



T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

**SAKARYA İL GENELİNDE AİLE SAĞLIĞI MERKEZLERİNDE
ÇALIŞAN AİLE HEKİMLERİNİN TÜKENMİŞLİK DÜZEYİ VE
İLİŞKİLİ FAKTÖRLER**

Dr. UFUK YAVUZYİĞİT

UZMANLIK TEZİ

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

DANIŞMAN
Dr. Öğr. Üyesi ABDÜLKADİR AYDIN

2025-SAKARYA

T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

**SAKARYA İL GENELİNDE AİLE SAĞLIĞI MERKEZLERİNDE
ÇALIŞAN AİLE HEKİMLERİNİN TÜKENMİŞLİK DÜZEYİ VE
İLİŞKİLİ FAKTÖRLER**

Dr. UFUK YAVUZYİĞİT

UZMANLIK TEZİ

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

DANIŞMAN
Dr. Öğr. Üyesi ABDÜLKADİR AYDIN

2025-SAKARYA

ONAY

Kurum : Sakarya Üniversitesi/Tıp Fakültesi

Program türü : Uzmanlık Tezi

Anabilim Dalı : Aile Hekimliği

Tez Sahibi : Ufuk Yavuzyiğit

Sınav Tarihi : **Saat:**

Tez Başlığı : Sakarya İl Geneline Aile Sağlığı Merkezlerinde Çalışan Aile Hekimlerinin Tükenmişlik Düzeyi ve İlişkili Faktörler

Bu çalışma, içerik ve kalite bakımından Uzmanlık Tezi olarak Oybirliği / Oyçokluğu ile kabul edilmiştir.

	Ünvan, Adı-Soyadı (Kurum adı)	İmza	Kabul/Red*
Danışman (Üye)			
Üye			
Üye			

* Red kararının gerekçesi onay sayfasının arkasında belirtilmelidir.

ONAY

“Bu tez ../../202.. tarihinde yukarıdaki jüri tarafından Oybirliği / Oyçokluğu ile kabul edilmiştir.”

../../202..
Tıp Fakültesi Dekanı

BEYAN

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

Bu çalışma T.C. Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 19/03/2025 tarihinde onay alarak (Onay no: E-43012747-050.04-459106-160) hazırlanmıştır.

....../....../...

Dr. Ufuk Yavuzyiğit

TEŞEKKÜR

Sakarya Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nda gerek uzmanlık eğitim sürem gerekse tez hazırlama sürecim içinde bilgi, fikir ve tecrübelerinden faydalandığım tez danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Abdülkadir Aydın'a

Uzmanlık eğitimim sırasında sürekli arkamda olup bana sonsuz destek veren eşim Dr. Gülkan Yavuziğit'e

Hayatım boyunca bana inanan ve güvenen annem Ayla Yavuziğit, babam Hasan Yavuziğit'e

Uzmanlık eğitimim süresince birlikte çalıştığım tüm asistan arkadaşlarıma teşekkürlerimi sunarım.

Saygılarımla

Dr. Ufuk Yavuziğit

İÇİNDEKİLER

BEYAN	i
TEŞEKKÜR.....	ii
İÇİNDEKİLER	iii
KISALTMA VE SİMGELER LİSTESİ	vi
TABLO LİSTESİ.....	vii
ÖZET	ix
ABSTRACT	x
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	2
2.1. Aile Hekimliği.....	2
2.1.1. Aile hekimliği tanımı	2
2.1.1.1. Millis ve Willard raporları (1966).....	2
2.1.1.2. Leeuwenhorst'un tanımı (1974).....	2
2.1.1.3. Olesen tanımı (2000).....	2
2.1.1.4. Wonca Europe tanımı (2002 ve 2005)	2
2.1.1.5. T.C. Sağlık Bakanlığı tanımı (2013).....	3
2.1.2. Aile hekimliğinin tarihçesi.....	3
2.1.2.1. Dünyada aile hekimliğinin tarihçesi.....	3
2.1.2.2. Türkiye’de aile hekimliğinin tarihçesi	7
2.1.3. Aile hekiminin görev ve sorumlulukları	9
2.2. Tükenmişlik Sendromu	11
2.2.1. Tükenmişlik tanımı	11
2.2.2. Tıbbi kavram olarak tükenmişlik tanımı	12
2.2.3. Tükenmişlik sendromunun ayırıcı tanısı.....	13
2.2.4. Tükenmişlik sendromunun evreleri.....	13

2.2.5. Tükenmişlik sendromunun nedenleri ve etki eden faktörler.....	14
2.2.5.1. Bireysel faktörler.....	14
2.2.5.2. Örgütsel faktörler	16
2.2.6. Tükenmişlik sendromunun belirtileri.....	17
2.2.6.1. Tükenmişlik sendromunun fiziksel belirtileri	17
2.2.6.2. Tükenmişlik sendromunun duygusal belirtileri	17
2.2.6.3. Tükenmişlik sendromunun davranışsal belirtileri.....	17
2.2.7. Tükenmişlik sendromunun sonuçları	18
2.2.7.1. Tükenmişlik sendromunun bireysel sonuçları	18
2.2.7.2. Tükenmişlik sendromunun çalışma ortamındaki sonuçları.....	19
2.2.8. Tükenmişliği engelleme ve tükenmişlikle başa çıkma.....	19
2.2.8.1. Bireysel olarak yapılması gerekenler	19
2.2.8.2. Organizasyon düzeyinde yapılması gerekenler.....	21
2.2.9. Sağlık çalışanlarında tükenmişlik	21
3. GEREÇ VE YÖNTEM	22
3.1. Araştırmanın Tipi	23
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	23
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	23
3.4. Verilerin Toplanmasında Kullanılan Araçlar.....	23
3.4.1. Sosyodemografik bilgiler bölümü.....	24
3.4.2. Aile hekimlerinin tükenmişlik durumuyla ilişkili olduğu düşünülen faktörlerin etkilerinin ölçüldüğü bölüm	24
3.4.3. Maslach tükenmişlik ölçeği.....	25
3.5. Araştırmanın Kısıtlılığı	25
3.6. İstatistiksel Analiz.....	26
3.7. Tezin Bütçesi.....	27

3.8. Etik İzin.....	27
4. BULGULAR.....	27
4.1. Katılımcıların Sosyodemografik Verileri.....	28
4.2. Katılımcıların İş Hayatı ile İlgili Veriler.....	31
4.3. Maslach Tükenmişlik Ölçeği Verileri.....	34
4.4. Sosyodemografik Veriler ile MTÖ Verilerinin Karşılaştırmaları.....	36
4.5. Katılımcıların İş Deneyimi ile MTÖ Verilerinin Karşılaştırılması.....	39
4.6. Katılımcıların Çalıştıkları AHB ve ASM'nin Özellikleri ile MTÖ Verilerinin Karşılaştırılması	40
4.7. Katılımcıların Çalışma Hayatındaki Ekonomik Algıları İle MTÖ Verilerinin Karşılaştırılması	42
4.8. Katılımcıların Çalışma Hayatındaki Fiziksel ve Psikososyal Etkiler ile MTÖ Verilerinin Karşılaştırılması.....	46
5. TARTIŞMA VE SONUÇ	53
6. KAYNAKLAR	62
7. EKLER.....	70
7.1. Etik Kurul Kararı.....	70
7.2. Sosyodemografik Veri Anket Formu	71
7.3. Tükenmişlik Üzerindeki Etkileri Araştırılan Faktörlerle ilgili Anket Formu .	72
7.4. Maslach Tükenmişlik Ölçeği Anket Formu	73
ÖZGEÇMİŞ	74

KISALTMA VE SİMGELER LİSTESİ

AH: Aile Hekimi

AHB: Aile Hekimliği Birimi

ARK: Arkadaşları

ASM: Aile Sağlığı Merkezi

ASÇ: Aile Sağlığı Çalışanı

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

DT: Duygusal Tükenmişlik

DY: Duyarsızlaşma

KB: Kişisel Başarı Hissi

Maks: Maksimum

Min: Minimum

MTÖ: Maslach Tükenmişlik Ölçeği

Ort. : Aritmetik Ortalama

SS: Standart Sapma

WHO: World Health Organization

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

TABLO LİSTESİ

Tablo 3.1. MTÖ'nin Ergin Tarafından Oluşturulan Türkiye Sağlık Personeli Normları Tükenmişlik Alt Boyutlarının Değer Aralıkları (Ergin, 1992'den kullanılmıştır).....	25
Tablo 4. 1. Katılımcıların demografik özellikleri.....	28
Tablo 4. 2. Katılımcıların kronik hastalık dağılımı.....	29
Tablo 4. 3. Katılımcının aile hekimliği sistemindeki deneyimi.....	30
Tablo 4. 4. Katılımcıların Dernek/Sendika Üyelik durumu.....	30
Tablo 4. 5. Katılımcıların görev yaptıkları ASM ve AHB'nin özellikleri.....	31
Tablo 4. 6. Katılımcıların çalışma yaşamını etkileyen ekonomik faktörler ile ilgili yanıtları.....	31
Tablo 4. 7. Katılımcıların çalışma yaşamını etkileyen fiziki ve psikososyal faktörler ile ilgili yanıtları.....	33
Tablo 4. 8. Maslach tükenmişlik ölçeğinin alt boyutlarının Skewness(çarpıklık) ve Kurtosis(basıklık) değerleri.....	34
Tablo 4.9. MTÖ alt ölçeklerinin Kolmogorov-Smirnov testi sonuçları.....	34
Tablo 4. 10. Maslach tükenmişlik ölçeğinin alt boyutlarının güvenilirlik analizi.....	35
Tablo 4. 11. Katılımcılara uygulanan Maslach tükenmişlik ölçeği skorları.....	35
Tablo 4. 12. Katılımcıların Maslach tükenmişlik ölçeği puanlarının Türkiye Sağlık Personeli Normlarına göre sınıflandırılması.....	36
Tablo 4. 13. Katılımcıların demografik özellikleri ile MTÖ puanlarının karşılaştırılması.....	37
Tablo 4. 14. Katılımcıların demografik özellikleri ile MTÖ puanlarının karşılaştırılması(devam).....	38
Tablo 4. 15. Yaş ve MTÖ alt ölçekleri arasındaki korelasyon ilişkisi.....	39
Tablo 4. 16. Katılımcıların aile hekimliği sistemindeki deneyimleri ile MTÖ puanlarının karşılaştırılması.....	39
Tablo 4. 17. Aile hekimliği sisteminde çalışılan yıl ve MTÖ alt boyutları arasındaki korelasyon.....	40

Tablo 4. 18. ASÇ larının AH sisteminde çalıştıkları yıl ve MTÖ alt boyutları arasındaki korelasyon	40
Tablo 4. 19. Katılımcıların görev yaptıkları ASM ve AHB'nin özellikleri ve MTÖ alt gruplarının karşılaştırılması	41
Tablo 4. 20. Katılımcıların AHB Grubu ve ASM'lerindeki AHB sayıları ile MTÖ alt ölçekleri arasındaki korelasyon.....	42
Tablo 4. 21. Katılımcıların çalışma yaşamını etkileyen ekonomik faktörler ile MTÖ alt gruplarının korelasyon analizi.....	44
Tablo 4. 22. Katılımcıların çalışma yaşamını etkileyen ekonomik faktörler ile MTÖ alt gruplarının karşılaştırılması	45
Tablo 4. 23. Katılımcıların çalışma yaşamını etkileyen fiziksel ve psikososyal faktörler ile MTÖ alt boyutları arasındaki korelasyon.....	48
Tablo 4. 24. MTÖ alt gruplarının kendi içinde korelasyon analizi.....	49
Tablo 4.25. Katılımcıların çalışma yaşamını etkileyen fiziksel ve psikososyal faktörler ile MTÖ alt boyutlarının karşılaştırılması.....	51
Tablo 5. 1. Şerik ve ark.'nın 2014 yılındaki çalışması ile çalışmamızdaki benzer soruların karşılaştırması	54

ÖZET

GİRİŞ VE AMAÇ: 2010 yılında tüm ülke genelinde aile hekimliği uygulamasına geçilmiş olup günümüze kadar bu uygulamadan bir çok revizyon yapılmıştır. Bu revizyonlar kimi zaman sistem içerisinde çalışan aile hekimlerinin günlük pratiğini ve çalışma hayatını olumlu etkilese de bir kısım uygulamalar beraberinde çeşitli zorluklar getirmiştir. Her meslek grubunda olduğu gibi hekimlikte de tükenmişlik görülebilmektedir. Özellikle birinci basamak hekimleri yaklaşım modeli itibarıyla buna daha yatkın olabilmektedir. Bu çalışmanın amacı da, Sakarya ilindeki aile hekimlerinin tükenmişlik seviyeleri ve tükenmişlik durumlarına etki eden faktörleri tespit etmek ve bu probleme bölgesel anlamda ışık tutmaktır.

YÖNTEM: Çalışmamız 1 Nisan 2025 ile 31 Mayıs 2025 tarihleri arasında Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nda yapılmıştır. Veri toplama aşamasında tarafımızca hazırlanan anket formları aile hekimlerine teslim edilmiş, bir hafta sonra kendilerinden teslim alınmıştır. Hazırladığımız anket formu üç bölümden oluşur. Birinci bölüm Ek-2 formu olup katılımcının sosyodemografik verilerin alındığı, ikinci bölüm Ek-3 formu olup katılımcının tükenmişlik durumuyla ilişkili olduğu düşünülen faktörlerin sorgulandığı ve üçüncü bölümde Maslach Tükenmişlik Ölçeği'nin bulunduğu ve tükenmişliğin ölçüldüğü bölümdür. Anketler aracılığı ile toplanan veriler SPSS programı kullanılarak istatistiksel değerlendirilmesi yapılmıştır.

BULGULAR: Çalışmaya Sakarya da aile hekimi olarak görev yapan 346 kişiden 219 (%63.29)'unun katılımı sağlandı. Katılımcıların büyük çoğunluğu duygusal tükenmişlik, duyarsızlaşma ve kişisel başarı alt ölçeklerinde orta ve yüksek derecede tükenmişlik puanları aldı. Temel demografik verilerden yaş ile kişisel başarı arasında pozitif yönlü zayıf korelasyon, aile hekimi olarak çalıştıkları yıl ile duygusal tükenmişlik durumu arasında pozitif yönlü zayıf korelasyon bulunmuştur.

SONUÇ: Çalışma, aile hekimlerinin tükenmişlik düzeylerinin ekonomik, psikososyal ve çalışma koşullarına bağlı faktörlerden etkilendiğini göstermiştir. Gelir yetersizliği, yüksek iş yükü, şiddet ve mobbing gibi olumsuz etmenler tükenmişliği artırmaktadır. Ayrıca, performans kriterleri ve takdir eksikliği hekimlerin motivasyonunu olumsuz yönde etkilemektedir. Bu bulgular, tükenmişliği azaltmaya yönelik çok boyutlu ve kapsamlı müdahalelerin gerekliliğini ortaya koymaktadır.

Anahtar Kelimeler: Aile hekimliği, Sakarya, tükenmişlik

ABSTRACT

Burnout level and related factors among family physicians working in family health centers in Sakarya province

INTRODUCTION AND AIM: In 2010, the nationwide implementation of the family medicine system was initiated, and since then, numerous revisions and modifications have been introduced. While certain amendments have contributed positively to the daily clinical practice and working conditions of family physicians within the system, some changes have concurrently introduced various challenges. The objective of this study is to assess the level of burnout and associated factors among family physicians working in family health centers across the province of Sakarya and to provide a region-specific contribution to the understanding of this issue.

MATERIALS AND METHODS: Our study was conducted between April 1, 2025, and May 31, 2025, at the Department of Family Medicine, Faculty of Medicine, Sakarya University. During the data collection phase, questionnaire forms prepared by our research team were distributed to family physicians and collected one week later. The data obtained from the questionnaires were statistically analyzed using the SPSS software program.

RESULTS: A total of 219 out of 346 family physicians (63.29%) working in Sakarya participated in the study. The majority of the participants obtained moderate to high levels of burnout scores in the sub-dimensions of emotional exhaustion, depersonalization, and personal accomplishment.

CONCLUSION: The study demonstrated that the burnout levels of family physicians are influenced by factors related to economic conditions, psychosocial dynamics, and working environments. Adverse factors such as insufficient income, heavy workload, exposure to violence, and workplace mobbing were found to increase burnout. Additionally, performance-based evaluation criteria and a lack of recognition negatively affected physicians' motivation. These findings highlight the necessity for multidimensional and comprehensive interventions aimed at reducing burnout among family physicians.

Keywords: Burnout, family medicine, Sakarya

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Günümüzde sağlık hizmetlerinin etkin ve sürdürülebilir şekilde yürütülebilmesi, yalnızca tıbbi donanım ve teknoloji ile değil, hizmet sunan sağlık çalışanlarının mesleki doyumları ve psikososyal iyi oluşlarıyla da doğrudan ilişkilidir. Toplum sağlığının geliştirilmesi ve korunmasında, birinci basamak sağlık hizmetlerinde görev yapan aile hekimleri temel bir sorumluluk üstlenmektedir. Ancak artan iş yükü, performansa dayalı sistem baskısı, sağlıkta şiddet olayları, idari ve bürokratik sorumlulukların fazlalığı gibi çeşitli faktörler aile hekimlerini tükenmişlik açısından riskli bir gruba dönüştürmektedir (Maslach & Leiter, 2016; Altan ve ark., 2022).

Tükenmişlik, bireyin mesleki yaşamında yaşadığı sürekli stres ve zorlayıcı koşullar sonucu ortaya çıkan, duygusal tükenme (DT), duyarsızlaşma (DY) ve kişisel başarı hissinde azalma (KB) ile karakterize bir sendromdur (Maslach & Jackson, 1981).

Son yıllarda meslek grupları arasında yapılan araştırmalarda, sağlık çalışanlarının tükenmişlik düzeylerinin giderek arttığı ve bu durumun hem çalışan sağlığı hem de hizmet kalitesi açısından ciddi sonuçlara yol açtığı bildirilmektedir (West ve ark., 2018; Schaufeli ve ark., 2009). Aile hekimlerinin maruz kaldığı iş yükü artışı, şiddet olayları, mobbing, mesleki takdir eksikliği ve çalışma ortamı yetersizlikleri, tükenmişlik düzeylerinde belirgin artışlara neden olmakta ve bu durum hekimin mesleki performansını, hasta güvenliğini ve hizmet memnuniyetini olumsuz etkilemektedir (Kamış ve ark., 2022; Yıldız ve ark., 2024).

Bu çalışma, Sakarya ilinde görev yapan aile hekimlerinin tükenmişlik düzeylerini belirlemeyi ve tükenmişlik üzerinde etkili olabilecek demografik, mesleki ve psikososyal etkenleri incelemeyi amaçlamaktadır. Özellikle iş yükü, sağlıkta şiddet deneyimi, çalışma ortamının fiziki yeterliliği, etik dışı taleplerle karşılaşma durumu, takdir edilme ve mobbing gibi olumsuz iş ortamı koşullarının, tükenmişlik düzeyleri üzerindeki etkisi araştırılacaktır. Bunun yanı sıra, aile hekimlerinin tükenmişliğe karşı korunma mekanizmalarının değerlendirilmesi ve tükenmişliği azaltmaya yönelik olası müdahale alanlarının belirlenmesi hedeflenmektedir. Çalışmadan elde edilecek verilerin, birinci basamak sağlık hizmetlerinin kalite ve sürekliliğini sağlamak, aile hekimlerinin iş doyumunu artırmak ve tükenmişliği önleyici sağlık politikalarının oluşturulmasına katkı sunması beklenmektedir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Aile Hekimliği

2.1.1. Aile hekimliği tanımı

2.1.1.1. Millis ve Willard raporları (1966)

Aile hekimi (AH); hasta tarafından ilk başvuru noktası olan, hastayı sadece bireysel değil ailesi, içinde bulunduğu toplum ve sosyal çevresiyle birlikte değerlendirerek bütün sağlık ihtiyaçlarını yerine getiren, gerektiğinde bireysel veya farklı uzmanlık alanlarıyla birlikte hareket ederek tıbbi bakım için uygun gördüğü merkezlere sevk eden, hastasının bütün sağlık sorunları için sorumluluk duyan ve sağlık hizmeti veren farklı birimler arasında koordinasyon ve liderlik yapan hekimdir (Aktürk ve Dağdeviren, 2004).

2.1.1.2. Leeuwenhorst'un tanımı (1974)

AH; bireylerin yaşı, cinsiyeti veya mevcut hastalığına bakılmaksızın, fertlere, ailelere ve bağlı bulundukları nüfusa kişisel ve sürekli birinci basamak sağlık hizmeti sunan tıp fakültesi mezunu hekimdir. AH, sağlık hizmetini hasta muayene odasında, ev ziyaretlerinde veya kimi durumlarda klinik ya da hastane ortamında gerçekleştirebilir. Bireylerin sağlık sorunlarıyla ilgili ilk değerlendirmeyi yapan hekim olarak temel hedefi, hastalıkların erken dönemde tanımlanmasıdır. Hastaların sağlık sorunlarının her aşamasında değerlendirme yaparken hastanın içinde bulunduğu fiziksel, ruhsal ve toplumsal etmenleri bir arada değerlendirmelidir (Leeuwenhorst, 1974).

2.1.1.3. Olesen tanımı (2000)

AH sağlık sistemini ön saflarında çalışmak ve hastaların karşılaşabilecekleri herhangi bir sağlık sorununu çözebilmek için ilk adımları atacak eğitim almış uzmanlardır. AH hastanın sosyal ve kişisel özelliklerine veya hastalığın türüne bakmaksızın mevcut sağlık sisteminin verdiği en iyi hizmeti sunar. AH tıbbi psikoloji, tıbbi sosyoloji ve biyotıp bilimlerini birbirine entegre ederek hastalarına teşhis, tedavi ve rehabilitasyon hizmeti verir (Olesen, 2020).

2.1.1.4. Wonca Europe tanımı (2002 ve 2005)

AH ya da Genel Pratisyenlik; özgün eğitim programı, araştırma konusu, kanıta dayalı klinik uygulamaları ve bilimsel altyapısı ile birinci basamak sağlık hizmetleri üzerine odaklanmış akademik bir uzmanlık alanıdır (Başak & Saatçi, 2011).

2.1.1.5. T.C. Sağlık Bakanlığı tanımı (2013)

AH; yaş, cinsiyet ve hastalık ayrımı yapmaksızın bireylere, kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerinin yanı sıra birinci basamak düzeyinde tanı, tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerini sürekli ve kesintisiz biçimde belirlenen bir ortamda sunmakla yükümlü olup, mevzuatın izin verdiği ölçüde gezici sağlık hizmeti de sağlayabilen ve tam gün esasına göre çalışan aile hekimliği uzmanları ile gerekli eğitimleri tamamlamış uzman veya pratisyen hekimlerden oluşmaktadır (T.C. Resmî Gazete, 25 Ocak 2013, Sayı:28539).

2.1.2.1. Dünyada aile hekimliğinin tarihçesi

18. yüzyıl da sanayi devrimi ile birlikte hızla ilerleyen ve yayılan çoğu bilimsel alanlardan biri olarak tıp alanı da etkilenmiştir. Tıp alanındaki bu gelişmelerden biriside ihtisaslaşma olmuştur. İhtisaslaşmanın giderek derinleşmesi hasta ile hekim arasındaki ilişkiyi hastalık odaklı olmaya yöneltmiştir. 1923 yılında Dr. Francis E. Peabody, modern tıbbın sağlık hizmetlerini fazla bölümlere ayırarak yeterliliğini düşürdüğünü söylemiş ve sağlık hizmetlerinin etkili olarak sunulabilmesi için genel hekimliğe dönüş yapılması gerektiği konusunda çağrıda bulunmuştur (Akdeniz ve ark., 2010; Paycı ve Ünlüoğlu, 2004).

1952 yılında İngiltere'de genel pratisyen geliştirmek ve standartlarını yükseltmek amacıyla 'College of General Practitioners' (Kraliyet Genel Pratisyenlik Koleji) kurulmuştur (Taylor, 2003).

Sağlık sisteminin birinci basamağında oluşturulacak olan aile hekimliği disiplini 1966 yılında yayımlanan Amerikan Tıp Birliği tarafından oluşturulan Mezuniyet Sonrası Tıp Eğitimi Vatandaş Komisyonunun yayınladığı Millis Komisyon Raporu, Amerikan Tıp Birliği Eğitim Konseyi içinde bulunan Aile Hekimliği Eğitim Komitesinin yayınladığı Willard Komite Raporu ve Folsom Raporu olarak da bilinen Toplum Sağlığı Ulusal Komisyonu'nun raporları ile tanımlanmış oldu. 1969'da Amerika'da

Amerikan Pratisyenler Birliği Akademisi tarafından 20. Uzmanlık dalı olarak Aile Hekimliği Uzmanlığı tanımlanmıştır (Saatçi ve ark., 2006).

1972 yılında 18 ÷lkedeki üye kuruluşlar tarafından World Organization of National Colleges, Academies and Academic (WONCA) kuruldu. Bu uluslararası örgütün amacını aile hekimliğinin geliştirilmesi, yaygınlaştırılması ve toplum içindeki her bireyin evrensel insan hakları gözetilerek eşit bir şekilde yüksek kalitede sağlık hizmetine ulaşmasının sağlanması olarak belirtmektedir (<https://www.globalfamilydoctor.com/AboutWonca/brief.aspx>, Erişim tarihi: 06 Mayıs 2025).

1974 yılında Hollanda’da Avrupa Aile Hekimleri Eğitimi Toplantısı’nın ikincisi düzenlenmiştir. Toplantı sonunda Leeuwenhorst ve arkadaşları tarafından yapılan tanımlamada AH; kişinin yaşına, cinsiyetine ve hastalığına bakmaksızın sorumlusu olduğu nüfusa kişiye özel, kesintisiz ve birinci basamak sağlık hizmetleri veren uzmanlaşmış tıp doktoru olarak belirtmiştir (Akdeniz ve ark., 2010; Özcan ve Ünlüoğlu, 1996).

Kazakistan’ın Alma Ata şehrinde 1978 yılında 134 ÷lkeden delegelerin katıldığı ve “Temel Sağlık Hizmetleri” kavramının tanımlandığı bir konferans yapıldı. Konferansın sonun da “Temel Sağlık Hizmetleri” teriminin ve modelinin tanımlandığı bir bildirge yayınlandı. Devletlerarasındaki derin eşitsizliklerin vurgulandığı bu konferans ta, tüm dünya halkları ile sağlık ve kalkınmada görevli olanlar “2000 yılına kadar herkese sağlık” hedefinin hayata geçirilmesine yönelik adımlar atmaya davet edildi. Bildirgede birinci basamak sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi ve bu hizmetlerin ulusal sağlık sisteminin temelini oluşturması gerektiği bildirilmiştir (https://www.belgelik.dr.tr/ToplumHekim/kayit_goster.php?Id=cDNRZqqCMT#, Erişim tarihi: 06 Mayıs 2025).

1994 yılında Kanada-Ontario’da Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ve WONCA birlikte tıp eğitimi ve uygulamalarını insanların ihtiyaçlarını karşılamada aile hekimlerinin katkıları konulu konferans düzenlemiştir. Konferansta aile hekimlerinin kapsamlı, sürekli, koordineli ve kişiselleştirilmiş sağlık hizmetlerinin sunulmasını sağlamada çok önemli pozisyonlara sahip olarak gör÷ldüğu, aile hekimlerinin diğer birinci

basamak sağlık hizmeti sağlayıcılarıyla birlikte sağlık kaynaklarının en iyi şekilde kullanılmasında çok önemli görüldüğü bildirilmiştir. Konferansın bildirgesinde birinci basamak sağlık sistemi ve aile hekimliğı ile ilgili önemli önerilerde bulunulmuş, bu öneriler aile hekimliğinin gelişmesi ve dünyada yaygınlaşmasında önemli katkı sağlamıştır. Bu önerilerden bazıları aşağıda sunulmuştur (WHO-WONCA konferans, 1994).

-Aile hekimliğı farklı bir uzmanlık disiplini olarak tanımlanmalıdır.

-Aile hekimlerinin statüsü ve sağlık sistemi içindeki rolü belirlenmeli.

-Halk sağlığı ve birinci basamak sağlık hizmetlerinin etkin olarak verilmesi için finansal teşvikler verilmeli.

-Her bireyin bir AH olmalı, kişi kendi aile hekimini seçebilmelidir. Aile hekimleri, temel birinci basamak sağlık hizmeti sağlayıcıları olarak sorumluluk aldıkları tüm bireylerin ve ailelerin bir kaydını tutmaları için aktif olarak teşvik edilmelidir.

-Uzman hizmetlerin uygun kullanımı için ilk başvuru yeri birinci basamak sağlık hizmeti sunan hekim olmalıdır. Bu hekimler gerekli eğitimleri almış, olası sonuçları öngörebilmeli, kalite ve maliyeti göz önünde bulundurabilmeli, hem sevk etme ihtiyacı hem de mevcut seçeneklerin seçimi konusunda bağımsız hareket ederek gerekli olan tavsiyeleri veren ilk başvuru ve takip merkezi olmalıdır. Bu tür sevk sistemleri tanıtılmalıdır ve meslekler arası fikir birliğı, sözleşmeye dayalı anlaşmalar ve finansal teşviklerle sürdürülmelidir.

-Daha kaliteli sağlık hizmetini daha az maliyetle sunabilmek için aile hekimleri sağlık sistemine entegre edilmeli.

-Tüm ülkelerde aile hekimleri meslek birlikleri kurulmalıdır. Üyelik, birinci basamak düzeyinde çalışan tüm hekimleri içermeyi amaçlamalıdır. Bu meslek örgütleri, aile hekimlerinin topluluklarının ihtiyaçlarına duyarlı olduklarına ve üyeleri için yüksek bakım standartlarını sürdürmeye çalıştıklarına dair halka güvence vermelidir.

-Her ülke aile hekimliğine özel uzmanlık eğitimi sağlamalıdır.

- Aile hekimliği anabilim dalı bütün tıp fakültelerinde bulunmalıdır.

2002 yılında WONCA AVRUPA bölgesi her alanda olduğu gibi tıp alanındaki gelişmelerden dolayı AH/Genel pratisyenlik alanına standardizasyon getirebilmek için bu disiplinin özelliklerini ve bu disiplinde çalışacak hekimlerin çekirdek yeterliliklerini tanımlamıştır. Bahse geçen ve aşağıda sıralanan çekirdek yeterlilikler günümüzde WONCA ağacı olarak isimlendirilmektedir (Başak ve Saatçi, 2011; Dikici ve ark., 2007).

- Birinci basamak yönetimi; hastalarla ilk karşılaşmayı yönetebilme kabiliyeti ve gerektiğinde hastanın sağlığının koruyuculuğu pozisyonuna geçerek, birinci basamak çalışanları ve diğer uzmanlar arasında iletişimi koordine edip verilen sağlık hizmetinin etkili ve uygun sürdürölmesini sağlamak olarak tanımlanır.

- Kişi merkezli bakım; hastalarla ve sorunlarıyla ilgilenirken kişi odaklı bir yaklaşımı benimseme yeteneğini ifade eder. Bu bakım modeli, etkili bir doktor-hasta ilişkisi kurmayı, birinci basamak değerlendirmesini oluşturup uygulamayı ve hastaların ihtiyaçlarına göre şekillenen uzun vadeli hizmetin sürekliliğini sağlamayı amaçlar.

- Özgöl sorun çözme becerileri toplumda hastalıkların prevalansı ve insidansın göz önünde bulundurarak spesifik karar verme süreçlerini kullanmak, tanı konmamış ya da erken evredeki durumları yönetmek ve gerektiğinde acil müdahalelerde bulunmak olarak tanımlanır.

- Kapsamlı yaklaşım; bireyin hem akut hem de kronik sağlık sorunlarına aynı anda müdahale etmeyi, sağlığın korunması ve hastalıklardan korunma stratejilerini uygulayarak genel sağlık ve iyilik halini devam ettirmeyi amaçlayan bir model olarak tanımlanır.

-Toplum yönelimli olma, bireylerin ve toplumun sağlık ihtiyaçlarını mevcut ve ulaşılabilir kaynaklarla dengelemeyi amaçlayan bir yaklaşım olarak tanımlanır.

- Bütüncöl yaklaşım, bireyin kültürel boyutlarını göz önünde bulundurarak biyopsikososyal modeli kullanma kabiliyeti olarak tanımlanır.

2.1.2.2. Türkiye’de aile hekimliğinin tarihçesi

12 Ocak 1961 tarih 10705 sayılı Resmi Gazetede yayınlanarak 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanunun yürürlüğe girmesi ile birlikte sağlık hizmetlerini her vatandaşa eşit bir şekilde ulaştırılmaya çalışılmak amaçlanmış olmasına karşın zamanın koşulları nedeniyle istenilen başarıya ulaşamamıştır. Sağlık sistemindeki sorunların çözüm yolları arayışı içinde aile hekimliği kavramı dünyayla eşzamanlı olarak tartışılmaya başlamakla beraber ülkemizde de Aile Hekimliği Uzmanlığı 5 Temmuz 1983’te Tababet Uzmanlık Tüzüğü’ne girmiş ve Aile Hekimliği Anabilim Dalı ilk olarak 1984 yılında Gazi Üniversitesi’nde kurulmuştur. Aile hekimliği uzmanlığı eğitimi ise 1985 yılında Ankara, İstanbul ve İzmir’de SB eğitim hastanelerinde başlanılmıştır (Başak ve Görpeliöğlu,1998; Bilge ve ark., 2016; Algın ve ark, 2004).

1990 yılında Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği kurulmuş olup 1998 yılında bakanlar kurulunun 1998/10740 kararı ile adı Türkiye Aile Hekimleri Derneği olarak değiştirilmiştir. Dernek 2003 yılında WONCA’ya tam üye olarak uluslararası platformda yerini almıştır (Ünlüoğlu, 2015).

1993 yılında Yüksek Öğretim Kurumunun 12547 sayılı kanun maddesinde değişiklik yapılarak tıp fakültelerinde AH anabilim dallarının kurulmasını uygun bulmuştur. Aynı yıl Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi’nde aile hekimliği anabilim dalı kuruldu.

Aile hekimliği kanunu 5258 sayılı ‘‘Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun’’ adı altında 09 Aralık 2004 tarih ve 25665 sayılı Resmi Gazetede yayınlanarak yürürlüğe girdi. Bu kanunun amacı; Sağlık Bakanlığı’nın belirlediği illerde birinci basamak sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi, bireylerin ihtiyaçları temelinde koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik verilmesi, kişisel sağlık verilerinin kayıt altına alınması ve bu sağlık hizmetlerine eşit erişilebilirlik sağlanması gayesiyle aile hekimliği hizmetlerinin yerine getirilebilmesi için görevlendirilecek veya çalıştırılacak sağlık personelinin statüsü ve malî hakları ile hizmetin esaslarını düzenlemektir (T.C. Resmi Gazete 09 Aralık 2004, sayı: 25665).

Ülkemizde aile hekimliği uygulamasına 15 Eylül 2005 yılında Düzce ilinde pilot uygulama olarak başlanmış olup sonrasında 2006 yılında 6, 2007 yılında 7, 2008

yılında 17, 2009 yılında 4 ve 2010 yılında 46 il aile hekimliği uygulaması kapsamına alınarak 2010 yılı itibarıyla aile hekimliği sistemi yurt genelinde uygulanmaya başlanmıştır. Aile hekimliği uygulamasının temel mevzuatı 24 Kasım 2004 tarih ve 25665 sayılı Resmi Gazete ile yürürlükte olan 5258 sayılı Aile Hekimliği Kanun'u ile oluşturulmuş olup yasal düzenlemelere aile hekimliği ülkenin tamamında uygulanmaya başladıktan sonra 25 Ocak 2013 tarihli ve 28539 sayılı Resmi Gazete' de yayımlanan Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği eklenmiştir (Yayın ve Alper, 2023).

Son olarak Aile Hekimliği sözleşme ve ödeme yönetmeliğinde 30 Ekim 2024 tarih 32707 sayılı Resmi Gazetede yayınlanan ve 1 Kasım 2024 tarihinden itibaren geçerli olan 9073 numaralı kararla aşağıda belirtilen kapsamlı değişiklikler yapılmıştır (T.C. Resmi Gazete 30 Ekim 2024, sayı: 32707);

- Sözleşmenin yenilenebilmesi için daha sonradan bakanlıkça belirlenecek koruyucu ve önleyici sağlık hizmetlerini kapsayacak puanlama sistemi oluşturulacak. Bakanlıkça belirlenen hedef puana ulaşamayan personelin sözleşmeleri yenilenmeyecektir.

- Negatif performans kriterlerine (bebek aşı, bebek izlem, çocuk izlem ve gebe izlem) lohusa izlem eklendi.

- Aile hekimleri, aile hekimliği birimi (AHB)'de kayıtlı nüfustaki kişi başına ücret almaktadır. Azami 4000 kayıtlı hastaya kadar olan ödeme 3500'e düşürüldü. Kayıtlı her hasta için ödenecek ücret 1 katsayısı ile çarpılırken yeni düzenlemede hasta grupları (gebe, lohusa, bebek, çocuk ve 65 yaş üstü) oluşturulacak ve her grup için ödenecek tutar ayrı katsayılar ile çarpılacaktır. Ancak son altı ayda birime başvurmayan kişilerin katsayıları 0,5 oranında düşürülecektir.

- Çalışılan ay içerisinde bakanlıkça belirlenen hedeflerin üzerinde poliklinik yapıldığında, Bakanlıkça belirlenecek hedef nüfusun yine bakanlıkça belirlenecek kronik hastalıkların taranması ve takibinde belirli bir oranın üzerine çıkıldığında, yıl içinde AHB dışı başvurularının yılın aynı dönemi için bir önceki yıldan düşük olması, 12 aylık dönemde kişi başı AHB dışı başvurunun 7'den az olması, AHB memnuniyet

oranının il ortalamasının üzerinde olması ve aile hekiminin bakanlığın belirlediği ilaç gruplarının reçete edilmesinin il ortalamasının altında olması durumlarında aile hekimine teşvik ödemeleri yapılacaktır.

Aile hekimliği sahada uygulanmaya başladığı 2005 yılından itibaren gerek uygulama yönetmeliği gerekse ödeme ve sözleşme yönetmeliğinde çok sayıda değişiklikler yapılarak son halini almıştır.

Sağlık bakanlığının 2023 yılında yayınladığı sağlık istatistikleri yılına göre 973 toplum sağli merkezi, 8163 aile sağliğı merkezi (ASM), 4909 sağliq evi, 28054 aile hekimliğı birimi (AHB) bulunmaktadır. AHB’ de 3046’i uzman olmak üzere 26403 hekim, 10346 hemşire, 11677 ebe, 1717 diğeri sağliq personeli ve ASM’ in dışarıdan hizmet alımıyla çalıştırdığı 19896 personeli ile birlikte 71029 kişı görev yapmaktadır. Aile hekimliğı başına düşen ortalama nüfus 3043’dür. (<https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/50500/0/siy202307032025pdf.pdf>, s:151, Erişim tarihi: 09 Mayıs 2025).

2.1.3. Aile hekiminin görev ve sorumlulukları

DSÖ, Wonca gibi oluşumlar aile hekimliğı disiplininin temel ilkelerini belirlemiş olmasına karşın her ülkenin kendi içinde bulunduğu sosyokültürel ve ekonomik durumlarından dolayı pratik uygulamada farklılıklar bulunmaktadır. Wonca verilerine göre dünya üzerinde 111 ülkede aile hekimliğı sistemi bulunmakta olup bu sayı dünya nüfusunun yüzde 90’ını kapsamaktadır (<https://www.globalfamilydoctor.com/AboutWonca/brief.aspx>, Erişim tarihi: 06 Mayıs 2025). Türkiye’de aile hekiminin görev ve sorumlulukları 25 Ocak 2013 tarihli ve 28539 sayılı Resmi Gazetede yayınlanan yönetmelikle son hali düzenlenmiştir. Aile hekimliğı yönetmeliğine göre aile hekiminin görev, yetki ve sorumlulukları (T.C. Resmî Gazete, 25 Ocak 2013, Sayı:28539);

a) AH, bulunduğu aile sağliğı merkezinin yönetimini üstlenmek, çalışma ekibini denetlemek ve onların mesleki gelişimlerini sağlamakla sorumludur. Ayrıca, Bakanlık ve Kurum tarafından belirlenen özel sağliq programları çerçevesinde, bireylere yönelik sağliq hizmetlerini etkili bir şekilde sunma görevini de yerine getirmelidir.

- b) AH kendisine kayıtlı bireyleri bütüncül bir perspektiften değerlendirerek koruyucu, tedavi edici ve rehabilitasyon hizmetlerini ekip çalışmasıyla sunma görevini üstlenir.
- c) Görev yaptığı aile hekimliği biriminin sorumluluk alanında ihtiyaç olan sağlık hizmetinin organizasyonunda aile hekimliği biriminin bağlı bulunduğu toplum sağlığı merkezi veya ilçe sağlık müdürlüğü ile iş birliği yapmak.
- ç) Görev yaptığı sırada karşılaştığı toplum ve çevre sağlığı ile ilgili durumları bağlı bulunduğu toplum sağlığı merkezine veya ilçe sağlık müdürlüğüne bildirimde bulunmak.
- d) Aile hekimliği birimine kayıtlı bireylerin ilk muayenelerini yapmak üzere altı ay içinde ikametlerinde ziyaret etmek veya bu kişiler ile iletişime geçmek.
- e) Bireysel koruyucu sağlık hizmetlerine ek olarak birinci basamak tanı, tedavi, rehabilitasyon ve sağlık danışmanlığı hizmetlerini vermek.
- f) Sağlıkla ilgili olarak aile hekimliği birimine bağlı bireylere rehberlik etmek, sağlığı geliştirici ve koruyucu hizmetlerin yanı sıra anne ve çocuk sağlığı ile üreme sağlığı hizmetlerini sağlamak.
- g) Aile hekimliği birimine kayıtlı her bireyi yılda bir kez muayene etmek.
- ğ) Aile hekimliği birimine bağlı bireylerin yaş, cinsiyet ve hastalık kategorilerine dayalı olarak izleme ve tarama süreçlerini yürütmek (örneğin, kanser, kronik hastalıklar, hamilelik, doğum sonrası, yeni doğan, bebek, çocuk sağlığı, ergenlik dönemi, yetişkin ve yaşlı sağlığı gibi).
- h) Evde izlenmesi gereken engelli, yaşlı ve yatalak bireylere, evde veya gezici sağlık hizmetleri sunulurken, kişiye özel koruyucu sağlık hizmetleri ve birinci basamak tanı, tedavi, rehabilitasyon ile sağlık danışmanlığı hizmetlerini vermek.
- ı) Aile sağlığı merkezi koşullarında teşhis veya tedavisi mümkün olmayan hastaları dış merkeze sevkini gerçekleştirmek, sonrasında bu kişilerin muayene, tetkik, tanı, tedavi ve yatış verilerini değerlendirmek; ayrıca, ikinci ve üçüncü basamak tedavi ile rehabilitasyon hizmetleri ve evde sağlık hizmetlerinin organizasyonunu sağlamak.

- i) Tetkik hizmetlerinin sunulmasını sağlamak veya bu hizmetleri doğrudan vermek.
- j) Sunulan hizmetlere ilişkin sağlık verilerini kayıt altına almak ve gerekli bildirimleri gerçekleştirmek.
- k) Gerekli durumlarda hastayı izleyerek tetkik ve tedavi süreçlerini yürütmek.
- l) Entegre sağlık hizmetinin verildiği merkezlerde ihtiyaç halinde hastanın yatırılarak tetkik ve tedavisinin gerçekleştirilmesi.
- m) İlgili mevzuat çerçevesinde, birinci basamak sağlık kurumları ve resmi tabiplerce bireylere yönelik olarak düzenlenmesi gereken sağlık raporları, sevk evrakları, reçeteler ve diğer belgeleri oluşturmak.
- n) Kurum tarafından belirlenen konularda hizmet içi eğitimlere katılmak.
- o) Kurum tarafından ve ilgili yasal düzenlemeler çerçevesinde verilen diğer görevleri yerine getirmek.

2.2. Tükenmişlik Sendromu

2.2.1. Tükenmişlik tanımı

Türk dil kurumu tükenmişlik kelimesini “Gücünü yitirmiş olma, çaba göstermeme durumu” şeklinde tarif etmektedir (<https://sozluk.gov.tr/>, Erişim tarihi:06 Mayıs 2025). Tükenmişlik terimi 1974 yılında Freudenberg tarafından bir bireyin üzerindeki bunaltıcı taleplerden kaynaklanan bir kişinin kendini enerjisiz hissetmesi, başarısızlık hissi veya bitkinlik hali olarak tanımlanır (Freudenberg, 1974).

Maslach tükenmişlik sendromunu, bir iş ortamında çalışan kişiler arasında ortaya çıkabilen duygusal dışlanma, duyarsızlaşma ve azalmış kişisel başarıyla kendini gösteren psikolojik bir sendrom olarak tanımlamaktadır. Tükenmişlik sendromunun üçayağı olan DT, DY ve KB birbirinden ayrı durumlar olmayıp etkileşim halinde olan durumlardır. Bu tanımlamadan yola çıkarak Maslach tükenmişlik sendromunun araştırılmasında dünyada en çok kullanılan ölçeklerden biri olan Maslach tükenmişlik ölçeğini (MTÖ) geliştirmiştir. Bu ölçekle tükenmişlik sendromunun üç ayağı olan DT,

DY ve KB'nin azalması ile ilgili ayrı ayrı veriler sağlamaktadır (Maslach, 1982; Maslach, 1993).

Duygusal tükenmede birey kendi yorgun, yaşam enerjisi azalmış ve duygusal olarak yıpranmış hisseder. Bu kişi için ertesi gün tekrar aynı işte çalışmak zorunda olması anksiyete nedenidir (Maslach ve ark., 2001).

Duyarsızlaşmada, birey hizmet sunduğu kişilere karşı birer insan olduklarını düşünmeksizin duygudan yoksun tavır ve eylemlerde bulunması ile kendini gösterir. Kişi, insani değerlerden kopmuş, küçümseyici, alaycı, sert, hissiz ve umursamaz bir tavır sergilemektedir (Leiter ve Maslach, 1988).

Maslach'ın tükenmişlik sendromunun tanımındaki üçüncü ve son ayağı olan kişisel başarı hissindeki azalma kavramında ise kişi sürekli olarak çalıştığı işle ilgili yeterliliğini sorgular, gün be gün çalıştığı işteki başarısının azaldığını düşünür. Kişi çabalarının bir işe yaramadığını kendisine veya çevresine faydalı olamadığını düşünerek çalışma motivasyonu sürekli düşer (Leiter ve Maslach, 1988).

Tükenmişliğin bu üç ayağı birbirinden bağımsız olmayıp birbirleriyle etkileşebilmelerinin yanında, bireylerde aynı anda farklı şiddetlerde görülebilir. Pek çok araştırmacı tükenmişlik sendromunun üç boyutu da kabul görmekte olup, genel olarak sendromun çekirdeğini duygusal tükenmişliğin oluşturduğu ve kişisel başarı hissindeki azalma ile duyarsızlaşmanın buna eşlik ettiği düşünülmektedir (Ergin, 1993).

2.2.2. Tıbbi kavram olarak tükenmişlik tanımı

Tıbbi bir kavram olarak tükenmişlik sendromu Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün geliştirdiği ve 1994 yılında yürürlüğe soktuğu, ülkemizde de 2005 yılından itibaren uygulanan hastalık sınıflandırma sistemi olan ICD-10 (International Classification of Disease) a göre Z73.0 (tükenmişlik sendromu) olarak tanımlanmıştır (<https://icd.who.int/browse10/2019/en#/Z73.0>, Erişim tarihi: 06 Mayıs 2025). DSÖ'nün 2022 yılında yürürlüğe soktuğu ancak ülkemizde kullanılmaya henüz başlanmayan ICD-11 sürümünde ise hastalığa QD85 kodu verilmiştir. ICD-11'de QD85 koduyla tanımlanan tükenmişlik sendromu, başarılı bir şekilde yönetilemeyen

kronik işyeri stresinden kaynaklanan bir sendrom olarak belirtilir. Üç boyutla karakterize edilir; bunlar enerji tükenmesi veya bitkinlik hissi, kişinin işinden zihinsel olarak uzaklaşması veya kişinin işiyle ilgili olumsuzluk veya alaycılık hissi ve etkisizlik ve başarısızlık hissidir. Tükenmişlik sendromu, özellikle mesleki bağlamdaki olguları ifade eder ve yaşamın diğer alanlarındaki deneyimleri tanımlamak için kullanılmamalıdır (<https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/en#129180281>, Erişim tarihi:06 Mayıs 2025).

Psikiyatri uzmanlarının çoğunluğu tarafından psikiyatrik hastalıkların tanısında en önemli kaynaklardan biri olarak kabul edilen Amerikan Psikiyatri Birliği Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabının (DSM-5) 2013 yılında yayınlanan son baskısında önceki baskılarında olduğu gibi tükenmişlik sendromuna yer verilmemiştir (Sorias, 2011).

2.2.3.Tükenmişlik sendromunun ayırıcı tanısı

Tükenmişlik sendromuyla en çok karıştırılan durumlar iş stresi, depresyon ve iş tatminsizliğini sayabiliriz. Ancak bu kavramlarla tükenmişlik sendromunu ayıran keskin sınırlar yoktur (Maslach ve arkadaşları (ark)asm, 1993).

2.2.4. Tükenmişlik sendromunun evreleri

Tükenmişlik sendromunun gelişimi dört evreye ayrılmıştır. Tükenmişlik sendromunun evreleri yakalanan hastaların süreç içerisinde bir evreden diğerine geçecek şekilde keskin sınırlarla ayrılmamış olup evrelemenin amacı tükenmişliğin ilerlemesini değerlendirebilmekte kolaylık sağlamaktır (Kaçmaz, 2005).

Birinci evre şevk ve coşku evresi olarak tanımlanmıştır. Bu evrede çalışan yüksek enerji ve umutla birlikte işini hayatının en önemli noktası olarak görür. İş ile ilgili gerçekçi olmayan hayaller kurar. Kişi gerek kendisini gerekse kendine sosyal anlamda ihtiyacı olan kişileri ihmal eder.

İkinci evre olan durağanlaşma evresinde çalışanın enerjisinde ve umutlarında azalma başlar. Kişi kendini ve işini sorgulamaya başlar. Emeğinin karşılığını alamadığını düşünür.

Üçüncü evre olan engelleme evresinde insanlara hizmet vermek, mesleğinde ilerlemek gibi umutlarla işe başlayan çalışan bu amaçlarını gerçekleştirebilmesine engel olarak hizmet verdiği insanları, çalışma arkadaşlarını, olumsuz çalışma koşullarını veya toptan sistemi sorumlu tutabilir. Ancak bunları değiştirmenin zor olduğunu anlayarak engellenmişlik duygusu yaşar. Bu aşamadan sonra önünde üç seçenek vardır. Bunlar esnek savunma ve mücadele etme stratejileri oluşturup harekete geçme, sağlıklı savunma davranışları ve başa çıkma stratejileri uygulayarak tükenmişliği ilerletme ve durumdan kendini çekme veya kaçınmadır.

Dördüncü evre olan umutsuzluk evresinde birey artık işini sadece ekonomik ve sosyal güvence için yapmaktadır. İş kendine umutsuzluk ve sıkıntı vermektedir. Duygusal olarak kopuş yaşamış olup geleceğe karşı derin bir umutsuzluk içindedir (Düzyürek ve Ünlüoğlu, 1992; Gül ve ark., 2014).

2.2.5. Tükenmişlik sendromunun nedenleri ve etki eden faktörler

Yapılan pek çok çalışma tükenmişlik sendromunun nedenlerinin yaş, cinsiyet, medeni durum, çocuk sayısı gibi bireysel faktörlerden tutun da bireyin içinde yaşadığı toplumsal yapıdan ve çalıştığı iş ortamı gibi pek çok değişkenlerden etkilendiği bulunmuştur. Temelde tükenmişlik sendromunun nedenlerini bireysel ve örgütsel faktörler olarak ayırabiliriz (Okutan, 2010).

2.2.5.1. Bireysel faktörler

Bireysel faktörler, kişinin çalışma ortamına ait özellikler dışında kalan ve demografik özellikleri ve kişilik yapısından kaynaklanan ve tükenmeye sebep olan konulardır (Polatçı, 2007).

Yaş; yapılan çalışmalarda, kişilerin demografik özellikleri arasında tükenmişlik sendromuyla en tutarlı ilişkisi olan faktör olduğu tespit edilmiştir. Genç yaşta olan bireylerin tükenmişliğe sürüklenmeleri daha fazla ve daha hızlı olmaktadır. İş hayatına yeni başlayan genç bireylerin kariyerleri ve gelecekleri ile ilgili ulaşılması zaman ve emek isteyen hedefleri bulunur. Hedeflerine en kısa zamanda ulaşma düşüncesi ile bütün enerjilerini işlerine veren genç bireyler hedeflerine ulaşamadıklarında hayal kırıklığına uğrar, enerjileri azalarak tükenmişliğe sürüklenme olasılığı daha fazladır (Ergin,1992; Maslach ve ark., 2001).

Cinsiyet; tükenmişlik sendromuna etkisi bakımından tartışmalı bir faktördür. Yapılan çalışmalara bakıldığında bu çalışmaların bir kısmında erkek cinsiyetin tükenmişliğe yatkın olduğu bulunmuşken bir kısmında da kadın cinsiyetin daha yatkın olduğu bulunmuştur (Ardıç ve Polatçı, 2008). Araştırmaların cinsiyet farklılığı ile anlamlı ortak bulguları ise kadınların DT boyutunda, erkeklerin ise DY boyutunda bir miktar daha fazla puan aldıkları görülmüştür (Maslach ve ark., 2001).

Medeni durum faktörü incelendiğinde bekar bireylerin evli veya boşanmış bireylerle kıyaslandığında tükenmişliğe daha yatkın olduğu anlaşılmıştır (Maslach ve Jackson, 1981). Bunun nedeni olarak evli erkeklerin yaşamdan aldıkları doyumun bekarlara göre daha fazla olduğu, evli bireylerin sosyal ilişkiler ve insan ilişkilerinde oluşabilecek sorunların üstesinden gelebilme konusunda daha tecrübeli olması gösterilmektedir (Maslach ve ark., 2001).

Çocuk sahibi olmanın kendi başına da olsa güçlü bir sosyal destek olduğunu bununda bireyi hem tükenmişliğe karşı koruduğunu hem de tükenmişliğe karşı tedavi edici bir faktör olduğu görülmüştür (Greenglass ve ark., 2001). Çocuk sahibi olmak bireylerin sevgi, kabul göreme gibi duygusal ihtiyaçlarını karşılamada önemli bir faktördür (Maraşlı, 2005).

Eğitim düzeyi ile tükenmişlik sendromu arasındaki bağlantı net değildir. Araştırmaların büyük kısmında yüksek eğitim seviyesine sahip olan bireylerde eğitim seviyesi düşük bireylere oranla daha fazla tükenmişlik tespit edilmiştir. Ancak bu verinin nasıl değerlendirileceği net değildir. Eğitim düzeyi bireyin çalıştığı işi, bu iş yerindeki konumunu ve buna bağlı olarak üstlendiği sorumluluğu da etkilemektedir. Ayrıca eğitim düzeyi yüksek olan kişilerin işi ile ilgili kişisel beklentileri daha yüksek olup bu beklentiler karşılanmadığında tükenmişliğe doğru gitmeleri mümkündür (Maslach ve ark., 2001).

Kişilik yapısı tükenmişlik sendromunda etkili faktörlerden biridir. Temel bilimsel çalışmaların çoğunda Friedman ve Rosenman'ın geliştirdiği A tipi ve B tipi olarak ikiye ayrılan kişilik sınıflandırması kullanılmaktadır. A tipi kişiliğe sahip bireyler gergin, tez canlı, sosyal etkileşimleri düşük, işkolik, hızlıca başarı elde etmeyi hedefleyen sabırsız kişilerdir. B tipi kişiliğe sahip bireyler ise daha sakin, daha ölçülü, daha az rekabetçi ve daha soğukkanlı bireyler olarak tanımlanmaktadır (Üzüm ve Şenol, 2020). Tip A kişilik yapısındaki bireyler Tip B kişilik yapısındaki bireylere

kıyasla kişilik yapılarının açıklamasından da anlaşılacağı üzere strese daha yatkın olmalarından dolayı tükenmişlik yaşamaları daha sık görülür (Maslach ve ark., 2001).

2.2.5.2. Örgütsel faktörler

Maslach ve Leitter yaptıkları çalışmada bireyleri tükenmişliğe iten önemli faktörlerden birinin de örgütsel (iş yeri) kaynaklı olduğunu ve değişmesi gerekenin bireyin kendisinden çok iş yeri ile ilgili faktörlerin olması gerektiğini belirtmişlerdir (Maslach ve Leitter, 2005). Örgütsel faktörleri iş yükü, kontrol, ödül, aidiyet, adalet ve değerler şeklinde sayabiliriz (Maslach ve Leitter, 2016).

İş yükü örgütsel faktörler içinde en sık görülen tükenmişlik nedenidir. İş yükünün fazla olması yapılacak olan işin olması gereken makul süreden daha kısa sürede yapılmasının istenmesi veya yapılması istenen işe göre çalışanın niteliklerinin uygun olmaması şeklinde tariflenebilir. Maslach ve Leitter'in oluşturduğu modelde aşırı iş yükünün yanında az iş yükünde bireyi tükenmişliğe sürükleyebileceği belirtilmiştir (Leitter, 2003).

Kontrol, kişinin çalıştığı işin yapılma şekli ile ilgili her aşamada inisiyatif sahibi olması olarak tanımlanır. Yapılan iş üzerindeki kontrolün azalması kişi üzerinde işinden uzaklaşma, monotonlaşma ve sonuçta kişide tükenmişliğin ortaya çıkmasına neden olur (Maslach ve ark., 2001).

Ödül, kişinin çalışma hayatında gösterdiği performans karşılığında maddi veya manevi şekilde takdir edilmesidir. Ödüllendirilme bireyin yaptığı işte kendini başarılı hissetmesini, etrafındakiler tarafından fark edildiğini ve iş yerine olumlu katkılarda bulunduğunu hissettirir. İş ile alakalı motivasyonu artar ve tükenmişlikten uzaklaşır (Maslach ve ark., 2001).

Aidiyet (birlik) hissi sosyal bir canlı olan insan için önem arz eder. Bireyler bir topluluğun içinde olma ve topluluk içindeki diğer bireylerle iletişim kurma ihtiyacı hissederler. Bireyler içinde bulundukları topluluktaki insanlara güvenmek, dayanışma içinde olmak ve iyi iletişimde bulunmak ister. Bireylerle çalışma arkadaşları arasında desteğin olmaması, kişiler arası güven eksikliği veya iş ortamında süregelen çatışma ortamı varlığında tükenmişlik riski yükselir (Laschinger ve ark., 2012).

Adalet, bireyin iş yerinde alınan kararların bütün çalışma arkadaşları ile birlikte açık, istikrarlı ve eşit biçimde alındığını hissetmesidir. Adalet duygusunun bozulması kişiyi tükenmişliğe yönlendirir (Leitter, 2003).

2.2.6. Tükenmişlik sendromunun belirtileri

Tükenmişlik sendromuna yakalanan kişi kendini negatif yönde etkileyen faktörlere uzun süre maruz kalmasından dolayı giderek şiddetlenen farklı semptomlar gösterebilir veya etrafına olumsuz davranışlarda bulunabilir. Bu semptomları fiziksel, duygusal ve davranışsal olarak ayırabiliriz (Beyoğlu ve ark., 2022).

2.2.6.1. Tükenmişlik sendromunun fiziksel belirtileri

Tükenmişlik sendromu, hastalığın erken aşamalarında sürekli yorgunluk hissi, uyku bozuklukları, çalışma konusunda isteksizlik gibi fiziksel semptomlar görülebilmektedir. İlerleyen dönemlerde aşırı yeme veya iştahsızlıktan dolayı kilo kaybı veya obezite gelişebilir. Birey vücudtaki lokalizasyonu ve şiddeti değişkenlik gösteren ve şekli tanımlanamayan ağrılar tarifleyebilir. Gastrointestinal sisteminde etkilenmesinden dolayı karın ağrısı, konstipasyon ve meteorizm sık görülmektedir (Schaufeli ve Enzmann, 1998).

2.2.6.2. Tükenmişlik sendromunun duygusal belirtileri

Tükenmişlik sendromunun duygusal belirtileri davranışsal veya fiziksel semptomlara göre daha siliktir bu nedenden dolayı bireyin yakın çevresinin duygusal değişimi fark etmesi zordur. Birey işi ile ilgili aklında bulunan hedeflere ulaşamayınca kendini yetersiz hissedebilir, çalışma arkadaşları veya amirleri tarafından tarafından engellendiği hissine kapılabilir. İş yerinde konumu veya iş tanımı belirli olmayan kişilerin kaygı hissi ortaya çıkabilir. Bireysel düzeyde, umutsuzluk, ağlamaklı ve depresif bir ruh hali gözlemlenebilir. Duygu durumunda ani değişiklikler görülebilir. Duygusal kontrol zayıflamış olabilir. Bunun sonucunda anlaşılabilir korkular, endişe ve gerginlik görülebilir. Kişiler arası ilişkilerde tükenmiş birey huzursuz, aşırı duyarlı ya da ilgisiz olabilir ve hizmet sunduğu kişilere karşı daha az empati gösterir (Schaufeli ve Enzmann, 1998).

2.2.6.3. Tükenmişlik sendromunun davranışsal belirtileri

Fiziksel hareketlikte artış, işine odaklanamama ve hemen aklına geldiği şekilde davranma görülebileceği gibi yapılması gereken işi sürüncemede bırakma, şüphe ve kararsızlık görülebilir (Schaufeli ve Enzmann, 1998).

Bireyler arası ilişkiler bağlamında iki ayrı model tanımlanmaktadır. Birincisinde, agresif ve zorlayıcı tutumlara yatkınlık söz konusudur. Beklenmedik öfke patlamaları ve insan ilişkilerinde çatışmalar yaşanabilir. Diğer modelde ise, kişi içine kapanma ve sosyal ortamdan uzaklaşma görülebilir. En dikkat çekici belirtilerden biri, insanlarla iletişim kurmaktan kaçınmaktır. Tükenmiş birey, donuk ve yapay davranışlar ortaya koyar. Buna ek olarak, hızlı ve anlaşılması güç konuşma gibi psikolojik kaçınma yöntemlerine de başvurur. Bireyin umutsuzluk, çaresizlik ve hayatın anlamsızlığına dair tepkileri, sözlü ya da sözsüz yollarla ortaya çıkabilir. Tükenmişlik yaşayan birey iş arkadaşları ve yöneticileri dışında, eşi ve çocuklarıyla da karşılıklı anlaşmazlıklar yaşayabilir (Schaufeli ve Enzmann, 1998).

Örgütsel düzeyde tükenmişlik, verimlilik düşüşü, zayıf iş performansı ve düşük üretkenlik gibi belirtilerle ortaya çıkar. İş performansında hem kalite hem de miktar düşer, işler gerektiği gibi yapılmaz ve hata oranı artar. Ayrıca işten ayrılma, işe geç kalma, hastalık nedeniyle devamsızlık gibi davranışlar kişinin işine olan bağlılığının azaldığını gösterir. Bu tür tutumlar, adaletsizlik ve kırılabilirlik hissiyatından doğar. Sürekli saate bakma, birinin sürekli denetimine gereksinim duyma, şüphelilik ve değişime karşı aşırı direnç işe bağlılıkta azalmayı işaret eder (Schaufeli ve Enzmann, 1998).

2.2.7. Tükenmişlik sendromunun sonuçları

Tükenmişlik sendromu yaşayan kişi içsel olarak yaşadığı negatif durumları ailesine, yakın çevresine ve çalışma ortamına yansıtmaya başlar (Maslach ve Jackson, 1981). İş yeri açısından tükenmişlik sendromunun bireyin iş doyumundaki azalma, çalışanların performanslarının azalması, mesai saatlerine uyumun azalması, bireysel ve kurumsal sağlık harcamalarında artma, deneyimli personelin emekli olmak istemesi, iş yerinden istifaların artması gibi sonuçları olabilir (Kazu ve Yıldırım, 2021).

2.2.7.1. Tükenmişlik sendromunun bireysel sonuçları

Tükenmişlik sendromu yaşayan birey halsizlik, yorgunluk, yeme bozuklukları, uyku bozukluğu gibi fiziksel sorunların yanında duygusal olarak değersiz hissetme, öfke nöbetleri, dikkat eksikliği ve karar vermede güçlük çekme gibi sorunlar ortaya çıkabilir. Bundan anlaşılabileceği gibi tükenmişliğin belirtileri, sonuçları olarak da yorumlanabilir (Ardıç ve Polatçı, 2008). Tükenmişliğin fiziksel ve psikolojik sonuçlarını yaşayan bireyler bu durumun üstesinden gelebilmek için psikiyatrik yardım isteyebilir. Tükenmişlik sendromu içerisindeki bireyler sigara, alkol veya yasadışı madde kullanımına normal bireylerden daha yatkındır. Bireyin yaşadığı fiziksel ve ruhsal çökkünlükten uzaklaşmak için başvurduğu bu bağımlılıklar tükenmişliği dahada arttırmaktadır (Angerer, 2003).

2.2.7.2. Tükenmişlik sendromunun çalışma ortamındaki sonuçları

Çalışanın iş yerinde maruz kaldığı aşırı iş yükü, takdir görmeme, mobbinge maruz kalma, kariyer kaygısı gibi stres kaynakları bireyin kendisinde olduğu gibi iş yerine de yansımaları olacaktır. Tükenmişlik yaşayan çalışanda motivasyon kaybı yaşama, çalışma performansının düşmesi, ekip olarak uyumlu çalışamama, mesai saatlerine uyumama, hizmet kalitesinde azalma, gerek çalışma arkadaşlarına gerekse hizmet verdiği bireylere yönelik olumsuz tutumlarda bulunma ve iş tatmininin azalması gibi durumlar yaşanabilir. Yaşanan bu olumsuzlukların sonucu olarak da çalışan iş değişikliği, istifa veya emeklilik yollarından birini kullanarak iş den ayrılmak zorunda kalabilir (Ardıç ve Polatçı, 2008; Sürgevil-Dalkılıç, 2014).

2.2.8. Tükenmişliği engelleme ve tükenmişlikle başa çıkma

Tükenmişlik sendromu bireysel, iş yeri ile alakalı veya genel olarak çalışma sistemiyle alakalı faktörlerin farklı düzeylerde bir araya gelmesiyle ortaya çıkar. Bu nedenden dolayı tükenmişliği engellemek veya tükenmişlikle başa çıkmak için bireysel ve iş yeri ile alakalı adımlar birlikte atılmalıdır (Kaçmaz, 2005).

2.2.8.1. Bireysel olarak yapılması gerekenler

Çalışanın tükenmişliği engellemesi ve bu durumla başa çıkabilmesi için bireysel olarak yapılması gerekenler aşağıda sıralanmıştır (Kaçmaz, 2005);

- Birey işe başlamadan önce birey iş yerinin çalışma sistemini, yapacağı işin tanımını, iş yerinde kendinden tam olarak ne beklediğini, işyerinin fiziksel koşulları, çalışma saatleri, alacağı ücret gibi bilgilere tam olarak sahip olmalı.
- Birey kendi bilgisinin, yeteneklerinin, yetki ve sorumluluklarının sınırlarını bilmelidir. İşveren, amir veya hizmet verdiği kişilerde dahil kendinden daha fazlası istense de çalışma hayatında bu sınırları zorlamamalı.
- Birey tükenmişliğin ne olduğunu ve belirtilerini bilmelidir. Bu belirtileri fark ettiğinde bu durumu ailesi, işveren, amir veya iş arkadaşları ile paylaşmalı gerekirse profesyonel yardım talep etmeli.
- Birey tükenmişlik seviyesine gelmişse düşünce sistemini, bakış açısını ve değerler sıralamasını değiştirmesi veya geliştirmesi gerekir. Mükemmel olmalıyım, herkes beni sevsin, her şeyin kontrolü bende olmalı, benden her isteneni yapmalıyım, kimseyi incitmemeliyim gibi mantıksız ve kendine zarar veren düşünceleri fark ederek bu düşünceleri değiştirmeli.
- Birey çalışma hayatındaki izin ve molaları kullanmalıdır. Kendinden istenilen işi yetiştiremediği veya başka bir bahaneden dolayı molaya çıkamamak veya izin kullanmamak doğru değildir.
- İş yerindeki rutin alışkanlıklar monotonluğa neden olacağı için işveren, amir veya iş arkadaşlarına fiziki ortam veya çalışma düzeni ile alakalı değişiklikler önerilmeli.
- Nefes alma ve gevşeme teknikleri uygulanabilir veya meditasyon yapılabilir. İş çıkışı, öğlen aralarında veya hafta sonları rahatlatıcı aktivitelerde bulunulmalı.
- Bireyin birlikte çalıştığı iş arkadaşları ile arasında adil bir iş bölümü yapılmış olması hem iş barışını güçlendirir hem de iş arkadaşları arasındaki dayanışmayı artırır. Çalışanlar aralarında sadece iş konusunda değil farklı konularda da sohbet etmeleri durumunda aralarındaki bağ kuvvetlenir daha sıcak bir çalışma ortamı oluşur. İş arkadaşları arasındaki sorunlar kronikleşmeden çözülmeli. Kıdemli çalışanlar işe yeni başlayanlar için doğru rol model olmalıdır.

- Birey iş dışında kalan vaktinde ailesine veya arkadaşlarına yakın olmalı onlarla vakit geçirmelidir. Bu sayede kişi kendinin değerli olduğunu takdir edildiğini hisseder.

2.2.8.2. Organizasyon düzeyinde yapılması gerekenler

Çalışanların görev ve yetkilerini tanımlayan yasal düzenlemelerin yapılarak yürürlüğe geçirilmesi gerekir. Demokratik, yetki ve sorumlulukların paylaşılmasına dayalı yönetim yaklaşımlarının benimsenmesi, sistemdeki ödüllendirme mekanizmalarının güçlendirilmesi, uzun mesai saatlerinin kısaltılması, düşük ücret sorunlarının çözülmesi, tatil ve sosyal etkinlik imkanlarının artırılması, ayrıca personel yetersizliği sorunlarının giderilmesi tükenmenin engellenmesi için önemli adımlar olacaktır (Kaçmaz, 2005).

İş yerinde çalışacak bütün personelin görev tanımlarının yazılı olarak açık ve net olmalıdır. İşe yeni başlayan kişi oryantasyon programına alınmalı ve çalışanın yapacağı işe uygun olup olmadığı değerlendirilmelidir. Çalışan ve yapacağı iş arasında uyumu sağlamak için yapılacak iş modifiye edilmeli, departmanların özelliklerine uygun donanımına sahip, yeterli sayıda personel çalıştırılmalı. Düzenli olarak ekip içinde toplantılar yapılmalı, çalışanların hepsinin görüş ve önerilerine önem verilmelidir. Yapılan toplantılar sonrasında uygun görülen öneriler hızlı bir şekilde hayata geçirilmelidir. İş ortamında ortaya çıkan sorunlar hızlı bir şekilde tüm boyutlarıyla değerlendirilerek kaynağında çözümlenmelidir. Çalışanların gereksinim duyduğu hizmet içi eğitim olanakları sağlanmalı, sistemdeki ödül kaynakları çoğaltılmalı, çalışanların bireysel ihtiyaçlarına önem verilmelidir (Kaçmaz, 2005).

Hoşgörülü, esnek, adaletli, katılımcı bir yönetim anlayışı ve dinleyen, değer veren bir yönetici, tükenmenin önlenmesi ve giderilmesinde son derece önemlidir (Kaçmaz, 2005).

2.2.9. Sağlık çalışanlarında tükenmişlik

Tükenmişlik, gönüllü sağlık çalışanları arasında görülen yorgunluk, hayal kırıklığı ve işi bırakmayla karakterize bir durumu tanımlamak için Freudenberger tarafından 1974 yılında tanımlanmıştır (Freudenberger, 1974; Freudenberger, 1975). Sağlık çalışanları, özellikle de doktorlar arasında tükenmişlik sıkça karşılaşılan bir durumdur. Yoğun iş temposu ve kısıtlı özgürlük, hekimleri tükenmişlik açısından riskli bir konuma taşır

(Charoentanyarak ve ark., 2020; McManus ve ark., 2011). Doktorlarda tükenmişlik görülmesinde; aşırı hasta yoğunluğu, düzensiz çalışma ortamı, hasta ve yakınlarının yetersiz bilinç düzeyiyle yüksek beklentileri, sistemsel aksaklıklar ve personel yetersizliği gibi çevresel etmenler ciddi rol oynamaktadır. Bu nedenlerle gelişen tükenmişlik durumu ile tıbbi müdahalelerde yapılan hatalar arasında güçlü bir bağlantı bulunmaktadır (Perez ve ark., 2017).

Aile hekimlerinin yüksek düzeyde tükenmişlik yaşadığı, üstelik bu sürecin tıp eğitimi döneminde başladığı belirtilmiştir (Güdük ve ark., 2005; Thomas ve ark., 1994). Avrupa'da aile hekimleri arasında tükenmişlik ve buna yol açan etmenleri inceleyen bir araştırmada, tükenmişliğin ortak bir problem olarak görüldüğü ve hekimlerin üçte ikisini etkilediği tespit edilmiştir (Soler ve ark., 2008).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu tez çalışması Sakarya il genelinde aile sağlığı merkezlerinde çalışan aile hekimlerinin tükenmişlik düzeyini ve buna etki eden faktörleri belirlemeye çalışan, tanımlayıcı kesitsel bir çalışmadır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Bu araştırma Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nda 2025 yılında yapılmıştır. Araştırma verileri anket formları kullanılarak 01/04/2025-31/05/2025 tarihleri arasında Sakarya il genelinde aile hekimi olarak görev yapan kişilerden toplanmıştır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Bu araştırmanın evreni Sakarya il genelinde aile sağlığı merkezlerinde görev yapan aile hekimleridir. Araştırmada evrenden örnekleme yapılmamış olup evrenin tamamına ulaşmak amaçlanmıştır. Araştırmanın yapıldığı dönemde Sakarya ilinde aile sağlığı merkezlerinde toplam 346 AH görev yapmaktaydı. 346 kişilik evrende %95 güven aralığı, %5 hata payı göz önüne alınarak en az 190 kişiye ulaşılması planlanmıştır. Toplamda 219 kişilik örneklem gurubuna ulaşılarak evrenin % 63.29 sine ulaşılmıştır.

3.4. Verilerin Toplanmasında Kullanılan Araçlar

Araştırmada veri toplama aracı olarak sosyodemografik bilgilerin alınacağı bölüm (EK-2), aile hekimlerini tükenmişliğe sürüklemesi muhtemel faktörlerin etkilerinin ölçüldüğü bölüm (EK-3) ve MTÖ içeren bölüm (EK-4)'den oluşan 3 ayrı anket formu kullanılmıştır.

Araştırma ekibi tarafından hazırlanan EK-2 ve EK-3 anket formlarının denemesi Hendek 1 No'lu ve Hendek 2 No'lu aile sağlığı merkezlerinde çalışan 11 aile hekimi ile yapıldı. Ön deneme sonrasında formlarda bulunan anket sorularında anlaşılabilirliği arttırmak için bazı değişiklikler yapıldı.

Hazırlanan anket formları ve gönüllü onam formu aile hekimlerine tez çalışması, anket formu ve gönüllü onam formu hakkında bilgilendirme yapılarak teslim edilmiş, anket formları aile hekimleri tarafından doldurulduğunda teslim alınmıştır. Teslim alınan

anket formlarında eksik yanıtların olup olmadığı araştırmacı tarafından kontrol edilmiş olup eksik yanıt bulunduğunda katılımcıya tamamlattırılmıştır.

3.4.1. Sosyodemografik bilgiler bölümü

Sosyodemografik veri formunda yaş, cinsiyet, medeni durum, çocuk sayısı, sigara kullanım durumu, kronik hastalığı olup olmadığı, ikamet yeri ve çalıştığı ASMnin kent merkezimi, ilçe merkezimi veya beldede mi olduğu, ünvanı, kaç yıldır aile hekimliği yaptığı, çalıştığı ASM'deki birim sayısı, ASM binasının mülkiyet durumu, işyeri hekimliği yapıp yapmadığı ve herhangi bir mesleki örgüte üyeliği ile ilgili toplamda 16 soru sorulmuştur (EK-2).

3.4.2. Aile hekimlerinin tükenmişlik durumuyla ilişkili olduğu düşünülen faktörlerin etkilerinin ölçüldüğü bölüm

Anketin ikinci bölümünde (EK-3) araştırmacılar tarafından hazırlanan cümlelerdeki durumların aile hekimlerinin tükenmişlik düzeyi ile ne ölçüde ilişkili olduğu belirlenmeye çalışıldı.

Anketin bu bölümündeki belirtmeler; maaşımın (hak edişimin) yeterli olduğunu düşünüyorum, cari gider ödemesinin yeterli olduğunu düşünüyorum, çalışma ortamımın fiziksel koşullarının yeterli olduğunu düşünüyorum, pozitif performans uygulamasını olumlu buluyorum, negatif performans uygulamasının olumlu buluyorum, hastalarımı ayırabildiğim vakti yeterli buluyorum, işimden arta kalan sürede kendime veya aileme yeterli vakit ayırabiliyorum, hasta veya hasta yakınları tarafından yeterince takdir ediliyorum, hasta ve yakınları tarafından hukuki/etik olarak uygunsuz isteklerle karşılaşıyorum, hasta ve yakınları tarafından sözlü şiddete maruz kalıyorum, hasta ve yakınları tarafından fiziksel şiddete maruz kalıyorum, üstlerimiz tarafından yeterince takdir ediliyorum, üstlerimiz tarafından mobbinge uğradığımı düşünüyorum, 1 KASIM 2024 tarihinden yürürlüğe giren Aile Hekimliği Sözleşme ve Ödeme yönetmeliğindeki değişiklikleri iş yaşamım açısından olumlu buluyorum şeklinde görüşler belirten 14 adet cümle verilmiştir (Ek-3). Katılımcının cümlelerin karşısındaki beş dairelerden Likert tipi ölçekleme yöntemi ile 1: Kesinlikle katılmıyorum, 2: Katılmıyorum, 3:Kararsızım, 4:Katılıyorum, 5:Kesinlikle katılıyorum şıklarından kendine uyan şıkkı işaretlemesi istenmiştir.

3.4.3. Maslach tükenmişlik ölçeği

Anketin üçüncü bölümünde MTÖ (EK-4) yer almaktadır. MTÖ 1981 yılında Maslach ve Jackson tarafından geliştirilmiştir. MTÖ orijinalinde 22 soru olup 7'li likert tipi ölçek kullanılmıştır. Ölçek sonucunda DT,DY ve KB ile ilgili hesaplanan puanlamalarda DT ve DY den yüksek puan alınması KB'da ise düşük puan alınması tükenmişliğe işaret eder (Maslach ve Jackson, 1981).

MTÖ'nin Türkçeye uyarlanması 1992 yılında Ergin tarafından yapılmıştır. Türkçe uyarlanmasında 22 soru olup cevaplarda 5'li likert tipi ölçek (0:hiçbir zaman, 1:nadiren, 2:bazen, 3:çoğu zaman, 4:her zaman) kullanılmıştır. MTÖ'de tükenmişliğin alt boyutları olan DT 9 soruda (1,2,3,6,8,13,14,16,20), DY 5 soruda (5,10,11,15,22) ve KB 8 soruda (4,7,9,12,17,18,19,21) değerlendirilmiştir.

DT alt ölçeğinin düzeyi hesaplanırken ilgili soruların sıklık puanları toplanır. 27 ve üzeri puan yüksek düzeyde, 17-26 (17 ve 26 dahil) arası puan orta düzeyde ve 16 ve altı puan düşük düzeyde DT göstergesidir.

DY alt ölçeğinin düzeyi hesaplanırken ilgili sayıların toplamı 13 ve üzeri puan yüksek düzeyde, 7-12 (7 ve 12 dahil) arası puan orta düzeyde DY ve 6 ve altı puan düşük düzeyde DY göstergesidir.

KB alt ölçeği hesaplanırken ilgili sayıların toplamı 21 ve altı puan yüksek düzeyde KB, 22-28 (22 ve 28 dahil) arası puan orta düzeyde KB ve 29 ve üzeri puan düşük düzeyde KB göstergesidir.

Bu puanlamaya göre bireyde tükenmişlik var veya yok değil tükenmişliğin düzeyi ölçülmeye çalışılmaktadır (Ergin, 1992) (Tablo 3.1).

Tablo 3.1. MTÖ'nin Ergin Tarafından Oluşturulan Türkiye Sağlık Personeli Normları Tükenmişlik Alt Boyutlarının Değer Aralıkları (Ergin, 1992'den kullanılmıştır)

Tükenmişlik Alt Boyutları	DÜŞÜK	ORTA	YÜKSEK
DT	16 ve altı	17-26 arası	27 ve üzeri
DY	6 ve altı	7-12	13 ve üzeri
KB	29 ve üzeri	22-28	21 ve altı

3.5. Araştırmanın Kısıtlılığı

Veri toplama aşamasında örneklemin tamamına ulaşılmaya çalışılmış ancak aile hekimlerinin bir kısmına resmi izin, mobil hizmet, eğitim ve aile hekimlerinin yoğun çalışma temposu gibi nedenlerden ulaşılmakta zorluk çekilmiştir.

Tükenmişliğe neden olabileceği düşünülen ve anket formunda sorulan faktörler zamana göre değişebilecek yapıda olduğundan bu faktörler verilerin alındığı zaman dilimi için geçerlidir.

3.6. İstatistiksel Analiz

Araştırma verisi “SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 27.0 (SPSS Inc, Chicago, IL)” aracılığıyla bilgisayar ortamına yüklendi ve değerlendirildi. Çalışmadan elde edilen verilerin istatistiksel değerlendirilmesinde kategorik veriler frekans ve yüzde olarak, sürekli veriler ise ortalama±standart sapma ve minimum (min)-maksimum (max) değerleri ile özetlenmiştir. Sürekli değişkenlerin normal dağılım gösterip göstermediği dört istatistiksel parametre değerlendirilerek karar verilmiştir.

Değişkenlerin normal dağılım gösterdiğini kanıtlamak için kurtosis (çarpıklık) ve kurtosis (basıklık) değerlerinin ölçümü sonucu +1 ile -1 arası değerler bulunması (Tabachnick ve Fidell, 2013), Skewness (çarpıklık) ve kurtosis (basıklık) değerlerinin standart hataya bölünmesi sonucu ortaya çıkan değerlerin 1,96 dan küçük bulunması, Kolmogorov-Smirnov testi sonucunun $p>0,005$ bulunması, histogram görselinde homojen dağılım gözlenip uç değerler bulunmaması şartlarına bakılır. Dört yöntemin en az üçünün sağlandığı durumlarda değişkenlerin normal dağılım gösterdiği kabul edilir. MTÖ alt ölçeklerinden DT ve KB verileri normal dağılım gösterirken DY alt ölçeği verilerinin normal dağılım göstermediği tespit edilmiştir.

Değişkenler üzerinde güvenilirlik analizleri yapılmış ve Maslach Tükenmişlik Ölçeğinin alt boyutlarının Cronbach's Alpha katsayıları: DT için 0,910; DY için 0,770; KB için 0,724 olarak hesaplanmıştır. Cronbach's Alpha katsayısı 0,7'nin üzeri güvenilir olarak kabul edilmektedir.

Yapılan analizler sonucunda normal dağılım gösteren ve güvenilir olduğu tespit edilen veriler bağımsız gruplar arasındaki ilişki bağımsız örneklem T testi ve tek yönlü ANOVA testleri ile değerlendirilmiştir. ANOVA testi sonucu anlamlı farklılık ($p<0,05$) olması durumunda çoklu karşılaştırmalar için post-hoc analizler yapılmıştır. ANOVA testinde varyanslar homojen dağılım gösteriyor Tukey ve Scheffe testi,

homojen dağılmıyorsa Games-Howell testi yapılmıştır. Post- hock analizlerinde $p<0,05$ anlamlı farklılık olarak kabul edilmiştir.

Yapılan analizler sonucunda güvenilirliği kanıtlanan ancak normal dağılım göstermediği tespit edilen veriler Mann-Witney U testi ve Kruskal Wallis testi kullanılmıştır. Mann-Witney U testi sonucu $p<0,05$ anlamlı kabul edilir. Kruskal Wallis testi sonucu $p<0.05$ ise Post- hock analiz için Games-Howell testi kullanılır ve $p<005$ anlamlı farklılık olarak kabul edilir.

Normal dağılım şartını sağlayan değişkenler arasındaki korelasyonu belirlemek için belirlerken Pearson, normal dağılım şartını sağlamayan değişkenler içinse Spearman korelasyon katsayısı hesaplanmıştır. Pearson ve Spearman korelasyon katsayılarının 0,00-0,25 arasında olması zayıf ilişki, 0,26-0,50 arasında olması orta düzeyde ilişki, 0,51-0,75 arasında olması güçlü ilişki, 0,76-1,00 arasında olması ise çok güçlü ilişki olarak yorumlanmıştır.

3.7. Tezin Bütçesi

Tezde kullanılan basılı materyaller için kağıt, toner, basım giderleri, ulaşım vb. harcanan tutar 10000Türk Lirası'dır. Bu tutar araştırmacı tarafından karşılanmıştır. Tez araştırmacı tarafından yürütüldüğü için insan gücü maliyetleri tezin bütçesi içerisinde hesaplanmamıştır.

3.8. Etik İzin

Araştırma, Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 19/03/2025 tarihinde alınan E-43012747-050.04-459106-160 numaralı izinle yürütülmüştür (Ek-1). Katılımcılara çalışmanın amacı, cevapların gizliliği ve verilerin kullanımıyla ilgili bilgiler verildikten sonra, gönüllü olan Sakarya il genelinde ASM'lerde görev yapan AH örnekleme dahil edilmiştir. Araştırma etiği çerçevesinde, katılımcıların isimleri kullanılmamıştır.

4. BULGULAR

4.1. Katılımcıların Sosyodemografik Verileri

Araştırmaya Sakarya il genelinde aile hekimi olarak görev yapan 346 aile hekiminden 219 (%63,29) kişi katılmıştır. Katılımcıların yaş ortalaması 43,96 $\pm$ 9,48 Standart Sapma (SS) yıldır. Katılımcıların yaş aralığı 25 ile 64 yıldır. Katılımcıların %62,1'i erkek, %37,9'u kadındır. Katılımcıların %79,9'u evli, %16,4'ü bekar ve %3,7'si dul veya boşanmış bireylerdir. Katılımcıların %74'ünün çocuğu olup %26'sının çocuğu bulunmamaktadır. Katılımcıların %25,1'i sigara kullanmaktayken %47,9'u hiç kullanmamış, %26,9'u kullanıp bırakmış. Katılımcıların %91,8'i kentsel, %8,2'si kırsal bölgede ikamet etmektedir (Tablo 4.1). Katılımcıların %32,9'unun tanısı konmuş kronik hastalığı bulunmaktadır (Şekil 4.1).

Tablo 4.1. Katılımcıların sosyodemografik verileri

Sosyodemografik Özellikler		Ort.	SS.	Min-Max
Yaş		43,96	$\pm$ 9,484	25-64
			n	%
Cinsiyet	Erkek		136	62,1
	Kadın		83	37,9
Medeni Durum	Evli		175	79,9
	Bekar		36	16,4
	Dul/Boşanmış		8	3,7
Yaş	$\leq$ 34		42	19,2
	35-44 Yaş Arası		71	32,4
	45-54 Yaş Arası		70	32,0
	$\geq$ 55		36	16,4
Çocuk Varlığı	Var		162	74
	Yok		57	26
Çocuk Sayısı	1		55	25,1
	2		79	36,1
	3		22	10,0
	$\geq$ 4		6	2,7
Sigara kullanımı	Evet Kullanıyorum		55	25,1
	Hayır Hiç Kullanmadım		105	47,9
	Kullanıp Bıaktım		59	26,9
İkamet Yeri	Kentsel		201	91,8
	Kırsal		18	8,2
Tanısı Konmuş Kronik Hastalık	Var		72	32,9
	Yok		147	67,1

Katılımcıların 30'unun hipertansiyon, 17'sinin diyabet, 10'unun astım, 10'unun hipertiroidi, 5'inin koroner arter hastalığı, 3'ünün hipotiroidi hastalığı ve 3'ünün irritabl barsak sendromu hastalığı bulunmaktadır. Ayrıca katılımcılar arasınca birer tane depresif davranış bozukluğu, ülseratif kolit, kronik hepatit B, epilepsi ve fibromiyalji hastası mevcuttur (Tablo 4.2).

Tablo 4.2. Katılımcıların kronik hastalıklarının istatistiksel dağılımı

Kronik hastalık adı	n	%
Hipertansiyon	39	17,8
Diyabetis Mellitus	17	7,8
Astım	10	4,6
Hipertiroidi	10	4,6
Hipotiroidi	4	1,8
Koroner Arter Hastalığı	5	2,3
İrritabl Barsak Sendromu	3	1,4
Fibromyalji	1	0,5
Epilepsi	1	0,5
Hepatit B	1	0,5
Ülseratif Kolit	1	0,5
Depressif Davranış Bozukluğu	1	0,5

n: Katılımcı sayısı; %: Yüzde

Çalışmaya alınan AH'lerinin %68,5'i pratisyen hekim, %16,9'u SAHU asistanı ve %14,6'sı AH uzmanıdır. Katılımcıların 105 (%47,9)'i AH'liği sistemi ülke genelinde uygulanmaya başladığından beri (15 yıl) aile hekimi olarak çalışmaktadır. Katılımcıların birlikte görev yaptığı ASÇ'larının 58 (%27)'i 15 yıldır aile hekimliği sisteminde çalışmaktadır. Katılımcıların %16'sı iş yeri hekimliği yapmaktadır. Katılımcıların 157 (%71,7)'sinin mesleki dernek veya sendika üyeliği mevcuttur (Tablo 4.3).

Tablo 4.3. Katılımcıların AH'liği sistemindeki deneyimi

		n	%
Ünvanı	Pratisyen Hekim	150	68,5
	SAHU Asistanı	37	16,9
	AH Uzmanı	32	14,6
AH Olarak Çalışılan Süre	0-5 yıl	32	14,6
	6-10 yıl	55	25,1
	11-15 yıl	132	60,3
ASÇ'larının AH'liği Sisteminde Çalıştığı Süre	0-5 yıl	83	37,9
	6-10 yıl	51	23,3
	11-15 yıl	85	38,8
İş Yeri Hekimliği yapma durumu	Evet	35	16,0
	Hayır	184	84,0
Meslek örgütü veya dernek üyeliği var mı	Evet	157	71,7
	Hayır	62	28,3

n: Katılımcı sayısı; %: Yüzde

Katılımcılar hangi derneğe üyesiniz sorusuna ağırlıklı 91 (%41,6)'i Sakarya aile hekimleri Derneği yanıtını vermiştir. Katılımcıların hangi sendikaya üyesiniz sorusuna karşı yanıtı ise ağırlıklı olarak 31 (%14,2)'ü Birlik ve Dayanışma Sendikası, 26 (%11,9)'sı Hekim Birliği Sendikası ve 20 (%9,1)'si Hekim-Sen sendikası şeklindedir (Tablo 4.4).

Tablo 4.4. Katılımcıların Dernek/Sendika Üyelik durumu

Dernek/Sendika adı	n	%
Sakarya Aile Hekimleri Derneği	91	41,6
TTB Sakarya Tabip Odası	25	11,4
Türkiye Aile Hekimleri Uzmanları Derneği	7	3,2
Birlik ve Dayanışma Sendikası	31	14,2
Hekimsen Sendikası	20	9,1
Hekim Birliği Sendikası	26	11,9
Tabip-Sen Sendikası	1	0,5
Türk Sağlık Sen Sendikası	3	1,4

n: Katılımcı sayısı; %: Yüzde

Katılımcıların görev yaptıkları ASM'lerinin %42,9'u il merkezinde, %50,7'si ilçe merkezinde ve %5,9'u beldede bulunmaktadır. Katılımcıların görev yaptığı ASM'lerinin mülkiyetleri %71,7 kamu binası, %28,3 özel şahsa ait kira şeklindedir. Katılımcıların AHB'leri ödeme yönetmeliğine göre %69,4'ü A grubu, %7,8'i B grubu, %2,3'ü C grubu, %15,5'i D grubu içinde olup %5'i herhangi bir sınıflamaya dahil değildir (Tablo 4.5).

Tablo 4.5. Katılımcıların görev yaptıkları ASM ve AHB'nin özellikleri

		n	%
Çalışılan ASM Yeri	İl Merkezi	94	42,9
	İlçe Merkezi	111	50,7
	Belde	13	5,9
Çalışılan ASM Mülkiyeti	Kamu Binası	157	71,7
	Şahıs (Kira)	62	28,3
	Şahıs (Kendimizin)	0	0
AH Biriminin Ödeme Yönetmeliğine Göre Ait Olduğu Grup	A Grubu	152	69,4
	B Grubu	17	7,8
	C Grubu	5	2,3
	D Grubu	34	15,5
	Sınıflama Dışı	11	5,0
ASM deki Birim Sayısı	1-5 Birim	137	62,6
	6-7 Birim	52	23,7
	8 Birim ve üstü	30	13,7

N: Katılımcı sayısı, %: Yüzde

4.2. Katılımcıların İş Hayatı ile İlgili Veriler**Tablo 4.6.** Katılımcıların çalışma yaşamını etkileyen ekonomik faktörler ile ilgili yanıtları

Anket Cümleleri	Kesinlikle Katılmıyorum		Katılmıyorum		Kararsızım		Katılıyorum		Kesinlikle Katılıyorum	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Maaşımın (hak edişimin) yeterli olduğunu düşünüyorum.	97	44,3	64	29,2	28	12,8	27	12,3	3	1,4
Cari gider ödemesinin yeterli olduğunu düşünüyorum.	112	51,1	45	20,5	27	12,3	30	13,7	5	2,3
Pozitif performans uygulamasını olumlu buluyorum.	107	48,9	33	15,1	45	20,5	28	12,8	6	2,7
Negatif performans uygulamasının olumlu buluyorum.	156	71,2	34	15,5	13	5,9	11	5,0	5	2,3
1 KASIM 2024 tarihinden yürürlüğe giren AH'liği Sözleşme ve Ödeme yönetmeliğindeki değişiklikleri iş yaşamım açısından olumlu buluyorum.	147	67,1	26	11,9	16	7,3	26	11,9	4	1,8

n: Katılımcı sayısı; %: Yüzde

Katılımcıların 161 (%73,5)'i maaşının yeterli olduğu konusunda olumsuz cevap verirken, 30 (%13,7)'u olumlu cevap vermiş ve 28 (%12,8)'i kararsız şeklinde cevap vermiştir (Tablo 4.6).

Katılımcıların 157 (%71,7)'si cari gider ödemesinin yeterli olduğu konusunda olumsuz cevap verirken, 35 (%16)'i olumlu cevap vermiş ve 27 (%12,3)'si kararsız şeklinde cevap vermiştir (Tablo 4.6).

Katılımcıların 140 (%63,9)'ı pozitif performans uygulaması için olumsuz, 34 (%15,5)'ü olumlu ve 45 (%20,5)'i kararsız şeklinde cevap vermiştir (Tablo 4.6).

Katılımcıların 190 (%86,8)'i negatif performans uygulaması için olumsuz, 16 (%7,3)'sı olumlu ve 13 (%5,9)'ü kararsız şeklinde cevap vermiştir (Tablo 4.6).

Katılımcıların 173 (%79,0)'ü 1 Kasım 2024 tarihinden yürürlüğe giren AH'liği Sözleşme ve Ödeme yönetmeliğindeki değişiklikleri iş yaşamım açısından olumlu buluyorum cümlesine olumsuz, 30 (%13,7)'u olumlu ve 16 (%7,3)'sı kararsız şeklinde cevap vermiştir (Tablo 4.6).

Katılımcıların 106 (%48,4)'sı işten arta kalan sürede kendilerine veya ailelerine yeterli vakit ayırabilme konusunda olumsuz, 53 (%24,2)'ü olumlu ve 60 (%27,4)'ı kararsız şeklinde cevap vermiştir (Tablo 4.7).

Katılımcıların 163 (%74,4)'ü hastalarına ayırabildiği vaktin yeterli olduğu konusunda olumsuz, 25 (%11,4)'i olumlu ve 31 (%14,2)'i kararsız şeklinde cevap vermiştir (Tablo 4.7).

Katılımcıların 82 (%37,4)'si hastalar veya refakatçileri tarafından sözlü şiddete maruz kalıyorum cümlesine olumsuz, 89 (40,6)'u olumlu ve 48 (21,9)'i kararsız şeklinde yanıt vermiştir (Tablo 4.7).

Katılımcıların 163 (%74,4)'ü hastalar veya refakatçileri tarafından fiziki şiddete maruz kalıyorum cümlesine olumsuz, 24 (%11,0)'ü olumlu ve 32 (%14,6)'si kararsız şeklinde cevap vermiştir (Tablo 4.7).

Katılımcıların 31 (%14,2)'i Hasta ve yakınları tarafından hukuki/etik olarak uygunsuz isteklerle karşılaşyorum cümlesine olumsuz, 164 (%74,9)'ü olumlu ve 24 (%11,0)'ü kararsız şeklinde cevap vermiştir (Tablo 4.7).

Katılımcıların 50 (%22,8)'si hasta veya hasta yakınları tarafından yeterince takdir edilme konusunda olumsuz, 89 (%40,6)'u olumlu ve 80 (%36,5)'i kararsız şeklinde cevap vermiştir (Tablo 4.7).

Katılımcıların 175 (%79,9)'i üstlerimiz tarafından yeterince takdir ediliyorum cümlesine olumsuz, 11 (%5,0)'i olumlu ve 33 (%15,1)'ü kararsız şeklinde cevap vermiştir (Tablo 4.7).

Tablo 4.7. Katılımcıların çalışma yaşamını etkileyen fiziki ve psikososyal faktörler ile ilgili yanıtları

Anket Cümleleri	Kesinlikle Katılmıyorum		Katılmıyorum		Kararsızım		Katılıyorum		Kesinlikle Katılıyorum	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
İşimden arta kalan sürede kendime veya aileme yeterli vakit ayırabiliyorum.	57	26,0	49	22,4	60	27,4	45	20,5	8	3,7
Hastalarımı ayırabildiğim vakti yeterli buluyorum.	109	49,8	54	24,7	31	14,2	22	10,0	3	1,4
Hasta ve yakınları tarafından sözlü şiddete maruz kalıyorum.	27	12,3	55	25,1	48	21,9	65	29,7	24	11,0
Hasta ve yakınları tarafından fiziksel şiddete maruz kalıyorum.	95	43,4	68	31,1	32	14,6	12	5,5	12	5,5
Hasta ve yakınları tarafından hukuki/etik olarak uygunsuz isteklerle karşılaşyorum.	12	5,5	19	8,7	24	11,0	87	39,7	77	35,2
Hasta veya hasta yakınları tarafından yeterince takdir ediliyorum.	20	9,1	30	13,7	80	36,5	69	31,5	20	9,1
Üstlerimiz tarafından yeterince takdir ediliyorum.	107	48,9	68	31,1	33	15,1	10	4,6	1	0,5
Üstlerimiz tarafından mobbinge uğradığımı düşünüyorum.	40	18,3	56	25,6	59	26,9	35	16,0	29	13,2

Çalışma ortamının fiziksel koşullarının yeterli olduğunu düşünüyorum.	55	25,1	66	30,1	42	19,2	45	20,5	11	5,0
---	----	------	----	------	----	------	----	------	----	-----

Katılımcıların 64 (%29,2)'ü üstlerimiz tarafından mobbinge uğradığımı düşünüyorum cümlesine olumlu, 96 (%43,8)'si olumsuz ve 59 (%26,9)'u kararsız şeklinde cevap vermiştir (Tablo 4.7).

Katılımcıların 121 (%55,3)'i çalışma ortamlarının fiziksel koşullarının yeterliliği konusunda olumsuz, 56 (%25,6)'sı olumlu ve 42 (%19,2)'si kararsız şeklinde cevap vermiştir (Tablo 4.7).

4.3. Maslach Tükenmişlik Ölçeği Verileri

Bu araştırma kapsamında yapılan normallik analizleri için MTÖ'nin alt ölçeklerinin kurtosis (basıklık) ve skewness (çarpıklık) değerleri hesaplanmıştır. DT, DY ve KB alt ölçeklerinin basıklık değerleri -1 ile +1 arasında hesaplanmıştır. Ancak duyarsızlaşma alt ölçeğinin standart hataya bölümü 1,9'un üzerinde çıkmıştır (Tablo 4.8). Her üç alt ölçeğin Kolmogorov-Smirnov testi sonucu $p < 0,05$ (veriler normal dağılım göstermiyor) tespit edilmiştir (Tablo 4.9). Her üç ölçeğin histogram verileri incelendiğinde uç veriye rastlanmamıştır. Bu dört istatistiksel yöntemin sonucunda DT ve KB alt ölçeklerinin verilerinin normal dağılım gösterdiği, DY ölçeğinin verilerinin normal dağılım göstermediği sonucuna varılmıştır.

Tablo 4.8. MTÖ'nin alt ölçeklerinin Kurtosis (basıklık) ve Skewness (çarpıklık) değerleri

MTÖ'nin alt ölçekleri	Skewness(çarpıklık) (Standart Hata)	Kurtosis(basıklık) (Standart Hata)
Duygusal tükenme	-0,088 (0,164)	-0,154 (0,327)
Duyarsızlaşma	+0,406 (0,164)	+0,213 (0,324)
Kişisel başarı hissinin azalması	-0,180 (0,164)	-0,181 (0,327)

Tablo 4.9. MTÖ alt ölçeklerinin Kolmogorov-Smirnov testi sonuçları

	DT	DY	KB
Kolmogorov-Smirnov	0,005	<0,001	0,003

Normal dağılım: $p > 0,05$

Çalışmamız sonucu elde edilen verilerin güvenilirlik analizleri yapıldığında MTÖ'nin alt ölçeklerinin Cronbach's Alpha sayıları: DT için 0,910; DY için 0,770; KB için 0,724 olarak hesaplanmıştır (Tablo 4.10).

Tablo 4.10. MTÖ'nin alt ölçeklerinin güvenilirlik analizi

MTÖ'nin alt ölçekleri	Cronbach's Alpha Değeri
Duygusal tükenme	0,910
Duyarsızlaşma	0,770
Kişisel başarı hissini azaltması	0,724

Cronbach's Alpha Değeri 0,7'nin üzeri güvenilir kabul edilir.

Katılımcılara uygulanan MTÖ'nin alt ölçekleri incelendiğinde DT alt ölçeği ortalama skoru $20,37 \pm 7,08$, DY alt ölçeği ortalama skoru $6,40 \pm 3,88$ ve KB alt ölçeği ortalama skoru $20,44 \pm 3,66$ ölçülmüştür. Katılımcıların almış olduğu minimum ve maksimum değerler DT alt ölçeğinde 0 ve 36, DY alt ölçeğinde 0 ve 18 ve KB alt ölçeğinde 11 ve 30'dur (Tablo 4.11).

Tablo 4.11. Katılımcılara uygulanan MTÖ'nin alt ölçeklerinin skorları

MTÖ'nin alt ölçekleri	Ort.	SS	Min.	Max.
DT	20,37	$\pm 7,08$	0	36
DY	6,40	$\pm 3,88$	0	18
KB	20,44	$\pm 3,66$	11	30

Ort: Ortalama; SS: Standart sapma; Min.: Minimum değer; Max: Maksimum değer,

MTÖ puanlarının Türkiye sağlık personeli normlarına göre yorumlandığında; DT alt ölçeğinde katılımcıların 40 (%18,3)'ü yüksek düzeyde, 113 (%51,6)'ü orta düzeyde ve 66 (%30,1)'si düşük düzeyde tükenmişlik durumundadır. DY alt ölçeğinde katılımcıların 16 (%7,3)'ü yüksek düzeyde, 84 (%34,4)'ü orta düzeyde ve 119 (%54,3)'ü düşük düzeyde tükenmişlik durumundadır. KB alt ölçeğinde katılımcıların 135 (%61,6)'i yüksek düzeyde, 82 (%37,4)'si orta düzeyde ve 12 (%0,9)'si düşük düzeyde tükenmişlik durumundadır (Tablo 4.12).

Tablo 4.12. Katılımcıların MTÖ puanlarının Türkiye Sağlık Personeli Normlarına göre sınıflandırılması

MTÖ'nin alt ölçekleri		n	%
DT	Yüksek düzey	40	18,3
	Orta düzey	113	51,6
	Düşük düze	66	30,1
DY	Yüksek düzey	16	7,3
	Orta düzey	84	38,4
	Düşük düze	119	54,3
KB	Yüksek düzey	135	61,6
	Orta düzey	82	37,4
	Düşük düze	2	0,9

n: Katılımcı sayısı; %: Yüzde

4.4. Sosyodemografik Veriler ile MTÖ Verilerinin Karşılaştırmaları

Katılımcıların cinsiyetleri ile MTÖ'nin DT ve KB alt ölçeklerinin verileri arasındaki değerlendirme bağımsız örneklem T testi, DY alt ölçeğinin verileri arasındaki ilişki ise Mann-Witney U testi aracılığıyla değerlendirildiğinde değişkenler arasında istatistiki açıdan anlamlı (DT $p=0,624$, DY $p=0,190$, KB $p=0,491$) bir ilişki ortaya konulamamıştır (Tablo 4.13).

Katılımcıların medeni durumları ile MTÖ'nin DT ve KB alt ölçeklerinin verileri tek yönlü Anova testi, DY alt ölçeğinin verileri ise Kruskall Wallis testi aracılığıyla değerlendirildiğinde değişkenler arasında istatistiki açıdan anlamlı (DT $p=0,077$, DY $p=0,290$, KB $p=0,465$) bir ilişki ortaya konulamamıştır (Tablo 4.13).

Katılımcıların çocuk sahibi olup olmamaları ile MTÖ'nin DT ve KB alt ölçeklerinin verileri bağımsız örneklem T testi, DY alt ölçeğinin verileri ise Mann-Witney U testi aracılığıyla değerlendirildiğinde değişkenler arasında istatistiki açıdan anlamlı (DT $p=0,068$, DY $p=0,580$, KB $p=0,558$) bir ilişki ortaya konulamamıştır (Tablo 4.13).

Katılımcıların çocuk sayıları ile MTÖ'nin DT ve KB alt ölçeklerinin verileri tek yönlü Anova testi, DY alt ölçeğinin verileri ise Kruskall Wallis testi aracılığıyla

değerlendirildiğinde değişkenler arasında istatistiki açıdan anlamlı (DT p=0,388, DY p=0,697, KB p=0,747) bir ilişki ortaya konulamamıştır (Tablo 4.13).

Tablo 4.13. Katılımcıların demografik özellikleri ile MTÖ puanlarının karşılaştırılması

	Maslach Tükenmişlik Ölçeği		
	DT	DY	KB
Cinsiyet(n=219)	Ort.±SS(Min-Max)	Ort.±SS(Min-Max)	Ort.±SS(Min-Max)
Erkek(n=136)	20,19 ±7,66	11,81±4,38	20,57±3,90
Kadın(n=83)	20,65±6,05	11,13±3,26	20,23±3,24
	P ¹ =0,624	P ² =0,190	P ¹ =0,491
Medeni Durum	DT	DY	KB
Evli (n=175)	20,45±7,15 (0-36)	6,35±3,86 (0-17)	20,57±3,67 (18-40)
Bekar (n=36)	19,0±6,49 (3-34)	5,97±3,25 (0-13)	19,75±3,55 (18-35)
Dul/Boşanmış (=8)	24,75±7,06 (16-36)	9,50±5,92 (2-18)	20,75±4,13 (24-38)
	P ³ =0,077	P ⁴ =0,290	P ³ =0,465
Çocuk Durumu	DT	DY	KB
Var (162)	20,88±6,93	6,48±3,96	20,52±3,72
Yok (57)	18,89±7,37	6,19±3,69	20,19±3,49
	P ¹ =0,068	P ² =0,580	P ¹ =0,558
Çocuk Sayısı	DT	DY	KB
1 çocuk (n=55)	20,96±6,96 (0-36)	6,35±3,70 (0-16)	20,11±3,62 (12-28)
2 çocuk (n=79)	21,18±6,74 (8-36)	6,76±3,80 (0-14)	20,65±3,92 (12-30)
3 çocuk (n=22)	20,27±6,84 (9-35)	5,41±3,67 (0-12)	20,91±2,89 (12-26)
4 çocuk (n=4)	20,50±9,32 (13-34)	9,50±9,32 (0-18)	20,25±6,23 (14-27)
5 çocuk (n=2)	14,50±14,84 (4-25)	4,50±6,36 (0-9)	23,50±0,70 (23-24)
	P ³ =0,388	P ⁴ =0,697	P ³ =0,747

n: Katılımcı sayısı; Ort: Ortalama; SS: Standart sapma; Min-Max: Minimum ve maksimum değerler; ¹: Bağımsız örneklem T testi; ²: Mann-Witney U testi, ³Tek yönlü Anova testi, ⁴: Kruskal Wallis testi ; p<0,05 anlamlı

Katılımcıların tanısı konmuş kronik hastalığının varlığı ile MTÖ DT alt ölçeğinin verileri bağımsız örneklem T testi kullanılarak karşılaştırıldığında kronik hastalığı olanların DT seviyeleri anlamlı şekilde yüksek tespit edilmiştir (p=0,047). DY ve KB alt ölçekleri ile kronik hastalık varlığı arasında anlamlı (DY p=0,328, KB p=0,708) bir ilişki ortaya konulamamıştır (Tablo 4.14).

Katılımcıların sigara kullanımıyla MTÖ'nin DY alt ölçeği arasında Kruskal Wallis testi aracılığıyla değerlendirildiğinde değişkenler arasında istatistiki açıdan anlamlı bir

ilişki saptandı. Yapılan post-hoc Games-Howell testi ile karşılaştırmalar sonucunda sigara kullananların DY seviyesi kullanmayan veya kullanıp bırakanlara göre anlamlı biçimde yüksek tespit edildi (DY $p=0,007$). Katılımcıların sigara kullanımıyla MTÖ'nin DT ve KB alt ölçekleri arasında tek yönlü Anova testi kullanılarak yapılan karşılaştırmada istatistiksel olarak anlamlı (DT $p=0,051$, KB $p=0,630$) bir ilişki ortaya konulamamıştır (Tablo 4.14).

Katılımcıların ikamet yeri ile MTÖ alt ölçeklerinin verileri Mann-Witney U testi ve bağımsız örneklem T testi kullanılarak karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı (DT $p=0,546$, DY $p=0,846$, KB $p=0,182$) bir ilişki tespit ortaya konulamamıştır (Tablo 4.14).

Tablo 4.14. Katılımcıların demografik özellikleri ile MTÖ puanlarının karşılaştırılması(devam)

	Maslach Tükenmişlik Ölçeği		
	DT	DY	KB
	Ort.±SS(Min-Max)	Ort.±SS(Min-Max)	Ort.±SS(Min-Max)
Tanısı konmuş kronik hastalık Tanısı konmuş kronik hastalık	DT	DY	KB
Var(n=72)	21,72±6,60	6,72±4,19	20,31±3,67
Yok(n=147)	19,70±7,24	6,76±3,73	20,50±3,67
	$P^1=0,047$	$P^2=0,328$	$P^1=0,708$
Sigara kullanımı	DT	DY	KB
Hiç kullanmadım (n=105)	19,43±7,43 (0-36)	5,85±3,63 (0-14)	20,66±3,80 (12-30)
Kullanıp bıraktım(n=59)	20,24±6,80 (3-35)	6,07±4,21 (0-17)	20,39±3,81 (11-28)
Hala kullanıyorum (n=55)	22,29±6,40 (10-36)	7,82±3,71 (1-18)	20,07±3,23 (13-27)
	$P^3=0,051$	$P^4=0,007$	$P^3=0,630$
İkamet Yeri	DT	DY	KB
Kentsel (n=201)	20,28±6,96	6,38±3,88	20,54±3,58
Kırsal (n=18)	21,33±8,51	6,67±4,08	19,33±4,43
	$P^1=0,546$	$P^2=0,846$	$P^1=0,182$

n: Katılımcı sayısı; Ort: Ortalama; SS: Standart sapma; Min-Max: Minimum ve maksimum değerler; ¹:Bağımsız örneklem T testi; ²: Mann-Witney U testi, ³Tek yönlü Anova testi, ⁴: Kruskal Wallis testi ; $p<0,05$ anlamlı

Katılımcıların yaşları ile MTÖ'nin DT ve DY alt ölçekleri arasında anlamlı (DT $p=0,320$, DY $p=0,061$) korelasyon tespit edilmemiştir. KB alt ölçeği ile katılımcıların yaşları arasında pozitif yönlü düşük düzeyde korelasyon ($r=0,162$) ve anlamlı ($p=0,008$) bir ilişki ortaya konulamamıştır (Tablo 4.15).

Tablo 4.15. Yaş ve MTÖ alt ölçekleri arasındaki korelasyon ilişkisi

YAŞINIZ	Pearson r	DT	DY	KB
		0,032	-0,105 (Spearman)	0,162*
	p	0,320	0,061	0,008
	n	212	212	212

*: r= 0,01-0,29 zayıf, 0,30-0,70 orta ve 0,7-0,99 güçlü korelasyonu gösterir; n: Katılımcı sayısı; p<0,05 anlamlı

4.5. Katılımcıların İş Deneyimi ile MTÖ Verilerinin Karşılaştırılması

Katılımcıların ünvanları ile MTÖ alt ölçekleri tek yönlü Anova ve Kruskal Wallis testleri aracılığıyla değerlendirildiğinde değişkenler arasında istatistiki açıdan anlamlı (DT p=0,177, DY p=0,173, KB p=0,994) bir ilişki ortaya konulamamıştır (Tablo 4.16). Katılımcıların meslek örgütü üyeliği ile MTÖ alt ölçekleri Mann-Witney U testi ve bağımsız örneklem T testi aracılığıyla değerlendirildiğinde değişkenler arasında istatistiki açıdan anlamlı (DT p=0,346, DY p=0,856, KB p=0,619) bir ilişki ortaya konulamamıştır (Tablo 4.16).

Tablo 4.16. Katılımcıların aile hekimliği sistemindeki deneyimleri ile MTÖ puanlarının karşılaştırılması

	Maslach Tükenmişlik Ölçeği		
	DT	DY	KB
	Ort.±SS(Min-Max)	Ort.±SS(Min-Max)	Ort.±SS(Min-Max)
Ünvanı			
Pratisyen Hekim (n=150)	20,10±7,37 (0-36)	6,31±4,12 (0-18)	20,43±3,70 (11-30)
AH Uzmanı(n=32)	19,41±7,25 (3-31)	5,81±3,56 (0-13)	20,50±4,00 (12-28)
SAHU Asistanı (n=37)	22,27±5,39 (12-35)	7,30±2,99 (3-13)	20,41±3,26 (12-27)
	P3=0,177	P4=0,173	P3=0,994
AH'nin Meslek Örgütü Üyeliği	DT	DY	KB
Var (n=157)	20,65±6,82	6,46±3,79	20,52±3,74
Yok (n=62)	19,65±7,72	6,26±4,15	20,24±3,47
	P ¹ =0,346	P ² =0,856	P ¹ =0,619
İş Yeri Hekimliği Yapma Durumu	DT	DY	KB
Evet (n=35)	23,74±6,44	8,11±3,43	28,40±3,18
Hayır (n=184)	19,72±7,03	6,08±3,89	28,45±3,75
	P ¹ =0,02	P ² =0,03	P ¹ =0,946

n: Katılımcı sayısı; Ort: Ortalama; SS: Standart sapma; Min-Max: Minimum ve maksimum değerler; ¹: Bağımsız örneklem T testi; ²: Mann-Witney U testi, ³Tek yönlü Anova testi, ⁴: Kruskal Wallis testi ; p<0,05 anlamlı

Katılımcıların AH olarak çalıştıkları yıl ile MTÖ alt ölçeklerinin korelasyonları istatistiksel olarak incelendiğinde DY ve KB alt ölçekleri arasında anlamlı (DY p=0,175, KB p=0,157) korelasyon tespit edilmemiştir. DT alt ölçeği ile aile hekimi

olarak çalışılan yıl arasında pozitif yönlü düşük düzeyde korelasyon ($r=0.129$) ve anlamlı ($p=0.044$) bir ilişki saptanmıştır (Tablo 4.17).

Tablo 4.17. Aile hekimliği sisteminde çalışılan yıl ve MTÖ alt ölçekleri arasındaki korelasyon

		DT	DY	KB
Kaç yıldır AH olarak çalışılıyor	Pearson r	0,129*	-0,064 (Spearman)	0,068
	p	0,028	0,175	0,157
	n	212	212	212

*: $r=0,01-0,29$ zayıf, $0,30-0,70$ orta ve $0,7-0,99$ güçlü korelasyonu gösterir; n: Katılımcı sayısı; $p<0,05$ anlamlı

Katılımcıların birlikte çalıştığı ASÇ'nın AH sistemindeki çalıştıkları yıl ile MTÖ alt ölçekleri arasındaki korelasyonları istatistiksel olarak incelendiğinde DT alt ölçeği arasında negatif yönlü düşük düzeyde korelasyon ($r=-0,123$) ve anlamlı ($p=0,035$) bir ilişki tespit edilmiştir. DY ve KB alt ölçeklerinin arasında anlamlı (DY $p=0,104$, KB $p=0,224$) korelasyon ortaya konulamamıştır (Tablo 4.18).

Tablo 4.18. ASÇ larının AH sisteminde çalıştıkları yıl ve MTÖ alt ölçekleri arasındaki korelasyon

		DT	DY	KB
Kaç yıldır ASÇ olarak çalışılıyor	Pearson r	-0,123*	-0,085 (Spearman)	0,052
	p	0,035	0,104	0,224
	n	212	212	212

*: $r=0,01-0,29$ zayıf, $0,30-0,70$ orta ve $0,7-0,99$ güçlü korelasyonu gösterir; n: Katılımcı sayısı; $p<0,05$ anlamlı

4.6. Katılımcıların Çalıştıkları AHB ve ASM'nin Özellikleri ile MTÖ Verilerinin Karşılaştırılması

Katılımcıların çalıştıkları ASM'nin yeri ile MTÖ'nin DT ve KB alt ölçekleri tek yönlü Anova testi aracılığıyla değerlendirildiğinde değişkenler arasında istatistiki açıdan anlamlı (DT $p=0,410$, KB $p=0,110$) bir ilişki ortaya konulamamıştır. DY alt ölçeğinin Kruskal Wallis testi kullanılarak yapılan karşılaştırmasında il merkezinde bulunan ASM'de çalışan katılımcıların ilçe merkezi ve beldede çalışan katılımcılara göre anlamlı ($p=0,006$) olarak düşük, ilçe merkezinde çalışan katılımcılarında beldede çalışan katılımcılara göre anlamlı ($p=0,004$) olarak düşük düzeyde tükenmişlik yaşadığı tespit edilmiştir (Tablo 4.19).

Katılımcıların çalıştıkları ASM'nin mülkiyeti ile MTÖ alt ölçekleri arasında tek yönlü Anova ve Kruskal Wallis testleri aracılığıyla değerlendirildiğinde değişkenler arasında istatistiki açıdan anlamlı (DT p=0,097, DY p=0,708, KB p=0,973) bir ilişki ortaya konulamamıştır (Tablo 4.19).

Katılımcıların AHB'lerinin sınıflaması ile MTÖ alt ölçekleri arasında tek yönlü Anova ve Kruskal Wallis testleri aracılığıyla değerlendirildiğinde değişkenler arasında istatistiki açıdan anlamlı (DT p=0,931, DY p=0,705, KB p=0,731) bir ilişki ortaya konulamamıştır (Tablo 4.19).

Tablo 4.19. Katılımcıların görev yaptıkları ASM ve AHB'nin özellikleri ve MTÖ alt ölçeklerinin karşılaştırılması

	Maslach Tükenmişlik Ölçeği		
	Ort.±SS (Min-Max)	Ort.±SS (Min-Max)	Ort.±SS (Min-Max)
ASM Yeri	DT	DY	KB
İl Merkezi (n=94)	19,90±6,65 (0-34)	5,61±3,59 (0-16)	20,65±3,49 (12-28)
İlçe Merkezi (n=111)	20,38±7,45 (3-36)	6,78±4,04 (0-18)	20,52±3,80 (11-30)
Belde (n=13)	23,38±6,92 (10-34)	8,69 ±3,42 (0-13)	18,08±3,12 (13-22)
	P ³ =0,410	P ⁴ =0,006	P ³ =0,110
ASM Mülkiyeti	DT	DY	KB
Kamu (n=157)	19,87±7,25	6,31±3,81	20,43±3,69
Şahıs Kira (n=62)	21,63±6,52	6,63±4,10	20,45±3,6
	P ¹ =0,097	P ² =0,708	P ¹ =0,973
AHB Grubu	DT	DY	KB
A Grubu (n=152)	20,36±7,10 (0-36)	6,43±4,03 (0-18)	20,69±3,62 (11-30)
B Grubu (n=17)	20,53±7,51 (4-35)	6,06±3,15 (0-11)	19,94±3,26 (12-24)
C Grubu (n=5)	22,80±10,68 (6-33)	8,805±5,31 (0-13)	19,80±5,21 (13-25)
D Grubu (n=34)	19,79±6,36 (3-32)	6,21±3,30 (0-13)	19,91±3,22 (12-27)
Gruplandırma Dışı (n=11)	20,82±7,61 (10-34)	6,00±4,19 (0-12)	19,64±5,35 (14-29)
	P ³ =0,931	P ⁴ =0,705	P ³ =0,731
AHB Sayısı	DT	DY	KB
1-5 AHB (n=137)	20,07±6,91 (0-36)	6,61±3,93 (0-18)	20,28±3,81 (11-30)
6-7 AHB (n=52)	21,44±7,49 (3-36)	6,29±3,80 (0-13)	20,37±3,04 (12-28)
8 ve Üzeri AHB (n=30)	19,87±7,20 (8-35)	5,67±3,85 (0-13)	21,27±3,96 (13-28)
	P ³ =0,453	P ⁴ =0,388	P ³ =0,410

n: Katılımcı sayısı; Ort: Ortalama; SS: Standart sapma; Min-Max: Minimum ve maksimum değerler; ¹:Bağımsız örneklem T testi; ²: Mann-Witney U testi, ³Tek yönlü Anova testi, ⁴: Kruskall Wallis testi ; p<0,05 anlamlı

Katılımcıların ASM'lerindeki AHB sayılarının gruplara ayrılmış şekli ile MTÖ alt ölçekleri arasında tek yönlü Anova ve Kruskall Wallis testleri aracılığıyla değerlendirildiğinde değişkenler arasında istatistiki açıdan anlamlı (DT p=0,453, DY p=0,388, KB p=0,410) bir ilişki ortaya konulamamıştır (Tablo 4.19).

Katılımcıların ödeme sözleşme yönetmeliğine göre sahip oldukları grup ile MTÖ'nin alt ölçekleri arasında anlamlı (DT p=0,468, DY p=0,493, KB p=0,074) korelasyon tespit edilmemiştir. Katılımcıların çalıştıkları ASM'deki AHB sayıları ile MTÖ alt ölçekleri arasında anlamlı (DT p=0,341, DY p=0,181, KB p=0,128) korelasyon ortaya konulamamıştır (Tablo 4.20).

Tablo 4.20. Katılımcıların AHB Grubu ve ASM'lerindeki AHB sayıları ile MTÖ alt ölçekleri arasındaki korelasyon

		DT	DY	KB
AHB grupları	Pearson r	-0,005	0,001 (Spearman)	-0,98
	p	0,468	0,493	0,074
	n	219	219	219
AHB sayıları	Pearson r	-0,028	-0,062	0,077
	p	0,341	0,181	0,128
	n	219	219	219

*: r= 0,01-0,29 zayıf,0,30-0,70 orta ve 0,7-0,99 güçlü korelasyonu gösterir; n: Katılımcı sayısı; p<0,05 anlamlı

4.7. Katılımcıların Çalışma Hayatındaki Ekonomik Algıları ile MTÖ Verilerinin Karşılaştırılması

Katılımcıların 'Maaşımın (hak edişimin) yeterli olduğunu düşünüyorum.' cümlesine verdiği yanıt ile MTÖ alt ölçeklerinin verileri arasındaki korelasyon istatistiksel olarak incelendiğinde DT ve DY alt ölçekleri ile aralarında anlamlı korelasyon tespit edilmiş olup KB alt ölçeği ile aralarında anlamlı (p=0,620) bir ilişki ortaya konulamamıştır. DT ile cümledeki ifadeye katılma durumu arasında negatif yönde orta düzeyde (r= -0,382), DY ile negatif yönde düşük düzeyde (r=-0,193) korelasyon ve anlamlı (DT p<0,001, DY p=0,034) bir ilişki saptanmıştır (Tablo 4.21).

Katılımcıların ‘Cari gider ödemesinin yeterli olduğunu düşünüyorum.’ cümlesine verdiği yanıt ile MTÖ alt ölçekleri arasındaki korelasyonlar istatistiksel olarak incelendiğinde DT ve DY alt ölçekleri arasında anlamlı korelasyon tespit edilmiştir. KB alt ölçeği ile aralarında anlamlı ($p=0,402$) bir ilişki ortaya konulamamıştır. DT ve DY düzeyleri ile cümledeki ifadeye katılma durumu arasında negatif yönlü düşük düzeyde (DT $r=-0,293$, DY $r=-0,204$) korelasyon ve anlamlı (DT $p<0,001$, DY $p=0,002$) bir ilişki saptanmıştır (Tablo 4.21).

Katılımcıların ‘Pozitif performans uygulamasını olumlu buluyorum.’ cümlesine verdiği yanıtları ile MTÖ alt ölçekleri arasındaki korelasyonlar istatistiksel olarak incelendiğinde DT ve DY alt ölçekleri arasında anlamlı korelasyon bulunmuş olup KB alt ölçeği ile aralarında anlamlı ($p=0,071$) korelasyon ortaya konulamamıştır. DT ve DY düzeyleri ile cümledeki ifadeye katılma durumu arasında negatif yönlü düşük düzeyde (DT $r=-0,224$, DY $r=-0,139$) korelasyon ve anlamlı (DT $p<0,001$, DY $p=0,040$) bir ilişki saptanmıştır (Tablo 4.21).

Katılımcıların ‘Negatif performans uygulamasının olumlu buluyorum.’ cümlesine verdiği yanıt ile MTÖ alt ölçekleri arasındaki korelasyonlar istatistiksel olarak incelendiğinde DT ve DY ve KB alt ölçekleri ile aralarında anlamlı korelasyon saptanmıştır. DT ve DY düzeyleri ile cümledeki ifadeye katılma durumu arasında negatif yönlü düşük düzeyde (DT $r=-0,259$, DY $r=-0,129$) , KB düzeyi ile pozitif yönlü düşük düzeyde ($r=0,184$) korelasyon ve anlamlı (DT $p<0,001$, DY $p=0,028$, KB $p=0,003$) bir ilişki tespit edilmiştir (Tablo 4.21).

Katılımcıların ‘1 KASIM 2024 tarihinden yürürlüğe giren AH’liği Sözleşme ve Ödeme yönetmeliğindeki değişiklikleri iş yaşamım açısından olumlu buluyorum.’ cümlesine verdiği yanıt ile MTÖ alt ölçekleri arasındaki korelasyonlar istatistiksel olarak incelendiğinde DT alt ölçeğinin puanları arasında anlamlı korelasyon bulunmuş olup, DY ve KB alt ölçeklerinin puanları arasında anlamlı (DY $p=0,094$, KB $p=0,089$) korelasyon ortaya konulamamıştır. DT alt ölçeğinin puanları ile cümledeki ifadeye katılma durumu arasında negatif yönlü düşük düzeyde ($r=-0,269$) korelasyon ve anlamlı ($p<0,001$) bir ilişki saptanmıştır (Tablo 4.21).

1 Kasım 2024 tarihinde yürürlüğe giren sözleşme ve ödeme yönetmeliğindeki değişiklikler iş yaşamı için olumsuz olduğunu düşünen katılımcıların DT alt ölçeğinde tükenmişlik düzeyleri, olumlu olduğunu düşünenlere göre anlamlı ($p<0,001$) biçimde yüksek tespit edilmiş olup DY ve KB alt ölçekleri ile aralarında anlamlı (DY $p=0,159$, KB $p=0,245$) bir ilişki ortaya konulamamıştır (Tablo 4.21).

Tablo 4.21. Katılımcıların çalışma yaşamını etkileyen ekonomik faktörler ile MTÖ alt ölçeklerinin korelasyon analizi

Ek_2 Anket Formundaki Cümleler	DT			DY			KB		
	r	p	n	r*	p	n	r	p	n
Maaşımın (hak edişimin) yeterli olduğunu düşünüyorum.	-0,382*	<0,001*	219	-0,193*	0,004*	219	-0,034	0,620	219
Cari gider ödemesinin yeterli olduğunu düşünüyorum.	-0,293*	<0,001*	219	-0,204*	0,002*	219	-0,057	0,402	219
Pozitif performans uygulamasını olumlu buluyorum.	-0,224*	<0,001*	219	-0,139*	0,040*	219	0,122	0,071	219
Negatif performans uygulamasının olumlu buluyorum.	-0,259*	<0,001*	219	-0,129*	0,028*	219	0,184*	0,003*	219
1 KASIM 2024 tarihinden yürürlüğe giren Aile Hekimliği Sözleşme ve Ödeme yönetmeliğindeki değişiklikleri iş yaşamım açısından olumlu buluyorum.	-0,269*	<0,001*	219	-0,089	0,094	219	0,091	0,089	219

*: $r=0,01-0,29$ zayıf, $0,30-0,70$ orta ve $0,7-0,99$ güçlü korelasyonu gösterir, DY alt ölçeğinde Spearman korelasyon katsayısına bakıldı; n: Katılımcı sayısı ; $p<0,05$ anlamlı

Katılımcıların çalışma yaşamını etkileyen ekonomik faktörler ile ilgili durum belirten cümlelere verdiği yanıtlar olumlu ve olumsuz olarak sınıflandırılmıştır. MTÖ alt ölçekleri ile bağımsız örneklem T testi ve Mann_Witney U testi kullanılarak karşılaştırılmıştır (Tablo 4.22).

Maaşının (hak edişinin) yetersiz olduğunu düşünen katılımcıların DT ve DY alt ölçeklerinde tükenmişlik düzeyleri, yeteli olduğunu düşünenlere göre anlamlı (DT

$p<0,001$, DY $p=0,037$) biçimde yüksek tespit edilmiş olup KB alt ölçeği ile aralarında anlamlı ($p=0,938$) bir ilişki ortaya konulamamıştır (Tablo 4.22).

Cari gider ödemesinin yetersiz olduğunu düşünen katılımcıların DT ve DY alt ölçeklerinde tükenmişlik düzeyleri, yeteli olduğunu düşünenlere göre anlamlı (DT $p<0,001$, DY $p=0,014$) biçimde yüksek tespit edilmiş olup KB alt ölçeği ile aralarında anlamlı ($p=0,830$) bir ilişki ortaya konulamamıştır (Tablo 4.22).

Pozitif performans uygulamasının iş yaşamı için olumsuz olduğunu düşünen katılımcıların DT ve KB alt ölçeklerinde tükenmişlik düzeyleri, olumlu olduğunu düşünenlere göre anlamlı (DT $p=0,012$, KB $p=0,037$) biçimde yüksek tespit edilmiş olup DY alt ölçeği ile aralarında anlamlı ($p=0,083$) bir ilişki ortaya konulamamıştır (Tablo 4.22).

Negatif performans uygulamasının iş yaşamı için olumsuz olduğunu düşünen katılımcıların DT, DY ve KB alt ölçeklerinde tükenmişlik düzeyleri, olumlu olduğunu düşünenlere göre anlamlı (DT $p<0,001$, DY $p=0,017$, KB $p<0,001$) biçimde yüksek tespit edilmiştir (Tablo 4.22).

Tablo 4.22. Katılımcıların çalışma yaşamını etkileyen ekonomik faktörler ile MTÖ alt ölçeklerinin karşılaştırılması

	DT Ort-SS (Min-Max)	DY Ort-SS (Min-Max)	KB Ort-SS (Min-Max)
Maaşım(hak edişim)			
Yeterli(n=30)	15,33(±8,82)	5,17(±4,21)	20,50(±4,74)
Yetersiz(n=161)	21,81(±4,46)	6,90(±3,91)	20,43(±3,61)
	$P^1<0,001^*$	$P^2=0,037^*$	$P^1=0,938$
Cari gider ödemem			
Yeterli(n=35)	17,40(±7,05)	5,06(±3,19)	20,26(±4,16)
Yetersiz(n=157)	21,66(±6,86)	6,87(±3,99)	20,41(±3,64)
	$P^1=0,001^*$	$P^2=0,014^*$	$P^1=0,830$
Pozitif performans uygulaması			
Olumlu(n=34)	17,94(±8,30)	5,65(±4,34)	21,65(±3,82)
Olumsuz(n=140)	21,42(±6,89)	6,88(±3,97)	20,16(±3,68)
	$P^1=0,012^*$	$P^2=0,083$	$P^1=0,037^*$
Negatif performans uygulaması			
Olumlu(n=16)	14,63(±8,57)	4,44(±4,51)	23,44(±2,36)
Olumsuz(n=190)	21,05(±6,75)	6,63(±3,85)	20,17(±3,65)

	P ¹ <0,001*	P ² =0,017*	P ¹ <0,01*
1 Kasım 2024 tarihli yönetmelik değişikliği			
Olumlu(n=30)	16,33(±7,72)	5,53(±3,97)	21,10(±3,81)
Olumsuz(n=173)	21,37(±6,71)	6,54(±3,78)	20,25(±3,63)
	P ¹ <0,001*	P ² =0,159	P ¹ =0,245

n: Katılımcı sayısı; Ort: Ortalama; SS: Standart sapma; Min-Max: Minimum ve maksimum değerler; ¹:Bağımsız örneklem T testi; ²: Mann-Witney U testi; p<0,05 anlamlı

4.8. Katılımcıların Çalışma Hayatındaki Fiziksel ve Psikososyal Etkiler ile MTÖ Verilerinin Karşılaştırılması

Katılımcıların ‘İşimden arta kalan sürede kendime veya aileme yeterli vakit ayırabiliyorum.’ cümlesine verdiği yanıt ile MTÖ alt ölçeklerinin korelasyonları istatistiksel olarak incelendiğinde DT ve DY alt ölçeklerinde anlamlı korelasyon bulunmuş olup KB alt ölçeğinde anlamlı (p=0,169) korelasyon tespit edilmemiştir. DT alt ölçeğinin puanları ile cümledeki ifadeye katılma durumu arasında negatif yönde orta düzeyde (r=-0,382), DY alt ölçeğinin ise negatif yönde düşük düzeyde (r=-0,123) korelasyon ve anlamlı (DT p<0,001, DY p=0,035) bir ilişki saptanmıştır (Tablo 4.23).

Katılımcıların ‘Hastalarımı ayırabildiğim vakti yeterli buluyorum.’ cümlesine verdiği yanıt ile MTÖ alt ölçekleri aralarındaki korelasyonlar istatistiksel olarak incelendiğinde DT ve DY alt ölçekleri aralarında anlamlı korelasyon bulunmuş olup KB alt ölçeği ile aralarında anlamlı korelasyon (p=0,072) ortaya konulamamıştır. DT alt ölçeğinin puanları ile cümledeki ifadeye katılma durumu arasında negatif yönde orta düzeyde (r=-0,362) korelasyon ve anlamlı (p=0,005) bir ilişki saptanmıştır. DY alt ölçeğinin puanları ile cümledeki ifadeye katılma durumu arasında negatif yönde düşük düzeyde (r=-0,163) korelasyon ve anlamlı (p=0,004) bir ilişki saptanmıştır (Tablo 4.23).

Katılımcıların ‘Hasta ve yakınları tarafından sözlü şiddete maruz kalıyorum.’ cümlesine verdiği yanıt ile MTÖ alt ölçeklerini arasındaki korelasyonlar istatistiksel olarak incelendiğinde DT, DY ve KB alt ölçekleri arasında anlamlı korelasyon tespit edilmiştir. DY alt ölçeklerinin puanları ile cümledeki ifadeye katılma durumu arasında pozitif yönde orta düzeyde (r=0,342), DT alt ölçeklerinin puanları ile cümledeki ifadeye katılma durumu arasında pozitif yönde düşük düzeyde (r=0,282) ve KB alt

ölçeğinde ise negatif yönde düşük düzeyde ($r=-0,250$) korelasyon ve anlamlı (DT $p<0,001$, DY $p<0,001$ KB $p<0,001$) bir ilişki saptanmıştır (Tablo 4.23).

Katılımcıların ‘Hasta ve yakınları tarafından fiziksel şiddete maruz kalıyorum.’ cümlesine verdiği yanıt ile MTÖ alt ölçekleri arasındaki korelasyon istatistiksel olarak incelendiğinde DY alt ölçeği ile aralarında anlamlı korelasyon bulunmuş olup DT ve KB alt ölçekleri ile aralarında anlamlı (DT $p=0,081$, KB $p=0,211$) korelasyon ortaya konulamamıştır. DY alt ölçeğinin puanları ile cümledeki ifadeye katılma durumu arasında pozitif yönde düşük düzeyde ($r=0,114$) ve anlamlı ($p=0,047$) bir ilişki saptanmıştır (Tablo 4.23).

Katılımcıların ‘Hasta ve yakınları tarafından hukuki/etik olarak uygunsuz isteklerle karşılaşıyorum.’ cümlesine verdiği yanıt ile MTÖ alt ölçekleri arasındaki korelasyon istatistiksel olarak incelendiğinde DT, DY ve KB alt ölçekleri ile aralarında anlamlı korelasyon tespit edilmiştir. DY alt ölçeğinin puanları ile cümledeki ifadeye katılma durumu arasında pozitif yönde orta düzeyde ($r=0,347$), DT alt ölçeği ile pozitif yönde düşük düzeyde ($r=0,227$) ve KB alt ölçeğinde ise negatif yönde düşük düzeyde ($r=-0,246$) korelasyon ve anlamlı (DT $p<0,001$, DY $p<0,001$ KB $p<0,001$) bir ilişki saptanmıştır (Tablo 4.23).

Katılımcıların ‘Hasta veya hasta yakınları tarafından yeterince takdir ediliyorum.’ cümlesine verdiği yanıt ile MTÖ alt ölçekleri arasındaki korelasyon istatistiksel olarak incelendiğinde DT, DY ve KB alt ölçekleri ile aralarında anlamlı korelasyon tespit edilmiştir. DT alt ölçeğinin puanları ile cümledeki ifadeye katılma durumu arasında negatif yönde orta düzeyde ($r=-0,385$), DY alt ölçeğinin negatif yönde düşük düzeyde ($r=-0,264$) ve KB alt ölçeğinde ise pozitif yönde orta düzeyde ($r=0,413$) korelasyon ve anlamlı (DT $p<0,001$, DY $p<0,001$ KB $p<0,001$) bir ilişki saptanmıştır (Tablo 4.23).

Katılımcıların ‘Üstlerimiz tarafından yeterince takdir ediliyorum.’ cümlesine verdiği yanıt ile MTÖ alt ölçekleri arasındaki korelasyon istatistiksel olarak incelendiğinde DT, DY ve KB alt ölçekleri ile aralarında anlamlı korelasyon tespit edilmiştir. DY alt ölçeklerinin puanları ile cümledeki ifadeye katılma durumu arasında negatif yönde düşük düzeyde ($r=-0,247$), DT alt ölçeği puanları arasında negatif yönde orta düzeyde ($r=-0,310$) korelasyon ve KB alt ölçeği puanları arasında pozitif yönde düşük düzeyde

($r=0,135$) anlamlı (DT $p<0,001$, DY $p<0,001$ KB $p=0,023$) bir ilişki saptanmıştır (Tablo 4.23).

Katılımcıların ‘Üstlerimiz tarafından mobbinge uğradığımı düşünüyorum.’ cümlesine verdiği yanıt ile MTÖ alt ölçekleri arasındaki korelasyon istatistiksel olarak incelendiğinde DT ve DY ölçekleri ile aralarında anlamlı korelasyon bulunmuş ancak KB alt ölçeği ile aralarında anlamlı ($p=0,206$) bir korelasyon ortaya konulamamıştır. DT ve DY alt ölçeklerinin puanları ile cümledeki ifadeye katılma arasında pozitif yönde düşük düzeyde (DT $r=0,205$, DY $r=0,212$) ve anlamlı (DT $p=0,001$, DY $p<0,001$) korelasyon tespit edilmiştir (Tablo 4.23).

Tablo 4.23. Katılımcıların çalışma yaşamını etkileyen fiziksel ve psikososyal faktörler ile MTÖ alt ölçekleri arasındaki korelasyon

Ek_2 Anket Formundaki Cümleler	DT			DY			KB		
	r	p	n	r*	p	n	r	p	n
İşimden arta kalan sürede kendime veya aileme yeterli vakit ayırabiliyorum.	-0,382*	<0,01*	219	-0,123*	0,035*	219	0,065	0,169	219
Hastalarım ayırabildiğim vakti yeterli buluyorum.	-0,362*	0,005*	219	-0,179*	0,004*	219	0,099	0,072	219
Hasta ve yakınları tarafından sözlü şiddete maruz kalıyorum.	0,282*	<0,001*	219	0,342*	<0,001*	219	-0,250*	<0,001*	219
Hasta ve yakınları tarafından fiziksel şiddete maruz kalıyorum.	0,095	0,081	219	0,114*	0,047*	219	-0,055	0,211	219
Hasta ve yakınları tarafından hukuki/etik olarak uygunsuz isteklerle karşılaşıyorum.	0,227*	<0,001*	219	0,347*	<0,001*	219	-0,246*	<0,001*	219
Hasta veya hasta yakınları tarafından yeterince takdir ediliyorum.	-0,385*	<0,001*	219	-0,264*	<0,001*	219	0,413*	<0,001*	219
Üstlerimiz tarafından yeterince takdir ediliyorum.	-0,310*	<0,001*	219	-0,247*	<0,001*	219	0,135*	0,023*	219
Üstlerimiz tarafından mobbinge uğradığımı düşünüyorum.	0,205*	0,001*	219	0,212*	<0,001*	219	-0,56	0,206	219
Çalışma ortamının fiziksel koşullarının yeterli olduğunu düşünüyorum.	-0,194*	0,002*	219	-0,127*	0,030*	219	-0,18	0,397	219

*: $r=0,01-0,29$ zayıf, $0,30-0,70$ orta ve $0,7-0,99$ güçlü korelasyonu gösterir, DY alt ölçeğinde Spearman korelasyon katsayısına bakıldı; n: Katılımcı sayısı ; $p<0,05$ anlamlı

Katılımcıların ‘Çalışma ortamımın fiziksel koşullarının yeterli olduğunu düşünüyorum.’ cümlesine verdiği yanıt ile MTÖ alt ölçekleri arasındaki korelasyon istatistiksel olarak incelendiğinde DT ve DY alt ölçekleri ile aralarında anlamlı korelasyon bulunmuş olup KB alt ölçeği ile aralarında anlamlı ($p=0,397$) korelasyon ortaya konulamamıştır. DT ve DY alt ölçeklerinin puanları ile cümledeki ifadeye katılma durumu arasında negatif yönde düşük düzeyde (DT $r=-0,194$, DY $r=-0,127$) korelasyon ve anlamlı (DT $p=0,002$, DY $p=0,030$) bir ilişki saptanmıştır (Tablo 4.23).

Tablo 4.24. MTÖ alt ölçeklerinin kendi içinde korelasyon analizi

MTÖ Alt Ölçekleri		Duygusal Tükenme Puanı	Duyarsızlaşma Puanı	Kişisel Başarı Hissinin Azalması
Duygusal Tükenme	Pearson r	1	0,607*	-0,365*
	p		<0,01	<0,01
	n	219	219	219
Duyarsızlaşma	Pearson r	0,607*	1	-0,426*
	p	<0,01		<0,01
	n	219	219	219
Kişisel Başarı Hissinin Azalması	Pearson r	-0,365*	-0,426*	1
	p	<0,01	<0,01	
	n	219	219	219

*: $r=0,01-0,29$ zayıf, $0,30-0,70$ orta ve $0,7-0,99$ güçlü korelasyonu gösterir, DY alt ölçeğinde Spearman korelasyon katsayısına bakıldı; n: Katılımcı sayısı ; $p<0,05$ anlamlı

Katılımcıların çalışma yaşamını etkileyen fiziksel ve psikososyal faktörler ile ilgili durum belirten cümlelere verdiği yanıtlar olumlu ve olumsuz olarak sınıflandırılmıştır. Oluşturulan yeni veriler MTÖ alt ölçekleri ile bağımsız örneklem T testi ve Mann_Witney U testi kullanılarak karşılaştırılmıştır (Tablo 4.24).

İşinden arta kalan sürede kendine veya ailesine yeterli vakit ayıramadığını belirten katılımcıların DT düzeyinin, yeterli vakit ayırabildiğini belirten katılımcılara kıyasla anlamlı ($p<0,001$) biçimde yüksek olduğu tespit edilmiş olup DY ve KB alt ölçekleri ile aralarında anlamlı (DY $p=0,127$, KB $p=0,831$) bir ilişki ortaya konulamamıştır (Tablo 4.24).

Hastalarına ayırabildiği vakti yeterli bulmadığını belirten katılımcıların DT düzeyinin, yeterli vakit ayırabildiğini belirten katılımcılara kıyasla anlamlı ($p<0,001$) biçimde

yüksek olduğu tespit edilmiş olup DY ve KB alt ölçekleri ile aralarında anlamlı (DY $p=0,098$, KB $p=0,461$) bir ilişki ortaya konulamamıştır (Tablo 4.24).

Hastalar ve refakatçileri tarafından sözlü şiddete uğradığını belirten katılımcıların DT, DY ve KB düzeylerinin, sözlü şiddete maruz kalmadığını belirten katılımcılara kıyasla anlamlı (DT $p=0,014$, DY $p<0,001$, KB $p=0,003$) biçimde yüksek olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.24).

Hastalar ve refakatçileri tarafından fiziksel şiddet gördüğünü belirten katılımcıların DT ve DY düzeylerinin, fiziksel şiddet görmediğini belirten katılımcılara kıyasla anlamlı (DT $p=0,041$, DY $p=0,039$) biçimde yüksek olduğu tespit edilmiş olup KB alt ölçeği ile aralarında anlamlı ($p=0,333$) bir ilişki ortaya konulamamıştır (Tablo 4.24).

Hastalar ve refakatçileri tarafından hukuki/etik olarak uygunsuz isteklerle karşılaştığını belirten katılımcıların DT, DY ve KB düzeylerinin, uygunsuz isteklerle karşılaşmadığını belirten katılımcılara kıyasla anlamlı (DT $p=0,014$, DY $p<0,001$, KB $p<0,001$) biçimden yüksek olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.24).

Hastalar ve refakatçileri tarafından yeterince takdir edilmediğini belirten katılımcıların DT, DY ve KB düzeylerinin, yeterince takdir gördüğünü belirten katılımcılara kıyasla anlamlı (DT $p<0,001$, DY $p<0,001$, KB $p<0,001$) biçimde yüksek olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.24).

Amirleri tarafından yeterince takdir edilmediğini belirten katılımcıların DT ve DY düzeylerinin, yeterince takdir edildiğini belirten katılımcılara kıyasla anlamlı biçimde (DT $p=0,041$, DY $p=0,003$) yüksek olduğu tespit edilmiş olup KB alt ölçeği ile aralarında anlamlı ($p=0,061$) bir ilişki ortaya konulamamıştır (Tablo 4.24).

Amirleri tarafından mobbinge uğradığını belirten katılımcıların DT ve DY düzeylerinin, mobbinge uğramadığını belirten katılımcılara kıyasla anlamlı (DT $p=0,001$, DY $p=0,004$) biçimde yüksek olduğu tespit edilmiş olup KB alt ölçeği ile aralarında anlamlı ($p=0,535$) bir ilişki ortaya konulamamıştır (Tablo 4.24).

Çalışma ortamının fiziksel koşullarının yeterli olmadığını belirten katılımcıların DT ve DY düzeylerinin, fiziki koşulların yeterli olduğunu belirten katılımcılara kıyasla

anlamlı (DT $p<0.001$, DY $p=0,006$) biçimde yüksek olduğu tespit edilmiş olup KB alt ölçeği ile aralarında anlamlı ($p=0,804$) bir ilişki ortaya konulamamıştır (Tablo 4.24).

Katılımcıların MTÖ alt ölçeklerinin kendi arasındaki korelasyon durumu incelendiğinde DT ve DY alt ölçeklerinin kendi aralarında pozitif yönde yüksek seviyede korelasyon ve anlamlı bir ilişki izlenmiştir. DT ve DY alt ölçekleri ile KB alt ölçeği arasındaki korelasyonlar hesaplandığında aralarında negatif yönde orta seviyede korelasyon ve anlamlı bir ilişki izlenmiştir (Tablo 4.25).

Tablo 4.25. Katılımcıların çalışma yaşamını etkileyen fiziksel ve psikososyal faktörler ile MTÖ alt ölçeklerinin karşılaştırılması

	DT Ort-SS (Min-Max)	DY Ort-SS (Min-Max)	KB Ort-SS (Min-Max)
İşimden arta kalan sürede kendime veya aileme yeterli vakit ayırabiliyorum.			
Katılıyorum(n=53)	16,68(±6,73)	6,04(±3,98)	20,30(±3,64)
Katılmıyorum(n=106)	22,92(±6,19)	6,86(±3,64)	20,17(±3,78)
	$P^1<0,001$	$P^2=0,127$	$P^1=0,831$
Hastalarımı ayırabildiğim vakti yeterli buluyorum.			
Katılıyorum(n=25)	14,84(±6,79)	5,48(±3,44)	20,80(±3,66)
Katılmıyorum(n=163)	21,71(±6,66)	6,86(±3,90)	20,21(±3,69)
	$P^1<0,001^*$	$P^2=0,098$	$P^1=0,461$
Hasta ve yakınları tarafından sözlü şiddete maruz kalıyorum.			
Katılıyorum(n=89)	22,52(±6,60)	7,76(±3,85)	16,63(±3,82)
Katılmıyorum(n=82)	18,62(±6,81)	5,06(±3,12)	21,28(±3,68)
	$P^1<0,001^*$	$P^2<0,001^*$	$P^1=0,003^*$
Hasta ve yakınları tarafından fiziksel şiddete maruz kalıyorum.			
Katılıyorum(n=24)	23,25(±7,67)	8,33(±4,71)	19,58(±4,30)
Katılmıyorum(n=163)	20,10(±6,88)	6,22(±3,64)	20,37(±3,60)
	$P^1=0,041^*$	$P^2=0,039^*$	$P^1=0,333$
Hasta ve yakınları tarafından hukuki/etik olarak uygunsuz isteklerle karşılaşıyorum.			
Katılıyorum(n=164)	21,15(±6,98)	7,11(±3,80)	19,88(±3,62)
Katılmıyorum(n=31)	17,74(±7,30)	4,45(±3,36)	22,00(±2,62)
	$P^1=0,014^*$	$P^2<0,001^*$	$P^1<0,001^*$
Hasta veya hasta yakınları tarafından yeterince takdir ediliyorum.			
Katılıyorum(n=89)	17,81(±6,69)	5,44(±3,76)	22,12(±2,77)
Katılmıyorum(n=50)	24,52(±6,70)	8,04(±4,08)	18,78(±3,40)
	$P^1<0,001^*$	$P^2<0,001^*$	$P^1<0,001^*$
Üstlerimiz tarafından yeterince takdir ediliyorum.			
Katılıyorum(n=11)	16,09(±9,24)	3,27(±2,90)	22,36(±2,11)
Katılmıyorum(n=175)	21,26(±6,95)	6,76(±3,80)	20,20(±3,76)
	$P^1=0,041^*$	$P^2=0,003^*$	$P^1=0,061$

n: Katılımcı sayısı; Ort: Ortalama; SS: Standart sapma; Min-Max: Minimum ve maksimum değerler; ¹:Bağımsız örneklem T testi; ²: Mann-Witney U testi; $p<0,05$ anlamlı

Tablo 4.26. Katılımcıların çalışma yaşamını etkileyen fiziksel ve psikososyal faktörler ile MTÖ alt ölçeklerinin karşılaştırılması (devam)

	DT	DY	KB
	Ort-SS (Min-Max)	Ort-SS (Min-Max)	Ort-SS (Min-Max)
Üstlerimiz tarafından mobbinge uğradığımı düşünüyorum.			
Katılıyorum(n=64)	22,66(±7,03)	6,97(±3,80)	20,56(±3,49)
Katılmıyorum(n=96)	18,71(±7,80)	5,51(±3,97)	20,94(±3,88)
	P ¹ =0,001*	P ² =0,009*	P ¹ =0,535
Çalışma ortamımın fiziksel koşullarının yeterli olduğunu düşünüyorum.			
Katılıyorum(n=56)	17,25(±7,46)	5,18(±3,97)	20,52(±3,55)
Katılmıyorum(n=121)	21,27(±7,03)	6,94(±3,95)	20,37(±3,66)
	P ¹ <0,001*	P ² =0,006*	P ¹ =0,804

n: Katılımcı sayısı; Ort: Ortalama; SS: Standart sapma; Min-Max: Minimum ve maksimum değerler; ¹:Bağımsız örneklem T testi; ²: Mann-Witney U testi; p<0,05 anlamlı

5. TARTIŞMA VE SONUÇ

Sakarya ilinde bulunan ASM'lerinde görev yapan aile hekimlerinin tükenmişlik düzeyleri ile buna etki eden değişkenleri belirlemeyi amaçlayan bu araştırmada, üç bölümden oluşan anket formu aracılığıyla toplanan veriler ayrıntılı biçimde incelenmiştir. Katılımcıların MTÖ alt boyutlarından aldıkları ortalama puanlar, Türkiye genelindeki sağlık çalışanları norm değerleriyle karşılaştırıldığında; DT düzeyinin orta, DY düzeyinin düşük ve KB düzeyinin ise yüksek olduğu belirlenmiştir. DY alt boyutunun genel ortalaması düşük görünse de, katılımcıların yaklaşık yarısının orta düzeyde tükenmişlik yaşadığı saptanmıştır (Tablo 4.12).

Benzer şekilde, 2014 yılında Şerik ve arkadaşlarının Sakarya ilinde gerçekleştirdiği ve metodolojik açıdan çalışmamızla benzerlik gösteren araştırmada, tüm MTÖ alt boyutlarında düşük tükenmişlik seviyeleri rapor edilmiştir. Bu çalışmada, DT ve DY puan ortalamaları bizim çalışmamızdakinden daha düşük, KB puanı ise daha yüksek bulunmuştur. Ayrıca, her iki çalışmada ortak olarak yöneltilen bazı sorulara verilen yanıtlar karşılaştırıldığında; maaş yeterliliği, performans uygulamalarına bakış, hasta tarafından takdir edilme ve hastalara ayrılan süre gibi başlıklarda 2024 yılı katılımcılarının daha olumsuz görüş bildirdiği görülmüştür. Öte yandan, her iki çalışmada da benzer seyreden 'şiddete maruz kalma' durumu, bizim çalışmamızda 2014 yılına göre daha düşük oranda bildirilmiştir. Bu düşüşün, son yıllarda sağlıkta şiddetin önlenmesine yönelik alınan önlemlerin olumlu yansıması olarak değerlendirilebileceği düşünülmektedir. Ayrıca, Şerik ve arkadaşlarının çalışmasında maaş yetersizliği ve şiddet algısı ile tükenmişlik düzeyleri arasında tespit edilen korelasyonların, bizim bulgularımızla benzerlik gösterdiği, ancak diğer ortak sorularda anlamlı bir farklılık saptanmadığı tespit edilmiştir (Şerik ve ark., 2014).

Son yıllarda hekimlerin tükenmişlik düzeylerine ilişkin yapılan araştırmaların bulguları, bizim çalışmamızın sonuçlarıyla uyum göstermektedir (Altan ve ark., 2022; Yıldız ve ark., 2024). Tükenmişlik seviyelerindeki artışın, son on bir yıl içinde aile hekimlerinin iş yükünün artması, pozitif ve negatif performans kriterlerinin

çeşitlenmesi, hekimlerin hasta ve yöneticiler tarafından yeterince takdir edilmediği algısı, ekonomik gelir dalgalanmaları ve hekimin kendisi ile hastalarına ayırabildiği zamanın azalması gibi birden fazla faktöre bağlı olduğu düşünülmektedir.

Tablo 5. 1. Şerik ve ark.'nın 2014 yılındaki çalışması ile çalışmamızdaki benzer soruların karşılaştırması

	Çalışmamız(n=219)		Şerik ve ark. 2014(n=154)	
	Katılıyorum n(%)	Katılmıyorum n(%)	Katılıyorum n(%)	Katılmıyorum n(%)
Hasta ve hasta yakınları tarafından şiddete maruz kalıyorum.	82(%37,4)	89(%40,7)	86(%55)	65(%41,9)
Maaşımın yeterli olduğunu düşünüyorum.	30(%13,7)	161(%73,5)	69(%44,2)	58(%37,2)
Negatif performans uygulamasını olumlu buluyorum.	16(%7,3)	190(%86,7)	13(%8,4)	115(%74,7)
Hastalarım tarafından yeterince takdir ediliyorum.	89(%40,6)	50(%22,8)	87(%55,7)	35(%22,5)
Hastalarımın yeterince zaman ayırabiliyorum.	25(%11,4)	163(%74,6)	56(%36,1)	60(%38,7)

n= Katılımcı sayısı, %= Yüzde

Sosyodemografik faktörler ile tükenmişlik arasındaki ilişki incelendiğinde, cinsiyet ile tükenmişlik düzeyi arasında anlamlı bir istatistiksel ilişki bulunamamıştır (Tablo 4.13). Literatürde cinsiyetin tükenmişlik üzerindeki etkisinin değişkenlik gösterdiği; farklı coğrafi alanlarda ve meslek gruplarında yapılan araştırmalarda benzer sonuçların elde edildiği bildirilmektedir (Baykan ve ark., 2014; Karaaytaç ve ark., 2021; Yıldız ve ark., 2024). Maslach ve arkadaşlarının (2001) çalışması da cinsiyetin tükenmişlik üzerindeki etkisinin sınırlı olduğunu ortaya koymaktadır.

Yaş ile MTÖ alt boyutlarından yalnızca KB arasında pozitif, zayıf fakat anlamlı bir ilişki saptanmıştır (Tablo 4.15). Bu durum, yaş ilerledikçe bireyin iş tecrübesinin artması ve karşılaştığı zorluklarla başa çıkma becerilerini geliştirmesiyle KB düzeyinin yükseldiği şeklinde yorumlanabilir. Benzer sonuçlar literatürde de raporlanmıştır (Ergin, 1992; Karaaytaç ve ark., 2021; Maslach ve ark., 2001).

Kronik hastalığı olan katılımcıların DT puanlarının anlamlı şekilde yüksek olması dikkat çekicidir (Tablo 4.14). Katılımcılar arasında en yaygın kronik hastalıkların hipertansiyon ve diyabet olduğu belirlenmiş olup, iş kaynaklı stresin bu hastalıkların

gelişiminde etkili olduğu düşünülmektedir. Bu bulgular, literatürde yer alan diğer araştırmaları da desteklemektedir (Aslan ve ark., 2005; Penssek ve Selic, 2018).

Sigara kullananların DY puanlarının, sigara içmeyenlere kıyasla anlamlı derecede daha yüksek olması (Tablo 4.14), tükenmişlikle başa çıkmak amacıyla sigara gibi bağımlılık yapıcı maddelere yönelme eğilimini göstermektedir. Bu bulgu, literatürde de benzer şekilde rapor edilmiştir (Yavuzylmaz ve ark., 2007; Yıldız ve ark., 2024).

Medeni durum, çocuk sahibi olma durumu, çocuk sayısı ve ikamet edilen yer ile tükenmişliğin alt boyutları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (Tablo 4.13). Literatürde, evlilik ve çocuk sayısı gibi değişkenlerin tükenmişliği azalttığını gösteren çalışmaların yanı sıra, bu faktörlerle tükenmişlik arasında ilişki bulamayan araştırmalar da yer almaktadır (Altan ve ark., 2022; Çete ve ark., 2018; Erol ve ark., 2007; Kocalevent ve ark., 2020; Wolf ve Rosenstock, 2017; Yıldız ve ark., 2024).

Katılımcıların AH sistemindeki iş deneyimlerinin tükenmişlik üzerindeki etkileri incelendiğinde, AH olarak görev yapma süresinin özellikle DT üzerinde olumsuz bir etkisi olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.17). Türkiye’de farklı kurumlarda çalışan hekimlerin mesleki çalışma süreleri ile tükenmişlik düzeyleri arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalar ise çelişkili sonuçlar ortaya koymaktadır (Aslan ve ark., 2021; Özkula ve Durukan, 2017; Sünter ve ark., 2006).

ASÇ’larının AH sistemindeki deneyim süreleri ile aile hekiminin tükenmişlik düzeyleri incelendiğinde, deneyimli ASÇ ile çalışan aile hekimlerinin tükenmişlik seviyelerinin anlamlı şekilde daha düşük olduğu saptanmıştır (Tablo 4.18). Bu durum, iş yerinde ekip halinde birlikte çalışılan kişilerin deneyimlerinin iş süreçlerinin düzenlenmesine, iş yükünün paylaşımına ve mesleki dayanışmaya olumlu katkı sağladığını; dolayısıyla hekimin iş stresi ve tükenmişlik riskinin azaldığını göstermektedir. Literatürde ekip içi iş birliği, meslektaş desteği ve deneyim paylaşımının iş tatmini ve tükenmişlik üzerinde olumlu etkileri sıklıkla vurgulanmaktadır (Maslach & Leiter, 2016; Altan ve ark., 2022). Katılımcıların unvanları ile tükenmişlik düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (Tablo 4.16). Literatürde ise, unvan yükseldikçe çalışma ortamındaki hakimiyetin, gelir düzeyinin ve mesleki tatminin artacağı; dolayısıyla

tükenmişliğin azalacağı yönünde görüşler yer almaktadır (Yıldız ve ark., 2024; Sönmez ve ark., 2019). Bu farklılık, ilgili çalışmaların yalnızca AH sistemini kapsamaması ve AH sisteminin birbirinden bağımsız birimlerden oluşması ile açıklanabilir. Her birimde bir AH ve bir ASÇ görev yapmakta olup, görev dağılımı ve ast-üst ilişkileri yönetmeliklerle net olarak belirlenmiştir. Bu nedenle AH'nin unvanının yetki ve sorumluluklarda farklılık yaratmadığı ve tükenmişlik üzerinde anlamlı bir etkisi olmadığı sonucuna varılmıştır.

Dernek ve sendikalara üyelik durumu ile tükenmişlik düzeyleri arasındaki ilişki incelendiğinde anlamlı bir farklılık görülmemiştir (Tablo 4.16). Literatürde sendika veya mesleki dernek üyeliğinin tükenmişlik üzerindeki etkisini doğrudan inceleyen sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır; mevcut araştırmalar bu konuyu dolaylı olarak ele almaktadır. Bu sorunun araştırmaya dahil edilme nedeni, bu tür yapılarının çalışanların ekonomik, sosyal ve özlük haklarını koruyarak iş stresine karşı destek mekanizması oluşturabileceği ve böylece tükenmişlik düzeylerini etkileyebileceği varsayımdır. Ancak elde edilen sonuçlar, üyeliğin tek başına yeterli olmadığını; esas belirleyicinin örgütün etkinliği ve sağladığı destek olduğu şeklinde yorumlanabilir. Konuyla ilgili daha kapsamlı ve niteliksel çalışmalar yapılması önerilmektedir.

İş yeri hekimliği yapan katılımcıların tükenmişlik düzeylerinin anlamlı biçimde yüksek olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.16). İş yeri hekimliği, aile hekimliği görevine ek olarak yürütülen; iş sağlığı ve güvenliği alanında çeşitli sorumlulukları içeren bir görevdir. Hekimin mesai saatleri dışında ek yükümlülükler üstlenmesi, iş yükünü ve stres seviyesini artırabilmektedir. Literatürde de iş yeri hekimlerinin çoklu görev yürütmesi ve mesleki sorumluluklarının fazlalığının tükenmişlik riskini artırdığı belirtilmiştir (Erenler ve Şahin, 2020; Toker ve ark., 2011). Çalışmamızda bu durum literatürle uyumlu olarak ortaya konmuştur.

Katılımcıların görev yaptığı ASM ve AHB'nin özelliklerinin tükenmişlik düzeylerine etkileri incelendiğinde; katılımcıların çalıştıkları ASM'nin il merkezine olan yakınlığı arttıkça DY seviyesi anlamlı olarak azalmaktadır (Tablo 4.19). Bu durum, il merkezlerinde sağlık hizmetlerinin daha organize olması, iş yükünün daha dengeli dağıtılması ve sosyal destek imkanlarının daha fazla bulunmasıyla açıklanabilir. Ayrıca, merkezde bulunan ASM'lerin teknik ve fiziki altyapısının daha gelişmiş

olması, acil durum müdahalelerinin ve idari destek mekanizmalarının daha hızlı çalışabilmesi gibi etkenler, hekimlerin iş stresini ve dolayısıyla duygusal yorgunluklarını azaltabilir. Benzer şekilde, Kaçmaz (2005) ve Altan ve arkadaşlarının (2022) çalışmalarında, sağlık çalışanlarının hizmet verdikleri bölgenin merkezî olması durumunun tükenmişlik seviyelerini etkilediği; kırsal alanlarda çalışanlarda iş yükünün fazla olması, sosyal destek eksikliğinin ve teknik altyapı yetersizliğinin tükenmişlik düzeylerini artırdığı bildirilmektedir (Altan ve ark., 2022; Kaçmaz, 2005).

Çalışmamızda, Aile Sağlığı Merkezlerinin (ASM) mülkiyet durumunun (kamuya ait bina, kiralık veya özel mülk) tükenmişlik düzeyleri üzerinde anlamlı bir etkisi olmadığı gözlemlenmiştir (Tablo 4.19). Bu sonuç, tükenmişliğin oluşumunda mülkiyetten çok, çalışma koşulları, iş yükü, ekip içi iletişim, yönetim desteği ve sosyal çevre gibi faktörlerin daha belirleyici olduğunu göstermektedir. Literatürde de ASM'nin fiziksel mülkiyet durumunun doğrudan tükenmişlik üzerine etkisine dair sınırlı veri bulunmakla birlikte, çalışma ortamının fiziksel koşulları ve kurumsal destek mekanizmalarının tükenmişlik üzerinde daha etkili olduğu vurgulanmaktadır (Baykan ve ark., 2014; Koşan ve ark., 2010).

Aile Hekimliği Birimlerinin (AHB) ödeme ve sözleşme yönetmeliği kapsamında yer aldığı sınıflandırma ile hekimlerin tükenmişlik seviyeleri arasında da anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (Tablo 4.19). Bu durum, finansal düzenlemelerin (örneğin cari gider ödemeleri) sağlık çalışanlarının tükenmişliğinde tek başına belirleyici olmadığını işaret etmektedir. Literatürde, tükenmişliğin daha çok iş yükü, çalışma şartları, hasta profili, ekip iş birliği ve bireysel etkenlere bağlı olduğu; ekonomik düzenlemelerin ise daha çok dolaylı etkiler yarattığı belirtilmektedir (Akbolat & Işık, 2008; Taycan ve ark., 2006).

Aynı şekilde, ASM'de çalışan AH sayısı ile tükenmişlik arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (Tablo 4.19). Bu durum, ekip büyüklüğünün tükenmişlik üzerinde doğrudan etkili bir faktör olmadığını düşündürmektedir. Literatür, ekip içi iletişim, iş yükünün dengeli dağılımı ve mesleki destek gibi unsurların, ekip büyüklüğünden daha etkili olduğunu ortaya koymaktadır (Çete ve ark., 2018; Maslach & Leiter, 2016). Ayrıca, birden fazla hekimin görev yaptığı ASM'lerde ekip içi iş birliği ve adil iş yükü paylaşımı sağlanmadığında, personel sayısının artmasının tükenmişliği azaltmak

yerine artırabileceği bildirilmektedir (Altan ve ark., 2022). Dolayısıyla, tükenmişlik üzerinde etkili olan esas faktörün ekip sayısı değil, çalışma ortamının niteliği ve ekip dinamikleri olduğu söylenebilir.

Ekonomik etmenlerin tükenmişlik üzerindeki etkisine dair analizlerimizde; katılımcıların çoğunluğunun aldığı ücreti yetersiz bulduğu belirlenmiştir (Tablo 4.6). Ücretlerini yetersiz görenlerin DT ve DY düzeylerinin anlamlı şekilde yüksek olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.21). TÜİK'in 2010'dan günümüze enflasyon verileri ışığında yapılan değerlendirmelerde, ortalama aile hekimi maaşlarının reel değerinin değişmediği görülmüştür. Ancak 1 Kasım 2024 tarihinden itibaren yürürlüğe giren Ödeme ve Sözleşme Yönetmeliği kapsamında, son 6 ayda başvuru yapmayan AHB'lere ödeme katsayısında indirimle gidilmesi öngörülmüştür. Bu değişiklik henüz fiilen uygulanmasa da, uygulanması halinde hekimlerin gelirlerinde düşüş ve buna bağlı olarak çaresizlik ve yetersizlik duygularının artması beklenmektedir. Ayrıca, yıllık izin, hastalık izni ve görevlendirmelerde yerine vekalet edecek hekim bulamayan AH'nin, görevde olmadığı günlerin ücretinin yarı yarıya kesilmesi sabit gelir algısını olumsuz etkileyerek izin almadan çalışmaya zorlanmasına neden olmaktadır. Vekalet edecek hekim olsa bile, vekaleten yerine görevlendirilecek hekimin iş yükü iki katına çıkmakta ve bu da tükenmişliği artıran önemli bir etken olmaktadır. Son dönemdeki ekonomik dalgalanmaların da maaş yetersizliği algısını pekiştirdiği ve bu durumun tükenmişlik üzerinde olumsuz etkiler yarattığı düşünülmektedir.

ASM'lerdeki temel ücretin yanı sıra, Ödeme ve Sözleşme Yönetmeliği kapsamında belirlenen hedeflere (örneğin aylık muayene sayısı, kronik hastalık izlemi) ulaşılması halinde pozitif performans ödemeleri yapılmaktadır. Bu ödemeler, aile hekimi maaşının yaklaşık %25'ini oluşturmaktadır. Hekimlerin bu ek geliri kaybetmemek için hedefleri yüksek sayıda gerçekleştirmesi gerekmekte ve bu da iş yükünü önemli ölçüde artırmaktadır. Pozitif performans kriterleri arasında hasta memnuniyet anketlerinin de bulunması, hasta-hekim ilişkisini müşteri memnuniyeti düzeyine indirgemekte ve hekimin kontrolü dışında gelişen süreçler nedeniyle kendini çaresiz hissetmesine yol açmaktadır. Ayrıca, yıllık izin veya hastalık durumlarında ASM'de bulunulmaması hedeflerin tutturulmasını zorlaştırmakta ve performans gelir kaybına neden

olmaktadır. Çalışmamızda pozitif performans sistemini olumsuz değerlendirenlerin DT ve KB düzeylerinin anlamlı şekilde yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 4.6; 4.21).

Bir diğer önemli husus ise negatif performans kesintisi uygulamasıdır. Bebek ve çocuk aşıları, izlem hizmetleri, gebe-lohusa izlemleri gibi zorunlu hizmetlerin ay içerisinde %90 altına düşmesi halinde, yapılan hizmet başına hak edişten kademeli kesintiler yapılmaktadır. Bu uygulama çalışanlar üzerinde ciddi baskı oluşturmakta, çalışmamızda da bu uygulamaya olumsuz yaklaşanların DT, DY ve KB alt boyutlarında tükenmişlik düzeylerinin anlamlı olarak yüksek olduğu görülmüştür (Tablo 4.6; 4.21).

ASM'nin genel giderleri için ödenen cari gider ücretleri de katılımcılar tarafından yetersiz bulunmuştur (Tablo 4.6). Cari gider ödemeleri, AHB sınıflandırmasına bağlı olarak belirlenmekte olup, farklı ASM'lerin kira ve diğer giderleri arasında önemli farklılıklar bulunmaktadır. Ayrıca, ASM'deki AHB sayısı azaldıkça, ortak gider yükü hekim başına artmakta ve mali yük bireyselleşmektedir. Bu durum adalet ve hakkaniyet algısını olumsuz etkileyebilmektedir. Çalışmamızda cari gider ödemesini yetersiz bulanların DT ve DY düzeyleri anlamlı biçimde yüksek bulunmuştur (Tablo 4.21).

Genel olarak, katılımcıların büyük çoğunluğu ekonomik gelirlerini yetersiz görmüş ve bu algının tükenmişlik üzerinde olumsuz etkisi olduğu belirlenmiştir. Benzer şekilde, literatürde de gelir yetersizliği ve kazanç memnuniyetsizliğinin tükenmişlikle ilişkilendirildiği vurgulanmaktadır (Akbolat & Işık, 2008; Şerik ve ark., 2014; Taycan ve ark., 2006).

Psikososyal etmenler açısından değerlendirildiğinde; katılımcıların önemli bir kısmı, yoğun iş yükü nedeniyle kendilerine ve ailelerine yeterince zaman ayıramadıklarını belirtmiştir (Tablo 4.7). Kişisel ve aileye ayrılan zaman, tükenmişlikten korunma ve mevcut tükenmişliği azaltmada önemli bir koruyucu faktördür. Bu tür kişisel zamanlar, iş yerinde maruz kalınan olumsuz psikososyal etkilerin dengelenmesine katkı sağlar. Çalışmamızda kendine ve ailesine zaman ayıramayanların DT alt boyutunda anlamlı şekilde yüksek tükenmişlik yaşadığı görülmüştür (Tablo 4.24). Bu

sonuçlar literatürle uyumludur (Altan ve ark., 2022; Kaçmaz, 2005; Taycan ve ark., 2006).

Katılımcıların yaklaşık %75'i hastalarına yeterli süre ayıramadığını bildirmiştir (Tablo 4.7). Performans hedefleri nedeniyle mesai içinde yapılan işlerin artması, hasta başına düşen süreyi azaltmakta, bu da hizmet kalitesinin düşmesine, malpraktis riskinin artmasına, hasta memnuniyetinin azalmasına ve hekimin mesleki yetersizlik duygusunun artmasına yol açmaktadır. Sürekli artan iş yükü, hekimin performansını düşürmekte, dinlenme ve özel yaşam süresini kısaltarak tükenmişlik sürecini hızlandırmaktadır. Çalışmamızda da bu durumu yaşayanların DT alt boyutunda anlamlı yüksek tükenmişlik yaşadığı belirlenmiştir (Tablo 4.24). Bu bulgular literatürde de desteklenmektedir (Altan ve ark., 2022; Kaçmaz, 2005; Maslach & Leiter, 2016; Yıldız ve ark., 2024).

Sağlık çalışanlarının maruz kaldığı şiddet, sözlü ve fiziksel olarak değerlendirilmiştir. Katılımcıların yaklaşık yarısı sözlü şiddet gördüğünü belirtmiştir (Tablo 4.7). Sözlü şiddete maruz kalanlarda tüm tükenmişlik alt boyutlarında anlamlı artış gözlenmiştir (Tablo 4.24). Fiziksel şiddet yaşayanların oranı daha düşük olmakla birlikte, bu grupta DT ve DY alt boyutlarında anlamlı artış tespit edilmiştir (Tablo 4.24).

Türkiye genelinde yapılan benzer çalışmalarda sağlık çalışanlarının şiddete maruz kalma oranları oldukça yüksek bulunmuştur (Altan ve ark., 2022; Kamış ve ark., 2022; Yıldız ve ark., 2024). Çalışmamızda bu oranların literatüre kıyasla düşük çıkması, ilimizde yürütölen şiddetle mücadele ve destek mekanizmalarının etkinliğine bağlanabilir.

Hasta veya hasta yakınlarının hukuki ve etik açıdan uygunsuz taleplerde bulunması da katılımcıların %74,9'u tarafından bildirilmiştir (Tablo 4.7). Bu tür talepleri yaşayanların tükenmişlik düzeylerinin tüm alt boyutlarda anlamlı biçimde yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 4.24). Literatürde de bu tür mesleki değer çatışmalarının tükenmişliğin temel nedenlerinden biri olduğu belirtilmektedir (Maslach & Jackson; Taycan ve ark., 2006; Yıldız ve ark., 2024).

Son olarak, katılımcıların takdir edilme durumu hasta/yakınları ve amirler açısından ayrı ayrı değerlendirilmiştir. Hasta ve yakınları tarafından takdir edilenlerin oranı

%40,6 iken, amirleri tarafından takdir edilenlerin oranı sadece %5,1'dir. Takdir görmeyenlerin tükenmişlik düzeylerinin anlamlı olarak yüksek olduğu görülmüştür (Tablo 4.7; 4.24). Benzer sonuçlar literatürde de desteklenmektedir (Belen ve ark., 2022; Çete ve ark., 2018; Erol ve ark., 2007).

Katılımcıların %29,2'si amirleri tarafından mobbing uygulandığını belirtmiştir (Tablo 4.7). Mobbinge maruz kalanların DT ve DY alt boyutlarındaki tükenmişlik düzeyleri anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (Tablo 4.24). Literatürde yer alan meta-analizler de mobbingin tükenmişliğin tüm alt boyutlarını etkilediğini göstermektedir (Özek ve ark., 2023; Yeşilbaş ve Wan, 2007). Bu sonuçlar çalışmamızın bulgularıyla paralellik arz etmektedir.

Çalışma ortamının fiziksel koşullarına dair yapılan değerlendirmede, katılımcıların %55,2'si ortamı yetersiz olarak değerlendirmiştir (Tablo 4.7). Fiziksel koşulları yetersiz bulanlarda DT ve DY alt boyutlarında tükenmişlik düzeyleri anlamlı oranda daha yüksek bulunmuştur (Tablo 4.24). Bu alanda literatürde sınırlı çalışma olmasına rağmen, mevcut araştırmalar da benzer şekilde fiziksel koşulların yetersizliğinin DT ve DY seviyelerini artırdığına işaret etmektedir (Baykan ve ark., 2014; Koşan ve ark., 2010; Yıldız ve ark., 2024).

Sonuç olarak, Sakarya ilinde görev yapan aile hekimlerinde DT ve DY düzeylerinin yüksek, KB düzeylerinin ise düşük olduğu görülmüştür. İş yükü fazlalığı, performans baskısı ve hasta başına düşen sürenin yetersizliği, hekimlerin tükenmişliğini artıran başlıca etkenler arasında yer almaktadır. Katılımcıların önemli bir kısmı iş yoğunluğu nedeniyle kendilerine ve ailelerine yeterli zaman ayıramadığını, hastalarına da gereken süreyi ayıramadığını ifade etmiş ve bu durum tükenmişlik düzeylerinin anlamlı şekilde artmasına yol açmıştır. Hekimlerin yaklaşık yarısı sözlü, daha az bir kısmı ise fiziksel şiddete maruz kalmış, şiddet mağdurlarında tükenmişlik düzeylerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Sakarya'daki sözlü ve fiziksel şiddet oranları, Türkiye genelindeki çalışmalara kıyasla daha düşük bulunmuş; bu durum ilde yürütülen farkındalık ve destek programlarına bağlanmıştır. Ayrıca, katılımcıların büyük çoğunluğu etik dışı taleplerle karşılaştığını, yeterince takdir edilmediğini ve önemli bir bölümü mobbinge maruz kaldığını ifade etmiştir. Fiziksel çalışma ortamını yetersiz bulan katılımcılarda da tükenmişlik düzeylerinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Genel olarak, Sakarya’da görev yapan aile hekimlerinin tükenmişliğini etkileyen en önemli faktörler iş yükü, mesleki ve sosyal baskılar, şiddet maruziyeti, etik dışı talepler, takdir eksikliği, mobbing ve çalışma ortamının fiziksel koşulları olarak ortaya çıkmıştır. Şiddet oranlarının ise farkındalık ve destek faaliyetleri sayesinde ülke geneline kıyasla daha düşük olduğu görülmüştür.

Aile hekimlerinin tükenmişlik düzeylerini azaltmaya ve mesleki iyi oluşlarını desteklemeye yönelik öneriler; Birinci basamak sağlık hizmetlerinde kritik rol oynayan aile hekimlerinin tükenmişliğinin azaltılması, hem hizmet kalitesi hem de mesleki sürdürülebilirlik açısından büyük önem taşımaktadır. Yapılan çalışmalar, ekonomik, psikososyal ve çalışma koşullarına bağlı faktörlerin tükenmişlik düzeylerini anlamlı biçimde etkilediğini göstermektedir. Bu doğrultuda çok boyutlu ve kapsamlı stratejiler geliştirilmelidir. Öncelikle, aile hekimlerinin gelir düzeyi ve ekonomik koşullarının iyileştirilmesi, maddi tatminin artırılması gerekmektedir. İş yükünün azaltılması ve iş-yaşam dengesinin kurulabilmesi için esnek çalışma modelleri ve yeterli izin hakları sağlanmalıdır. Psikososyal destek mekanizmaları etkinleştirilmeli, mobbing ve şiddetin önlenmesine yönelik kurum içi politikalar geliştirilmelidir. Ayrıca, performans kriterleri daha gerçekçi ve adil hale getirilmeli, takdir mekanizmaları güçlendirilmeli ve hekimlerin karar alma süreçlerine katılımı artırılmalıdır. Böylece mesleki memnuniyet ve motivasyon artacaktır. Sonuç olarak, aile hekimlerinin tükenmişlik düzeylerini düşürmek için ekonomik, sosyal ve yönetsel alanlarda bütüncül ve sürdürülebilir müdahaleler gereklidir.

6. KAYNAKLAR

- Akbolat, M., & Işık, O. (2008). Sağlık çalışanlarının tükenmişlik düzeyleri: Bir kamu hastanesi örneği. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 11(2), 229-254.
- Akdeniz, M., Urgan, M., & Yaman, H. (2010). Türkiye’de bir tıp disiplini olarak aile hekimliğinin gelişimi. *GeroFam*, 1(1), 29-40.
- Aktürk, Z., & Dağdeviren, N. (2004). Aile hekimliğinin kilometre taşları: Millis ve Willard Raporları. *Türkiye Aile Hekimliği Uzmanlık Derneği Yayınları*, 116-117.
- Algın, K., Şahin, İ., & Top, M. (2004). Türkiye’de aile hekimlerinin mesleki sorunları ve çözüm önerileri. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 7(3), 249-275.
- Altan, S. (2022). *Samsun’da aile sağlığı merkezlerinde çalışan hekimlerde ve aile hekimliği asistanlarında tükenmişlik ve ilişkili faktörler: Kesitsel bir çalışma* [Tıpta uzmanlık tezi, Ondokuz Mayıs Üniversitesi]. Tez Danışmanı: Doç. Dr. M. K. Şahin.
- Angerer, J. M. (2003). Job burnout. *Journal of Employment Counseling*, 40(3), 98–107.
- Ardıç, K., & Polatçı, S. (2008). Tükenmişlik sendromu: Akademisyenler üzerinde bir uygulama. *Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 10(2), 69-96.
- Aslan, D., Kiper, N., Karaağaoğlu, E., Topal, F., Güdük, M., & Cengiz, S. (2005). Türkiye’de tabip odalarına kayıtlı olan bir grup hekimde tükenmişlik sendromu ve etkileyen faktörler. *Türk Tabipleri Birliği Yayınları*, 65.
- Aslan, D., Şengelen, M., & Erişgen, G. (2021). Hekimler arasında tükenmişlik durumu ve ilişkili faktörler. *Türk Tabipleri Birliği Yayınları*.
- Başak, O., & Görpelioglu, S. (1998). The views of medical school members on family medicine. *Türk Aile Hekimliği Dergisi*, 2(1), 40-43.
- Başak, O., & Saatçi, E. (2011). *WONCA Avrupa 2005 basımı Türkçe çevirisi*. Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği Yayınları.
- Baykan, Z., Çetinkaya, F., Naçar, M., Kaya, A. (2014). Aile hekimlerinin tükenmişlik durumları ve ilişkili faktörler. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 18(3), 122-133.
- Baykan, Z., Çetinkaya, F., Naçar, M., Kaya, A., & Işıldak, Ü. (2014). Burnout among family physicians and its associated factors. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 18, 122-133. <https://doi.org/10.15511/tahd.14.03122>
- Belen, V. K. (2022). *Hatay ilinde bulunan acil servis hekimlerinin anksiyete, depresyon düzeyleri ve mesleki doygunluk durumunu etkileyen faktörlerin belirlenmesi* [Tıpta uzmanlık tezi, Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi]. (Danışman: Prof. Dr. A. Karakuş).
- Beyoğlu, E., Erdoğan, A., & Okyay, R. A. (2022). Asistan hekimlerde tükenmişlik sendromu. *KSÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, 17(2), 222-227.
- Bilge, U., Ünlüoğlu, İ., & Balcıoğlu, H. (2016). Family practice in Turkey. *Ankara Medical Journal*, 16(1). <https://doi.org/10.17098/amj.53806>

Charoentanyarak, A., Anothaisintawee, T., Kanhasing, R., & Poonpetcharat, P. (2020). Prevalence of burnout and associated factors among family medicine residency in Thailand. *Journal of Medical Education and Curricular Development*, 7, 2382120520944920. <https://doi.org/10.1177/2382120520944920>

Çete, A. (2018). *İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde araştırma görevlisi olarak çalışan doktorlarda tükenmişlik ve depresyon düzeyleri ve etki eden faktörlerin değerlendirilmesi* [Tıpta uzmanlık tezi, İzmir Katip Çelebi Üniversitesi]. (Danışman: Prof. Dr. E. Turhan).

Düzyürek, S., & Ünlüoğlu, G. (1992). Hekimde tükenmişlik (burnout) sendromu. *Psikiyatri Bülteni*, 1, 108-112.

Erenler, A., & Şahin, A. (2020). İş yeri hekimlerinin tükenmişlik düzeyleri ve etkileyen faktörler. *İş Sağlığı ve Güvenliği Dergisi*, 12(3), 145-156.

Ergin, C. (1992). Doktor ve hemşirelerde tükenmişlik ve Maslach Tükenmişlik Ölçeğinin uyarlanması. In 7. *Ulusal Psikoloji Kongresi Bilimsel Çalışmaları* (s. 143-154).

Erol, A., Sarıçiçek, A., & Gülseren, Ş. (2007). Asistan hekimlerde tükenmişlik: İş doyumu ve depresyonla ilişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 8(4), 241-247.

Freudenberger, H. J. (1974). Staff burnout. *Journal of Social Issues*, 30(1), 159-165. <https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.1974.tb00706.x>

Freudenberger, H. J. (1975). The staff burn-out syndrome in alternative institutions. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 12(1), 73-82. <https://doi.org/10.1037/h0086411>

Güdük, M., Erol, Ş., Yağcıbulut, Ö., Uğur, Z., Özvarış, Ş. B., & Aslan, D. (2005). Ankara'da bir tıp fakültesi'nde okuyan son sınıf öğrencilerinde tükenmişlik sendromu. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 14(8), 169-173.

Gül, A., Keskin, D., & Bozkurt, G. (2014). Tükenmişlik sendromu ile otomatik düşünceler arasındaki ilişki. *Anatolian Journal of Psychiatry*, 15, 93-98.

İşıldar, H. (2021). *Antalya ilinde aile sağlığı merkezlerinde çalışan aile hekimlerinin COVID-19 pandemisi döneminde tükenmişlik düzeylerinin değerlendirilmesi* [Tıpta uzmanlık tezi, Akdeniz Üniversitesi]. (Danışman: Doç. Dr. M. Akdeniz).

Kaçmaz, N. (2005). Tükenmişlik (burnout) sendromu. *Journal of Istanbul Faculty of Medicine*, 68(1), 29-32.

Kamış, M. (2022). *Edirne il merkezinde görev yapan aile hekimlerinde işe bağlı gerginlik ve tükenmişlik durumları ve etkileyen faktörler* [Tıpta uzmanlık tezi, Trakya Üniversitesi]. (Danışman: Prof. Dr. A. Çaylan).

Karaaytaç, R. (2021). *Pandemi döneminde aile hekimliği uzmanlarının iş doyumu ve tükenmişlik düzeylerinin değerlendirilmesi* [Tıpta uzmanlık tezi, Sakarya Üniversitesi]. (Danışman: Prof. Dr. H. Ç. Ekerbiçer).

Karayürek, Y. (2020). *Sözleşmeli aile hekimlerinin pozisyon değiştirme nedenlerinin araştırılması ve bu durumun tükenmişlik ve iş doyumu ile ilişkisinin belirlenmesi* [Tıpta uzmanlık tezi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi]. (Danışman: Doç. Dr. H. Demirci).

Kazu, İ. Y., & Yıldırım, D. (2021). Mesleki tükenmişlik: Etki eden faktörler, belirtileri ve sonuçları. *Eğitim ve Toplum Araştırmaları Dergisi*, 8(2), 462-473.

Kocalevent, R., Pinnschmidt, H., Selch, S., Nehls, S., Meyer, J., Boczor, S., et al. (2020). Burnout is associated with work-family conflict and gratification crisis among German resident physicians. *BMC Medical Education*, 20(1), 8. <https://doi.org/10.1186/s12909-019-1913-2>

Koşan, Z. (2010). *Erzurum'da çalışan hekimlerde tükenmişlik düzeyi ve sosyo-demografik değişkenlerle ilişkisi* [Tıpta uzmanlık tezi, Atatürk Üniversitesi]. (Danışman: Prof. Dr. A. Güraksın).

Laschinger, H. K. S., Wong, C. A., & Grau, A. L. (2012). The influence of authentic leadership on newly graduated nurses' experiences of workplace bullying, burnout and retention outcomes: A cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies*, 49(10), 1266-1276. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.05.012>

Leeuwenhorst Working Party. (1974). The general practitioner in Europe. In *Second European Conference on the Teaching of General Practice* (pp. 1-8). Leeuwenhorst, Netherlands.

Leiter, M. P. (2003). *Areas of worklife survey manual* (3rd ed.). Centre for Organizational Research and Development.

Leiter, M. P., & Maslach, C. (1988). The impact of interpersonal environment on burnout and organizational commitment. *Journal of Organizational Behavior*, 9(4), 297-308. <https://doi.org/10.1002/job.4030090402>

Leiter, M. P., & Maslach, C. (2005). A mediation model of job burnout. In A.-S. G. Antoniou & C. L. Cooper (Eds.), *Research companion to organizational health psychology* (pp. 544-564). Edward Elgar Publishing.

Maraşlı, M. (2005). Bazı özelliklerine ve öğrenilmiş güçlülük düzeylerine göre lise öğretmenlerinin tükenmişlik düzeyleri. *Türk Tabipler Birliği Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi*, Temmuz-Ağustos-Eylül, (27), 33.

Maslach, C. (1982). *Burnout: The cost of caring*. Prentice Hall.

Maslach, C., & Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behaviour*, 2(2), 99-113. <https://doi.org/10.1002/job.4030020205>

Maslach, C., & Leiter, M. P. (2016). Understanding the burnout experience: Recent research and its implications for psychiatry. *World Psychiatry*, 15(2), 103-111. <https://doi.org/10.1002/wps.20311>

- Maslach, C., & Schaufeli, W. B. (1993). Historical and conceptual development of burnout. In W. B. Schaufeli, C. Maslach, & T. Marek (Eds.), *Professional burnout: Recent developments in theory and research* (pp. 1–16). Taylor & Francis.
- Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. (2001). Job burnout. *Annual Review of Psychology*, 52, 397–422. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.397>
- McManus, I. C., Jonvik, H., Richards, P., & Paice, E. (2011). Vocation and avocation: Leisure activities correlate with professional engagement, but not burnout, in a cross-sectional survey of UK doctors. *BMC Medicine*, 9(1), 100. <https://doi.org/10.1186/1741-7015-9-100>
- Okutan, E. (2010). *Kişilik özelliklerinin tükenmişliğe etkisi: Bir örnek olay incelemesi* [Yayınlanmamış doktora tezi, Sakarya Üniversitesi]. (Danışman: Prof. Dr. A. Uğur).
- Olesen, F., Dickinson, J., & Hjortdahl, P. (2000). General practice–Time for a new definition. *BMJ*, 320(7231), 354–357. <https://doi.org/10.1136/bmj.320.7231.354>
- Özcan, F., & Ünlüoğlu, G. (1996). Türkiye’de ve dünyada aile hekimliği. *Sendrom*, 8(7), 83–85.
- Özek, F., Adıgüzel, Y., Karataş, Ö., Yükseloğlu, E. H., & Erkan, I. (2023). Sağlıkta mobbingin tükenmişliğe etkisi: Bir meta analiz çalışması. *Journal of Management Sciences (JMS)*, 4(2), 68–76.
- Özkula, G., & Durukan, E. (2017). Burnout syndrome among physicians: The role of socio-demographic characteristics. *Düşünen Adam: The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*, 30(2), 136–144. <https://doi.org/10.5350/DAJPN2017300205>
- Paycı, S. Ö., & Ünlüoğlu, G. (2004). Dünyada ve Türkiye’de aile hekimliği. *Aile Hekimliği Kurs Notları*, 23.
- Pensek, L., & Selic, P. (2018). Empathy and burnout in Slovenian family medicine doctors: The first presentation of Jefferson Scale of Empathy results. *Zdravstveno Varstvo*, 57(3), 155–165. <https://doi.org/10.2478/sjph-2018-0019>
- Perez, H. R. (2017). Chaos in the clinic: Characteristics and consequences of practices perceived as chaotic. *Journal for Healthcare Quality*, 39(1), 43–53. <https://doi.org/10.1097/JHQ.0000000000000047>
- Polatcı, S. (2007). *Çalışma hayatında tükenmişlik sendromu ve tükenmişlik sendromuna etki eden faktörler (Gaziosmanpaşa Üniversitesi akademik personeli üzerinde bir analiz)* [Yüksek lisans tezi, Gaziosmanpaşa Üniversitesi]. (Danışman: Doç. Dr. K. Ardiç).
- Saatçi, E., Bozdemir, N., & Akpınar, E. (2006). Amerika Birleşik Devletleri’nde aile hekimliği. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 10(2), 80–84.
- Schaufeli, W. B., & Enzmann, D. (1998). *The burnout companion to study and practice: A critical analysis*. Taylor & Francis.

Schaufeli, W. B., & Greenglass, E. R. (2001). Introduction to special issue on burnout and health. *Psychology & Health*, 16(5), 501–510. <https://doi.org/10.1080/08870440108405523>

Soler, J. K., Yaman, H., Esteva, M., Dobbs, F., Asenova, R. S., Katic, M., et al. (2008). Burnout in European family doctors: The EGPRN study. *Family Practice*, 25(4), 245–265. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmn038>

Sorias, S. (2011). Scientific revolutions and the Neo-Kraepelinian movement. *Turkish Journal of Clinical Psychiatry*, 14(1), 51–58.

Sönmez, L. (2019). *Afyon Kocatepe Üniversitesi akademik personelinin mesleki tükenmişlik, iş doyum ve işle bütünleşme düzeyinin farklı değişkenlere göre incelenmesi* [Tıpta uzmanlık tezi, Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı]. (Danışman: Doç. Dr. N. Şensoy).

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

Sürgevil-Dalkılıç, O. (2014). *Çalışma hayatında tükenmişlik sendromu: Tükenmişlikle mücadele teknikleri*. Nobel Yayıncılık.

Şalvarlı, N. (2021). *Hastayla kurulan empatik ilişki: Aile hekimlerinde tükenmişliği artırıyor mu?* [Tıpta uzmanlık tezi, Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı]. (Danışman: Prof. Dr. O. Başak).

Şerik, B. (2014). *Sakarya il genelinde aile sağlığı merkezlerinde çalışan aile hekimlerinde tükenmişlik düzeyi ve ilişkili faktörler* [Tıpta uzmanlık tezi, Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı]. (Danışman: Doç. Dr. H. Ç. Ekerbiçer).

T.C. Resmi Gazete. (2004, Aralık 9). *Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun* (Sayı: 25665). Başbakanlık Basımevi.

T.C. Resmi Gazete. (2013, Ocak 25). *Aile hekimliği uygulama yönetmeliği* (Sayı: 28539). Başbakanlık Basımevi.

T.C. Resmi Gazete. (2024, Ekim 30). *Aile Hekimliği Sözleşme ve Ödeme Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik* (Sayı: 32707). Başbakanlık Basımevi.

Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2013). *Using multivariate statistics* (6th ed.). Pearson.

Taycan, O., Kutlu, L., Çimen, M., & Aydın, N. (2006). Bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerde tükenmişlik durumu ve etkileyen faktörler. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 17(1), 32–40.

Taycan, O., Kutlu, L., Çimen, S., & Aydın, N. (2006). Bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerde depresyon ve tükenmişlik düzeyinin sosyodemografik özelliklerle ilişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 7, 100–108.

Taylor, R. B. (2003). Family medicine: Now and future practice. In R. B. Taylor, A. K. David, S. A. Fields, D. M. Phillips, & J. E. Scherger (Eds.), *Family medicine* (pp. 3–10). Springer. <https://doi.org/10.1007/978-0-387-21777-3>

Thomas, H., Mosley, J. R., Sean, G., Perrin, M. A., Susan, M., Patricia, M., et al. (1994). Stress, coping and well-being among third-year medical students. *Academic Medicine*, 69(9), 765–767.

Türkili, S., Aslan, E., Tot, Ş., Erdoğan, S., Güleriyüz, G., Erdoğan, A. B., & Özaslan, E. (2022). Asistan hekimlerinde korona salgını nedeniyle yaşanan sıkıntılar, kaygı düzeyi ve tükenmişlik sendromunun incelenmesi. *Anadolu Kliniği Tıp Bilimleri Dergisi*, 27(2), 103–114. <https://doi.org/10.21673/anadoluklin.1043386>

Ünlüoğlu, İ. (2015). TAHUD kurucu ekibinden kaybımız, tıp fakültesi ve uzmanlık eğitiminden arkadaşım: Nevzat ERESER. In *Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği'nin 25 yılı TAHUD 25 Yıl Kitabı* (pp. 21–28). TAHUD Yayınları.

Üzüm, B., & Şenol, L. (2020). Tip A ve Tip B kişilik tipi ile devamsızlık ilişkisi: Bir araştırma. *İstanbul Ticaret Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, s. 260.

Wolf, M. R., & Rosenstock, J. B. (2017). Inadequate sleep and exercise associated with burnout and depression among medical students. *Academic Psychiatry*, 41(2), 174–179. <https://doi.org/10.1007/s40596-016-0520-x>

World Health Organization, Division of Development of Human Resources for Health, World Organization of Family Doctors & WHO-WONCA 1994 Conference. (1995). *Making medical practice and education more relevant to people's needs: The contribution of the family doctor*. World Health Organization.

Yavuzylmaz, A., Topbaş, M., Çan, G., & Özgün, Ş. (2007). Trabzon il merkezindeki sağlık ocakları çalışanlarında tükenmişlik sendromu ile iş doyumu düzeyleri ve ilişkili faktörler. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 6(1), 41–50.

Yayın, E., & Alper, Y. (2023). Türkiye’de aile hekimliği modeline geçiş süreci ve Sosyal Güvenlik Kurumu’nun aile hekimlerinin sosyal sigortalılık statülerine ilişkin uygulaması hakkında bir değerlendirme. *Çalışma ve Toplum*, 1(76), 121–158.

Yayla, S. (2023). *İstanbul ili Aile Sağlığı Merkezinde çalışan aile hekimlerinin akademik yayın ve etkinlik takip etme durumlarının tükenmişlik ve diğer kişisel faktörlerle ilişkisinin araştırılması* [Tıpta uzmanlık tezi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi İstanbul Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı]. (Danışman: Doç. Dr. H. Özkaya).

Yeşilbaş, M., & Wan, T. T. H. (2017). The impact of mobbing and job-related stress on burnout and health-related quality of life: The case of Turkish territorial state representatives. *International Journal of Public Administration*, 40(12), 1024–1035. <https://doi.org/10.1080/01900692.2016.1229671>

Yıldız, M. (2024). *Türkiye'de çalışan hekimlerin tükenmişlik düzeyleri ve ilişkili faktörlerin belirlenmesi* [Tıpta uzmanlık tezi, Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı]. (Danışman: Dr. Öğr. Ü. A. Aydın).



7. EKLER

7.1. Etik Kurul Kararı

Evrak Tarih ve Sayısı: 19.03.2025-E.459106



T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Tıp Fakültesi Dekanlığı
Sağlık Bilimleri Bilimsel Araştırma Etik Kurulu



Sayı : E-43012747-050.04-459106-160
Konu : Sağlık Bilimleri Bilimsel Araştırma Etik
Kurul Başvuru Dosyası

19.03.2025

Sayın Dr. Öğr. Üyesi Abdülkadir AYDIN

Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi
Aile Hekimliği Anabilim Dalı

İlgi : 17.02.2025 tarih ve 160 sayılı başvurunuz.

Destekleyicisi olduğunuz "Sakarya İl Genelinde Aile Sağlığı Merkezlerinde Çalışan Aile Hekimlerinde Tükenmişlik Düzeyi ve İlişkili Faktörler" isimli çalışmanın ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup; çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen şekilde etik ve bilimsel açıdan sakınca bulunmadığına etik kurul üyelerince karar verilmiştir.

Ancak çalışma bitiş tarihinden itibaren en geç 3 ay içerisinde çalışma sonuç raporunun Sağlık Bilimleri Bilimsel Araştırma Etik Kuruluna gönderilmesi gerekmektedir.

Bilgilerinize rica ederim.

Prof. Dr. Pelin TANYERİ
Sağlık Bilimleri Etik Kurulu Başkanı

Hasan KONAK
Etik Kurulu Sekr.

Güvenli Elektronik
İmzalı Aşlı ile Aynıdır
19.03.2025

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.
Doğrulama Kodu: BSD6KH7CY7 Pin Kodu: 41382
Adres: Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı, Kocacık Kampüsü, Kocacık, Adapazarı/Sakarya
Telefon No: 264 295 6630 Faks No: 264 295 6629
e-Posta: tip@sakarya.edu.tr Elektronik Ağ: www.tip.sakarya.edu.tr

Belge Tekip Adresi : <https://huk.gov.tr/cel/cyk-5783&cD=BSD6KH7CY7&cS=459106>
Bilgi için: Hasan Konak
Unvanı: Sürekli İhçı



7.2. Sosyodemografik Veri Anket Formu

AİLE HEKİMLERİNİN ÇALIŞMA ŞARTLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

ANKET FORMU

Değerli Aile Hekimleri, ekte sunulan ve üç ayrı bölümden oluşan anket formları, Sakarya ilinde görev yapan aile hekimlerinin günlük çalışmaları sırasında karşılaştıkları sorunları ve aile hekimliği sistemi ile ilgili görüşlerinizi saptamak amacıyla hazırlanmıştır. Elde edilen veriler karşılaşılan sorunları objektif olarak ortaya koymak çözüm önerileri üretmek amacıyla yalnızca bilimsel araştırma amacı ile kullanılacaktır. Katkılarınız için teşekkür ederiz.

Lütfen anket formu üzerine adınızı yazmayınız, kimliğinizi belirtecek herhangi bir işaret koymayınız.

Araştırma Ekibi:

Dr. Ufuk Yavuziğit

Dr. Öğr. Üyesi Abdülkadir Aydın

Yaşınız :.....Cinsiyetiniz: E () K () Medeni durumunuz: Evli () Bekâr () Dul/boşanmış ()

Çocuğunuz var mı? Var () Yok () Var ise Çocuk Sayısı:.....

Sigara kullanım durumunuz: Hayır, hiç kullanmadım () Hayır, kullanıp bıraktım () Evet, kullanıyorum ()

Tanısı konmuş herhangi bir kronik hastalığınız var mı? Hayır () Evet ()

Kronik hastalığınız var ise belirtiniz:.....

İkamet yeriniz: Kentsel () Kırsal ()

Unvanınız: Pratisyen Hekim () Aile Hekimliği Uzmanı () SAHU Asistanı ()

Kaç yıldır aile hekimi olarak çalışıyorsunuz:.....

Birlikte çalıştığınız aile sağlığı personeli kaç yıldır aile hekimliği sisteminde çalışıyor:.....

Çalıştığınız Aile Sağlığı Merkezinin (ASM) yeri: İl merkezi () İlçe merkezi () Belde ()

Çalıştığınız ASM'deki aile hekimliği birim sayısı:.....

Çalıştığınız ASM binasının mülkiyeti kime ait: Kamu binası () Şahıs (KİRA)() Şahıs (Kendimizin) ()

Aile hekimliği biriminiz sözleşme ve ödeme yönetmeliğine göre hangi gruba dâhil:

A grubu () B grubu () C grubu () D grubu () Sınıflama Dışı ()

İşyeri hekimliği yapıyor musunuz? Hayır () Evet ()

Herhangi bir meslek örgütüne/derneğine üyeliğiniz var mı? Hayır () Evet () ise belirtiniz:.....

7.3. Tükenmişlik Üzerine Etkileri Araştırılan Faktörlerle İlgili Anket Formu

Lütfen aşağıdaki cümleleri okuduktan sonra cümlede belirtilen ifade için size uygun olan seçeneği sorunun karşısında bulunan daireye işaretleyiniz. Puanlama sütunlarda 1:Kesinlikle katılmıyorum 2:Katılmıyorum 3:Kararsızım 4:Katılıyorum 5:Kesinlikle

	1	2	3	4	5
1-Maaşımın (hak edişimin) yeterli olduğunu düşünüyorum.	☐	☐	☐	☐	☐
2-Cari gider ödemesinin yeterli olduğunu düşünüyorum.	☐	☐	☐	☐	☐
3-Çalışma ortamının fiziksel koşullarının yeterli olduğunu düşünüyorum.	☐	☐	☐	☐	☐
4-Pozitif performans uygulamasını olumlu buluyorum.	☐	☐	☐	☐	☐
5-Negatif performans uygulamasının olumlu buluyorum.	☐	☐	☐	☐	☐
6-Hastalarımı ayırabildiğim vakti yeterli buluyorum.	☐	☐	☐	☐	☐
7-İşimden arta kalan sürede kendime veya aileme yeterli vakit ayırabiliyorum.	☐	☐	☐	☐	☐
8-Hasta veya hasta yakınları tarafından yeterince takdir ediliyorum.	☐	☐	☐	☐	☐
9-Hasta ve yakınları tarafından hukuki/etik olarak uygunsuz isteklerle karşılaşıyorum.	☐	☐	☐	☐	☐
10-Hasta ve yakınları tarafından sözlü şiddete maruz kalıyorum.	☐	☐	☐	☐	☐
11-Hasta ve yakınları tarafından fiziksel şiddete maruz kalıyorum.	☐	☐	☐	☐	☐
12-Üstlerimiz tarafından yeterince takdir ediliyorum.	☐	☐	☐	☐	☐
13- Üstlerimiz tarafından mobbinge uğradığımı düşünüyorum.	☐	☐	☐	☐	☐
14- 1 KASIM 2024 tarihinden yürürlüğe giren Aile Hekimliği Sözleşme ve Ödeme yönetmeliğindeki değişiklikleri iş yaşamım açısından olumlu buluyorum.	☐	☐	☐	☐	☐

katılıyorum şeklinde sıralanmıştır.

7.4. Maslach Tükenmişlik Ölçeği Anket Formu

MASLACH TÜKENMİŞLİK ÖLÇEĞİ

Aşağıda, kişilerin işle ilgili ruh durumlarını ifade ederken kullandıkları bazı cümleler verilmiştir. Lütfen her bir cümleyi dikkatle okuyarak hangi sıklıkta hissettiğinizi size uyan seçeneğe X işareti koyarak belirtiniz.	HIÇBİR ZAMAN	ÇOK NADİR	BAZEN	ÇOĞU ZAMAN	HER ZAMAN
1-İşimden soğuduğumu hissediyorum.					
2-İş dönüşü kendimi ruhen tükenmiş hissediyorum.					
3-Sabah kalktığımda bir gün daha bu işi kaldıramayacağımı düşünüyorum.					
4- İşim gereği karşılaştığım insanların ne hissettiğini hemen anlarım.					
5- İşim gereği bazı kimselere sanki insan değillermiş gibi davrandığımı fark ediyorum.					
6- Bütün gün insanlarla uğraşmak benim için gerçekten çok yıpratıcı.					
7-İşim gereği karşılaştığım insanların sorunlarına en uygun çözüm yollarını bulurum.					
8- Yaptığım işten tükendiğimi hissediyorum.					
9-Yaptığım iş sayesinde insanların yaşamına katkıda bulunduğuma inanıyorum.					
10- Bu işe başladığımdan beri insanlara karşı daha hissiz olduğumu düşünüyorum.					
11- Bu işin beni giderek katılaştırmasından korkuyorum.					
12- Çok şeyler yapabilecek güçteyim.					
13- İşimin beni kısıtladığını hissediyorum.					
14- İşimde çok fazla çalıştığımı hissediyorum.					
15- İşim gereği karşılaştığım insanlara ne olduğu umurumda değil.					
16- Doğrudan doğruya insanlar ile çalışmak bende çok fazla stres yapıyor.					
17- İşim gereği karşılaştığım insanlar ile aramda rahat bir hava yaratırım.					
18- İnsanlarla yakın bir çalışmadan sonra kendimi canlanmış hissederim.					
19- Bu işte birçok kayda değer başarı elde ettim.					
20- Yolun sonuna geldiğimi hissediyorum.					
21- İşimde duygusal sorunlara serinkanlılıkla yaklaşırım.					
22-İşim gereği karşılaştığım insanların problemlerini ben yaratmışım gibi davrandıklarımı hissediyorum.					

ÖZGEÇMİŞ

Adı		Soyadı	
Doğum Yeri		Doğum Tarihi	
Uyruğu		Tel	
E-mail			
Eğitim Düzeyi	Mezun Olduğu Kurumun Adı		Mezuniyet Yılı
İş Deneyimi			
Görevi	Kurum		Süre (Yıl - Yıl)
1			
2			
3			
Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama*	Konuşma*	Yazma*