Tükenmişlik Ölçeği'ne göre tükenmişlik düzeyleri .....                                                                                                            | 43 |

|                                                                                                                                                                                                                     |    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| <b>Tablo 4.11.</b> Hekimlerin bazı tanımlayıcı özelliklerine göre Maslach Tükenmişlik Ölçeği skorlarının dağılımı .....                                                                                             | 45 |
| <b>Tablo 4.12.</b> Hekimlerin mesleki uzmanlıkları ile ilgili bazı özelliklerine göre Maslach Tükenmişlik Ölçeği skorlarının dağılımı.....                                                                          | 47 |
| <b>Tablo 4.13.</b> Hekimlerin meslekleri ile ilgili bazı özelliklerine göre Maslach Tükenmişlik Ölçeği skorlarının dağılımı .....                                                                                   | 49 |
| <b>Tablo 4.14.</b> Hekimlerin Mesleklerini İcrası Sırasında Davalık Olma Durumu ile Şiddete ve Mobbinge Maruz Kalma Durumuna Göre Maslach Tükenmişlik Ölçeği Skorlarının Dağılımı .....                             | 51 |
| <b>Tablo 4.15.</b> Tıp hekimlerin mesleki çalışma şartları ile ilgili bazı özelliklerine göre Maslach Tükenmişlik Ölçeği skorlarının dağılımı.....                                                                  | 53 |
| <b>Tablo 4.16.</b> Hekimlerin fiziksel çalışma şartları ile ilgili bazı özelliklerine göre Maslach Tükenmişlik Ölçeği skorlarının dağılımı.....                                                                     | 54 |
| <b>Tablo 4.17.</b> Hekimlerin yurt dışında çalışmayı isteme durumu ile bunun için çaba gösterme durumu ve işi nedeniyle bir hobisinden vazgeçme durumuna göre Maslach Tükenmişlik Ölçeği skorlarının dağılımı ..... | 55 |
| <b>Tablo 4.18.</b> Hekimlerin yaş ve hekim olarak çalışma süresi ile Maslach Tükenmişlik Ölçeği skorları arasındaki ilişki .....                                                                                    | 56 |
| <b>Tablo 4.19.</b> Tıp hekimlerinin ünvanına göre Maslach Tükenmişlik Ölçeği skorlarının dağılımı .....                                                                                                             | 57 |
| <b>Tablo 4.20.</b> Tıp hekimlerinin kamu ve özelde çalışma durumlarına göre bazı özelliklerinin dağılımı .....                                                                                                      | 58 |
| <b>Tablo 4.21.</b> Diş hekimlerinin kamu ve özelde çalışma durumlarına göre bazı özelliklerinin dağılımı .....                                                                                                      | 59 |
| <b>Tablo 4.22.</b> Kamuda çalışan hekimlerin mesleki uzmanlıkları ile ilgili bazı özelliklerine göre Maslach Tükenmişlik Ölçeği skorlarının dağılımı.....                                                           | 60 |
| <b>Tablo 4.23.</b> Özel sektörde çalışan hekimlerin mesleki uzmanlıkları ile ilgili bazı özelliklerine göre Maslach Tükenmişlik Ölçeği skorlarının dağılımı.....                                                    | 61 |
| <b>Tablo 4.24.</b> Kamuda çalışan hekimlerin kariyerleri hakkındaki düşünceleri.....                                                                                                                                | 62 |
| <b>Tablo 4.25.</b> Özelde çalışan hekimlerin kariyerleri hakkındaki düşünceleri .....                                                                                                                               | 62 |
| <b>Tablo 4.26.</b> İBBS-1'e göre hekimlerin çalıştığı bölgeler arasında Maslach Tükenmişlik Ölçeği skorlarının dağılımı .....                                                                                       | 63 |

## ŞEKİL LİSTESİ

|                                                                          |   |
|--------------------------------------------------------------------------|---|
| Şekil 2.1. Sağlık hizmetleri sınıflandırılması ve sağlık kurumları ..... | 3 |
| Şekil 2.2. Sağlık ekibi içinde hekimin yeri .....                        | 9 |



## ÖZET

**GİRİŞ VE AMAÇ:** Hekimler, yoğun çalışma temposu, stresli iş ortamı ve yüksek sorumluluk nedeniyle mesleki tükenmişlik riski altındadır. Bu çalışmanın amacı, Türkiye’de çalışan hekimlerin tükenmişlik düzeylerini ve bu tükenmişlik ile ilişkili olabilecek faktörleri belirlemektir.

**YÖNTEM:** Araştırma, Türkiye genelinde çalışan hekimler üzerinde yapılan kesitsel bir çalışma olarak tasarlanmıştır. Çalışmanın evrenini Türkiye genelinde çalışan hekimler oluşturmuştur ve örneklem randomize yöntemle seçilmiştir. Veri toplama aracı olarak, katılımcılara demografik bilgiler ve Maslach Tükenmişlik Ölçeği içeren bir anket uygulanmıştır. Anket sonuçları istatistiksel olarak analiz edilmiş ve tükenmişlik düzeyleri ile ilişkili olabilecek faktörler incelenmiştir. Çalışmada tükenmişlik düzeylerini etkileyen demografik, kurumsal ve iş yükü ile ilgili değişkenler değerlendirilmiştir.

**BULGULAR:** Araştırmanın bulguları, Türkiye’de çalışan hekimlerin büyük bir kısmının orta ve yüksek düzeyde tükenmişlik yaşadığını göstermektedir. Hekimlerin yaş, medeni hal, çocuk sahibi olma, hekimlik süresi, çalıştıkları sektör, görevi nedeniyle davalı/davacı olma, idari görev varlığı, görevi başında şiddete maruz kalma durumu, hasta yükü durumlarının duygusal tükenme ve duyarsızlaşma düzeyleri ile ilişkili olduğu, bunun yanında mesleği bırakma düşüncesi, nöbet tutarak çalışma, çalışılan ortamın fiziki özellikleri, hekim dışı sağlık personelinin desteği ve gelir algısı gibi değişkenlerin ise duygusal tükenme ve duyarsızlaşma düzeylerinin yanında kişisel başarı hissi ile de ilişkili olduğu görüldü.

**SONUÇ:** Bu araştırmanın sonuçları, Türkiye’de çalışan hekimlerin mesleki tükenmişlik riski altında olduğunu ve bu durumun hekimlerin mesleki performanslarını olumsuz yönde etkilediğini ortaya koymaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** Hekimler, mesleki tükenmişlik, tükenmişlik

## ABSTRACT

### **Determination of burnout levels and related factors among physicians working in Türkiye**

**INTRODUCTION AND AIM:** Physicians are at risk of professional burnout due to intense work schedules, stressful work environments, and high levels of responsibility. The aim of this study is to determine the burnout levels of physicians working in Türkiye and the factors that may be associated with this burnout.

**MATERIALS AND METHODS:** The research was designed as a cross-sectional study conducted among physicians working across Türkiye. The population of the study consists of physicians working in Türkiye, and the sample was selected using a randomized method. A survey, including demographic information and the Maslach Burnout Inventory, was administered to participants as a data collection tool. The survey results were statistically analyzed, and factors that could be related to burnout levels were examined. The study evaluated demographic, institutional, and workload-related variables that may influence burnout levels.

**RESULTS:** The findings of the research indicate that a significant portion of physicians working in Türkiye experience moderate to high levels of burnout. Factors such as physicians' age, marital status, having children, years of practice, the sector in which they work, involvement in legal cases related to their job, administrative duties, exposure to violence at work, and patient load were found to be related to emotional exhaustion and depersonalization levels. Additionally, variables such as contemplating leaving the profession, working shifts, physical conditions of the working environment, support from auxiliary healthcare staff, and perceived income were found to be associated not only with emotional exhaustion and depersonalization levels but also with a sense of personal accomplishment.

**CONCLUSION:** The results of this research reveal that physicians working in Türkiye are at risk of professional burnout, which negatively affects their professional performance.

**Keywords:** Burnout, burnout professional, physicians

## 1. GİRİŞ VE AMAÇ

Tükenmişlik, günümüzde sağlık sektöründe çalışanlar arasında artan bir endişe kaynağı haline gelmiştir ve özellikle hekimler üzerinde derin etkiler bırakmaktadır. Hekimler, yoğun iş yükü, uzun çalışma saatleri, nöbetler ve duygusal olarak zorlayıcı durumlarla sıkça karşılaşmakta olup, bu faktörler onları tükenmişlik riskiyle karşı karşıya bırakmaktadır. Tükenmişlik, genel olarak üç ana bileşenden oluşan bir stres yanıtı olarak tanımlanır: Duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarıda azalma (Maslach ve Jackson, 1981). Hekimlerin tükenmişlik düzeylerinin yüksek olması hem bireysel sağlıklarını hem de hasta bakım kalitesini olumsuz yönde etkileyebilir (Shanafelt ve ark., 2002).

Türkiye'de sağlık sektörü, hekimler için zorlu bir çalışma ortamı sunmaktadır. Yoğun iş yükü, yetersiz kaynaklar ve artan hasta beklentileri gibi faktörler, hekimlerin tükenmişlik yaşama riskini artırmaktadır (Günay ve ark., 2013). Türkiye'deki sağlık sistemi içindeki yapısal sorunlar, hekimlerin mesleki tatminini olumsuz etkileyen diğer önemli unsurlar arasında yer alır. Sağlık hizmetlerine erişim taleplerinin artması, hekimlerin üzerindeki baskıyı daha da artırmakta ve iş-yaşam dengelerini olumsuz yönde etkilemektedir (TÜİK, 2020). Bu bağlamda, hekimlerin tükenmişlik düzeylerini etkileyen çeşitli faktörler arasında, mesleki ortamın zorlukları, bireysel stres faktörleri ve sağlık sistemi içindeki yapısal sorunlar bulunmaktadır (Günay ve ark., 2013).

Bireysel düzeyde ele alındığında, hekimlerin tükenmişlik yaşama nedenleri arasında iş yüküyle başa çıkma kapasiteleri, duygusal dayanıklılıkları ve sosyal destek sistemlerinin varlığı önemli rol oynamaktadır (Maslach ve Leiter, 2016). Uzun çalışma saatleri ve nöbetler, hekimlerin fiziksel ve duygusal olarak tükenmesine yol açabilir. Ayrıca, çalışma ortamındaki desteğin yetersizliği tükenmişlik belirtilerinin daha da şiddetlenmesine sebep olabilir (Dyrbye ve Shanafelt, 2011). Özellikle, hekimlerin meslektaşlarıyla olan ilişkilerinde yaşadıkları sorunlar, iş yerinde hissedilen destek eksikliği ve mesleki yalnızlık hissi, tükenmişlik durumunu tetikleyebilecek önemli faktörler arasında yer alır (Köse ve Küçükkendirci, 2019).

Bu çalışmanın temel amacı, Türkiye'de çalışan hekimlerin tükenmişlik düzeylerini ve bu duruma yol açabilecek faktörleri detaylı bir şekilde incelemektir. Bu amaç doğrultusunda, araştırmada hekimlerin demografik özellikleri, mesleki deneyimleri, çalışma koşulları ve kişisel yaşamları arasındaki ilişkiler değerlendirilecektir. Hekimlerin tükenmişlik düzeylerinin yaygınlığı ve bu duruma neden olan faktörlerin anlaşılması, sağlık sektöründe çalışanların yaşam kalitesini artırmaya yönelik stratejilerin geliştirilmesi açısından büyük önem taşımaktadır. Özellikle, hekimlerin mesleki ve kişisel yaşam kalitelerinin iyileştirilmesi, sağlık politikalarının daha etkili bir şekilde oluşturulmasına katkıda bulunabilir.

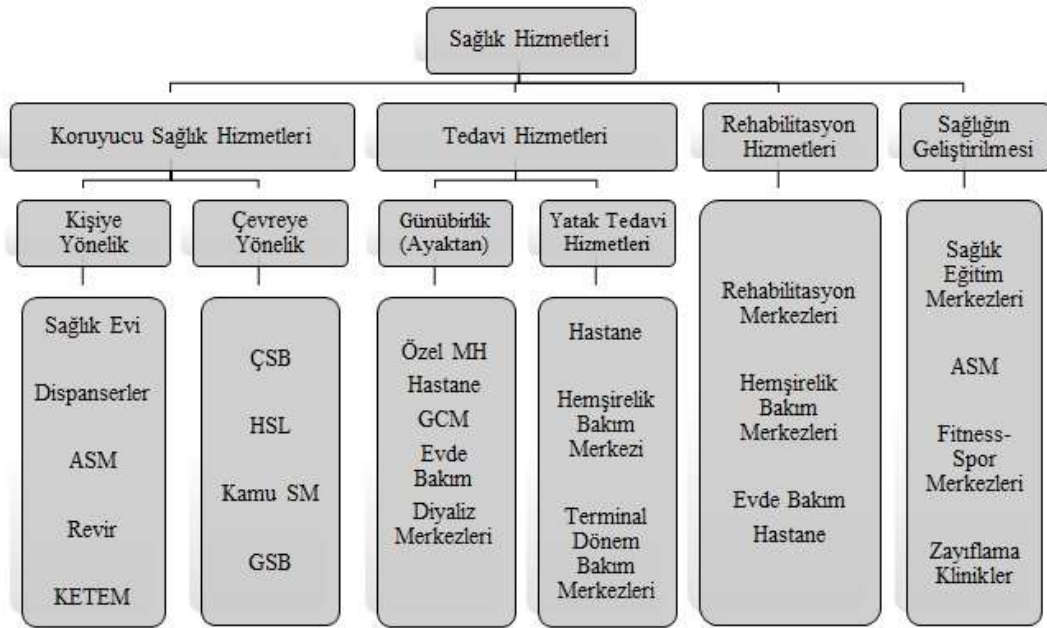


## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Türkiye’de Sağlık Hizmetleri

Sağlık hizmetleri, insan sağlığına zarar veren çeşitli faktörlerin ortadan kaldırılması, toplumun bu faktörlerin etkilerinden korunması, hastaların tedavi edilmesi ve bedensel ve ruhsal yetenekleri azalmış olanların rehabilitasyonu amacıyla yapılan tıbbi faaliyetleri içerir (T.C. Resmi Gazete 05 Ocak 1961, sayı: 10705).

Şekil 2.1.’de belirtildiği gibi sağlık hizmetleri dört ana kategoriye ayrılır; koruyucu sağlık hizmetleri, tedavi hizmetleri, rehabilitasyon hizmetleri ve sağlığın geliştirilmesi. Sağlık kurumları, sundukları sağlık hizmetinin türüne göre farklılık gösterirler ancak büyük çoğunluğu dört grupta toplanan sağlık hizmetlerini çeşitli düzeylerde sağlarlar. Örneğin, bir Aile Sağlığı Merkezi (ASM) temel olarak koruyucu sağlık hizmetleri sağlar ancak aynı zamanda teşhis, tedavi ve sağlık eğitimi gibi hizmetler de sunar (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2022).



ASM: Aile Sağlığı Merkezi; KETEM: Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi; ÇSB: Çevre Sağlığı Birimleri; HSL: Halk Sağlığı Laboratuvarları; SM: Sağlık Merkezi; GSB: Gezici Sağlık Birimleri; MH: Muayenahaneler; GCM: Günübirlik Cerrahi Merkezleri

**Şekil 2.1.** Sağlık hizmetleri sınıflandırılması ve sağlık kurumları (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2022’den kullanılmıştır).

### **2.1.1. Koruyucu sağlık hizmetleri**

Sağlığı ve refahı korumak, geliştirmek ve sürdürmek amacıyla; hastalıkları, engelliliği ve erken ölümü önlemek esastır (Viera ve Power, 2008). Hastalıkların tedavi edildiği durumlarda erken teşhis, en etkili koruyucu yöntemdir. Obezite ve sigara gibi basit ancak etkili uygulamalarla hastalıkların ve ölümlerin önlenebileceği düşünöldüğünde, koruyucu anlamda birincil önlemin önemi daha iyi anlaşılmaktadır (Merchant, 2020).

Birinci basamak sağlık hizmetleri çoğunlukla koruyucu sağlık hizmetlerini içermektedir. Birinci basamak sağlık hizmetleri, toplumun sağlık sistemiyle ilk temas ettiği birimlerdir, genellikle uzmanlaşmamış pratisyen hekimler ve sağlık personelleri tarafından sunulur (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2022).

Aile hekimliği uygulaması, 13.11.2010 tarihinde Türkiye'nin 81 ilinde başlatılmıştır. Bu merkezler, sağlık ocaklarının yeniden yapılandırılmış halidir. ASM'lerde aile hekimleri, kendilerine kayıtlı bireyleri bütöncöl bir şekilde ele alarak, gebelik, lohusalık, bebeklik, çocukluk dönemi izlemleri ve aşılama gibi kişiye özel koruyucu sağlık hizmetlerinin yanı sıra, birinci basamak tanı, tedavi, rehabilitasyon ve danışma hizmetleri de sunmaktadırlar. Bu merkezlerde ayrıca, sağlığı geliştiren ve koruyucu hizmetler ile anne çocuk sağlığı ve aile planlaması hizmetleri de verilmektedir. Engelli, yaşı, yatağa bağımlı ve benzeri durumdaki bireylerin evde takibi zorunludur; bu kişilere yönelik evde veya gezici/yerinde sağlık hizmetleri kapsamında; koruyucu sağlık hizmetleri, birinci basamak tanı, tedavi, rehabilitasyon ve danışmanlık hizmetleri sunulmaktadır (Sarp, 2018).

ASM'ler ve Toplum Sağlığı Merkezleri (TSM) sahada uygulayıcı bir rol oynamaktadır. Bu sağlık birimleri, 1960'lardan beri yaygınlaştırılan Sağlık ocağı modelinin yerini almıştır (Aydın, 2018).

### **2.1.2. Tedavi hizmetleri**

Koruyucu sağlık hizmetleriyle tedavi edici sağlık hizmetleri arasındaki en büyük fark, tedavi edici sağlık hizmetlerinin bütönlüyle bireye özgü olmasıdır (Tengilimoğlu ve ark., 2018).

Bireylerin hastalanması veya yaralanması durumunda, eski sağlıklarına kavuşmaları için sunulan hizmetlere tedavi edici sağlık hizmetleri denir. Bu hizmetler, birinci basamak, ikinci basamak ve unc basamak olmak üzere üç basamakta sunulmaktadır (Sarp, 2018).

Sağlık hizmetlerini basamaklandırmadaki amaç, hem sağlığa ayrılan sınırlı kaynaklardan en iyi şekilde yararlanmak hem de sağlık hizmetine ihtiyaç duyulduğunda bireylerin hangi sağlık kuruluşuna başvuracaklarını belirlemeyi kolaylaştırmaktır çünkü sağlık hizmeti sunucuları arasında tercih yapmak genellikle zor olabilir (Chernew ve ark., 1998).

Sağlık sisteminde, basamaklar arasında iyi bir koordinasyon sağlanamamıştır. Bu durum, hastalığın başlangıcından sonuna kadar olan süreçte ve kronik hastaların dikkatli takibinde zorluklara neden olmaktadır. Aile hekimleri aracılığıyla bu sorun bir ölçüde aşılmaya çalışılsa da aile hekimliği hizmetlerinden düzenli olarak yararlananların sayısı sınırlı olduğundan istenen düzeyde başarılı olduğu söylenemez. Hala doktora başvuruların %64-68'i ikinci ve üçüncü basamak hastanelerine yapılmaktadır (Aydın, 2018).

#### **2.1.2.1. Birinci basamak tedavi edici sağlık hizmetleri**

Birinci basamak ayaktan teşhis ve tedavi hizmeti sunan sağlık hizmet sunucuları şunlardır: Bünyesinde birinci basamak sağlık kuruluşu bulunan ile sağlık müdürlüğü; TSM; aile sağlığı merkezi (ASM); halk sağlığı laboratuvarı; kurum tabipliği; 112 acil sağlık hizmeti birimleri; evde bakım merkezleri veya birimler; işyeri sağlık ve güvenlik hizmeti sunulan birimler; belediyelere ait poliklinikler; özel poliklinikler; ağız ve diş sağlığı hizmeti veren özel sağlık kuruluşları; niversiteler bünyesindeki mediko-sosyal birimler; Türk Silahlı Kuvvetlerinin birinci basamak sağlık üniteleri; 18/12/1953 tarihli ve 6197 sayılı Eczacılar ve Eczaneler Hakkında Kanun kapsamında serbest faaliyet gösteren eczaneler; muayenehaneler; ayrıca birinci basamak ayaktan ve yataklı teşhis, tedavi ve rehabilitasyon hizmeti sunan sağlık hizmet sunucuları entegre ile devlet hastaneleridir (T.C. Resmi Gazete, 10 şubat 2022, sayı: 31746).

ASM’lerde, aile hekimi kendi birimine kayıtlı bireyleri bütüncül bir yaklaşımla ele alarak kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak tanı, tedavi, rehabilitasyon ve danışmanlık hizmetlerini sunar. Gebe, lohusa, bebek ve çocuk izlemleri ile aşılama hizmetleri de bu kapsamdadır. Bu merkezlerde ayrıca, sağlığı geliştirici ve koruyucu hizmetler ile anne çocuk sağlığı ve aile planlaması hizmetleri sunulur. Tanısı konulamayan ve tedavisi düzenlenemeyen hastaların sevkini sağlar; bu hastalar hakkında kendisine geri bildirilen muayene bulgularını, tetkikleri, tanıyı, düzenlenen tedaviyi ve yatış bilgilerini değerlendirir. Gerekğinde hastayı gözlem altına alır, tetkiklerini ister ve tedavisini düzenler; ayrıca aile hekimleri reçete, sevk evrakı, sağlık raporu gibi belgeleri düzenler (Sarp, 2018).

#### **2.1.2.2. İkinci basamak tedavi edici sağlık hizmetleri**

İkinci basamak sağlık hizmetleri, uzman hekimler tarafından hastanelerde sunulan tedavi hizmetlerini içerir ve birinci basamakta tedavi edilemeyen hastalıkların teşhis ve tedavisi için kullanılır (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2022; Sarp, 2018).

İkinci basamak sağlık hizmet sunucuları şunlardır: Eğitim ve araştırma hastanesi (EAH) olmayan devlet hastaneleri ve dal hastaneleri ile bu hastanelere bağlı semt poliklinikleri; entegre ilçe hastanesi; SB’ye bağlı ağız ve diş sağlığı merkezleri; kamu kurumlarına ait olup SB tarafından ruhsatlandırılmış olan hastaneler, tıp merkezleri ve dal merkezleri; özel hastaneler; özel tıp merkezleri ve dal merkezleri; ağız ve diş sağlığı hastaneleri; diyaliz merkezleri, üremeye yardımcı tedavi merkezleri, hiperbarik oksijen tedavi merkezleri, tıbbi laboratuvarlar gibi müstakil olarak ruhsatlandırılan tanı ve tedavi merkezleri (T.C. Resmi Gazete, 10 Şubat 2022, sayı: 31746).

#### **2.1.2.3. Üçüncü basamak tedavi edici sağlık hizmetleri**

Üçüncü basamak sağlık hizmeti sunan kurumlarda, birinci ve ikinci basamak sağlık kurumlarında sağlanması mümkün olmayan, yoğun bilgi ve teknolojiye dayalı imkanlar gerektiren kompleks, ağır vakalara yönelik hizmetler sunulmaktadır (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2022).

Sağlık Bakanlığı'na bağlı EAH'lar, Türkiye Kök Hücre Koordinasyon Merkezi ile devlet ve vakıf üniversitelerine ait hastaneler doğrudan üçüncü basamak sağlık kurumları olarak basamaklandırılır (T.C. Resmi Gazete, 10 Şubat 2022, sayı: 31746).

Üniversite hastaneleri genellikle üçüncü basamak sağlık hizmetleri sunmak ve eğitim alanı oluşturmak amacıyla üniversiteler tarafından kurulup işletilen hastanelerdir (Aydın, 2018).

### **2.1.3. Rehabilitasyon hizmetleri**

Rehabilitasyon süreci, hastanın mevcut sağlık durumunu iyileştirmek amacıyla özel olarak planlanan eğitim, terapi, egzersizler, psikolojik ve sosyal destekler ile günlük ihtiyaçlarını karşılamayı hedefleyen uygulamaları içerir (Aytür ve ark., 2020).

### **2.1.4. Sağlığın geliştirilmesi**

Kişilerin mevcut sağlık durumlarını iyileştirmeye yönelik sunulan hizmetlerdir. Bu hizmetlerde bireyin kendisi ana sorumluluğu taşır. Örneğin, sağlık eğitim merkezleri, ASM'ler ve spor tesislerinde sunulan hizmetler bu kapsamda değerlendirilebilir (Sarp, 2018).

## **2.2. Sağlıkta İnsan Kaynakları**

### **2.2.1. Sağlık personeli**

Sağlık personeli, sağlık hizmetlerinde çalışmak üzere maaş, ücret, yevmiye veya sözleşme ile istihdam edilen ve bu alanda mesleki eğitim almış bireylerdir (T.C. Resmi Gazete, 12 Ocak 1961, sayı: 10705).

Sağlık insan kaynağı veya sağlık iş gücü, sağlığın iyileştirilmesi için görevleri olan meslek sahiplerini ifade etmektedir. Sağlık iş gücünün sistemin performansına etkili bir katkı sağlayabilmesi, eğitilmiş, hizmet standartlarını uygulama yetkinliğine sahip ve ihtiyaca uygun sayıda meslek mensubunun dengeli bir şekilde dağıtılmasıyla mümkündür. Sağlık personelinin yeterli ve dengeli dağıtılması, her zaman istenilen sonuçları vermez. Performansı artırmak için sadece hasta sayısı değil, hizmet kalitesi ve geri bildirimler de dikkate alınır. Mesleki bağlılık ve motivasyon, sistem başarısında kritik rol oynar. Personelin davranışlarını iyileştirmek için teşvik modelleri, çalışma ortamı düzenlemeleri ve mesleki itibar artırıcı uygulamalar

gereklidir. Finansal teşvikler hızlı sonuç verse de kalıcı etki için diğer tedbirler önemlidir (Aydın, 2018).

İnsan kaynakları ve özellikle sağlık personeli, sağlık sektörü gibi emek yoğun sektörler için önemli bir güçtür. Uzun bir eğitim ve öğrenim sürecinden geçen sağlık personeli, kaliteli sağlık hizmet sunumunda kritik görevler üstlenmekte; toplumun sağlık gereksinimleri ve taleplerinin optimum biçimde karşılanmasında kilit rol oynamaktadırlar (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2022).

Sağlık hizmetlerinin sunumunda, geniş bir yelpazedeki insan gücünden yararlanılır. Bu durum, sağlık hizmetlerinin bir ekip çalışması gerektirdiğini ve ekibin tüm üyelerinin işlevsel olarak birbirine bağlı olduğunu gösterir (Yıldırım ve Işıksan, 2014).

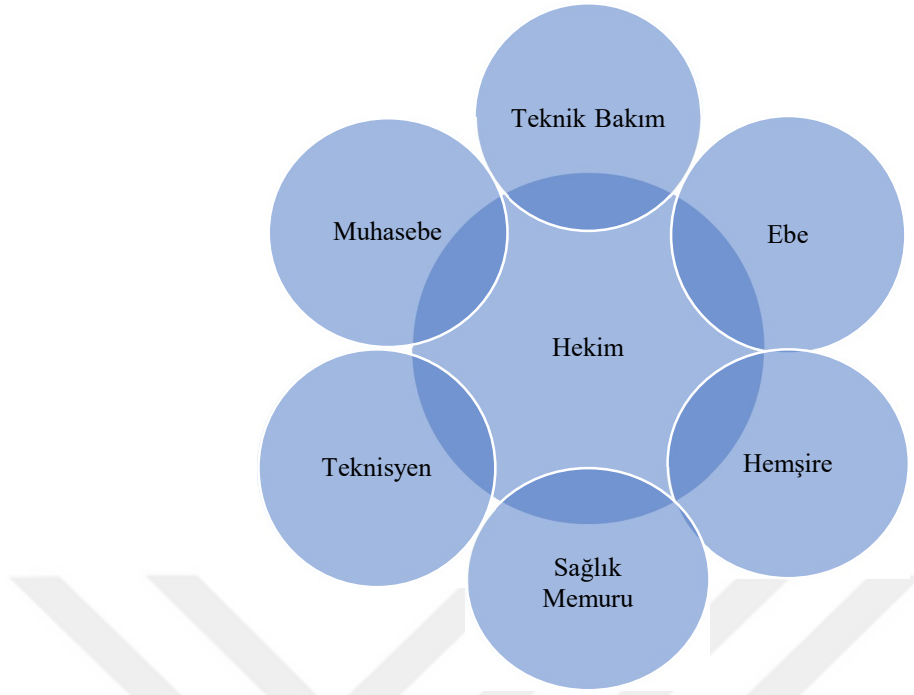
Sağlık hizmetlerinde insangücü, sağlık profesyonelleri tarafından ihtiyaç sahibi kişilere aracısız bir şekilde sunulmasından ve birçok sağlık müdahalesinin geri dönüşsüz sonuçları olmasından dolayı oldukça kritiktir. Bu hayati rolüne rağmen, yetersiz planlama ve kurumsal engeller, sağlık insan gücü eksikliğini birçok gelişmiş ülkede dahi problem haline getirmiştir (Barber ve López-Valcárcel, 2010).

İnsan kaynaklarının sağlık hizmetlerinde etkin ve verimli olarak planlanması, toplumun sağlık hizmetlerine ulaşımını ve kaliteli sağlık hizmet sunumunu sağlayabilir (Çınaroğlu, 2021).

### **2.2.2. Hekimlik, Türkiye’de tıp ve diş hekimliği**

Hekim; insanlardaki hastalıkları teşhis ve onları ilaçlarla veya bazı araçlarla tedavi eden kimse; doktor, tabip anlamına gelmektedir (<https://sozluk.gov.tr>, Erişim tarihi: 21 Mart 2024).

Hekimler sağlık hizmeti üretim ve sunum sürecini başlatan, bu süreçte, insan gücü dahil kullanılacak kaynakları (ilaç, tıbbi malzeme) planlayan ve tedavi sürecinin sonuçlarını değerlendiren profesyonellerdir. Şekil 2.2.’de de belirtildiği üzere hekim, sağlık hizmet sunumunun merkezinde yer alır ve diğer personel gruplarının çalışmalarını biçimlendirir (Jain ve ark., 2008).



**Şekil 2.2.** Sağlık ekibi içinde hekimin yeri (Farmer ve ark., 2002’den kullanılmıştır)

Türkiye Cumhuriyeti sınırları içinde tıp mesleğini icra etmek ve herhangi bir şekilde hasta tedavi edebilmek için tıp fakültesinden diploma sahibi olmak gerekmektedir (T.C. Resmi Gazete, 11 Nisan 1928, sayı: 863).

Tabipler, diş tabipleri ve tıpta uzmanlık mevzuatına göre uzman olanlar; aşağıdaki sağlık kurum ve kuruluşlarında mesleklerini icra edebilir: a) Kamu kurum ve kuruluşları. b) Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) ve kamu kurumları ile sözleşmeli çalışan özel sağlık kurum ve kuruluşları, SGK ve kamu kurumları ile sözleşmeli çalışan vakıf üniversiteleri. c) SGK ve kamu kurumları ile sözleşmesi bulunmayan özel sağlık kurum ve kuruluşları, SGK ve kamu kurumları ile sözleşmesi bulunmayan vakıf üniversiteleri, serbest meslek icrası (T.C. Resmi Gazete, 11 Nisan 1928, sayı: 863).

İş yeri hekimi, iş sağlığı ve güvenliği alanında görev yapmak üzere Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı (ÇSGB) tarafından yetkilendirilmiş iş yeri hekimliği belgesine sahip hekimi ifade eder. Bu belge, işyeri hekimliği eğitim programını tamamlayan ve eğitim sonunda ÇSGB tarafından yapılacak veya yaptırılacak işyeri hekimliği sınavında başarılı olan hekimlere verilir (T.C. Resmi Gazete, 20 Temmuz 2013, sayı: 28713).

Kamu kurum ve kuruluşlarında görev yapan, yöneticilik pozisyonu olmayan hekimler ve aile hekimleri, kendi kurumlarının izniyle ve çalışma saatleri dışında kalmak kaydıyla, aylık otuz saati aşmamak üzere iş yeri hekimliği yapabilirler (T.C. Resmi Gazete, 11 Nisan 1928, sayı: 863).

Diş hekimi, insan sağlığına yönelik olarak dişlerin, diş etlerinin ve doğrudan bunlarla bağlantılı ağız ve çene dokularının sağlığını koruma, hastalık ve düzensizliklerini teşhis etme, tedavi etme ve rehabilite etme konusunda her türlü mesleki faaliyeti yürütme yetkisine sahiptir. Bir diş hekimi, belirli bir alanda uzmanlaşmak ve bu ünvanı kullanabilmek için diş hekimliği fakültelerinden veya SB'ye bağlı eğitim kurumlarından alınmış bir uzmanlık belgesine sahip olmalıdır. Türkiye Cumhuriyeti sınırları içinde diş hekimi olarak çalışabilmek ve bu ünvanı kullanabilmek için Türk vatandaşı olmak ve Türkiye'de bir diş hekimliği fakültesinden diploma almak zorunludur (T.C. Resmi Gazete, 11 Nisan 1928, sayı: 863).

Tıp hekimleri ve diş hekimleri dışında kalan sağlık meslek mensupları, hastalıklarla ilgili doğrudan teşhis koyamaz, tedavi planlayamaz ve reçete yazamazlar (T.C. Resmi Gazete, 11 Nisan 1928, sayı: 863).

Pratisyen hekim; mesleğinde uzmanlık belgesi almamış olan kimse, düz hekim anlamına gelmektedir (<http://sozluk.gov.tr>, Erişim tarihi: 24 Haziran 2024).

Asistan hekim, tıpta uzmanlık eğitimi gören, uzmanlık öğrencisi olan hekimdir (<https://www.ttb.org.tr/userfiles/files/asistan-hekimin-haklari-var-2024.pdf>, Erişim tarihi: 24 Haziran 2024).

Uzman hekim ise; bir tıp dalında gerekli ihtisası görüp uzmanlık belgesini alan doktor, uzman hekim anlamına gelir (<http://sozluk.gov.tr>, Erişim tarihi: 24 Haziran 2024).

Tıp ve diş hekimliğinde ana uzmanlık dalı eğitimlerine merkezi olarak yapılan Tıpta Uzmanlık Eğitimi Giriş Sınavı (TUS) ve Diş Hekimliğinde Uzmanlık Eğitimi Giriş Sınavı (DUS) ile girilir. Yan dal uzmanlık eğitimlerine giriş ise yan dal uzmanlık sınavı ile sağlanır (T.C. Resmi Gazete, 11 Nisan 1928, sayı: 863).

Uzmanlık eğitiminin tamamlanabilmesi için, ana dal öğrencilerinin tezlerinin kabul edilmesi, eğitim süresi ve rotasyonların bitirilmesi, eğitim karnesinin ilgili birim eğitim sorumlusu tarafından onaylanması ve bitirme sınavında başarılı olunması gereklidir. Uzmanlık eğitimi başarıyla tamamlayanlara uzmanlık belgeleri SB tarafından düzenlenir ve tescil edilir (T.C. Resmi Gazete, 09 Eylül 2022, sayı: 31942).

Yabancı uyruklu (YBU) tıp hekimleri ve dış hekimleri kontenjan açılması ve TUS veya DUS sonucunda ilgili programa yerleşmeleri halinde Türkiye’de tıpta veya dişte uzmanlık eğitime başlayabilir ve asistan hekim olabilirler. Ana dalda uzmanlık eğitime girebilmek için TUS veya DUS tarihi itibarıyla Türkiye’deki tıp veya dış hekimliği fakültelerinin birinden mezun olunması veya yabancı ülkelerdeki bu fakültelerin birinden mezun olup denklik ve tescil işlemlerinin tamamlanmış olması; yan dalda uzmanlık eğitime girebilmek için sınav tarihi itibarıyla Türkiye’deki uzmanlık eğitimi veren kurumlardan uzmanlık belgesi alınmış SB’ce verilmiş bir denklik belgesine sahip olunması gerekir (T.C. Resmi Gazete, 09 Eylül 2022, sayı: 31942).

Yataklı tedavi kurumlarında hizmetler, 24 saat kesintisiz olarak devam eder. Normal mesai saatleri dışındaki çalışmalar, acil durumların muayene ve tedavisini, acil ameliyat ve müdahalelerin gerçekleştirilmesini ve hastanede yatan hastaların bakımının sürdürülmesini içerir (T.C. Resmi Gazete, 13 Ocak 1983, sayı: 17927).

Nöbet, yataklı tedavi kurumlarında normal çalışma saatleri dışında ve resmi tatil günlerinde, acil durumlarda hem dışarıdan gelen hastalara hem de kurum içindeki hastalara tıbbi, idari ve teknik destek sağlamak ve olası idari veya teknik olaylara zamanında müdahale edebilmek amacıyla tutulur. Nöbet, sabah 08.00’de başlayıp ertesi gün sabah 08.00’e kadar sürer ve nöbetçi personel bu süre boyunca kurumdan ayrılamaz (T.C. Resmi Gazete, 13 Ocak 1983, sayı: 17927).

Nöbet hizmetleri evde nöbet (icap nöbeti), normal nöbet, acil nöbeti ve branş nöbeti olmak üzere dört farklı şekilde yürütülür. (T.C. Resmi Gazete, 13 Ocak 1983, sayı: 17927).

İcap nöbeti (ev nöbeti); mesai saatleri dışında evde görev yapan personelin, kurumun idari ve tıbbi tüm ihtiyaçlarından sorumlu olduğu bir nöbet türüdür. İcap nöbetçisi, akşam vizitlerini gerçekleştirmek, mesai dışında bulunduğu yeri bildirmek ve kuruma her çağrıldığında derhal gelmekle yükümlüdür (T.C. Resmi Gazete, 13 Ocak 1983, sayı: 17927).

Normal nöbetler; ilgili hizmetlerin mesai saatleri dışında da devamını sağlamak ve idari ile tıbbi hizmetlerde sürekliliği temin etmek amacıyla tutulur. Bu nöbeti tutan personel, hizmet birimi amirinin yetki ve sorumluluklarına sahiptir. Normal nöbeti tutan hekim, başhekimin yetkilerine sahip olarak yalnızca idari amir sorumluluğunu üstlenir (T.C. Resmi Gazete, 13 Ocak 1983, sayı: 17927).

Acil nöbetleri; uzman durumu uygun olan kurumlarda, gerekli görülen branşlar için normal nöbete ek olarak acil nöbeti de konulabilir (T.C. Resmi Gazete, 13 Ocak 1983, sayı: 17927).

Branş nöbeti; birden fazla genel cerrahi, iç hastalıkları klinikleri ile kadın hastalıkları ve doğum kliniği bulunan yataklı tedavi kurumlarında, uzman ve klinik sayısı göz önünde bulundurularak acil hizmetler için tüm personeli kapsayacak şekilde düzenlenebilir. Gerekli görüldüğünde ve uzman sayısı yeterli olduğunda, acil durumlarla ilgili dallardan bir uzman veya kıdemli uzmanlık eğitimi görenler bu ekibe dahil edilebilir veya davet edilebilir (T.C. Resmi Gazete, 13 Ocak 1983, sayı: 17927).

Uzmanlık eğitimi alan asistan hekimlerin nöbetleri, kurumda üçten fazla uzmanlık öğrencisi bulunduğunda genel nöbet kapsamında tutulur. Bu kişiler, genel hastane nöbeti tutan bir uzmanın gözetiminde çalışır. Bir serviste ikiden fazla uzmanlık öğrencisi olduğunda ise, bu kişiler sırayla servis nöbeti tutarlar (T.C. Resmi Gazete, 13 Ocak 1983, sayı: 17927).

Uzmanlık öğrencisi olan asistan hekimlerin nöbetleri, üç günde birden daha sık olmayacak şekilde ve ayda en fazla sekiz nöbet olacak şekilde planlanır. Gece nöbeti tutan uzmanlık öğrencileri, nöbetin ertesi günü sağlık hizmeti sunumunda görev almazlar (T.C. Resmi Gazete, 09 Eylül 2022, sayı: 31942).

### 2.2.3. Tıpta ve diş hekimliğinde uzmanlaşma

Günümüzde tıpta uzmanlaşma önemli ölçüde artmıştır. Tıp bilimindeki ve teknolojisindeki değişimler ve gelişmeler, tıpta uzmanlaşma düzeyini giderek artırmaktadır. Uzmanlaşma, hekimlerin hastalara hizmet sunarken karşılaştıkları belirsizlikleri azaltmış ve tıbbi bilgi ile becerileri daha etkili bir şekilde kullanma imkanı sağlamıştır (Mecharic, 1991).

Uzman hekimlerin temel maaşları pratisyen hekimlere göre daha fazladır (T.C. Resmi Gazete, 23 Temmuz 1965, sayı: 12056).

Ayrıca uzman hekimlerin pratisyen hekimlere göre taban ek ödemeleri ile teşvik ek ödemeleri de daha fazladır. Asistan hekimlerinse taban ek ödemeleri pratisyen hekimlere göre daha fazla olup uzman hekimlere göre daha düşüktür (Tablo 2.1.; Tablo 2.2.; T.C. Resmi Gazete, 12 Ağustos 2022, sayı: 31921). En yüksek taban ek ödeme ve teşvik ek ödemeyi ise öğretim görevlisi olan hekimler (profesör, doçent, doktor öğretim üyesi) alırlar (Tablo 2.1.; Tablo 2.2.; T.C. Resmi Gazete, 12 Ağustos 2022, sayı: 31921).

**Tablo 2.1.** Hekimlerin ünvanlarına göre taban ek ödeme katsayıları (T.C. Resmi Gazete, 12 Ağustos 2022, sayı: 31921'den kullanılmıştır)

| Ünvan                                                                                         | Taban Ek Ödeme Katsayısı |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| Eğitim Görevlisi, Profesör, Doçent, Doktor Öğretim Üyesi, Başasistan (Ana dal-Yan dal)        | 4,50                     |
| Asistan, Araştırma Görevlisi (Yan dal)                                                        | 4,50                     |
| Uzman Tabip (Ana dal-Yan dal), Tıpta Uzmanlık Mevzuatına Göre Uzman olanlar, Uzman Diş Tabibi | 4,50                     |
| Asistan, Araştırma Görevlisi                                                                  | 3,40                     |
| Tabip, Diş Tabibi                                                                             | 2,26                     |

Resmi Gazete'de yayımlanan yönetmelik değişikliğine göre Tablo 2.1.'deki katsayılar yan dal uzmanları için %100; yan dal uzmanlık eğitimi yapan asistanlar/araştırma görevlileri için %50 arttırımlı uygulanır (T.C. Resmi Gazete, 30 Kasım 2023, sayı: 32385).

**Tablo 2.2.** Hekimlerin ünvanlarına göre tavan ek ödeme katsayıları (T.C. Resmi Gazete, 12 Ağustos 2022, sayı: 31921'den kullanılmıştır)

| Ünvan                                                                   | Katsayı |
|-------------------------------------------------------------------------|---------|
| Eğitim görevlisi ile uzman tabip kadrosuna atanan profesör ve doçentler | 9,5     |
| Uzman tabip ve uzman dış tabipleri                                      | 8,5     |
| Pratisyen tabip ve dış tabipleri                                        | 6,5     |

Türkiye’de çalışan bir hekimin TUS ve DUS’a girebilmek için sınav tarihi itibarıyla diplomasının tescil edilmiş olması ve yerleştirme işleminin yapılabilmesi için de yabancı dil yeterliliğinin olması şarttır (T.C. Resmi Gazete, 09 Eylül 2022, sayı: 31942).

Tıpta uzmanlık ana dalları ve eğitim süreleri üç ile beş yıl arasında farklılık göstermektedir. Tablo 2.3.’te yer alan bir branşın eğitim programına yerleşip o program için belirlenen eğitim süresini dolduran ve uzmanlık eğitimi başarıyla tamamlayan uzmanlık öğrencileri uzman hekim olmaya hak kazanırlar (T.C. Resmi Gazete, 11 Nisan 1928, sayı: 863).

**Tablo 2.3.** Tıpta uzmanlık ana dalları ve uzmanlık eğitimi süreleri (<https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/43690/0/tuk-karar-1087---egitim-sureleri-05072022pdf.pdf>, Erişim tarihi: 28 Haziran 2024; T.C. Resmi Gazete, 11 Nisan 1928, sayı: 863; <https://tip.marmara.edu.tr/akademik/anabilim-dallari>, Erişim tarihi: 28 Haziran 2024’dan değiştirilerek kullanılmıştır)

|                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|-----------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Dahili Tıp Bilimleri  | Acil tıp (4 yıl), Adli Tıp (4 yıl), Aile Hekimliği (3 yıl), Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları (4 yıl), Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları (4 yıl), Deri ve Zührevi Hastalıkları (4 yıl), Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji (5 yıl), Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon (4 yıl), Göğüs Hastalıkları (4 yıl), Halk Sağlığı (4 yıl), Hava ve Uzay Hekimliği (3 yıl), İç Hastalıkları (4 yıl), Kardiyoloji (5 yıl), Nöroloji (5 yıl), Nükleer Tıp (4 yıl), Radyasyon Onkolojisi (5 yıl), Radyoloji (5 yıl), Ruh Sağlığı ve Hastalıkları (4 yıl), Spor Hekimliği (4 yıl), Sualtı Hekimliği ve Hiperbarik Tıp (3 yıl), Tıbbi Ekoloji ve Hidroklimatoloji (3 yıl), Tıbbi Farmakoloji (4 yıl), Tıbbi Genetik (4 yıl) |
| Cerrahi Tıp Bilimleri | Ağız Yüz ve Çene Cerrahisi (5 yıl), Anesteziyoloji ve Reanimasyon (5 yıl), Beyin ve Sinir Cerrahisi (5 yıl), Çocuk Cerrahisi (5 yıl), Genel Cerrahi (5 yıl), Göğüs Cerrahisi (5 yıl), Göz Hastalıkları (4 yıl), Kadın Hastalıkları ve Doğum (4 yıl), Kalp ve Damar Cerrahisi (5 yıl), Kulak Burun Boğaz Hastalıkları (5 yıl), Ortopedi ve Travmatoloji (5 yıl), Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi (5 yıl), Tıbbi Patoloji (4 yıl), Üroloji (5 yıl)                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| Temel Tıp Bilimleri   | Anatomi (3 yıl), Fizyoloji (4 yıl), Histoloji ve Embriyoloji (4 yıl), Tıbbi Biyokimya (4 yıl), Tıbbi Mikrobiyoloji (4 yıl)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |

Diş hekimliği uzmanlık alanları ise ağız, diş ve çene cerrahisi (4 yıl); ağız diş ve çene radyolojisi (3 yıl); çocuk diş hekimliği (3 yıl); endodonti (3 yıl); ortodonti (4 yıl); periodontoloji (3 yıl); protetik diş tedavisi (3 yıl); restoratif diş tedavisi (3 yıl); oral patoloji (4 yıl) (T.C. Resmi Gazete, 11 Nisan 1928, sayı: 863).

#### 2.2.4. Sağlık personeli istatistikleri

Türkiye’de 2022 yılında aktif çalışan sağlık personelinin sektörlere ve ünvanlara göre dağılımı Tablo 2.4.’te verilmiştir.

**Tablo 2.4.** Sağlık personelinin sektörlere ve ünvanlara göre dağılımı (Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2022 Haber Bülteni’nden değiştirilerek kullanılmıştır)

| Sağlık Personeli Ünvanları         | Kamu           | Özel           | Toplam           |
|------------------------------------|----------------|----------------|------------------|
| Uzman Tıp Hekimi                   | 65 084         | 30 516         | 95 600           |
| Pratisyen Hekim                    | 48 599         | 5 098          | 53 697           |
| Asistan Tıp Hekimi                 | 45 391         | -              | 45 391           |
| Toplam Tıp Hekimi                  | 159 074        | 35 614         | 194 688          |
| Diş Hekimi                         | 17 597         | 24 762         | 42 359           |
| <b>Toplam hekim</b>                | <b>176 671</b> | <b>60 376</b>  | <b>237 047</b>   |
| Eczacı                             | 5173           | 33 808         | 38 981           |
| Hemşire                            | 206 506        | 37 059         | 243 565          |
| Ebe                                | 56 923         | 2 709          | 59 632           |
| Diğer Sağlık Personeli             | 176 722        | 55 939         | 232 661          |
| Diğer Personel ve Hizmet Alımı     | 334 896        | 203 746        | 538 642          |
| Toplam Hekim Dışı Sağlık Personeli | 719 844        | 333 261        | 1 053 105        |
| <b>Toplam Personel</b>             | <b>956 891</b> | <b>393 637</b> | <b>1 350 528</b> |

2022 yılında kamuda çalışan uzman hekim sayısı 65 084 iken özelde çalışan uzman hekim sayısı 30 516’dır. Kamuda çalışan pratisyen hekim sayısı 48 599 iken özelde çalışan pratisyen hekim sayısı 5 098’dir. Kamu sektöründe çalışan toplam tıp hekimi sayısı 159 074 iken özel sektörde çalışan toplam tıp hekimi sayısı 35 614’tür. Toplam tıp hekimi sayısı ise 194 688’dir. Kamuda çalışan diş hekimi sayısı 17 597 iken özel sektörde çalışan diş hekimi sayısı 24 762’dir. Toplam diş hekimi sayısı ise 42 359’dur (Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2022 Haber Bülteni).

Kamuda çalışan toplam hekim ve diş hekimi sayısı 176 671 iken özelde çalışan toplam hekim ve diş hekimi sayısı 60 376'dır. Toplam hekim ve diş hekimi sayısı ise 237 047'dir (Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2022 Haber Bülteni).

Öte yandan kamuda çalışan toplam hekim dışı sağlık personeli sayısı 719 844 iken özel sektörde çalışan toplam yardımcı sağlık personeli sayısı 333 261'dir. Toplam hekim dışı sağlık personeli sayısı ise 1 053 105'tir. Toplam personel sayısı da 956 891 kamuda ve 393 637 özelde olmak üzere 1 350 528'dir (Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2022 Haber Bülteni).

Ayrıca Türkiye'de 2022 yılında toplam 8172 ASM yer almaktayken bu ASM'lerde toplam 27 762 aile hekimliği birimi bulunmaktadır (Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2022 Haber Bülteni).

Tablo 2.5.'te İstatistiki Bölge Birimleri Sınıflandırması Düzey 1 (İBBS-1) bölgeleri ve kapsadıkları iller verilmiştir; buna göre Türkiye'deki 81 il, 12 bölge altında sınıflandırılmaktadır.

**Tablo 2.5.** İBBS-1 kalkınma planlanmasında istatistiki bölge birimleri sınıflandırması (<https://ka.gov.tr/sayfalar/kalkinma-planlamasinda-istatistiki-bolge-birimleri-siniflandirmasi--24>, Erişim tarihi: 24 Mayıs 2024'den kullanılmıştır)

| Düzey 1 Bölge Adı | Kapsadığı İller                                                                     |
|-------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| İstanbul          | İstanbul                                                                            |
| Batı Marmara      | Tekirdağ, Edirne, Kırklareli, Balıkesir, Çanakkale                                  |
| Ege               | İzmir, Aydın, Denizli, Muğla, Manisa, Afyonkarahisar, Kütahya, Uşak                 |
| Doğu Marmara      | Bursa, Eskişehir, Bilecik, Kocaeli, Sakarya, Düzce, Bolu, Yalova                    |
| Batı Anadolu      | Ankara, Konya, Karaman                                                              |
| Akdeniz           | Antalya, Isparta, Burdur, Adana, Mersin, Hatay, Kahramanmaraş, Osmaniye             |
| Orta Anadolu      | Kırıkkale, Aksaray, Niğde, Nevşehir, Kırşehir, Kayseri, Sivas, Yozgat               |
| Batı Karadeniz    | Zonguldak, Karabük, Bartın, Kastamonu, Çankırı, Sinop, Samsun, Tokat, Çorum, Amasya |
| Doğu Karadeniz    | Trabzon, Ordu, Giresun, Rize, Artvin, Gümüşhane                                     |
| Kuzeydoğu Anadolu | Erzurum, Erzincan, Bayburt, Ağrı, Kars, Iğdır, Ardahan                              |
| Ortadoğu Anadolu  | Malatya, Elazığ, Bingöl, Tunceli, Van, Muş, Bitlis, Hakkari                         |
| Güneydoğu Anadolu | Gaziantep, Adıyaman, Kilis, Şanlıurfa, Diyarbakır, Mardin, Batman, Şırnak, Siirt    |

Tablo 2.6.’da İBBS-1 bölgeleri ayırımına göre yapılan incelemede Türkiye’de 2022 yılında ünvanlara göre 100.000 kişiye düşen personel sayısı verilmiştir.

**Tablo 2.6.** İBBS-1’e ve ünvanlara göre 100 000 kişiye düşen sağlık personeli sayısı (Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2022 Haber Bülteni’nden değiştirilerek kullanılmıştır)

| İBBS-1         | Uzman<br>Hekim | Pratisyen<br>Hekim | Toplam Tıp<br>Hekimi | Diş Hekimi | Toplam Tıp<br>ve Diş hekimi | Hemşire<br>ve Ebe |
|----------------|----------------|--------------------|----------------------|------------|-----------------------------|-------------------|
| İstanbul       | 151            | 57                 | 284                  | 69         | 353                         | 321               |
| BM             | 98             | 68                 | 201                  | 42         | 243                         | 370               |
| Ege            | 121            | 61                 | 234                  | 52         | 286                         | 358               |
| DM             | 101            | 58                 | 202                  | 47         | 249                         | 333               |
| Batı Anadolu   | 157            | 56                 | 346                  | 65         | 411                         | 433               |
| Akdeniz        | 102            | 63                 | 203                  | 49         | 252                         | 337               |
| OA             | 87             | 67                 | 196                  | 43         | 239                         | 393               |
| BK             | 92             | 75                 | 197                  | 42         | 239                         | 402               |
| DK             | 94             | 80                 | 209                  | 42         | 251                         | 428               |
| KA             | 79             | 77                 | 186                  | 31         | 217                         | 387               |
| ODA            | 82             | 71                 | 181                  | 32         | 213                         | 395               |
| GA             | 69             | 65                 | 151                  | 28         | 179                         | 295               |
| <b>Türkiye</b> | <b>112</b>     | <b>63</b>          | <b>228</b>           | <b>50</b>  | <b>278</b>                  | <b>356</b>        |

BM: Batı Marmara; DM: Doğu Marmara; OA: Orta Anadolu; BK: Batı Karadeniz; DK: Doğu Karadeniz; KA: Kuzeydoğu Anadolu; ODA: Ortadoğu Anadolu; GA: Güneydoğu Anadolu

2022 yılında 100 000 kişiye düşen uzman hekim sayısı 157 kişi ile en çok Batı Anadolu bölgesinde iken, 69 kişi ile en az Güneydoğu Anadolu bölgesindedir. Türkiye geneli 100 000 kişiye düşen ortalama uzman hekim sayısı 112, pratisyen hekim sayısı 63, toplam tıp hekimi sayısı 228, diş hekimi sayısı 50, toplam hekim ve diş hekimi sayısı 278, hemşire ve ebe sayısı ise 356’ dır (Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2022 Haber Bülteni).

Aşağıda yer alan tablo 2.7.’de OECD ülkelerinde sağlık hizmet sunumunda kullanılan bazı kaynaklara ilişkin istatistiki bilgilere yer verilmiştir. Tabloda bu ülkelere ait en güncel veriler (2019-2022) yer almaktadır. Türkiye’ye ait veriler ise 2021 yılına ait verilerdir (<https://data.oecd.org/healthres/doctors.htm>, Erişim tarihi: 01 Haziran 2024).

**Tablo 2.7.** OECD ülkelerinde 1000 kişiye düşen hekim, hemşire ve yatak sayısı, 2019-2022 (<https://data.oecd.org/healthres/doctors.htm>, Erişim tarihi: 01.06.2024'den kullanılmıştır)

| Ülkeler                | 1000 Kişiyeye Düşen<br>Hekim Sayısı | 1000 Kişiyeye Düşen<br>Hemşire Sayısı | 1000 Kişiyeye Düşen<br>Yatak Sayısı |
|------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------|
| Türkiye                | 2,2                                 | 2,8                                   | 3                                   |
| Meksika                | 2,5                                 | 2,9                                   | 1                                   |
| Kore                   | 2,6                                 | 8,8                                   | 12,8                                |
| Japonya                | 2,6                                 | 12,1                                  | 12,6                                |
| ABD                    | 2,7                                 | 11,9                                  | 2,8                                 |
| Kanada                 | 2,8                                 | 10,2                                  | 2,6                                 |
| Birleşik Krallık       | 3,2                                 | 8,6                                   | 2,4                                 |
| Belçika                | 3,3                                 | Veri yok                              | 5,5                                 |
| Macaristan             | 3,3                                 | 5,2                                   | 6,8                                 |
| Slovenya               | 3,3                                 | 10,4                                  | 4,3                                 |
| İsrail                 | 3,4                                 | 5,3                                   | 3                                   |
| Fransa                 | 3,4                                 | 9,6                                   | 5,7                                 |
| Letonya                | 3,4                                 | 4,1                                   | 5,2                                 |
| Estonya                | 3,4                                 | 6,4                                   | 4,4                                 |
| Polonya                | 3,4                                 | 5,6                                   | 6,3                                 |
| Finlandiya             | 3,6                                 | 18,9                                  | 2,8                                 |
| Yeni Zelanda           | 3,6                                 | 11,3                                  | 2,6                                 |
| Slovak Cumhuriyeti     | 3,7                                 | 5,7                                   | 5,7                                 |
| Avustralya             | 4                                   | 12,8                                  | Veri yok                            |
| İrlanda                | 4                                   | 1,5                                   | 2,9                                 |
| İtalya                 | 4,3                                 | 6,4                                   | 3,1                                 |
| Çekya                  | 4,3                                 | 8,9                                   | 6,7                                 |
| İsveç                  | 4,3                                 | 10,6                                  | 2                                   |
| Danimarka              | 4,4                                 | 10,2                                  | 2,5                                 |
| İsviçre                | 4,4                                 | 18,3                                  | 4,4                                 |
| İzlanda                | 4,5                                 | 15,1                                  | 2,8                                 |
| Litvanya               | 4,5                                 | 7,8                                   | 6                                   |
| İspanya                | 4,5                                 | 6,3                                   | 3                                   |
| Almanya                | 4,5                                 | 12                                    | 7,8                                 |
| Norveç                 | 5,2                                 | 18,3                                  | 3,4                                 |
| Avusturya              | 5,5                                 | 10,6                                  | 6,9                                 |
| <b>OECD Ortalaması</b> | <b>3,7</b>                          | <b>9,2</b>                            | <b>4,7</b>                          |

ABD: Amerika Birleşik Devletleri; OECD: Ekonomik İş Birliği ve Kalkınma Örgütü

Tablo 2.7.'ye göre, 1000 kişiye düşen doktor sayıları incelendiğinde, OECD ülkelerinin ortalaması 3,7 iken, Türkiye'de 2,2'dir. Bu alanda OECD ülkelerinin ortalamasının altında kalan Türkiye aynı zamanda OECD ülkeleri arasında en düşük orana sahip olan ülkedir (<https://data.oecd.org/healthres/doctors.htm>, Erişim tarihi: 01 Haziran 2024).

1000 kişiye düşen hemşire sayıları incelendiğinde, OECD ülkelerinin ortalaması 9,2 iken, Türkiye'de 2,8'dir. Bu alanda OECD ülkelerinin ortalamasının altında kalan Türkiye aynı zamanda OECD ülkeleri arasında en düşük orana sahip olan ülkedir (<https://data.oecd.org/healthres/doctors.htm>, Erişim tarihi: 01 Haziran 2024).

Türkiye sağlık hizmet sunumu için kullanılan hekim, hemşire, yatak sayısı gibi kaynaklar açısından OECD ülkeleri ortalamasının altında kalmıştır (<https://data.oecd.org/healthres/doctors.htm>, Erişim tarihi: 01 Haziran 2024).

OECD ülkelerinin, AB ülkelerinin ve Türkiye'nin 100.000 kişiye düşen tıp hekimi, diş hekimi, hemşire ve ebe sayılarına göre Türkiye toplam tıp hekimi, diş hekimi, hemşire ve ebe sayılarında OECD ülkelerinin ve AB ülkelerinin ortalamasının altında kalmaktadır (Tablo 2.8.).

**Tablo 2.8.** 100 000 kişiye düşen sağlık personeli sayılarının uluslararası karşılaştırılması (Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2022'den değiştirilerek kullanılmıştır).

|                   | 2021 Yılı |      |     |
|-------------------|-----------|------|-----|
|                   | Türkiye*  | OECD | AB  |
| Toplam Tıp Hekimi | 228       | 372  | 402 |
| Toplam Diş Hekimi | 50        | 78   | 84  |
| Hemşire ve Ebe    | 356       | 1002 | 890 |

OECD: Ekonomik İş Birliği ve Kalkınma Örgütü; AB: Avrupa Birliği;  
\*Türkiye verileri 2022 yılına aittir

Türkiye'de 2022 yılında kurum türlerine göre toplam ve kişi başı hekime müracaat sayıları verilmiştir. 2022 yılında birinci basamak sağlık kuruluşlarına yapılan başvuru sayısı 340 713 218 iken bunun 332 907 540 tanesi aile hekimliklerine yapılmıştır (Tablo 2.9.).

2022 yılında hekime başvuru sayısı 854 328 324 olmuştur. Kişi başı hekime müracaat sayısı ise aile hekimliklerinde 3,9; birinci basamak sağlık kuruluşlarında 4; ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarında ise 6'dır (Tablo 2.9.).

2022 yılında nüfusu 85 milyon 279 bin 553 olan Türkiye'de toplamda kişi başı hekime başvuru sayısı 10 olmuştur. Türkiye'deki her bir kişi 2022 yılı içerisinde ortalama 10 kez bir hekime müracaat etmiştir (<https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=49685>, Erişim tarihi: 28 Haziran 2024; Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2022 Haber Bülteni).

**Tablo 2.9.** Sağlık kurumlarının türlerine göre toplam ve kişi başı hekime müracaat sayıları (Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2022 Haber Bülteni'nden kullanılmıştır).

| Sağlık Kurumları                 | Hekime Müracaat    | Kişi Baş Hekime Müracaat |
|----------------------------------|--------------------|--------------------------|
| Aile Hekimliği                   | 332 907 540        | 3,9                      |
| Verem Savaş Dispanseri           | 792 725            |                          |
| ÇEKÜS                            | 206 640            |                          |
| Diğer TSM Muayeneleri            | 2 267 019          |                          |
| Özel Poliklinikler               | 774 934            | 0,09                     |
| E2-E3 Entegre İlçe DH            | 3 764 360          |                          |
| Birinci Basamak Toplamı          | 340 713 218        | 4                        |
| Özel Tıp Merkezleri              | 17 248 270         | 0,2                      |
| Hastaneler                       | 496 366 836        | 5,8                      |
| -Sağlık Bakanlığı Hastaneleri    | 375 842 435        | 4,4                      |
| -Üniversite Hastaneleri          | 45 746 680         | 0,5                      |
| -Özel Hastaneler                 | 74 777 721         | 0,9                      |
| İkinci ve Üçüncü Basamak Toplamı | 513 615 106        | 6,0                      |
| <b>Genel Toplam</b>              | <b>854 328 324</b> | <b>10,0</b>              |

ÇEKÜS: Çocuk, Ergen, Kadın ve Üreme Birimi; TSM: Toplum Sağlığı Merkezi; DH: Devlet Hastaneleri

İBBS-1 bölgeleri ayrımına göre yapılan incelemede Türkiye'de 2022 yılında bazı sağlık hizmeti kullanım göstergelerine yer verilmiştir. 2022 yılında kişi başı tıp hekimine müracaat 8,8 ile Kuzeydoğu Anadolu bölgesinde en az, 11 ile Batı Karadeniz bölgesinde en fazladır. Türkiye geneli ortalama kişi başı tıp hekimine müracaat ise 10'dur (Tablo 2.10.).

Hem tıp hekimine hem diş hekimine yapılan kişi başı müracaat sayılarına baktığımızda ise en fazla müracaat Batı Karadeniz bölgesindedir (Tablo 2.10.)

**Tablo 2.10.** İBBS-1 bölgelerine göre 2022 yılı kişi başı hekime müracaat sayıları (Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2022 Haber Bülteni’nden değiştirilerek kullanılmıştır)

| İBBS-1 Bölgeleri  | Kişi Başı Tıp Hekimine<br>Müracaat | Kişi Başı Diş Hekimine<br>Müracaat |
|-------------------|------------------------------------|------------------------------------|
| İstanbul          | 9,2                                | 0,55                               |
| Batı Marmara      | 10,9                               | 0,66                               |
| Ege               | 10,6                               | 0,68                               |
| Doğu Marmara      | 10,1                               | 0,68                               |
| Batı Anadolu      | 10,3                               | 0,66                               |
| Akdeniz           | 10,5                               | 0,55                               |
| Orta Anadolu      | 10,7                               | 0,75                               |
| Batı Karadeniz    | 11,0                               | 0,79                               |
| Doğu Karadeniz    | 10,9                               | 0,71                               |
| Kuzeydoğu Anadolu | 8,8                                | 0,74                               |
| Ortadoğu Anadolu  | 8,9                                | 0,59                               |
| Güneydoğu Anadolu | 9,0                                | 0,50                               |
| <b>Türkiye</b>    | <b>10,0</b>                        | <b>0,62</b>                        |

## 2.3. Mesleki Tükenmişlik Sendromu

### 2.3.1. Tükenmişliğin tanımı ve tarihçesi

Tükenmişlik, gücünü kaybetmişlik ve çaba sarf etmeme durumunu ifade eder (<http://sozluk.gov.tr>, Erişim tarihi: 15 Mayıs 2024). Bu terim, ilk kez 1970'lerde Amerika'da müşteri hizmetlerinde çalışanların iş yaşamında yaşadığı bunalımı tanımlamak için kullanıldı. Tükenmişlik, sağlık, sosyal hizmetler, hukuk ve polislik gibi insan hizmetleri alanlarında çalışanlarda sıkça görülür (Schaufeli ve ark., 2009). Bu kavram, 1974'te Freudenberger tarafından gönüllü sağlık çalışanları arasında yorgunluk, hayal kırıklığı ve iş bırakma gibi belirtilerle tanımlandı. Freudenberger, tükenmişliği, başarısızlık, yıpranma, enerji kaybı ve karşılanamayan isteklerle bireyin iç kaynaklarının tükenmesi olarak tanımladı (Freudenberger, 1974). Günümüzde tükenmişlik kavramıyla en çok ilişkilendirilen tanım, Cristina Maslach tarafından geliştirilen Maslach Tükenmişlik Ölçeği (MTÖ)'ne dayanmaktadır. Maslach, bu kavramı yoğun insan ilişkileri gerektiren mesleklerde duygusal tükenme (DT), duyarsızlaşma (DYS) ve düşük kişisel başarı (KB) olmak üzere üç alt boyutta tanımladı (Maslach ve Jackson, 1981).

Dünya Sağlık Örgütü tarafından hazırlanan Uluslararası Hastalık Sınıflandırmasının (ICD) 2019 yılı revizyonunda tükenmişlik sendromu ilk kez tanı sınıflamasına girdi. DSÖ; “Tükenmişlik, ICD-11 revizyonunda mesleki bir olgu olarak yer almaktadır, tıbbi bir durum olarak sınıflandırılmamıştır” demektedir. Tükenmişlik ICD-11’de şu şekilde tanımlanmaktadır: “Tükenmişlik, başarıyla yönetilemeyen kronik iş yeri stresinden kaynaklandığı düşünülen bir sendromdur. Üç boyutla karakterize edilir, bunlar; enerji tükenmesi veya tükenme hissi, kişinin işine karşı zihinsel mesafenin artması veya işiyle ilgili olumsuzluk veya şüphecilik duyguları ve mesleki etkinliğin azalmasıdır. Tükenmişlik, özellikle mesleki bağlamdaki olgulara atıfta bulunur ve yaşamın diğer alanlarındaki deneyimleri tanımlamak için kullanılmamalıdır.” (https://www.who.int/news/item/28-05-2019-burn-out-an-occupational-phenomenon-international-classification-of-diseases, erişim tarihi: 15.05.2024).

### **2.3.2. Maslach tükenmişlik modeli**

Günümüzde tükenmişlik kavramının en genel olarak kabul edilmiş tanımı, 1981 yılında Christina Maslach tarafından yapılmıştır. Bu tanıma göre, tükenmişlik; genellikle insanlarla doğrudan temas halinde çalışan meslek gruplarındaki insanların, karşılaştıkları bireylere karşı DYS, DT yaşamaları ve KB’lerinde azalma hissetmeleri gibi bileşenlerden oluşan bir sendrom olarak tanımlanmaktadır. Bu üç alt bileşeni objektif olarak ölçmek amacıyla Maslach tarafından MTÖ geliştirilmiştir (Maslach ve Jackson, 1981). Buna göre tükenmişlik yaşayan bireyde öncelikle DT, daha sonra DYS ve son olarak da KB kaybı görülmektedir (Maslach ve Jackson, 1986).

#### **2.3.2.1. Duygusal tükenme**

Christina Maslach ve meslektaşlarına göre, DT, tükenmişliğin bireysel stres boyutunu temsil eder. Bu durum, bireyin duygusal ve fiziksel kaynaklarının tükenmesi sonucunda psikolojik olarak işe odaklanamamasını ifade eder. Bu durumda, insanlara olumsuz veya alaycı tutumlar geliştirebilirler (Maslach ve Jackson, 1981). Tükenmişliğin üç bileşeni arasında en sık rapor edilen ve en ayrıntılı şekilde incelenen bileşen DT’dir ve DT bu kompleks sendromun en belirgin yönünü oluşturur. Bir kişi, kendisinin ya da bir başkasının tükenmişlik yaşadığını dile getirdiğinde, genellikle DT’den bahsetmektedir (Maslach ve ark., 2001).

#### **2.3.2.2. Duyarsızlaşma**

Tükenmişliğin kişilerarası iletişim boyutunu temsil etmektedir (Maslach ve Goldberg, 1998). İnsan ilişkilerinde iş yoğunluğu ve duygusal talepler, hizmet sunan kişilerin hizmet alanların ihtiyaçlarına cevap verebilme yeteneğini azaltabilir. Maslach'a göre DYS; kişinin hizmet sunduğu bireylere karşı soğuk, duygu yoksunu ve hatta kaba davranması şeklinde tanımlanır ve tükenmişliğin üç alt başlığından en önemlisi olarak vurgulanır. Duygusal tükenmenin içinde bulunan bir kişi, insanların problemlerini çözme konusunda yetersizlik hissederek DYS yolunu bir kaçış olarak kullanır ve sonunda insanlarla yüz yüze olan ilişkisini mümkün olduğunca azaltmaya çalışır (Maslach ve ark., 2001). Birey, hizmet sunduğu kişileri bir nesne gibi görmeye başlar ve taleplerini görmezden gelir. Bu, kişinin kendisini koruma mekanizmasıdır; kişi tükenmişlikten ve çaresizlikten duyarsızlaşarak kendini korumaya çalışır (Wright ve Bonett, 1997).

#### **2.3.2.3. Kişisel başarı**

Maslach ve arkadaşlarına göre tükenmişliğin kişisel gelişim boyutunu yansıtır. Düşük KB hissi, tükenmişliğin bir bileşenidir ve genellikle diğer iki boyutun bir sonucu olarak değerlendirilir. Kişisel başarıda azalma, tükenmişlik sendromunda bireyin kendi performansını değerlendirdiği aşamayı temsil eder; iş yaşamında yetersizlik hissini, başarı ve üretkenlikteki düşüşü ifade eder. Bu başarısızlık duygusu, iş kaynaklarının yetersizliği, sosyal desteğin eksikliği ve kariyer fırsatlarının azlığı ile tetiklenebilir. Kişisel başarıda azalma duygusunun, tükenmişliğin diğer alt boyutlarıyla olan ilişkisi biraz karmaşıktır. Sürekli ve yoğun taleplerle dolu bir iş ortamı, DT ve DYS ile birlikte kişinin öz yeterliliğinde azalmaya yol açabilir. Yorgun hissederken başarı hissi kazanmak zor olabilir (Maslach ve Leiter, 2006; Maslach ve ark., 2001).

#### **2.3.3. Tükenmişlik sendromuna neden olan faktörler**

Tükenmişlik, insanlarla yoğun etkileşim içinde çalışılan iş ortamlarında sıkça karşılaşılan bir sendromdur ve ani bir gelişim göstermez, zamanla çeşitli faktörlerin etkisiyle ortaya çıkar. Bu faktörlerden bazıları bireysel sebeplerden kaynaklanırken, bazıları ise kurumsal kökenlidir. Yapılan araştırmalar, tükenmişliğe yol açan bu faktörlerin daha iyi anlaşılmasını ve başa çıkılmasını sağlamak açısından önemlidir.

Tükenmişlikle ilgili yapılan ilk araştırmalarda, bireysel nedenler daha fazla öne çıkmıştır. Ancak son çalışmalar, tükenmişliğin genellikle iş ve kurumla ilgili faktörlerden kaynaklanan bir sorun olduğunu öne sürmektedir (Maslach ve Leiter, 2016; Leiter ve Maslach, 1999; Dündar ve ark., 2017).

#### **2.3.3.1. Bireysel faktörler**

Bireysel özellikler bazen tükenmişlik riskini artırabilirken bazen de tükenmişliği ve etkilerini azaltabilir (Arı ve Bal, 2008). Aynı işte ve aynı yoğunlukta çalışanlar, bireysel özelliklerindeki farklılıklardan ötürü tükenmişlikten farklı derecelerde etkilenebilirler (Brewer ve Shapard, 2004).

Yaş, medeni durum, çocuk sayısı, cinsiyet, çalışma süresi, mesleki kıdem, eğitim düzeyi gibi demografik faktörlerin tükenmişlikle ilişkisi bulunmaktadır. Örneğin, genç yaşta, az çalışma süresine sahip ve mesleki kıdemi daha düşük olan hekimlerde tükenmişlik düzeyleri daha yüksek tespit edilmiştir. Evli olan çalışanların genellikle bekar olanlardan, çocuk sahibi olanların da çocuksuz olanlardan daha az tükenmişlik yaşadığı belirlenmiştir. Cinsiyet faktörünün tükenmişlik gelişimi için önemli bir sebep olup olmadığı konusunda tutarlı sonuçlar elde edilememiştir. Bazı çalışmalara göre kadınların daha çok tükenmişlik yaşadığını iddia edilirken bazıları erkeklerin daha fazla tükenmişlik yaşadığını göstermektedir. Kadınlar ve erkekler tükenmişlik alt boyutlarında ayrışır; Maslach'ın çalışmalarına göre, DT boyutu kadınlarda, DYS boyutu ve düşük KB hissi boyutlarıysa erkeklerde daha fazla görülmüştür (Beyoğlu ve ark., 2022; Maslach ve Jackson, 1981).

Her bireyin tükenmişlik yaşama olasılığı vardır, ancak belli başlı özelliklere sahip bazı kişiler daha yüksek risk altındadır. Çalışanların kişilik özellikleri, tükenmişliğin gelişiminde önemli bir rol oynar. A tipi kişilik özelliklerine sahip (içe dönük, zamanı etkili kullanabilen, çoklu görevlere odaklanabilen, rekabetçi, aşırı titiz, telaşlı, sabırsız), karşılanması zor beklentilere sahip, dış kontrol odaklı, empati kurma yeteneğinden yoksun ve öz yeterliliğe sahip olmayan kişiler, daha yüksek bir tükenme riski altındadırlar (Topak ve ark., 2015).

### 2.3.3.2. Kurumsal faktörler

Tükenmişliği tetikleyen kurumsal faktörlerin belirlenmesi üzerine yapılan çalışmalar sonucu altı ana faktör ortaya çıkmıştır. Bu faktörler; iş yükü, kontrol, ödüller, aidiyet, adalet ve değerlerdir (Maslach ve Leiter, 2016).

İş yükü, tükenmişliğin temel nedenlerinden biridir (West ve ark., 2018; Galaiya ve ark., 2020; Zhou ve ark., 2020). İş yükü, belirli bir süre içinde yapılması gereken iş miktarını ifade eder (Budak ve Sürgevil, 2005). Aşırı iş yükü, kişinin sınırlarını zorlayan talepleri içerir. Çalışanlar, kısa sürede sınırlı kaynaklarla çok fazla iş yapmak zorunda kalır. Bu talepler süreklilik kazandığında, dinlenme ve toparlanma fırsatları ortadan kalkar, bu da enerjinin tükenmesine ve tükenmişliğe yol açabilir (Maslach ve Leiter, 2016). İş yükü ve kişi arasında uyum olduğunda ise çalışanlar işlerini zevkle yapar ve kariyerlerinde ilerleme kaydederler (Ardıç ve Polatçı, 2009).

Kontrol, kişinin iş üzerinde seçim yapma, karar verme ve sorumluluklarını yerine getirme yeteneği olarak tanımlanır. İş ile kişi arasında uyum sağlanması, kontrolün işin gerektirdiği sorumluluklarla dengeli olmasına bağlıdır (Ardıç ve Polatçı, 2009). İnsanlar, iş yerinde seçim yapma fırsatı isterler, ancak yeterli yetkiye sahip olmadıklarında kontrol sorunları ortaya çıkar (Leiter ve Maslach, 2003). Rol çatışması, kontrol duygusunu azaltarak tükenmişliğe yol açabilir (Bridgeman ve ark., 2018). Özerklik, düşük tükenmişlikle ilişkilidir ancak aşırı sorumluluk da tükenmişliği artırabilir (Galaiya ve ark., 2020).

Ödüller, bireylerin kuruma katkılarının maddi ve manevi olarak takdir edilmesini ifade eder (Ardıç ve Polatçı, 2009). İş hayatında ödüller, ekonomik, sosyal ve içsel beklentilere ne derece uygun olduğu ile ilgilenir. Takdir edilmeme ve tanınmama, çalışanları değersiz hissettirir ve yetersizlik duygusunu artırır. Yetersiz ödüllendirme, çalışanları tükenmişliğe daha açık hale getirir. Bireyler, organizasyonun ödül sistemi tarafından ihmal edildiğinde, organizasyonun değerleriyle uyumsuz hissederler (Maslach ve Leiter, 2016). Ancak, ödüllerle uyumlu bir iş ortamı, kişinin katkılarının takdir edilmesiyle tatmin olmasını sağlar (Ardıç ve Polatçı, 2009).

Aidiyet, çalışanların iş yerindeki diğer insanlarla ilişkilerini ifade eder. Sosyal destek ve güven eksikliği olan iş ortamları, çatışma riskini artırır ve tükenmişlik için bir

tehdit oluşturur. Özellikle kronik ve çözülemeyen çatışmalar, sosyal destek ihtimalini azaltır ve düşmanlık duygularını pekiştirir (Maslach ve Leiter, 2016; Leiter ve Maslach, 2003). Aidiyet duygusu güçlendikçe, çalışanların iş arkadaşlarıyla yakın ilişki kurma isteği artar. Bu ihtiyaçlar karşılandığında, sosyal tatmin artar ve tükenmişlik riski azalır (Ardıç ve Polatcı, 2009).

Adalet, iş ortamında alınan kararların ne kadar adil olduğunun algılanmasıyla ilgilidir. Amirlerini adil gören bireyler, tükenmişlikten daha az etkilenir ve işteki değişiklikleri daha kolay kabul eder (Maslach ve Leiter, 2008). Adalet açısından uyum sağlamak için, çalışanların işle ilgili kararların şeffaf, tutarlı ve eşitlikçi olduğunu hissetmeleri gerekir (Ardıç ve Polatcı, 2009).

Değerler, bireylerin işlerine yönelik ideallerini ve motivasyonlarını ifade eder. İş ortamında değerler çatışması ortaya çıktığında, bireysel ve kurumsal değerler arasında uyumsuzluk yaşanır. Bu uyumsuzluk, çalışanların yapmak istedikleri ile yapmaları gereken işler arasında denge kurma çabasına yol açar ve bu da tükenmişliğe neden olabilir (Maslach ve Leiter, 2016).

#### **2.3.4. Tükenmişliğin belirtileri**

Tükenmişlik ani bir şekilde ortaya çıkmayan; genellikle zamanla gelişen bir belirti grubudur. Tükenmişlik yaşayan kişiler genellikle mesleki tatminsizlik ve yoğun yorgunluk hisleriyle mücadele ederler. Tükenmişlikte belirgin fiziksel belirtiler olmadığından, tükenmişlik sendromu genellikle görmezden gelinir. Çalışmalar, tükenmişliğin kişilerde sağlık durumu ve iş kalitesi bakımından çeşitli sorunlara sebep olabileceğini göstermektedir. Tükenmişlik belirtileri çoğunlukla fiziksel ve psikolojik-davranışsal olarak iki kategoride incelenmektedir (Ardıç ve Polatcı, 2009; Uler, 1999).

##### **2.3.4.1. Fiziksel belirtiler**

Tükenmişliğin ilk belirtileri genellikle halsizlik, yorgunluk, baş ve boyun ağrıları, uyku bozukluğu ve enerji kaybıdır. Ayrıca, sık tekrarlayan soğuk algınlıkları, bağışıklık düşüşü, kilo değişiklikleri, solunum ve sindirim sorunları, yüksek tansiyon, kolesterol, kas gerginliği, kalp çarpıntısı ve cilt problemleri de görülebilir (Beyoğlu ve ark., 2022; Çevik ve Özbacı, 2020).

#### **2.3.4.2. Psikolojik-davranışsal belirtiler**

Tükenmişlik sonucunda, kişide mesleki yetersizlik ve başarısızlık hissi gelişebilir. Bu durum, özgüvenin azalmasına ve depresyon durumuna yol açabilir, bu da kişinin işle alakalı performansını olumsuz yönde etkileyebilir. Ayrıca, motivasyon kaybı ve işten ayrılma düşüncesi gibi eğilimler de ortaya çıkabilir. Sinirlilik hali de sıkça görülen bir belirtidir. Özetle, tükenmişlik belirtileri arasında pozitif duygularda azalma ve negatif duygularda artış olabilir (Beyoğlu ve ark., 2022).

Tükenmişlik yaşayan hekimlerde hastaları birer obje gibi görme eğilimi olabilir. Bu tür davranışlar, hekimlerin mesleki etik değerlerine aykırıdır ve hastaların güvenini sarsar. Ayrıca, tükenmişlik belirtileri gösteren hekimlerde işe gitmeme, geç kalma, işten erken ayrılma, işleri geciktirme ve öteleme gibi davranışlar da gözlemlenebilir. Bu tarz davranışlar, hekimlerin mesleki verimliliğini azaltabilir ve çalışma ortamını olumsuz yönde etkileyebilir. Dolayısıyla, tükenmişlik belirtilerinin erken tespit edilerek önlenmesi son derece önemlidir (Beyoğlu ve ark., 2022).

Tükenmişlik yaşayan bireylerde, yalnızca iş hayatında değil, sosyal hayatlarında da sorunlar ortaya çıkabilir. Sosyal ortamlardan kaçınma, içe kapanma, aile içi problemler ve aile fertleriyle çatışma gibi durumlar sıkça görülür. Ayrıca, tükenmiş bireyler sorunlarını çözmek amacıyla alkol, tütün veya uyuşturucu kullanma eğiliminde olabilirler. Bu tür davranışlarda artış olması, tükenmişliğin yanında diğer sağlık sorunlarına da sebep olabilir. Bu sebeple, tükenmişlik belirtilerini zamanında tespit edip ve önlemek büyük önem taşır (Beyoğlu ve ark., 2022).

#### **2.3.5. Tükenmişliğin sonuçları**

##### **2.3.5.1. Hekim üzerindeki sonuçları**

Tükenmişlik, hekimler, hastalar ve sağlık sistemi üzerinde olumsuz etkiler yaratabilir. En ciddi sonuçlar arasında depresyon ve intihar bulunur. Hekimler, genel nüfusa göre daha yüksek intihar riski taşır; kadın hekimlerin intihar oranı 2,27 kat, erkek hekimlerin ise 1,41 kat daha fazladır. Hekimler, diğer meslek gruplarına göre işle ilgili sorunlar nedeniyle intihara daha yatkındır (Williams ve ark., 2020). Ayrıca tükenmişlik, hekimlerin kaza yapma riskini artırır (Patel ve ark., 2018).

#### **2.3.5.2. Hasta bakımı üzerindeki sonuçları**

Tükenmişlik, hasta bakımında yetersizlik, tıbbi hatalarda artış ve malpraktis riskinin yükselmesiyle ilişkilidir. Araştırmalar, hekimlerdeki tükenmişlik düzeyinin iş doyumunu ve hastaların memnuniyetiyle bağlantılı olduğunu göstermektedir. Ayrıca, hekimlerin iş doyumunu ile hastaların tıbbi önerilere uyumu arasında önemli bir ilişki vardır. Tükenmişlik, hasta-hekim ilişkisini olumsuz etkileyerek hastaların memnuniyetini azaltabilir. Bu nedenle, hekimlerin tükenmişlik seviyelerinin düşük tutulması hastaların memnuniyetini artırabilir ve sağlık hizmeti sunumunun sonuçlarını olumlu olarak etkileyebilir (Williams ve ark., 2020; West ve ark., 2018).

#### **2.3.5.3. Sağlık sistemi üzerindeki sonuçları**

Tükenmişlik, hekimlerin iş performansını ve çalışma saatlerini azaltmaktadır. Bu durum, hekimlerin verimliliğini düşürürken, emeklilik dışındaki nedenlerle işlerinden ayrılmalarına sebep olmaktadır. Bu işgücü kayıpları, hastaların hekimlere ulaşımını azaltmakta ve sağlık sistemlerinin, hizmet verdikleri popülasyonların ihtiyaçlarını karşılamakta zorlanmasına yol açmaktadır (Patel ve ark., 2018; West ve ark., 2018).

Tükenmiş veya aşırı iş yüküyle çalışan hekimlerde hasta sevki artışı ve kaynakların daha fazla kullanımı gözlemlenmektedir. Ayrıca tıbbi hatalarda artış olması ve malpraktis davaları, işe gitmemeye ve iş verimindeki azalmaya sebep olmaktadır ki bu da dolaylı etkilerle sağlık harcamalarını artırmaktadır. Bu durum, hekimlerdeki tükenmişlik seviyelerinin yüksek olmasının ekonomik olarak negatif bir maliyeti olduğunu ortaya koymaktadır (West ve ark., 2018).

#### **2.3.6. Tükenmişlikle başa çıkma yöntemleri**

Tükenmişlikle alakalı yapılan çalışmaların temel amacı, tükenmişliği azaltmak ve daha da önemlisi tükenmişliğin oluşmasını engellemektir. Tükenmişlikle başa çıkma stratejilerini geliştirmek için öncelikle tükenmişliğin neden ve nasıl oluştuğunun, bireysel ve çevresel etkilerinin ne olduğunun anlaşılması gerekmektedir. Genellikle, bireysel, çevresel ve hatta sistemsel etkenlerin bir araya gelerek tükenmişliği tetiklediği düşünülür; bu nedenle, tükenmişliği bir sistem sorunu olarak ele almak önemlidir (Leiter ve Maslach, 2001).

#### **2.3.6.1. Çevresel düzeyde başa çıkma yöntemleri**

Çevresel koşulları iyileştirmeye yönelik önlemler, tükenmişliği azaltmada bireysel yöntemlerden daha kalıcıdır ve çevresel sorunların önlenmesi gerektiğini vurgular (Taycan ve ark., 2006). Bu yöntemler arasında çalışanların kişilik özelliklerinin değerlendirilmesi, yeni işe başlayanlara oryantasyon eğitimi verilmesi, görev ve sorumlulukların adil dağıtılması, tükenmişlik belirtileri gösterenlere destek sağlanması, kurum içi rotasyonların teşvik edilmesi, çalışma saatlerinin düzenlenmesi, dinlenme imkânlarının sağlanması, etkili ödüllendirme sisteminin kurulması, düzenli maaş ödemeleri, yeterli personel sağlanması, kariyer planlaması yapılması, hekimlerin mesai saatlerinin kontrol edilmesi ve çalışma ortamının güvenli hale getirilmesi sayılabilir (Kaçmaz, 2005; Liakopoulou ve ark., 2008).

#### **2.3.6.2. Bireysel düzeyde başa çıkma yöntemleri**

Yapılan çalışmalarda, sadece çevredeki kişilerin değiştirilmesiyle çevresel tükenmişlik sorunlarını tamamıyla çözmenin mümkün olmadığı görülmüştür. Tükenmişlikle baş edebilmek için bireylere de bazı sorumluluklar düşmektedir. Bu yöntemleri şu şekilde sıralayabiliriz: Tükenmişlik hakkında bilgi sahibi olmak; çalışılan işteki bilgi, yetki ve sorumlulukları tam olarak kavrayarak doğru iş seçimi yapmak; iş yerindeki ara dinlenmeleri etkili bir şekilde değerlendirerek kısa bir süre bile olsa işten uzaklaşıp dinlenmek; düzenli fiziksel egzersiz yapmak; iş dışı aktiviteler yapmak ve hobilerle uğraşmak; iş dışında sosyal destek ağları oluşturmak; iş ve sosyal hayatı birbirinden ayırmak; sigara, alkol ve benzeri maddelerden uzak durmak (Kaçmaz, 2005; Polatçı, 2007).

Araştırmalar, tükenmişlikle başa çıkmada çevresel faktörlerin bireysel faktörlerden daha önemli olduğunu göstermektedir. Bireysel başa çıkma yöntemleri DT üzerinde etkili olsa da DYS ve KB üzerinde belirgin bir etki yaratmaz. Ayrıca, bireysel yöntemler iş ortamındaki stres faktörleri üzerinde genellikle etkisizdir, çünkü bireyler bu faktörler üzerinde sınırlı kontrole sahiptir (Sürgevil, 2005). Bireysel yöntemlerin vurgulanmasının nedenleri vardır: Bireylerin tükenmişlikte bir dereceye kadar sorumluluğu vardır; çevreyi değiştirmektense kendini değiştirmek daha basit ve maliyet açısından uygundur; ayrıca iş ortamını kontrol etmenin zor olduğu durumlarda bireysel yöntemler daha önemlidir (Selçukoğlu, 2001).

### 2.3.7. Hekimlerde tükenmişlik

Tükenmişlik, özellikle sağlık hizmetleri sunan kişilerde, özellikle de hekimlerde yaygındır. Hekimler, tükenmişlik açısından yüksek risk taşır, çünkü yoğun iş yükü ve sınırlı serbestlik bu riski artırır (Charoentanyarak ve ark., 2020; McManus ve ark., 2011).

ABD'deki araştırmalarda, hekimlerin %50'sinin tükenmişlik yaşadığı, bu oranların son on yılda arttığı belirlenmiştir (Shanafelt ve ark., 2012; 2015). Hekimlik mesleği, uzun çalışma saatleri ve sürekli stres gibi faktörler nedeniyle tükenmişlik riski taşır. Bu durum, hastalara ilgi azalmasına ve iş performansının düşmesine yol açabilir (Cheung ve ark., 2020; Firth, 2001). Ayrıca, duygusal tükenmişlik içindeki hekimlerin hastalarının memnuniyeti düşer ve iyileşme süreleri uzar (Halbesleben ve Rathert, 2008).

Uzmanlık eğitimi de yüksek risk taşır, özellikle yoğun branşlarda çalışan asistan hekimlerde tükenmişlik yaygındır (Romceovich ve ark., 2018). Kanada'da yapılan bir araştırma, aile hekimliği uzmanlık öğrencilerinde iş yükü ve özerklik eksikliğinin tükenmişliğe katkıda bulunduğunu ortaya koymuştur (Rutherford ve Oda, 2014).

Tükenmişlik ayrıca, hekimlerde iş değişikliği düşüncelerine ve mesleki ilginin azalmasına neden olabilir (Firth, 2001).

Enerji dengesi metaforu, tükenmişliğin pozitif ve negatif enerji dengesinin bozulmasıyla ortaya çıktığını ifade eder (Drummond, 2015).

Avrupa İş Sağlığı ve Güvenliği Ajansı, iş kaynaklı sağlık şikayetleri arasında en yaygın olanlarının stres, bitkinlik ve anksiyete olduğunu belirlemiştir (McManus ve ark., 2011).

Hekimlerin tükenmişlik risk faktörleri hakkında bilgi sahibi olması ve gerektiğinde yardım almayı bilmesi önemlidir; bu, tükenmişliğin önlenmesi için kritik bir adımdır (Moss ve ark., 2016).

### **3. GEREÇ VE YÖNTEM**

#### **3.1. Araştırmanın Tipi**

Araştırmamız kesitsel tanımlayıcı nitelikte bir çalışma olarak tasarlanmıştır.

#### **3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı**

Kesitsel tipteki bu araştırmamız 01.02.2024-01.08.2024 tarihleri arasında yapılmış olup araştırmacılar tarafından google formlar aracılığıyla bir anket hazırlanmış ve Türkiye’de çalışan hekimlere sosyal medya uygulamaları ve çevrimiçi iletişim platformları aracılığıyla ulaştırılmıştır. Anket formu; sosyodemografik veriler, araştırmacılar tarafından hazırlanmış çalışma hayatı ile ilgili sorular ve MTÖ’den oluşmaktadır.

#### **3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi**

Türkiye’de çalışan uzman, pratisyen ve asistan hekimler ile diş hekimlerinin toplam sayısı olan 237.047 kişilik evrenden %50 bilinmeyen sıklık, %3 sapma ve %80 güven aralığında en az 455 bireyin araştırmaya dahil edilmesi hedeflenmiş ve 1312 kişi sayısına ve %97 güven aralığına ulaşılmıştır.

#### **3.4. Veri Toplama Aracı ve Yönetimi**

Veriler araştırmacılar tarafından hazırlanan anket (Ek-1) ile toplanmıştır. Anket araştırmacılar tarafından literatür taranarak oluşturulan tükenmişlik düzeylerini etkileyen etmenlerle ilgili sosyodemografik ve çalışma hayatı ile ilgili -verilen cevaplara göre açılan alt sorularla birlikte- en fazla toplam 44 adet soru, tükenmişlik düzeylerini ölçen MTÖ’nün yer aldığı 22 adet soru olmak üzere toplam en fazla 66 adet sorudan oluşmaktadır.

##### **3.4.1. Maslach tükenmişlik ölçeği**

Maslach Tükenmişlik Ölçeği 1981 yılında Maslach ve Jackson tarafından geliştirilmiş ve Maslach’ın adıyla literatüre geçmiştir. Maslach Tükenmişlik Ölçeği; DT, DYS ve KB olmak üzere üç alt ölçekten oluşmaktadır. Duygusal tükenme alt ölçeğinde 9 madde (1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20. maddeler), DYS alt ölçeğinde 5 madde (5, 10, 11, 15, 22. maddeler) ve KB alt ölçeğinde 8 madde (4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21. maddeler) olmak üzere toplamda 22 madde yer almaktadır. Her bir maddenin

basamaklandırılmasında yedi basamaklı likert tipi cevaplandırma yöntemi kullanılmıştır. Puanlama işlemi, ölçeğin her alt ölçeği için ayrı ayrı yapılır, toplam bir puan elde edilmez. Duygusal tükenme ve DYS alt ölçekleri olumsuz, KB alt ölçeği olumlu ifadelerden oluşmaktadır. Duygusal tükenme ve DYS alt ölçek puanlarının yüksekliği ve KB puanının düşüklüğü tükenmişliğin yüksek olduğunu gösterir (Maslach ve Jackson, 1981).

Maslach'ın geliştirdiği tükenmişlik ölçeği, yedi basamaklı cevap seçeneklerinin kültürümüze uygun olmaması gerekçesiyle, 1992 yılında Ergin tarafından Türkçe'ye uyarlanmış ve basamak sayısı beşe indirilmiştir. Sonuç olarak maddelerin yapısı şu şekilde değiştirilmiştir; 0: hiçbir zaman, 1: çok nadir, 2: bazen, 3: çoğu zaman, 4: her zaman. Bu puanların, MTÖ'nün üç alt ölçeği için ayrı ayrı toplanması ile DT için 0-36, DYS için 0-20 ve KB için 0-32 arasında değişen puanlar elde edilmektedir (Ergin, 1992).

Maslach Tükenmişlik Ölçeği alt boyutları olan DT, DYS ve KB'nin hangi puanlarda yüksek, orta ve düşük düzeyde olarak değerlendirildiği Tablo 3.1.'de verilmiştir. Buna göre DT alt ölçeğinde alınan  $\geq 27$  puan yüksek DT, DYS alt ölçeğinde alınan  $\geq 13$  puan yüksek DYS ve KB alt ölçeğinde alınan  $\geq 29$  puan düşük KB olarak değerlendirilir (Tablo 3.1.).

Duygusal tükenme alt ölçeği hesaplanırken anket formundaki 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20 numaralı soruların karşılığı olan puanlar toplanılır. Duygusal tükenme için 0-36 arasında değişen puan değerlendirilirken, 0-16 arası puan düşük düzey tükenmişlik, 17-26 arası puan orta düzey tükenmişlik, 27 ve üzeri puan ise yüksek düzey tükenmişlik olarak kabul edilmiştir (Ergin, 1992; Tablo 3.1.).

Duyarsızlaşma alt ölçeği hesaplanırken anket formundaki 5, 10, 11, 15, 22 numaralı soruların karşılığı olan puanlar toplanılır. Duyarsızlaşma için 0-20 arasında değişen puan değerlendirilirken, 0-6 arası puan düşük düzey tükenmişlik, 7-12 arası puan orta düzey tükenmişlik, 13 ve üzeri puan ise yüksek düzey tükenmişlik olarak kabul edilmiştir (Ergin, 1992; Tablo 3.1.).

Kişisel başarı alt boyutu hesaplanırken anket formundaki 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21 numaralı soruların karşılığı olan puanlar toplanılır. Kişisel başarı için 0-32 arasında

değişen puan değerlendirilirken, 0-21 arası puan yüksek düzey tükenmişlik, 22-28 arası puan orta düzey tükenmişlik, 29 ve üzeri puan ise düşük düzey tükenmişlik olarak kabul edilmiştir (Ergin, 1992; Tablo 3.1.).

**Tablo 3.1.** Maslach Tükenmişlik Ölçeği alt boyutlandırma değerleri (Ergin, 1992'den kullanılmıştır)

| Alt Boyut        | Yüksek | Orta  | Düşük |
|------------------|--------|-------|-------|
| Duygusal Tükenme | ≥27    | 17-26 | 0-16  |
| Duyarsızlaşma    | ≥13    | 7-12  | 0-6   |
| Kişisel Başarı   | 0-21   | 22-28 | ≥29   |

### 3.5. Verilerin Analizi

Araştırma verisi “SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 22.0 (SPSS Inc, Chicago, IL)” aracılığıyla bilgisayar ortamına yüklendi ve değerlendirildi. Tanımlayıcı istatistikler ortalama±standart sapma (minimum-maksimum), ortanca (çeyrekler arası aralık), frekans dağılımı ve yüzde olarak sunuldu. Kategorik değişkenlerin değerlendirmesinde Pearson Ki-Kare Testi ve Fisher'in Kesin Testi (Fisher's Exact Test) uygulandı. Değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu görsel (histogram ve olasılık grafikleri) ve analitik yöntemler (Kolmogorov-Smirnov Testi/Shapiro Wilk Testi) kullanılarak incelendi. Normal dağılıma uymadığı saptanan değişkenler için iki bağımsız grup arasındaki istatistiksel anlamlılıklarda Mann-Whitney U Testi, üç bağımsız grup arasında Kruskal Wallis Testi istatistiksel yöntem olarak kullanıldı. Anlamlı fark saptandığında farkın kaynağına yönelik post-hoc ikili karşılaştırmalarda Bonferroni düzeltmesi uygulandı. Değişkenler arasındaki ilişki Spearman Korelasyon Testi ile değerlendirildi. Korelasyon katsayısı 0-0.30 arası “zayıf düzeyde”, 0.31-0.70 arası “orta düzeyde” ve 0.71-1.00 arası “güçlü düzeyde” ilişki olarak yorumlandı. İstatistiksel anlamlılık düzeyi  $p<0.05$  olarak kabul edildi.

### 3.6. Araştırmanın Kısıtlılıkları

Çalışma tasarımı neden-sonuç ilişkilerinin belirlenmesini zorlaştırır; sadece mevcut durumu tanımlar. Anketin kendi bildirime dayalı olması, katılımcıların yanıtlarında yanlılık olasılığını artırır. Sadece sosyal medya ve çevrimiçi iletişim platformları

aracılığıyla anketin ulaştırılması, hedef kitlede bazı grupların dışlanmış olabileceği anlamına gelebilir.

### **3.7. Araştırmanın Etik Yönü**

Araştırma, Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'nun 30.01.2024 evrak tarih ve 330215-12 sayılı onayı ile gerçekleştirilmiştir (Ek-2). Maslach Tükenmişlik Ölçeği kullanımı için gerekli izinler alınmıştır (Ek-3).



## 4. BULGULAR

Araştırmaya Türkiye’de çalışan 1312 hekim katılmıştır. Araştırmaya katılan 1312 katılımcının yaş ortalaması  $37,27 \pm 9,35$  Standart Sapma (SS) yıldır. Araştırmaya katılan katılımcılardan en küçüğü 23, en büyüğü ise 70 yaşındadır. Katılımcıların %30,3’ü 30 yaş ve altında, %38,2’si 31-40 yaş arasında ve %31,6’sı 40 yaşından büyüktür. Katılımcıların %50,5’i kadın, %70,0’ı evli iken %55,0’nının en az bir çocuğu vardı. Ayrıca hekimlerin %23,9’u sigara, %27,5’i ise alkol kullanmaktadır. Hekimlerin %26,1’inin kronik bir hastalığı vardır. Çalışmamıza katılan hekimlerin %99,1’i (1300) Türkiye Cumhuriyeti vatandaşı iken %0,9’u (12) YBU olarak çalışmaktadır (Tablo 4.1.).

**Tablo 4.1.** Hekimlerin bazı tanımlayıcı özellikleri

|                                | (n=1312)           |
|--------------------------------|--------------------|
| <b>Yaş (yıl)</b>               | 37,27±9,35 (23-70) |
| <b>Yaş Grubu</b>               |                    |
| ≤30 yaş                        | 397 (30,3)         |
| 31-40 yaş                      | 501 (38,2)         |
| ≥41 yaş                        | 414 (31,6)         |
| <b>Cinsiyet</b>                |                    |
| Erkek                          | 649 (49,5)         |
| Kadın                          | 663 (50,5)         |
| <b>Medeni Durum</b>            |                    |
| Evli                           | 918 (70,0)         |
| Bekar                          | 351 (26,8)         |
| Boşanmış                       | 39 (3,0)           |
| Dul                            | 4 (0,3)            |
| <b>Çocuk Varlığı</b>           | 721 (55,0)         |
| <b>Sigara Kullanma Durumu</b>  |                    |
| Bırakmış                       | 121 (9,2)          |
| Kullanıyor                     | 313 (23,9)         |
| Kullanmıyor                    | 878 (66,9)         |
| <b>Alkol Kullanma Durumu</b>   |                    |
| Bırakmış                       | 29 (2,2)           |
| Kullanıyor                     | 361 (27,5)         |
| Kullanmıyor                    | 922 (70,3)         |
| <b>Kronik Hastalık Varlığı</b> | 343 (26,1)         |
| <b>Uyruk</b>                   |                    |
| T.C. vatandaşı                 | 1300 (99,1)        |
| Yabancı uyruklu                | 12 (0,9)           |

Sürekli değişkenler “ortalama±standart sapma (minimum-maksimum)”, kategorik değişkenler “sayı (yüzde)” olarak sunulmuştur; n: Hekim sayısı; yüzdelerin toplamı yuvarlamalardan dolayı %100 olarak çıkmayabilir.

Araştırmaya katılmayı kabul eden hekimlerin İBBS-1 bölgelerine ve kapsadığı illere göre dağılımı Tablo 4.2.'de sunulmuştur.

**Tablo 4.2.** İBBS-1 göre hekimlerin çalıştığı bölgeler

| Düzey 1 Bölge<br>Adı | Kapsadığı İller                                                                     | (n=1312)   |
|----------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| İstanbul             | İstanbul                                                                            | 145 (11,1) |
| Batı Marmara         | Tekirdağ, Edirne, Kırklareli, Balıkesir, Çanakkale                                  | 53 (4,0)   |
| Ege                  | İzmir, Aydın, Denizli, Muğla, Manisa, Afyonkarahisar, Kütahya, Uşak                 | 144 (11,0) |
| Doğu Marmara         | Bursa, Eskişehir, Bilecik, Kocaeli, Sakarya, Düzce, Bolu, Yalova                    | 482 (36,7) |
| Batı Anadolu         | Ankara, Konya, Karaman                                                              | 102 (7,8)  |
| Akdeniz              | Antalya, Isparta, Burdur, Adana, Mersin, Hatay, Kahramanmaraş, Osmaniye             | 84 (6,4)   |
| Orta Anadolu         | Kırıkkale, Aksaray, Niğde, Nevşehir, Kırşehir, Kayseri, Sivas, Yozgat               | 29 (2,2)   |
| Batı Karadeniz       | Zonguldak, Karabük, Bartın, Kastamonu, Çankırı, Sinop, Samsun, Tokat, Çorum, Amasya | 40 (3,0)   |
| Doğu Karadeniz       | Trabzon, Ordu, Giresun, Rize, Artvin, Gümüşhane                                     | 58 (4,4)   |
| Kuzeydoğu Anadolu    | Erzurum, Erzincan, Bayburt, Ağrı, Kars, Iğdır, Ardahan                              | 20 (1,5)   |
| Ortadoğu Anadolu     | Malatya, Elazığ, Bingöl, Tunceli, Van, Muş, Bitlis, Hakkari                         | 85 (6,5)   |
| Güneydoğu Anadolu    | Gaziantep, Adıyaman, Kilis, Şanlıurfa, Diyarbakır, Mardin, Batman, Şırnak, Siirt    | 70 (5,3)   |

Değişkenler "sayı (yüzde)" olarak sunulmuştur; n: Hekim sayısı; yüzdelerin toplamı yuvarlamalardan dolayı %100 olarak çıkmayabilir.

Katılımcıların %91,8'i (1205) tıp hekimi iken %8,2'si (107) diş hekimidir. Çalışmaya katılan tıp hekimlerinin %33,6'sı (405) uzman hekim; %29,3'ü (353) asistan hekim; %22,6'sı (272) pratisyen hekim; %2,1'i (25) doktor öğretim üyesi; %4,5'i (54) doçent doktor; %2,7'si (33) profesör doktor; %2,3'ü (28) yan dal uzmanı; %2'si (24) yan dal asistanı; %0,9'u (11) iş yeri hekimi olarak çalışmaktadır. Çalışmaya katılan tıp hekimlerinden uzmanlık yapanların (pratisyen hekim olarak çalışanlar ve iş yeri olarak çalışanlar hariç) %72,2'si (666) dahili tıp bilimlerine, %23,6'sı (218) cerrahi tıp bilimlerine, %4,1'i (38) temel tıp bilimlerine bağlı olarak çalışmaktadır. Çalışmaya katılan diş hekimlerinin %77,6'sı (83) diş hekimi; %17,8'i (19) uzman diş hekimi, %1,9'u (2) asistan diş hekimi, %1,9'u (2) doktor öğretim üyesi, %0,9'u (1) profesör doktor kadrosunda çalışmaktadır (Tablo 4.3.).

**Tablo 4.3.** Hekimlerin mesleki uzmanlıkları ile ilgili bazı özellikleri

|                                                             | n (%)       |
|-------------------------------------------------------------|-------------|
| <b>Meslek (n=1312)</b>                                      |             |
| Tıp hekimi                                                  | 1205 (91,8) |
| Diş hekimi                                                  | 107 (8,2)   |
| <b>Tıp Hekimlerinin Ünvanı (n=1205)</b>                     |             |
| Uzman değil                                                 |             |
| Pratisyen hekim                                             | 272 (22,6)  |
| İş yeri hekimi*                                             | 11 (0,9)    |
| Uzman/Uzmanlık öğrencisi                                    |             |
| Asistan hekim                                               | 353 (29,3)  |
| Uzman hekim                                                 | 405 (33,6)  |
| Yan dal asistanı                                            | 24 (2,0)    |
| Yan dal uzmanı                                              | 28 (2,3)    |
| Doktor Öğretim üyesi                                        | 25 (2,1)    |
| Doçent doktor                                               | 54 (4,5)    |
| Profesör doktor                                             | 33 (2,7)    |
| <b>Tıp Hekimlerinin Çalıştıkları Bilim Alanları (n=922)</b> |             |
| Dahili bilimler                                             | 666 (72,2)  |
| Cerrahi bilimler                                            | 218 (23,6)  |
| Temel bilimler                                              | 38 (4,1)    |
| <b>Diş Hekimlerinin Ünvanı (n=107)</b>                      |             |
| Uzman değil                                                 |             |
| Diş hekimi                                                  | 83 (77,6)   |
| Uzman/Uzmanlık Öğrencisi                                    |             |
| Asistan diş hekimi                                          | 2 (1,9)     |
| Uzman diş hekimi                                            | 19 (17,8)   |
| Doktor öğretim üyesi                                        | 2 (1,9)     |
| Profesör doktor                                             | 1 (0,9)     |

n: Hekim sayısı; %: Yüzde, \*İş yeri hekimi olarak çalışan 11 hekim sadece iş yeri hekimliği yapmaktadır; yüzdelerin toplamı yuvarlamalardan dolayı %100 olarak çıkmayabilir.

Hekimlerin meslekleri ile ilgili bazı özellikleri Tablo 4.4.'te sunulmuştur. Katılımcıların hekim olarak çalışma süresi ortalama  $12,36 \pm 9,44$  (min:1-maks:44) yıl olup %30,4'ü 15 yıldan fazla süredir hekimlik yaparken %31,2'si 5 yıl ve daha az süredir hekimlik yapıyordu. Hekimlerin %93,1'i kamuya ait sağlık kuruluşlarında çalışırken %22,7'si birinci basamak, %24,1'i ikinci basamak ve %53,1'i üçüncü basamakta çalışıyordu. Kamuda çalışan 1222 hekimin %37,1'i kamudan özel sektöre

geçmeyi isterken özel sektörde çalışan 90 hekimin %22,2'si özel sektörden kamuya geçmeyi istiyordu. Mesleği bırakmayı düşünenler tüm hekimlerin %51,7'sini oluşturuyordu.

**Tablo 4.4.** Hekimlerin meslekleri ile ilgili bazı özellikleri

|                                                           | (n=1312)          |
|-----------------------------------------------------------|-------------------|
| <b>Hekim olarak çalışma süresi (yıl)</b>                  | 12,36±9,44 (1-44) |
| <b>Hekimlik Süresi Grubu</b>                              |                   |
| ≤5 yıl                                                    | 409 (31,2)        |
| 6-15 yıl                                                  | 504 (38,4)        |
| ≥16 yıl                                                   | 399 (30,4)        |
| <b>Çalışılan Sektör</b>                                   |                   |
| Kamu                                                      | 1222 (93,1)       |
| Özel                                                      | 90 (6,9)          |
| <b>Kamuda Çalışılan Sağlık Kuruluşu Basamağı (n=1222)</b> |                   |
| Birinci basamak                                           | 278 (22,7)        |
| İkinci basamak                                            | 295 (24,1)        |
| Üçüncü basamak                                            | 649 (53,1)        |
| <b>Kamudan Özel Sektöre Geçme isteği (n=1222)</b>         |                   |
| İstiyor                                                   | 453 (37,1)        |
| İstemiyor                                                 | 769 (62,9)        |
| <b>Özel Sektörden Kamuya Geçme İsteği (n=90)</b>          |                   |
| İstiyor                                                   | 20 (22,2)         |
| İstemiyor                                                 | 70 (77,8)         |
| <b>Mesleği Bırakma Düşüncesi</b>                          |                   |
| Var                                                       | 678 (51,7)        |
| Yok                                                       | 634 (48,3)        |
| <b>İş Yeri Hekimliği Yapma Durumu (n=1222)</b>            |                   |
| Yapıyor*                                                  | 56 (4,6)          |
| Yapmıyor                                                  | 1166 (88,9)       |
| <b>İdari Görev Yapma Durumu</b>                           |                   |
| Yapıyor                                                   | 78 (5,9)          |
| Geçmişte yapmış, şu anda yapmıyor                         | 157 (12,0)        |
| Hiç yapmamış                                              | 1077 (82,1)       |

Sürekli değişkenler "ortalama±standart sapma (minimum-maksimum)", kategorik değişkenler "sayı (yüzde)" olarak sunulmuştur; n: Hekim sayısı, \*İş yeri hekimliği yapan 56 hekim vardır, bunların 11 tanesi sadece iş yeri hekimi olarak çalışmakta iken (Tablo 4.3) 45'i kamudaki çalışmasına ek olarak iş yeri hekimliği de yapmaktadır; yüzdelerin toplamı yuvarlamalardan dolayı %100 olarak çıkmayabilir.

Hekimlerin mesleklerini icrası sırasında davalık olma durumu ile şiddete maruz kalma, maruz kalınan şiddet türü, beyaz kod verme durumu ve mobbinge maruz kalma durumu Tablo 4.5.'te sunulmuştur.

Araştırmaya katılan hekimlerin %45,2'si mesleğinin icrası nedeniyle davalık olduğunu, %87,0'ı ise sözel ya da fiziksel şiddete maruz kaldığını ifade ederken bunların %80,4'ü sözel şiddet, %0,9'u fiziksel şiddet ve %18,7'si hem sözel hem de fiziksel şiddetti. Şiddete maruz kalan hekimlerin %48,2'si beyaz kod verdiğini belirtti. Hekimlerin %73,2'si üstleri veya diğer çalışma arkadaşları tarafından mobbinge maruz kaldığını belirtti (Tablo 4.5.).

**Tablo 4.5.** Hekimlerin mesleklerini icrası sebebiyle herhangi bir davasının olması ile şiddete maruz kalma, maruz kalınan şiddet türü, beyaz kod verme durumu ve mobbinge maruz kalma durumu

|                                                                                           | n (%)       |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| <b>Mesleği Nedeniyle Davasının Olma Durumu (n=1312)</b>                                   |             |
| Olmuş                                                                                     | 593 (45,2)  |
| Olmamış                                                                                   | 719 (54,8)  |
| <b>Mesleğin İcrası Sırasında Sözel ya da Fiziksel Şiddete Maruz Kalma Durumu (n=1312)</b> |             |
| Kalmış                                                                                    | 1142 (87,0) |
| Kalmamış                                                                                  | 170 (13,0)  |
| <b>Maruz Kalınan Şiddet Türü (n=1142)</b>                                                 |             |
| Fiziksel şiddet                                                                           | 10 (0,9)    |
| Hem sözel hem fiziksel şiddet                                                             | 214 (18,7)  |
| Sözel şiddet                                                                              | 918 (80,4)  |
| <b>Maruz Kalınan Şiddet Olayı Sonrası Beyaz Kod Verme Durumu (n=1142)</b>                 |             |
| Vermiş                                                                                    | 551 (48,2)  |
| Vermemiş                                                                                  | 591 (51,8)  |
| <b>Mobbinge Maruz Kalma Durumu (n=1312)</b>                                               |             |
| Kalmış                                                                                    | 960 (73,2)  |
| Kalmamış                                                                                  | 352 (26,8)  |

n: Hekim sayısı; %: Yüzde

Tıp hekimlerinin mesleki çalışma şartları ile ilgili bazı özellikleri Tablo 4.6.'da sunulmuştur.

İncelenen tıp hekimlerinin %80,1'i poliklinikte çalışıyordu. Poliklinikte çalışan 965 tıp hekiminin %23,5'i günlük ortalama 80'in üzerinde hasta bakarken %27'si 40 ve daha az hasta bakıyordu. Hekimlerin %52,5'i ayda en az 1 nöbet tutuyordu. En sık tutulan nöbet türü %50,7 ile branş nöbeti iken bunu %25,0 ile acil nöbeti, %16,6 ile icap nöbeti ve %7,7 ile normal nöbet izliyordu. Nöbet tutan tıp hekimlerinin %18,3'ü aylık ortalama 9 ve daha fazla nöbet tutarken %39,5'i 4 ve daha az nöbet tutuyordu (Tablo 4.6.).

**Tablo 4.6.** Tıp hekimlerinin mesleki çalışma şartları ile ilgili bazı özellikleri

|                                                                       | n (%)      |
|-----------------------------------------------------------------------|------------|
| <b>Poliklinikte Çalışma Durumu (n=1205)</b>                           |            |
| Çalışıyor                                                             | 965 (80,1) |
| Çalışmıyor                                                            | 240 (19,9) |
| <b>Poliklinikte Çalışanların Ortalama Günlük Hasta Sayısı (n=965)</b> |            |
| 0-20                                                                  | 97 (10,1)  |
| 21-40                                                                 | 170 (17,6) |
| 41-60                                                                 | 243 (25,2) |
| 61-80                                                                 | 229 (23,7) |
| 81-100                                                                | 126 (13,1) |
| >100                                                                  | 100 (10,4) |
| <b>Nöbet Tutma Durumu (n=1205)</b>                                    |            |
| Tutuyor                                                               | 633 (52,5) |
| Tutmuyor                                                              | 572 (47,5) |
| <b>En Sık Tutulan Nöbet Türü (n=633)</b>                              |            |
| Branş nöbeti                                                          | 321 (50,7) |
| Acil servis nöbeti                                                    | 158 (25,0) |
| İcap nöbeti                                                           | 105 (16,6) |
| Normal nöbet (idari, şef nöbeti, vb.)                                 | 49 (7,7)   |
| <b>Aylık Ortalama Nöbet Sayısı (n=633)</b>                            |            |
| 1-4                                                                   | 250 (39,5) |
| 5-8                                                                   | 267 (42,2) |
| 9-12                                                                  | 81 (12,8)  |
| >12                                                                   | 35 (5,5)   |

n: Hekim sayısı; %: Yüzde; yüzdelerin toplamı yuvarlamalardan dolayı %100 olarak çıkmayabilir.

Hekimlerin fiziksel çalışma şartları ile ilgili bazı özellikleri tablo 4.7.'de sunulmuştur. Hekimlerin %56,9'u çalışma ortamının fiziksel durumunun kötü olduğunu belirtirken %17,5'i iyi olduğunu ifade etti. İncelenen hekimlerin %51,1'i yeterli sayıda hekim dışı sağlık personeli ile çalışmadığını belirtti. Yılda ortalama 15 günden fazla yıllık izin kullanan hekimler tüm hekimlerin %44,2'sini oluşturuyordu. Hekimlerin %24,8'i aylık gelirinin kötü olduğunu ifade ederken %9,4'ü iyi olduğunu belirtti (Tablo 4.7.).

**Tablo 4.7.** Hekimlerin fiziksel çalışma şartları ile ilgili bazı özellikleri

|                                                                   | n (%)      |
|-------------------------------------------------------------------|------------|
| <b>Çalışma Ortamının Fiziksel Durumunu Değerlendirme (n=1312)</b> |            |
| İyi                                                               | 229 (17,5) |
| Orta                                                              | 337 (25,7) |
| Kötü                                                              | 746 (56,9) |
| <b>Yeterli Sayıda Hekim Dışı SP ile Çalışma Durumu (n=1312)</b>   |            |
| Çalışıyor                                                         | 641 (48,9) |
| Çalışmıyor                                                        | 671 (51,1) |
| <b>Ortalama Kullanılan Yıllık İzin Süresi (n=1312)</b>            |            |
| 0                                                                 | 47 (3,6)   |
| 1-5 gün                                                           | 79 (6,0)   |
| 6-10 gün                                                          | 243 (18,5) |
| 11-15 gün                                                         | 363 (27,7) |
| 16-20 gün                                                         | 343 (26,1) |
| >20 gün                                                           | 237 (18,1) |
| <b>Aylık Gelir Algısı Durumu (n=1312)</b>                         |            |
| İyi                                                               | 123 (9,4)  |
| Orta                                                              | 864 (65,9) |
| Kötü                                                              | 325 (24,8) |

n: Hekim sayısı; %: Yüzde; SP: Sağlık Personeli; yüzdelerin toplamı yuvarlamalardan dolayı %100 olarak çıkmayabilir.

Hekimlerin yurt dışında çalışmayı isteme durumu, bunun için çaba gösterme ve işi nedeniyle herhangi bir hobisinden vazgeçme durumu Tablo 4.8.'de sunulmuştur.

Araştırmaya katılan hekimlerin %61,4'ü mesleki nedenlerle yurt dışında çalışmayı isterken %27,2'si bunun için bir çaba gösteriyordu. Hekimlerin %68,6'sı işi nedeniyle düzenli olarak yaptığı bir hobisinden vazgeçmek zorunda kalmıştı (Tablo 4.8.).

**Tablo 4.8.** Hekimlerin yurt dışında çalışmayı isteme durumu ile bunun için çaba gösterme durumu ve işi nedeniyle bir hobisinden vazgeçme durumu

| (n=1312)                                                              | n (%)      |
|-----------------------------------------------------------------------|------------|
| <b>Mesleki Sebeplerden Ötürü Yurt Dışında Çalışmayı İsteme Durumu</b> |            |
| İstiyor                                                               | 806 (61,4) |
| İstemiyor                                                             | 506 (38,6) |
| <b>Yurt Dışında Çalışmak İçin Çaba Gösterme Durumu</b>                |            |
| Gösteriyor                                                            | 357 (27,2) |
| Göstermiyor                                                           | 955 (72,8) |
| <b>İş Nedeniyle Düzenli Yaptığı Bir Hobisinden Vazgeçme Durumu</b>    |            |
| Vazgeçmiş                                                             | 900 (68,6) |
| Vazgeçmemiş                                                           | 412 (31,4) |

n: Hekim sayısı; %: Yüzde

Hekimlere uygulanan MTÖ skorları tablo 4.9.'da sunulmuştur.

Hekimlere uygulanan MTÖ'nün DT alt ölçek skoru ortalaması  $22,28 \pm 8,29$ , DYS alt ölçek skoru ortalaması  $8,68 \pm 4,75$  ve KB alt ölçek skoru ortalaması  $18,87 \pm 5,95$  idi (Tablo 4.9.).

**Tablo 4.9.** Hekimlere uygulanan Maslach Tükenmişlik Ölçeği skorları

|                                            | ort $\pm$ SD     | medyan (%25-75) |
|--------------------------------------------|------------------|-----------------|
| <b>Maslach Tükenmişlik Ölçeği (n=1312)</b> |                  |                 |
| Duygusal Tükenme                           | $22,28 \pm 8,29$ | 22 (16-29)      |
| Duyarsızlaşma                              | $8,68 \pm 4,75$  | 8 (5-12)        |
| Kişisel Başarı                             | $18,87 \pm 5,95$ | 19 (15-23)      |

n: Hekim sayısı; ort: Ortalama; SD: Standart sapma; %25-75: çeyrekler arası aralık

Hekimlerin MTÖ'ye göre tükenmişlik düzeyleri Tablo 4.10.'da sunulmuştur.

İncelenen hekimlerin %46,3'ünün DT düzeyi yüksek iken %43,2'sinin orta ve %10,5'inin düşüktü. Duyarsızlaşma alt ölçeğine bakılacak olursa hekimlerin %16,2'sinin DYS düzeyi yüksek, %49,0'ının orta ve %34,8'inin düşüktü. Hekimlerin %33,9'unun KB düzeyi yüksek, %57,4'ünün orta ve %8,7'sinin düşüktü (Tablo 4.10.).

**Tablo 4.10.** Hekimlerin Maslach Tükenmişlik Ölçeği'ne göre tükenmişlik düzeyleri

| (n=1312)                | n (%)      |
|-------------------------|------------|
| <b>Duygusal Tükenme</b> |            |
| Düşük (0-11)            | 138 (10,5) |
| Orta (12-23)            | 567 (43,2) |
| Yüksek (24-36)          | 607 (46,3) |
| <b>Duyarsızlaşma</b>    |            |
| Düşük (0-6)             | 456 (34,8) |
| Orta (7-13)             | 643 (49,0) |
| Yüksek (14-20)          | 213 (16,2) |
| <b>Kişisel Başarı</b>   |            |
| Düşük (0-10)            | 114 (8,7)  |
| Orta (11-21)            | 753 (57,4) |
| Yüksek (22-32)          | 445 (33,9) |

n: Hekim sayısı; %: Yüzde

Hekimlerin bazı tanımlayıcı özelliklerine göre MTÖ skorlarının dağılımı tablo 4.11.'de sunulmuştur.

İncelenen hekimlerin yaş grupları arasında MTÖ DT ve DYS alt ölçek skorları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ( $p<0,05$ ). Yapılan post-hoc ikili karşılaştırmalar sonucu anlamlı farkların 40 yaşın üzerinde olan hekimlerden kaynaklandığı anlaşıldı. Kırk yaşın üzerindeki hekimlerin MTÖ DT ve DYS alt ölçek skorları 31-40 yaş arasında olanlarla 31 yaşın altında olanlardan anlamlı olarak düşüktü (Tablo 4.11.).

Diğer taraftan hekimlerin yaş grupları arasında MTÖ KB alt ölçek skoru açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ( $p>0,05$ ) (Tablo 4.11.).

Kadın hekimlerin MTÖ DT alt ölçek skoru erkeklerden anlamlı olarak yüksekti ( $p=0,002$ ) (Tablo 4.11.).

Hekimlerin cinsiyetleri arasında MTÖ DYS ve KB alt ölçek skorları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ( $p>0,05$ ) (Tablo 4.11.).

Bekar olan hekimlerin MTÖ DT ve DYS alt ölçek skorları evlilerden anlamlı olarak yüksekti ( $p<0,05$ ) (Tablo 4.11.).

Hekimlerin medeni durumları arasında MTÖ KB alt ölçek skoru açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ( $p>0,05$ ) (Tablo 4.11.).

Çocuğu olan hekimlerin MTÖ DT ve DYS alt ölçek skorları çocuğu olmayanlardan anlamlı olarak düşüktü ( $p<0,05$ ) (Tablo 4.11.).

Hekimlerin çocuk sahibi olma durumları arasında MTÖ KB alt ölçek skoru açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ( $p>0,05$ ) (Tablo 4.11.).

Sigara kullanan hekimlerin MTÖ DT ve DYS alt ölçek skorları kullanmayanlardan anlamlı olarak yüksekti ( $p<0,05$ ) (Tablo 4.11.).

Hekimlerin sigara kullanma durumları arasında MTÖ KB alt ölçek skoru açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ( $p>0,05$ ) (Tablo 4.11.).

Alkol kullanan hekimlerin MTÖ DYS alt ölçek skoru kullanmayanlardan anlamlı olarak yüksekti ( $p<0,001$ ) (Tablo 4.11.).

Hekimlerin alkol kullanıp kullanmama durumları arasında MTÖ DT ve KB alt ölçek skorları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ( $p>0,05$ ) (Tablo 4.11.).

Hekimlerin kronik hastalık durumları arasında MTÖ DT, DYS ve KB alt ölçek skorları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ( $p>0,05$ ) (Tablo 4.11.).

T.C. vatandaşı olan hekimlerin MTÖ DT ve DYS alt ölçek skorları YBU hekimlerden anlamlı olarak yüksekti ( $p<0,05$ ) (Tablo 4.11.).

Hekimlerin uyrukları arasında MTÖ KB alt ölçek skoru açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ( $p>0,05$ ) (Tablo 4.11.).

**Tablo 4.11.** Hekimlerin bazı tanımlayıcı özelliklerine göre Maslach Tükenmişlik Ölçeği skorlarının dağılımı

| Maslach Tükenmişlik Ölçeği    |                                 |                                |                   |
|-------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|-------------------|
|                               | Duygusal Tükenme                | Duyarsızlaşma                  | Kişisel Başarı    |
| <b>Yaş Grubu</b>              |                                 |                                |                   |
| ≤30 yaş (n=397)               | 22,92±7,90 (0-36)               | 9,56±4,44 (0-20)               | 18,98±5,16 (1-31) |
| 31-40 yaş (n=501)             | 22,88±8,01 (0-36)               | 8,96±4,64 (0-20)               | 18,91±5,94 (0-32) |
| ≥41 yaş (n=414)               | 20,93±8,82 (0-36) <sup>ab</sup> | 7,48±4,94 (0-20) <sup>ab</sup> | 18,71±6,64 (0-32) |
| <i>p</i> <sup>1</sup>         | <b>0,001*</b>                   | <b>&lt;0,001*</b>              | 0,677             |
| <b>Cinsiyet</b>               |                                 |                                |                   |
| Erkek (n=649)                 | 21,52±8,57 (0-36)               | 8,79±4,90 (0-20)               | 18,68±6,18 (0-32) |
| Kadın (n=663)                 | 23,02±7,94 (0-36)               | 8,56±4,59 (0-20)               | 19,05±5,72 (1-32) |
| <i>p</i> <sup>2</sup>         | <b>0,002*</b>                   | 0,429                          | 0,327             |
| <b>Medeni Durum</b>           |                                 |                                |                   |
| Evli (n=918)                  | 21,89±8,41 (0-36)               | 8,42±4,79 (0-20)               | 18,94±6,06 (0-32) |
| Bekar (n=394)                 | 23,17±7,93 (0-36)               | 9,26±4,60 (0-20)               | 18,69±5,68 (1-32) |
| <i>p</i> <sup>2</sup>         | <b>0,018*</b>                   | <b>0,001*</b>                  | 0,471             |
| <b>Çocuk Durumu</b>           |                                 |                                |                   |
| Var (n=721)                   | 21,51±8,59 (0-36)               | 8,16±4,86 (0-20)               | 19,08±6,35 (0-32) |
| Yok (n=591)                   | 23,21±7,81 (0-36)               | 9,30±4,54 (0-20)               | 18,60±5,42 (0-32) |
| <i>p</i> <sup>2</sup>         | <b>&lt;0,001*</b>               | <b>&lt;0,001*</b>              | 0,047             |
| <b>Sigara Kullanma Durumu</b> |                                 |                                |                   |
| Kullanıyor (n=313)            | 23,16±8,52 (0-36)               | 9,45±4,94 (0-20)               | 18,94±6,09 (0-32) |
| Kullanmıyor/Bırakmış (n=999)  | 22,00±8,20 (0-36)               | 8,43±4,66 (0-20)               | 18,84±5,91 (0-32) |
| <i>p</i> <sup>2</sup>         | <b>0,021*</b>                   | <b>0,001*</b>                  | 0,974             |
| <b>Alkol Kullanma Durumu</b>  |                                 |                                |                   |
| Kullanıyor (n=361)            | 22,85±7,95 (1-36)               | 9,56±4,69 (0-20)               | 18,74±5,72 (3-32) |
| Kullanmıyor/Bırakmış (n=951)  | 22,06±8,41 (0-36)               | 8,34±4,73 (0-20)               | 18,91±6,04 (0-32) |
| <i>p</i> <sup>2</sup>         | 0,138                           | <b>&lt;0,001*</b>              | 0,573             |
| <b>Kronik Hastalık Durumu</b> |                                 |                                |                   |
| Var (n=343)                   | 22,28±8,21 (0-36)               | 8,44±4,87 (0-20)               | 18,81±6,29 (4-32) |
| Yok (n=969)                   | 22,27±8,32 (0-36)               | 8,76±4,70 (0-20)               | 18,89±5,83 (0-32) |
| <i>p</i> <sup>2</sup>         | 0,967                           | 0,182                          | 0,655             |
| <b>Uyruk</b>                  |                                 |                                |                   |
| T.C. vatandaşı (n=1300)       | 22,32±8,30 (0-36)               | 8,70±4,75 (0-20)               | 18,88±5,96 (0-32) |
| Yabancı uyruklu (n=12)        | 17,00±4,33 (11-25)              | 6,17±4,55 (2-17)               | 17,83±4,71 (8-23) |
| <i>p</i> <sup>2</sup>         | <b>0,012*</b>                   | <b>0,047*</b>                  | 0,619             |

Değişkenler "ortalama±standart sapma (minimum-maksimum)" olarak sunulmuştur; n: Hekim sayısı; <sup>1</sup>Kruskal Wallis Testi;

<sup>2</sup>Mann-Whitney U Testi; \*Post-hoc ikili karşılaştırmada "≤30 yaş" ile anlamlı fark saptandı; <sup>b</sup>Post-hoc ikili karşılaştırmada "31-40 yaş" ile anlamlı fark saptandı; \*p<0,05

Hekimlerin mesleki uzmanlıkları ile ilgili bazı özelliklerine göre MTÖ skorlarının dağılımı tablo 4.12.'de sunulmuştur.

Tıp hekimlerinin MTÖ DT ve DYS alt ölçek skorları diş hekimlerinden anlamlı olarak düşüktü ( $p<0,05$ ) (Tablo 4.12.).

Tıp hekimleri ve diş hekimleri arasında MTÖ KB alt ölçek skoru açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ( $p>0,05$ ) (Tablo 4.12.).

Uzman tıp hekimlerinin MTÖ DT alt ölçek skoru uzman olmayanlardan anlamlı olarak düşüktü ( $p<0,05$ ) (Tablo 4.12.).

Tıp hekimlerinin uzmanlık olup olmama durumları arasında MTÖ DYS ve KB alt ölçek skorları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ( $p>0,05$ ) (Tablo 4.12.).

Tıp hekimlerinin uzmanlık bilim alanları arasında MTÖ DT alt ölçek skoru açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ( $p=0,023$ ). Yapılan post-hoc ikili karşılaştırmalar sonucu anlamlı farkın dahili ve cerrahi branşlar arasında olduğu görüldü (Tablo 4.12.).

Dahili branşlarda uzman olan tıp hekimlerinin MTÖ DT alt ölçek skoru cerrahi branştakilerden anlamlı olarak yüksekti (Tablo 4.12.).

Diğer taraftan tıp hekimlerinin uzmanlık bilim alanları arasında MTÖ DYS ve KB alt ölçek skorları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ( $p>0,05$ ) (Tablo 4.12.).

Uzman olan diş hekimlerinin MTÖ DYS alt ölçek skoru uzman olmayanlardan anlamlı olarak düşüktü ( $p=0,044$ ) (Tablo 4.12.).

Diş hekimlerinin uzmanlık durumları arasında MTÖ DT ve KB alt ölçek skorları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ( $p>0,05$ ) (Tablo 4.12.).

**Tablo 4.12.** Hekimlerin mesleki uzmanlıkları ile ilgili bazı özelliklerine göre Maslach Tükenmişlik Ölçeği skorlarının dağılımı

| Maslach Tükenmişlik Ölçeği                         |                                |                   |                   |
|----------------------------------------------------|--------------------------------|-------------------|-------------------|
|                                                    | Duygusal Tükenme               | Duyarsızlaşma     | Kişisel Başarı    |
| <b>Meslek</b>                                      |                                |                   |                   |
| Tıp hekimi (n=1205)                                | 22,09±8,22 (0-36)              | 8,50±4,68 (0-20)  | 18,95±5,99 (0-32) |
| Diş hekimi (n=107)                                 | 24,35±8,82 (0-36)              | 10,67±5,06 (0-20) | 17,98±5,41 (7-31) |
| <i>p</i> <sup>2</sup>                              | <b>0,007*</b>                  | <b>&lt;0,001*</b> | 0,053             |
| <b>Tıp Hekimlerinin Uzmanlık Durumu</b>            |                                |                   |                   |
| Uzman değil (n=283)                                | 23,60±8,29 (1-36)              | 8,86±4,72 (0-20)  | 18,85±5,89 (4-32) |
| Uzman/Uzmanlık öğrencisi (n=922)                   | 21,63±8,14 (0-36)              | 8,39±4,66 (0-20)  | 18,98±6,03 (0-32) |
| <i>p</i> <sup>2</sup>                              | <b>&lt;0,001*</b>              | 0,115             | 0,464             |
| <b>Tıp Hekimlerinin Çalıştıkları Tıp Bilimleri</b> |                                |                   |                   |
| Dahili (n=666)                                     | 22,08±8,04 (0-36)              | 8,58±4,62 (0-20)  | 19,00±5,99 (0-32) |
| Cerrahi (n=218)                                    | 20,54±8,22 (0-36) <sup>a</sup> | 7,94±4,78 (0-20)  | 19,18±6,08 (3-32) |
| Temel (n=38)                                       | 19,92±8,98 (0-35)              | 7,68±4,68 (0-20)  | 17,39±6,28 (0-27) |
| <i>p</i> <sup>1</sup>                              | <b>0,023*</b>                  | 0,094             | 0,359             |
| <b>Diş Hekimlerinin Uzmanlık Durumu</b>            |                                |                   |                   |
| Uzman değil (n=83)                                 | 25,17±8,59 (3-36)              | 11,16±5,07 (0-20) | 17,46±5,10 (8-31) |
| Uzman/Uzmanlık öğrencisi (n=24)                    | 21,50±9,18 (5-36)              | 9,00±4,76 (2-20)  | 19,79±6,13 (7-30) |
| <i>p</i> <sup>2</sup>                              | 0,080                          | <b>0,044*</b>     | 0,081             |

Değişkenler “ortalama±standart sapma (minimum-maksimum)” olarak sunulmuştur; n: Hekim sayısı; <sup>1</sup>Kruskal Wallis Testi;

<sup>2</sup>Mann-Whitney U Testi; <sup>a</sup>Post-hoc ikili karşılaştırmada “Cerrahi bilimler” ile anlamlı fark saptandı; \*p<0,05

Hekimlerin hekim olarak çalıştıkları süre grupları arasında MTÖ DT ve DYS alt ölçek skorları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı (p<0,05). Yapılan post-hoc ikili karşılaştırmalar sonucu anlamlı farkların 15 yıldan daha uzun süredir hekimlik yapanlardan kaynaklandığı görüldü. On beş yıldan daha uzun süredir hekimlik yapanların MTÖ DT ve DYS alt ölçek skorları 6-15 yıl arasında yapanlarla 5 yıl ve daha kısa süredir yapanlardan anlamlı olarak düştü (Tablo 4.13.).

Diğer taraftan hekim olarak çalışılan süre grupları arasında MTÖ KB alt ölçek skoru açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı (p>0,05) (Tablo 4.13.).

Kamu sektöründe çalışan hekimlerinin MTÖ DT ve DYS alt ölçek skorları özel sektörde çalışanlardan anlamlı olarak yüksekti (p<0,05). Hekimlerin çalıştıkları

sektörler arasında Maslach Tükenmişlik Ölçeği KB alt ölçek skoru açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ( $p>0,05$ ) (Tablo 4.13.).

Kamuda çalışan hekimlerinin çalıştıkları sağlık kuruluşu basamakları arasında MTÖ DT ve DYS alt ölçek skorları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ( $p<0,05$ ). Yapılan post-hoc ikili karşılaştırmalar sonucu DYS alt ölçek skorundaki anlamlı farkın ikinci basamaktan kaynaklandığı, DT alt ölçek skorundaki anlamlı farkın ise ikinci basamak ile üçüncü basamak arasında olduğu görüldü. İkinci basamak kamu sağlık tesislerinde çalışan hekimlerin DYS alt ölçek skoru birinci ve üçüncü basamak kamu sağlık tesislerinde çalışanlardan anlamlı olarak yüksek iken DT alt ölçek skoru üçüncü basamak kamu sağlık tesisinde çalışanlardan anlamlı olarak yüksekti (Tablo 4.13.).

Diğer taraftan kamuda çalışan hekimlerinin çalıştıkları sağlık kuruluşu basamakları arasında MTÖ KB alt ölçek skoru açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ( $p>0,05$ ) (Tablo 4.13.).

Kamu sağlık tesislerinde çalışan hekimlerden özel sektöre geçmek isteyenlerin MTÖ DT ve DYS alt ölçek skorları istemeyenlerden anlamlı olarak yüksekti ( $p<0,05$ ) (Tablo 4.13.).

Kamu sağlık tesislerinde çalışan hekimlerin özel sektöre geçmek isteme durumları arasında MTÖ KB alt ölçek skoru açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ( $p>0,05$ ) (Tablo 4.13.).

Mesleği bırakmayı düşünen hekimlerin MTÖ DT ve DYS alt ölçek skorları düşünmeyenlerden anlamlı olarak yüksek iken KB alt ölçek skoru anlamlı olarak düşüktü ( $p<0,05$ ) (Tablo 4.13.).

İş yeri hekimliği yapan hekimlerin MTÖ DT alt ölçek skoru yapmayanlardan anlamlı olarak düşüktü ( $p=0,013$ ) (Tablo 4.13.).

İdari görev hiç yapmamış hekimlerin MTÖ DT ve DYS alt ölçek skorları halen yapan veya geçmişte yapanlardan anlamlı olarak yüksekti ( $p<0,05$ ) (Tablo 4.13.).

**Tablo 4.13.** Hekimlerin meslekleri ile ilgili bazı özelliklerine göre Maslach Tükenmişlik Ölçeği skorlarının dağılımı

| Maslach Tükenmişlik Ölçeği                       |                                 |                                 |                    |
|--------------------------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|--------------------|
|                                                  | Duygusal Tükenme                | Duyarsızlaşma                   | Kişisel Başarı     |
| <b>Hekimlik Süresi Grubu</b>                     |                                 |                                 |                    |
| ≤5 yıl (n=409)                                   | 22,67±7,86 (0-36)               | 9,46±4,39 (0-20)                | 18,92±5,11 (4-31)  |
| 6-15 yıl (n=504)                                 | 22,97±8,04 (0-36)               | 8,88±4,68 (0-20)                | 18,88±5,98 (0-32)  |
| ≥16 yıl (n=399)                                  | 21,01±8,89 (0-36) <sup>ab</sup> | 7,62±5,01 (0-20) <sup>ab</sup>  | 18,79±6,69 (0-32)  |
| <i>p</i> <sup>1</sup>                            | <b>0,003*</b>                   | <b>&lt;0,001*</b>               | 0,886              |
| <b>Çalışılan Sektör</b>                          |                                 |                                 |                    |
| Kamu (n=1222)                                    | 22,61±8,14 (0-36)               | 8,82±4,73 (0-20)                | 18,80±5,91 (0-32)  |
| Özel (n=90)                                      | 17,73±8,98 (0-36)               | 6,73±4,63 (0-20)                | 19,78±6,48 (4-32)  |
| <i>p</i> <sup>2</sup>                            | <b>&lt;0,001*</b>               | <b>&lt;0,001*</b>               | 0,127              |
| <b>Kamuda Çalışılan Sağlık Kuruluşu Basamağı</b> |                                 |                                 |                    |
| Birinci basamak (n=278)                          | 22,98±8,22 (1-36)               | 8,44±4,69 (0-20)                | 18,84±5,97 (5-32)  |
| İkinci basamak (n=295)                           | 24,29±8,00 (0-36) <sup>c</sup>  | 10,12±4,72 (0-20) <sup>ac</sup> | 18,66±5,82 (3-32)  |
| Üçüncü basamak (n=649)                           | 21,69±8,05 (0-36)               | 8,39±4,65 (0-20)                | 18,84±5,93 (0-32)  |
| <i>p</i> <sup>2</sup>                            | <b>&lt;0,001*</b>               | <b>&lt;0,001*</b>               | 0,762              |
| <b>Kamudan Özel Sektöre Geçme isteği</b>         |                                 |                                 |                    |
| İstiyor (n=453)                                  | 24,33±7,38 (0-36)               | 9,70±4,62 (0-20)                | 18,46±5,61 (0-32)  |
| İstemiyor (n=769)                                | 21,60±8,40 (0-36)               | 8,30±4,71 (0-20)                | 19,00±6,07 (0-32)  |
| <i>p</i> <sup>2</sup>                            | <b>&lt;0,001*</b>               | <b>&lt;0,001*</b>               | 0,139              |
| <b>Özel Sektörden Kamuya Geçme isteği</b>        |                                 |                                 |                    |
| İstiyor (n=20)                                   | 17,75±8,82 (1-36)               | 6,85±4,38 (1-19)                | 22,25±5,31 (13-31) |
| İstemiyor (n=70)                                 | 17,73±9,09 (0-36)               | 6,70±4,73 (0-20)                | 19,07±6,64 (4-32)  |
| <i>p</i> <sup>2</sup>                            | 0,938                           | 0,811                           | <b>0,040*</b>      |
| <b>Mesleği Bırakma Düşüncesi</b>                 |                                 |                                 |                    |
| Var (n=678)                                      | 25,96±7,07 (0-36)               | 10,10±4,58 (0-20)               | 17,71±5,79 (0-32)  |
| Yok (n=634)                                      | 18,34±7,67 (0-36)               | 7,15±4,44 (0-20)                | 20,11±5,87 (0-32)  |
| <i>p</i> <sup>2</sup>                            | <b>&lt;0,001*</b>               | <b>&lt;0,001*</b>               | <b>&lt;0,001*</b>  |
| <b>İş Yeri Hekimliği Yapma Durumu</b>            |                                 |                                 |                    |
| Yapıyor (n=56)                                   | 19,57±8,92 (0-36)               | 8,30±4,52 (0-19)                | 18,64±7,15 (0-32)  |
| Yapmıyor (n=1166)                                | 22,76±8,08 (0-36)               | 8,84±4,74 (0-20)                | 18,81±5,85 (0-32)  |
| <i>p</i> <sup>2</sup>                            | <b>0,013*</b>                   | 0,479                           | 0,925              |
| <b>İdari Görev Yapma Durumu</b>                  |                                 |                                 |                    |
| Yapıyor/Yapmış (n=235)                           | 21,00±8,30 (0-36)               | 7,66±4,74 (0-20)                | 19,17±6,43 (0-32)  |
| Hiç yapmamış (n=1077)                            | 22,56±8,26 (0-36)               | 8,90±4,72 (0-20)                | 18,80±5,84 (0-32)  |
| <i>p</i> <sup>2</sup>                            | <b>0,008*</b>                   | <b>&lt;0,001*</b>               | 0,428              |

Değişkenler “ortalama±standart sapma (minimum-maksimum)” olarak sunulmuştur; n: Hekim sayısı; <sup>1</sup>Kruskal Wallis Testi;

<sup>2</sup>Mann-Whitney U Testi; \*Post-hoc ikili karşılaştırmada “≤5 yıl/Birinci basamak” ile anlamlı fark saptandı; <sup>b</sup>Post-hoc ikili karşılaştırmada “6-15 yıl” ile anlamlı fark saptandı; <sup>c</sup>Post-hoc ikili karşılaştırmada “Üçüncü basamak” ile anlamlı fark saptandı;

\*p<0,05

Hekimlerin mesleklerini icrası sırasında davalık olma durumu ile şiddete maruz kalma, maruz kalınan şiddet türü, beyaz kod verme durumu ve mobinge maruz kalma durumuna göre MTÖ skorlarının dağılımı Tablo 4.14.'te sunulmuştur.

Mesleğinin icrası nedeniyle davalık olan hekimlerinin MTÖ DT ve DYS alt ölçek skorları olmayanlardan anlamlı olarak yüksekti ( $p<0,05$ ) (Tablo 4.14.).

Hekimlerin mesleğinin icrası nedeniyle davalık olma durumları arasında MTÖ KB alt ölçek skoru açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ( $p>0,05$ ) (Tablo 4.14.).

Şiddete maruz kalan hekimlerinin MTÖ DT ve DYS alt ölçek skorları kalmayanlardan anlamlı olarak yüksekti ( $p<0,05$ ) (Tablo 4.14.).

Hekimlerin şiddete maruz kalma durumları arasında MTÖ KB alt ölçek skoru açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ( $p>0,05$ ) (Tablo 4.14.).

Şiddete maruz kalanlardan sözel şiddete maruz kalan hekimlerin MTÖ DT alt ölçek skoru fiziksel veya sözel ve fiziksel şiddete maruz kalanlardan anlamlı olarak düşüktü ( $p=0,023$ ) (Tablo 4.14.).

Şiddete maruz kalan hekimlerin maruz kaldıkları şiddet türleri arasında MTÖ DYS ve KB alt ölçek skorları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ( $p>0,05$ ) (Tablo 4.14.).

Şiddete maruz kalanlardan şiddet sonrası beyaz kod verenlerin MTÖ DT ve DYS alt ölçek skorları vermeyenlerden anlamlı olarak yüksekti ( $p<0,05$ ). Şiddete maruz kalan hekimlerin şiddet sonrası beyaz kod verme durumları arasında MTÖ KB alt ölçek skoru açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ( $p>0,05$ ) (Tablo 4.14.).

Üstleri veya diğer çalışan arkadaşları tarafından mobinge maruz kalan hekimlerinin MTÖ DT ve DYS alt ölçek skorları kalmayanlardan anlamlı olarak yüksekti ( $p<0,05$ ). Hekimlerin mobinge maruz kalma durumları arasında MTÖ KB alt ölçek skoru açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ( $p>0,05$ ) (Tablo 4.14.).

**Tablo 4.14.** Hekimlerin Mesleklerini İcrası Sırasında Davalık Olma Durumu ile Şiddete ve Mobbinge Maruz Kalma Durumuna Göre Maslach Tükenmişlik Ölçeği Skorlarının Dağılımı

|                                                                                  | Maslach Tükenmişlik Ölçeği |                   |                   |
|----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|-------------------|-------------------|
|                                                                                  | Duygusal Tükenme           | Duyarsızlaşma     | Kişisel Başarı    |
| <b>Mesleğinin İcrası Nedeniyle Davalık Olma Durumu</b>                           |                            |                   |                   |
| Olmuş (n=593)                                                                    | 22,92±8,21 (0-36)          | 9,11±4,81 (0-20)  | 18,89±6,12 (0-32) |
| Olmamış (n=719)                                                                  | 21,74±8,32 (0-36)          | 8,32±4,67 (0-20)  | 18,84±5,81 (0-32) |
| <i>p</i> <sup>2</sup>                                                            | <b>0,008*</b>              | <b>0,006*</b>     | <b>0,920</b>      |
| <b>Mesleğin İcrası Sırasında Sözel ya da Fiziksel Şiddete Maruz Kalma Durumu</b> |                            |                   |                   |
| Kalmış (n=1142)                                                                  | 23,11±7,92 (0-36)          | 9,17±4,62 (0-20)  | 18,88±5,79 (3-32) |
| Kalmamış (n=170)                                                                 | 16,65±8,56 (0-36)          | 5,38±4,23 (0-20)  | 18,81±6,94 (0-32) |
| <i>p</i> <sup>2</sup>                                                            | <b>&lt;0,001*</b>          | <b>&lt;0,001*</b> | <b>0,788</b>      |
| <b>Maruz Kalınan Şiddet Türü</b>                                                 |                            |                   |                   |
| Sözel şiddet (n=918)                                                             | 22,86±7,86 (0-36)          | 9,08±4,62 (0-20)  | 18,98±5,70 (3-32) |
| Fiziksel/Hem sözel hem fiziksel şiddet (n=224)                                   | 24,13±8,08 (1-36)          | 9,50±4,63 (0-20)  | 18,45±6,14 (3-32) |
| <i>p</i> <sup>2</sup>                                                            | <b>0,023*</b>              | <b>0,236</b>      | <b>0,235</b>      |
| <b>Maruz Kalınan Şiddet Olayı Sonrası Beyaz Kod Verme Durumu</b>                 |                            |                   |                   |
| Vermiş (n=551)                                                                   | 23,76±7,89 (0-36)          | 9,58±4,76 (0-20)  | 19,05±6,02 (3-32) |
| Vermemiş (n=591)                                                                 | 22,51±7,90 (0-36)          | 8,78±4,46 (0-20)  | 18,71±5,57 (3-32) |
| <i>p</i> <sup>2</sup>                                                            | <b>0,006*</b>              | <b>0,006*</b>     | <b>0,296</b>      |
| <b>Mobbinge Maruz Kalma Durumu</b>                                               |                            |                   |                   |
| Kalmış (n=960)                                                                   | 23,63±7,78 (0-36)          | 9,13±4,69 (0-20)  | 18,67±5,96 (0-32) |
| Kalmamış (n=352)                                                                 | 18,57±8,51 (0-36)          | 7,45±4,70 (0-20)  | 19,40±5,90 (0-32) |
| <i>p</i> <sup>2</sup>                                                            | <b>&lt;0,001*</b>          | <b>&lt;0,001*</b> | <b>0,058</b>      |

Değişkenler "ortalama±standart sapma (minimum-maksimum)" olarak sunulmuştur; n: Hekim sayısı; <sup>2</sup>Mann-Whitney U Testi

\*p<0,05

Tıp hekimlerin mesleki çalışma şartları ile ilgili bazı özelliklerine göre MTÖ skorlarının dağılımı Tablo 4.15.'te sunulmuştur.

Poliklinikte çalışan tıp hekimlerinin MTÖ DT ve KB alt ölçek skorları düşünmeyenlerden anlamlı olarak yüksekti ( $p<0,05$ ). Diğer taraftan tıp hekimlerinin poliklinikte çalışma durumuna göre MTÖ DYS alt ölçek skoru açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ( $p>0,05$ ) (Tablo 4.15.).

Poliklinikte çalışan tıp hekimlerinin ortalama günlük hasta sayı grupları arasında MTÖ DT ve DYS alt ölçek skorları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ( $p<0,05$ ). Yapılan post-hoc ikili karşılaştırmalar sonucu DT alt ölçek skorundaki anlamlı farkın birden fazla gruptan kaynaklandığı, DYS alt ölçek skorundaki anlamlı farkın ise günlük ortalama 40 ve daha az hasta bakanlardan kaynaklandığı görüldü. Poliklinikte günde ortalama 40 ve daha az hasta bakanlarla 41-80 arasında ve 80'den daha fazla hasta bakanların MTÖ DT alt ölçek skoru birbirinden anlamlı olarak farklıydı. Ayrıca poliklinikte günde ortalama 40 ve daha az hasta bakanların MTÖ DYS alt ölçek skoru 41-80 arasında ve 80'den daha fazla hasta bakanlardan anlamlı olarak düşüktü (Tablo 4.15.).

Diğer taraftan poliklinikte çalışan hekimlerin ortalama günlük hasta sayı grupları arasında MTÖ KB alt ölçek skoru açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ( $p>0,05$ ) (Tablo 4.15.).

Nöbet tutan tıp hekimlerinin MTÖ DT ve DYS alt ölçek skorları tutmayanlardan anlamlı olarak yüksek iken KB alt ölçek skoru anlamlı olarak düşüktü ( $p<0,05$ ) (Tablo 4.15.).

Nöbet tutanların en sık tuttukları nöbet türleri arasında MTÖ DT ve DYS alt ölçek skorları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ( $p<0,05$ ). Yapılan post-hoc ikili karşılaştırmalar sonucu farkların acil servis nöbeti tutanlardan kaynaklandığı görüldü. Acil servis nöbeti tutan tıp hekimlerinin MTÖ DT ve DYS alt ölçek skorları branş nöbeti tutanlar ile icap ya da normal nöbet tutanlardan anlamlı olarak yüksekti (Tablo 4.15.).

Diğer taraftan nöbet tutanların en sık tuttukları nöbet türleri arasında MTÖ KB alt ölçek skoru açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ( $p>0,05$ ) (Tablo 4.15.).

Nöbet tutan tıp hekimlerinin aylık ortalama nöbet sayı grupları arasında MTÖ DT, DYS ve KB alt ölçek skorları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ( $p>0,05$ ) (Tablo 4.15.).

**Tablo 4.15.** Tıp hekimlerin mesleki çalışma şartları ile ilgili bazı özelliklerine göre Maslach Tükenmişlik Ölçeği skorlarının dağılımı

| Maslach Tükenmişlik Ölçeği                                    |                                 |                                 |                   |
|---------------------------------------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|-------------------|
|                                                               | Duygusal Tükenme                | Duyarsızlaşma                   | Kişisel Başarı    |
| <b>Poliklinikte Çalışma Durumu</b>                            |                                 |                                 |                   |
| Çalışıyor (n=965)                                             | 22,35±8,20 (0-36)               | 8,58±4,69 (0-20)                | 19,15±6,03 (0-32) |
| Çalışmıyor (n=240)                                            | 21,05±8,21 (0-36)               | 8,17±4,66 (0-20)                | 18,11±5,79 (0-32) |
| <i>p</i> <sup>2</sup>                                         | <b>0,022*</b>                   | 0,277                           | <b>0,012*</b>     |
| <b>Poliklinikte Çalışanların Ortalama Günlük Hasta Sayısı</b> |                                 |                                 |                   |
| 0-40 (n=267)                                                  | 19,36±8,26 (0-36)               | 7,44±4,59 (0-20)                | 19,74±5,91 (0-32) |
| 41-80 (n=472)                                                 | 23,00±7,76 (3-36) <sup>a</sup>  | 8,83±4,51 (0-20) <sup>a</sup>   | 19,01±6,02 (3-32) |
| >80 (n=226)                                                   | 24,54±8,09 (0-36) <sup>ab</sup> | 9,41±4,92 (0-20) <sup>a</sup>   | 18,77±6,14 (0-32) |
| <i>p</i> <sup>1</sup>                                         | <b>&lt;0,001*</b>               | <b>&lt;0,001*</b>               | 0,122             |
| <b>Nöbet Tutma Durumu</b>                                     |                                 |                                 |                   |
| Tutuyor (n=633)                                               | 23,41±7,87 (0-36)               | 9,29±4,58 (0-20)                | 18,55±5,74 (0-32) |
| Tutmuyor (n=572)                                              | 20,64±8,36 (0-36)               | 7,62±4,64 (0-20)                | 19,38±6,23 (0-32) |
| <i>p</i> <sup>2</sup>                                         | <b>&lt;0,001*</b>               | <b>&lt;0,001*</b>               | <b>0,015*</b>     |
| <b>En Sık Tutulan Nöbet Türü</b>                              |                                 |                                 |                   |
| Branş nöbeti (n=321)                                          | 22,78±7,67 (1-36)               | 8,94±4,47 (0-20)                | 18,74±5,68 (0-32) |
| Acil servis nöbeti (n=158)                                    | 25,13±7,64 (6-36) <sup>ac</sup> | 10,28±4,55 (0-20) <sup>ac</sup> | 18,64±5,60 (4-32) |
| İcap nöbeti/Normal (n=154)                                    | 22,95±8,29 (0-36)               | 9,01±4,69 (0-20)                | 18,08±6,04 (0-32) |
| <i>p</i> <sup>1</sup>                                         | <b>0,008*</b>                   | <b>0,006*</b>                   | 0,213             |
| <b>Aylık Ortalama Nöbet Sayısı</b>                            |                                 |                                 |                   |
| 1-4 nöbet (n=250)                                             | 23,14±7,66 (1-36)               | 9,00±4,56 (0-20)                | 18,61±5,98 (0-32) |
| 5-8 nöbet (n=267)                                             | 23,07±7,48 (3-36)               | 9,24±4,39 (0-20)                | 18,55±5,37 (5-31) |
| ≥9 nöbet (n=116)                                              | 24,75±9,05 (0-36)               | 10,03±4,96 (0-20)               | 18,44±6,11 (0-32) |
| <i>p</i> <sup>1</sup>                                         | 0,055                           | 0,140                           | 0,950             |

Değişkenler "ortalama±standart sapma (minimum-maksimum)" olarak sunulmuştur; n: Hekim sayısı; <sup>1</sup>Kruskal Wallis Testi;

<sup>2</sup>Mann-Whitney U Testi; <sup>a</sup>Post-hoc ikili karşılaştırmada "0-40 hasta/Branş nöbeti" ile anlamlı fark saptandı; <sup>b</sup>Post-hoc ikili karşılaştırmada "41-80 hasta" ile anlamlı fark saptandı; <sup>c</sup>Post-hoc ikili karşılaştırmada "İcap nöbeti/normal" ile anlamlı fark saptandı; \*p<0,05

Hekimlerin çalıştıkları ortamın fiziksel durumlarını iyi-orta-kötü olarak değerlendirme durumları arasında MTÖ DT, DYS ve KB alt ölçek skorları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı (p<0,05). Yapılan post-hoc ikili karşılaştırmalar sonucu anlamlı farkların birden fazla gruptan kaynaklandığı görüldü. Çalışma ortamının fiziksel durumunu iyi, orta ve kötü olarak değerlendiren hekimlerin MTÖ DT, DYS ve KB alt ölçek skorları birbirinden anlamlı olarak farklıydı (Tablo 4.16.).

Yeterli sayıda hekim dışı sağlık personeli ile çalıştığını düşünen hekimlerin MTÖ DT ve DYS alt ölçek skorları düşünmeyenlerden anlamlı olarak düşük iken KB alt ölçek skoru anlamlı olarak yüksekti ( $p<0,05$ ) (Tablo 4.16.).

Aylık gelir durumlarını iyi-orta-kötü olarak değerlendiren hekimler arasında MTÖ DT, DYS ve KB alt ölçek skorları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ( $p<0,05$ ). Yapılan post-hoc ikili karşılaştırmalar sonucu anlamlı farkların birden fazla gruptan kaynaklandığı görüldü (Tablo 4.16.).

**Tablo 4.16.** Hekimlerin fiziksel çalışma şartları ile ilgili bazı özelliklerine göre Maslach Tükenmişlik Ölçeği skorlarının dağılımı

|                                                 |                    | Maslach Tükenmişlik Ölçeği      |                                 |                                 |
|-------------------------------------------------|--------------------|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
|                                                 |                    | Duygusal Tükenme                | Duyarsızlaşma                   | Kişisel Başarı                  |
| Çalışma Fiziksel Değerlendirme                  | Ortamının Durumunu |                                 |                                 |                                 |
| İyi (n=229)                                     |                    | 18,59±8,89 (0-36)               | 7,03±4,49 (0-20)                | 20,43±6,58 (0-32)               |
| Orta (n=746)                                    |                    | 21,86±7,81 (0-36) <sup>a</sup>  | 8,47±4,67 (0-20) <sup>a</sup>   | 17,89±5,78 (3-32) <sup>a</sup>  |
| Kötü (n=337)                                    |                    | 25,69±7,61 (2-36) <sup>ab</sup> | 10,25±4,63 (0-20) <sup>ab</sup> | 18,83±5,73 (1-32) <sup>ab</sup> |
| $p^1$                                           |                    | <0,001*                         | <0,001*                         | <0,001*                         |
| Yeterli Sayıda Hekim Dışı SP ile Çalışma Durumu |                    |                                 |                                 |                                 |
| Çalışıyor (n=641)                               |                    | 20,54±8,34 (0-36)               | 7,92±4,63 (0-20)                | 19,33±6,11 (0-32)               |
| Çalışmıyor (n=671)                              |                    | 23,93±7,89 (0-36)               | 9,40±4,75 (0-20)                | 18,43±5,76 (0-32)               |
| $p^2$                                           |                    | <0,001*                         | <0,001*                         | 0,003*                          |
| Ortalama Kullanılan Yıllık İzin Süresi          |                    |                                 |                                 |                                 |
| 0-10 gün (n=369)                                |                    | 22,48±8,12 (0-36)               | 8,78±4,62 (0-20)                | 18,72±5,70 (3-32)               |
| 11-15 gün (n=363)                               |                    | 22,36±7,93 (0-36)               | 8,71±4,59 (0-20)                | 18,55±5,70 (4-32)               |
| >15 gün (n=580)                                 |                    | 22,10±8,62 (0-36)               | 8,59±4,93 (0-20)                | 19,16±6,25 (0-32)               |
| $p^1$                                           |                    | 0,857                           | 0,508                           | 0,232                           |
| Aylık Gelir Algısı Durumu                       |                    |                                 |                                 |                                 |
| İyi (n=123)                                     |                    | 17,28±8,90 (0-36)               | 6,98±4,77 (0-20)                | 21,49±6,28 (0-32)               |
| Orta (n=864)                                    |                    | 21,71±7,89 (0-36) <sup>a</sup>  | 8,41±4,57 (0-20) <sup>a</sup>   | 18,85±5,80 (0-32) <sup>a</sup>  |
| Kötü (n=325)                                    |                    | 25,67±7,78 (0-36) <sup>ab</sup> | 10,02±4,89 (0-20) <sup>ab</sup> | 17,91±5,94 (0-32) <sup>ab</sup> |
| $p^1$                                           |                    | <0,001*                         | <0,001*                         | <0,001*                         |

Değişkenler "ortalama±standart sapma (minimum-maksimum)" olarak sunulmuştur; n: Hekim sayısı; <sup>1</sup>Kruskal Wallis Testi;

<sup>2</sup>Mann-Whitney U Testi; <sup>a</sup>Post-hoc ikili karşılaştırmada "İyi" ile anlamlı fark saptandı; <sup>b</sup>Post-hoc ikili karşılaştırmada "Orta" ile anlamlı fark saptandı; \* $p<0,05$ ; SP: Sağlık Personeli

Hekimlerin yurt dışında çalışmayı isteme durumu ile bunun için çaba gösterme durumu ve işi nedeniyle bir hobisinden vazgeçme durumuna göre MTÖ skorlarının dağılımı Tablo 4.17.'de sunulmuştur.

Mesleki sebeplerle yurt dışında çalışmak isteyen hekimlerin MTÖ DT ve DYS alt ölçek skorları istemeyenlerden anlamlı olarak yüksek iken KB alt ölçek skoru anlamlı olarak düşüktü ( $p<0,05$ ) (Tablo 4.17.).

Yurt dışında çalışmak için çaba gösteren hekimlerin MTÖ DT ve DYS alt ölçek skorları göstermeyenlerden anlamlı olarak yüksek iken KB alt ölçek skoru anlamlı olarak düşüktü ( $p<0,05$ ) (Tablo 4.17.).

İş nedeniyle düzenli olarak yaptığı bir hobisinden vazgeçmek zorunda kalan hekimlerin MTÖ DT ve DYS alt ölçek skorları kalmayanlardan anlamlı olarak yüksek iken KB alt ölçek skoru anlamlı olarak düşüktü ( $p<0,05$ ) (Tablo 4.17.).

**Tablo 4.17.** Hekimlerin yurt dışında çalışmayı isteme durumu ile bunun için çaba gösterme durumu ve işi nedeniyle bir hobisinden vazgeçme durumuna göre Maslach Tükenmişlik Ölçeği skorlarının dağılımı

|                                                                    | Maslach Tükenmişlik Ölçeği |                  |                   |
|--------------------------------------------------------------------|----------------------------|------------------|-------------------|
|                                                                    | Duygusal Tükenme           | Duyarsızlaşma    | Kişisel Başarı    |
| <b>Mesleki Sebeplerden Ötürü</b>                                   |                            |                  |                   |
| <b>Yurt Dışında Çalışmayı İsteme Durumu</b>                        |                            |                  |                   |
| İstiyor (n=806)                                                    | 24,21±7,72 (1-36)          | 9,51±4,56 (0-20) | 18,20±5,80 (0-32) |
| İstemiyor (n=506)                                                  | 19,20±8,24 (0-36)          | 7,35±4,74 (0-20) | 19,93±6,04 (0-32) |
| $p^2$                                                              | <0,001*                    | <0,001*          | <0,001*           |
| <b>Yurt Dışında Çalışmak İçin Çaba Gösterme Durumu</b>             |                            |                  |                   |
| Gösteriyor (n=357)                                                 | 24,46±7,79 (0-36)          | 9,62±4,54 (0-20) | 17,92±5,83 (0-32) |
| Göstermiyor (n=955)                                                | 21,46±8,33 (0-36)          | 8,32±4,78 (0-20) | 19,22±5,96 (0-32) |
| $p^2$                                                              | <0,001*                    | <0,001*          | <0,001*           |
| <b>İş Nedeniyle Düzenli Yaptığı Bir Hobisinden Vazgeçme Durumu</b> |                            |                  |                   |
| Vazgeçmiş (n=900)                                                  | 23,84±7,74 (0-36)          | 9,17±4,69 (0-20) | 18,64±5,85 (0-32) |
| Vazgeçmemiş (n=412)                                                | 18,86±8,43 (0-36)          | 7,61±4,70 (0-20) | 19,35±6,14 (0-32) |
| $p^2$                                                              | <0,001*                    | <0,001*          | 0,058             |

Değişkenler "ortalama±standart sapma (minimum-maksimum)" olarak sunulmuştur; n: Hekim sayısı; <sup>2</sup>Mann-Whitney U Testi

\* $p<0,05$

Hekimlerin yaş ve hekim olarak çalışma süresi ile MTÖ skorları arasındaki ilişki Tablo 4.18.'de sunulmuştur.

Araştırmaya katılan hekimlerin MTÖ DT alt ölçek skoru ile yaş ( $r = -0,10$ ) ve hekimlik süresi ( $r = -0,09$ ) arasında negatif yönde, zayıf düzeyde, DYS ( $r = 0,66$ ) alt ölçek skoru ile ise pozitif yönde, orta düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanırken ( $p < 0,05$ ), MTÖ DT alt ölçek skoru ile KB alt ölçek skoru arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı ( $p > 0,05$ ) (Tablo 4.18.).

Hekimlerin MTÖ DYS alt ölçek skoru ile yaş ( $r = -0,18$ ), hekimlik süresi ( $r = -0,18$ ) ve KB ( $r = -0,11$ ) alt ölçek skoru arasında negatif yönde, zayıf düzeyde, DT ( $r = 0,66$ ) alt ölçek skoru ile ise pozitif yönde, orta düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptandı ( $p < 0,05$ ) (Tablo 4.18.).

Hekimlerin MTÖ KB alt ölçek skoru ile DYS ( $r = -0,11$ ) alt ölçek skoru arasında negatif yönde, zayıf düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanırken ( $p < 0,05$ ), MTÖ KB alt ölçek skoru ile yaş, hekimlik süresi ve DT alt ölçek skoru arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı ( $p > 0,05$ ) (Tablo 4.18.).

**Tablo 4.18.** Hekimlerin yaş ve hekim olarak çalışma süresi ile Maslach Tükenmişlik Ölçeği skorları arasındaki ilişki

| (n=1312)               |   | Yaş     | Hekimlik süresi | Duygusal Tükenme | Duyarsızlaşma | Kişisel Başarı |
|------------------------|---|---------|-----------------|------------------|---------------|----------------|
| <b>Yaş</b>             | r | 1,00    |                 |                  |               |                |
|                        | p | -----   |                 |                  |               |                |
| <b>Hekimlik süresi</b> | r | 0,969   | 1,00            |                  |               |                |
|                        | p | <0,001* | -----           |                  |               |                |
| <b>DT</b>              | r | -0,098  | -0,088          | 1,00             |               |                |
|                        | p | <0,001* | 0,001*          | -----            |               |                |
| <b>DYS</b>             | r | -0,183  | -0,175          | 0,659            | 1,00          |                |
|                        | p | <0,001* | <0,001*         | <0,001*          | -----         |                |
| <b>KB</b>              | r | -0,022  | -0,013          | -0,015           | -0,112        | 1,00           |
|                        | p | 0,436   | 0,647           | 0,592            | <0,001*       | -----          |

r: Spearman korelasyon katsayısı; \* $p < 0,05$

Öğretim üyesi olarak çalışan hekimlerin MTÖ DT ve MTÖ DYS alt ölçek skoru uzman hekimlerden, pratisyen hekimlerden ve asistan hekim/yan dal asistanı olarak çalışan hekimlerden anlamlı olarak düşük bulundu ( $p<0,001$ ). Tıp hekimlerinin ünvanları arasında MTÖ KB alt ölçek skoru açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ( $p>0,05$ ) (Tablo 4.19.).

**Tablo 4.19.** Tıp hekimlerinin ünvanına göre Maslach Tükenmişlik Ölçeği skorlarının dağılımı

| Ünvan                       | Maslach Tükenmişlik Ölçeği       |                                 |                   |
|-----------------------------|----------------------------------|---------------------------------|-------------------|
|                             | Duygusal Tükenme                 | Duyarsızlaşma                   | Kişisel Başarı    |
| Uzman hekim (n=405)         | 22,40±8,29 (0-36)                | 8,50±4,70 (0-20)                | 18,89±6,09 (3-32) |
| Asistan/YD asistanı (n=407) | 22,07±7,70 (0-36)                | 8,97±4,50 (0-20)                | 18,81±5,62 (0-32) |
| Pratisyen (n=272)           | 23,72±8,24 (1-36)                | 8,85±4,70 (0-20)                | 18,72±5,85 (4-32) |
| Öğretim Üyesi (n=115)       | 17,41±7,98 (0-36) <sup>abc</sup> | 5,97±4,41 (0-20) <sup>abc</sup> | 19,95±7,08 (0-32) |
|                             | $p^2$                            | $<0,001^*$                      | $<0,001^*$        |
|                             |                                  |                                 | 0,151             |

Değişkenler “ortalama±standart sapma (minimum-maksimum)” olarak sunulmuştur; n: Hekim sayısı; <sup>1</sup>Kruskal Wallis Testi; <sup>2</sup>Mann-Whitney U Testi; <sup>a</sup>Post-hoc ikili karşılaştırmada “Uzman hekim” ile anlamlı fark saptandı; <sup>b</sup>Post-hoc ikili karşılaştırmada “Asistan/Yan dal asistanı” ile anlamlı fark saptandı; <sup>c</sup>Post-hoc ikili karşılaştırmada “Pratisyen” ile anlamlı fark saptandı; \* $p<0,05$ ; YD: Yan Dal

Tıp hekimlerinin mesleği bırakma düşüncesi incelendiğinde, kamu sektöründe çalışan hekimlerin %50,8'i mesleği bırakmayı düşündüğünü belirtirken, özel sektörde çalışanların %51,2'si aynı düşünceye sahiptir. Bu iki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p=0,936$ ) (Tablo 4.20.).

Kamu sektöründe çalışan hekimlerin %86,7'si şiddete maruz kaldığını bildirirken, özel sektörde bu oran %82,9'dur. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı saptanmamıştır ( $p=0,331$ ) (Tablo 4.20.).

Yeterli sayıda hekim dışı sağlık personeli ile çalışma durumu incelendiğinde, kamu sektöründe çalışan hekimlerin %50'si yeterli sayıda hekim dışı sağlık personeli ile çalıştığını belirtirken, özel sektörde bu oran %58,5'tir. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p=0,134$ ) (Tablo 4.20.).

Kamu sektöründe çalışan hekimlerin %61,4'ü yurt dışında çalışmayı isterken, özel sektörde bu oran %62,2'dir. Bulgular arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p=0,880$ ) (Tablo 4.20.).

**Tablo 4.20.** Tıp hekimlerinin kamu ve özelde çalışma durumlarına göre bazı özelliklerinin dağılımı

| Tıp Hekimleri (n=1205)                                               | Kamu (n=1123) | Özel (n=82) | p <sup>a</sup> |
|----------------------------------------------------------------------|---------------|-------------|----------------|
|                                                                      | n (%)         | n (%)       |                |
| <b>Mesleği Bırakma Düşüncesi</b>                                     |               |             |                |
| Düşünmüş                                                             | 570 (50,8)    | 42 (51,2)   | 0,936          |
| Düşünmemiş                                                           | 553 (49,2)    | 40 (48,8)   |                |
| <b>İşyeri Hekimliği Yapma Durumu</b>                                 |               |             |                |
| Yapıyor                                                              | 55 (4,9)      | 0           | -----          |
| Yapmıyor                                                             | 1068 (95,1)   | 0           |                |
| <b>Sözel ya da Fiziksel Şiddete Maruz Kalma Durumu</b>               |               |             |                |
| Kalmış                                                               | 974 (86,7)    | 68 (82,9)   | 0,331          |
| Kalmamış                                                             | 149 (13,3)    | 14 (17,1)   |                |
| <b>Yeterli Sayıda Hekim Dışı Sağlık Personeli ile Çalışma Durumu</b> |               |             |                |
| Çalışıyor                                                            | 561 (50,0)    | 48 (58,5)   | 0,134          |
| Çalışmıyor                                                           | 562 (50,0)    | 34 (41,5)   |                |
| <b>Yurt Dışında Çalışmayı İsteme Durumu</b>                          |               |             |                |
| İstiyor                                                              | 689 (61,4)    | 51 (62,2)   | 0,880          |
| İstemiyor                                                            | 434 (38,6)    | 31 (37,8)   |                |
| <b>Yurt Dışında Çalışmak İçin Çaba Gösterme Durumu</b>               |               |             |                |
| Gösteriyor                                                           | 302 (26,9)    | 34 (41,5)   | 0,005*         |
| Göstermiyor                                                          | 821 (73,1)    | 48 (58,5)   |                |

n: Tıp hekimi sayısı; %: Sütun yüzdesi; <sup>a</sup>Pearson Ki-Kare Testi; \*p<0,05

Kamu sektöründe çalışan dış hekimlerinin %64,6'sı mesleği bırakmayı düşünmüşken, özel sektörde bu oran %25,0'dir. Bu iki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (p=0,052) (Tablo 4.21.).

Kamu sektöründe çalışan dış hekimlerinin %96,0'sı şiddete maruz kaldığını belirtirken, özel sektörde bu oran %62,5'tir. Bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p=0,009) (Tablo 4.21.).

**Tablo 4.21.** Diş hekimlerinin kamu ve özelde çalışma durumlarına göre bazı özelliklerinin dağılımı

| Diş Hekimleri (n=107)                                                | Kamu (n=99) | Özel (n=8) | p <sup>a</sup> |
|----------------------------------------------------------------------|-------------|------------|----------------|
|                                                                      | n (%)       | n (%)      |                |
| <b>Mesleği Bırakma Düşüncesi</b>                                     |             |            |                |
| Düşünmüş                                                             | 64 (64,6)   | 2 (25,0)   | 0,052          |
| Düşünmemiş                                                           | 35 (35,4)   | 6 (75,0)   |                |
| <b>Sözel ya da Fiziksel Şiddete Maruz Kalma Durumu</b>               |             |            |                |
| Kalmış                                                               | 95 (96,0)   | 5 (62,5)   | 0,009*         |
| Kalmamış                                                             | 4 (4,0)     | 3 (37,5)   |                |
| <b>Yeterli Sayıda Hekim Dışı Sağlık Personeli ile Çalışma Durumu</b> |             |            |                |
| Çalışıyor                                                            | 28 (28,3)   | 4 (50,0)   | 0,236          |
| Çalışmıyor                                                           | 71 (71,7)   | 4 (50,0)   |                |
| <b>Yurt Dışında Çalışmayı İsteme Durumu</b>                          |             |            |                |
| İstiyor                                                              | 63 (63,6)   | 3 (37,5)   | 0,255          |
| İstemiyor                                                            | 36 (36,4)   | 5 (62,5)   |                |
| <b>Yurt Dışında Çalışmak İçin Çaba Gösterme Durumu</b>               |             |            |                |
| Gösteriyor                                                           | 20 (20,2)   | 1 (12,5)   | 1,000          |
| Göstermiyor                                                          | 79 (79,8)   | 7 (87,5)   |                |

n: Diş hekimleri sayısı; %: Sütun yüzdesi; <sup>a</sup>Fisher'in Kesin Testi; \*p<0,05

Kamuda çalışan tıp hekimleri, DT için ortalama 22,37±8,08 puan, DYS için 8,61±4,66 puan ve KB için 18,89±5,95 puan almıştır. Kamuda çalışan diş hekimleri ise DT için ortalama 24,30±8,40 puan, DYS için 11,19±4,87 puan ve KB için 17,72±5,36 puan almıştır. Bu iki grup arasında DT (p=0,001), DYS (p<0,001) ve KB (p=0,025) skorları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar bulunmuştur (Tablo 4.22.).

Kamuda uzman olmayan tıp hekimleri, DT için ortalama 23,74±8,22 puan, DYS için 8,78±4,69 puan ve KB için 18,87±5,81 puan almıştır. Uzman tıp hekimleri ise sırasıyla 21,96±7,99, 8,56±4,65 ve 18,90±5,99 puan almıştır. Uzman olmayan hekimler, DT açısından uzman hekimlere göre daha yüksek puan almış ve bu fark

istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p=0,003$ ). Ancak DYS ( $p=0,436$ ) ve KB ( $p=0,561$ ) skorları açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır (Tablo 4.22.).

Kamuda dahili bilimlerde çalışan hekimler, DT için ortalama  $22,43 \pm 7,81$  puan, DYS için  $8,70 \pm 4,60$  puan ve KB için  $18,94 \pm 5,94$  puan almışlardır. Cerrahi bilimlerde çalışan hekimler, sırasıyla  $20,81 \pm 8,22$ ,  $8,23 \pm 4,80$  ve  $19,11 \pm 6,08$  puan almıştır. Temel bilimlerde çalışan hekimler ise DT için ortalama  $20,14 \pm 9,18$  puan, DYS için  $7,83 \pm 4,74$  puan ve KB için  $17,11 \pm 6,32$  puan almışlardır. DT skorları açısından uzmanlık bilimleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ( $p=0,026$ ) (Tablo 4.22.).

**Tablo 4.22.** Kamuda çalışan hekimlerin mesleki uzmanlıkları ile ilgili bazı özelliklerine göre Maslach Tükenmişlik Ölçeği skorlarının dağılımı

| Maslach Tükenmişlik Ölçeği                   |                                      |                         |                         |
|----------------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------|-------------------------|
| Kamu                                         | Duygusal Tükenme                     | Duyarsızlaşma           | Kişisel Başarı          |
| <b>Meslek</b>                                |                                      |                         |                         |
| Tıp hekimi (n=1123)                          | $22,37 \pm 8,08$ (0-36)              | $8,61 \pm 4,66$ (0-20)  | $18,89 \pm 5,95$ (0-32) |
| Diş hekimi (n=99)                            | $24,30 \pm 8,40$ (3-36)              | $11,19 \pm 4,87$ (1-20) | $17,72 \pm 5,36$ (7-31) |
| $p^2$                                        | <b>0,001*</b>                        | <b>&lt;0,001*</b>       | <b>0,025*</b>           |
| <b>Tıp Hekimlerinin Uzmanlık Durumu</b>      |                                      |                         |                         |
| Uzman değil (n=260)                          | $23,74 \pm 8,22$ (1-36)              | $8,78 \pm 4,69$ (0-20)  | $18,87 \pm 5,81$ (5-32) |
| Uzman (n=863)                                | $21,96 \pm 7,99$ (0-36)              | $8,56 \pm 4,65$ (0-20)  | $18,90 \pm 5,99$ (0-32) |
| $p^2$                                        | <b>0,003*</b>                        | 0,436                   | 0,561                   |
| <b>Tıp Hekimlerinin Uzmanlık Ana Dalları</b> |                                      |                         |                         |
| Dahili (n=629)                               | $22,43 \pm 7,81$ (0-36)              | $8,70 \pm 4,60$ (0-20)  | $18,94 \pm 5,94$ (0-32) |
| Cerrahi (n=198)                              | $20,81 \pm 8,22$ (0-36) <sup>a</sup> | $8,23 \pm 4,80$ (0-20)  | $19,11 \pm 6,08$ (3-32) |
| Temel (n=36)                                 | $20,14 \pm 9,18$ (0-35)              | $7,83 \pm 4,74$ (0-20)  | $17,11 \pm 6,32$ (0-27) |
| $p^1$                                        | <b>0,026*</b>                        | 0,213                   | 0,261                   |
| <b>Diş Hekimlerinin Uzmanlık Durumu</b>      |                                      |                         |                         |
| Uzman değil (n=79)                           | $25,78 \pm 8,34$ (3-36)              | $11,58 \pm 4,80$ (1-20) | $17,42 \pm 5,13$ (8-31) |
| Uzman (n=20)                                 | $23,40 \pm 8,57$ (10-36)             | $9,65 \pm 4,97$ (2-20)  | $18,90 \pm 6,16$ (7-29) |
| $p^2$                                        | 0,232                                | 0,102                   | 0,326                   |

Değişkenler "ortalama±standart sapma (minimum-maksimum)" olarak sunulmuştur; n: Hekim sayısı; <sup>1</sup>Kruskal Wallis Testi;

<sup>2</sup>Mann-Whitney U Testi; <sup>a</sup>Post-hoc ikili karşılaştırmada "Cerrahi bilimler" ile anlamlı fark saptandı; \* $p<0,05$

Özel sektörde çalışan tıp hekimlerinin, DT için ortalama  $18,24 \pm 9,18$  puan, DYS için  $6,98 \pm 4,74$  puan ve KB için  $19,63 \pm 6,59$  puan aldıkları; diş hekimlerinin ise DT için

ortalama 12,50±4,11 puan, DYS için 4,25±2,05 puan ve KB için 21,25±5,28 puan aldıkları saptanmıştır (Tablo 4.23.).

Özel sektörde çalışıp uzman olmayan tıp hekimlerinin ortalama DT puanı 22,04±9,08, DYS puanı 9,74±5,04 ve KB puanı 18,65±6,87 iken uzman tıp hekimlerinin sırasıyla 16,76±8,85, 5,90±4,20 ve 20,02±6,50 puandır. Uzman olmayan tıp hekimleri, DT (p=0,020) ve DYS (p=0,001) açısından daha yüksek skorlar almıştır. KB puanları açısından ise anlamlı bir fark bulunmamıştır (p=0,460) (Tablo 4.23.).

**Tablo 4.23.** Özel sektörde çalışan hekimlerin mesleki uzmanlıkları ile ilgili bazı özelliklerine göre Maslach Tükenmişlik Ölçeği skorlarının dağılımı

| Maslach Tükenmişlik Ölçeği                   |                    |                  |                    |
|----------------------------------------------|--------------------|------------------|--------------------|
| Özel Sektör                                  | Duygusal Tükenme   | Duyarsızlaşma    | Kişisel Başarı     |
| <b>Meslek</b>                                |                    |                  |                    |
| Tıp hekimi (n=82)                            | 18,24±9,18 (0-36)  | 6,98±4,74 (0-20) | 19,63±6,59 (4-32)  |
| Diş hekimi (n=8)                             | 12,50±4,11 (5-18)  | 4,25±2,05 (0-6)  | 21,25±5,28 (13-30) |
| <i>p<sup>2</sup></i>                         | 0,055              | 0,210            | 0,570              |
| <b>Tıp Hekimlerinin Uzmanlık Durumu</b>      |                    |                  |                    |
| Uzman değil (n=23)                           | 22,04±9,08 (4-36)  | 9,74±5,04 (2-20) | 18,65±6,87 (4-30)  |
| Uzman (n=59)                                 | 16,76±8,85 (0-36)  | 5,90±4,20 (0-19) | 20,02±6,50 (7-32)  |
| <i>p<sup>2</sup></i>                         | 0,020*             | 0,001*           | 0,460              |
| <b>Tıp Hekimlerinin Uzmanlık Ana Dalları</b> |                    |                  |                    |
| Dahili (n=37)                                | 16,22±9,58 (0-36)  | 6,41±4,52 (0-19) | 19,97±6,91 (7-32)  |
| Cerrahi (n=20)                               | 17,85±7,96 (5-32)  | 5,05±3,65 (0-13) | 19,85±6,12 (10-31) |
| Temel (n=2)                                  | -----              | -----            | -----              |
| <i>p<sup>1</sup></i>                         | 0,776              | 0,629            | 0,865              |
| <b>Diş Hekimlerinin Uzmanlık Durumu</b>      |                    |                  |                    |
| Uzman değil (n=4)                            | 13,00±1,41 (11-14) | 2,75±1,89 (0-4)  | 18,25±4,99 (13-25) |
| Uzman (n=4)                                  | 12,00±6,06 (5-18)  | 5,75±0,50 (5-6)  | 24,25±4,03 (21-30) |
| <i>p<sup>2</sup></i>                         | 0,999              | 0,029*           | 0,200              |

Değişkenler “ortalama±standart sapma (minimum-maksimum)” olarak sunulmuştur; n: Hekim sayısı; <sup>1</sup>Kruskal Wallis Testi;

<sup>2</sup>Mann-Whitney U Testi; \*Post-hoc ikili karşılaştırmada “Cerrahi bilimler” ile anlamlı fark saptandı; \*p<0,05

Kamuda çalışan hekimlerin %37,1'i (453 hekim) özel sektöre geçmek istemekteyken %62,9'u (769 hekim) kamu sektöründe kalmayı tercih etmektedir. Bunun yanında, kamuda çalışan hekimlerin %51,8'inin mesleği bırakma düşüncesi vardır (Tablo 4.24.).

**Tablo 4.24.** Kamuda çalışan hekimlerin kariyerleri hakkındaki düşünceleri

|                                                                     |  | (n=1222)   |
|---------------------------------------------------------------------|--|------------|
| <b>Kamudan Özel Sektöre Geçme isteği (n=1222)</b>                   |  |            |
| İstiyor                                                             |  | 453 (37,1) |
| İstemiyor                                                           |  | 769 (62,9) |
| <b>Kamuda Çalışan Hekimlerin Mesleği Bırakma Düşüncesi (n=1222)</b> |  |            |
| Var                                                                 |  | 634 (51,8) |
| Yok                                                                 |  | 588 (48,2) |

Sürekli değişkenler “ortalama±standart sapma (minimum-maksimum)”, kategorik değişkenler “sayı (yüzde)” olarak sunulmuştur; n: Hekim sayısı

Özel sektörde çalışan hekimlerin %22,2'si (20 hekim) kamuya geçmeyi istemektedir, %77,8'inin ise özel sektörden kamuya geçmek gibi bir isteği yoktur (Tablo 4.25.).

Özel sektörde çalışan hekimlerin %48,8'inin (44 hekim) mesleği bırakma düşüncesi vardır (Tablo 4.25.).

**Tablo 4.25.** Özelde çalışan hekimlerin kariyerleri hakkındaki düşünceleri

|                                                                          |  | (n=90)    |
|--------------------------------------------------------------------------|--|-----------|
| <b>Özel Sektörden Kamuya Geçme isteği (n=90)</b>                         |  |           |
| İstiyor                                                                  |  | 20 (22,2) |
| İstemiyor                                                                |  | 70 (77,8) |
| <b>Özel Sektörde Çalışan Hekimlerin Mesleği Bırakma Düşüncesi (n=90)</b> |  |           |
| Var                                                                      |  | 44 (48,8) |
| Yok                                                                      |  | 46 (51,2) |

Sürekli değişkenler “ortalama±standart sapma (minimum-maksimum)”, kategorik değişkenler “sayı (yüzde)” olarak sunulmuştur; n: Hekim sayısı

Tablo 4.26.'da İBBS-1 bölgeleri ayrımına göre hekimlerin ortalama MTÖ DT, DYS ve KB alt ölçek puanlarına yer verilmiştir. Buna göre ortalama DT puanı en yüksek olan bölge 26,2±8,9 (1-36) puan ile Kuzeydoğu Anadolu bölgesi iken, ortalama DYS puanı en yüksek olan bölge 9,9±5,0 (0-20) puan ile Güneydoğu Anadolu bölgesidir. Ayrıca ortalama KB puanı en düşük bölge de 16,5±5,7 (3-29) puan ile yine Güneydoğu Anadolu bölgesi olarak saptanmıştır (Tablo 4.26.)

**Tablo 4.26.** İBBS-1'e göre hekimlerin çalıştığı bölgeler arasında Maslach Tükenmişlik Ölçeği skorlarının dağılımı

| İBBS-1            | n   | Maslach Tükenmişlik Ölçeği |                |                 |
|-------------------|-----|----------------------------|----------------|-----------------|
|                   |     | Duygusal Tükenme           | Duyarsızlaşma  | Kişisel Başarı  |
| İstanbul          | 145 | 22,3±7,7 (5-36)            | 9,4±4,9 (0-20) | 18,6±6,1 (0-32) |
| Batı Marmara      | 53  | 20,9±8,6 (1-36)            | 8,7±4,4 (0-20) | 17,8±6,4 (6-31) |
| Ege               | 144 | 21,4±8,7 (0-36)            | 8,1±4,7 (0-20) | 19,2±6,2 (0-32) |
| Doğu Marmara      | 482 | 21,8±8,2 (0-36)            | 8,3±4,6 (0-20) | 19,3±5,8 (0-32) |
| Batı Anadolu      | 102 | 23,3±8,2 (3-36)            | 9,2±4,7 (0-19) | 19,0±5,9 (5-31) |
| Akdeniz           | 84  | 23,8±7,3 (0-36)            | 9,2±4,8 (0-20) | 18,1±6,0 (7-32) |
| Orta Anadolu      | 29  | 23,4±8,9 (9-36)            | 9,1±5,8 (0-20) | 19,7±6,2 (6-29) |
| Batı Karadeniz    | 40  | 22,9±9,3 (3-36)            | 8,8±5,1 (1-20) | 19,6±6,5 (7-32) |
| Doğu Karadeniz    | 58  | 21,7±8,9 (6-36)            | 8,0±4,8 (0-19) | 19,2±5,9 (4-32) |
| Kuzeydoğu Anadolu | 20  | 26,2±8,9 (1-36)            | 8,7±4,1 (0-19) | 19,9±7,1 (8-31) |
| Ortadoğu Anadolu  | 85  | 22,8±7,7 (9-36)            | 8,5±4,6 (0-18) | 18,2±5,2 (7-32) |
| Güneydoğu Anadolu | 70  | 23,3±8,4 (4-36)            | 9,9±5,0 (0-20) | 16,5±5,7 (3-29) |

Değişkenler "sayı (yüzde)" olarak sunulmuştur; n: Hekim sayısı

## 5. TARTIŞMA VE SONUÇ

Katılımcıların MTÖ puan ortalamaları değerlendirildiğinde; hekimlerin orta düzeyde DT ve DYS yaşadıkları, KB hissiyatlarının ise yüksek olduğu görüldü. Ayrıca; Türkiye’de çalışan hekimlerin yaklaşık yarısının DT düzeylerinin yüksek, DYS düzeylerinin ve KB düzeylerinin ise orta seviyede olduğu görüldü. Hekimlerin tükenmişlik düzeyleri ile ilişki faktörler incelendiğinde; yaş, medeni hal, çocuk sahibi olma, hekimlik süresi, çalıştıkları sektör, görevi nedeniyle davalı/davacı olma, idari görev varlığı, görevi başında şiddete maruz kalma durumu, hasta yükü gibi değişkenlerin DT ve DYS düzeyleri ile ilişkili olduğu saptandı. Bunun yanında, mesleği bırakma düşüncesi, nöbet usulü çalışma durumu, çalışılan ortamın fiziki özellikleri, hekim dışı sağlık personelinin desteği ve gelir algısı gibi değişkenlerin ise DT ve DYS düzeylerinin yanında KB hissi ile de ilişkili olduğu görüldü.

Duygusal tükenme, DYS ve KB’de azalmadan oluşan, Maslach ve Jackson (1986) tarafından üç bileşenli bir psikolojik sendrom olarak tanımlanan tükenmişliğin tüm boyutları ile ilişkili olduğu belirlenen; mesleği bırakma düşüncesi, nöbet usulü çalışma durumu, çalışılan ortamın fiziki özellikleri, hekim dışı sağlık personelinin desteği ve gelir algısı gibi faktörlerin tükenmişlik yaşayan bireylerde öncelikle DT, daha sonra DYS ve son olarak da KB’de azalma görülmesi beklentisiyle birlikte değerlendirildiğinde diğer tüm ilişkili faktörlerden daha baskın etkilerinin olduğunu ve bu faktörlerin etkisinin yalnızca bireysel düzeyde değil, aynı zamanda kurumsal ve organizasyonel düzeyde de ele alınması gerekliliğini ortaya koymaktadır. Literatürde farklı bölgelerde ve farklı gruplarda yapılan çalışmalarda da nöbet tutan hekimlerin DT ve DYS düzeylerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Ergin, 1992; Aslan ve ark., 1997; Çan ve ark., 2009; Özkula ve Durukan, 2017; Arpacıoğlu ve ark., 2021; Yılmaz ve ark., 2022). Çalışmamız ise literatüre ek olarak nöbet tutan hekimlerin artık kişisel başarılarının da olumsuz etkilendiğini ortaya koymaktadır. Çalışma ortamındaki fiziki şartların tükenmişlik düzeyleri ile ilişkisini inceleyen araştırmalar sınırlıdır. Bunun yanında; Yılmaz ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada da verilerimizle uyumlu olarak çalışma ortamındaki fiziksel koşulları yetersiz bulan hekimlerin DT, DYS ve KB alt ölçeklerinin üçü açısından da daha yüksek düzeyde tükenmişlik yaşadıkları tespit edilmiştir (Yılmaz ve ark., 2022). Çalışmamızın

literatüre bir katkısı da yeterli sayıda hekim dışı sağlık personeli ile çalışma imkanı olmaması ve/veya gelir algısının düşük olmasının hekimlerin tükenmişlik düzeyleri üzerine her üç bileşen açısından da olumsuz etkisinin olduğu sonucudur. Literatür taramamızda hekim dışı sağlık personeli eksikliğinin veya düşük gelir algısının hekimlerin tükenmişlik düzeylerine olan etkisinin araştırıldığı çalışmaya rastlanmamıştır. Ancak; 1000 kişiye düşen hemşire sayıları incelendiğinde, OECD ülkelerinin ortalaması 9,2 iken, Türkiye'nin 2,8 ile en düşük orana sahip ülke olması ve yetersiz gelirin işle ilgili stres faktörlerinden dolayısıyla tükenmişliğin belirleyicilerinden biri olarak görülmesi göz önüne alındığında çalışmamız verileri beklenen ve bir o kadar da düşündürücü verilerdir. Bu bağlamda gerek operasyonel gerekse de fiziki çalışma koşullarının iyileştirilmesi, yeterli sosyal destek mekanizmalarının sağlanması ve gelir algısının iyileştirilmesi gibi müdahalelerin, tükenmişliğin azaltılması ve hekimlerin mesleki memnuniyetinin artırılması açısından kritik öneme sahip olduğu kanaatindeyiz.

Hekimlerin tükenmişlik düzeylerinin değerlendirildiği çalışmalarda; örneklem gruplarına göre ufak farklılıklar olsa da literatürde genç hekimlerin tükenmişlik düzeylerinin daha yüksek olduğu sonucu hakimdir (Maslach ve ark., 2001; Özyurt ve ark., 2013; Aslan ve ark., 1997; Şerik ve ark., 2016; Özkula ve Durukan, 2017; Yılmaz ve ark., 2022). Bizim çalışmamızda da yaş ile tükenmişlik düzeyleri arasında negatif yönlü bir ilişki olduğu saptanmıştır. Benzer şekilde, mesleki çalışma süresi ile tükenmişlik düzeylerinde de negatif yönlü bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Ülkemizdeki farklı kurumlarda görev yapan hekimler ile yapılan ve mesleki çalışma süresi ile tükenmişlik düzeyleri arasındaki ilişkinin ortaya konduğu çalışmaların sonuçları değişkenlik göstermektedir (Ergin, 2001; Sünter ve ark., 2006; Özkula ve Durukan, 2017; Aslan ve ark., 2021) ancak bu araştırmaların yalnızca belirli kurumlarda görev yapan hekimler üzerinde yapılmasının farklı sonuçların ortaya çıkmasındaki en temel sebep olduğu kanaatindeyiz ki çalışmamız verileri de kurumsal dinamiklerin tükenmişlik düzeyleri üzerine baskın etkisinin olduğunu göstermektedir. Bizim çalışmamızın ise ülkemiz genelindeki tüm bölgelerden hekimlerin katılımı ile yapılmış olması, çalışmamızı kıymetli kılan etmenlerden biridir. Ayrıca çalışmamız, her ne kadar karşıt bulguların olduğu çalışmalar olsa da, literatürdeki hâkim görüşle uyumlu olarak kadın hekimlerin, bekar olanların ve

çocuk sahibi olmayanların tükenmişlik düzeylerinin daha yüksek olduğu verisini pekiştirmektedir (Aslan ve ark., 2021; Yılmaz ve ark., 2022; Özkula ve Durukan, 2017; Köylü ve Kurtoğlu, 2022; Esen ve ark., 2018; Şerik ve ark., 2016; Tanrıverdi ve ark., 2017; Altan ve Şahin, 2023; Özçınar, 2005).

Çalışmamızın sonuçları incelendiğinde, hekimlerin iş hayatında mobbing, şiddet ve davalı/davacı olma gibi olumsuz deneyimlere maruz kalması, tükenmişlik düzeylerini önemli ölçüde etkileyen faktörler olarak öne çıkmaktadır. Yeşilbaş ve Wan (2017) tarafından yapılan bir meta-analiz çalışmasında, mobbinge maruz kalan hekimlerin DT, DYS ve düşük KB gibi tükenmişlik belirtilerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır. Benzer şekilde, bizim çalışmamızda da literatürle uyumlu olarak, üstleri veya diğer çalışma arkadaşları tarafından mobbinge maruz kalan hekimlerin tükenmişlik düzeyleri, mobbing yaşamayan hekimlere göre daha yüksek bulunmuştur. Çalışmamızda şiddete maruz kalan hekimlerin tükenmişlik düzeylerinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir, çalışmamız bu anlamda literatüre önemli bir katkı sunmaktadır. Öte yandan, mobbinge veya şiddete maruz kalmak hekimleri hukuki süreçlere yönlendirebilir ve bu süreçler de yüksek düzeyde stres ve anksiyeteye dolayısıyla tükenmişliğe yol açabilir. Bununla tutarlı bir şekilde çalışmamızın sonuçlarında da mesleğinin icrası nedeniyle davalı/davacı olan hekimlerin tükenmişlik düzeyleri, olmayanlara göre belirgin şekilde daha yüksek bulunmuştur. Göcen ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada da mesleğinin icrası sırasında davalık olan hekimlerin tükenmişlik düzeylerinin, davalık olmayanlara göre daha yüksek olduğu belirtilmiştir (Göcen ve ark., 2021). Hukuki süreçler, şiddet ve mobbinge maruziyetin başlı başına yoğun stres faktörü olduğu düşünüldüğünde tükenmişliğe zemin hazırlaması beklenen bir bulgudur. Ancak çalışmamız verileri; bu etkenlerin çok yüksek düzeylerde görüldüğünü ortaya koyması açısından dikkat çekicidir. Katılımcıların yaklaşık yarısının mesleği ile ilişkili davacı/davalı olması, neredeyse her 10 hekimden dokuzunun şiddete yedisinin mobbinge uğradığını ifade etmesi korkutucu ve bir o kadar da hekimlerin ne denli zor şartlar altında sanatlarını icra etmeye çalıştıklarının kabul edilemezliğini ortaya koymaktadır.

Ülkemizde çalışan tıp hekimlerinin uzmanlık durumlarının tükenmişlik düzeyleri üzerine etkisine baktığımızda; bizim çalışmamızda da literatürle uyumlu olarak pratisyen hekimlerin uzman hekimlere göre daha fazla tükenmişlik yaşadıkları görüldü (Hayran ve Aksayan, 1991; Musal ve ark., 1995). Uzman hekimler kendi içerisinde değerlendirildiğinde ise dahili branş hekimlerinin diğer branş hekimlerine göre daha yüksek tükenmişlik düzeylerine sahip olduğu saptandı. Literatürde hakim görüş cerrahi branş hekimlerinin daha yüksek tükenmişlik yaşadıkları yönündendir (Çan ve ark., 2009; Özbek ve Girgin, 2006). Bizim çalışmamızda ise dahili branş hekimlerinin daha yüksek tükenmişlik düzeylerine sahip olmalarının ortaya konması tartışmaya değerdir. Bu sonuca yine çalışmamız verileri ışık tutmaktadır. Şöyle ki; çalışmamız verilerinin ortaya koyduğu, poliklinik hizmeti veren tıp hekimlerinin ve günlük hasta sayısı >40 olan tıp hekimlerin tükenmişlik düzeylerinin anlamlı yüksekliği diğer branşlara oranla dahili branşların daha ağırlıklı poliklinik hizmeti vermesi ile birlikte düşünüldüğünde hekim-hasta iletişiminin artışı ile tükenmişlik düzeylerinin ilişkili olabileceğini düşündürmekte ve dahili branş hekimlerinin tükenmişlik düzeylerini daha yüksek olmasını desteklemektedir. Maslach ve Jackson (1981) da tükenmişliğin yoğun olarak insanlarla yüz yüze iletişim gerektiren mesleklerde daha fazla görüldüğünü ifade etmiştir. Çalışmamızda yine bu durumla ilişkili olabileceğini düşündüğümüz bir diğer sonuç ise iş yeri hekimliği yapan veya idarecilik yapan/geçmişte yapmış hekimlerin tükenmişlik düzeylerinin daha düşük saptanmasıdır. İş yeri hekimleri, genellikle hastanelerde çalışan hekimlere göre daha az sayıda hasta ve daha az akut vakayla ilgilenirler; bu daha düşük hasta yoğunluğu da tükenmişlik düzeylerini azaltabilir. Literatür de çalışmamızın sonuçlarını destekler niteliktedir (Öztürk ve Karataş, 2021). Benzer şekilde idari görevlerdeki hekimler, daha az hasta yükü ve klinik stresle karşılaşarak tükenmişlik riskini azaltabilirler. Literatürde bu konuda yapılan çalışmalar kısıtlı olup çalışmamızı destekler nitelikte sonuçlar mevcuttur (Özkula ve Durukan, 2017).

Hekimlerin tıp hekimi veya diş hekimi olarak çalışmaları, çalışma ortamları ve sağlık kuruluşlarındaki farklı basamaklarda görev yapma durumu, hekimlerin iş yaşamındaki tükenmişliklerini etkileyen önemli faktörler olduğu saptandı. Literatürde, diş hekimlerinin tıp hekimlerine kıyasla daha yüksek tükenmişlik düzeylerine sahip olduğu çeşitli çalışmalarda ortaya konmuştur (Verimer, 2016;

Çalışkan ve ark., 2021). Bu bulgular, bizim çalışmamızla da uyumludur; çalışmamızda dış hekimlerinin tükenmişlik düzeyleri tıp hekimlerine göre daha yüksek bulunmuştur. Bunun yanı sıra, hekimlerin hekim olarak çalıştıkları sektör de tükenmişlik düzeylerini etkileyen bir diğer önemli faktördür. Aslan ve arkadaşları (2021) ile Bayrak ve arkadaşları (2021) tarafından yapılan çalışmalarda özel sektörde çalışan hekimlerin kamuda çalışanlara göre daha yüksek tükenmişlik yaşadıkları saptanmışken Huri ve arkadaşları (2016) tarafından yapılan bir çalışmada kamuda çalışan dış hekimlerinin özelde çalışan dış hekimlerine göre daha fazla tükenmişlik yaşadıkları gösterilmiştir; bu konuda literatürde farklı çalışmalar vardır, bizim çalışmamızda kamuda çalışan hekimlerin tükenmişlik düzeyleri, özelde çalışan hekimlere göre daha yüksek bulunmuştur. Ayrıca, kamuda çalışan hekimler arasında özel sektöre geçiş yapmak isteyenlerin tükenmişlik düzeylerinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir; bu bulgu, literatürde daha önce ele alınmamış bir konudur ve dikkat çekicidir.

Çalışmamızda kamuda çalışan hekimlerin tükenmişlik düzeylerinin, özel sektörde çalışan meslektaşlarına kıyasla daha yüksek bulunması, kamu sektöründeki çalışma koşullarının tükenmişlik üzerinde belirgin bir etkisi olduğunu düşündürmektedir. Bu durum, kamu sağlık hizmetlerinde karşılaşılan iş yükü, bürokratik engeller, sınırlı kaynaklar ve yoğun hasta baskısı gibi faktörlerle açıklanabilir. Ayrıca, kamuda çalışan hekimler arasında özel sektöre geçiş yapma isteğinin yüksek tükenmişlik düzeyleri ile ilişkili bulunması, bu hekimlerin mevcut çalışma koşullarından memnuniyetsizlik yaşadığını ve bu koşulların onların tükenmişlik düzeylerini artırdığına işaret etmektedir. Özel sektöre geçiş yapma isteği, daha esnek çalışma saatleri, daha iyi maddi koşullar ve mesleki tatmin arayışı gibi nedenlerle ortaya çıkabilir. Bu bağlamda, tükenmişlik düzeyleri daha yüksek olan hekimlerin özel sektöre geçiş eğilimi göstermesi, kamu sağlık hizmetlerinin sürdürülebilirliği açısından önemli bir endişe kaynağı olarak değerlendirilmelidir. Literatürde bu konuda yapılan çalışmaların sınırlı olması, bulgularımızın gelecekte yapılacak araştırmalar için önemli bir referans noktası olabileceğini göstermektedir.

Bulgularımız, işi nedeniyle hobisinden vazgeçen hekimlerin tükenmişlik düzeylerinin daha yüksek olduğunu ortaya koymuştur. Ayrıca, neredeyse 10

hekimden 7'sinin işi nedeniyle bir hobisinden vazgeçmek zorunda kaldığı belirlenmiştir, bu da iş yükünün hekimlerin kişisel yaşamları üzerindeki olumsuz etkisini vurgulamaktadır.

Çalışmamızın sonuçlarına göre, hekimlerin yarısından fazlası nöbet tutmaktadır ve özellikle acil servis nöbeti tutan hekimlerin daha yüksek düzeyde tükenmişlik yaşadıkları tespit edilmiştir. Özellikle acil servis nöbeti tutan hekimlerin tükenmişlik düzeylerinin daha yüksek olduğu bulgusu, yoğun iş temposunun ve stresli çalışma ortamının hekimlerin kişisel zamanlarını ve dolayısıyla hobilerini sürdürme olanaklarını kısıtladığını, bu da tükenmişlik düzeylerinin artmasına neden olduğunu düşündürmektedir. İş nedeniyle hobisinden vazgeçen hekimlerin daha yüksek tükenmişlik yaşamaları, nöbet tutmanın ve özellikle acil servis nöbetlerinin, hekimlerin iş dışındaki hayatlarını ne kadar sınırladığına ve bu durumun mesleki tükenmişliğe nasıl katkıda bulunduğuna dair önemli bir ipucu sunmaktadır.

Çalışmamızda, Türkiye'deki hekimlerin tükenmişlik düzeylerinin oldukça yüksek olduğu ve bunun mesleği bırakma düşüncesi ve yurt dışında çalışma isteği gibi faktörlerle ilişkili olduğu belirlenmiştir. Literatürde yer alan çalışmalar da mesleği bırakmayı düşünen hekimlerin tükenmişlik düzeylerinin daha yüksek olduğunu göstermektedir (Oral ve Köse, 2011; Sünter ve ark., 2006). Çalışmamız, literatürle uyumlu olarak, mesleği bırakmayı düşünen hekimlerin tükenmişlik düzeylerinin daha yüksek olduğunu göstermektedir. Ayrıca çalışmamız, mesleki sebeplerden ötürü yurt dışında çalışmak isteyen hekimlerin tükenmişlik düzeylerinin daha yüksek olduğunu da ortaya koyarak güncel literatüre önemli bir katkı sunmaktadır.

Elde edilen veriler, hekimlerin yarısından fazlasının mesleği bırakma düşüncesine sahip olduğunu ortaya koymaktadır, bu durumda mesleki tatminsizlik ve mevcut çalışma koşullarından duyulan memnuniyetsizliğin yaygın olduğu yorumu yapılabilir. Ayrıca, hekimlerin yarısından fazlasının yurt dışında çalışma isteği, daha iyi çalışma koşulları, mesleki tatmin ve yaşam standartları arayışının güçlü bir işareti olarak değerlendirilebilir. Yurt dışında çalışmak için aktif çaba gösteren hekimlerin oranının neredeyse üçte bire ulaşması, bu isteği gerçekleştirmek için somut adımlar atan önemli bir hekim kitlesinin varlığını göstermekte, bu da hekimlerin mevcut sistemde kalıcı bir çözüm arayışında olduklarına işaret etmektedir. Türk Tabipleri

Birliği'nin 2023 yılı verilerine göre, 3025 hekim yurt dışında çalışmak amacıyla ‐iyi hal belgesi‐ başvurusu yapmıştır ve bu başvuru sayısı son 11 yılda 60 kat artmıştır (<https://x.com/ttborgtr/status/1740746140457279822>, Erişim tarihi: 24 Haziran 2024). Tüm bu bulgular, Türkiye'de çalışan hekimlerin tükenmişlik düzeylerinin yüksekliğini, hatta bu tükenmişliğin artık mesleği bırakmayı düşünme boyutuna geldiğini, hekimlerin mesleki memnuniyetsizliklerinin ciddi boyutlara ulaştığını ve yurt dışında çalışmayı bir çözüm yolu olarak görmelerinin yaygınlaştığını göstermektedir. Bunun en önemli sebepleri olarak da hekimlerin yoğun çalışma şartlarını ve sağlıkta şiddetin ne yazık ki ülkemizde yaygın olmasını gösterebiliriz. OECD  lkelerinin verilerini incelediğimizde 1000 kişiye düşen doktor sayıları olarak, OECD  lkelerinin ortalaması 3,7 iken, Türkiye'de 2,2'dir. Bu alanda OECD  lkelerinin ortalamasının altında kalan Türkiye aynı zamanda OECD  lkeleri arasında en düşük orana sahip olan ülkedir. Az hekimle çok sayıda nüfusa sağlık hizmeti sunan hekimlerin tükenmişlik düzeylerinin yüksek olması kaçınılmazdır. Öte yandan çalışmamızın sonuçlarında da saptadığımız üzere neredeyse 10 hekimden 9'u sağlıkta şiddete maruz kalmıştır. Tüm bunlar birlikte değerlendirildiğinde hekimlerin mesleği bırakma düşüncesi olması veya yurt dışında hekimlik yapma istekleri kaçınılmazdır.

Bu  alışma Türkiye'de görev yapan hekimlerin büyük bir kısmının orta ve yüksek düzeyde tükenmişlik yaşadığını ortaya koymuştur. Tükenmişliğin en önemli sebepleri arasında çalışma koşullarının zorluğu, aşırı iş yükü, yeterli hekim dışı sağlık personelinin bulunmaması, düşük gelir algısı, nöbet usulü çalışma düzeni, sağlıkta şiddet olayları ve mobbing yer almaktadır. Çalışmamızın bulguları, hekimlerin tükenmişlik düzeylerinin azaltılmasının hem hekim memnuniyeti hem de sağlık sistemi üzerinde doğrudan bir etkiye sahip olacağını göstermektedir. Tükenmişlik düzeyi düşük, mesleki tatmini yüksek olan hekimler, daha verimli ve kaliteli sağlık hizmeti sunabilecek, bu da genel sağlık sisteminin iyileşmesine katkı sağlayacaktır. Hekimlerin mesleki tükenmişliğinin önüne geçilmesi, sağlık hizmetlerinin kalitesini artıracak, hekim-hasta ilişkilerini güçlendirecek ve sağlık sistemimizin daha ideal bir seviyeye ulaşmasına yardımcı olacaktır. Bu bağlamda, hekimlerin mesleki memnuniyetini artırmak ve tükenmişliği önlemek için çalışma koşullarının iyileştirilmesi, destek mekanizmalarının güçlendirilmesi ve hekimlerin iş

yükünün dengelenmesi büyük önem taşımaktadır. Tükenmişliğin önlenmesi, sağlık sisteminin verimliliğini artırarak daha mutlu hekimler, daha mutlu hastalar ve daha sürdürülebilir bir sağlık sistemi meydana getirilmesine katkıda bulunacaktır. Bu çalışma, sağlık politikalarının belirlenmesinde ve hekimlerin mesleki memnuniyetinin artırılmasında önemli bir referans niteliği taşımaktadır.

#### Öneriler:

- Hekimlerin tükenmişlik belirtilerini erken dönemde tanımlayacak ve müdahale edecek programlar geliştirilmelidir.
- Neredeyse normalleşmeye yüz tutmuş sağlıkta şiddeti önleyici ve caydırıcı tedbirler arttırılmalı ve uygulanabilirlikleri tesis edilmelidir.
- Sağlık kurumlarının fiziki olanaklarının iyileştirilerek hekimlerin daha konforlu, donanımlı ve huzurlu tesislerde mesleklerini icra edebilmeleri sağlanmalıdır.
- Sağlık hizmeti sunumunun bir ekip işi olduğunun bilinciyle yeterli sayıda hekim dışı sağlık personeli ile hizmet sunumu desteklenmelidir.
- Özellikle gece nöbeti tutan hekimlerin yıpranma payları göz önüne alınarak yeniden mevzuat düzenlemesi yapılmalı; gece ve bayram mesai ücretleri gündüz mesai ücretlerinin göre en az iki katı olacak şekilde düzenlenmelidir.
- Ülkemizde acil servislerin poliklinik gibi kullanılmasının önüne geçilmeli, acil servislerdeki yeşil alan kaldırılmalıdır.
- Özel sektör ve kamu sektöründe çalışan hekimler arasındaki tükenmişlik farkını azaltmak için çalışma koşulları, maaşlar ve iş tatmini açısından denge sağlanmalıdır.
- Hekimlerin mesleki yoğunlukları nedeniyle vazgeçmek zorunda kaldıkları hobilerini sürdürmeleri için iş-yaşam dengesi sağlanmalı ve buna yönelik destekleyici düzenlemeler yapılmalıdır.
- Mesleğe yeni başlayan veya genç hekimler için tükenmişlik düzeylerini azaltacak mentorluk ve rehberlik programları geliştirilmelidir.
- Hekimlerin iş yerlerinde daha iyi iletişim ve iş birliği sağlanması için organizasyonel kültür geliştirilmelidir. Bu, mobbing ve iş yerindeki olumsuz davranışların azalmasına katkı sağlayabilir.

- Hekimlerin çalışma ortamlarında maruz kaldıkları şiddet ve mobbing gibi olumsuz durumları önlemek için daha sıkı yasal ve idari tedbirler alınmalı, denetimler ve cezalar arttırılmalı, bu konuda bir farkındalık yaratılmalıdır.
- Hekimlerin ve diğer tüm sağlık personellerinin maruz kaldıkları şiddet olaylarını azaltmak için toplumsal farkındalık kampanyaları düzenlenmeli, hekimlerin saygınlığına yönelik bilinçlendirme çalışmaları yapılmalıdır.
- Hekimlerin tükenmişlik düzeylerini azaltmaya yönelik psikolojik destek, eğitim ve farkındalık programları uygulanmalıdır.
- Hekimlerin mesleki tatmin düzeylerini düzenli olarak ölçen anketler ve geri bildirim mekanizmaları oluşturulmalı, sonuçlara göre iyileştirmeler yapılmalıdır.
- Hekimlerin hasta yoğunluğunu azaltacak ve daha kaliteli hasta-hekim ilişkisi kurmalarını sağlayacak düzenlemeler yapılmalıdır.
- Hekimlerin bürokratik işlemleri en aza indirilmeli, bu tür görevler için destekleyici personel sağlanmalıdır.
- Hekimlerin meslekten ayrılma düşüncelerini azaltmak için çalışma koşulları ve gelir algıları iyileştirilmeli, iş yükleri dengelenmelidir.
- Kamuda çalışan hekimler için tamamı emekliliğe yansıyan, yıllık izinlerde kesilmeyen, tek kalem maaş sistemine geçilmelidir.

## 6. KAYNAKLAR

- Altan, S., & Şahin, M. K. (2023). Samsun’da ASM’lerde çalışan hekimlerde ve aile hekimliği asistanlarında tükenmişlik ve ilişkili faktörler: Kesitsel bir çalışma. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, 12(1), 68-78.
- Ardıç, K., & Polatçı, S. (2009). Tükenmişlik sendromu ve madalyonun öbür yüzü: İşle bütünleşme. *Erciyes Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, (32), 21-46.
- Arı, G. S., & Bal, E. Ç. (2008). Tükenmişlik kavramı: Birey ve örgütler açısından önemi. *Yönetim ve Ekonomi Dergisi*, 15(1), 131-148.
- Arigoni, F., Bovier, P. A., & Sappino, A. P. (2010). Trend of burnout among Swiss doctors. *Swiss Medical Weekly*, 140, 130-170.
- Arpacıoğlu, S., Baltalı, Z., & Ünübol, B. (2021). COVID-19 pandemisinde sağlık çalışanlarında tükenmişlik, Covid korkusu, depresyon, mesleki doyum düzeyleri ve ilişkili faktörler. *Çukurova Medical Journal*, 46(1), 88-100.
- Aslan, D., Şengelen, M., & Erişgen, G. (2021). Hekimler arasında tükenmişlik durumu ve ilişkili faktörler. TTB Yayınları.
- Aslan, H., Aslan, O., Kesepara, C., ve ark. (1997). Kocaeli’nde bir grup sağlık çalışanında işe bağlı gerginlik, tükenme ve iş doyumunu. *Toplum ve Hekim Dergisi*, 12(82), 24-29.
- Aydın, S. (2018). Sağlık kurumları yönetimi 1 (pp. 58, 65-66). Eskişehir: T.C. Anadolu Üniversitesi.
- Aytür, K. A., Yılmaz, Ö., Koç, C., & Kırca, M. (2020). SARS-CoV-2 (COVID-19) sonrası pulmoner rehabilitasyon prensipleri: Akut ve subakut sürecin yönetimi için rehber. *Journal of Physical Medicine and Rehabilitation Sciences*, 23(2), 111-128.
- Barber, P., & López-Valcárcel, B. G. (2010). Forecasting the need for medical specialists in Spain: Application of a system dynamics model. *Human Resources for Health*, 8, 24.
- Bayrak, E., Ogan, H., & Turan, M. (2021). Özel sağlık sektöründe hekimlerin çalışma koşulları, ekonomik ve sosyal durumları ile mesleki memnuniyetlerinin değerlendirilmesi. *Toplum ve Hekim*, 36(2), 126-134.
- Beyoğlu, E., Erdoğan, A., & Okyay, R. A. (2022). Asistan hekimlerde tükenmişlik sendromu. *KSÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, 17(2), 222-227.
- Bora Başara, B., Soytutan Çağlar, İ., Aygün, A., Özdemir, T. A., & Kulali, B. (2022). Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2022. Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü, Sağlık Bakanlığı. 1. baskı, Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Yayınları, s: 229.

Brewer, E. W., & Shapard, L. (2004). Employee burnout: A meta-analysis of the relationship between age or years of experience. *Human Resource Development Review*, 3(2), 102-123.

Bridgeman, P. J., Bridgeman, M. B., & Barone, J. (2018). Burnout syndrome among healthcare professionals. *American Journal of Health-System Pharmacy*, 75(3), 147-152.

Budak, G., & Sürgevil, O. (2005). Tükenmişlik ve tükenmişliği etkileyen örgütsel faktörlerin analizine ilişkin akademik personel üzerinde bir uygulama. *Dokuz Eylül Üniversitesi İktisadi İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 20(2), 95-108.

Charoentanyarak, A., Anothaisintawee, T., Kanhasing, R., & Poonpetcharat, P. (2020). Prevalence of burnout and associated factors among family medicine residency in Thailand. *Journal of Medical Education and Curricular Development*, 7, 2382120520944920.

Chernew, M., Scanlon, D., & Hayward, R. (1998). Insurance type and choice of hospital for coronary artery bypass graft surgery. *Health Services Research*, 33(3), 447-466.

Cheung, B. M. (2020). Burnout: A burning issue. Oxford University Press.

Çan, E., Topbaş, M., Yavuzylmaz, A., Çan, G., et al. (2009). Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesindeki araştırma görevlisi hekimlerin tükenmişlik sendromu ile iş doyumu düzeyleri ve ilişkili faktörler. *Journal of Experimental and Clinical Medicine*, 23(1), 17-24.

Çevik, O., & Özbacı, A. A. (2020). Sağlık çalışanlarının tükenmişlik düzeyleri ile demografik özellikleri arasındaki ilişki-Samsun ili örneği. *MANAS Journal of Social Studies*, 9(3), 1773-1787.

Çınar Tanrıverdi, E., Dikbaş, L., Çalıkoğlu, E., & Koca, Ö. (2017). Bir kadın doğum hastanesinde çalışan sağlık personelinin tükenmişlik ve iş doyumu düzeyleri ve sosyodemografik etkenlerle ilişkisi. *Bakırköy Tıp Dergisi*, 32-39.

Çınaroğlu, S. (2021). Türkiye’de iller düzeyinde sağlık personeli dağılımı ve daha etkin politika ihtiyacı. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 24(2), 235-254.

Drummond, D. (2015). Physician burnout: Its origin, symptoms, and five main causes. *Family Practice Management*, 22(5), 42-47.

Dündar, C., Köksal, E. N., & Peksen, Y. (2017). Tıpta uzmanlık öğrencilerinde tükenmişlik ve etkileyen faktörler: kesitsel bir çalışma. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences*, 37(1), 10-15.

Dyrbye, L. N., & Shanafelt, T. D. (2011). Physician burnout: A potential threat to successful health care reform. *JAMA*, 305(19), 2009-2010.

Ergin, C. (1992). Doktor ve hemşirelerde tükenmişlik ve Maslach Tükenmişlik Ölçeğinin uyarlanması. VII. Ulusal Psikoloji Kongresi Bilimsel Çalışmaları, 22(25).

- Ergin, C. (1996). Maslach Tükenmişlik Ölçeği'nin Türkiye sağlık personeli normları. *3P Dergisi*, 4(1), 28-33.
- Ergin, C. (2001). Hekimlerde meslekte çalışma süresi ve tükenmişlik düzeyleri. *Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 40(3), 112-120.
- Esen, A. D., Mercan, G. N., & Kaçar, E. (2018). Aile hekimliği asistanlarında tükenmişlik sendromu ve iş doyumu düzeyleri. *Anatol JFM*, 1; 34-36.
- Farmer, E., Beard, J., Dauphinee, D., Laduca, T., & Mann, K. (2002). Assessing the performance of doctors in teams and systems. *Medical Education*, 36(10), 942-948.
- Firth-Cozens, J. (2001). Medical student stress. *Medical Education*, 35(1), 6-7.
- Freudenberger, H. J. (1974). Staff burn-out. *Journal of Social Issues*, 30(1), 159-165.
- Galaiya, R., Kinross, J., & Arulampalam, T. (2020). Factors associated with burnout syndrome in surgeons: A systematic review. *Annals of The Royal College of Surgeons of England*, 102(6), 401-407.
- Göcen, Ö., Yılmaz, A., Aslanhan, H., & Demir, A. (2021). Hekimlerin, defansif tıp uygulamaları hakkındaki bilgi ve tutumları, işe bağlı gerginlik ve tükenmişlik düzeyleri. *Journal of Health Management*, 18(3), 45-60.
- Gökkaya, F. (2019). Mesleki tükenmişliğin önlenmesi. *İş ve İnsan Dergisi*, 6(1), 29-41.
- Günay, S., Gümüş, S., Demir, F., & Özdemir, E. (2013). Sağlık çalışanlarında tükenmişlik: Hekim ve hemşireler üzerine bir araştırma. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 14(1), 56-63.
- Halbesleben, J. R., & Rathert, C. (2008). Linking physician burnout and patient outcomes: Exploring dyadic relationships between physicians and patients. *Health Care Management Review*, 33(1), 29-39.
- Hayran, O., & Aksayan, S. (1991). Pratisyen hekimlerde iş doyumu. *Toplum ve Hekim*, 16-17
- Huri, M., Bağış, N., Eren, H., Umaroğlu, M., & Orhan, K. (2016). Association between burnout and depressive symptoms among Turkish dentists. *Journal of Dental Sciences*, 11(4), 353-359.
- Işıksan, V. (2004). Çalışma hayatında stres ve başa çıkma yolları. Sandal Yayınları.
- Işıksan, V. (2004). Çalışma hayatında stres ve başa çıkma yolları. Ankara: Sandal Yayınları, s: 157
- Jain, A. K., Thompson, J. M., Chaudry, J., McKenzie, S., & Schwartz, R. W. (2008). High-performance teams for current and future physician leaders: An introduction. *Journal of Surgical Education*, 65(2), 145-150.
- Kaçmaz, N. (2005). Tükenmişlik (Burnout) sendromu. *İstanbul Tıp Fakültesi Dergisi*, 68(2), 29-32.

Kavuncubaşı, Ş., & Yıldırım, S. (2022). Hastane ve sağlık kurumları yönetimi (p. 37). Siyasal Kitabevi.

Köse, D., & Küçükkendirici, H. (2019). Sağlık çalışanlarının tükenmişlik düzeylerinin incelenmesi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 30(2), 111-117.

Köylü, E., & Kurtoglu, Y. K. (2022). Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi'ndeki son sınıf öğrencileri ve hekimlerde Tükenmişlik Sendromu ve ilişkili faktörler. *The Journal of Turkish Family Physician*, 13 (1): 3-11.

Leiter, M. P., & Maslach, C. (1999). Six areas of worklife: A model of the organizational context of burnout. *Journal of Health and Human Services Administration*, 21(4), 472-489.

Leiter, M. P., & Maslach, C. (2001). Burnout and quality in a speed-up world. *The Journal of Quality and Participation*, 24(2), 48-51.

Leiter, M. P., & Maslach, C. (2003). Areas of worklife: A structured approach to organizational predictors of job burnout. In P. L. Perrewe & D. C. Ganster (Eds.), *Emotional and physiological processes and positive intervention strategies* (Vol. 3, pp. 91-134). Amsterdam: JAI Press.

Liakopoulou, M., Panaretaki, I., Papadakis, V., Katsika, A., Sarafidou, J., & Laskari, H. (2008). Burnout, staff support, and coping in pediatric oncology. *Supportive Care in Cancer*, 16(2), 143-150.

Maslach, C., & Goldberg, J. (1998). Prevention of burnout: New perspectives. *Applied and Preventive Psychology*, 7(1), 63-74

Maslach, C., & Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Organizational Behavior*, 2(2), 99-113.

Maslach, C., & Jackson, S. E. (1986). *The Maslach Burnout Inventory* (2nd ed.). Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.

Maslach, C., & Leiter, M. P. (2006). Burnout. *Health Quality*, 37, 42-49.

Maslach, C., & Leiter, M. P. (2008). Early predictors of job burnout and engagement. *Journal of Applied Psychology*, 93(3), 498-512.

Maslach, C., & Leiter, M. P. (2016). Burnout. In G. Fink (Ed.), *Stress: Concepts, cognition, emotion, and behavior* (pp. 351-357). Academic Press.

Maslach, C., & Leiter, M. P. (2016). Understanding the burnout experience: Recent research and its implications for psychiatry. *World Psychiatry*, 15(2), 103-111.

Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. (2001). Job burnout. *Annual Review of Psychology*, 52(1), 397-422.

Mazurkiewicz, R., Korenstein, D., Fallar, R., & Ripp, J. (2012). The prevalence and correlations of medical student burnout in the pre-clinical years: A cross-sectional study. *Psychology, Health & Medicine*, 17(2), 188-195.

- McManus, I. C., Jonvik, H., Richards, P., & Paice, E. (2011). Vocation and avocation: Leisure activities correlate with professional engagement, but not burnout, in a cross-sectional survey of UK doctors. *BMC Medicine*, 9(1), 100.
- Mecharic, D. (1991). Physicians. In D. Mechanic (Ed.), *Handbook of health care and the health professions* (pp. 432-454). New York: Free Press.
- Merchant, I. R. (2020). Evaluating the potential role of social media in preventive health care. *Journal of American Medical Association*, 323(5), 411-412.
- Moss, M., Good, K. S., Gozal, D., Kleinpell, R., & Sessler, C. N. (2016). A critical care societies collaborative statement: Burnout Syndrome in critical care health-care professionals. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 194(1), 106-113.
- Musal, B., Elçi, Ö. Ç., & Ergin, S. (1995). Uzman hekimlerde mesleki doyum. *Toplum ve Hekim*, 10(2), 3-7.
- Oral, L., & Köse, S. (2011). Hekimlerin duygusal emek kullanımı ile iş doyumunu ve tükenmişlik düzeyleri arasındaki ilişkiler üzerine bir araştırma. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 16(2), 463-492.
- Ozkula, G., & Durukan, E. (2017); burnout syndrome among physicians: The role of socio-demographic characteristics. *Dusunen Adam*, 30(2), 136-144.)
- Özbek, K., & Girgin, G. (2006). Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesindeki araştırma görevlisi hekimlerin tükenmişlik sendromu ile iş doyumunu düzeyleri ve ilişkili faktörler. *Journal of Experimental and Clinical Medicine*, 23(1), 17-24.
- Özçınar, M. (2005). Asistan doktorlarda burnout sendromu. Dr. Lütfü Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Tıpta Uzmanlık Tezi, İstanbul (Danışman: A. Vitrinel).
- Özkan, Ş., & Uydacı, M. (2015). İşyüküne dayalı sağlık insan kaynakları ihtiyacı belirlenmesi: Kocaeli ili radyoloji teknisyenleri üzerine bir araştırma. *Marmara Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 36(2), 237-250.
- Öztürk, T., & Karataş, H. (2021). İş yeri hekimlerinin tükenmişlik düzeylerinin diğer hekimlerle kıyaslanması. *Journal of Occupational Health*, 63(2), 123-130.
- Özyurt, A., Hayran, O., & Sur, H. (2013). Bir üniversite hastanesinde çalışan hekim, hemşire ve sağlık memurlarının psikolojik dayanıklılık, psikolojik yıldıрма, şiddete ilişkin kaygı düzeyleri ve ruhsal belirti düzeylerinin tükenmişlik düzeyleri ile ilişkisi. *Current Addiction Research*, 8(1), 54-67.
- Patel, R. S., Bachu, R., Adikey, A., Malik, M., & Shah, M. (2018). Factors related to physician burnout and its consequences: A review. *Behavioral Sciences*, 8(11), 98.
- Polatcı, S. (2007). Tükenmişlik sendromu ve tükenmişlik sendromuna etki eden faktörler: Akademik personel üzerinde bir analiz (Yüksek Lisans Tezi). Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Tokat.

Romceovich, L. E., Reed, S., Flowers, S. R., Kemper, K. J., & Mahan, J. D. (2018). Mind-body skills training for resident wellness: A pilot study of a brief mindfulness intervention. *Journal of Medical Education and Curricular Development*, 5, 2382120518773061.

Rutherford, K., & Oda, J. (2014). Family medicine residency training and burnout: A qualitative study. *Canadian Medical Education Journal*, 5(1), e13.

Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2022 Haber Bülteni. Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü, Sağlık Bakanlığı. Ankara. s:5,7-9.

Sarp, N. (2018). Sağlık kurumları yönetimi 1 (pp. 32-33, 42). Eskişehir: T.C. Anadolu Üniversitesi.

Schaufeli, W. B., Leiter, M. P., & Maslach, C. (2009). Burnout: 35 years of research and practice. *Career Development International*, 14(3), 204-220.

Selçukoğlu, Z. (2001). Araştırma görevlilerinde tükenmişlik düzeyi ile yalnızlık düzeyi ve yaşam doyumu arasındaki ilişkinin bazı değişkenler açısından değerlendirilmesi (Yüksek Lisans Tezi). Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Konya.

Shanafelt, T. D., Boone, S., Tan, L., et al. (2012). Burnout and satisfaction with work-life balance among US physicians relative to the general US population. *Archives of Internal Medicine*, 172(18), 1377-85.

Shanafelt, T. D., Bradley, K. A., Wipf, J. E., & Back, A. L. (2002). Burnout and self-reported patient care in an internal medicine residency program. *Annals of Internal Medicine*, 136(5), 358-367.

Shanafelt, T. D., Dyrbye, L. N., & West, C. P. (2018). Physician burnout: Contributors, consequences and solutions. *Journal of Internal Medicine*, 283(6), 516-529.

Shanafelt, T. D., Dyrbye, L. N., West, C. P., & Sinsky, C. A. (2016). Potential impact of burnout on the US physician workforce. *Mayo Clinic Proceedings*, 91(11), 1667-1672.

Shanafelt, T. D., Hasan, O., Dyrbye, L. N., et al. (2015). Changes in burnout and satisfaction with work-life balance in physicians and the general US working population between 2011 and 2014. *Mayo Clinic Proceedings*, 90(12), 1600-1613.

Sünter, A. T., Canbaz, S., Dabak, Ş., Öz, H., & Pekşen, Y. (2006). Pratisyen hekimlerde tükenmişlik, işe bağlı gerginlik ve iş doyumu düzeyleri. *Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 23(2), 105-115.

Sürgevil, O. (2005). Tükenmişlik ve tükenmişliği etkileyen kurumsal faktörler: Akademik personel üzerine bir uygulama (Yüksek Lisans Tezi). Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir.

Şerik, B., Erdoğan, N., Ekerbiçer, H. Ç., Demirbaş, M., İnci, B. M., Bedir, N., Karatepe, T. U., & Erkorkmaz, Ü. (2016). Sakarya'da ASM'lerde çalışan aile hekimlerinin tükenmişlik düzeyleri ve ilişkili faktörler. *Sakarya Medical Journal*, 6(2), 0-0.

T.C. Resmi Gazete. Devlet Memurları Kanunu. 23 Temmuz 1965. Sayı: 12056.

T.C. Resmi Gazete. İşyeri Hekimi ve Diğer Sağlık Personelinin Görev, Yetki, Sorumluluk ve Eğitimleri Hakkında Yönetmelik. 20 Temmuz 2013. Sayı: 28713.

T.C. Resmi Gazete. Sağlık Bakanlığı Ek Ödeme Yönetmeliği. 12 Ağustos 2022. Sayı: 31921.

T.C. Resmi Gazete. Sağlık Bakanlığı Ek Ödeme Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik. 30 Kasım 2023. Sayı: 32385.

T.C. Resmi Gazete. Sağlık Hizmet Sunucularının Basamaklandırılmasına Dair Yönetmelik. 10 Şubat 2022. Sayı: 31746.

T.C. Resmi Gazete. Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun. 05 Ocak 1961. Sayı: 10705, Başbakanlık Basımevi, Ankara.

T.C. Resmi Gazete. Tababet ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun. 11 Nisan 1928. Sayı: 863.

T.C. Resmi Gazete. Tıpta ve Diş Hekimliğinde Uzmanlık Eğitimi Yönetmeliği. 09 Eylül 2022. Sayı: 31942.

T.C. Resmi Gazete. Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği. 13 Ocak 1983. Sayı: 17927.

Taycan, O., Kutlu, L., Çimen, S., & Aydın, N. (2006). Bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerde depresyon ve tükenmişlik düzeyinin sosyodemografik özelliklerle ilişkisi. *Anatolian Journal of Psychiatry*, 7, 100-108.

Tengilimoğlu, D., Zekioğlu, A., & Yiğit, V. (2018). Sağlık işletmeleri yönetimi. Nobel Yayınları, s: 82

Topak, O. Z., Karan, C. B., Toktaş, S. N., Gündoğmuş, S. Z., & Özdel, O. (2015). The comparison of burnout levels in a group of medical students in the learning process: Does the process of medical education change the burnout levels? *Turkish Journal of Clinical Psychiatry*, 18(3), 90-96.

TÜİK (2020). Sağlık hizmetlerine erişim ve memnuniyet araştırması. Türkiye İstatistik Kurumu.

Uğur, Z., & Tirgil, A. (2018). Sağlıkta dönüşüm programı ve kamunun sağlık hizmetlerinden memnuniyeti. *Ombudsman Akademik*, (1), 295-327.

Uler, E. (2020). Tükenmişlik ve örgütsel tükenmişlik üzerine literatür taraması. *Balkan and Near Eastern Journal of Social Sciences*, 6(5), 36-43.

- Verimer, T. (2016). Tıp doktoru, diş hekimi ve hemşirelerde tüklenmişlik ve depresyon. *Aydın Journal of Health*, 2(1), 1-15.
- Viera, A. J., & Power, D. V. (2008). Overview of prevention and screening. In P. D. Sloane, L. M. Slatt, M. H. Ebell, M. A. Smith, D. Power, & A. J. Viera (Eds.), *Essentials of family medicine*, 6th ed., pp. 29-37.
- West, C. P., Dyrbye, L. N., & Shanafelt, T. D. (2018). Physician burnout: Contributors, consequences and solutions. *Journal of Internal Medicine*, 283(6), 516-529.
- Williams, E. S., Rathert, C., & Buttigieg, S. C. (2020). The personal and professional consequences of physician burnout: A systematic review of the literature. *Medical Care Research and Review*, 77(5), 371-386.
- Wright, T. A., & Bonett, D. G. (1997). The contribution of burnout to work performance. *Journal of Organizational Behavior*, 18(5), 491-499.
- Yeşilbaş, M., & Wan, T. T. H. (2017). The impact of mobbing and job-related stress on burnout and health-related quality of life: the case of Turkish territorial state representatives. *International Journal of Public Administration*, 40(12), 1024-1035.
- Yıldırım, S. & Işıkhan, V. (2014). Sağlık insangücü planlaması: sosyal hizmet uzmanlarına yönelik bir durum analizi. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 25(1), 133-148
- Zhou, A. Y., Panagioti, M., Esmail, A., Agius, R., Van Tongeren, M., & Bower, P. (2020). Factors associated with burnout and stress in trainee physicians: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Network Open*, 3(8), e2013761.

## 7. EKLER

### 7.1. EK-1: Anket Formu

#### TÜRKİYE’DE ÇALIŞAN HEKİMLERİN TÜKENMİŞLİK DÜZEYLERİ VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLERİN BELİRLENMESİ

Bu çalışmanın amacı, Türkiye’de çalışan hekimlerin tükenmişlik düzeylerini ve tükenmişlik ile ilişkili faktörleri tespit etmek olacaktır. Sizden yalnızca veri toplama formunda yer alan ifadelerden sizin için uygun olanı işaretlemeniz beklenmektedir. Anket formunu doldurmanız yaklaşık 7-8 dakika sürecektir. Araştırmaya katılım tamamen gönüllük esasına göreler. Katılmanız durumunda vereceğiniz cevaplar gizli tutulacak, araştırmacılar tarafından yalnızca bilimsel çalışmalar amacıyla değerlendirilecektir. Bu çalışmaya katılmanız durumunda sizden herhangi bir ücret istenmeyecek ve size herhangi bir ücret ödenmeyecektir. Bizlere ve bilime olan katkılarınız nedeniyle teşekkür eder, iyi çalışmalar dileriz.

##### Araştırma Ekibi:

Dr. Mehmet Yıldız

Uzm. Dr. Muhammet Raşit Aydın

Dr. Öğr. Üyesi Abdülkadir Aydın

|                                                                                 |                           |
|---------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|
| Yaşınız:.....                                                                   | Cinsiyetiniz: .....       |
| Medeni durumunuz:                                                               | Çocuğunuz var mı?         |
| a) Evli                                                                         | a) Evet                   |
| b) Bekar                                                                        | b) Hayır                  |
| c) Boşanmış                                                                     |                           |
| d) Dul (Eşi vefat etmiş)                                                        |                           |
| Sigara kullanıyor musunuz?                                                      | Alkol kullanıyor musunuz? |
| a) Evet                                                                         | a) Evet                   |
| b) Bekar                                                                        | b) Hayır                  |
| c) Evet                                                                         | c) Bıraktım               |
| d) Hayır                                                                        |                           |
| e) Bıraktım                                                                     |                           |
| Eğer özel sektörde çalışıyorsanız özel sektörden kamuya geçme isteğiniz var mı? |                           |
| a) Evet var                                                                     | b) Hayır yok              |
| Mesleğinizi bırakma düşünceniz var mı?                                          |                           |
| a) Evet var                                                                     | b) Hayır yok              |
| Meslekte kaç yıldır çalışıyorsunuz:.....                                        |                           |
| İdari bir göreviniz var mı?                                                     | Çalıştığınız bölüm:       |
| a) Evet, var                                                                    | a) Dahili Bilimler        |
| b) Hayır, yok                                                                   | b) Cerrahi Bilimler       |
| c) Geçmişte vardı                                                               | c) Temel Bilimler         |

|                                                            |                             |
|------------------------------------------------------------|-----------------------------|
| Çalıştığınız şehir:.....                                   | Uyruğunuz:.....             |
| Herhangi bir kronik hastalığınız var mı?                   |                             |
| a) Evet var                                                | b) hayır yok                |
| Hangi sektörde çalışıyorsunuz?                             |                             |
| a) Kamuda                                                  | b) Özel sektörde            |
| Kaçıncı basamak sağlık kuruluşunda çalışıyorsunuz?         |                             |
| a) Birinci Basamak                                         |                             |
| b) İkinci Basamak                                          |                             |
| c) Üçüncü Basamak                                          |                             |
| Kamuda çalışıyorsanız özel sektöre geçme isteğiniz var mı? |                             |
| a) Evet var                                                | b) Hayır yok                |
| İş yeri hekimliği yapıyor musunuz?                         |                             |
| a) Evet                                                    | b) Hayır                    |
| Alanınız:                                                  | a) Tıp Hekimi b) Diş Hekimi |
| Çalıştığınız kadrodaki ünvanınız:.....                     |                             |
| Poliklinikte çalışıyor musunuz?                            |                             |
| a) Evet, çalışıyorum                                       | b) Hayır, çalışmıyorum      |

Uzmanlık branşınız varsa yazınız: .....

Mesleğiniz sebebiyle herhangi bir davanız oldu mu?

a) Evet, oldu b) Hayır, olmadı

Mesleğinizin icrası sırasında herhangi bir sözel veya fiziksel şiddet olayına maruz kaldınız mı?

a) Evet, kaldım b) Hayır, kalmadım

Şiddete maruz kaldıysanız ne tür bir şiddet olayına maruz kaldınız?

a)Sözel b)Fiziksel c) Hem sözel hem fiziksel

Şiddete maruz kaldıysanız maruz kaldığınız şiddet olayı sebebiyle beyaz kod verdiniz mi?

a)Evet, verdim b)Hayır, vermedim

Çalışma ortamınızın fiziksel koşullarını nasıl değerlendirirsiniz?

a)Kötü b)Orta c)İyi

Aylık gelir düzeyinizi nasıl değerlendirirsiniz?

a)Kötü b)Orta c)İyi

Mesleki sebeplerle yurt dışında çalışmak istiyor musunuz?

a)Evet, istiyorum b)Hayır, istemiyorum

İşiniz nedeniyle düzenli olarak yaptığınız bir hobinizden vazgeçmek zorunda kaldınız mı?

a)Evet, kaldım b)Hayır, kalmadım

Poliklinik yapıyorsanız ortalama günlük hasta sayınız nedir?

a)0-20 b)21-40 c)41-60 d)61-80 e)81-100 f)>100

Nöbet tutuyor musunuz?

a)Evet, nöbet tutuyorum b)Hayır, nöbet tutmuyorum

Eğer nöbet tutuyorsanız en sık hangi tür nöbeti tutuyorsunuz?

- a) Branş nöbeti
- b) İlapçı nöbeti
- c) Acil servis nöbeti
- d) Normal nöbet (idari nöbet) (şef nöbeti)

Aylık nöbet sayınız kaçtır?

a)1-4 b)5-8 c)9-12 d)>12

Üstlerinizin veya diğer çalışma arkadaşlarınızın mobbingine hiç maruz kaldınız mı?

a)Evet, maruz kaldım b)Hayır, maruz kalmadım

Yeterli sayıda hekim dışı sağlık personeli ile çalışıyor musunuz?

a)Evet, çalışıyorum b)Hayır, çalışmıyorum

Yılda ortalama kaç gün yıllık izin kullanıyorsunuz?

a)0 b)1-5 c)6-10 d)11-15 e)16-20 f)>20

Yurt dışında hekimlik yapmak için bir çabanız var mı?

a)Evet, var b)Hayır, yok

|                                                                       | Hiçbir zaman (0) | Çok Nadir (1) | Bazen (2) | Çoğu Zaman (3) | Her Zaman (4) |
|-----------------------------------------------------------------------|------------------|---------------|-----------|----------------|---------------|
| İşimden soğuduğumu hissediyorum.                                      |                  |               |           |                |               |
| İş gününün sonunda kendimi ruhen tükenmiş hissediyorum.               |                  |               |           |                |               |
| Sabah kalktığımda bir gün daha bu işi kaldıramayacağımı hissediyorum. |                  |               |           |                |               |
| Hastalarımın neler hissettiklerini hemen anlarım.                     |                  |               |           |                |               |
| Hastalarımın sanki insan değilmiş gibi davrandığını fark ediyorum.    |                  |               |           |                |               |

|                                                                                                                 |  |  |  |  |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|
| Bütün gün insanlarla uğraşmak benim için gerçekten çok yıpratıcı.                                               |  |  |  |  |  |
| Hastalarımın sorunlarına en uygun çözüm yollarını bulurum.                                                      |  |  |  |  |  |
| Yaptığım işten tükendiğimi hissediyorum.                                                                        |  |  |  |  |  |
| Yaptığım iş sayesinde insanların yaşamına katkıda bulunduğuma inanıyorum.                                       |  |  |  |  |  |
| Bu mesleğe başladığımdan beri insanlara karşı katılaştığımı hissediyorum.                                       |  |  |  |  |  |
| Bu işin beni duygusal olarak katılaştırmasından endişe duyuyorum.                                               |  |  |  |  |  |
| Çok şeyler yapabilecek güçteyim                                                                                 |  |  |  |  |  |
| İşimin beni kısıtladığını hissediyorum.                                                                         |  |  |  |  |  |
| İşimde çok fazla çalıştığımı hissediyorum.                                                                      |  |  |  |  |  |
| Hastalarım ne olduğu umurumda değil.                                                                            |  |  |  |  |  |
| Doğrudan doğruya insanlarla çalışmak bende çok fazla stres yaratıyor.                                           |  |  |  |  |  |
| Hastalarım ile aramda rahat bir hava yaratırım.                                                                 |  |  |  |  |  |
| Hastalarım ile yakın bir çalışmadan sonra kendimi canlanmış hissedirim.                                         |  |  |  |  |  |
| Bu meslekte birçok kayda değer başarı elde ettim.                                                               |  |  |  |  |  |
| Yolun sonuna geldiğimi hissediyorum.                                                                            |  |  |  |  |  |
| İşimdeki duygusal sorunlara serinkanlılıkla yaklaşıyorum.                                                       |  |  |  |  |  |
| İşim gereği karşılaştığım insanların bazı problemlerini sanki ben yaratmışım gibi davrandıklarını hissediyorum. |  |  |  |  |  |

## 7.2. EK-2: Etik Kurul Onayı

Evrak Tarih ve Sayısı: 30.01.2024-E.330215



T.C.  
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ  
Tıp Fakültesi Dekanlığı  
Fakülte Girişimsel Olmayan Etik Kurulu



Sayı : E-71522473-050.04-330215-12  
Konu : Girişimsel Olmayan Etik Kurul Başvuru  
Dosyası

30.01.2024

Sayın Dr. Öğr. Üyesi Abdülkadir AYDIN

Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Aile Hekimliği Anabilim Dalı

İlgi : 19.01.2024 tarih ve 12 sayılı başvurunuz.

Destekleyicisi olduğunuz "Türkiye'de Çalışan Hekimlerin Tükenmişlik Düzeyleri ve İlişkili Faktörlerin Belirlenmesi" isimli çalışmanın ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup; çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen şekilde etik ve bilimsel açıdan sakınca bulunmadığına etik kurul üyelerince karar verilmiştir.

Ancak çalışma bitiş tarihinden itibaren en geç 3 ay içerisinde çalışma sonuç raporunun Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kuruluna gönderilmesi gerekmektedir.

Bilgilerinize rica ederim.

Prof. Dr. Ertuğrul GÜÇLÜ  
Etik Kurulu Başkanı

Hasan KONAK  
Etik Kurulu Sekr.

Güvenli Elektronik  
İmzalı Aslı ile Aynıdır  
30.01.2024

Bu belge, güvenli elektronik imzayla imzalanmıştır.  
Ticaret Sicil No: 0891382505, Pın Koda: 96932  
Adres: Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı, Konuk Kampüsü, Söğütözü  
Adres: Sakarya  
Telefon No: 264 295 6630 Faks No: 264 295 6629  
e-Posta: p@sakarya.edu.tr Elektronik Ad: www.tip.sakarya.edu.tr  
Belge Tıkıp Adresi: https://turkiye.gov.tr/etk-57836e2-8591382505668-330215  
Bilgi için: Hasan Konak  
Lisans: Şirketli İygi



### 7.3. EK-3: Maslach Tükenmişlik Ölçeği Kullanımı İçin İzin Belgesi

#### İZİN BELGESİ

14.06.2024

Sayın Dr. Mehmet Yıldız  
Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Tıpta Uzmanlık Öğrencisi

Yürüteceğiniz “Türkiye’de çalışan hekimlerin tükenmişlik düzeyleri ve ilişkili faktörlerin belirlenmesi” konulu çalışmanızda, Maslach Tükenmişlik Ölçeği (MBI) kullanmanızda bir sakınca bulunmamaktadır.

Çalışmalarınızda başarılar dilerim.

Prof. Dr. Canan Ergin

## ÖZGEÇMİŞ

|                 |                          |                |        |
|-----------------|--------------------------|----------------|--------|
| Adı             | Mehmet                   | Soyadı         | Yıldız |
| Doğum Yeri      |                          | Doğum Tarihi   |        |
| Uyruğu          |                          | Tel            |        |
| E-mail          |                          |                |        |
|                 |                          |                |        |
| Eğitim Düzeyi   | Mezun Olduğu Kurumun Adı | Mezuniyet Yılı |        |
| Lisans          |                          |                |        |
|                 |                          |                |        |
|                 |                          |                |        |
|                 |                          |                |        |
| İş Deneyimi     |                          |                |        |
| Görevi          | Kurum                    | Yıl            |        |
|                 |                          |                |        |
|                 |                          |                |        |
|                 |                          |                |        |
|                 |                          |                |        |
|                 |                          |                |        |
|                 |                          |                |        |
| Yabancı Dilleri | Okuduğunu Anlama         | Konuşma        | Yazma  |
|                 |                          |                |        |