

**T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ
ANABİLİM DALI**

Tez Yöneticisi
Prof. Dr. Ayşe ÇAYLAN

**EDİRNE İL MERKEZİNDE GÖREV YAPAN AİLE
HEKİMLERİNDE İŞE BAĞLI GERGİNLİK VE
TÜKENMİŞLİK DURUMLARI VE ETKİLEYEN
FAKTÖRLER**

Uzmanlık Tezi

Dr. Mehmet KAMIŞ

Edirne-2022



TEŞEKKÜR

Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi
Aile Hekimliği Anabilim Dalı'ndaki
uzmanlık eğitimim süresince emeği geçen
değerli hocalarım Anabilim Dalı Başkanı
Prof. Dr. H. Nezih DAĞDEVİREN'e, Prof.
Dr. Serdar ÖZTORA'ya ve Dr. Öğr. Üyesi
Önder SEZER'e, hem asistanlık
eğitimimde hem tez sürecinde desteğiyle
beni yüreklendiren değerli hocam Prof. Dr.
Ayşe ÇAYLAN'a birlikte çalıştığım tüm
asistan arkadaşlarıma sonsuz
teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

GİRİŞ ve AMAÇ.....	1
GENEL BİLGİLER	3
AİLE HEKİMLİĞİNİN TEMELLERİ VE PRENSİPLERİ	3
TOPLUMDA HASTALIK	5
İŞE BAĞLI GERGİNLİK	7
TÜKENMİŞLİK	9
AİLE HEKİMLERİNİN İŞ YÜKÜ.....	13
AİLE HEKİMLERİNDE STRES VE TÜKENMİŞLİK	13
GEREÇ ve YÖNTEM	15
BULGULAR	17
TARTIŞMA	37
SONUÇLAR.....	48
ÖZET	50
SUMMARY	52
KAYNAKLAR	54
EKLER	

SİMGE VE KISALTMALAR

BT: Bilgisayarlı Tomografi

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

İBGÖ: İşe Bağlı Gerginlik Ölçeği

MTÖ: Maslach Tükenmişlik Ölçeği

NIOSH: National Institute for Occupational Safety and Health (Ulusal İş Sağlığı ve Güvenliği Enstitüsü)

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

GİRİŞ VE AMAÇ

Yirminci yüzyılın son çeyreğinden itibaren önemli olgularından biri olan “Tükenmişlik Sendromu”, 1974 yılında Freudenberger tarafından; sağlık çalışanları arasında görülen yorgunluk, hayal kırıklığı ve iş bırakma durumlarını tanımlamak için ortaya atılmıştır (1). Tükenmişlik sendromunu en kapsamlı olarak tarif eden araştırmacılardan Maslach ve Jackson’a göre bu sendroma ilişkin üç temel faktör bulunmaktadır. Bunlar duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarı hissindeki sorunlar olarak sıralanabilmektedir. Tükenmişlik sendromunun gelişiminde ilk olarak duygusal tükenme ile ortaya çıkar ve kişi işinden yorulmaya ve işi için gerekli zihinsel gücü bulamamaya başlar. Bu aşamayı takiben gelişen duyarsızlaşma ise çalışanların hizmet verdikleri kişilere birer nesne gibi davranmalarıyla kendini gösterir. Bu durumun, kişinin stresten kaçınmaya çalışması sebebiyle geliştiği düşünülmektedir. Bu mekanizma çoğu zaman başarısız olur ve son aşamaya yol açar ki bu da kişisel başarıda düşme, işe ve iş gereği karşılaşılan kişilerle ilişkilere bağlı başarı ve yeterlilik duygularında azalma ile ortaya çıkar. Tükenmişlik bireyi, çalıştığı kurumu ve çevresini olumsuz etkileyen sosyal bir durumdur. Özellikle sağlık alanında çalışan kişilerin tükenmişliği, hizmet sundukları özellikli grup nedeni ile ayrı bir öneme sahiptir. Hekimlerin tükenmiş olması, başvuruların ihtiyaçlarını yeterince karşılayamamalarına neden olabilmekte ve bu da sağlık hizmetinin kalitesini düşürmektedir (2).

Maslach sonra 1982 yılında tükenmişliği, zorlu durumlarda diğer insanlarla çalışan çeşitli profesyoneller arasında meydana gelen duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarı hissinin azalmasını içeren psikolojik bir sendrom olarak tanımlamıştır. Maslach'ın diğer tüm faktörler göz önünde bulundurularak oluşturulmuş görüşüne göre tükenmişlik, sağlık

Çalışanları, ğretmenler, polis memurları, avukatlar gibi hizmet profesyonellerinin danışanlarına verilen özeni ve profesyonel ilgiyi azaltmaktadır (3).

İşe bağlı gerginlik ise, kişinin çevredeki stresörlere karşı verdiği psikolojik tepkiler olarak tanımlanmaktadır. Bu tür gerginlik ve iş stresi, birbirinin yerine kullanılan kavramlar olarak karşımıza çıkmaktadır. İşe bağlı gerginlik ve tükenmişlik daha çok hekimlik, hemşirelik, fizyoterapistlik gibi insanlarla yoğun ve süreğen ilişkide olan mesleklerde görülmektedir. Sağlık alanında çalışanlarda, yoğun iş yükü, ağır ve ölümcül hastalara bakım verme, gerektiğinde hasta ve yakınlarına duygusal destek vermek zorunda kalma gibi nedenler işe ilgili gerginliğe yol açabilmektedir (4).

Kaliteli sağlık hizmetleri için ilkin sağlık çalışanlarının ruhsal ve fiziken sağlıklı olması, işini sevmesi, stresle baş edebilmesi ve güvende hissetmesi gerekir. Buna bağlı olarak, bu alışma Edirne il merkezindeki aile hekimlerinin, işe bağlı gerginlik düzeylerini ve hekimlerinin tükenmişliklerini belirlemek, bunları etkileyebilecek bazı sosyodemografik veriler ile bağlantısını bulmak amacıyla yapılmıştır.

GENEL BİLGİLER

AİLE HEKİMLİĞİNİN TEMELLERİ VE PRENSİPLERİ

Aile hekimliği, daha eski bir tıp alanı olan genel pratisyenlik dalından modern tekniklerle birlikte evrimleşmiştir (5). Dünya Aile Hekimleri Örgütü (WONCA) Avrupa ayağı son bildirilerinde, aile hekimliğini, disiplinin ilkeleri konusunda eğitim almış uzman hekimler tarafından oluşan bir alan olarak tanımlar. Aile hekimliği, öncelikle yaş, cinsiyet ve hastalıktan bağımsız olarak tıbbi bakım arayan her bireye kapsamlı ve sürekli bakım sağlanmasından sorumludur. Hastalarının özerkliğine her zaman saygı duyarak, aileleri, toplulukları ve kültürleri bağlamında bireylerle ilgilenirler. Ayrıca toplumlarına karşı profesyonel bir sorumlulukları olacağının da farkındalığını en ön planda tutan ana bilim dalıdır. Hastalarıyla yönetim planlarını müzakere ederken, tekrarlanan temasların yarattığı bilgi ve güveni kullanarak fiziksel, psikolojik, sosyal, kültürel ve varoluşsal faktörleri bütünleştirirler. Aile hekimleri, genel pratisyenlerin desteği ile birlikte, sağlığı geliştirmeye yönelik, hastalıkları önleyerek veya tedavi, bakım veya rehabilitasyon sağlayarak profesyonel rollerini yerine getirirler. Bu, sağlık ihtiyaçlarına ve hizmet ettikleri toplumdaki mevcut kaynaklara göre ya doğrudan ya da başkalarının hizmetleri aracılığıyla yapılır ve gerektiğinde bu hizmetlere erişimde hastalara yardımcı olur. Etkili ve güvenli hasta bakımının temeli olarak becerilerini, kişisel dengelerini ve değerlerini geliştirme ve sürdürme sorumluluğunu üstlenirler (6).

Aile hekimleri “kişi” ve “aile” konusunda özel uzmanlığa sahip olsalar da hastalığın küçük madde parçacıklarından hepimizin paylaştığı gezegene kadar tüm sistemler üzerindeki etkisini göz önünde bulundurmaları gerekir ve bu da bu alanın önemini oldukça iyi vurgulamaktadır (7,8). Aile hekimliğinin gelişmesinde bir diğer faktör de hastane dışında sağlık

hizmetlerine olan ilginin yeniden canlanması olmuştur. Yatan hasta bakımının maliyeti son yirmi yılda tüm dünyada oldukça yükselmiştir. Dolayısıyla, hastanelere kabul kriterleri giderek daha zor hale gelmiştir (9). Ayrıca, akademik bir disiplin olarak kuruluşundan bu yana aile hekimliği, genel olarak tıp teorisine ve pratiğine birçok önemli katkı sağlamıştır (8,10).

Aile hekimliği ilkeleri, diğer tüm uzmanlıklar gibi bu uzmanlığın da belirleyici özellikleri ile tanımlıdır. Aile hekimliğinde kapsamlı bakım, hastalara ve ailelerine karşı ilgili bir tutumdur. Aile hekimliği belirli bir organ veya hastalık yerine tüm bedene odaklanır. Buna bağlı olarak da kişi, ailesi ve daha geniş topluma doğru uzanan bir ilkeler bütünü izler. Genel yaklaşım, tıbbi kararlara rehberlik etmek için hastaların yaşı, kırılganlığı, eşlik eden hastalıkları ve yaşam kalitesi gibi öznel faktörleri tartar. Bu yaklaşımla uzmanlar, karmaşık durumlarda ve birden fazla sorunu olan kişileri genellikle gözden kaçırdığı daha geniş bir perspektif sağlayarak değerlendirir (11,12). Aile hekimleri, hastaların hastalık deneyimlerini bütün bir kişi bağlamında anlamaya çalışırlar. Genel bilgi edinme yollarını geliştirmek, yalnızca geniş bir bilgi tabanını değil, aynı zamanda belirli becerileri, kişinin kendisini, hastalarını ve hastalarını tanıma çabasını da içerir. Fakat bununla birlikte çok spesifik alanlardaki uzmanlaşmaya yönelik isteğe rağmen, hasta bakımının genel yönetimini üstlenebilecek birinci basamak uzmanlarına duyulan ihtiyaç devam etmektedir (13). Örneğin, aile hekimleri kadın sağlığı ile ilgili endişeleri önleyici bakım önerilerini muayeneler sırasında bu alandaki diğer uzmanlara göre daha sık ele almaktadır. Ruhsal hastalığı olan hastaların bakımında psikiyatristler ve aile hekimleri esastır. Genel yaklaşım, çok çeşitli hastalıklarla ilgili klinik deneyime dayanır (14,15).

Aile hekimleri tarafından tedavi edilen durumların kapsamı tıp öğrencileri ve diğer sağlık profesyonellerinin yanı sıra meslekten olmayanlar arasında da anlaşılabilir kılınmalıdır. Örneğin, bazı aile hekimlerinin geriatrik uygulamaları, aile hekimliği değer sistemi içinde geliştirilen bir sosyal fayda örneğidir ve aile hekimliği esasları içinde geliştirilen birçok yaklaşım örneği mevcuttur (15,16).

Bir diğer temel ilke olarak ele alınabilecek hastalar ve aile hekimleri arasındaki ilişkilerin sürekliliği; güven, sorumluluk ve iyileştirici bağlardan oluşur. Bu kişiler arası ilişkiler, aynı doktora tekrarlanan ziyaretlerle zamanla gelişir. Süreklilik, aile hekimleri için zengin ve sürdürülebilir bir deneyim sunar ve hastaları hakkında derin bir bilgi birikiminin yanı sıra bir bağlantı, güven, gelişmiş mesleki yeterlilik, kişisel gelişim ve saygı geliştirmelerini sağlar. Aynı aile içinde doğum öncesi bakımın, bebeklerin doğumunun, iyi çocuk bakımının ve yaşlıların bakımının keyfi, aile hekimliğinin ayrılmaz bir parçasıdır. Bu nedenle uzmanlığın adıdır. Aile hekimleri palyatif ve hospis bakım sırasında diğer uzmanların bu hastalara olan

bağılıklarını sonlandırdıklarında ilişkinin sürekliliği ortaya çıkmaktadır. Dolayısıyla, hastalar aile hekimlerine diğer sağlık profesyonellerinden daha fazla güvenmektedir (17,18).

Birinci basamak yönetiminde koordineli bakım, hasta-doktor ilişkisinin devamlılığı ile ortaya çıkar. Bakım koordinasyonu aile hekimliğinin bir ilkesi olarak yer almaktadır. Bakım koordinasyonu, hastaların ihtiyaçlarının, tercihlerinin ve toplum kaynaklarının optimal entegrasyonunu içerecek şekilde idari koordinasyonun ötesine geçen karmaşık bir görevdir. (15,19).

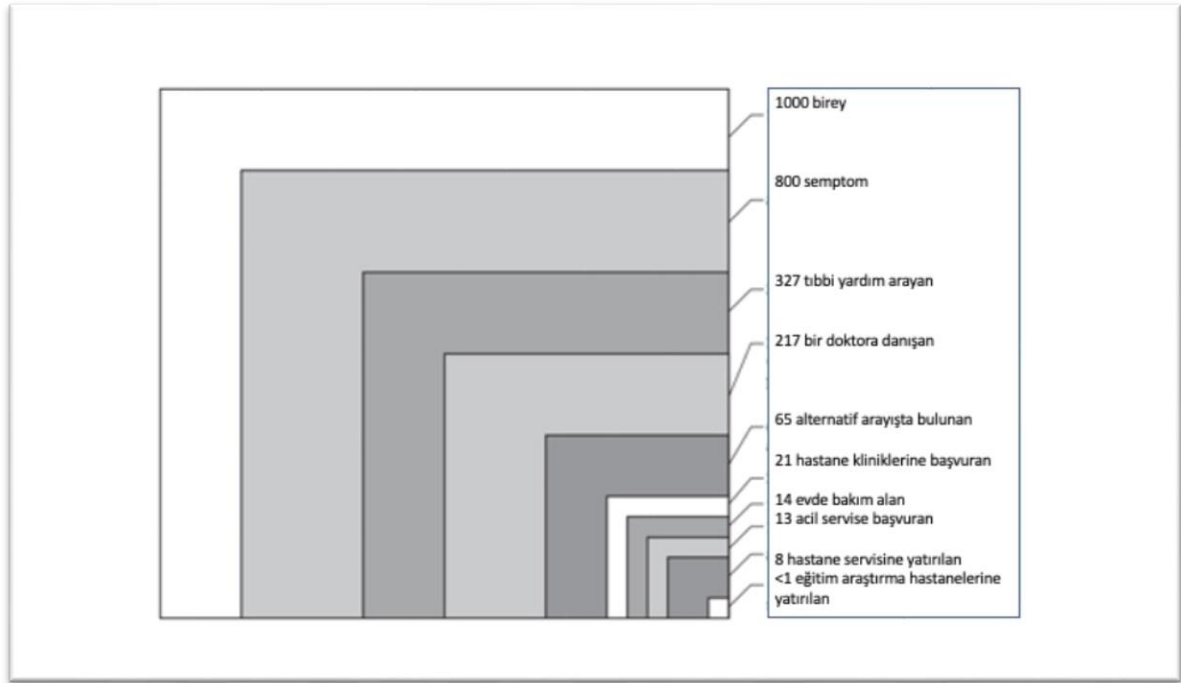
Aile hekimliği çekirdek yeterliliğinde özgün problem çözme becerisi yeterliliği mevcut olup kendine özgü karar verme sürecini etkin şekilde kullanabilme, öyküden laboratuvar incelemelerine kadar olan geniş süreçte seçici davranma ve bunları hasta ile iş birliği içerisinde uygun olan bir yönetim planı oluşturmak için kullanma, laboratuvar değerlendirmelerini basamak basamak uygulama, ayrışmamış durumları yönetme yetisidir. Ayrıca kişi merkezli yaklaşımın yanında, toplumsal yönelimli olarak bireysel sağlık gereksinimleriyle toplumun sağlık gereksinimlerinin, mevcut olan kaynakları dengeli bir şekilde kullanmayı içerir (20,21).

Wonca ağacının köklerinden birini oluşturan bilim ise eleştirel gözle bakma, araştırmaya dayalı bir yaklaşım gösterme, sürekli öğrenme ve kalite geliştirme yoluyla bunu sürdürmeyi içerir. Aile hekimliğinin prensiplerinden biri olan yaşam boyu öğrenme, sürekli bir kişisel ve mesleki gelişim sürecini ifade eder. Bu bilgi arayışı, klinik becerileri ve mesleki yeterliliği geliştirir. İyi tasarlanmış sürekli tıp eğitim programları hasta sonuçlarını iyileştirebilir. Aile hekimleri, birinci basamakla ilgili klinik bilgileri keşfetmek için uygulamaya dayalı araştırma ağlarını geliştirilmesine öncülük etmiştir. Sürekli mesleki gelişim, kişisel ve mesleki becerileri olumlu yönde etkileyen dönüşüme dayalı tıp eğitimini de teşvik etmektedir (22,23).

TOPLUMDA HASTALIK

Toplumdaki hastalık araştırmaları, hekimlerin, nüfusun genelinin yaşadığı sağlık sorunlarının yalnızca küçük bir kısmını gördüğünü ortaya koymuştur. Green ve arkadaşları 2001 yılında Şekil 1'de çoğaltılan bir şemada bir dizi topluluk araştırmasından elde edilen verilerin bir özetini güncelleştirmiştir. Tipik bir ayda, 16 yaşın üzerindeki genel nüfustaki 1000 kişiden 800'ü bir tür semptom olduğunu bildirmektedir ve 327'si tıbbi bakım aramayı düşünecektir. 113'ü ise birinci basamak hekiminin muayenehanesine giderken, 65'i tamamlayıcı veya alternatif bakım sağlayıcısını ziyaret etmesi ön görülmüştür. Bunlardan 21'i

hastanede poliklinik hizmetine gitmesi ve 14'ünün evde bakım alması ön görülen bir rakamdır. Sadece 13'ü acil servise giderken ve 8'inin hastaneye kaldırılması düşünülmüştür (24).



Şekil 1. Toplumda hastalığın aylık prevalansı ve çeşitli sağlık bakım kaynaklarının bu örnek nüfustaki rollü (24)

Yirminci yüzyılın son çeyreğinde yapılan bir görüşme anketinde, yetişkinlerin ve çocukların %86'sının 2 haftalık bir süre içinde en az bir fiziksel semptom bildirdiği bulunmuştur. En sık görülen semptomlar, sıklık sırasına göre birinci sırada solunum sisteminde meydana gelen aksaklıklar iken, ikinci sırada yorgunluk ve üçüncü sırada baş ağrısı olmak olarak saptanmıştır. Solunum semptomlarının baskınlığı, Avustralya ve Amerika Birleşik Devletleri'ndeki anketlerdeki sonuçlarla da paraleldir. Buna uygun biçimde, solunum yolu hastalığı da genel pratikte en yaygın tanıdır (25).

Yirmi birinci yüzyılda ise modern toplumların üyeleri daha uzun yaşadıkça, kronik hastalıklar giderek daha yaygın hale gelmekte ve nüfustaki hastalık yükünün önemli bir bölümünü temsil etmektedir. Birincil ve geniş kapsamlı bakım sağlayan aile hekimliği uzmanlığı, kronik hastalıkların oluşumu ve sosyodemografik dağılımı hakkında önemli bir temel bilgi kaynağıdır. Bununla birlikte, hastalıkla ilgili morbiditeyi doğrudan tanımlarken, epidemiyolojik sayılar genel uygulamada sağlık sorunlarının etkisini her zaman yeterince yansıtmayabilir(26).

Aynı zamanda toplumdaki bulaşıcı hastalıkların tanı, tedavi ve topluma faydası noktasında aile hekimliği önemli bir rol oynamaktadır ve görevleri şu şekilde sıralanabilmektedir (27):

1. Aile hekimleri, bulaşıcı hastalık şüphesi durumunda sağlık sistemiyle ilk temas kuran kişilerdir. Erken teşhis ve raporlama yoluyla toplumdaki bulaşıcı hastalık salgınlarının yönetimi ve kontrolünde kritik bir rol oynarlar.
2. Aile hekimlerinin, şüphelenilen veya doğrulanmış, bildirilebilir hastalık vakalarını halk sağlığı makamlarına bildirme sorumluluğu vardır.
3. Klinik olarak şüpheleniliyorsa, bulaşıcı hastalıklar için doğru araştırmaların yapılması, hızlı ve etkili bir halk sağlığı yanıtının sağlanmasına yardımcı olmaktadır (27).

İŞE BAĞLI GERGİNLİK

İşe bağlı gerginlik, kişinin kendi organizasyonuna ait bir eksikliğiyle ilişkilidir ve çeşitli mesleklerde psiko-biyo-sosyal bozuklukların etiolojisinde yer alır. İş tatminsizliği, sürekli yorgunluk hali, devamsızlık, çeşitli bağımlılık tipi davranışlar ve kalp hastalığı gibi önemli tıbbi sağlık sorunları mesleki stres ile ilişkilendirilebilmektedir. Strese bağlı ortaya çıkan “işe bağlı gerginlik”, kişilerin diğer değişiklikleri tehdit, mücadele ya da tehlike olarak algıladığı, uygun kaynaklara sahip olduğunda uyum sağladığı ve dengesini sürdürdüğü kaynaklar yeterli olmadığında uyum ve dengesinin bozulduğu dinamik bir süreç olarak tanımlanmaktadır. İşyerinde oluşan stresin nedenleri iş ortamıyla sınırlı değildir. Bireyin iş dışındaki yaşamı da aynı derecede önemlidir. Bireysel yaşam ve beklentiler önemli ölçüde mesleki stresle ve işe bağlı gerginlikle ilişkili olduğundan faktörler şu şekilde sıralanabilir (28):

1. İşe özgü faktörler
2. Kariyer gelişimiyle alakalı dinamikler
3. İşteki role/pozisyona bağlı faktörler
4. İş yerindeki ilişkiler
5. Kurumsal yapı

Tıbbi teknolojiadaki ilerlemelerin, sağlık hizmetlerinde yeni yapılandırılmalarının, yetersiz personel alımının ve hasta temasının (örneğin, uzun süreli bakım, yaşlı bakımı veya pandemi sonrasındaki bakımlar) olası olumsuz etkilerini değerlendirmek için sağlık hizmeti ortamındaki güvenilir, geçerli mesleki stres ve gerginlik ölçümlerine ihtiyaç vardır (29,30). İşle ilgili hayal kırıklıklarından kaynaklanan stres kişilerin moralini düşürebilmektedir. Buna bağlı olarak da üretkenliği azaltabilir ve duygusal geri çekilmeye yol açabilir. İşle ilgili hayal

kırıklıkları ve stres, insanlarla sürekli ve yoğun bir şekilde ilgilenmeyi gerektiren mesleklerde artar. Kronik olarak stresli durumlar yaşayan bireylerde, baş ağrıları, kas gerginliği, uykusuzluk ve depresyon, kaygı, çaresizlik bildirilmiştir (31,32).

Sağlıkla ilgi branşlarda işle ilgili stresin sonuçları arasında; iş tatmininin azalması, sağlık hizmetlerinin yetersiz sunumu, hasta bakımının kalitesinin düşmesi, sağlık hizmetlerinde devamsızlık ve kişide bedensel şikayetler ve psikiyatrik hastalıklar yer alır (33,34).

Son araştırmalar, sağlık çalışanları arasında uzun süreli iş stresinin, sağlık hizmetinin yetersiz sunulmasında önemli bir faktör olabileceğini ve ayrıca hastalara karşı olumsuz, alaycı tutumların gelişmesiyle ilgili olduğunu göstermektedir. Sağlık hizmeti çalışma ortamlarında mesleki stresin incelenmesinde bir dizi ölçek kullanılmıştır. Bu ölçeklerin bazıları belirli bir mesleğe özgü, bazıları ise daha geneldir. Birkaç anket, öncelikle hemşireler için tasarlanmıştır ve stres ile diğer değişkenler arasındaki ilişkileri belirlemede yardımcı olmalarına rağmen, kullanışlılıkları genellikle hemşire popülasyonlarıyla sınırlıdır. Mesleki stres, işin gereksinimleri ile kişinin çalışma yeteneği arasındaki dengesizlik, fiziksel ya da psikolojik nedenlere bağlı olarak ortaya çıkan ve bireyde gerilim yaratan durum olarak tanımlanmaktadır (33,34).

Küreselleşme ve işin doğasının değişen faktörleri nedeniyle, iş ortamı giderek istikrarsız hale gelmekte ve kişiyi daha fazla baskı altına almaktadır, insanlar artan iş stresıyla karşı karşıya kalmaktadır (35).

Ulusal İş Sağlığı ve Güvenliği Enstitüsü'ne (National Institute of Occupational Safety and Health-NIOSH) göre mesleki stres, “işin gereksinimleri, çalışanın yetenekleri, kaynakları ve ihtiyaçları ile uyuşmadığında ortaya çıkan zararlı fiziksel ve duygusal tepkiler” olarak tanımlanmaktadır. Stres asıl olarak, oluşan stres faktörlerine bir tepkidir ve doğası gereği olumlu ya da olumsuz olabilir. Farklı bulgular, bireylerin ve kurumların mesleki stresten büyük ölçüde etkilendiğini göstermiştir. Buna rağmen, çalışan tüm profesyonelleri etkiler; sağlık hizmeti sunucuları arasında yük çok yüksektir. Mesleki stres, işle ilgili gecikme, devamsızlık, hipertansiyon, kas-iskelet sistemi rahatsızlıkları, kardiyovasküler bozukluklar ve madde kullanımının önemli bir nedenidir. Ayrıca, zihinsel rahatsızlık, yaralanmalar ve personel değişiminin önemli bir nedenidir. Aynı zamanda kurumsal olarak bağlılığı, iş memnuniyetini, bakım kalitesini ve organizasyonel verimliliği de azaltır (36–39).

Mesleki stresle ve işe bağlı gerginlik ile ilgili araştırmaları engelleyen başlıca faktörlerden biri, ölçüm araçlarında tutarlılığın olmamasıdır. Örneğin, farklı stres ölçeklerinin karşılaştırılmasında, ölçekleme şemalarından alınan üç stres ölçeğini karşılaştırılmış ve

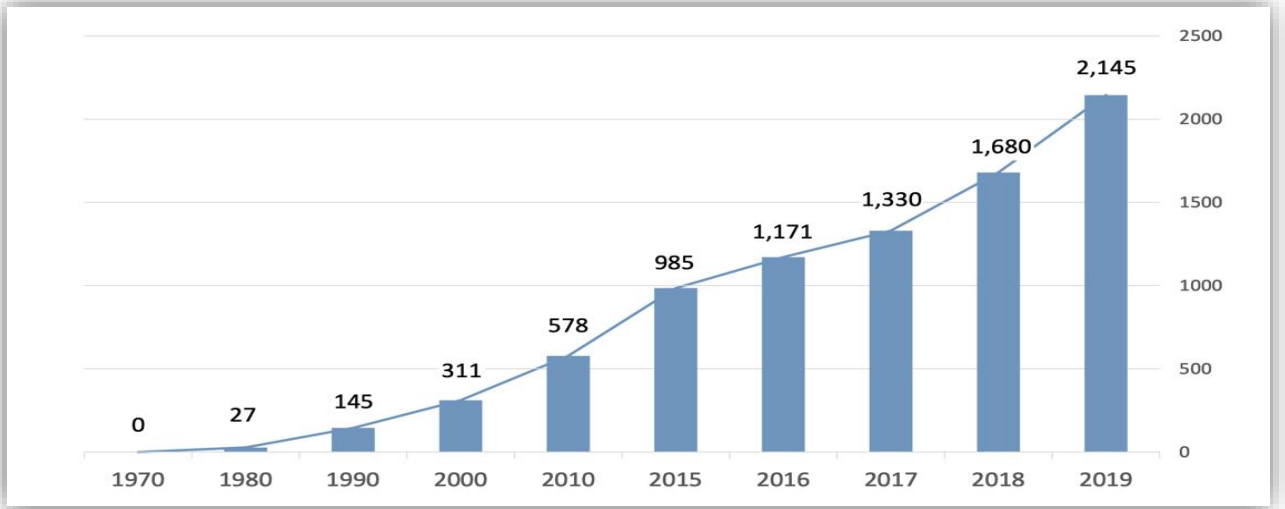
ölçeklerin her biri istatistiksel olarak güvenilirlerdir. Ancak, ölçekler yüksek stresli bireylerin belirlenmesi konusunda hemfikir olamamıştır. Yüksek stresi bireylerin bile ancak %50 sinde örtüşen sonuçlar mevcuttur. Dolayısıyla güvenilir, geçerli ve kullanılabilir standartlaştırılmış bir ölçüm aracının olmaması, mesleki stres çalışmalarını oldukça sorunlu hale getirmektedir. Literatürde bulunan anketler akıl sağlığı ve iş tatmini üzerine anketleri içermektedir (40).

İşe bağlı gerginlik durumunu saptayabilmek için Revicki, May ve Whitley tarafından sunulan ve geliştirilen ‘İşe Bağlı Gerginlik Ölçeği’ birçok çalışmada kullanılmaktadır. Bu ölçeğe göre, sağlık sektörü çalışanlarının işe bağlı gerginlik ve stresi saptamak amacıyla geliştirilmiş, 18 maddeden oluşan 4’lü Likert tipi bir öz bildirim (geri dönüş) ölçeğidir. Bu ölçeğe göre maddeler “tamamen bana uygun”, “büyük bir ölçüde bana uygun”, “kısmen bana uygun” ve “bana hiç uygun değil” biçiminde ve 1 ila 4 puan arasında değerlendirilebilmektedir. Sorulara göre bazı maddeler tersine puanlanmaktadır. Bu ölçekten alınabilen en düşük puan 18, en yüksek puan 72 olarak belirlenmiştir. Bu ölçek, bazı çalışmalarda aile hekimleri, acil tıp teknisyenleri, hastane hemşireleri, uçuş hemşireleri ve acil tıp asistanları gibi sağlık çalışanlarına uygulanmış, güvenirlik katsayısı 0,70 ila 0,90 arasında belirlenirken, Türkiye’de yapılan bazı çalışmalarda 0,68 ve 0,78 aralığında bulunmuştur (41).

TÜKENMİŞLİK

Personel tükenmişliği kavramı, fiziksel belirtiler ve davranışsal göstergeler açısından araştırılmaktadır ve ilk olarak 1974 yılında Herbert Freudenberger tarafından, “başarısız olma, yıpranma, enerji ile gücün azalması veya sürekli tatmin edilemeyen istekler neticesinde bireyin iç dünyasında meydana gelen tükenme durumu” şeklinde tanımlanmıştır (1). Sağlık çalışanları tükenmişlik açısından özellikle risk altında görünmektedirler. Bunun önemli ölçüde olumsuz ve önemli kişisel sonuçlarının (madde kötüye kullanımı, kopmuş ilişkiler ve hatta intihar) yanı sıra daha az önemli olan hasta memnuniyeti, hastane işleyişindeki sıkıntılar gibi bazı mesleki sonuçları olabilir. Bu nedenle, çağdaş sağlık hizmetlerinde bu önemli sorunla başa çıkmak için yeterli kişisel başa çıkma ve organizasyonel stratejilerin geliştirilmesiyle esastır (42,43).

Bununla birlikte tükenmişlik sendromu son yıllarda yapılan bir çalışmaya göre, konuyla ilgili yayınlanan makalelerin sayısında ciddi bir artış ile konuya artan bir ilgi yaşandığı görülmektedir ve Şekil 2’de grafiği gösterilmiştir (44).



Şekil 2. 1970-2019 arasında “Tükenmişlik” ile ilgili PubMed’de yayınlanan makale sayısı

Diğer bir taraftan tükenmişlik, Uluslararası Hastalık Sınıflandırmasının 11. revizyonunda (ICD-11) mesleki bir fenomen olarak yer almakta olup tıbbi bir durum olarak sınıflandırılmamıştır. İnsanların sağlık hizmetlerine başvurma nedenlerini içeren ancak hastalık veya sağlık koşulları olarak sınıflandırılmayan “Sağlık durumunu veya sağlık hizmetleriyle teması etkileyen faktörler” bölümünde açıklanmıştır. Tükenmişlik, ICD-11’de “başarılı bir şekilde yönetilemeyen kronik işyeri stresinin sonucu olarak kavramsallaştırılan bir sendromdur” şeklinde tanımlanmıştır. Bu sınıflandırmaya göre üç boyutla karakterize edilir:

1. Enerji tükenmesi veya bitkinlik duyguları;
2. Kişinin işine olan zihinsel mesafesinin artması veya kişinin işiyle ilgili olumsuzluk veya sinizm duyguları
3. Yetersizlik, azalmış profesyonel başarı

Tükenmişlik, özellikle mesleki bağlamda fenomenlere atıfta bulunur ve yaşamın diğer alanlarındaki deneyimleri tanımlamak için kullanılmamaktadır (45). Genel olarak tanımlamak gerektiğinde ise tükenmişlik, işteki kronik kişiler arası stresörlere yanıt olarak ortaya çıkan psikolojik bir sendromdur. Bu kavramın ilk yazarları ve araştırmacıları arasında, tükenmişlik sendromunun değerlendirilmesinde altın standardı temsil eden Maslach Tükenmişlik Ölçeği’nin (MTÖ) yazarı Christina Maslach bulunmaktadır. Maslach’a göre, işteki duygusal heyecan ve yüzleşme biçimi, çalışanların mesleki kimlikleri ve iş yerindeki davranışları üzerinde önemli sonuçlar doğurmaktadır (46). Daha geniş bir tanım ile Maslach’a göre tükenmişlik “işinden ileri gelen yoğun duygusal taleplere maruziyeti bulunan ve sürekli başka insanlarla birlikte çalışmak ve aynı ortamda bulunmak durumunda olan kişilerde gözlemlenen

fiziksel bir bitkinlik, uzun süren yorgunluk, çaresizlik ve umutsuzluk duygularının, yapılması beklenen işe, göreve, hayata ve başka insanlara karşı negatif tutumlar ve davranışlarla yansımaları ile karakterize bir sendrom” olarak tanımlanmaktadır (47).

Tükenmişlik sendromunun en önemli bileşenleri duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve azalmış kişisel başarı algısı olarak üç boyutlu/üç yönden ele alınmıştır. Duygusal tükenme bu sendromun en belirgin belirtisidir. Duygusal tükenme, genellikle insanlarla yoğun ve birebir ilişkinin daha fazla gözlemlendiği mesleklerde görülmektedir. Duygusal açıdan oldukça ağır bir çalışma hayatı içinde bulunan birey, kendi sınırlarını zorlamakta ve başka insanların duygusal talepleri oluştuğunda, bunun altında ezilmiş olarak hissetmektedir. Direkt olarak gözlemlendiğinde yorgunluk, yüklenme ve aşırı iş yorgunluğunu ifade eder (47,48).

Duyarsızlaşma, çalışma ortamına karşı değişen tutumu ifade eder. Duygusal tükenme ile baş edemeyen kişi, kendisini diğer kişilerin sorunlarını veya işe ait diğer problemleri çözmede yetersiz hisseder ve duyarsızlaşmayı bununla başa çıkma yolu olarak kullanır. Çalışan kişi, etrafındakilerinin veya ondan hizmet bekleyenlerin hislerine, yaşadıklarına karşı oldukça duygusuz, soğuk, kayıtsız bir şekilde yaklaşım sergiler. Şiddeti zamanla çoğalan bu negatif reaksiyon çeşitli biçimlerde ortaya çıkabilmektedir. Sağlık profesyonelleri söz konusu olduğunda, hastalara karşı değişen bir tutum anlamına gelebilmektedir. Hastalara ve işe karşı olumsuz ve sinik bir tutum, onlara karşı şefkat eksikliğini içerir (47,48).

Kişisel başarı algısındaki azalma ve kişisel tatminde azalma bu bozuklukta diğer bir yaygın bir semptomdur. Çevredeki diğer kişiler hakkında geliştirdiği olumsuz sayılabilen düşünce ve tavır, belli bir süre sonunda kişinin kendisinin hakkında da olumsuz yönler bulmasına neden olur. Bir noktada kendisini kimsenin sevmediğine (sevgisizlik hissine), hastaları ile ilgilenme açısından yetersiz kaldığına dair bir düşünce geliştirir. Çalışan kişi bu tavır, düşünce ve davranışlarından dolayı kendini suçlu hissetmeye başlar. Kendini bu aşamada başarısız olarak hisseden ve buna ikna olan kişi, aslında üstesinden gelebileceği eylemleri yapamamaya başlar. Kendini geriye çekerek mesleğinin çizdiği davranışlardan ve farklı bir işe atılmaktan kaçınmaya başlar. Bu durum kişinin kendini suçlaması, sevgisizlik ve başarısızlık hissi ve kişinin kendine olan saygısının azalması sonucu depresyon gibi durumlarla kendini gösterir (39). Tükenmişlik gözlemlenen bireylerde, tükenmişlik öncesinde görülen belirtiler fizyolojik, davranışsal, duygusal ve sosyal belirtiler olarak çeşitlilik gösterebilir (49).

1. Fizyolojik Belirtiler

Yorgunluk ve bitkinlik hissi, enerji kaybı ve uyku bozuklukları, gastrointestinal bozukluklar, kilo kaybı, solunum güçlüğü, psikosomatik hastalıklar, koroner kalp rahatsızlığı insidansında artma fiziksel belirtiler arasında sayılmaktadır (49,50).

2. Psikolojik Belirtiler

Duygusal bitkinlik, kronik bir sinirlilik hali, çabuk öfkelenme, zaman zaman bilişsel becerilerde güçlükler yaşama, hayal kırıklığı, depresif duygu durumu, anksiyete, huzursuzluk, sabırsızlık, benlik saygısında düşme, değersizlik, eleştiriye aşırı duyarlılık, karar vermekte yetersizlik, apati, boşluk ve anlamsızlık hissi, ümitsizlik olarak ortaya çıkan psikolojik belirtiler tükenmişliğe ait olabilmektedir (49,50).

3. Davranışsal Belirtiler

Eleştirilmekten hoşlanmama, olaylara ani tepki gösterme, çabuk öfkelenme, sabırsızlık, alınganlık, iş doyumsuzluğu, unutkanlık, her şeye şüphe ve endişe ile yaklaşma, işle ilgili konuları erteleme, iş dışındaki şeylerle ilgilenme, inkâr etme, çevre ile ilişkilerde bozulma davranışsal belirtiler arasında yer almaktadır (49,50).

4. Sosyal Belirtiler

Etrafına karşı olumsuz tutum ve davranış sergileme, çevresindekilere karşı umursamaz davranma, görevlerini gerektiği gibi yerine getirememesi sonucunda iş arkadaşları ve üstleri arasında oluşabilecek muhtemel gerilimler tükenmişliğin sosyal belirtileri arasında görülebilmektedir (49,50).

Meslekte tükenmişliği ölçmek adına Maslach Tükenmişlik Ölçeği kullanılmaktadır. Sağlık çalışanlarının tükenmişlik seviyelerini belirlemek için en yaygın kullanılan ölçek, 1981 yılında Maslach ve Jackson tarafından geliştirilmiştir. Türkiye’de ise uygulaması ilk olarak 1992 yılında Ergin ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (49,50).

Geliştirilmiş bu ölçek, tükenmişlik kavramını “Duygusal Tükenme”, “Kişisel Başarı”, “Duyarsızlaşma” alt başlıkları üzerinden değerlendirmeyi hedefleyen bir araçtır. Bu ölçek, duygusal tükenmeyi dokuz maddede, duyarsızlaşmayı beş madde; kişisel başarıyı sekiz maddede ölçmektedir ve toplamda 22 maddeden oluşmaktadır. Orijinal ölçeğe bakıldığında soruların karşılığı “hiçbir zaman”, “yılda birkaç kere”, “ayda bir”, “ayda birkaç kere”, “haftada bir”, “haftada birkaç kere”, “her gün” şeklinde yedi basamaklı cevaptan oluşur. Türkiye’de uyarlaması ise “hiçbir zaman” (0 puan), “nadiren/çok nadir” (1 puan), “bazen” (2 puan), “çoğu zaman/sık sık” (3 puan), “her zaman/daima” (4 puan)’ biçiminde 5 basamaklı cevap seçeneğinden meydana gelmektedir. “Duygusal tükenme” ve “Duyarsızlaşma” alt

gruplarındaki cevaplara göre sonuçlanan yüksek puanlar ile “Kişisel Başarı” alt grubundaki düşük puanlar tükenmişliği göstermektedir (51).

AİLE HEKİMLERİNİN İŞ YÜKÜ

Nüfusun yaşlanması, yaşam tarzındaki değişiklikler ve buna bağlı multimorbidite artışı, giderek daha karmaşık sağlık sorunlarına yol açmıştır. Hem DSÖ hem de Avrupa Birliği tarafından kabul edildiği gibi, hastaların ve popülasyonların ihtiyaçlarını karşılamak için temel bakım giderek daha önemli hale gelmektedir (52,53).

Karmaşık sağlık sorunları olan hastalardaki artış, aile hekimlerinin ve pratisyen hekimlerin çalışmalarını değiştirmekte ve iş yüklerini arttırmaktadır. Ek olarak, iş yükünün öznel bir yönü olan iş tatmini, çeşitli ülkelerde birinci basamak aile hekimleri arasında düşüktür ve zaman içerisinde azalmaktadır. Bununla birlikte artan iş yükünün hastalar için önemli sonuçları vardır. Doktorların zaman baskısı altında olması, hastaların sağlık sorunlarını tartışmak için geçirdikleri zamanı olumsuz etkileyebilir. Bu, kronik hastalıklar veya komorbiditeler de dahil olmak üzere karmaşık sağlık sorunları olan ve sağlık sorunlarının ele alınması için ek zamana ihtiyaç duyan hastalar için özel bir sorun haline dönüşmektedir (54).

Türkiye’de, Ebe veya hemşiresi olan bir aile hekimi, aile hekimliği birimini oluşturur ve bu doktor ve hemşireler, devletle yenilenen iki yıllık sözleşme imzalarlar. Türkiye’de ise 2010 yılı sonunda birinci basamak sağlık hizmetlerine geçiş tamamlanmış ve artık Türkiye’de her vatandaşın bir “aile hekimi” vardır. Birinci basamak, aile sağlığı merkezleri ve toplum sağlığı merkezleri olarak düzenlenmiştir. Türkiye’deki aile hekimleri iş yükü açısından ciddi bir baskı altındadır. Son zamanlarda yapılan bir çalışmaya göre iş yükleri, İngiltere ve ABD’deki meslektaşlarının en az iki katı gibi görünmektedir. Bu iş yükünün önemli bir yüzdesini reçete talepleri oluşturmaktadır. Öte yandan, aile hekimleri başına kayıtlı hasta sayısının yüksek olması da bu iş yükünün bir parçasıdır (55).

AİLE HEKİMLERİNDE STRES VE TÜKENMİŞLİK

Aile hekimlerde tükenmişlik ve stresin yüksek olmakla birlikte, bu durum öğrencilik yıllarından başladığı bildirilmiştir (56-58). Türkiye’nin tüm bölgelerinde sağlık meslek gruplarını içeren çalışmada, hekim ve hemşirelerin tükenmişlik açısından riskli olduğu bulunmuştur (57). Tükenmişliğin aile hekimlerinde de sık görüldüğü bildirilmektedir (59).

Avrupa’da aile hekimlerinde tükenmişliğin yaygınlığını ve bununla ilgili etmenleri bulmak için yapılan çalışmada, tükenmişliğin aile hekimlerinde ortak bir sorun olarak

algılandığı ve üçte ikisinin etkilediği bulunmuştur (60). Tükenmişliğin duygusal gereksinimlerinin ihmal edildiği ve sağlık bakımının teknolojik boyutlarının ön plana çıkarıldığı mezuniyet öncesi tıp eğitimi sırasında ya da stres ve sıkıntı içinde geçen asistanlık eğitimi sırasında başladığı düşünülmektedir (61).

Mesleki stres, aile hekimleri için bir sorun olarak kabul edilmiştir. Tükenmişlik terimi, duygusal tükenme, duyarsızlaşma duyguları ve algılanan kişisel başarı eksikliğinin bir kombinasyonu anlamına gelir. Yirmi birinci yüzyılda yapılan bir çalışmada kırsal aile hekimleriyle yapılan bir anket, kendi bildirdiği tükenmişlik oranının %55 olduğunu göstermiştir. Politika ve uygulamadaki değişiklikler tıp mesleğinde yüksek düzeyde strese ve tükenmişliğe katkıda bulunmuş. Özgür irade kaybı, azalan saygınlık ve memnuniyetsizliği ardından getirmiştir. Başarı isteği ve mükemmeliyetçilik gibi profesyonel olarak istenilen kişilik özellikleri, doktorlar arasında depresyon, tükenmişlik ve daha yüksek intihar oranlarına katkıda bulunmaktadır (62).

GEREÇ ve YÖNTEM

Bu çalışma, Eylül 2021-Kasım 2021 tarihleri arasında Edirne il merkezindeki aile hekimlerinde işe bağlı gerginlik, tükenmişlik durumlarını ve bunları etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi üzerinden bu düzeyleri etkileyen sosyodemografik özellikleri belirlemek, tartışmak ve literatüre yeni tarihli bir katkı sunmak amacı ile yapılan tanımlayıcı kesitsel tipte bir araştırmadır.

Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu’ndan izin alındı (EK-1). Edirne İl Sağlık Müdürlüğü tarafından 07.07.2021 tarihli ve E-13930723-010.99-81800 sayılı yazısıyla çalışma yapılması uygun görülmüştür (EK-2).

Katılımcıların bilgilendirilmesi ve onamlarının alınması çalışma anketinin giriş bölümünde bulunan, araştırmayı açıklayan ve araştırmaya katılımlarını isteyen bir metin yardımıyla sağlandı. Edirne İl Sağlık Müdürlüğü’nden alınan bilgiye göre Edirne il merkezinde görev yapan 53 aile hekimine ulaşıldı. Bir kişi ankete katılmayı reddetti. Elli iki aile hekimine demografik bilgileri tanımlamak amacı ile 22 soruluk bir anket uygulandı. Maslach Tükenmişlik Ölçeğini değerlendirmek için ise yine 22 soru yöneltildi. Kullanılan ölçekte Türkçe uyarlaması olan “hiçbir zaman” (0 puan), “nadiren/çok nadir” (1 puan), “bazen” (2 puan), “çoğu zaman/sık sık” (3 puan), “her zaman/daima” (4 puan)’ biçiminde 5 basamaklı cevap seçeneğinden meydana gelmektedir. “Duygusal tükenme” ve “Duyarsızlaşma” alt gruplarındaki cevaplara göre sonuçlanan yüksek puanlar ile “Kişisel Başarı” alt grubundaki düşük puanlar tükenmişliği göstermektedir. Ölçek, duygusal tükenmeyi 9 maddede (soru numaraları; 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20); duyarsızlaşmayı 5 maddede (soru numaraları; 5, 10, 11, 15, 22); kişisel başarıyı 8 maddede (soru numaraları; 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21)

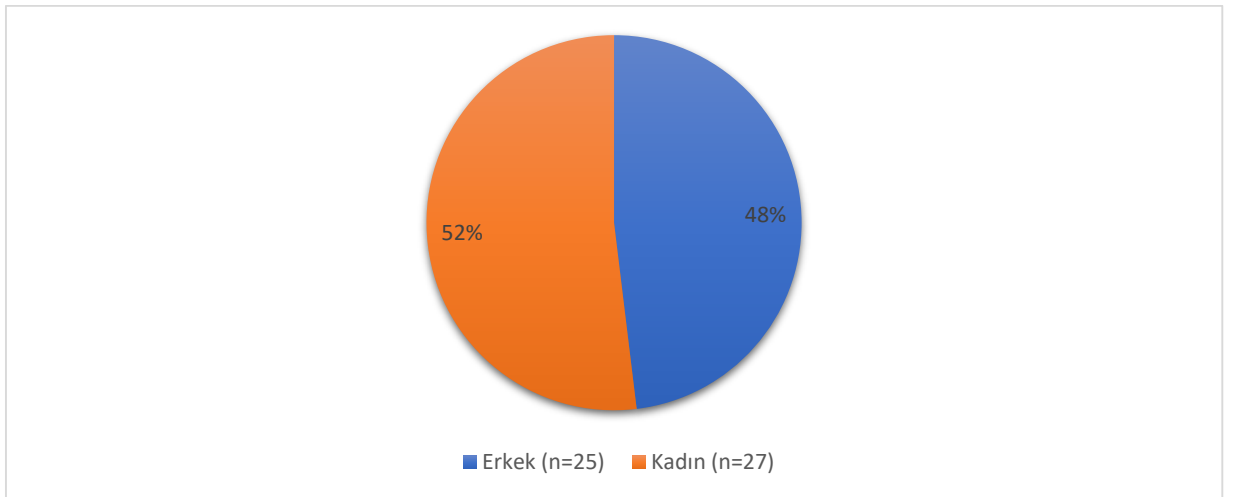
puanlandırarak ölçmektedir. Bu ölçekten çıkan sonuçlar ve puanlar değerlendirilirken; duygusal tükenmişlik için 0-36, duyarsızlaşma için 0-20, kişisel başarı için 0-32 arasında değişen puanlar elde edilmiştir ve seçilen gruplara göre istatistiksel hesaplamaları için IBM SPSS Statistics version 19 (Statistical Package for the Social Sciences, version 19, seri no:10240642) programı ile yapıldı. Bu puanlamada, her bir kişi için üç ayrı tükenmişlik puanı hesaplandı.

İşe Bağlı Gerginlik Ölçeğini değerlendirmek adına katılımcı aile hekimlerine 17 soru yöneltildi. Bu ölçek, sağlık sektöründe çalışan kişilerde stres ve işe bağlı gerginliği belirlemek için geliştirilmiş 17 soru içeren, likert tipi ölçek olarak adlandırılır. Önermeler “tamamıyla bana uygun”, “büyük ölçüde bana uygun”, “kısmen bana uygun” ve “bana hiç uygun değil” şeklinde sırasıyla 4 puan ile 1 puan arasında değer alır. 2, 4, 8, 9, 11 ve 15. maddeler ise ters olarak puanlanır. Bu ölçekte, en düşük 17 puan, en yüksek 68 puan alınmaktadır. Bu ölçekten çıkan sonuçlar ve puanlar değerlendirilirken yüksek puanlar işe bağlı gerginliği göstermektedir ve bu ölçeğin de seçilen gruplara göre istatistiksel hesaplamaları IBM SPSS Statistics version 19 (Statistical Package for the Social Sciences, version 19, seri no:10240642) programı ile yapıldı.

Verilerin parametrik testlere uyum göstermediği noktalarda ortalama ve standart sapma; kategorik değişkenler için olgu sayısı (n) ve frekans (%) ile gösterildi. Analiz edilebilen parametrik verilerin analizinde ikili karşılaştırmalarda t-test (student) ve ikiden fazla olan karşılaştırmalarda ANOVA testi kullanıldı. Bu çalışmada $p < 0,05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

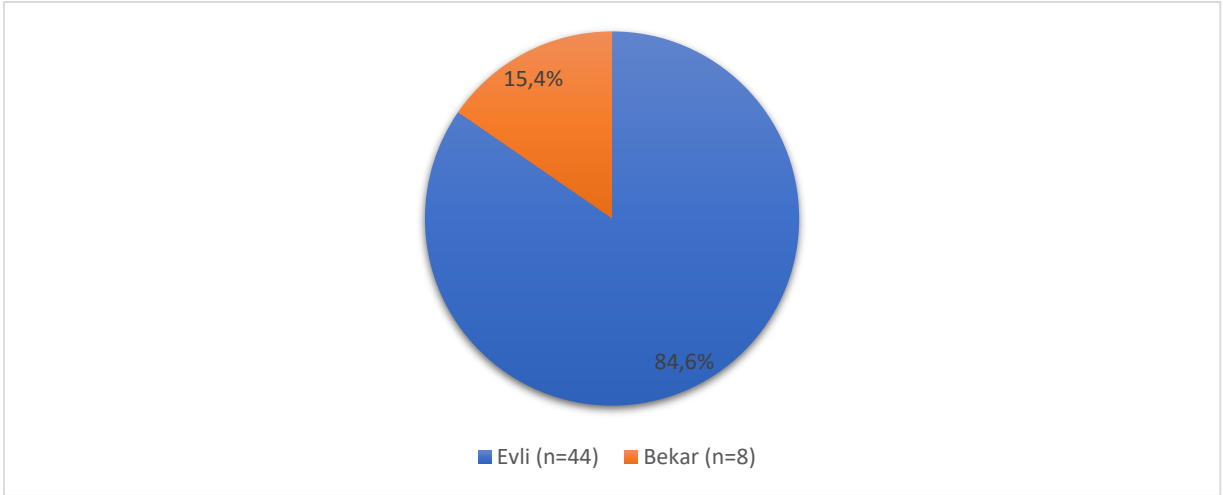
BULGULAR

Araştırma verileri 52 aile hekiminin anket sorularını tamamlamasıyla derlenmiştir. Katılımcı aile hekimleri tüm sorulara eksiksiz yanıt vermişlerdir. Verilerin sosyodemografik özellikler ve sağlık koşulları açısından incelenmesi yapıldığında katılımcıların yaş ortalamasının $47,36 \pm 7,02$ olduğu bulunmuştur. Katılımcıların 25'i (%48) erkek 27'si (%52) kadınlardan oluşmaktadır (Şekil 3).



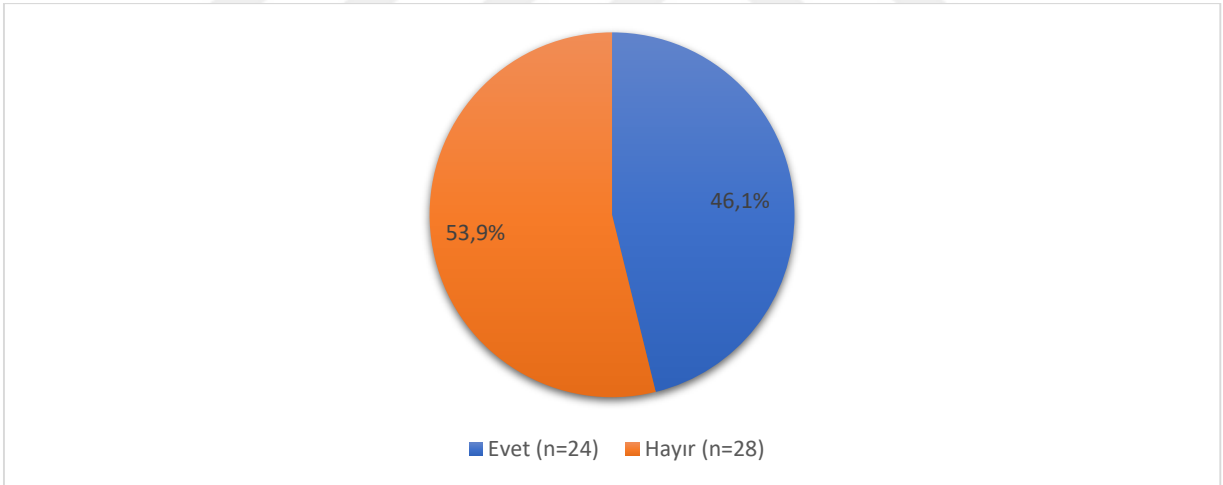
Şekil 3. Aile hekimlerinin cinsiyetlerinin dağılımı

Kadın aile hekimlerinin %20'si (n=5) bekar iken, erkeklerde bu oran %11 (n=3) oranında bulundu. Totalde katılımcıların medeni durumu %84,6 (n=44) oranında evli olarak saptandı (Şekil 4).



Şekil 4. Aile hekimlerinin medeni durumlarının dağılımı

Aile hekimlerinin kronik hastalıkları sorgulandığında, bu soruya %46,1 (n=24) oranında evet cevabı verilirken, %53,9 (n=28) oranında hayır cevabı verildi (Şekil 5).



Şekil 5. Aile hekimlerinin kronik hastalık durumunun dağılımı

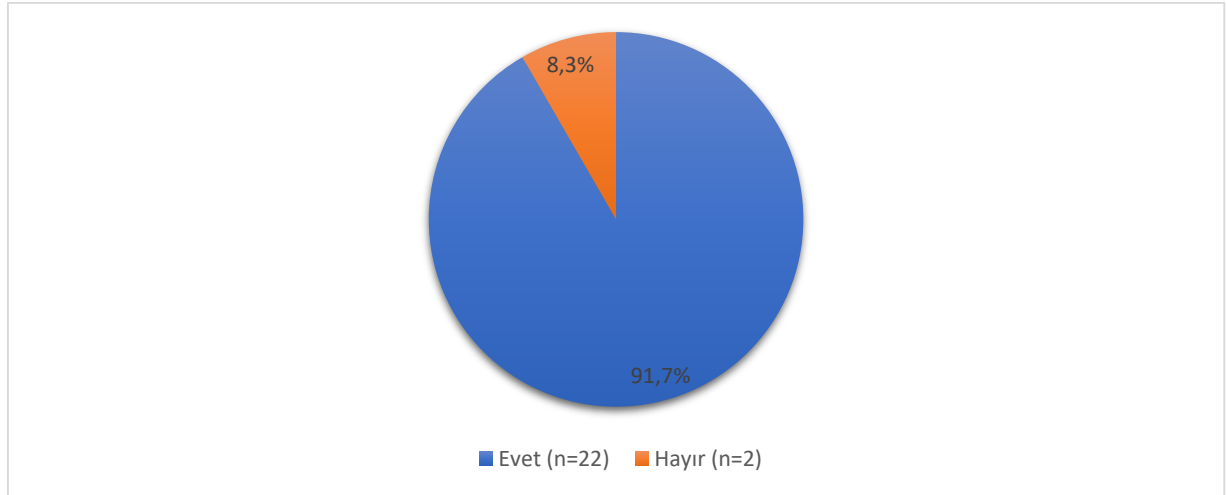
En az bir kronik hastalığı olan aile hekimlerinin kronik hastalık dağılımına baktığımızda %55,6 ile en fazla hipertansiyon cevabının verildiği görülmüştür. Detaylar Tablo 1’de verilmiştir.

Tablo 1. Kronik hastalığı olan katılımcıların kronik hastalıklarına göre dağılımı

Kronik Hastalık	Sayı (n)	Yüzde (%)
Hipertansiyon	15	%55,6
Atriyal fibrilasyon	3	%11,1
Alerjik rinit	2	%7,4
Diabetes mellitus	1	%3,7
Astım	1	%3,7
İskemik kalp hastalığı	1	%3,7
Diskopati	1	%3,7
Migren	1	%3,7
Kronik depresyon	1	%3,7
Gut	1	%3,7
TOPLAM	27	%100

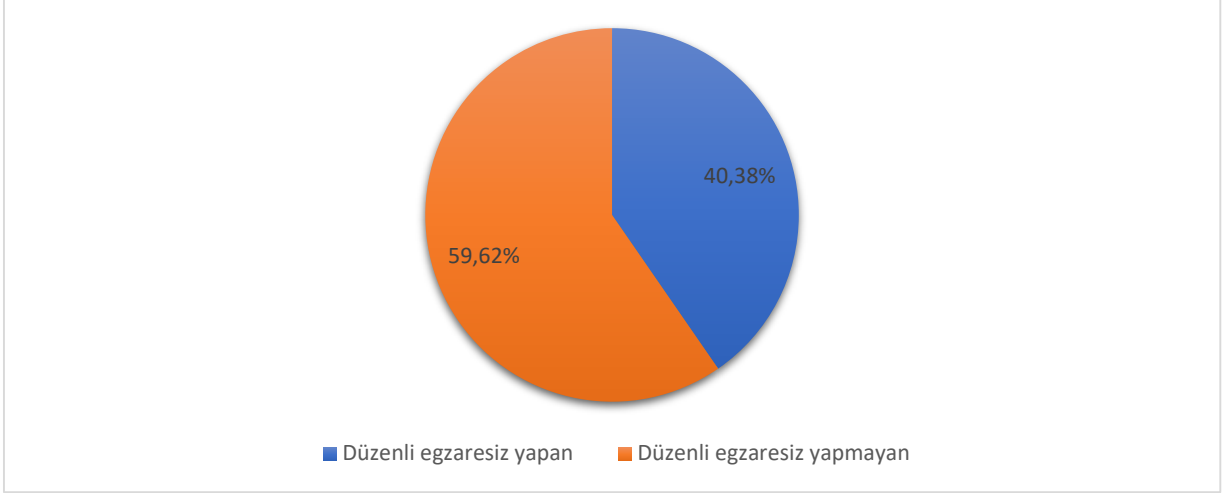
*Çoklu yanıt sorusu olduğundan toplam sayı, cevap veren kişi sayısını geçmektedir.

Kronik hastalığı olan aile hekimlerinin %91,7'si (n=22) düzenli ilaç kullanmaktadır. Alerjik riniti olan iki aile hekimi düzenli ilaç kullanmamaktadır (Şekil 6).



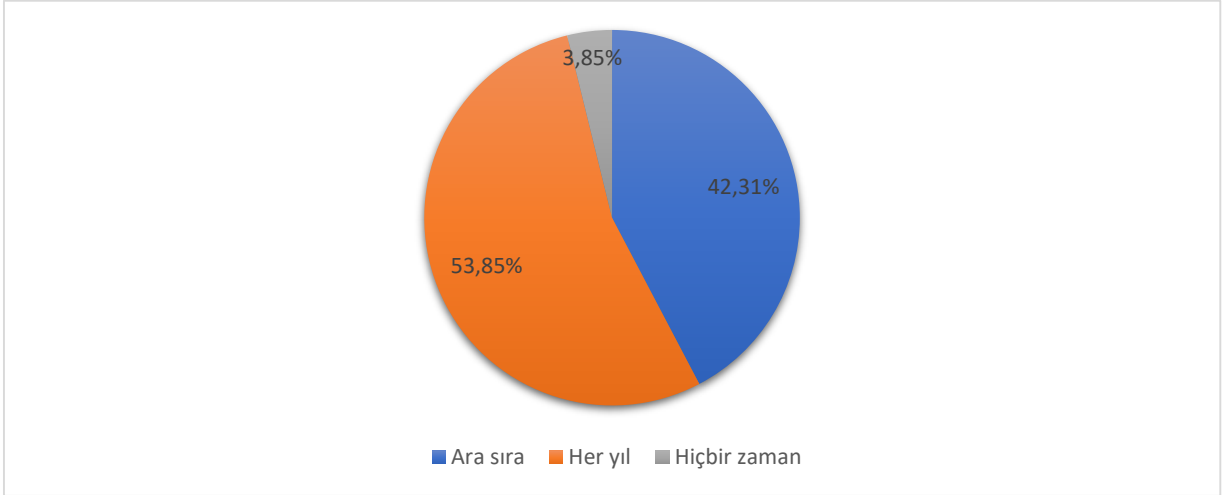
Şekil 6. Kronik hastalığı olan aile hekimlerinin düzenli ilaç kullanımının dağılımı

Aile hekimlerinde düzenli egzersiz yapanların oranı %40,38'i (n=21) olup, aile hekimlerinin %59,62'si (n=31) düzenli egzersiz yapmamaktadır (Şekil 7).



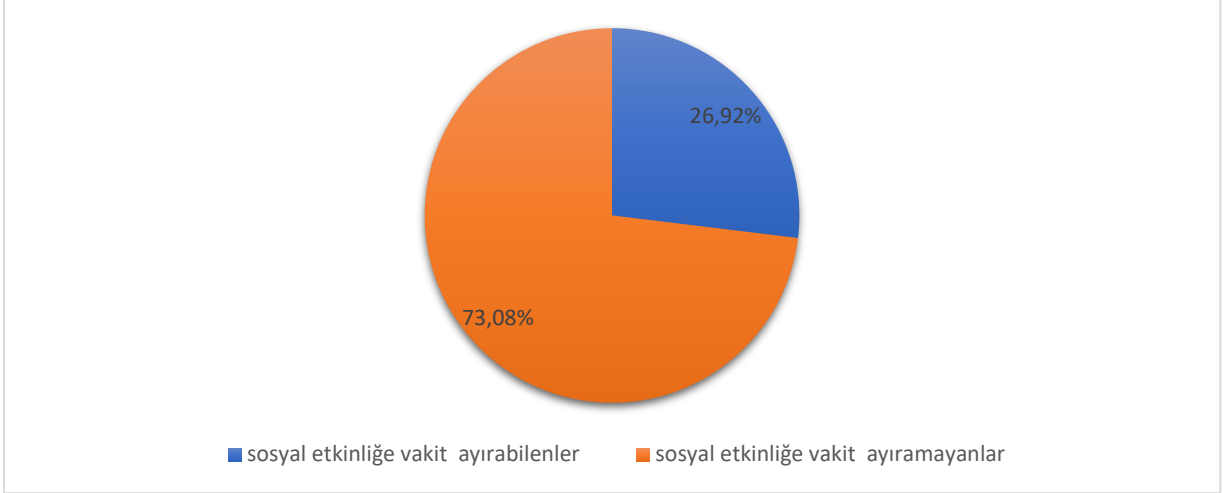
Şekil 7. Aile hekimlerinin egzersiz yapma durumu

Tatil alışkanlıkları sorulan aile hekimlerinden %42,31'i ara sıra (n=22), %3,85'i hiçbir zaman (n=2), %53,85'i her yıl (n=28) tatile çıkmaktadır (Şekil 8).



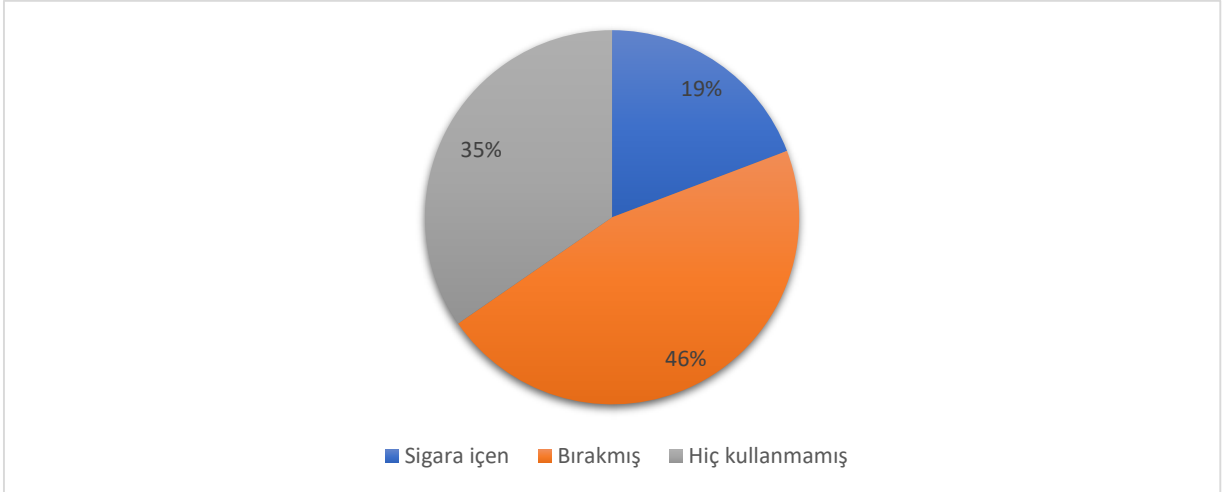
Şekil 8. Aile hekimlerinin tatil alışkanlıkları

Anketimizi yapan aile hekimleri arasında sosyal etkinliklere yeterli vakit ayırdığını düşünen %26,92 (n=14) oranında aile hekimi bulunurken, %73,08'i (n=38) buna vakit ayıramadığını bildirmektedir (Şekil 9).



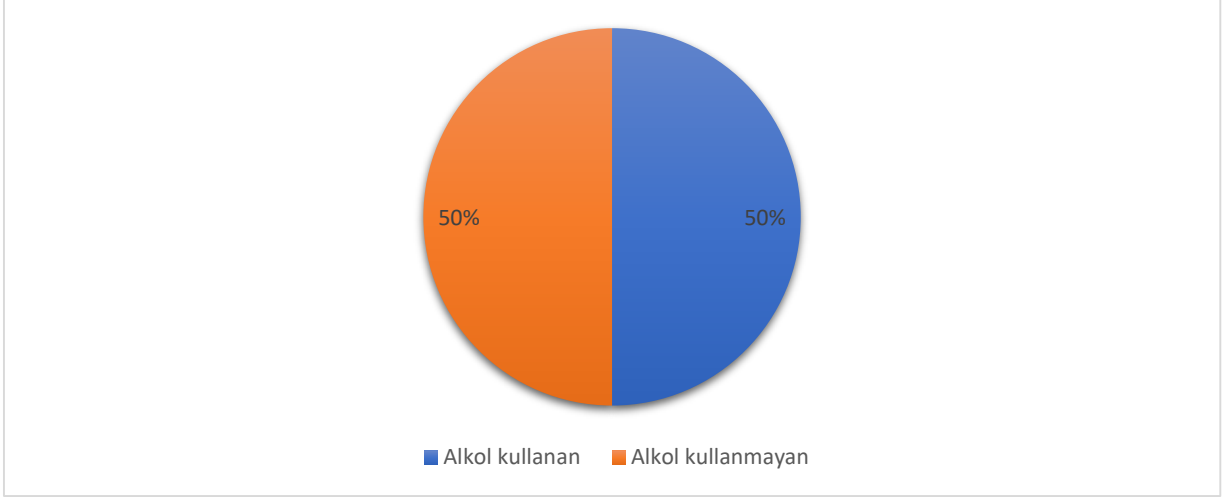
Şekil 9. Aile hekimlerinin sosyal etkinlikleri dağılımı

Aile hekimlerine tütün içiciliği konusunda üç farklı yanıt verebildikleri soru yöneltilmiş olup, %19'u (n=10) sigara/tütün kullanmaktaydı. %46'sı (n=24) kullanmayı bıraktığını bildirdi. %35'i (n=18) ise hiç sigara/tütün kullanmadığını bildirdi. Tütün/sigara içenlerden 7'si günde 20, 2 tanesi günde 15, 1 tanesi ise günde 10 adet tütün/sigara kullanmaktadır. Tütün/sigara kullanan aile hekimlerinin ne zamandır kullandıkları sorulduğunda, cevaplar 7 ile 25 yıl arasında değişmektedir (Şekil 10).



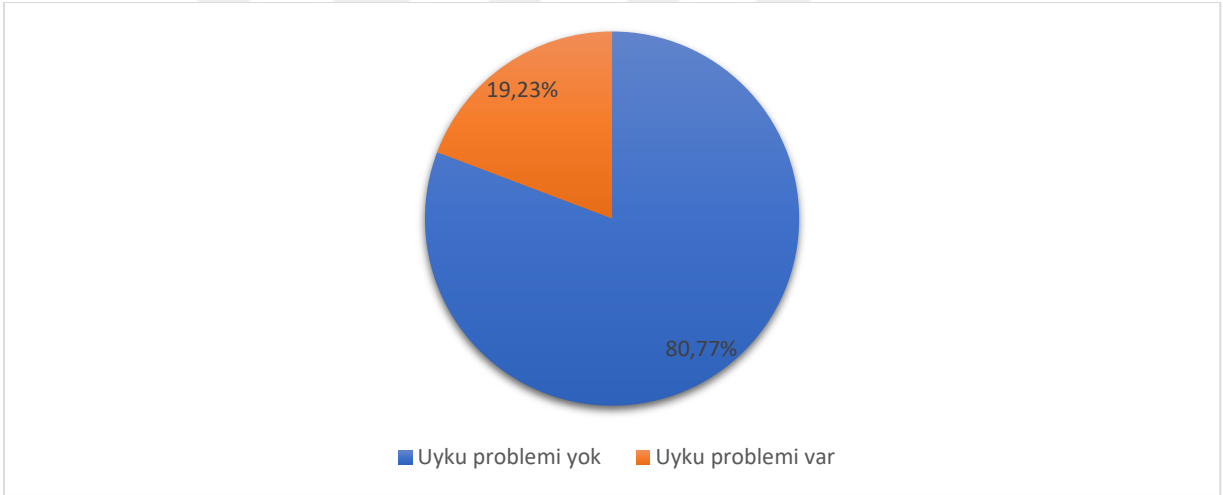
Şekil 10. Aile hekimlerinin sigara/tütün kullanım durumları

Aile hekimlerinin yarısının (n=26) alkol tükettiği belirlendi (Şekil 11).



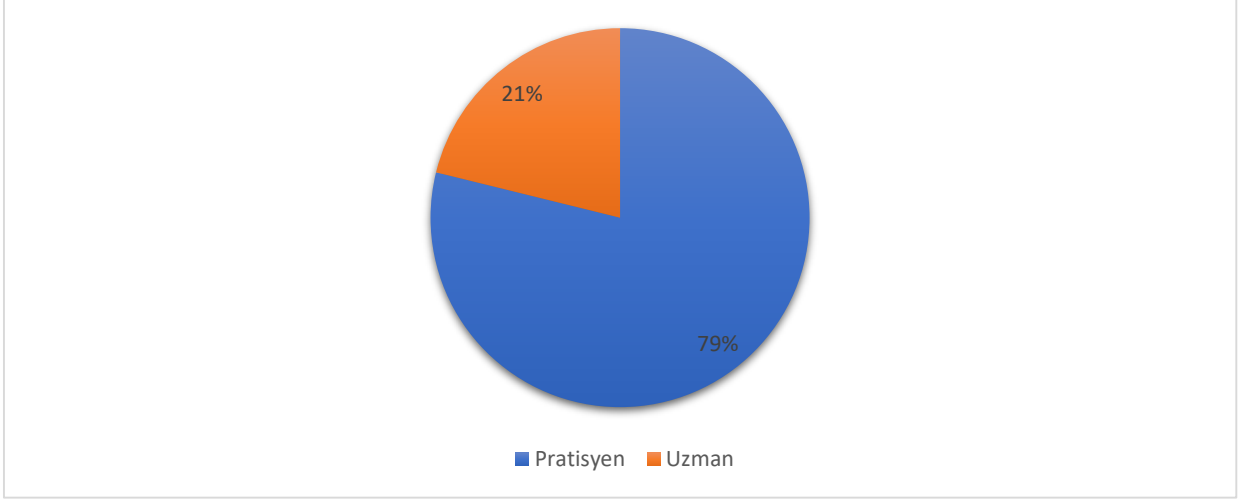
Şekil 11. Aile hekimlerinin alkol kullanım durumları

Uyku durumu sorgulanan katılımcıların %80,77'sinin (n=42) uyku problemi yaşamadığı, %19,23'ünün (n=10) ise uyku problemi yaşadığı görüldü (Şekil 12).



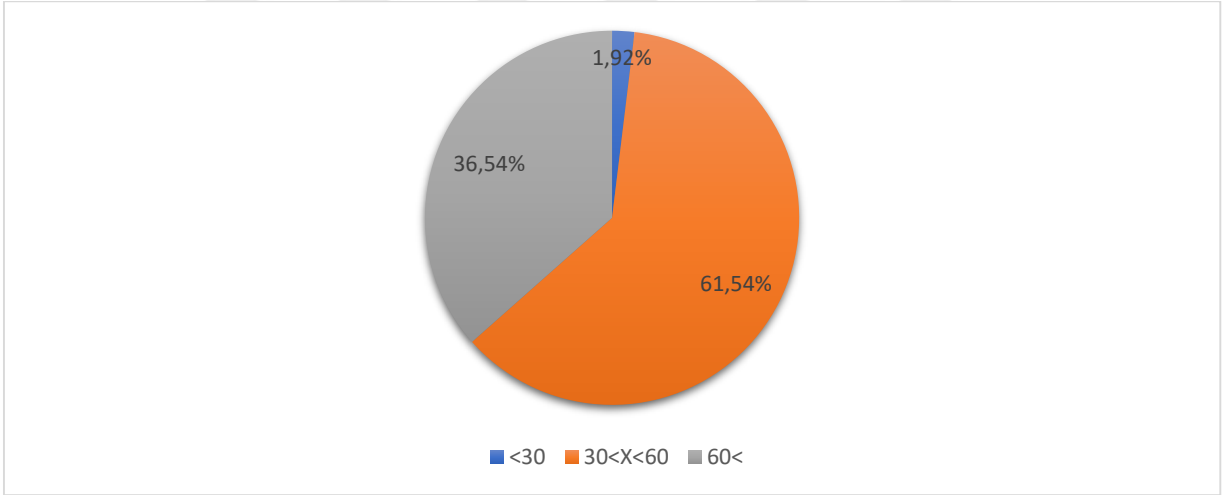
Şekil 12. Aile hekimlerinin uyku durumları

Aile hekimlerinin ortalama hizmet yılı süresi $22,3 \pm 7,10$ olarak saptandı. Katılımcı aile hekimlerinin %79'u (n=41) pratisyen doktor ünvanına sahip iken, geri kalan %21'i (n=11) uzman doktor olarak görev yapmaktadır (Şekil 13).



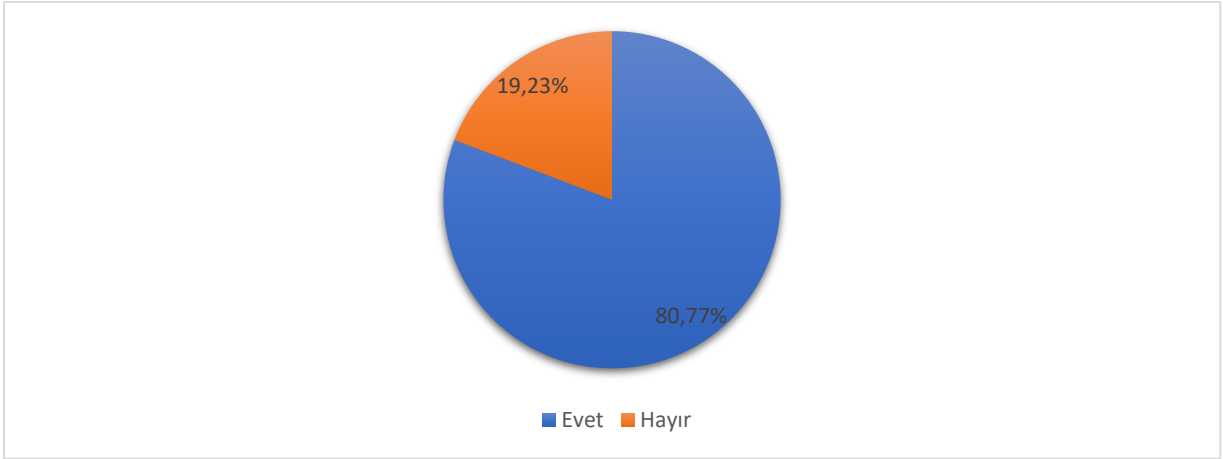
Şekil 13. Aile hekimlerinin uzmanlık durumları

Poliklinikte günlük bakılan ortalama hasta sayıları sorulduğunda, 30 ile 60 arasında hasta bakan aile hekimleri %61,54 (n=32) oranında iken, 60 hastanın üzerinde hasta bakan aile hekimlerinin oranı %36,54 (n=19) saptandı. Aile hekimlerinin %1,92'si (n=1) ise 30 hastanın altında hasta bakmaktadır (Şekil14).

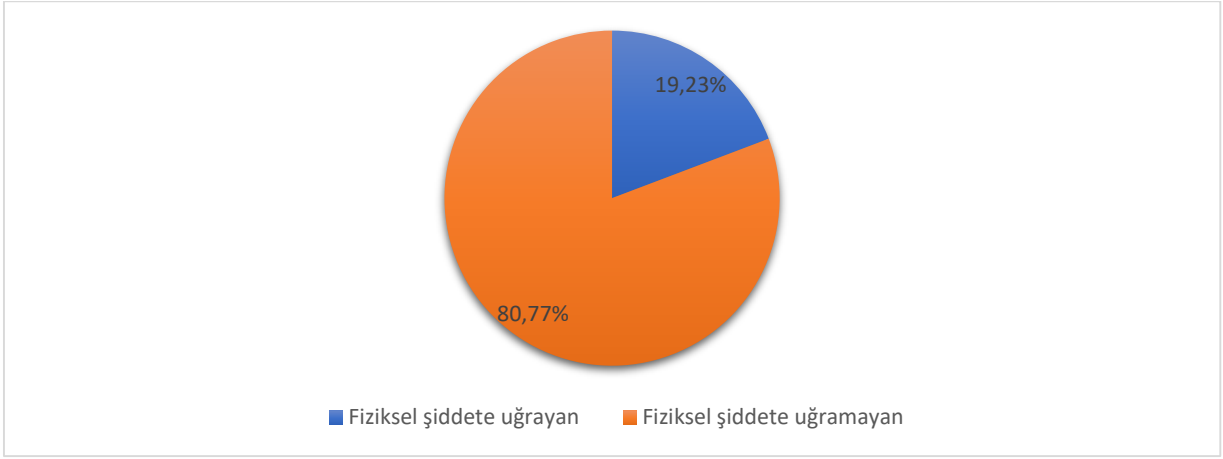


Şekil 14. Aile hekimlerine olan başvuru sayısı

Aile hekimliği uygulamasının kendileri için uygun olup olmadığı sorulduğunda ise aile hekimlerinin %84'ü (n=44) evet yanıtını verirken, %16'sı (n=8) bunun uygun olmadığını belirtti. Çalışma ortamındaki şiddet sorusuna verilen yanıt ise fiziksel şiddet için %19,23 oranında (n=10) evet, %80,77 (n=42) oranında hayır yanıtı alınırken; sözel şiddette bu oran tam tersi olarak karşımıza çıktı %80,77 (n=42) evet, %19,23 (n=10) oranında ise hayır olarak saptandı (Şekil 15,16).

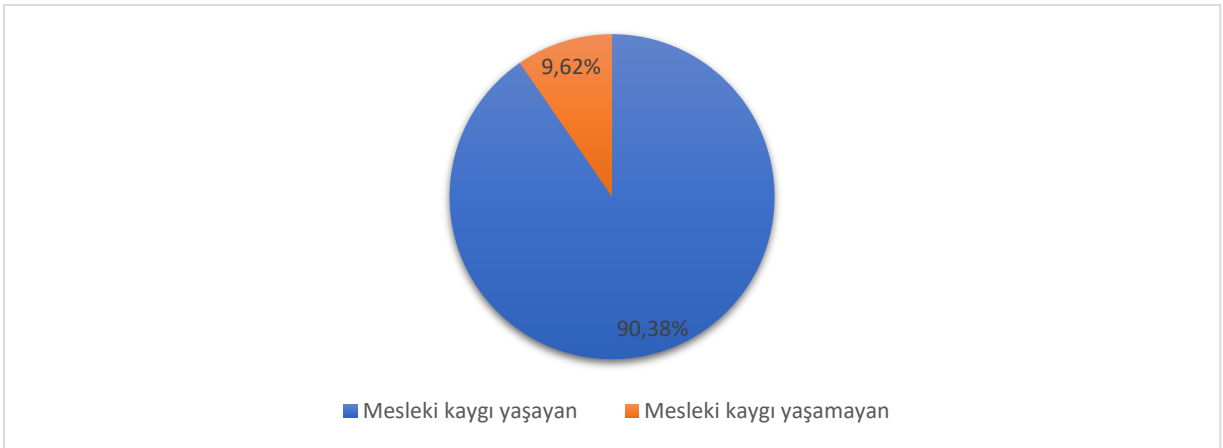


Şekil 15. Aile hekimlerinin sözel şiddete maruziyet durumları



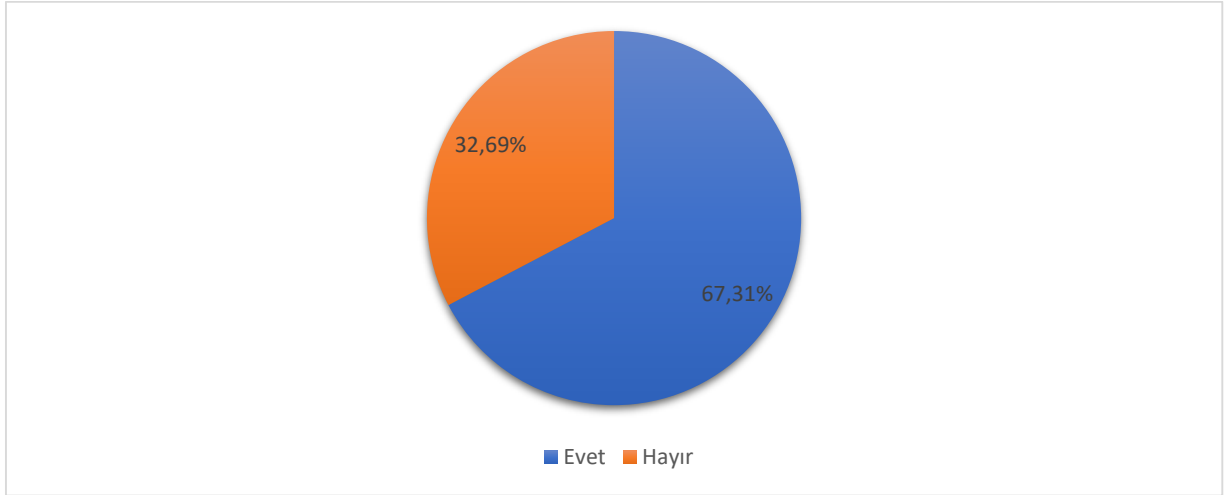
Şekil 16. Aile hekimlerinin fiziksel şiddete maruziyet durumları

Çalışma hayatlarına dair memnuniyetleri sorulan aile hekimlerine, dört farklı soru yöneltildi. Gelecekle ilgili mesleki kaygıları sorulan aile hekimleri %90,38 (n=47) oranında kaygıları olduğunu, %9,62 (n=5) oranında kaygıları olmadığını belirtti (Şekil 17).



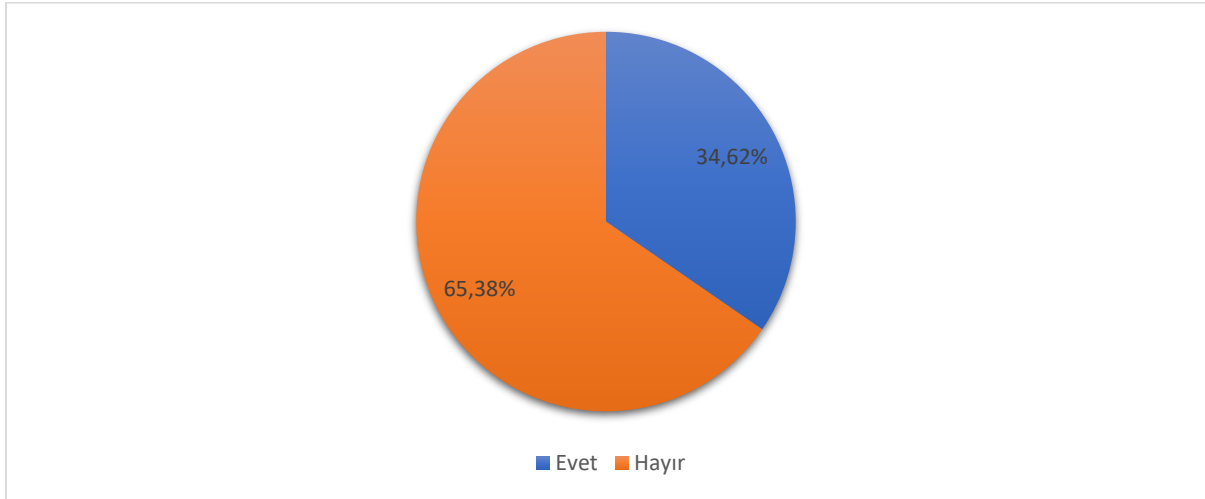
Şekil 17. Aile hekimlerinin mesleki kaygı durumları

Çalışma ortamından memnuniyet sorusuna aile hekimleri %67,31 oranında (n=35) memnun olduklarını belirtti, %32,69 (n=17) oranında ise memnun olmadıklarını belirtti (Şekil 18).



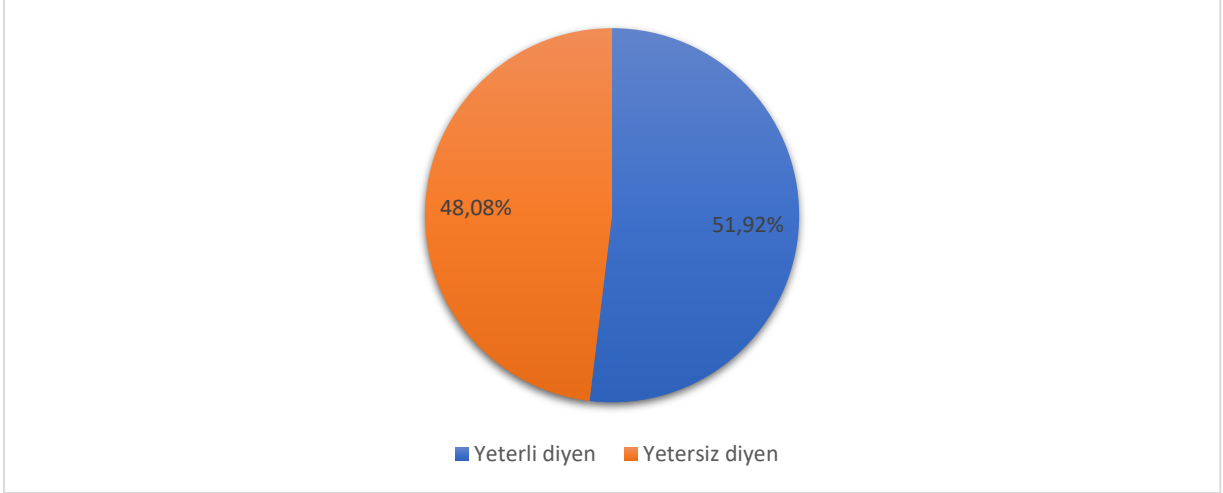
Şekil 18. Aile hekimlerinin çalışma ortamı memnuniyet durumları

İş beklentinizi karşılıyor mu, sorusuna verilen yanıtlar %34,62 (n=18) oranında evet, %65,38 (n=34) oranında hayır olarak saptandı (Şekil 19).



Şekil 19. Aile hekimlerinin işten beklentilerinin karşılanması durumu

En son olarak fiziksel ortamın yeterliliği ve beklentilerini karşılayıp karşılamadığı sorulduğunda aile hekimlerinin verdikleri cevap %51,92 (n=27) oranında beklentilerini karşıladığı yönüyle, %48,08 (n=25) oranında beklentilerini karşılamadığına dair olumsuz yanıt vermişlerdir (Şekil 20).



Şekil 20. Aile hekimlerinin çalışma ortamının fiziksel yeterliliği

MASLACH TÜKENMİŞLİK VE İŞE BAĞLI GERGİNLİK ÖLÇEĞİ SONUÇLARI

Maslach Tükenmişlik ölçeğine göre inceleme yapıldığında “Kişisel Başarı” alt ölçütüne göre; aile hekimlerinin %5,8’i kendini yüksek kişisel başarı sınıfında, %19,2’si orta kişisel başarı sınıfında, %75’i ise kendini düşük başarı sınıfında tanımlamaktadır.

“Duyarsızlaşma” alt ölçeğinde ise bu durum yüksek seviyede duyarsızlaşma %21,2, orta seviyede duyarsızlaşma %40,4 ve düşük seviyede duyarsızlaşma ise %38,5 oranında saptanmıştır.

“Duygusal Tükenme” alt ölçeğindeki sonuçlara göre aile hekimlerinin %94,2’si yüksek seviyede duygusal tükenme yaşadığı saptanmış olup, orta seviyede bu oran %5,8 olmuştur. Çalışma popülasyonumuzda düşük duygusal tükenme sınıfına ait hiçbir hekim bulunmamaktadır. Genel olarak bu sonuçlar Tablo 2’de özetlenmiştir.

Tablo 2. Katılımcıların Maslach Tükenmişlik Ölçeğinden aldıkları puanlara göre dağılımı

Alt Ölçekler	Maslach Tükenmişlik Ölçeği	Frekans (n)	Yüzdelik Dağılımı
Kişisel Başarı	Yüksek (>26)	3	5,8%
	Orta (19-26)	10	19,2%
	Düşük (<19)	39	75,0%
	Toplam (N)	52	100%
Duyarsızlaşma	Yüksek (>9)	11	21,2%
	Orta (6-9)	21	40,4%
	Düşük (<6)	20	38,5%
	Toplam (N)	52	100%
Duygusal Tükenme	Yüksek (<33)	49	94,2%
	Orta (34-39)	3	5,8%
	Düşük (>39)	0	0,0%
	Toplam (N)	52	100%

İşe Bağlı Gerginlik Ölçeğinden alınan puanlara göre Edirne il merkezi aile hekimlerinin %17,3'ü düşük seviyede gerginliğe sahip olduğu saptanırken, %76,4' ü orta seviyede gerginliğe sahiptir. Yüksek seviyede işe bağlı gerginlik yaşayan aile hekimleri ise bu grubun %5,8'ini oluşturmaktadır. Bu ölçeğe ait yüzdelik ve frekans değerleri Tablo 3'te gösterilmiştir.

Tablo 3. Katılımcıların İşe Bağlı Gerginlik Ölçeğinden aldıkları puanlara göre dağılımı

İşe Bağlı Gerginlik Ölçeği	Frekans (n)	Yüzdelik Dağılımı (%)
Düşük Seviye (17- 33)	9	17,3%
Orta Seviye (34-50)	40	76,9%
Yüksek Seviye (51-68)	3	5,8%
Toplam	52	%100

DEĞİŞKENLER VE ÖLÇEKLER ARASINDAKİ İSTATİSTİKSEL İLİŞKİ

Çalışmamızda yaş ortalaması $47,36 \pm 7,02$ yıl olup; yaş ile İşe Bağlı Gerginlik Ölçeği, Maslach tükenmişlik ölçeği total puan ve alt ölçekleri (duygusal tükenme, duyarsızlaşma, kişisel başarı) arasında korelasyon (Pearson) saptanmadı ($p>0.05$) ve Tablo 4'te değerleri verilmiştir.

Tablo 4. Katılımcıların yaşı ile ölçeklerden aldıkları puanların karşılaştırılması

Ölçek	R skoru	p
MTÖ Total	0.035	0.805
Kişisel Başarı	0.134	0.342
Duyarsızlaşma	-0.135	0.338
Duygusal Tükenme	0.223	0.110
İBGÖ	0.044	0.755

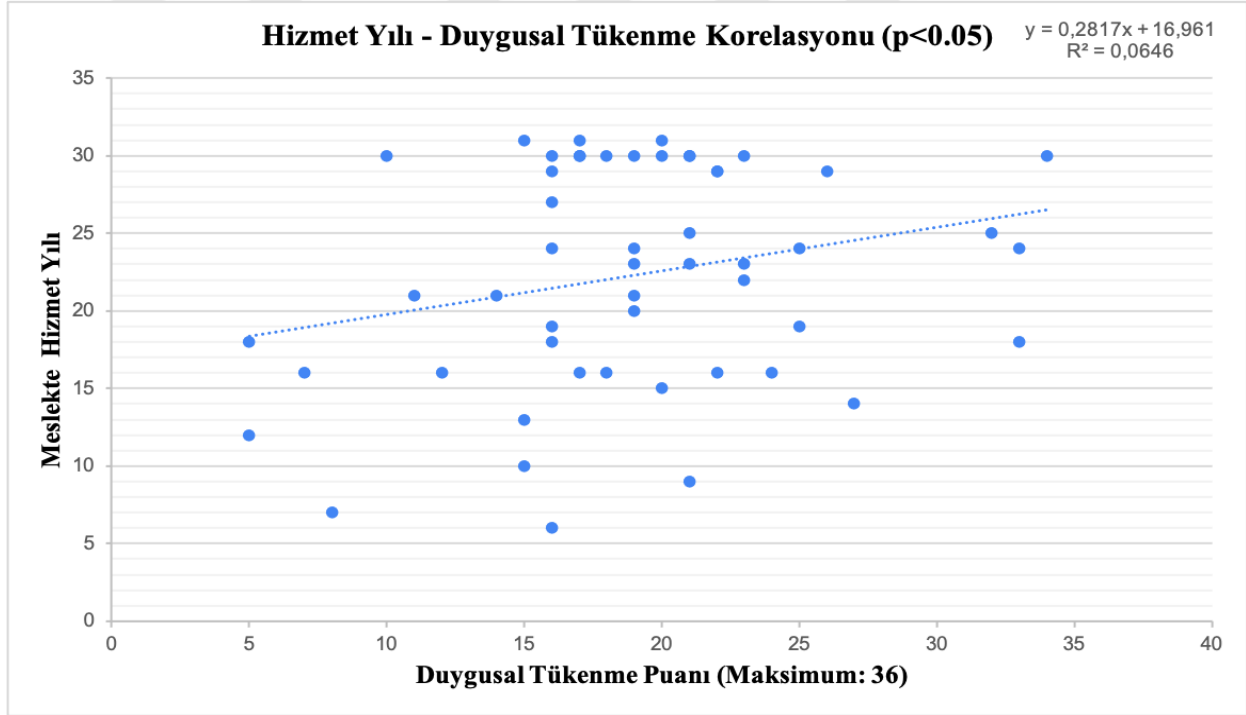
MTÖ: Maslach Tükenmişlik Ölçeği **İBGÖ:** İşe Bağlı Gerginlik Ölçeği

Çalışmamızda meslekte ortalama hizmet yılı $22,3 \pm 7,02$ olup, meslekteki hizmet yılına göre ölçekler değerlendirilmiştir ve istatistiksel olarak anlamlı bir sonuç “Duygusal Tükenme” ve hizmet yılı arasındaki düşük pozitif korelasyon (**$p=0.049$**) (Şekil 21) saptanırken, İşe Bağlı Gerginlik Ölçeği ($p=0.715$), duyarsızlaşma ($p=0.657$), kişisel başarı ($p=0.240$) ve MTÖ toplam puan ($p=0.070$) ortalamaları arasında korelasyon saptanmadı. Bu teste dair Pearson korelasyon testi sonuçları Tablo 5'te verilmiştir.

Tablo 5. Katılımcıların meslekteki hizmet yılı ile ölçeklerden aldıkları puanların karşılaştırılması

Ölçek	R skoru	p
MTÖ Total	0.252	0.070
Kişisel Başarı	0.165	0.240
Duyarsızlaşma	-0.063	0.657
Duygusal Tükenme	0.281	0.049
İBGÖ	0.051	0.715

MTÖ: Maslach Tükenmişlik Ölçeği İBGÖ: İşe Bağlı Gerginlik Ölçeği



Şekil 21. Katılımcıların hizmet yılı ile Duygusal Tükenmişlik Ölçeğinden aldıkları puanların karşılaştırılması

Çalışmamızda cinsiyet dağılımlarının tüm ölçeklerde t-test istatistik analizine göre, cinsiyetin ölçekler üzerinde anlamlı bir etkisi olmadığı saptandı ($p>0.05$). Bu teste dair t-test değerleri ve p-değerleri Tablo 6’da verilmiştir.

Tablo 6. Katılımcıların ölçeklerden aldıkları puanlar ile cinsiyetin karşılaştırılması

Ölçek	t değeri	p
MTÖ Total	-0.561	0.576
Kişisel Başarı	-1.231	0.223
Duyarsızlaşma	0.005	0.995
Duygusal Tükenme	-0.022	0.982
İBGÖ	1,028	0.308

MTÖ: Maslach Tükenmişlik Ölçeği İBGÖ: İşe Bağlı Gerginlik Ölçeği

Günlük hasta sayısının istatistiksel analizinde üç seçenek olduğundan Tek-Yönlü ANOVA kullanılması planlandı fakat gruplardan <30 hasta sayısı grubunda 1 adet cevap olduğu için bu değer dışlandı ve yine t-test uygulandı. T-test sonuçlarına göre günde ortalama bakılan hasta sayısının değerlendirilen ölçekler üzerinde anlamlı bir etkisi bulunmadı ($p>0.05$). Tablo 7’de verilmiştir.

Tablo 7. Katılımcıların ölçeklerden aldıkları puanlar ile günlük ortalama baktıkları hasta sayısının karşılaştırılması

Ölçek	t değeri	p
MTÖ Total	-0.741	0.461
Kişisel Başarı	1.901	0.063
Duyarsızlaşma	-0.116	0.908
Duygusal Tükenme	0.693	0.492
İBGÖ	-0.185	0.853

MTÖ: Maslach Tükenmişlik Ölçeği İBGÖ: İşe Bağlı Gerginlik Ölçeği

Bu çalışmada medeni durumun, evli veya bekar olma kriterlerine göre, tüm ölçeklerde t-test istatistik analizine göre, medeni halin ölçekler üzerinde anlamlı bir etkisi olmadığı saptandı ($p>0.05$). Bu teste dair t-test değerleri ve p-değerleri Tablo 8’de verilmiştir.

Tablo 8. Katılımcıların ölçeklerden aldıkları puanlar ile medeni durumlarının karşılaştırılması

Ölçek	t değeri	p
MTÖ Total	-2,346	0,050
Kişisel Başarı	0,292	0,054
Duyarsızlaşma	0,111	0,064
Duygusal Tükenme	-0,913	0,374
İBGÖ	-0,604	0,274

MTÖ: Maslach Tükenmişlik Ölçeği İBGÖ: İşe Bağlı Gerginlik Ölçeği

Çalışmamızda aile hekimlerinin kronik hastalığı olup olmadığı durumu değerlendirildi ve bu kriterin, tüm ölçeklerde t-test istatistik analizine göre, kronik bir hastalığın olup olmaması durumunun ölçekler üzerinde anlamlı bir etkisi olmadığı saptandı ($p>0.05$). Bu teste dair t-test değerleri ve p-değerleri Tablo 9’da verilmiştir.

Tablo 9. Katılımcıların ölçeklerden aldıkları puanlar ile kronik hastalık durumunun karşılaştırılması

Ölçek	t değeri	p
MTÖ Total	0,979	0,166
Kişisel Başarı	0,882	0,054
Duyarsızlaşma	1,233	0,091
Duygusal Tükenme	0,223	0,374
İBGÖ	1,656	0,522

MTÖ: Maslach Tükenmişlik Ölçeği İBGÖ: İşe Bağlı Gerginlik Ölçeği

Çalışmamızda tütün/sigara kullanımları incelendi ve üç ayrı cevabın (“içiyorum”, “içiyordum fakat bıraktım”, “içmiyorum hiç içmedim”), tüm ölçekler üzerinde yapılan One-Way ANOVA testi istatistiki analizine göre, tütün kullanımının ölçekler üzerinde anlamlı bir etkisi olmadığı saptandı ($p>0.05$). Bu teste dair f-oran değerleri ve p-değerleri Tablo 10 üzerinde verilmiştir.

Tablo 10. Katılımcıların ölçeklerden aldıkları puanlar ile tütün/sigara kullanımlarının karşılaştırılması

Ölçek	<i>f oranı</i>	p
MTÖ Total	0,979	0,166
Kişisel Başarı	0,882	0,054
Duyarsızlaşma	1,233	0,091
Duygusal Tükenme	0,223	0,374
İBGÖ	1,656	0,522

MTÖ: Maslach Tükenmişlik Ölçeği İBGÖ: İşe Bağlı Gerginlik Ölçeği

Çalışmamızda aile hekimlerinin alkol tüketip tüketmediğine dair bilgiler toplandı ve bu kriterin, tüm ölçeklerde t-test istatistik analizine göre, alkol tüketme durumunun ölçekler üzerinde anlamlı bir etkisi olmadığı saptandı ($p>0.05$). Bu teste dair t-test değerleri ve p-değerleri Tablo 11 üzerinde verilmiştir.

Tablo 11. Katılımcıların ölçeklerden aldıkları puanlar ile alkol kullanımlarının karşılaştırılması

Ölçek	t değeri	p
MTÖ Total	-0,034	0,469
Kişisel Başarı	-1,042	0,134
Duyarsızlaşma	0,123	0,626
Duygusal Tükenme	1,105	0,072
İBGÖ	0,025	0,489

MTÖ: Maslach Tükenmişlik Ölçeği İBGÖ: İşe Bağlı Gerginlik Ölçeği

Bu çalışmada aile hekimlerinin düzenli egzersiz yapıyor olup olmadıkları sorulan aile hekimlerinin cevapları toplandı ve bu kriterin, tüm ölçeklerde t-test istatistik analizine göre, düzenli egzersizin ölçekler üzerinde anlamlı bir etkisi olmadığı gösterildi ($p>0.05$). Bu teste dair t-test değerleri ve p-değerleri Tablo 12 üzerinde verilmiştir.

Tablo 12. Katılımcıların ölçeklerden aldıkları puanlar ile düzenli egzersiz yapma durumlarının karşılaştırılması

Ölçek	t değeri	p
MTÖ Total	0,525	0,300
Kişisel Başarı	0,711	0,094
Duyarsızlaşma	0,871	0,072
Duygusal Tükenme	0,455	0,479
İBGÖ	0,559	0,289

MTÖ: Maslach Tükenmişlik Ölçeği **İBGÖ:** İşe Bağlı Gerginlik Ölçeği

Çalışmamızda uyku problemi yaşıyıp yaşamadıklarına dair soru yöneltilen aile hekimlerinin cevapları toplandı ve bu kriterin, tüm ölçeklerde t-test istatistik analizine göre, uyku probleminin ölçekler arasında anlamlı bir etkisi olmadığı bulundu ($p>0.05$). Bu teste dair t-test değerleri ve p-değerleri Tablo 13 üzerinde verilmiştir.

Tablo 13. Katılımcıların ölçeklerden aldıkları puanlar ile uyku problemi yaşıyor olma durumlarının karşılaştırılması

Ölçek	t değeri	p
MTÖ Total	-0,865	0,195
Kişisel Başarı	1,023	0,054
Duyarsızlaşma	-0,233	0,623
Duygusal Tükenme	0,105	0,091
İBGÖ	-0,659	0,256

MTÖ: Maslach Tükenmişlik Ölçeği **İBGÖ:** İşe Bağlı Gerginlik Ölçeği

Çalışmamızda aile hekimlerine mesleğe uygun olup olmadıkları soruldu ve evet/hayır seçeneklerinden oluşan cevapları toplandı. Bu parametrenin, tüm ölçeklerde t-test istatistik analizine göre, mesleki uygunluğun ölçekler arasında anlamlı bir etkisi olmadığı gösterildi ($p>0.05$). Bu teste dair t-test değerleri ve p-değerleri Tablo 14 üzerinde verilmiştir.

Tablo 14. Katılımcıların ölçeklerden aldıkları puanlar ile mesleğe uygun olduğunu görme durumunun karşılaştırılması

Ölçek	t değeri	p
MTÖ Total	-1,245	0,199
Kişisel Başarı	1,092	0,519
Duyarsızlaşma	0,112	0,384
Duygusal Tükenme	-1,222	0,274
İBGÖ	1,604	0,271

MTÖ: Maslach Tükenmişlik Ölçeği İBGÖ: İşe Bağlı Gerginlik Ölçeği

Çalışmamızda aile hekimlerine sözel şiddete maruz kalıp kalmadıkları soruldu ve evet/hayır seçeneklerinden oluşan cevapları toplandı. Tüm ölçeklerde t-test istatistik analizine göre sözel şiddet yaşayan aile hekimlerinin MTÖ Total, İBGÖ ve MTÖ alt ölçeklerinden Duyarsızlaşma ve Duygusal Tükenme üzerinde anlamlı bir etkisi bulundu ($p<0.05$). MTÖ alt ölçeklerinden yalnızca Kişisel Başarı grubunda bir fark gözlemlenmedi ($p>0.05$). Bu istatistiksel sonuca göre sözel şiddete maruz kalan aile hekimlerinin, kalmayanlara göre totalde MTÖ'ye daha fazla bir tükenmişlik yaşadığı, alt ölçeklerden de Duyarsızlaşma ve Duygusal Tükenme yaşadığı saptanırken, İBGÖ'ye göre de aynı anlamlı farklılık bulundu. Bu teste dair t-test değerleri ve p-değerleri Tablo 15 üzerinde verilmiştir.

Tablo 15. Katılımcıların ölçeklerden aldıkları puanlar ile sözel şiddet yaşamış olma durumlarının karşılaştırılması

Ölçek	t değeri	p
MTÖ Total	2,913	0,004
Kişisel Başarı	1,292	0,054
Duyarsızlaşma	0,111	0,002
Duygusal Tükenme	-0,913	0,001
İBGÖ	2,398	0,009

MTÖ: Maslach Tükenmişlik Ölçeği İBGÖ: İşe Bağlı Gerginlik Ölçeği

Çalışmamızda aile hekimlerine fiziksel şiddete maruz kalıp kalmadıkları soruldu ve evet/hayır seçeneklerinden oluşan cevapları toplandı. Tüm ölçeklerde t-test istatistik analizine göre fiziksel şiddet yaşayan aile hekimlerinin MTÖ Total, İBGÖ ve MTÖ alt ölçeklerinden Kişisel Başarı ve Duygusal Tükenme üzerinde anlamlı bir etkisi bulundu ($p<0.05$). MTÖ alt ölçeklerinden yalnızca Duyarsızlaşma grubunda bir fark gözlemlenmedi ($p>0.05$). Bu istatistiksel sonuca göre fiziksel şiddete maruz kalan aile hekimlerinin, kalmayanlara göre totalde MTÖ'ye daha fazla bir tükenmişlik yaşadığı, alt ölçeklerden de Kişisel Başarı hissinden yoksun olma ve Duygusal Tükenme yaşadığı saptanırken, İBGÖ'ye göre de aynı anlamlı farklılık bulundu. Bu teste dair t-test değerleri ve p-değerleri Tablo 16 üzerinde verilmiştir.

Tablo 16. Katılımcıların ölçeklerden aldıkları puanlar ile fiziksel şiddet yaşamış olma durumlarının karşılaştırılması

Ölçek	t değeri	p
MTÖ Total	2,112	0,003
Kişisel Başarı	1,931	0,024
Duyarsızlaşma	1,331	0,055
Duygusal Tükenme	-1,987	0,031
İBGÖ	-1,902	0,031

MTÖ: Maslach Tükenmişlik Ölçeği İBGÖ: İşe Bağlı Gerginlik Ölçeği

Bu çalışmada son olarak aile hekimlerinin çalışma memnuniyeti kriterlerine ait bazı sorular soruldu. Bu sorular ikili cevaplardan oluşmakta olup totalde verdikleri cevaplar toplandı ve istatistiksel analizi buna göre yapıldı. Tüm ölçeklerde t-test istatistik analizine göre çalışma memnuniyeti bulunmayan aile hekimlerinin, ölçeklerden MTÖ Total, İBGÖ ve MTÖ alt ölçeklerinden Duygusal Tükenme açısından çalışma memnuniyeti bulunanlarla arasında anlamlı bir farklılık bulundu ($p<0.05$). MTÖ alt ölçeklerinden Kişisel Başarı ve Duyarsızlaşma açısından fark gözlemlenmedi ($p>0.05$). Yapılan bu teste dair t-test değerleri ve p-değerleri Tablo 17 üzerinde verilmiştir.

Tablo 17. Katılımcıların ölçeklerden aldıkları puanlar ile çalışma memnuniyetinin karşılaştırılması

Ölçek	t değeri	p
MTÖ Total	2,331	0,033
Kişisel Başarı	1,733	0,051
Duyarsızlaşma	1,315	0,075
Duygusal Tükenme	2,455	0,014
İBGÖ	-3,555	<0,001

MTÖ: Maslach Tükenmişlik Ölçeği İBGÖ: İşe Bağlı Gerginlik Ölçeği

Son olarak tükenmişlik ve işe bağlı gerginlik ölçeklerinden MTÖ alt ölçeklerinin kendi içindeki korelasyonuna bakıldı ve MTÖ-İBGÖ arasında korelasyona bakıldı. Alt ölçeklerin kendi aralarındaki korelasyonlar anlamsız çıktı. İstatistiksel olarak anlamlı bir sonuç “MTÖ Total” ve İBGÖ arasındaki pozitif korelasyon dışında saptanmadı. Bu teste dair Pearson korelasyon testi sonuçları Tablo 18’de verilmiştir.

Tablo 18. Ölçeklerden alınan puanların kendi aralarında karşılaştırılması

Karşılaştırılan Ölçekler	R skoru	p
MTÖ Total - İBGÖ	0.615	<0.001
Kişisel Başarı - Duyarsızlaşma	- 0.238	0.893
Duyarsızlaşma – Duygusal Tükenme	0.253	0.657
Duygusal Tükenme – Kişisel Başarı	- 0.077	0.049

MTÖ: Maslach Tükenmişlik Ölçeği İBGÖ: İşe Bağlı Gerginlik Ölçeği

TARTIŞMA

Hekimler arasında tükenmişlik, on yıllardır önemli bir endişe ve araştırma alanı olmuştur. Yapılan birçok çalışma hem hekim tükenmişliğinin nedenlerini hem de bunu önlemek veya hafifletmek için olası müdahaleleri ele almaktadır (63). Ayrıca hekimlerin branşlarına göre yaşadığı tükenmişlik ve işe bağlı gerginlikleri değerlendirilmektedir. Geniş kapsamlı bir çalışmada, Amerika Birleşik Devletleri'nde hekimler arasında tükenmişlik riskinin yüksek olduğu gösterilmektedir. ABD'li doktorları Maslach Tükenmişlik Ölçeği kullanarak değerlendiren geniş tabanlı bir çalışma, tüm doktorların %54,4'ünün en az bir tükenmişlik semptomu yaşadığı gösterilmiştir. Aynı çalışma, ABD'li aile hekimleri arasında %63'lük bir tükenmişlik oranı bulmuştur. Ayrıca, çalışma, aile hekimlerinin yalnızca %35'inin iş-yaşam dengelerinden memnun olduğunu saptamıştır. Bu bulgular, tıpta uzmanlık alanlarında, kariyer aşamalarında ve demografik özellikler genelinde de ortaya çıkmaktadır (64).

Türkiye'de son yıllarda yapılan bir çalışmada ise, birinci basamak aile hekimliği sistemi altında çalışan hekimlerin duygusal tükenme riskinin daha fazla olduğunu, ancak bu yeni sisteme rağmen kişisel başarı veya duyarsızlaşma açısından herhangi bir değişiklik olmadığını göstermektedir (65).

Çalışmamıza katılan aile hekimlerinin tükenmişlik alt boyut puanları; duygusal tükenme için $19 \pm 6,3$ duyarsızlaşma için $6,5 \pm 3,0$ kişisel başarı içinse $20 \pm 3,6$ olarak tespit edilmiştir. Aslan ve ark.'nın (66) yaptığı çalışmada duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarı puan ortalamaları sırasıyla $15,48 \pm 6,7$, $5,51 \pm 3,51$ ve $22,06 \pm 4,05$ olarak bulunmuştur. Aile hekimleri ile yapılan başka bir çalışmada ise ortalama, duyarsızlaşma puanı $4,3 \pm 3,2$, duygusal tükenme puanı $16,1 \pm 7,2$ ve kişisel başarı puanı $21,0 \pm 3,7$ saptanmıştır (2). Erol ve ark.'nın

(67) İzmir’de acil servis çalışanlarıyla yürüttüğü çalışmada, hekimlerin duygusal tükenme puanını 21,4 ($\pm 7,9$), duyarsızlaşma puanını 8,2 ($\pm 2,1$), kişisel başarı puanını 21,9 ($\pm 5,2$) olarak saptamışlardır. Marakoğlu ve ark.’nın (68) tıp asistan hekimlerle yürüttüğü çalışmada puan ortalamaları duygusal tükenme için 17,77 $\pm$ 7,27, duyarsızlaşma için 6,71 $\pm$ 3,69, kişisel başarı için ise 20,10 $\pm$ 4,32 olarak bulmuşlardır. Bölükbaşı ve ark.’nın (69) hekimler üzerine yapmış olduğu çalışmada duygusal tükenme alt ölçek puan ortalaması 20,88 $\pm$ 7,53, duyarsızlaşma alt ölçek puan ortalaması 16,42 $\pm$ 2,94, kişisel başarı alt ölçek puan ortalaması 30,23 $\pm$ 4,67 olarak bulunmuş. Karaaytaç ve ark.’nın (70) 2021 yılında aile hekimliği uzmanlarıyla yaptığı çalışmalarında duygusal tükenme puan ortalaması 18,42 $\pm$ 7,00 duyarsızlaşma puan ortalaması 7,02 $\pm$ 3,65 ve kişisel başarı puan ortalaması 19,97 $\pm$ 3,94 olarak bulunmuş. Hekimlerin, stres ve risk seviyesi diğer mesleklere göre yüksektir. Çalışmamız literatürle uyumlu olup, tükenmişlik düzeyi yüksek saptanmıştır. Bunun nedeni Covid-19 pandemi sürecinin aile sağlığı merkezlerinde çalışan aile hekimlerinin iş yükünü arttırması olabilir.

Çalışmamızda aile hekimlerin ortalama yaşı 47,36 $\pm$ 7,02 olduğu bulunmuştur. Hekimlerin yaşları ile tükenmişlik düzeyleri arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Köylü ve ark.’nın (71) 2022 yılında Kütahya’da hekimler üzerine yapmış olduğu çalışmada tükenmişlik düzeyi ve yaş arasında ilişki saptanmamıştır. Sünter ve ark.’nın (72) yapmış olduğu çalışmada tükenmişlik düzeyleri ve yaş arasında ilişki saptanmamıştır. Türkmenoğlu ve ark.’nın (73) 2017 yılında Sivas’ta sağlık çalışanlarına yaptığı çalışmada tükenmişlik düzeyleri ve yaş arasında anlamlı fark saptanmamıştır. Sönmez ve ark.’nın (74) 2018 yılında Düzce’de hekimler üzerine yaptığı çalışmada yaş ile tükenmişlik düzeyleri arasında anlamlı fark saptanmamıştır. Literatürde hekimler üzerinde yapılan iki çalışmada tükenmişlik alt boyutlarının yaşla ilişkisi incelendiğinde, genç yaşta olan hekimlerin tükenmeye daha yatkın oldukları görülmektedir (75,76). Maslach’e göre, tüm demografik faktörler arasında yaş en tutarlı faktör olup, 30 yaş altı bireylerin tükenmişlik durumları 30 veya 40 yaş üzerindeki bireylere göre daha yüksek olduğunu bildirilmiştir (31). Aslan ve ark.’nın (66) hekimler üzerine yaptığı çalışmada yaş ile tükenmişlik düzeyleri negatif korelasyonlu saptanmıştır. Çalışmamız literatürle uyumludur. Aile hekimlerin ortalama yaşı 47,36 $\pm$ 7,02 olduğu bulunmuştur.

Hekimlerin yaşlarının artması işlerinde tecrübe edinmesine ve bu da sorunların çözümüne katkı sağlamaktadır. Ayrıca deneyim kazandıkça hastalarıyla daha kolay empati kurabilirler. Bu nedenle ileri yastaki hekimler tükenmişliğe karşı deneyimleri sayesinde daha dirençli olabilir.

Bizim çalışmamızda cinsiyetin tükenmişlik puanı üzerine etkisi saptanmadı ($p>0,05$).

Çakır ve ark.'nın (77) 2019 yılında sağlık çalışanlarıyla yürüttüğü çalışmada cinsiyetin tükenmişlik durumu üzerine etkisi bulunmamıştır. Baykan ve ark.'nın (2) 2013 yılında aile hekimleri üzerine yaptığı çalışmada cinsiyet ile tükenmişlik durumu arasında bir ilişki saptanmamıştır. Engin ve ark.'nın (78) 2021 yılında Antalya'da sağlık çalışanlarına yaptığı çalışmada cinsiyet ile tükenmişlik durumu arasında bir ilişki saptanmamıştır. Dünder ve ark.'nın (79) 2017 yılında hekimlere yaptığı çalışmada cinsiyet ile tükenmişlik puanları arasında anlamlı fark saptanmamıştır. Türkmenoğlu ve ark.'nın (73) Sivas'da sağlık çalışanlarına yapmış olduğu çalışmada erkek ve kadın arasında kişisel başarılı ve duygusal tükenme açısından istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamış. Ama erkeklerin duyarsızlaşma puanları daha yüksekmiş. Maslach ve ark.'nın (31) yapmış olduğu çalışmada cinsiyet faktörü için kati söylemlerde bulunmanın zor olduğunu ve bu faktörün önemli olmadığını ifade etmişlerdir.

Bizim çalışmamızda cinsiyetler arası fark bulunmamasının nedeni, işe olan bağlılıkları ve kadınlar ile erkeklerin yükümlülüklerinin aynı düzeyde olması olabilir. Tükenmişlik ve medeni durum arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Dünder ve ark.'nın (79) hekimler üzerine yaptığı çalışmada, Yıldız ve ark.'nın (80) sağlık çalışanlarına yapmış olduğu çalışmada, Sönmez ve ark.'nın (74) hekimler üzerine yapmış olduğu çalışmada, Karaşahin ve ark.'nın (81) 2020 yılında Ankara'da acil tıp uzmanlık öğrencilerine yaptığı çalışmada, medeni durum ile tükenmişlik arasında anlamlı ilişki saptanmamış. Aslan ve ark.'nın (66) yaptıkları çalışmada ise evli olmayan doktorların duyarsızlığının daha yüksek olduğu saptanmış. Kırmızıgül ve ark.'nın (82) 2018 yılında Ankara'da hekimlere yapmış olduğu çalışmada medeni durum ile tükenmişlik ölçeğinin alt ölçeklerinden; "Duygusal tükenme" ve "Duyarsızlaşma" 'da anlamlı fark saptanmamış olup, kişisel başarı ölçeğinde hiç evlenmemiş ile boşanmış arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur.

Aile hekimlerinin kronik hastalığı olup olmadığı değerlendirilmiş ve tükenmişlik puanları üzerine anlamlı etkisi olmadığı tespit edildi ($p>0.05$). Baykan ve ark.'nın (2) aile hekimlerine yapmış olduğu çalışmada, Kırmızıgül ve ark.'nın (82) Denizli'de 2018 yılında hekimlere yapmış olduğu çalışmada, Beyhan ve ark.'nın (83) Anestezi hekimlerine yapmış olduğu çalışmada, kronik hastalıkla tükenmişlik arasında anlamlı farklılık saptanmamış. Sönmez ve ark.'nın (74) yapmış olduğu çalışmada kronik hastalık ile sadece tükenmişliğin alt boyutu olan kişisel başarıda azalma arasında anlamlılık saptanmıştır. Bölükbaşı ve ark.'nın (69) 2015 yılında aile hekimleri asistanlarına yapmış oldukları çalışmada kronik hastalığı olan asistan hekimler ile olmayanlar arasında fark bulunmamıştır. Bizim çalışmamızda kronik

hastalıkla tükenmişliğin ilişkisi çıkmamasının nedeni hastalığın türü ve ciddiyetinin tükenmişlik parametrelerini etkilememiş olabileceğidir.

Meslekte ortalama hizmet yılı $22,3 \pm 7,02$ olup, meslekteki hizmet yılına göre ölçekler değerlendirilmiştir ve istatistiksel olarak anlamlı bir sonuç “Duygusal Tükenme” ve hizmet yılı arasındaki düşük pozitif korelasyon saptanırken, “Duyarsızlaşma”, “Kişisel Başarı” ve MTÖ toplam puan ortalamaları arasında ilişki bulunmadı. Helvacı ve ark.’nın (84) sağlık çalışanlarına yapmış olduğu çalışmada mesleki hizmet yılındaki artışın duygusal tükenmişliği arttırdığı saptanmış. Baykan ve ark.’nın (2) aile hekimlerine yapmış olduğu çalışmada mesleki hizmet yılı ile toplam tükenmişlik ve duygusal tükenmişlik arasında pozitif korelasyon bulunmuştur. Algül ve ark.’nın (85) hekimler üzerine yaptığı çalışmada meslekte çalışma süresi MTÖ alt ölçekleri duyarsızlaşma kişisel başarıda düşme negatif ilişki saptanmış. Bölükbaşı ve ark.’nın (69) hekimlere yapmış olduğu çalışmada mesleki hizmet yılı ile duygusal tükenmişlik arasında orta derecede pozitif yönde ilişki bulunmuş. Aslan ve ark.’nın (66) yapmış olduğu çalışmada çalışma yılının artmasıyla duyarsızlığın arttığını saptamışlar. Karaaytaç ve ark.’nın (70) 2021 yılında aile hekimi uzmanları üzerine yaptığı çalışmada mesleki çalışma süresi ile duygusal tükenme arasında negatif yönlü, anlamsız; duyarsızlaşma ile negatif yönlü, zayıf düzeyde, anlamlı ve kişisel başarı ile pozitif yönlü, zayıf düzeyde, anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Çakır ve ark.’nın (77) 2019 yılında yaptığı çalışmada, Kaygusuz ve ark.’nın (86) yapmış olduğu çalışmada çalışma, çalışma süresi ile tükenmişlik arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. Çalışmamız literatürle benzerdir.

Aile hekimliğinde çalışırken; mesleki gelişimi için zaman bulamaması ve bu nedenle mesleki gelişimi ihmal etmesi, sosyal hayatına ve kendisine zaman ayıramaması, hekimler arası işbirliğinin bozulması, rekabetin ve etik davranışların azalması, duygusal tükenmişliği arttırabileceği düşünülebilir.

Çalışmamızda tütün/sigara kullanımı ve alkol tüketip tüketmediğine dair bilgiler toplanmış ve bu kriterlerin ile tükenmişlik puanları üzerine anlamlı bir etkisi olmadığı saptanmıştır. Dündar ve ark.’nın (79) 2018 yılında hekimlerle yaptığı çalışmada tükenmişlik ile sigar içiciliği arasında ilişki saptanmamıştır. Karaşahin ve ark.’nın (81) 2020 yılında hekimler üzerine yaptığı araştırmada tükenmişlik puanları ile alkol ve sigara kullanımı arasında anlamlı fark saptanmamıştır. Altınsoy ve ark.’nın (87) 2019 yılında İzmir’de hekimler üzerine yaptığı çalışmada Sigara kullanan hekimler ile kullanmayanların duygusal tükenme, duyarsızlaşma, kişisel başarı puanları arasında fark saptanmamış. Yine aynı çalışmada alkol kullanan hekimlerin ise kullanmayanlara göre kişisel başarı ve duyarsızlaşma puanı daha yüksek

saptanırken; duygusal tükenme puanları arasında anlamlı fark olmadığı saptanmış. Kurçer ve ark.'nın (88) hekimler üzerine yaptığı çalışmada sigara kullanımı ile duyarsızlaşma puanı arasında anlamlı bir ilişki olduğu ancak aynı çalışmada alkol kullanımıyla tükenmişlik puanları arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. Beyhan ve ark.'nın (83) Anestezi hekimlerine yapmış olduğu çalışmada alkol kullanımı ile tükenmişlik puanları üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark oluşturmadığı saptanmış. Göçen ve ark.'nın (4) yapmış olduğu çalışmada sigara kullananlarda, kullanmayanlara göre, alkol kullananlarda, kullanmayanlara göre tükenmişlik alt boyutlarından olan duyarsızlaşma ve duygusal tükenme istatistiksel olarak anlamlı saptanmış. Çalışmamız literatürle benzerdir. Çalışmamıza katılan aile hekimlerinin %19'u (n=10) sigara/tütün kullanmakta olup, %46'sı (n=24) sigara/tütün kullanmayı bıraktıklarını, %34'ü (n=18) ise hiç sigara/tütün kullanmadığını bildirmiş ayrıca çalışmamızdaki aile hekimlerinin %50'si (n=26) alkol kullandığını bildirmişlerdir. Sigara ve alkol tüketiminin tükenmişlikle olan neden-sonuç ilişkisini aydınlatmak adına daha çok çalışma yapılmasına ihtiyaç vardır.

Araştırmamızdan elde edilen bulgulara göre aile hekimlerinin işe bağlı gerginlik puan ortalamalarının $38,6 \pm 5,3$ olduğu bulunmuştur. Kullanılan ölçekte alınacak en yüksek puanın 68 olduğu düşünüldüğünde aile hekimlerinin orta düzey işe bağlı gerginlik yaşadığı söylenebilir. Sağlık çalışanlarında yapılan başka bir çalışmada İBGÖ puan ortalaması $38,7 \pm 6,0$ olarak hesaplanmıştır (89). Aksu ve ark.'nın (90) yaptığı çalışmada İBGÖ puan ortalaması $38,06 \pm 5,64$ olarak hesaplanmıştır. Bu yönüyle çalışmamızda literatürle benzer bulgular saptanmıştır.

Katılımcıların 25'i (%48) erkek 27'si (%52) kadınlardan oluşmaktadır. Çalışmamızda İBGÖ puan ortalamaları ile cinsiyet arasında anlamlı farklılık gözlenmemiştir. Engin ve ark.'nın (78) 2021 yılında Antalya'da yaptığı çalışmada cinsiyetler arasında İBGÖ puan ortalamaları arasında anlamlı fark saptanmamıştır. Tokuç ve ark.'nın (91) çalışmasında İBGÖ puan ortalamasının cinsiyet değişkeninden etkilenmediği saptanmıştır. Erdem ve ark.'nın (92) çalışmasında İBGÖ puan ortalamasının cinsiyet değişkeninden etkilenmediği saptanmıştır. Sarılı ve ark.'nın (93) 2020 yılında İzmir'de yaptığı çalışmada cinsiyet ile İBGÖ puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark çıkmamıştır. Vatansever ve ark.'nın (94) 2016 yılında Edirne'de yaptığı çalışmada cinsiyet ile İBGÖ ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Sünter ve ark.'nın (72) çalışmasında erkek cinsiyette işe bağlı gerginlik daha yüksektir. Çalışmamızda literatürle uyumlu olarak aile hekimlerinin İBGÖ'den aldıkları puan ortalamaları ve cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır. Bu durumun nedenleri çalışmaların evrenini oluşturan grupların farklı sağlık çalışanı grubu olmasıyla ilişkili olabilir. Kimi çalışmalar tek bir mesleğe ait evren ile çalışırken, kimi

alışmalar ise birden fazla mesleğe ait evrenlerden oluşmaktadır.

Medeni durum ve İBG puanı arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. Literatürde İBG ölçeği kullanılarak yapılan çalışmalarda benzerdir (4,72,78,92,93,94,95,96,97).

Çalışmaya katılan aile hekimlerinin meslekte ortalama hizmet yılı ile İBGÖ ortalamaları arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. Göçen ve ark.'nın (4) hekimlerde yapmış olduğu çalışmaya katılan hekimlerin çalışma süreleri “0-5 yıl” ve “6 ve üzeri yıl” olacak şekilde ayrılmış, bu gruplar arasında İBGÖ puanları arasında fark yoktur. Sarılı ve ark.'nın (93) 2020 yılında İzmir’de yapmış olduğu çalışmada meslekte ortalama hizmet yılı ile İBGÖ puan ortalaması açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. Özyer ve ark.'nın (98) yapmış olduğu bir çalışmada, İBGÖ puan ortalamaları ile toplam görev süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmemiştir. Sünter ve ark.'nın (72), Sivrikaya ve ark.'nın (89) yaptığı çalışmalarda ise İBGÖ puanı ile çalışma süreleri arasında anlamlı ilişki bulunmuş, çalışma yılı arttıkça İBGÖ puanının da arttığı tespit edilmiştir. Avcı ve ark.'nın (99) 2018 yılında yapılan çalışmasında, meslekte ortalama hizmet yılı ile işe bağlı gerginlik düzeyleri karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir. Aynı alışmada İBGÖ, meslek hayatının ilk yılında olan çalışanlarda ortalamanın altında iken çalışma yılı arttıkça işe bağlı gerginlik puanı yükselmektedir. Balçık ve ark.'nın (100) yaptığı başka bir çalışmasında görev süreleri beş yılın altında olan hemşirelerde işe bağlı gerginliğin daha fazla olduğu saptanmıştır. Beş yıldan daha az zamandır çalışan hemşirelerin işe ilgili daha fazla stres altında olmalarının nedeninin deneyim eksikliğinden kaynaklandığı düşünölmektedir. Beş yıldan sonra ise iş tecrübesi ve deneyimi arttıkça gerginlik düzeyi düşmeye başlamaktadır. Bizim alışmamızda 0-5 yıl çalışma süresi içinde hekim olmayıp ilk 10 yıl içerisinde olan 4 kişi mevcuttur bu nedenle çalışmamızda çalışma süresinin işe bağlı gerginlik üzerine kıyaslaması yapılamamıştır. Çalışmamızda meslekte ortalama hizmet yılı $22,3 \pm 7,02$ olup çalışanların çalıştıkları birimlerde kıdemli olmaları ve emekli olmaya yakın olması nedeniyle işe bağlı gerginlik düzeylerinde bir anlamlılık çıkmamıştır.

Çalışmaya katılan aile hekimlerinde tütün/sigara kullanımları ve alkol tüketip tüketmediğine dair bilgiler toplanmış, tütün/sigara kullanımı İBGÖ puanı üzerine etki etmemiştir. Göçen ve ark.'nın (4) 2017 yılında Diyarbakır’da yaptığı çalışmada sigara ve alkol kullanımında İBGÖ puan ortalaması açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır. Sarılı ve ark.'nın (93) 2020 yılında İzmir’de yaptığı çalışmada sigara ile işe bağlı gerginlik arasında anlamlı bir ilişki yoktur. Vatanasever ve ark.'nın (94) 2016 yılında Edirne’de yaptığı

çalışmada sigara içme alışkanlığı ve alkol kullanımı ile İBGÖ puan ortalamaları karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlılık saptanmıştır. Ama Katılımcıların sigara kullanımı ile çalıştığı bölümler ve bilim dalları karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlılık saptanmamıştır. Açık ve ark.'nın (96) yaptığı çalışmada alkol kullananlarda İBGÖ puan ortalaması düşüktür. Aslan ve ark.'nın (101) ve Aksu ve ark.'nın (90) yaptıkları çalışmalarda alkol ve sigara kullanımı ile İBGÖ puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Bir başka çalışmada sigara ve alkol kullananlarda işe bağlı gerginliğin daha fazla yaşandığı görülmüştür (102). Sigara, alkol kullanma ile işe bağlı gerginlik yaşama arasında önemli fark olmadığını bildiren bir çalışma da mevcuttur (103). Çalışmamız literatürle uyumludur. Sigara ve alkol kullanımı ile işe bağlı gerginlik arasındaki ilişkinin değişken ve bazen kısır döngüye dönüşen bir ilişki içerisinde olabileceği düşünülebilir. Bu konuyla ilgili daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır.

Aile hekimlerinin kronik hastalığı olup olmadığı durumu değerlendirilmiş ve İBGÖ puan ortalaması açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. Sarılı ve ark.'nın (93) 2020 yılında İzmir'de yaptığı çalışmada ek hastalık ile İBGÖ puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. Tel ve ark.'nın (103) hemşirelerin sağlık sorunu olma durumuna göre İBGÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptanmıştır. Korkmaz ve ark.'nın (97) yapmış olduğu çalışmada kronik bir hastalığının olmasının İBGÖ puan ortalamaları üzerine bir etkisi olmadığı saptanmıştır. Açık ve ark.'nın (96) yaptığı çalışmada kronik hastalığı olanlarda İBGÖ puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur. Bu çalışma sınırlı sayıda literatürle benzerlik göstermiş olup bu konuda ülkemizde literatür taramalarında yeterli çalışma olmadığı görülmüştür. Çalışmamızın literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Hekimlerin yaş ortalaması $47,36 \pm 7,02$ yıl olup; yaş ile İBGÖ arasında korelasyon saptanmamıştır. Çevik ve ark.'nın (95) 2020 yılında Van'da yaptığı çalışmada yaş ile İBGÖ puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. Vatansever ve ark.'nın (94) 2016 yılında Edirne'de yaptığı çalışmada katılımcıların yaşları ile İBGÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlılık saptanmamıştır. Sarılı ve ark.'nın (93) 2020 yılında İzmir'de yaptığı çalışmada yaş ile İBGÖ puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır. Korkmaz ve ark.'nın (97) sağlık çalışanlarına yapmış olduğu çalışmada yaş ile İBGÖ puanları arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır. Özyer ve ark.'nın (98) 2016 yılında Ordu'da cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelere yaptığı çalışmada yaş ile İBGÖ arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır. Sünter ve ark.'nın (72) pratisyen

hekimlerde işe bağlı gerginlik ve iş doyumunun araştırıldığı çalışmada; yaş grupları ile işe bağlı gerginlik arasında fark olmadığı saptanmıştır. Literatürde yaş ile işe bağlı gerginlik yaşama arasında farklı sonuçlar elde edildiğini gösteren çalışmalar vardır. Açık ve ark.'nın (96) yapmış olduğu çalışmada genç yaşta olanlarda işe bağlı gerginlik yaşama durumunun daha yüksek olduğu saptanmış. Aslan ve ark.'nın (101) ve Erşal ve ark.'nın (104) sağlık alanında çalışanlarda yapmış olduğu araştırmalarda yaş ile İBGÖ puanları arasında anlamlı bir ilişki olduğu, yaş arttıkça İBGÖ puanlarının azaldığı tespit edilmiştir. Ancak Arıkan ve ark.'nın (102) hemşirelere yaptığı çalışmada katılımcıların yaşları arttıkça İBGÖ puanları da artmış ve 34 yaş ve üstü katılımcıların İBGÖ puanları diğer gruplara göre daha düşük düzeyde bulunmuştur. Bu farklılıkların nedenleri araştırmaların farklı gruplar üzerinde yapılması olarak düşünülebilir. Çalışmamız literatürle uyumludur. Bizim çalışmamızda yaş ortalaması $47,36 \pm 7,02$ saptanmış ileri yaşın mesleki deneyim ve olgunluklarının verdiği güvencenin ve rahatlamanın göstergesi olabileceği düşünülebilir.

Aile hekimlerinin fiziksel ve sözel şiddete maruz kalıp kalmadıkları sorulmuş ve evet/hayır seçeneklerinden oluşan cevapları toplanmıştır. Sözel şiddet yaşayan aile hekimlerinin MTÖ Total, İBGÖ ve MTÖ alt ölçeklerinden duyarsızlaşma ve duygusal tükenme üzerinde anlamlı bir etkisi bulunmuştur ($p<0.05$). MTÖ alt ölçeklerinden yalnızca kişisel başarı grubunda bir fark gözlemlenmemiştir ($p>0.05$). Fiziksel şiddet yaşayan aile hekimlerinde ise MTÖ Total, İBGÖ ve MTÖ alt ölçeklerinden kişisel başarı ve duygusal tükenme üzerinde anlamlı bir etkisi bulunmuştur ($p<0.05$). MTÖ alt ölçeklerinden yalnızca duyarsızlaşma grubunda bir fark gözlemlenmemiştir ($p>0.05$). Köylü ve ark.'nın (71) yapmış olduğu çalışmada fiziksel şiddete uğramış olan hekimlerin uğramamış hekimlerden duygusal tükenmişlik puanları anlamlı şekilde daha yüksek saptanmış. Hekimlerin fiziksel şiddete uğrama durumlarına göre duyarsızlaşma ve kişisel başarı puanları arasında anlamlı fark yokmuş. Türkmenoğlu ve ark.'nın (73) sağlık çalışanlarına yapmış olduğu çalışmada 2017 yılı içerisinde sözel+fiziksel şiddetin duygusal tükenmeyi anlamlı ölçüde arttırdığı, duyarsızlaşma ve kişisel başarı durumunda ise anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır. Aynı çalışmada yaşamı boyunca en az bir kez şiddete uğramış olmanın duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarıyı anlamlı ölçüde etkilemediği saptanmıştır. Karaşahin ve ark.'nın (81) 2020 yılında Ankara'da yapmış olduğu çalışmada fiziksel ve sözel şiddetin tükenmişlikle ilişkisi incelendiğinde, acil serviste çalışırken şiddete uğradığını belirten katılımcıların, uğramadığını belirtenlere oranla duygusal tükenme puanı anlamlı olarak yüksek saptanmıştır. Erdur ve ark.'nın (105) Denizli'de 174 acil hekimi ile yaptığı çalışmada, şiddete uğrayan

hekimlerin duygusal tükenme ve duyarsızlaşma puanlarını daha yüksek bulunmuştur. Chen ve ark.'nın (106) Çin'de 2020 yılında sağlık çalışanları ile yaptığı çalışmada, iş yerinde şiddete uğrayanların tükenmişlik seviyelerinin daha yüksek olduğunu saptamıştır. Çalışmamız literatürle uyumludur, fiziksel ve sözel şiddete uğrayanların daha yüksek düzeyde tükenmişlik yaşadığını belirten başka çalışmalar da vardır (107,108)

Hasta veya hasta yakınlarının sağlık çalışanlarına şiddet göstermesinin sebebini incelediğimizde hizmet verilen grubun hastalıkları nedeniyle stres altında olması, mental veya davranış bozukluğu olan hastaların olması, hasta ve yakınlarının beklentilerinin yüksek olması, hasta ve yakınlarının gereğinden çok isteklerde bulunması ve memnuniyetsizlikleri, kurallara uymama ve sağlık çalışanı ile hasta ve hasta yakınları arasındaki iletişim hatalarından kaynaklandığı düşünülebilir. Toplumda yaygınlaşma eğilimi gösteren şiddet eylemleri sağlık kurumlarını ve çalışanlarını ciddi biçimde etkilemekte, çalışanların tükenmişliğine ve işe bağlı gerginliğe neden olmaktadır.

Aile hekimlerinin çalışma memnuniyeti incelendiğinde çalışma memnuniyeti bulunmayan aile hekimlerinin, ölçeklerden MTÖ Total, İBGÖ ve MTÖ alt ölçeklerinden duygusal tükenme açısından çalışma memnuniyeti bulunanlarla arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0.05$). MTÖ alt ölçeklerinden Kişisel başarı ve duyarsızlaşma açısından fark gözlemlenmemiştir ($p>0.05$). Baykan ve ark.'nın (2) yapmış olduğu çalışmada çalışma ortamından memnun olmayanlar duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve toplam tükenmişlik bakımından daha çok tükenmişlik gösterdiği saptanmış. Yavuzylmaz ve ark.'nın (109) Trabzon'da sağlık çalışanlarına yapmış olduğu çalışmada çalışma şartlarından memnun olmayanlarda duygusal tükenmişlik düzeyi yüksek saptanmıştır. Korkmaz ve ark.'nın (97) sağlık çalışanlarına yapmış olduğu çalışmada çalışma memnuniyeti ile İBGÖ arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. Yine aynı çalışmada çalışma memnuniyeti %94 görürmüş bu nedenle çalışma memnuniyeti ile İBGÖ arasında sağlıklı bir değerlendirme yapılamamış olabilir. Bizim çalışmamızda memnuniyet oranı %65 olup diğer çalışmayla kıyasla İBGÖ ile arasındaki ilişki daha kısmi olarak daha nettir. Açık ve ark.'nın (96) yapmış olduğu çalışmada mesleki memnuniyetsizlik olan kişilerde İBGÖ puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur. Çalışmamız literatürle kısmen uyumludur bunun nedeni çalışmaların farklı sağlık çalışanı gruplarına yapılmış olması olabilir. Aile hekimlerinin iş yükünün fazla olması, hastaların gereksinimlerinin finansal ve idari nedenlerden dolayı tam karşılanamaması, çalışanlar arasında destek ve sosyal ilişkilerin tam olmaması gibi etmenlerin çalışma ortamına ilişkin stresleri oluşturduğu bunda sonucu olarak tükenmişlik ve işe bağlı gerginliğin arttığı söylenebilir.

Çalışmamızda son olarak tükenmişlik ve İBGÖ, MTÖ alt ölçeklerinin kendi içindeki korelasyonuna bakılmıştır. MTÖ alt ölçeklerin kendi aralarındaki korelasyonlar anlamsız çıkmıştır. İstatistiksel olarak anlamlı sonuç MTÖ Total ve İBGÖ arasında pozitif ilişki saptanmıştır. Sivrikaya ve ark.'nın (89) yapmış olduğu çalışmada sağlık çalışanlarında İBGÖ ile MTÖ toplam puan ortalamaları arasında düşük düzeyde pozitif yönde anlamlı ilişki saptanmıştır. Duygusal tükenme ile İBGÖ arasında düşük düzeyde pozitif yönde anlamlı ilişki belirlenmiştir. Sünter ve ark.'nın (72) yapmış olduğu çalışmada duygusal tükenme ile İBGÖ arasında orta düzeyde pozitif yönde korelasyon bulunmuştur. Erdem ve ark.'nın (92) yapmış olduğu çalışmada İBGÖ puanları ile kişisel başarı arasında negatif ilişki; Duygusal tükenme puanları arasındaki pozitif ilişki saptanmıştır. Göçen ve ark.'nın (4) 2017 yılında Diyarbakır'da yaptığı çalışmada işe bağlı gerginliğin artması ile duygusal tükenmişlik ve duyarsızlaşmanın pozitif korelasyon, kişisel başarı ile negatif korelasyon saptanmıştır. Sağlık çalışanlarının yaptıkları işin insan hayatı ile ilgili olması onlar için başlı başına bir stres kaynağıdır. Bu duruma iş ortamında yaşadıkları sorunlar, çalışma koşulları gibi etkenler de eklenince tükenmişlik sendromu ortaya çıkmakta ve tükenmişlik de işe bağlı gerginliği beraberinde getirerek motivasyonu olumsuz yönde etkilediği düşünülmektedir.

Tükenmişlik tüm uzmanlık dallarında hekimleri etkilese de aile hekimlerinde, özellikle genel çalışan nüfusla karşılaştırıldığında, ortalamanın üzerinde tükenmişlik oranlarıyla karşılaşılmaktadır. Ayrıca tükenmişlik, aile hekimlerinin klinik uygulamada kalma konusundaki kararlarını etkiler ve bu da hastaların yüksek kaliteli bakıma erişimini etkiler (77).

Aşırı iş yükü, tükenmeye sebep olmaktadır; mesleki değerlerde yaşanan krizler, tükenme, sinizm ve düşük mesleki yeterliliğe neden olur (67). Aile hekimleri arasında tükenmişliğin altında yatan sebepleri anlamak, hekimlerin semptomlarla başa çıkmasına yardımcı olmak için tükenmişliği önlemek için literatür tarama ve anket çalışmaları bu durumların ortadan kaldırılmasına yönelik modellerin geliştirilmesi için değerli bilgiler sunmaktadır. Tarihsel olarak, tükenmişliği ele alan çoğu program, danışmanlık hizmetleri gibi doktorların bireysel tedavisine odaklanmıştır. Araştırmalar, öz-farkındalık ve farkındalık eğitiminin hekim tükenmişliğini azaltabileceğini ve hem hekim refahını hem de hasta merkezli nitelikleri artırabileceğini bulmuştur. Sağlık sistemleri ve diğer hekim işverenleri arasında daha sistem düzeyinde müdahaleleri benimseme yönünde artan bir eğilim vardır, doktor memnuniyetini ve refahını içeren kurumsal başarı ölçütlerini uygulamak ve doktorların karar verme özerkliğini koruyan uygulama modelleri geliştirmek ise kaçınılmazdır.

Bu araştırma belli bir popölasyonu kapsama özelliğine (kesitsel çalışma olma özelliğine) sahiptir, bu nedenle bazı sınırlamaları mevcuttur. Mevcut çalışmanın bulguları, Türkiye'nin bir ili olan Edirne il merkezine ait örneklemden türetilmiştir, bu da genellenebilirlik açısından sınırlanmaktadır. Ayrıca, anket çalışmalarının kendi doğası nedeniyle, çalışmadaki yanıt ve hatırlama zorlukları gibi bazı yanlılıklar kaçınılmazdır. Bu kısıtlamalara sahip olmasına rağmen, çalışmamızın bir takım güçlü yönleri vardır. Bu bölgedeki aile hekimlerinin tükenmişlik oranı ve risk faktörlerini araştırmak adına yapılan kapsamlı bir çalışma örneğidir ve bu popölasyondaki sorunun boyutunu göstermek için değerli bilgiler sağlamaktadır. Çalışmanın bulguları, tükenmişliği önleyici programlar geliştirmek için Edirne ili ve dışındaki diğer bölgelerindeki benzer popölasyonlarda ülke çapında daha fazla kapsamlı çalışmaların tasarlanmasına yardımcı olabilir.

SONUÇLAR

Çalışmamızda, Edirne il merkezinde Eylül-Kasım 2021 tarihlerinde alanında çalışan aile hekimlerinin demografik verilerini tanımlamak, işe bağlı gerginlik ve tükenmişlik düzeylerini ölçmek ve bu düzeylerin bazı demografik verilerle ilişkisini ve bazı parametrelerle ilişkili olup olmadığını tanımlamak amaçlanmıştır.

Çalışma sonuçlarına göre:

- 1) Maslach Tükenmişlik ölçeklerinden yüksek seviyede duygusal tükenme çalışmamıza dahil edilen aile hekimlerinin %94,2'lik kısmında gözlemlenmiştir.
- 2) Maslach Tükenmişlik Ölçeği alt gruplarından olan kişisel başarıya bakıldığında, katılımcıların %75'i kendini düşük kişisel başarılı olarak görmekteydi.
- 3) İşe bağlı gerginlik parametresine bakıldığında ise en büyük oran %76,9 ile orta düzeyde bir işe bağlı gerginlik yaşandığını göstermektedir.
- 4) Meslekte hizmet yılının duygusal tükenme ile düşük ve istatistiksel olarak anlamlı pozitif bir korelasyonu bulunmaktadır.
- 5) Fiziksel çalışma ortamı ve çalışma ortamı memnuniyetine bakıldığında buna dair bir olumsuzluk yaşayan aile hekimleri yüksek oranda mesleki kaygı duymaktadır.
- 6) Sözel şiddet yaşamış olan aile hekimlerinin duygusal tükenme ve duyarsızlaşma yaşadığı, fiziksel şiddet yaşamış olan aile hekimlerinin ise duygusal tükenme ve kişisel başarısında düşme hissi yaşadığı saptanmıştır.
- 7) Fiziksel ve sözel şiddetin ikisine de maruz kalan aile hekimlerinin istatistiksel olarak anlamlı şekilde işe bağlı gerginlik yaşadığı saptanmıştır. Şiddetin önüne geçilebilmesi için hem kamusal hem umumi açıdan her birimler bilgilendirilmelidir.

- 8) Değerlendirdiğimiz iki ölçek kendi arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif bir korelasyon göstermektedir.
- 9) Cinsiyetin, yaşın, medeni durumun, kronik hastalığın, tütün/sigara kullanma durumunun ve alkol kullanma durumunun tükenmişlik ve işe bağlı gerginlik ölçekleri üzerine etkisi bulunmamaktadır.
- 10) Çalışma bulguları doğrultusunda aile hekimlerinin işe bağlı gerginlik ve tükenmişliğini azaltmaya yönelik önlemler alınmalı, özellikle düşük kişisel başarı duygusuna yönelik geliştirmeler yapılmalı ve duygusal tükenmeyi azaltacak yeni düzenlemeler düşünülmelidir. Örneğin bu doğrultuda, profesyonel destek programları oluşturulması bir çözüm olabilir ve aile hekimlerinin kendisini düşük kişisel başarılı görmesinin ve duygusal tükenmişliğin önüne geçilebilir.
- 11) Sonuçlarımıza göre fiziksel ve sözel şiddete uğramış aile hekimlerinin işe bağlı gerginlik ve tükenmişlik ölçeklerini etkilendiği barizdir. Dolayısıyla, şiddetin azaltılabilmesi adına tüm kurumlarda ve medya platformlarında pozitif geri dönüşler sağlayacak biçimde konunun ele alınmasına özen ve dikkat gösterilmesi gerekmektedir.

ÖZET

Sağlık hizmetlerinin kaliteli olabilmesi için ilkin sağlık çalışanlarının ruhsal ve fiziken sağlıklı olması, işini sevmesi, stresle baş edebilmesi ve güvende hissetmesi gerekir. Buna istinaden, bu çalışma Edirne il merkezindeki aile hekimlerinin, işe bağlı gerginlik düzeylerini ve hekimlerinin tükenmişliklerini belirlemek, bunları etkileyebilecek bazı sosyodemografik veriler ile bağlantısını bulmak amacıyla yapılmıştır. Bu çalışma ile birlikte aile sağlığı merkezlerinde çalışan aile hekimlerinin toplumdaki konumunun iyileştirilebilmesi, hekimlere işe bağlı gerginlik ve tükenmişlikle baş etme konusunda eğitim verilebilmesi, medyanın aile hekimleri üzerindeki olumsuz etkisi azaltılabilmesi, aile sağlığı merkezlerinin çalışma koşullarının düzeltilmesine dair yapılacak çalışmalar için önemli bilgiler sunmak hedeflenmiştir.

Çalışmamıza katılan 52 aile hekiminin 25'i (%48) erkek, 27'si (%52) kadınlardan oluşmaktadır. 52 aile hekiminin yaş ortalaması $47,36 \pm 7,02$ iken, ortalama hizmet yılı süresi $22,3 \pm 7,10$ olarak saptanmıştır. Poliklinikte günlük bakılan ortalama hasta sayıları sorulduğunda 30 ile 60 arasında hasta sayısı bakan aile hekimleri %61 (n=32) oranında iken, 60 hastanın üzerindeki cevap sayısı %37 (n=19) ve %1 (n=1) oranında ise 30 hastanın altında cevabı alınmıştır. Çalışma ortamındaki şiddet sorusuna verilen yanıt ise fiziksel şiddet için %19 oranında (n=10) evet, %81 (n=42) oranında hayır yanıtı alınırken; sözel şiddette bu oran tam tersi olarak karşımıza çıkmış %81 (n=42) evet, %19 (n=10) oranında ise hayır olarak saptanmıştır. Gelecekle ilgili mesleksel kaygıları sorulan aile hekimleri %91 (n=47) oranında kaygıları olduğunu, %9 (n=5) oranında kaygıları olmadığını belirtmiştir. Sonrasında sorulan çalışma ortamından memnuniyet sorusuna aile hekimlerinin %67 oranında (n=35) memnun

olduklarını belirtmiş, %33 (n=17) memnun olmadıklarını belirtmiştir. İş beklentinizi karşılıyor mu, sorusuna verilen yanıtlar %34 (n=18) oranında evet, %66 (n=34) oranında hayır olarak saptanmıştır. En son olarak fiziksel ortamın yeterliliği ve beklentilerini karşılayıp karşılamadığı sorulduğunda aile hekimlerinin verdikleri cevap %52 (n=27) oranında beklentilerini karşıladığı yönündeyken, %48 (n=25) oranında beklentilerini karşılamadığına dair olumsuz yanıt vermişlerdir.

Tükenmişlik ve gerginlik ölçeklerine bakıldığında aile hekimlerinin %76,9'u orta seviyede işe bağlı gerginlik yaşamaktadır. Maslach alt ölçeklerinde ise aile hekimlerinin %75,0'ı düşük kişisel başarı yaşarken, %94,2'si yüksek seviyede duygusal tükenme yaşamaktadır. İstatistiki analizlerde ise duygusal tükenme ile meslekte hizmet yılı arasında anlamlı bir pozitif korelasyon bulunmuştur.

Çalışmamızla birlikte elde edilen bulgular değerlendirildiğinde, aile hekimlerinin ilkeleri ve prensipleri de dikkate alındığında memnuniyetleri olsa bile, kaygılarının yüksek olduğu açıktır. Orta derecede işe bağlı gerginlik, yüksek seviyede yaşanan duygusal tükenme ve düşük kişisel başarının aile hekimleri arasındaki yaygınlığı dikkate alınması gereken bir konudur. Ayrıca da aile hekimlerin iş yüklerinin fazlalığı göz önüne alınırsa tükenmişlik açısından daha sıkı önlemler alınmalı ve bu gibi çalışmalar daha büyük ölçekli yapılarak, çalışma koşulları iyileştirilmelidir.

Anahtar kelimeler: Aile hekimi, tükenmişlik, işe bağlı gerginlik.

THE EVALUATION OF WORK-RELATED STRESS AND BURNOUT WITH AFFECTING FACTORS AMONG FAMILY PHYSICIANS IN EDİRNE PROVINCIAL CENTER

SUMMARY

In order for health services to be of high quality in today's conditions, first of all, health workers must be mentally and physically healthy, be protected from burnout, be able to do their job with pleasure, cope with stressful situations effectively and feel safe. Based on this, in this study, it was aimed to determine the burnout and work-related stress levels of family physicians working in family health centers in Edirne centrum and to investigate the relationship with some demographic characteristics that may affect them. With this study, it is also aimed to provide important information for the studies to be done to improve the family physicians working conditions in family health centers, to train physicians to cope with work-related stress and burnout, to reduce the negative impact of the media on family physicians, and to improve the working conditions of family health centers.

Of the 52 family physicians participating in our study, 25 (48%) were male and 27 (52%) were female. While the mean age of 52 family physicians was 47.36 ± 7.02 , the average length of service was found to be 22.3 ± 7.10 years. When the average number of patients seen daily in the outpatient clinic was questioned, the rate of family physicians who cared for the number of patients between 30 and 60 was 61% while over 60 patients was 37% and 30 patients were %1. The answer given to the question of violence in the working environment was 19% for yes; and 81% for no. However, in verbal violence, this rate was found to be the opposite, 81% for yes and 19% for no. %91 of family physicians, had professional concerns about their

future. When asked about the satisfaction with the working environment, 67% of the family physicians stated that they were satisfied, and 33% stated that they were not satisfied. The answers given to the question "Does the job meet your expectations?" were found to be yes at a rate of 34% and no at a rate of 66%. Finally, when asked whether the physical environment meets the adequacy and expectations, the answer given by the family physicians was that it met their expectations at a rate of 52%, while 48% gave a negative answer.

Considering the burnout and tension scales, 76.9% of family physicians experience moderate work-related stress. On the Maslach Burnout Inventory subscales, 75.0% of family physicians experience low personal accomplishment, while 94.2% experience high levels of emotional exhaustion. In statistical analysis, a significant positive correlation was found between emotional exhaustion and years of service in the profession.

When the findings obtained with our study are evaluated, it is clear that family physicians have high concerns, even if they are satisfied when their principles and principles are taken into account. The prevalence of high levels of emotional exhaustion and low personal achievement among family physicians is an issue that needs to be taken into account. In addition, considering the excessive workload of family physicians, stricter measures should be taken in terms of burnout and such studies should be carried out on a larger scale and working conditions should be improved.

Key words: Family physician, burnout, work-related tension.

KAYNAKLAR

1. Freudenberger HJ. Staff Burn-Out. J. Soc. Issues 1974;30(1):159–65.
2. Baykan Z, Çetinkaya F, Naçar M, Kaya A, Işıldak MÜ. Aile Hekimlerinin Tükenmişlik Durumları ve İlişkili Faktörler. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi 2014;18(3):122–33.
3. Maslach C. The effects of Burnout (Chapter 5). Burnout: The Cost of Caring. Ishk; 2003:121-45.
4. Göçen Ö. Araştırma Görevlisi Hekimlerin, Defansif Tıp Uygulamaları Hakkındaki Bilgi ve Tutumları, İşe Bağlı Gerginlik ve Tükenmişlik Düzeyleri (tez). Diyarbakır: Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2017.
5. Mcwhinney IR, Freeman T, Basic Principles. A Profile of Family Practice (Chapter 1). Textbook of Family Medicine. Oxford University Press; 2009:39-55.
6. Allen J, Gay B, Crebolder H, Heyrman J, Svab I, Ram P. The European Definition of General Practice/Family Medicine. In: Evans P (Eds.). European Academy of Teachers in General Practice. Barcelona: WONCA Europe; 2005:4-10.
7. Taylor RB. Family: A Systems Approach. Am. Fam. Physician 1979;20(5):101-4.
8. Taylor RB. The Principles of Family Medicine (Chapter 1). In: Paulman PM, Taylor RB, Paulman AA, Nasir L (Eds.). Family Medicine: Principles and Practice. America: Springer International Publishing; 2016;(7):1-59.
9. Mcdaniel SH. Community Engagement. In: Mcdaniel SH, Doherty WJ, Hepworth J (Eds.). Medical Family Therapy and Integrated Care. New York; 2013:141-4.
10. Freeman T. Family Medicine's Academic Contributions. Türk Aile Hekimleri Dergisi 2012;16:181-98.
11. Rakel RE. Compassion and The Art of Family Medicine: From Osler to Oprah. J. Am. Board Fam. Pract. 2000;13(6):440-8.

12. Stange KC. The Generalist Approach. *Ann. Fam. Med.* 2009;7(3):198-203.
13. Brucker PC. A Chance for The Generalist. *J. Am. Board Fam. Pract.* 1990;3(1):15-27.
14. Xierali IM, Tong ST, Petterson SM, Puffer JC, Phillips RL, Bazemore AW. Family Physicians are Essential for Mental Health Care Delivery. *J. Am. Board Fam. Med.* 2013;26(2):114-5.
15. Hashim MJ. Principles of Family Medicine and General Practice–Defining The Five Core Values of The Specialty. *J. Prim. Health Care* 2016;8(4):283-7.
16. Brummel SK. Family Physician Geriatricians Do Mostly Geriatric Care: Is This A Problem for Our Specialty?. *J. Am. Board Fam. Med.* 2015;28(3):311-3.
17. Higgins D, Manhire K, Marshall B. Prevalence of Intimate Partner Violence Disclosed During Routine Screening in A Large General Practice. *J. Prim. Health Care* 2015;7(2):102-8.
18. Schultz K, Delva D, Kerr J. Emotional Effects of Continuity of Care on Family Physicians and The Therapeutic Relationship. *Canadian Family Physician* 2012;58(2):178-85.
19. Green LA. The Research Domain of Family Medicine. *Ann. Fam. Med.* 2004;2:23-9.
20. Ungan M, Özdemir K. Aile Hekimliği Ağacı. *Türkiye Klinikleri Aile Hekimliği Dergisi* 2016;7(6):8-14.
21. Yaprak B. Üçüncü Basamağa Başvuran Hastaların Birinci Basamak Hizmetlerinden Haberdarlığına Sağlık Okuryazarlığının Etkisi (tez). Edirne: Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2020.
22. Tierney WM, Oppenheimer CC, Hudson BL, Benz J, Finn A, Hickner JM. National Survey of Primary Care Practice-Based Research Networks. *Ann. Fam. Med.* 2007;5(3):242-50.
23. Cunningham WK, Dovey SM. Educating Vocationally Trained Family Physicians: A Survey of Graduates From A Postgraduate Medical Education Programme. *J. Prim. Health Care* 2016;8(2):115-21.
24. Green LA, Fryer GE, Yawn BP, Lanier D, Dovey SM. The Ecology of Medical Care Revisited. *N. Engl. J. Med.* 2001;344(26):2021-5.
25. Hannay DR. The Symptom Iceberg. *British Journal of General Practice* 2011;61(584):224
26. Knottnerus JA, Metsemakers J, Höppener P, Limonaro C. Chronic Illness in The Community and The Concept of ‘Social Prevalence’. *Fam. Pract.* 1992;9(1):15-21.
27. Summers A, Hu J, Berger L. Important Role of Family Physicians in Reporting Communicable Diseases: Outbreak of Hepatitis A in A Kindergarten Class. *Canadian Family Physician* 2018;64(10):742-3.

28. Rout RU. Occupational Stress. In: Rout RU, Rout J (Eds.). Stress Management For Primary Health Care Professionals. Boston: Kluwer Academic Publishers; 2002: 25-39.
29. Larocco JM, House JS, French JR. Social Support, Occupational Stress, And Health. *J. Health Soc. Behav.* 1980;21(3):202-18.
30. Kahn RL, Byosiére P. Stress In Organizations. In: Dunette MD, Hough LM (Eds.). *Handbook of Industrial and Organizational Psychology*. Consulting Psychologists Press; 1992:571-650.
31. Maslach C. What Have We Learned About Burnout and Health?. *Psychology and Health* 2001;16(5):607-11.
32. Sofology M, Efstratopoulou M, Dunn T. Predicting Burnout Syndrome in Greek Mental Health Professionals. *J. Soc. Serv. Res.* 2019;45(1):142-9.
33. Numerof RE, Abrams MN. Sources of Stress Among Nurses: An Empirical Investigation. *J. Human Stress* 1984;10(2):88-100.
34. Gray-Toft P, Anderson JG. The Nursing Stress Scale: Development of An Instrument. *J. Behav Assess* 1981;3(1):11-23.
35. Ngoc AN, Thanh XLT, Thi LT, Tuan AV, Van TN. Occupational Stress Among Health Worker in A National Dermatology Hospital in Vietnam, 2018. *Frontiers in Psychiatry* 2020;10:1-6.
36. Chao MC, Jou RC, Liao CC, Kuo CW. Workplace Stress, Job Satisfaction, Job Performance and Turnover Intention of Health Care Workers in Rural Taiwan. *Asia Pacific J. Public Health* 2015;27(2):1827-36.
37. Beh LS, Loo LH. Job Stress and Coping Mechanisms Among Nursing Staff in Public Health Services. *Int. J. of Acad. Res. Bus. Soc. Sci.* 2012;2(7):147-81.
38. Azman İ, Yao A, Yeo E, Lai-Kuan K, Soon-Yew J. Occupational Stress Features, Emotional Intelligence and Job Satisfaction: An Empirical Study in Private Institutions of Higher Learning. *Negotium* 2010;6(16):5-33.
39. Girma B, Nigussie J, Molla A, Mareg M. Occupational Stress and Associated Factors Among Health Care Professionals in Ethiopia: A Systematic Review and Meta-Analysis. *BMC Public Health* 2021;21(1):1-10.
40. Williams S, Cooper CL. Measuring Occupational Stress: Development of The Pressure Management Indicator. *Journal of Occupational Health Psychology* 1998;3(4):306-21.
41. Aslan SH, Gürkan BS, Gigginer HU, Ünal M. İşe Bağlı Gerginlik Ölçeğinin Bir Hemşire Örnekleminde Geçerlik ve Güvenirliliği. *Psikiyatri Psikofarmakoloji Dergisi* 1996;4(4):276-83.
42. Shanafelt TD, Sloan JA, Habermann TM. The Well-Being of Physicians. *Am. J. Med.* 2003;114(6):513-9.
43. Shanafelt TD, Bradley KA, Wipf JE, Back AL. Burnout and Self-Reported Patient Care

- in An Internal Medicine Residency Program. *Ann. Intern. Med.* 2002;136(5):358-67.
44. Hert S. Burnout in Healthcare Workers: Prevalence, Impact and Preventative Strategies. *Local Reg. Anesth.* 2020;13:171-83.
 45. Burn-Out An “Occupational Phenomenon”: International Classification of Diseases, 2019 [Internet]. WHO. [cited 2022 may 10]. Available from: <https://www.who.int/news/item/28-05-2019-burn-out-an-occupational-phenomenon-international-classification-of-diseases>
 46. Maslach C, Leiter MP. Early Predictors of Job Burnout and Engagement. *J. Appl. Psychol.* 2008;93(3):498-512.
 47. Maslach C, Jackson SE. The Measurement of Experienced Burnout. *J. Organ. Behav.* 1981;2(2):99-113.
 48. Stalker C, Harvey C. Professional Burnout in Social Service Organizations: A Review of Theory, Research and Prevention. 2002;10:1-57.
 49. Ari SG, Bal ÇE. Tükenmişlik Kavramı: Birey ve Örgütler Açısından Önemi. *Yönetim ve Ekonomi Celal Bayar Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilim Fakültesi Dergisi.* 2008;15(1):131-48.
 50. Ergin C. Doktor ve Hemşirelerde Tükenmişlik ve Maslach Tükenmişlik Ölçeğinin Uyarlanması. VII Ulus Psikol Kongresi Özet Kitabı, Ankara, Türkiye. 1992;143-54.
 51. Çapri B. Tükenmişlik Ölçeğinin Türkçe Uyarlaması: Geçerlik ve Güvenirlilik Çalışması. *Mersin Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi* 2006;2(1):62-77.
 52. Brouwer W, Maeseneer J, Lehtonen L, Marusic D, Thomson S, Cringos D, et al. Expert Panel on Effective Ways of Working in Health. Definition of A Frame of Reference in Relation to Primary Care With A Special Emphasis on Financing Systems and Referral Systems. 2014:1-62.
 53. Oostrom SH, Gijzen R, Stirbu I, Korevaar JC, Schellevis FG, Picavet HSJ, et al. Time Trends in Prevalence of Chronic Diseases and Multimorbidity Not Only Due to Aging: Data from General Practices and Health Surveys. *Plos One* 2016;11(8):1-14.
 54. Schäfer WLA, Berg MJ, Groenewegen PP. The Association Between The Workload of General Practitioners and Patient Experiences With Care: Results of A Cross-Sectional Study in 33 Countries. *Hum. Resour. Health* 2020;18(1):1-9.
 55. Yavuz E, Yayla ME, Kırımlı E, Bilge U, Bulut ÇS, Demirtaş HF, ve ark. Daily Workload and Service Profile of Family Physicians in Turkey: A Snapshot of One-Day Work. *Konuralp Tıp Dergisi* 2020;12(2):175-82.
 56. Güdük M, Erol Ş, Yağcıbulut Ö, Uğur Z, Özvarış ŞB, Aslan D. Ankara’da Bir Tıp Fakültesi’nde Okuyan Son Sınıf Öğrencilerinde Tükenmişlik Sendromu. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi* 2005;14(8):169-73.
 57. Tunç T. Doktor ve Hemşirelerde Tükenmişlik ile Rol Çatışması ve Rol Belirsizliği

Arasındaki İlişki: Bir Üniversite Hastanesi Örneği (tez). Sakarya: Sakarya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü; 2008.

58. Thomas H, Mosley JR, Sean G, Perrin MA, Susan M, Patricia M, et al. Stress, Coping and Well-Being Among Third-Year Medical Students. *Academic Medicine* 1994;69(9):765-7.
59. Romani M, Ashkar K. Burnout Among Physicians. *Libyan J. Med.* 2014;17(9):1-9.
60. Soler JK, Yaman H, Esteva M, Dobbs F, Asenova RS, Katic' M, et al. Burnout in European Family Doctors: The EGPRN Study. *Family Practice* 2008;25(4):245-65.
61. Yaman H, Ungan M. Tükenmişlik: Aile Hekimliği Asistan Hekimleri Üzerinde Bir İnceleme. *Türk Psikoloji Dergisi* 2002;17(49):37-44.
62. Lee FJ, Stewart M, Brown JB. Stress, Burnout, And Strategies For Reducing Them: What's The Situation Among Canadian Family Physicians? *Canadian Family Physician* 2008;54(2):234-5.
63. Wallace JE, Lemaire JB, Ghali WA. Physician Wellness: A Missing Quality Indicator. *Lancet* 2009;374(9702):1714-21.
64. Leiter MP, Frank E, Matheson TJ. Demands, Values, and Burnout: Relevance For Physicians. *Canadian Family Physician* 2009;55(12):1224-5.
65. Koşan Z, Aras A, Çayır Y, Çallıkoğlu EO. Burnout Among Family Physicians in Turkey: A Comparison of Two Different Primary Care Systems. *Niger J Clin Pract* 2019;22(8):1063.
66. Aslan D, Kiper N, Karaağaoğlu E, Topal F, Güdük M, Cengiz ÖS. Türkiye’de Tabip Odalarına Kayıtlı Olan Bir Grup Hekimde Tükenmişlik Sendromu ve Etkileyen Faktörler. Ankara: Türk Tabipleri Birliği Yayınları; 2005:32-45.
67. Erol A, Et Al. Acil Servis Çalışanlarında Tükenmişlik ve İş Doyumu. *Klinik Psikiyatri* 2012; 15:103-10.
68. Marakoğlu K, Kargın NÇ, Armutlukuyu M. Tıp Fakültesi Araştırma Görevlilerinde Tükenmişlik Sendromu ve İlişkili Faktörlerin Değerlendirilmesi. *Genel Tıp Dergisi* 2013;23:102-8.
69. Bölükbaşı H. Aile Hekimliği Asistanlarının Stres Algıları, Tükenmişlik Düzeyleri ve Sağlık Davranışları: Bir Eğitim Programının Etkisi (tez). Adana: Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2015.
70. Karaaytaç R. Pandemi Döneminde Aile Hekimliği Uzmanlarının İş Doyumu ve Tükenmişlik Düzeylerinin Değerlendirmesi (tez). Sakarya: Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2021.
71. Köylü E, Korkut Y. Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi’ndeki Son Sınıf Öğrencileri ve Hekimlerde Tükenmişlik Sendromu ve İlişkili Faktörler. *Jour Turk Fam*

Phy 2022;13(1):3-11.

72. Sünter AT, Canbaz S, Dabak Ş, Öz H, Pekşen Y. Pratisyen Hekimlerde Tükenmişlik, İşe Bağlı Gerginlik ve İş Doyumu Düzeyleri. Genel Tıp Dergisi 2006;16(1):9-14.
73. Türkmenoğlu B, Sümer H. Sivas İl Merkezi Sağlık Çalışanlarının Tükenmişlik Düzeyleri. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi 2017;2(2):24-34.
74. Sönmez CI, Başer A, Gülmez D, Hakan B. Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Asistan Doktorlarında Tükenmişlik Düzeyi ve İlişkili Faktörlerin Belirlenmesi. Avrasya Aile Hekimliği Dergisi 2018;7(3):93-100.
75. Yavuzekinci MA. Ameliyathanede Çalışan Anestezi Doktorları ve Anestezi Tekniklerinin Tükenmişlik Düzeyinin Sosyodemografik Değişkenlerle İlişkisi (tez). Ankara: Ufuk Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2018.
76. Özyurt A. İstanbul Hekimlerinin İş Doyumu ve Tükenmişlik Düzeyleri (tez). İstanbul: Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü; 2003.
77. Çakır M, Akalan A, Yılmaz N. Sağlık Müdürlüğü Çalışanlarının İş Doyumu ve Tükenmişlik Durumunun Değerlendirilmesi. Bozok Tıp Dergisi 2020;10(4):67-75.
78. Engin M. Sars-Cov-2 Salgınında Acil Servis Çalışanlarının İşe Bağlı Gerginlik ve Tükenmişlik Derecesi (tez). Antalya: Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2021.
79. Dündar C, Köksal EN, Peksen Y. Tıpta Uzmanlık Öğrencilerinde Tükenmişlik ve Etkileyen Faktörler: Kesitsel Bir Çalışma. Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi 2017;37(1):10-15.
80. Yıldız A, Çiçek İ, Şanlı ME. Sağlık Çalışanlarında Tükenmişliğin Belirleyicileri: Sigara ve Alkol Kullanımına Etkisinin İncelenmesi. Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi 2018;5(3):126-32.
81. Karaşahin SK. Ankara'da Çalışan Acil Tıp Uzmanlık Öğrencilerinin Tükenmişlik Düzeyinin Sosyodemografik Verilerle İncelenmesi (tez). Ankara: Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2020.
82. Kırmızıgül Y. Tıp Fakültesinde Çalışan Tıp Doktorları ve Tıp Öğrencilerinde Tükenmişlik Sendromu ve İlişkili Faktörler (tez). Denizli: Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2018.
83. Beyhan S, Güneş Y, Türktan M, Özcengiz D. Doğu Akdeniz Bölgesindeki Anestezi Hekimlerinde Tükenmişlik Sendromunun Araştırılması. Turk J Anaesth Reanim 2013;41:7-13.
84. Helvacı I, Turhan M. Tükenmişlik Düzeylerinin İncelenmesi: Silifke'de Görev Yapan Sağlık Çalışanları Üzerinde Bir Araştırma. İşletme ve İktisat Çalışmaları Dergisi 2013;1(4):58-68.
85. Algül R, Yılmaz D, Özer Ü, Kaya B. Cerrahi ve Dahili Branş Hekimlerinde Tükenmişlik Düzeyini Etkileyen Değişkenler ve Tükenmişliğin İşe Bağlılık ve Örgütsel Bağlılık ile İlişkisi. Klinik Psikiyatri Dergisi 2016;19(4):176-84.

86. Kaygusuz ÖR. Bir Üniversite Hastanesindeki Araştırma Görevlisi Doktorların Mobbinge Maruz Kalma Algıları, İş Doyumu ve Tükenmişlik Düzeylerinin Değerlendirilmesi (tez). Isparta: Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2016.
87. Altınsoy BN. İzmir İli Acil Tıp Asistan Hekimlerinin Tükenmişlik Sendromu Yönünden Değerlendirilmesi (tez). İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2019.
88. Kurçer MA. Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Hekimlerinin İş Doyumu ve Tükenmişlik Düzeyleri. Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2005;2(3):10-5.
89. Sivrikaya S, Erişen M. Sağlık Çalışanlarının Tükenmişlik ve İşe Bağlı Gerginlik Düzeylerinin İncelenmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 2019;22(2):121-9.
90. Aksu İ, Erdim A. Ameliyathane Hemşireleri İşe Bağlı Gerginlik ve Stresle Nasıl Baş Ediyorlar?. Türkiye Klinikleri Hemşirelik Bilimleri Dergisi 2018;10(1):28-37.
91. Tokuç B, Turunç Y, Ekuklu G. Edirne’de Ambulans Çalışanlarının Anksiyete, Depresyon ve İşe Bağlı Gerginlik Düzeyleri. Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi 2011;11(42):39-44.
92. Erdem D, Atçı H, Akan B, Albayrak D, Gökçınar D, Göğüş N, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kliniği Asistanlarının Yoğun Bakım Çalışma Dönemlerinin, Tükenmişlik, İş Doyumu, İşe Bağlı Gerginlik ve Durumluluk- Süreklilik Kaygı Düzeylerine Etkisi. Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni 2010; 44(3):93-9.
93. Sarılı A. Sağlık Çalışanlarının Aşılama Durumlarının Belirlenmesi ve İşe Bağlı Gerginlik Düzeyi ile İlişkisinin İncelenmesi (tez). İzmir: Sağlık Bilimleri Üniversitesi İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi; 2020.
94. Vatansever İ. Trakya Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezinde Çalışan Araştırma Görevlilerinde İşe Bağlı Gerginlik Düzeylerinin Değerlendirilmesi (tez). Edirne: Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2016.
95. Çevik L. Hastane Çalışanlarında İşe Bağlı Gerginlik ve Sağlık Okuryazarlığı ile Bulaşıcı Hastalıklara Yaklaşım Arasındaki İlişkinin İncelenmesi (tez). Van: Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2020.
96. Açık Y, Yiğitbaş Ç, Bulut A, Deveci SE, Pirinççi E, Oğuzöncül AF, ve ark. Acil Sağlık Çalışanlarında İşe Bağlı Gerginlik, Stresle Başa Çıkma Yollarını Kullanma Durumu ve Etkileyen Faktörler 2016;36(1):22-9.
97. Özceylan E, Korkmaz İH, Özceylan A, Kırimoğlu S. Sağlık Çalışanlarının İş Güvenliği Algılarının İş Stresi Düzeylerine Etkisi: Gaziantep’te Bir Özel Hastane Örneği. Türk Sosyal Bilimler Araştırmaları Dergisi 2018;3(1):38-52.
98. Özyer Y. Cerrahi Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerde İş Yükü Algısı İşe Bağlı Gerginlik ve Tıbbi Hata Tutumları (tez). Ordu: Ordu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2016.
99. Avcı GG, Öztürk G, Azaklı N, Çekinmez ST. Özel Bir Grup Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin İşe Bağlı Gerginlik Düzeylerinin ve Stresle Başa Çıkma Tarzlarının

Belirlenmesi. İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi 2018;3(1):1-7.

100. Balçık E. Hemşirelerin Yapısal Güçlendirme Algısı ve İşe Bağlı Gerginlik Düzeyleri (tez). İstanbul: Haliç Üniversitesi; 2013.
101. Aslan H, Alparslan ZN, Aslan RO, Kesepara C, Ünal ME. İşe Bağlı Gerginlik Ölçeğinin Sağlık Alanında Çalışanlarda Geçerlik ve Güvenirliği. Düşünen Adam Dergisi 1998;11(2):4-8.
102. Arıkan D, Karabulut N. Hemşirelerde İşe Bağlı Gerginlik ve Bunu Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2004;7(1):19-26.
103. Tel H, Karadağ M, Tel H, Aydın Ş. Sağlık Çalışanlarının Çalışma Ortamındaki Stres Yaşantıları ile Baş Etme Durumlarının Belirlenmesi. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi 2003;2(1):13-23.
104. Erşal EE, Yıldırım G, Doğan O, Doğan S. Sağlık Çalışanlarının İş Doyumu ve Algılanan İş Stresi ile Aralarındaki İlişkinin İncelenmesi. Anatolian Journal Of Psychiatry 2013;14(2):115-21.
105. Erdur B, Ergin A, Yüksel A, Türkçüer İ, Ayrık C, Boz B. Türkiye’de Acil Servislerde Çalışan Hekimler Arasında Şiddet ve Tükenmişlik ilişkisinin Değerlendirilmesi. Ulusal Travma ve Acil Cerrahi Dergisi 2015;21(3):175-81.
106. Chen S, Lin S, Ruan Q, LI H, Wu S. Workplace Violence and Its Effect on Burnout and Turnover Attempt Among Chinese Medical Staff. Archives of Environmental and Occupational Health 2016;71(6):330-7.
107. Yoon HS, Sok SR. Experiences of Violence, Burnout and Job Satisfaction In Korean Nurses in The Emergency Medical Centre Setting. International Journal of Nursing Practice 2016;22(6):596-604.
108. Abdo S, El Sallamy RM, El Şerbini AAM, Kabaş IA. Burnout Among Physicians and Nursing Staff Working In The Emergency Hospital Of Tanta University, Egypt. East Mediterr Health Journal 2016;21(12):906-15.
109. Yavuzylmaz A, Topbaş M, Çan E, Çan G, Özgün Ş. Trabzon İl Merkezindeki Sağlık Ocakları Çalışanlarında Tükenmişlik Sendromu ile İş Doyumu Düzeyleri ve İlişkili Faktörler. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni 2007;6(1):41-50.



TRAKYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU Edirne, Türkiye

ARAŞTIRMA BAŞVURUSU ONAYIBAŞVURU BİLGİLERİ	PROTOKOL KODU	TÜTF-GOBAEK 2021/269
	PROTOKOL ADI	Edirne İl Merkezinde Görev Yapan Aile Hekimlerinde İşe Bağlı Gerginlik ve Tükenmişlik Durumları ve Etkileyen Faktörler
	SORUMLU ARAŞTIRICI ÜNVANI / ADI	Prof. Dr. Ayşe ÇAYLAN
	ARAŞTIRMA MERKEZİ	
	DESTEKLEYİCİ	
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	Tek Merkez Ulusal
		Çok Merkez Uluslararası

KARAR BİLGİLERİ	Karar No:10/30	Tarih:18.04.2022
	Fakültemiz Aile Hekimliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Prof. Dr. Ayşe ÇAYLAN'ın sorumluluğunda yapılması planlanan ve yukarıda başvuru bilgileri verilen Araş. Gör. Dr. Mehmet KAMIŞ'ın tez çalışmasının araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş; araştırmaya ilişkin giderlerin gönüllüye ve/veya bağlı bulunduğu sosyal güvenlik kurumuna ödendiği koşullarda ve veri toplanacak yerlerden gerekli izinler alındıktan sonra gerçekleştirilmesinde etik bilimsel standartlar açısından sakınca bulunmadığına mevcudun oy birliği ile karar verilmiştir.	

ETİK KURUL BİLGİLERİ	
ÇALIŞMA ESASI	Helsinki Bildirgesi, İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu, TÜTF-GOBAEK Yönergesi

Ünvan/Ad/ Soyadı	Uzmanlık Dalı	Kurumu	Cinsiyeti	İlişki(*)	Katılım (**)	İmza
Dr. Öğr. Üyesi Fatma Gulsüm ÖNAL Başkan	Tıp Tarihi ve Etik	T.Ü.T.F. Tıp Tarihi ve Etik A.D.	K	E H	E H	
Prof. Dr. Hakan GÜRKAN Başkan Yardımcısı	Tıbbi Genetik	T.Ü.T.F. Tıbbi Genetik A.D.	E	E H	E H	
Doç. Dr. Selçuk KORKMAZ Üye	Biyoistatistik	T.Ü.T.F. Biyoistatistik A.D.	E	E H	E H	
Prof. Dr. Mehmet Erdal VARDAR Üye	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	T.Ü.T.F. Ruh Sağlığı ve Hastalıkları A.D.	E	E H	E H	
Prof. Dr. Hasan ÜMİT Üye	İç Hastalıkları	T.Ü.T.F. İç Hastalıkları A.D.	E	E H	E H	
Prof. Dr. Sernaz UZUNOĞLU Üye	İç Hastalıkları	T.Ü.T.F. İç Hastalıkları A.D.	K	E H	E H	
Doç. Dr. Sezgi SARIKAYA SOLAK Üye	Deri ve Zührevi Hastalıklar	T.Ü.T.F. Deri ve Zührevi Hastalıklar A.D.	K	E H	E H	
Doç. Dr. Oktay KAYA Üye	Fizyoloji	T.Ü.T.F. Fizyoloji A.D.	E	E H	E H	
Prof. Dr. Galip EKUKLU Üye	Halk Sağlığı	T.Ü.T.F. Halk Sağlığı A.D.	E	E H	E H	
Prof. Dr. Filiz TÖTÜNCÜLER KÖKENLİ Üye	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	T.Ü.T.F. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları A.D.	K	E H	E H	
Öğr. Gör. Dr. Sinan ATEŞ Üye	Kadın Hastalıkları ve Doğum	T.Ü.T.F. Kadın Hastalıkları ve Doğum A.D.	E	E H	E H	
Prof. Dr. Sevtap HEKİMOĞLU ŞAHİN Üye	Anestezi ve Reanimasyon	T.Ü.T.F. Anestezi ve Reanimasyon A.D.	K	E H	E H	
Doç. Dr. Doğan ALBAYRAK Üye	Genel Cerrahi	T.Ü.T.F. Genel Cerrahi A.D.	E	E H	E H	
Doç. Dr. Burhan Can ÇANAKÇI Üye	Endotonti	T.Ü. Diş Hekimliği Fakültesi	E	E H	E H	
Doç. Dr. Hilal KEKLİCEK Üye	Protez-Ortez ve Biyomekani	T.Ü. Sağlık Bilimleri Fakültesi	K	E H	E H	
Avukat Emine NURLU Üye		T.Ü. Rektörlüğü	K	E H	E H	
Emekli Öğretmen Sinan SEÇKİN Üye	Emekli Öğretmen	Serbest Üye	E	E H	E H	

*Araştırma ile ilişki
**Toplantıda Bulunma

03.11.2021-150448



T.C.
EDİRNE VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

Sayı : E-35183093-806.01.03
Konu : Arş.Gör.Dr.Mehmet KAMIŞ'ın Tez
Talebi Hk.

TRAKYA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE

İlgi : 02.09.2021 tarihli ve 604.99-E.112253 sayılı yazı.

İlgi tarih ve sayılı yazınıza istinaden "Edirne'de Görev Yapan Aile Hekimlerinde İşe Bağlı Gerginlik Tükenmişlik Durumları ve Etkileyen Faktörler" konulu tez çalışmanız için Halk Sağlığı Genel Müdürlüğünden görüş alınmış olup; Birinci basamak sağlık hizmetleri alanında yapılacak olan tüm araştırmalarda Tıbbi Deontoloji Tüzüğüne ve Hasta Hakları Yönetmeliğine uyulması gerekmektedir. Ayrıca, 25/01/2013 tarihli ve 28539 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği'nin 31 inci maddesi, 5 inci fıkrasında belirtilen "Aile hekimleri, bakmakla yükümlü olduğu vatandaşlara ait, bilgi sisteminde tuttuğu tüm verilerin ilgili mevzuatı çerçevesinde gizliliğini, bütünlüğünü, güvenliğini ve mahremiyetini sağlamakla yükümlüdür." hükmü ile 01/08/1998 tarihli ve 23420 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan Hasta Hakları Yönetmeliği'nin "Bilgilerin Gizli Tutulması" başlıklı 23 üncü maddesi 1 inci fıkrasında belirtilen "Sağlık hizmetinin verilmesi sebebiyle edinilen bilgiler, kanun ile müsaade edilen haller dışında hiçbir şekilde açıklanamaz" hükmüne istinaden, aile hekimlerine kayıtlı nüfusla ilgili veriler şahsın veya yasal vasisinin izni olmadan üçüncü kişilerle paylaşılamaz" öte yandan 07.04.2016 tarihli Resmi Gazete' de yayımlanmış olan 6698 sayılı "Kişisel Verilerin Korunması Kanunu" hükümleri doğrultusunda ilgili veriler şahsın veya yasal vasisinin izni olmadan üçüncü kişilerle paylaşılamayacağı hükmü yer almaktadır.

Bununla birlikte, aile sağlığı merkezinde gerçekleştirilecek olan araştırmalarda, aile sağlığı merkezinin işleyişi ve güvenilirliğine zarar verilmemesi, sorumlu hekimin ve katılımcıların onayı çerçevesinde çalışma saatleri ve hizmeti aksatmadan, bizzat araştırma sahibi tarafından araştırmanın yürütülmesi gerekmektedir. Ayrıca araştırmanın COVID-19 önlemleri kapsamında belirlenen usul ve esaslar gözetilerek Bakanlık tarafından alınan önlemlere dikkat edilmesi, araştırma için aile sağlığı merkezinin kullanılmayacağı katılımcıların iletişim bilgilerinin verilmeyeceği ancak araştırmacının kendi imkanları ile katılımcılara ulaşması durumunda araştırmanın yapılabileceği kararına varılmıştır.

Bu değerlendirmeler doğrultusunda yukarıda yer alan ilkelere bağlı kalmak koşuluyla araştırma izin talebi uygun görülmüştür. Çalışma tamamlandığında sonuçlarını içeren bir rapor örneğinin, Edirne İl Sağlık Müdürlüğü Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanlığı Toplum Sağlığı Birimine gönderilmesi gerekmektedir. Talep sahibine durumun bildirilmesi hususunda;

Gereğini bilgilerinize rica ederim.

Uzm.Dr.Mustafa İshak YILDIRIM
İl Sağlık Müdürü

Şükrü Paşa Mahallesi, Atatürk caddesi, No:10- EDİRNE
Telefon: Faks No:
e-Posta: nese.ayten@saglik.gov.tr İnternet Adresi: www.edirnehsn.gov.tr

Bilgi için: Neşe AYTEN
EBE
Telefon No: (0 284) 214 90 10

EDİRNE’DE GÖREV YAPAN AİLE HEKİMLERİNDE İŞE BAĞLI GERGİNLİK TÜKENMİŞLİK DURUMLARI VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER

TRAKYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI
Arş. Gör. Dr. MEHMET KAMIŞ
Danışman: Prof. Dr. AYŞE ÇAYLAN

Sayın katılımcı; Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Ana Bilim dalı olarak “Edirne’de Görev Yapan Aile Hekimlerinde İşe Bağlı Gerginlik Tükenmişlik Durumları Ve Etkileyen Faktörler” isimli hazırladığımız bu çalışmaya katılmanızı rica ediyoruz.

Çalışmaya katılmak zorunlu olmayıp katılıp katılmamaktan dolayı herhangi bir ödül yada ceza ile karşılaşmayacaksınız. Vermiş olduğunuz bilgiler yalnızca bilimsel araştırma amacıyla kullanılacak olup, hiçbir şekilde kimlik bilgilerinizle ilişkilendirilmeyecek ve tamamen gizli tutulacaktır.

Anket No:

1-Yaşınız?.....

2-Cinsiyetiniz? ☐ Kadın ☐ Erkek

3-Medeni durumunuz nedir?

☐ Evli ☐ Bekar ☐ Boşanmış ☐ Dul

4-Kronik bir hastalığınız (Hastalıklarınız) var mı?

☐ Hayır ☐ Evet. Belirtiniz.....

5- Düzenli kullandığınız ilaç var mı?

☐ Hayır ☐ Evet

6-Düzenli egzersiz yapıyor musunuz?

☐ Hayır ☐ Evet

7-Ne sıklıkta tatile çıkıyorsunuz?

☐ Her yıl ☐ Ara sıra ☐ Çıkılmıyorum

8- Sosyal etkinliklere yeterli miktarda katıldığınızı düşünüyor musunuz?

☐ Hayır ☐ Evet

9-Tütün ürünleri kullanıyor musunuz?

☐ İçmiyorum, daha önce hiç içmedim

☐ İçmiyorum, bıraktım

☐ Evet, içiyorum: Günde kaç adet?..

Kaç yıldır?.....

10-Alkol tüketiyor musunuz?

☐ Hayır ☐ Evet

11-Meslekte toplam hizmet yılınız?...

12- Uzmanlık durumunuz?

☐ Pratisyen ☐ Uzman

13- Uyku probleminiz var mı?

☐ Yok ☐ Var

14- Poliklinikte günlük bakılan ortalama hasta sayınız nedir?

☐ <30 hasta ☐ 30-60 hasta ☐ >60 hasta

15-Aile hekimliği uygulamasının kendiniz için uygun olduğunu düşünüyor musunuz?

☐ Hayır ☐ Evet

16- Mevcut iş yerinizde hasta veya hasta yakını tarafından fiziksel şiddete maruz kaldınız mı?

☐ Hayır ☐ Evet

17- Mevcut iş yerinizde hasta veya hasta yakını tarafından sözel şiddete maruz kaldınız mı?

☐ Hayır ☐ Evet

18- Gelecekle ilgili mesleksel kaygılarınız var mı?

☐ Hayır ☐ Evet

19- Çalışma ortamınızdan memnun musunuz?

☐ Hayır ☐ Evet

20-İşiniz beklentinizi karşılıyor mu?

☐ Hayır ☐ Evet

21-Sizce iş yerinizdeki fiziki koşullar beklentinizi karşılıyor mu?

☐ Hayır ☐ Evet

22- Ailenizle birlikte yeterli vakit geçirebiliyor musunuz?

() Hayır () Evet

MASLACH

ÖLÇEĞİ

Aşağıda işinizin çeşitli yönleriyle ilgili cümleler bulunmaktadır. Her cümleyi dikkatle okuyarak işinizin o cümlede belirtilen yönünden ne derece memnun olduğunuzu bir (x) işareti ile belirtiniz

	Hiçbir Zaman	Çok Nadir	Bazen	Çoğu Zaman	Her Zaman
1- İşimden soğuduğumu hissediyorum.	1	2	3	4	5
2- İş dönüşü kendimi ruhen tükenmiş hissediyorum.	1	2	3	4	5
3- Sabah kalktığımda bir gün daha bu işi kaldıramayacağımı düşünüyorum.	1	2	3	4	5
4- İşim gereği karşılaştığım insanların ne hissettiğini hemen anlarım.	1	2	3	4	5
5- İşim gereği bazı kimselere sanki insan değilmiş gibi davrandığımı fark ediyorum.	1	2	3	4	5
6- Bütün gün insanlarla uğraşmak benim için gerçekten çok yıpratıcı.	1	2	3	4	5
7- İşim gereği karşılaştığım insanların sorunlarına en uygun çözüm yollarını bulurum.	1	2	3	4	5
8- Yaptığım işten tükendiğimi hissediyorum.	1	2	3	4	5
9-Yaptığım iş sayesinde insanların yaşamına katkıda bulunduğuma inanıyorum.	1	2	3	4	5
10- Bu işte çalışmaya başladığımdan beri insanlara karşı sertleştim.	1	2	3	4	5
11- Bu işin beni giderek katılaştırmasından korkuyorum.	1	2	3	4	5
12- Çok şeyler yapabilecek güçteyim.	1	2	3	4	5
13- İşimin beni kısıtladığını hissediyorum.	1	2	3	4	5
14- İşimde çok fazla çalıştığımı hissediyorum.	1	2	3	4	5
15- İşim gereği karşılaştığım insanlara ne olduğu umurumda değil.	1	2	3	4	5
16- Doğrudan doğruya insanlar ile çalışmak bende çok fazla stres yapıyor.	1	2	3	4	5

17- İşim gereği karşılaştığım insanlar ile aramda rahat bir hava yaratırım.	1	2	3	4	5
18- İnsanlarla yakın bir çalışmadan sonra kendimi canlanmış hissederim.	1	2	3	4	5
19- Bu işte birçok kayda değer başarı elde ettim.	1	2	3	4	5
20- Yolun sonuna geldiğimi hissediyorum	1	2	3	4	5
21- İşimde duygusal sorunlara serinkanlılıkla yaklaşırım	1	2	3	4	5
22-Karşılaştıklarımın problemlerini ben yaratmışım gibi davrandıklarımı hissediyorum.	1	2	3	4	5

İŞE BAĞLI GERGİNLİK ANKET FORMU

Aşağıda belirtilen maddelerde yer alan ifadenin size ne derece uygun olduğunu dikkate alarak maddenin yanındaki kutucuklardan birini işaretleyiniz.

	Bana Hiç Uygun Değil	Kısmen Bana Uygun	Büyük Ölçüde Bana Uygun	Tamamıyla bana uygun
1) İşim aile yaşamımı olumsuz yönde etkiler	1	2	3	4
2) İşe ilk girdiğimdeki beklentilerim gerçekleşiyor.	1	2	3	4
3) İşimde eskisine göre daha gerginim.	1	2	3	4
4) İşime hala eskisi gibi katkıda bulunmaktayım.	1	2	3	4
5) İş yerimde fırsat buldukça başkalarından uzaklaşmak için odama kapanırım	1	2	3	4
6) İşimde hak ettiğim takdiri görmediğimi düşünüyorum.	1	2	3	4
7) İşim gereği karşılaştığım kişilere tam olarak yardımcı olamadığım zamanlar kendimi suçlu hissederim.	1	2	3	4
8) İş arkadaşlarım kendine düşen görevi yerine getirir.	1	2	3	4
9) İşimde üretkenliğim artmakta.	1	2	3	4

10) İşimdeki sorumluluklarım başlangıçta beklediğimden çok daha farklı.	1	2	3	4
11) Mesleki alanda bilgi ve becerilerim gelişmekte.	1	2	3	4
12) İşimle ilgili olaylar eve gittiğimde bile aklımdan çıkmıyor.	1	2	3	4
13) İş yerimde sıklıkla kullanıldığımı hissedirim.	1	2	3	4
14) Son zamanlarda evdekilerle tartışmalar arttı.	1	2	3	4
15) Daha çok çalışmama karşın daha az iş yapabiliyorum.	1	2	3	4
16) İşe katkıda bulunabilmem için iş arkadaşlarım ve / veya amirlerimin gerekli desteği giderek azalmakta.	1	2	3	4
17) İşe sıklıkla geç giderim.	1	2	3	4